LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2-IV)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

I

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

II

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

L'édition 1925 est parue, et l'envoi en a été fait à tous les souscripteurs.

Nous disposons encore de quelques volumes, et nous informons les lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'*Agenda Memento du Praticien*, en versant immédiatement la somme de 15 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours médical*, Paris. 167-95.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de MM. les Docteurs Garlopeau, de Stains, Gavet, de Aillant-s.-Tholon, Fabre, de Verneuil, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 1. — Clin. dem. infirm. sérieuse, conn. salle d'opér. Ec. Dr Fontaine, 87, rue des Capucins, Paris.

N° 2. — Dr act. dés. acq. client. banl. Paris.

N° 3. — Inst. app. élect. et mobil. occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

N° 4. — Etud. en méd., 3e année, sténo-dactyl. ch. emploi secrét. ou interne nuit, mais. de sant.

N° 5. — A vend. voit. pr. paraplégique, roues caoutch. dirigée par mal. et poussée par tierce pers. Etat neuf. S'ad. Dr Dupont, à Pouilly-sur-Charlieu (Loire).

N° 6. — A vend. cause triple emp. urétroscope Luys, mod. Drapier 1924, compl., boîte nickel, état neuf, au pl. offrant, à partir 160 fr. S'adr. Dr Mougeolle, à Troyes.

N° 7. — On dem. squelet. de bassin de femme normale, artic., et tête de fœtus. Faire off. à Dr Ropers, Camaret-sur-Mer (Finistère).

N° 8. — A céd. au pl. off. coll. comp. ét. de n. des ann. d'av. gu. d'*Æsculape*, y comp. n° de juillet 1914. S'ad. Etienne Bazot, 39, boul. Tellenne, à Marseille.

N° 9. — Jne doct. act. tr. au cour. client. ay. tenu poste tr. import. ch. poste à prox. ville ds gros village, Basse-Normand., Centre ou Nord France.

N° 10. — Ds pet. ville du Midi, poste rapp. 40.000 sans frais, poss. gr. augm. en fais. A. T., fixes, méd. du ch. de f. Indemn. 20.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 11. — Côte d'Azur. Client. fais. 80.000, on fait pharm. fixes imp., loyer grat. aff. intér. Prix 30.000 S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 12. — Nomb. clin. A. T. à céd. Paris et banl. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Le *diabète*, a dit un médecin philosophe, est une maladie que l'on guérit peu, mais qu'on panse.

L'un des plus utiles pansements est la **Santonine**, spécialisée dans les pilules anti-diabétiques du Dr Sejournet.

TUBERCULOSE. — « L'estomac est la place forte des phtisiques et l'alimentation leur moyen de défense » (Daremberg). Cinq comprimés de **Codoforme Bottu** par jour calment la toux des tuberculeux sans fatiguer leur estomac, car leur dissolution a lieu dans le milieu intestinal.

AVIS

Messieurs les confrères, médecins-directeurs de Maisons de santé privées, sont informés que l'Assemblée générale du syndicat aura lieu à Paris, Hôtel du Palais-d'Orsay, le lundi 19 janvier à 17 heures. En raison des questions importantes qui y seront étudiées, ils sont priés de se rendre à cette réunion, et tous ceux qui n'ont pas encore donné leur adhésion au syndicat sont instamment priés de l'adresser, soit au Dr Hervé, président à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), soit au Dr Tarrius, trésorier, Maison de santé d'Epinay-sur-Seine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance annuelle du 9 décembre 1924.

Distribution des prix. — Eloge de Paul Broca.

Rue Bonaparte, hier 9 décembre, vers trois heures de relevée, tout à côté de l'Ecole des Beaux-Arts, un mouvement inaccoutumé rend le passage difficile. Un passant, à la volée, parle de vernissage... Cependant un bicorne de grande cérémonie pointe, allègrement, vers l'Académie de Médecine. Un service de police, très discret, garde les abords de la sévère Maison. De nombreuses dames et aussi, je vous l'assure, un certain nombre de jeunes filles, les unes et les autres frileusement drapées dans leurs fourrures (enfin ! la première journée de froid ordonne de se vêtir de peaux de bêtes... tout comme aux temps préhistoriques, dont il sera éloquemment parlé tout à l'heure...) Elles s'avancent, se pressent et gagnent le grand pas-perdu par l'escalier d'honneur, accompagnées des « immortels » de la Médecine.

C'est la distribution des prix... Tout comme au lycée, de lointaine mémoire, c'est un grand jour.

Grand jour pour Messieurs les Membres du Bureau qui ont à revêtir leur costume d'apparat, pour Monsieur le Secrétaire annuel qui rendra compte des prix accordés ; pour Monsieur le Secrétaire général qui doit prononcer l'éloge d'un savant disparu ; grand jour, pour les lauréats.

Pour être plus retenus, plus sérieux (quelques cheveux blancs argentent, d'ici de-là, des tempes sur lesquelles se cisèle une temporale déjà dure), moins rayonnants qu'aux belles années où, certainement aussi, ils étaient couronnés par M. le proviseur ou par leurs parents tout fiers, sont les lauréats peut-être plus heureux, au fond, que les collégiens, car ils sentent, mieux encore, la valeur du travail ; et leur joie calme est légitime.

Le palmarès a été distribué : les amis félicitent chaleureusement les lauréats et l'absence du calorifère fait apprécier davantage encore ces marques d'amitié...

Messieurs du Bureau, habit à la française, parements rouge et or, l'épée au côté, viennent, précédés de l'Huissier, de faire leur entrée solennelle.

Une magnifique tapisserie, comme toile de fond, ajoute au seyant des costumes et nous fait évoquer, malgré nous, les temps qui ne sont plus. Est-ce l'Empire ? Est-ce la Restauration ? Les bruits du dehors ne franchissent pas cette enceinte...

M. Souques, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés en 1924. Avec combien de raison, l'éminent académicien critique certaines dispositions de la Compagnie qui n'a pu distribuer les arrérages de tel ou tel prix parce que le libellé du testament des donateurs en rend impossible, les clauses : tel le prix Théodore Guinchard (prix de 6.000 fr.), prix qui doit être décerné à celui qui aura le mieux traité le sujet « maladies du croup et des angines croupales et trouvé le meilleur remède contre ces maladies ». Et, voici plus de trente années que le sérum de Roux a sauvé des centaines de milliers de vies humaines ! !

Faudra-t-il une loi, faudra-t-il un décret pour que l'Académie puisse distribuer les arrérages accumulés de ce prix ?

Si la famille du donateur existe encore, et même si elle n'existe pas, ne pourrait-on attribuer à une question de médecine infantile, d'hygiène infantile, à une œuvre de prophylaxie contre les maladies qui déciment l'enfance, la somme affectée à ce prix ? Les mânes de Théodore Guinchard tressailleraient d'aise à cette bonne nouvelle ! !

117 candidats avaient concouru aux 35 prix qui ont été décernés.

De généreux donateurs viennent d'augmenter, pour les années à venir, les possibilités de l'Académie. Citons parmi les prix les plus importants celui du Prince Albert Ier, de Monaco (100.000 fr.). Ce prix sera décerné tous les deux ans à un travail dont l'Académie désignera, elle-même, la nature, suivant les desiderata du moment. Le prix du Marquis d'Argenteuil (7.000 fr.), qui sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps (six ans) aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose sont encouragées par le prix Boggio (4.800 fr.). Un titre de 24.000 fr. de rente 3 % récompensera, suivant le désir de François Audiffred, *celui qui aura découvert le remède curatif contre la tuberculose*. Ce savant, ce jour-là, je l'espère pour l'Humanité, sera doté pour lui et sa famille, à perpétuité, d'une rente qui le mettra à l'abri du besoin et lui.. accordera même quelques satisfactions supplémentaires... Ecoutez le libellé du prix Huchard, ce maître dont le souvenir est si vivant parmi nous : « *Prix du dévouement médical, en souvenir de ma fille Marcelle Huchard ; ce prix sera attribué à une personne*

ou à des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, cetc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement au service des malades ou à la science médicale ». Ne connaissons-nous pas, dans nos campagnes, d'humbles praticiens qui, depuis 30 et 40 ans, se donnent à leurs malades, sans autre joie que celle du devoir accompli ?

Voici encore le prix Laborie (6.000 fr.), dont les titulaires, cette année, sont MM. Léon Bérard et Charles Dunet, de la Faculté de Lyon ; le prix Magnan (3.500 fr.), décerné au meilleur travail sur une question de médecine mentale posée par l'Académie et dont notre ancien camarade d'internat, le Dr Arsimoles, est bénéficiaire avec son assistant Caïn. Les prix Pannetier et Perron sont de 4.000 fr. chacun ; le prix Roussilhe, de 10.000 fr., pour celui qui aura fait faire le plus grand pas à la thérapeutique des maladies de la peau et, en particulier, du psoriasis. Le prix Saintour, de 5.000 fr., dont fut titulaire, il y a quelques années déjà, notre éminent ami le Dr Cabanès, a été, cette année, attribué à Noël Fiessinger, le jeune et brillant médecin des Hôpitaux. Le prix Tremblay accorde 9.000 fr. au meilleur mémoire sur les voies urinaires...

Et celà est bien ainsi. Les hommes qui consacrent tant et tant d'années à donner un peu de mieux-être à l'Homme, ont bien droit, ce me semble, que l'Homme lui en soit reconnaissant de façon tangible...

M. le Président procéda à la lecture du palmarès : combien ces récompenses nous ont paru peu en rapport avec la somme des efforts poursuivis par ceux à qui elles ont été attribuées ! Pourquoi nos grands maîtres de la Médecine n'imposeraient-ils pas à leurs riches, très riches malades, qu'ils ont sauvés de quelque grave affection, pourquoi, disons-nous, ne leur suggéreraient-ils pas de donner à l'Académie, pour tel cas déterminé, un titre de rente qui permettrait, non de créer des prix nouveaux, mais d'améliorer certains de ceux qui sont décernés. Tel le prix Sabatier (600 fr.), décerné à l'auteur du meilleur travail sur n'importe quelle branche des sciences médicales. Et si ce travail apporte une contribution dont des milliers d'existences bénéficieront, l'auteur aura reçu, de l'Académie, une somme équivalente à la mensualité actuelle d'un étudiant modeste !!!

Nous nous sommes étendus sur ces prix que les praticiens ne connaissent pas assez et auxquels certains pourraient prétendre. Pourquoi, au fait, l'Académie ne créerait-elle pas un prix destiné au médecin de campagne qui, de l'avis de ses pairs, serait le plus digne d'entre eux ? L'embarras du choix mettrait l'Académie en difficile posture...

M. le Secrétaire général, professeur Achard, commençait son éloge de Paul Broca. Né à Sainte-Foy-la-Grande, sur les bords de la Garonne, tout comme Gratiolet, les Reclus et je crois aussi J.-L. Faure, Paul Broca, fils de médecin, était par sa famille destiné à Polytechnique. Mais à Paris, les traditions du père l'emportèrent et Broca commença avec ardeur ses études médicales. Répétiteur à Sainte-Barbe, le jeune étudiant suivait les cliniques qui, à cette époque point si lointaine que cela, se faisaient de 6 h. à 10 h. du matin. Le chimiste J.-B. Dumas le comptait aussi parmi ses élèves.

Broca travaillait sans relâche et comme, de 8 heures à minuit, chaque soir, il revoyait les cours de la journée ou prenait de nombreuses notes sur les ouvrages qu'il avait à sa disposition, cela lui coûtait 15 chandelles par mois. Nouveau Bordeu, un méridional du Béarn, Broca suit cours et cliniques, signe de nombreux articles, donne des leçons, passe brillamment ses examens. La proclamation de la République l'exalte et on le voit en costume de garde-national, à la porte de l'Hôtel-Dieu, un livre d'une main et le fusil de l'autre. Broca se livre à ses recherches sur les localisations cérébrales et c'est une magnifique occasion pour M. le professeur Achard de faire l'historique de ces travaux. Malgré l'émiettement de la doctrine, la description de l'aphasie motrice « type Broca » est toujours debout.

Broca ne fut-il pas un des premiers à appliquer la méthode anatomo-clinique à la pathologie nerveuse ? Les esprits ardents du milieu du 19e siècle voient, dans le protagoniste de la Science nouvelle, les uns, un prophète ; les autres, un ennemi : matérialistes et spiritualistes, comme l'on disait alors, secondent ou réprouvent le jeune professeur. La politique et la religion qui n'ont que faire l'une et l'autre dans des questions de ce genre viennent troubler les premiers jours de la Société d'Anthropologie, fondée en 1859. L'étude du groupe humain, dans toutes ses manifestations, était le vaste programme de celui qui en fut, jusqu'à sa mort, le secrétaire général. En 1867, au second étage du Musée Dupuytren, Broca inaugurait son laboratoire d'Anthropologie, et bientôt, il ouvrait les cours de son Ecole... Le professeur Achard, qui suivit, en 1879, les leçons du Maître, nous trace, de ses cours, un beau tableau. L'opposant à son successeur Mathias Duval, si châtié, si étudié et dont les discours nettement articulés semblaient être un égrènement de notes cristallines, M. Achard nous montre Broca dans l'attitude du lutteur. De nombreux traits émaillent cet éloge : tel Broca envoyant à Versailles sous des sacs de pommes de terre, les 75.000.000 de francs qui constituaient l'avoir de l'Assistance publique et que les délégués de la Commune de Paris voulaient s'approprier...

La politique l'entraîne et 1880 le voit sénateur inamovible. L'année suivante, une crise d'angine de poitrine l'enlève subitement. M. Achard fait une splendide synthèse des études anthropologiques poursuivies avec tant de ténacité par Broca. De quelle joie ce savant eût salué les découvertes préhistoriques contemporaines ! Dans cette science de l'Humanité où des parcelles de vérité nous sont parcimonieuseement accordées, ayons foi. Puissions-nous en poursuivre le progrès par un travail constant dans la Paix générale des Peuples...

Et vers 5 heures du soir, la rue Bonaparte, la rue des Beaux-Arts, la rue de Seine, furent à nouveau parcourues par les hôtes de l'Académie de médecine et leurs invités au nombre desquels fut compté le *Concours Médical.*

Raymond MOLINÉRY.

CORRESPONDANCE

2924. — Impôts sur automobiles.

I

Abonné du *Concours Médical*, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me renseigner sur le point suivant : quels sont les impôts qu'il me faudra payer en 1925 pour mes voitures automobiles ? Je possède : 1 Zèbre 6 HP d'usage journalier ; 1 Peugeot 10 HP, voiture de remplacement.

Prière de m'indiquer très exactement toutes références utiles, le contrôleur local se refusant à admettre l'usage d'une voiture de remplacement qu'il prétend taxer entièrement.

Dr L.

Réponse.

Les taxes qui vous sont réclamées pour 1925, seront :

Pour la Zèbre 6 *HP* : 36 × 6 = 216 fr.

Pour la Peugeot 10 *HP.* : 36 × 10 = 360 fr.

Il y a peu de chance que vous obteniez de ne payer la taxe que pour une seule voiture, puisque le contrôleur vous le refuse. Vous pouvez adresser, sur papier timbré, une pétition au Directeur départemental des contributions indirectes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2979. — II

J'ai encore une question à vous poser au sujet de mes impôts automobiles.

J'ai payé régulièrement pour l'année 1924 tout entière l'impôt d'une voiture 9 HP Citroën.

J'ai vendu cette voiture le 28 août dernier.

Je dois recevoir ces jours-ci une 9 CV Citroën neuve. Que va-t-il se passer pour l'impôt de cette nouvelle voiture ? Devrais-je payer à nouveau l'impôt pour la nouvelle voiture (4e trimestre) quoique l'ayant payé pour la voiture qu'elle remplace et que je n'ai plus. Dr B.

Réponse.

Lorsqu'un véhicule cesse de circuler avant l'expiration de l'année et si son propriétaire s'est libéré d'avance de la taxe pour l'année entière, il appartient à celui-ci d'en faire la déclaration, moyennant quoi les droits applicables aux trimestres restant à courir lui seront restitués. Vous ne semblez pas avoir accompli cette formalité.

Lors du paiement de la taxe pour votre nouvelle voiture, vous demanderez au Receveur l'imputation de la taxe payée en trop pour la première sur la deuxième. Si celui-ci n'accepte pas l'imputation, vous devrez adresser une demande sur papier timbré, au Directeur des Contributions indirectes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

3187. — Timbre de certificat pour internement d'aliéné.

Sur réquisition d'un maire, je visite un ouvrier Italien atteint d'aliénation mentale. Je rédige mon rapport. Le préfet exige qu'il soit établi sur papier timbré.

Jusqu'à ce jour, j'avais cru que le rapport établi après réquisition régulière était soustrait au timbre !

Dr A.

Réponse.

Sont exempts de timbre les rapports délivrés par un médecin qui a été requis par un officier de police judiciaire, notamment par un maire agissant en ladite qualité, pour examiner, par exemple, un cadavre, dans le cas où il y a suspicion de crime ou de délit.

Mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le certificat délivré pour l'internement d'un aliéné. Le maire, en demandant ce certificat, n'agit pas comme officier de police judiciaire, mais comme magistrat administratif. Il n'a pas même le droit de requérir le médecin, de l'obliger à pratiquer l'examen du prétendu aliéné et à délivrer un certificat d'internement.

Le certificat, en cette occurence, doit être délivré sur papier timbré.

3324. — Accident aggravant une maladie préexistante.

Il s'agit d'un homme en bonne santé habituelle, fournissant un très gros effort journalier avec heures supplémentaires et ayant traumatisé au cours de ses efforts (chargement de 80 à 100 kilog. sur un chariot) une adénite banale de fatigue. A noter que l'homme répétait le geste de charger sur le pli de l'aine droite ce poids de 80 à 100 kilos très souvent dans la journée. Un beau jour adénophlegmon de l'aine droite, phlébite, puis guérison, sans aucune tare explicative.

J'ai conclu avec le chirurgien qui a opéré l'adénophlegmon à un accident du travail — traumatisme

— Un expert a conclu à une maladie professionnelle aggravée par le traumatisme. L'*assurance a payé* à l'ouvrier les demi *journées d'incapacité sur plus de 4 mois* (1400 francs environ). Elle refuse de me payer mes honoraires, 280 francs (indemnités kilométriques comprises). Est-ce que je dois m'adresser à l'ouvrier ou ai-je un moyen d'action contre l'assurance : ce que je préfèrerais, bien entendu.

Dr V.

Réponse.

La Cour de Cassation a décidé à maintes reprises qu'il ne devait pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime pour l'application de la loi sur les accidents du travail. Du moment que l'ouvrier peut faire la preuve d'une relation de cause à effet entre son travail et l'accident, il a droit aux indemnités prévues par la loi.

Si, dans le cas qui vous intéresse, il ne peut être discuté que le traumatisme est survenu au cours du travail, le chef d'entreprise ne peut se soustraire au paiement des indemnités, sous prétexte qu'il s'agirait d'une maladie professionnelle que l'accident n'a fait qu'aggraver. Dans ces conditions, nous estimons que vous avez intérêt à poursuivre en justice le recouvrement de vos honoraires. Le juge compétent est le juge de paix du lieu de l'accident. Vous devez citer devant lui, non pas l'assurance avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit, mais le patron contre lequel la loi vous donne une action directe. Nous vous rappelons que la procédure est exempte de frais de timbre et d'enregistrement.

Si vous ne voulez pas vous présenter vous-même, vous pouvez charger un huissier de vous faire représenter.

3321. — Recouvrement d'honoraires pour soins donnés à un mineur.

J'ai été appelé à donner des soins d'urgence à un garçon de 19 à 20 ans, moins de 21 ans certainement.

Il s'était accidentellement logé une balle de revolver dans le mollet.

Un chirurgien est intervenu avec mon assistance pour l'extraction du projectile.

Actuellement, le père de ce jeune homme nous répond de nous adresser à son fils pour nos honoraires, prétextant qu'il ne nous a rien commandé lui-même.

Or, le fils mineur a quitté le domicile paternel et n'est d'ailleurs pas solvable; tandis que le père, un laitier italien, l'est parfaitement.

Le père a d'ailleurs réglé quelques frais de clinique. Sa responsabilité pécuniaire existe-t-elle ?

Pour quelle somme maximum les juges de paix sont-ils compétents ?

Dr S.

(Voir la suite page XLVII-49)

PROPOS DU JOUR

Au seuil de 1925.

Combien de fois déjà les ai-je vus renaître,
Ces ans si prompts à fuir, si prompts à revenir !
Combien en compterai-je encore ? Un seul peut-être :
Plus le passé est plein, plus vide est l'avenir.

(LAMARTINE)

La mélancolie qui nous obsède à la fin de chaque année, nous porte un peu malgré nous à établir une sorte de bilan des événements heureux et malheureux de la période écoulée. L'amertume des regrets s'atténue au sourire de l'espérance et si notre passé est plein, l'avenir, ou tout au moins le proche avenir, contrairement à la rêverie du poète, ne nous paraît pas vide, bien au contraire. Car l'avenir est conditionné par le passé et c'est par notre volonté que nous nous arracherons demain à ce que les êtres veules et sans énergie appellent l'inéluctable destin. *Fatis avulsa voluntas* a dit un autre poète, Lucrèce.

Aussi, malgré les innovations probablement prochaines, qui menacent de bouleverser notre profession, nous envisageons l'avenir avec confiance parce que nous pouvons regarder la situation en face, parce que nous en avons étudié tous les risques, parce que, depuis bien des années, nous avons su prévoir.

Les événements chaque jour se précipitent. La guerre mondiale a sensiblement hâté la marche de l'évolution sociale qui, cependant, depuis un siècle, a progressé sans arrêt sous les régimes politiques en apparence les plus différents. Il suffit pour s'en rendre compte de parcourir l'histoire du dernier siècle en ne se contentant pas de l'énumération de quelques bruyants événements, émaillés d'anecdotes militaires, mais en abordant l'étude, même sommaire, de la transformation de nos institutions au point de vue politique, économique et social. C'est ainsi que nous avons vu la Charité et la Bienfaisance, céder le pas à la Solidarité et à l'Assistance, qui, à leur tour, vont s'effacer devant l'Assurance.

On ne pourra pas nous accuser d'être pris au dépourvu, car, depuis que notre syndicalisme existe, il a su établir et préciser son programme.

Ce programme ne fut pas l'œuvre d'un seul ; il naquit naturellement dans l'esprit de tous ceux qui, devant la nécessité d'adapter la profession médicale aux exigences sociales nouvelles (assistance, mutualité, assurances, prophylaxie, etc.) et prévoyant des transformations encore plus grandes, cherchaient de quelle façon ils pourraient, par le syndicalisme médical, sauvegarder autant que possible l'indépendance, la dignité et l'intérêt professionnels.

Il y a plus de quinze ans, le 13 novembre 1909, lors de la célébration du XXVe anniversaire de l'Union des syndicats médicaux de France, dont j'étais alors le secrétaire général, j'ai exposé, en conclusion d'un discours sur le passé de l'Union, notre programme syndical. Il me paraît être d'une si troublante actualité, au début de 1925, que je demande à nos lecteurs qui l'ignorent, ou l'ont sans doute oublié, la permission de le reproduire :

« Mais ce n'est pas tout, disais-je en 1909, de mobiliser une armée puissante et de l'organiser, il faut l'employer à la défense d'une juste cause et la conduire à la victoire. Je dois donc vous faire ici, pour conclure, l'exposé de notre programme syndical.

Tout d'abord, permettez-moi de faire une réserve : nous sommes des syndicalistes, mais des syndicalistes pratiques. Notre programme est un idéal que nous n'avons pas l'intention de réaliser demain, mais nous comptons le faire triompher à force de ténacité, d'énergie et de patience. Nous ne nous laisserons pas décourager, mais nous construirons petit à petit, pierre par pierre, l'édifice idéal dont nous ne verrons pas certainement nous-mêmes le couronnement.

Notre but est la défense de la liberté de tous, en respectant, le plus possible, la liberté de chacun. Mais, nous nous efforcerons d'éviter que le plus puissant et le plus fort porte atteinte à la liberté du plus faible sous prétexte de conserver lui-même le maximum de liberté, c'est-à-dire des privilèges.

Nos syndicats tenteront d'établir autant que possible l'égalité dans la lutte pour l'existence. Chacun, certes, bénéficiera du fruit de son travail et de ses facultés, mais les syndicats devront tenter, par l'aide collective, de réparer dans la mesure du possible les inégalités dues à une trop grande infériorité.

Dans les rapports entre confrères, le syndicat rendra la concurrence moins âpre en en règlementant les moyens.

Dans les rapports avec la Société, le Syndicat médical devra toujours chercher à faire concorder l'intérêt médical et l'intérêt public.

La défense de la liberté de confiance, c'est-à-dire du libre choix de son médecin par le malade, devra toujours rester la base inébranlable de notre action syndicale.

Espérant que les pouvoirs publics supprimeront les restrictions de notre liberté syndicale qui nous placent, vis-à-vis de l'Etat, des départements et des communes dans la situation fausse et ridicule de syndicats de fonctionnaires irréguliers, mais ayant néanmoins une existence légale, nous offrirons toujours aux administrations notre concours pour tout ce qui concerne l'intérêt de la santé publique, mais il faudra pour cela que les administrations en arrivent à nous accorder quelque confiance et n'affectent plus de nous méconnaître. Nous voulons collaborer loyalement au bien public, mais nous refuserons avec énergie la chaîne, même dorée, du fonctionnarisme.

A l'égard des autres collectivités : mutualités, sociétés industrielles, sociétés d'assurances, nous nous montrerons d'une intransigeance absolue toutes les fois que notre indépendance sera en jeu. Ne voulant pas devenir fonctionnaires, nous accepterons encore moins d'être des salariés.

Je vois poindre l'aurore lointaine, où notre organisation, devenue parfaite, l'Etat, vraisemblablement transformé, voudra tirer parti des syndicats médicaux pour le plus grand bien de la société toute entière.

Ce jour-là, les syndicats médicaux auront charge de la sauvegarde de la santé publique. Ils recevront la mission d'éteindre un à un, par la prophylaxie, les fléaux qui nous déciment.

Et comme il ne serait pas juste que le médecin devînt la victime des services publics qu'il aurait rendus, je prévois que l'Etat, mû par le souci de la justice, imposera à chaque citoyen l'assurance contre la maladie au syndicat médical. Les primes de cette assurance, essentiellement variables et proportionnelles aux services rendus, n'auront rien de commun avec l'actuel abonnement. La liberté de confiance sera toujours respectée. Les médecins, ayant intérêt à supprimer la maladie, s'acharneront à en rechercher et à en faire disparaître les causes.

Et le syndicat répartira équitablement entre tous les confrères les primes d'assurance recueillies. Chacun aura sa part, sans que celui qui, par son dévouement ou son intelligence, aura rendu le plus de services, soit frustré du supplément légitime de ressources qu'un labeur plus grand ou plus utile devra lui assurer.

Mais je m'aperçois que je m'égare et que je vous mène en un voyage en pays d'Utopie.

Vous me le pardonnerez, car, comme l'a dit un profond sociologue :

« Il est dans la nature humaine de ne pas se laisser priver d'idéal et de ne pouvoir accomplir de grandes actions sans l'impulsion toute puissante des sentiments altruistes. La poétisation de la lutte, la conviction que l'on se voue à quelque chose de supérieur (patrie, liberté, justice sociale), a toujours été la source de l'héroïsme et le chemin de la victoire. »

Ces paroles, prononcées dans une séance solennelle, devant des personnages officiels, devant M. le Dr Lereboullet, de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France, et M. le Dr Lepage, agrégé et accoucheur des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Association, ne furent pas alors jugées subversives.

Depuis, l'Union des Syndicats médicaux a doublé l'effectif de ses membres et décuplé ses ressources financières.

Les luttes qu'elle a soutenues avec plus ou moins de succès pour l'organisation de l'Assistance médicale gratuite, pour l'application de la loi sur les accidents du travail, pour modifier la mentalité singulière des dirigeants de la Mutualité, pour collaborer à l'hygiène publique et à la prophylaxie des maladies évitables, pour réprimer l'exercice illégal de la médecine, et enfin pour organiser les soins aux pensionnés de guerre, ont amené plus de cohésion dans les syndicats, ont donné à ceux qui les dirigent une conception plus nette du programme et ont permis quelques expériences vraiment intéressantes.

Aussi, au début de cette année 1925 qui, peut-être, marquera pour nous, médecins praticiens, le commencement d'une ère nouvelle, nous pouvons envisager l'avenir avec confiance. Sans doute, tout ne se passera pas sans heurts ; sans doute plus d'une fois aurons-nous à nous plaindre du trouble profond porté à nos habitudes professionnelles ? De pareilles transformations ne peuvent s'établir sans secousses, ni approcher de la perfection en quelques jours. Mais, si nous savons rester unis dans nos syndicats et dans notre Union, si nous savons faire chacun le sacrifice nécessaire de nos propres désirs pour éviter la dislocation de nos forces et maintenir la discipline de notre action, si nous savons nous adapter aux conditions nouvelles sans surestimer nos forces, et surtout en ayant une conscience exacte de notre puissance, nous sommes en droit d'espérer qu'il y aura encore un bel avenir pour la profession médicale.

Aussi, confrères, au seuil de 1925, souhaitons simplement le maintien de l'Union dans la Discipline et dans la Concorde.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES GASTRALGIES DES FEMMES ENCEINTES

Par le Dr Henri VIGNES,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Les femmes enceintes, lorsqu'elles arrivent au dernier trimestre de la gestation, se plaignent souvent des douleurs plus ou moins vives qu'elles ressentent à la partie supérieure de l'abdomen.

CES « DOULEURS D'ESTOMAC » NE RECONNAISSENT PAS TOUJOURS UNE ORIGINE STOMACALE. Il faut savoir que, parfois, en cas de présentation du siège, le fond utérin est douloureux au niveau de la tête fœtale, plus qu'il ne le serait s'il logeait l'extrémité pelvienne. Il faut savoir aussi que, souvent, très souvent, la douleur est liée à une cholécystite atténuée et plus ou moins fruste dans ses manifestations : le régime, la désinfection biliaire et intestinale, le chauffage de la région, peuvent alors rendre des services.

D'AUTRES FOIS, C'EST BIEN L'ESTOMAC QUI EST EN CAUSE. *Tantôt il y a hyperchlorhydrie* due à divers facteurs et on a, tour à tour, préconisé l'eau de chaux, le lait de magnésie, le bicarbonate de soude, les eaux alcalines, les poudres de saturation, l'opium qui, parfois, réussit fort bien dans le pyrosis, ainsi que l'enseignait Tarnier.

Whitridge Williams a remarqué que l'administration d'un verre de crème une demi-heure avant chaque repas amène souvent un réel soulagement.

Tantôt, plus souvent peut-être, il y a hypochlorhydrie accentuée, par exagération de l'hypochlorhydrie que Kehrer considère comme normale au cours de la gestation. Pour ma part, j'ai obtenu, dans de très nombreux cas, d'excellents effets en prescrivant après chaque repas une ou deux cuillerées à café de *chloridia*, ou du mélange suivant qui, approximativement, a la même composition et que j'emprunte au formulaire Astier :

Pepsine extractive	dix grammes
Acide chlorhyd. officinal.	deux grammes
Chlorhydrate de cocaïne ..	vingt centigr.
Eau chloroformée	cent soixante gr.

Tantôt il s'agit d'un ulcus, qui se traduit par des douleurs gastriques ou par des vomissements, qui sont pris souvent pour des vomissements gravidiques. Dans un cas qu'il a publié jadis, Le Play a cru pouvoir parler d'aggravation due à l'état de grossesse. Par contre, Szenes a noté fréquemment que les douleurs causées par les ulcères gastriques ou duodénaux sont améliorés pendant la gestation, ce qu'il attribue à cette moindre acidité dont nous parlions plus haut, et aussi aux changements de position stomacale et à l'infiltration graisseuse des mésos. De même, des exulcérations créées artificiellement chez des chiennes gravides, ont guéri un peu plus vite que chez des témoins.

Enfin, il faut se rappeler que les douleurs stomacales ne sont parfois pas autre chose que la barre épigastrique de Chaussier, signe précurseur de convulsions éclamptiques ; on recherchera alors l'hypertension, l'albuminurie, les œdèmes et les autres signes d'éclampsisme pour prescrire, suivant le cas, saignée, purge, diète hydrique, diète lactée, régime lacto-végétarien (1).

Henri VIGNES.

(1) Nous avons appris avec le plus vif plaisir que notre très distingué collaborateur vient d'obtenir le prix *Martin-Damourette* à l'Académie des sciences et le prix *Tarnier* à l'Académie de médecine pour son Traité de *Physiologie Obstétricale*. Toutes nos plus vives et sympathiques félicitations.

N. D. L. R.

LE MÉDECIN-PRATICIEN ET L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Par le Dr P. Kouindjy,

Ancien chef des services de rééducation à la Salpêtrière et de physiothérapie au Val-de-Grâce,

Dans ce modeste travail, qui servit de base à une communication faite au XIIe Congrès d'Hygiène, nous avons uniquement en vue le médecin-praticien, aussi bien celui qui fréquente les hôtels des Champs-Elysées, que celui qui monte les six ou sept étages des maisons de Montmartre ou qui parcourt à bicyclette ou en voiture les routes de nos campagnes. C'est à ce praticien qu'appartient la haute mission de régénérer la nation et de contribuer au développement physique de nos enfants. Tant que ce médecin-praticien restera à l'écart de l'importante et vitale question de l'éducation physique, la réalisation de cette dernière sera caduque. Il est vraiment temps que le praticien s'en occupe et qu'il se consacre à la direction scientifique des exercices physiques, comme il se dévoue au traitement de ses malades, puisque l'éducation physique forme une des branches principales de l'hygiène sociale et de la santé publique. Tout le monde est d'accord actuellement sur ce que les exercices physiques et les sports utilitaires sont les meilleurs moyens qui nous permettent d'avoir des enfants forts et bien portants et qui nous donnent la possibilité de lutter avec succès contre l'alcoolisme, la tuberculose et la dépopulation. C'est certainement pour cette raison que les exercices de gymnastique, et surtout les sports, ont pris ces dernières années une extension rapide dans tous les pays. Si nous devons nous réjouir de cette extension vraiment vertigineuse des sports nous devons, malheureusement, nous mettre en garde contre la façon dont ces sports sont utilisés. Souvent, plus souvent qu'on ne le croit, la gymnastique et les sports pratiqués avec excès et d'une façon intempestive, sont plus dangereux pour beaucoup d'individus, que l'absence complète de tout exercice. Un exercice mal appliqué est capable de provoquer une fatigue musculaire prolongée, un surmenage musculaire irréparable. Il faut donc avoir une base scientifique, une application raisonnée des exercices, pour pouvoir obtenir du mouvement tout le bien qu'on peut en tirer. Il faut une direction méthodique, basée sur l'analyse raisonnée du mouvement en rapport direct avec la constitution physique de l'individu et son centre psychomoteur supérieur.

L'éducation physique n'est pas un moyen de créer uniquement des athlètes. Qu'il se trouve des individualités qui, en s'entraînant par les exercices physiques, deviennent des athlètes, des hercules, ceci n'est pas douteux. Mais, l'éducation physique n'est pas l'athlétisme ; c'est un moyen rationnel destiné à développer progressivement la force physique et morale de l'homme et un moyen prophylactique, permettant de lutter avec succès contre les maladies évitables. Mais, pour que l'éducation physique devienne ce moyen puissant, il faut savoir doser les mouvements de chaque exercice et avoir une posologie pour l'exécution de ces mouvements.

Donc, pour rendre l'éducation physique vraiment utile à la santé publique, il faut sélectionner les exercices physiques et les sports selon l'âge de chaque exécutant, selon l'état physique des enfants et aussi selon les manifestations morbides, temporaires ou permanentes, de chacun d'eux. De cette façon, l'éducation physique devient une véritable science, faisant partie de l'ensemble de l'hygiène publique et, par conséquent, de l'exercice quotidien de la médecine.

A qui doit incomber la direction de cette branche médicale, sinon au médecin-praticien ? Et, en effet, lui seul, grâce à ses longues études de médecine, est en mesure de surveiller les manifestations physio-pathologiques de la croissance, les attitudes vicieuses de l'enfance et de l'adolescence, les phénomènes pathologiques de la puberté, les différentes phases de la menstruation, les manifestations de la débilité psychonerveuse, les troubles osseux et articulaires, etc. Il est également en mesure de comprendre la posologie des mouvements, les coordonner selon les circonstances et les appliquer d'une façon judicieuse en harmonie avec les lois physiologiques du corps humain, et surtout avec ses deux principales fonctions, la circulation et la respiration.

Il est donc indiscutable que le médecin praticien doive occuper la place la plus importante dans l'exécution du programme d'éducation physique. D'ailleurs, dans quelques cas, on commence à avoir recours à son intervention, surtout lorsqu'il s'agit des exercices physiques chez des sujets maladifs. Mais, jusqu'à présent, on lui conteste la direction des exercices chez les sujets bien portants. On trouve que la gymnastique et les sports chez les enfants et les adolescents sont l'apanage des spécialistes, des professionnels. Nous ne discutons pas l'utilité des aides dressés pour rendre l'éducation physique plus généralisée. Au contraire, nous trouvons que ces aides sont nécessaires pour exécuter les différentes méthodes de gymnastique et pour transformer les sports en exercices utilitaires. Nous irons même plus loin, en affirmant que ces aides nous sont indispensables, si nous voulons tirer de l'éducation physique la quintessence utile. Mais nous vou-

lons que ces aides, pris d'abord parmi les instituteurs, ensuite parmi les professionnels, comprennent l'utilité des exercices physiques chez les enfants, les adolescents et les adultes et qu'ils soient en mesure de leur expliquer le but de chaque exercice. « Tout pédagogue, disait notre regretté ami, le prof. Le Marinel, de Bruxelles, doit donc connaître les lois de l'éducation physique, comme il connaît celle du développement de l'esprit. » Nous voulons aussi que le maître d'école se pénètre de la conviction, que seul, le médecin praticien doit diriger l'ensemble de l'application des exercices physiques et que son rôle est de l'aider à réaliser l'exécution du programme de ces exercices. D'où il suit, que l'éducation physique doit être basée sur une double collaboration du médecin praticien et de l'instituteur.

Est-ce à dire, qu'il suffit de posséder un diplôme d'une Faculté de médecine quelconque pour pouvoir se déclarer apte à diriger les exercices physiques ? Nullement ! Et pour cause, puisque actuellement, l'enseignement de l'éducation physique dans nos écoles de médecine est inexistant. Combien y a-t-il de nos confrères qui ignorent ce qu'est un mouvement éducatif et le bon résultat qu'on peut en tirer ? Malheureusement, beaucoup, il faut l'avouer. Le médecin praticien, qui sort de l'Ecole muni de son parchemin, a bien appris à prescrire des drogues, il est ce que le Dr Didier appelle « un prescripteur infatigable de médicaments ».

S'il veut se mettre au courant des agents kinésiques, il est obligé de se livrer aux enquêtes et aux recherches personnelles. S'il a du goût pour les études du mouvement et son application en éducation physique et thérapeutique, il finit par faire un bon kinésithérapeute et rend service à ses clients en éducation physique.

Sinon, il envoie tout promener et retourne à ses médicaments. Est-ce de sa faute ? Sûrement, non. La faute est à l'école, à notre *Alma Mater*, qui forme notre mentalité médicale.

Elle nous apprend à connaître les malades, à savoir discerner parmi les manifestations pathologiques ; mais elle nous laisse ignorer ce qu'est un homme bien portant. Nous apprenons avec force détails, l'auscultation des tuberculeux, des cardiaques, des emphysémateux, mais nous n'apprenons pas à ausculter l'homme sain, pour pouvoir faire la comparaison et juger de la différence qui existe entre un souffle d'un malade atteint d'une bronchite et le souffle d'un homme dont les poumons sont bien portants. Les études pathologiques que nous faisons durant de longues années nous sont indispensables, mais, il nous serait aussi indispensable de connaître l'évolution de la santé. L'anatomie et la physiologie, que nous apprenons à la Faculté, pourront nous être très utiles pour connaître les différentes phases de l'homme bien portant ; ce qui changera un peu notre mentalité médicale ; car, fréquemment, la peur des arthrites tuberculeuses, des ostéites, des tumeurs nous poursuit tout le long de notre carrière médicale. Un enfant marche mal, se plaint de douleurs dans la hanche ou dans une autre articulation, vite nous l'immobilisons par crainte de coxalgie, de tumeur blanche ou des arthrites tuberculeuses. Cette mentalité est tellement enracinée dans notre conception professionnelle, que souvent, nous préférons l'ankylose là où une mobilisation précoce et méthodique nous aurait permis de remettre le bambin debout. Il m'est difficile de citer les nombreux méfaits de l'immobilisation à outrance, dus uniquement à notre éducation médicale actuelle et à l'absence à peu près complète des études du mouvement physiologique de l'homme bien portant.

Il faut que le médecin-praticien s'habitue à suivre les hommes bien portants, comme il admet la nécessité de suivre ses malades convalescents et débiles. La grande guerre nous a démontré le profit considérable, que nous avons pu tirer de l'entraînement physique chez les blessés de guerre. Nous savons tous, que la mobilisation méthodique précoce et l'application large du mouvement, sous forme d'exercices physiques et rééducatifs, nous a permis de récupérer un nombre respectable d'hommes pour le front. Ce que nous avons pu faire pour les blessés de guerre, nous pouvons le faire, par l'éducation physique, pour les enfants et les adolescents.

Chaque praticien doit, par conséquent, connaître suffisamment l'art kinésique pour pouvoir ordonner les exercices physiques non en empirique, mais en homme compétent, appelé non seulement à guérir les malades, mais aussi à prévenir les maladies.

De ce qui précède, il résulte que pour faire rendre à l'éducation physique le maximum de son effet, il faut la subordonner à la direction scientifique du médecin praticien, qui muni de connaissances suffisantes en matières kinésiques, doit être en mesure d'établir les directives rationnelles des exercices et composer des programmes selon l'état général et les fonctions psychomotrices de chaque individu. Il doit être secondé par le pédagogue, en l'occurence par l'instituteur ou le professionnel, qui doivent suivre à la lettre les directives du médecin et les exécuter en connaissance parfaite des exercices physiques appropriés. C'est donc grâce à la collaboration continue du médecin praticien et de l'instituteur que l'éducation physique deviendra un moyen éminemment puissant dans les mains du corps médical, lui permettant de lutter efficacement contre tous les fléaux qui rongent notre pauvre humanité.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les Hygromas.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Les bourses séreuses, qui ne sont autre chose que des failles produites dans le tissu conjonctif à l'occasion de mouvements répétés, peuvent être le siège de phénomènes aigus ou chroniques apparaissant sous l'influence de traumatismes ou d'infections : on désigne ces bursites aiguës ou chroniques sous le nom d'hygromas. Or, ces bourses séreuses, formations apparaissant après la naissance, ne se sont développées que sous l'influence de mouvements incessants imprimés aux parties, et les modifications structurales que présentent les limites de la faille sont donc déjà le résultat de l'irritation produite par un traumatisme minime, mais répété ; il est donc permis de concevoir la bourse séreuse normale comme le premier degré de l'hygroma traumatique.

Normalement, une bourse séreuse est essentiellement constituée par une poche fibreuse, résultat d'un tassement plus ou moins considérable du tissu conjonctif ambiant, dont la face interne est parfois revêtue, en quelques points, par des cellules conjonctives aplaties simulant un revêtement endothélial, poche contenant quelques gouttes d'un liquide filant analogue à la synovie. Il y a donc eu à la fois exsudation et modification du tissu conjonctif ambiant : suivant que l'un ou l'autre de ces deux processus aura pris ultérieurement un caractère prédominant, on aura alors affaire à une variété différente d'hygromas, hygroma à épanchement (hygroma séreux) ou bien hygroma à tendances fibro-formatives. Dans la première variété, la tumeur est presque tout entière représentée par du liquide renfermé dans une poche à parois assez minces : dans la seconde, au contraire, l'épanchement est minime, mais la poche est épaisse, pouvant présenter à sa face interne de nombreuses saillies et constituant à elle seule, la presque totalité de la tumeur.

Pendant longtemps, on a cru devoir décrire plusieurs variétés d'hygromas à transformations fibreuses, dont on faisait autant de types bien distincts, et dont les principales étaient l'hygroma proliférant, et l'hygroma fibreux.

L'hygroma proliférant, connu par les descriptions de Chassaignac, de Pamard et de Bazy, était caractérisé par l'irrégularité de la paroi interne et par la présence de corps étrangers libres flottants dans la cavité ; quant à l'hygroma fibreux, c'était une sorte de tumeur produite par l'épaississement de la poche, parfois si considérable qu'elle ne constituait plus qu'un noyau de fibrome avec une minuscule cavité centrale.

Entre ces deux formes extrêmes, il en existait bien entendu toute une série d'intermédiaires, servant de transitions, et rattachant ainsi l'un à l'autre l'hygroma fibreux et l'hygroma proliférant. A vrai dire, toutes ces distinctions étaient un peu subtiles, aussi Ombrédanne a-t-il bien justement réuni dans une seule et même classe toutes ces variétés essentiellement caractérisées par les modifications des parois, en leur donnant le nom d'hygromas à tendance fibro-formative.

Les hygromas séreux sont d'une banalité courante, et vous avez eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas dans notre service. Il est beaucoup moins fréquent de rencontrer l'évolution fibreuse des bursites chroniques ; aussi, ai-je l'intention de profiter du séjour dans nos salles d'un malade atteint de cette lésion pour vous dire quelques mots de ces deux formes d'hygromas en les opposant l'une à l'autre.

Voyons d'abord l'hygroma séreux : il y a un mois environ, entrait à la salle Saint-Pierre, un homme âgé de 53 ans, présentant une petite tumeur au niveau de la région prérotulienne gauche. Depuis trois mois, notre malade avait constaté l'apparition en ce point d'une grosseur absolument indolore, mais qui avait, quoique lentement, augmenté insensiblement de volume. Au moment de notre examen, cette tumeur affectait les dimensions d'un œuf de poule, elle était sessile, hémisphérique, transparente, rénitente et donnait la sensation de fluctuation. Le diagnostic en pareil cas n'était guère difficile à poser : il s'agissait d'un simple hygroma séreux, dont l'ablation fut faite quelques jours plus tard à l'anesthésie locale, et vous devez vous souvenir que la tumeur que j'ai enlevée était constituée par une poche à parois relativement minces et renfermant une quantité assez abondante de liquide séreux et citrin : il n'y avait dans la poche ni anfractuosités, ni brides.

Pour ce qui concerne notre deuxième malade, entré à l'hôpital depuis une douzaine de jours seulement, il avait vu se développer, depuis un an environ, dans la région prérotulienne gauche, une tumeur mollasse, indolente, très peu mobile, augmentant insensiblement de volume. Au moment où il nous a été donné de l'examiner, elle présentait les dimensions d'un œuf de pigeon, mais on ne pouvait y dénoter qu'une très faible

fluctuation, car la palpation révélait plutôt l'existence d'une masse pâteuse avec quelques parties plus dures : la cavité devait être petite et irrégulière. Il fut impossible de déceler de la transparence ; la tumeur que recouvrait une peau normale, sans rougeur et sans circulation complémentaire, n'occasionnait qu'un peu de gêne à la marche et pas de véritables douleurs.

Etant donnés la localisation et l'aspect clinique de cette lésion, il ne pouvait s'agir d'autre chose que d'un hygroma, mais, dans la paroi duquel avaient dû se produire un certain nombre de modifications. Dans ce cas, de même que dans le précédent, l'intervention chirurgicale fut extrêmement simple : par une incision médiane, faite sur le sommet de la tumeur, nous avons incisé la peau ; puis, nous avons cherché le tissu cellulaire qui représente l'espace clivable, et à l'aide des ciseaux, nous avons pu énucléer la tumeur sans l'ouvrir.

En examinant cette pièce, nous avons constaté que nous nous trouvions en présence d'une poche de coloration blanc jaunâtre, de consistance plutôt dure et ne renfermant que très peu de liquide, comme le prouva son incision, qui ne donna issue qu'à une cuillerée de substance visqueuse et filante. La paroi était constituée par une coque épaisse, dure et résistante, mesurant une épaisseur de quatre millimètres : assez régulière sur sa face externe, elle l'était beaucoup moins sur sa face interne, qui était couverte par des travées saillantes, par des éminences plus ou moins accentuées, et par diverses végétations, dont les dimensions variaient depuis celles d'un grain de blé, à celles d'un gros pois.

En divers points, on remarquait même l'existence de véritables cordons fibreux qui, tendus d'une paroi à l'autre, traversaient ainsi toute l'étendue de la poche : malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé de corps flottants.

Les hygromas séreux se présentent sous la forme de tumeurs dont les dimensions peuvent varier de la grosseur d'une petite noix à celle d'une tête d'enfant. Quand la production est petite ou de moyen volume, ce qui est habituel, la poche est régulière et unique, offrant ainsi extérieurement un aspect bien net ; mais, quand l'hygroma a acquis un volume plus considérable, elle peut être au contraire cloisonnée et divisée en un certain nombre de petites masses, communiquant plus ou moins les unes avec les autres, se traduisant alors à la vue par un aspect bosselé.

La paroi de la tumeur, constituée exclusivement par du tissu conjonctif non revêtu d'épithélium, est généralement assez mince et ne mesure que quelques millimètres d'épaisseur ; elle est souvent renforcée en différents points par un certain nombre de bandes fibreuses. Quant au liquide renfermé dans la poche, il est d'ordinaire séreux et citrin ; plus rarement, il est filant et visqueux ou encore colloïde.

Ces hygromas sont d'une indolence absolue, et ne deviennent sensibles ou douloureux que lorsqu'ils sont le siège d'une complication quelconque : ils peuvent devenir gênants quand ils ont acquis des dimensions par trop considérables.

Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies et fluctuantes, parfois résistantes quand le liquide est sous forte tension. La transparence est assez difficile à bien mettre en évidence quand il s'agit d'une collection d'un petit volume ; elle ne l'est plus lorsque l'hygroma a acquis un certain développement.

Les hygromas à tendance fibro-formative offrent d'ordinaire les mêmes dimensions que les hygromas séreux, mais leur aspect extérieur donne par ses contours bosselés l'allure des bursites multiloculaires. Leur constitution est d'une façon générale la même que celle des hygromas séreux, car, comme ceux-ci, ils sont formés par une paroi conjonctive délimitant une cavité contenant une quantité de liquide plus ou moins variable. Mais alors que les bursites à épanchement ne présentent qu'une paroi assez mince, ne mesurant que quelques millimètres, les hygromas à tendance fibro-formative sont pourvus d'une coque toujours assez épaisse pouvant dépasser deux et trois centimètres. Cette paroi, dure, résistante, contient souvent dans son épaisseur des îlots cartilagineux ; sa face externe est réunie par des tractus fibreux à l'atmosphère ambiante, et sa face interne est recouverte de végétations, sessiles ou pédiculées, villeuses ou papillomateuses, ce qui donne à la poche, comme vous avez pu d'ailleurs vous en rendre compte vous-mêmes, un aspect tout à fait anfractueux. On comprend aisément que la présence de ces végétations, qui font ainsi saillie dans la cavité, en diminue d'autant la capacité, et qu'il arrive dans certains cas, que la cavité centrale est réduite à des dimensions tout à fait minimes, et que parfois même elle a complètement disparu.

Quant au liquide contenu, presque toujours filant et visqueux, il se présente dans des proportions très variables ; il peut être réduit à quelques gouttes, ce qui permet aux parois de l'hygroma de frotter l'une contre l'autre ; dans d'autres cas, il est plus abondant et contient, flottant dans son sein, un certain nombre de corps étrangers libres, fibreux, graisseux, cartilagineux ou calcaires, qui ne sont autre chose que d'anciennes végétations, dont le pédicule s'est rompu.

La paroi de ces hygromas est constituée par du tissu conjonctif, pauvre en éléments cellulaires, riche en trousseaux fibreux, englobant un certain nombre de pelotons adipeux. Dans la majorité des cas, ces formations adipeuses sont surtout répandues à la périphérie de l'hygroma, du

côté de la face externe, et à mesure que l'on se rapproche de la face interne, on constate la diminution progressive des amas adipeux, et l'augmentation du tissu fibreux : vers la face interne, et au niveau des végétations, on ne rencontre plus que du tissu fibreux souvent richement vascularisé. Parfois, mais bien plus rarement, les éléments adipeux l'emportent sur les formations fibreuses dans la constitution des parois de l'hygroma : ils forment alors de grosses franges, qui viennent proéminer dans la cavité et constituent ce que l'on désigne du nom de lipome arborescent des bourses séreuses.

L'origine de ces végétations, qui tapissent ainsi la face interne de la cavité de l'hygroma, a été diversement interprétée. Pour Virchow et ses élèves, il s'agissait là de véritables productions de la face profonde ; l'hyperplasie conjonctive s'accompagnerait de prolifération vasculaire et les végétations se développeraient alors à la manière des bourgeons charnus dont l'inflammation provoque l'apparition. Pour Glaser, au contraire, il n'y aurait pas seulement hyperplasie conjonctive, mais encore liquéfaction des éléments adipeux, ce qui donnerait naissance à la cavité de l'hygroma.

La fonte graisseuse se continuant dans les parois de la poche, les proéminences de la face interne ne seraient pas par suite des productions nouvelles, mais des restes d'îlots conjonctifs respectés par le travail d'érosion.

Les hygromas à tendance fibro-formative n'ont pas de symptômes qui leur appartiennent en propre : quand ils renferment un épanchement assez abondant, on peut mettre en évidence la fluctuation ; dans le cas contraire, on a l'impression d'une masse immobile, irrégulière, pâteuse, dans laquelle on peut sentir des cordes, des brides fibreuses tendues d'une paroi à l'autre. A l'inverse des bursites séreuses, les hygromas à tendance fibro-formative sont opaques.

Qu'ils appartiennent à l'une ou l'autre variété, les hygromas surviennent soit à la suite d'une contusion unique et violente, soit, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, après des contusions légères, mais constantes et prolongées, comme le serait un frottement continuel, répété tous les jours. Ce sont alors bien souvent de véritables hygromas professionnels, survenant en certains points précis, plus particulièrement traumatisés, tels que la région prérotulienne chez les parquetiers, les religieuses, les laveuses, ou la région sus-acromiale chez les porteurs d'eau. On a vu de même, dans un certain nombre d'autres professions, se développer des bursites en d'autres endroits, dans les régions sous-deltoïdienne, péri-trochantérienne, présternale, ou encore à la face interne du genou chez les cavaliers. Il ne faut pas oublier, en outre, que les exostoses, les saillies osseuses de certaines déformations osseuses congénitales ou acquises, telles que pied bot ou hallux-valgus, sont fréquemment surmontées d'un hygroma résultant du frottement incessant produit en ce point.

Les hygromas peuvent être le siège d'un certain nombre de complications : par leur situation superficielle, ils sont assez exposés à l'action vulnérante des divers agents traumatiques ; ils peuvent également présenter des phénomènes hémorragiques ou infectieux, ou encore donner naissance à un néoplasme.

Les plaies des hygromas, tant redoutées au temps de Malgaigne, qui les considérait comme très graves, le sont beaucoup moins aujourd'hui où l'on sait comment il convient de traiter toute solution de continuité supposée septique. Il faut se souvenir, en effet, que les bourses séreuses, n'étant pas revêtues d'un endothélium, constituent un tissu éminemment favorable au développement des germes microbiens : aussi faudra-t-il redoubler de soins et de précautions dans le nettoyage et dans le pansement de ces plaies, qui ne présentent rien de particulier en dehors de leur situation para-articulaire.

Les contusions des hygromas se traduisent par une augmentation de volume plus ou moins marquée de la tumeur primitive, due à un épanchement sanguin dans l'intérieur de la poche. Dans la majorité des cas, les parois restent intactes, et l'hémorragie est localisée dans la cavité ; mais il se produit parfois une solution de continuité et l'émission sanguine gagne alors le tissu cellulaire sous-cutané voisin. Dans certains cas, il peut arriver, bien que l'intégrité des parois de la poche soit parfaite, que l'infiltration hématique, se fasse également sous la peau, constituant ainsi un véritable hématome sous-cutané diffus. Ce sang épanché reste liquide ou se coagule, et il semble ne devoir présenter le phénomène de la coagulation que lorsque l'hygroma est rompu.

Dans le cas d'intégrité de la poche, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, fluctuante, parfois très tendue ou presque rénitente ; la peau est normale ou présente des traces de contusion ; mais, quand la poche est rompue, on ne trouve plus de tumeur bien limitée, il existe au contraire, une masse pâteuse, sans contours nets, sous une peau épaissie, infiltrée et œdématiée.

La suppuration de l'hématome peut se produire, et l'infection se réalise grâce aux petites plaies provenant du traumatisme causal, qui ont servi ainsi de véritables portes d'entrée.

Le pronostic de ces contusions est, en général, bénin, car elles ne nécessitent la plupart du temps aucune intervention : après une asepsie rigoureuse de la peau, on doit se borner à une légère compression, qui amène ordinairement la résorption de la collection sanguine. Mais si

l'hématome est par trop considérable et douloureux, on peut le ponctionner et comprimer la poche une fois vidée.

L'hygroma hémorragique, ou pachybursite hémorragique, est à l'hygroma, comme le dit fort justement Ombrédanne, ce que l'hématocèle vaginale est à l'hydrocèle. Il peut succéder à un traumatisme, mais en général, son début est tout à fait insidieux. Il s'agit alors d'une tumeur dont le volume augmente petit à petit, par à-coups, jusqu'à présenter des dimensions assez considérables pouvant atteindre le volume d'une tête d'adulte. Au début, la tumeur est lisse, arrondie, unilobulée : elle présente ultérieurement un certain nombre de bosselures et de diverticules se rattachant largement à la tumeur principale, et la paroi qui recouvre cette collection opaque offre parfois une teinte bleutée.

La paroi présente une épaisseur assez considérable, pouvant atteindre jusqu'à deux centimètres : sa structure n'a rien de bien particulier, si ce n'est que l'on note la présence d'un certain nombre de petits foyers hémorragiques. La face interne, rugueuse ou végétante, recouverte de dépôts fibrineux, est surmontée de petits bourgeons formés de cellules embryonnaires et très riches en vaisseaux, au niveau desquels se font les hémorragies. La cavité contient un liquide, épais, visqueux, de couleur chocolat ou noirâtre, contenant des cristaux de cholestérine et parfois des caillots.

L'*inflammation* peut atteindre tous les hygromas, mais ce sont les bourses séreuses sous-cutanées qui semblent particulièrement exposées à cette complication. L'infection peut apparaître au niveau d'hygromas simples, séreux ou fibreux, ou de bursites présentant déjà des lésions hémorragiques du fait d'une contusion ou d'un processus chronique. Elle peut se faire par inoculation directe, plaie septique, par voie lymphatique, lymphangite de voisinage, ou encore, très exceptionnellement, par voie sanguine, embolie microbienne.

Au début de l'inflammation, le contenu de l'hygroma est formé par une sérosité louche contenant de nombreux leucocytes : puis, cette sérosité se transforme en liquide séro-purulent, et enfin franchement purulent. Dans la majorité des cas, la suppuration se limite à la bourse séreuse ; dans d'autres, elle ne tarde pas à s'étendre et à gagner secondairement le tissu cellulaire ambiant, amenant même parfois des réactions articulaires.

Ces variétés suppurées se manifestent sous la forme d'une tumeur charnue, rouge, tendue et douloureuse, environnée superficiellement de traînées de lymphangite tronculaire. On note une certaine élévation de température, et l'état général demeure excellent tant que l'infection reste localisée, mais dès que la suppuration a dépassé les limites de la bourse séreuse et qu'il s'agit d'un véritable phlegmon diffus, l'affection devient éminemment plus grave.

L'hygroma suppuré doit être incisé largement dès que l'on a reconnu sa nature, car si on l'abandonne à lui-même, l'ulcération de la peau ne donne qu'une ouverture insuffisante pour vider complètement la collection, ce qui expose à des fistules intarissables, et à des rétentions purulentes, qui peuvent, dans certains cas, amener des lésions des articulations voisines.

La *dégénérescence néoplasique* des hygromas est une complication assez rare, dont on ne compte qu'une vingtaine de cas ; elle se manifeste surtout vers l'âge moyen, dans le sexe masculin, et semble affectionner la bourse prérotulienne. Elle se traduit par l'existence d'une tumeur à évolution bénigne ou maligne, dont le volume varie d'un œuf de poule à une tête d'adulte, à accroissement assez rapide et s'accompagnant d'une augmentation considérable de la circulation veineuse superficielle.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit de tumeurs conjonctives, fibreuses ou sarcomes, avec leurs diverses variétés, dont le diagnostic se fait sur le siège, la consistance et la rapidité d'évolution.

Le diagnostic des hygromas superficiels est toujours facile par suite du siège précis de la tumeur, et l'on ne peut guère les confondre avec une autre affection. Il n'en est plus de même pour les bursites profondes, plus rares, situées sous les tendons d'insertion des muscles, car, dans bien des cas, on a songé à toute autre chose qu'à un hygroma.

C'est une affection bénigne, qui n'occasionne qu'un peu de gêne, et qui ne devient embarrassante que lorsque l'hygroma a acquis un volume par trop considérable : pourtant, il faut toujours songer aux complications qui peuvent à un moment donné se produire, et cela suffit seul à légitimer une intervention.

Je n'insisterai pas sur les procédés employés jadis, quand on hésitait à pratiquer l'exérèse, la compression, la discision sous-cutanée, la cautérisation, l'écrasement, la ponction suivie d'injection modificatrice : tout hygroma doit être extirpé totalement. Il est à peu près impossible d'enlever la poche sans l'ouvrir ; aussi, vaut-il mieux dès le début l'inciser dans toute sa longueur, ce qui permettra de la cliver plus facilement. Il faut suturer immédiatement la peau, après avoir eu soin de drainer, soit avec une petite mèche de gaze, ou encore ce qui vaut mieux, avec un faisceau de crins que l'on enlève au bout de 48 heures.

La même conduite convient aux pachybursites hémorragiques, mais il faudra redoubler de précautions afin d'éviter toute infection dans ce

milieu si favorable au développement de l'inflammation.

Les hygromas suppurés seront simplement incisés, et il est formellement contre-indiqué de tenter l'ablation de la poche par crainte de l'extension possible du processus inflammatoire au tissu cellulaire sous-cutané ambiant.

Quant aux dégénérescences néoplasiques, elles réclament une exérèse immédiate : il faut savoir les enlever largement, afin de tâcher d'éviter une récidive, ce qui forcerait à avoir recours à une amputation.

LA PROTÉINOTHÉRAPIE PARENTÉRALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL (1)

(PÉNA Y PEREZ. — *Archivos españoles de enferme dades del aparato digestivo.*)

C'est un fait d'observation connu depuis longtemps que les ulcères torpides tendent à guérir sous l'action d'une irritation appliquée sur eux : la division cellulaire est augmentée et elle a comme conséquence la régénération du tissu.

On ne peut agir directement sur un ulcère gastrique ou duodénal : pour tourner la difficulté, on s'est adressé à un agent qui, introduit dans l'organisme par voie parentérale, détermine une stimulation cellulaire générale, qui se manifeste plus fortement au foyer morbide ; cet agent est constitué par des protéines non spécifiques.

La modalité curative est la même que celle de la grossesse sur les symptômes ulcéreux, qu'elle atténue ou supprime momentanément ; de la tuberculine, qui améliore les ulcères tuberculeux ; de la radiothérapie profonde dans les ulcères gastro-duodénaux banaux (2)

PENA Y PEREZ a soumis à la protéinothérapie 38 malades : 28 atteints d'ulcère gastrique et 10 d'ulcère duodénal, le diagnostic étant fondé soit sur la radioscopie, soit sur l'opération, soit sur des symptômes cliniques ou une anamnèse suffisamment nets. Il a employé le lait, la lactoprotéine, la tétraprotéine, le caseal calcique, l'aolan, la vaccineurine (celle-ci étant un autolysat de staphylocoque et de bacillus prodigiosus et ayant une action neurotrope marquée, surtout sur le pneumogastrique) ou le sang du patient ; le plus souvent, il s'est servi de caséosan.

Selon LUITHLEN, on doit considérer dans la colloïdothérapie trois composants actifs : le mélange albuminoïde, la substance spécifique, l'agent qui élève la température du corps.

L'effet le plus patent de la vaccineurine en injection parentérale est une forte diminution de la douleur (3).

Le caséosan a été expérimenté sur 16 malades (14 atteints d'ulcère gastrique, 2 d'ulcère duodénal), à l'exclusion de toute autre thérapeutique, à raison de 4 à 10 injections de 5 cc. (0,50 cg.), tous les 4 ou 10 jours. Il faut éviter les injections trop fréquentes, à cause de la cachexie protéinique ; une série suffit généralement.

Les réactions générales anaphylactiques sont très rares avec le lait ; ROSELL (de Barcelone) n'en cite qu'un seul cas sur 650 injections ; cette rareté est due à ce que l'organisme humain est vacciné par l'usage habituel du lait.

PENA Y PEREZ a employé, dans quelques cas, à la fin du traitement protéinothérapique, les sels de calcium comme fixateurs de la modification cellulaire ou protoplasmique.

Comme résultat, il a observé une diminution marquée et quelquefois une cessation complète des douleurs. De temps en temps, il y a eu augmentation de la douleur, après la première injection, ce qui se conçoit, puisque SCHMIDT a appelé l'attention sur l'action diphasique des protéines, injectées par voie parentérale : phase négative d'exagération de la douleur, puis phase positive d'amélioration de l'état général dans les jours suivants (1).

Les autres symptômes, tels que le pyrosis et les éructations, se sont montrés plus résistants.

Comme modifications objectives, PRIBRAM a noté, chez la majorité des malades traités par la novoprotéine, une diminution de l'acidité, de même que HOLLER avec la vaccineurine. Sur 6 sujets, PERA Y PEREZ n'a obtenu de diminution de l'acidité totale et libre que chez un seul ; chez 4, il n'y a eu aucun changement ; chez le dernier, l'acidité a augmenté.

PRIBRAM et KALK ont constaté la disparition des signes radiologiques (2).

L'action sur les hémorragies, par augmentation de la teneur du sang en fibrine et de la moelle osseuse en fibrinogène, a été notée par Müller.

Les 22 autres malades furent traités, en même temps, par le repos à la chambre, la chaleur et un régime approprié. Chez tous, sauf deux, il y eut rapidement une disparition des malaises.

Il est évidemment ici difficile de dire quelle part

(1) J'ai publié récemment un article sur le même sujet : *La galactothérapie dans l'ulcère gastro-duodénal* (*Journal des Praticiens*, 19 avril 1924).

(2) L'action serait donc protéinogène et *non spécifique* (KALK), comme dans le cas précédent.

(3) HOLLER a fait la même remarque : la douleur cesse souvent après la première injection (*Arch. fur Verdauungskrankheiten*, février et mars 1922) (L. P.)

(1) KALK a essayé les injections de novoprotéine dans d'autres états douloureux (sciatique, douleurs lancinantes, crises gastriques tabétiques, cholécystite) et en a retiré, presque toujours, un résultat favorable, principalement dans le tabès dorsal.

(2) De même que HOLLER (L. P.).

revient aux moyens généraux et quel est le rôle de la protéinothérapie.

Pour l'auteur, cette thérapeutique a une action analgésique et une action favorisante sur le processus de cicatrisation. En terminant, il insiste avec raison sur l'importance de ne pas confondre l'amélioration de l'état subjectif et la guérison objective, la première pouvant ne correspondre à rien de matériel.

L. PRON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Peut-on, sans examen microscopique de la sécrétion uréthrale, faire le diagnostic exact et complet d'une uréthrite ?

La chose est impossible répond le Dr L. BOULANGER.

Dans le cas d'uréthrites après coït (vénériennes), pas de discussion possible, quels que soient les caractères objectifs de l'écoulement auxquels on ne doit accorder aucune créance ; des écoulements abondants et d'apparence très purulents, sont, en effet, quelquefois aseptiques, alors que des suintements d'aspect muqueux peuvent renfermer des microbes.

Les mêmes considérations s'appliquent aux uréthrites non vénériennes, quand le malade a eu une ou plusieurs blennorrhagies antérieures à son uréthrite actuelle. Même dans les conditions qui éloignent le plus le soupçon d'une contagion nouvelle, il est absolument nécessaire de pratiquer l'examen microscopique des sécrétions uréthrales, et même des sécrétions prostatiques et du sperme ; la culture du sperme chez d'anciens blennorrhagiques considérés comme désinfectés a révélé la présence de gonocoques jusque-là insoupçonnés, dans des proportions inattendues et impressionnantes.

En l'absence de tout accident vénérien, dans les uréthrites dues aux états infectieux (grippe, fièvre typhoïde, oreillons, etc.) la chose paraît inutile *a priori*, car les cas dans lesquels ont été trouvés les microbes spécifiques ont été, pour des causes diverses, relativement peu nombreux. Mais même si l'on tient compte de ces microbes endogènes, comme des microbes exogènes du canal, et des modifications de la muqueuse-terrain, tout écoulement uréthral, quelle que soit sa cause, son origine, son ancienneté, qu'il soit microbien ou aseptique, contient des éléments histologiques, mucus, leucocytes, cellules épithéliales, dans des proportions qui ne sont pas toujours les mêmes, et dont les variations impliquent naturellement des variations dans le traitement. Or, seul, l'examen microscopique des sécrétions qu'elle donne, révèlera l'état de la muqueuse et fournira des bases certaines et solides pour l'établissement de formules thérapeutiques, en vue de sa désinfection et du traitement de ses lésions. (*Journal des Praticiens*, 4 octobre 1924.)

Essais bactériothérapiques dans les tuberculoses chirurgicales.

M. A. VAUDREMER publie d'intéressantes observations recueillies dans le service du Pr Gosset à la Salpêtrière, et celles-ci montrent qu'il est possible de juguler l'évolution des tuberculoses chirurgicales par une injection sous-cutanée de bacilles tuberculeux à peu près privés d'acido-résistance, dépourvus de tuberculine et tués par la chaleur. Cette injection semble être sans action sur la déviation du complément. Il reste à savoir si, dans la suite, ce fait se confirmera, car cette étude est à son début et des difficultés quotidiennes surgissent, notamment en ce qui concerne le moment opportun auquel il faut renouveler l'injection ; jusqu'ici à cet égard l'empirisme, seul, a guidé l'auteur.

Malgré ses imperfections, cette thérapeutique mérite d'être poursuivie, car elle est intéressante. (*La Presse médicale*, 8 octobre 1924.)

Les principaux types cliniques des néphrites aiguës dans l'enfance.

Ce n'est pas du fait de la diversité des étiologies que se trouvent réalisés les différents aspects cliniques des néphrites aiguës ; aussi le Dr Henri JANET pense-t-il qu'il y a intérêt à adopter une classification basée sur les symptômes qui sont au premier plan du tableau clinique. Les néphrites aiguës de l'enfance étant surtout du type chlorurémique, il faut distinguer les *néphrites à gros œdème*, les *néphrites à œdèmes atténués*, les *néphrites sans œdème*, qui sont parfaitement décrites par l'auteur. Une mention spéciale est due aux *néphrites hématuriques* ; si l'hématurie est en effet, dans toutes ces formes, une complication fréquente, qui ne constitue pas un danger immédiat, mais peut à la longue entraîner de l'anémie, elle reste parfois un symptôme isolé non alarmant, mais prolongé durant des semaines.

Le pronostic de ces néphrites hématuriques n'est pas grave, car elles guérissent souvent complètement ; leur cause est celle de toutes les néphrites avec une fréquence plus grande dans

la scarlatine, la pneumococcie, les affections cutanées, les purpuras rhumatoïdes.

Le *diagnostic étiologique* des néphrites est généralement chose facile. Mais, quand il arrive, chose assez fréquente, que la néphrite paraisse primitive, il faut s'efforcer de découvrir la cause cachée ; une fois la scarlatine éliminée, il faut avant tout rechercher une affection pharyngée plus ou moins latente. On est souvent en présence d'enfants, qui ont de grosses amygdales, des végétations adénoïdes, ou qui ont de l'hypertrophie des follicules lymphatiques disséminés. Les trois quarts des néphrites de cause inconnue seraient d'origine pharyngée. De temps en temps surviennent des poussées aiguës, avec quelques symptômes locaux, un peu de fièvre passagère ; quelquefois il y a de la tuméfaction des ganglions cervicaux ; c'est à la suite d'une de ces poussées, qui peut avoir été si légère qu'elle a passé inaperçue, que survient la néphrite.

Pour ce qui est du *pronostic immédiat*, rien ne vaut l'*examen des urines*.L'oligurie, même durant quelques jours, et dans une néphrite avec anasarque, n'indique pas par elle-même que l'évolution sera grave. Mais l'anurie, qui est d'ailleurs rare, est très grave ; pendant une période de quelques jours, il y a tolérance ; l'état général reste satisfaisant, puis survient rapidement l'urémie, et l'enfant meurt dans le coma. Un autre élément de pronostic est le *poids* ; lorsque le poids diminue rapidement ou lentement, même lorsque l'oligurie persiste, on conclut que l'enfant se désinfiltre, et l'évolution se fait vers la guérison. Quant au contraire le poids reste stationnaire avec persistance de l'oligurie, la nutrition est mauvaise et l'état général s'altère : le pronostic est à réserver.

Le *pronostic lointain* est fort difficile à faire : guérison ? rechutes ? état chronique ? On peut un peu se guider sur les conditions d'apparition des néphrites, celles à évolution sournoise étant souvent plus dangereuses que les néphrites scarlatineuses à début tapageur. Enfin, chez les hérédo-syphilitiques, les néphrites sont plus fréquentes et ont une évolution plus prolongée.

Les directives générales du *traitement* sont les suivantes : *être sobre de médicaments* ; n'employer les diurétiques que si l'oligurie est trop prononcée et si des signes d'intoxication apparaissent (théobromine, scille, à doses toujours modérées). C'est par l'*hygiène* et le *régime* que l'on soigne une néphrite aiguë. Repos, chaleur, révulsion lombaire, diète hydrique pendant deux jours, puis régime lacté intégral, et ensuite, à la période de convalescence, régime déchloruré et hypoazoté. Se souvenir de la possibilité de complications cardiaques, et ne donner qu'une quantité modérée de liquide ; la digitaline est parfois indiquée ; saignée générale en cas d'urémie menaçante.

Avec un régime sévère, précoce, la néphrite aiguë, même grave, se répare mieux chez l'enfant que chez l'adulte. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 octobre 1924.)

Les épreuves sérologiques pour le diagnostic du cancer.

Aucune épreuve sérologique n'a pu, jusqu'ici, mettre sur la voie d'une spécificité réactionnelle suffisamment constante pour en envisager l'emploi dans la pratique courante, — en effet les désordres biologiques du cancer relèvent à la fois du siège des tumeurs sur tel ou tel organe et d'une atteinte de l'organisme, dont la cause nous échappe.

Il serait impossible, dit M. Edouard Peyre, d'énumérer toutes les recherches hématologiques ou sérologiques étudiées ; mieux vaut, en éliminant les méthodes d'ordre physique ou physico-chimique trop compliquées, ne retenir que les méthodes d'emploi facile, sur lesquelles ont été attachés les plus grands espoirs diagnostiques. Celles-ci éprouvent les propriétés sensibilisatrices du sérum, ses propriétés lytiques, son pouvoir précipitant, son pouvoir antitryptique.

A. *Propriétés sensibilisatrices.* — D'après l'auteur, il y aurait lieu de s'arrêter à la méthode de Dungern, qui a donné les résultats les plus enrourageants, en utilisant non plus un antigène spécifique mais bien un extrait acétonique de globules rouges humains, de préférence de globules rouges de paralytiques généraux. L'alcalinisation permettrait d'éviter les réactions positives des sérums syphilitiques. Dungern obtiendrait un pourcentage voisinant 90 % de réactions positives chez les cancéreux avec 9 % d'erreurs. Il est vrai de dire que d'autres laboratoires ne donneraient que 73 % de concordance positive et un pourcentage plus élevé d'erreurs. Ces pouvoirs sensibilisateurs, qui ne semblent pas spécifiques, peuvent toujours apporter un appoint au diagnostic.

B. *Propriétés lytiques.* — Ensberg a proposé une cuti-réaction en injectant sous la peau de l'avant-bras d'un sujet suspect de cancer une suspension de globules rouges provenant de sang défibriné et non laqué. En cas de réaction positive, on constate une tuméfaction nodulaire rouge brun, qui disparaît en quelques jours. 90 % de réactions positives chez les cancéreux certains, 4.6 % d'erreurs chez les non cancéreux.

C. *Pouvoir précipitant.* — La méthode de Freud et Kammer (sérum en présence de broyat de tissu cancéreux, chauffé en présence d'acide acétique, puis dyalisé) n'a jusqu'à présent donné de résultats favorables qu'entre les mains de ses auteurs ; il ne faut donc pas trop y compter.

D. *Pouvoir antitryptique.* — Les sérums humains s'opposent plus ou moins à l'action digestive de la trypsine et ces propriétés dites

antitryptiques se trouvent augmentées dans la majorité des cas de cancer, en rapport même avec les dimensions de la tumeur, et redevenant normales après son ablation chirurgicale. Il s'agirait ici d'un anticorps élaboré par l'organisme qui se défend contre les ferments protéolytiques, mis en liberté par la destruction d'éléments cellulaires. La caséine est employée comme témoin protéolytique.

Dans cette épreuve, la réaction négative a plus de valeur que la réaction positive : l'absence de pouvoir antitryptique exagérée permet, en effet, d'écarter presque sûrement le diagnostic de cancer *avancé*, en voie de destruction cellulaire, puisque, si l'on trouve 80 % de concordance positive, on observe aussi des réactions positives chez les non cancéreux. Il est prudent (5 étant l'index d'un sérum normal) de tabler sur des index très nettement augmentés, au-dessus de 7 au moins.

E. *Le procédé de Bothelo* est basé sur ce fait que le sérum cancéreux donne un précipité en présence d'une solution iodo-iodurée, employée en quantité moindre que pour obtenir ce précipité avec un sérum normal.

En résumé. — M. Peyre estime que si nous n'avons pas encore le sérodiagnostic du cancer, nous pouvons par des recherches associées, dont les pourcentages de concordance sont quelquefois élevés, donner un appoint de plus au diagnostic clinique. Lorsque celui-ci est hésitant, il faut faire une cutiréaction avec les globules défibrinés, rechercher la valeur du pouvoir antitryptique, associer enfin à ces deux épreuves une réaction de Bothelo. (*Le Bulletin médical*, 24-27 septembre 1924.)

Traitement des accidents syphilitiques rebelles par le mercure à doses fractionnées.

M. Malherbe cite deux cas de manifestations syphilitiques rebelles au traitement intensif qui avait été institué, et qui cédèrent, le premier à des prises quotidiennes de 20 grammes de liqueur de Van Swieten en quatre fois ; le second, à six cachets par jour de 0,02 cgr. de calomel, par périodes de cinq jours, interrompues par cinq jours de repos.

« Chercher une explication de l'action remarquable de ces petites doses renouvelées, quasi-homéopathiques, n'est sans doute pas aisé.

« Il faudrait se lancer dans le champ des hypothèses. Nous n'insisterons donc point. Notre seule intention a été de rappeler un vieux souvenir, non de faire un plaidoyer pour la méthode.

« Mais si vétuste que puisse paraître, au temps actuel, le procédé, on peut le retenir pour en user exceptionnellement dans la pratique contre les accidents spécifiques tenaces. Peut-être pourrait-on l'utiliser avec profit dans les cas d'arséno ou bismutho-résistance signalés de temps en temps. Un maître éminent qui avait étudié et utilisé cette technique disait : « J'ai trouvé bien peu de manifestations syphilitiques qui aient résisté à cette méthode. »

« Pour attaquer et cicatriser les accidents spécifiques graves, rebelles, le moyen est de valeur. Comme traitement de fond et de longue haleine, pour soigner une vérole, que vaut-il ? Nous l'ignorons, n'ayant jamais tenté d'épreuve dans ce sens. » (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 nov. 1924.)

Erythème réticulé passager dans l'ichtyose fruste.

Il s'agit d'une éruption peu connue et dont l'aspect pourrait embarrasser le médecin qui la voit pour la première fois. M. Bonnet, qui en a observé un cas, la décrit ainsi : c'est un réseau dont les mailles assez régulières ont de un demi à un centimètre environ et sont plus ou moins polygonales. Dans l'intervalle des mailles, la peau est saine. Le réseau est marqué par une ligne rosée de 1 à 2 millim. de largeur, très légèrement saillante. En quelques points, on note dans l'axe de la travée rose une fine craquelure très superficielle. Le réseau occupe la plus grande partie du tégument, mais prédomine surtout au niveau des épaules, du thorax, des bras et des jambes.

Chez ce malade coexistait, à la face antérieure des jambes, une ichtyose très légère.

De simples bains de son suffirent à faire disparaître cette éruption en huit jours.

Il semble qu'elle soit provoquée par l'application, sur les peaux ichtyosiques, de préparations soufrées, dont il faudra rechercher l'utilisation. (*Lyon médical*, 9 nov. 1924.)

Les accidents de la sérothérapie.

D'une longue et très complète étude de M. Tapie, nous retiendrons la prophylaxie des accidents sérothérapiques telle qu'il l'expose :

« S'il s'agit d'une première injection chez un malade non sensibilisé, il y a tout intérêt à utiliser des doses fortes d'emblée et à répéter, chaque jour les injections jusqu'à ce que les fausses membranes et les symptômes de l'intoxication diphtérique aient disparu. Dans la méningite cérébro-spinale, la méthode des injections quotidiennes systématiques préconisée par M. Netter est indiscutablement la meilleure ; vous vous guiderez dans la suite, non seulement sur les résultats de l'examen clinique, mais encore et surtout sur l'analyse chimique, cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

2° Chez un sujet qui a reçu antérieurement un sérum thérapeutique quelconque, ayez recours à la méthode de Besredka : injectez d'abord à une demi-heure d'intervalle une quantité minime de sérum (par exemple, un demi cmc., puis un cmc.) ; une heure plus tard, le malade pourra recevoir la dose thérapeutique convenable, à la

condition de pousser lentement l'injection, en surveillant le facies, le pouls, la respiration.

N'utilisez enfin l'injection intra-veineuse que s'il existe une indication formelle à son emploi. » (*Toulouse médical*, 15 nov. 1924.)

La tuberculose et les marins dans la marine marchande

M. Bosredon a fait une étude très approfondie de la tuberculose dans le personnel navigant de la marine marchande. Sans le suivre dans les intéressants détails qu'il donne, statistiques en main, nous retiendrons ses conclusions :

« La tuberculose est fréquente et grave chez les marins. Le marin phtisique qui embarque, aggrave à bord sa maladie et empoisonne les autres.

« Découvrez-le au cours des différentes visites qu'il est appelé à passer. S'il n'a jamais navigué, refusez-le systématiquement. S'il a navigué, débarquez-le d'urgence pour le soigner.

« Réformez-le et accordez-lui une pension pour vivre tant qu'il sera contagieux, et qu'il ne pourra travailler. » (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 nov. 1924.)

La syphilis en chirurgie.

M. Bouzom, en rapportant un certain nombre de cas de sa pratique personnelle, appelle l'attention des praticiens sur le risque que l'on court en ne recherchant pas suffisamment la véritable nature de plaies, d'ulcérations, de tuméfactions, de lésions articulaires, pour lesquelles on poserait hâtivement l'indication opératoire, alors qu'il s'agit de syphilis, facilement combattue par le traitement spécifique.

On ne perd rien à tenter l'épreuve du traitement qui, si elle est positive, juge la question tant au point de vue du diagnostic que de la guérison. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La conception moderne du suicide.

(M. de Fleury. — *Académie de médecine*; 18-11-24)

Chaque année, 8000 Français périssent de mort volontaire. Les statistiques montrent que le suicide est plus rare chez la femme que chez l'homme, plus rare chez les gens mariés et qui ont des enfants que chez les célibataires et les veufs. La classe relativement aisée semble donner un chiffre plus important de morts volontaires que la classe pauvre. Bien que les vieillards soient normalement plus attachés encore à la vie que les sujets jeunes (parce que la mort leur apparaît plus proche), le nombre des suicides atteint son maximum entre 50 et 70 ans.

Les causes ordinairement invoquées pour expliquer les suicides (misère, chagrins, pertes de fortune, contrariétés diverses) jouent-elles vraiment un rôle essentiel dans leur genèse ? M. de Fleury ne le pense pas et pour lui, elles ne sont que la goutte d'eau qui fait déborder le vase. La base du suicide résiderait dans l'émotivité exaltée, l'état d'angoisse, la mélancolie anxieuse, qui rentrent dans le domaine de la psychiatrie. La thérapeutique peut intervenir utilement pour prévenir le suicide, non toujours évidemment, mais quelquefois du moins. La surveillance, l'internement, la médication calmante de l'angoisse et de l'insomnie (bromure, opium, belladone, jusquiame) peuvent amener, avec la sédation de l'anxiété, la détente de la tendance impulsive à en finir avec la vie.

Les Universités canadiennes françaises.

(M. Emile Sergent. — *Académie de médecine* ; 18-11-1924.)

M. Sergent fait part des impressions qu'il a rapportées d'une mission officielle aux Universités canadiennes françaises.

Le Canada français, pays de 4 millions et demi d'habitants, quoique rattaché aux Dominions britanniques, a conservé sa langue et ses traditions. Il constitue, de l'autre côté de l'Atlantique, un majestueux réservoir de race et de culture françaises, en plein épanouissement et en pleine prospérité. Les Universités canadiennes ont depuis quelque temps fait appel aux professeurs français pour organiser des cours et un enseignement et il importerait que cet appel reçoive en France l'accueil qu'il mérite. Il serait opportun, dit M. Sergent, de favoriser les cours, du genre de ceux qui ont été demandés en 1923 au professeur Pautrier (de Strasbourg), sur la lutte contre la syphilis, en 1924 au professeur Regaud (de l'Institut Pasteur), sur la lutte contre le cancer, au Dr Ribadeau-Dumas, sur la lutte contre la mortalité infantile, au Dr Sergent, sur la lutte contre la tuberculose. Il incomberait à l'Etat français d'encourager les spécialistes qui voudraient bien répondre aux demandes des Universités canadiennes pour venir en missions temporaires former, à Québec et à Montréal, des élèves et des futurs chefs d'Ecole.

Les troubles de la ménopause sont-ils endocrino-ovariens ou dyscrasiques ?

(MM. TUFFIER, BÉCLÈRE. — *Académie de médecine* ; 18-11-1924.)

Faisant revivre une théorie ancienne, M. Tuffier attribuait récemment les accidents de la ménopause à la non évacuation du sang des règles. La rétention des substances toxiques que ce flux sanguin contiendrait serait selon lui l'origine des phénomènes congestifs observés à la ménopause naturelle ou provoquée.

M. Bar et M. Wallich ont critiqué la conception de M. Tuffier. M. Béclère y oppose à son tour des arguments cliniques, tirés de la radiologie. M. Béclère, on le sait, a une très grande pratique de la rœntgenthérapie des fibromyomes utérins. Les rayons agissent surtout en pareil cas en supprimant la fonction ovarienne et en provoquant une ménopause anticipée qui, parfois, n'est que temporaire. Trente quatre fois, l'auteur a noté, après un temps variable d'arrêt de la menstruation, le retour de celle-ci. Si la théorie soutenue par M. Tuffier était exacte, c'est seulement après rétablissement de l'écoulement menstruel que les troubles de ménopause devraient cesser. Or, chez ses malades, M. Béclère a vu disparaître les bouffées de chaleur quelques jours ou quelques semaines avant le début des nouvelles règles. Bien mieux, chez plusieurs femmes chez lesquelles les bouffées de chaleur persistaient malgré un retour de pertes sanguines utérines, l'auteur a pu écarter la réalité de règles véritables et attribuer les pertes à une affection surajoutée (polype, etc.).

M. Béclère rejette donc la théorie de la désintoxication par les menstrues et montre que l'activité ovarienne est à la base de ce complexus physiologique et des accidents de la ménopause.

Rôle des ovaires dans la pathogénie des fibromes utérins.

(MM. DANIEL et BARÈS, de Bucarest. — *Académie de médecine* ; 18-11-1924.)

L'observation clinique établit qu'il existe un rapport entre le développement des myomes et l'état des ovaires. Ainsi, les fibromes ne se rencontrent pas avant la puberté et ils ne se voient plus après la ménopause. La castration, d'autre part, arrête l'évolution de ces tumeurs.

MM. Daniel et Barès ont cherché à apporter un peu plus de précision sur ce sujet et, chez 34 malades opérées pour fibromes par une hystérectomie avec ablation des annexes, ils ont examiné macroscopiquement et microscopiquement les ovaires. Ils y ont trouvé, d'une manière constante, des formations lutéiniques. Il leur est apparu que ce sont probablement les éléments lutéiniques ovariens qui influent sur le développement et la croissance des fibromyomes utérins.

La peste en Algérie dans les 25 dernières années.

(M. L. RAYNAUD. — *Académie de médecine* ; 18-11-24)

La peste, longtemps endémique dans l'Afrique du Nord, s'est beaucoup raréfiée depuis un siècle, sans disparaître cependant. Durant les 25 dernières années, 400 cas de peste furent constatés en Algérie, avec près de 200 décès. Il y eut 349 cas de peste bubonique, 28 cas de peste pneumonique et 21 cas de formes septicémique ou typhique.

L'origine de la maladie fut la contagion interhumaine ou la contagion par les rats. Parmi ces derniers, le rat des pays chauds (*Mus decumanus*), très répandu en Algérie, et sa puce (*Xenopsylla cheopis*) jouent un rôle important.

La prophylaxie de la peste en Algérie s'est appuyée sur deux mesures : la dératisation (un million de rats ont été capturés et détruits) et la vaccination de la population environnant les malades, sans parler, bien entendu, de l'isolement de ceux-ci.

Un fait, d'ailleurs, est à noter. Chez les rats séjournant dans le pays, la peste s'atténue spontanément, et si des rats étrangers, plus sensibles à l'infection, n'étaient pas débarqués par les navires, la maladie s'éteindrait sans doute d'elle-même. Le problème de la disparition de la peste apparaît donc dans une union des gouvernements pour prendre des mesures simultanées et prolongées.

La coqueluche : notions nouvelles.

(M. VERNET. — *Académie de médecine* ; 18-11-24.)

Dans la scarlatine, nos idées sur la période de contagiosité, sur la contagiosité de la desquamation en particulier, se sont modifiées depuis quelque temps. Il semble que nous évoluons un peu dans le même sens pour la coqueluche. Sur 100 coquelucheux observés par le professeur Weill, de Lyon, en période de quintes, restés en contact avec d'autres enfants, un seul cas de transmission a été noté. La phase contagieuse serait donc, dans une large mesure, la phase préquinteuse.

M. Vernet va plus loin. Pour lui, la maladie coqueluche est constituée par le catarrhe infectieux et les quintes ne sont qu'une séquelle de l'affection. D'autre part, ce ne serait pas une excitation du pneumogastrique qui se produirait dans la coqueluche, mais une névrite, une atonie de ce nerf. D'où, en thérapeutique, une conséquence : l'utilité des stimulants du vague dans la coqueluche et les toux quinteuses. L'auteur s'adresse, à cet effet, au jaborandi, ou plus exactement à son extrait hydro-alcoolique (néopancarpine), dont il dit avoir obtenu de bons résultats, à la dose (répétée 3 fois par jour) de deux à trois gouttes par année d'âge.

La xanthochromie cutanée.

(M. Marcel LABBÉ. — *Société médicale des hôpitaux* ; 17-10-1924.)

M. Marcel Labbé a décrit en 1914, sous le nom de

xanthochromie cutanée, une coloration jaune très prononcée de la paume des mains et de la plante des pieds rencontrée chez des diabétiques. Il revient aujourd'hui sur la question.

La coloration jaune palmo-plantaire de ces malades n'est pas due à la cholémie, mais à un lipochrome. Les lipochromes ont été étudiés par divers auteurs. Armand en a isolé un (la carotine) dans la carotte, et il l'a identifié aux pigments jaunes qui existent dans les plantes vertes (xantophylle). Palmer a montré que la graisse animale, le beurre du lait et le sérum sanguin de la vache contiennent un pigment qui n'est autre que la carotine. Quand on nourrit des vaches avec des aliments pauvres en carotine, leur graisse, le beurre de leur lait sont beaucoup moins colorés en jaune. Chez le poulet, la graisse, le sérum, le jaune des œufs est teinté par la xantophylle.

On peut penser, dès lors, que la xanthochromie cutanée des diabétiques tient en grande partie au régime suivi par ces malades : les légumes verts, les épinards, les œufs, le beurre, aliments habituels du régime diabétique, recèlent, en effet, une forte proportion de pigments. Cette explication, toutefois, n'est pas suffisante et il y a lieu d'admettre aussi un trouble de l'élimination du lipochrome introduit par l'alimentation.

La xanthochromie se distinguera assez facilement de la cholémie. La première se voit surtout à la paume des mains, puis à la figure, au niveau des oreilles et des ailes du nez, et, dans les cas intenses seulement, sur l'ensemble du corps. La conjonctive n'est pas intéressée. La cholémie, au contraire, se note sur tout le corps et principalement aux conjonctives. La teinte de la lipochromie tire sur l'orange, celle de l'ictère sur le brun ou le vert.

La xanthochromie sera traitée par un régime pauvre en lipochrome (carotine et xanthophylle). On évitera le jaune d'œuf, les épinards, les légumes verts, les salades, les carottes, le maïs, le beurre et le lait.

— M. Chiray ne croit pas que le lipochrome soit toujours à incriminer ici. On peut discuter la possibilité d'un ictère palmo-plantaire, dans quelques circonstances.

L'insuline en suppositoires.

(MM. Marcel Labbé, Nepveux et Forsans. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-10-1924.)

On a cherché à remplacer l'injection d'insuline par d'autres modes d'administration. Pris par la bouche, le médicament est détruit par les sucs digestifs. Pourrait-on le donner utilement par voie rectale ?

Quelques auteurs ont eu recours à l'insuline en lavements ou en suppositoires, mais les résultats ont été défectueux. M. Marcel Labbé a renouvelé les mêmes tentatives. Ayant employé l'insuline en suppositoires, il a examiné ce que devenait l'hyperglycémie après le traitement. L'effet ayant été nul, il conclut que, dans les conditions actuelles, l'insuline introduite par voie rectale est nettement inefficace. Cette forme thérapeutique doit donc être, quant à présent, délaissée.

Les pleurésies à cholestérine.

(MM. A. Chauffard et Girard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-10-1924.)

A propos d'un cas de pleurésie à cholestérine hospitalisé dans son service, M. Chauffard rappelle les particularités de cette affection.

Ce qui est spécial aux pleurésies cholestériniques, c'est la lenteur de leur évolution, leur chronicité, leur caractère parfois intarissable, suivant l'expression de Dieulafoy. Il en a été ainsi dans la majorité des observations relatées dans la thèse récente de Stockmann (1924). Une telle marche permet de dire qu'en pareil cas la pachypleurite est la règle. L'élément caractéristique, d'autre part, est la présence abondante de cholestérine dans le liquide, lui donnant un aspect miroitant, pailleté.

La pathogénie de la cholestérine pleurale reste obscure. Dans son traitement, M. Chauffard estime qu'au lieu de renouveler indéfiniment les ponctions, il vaudrait sans doute mieux recourir, sans trop attendre, à une pleurotomie aseptique.

Fracture médiane de l'occipital.

(M. Cadenat. — *Société de chirurgie* ; 19-11-1924.)

M. Cadenat montre une radiographie de fracture médiane de l'occipital. Le seul symptôme spécial qu'accusait le malade était une douleur spontanée assez vive et augmentée par la pression de l'occipital dans la fossette de la nuque. Le blessé, arrivé dans le coma, à la suite d'une chute de voiture, avait repris connaissance, et se plaignait de céphalée frontale avec vertiges. Quinze jours plus tard, l'état était des plus satisfaisants. Une telle fracture est rare.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Projections cinématographiques.

MM. Bériel et A. Devic présentent des films pris dans le service de neurologie des hôpitaux. Il leur a paru nécessaire, dans l'étude de la neurologie, où les troubles du mouvement jouent un grand rôle, de pouvoir ajouter à l'observation manuscrite l'enregistrement par l'image. Les films projetés ont trait à trois cas de sclérose en plaques.

Asthme datant de onze ans guéri par curettage ethmoïdal.

M. R. Rendu expose l'observation d'un homme

ayant des antécédents tuberculeux et atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse. Les accès d'asthme ont débuté en 1913 et depuis lors le malade dit en avoir toutes les nuits. D'autre part, il présente depuis longtemps de l'obstruction nasale bilatérale, due à des polypes muqueux pour lesquels il a été opéré une quinzaine de fois par divers spécialistes. Ces polypes récidivant toujours, le malade fut adressé à M. Rendu qui commença par déblayer le méat inférieur en enlevant le plus possible de polypes, et pratiqua ensuite, en quatre temps successifs, un curettage complet et bilatéral de l'ethmoïde antérieur et de l'ethmoïde postérieur. Les opérations furent très bien supportées. Les accès d'asthme commencèrent à s'espacer, puis disparurent. On doit donc toujours penser à la possibilité d'une étiologie nasale de l'asthme, même si celui-ci paraît manifestement tuberculeux.

Forme anormale de rupture tubaire.

M. Labry relate, au nom de M. Ph. Rochet et au sien, l'histoire d'une malade envoyée à l'hôpital pour un syndrome abdominal ayant débuté par une douleur brusque en coup de poignard dans la région épigastrique avec irradiation dorsale et scapulaire droite. Dyspnée très accentuée, hoquet, vomissements. Paroi abdominale immobile, disparition de la matité hépatique. Au palper, point douloureux nettement épigastrique. On pouvait penser à une perforation d'ulcus gastrique ou à des complications péritonéales d'origine biliaire. Mais la malade avoue un retard de règles de deux mois ; au toucher, léger empâtement à droite. Intervention ; dès l'ouverture du péritoine, écoulement de sang noirâtre. On trouve un fœtus de trois mois environ libre dans l'abdomen. Ablation des annexes gauches rompues. Fermeture totale. Suites normales. Cette observation est intéressante en raison de la localisation épigastrique de la réaction péritonéale.

Perforation pulmonaire au cours du pneumothorax artificiel.

MM. Roubier et Mayoux présentent des pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte peu après son entrée à l'hôpital. Il s'agissait d'un pyopneumothorax, avec perforation du poumon au niveau de la partie *inférieure* du lobe inférieur. L'histoire de la malade put être reconstituée. Début par une hémoptysie. Pneumothorax artificiel en janvier 1923. En février 1924, la malade eut une vomique extrêmement abondante, puis apparurent les signes de pyopneumothorax ; l'état général s'aggrava rapidement et la malade vint mourir à l'hôpital. La perforation semble due à l'ouverture dans les bronches d'une pleurésie purulente préexistante.

Etude bactériologique d'un fibrome sphacélé.

MM. Michon, Creyssel et H. Gardère ont recherché la flore microbienne d'un fibrome sphacélé immédiatement après son ablation chirurgicale, Cette étude a décelé à l'intérieur de la tumeur nécrosée la présence d'un bacille analogue au bacille pseudo-diphtérique de Hoffmann, le *Bacterium cutis commune* de Nicolle. Or la malade dont il est question mourut de septicémie après l'intervention. Comme le *B. cutis commune* est un saprophyte banal du vagin, on pouvait se demander quel rôle pathogène il avait pu jouer dans ce cas. Les auteurs concluent qu'il a agi comme microbe pyogène, le pus contenu dans la tumeur renfermant le bacille à l'état de pureté. Par contre, son rôle dans les accidents septicémiques ne peut être précisé (Travail de la Clinique de M. le prof. Villard).

Angiome musculaire.

M. André Rendu a soigné une fillette de 12 ans qui depuis l'âge de 3 ans présentait une tuméfaction en dehors et un peu au-dessus de la rotule ; cette tumeur était sujette à des variations saisonnières, apparaissant au printemps et l'automne pendant quelques jours seulement, puis disparaissant ensuite. Il s'agissait d'un angiome musculaire, que l'auteur extirpa, non sans difficultés dues à la préoccupation de ne pas crever la tumeur. Dans de pareils cas, d'ailleurs fort rares, l'exérèse est le seul traitement.

Tuberculose rénale à lésions limitées.

M. Ch. Gauthier montre un rein qu'il a enlevé et sur lequel on voit une cavernule et un semis de granulations dans le pôle supérieur, un autre semis tuberculeux sous-cortical. Ces lésions étaient invisibles sur le rein non ouvert. La néphrectomie fut faite cependant, car un cathétérisme urétéral montrait du pus et un déficit uréique dans le rein correspondant, la cystoscopie révélait de grosses ulcérations tuberculeuses typiques et un cobaye inoculé avec l'urine totale avait donné un résultat positif.

Tête de sonde de Pezzer extraite d'une vessie.

M. Ch. Gauthier présente ce corps étranger ; c'est la troisième fois qu'il a l'occasion d'enlever des morceaux de sonde de Pezzer. La tête de celle-ci est faite d'un caoutchouc mince et collée à l'extrémité du tube d'où sa rupture assez fréquente. La sonde de Malécot, qui présente une croix terminale formée par quatre languettes taillées dans la continuité du caoutchouc et dont deux sont repliées ne présente pas ces inconvénients.

Cancers à localisations différentes chez le même sujet et espacées par un long intervalle.

M. Albertin rapporte deux observations : la première a trait à une femme atteinte de cancer du sein enlevé en 1907 ; guérison pendant seize ans ; puis en 1923, augmentation de volume du ventre, crises douloureuses du côté du foie ; examinée cette année, on constate un foie énorme, dur et bosselé, une tumeur ovoïde de l'hypochondre gauche (épiploon ?) ;

pas de récidive du côté du sein. La deuxième observation concerne une malade ayant eu en 1916, un cancer du col utérin guéri par la radiumthérapie ; en 1924, apparition d'un cancer du sein. De tels faits posent la question de la diathèse cancéreuse, encore discutée.

Corps étrangers des voies respiratoires et digestives hautes.

M. SARGNON rapporte les cas qu'il a observés de février 1923 à mars 1924. Ce sont : 1° un cas de corps étranger bronchique : fillette de 19 mois ayant avalé des débris de noix ; trachéotomie, sans soulagement, bronchoscopie basse, montrant la bifurcation des bronches presque complètement obstruée par un fragment du corps étranger ; ablation d'une partie à la pince ; la respiration se rétablit ; suites immédiates graves (grosse température, bronchite) ; nouvelle tentative infructueuse d'extraction, puis, à une troisième bronchoscopie, expulsion d'un gros morceau de noix ; guérison ; 2° cas œsophagiens au nombre de dix ; un dentier, un morceau de fil métallique, six fragments d'os ou de viande, un noyau de prune et une croix de chapelet. Dans tous ces cas, l'auteur a employé la méthode qu'il préconise depuis longtemps, le désenclavement cocaïnique (attouchement avec coton monté sur tige et imbibé de cocaïne adrénaline) ; le spasme œsophagien cède et le corps étranger tombe en général dans l'estomac.

Dilatation aiguë de l'estomac après néphrectomie pour pyonéphrose intermittente.

M. REYNARD relate l'observation d'une femme de 49 ans, ayant eu 8 enfants, atteinte de pyonéphrose intermittente du rein droit par coudure de l'uretère ; le rein formait une tumeur qui remplissait l'hypochondre droit et disparaissait par intervalles ; urines purulentes. Néphrectomie : on trouve une poche fibreuse pleine de pus, sans aucune trace de parenchyme rénal. Le lendemain soir, apparaissent des signes de dilatation aiguë de l'estomac : ballonnement abdominal avec tympanisme, traits tirés, pouls filant, rapide, irrégulier, refroidissement des extrémités ; température à 39°. Lavage d'estomac qui évacue deux litres de liquide noirâtre et amène une amélioration immédiate.

Rétention d'un bouton de Jaboulay dans l'orifice de gastro-entérostomie.

MM. DELORE et GAUDON présentent une radiographie prise chez une malade gastro-entérostomisée pour ulcus pylorique : trois semaines après l'intervention, elle n'avait pas expulsé son bouton qui occasionnait de la pesanteur gastrique après les repas et dut être enlevé par une nouvelle intervention. Il semble qu'on puisse, en pareil cas, incriminer un serrage insuffisant du bouton.

Papillomes suffocants de la trachée. Opération par laryngo-fissure.

MM. SARGNON, VIGNARD et VINCENT présentent l'observation d'un enfant de 10 ans atteint de papillomes de la trachée, affection fort rare ; les symptômes étaient surtout trachéaux (gêne respiratoire), la voix était claire ; diagnostic par la laryngoscopie. Ablation par trachéo-fissure, on laisse une canule en place. Comme il est habituel, il y eut des récidives et trois interventions dont la dernière par voie directe furent nécessaires. Le petit malade est actuellement en voie de guérison.

Canine inférieure droite incluse dans le menton.

MM. BADOLLE et CHEVALIER (de Roanne) montrent la radiographie d'une canine inférieure incluse dans le menton, anomalie fréquente au maxillaire supérieur, mais exceptionnelle au maxillaire inférieur. Il était presque impossible de la soupçonner par le seul examen clinique.

Nécrose alvéolaire d'origine arsenicale.

MM. JAPIOT et BEAUPERE présentent des radiographies de nécrose alvéolaire causée par l'acide arsénieux, lésions actuellement exceptionnelles en raison de l'abandon de cette substance pour la dévitalisation.

Cancer du côlon transverse.

MM. DELORE et DUCLOS relatent l'observation d'une femme de 48 ans atteinte de cancer du côlon transverse avec occlusion, chez laquelle on pratiqua successivement : un anus cæcal, une colpotomie pour une collection du Douglas due à une salpingite concomitante, la résection du cancer colique, la cure de l'anus et enfin la castration abdominale subtotale, soit cinq interventions dans l'espace de quatre mois. Les auteurs insistent, à propos de cette observation, sur l'innocuité des opérations graves décomposées en plusieurs temps, sur la nécessité, dans les cancers du côlon, de la dérivation préalable, même si le malade n'est pas en occlusion, enfin sur l'importance de la technique dans l'ablation de ces tumeurs : notamment nécessité de traumatiser les tissus le moins possible (pas d'écraseur, peu de pinces), de faire des sutures soigneuses et un assèchement minutieux.

Plaques calcaires d'origine pleurale.

MM. ROUBIER et MAYOUX présentent l'observation d'un malade tuberculeux, à l'autopsie duquel ils trouvèrent une vaste plaque pleurale calcaire développée autour d'une vieille pleurésie purulente axillaire.

De tels faits ne sont pas de simples curiosités d'amphithéâtre, car M. GOULLIOUD signale en même temps l'observation d'un malade auquel il eut l'occasion d'enlever une plaque calcaire pleurale au cours d'une intervention faite pour un abcès thoracique que l'on croyait d'origine costale et qui, en réalité, provenait d'une poche purulente pleurale. Le malade guérit parfaitement.

Les Congrès

XXXIII[e] Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite*) (1).

M. Auvray (de Paris) est avant tout partisan de la méthode chirurgicale : hystérectomie avec conservation du col. Il n'a observé qu'une seule fois la cancérisation ultérieure du col.

La myomectomie, quand elle est possible, lui paraît être une opération satisfaisante surtout en cas de grossesse concomitante. Il a enlevé de cette façon un gros fibrome qui l'a obligé à poursuivre une énucléation presque jusqu'à la muqueuse. L'accouchement fut long, treize heures environ, et la malade présenta une hémorragie de la délivrance.

M. Douay (de Paris) donne la statistique de la clinique du professeur J.-L. Faure où sur 309 cas opérés la mortalité a été de 3,26 p. 100. Des erreurs de diagnostic ont été relevées dans la proportion de 6 p. 100. L'opération faite a presque toujours été une hystérectomie supravaginale.

D'autres malades ont été traitées dans le même service par la radiothérapie (docteur Lehmann) avec 96,3 p. 100 de succès. D'autres enfin ont reçu des applications de radium (docteur Douay) avec 95,8 p. 100 de succès.

Le traitement chirurgical, à en juger par cette statistique, est donc le meilleur, puis vient la radiothérapie, et enfin, la suivant de très près, la curiethérapie.

M. Proust (de Paris) pense que M. Béclère étend un peu trop les indications de la physiothérapie. On ne peut pas mettre en opposition la chirurgie et la physiothérapie, ces deux méthodes ne visant pas le même but. L'intervention supprime la tumeur, le radium et les rayons suppriment l'hémorragie et diminuent les dimensions du fibrome.

Quand on traite un cancer du col par le radium, on peut obtenir la disparition complète des cellules cancéreuses, on peut guérir le cancer. Quand on traite de la même façon un fibrome, on ne peut espérer faire disparaître complètement le tissu fibromateux.

L'auteur insiste sur l'action bienfaisante que peut avoir le radium sur certaines hémorragies qui mettent brusquement la vie en danger.

On ne doit jamais employer de fortes doses de radium, on s'exposerait à créer des nécroses graves et des perforations, sans parler des désastres que donnerait une application ainsi faite sur un kyste de l'ovaire ou une tumeur suppurée. Les séances doivent être courtes et fréquentes. Si le résultat paraît mauvais on peut arrêter le traitement quand il est temps encore.

L'auteur termine en insistant sur la nécessité de la collaboration du chirurgien et du radiumthérapeute, la direction du traitement restant au chirurgien.

M. Gourdet (de Nantes) prend la parole pour recommander le drainage qui à lui seul est capable d'améliorer les statistiques.

M. Bégouin (de Bordeaux). Tous les fibromes ne réclament pas une thérapeutique active. Ainsi, ceux qui vers la ménopause n'augmentent pas de volume et ne déterminent aucun trouble doivent être respectés et par le chirurgien et par le radiothérapeute ; ils ne relèvent que du traitement médical ; on reverra la malade de six mois en six mois.

Au contraire les fibromes qui s'accroissent sans cesse et ceux qui déterminent des troubles sérieux doivent être traités.

Appartiennent à la chirurgie tous les cas de dégénérescence possible, tous les cas de diagnostic douteux, les fibromes douloureux, ceux qui sont intraligamentaires, ceux qui sont pédiculés, soit sous-séreux, soit sous-muqueux ; ceux qui sont soupçonnés de complications appendiculaires, ceux qui coexistent avec un cancer du col ou du corps.

De là la nécessité d'un diagnostic aussi poussé que possible. Il est nécessaire de combattre une tendance thérapeutique répandue parmi les médecins radiothérapeutes et le public : c'est que tout fibrome peut d'abord, au moins à titre d'essai, être traité par irradiations. La physiothérapie ne peut être mise en œuvre sans un diagnostic exact que seuls gynécologues et chirurgiens sont capables de porter avec quelque certitude.

Sur 54 cas sélectionnés et traités par les rayons, 38 ont été suivis, avec 29 succès et 9 échecs. — 10 traités par le radium avec 9 succès et 1 échec. Le radium est préférable aux rayons.

Au point de vue opératoire, l'auteur est partisan de l'intervention conservatrice chez les femmes jeunes. Quand l'hystérectomie est indiquée, comme J.-L. Faure, il préfère la subtotale si le col est sain et si aucun cancer du corps ne peut être soupçonné. Dans le cas contraire il pratique la totale en un temps. L'hystérectomie en deux temps ne paraît indiquée que dans le cas de fibrome pelvien ou pelvi-abdominal à pôle inférieur enclavé. Dans certains cas il faut même recourir à l'évidement conique circulaire décrit par l'auteur en 1918 et qui permet d'enlever les fibromes à pôle inférieur enclavé par une opération méthodique, sûre et rapide.

M. Moure (de Paris) croit qu'il faut être éclectique dans le choix des moyens thérapeutiques mais préfère plutôt, quant à lui, l'hystérectomie totale. Il ne conserve plus d'ovaire, ayant dû réintervenir en certains cas pour un kyste né de l'ovaire respecté.

M. Mauclaire (de Paris), sur 305 cas de fibromes opérés, a eu 12 morts, soit 4 p. 100. La mort a été causée 3 fois par shock opératoire, 3 fois par septicémie, 6 fois par embolie ; 13 p. 100 des fibromes *pré-*

(1) Voir *Concours médical*, n°s 45, 46, 47, 49, 50 et 52 de 1924.

sentaient des complications : dégénérescences kystiques dans 10 cas, sarcomateuses dans 2 cas, calcificaiton dans 1 cas. La cancérisation du col a été observée 3 fois.

M. TUFFIER (de Paris) regrette que la myomectomie n'ait pas plus de partisans. C'est la seule opération conservatrice. On devrait en étendre les indications et ne pas redouter la mise à nu de la muqueuse utérine dont l'ouverture n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit si l'on établit un bon drainage cervical. Il faut se servir d'aiguilles rondes pour suturer le muscle utérin et ne pas trop serrer les fils. Les échecs ont deux causes : l'hémostase imparfaite, les lésions de la muqueuse. Avec une bonne technique, on peut vaincre aisément ces deux difficultés.

M. VANVERTS (de Lille). Le traitement chirurgical des fibromes utérins présente une supériorité incontestable sur les moyens physiques dont l'emploi doit être réservé aux cas où l'opération est contre-indiquée en raison de la lésion d'organes importants (rein, foie, etc.). La mortalité globale de l'hystérectomie abdominale (4.8 p. 100) s'applique à tous les cas, aussi bien aux cas de fibrome simple qu'à ceux de fibrome compliqué. Or, ce sont ceux-ci qui chargent la statistique, et, si l'on ne considère que les cas simples — c'est-à-dire ceux auxquels s'applique la thérapeutique physique — on constate que l'intervention chirurgicale présente une mortalité quasi nulle. La statistique personnelle de l'auteur est, du reste, en ce qui concerne l'hystérectomie abdominale pour fibrome simple ou compliqué, vierge de décès depuis 1918. Peut-on, d'autre part, soutenir que la radiumthérapie et la radiothérapie ne présentent aucun danger, en particulier dans certains cas de fibrome compliqué ? Est-il toujours possible de reconnaître cliniquement la complication et même l'existence du fibrome. Ainsi chez une malade soumise à la radiothérapie pour un pseudo-fibrome qui n'était qu'une vieille hématocèle rétro-utérine l'hématocèle se rompit à la suite d'une application de rayons.

Enfin, c'est seulement après la laparotomie que l'on peut se rendre compte de la disposition du fibrome et juger si l'intervention conservatrice peut être pratiquée.

A propos des fibromes intra-utérins gangrénés coexistant avec d'autres fibromes, l'auteur conseille d'enlever le noyau gangréné par la voie vaginale dans une première séance, et ultérieurement, quand la cavité utérine s'est désinfectée, de procéder à l'hystérectomie abdominale, ce qu'il a fait avec succès dans un cas.

M. THÉVENARD (de Paris) insiste sur les dangers que présente, au point de vue de l'état général, la physiothérapie des fibromes infectés ou en voie de dégénérescence. Pour l'auteur, les fibromes qui ne se manifestent qu'à l'âge de la ménopause sont les plus nombreux et la fréquence d'une dégénérescence maligne à ce moment doit faire recourir à l'intervention la plus large.

Les indications opératoires du fibrome compliqué de grossesse sont rares. L'avortement dans une cavité utérine obstruée par un fibrome intracavitaire est une indication formelle de l'hystérectomie abdominale totale, l'évacuation étant impossible.

La physiothérapie sera réservée aux fibromes diffus avec cavité utérine perméable et dont l'hémorragie est le symptôme capital.

M. COTTE (de Lyon) est d'avis que la physiothérapie a trop fait oublier le traitement médical des fibromes. Il y a des malades à ne pas traiter d'emblée. Il faut se méfier de l'hypertension et pour cette raison ne pas chercher toujours à arrêter brusquement les pertes à la ménopause. L'auteur préfère l'hystérectomie totale, sauf chez les femmes jeunes auxquelles il laisse le col sans l'évider et les ovaires. Il y a ainsi, quoi qu'on en ait dit, moins de troubles postopératoires et au point de vue sexuel les femmes sont moins diminuées. Quant au prolapsus postopératoire, sans doute la totale y expose davantage mais quand on la pratique il faut, avant de péritoniser, fixer le fond du vagin avec les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés, et si le périnée est insuffisant faire, en outre, une périnéorraphie.

M. Paul DELBET (de Paris) insiste sur la gravité du fibrome et sur ses complications fréquentes. Sur 220 fibromes opérés, 35 s'accompagnaient de salpingite, 2 étaient tordus, 1 présentait un abcès, 3 de la dégénérescence sarcomateuse, 2 du sphacèle et 8 s'accompagnaient de lésions cancéreuses du corps ou du col. Il y a eu 13 morts, soit 5 p. 100. L'hystérectomie abdominale a été pratiquée dans 112 cas avec 7 morts ; la vaginale 78 fois avec 5 morts, la myomectomie 30 fois dont 20 par l'abdomen avec 1 mort.

Sur 31 fibromes traités par la physiothérapie, la régression totale a été observée 1 fois, 20 fibromes ont régressé de moitié ou d'un tiers, 10 ont dû être opérés secondairement.

Les petits fibromes sans accidents chez les femmes de trente-cinq ans ne sont justiciables que d'un traitement par l'ergotine, à moins qu'ils ne provoquent la stérilité, auquel cas il faut faire la myomectomie. Les fibromes hémorragiques seront traités par le radium. Les fibromes mous sans troubles de compression, ceux qui s'accompagnent de tares viscérales, commandent les rayons X. Les fibromes compliqués ressortissent exclusivement à la chirurgie.

M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) a opéré 371 fibromes utérins avec une mortalité globale de 3,75 p. 100. Sa statistique comprend : 299 hystérectomies subtotales avec ou sans conservation des annexes, 48 hystérectomies totales par voie abdominale, 10 hyectérectomies vaginales et seulement 14 myomectomies.

L'auteur reste partisan de la subtotale toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication absolue de faire une totale. Il n'a jamais observé de cancérisation secondaire du moignon cervical. La subtotale totalisée lui semble une intervention tout à fait illogique

La myomectomie a des indications très précises et assez restreintes. M. de Fourmestraux a opéré 11 fibromes qui avaient été traités par radiothérapie, sans difficultés spéciales, sauf dans un cas où l'hémostase fut particulièrement pénible.

M. Arnaud (de Saint-Etienne) a pris soin de disséquer et d'examiner histologiquement 24 fibromes, et a constaté ainsi de nombreuses erreurs de diagnostic. La physiothérapie lui paraît être une méthode aveugle et dangereuse, surtout aux environs de la ménopause. A l'occasion de deux polypes ainsi traités, il a observé des accidents de sphacèle. Auss préfère-t-il dans tous les cas la méthode chirurgicale qui, selon lui, n'a que peu d'occasions d'être conservatrice.

M. Viannay (de Saint-Etienne) a traité pendant ces douze dernières années 179 fibromes utérins dont 153 chirurgicalement et 16 par le radium. Les 153 cas opérés comportent 20 myomectomies dont 14 par voie vaginale et 6 par voie abdominale et 143 hystérectomies dont 106 totales. La mortalité globale a été de 6 p. 100.

L'auteur n'a jamais vu disparaître de fibrome par la curiethérapie qui en amène seulement la diminution.

Le radium n'agit guère que sur la vascularisation de la muqueuse utérine et sur les ovaires.

Seule l'hystérectomie paraît actuellement capable de guérir radicalement le fibrome.

Le radium conserve cependant quelques indications ; les fibromes hémorragiques de petit ou de moyen volume, ceux des obèses, enfin les femmes qui, mises au courant des avantages et des inconvénients respectifs des deux méthodes, demandent formellement la curiethérapie.

M. Termier (de Grenoble) reste fidèle à la voie vaginale quand le fibrome est petit et bas et surtout quand les troubles de l'état général augmentent les risques inhérents à la laparotomie. L'opération par voie vaginale est moins choquante, elle laisse un large drainage et permet un lever précoce.

L'auteur a fait peu de myomectomies, l'occasion s'en présentant rarement chez les malades qu'il opère et dont les fibromes sont dégénérés dans un quart ou un tiers des cas. Il a longtemps conservé l'ovaire, il ne le fait plus qu'exceptionnellement. Il a vu peu de cancérisations secondaires du col ; il est vrai qu'il fait maintenant, de plus en plus, l'hystérectomie totale. Il n'est intervenu que deux fois pour des fibromes compliquant la grossesse et a pratiqué dans les deux cas — c'était au cours du neuvième mois — une césarienne suivie d'hystérectomie.

Quant à la physiothérapie, M. Termier pense qu'il serait imprudent de laisser s'accréditer dans le public l'idée qu'elle guérit tous les fibromes, car les indications de cette méthode sont restreintes et les cas auxquels elle est applicable doivent être choisis avec soin. Il connaît 4 cas de fibromes traités par la physiothérapie qui ont présenté des complications péritonéales mortelles.

M. Remmelt (d'Amsterdam) indique qu'à la clinique gynécologique de l'Université d'Amsterdam, on fait de plus en plus des myomectomies. Par rapport au chiffre global des opérations de fibrome, il y avait 17 p. 100 de myomectomies en 1899 : il y en a actuellement 25 p. 100. La myomectomie n'est pas plus dangereuse que les autres opérations. Dans les cas où on ne peut garder l'utérus en totalité, l'auteur estime qu'il faut s'efforcer de conserver les ovaires et un segment suffisamment étendu de muqueuse utérine pour que la menstruation soit possible.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES.

Pathologie générale.

Importance de la bactériémie dans les infections chirurgicales. — M. Libman (de New York).

A propos de la rachianesthésie. — M. Spehl (de Bruxelles).

De l'emploi du chlorure d'éthyle (kélène) comme anesthésique de choix en chirurgie générale.—M. Coudray (de Nogent-le-Rotrou). L'anesthésie générale au kélène s'est encore peu généralisée, du moins pour les opérations d'une certaine durée. Pourtant, nombreux sont les avantages du kélène : réveil rapide, rareté des vomissements, disparition des accidents dus à des altérations viscérales.

Les critiques adressées à la méthode sont : la brutalité de l'anesthésie, la cyanose du visage, la mauvaise qualité de l'anesthésie, les difficultés techniques de l'administration du kélène, l'impossibilité de pratiquer avec lui des interventions de longue durée, enfin, l'hypotension artérielle qu'il détermine.

Seule, cette dernière critique est justifiée. On peut y remédier par l'administration rectale goutte à goutte, aussitôt après l'opération, de sérum glucosé avec XL gouttes d'adrénaline.

Le kélène doit être donné goutte à goutte, avec un appareil tel que le dosétyleur, d'abord lentement, le sommeil ne devant pas être obtenu avant cinq ou six minutes. L'injection préalable de scopolamine-morphine est très recommandable. De même, le tube de Mayo régularise le sommeil et évite la cyanose. Enfin, il est bon de soulever le masque de temps en temps, pendant une inspiration, pour faire respirer un peu d'air pur au malade.

Le kélène pur permet la plupart des interventions courantes : hernie, appendicite, kyste de l'ovaire, hystéropexie, opérations gastro-intestinales. Pour l'hystérectomie, et les interventions qui nécessitent un silence abdominal absolu, il faut lui associer le chloroforme, dans la proportion de 10 à 25 p. 100

Quelques observations de transfusion sanguine. — M. Tailhefer (de Béziers) apporte les résultats qu'il a obtenus de la transfusion dans la gangrène gazeuse, dans l'infection puerpérale et dans les grandes brûlures. Il montre que la lenteur avec laquelle le sang est injecté ne met pas toujours à l'abri d'accidents graves. Il indique sa technique qui est très simple et réalisable partout. C'est une injection intra

veineuse pratiquée avec une douche, un tube muni d'un embout de seringue et deux petits trocarts de Potain, le tout bouilli dans l'eau sucrée à 50 p. 1000. Le sang est mélangé en parties égales avec de l'eau sucrée et une petite quantité de citrate de soude si le sang devient visqueux.

Congrès de chirurgie de 1925. — Composition du bureau :

Président : M. Bérard (de Lyon) ; vice-président : M. J.-L. Faure (de Paris) ; secrétaire général : M. Auvray ; secrétaire général adjoint : M. Lenormant ; secrétaires des séances : MM. Chifoliau, Mouchet, Péraire et Wiart.

Questions mises à l'ordre du jour. — 1° « Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum ». Rapporteurs : MM. A. Schwartz (de Paris) et Gaudier (de Lille).

2° « Traitement de la tuberculose du genou, à partir de l'adolescence (quinze ans) ». Rapporteurs : MM. Fredet (de Paris) et Vignard (de Lyon).

3° « De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. » Rapporteurs : MM. Guyot (de Bordeaux) et Rouvillois (de Paris).

(*A suivre.*)

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Archives françaises de pathologie générale et expérimentale, d'anatomie pathologique.

Année 1923. *Fascicule* V. — Dr Th. ALAJOUANINE. — Sur un type de paraplégie en flexion d'origine cérébrale avec exagération de l'automatisme médullaire (Prix : 12 francs.)

Année 1923, n° VI. — Dr Ch. MASSIAS. — L'épithélioma de la plèvre (Prix : 8 fr.)

Année 1924. *Fascicule* VII. — Dr M. ECOFFY. — Dégénérescence amyloïde locale du poumon. (Prix : 5 francs.)

Année 1924. *Fascicule* VIII. — Dr A. DHALLUIN. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie massive de la mamelle. Un cas d'hypertrophie débutant en dehors de toute grossesse et évoluant au cours d'une gestation consécutive. (Prix : 5 francs.)

Année 1924. *Fascicule* IX. — Drs POUJOL et LAGROT. — Contribution à l'étude de la lésion du foie, dite « adéno-cancer nodulaire avec cirrhose ». (Prix : 4 francs).

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Arthur BRÉCHOT.— **De l'incinération des ordures ménagères.** (1 vol. 172 pages, avec 48 figures dans le texte, 1924. Prix : 16 francs.)

1° Collecte, transport, traitement des ordures ménagères.

2° La technique, l'économie, l'hygiène, exigent : 1° l'incinération intégrale et intensive des gadoues ; 2° le décrassage automatique, instantané, du foyer en vase clos ; 3° l'évacuation mécanique des mâchefers du sous-sol.

L'auteur décrit son appareil, qui répond exactement à toutes ces indications, et il cite les rapports officiels, qui en furent l'objet après neuf ans de marche à Courbevoie, et une marche intensive à Courbevoie (3 ans, dont une période de 7 mois sans arrêt). Les ordures ménagères sont un engrais pauvre, ne contenant pas plus de 5 kg. d'azote par tonne. Comme combustible, un appareil bien compris peut aujourd'hui, sous tous les climats et en toutes saisons, leur faire produire une quantité de vapeur importante et lucrative. L'auteur traite aussi de l'utilisation du mâchefer, notamment pour la fabrication de briques par mélange avec du ciment ou de la chaux hydraulique, de sa granulation. Il envisage l'incinération des ordures dans les immeubles.

3° Une dernière partie de l'ouvrage traite, au point de vue prophylactique, de l'incinération des matières usées et de la stérilisation chimique des liquides souillés, dans les hôpitaux particulièrement de contagieux, établissements, habitations, appartements qu'ils contaminent.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Henri MATHIAS. — **Autour du drame vénérien.** (In-8, 1924, 197 pages, 15 figures. Prix : 20 fr.)

La syphilis va-t-elle bientôt devenir un anachronisme ? On l'espère fortement en lisant ce livre d'un optimisme si raisonné. L'auteur y a consigné avec une impartialité manifeste le fruit de ses observations objectives durant sa carrière de dermatologiste.

Voici le titre des principaux chapitres : le microbe de la syphilis ; la marche de la syphilis ; la réaction de Wassermann ; le traitement curatif par l'arsénobenzol, et préventif par l'arsénobenzol ; comment nous pratiquons une injection intraveineuse d'arsénobenzol ; 606 ou 914 ? ; la syphilis est guérissable ; prophylaxie de la syphilis ; syphilis, mariage, divorce ; l'action de l'arsénobenzol dans les lésions rebelles d'origine syphilitique ; le chancre mou et son traitement ; la blennorrhagie ; questions de dermatologie ; quelques dermatoses traitées par la neige carbonique ; des dix médicaments à succès en dermatologie.

Coprostase et cascarine.

« L'important est d'aller à la garde-robe »
« *O stercus prætiosum* ! »

(DIDEROT ± le neveu de Rameau).

Le constipé habituel est toujours un infecté, un empoisonné. C'est pour cela, précisément, que la constipation n'est jamais, aux yeux du clinicien, un symptôme négligeable. Le difficile est de savoir instituer, dès la première consultation, le traitement rationnel, efficace, celui qui met le malade en confiance et lui fait espérer la guérison prochaine. Il faut éviter les applications brutales de la « saignée séreuse » et surtout cette « obstipatie redux », qui est l'écueil de la plupart des exonérateurs prescrits.

La médication purgative a recueilli l'héritage de la phlébotomie, à peu près abandonnée. C'est pourquoi tant de purgatifs divers se disputent une innombrable clientèle ! Cependant, depuis une trentaine d'années, les praticiens possèdent un laxatif rationnel, le seul produit actif incapable d'endolorir l'intestin ni de causer lamoindre entérite par l'usage le plus répété ; la cascarine, découverte et préparée par le Dr LEPRINCE (1). Pour évacuer régulièrement, pour mettre obstacle à la fermentation et à la résorption des toxines vaso-constrictives, origine d'hypertension, artériosclérose et sénilité précoce, ainsi que du « poison hémolytique » de ROGER, cause (trop souvent méconnue) de chloro-anémie, d'ictère hémaphéique et de dystrophies multiformes, aucun eccoprotique ne vaudra la cascarine.

Il faut aussi apprécier son heureuse influence sur les dermatoses alimentées par la résorption toxinienne : eczéma, herpès, séborrhée, urticaire acné, prurigo, etc. Amie de l'émonctoire intestinal, elle joue, dans ces cas, le rôle d'un sûr dépuratif, sans les périls de déminéralisation dévolus aux ferments lactiques. Personne n'a plus aujourd'hui l'outrecuidante pensée de vouloir stériliser l'intestin, la vie digestive normale comportant symbiose avec les bactéries (ROUX). Ce qu'on réalise avec la cascarine, c'est l'expulsion, le nettoiement, la fin de la flore putréfiante.

Le principe découvert par LEPRINCE doit une part de ses heureux effets à son affinité élective pour l'épithélium hépatobiliaire ; c'est une sorte de « calomel végétal », qui règle naturellement la sécrétion du foie. Or, la bile est le balai antiseptique de l'intestin ; elle savonne sa muqueuse desséchée, galvanise son péristaltisme et oriente l'organe vers sa rééducation, grâce à son animation sécrétoire et excito-motrice. La bile est le meilleur agent de liaison pour déclencher l'action laxative, prévenir l'atonie et résoudre l'entérospasme. En coordonnant les mouvements vermiculaires, en neutralisant les poisons digestifs, en mettant fin aux perturbations du pancréas et des follicules ; en rénovant les épithéliums en vue de l'absorption, le pouvoir cholagogue actionné par la cascarine restituera l'énergie à la fonction inhibée ou déficiente. L'intestin ne s'encrassant plus, le météorisme disparaît, avec les malaises et les coliques. Perméabilité est rendue aux conduits biliaires, pour la prévention naturelle des états bilieux (cholémie, hépatisme), du catarrhe lithogène, de la cholécystite et de l'angiocholite. La cascarine réussit même dans certains cas de lithiase où l'on voit se profiler à l'horizon le spectre de l'intervention chirurgicale.

La cascarine Leprince agit surtout sur la stase des fèces dans la première portion du côlon qui, moins bien tolérée que la sigmoïdienne, développe avec de pénibles accumulations de gaz, le xmaimum d'autointoxication. Inoffensive, elle ne congestionne pas les viscères, ne violente pas le tractus, n'émoustille pas la sensibilité muqueuse. C'est un bienfait pour les neuro-arthritiques, tributaires de la colite ainsi que pour les hémorroïdaires et hypérémiques-pelviens : pour détendre la corde colique, vaincre la « stercorémie puerpérale » de BUDIN qui, parfois, on le sait, simule une fièvre grave ; contre la migraine et l'obésité féminines et pour dériver les accidents de la ménopause, rien ne vaudra mieux que la cascarine. Elle combat l'haleine fétide, la langue pâteuse, l'appétit capricieux, le tympanisme, les points de côté, tachycardies, arythmies, dyspnées toxi-alimentaires, fausses angines de poitrine, irritabilité, phobies, hypocondrie, amnésie, somnolence, cauchemars, myo-arthrodynies et tout l'essaim copieux des symptômes faisant cortège à la coprostase et aux fermentations putrides engendrées par notre « laboratoire toxicogène ».

(1) Académie des Sciences 1er Août 1892 et 3 juillet 1899.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

I

A PROPOS DES DISPENSAIRES ANTISYPHILITIQUES

Réponses aux Réponses des docteurs M. Pinard et Leredde.

Vraiment, je ne saurais regretter mes « essais critiques » publiés ici même sur les dispensaires. Ma prose ayant été lue d'un œil indulgent a été épluchée de main de maître par deux courtois syphiligraphes ; et le *Concours* a ainsi profité d'articles de Marcel Pinard et de Leredde « *bien tirés !* »

Si je réplique à ces répliques, *ce n'est point pour avoir raison quand même.* C'est surtout pour souligner mes revendications, pour insister sur les « causes finales » de mon étude, pour rabâcher les vœux que j'ai formulés. Etrange aventure ! Mes contradicteurs ont beaucoup mieux lu mon argumentation que mes desiderata. Il est vrai qu'ils m'ont fait ainsi deux honneurs, d'abord celui de discuter mes objections, et en outre sans qu'il y paraisse trop, celui de ne pas discuter mes trois conclusions : mission de l'infirmière-visiteuse, rôle du médecin de famille, nécessité d'une vulgarisation bien faite pour éclairer le public encore mal averti.

Je saisis enfin l'occasion de me défendre d'une présomption qui serait ridicule. Si j'ai blagué certains dogmes, je n'ai point prétendu à les réfuter, n'ayant point la compétence voulue. J'ai simplement tenté, avec mon expérience de praticien, avec l'empirisme pratique, d'attirer l'attention sur les écueils possibles d'affirmations hardies, d'intransigeances sans doute méritoires, mais peut-être anticipées et parfois.... subversives.

A. Réponse à Marcel Pinard.

Marcel Pinard s'étant reconnu en Saint-Marcel, j'aurais mauvaise grâce à lui contester l'auréole, l'ayant en effet canonisé moi-même. Mais sa modestie s'abuse : il se croit simplement dignitaire dans la hiérarchie ecclésiastique. Hérésie pure ! Sa parenté avec le Saint-Esprit est apparue à tous évidente, tant à rire le premier de sa sanctification il a fait preuve d'*esprit sain*...

1° Ce rude champion, d'entrée de jeu, me porte un coup droit : *En matière de doses, il ne s'agit pas de préférence, il s'agit d'adopter la dose efficace.* — J'entends bien, n'ayant pas l'oreille dure ; et l'hésitation ne serait point permise en effet, *si nous connaissions la dose qui guérit.* Mais, à l'unanimité, le critérium de la guérison nous fait défaut.

Vous qui avez été consacrés maîtres par les concours officiels, mettez-vous imaginairement à la place du praticien... Votre opinion personnelle se base sur votre pratique hospitalière. Vous ne pouvez donc refuser au simple docteur le droit de Saint-Thomas, le désir de juger en conscience à la lumière de son expérience personnelle, c'est-à-dire le droit de vérifier les indications divergentes des enseigneurs, car *Magister dixit*... pas toujours la même chose. (*Oserai-je dire que le médecin de famille est bien placé pour juger les résultats thérapeutiques, car il voit les conséquences tardives et lointaines qui ne se voient guère à l'hôpital ?*) Mais la clientèle est un champ d'observation délicat et restreint, où l'homme de l'art doit être plus prudent et agit certainement moins à l'aise que, dans son service, un patron titré et galonné ! — J'ai passé certain jour, après intra-veineuse d'un arsenobenzène de marque (la fourniture ratée, adultérée, dont vous savez l'histoire), une heure angoissante avec un client en crise nitritoïde. Ces sortes d'aventures rendent tout de même un peu timide.

Voilà pourquoi, tant que l'unanimité ne règne point sur la question, le praticien est enclin aux doses véniellès ... A tort, clamez-vous, Pinard. Mais il y a des dissidents autorisés, qui ne sont pas les premiers venus. Et aussi, il y a des accidents assez fâcheux pour nuire grièvement à un médecin dans l'esprit de sa clientèle. Enfin, l'avenir des syphilitiques intensément imprégnés d'arsénos reste encore incertain : le recul du temps manque pour prononcer en dernier ressort...

Au passage, Marcel Pinard glisse une concession qui (si les lois somptuaires de la vie chère n'interdisaient le luxe) mériterait d'être imprimée en lettres d'or : « Tout médecin reste libre de traiter ses malades comme il le croit utile ». Bravo ! mais j'ajoute : « car seul, le médecin peut être juge de ce qui convient à son malade (contingences matérielles, morales, économiques, familiales...) » ; et je dédie gaiement cet aphorisme hippocratique à notre néo-ministre Justin Godart qui médite, dit-on, des décrets de thé-

rapeutique mathématique obligatoire, c'ést-à-dire l'égalité des traitements médicaux, l'omnibus thérapeutique...

2° Comme *un uppercut* m'eût mis *groggy*, une assertion de mon ex-compagnon d'armes (354e R. I.) m'aurait choqué : « La syphilis non guérie tertiaire ou héréditaire peut être contagieuse. » Par mesure homéopathique pour mon état de shock sans doute, Marcel Pinard m'affirme que « les saillies des bosses frontales, dystrophie des plus communes, sont le reliquat d'une ostéite à tréponèmes ». Est-ce donc que les dites bosses frontales sont contagieuses ? Je ne puis *encaisser la riposte*, telle quelle, je demande de rechef un correctif aux généralisations illimitées..

3° Un lapsus, je pense ! — Je n'ai point traité d' « inconséquence » l'interdiction du mariage aux humains à séro-réaction positive ; j'ai simplement insinué que ce n'est point le « sacrement », mais le coït qu'il faudrait prohiber en ce cas.

4° J'aurais répudié l'ultra-microscope... Mais non ! Il est utile, nécessaire au diagnostic précoce ; et je ne le conteste point. Je persiste seulement à soutenir que cet instrument ne saurait avoir place en l'arsenal du praticien. Ce qu'il faut, c'est ...

C'est ce que demande Marcel Pinard lui-même dans son dernier paragraphe, et j'en éprouve une très grande, très réelle satisfaction : « Il doit y avoir union absolue entre le dispensaire et le praticien pour la sauvegarde des intérêts de tous ». Ce que je formule : « Il faut établir une liaison entre laboratoires et médecins, comme pendant la guerre, il a fallu la réaliser entre l'infanterie et l'artillerie ».

B) Réponse au docteur Leredde.

Second assaillant, le docteur Leredde, que je n'ai point canonisé, mais qui est bien le Bernard l'Ermite de la Croisade antisyphilitique, m'a pris fort courtoisement à partie le même jour. Il m'a paru moins préoccupé de justifier l'organisation des dispensaires que d'affirmer certains points de doctrine.

Il annonce pourtant comme prochain le miracle de la multiplication des dispensaires antivénériens dans les plus lointaines provinces et les plus minimes cités. La perspective en soi n'a rien de terrifiant si cette institution prophylactique s'avère hygiéniquement nécessaire et suffisante, s'il faut vraiment lui réserver l'exclusivité dans l'intérêt général et individuel des malades, si elle peut assumer le monopole.

I. — *Sur le chapitre des laboratoires*, accord parfait. — « La création et l'organisation de laboratoires est plus nécessaire et plus urgente que la création même de dispensaires », a écrit M. Leredde dès 1916. Et moi, je demande aujourd'hui que le dispensaire mette à la portée du praticien médecin de famille les méthodes modernes de diagnostic et de thérapeutique, (voir les numéros du *Concours* 10 et 17 août, les Dispensaires antituberculeux) ; en outre, j'insiste pour que les praticiens ne soient pas suppléés, supplantés, évincés même dans leur clientèle par un personnel féminin subalterne. Il n'y a là aucun dissentiment.

Notre confrère me soupçonne « de n'avoir point vu l'effort des syphiligraphes pour rendre plus précis diagnostic et traitement ». Pourquoi? Parce que mon expérience me fait juger la multiplicité des analyses microscopiques, sérologiques, etc... et la complication du programme de cure, quasi-prohibitives pour la moyenne des malades ? ?... Certaines exigences ne sauraient-elles vraiment être un peu tempérées ? ?.. Après tout, ce sont là pures suggestions de ma part, et nullement des assertions-axiomes.

Le docteur Leredde n'a-t-il pas la dent plus dure que moi, lui qui a dénoncé la « pagaie syphiligraphique », l'incertitude qui règne forcément dans l'esprit du médecin ? Au surplus, les articles signés d'un maître incontesté et vénéré, du docteur Brocq, dans la *Presse médicale*, ne m'ont-ils pas aussi donné le *la* ? ...

Comme caractéristique de sa rigueur doctrinale, M. Leredde insiste sur l'insuffisance *d'une seule séro-réaction positive pour affirmer la guérison.* Mais n'avons-nous pas tous, dans ma génération d'étudiants, été imprégnés de cette maxime : « *Un syphilitique ne doit jamais oublier qu'il a eu la vérole* ? » et de cette autre : « *Il n'y a pas une syphilis ; il y a des syphilitiques* ? » Le traitement de Fournier n'a jamais été, à mon sens, mécanique.

En fin de compte, sur les principes sinon dans la forme, nous voici de nouveau en communion d'idées avec mon éminent contradicteur, déclarant de compagnie *qu'il est urgent et indispensable d'éduquer le public*, trop ignare en général. Une nuance pourtant nous sépare. Au dispensaire, M. Leredde trouve un peuple de fidèles, l'esprit ouvert, aisément convaincus, souples et dociles, enchantés des examens et ponctions rachidiennes, séduits par « *la thérapeutique qui leur devient intelligible* ». En ville, le client m'a toujours paru rechigner aux ... *sollicitudes médicales* qui volontiers, lui semblent importunes et indésirables, même non coûteuses : c'est pourquoi j'ai parlé du risque de rebuter, d'effrayer les malades par une discipline curative trop sévère sans culture préparatoire. Ne serait-il pas sage de convertir les hérétiques, les incrédules, les ignorants, avant de les soumettre « *au grand jeu thérapeutique* » qui réclame la foi du charbonnier ? Je crains la panique, les vagues de phobie, tant qu'une saine vulgarisation n'aura pas pénétré les masses.

Heureux, en attendant, les confrères privilégiés que tous les malades comprennent ! Pour moi, j'ai dû inventer parfois d'inouïs subterfuges pour faire accepter une simple prise de sang. Et j'ai vu de bonnes gens, furieux d'un résultat négatif, accuser le docteur de leur faire gaspiller l'argent par les fenêtres ....

II. — *Sur la valeur et les mérites des dispensaires,* entente cordiale quasi absolue.

Le dispensaire, écrit le docteur Leredde, est justifié par le grand nombre des petits budgets ; et il peut être une admirable école pour l'éducation des médecins. — Oh ! là, j'applaudis à tout rompre ; à moi seul, je fais la claque et le chef de claque,pourvu toutefois qu'on nous invite de bon cœur au delà du seuil ou du vestibule, pourvu qu'on ne nous crée pas une situation fausse par un barrage d'infirmières-remplaçantes.

Le docteur Leredde, je le devine, professe les mêmes sentiments confraternels qui m'animent. Il en donne d'ailleurs deux témoignages probants : 1° il n'approuve sans réserves qu'un type de dispensaire assez spécial, son type personnel, soumis à une entière unité de direction et où le nombre des malades est limité ; 2° il bouscule le protocole, et déclare nettement très admissible à son gré le dispensaire type de l'Union des syndicats, conçu en vue de la lutte contre la tuberculose... Demander davantage serait vouloir être plus royaliste que le roy !

III. — D'autres paragraphes mériteraient certes de nous arrêter. Mais il faut se limiter ; et je relève seulement une erreur d'interprétation. — « M. Chatinière voudrait, je crois, que nous ne disions pas au public que la syphilis est une maladie grave ». — Ici, je proteste et de toute ma conviction, et de toutes mes forces. *Je suis partisan déclaré des vérités révélées* ; et depuis longtemps ; je réclame l'éducation sexuelle de la femme qui devrait savoir à quelles maladies l'expose le mariage. L'homme, tuteur déchu, ne jette sa gourme que pour mieux abuser la vierge, et par paresse, il n'utilise même pas *son apprentissage* pour apprendre les premiers éléments du savoir-vivre physiologique....

Finalement, puisque notre ami et confrère Leredde « comprend l'embarras de praticiens », il devrait éviter dans son texte certaines apparentes contradictions. N'y a-t-il pas de quoi troubler les idées dans deux affirmations des pages 2847-48 ? « Les doses faibles sont les seules dangereuses ; les doses fortes n'ont jamais causé la mort ». Un peu plus loin on lit : « Les seuls accidents publiés sont dus à des fautes de technique évitables, et la plupart à des doses trop fortes, alors qu'il faut suivre une progression, en partant des doses faibles ». — Puisqu'il y a certains réfractaires aux doses « petites », pourquoi ne pas nous enseigner le moyen de repérer, de soupçonner d'avance ces hypersensibles ? Voilà qui nous intéresserait et effacerait toute trace de dissentiment entre praticiens et syphiligraphes.

***

Je conclus.

Le docteur Leredde, comme Marcel Pinard, pourraient, je crois, sans remords, apostiller mes trois desiderata :

1° Il faut établir la liaison entre les dispensaires et les praticiens, comme entre l'artillerie et l'infanterie en temps de guerre. Spécialistes et non-spécialistes, nous sommes faits pour nous entendre, rêvant tous l'extinction de la maladie.

2° Il faut franchement mettre les infirmières à leur rang, essentiel mais secondaire.

3° Il faut d'urgence entreprendre l'éducation du public. — A quand le journal de vulgarisation médicale, publié et rédigé par le corps médical, pour enseigner aux lecteurs l'art de se servir du médecin ?

Dr Henri CHATINIÈRE.

II

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE

Dans les Dispensaires. Ce qu'on dit et ce qu'on écrit.

3e *Série. Disp. Psychiatriques.*

SOMMAIRE

Conclusions. Rabâchages. 1° Il faut éduquer le public. 2° Sans le concours au premier plan du médecin de famille, hygiène et thérapeutique sont mal fructueuses.
Conclusions des conclusions. L'amour des titres fascine les médecins, et, à force d'être « *employés* », ils se réveilleront un beau jour *fonctionnaires*.

Avis au lecteur.

Ce n'est pas sans une réelle appréhension que j'aborde cette troisième et dernière série, l'étude des dispensaires d'hygiène mentale. Sans doute il se trouvera des rieurs pour railler la prétention d'un praticien téméraire au point de se croire compétent en Tuberculose, en Syphilis et en Psychiâtrie. Qu'on me soit indulgent : le labeur désintéressé que j'ai mené à bout m'a coûté certes beaucoup de travail, et je suis si convaincu des idées que je soutiens ! Je regrette seulement de manquer d'autorité pour me faire entendre et de talent pour charmer les lecteurs.

Pourtant, je tiens à dire ici combien m'ont été précieux certains encouragements de Maîtres, unanimement honorés et estimés, dont l'approbation m'a rassuré sur la légitimité de mes critiques.

Et maintenant, tant pis ! Je vais piétiner les plates-bandes.

Premières Impressions.

Une de mes premières émotions (je dis bien « émotions ») fut la lecture d'une leçon faite à certaine école d'infirmières par le Dr Génil-Perrin : « *le Dépistage et le Traitement social des petits troubles mentaux et névropathiques* ». Ce titre, d'allure innocente et philanthropique, ne m'avait nullement inquiété tout d'abord. Pourtant, cinq lignes en italiques, imprimées comme épigraphe, me firent fortement tiquer :

« *L'infirmière-visiteuse doit savoir dépister*
« *les troubles mentaux chez ses malades et dans leur*
« *entourage. C'est par l'infirmière-visiteuse ins-*
« *truite en psychiatrie que peut être réalisée la*
« *lutte sociale contre la folie* ».

La suite, hélas ! ne fit que confirmer mes craintes, et à coup sûr mon rythme cardiaque se précipita de ligne en ligne... Depuis ce jour, d'ailleurs, les affiches de la Ligue d'hygiène mentale se sont multipliées sur les murs, au voisinage des cliniques, hôpitaux et dispensaires, à l'intérieur aussi, dans les salles d'attente ou les couloirs des consultations, et enfin dans les vespasiennes, c'est-à-dire *dans les urinoirs bien pensants*, car bon nombre d'édicules sont encore « *des maudits* », dont la tôle est réservée à la publicité éhontée des charlatans vénéricoles ! Certains sceptiques, il est vrai, prétendent que les termes de *psychiatrie* et d'*hygiène mentale* (chacun se jugeant sain d'esprit) n'éveillent guère l'attention ni la sympathie des passants qui comprennent mal l'attrayant appel des aliénistes. Pourtant tous les imprimés, toutes les affiches ont des lecteurs ; il y a même, dit-on, exceptionnellement des oisifs qui lisent les discours dont la Chambre vote l'affichage ! Et sur dix lecteurs, il y a au moins un « *gogo* »...

En somme, l'*infirmière-visiteuse est la femme du jour*. Phtisiologues, syphiligraphes, médecins d'asiles communient dans cette religion nouvelle et ne peuvent se passer de cette déesse moderne. Je fais ici mon chemin de croix, et pour la troisième fois... *je suis assis* ! Je deviens évidemment « un vieux jeton », mes petits-fils qui ne parlent pas encore me le donnent déjà à entendre. Tout de même, pourquoi le praticien, le docteur de quartier, le médecin *des* familles n'est-il pas apte à remplir le rôle de pisteur mental ? et pourquoi faut-il une femme à mante bleue qu'on intitule dépisteuse ? Pourquoi instruire celle-ci et ne pas instruire celui-là, prédestiné semble-t-il par sa mission ? Comme le répétait Armand Bour dans l'*Enfant maître*, d'Henri Marx, « je ne comprends pas ! non ! je ne comprends pas !... »

Impressions Secondes.

Ma simple inquiétude initiale s'est muée bientôt en une pénible *angor*, au point que j'ai soupçonné mes *coronaires*, et consulté les cadrans des Pachon et des Laubry-Vaquez, amis contrôlant ma tension avec une anxiété de sympathicotonique qui craint d'être vagotonique ou inversement... Et le mal se déclara à la réception de certain *Bulletin mensuel de la Ligue d'hygiène mentale*, que j'ouvris sans penser à mal, je le jure.

Je ne m'attendais certes pas, en feuilletant ce fluet numéro broché dans une couverture *tango*, à y découvrir tout un lot de merveilles :

J'appris d'abord qu'une réunion solennelle de la Ligue avait eu lieu le 29 mai 1923 dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne sous le patronage de trois renommés psychiâtres : Justin Godart, député du Rhône, docteur Toulouse, médecin de Sainte-Anne et Paul Bourget, médecin-chef des âmes et confesseur des douairières du faubourg Saint-Germain, romancier très académique (style *Revue des Deux Mondes*).

J'appris aussi, avec une certaine satisfaction d'amour-propre national, qu'en cette affaire de dispensaires psychiâtriques *le grelot* avait été attaché par un Américain, le célèbre auteur d'« Une intelligence qui se retrouve », M. Clifford W. Beers, mystique et pratique comme on l'est là-bas, un gaillard qui a fourni une preuve éclatante de sa forme actuelle ; il a obtenu là création du *Comité national d'hygiène mentale* a

New-York, budget de 200 mille dollars, et il est devenu secrétaire général de cet organisme, fonction sans doute honorablement appointée, indemnités en sus. Cet initiateur était un des héros de la fête.

Un autre triomphateur fut Dranem à qui le docteur Toulouse, modestement céda son tour de parole : au lieu d'un discours, on eut « les P'tits pois » !...

Avant ce régal, on avait entendu une conférence du prof. Claude sur « les poisons sociaux (morphine et cocaïne) », simple ent mentionnée au Bulletin, où, en revanche, une « adresse du maître Paul Bourget » obtenait les honneurs de l'*in extenso*. Cette page d'une haute envolée escomptait les réformes conçues par les savants « initiés aux anomalies de la pensée, « de la sensibilité et de la volonté, à ces anoma- « lies tantôt congénitales, et tantôt acquises... « Quel bienfait pour les générations futures cette « vulgarisation des règles précises et pratiques « qui corrigent et préviennent les anomalies « susdites, qui enseignent à prévoir les consé- « quences funestes de telle ou telle habitude ! »...

Le clinicien-romancier proclamait ensuite à la face de l'univers, au nom de « son expérience « portant particulièrement sur le monde litté- « raire, que *la simple lecture d'un bon Traité de « psychiatrie* eût été un salutaire avertissement « pour tant de beaux talents d'écrivains arrêtés « dans leur développement, ou déviés, ce qui est « plus triste encore, par des abus de travail ou « d'excitation ». Ainsi il suffit... Ne sait-on pas (et les pontifes de la Faculté, grands amis de notre P. B. national, lui ont sans doute communiqué d'édifiantes statistiques), ne sait-on pas combien les étudiants en médecine, « *avertis* » par leurs bouquins et cours de psychiatrie, restent exempts de maladies vénériennes et se gardent de succomber aux excès, dissolvants de l'énergie mentale ? ? Les écrits, les manuels des « *bons* » aliénistes possèdent donc incontestablement quelque capacité immunisante, un virus filtrant, vaccinant, dont le lecteur doit s'imprégner par osmose ! (L'anaphylaxie, le choc hémoclasique ne paraissent pas à redouter). — Et la péroraison de Bourget se parfume d'un atticisme subtil, comparant « *la civilisation à la lance légendaire du guerrier d'Homère, qui guérissait les blessures qu'elle faisait* »... Béotien qui n'applaudirait pas !...

. . . .

L'enseignement aux infirmières visiteuses.

La Sagesse des nations proclame tour à tour avec une insigne mauvaise foi : « La première impression est la bonne », et « La première impression ne vaut rien ». L'infaillibilité étant un monopole (hélas ! ce n'est pas un monopole de l'Etat, au moins chez nous), il est prudent d'éplucher et d'épouiller ses opinions, voire les plus logiques apparemment.

Je me suis donc provisoirement et imaginativement insinué dans une peau d'infirmière, m'efforçant d'adapter mes facultés personnelles, visuelles, auditives, etc., etc., aux organes et fonctions de ces « *écolières* », pour tâcher de réagir aux leçons, comme une auditrice, *à la manière de ces dames*. Je dois avouer que mes mollets ont fait craquer les bas de soie et que mes pieds n'ont pu s'accommoder des hauts talons. Après cet aveu, si je profère des hérésies, on saura que mon incompréhension a pu provenir de mon inaptitude à porter le costume.

N. B. — Les citations qui suivent sont empruntées à la conférence du Dr Génil-Perrin devant un collège d'infirmières, conférence à laquelle il a déjà été fait allusion.

Je note d'abord une gamme d'affirmations crescendo :

—« *La folie n'existe pas, terme tellement général qu'il perd toute signification* »...

—« *Il n'y a pas de folie, il n'y a que des maladies mentales* »...

—« *Il n'y a pas de maladies mentales, il n'y a que des malades mentaux, des psychopathes* »...

J'ai entendu un Monsieur à lunettes vanter l'originalité de ces propositions et l'intérêt philosophique de leur gradation ; mais *Madame Durand* (*Madame Durand, c'est mon nom, en travesti*) *n'y pige rien*, et elle se demande si le cours du professeur va être aussi ... obscur, tout le temps...

Continuons : « *La psychiâtrie n'a pas pour do- « maine l'étude des maladies propres de l'esprit, « qui n'existent pas.* Elle étudie et elle cherche à « guérir les manifestations mentales des affec- « tions organiques, les désordres intellectuels, « les anomalies psychologiques résultant d'un « développement vicieux de notre organisme..., « toute maladie interne, toute affection chirur- « gicale, toute intoxication aiguë ou chronique « pouvant avoir un retentissement sur notre in- « telligence ... » Mon Dieu ! mon Dieu ! ma cervelle bout, éclate, et je sens mes nerfs se croiser sur mon estomac. Qu'en termes savants ces choses-là sont dites ! Mais c'est trop fort pour moi. Seulement je ne l'avouerai pas à Monsieur Durand ; il se f..icherait de moi.

Cependant le cours continue, et je ... et Madame Durand reprend ses esprits... — Allons bon ! cette fois, par exemple, c'est un comble : en commençant il a proclamé : « *Il n'y a pas de maladies mentales* » et le voici qui nous raconte : « *La maladie ou l'anomalie mentales résultent de deux ordres de causes !* »... Ma tête ! ma pauvre tête ! Je perds pied ; je perds la tête ... Sûrement il m'a regardé en parlant du « *Péril mental* » !

Et qu'est-ce ceci ? ? — « Le grand aliéné est « une non-valeur qui coûte cher à la Société, mais « dont notre législation a prévu l'assistance et « neutralisé la nocivité. Au contraire le petit « psychopathe ou simple déséquilibré, le plus « souvent méconnu ou jugé trop peu atteint « pour être pris en considération, circule libre- « ment. Qu'il soit ouvrier, patron, fonction- « naire ou professeur, il fait mal son travail et « il ruine les siens... » — Ah ! mais ! Ah ! mais ! Monsieur Durand n'est pas toujours commode il est peut-être prédisposé : s'il nous ruinait ? et mon frère, qui fait son service au Maroc, avec un capitaine qui n'a peur de rien, un loufoque ! ils vont se faire tuer ! Et le docteur qui me soigne, l'aliéniste chargé de nous instruire, eux aussi sont peut-être de petits mentaux ... Quoi ! ! Qu'est-ce qu'il dit encore ? — « Petits troubles » mentaux, et même simples travers d'esprit « constituent un obstacle au fonctionnement de « la machine sociale ... et ils sont plus nuisibles « au progrès que les grandes endémies. Cepen- « dant qu'a-t-on fait pour les combattre ? »

Même les simples travers d'esprit ? ... Sapristi ! Mais j'en ai, moi aussi, des travers, et je ne les ai jamais combattus ! Mon Dieu, au couvent, on nous disait bien qu'il faut de la morale, de la religion, une discipline pour le peuple. ... Ah ! çà, c'est drôle ! On croirait que Monsieur Génil-Perrin m'a entendue ... « L'éducation, « la morale, la religion, dit-il, peuh !... dans leurs » préceptes, tout au plus peut-on trouver de « louables intentions ... Le XX[e] siècle et le dis- « pensaire d'hygiène mentale, voilà les garanties « de l'Avenir ».

Et le savant psychiâtre expose alors le *programme de prophylaxie mentale* des dispensaires.

Une bonne part relève purement et simple- « ment de l'hygiène sociale en général : « lutte « contre les épidémies, les endémies, les intoxi- « cations, et propagande eugénique pour amé- « liorer la natalité, pour diminuer le nombre des « dégénérés ». — Le chapitre inédit, c'est « l'hy- « giène spéciale mentale : 1° protection du pré- « disposé contre les causes occasionnelles ; « 2° traitement des petits états psychopathiques « précocement, dès la première suspicion. »

A ce moment, un vertige m'a entraîné : sans doute l'absence de hauts talons à mes souliers et de bas transparents à mes mollets... Et alors, réveillé, dégrisé, j'ai compris qu'il me fallait renoncer à mon déguisement d'infirmière, cesser de dissimuler.

C'est donc sous ma forme normale de praticien, que j'ai finalement étudié les réalisations proposées par notre confrère.

« *L'éducation hygiénique de la masse, une propagande organisée* (conférences, brochures, « tracts), dit-il, *donneront des résultats certains* ». Alors pourquoi précédemment avoir fait fi de l'éducation en bloc, au lieu de distinguer éducation et Education ?

« *On peut, d'autre part* (textuel) *agir directe- « ment sur le prédisposé en allant à sa recherche « pour lui proposer un régime de vie convenable*... « Vous le sauvegarderez : individuellement, en « le dépistant pour orienter sa vie conformément « aux règles de l'hygiène mentale ; collective- « ment, en organisant la salubrité mentale à « l'école, à l'atelier, dans la famille, au régiment : « — orientation vocationnelle, et sélection psy- « cho-physiologique des travailleurs et des éco- « liers. »

Voilà d'heureux gaillards qui ne se doutent pas de la bonne vie qu'on leur prépare, de l' « *otium cum dignitate* » dont ils jouiront en hommes libres, enregimentés, disciplinés par une main de fer dans un gant de velours ! Ah ! non, certes, ils ne se doutent pas des prévoyances attentives qui présideront à leur destin : « Economie « des forces intellectuelles, économie d'émo- « tions, toutes causes de déséquilibration leur « seront épargnées ; leur vie de famille, leurs « relations, leurs distractions, tout sera réglé à « l'avance ; et pas de spectacles dissolvants, sur- « tout pas de cinématographes suggestifs »... Ah ! les heureux coquins ! « le dispensaire se « charge de tout » ; il veille sur ses clients, il leur choisira même une compagne sans doute, car « le *dispensaire est pourvu de visiteuses à domicile* »...

Et à décrire le mécanisme, « le jeu » de l'institution, l'orateur s'anime : il voit de vastes salles « peuplées, surpeuplées des soi-disant malades « imaginaires dont les hôpitaux seront trop « heureux de se débarrasser, des habitués en- « combrants de consultations externes, et aussi « des envoyés multiples d'œuvres, de patrona- « ges... Avec quelque publicité, les foules « joyeuses s'empresseront », comme à Lourdes sans doute !

On s'enseignera mutuellement le chemin de ce Paradis des Sages, et messieurs les psychiâtres en seront « les petits manteaux bleus ». N'y a-t-il pas quelque illusion dans cet enthousiasme d'apôtre et le néophyte ne se grise-t-il pas d'une ivresse hâtive en énumérant les légions d'hypochondriaques, obsédés, prédisposés, etc., accourues à son appel ?

D'ailleurs, dit le prédicateur, la vogue et le succès viendront surtout « *quand, le premier « noyau constitué, les visiteuses à domicile entreront « en campagne* ». — Et là le style devient incomparable !

« En se rendant chez les malades, elles dé- « couvriront certainement d'autres psychopa- « thes ou au moins des prédisposés... Comment « sauront-elles les reconnaître ? ... *Il leur faudra « évidemment une instruction pratique* (merci

« pour cette concession ... à regret !) vite ac« quise *en suivant la consultation* (Vite ? ? la « science infuse, alors ?) ». — Et ici, sous une forme quasi-dubitative, une opinion qui paraît quand même étrange : « *L'anomalie mentale est peut-être plus facile à deviner que la* « *tare physique.* Au cours de la conversation, les « troubles du caractère, l'exagération de l'émo« tivité, les tics, les préoccupations obsédantes, « seront vite saisis. Les parents, l'entourage les « auront remarqués, et *ils les signaleront à* « *l'assistante sociale.* DANS LE PEUPLE ON SAIT « TRÈS BIEN RECONNAITRE LES SUJETS AFFLI« GÉS DE CE QU'ON APPELLE UN TEMPÉRAMENT « NERVEUX... » ! ! !

Suis-je ou ne suis-je pas ? Suis-je bien éveillé ? Ou bien subitement suis-je victime d'un *décollement de mes neurones* ? ... Je ne sais plus ! N'est-il pas imprudent d'inspirer à des infirmières, déjà portées à s'illusionner sur elles-mêmes, une confiance excessive en leur compétence improvisée ? Une once d'instruction pratique est-elle vraiment une garantie suffisante pour le diagnostic des suspects mentaux ? Et n'est-il pas déconcertant de lire sous la plume d'un professeur cette assertion que « dans le peuple on sait très bien reconnaître les nerveux ! » Hélàs ! il se trouvera peut-être quelque tribun pour faire passer une si belle phrase à la postérité...

Et cependant le calice, pour nous praticiens, n'est pas encore bu jusqu'à la lie !...

Comment le sexe des infirmières ne leur vaudrait-il pas d'ardentes sympathies, refusées au docteur de quartier, mauvais client de la manucure ? Ecoutez cet éloge : « Vous concevez quelle « aide les médecins sont en droit d'attendre *des* « *auxiliaires qui connaissent mieux qu'eux la* « *vie privée,* les conditions individuelles d'exis« tence de tous les sujets dont je viens de parler. « Vous comprenez que le premier degré de cette « sélection appartient avant tout à *l'action de* « *l'infirmière scolaire ou de la surintendante* « *d'usine* »... Il y a encore des surintendantes comme Mme Fouquet sous Louis XIV ! ! ! Etonnez-vous après cela, chers confrères, d'être la cinquième roue du carrosse aux yeux des spécialistes ? Incapables de discerner le moindre prédisposé dans votre clientèle, vous y serez désormais remplacés par des dames, *agréées de nos collègues spécialisés, et brevetées sous le sceau d'une sorte de Pigier médical.* D'ailleurs pour la thérapeutique vous serez supplantés comme pour le diagnostic, en particulier pour le traitement moral si essentiel : « *Cette mission sera dévolue à la visiteuse. A elle le soin d'aller au domicile étudier les conditions de vie,* et *d'agir sur l'entourage pour assainir l'atmosphère morale de la famille* »..

Foin de la culture générale ! Foin du latin et du grec, et de tout le jargon philosophico-classique ! Pauvres Hippocrates et dindons que nous sommes, nous avons abandonné le rabat, la robe et le chapeau pointu de Diafoirus, l'habit de cour et l'épée, puis même la redingote et la cravate blanche ; et maintenant, ce sont les femmes qui adoptent un uniforme bleu foncé avec croix rouge sur le téton gauche pour se substituer à nous !

La supériorité des dames visiteuses s'avère tellement incontestable que les élèves en remontreraient déjà à leurs professeurs. On a vu avec quelle aisance une infirmière parvient à la maîtrise du diagnostic, du dépistage. Quel contraste avec les psychiâtres réunis en Congrès ! La simple définition du mot « aliéné » les embarrasse : elle a été laborieuse en 1922, et le docteur Antheaume a bien mérité de la science en faisant adopter une formule de Gilbert Ballet. Un procès récent a d'ailleurs démontré que le Code et le Palais de justice ne se servent pas du même dictionnaire que la Faculté de médecine.

Il y a enfin un argument suprême et décisif : *la profession nouvelle de « visiteuse » est une création bien française, puisqu'elle* nous vient d'Amérique où le métier de « Social Worker », spécialisée en psychiâtrie est courant et d'un bon rapport.

Pourtant je serais curieux de savoir si le docteur Génil-Perrin a lu un livre, un petit livre bien modeste du Dr Courgey, « *Milieux de misère* », car si, l'ayant lu, il omet dans son plan modèle d'hygiène sociale mentale le rôle des praticiens ... eh bien ! ... il a tort, il a grand tort !!...

Dr Henri CHATINIÈRE.

(*A suivre.*)

JURISPRUDENCE

Médecin. — Responsabilité. — Fautes, imprudences, négligences. — Faits médicaux. — Nécessité d'une faute lourde. — Erreur de diagnostic. — Rejet.

COUR D'APPET DE DOUAI (1re Ch.)

21 JUILLET 1924.

Gazette du Palais, 28 octobre 1924.

Un médecin-accoucheur ne saurait être déclaré responsable du décès d'une femme survenu quelques jours après son accouchement de septicémie puerpérale à streptocoques, alors, d'une part, que les experts commis reconnaissent que cette infection peut se développer sans que la femme ait été contaminée par les mains de l'accoucheur, que les personnes qui l'entourent, et qui ne prennent pas toujours les soins de propreté suffisants, peuvent être la cause involontaire de ces infections ; que l'infection, au surplus, peut être parfois d'origine autogène, et, d'autre part, que les présomptions relevées contre le médecin comme des imprudences ou des fautes professionnelles ne reposent sur aucun fait démontré qui permette de les accueillir.

Il en est ainsi quand la mère de l'accouchée est elle-même restée assez longtemps auprès de sa fille et lui donne des soins.

Au fond :

Attendu que la dame M... a été accouchée le 5 février 1921 par le docteur V... et qu'elle est décédée le 10 février suivant ;

Attendu qu'il résulte du rapport des experts, tous trois professeurs à la Faculté de médecine de Lille, que « la mort de la dame M... est attribuable à une septicémie puerpérale « à streptocoques » ;

Attendu que M... affirme dans ses conclusions qu'une affection de cette nature ne peut se déclarer spontanément chez une accouchée récente et qu'il faut que le streptocoque lui ait été transmis par une cause extérieure ; qu'il en conclut que c'est le docteur V... qui, par son imprudence, a causé cette infection, en ne prenant pas, lors de l'accouchement, les précautions élémentaires de prudence qu'impose au praticien l'état actuel de la science ;

Attendu que les experts sont loin d'être aussi affirmatifs que M... sur l'origine de l'infection puerpérale ; qu'ils déclarent que cette infection peut se développer sans que la femme ait été contaminée par les mains de l'accoucheur ; que les personnes qui l'entourent et qui ne prennent pas toujours les soins de propreté suffisants peuvent être la cause involontaire de ces infections ; qu'enfin l'infection peut être parfois d'origine autogène ;

Attendu qu'en ce qui concerne l'imprudence reprochée au Docteur V..., M... a d'abord prétendu que celui-ci avait à l'index droit un furoncle et que le staphylocoque de ce furoncle contaminant le milieu sanguin avait provoqué une septicémie qui aurait entraîné la mort ;

Attendu que le docteur V... a énergiquement nié avoir jamais eu un furoncle au doigt : que le furoncle s'accompagne d'un gonflement très douloureux qui lui aurait rendu impossible pendant dix à douze jours l'exercice de sa profession ;

Qu'actuellement M... lui reproche d'avoir eu au doigt une plaie infectée qu'il avait touchée à la teinture d'iode ;

Attendu que le docteur V... a reconnu que deux ou trois jours avant l'accouchement de la dame M... il s'était éraillé légèrement l'index droit en ouvrant la portière d'un wagon et qu'il avait touché cette « plaie insignifiante » à la teinture d'iode afin d'éviter toute infection possible ; qu'elle avait guéri sans autre traitement et ne lui avait pas fait interrompre son service pendant un seul jour ; qu'en particulier il avait fait un accouchement en ville et que sa cliente s'était remise sans aucun incident ;

Attendu qu'il a ajouté que chaque fois qu'il avait dû approcher la dame M... il s'était passé les mains dans une cuvette remplie d'alcool pur ;

Attendu que M... ne rapporte pas la preuve que lorsqu'il a accouché sa femme, le docteur V... ait eu au doigt une plaie infectée ; que s'il en avait été ainsi le médecin aurait commis une faute lourde ; mais qu'une simple érosion superficielle touchée à la teinture d'iode et non infectée ne lui interdisait pas l'exercice de sa profession ; qu'en l'absence d'infection l'usage d'un gant de caoutchouc isolateur ne s'imposait pas ;

Attendu que M... allègue en outre que le docteur V... a donné un faux diagnostic concernant le décès de sa femme ; qu'il a déclaré une affection cardiaque pour éviter de faire connaître qu'elle était morte d'une maladie contagieuse ;

Attendu que si le médecin a commis une erreur de diagnostic en ne rattachant pas à leur véritable cause les manifestations cardiaques qu'il avait constatées, on ne peut en conclure qu'il avait voulu tenir cachée l'infection puerpérale dont la dame M... était morte ; que cette erreur de diagnostic ne constitue par une faute professionnelle ;

Attendu enfin que M... fait grief au docteur V... d'avoir imposé chez lui comme garde-couches une veuve B... qui avait donné ses soins à une dame S... décédée quelques jours auparavant, que cette dame était atteinte d'un œdème aigu du poumon survenu au cours d'une infection généralisée et qu'une ponction lui aurait été faite quelques heures avant sa mort ;

Attendu qu'en admettant que le docteur V... et

la veuve B... l'aient approchée et soignée, encore faudrait-il démontrer que l'un et l'autre auraient pu infecter la dame M... en ayant eu les mains au contact du pus tous les jours qui ont procédé l'accouchement ; de telles situations se présentent fréquemment et que ceux qui soignent les malades prennent leurs précautions en conséquence ; qu'il n'est pas établi que ces précautions aient été négligées ;

Attendu qu'en admettant que la veuve B... ait eu le 31 janvier 1921 les mains en contact avec du pus ponctionné sur la dame S..., rien ne permet d'en déduire qu'elle ait infecté la dame M... lors de son accouchement le 5 février suivant ; que c'est là une simple allégation dont ni une enquête ni une expertise ne pourront établir actuellement le bien-fondé ;

Attendu au surplus qu'il résulte des documents de la cause que la dame A... mère de Mme M..., est restée assez longtemps auprès de sa fille et lui a donné des soins ; que dans ces conditions, il est impossible de savoir quelle est l'origine de l'infection puerpérale qui a occasionné la mort de la dame M... et que les présomptions qu'invoquait l'appelant contre le docteur V... ne reposent sur aucun fait démontré qui permette de les accueillir ;

Par ces motifs,

Et adoptant en outre ceux des premiers juges ;

Confirme le jugement dont est appel ;

Déboute M... de toutes ses demandes, fins et conclusions, tant principales que subsidiaires, et le condamne aux dépens de première instance et d'appel.

NOTE. — I. — Sur le premier point : La jurisprudence de la Cour de cassation est bien fixée en ce sens. V. not. Cass. 28 avril 1909 (*Gaz. Pal.* 1909.2.285) et les renvois ; 29 décembre 1909 (*Gaz. Pal.* 1910.1.169) ; 19 novembre 1912 (*Gaz. Pal.* 1912.2.587) ; 29 juillet 1918 (*Gaz. Pal.* 1918 et 1919.1.445) ; Paris 29 novembre 1910 (*Gaz. Pal.* 1910.2.640).

Il en résulte que les faits déclarés non prouvés par l'ordonnance de non-lieu ne doivent pas être forcément tenus pour tels par les juges civils. Il appartient à ceux-ci de les examiner pour apprécier s'ils constituent un quasi-délit : Cass. 19 novembre 1912 précité ; adde Paris 4 février 1914 (*Gaz. Pal.* 1914.-.356); Trib. civ. Seine 6 novembre 1913 (*Gaz. Pal.* 1914.1.56) ; Amiens 31 janvier 1923 (*Gaz. Pal.* 1923.1.695).

II. — Sur le second point. Les médecins sont responsables, en vertu du principe général posé par l'art. 1382 C. civ., des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leur profession. En ce qui concerne les faits purement médicaux, on a décidé souvent qu'ils ne sont tenus que de leur faute lourde, s'accusant par des faits palpables et évidents constituant en soi l'oubli des règles générales du bon sens et de prudence qui sont hors de discussion ; mais ce point est oin d'être certain. V. Rouen 21 avril 1923 (*Gaz. Pal.* 1923.2.247), la note et les renvois. C'est naturellement suivant l'art. 1315 au demandeur qu'il appartient de prouver cette faute lourde : Paris 16 janvier 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.2.130) et la note avec renvois à la jurisprudence ; Trib. civ. Seine 23 février 1914 (*Gaz. Pal.* 1914.2 et 1915.242) ; Trib. civ. Lyon 10 novembre 1923 (*Gaz. Trib.* 30 décembre 1923).

Une erreur de diagnostic, eût-elle entraîné le décès du malade, ne saurait à elle seule engager la responsabilité professionnelle du médecin si cette erreur ne constitue pas une faute lourde ; Trib. civ. Seine 29 mars 1911 (*Gaz. Pal.* 1911.2.39) avec la note et les renvois ; Trib. civ. Le Puy, 17 décembre 1911 (*Gaz. Pal.* T. 1912-1920 v° Médecine-chirurgie, n° 33) ; Trib. civ. Mantes 26 janvier 1912 (*Gaz. Pal.* 1912.1.328) ; Trib. civ. Seine 23 février 1914, précité.

Commentaires.

Si nous examinons les faits en eux-mêmes, nous constatons une fois de plus que nos clients essayent de nous rendre responsables de tous les insuccès. Ils recherchent soit la faute professionnelle, soit la simple négligence de droit commun et assignent en responsabilité.

Dans le cas actuel de fièvre puerpérale, nous remarquons qu'on jongle avec les microbes : infection à streptocoques, disent les experts ; qu'à cela ne tienne, répond le client : le médecin avait un furoncle au doigt (furoncle qui ne devient ensuite qu'une simple écorchure) ; mais lésion à staphylocoques : d'où infection de la paturiente.

Heureusement que l'accoucheur peut démontrer qu'il ne s'agissait, pour lui, que d'une lésion superficielle banale, non infectée. Mais notons que les juges estiment que cette lésion insignifiante ne comportait pas, pour le médecin, le port obligatoire de gants en caoutchouc.

Ce n'est plus la peine, dans les services d'obstétrique, qu'on apprenne minutieusement aux stagiaires à savoir se laver les mains, pour obtenir l'asepsie chirurgicale : non ! le temps est proche où il sera reproché à un accoucheur, comme à un chirurgien de ne pas avoir mis des gants protecteurs pour toucher une malade.

Autre point discuté : le médecin a indiqué, dans son certificat de décès, comme cause de la mort, une affection cardiaque, au lieu de faire état de l'infection puerpérale.

Or, la malade a dû succomber, comme cela se produit toujours, à une infection de son myocarde, d'origine streptococcique. Le médecin a donc plutôt mentionné la mort par syncope cardiaque que rédigé une véritable observation clinique. Que de pneumonies, de typhoïdes, qui succombent par le cœur, le danger étant à cet organe ?

Le certificat de décès ne devrait jamais être rédigé par le médecin traitant, qui est lié par le secret professionnel. Cette pièce, destinée à l'officier d'état-civil, ne devrait émaner que d'un médecin spécial. Mais, pour des raisons d'économie, ou parce qu'ils ne connaissent pas les lois,

ni les codes, les magistrats de l'état civil demandent aux médecins traitants de remplir les fonctions de médecins de l'état-civil, ce qui est une erreur.

Reste maintenant la grosse question de la responsabilité du docteur, par rapport à l'infirmière qu'il place auprès de sa malade. La question a déjà été discutée à propos du fameux procès de Nîmes (*Concours médical*, 1921, page 444).

Le praticien ne saurait être rendu responsable des agissements d'une infirmière, qui n'est pas sa préposée, ni sa salariée. S'il recommande telle ou telle personne, comme garde-malade, c'est qu'il la connaît, qu'il l'a vue à l'œuvre ; mais il ne peut pas se porter garant ni de son savoir, ni de son habileté.

Tout ce qu'on pourrait reprocher au médecin, ce serait un manque de surveillance, s'il ne s'apercevait pas que ses ordres sont, en son absence, mal exécutés par l'infirmière et qu'il n'y remédie pas.

D'autant que, dans le cas présent, la mère de l'accouchée donnait des soins à sa fille et que, mieux que quiconque, elle était placée pour apprécier la valeur de la garde-malade.

Au point de vue juridique, il se détache une fois de plus l'opposition entre la faute professionnelle du médecin et la faute de droit commum.

Faute professionnelle ? Elle doit être appréciée par une expertise, le rôle des experts devant indiquer si le médecin a commis une erreur scientifique, s'il a méconnu les règles de la science, ou s'il a fait preuve d'une ignorance absolue des règles de l'art.

La faute de droit commun est plus facile à apprécier par les juges : elle résulte de l'examen des faits par eux-mêmes.

Mais de tout ceci découle la leçon suivante : dans tout cas grave, ou susceptible de le devenir, le médecin traitant fera toujours bien d'appeler un confrère en consultation. Il mettra ainsi sa responsabilité à l'abri.

Mais également, il ne saurait être trop recommandé à nos confrères une très grande minutie dans tous leurs actes médicaux, pour qu'en cas de poursuites ultérieures, il puisse être démontré, comme dans le cas actuel par exemple, que, chaque fois que le médecin examinait sa malade, il se passait les mains à l'alcool pur.

En dernier lieu, que nos confrères n'hésitent pas à s'adresser au « Sou médical », dont ils font partie, lorsqu'ils ont un ennui quelconque, car ce n'est pas seulement le cas de responsabislité professionnelle qui nous préoccupe, mais surtout la sécurité dont le praticien doit pouvoir jouir dans l'exercice de sa profession.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Mutualité militaire.

Il y au théâtre des emplois qu'on appelle les utilités, il y a aussi en Mutualité des personnes qui savent créer les inutilités, telles les Mutualités militaires.

Nos grands manitous mutualistes, après avoir créé des sociétés pour tous les âges, depuis le citoyen en gestation (Mutualité maternelle) jusqu'au citoyen défunt (Société du franc au décès) pour les hommes, les femmes, les enfants et même les Auvergnats, les Français et les étrangers, il y avait une catégorie de personnes, les militaires (les bonnes d'enfants ayant déjà leurs sociétés) qui jusqu'ici échappaient à la mainmise de la bienfaisante mutualité. Le besoin ne s'en faisait pas bien sentir, mais c'était toujours un moyen d'augmenter le nombre des participants, en style militaire, les effectifs. On créa donc les mutualités militaires sans trop savoir à quoi cela pourrait aboutir. Ces sociétés sont de deux sortes, celles concernant les militaires de profession, officiers et sous-officiers, et celles des hommes de troupes ne passant par la caserne que quelques mois de leur existence.

Alors commencèrent les difficultés. Parmi les buts principaux des sociétés de secours mutuels, il y a les secours médicaux et pharmaceutiques. Or il n'en est pas question. Le gouvernement assure les soins gratuits aux militaires dans ses infirmeries et ses hôpitaux. Elles ont pour but également l'obtention des pensions retraites dans certaines conditions d'âge et de participation. Ceci n'intéressait guère les mutualités militaires, car l'Etat accorde des retraites après un certain nombre d'années de service, retraites faites par les versements des intéressés auxquels s'ajoutent la participation de l'Etat, retraites, du reste, reversibles en partie sur les veuves. Il n'y avait donc pas d'intérêt majeur pour les officiers et sous-officiers à augmenter leurs retraites d'une pension mutualiste, qui avant la guerre était en moyenne de 80 à 100 fr.

Par conséquent les buts primordiaux de la Mutualité n'intéressaient pas les mutuelles militaires.

Dans l'article 30 de la loi de 1898 il est dit : « les membres du conseil d'administration et du bureau des sociétés de secours mutuels seront nommés par le vote au bulletin secret », comment

adapter cet article avec la hiérarchie et la discipline militaires ? On dut donner un croc en jambes à la loi et la modifier par la loi du 5 décembre 1908 qui spécifia que pour les Sociétés de secours mutuels constituées dans les armées de terre et de mer, la composition du Conseil d'administration et le mode d'élection des membres seraient réglés par les statuts modèles proposés par les ministres compétents, les statuts stipulant que le président et le trésorier sont de droit le colonel et le capitaine trésorier du régiment.

On voit d'ici les conséquences de ces modifications. Si un colonel désirant accompagner sa croix d'honneur des palmes ou des médailles de la Mutualité se met en tête de créer dans son régiment une société de secours mutuels, tous les officiers et sous-officiers seront obligés d'en faire partie pour ne pas contrarier l'idée du colon et n'avoir pas l'air de se mettre en opposition avec lui. Ce sera une nouvelle forme de la Mutualité obligatoire que rêvent nos illusionnés dirigeants.

Il en sera de même pour la troupe : Le militaire n'a aucun intérêt à faire partie d'une mutualité pendant les quelques mois qu'il passe à la caserne, d'autant qu'il reçoit les soins gratuitement en cas de maladie. De plus sa solde ne lui permet guère ces prodigalités. Néanmoins si le colo crée une société, beaucoup se croiront obligés d'y adhérer pour ne pas s'aliéner les officiers chargés d'accorder ou refuser les permissions.

A quoi peut bien servir une mutualité militaire ? On s'est ingénié à créer des buts intéressants mais d'ordre secondaire, surtout secondaire à cause des sommes infimes versées par des Mutualités demandant de modiques cotisations ; on a parlé d'assurance au décès pour les femmes des officiers et sous-officiers. Mais je ne pense pas que cette forme de mutualité soit très répandue, car pour être intéressante elle nécessite des sacrifices que ne font pas habituellement les sociétés mutuelles.

On cite également les prêts d'honneur. Mais cette forme d'assistance n'a rien à voir avec l'organisation des sociétés approuvées ou libres de la mutualité, à moins de verser à titre de prêts d'honneur des sommes tellement dérisoires qu'il serait ridicule d'y insister.

On a parlé, pour les mutualités de simples soldats, de créer un pécule en cas de congé de convalescence. Mais je regrette de dire toujours la même chose, le secours serait tellement minime qu'il serait de peu d'utilité pour aider le convalescent. D'autre part, la convalescence est un prolongement des soins, et il semble logique que ces frais dussent être aux frais de l'Etat aussi bien que les frais de maladie et d'hospitalisation. Il n'est pas nécessaire de prévoir des secours car il s'agit bien de secours dus à la Mutualité pour un militaire tombé malade au service de l'Etat.

On a eu aussi une autre idée qui est une vraie trouvaille. Payer la première cotisation dans une société civile de secours mutuels pour le militaire quittant le régiment. En résumé ne rien donner au militaire alors qu'il fait partie de la mutualité militaire, mais lui donner ces avantages alors qu'il redevient civil et cesse d'être militaire. Autrefois, le militaire se recrutait dans le civil, maintenant le soldat ne deviendra mutualiste militaire que dans le civil. Et pendant son passage au régiment, il aura versé des cotisations pour servir à la publicité et à la propagande des sociétés de secours mutuels civiles.

En réalité ces sociétés sont plutôt bouffonnes comme organisation et but. Elles sont au bon vouloir du colonel et une charge sans intérêt pour les officiers et sous-officiers, sociétaires obligatoires dans les mutuelles des militaires de carrière et souvent membres honoraires obligatoires des sociétés de soldats.

Je ne sais au juste quel est l'état de prospérité des mutuelles militaires, car on ne trouve aucun renseignement. Les statistiques officielles figurant au rapport annuel adressé au président de la République sur les opérations des sociétés de secours mutuels n'en font pas mention. Si elles étaient très florissantes, on aurait bien soin de nous le dire.

En réalité, nos officiers ont une mission autrement élevée à remplir dans l'instruction de nos fils pour la défense du pays, sans perdre leur temps dans des paperasseries inutiles pour des choses sans intérêt.

Dr M. Vimont.

R. H. M. S. : 0500.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les automobiles et la circulation

L'accroissement constant du nombre des automobiles en circulation a posé un problème qu'il est devenu de bon ton de chercher à résoudre. Pourquoi donc, dès lors, n'en parlerions-nous pas un peu aussi ici ? Nos suggestions auront tout au moins l'immense mérite d'être désintéressées.

Evidemment, la question doit être envisagée de façon différente, suivant qu'il s'agit de grands centres, comme Paris, ou bien des routes de province et des petites agglomérations. Néanmoins, certains éléments sont constants, et s'appliquent indifféremment aux deux cas.

Nous devons louer ici sans réserve les efforts faits actuellement par notre confrère l'*Intransigeant* qui a entrepris une campagne pour désembouteiller Paris.

Certains projets préconisés sont des plus intéressants ; ils rentrent réellement dans la catégorie de ces choses que l'on est absolument abasourdi de ne pas voir appliquées, aussitôt qu'on les étudie :

Les principaux sont les suivants :

1° Supprimer les tramways dans le centre des villes ;

2° Supprimer les croisements aux points encombrés, par l'établissement, soit de passages en tunnel, soit de passerelles.

3° Réunir les conduites d'électricité, eau, gaz, air comprimé, etc., dans des tranchées couvertes dont l'accès ne nécessiterait pas le défoncement de la chaussée ;

4° Etablir le sens unique dans les voies les plus fréquentées.

Vous le voyez, il s'agit là d'un plan d'ensemble, qui s'inspire de l'intérêt général sans se soucier des inconvénients qu'il peut causer à quelques particuliers.

Mais il nous semble que dans bien des cas où des mesures aussi radicales ne peuvent pas être adoptées, une grande amélioration de la circulation pourrait être obtenue en éduquant et le public et les chauffeurs, charretiers, etc. Bien entendu, quelques sanctions judicieusement appliquées hâteraient l'ère heureuse où chacun fera de son mieux pour éviter toute gêne au voisin.

Le Code de la route, pour si imparfait qu'il soit, représente déjà un gros progrès dans la police des routes. Mais voulez-vous me dire qui s'en soucie ?

Les charretiers continuent à conduire leurs véhicules sur le côté gauche de la route ; les troupeaux avec et sans gardien tiennent toute la largeur de la chaussée ; les tombereaux ne sont sont pas éclairés le soir, etc., etc. Pourquoi ? Les paysans ne sont ni sots, ni méchants. Mais en vérité, ils ne « savent pas » quel danger ils courent et font courir.

Celui qui a toujours utilisé une charrette à bœufs ou même à cheval n'a aucune notion de la vitesse atteinte par une automobile et de la difficulté d'arrêt. Il serait éminemment utile d'apposer dans tous les villages des affiches très simples, montrant par le dessin et des phrases courtes, à la portée de toutes les intelligences, comment arrivent les accidents et comment il est facile de les éviter.

Le cinéma pourrait rendre d'énormes services dans cet ordre d'dées.

Le moment serait d'autant plus opportun pour entreprendre une telle campagne que les paysans commencent à acheter eux-mêmes des automobiles. S'ils conservent leur mentalité de « la route à moi seul », ils constitueront un véritable péril public. Au contraire, quand ils auront compris ce qu'ils doivent faire pour être « eux-mêmes » en sûreté sur les routes, ils le feront et très volontiers. Et dès lors le problème sera bien près d'être résolu aussi dans les villes de province, car ce ne sont pas les touristes qui embouteillent les places de marché et les « cours Gambetta ou de la République », mais bien les charrettes des paysans qui agissent à la ville comme sur la grand'route, toujours parce qu'ils ne se rendent pas compte du danger qu'ils risquent en ne se garant pas au signal d'une auto.

Et ce que nous venons de dire peut malheureusement s'appliquer encore aux habitants des grandes villes et de leur banlieue.

Qui n'a pas vu le livreur de pain ou le repasseur de couteaux, arrêter toute une file d'autos, en faisant semblant de ne pas comprendre que la furie des klaxons lui est destinée ?

Qui n'a pas été témoin d'un taxi tournant sur place dant une rue à trafic intense, en dépit des règlements, sans qu'aucun agent daigne lui dresser procès-verbal ?

En vérité, le mal dont nous souffrons n'est pas limité à la circulation. La racine est plus profonde, et remonte à l'état d'esprit d'après-guerre qui veut que chacun fasse à sa guise sans se soucier d'autrui.

Et nous en revenons toujours à la même conclusion : inutile de créer de nouveaux règlements s'ils ne doivent pas être suivis. Eduquez l'usager de la rue et de la route d'abord, et donnez-lui ensuite les moyens de mettre en pratique ce que vous lui aurez appris. Et tout ira mieux.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

des 27-28 et 29 Novembre 1924.

I

Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, élu le 29 novembre dernier. — Ont été élus : MM. Guy (de Lot-et-Garonne), 13.288 ; Chapon (de Paris), 12.950 ; Decourt (de Meaux), 12.535 ; Pamart (Seine), 12.269 ; Jayle (Seine), 11.972 ; Lefèvre (du Cher), 11.252 ; Giry (Meurthe-et-Moselle), 10.355 ; Dibos (Landes), 10.148 ; Merle (Deux-Sèvres), 9,125 ; Lenglet (Seine), 9.020 ; Lafontaine (Seine), 8.997 ; Longuet (Haut-Rhin), 8.898 ; Humbel (Seine-et-Oise), 8.694 ; François (E.), (Seine), 8.526 ; Bricka (de Marseille), 8.470 ; Clavelier (de Toulouse), 8.430 ; Méloche (de Saint-Nazaire), 8.404 ; Gruzu (de Nice), 8.328 ; Claverie (d'Alger), 8.282 ; Dorel (de Brioude), 8.195 ; Lecas (du Pas-de-Calais), 7.951 ; Caillaud (d'Orléans), 7.910 ; Michon (du Rhône), 7.372 ; Legras (des Vosges), 7.161 ; Vanverts (du Nord), 7.022 ; Jolicœur (de Reims), 6.799.

Bureau du Conseil de l'Union. — Le nouveau Conseil de l'Union a immédiatement nommé son bureau ainsi composé : président : M. Decourt ; vice-présidents : MM. Lefèvre et Michon ; secrétaire-général : M. Lenglet ; secrétaire-adjoint : M. François (E.) ; trésorier : M. Jayle ; archiviste : M. Chapon.

II

Comptes-rendus

27 NOVEMBRE. — *Seance du matin.*

La séance est ouverte à 9 h. 15, sous la présidence du Dr DECOURT, président de l'Union.

Le président, après avoir souhaité la bienvenue aux Délégués, expose combien grande est la tâche de la présente Assemblée générale ; si l'on veut aboutir à des résultats, il faudra une discussion claire et précise et des votes sans ambiguïté. Pour lui, son rôle se bornera à présider avec la plus grande impartialité.

Le Dr BONGRAND, trésorier, s'excuse d'abord de n'avoir pu faire paraître son rapport plus tôt. Il lit les conclusions de l'expert comptable et fournit quelques explications. Il ressort de son exposé que les finances de l'Union, extrêmement précaires il y a 5 ans, sont maintenant en excellent état. Les docteurs HUMBEL et LE FUR, commissaires aux comptes, confirment le bon état de la comptabilité ; les comptes sont approuvés à l'unanimité par l'Assemblée, qui remercie le trésorier.

Le secrétaire général rappelle à propos d'une question du Dr MICHON, concernant les Corporatives de province, que 6.000 francs ont été votés pour les Corporatives d'Etudiants, dont 4.000 pour Paris. La Fédération des Corporatives de province ne s'est pas encore mise en contact avec l'Union, pour toucher la part qui lui revient.

Le Dr QUIVY, secrétaire général, rappelle que son rapport a été prêt à la date convenue, le 15 octobre. Il présente donc forcément des lacunes qui seront complétées par les renseignements parvenus depuis un mois. Il propose à l'Assemblée de discuter, point par point, chacun des chapitres de son rapport. Il demande à l'Assemblée d'en voter les conclusions, véritable bilan de l'année de travail, tant à l'Union que dans les Syndicats (1).

Le Dr LEGRAS demande à lire le vœu qui a été adopté par le Syndicat des médecins des Vosges, dont il est le Délégué. Ce Syndicat affirme « sa volonté de rester adhérent à l'Union quelle que soit l'issue des débats engagés à l'Assemblée générale ». Etant donnée la gravité de la situation actuelle, l'importance des décisions à prendre et l'âpreté probable de la discussion, il demande à l'Assemblée de voter ce vœu à l'unanimité : il affirmera l'unité du corps médical organisé.

Le Dr VANVERTS croit utile de rappeler en quelles circonstances il a été amené à dire à la commission des Statuts de l'Union qu'il lui paraissait désirable qu'il n'y ait aucune scission au sein de l'Union pour quelque motif que ce soit. Il avait donné là son avis personnel, mais ne pouvait engager sa Fédération qui n'avait jamais discuté cette question. Il rappelle que la Fédération du Nord a décidé, il y a dix jours, qu'elle ferait tous ses efforts pour éviter la scission.

Le Dr BOUVAT, de l'Ardèche, déclare que le désir d'unité exprimé par lui était de même une opinion strictement personnelle. Il se plaint, d'ailleurs, qu'à la Commission des statuts, le rapport du Dr LAFONTAINE lui soit parvenu la veille. Il se déclare prêt à exiger toute la lumière.

Le Dr LAFONTAINE donne quelques explications et montre que jamais on n'a cherché à étouffer la discussion à l'Union.

Le Dr LE FUR demande, comme le Dr LEGRAS, à l'Assemblée de prendre d'avance, à l'unanimité, la décision d'unité.

Le Dr PATAY, d'Ille-et-Vilaine et le Dr CROUZET, de Marseille, concluent de même et déclarent qu'abandonner l'Union, dans les circonstances actuelles, serait une trahison.

Le Dr PRALLET reproche à la majorité d'avoir

(1) *Médecin Syndicaliste*, octobre 1924, pages 59 et 60.

tyrannisé la minorité et de ne pas avoir respecté les décisions de l'Assemblée générale.

Le Dr Bonvallet, d'Angers, demande que le vœu du Dr Legras ne soit pas mis en discussion puisque beaucoup de délégués n'ont pas de mandat personnel.

Le Dr Lecat, de la Fédération du Pas-de-Calais, adjure, en termes émouvants, son voisin, le Dr Vanverts, en souvenir des luttes anciennes, à maintenir l'intégrité de l'Union, Le Dr Duby tient à préciser que le Syndicat de Bourg-Trévoux n'a jamais voulu faire pression sur l'Union à l'aide de menaces, mais qu'il a tenu à lui donner, en temps utile, un avertissement loyal et à lui exprimer que les directives suivies par l'Union, depuis 3 ans, lui semblaient fâcheuses.

La clôture de la discussion est votée à l'unanimité moins 6 voix. On passe ensuite au vote, par délégation, sur le vœu du Syndicat des médecins des Vosges, présenté par les docteurs Legras, Lefevre et Le Fur :

« *Pour clore une discussion, je vous prie de voter par acclamations, que nous sommes tous convaincus que l'intégrité de l'*Union *doit être maintenue aujourd'hui et toujours, envers et contre tous.* »

Résultats du vote par délégation : Pour, 11.955 ; contre, 139 ; bulletins blancs, 200.

Séance du jeudi après-midi.

Rapport du secrétaire général-adjoint.

A. Sociétés de secours mutuels. — Le Dr Rinuy rapporteur des questions de Sociétés de Secours mutuels et d'A.M.G. met l'Assemblée au courant des documents reçus depuis l'impression de son rapport qui ne modifient pas d'ailleurs ses conclusions. Il regrette, une fois de plus, la thèse de ceux qui disent ignorer les Sociétés, puisqu'en fait l'établissement d'un certificat implique leur reconnaissance.

L'orateur demande l'adoption de ses conclusions(1)

Le Dr Prallet (Haute-Savoie) dénonce tout contrat collectif et préconise la liberté la plus complète pour chaque Syndicat.

Les docteurs Corbier (Côte-d'Or) ; Albert (Sarthe) ; Levillain (Nogent-le-Rotrou) ; Séguier (Melun), apprécient cette manière de voir. Chacun indique ce qui se passe dans ces départements et qui peut se résumer ainsi : « les Syndicats ignorent les Sociétés de Secours mutuels, et ne signent pas de certificats, mais un simple reçu de la somme touchée »

Le Dr Dehail (Evreux) reproche au secrétaire général adjoint que le questionnaire relatif aux Sociétés de Secours mutuels ait été trop long et trop minutieusement détaillé.

Les docteurs Dubief (Saône-et-Loire), Guy (Lot-et-Garonne), montrent la nécessité d'un contrat collectif quand bien même il ne serait passé que pour indiquer que les tarifs appliqués seront les tarifs ouvriers ordinaires. Cette convention écrite règlant les devoirs des deux parties, apparaît comme une garantie extrêmement précieuse.

Pour le Dr Hervy (Haute-Vienne), la question est étroitement liée à celle des assurances-maladies.

L'orateur insiste sur la nécessité absolue du contrat et cite, à l'appui de sa thèse, l'exemple des événements de Limoges : après rupture du contrat liant les médecins aux Sociétés de Secours mutuels, celles-ci, puissantes, ont fait appel à des médecins étrangers à la ville. 70 Confrères ont afflué pour le plus grand dommage des syndiqués de Limoges. Là est le gros danger à éviter. Le contrat collectif peut seul y parer.

Citant ensuite une phrase écrite par le Dr Vanverts au sujet des assurances maladies, sur l'assimilation absolument irrégulière, pour ce dernier, d'un médecin traitant à un vérilable contrôleur, le Dr Hervy montre que dans de nombreuses circonstances, tout médecin praticien est amené à faire acte de contrôle dans sa propre clientèle privée et que l'argument n'est donc pas à retenir.

Le Dr Triau (Loir-et-Cher) oppose aux faits de Limoges ceux de Romorantin où la discipline fut telle qu'après la démission d'un médecin du P.O., aucun autre médecin n'a accepté les fonctions vacantes.

Dans cette ville, il n'y a pas de contrat collectif, les mutualistes sont des clients ordinaires. Le médecin signe simplement une feuille sur laquelle figure le prix convenu avec son malade sans aucune indication autre. Le système fonctionne à la satisfaction générale.

Le Dr Coldefy (Seine) nie que le contrat collectif soit une nécessité et cela pour deux raisons : évolution de la mutualité ; évolution des mutualistes.

Le Dr Lefevre (Cher) désirerait qu'après cet exposé, en quelque sorte local, des modalités infiniment variables concernant les rapports entre Syndicats et Sociétés de Secours mutuels, une conclusion nette fût formulée.

Le Dr Bouvat (Drôme) propose que toute liberté soit laissée à chaque Syndicat, et déclare son intention de proposer un ordre du jour dans ce sens.

Le Dr Lafontaine (Seine) expose qu'il est impossible, à son avis, d'adopter une ligne de conduite uniforme. Persuadé, quant à lui, que la formule du contrat collectif sera employée dans la majorité des cas et rendra les plus grands services, il souhaite néanmoins que la plus grande liberté soit laissée aux Syndicats.

La meilleure formule pourrait être trouvée dans la fusion des deux projets d'ordres du jour Rinuy et Bouvat.

L'ordre du jour suivant, signé des docteurs Rinuy Bouvat, Duby, Lafontaine, est proposé au vote de l'Assemblée :

« *Les principes qui sont à la base de la pratique*

(1) *Médecin Syndicaliste*, 1er septembre 1924, page 774.

professionnelle étant respectés à savoir : libre choix, secret professionnel, tarif syndical à la visite, les Syndicats peuvent prêter leur concours à la Mutualité sous l'une des trois formes suivantes :

1° *Contrat collectif avec organisation de soins et contrôle* ;

2° *Contrat collectif sans tiers payant* ;

3° *Entente directe du médecin et du malade sans contrat collectif.* »

(Adopté à l'unanimité moins une voix).

Le Dr Coldefy (Seine) propose un addendum déclarant préférable le troisième mode.

L'addendum est repoussé.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts). — Les jeudis à 10 h. 1/2 : cours pratique de M. Bérillon et consultations de psychothérapie.

— **Collège libre des sciences sociales** (28, rue Serpente). — Les samedis à 17 h. 1/2, M. Bérillon fait un cours sur les causes psycho-biologiques de l'aphronie et de la perversité juvéniles : la dégénérescence urbaine et le métissage.

— **Hôpital de la Charité.** — M. B. Weill-Hallé a commencé, le 5 janvier 1925, avec la collaboration de M. H. Chabanier, chef de laboratoire à la Faculté, et de Mlle Lebert, assistante de laboratoire, une série de leçons sur les néphrites, le diabète et l'acidose de l'enfance.

Ces leçons ont lieu à 11 h. et sont accompagnées de présentations de malades et de démonstrations de chimie et de pathologie expérimentale.

Droit d'inscription : 60 fr. S'inscrire au laboratoire de M. Weill-Hallé, hôpital de la Charité, 47, rue Jacob

— **Société des Chirurgiens de Paris** (Prix Paul Delbet) — La Société des chirurgiens, outre les prix déjà annoncés (Dartigues, Pauchet, Cathelin), fait connaître qu'un quatrième prix a été créé par Madame Paul Delbet pour perpétuer la mémoire de son mari.

Ce prix annuel, de 1.000 francs, sera attribué au meilleur travail sur un sujet de gynécologie chirurgicale.

Les travaux, dactylographiés, devront être déposés avant le 1er mars 1925, chez le secrétaire général, M. Barbarin, avenue du Président-Wilson.

— **Centenaire de Charcot.** — Nous avons déjà annoncé que la Société de neurologie de Paris a pris l'initiative de célébrer le Centenaire de Charcot et constitué dans ce but, un comité spécial.

Dans les premiers jours de juin 1925, des cérémonies commémoratives auront lieu à Paris, organisées par l'Académie de médecine, la Faculté de médecine, la Société de neurologie de Paris.

Les gouvernements étrangers seront représentés par des délégués, ainsi que les académies, les facultés et les Sociétés savantes.

— **Hôpital Laënnec.** — M. H. Grenet fait tous les samedis, à 11 heures, des conférences cliniques avec présentation de malades, à l'Amphithéâtre des Cours de l'hôpital Laënnec.

— **Prix Georges Thone.** — Le prix Georges Thone, de 1926, pour les sciences médicales (prix de 5.000 fr.) ser a décerné au meilleur ouvrage traitant de la radiographie, entendue dans son sens le plus général ou au point de vue curatif d'une lésion autre que le cancer.

Les demandes de renseignements complémentaires peuvent être adressées à M. le professeur Bertrand, Institut de Physique de l'Université de Liège, quai des Etats-Unis, à Liège (Belgique).

— **Hôtel-Dieu.** — M. Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le mercredi 21 janvier à 10 heures et les continuera les mercredis suivants, à la même heure, salle Saint-Charles.

— **Produit des taxes sur les Eaux minérales.** — Pour les dix premiers mois de l'année 1924, le total du produit des taxes sur les eaux minérales s'élève à 20.971.000 francs contre 16.164.000 francs pour la même période de l'année 1923, soit une différence en plus de près de cinq millions.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** — M. le professeur Brumpt a commencé le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 8 janvier 1925, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Hôtel-Dieu.** — M. J. Lévy-Valensi, médecin des hôpitaux, fera, à partir du 30 janvier, une leçon clinique le vendredi soir, à 17 h. 1/2, dans le service du professeur Roger, salon de la salle Sainte-Anne.

Objet des conférences : Les délires. La première leçon aura lieu le vendredi 30 janvier.

— **Films chirurgicaux.** — Projetés chez Pathé, 39, rue du Bois, à Vincennes, les films chirurgicaux suivants de M. Victor Pauchet : Gastrectomie pour cancer. — Court-circuit intestinal. — Colectomie droite. — Cancer du rectum. — Fistule recto-vaginale. — Kyste du cou. — Calcul de la vésicule et du cholédoque.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse.

Le père est responsable du paiement des soins donnés à son enfant mineur, quand bien même il ne les a pas commandés lui-même, dès lors que ces soins étaient nécessaires à la santé de son enfant. Pour se soustraire à cette obligation, il ne saurait prétendre que son enfant touche un salaire lui permettant de payer personnellement son médecin, car, en sa qualité d'administrateur légal de la personne et des biens de son enfant, lui seul a le droit de faire un paiement au nom de son enfant mineur.

Vous devez donc poursuivre le père de votre malade devant le tribunal de son domicile, juge de paix si votre note ne dépasse pas 600 francs, tribunal civil si la somme réclamée est plus élevée.

En matière de droit commun, le juge de paix est compétent en dernier ressort jusqu'à 300 francs et à charge d'appel jusqu'à 600 francs. Au-delà, le tribunal civil est compétent en dernier ressort jusqu'à 1.500 francs et à charge d'appel à quelque somme que la demande puisse s'élever. En matière d'accidents du travail, par exception, le juge de paix est compétent pour connaître de la demande du médecin en paiement de ses honoraires, quel que soit le chiffre de la demande ; comme en droit commun, l'appel est ouvert si la demande dépasse 300 francs.

3311. — Recouvrement d'honoraires accidents du travail.

Membre du « Sou Médical », j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien me donner tous renseignements utiles dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour accident du travail.

Le 28 février 1924, j'ai été appelé par un médecin du voisinage à donner mes soins à un ouvrier blessé dans son travail, chez son patron assuré. Le 19 mars, puis le 3 septembre 1924, j'ai envoyé ma note d'honoraires à la compagnie d'assurances, et je n'ai obtenu aucune réponse. Le médecin traitant, qui a vu l'agent de la compagnie, n'a pas été plus heureux pour connaître leur décision de payer nos notes d'honoraires.

Avant la prescription, je me propose, sauf avis contraire de votre part, de faire appel au juge de paix. Mais qui dois-je assigner ? l'ouvrier, le patron ou la compagnie d'assurances, ou tous les trois ? Quelles sont les formalités à remplir ?

Dr C.

Réponse.

En matière d'accident du travail, vous n'avez d'action pour le paiement de vos honoraires que contre l'ouvrier, en vertu du droit commun, et contre le patron en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898. Contre l'assurance, vous n'avez aucune action, faute de lien de droit avec elle.

Puisque l'assurance n'a pas répondu jusqu'ici à vos demandes de règlement, votre seul moyen de faire pression sur elle est de vous adresser à son assuré, le chef d'entreprise et de citer celui-ci devant le juge de paix du lieu de l'accident. Pour cela, vous n'avez qu'à aller trouver le greffier de la justice de paix et le prier de vous appeler en conciliation avec le chef d'entreprise. Si vous ne pouvez vous concilier ou si le chef d'entreprise fait défaut, le juge vous remettra un permis de citer en vertu duquel vous pourrez le faire citer à l'audience par huissier. Toute cette procédure est exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Si vous ne pouvez ou ne voulez pas vous occuper de cette affaire vous-même, vous pouvez la confier à un huissier qui se chargera de vous faire représenter.

3341. — Accident survenu à un démarcheur.

Un démarcheur voyage en auto avec un gérant d'une société de produits pharmaceutiques : Le gérant conduit l'auto, jette sa voiture dans un ravin, s'en tire indemne, mais le démarcheur a une fracture du bassin, et meurt 2 mois après, de complications infectieuses (pulmonaires, et abcès sus-pubien).

Cet accident doit-il être considéré comme un accident du travail ou dois-je appliquer le tarif de droit commun ?

Dr D.

Réponse,

Si le démarcheur voyageait avec le gérant de la société pour raisons de service, il s'agit d'un accident du travail et vous pouvez réclamer au patron le paiement de vos honoraires calculés conformément au tarif Breton, si vous avez été choisi par le blessé. Si, par contre, le blessé se trouvait dans l'auto à titre gracieux, faisant une promenade, par exemple, vous n'avez de recours pour le paiement de vos honoraires, que contre les héritiers du défunt, sauf à ceux-ci à se retourner contre la société ou son gérant, si une faute peut être prouvée à la charge de l'un d'eux.

Comme vous le voyez, c'est là une question d'espèce dont la solution peut varier suivant les circonstances particulières à l'affaire.

3083. — Durée du service militaire.

Dans le *Concours médical*, j'ai lu à différentes reprises que tout citoyen devait à l'Etat 28 années de service militaire.

Or, j'appartiens à la classe 1895 : j'ai été incorporé à la date du 1er nov. 1896 : mon livret mentionne que ma libération définitive doit avoir lieu le 1er novembre 1923 (sans doute avec la loi de 1889 : 27 ans de service). Au 1er décembre 1924, mes 28 ans étant accomplis, la direction du Service de santé ne m'a pas demandé si je tenais à rester dans les cadres :

je suis d'ailleurs hors cadres, raison de santé, depuis 2 ans et maintenu dans cette situation après une visite nouvelle passée en septembre dernier.

Cette situation suffit-elle à me dégager de toute obligation militaire en cas de guerre, ou faut-il provoquer ma radiation ?

Un confrère me disait il y a quelque temps avoir appris d'une Direction de Service de santé qu'en cas de nouvelle guerre tous les médecins même dégagés d'obligations militaires et rayés des cadres seraient mobilisés : la chose est-elle possible, je ne connais pas de loi à ce sujet.

J'admets très bien qu'en cas de guerre tous les médecins faisant de la clientèle et n'ayant pas 50 ans soient mobilisés afin qu'on n'en voie pas comme en 1914, incapables d'être mobilisés, mais capables de faire de la clientèle à outrance, mais il me semble inique qu'une mesure spéciale nous fût réservée, alors qu'elle ne s'appliquerait pas aux autres citoyens conscients et plus organisés. Dr Y.

Réponse.

Etant donnée votre double situation de « médecin hors cadres » et de « libéré de service militaire par suite de votre âge », vous n'avez rien à craindre en cas de mobilisation. C'est là une situation de « fait » entièrement acquise qui n'est modifiée par aucune loi spéciale. Mais il est préférable de faire liquider aussi votre situation de « droit ».

Ecrivez donc à votre direction du Service de Santé pour lui dire que, dans ces conditions d'âge, qui sont les vôtres, vous désirez être rayé définitivement des cadres.

3146. — Admission d'un tuberculeux de guerre dans un sanatorium.

Je donne actuellement mes soins à un pensionné de guerre, tuberculeux pulmonaire, qui, comme tant d'autres, ne peut trouver chez lui les conditions d'aération et de lumière nécessaires à son état.

L'admission au sanatorium affecté au département, lui a été refusée sous prétexte que ce malade n'est pas absolument apyrétique (il fait en effet 37 environ le matin et 37°5 à 6 le soir).

1° Est-il en droit d'exiger son admission dans tout autre sanatorium qu'on voudrait bien lui désigner comme convenant à son état ?

2° Dans ce cas quelle serait la marche à suivre ?

Dr X.

Réponse.

Le malade doit adresser sa demande au préfet du département ; celui-ci, ne pouvant l'admettre dans le sanatorium de son département, transmettra cette demande au ministère de l'hygiène, qui doit prononcer l'admission en station sanitaire ou en sanatorium, conformément à la cir.

culaire du 19 septembre 1921 pour l'admission des tuberculeux dans les sanatoriums.

A la demande on joint un certificat médical attestant :

1° Que la maladie en cause est bien celle qui a motivé la pension ;

2° Qu'elle est à un état d'évolution tel qu'elle peut réellement bénéficier du traitement dans un sanatorium (les tuberculeux à la deuxième période ne doivent pas être envoyés dans ces établissements).

3161. — Droits des enfants d'un militaire mort dans le délai de présomption.

Un homme, mobilisé, est envoyé en congé le 15 mars 1919. Sa femme étant morte de la grippe, on le démobilise sur place sans le rappeler à son corps, à une date précise que j'ignore et il meurt lui-même de la grippe le 5 avril 1919. Un médecin le voit le jour de son décès, soit 20 jours après son envoi en permission et quelques jours en moins après sa démobilisation.

Ses enfants — orphelins — 10 et 8 ans, actuellement, ont-ils droit à une pension (père mort vingt jours au plus après sa démobilisation) ? quelles pièces doivent-ils journir dans ce premier cas ?

A être admis comme pupilles de la Nation ? Ils *ne possèdent rien et sont élevés par des parents qui* les ont recueillis. Quelles pièces à fournir dans le deuxième cas ?

Dr Z.

Réponse.

1° Cet homme est bien mort dans les délais de présomption pour donner droit à pension en faveur de ses orphelins, mais la preuve contraire, détruisant cette présomption, serait aisément faite : décédé dans ses foyers d'une maladie aiguë à courte inoculation.

2° Il faut s'adresser pour tous renseignements à la mairie ; on devra fournir notamment l'acte de naissance des orphelins, l'état des services du militaire (à demander au corps), puis un jugement interviendra pour les reconnaître « pupilles de la nation ».

2972. — Certificats soumis en timbre.

Je lis dans le *Concours* du 16 une réponse concernant le timbre des certificats (n° 2736).

Je crois bien, en effet, que, seuls, les certificats pour accidents du travail et pour l'autorité militaire en sont exempts. Mais, qu'est-ce au juste qu'un certificat ? Pour être assujetti au timbre, faut-il que les mots : certificat, ou « je certifie » soient employés ? Pour ma part, je ne les emploie jamais, et je mets simplement : j'ai examiné aujourd'hui M. X. Son état est le suivant ; et je ne timbre pas.

Vous m'obligeriez en me disant si, de cette façon, je m'expose quand même aux amendes, ou si au contraire, je suis inattaquable.

Dr B.

Réponse.

Les certificats destinés aux militaires des armées de terre ou de mer, fonctionnaires et employés assimilés, réservistes ou territoriaux pendant leur période d'instruction, pour l'obtention de pensions, congés, etc... sont exempts du droit de timbre.

Ln constatation par écrit de l'état d'un de vos malades a la nature d'un certificat et l'enregistrement est en droit d'exiger le droit de tim bre. D'autre part, certaines administrations exigeant le timbre et l'enregistrement, une simple attestation sur papier libre ne saurait être considérée comme valable par elles.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3077. — Dégrèvement pour charges de famille.

Un contribuable marié en avril 1923 et ayant eu un enfant en *décembre* 1923 a-t-il droit d'être dégrevé pour charge de famille (marié et enfant) en ce qui concerne :

1° Valeur locative (impôt 1924) ;
2° Impôt foncier (année 1924) ;
3° Impôt bénéfices agricoles (année 1924) ;
4° Impôt complémentaire sur l'ensemble du revenu de l'année 1923, mais payé en 1924.

Dr C.

Réponse.

C'est la situation du contribuable au 1er janvier de l'année d'imposition dont on doit tenir compte pour le calcul de l'impôt.

Le contribuable marié et père d'un enfant au 1er janvier 1924, a droit, sur les impôts établis au titre de 1924, sur les revenus réalisés en 1923, à des réductions pour situation de famille.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

3087. — Suture du tendon d'Achille.

Je vous serais bien obligé de m'indiquer quels honoraires compter pour une suture du tendon d'Achille (accident du travail).

Dr M.

Réponse.

Il m'apparaît que la tarification de cette intervention est impliquée dans celle indiquée art. 17,

alinéa 7 : « Suture des tendons... et des tendons du cou-de-pied : 150 francs ».

F. D.

II

2982. — Certificat de prolongation.

Je suis en difficulté avec une Cie d'assurances qui refuse de me régler un certificat de prolongation délivré en cours de traitement. Après entente avec le patron, j'ai appelé celui-ci en conciliation. L'assurance refuse tout arrangement et doit venir en justice de paix. Pourriez-vous me donner la jurisprudence sur laquelle je dois m'appuyer pour le bien fondé de ma demande ?

La Cie allègue que le certificat de prolongation est assimilé au certificat de guérison et ne donne lieu à aucune rémunération en plus de la consultation.

Dr C.

Réponse.

C'est là une question d'*espèce* et non de principe, le « certificat de prolongation » dont vous parlez (sans aucun détail sur son contenu) devant être payé 0 ou 10 francs, suivant ledit contenu. L'article 29, paragraphe 4, dit, en effet : « Tout certificat fourni au cours du traitement « à la demande du patron ou de son assureur « pour énoncer la nature du traitement suivi, la « marche de la guérison, l'époque à laquelle « celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la « cause qui l'a retardée, sera tarifé 10 francs. Ne « sont pas considérées comme certificats de cette « catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri ».

Autrement dit (en dehors du certificat initial *sommaire* qui est payé 5 francs) tout certificat fourni, au début, au milieu ou à la fin, est payé 10 francs, mais à condition qu'il soit *descriptif*, ainsi que ce mot est répété par trois fois au paragraphe 2 de ce même article 29 que je vous engage à relire avec soin avant de prendre une résolution quelconque.

F. D.

III

3092. — Ponction du genou renouvelée.

Je vous serais très obligé de me donner votre avis sur le cas suivant : appelé en mai dernier dans un chantier d'usine en construction, je donne des soins pour une hydarthrose traumatique du genou extrêmement tendue. Le 22 mai, première ponction qui soulage le blessé. Rappelé par téléphone le 25 à cause de nouvelles douleurs intolérables, je constate une récidive telle que je suis forcé de pratiquer une nouvelle ponction. La Cie l'A. discute actuellement mes honoraires.

Il est cependant fréquent qu'une hydarthrose ou une hémarthrose traumatique nécessite plusieurs interventions, même rapprochées. Est-il logique de vouloir n'en payer qu'une et d'assimiler ce cas à celui d'une incision d'abcès insuffisante.

J'ajoute que je soigne chaque année un nombre important d'accidentés du travail, et que je ne suis pas habitué à voir mes honoraires discutés comme le fait aujourd'hui l'A. dont voici la note :

« Nous ne croyons pas que le Dr P. puisse compter la seconde ponction, celle-ci doit en effet être considérée *comme complétant la première faite à la visite précédente*.

Du fait qu'une *incision renouvelée* d'un abcès *n'est pas rétribuée* (voir le *Concours médical* du 16-5-23, page 1878), il n'y a aucune raison d'allouer un honoraire pour une ponction *répétée à 3 jours d'intervalle*...

S'il (le Dr P.) faisait des difficultés, vous le prieriez de porter le différend devant le « Sou Médical ». »

Dr P.

Réponse.

Non bis in idem, avais-je écrit le 16 mai 1923, à propos d'une incision de panaris renouvelée le surlendemain parce que débridement insuffisant une première fois, donc opération *unique* faite en deux fois. Ici, il n'en est plus de même ; la ponction fut renouvelée parce que l'épanchement évacué une première fois *s'était reformé* et a dû être évacué à nouveau par une *seconde* intervention nullement dépendante de la première. Dans ce cas, je conclurais au paiement de chacune des deux interventions.

F. D.

IV

3202. — Double Extraction de corps étrangers de l'œil.

Ayant eu à faire une extraction de corps étrangers multiples des deux yeux (poussière d'émeri et limaille d'acier) dont 2 étaient profondément implantés dans la cornée droite et 3 dans la cornée gauche, sans compter ceux qui étaient libres dans les culs-de-sac palpébraux, dois-je compter une intervention (art. 27 A).

Extraction de corps étranger, etc., 20 francs.

Ou bien deux fois la même intervention, une fois pour chaque œil.

Dr T.

Réponse.

Vous avez fait une première extraction de corps étrangers multiples d'un œil, puis une seconde intervention semblable sur un autre œil. S'il se trouve que les deux interventions, bien que sur deux yeux différents, soient pratiquées sur le même blessé, peu importe au point de vue tarif. En effet, ce sont là deux opérations bien *distinctes* et nullement *complémentaires*. Vous avez donc à compter deux interventions à 20 francs (article 27 A) pour « Extraction de corps étrangers multiples de l'œil », soit 40 francs en première catégorie.

F. D.

V

3226. — Réduction et contention en deux temps.

Je suis pour la première fois embarrassé pour l'usage du tarif des A.T. et je viens vous demander de m'éclairer en me pardonnant de vous mettre ainsi à contribution et vous faire perdre encore un peu de votre temps au milieu de vos si nombreuses occupations. Aussi, si cela doit vous en faire perdre moins, répondez-moi par voie du *Concours* auquel je suis abonné, car l'ouvrier en question n'est pas encore guéri.

Le 6 décembre dernier, un ouvrier mécanicien se fracture l'extrémité inférieure du radius droit, très bas, par retour de manivelle. Il était 7 heures du soir et, plutôt que de lui mal faire un mauvais plâtre avec de mauvais aides, je lui réduis séance tenante et très vivement sa fracture et la lui maintiens réduite au moyen d'attelles et de bandes, une écharpe et un poids. Le lendemain matin, je lui applique cette fois un plâtre définitif, circulaire à la Calot, fenêtré au niveau de la face antérieure et en 3 séances de compression j'arrive à lui remettre aussi parfaitement que possible ses deux morceaux bout à bout.

Que dois-je compter ? Par analogie avec art. 18 *in fine*, 37 fr. 50 en 1re catégorie pour ma contention à 7 heures du soir, et 60 francs pour le plâtre du lendemain matin ?

Et pour les séances de compression ? Puis-je espérer faire admettre ce mode de traitement, même avec des explications qui ne seront peut-être pas comprises ? Car en somme ce n'est pas si simple que cela ; on a l'air de faire une compression correcte qui ne soit ni trop ni pas assez forte, qui doit s'exercer dans le sens voulu : dans le cas présent, elle devait s'exercer en arrière et en dehors pour repousser dans cette direction le fragment inférieur.

Tout cela est bien compliqué, allez-vous dire, mais, outre que la réduction n'était pas commode à faire correctement par suite du siège très bas du trait de fracture et aussi à maintenir, je dois avouer que, ancien élève d'un élève de Calot, je ne sais faire que le plâtre circulaire avec assez de science pour que je sois sûr du résultat et je crois que dans le cas présent, c'était le meilleur plâtre à faire.

Dr S.

Réponse.

En réalité, vous avez fait (de façon ou d'autre, peu importe au point de vue tarif) une « réduction et contention de l'extrémité inférieure du radius », tarifée 80 francs en première catégorie. Que vous ayez mis le soir même ou le lendemain matin le plâtre « contentif », il en est de même, car ce n'est pas là un cas de « répétition d'appareil plâtré... » (article 8 *in fine*), puisque vous n'avez rien répété, c'est à dire fait deux fois.

Tel est au moins, à mon avis, ce qu'aurait à dire, en l'espèce, à un tribunal, le médecin expert.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *décembre.*

Service de santé de la Marine.

Circulaire du ministre de la marine, du 15 décembre 1924, concernant la *visite médicale à subir par les officiers et agents de la marine désignés pour servir aux colonies ou pour embarquer sur un bâtiment en campagne lointaine.*

Asiles d'aliénés.

Un poste de *médecin chef de service* est vacant à l'*Asile public d'aliénés de Prémontré* (*Aisne*).

19 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

Un *concours* s'ouvrira le jeudi 25 juin 1925 devant la Faculté de Bordeaux pour l'emploi de *professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.*

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

20 *décembre.*

Exercice de la médecine.

Loi du 13 décembre 1924 portant ratification du décret du 5 juillet 1922 introduisant dans les *départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle la loi du* 30 *novembre* 1892, *modifiée par la loi du* 14 *avril* 1910, *relative à l'exercice de la médecine.*

Le décret du 5 juillet 1922 a été publié dans le *Concours médical* de 1922, page 4193.

Associations d'étudiants.

22 *et* 23 *décembre.*

Loi du 19 décembre 1924 *étendant aux associations d'étudiants reconnues d'utilité publique le régime fiscal dont bénéficient les sociétés de secours mutuels et de bienfaisance.*

Article unique. — A dater du 1er octobre 1923, les associations d'étudiants reconnues d'utilité publique sont, au point de vue fiscal, assimilées aux sociétés de secours mutuels et de bienfaisanc.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Rémunération des membres des Commissions d'Assistance.

1636. — M. Delory, député, expose à M. le ministre du travail que la commission cantonale d'assistance de Lille-Sud a émis le vœu, dans sa séance du 8 novembre 1923, « qu'un jeton de présence soit attribué, à l'avenir, à tous les membres qui assistent aux séances de commissions » ; que, dans sa séance du 21 décembre 1923, la section permanente du conseil supérieur de l'assistance publique, après avoir délibéré, a conclu « qu'il est préférable d'avoir recours à d'autres mesures pour obtenir l'assiduité aux réunions des commissions de cet ordre », et demande au ministre de faire connaître : 1° quelles sont les mesures préconisées par la section permanente du conseil supérieur d'assistance publique ; 2° quelles sont celles qui seront appliquées par son département. (*Question du 24 novembre 1924.*)

Réponse. — La section permanente du conseil supérieur de l'assistance publique a, dans sa séance du 21 décembre 1923, estimé, d'une part, que, d'une façon générale le meilleur moyen d'obtenir l'assiduité aux séances de commissions était de réduire le nombre des commissions diverses, et, d'autre part, que pour les applications d'espèce, il appartenait à l'administration locale de discerner les causes des absences en provoquant, au besoin, le remplacement des personnes qui ne rempliraient pas suffisamment leur mandat. La section a pensé, notamment, que les réunions seraient plus suivies si le sous-préfet les présidait lui-même plus souvent et il ne lui a pas paru qu'en l'état actuel des finances publiques on doive renoncer à trouver des collaborateurs bénévoles pour assurer le fonctionnement des juridictions qui garantissent le droit à l'assistance ; il est d'ailleurs à remarquer qu'un projet d'unification des commissions a été adopté par la Chambre des députés, dans sa séance du 11 avril 1924.

(*J. O.*, 17 décembre 1924.)

Quarante septième année **N° 2** 11 Janvier 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 60-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr LAMARC, de St-Germain-en-Laye, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Ben.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 13. — A vendre cabriol. Citroën, 5 CV. pneus conf., grais. Técalemit, montre compt. km. Ayant roulé 4.000 km.

No 14. — Jne Dr spéc. mal. du cœur et tube digest. conn. radioscop. et tracés graph., dés. collab. ou assist. chez un méd. spéc.

No 15. — Poste demi-repos à céd. Mais., rég. agréab. chasse et pêche, rapp. 18.000.

No 16. — Méd. camp. Midi dem. aide jne doct. franç., nourrit., log., auto, indemn. mensuelle 500 fr. Stage excel. pr perfection. prat. méd. L'aide actuel est resté 3 ans. Libre en mars.

No 17. — A vend. cause départ. : 1° auto « Zèbre » 2 × 3 pl., bon état, mot., sortant révision ; 2° collect. clichés stéréo de la guerre. av. ou sans stéréosc. ; 3° années de la guerre de l'*Illustration* ; 4° Elisée Reclus complet et autres livres et objets d'art,

No 18. — A céd. de suite bords de la Loire, 40 km. de Nantes, 3 km. de gare. Propriété compr. mais. de maîtres (pas les dépendances), maison de garçon, jardin d'agrém. et potag., vue magnif. av. ou sans poste méd. S'adr. Dr Priouzeau, à Liré (Maine-et-Loire).

N° 19. — Vve Dr habit. bords de la mer prend. tout. l'ann. jnes pens ay. bes. clim. marin. Chauf. cent., sal. de bains, tennis. Prix mod.

N° 20. — Sarthe. Cause sant., à céd. ds cond. mod., poste propharm. Bicycl. suffit. On fait les accouch.

N° 21. — Le Cannet (Alpes-Mmes). Dr Daniel, tél. 38. Cure climat. pr tt convalesc. non contag., nerv., surm. bronches délic. rhumat., etc. Tt conf. ts traitem. Clim. le pl. doux, site le pl, beau de la côte.

N° 22. — Clin. dem. infirmière sér. connais. la sal. d'opérat. Ec. Dr Fontaine, 87, rue des Capucins, Reims.

N° 23. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos, banl,, Paris.

N° 24. — Centre. Ds chef-l. de cant. sur gde ligne, poste seul méd., 4.000 habit. à desserv, rapp. 43.000, beaucoup acc. agric. Mais. 6 p., garag. jardin. Px 15.000, dont 5.000 comptant. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 25. — Nord. Poste tenu dep. 22 a. pr. vill., rapp. 7.000, plus 11.000 fixes, gr. hab., électr. client. agréab. ds rég. pitt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 26. — A vend. appar. pneumothorax du Dr Leuret. Mod. 1923, parf. état. Dr Bompoint, à Cambes (Gironde).

CORRESPONDANCE

Leçon de choses.

Un confrère m'écrivait dernièrement : « Je vous envoie ma cotisation au « Sou Médical », j'espère pouvoir y être réintégré sans autre formalité ».

Je dus lui répondre qu'ayant démissionné en 1922, il ne pouvait rentrer qu'à la faveur d'une nouvelle admission et lui envoyai un bulletin d'adhésion.

En me retournant ce bulletin, le confrère écrit : « J'ai eu grand tort de démissionner, car précisément j'ai eu cette année une affaire pour laquelle le concours du « Sou » m'eût été précieux : il s'agit d'une affaire de recouvrement d'honoraires sur un accidenté, qui doit se juger en janvier prochain .... »

Dr D.

Je soumets ce cas à ceux qui sont certains de ne jamais avoir d'affaires.

A. G.

3366. — Incompatibilités des experts dans les accidents du travail.

N'existe-t-il pas une circulaire du ministre de la Justice déjà vieille de plusieurs années, qui interdit

de choisir les experts des accidents du travail parmi les médecins de compagnies d'assurance (compagnies de chemins de fer), etc. Si oui, veuillez, je vous en prie, m'en faire parvenir, approximativement le texte.

Dr R.

Réponse.

L'article 17 de la loi du 9 avril 1898. modifié par la loi du 22 mars 1902, spécifie que toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, l'expert ne pourra être le médecin qui aura soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Une circulaire du Garde des Sceaux, en date du 25 juillet 1910, étend cette prohibition à tous les médecins d'assurances ou de syndicats de garantie, ou plutôt, relatant le fait qu'au tribunal de la Seine, les médecins experts ont été invités à opter entre leur maintien sur la liste du tribunal et leurs fonctions de médecin d'une société d'assurances ou d'un syndicat de garantie, indique que le Garde des Sceaux ne verrait, quand le nombre des médecins le permettrait, que des avantages à ce que cette pratique fût généralisée ou que, tout au moins, les médecins d'assurances inscrits sur la liste des experts ne fussent jamais commis dans les affaires d'accidents du travail.

Mais cette circulaire, comme d'ailleurs toutes les circulaires ministérielles, ne peut être considérée comme ayant force légale obligatoire, mais seulement comme un conseil plutôt que comme un ordre.

Il n'y est pas question des médecins de chemins de fer. Mais il est évident que le médecin d'une compagnie de chemin de fer ne pourrait être expert dans une affaire d'accident du travail survenu à un employé ou ouvrier de la Compagnie, par application de l'article 17 précité, dont l'inobservation serait susceptible d'entraîner la nullité de l'expertise.

La circulaire du Garde des Sceaux du 5 juillet 1910, dont nous avons relaté les passages concernant l'incompatibilité souhaitée par son auteur, a été publiée dans le *Concours médical* de 1910, page 963.

3367. — Action directe du médecin contre le patron d'un blessé.

Je vous adresse ci-inclus une lettre écrite par le patron d'un ouvrier, accidenté du travail, auquel je viens de donner des soins. Comme vous le verrez, ce patron, après réception de ma note d'honoraires, a l'intention de se décharger des frais médicaux sur sa Compagnie d'assurancs.

Je n'ignore pas que, conformément à la loi des accidents du travail, le patron seul est responsable,

mais ne voulant pas laisser cette lettre sans réponse, je vous serais obligé de me confirmer les obligations patronales en l'espèce. Je ne mets pas en doute la bonne foi du patron, mais je tiens à lui signaler son erreur.

Dr P.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, la loi donne au médecin une action directe contre le chef d'entreprise pour le paiement de ses honoraires. C'est donc le chef d'entreprise, qui est le débiteur du médecin et non pas l'assurance, aucun lien de droit n'existant entre celle-ci et le médecin. En pratique, les médecins s'adressent souvent directement aux assurances, mais, lorsqu'une contestation se produit, c'est le chef d'entreprise qu'ils doivent citer devant le juge de paix.

3364. — Accident survenu à un fermier.

Donnant actuellement mes soins à un fermier, victime d'un accident du travail en conduisant un tracteur agricole dont il est propriétaire, et qui a contracté à une Compagnie une assurance contre les accidents du travail agricole comme assuré volontaire, dois-je lui appliquer le tarif Breton ou le tarif de la clientèle ordinaire ?

Existe-t-il des assurés volontaires de la loi du 15 décembre 1922 ? Si oui, quelles conditions et quelles formalités légales doit remplir un exploitant pour être considéré comme tel ?

Dr V.

Réponse.

Qu'il s'agisse d'accident du travail agricole ou industriel, vous pouvez toujours réclamer à votre client, c'est-à-dire au blessé, vos honoraires habituels. Le tarif Breton ne concerne que la part des frais médicaux mis par la loi à la charge du chef d'entreprise. Si, en pratique, les médecins se sont accoutumés à se contenter de la part que la loi impose aux patrons, ils n'en conservent pas moins le droit de réclamer au blessé le complément de leurs honoraires, s'ils le jugent utile. C'est pourquoi, lorsque vous avez affaire à un exploitant agricole qui s'est assuré à lui-même le bénéfice de la loi sur les accidents du travail, comme vous ne pouvez vous adresser qu'à lui pour le paiement de vos honoraires, faute de l'existence d'un patron intermédiaire entre l'assurance et le blessé, vous pouvez lui demander les honoraires que vous demanderiez à un client ordinaire de la même situation sociale, sauf à lui à se faire rembourser par son assurance dans les limites du tarif Breton.

L'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 donne la faculté aux exploitants agricoles non assujettis à la loi, mais qui y auront adhéré volontairement pour leur famille ou leurs collaborateurs oc-

casionnels, de se placer eux-mêmes, pour les accidents dont ils seraient victimes, sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail. Pour cela, ils doivent tout d'abord contracter une assurance et ensuite faire une déclaration d'adhésion à la mairie du siège de leur principale exploitation.

3348. — Accident survenu au transporteur d'un matériel de battage.

Je vous serais très obligé de m'indiquer comment je dois procéder pour obtenir le paiement de mes honoraires dans l'affaire suivante :

Un entrepreneur de battage vient me chercher pour donner mes soins au bouvier qui transportait son matériel (blessure du genou). Je soigne le blessé que je conduis ensuite à son domicile (12 kil.), sur la demande de l'entrepreneur de battage.

J'adresse ma note d'honoraires à ce dernier, qui l'envoie à sa Compagnie d'assurances.

La Compagnie d'assurances me répond que seul le bouvier était responsable comme entrepreneur de transport. Ainsi tout le monde se défile et personne ne parle de me payer.

Dr D.

Réponse.

Si le bouvier n'était pas un ouvrier au service habituel de l'entrepreneur de battage, mais un particulier se chargeant d'un transport déterminé avec le matériel lui appartenant, moyennant une rémunération comprenant non seulement son salaire proprement dit, mais encore la location de son matériel et de ses bœufs, il s'agit bien, comme le dit l'assurance, d'un entrepreneur de transport et non d'un ouvrier et, par conséquent, la loi sur les accidents du travail ne lui est pas applicable.

Il va donc falloir que vous vous adressiez pour vous faire payer à votre client lui-même. Vous n'auriez d'action contre l'entrepreneur de battage que si vous étiez en état de faire la preuve que c'est lui qui a commandé vos soins et s'est engagé à les payer. Dans ce cas, vous pourriez le poursuivre mais conformément au droit commun et non pas en vertu de la loi sur les accidents du travail.

3305. — Prorogation de bail.

Locataire depuis 1910, d'une clinique, boutique à loyer annuel de 850 fr., ayant usé de toutes les prorogations (mobilisation, pensionné de guerre) et ayant payé mon loyer avec arrangement spécial pendant la durée des hostilités, j'ai l'honneur de vous demander :

1° Le propriétaire est-il en droit de me refuser un nouveau bail (le précédent était 3, 6, 9 et est donc échu en 1919) ?

2° Comment peut-il majorer le loyer et les charges ?

3° Peut-il exiger, sans bail, les consignations et la somme correspondant à l'augmentation sur le nouveau tarif, des six mois d'avance réglés par moi en 1910 ?

4° Comment obtenir le nom et l'adresse du propriétaire, la concierge disant les ignorer et le gérant affirmant avoir défense par le propriétaire de les indiquer ?

D[r] X.

Réponse.

1° et 2° En l'état actuel de la législation, votre propriétaire ne peut être contraint à renouveler votre bail. S'il y consent, aucun prix limite ne lui est assigné, car il s'agit d'une location professionnelle et, même si une limitation pouvait lui être imposée, elle ne serait valable que jusqu'au 1[er] janvier 1926, date extrême d'application des lois du 29 décembre 1923 et 2 août 1924.

3° Il est d'usage à Paris que, pour les locaux commerciaux, les boutiques et les hôtels, le locataire paye six mois de loyer d'avance. Le propriétaire pourra donc obtenir, si l'affaire vient devant le Tribunal, sur la demande de maintien en possession, que consignation soit faite de ces loyers, mais le Tribunal ne tranchera pas la question avant quelque temps et il ne paraît pas utile que vous offriez officiellement quoi que ce soit à cet égard.

4° En principe, la notification prévue par la loi doit être faite au propriétaire et non pas au gérant. Plusieurs décisions ont été rendues à cet égard, mais, lorsque le gérant signe lui-même les quittances et refuse de faire connaître le nom du propriétaire, la notification, peut certainement être adressée au gérant.

Afin d'éviter toute difficulté, je conseille de faire cette notification, non pas par lettre recommandée, mais par acte d'huissier et de faire délivrer deux copies, l'une à Monsieur le propriétaire de l'immeuble sis à ....., rue ....., où étant et parlant à la concierge prise comme son préposé, l'autre à Monsieur le propriétaire de l'immeuble sis à ....., rue ....., en la personne de M. Y....., gérant de l'immeuble et mandataire du propriétaire, ledit gérant demeurant à ....., où étant et parlant à .....

D'autre part, et après avoir indiqué, conformément à la loi, le nouveau prix proposé et la durée de la prorogation demandée, l'huissier ajoutera :

« Que M. Y..., gérant et mandataire du pro-
« priétaire, se refusant à faire connaître les nom,
« prénoms, qualités et domicile du ou des pro-
« priétaires de l'immeuble, le requérant se trouve
« contraint d'adresser la présente déclaration au
« dit gérant, à charge par lui de la transmettre
« au véritable ayant droit ».

3355. — Etat antérieur à un accident du travail.

Un ouvrier agricole reçoit un coup sur le testicule droit au début d'octobre dernier. Le testicule s'est légèrement dégonflé, mais de la suppuration est apparue fin novembre. Je soupçonne fort de la tuberculose. Pensez-vous que la Compagnie d'assurances voudra prendre cet accident à sa charge si elle apprend cette complication ? Ne vaudrait-il pas mieux conseiller au blessé de se déclarer guéri afin d'éviter les réclamations des assureurs ?

Dr C.

Réponse.

La Cour de Cassation a décidé à maintes reprises qu'il ne devait pas être tenu compte de l'état antérieur du blessé pour l'allocation des indemnités dues aux victimes d'accidents du travail. Il suffit qu'il y ait une relation de cause à effet entre le traumatisme et la lésion pour que l'ouvrier ait droit aux soins médicaux, quand bien même cette lésion se serait aggravée sous l'effet d'une maladie dont le blessé était atteint antérieurement.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, si l'ouvrier est en mesure de faire la preuve qu'il a reçu le coup au cours de son travail et que la maladie dont il est actuellement atteint a été déterminée par ce coup, quelles que soient les complications qui peuvent se présenter, il a droit aux indemnités prévues par la loi.

2667. — Etablissement du revenu. Amortissement des frais d'installation.

A titre de membre du *Concours* et du « Sou médical », je vous serais bien obligé de vouloir me donner quelques éclaircissements au sujet de mes contributions (impôt sur le revenu).

Voici les chiffres que j'ai déclarés :

1919 : démobilisé en avril, maladie, bénéfices nuls.

1920 : chiffre total : 19.183 fr. ; dépenses : 16.629 fr. ; bénéfices : 2.516 fr.

1921 : chiffre total : 37.157 fr. ; dépenses : 14.629 fr. ; bénéfices : 22.528 fr.

1922 : chiffre total : 26.537 fr. ; dépenses : 36.629 fr. ; déficit : 10.092 fr.

1923 : chiffre total : 28.240 fr. ; dépenses : 15.349 fr. ; bénéfices : 12.281 fr.

En 1922, j'ai fait des études dentaires et j'ai installé un cabinet, ce qui m'a coûté 22.000 fr., d'où le déficit, pour lequel j'ai dû emprunter 20.000 fr. et dont je paye les intérêts.

J'ai reçu des feuilles de contributions, où on a pris le chiffre total, pour le bénéfice, ce qui me fait une forte somme.

(*Voir la suite page XLVII-105*)

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales extérieures

Une conférence sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Amérique à l'A.D.R.M. Le développement et l'action de l'U.M.F.I.A., union médicale franco-ibéro-américaine.

Nous avons définitivement rayé, en France, de notre vocabulaire le mot de propagande et ce n'est pas de la propagande que nous, médecins français, voulons faire dans les pays amis. Qui dit propagande laisse supposer une action tendant à imposer une doctrine, des idées, une civilisation que l'on considère comme supérieures à celles des pays où s'exerce cette action. En France, tout autre est le but que nous cherchons à atteindre : nous ne voulons imposer nos idées, nos doctrines, nos méthodes, nos mœurs à personne ; nous voulons tout simplement nous faire mieux connaître de nos confrères étrangers et apprendre à mieux les connaître aussi, persuadés que lorsque nous serons plus intimement liés, nous deviendrons, de plus en plus, amis ; cultivant ensuite ces amitiés précieuses, nous espérons arriver par un échange de vues et d'idées, à améliorer réciproquement notre enseignement, nos institutions scientifiques, et tout ce qui concerne le domaine de la médecine en tant que science et que profession.

L'Association pour le développement des relations médicales a fait dans ce but de sérieux efforts . Nous les avons assez fréquemment énumérés ici pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Toutes les fois qu'un médecin français a fait un voyage d'études à l'étranger, toutes les fois qu'il a été envoyé en mission, il a été prié d'exposer le résultat de ses observations à l'A. D. R. M.

C'est ainsi que M. le Dr Lemaître, professeur agrégé et otorhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, nous a fait le récit passionnant de son voyage en Amérique latine ; que M. le Dr Cadenat, le distingué chirurgien des hôpitaux de Paris, nous a fait part de ses observations, sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Extrême-Orient ; que M. Burnet, le savant sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, nous a fait le tableau impartial et saisissant de la situation des médecins et des établissements médicaux dans la Russie des Soviets, que M. le Dr Joltrain, l'hygiéniste réputé, nous a fait part il y a quelques semaines de ce qu'il a vu au Canada et que plus récemment encore, M. le Dr Thalheimer, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, revenant de l'Amérique du Nord, où il a fait un long séjour, a exposé à l'A. D. R. M. ses impressions de voyage.

Ces récits et ces conférences se font à la Faculté salle Béclard, au siège de l'A. D. R. M. devant un public assez restreint, invité spécialement. Nous préférerions voir donner plus d'ampleur à ces manifestations de l'activité médicale française. A notre avis, ces conférences, si intéressantes, mériteraient d'être faites dans un grand amphithéâtre sous la présidence d'une haute personnalité médicale, scientifique ou même politique. Il ne nous répugnerait pas d'y voir inviter une élite médicale ou extra-médicale, d'y voir convier les reporters de nos journaux les plus importants. L'effort que nous faisons pour resserrer et étendre les amitiés médicales franco-étrangères, n'a aucune raison pour rester modeste et caché. Cet effort n'a pas pour but l'intérêt de quelques personnes, mais celui de la médecine française, dont la connaissance peut apprendre beaucoup de choses aux médecins étrangers, mais, qui, elle aussi, peut et doit aller chercher hors de notre pays de nombreux et utiles perfectionnements.

Si nous voulons sérieusement développer les relations médicales extérieures, il nous faut d'importants concours financiers qu'il convient de rechercher dans tous les milieux même extra-médicaux.

Les tentatives faites auprès du Corps médical dans le but de créer à Paris le Foyer national du médecin français, montrent que, malgré la bonne volonté de beaucoup, il est difficile à l'heure actuelle de trouver parmi les seuls médecins les ressources nécessaires pour réaliser une institution importante.

La conférence très intéressante du Dr Thalheimer que nous ne saurions analyser ici, nous a montré la différence profonde qui existe entre les méthodes françaises et américaines pour la formation du médecin praticien. En Amérique, l'enseignement théorique, la pratique du laboratoire, ont reçu un développement considérable et sont pourvus d'un outillage et d'établissements qui

dépassent ce que nous pouvons concevoir ici, mais l'enseignement clinique y est presque inexistant et les jeunes docteurs de facultés américaines, même réputées, n'ont guère appris à examiner ni à soigner les malades. Les Etats de l'Union nord-américaine s'en rendent si bien compte que la plupart ne donnent la licence d'exercer la médecine sur leur territoire aux jeunes docteurs qu'après l'accomplissement d'un stage de deux ans comme assistants ou interne dans un grand établissement hospitalier. Aussi est-ce surtout pour se perfectionner au point de vue clinique et pratique que les médecins américains viennent en Europe. Ils afflueraient en France, si, par une meilleure organisation, nos maîtres parvenaient à créer un enseignement de perfectionnement très condensé et bien compris. Des efforts méritoires sont actuellement tentés. L'avenir nous apprendra s'ils ont été suffisants.

***

L'A. D. R. M. qui essaye d'étendre son action sur le monde entier, n'est pas la seule ni la première association qui s'est donnée comme tâche d'établir des relations amicales entre les médecins français et étrangers.

Elle est une création d'après guerre, mais, avant la guerre, en 1913, quelques médecins français à l'esprit innovateur et actif avaient fondé l'U. M. F. I. A., l'*Association médicale franco-ibéro-américaine*. L'U. M. F. I. A. a limité son domaine aux pays de langues française, espagnole et portugaise. Loin de lui donner le coup de grâce, la guerre a singulièrement contribué à sa prospérité. Elle n'est pas, loin de là, l'adversaire de l'A. D. R. M., mais bien sa puissante auxiliaire, les deux associations ayant de très nombreux membres communs. Les méthodes d'action de l'U. M. F. I. A. diffèrent un peu de celles de l'A. D. R. M. Nous avons eu l'avantage d'assister à sa dernière assemblée générale et nous avons été surpris de l'expansion extraordinaire qu'est en voie de prendre cette Association.

Grâce à l'activité surprenante des membres de son bureau, notamment, de son président, notre ami le Dr Dartigues, de son vice-président, le Dr Bandelac de Pariente, de son secrétaire général, le Dr Molinéry, l'U. M. F. I. A. est arrivée, ces dernières années, à compter un nombre imposant d'adhérents.

Quatre cents candidats ont été admis à la dernière assemblée générale et le chiffre de ses membres dépasse actuellement 1.100. L'U. M. F. I. A. s'organise par sections qui conservent leur autonomie. En France, la Section de Toulouse a fait preuve d'une très grande activité, notamment pendant les Journées médicales données dans cette ville. Grâce aux hautes relations personnelles, au dévouement et à la courtoisie de M. le Dr Bandelac de Pariente, son vice-président, de nombreuses sections ont été fondées en Espagne ; des collèges provinciaux entiers de médecins s'y sont constitués en sections de l'U. M. F. I. A. et l'on entrevoit l'époque où chaque province espagnole sera dotée d'une section active. Il en sera de même dans chaque république de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud.

L'U. M. F. I. A. projette d'avoir avant peu comme organe une revue trilingue française espagnole et portugaise qui divulguera les travaux de ses membres. Elle a décidé d'organiser tous les mois à chaque réunion de son bureau, un dîner où tous ses membres étrangers ou provinciaux, de passage à Paris, seront conviés, de façon à multiplier les occasions de faire connaissance et de resserrer les liens d'amitié.

Elle participera officiellement cette année au Congrès de Pédiatrie de Madrid et aux Journées médicales de Toulouse.

Il faut donc remercier et féliciter tout particulièrement les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et Molinéry des résultats brillants qu'ils ont obtenus, notamment dans leurs récents voyages en Espagne, et souhaiter qu'à la prochaine Assemblée générale, un nombre aussi imposant d'adhésions que cette année (*quatre cents* !) soit soumis à la ratification de l'U. M. F. I. A.

Ce sera un beau succès pour la médecine française... et aussi pour la France.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DES FISTULES SALIVAIRES

Par le prof. Pierre SÉBILEAU.

Les fistules salivaires provenant de l'appareil sous-maxillo-whartonien sont excessivement rares. Les fistules salivaires provenant de l'appareil parotido-sténonien sont, au contraire, assez communes. Le fait paraît étrange ; pour être difficile à expliquer, il n'est pas moins exact. Les chirurgiens qui, pendant la guerre, ont soigné des blessures maxillo-faciales, ont tous observé un bon nombre de fistules salivaires du département parotidien ; beaucoup d'entre eux n'ont jamais observé de fistule salivaire du département sous-maxillaire. De toutes les causes capables de produire une fistule salivaire, les traumatismes balistiques de la face, autant par le caractère mutilant de leurs lésions que par l'infection et la mortification dont ils sont suivis, occupent évidemment le premier plan.

Ces fistules, envisagées du point de vue de leur siège et de leur origine, forment trois variétés : les premières sont postérieures, rétro-mandibulaires ; elles occupent le creux parotidien proprement dit ; elles sont d'origine glandulaire ; les secondes sont antérieures, pré-mandibulaires ; elles occupent la région de la boule de Bichat ; elles sont d'origine sténonienne ; les troisièmes sont intermédiaires aux unes et aux autres, sus-mandibulaires ; elles occupent la région massétérine ; elles sont d'origine rivulaire, ce qui veut dire qu'elles proviennent d'un des affluents du canal de Stenon. Il n'est pas toujours facile, cliniquement, de faire entre les unes et les autres un diagnostic différentiel inattaquable. Seuls, les cas extrêmes sont précis. Même, il est très vraisemblable que les fistules considérées comme étant d'origine proprement parotidienne ne sont autre chose que des fistules parties d'un ou de plusieurs de ces petits canalicules lobulaires qui représentent les sources éparses de l'appareil sténonien.

Le traitement chirurgical des fistules salivaires est basé sur un certain nombre de faits d'ordre anatomique, physiologique et pathologique qu'il nous faut tout d'abord rappeler. Une indiscutable obscurité règne encore, disons-le, sur l'efficacité de quelques-unes des méthodes thérapeutiques que nous leur appliquons.

a) *Faits d'ordre anatomique.* — Ces fistules s'ouvrent ordinairement au fond d'une dépression cupuliforme ou linéaire, plus rarement à fleur de peau, par un orifice étroit qu'il est quelquefois difficile de découvrir, presque toujours impossible de cathétériser à fond, et qui, selon les cas, se dissimule sous une petite fongosité ou sous une mince pellicule. Leur trajet est souvent comme rocailleux. Elles s'enfoncent presque toujours, en effet, au milieu de formations fibreuses plus *ou moins épaisses disposées en nodules ou en* placards. Il est possible que l'enrobement de la fistule dans ces tissus scléreux soit un empêchement à sa cicatrisation naturelle.

b) *Faits d'ordre physiologique.* — La quantité de salive qui découle d'elles est assez abondante, plus abondante, évidemment pour les fistules du canal de Stenon que pour les fistules de la parotide : au moins une centaine de grammes en vingt-quatre heures, sinon davantage ; le cou, les pansements ou les vêtements des patients en sont largement souillés ; mais cette sécrétion est intermittente ; elle n'apparaît qu'à l'occasion des repas et, ceux-ci terminés, dure encore un certain temps. Dans l'intervalle qui les sépare, l'orifice laisse sourdre intermittemment une gouttelette ; quelquefois, même, il est tout à fait étanche, ou l'écoulement est si léger que le liquide, disait un auteur ancien, semble exhalé sous forme de rosée. Les premières gouttes qui coulent de la fistule sont troubles, grisâtres, quelquefois assez épaisses ; puis, le liquide devient limpide, transparent, incolore, très fluide.

Cette sécrétion salivaire est, on le sait, sous le commandement du nerf auriculo-temporal. Ce nerf auriculo-temporal est une branche du nerf maxillaire inférieur qui, pour arriver dans la région temporale où il s'épanouit en nombreux filets sensitifs, traverse le pôle supérieur de la parotide à laquelle il abandonne un chevelu de grêles rameaux. L'excitation du nerf auriculo-temporal provoque la salivation parotidienne ; sa section l'arrête. Ce pouvoir sécréteur, le nerf auriculo-temporal ne le tient pas du nerf qui lui a donné naissance, car l'excitation intracranienne du trijumeau reste sans action sur la salivation parotidienne ; il le tient, par collatéralité, du ganglion otique. Ce petit nodule aplati, situé sur la face interne du nerf maxillaire inférieur, abandonne, en effet, deux ou trois filets au nerf

auriculo-temporal. Cl. Bernard, Schiff, Vulpian ont démontré que la destruction de ce minuscule carrefour nerveux entraîne l'assèchement parotidien. L'empire qu'il a sur la fonction salivaire lui est transféré des centres bulbaires par le nerf petit pétreux superficiel qui aboutit à lui, et qui, chose curieuse, ne l'a pas reçu directement du nerf facial, dont il naît pendant la traversée tourmentée que celui-ci accomplit dans le rocher, mais bien du nerf glosso-pharyngien, auquel il est relié par un cordonnet long et grêle, le nerf petit pétreux profond. Celui-ci, parti du ganglion d'Andersh, traverse toute l'apophyse pétrée pour aboutir à lui au point où il émerge de l'hiatus de Fallope. Il est aujourd'hui démontré, en effet, que l'excitation intracrânienne du glosso-pharyngien met en activité la glande parotide, et, par contre, que la section de ce nerf détruit l'influence sécrétante qu'exerce sur cette glande la mastication alimentaire.

c) *Faits d'ordre pathologique.* — L'histoire des fistules parotido-salivaires est remplie de bizarreries : bizarreries dans les causes qui les produisent ; bizarreries dans l'évolution qu'elles accomplissent ; bizarreries devant la thérapeutique qu'on leur oppose.

1° *Bizarreries dans les causes.* — La presque totalité des fistules parotidiennes ou sténoniennes sont d'origine traumatique ; quelques rares exemplaires proviennent d'infections suppuratives de la joue. Mais, dans cette étiologie traumatique, les faits les plus contradictoires et les plus disparates se rencontrent. La singularité pathogénique de ces fistules paraît quelquefois défier l'importance elle-même des lésions et le caractère infectant de celles-ci. Nous avons vu l'unique ouverture d'un abcès périmandibulaire, ou encore la simple incision prolongée un peu trop bas d'une trépanation mastoïdienne engendrer une fistule parotidienne. Par contre, nous avons vu d'énormes blessures balistiques de la face, avec large déchirure du parenchyme parotidien, de vastes exérèses chirurgicales de la joue et des suppurations parotidiennes nécrotiques diffuses guérir sans laisser la moindre formation fistuleuse.

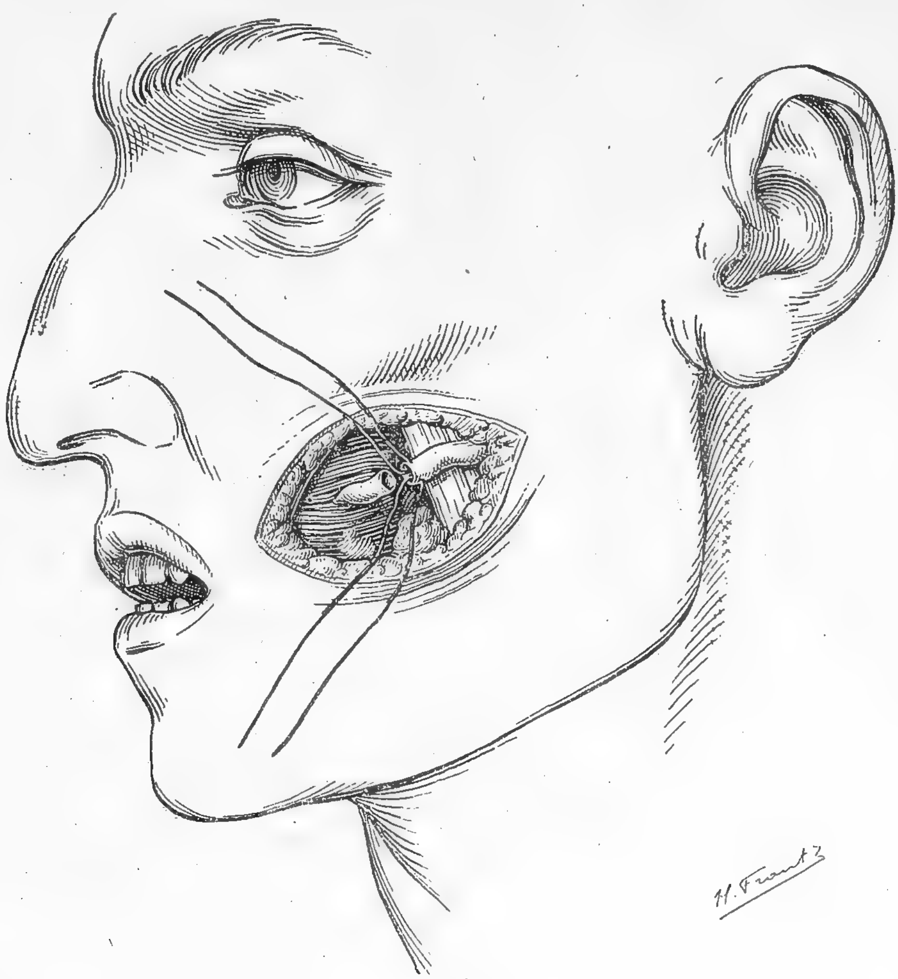


FIG. 1.

2° *Bizarreries dans l'évolution.* — A une époque

où beaucoup d'entre les fistules salivaires étaient la conséquence de profondes entailles jugales par coups de sabre, Percy avait déjà remarqué combien rares étaient les cas où la section du canal de Stenon se terminait par déhiscence permanente ; il est, en effet, certain que la plupart des blessures de la parotide et de son conduit excréteur, celles de la parotide tout particulièrement s'oblitèrent par le simple effet de la cicatrisation naturelle. A plusieurs reprises, pendant la guerre, nous avons insisté, Morestin et moi, sur la fréquence de ces cures spontanées qui commandent au chirurgien la plus grande circonspection dans l'interprétation du mécanisme par lequel elles guérissent après une intervention opératoire.

processus curatif, aucune raison anatomo-pathologique vraisemblable.

Après l'oblitération des unes, l'écoulement de la salive parotidienne se rétablit dans la cavité buccale ; après l'oblitération des autres, rien, dans l'examen de cette cavité buccale, ne traduit plus l'arrivée de la salive (1). Je sais bien qu'ici se dresse une objection de valeur ; est-il cliniquement possible de dire que la fonction parotidienne est ou n'est pas suspendue ? C'est une question qui, pour chaque cas, ne peut évidemment être autrement tranchée que par l'examen clinique de la cavité buccale, et cet examen est souvent très délicat. Morestin disait que, pour certains de ses malades, il ne lui avait pas été possible de déterminer exactement si l'écoule-

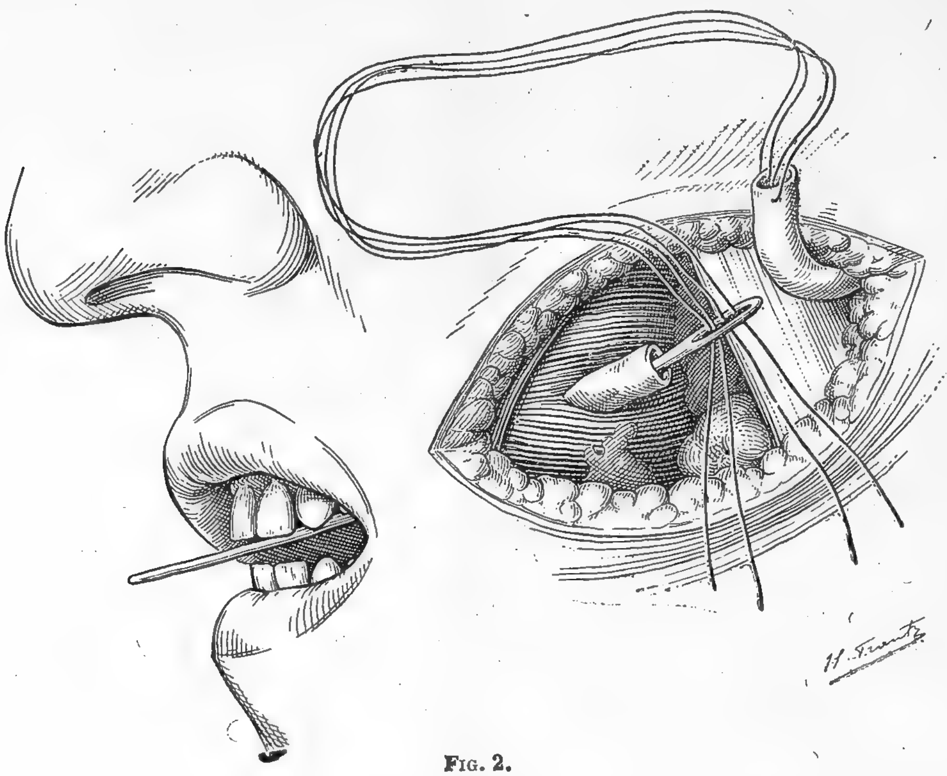


FIG. 2.

Mais ces guérisons naturelles ne surviennent, ni dans le même laps de temps ni, semble-t-il, par le même processus curateur ; elles ne se déroulent pas d'après le même tableau clinique. Il est de ces fistules qui durent quelques semaines ; il en est qui durent des mois ; il en est qui durent des années ; il en est qui durent toujours. Certaines se tarissent presque subitement, sans que le flux salivaire évacué par elles, ait jamais montré le moindre ralentissement ; d'autres, au contraire, lentement, après une diminution progressive de l'écoulement, se tarissent un beau jour alors qu'elles semblaient définitives et que l'évolution cicatricielle des tissus paraissait autour d'elles depuis longtemps arrivée à son terme, sans qu'on puisse invoquer, en faveur de ce

ment se faisait ou non. J'ai éprouvé le même embarras. A l'état de repos masticatoire, la parotide ne sécrète rien et, par conséquent, l'on ne voit rien. Elle ne débite, en réalité, qu'après quelques instants de mastication, surtout quand celle-ci s'exerce sur des substances sapides ; or, à ce moment, tout l'appareil glandulaire est en action ; la bouche est inondée de salive et il est assez difficile de s'assurer s'il s'en écoule, ou non, de l'ostium qu'on explore. Mais, il est des faits quasi expérimentaux au sujet desquels aucune contes-

(1) La continuité de la fonction, après la guérison anatomique, est surtout le propre des fistules glandulaires ; sa suppression, au contraire, le propre des fistules sténoniennes.

tation n'est possible et que Morestin a bien mis en évidence : ce sont ceux qui suivent l'exérèse ou la ligature chirurgicale du canal de Stenon sans drainage dans la cavité buccale. Or, les patients qui subissent cette opération guérissent en quelques jours, sans le moindre incident ; certains, la minorité, présentent un petit épanchement salivaire que des ponctions capillaires assèchent en peu de temps ; les autres, la plupart, réalisent leur cicatrisation sans le moindre accident local ou général ; la fonction parotidienne se trouve extemporanément bloquée par l'occlusion du canal de Sténon : « la joue ne paraît pas plus souffrir de rétention que l'économie de spoliation ; la mort physiologique de la parotide passe inaperçue de l'organisme ».

la nature peut-elle se passer d'une partie de la salive qui humecte la bouche ».

Ces calages quasi extemporanés de la sécrétion parotidienne ne peuvent évidemment pas s'expliquer par l'atrophie de la glande ; l'atrophie d'un parenchyme organique ne se produit pas en un temps si court et, pour invoquer une pareille raison, ainsi qu'on le fait quelquefois, il faut ne pas réfléchir. Il s'agit donc ici ou bien d'un réflexe d'arrêt dont la force inhibitoire peut aller jusqu'à la suppression fonctionnelle, ou bien, quand il y a rétention momentanée, d'un bloquage sécrétoire dû à la pression exercée sur les lobules glandulaires par la salive déjà produite. Plus tard, évidemment, survient la déchéance organique.

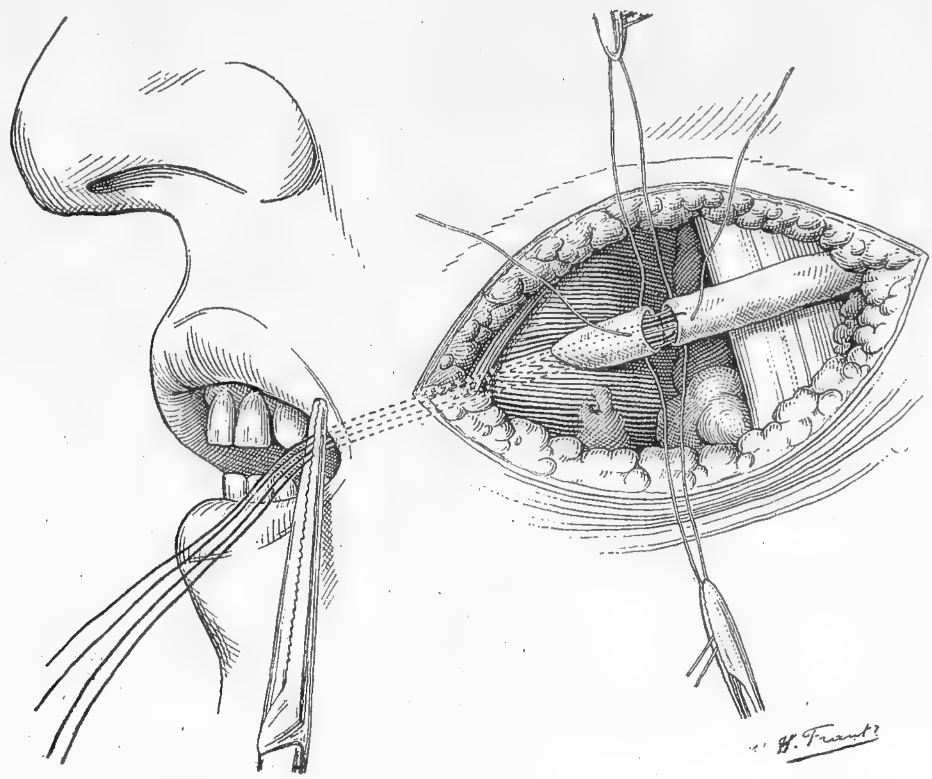


Fig. 3.

Ces faits curieux n'avaient pas complètement échappé à nos maîtres. C'était une pratique courante, autrefois, de traiter les fistules du canal de Sténon par la compression exercée entre la glande parotide et le trajet fistuleux dans le but de suspendre pour un temps, l'écoulement salivaire par l'orifice jugal et de favoriser ainsi l'oblitération de celui-ci. Ayant échoué en opérant ainsi, Desault imagina d'exercer la compression sur la glande elle-même, dans le but de l'affaisser et de suspendre ses fonctions ; sa tentative fut couronnée de succès. C'est vraiment à lui qu'appartient l'idée de traiter les fistules salivaires par la stérilisation glandulaire : « Peut-être, disait-il,

3° *Bizarreries devant la thérapeutique.* — Tous ces faits expliquent bien la bizarrerie des effets de notre thérapeutique sur les fistules salivaires. Les chirurgiens d'autrefois ont guéri des fistules parotido-salivaires par tous les moyens : la cautérisation, les injections irritantes, la compression, le drainage de la joue dans la bouche. L'étrangeté de certaines cures ne leur avait pas échappé. Ayant tari, en la touchant deux ou trois fois avec le nitrate d'argent, une fistule salivaire qui avait été traitée en vain par d'autres moyens ; frappés, d'autre part, de ce que certains chirurgiens « obtenaient de l'usage des caustiques des succès marqués, tandis que d'au-

tres n'en observaient que de mauvais effets », Louis chercha la cause de ces différences et crut la trouver dans le siège variable de la fistule ; il émit l'opinion que les caustiques « réussissaient dans les cas où la fistule appartient à la glande parotide elle-même et qu'ils étaient sans effet dans tous ceux où elle est due à une lésion du conduit salivaire ». Or, à peine avait-il admis cette conjecture qu'il guérit, « par la simple application de la pierre infernale », une fistule du canal de Sténon qui durait depuis 19 ans ..... Beaucoup d'observations aussi curieuses que celle-ci sont répandues dans la littérature médicale.

C'est donc sur ces trois ordres de faits différents : 1° la salive parotidienne se déverse dans la bouche par le canal de Sténon — *fait anatomique* ; 2° la sécrétion parotidienne est commandée par le nerf auriculo-temporal — *fait physiologique* ; 3° la suppression fonctionnelle du canal de Sténon paraît entraîner la déchéance physiologique de la glande — *fait pathologique* — que sont basées les méthodes thérapeutiques applicables à la cure des fistules salivaires. On peut dire de la première qu'elle est la méthode de la *dérivation* ; de la seconde, qu'elle est la méthode de l'*énervation* ; de la troisième, qu'elle est la méthode de la *destruction*.

Il est bien entendu qu'avant de se résoudre à l'une ou à l'autre, le chirurgien peut toujours recourir à ces petits moyens reconnus comme éventuellement capables d'aveugler à peu de frais le trajet et l'orifice fistuleux : la cautérisation, l'injection irritante, etc...

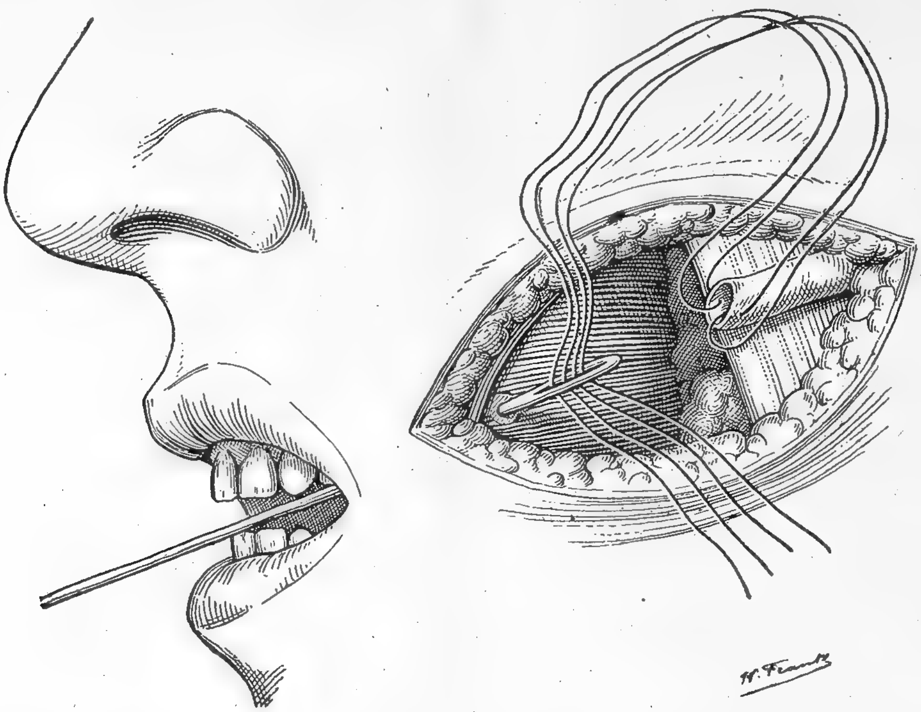


FIG. 4.

1° LA DÉRIVATION. — Il y a trois manières de dériver vers la bouche le courant salivaire : 1° fistuliser la joue ; 2° réimplanter le canal ; 3° perméabiliser le canal.

a) La *fistulisation* de la joue dans la cavité buccale est un procédé déjà ancien ; il fut imaginé, dit le baron Boyer, par un chirurgien français du nom de de Roy qui, pour créer un « nouvel émissaire perpétuel », ouvrit la muqueuse de la joue avec un fer rougi au feu, long et mince. Son idée fit fortune et ne tarda pas à se répandre ; presque toutes les fistules du canal de Sténon, depuis lors, furent traitées par la perforation intérieure de la joue et le sétonnage, celui-ci ayant pour but d'assurer l'ouverture permanente de la « route artificielle ». De très nombreux procédés ont été imaginés pour créer d'abord (ponction ou incision) et perenniser ensuite (mèche, canule, etc.), à travers le tissu cellulaire de la joue, la voie de dérivation ; sans crainte d'être contredit, l'on peut affirmer, avec Morestin, qu'aujourd'hui encore, en présence d'une fistule du canal de Sténon, le plus grand nombre des chirurgiens s'efforcent d'établir une « fistule interne ». Notre avis est qu'il y a mieux à faire.

b) La *réimplantation* du canal est, du moins dans les fistules qui suivent les grands traumatismes, pour ainsi dire, toujours irréalisable. Le canal est raccourci, mutilé ; ce qui reste de lui est enrobé dans des formations cicatricielles inextensibles qui l'emprisonnent et lui enlèvent toute élasticité. Nous nous sommes toujours rendu compte qu'une sténostomie buccale était pratiquement impossible. Elle l'est, en tout cas,

dans le traitement des fistules consécutives aux blessures de guerre.

c) La *perméabilisation du canal* est la seule méthode qu'avec la résection, dont nous parlerons plus loin, nous ayons essayée, imaginant pour la réaliser le procédé assez simple que nous avons exposé à la Société de Chirurgie. Les anciens donnaient à cette méthode, le nom de *désobstruction* du canal ; elle paraît avoir été imaginée par Morand et communiquée par Louis à l'Académie de médecine (1). Suivant les cas, elle est une véritable reconstitution du canal de Stenon ou bien, au contraire, une tunnelisation de la joue entre les deux extrémités de celui-ci. Mais la méthode répond toujours à la même idée directrice : dériver vers la bouche, par le conduit perméabilisé, la salive puisée à l'orifice de sa tranche supérieure. Aussi y a-t-il, dans toutes ces opérations, un temps commun, le premier : la recherche et le traitement de cet orifice. Nous sectionnons la joue dans la direction du canal de Sténon ; la ligne passe par l'orifice fistuleux ou le côtoie ; le mieux est de la comprendre entre deux incisions elliptiques et de le réséquer, ainsi que la formation cicatricielle qui lui est sous-jacente. Il n'est pas constamment facile de découvrir le canal ; il faut quelquefois s'y appliquer avec patience ; on arrive toujours, cependant, à trouver, son bout supérieur. L'ayant mis à nu, nous passons, à travers la tranche préalablement régularisée de ses parois, deux ou trois fils de soie ou de lin. Ces fils doivent être fins. Chacun d'eux forme une anse qui embrasse la tranche et se termine par deux extrémités flottantes qu'il ne faut pas nouer l'une à l'autre (fig. 1).

Le second acte est commandé par les injonctions anatomiques. Toutes les extrémités des fils ayant été passées dans le chas d'un stylet boutonné, ce stylet est enfoncé dans la cavité buccale de la manière suivante (fig. 2).

Premier cas (par aboutement). — Si l'on découvre le bout antérieur, on engage dans sa lumière, le stylet armé de tous ses fils ; ces fils pénètrent dans la bouche par l'orifice anatomique du canal après avoir circulé dans la cavité de celui-ci. Alors, on aboute les deux tranches de ce canal et on les suture ; les fils deviennent invisibles (fig. 3).

Second cas (par rapprochement). — Lorsqu'au contraire, on n'arrive pas à amener au contact l'une de l'autre ces deux tranches, on les rapproche simplement autant que possible par une suture à distance délicatement serrée et l'on abandonne les fils de drainage appareillés comme précédemment et introduits dans le bout antérieur du conduit salivaire (fig. 4) ; ceux-ci apparaissent alors, dans une partie de leur parcours, celle qui est intermédiaire entre les deux tronçons du canal, au milieu même du clivage celluleux de la joue (fig. 5).

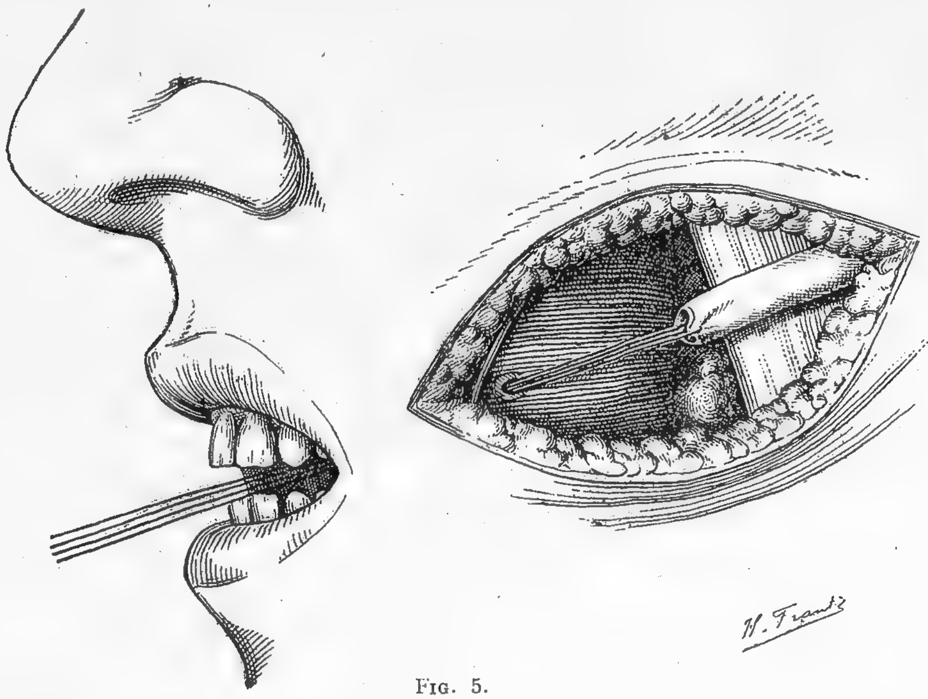


FIG. 5.

Troisième cas (par effraction). — Si l'on ne découvre pas l'extrémité antérieure du canal de Sténon, on effondre la muqueuse de la bouche le plus près possible de son embouchure anatomique et, par la brèche ainsi créée, on fait passer les fils ; en ce cas, ils sont encore libres dans l'épaisseur de la joue. A vrai dire, l'opération ren-

(1) « Les inventions, dit philosophiquement le baron Boyer, appartiennent plus à ceux qui les montrent qu'à ceux qui les trouvent », p. 272.

tre alors dans la catégorie des fistulisations jugales.

Quelle qu'ait été la manière de procéder, on ramasse les fils en un faisceau grêle qu'on fait sortir de la cavité buccale par la commissure labiale correspondante et on les fixe sur la peau par une petite pièce d'emplâtre collant (fig. 6). Au bout d'une semaine, on les retire les uns et les autres par simple traction sur une des extrémités de chacun d'eux.

Dans la mesure du possible, il faut réséquer, autour du canal, le tissu fibreux qui l'emprisonne plus ou moins complètement et suturer, sans drainage, les deux lèvres de la plaie chirurgicale.

Dans les jours qui suivent l'opération, il y a ordinairement un peu de tuméfaction des tissus ; quelquefois même, il se produit un peu de rougeur de la peau suivie d'un léger écoulement séropurulent.

2° L'ÉNERVATION. — Pour découvrir le nerf auriculo-temporal, il faut chercher l'artère temporale superficielle, sur laquelle conduit très sûrement une incision verticale de 0,04 à 0,05 centimètres, menée, en avant du tragus, dans l'espace qui sépare le col du condyle (mobile dans les mouvements de la mâchoire et facile à reconnaître) de l'insertion de l'hélix sur la région temporale. L'artère est superficielle ; ses battements la dévoilent. En arrière d'elle, descend la veine ; en arrière de la veine monte le nerf auriculo-temporal. On suit alors celui-ci jusqu'à son entrée dans le tissu glandulaire ; l'ayant délicatement saisi dans les mors d'une pince plate, sans exercer de pression qui écraserait ou couperait son parenchyme, on tire sur lui, doucement, sans brusquerie, ni secousses ; centimètre par centimètre, il obéit et vient à l'opérateur qui l'enroule autour de la pince au fur et à mesure qu'il sort de la profondeur. On arrive ainsi à obtenir, après quelques petites résistances aisément vaincues, 4 à 6 centimètres d'un petit cordon nerveux à l'extrémité duquel pend un véritable chevelu de filets excessivement ténus, les filets glandulaires. Quoique diminuée, la sécrétion parotidienne continue de se faire quelque temps encore ; puis,



FIG. 6.

l'assèchement de la fistule se complète. Sur deux malades, Dieulafé dut parfaire la cure par le moyen de cautérisation.

3° L'Exérèse. — La résection du trajet des fistules salivaires de la joue n'est pas une opération nouvelle ; mais il est juste de dire qu'elle doit surtout à Morestin d'être aujourd'hui appréciée à son juste mérite, car il l'a pratiquée un grand nombre de fois et en a fait connaître les bons effets dans une série d'intéressantes communications. Nous l'avons plusieurs fois mise en pratique avec succès.

Ces fistules, qu'elles soient parotidiennes ou sténoniennes, se présentent sous trois aspects anatomiques différents : les unes consistent en de simples petits orifices que ne borde en surface et que ne continue en profondeur aucune induration tissulaire ; nous en avons observé deux cas, mais ce sont les plus rares ; d'autres sont entourées, à leur embouchure et dans leur trajet, d'une sorte de petite formation indurée, plus ou moins cylindrique, qui s'enfonce dans la joue ; les dernières, enfin, et ce sont, en temps de guerre, de beaucoup les plus fréquentes, sont comme perdues au milieu de formations cicatricielles faites elles-mêmes d'une ou de plusieurs masses fibreuses remplaçant les espaces conjonctifs de la joue, adhérentes à la peau couturée et déprimée, souvent à la muqueuse plissée et bridée. Il est facile de comprendre que la résection des unes et des autres, si elle est réalisable par la même technique, ne rencontre pas les mêmes obstacles. Mais, de quelque variété qu'il s'agisse, l'opération consiste, non pas à disséquer et à extraire de la profondeur un trajet fistuleux nettement déterminé, sous la conduite d'un stylet introduit dans sa cavité (ainsi que cela se pratique, par exemple, pour les fistules du tractus thyréo-glosse), mais bien à enlever, en quelque sorte massivement, tout un prisme de glande et de formations cicatricielles autour du trajet fistuleux perdu dans leur épaisseur.

Pour ce qui concerne les fistules proprement parotidiennes, on doit procéder de la manière suivante : 1° circonscrire l'orifice fistuleux par une incision en ellipse qui s'éloigne d'autant plus de lui que la masse à réséquer paraît plus épaisse et que les téguments périphériques sont de moins bonne qualité. La largeur de l'ellipse peut être de 2, 3, 4 centimètres ; 2° disséquer la lèvre externe de chaque incision et libérer ainsi la peau ; 3° saisir, à l'aide de pinces à traction, le bloc cutanéo-glandulaire délimité par les deux sections, l'attirer vers soi progressivement, au fur et à mesure que l'on approfondit, autour de lui, la tranchée qui le sépare des tissus sainsi ; 4° l'hémostase faite, car il y a toujours beaucoup de petits vaisseaux qui saignent, réunir par une bonne suture, profonde et superficielle, les deux lèvres de la brèche. L'on arrive ainsi à réséquer un bloc prismatique, en tranche de melon, formé de tissu glandulaire et de tissu fibreux dans l'épaisseur duquel se trouve évidemment la fistule.

Pour ce qui concerne les fistules du canal de Sténon, l'opération doit être poursuivie de la même manière. Il n'y a pas à se soucier davantage de déterminer par anticipation la topographie du trajet fistuleux, ce qui est, en réalité, impossilble. Une fois que la masse cicatricielle est excisée, l'extrémité parotidienne du conduit salivaire, du moins dans quelques cas, peut être découverte dans la brèche des tissus rafraîchis par la résection ; sa recherche est assez délicate et quelquefois longue. On l'isole dans une petite étendue et on en fait la ligature. En ce cas, on suture la plaie cutanée sans drainage, ni extérieur, ni intérieur. Si, au contraire, on n'a pas pu découvrir et fermer le bout central, on pratique, de dehors en dedans, en avant du masséter, une boutonnière de deux à trois centimètres sur la muqueuse jugale et on y introduit un drain dont une extrémité pénètre dans le clivage celluleux de la joue et dont l'autre plonge dans le vestibule de la bouche : c'est une sorte de fistulisation de sécurité.

Choix du procédé. — Pour ce qui concerne les fistules parotidiennes et les fistules des petits canaux d'origine du canal de Sténon, nous pensons que le choix n'est pas à faire : il faut les traiter par la résection. Dans nos mains, ce procédé ne compte pas un insuccès ; il a donné entière satisfaction à Morestin qui s'en est fait l'ardent défenseur, à Ombrédanne aussi. Avec une opération d'exérèse d'une extrême simplicité nous avons guéri une femme âgée qui portait depuis plus de quinze ans une fistule salivaire d'une production très abondante. En cas d'échec, resterait le secours de l'énervation glandulaire dont Leriche, son élève Aigrot et Dieulafé ont prôné les bons effets. Pour notre part, nous ne l'avons jamais pratiquée. « C'est, au dire de Leriche, une opération très simple, qui a l'avantage d'être réalisée à l'aide d'une courte incision cachée dans les cheveux de la tempe », d'une efficacité certaine et à qui l'obscurité de ses traces doit raisonnablement donner le pas sur l'exérèse plus ou moins déformante des tissus de la joue. Nous l'avons réalisée plusieurs fois sur le cadavre ; elle nous a toujours paru beaucoup plus délicate à exécuter que la résection du tajet fistuleux, et d'une réussite anatomique beaucoup plus aléatoire. « Le nerf, dit Cunéo, chemine là dans une gangue fibreuse qui rend sa découverte difficile et son isolement pénible ». Nous sommes de son avis. Personnellement, nous pensons que les indications de l'énervation glandulaire se limitent aux cas où, sur une joue quasi-vierge de cicatrice ne portant qu'une marque insignifiante de blessure ou d'abcession cutanée, des raisons

d'ordre cosmétique commandent le respect chirurgical des téguments.

Pour ce qui concerne les fistules du canal de Sténon, on ne peut pas ne pas être frappé par les faits très précis que nous avons rapportés plus haut : à savoir que l'exérèse de ce canal de Sténon et des tissus qui bordent la fistule, avec ou sans ligature du bout central, amène pour ainsi dire immanquablement la guérison de cette fistule, la plupart du temps sans le moindre accident local, quelquefois au prix d'une rétention salivaire qui ne dure que quelques jours et dont un petit nombre de ponctions évacuatrices amènent la disparition. Faut-il, cependant, aller jusqu'à dire, comme Morestin, comme Souligoux, comme Ombrédanne, que les opérations de perméabilisation et de dérivation, celles qui ont précisément pour but de pérenniser la fonction glandulaire, c'est-à-dire d'entretenir l'écoulement salivaire et de le détourner vers la bouche, n'ont d'autre effet, malgré les soins d'une technique très précise, que d'atrésier le canal et d'agir, par conséquent, comme les résections ou la ligature de ce canal, en stérilisant la parotide par bloquage excrétoire ? Une pareille interprétation tombe, évidemment, devant la constatation, qu'on a faite maintes fois, du rétablissement du flux salivaire. Reste donc à savoir s'il y a, ou non, avantage à rechercher celui-ci, sauf à ne pas l'obtenir toujours. Quoiqu'il soit aujourd'hui bien démontré qu'à aucun point de vue l'organisme n'ait à souffrir de l'anéantissement fonctionnel d'une glande parotide, il nous semble que le retour à l'état normal est toujours une chose souhaitable quand elle est possible. Nous pensons donc qu'en cas de fistule avérée du canal de Sténon les indications opératoires peuvent être formulées de la manière suivante :

Premier cas : Fistule simple, consécutive à une blessure légère ou à une suppuration localisée de la joue, libre d'épaisses formations cicatricielles et n'ayant entraîné ni mutilation, ni troubles cosmétiques du visage : inciser le long du canal de Sténon ; le perméabiliser et le reconstituer selon le procédé que nous avons décrit. En cas d'insuccès, énerver la parotide.

Second cas : Fistule complexe, consécutive à une blessure ravageante de la face, bordée de masses fibreuses et entourée de cicatrices déformantes : réséquer en bloc les formations indurées qui infiltrent et dégradent le visage, en vue de réaliser une opération callimorphique ; chercher le bout supérieur du canal de Sténon ; le ligaturer si on le découvre et, par-dessus lui, suturer les téguments rafraîchis, sans drainage interne ; fistuliser momentanément la joue dans la bouche, si on ne le découvre pas. En cas d'insuccès, énerver la glande.

Nous avons déjà dit que beaucoup de fistules sténoniennes et surtout beaucoup de fistules parotidiennes s'oblitèrent spontanément, par les seuls efforts cicatrisants de la nature ; il ne faut donc pas les opérer avec précipitation. Il nous semble cependant inutile, à partir du jour où le travail de réparation des tissus semble arrivé à son terme, d'attendre pendant des mois l'éventuelle fermeture du trajet fistuleux ; l'infirmité est désagréable par son caractère polluant ; il vaut donc mieux la détruire. Quel que soit le mécanisme par lequel l'intervention du chirurgien conduit à la guérison, elle est un bienfait pour le patient.

LISTE

DES OUVRAGES CONSULTÉS POUR LA RÉDACTION DE CE MÉMOIRE.

AIGROT. — De la résection du nerf auriculo-temporal et de ses effets sur la sécrétion parotidienne. (*Lyon chir.*, 1er mars 1914, p. 242.)

H. BEAUNIS. — Physiologie humaine. (T. 1er, p. 654. Chez J.-B. Baillière, Paris 1881.)

Le baron BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. (T. VI, p. 263. Chez Migneret, Paris 1822.)

J. DESAULT. — Œuvres chirurgicales (de) par Xav BICHAT. (T. II, p. 220. Chez Méquignon l'aîné, Paris IXe, 1801.)

E. GLEY. — Physiologie. (4e édit., 1er fasc., p. 178. Chez J.-B. Baillière, Paris 1881.)

R. LERICHE. — Traitement des fistules salivaires par arrachement du bout central de l'auriculo-temporal. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 1er mai 1917, T. XLIII, p. 1091.)

A. MAUCLAIRE. — Traitement des fistules parotidiennes par la résection du nerf auriculo-temporal (travail de Dieulafé.)

H. MORESTIN. — Fistules sténoniennes. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 6 juillet 1915, T. XLI, nº 25, p. 1376.)

H. MORESTIN. — Plaies du canal de sténon. Fistules salivaires. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 27 juillet 1915, T. XLI, nº 27, p. 1548.)

H. MORESTIN. — Fistule salivaire traitée par l'extirpation du canal de sténon. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 9 mai 1916, T. XLII, nº 16, p. 1120.)

H. MORESTIN. — Contribution à l'étude du traitement des fistules salivaires consécutives aux blessures de guerre. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 3 avril 1917, T. XLIII, p. 845.)

L. OMBREDANNE. — Discussion sur le traitement opératoire des fistules du canal de Sténon. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, T. XLV, nº 20, 29 juillet 1919, p. 1224.)

Pierre SÉBILEAU. — Traitement de quelques fistules sterno-cutanées. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 22 mai 1917, T. XLIII, p. 1091.)

Pierre SÉBILEAU. — Traitement opératoire des fistules du canal de Sténon. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, 29 juillet 1919, T. XLV, p. 1220.)

Ch. SOULIGOUX. — Discussion sur le traitement opératoire des fistules du canal de Sténon. (*Bull. et Mém.* de la Soc. de chir. de Paris, T. XLV, nº 20, 29 juillet 1919, p. 1223.)

CLINIQUE MÉDICALE

L'examen clinique et instrumental de l'œsophage.

M. le Professeur GILBERT,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
et M. DUFOURMENTEL,
Ancien chef de clinique oto-laryngologique.

I

Examen clinique de l'œsophage

(M. le Pr GILBERT).

L'examen clinique de l'œsophage comprend deux temps distincts, à savoir l'enquête fonctionnelle et l'exploration physique. Comme préambule, je vous rappellerai quelques notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. L'œsophage est un conduit musculo-membraneux qui réunit le pharynx à l'estomac. Son orifice supérieur, ou bouche œsophagienne, est à une distance de 15 centimètres environ des arcades dentaires, et est placé en regard du bord inférieur du cartilage cricoïde. En arrière, il correspond à la VIe vertèbre cervicale. L'orifice inférieur (cardia) est situé au niveau de la XIe vertèbre dorsale.

L'œsophage présente une longueur de 22 à 25 centimètres et un diamètre de 20 à 24 millimètres. Il parcourt la partie inférieure du cou, le médiastin postérieur dans toute sa longueur et une petite étendue de la région supérieure de la cavité abdominale. Sa direction, verticale d'une façon générale, n'est pas rectiligne mais comporte des sinuosités. Si, en haut, le conduit œsophagien est situé à la partie médiane du cou, en descendant il s'incline vers la gauche, débordant la trachée de ce côté ; puis, rejoint la ligne médiane vers la IVe dorsale, pour s'incliner plus bas, à gauche à nouveau encore. Ainsi, il offre deux courbures : une supérieure, à convexité gauche, une inférieure, à convexité droite.

C'est, vous le savez, un des organes de la déglutition.

Envisageons maintenant l'examen clinique.

L'étude fonctionnelle repose, par excellence, sur l'interrogatoire du malade. Le premier symptôme qu'il faut envisager est la douleur. Elle existe fréquemment dans les affections de l'œsophage et avec des caractères variables. Il sera intéressant de préciser son siège, le moment où elle se produit, son intensité, etc. La douleur, quel que soit l'organe lésé est, en clinique, un phénomène qui manque assez rarement. Il a le double intérêt d'avertir le malade et de fixer dans une certaine mesure le médecin sur la région de l'organisme qui est touchée.

Le symptôme capital, toutefois, en matière de pathologie œsophagienne, est la dysphagie. On comprend son importance, étant données les fonctions de l'organe en question. Son analyse peut déjà orienter plus ou moins le diagnostic. La dysphagie est-elle lente, progressive, a-t-elle commencé par les solides, pour intéresser ensuite les liquides, il y a lieu de penser à l'existence d'une sténose organique, néoplasique ou autre. Au contraire, survient-elle tout à coup, brusquement ; se modifie-t-elle, en mieux et en plus mal, avec la même soudaineté ; porte-t-elle plutôt sur les liquides que sur les solides, on inclinera vers le spasme œsophagien. Il faut savoir, d'ailleurs, que le spasme et le rétrécissement organique ne s'excluent pas, au contraire. Ils sont souvent associés, le spasme s'ajoutant à la sténose organique.

De la dysphagie, on rapprochera les régurgitations et les vomissements œsophagiens. Les régurgitations sont la conséquence de mouvements anti-péristaltiques exécutés dans l'œsophage. On ne les confondra pas avec les régurgitations stomacales, plus fréquentes. On ne les confondra pas non plus avec le méricysme, sorte de rumination à départ gastrique. Il peut s'agir de régurgitations alimentaires (elles relèvent d'un état organique ou spasmodique), ou porter sur des mucosités, du pus, du sang — auquel cas on a affaire presque toujours à une affection organique. Habituellement, quand il y a du sang, il est en petite quantité, l'œsophage saignant peu en général. Quelquefois, cependant, on est en présence d'hémorrhagies abondantes : je fais allusion ici aux pertes sanguines provoquées par les varices œsophagiennes chez les cirrhotiques. Elles peuvent être mortelles, mais ne sont pas communes.

Le vomissement œsophagien a un caractère particulier. Il est brusque, subit, inopiné, comparable en cela aux vomissements stomacaux nerveux, que l'on observe dans les tumeurs cérébrales et les méningites, par exemple. Les deux ordres de vomissements ont une certaine analogie symptomatique.

Les régurgitations et les vomissements œsophagiens sont des troubles d'ordre réflexe. D'autres phénomènes réflexes peuvent se rencontrer dans les maladies de l'œsophage, le hoquet, la salivation (réflexe œsophago-salivaire de Roger), la lacrymation (réflexe œsophago-

lacrymatoire de Carnot). Quand j'aurai cité la possibilité de quelques accidents respiratoires (toux, dyspnée, dysphonie), j'aurai épuisé l'énumération des troubles fonctionnels en pathologie œsophagienne.

J'arrive aux signes physiques. Je n'y insisterai pas longuement. Ces signes physiques sont constatés par le palper, la percussion, l'auscultation. La palpation ne donne de résultat que pour les affections de la portion cervicale de l'œsophage et quand il s'agit de tumeur, de poche, assez volumineuses, occupant le côté gauche du cou. Ce sont là des cas plutôt exceptionnels, si bien que, communément, le palper ne procure pas grand renseignement. La percussion fournit quelques indications pour les poches et lésions œsophagiennes siégeant au niveau du cou ou de la partie supérieure du thorax. On peut constater de la sonorité (poche vide) ou de la matité (poche pleine). Ici encore, dans la majorité des cas, on n'obtient que des renseignements peu satisfaisants.

Reste l'auscultation, jadis assez employée, aujourd'hui délaissée. L'auscultation de l'œsophage se pratique en 3 points : au cou du côté gauche, en appliquant le stéthoscope derrière la trachée ; à la partie supérieure du dos, à gauche de la colonne vertébrale ; enfin, au creux épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde. En faisant ingérer au sujet une certaine quantité de liquide, on perçoit un « glou-glou » net, dans les cas normaux. Au contraire, quand il existe au-dessus du point ausculté un rétrécissement, le bruit d'auscultation est d'une part plus tardif, et d'autre part moins net.

Cela dit sur les méthodes d'examen clinique de l'œsophage, je donne la parole à M. Dufourmentel qui étudiera devant vous l'instrumentation nouvelle grâce à laquelle les vieux procédés cliniques se trouvent largement dépassés.

II

Les apports de l'œsophagoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

(M. Dufourmentel, ancien chef de clinique oto-laryngologique).

Avant de vous parler de l'œsophagoscopie, deux mots d'abord d'une première méthode instrumentale, plus ancienne, d'exploration de l'œsophage : le cathétérisme simple. Elle n'a rien perdu de sa valeur et rend encore des services. Certes, étant aveugle, elle a ses dangers. Elle peut fournir cependant quelques notions intéressantes. Ce cathétérisme se pratique avec des instruments souples, ou plus rigides, sondes en gomme, sondes métalliques, olives montées sur tiges rigides (lame d'acier ou de baleine). J'arrive maintenant à l'œsophagoscopie.

Pour faire de l'endoscopie chirurgicale, deux conditions sont nécessaires : il faut mettre le conduit à examiner en ligne droite (du moins, quant à présent, nous ne pouvons voir dans un canal courbe ou coudé), et avoir un faisceau lumineux éclairant parallèle au regard. L'œsophage est un canal à courbures, mais souple, dont le tube œsophagoscopique (tube unique, avec des rallonges), redresse les courbures.

Le point délicat n'est pas de faire progresser l'instrument dans le conduit œsophagien, c'est de l'y faire pénétrer. La tête mise en extension, l'œsophagoscope introduit dans la bouche, un premier obstacle se présente, la langue (on l'abaisse), auquel succède un deuxième obstacle : le bec de flûte de l'épiglotte (on le prend avec l'extrémité de l'instrument et on le déprime). Vous voyez alors le bas pharynx, où gît la véritable difficulté : l'entrée dans la bouche œsophagienne.

La bouche œsophagienne est, en effet, un orifice virtuel, caché. Il est plus facile — malgré les apparences — de pénétrer dans le larynx, dans la trachée, que dans l'œsophage. L'entrée du larynx est visible et arrive toujours un moment où une inspiration l'entr'ouvre. Pour l'œsophage, la muqueuse est accolée, l'orifice (étoilé) est étroit, difficile à reconnaître souvent pour un œil inexercé. Quoi qu'il en soit, vous repérez les aryténoïdes, vous poussez doucement le tube en arrière d'eux, jusqu'à ce que le spasme de défense cède. Vous êtes dans l'œsophage.

Sous quel aspect se présente-t-il ? Celui d'une cavité beaucoup plus grande qu'on ne se l'imagine. Je me rappelle un malade qui avait avalé son dentier. On lui fit deux œsophagoscopies sans le découvrir. Une radiographie montra qu'il était inclus dans un diverticule, ce qui tient à l'énorme facilité de dilatation qu'offre cet organe.

L'œsophage, vu dans l'œsophagoscope, apparaît comme un canal non régulier. On note un rétrécissement au croisement de l'aorte (les gros corps étrangers s'arrêtent là fréquemment) et un autre (le 3e, avec celui de la bouche œsophagienne) au niveau du diaphragme. L'œsophage traverse le diaphragme et comprend, au-dessous, une partie abdominale. Sur cette partie terminale siègerait, dit-on, un rétrécissement, le cardia, qui serait la ligne de démarcation avec l'estomac. Eh bien, cette conception est controuvée par les données œsophagoscopiques. La portion rétrécie siège à l'orifice diaphragmatique seulement et, après, on a un entonnoir. Quand on parle de spasme du cardia, il ne s'agit pas de cardio-spasme véritable, mais de spasme au niveau du passage diaphragmatique.

Outre le simple tube, l'œsophagoscopie comporte d'autres instruments, le spéculum bivalve, par exemple, qui, par son écartement (la dilata-

bilité considérable de l'œsophage s'y prête) facilite l'extraction des corps étrangers volumineux. L'éclairage se fait avec un manche muni d'une glace perforée au centre. Pour nettoyer le champ opératoire, on se sert d'un stylet garni de coton ou d'un aspirateur (pompe pour la salive, le sang, les liquides). La position genu-cubitale est quelquefois employée (Bensaude) pour l'évacuation des solides.

Considérons maintenant quels ont été les apports de l'œsophagoscopie en pathologie œsophagienne. Les maladies de l'œsophage sont aiguës ou chroniques. Parmi les états aigus, je vous parlerai des corps étrangers et des brûlures ; parmi les états chroniques, des rétrécissements organiques et cancéreux.

Les corps étrangers de l'œsophage constituent un accident fréquent. Chez l'enfant, il s'agit généralement de boutons, de pièces de monnaie, de sifflets, etc. Ils s'arrêtent, à l'habitude, au niveau du rétrécissement du croisement aortique. Vous en obtiendrez souvent l'extraction avec les vieux instruments, le parapluie de Fergusson et le crochet de Kirmisson. Vous les faites avaler, comme la boule de l'explorateur, et, quand ils ont dépassé le corps étranger, vous ramenez au dehors. Ici, l'œsophagoscopie n'est pas ordinairement nécessaire.

Tout différents sont les corps étrangers compliqués, munis d'aspérités, de crochets, dont le type est le dentier. Quand un dentier, dégluti inconsciemment, dans le sommeil par exemple (d'où l'importance de toujours enlever les appareils dentaires le soir, avant de se coucher), a franchi la bouche œsophagienne, il s'arrête à la région du croisement aortique. Il s'y fixe d'autant mieux que ses aspérités déterminent un spasme qui l'enserre. Pour le voir en totalité dans le tube œsophagoscopique, il faut le déplacer. Le spéculum œsophagien rendra alors de grands services. Cependant, l'extraction est délicate. Sur 100 corps étrangers de l'œsophage dont l'ablation est difficile, 99 fois il s'agit de dentiers, et une autre fois d'os (moins malaisé à extraire, dans la règle). Quand on ne peut pas prendre le dentier dans le spéculum, on essaye la manœuvre du morcellement. Quoi qu'il en soit, les dentiers sont toujours des corps étrangers graves de l'œsophage. Ils entraînent quelquefois la mort, si les tentatives d'ablation ont été infructueuses, par perforation, médiastinite. Les corps étrangers mousses sont beaucoup moins sérieux.

Les brûlures se font par déglutition d'eau bouillante, et surtout de caustiques. On recommandera l'ingestion de corps gras, d'huile, comme pour les brûlures des téguments. Le moment où l'on peut intervenir avec avantage est celui du rétrécissement confirmé — bien des fois un an, deux ans, dix ans après. L'œsophage est alors bouché ou perméable. On recherchera le pertuis, s'il en existe, ou l'on s'efforcera d'en créer un. S'il y a un passage, on en fera la dilatation progressive — qu'il faut s'attendre à recommencer. Un moyen de découvrir le pertuis est de faire avaler un fil. Une fois celui-ci descendu dans l'estomac, vous tirez dessus doucement et il vous sert de guide.

Autre affection : le spasme. On a décrit un spasme supérieur, un spasme de la zone aortique, et un cardiospasme. En réalité, il en est véritablement deux seulement : le supérieur et le cardiospasme. Ce dernier a communément à son origine des lésions d'œsophagite basse, une stase veineuse avec excoriation de la muqueuse, fissures, ulcérations (spasme réflexe, comme pour la fissure anale).

Je vous dirai quelques mots, pour terminer, du cancer de l'œsophage. C'est une affection presque particulière à l'homme (une femme sur 200 cas), et de la cinquantaine (45 à 60 ans, en général). Son pronostic est des plus graves. Sa durée a été fixée à une moyenne d'un an et sa symptomatologie est particulièrement pénible : douleurs, salivation, odeur fétide, impossibilité de l'alimentation. Les pratiques œsophagoscopiques, ont, il est vrai, heureusement modifié ce pronostic.

On s'est aperçu, d'abord, avec l'œsophagoscope, que le cancer œsophagien était peu infectant, ne se généralisait pas (le cancer de la partie moyenne surtout — les cancers supérieur et inférieur pouvant intéresser le pharynx ou l'estomac) Le vrai cancer de l'œsophage, celui qui donne la paralysie récurrentielle, n'a pas tendance à se généraliser. On s'est aperçu, ensuite, que ce cancer, baso-cellulaire, était de variété sensible aux rayons.

L'œsophagoscope a permis d'attaquer directement le cancer de l'œsophage, alors qu'auparavant on ne disposait que de palliatifs. Grâce au tube, on peut porter directement le radium sur la lésion. Comme celle-ci est de type radiosensible, on a obtenu des améliorations et peut-être des guérisons inespérées.

J'ai soigné ainsi un malade qui a survécu 18 mois, paraissant guéri et qui a succombé à une pneumonie. J'ai vu, il est vrai, la pneumonie survenir plusieurs fois, dans des cas de ce genre, et je me demande si elle n'a pas été une complication du cancer ou du traitement. Cela ne diminue pas, d'ailleurs, la valeur de la radiothérapie œsophagoscopique. S'il me fallait fixer des proportions, je dirais que 30 % des cas restent inchangés, soit par leur résistance, soit par une intervention trop tardive, 30 % ont une amélioration immédiate, passagère, 15 % échappent au contrôle, et 15 % ont une guérison qui semble se maintenir. Ce n'est guère que depuis 4 ou

5 ans que l'on a pu utiliser cette thérapeutique dans tout son développement. Aussi, faut-il encore attendre pour conclure. Nous pouvons assurer, toutefois, dès maintenant, que grâce à elle le cancer de l'œsophage n'est plus une maladie absolument désespérée.

Leçon faite à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement actuel de l'arthrite blennorrhagique.

Son pronostic s'est considérablement amélioré depuis que la sérothérapie est devenue d'un usage courant ; mais encore ne faut-il pas être trop exclusif, et savoir faire également sa part au traitement chirurgical.

F.-M. CADENAT insiste tout d'abord sur la nécessité de savoir poser le diagnostic d'arthrite blennorrhagique, en faisant usage de l'examen direct, soit du pus uréthral, soit, le cas échéant, du liquide articulaire ; on ne doit pas oublier que certains pseudo-rhumatismes tuberculeux ressemblent étrangement aux lésions gonococciques, et qu'ils peuvent être, comme elles, suivis d'ankylose.

Dans ces formes, l'*arthralgie* est le symptôme dominant, et les signes objectifs sont réduits au minimum ; or, on obtient en quelques jours une sédation de la douleur par l'injection sous-cutanée de 10 à 20 cmc. de sérum, renouvelée le lendemain et le surlendemain. Si la douleur est très vive, il est bon d'immobiliser la jointure dans une gouttière, ou même dans un plâtre, jusqu'au moment (8 à 15 jours) où l'on pourra, sans trop de peine, faire faire quelques mouvements.

Dans la *forme synoviale*, plus grave, avec fièvre, il y a épanchement intra-articulaire : liquide rarement citrin, le plus souvent louche, quelquefois même franchement purulent ; on ponctionne, ce qui permet de confirmer le diagnostic ; en même temps, la douleur s'amende, l'atrophie musculaire sera moins marquée, et il sera possible de faire pénétrer directement au centre des lésions le sérum spécifique ; en injecter la moitié de la valeur du liquide extrait, puis, après quelques mouvements destinés à répartir le sérum dans la cavité, immobiliser le genou. Si l'amélioration obtenue n'est que temporaire, si les douleurs augmentent, ainsi que l'épanchement et la température, et si on a l'impression qu'il y a déjà des flocons fibrineux, dont l'organisation faciliera l'ankylose, plutôt que de recommencer une ponction, pratiquer une arthrotomie latérale avec nettoyage soigneux de la synoviale, lavage à l'éther, suture sans drainage ; gouttière plâtrée. Mieux vaut, pour éviter aussi une arthrite sérique, injecter alors le sérum (20 cmc) sous la peau. Si le liquide se reforme, une ou plusieurs ponctions l'évacueront dès lors plus facilement. L'article sera mobilisé modérément dès que la fièvre sera tombée, puis, plus activement, si cette mobilisation n'est pas suivie de réaction fébrile.

Au cas de *pyarthrose* avec fièvre et mauvais état général, ne pas refermer l'article, mais l'ouvrir par deux longues incisions latérales ; c'est ensuite le malade lui-même qui devra, *activement*, assurer par ces plaies le drainage de son articulation ; tout le secret de la méthode, dite de Willems, est dans ces mouvements actifs.

Dans la *panarthrite phlegmoneuse de Duplay et Brun*, l'épanchement synovial est minime, et il existe une infiltration diffuse des tissus péri-articulaires, avec décalcification des épiphyses ; il ne faut plus guère escompter qu'une guérison avec ankylose. On pratique des injections sous-cutanées de sérum antigonococcique (3 fois 20 cmc. à 2 jours d'intervalle) ; si aucune sédation ne survient, il faut pratiquer *sans retard* l'arthrotomie suivant la méthode précédente, car une arthrite vieillit vite. Il est possible ainsi d'obtenir encore des succès remarquables. S'il y a ankylose, traitée sans résultat par la mécanothérapie, il est possible de reconstituer une néarthrose par *arthroplastie*, la fièvre éteinte, en interposant entre les épiphyses modelées une lame de tissu fibreux. (*L'Hôpital*, juillet 1924-A.)

Importance des articulations et des muscles dans les lésions traumatiques du membre supérieur.

Cette importance est plus grande encore qu'au membre inférieur, car, ici, le jeu des articulations est plus nécessaire aux différents actes de la vie.

Voici quelques précieux conseils pratiques, que donne le Dr A. SCHWARTZ, pour le traitement des fractures de cette région.

Pour l'*extrémité inférieure du radius*, il faut (chez l'adulte), réduire aussi bien que possible la fracture sous anesthésie générale, et mettre le membre dans un appareil plâtré, la *main en complète supination et non en demi-pronation*, comme on le recommandait autrefois. Ne pas laisser l'appareil plus d'une quinzaine de jours, pour commencer alors la mobilisation, *active* d'abord,

◆◆◆◆◆

et plus tard la mobilisation passive et le massage. Chez le vieillard, laisser l'appareil en place une semaine seulement.

Dans les *fractures du coude et de l'extrémité supérieure de l'humérus, intra ou extra-articulaires*, la réduction est très importante, mais ce qui l'est encore davantage, c'est le résultat fonctionnel, lequel dépend autant des soins ultérieurs. Bien souvent un résultat anatomique défectueux donne un résultat fonctionnel parfait, si on *conseille la mobilisation active* et *passive*, et *si l'on condamne la mobilisation passive et le massage.*

En résumé, réduction aussi parfaite que possible ; immobilisation courte, d'autant plus courte que le sujet est plus âgé, et mécanothérapie. (*Paris médical*, 12 juillet 1924.)

Les érythèmes noueux.

C'est une affection qu'on peut rencontrer à tout âge, mais qui s'observe de préférence sur les sujets jeunes, voire même chez les enfants. Elle est caractérisée par une éruption de nodosités ou nouures, d'emblée dermo-hypodermiques, arrondies ou ovalaires, du volume, d'un haricot à celui d'une grosse noix, de couleur rosée, carminée ou violacée, assez saillantes, pas très nettement limitées, douloureuses au toucher.

Certains érythèmes noueux peuvent s'observer au cours du rhumatisme articulaire aigu franc, et, d'après Léon Giroux, malgré la tendance actuelle à les séparer étiologiquement de cette affection, il serait dangereux, dans les rhumatismes litigieux, de négliger ainsi un traitement salicylé énergique et persévérant ; ce serait risquer, dans certains cas, une atteinte cardiaque définitive.

D'autre part, écrit le Dr Ch. Fouquet, l'érythème noueux est un syndrome qu'il est possible de rencontrer au cours de la tuberculose, de la syphilis, de la blennorrhagie, du paludisme, des streptococcies. Il y a donc nécessité, avant d'instituer le traitement, de chercher à savoir quelle est l'origine exacte des troubles cutanés. L'intradermoréaction, le sérodiagnostic, la recherche du bacille de Koch dans le sang, renseigneront sur l'origine tuberculeuse. La réaction B.W. devra être pratiquée quand on aura des raisons de penser à la syphilis. L'examen de l'urèthre, d'un suintement uréthral ou d'un écoulement vaginal, permettra parfois de reconnaître une origine blennorrhagique. Pour le paludisme, on fera la recherche du parasite dans le sang.

En possession de l'étiologie certaine, il sera facile d'instituer un traitement rationnel. Si les recherches de laboratoire ne permettent pas d'être fixé de façon précise, on pensera d'abord à la tuberculose, à la syphilis ensuite, au rhumatisme. (*La Consultation*, septembre 1924.)

Traitement de la blennorragie non compliquée chez la femme.

En cas de blennorrhagie *très aiguë*, écrit le Dr H. Vignes, le traitement doit être discret : repos au lit (de 2 semaines à un mois), cataplasmes et quelquefois glace, bains tièdes, deux litres d'irrigation tiède avec un antiseptique très faible (permanganate au 20.000e : permanganate mauve et non améthyste) ou avec deux cuillerées de bicarbonate de soude ou quelque herbe émolliente, sangsues hypogastriques en cas de douleur, médicaments calmants en cas de douleur très vive. Toute autre manœuvre locale est dangereuse. Eviter une nouvelle infection gonococcique par le coït.

A la phase *subaiguë*, on essayera un traitement plus actif, en étant prêt à battre en retraite si l'on a produit le moindre réchauffement.

Ce traitement plus actif consistera en injections et badigeonnages.

Les injections seront chaudes, ou mieux tièdes; on les prendra en position couchée et à faible débit pour prolonger le contact, et on gardera la position couchée pendant le quart d'heure suivant. Une des meilleures formules est le tanin boraté : trois grammes de tanin et trois fois autant de borate de soude, soit 9 gr. dans un litre d'eau.

Les badigeonnages seront faits deux ou trois fois par semaine : on touchera le col, les culs-de-sac, les petites lèvres et la face interne des grandes lèvres avec du nitrate d'argent à un pour cinquante. On remplacera cette solution de temps à autre par de la teinture d'iode dédoublée ou encore par un attouchement au bleu de méthylène à 1/100, suivi d'un attouchement picrique au même taux. On fera ingérer des balsamiques ou du bleu de méthylène à l'intention de l'urèthre.

Toute autre manœuvre locale est dangereuse : le temps de la glycérine n'est pas encore venu.

Lorsque la période aiguë sera à son déclin, il faudra poursuivre le gonocoque dans ses repaires : glande de Bartholin, glande de Skène, canal cervical, urèthre.

Pour le col utérin, le traitement consistera en badigeonnages, précédés d'injections alcalines qui détachent le mucus et suivies de pansement. Les badigeonnages s'adresseront plus spécialement à la cavité cervicale. On emploiera l'iode, le nitrate, le bleu de méthylène, le permanganate très finement pulvérisé.

Les pansements seront secs (poudrage au bleu de méthylène, au tanin, au dermatol), ou glycérinés (ovules additionnés ou non d'antiseptiques mis le soir), avec une épaisse garniture à cause du suintement, et balayés le matin par une injection tiède. Certains ovules ont le tort d'être trop relevés en antiseptiques. (*Le Progrès médical*, 27 sept. 1924.)

Ovaire. Sa débilité glandulaire.

L'ovaire a de multiples fonctions : il conditionne l'ovulation ; il préside à la menstruation ; il possède une sécrétion interne ; il jouit encore certainement d'autres propriétés soupçonnées ou inconnues.

Il peut être frappé de dysfonctionnement total ; il peut présenter aussi un dysfonctionnement systématisé.

M. DALCHÉ expose les conditions dans lesquelles se manifestent ces dysfonctions. Arrêts de développement de l'organe, retards dans son évolution ; autres altérations organiques, tous faits qui expliquent de nombreux cas. Mais, à côté d'eux, il y a altérations fonctionnelles, dont certaines peuvent être interprétées, les autres n'étant explicables que si l'on invoque une prédisposition individuelle, une débilité glandulaire.

La débilité glandulaire peut être simplement bio-pathologique, héréditaire ou acquise, primitive ou secondaire à d'autres troubles endocriniens.

Il s'agit de femmes chez lesquelles « il semble que leurs organes, après avoir fourni une persistance d'efforts suffisants pour les maintenir en équilibre, ont subitement éprouvé une fatigue insurmontable qui ne leur a plus permis de continuer leur rôle biologique.

« Ménorrhées survenant tantôt après une période de menstruation régulière, tantôt après un curetage, tantôt après un accouchement. Aménorrhées, d'ailleurs nullement incompatibles avec une grossesse.

L'étiologie de ces débilités glandulaires est tuberculeuse, surtout syphilitique. Les maladies aiguës, les fièvres graves de l'enfance, l'alcoolisme des générateurs, etc., peuvent être aussi invoqués. De même les émotions, les fausses couches... »

Cliniquement, on observe des femmes dont la débilité est générale, d'autres dont d'autres glandes que l'ovaire sont en même temps que lui frappées de débilité. D'autres enfin chez lesquelles l'ovaire seul est intéressé.

La débilité ovarienne n'équivaut pas à l'insuffisance ovarienne, mais à l'instabilité ovarienne. Elle se traduit surtout par de l'amenorrhée, par des douleurs, des névralgies pelviennes. Ces femmes sont inféconde ou peu fécondes. Si elles ont des enfants, ceux-ci ont eux-mêmes des signes de dégénérescence ou de dysfonctionnement glandulaire.

Le traitement sera prudent. Pas de vasoconstricteurs puissants contre les règles trop fréquentes ou trop abondantes. Pas d'emménagogues actifs contre l'aménorrhée. De l'opothérapie régulatrice à doses moyennes et prolongées. De l'hydrothérapie, de la gymnastique kinésithérapique, du massage gynécologique, et certaines cures thermales (St-Sauveur) forment la base du traitement. (*La Médecine*, nov. 1924).

Applications électrothérapiques.
Constipation. Entorses. Vomissements gravidiques.

MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE préconisent contre la constipation un traitement électrique destiné à rééduquer l'intestin. Ils ont recours soit à des applications générales, soit à des applications à la fois générales et locales.

Leurs conclusions résument excellemment leur doctrine et leur pratique. Les voici *in extenso* :

« *a*) Contre *la constipation gauche* sans phénomènes douloureux, nous préconisons la galvano-faradisation rythmée et parfois le petit lavement électrique quand prédomine l'atonie.

« Quand il existe des manifestations spasmodiques, nous utilisons la galvano-faradisation simple.

« Enfin, nous employons volontiers les applications intra-rectales de hautes fréquences.

« *b*) *Contre la constipation droite, surtout s'il* existe des phénomènes douloureux et de la colite, nous faisons des applications de courant voltaïque, auquel on peut adjoindre au besoin des bains de lumière ou de la diathermie.

« *c*) Toutes les fois qu'il existe *une cause de constipation* qui paraît jouer un rôle prédominant, il y a lieu, dans la plupart des cas, d'agir sur elle toutes les fois qu'on le peut.

« C'est ainsi que les nerveux, les asthéniques se trouveront bien, soit de la statique, soit de la haute fréquence générale ; que les malades atteints de constipation en liaison avec des affections gynécologiques ou prostatiques pourront avec utilité être traités par la radiothérapie, les applications de courant continu ou de diathermie intravaginales ; que les constipés présentant des adhérences douloureuses, des crises vésiculaires, etc., se trouveront bien des applications diathermiques ; que chez les fissuraires, les hémorrhoïdaires, le traitement de la constipation devra toujours être suivi d'applications de haute fréquence intra-rectale. » (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, 6 juin 24.)

M. LAQUERRIÈRE conseille, contre l'entorse au début, les applications de courant faradique à interruptions très rapides, dont on augmente progressivement l'intensité, pendant 15 à 20 minutes chaque jour, durant deux ou trois jours. Pour que le résultat soit bon, il faut qu'il n'y ait ni arrachement osseux, ni fracture méconnue. (*Bull* et *Mém.* de la Société de Médecine de Paris, 26 avril 1924.)

Enfin, le même auteur rappelle que l'électrothérapie produit d'excellents effets contre les vomissements de la grossesse. La galvanisation du pneumogastrique calme l'éréthisme de l'estomac et active les sécrétions. (*Bull.* de la Société d'électrothérapie et de radiologie, janvier 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène de l'enfance.

(*Académie de médecine.* —25-11-1924.)

M. Nobécourt présente un rapport concernant les travaux adressés dans l'année à la Commission de l'hygiène de l'enfance de l'Académie. L'auteur termine par les conclusions générales et vœux suivants :

Premier vœu. — Considérant que les trois quarts des enfants protégés sont mis en nourrice pendant les trois premiers mois de la vie, l'Académie invite toutes les personnes qui assistent les jeunes mères à leur montrer les dangers auxquels elles exposent leurs enfants par cette manière de procéder et à encourager l'allaitement au sein le plus possible.

Deuxième vœu. — Considérant que le fonctionnement médical du service de protection de la première enfance est souvent défectueux, eu égard, pour une grande part, à l'insuffisance des crédits votés par les Conseils généraux, l'Académie prie M. le ministre de l'hygiène d'insister auprès des Assemblées départementales pour améliorer ces crédits.

Troisième vœu. — Considérant que le placement familial des enfants rend la surveillance médicale plus efficace, l'Académie prie M. le ministre de l'hygiène de donner les instructions nécessaires pour l'étude des conditions dans lesquelles pourraient être réalisés les centres d'élevage.

Quatrième et cinquième vœux. — L'Académie prie le Ministre de prendre toutes mesures utiles pour le relèvement du prix de pension payée aux nourrices qui reçoivent des enfants assistés et pour la bonification, dans les départements où il est insuffisant, du taux des secours et allocations distribués aux mères en vue de permettre d'allaiter leurs enfants.

Ces vœux ont été adoptés par l'Académie dans la séance du 4 novembre.

Le rôle de l'infection dans les ulcères gastro-duodénaux.

(M. Pierre Duval. — *Académie de médecine* ; 25-11-1924.)

M. Pierre Duval s'est attaché à mettre en lumière le rôle de l'infection dans l'évolution et la thérapeutique des ulcus de l'estomac et du duodénum.

L'infection de l'ulcération gastrique semble admissible en présence des présomptions cliniques suivantes : la fièvre, la modification du type des douleurs, qui deviennent permanentes. A ces arguments cliniques, l'auteur ajoute des caractères biologiques, l'hyperleucocytose avec polynucléose, et des preuves anatomiques, la constatation de germes dans les tissus de l'ulcère opéré.

Cette septicité possible de la lésion ulcéreuse gastrique expliquerait certains insuccès décevants du traitement chirurgical. Opérer un ulcère amicrobien, par résection ou suture, donne des résultats régulièrement parfaits. Si l'ulcus est infecté, au contraire, les suites opératoires sont mauvaises.

La conclusion est qu'il faut essayer de reconnaître les ulcères infectés pour ne pas les soumettre à l'excision ou à la suture avant une cure préopératoire appropriée. Si des complications graves forcent à l'intervention d'urgence, on s'en tiendra alors à la gastro-entérostomie.

Rachianesthésie et azotémie.

(M. Abadie, d'Oran. — *Académie de médecine* ; 25-11-1924.)

Un des avantages que l'on accorde habituellement à la rachianesthésie est celui de demeurer sans effet nocif sur le rein et le foie. M. Abadie ne croit pas que cette opinion soit rigoureusement exacte. Il rappelle d'abord quelques conclusions d'auteurs qui ont noté, après rachianesthésie, une augmentation de l'azote du sang. Pour ce qui le concerne, chez onze opérés soumis à la rachistovaïnisation, il a toujours observé après l'anesthésie, une petite élévation de l'azotémie pouvant atteindre un gramme, parfois très fugace, le plus souvent durant cinq à six jours.

Il estime qu'on ne saurait admettre l'innocuité complète de la rachistovaïnisation à l'égard du rein. Ses effets, toutefois, sont moins sérieux que ceux des anesthésiques généraux, et l'avantage, à ce point de vue, lui reste conservé. Il n'en est pas moins nécessaire de faire, avant toute intervention sous rachi, le bilan de la résistance hépatique et rénale du malade.

Les hernies graisseuses de l'orbite.

(M. Bourguet. — *Académie de médecine* ; 25-11-1924.)

La cavité orbitaire est comblée par une masse graisseuse de remplissage qui entoure les organes qui y sont contenus. Chez certains sujets, cette masse graisseuse tend à faire hernie à travers les orifices ménagés entre les muscles du globe oculaire. Ces orifices sont au nombre de cinq, deux au niveau de la paupière supérieure et trois au niveau de la paupière inférieure. L'auteur traite ces hernies graisseuses en les abordant ou par la peau ou par la muqueuse.

Tuberculose de première infection chez l'adulte.

(MM. Paisseau et A. Lambling. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-10-1924.)

Avec les conditions de vie actuelle dans les pays

civilisés, il est rare que des individus arrivent à l'âge adulte sans avoir pris un contact plus ou moins important avec le bacille de Koch. Aussi la tuberculose dite de première infection, chez l'Européen, est-elle, à l'habitude, infantile. Cette tuberculose de première infection se caractérise par son évolution rapide, la gravité de son pronostic et la multiplicité de ses localisations viscérales, alors que la tuberculose chronique du sujet adulte a une marche plus lente et un pronostic moins redoutable.

M. Paisseau rapporte un exemple de tuberculose de première infection chez un adulte sénégalais. Les lésions prirent l'extension ordinaire en pareille circonstance et la mort survint au bout de dix-huit mois.

Mèche de cheveux sortant de l'anus : kyste dermoïde.

(MM. Bensaude et Rachet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-10-1924.)

M. Bensaude relate l'observation d'une femme de 39 ans, qui vint consulter parce que depuis un an, elle constatait l'issue par l'anus d'une mèche de cheveux, qu'elle était obligée de couper au ciseau. Il s'agissait d'un kyste dermoïde du rectum.

Les kystes dermoïdes du rectum constituent une affection rare, qui semble avoir été vue presque exclusivement chez la femme. Ils sont longtemps tolérés sans manifestation clinique et les symptômes initiaux se montrent le plus souvent entre trente et quarante ans. Bien des fois, le premier indice de la maladie est l'apparition d'une touffe anormale de cheveux à l'anus. D'autres fois, la lésion se révèle par des troubles de défécation, par le toucher rectal, ou un prolapsus. Les symptômes fonctionnels sont assez réduits et consistent en sensation de plénitude ou de corps étranger. Il y a parfois, cependant, quelques indices de compression des organes du petit bassin, de la dysurie, des douleurs dans le domaine du sciatique, etc.

La thérapeutique se basera sur l'importance des troubles apportés par la tumeur. Le kyste dermoïde bien toléré n'est pas nécessairement justiciable d'une intervention opératoire, somme toute assez sérieuse.

Le traitement de l'encéphalite épidémique.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 31-10-1924.)

Le traitement de l'encéphalite épidémique peut être considéré aux deux grandes phases de la maladie : phase des accidents aigus, du début ; phase des troubles chroniques, du parkinsonisme post-encéphalitique.

M. Maurice Renaud a essayé, dans le parkinsonisme post-encéphalitique, des thérapeutiques diverses, qui sont toutes restées inefficaces. Les vaccins, en particulier, n'ont donné aucun résultat. M. Renaud rappelle qu'avec la vaccination non spécifique (le vaccin typhique, le T. A. B., par exemple) on peut influencer l'évolution de processus infectieux variés. Ici, dans le parkinsonisme post-encéphalitique, les effets ont été nuls.

— M. Sézary a utilisé les vaccins non spécifiques dans les rhumatismes tendant à la chronicité. Plusieurs fois il a obtenu des guérisons.

— M. Sicard étudie depuis six ans la question du traitement de l'encéphalite épidémique.

L'épisode initial aigu névraxitique est le plus souvent curable, surtout dans les formes sporadiques actuelles, et spontanément curable. En raison de cette curabilité spontanée, certaines médications ont pu donner l'illusion d'avoir guéri l'affection. Telles le sérum de convalescent, les novarsenicaux, les injections intra-veineuses de salicylate de soude, les abcès de fixation. Elles ont semblé réussir quelquefois, mais leurs échecs ultérieurs ont montré leur insuffisance.

La thérapeutique employée par l'auteur est actuellement, à la phase aiguë, la suivante : uroformine le matin, à petites doses (pour éviter les hématuries), prise par la bouche ; salicylate de soude le soir, en ingestion également. Tous les jours ou tous les deux jours, injection sous-cutanée d'électrargol ou de lantol, ou de nucléinate de soude, ou de collobiase d'or, ou de lait, ou même de propidon. Enfin, grands bains ou enveloppements, suivant les manifestations fébriles ou psychiques.

A la période de parkinsonisme, les médications prônées (elles sont nombreuses) ont été suivies d'insuccès habituels. M. Sicard n'a rien obtenu de l'abcès de fixation, des injections intra-veineuses d'iodure de sodium (Economo), de l'auto-hémothérapie, de l'auto-rachithérapie, d'extraits mésocéphaliques, d'émulsions de cerveau de lapin, des injections sous-arachnoïdiennes du vaccin de Levaditi, de la cholestérine etc. Le vaccin de Levaditi n'a procuré à l'auteur que des accalmies transitoires et pas toujours.

M. Sicard essaye aujourd'hui, l'extrait de bile recommandé par Von Economo. Les seules médications (palliatives) du parkinsonisme restent la scopolamine, le cacodylate de soude, les gouttes de teinture d'iode, les méthodes physiques (bains de lumière, massage électrique).

Hémorrhagies de la trompe et de l'ovaire.

(M. Roulland. — *Société des chirurgiens de Paris* 7-11-1924.)

En dehors des hémorrhagies tubaires dues à la rupture d'une grossesse extra-utérine, il peut exister des hémorrhagies de la trompe et de l'ovaire se produisant à l'occasion de la menstruation et de la rupture du follicule de de Graaff.

Les hématomes ovariens ne sont pas exceptionnels. Ils se développent souvent à une époque antérieure à l'hémorrhagie menstruelle, sans doute au moment de la ponte ovulaire. Plus communes, toutefois, sont les hémorrhagies tubaires. Elles se font

au moment des règles et tiennent au même processus congestif, qui dépasse l'intensité normale.

Traumatismes par accidents d'automobiles.

(M. G. LEO. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 7-11-1924.)

Dans leur physionomie générale, les traumatismes par accidents d'automobile se rapprochent de ceux causés par accidents de chemin de fer, avec, en plus, la souillure de la terre des routes. Ils offrent, d'après M. Léo, les particularités suivantes :

1° Les blessures multiples, graves par leur superposition ou graves chacune pour son compte, y sont assez fréquentes ;

2° Egalement fréquents sont les éclatements ou broiement de viscères, dus tantôt à la vitesse du véhicule occupé par le voyageur qui se trouve lancé avec une force vive hors de la carrosserie, tantôt au poids du véhicule qui écrase un tiers ;

3° Les compressions thoraciques n'y sont pas rares et comportent un pronostic sévère et peut-être une thérapeutique chirurgicale plus active qu'il est de règle dans les habitudes actuelles ;

4° Un danger particulier tient aux gangrènes gazeuses, liées aux souillures des plaies par la boue, la poussière ou les détritus du sol des rues ou des routes ;

5° A un degré moindre de gravité, se placent les traumatismes du bassin (soit avec fracture de ses os, soit avec rupture des gros vaisseaux fessiers), plus communs, semble-t-il, dans les accidents d'automobile que dans tout autre genre d'accident. Cette catégorie est celle du passant atteint par une auto, ou de l'occupant de la voiture projeté au dehors. Les fractures de cuisses forment un sous-groupe de cette variété.

6° Les plaies de la face sont d'une fréquence bien connue.

7° Les fractures du crâne et des membres sont assez souvent ouvertes et infectées.

Sur l'ostéosynthèse.

(M. Paul THIÉRY. — *Société de chirurgie* ; 5-11-1924.)

M. Paul Thièry, s'appuyant sur son expérience personnelle et sur ses expertises en matière d'accidents du travail, estime que les indications de l'ostéosynthèse appliquée au traitement des fractures doivent être exceptionnelles, car les résultats en sont bien des fois défectueux.

— M. HARTMANN a recours à l'ostéosynthèse pour les fractures qui n'ont pas guéri ou ne paraissent pas pouvoir guérir par le simple appareillage. Pour ces cas-là, la méthode constitue un progrès.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite*) (1).

Troisième question.

DES SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES, DU CHOIX DE L'ANESTHÉSIE DANS LES OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC.

Rapport de M. LAMBRET.

La chirurgie gastrique, actuellement bien au point ; peut donner d'excellents résultats. Elle offre cependant quelques dangers spéciaux dont il importe d'être prévenu ; ce sont : le *shock opératoire*, et les *complications pulmonaires*.

I. Les moyens d'évaluer la résistance du malade au shock opératoire.— Le *shock* a son origine habituelle dans le *traumatisme opératoire* et dans l'*anesthésie*.

Le *traumatisme opératoire* est d'autant plus marqué que l'état du sujet est plus précaire.

Le malade, débilité par les restrictions alimentaires et par l'accumulation de déchets toxiques dans le sang, présente des troubles variés de la nutrition dont les principaux sont l'*azotémie* et l'*acidose*. La muqueuse gastrique qui normalement n'absorbe guère laisse passer des peptones irritantes, des sucres non assimilables et, dans le cas de cancer, des poisons hémolysants qui vont au foie et le fatiguent.

Enfin, l'action de la douleur a un retentissement sur le système nerveux végétatif qui à son tour agit sur les autres fonctions.

Tels sont les principaux facteurs préparateurs du shock. Il faut tenir compte dans le même ordre d'idées de la *nature de la lésion* et de l'*anémie du sujet*.

Les sténosés du cardia sont de purs inanitiés. Les sténosés du pylore présentent en plus les effets de la stase gastrique, en particulier cette carence des liquides qui se traduit en définitive par l'hypotension artérielle, la concentration sanguine et la déshydratation tissulaire.

L'anémie est plus ou moins marquée. Habituellement moyenne et sans grande importance, elle peut être aiguë — et disparaître après l'opération — ou chronique et définitive.

Les méthodes d'examen. — Elles tendent à rechercher les tares de l'organisme, pour les supprimer, ou les réparer, s'il est possible.

(1) Voir *Conc. méd.* nos 45, 46, 47, 49, 50 et 52 de 1924 et 1 de 1925.

L'*inspection*, qui renseigne sur le degré d'amaigrissement, d'asthénie, de dépression et d'anémie du sujet, manque de précision et doit être complétée par d'autres investigations : la *pesée*, l'*évaluation de la pression artérielle*, l'*oscillometrie*, l'*examen globulaire du sang, la recherche du temps de coagulation et de saignement.*

L'*analyse des urines*, encore plus nécessaire, doit être complète et comporter en particulier la recherche de l'acétone et des corps cétonés. L'évaluation de la constante d'Ambard s'imposera parfois.

Les recherches de laboratoire porteront également sur *le sang*. Presque toujours les malades en question présentent un excès d'urée sanguine, conséquence d'une insuffisance hépato-rénale. Une azotémie s'élevant à 1 gr. 50 ou à 2 grammes interdit l'acte opératoire, d'autant plus que le taux de l'urée dans le sang augmente encore du fait de l'anesthésie générale et du fait de l'intervention elle-même.

Quant aux recherches portant sur la glycosurie, la glycémie, l'urobilinurie, les acides aminés, l'hémoplasie digestive, on peut s'en dispenser. Leur intérêt pathologique n'est pas encore assez nettement établi pour faire accepter les difficultés techniques qu'elles offrent pour la plupart.

La constance de l'alcalinité du sang est une nécessité alsolue. A l'état normal, le milieu intérieur maintient sa stabilité en dépit du perpétuel mouvement des acides et des bases que fournit la nutrition. Mais quand le foie est compromis dans sa physiologie, les acides arrivent en trop grande quantité et épuisent « la réserve alcaline ». L'*acidose* apparaît et c'est une menace de mort.

La réserve alcaline du sang étant en moyenne de 65 volumes, il y a danger à opérer quand elle descend aux environs de 30. On note alors des symptômes nerveux : somnolence ou agitation. Certains croient se mettre à l'abri en injectant dans les veines des solutions concentrées de bicarbonate de soude ; mais la rechute est certaine et la mort survient.

Si l'on remet à plus tard l'intervention, on a quelques chances de faire disparaître cette intoxication, par le régime alcalin, le sucre, le jus de fruits donnés abondamment pendant quinze ou vingt jours, mais s'il en est autrement la contre-indication opératoire reste formelle.

II. Soins pré-opératoires basés sur ce qui précède — De cet exposé on peut conclure que la conduite à tenir varie avec l'état général du sujet. Si l'affection a évolué et si l'on note de l'insuffisance polyglandulaire chez un malade déshydraté, intoxiqué, il faut ar tous les moyens essayer de le rendre susceptible e résister.

Le *repos* est le plus important de ces moyens à ndition d'être complet : physique et moral.

L'*alimentation* sera abondante et bien choisie. Les rines, les légumineuses complètes, les panades très ites, formeront la base de cette alimentation. On lésitera pas à donner des viandes crues pilées et passées, des gélatines fraîches et même quelques jaunes d'œufs frais dans du thé ou du café. Les légumes verts en purées seront servis à tous les anémiques.

La teneur du foie en glycogène a une importance primordiale ; d'où la nécessité de donner au malade des solutions de glucose ou de lactose.

Pour diminuer la concentration du sang et assurer l'hydratation des tissus on prescrira des boissons abondantes. Si le malade ne peut pas boire, on injectera sous la peau alternativement du sérum salé et du sérum glucosé. On pourra utiliser également la méthode du goutte à goutte rectal de Murphy.

L'administration des liquides sucrés ne sera jamais trop largement prescrite, car ils répondent à toutes les atteintes portées à l'organisme. Sous leur action on voit la pression artérielle s'élever, l'amplitude oscillométrique s'améliorer et la diurèse devenir normale. Celle-ci ne doit pas être inférieure à un litre par jour.

Il faudra d'autre part éviter toute occasion de déperdition de liquide. A ce point de vue les purges sont contre-indiquées. L'évacuation du gros intestin sera assurée par de petits lavements répétés. On veillera à obtenir le rejet complet des ingesta barytés provenant des examens radioscopiques.

La *médication toni-cardiaque* rendra de grands services : huile éthéro-camphrée sous la peau, adrénaline dans les sérums injectés, digitaline, spartéine.

On luttera contre l'auto-intoxication gastrique par les *lavages d'estomac* et après chacun d'eux on abandonnera dans l'estomac un demi-litre d'eau contenant 15 grammes de bicarbonate de soude.

Si la formule hématologique accuse moins de 2.000.000 de globules rouges et moins de 40 p. 100 d'hémoglobine, on prescrira les médications habituelles, mais le grand remède sera souvent la *transfusion*.

Les *retards de coagulation* sont rares dans cette variété de malades. Il est classique de les traiter par le chlorure de calcium dont l'efficacité est douteuse. Mieux vaut injecter quelques centimètres cubes d'un sérum thérapeutique quelconque ou 20 centimètres cubes de sérum humain, la veille de l'intervention.

III. **Complications pulmonaires.** — Elles sont fréquentes et causent 30 p. 100 des décès. Il s'agit soit de points de congestion, soit de broncho-pneumonie, soit de pneumonie, rarement de pleurésies ou de gangrène.

Ces complications sont dues le plus souvent à des associations microbiennes, mais l'*entérocoque* de Thiercelin est en cause dans 45 p. 100 des cas.

La *narcose* peut avoir une large part dans la production des accidents pulmonaires en irritant l'épithélium du poumon ou en permettant l'introduction des matières vomies dans la trachée.

La faiblesse de l'amplitude respiratoire limitée par la douleur au niveau de la plaie, l'immobilisation post-opératoire, l'action du pneumogastrique, nerf commun à l'estomac et au poumon, le refroidissement qui diminue le pouvoir bactéricide de l'épi-

thélium pulmonaire, les microbes de la bouche, du nez et du pharynx et *surtout ceux de l'estomac*, constituent autant de facteurs des inflammations du poumon.

On peut poser en loi que dans toute opération portant sur un estomac qui contient des germes, il y a presque fatalement transport de ceux-ci dans les poumons. Ce passage ne se fait pas sous forme d'embolies ; il s'agit d'une véritable absorption par les lymphatiques.

Grégoire a pensé qu'en lavant l'estomac à l'eau iodée on pouvait supprimer cette cause de complications pulmonaires. Une telle pratique est de grande utilité, mais elle est insuffisante. Plus active et plus sûre est la méthode de la *vaccination préventive* à l'entérocoque bien réglée par Gernez, de l'Institut Pasteur de Lille. Cerf et Pauly font aux malades qui doivent subir une éthérisation une injection de sérum antipneumococcique, et Pauchet recommande cette même injection chez les opérés de l'estomac pendant les épidémies de grippe.

Contre le refroidissement on évitera d'exposer le malade à l'air. Les bouillottes d'eau chaude, les cataplasmes sinapisés, les ventouses seront utilisées systématiquement.

La ventilation pulmonaire sera favorisée par la *gymnastique respiratoire* et le *lever précoce*, celui-ci conseillé cependant avec discernement.

La *désinfection* du *nez*, de la *bouche* et de la *gorge* sera assurée par quelques gouttes d'huile goménolée et les dents seront brossées deux fois par jour.

En cas d'alerte inquiétante on utilisera le stock-vaccin de Minet et les moyens médicaux classiques.

IV. **Du choix de l'anesthésie.** — Une bonne anesthésie en chirurgie gastrique doit réunir les qualités suivantes :

L'*efficacité*, c'est-à-dire un silence abdominal complet permettant les explorations et les manœuvres nécessaires.

La *régularité*, car à aucun moment l'opéré ne devra faire d'efforts intempestifs, ni présenter nausées ou vomissements.

L'*absence de toxicité*, afin qu'il n'y ait pas d'accidents immédiats ni de complications tardives dues aux lésions des organes nobles déjà déficients chez beaucoup de gastropathes.

Aucun anesthésique ne possède toutes ces qualités. Il faut chercher celui qui en a le plus.

Le *chloroforme*, d'administration facile, donne une bonne résolution musculaire et un calme abdominal parfait, mais le réveil s'accompagne d'efforts, de nausées et de vomissements. Il rend l'alimentation précoce, même liquide, impossible. Son action sur le poumon est négligeable, par contre c'est un poison du foie et du rein. Il est nettement hypotenseur.

L'*éther* donne aussi une bonne anesthésie, mais la respiration prend volontiers le type abdominal. Il prédispose nettement aux complications pulmonaires et son action sur le foie et le rein, bien que moins profonde et moins durable, se rapproche cependant de celle du chloroforme. C'est un hypertenseur manifeste.

Le chloroforme et l'éther sont des anesthésiques commodes pour l'opérateur, mais ce sont les plus toxiques pour le malade.

Le *protoxyde d'azote* ne lèse ni le poumon, ni le foie. Les vomissements sont rares. Il ne provoque pas de shock. Par contre, le relâchement musculaire est incomplet et le calme abdominal n'existe jamais. L'hémostase est pénible. Enfin, il nécessite un anesthésiste de profession.

Le *chlorure d'éthyle* est sans action marquée sur le cœur, le foie et le rein. C'est un hypotenseur brutal. Il ne se prête guère à une narcose prolongée qu'entre les mains d'un anesthésiste compétent. Le sommeil qu'il donne est rarement complet et toujours de mauvaise qualité.

Les défauts des anesthésiques généraux pris isolément ne disparaissent nullement quand on emploie *leurs mélanges*. Le contraire serait assez paradoxal. Du reste, ils n'ont pas été étudiés dans les laboratoires quant à leur action possible sur le foie et le rein.

Il semble donc qu'en attendant la découverte de la narcose idéale le mieux soit de s'adresser aux *anesthésiques à action localisée*.

La cocaïne est à peu près abandonnée en raison de sa toxicité ; mais on emploie couramment la novocaïne et la stovaïne, substances peu toxiques dont on peut injecter de grandes quantités en solutions faibles pour l'anesthésie locale et qui servent à réaliser la rachi-anesthésie.

Cette dernière a des partisans résolus et des adversaires irréductibles. Sans action sur le foie, le rein, le cœur et le poumon, elle assure un silence abdominal remarquable et permet la suppression d'un aide. Par contre, il faut noter le pouls misérable qui, vers la vingtième minute, traduit une chute extrême de la pression artérielle. Or, tous les opérés de l'estomac sont déjà des hypotendus. La céphalée, les accidents tardifs doivent entrer également en ligne de compte. De plus, pour la chirurgie de l'estomac, il est nécessaire de pratiquer une anesthésie haute entre D VII et D XI, et il est certain que la gravité de la méthode augmente avec la hauteur du niveau où l'on doit la faire porter.

Pour ces raisons on ne peut que souscrire à une récente conclusion de Riche, à savoir qu'*il ne faut pas pratiquer l'anesthésie rachidienne dans les cas où l'anesthésie locale doit suffire*. Celle-ci, en chirurgie gastrique, est-elle réalisable ?

D'une part, le nerf sensible de l'estomac est le sympathique dont les fibres viennent des racines des nerfs dorsaux de D^5 à D^{10} par l'intermédiaire des *rami communicantes*. D'autre part, l'expérience montre que la sensibilité de l'estomac est obtuse, que la douleur due à la traction sur les mésos n'existe que dans l'extériorisation et la remise en place

l'organe. Par suite, le *blocage anesthésique* de la zone gastrique peut être obtenu par trois procédés :

1° L'*anesthésie paravertébrale* ;

2° L'*anesthésie des splanchniques* ;

3° L'*anesthésie par infiltration.*

Le premier procédé est abandonné.

Les splanchniques peuvent être anesthésiés par la méthode de Roussiel qui consiste en une injection massive de 60 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 5 p. 100 poussée au niveau de DXI ou DXII, d'un côté ou des deux côtés de la colonne vertébrale. Le liquide, diffusant aisément dans l'espace sous-pleural et sous-péritonéal, atteint les sphlanchniques et le ganglion semi-lunaire. Il est nécessaire naturellement d'anesthésier dans un temps spécial la paroi abdominale antérieure.

Mais l'*anesthésie locale* par infiltration successive est d'exécution plus simple ; c'est celle que l'auteur emploie. Il en a toujours eu satisfaction. Il la fait traçante, plan par plan, et parfois, aux instants plus particulièrement douloureux, y ajoute l'administration passagère de quelques gouttes d'éther ou de chloroforme.

Le *shock* dans l'anesthésie locale ainsi réalisée est insignifiant.

Pour que cette méthode ait toute son efficacité, il est bon que le malade soit préparé par une injection de scopolamine-morphine ou par un autre narcotique : véronal, somnifène.

En outre, cette anesthésie exige de l'opérateur de l'entraînement et de la méthode. Il faut savoir attendre cinq à six minutes, reconnaître les temps, douloureux, faire preuve d'une douceur spéciale, essuyer sans frotter, réduire au minimum le traumatisme manuel et instrumental, enfin, à l'occasion s'entretenir avec le malade de façon à détourner son attention des manœuvres opératoires un peu douloureuses.

V. **Après l'opération.** — Dès le retour du malade dans son lit on lui donnera la *position assise.* La *douleur* est essentiellement déprimante, hypotensive; pour la calmer on recourra prudemment à la morphine ou au pantopon.

Le *régime alimentaire* dépendra de l'état général du malade, mais, résistant ou non, il devra boire le plus possible, notamment de l'eau lactosée ou édulcorée au sirop de fruits. On assurera ainsi une élimination urinaire suffisante.

En cas de *vomissements*, les lavages gastriques fréquents avec des liquides alcalins constitueront la meilleure thérapeutique. On veillera au *nettoyage* biquotidien de la bouche, des *dents* et du *nez.*

La *gymnastique respiratoire* évitera les complications pulmonaires.

L'*évacuation intestinale* sera facilitée par le lever précoce ; à la rigueur on prescrira un lavage au quatrième jour, un purgatif au huitième.

Enfin, on luttera contre la diarrhée qui survient parfois au début de l'alimentation solide par l'opium, le bismuth, les poudres neutralisantes et absorbantes.

(*A suivre.*)

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

Les Thèses

T. — Dr L. VIDOUZE. — **Cancer de la vessie et mésothorium.** — 1924.

Dans ce travail, inspiré par les expérimentations de M. le professeur LEGUEU, à la clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker, et qui ont été publiées dans le *Journal d'urologie medicale et chirurgicale* d'août 1924, l'auteur, après une courte étude sur le mésothorium, montre les résultats intéressants obtenus dans le traitement des tumeurs de la vessie par l'emploi du mésothorium.

Les traitements classiques du cancer vésical sont successivement passés en revue : cystectomie partielle, cystectomie totale, haute fréquence, radium, radiothérapie ; aucune n'a donné jusqu'à ce jour des résultats suffisamment constants et stables pour qu'il n'y ait pas lieu de rechercher de nouvelles méthodes thérapeutiques.

Après une rapide étude théorique sur le mésothorium, ses propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, M. VIDOUZE présente vingt-deux observations de tumeurs inopérables traitées avec succès par le mésothorium.

C'est à la concentration C (2 microgrammes par cc.) de mésothorium Buisson que l'auteur a eu recours, soit en injections intraveineuses (1 à 2 cc.) de préférence, soit en injections intramusculaires (1 à 5 cc.) ou paravésicales (2 à 5 cc.).

La concentration B (1 microgramme par cc.) primitivement utilisée ne lui a pas paru donner des résultats aussi marqués et aussi rapides.

Les injections intraveineuses doivent être considérées comme la base du traitement, les injections intramusculaires, d'ailleurs indolores, ne devant être pratiquées que chez les malades ayant des veines trop petites pour pouvoir être ponctionnées 1, 2 ou 3 fois par semaine pendant des mois. Il semble cependant que les injections intramusculaires peuvent être employées chez les malades dans l'impossibilité de se rendre deux fois par semaine chez le médecin, mais à forte dose, au moins 3 cc. de mésothorium C.

En plus de ce traitement de fond, les injections paravésicales ne paraissent pas inutiles et sont pratiquées de la façon suivante :

Le malade étant en position renversée, on enfonce une aiguille à ponction lombaire juste au-dessus du

pubis, à droite ou à gauche de la ligne médiane suivant la position de la tumeur, on relève l'aiguille et on l'enfonce doucement en suivant la partie interne du pubis jusque dans la cavité de Retzius, où l'on injecte lentement la dose voulue.

Pour faciliter l'élimination des sphacèles, on apratiqué des séances d'électrocoagulation et d'étincelage.

Résultats : Les résultats thérapeutiques se sont traduits par :

La disparition des tumeurs sessiles mais proéminentes ;

La réduction sous des volumes variant d'nu pois à une noix des tumeurs infiltrées et des tumeurs sessiles peu proéminentes :

La disparition des douleurs ;

La cessation des hématuries et la clarification des urines, même lorsque celles-ci étaient purulentes.

La disparition fréquente, l'amélioration constante de la pollakiurie ;

Le retour à un bon état général permettant le travail à des malades qui vivaient sans forces, depuis quelquefois plus de 2 ans.

L'auteur insiste d'ailleurs particulièrement sur ce dernier point et note dès les premières injections un retour à l'appétit, une activité physique plus grande qu'accompagnent bientôt une amélioration marquée du moral affaissé de ces malades.

La durée du traitement a été variable : quelques semaines dans les cas les plus favorables ; 3 à 4 mois dans les cas rebelles.

Les quantités de mésothorium injecté ont varié de quarante à cinquante microgrammes en moyenne.

Les résultats obtenus par M. Vidouze, après M. le professeur Legueu, Marsan, et Flandrin sont suffisamment significatifs pour qu'il soit intéressant de continuer sur une grande échelle les expériences commencées sous d'aussi bons auspices.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Quand faut-il prescrire les hypnotiques ? (1)

Il n'est pas un organe dont l'activité prolongée n'amène l'épuisement, que seul peut réparer un temps de repos fonctionnel. Le sommeil, cessation réparatrice des fonctions de relation, permet seul le repos des neurones sensitifs et moteurs ; c'est donc une fonction organique essentielle, qu'il importe au premier chef de maintenir ou de rétablir dans son intégrité. Les cellules épuisées du cerveau, du foie, des surrénales, ne trouvent que dans l'état de sommeil, ainsi que l'a montré Crile, leur restauration complète. Les préoccupations sont un des grands facteurs de l'insomnie et, lorsqu'elles surviennent, très facilement il s'établit un cercle vicieux : la préoccupation créant l'insomnie, celle-ci, à son tour, aggravant l'état mental. D'une façon générale il y a tout avantage à rompre ce cycle dès son début, la tâche est alors beaucoup plus aisée que si on laisse la mécanique cérébrale s'adapter à ce fonctionnement vicieux.

Un bon hypnotique est alors d'une utilité incontestable ; hormis le cas des sujets atteints d'affection cardiaque ou rénale grave, la médication hypnotique judicieusement choisie est absolument sans danger, un manque de sommeil persistant est infiniment plus préjudiciable. Il n'y a pas lieu, non plus, de redouter l'habitude (exception faite bien entendu de la morphine et de l'opium qui, dans le cas particulier, ne doivent pas être prescrits), celle-ci se produirait d'ailleurs beaucoup plus facilement si l'on retardait jusqu'à l'extrême limite la prescription d'un agent somnifère alors que le malade, déjà obsédé par son manque de sommeil, aurait tendance à y recourir trop systématiquement.

Il faut, en somme, arriver à substituer à l'habitude vicieuse de l'activité mentale à l'heure du repos nocturne, un état de tranquillité propice au sommeil. Un bon hypnotique, tel que le dial, rendra alors les plus signalés services en restituant au malade cette *aptitude à dormir* qu'il avait perdue. Un comprimé de 0 gr. 10 pris au moment du coucher (de préférence avec une infusion chaude) suffira généralement. Si l'on a affaire à un de ces nerveux qui avalent mal les comprimés (par spasme ou atonie de l'œsophage), ou bien si l'insomnie se produit au cours de la nuit, on recourra de préférence au *dial soluble*. Cette forme est commode pour cette catégorie de malades ; son dosage à l'aide d'une pipette ou d'un compte-gouttes est sûr et précis (1 cmc ou XXX gouttes = 0 gr. 10 dial), elle agit plus rapidement que les comprimés et se prête mieux à l'administration infantile (X à XX gouttes suivant l'âge). La dose utile dans un peu d'eau sucrée ou aromatisée donne un liquide de saveur plutôt agréable, auquel on peut même ajouter une cuillère à café de valériane, association quelquefois heureuse dans certains états névropathiques à prédominance hystérique, chez les enfants onanistes, et dans le diabète nerveux.

Chez les agités graves, les grands anxieux, les alcooliques ou les intolérants du tube digestif, le dial soluble sera administré avec profit par voie hypodermique ; une ou deux ampoules par 24 heures ; cette forme est aussi tout indiquée dans les hémoptysies, pour obtenir le repos complet du malade en évitant la morphine, qu'il vaut toujours mieux éviter, sauf nécessité absolue.

A.J.

(1) Voir n° 47 du 23 novembre 1924.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ORDRE DES MÉDECINS, CONSEILS DISCIPLINAIRES OU COMMISSIONS MÉDICALES

L'Assemblée générale de l'Union des syndicats, après une discussion assez vive, n'a pas conclu d'une façon définitive sur des projets de création d'un Ordre des médecins ou de tout autre organisme plus ou moins analogue. La question demeure à l'étude. Continuons donc à l'étudier, pour notre compte.

Aussi bien, le professeur VERGER semble-t-il nous y convier, puisque, dans un long article qu'il vient d'y consacrer (*Paris Médical*, 15 novembre 1924), il nous fait l'honneur de nous citer, en rappelant particulièrement les critiques que j'ai formulées contre telles propositions, et la forme de paraboles futuristes — l'expression est de M. Verger — que j'ai donnée à certaines de celles-ci.

Plus haut, il constate que le *Concours médical* a quelque peu atténué son opposition traditionnelle.

Tout cela demande à être repris d'un peu plus près, puisque nous nous rapprochons de « l'ère des réalisations concrètes. »

Il existe des projets d'un Ordre des médecins calqué étroitement sur l'Ordre des avocats ; allant même plus loin, puisque, pour certains auteurs, il constituerait la seule juridiction à laquelle seraient soumis les médecins, quelque faute qu'ils aient commise ; juridiction à trois degrés, disposant d'une échelle de peines dont la plus grave serait l'interdiction à vie du droit d'exercer la médecine.

C'est ce type d'Ordre que j'ai combattu et que je combats encore. C'est pour en montrer tout ce qu'il offre d'inconvénients de toute sorte, au regard de médiocres avantages, que j'ai volontairement forcé la note de mes critiques, afin d'impressionner les esprits par des images frappantes.

Mais, quand la question s'est de nouveau posée devant l'opinion médicale, il y a deux ou trois ans, je n'ai pas été, je pense, des derniers à déclarer : « Si je suis hostile à l'Ordre des médecins qui nous est proposé, je n'en suis pas moins convaincu qu'il y a quelque chose à faire. »

Et je n'ai par tardé à publier un projet d'organisation où se retrouvent certaines attributions de l'Ordre conçu et proposé par d'autres.

Mon projet se juxtapose à celui de M. le professeur VERGER, qui définit la compétence des conseils de son Ordre, laquelle s'étendrait exclusivement : « *a*) à tous les faits intervenus dans les relations des médecins avec leurs clients et susceptibles de porter atteinte à l'honorabilité et au respect de la profession : *b*) aux agissements habituels, constituant des manœuvres destinées à duper le public par publications, affiches, circulaires, etc., ou tous autres moyens dont le caractère de tromperie peut être établi. »

Sans prétendre discuter les termes mêmes des agissements ressortissant de la compétence du conseil de l'Ordre, je rappellerai seulement qu'un projet de loi est actuellement déposé sur le bureau de la Chambre, qui prévoit et punit la tromperie du malade par le médecin, telle que M. Verger l'envisage lui-même. Il me semble bien également qu'un article du projet de loi sur l'exercice de la Pharmacie, devenu caduc depuis le renouvellement de la Chambre, contenait quelque chose d'analogue. Il est vraisemblable que le délit nouveau sera un jour inscrit dans le Code et appartiendra au droit commun.

Quoi qu'il en soit, voici donc un projet d'Ordre médical, conseil ou juridiction disciplinaire, exclusivement chargé de la répression de certaines fautes, et disposant à son tour d'une échelle de sanctions dont la plus sévère serait l'interdiction de prendre part à la médecine publique ou sociale, et de la prescription des substances toxiques du tableau B.

Sur le chapitre des sanctions, je demeure entièrement d'accord avec M. Verger.

Les Commissions médicales dont j'ai proposé l'organisation sont bien cela, au moins dans le principe, mais elles ne sont pas que cela, et la répression n'est qu'une partie de leurs attributions.

Je les ai prévues régionales, dans le ressort de chaque Cour d'Appel. Je ne verrais aucun inconvénient à ce qu'elles soient départementales.

Elles seraient organisées dans le cadre syndical et auraient comme principales attributions, en outre de l'action disciplinaire, les consultations, les enquêtes, les arbitrages.

Ainsi, quand un médecin serait traduit devant un Tribunal de droit commun pour une faute commise à l'occasion de l'exercice de sa profession, la commission médicale de laquelle il relèverait serait obligatoirement consultée *pour avis*, comme une sorte de cour d'expertise.

Et pour l'action disciplinaire, elle ne devrait

s'exercer que dans les limites d'un Code de déontologie qui pourrait, ainsi que M. Verger l'indique fort sagement, être fréquemment retouché. Il faudrait que ce code fixât la peine attachée à chacune des fautes strictement déontologiques commises. Et j'attends impatiemment cette fixation.

Mais, pour arriver à la création de ces commissions médicales, ou de ces conseils disciplinaires, ou de ces Ordres des médecins, il faut à mon avis franchir une étape que quelques-uns d'entre nous ont parfaitement vue et déterminée. C'est aux syndicats départementaux, ou aux Fédérations départementales de syndicats qu'il appartient de prendre l'initiative de renforcer leur Conseil de famille, de manière à ce que ce Conseil de famille, ou cette Chambre de discipline, puisse se transformer insensiblement en Commission, ou Conseil, ou Ordre.

Une loi pourra alors intervenir, ainsi que l'a demandé le Dr Renon de Niort, pour donner toute leur valeur et toute leur autorité à ces commissions.

Tel est le sens dans lequel je vois la solution de la question de l'Ordre des médecins, ou pour parler plus exactement, de l'organisation disciplinaire intérieure de la profession.

R. H. M. S. : 5.484. G. Duchesne.

LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE DISPENSAIRE ET LE MALADE (1)

Dans les Dispensaires. Ce qu'on dit et ce qu'on écrit.

3e *Série. Disp. Psychiatriques.*

(*Suite et fin.*)

Gravité de la situation.

D'aucuns penseront peut-être que la Ligue est à l'état larvaire, ou à peine adolescente, et digne de nous inquiéter tout au plus pour nos petits neveux. Ce serait mal connaître l'énergie du président fondateur et de ses collaborateurs.

La situation est grave à mon sens, parce que d'ores et déjà, dans Paris, les centres de psychiâtrie font des petits, et en quelques arrondissements, des maires-adjoints président à leurs destinées, de pair avec les aliénistes. Il se fait là des cours théoriques et pratiques aux membres du corps enseignant, aux institutrices, admises dans les hôpitaux, faisant des stages qui leur valent certificats et brevets pour diffuser la bonne parole... Au fait, est-ce bien la bonne parole ?.. Certain sénateur et conseiller municipal philanthrope a créé depuis longtemps un Phalanstère d'Œuvres diverses. Il était certes inspiré des meilleures intentions; mais les programmes multiples ne pouvaient tous relever de sa compétence qui ne saurait être universelle, et les méthodes appliquées enjambent constamment le cadre pourtant précis de la vulgarisation primitivement annoncée. Il suffit de feuilleter le journal « *de la maison* » qui publie, à côté de formules pour la guérison des hémorroïdes, des études sur la pathogénie des perversions ou déviations mentales ; et on reconnaît vite qu'il est fâcheux, dangereux même, de mettre ainsi des ordonnances médicamenteuses, comme des articles de théorie pure, à la portée du vulgaire. La science du médecin, psychiâtre ou autre, n'est pas faite pour tout le monde. *Divulguer n'est pas vulgariser* : c'est pourtant l'erreur que commettent la majorité des vulgarisateurs (voir les Grands Quotidiens) ; et c'est justement cette confusion qui les rend antipathiques au Corps médical des praticiens.

Autre signe d'alarme : une *Communication du docteur Ernest Wenger*, de Luxembourg, au Congrès de 1923 *sur la policlinique psychiatrique de Zurich*, singulièrement édifiante et prophétiquement suggestive.

Il paraîtrait que l'institution est florissante et sa clientèle très nombreuse à Zurich. *Ce fait démontre indiscutablement que*, dans le susdit canton suisse, *la proportion des prédisposés intéressés est imposante* ; *mais il ne s'ensuit nullement que*, depuis l'inauguration de ce service, l'*assainissement mental de la population ait progressé.* Le rapporteur ne présente ni chiffres ni statistiques. Il se borne à déclarer que le Parquet et la Police des mœurs sont *les plus gros fournisseurs*, malgré qu'on accourt de partout. Les résultats obtenus laissent vraiment rêveur le lecteur français. Exemple : un instituteur inverti a été accusé d'attentat à la pudeur sur des enfants. Qu'a fait le service de psychiatrie ? On a placé ce fâcheux pédagogue dans une autre carrière où il s'est refait une honorabilité, sinon une virginité ! — C'est parfait ; il ne s'occupe plus de l'éducation des enfants ; mais son biographe ne parle pas de l'essentiel : ce sujet est-il ou non retombé dans son péché mignon ?... Autre échantillon, mis en vedette : une infirmière continue à exercer, venant de temps à autre se faire interner pendant quelques mois ... Heu ! heu ! grand bien fasse à ses malades ; mais j'aime mieux ne pas en être ! ... — Et que dire de ces psychopathes

(1) Voir *Concours médical*, 1925, n° 1.

masculins, *en nombre respectable, châtrés, émasculés à leur demande* afin d'échapper à l'obsession des perversions sexuelles ? *Leur guérison, paraît-il, est absolue et se maintient. Mieux encore dans le beau sexe l'avortement suivi de stérilisation* (en cas de *moral insanity*) est *une « méthode qui a donné des résultats fort intéressants !* »

« In cauda venenum... »

Les grands savants réservent toujours adroitement quelque argument péremptoire pour leur péroraison. Je n'ai point eu ce talent. J'ai conscience d'avoir mal ordonné ma plaidoirie ; et sans préméditation, j'ai gardé pour la fin des raisons qui paraîtront peut-être médiocrement convaincantes aux esprits déductifs... Il est vrai, en revanche, qu'elles impressionneront fort les intuitifs !...

Il y a un an environ, ou un peu plus, une de mes clientes, très pittoresque névropathe, passablement excitée, m'annonça que grâce à une amie, recommandée par un très notoire médecin des asiles, elle allait être engagée par la Ligue d'hygiène mentale, comme dame visiteuse. Entraîné à un doux sceptic accoisme,utumé à douter des paroles apparemment les plus véridiques, « *émanant d'enthousiastes* », je procédai à une enquête diplomatique, et j'acquis des certitudes. Un personnel qui devrait être trié sur le volet, qui devrait représenter une élite, serait donc élu assez légèrement, *quelquefois par piston*, sans vraies garanties ? ?... Heureusement la Providence veillait ; et « *ma malade* » s'attendait à des honoraires intéressants : le jeu n'en valant pas la chandelle, elle s'orienta autrement. Tout de même, la Ligue aurait fait là une étrange recrue !

Autre chose ... — Vers la même époque, au hasard d'une rencontre, m'entretenant avec un éminent médecin-chef d'asile, esprit original et réfléchi que j'estime et que j'aime, je lui témoignai ma surprise d'avoir lu son nom sur la liste des membres actifs de la Ligue. Il fronça un peu le sourcil et me pria de m'expliquer. Je critiquai alors la fonction des infirmières visiteuses et surtout l'omission absolue en prophylaxie mentale du rôle des praticiens, du concours possible des médecins de famille. Je suivais sur la physionomie de mon interlocuteur les phases de remous intimes ; soudain il s'exclama : « C'est, « ma foi ! vrai,et vous avez raison. Je n'avais point « point du tout songé à ces objections. Voulez-« vous que j'en fasse part au Comité... Com-« ment donc cette idée ne nous est-elle pas ve-« nue ?... » — « Oh ! c'est bien simple, lui dis-je. « Vous êtes les pires des spécialistes, vous psy-« chiâtres, spécialistes enfermés dans votre « tour d'ivoire par une claustration officielle, « cloîtrés dans des couvents administratifs. Et « surtout ceux qui, comme vous, cher maître, ne « recherchent pas la clientèle extérieure, igno-« rent tout ou presque tout de la vie séculière, « de la vie familiale au foyer, et *de la mission du « Docteur qui a la confiance d'une maisonnée !...* » « — « Peut-être ... »

Et ce peut-être en appelle un autre ...

Messieurs les fondateurs de Ligues, Dispensaires, etc., sont-ils bien assurés de préparer le bonheur de l'humanité ? Tests mentaux, analyses du sang, ponctions lombaires *quasi-obligatoires*, est-ce la bonne politique à suivre ? L'enrôlement de jeunes ou vieilles dames, célibataires ou non, désireuses d'utiliser leurs loisirs ou d'arrondir leur budget, est-il une solution au problème de la natalité ou de la vie chère ? N'y a-t-il pas en principe erreur de méthode, confusion dans la division du travail et la répartition des compétences ?... — *Le médecin qui pose un diagnostic précoce porte une responsabilité sous le sceau du secret professionnel. Le non-médecin devient une sorte d'indicateur*, et son initiative s'apparente à l'espionnage, à la délation. *Je ne cherche ni les grands mots, ni les gros mots* ; mais avec *les inquisitions hygiéniques à domicile, avec l'enrégimentation à la Boche sous la surveillance de la triade des dispensaires* (car nous sommes tous tuberculeux, syphilitiques, ou pourvus d'une araignée), *avec la loi prochaine des Assurances sociales, c'est le viol du huis clos des consciences, c'est la fin de la responsabilité individuelle ; et nous marchons au système de la liberté absolue, avec tant de restrictions que nous serons les prisonniers de notre bonheur* ! Peut-être...

Conclusions-Rabâchages.

Plaignez-moi, lecteurs, mes confrères, d'être acculé aux conclusions. Plaignez-moi, car je vais rabâcher. Je suis devenu l'*homme des idées fixes* ; et, hanté par la réclame symbolique du marteau qui enfonce un coin dans une tête, je crois qu'il faut frapper longtemps avec une masse sur le même clou, avant de pouvoir y accrocher l'attention du prochain.

Je rabâche donc ce que j'ai déjà dit dans de précédents articles : 1° *il faut éduquer le public, les clients* ; 2° *sans le concours au premier plan du médecin de famille, hygiène et thérapeutique sont mal fructueuses.*

1° Tous les efforts pour faire adopter la discipline prophylactique et les préceptes hygiéniques resteront vains, tant qu'on n'aura pas préparé le terrain à recevoir les semailles. Quand, dès le jeune âge, à l'école, on enseignera à tous les vraies humanités, ce que j'ai appelé parfois le Savoir-vivre, ce que le docteur Toulouse avait essayé sous ce titre « l'Art de vivre », on ne comprendra pas qu'une si invraisemblable lacune n'ait pas été comblée plus tôt. — J'ai déjà expliqué ici, le 2 novembre, de quel journal de vulgarisation saine et mesurée je rêve depuis

vingt ans. Je ne désespère pas de le voir vivant et prospère.

2° Quant au rôle du médecin de famille, il convient d'en parler avec insistance, et j'entends « *mettre les pieds dans le plat* », tant certaines lectures récentes ont eu le don d'exciter ma réflectivité graphique.

Un confrère spécialiste publiait récemment (*oh ! les Dialogues des Morts de Lucien, que nous traduisions au bahut* !) un Dialogue des Vivants où il se gaussait du « *Médecin de famille* », type surnaturel, personnage vaudevillesque qu'il criblait de flèches acérées : *Quel grotesque, ce bonhomme qui conduisait ses clients du berceau à la tombe, qui connaissait leur tempérament, qui se souvenait des maladies de chacun, ce fabuleux parangon du dévouement et de l'humanité* ! (Je transcris à peu près le texte, sans le dénaturer).

Ainsi donc, le médecin de famille serait une légende ? ... Je ne me savais certes pas légendaire, non que je prétende aux vertus dont notre auteur décore ironiquement son praticien, mais depuis vingt-huit ans, j'exerce la médecine générale ; et, tout en rendant service par moi-même, avec la collaboration de techniciens que j'estime, je me suis appliqué à une certaine propreté professionnelle. Or, je n'ai rien inventé en ce genre ; j'ai imité de loin des aînés et des contemporains meilleurs que moi.

Raisonnons un peu, Messieurs les spécialistes. J'ai ouï parler... autrefois, de certains notaires dévoués : V. Octave Feuillet, Le Roman d'un jeune homme pauvre. Mais Feuillet ; kekséksa ? Ces notaires-là étaient contemporains du plésiosaure ! ... Pourtant, quelques-uns d'entre nous ont connu chez eux une vieille bonne qui avait nourri leur mère et qui avait ensuite élevé toute la marmaille de sa nourrissonne mariée, au point qu'on la considérait comme de la famille... Le modèle en est perdu, dit-on ... Ne vous souviendriez-vous plus par hasard d'une époque où les ouvriers, ne mettant la poule au pot qu'une fois par an peut-être, avaient pourtant l'amour-propre d'un travail bien fait, visaient, *pour le plaisir*, à faire un chef-d'œuvre ? Il paraît que la loi du moindre effort avec le maximum de salaire est un notable progrès moderne ...

Il fut un temps où les moustaches à l'américaine, le vol à l'américaine, le coup de poing... américain, et d'autres procédés d'outre-Océan, n'étaient pas à la mode. C'était le temps des légendes, des contes de fées et ... des médecins de famille à la Française.

Le spécialiste en Dialogue ci-dessus (ce n'est pas un orfèvre, mais il pourrait s'appeler M. Josse) est, bien entendu, partisan de *la médecine quasi-mathématique*. Ceci n'est qu'une opinion regrettable. Le pis est d'avoir réédité un banal argument, *qui grisonne fort. La science, dit-il, est maintenant si accrue, son domaine est tellement étendu qu'un seul homme ne saurait en embrasser la totalité.* Irréfutable, n'est-ce pas ? La tendance moderne est à la simplification. Déjà nous supprimons les architectes ; et les ouvriers du bâtiment suffiront fort bien à la construction des immeubles. De temps en temps, on oubliera l'escalier ; mais on finit toujours par s'en apercevoir, et c'est en somme très réparable. De même, les ingénieurs dans les mines, dans les usines, superfluités absolues ! Des bras, des mains des muscles à la bonne heure ... Une tête, pourquoi ?

Et je savoure cet axiome-ci : « Pour échapper « au rôle humiliant de répartiteur entre les spé« cialistes, le médecin praticien n'a qu'un moyen, « devenir lui-même un spécialiste en quelque « mesquine spécialité... » Toujours l'histoire du renard qui a la queue coupée ...

Mais, sapristi ! j'y pense : à ce compte, il y a un spécialiste qui est un « *Phénomène* » digne de Barnum, c'est le médecin légiste ! Cet anthropoïde ne doit pas seulement emmagasiner dans son cerveau toute la science médicale, la chimie, la physique, la mécanique, etc., etc.; il doit connaître le Code, les législations comparées, le droit international, etc.... Comment une caboche humaine peut-elle enclore cette encyclopédie ? Impossible : Pic de la Mirandole, lui-même... Et pourtant, on connaît des médecins-légistes qui ne sont ni des imbéciles ni des coquins ...

Ce paragraphe me remet en mémoire certaine plaque de marbre que j'ai admirée en banlieue à la porte d'un jeune :

Docteur X..., Spécialiste.
Maladies du nez, de la gorge et des oreilles.
Maladies des femmes.
Maladies des voies urinaires.
Maladies nerveuses.
Et toutes autres spécialités en général.

Ce sera mon « mot de la fin ».

....

....

Conclusion des conclusions.

Cet article étant le dernier d'une série d'études sur les dispensaires, outre mes excuses d'avoir été si long, je dois au lecteur la clef de *mon jardin secret*, la raison intime qui m'a inspiré.

Nous sommes quelques-uns (« *trente ans ou la vie d'un praticien* ») à nous attrister de l'évolution des esprits autour de nous. Dans notre jeunesse, on reprochait au Français *son ambition d'être employé ou fonctionnaire* afin d'avoir *droit plus tard à une retraite*, et on le gourmandait pour sa crainte du risque, des belles aventures où on fait fortune. Dans notre vieillesse (que les temps sont changés !) nous voyons *les jeunes concentrer leurs aspirations idéales sur l'âpreté*

aux gros bénéfices immédiats et, comme moyen d'y parvenir, sur l'acquisition de titres-vedettes (tandems et triplettes d'assistants, de chefs de clinique ou de laboratoires, la progression est croissante ! etc., etc.). Evidemment, l'auréole d'un titre, le monopole d'un fromage ne sauraient se comparer aux médiocrités du fonctionnaire ou de l'employé... Evidemment, cela s'entend...

Mais pourquoi nous plaindre de l'imminente fonctionnarisation de la médecine, puisque nous la préparons nous-mêmes ? Et n'est-il pas dommage de voir disparaître la race des indépendants à tous crins ? Enfin, ne vous font-ils pas sourire ces bons confrères qui prétendent se faire servir par des infirmières ou dames visiteuses ? La Femme subalterne ? Allons donc ! Nous savons tous ce qu'est une « maîtresse-servante », et l'homme est prédestiné à être domestiqué par sa rivale, qui lui bande les yeux d'abord...

Vous n'êtes pas d'accord avec moi sur la mentalité moderne ?... Voici deux anecdotes copiées dans une publication très récente d'un médecin des hôpitaux.

Une fiancée, dans une excellente famille de province, répond au fiancé, avouant qu'il a eu la syphilis : « Oh ! ce n'est pas un obstacle. Je sais ce que c'est : Papa l'a ! ... » — Les départements sont dessalés... D'autre part, une jeune divorcée, dans une occasion analogue, réplique : « Cela n'a pas d'importance. C'est mon cas de divorce ».

Charmante collection : éducation du Sacré-Cœur... style cubiste !

....

Je m'arrête, ayant du moins prouvé que les dispensaires mènent à parler de tout, à condition d'en sortir.

Dr Henri CHATINIERE.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

I

Un ouvrier blessé peut-il, sans être inculpé d'escroquerie, se livrer à un travail quelconque, pendant qu'il touche son demi salaire ? Dans quel cas, le médecin peut-il être complice d'une escroquerie ?

Ce problème a donné lieu à de nombreuses controverses entre juristes et médecins, qui composent le conseil du « Sou médical ».

En ce qui concerne notre profession, la question pratique qui se pose est la suivante : « un médecin soigne un blessé du travail et lui a délivré un certificat, par lequel la victime touche un demi-salaire. Tout en soignant le malade pour son premier accident, le docteur a également à exercer son art sur le même individu, pour un deuxième accident, survenu au cours du travail, que le blessé avait repris dans une autre entreprise. Le praticien doit-il se refuser à délivrer les certificats et à donner les soins prévus par la loi de 1898, en ce qui concerne ce second sinistre ? Doit-il avertir les deux chefs d'entreprise ? Son mutisme pourrait-il le faire incriminer de complicité, si des poursuites en escroqueries étaient intentées contre le blessé ? »

Résolvons tout d'abord le point de savoir si la loi du 9 avril 1898 interdit formellement, à l'ouvrier blessé et touchant un demi-salaire, de se livrer à un travail rémunérateur quelconque.

Il arrive souvent que des victimes d'accident du travail essayent de travailler, en se faisant embaucher, dans une autre entreprise, pour un travail moins pénible. Que faire, en effet, des longues journées où le blessé ne peut pas travailler, alors qu'une lésion du pied, par exemple, n'empêche pas une occupation rémunérée de gardien, de pointeur, ou tout autre travail manuel ?

Est-il répréhensible le désir, pour un père de famille de vouloir compléter son salaire (puisqu'il n'en touche que la moitié) par un autre embauchage, alors qu'il se sent propre à un autre travail, malgré la lésion pour laquelle il reçoit des soins ?

La jurisprudence que nous avons recueillie, sur ce sujet, déclare que si l'obtention du certificat médical a été régulière et sincère, peu importe que l'ouvrier n'ait confié son réembauchage ni à l'ancien employeur, ni à l'assureur : rien ne l'y oblige.

Si l'ouvrier a été de bonne foi, s'il ne se dissimule pas dans son nouveau travail, s'il ne cherche pas à tromper son docteur, en exagérant ses symptômes subjectifs, s'il ne tente pas de cacher son identité, en se faisant réembaucher sous un nom d'emprunt, on ne saurait relever contre lui aucune mesure frauduleuse, au sens de l'article 405 du code pénal.

En effet, comme l'indiquent les décisions que nous rapportons ci-dessous, le versement du demi-salaire n'est nullement subordonné, par la loi, au caractère absolu de l'invalidité ; rien ne permet de dire, au cas où l'incapacité de fait n'est que partielle, que les sommes payées à la victime, à ce titre, l'ont été indûment.

COUR DE CASSATION (Ch. crim.)

7 avril 1922.

(*Gaz. Pal.*, 1922, 2, 206.)

Doit être relaxé l'ouvrier, victime d'un accident du travail, inculpé d'escroquerie pour s'être fait payer l'indemnité journalière de la loi du 9 avril 1898, à l'aide d'un certificat médical constatant son incapacité temporaire, bien qu'il n'eût pas cessé de travailler pour le compte d'une autre entreprise, lorsqu'il a été constaté que cet ouvrier a été atteint d'une blessure sérieuse et que la sincérité et l'exactitude des certificats médicaux attestant une incapacité temporaire n'est pas contestée.

La production des certificats ne saurait constituer de manœuvre frauduleuse, non plus que le fait d'avoir travaillé quelques jours au service d'une autre entreprise, dans un emploi moins pénible.

Dans cette espèce, la Cour de Cassation s'est prononcée sur un arrêt rendu, le 25 janvier 1922, par la chambre correctionnelle de la Cour d'appel de Lyon, qui, confirmant un jugement du tribunal correctionnel de Saint-Etienne, du 18 octobre 1921, relaxait un blessé du travail inculpé d'escroquerie, pour s'être fait payer l'indemnité journalière de la loi du 9 avril 1898, à l'aide d'un certificat médical, constatant son incapacité temporaire, bien qu'il n'eût pas cessé de travailler pour le compte d'une autre entreprise, sous le prétexte que ce travail était compatible avec l'incapacité constatée, que l'indemnité journalière ne pouvant être allouée qu'en cas d'incapacité totale temporaire, l'ouvrier avait commis le délit d'escroquerie, en produisant un certificat médical pour obtenir le paiement de l'indemnité, à laquelle son incapacité partielle ne lui donnait pas droit.

Or, constatent les jugements et arrêts ci-dessus, rendus dans cette affaire, la blessure de l'ouvrier était grave et sincère, mais ne lui permettait pas de continuer son travail de piqueur au fond d'une mine, sans néanmoins obliger l'ouvrier à un repos absolu, en ce qui concerne une occupation moins pénible.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE SAINT-ETIENNE

16 octobre 1923.

(*Gaz. Pal.*, 12 nov. 1923 et 1923.2.623).

Il n'y a pas délit d'escroquerie quand l'ouvrier, victime d'un accident du travail, produit, pour se faire remettre par l'assurance l'indemnité de demi-salaire, des certificats attestant une incapacité temporaire de travail, bien qu'il ait en fait repris son travail quelques jours après l'accident, si d'ailleurs le dit ouvrier était atteint d'une blessure sérieuse et si les constatations des certificats étaient exactes.

Blessé au pouce droit, dans une entreprise de travaux publics, blessure constatée par le certificat du médecin traitant et par le contrôle du médecin de l'assurance, l'ouvrier s'était embauché comme laveur dans une houillère.

Nous lisons, dans le jugement, les attendus suivants :

Attendu que la loi, en accordant à l'ouvrier un demi-salaire, fondé sur une incapacité temporaire de travail, n'indique nulle part que cette incapacité devra être totale, pour donner droit au demi-salaire ; qu'elle n'interdit pas à l'ouvrier, dont l'invalidité est seulement partielle, d'utiliser, comme bon lui semble, la capacité, qui lui reste ;

Attendu, en conséquence, que les sommes touchées par R., à titre de demi-salaire, ne l'ont pas été dûment en vertu d'un crédit imaginaire et que leur perception ne peut constituer le délit d'escroquerie ;

Attendu, au surplus que les circonstances qui ont précédé, ou accompagné, la perception de ce demi-salaire ne constituent pas des mesures frauduleuses ;

Qu'en dehors de toute simulation et de toute collusion avec les médecins, ces manœuvres ne pourraient apparaître que dans le fait, par R., de n'avoir pas prévenu le médecin de la reprise du travail, d'avoir fait usage des certificats à lui délivrés ;

Que, sur le premier point, il n'est nullement démontré que l'avis du médecin eût été modifié par l'aveu de R., cet avis étant parfaitement indépendant du fait que R. pouvait l'enfreindre à ses risques et périls ;

Que, sur le second point, R. nanti de certificats sincères et réguliers, pouvait se croire autorisé à les produire, bien qu'ayant repris le travail ;

Que, s'il a dû, jusqu'à un certain point, sentir l'anomalie de sa situation, rien ne permet de lui attribuer l'intention frauduleuse au sens de l'article 405 du code pénal.

Ainsi, comme la Cour de Cassation, dans l'arrêt cité plus haut, le tribunal correctionnel de Saint-Etienne reconnaît que le versement du demi-salaire n'est nullement subordonné, par la loi, à la cessation complète de tout travail, au caractère absolu de l'invalidité. Aussi, rien ne permet de dire, au cas où l'incapacité de fait n'est que partielle, que les sommes payées à la victime, à ce titre, l'ont été indûment.

Dans le même ordre d'idées a été rendu le jugement suivant :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE

(10e chambre), 12 mars 1924.

Gaz. Pal., suppl. juin 1924).

Un ouvrier blessé, touchant régulièrement son demi-salaire, peut, s'il se sent suffisamment rétabli, avant la fin de la période d'invalidité primitivement prévue, s'embaucher à nouveau et effectuer,

dans la mesure de ses moyens, un travail moins fatigant et par suite moins rémunérateur ; mais il faut, tout au moins, que cet ouvrier, agisse sans dissimulation aucune et sans intention délictueuse ; dans ces conditions seulement, le cumul du salaire et du demi-salaire, effectué sans manœuvres frauduleuses, ne peut constituer une escroquerie.

Dans le même sens est rendu l'arrêt suivant de la Cour d'appel de Paris.

COUR D'APPEL DE PARIS (9e Chambre).

15 avril 1924.

(*Gazette du Palais*, 14 mai 1924).

Le sieur R. a interjeté appel d'un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (10e Ch.) du 22 octobre 1923, qui l'avait condamné à dix mois d'emprisonnement pour escroquerie.

Arrêt :

La Cour,

Considérant qu'il est constant que R., embauché le 5 mars 1923 chez D. entrepreneur de transports à Gentilly, assuré à la Compagnie la Préservatrice, a déclaré le jour même avoir été blessé et a produit un certificat médical grâce auquel il a reçu de la Préservatrice une somme de 563 fr. 75, représentant les demi-salaires à raison de 13 fr. 75 par jour du 5 mars au 16 avril ; que cependant, dès le 16 mars, R. était embauché chez J. frères, assurés à la Participation, et percevait de son nouveau patron son plein salaire, tout en continuant à toucher le demi-salaire payé par la Préservatrice ; que le 23 mars 1923, il déclarait s'être blessé à la main droite et produisait un certificat médical et obtenait amiablement de la Participation des demi-salaires qui se sont élevés à la somme de 450 fr. ; qu'ainsi à compter du 23 mars et jusqu'au 16 avril, R. sans se livrer à aucun travail, a touché deux demi-salaires de deux compagnies différentes ;

Considérant que le tribunal correctionnel après avoir fait l'exposé des faits, a déclaré « qu'il résulte de tout ce qui précède que le délit d'escroquerie est nettement caractérisé » ;

Mais considérant que le délit d'escroquerie n'existe qu'autant que la remise d'une somme d'argent a été obtenue à l'aide de manœuvres frauduleuses présentant les caractères spécifiés dans l'art. 405 C. pén. que les premiers juges ont omis de préciser quelles étaient les manœuvres employées par R., d'abord à l'égard de la Préservatrice, ensuite à l'égard de la Participation ; qu'il y a lieu de rechercher si cet élément essentiel du délit existe ;

Considérant qu'il n'est pas contesté que le 5 mars 1923, en gare de la Glacière, R. a été renversé pendant qu'il déchargeait un wagon de caillasse ; qu'aucun doute n'existe sur la réalité de l'accident ; que le docteur F... a constaté que cet accident avait causé à R. des contusions au côté, à la jambe droite et au bras droit, qui ont amené une incapacité partielle et temporaire de travail ; qu'il n'est pas même allégué que R. ait cherché par un moyen quelconque soit à obtenir un certificat de complaisance, soit à donner à ses blessures un caractère de gravité qu'elles n'avaient pas réellement ; que d'ailleurs la Compagnie la Préservatrice n'a formulé aucune plainte et n'a contesté à aucun moment ni la réalité ni la sincérité du certificat ;

Considérant que ces demi-salaires ont continué à être perçus par R. après qu'il avait repris du travail sur un autre chantier, mais que le silence gardé par lui et la non-révélation de cette nouvelle situation qui aurait mis fin au régime des demi-salaires servis par la Préservatrice, ne saurait à aucun point de vue constituer une manœuvre rentrant dans les prévisions de l'art. 405 C. pén. ;

Considérant que la réalité du second accident n'est pas contestée ; qu'aucun doute ne saurait exister sur le mérite du certificat délivré par le docteur J., d'autant plus que les attestations de ce médecin sont corroborées par celles du docteur Girault, médecin de la *Compagnie La Préservatrice* ;

Considérant que si R. devait faire connaître à la Participation qu'il touchait déjà un demi-salaire servi par la Préservatrice, il n'a toutefois eu recours à aucune manœuvre pour dissimuler ce qui s'était passé antérieurement et s'est simplement abstenu de parler.

Considérant que dans ces conditions, un élément essentiel du délit d'escroquerie fait défaut.

Par ces motifs,

Infirme ......

Donc, la Cour d'appel de Paris estime qu'il n'est pas répréhensible, au point de vue pénal, pour un ouvrier, de continuer à toucher un demi-salaire, pour incapacité partielle et temporaire de travail, cependant que le blessé se livre à un autre travail rémunéré, dans une autre entreprise.

Il n'y a pas non plus délit d'escroquerie si l'ouvrier vient à être victime d'un second accident, alors qu'il travaille dans cette seconde entreprise: par suite, il touchera ses deux demi-salaires, à la condition qu'il n'y ait eu aucune manœuvre frauduleuse, ni tromperie aucune.

Donnons enfin, dans le même sens, le jugement suivant :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DU HAVRE
24 mars 1924.

(*Gaz. Trib.*, 13 oct. 1924 ; *Gaz. Pal.* supplément juillet 1924.)

En accordant à l'ouvrier victime d'un accident du travail un demi-salaire fondé sur une incapacité temporaire, la loi du 9 avril 1898 ne fait aucune distinction entre l'incapacite temporaire partielle et l'incapacite temporaire absolue. Dans le silence de la loi, il est donc rationnel de conclure que ces deux hypothèses doivent être réglées d'une manière identique.

Le droit de l'ouvrier étant certain, on ne saurait lui faire grief de ce qu'il a utilisé comme bon lui semblait la capacité qui lui restait. Dès lors, le fait par lui d'avoir tiré parti de cette incapacité ne saurait constituer de sa part une escroquerie.

« Le Tribunal ;

« Attendu que G. comparaît devant le tribunal sous la prévention d'escroquerie ;

« Attendu que cette poursuite est basée sur les faits suivants :

« Le 1er décembre 1923, à la suite d'un accident qui venait de lui arriver, alors qu'il travaillait pour le compte de la maison C., G. s'est fait fait visiter par le docteur Testard qui lui a délivré un certificat constatant une incapacité temporaire de travail pour blessure à l'index droit. Pendant la durée de cette incapacité, évaluée à dix-sept jours, le prévenu a travaillé, du 6 au 12 décembre, pour le compte de l'entreprise L., moyennant un salaire normal de 23 fr. 50. Cependant, sur le vu du certificat du docteur Testard, la Compagnie d'assurances la Préservatrice lui a versé à titre d'indemnité temporaire une somme de 191 fr. 05, calculée sur le taux du 14 fr. 25 par jour. Estimant que ce fait constituait un délit d'escroquerie, ladite compagnie a porté plainte contre le prévenu ;

« Attendu que ce dernier proteste contre la poursuite dirigée contre lui ; qu'il soutient qu'étant atteint d'une incapacité temporairê, il avait le droit d'utiliser comme bon lui semblait la capacité qui lui restait ;

« Attendu qu'il convient d'examiner le mérite de cette prétention ;

« Attendu qu'en accordant à l'ouvrier un demi-salaire fondé sur une incapacité temporaire de travail, la loi du 9 avril 1898 ne fait aucune distinction entre l'incapacité temporaire partielle et l'incapacité temporaire absolue ; que, dans le silence de la loi, il paraît rationnel de conclure que ces deux hypothèses doivent être réglées d'une manière identique ;

« Attendu qu'en se reportant aux travaux préparatoires de ladite loi, on ne tarde pas à acquérir la certitude que telle a bien été la volonté du législateur; qu'en effet : 1° Primitivement, dans son rapport au Sénat en 1890, M. Bardoux faisait état de l'incapacité partielle temporaire aussi bien que de l'incapacité permanente et accordait à l'ouvrier la même indemnité dans les deux cas ; 2° le Sénat adopta cette solution malgré l'opposition de M. Félix Martin, mais la Chambre supprima l'hypothèse de l'incapacité temporaire partielle ; 3° la commission sénatoriale, de nouveau saisie de la question en 1895, accepta cette suppression ; 4° à la séance publique du 5 juillet de ladite année, M. Morellet demande les raisons de cette suppression ; M. Bardoux lui répondit qu'en fait, l'incapacité partielle temporaire n'existait pas dans l'industrie, M. Félix Martin fournit sur ce point l'explication suivante : La plupart des incapacités temporaires dites absolues ne le sont pas en réalité ; la grande majorité des blessés, en effet, ne gardent ni « le lit ni la chambre et sont toujours capables d'un « certain travail ; mais il serait impossible au patron, « même le voulût-il, de le leur fournir. Il les renvoie « donc à leur foyer en leur allouant l'indemnité « pleine prévue par le règlement pour le cas de chô- « mage forcé... » Cette catégorie d'incapacité partielle temporaire existait autrefois dans les polices des compagnies d'assurances contre les accidents. Elles ont été obligées de les supprimer. Les industriels ne la connaissent pas et la repoussent. La Chambre a refusé de l'adopter, même après le vote du Sénat, nous ferons donc sagement d'en débarrasser notre loi ; 5° le Sénat se range à cet avis avec d'autant plus de facilité qu'au cours de la discussion, le rapporteur lui avait révélé que l'avantage pécuniaire résultant pour l'ouvrier de la suppression de l'incapacité temporaire partielle avait été l'un des éléments dont la commission avait fait état pour ramener des deux tiers primitivement envisagés à la moitié du salaire le taux forfaitaire de l'indemnité allouée pour l'incapacité temporaire ; 6° le Sénat vota donc le texte que lui proposait sa commission et qui a formé le paragraphe 4 de l'article 3 de la loi de 1898 (Sénat. — Débats parlementaires, 1895, p. 747 et suivantes).

« Attendu qu'à la lumière de ces débats il devient évident qu'aux yeux du législateur toute incapacité temporaire doit être considérée comme absolue et permet par suite à l'ouvrier qui en est atteint d'obtenir de son patron l'intégralité forfaitaire fixée par la loi ;

« Attendu qu'en faisant l'application de ces principes à l'espèce qui lui est soumise, le tribunal se trouve amené à la conclusion suivante : en réclamant à la Compagnie d'assurances la Préservatrice, substituée à son patron, une somme de 191 fr. 05 à titre d'indemnité de demi-salaire pour l'incapacité temporaire que lui a occasionnée un accident de travail dont la réalité et les conséquences ne sont pas contestées, G. n'a fait qu'user du droit que lui conférait l'article 3, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898 ; en conséquence, la prévention d'escroquerie dirigée contre lui ne saurait être retenue ;

« Par ces motifs ;

« Acquitte G. sans dépens ».

Observations. — Par application du même principe dont il est fait état dans le jugement rapporté, il a été jugé que le fait, par un ouvrier victime d'un accident du travail, à la suite duquel il a été constaté qu'il était atteint d'une incapacité permanente partielle diminuant dans une certaine mesure son aptitude au travail, de s'employer après l'accident chez d'autres patrons avec un salaire égal ou supérieur à celui qu'il avait antérieurement, ne saurait lui enlever le droit à la réparation partielle et forfaitaire d'une invalidité certaine, ni justifier la suspension de la rente à lui allouée : C. de Paris, 17 juin 1920 (*Gaz. des tribunaux*, 5 octobre 1902) ; C. de cassation, 19 janvier 1903 (*Rec. Gaz. des tribunaux*, 1903, 1er sem., 1.109 ; Dalloz, 1903.108 ; Sirey, 1903.1.335).

Adde : C. de cassation, 26 novembre 1901 (Sir., 1902. 1.180) ; Trib. civ. Reims, 4 janvier 1901 (*Rec. Gaz. des tribunaux*, 1901, 1er sem., 2.290) ; C. de Douai, 18 janvier 1900 (Sir., 1901.2.14) ; C. de Douai, 31 octobre 1900 (Dal., 1901.2.373) ; trib. civ. Orléans, 14 février 1900 (*Gaz. du Pal.*, 1900.1.506) ; C. d'Orléans, 30 mai 1900 (Sir., 1901.2.277) ; trib. civ. Lyon, 1er juillet 1900 ; C. de Besançon, 14 juin 1900 (*Rec. Besançon*, 1900 p. 127) ; trib. civ. Montluçon, 18 mai 1900 (*Rec. Gaz. des tribunaux*, 1900, 2e sem., 2.391).

Voir toutefois en ce qui concerne l'indemnité temporaire : trib. de paix de Lille, 28 mars 1900 (*Fr. Judic.*, 1900.2.273).

Conclusion

De tout ceci résulte que nulle part, la loi du 9 avril 1898 n'interdit à l'ouvrier blessé et touchant un demi-salaire, de se considérer comme incapable de se livrer à un travail quelconque.

Par suite, la victime peut toujours essayer d'augmenter ce qu'elle touche comme demi-salaire, en se faisant réembaucher pour un travail moins pénible, ou différent de celui qu'elle accomplissait. Travaillant ainsi à nouveau, l'ouvrier ne sera pas coupable du délit d'escroquerie, s'il se sert des certificats d'incapacité temporaire, pour toucher le demi-salaire, auquel il a droit.

Bien entendu, il faut que le tout se passe le plus correctement possible, sans tromperie, ni dissimulation. Dans la seconde partie de cet article, nous envisagerons dans quels cas il y a escroquerie, lorsque l'ouvrier cherche à se faire remettre des sommes auxquelles il n'a pas droit, ou lorsqu.il simule un accident, ou tente de tromper son docteur.

Quant au médecin, quelle doit être sa conduite ?

Soignant un blessé, il apprend de celui-ci, ou de toute autre source, que son malade travaille à nouveau. Doit-il avertir le premier employeur, ou l'assurance de celui-ci ?

Personnellement, j'estime que le praticien a un devoir : celui de se taire. Cela ne le regarde nullement de savoir ce que fait l'ouvrier, de toute sa journée, à moins que le travail exécuté par le blessé, ne soit préjudiciable à la guérison de la blessure.

Lié qu'il est par le secret professionnel, le médecin doit se contenter de donner ses soins et non pas faire un contrôle quelconque, pour le compte du chef d'entreprise (ou de l'assurance de celui-ci) ni même se porter dénonciateur.

Au chef d'entreprise de faire visiter le blessé par le médecin de son choix et de se faire renseigner, comme bon lui semble, si les occupations de la victime sont, ou non, préjudiciables à la bonne marche de la guérison.

Dans une autre hypothèse, quelle doit être la conduite du médecin, lorsque, soignant un blessé du travail, il voit ce dernier venir faire constater une nouvelle blessure, contractée dans une deuxième entreprise ?

Le docteur devra-t-il en informer le premier patron ? Non, car celui-ci est prévenu par le médecin qu'il a accrédité pour faire le contrôle hebdomadaire, prévu par la loi du 31 mars 1905.

Devra-t-il prévenir le second patron de l'existence d'une blessure primitive, antérieure au second embauchage ?

Non, car la jurisprudence constante de la Cour de Cassation ne reconnaît pas l'influence de l'état antérieur sur la quotité des indemnités à allouer à la victime. Du moment où l'ouvrier avait été jugé capable de faire un travail, malgré sa première blessure, il a droit à la moitié du salaire, qu'il touchait au moment du second accident, dans cette deuxième entreprise.

Mais, dira-t-on, mon raisonnement rigoureux, s'il est juste en droit et en théorie, n'est pas applicable à la campagne, par exemple, alors que les visites de contrôle sont presque impossibles.

J'en conviens, bien qu'avec l'automobile, et le téléphone, il n'existe plus de distances, en clientèle rurale.

Mais il appartient aux compagnies d'assurances de faire comprendre aux chefs d'entreprise que ces derniers ne sont pas en faute, lorsqu'ils emploient, dans leur propre établissement, un ouvrier qui a été blessé.

Nombreux sont les patrons (ou leurs contremaîtres) qui s'imaginent, de bonne foi, qu'un blessé du travail doit cesser toute occupation salariée, dans l'entreprise. Beaucoup seraient étonnés, si on leur disait qu'ils peuvent occuper un blessé à un autre travail moins pénible.

Qu'il soit également rappelé par les compagnies d'assurances à leurs assurés que *la loi du 17* octobre 1919 a modifié le début de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 et décide que « quelle que soit la durée de l'interruption de travail, occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques. »

Par conséquent, bien que l'interruption de travail n'aurait été, dans certains cas, que de courte durée (le temps d'aller chez le docteur, de se faire panser) le blessé pourrait continuer à se faire ultérieurement soigner, tout en étant employé à un autre travail moins pénible, dans la même industrie.

La victime de l'accident serait heureuse de continuer à toucher son salaire plein ; le médecin serait payé de ses soins et le chef d'entreprise, (ou son assurance) ferait l'économie d'un demi-salaire.

Point donc ne serait besoin, pour le blessé de se faire embaucher dans une autre industrie, si on pouvait utiliser sa capacité de travail par un emploi moins pénible, dans la même entreprise.

(*à suivre*) Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

des 27-28 et 29 Novembre 1924.

(*Suite.*)

B. Discussion du rapport sur l'A.M.G. — Le Dr Rinuy (Seine) demande le vote des conclusions de son étude.

L'Assemblée s'associe aux remerciements du président et applaudit le rapporteur dont les conclusions suivantes sont admises à l'unanimité sans abstention :

« *L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, reunie à Paris, en novembre* 1924 :

« 1° *Rappelle que l'Assistance médicale gratuite est un service public. Comme tel, le tarif syndical minimum, voté par les Assemblées générales de* 1922 *et* 1923, *doit lui être appliqué integralement et sans retard.* »

« 2° *Elle prie instamment les Syndicats d'élaborer et de présenter, sans délai, aux Conseils généraux, une organisation complète de soins, prévoyant :*

a) *Le libre choix ;*

b) *Le tarif à la visite ;*

c) *Un tarif chirurgical et d'accouchements pour les divers cas opératoires utilement traitables à domicile.*

d) *Un tarif de spécialités.*

e) *Un contrôle technique, analogue au contrôle de la loi des Pensions.*

« 3° *Elle invite les Syndicats à réclamer partout en France le libre choix du médecin par l'indigent et à faire disparaître les derniers forfaits et abonnements, dans les services autonomes : Paris et les grandes villes.*

4° *Elle engage les Syndicats à faire suivre leurs tractations avec les départements et communes, d'un contrat régulier, dont les prix seront révisables annuellement* (1).

« 5° *Elle recommande enfin aux Syndicats d'établir, en fin d'année, pour leur Assemblée générale statutaire, un rapport sur le fonctionnement du Service d'A.M.G. qui sera critiqué dans tous ses détails.* »

Entre l'exposé du secrétaire général adjoint et du secrétaire général, le Dr Simonin (Haute-Vienne) dépose le vœu suivant relatif aux mesures fiscales et dont l'intérêt n'échappera à personne.

« *Les Délégués des Syndicats médicaux de France, représentant* 16.000 *médecins, réunis en Assemblée générale, le* 27 *novembre* 1924,

« *Emettent le vœu,*

« 1° *En ce qui concerne l'établissement de l'impôt général sur le revenu,*

« *Que le médecin ne soit soumis à aucune tarification basée sur les signes extérieurs de la richesse. Dans beaucoup de cas, familles nombreuses, jeunes médecins nouvellement installes, ces signes extérieurs ne correspondent pas à la fortune réelle du médecin.*

« 2° *Qu'aucune mesure fiscale ne vienne mettre un impôt nouveau sur la maladie en assimilant à des articles de luxe des médicaments qui sont de première nécessité, aussi indispensables au malade qu'au médecin.*

« 3° *En ce qui concerne les maisons de santé, s'il est logique de les taxer sur le chiffre d'affaires résultant de l'hospitalisation de leurs malades, il serait, par contre, illogique, souverainement injuste et complètement contraire aux droits, de faire rentrer dans ce chiffre d'affaires, les honoraires reçus par les chirurgiens, qui leur sont strictement personnels et qui sont déjà soumis à des impôts superposés.*

«*L'Assemblée générale de l'Union tient, en outre, à faire remarquer que l'ensemble des professions libérales qui constituent une infime minorité de contribuables (à peine* 100.000) *payent* 48 *millions d'impôts, alors que la masse des cultivaleurs, par exemple, qui constituent des millions de contribuables, ne payent que* 22 *millions d'impôts.*

« *L'Assemblée générale ne pense pas que ce soit en aggravant les charges financières déjà lourdes et si souvent inéquitables qui frappent le corps médical que l'on peut, d'autre part, se croire autorisé pour l'application des lois sociales, à faire constamment appel à son désintéressement.*

« *L'Assemblée invite le bureau de l'Union à transmettre ce vœu au Groupe médical parlementaire.* »

(Adopté à l'unanimité).

Rapport du secrétaire général (Docteur Quivy) (1).

Mouvement syndical. — L'exposé relatif *au mouvement syndical* (2) ne donne lieu à aucune discussion. Le Dr Quivy propose de renvoyer au prochain Conseil l'étude de l'admission de certains Syndicats, en particulier ceux de Valence, ce qui est adopté.

Travaux du conseil. — 1° *Le service de documentation*, sous l'impulsion du Dr Dejust ne fera que s'accroître. Son rôle considérable n'est contesté par personne ;

2° *Le service de documentation sur l'exercice illégal* rend les plus grands services à tous ;

Le Dr Vauzange (Aube) remercie le Conseil au

---

(1) Voir *Médecin Syndicaliste* du 15 novembrre 1923, page 1.137.

(1) Nous signalerons seulement les points du rapport qui ont fait l'objet d'une discussion ou qui ont été à l'origine d'une décision.

(2) *Médecin Syndicaliste*, numéro d'octobre 1924, série spéciale, page 10.

nom de son Syndicat pour les services rendus par cet Office.

3° *Bulletin de l'Union.* — Le Dr QUIVY insiste sur le fait que le mouvement syndical devra prendre de plus en plus d'extension dans le *Médecin Syndicaliste.*

Le Dr LAUTIE (Hérault) émet le vœu qu'un numéro soit consacré à la constitution d'une sorte d'état des Syndicats et porte en outre la mention des organes locaux de propagande syndicale.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Le Dr VAUZANGE (Aube) demande à ce qu'une place plus importante soit faite aux comptes rendus des différents Syndicats et Fédérations.

En outre il désirerait qu'à partir de 1925, les commissions aient achevé leurs travaux le 1er août afin que les rapports parviennent aux Syndicats longtemps avant l'Assemblée générale, pour permettre une étude attentive.

Le Dr VIEL (Manche) propose une réunion trimestrielle des Syndicats et demande que les questionnaires de l'Union parviennent avant les dites réunions trimestrielles.

Les docteurs QUIVY, LENGLET indiquent que le Bureau n'est pas responsable du retard de parution des différents rapports et que le maximum a été fait pour que les documents soient en temps opportun entre le mains des syndiqués.

LES GRANDES QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR.

Les catégories. — Le Dr QUIVY expose les résultats d'une étude sur la question du tarif syndical minimum dans ses rapports avec le tarif Breton, d'une part, le tarif des Pensions, d'autre part.

Le secrétaire général porte, entre autres conclusions, la suivante : suppression de la 3e catégorie et relèvement de l'indemnité kilométrique.

L'ordre du jour suivant signé des docteurs DUBY, LAYRAL, BOUVAT, RIGAL est proposé :

« *L'Assemblee generale de l'Union donne mandat au Conseil d'etudier dans les trois mois, les moyens d'obtenir des tarifs régionaux pour l'application de l'article 64, avec suppression des catégories.* »

(Adopté à l'unanimité moins une voix.)

LES TRAVAUX DES COMMISSIONS OFFICIELLES.

Loi des pensions. — Après un court exposé du Dr QUIVY, le Dr LENGLET expose rapidement l'aspect général de l'Assemblée des secrétaires des commissions de contrôle, qui s'est déroulée dans l'union la plus parfaite.

Le Dr WEISS (Seine) mandaté par le Syndicat de la banlieue Ouest et Nord vient demander s'il est conforme au décret du 25 octobre 1922 que les Commissions de contrôle, usant de l'article 17, puissent constituer une juridiction disposant de sanctions contre les médecins, comme cela s'est produit pour un médecin de son syndicat.

Le Dr LENGLET ne pense pas qu'en droit ce rôle soit échu aux Commissions, mais en fait, celles-ci proposent des sanctions à l'autorité administrative. Et cela est un bien, car il est constitué ainsi une sorte de juridiction à l'intérieur de la profession, qui est une sauvegarde. Au surplus, tout médecin peut faire appel devant la Commission supérieure, d'une décision départementale qui paraîtrait injustifiée.

Les docteurs COLDEFY (Seine) et HERVY (Haute-Vienne) mettent successivement en évidence la nécessité de ces sanctions.

L'incident est clos.

Au sujet de l'indemnité kilométrique, le Dr LELONG (Savoie) demande que le tarif ne soit jamais inférieur à celui de l'A.M.G.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part les docteurs HERVY, LEFEVRE, LAFONTAINE, le vœu suivant est proposé par le Dr LAFONTAINE :

« *L'Assemblée générale décide que la Commission des tarifs dressera le programme des revendications ; mettra à l'étude la question du tarif regional et ultérieurement les décisions seront prises après communication de cette étude aux Syndicats.* »

(Adopté à l'unanimité.)

28 NOVEMBRE 1924. — *Séance du matin.*

Délimitation des régions dévastées. — Le Dr HURTREL (Somme), délégué du Syndicat de la Somme, proteste contre la conception de la liste des régions dévastées de son département. L'arrondissement de Montdidier a été omis, alors qu'il a été complètement dévasté. Il s'agit d'une erreur et le Délégué de la Somme demande, pour les Bureaux de cet arrondissement, le bénéfice des avantages accordés aux médecins des régions meurtries par la guerre.

Le Secrétaire général lui donne l'assurance que le nécessaire sera tenté.

Consultation des syndicats. — Le Dr QUIVY expose que les résultats des consultations parvenues depuis le 15 septembre seront publiés dans un numéro ultérieur.

Commission d'études de l'Union. — Exposé général sans discussion. Lecture des conclusions du secrétaire général.

Le Dr DUBY, au nom du Syndicat de Bourg-Trévoux, apporte ses critiques au rapport du secrétaire général.

Il le déclare incomplet, sauf en ce qui concerne les assurances sociales et regrette que les débats de l'Assemblée générale de 1923 n'aient pas été suffisamment développés. Il regrette un geste qualifié de malencontreux auprès du Groupe médical parlementaire sur les Assurances sociales et déclare « prématurée » la démarche faite auprès du Dr CHAUVEAU. Il fait le procès du syndicalisme médical tel qu'il est actuellement conçu par les « dirigeants de l'Union » et qualifie d'abdication morale et matérielle ce que, jusqu'ici, on a considéré comme des victoires (Loi des Pensions).

Il exprime le désir que le *Médecin Syndicaliste*

publie un compte rendu fidèle et complet des débats de cette Assemblée générale et félicite le Groupement des Charentes et Poitou de ses initiatives. D'ailleurs, il ne votera pas les conclusions du secrétaire général.

Le Dr CIBRIE (Seine) demande la suppression des conclusions du paragraphe premier du Titre 5 des conclusions.

Le Dr HUMBEL (Seine-et-Oise) expose la nécessité de l'adaptation des médecins à la médecine sociale qui s'est créée en réalité, en dehors d'eux, faute de quoi on aboutirait au salariat médical.

Il cite des exemples de tout ce qui se passe, en particulier, pour les Compagnies de Chemins de fer.

Le Dr LAFONTAINE déclare vouloir faire justice des critiques qui, depuis longtemps, paraissent vouloir paralyser l'action syndicale. Il cite, notamment, les articles ou opinions des docteurs CIBRIE, VANVERTS, MICHON.

Il y a nécessité de préciser, une fois de plus, le fonds de la doctrine et d'abord, qu'est-ce que la « prise en charge de la médecine sociale » ? Il ne s'agit pas, contrairement à ce que croit le Dr VANVERTS, d'organiser seuls la médecine à l'exclusion de toute influence étrangère ; ce n'est pas la médecine au médecin.

Il montre par quelle progression les médecins ont d'abord compris la nécessité de se connaître, puis se sont rassemblés pour discuter les conditions de la pratique médicale et pour prendre des décisions concertées lorsqu'ils se sont trouvés en présence de collectivités importantes et fortes, telles que Sociétés de Secours mutuels, Syndicats Patronaux et devant l'Etat lui-même.

Il existe, selon lui, trois types d'organisation de la médecine :

Une organisation dans le cadre du salariat, avec salaire forfaitaire fixe. Il cite, à ce propos, un article de l'*Economie Nouvelle* de septembre 1924, où est inscrite la phrase suivante tout à fait symptomatique : « Le médecin d'usine est plus avantageux, car il travaille à forfait. »

Le deuxième mode est l'exercice de la profession dans le cadre fonctionnarial.

Le troisième mode, qu'il préconise, est le mode syndical, basé sur ce principe que tout ce qui intéresse les professionnels doit être discuté par ceux-ci et librement consenti par eux. Il donne un exemple de ce qu'a été ce mode d'action pour la loi des Pensions et pour le tarif Breton.

Il adjure les syndiqués de ne se désintéresser d'aucune question : l'enseignement, les dispensaires doivent particulièrement retenir l'attention ; ce qui fait la force du syndicalisme médical, c'est que la défense des intérêts privés est étroitement unie à la défense des intérêts particuliers de chaque individu, et à celle des intérêts publics. (*Applaudissements.*)

Le Dr RENON (Deux-Sèvres) met en garde l'Assemblée contre ce fait que les dissentiments peuvent naître facilement de mots. Le mieux est de s'entendre sur les faits. Et d'abord, que nous enseignent-ils ? Qu'il faut s'associer, puis décider surtout au sein de la cellule initiale, qui est le Syndicat ; mais pour qu'un syndicat soit fort, il faut qu'il soit nombreux et riche.

De là, est née l'idée d'agréger les syndicats locaux en syndicats de rayons plus étendus ; c'est ce qui s'est passé dans sa région, où il existe, à l'heure actuelle, un syndicat par département et où 5 syndicats départementaux se sont réunis en une entente intersyndicale. Il résulte de cette organisation un ordre et une méthode très satisfaisants.

L'orateur en arrive à envisager le rôle de l'Assemblée générale, munie des pouvoirs souverains, mais qui doit émettre des votes motivés en connaissance de cause.

La conception régionaliste elle-même ne paraît nullement en opposition avec la souveraineté de cette Assemblée.

Envisageant l'organisation de la médecine, il montre que celle-ci a deux aspects : question d'ordre intérieur pour laquelle il lui paraît nécessaire qu'un code déontologique soit étudié et dans lequel de nombreuses questions s'interfèrent (tarif minimum syndical, etc.).

L'aspect extérieur lui paraît nécessaire d'opposer un front unique. Il exprime le vœu que l'on s'entende en face de solutions, divergentes plus en apparence qu'en réalité. Pour lui, il faut que, d'abord, tout le monde soit bien d'accord sur les principes et ceux qui sont, en son sens, sont intangibles : le libre choix et le secret professionnel.

Le Dr RENON convient que tout n'est pas parfait dans les formes de contrats collectifs que certains médecins subissent, à regret, à l'heure actuelle, et qu'en particulier, le tiers-payant et la tarification à outrance peuvent être la cause d'abus ou de formalités inutiles, mais il y a, selon lui, une question de tactique et d'opportunité ; et il demande à chacun de faire quelques sacrifices dans le but supérieur de constituer un bloc sans fissure, prêt à défendre les principes dont il a parlé.

Le Dr LENGLET rejette violemment du syndicalisme médical toute tendance politique quelle qu'elle soit, les seuls intérêts de la profession médicale devant nous conduire.

Le Dr BATIER, de Strasbourg, demande à l'Assemblée de ne pas se désintéresser du travail parlementaire sur les questions sociales telles que les assurances, car les médecins Alsaciens qui eux, sont déjà pourvus de systèmes dans lesquels ils ont dû prendre place de toute nécessité, ne comprendraient pas cette abstention.

Le Dr BONVALLET constate qu'un point de doctrine divise l'Assemblée et, qu'aux quelques protestataires d'il y a 4 ans, sont venus s'ajouter de nombreux médecins et délégués.

Il rejette toute taxation qui uniformise dans les mêmes honoraires des actes médicaux essentielle-

ment dissemblables et qui valent par la qualité de celui qui les donne.

D'autre part, le tiers payant est agent d'immoralité.

Enfin le contrôle ne se contente pas d'être désagréable, il est inutile, vexatoire et incompatible avec la dignité de la profession médicale. Ce sont là des arguments d'ordre moral et leur valeur est grande. Il ne faut pas que se généralise une médecine basée sur la paperasserie, mais, au contraire, que la tradition de la vieille médecine soit respectée.

Le Dr Le Fur rejette, à son tour, la médecine collective qui est, dit-il, d'ordre inférieur. Au surplus, il s'abstiendra de développer ce thème car, à son sens, on a déjà commis la faute d'empièter, au cours de la matinée, sur les discussions qui devaient trouver place ailleurs.

Il regrette que les conclusions du secrétaire général soient libellées de telle façon que leur vote engage le vote qui doit avoir lieu sur des questions particulières (assurances sociales).

En particulier le terme employé au chapitre premier du titre 5 des conclusions soit « médecine de contrôle » lui paraît inacceptable. Le Dr Quivy précise qu'il entend par médecine de contrôle celle des contrôles déjà organisés par l'Etat, et il ajoute cette précision entre parenthèses aux termes de ses conclusions.

Le Dr Vanverts exprime, à son tour, le regret que le débat ait dévié ; il souhaite que l'on ne discute pas au sujet de mots.

La discussion sur les conclusions du rapport du secrétaire général étant épuisée, ces conclusions sont adoptées par l'Assemblée, avec l'adjonction relative à la médecine de contrôle.

L'Assemblée générale invite les syndicats :

A poursuivre la réalisation de l'organisation syndicaliste de la médecine publique en matière de soins, de médecine de contrôle (inspection médicale des écoles, médecins d'embauche, assermentés, experts, etc.) de lutte contre les fléaux sociaux, de défense sanitaire. Il est entendu que ce vote n'engage en rien les discussions qui vont avoir lieu sur les différentes questions à l'ordre du jour de cette Assemblée.

(A suivre.)

IIIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires.

Nous avons déjà annoncé que ce Congrès se tiendra à Paris du 20 au 25 avril 1925.

Des avantages de circulation sont accordés aux Congressistes dans des conditions telles qu'un voyage à Paris s'en trouvera singulièrement facilité pour eux.

Rappelons en outre que de brillantes réceptions officielles, un gala à l'Opéra, une visite à Versailles, seront organisés. Un Comité de dames est prévu pour accompagner les femmes et filles des Congressistes et leur faciliter des visites instructives et attrayantes. Des circuits organisés à tarifs réduits, permettront aux Congressistes qui le désireront, de visiter dans les conditions les plus favorables, les environs de Paris, Chantilly, Fontainebleau, les champs de bataille de Verdun. En outre, des voyages seront organisés par les villes d'eaux des Pyrénées, du Massif Central, des Vosges, des Alpes ou de la Côte d'Azur.

Facilités de voyage : Pour les officiers français (1) encore dans les cadres, la participation aux démonstrations techniques qui auront lieu pendant la durée du Congrès sera comptée pour sa durée effective comme période d'instruction volontaire, ne comportant ni solde, ni indemnités. Elle donnera droit, sur demande adressée au directeur régional du Service de santé, à l'attribution d'un ordre de déplacement entraînant l'application du *tarif militaire sur les réseaux ferrés*, pour le seul itinéraire que déterminera le lieu de domicile et dans les délais stricts correspondant aux dates des exercices et visites.

(1) Médecins des réserves.

Ces mêmes officiers, s'ils le préfèrent, les anciens militaires rayés des cadres, les Congressistes étrangers avec les femmes et filles non mariées de ces derniers seulement, pourront bénéficier d'une *réduction* consentie à titre exceptionnel par les chemins de fer français, *égale à 50 % des tarifs, valables du 10 avril au 15 mai.*

Selon les prévisions, en raison de la date du Congrès, les réductions consenties aux porteurs des bons de l'Exposition des Arts décoratifs seront utilisables.

Des réductions de tarif sont en outre accordées aux Congressistes par les *Compagnies de navigation maritimes et aériennes françaises* (de 25 à 50 %).

Des bons de réduction sur les voies ferrées ou les lignes maritimes et les indications indispensables pour bénéficier de tarifs réduits seront adressés avec la carte d'adhérent aux Congressistes qui feront parvenir leur adhésion avec toutes les précisions voulues avant le 1er février 1925.

Les conditions d'adhésion sont les suivantes :

1° Sont conviés au Congrès tous les médecins et pharmaciens appartenant ou ayant appartenu aux armées de terre ou de mer des Nations alliées, associées et neutres.

Tous les officiers appartenant ou ayant appartenu au Service de santé français, les dentistes militaires, les personnalités qui ont été chargées par le Ministre de missions se rapportant au fonctionnement du Service de santé sont invités à participer au Congrès.

Les dames et les filles des Congressistes sont invitées à les accompagner.

2° *La cotisation est fixée à 30 francs français pour les hommes, 20 francs pour les dames.*

3° *Les adhésions devront être parvenues si possible avant le 1er février* 1925, *terme de rigueur*. si les Congressistes désirent qu'on leur assure le logement. Elles doivent être adressées au *Commissariat du Congrès*,66, *rue de Bellechasse, Paris VIIe*, directement par les intéressés, ou par l'intermédiaire des Comités de propagande régionaux ou nationaux ou des journaux médicaux qui veulent bien prêter leurs bons offices.

3° Les cotisations doivent être acquittées en numéraire, en mandats-postes, bons de poste, mandats-carte et mandats internationaux, ou par chèques, portant la suscription : M. l'officier d'administration du Service de santé, trésorier du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

5° Il sera envoyé, en retour, une carte d'adhérent nominative et numérotée.

***

A l'occasion du Congrès de médecine et de pharmacie militaires, une exposition concernant les arts appliqués à la médecine, à la chirurgie, à la pharmacie, ainsi qu'à l'hygiène sanitaire, se tiendra dans les jardins du Val-de-Grâce.

Les demandes de renseignements et les adhésions concernant l'Exposition doivent être adressées au Comité français des Expositions, 42, rue de Londres, Paris.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Légion d'honneur.** — Dans la promotion du Ministère de la Guerre du 7 janvier dernier, nous avons lu avec un très vif plaisir les noms de MM. les docteurs F. Cadenat, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, et L. Bory, ancien chef de clinique, nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Tous nos compliments les plus sympathiques à nos distingués collaborateurs.

— **Enseignement oto-rhino-laryngologique.** — Le Dr Georges Liébault commencera, le *vendredi 16 janvier, à 17 h. 30, à l'Hôpital-école Heine-Fould*, 35, *rue de la Glacière*, à Paris, une série de conférences qu'il continuera les *lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure* d'après le programme suivant (notions élémentaires de pathologie oto-rhino-laryngologique à l'usage des praticiens) :

1. L'angine aiguë et son traitement.
2. L'abcès amygdalien.
3. Les troubles paresthésiques de la gorge.
4. L'hypertrophie des amygdales.
5. L'enrouement. L'aphonie. Le malmenage vocal.
6. La dyspnée laryngée.
7. L'obstruction nasale. Ses causes. Ses conséquences.
8. L'hydrorrhée nasale. Les coryzas purulents.
9. Les céphalées et les troubles oculo-orbitaires d'origine nasale.
10. L'épistaxis.
11. Les végétations adénoïdes.
12. L'otite externe. Les corps étrangers du conduit. Les bouchons de cérumen.
13. L'otite moyenne aiguë et son traitement.
14. L'otite moyenne suppurée chronique et son traitement.
15. Les mastoïdites.
16. Les otites scléreuses.
17. Les vertiges auriculaires. La maladie de Ménière.

— **VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie.** (Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926). — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Curiethérapie du cancer utérin.
2° Thérapeutique des tumeurs cérébrales ;
3° Chirurgie de la rate ;
4° Abcès du foie ;
5° Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonnienne.

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan (1er avril), Padoue (2 avril), Venise (3 avril), Bologne (4 avril), Florence (5 avril). Gênes (13 avril), Pavie (14 avril), Turin (15 avril).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr L. Mayer, secrétaire de la S.I.C., 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

— **Les vins des hospices de Beaune.** — La vente des célèbres vins des hospices de Beaune (le « Beaune-Hospice », une des spécialités de Marguery, figurait souvent, avant la guerre, sur le menu des banquets du *Concours*) a produit cette année 709.524 francs. L'année dernière, le total était de 759.280 francs. C'est, on le voit, même frais déduits, une belle obole pour les bénéficiaires.

— **Radiologie du cœur. Méthodes graphiques et électrocardiographie (clinique thérapeutique, hôpital de la Pitié).** — MM. Bordet et Vrcoël commenceront, à la clinique thérapeutique de la Pitié, sous la direction de M. le professeur Vaquez, une série de vingt-cinq leçons avec exercices pratiques et examen de malades, sur la radiologie du cœur, les méthodes graphiques et l'électrocardiographie, le 12 janvier 1925, à 10 heures.

— **Naissances.** — Le Dr R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris et Madame nous font part de la naissance de leur fille Christiane.

Nos meilleurs compliments.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Pourriez-vous me dire quel est le montant que je dois avoir à payer, d'après ces chiffres déclarés.

Ma déclaration est-elle bien établie, comme je l'ai faite plus haut ?

Réponse.

Si nous comprenons bien votre lettre, le contrôleur a pris le montant de vos recettes brutes comme base de l'impôt soit respectivement 19.183,37.157 fr., etc, au lieu de 2.516,22.528 fr., etc.

Cette prétention est injustifiée, car les dépenses professionnelles doivent être admises en déduction des recettes brutes ; cependant, nous vous prions de remarquer que les frais d'installation ne sauraient être déduits en une seule fois, seul l'amortissement de ces dépenses est admis pendant une période qui correspond à la durée probable des travaux exécutés ou des instruments achetés.

En général, ces frais d'installation s'amortissent en 10 ou 20 ans. Si vous amortissez en 10 ans, vous aurez le droit pendant 10 ans, de déduire chaque année 10 % du montant des frais d'installation. Vous avez le droit également de déduire les intérêts payés à votre prêteur.

Pour calculer exactement votre impôt, il serait nécessaire que vous nous indiquiez votre situation de famille : si vous êtes marié et si vous avez des personnes à votre charge (enfants mineurs ou ascendants âgés de plus de 70 ans).

Nous vous conseillons de présenter une réclamation au préfet en raison des impositions dont vous êtes l'objet.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

3227. — Ligature et épluchage.

J'ai encore recours à votre compétence avant de rédiger ma note d'honoraires pour l'assurance la P. peu généreuse pour les grosses notes...

Le tarif Breton tarifant : régularisation, épluchage et suture, etc., 100 — 25 % = 75 net.

Suture de la radiale, puis-je porter sur ma note ces deux actes opératoires, ou bien la suture de la radiale doit-elle être comprise dans le premier acte chirurgical indiqué ci-dessus ?

Dr B.

Réponse.

La « ligature » d'une artère comprend toutes les diverses interventions qu'entraîne celle-ci, y compris la suture terminale de la plaie béante. De même « l'épluchage, etc. » comprend tout ce qui concerne la remise en état de la plaie, en vue d'une réunion par première intention. Donc, si votre ligature de radiale fut faite au fond même de la plaie « épluchée », je ne vois pas que vous puissiez compter les deux interventions, mais bien l'une ou l'autre à votre choix. F. D.

NOTE DE PRATIQUE QUOTIDIENNE

Les vomissements cycliques de l'enfant.

Claire S., 5 ans, née de père inconnu et d'une mère bacillaire, est adoptée par une famille qui lui donne son nom. Rien d'anormal durant les quatre premières années, sinon une nervosité excessive se manifestant, en particulier, par des terreurs nocturnes.

Il y a six mois, une iritis a compromis l'œil droit. Des soins intelligents et assidus ont eu raison de cette affection oculaire.

Presque au même moment, une crise de vomissements durant trois jours et trois nuits, affaiblit l'enfant. La crise passée, on croit à une simple intoxication alimentaire, quand chaque 45 jours, la même crise se reproduit avec la même intensité — d'abord — avec une intensité redoublée ensuite, car on a noté jusqu'à trois vomissements par heure, et cela, nuit et jour.

On élimine la cause « appendicite » ainsi que la méningite tuberculeuse ; il s'agit nettement ici de *vomissements cycliques ou périodiques* avec acétonémie.

Ces vomissements, fort pénibles pour l'enfant et l'entourage, sont bénins sans doute ; mais comme ils peuvent se continuer au cours de la seconde enfance et, quelquefois, jusqu'à la dixième année, il faut essayer de tout mettre en œuvre pour les combattre ou, tout au moins, en atténuer la fréquence.

Claire S., a d'abord été soumise au traitement des lavages intestinaux avec la sonde à double courant. L'eau bouillie à 25° était additionnée de 5 gr. de bicarbonate de soude. Tous les matins, on donnait à la fillette 50 cgr. de sulfate de soude dans 50 gr. d'eau de Vichy-Célestins.

On dut bientôt abandonner cette médication : l'enfant présenta, il y a deux mois, une crise d'anémie aiguë.

Appelé par le médecin habituel à cause de cette enfant, j'indiquai le traitement pratiqué, dans des cas analogues, dans le service de M. Jules Renault, à l'annexe Grancher de l'hôpital Saint-Louis.

Pendant les crises, confier l'enfant à une garde intelligente qui ne s'affole pas, qui maintient l'obscurité et qui obtient de l'enfant qu'elle puisse rester aussi immobile que possible dans son lit. Chaque heure, une cuillerée à café d'eau glacée.

Dans l'intervalle des crises, un petit purgatif salin, chaque 8 jours :

Sulfate de soude....	5 grammes
Sulfate de magnésie.	4 grammes
Phosphate de soude.	3 grammes

dans un demi-verre d'eau de Vals.

2° A la fin de chaque repas, pendant 8 jours : un paquet de :

Pancréatine.......
Papaïne......... âà 0,05 cgr.
Maltine.........

pour un paquet, n° 15.
dans un peu de confiture d'orange.

3° Pendant 8 autres jours :

Benzonaphtol....
Bétol........... âà dix centigr.
Lactose.........

pour un paquet, n° 15.
également dans un peu de confiture.

4° Injection de sérum marin pour remonter l'enfant.

Régime : L'enfant sera surtout au régime végétarien et fruitarien, avec pâtes alimentaires dont la préparation sera aussi variée que possible.

La vie au grand air, la gymnastique, l'héliothérapie soigneusement dosée, l'hydrothérapie (tiède sur le corps, très chaude sur les jambes et les pieds). Une saison à Vichy, Vals et aussi, en alternant, à Châtel-Guyon et à la Bourboule (cette dernière pour l'état général) sera indiquée. L'association des cures thermales est ici particulièrement recommandée.

Raymond MOLINÉRY.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

I

Droit aux soins gratuits. Inscription sur les listes spéciales.

Si l'inscription sur les listes spéciales est une formalité essentielle pour donner droit aux soins, le fait d'avoir été mis tardivement en possession du carnet de soins ne saurait priver l'intéressé de ce droit.

DÉCISION DU 23 OCTOBRE 1924.

Considérant que M. demande le remboursement d'une somme de 270 fr. (deux cent soixante-dix fr.), montant des frais avancés pour son traitement à l'inhalatorium du Dr

Que M. a été traité dans cet établissement du 26 mars au 27 avril 1923 ;

Qu'il a été inscrit dans la liste spéciale de la commune de à la date du 1er avril 1923 et qu'il a été mis en possession du carnet de bons de visite seulement le 27 avril 1923 comme on fait foi une attestation du maire d' .

Que la Commission départementale a rejeté sa demande parce que : « les frais ont été engagés avant la délivrance du carnet de soins gratuits » ;

Attendu que l'appel interjeté dans le délai de vingt jours est recevable ;

Que l'article 64, § 2 et 3 dispose :

« Les ayants droit seront, sur leur demande, inscrits de plein droit sur les listes spéciales établies chaque année à leur domicile de secours sous le titre « Soins médicaux aux victimes de la Guerre » ;

« Cette inscription leur donnera droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension » ;

Que l'inscription dans les listes spéciales est une formalité substantielle ;

Que le droit aux soins gratuits est fixé pour M par la date de son inscription le 1er avril 1923 ;

Que le fait de n'avoir été mis en possession du carnet de soins que le 27 avril suivant ne saurait le priver du droit aux soins entre le 1er et le 27 avril ;

Mais attendu que la date de chaque séance d'inhalation et leur nombre total ne figure pas au dossier ;

Pour ces motifs ;

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme la décision de la 3e Commission départementale de la

Dit que M. a droit au remboursement des séances d'inhalation payées par lui du 1er au 27 avril à charge d'en apporter la preuve devant la Commission supérieure.

II

Interventions à l'hôpital.

Le chirurgien ne saurait réclamer le prix d'une intervention faite à l'hôpital public.

Décision du 23 octobre 1924.

Considérant que la Commission départementale a autorisé le paiement au Dr de la somme de 300 fr. pour prix d'une opération qu'il a exécutée le 9 juin 1923 à l'hôpital public de

Attendu que l'appel interjeté dans le délai de 20 jours est recevable ;

Que l'article 66 du décret du 25 octobre 1922 prescrit ;

« Si le malade est admis dans un hôpital public, les frais de séjour, de traitement et d'intervention sont remboursés suivant le tarif adopté dans cet hôpital ;

« Lorsqu'un hôpital comporte plusieurs tarifs, ou comprend des salles civiles ou des salles militaires, le tarif à adopter est :

« Dans les salles civiles, le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes ;

« Dans les salles militaires, le tarif spécial aux

militaires traités au compte du Ministère de la Guerre » ;

Que le chirurgien ne saurait donc réclamer le prix d'une intervention faite à l'hôpital public ;

Pour ces motifs ;

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme la décision de la Commission départementale du

III

Traitement dans un sanatorium

Le pensionné de guerre n'est pas fondé à demander le remboursement des somme avancées par lui pour son traitement dans un sanatorium.

DÉCISION DU 23 OCTOBRE 1924.

Considérant que M. a demandé le remboursement des sommes par lui avancées pour son traitement du 10 novembre 1922 au 10 mai 1923 au sanatorium **M.**

Que la Commission départementale a refusé ce remboursement, considérant que M. est entré au sanatorium M. de son propre chef, sans avis à la Commission de contrôle et sans production d'un certificat médical ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Qu'en principe aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, § 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur la liste spéciale « ont droit à la *gratuité* des soins médicaux « et pharmaceutiques, mais exclusivement pour « les accidents ou complications résultant de la « blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à « pension » ;

Que, par conséquent, le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont, légalement, aucun remboursement à réclamer, et seuls, dès lors, les médecins ou pharmaciens ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat;

Que, pour ce motif, le décre t du 26 septembre 1919 n'a prévu de remboursement et n'a réglementé les formes à suivre à cet effet qu'à l'égard des médecins, des pharmaciens et des établissements hospitaliers à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes ;

Qu'au surplus, aux termes de la circulaire du 19 septembre 1921, les bénéficiaires qui sollicitent leur placement dans les stations sanitaires du Ministère de l'hygiène, devront adresser une demande à la préfecture de leur département ;

Que la demande sera ensuite transmise à M. le Ministre de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales accompagnée d'un certificat médical ;

Que l'admission sera prononcée par le Ministre de l'hygiène ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel en la forme, le déclare mal fondé ;

Confirme la décision de la Commission départementale de la

IV

Traitement radiothérapique.

Si l'article 20 du décret a prévu les limites dans lesquelles pourrait s'effectuer le traitement du bénéficiaire, c'est seulement pour éviter à l'Etat des frais inutiles de transport pour le cas d'hospitalisation.

DÉCISION DU 23 OCTOBRE 1924.

Vu la décision de la Commission départementale de en date du 31 août 1923 ;

Vu la notification du préfet en date du 15 septembre 1925 ;

Vu l'appel du Dr en date du 2 octobre 1923 ;

Vu la loi du 31 mars 1919 modifiée par la loi du 21 juillet 1922 ;

Considérant que le Dr demande la rémunération d'une application de radiothérapie qu'il a faite le 23 mai 1923 au capitaine d' pour « goitre exophtalmique » ;

Que la Commission départementale a refusé le paiement d'une somme de trois cents fr. (300 fr.) montant du mémoire présenté, « les interventions faisant l'objet de ce mémoire ayant été pratiquées en dehors du ressort de la Faculté de médecine du malade » ;

Que le Dr a, par lettre en date du 25 mai, prévenu la Commission départementale de cette intervention ;

Que, d'autre part, le capitaine écrit s'être rendu à sur les conseils de son médecin traitant pour éviter une dangereuse fatigue ;

Que le département de ressortit à la Faculté de médecine de

Mais attendu que la ville d' est plus proche de la ville de que de celle de ; que si le décret du 25 octobre 1922, art. 20, a prévu les limites dans lesquelles pourrait s'effectuer le traitement du bénéficiaire, c'est pour éviter à l'Etat des frais inutiles de transport dans le cas d'hospitalisation.

Pour ces motifs ;

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé :

Infirme la décision de la Commission départementale de , dit qu'il convient de payer au docteur une somme de trois cents francs (300 fr.) pour une séance de radiothérapie pénétrante.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 *décembre*

Service militaire.

Loi du 22 *décembre* 1924 *fixant la durée du service militaire pour les sursitaires des classes* 1921 *et plus anciennes.*

Aux termes de cette loi, les jeunes gens des classes dont il s'agit, actuellement en sursis, ne seront astreints qu'aux obligations de service actif de la classe, avec laquelle ils seront incorporés.

Les sursitaires des mêmes classes actuellement sous les drapeaux seront renvoyés dans leurs foyers après 18 mois de service.

Ceux qui, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure, seront nommés officiers ou sous-officiers de réserve après avoir suivi un cours d'élèves officiers de réserve ne seront astreints qu'à une année de présence sous les drapeaux.

Ecole d'applicaton des médecins de la marine.

Arrêté du 15 *décembre* 1924 *complétant l'instruction du* 14 *avril* 1910 *relative à l'organisation de l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens de* 3e *classe de la Marine, à Toulon.*

25 *décembre.*

Tarif pharmaceutique des mutilés de guerre.

Arrêté du 24 *décembre* 1924 *complétant l'arrêté du* 12 *janvier* 1923 *fixant le tarif des produits pharmaceutiques.*

Le ministre des pensions,
Le ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'article 65 du décret du 25 octobre 1922 ;

Vu l'avis de la commission spéciale instituée en vertu dudit article 65 ;

Vu l'avis de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits,

Arrêtent :

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté interministériel du 12 janvier 1923 fixant le tarif des produits pharmaceutiques à délivrer au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est complété comme suit :

« A. — Toute feuille d'ordonnance, portant prescription d'eaux minérales, au titre de l'article 64, doit être transmise à la commission tripartite départementale avec l'avis du médecin traitant indiquant les raisons d'ordre médical qui motivent cette prescription. Seules les feuilles d'ordonnance de cette nature portant le « Vu bon à délivrer » de la commission tripartite départementale peuvent être remboursées au titre de l'article 64.

« En tout état de cause, les autorisations délivrées par la commission tripartite départementale seront limitées à douze bouteilles d'eau minérale par trimestre et par bénéficiaire. Les eaux minérales ayant le caractère d'eau de table ne peuvent pas être remboursées au titre dudit article.

« Les dispositions précédentes ne s'appliquent pas aux eaux purgatives.

« B. — Ne peuvent être remboursées au titre de l'article 64 :

« *a)* Les vins, en nature ou mélangés, à l'exception du vin de digitale composé ou vin de Trousseau ou de l'Hôtel-Dieu, du vin de Scille composé ou vin de la Charité, du vin aromatique.

« *b)* Les élixirs, à l'exception de l'élixir parégorique.

« *c)* Les alcoolats en nature, à l'exception de l'alcoolat de cochléaria composé et de l'alcoolat de Fioravanti.

« *d)* L'eau de Cologne, l'eau-de-vie de lavande, l'eau dentifrice, les pâtes , savons, et, d'une façon générale, les produits de toilette ».

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur à partir du 15 février 1925.

Fait à Paris, le 24 décembre 1924.

(*J. O.*, 25 décembre 1924).

28 *décembre.*

Accidents du travail.

Arrêté du 24 *décembre* 1924 *modifiant l'arrêté du* 8 *juillet* 1920 *fixant les tarifs des frais médicaux en matière d'accidents du travail.* (*Tarif Breton*).

Cet arrêté, qui modifie les articles 1er (prix de la visite), 2 (prix de la visite d'urgence et de la présence à la visite de contrôle) et 26 (tarif des électro-radiologistes) du tarif Breton, sera publié prochainement dans son intégralité.

Il est applicable à dater du 1er janvier 1925.

29 *et* 30 *décembre*

Enseignement de la médecine.

La date d'ouverture de la *session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé* près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie est fixée au 19 *janvier* 1925.

Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit :

Médecine : 19 janvier.

Chirurgie et obstétrique : 21 janvier.

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie ; physiologie, chimie, physique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie : 23 janvier.

Les compositions ont lieu dans chaque Faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de trois heures.

Asiles d'aliénés.

Un *concours s'ouvrira à Paris, le* 2 *mars* 1925, au Ministère du Travail et de l'Hygiène, pour l'admission aux emplois de *médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.*

Les candidats devront adresser au Ministère du Travail et de l'Hygiène une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues, au 1er bureau de la Direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au 10 février inclus.

Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Le traitement alloué est fixé à 1.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Sommes versées par l'Etat aux chefs de familles nombreuses.

1807. — M. PERNOT, député, demande à M. le ministre du travail : 1° de faire connaître quelles sont les sommes qui, au cours de l'exercice 1923, ont été versées par l'Etat aux chefs de familles nombreuses : *a*) au titre de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses ; *b*) au titre de la loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses ; 2° de préciser quelle est, parmi les sommes payées au titre de la loi du 14 juillet 1913, la part qui a été versée aux chefs de familles françaises et celle qui a été versée aux chefs de familles étrangères ressortissant à des Etats auxquels la France est liée par des traités de réciprocité en matière de lois sociales. (*Question du 4 décembre* 1924.)

Réponse. — Les dépenses du service de l'assistance aux familles nombreuses s'engagent dans les départements. La contribution de l'Etat n'est donc connue qu'après la production, par les services départementaux, des décomptes et des pièces justificatives qui s'y réfèrent, dans l'année qui suit un exercice déterminé. Or, tous ces décomptes ne sont pas encore parvenus à l'administration centrale en ce qui concerne l'année 1923. A l'heure actuelle, la contribution de l'Etat aux dépenses de cette assistance pour l'exercice 1923 s'élève à la somme de 53.983.161 fr. 21, se décomposeant comme suit : 1° 13.568.248 fr. 62 pour l'assistance proprement dite (loi du 14 juillet 1913) et s'appliquant à 81 départements liquidés ; 2° 40.414.912 fr. 50, pour la majoration du taux des allocations à la charge exclusive de l'Etat (loi du 28 juin 1918), s'appliquant à 83 départements liquidés. Quant aux dépenses résultant de l'application de la loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses, elles ne pourront être connues qu'au cours de l'année 1925. En effet les allocations instituées par cette loi sont payables par semestre échu (art. 6 de la loi), et, comme la loi n'est entrée en application que pour l'année 1924, le premier versement n'était dû qu'au 1er juillet 1924 et le second versement n'aura lieu que le 1er janvier 1925. En ce qui concerne la contribution de l'Etat aux dépenses de l'assistance aux familles nombreuses pour le payement des allocations dues aux chefs de familles étrangères ressortissant à des Etats auxquels la France est liée par des traités de réciprocité d'assistance, dépenses qui doivent faire l'objet de décomptes séparés, elle ne peut être estimée actuellement, les départements n'ayant pas encore fait parvenir leurs états.

(*J. O.*, 17 *décembre* 1924.)

Quarante septième année — N° 3 — 18 Janvier 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 116-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Leroux, à Connéré (Sarthe), la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 27. — Dr marié habit. bords mer prendr. tte l'ann. 2 ou 3 pens. convalesc. ou débiles, non contag. 20 fr. par j., soins méd. compris.

N° 28. — A vend. Musée de l'hôp. St-Louis, 50 fasc. compl. parf. état. Faire off. à Dr Pillouard, à Mainneville (Eure).

N° 29. — A vend. moit. sa val. tr. belle salle à mang. Renais. semi-ancienne, noyer massif, av. tab. à thé, 1 console av. trum. Louis XVI, gris trianon.

N° 30. — Méd. camp. Midi dem. un aide jne doct. franç. nourrit. log. auto, indemn. mens. 500 fr., stage excel. pr perfect. prat. méd. L'aide act. est resté trois ans, libre en mars.

N° 31. — Anc. étud. en méd. 15 inscrip. dem. empl. ds clinique ou mais. de santé.

N° 32. — A vend. contrat Berliet cond. int. 7 CV, livr. cour. février proch.

N° 33. — Pr cause ach. voit. 4 pl., à vend. 10 CV Citroen 3 pl. roulé 4000 km, sortie juin 1924, montre, compt. Técalemit, absol. neuve, 14.500. Dr Laborie, Ballots (Mayenne).

N° 34. — A céd. pr cause changem. cour. install. moto magnétique Drault 1914, Rayons X, cour. cont. march. parf. S'ad. Dr Pellot, à Epernay (Marne).

N° 35. — Est. Quadril. Peugeot type 161, parf. état de marche, entièr. revue, pn. bon état, écl. et acc. à vend. de suite. Faire off. au-dess. 3.500.

N° 36. — Clin. dem. infirmière sér. connaiss. la salle d'opérat. Ecr. Dr Fontaine, 87, rue des Capucins, Reims.

N° 37. — Jne Dr spéc. mal. du cœur et tube digest. connaiss. radiosc. et tracés graph. dés. collab. ou assist. chez méd. spécial.

N° 38. — Paris XVIIIe. Client. méd. de quart. fais. 46.000. Appart. 1er ét. 5 p. 2 entrées loy. 2.900, bail 4 années, aff. d'av. ds quart. pren. d l'extens. S'ad. Brestel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 39. — Paris, quart. cent. tr. anc. cab. des v. urin. rapp. 200.000, cont. de publ. Loyer 2.400, bail jusqu. 1933, app. compr. 5 p. *sur boulev. Sit.* remarq. ds centre S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 40. — Nord post. tenu depuis 22 a. pr. ville, rapp. 70.000 plus 11.000 fixes. Gr. habit. électr. client. agréab. ds rég. pittor. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dant Paris.

Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléos-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

AVIS

Le département du Finistère étant actuellement surpeuplé de médecins, les docteurs qui seraient sollicités pour s'y installer auraient intérêt à se renseigner près le Dr Chauvel, de Quimper, président, ou Dr Damey, de Douarnenez, secrétaire de la Fédération du Finistère.

CORRESPONDANCE

Grossesse et kyste de l'ovaire.

Etudiant préparant sa thèse serait heureux de recevoir des observations ou des documents relatifs :

1° Aux cas de grossesse après ablation unilatérale des annexes pour kyste de l'ovaire ;

2° Aux cas de récidive de kyste sur l'ovaire laissé en place après ablation unilatérale de l'autre ovaire.

Avec ses remerciements anticipés.

R. Lemaire,
60, rue de Lille, Lambersart (Nord).

L'acéto-sérum antialcoolique.

Voudriez-vous me donner le nom du confrère du Loiret qui a eu des succès en employant un acéto-sérum contre l'alcoolisme. Si vous avez quelques précisions à me faire connaître, je les recevrais volontiers.

Dr G. D.

Réponse.

Nous serions reconnaissants aux lecteurs du Journal qui pourraient nous permettre de renseigner notre correspondant.

Nous n'avons eu connaissance que d'une tentative d'auto-hémothérapie faite par un médecin de campagne et relatée seulement dans la grande presse, nous semble-t-il.

Autre leçon de choses.

Un vieil ami du *Concours* m'écrivait dernièrement : « Je vois que votre tâche augmente tou-

jours et que vous ne vous lassez pas de prêcher la prévoyance.

« Combien vous avez raison, mais l'insouciance et l'incompréhension ne sont pas l'apanage des médecins.

« J'avais 40 ans et des amis voulaient me servir de parrains pour me faire entrer comme journaliste dans une Société professionnelle ; très occupé, j'oubliai d'envoyer ma demande.

« Un assureur avec lequel j'étais en relations voulait me faire contracter une assurance transformable en viager. — Je répondis que je n'avais pas besoin d'une assurance.

« Et, depuis longtemps, j'aurais touché une retraite, j'aurais touché mon viager... et, comme vous le dites si bien, à l'heure actuelle, ces modestes ressources ne sont pas à dédaigner ! »

Confrères, qui faites la sourde oreille à nos exhortations, méditez ces paroles. A. G.

3335. — Accident survenu à un assuré individuel.

Un blessé (assurance individuelle) est venu le 27 mai dernier avec une plaie infectée de la base du médius droit qui, dans la suite, a abouti à une arthrite suppurée de l'articulation métacarpo-phalangienne. Tout est peu à peu rentré dans l'ordre, le blessé conserve cependant une grande raideur de cette articulation.

Or, au début, il souffrait beaucoup, le phlegmon n'avait pas belle allure et j'étais inquiet. Le blessé aussi qui est venu pendant 13 jours, 2 fois par jour. Entre temps, je signalais à la Compagnie que le cas était sérieux et m'offrais à le voir avec un médecin désigné par la Compagnie.

Le 4 août, le blessé étant presque guéri, un confrère voisin vient me trouver, me disant qu'il est chargé par la Compagnie de voir mon blessé ; je vais le voir avec lui et tout paraît fini.

Mais j'établis ma note et suis naturellement effrayé par le nombre de pansements que j'ai faits. Néanmoins, je les ai faits... et j'ai fourni les accessoires (je suis propharmacien), alors j'établis ma note ainsi :

Certificat initial	5 fr.
59 pansements (du 27 mai au 4 août)	472 fr.
Une visite avec un confrère à 1 kil. 200................	14 fr.

La Compagnie me propose aujourd'hui :

30 pansements à 8 fr.	240 fr.

Je ne parle pas de la note de pharmacie qu'elle ne conteste pas. Que dois-je faire ? Je réponds d'abord que je n'accepte aucune réduction. J'ai fait les pansements, plutôt plus que je n'en ai notés. Je l'affirme. Mais si la Compagnie s'obstine, que devrai-je faire ?

Dr B.

Réponse

Dans votre affaire, il ne s'agit pas d'un accident du travail, puisque vous nous dites que le blessé avait une assurance individuelle et que l'accident est antérieur à la mise en vigueur de la loi étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail. Dans ces conditions, vous ne pouvez réclamer le paiement de vos honoraires qu'à votre client lui-même, sauf à celui-ci à demander à sa compagnie de le rembourser dans la mesure à laquelle lui donne droit sa police. Et vous n'avez pas besoin de rédiger votre note sur les bases du tarif Breton, mais sur votre tarif habituel de clientèle.

Si la Compagnie refuse de vous payer, il faudra que vous citiez votre client devant le juge de paix de son domicile.

3406. — Accident agricole survenu pendant le trajet du lieu du travail au domicile du blessé.

Je viens encore vous demander votre opinion sur l'accident que voici : un propriétaire occupe sur sa propriété un ouvrier agricole et travaille avec lui. Tous les deux se rendent dans une prairie située à 8 kilomètres de l'exploitation agricole pour travailler. Le patron part le premier en voiture et autorise l'ouvrier à quitter le travail une heure avant la fin de la journée, soit 4 heures du soir au lieu de 5 heures.

L'ouvrier monte en bicyclette et fait une chute deux cents mètres après avoir dépassé la prairie ; le patron est-il responsable de cet accident ?

Je tiens à vous faire remarquer que le patron a fait partir l'ouvrier une heure plus tôt, 4 h. au lieu de 5 h., afin qu'il ne soit occupé que 4 h. à cause de l'éloignement du chantier. En somme de 4 à 5 h., il était encore au service du patron.

Dr C.

Réponse.

En principe, l'ouvrier blessé dans le trajet de son domicile à son travail ou en revenant de son travail n'est pas couvert par la loi de 1898. Pour qu'il y ait lieu à application de la loi, il faut que l'accident se soit produit « par le fait ou à l'occasion du travail ». Il semblerait donc que le patron ne puisse être rendu responsable de l'accident dont a été victime son ouvrier puisque cet accident est arrivé alors que le travail était terminé et que l'ouvrier rentrait chez lui.

Mais les circonstances particulières à l'affaire permettent de penser que cette solution rigoureuse devrait être écartée. En effet, le jour de l'accident, l'ouvrier travaillait plus loin de son domicile que d'habitude ; on peut donc estimer que son travail ne prenait fin qu'une fois revenu au siège habituel de l'exploitation. On peut trouver

un argument à l'appui de cette thèse dans le fait que le patron a autorisé son ouvrier à quitter le travail plus tôt que de coutume ; on peut soutenir qu'il a reconnu par là que le trajet supplémentaire devait être pris sur le temps de travail et, par conséquent, que l'ouvrier devait être considéré comme étant à son travail pendant qu'il effectuait ce trajet supplémentaire.

Tel est notre avis personnel, mais la question est délicate et nous ne saurions vous affirmer qu'un tribunal vous donnerait gain de cause.

3417. — Maladie professionnelle.

Un ouvrier atteint de coliques saturnines, *trempeur de plomb*, c'est-à-dire plongeant dans un bain de plomb fondu des pièces métalliques portées au rouge, rentre-t-il dans la catégorie des maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919)? Le tableau de cette loi ne donne pas ce travail d'une façon explicite. Pourrait-il rentrer dans le paragraphe 1 ou 2 (fonte du plomb) ou y être assimilé par analogie ?

Pour les maladies professionnelles, les frais (médicaux, pharmaceutiques, etc.), sont-ils à la charge de l'employeur ?

D=r A.r

Réponse.

A notre avis, le travail auquel se livre l'ouvrier dont il s'agit dans votre lettre peut rentrer, comme vous le suggérez, dans le nº 1 ou dans le nº 2 du tableau annexé à la loi sur les maladies contagieuses concernant le saturnisme. Le mot « métallurgie » du nº 1 et le mot « fonte » du nº 2, nous semblent assez compréhensifs pour englober ce travail, qui n'est pas porté d'une façon explicite dans le Tableau.

Par suite, la maladie (colique de plomb) qui figure bien au tableau, doit être considérée comme maladie professionnelle et l'ouvrier doit bénéficier de la loi et avoir droit aux frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi qu'à l'indemnité journalière, pendant son incapacité de travail.

8368. — Soins à un militaire tombé malade en permission.

J'ai été appelé le 17 février à voir, dès son arrivée en permission de 48 h., un jeune soldat de G. O. A., en garnison à I.

Le lendemain, je délivrais un certificat concluant à une prolongation de permission de 8 jours.

Aucune réponse n'étant venue, malgré que le certificat eût été régulièrement remis à la gendarmerie locale, qui l'avait transmis, je continuai à voir le malade tous les 2 ou 3 jours. Et le 5 mars, je pratiquai une thoracentèse qui donna environ un litre de pus séreux.

Sur quoi, je délivrai un nouveau certificat, portant mention de mes honoraires, qui s'élevaient à 114 fr.

Le lendemain, la subdivision faisait transporter à l'hôpital, en camionnette, le malade, qui succomba peu après.

C'est au G. O. A. qu'avait été transmis le premier certificat, resté sans réponse.

A la suite de ce décès, la famille a publié dans un journal quelques entrefilets restés, je crois, sans résultat. Dans le dernier, elle publiait le certificat dont copie ci-inclus, et dont elle avait retranché le paragraphe où il est question de novarsénobenzol.

Ai-je chance de faire payer mes honoraires par l'autorité militaire sans faire intervenir le père du défunt, et sans recourir à ses procédés de presse ?

D[r] X.

Réponse.

Ce militaire, tombé malade en permission, ne pouvait qu'être soigné à ses frais tant qu'il était en dehors d'un établissement militaire (caserne ou hôpital). Il ne semble donc pas que vous ayez quelque chance de vous faire rembourser vos honoraires par l'autorité militaire.

3282. — Délivrance d'un appareil de prothèse à un mutilé de guerre.

M. M., alsacien-lorrain de vieille souche française, a été doté au courant de la dernière guerre, par les soins du service médical *allemand*, d'un dentier. En 1919, ce dentier fut renouvelé par un Centre d'appareillage (?) *français*. En 1924, demande de rénovation de cette prothèse dentaire par l'intéressé ; cette demande n'a pas été agréée, parce que l'intéressé ne touche pas de pension à ce titre.

Comment expliquer cette différence de procédure en 1919 et en 1924 ? Faudrait-il que M. M. fasse une demande de pension à cet effet ? Il ne veut pas de pension, il ne demande que la réparation ou rénovation de ce dentier.

D[r] Y.

Réponse.

Il ne peut, en effet, être délivré à l'intéressé un appareil de prothèse que si celui-ci possède pour l'infirmité en cause, des droits à pension reconnus. La première chose à faire par lui, c'est de demander une pension et, s'il l'obtient, il aura satisfaction par application de l'article 64 (soins gratuits) de la loi du 31 mars 1919.

Un dentier aurait également pu, dans les mêmes conditions que par les autorités allemandes, lui être délivré *alors qu'il était au service militaire*, même sans droits à pension reconnus à cette époque. Pour juger en toute connaissance de cause, il faudrait savoir exactement dans quelles conditions lui a été délivré le dentier de 1919 par le service de santé français.

3297. — Base de la patente.

J'ai un bail de 1.800 fr. Ce bail comporte que je dois payer : « les contributions des portes et fenêtres, les contributions foncières et autres de toute nature auxquels les biens loués pourront être assujettis ».

Cette année, ma feuille d'impôt est bâtie sur un loyer de 1.980 fr. J'ai demandé des explications ; il m'a été répondu que je devais payer également sur les charges imposées.

Voulez-vous être assez aimable pour me dire si c'est votre avis et si on doit payer l'impôt sur l'impôt.

Dr C.

Réponse.

Le droit de patente est établi d'après le loyer augmenté des charges qui, normalement, incombent au propriétaire. Parmi ces dernières est comprise la contribution foncière ; l'imposition sur un loyer de 1.980 fr. est donc exactement établie si la contribution que vous payez pour le compte de votre bailleur n'est pas inférieure à 180 francs.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

3295. — Impôt sur les « machines » médicales.

Je suis propriétaire d'un établissement de physiothérapie et d'électrothérapie. Un institut de mécanothérapie fait partie de cet établissement.

Dernièrement, le médecin qui me remplace a reçu la visite d'un contrôleur des contributions qui est venu lui demander, pour me charger d'un nouvel impôt, une estimation de toutes les machines que renferme mon Institut. Je vous serais obligé de me faire connaître si ce nouvel impôt — qui, d'après mes renseignements sera appliqué aux machines industrielles — doit être imposé aux machines médicales et particulièrement aux machines (qui sont bel et bien des instruments de précision) comme les appareils d'électricité et de radiologie. J'espère d'ailleurs que tous les radiographes de France protesteront rigoureusement contre cet impôt qui serait, paraît-il, de 5 %.

Dr Z.

Réponse.

Un institut médical, quelle que soit l'importance de ses appareils, ne peut être considéré comme un établissement industriel, et, par conséquent la valeur locative de ces appareils ne saurait entrer en ligne de compte pour l'établissement du droit proportionnel de patente.

A notre connaissance, aucune loi ne frappe ni ne doit frapper les appareils d'électricité ou de radiologie employés dans un institut médical.

La question posée par le contrôleur ne peut donc viser que les appareils qui, au point de vue de la contribution foncière, doivent être considérés comme immeubles ; c'est-à-dire ceux qui font corps avec le bâtiment ou qui sont fixés au sol à

perpétuelle demeure et qui ne peuvent être enlevés sans être détériorés ou sans détériorer la partie du sol à laquelle ils adhèrent.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2591. — Prix de l'assistance à la contre-visite au cabinet du médecin traitant.

A ma demande de renseignements au sujet du prix de la visite de contrôle en cas d'accidents du travail, vous m'avez répondu la lettre ci-jointe. J'ai réclamé à la Compagnie le règlement de ces visites de contrôle sur la base de 8 fr. + 4 fr. = 12 francs, c'est-à-dire une visite majorée de 50 % pour chaque visite de contrôle. Hier, j'ai reçu la réponse ci-jointe de la Compagnie d'assurances qui assure la maison D.

Que dois-je faire ?

Dois-je citer la maison D. en paiement de ce que je réclame ? Dans ce cas, veuillez me communiquer un texte de jugement sur lequel je puisse m'appuyer.

Ou bien faut-il que je me soumette ? Je dois vous dire que cette dernière solution ne me plairait guère ?

Je me conformerai aux directives que me donnera le « Sou médical » pour solutionner cette affaire.

Dr N.

Réponse.

Ayant soumis la question au Ministère du Travail, nous en recevons la réponse suivante, faite par le Ministre après avoir pris l'avis de la Commission du tarif Breton :

Ministère du Travail et de l'Hygiène — *Contrôle des Assurances Privées* — *Contrôle des Sociétés d'Assurances contre les Accidents du Travail*

République Française

Paris, le 26 décembre 1924.

Monsieur,

En vous retournant, ci-inclus, les documents que vous m'avez communiqués concernant une demande de renseignements du docteur N, j'ai l'honneur de vous informer que, sous réserve de l'interprétation des tribunaux compétents, c'est le prix de la visite majoré de 50 % qui est dû au médecin traitant au cabinet duquel se fait la visite médicale à heure fixe prévue au 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène
de l'Assistance et de la prévoyance sociales,
Par autorisation :
Le Conseiller d'Etat, Directeur,
Sumien.

(*Voir la suite page XLIII-159*)

PROPOS DU JOUR

Une mort sublime.
Hommage au Professeur Bergonié.

« Celui-là est bon, a dit La Bruyère, qui fait du bien aux autres ; s'il souffre pour le bien qu'il fait, il est très bon ; s'il souffre de ceux à qui il a fait ce bien, il a une si grande bonté qu'elle ne peut être augmentée que dans le cas où ses souffrances viendraient à croître ; et s'il en meurt, sa vertu ne saurait aller plus loin ; elle est héroïque, elle est parfaite. »

Tel fut la vertu du professeur Bergonié qui vient de mourir. Après avoir consacré sa vie à la science dans le cadre modeste d'une Faculté de Province, alors que sa valeur, officiellement reconnue, lui aurait permis d'avoir toutes les ambitions, il termina son existence en s'adonnant entièrement à l'étude de cette affreuse et terrible maladie qu'est le cancer et à l'organisation de la lutte, encore décevante, contre ce fléau social. Il souffrit pour le bien qu'il fit aux autres, il souffrit surtout de son impuissance à soulager et à sauver les malheureux. Terriblement atteint par un mal qu'il connaissait bien et auquel, dans son dévouement sublime, il avait refusé de se soustraire, il continua ses travaux s'exposant aux effets mortels de ces redoutables rayons qu'il espérait dompter pour en faire des agents de guérison. Averti trente ans auparavant du danger qu'il courait, puisqu'en 1893, il subit l'amputation de l'index droit, sachant bien ce qui l'attendait en persévérant dans ses recherches puisqu'en 1903, on dut lui enlever l'auriculaire de la même main, il persista connaissant d'avance la voie douloureuse dans laquelle il s'était engagé.

« *Il me reste dix-huit mois à vivre : je les consacrerai tout entier à la lutte contre le cancer* », disait-il simplement à nos confrères et amis du *Bruxelles Médical* dans le milieu familial et tout confraternel des *Journées médicales* de 1923. Et ces paroles prophétiques étaient prononcées sans émotion et sans emphase, tout comme si ce qu'elles exprimaient était chose tout à fait naturelle. Nous les trouvons citées, ces paroles héroïques, dans un article que le *Bruxelles Médical* a consacré le 4 janvier à la mort du professeur Bergonié et c'est pour nous, Français, un grand honneur et une intime satisfaction que de voir la presse médicale de Belgique comme d'ailleurs ses nobles Souverains, rendre les premiers et les plus délicats hommages au héros, au martyr que fut le professeur Bergonié.

« Devant le cercueil encore entr'ouvert, nous est-il permis, conclut le *Bruxelles Médical*, de songer qu'il y a, dans son pays, un monument qu'on a élevé, pour les générations à venir, « *Aux Grands Hommes, la Patrie reconnaissante.* »

Que notre confrère belge, nous excuse mais, en toute sincérité, nous pensons que ce serait diminuer Bergonié que de transporter à Paris sa dépouille funèbre. Est-ce que le Grand Pasteur repose dans les caveaux du Panthéon ? Est-ce que la foule des pèlerins qui, lors de la célébration de son Centenaire, se rendit à la Crypte de la rue Dutot, ne s'inclina pas devant son tombeau avec plus de recueillement que les touristes qui, sous la conduite d'un gardien-cicéron viennent visiter les caves du Panthéon et apprendre que de véritables grands hommes reposent à côté de quelques gloires plus discutables comme ces sénateurs du Premier Empire aujourd'hui inconnus ?

Certes, nous applaudirons à tous les honneurs rendus à Bergonié et à sa mémoire, mais son transfert au Panthéon, comme la Grand-Croix de la Légion d'honneur, portée au moribond par le Maréchal Pétain, ne nous paraissent pas suffisants pour honorer un tel homme. Nous voudrions que, pour perpétuer sa mémoire, l'on se bornât à appeler *Instituts Bergonié* tous les centres cancéreux, fondés en France et dans le monde entier pour lutter contre le cancer, comme l'on a appelé Instituts Pasteur les Etablissements fondés pour combattre la rage et les maladies infectieuses.

Ce serait le moyen le plus sûr de perpétuer parmi les peuples la mémoire de ce héros sur la tombe duquel on pourrait graver : *A un grand Français, l'Humanité reconnaissante.*

***

La vie de Bergonié fut l'existence simple et laborieuse d'un homme passionné pour les recherches scientifiques.

Né à Casseneuil (Lot-et-Garonne) en 1857, Bergonié fit d'abord ses études à Bordeaux. Il conquit ses licences, soutint une thèse sur les phénomènes physiques du muscle qui obtint un prix de la Faculté de Paris. Nommé agrégé de physique biologique au concours de 1901, il fut attaché à la Faculté de médecine de Bordeaux, qu'il ne devait pas abandonner. Bergonié avait déjà une solide réputation plus particulièrement en électrologie médicale et il avait fondé les *Archives d'électricité médicale*, mais il n'était réellement connu que par les spécialistes. Les électrothérapeutes se servaient du renverseur-interrupteur rythmique de Bergonié et Huet, ils avaient recours aux tableaux de Bergonié pour trouver les points moteurs de la tête dans les examens d'électrodiagnostic, de même que, pour mesurer la résistance électrique du corps humain, ils savaient utiliser l'appareil et la méthode clinique de Bergonié. Enfin les radiologistes, dès le début, avaient appris de Bergonié qu'« à égalité de voltage et pour une intensité quelconque, les tubes donnent des rayons X de même qualité ». La réputation officielle de Bergonié était faite puisque dès 1902, il avait été délégué dans divers Congrès par le gouvernement français notamment à Rome en 1907.

Tour à tour, lauréat de diverses académies, de la fondation Carnegie, il avait été élu membre correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. Mais ce fut au moment de la guerre, alors qu'il s'était plus particulièrement consacré à l'étude de la radioactivité, que son nom commença à devenir populaire. Il dirigea le service radiographique de la XVIIIe Région, fut chargé de missions auprès des armées italiennes, anglaises et belges et sut partout se faire aimer et estimer.

Après la guerre, Bergonié se consacra entièrement à la lutte contre le cancer et en devint le véritable apôtre. Gravement atteint par les émanations du radium, il subit en 1922, la désarticulation de l'épaule droite. Malgré cela et, sachant, comme nous l'avons dit plus haut, que ses jours étaient comptés, il continua son active propagande en faveur de la création des centres anticancéreux et il eut, quelques jours avant sa mort, la suprême satisfaction de voir poser la première pierre du Centre du Sud-Ouest à Bordeaux, établissement dont il avait lui-même tracé les plans.

***

Si la vie de Bergonié fut simple, laborieuse, utile et féconde, sa mort a dépassé en héroïsme toutes celles que l'Histoire nous a contées. Nous avons lu dans Platon, durant nos études, le récit de la mort de Socrate et avons été émerveillés par la grandeur d'âme du philosophe, devisant tranquillement avec ses disciples et portant sans émotion à ses lèvres la coupe fatale. Mais Socrate possédait toutes ses forces et toute sa santé, il n'était pas épuisé par une longue et cruelle maladie et par de continuelles douleurs.

Depuis le 1er janvier, Bergonié était en agonie, agonie affreuse, entrecoupée de périodes de lucidité et d'indicibles souffrances. Le 2 janvier, pendant une période de calme, il désira recevoir le personnel de sa clinique, venu pour lui porter ses souhaits ; il le remercia de son dévouement et sa conversation fut interrompue par une syncope. Quelques heures plus tard, sentant venir la mort, Bergonié réclama son interne. Après s'être informé de tout ce qui se passait dans son service, il lui dicta ses ultimes recommandations. Dans ses dernières volontés, il réclamait son autopsie et indiquait les recherches que l'on pourrait utilement faire sur son corps.

Terrassé par la douleur, il réclama une injection de morphine et s'assoupit pour toujours.

Et toi, divine Mort, où tout rentre et s'efface,
Accueille ton enfant dans ton sein étoilé ;
Affranchis-le du temps, du nombre et de l'espace,
Et rends-lui le repos que la vie a troublé. (1)

J. Noir.

(1) Leconte de Lisle.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE INFANTILE

Les bases actuelles de la lutte antituberculeuse.

Par P. ROHMER,

Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

La tuberculose infantile est un sujet d'actualité ; elle est étroitement liée aux recherches sur les phénomènes de l'immunité dans la tuberculose ; toutes ces études marquent une nouvelle et importante étape de nos connaissances de cette maladie.

Il me sera impossible de donner dans une seule conférence une description même rapide des nombreux aspects cliniques qu'elle peut prendre pendant les différentes périodes de l'enfance ; je ne pourrai que les énumérer, et je m'attacherai surtout à faire ressortir dans leurs grandes lignes les connaissances nouvellement acquises, les nouveaux problèmes qui se posent et la direction dans laquelle nous pouvons, dans l'avenir, entrevoir leur solution.

I

La tuberculose prend possession de l'organisme humain dans l'enfance ; voilà un premier fait que nous ne connaissons que depuis une quinzaine d'années, et qui est d'une importance capitale ! Elle n'est pas héréditaire ; les quelques cas de transmission placentaire qu'on a décrits constituent un évènement tout à fait exceptionnel ; ces enfants en meurent d'ailleurs dans les premiers mois. Il n'existe non plus une disposition héréditaire pour la tuberculose ; les enfants de femmes phtisiques naissent, en règle générale, tout aussi robustes et bien portants que les autres.

Quant au mode d'infection, vous savez qu'on a souvent incriminé le lait bacillifère. Il est certain que le lait de vaches tuberculeuses renferme quelquefois des bacilles de Koch, surtout quand les vaches sont atteintes de mammite tuberculeuse. On a donc fort bien pu trouver dans le lait provenant de ces vaches une source de contagion, mais dans des conditions exceptionnelles, surtout dans les régions où il existe la coutume de donner aux enfants du lait cru. Il suffit, en effet, d'entretenir l'ébullition du lait pendant quelques minutes pour tuer avec certitude les bacilles de Koch qu'il a pu contenir. L'usage général de lait bouilli ou même stérilisé tel qu'il existe dans notre pays permet donc d'éviter sûrement la tuberculose d'origine bovine ; en réalité, elle ne joue aucun rôle tant soit peu important dans l'épidémiologie de la tuberculose humaine.

L'origine de la tuberculose humaine, c'est l'homme tuberculeux. Là-dessus, les avis sont presqu'unanimes. Nous n'en trouvons nulle part mieux la preuve que chez le nourrisson, dont la jeune vie se passe dans un cercle très restreint, de sorte qu'il est d'habitude facile de déterminer les personnes avec lesquelles il est entré en contact. Chaque fois que l'on découvre la tuberculose chez un nourrisson, on trouve très régulièrement la source de contagion dans son entourage, parmi les membres de la famille ou les personnes étrangères qui l'ont approché plus ou moins intimement ; dans les classes pauvres, c'est le plus souvent la propre mère de l'enfant ou le père qui l'ont contaminé.

Le mode d'infection est presque toujours aérogène : l'enfant aspire les gouttelettes bacillifères qui sont expirées par la personne malade. Ces bacilles se fixent à un endroit quelconque des poumons, sans qu'il y ait, bien entendu, préférence pour les sommets ; au contraire, ce sont plutôt les lobes inférieurs qui semblent être le lieu de prédilection pour cette primo-infection. Au point où les bacilles se sont fixés, il se produit un petit foyer de broncho-pneumonie tuberculeuse, qu'on a appelé le chancre d'inoculation initial. De là l'infection se propage aux ganglions lymphatiques les plus rapprochés. Ce nodule pulmonaire primitif et l'infection ganglionnaire qui en dépend représentent le premier stade de la maladie tuberculeuse.

Tandis que le foyer pulmonaire primitif reste généralement petit et cliniquement silencieux, l'infection des ganglions prend une importance beaucoup plus grande ; elle peut s'y arrêter pendant un temps plus ou moins long et constituer un syndrome clinique très important : l'adéno-

pathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Celle-ci ne se voit cependant, comme maladie autonome, que chez l'enfant plus âgé. Chez le nourrisson, l'étape ganglionnaire est vite franchie. Partant des ganglions broncho-pulmonaires, qui sont les satellites du nodule pulmonaire initial, l'infection envahit les groupes ganglionnaires du hile et ceux qui s'échelonnent le long de la trachée ; de là les bacilles arrivent, soit directement par voie veineuse, soit par l'intermédiaire des voies lymphatiques, dans le cœur droit. Les poumons sont ensemencés tout d'abord par voie sanguine cette fois-ci ! — puis, passant dans le cœur gauche, le virus est charrié par le système artériel dans le corps tout entier. Cette généralisation de la tuberculose constitue le deuxième stade de la maladie.

Cette doctrine du foyer pulmonaire initial et de l'adénopathie trachéo-bronchique consécutive, établie par Parrot, démontrée anatomiquement par Kuss et plus tard par Ghon, Albrecht et d'autres, s'appuie sur un grand nombre d'observations exactes et rallie en ce moment la grande majorité des auteurs. Je dois cependant mentionner certaines opinions divergentes, d'autant plus qu'elles sont soutenues par des savants qui font autorité dans la matière. C'est ainsi que M. Borrel, qui a étudié pendant la dernière guerre la tuberculose chez les troupes noires, chez lesquels elle revêt une forme qui a beaucoup d'analogie avec celle que nous rencontrons chez le nourrisson, n'a trouvé que rarement l'infection pulmonaire directe et initiale. D'après lui, les premières lésions ganglionnaires semblent correspondre avec évidence à un chancre tuberculeux initial qui, suivant les cas, aurait été situé sur les amygdales, ou sur l'arrière-gorge, ou sur le larynx, ou au niveau des premières bronches. Il est vrai que les localisations ganglionnaires qu'il décrit me semblent être différentes de celles que nous rencontrons habituellement chez le nourrisson, où nous ne voyons pas des lésions initiales des ganglions cervicaux et sus-claviculaires, alors que ces dernières seraient excessivement fréquentes chez les Sénégalais.

Un certain nombre d'auteurs très compétents, parmi lesquels je ne citerai que M. Calmette, n'admettent pas non plus la théorie d'après laquelle la porte d'entrée est marquée nécessairement par un chancre d'inoculation, dont l'infection ganglionnaire ne serait que la conséquence. Il est prouvé, en effet, que dans certaines conditions d'expérimentation, le bacille tuberculeux peut traverser une muqueuse qui reste intacte, entrer dans la circulation lymphatique et passer ensuite dans la circulation sanguine pour se fixer finalement à un point quelconque du corps, de préférence dans les ganglions trachéo-bronchiques. D'après ces auteurs, la muqueuse intestinale offre les conditions les plus favorables à ce passage du bacille tuberculeux ; la contagion ne se ferait donc pas, d'après cette théorie, par inhalation, mais par ingestion.

Il existe de nombreuses observations très probantes qui prouvent que l'haleine infectée des phtisiques constitue la source de contagion habituelle, et qu'il suffit souvent d'une durée de contact très courte pour contaminer un enfant ; il convient cependant de ne pas négliger l'infection par la poussière bacillifère ni par les mains et les objets souillés, surtout chez les enfants qui, rampant par terre, touchent à tout et portent les mains à tout moment à la bouche !

Remarquons toujours que, quels que soient le mode d'infection et la voie d'entrée du virus, les deux points suivants, qui seuls nous importent du point de vue clinique et épidémiologique, sont démontrés et acceptés par tous : 1° que la source de l'infection dans la tuberculose humaine est l'homme tuberculeux, et 2° que la première localisation qui fait des manifestations cliniques est, en règle générale, l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

J'ai déjà dit que chez le nourrisson l'infection tuberculeuse ne s'arrête que bien rarement à cette étape ganglionnaire et qu'elle arrive bientôt à la généralisation, qui peut revêtir à cet âge, comme d'ailleurs aussi dans la deuxième enfance, des formes anatomiques et cliniques très variées. Je ne ferai que les énumérer brièvement, bien que chacune de ces formes méritât une étude approfondie. Si l'infection du sang a été massive, nous aurons la granulie aiguë, c'est-à-dire une éclosion abondante de petites granulations tuberculeuses qui peut rester localisée aux poumons ou s'étendre à l'organisme tout entier. Dans ce dernier cas nous trouvons une éruption granulique dans le foie, la rate, les tissus lymphoïdes, les glandes et surtout aussi sur les séreuses, en particulier sur les méninges. Cliniquement nous nous trouvons en présence des différentes formes de la granulie ou tuberculose miliaire aiguë, qui peut prendre chez le nourrisson certains aspects particuliers ; souvent ce sont les symptômes de méningite tuberculeuse qui prédominent. D'autres fois, c'est une pneumonie caséeuse aiguë qui emporte les enfants. Habituellement la généralisation se fait chez le nourrisson sous une forme moins brutale, plus discrète, par de nombreuses poussées successives ; c'est la granulie chronique des enfants du premier âge. Anatomiquement elle est caractérisée par des nodules tuberculeux d'âges différents, plus ou moins caséifiés, plus ou moins volumineux, qui peuvent se rencontrer dans tous les organes, mais qui ont une prédilection marquée pour certains d'entre eux, en particulier, les poumons, le foie, la rate et le cerveau. Généralement les poumons sont le siège de lésions plus

ou moins étendues ; nous y trouvons surtout la bronchopneumonie tuberculeuse, quelquefois la forme ulcéreuse, avec cavernes. Cliniquement les enfants peuvent conserver longtemps un aspect florissant et un bon état de nutrition. Dans d'autres cas la maladie se caractérise par de l'anémie, ou, plus souvent, par une cachexie progressive, souvent accompagnée de troubles dyspeptiques. La température peut marquer des élévations irrégulières et prolongées. On note la micro-polyadénie ou les différentes formes des tuberculides cutanées (tuberculides papulo-nécrotiques et papulo-squameuses, lichen scrophulosorum, gommes scrofuleuses, phlyctènes, etc.), Si nous ajoutons que non seulement des lésions tuberculeuses des poumons peuvent présenter l'image clinique exacte des lésions analogues non tuberculeuses, mais que très souvent un foyer tuberculeux peut s'accompagner de poussées congestives, bronchitiques ou bronchopneumoniques, non bacillaires, qui rétrocèdent après une durée de semaines ou même de mois ; que, dans d'autres cas, une nouvelle poussée peut prendre une allure septicémique (typhobacillose), qui peut se terminer par la mort, ou régresser sans laisser de traces cliniques, ou être suivie d'une localisation quelconque, on a une faible image de la grande variation des formes cliniques que la tuberculose peut prendre dans la première enfance. Ajoutons à cela que les signes stéthacoustiques font habituellement défaut et que l'examen des crachats est presqu'impossible et de peu d'utilité ; on comprend donc que la tuberculose du nourrisson est rarement diagnostiquée, et que les décès qui lui sont attribuables figurent dans les statistiques sous les rubriques d'athrepsie, de gastro-entérite, de bronchopneumonie, etc. Nous disposons cependant pour établir notre diagnostic, de deux moyens précieux : la radiographie d'une part et — surtout et en première ligne — les réactions biologiques à la tuberculine, la cuti-réaction en particulier.

Après la première année, la tuberculose change de caractère. La phase ganglionnaire dure plus longtemps. La généralisation est encore assez fréquente dans la deuxième année, mais les ganglions lui opposent déjà une barrière plus puissante ; les enfants succombent à cet âge généralement à une dissémination aiguë, qui prend volontiers la forme de la méningite tuberculeuse, ou bien nous avons des localisations discrètes et souvent bénignes, représentées par la tuberculose ganglionnaire et osseuse ou par l'image clinique de la scrofule. En principe, toutes les formes cliniques que nous avons connues chez le nourrisson, et d'autres encore, peuvent se rencontrer dans les années suivantes ; je ne puis entreprendre ici la description de toutes ces localisations et de leur évolution clinique, qui ne vous sont pas inconnues. En général, les formes graves deviennent, à mesure que l'enfant avance en âge, de plus en plus rares, de sorte que vers la fin de la seconde enfance, donc vers la sixième année, et pendant l'âge scolaire, la mortalité de la tuberculose atteint son minimum. La courbe de la mortalité et de la morbidité s'élève à nouveau vers l'époque de la puberté et se continue dans l'âge juvénile dans un mouvement ascendant formidable. Mais maintenant nous nous trouvons en présence d'une forme toute nouvelle de la tuberculose, qui est inconnue dans la première enfance et très rare jusqu'à la puberté : la phtisie pulmonaire.

II

Cet exposé rapide des formes cliniques que la maladie tuberculeuse réalise aux différentes époques de la vie, nous permettra de comprendre l'évolution générale de la maladie. C'est en première ligne l'emploi systématique de la cuti-réaction qui l'a éclairée d'un jour tout nouveau. En soumettant, en effet, à la cuti-réaction un grand nombre d'enfants bien portants, on a révélé — en confirmant d'ailleurs en cela les résultats gagnés sur la table d'autopsie ! — un fait d'une importance primordiale : l'invasion silencieuse de l'enfance par l'infection bacillaire. Le taux des enfants contaminés augmente rapidement avec chaque année d'âge, si bien que dans les couches sociales inférieures des grandes villes, on ne rencontre presque plus d'enfant entre 10 et 14 ans qui ne soit pas contaminé. La tuberculose est donc une maladie infantile ; les formes que nous rencontrons à l'âge adulte évoluent sur un terrain déjà modifié par une infection qui remonte à une époque souvent lointaine. A la suite de cette révélation inattendue tout le problème de la tuberculose a changé de face. Il se pose maintenant de la façon suivante : quels sont les rapports entre la première infection et les formes cliniques ultérieures de la maladie ? Quelle est l'influence de l'âge où se produit la primo-infection, — quelle est celle des surinfections bacillaires ultérieures, — celles des maladies intercurrentes ? L'étude de ces problèmes, qui est de date toute récente et loin d'être achevée, a été féconde en résultats extrêmement intéressants ; il y a tout lieu d'espérer que nous nous acheminons vers la solution du problème de la prophylaxie, peut-être aussi du traitement de la tuberculose.

A la suite de l'invasion bacillaire, il se produit, d'après les lois biologiques générales, une réaction de l'organisme ; les tissus deviennent hypersensibles pour les produits bacillaires ; cet état d' « allergie » n'est autre chose qu'une expression de l'immunité que l'organisme a acquise, grâce à la première infection, vis-à-vis de toute

nouvelle infection tuberculeuse. Le phénomène de l'allergie explique les réactions à la tuberculine ; tandis que l'organisme neuf est insensible à cette substance, celle-ci provoque une forte réaction dès que le sujet est sensibilisé par la présence d'un foyer tuberculeux. L'apparition de la cuti-réaction — donc de l'état d'allergie à l'égard de l'infection tuberculeuse — coïncide avec la formation anatomique du chancre d'inoculation initial. Entre le moment de l'invasion bacillaire et celui où se manifeste cet état d'allergie, témoin de la réaction de l'organisme au germe qui s'est développé en lui, il se place un temps d'incubation qu'on a appelé la période anté-allergique. Cette période est généralement d'une durée de 20 à 30 jours avec un minimum de 7 jours et un maximum d'environ 4 mois.

Entre l'immunité dans la tuberculose — et celle dans les maladies infectieuses chroniques en général — et l'immunité qui est consécutive aux maladies infectieuses aiguës il existe une différence fondamentale. Dans ces dernières, la rougeole ou la variole, par exemple, quand la maladie est passée et le virus pathogène éliminé, l'immunité persiste et protégera l'organisme contre toute nouvelle infection du même genre. Dans les infections chroniques, par contre, comme la tuberculose et la syphilis, l'état d'immunité est lié à la présence du virus vivant dans l'organisme. Lorsqu'un sujet syphilitique a été, par un traitement suffisant, complètement guéri de sa maladie, il peut parfaitement acquérir une nouvelle infection syphilitique ; CALMETTE a montré qu'il en est de même pour la tuberculose et que, lorsqu'un foyer tuberculeux est complètement guéri, au point qu'il n'y existe plus de bacilles vivants, la cuti-réaction et toutes les autres réactions à la tuberculine s'éteignent ; l'état d' « allergie » n'existe plus. L'immunité antituberculeuse est donc fonction d'infection continue ; la guérison complète fait perdre l'immunité.

Pour bien comprendre l'importance de l'immunité dans la tuberculose, il faut nous reporter à l'expérience fondamentale de Koch, qui a été confirmée et en partie rectifiée par de nombreux auteurs. On peut la résumer dans sa forme actuelle comme suit : Si l'on injecte à un cobaye une dose déterminée de bacilles tuberculeux, il se produit à l'endroit de l'injection un foyer de primo-infection, avec envahissement consécutif des ganglions tributaires et finalement généralisation mortelle. Dans la période antéallergique, toutes les nouvelles injections donnent lieu à des chancres d'inoculation identiques au premier, qui sont le point de départ de nouvelles généralisations. Cette réaction change complètement quand l'animal est devenu allergique. A partir de ce moment de nouvelles injections ne provoquent plus que des réactions locales très intenses ; les bacilles injectés sont détruits en masse à l'endroit même de l'injection ; il n'y a plus de nouvelles généralisations. Si les surinfections se font avec des doses massives par voie intrapéritonéale ou bronchique ou par injection intracardiaque, il se produit une réaction extrêmement forte qui peut devenir mortelle, mais si le cobaye survit, il se remet rapidement. Toutes ces surinfections ne modifient en rien l'évolution de la tuberculose due à la primo-infection.

En clinique, nous voyons des phénomènes analogues. Déjà en 1886, MARFAN montra que la guérison d'écrouelles protège contre la phtisie pulmonaire, « si cette guérison a eu lieu avant l'âge de 15 ans, et avant qu'aucun foyer de tuberculose ait été cliniquement appréciable ». C'était la découverte de l'immunité acquise contre la tuberculose, longtemps avant les recherches modernes qui nous occupent. Nous savons maintenant que cette immunité s'établit après la première imprégnation par le bacille de Koch, et qu'elle trouve son expression clinique dans les réactions à la tuberculine. Mais nous avons aussi appris que cette immunité n'a rien d'absolu ni de fixe, que la résistance qu'elle confère peut être surmontée par des doses massives, qu'elle subit des oscillations qui vont même quelquefois jusqu'à sa disparition transitoire, — ce qu'on appelle des périodes d' « anergie ». Toutes nos recherches actuelles sur la tuberculose sont dominées par le problème de l'immunité. Nous avons déjà vu que l'immunité s'acquiert très mal et très incomplètement dans la première année : à cet âge, la première infection évolue presque fatalement vers la généralisation et une issue fatale. Si le taux de la mortalité de la tuberculose du nourrisson n'est pas de 100 p. 100 comme on l'a cru autrefois, il est cependant extrêmement élevé. Les chiffres varient, suivant les auteurs, entre 70 et 90 p. c., — et audelà — des enfants atteints avant la première année. La gravité de l'affection dépend de l'âge et est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune. Elle augmente de même avec la durée de l'intimité de contact et avec la massivité de l'infection ; d'après M. DEBRÉ, les surinfections qui surviennent pendant la période anté-allergique sont particulièrement funestes. Toute cutiréaction positive chez le nourrisson est donc l'indice d'une tuberculose évolutive très grave et probablement mortelle ! L'immunité se fait déjà sensiblement mieux à partir de 18 mois ; le nombre des cas, où le foyer d'inoculation primitif et les lésions ganglionnaires concomitantes localisées s'enkystent et deviennent quiescents, commence à augmenter et monte rapidement à partir de la troisième ou quatrième année. Beaucoup d'auteurs ne craignent plus la primoinfection après la deuxième année ; il existe

cependant des stastistiques de HAMBURGER et de DE POLLAK qui montrent que la période dangereuse s'étend probablement jusqu'à la quatrième année ; d'après ces auteurs, une infection survenant dans la première année donne une morbidité de 96,6 % et une mortalité de 90 %. Pour la deuxième année les chiffres sont de 80 % et de 13 % ; pour la troisième et quatrième années de 50 % et de 8 % ; pour la cinquième et sixième années ils tombent à 5 % et 2 %. Si l'infection survient donc à partir de la cinquième ou sixième année, les chances sont très grandes que les lésions primitives resteront localisées et latentes ; sous l'action des bacilles qui se trouvent enfermés dans ces foyers, l'organisme deviendra allergique, c'est-à-dire s'immunisera (et les réactions positives à la tuberculose en feront foi) mais l'organisme restera maître de l'affection et sera bien portant. Dans nos pays civilisés tous les adultes, en tant qu'ils ne sont pas malades de tuberculose, se trouvent dans ce cas. POLLAK a pu examiner trois familles ayant chacune plusieurs enfants d'âges différents qui se trouvaient être en contact avec une source de contagion pendant un temps déterminé, qui variait entre 3 mois et à 1 an. Les enfants jusqu'à 4 ans dans ces familles étaient malades ou morts de tuberculose ; à partir de 5 ans, ils étaient tous bien portants.

Dans l'évolution de la tuberculose des enfants âgés au-delà d'un an, et surtout des grands enfants, la surinfection endogène semble jouer un rôle prépondérant. Nous savons depuis longtemps qu'il se développe souvent chez des enfants qui auparavant semblaient être bien portants, à la suite d'une rougeole ou d'une coqueluche, une tuberculose évolutive qui se termine fréquemment par une méningite tuberculeuse. Ces enfants étaient porteurs d'un foyer tuberculeux au repos, et ils présentaient une cuti-réaction positive. Or, pendant ces maladies que je viens de nommer, la cuti-réaction devient négative, c'est-à-dire l'immunité antituberculeuse disparaît momentanément et l'organisme devient sans défense contre l'infection tuberculeuse qui alors se développe sans trouver de résistance. On dit que l'organisme devient anergique. Nous sommes loin de connaître toutes les causes anergisantes, parmi lesquelles on peut citer, outre la rougeole et la coqueluche, la grippe, la chorée, l'appendicite, des affections hépatiques, puis la gestation, une alimentation et une hygiène défectueuses, la dépression morale, et ainsi de suite, qui peuvent tous rallumer un foyer bacillaire, qui était au repos pendant de longs mois et même pendant plusieurs années, et provoquer les multiples formes évolutives que nous connaissons.

Il reste à discuter les surinfections exogènes, c'est-à-dire la question de savoir si le contact avec une source de contagion est encore nuisible à un sujet allergique, qui donne une réaction positive à la tuberculine. On voit combien cette question est grosse de conséquence ! Dans la syphilis qui présente tant d'analogie avec la tuberculose, il ne se produit pas de nouvelles infections pendant l'évolution de la maladie. Le phénomène de Koch parle aussi plutôt contre la possibilité d'une sur-infection exogène. Dans la tuberculose humaine, ce problème est cependant très compliqué. On a fait remarquer que des sujets adultes cohabitant avec des phtisiques qui expectorent des bacilles, ou fréquentant par profession des milieux très infectés, ne présentent pas plus souvent des tuberculoses actives que d'autres personnes, de la même condition, vivant dans un milieu non contagieux. Le petit nombre de cas dans lesquels on a pu fournir la preuve qu'un époux phtisique avait contaminé son conjoint sain contraste de la façon la plus frappante avec la facilité avec laquelle ce même époux phtisique fait mourir successivement de tuberculose tous ses enfants en bas âge. Un autre élève de HAMBURGER a trouvé que des infections continuelles chez des enfants qui avaient déjà subi une première infection n'exerçaient aucune influence visible sur l'évolution de leur maladie ; il trouvait par contre chez ces enfants une hypersensibilité croissante à la tuberculine, donc une augmentation de l'immunité sous l'impulsion des réinfections répétées. Un travail de M. PARAF, du service de M. NOBÉCOURT, attribue aussi pour la propagation du processus tuberculeux chez l'enfant plus âgé un rôle plus important aux surinfections endogènes qu'aux réinfections exogènes ; il y est dit « que les lois de l'immunité antituberculeuse qui ont trait à l'hétéro-infection ne s'appliquent qu'incomplètement à l'auto-réinfection, l'organisme paraissant fort peu immunisé vis-à-vis de ses propres germes ». D'autres auteurs cependant, M. Léon BERNARD par exemple, donnent la préférence aux surinfections exogènes. La question reste en suspens, d'autant plus que nous connaissons mal les oscillations et les défaillances passagères de l'allergie tuberculeuse, qui peuvent fort bien faciliter les nouvelles infections exogènes au même titre que les surinfections endogènes. Ce problème ne sera résolu que par l'observation clinique.

Reste la question de la phtisie pulmonaire. On la considère généralement comme le stade tertiaire de la maladie, en analogie avec ce que nous voyons dans la syphilis et la lèpre. Elle ne survient que lorsque l'infection tuberculeuse date déjà au moins depuis plusieurs années, le poumon semble y avoir perdu toute résistance vis-à-vis du bacille de Koch, contrairement à la haute immunité des autres organes. Mais nous ne savons encore rien de certain sur les condition de sa génèse, et ses rapports avec l'infec-

tion qui s'est produite à l'âge infantile restent inexpliqués.

Comme règle pratique pour la prophylaxie antituberculeuse nous résumerons l'état actuel de la question comme suit :

1° Eviter par tous les moyens la primo-infection chez le nourrisson et, si possible, dans les quatre premières années.

2° Faire éviter les causes anergisantes chez les jeunes enfants déjà contaminés et les mettre dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

3° Eviter les surinfections extérieures.

CLAUDICATION INTERMITTENTE

Traitement par la diathermie et le nitrite de soude.

La claudication intermittente constitue un syndrome assez rebelle à la thérapeutique. Le plus souvent en effet, malgré les prescriptions, le malade continue à ressentir dans le mollet, au bout d'une courte marche, une vive douleurl'obligeant à un bref arrêt qui calme rapidement les sensations pénibles, mais ne les empêche pas de se reproduire quelques instants plus tard pendant la marche. De même, en dépit de ses ordonnances, le médecin retrouve toujours, à chacun de ses examens d'une ou des deux jambes, des chiffres de pression artérielle et une amplitude des oscillations très inférieurs aux valeurs trouvées pour les membres supérieurs. Cette diminution de la pression et des oscillations traduit l'oblitération partielle ou totale du tronc artériel principal ou d'une de ses grosses branches, oblitération qui est à l'origine du syndrome.

Les prescriptions habituelles sont le plus souvent inefficaces : suppression du tabac, traitement anti-syphilitique, iode, thiosinamine, citrate de soude, etc. Enfin, la sympathicectomie, outre qu'elle n'est pas une opération dépourvue de danger, est loin d'avoir enregistré à son actif des succès tels qu'on doive la considérer comme une indication formelle. Deux voies nouvelles s'ouvrent cependant au traitement.

I. *La diathermie.* — Telle est la diathermie que, devant l'inefficacité des moyens habituels, l'un de nous a été amené à prescrire, et qui a été mise en œuvre par M. Paul Descoust (1).

Elle fournit d'excellents résultats chez les malades qui présentent encore des pulsations artérielles, quoique faibles, à la région du cou-de pied. L'amélioration fonctionnelle est très marquée, quoique les chiffres de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique ne se modifient que peu ou pas.

Par contre, si l'oscillomètre ne montre aucune pulsation artérielle au cou-de-pied, la diathermie a bien des chances de rester inefficace.

Il y a donc un intérêt primordial à appliquer un traitement précoce avant que la circulation ne soit par trop précaire.

La diathermie n'a pas d'action sur l'oblitération artérielle elle-même ; son action ne se fait pas sentir sur les gros troncs artériels, mais sur les petits vaisseaux et les capillaires.

Elle détermine un réchauffement local et général de l'organisme, une vaso-dilatation intense qui favorise l'arrivée du flux sanguin dans les voies artérielles de suppléance. Elle lutte contre les spasmes souvent concomitants, produit une action eutrophique sur les tissus, active leur métabolisme et améliore leur nutrition.

Les applications de diathermie doivent être d'abord quotidiennes, puis tri-hebdomadaires; chaque séance doit durer de trente à quarante minutes, par séries répétées de vingt séances tous les trois mois environ. L'intensité ne doit pas dépasser 1.500 milliampères. La localisation de l'oblitération du vaisseau commande les régions où l'on doit appliquer les plaques, mais il faut avoir soin toutefois de dépasser notablement la limite supérieure de l'oblitération.

II. *Les injections sous-cutanées de nitrite de soude.* — Les injections de nitrite de soude ont, elles aussi, une action très marquée sur le syndrome de la claudication intermittente. On emploie des ampoules contenant :

Nitrite de soude	0,02 à 0,04
Eau distillée	1 cmc.

que l'on a soin de faire confectionner en verre jaune, pour que le produit ne s'altère pas à la lumière, et on fait une injection trois fois par semaine, en séries de vingt injections.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer ce traitement trois fois :

Dans un cas, il s'agissait d'artérite oblitérante aiguë ayant obligé le malade à l'immobilité absolue depuis 4 mois. Quand nous avons appliqué le traitement, il commençait à faire quelques pas dans la chambre en s'aidant de cannes. Dès la première piqûre, il accusa un soulagement marqué, sa jambe lui semblait moins lourde, et

(1) C. Lian et Descoust. — *Presse méd.*, 22 oct. 1924. — Roeser. — *Thèse Paris*, 1924.

après une série d'injections, il a pu marcher 10 minutes sans avoir de crampe douloureuse.

La deuxième tentative fut faite chez un hypertendu décompensé qui souffrait de claudication intermittente depuis une dizaine d'années. Il ne pouvait pas faire plus de 300 mètres sans être obligé de s'arrêter. Après la troisième piqûre, le malade put faire une excursion à pied sans ressentir autre chose qu'une lourdeur dans l'aine.

Le troisième cas était une gangrène du cinquième orteil par artérite oblitérante. Aucune amélioration ne put être notée par ces injections.

Dans les trois cas, la réaction de Wassermann était négative, et le syndrome avait résisté au traitement spécifique. Nous n'avons pas noté, à la suite des injections de nitrite de soude, une augmentation de l'oscillation au Pachon, ni une modification de la tension artérielle. Il est donc probable que le nitrite de soude agit comme la diathermie en favorisant la circulation collatérale, mais qu'il n'a aucune action sur l'oblitération artérielle proprement dite.

Notons enfin que la cure hydrominérale de Royat est susceptible de procurer à ces malades une amélioration. Les bains carbo-gazeux agissent, en effet, dans le même sens que les traitements que nous avons énumérés, par vaso-dilatation périphérique, et l'un de nous a pu obtenir, à Royat, la guérison de la gangrène chez le troisième malade dont nous avons parlé, avec suppression des douleurs suraiguës qui sont la règle dans cette affection.

III. *Conclusions.* — Dans la claudication intermittente, le traitement, habituellement inefficace jusqu'à présent, vient de s'enrichir de deux indications nouvelles, susceptibles d'atténuer ou de faire disparaître les troubles fonctionnels (non les signes objectifs), lorsque ces moyens thérapeutiques ne sont pas trop tardivement mis en œuvre : ce sont la diathermie et les injections sous-cutanées de nitrite de soude. Dans les grands centres, on fera appel alternativement à ces deux prescriptions ; à la campagne on pourra toujours recourir aux injections de nitrite de soude (1).

C. Lian et R. Barrieu.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Quelques suggestions inédites sur la recherche scientifique.

Immense matériel humain perdu pour l'anatomie.
Utilisation des substances encore vivantes après la mort des individus pour la chirurgie.

Par Dartigues.

« *La science,* dit très justement Voronoff dans ses conférences; *est en avance sur le législateur* ». Disons plutôt cependant, *sur le législation*, pour ne faire de la peine à personne. J'ajouterai qu'à travers tous les temps, même les nôtres, la science a dû, pour progresser, se cacher du législateur et de la législation.

De même que Michel-Ange, Léonard de Vinci, Vésale se cachaient pour apprendre l'anatomie, que les étudiants du Moyen-Age dérobaient des cadavres pour connaître la structure du corps humain, le savant moderne, aujourd'hui, doit parfois se cacher ou ruser pour faire des autopsies, certaines recherches nécropsiques presque immédiatement après la mort, certaines vivisections et certaines expériences physiologiques, du plus haut intérêt pour la conservation de la vie de l'homme. La société, si avide de tout ce qui peut augmenter son bien-être, assurer sa sécurité, la mettre à l'abri de la maladie, lui éviter de la douleur, écarter d'elle la mort, par un sentiment très étrange, fait presque tout ce qu'elle peut pour empêcher le progrès qu'elle désire et bêle plaintivement, parce qu'elle est hypersensible sans motif, comme tous ceux qui sont ignorants et parce que les moyens employés par la science lui répugnent. Et pourtant, ô gens inquiets et soi-disant raffinés, il faut des courageux qui sachent vaincre leurs répugnances pour découvrir quelques parcelles de vérité, et qui soient au-dessus de vos dégoûtations, de votre sanie et de votre pourriture pour vous apporter le soulagement et bien souvent la vie ! En plein XXe siècle, que d'êtres, de choses et d'organisations sont encore conjurés pour nuire à la recherche. Il y a des sociétés contre la vivisection, composées de gens sensibles en apparence et qui ne donneraient pas un morceau de pain à un chien ; il y a aussi des sociétés d'inhumation contre les autopsies et la dissection, composées de personnes dignes qui s'attendrissent sur les cadavres

(1) Extrait de l'*Année Médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, méd. des hôp. : 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (Méd., chir., Obst., Spécial., et questions prof.) ; 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 1er avril : 16 fr. 50 (pour l'étranger: 18 francs) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris, VIIIe.

Comptes chèques-postaux : 712-04.

d'individus qu'elles n'ont jamais connus et qu'elles auraient méprisés vivants : la charité qu'elles n'auraient pas faite se mue en aumône « *post mortem* » d'ensevelissement !

En somme, la société, paradoxalement, réclame de la part des savants une augmentation de sécurité, tandis qu'elle entrave leurs recherches.

Et pourtant, il faut s'en convaincre, toutes les sciences de la vie sont en grande partie extraites de la mort dont on a fouillé les lamentables débris !

Pour le matériel de greffe de tissus humains que la science est appelée à utiliser dans un prochain avenir, on trouvera des ressources considérables, quand on pourra prélever aisément les organes sur des hommes sains morts d'accidents. Il faut savoir, en effet, que nous ne mourrons pas en bloc dans une extinction totale et simultanée de tout ce qui nous compose anatomiquement, et qu'il y a, pour ainsi dire une chronologie graduée dans la mort de nos groupes cellulaires.

L'arrêt du cœur qui signifie la rupture de l'harmonie du fonctionnement des organes, n'est que la cessation de la vie mobile et consciente. La mort est pareille à une démobilisation générale d'une vaste armée combattante ; lorsque le décret du destin final s'affirme, la lutte est achevée, et cette sorte de démobilisation tissulaire ou organique se fait par unités.

Nos tissus ne meurent donc pas tous en même temps et plusieurs peuvent survivre pendant des heures et des jours après la mort d'ensemble : la cellule cérébrale semble succomber la première; le cœur est arrêté ; mais sa fibrille musculaire n'est pas décomposée et elle est capable de mouvements ressuscités comme certaines expériences physiologiques l'ont démontré ; d'ailleurs, il y a l'exemple, bien connu des médecins, des accidents anesthésiques : syncope ! le cœur ne fonctionne plus ; on laisserait là les choses dans l'inespérance de voir revivre un trépassé ; on ne désespère pas : on fait la respiration artificielle et diverses manœuvres ; on fait, même, s'il le faut, le massage direct du cœur, et le voilà qui repart quelquefois après un long temps ; n'est-ce point là la résurrection d'un cadavre ? La mort n'est donc tout d'abord que la cessation d'une harmonie physiologique et une rupture d'équilibre que, dans certains cas, on peut être à même de rétablir.

Tout le monde connaît l'exemple des poils de la barbe et des ongles poussant et s'allongeant sur le cadavre, ce qui prouve que l'épiderme a gardé sa vitalité. Le système osseux garde encore sa valeur après que ses leviers ont cessé de se mouvoir pour toujours : les os survivent environ 18 à 20 heures : si on les prélève avant ce laps de temps, ils possèdent une vitalité entière.

Donc, à côté de la mort globale de l'organisme, il y a la mort individuelle des tissus et des organes. La mort n'est qu'une cessation d'une harmonie physiologique et une rupture d'équilibre.

Prélevés avant leur propre mort, qui se fait suivant une échelle de graduation variable, les organes et les tissus gardent toutes leurs propriétés vitales ; transplantés dans un autre organisme ils peuvent y manifester leur énergie et continuer leur fonction première. Prélevés à temps, ils peuvent même être conservés vivants pendant des semaines, gardés dans des glacières ou plongés dans du sérum approprié, comme l'a fait Carrel. Il y a donc une mort individuelle et chronologique des organes et cette mort retardée peut être utilisable pour un plein développement de vie dans un autre organisme.

Tout cela prouve qu'il y a des ressources innombrables dans la masse organique humaine qui n'est pas entrée en décomposition, et qu'il y a une perte regrettable de matériel humain utilisable et qui n'est pas mort quand on le met sous terre. Comme des léthargiques ensevelis par mégarde, nous pouvons dire, que nous sommes tous, pour quelques heures ou quelques jours, enterrés à demi-vivants !

Les cimetières ont enseveli bien des secrets humains, mais ce n'est rien et peut-être vaut-il mieux qu'il en soit ainsi ; mais ils ont certainement enseveli beaucoup de possibilités de la vie, de prolongements de la vie et surtout de secrets de la vie. Le fossoyeur jette à pleine pelle, dans le triste trou, de l'énergie humaine qui n'est pas morte ! Beaucoup de ce que la tombe dévore est enlevé à la connaissance de l'homme puisqu'il n'y a pas de mort totale et immédiate et que nous continuons à mourir sous terre.

Quand je visitais jadis les immenses cimetières d'Eyoub et de Scutari, à Constantinople, ou ceux de Messine, en Sicile, ou encore lorsque je vois les véritables villes de la mort greffées sur les monstrueuses cités vivantes, je ne pus m'empêcher, je ne peux m'empêcher encore, de songer à toutes les foules ensevelies sous les forêts funéraires et qui auraient bénéficié des progrès actuels et des découvertes modernes de la médecine et de la chirurgie. Mais en même temps je ne puis faire non plus que je ne pense à ce que ces vastes charniers, incessamment alimentés, reçoivent des trésors de vie encore possible et de ressources matérielles que la science utiliserait pour combler plus rapidement ses lacunes ou pour enseigner les néophytes !

Et alors, je me demande s'il n'y aurait pas lieu qu'entendant nos appels, des hommes sans peur et sans reproche, délivrés de toute sensibilité maladive ou traditionnelle, cherchent à donner à la législation une ampleur de tolérance égale à la grandeur indéfinie de la science, tout en lui

ménageant une extensibilité parallèle à celle du progrès, c'est-à-dire indéfinie également et par conséquent incessamment révisable.

Il ne se peut pas que ces hommes ne surgissent, quand, n'étant plus maintenus par les cloisons étanches qui séparent trop ceux qui étudient les connaissances humaines, ils aborderont la vraie et grande culture : celle qui est capable de s'affranchir des préjugés et des traditions intempestives parce que scientifique en même temps que philosophique, planant au-dessus de la métaphysique qui n'est qu'une distraction spéculative, et de la littérature qui n'est qu'un admirable moyen d'art.

Et alors, nous demandons que des hommes nouveaux et capables d'initiative, dans le remaniement des intelligences et des âmes, préparent les individus des sociétés nouvelles à des consentements nécessaires par leurs conceptions modifiées. Nous demandons encore qu'ayant le courage de bousculer des codes immuables, ils modifient, comme dirait Montesquieu, l'Esprit des lois, et qu'une évolution légale suive l'évolution de la science.

Nous désirons que la loi nouvelle suive nos indications utilitaires pour faire triompher un idéal robuste et sain : celui d'améliorer constamment la vie humaine, de la réparer et de la prolonger.

Il faut tout d'abord qu'on autorise, bien entendu dans des conditions très déterminées prises d'accord entre les hommes qui font la science et les hommes qui font les lois, pour le bon ordre social et pour dissiper toutes macabres équivoques, qu'on autorise le prélèvement de tissus et d'organes sur des morts par accident (et Dieu sait, la matière ne manquerait pas !). Il serait juste que les accidentés morts jeunes, robustes et sains, donnassent lieu à des prélèvements de leurs organes indemnes, qui n'étant pas tout à fait défunts, comme je le disais plus haut, doivent en quelque sorte appartenir à la société comme appartenaient à la société les êtres dans l'exercice de leur vitalité.

Voronoff, dans un beau rêve d'optimisme, ne désespère pas de voir le magnifique lever astral des idées en communion avec la science : « Le temps fera son œuvre, dit-il ; la sentimentalité sera remplacée par la haute conscience d'un devoir supérieur : servir l'humanité même après la mort. Du reste, renaître, même partiellement, faire de nouveau partie intégrante d'un être vivant, agissant, pensant, ne serait-il pas un sort plus enviable que la froide destruction au fond d'un tombeau ! »

Dans ces conditions, toute personne jeune, morte d'accident, devrait être transportée immédiatement dans un institut où, profitant de l'occasion de l'autopsie exigée d'ailleurs actuellement par la loi, avec l'autorité de la même loi, on prélèverait les organes sains, on les cataloguerait pour une conservation et un approvisionnement suivant les moyens scientifiques que nous possédons, et on les réserverait pour une utilisation plus ou moins prochaine chez des personnes, en vue d'un relèvement de l'énergie, de la continuité d'une fonction ou de la conservation de facultés ou d'aptitudes importantes.

Ne serait-il pas logique que, dans la vie, payant l'impôt du sang, nous payions ensuite l'impôt de la mort ? Les guerriers morts pour leur patrie engraissent le sol d'honneur où ils sont tombés ; les cadavres des villes pacifiques, localisés dans les cimetières, n'engraissent jamais des terres de moissons. En face des sociétés antivivisectionnistes, antinécropsiques, inhumatrices, que des sociétés se lèvent comme se sont levées pour un autre but les sociétés d'incinération, afin de changer l'état séculaire des esprits, afin d'encourager à donner l'héritage de notre corps pour les études et les recherches de la science (d'ailleurs, l'héritage de notre corps, partiellement du moins, devrait revenir à l'Etat), afin aussi de renoncer à l'orgueil des pompes coûteuses de l'enterrement, dont l'immense argent accumulé, au lieu de servir des intérêts monstrueux arrachés à la sensibilité toute fraîchement secouée des familles endeuillées, devrait aller aux laboratoires scientifiques, créateurs de connaissances, de vérités, de vie, de bienfaits, et de richesses nationales. Oui, je le répète, cette immense fortune — c'est une idée que je donne et qui se réalisera — cette immense fortune dilapidée pour la plus grande vanité des vanités devra passer au profit de tous. La science réclame des victimes, soit ! Ces victimes sont celles sur lesquelles n'ont pas réussi les médications nouvelles ou les essais de techniques opératoires nouvelles ; ces victimes sont celles que j'appelle des victimes *passives* ; ce sont celles aussi, que pour son immense honneur, la médecine se sacrifie à elle-même, par ceux de ses savants qui font des essais sur eux-mêmes, qui ne craignent pas de s'inoculer de graves maladies ou qui, par leur exercice professionnel, s'exposent à toutes les contagions : ce sont ces victimes que j'appelle victimes *actives*. Quoi qu'il en soit, les unes et les autres, toutes expiatoires et également douloureuses, iront en holocauste constamment diminué, si, de par la mentalité renouvelée et accédée à une conscience plus haute, plus éclairée, plus altruiste, et si par la loi élargie, on peut faire pour des études anatomiques plus poussées, pour des constatations anatomo-pathologiques indispensables, pour des mises au point et des perfectionnements opératoires, et enfin pour des greffes dont le domaine va constamment s'agrandissant, une plus grande, une plus immédiate utilisation de nos cadavres qui ne représentent pas encore la véritable et entière mort.

◆◆◆◆

Qui sait ! Un jour viendra où la loi permettant le prélèvement des organes chez des accidentés, des suppliciés comme on a parlé de le faire, et ces organes étant mis en réserve et conservés dans des glacières ou des sérums humains appropriés, on en fera bénéficier des hommes très utiles à la société, et il me sourit de penser, que par le hasard obscur de circonstances ignorées et sous le couvert rassurant de l'anonymat de provenance, un magistrat intègre bénéficiera pour sa vie de la greffe d'un os ou d'une glande d'un de ses condamnés qu'il aura désigné pour la mort!

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'invagination intestinale chez le nourrisson.

En matière d'invagination, écrit le Dr Pouliquen, une erreur ou un simple retard de diagnostic se traduit presque fatalement par la mort d'un enfant, et en général d'un bel enfant.

Ce qu'il faut savoir, c'est que l'invagination n'est pas très rare, mais que le premier cas passe souvent inaperçu parce qu'on n'y pense pas ; quand on a fait le diagnostic une fois, on ne se trompe plus.

Pour en faire le diagnostic, il faut savoir que, lorsqu'il y a en même temps des signes d'occlusion, plus la selle sanglante est caractérisée, plus le diagnostic s'impose ; ce qui importe avant toute analyse de l'aspect du mélæna (avec ou sans glaires), c'est le fait qu'un nourrisson a eu une hémorrhagie intestinale.

Cependant, il ne faut pas attendre les signes d'occlusion, pour faire le diagnostic et pratiquer l'opération, qui toujours s'impose, quel que soit l'âge de l'enfant. Schématiquement, chez un nourrisson de moins d'un an, des cris, de l'agitation, un vomissement, une selle sanglante, caractérisent l'invagination. A ce stade, il n'y a pas encore d'occlusion, le ventre est plat, et c'est à ce moment qu'il faut agir.

Le diagnostic est donc, en général, d'une simplicité extraordinaire, même lorsqu'on ne sent pas de boudin. Il suffit d'y penser. S'il arrive à être difficile, c'est justement quand il n'y a pas ou qu'il n'y a pas encore de sang : il faut alors pratiquer le toucher rectal ; quelquefois celui-ci permettra de sentir un boudin ; d'autres fois, il déterminera une selle sanglante. (*Journal des Praticiens*, 2 août 1924.)

Les néphrites chroniques urémigènes, sans hypertension artérielle.

Cette variété de néphrites constitue une rareté clinique ; et cependant, les différents symptômes du mal de Bright ne sont pas forcément associés ; fréquemment au contraire, on les observe isolés les uns des autres, au moins pendant une partie de l'évolution morbide ; telle fonction du rein semble compromise par la maladie, alors que les autres sont demeurées indemnes. Ces formes monosyndromiques, où n'existe que le syndrome d'albuminurie, ou le syndrome hypertension, ou le syndrome, soit chlorurémique, soit azotémique, sont importantes à connaître, et leur diagnostic est des plus difficiles, surtout en l'absence des signes cardiovasculaires.

En ces cas, disent MM. Guy Laroche et A. Desmoulière, le cœur est normal, la tension est normale ou diminuée, ce qui, pour certains médecins, semble devoir écarter l'hypothèse de néphrite chronique et rend ainsi possibles des erreurs très préjudiciables au malade.

Or, dans ces formes sans hypertension, les symptômes fonctionnels et généraux sont des plus variés et ils n'ont rien de caractéristique. Le trouble le plus fréquent affecte le système nerveux, sous forme de fatigue, en particulier au point de vue intellectuel.

L'examen du sang seul permet le *diagnostic* par la recherche de l'azotémie, de l'uricémie et de la constante d'Ambard. L'azotémie est généralement modérée, inférieure à 1 gr. dans la plupart des cas ; se tenant entre 0.50 et 0.80. La constante d'Ambard est élevée, en général entre 12 et 18, mais parfois au-dessus de 20, 24. Ces chiffres sont stables et se retrouvent analogues ou identiques à des semaines d'intervalle. Ils ne se modifient, et encore transitoirement, que par un régime hypoazoté sévère.

Le *pronostic* de ces néphrites chroniques est en général, sauf si l'azotémie dépasse 1 gr., celui des azotémies initiales. Il est relativement bénin « quoad vitam » lorsque l'affection est reconnue et soignée. Mais le pronostic éloigné reste sombre. Il est nécessaire de soumettre ces malades à une surveillance permanente, faute de quoi les rechutes surviennent impitoyables.

Toutes les infections peuvent conduire à ces altérations rénales, mais il faut souligner la fréquence vraiment impressionnante de la syphilis très ancienne, et surtout de l'hérédo-syphilis, non seulement soupçonnée par les réactions sérologiques, mais démontrée par les enquêtes portant sur les ascendants et les descendants, et par les signes cliniques associés : par exemple,

l'aortite, la chorio-rétinite pigmentaire, les troubles pupillaires, etc. (*La Presse médicale*, 20 août 1924.)

Le rôle de la syphilis dans la pathogénie de la linite plastique.

Le Dr Faroy rapporte en détails trois observations de linite plastique, avec constatations nécropsiques, et il en tire des conclusions très intéressantes en ce qui concerne cette forme si curieuse de cancer de l'estomac, qui n'est plus une rareté aujourd'hui.

Dans ces trois cas, la nature cancéreuse de l'affection est indiscutable. Comme dans tout cancer de l'estomac, le processus néoplasique peut rester localisé, soit au cardia, soit au pylore, ou se généraliser à tout l'organe. *Cliniquement*, on se trouve en présence, soit d'une sténose pylorique plus ou moins complète, avec stase, soit d'une incontinence pylorique.

L'*examen radioscopique* est le procédé de choix, et souvent unique, qui permet de poser le diagnostic de linite du vivant du malade.

La triade de Béclère et Mériel : petit estomac, rigidité des parois (sans contractions péristaltiques et sans déformation provoquée), incontinence pylorique, est pathognomonique de la linite généralisée, étendue à un grand segment de l'estomac, avec insuffisance du pylore.

Quand la linite est localisée au pylore, ou s'accompagne de symptômes de sténose pylorique, le *diagnostic* est plus difficile, et on tend plutôt à admettre l'existence d'un néoplasme banal, ou encore d'une syphilis gastrique, si le sujet est jeune et syphilitique.

Quant à l'*anatomie pathologique*, il peut exister des formes de transition entre la linite et le squirrhe, ou forme scléreuse du cancer ; peut-être même la linite passe-t-elle tout d'abord par un stade squirrheux. Dans la linite, les cellules isolées ou groupées en de très petits amas, très atypiques, séparées les unes des autres par un tissu fibreux très dense et très épais, perdent tellement leur aspect morphologique que longtemps on a pu méconnaître la nature néoplasique de la linite.

Le tissu nerveux, les vaisseaux (artères et lymphatiques surtout) sont envahis. Les métastases ganglionnaires, plus que les métastases hépatiques, sont rencontrées, quoique peu fréquentes. Le foie est souvent scléreux.

Pathogénie. — Il s'agit bien d'un type spécial d'épithélioma, comme le démontrent les métastases à structure de linite.

Il semble qu'il existe dans ce cancer une réaction particulière du tissu conjonctif, dissociant à l'extrême le tissu néoplasique proprement dit, et, d'après l'auteur, cette prolifération conjonctive serait due au terrain sur lequel se développe le cancer, notamment à la *syphilis*, qui fait si facilement partout du tissu scléreux, et peut-être à l'alcoolisme. (*Arch. des mal. de l'appareil digestif*, juillet 1924.)

Pseudo-hypertrophie du cœur de croissance et insuffisance respiratoire juvénile.

D'après le Dr G. Rosenthal, trois signes caractérisent cette hypertrophie de croissance : l'augmentation de volume du cœur, le souffle systolique, et plus rarement l'arythmie du cœur et du pouls. Mais, si la souffrance est au cœur, le trouble organique et physiologique est au thorax et à l'appareil respiratoire ; il y a, chez les enfants et chez les adolescents qui grandissent outre mesure, à la puberté, une déformation spéciale du thorax, qui se manifeste par un allongement avec rétrécissement des diamètres antéro-postérieur et transversal. Ce n'est pas le cœur qui se développe trop, c'est le thorax qui ne se développe pas assez ; alors le cœur, à l'étroit dans la cavité thoracique, subit un mouvement de descente (ce que prouve l'abaissement de la ligne supérieure de sa matité) ; la pointe peut être sentie au-dessous du cinquième espace intercostal, ce qui donne l'illusion d'une hypertrophie vraie, et le choc précordial paraît être plus énergique parce qu'il est plus superficiellement et plus directement senti en raison de l'amincissement et de l'amaigrissement des espaces intercostaux.

De la conception clinique de ce syndrome, dit syndrome de G. Sée, il résulte, d'après les travaux de Vaquez et de Donzelot, que la pseudo-hypertrophie du cœur n'est qu'une variété du syndrome des adénoïdiens. D'où découlent les indications thérapeutiques suivantes :

a) Faire au niveau des fosses nasales toute intervention de libération nécessaire, tout traitement nasal indiqué par la clinique.

b) Pratiquer la rééducation de la respiration physiologique, de façon à rendre au sujet une respiration uniquement nasale ; complète, c'est-à-dire costale et diaphragmatique suffisante.

Tout le syndrome morbide vient de la perte de la respiration nasale, le retour à la respiration nasale sera donc le pivot du traitement ; cette proposition ne tolère aucune discussion.

c) Compléter la rééducation méthodique par un entraînement respiratoire aux spiromètres, en y adjoignant les méthodes auxiliaires de l'héliothérapie, de l'aérothérapie, du massage, etc.

d) Surveiller la permanence du résultat.

e) Adjoindre la culture physique et la pratique des sports, qui seule, peut assurer le plein développement de l'organisme. (*Paris médical*, 11 octobre 1924.)

L'appendicite chronique et ses complications.

La réalité de l'appendicite chronique n'est pas niable, à la condition de réserver cette expression aux seuls cas où l'appendice est nettement atteint.

« L'appendicite aiguë, disent MM. Faroy, Baumann et Lemaire, n'est pas le plus souvent une entité morbide, ne constitue pas une maladie à elle seule, mais elle n'est qu'un épisode au cours de l'appendicite chronique. Celle-ci est la vraie maladie, souvent latente et passant inaperçue, à côté de la typhlo-colite qui l'accompagne toujours et occupe le premier plan du tableau clinique... L'appendicite chronique d'emblée pure est, par suite, une rareté, les parois de l'appendice étant touchées au même titre que le cæcum, au cours de l'évolution de la typhlo-colite qui la précède ».

D'ailleurs, la symptomatologie de l'appendicite chronique est assez pauvre, et ce sont surtout ses complications qui occupent le premier plan de la scène clinique.

Les auteurs passent alors en revue les signes et symptômes imputables à l'appendicite chronique : la douleur dans la fosse iliaque droite, mais aussi à l'épigastre, à l'ombilic. A noter que la douleur provoquée, en un point localisé, ne signifie pas à coup sûr appendicite. On demandera à la radioscopie les précisions que la palpation est impuissante à donner. La fièvre est plutôt une fébricule autour de 37°5 à 38°, non constante, réveillée par la fatigue, la marche, les règles. Les troubles digestifs rappellent le tableau de la dyspepsie sensitivo-motrice.

Les complications sont, les unes, inflammatoires, les autres toxiques. Parmi les premières, les auteurs citent la colite muqueuse rebelle, les péricolites adhésives, qui finissent par aboutir à des néo-membranes, des adhérences, des replis, des brides, d'où résultent des accolements de deux anses intestinales entre elles, ou de l'appendice avec le cæcum, avec la dernière portion de l'iléon, du cæcum avec la paroi, etc. Mêmes manifestations au niveau du côlon, avec dilatation du cæco-ascendant et rétention stercorale. Des phénomènes d'occlusion plus ou moins aiguë et totale peuvent se rencontrer.

On observe également des lésions à distance : adénopathies, épiploïtes, adhérences au niveau du carrefour sous-hépatique... « Des néoformations fibreuses peuvent siéger sous le foie, recouvrant une plus ou moins grande surface de la face inférieure de l'organe ou autour de la vésicule biliaire, péricholécystite qui peut être secondaire à une cholécystite ayant évolué en même temps que l'appendicite chronique. Mais souvent, il n'y a pas trace d'infection vésiculaire et le foyer appendiculaire est seul responsable des lésions. »

Le diagnostic de ces lésions doit être demandé à l'examen radioscopique.

L'inflammation partie de l'appendice peut gagner les filets nerveux et créer ainsi l'entéronévrite. En outre de ces complications nerveuses, il en est d'autres caractérisées par une vagotonie appendiculaire, avec état spasmodique du tube digestif.

Des complications infectieuses sont aussi d'observation courante : syndrome entéro-rénal, pyélo-néphrites, phlegmons péri-néphrétiques, point douloureux urétéraux, etc., cholécystite et cholélithiase, annexites droites, sans parler du coup de fouet que reçoivent de ces foyers infectieux certaines infections préexistantes, telle que la tuberculose pulmonaire.

Les complications toxiques se traduisent par des altérations glandulaires du côté du foie, du pancréas, de l'ovaire, des endocrines. Elles peuvent se caractériser par un véritable syndrome toxémique.

« Tout état toxémique mal défini, disent MM. Faroy, Baumann et Lemaire, indécis dans sa symptomatologie, doit faire penser à l'appendicite chronique ».

Le traitement comporte une phase médicale, une phase chirurgicale et une phase post-chirurgicale. La première phase comporte le régime alimentaire, l'antisepsie biologique (ferments lactiques), la vaccinothérapie, l'opothérapie biliaire, l'antisepsie chimique et mécanique (inconstante), les cures thermales à Châtel-Guyon ou à Plombières selon les cas, à Vichy.

Si le résultat de cette thérapeutique est négatif, après une expérience suffisamment prolongée, on conseillera l'opération : appendicectomie par laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, de manière à pouvoir bien explorer tout l'abdomen et notamment le carrefour sous-hépatique.

L'opération effectuée, le traitement médical s'impose de nouveau : alimentation spéciale, repos, médication antispasmodique, cures thermales douces et bien conduites, hydrothérapie, etc.

« En résumé, l'appendicectomie s'impose presque toujours, s'il existe une lésion de l'appendice iléo-cæcal, mais elle ne suffit pas à amener la guérison totale ; elle n'est qu'un épisode, qui doit être complété par un traitement souvent long et très complexe, toujours adapté aux multiples désordres créés et entretenus par la lésion primitive ». (*Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

Extériorisation temporaire d'un utérus césarisé réintégré le 45e jour.

M. Guéniot relate l'observation d'une femme chez laquelle, à la suite d'une césarienne nécessitée par une présentation de l'épaule, avec un utérus rétracté et un fœtus mort, il referma la

plaie abdominale en laissant l'utérus et les annexes extériorisés au dehors du ventre. Il assista à la rétraction progressive de l'utérus, dont un point de la ligne de suture s'escharifia, et le réintégra le 45e jour, ayant noté la perméabilité des trompes et la conservation vraisemblable de la fonction ovarienne. La femme guérit.

Par cette méthode, on ne risquerait pas d'infecter le péritoine par un utérus césarisé et peut-être suspect, et on aurait chance de conserver l'organe et la fonction. (*Rev. de gynécol.*, 10 octobre 1924.)

Étude sur l'iodobismuthate de quinine « Quinby ».

Après avoir rapidement passé en revue la question du traitement de la syphilis par le bismuth depuis son introduction dans la thérapeutique, M. CRHA, assistant à la clinique dermato-syphiligraphique du professeur SAMBERGER, de Prague, envisage les avantages et les inconvénients de ce nouveau traitement. En dehors de ses observations personnelles, il fait état du travail de MM. HUDELO et RABUT (*Presse médicale*, 9 avril 1924), et conclut, comme ces auteurs, à savoir que les inconvénients sont bien plus des incidents que des accidents.

« L'industrie française et allemande donne le jour à de nombreuses préparations, mais ce sont toujours à peu près les mêmes produits qui circulent sous des noms divers. De ceux-ci, resteront seuls ceux qui reposent sur une base sérieuse et qui marquent un progrès, non seulement dans l'activité thérapeutique, mais encore dans l'abaissement de la toxicité et dans l'absence d'inconvénients. Au premier rang de ces produits vient incontestablement le « quinby ».

L'auteur résume ensuite toute son expérimentation dans les divers stades de la syphilis. Il a obtenu la cicatrisation des chancres, en moyenne après 5 injections, des plaques muqueuses et de la roséole après 3, des ulcérations gommeuses après 5. Seules les syphilides papuleuses sont un peu plus tenaces et exigent de 6 à 10 injections pour s'affaisser et disparaître. Il a eu également l'occasion de traiter un cas de syphilis héréditaire tardive avec plein succès, après échec d'un traitement arsenical.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes: Le « quinby » est la préparation bismuthique qui correspond le mieux aux exigences de la thérapeutique actuelle. Exerçant une influence des plus favorables sur les manifestations syphilitiques ainsi que sur la réaction de B. W., il a le grand avantage d'être parfaitement toléré localement et de n'exercer aucune influence fâcheuse sur l'état général. Il peut également être associé aux arsenicaux. Dans ce cas, l'auteur recommande de diminuer les doses d'arsenic (pour une série : 3 gr. 50 d'aséno-benzène et 3 gr. 60 de « quinby ») et de faire des injections intercalaires. (*Ceska-Dermatologie,* R. V. S.,10-1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La syphilis du lama.

(MM. JAUREGUY et LANCELOTTI, de Buenos-Aires. — *Académie de médecine* ; 2-12-1924.)

Il y a quelque vingt-cinq ans encore, la syphilis était considérée comme une affection humaine, à laquelle les animaux restaient réfractaires. Les expériences de Metchnikoff, Roux, Levaditi, sont venues montrer que l'on pouvait, plus ou moins facilement, inoculer le tréponème à certaines espèces animales, au singe principalement.

MM. Jaureguy et Lancelotti ont découvert dans la région sud-américaine, un animal, le lama, qui serait un véritable réactif, très sensible, de la syphilis. Ce camélidé contracte tout d'abord la syphilis de lama à lama. La maladie est chez lui assez sérieuse, allant en quelques années du chancre aux accidents secondaires et aux accidents tertiaires graves (lésions artérielles, paralysie générale). Mais, ce n'est pas tout. Le lama peut recevoir la syphilis de l'homme, et la lui rendre. Ainsi, les auteurs ont soumis des femelles de lamas à des rapprochements sexuels avec des hommes porteurs de chancre induré. L'expérimentation a de ces exigences et les victimes furent ici les pauvres camélidés ! Vingt jours plus tard, l'animal accusait sur la muqueuse vulvo-vaginale un chancre induré.

La syphilis humaine, ainsi inoculée au lama, fut entretenue par des passages successifs, qui atteignent aujourd'hui 150. Elle a gardé toute sa virulence, pour l'homme également, ainsi que le démontra un accident de laboratoire survenu au 138e passage.

MM. Jaureguy et Lancelotti poursuivent leurs travaux sur ce sujet depuis plus de dix années déjà, sous les auspices des maîtres de l'école de Buenos-Aires. Ils sont parvenus à préparer un *sérum* qui leur a donné des résultats thérapeutiques intéressants chez les lamas et qui leur a paru pouvoir être employé, dans une mesure que l'avenir déterminera, chez l'homme.

L'action des rayons X sur les kystes hydatiques.

(M. José ARCÉ, de Buenos-Aires. — *Académie de médecine* ; 2-12-1924.)

Les kystes hydatiques sont fréquents en Sud-Amé-

rique. M. Arcé, professeur de clinique chirurgicale à Buenos-Aires a recherché l'action de la radiothérapie profonde sur les parasites des kystes, dans l'espoir d'arrêter la marche de l'affection ou d'obtenir une stérilisation de la poche, préalablement à son exérèse. L'auteur a vu que les scolex soumis aux rayons perdaient leur activité et subissaient une certaine désagrégation.

La question, on le sait, a été étudiée en France par M. Devé, de Rouen, dont les travaux sur les kystes hydatiques sont classiques. L'opinion de M. Devé est loin d'être aussi favorable que celle de M. Arcé sur des propriétés stérilisatrices des rayons X en matière d'échinococcose. Le problème n'est donc pas, quant à présent, résolu.

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine.

(M. Chr. Zoeller. — *Académie de médecine* ; 2-12-1924.)

Dans des travaux antérieurs, M. Zoeller a établi que, si l'on en jugeait d'après la réaction de Schick, la vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine Ramon constituait un procédé efficace. A cette preuve de laboratoire, l'auteur ajoute aujourd'hui une preuve épidémiologique.

Une épidémie sérieuse de diphtérie ayant sévi sur la garnison de Mayence au cours de l'été 1924, M. Zoeller eut là l'occasion d'appliquer, chez un nombre important de sujets réceptifs (volontaires), l'injection prophylactique d'anatoxine : cent quarante-trois hommes reçurent une première injection sous cutanée de 1/2 cent. cube d'anatoxine. Cent deux reçurent une deuxième injection. Comme résultats : un cas bénin de diphtérie chez les sujets ayant eu une piqûre, aucun cas chez ceux ayant eu deux piqûres. En multiplant les observations de ce genre on arrivera à démontrer, sans doute, l'efficacité de la méthode.

Syphilis fruste des femmes enceintes.

(M. Galliot. — *Société médicale des praticiens* ; 17-10-1924.)

M. Galliot étudie une forme de syphilis fruste chez les femmes enceintes, qui paraît être extrêmement bénigne pour la femme elle-même, mais fort dangereuse pour le produit ovulaire si un traitement énergique n'est pas mis précocement en œuvre.

— M. Kleim a observé plusieurs cas où la syphilis ne se révélait que par son rententissement sur l'œuf. La réaction de B.W. était négative chez la femme et chez le mari. Une cure vigoureuse a pu donner dans la suite des enfants à terme.

Injections sclérosantes dans les adénites bacillaires.

(M. Filderman. — *Société médicale des praticiens* ; 17-10-1924.)

L'auteur présente un malade qui avait subi sans succès le traitement radiothérapique pour une adénite cervicale bacillaire. Il lui fit une série d'injections locales au salicylate de soude. Ces injections, indolores, sclérosantes, qui sont utilisées dans la cure des varices, amenèrent la guérison de l'adénite.

Les arsénobenzènes dans la transfusion sanguine.

(MM. Ch. Flandin et Tzanck. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-11-1924.)

M. Flandin revient sur la question des arsénobenzènes employés comme anti-coagulants dans la transfusion sanguine. Tout en reconnaissant les excellents résultats obtenus avec le citrate de soude, l'auteur croit que les arsénobenzènes ont sur le citrate les avantages suivants :

Pouvoir anticoagulant plus élevé, toxicité moindre ;
Altérations sanguines plus légères ;
Dilution sanguine presque nulle.

A ce propos, M. Flandin parle des indications de la transfusion. Personnellement, il incline de plus en plus à les limiter à la réparation des grandes hémorrhagies accidentelles, chirurgicales et médicales. Dans les maladies du sang proprement dites, on peut obtenir, lors des premières transfusions, une amélioration trompeuse, mais au bout d'un temps souvent très bref, la transfusion devient inopérante.

Abcès du poumon guéri par l'émétine.

(MM. Brulé et Hillemand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-10-1924.)

Dans une récente communication, M. P. Emile-Weil rapportait le cas d'un malade qui, atteint d'une poche mal définie du poumon, fut guéri par l'émétine. M. Brulé a observé un fait analogue. Son malade, qui n'avait aucun antécédent dysentérique, eut une vomique et les signes d'un abcès du poumon (fièvre, expectoration purulente, ombre radioscopique arrondie et régulière). Il guérit rapidement après quelques injections d'émétine.

Le lait desséché intégral dans l'alimentation des nourrissons.

(MM. Variot et Nazarie. — *Soc. médicale des hôp.* ; 7-11-1924.)

On a essayé dans l'alimentation infantile plusieurs catégories de laits desséchés : le lait sec écrémé, le lait sec non écrémé (intégral). M. Variot s'est servi d'une marque anglaise (glaxo) préparée en Nouvelle-Zélande et son expérience, qui ne date toutefois que de dix mois, est favorable. Si cette nouvelle poudre de lait intégrale s'est montrée assez bonne au point de vue alibile, elle a provoqué quelquefois l'apparition d'érythèmes cutanés plus ou moins prolongés dont les malades ont guéri aisément, il est vrai, par une mutation lactée temporaire.

— M. Ribadeau-Dumas emploie depuis 3 ans la poudre de lait écrémé, demi-maigre, dans l'élevage des enfants hypotrophiques, à Mandres ; mais, pour

les enfants sains, il préfère le bon lait stérilisé. La poudre de lait est une poudre de régime. Avec le lait sec dégraissé, il n'a pas observé d'éruptions cutanées.

Radio-diagnostic lipiodolé de la thrombose artérielle.

(MM. SICARD, DE GENNES et COSTE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 31-10-1924.)

Pour fixer le siège d'une thrombose artérielle, M. Sicard propose d'injecter dans l'artère un centimètre cube de lipiodol. Celui-ci va s'arrêter au niveau du thrombus et son opacité radiographique permet de localiser la lésion. L'épreuve en question ne semble pas offrir de danger. D'ailleurs, elle ne se pratique qu'aussitôt avant l'acte opératoire, en général. Par conséquent, au cas d'embolectomie, la circulation sera tôt rétablie et, au cas d'amputation, la diffusion du lipiodol n'est plus à redouter.

La cholestérinémie des diabétiques.

(MM. Marcel LABBÉ et J. HEITZ. — *Soc. méd. des hôp*; 7-11-1924.)

Le terrain diabétique comporte de l'hypercholestérinémie. D'une série de travaux personnels, M. Marcel Labbé conclut, en concordance avec les publications d'autres auteurs, que la cholestérinémie, presque toujours augmentée par rapport à la normale chez les diabétiques, est chez eux d'autant plu s élevée en général que le diabète est plus grave, s'accompagnant d'acidose et de tendance à la dénutrition. L'hypercholestérinémie, comme l'hyperlipémie, est la traduction du trouble profond du métabolisme des graisses qui existe dans tout diabète sérieux. Toutefois, la cholestérine du sang diminue à l'apparition des signes précurseurs de la mort.

Coma « hépatique » chez un diabétique.

(M. Marcel LABBÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-11-24.)

Le diagnostic du coma diabétique a pris un grand intérêt depuis la découverte de l'insuline qui en permet la guérison. Mais, on peut observer chez les diabétiques diverses sortes de coma. Seul, le coma acidosique relève du traitement par l'insuline, les autres n'en bénéficient pas. Parmi ces derniers, il est trois types principaux qu'il importe de différencier : le coma par hémorrhagie cérébrale chez les diabétiques hypertendus, le coma urémique chez les diabétiques avec sclérose rénale et le coma par insuffisance hépatique, le moins connu. Le diagnostic de celui-ci est difficile et s'appuiera sur les signes hépatiques. On verra alors échouer la médication alcaline et la cure par l'insuline.

La cordotomie dans les douleurs incurables.

(M. ROBINEAU. — *Société de chirurgie* ; 22-10-1924.)

Dans la moelle, les fibres de sensibilités diverses ont une distribution propre. C'est ainsi que les fibres de la douleur viennent se grouper dans la partie latérale du cordon antéro-latéral. Une section systématisée de ce cordon aura pour effet d'abolir la douleur sans modifier les autres fonctions médullaires. Tel est le principe de la *cordotomie* dans le traitement des douleurs incurables.

Cette opération a été faite assez souvent aux Etats-Unis, par Frazier, Spiller et Martin, Leighton. M. Robineau a eu l'occasion de la pratiquer, de son côté. L'intervention paraît peu grave, mais elle est d'exécution délicate. Ses résultats sont généralement très beaux. Son indication se pose dans les cancers vertébraux, les cancers pelviens avec envahissement des nerfs périphériques, les causalgies rebelles, etc.

— M. FAURE rappelle une opération qu'il fit en 1898 sur les racines postérieures correspondant au plexus sacré pour calmer des douleurs violentes causées par un cancer de l'utérus.

— M. ROBINEAU répond que, devant la cordotomie, la radicotomie postérieure ne perd pas ses droits. Toutefois, il est plus malaisé de savoir quelles racines il faut couper que de définir le cordon à sectionner.

La cordotomie respecte la sensibilité tactile. Elle est plus difficile que la radicotomie, sans pour cela paraître plus dangereuse.

Tumeur de l'hypophyse. Opération par voie nasale.

(M. JENTZER, de Genève. — *Société de chirurgie* ; 29-10-1924.)

M. Lecène présente un rapport sur une observation de M. Jentzer concernant une tumeur de l'hypophyse opérée par voie nasale et guérie. L'auteur intervint en creusant un tunnel dans l'épaisseur de la cloison nasale, suivant la technique conseillée par Segura pour aborder le sinus sphénoïdal. Une fois dans le sinus, il fit une trépanation de la paroi sinusienne postérieure et parvint sur la tumeur hypophysaire.

Protection du champ opératoire par le taffetas gomme-chiffon.

(MM. LEGRAND et PETIT, de Rouen. — *Société de chirurgie* ; 29-10-1924.)

Il y a deux ans, M. Lecène signalait à la Société de chirurgie un nouveau produit, souple, imperméable, stérilisable à 120°, le taffetas gomme-chiffon, qui pouvait servir à faire des champs opératoires. MM. Legrand et Petit ont employé à leur satisfaction ce moyen de protection de la peau. Ils le collent directement sur le revêtement cutané et ils incisent taffetas et peau : celle-ci se rétracte au-dessous, ce qui augmente encore la protection.

L'opération d'Hartmann dans le cancer recto-sigmoïdien.

(M. AUMONT, de Versailles. — *Société de chirurgie* ; 29-10-1924.)

M. Aumont ajoute aux cas antérieurs un cas nouveau d'opération d'Hartmann pour néoplasme recto-sigmoïdien. Il s'agit, on le sait, de l'ablation par voie abdominale de la partie supérieure du rectum et de l'S iliaque, le bout ano-rectal étant fermé, et le bout supérieur fixé en colostomie terminale.

P.L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Présentation d'un cas d'achondroplasie.

MM. DUFOURT, MANHES et BOUVIER présentent l'observation d'un enfant de 7 ans, né à terme, dont le développement fut normal jusqu'à l'âge de 3 ans, où il cessa de grandir. Actuellement, l'enfant mesure 0 m. 875, pèse 15 kgr. (habillé). Tête volumineuse avec front saillant et nez écrasé. Aux membres, les avant-bras sont de longueur à peu près normale ; les bras sont courts , les doigts épais et trapus. Déformations des épiphyses. Les membres inférieurs sont très courts (29 cm.), la réduction portant surtout sur les fémurs. Déformations très accusées des épiphyses. Cage thoracique sensiblement normale. Examen viscéral négatif. Organes génitaux normaux. Intelligence normale. Pas d'obésité. Ce sont là les caractères typiques de l'achondroplasie.

Hépatite amibienne guérie par l'acétylarsan sans émétine.

M. GARIN présente l'observation d'un malade venu consulter pour des douleurs et un point de côté à droite. A vécu aux colonies (Sénégal, Soudan, Maroc, Algérie, Tonkin) de 1901 à 1916 ; il eut du paludisme, un point de côté dans la région hépatique, de la diarrhée. Depuis trois mois, réapparition du point de côté, toux, amaigrissement et fièvre. Aux poumons : à la base droite, matité, diminution des vibrations, obscurité, frottements pleuraux, râles crépitants. Foie volumineux et douloureux à la pression. Rate un peu grosse. Nombreux amibes du type *entamœba dysenteriæ*, dans les selles. Deux injections de 3 cmc. d'acétylarsan sont faites à quatre jours d'intervalle. Après la deuxième, le point de côté, la douleur hépatique, les signes pleuro-pulmonaires et la fièvre disparurent. Troisième injection, six jours plus tard : le foie diminue ensuite sensiblement de volume. Le malade a pu reprendre son travail, tout en conservant, mais en moins grand nombre, des amibes dans ses selles. L'acétylarsan apparaît donc comme un spécifique de l'amibiase.

Paralysie cubitale tardive par cubitus valgus.

MM. BÉRIEL et J. BARBIER rapportent l'observation d'une malade de 47 ans atteinte de paralysie cubitale survenue peu à peu depuis 18 mois. Il y avait une grosse atrophie de tous les muscles du cubital avec main décharnée, sans grosse griffe cubitale ; un peu d'hypoesthésie dans le même domaine. L'interrogatoire finit par révéler qu'à l'âge de 4 ans, la malade a eu un gros traumatisme du coude droit qui est, en effet, déformé en cubitus valgus. La radiographie montra une fracture de l'épicondyle . On rapporte les troubles à un étirement du nerf par le cubitus valgus. Une intervention chirurgicale (Dr Leriche) permit la libération du nerf et amena la disparition des troubles.

Syndrome de compression du membre supérieur par anomalie de la première côte.

MM. BÉRIEL et COSTE rapprochent de la précédente observation celle d'une jeune fille de 21 ans qui, depuis l'âge de 18 ans présenta des douleurs, de la faiblesse et une tuméfaction diffuse de tout le membre supérieur droit. La radiographie permit de rapporter les phénomènes observés à une anomalie de la première côte droite qui, trop courte, ne s'articule pas avec le sternum et se termine par une extrémité libre au-dessus de la clavicule. Cette malformation est certainement congénitale et l'on voit qu'il s'est écoulé un temps assez long avant l'apparition des troubles nerveux.

Mécanisme de production de la douleur dans les moignons douloureux.

M. René LERICHE. — Beaucoup de moignons, apparemment normaux, sont le siège de douleurs intolérables qui conduisent les malades à la morphinomanie. Ces phénomènes sont restés jusqu'ici sans explication satisfaisante et c'est empiriquement que l'on a dirigé contre eux diverses interventions : correction, recoupement du moignon, résection des terminaisons nerveuses, le tout sans succès ; seule, la radicotomie postérieure a paru guérir ces malades. M. Leriche a constaté quatre fois, au cours de radicotomies postérieures pour moignons douloureux du membre inférieur, une vascularisation anormale de la région du cône terminal et des racines correspondantes, et il y voit la cause des douleurs. Cette vascularisation serait elle-même sous la dépendance d'un réflexe parti du névrome de cicatrisation des gros troncs nerveux du moignon, réfléchi au niveau du ganglion spinal. La conclusion pratique de cette théorie est que la seule opération logique, en pareil cas, est bien la radicotomie postérieure, pratiquée jusqu'ici d'une façon purement empirique et en désespoir de cause.

Contribution à l'étude étiologique de la rougeole.

MM. F. ARLOING et A. DUFOURT ont recherché dans le sang des rougeoleux le microbe décrit ré-

cemment, comme germe de la rougeole, par le prof. Caronia, de Rome. Ces recherches ne leur permettent pas encore de confirmer ni d'infirmer la spécificité du microbe décrit par l'auteur italien. Ils reconnaissent toutefois que l'on peut mettre en évidence, dans le sang de la plupart des rougeoleux, un microcoque extrêmement petit (son diamètre est deux à trois fois plus faible que celui du staphylocoque), généralement isolé, raremen t en diplocoques, de culture difficile.

Méningites cérébro-spinale et tuberculeuse associées.

M. Joseph Chalier et Mlle Chevassus rapportent l'observation d'une malade de 21 ans, sans antécédents notables. Début de l'affection par de la céphalée et de l'amaigrissement ; puis coryza, courbature, inappétence, état saburral. La malade continue néanmoins à travailler pendant près de quatre semaines, mais finalement s'alite et quatre jours après entre à l'hôpital ; répond mal ou pas aux questions, température 38°5, pouls 60 ; photophobie, pupilles en mydriase réagissant mal ; Kernig et Brudzinski positifs, troubles sphinctériens, herpès. Accentuation progressive des symptômes. Mort le 9e jour après l'entrée. Ponction lombaire quotidienne suivie d'injection de 25 cmc. de sérum anti-méningococcique dans les espaces sous-arachnoïdiens et 20 à 30 sous la peau. Liquide C. R. d'abord un peu trouble, puis eau de roche. Lymphocytose. Des méningocoques, en petit nombre, furent retrouvés à chaque ponction. Autopsie : état congestif du cerveau, traînées purulentes au niveau de la base et de l'isthme ; semis de granulations tuberculeuses sur la pie-mère (région sylvienne).

Syndrome parkinsonien fruste, à prédominance unilatérale avec tic.

MM. Rouquier et Lacambre relatent l'observation d'un malade présentant une association rare : d'une part, syndrome parkinsonien fruste à prédominance unilatérale, d'autre part, tic de flexion de la tête et du cou. On note dans les antécédents un épisode fébrile accompagné de diplopie et d'hypersomnie diurne.

Gommes mammaires.

MM. Cordier et Chaix rapportent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour des lésions pulmonaires discrètes et des nodosités profondes au niveau des seins ; celle-ci laissent sourdre à la pression un pus séreux que l'on inocule au cobaye. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, on fait un traitement au novarsénobenzol, à la suite duquel les lésions disparaissent complètement. L'épreuve du traitement paraissait donc absolument concluante, quand on apprit que le cobaye inoculé présentait des lésions de tuberculose généralisée.

L'élimination urinaire des microbes au cours des affections pulmonaires aiguës de l'enfance.

MM. Weill, A. Dufourt et M. Sors ont recherché si l'élimination de germes par les urines était un phénomène fréquent au cours des affections broncho-pulmonaires aiguës de l'enfance, si elle conditionnait ou non des lésions de néphrite et si elle avait une valeur pronostique. Sur 6 pneumonies, le pneumocoque est trouvé 5 fois ; dans deux cas, il y a en outre, albuminurie, quelques hématies et cellules rénales, donc néphrite. Sur 17 broncho-pneumonies, il y eut 9 fois des microbes dans les urines ; dans 5 de ces cas, il y avait soit albuminurie, soit des hématies, soit des cellules rénales. Une pleurésie purulente s'accompagne de bactériurie abondante (pneumocoque) avec néphrite. Les auteurs ne pensent pas qu'on puisse tirer de ces faits des indications pronostiques.

Mort brusque au cours d'une insufflation pour pneumothorax.

MM. Cordier et Vincent relatent l'observation d'une jeune femme, atteinte de tuberculose pulmonaire unilatérale, ayant subi plusieurs insufflations d'azote sans incident. A la douzième, elle accusa une sensation d'angoisse, suivie de contractures épileptiformes dans le côté droit du corps ; puis, tout rentra dans l'ordre. A la treizième insufflation, malgré une piqûre de morphine faite une demi-heure avant, la malade se plaignit d'une douleur vive dans l'hémithorax, avec angoisse ; puis survint de la dyspnée, de la cyanose, des contractions épileptiformes à droite et en cinq minutes la malade succomba. L'autopsie montra une blessure superficielle du poumon ; celle-ci peut expliquer la mort par le mécanisme de l'embolie gazeuse. M. Cordier pense néanmoins qu'il s'est agi d'un réflexe pleural simple.

Dilatations bronchiques.

M. Bocca présente un malade du service de M. le prof. Bard, atteint de dilatations bronchiques bilatérales, et des clichés radioscopiques, pris après injection intra-trachéale de lipiodol. L'auteur insiste sur la parfaite tolérance par l'organisme d'une grande quantité d'iode et sur la précision de l'image des dilatations bronchiques, qui, à un examen non précédé d'injection de lipiodol, auraient pu passer inaperçues.

Rétrécissement cicatriciel tuberculeux du grêle.

MM. Roque, Patel et Morénas montrent une malade qui, depuis quinze ans, présentait par intervalles des malaises mal définissables survenant une heure après les repas, avec endolorissement abdominal diffus. Amaigrissement progressif. En septembre 1923, apparition de vomissements ; puis à trois reprises, crises douloureuses abdominales atroces, avec vomissements, aboutissant la dernière fois à un syndrome d'occlusion qui amène la malade à l'hôpital. L'intervention montra l'existence d'un rétrécisse-

ment très serré à 30 centimètres de l'angle iléo-cæcal. On en fit l'exérèse, ainsi que d'une portion de l'intestin dilaté en amont, et une anastomose latéro-latérale. La malade est aujourd'hui guérie. L'examen histologique ne montra qu'une organisation de tissus fibreux, sans formations tuberculeuses folliculaires. La nature tuberculeuse de ce rétrécissement n'est pourtant pas douteuse ; la malade avait eu au début des hémoptysies et présentait au sommet droit des signes nets d'induration.

Des œdèmes bicarbonatés chez les diabétiques.

MM. Joseph Chalier et Piney présentent deux observations de diabétiques ayant eu des œdèmes à la suite de l'ingestion de bicarbonate de soude. Le premier malade, jeune homme de 17 ans, présentait un diabète à évolution rapide avec glycosurie d'environ 200 à 250 grammes et acétonémie pour laquelle on institue un traitement avec 20 gr. de bicarbonate de soude. Apparition d'un œdème qui ne tarde pas à se généraliser, en même temps que le taux des urines (5 à 8 litres) diminue. La suppression du médicament amena la rétrocession de l'œdème, mais le malade succomba au coma. L'autre malade, âgée de 64 ans, était diabétique depuis quinze ans et, en même temps, atteinte de néphrite chronique, avec œdèmes disparaissant facilement par le régime hypochloruré ; mais la simple adjonction de 10 gr. de bicarbonate amenait rapidement la réapparition des œdèmes. De tels faits sont rares. Leur pathogénie est encore discutée. Pour M. Chalier, ils sont favorisés par le mauvais état des reins. Pour les éviter, dans la mesure du possible, il faut mettre le malade au régime hypo ou déchloruré, et ne pas hésiter à administrer le bicarbonate, ou, si l'œdème est installé, ne pas supprimer le sel, sous peine de voir apparaître le coma.

La pneumonie caséeuse des nourrissons.

MM. Weill et Gardère. — La pneumonie caséeuse est relativement fréquente chez le nourrisson et s'observe surtout au-dessous d'un an. Les lésions anatomiques sont franchement caséeuses, sans lésions de type inflammatoire ou congestif. Le trait clinique le plus frappant est l'insidiosité de l'évolution : pas de fièvre, pas de dyspnée, ni d'atteinte marquée de l'état général. Le diagnostic ne peut guère être fait avec certitude qu'en utilisant la radioscopie et la cuti-réaction. Une autre forme rappelle la pneumonie franche, avec des températures irrégulières, n'aboutissant pas à la défervescence classique ; mais cette forme s'observe plutôt chez l'enfant déjà grand et est plus rare chez le nourrisson.

Rupture dans l'œsophage d'un anévrysme de l'aorte.

MM. Gallavardin et Bernheim rapportent l'observation d'un cas de rupture d'un anévrysme aortique dans l'œsophage. L'hémorrhagie mortelle fut précédée d'un crachement de sang moins important, s'étant produit, au dire du malade, « à la façon d'une bouteille qui se vide ». Ce fait, joint à une dysphagie accusée par le malade, les jours précédents, permettait de faire le diagnostic de la rupture œsophagienne, et non trachéo-bronchique, de l'ectasie.

Amaurose brusque par encéphalite au cours d'une tuberculose pulmonaire.

MM. P. Courmont, Bujadoux et Dechaumé relatent l'observation d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire banale, qui fut prise brusquement d'amaurose totale peu d'heures avant sa mort. L'autopsie révéla des lésions d'encéphalite spécialement localisée sur les lobes postérieurs et compliquée à gauche de foyers hémorrhagiques.

Syphilis de l'os incisif.

MM. Lannois, Gaillard et Pitre présentent l'observation d'une fillette de 13 ans envoyée à la Clinique oto-rhinologique pour fétidité nasale et ulcération du palais. A l'examen : présence de croûtes dans les fosses nasales, perforation antérieure de la cloison, tuméfaction fongueuse du plancher nasal ; du côté de la bouche, au niveau et en arrière de l'emplacement de l'incisive latérale droite récemment enlevée, ulcération irrégulière du bord alvéolaire et du palais dur ; un stylet fait sentir l'os séquestré. L'aspect des lésions appelait le diagnostic d'hérédo-syphilis gommeuse de l'os incisif, lésion décrite par M. Nicolas (thèse de Juvin, Lyon, 1922). Le traitement spécifique amena, en même temps que la guérison, la confirmation du diagnostic.

Endocardite infectieuse subaiguë probablement d'origine dentaire.

MM. Bonnamour et Delore relatent l'observation d'un homme de 26 ans entré à l'hôpital avec de la fièvre, des signes d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, une grosse rate, des urines rares très albumineuses, présentant à la cytologie de nombreux globules rouges et des cylindres hématiques. L'hémoculture donna presque exclusivement du streptocoque. Le malade mourut peu de temps après son entrée, après avoir eu une hématurie, suivie d'anurie totale pendant plus de 8 jours. On ne trouva d'autre origine à cette endocardite infectieuse qu'une pyorrhée alvéolo-dentaire très étendue. La question de l'origine bucco-dentaire des septicémies, généralement passée sous silence par les traités de médecine, a été étudiée cependant depuis longtemps par les stomatologistes (à Lyon, M. Tellier, en Amérique l'Ecole de Rochester). Les lésions en cause sont la polyarthrite suppurée, la pyorrhée alvéolo-dentaire ; les microbes, diverses variétés de streptocoque et notamment le viridans.

A. C.

Les Livres

Louis VIDAL et DARREAU (6e année). — **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques.** (Edition 1924.) 600 pages, format 135 m/m × 90, relié carton. Prix : 10 francs. En vente chez : Maloine, Lefrançois, Vigot, etc., et à l'*Office de vulgarisation pharmaceutique*, 5, rue de Tracy, Paris.

Aide-mémoire portatif comprenant :

1° Table par indications thérapeutiques des spécialités figurant dans cet ouvrage, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné ;

2° Dictionnaire donnant sur environ 1200 spécialités pharmaceutiques médicales. les renseignements essentiels (composition, formes, posologie, etc.) qui en permettent la prescription sans erreur ;

3° Nomenclature purement nominale des principales spécialités pharmaceutiques médicales, avec noms et adresses des fabricants.

PAYOT, éditeur, 106, boulevard Saint-Germain, Paris

Eléments d'histologie, par Ed. Retterer, docteur ès-sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1 vol. in-8° avec nombreuses figures).

Je me souviens comme au début de mes études il était difficile de connaître les éléments de l'histologie, science des cellules et des tissus, parce qu'il manquait alors des livres simples et synthétiques en même temps que renfermant une illustration suffisante pour aider à comprendre les textes.

J'ai cependant entendu le cours admirable de Mathias Duval où les étudiants prenaient les notes qu'ils pouvaient, et où pouvaient se glisser beaucoup d'erreurs, comme dans tout ce qui est écrit à la hâte en écoutant.

Depuis cette époque lointaine, des livres d'histologie ont vu le jour et qui ne sont pas sans mérite, mais aucun ne m'a paru, comme celui que nous présente Retterer, remplir les conditions didactiques voulues avec une illustration originale de nombreuses figures, un texte clair expurgé de toutes les appellations inutiles où le néophyte s'embrouille et finit par se dégoûter d'une science non seulement belle, mais absolument utile pour qui veut ensuite comprendre la pathologie. Il n'y a pas de bon chirurgien sans connaissances anatomiques précises ; il y a encore moins de bon médecin sans connaissance exacte de la structure intime des organes.

Donner à ceux qui ne peuvent se livrer aux études microscopiques une idée nette du développement, de la structure et des transformations des êtres vivants, tel est le but de ce livre du professeur Retterer, qui depuis quarante ans poursuit à la Faculté de médecine de Paris ses recherches d'histologie et d'histogénèse et depuis dix ans collabore avec le Dr S. Voronoff à l'étude des greffes animales. Pour mettre chacun en face de la réalité, l'auteur commence par présenter les dessins et les microphotographies des éléments qui constituent les êtres vivants. Ensuite, il tâche de grouper les notions ainsi acquises et de donner une vue d'ensemble de l'évolution et des transformations organiques, en s'aidant de figures théoriques : aussi, des schémas nombreux illustrent-ils l'ouvrage.

Après avoir décrit les éléments vivants, l'auteur tente de dégager les lois selon lesquelles ils évoluent. En prenant connaissance des conditions dans lesquelles les éléments vivants acquièrent leur plein développement ainsi que de celles où ils dépérissent, chacun saura éviter les actions qui dérangent le cours normal des phénomènes évolutifs et tenir l'équilibre entre les forces qui accroissent ou conservent et celles qui épuisent. Connaître les conditions d'existence et de durée est le meilleur moyen de vivre de la vie naturelle. Tel est l'intérêt profond de ce précieux manuel qui fera connaître à tous, étudiants et grand public, les éléments de construction et de fonctionnement de notre corps.

La conception et la rédaction de ce livre sont dominées par une belle idée générale et philosophique qui fait *saisir le lien général unissant les différents* éléments cellulaires en évolution et en organisation tissulaires partis d'une même matière de vie. « La matière vivante est ainsi faite, dit Retterer, elle est si malléable, elle se transforme de telle sorte sous l'influence des facteurs externes et internes, que l'homme est le maître, l'arbitre de l'évolution de son corps, de son perfectionnement ou de sa dégénérescence ». Que voilà une magnifique synthèse de cette étude, et qui fait bien voir que cette idée générale est la base de toute la médecine et qu'elle contient en principe tous les progrès à venir de celle-ci.

DARTIGUES.

EDITION DE LA *Médecine Internationale*
Chez l'auteur, à Luchon.

Dr Raymond MOLINÉRY. — **Les directives philosophiques de la médecine au XVIIIe siècle.**

M. le Pr Bardier, chargé d'enseigner, auprès de la Faculté de Toulouse, la pathologie générale et la médecine expérimentale a demandé au Dr Molinéry de donner, en conclusion du cours annuel, deux leçons qui, se rapportant à l'idée générale, en seraient comme un prolongement par une incursion dans l'histoire de la médecine. L'une de ces conférences fut réservée à Théophile de Bordeu, ce médecin philosophe, dont Helme disait qu'il fut le plus grand médecin français du siècle de Montesquieu, Buffon, Voltaire et Rousseau. Le second sujet traité par M. Molinéry fut une étude des systèmes philosophiques qui, pénétrant la doctrine médicale, l'animèrent et orientèrent ses recherches.

Dans les *Directives philosophiques de la médecine au XVIIIe siècle* l'auteur, paraphrasant la pensée du professeur Achard « Heureux les morts que la postérité grandit », essaye de dégager du mécanicisme de Boerhave et de son rival Hoffmann, de l'animisme de Stahl, de l'anatomisme de Haller, du solidisme de Cullen, du stimulisme de Brown, du vitalisme de Bordeu et de Barthez, l'orientation métaphysique, peut-on dire, de leur anatomie et de leur physiologie, orientation qui, naturellement, les amenait à une thérapeutique particulière.

Tous ces grands esprits étaient dominés par la recherche de la « Cause ». La vie est dans le mouvement : elle n'est pas le mouvement pas plus que l'âme n'est l'irritabilité (Haller).

Il faut louer l'auteur d'avoir voulu, en une synthèse aussi brève que possible, nous faire connaître des systèmes bien oubliés, sans doute, par nous aujourd'hui, par nous qui tendons vers le sommet de l'édifice uniquement parce que nos pères ont construit « la base de la pyramide du haut de laquelle nous voyons plus loin qu'eux-mêmes ». Ainsi nos fils seront plus heureux que nous, car, suivant la belle conception de Dartigues, dans la somme des connaissances humaines, ils sauront encore plus de vérités que nous.

Néo-rhomnol et asthénie.

« L'énergie, c'est l'éternel délice ».
(W. Blake).

Par l'apport des prodigieuses énergies organiques recélées par le nucléinate de strychnine, le néo-rhomnol est, actuellement, la préparation en vogue contre l'asthénie sous toutes ses formes. Les cliniciens le recommandent unanimement dès qu'il s'agit d'obvier à la fatigue musculaire et à l'épuisement nerveux, de restaurer l'équilibre des forces frappées d'infériorité ou de méiopragie. Le surmenage de la force neurique a coutume d'entraîner une *fatigue morbide*, souvent plus prononcée au lever qu'au coucher ; cette fatigue, volontiers imbriquée avec les états psychasthéniques, restreint singulièrement le potentiel organique et inégalise les aptitudes de nos éléments nobles.

L'agrypnie et le mauvais sommeil, les efforts continus d'attention et de volonté, les chocs émotionnels, les soucis et les concurrences de notre tragique époque, accroissent, ainsi que l'a démontré Mairet, les besoins de l'organisme en phosphore. C'est alors que le néo-rhomnol est le bienvenu pour doter le protoplasma des ferments organo-métalliques indispensables à l'enrichissement d'un influx nerveux appauvri. Certains asthéniques, profondément atteints dans leur axe cérébro-spinal ou dans leur grand sympathique, se déclarent littéralement « transformés » par son emploi.

La dépression, l'adynamie par carence neuromotrice, sont les misères courantes dans la pratique médicale actuelle. Traits tirés, expression inquiète, lassitude permanente, avec douleurs dorso-lombaires, flaccidité des tissus (ptoses), engourdissements, vertiges, lourdeur obsédante céphalo-cervicale, dérobement des jambes, topoalgies, inaptitude à l'effort, fatigabilité étrange des muscles, tremblements, atonie gastro-intestinale, parésies oculaires, etc., caractérisent l'asthénique. Parfois, l'abattement, l'apathie, vont jusqu'à la complète prostration, avec difficulté d'idéation et de pensée (tête vide), amnésie, absences, confusion mentale, irritabilité, *tædium vitæ*.

L'asthénie semble l'expression clinique d'une sorte de relâchement des pseudopodes de la cellule primitive, se traduisant par un déficit de tonicité. La déminéralisation phosphorée est à la base de ce relâchement. Les causes ? Un excès de travail physique, le surmenage mental intensif chez un sujet mal adapté, atteint de déficiences globulaire ou endocrinienne (surrénale) ou marqué d'avance par la dégénérescence nerveuse et les hérédités diathésiques (arthritis, tuberculose, syphilis). Les abus émotionnels et génitaux, les intoxications, le traumatisme (surtout cranien et spinal), la convalescence des infections pyrétiques et notamment de la grippe (célèbre par sa grande affinité pour le système nerveux) entraînent des états asthéniques, allant parfois jusqu'à la *cénestopathie* (Dupré).

Il faut savoir ces étiologies afin de les combattre dans la mesure du possible. Mais le symptôme « asthénie » s'efface toujours promptement par les piqûres de néo-rhomnol pratiquées dix à quinze jours de suite, à la dose d'une ou deux ampoules par jour. Elles offrent une valeur toni-stimulante et ordinatrice, grâce aux modifications imprimées aux neurones par les nucléinates arsenico-strychninés, qui créent une hyperleucocytose biologique singulièrement propice à la régénération de l'énergie.

L'amyosthénie, la paresse, l'impuissance et les diverses inhibitions s'effacent par la libération des cellules nerveuses encombrées de toxines. La céphalée et la rachialgie, avec leurs exacerbations, les étourdissements et vertiges, la diminution des acuités sensorielles, disparaissent fréquemment par une seule série de piqûres, qui déconcerte le *scenario* morbide paresthésique et rétablit des malades inquiétants pour l'ancienneté constitutionnelle de leur déséquilibre et la fixité de leurs malaises.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ACCIDENTS DU TRAVAIL

II

Dans quel cas le blessé a t-il été condamné pour escroquerie. — Complicité du médecin.

Nous avons vu, dans notre précédent article (*Concours médical* 1925, nº 2 p. 95) dans quels cas la jurisprudence a refusé de considérer comme coupable du délit d'escroquerie l'ouvrier, blessé dans son travail, qui, bien que touchant son demi-salaire, prend une occupation dans une autre entreprise.

Avec la jurisprudence, nous dirons que la loi de 1898 n'interdit pas à la victime de se livrer à un autre travail moins pénible ; que le terme « incapacité temporaire de travail » ne signifie pas incapacité absolue de s'adonner à toute occupation. Mais le blessé qui, par un nouvel embauchage, cherche ainsi un salaire, complémentaire de son indemnité journalière, ne doit se livrer à aucune dissimulation, ni apparaître comme ayant obéi à une intention délictueuse.

Nous allons maintenant passer en revue les cas dans lesquels la jurisprudence a qualifié d'escroquerie le fait par un ouvrier, de travailler, tout en touchant un premier demi-salaire.

1º La victime d'un accident fournit un certificat médical, déclarant son invalidité et il s'empresse d'aller se réembaucher ailleurs, pour exécuter *le même* travail.

Cour d'Appel de Douai, 6 novembre 1922 (Rec. Douai 1923, 257).

Se rend coupable d'escroquerie l'ouvrier victime d'un accident du travail, qui se présente à la paie du demi-salaire, comme invalide temporaire et titulaire de certificats, qu'il a nécessairement invoqués pour justifier son droit à les percevoir, alors que, se jugeant lui-même en état de reprendre son travail, il l'avait effectivement repris à salaire plein, chez un autre patron, où il s'était embauché, touchant ainsi, pendant la période d'invalidité, à la fois, un salaire plein et un demi-salaire.

Tribunal correctionnel de la Seine, 27 avril 1923, confirmé par la *Cour de Paris*, 8 novembre 1923 (*La Loi*, 25 mai 1923 et *Revue générale* des accidents du travail 1924, 170).

« Constitue le délit de tentative d'escroquerie le fait, par un ouvrier, qui a déjà repris son travail, de se servir d'un certificat qui constatait une incapacité de travail de 23 jours, alors qu'elle n'avait été en réalité que de 4 jours, à l'effet d'obtenir, pour cette période, paiement du demi salaire.

2º Pour toucher un demi-salaire et aller se faire réembaucher ailleurs, l'ouvrier se sert de certificats médicaux inexacts, soit que le blessé ait trompé son docteur, soit que ce dernier ait commis une erreur de diagnostic, dont l'ouvrier s'est empressé de profiter.

Tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre) 11 octobre 1920 (*Droit ouvrier*, 1921 p. 22.)

L'ouvrier était coutumier du fait et déjà avait travaillé à salaire plein dans une autre usine, pour le même travail, pour lequel il était déclaré temporairement inapte par des certificats médicaux qu'il avait obtenus, en exagérant sciemment ses douleurs. Aussi, le tribunal se montra-t-il sévère envers le fraudeur considérant que de tels agissements tombaient sous l'application des pénalités prévues à l'article 405 du code pénal.

Tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre) 19 octobre 1920 (*Droit ouvrier*, 1921 p. 22.)

Un charpentier déclare au médecin s'être foulé le pouce droit et s'être blessé au pied droit. Entorse métacarpo-phalangienne du pouce droit avec arrachements osseux probables ; gonflement localisé, douleurs : voilà ce que déclare le certificat initial contrôlé 8 jours après par le médecin de la compagnie.

Cependant, malgré ces lésions, l'ouvrier se faisait embaucher comme déménageur, quelques jours après, tout en fournissant des certificats de médecin, attestant la continuation de son invalidité temporaire.

Attendu qu'il est ainsi démontré que H. n'était pas réellement atteint, tout au moins pour la période postérieure au 22 juin, de l'incapacité de travail constatée par les médecins ; qu'en tâchant de se faire remettre, par l'assurance de son précédent patron, sur la présentation de certificats médicaux, dus soit à une tromperie de sa part envers les médecins, soit à une erreur de diagnostic de ceux-ci, le

montant de demi-salaires auxquels il n'avait pas droit, pour la période écoulée entre le 28 juin et le 14 juillet 1920, période pendant laquelle il avait été en état de travailler et avait effectivement travaillé pour le compte d'un entrepreneur, H. s'est rendu coupable d'une tentative d'escroquerie, qui n'a manqué son effet que par une circonstance indépendante de sa volonté.

Ainsi l'ouvrier, qui surprend la bonne foi d'un médecin, qui obtient de ce dernier un certificat destiné à tromper son patron, à seule fin d'obtenir le paiement, par un tiers, d'une somme d'argent qu'il ne doit pas, commet le délit d'escroquerie.

Les allégations mensongères d'un faux blessé, qui se donne ainsi un droit, un « crédit imaginaire » sont appuyées de l'autorité personnelle d'un tiers désintéressé, en l'espèce le médecin (*Cassation crim.*, 26 *juillet* 1894 ; Bull. crim. 199, D. 96.2.219, 7e espèce) *Cassation crim.*, 10 *septembre* 1880 ; Bull. crim. 180 ; D. 81.1.144 ; S,81. 1. 366).

Cependant, dans les espèces ci-dessus, nous pouvons dire que le tribunal correctionnel de la Seine s'est montré particulièrement sévère ; dans la deuxième espèce, en effet (celle jugée le 19 octobre 1920), il n'est dit nulle part que l'ouvrier charpentier blessé au pouce, ne pouvant dès lors continuer son travail de charpentier, n'avait pas la possibilité d'aider aux déménagements, comme porteur, alors que son pouce ne lui était pas de grande utilité. Le médecin a été mis entièrement hors de cause, parce qu'à plusieurs reprises, le docteur de l'assurance avait contrôlé la matérialité de la blessure et des soins donnés. Mais personne n'a déclaré que, si cette entorse du pouce constituait une incapacité temporaire de travail, comme charpentier, elle n'empêchait pas le blessé d'occuper ses loisirs forcés comme aide-déménageur.

Tandis que, dans la première espèce, celle jugée le 11 octobre 1920, le blessé s'est réembauché dans la même industrie, pour y accomplir un travail similaire, dans des conditions à peu près identiques. Son accident était donc peu grave, et c'est par tromperie que la victime s'est fait octroyer un demi-salairê, pour incapacité de travail.

3o Exagération des conséquences de l'accident, en essayant de faire passer pour récente, une hydarthrose chronique du genou.

Un ouvrier se fait des écorchures insignifiantes au genou, il se fait panser dans une clinique d'accidents du travail, dans laquelle il touche une ristourne et, par complaisance, le médecin attribue au traumatisme récent l'apparition d'une hydarthrose, alors que celle-ci fut ensuite reconnue, par les médecins experts, comme étant de date ancienne.

Cependant, trois jours après l'accident, le blessé s'embauchait dans une autre entreprise similaire, dans laquelle il travaillait onze heures par jour.

Aussi, par jugement du 3 *février* 1914, le *tribunal correctionnel de la Seine* condamnait-il cet ouvrier et le médecin complice, pour escroquerie, s'appuyant sur un accident dénaturé dans ses conséquences, grâce à un certificat volontairement mensonger.

4o Un autre ouvrier, mécontent de ne toucher qu'un demi-salaire, se fait embaucher dans une entreprise similaire et le jour même, avec la complicité d'un médecin, déclare le même accident chez son second patron, pour pouvoir toucher à la fois deux demi-salaires, pour le même accident.

Condamnation pour escroquerie par le *tribunal correctionnel de la Seine, du* 27 *mai* 1908, Gaz. trib., 30 mai 1908 ; le Droit, 31 mai 1908, confirmé par la *Cour d'appel de Paris du* 10 *décembre* 1908 et par la *Cour de cassation, chambre criminelle*, par arrêt du 30 *avril* 1909 (Dal. 1911.1.369).

De même, la chambre correctionnelle de la *Cour d'appel de Rouen*, le 23 *décembre* 1921, confirmait un jugement du *tribunal correctionnel du Havre*, en date du 15 *juillet* 1921, qui condamnait un ouvrier qui, blessé une première fois à la main gauche, dans une première entreprise, se faisait délivrer, par le même médecin, un certificat pour blessure au même avant bras gauche, pour toucher un autre demi-salaire, dans une seconde entreprise, dans laquelle il s'était fait embaucher, en changeant simplement de prénom.

5o Se fait également condamner l'ouvrier qui, blessé du travail et touchant un demi-salaire, s'embauche dans une autre industrie sous un faux nom.

Tribunal correctionnel de la Seine (10e chambre) 12 mars 1924, Gaz. Pal. suppl. juin 1924.

Un ouvrier blessé, touchant régulièrement son demi-salaire, peut, s'il se sent suffisamment rétabli avant la fin de la période d'invalidité primitivement prévue, s'embaucher à nouveau et effectuer dans la mesure de ses moyens, un travail moins fatigant et par suite moins rémunérateur ; mais il faut, tout au moins, que cet ouvrier agisse sans dissimulation aucune et sans intention délictueuse ; dans ces conditions seulement, le cumul du salaire et du demi-salaire, effectué sans manœuvres frauduleuses, ne peut constituer une escroquerie.

Il ne saurait en être de même de l'ouvrier, embauché successivement sous un faux nom et une fausse adresse, dans deux entreprises et qui touche cumulativement, pendant huit jours deux demi-salaires, pour deux accidents à lui successivement arrivés,

n'ayant plus droit, conformément au droit commun, du jour de la seconde blessure qu'au demi-salaire forfaitaire prévu par la loi de 1898.

Employé comme manœuvre dans une entreprise de travaux publics, l'ouvrier se plaignit, après une heure de travail, d'une blessure reçue en tombant, alors qu'il roulait une brouette. Interruption de travail de 24 jours ; mais 8 jours avant l'expiration de ce délai de 24 jours, le blessé se faisait réembaucher, sous un faux nom et une fausse adresse, comme tolier, dans une autre entreprise.

Après deux heures de travail, il se dit blessé à la main et au côté gauches, par la chute d'une pièce. Ce sont ces dissimulations, sans auune explication plausible, qui conduisent le tribunal à estimer que cet emploi de faux états civils successifs avait pour but de permettre à l'ouvrier de se soustraire à toutes vérifications éventuelles. D'où condamnation.

Mais, nous sommes étonnés de voir ce jugement déclarer que, blessé à nouveau, l'ouvrier ne pouvait pas cumuler ses deux demi-salaires. Du moment où la jurisprudence de la cour de Cassation (ch. crim. 7 avril 1922) permet à l'ouvrier blessé de toucher un second salaire, pourquoi lui interdire de toucher un second demi-salaire en cas de nouvel accident ? Surtout que, dans la majorité des cas, le second salaire (partant le second demi-salaire), est inférieur au premier et la victime du deuxième accident en arriverait à toucher moins que ce à quoi il a droit pour son premier accident.

La loi de 1898 ne contient aucune restriction de cette nature et, personnellement, j'estime que l'ouvrier blessé deux fois, dans deux embauchages différents, a droit à ses deux demi-salaires.

De quelles manières le médecin traitant peut-il être inculpé de complicité d'escroquerie ?

Dans le *Concours médical*, 1924, page 2580, nous avons défini le rôle du médecin traitant, appelé à rédiger les certificats exigés par la loi du 9 avril 1898. Nous disions que le docteur, librement choisi par la victime, doit se considérer comme le défenseur technique, médical de son client : par suite, il ne doit indiquer, dans son certificat initial que ce qu'il voit et constate, comme ayant trait à l'accident et ayant un rapport direct avec le traumatisme.

Mais, il ne s'en suit pas que, sous le prétexte d'être bienveillant pour les ouvriers, en général, ou dans un but de racolage de clientèle, le docteur puisse volontairement ou non se rendre complice de mensonges ou de tromperies.

Sans se porter dénonciateur, le médecin a cependant le devoir impérieux de se refuser à certifier des lésions qu'il reconnaît ne pas devoir être mises sur le compte d'un accident récent ou hypothétique. Il ne doit pas oublier que son certificat déclanche l'application de la loi de 1898 et que bien que le chef d'entreprise ait le droit de faire contrôler la victime par le médecin de son choix, le docteur du blessé ne doit pas aider l'ouvrier à altérer la vérité.

1° Certificat médical inexact.

Le *tribunal correctionnel de la Seine* (3 *février* 1914) a condamné un médecin à 6 mois de prison avec sursis et à 500 francs d'amende pour avoir délivré un certificat initial constatant, comme étant de date récente, une hydarthrose chronique des deux genoux de date ancienne, à la suite d'un examen superficiel, sans interroger le blessé, alors que le médecin réclame des honoraires pour des consultations ultérieures qu'il aurait faites au même blessé.

A la suite de deux rapports d'expertise, voici comment s'exprime le tribunal sur ce point :

« Attendu que le Dr K, qui a examiné G. 3 ou 4 heures après l'accident, ne pouvait pas sérieusement attribuer au traumatisme, qui venait de se produire, les deux bosses que portaient les genoux de G et qui avaient le volume de la tête d'un enfant ;

Qu'un homme, atteint brusquement d'épanchement aussi volumineux, développé en quelques heures, aurait présenté une distension douloureuse des synoviales, qui rendrait la marche extrêmement pénible, alors que G. s'était rendu deux fois, ce jour-là, sans fatigue, à pied, chez le Dr K. ;

Que, d'autre part, la chronicité des lésions résulte de leur examen même, comme l'indique le rapport des experts ;

....Attendu que la mauvaise foi du Dr K. résulte bien de ces faits, qu'il y a lieu d'ailleurs de relever contre lui qu'il a recours aux moyens les plus blâmables, pour s'attirer la clientèle spéciale des accidentés du travail, ce qui tend à faire croire qu'il en escompte les bénéfices d'une façon frauduleuse, au préjudice des patrons et des compagnies, comme l'a indiqué G. lui-même ;

Attendu en effet que K. donne 5 francs au blessé, qui se présente chez lui pour la première fois et 50 centimes pour chacune des autres visites ; que de semblables procédés sont incompatibles avec la dignité professionnelle d'un médecin et ne sauraient se justifier, comme l'a déclaré le Dr K., par le paiement des frais de déplacement de l'ouvrier, puisque dans l'espèce, G. habite à une faible distance de K. et qu'elles trahissent bien plutôt, chez ce docteur, des préoccupations audacieusement intéressées ;

Attendu que, dans cet ordre d'idées, il y a lieu de remarquer que, si l'on en croit G., K. aurait fait apposer sa signature par celui-ci sur un carnet de visites, pour certifier que 21 consultations auraient eu lieu, alors que G. ne s'est rendu que 5 fois à sa clinique ;

Attendu qu'on entrevoit bien le parti que K. se proposait de tirer de ces manœuvres, pour se faire payer, par la compagnie, le montant des visites ficti-

ves, certifiées par G., mais que ces faits spéciaux ne constituent pas, faute de commencement d'exécution, la tentative d'escroquerie punissable, puisque le montant des visites n'a pu être réclamé par K. ; qu'ils sont néanmoins révélateurs de la mauvaise foi de K., comme les autres faits ci-dessus relatés.

Attendu donc que K. s'est rendu complice de la tentative d'escroquerie commise par G., puisqu'il lui a fourni, en connaissance de cause, au moyen du certificat médical qu'il a délivré, le moyen de commettre la dite tentative d'escroquerie ».

2° Certificats et soins chez le même blessé, pour deux accidents consécutifs.

Nous avons publié dans le *Concours médical* de 1922, p. 1046, l'arrêt de la *Cour de Rouen du* 23 *décembre* 1921, confirmant le jugement du *tribunal correctionnel du Havre*, en date du 15 *juillet* 1921, condamnant un médecin, pour s'être rendu sciemment complice d'une tentative d'escroquerie de la part d'un blessé qui, soigné par le praticien pour une blessure de la main gauche, s'était réembauché, sous un faux prénom, et se faisait soigner chez le même praticien pour une blessure au bras gauche.

Voici d'ailleurs le texte de l'arrêt de *Cassation* (*Ch. crim.* 17 *juin* 1922) confirmant l'arrêt d'appel.

Sur le premier moyen pris de la violation des articles 1350, 1351 du C. civil, en ce que, sous prétexte que la décision déférée à la Cour de Rouen avait, par suite de l'acquiescement du sieur G. et du ministère public, statué définitivement au point de vue pénal à l'égard du dit sieur G., l'arrêt attaqué a attribué à cette décision l'autorité de la chose jugée à l'encontre du Dr F. en précisant que l'existence des faits ne pouvait plus être appréciée qu'au point de vue de l'action civile ;

Attendu que le motif incriminé par le pourvoi vise uniquement le prévenu G., et que l'arrêt attaqué, après avoir statué par des motifs distincts sur la culpabilité de G., auteur principal de l'escroquerie, a statué eusuite, séparément et par d'autres motifs, sur la participation consciente du Dr F. comme complice des faits retenus à la charge de l'ouvrier G., sans attribuer à la décision des premiers juges rendue contre G. l'autorité de la chose jugée à l'encontre de F. ;

Qu'ainsi le moyen manque en fait ;

Sur le deuxième moyen, pris de la violation ou fausse application de l'article 405 du code pénal, en ce que l'arrêt attaqué a qualifié d'escroquerie des faits auxquels cette qualification était inapplicable :

Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que G., journalier au service de la Compagnie Transatlantique, blessé à la main gau he, le 20 décembre 1920, a touché d'abord régulièrement l'indemnité de demi-salaire, sur la production de bons d'acompte à lui délivrés par le Dr F., et indiquant le nom d'Alfred G. ; que le 11 février 1921, n'étant pas encore guéri, il est entré au service de la Société Poitevin Mannoni et Cie ; qu'il a été atteint dès le lendemain, 12 février, d'une nouvelle blessure à l'avant-bras gauche ; que, sur la production de bons d'à-compte à lui délivrés par le Dr F. , et indiquant le nom d'Alphonse G., il a touché une nouvelle indemnité de demi-salaire de la Société Poitevin et Mannoni ;

Attendu qu'il a, néanmoins, continué frauduleusement à toucher de la Compagnie Transtalantique, toujours à l'aide de bons d'à-compte délivrés par le Dr F., et indiquant le nom d'Alfred G., des indemnités de demi-salaire, arrivant ainsi à cumuler double indemnité ;

Attendu que la production des dits bons et l'intervention du Dr F. ont constitué la manœuvre frauduleuse lui attribuant un crédit imaginaire ;

Attendu que l'arrêt attaqué constate que ce médecin qui connaissait G. et qui le soignait en même temps pour ses deux blessures, lui a délivré à diverses reprises, notamment le 19 février 1921, sous les deux noms d'Alfred G. et d'Alphonse G., des certificats lui permettant de toucher à la fois des indemnités de la Compagnie Transatlantique et de la Compagnie Poitevin Mannoni ; qu'agissant avec connaissance de cause et de mauvaise foi, il a aidé G. à commettre le délit d'escroquerie ;

Attendu qu'en se fondant sur ces faits pour déclarer F. coupable du délit de complicité d'escroquerie, la Cour d'appel a fait une exacte application des articles 405, 59 et 60 du code pénal ;

Sur le troisième moyen pris de la fausse application de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, en ce que, sous prétexte que le Dr F. était condamné comme complice d'une escroquerie, l'arrêt attaqué l'a suspendu pendant six mois de l'exercice de sa profession ;

Attendu qu'aux termes de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamnés : § 2 : « A une peine correctionnelle pour crimes de faux, pour vol, escroquerie »...etc.

Attendu qu'il est de principe de droit commun que la complicité d'un délit n'est qu'une participation à ce délit, et par suite un mode de son accomplissement ;

Qu'ainsi le moyen ne saurait être accueilli ;

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi.

Cette décision très sévère nous semblerait critiquable, si le médecin condamné n'avait pas été quelque peu suspect, puisque dirigeant une clinique d'accidents du travail. Nous pouvons craindre, en effet, que, selon de coupables habitudes professionnelles, ce ne soient que des infir-

miers, et non le docteur lui-même, qui voient, examinent et pansent les blessés, le médecin se contentant de signer, à la grosse, les papiers qu'on lui donne tout préparés.

Le praticien doit-il être considéré comme répréhensible en droit pénal, lorsqu'il délivre, au même individu, des certificats pour deux accidents du travail consécutifs, survenus dans deux entreprises différentes ? Non, car le rôle du docteur est, non pas de faire la police, mais de soigner et de constater par écrit ce qu'il a observé comme blessures.

Cependant, dans le cas présent, le médecin a eu le tort de ne pas remarquer le changement volontaire de prénom du même individu, se faisant embaucher dans une seconde entreprise, alors qu'il a été blessé dans une première. Le Dr F. a mis les apparences contre lui et, sa réputation de médecin de clinique aidant, il a été condamné.

3° Notes présentées à deux patrons différents pour le même accident.

La *Cour de Cassation* (*Ch. crim.* 30 *avril* 1909 ; Dal. 1911, 1, 369) a confirmé un arrêt de Paris, du 10 décembre 1908, par lequel un médecin était condamné pour complicité d'escroquerie, pour avoir aidé un même ouvrier à se déclarer comme ayant été blessé dans son travail, pour la même lésion, contractée dans une première entreprise, alors qu'il s'était embauché dans une seconde et avait déclaré, quelques heures après, s'être fait la blessure pour laquelleil touchait déjà un demi salaire.

Et le médecin a aggravé son cas en réclamant à chacun des deux chefs d'entreprise les honoraires afférents aux soins qu'il avait donnés.

« Attendu, dit l'arrêt de Cassation, que l'arrêt de la Cour de Paris déclare notamment que la mauvaise foi du Dr B. résulte de ce fait qu'au moment où il délivrait à l'ouvrier M. des certificats d'incapacité de travail, il le savait guéri et connaissait le but frauduleux, pour lequel M. lui demandait des certificats ;

Attendu que, dans ces circonstances, il ne pouvait être question pour B. de s'exposer à la violation du secret professionnel, en refusant de s'associer aux manœuvres frauduleuses imaginées par M., à l'effet de se faire remettre par la Caisse commune et par T. des indemnités, auxquelles il n'avait pas droit ; que B., en effet, qui, suivant les constatations des juges du fait, connaissait l'usage frauduleux, auquel les certificats demandés par M. étaient destinés, avait le devoir ou de les refuser ou de ne délivrer des certificats à M. qu'à la condition de ne pas dénaturer sciemment les conséquences des accidents.

4° Complicité d'escroquerie, pour certificats délivrés à la légère pour un accident simulé.

Ici, nous faisons allusion à l'acquittement que le « Sou médical » a obtenu, devant la *Cour de Rouen* (12 *juillet* 1922 ; Concours médical 1922. 3680) pour un médecin, condamné par le *tribunal correctionnel du Havre, en date du* 1er *mai* 1922.

Ce praticien était accusé d'avoir, par son certificat initial, facilité la tentative d'escroquerie d'un soi-disant blessé du travail, qui se serait fait lui-même, artificiellement, une blessure pour toucher un demi-salaire.

Nous avons pu faire démontrer que, si le médecin pouvait être accusé d'avoir examiné rapidement son blessé, rien ne pouvait prouver qu'il avait été le complice de l'ouvrier, alors qu'il pouvait parfaitement avoir été lui-même trompé par l'ouvrier et par l'aspect même de la blessure .

Tout au plus aurait-on pu lui reprocher d'avoir hâtivement examiné le blessé et d'avoir accordé trop de crédit au récit de la victime. En effet, celle-ci fut condamnée pour avoir tenté de faire passer pour un accident du travail, une blessure artificielle, qu'il se serait faite lui-même.

La *Cour de Cassation* (ch. crim.) par arrêt du 20 mars 1919 a confirmé un arrêt de la Cour de Lyon du 20 novembre 1918, consécutif à un jugement du *tribunal correctionnel de Lyon du* 5 *juin* 1918 : un médecin a été condamné pour avoir déclaré comme étant blessé du travail, un ouvrier, qu'il n'a même pas examiné ; puis il a présenté une note d'honoraires, pour consultations et massages, alors qu'il n'y avait eu aucun traitement d'institué.

De même, la *Cour de Paris* (10e chambre), le 4 décembre 1922, a décidé que se rend coupable de complicité d'escroquerie, le médecin qui, de mauvaise foi, sans constatations personnelles et sans vérifications préalables, procure à un ouvrier, par la délivrance de certificats de complaisance, les moyens de se faire payer par les compagnies d'assurances, auxquelles il se présentait comme accidenté, les demi salaires auxquels il ne pouvait prétendre.

Négligence dans la vérification de la véracité des lésions et même de l'existence des blessures, complaisance trop grande à l'égard de la prétendue victime d'un accident du travail : ces fautes professionnelles peuvent conduire le médecin sur les bancs de la correctionnelle.

Au surplus l'ouvrier, qui a été condamné pour avoir touché des demi-salaires, en utilisant des attestations qu'il savait inexactes et le médecin, qui a fourni les attestations ayant permis à l'ouvrier de commettre l'escroquerie, peuvent être déclarés solidairement et civilement responsables du préjudice éprouvé par la société d'assurances (*Tribunal civil de la Seine*, 9e *chambre*, 6 mai 1922.)

Certificats de complaisance.

Par arrêt du 23 juin 1910, la *Chambre criminelle de la Cour de Cassation* rejetait le pourvoi

formé contre un arrêt de la *Cour d'appel d'Agen*, du 3 mars 1910, réformant en partie un jugement du *tribunal correctionnel de Bordeaux*, du 1er août 1908.

Avec la connivence d'ouvriers blessés, ou parfois à leur insu, un médecin de clinique d'accidents du travail produisait des certificats attestant la persistance de la maladie. Le docteur réclamait le prix de pansements, ou de massages qui n'avaient pas été exécutés, laissant ainsi supposer la nécessité d'un traitement long et dispendieux.

Le médecin, qui dirige une clinique d'accidents du travail, en admettant même sa parfaite honorabilité et sa complète correction, dans les soins qu'il donne lui-même, ou fait donner sous sa direction et sa surveillance immédiates, peut néanmoins se trouver mêlé à des procès en justice.

Ainsi, la *Cour d'appel de Paris* a rendu, le 17 mai 1922, un arrêt, confirmant un jugement du *Tribunal correctionnel de la Seine* (13e chambre) du 17 décembre 1921, qui condamnait, pour escroquerie, deux ouvriers qui, pour le même accident, se rendaient successivement dans deux cliniques différentes, se prétendant blessés dans deux entreprises.

Les médecins n'ont pas été inculpés d'escroquerie, bien que l'instruction ait révélé une certaine négligence de leur part, pour vérifier la véracité des dires des ouvriers, porteurs de papiers de déclaration d'accidents, qui avaient été falsifiés.

D'ailleurs, un médecin a été condamné pour complicité d'escroquerie et le jugement a retenu contre lui le fait de ne pas avoir prévenu le chef d'entreprise qu'il donnait des soins à son ouvrier blessé.

Tribunal correctionnel de la Seine, 27 avril 1923, confirmé par cour de Paris, 8 novembre 1923 (La Loi 25 mai 1923 et Revue générale des accidents du travail, 1924, 170.)

Le médecin qui soigne un accidenté du travail, est obligé de faire connaître immédiatement au patron, censé être son propre assureur, qu'il prenait en soins son ouvrier et de porter sur ses livres de comptabilité la date et le nombre des visites à lui faites par l'ouvrier, la date des pansements et celle des certificats à lui délivrés en vue de permettre tout contrôle qu'autorise la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Il est en faute s'il ne peut produire un relevé de ses livres, portant jour par jour la marche du traitement auquel le dit ouvrier a été soumis à sa clinique.

Ici, encore, le médecin a été condamné à cause de sa réputation, comme médecin de clinique, surveillé qu'il était par plusieurs compagnies d'assurances, qui n'attendaient qu'une occasion favorable pour le faire prendre en faute.

Mais, nous pouvons dire que le principe émis par le tribunal de la Seine nous paraît contestable. Lorsqu'un blessé se présente au cabinet d'un docteur, il est porteur, ou non, d'un bulletin d'accident délivré par le patron.

C'est à la victime que le médecin remet le certificat initial, prévu par la loi de 1898. A l'ouvrier de remettre ce certificat à son chef d'entreprise, pour que celui-ci fasse les déclarations prévues, tant à la mairie, qu'à l'assurance, ou d'user du droit, que lui confère l'article 11 de la loi de 1898 et de faire lui-même à la mairie la déclaration de son propre accident.

Le médecin n'a donc pas à intervenir pour prévenir directement le patron à l'insu peut-être de la victime, qu'il a pris celle-ci en soins. C'est au chef d'entreprise de s'enquérir de ce qu'est devenu son ouvrier, si ce dernier n'a pas repris son travail.

Disons cependant que l'article 7 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, dit tarif Breton, prévoit, pour le médecin traitant, l'obligation d'aviser, par lettre recommandée, le patron, ou son assureur substitué, lorsque le docteur estime l'utilité de la consultation d'un spécialiste, ou une série de plus de cinq interventions à tarif spécial.

Beaucoup de chefs d'entreprise, ou leurs assurances, négligent de faire contrôler la véracité de la blessure et du traitement ; ce n'est qu'au moment de payer les honoraires du médecin que les contestations surgissent.

Contrairement à l'opinion du tribunal correctionnel de la Seine, nous estimons personnellement que le médecin traitant a le devoir de remettre à la victime elle-même les certificats, qui la concernent, libre à ce blessé de disposer de ces certificats comme bon lui semble.

Mais, en droit pur, le médecin ne devrait connaître que son blessé, comme étant son débiteur, pour les soins à lui donnés. L'ouvrier, à son tour, appellerait son patron en garantie, pour la somme prévue par le tarif Breton.

Malheureusement, le corps médical a pris l'habitude de se faire payer par ce « tiers payant », chef d'entreprise, ou assureur ; de sorte que les praticiens peu scrupuleux (ils existent, peu nombreux, il est vrai), ont tendance à se livrer à des complaisances coupables, vis-à-vis des ouvriers, voire même à faire, pour leur propre compte, des actes délictueux, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue pénal.

C'est ainsi que le 19 octobre 1922, le tribunal correctionnel de la Seine (*Gaz. trib.*, 26 novembre 1922) déclarait que commet le délit d'escroquerie le médecin qui, en employant des manœuvres frauduleuses, s'est fait régler, par une compagnie d'assurances contre les accidents du travail, substituant un patron d'entreprise, une note d'honoraires, comportant quatre visites,

alors qu'il est constant qu'il n'a donné ses soins qu'au cours d'une seule et unique visite à l'ouvrier de l'entreprise victime d'un accident du travail.

Rappelons également le concert frauduleux par lequel le médecin se rend complice des escroqueries commises par des ouvriers, jouant alternativement le rôle de témoins et de victimes d'accidents du travail faussement invoqués et obtenant, à l'appui de leurs prétentions, des certificats médicaux délivrés trop légèrement par des médecins (Paris 15 février 1908, la Loi, 25 avril 1908 ; *Tribunal correctionnel de Limoges*, 1er mars 1905 ; le Droit, 25 novembre 1905 ; Grenoble, 22 décembre 1904.)

Pour être déclaré complice de l'escroquerie, le médecin doit connaître l'usage frauduleux auquel doit servir son certificat.

Un arrêt de Cassation tout récent fixe ce point de droit.

Cour de Cassation (*Ch. crim.* 6 août 1924.

(*Gazette des tribunaux*, 31 octobre 1924.)

Doit être cassé l'arrêt qui condamne pour complicité d'escroquerie un médecin qui a délivré un certificat d'accident du travail mensonger, si cet arrêt n'indique pas si le prévenu connaissait l'usage qui devait être fait dudit certificat.

« La Cour,

« Sur le second moyen, pris de la violation des articles 60 et 401 du Code pénal, 30 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, et 7 de la loi du 20 avril 1810, pour contradiction de motifs et manque de base légale, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré coupable de complicité d'escroquerie un médecin qui, dans un certificat par lui délivré à un ouvrier, avait sciemment dénaturé les conséquences d'un accident du travail, dont cet ouvrier avait été victime, alors qu'en l'absence de toute constatation relative à la connaissance de l'usage frauduleux qui devait être fait dudit certificat, les faits imputés au médecin étaient seulement passibles de l'amende prévue par la loi du 31 mars 1905 susvisée ;

« Vu ces articles ;

« Attendu que tout jugement ou arrêt qui applique une peine doit contenir les motifs propres à établir les éléments constitutifs de l'infraction qu'il réprime ;

« Attendu que l'arrêt attaqué déclare L. coupable de s'être rendu complice d'une escroquerie et d'une tentative d'escroquerie, en délivrant des certificats médicaux mensongers ; mais qu'il n'indique pas si le prévenu, au moment où il a délivré ces certificats, connaissait l'usage auquel ils devaient servir, d'où il suit que cet élément essentiel de la complicité prévue par les articles 59 et 60 du Code pénal n'est pas constaté et que, dès lors, la condamnation ne se trouve pas légalement justifiée ;

« Par ces motifs et sans qu'il y ait lieu de statuer sur le premier moyen ;

« Casse et annule l'arrêt du 26 juillet 1924 de la Cour d'appel de Bordeaux qui a condamné L. à 6 mois d'emprisonnement avec sursis, à 500 francs d'amende et à des réparations civiles ; et, pour être statué à nouveau, renvoie la cause et les parties devant la Cour d'appel d'Agen à ce désignée par délibération spéciale prise en Chambre du Conseil. »

Observations. — La mention formelle de la connaissance de l'intention criminelle est indispensable quand il s'agit des modes de complicité autres que la provocation ou les instructions pour commettre le délit. Il en est ainsi spécialement en cas de complicité par aide ou assistance, comme c'était le cas dans l'espèce ci-dessus : C. de cassation, 18 août 1871 (*Bull. crim.* n° 92) ; 27 décembre 1872 (Dalloz, 1872, 1. 475) ; Dalloz (*Répertoire pratique*, v° *Complice*, n° 58). Un arrêt est même allé jusqu'à décider que ne constatait pas suffisamment l'intention délictueuse d'un prévenu de complicité d'escroquerie la décision qui se bornait à constater que le prévenu était allé, sur l'ordre de l'auteur principal, prendre dans une banque la somme escroquée et qu'il en connaissait la véritable destination : C. de cassation 12 février 1898 (Dal., 1899, 1.58).

Conclusions.

C'est une page douloureuse, qu'il nous a fallu écrire pour signaler ainsi les faiblesses coupables de quelques médecins indignes. Disons bien vite que l'immense majorité des praticiens est audessus de tout soupçon et que beaucoup de fautes sont plutôt le fait de l'ignorance des lois et des textes règlementaires que de la mauvaise foi.

Mais nous devons tirer les conclusions suivantes : au début, la jurisprudence a déclaré illicite le fait, pour un ouvrier blessé, touchant son demi-salaire, de s'embaucher à nouveau, dans une autre entreprise, pour gagner un second salaire, en faisant un travail moins pénible.

Désormais, un blessé peut se faire réemployer ailleurs, bien qu'étant dans la position d'invalidité temporaire ; mais à la condition que tout se passe au grand jour, sans aucune dissimulation, ni tentative de fraude.

Au médecin, il appartient d'être circonspect. Sans complaisance coupable pour le blessé, dans le but de s'attirer la clientèle des victimes du travail, le docteur doit consciencieusement accomplir sa tâche que lui indique la loi du 9 avril 1898. Il doit donner à son blessé les attestations utiles, permettant à la victime d'obtenir la réparation à laquelle elle a légalement droit. Le certificat doit être véridique, rédigé après un examen sérieux.

Mais le praticien devra se refuser à toute collusion, à toute compromission avec l'ouvrier. Si son rôle est celui de défenseur technique médical du malade, qui place en lui sa confiance,

cette fonction ne doit pas descendre jusqu'à donner à son client la possibilité de s'enrichir indûment au détriment d'autrui.

Une fois de plus, nous déplorons que des cours de clinique juridique et sociale ne soient pas établis dans nos facultés de médecine, au lieu des conférences didactiques, souvent arides, pour l'explication de textes de lois. Le médecin ne peut apprendre ses devoirs sociaux, tracés par les codes, la législation et la jurisprudence, de la même manière qu'on nous apprend le droit à la Faculté de Droit.

Pour ma part, j'estime que des leçons cliniques juridiques seraient autrement plus intéressantes, pour nos futurs confrères, si le professeur, exerçant la médecine, pour conserver l'âme professionnelle médicale, avait des notions de droit suffisantes, consacrées par les diplômes *ad hoc*, pour tirer, des évènements juridiques professionnels de chaque jour, un enseignement déontologique à l'usage de ceux, qui, en soignant leurs malades, doivent certifier, traiter, arbitrer pour le compte d'autrui, dans les limites fixées par les législateurs des diverses époques.

Ainsi instruits de leurs droits et surtout de leurs devoirs vis-à-vis de leurs malades et des tiers responsables, les médecins pourraient avoir avec ces tiers, non pas des rapports tendus et parfois hostiles, mais au contraire une collaboration étroite.

Un praticien honnête ne craint pas de laisser contrôler ses actes médicaux ; mais, si on lui disait que son blessé peut continuer à être soigné, bien qu'employé par son patron à une besogne moins pénible, s'il était également certain que ses honoraires médicaux lui seraient réglés, bien que la victime ne soit pas condamnée au repos complet, le docteur serait le premier à s'entendre avec le blessé et le patron de ce dernier, pour que l'interruption de travail ne soit ordonnée que lorsque celle-ci serait jugée indispensable pour la bonne et rapide guérison de la blessure.

Cette entente, je la vois encore avec les syndicats médicaux, dont les conseils de famille constituent un véritable Ordre des médecins. Soucieux d'être les garants de l'honnêteté corporative des syndiqués, les groupes professionnels de médecins seraient les premiers à prêter leur concours pour aider à la répression des abus, auxquels sont tentés de se livrer les quelques brebis galeuses, qui déconsidèrent notre profession.

Enfin, abordant un autre point de vue, nous pouvons constater que, jusqu'à présent, on traitait la maladie comme un revers individuel. Les lois sur l'assistance médicale gratuite, les mutualités, les accidents du travail et demain celle sur les assurances sociales nous conduisent à la considérer comme un fléau social, ou tout au moins collectif.

Aussi, de plus en plus, le médecin n'est-il pas uniquement lié à son client seul par les liens de l'intérêt privé et du secret professionnel : un tiers intervient entre eux, comme ayant un droit de regard dans la conduite du traitement.

Dès lors doit-il en résulter une hostilité entre des intérêts, en apparence opposés ? doit-on voir, au contraire prendre naissance une collaboration entre malade, médecin et tiers intéressé ?

C'est l'évolution actuelle qui nous conduit peu à peu vers le statut médical de demain et auquel la santé publique est extrêmement associée.

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. ; 4450.

L'ASSURANCE INVALIDITÉ-MALADIE

Les soins médicaux.

Voici une réflexion que je trouve très importante et relative à la loi sur l'invalidité-maladie.

Que se passe-t-il actuellement au sujet des accidents du travail ? Le malade est responsable des soins qu'il réclame au médecin. D'où tire-t-il l'argent pour payer ? De deux sources :

1° La poche du patron dont la part de responsabilité est déterminée en francs par un barème. Ainsi : pour un pansement 7 fr. ou 8 fr. suivant la localité.

2° La poche à lui, blessé, si le médecin à qui il s'est adressé ne se contente pas des honoraires que le patron est contraint de verser de par la loi.

Dans ma pratique, je ne manque jamais de demander à l'ouvrier de parfaire le supplément lorsque j'estime :

1° Que les soins que j'ai donnés sont insuffisamment rémunérés ;

2° Lorsque la situation du blessé est bonne, et cela arrive souvent, vu les hauts salaires, surtout lorsque plusieurs personnes de la même famille travaillent.

Croyez que la chose arrive *très souvent* et les blessés versent volontiers, *surtout si on leur donne l'impression qu'on s'occupe très sérieusement de leur mal.*

Je n'ai pas trouvé cela tout seul, c'est les intéressés eux-mêmes qui m'ont ouvert les yeux : « Vous savez, Monsieur le docteur, ne négligez rien. Nous savons que l'assurance ne vous paye pas cher. Mais nous vous payerons le reste ! Soignez-nous bien ! »

C'est à de nombreux exemplaires que cette réflexion m'a été faite. Actuellement une bonne moitié

de mes accidentés me paye *à mon tarif* et ils en sont très contents.

Exemple :

Je soigne un garçon boucher pour un phlegmon du doigt. Je l'ai reçu 2 fois par jour pour lui faire prendre des bains : à 8 h. du matin et à 7 h. du soir... même un dimanche. Ce garçon là voit que je me dévoue et il me payera à mon tarif ; je ferai la note à l'assurance et sa note à lui. Il me payera plus facilement que beaucoup de bourgeois. Je connais quelques confrères qui en font autant. Cette méthode devrait se généraliser.

Arrivons à l'assurance maladie. La loi doit dire : « La part de la société en cas de maladie est de... »

Avec cela, le malade se débrouille. Ce sera au médecin appelé de voir s'il y a lieu de se contenter de la part versée par l'Etat (indigence du malade, etc.).

Ce système aura l'avantage de faire juger chaque cas par les vrais intéressés (malade et médecin). Prenons l'exemple d'une visite de nuit... non motivée. Le médecin aura la ressource de la faire payer à son prix réel. Le malade n'abusera pas plus qu'il n'abuse dans la législation actuelle.

Donc, il faut insister pour que la loi se fasse dans le sens que j'indique et, chose très importante, *il faut que la promulgation de cette loi, son énonciation se fasse d'une façon très explicite de manière que les malades ne s'y trompent pas.*

« En cas de maladie, l'Etat payera *sa part de soins* et donnera : tant de francs pour tel acte médical ». Que le malade s'arrange avec cela et qu'il discute avec son médecin ; s'il doit donner quelque chose de sa poche et combien.

Une deuxième réflexion :

La part de l'Etat doit être suffisamment élevée pour que, *dans les cas vraiment intéressants et dont lui seul peut être juge*, le médecin puisse s'en contenter sans « en être de sa poche ».

Si vous y réfléchissez, cette solution facilitera les questions de contrôle par les caisses et la répression des abus d'appel.

Enfin, si le tarif de l'Etat ne nous va pas, pour un motif ou un autre — mais juste — nous aurons une chance de nous en sortir.

Il faut à tout prix refuser et s'opposer à la taxation absolue de l'acte médical quel qu'il soit.

Il faut refuser d'entrer dans les habitudes de la médecine légale dans laquelle on dit : une autopsie = tant de francs. La loi de 1898, votée pourtant à une époque où le médecin se défendait mal, n'a pas dit : tel acte médical vaut : tant de francs. La loi de 1898 : a dit : la part du patron dans le payement de tel acte médical est : tant de francs (au maximum). La loi de 1898 laisse le médecin libre d'apprécier la valeur en francs de son acte et de le discuter avec son client, exactement comme dans le droit commun.

La législation sur l'assurance maladie devra d'abord établir qu'elle n'entend pas tarifer les actes médicaux dont la valeur est trop diverse vu les cas particuliers qui sont tous différents et trop nombreux. Elle ne peut envisager que les conditions très générales de l'exercice de la médecine et encore, ne fixer, dans le cadre de ces conditions *très* générales, QUE les obligations de l'Etat envers le malade.

Le malade devra s'arranger avec son médecin pour le surplus d'honoraires, s'il y a lieu ; le médecin ne réclamant à l'Etat QUE la part de l'Etat.

Mais l'Etat aura vis-à-vis du malade des devoirs pécuniaires lui donnant des avantages suffisamment importants pour que le malade n'ait, dans la plupart des cas, que peu ou presque pas grand'chose à sortir de sa poche. Dans les cas délicats que ne peut pas prévoir la loi, forcément trop générale, le malade payera de sa poche.

Dr L. SENDRAL (Pau).

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MODIFICATION DU TARIF BRETON

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyances sociales.

Vu l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921 ;

Vu les arrêtés des 8 juillet 1920, 28 juin 1921 et 5 avril 1924, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Art. 1er. — L'article 1er (Frais médicaux) de l'arrêté du 8 juillet 1920, modifié par les arrêtés des 28 juin 1921 et 5 avril 1924, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, est modifié et complété ainsi que suit :

Frais médicaux.

« *Art.* 1er. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, est respectivement fixé à 10 fr. et à 8 fr., suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la

première ou à la seconde des deux catégories ci-après:

« 1re catégorie : villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue ; régions dévastées (1) ; Paris et sa banlieue.

« La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

« Arrondissement de Versailles ; les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

« Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, le Raincy.

« La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes.

« 2e catégorie : villes de moins de 100.000 habitants et campagnes.

« Le prix de la consultation au cabinet du médecin est respectivement fixé à 8 fr. et à 7 fr. suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-dessus. »

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté précité du 8 juillet 1920 est complété ainsi que suit :

« Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100, le prix des autres restant celui de la consultation sans majoration. »

Art. 3. — L'article 26 (Tarif des électro-radiologistes) de l'arrêté précité du 8 juillet 1920 est modifié et complété ainsi que suit :

TARIF DES ÉLECTRO-RADIOLOGISTES ET RADIOTHÉRAPEUTES.

I. — *Radiographies.*

	francs
Un ou plusieurs doigts ou orteils (face et profil)	25
Main (face ou profil)	40
Main (de face et de profil)	50
Poignet (face ou profil)	40
Poignet (de face et de profil)	50
Avant-bras (face ou profil)	40
Avant-bras (de face et de profil)	60
Coude (face ou profil)	50
Coude (de face et de profil)	75
Diaphyse humérale (face ou profil)	50
Diaphyse humérale (de face et de profil)	75
Epaule (de face) ou clavicule	75
Epaule (de profil)	120
Crâne (face ou profil)	100
Crâne (de face et de profil)	150
Maxillaire inférieur	80
Hémi-thorax (côtes ou omoplate)	100
Dents (méthode intra-buccale) :	
Première plaque	40
Chaque plaque supplémentaire	20
Pied (face ou profil)	40
Pied (de face et de profil)	50
Cou-de-pied (face ou profil)	50
Cou-de-pied (de face et de profil)	60
Jambe (face ou profil)	50
Jambe (de face et de profil)	60
Genou (face ou profil)	60
Genou (de face et de profil)	90
Diaphyse fémorale (face ou profil)	60
Diaphyse fémorale (de face et de profil)	90
Hanche	90
Hanche (de profil)	120
Rachis cervical (face ou profil)	80
Rachis cervical (de face et de profil)	120
Rachis dorsal ou lombaire (face ou profil)	100
Rachis dorsal ou lombaire (de face et de profil)	200
Rachis en entier (face ou profil)	200
Rachis en entier (de face et de profil)	300
Sacrum	100
Bassin	120

II. — *Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers.*

Membre	50
Tête	60
Thorax	60
Abdomen	60

III. — *Radiologie des viscères.*

Poumons, examen à l'écran	60
Avec calque	80
Avec une radiographie	120
Cœur, aorte, examen à l'écran	60
Avec calque	90
Avec une téléradiographie	120
Avec deux téléradiographies	200
Œsophage ou estomac, examen à l'écran	60
Avec calque	80
Avec une radiographie	120
Estomac, avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances :	
Examen à l'écran	120
Avec calque	150
Avec radiographie	200
Intestin (lavement opaque) :	
Examen à l'écran	100

(1) Pour l'application du présent arrêté, on doit entendre par régions dévastées : les départements de l'Aisne, des Ardennes, du Nord (sauf l'arrondissement de Dunkerque) ; dans le Pas-de-Calais, les arrondissements d'Arras et de Béthune ; dans la Somme, les arrondissements de Montdidier et de Péronne et les cantons de Boves, Corbie, Acheux ; dans l'Oise, l'arrondissement de Compiègne et les cantons de Breteuil et Maignelay ; dans la Marne, l'arrondissement de Reims et les cantons de Suippes, Dormans, Sainte-Menehould, Dommartin-sur-Yèvre, Ville-sur-Tourbe, Heiltz-le-Maurupt, Thiéblemont et la commune de Venteuil ; dans la Meuse, les arrondissements de Commercy, Montmédy et Verdun et les cantons de Revigny, Triaucourt et Vaubecourt ; en Meurthe-et-Moselle, les cantons de Nomény, Pont-à-Mousson, Longwy, Audun-le-Roman et les communes de Parroy et de Lironville ; dans les Vosges, la commune de Ban-de-Sapt.

Avec calque	120
Avec radiographie	150
Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation), quel que soit le nombre des séances :	
Examen à l'écran	120
Avec calque	150
Avec radiographie	200
Tube digestif complet, examen à l'écran	200
Avec calque	240
Avec radiographie	300
Foie (après préparations spéciales):	
Examen à l'écran	80
Avec calque	100
Avec une radiographie	120
Appareil urinaire :	
Vessie	100
Un rein	100
Deux reins	150
Un uretère	100
Deux uretères	150
Un rein, un uretère, la vessie	200
Le système complet	300

IV. — *Radiographies stéréoscopiques.*

Le double d'un cliché ordinaire.

V. — *Electrodiagnostic* (1).

Examen électrodiagnostic avec rapport sur cet examen seul	40

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

VI. — *Electrothérapie et radiothérapie* (1).

	francs
Radiothérapie (au domicile du médecin), par chaque irradiation d'un champ	30
Traitement électrique par un spécialiste, quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque	12

Ce prix sera augmenté de 6 fr., si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 fr. pour trois régioûns, etc. (2).

	francs
Traitement électrique au domicile du blessé : les prix ci-dessus, plus une innemnité de déplacement de	8
Traitement comprenant l'électrisation complète du corps (électricité statistique, courants de Morton, haute fréquence) ; traitement par air chaud, lumière, ionisation. Chaque	15
Electrolyse de l'œsophage	150
Lavement électrique au domicile du malade	200

(Les frais et honoraires prévus aux paragraphes I à VI ci-dessus doivent être majorés de 20 p. 100.)

VII. — *Observations.*

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 fr. en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 7 fr. 50 ; 24/30, 10 fr. ; 30/40, 12 fr.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 p. 100.

L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence ; dans ces derniers cas, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire. En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui avec le nom du blessé et avec leur commentaire détaillé, l'une pour la patron ou son assureur, l'autre pour le blessé.

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée : 1° le prix ordinaire de ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 fr. ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen ; 4° lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité, basé sur la distance kilométrique calculée au tarif ci-dessus.

Art. 4. — Le présent arrêté prendra effet à dater du 1er janvier 1925.

Fait à Paris, le 24 décembre 1924,

Justin GODART.

(1) Il ne pourra être procédé à tout acte d'électrodiagnostic, d'électrothérapie ou de radiothérapie, ou à toute séance d'air chaud, de lumière ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou radiothérapeute qu'après avis conforme du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Le rapport d'un électrodiagnostic doit être fait en double exemplaire : l'un destiné au blessé, l'autre destiné au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

(2) On entendra par régions différentes : 1° la face et le cou ; 2° les membres supérieurs ; 3° le tronc ; 4° les membres inférieurs.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Election au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels (Syndicats médicaux). — L'élection, au Conseil supérieur des Sociétés de Secours-Mutuels, du représentant des syndicats médicaux, a eu lieu le 16 novembre dernier à l'Hôtel-de-Ville, à Paris. Ont obtenu :

M. le Dr Legras (*élu*)	205	voix
M. le Dr Le Fur	9	—
M. le Dr Bellencontre	5	—
Divers	12	—

— Laboratoire de bactériologie de la Faculté de Médecine de Paris. — Cours complémentaire de bactériologie, du 15 janvier au 25 février 1925, par M. le professeur Fernand Bezançon et par M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux.

Les leçons auront lieu tous les jours, à 2 h., au laboratoire de bactériologie de la Faculté. Elles seront suivies de travaux pratiques.

Cet enseignement (cours et travaux pratiques) sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

— Conférences de clinique psychiatrique pratique. — M. le Dr Lévy-Valensi, médecin des hôpitaux, fera, à partir du 30 janvier, une leçon clinique de psychiatrie le vendredi, à 17 h. 30, dans le service du professeur Roger à l'Hôtel-Dieu. Sujet : Les délires.

— Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie. — Le Conseil municipal de Paris a décidé de maintenir la chaire de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie créée par la Ville à la Faculté de Médecine de Paris, sous condition que les crédits affectés à cette chaire soient ramenés au chiffre de début et que la procédure pour la nomination du titulaire soit celle instituée par le Conseil municipal.

— Organisation d'un cours spécial d'actualités médicales et chirurgicales au Val-de-Grâce. — Par dépêche ministérielle en date du 21 novembre 1924, le ministre de la Guerre a autorisé le directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce à organiser un enseignement spécial destiné aux médecins du Gouvernement militaire de Paris et à ceux qui, affectés à des corps d'armée de province et de passage à Paris, voudraient en bénéficier.

Ce cours spécial sera ouvert également aux confrères civils ; il aura lieu deux fois par mois, les deuxième et quatrième samedis, à 17 heures, à l'amphithéâtre des cours, au Val-de-Grâce.

Il consistera dans la mise au point de *questions d'actualité*, chirurgicales et médicales, et aura pour but de mettre l'auditoire au courant des progrès réalisés, à la faveur des recherches nouvelles, sur les divers sujets qui seront étudiés.

Ces questions d'actualité seront traitées par les personnalités compétentes, indifféremment *civiles ou militaires*, que leurs travaux désignent plus particulièrement pour venir exposer le résultat de leur expérience.

Cet enseignement spécial a commencé le samedi 10 janvier 1925, à 17 heures.

Sujet traité : *Les affections des voies respiratoires consécutives aux accidents causés par les gaz de combat*, par M. le professeur Sergent (de Paris).

Le deuxième cours aura lieu le 24 janvier, même heure : *La vaccinothérapie en chirurgie*, par M. le Dr Louis Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les séances ultérieures et les sujets à traiter seront annoncés en temps opportun.

— Vaccin du Dr Calmette pour l'immunisation antituberculeuse des nouveaux-nés. — Voici, d'après les instructions de l'Institut Pasteur d'Alger, quelques renseignements concernant le vaccin B.C.G. du Dr Calmette, pour les essais d'immunisation des nouveaux-nés contre l'infection tuberculeuse :

1° Les demandes doivent être faites par les médecins eux-mêmes ;

2° Le vaccin ne se conservant pas plus de dix jours, ne le faire venir qu'au moment de l'emploi ;

3° Les enfants doivent être vaccinés le plus tôt possible après la naissance (dans les 10 jours qui suivent);

4° La vaccination se fait par ingestion, dans un peu de lait, 1/2 heure avant les tétées, en trois doses chacune, administrées de deux en deux jours.

5° L'institut Pasteur serait reconnaissant aux confrères de suivre les enfants vaccinés pendant 2 ans au moins et de lui communiquer leurs observations.

— Institut d'hydrologie et de climatologie. — CONFÉRENCES FAITES AU COLLÈGE DE FRANCE. — *Chimie physique hydrologique et climatique.* — A l'amphithéâtre de chimie, salle n° 1, à 18 h., MM. le professeur Moureu, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine ; Lepape, chef de travaux.

Mercredi 4 février. La radioactivité des sources thermales. — 11 février. Les méthodes de recherche et de mesure employées en radioactivité hydrologique.

Physique hydrologique et climatique (à l'amphithéâtre de médecine). — M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine ; MM. Touplain, chef des travaux ; Besson, chef du service climatique. Analyses physico-chimiques à exécuter sur le terrain. Les poussières de l'atmosphère et leur influence sur la luminosité. Purification des eaux usées. Les stations climatiques de la région du Sud-Est.

Hygiène hydrologique et climatique (à l'amphithéâtre de médecine). — M. F. Bordas, professeur suppléant au Collège de France ; MM. Touplain, chef des travaux ; Guillerd, chef du service de bactériologie. Analyse bactériologique des eaux. Les particules solides en suspension dans l'atmosphère. Méthodes d'analyse. Le captage et l'embouteillage des eaux minérales. Le périmètre de protection des stations hydrominérales.

Les conférences de M. le professeur d'Arsonval et de M. Bordas auront lieu à partir du mois de mars. Les jours et heures de ces conférences seront ultérieurement annoncés.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

II

3398. — Injections d'oxygène sous-cutanées.

J'ai eu à soigner récemment un cas d'accident du travail des plus spéciaux : dans un atelier parisien, plusieurs ouvrières ont été intoxiquées par l'oxyde de carbone, dont une assez gravement pour rester définitivement atteinte dans son état général. Je l'ai expédiée à la montagne dès qu'il a été possible de la transporter ; mais, immédiatement après l'accident, j'ai pratiqué l'oxygénothérapie, évidemment associée à tous les moyens susceptibles de combattre une anémie grave : opothérapie, sérum de Carnot, arsenic, fer, manganèse, etc...

Que puis-je facturer pour les injections d'oxygène, qui exigent, vous le savez, un matériel assez coûteux ?

Dr C.

Réponse.

Tout d'abord, je ne vois pas en quoi des injections sous-cutanées d'oxygène exigent forcément « un matériel assez coûteux ». Vous voulez parler, sans doute, de l'appareil de Bayeux, si je ne me trompe. Mais on les fait également avec un simple ballon d'oxygène, fourni par le pharmacien, un tube de caoutchouc, une aiguille. Ceci dit, il n'en reste pas moins qu'il y a là plus qu'une simple injection hypodermique et qu'on passe, au moins, vingt bonnes minutes à faire cette intervention. Je serais donc d'avis de la compter 20 francs, par analogie avec « injection de sérum physiologique » qui se fait dans des conditions semblables.

F. D.

III

3394. — Sérum de Delbet.

Il y a quelques mois, j'ai été appelé à donner mes soins à un accidenté du travail, qui, à la suite de plaies multiples d'une main par ronces artificielles, présentait, avec un œdème marqué du bras, des phénomènes de septicémie aiguë, vomissements, hypothermie, fièvre élevée, etc.

J'ai cru devoir faire à ce blessé du bouillon de Delbet, fort heureusement d'ailleurs, puisque 24 heures après la première injection tous les symptômes inquiétants de mon malade s'étaient amendés.

Le pharmacien ayant délivré les médicaments sur mon ordonnance m'a fait savoir quelque temps après que la Compagnie d'assurances couvrant ce sinistré refusait de lui régler le sérum anti-infectieux employé.

A qui incombent les frais de cette dépense ?

La Compagnie est-elle en droit de s'y dérober ?

Je vous rappelle que j'ai reçu hier une note de la Préfecture de .... concernant les modifications des prescriptions médicales de l'Assistance médicale gratuite et reconnaissant aux praticiens le droit de prescrire :

Les sérums et vaccins de l'Institut Pasteur ;

Le sérum polyvalent de Delbet ;
Les ampoules de sérum à doses massives.

Dr L.

Réponse.

Je suis étonné qu'une Compagnie d'assurances refuse de payer des ampoules de sérum de Delbet à votre pharmacien. Je m'en suis servi hier et m'en servirai demain. Que votre pharmacien écrive une lettre au Directeur de l'assurance (avec mention personnelle) et, s'il y a encore refus, il aurait à poursuivre devant le juge de paix le blessé et son patron en paiement de ces fournitures (en leur expliquant le pourquoi de ces poursuites) et ceux-ci se retourneront vers leur assurance. Il me semble que la Compagnie, dès la lettre personnelle au Directeur, et, en tout cas, avant toute comparution devant le juge de paix, payera. Il est inadmissible, en effet, que cette Compagnie refuse de payer ce sérum sous prétexte que c'est là une « spécialité », alors que ce n'est pas une « solution formulable » et que, de plus, c'est un traitement reconnu et passé dans la pratique courante.

F. D.

Application du Tarif Maginot

3345. — Bien connaître le décret du 25 octobre 1922, tout d'abord.

Je suis appelé devant la Commission de contrôle pour la raison suivante : visites trop fréquentes à un réformé.

Ce réformé est un pauvre tuberculeux très avancé qui a le malheur de penser que je vais le sauver et qui, pour cette raison, m'appelle à tout propos, tous les jours à un moment donné, quand il était dans un état très grave.

En même temps que la lettre de cette Commission, je reçois un règlement imprimé avec le passage me visant, souligné au crayon bleu.

Je vous affirme que c'est la première fois que je vois ce règlement dont j'ignorais jusqu'ici totalement l'existence. Comment se fait-il qu'on ne nous l'ait pas distribué en temps utile à nous médecins d'abord ?

Il y a quelques mois, j'ai déjà été appelé devant cette Commission pour un diagnostic oublié sur une visite urgente de nuit et on me l'a rayée ! ! ?

J'ai profité de mon séjour au sein de cette suprême cour pour dire ceci :

Un tuberculeux très exigeant (c'était le réformé en question) m'appelle en ce moment -ci tous les jours pour un vomissement, un crachement de sang, fièvre, douleur, etc., pensant toujours que je vais tout faire cesser par enchantement. Dois-je l'avertir que je refuserai d'y aller s'il exagère comme je le pense et n'y aller que quand je le jugerai utile. Je suis prêt même à l'abandonner si vous devez continuer à me chercher des tracasseries.

Un membre de la Commission s'est alors levé (un grand mutilé aveugle, il m'a paru), et m'a dit : Vous ne devez pas lui cesser vos soins, ce serait mal et vous devez y aller toutes les fois qu'il vous appelle.

Je me croyais donc tout à fait en règle, d'autant plus que je ne savais rien de toutes les formalités que je viens d'apprendre.

En effet, le Dr G. m'a téléphoné une fois que je devais envoyer le premier bulletin de chaque maladie. J'ai su par un journal comment je devais faire mes notes etc., mais ce n'était pas tout !

Pourquoi à la Commission ne m'a-t-on pas dit que je devais dans le cas de visites fréquentes m'astreindre à telles ou telles choses ?

On m'a laissé pendant 6 mois patauger pour mieux m'étreindre sans doute et me supprimer mes honoraires.

Et puis même, si j'avais connu ce règlement que le dévoué secrétaire m'a envoyé le 20 décembre 1924 (il est temps !), comment pouvais-je prévenir que je ferais des visites fréquentes, puisque je n'en savais rien moi-même, le blessé me fixant lui-même un rendez-vous par coup de téléphone ?

Je vais *samedi* devant cette Commission. Quelle doit être mon attitude ? Dois-je tout briser et refuser dorénavant les bulletins ? Dois-je en saisir mon syndicat et vous-même ? Me soutiendrez-vous dans cette affaire, vaudeville sque, car je ne la prends guère au sérieux.

Dr L.

Réponse.

1° Je ne puis entrer dans une question de fait comme celle de visites trop fréquentes et cela se conçoit, n'ayant aucune base pour avis. Je ne puis que répéter ce que j'ai déjà écrit : « *Faire* « *pour un malade avec tiers payant ce qu'on ferait* « *pour un malade de clientèle avec paiement direct.* « *Ni plus, ni moins.* »

2° On doit *toujours* mettre son diagnostic sur le bulletin de visite pour prouver que la visite relève bien de la maladie *causale* de la pension (article 1), pourquoi il y a visite et non consultation (article 61). Et il faut doublement le mettre en cas de visite de nuit, puisqu'il faut, en plus, légitimer l'urgence et pour cela en « faire mention explicitement » (article 63).

3° Le bulletin de première visite doit toujours être envoyé (article 17) et cela pour qu'on sache quel est le médecin traitant du malade et que celui-ci ne se serve pas de son carnet pour aller voir, le même jour, 3 ou 4 médecins et recommencer plus tard, avec autant d'ordonnances à payer...

4° « Je ne savais rien de ces formalités. On m'a laissé patauger six mois, etc... », dites-vous. Mais vous faites partie d'un Syndicat, vous devez donc recevoir deux fois par mois *Le Médecin Syndicaliste*, organe officiel de l'Union des Syndicats Médicaux de France, qui a publié toutes les

lois et règlements en la matière, et en particulier, le décret du 25 octobre 1922, appelé aussi le tarif Maginot, qui est votre bréviaire sur ces questions. Dernièrement encore, a paru toute une série d'études et de réflexions et de conseils sur tout cela. Hélas ! confrère, comme tant d'autres, vous n'y prêtez aucune attention et vous vous lamentez ensuite quand un ennui vous arrive. Le plus triste, c'est que ce que je vous dis là, je l'ai déjà dit hier et le répèterai demain : *Vox clamans in deserto.*

Conclusion. — A part les points où vous vous êtes mis manifestement dans votre tort, reste le nombre dit « exagéré » des visites. Si vous estimez que c'est à tort que la Commission départementale vous refuse le paiement complet, la seule marche à suivre, après notification officielle du jugement, sera de faire *appel* devant la Commission supérieure et de lui donner vos raisons par écrit. On adresse l'appel à Monsieur le Président de la Commission Supérieure des Soins aux Pensionnés de Guerre, Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris. F. D.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement ambulatoire des ulcères variqueux (1)

(Cheramy et Valentin).

Depuis quelques années, on applique au traitement des ulcères variqueux une méthode dont la nouveauté consiste surtout à permettre, et même à prescrire, l'usage du membre malade revêtu d'un pansement spécial. Ce pansement est à la fois élastique, absorbant et antiseptique.

Par son élasticité, il joue un rôle important pour lutter contre l'œdème et la stase sanguine, toujours notable en pareil cas, et qui est sans doute une des causes de la persistance de l'ulcère. Il est absorbant pour éviter la macération du membre dans la sérosité purulente ; il est maintenu en place un temps assez long pour être efficace.

Pratiquement, on emploie des bandes imprégnées à chaud d'une *pâte* à base de médicaments divers et de gélatine dont la solidification donnera au pansement sa consistance.

La formule d'Unna est la suivante (1882) :

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, du 14 septembre 1924, qui l'a pris elle-même dans le *Journal de médecine de Paris.*

Glycérine .... } Eau .... }	ââ 40 grammes
Gélatine .... } Oxyde de zinc .... }	ââ 10 grammes

On l'a variée ainsi :

Oxyde de zinc......... } Gélatine .... }	ââ 15 grammes
Glycérine	25 —
Eau	40 —

Audibert et Fournier donnent la formule suivante :

Gélatine .... } Oxyde de zinc......... } Poudre d'amidon...... }	ââ 10 grammes
Glycérine .... } Eau .... }	ââ 40 —
Silicate de potasse......	100 —

et disent en avoir obtenu de très bons résultats.

Une des formules les plus usitées actuellement est celle indiquée par Brandon en 1921 :

Glycérine	800 grammes
Oxyde de zinc.........	500 —
Eau	1.100 —
Gélatine	500 —

La préparation de ces pâtes demande beaucoup de soin, étant donnée leur haute teneur en gélatine et en oxyde de zinc. Il ne faut pas oublier non plus que ce pansement est destiné à être appliqué sur un tissu mortifié et qu'il faut craindre l'infection tétanique par la gélatine. Pour ces raisons, on peut avec avantage opérer de la façon suivante :

La gélatine, coupée en petits morceaux, est mise à macérer dans un récipient taré avec la quantité d'eau indiquée. D'autre part, on délaye dans un mortier l'oxyde de zinc avec la glycérine. On laisse ainsi en contact pendant plusieurs heures (une nuit par exemple). Au bout de ce temps, la gélatine a absorbé toute l'eau et la glycérine a pénétré complètement la poudre d'oxyde de zinc. Il suffit alors d'ajouter dans le récipient taré le mélange glycérine et oxyde de zinc et de chauffer doucement : la masse se liquéfie. On porte à l'ébullition, ce qui réalise une stérilisation relative. On complète alors au poids total avec de l'eau bouillie et on laisse refroidir en agitant. On coule en pots quand la masse a une consistance suffisamment visqueuse pour que l'oxyde de zinc reste maintenu en suspension.

Pour l'emploi, cette pâte doit être ramollie en plaçant le pot au bain-marie. L'application peut se faire par badigeonnage à la façaon de l'ambrine ou plutôt par imbibition de bandes spéciales.

A cet effet, on commence par nettoyer soigneusement la plaie et ses abords. On peut même la saupoudrer d'une poudre inerte ou légèrement antiseptique et vaseliner pour éviter l'arrachement des poils par la pâte. Les bords de la plaie peuvent être protégés par application de petites bandelettes de diachylon ; les bourgeons exubérants seront cautérisés au nitrate d'argent. Enfin l'opérateur aura avantage à employer des gants de caoutchouc pour éviter l'adhérence de la pâte aux mains.

Les bandes sont coupées dans de la tarlatane assez forte, bouillies et roulées peu serrées. On les plonge dans la pâte ramollie au bain-marie et on les exprime plusieurs fois. Puis, le malade étant assis et soulevant sa jambe à 10 centimètres du sol environ, on commence l'application de la bande depuis la racine des orteils jusqu'au-dessous du genou sans renversés, par des circulaires pas trop serrées. On peut ensuite assurer l'homogénéité du pansement par un enduit léger de la même pâte ; on recouvre enfin d'une bande souple.

Le malade doit, dans l'heure suivante, faire quelques mouvements pour assurer l'élasticité du pansement, et à partir de ce moment, il pourra et devra même vaquer à ses occupations, car la marche est un des facteurs essentiels du traitement. Le renouvellement se fera tous les trois ou quatre jours, si la suppuration est abondante, et tous les huit jours dans les cas favorables. L'enlèvement du pansement doit être fait très soigneusement pour éviter de léser les tissus nouvellement formés. Dans ces conditions, un ulcère de taille moyenne est complètement cicatrisé en un mois environ. Les récidives sont rares, on peut les éviter par le port d'une bande élastique. On conçoit l'avantage d'un pareil traitement qui permet une guérison rapide sans interruption des occupations habituelles des malades, d'où son nom de traitement ambulatoire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er *janvier.*

Asiles d'aliénés.

Concours pour l'emploi de médecin chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 16 mars 1925, à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau) de dix heures à 12 heures et de quatorze heures à dix-sept heures du 9 au 21 février 1925.

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal officiel* du 3 décembre 1924.

2 et 3 janvier.

Soins aux mutilés de guerre.

Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Art. 1er. — Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, pendant l'année 1925, comme membres titulaires :

Réprésentants de l'administration.

M. le médecin inspecteur Odile, président.

M. Lehmann, inspecteur général au ministère des pensions, vice-président.

M. Paloque, chef du service des soins gratuits au ministère des pensions.

M. Sauvalle, inspecteur général des finances.

M. Guérin, directeur adjoint de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

M. Marcel Héraud, député, vice-président de l'Union fédérale des associations françaises de mutilés.

M. Beurdeley, membre de l'association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Cauet, membre de la fédération nationale des associations françaises de mutilés.

M. Garnaud, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Delfau de Pontalba, membre de l'Union nationale des combattants.

Réprésentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Lenglet, de la Seine.
M. le docteur Noir, de la Seine.
M. le docteur Decourt, de Seine-et-Marne.
M. Barthet, pharmacien de la Seine.
M. Cordier, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration.

M. Sevin, sous-directeur au ministère des pensions.

M. Thouvenot, du service des soins gratuits au ministère des pensions.

M. Lhomme, de la commission consultative médicale.

M. Blanchon, chef de bureau au ministère des finances.

M. Charra, chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919.

M. Pichot, président honoraire de l'Union fédérale des Associations françaises de mutilés et réformés de la guerre.

M. Cassin, président honoraire de l'Union fédérale des associations de mutilés et réformés de la guerre.

M. Villedieu-Benoit, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Mathure, secrétaire général de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre.

M. Sereve, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

M. le docteur Caillaud, du Loiret.

M. le docteur Humbel, de Seine-et-Oise.

M. le docteur Philippeau, de la Seine.

M. Ducramer, pharmacien du Nord.

M. Joly, pharmacien de la Sarthe.

Fait à Paris, le 27 décembre 1924.

BOVIER-LAPIERRE.

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1925.

Sont désignés pour faire partie de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1925 :

M. Ch. Valentino, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des Pensions, président, ou son représentant.

M. le docteur Rieffel, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, vice-président.

M. le docteur Sibut, chef adjoint au cabinet du ministre des pensions, inspecteur général au ministère des pensions.

M. le médecin principal Duguet, professeur d'orthopédie à l'école d'application du Val-de-Grâce.

M. Thoumyre, amputé de guerre, député, ancien sous-secrétaire d'Etat.

M. Miellet, amputé de guerre, député.

M. Sinsou, administrateur de l'Union amicale des mutilés, blessés et anciens combattants de l'Yonne.

M. le président de la Chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant.

M. le président de la Chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie, ou son représentant.

M. Paloque, chef du service des soins gratuits et de l'appareillage au ministère des pensions.

M. Beaufils, inspecteur technique des centres d'appareillage au ministère des pensions.

M. Moureaux, médecin chef du centre d'appareillage de Marseille.

M. Ripert, chirurgien consultant au centre d'appareillage de Paris.

M. Rœderer, assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis.

M. Montier, chef d'atelier au centre d'appareillage de Paris.

M. Vivier, premier ouvrier sellier au centre d'appareillage de Paris.

M. Raux, ouvrier en fer au centre d'appareillage de Rennes.

Fait à Paris, le 27 décembre 1924.

BOVIER-LAPIERRE.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

L'organisation des avions sanitaires.

1194. — M. Adolphe GIROD, député, demande à M. le Ministre de la Guerre, à quel point en est exactement la questions des avions sanitaires, et notamment s'il ne conviendrait pas de généraliser pour toutes les régions, l'organisation déjà réalisée au camp de Cazaux, qui paraît appelée à rendre au service de santé les plus réels services. (*Question du 4 novembre* 1924.)

2e *réponse* — Après des essais très satisfaisants faits depuis un an et demi dans un corps d'armée, une organisation générale d'aviation sanitaire sur tout le territoire français a été mise à l'étude. Dès que les bases en auront été étudiées, les réalisations en seront poursuivies dans toute la mesure du possible.

(*J. O.*, 24 décembre 1924.)

Quarante-septième année — N° 4 — 25 Janvier 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 168-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert. Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant.
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 41. — A vend. Vest Pocket Kodak anastigmat, cause doub. emp. Ecr. Dr Bandot, à Damvillers (Meuse).

No 42. — Le Manoir, Ris-Orangis (S.-et-O.), 45 m. de Paris (P.-L.-M.). Convalesc. Anémiés. Soins méd.

No 43. — On dem. autoclave pour stérilisat. 80 biberons. Hôpit. Sainte-Foy-la-Grande (Gironde).

No 44. — Pouponnière. Mod. créée et dirigé par méd. prend tous enf. de la naiss. à deux ans. Prix mod. Ecr. pour renseig. Dr Duval, à Ingré (Loiret).

No 45. — Excell. infirmière au cour. de tout son serv. anc. infirm. major, dem. pl. clin. sanat. ou hôpital. Mlle Marie Bannier, à Trégonneau (Côtes-du-Nord).

No 46. — Paris. Dans quart. ouvr. très imp. clin. A.-T. très bien install. 3 p. téléph. chauff. cent. élect. 15 ans de bail, loy. 4.000, beau matér. neuf. Prod. 12.000 par mois

en augment. Belle aff. intéress. essai préalab. d'un mois par acquér. sérieux. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. (23e année). Tél. Gob. 34-46.

N° 47. — Dans pet. ville, sur gr. ligne, bon cab. de consult. fais. pl. de 100.000, gr. habit. de maître, jard. potag. et d'agrém. client. sér. recomm. à Dr désir. demi-repos. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. 23e année. Tél. Gob. 36-46.

Docteur, vos algies rebelles, sciatiques, zonas, lumbagos, tabes, rhumatisme articulaire aigu, névralgies intercostales ne résisteront pas à une cure de Naïodine. N'oubliez pas que l'atoxicité absolue de ce nouvel analgésique a même permis d'obtenir la démorphinisation totale de toxicomanes invétérés, prouvant ainsi la haute valeur pharmacodynamique de la Naïodine. (Injections intra-musculaires absolument indolores.)
Ampoules d'essai : 30, rue de Chaillot, Paris.

« Indiquez moi, Docteur, un laxatif doux, dont je puisse faire usage à volonté, sans risquer l'entérite ou même la simple colique » ? Vous pouvez répondre, à coup sûr, par la prescription de la **Cascarine Leprince**, qui guérit la constipation habituelle, éloigne l'atonie gastro-intestinale et la torpeur du foie, favorise la crase du sang et régularise la circulation.

AVIS

Le département du Finistère étant actuellement surpeuplé de médecins, les docteurs qui seraient sollicités pour s'y installer auraient intérêt à se renseigner près le Dr Chauvel, de Quimper, président, ou Dr Damey, de Douarnenez, secrétaire de la Fédération du Finistère.

L'assurance-vie par l'Etat

L'Etat est assureur. Il assure sur la vie à la Caisse nationale des retraites. Il y faut un examen médical qui est à sa charge.

Il paye 20 fr. par examen, ou bien, si le médecin le préfère en signant son contrat, 15 fr. pour une assurance jusqu'à 10.000, 30 fr. au-dessus.

Or, presque partout le tarif syndical fixe 40 fr. comme prix minimum pour un examen vie.

Si, dans un arrondissement, le médecin agréé dénonce son contrat et réclame 40 fr., que se produit-il ?

L'Etat oublie instantanément qu'il a eu longtemps un bon serviteur, il le démissionne immédiatement et lui cherche un successeur qui accepte ses tarifs. S'il n'en trouve pas, il est bien contraint de se résigner et *il paye*.

Mais il fait visiter individuellement tous les médecins et en trouve, paraît-il, puisqu'il se vante d'en avoir enrôlé 300 de plus cette année, ce qui en porterait le nombre à plus de 900.

Beaucoup de ces confrères sont de bonne foi et n'ont pas réfléchi. Tous ont tort.

La minutie, la gravité et la responsabilité d'un examen vie valent à l'heure actuelle largement 40 fr. Les compagnies d'assurances les payent.

Un médecin conscient de sa dignité, de sa va-

leur et de ses devoirs confraternels, tout d'abord ne devrait pas accepter une fonction où le libre choix est écarté, sans demander et recevoir l'agrément de son syndicat. Il ne devrait pas accepter des tarifs de famine de qui peut payer. Il ne devrait pas se prêter à ces marchandages, à ces recherches du fournisseur qui fait le plus bas prix.

C'est s'abaisser. C'est abaisser notre profession, que de se laisser préférer à ses confrères, parce qu'on demande un prix inférieur à celui qu'ils demanderaient, inférieur à celui qui convient à un travail digne et consciencieux.

Il serait donc à souhaiter que syndicats et Union prennent cette affaire en mains.

Et si nos confrères, qui ont accepté, donnaient tous leur démission, ils feraient acte sage et probe et ne compromettraient en somme pas leur situation. Ce geste confraternel serait élégant.

Incidemment, en élargissant le débat, que ceux qui repoussent tout contrat collectif avec ou sans tiers payant, comprennent une fois de plus le danger de cette décision.

Qu'ils voient le médecin livré isolément aux marchandages, aux tarifications avilies des puissantes collectivités ; la mise en adjudication de la médecine comme d'une denrée commerciale ; la division du corps médical par la destruction de la discipline et de la force syndicale ; et la nomination des confrères irréfléchis ou des arrivistes peu scrupuleux ou besogneux.

Où est donc la sauvegarde de la dignité médicale ? Liberté ou contrat ?

Le contrat collectif supprime l'indigne concurrence du confrère rabaisien.

P.

La fièvre de 40 jours

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien ouvrir une enquête sur une vieille maladie méconnue, la *fièvre de 40 jours*.

Un cas récent m'incite à vous faire cette demande :

Un garçon de 18 ans, d'Oran, est pris, après trois semaines de tourisme en France, dans une ville d'eaux du Midi (L) *d'une fièvre singulière* avec vomissements dans les *premiers jours*. Les 5 médecins de la ville l'ont vu, un médecin mandé exprès de Paris, un médecin algérois de passage. Toutes les hypothèses ont été faites sans conviction et reconnues fausses. Trois prises de sang avaient été faites sans rien révéler. Le médecin de Paris a dit carrément : « Je ne sais pas ». La fièvre a persisté sans changement, dépassant souvent 40° et l'inquiétude était de plus en plus grande quand, le 40e jour, tout cessa comme par

enchantement. Le jeune malade avait perdu 18 kilogr.

Ce cas m'ayant été raconté, j'ai songé à y joindre mes observations personnelles, et pour commencer, un souvenir, celui du *nom de la maladie*, recueilli de la bouche d'un vieux praticien de l'Yonne vers 1878. J'avais complètement oublié ce souvenir quand, vers 1895, à Tipaza, je soignai une jeune fille de 14 à 15 ans qui fit une fièvre que je ne pus définir et qui dura 40 jours. Peu après, j'en vis une seconde de 18 ans qui eut cette même fièvre de 40 jours. Je dus alors me ressouvenir de mon vieux confrère, et j'ouvris l'œil. Un troisième cas se produisit à Marengo, chez une jeune fille de 16 ans. Une année ou deux après, j'eus à soigner en même temps une jeune fille de 19 et un garçon de 16 à 17. Cette fois, je n'hésitai pas à établir mon diagnostic, par exclusion il est vrai, mais de façon très ferme. Je prédis à coup sûr 40 jours de maladie, pas 39 ni 41, mais bien exactement 40. La fin marquée d'un trait de plume dès le 2e jour sur l'almanach s'est trouvée rigoureusement exacte. La fièvre, une fièvre forte et persistante, était le seul symptôme dominant ; le reste, symptômes intestinaux des 20 premiers jours, symptômes pulmonaires (grippaux sans doute) des 20 derniers jours, m'a paru accessoire. Le 39e jour, la fièvre était aussi forte que jamais, les petits malades plutôt sans connaissance, et le lendemain tout était oublié. Dans 3 cas, j'ai employé les bains tièdes avec succès. En somme sur 5 cas, j'ai noté 5 guérisons.

Ne croyez-vous pas qu'il serait intéressant pour le pronostic de faire entrer cette maladie bizarre dans le cadre nosologique ? Se consumer d'inquiétude ou bien attendre une issue favorable pour un jour éloigné, mais précis, ce sont là deux situations bien différentes pour l'entourage d'un malade ; et pour nous, d'autre part, c'est une toute autre affaire de dire : « Je ne sais pas », ou bien : « attendons le 40e jour ».

Je dois ajouter que depuis 1901, je n'ai pas observé d'autre cas. Mais d'autres en ont certainement vu, et les présentes observations ne peuvent manquer de réveiller des souvenirs précieux qui pourraient s'ajouter aux miens.

Dr C. Moret,
Médecin de colonisation en retraite.
(Bordj Beni Indel).

CORRESPONDANCE

3386. — Usurpation du titre de docteur en médecine.

Membre du « Sou médical », je viens vous demander votre conseil au sujet d'une question qu'il importe de résoudre complètement à X. en particulier.

Docteur en médecine, stomatologiste, installé à X depuis dix-huit ans, je vois nombre de chirurgiens-dentistes ouvrir un cabinet dans ma ville en étalant des titres qu'ils ne possèdent pas.

Plusieurs parmi eux, étrangers, mais chirurgiens-dentistes diplômés français, inscrivent sur leurs plaques :

Dr B... D. D. S.

Ou,

Dr C..., American dentist.

D'autres ayant ACHETÉ un diplôme de D. D. S. d'une vague université américaine, mettent avec leurs plaques ou sur leur balcon :

Docteur Dentiste.

Quels recours peut-on avoir contre ces irrégularités ?

Le syndicat médical de la région est disposé à actionner, ainsi que le syndicat des chirurgiens-dentistes. Sur quelles données peuvent-ils se baser ? Vous, nous avez fait au dernier Congrès de stomatologie une communication à ce sujet, nous disant même qu'il était intervenu une nouvelle législation datant de mars 1924, si je me souviens bien, à propos des vétérinaires.

Je vous serais donc obligé de me donner toutes précisions à ce sujet, afin que, documents en main, je puisse en saisir les syndicats ci-dessus mentionnés.

Dr G.

Réponse.

Les faits que vous nous signalez peuvent, dans certains cas, tomber sous le coup de la loi pénale ; dans d'autres, ils peuvent ouvrir un droit à une réparation civile.

J'ai publié, dans le *Concours* (1924, 1037), un commentaire sur la loi du 26 mars 1924, réprimant l'usurpation des titres scientifiques. En vous y reportant, vous verrez les distinctions suivantes :

1° Un docteur en médecine diplômé, non pas par l'Etat français, mais par une université étrangère, doit faire suivre son titre de docteur de la mention de l'origine non française de son diplôme. Il a cette obligation en vertu de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892. Toute infraction est punie d'une amende de 100 à 200 francs.

2° Un mécanicien dentiste, ou toute autre personne n'étant pas munie d'un diplôme lui permettant d'exercer légalement, en France, la médecine, l'art dentaire, ou les accouchements et qui usurperait le titre de docteur en médecine, n'était jusqu'ici punissable, pour cette usurpation, que si celle-ci s'accompagnait du délit d'exercice illégal de la médecine. L'article 19 de la loi du 30 novembre 1892 punissait d'une amende de 1.000 à 2.000 francs, et, en cas de

récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Il en résultait que, sous l'empire de cette législation, un chirurgien dentiste pouvait s'intituler docteur en médecine, sans être punissable correctionnellement.

Tout au plus, aurait-il pu être poursuivi au civil, en dommages-intérêts, pour avoir essayé ainsi de détourner la clientèle à son profit, au moyen de procédés déloyaux.

Désormais, en vertu de la loi du 2 mars 1924, tous ceux qui usurpent le titre de docteur en médecine peuvent être poursuivis en police correctionnelle, par application de l'alinéa 1er de l'article 259 du code pénal : « sera puni des mêmes peines (emprisonnement de six mois à deux ans) quiconque aura fait usage d'un titre attaché à une profession légalement réglementée, sans remplir les conditions exigées pour le porter ».

Les syndicats professionnels peuvent parfaitement faire constater les infractions et déférer les délinquants à la police correctionnelle par plainte adressée au procureur de la République. Le syndicat peut également demander des dommages-intérêts, car frapper à la caisse est souvent le meilleur moyen de se faire respecter.

Mais il convient d'être prudent avant d'engager les poursuites, et de s'entourer de conseils juridiques autorisés, pour que le délit soit bien caractérisé et avoir toutes les chances possibles de faire condamner les délinquants.

Dr Paul Boudin.

3360. — Accident survenu à un tiers.

Le 9 septembre 1924, le jeune C. (Raymond), âgé de dix-huit ans, était victime d'un accident dans les conditions suivantes : Se trouvant à la tombée de la nuit chez Madame Vve A., fermière, il fut demandé ainsi que les fils de Mme Vve A., par les chauffeurs d'une machine à battre mue par un tracteur, pour donner la main afin de placer cette machine dans l'aire où elle devait battre le lendemain.

Le tracteur n'étant pas assez puissant, les jeunes gens se mirent à pousser et, dans son mouvement d'avance, la vanneuse passa sur le pied du jeune C., lui écrasant le gros orteil du pied droit, entraînant une incapacité temporaire de travail du 9 septembre 1924 au 1er décembre de la même année. Le lendemain de l'accident, M. S., propriétaire de la machine, fut avisé et reçut un certificat de blessures et fit une déclaration à la Compagnie à laquelle il était assuré. Il reçut de cette Compagnie une lettre l'informant du reçu du certificat et de sa déclaration, dans laquelle il avait mis que le blessé était au service de Mme Vve

A. Quelques jours après, il recevait une seconde lettre de la Compagnie lui demandant si le jeune C. était au moment du travail, un salarié. Depuis, sans prévenir le blessé, il fit à ce dernier deux ou trois visites, s'enquit près de moi de son état et tout en resta là jusqu'au 1er décembre où le blessé lui porta le certificat de guérison, la note des frais médicaux et pharmaceutiques et lui réclama son demi-salaire. Refus du patron de payer, disant au blessé de s'adresser à la Compagnie.

Je conseillai au blessé de ne pas intervenir directement auprès de la Compagnie et viens vous demander :

1° Quel est le responsable dans cet accident ? (Il m'apparaît qu'à ce moment, le blessé n'était salarié par personne et que, comme cela se fait d'habitude, il n'a fait que prêter main forte ainsi que ses camarades) ;

2° Le mécanicien est-il responsable du fait du déplacement de sa machine, d'un accident causé à un tiers ? Du fait de sa machine mue par un tracteur à essence ?

La Vve A., fermière, est-elle responsable ? Devant quelle juridiction faut-il appeler les auteurs présumés de l'accident (mécanicien ou fermier) ? Les frais médicaux et pharmaceutiques s'élèvent à la somme de 696 francs et le demi-salaire étant environ de dix francs par jour s'élève environ à la somme de neuf cents francs.

Cas complexe, et sur lequel je voudrais bien être fixé.

La déclaration d'accident a été faite à la mairie par le père du blessé dernièrement, le mécanicien n'ayant pas fait de déclaration. Dr A.

Réponse.

Le blessé, dites-vous, n'était le salarié ni de la fermière chez laquelle l'accident est arrivé, ni du patron auquel appartenait la machine, cause de l'accident. Puisqu'il n'y a pas de rapport de patron à ouvrier, ni entre le blessé et la fermière, ni entre le blessé et le maître de la machine, il ne peut y avoir accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898.

Cet accident est donc un accident du droit commun. Il en résulte que le blessé ne pourra se faire indemniser que s'il établit une faute quelconque à la charge, soit de la fermière, soit du maître de la machine, ou du préposé de celui-ci. Peut-être, à l'égard du maître de la machine, pourrait-il faire état de la jurisprudence nouvelle qui tend à s'instaurer, aux termes de laquelle la victime d'un accident d'automobile peut invoquer l'article 1384 du Code civil (responsabilité du dommage causé par la chose que l'on a sous sa garde). L'avantage qu'il aurait à baser sa demande sur cet article serait qu'il n'aurait qu'à faire la preuve de la matérialité de l'accident, une présomption de faute pesant sur le maître de la machine, *mais il serait permis à* celui-ci de faire la preuve que l'accident ne lui est pas imputable.

Si votre client se décide à faire un procès, c'est le Tribunal civil qui sera compétent, sa demande dépassant 600 francs.

En ce qui concerne vos honoraires, puisqu'il s'agit d'un accident de droit commun, vous n'avez pas d'action directe contre le tiers qui pourra être rendu responsable de l'accident. Votre seul débiteur est votre client, ou plutôt son père, puisqu'il est mineur. C'est à lui que vous devrez demander le paiement, sauf à lui à comprendre le montant de votre note dans l'indemnité globale qu'il pourra réclamer.

---

50. — Attribution des allocations aux femmes en couches.

La municipalité de S. décida il y a quelques mois de ne plus accorder le bénéfice de la loi du 17 juin 1913 aux jeunes mères enceintes d'un premier enfant sous prétexte qu'un jeune ménage dépensant peu n'a pas besoin d'être assisté.

Afin d'éviter aux intéressées une dépense inutile par l'obtention d'un certificat qui, de ce fait, restera sans effet, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si la dite décision n'est pas abusive. Ce n'est certes pas le moyen d'assurer le relèvement de la natalité et la sauvegarde de l'enfance.

Dr D.

Réponse.

L'allocation aux femmes en couches est due, aux termes de l'article 3 de la loi du 17 juin 1913, à toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique.

L'admission au bénéfice de la loi est prononcée dans les mêmes conditions que l'admission au bénéfice de la loi sur l'assistance médicale gratuite. La liste doit donc être dressée par le bureau d'assistance, puis arrêtée par le Conseil municipal et déposée au secrétariat de la mairie. Pendant vingt jours à compter du dépôt, les réclamations peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

La Commission cantonale statue souverainement sur ces réclamations.

La question de fait est donc celle de savoir si, oui ou non, la postulante est « privée de ressources ». C'est là affaire d'appréciation souvent délicate.

---

1. — Revision pour aggravation de l'incapacité permanente d'un blessé du travail.

Un charretier d'une exploitation industrielle soumise à la loi de 1898 sur les accidents du travail, se fracture la jambe droite en décembre 1923. Amputation de la jambe en avril 1924, consolidation en octobre 1924 et pensionné.

Ce charretier est *embauché* par son ancien patron pour un travail à la *tâche*. Par suite de l'amputation

(*Voir la suite page XLIII-211*)

PROPOS DU JOUR

L'enseignement de l'hygiène à l'école et dans les familles.

« L'enseignement de l'hygiène est, avant tout, affaire d'éducation et le problème qu'il soulève apparaît ainsi comme un problème social dont les données varient dans les différents pays, avec le caractère de la population, ses tendances, ses préjugés, son régime politique et dans chaque pays avec les différents milieux dont la psychologie doit être parfaitement connue de qui veut en faire l'éducation. »

Cette phrase que nous empruntons au rapport présenté au Congrès d'hygiène par M. l'Inspecteur général, le Dr Dequidt, sur l'enseignement de l'hygiène (1), exprime l'exacte vérité, vérité dont nous étions personnellement persuadés ; une expérience récente dans les écoles primaires du Ve arrondissement a d'ailleurs accru encore notre conviction.

Au cours de notre carrière, nous avons pu maintes fois constater que la population parisienne dans tous les milieux sociaux s'intéressait aux choses de l'hygiène plus qu'on ne le pense généralement. Une conversation que nous eûmes, il y a quatre ou cinq ans, avec des confrères américains distingués de la mission Rockefeller, nous apprit, ce que nous n'aurions osé supposer, qu'il en était de même dans nos campagnes françaises et que la mission américaine avait été surprise de voir quels succès avaient eus ses conférences en Bretagne et les résultats très encourageants qu'on pouvait dès lors escompter. Mais, comme le dit excellemment le Dr Dequidt, il faut que celui qui tente cette éducation populaire, connaisse bien la psychologie de ceux à qui il s'adresse. Nous avons eu la bonne fortune d'assister à une série de conférences d'hygiène dans les écoles communales du Ve arrondissement dont nous sommes médecin inspecteur et ces conférences ont eu pour nous la valeur d'une véritable expérience scientifique.

Nous avions été avertis officiellement que deux conférenciers de l'Office d'hygiène sociale du département de de la Seine : M. le Dr Flament, et Madame Arnaud, feraient des conférences d'hygiène et exposeraient les précautions à prendre contre la tuberculose ; l'on nous engageait à y assister si nous en avions le loisir. Dans le programme de la première conférence, nous lûmes, non sans stupéfaction : Causerie de Madame Arnaud à l'école maternelle.

Faire une conférence d'hygiène et contre la tuberculose à des enfants de moins de cinq ans, nous parut chose tellement plaisante que nous nous promîmes d'y assister. Nous avions prévu que la conférencière s'adresserait aux mères convoquées et que les enfants serviraient simplement de prétexte. Eh bien ! non. Nous avons assisté à une causerie d'hygiène, faite à des enfants de quatre et cinq ans, cette causerie a passionné le petit auditoire et nous a prodigieusement intéressés.

Madame Arnaud est une conférencière de talent ; mère de famille, elle *connaît les enfants*, sait leur plaire et captiver leur attention.

Vous pensez bien qu'il ne fallait pas là faire étalage de science, se servir de termes techniques, ni chercher à éblouir les quelques adultes, directrice, institutrices et mères de famille, qui avec nous, assistaient à la causerie.

Madame Arnaud avec une voix harmonieuse et des gestes bien faits pour fixer l'attention des enfants, explique que les maladies proviennent de vilains petits êtr s, bien petits, qu'on appelle des microbes, que ces microbes se trouvent partout, dans tout ce qui n'est pas propre et que chaque enfant fait pénétrer les microbes dans son corps et se rend ainsi malade, en suçant les objets malpropres, en ayant les mains sales, en mettant le pouce dans la bouche ou les doigts dans le nez, etc. Puis de temps à autre pour s'assurer qu'elle était bien comprise, la conférencière interrogeait collectivement son auditoire.

« Qu'est-ce qu'il y a dans les poussières qui rend malade ? »

Et les enfants de répondre en chœur :

« Les microbes. »

« Comment se défend-on contre les microbes ?»

Et les enfants de dire spontanément en chœur :

« En ayant les mains bien propres. En ne mettant pas ses doigts dans le nez. En ne touchant pas à la poussière. »

Même, à notre grande stupéfaction, un bam-

(1) Voir *Concours médical* du 21 décembre 1923 page 2588 et suivante,

bin de cinq ans, le fils d'un facteur, que nous connaissions bien, prit la parole pour dire, ce qu'il avait entendu ailleurs, bien retenu, et ce qui est plus étrange, bien compris, qu'il ne fallait pas se servir de plumeau pour nettoyer, mais essuyer avec un torchon.

La causerie se termina, sans ennui pour les petits, ni les grands. Et nous qui étions venus, avec le secret désir de critiquer la conférencière et lui avions, en entrant, souhaité la bienvenue avec quelque ironie, dûmes en toute sincérité lui adresser des félicitations plus que méritées.

Quelques jours plus tard, nous assistâmes à une conférence faite encore par Madame Arnaud aux grandes jeunes filles de l'école voisine. Le milieu était différent, la conférencière pouvait là donner des explications qui seraient comprises. Elle le fit avec une simplicité, et un tact qui n'excluaient pas des connaissances profondes du sujet traité. Les jeunes filles écoutèrent avec la plus grande attention et nous pûmes nous rendre compte de l'intérêt qu'elles portaient à ce qu'on leur enseignait. Nous crûmes de notre devoir, après avoir remercié la conférencière, de faire remarquer aux auditrices qu'il ne suffisait pas d'écouter, de comprendre et de tenir compte pour elles-mêmes des conseils qu'on venait de leur donner, mais que leur devoir était d'aller répandre elles-mêmes cet enseignement dans leurs familles, de convaincre leurs parents de la nécessité de la propreté minutieuse, de l'aération des chambres, etc., etc., car, à notre avis, dans les milieux populaires, la jeune fille qui travaille à l'école et prouve qu'elle s'y instruit, peut avoir une influence très grande dans le milieu familial. Bien qu'on prétende que le médecin de famille n'existe plus, ce qui est faux et archifaux, nous avons pu, dans beaucoup de familles que nous soignons depuis bien des années, nous rendre compte de cette influence de l'éducation scolaire des enfants et surtout des jeunes filles sur les parents.

Des séances cinématographiques complétèrent les causeries. Enfin pour clore cette campagne de propagande d'hygiène, une grande conférence avec projection d'un film fut donnée dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle par M. le Dr Flament. Les enfants et leurs parents avaient été invités. L'amphithéâtre était rempli ; plus de neuf cents auditeurs s'y étaient spontanément rendus, un mercredi à 8 h. 1/2 du soir après la journée de travail.

Le conférencier, avec une simple éloquence, sans se servir d'une seule expression qui eût pu ne pas être comprise de tout son auditoire, exposa la question du péril tuberculeux, l'importance de l'hygiène de l'habitation, de l'aération continue, de l'hygiène alimentaire, aborda sans réticences la question délicate de l'alcoolisme, insista sur la nécessité d'avoir recours au médecin de famille, montra combien il fallait se méfier des affiches, des articles de journaux qui promettent des guérisons miraculeuses et vantent des remèdes merveilleux. Il sut indiquer le rôle que devait avoir le dispensaire antituberculeux, rôle surtout efficace pour préserver les enfants de tuberculeux en permettant leur placement à la campagne, rôle utile en venant en aide au médecin traitant pour procurer aux malades dont les ressources sont insuffisantes, les examens et les soins qu'ils ne peuvent eux-mêmes se procurer.

La conférence de M. le Dr Flament, au talent et au tact duquel nous devons rendre hommage, a recueilli les applaudissements qu'elle méritait.

On nous objectera : le succès de pareilles conférences n'est certes pas discutable, mais, le lendemain, tout cela sera oublié, il ne restera rien de tous ces bons conseils, autant en emporte le vent, *verba volant*.

Peut-être. Nous concédons que parmi les adultes dont certains étaient assez âgés, une grande proportion ne modifiera rien à ses habitudes. Mais les enfants ?

Nous avons eu la preuve que ce qu'ils avaient entendu avait été admirablement compris et retenu.

Dans chaque école, où une conférence avait été faite, une composition fut donnée où chaque écolier devait faire le compte-rendu de la conférence. Nous avons pu lire quelques copies, rédigées par des jeunes filles et des jeunes gens des cours complémentaires. Nous doutons qu'un étudiant ait pu résumer avec plus de clarté et de détails, une conférence entendue une semaine auparavant sans avoir recueilli la moindre note.

Nous avons eu le plaisir de causer en toute liberté de cet enseignement populaire avec M. Guillon, le distingué directeur de l'Office d'hygiène sociale, qui est notre ami depuis plus de 25 ans.

Avec la franchise qui nous est coutumière, surtout lorsque nous abordons l'examen de ces questions, nous lui avons dit que nous considérions cet enseignement à l'école, comme ayant une portée infiniment plus grande que toutes

les autres parties de l'armement antituberculeux officiel. Seulement, pour faire cet enseignement qui paraît si simple et qui est extrêmement difficile, il faut disposer de conférenciers qui, comme le Dr Flament et Madame Arnaud, connaissent la psychologie des milieux auquels ils s'adressent et sachent parler aux enfants la langue qu'il convient pour être écoutés et compris. Ces conférenciers, en les recherchant bien, se trouveraient peut-être, non sans difficulté, mais se trouveraient quand même, dans le corps enseignant et aussi dans le corps médical. Il y aurait intérêt à intensifier cet enseignement, à répéter au moins une fois par an ces conférences.

Hélas ! le Dr Flament et Madame Arnaud sont les deux seuls conférenciers dont l'Office d'hygiène sociale dispose pour Paris et le département de la Seine ; en multipliant leurs causeries et abusant de leur dévouement, ils ne pourront avant six ans se faire entendre de nouveau dans le Ve arrondissement. Il n'y a pas de crédits suffisants pour leur adjoindre des collègues.

Ah ! si nous étions maîtres et pouvions agir en bons tyrans, combien rognerions-nous de crédits moins utiles ? combien fermerions-nous de dispendieux sanatoriums ? combien supprimerions-nous dans nos diverses administrations nationales et municipales *une foule inutile* de plumitifs, d'inspecteurs qui n'inspectent rien et d'inspecteurs chargés d'inspecter ces derniers inspecteurs ? Et avec ces économies, nous chercherions à développer cet enseignement populaire de l'hygiène, surtout à l'école, car c'est en semant sur le fertile terrain de l'enfance et de la jeunesse que l'on est assuré de recueillir plus tard une abondante moisson.

J. Noir.

***

A propos de notre hommage au Pr Bergonié.

Erratum. — Notre distingué collaborateur et ami, le Dr Foveau de Courmelles, nous signale deux erreurs de dates, dont l'une est vraisemblablement une faute d'impression. Ce ne peut être en 1893 que le Pr Bergonié subit l'amputation de l'annulaire ; les rayons X n'étaient pas encore connus en France, mais bien en 1898. Ce fut en 1891 et non en 1901 que Bergonié fut nommé agrégé ; l'année suivante, il était professeur.

Le Dr Foveau de Courmelles a donné au *Concours médical* les premiers renseignements sur la campagne de Bergonié contre le cancer et sur son projet de création de centres anticancéreux. C'est encore dans le *Concours médical* du 4 mai 1924, que le Dr Foveau de Courmelles publia une longue lettre du Pr Bergonié sur les centres anticancéreux et leurs relations avec les médecins praticiens. Nous remercions notre confrère de nous permettre de rectifier ces dates et de rappeler ces articles.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES MODES DE DÉBUT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. Henri Claude,

Professeur des Maladies Mentales de la Faculté de Médecine.

Leçon recueillie par M. Gilbert Robin,

Chef de clinique adjoint de la Faculté de Médecine.

Vous entendrez souvent parler ici de démence précoce de Morel, de démence précoce de Kraepelin, de folie discordante de Chaslin, de schizophrénie de Bleuler, et même de paraphrénie, de schizomanie, d'états schizoïdes. Peut-être pour quelques-uns d'entre vous s'agit-il là d'une terminologie qui laisse quelque indécision dans l'esprit. Il conviendra de la dissiper dans le courant de ces leçons. A d'autres, il sera utile d'indiquer ce que nous croyons devoir conserver de ces types d'état démentiel primitif, en dehors de la jeunesse et de la vieillesse.

Dans la jeunesse, c'est l'idiotie congénitale, de quelque nature qu'elle soit, qui réalise la démence.

Dans la vieillesse, c'est la démence sénile par

artério-sclérose, par lésions organiques, par atrophie involutive, etc.

Mais dans l'adolescence, dans l'âge mûr, à quoi rapporter les états démentiels indépendants des méningo-encéphalites traumatiques, infectieuses, syphilitiques, tuberculeuses, etc., et surtout de la P. G. ?

Pour nous, il y a avant tout deux types :

a) La démence précoce dans laquelle, du reste, il convient de décrire la démence primitive type Morel-Kraepelin dont l'hébéphréno-catatonie est *une des formes cliniques* les plus typiques.

b) La schizophrénie type Bleuler, avec les démences paranoïdes ou les paraphrénies de Kraepelin.

Aujourd'hui, je compte vous montrer quelques cas qui vous éclaireront sur certains modes de début et d'évolution de la démence précoce et les formes de passage vers la schizophrénie.

***

Pour le premier malade, il s'agit d'un garçon boucher de 23 ans. Aucune hérédité. Son enfance est normale. Il fait convenablement son service militaire, puis reprend son métier. Ses salaires sont normaux. Au début d'avril 1924, premiers troubles de l'humeur. Il devient irritable, est renvoyé de 2, 3, 4 places, et ceci en 15 jours. Il revient chez sa mère, son caractère est étrange, son sommeil agité. A la fin d'avril, il se livre à des actes désordonnés, coupe les conduites d'électricité. On doit l'enfermer dans une cave.

Conduit au dépôt, on note : « Excitation psychique. Phases d'agitation violente. Déclamation théâtrale. Propos ambitieux. Plaisanteries. Grimaces. Silences. Eclats de voix, etc. Brusque apparition récente de l'état d'excitation.

Incohérence complète des paroles ».

Et, fait important, langue saburrale, hypertrophie du corps thyroïde. R. O. C. : positif.

A la clinique, le certificat met en valeur l'excitation maniaque du malade : nous sommes frappés par son teint plombé, sa langue saburrale et la température élevée montant quelquefois jusqu'à 39°. L'examen des urines dénote du sucre, 1 gr. 50 d'albumine, de l'acétone, un peu d'urobiline. L'état général s'atténue peu à peu en quelques jours. On pouvait croire à un état délirant aigu. Malheureusement, l'état psychique ne s'améliorait pas parallèlement à l'état physique. On notait de la stupeur, de l'inertie, un peu d'indifférence, et par moments, des crises d'agitation avec rires sans raison, de la difficulté à répondre, des négligences dans la tenue. Cet état dure avec des alternatives variables depuis le mois de mai jusqu'à l'époque actuelle (nov.). Ce qui est intéressant, ce sont ces phénomènes toxi-infectieux du début qui ne se sont pas liquidés, comme cela se passe d'habitude.

Le malade se présente aujourd'hui d'une manière correcte ; il paraît intimidé, il a des réactions vaso-motrices vives. Il fournit quelques réponses pertinentes sur son passé, sur les garnisons qu'il a occupées pendant son service militaire. Il était courrier postal du bataillon. Ses fonctions, il en donne convenablement le détail. Mais sur ce qui s'est passé depuis son retour, les renseignements qu'il fournit sont vagues. La mémoire est conservée au sujet des faits anciens; elle est beaucoup plus imprécise sur les faits récents. La mimique est particulière : des petits sourires, des grimaces ébauchées passent sur son visage. De plus, la spontanéité, la curiosité sont nulles. Aucun élan ne peut être noté. La visite de ses parents est reçue d'une manière morne, indifférente. De temps à autre, quelques colères fugaces, quelques tendances impulsives. Ses projets ? Il n'en fait aucun. Il n'élabore rien. Il ne manifeste aucun désir. Il n'a pas l'intention de travailler. L'idéation est très ralentie. Les réponses, même lorsqu'elles sont correctes, sont dépouillées de contenu affectif. Aucune vibration dans cet être.

Il faut insister sur l'évolution très rapide, presque brutale, de cet état psychopathique, et cependant, ce n'est pas un état constitutionnel. Nous l'avons dit : son hérédité est normale. Son passé est indemne de tares psychiques ou nerveuses.

Evidemment on ne peut s'arrêter à l'hypothèse d'une paralysie générale, d'un état dépressif, d'un état délirant. Il y a surtout cette désorientation, ces sourires, cette indifférence. Une encéphalite épidémique aurait-elle pu laisser des traces ? Non, il existerait des reliquats physiques et la symptomatologie psychique est nettement différente. J'ai l'intention de revenir bientôt sur ce sujet.

C'est Morel qui a décrit le premier, dans les *Etudes cliniques* (1851), ces états psychiatriques tels que nous les voyons aujourd'hui. C'est à lui que nous devons *le terme de* DÉMENCE PRÉCOCE. Il insistait sur l'état toxi-infectieux, suivi d'une sorte de dissolution psychique. Morel parlait du « nihilisme » de ces malades, de leur opposition, de leur refus d'obéir, de manger, etc. Il employait aussi le terme de stupidité, terme employé par Georget pour la mélancolie. Voyez comme les termes sont délicats en psychiatrie, comme il est nécessaire de bien les peser avant de les adopter.

S'agit-il chez notre malade d'un état qui va évoluer vers la démence précoce, ou se liquidera-t-il ? Il est bien difficile de répondre. Souvent, on voit les choses s'arranger. Regis a bien insisté sur les confusions mentales chroniques, consécutives à un état toxi-infectieux. Je dois dire qu'il faut un état toxi-infectieux grave, tel qu'une

infection puerpérale, pour aboutir à la confusion mentale chronique. Il est rare également de trouver dans ces cas une indifférence aussi grande que celle que nous avons rencontrée chez notre malade.

Au début de la psychose, nous avions des signes physiques qui permettaient de ne pas porter un pronostic sévère. Or, ils se sont amendés, sans amélioration concomitante des troubles psychiques. Sans doute, le réflexe solaire du malade est encore excitable, et c'est un signe qui a sa valeur. Nos études nous ont montré que le système neuro-végétatif est en général inexcitable dans les cas de D. P. Cependant, malgré ces constatations, j'incline à porter le diagnostic de démence précoce.

Le deuxième malade, commis d'architecte, est âgé de 22 ans. Il a une hérédité psychopathique chargée.

Son enfance fut malingre. Il eut une grippe en 1918. Vers 1921, il commença à devenir triste, son métier lui déplaisait, il pleurait sans motif, craignait de ne pas arriver à une belle situation, il maigrissait ; les médecins parlaient de neurasthénie.

En 1922, l'amaigrissement progresse. D'inquiet, il devient indifférent à son métier, sombre, taciturne. On l'envoie faire une cure d'air à La Baule. Alors, les choses n'allaient pas encore trop mal. Ses lettres étaient correctes, normales.

Puis, peu à peu, les caractères graphiques se modifient. Il y a des ratures, il écrit dans tous les sens. Le malade mélange dans ses lettres tous les sujets. Aucune idée n'est suivie. Il s'analyse : « Je redoute d'avoir en moi de l'anormal... J'ai beaucoup de peine à me trouver moi-même ».

Vous le voyez, tendance à l'introspection.

Quelques mois plus tard, les lettres deviennent plus incohérentes. Il y parle d'un sentiment bizarre pour une dame plus âgée que lui. Il a des scrupules, on sent chez lui un besoin de réconfort, une défaillance de l'intelligence. A la fin, il n'y a plus sur les lettres que des griffonnages, des explications incompréhensibles.

Il revient dans sa famille. Il insiste sur l'étrangeté de ce qui se passe autour de lui. Il se montre déprimé, indifférent et impulsif. On craint des tentatives de suicide. Il fait des séjours dans plusieurs maisons de santé, puis s'évade de l'une d'elles, et fait une fugue de 3 jours. On le retrouve à Troyes. C'est alors qu'il est conduit à la clinique.

On constate des impulsions, du refus d'aliments, des hallucinations auditives, des phases alternées d'agitation et de dépression. Il est inactif, apathique, reste au lit, insensible à toute stimulation. Des idées délirantes apparaissent. Il est inspiré par les Dieux de la Suède. Il est condamné. Il sera guillotiné à 56 ans. Il est cause de malheurs. Tout cela est mobile, incohérent, et cependant, il est capable de répondre d'une façon pertinente quand on l'interroge sur son passé. Il est désœuvré, triste, ne cherche pas à s'occuper. Il forme quelques projets ridicules. Il voit des paysages « qui seraient des états d'âme ». Il présente le phénomène du déjà vu. Il croit avoir vu annoncer 4 ou 5 fois la mort de l'aviateur Madon.

Sa mémoire est parfaite pour tous les faits passés.

Ce malade a la sensation de morceaux de fer dans la tête. Il a vu sur le *Journal* la photographie des Dieux de la Suède. Il a toujours été en communication avec eux. Ce sont les Dieux qui lui ont dit qu'il serait guillotiné. Il sourit en parlant de ces choses. Il est suggestible. On lui fait dire à volonté qu'il restera sain et sauf. L'ambivalence est ici très nette.

Il demande à reprendre ses travaux d'architecte. Il fournit des explications pertinentes et sensées sur sa profession. Puis, il parle de changer de métier. Ses projets sont vagues, contradictoires, formulés sans entrain.

En plus de cet état progressif avec idées délirantes, il est intéressant de noter chez ce malade des troubles de plus en plus prononcés de la personnalité qui ont contribué à la dissolution de l'état psychique. Comme vous pouvez le voir, le diagnostic de démence précoce ne fait pas non plus de doute ici.

Le troisième malade a 26 ans. Aucun antécédent héréditaire. L'enfance fut normale. Il était toujours premier en classe, passa le brevet, fit le projet de devenir instituteur. On avait toujours remarqué ses tendances à s'isoler, à lire dans la solitude. C'est un autodidacte. Il confiait à des cahiers des réflexions diverses sur la vie. Il était assez timide, ce qui ne l'empêchait pas de formuler des opinions sévères sur ceux qui l'entouraient.

Il entre aux P. T. T. Mais il fait successivement trois bureaux. Non pas qu'il y eut quelque chose à reprendre au point de vue technique. Mais le contact avec le public, le personnel, ne se faisait pas régulièrement. On lui faisait des reproches, on le déplaçait. C'est bien différent de ce que nous avons vu chez les deux premiers malades.

Renvoyé, il paraît étrange à sa famille. Il est violent par intervalles. Au Bon Marché, il ne reste que deux jours, deux jours également dans une maison de comptabilité. Il frappe son oncle, il se jette sur sa mère, lui serre les poignets. Il se lève la nuit, gesticule, s'accoude à la fenêtre. Cela évolue depuis le mois d'avril 1924.

Conduit le 19 septembre 1924 à la clinique, voici le certificat du Dr Dupouy : « Psychose paranoïde. Idées de persécution. On lui fait

des misères, on veut le tuer. Soupçonne tout le monde, principalement sa mère et sa tante qu'il accuse de mettre dans ses aliments des choses acides ou filamenteuses, peut-être des urines. Sentiment d'étrangeté du monde extérieur, trouve les choses si extraordinaires qu'il a toujours peur. Sentiment de modification de sa personnalité au point de craindre de ne plus pouvoir vivre. Préoccupations hypocondriaques. Hallucinations auditives, insultes, menaces. Hallucinations olfactives, avec réactions de défense, crache, se gargarise la bouche, se bouche le nez, troubles cénesthésiques (piqûres). Pas d'affectivité filiale. Attitudes discordantes. Troubles marqués de l'attention, instabilité mentale. Démarche maniérée à tous petits pas. Dépression secondaire. Pleurs. Insomnies. Agitation nocturne. Violences, menaces, refus d'aliments ».

Pendant toute la période qui va d'avril 1924 à la phase actuelle, il a écrit des notes sur un cahier intitulé :

« Renseignements sur les lectures faites. Ce recueil personnel est la mine qui remémore des moments délicieux goûtés à l'aide de la lecture ».

Il porte des appréciations sur les livres qu'il a lus. Il y écrit des vers, une pièce de théâtre en 3 actes : La somnanbule.

Il se présente d'une manière timide, réservée. Il ne sait pas pourquoi il est interné. Il semble ignorer les troubles de sa conduite. Des crises d'agitation contrastent avec son allure timide. Il a failli hier me jeter brusquement une chaise à la tête. Il a des troubles des perceptions, des troubles de la mémoire.

« J'ai la mémoire des choses, mais non des êtres. J'aime les souvenirs, objets, dates, etc., qui m'aident à me rappeler les êtres. Je suis trop simple de caractère. Il me manque des assises, une existence nouvelle, un travail plus personnel. . . j'aime le travail parfait ».

Il a le besoin de la définition, de la clarté, sans doute parce qu'il sent sa personnalité lui échapper.

Ce qui domine dans sa présentation, c'est sa gêne, son malaise et en même temps son apathie, son incapacité de coordonner sa pensée ; il parle d'une voix faible, un peu précieuse. Il a du mal à trouver le terme exact. Il a des préoccupations hypochondriaques, « quelque chose, dit-il, se coagule en lui ». Il en parle en riant. Il croit qu'il pourra arriver à vivre sans rien manger. Il a une grande difficulté d'évocation. Il ne fait guère de projets. L'idéation est très pauvre, très difficile à élaborer. Il a des pleurs sans motifs.

Il semble bien qu'il s'agisse ici, non plus d'un état toxi-infectieux, ni d'une déchéance progressive comme chez les deux premiers malades, mais d'un état schizophrénique, non plus global, mais électif, partiel, portant surtout sur les facultés d'association, sur l'adaptation au monde extérieur. Bleuler, à qui nous devons les descriptions magistrales de ces formes, insiste sur l'existence d'un « autisme » détournant à son profit l'attention qu'on porte d'ordinaire au monde extérieur. Il faut savoir que bien des gestes bizarres, des attitudes en apparence stupides, peuvent être expliquées par l'analyse (souvent par la psychoanalyse) du fond psychique de ces sujets. Bleuler disait que leur maladie est une *maladie de direction*, et qu'il faut explorer leur noyau profond. Qu'on ne parle pas de débilité, de confusion surajoutée. Il faut chercher le pourquoi des choses.

Dans le premier cas c'était très net : démence précoce avec lésions probables encéphalitiques. Chez le deuxième malade, il y eut une recherche, mais très épisodique, de la personnalité, puis, affaiblissement très rapide ; il s'agit d'un cas intermédiaire entre la D. P. et la schizophrénie. Chez le troisième, l'évolution fut progressive. L'autisme dure depuis très longtemps. En somme, jamais le malade ne s'est adapté à son métier. Il y eut chez lui un surmenage intellectuel qui arriva à la déchéance schizophrénique.

***

Nous le voyons. Il s'agit, dans la schizophrénie, non pas d'une déchéance profonde des facultés intellectuelles, mais d'un affaiblissement intellectuel partiel portant surtout sur les associations des idées, sur le jugement, sur l'élaboration de la pensée dominée par l'autisme. L'autisme est une forme de la pensée qui n'est plus dirigée par les exigences de la réalité. Elle n'est plus objective. Elle fait usage librement des signes, des procédés spéciaux, elle recourt aux symboles, s'exprime en abrégé, construit des tableaux bizarres. Des gestes stupides en apparence ont une signification pour le moi profond du sujet.

Par cette étude de ces quelques modes de début, vous voyez la diversité d'aspect que peuvent prendre les troubles mentaux du type démentiel, d'apparence primitive et qui, suivant leur évolution et leurs caractères, ressortissent, tantôt au domaine de la D. P. vraie, tantôt à la schizophrénie.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades

M. le professeur Nobécourt.

Symphyse pleurale et traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax dans l'enfance

Cette fillette que je vous ai présentée samedi dernier est âgée de 13 ans et 9 mois. Elle est entrée le 17 avril. Depuis plus de quatre mois, elle a une température élevée ; il s'agit d'une fièvre bacillaire subaiguë. Nous avions constaté à son entrée des signes d'un épanchement pleural droit avec des symptômes cavitaires. Le 23 avril, une première ponction retire de la plèvre 900 cc. de liquide séro-fibrineux. Après la ponction, nous découvrons un épanchement péricardique et, le 26, une ponction du péricarde retire 700 cc. de liquide séro-fibrineux. L'épanchement péricardique ne s'est pas reproduit. Mais l'épanchement pleural nécessite, le 2 mai, une seconde ponction, qui retire 800 cmc. de liquide séro-fibrineux. Pour retarder l'exsudation pleurale, nous injectons 500 cmc. d'air dans la plèvre droite. Le 14 mai, sans évacuer le liquide, nous renouvelons l'injection de gaz ; nous ne pouvons en faire pénétrer avec difficulté et sous forte pression que 150 cmc. Cette seconde insufflation a été faite dans l'aisselle, à la hauteur du mamelon .

Après la première insufflation, l'examen clinique et radiologique a montré l'existence d'un hydropneumothorax localisé à la base droite. Sur la radiographie on voit une zone de liquide à surface horizontale surmontée d'une petite poche à air ; le reste de la plage pulmonaire est opaque ; à la partie moyenne existe une ombre plus intense et de forme régulièrement triangulaire, dont la base correspond au bord externe du thorax et le sommet à l'ombre du diaphragme et dont la limite inférieure à concavité inférieure constitue le plafond de la poche remplie de gaz.

Il existe donc une symphyse pleurale étendue.

Actuellement cette enfant a encore de la fièvre ; elle est maigre ; elle tousse un peu, mais elle n'expectore pas, si bien que l'on n'a pu rechercher les bacilles de Koch. Sa respiration est fréquente mais elle n'éprouve que peu de dyspnée ; elle garde volontiers le décubitus dorsal. L'amplitude respiratoire est très faible des deux côtés. Les deux hémithorax ont les mêmes dimensions ; ils mesurent respectivement 36 cm. au-dessous des seins. La percussion et l'auscultation sont normales à gauche, en avant et en arrière. Du côté droit on trouve en avant une sonorité normale, une respiration rude, quelques râles fins superficiels ; en arrière, de la submatité au-dessous de la pointe de l'omoplate et une matité plus accentuée au-dessous, une respiration faible, quelques râles superficiels ou frottements pleuraux sur toute la hauteur, des sous-crépitants moyens à la base.

Sur la radiographie et sur un orthodiagramme on constate le même aspect que précédemment, l'opacité plus ou moins étendue et l'hydropneumothorax de la base.

Somme toute, cette enfant, qui a depuis plus de quatre mois une fièvre bacillaire subaiguë, a eu une péricardite et une pleurésie séro-fibrineuses, l'une et l'autre de nature tuberculeuse. L'épanchement péricardique a disparu après la ponction. Actuellement, la pleurésie a été transformée en hydropneumothorax par insufflation thérapeutique de gaz dans la plèvre. Cet hydropneumothorax est localisé à la base, par suite d'une symphyse pleurale étendue. Quant au poumon, on ne peut préciser son état ; il est atteint vraisemblablement de *lésions tuberculeuses* et d'une sclérose plus ou moins étendue.

J'ajoute qu'il n'existe aucun signe de syphilis congénitale, ni à l'examen de l'enfant, ni d'après l'enquête sur les antécédents personnels ou héréditaires ; elle a un Bordet-Wassermann négatif (H^8).

Voici un garçon né le 29 novembre 1908. Il a perdu sa mère à 2 ans et a été abandonné par son père. Il a une sœur de deux ans plus jeune qui est bien portante et a été élevée par une tante également bien portante. Il a toujours joui d'une bonne santé, quoiqu'en retard dans son développement statural et pondéral.

En novembre 1923, à l'âge de 15 ans, il commence à tousser. Au mois de janvier de cette année, mon interne, M. Lebée, a l'occasion de le voir ; il constate du côté gauche des signes cavitaires et une submatité généralisée. L'examen radiologique de l'hémithorax gauche révèle une obscurité totale, presque uniforme, un sinus costo-diaphragmatique mousse et opaque, qui fait porter le diagnostic de symphyse pleurale. Le champ pulmonaire gauche est normal à l'examen clinique et à la radioscopie. Les crachats contiennent des bacilles de Koch en très grand nombre.

Malgré la notion des adhérences pleurales M. Lebée pratique le 20 janvier une première

✦✦✦

insufflation de gaz dans la plèvre, au niveau du huitième espace intercostal gauche, à quatre centimètres environ en dehors de la ligne mamelonnaire : c'est la seule région où l'on constate de la sonorité et une respiration normale. L'insufflation est difficile ; c'est avec peine qu'on arrive à introduire dans la cavité pleurale 150 cmc. de gaz, avec une pression de 35 cm. d'eau.

Le malade entre salle Bouchut, le 18 février.

Du 20 janvier au 14 mars, M. Lebée pratique tous les deux, trois ou quatre jours une insufflation pleurale ; il faut toujours une pression forte (50 ou 60 cm. d'eau) pour introduire au maximum 150 cmc. de gaz et même parfois seulement 100 ou 60 cmc. L'opération est d'ailleurs bien supportée, on constate seulement quand on procède rapidement, en moins de dix minutes, du malaise, de la tachycardie, de la dilatation des jugulaires externes, qui disparaissent d'ailleurs en une dizaine de minutes.

Sur les décalques radioscopiques, dessinés au cours du traitement par M. Duhem, l'aspect reste le même. L'hémithorax gauche présente, dans ses deux tiers supérieurs, une obscurité complète, qui se continue avec l'ombre cardiaque ; dans le tiers inférieur, une poche gazeuse, de forme ovoïde, mesurant 7 ou 8 cm. dans son axe transversal, 6 cm. dans son axe vertébral. A la partie interne de la cavité bat la pointe du cœur. L'auscultation du cœur faisait entendre à ce moment des bruits à timbre métallique.

La dernière insufflation a été pratiquée le 14 mars. Peu à peu on a assisté à la réduction de la poche gazeuse. Sur le schéma radioscopique du 12 mai, cette poche est petite ; elle mesure environ 2 cm. ou 2 cm. 5 de diamètre.

Actuellement ce garçon a 15 ans et demi. Son état général est assez satisfaisant, son poids a augmenté de 2 kilos en trois mois et il pèse 36 kg.; sa taille est petite (146 cm.) ; le rapport du poids à la taille (246) est en rapport avec sa taille.

La température est subfébrile : 36°8, 37° le matin, 37°8, 38° le soir. Le malade tousse à peine, n'a pas de dyspnée. Il a bon appétit et digère bien.

Quant aux signes physiques, ils consistent en matité se continuant avec la matité cardiaque et faisant place à une zone tympanique correspondant à la présence du gaz.

L'hémithorax gauche présente une immobilité relative, mais pas de rétraction apparente ; d'ailleurs les mensurations montrent qu'il est plus large que le droit : 36 cm. contre 34 cm. 7 à hauteur du mamelon, 35 cm. 7 contre 33 cm. 5 à hauteur de l'appendice xiphoïde.

Tout l'hémithorax gauche est mat en arrière, submat en avant, sauf à la partie inférieure, à la hauteur de la pointe du cœur où il existe une petite zone de tympanisme. On entend dans la région sous-claviculaire et dans la zone tympanique du souffle et une voix caverneuse, ainsi que dans la région sous-épineuse et à la pointe de l'omoplate. Des râles humides sont disséminés sur toute la hauteur.

Les crachats renferment de nombreux bacilles de Koch.

On ne se douterait pas à voir cet enfant qu'il est atteint de lésions aussi accentuées ; il a une tuberculose cavitaire remarquable par son début et son évolution insidieuse. Il n'a jamais eu de pleurésie et il a cependant une symphyse pleurale très étendue.

J'ajoute qu'il n'y a aucune raison de suspecter la syphilis, que le Bordet-Wassermann (H[8]), et le Hecht sont négatifs. La tuberculose est seule en cause.

Cette jeune fille est née le 25 juin 1908. Son père a été tué à la guerre. Sa mère est bien portante. Mais elle a habité de 10 à 13 ans avec une personne qui toussait.

Nous la connaissons déjà depuis longtemps. Nous ne trouvons rien de bien notable dans son histoire jusqu'au mois de juin de l'année dernière. A ce moment, à l'âge de 15 ans, on la conduit à l'hôpital St-Joseph où l'on diagnostique une péritonite et une néphrite. Le 10 juillet, elle entre à la salle Gillette où l'on reconnaît une péritonite tuberculeuse à forme caséeuse ; on constate en outre aux bases du thorax, surtout à droite, de la submatité et une respiration faible ; les urines sont normales.

Le 9 octobre, elle entre salle Parrot. Nous constatons les mêmes symptômes ; une ponction de la plèvre droite est négative. Elle quitte l'hôpital le 9 novembre, dans le même état.

Elle revient le 28 février de cette année. Elle est très amaigrie, ne pèse que 34 kgr. 400 pour une taille de 155 cm. Dans l'abdomen on constate une masse volumineuse, ferme, dure, correspondant à la région ombilicale et à la fosse iliaque droite on a la sensation d'un épaississement fibreux, d'une sorte de cuirasse. L'enfant est très asthéniée ; elle a de la tachycardie ; sa température est normale (37°, 37°2).

Nous trouvons , en avant et à gauche, au-dessus du bord du cœur, une zone submate et quelque râles sous-crépitants secs; dans la moitié externe de la région sous-épineuse, de la submatité, une respiration faible, quelques craquements à la toux, une transsonance exagérée. Toujours en arrière, dans la partie moyenne et à la base, il n'y a qu'une légère submatité, une respiration un peu rude et faible.

Du côté droit on trouve au niveau du hile une respiration soufflante et, à la base, une respiration très faible, vaguement soufflante, quelques crépitations pleurales, fines, sèches,

Sur la radiographie, on voit à droite quelques ganglions crétacés dans la région du hile et une

plage pulmonaire transparente ; à gauche une zone d'opacité le long du bord du cœur et à la base. Toujours à gauche, le diaphragme est mobile et surmonté d'une zone claire.

Rien ne permet de soupçonner une symphyse pleurale. Les bacilles de Koch sont nombreux dans les crachats.

Il n'y a pas de signes de syphilis. Le Bordet-Wassermann est négatif (H [8]).

Nous discutons l'opportunité d'un pneumothorax thérapeutique qui paraît indiqué puisque le poumon droit est normal.

Le 19 mars M. Janet arrive avec peine à injecter 50 cmc. du gaz dans la plèvre gauche, avec une pression assez forte. Le 9 avril, il fait une nouvelle tentative, cette fois sans aucun succès. Il existe donc une symphyse pleurale étendue.

Actuellement, cette enfant est âgée de 15 ans et 11 mois. Elle a un état fébrile persistant, mais cependant, depuis une quinzaine de jours la température est presque normale. Elle est très amaigrie et ne pèse que 34 kg. 200 au lieu de 46 kg., poids moyen.

Son thorax présente la même mobilité à gauche qu'à droite ; il n'est pas déformé. L'hémithorax gauche, côté malade, mesure 35 cm. 2 mm., le droit 34 cm. 2 au-dessous des seins.

Les signes d'auscultation et de perception ne sont pas modifiés. Par contre, il y a une tendance à l'amélioration de l'abdomen à la suite d'uu traitement par les rayons ultra-violets qui a été poursuivi par Madame Feldger.

Les bacilles de Koch sont toujours nombreux dans l'expectoration.

Nous nous trouvons ici en présence d'une péritonite tuberculeuse dont le début remonte déjà à un an, et évoluant vers la fibrose plutôt que vers la fonte caséeuse. Il existe, d'autre part, une tuberculose pulmonaire cavitaire et une symphyse pleurale, qui permet de penser à un processus de sclérose pulmonaire.

Pour cette malade comme pour les autres, la tuberculose paraît seule en cause, la syphilis peut être éliminée.

Voici donc trois malades atteints de symphyses pleurales étendues.

Chez la première de ces malades, nous trouvons, en plus d'une péricardite, à droite, des signes cavitaires, et une pleurésie séro-fibrineuse. Pour éviter la reproduction du liquide nous pratiquons une insufflation de gaz dans la plèvre et constatons qu'il existe une symphyse de la plèvre gauche. La malade ne crache pas et nous ne pouvons pas rechercher le bacille de Koch.

Le deuxième malade entre à l'hôpital avec des symptômes cavitaires à gauche ; il a des bacilles de Koch dans l'expectoration. L'examen radiologique fait penser à l'existence d'une symphyse. Un essai de pneumothorax thérapeutique ne permet d'insuffler qu'une petite quantité de gaz, qui reste localisé. Il existe une symphyse étendue de la plèvre.

La troisième malade a une péritonite fibrocaséeuse, des lésions pulmonaires relativement peu marquées, mais des bacilles de Koch dans les crachats. Deux tentatives de pneumothorax thérapeutique restent infructueuses et font découvrir une symphyse pleurale.

***

On a beaucoup écrit sur la SYMPHYSE PLEURALE depuis la description initiale de Laënnec qui reste classique.

Laënnec, dans son *Traité de l'auscultation médiate*, consacre un chapitre au *rétrécissement de la poitrine après certaines pleurésies*. Dans ce chapitre est décrite la symptomatologie que l'on attribue toujours à la symphyse pleurale.

La symphyse a été étudiée dans tous les traités de médecine et dans de nombreux mémoires. Pour les enfants, je vous signale la thèse de Bataille, soutenue en 1913, sur la *symphyse pleurale chez l'enfant*, thèse inspirée par une de nos leçons cliniques.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer cette important sujet dans tous ses détails. Je me bornerai à étudier quelques-unes des questions que soulèvent nos malades.

La symphyse pleurale consiste dans l'*union des deux feuillets de la plèvre*, dans des *adhérences pleurales*.

AUX AUTOPSIES, on trouve ces adhérences pleurales avec une fréquence qui augmente avec l'âge : d'abord pendant l'enfance, ensuite après l'enfance. Laënnec a écrit à propos des adhérences celluleuses, que « presque tous les cadavres des adultes en présentent, comme l'on sait, plus ou moins ».

La symphyse se présente sous des apsects assez variables.

Tantôt ce sont des *adhérences partielles*, des brides qui traversent la cavité pleurale. Ces brides peuvent être longues, constituer des lamelles, des rubans mous, flexibles, peu résistants, assez faciles à rompre. D'autres fois ce sont des brides *courtes*, fibreuses, très solides, qui unissent intimement une partie de poumon à la plèvre. Parfois au milieu de ces brides, existent des logettes contenant du liquide séro-fibrineux ou purulent. Ce sont les *pleurésies alvéolaires* qu'a décrites Jaccoud.

Tantôt la symphyse est *complète*. Alors la cavité pleurale a disparu. Quand on ouvre le thorax, on ne trouve pas de cavité pleurale ; pour détacher le poumon on est obligé de l'arracher parcequ'il adhère à la paroi costale, au médiastin ou au diaphragme. Ces symphyses

complètes peuvent être *totales* : toute la cavité pleurale peut être supprimée. D'autres fois elles sont plus ou moins *localisées*. On rencontre principalement ces dernières dans la région apicale, à la partie postéro-inférieure de la plèvre costale, ou encore au niveau de la plèvre médiastinale, de la plèvre diaphragmatique, des plèvres interlobaires.

Les symphyses complètes sont constituées par un tissu fibreux dense qu'on n'arrive pas à rompre. Au milieu de ce tissu on trouve assez souvent des tubercules à des degrés divers de leur évolution, et, notamment, des tubercules fibro-calcaires. On peut rencontrer encore de véritables nappes de tissu caséeux.

Le poumon sous-jacent est plus ou moins profondément modifié. Assez souvent c'est un poumon tuberculeux : la tuberculose revêt des modalités diverses ; elle est en général caséo-ulcéreuse et cavitaire, accompagnée d'une sclérose d'étendue et d'intensité variables. Mais il n'y a pas toujours de tuberculose pulmonaire. Les symphyses pleurales peuvent accompagner d'autres processus morbides. En pareille circonstance, le poumon est souvent dur, violacé, rougeâtre ; il a l'aspect chair musculaire, rappelant la carnisation de Legendre et Bailly. Assez souvent on trouve des lésions de bronchopneumonie chronique avec bronchectasie.

Pour chaque cas particulier on est en droit de discuter quelles sont les relations entre la lésion pulmonaire et la lésion pleurale. Il peut s'agir d'un processus primitivement pleural, d'une sclérose pulmonaire pleurogène, ou d'un processus primitivement pulmonaire. En général le poumon et la plèvre sont atteints simultanément par le même processus, les réactions pleurales relevant d'un processus de cortico-pleurite.

La symphyse pleurale est en général *unilatérale*, assez souvent *bilatérale*. Les deux plèvres sont alors atteintes à des degrés divers.

Dans des cas particuliers la symphyse pleurale est associée à une *médiastinite chronique scléreuse* et à de la *symphyse du péricarde*. Les poumons, les plèvres, le médiastin et le cœur forment un véritable bloc scléreux.

Le *cœur* est souvent intéressé dans les symphyses. Quand il s'agit d'une symphyse unilatérale, et surtout quand la plèvre médiastine prend part au processus, le cœur peut être attiré du côté malade, d'où il y a, suivant les cas, production soit de dextro-cardie, soit de sinistro-cardie, le cœur étant attiré soit à droite, soit à gauche. Il y a souvent de la dilatation du cœur et surtout du cœur droit, parce que les lésions pleuro-pulmonaires gênent la petite circulation. Enfin, dans les symphyses multiples des plèvres et du cœur, le foie est gros, et souvent atteint de lésions tuberculeuses et scléreuses, qui caractérisent la *cirrhose cardio-tuberculeuse*, qui a été décrite par le professeur Hutinel.

Les symphyses pleurales peuvent relever de deux ordres de FACTEURS ÉTIOLOGIQUES.

Un facteur important est la *pleurésie séro-fibrineuse*, la *pleurésie tuberculeuse*, qui est si fréquente. Même quand elle évolue de façon aiguë, et à plus forte raison, quand elle est lente, insidieuse et prolongée, elle conduit souvent à la symphyse.

Les symphyses peuvent également se constituer au cours ou après une *pleurésie purulente* ; elles relèvent surtout des *pleurésies à pneumocoques*.

Le jeune garçon de 6 ans, qui est entré dans le service le 19 avril, en fournit un exemple. Il entre pour une pleurésie à pneumocoques para-pneumonique siégeant à la partie inférieure de la plèvre gauche. On institue de suite un traitement par des ponctions et des injections de sérum anti-pneumococcique. Il contracte la scarlatine le 27 avril ; elle évolue régulièrement, on continue le traitement. Mais, peu à peu, les ponctions ramènent moins de liquide : 100 cmc. puis 80 cmc., 60 cmc., finalement 10 cmc. ou 5. L'état général ne s'améliore pas, la fièvre persiste, le désaccord entre la diminution apparente du liquide retiré de la plèvre et la persistance des phénomènes généraux nous fait penser à l'existence d'une pleurésie cloisonnée. Aussi le 10 mai nous faisons pratiquer la thoracotomie avec résection de la neuvième côte. Alors que la ponction n'avait retiré que 5 cmc. de liquide, il s'écoule par la plaie opératoire 200 cmc. de pus.

Cette observation nous montre ce qui se passe dans ces pleurésies à pneumocoques. Le pus est très fibrineux ; il se forme des adhérences, des logettes, et peu à peu, quand la maladie se prolonge, une organisation fibreuse se produit qui —si le malade guérit avec ou sans intervention —aboutit à une symphyse.

Rarement la symphyse est consécutive à une pleurésie purulente à streptocoques. M. Bataille rapporte l'observation d'un de mes malades, soigné en 1912. On peut la voir également dans la *pleurésie purulente à bacilles de Koch* ; la petite fille qui est soignée salle Parrot et dont je vous ai conté l'histoire dans une leçon publiée par la *Pédiatrie pratique* du 5 janvier 1924, a une symphyse pleurale étendue.

Certains processus infectieux interviennent d'une façon toute spéciale. La *tuberculose*, la *maladie de Bouillaud*, déterminent des symphyses complexes du péricarde et de la plèvre associées à de la médiastinite.

Il est enfin un facteur étiologique dont il faut tenir compte, c'est la *syphilis congénitale*. Je ne puis m'arrêter sur le rôle qu'elle peut jouer ; j'en ai d'ailleurs parlé déjà dans ma première

leçon sur la *syphilis congénitale* et la *tuberculose chez les enfants,* parue dans le *Journal des Praticiens,* les 2 et 9 février.

Parfois la syphilis semble seule en cause ; il s'agit de syphilis pleuro-pulmonaire. Plus souvent, comme l'a montré le professeur Hutinel, l'existence de l'hérédo-syphilis semble orienter la tuberculose dans le sens de la sclérose. Ainsi que l'écrit M. Nadal, dans sa thèse de 1919, sur les *scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinales de l'enfance et l'hérédo-syphilis* : « toutes ces scléroses pleuro-pulmonaires ou médiastinales, qui englobent un certain nombre d'affections disparates n'ayant entre elles qu'un rapport commum, le tissu scléreux, évoluent donc fréquemment chez des enfants hérédo-syphilitiques ; la syphilis pourrait être reconnue dans la moitié des cas (Hutinel). »

Suivant que le processus était primitivement pulmonaire ou pleural, Grancher distinguait deux types de symphyses :

Les unes, *symphyses pleuro-viscérales* consécutives à la propagation d'une affection pulmonaire à la plèvre, étaient généralement peu épaisses et avaient tendance à guérir.

Les autres, *symphyses pleuro-pariétales*, consécutives à une pleurésie, étaient en général très épaisses, et avaient tendance à envahir le médiastin.

Cette distinction est beaucoup trop schématique. Les exemples que j'ai rapportés tout à l'heure montrent le développement de symphyses épaisses sans pleurésies antérieures avérées, et d'ailleurs, surtout chez les enfants, les pleurotuberculoses séro-fibrineuses qui aboutissent assez souvent à la symphyse, sont des corticopleurites.

Les SYMPTOMES des symphyses pleurales sont très difficiles à apprécier à leur juste valeur. Ils varient nécessairement en effet suivant l'étendue et le degré des lésions pleurales, et souvent d'autre part, celles-ci sont associées à des altérations du poumon, qui produisent des signes beaucoup plus bruyants.

Je ne m'arrêterai donc pas longuement sur les symptômes attribués à la symphyse pleurale.

Elle peut causer divers *troubles subjectifs* ou *fonctionnels.* Ce sont quelquefois en certains points du thorax, une sensation de gêne, de tiraillement, que l'enfant perçoit surtout quand il fait de grandes respirations ou des efforts. C'est une respiration courte, superficielle, un peu fréquente, ou de la dyspnée d'effort. C'est quelquefois de la cyanose, une petite toux sèche, principalement au réveil.

Les *signes physiques* ont plus de valeur. Laënnec en a donné la première description.

Du côté où siège la symphyse, l'hémithorax paraît rétréci ; l'épaule est abaissée, les espaces intercostaux supprimés, les côtes sont rapprochées ; elles chevauchent même l'une parfois sur l'autre ; il y a une dépression en coup de hache au-dessous de la pointe de l'omoplate. On constate une scoliose à concavité dirigée du côté de la symphyse, avec des courbures de compensation au-dessus et au-dessous, du côté lésé. Il y a de l'atrophie des muscles intercostaux, des muscles pectoraux et des muscles de la ceinture scapulaire, entraînant la formation de méplats.

Le côté lésé paraît diminué de volume, mais quand on fait des mensurations, bien souvent on constate que la diminution est plus apparente que réelle. Les deux hémithorax peuvent avoir les mêmes dimensions.

On constate, du côté de la symphyse, la brièveté des incursions thoraciques, la faible dilatation inspiratoire des espaces intercostaux, qui est remplacée parfois par une dépression.

Les vibrations thoraciques sont conservées ou diminuées ; elles sont d'ailleurs difficiles à rechercher chez beaucoup d'enfants.

Suivant l'épaisseur de la symphyse, la sonorité est normale ou diminuée. D'après MM. Pic et Louis, la percussion légère fait percevoir une sonorité diminuée, la percussion forte une sonorité exagérée et grave.

A l'auscultation on peut constater par rapport au côté sain un retard du murmure vésiculaire, une respiration faible, plus ou moins lointaine, une inspiration rude, humée, saccadée, une expiration courte ; on entend des bruits adventices qui sont des froissements légers ou des frottements rudes, ou les frottements-râles décrits par Rilliet, c'est-à-dire des craquements secs, inégaux, échelonnés en file pendant le déplissement pulmonaire. Tous ces bruits adventices sont secs, superficiels ; ils ne sont pas modifiés par la toux.

Pour les symphyses étendues et complètes, que j'ai prises pour type, la symptomatologie manque donc de précision. Pour les symphyses partielles, elle est encore moins précise. Seul un examen très attentif du thorax peut révéler des signes qui font penser à une symphyse apicale, à une symphyse localisée de la grande cavité, à une symphyse pleuro-médiastine ou pleurodiaphragmatique.

Rarement d'ailleurs les symphyses se rencontrent au complet ; on rencontre plus souvent celles de la variété pleuro-viscérale de Grancher, que celles de la variété pleuro-pariétale.

Souvent d'ailleurs une symphyse même étendue n'entraîne aucun symptôme. On ne peut nier, écrivait déjà Laënnec, que, dans beaucoup de cas, des adhérences celluleuses, même presque générales, n'influent en rien sur la respiration et la santé ».

Dans ces dernières années, de nouveaux symptômes de la symphyse pleurale ont été fournis par l'*exploration radiologique.* De nombreux travaux ont été consacrés à leur étude. M. Barjon, entre autres, insiste, d'une part sur l'effacement complet ou partiel du sinus costo-diaphragmatique avec déformation du diaphragme, et d'autre part, sur l'immobilité du diaphragme.

A ces deux signes principaux, il faut joindre l'opacité plus ou moins étendue du champ pulmonaire.

Mais on discute sur la valeur séméiologique de ces symptômes. L'effacement du sinus manque souvent : 10 fois sur 25 symphyses vérifiées à l'autopsie, d'après M. Barjon. L'immobilité du sinus est régie, pour une grande part, par l'état du processus qui règle l'étendue de son incursion et l'amplitude des mouvements du diaphragme. L'opacité dépend à la fois de l'état du poumon et de l'épaisseur de la plèvre ; pour la déterminer il faut une symphyse épaisse d'au moins 15 millimètres.

Il n'y a donc pas de symptôme radiologique vraiment pathognomonique de la symphyse pleurale.

En présence du peu de certitude des symptômes attribués à la symphyse, on comprend que beaucoup de médecins hésitent à la reconnaître ou à nier son existence. Le 20 octobre 1923, M. Ameuille pouvait dire avec quelque raison à la *Société médicale des hôpitaux*, en parlant des *paradoxes de la symphyse pleurale* : « Il n'existe aucun signe ni aucun groupement de signes qui puisse établir avec certitude l'existence d'une symphyse pleurale... Il n'est jamais possible de supposer une plèvre libre ».

Le professeur Sergent est un peu moins réservé et dans le *Bulletin médical* du 14 mai, il s'exprime ainsi sur les symphyses *pleurales* : « Si le diagnostic des symphyses molles, des accolements adhésifs simples, peu espacés... peut être difficile, sinon impossible, le diagnostic des soudures intimes et épaisses des feuillets pleuraux est parfaitement possible ».

En réalité, le seul signe de certitude de l'existence d'une symphyse résulte de l'*impossibilité d'insuffler de l'air dans la plèvre*, quand on réalise un pneumothorax. Encore la possibilité de l'insufflation de la plèvre costale n'exclut-elle pas l'existence de symphyses partielles. Il faut toujours pratiquer un examen radiologique après l'insufflation ; seul, dans ces circonstances, il peut reconnaître ces dernières.

En RÉSUMÉ, les symphyses pleurales se présentent sous plusieurs modalités cliniques.

Nous les trouvons isolées, indépendantes de lésions du poumon sous-jacent.

Nous les trouvons associées à des lésions pulmonaires sous-jacentes plus ou moins manifestes. Dans un cas comme dans l'autre, elles peuvent être limitées ou étendues ; mais, même étendues, elles ne se traduisent pas toujours par des symptômes subjectifs ou fonctionnels manifestes et peuvent être complètement méconnues.

Ce qui fait actuellement l'intérêt pratique des symphyses pleurales, c'est la gêne qu'elles apportent souvent, chez un tuberculeux pulmonaire, à la réalisation du *pneumothorax thérapeutique.*

***

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LE PNEUMOTHORAX institué d'abord chez l'adulte l'a été ensuite chez l'enfant. Les premiers mémoires publiés à cet égard sont dus à Vogt, en 1912, et à Stolkind, en 1919. En France le pneumothorax thérapeutique a été étudié, depuis la guerre, par MM. Babonneix et Denoyelle, le 16 février 1922, à la *Société médicale des hôpitaux*, par leur élève Paul Cornet, dans sa thèse de 1922, puis par MM. A. Armand-Delille et ses collaborateurs Isaac-Georges, Ducrohet, Duhamel et Marty, dans la *Presse médicale* du 6 juin 1923 et à la *Société médicale des hôpitaux*, le 4 avril dernier.

Deux conditions sont essentielles pour la réalisation du pneumothorax thérapeutique : l'*unilatéralité des lésions*, et l'absence de symphyse.

L'*unilatéralité des lésions* se rencontre rarement dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant, car elle a une tendance envahissante. Avant 5 ans la bilatéralité est la règle ; de 5 à 10 ans elle est presque constante ; de 10 à 15 ans elle est encore très fréquente. Aussi le pneumothorax thérapeutique ne trouve-t-il guère son indication que chez les sujets déjà grands : par exemple, dans la thèse de Cornet, sur 14 enfants traités, 2 sont âgés de 6 à 9 ans, 12 de 10 à 15 ans.

Les indications du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant sont donc, somme toute, assez rares. MM. Babonneix et Denoyelle les ont trouvées 12 fois pour 280 enfants tuberculeux, c'est-à-dire 4,6 % des cas ; M. Armand-Delille, dans 10 % des cas en 1922, dans 14 % des cas en 1923, mais ce dernier reconnaît qu'on lui a envoyé des enfants déjà triés pour être soumis au traitement.

L'*absence de symphyse* est relativement assez rare. La symphyse pleurale empêche assez souvent l'insufflation. MM. Babonneix et Denoyelle, sur 12 tentatives de pneumothorax, ont 5 insuccès, soit 41 %. M. Armand-Delille sur 22 et 37 tentatives a respectivement 5 et 10 insuccès, soit 22 % et 27 %. En totalisant ces nombres, sur 100 tuberculeux pulmonaires, déjà choisis

afin de réaliser le pneumothorax, 33 sont porteurs de symphyses pleurales.

Ces quelques statistiques vous permettent d'apprécier dans quelle mesure les enfants tuberculeux sont justiciables du pneumothorax thérapeutique.

D'ailleurs tous les enfants ne peuvent pas être traités pendant tout le temps nécessaire et avec succès. La proportion des insuccès est assez élevée.

Quand on constate une symphyse de la plèvre non décollable, il ne faut pas se hâter d'en conclure toujours que le pronostic est défavorable. Elle traduit un processus de sclérose pleuro-pulmonaire et celui-ci peut avoir une influence heureuse ; Laënnec l'avait déjà constaté : « Quelque imparfaite et faible que soit la respiration dans un poumon ainsi comprimé, écrit-il, le rétrécissement de la poitrine n'en est pas moins une véritable guérison, puisque, lors même qu'il est porté au plus haut degré, il ne rend pas toujours valétudinaire le sujet sur lequel il existe ». Il y a peu de temps, le 16 mai, M. Génévrier a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux*, une observation intéressante à cet égard : un homme de 32 ans, porteur d'une symphyse pleurale « en évolution vers le rétrécissement de la poitrine par rétraction scléro-fibreuse », a pu être considéré comme guéri cliniquement. Il faut toutefois se garder de trop d'optimisme.

***

Voyons ce que nous apprennent les malades de la clinique.

Parmi les enfants tuberculeux que nous avons eu à soigner, 5 nous ont paru justifier le pneumothorax thérapeutique : pour 2 d'entre eux, il a été réalisé avec succès ; pour 3, il n'a pu être effectué à cause de l'existence de symphyses.

Un premier cas est celui d'un garçon de 14 ans et demi, dont j'ai raconté l'histoire, le 7 janvier 1922, dans une leçon sur *L'évolution de la phtisie pulmonaire dans la grande enfance*, publiée dans la *Clinique médicale des enfants*. Il avait une tuberculose caséeuse prédominant du côté droit avec des lésions légères de l'autre côté, le pneumothorax n'était pas indiqué, car la tuberculose était bilatérale. Mais le malade avait des hémoptysies répétées, menaçant sa vie. Pour essayer de les arrêter, nous avons, avec M. Paraf, réalisé le pneumothorax du côté droit. Le poumon s'est rétracté assez facilement ; les hémoptysies se sont arrêtées, la fièvre qui durait depuis longtemps s'est atténuée. L'enfant amélioré a été envoyé à l'hôpital Debrousse, où il est mort d'une méningite tuberculeuse quelque temps après. Je le répète, nous avons fait le pneumothorax non pour guérir la tuberculose mais pour arrêter les hémoptysies. Le résultat cherché a été obtenu.

La deuxième malade que nous avons traité, également avec M. Paraf, est une fille de 9 ans ; elle est entrée à l'hôpital le 15 mars, malade depuis environ cinq mois. On trouvait des symptômes de ramollissement du poumon droit ; l'autre paraît sain. Les crachats contiennent des bacilles de Koch. Le pneumothorax thérapeutique est facile à réaliser. On injecte à différentes reprises des quantités variables d'azote : le 29 mars, 100 cmc., le 31 mars 200 cmc., etc. Au mois de juillet, l'enfant a eu une petite pleurésie qui ne se reproduit pas après ponction d'un litre de liquide séro-fibrineux, Elle est sortie de l'hôpital pour aller dans un sanatorium. Actuellement son état général est bon ; son poids a augmenté de 12 kilos.

Je ne reviens pas sur les 3 malades pour lesquels nos tentatives ont été infructueuses. Ce sont ceux dont je vous ai parlé au début de cette leçon.

Ces observations nous montrent combien la symphyse pleurale chez les enfants est difficile à reconnaître. Chez la deuxième malade seul, son existence a pu être prévue par la radiologie ; chez les autres elle est restée ignorée.

Nos malades ne présentent nullement la symptomatologie de la symphyse que je vous ai exposée. Leur thorax notamment n'offre aucune déformation ni aucune modalité respiratoire particulières ; il n'est nullement rétracté du côté malade, bien au contraire : le périmètre de l'hémithorax symphysé est égal, chez le premier, supérieur chez les deux autres, au périmètre de l'hémithorax sain.

Ces observations témoignent de l'existence assez fréquente de symphyses pleurales et de formes fibreuses de tuberculose pulmonaire chez les enfants.

Elles montrent que, même chez les enfants, la tuberculose peut réaliser des processus de fibrose, de même que les adultes et les vieillards ; ils sont d'ailleurs beaucoup plus rares dans le jeune âge que chez ces derniers.

Comme je le rappelais tout à l'heure, certains enfants qui ont des tuberculoses fibreuses sont des hérédo-syphilitiques. Les avis sont encore partagés sur le rôle de cette association, sur la réalisation de cette évolution fibreuse. En fait nos trois malades sont cliniquement indemnes de syphliis et ont des Bordet-Wassermann négatifs. Le bacille de Koch semble bien être seul responsable.

Ces observations enfin, montrent que souvent (3 fois sur 5) la symphyse pleurale rend impossible la réalisation du pneumothorax thérapeutique, mais cette impossibilité n'entraîne pas toujours un pronostic particulièrement fâcheux

à brève échéance, témoin le deuxième de nos malades. Depuis trois mois qu'il est ici son état général est satisfaisant. Les lésions n'ont pas progressé ; elles ne sont pas apparues de l'autre côté ; à le voir on ne dirait pas un phtisique. L'évolution de sa tuberculose pulmonaire s'oppose à celle des tuberculoses caséo-ulcéreuses rapidement extensives que nous sommes accoutumés à rencontrer chez les enfants de son âge.

La fréquence de la symphyse pleurale chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire restreint, dans une large mesure, l'usage du pneumothorax thérapeutique. Celui-ci, d'autre part, est souvent contre-indiqué par la bilatéralité des lésions. Dans certains cas, toutefois, comme en témoigne l'enfant dont je viens de vous parler, il est susceptible de rendre des services.

(*Leçon recueillie par le* Dr Laporte.)

ARSÉNOTHÉRAPIE

Traitement par voie buccale.

Le *stovarsol*, qui a été expérimenté sur une large échelle comme traitement préventif de la syphilis, a été expérimenté dans ces derniers temps comme traitement curatif.

Le stovarsol est un puissant agent anti-syphilitique.

Il agit ordinairement d'une façon très rapide sur les lésions superficielles à toutes les périodes de la maladie; il constitue donc un des meilleurs traitements d'attaque.

Mais son action profonde sur les réactions sérologiques n'est pas parallèle et superposable à son action dermotrope ; et les résultats qu'il fournit sont trop inconstants et parfois trop peu durables pour qu'il puisse constituer à lui seul le traitement fondamental de la syphilis. Associé au traitement par le bismuth, cette médication pourra rendre quelques services.

Le *tréparsol*, largement expérimenté par Clément Simon, paraît avoir une action plus durable.

Etudiant l'action du tréparsol sur la réaction de Bordet-Wassermann, au cours des périodes primaire et secondaire de la syphilis, Clément Simon, se basant sur de nombreux documents, conclut que, dans les cas qu'il a observés, l'action du tréparsol est aussi rapide et au moins aussi constante que celle du 914 et plus rapide que celle du bismuth.

Cependant, ajoute-t-il, nos malades n'ont pas été observés assez longtemps après la fin de leur première série pour que nous puissions avoir une opinion sur la persistance de la négativité de la réaction de Bordet-Wassermann.

Rappelons que le tréparsol s'administre les quatre premiers jours de chaque semaine, à la dose de 0.75 à 1 gramme, 1 gr. 25 par jour, chez l'adulte (3, 4 ou 5 comprimés de 0.25 centigrammes dissous dans un peu d'eau le matin à jeun). La médication peutêtre continuée pendant 7 à 8 semaines. C'est vers la 6 ou 7e semaine que la réaction de Wassermann, lorsqu'elle est totalement positive au début du traitement, devient négative.

Nous croyons qu'il est prudent, avant d'administrer les fortes doses, 1 gr. et même 1 gr. 50 par jour, de tâter la susceptibilité du malade à la médication arsenicale. Nous-même avons observé, chez une jeune fille absolument intolérante à la médication intraveineuse par le 914 et à la médication intramusculaire par le sulfarsénol, une crise nitritoïde typique après absorption de deux comprimés de 0.25 de tréparsol.

Cette médication peut rendre les plus grands services. Sans déclarer qu'elle peut remplacer comme efficacité les injections intraveineuses de 606 ou de 914 dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire, nous possédons dans le tréparsol un médicament actif, le plus souvent parfaitement toléré, et qui, s'absorbant par la voie buccale, peut être administré de façon très discrète. Il sera particulièrement indiqué dans le cas où il a intérêt à faire un traitement d'épreuve tant soit peu actif.

Il est particulièrement indiqué chez les enfants hérédo-spécifiques, qui, à la dose de 0.10 à 0.25 chez les tout jeunes enfants, à la dose de 0.25 à 0.50 chez les enfants plus âgés, supportent parfaitement cette médication ; il est encore indiqué chez les femmes enceintes chez qui il est difficile de faire un traitement par piqûres lorsqu'elles ignorent la syphilis de leurs maris et qu'elles mêmes n'ont jamais présenté de symptômes de syphilis virulente et ont une réaction de Bordet-Wassermann négative.

En associant enfin le tréparsol à la médication bismuthique par injections intramusculaires de sels insolubles, on administre, grâce à ce traitement conjugué, une médication extrêmement active et à peu près exempte de danger.

P. Fernet.

Extrait de l'*Année Médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, méd. des hôp., 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (Med., chir., obst., spécial., et questions prof.). 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 1er avril : 16 fr. 50 (pour l'étranger : 18 francs) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris VIIIe.

Compte chèques postaux 712-04.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les accidents du sevrage prématuré.

Les accidents qui se produisent lorsque l'enfant ne reçoit plus de lait humain se résument en troubles gastro-intestinaux, inappétence, vomissements, diarrhée ; de gravité minime, ils sont insuffisants pour provoquer la mort. Tout autres sont les troubles que présentent les nourrissons qui, élevés pendant un temps plus ou moins long par les parents, nourris au sein ou à l'allaitement mixte, sont écartés à un moment donné de la famille, le plus souvent avant l'âge de 6 mois ; chez eux on observe des accidents mortels, avec maximum durant le premier mois d'éloignement, quel que soit l'âge du nourrisson, sans qu'on puisse attribuer le décès à l'entérite ou à l'athrepsie, ou bien à la nature et à la qualité du lait donné en substitution au lait maternel, et sa quantité.

Le seul fait de sevrer l'enfant provoquerait la mort dans 7 pour cent des cas. Cette cause de mortalité n'existerait pas dans certains centres d'élevage, où les enfants ne sont admis qu'après un séjour plus ou moins long dans un service d'observation, où s'effectue ce sevrage.

Les hypothèses que l'on peut émettre pour expliquer ces troubles sont : les infections sanguines généralisées dues à un agent inconnu, l'intolérance pour le lait de vache, les fautes de diététique. M. R. d'Heucqueville aurait tendance à incriminer une maladie par carence, par suppression brutale d'un facteur indispensable contenu dans le lait de femme et non encore produit par le jeune organisme. De fait, aucune thérapeutique ne peut modifier l'évolution des accidents graves mortels. Ni les modifications successives de régime, ni les injections de sérum physiologique, d'huile camphrée, de sérum sanguin, ni la remise *tardive* au sein. Seule la remise au sein *précoce* peut permettre à l'enfant, dans les cas graves, de reprendre du poids et de progresser à nouveau.

L'auteur peut avancer actuellement que les accidents graves de sevrage n'existent pas lorsqu'on prend soin de donner au bébé pendant les 25 ou 30 jours qui suivent la séparation complète d'avec la mère, une ration quotidienne de 50 gr. à 120 gr. de lait de femme. Depuis huit mois, grâce à ce procédé, il n'a enregistré dans la pouponnière qu'il dirige, aucun accident, aucun incident grave chez les bébés ainsi sevrés.

Ce serait contribuer dans une mesure assez large à la lutte contre la mortalité infantile que d'indiquer aux parents obligés de se séparer d'un nourrisson, aux médecins qui les dirigent, les dangers de la cessation de l'allaitement au sein et la meilleure manière de pratiquer le sevrage. (*La Presse médicale*, 6 août 1924.)

Sur la radiographie du fœtus pendant la gestation.

Dans un important mémoire, MM. Favreau, Labeau et Bosc (de Bordeaux) attirent l'attention sur la nécessité de vulgariser la radiographie du fœtus in utero.

L'utilité en apparaît de plus en plus évidente pour diagnostiquer la grossesse, car chaque jour on arrive à déceler plus tôt la présence du fœtus.

Les auteurs ont obtenu l'ombre du squelette fœtal au début du quatrième mois ; quoique ce ne soient là que des résultats exceptionnels, on constate que la fréquence des clichés positifs va en croissant depuis le milieu du quatrième mois jusqu'au milieu du cinquième. Après ce terme, avec une bonne technique, on ne doit pas obtenir de radiographies négatives.

On peut donc conclure que les rayons X, procédé d'une parfaite innocuité, fournissent le premier signe de certitude absolue, encore inconstant malheureusement.

Ils seront un auxiliaire précieux chaque fois que la clinique sera impuissante à affirmer la grossesse, ou bien à fixer le nombre de fœtus. Quelquefois on pourra les utiliser pour le diagnostic de malformation, de présentation ou de position. (*La Presse médicale*, 1er octobre 1924.)

La médecine légale et l'art de vérifier les dates.

Par des exemples bien choisis, le Dr Georges Thibierge montre quelle importance revêt dans un grand nombre d'expertises la précision de certaines dates, et cela surtout dans les expertises pour les accidents du travail.

L'expert s'y trouve en présence d'un ouvrier parfois blessé depuis plusieurs semaines, incapable par lui-même de fournir des renseignements précis et directement utilisables, ayant parfois ou croyant avoir intérêt à en fournir d'erronés. Ce n'est donc que sous bénéfice de vérification qu'il peut être fait état de ses dires.

Pour les vérifier et les compléter ou y suppléer, il n'y a d'autres éléments que les certificats

médicaux et les constatations des médecins contrôleurs.

Il importe au plus haut point à l'accomplissement de la mission de l'expert, c'est-à-dire à la bonne administration de la justice, que ces documents soient précis.

Les médecins des compagnies d'assurances ont pour la plupart coutume de rédiger sur les blessés qu'ils contrôlent des notes précises et circonstanciées qui rendent les plus grands services aux experts. Malheureusement, les visites du médecin contrôleur sont parfois trop tardives ou trop espacées pour permettre d'assigner à l'apparition de tel ou tel phénomène une date certaine ou suffisamment approchée.

Quant aux certificats d'origine délivrés par les médecins traitants, beaucoup d'entr'eux sont d'un lamentable laconisme et d'une non moins lamentable imprécision. Leurs auteurs se sont bornés le plus souvent à noter l'existence d'une plaie, infectée ou non, parfois à en donner les dimensions, mais ne précisent aucun de ses caractères, aucune des particularités ou des lésions de voisinage, dont la constatation à une date donnée peut être d'importance capitale. La plupart se contentent de formuler un diagnostic, ce qui traduit non les faits, mais leur interprétation personnelle, dont le juge n'a pas à tenir compte. Par suite, l'expert qui doit au juge une interprétation des faits et une opinion raisonnée, a besoin de trouver dans les certificats médicaux une véritable description des lésions, ce que, en style hospitalier, on appelle une « observation ».

On ne saurait jamais trop insister auprès des médecins, qui sont appelés à rédiger des certificats relatifs à des accidents du travail ou tous autres certificats destinés à être produits en justice, pour qu'ils y consignent avec tous les détails voulus, les constatations qu'ils sont amenés à faire, et, lorsqu'ils peuvent suivre l'évolution d'une blessure, pour qu'ils la précisent et fixent la date de ses diverses transformations et de ses complications. C'est à ces conditions seulement que les experts pourront accomplir leur mission, éclairer les magistrats et, par là, aider l'œuvre de la justice. (*La Presse médicale*, 2 août 1924.)

Le signe de Lesieur (submatité de la base droite) dans la fièvre typhoïde.

Voici comment, d'après le Pr Chalier, il faut rechercher ce signe.

Le malade étant assis en bonne position, le tronc légèrement incliné en avant, les épaules tombantes, on percute la base droite, en arrière, entre la colonne vertébrale et la ligne axillaire postérieure dans le sens transversal, et dans le sens vertical entre la pointe de l'omoplate et les dernières côtes. Ainsi est délimitée une zone rectangulaire où la submatité est facilement décelée. Faire une percussion immédiate et légère ; la percussion médiate, même forte, donne aussi des résultats positifs, mais d'une manière moins précoce et moins durable. Tous les degrés existent depuis le simple diminution de sonorité jusqu'à la submatité franche, parfois même la matité.

Il faut accorder de l'importance à la submatité de la base droite chaque fois qu'on ne peut invoquer à son origine une influence pleuro-pulmonaire nette.

Cette submatité de la base droite provient de l'hypertrophie du foie, qui évolue de concert avec celle de la rate.

La matité rétrohépatique constitue un signe important de la dothiénentérie. Sa fréquence et son apparition précoce lui confèrent une valeur indubitable au point de vue du diagnostic. Sans être pathognomonique, il mérite d'être mis sur le même plan que l'hypertrophie splénique, dont il suit assez fidèlement l'évolution. Plus souvent observé que d'autres signes de premier plan tels que les taches rosées, ou les données du laboratoire, il sert aussi au pronostic de la fièvre typhoïde, car il accompagne généralement les évolutions bénignes ; de même sa disparition précoce au moment de la convalescence indique l'absence assurée des rechutes.

Soulignant l'atteinte hépatique, il est en faveur de l'utilisation de certaines médications telles que l'hexaméthylène-tétramine. (*Le Progrès médical*, 15 octobre 1924.)

Sur les circonstances favorisant le développement des varices chez les femmes enceintes.

D'une étude statistique fort intéressante, réalisée par le Dr Vignes, ressortent les points suivants :

Une pluripare, exempte de varices jusque-là, a autant de chances qu'une primipare d'être affectée de cet inconvénient. Les varices se présentent comme une maladie de la veine et non comme un syndrome relevant d'une gêne circulatoire ; le plus souvent elles apparaissent en effet avant le moment où le volume de l'utérus pourrait gêner le cours du sang dans les membres inférieurs.

Elles coexistent le plus souvent, mais non d'une manière constante, avec cette dystrophie du tissu élastique, qui prédispose aux vergetures.

L'âge auquel est apparue la menstruation ne semble pas avoir d'importance ; il semblerait que les femmes à règles prolongées soient plus exposées que les autres ; de même celles qui ont eu des métrorrhagies durant la grossesse.

Chez les femmes atteintes de varices, on relève souvent des petits signes d'insuffisance thyroïdienne, et le traitement thyroïdien est le seul qui ait donné à l'auteur, conjointement avec

le repos, des améliorations rapides en cas de poussée variqueuse aiguë. (*Le Progrès médical*, 15 octobre 1924.)

Prophylaxie et traitement des complications buccales au cours des cures bismuthées.

Depuis que le bismuth s'est révélé comme un excellent médicament anti-syphilitique et que son usage est devenu courant dans le traitement de la vérole, on a constaté que son élimination au niveau des muqueuses buccales y déterminait souvent l'apparition d'accidents qui vont du simple liseré « qui festonne la muqueuse gingivale au tour du collet des dents ... surtout marqué au niveau du bord lingual des molaires inférieures », à la stomatite ulcéreuse, en passant par la stomatite simple. « La stomatite simple, dit M. J. Rosenthal, se présente sous la forme d'un gonflement gingival ; d'une augmentation de volume de la langue, qui porte sur ses côtés l'empreinte des dents, d'une sialorrhée extrêmement abondante, accompagnée d'un peu de fétidité de l'haleine et d'un état subfébrile. Dans la stomatite ulcéreuse, le tableau se complète d'ulcérations qui sont situées principalement au pourtour des molaires inférieures, et surtout de la dent de sagesse, à la partie postérieure du plancher de la bouche, sur les flancs de la langue, à la partie postérieure de la muqueuse jugale ».

Tant est-il que l'auteur conseille de ne commencer un traitement bismuthé qu'après un examen minutieux de la bouche et des dents, et le traitement prophylactique que celles-ci peuvent réclamer, à savoir : détartrage soigné, avulsion des chicots, des dents infectées, des dents pyorrhéiques, traitement immédiat des caries... La dent de sagesse demande des soins spéciaux, surveillance, et même avulsion ... Enfin, si le sujet porte un appareil prothétique, on en revoit minutieusement les points d'attache et on supprime au besoin momentanément tout appareil hygiéniquement défectueux.

Si les accidents sont apparus, on prescrit un purgatif salin, une alimentation liquide et des bains de bouche avec une solution de permanganate de potasse à 0.25/1000. Enfin, on injecte dans le bourrelet gingival interdentaire qui sépare les prémolaires et les molaires, et sous la muqueuse de la partie postérieure de la branche horizontale du maxillaire inférieur, quelques gouttes d'eau oxygénée à 100 volumes, étendue de quantité égale d'eau distillée, et cela, même s'il existe des ulcérations. A renouveler tous les deux jours. (*Bruxelles médical*, 30 novembre 1924.)

L'action curatrice de la sérothérapie massive dans le tétanos.

MM. Morenas publient deux observations de tétanos déclaré qu'ils ont soigné par la sérothérapie associée au chlorure de calcium en intraveineuse. Le premier malade a reçu 1.040 cmc. de sérum ; le second 2.980 cmc. Tous deux ont vu leur tétanos jugulé ; le second est mort d'une piqûre septique d'huile camphrée.

Ces deux observations servent aux auteurs à discuter de l'opportunité de la sérothérapie curatrice, et non plus préventive, et du chlorure de calcium. Ce dernier médicament est à la fois anti-convulsivant et anti-anaphylactisant. Il mérite d'être employé dans le traitement du tétanos. Le sérum voit son efficacité conditionnée par la précocitè de son emploi et sa qualité. (*Lyon médical*, 30 novembre 1924.)

Une observation de botulisme.

Cette observation, recueillie par M. Abel, concerne une fillette de 7 ans qui avait consommé, ainsi que sa mère, des épinards de conserve manifestement avariés. Cette enfant mourut trois jours après son entrée à l'hôpital, ayant présenté de la lassitude, de la somnolence, un amaigrissement marqué, du ptosis accentué bilatéral avec tendance au strabisme extrême, de la constipation, des troubles paralytiques terminaux, etc.

L'auteur, relatant les résultats de l'autopsie, a recherché vainement le bacillus botulinus, et la toxine botulinique. Impossible également de déceler l'antitoxine botulique.

Là, le diagnostic ne pouvait être discuté et le botulisme, constaté en même temps chez la mère et la fille, n'était pas douteux. Mais il n'en est pas toujours ainsi. « Quand la notion étiologique fait défaut, que la symptomatologie est fruste, qu'il s'agit d'un cas isolé, on comprend que le diagnostic puisse être hésitant et que l'on ait pu confondre le botulisme avec diverses maladies, telles que la polio-encéphalite aiguë, la paralysie bulbaire asthénique, l'encéphalite léthargique, etc. En réalité, il s'agit bien, là aussi, d'un syndrome poliencéphalitique ou myasthénique, mais d'un syndrome dont l'agent causal est nettement défini, et qui mérite de ce fait une place à part dans la nosologie ».

Pratiquement, on retiendra que le botulisme est provoqué habituellement par des conserves de mauvaise qualité. En conséquence, il faut « rejeter impitoyablement toute boîte suspecte par son aspect extérieur ou intérieur, ou par son odeur ; ne pas goûter le contenu d'une boîte douteuse, car l'absorption d'une seule parcelle peut être dangereuse si la toxine est active ; ne pas oublier qu'une cuisson préalable de l'aliment s'impose pendant au moins dix minutes, car la toxine n'est détruite que par une ébullition de cinq à dix minutes ». (*Rev. méd. de l'Est*, 1er octobre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Douleurs et malformations vertébrales.

(M. Foucault, de Poitiers. — *Société de chirurgie* ; 5-11-1924.)

Les malformations vertébrales peuvent rester très longtemps silencieuses et ne devenir le point de départ de phénomènes douloureux qu'à l'occasion de certaines circonstances. M. Foucault a opéré une femme de cinquante-deux ans pour fibrome utérin. La malade ayant été placée en position déclive, les épaulières de la table d'opération vinrent appuyer sur les creux sus-claviculaires. Les jours suivants apparurent dans le bras droit des troubles moteurs, sensitifs et trophiques dont on rechercha la cause dans la zone du plexus brachial. Une radiographie révéla la présence de côtes cervicales et de dorsalisation de la 7e vertèbre cervicale. Les épaulières, venant appuyer sur ces malformations, avaient provoqué à droite des altérations nerveuses... alors que la femme n'avait jusque-là et pendant plus de cinquante ans jamais rien éprouvé.

— M. Baumgartner, recherchant un jour l'origine d'une paralysie du membre supérieur produite sur la table d'opération, a trouvé une ecchymose au niveau de la gouttière épitrochléo-olécranienne, indice d'une compression des tissus (et du cubital sous-jacent) par une vis de la table. Il ne faut donc pas systématiquement incriminer une paralysie radiculaire. L'altération nerveuse peut être aussi tronculaire.

— M. Albert Mouchet pense également que certaines paralysies du membre supérieur, post-opératoires, attribuées aux épaulières, sont susceptibles de tenir à des compressions du bord interne du bras ou du coude.

Sacralisation douloureuse de la Ve lombaire.

(M. Abadie, d'Oran. — *Société de chirurgie* ; 19-11-24)

On sait que les douleurs lombaires ont quelquefois leur source dans une malformation vertébrale, une sacralisation de la 5e lombaire en particulier. La question a été bien étudiée par M. Mauclaire et son élève Meynadier.

L'hypertrophie de l'apophyse transverse de la 5e lombaire avec douleurs, la sacralisation douloureuse de cette vertèbre, mieux connue depuis les études radiographiques, n'en est pas moins exceptionnelle. La sacralisation anatomique est assez commune, mais la *sacralisation-maladie* l'est beaucoup moins et Meynadier n'en retient, dans sa thèse de 1923, que six observations françaises authentiques.

M. Abadie en a rencontré un nouvel exemple, qui montre d'ailleurs la difficulté qu'il y a parfois à conclure. Son malade, atteint de lombalgies et de sacralisation de la Ve vertèbre lombaire, fut opéré et vit ses phénomènes douloureux cesser dès le lendemain de l'intervention. Il mourut, il est vrai, quinze jours plus tard, emporté par une affection qui parut être médullaire et cancéreuse, laissant un doute sur l'origine réelle des douleurs. La radiographie avait révélé sur le bord de l'apophyse transverse de la vertèbre sacralisée l'existence de néoformations osseuses, probablement récentes, qui pouvaient expliquer l'apparition tardive des douleurs, à 42 ans, dans un état anatomique congénital.

— M. Mauclaire relève l'intérêt de ces productions ostéophytiques dans la genèse des douleurs. Celles-ci éclatent quelquefois après un traumatisme en pareil cas. M. Nové-Josserand a insisté aussi sur la coexistence d'un spina-bifida et de la sacralisation. Les crises douloureuses dépendraient alors d'altérations radiculo-méningées.

Sur la thérapeutique de la paralysie générale.

(M. Sicard. — *Société médicale des hôpitaux* ; 14-11-1924.)

MM. Sicard et Haguenau font une communication sur le syndrome humoral et sur la thérapeutique de la paralysie générale.

Dans la maladie de Bayle, le Bordet-Wassermann rachidien se montre constamment positif et irréductiblement positif dans les deux premières années évolutives. C'est seulement dans la dernière étape que la positivité se modifie quelquefois. Peut-on demander davantage, pour éclairer le problème clinique, au syndrome humoral ? De séparer, par exemple, la syphilis cérébrale de la paralysie générale ? MM. Sicard et Haguenau le croient volontiers, en utilisant la réaction de l'or colloïdal de Lange.

M. Sicard aborde ensuite la discussion thérapeutique. L'auteur a essayé de nombreux traitements qu'il a tour à tour abandonnés : les injections mercurielles ou arsenicales sous la méninge cranienne ou rachidienne, le novarsenic intensif sous narcose chloroformique (la narcose étant supposée favoriser l'absorption du médicament). On obtient ainsi quelques arrêts, mais la maladie reprend. La tryparsamide des auteurs américains donne des résultats analogues.

M. Sicard s'est finalement arrêté au traitement suivant qui lui a paru le plus apte à ralentir le processus de la maladie : trois fois par an, cure bismuthée ou novarsenicale (petites doses sous-cutanées prolongées), associée à une médication pyrétogène. La dose totale pour l'année est de 16 à 18 gr. de novarsénol ou de 4 à 5 gr. de bismuth métal, suivant la tolérance. Comme substances pyrétogènes, le nucléinate de soude (0 gr. 20 à 0 gr. 30), la peptone

de Witte, le lait, la collobiase d'or, en injections sous-cutanées. L'injection de nucléinate, parfois douloureuse, est bien tolérée et provoque un choc modéré, avec élévation de 1° à 2° de la température. L'inoculation de l'hématozoaire du paludisme ou l'injection de tuberculine offrent plus d'inconvénients, sans agir mieux, probablement.

On peut ainsi amender la symptomatologie de la maladie de Bayle, conclut M. Sicard, sans pouvoir guérir celle-ci. Si, à l'étranger, les statistiques de guérison sont si favorables, c'est que les psychiatres étrangers sont moins exigeants sur la preuve clinique et biologique de l'affection, et qu'ils rangent certaines syphilis cérébrales dans le groupe de la paralysie générale.

Le stovarsol dans la paralysie générale.

(MM. Sézary et Barbé. — *Société médicale des hôp.* ; 14-11-1924.)

Partant de cette notion théorique que le tissu nerveux est doué d'un pouvoir réducteur marqué, MM. Sézary et Barbé ont dirigé leurs essais de thérapeutique de la paralysie générale vers les arsenicaux dont l'action ne s'exerce qu'après avoir subi une réduction. De ces divers produits (atoxyl, tryparsamide, stovarsol), ils ont choisi le stovarsol, qui offre moins d'inconvénients pour le nerf optique. Ils ont pratiqué chez 23 malades, paralytiques généraux, une série de 14 ou 15 injections, à raison de 3 injections par semaine, d'une dose de 1 gr. 50 de stovarsol. Onze de ces malades ont vu leur état intellectuel et mental se modifier très favorablement et chez quatre d'entre eux, le résultat fut véritablement remarquable.

Sans parler de guérison, ni même d'améliorations constantes, les auteurs ont été frappés des heureux effets du stovarsol.

Dermatose par piqûres de pédiculoïdes chez des ouvriers grainetiers.

(MM. Hudelo et Dumet.— *Soc. de dermat. et syph.* ; 13-11-1924.)

MM. Hudelo et Dumet ont observé, chez un groupe de six ouvriers grainetiers, une dermatose papulo-vésiculeuse, très prurigineuse, causée par des piqûres de *pédiculoïdes ventricosus*. L'affection débuta le lendemain du jour où ces ouvriers déchargèrent des sacs contenant des pois de semence de provenance marocaine. Les sacs et les graines furent soumis à l'examen de M. Larousse, entomologiste attaché au laboratoire de parasitologie de la Faculté, qui découvrit la pédiculoïde.

Les malades furent traités par des bains sulfureux et des applications de pommade mentholée : ce simple traitement suffit à juguler la dermatose, le parasite en question ne pénétrant pas dans la peau. Les sacs et les vêtements furent sulfurés.

Traitement des infections cutanées par le bactériophage.

(MM. Gougerot et Peyre. — *Société de dermat. et syphil.* ; 13-11-1924.)

Le bactériophage de d'Hérelle a déjà été employé avec avantage dans diverses circonstances comme le montrait dans un article récent du *Concours* M. Hauduroy. M. Gougerot a pensé intéressant de l'essayer dans le traitement des infections cutanées rebelles aux autres thérapeutiques. Il l'a utilisé, à cet effet, chez quatre malades atteints de sycosis avec dermo-épidermite pustuleuse.

L'auteur s'est servi d'un bactériophage intégralement actif, obtenu avec du staphylocoque réensemencé. Chaque élément pustuleux fut ouvert avec une pipette contenant le bactériophage de façon à agir sur toutes les pustules. Une compresse imbibée du même bactériophage était déposée ensuite sur l'ensemble du placard cutané. La guérison fut rapidement obtenue.

M. Gougerot conclut que dans les infections cutanées résistantes aux médications ordinaires, la cure par le bactériophage mérite d'être tentée.

Deux incidents après injections intra-musculaires de bismuth.

(M. Civatte. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 13-11-1924.)

M. Civatte a observé, deux fois, un incident dramatique après une injection intra-musculaire d'hydroxyde de bismuth en suspension dans l'eau. L'injection à peine terminée, apparurent de la pâleur, de l'angoisse, de la cyanose, une respiration superficielle, etc. On eut recours à l'adrénaline, à la spartéine, à la caféine. Au bout d'une dizaine de minutes l'état s'améliora et le malade put rentrer chez lui.

M. Civatte pense que dans ces deux cas, bien que les précautions d'usage aient été prises, l'injection a dû être intra-veineuse et qu'il s'en est suivi des phénomènes d'intoxication. On peut, en effet, transfixer une veine, qui ne saignera qu'une fois l'aiguille retirée mais se laissera pénétrer par le reflux du médicament, ou même enfoncer la pointe de l'aiguille dans la paroi du vaisseau, qui se rompt au moment de l'injection seulement.

— M. Emery croit également à une injection faite malencontreusement dans une veine. La précaution recommandée qui consiste à vérifier l'issue de sang par le pavillon après implantation de l'aiguille, ne saurait prémunir dans tous les cas.

— M. Milian admet plutôt des accidents d'ordre mécanique ou réflexe, dont la pathogénie nous échappe.

La stérilisation de la syphilis récente et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

(M. Leredde. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 13-11-1924.

On ne peut parler de stérilisation, chez un syphi-

litique récent, dit l'auteur, sans avoir fait de ponction lombaire et constaté l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. La négativité du Wassermann du sang n'est pas suffisante. Certes, en clientèle privée, les malades ne sont pas toujours très désireux de se soumettre à la ponction lombaire mais l'autorité du médecin peut vaincre facilement cette résistance.

— M. RAVAUT partage l'avis de M. Leredde sur l'utilité de la ponction lombaire chez les syphilitiques. Il n'est pas facile, cependant, de faire accepter par les malades les ponctions en série et l'on peut s'en tenir souvent aux ponctions à certaines époques qui paraissent les plus indiquées.

Traitement de la syphilis par la voie buccale : le tréparsol.

M. LEREDDE. — *Soc. de dermat. et syphil.* ; 13-11-24.)

M. Cl. Simon a préconisé et employé dans son service de St-Lazare un nouveau produit arsenical, le tréparsol, qu'il administre en ingestion et dont il a obtenu des résultats remarquables. M. Leredde présente quelques critiques sur cette méthode dont on ne connaît pas encore bien les inconvénients.

— M. BROCQ a pu constater les résultats obtenus par M. Clément Simon avec le tréparsol par voie buccale. Ils sont très nets, et, s'ils se confirment, ils permettront de rendre les plus grands services à tout un groupe de malades qui ne peuvent se soumettre aux piqûres.

— M. RAVAUT a employé le tréparsol en ingestion et a été absolument stupéfait de son activité.

— M. EMERY a suivi, avec scepticisme d'abord, avec intérêt ensuite, avec une absolue conviction enfin, l'expérimentation de M. Simon. Le tréparsol en ingestion offre une efficacité aussi surprenante qu'inattendue. Nous devons considérer cette médication comme le meilleur des traitements complémentaires ou intérimaires dont nous disposons actuellement. Jusqu'à présent, il ne s'est pas produit d'accident : l'avenir dira si le médicament peut en provoquer.

— M. FERNET a essayé le tréparsol et constaté qu'il agit remarquablement, et que le plus souvent, il est très bien toléré.

— M. Clément SIMON n'a observé jusqu'à ce jour que des petits phénomènes d'intolérance avec le tréparsol (diarrhée, céphalée, urticaire), et jamais d'accident grave. L'urticaire paraît être le signe d'intolérance le plus sérieux.

P.L.

Toulouse.

Société de médecine.

Kyste du parovaire guéri par ponction exploratrice.

MM. LAPORTE et DUCUING présentent l'observation d'une malade cliniquement guérie par une ponction exploratrice d'un kyste du parovaire.

Chez cette malade, en raison du développement énorme de l'abdomen, qui rendait l'examen malaisé, en raison également d'antécédents bacillaires très nets, le diagnostic était hésitant, entre une péritonite tuberculeuse et un kyste de l'ovaire. Une ponction exploratrice, faite avec un fin trocart ramena un liquide eau de roche, contenant 11 gr. de chlorure de sodium par litre, des traces légères d'albumine sans éléments cellulaires. Dans les quelques jours qui suivirent, le kyste disparut rapidement, et huit jours après, le toucher vaginal indiquait seulement à droite une petite masse mal délimitée, constituée par la paroi flétrie du kyste. Dix-huit mois plus tard, la guérison clinique s'était maintenue.

Du traitement des paralysies périphériques par la radiothérapie combinée à la galvanothérapie.

M. CONSTANTIN communique trois observations de paralysies périphériques traitées et très rapidement guéries par l'association de la radiothérapie au traitement galvanique.

Dans le premier cas il s'agissait d'une paraplégie double, suite d'une diphtérie méconnue, avec prédominance aux membres inférieurs, atones, flasques, avec R. D. complète ; les deux autres cas avaient trait à des paralysies faciales graves avec R. D. partielle. Les trois malades, chez lesquelles une radiothérapie à faible pénétration avait été associée au traitement galvanique, furent complètement guéries, sans contracture, dans un laps de temps variant d'un à deux mois.

Mésentérite rétractile.

M. J.-P. TOURNEUX, au cours d'une intervention faite chez un homme âgé de 72 ans pour hernie inguinale douloureuse et irréductible, a trouvé, le sac herniaire une fois incisé, une anse intestinale rouge et luisante, dont les deux branches étaient réunies l'une à l'autre par un mésentère épaissi, raccourci, induré, et recouvert superficiellement par un certain nombre de brides cicatricielles. Il s'agissait de la dernière anse iléale, expulsée de l'abdomen lors d'un mouvement brusque, et qui, par suite de la traction qu'elle exerçait sur le cæcum, occasionnait une sorte de tiraillement douloureux. Par suite de l'âge du malade et du peu d'extension des lésions qui n'avaient pas encore entraîné de troubles fonctionnels, on ne voulut faire ni résection, ni iléo-sygmoïdostomie ; on se borna, à l'exemple de Mauclaire, à disséquer les brides cicatricielles et à les réséquer.

Ascite chyleuse au cours d'une péritonite plastique.

M. J.-P. TOURNEUX rapporte l'histoire d'un homme âgé de 31 ans, n'ayant jamais quitté la France, sans antécédents alcooliques, syphilitiques ou tuberculeux, qui, après avoir présenté pendant quelques mois des troubles digestifs vagues, fut atteint d'une

ascite généralisée. Le médecin traitant, ayant retiré à la suite d'une ponction exploratrice un liquide chyleux, adressa son malade dans un service de chirurgie où on lui fit une laparotomie exploratrice.

L'intestin grêle était distendu, rouge, congestionné, et recouvert par toute une série de petites bulles blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle contenant un liquide lactescent. Le mésentère, dans toute son étendue, était uniformément rétracté, induré et épaissi, ainsi que le péritoine pariétal : il n'y avait pas d'amas ganglionnaires perceptibles. L'examen histologique d'un fragment de la séreuse montra l'existence de lésions de sclérose banale avec ectasie des vaisseaux lymphatiques.

Le traitement mercuriel dans les affections oculaires non syphilitiques.

M. Ed. Garipuy, après avoir rappelé que le traitement mercuriel agit favorablement sur un certain nombre d'affections oculaires dont l'étiologie est inconnue, cite quelques observations typiques où un traitement mercuriel par friction ou par injection intra-veineuse a donné des améliorations rapides.

Les affections dans lesquelles on constate ces bons effets sont surtout certaines kératites interstitielles à évolution lente, certaines névrites et surtout les choroïdites myopiques. Ces notions doivent être bien connues des médecins qui ne doivent pas toujours considérer comme syphilitique un malade qui a été soigné et guéri par le mercure d'une affection oculaire.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Kyste de l'ovaire intraligamentaire à évolution sous-conjonctivale.

M. Mériel communique l'observation d'une femme âgée de 60 ans, présentant tous les symptômes classiques des kystes de l'ovaire : tumeur très volumineuse, peu mobile, bloquant le petit bassin et s'accompagnant d'œdème des membres inférieurs. L'intervention eut lieu sous anesthésie au somnifène et montra que ce kyste, partant de l'ovaire gauche, après s'être inclus dans le ligament large du même côté, avait passé sous le péritoine et était venu déplisser le ligament large du côté opposé. Les résultats opératoires furent excellents, bi n que le clivage et l'extériorisation eussent été particulièrement délicats.

Un cas d'opération de Portes.

M. Audibert, après avoir rappelé en quoi consiste l'opération de Portes (extériorisation temporaire de l'utérus après la césarienne) et indiqué dans quelles conditions il convient de la pratiquer (cas d'infection légère, ou cas suspect), relate l'histoire de la malade à laquelle il fit subir cette intervention au mois d'avril dernier. Il s'agissait d'une jeune femme mesurant 1 m. 25, rachitique à bassin très touché : l'intervention eut lieu sans incidents, et on obtint un très bon résultat, bien qu'il y ait eu une légère désunion de la paroi utérine et un peu de congestion et d'œdème des annexes.

Cancer du corps utérin.

M. Fournier a eu l'occasion de pratiquer une hystérectomie vaginale chez une femme de 35 ans qui présentait depuis trois mois environ, les signes de début d'un cancer du corps. Les pinces laissées à demeure furent retirées le 4e jour ; la guérison survint sans incidents.

Utérus fibromateux et pyométrie.

MM. Tourneux et Cabanié ont dû intervenir chirurgicalement dans un cas de fibrome utérin, soumis sans aucun résultat satisfaisant au traitement radiothérapique. Il s'agissait d'une femme âgée de 39 ans, présentant une grosse tumeur abdominale, avec hémorragies et écoulements fétides abondants, qui avait subi en l'espace de six mois quinze séances d'irradiation à faible dose, avec rayonnement moyennement pénétrant. La malade était très affaiblie, en proie à une constipation opiniâtre, à des phénomènes dysuriques, et à des douleurs pelviennes continuelles.

L'hystérectomie totale montra qu'il s'agissait d'un utérus occupé par plusieurs noyaux fibromateux, dont le plus gros, saillant dans la cavité utérine et y faisant bouchon, avait déterminé la formation d'une sorte de clapier rempli de pus.

Césarienne itérative.

MM. Fournier et Rascol ont été amenés à pratiquer une césarienne conservatrice chez une IIpare de 29 ans, qui avait déjà subi une première fois cette intervention en 1922. L'incision utérine fut faite à un centimètre de la première cicatrice opératoire qui était légèrement amincie sur une courte étendue. Les suites furent parfaites.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite*) (1).

SOINS PRÉ ET POST-OPÉRATOIRES, CHOIX DE L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE INTESTINALE.

Rapport de M. LARDENNOIS (de Paris).

I. **Soins préopératoires.** — La préparation d'un malade à opérer se présente dans des conditions très différentes suivant qu'il s'agit d'un cas d'urgence ou d'une intervention différée.

A. **Interventions d'urgence.** — Quoiqu'il faille dans ce cas aller vite, certaines précautions ne peuvent être omises : ainsi l'examen du cœur et des poumons, la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine. On remonte les malades affaiblis par les injections d'huile camphrée, de sérum glucosé, d'extrait surrénal. Les lavages de bouche et la désinfection du nez sont utiles. Le lavage d'estomac devra toujours être pratiqué en cas d'occlusion. Enfin, l'injection d'un narcotique avant l'anesthésie est ici discutable, mais l'atropine-morphine peut rendre service.

B.**Interventions différées.** — Un examen complet est nécessaire pour dresser « l'inventaire » organique du futur opéré. Cet examen comportera obligatoirement le dosage de l'urée dans le sang et l'établissement d'une constante d'Ambard, la recherche et le dosage de l'acidose, l'étude cytologique du sang et les réactions propres à révéler la syphilis, des recherches coprologiques. La préparation morale du malade ne sera pas négligée. Certaines tares organiques méritent d'être envisagées à part.

Syphilis. — L'indication du traitement spécifique préopératoire est délicate à poser, car un traitement intensif a quelquefois pour effet de bloquer le rein et de congestionner les organes digestifs.

Diabète. — Les diabétiques sans dénutrition ni acidose peuvent être opérés. Les diabétiques sans dénutrition avec poussées d'acidose risquent des accidents. L'intervention chez les diabétiques avec dénutrition et acidose, si elle est indispensable, comporte un pronostic grave.

Morphinomanie. — La démorphinisation ne doit pas être tentée avant l'opération. Elle risque d'échouer et met le malade dans un état d'abattement peu favorable à l'intervention. D'ailleurs, le pronostic n'est pas nécessairement aggravé par la morphinomanie si le sujet n'est pas cachectique.

Anémie. — Elle sera traitée par les injections de sérum, le chlorure de calcium, l'hémostyl et dans certains cas par la transfusion.

Subasphyxiques. — Les lésions des voies respiratoires supérieures se rencontrent souvent chez les malades atteints d'appendicite chronique, de mésentérite, de stase intestinale. En principe, il vaut mieux les traiter avant l'opération intestinale si celle-ci n'est pas pressée.

Aérophagie. — Ce tic doit être ramené sous le contrôle de la volonté avant l'opération.

Les données qui précèdent concernent la préparation générale du malade. Il faut voir maintenant les soins qui s'adressent plus particulièrement à l'intestin et à la lésion dont il est atteint.

Préparation du tube digestif. — La mise en état de la denture, l'antisepsie du naso-pharynx, ont une grande importance. Pour diminuer la septicité de l'appareil digestif, le meilleur moyen est encore de régulariser le transit intestinal, en traitant les spasmes par la belladone et la jusquiame, les douleurs par le repos, l'enveloppement tiède, l'ésérine et en accélérant la traversée colique par la paraffine, les préparations de bile, les lavements d'huile, quelquefois par de grands lavages avec une simple infusion de camomille. Si l'on tient à employer des désinfectants de l'intestin, ce sont les ferments lactiques, le collargol ou l'urotropine qui semblent devoir être choisis.

Vaccins. Immunisation. — On a cherché à immuniser l'organisme contre les infections venues de l'intestin, à l'aide tantôt de stock-vaccins : propidon de Delbet, vaccin de L. Bazy, entéro-vaccins Lumière, tantôt d'auto-vaccins comme le coli-soude de Mauté. Cette pratique n'est pas encore acceptée de tous, mais elle fait des progrès et donne déjà des résultats intéressants dans les complications chroniques des infections intestinales.

La *sérothérapie* peut être appelée à jouer son rôle aussi bien après qu'avant l'opération. Ce sont surtout les sérums anti-gangréneux de Leclainche et Vallée, de Weinberg, de Veillon, de Vincent et Stodel etc. qui ont été employés dans les appendicites gangréneuses et les cancers coliques.

Alimentation. Evacuation intestinale. — L'inanition prépare le shock opératoire. Il faut donc nourrir les opérés jusqu'au jour de l'opération, de préférence avec des hydrocarbones et des aliments sucrés. On peut même leur faire absorber un peu de liquide le matin de l'intervention, de même qu'on a abandonné la purgation préopératoire qui déprimait inu-

(1) Voir *Concours Médical* nos 45, 46, 47, 49, 50 et 52, de 1924 ; 1 et 2 de 1925.

tilement le malade et, irritant l'intestin, créait des conditions fâcheuses pour cette chirurgie spéciale.

Dans les états subinflammatoires, l'application de glace sur l'abdomen ou, chez le spasmodique, l'enveloppement tiède sont à conseiller dans les jours qui précèdent l'opération.

II. **Soins post-opératoires.** — *Pansement.* — Certains chirurgiens l'ont complètement supprimé. En général, un pansement léger est utile et confortable. On y ajoute, pendant deux ou trois jours, une vessie de glace qui maintient l'intestin traumatisé au repos.

Position de l'opéré. — Il n'y a nulle nécessité à maintenir l'opéré dans le décubitus dorsal complet, sauf durant la période de réveil. Pour les appendicites aiguës, les colostomies droites et cæcostomies, le décubitus latéral droit convient particulièrement.

Vomissements. — Moins fréquents qu'autrefois, ils peuvent être encore dans quelques cas fort gênants. Les causes en sont complexes et la thérapeutique incertaine. On emploie selon les cas le sérum glucosé, l'adrénaline, l'atropine, les boissons alcalines, le bismuth, la craie, etc. Parfois l'ingestion d'une bouillie épaisse donne un soulagement au malade, mais le meilleur traitement dans les cas graves est le lavage gastrique.

Les calmants. — Quand la morphine ou ses succédanés sont mal supportés, on peut recourir aux suppositoires de belladone, opium et pyramidon, aux lavements de valériane et bromure.

Les stimulants. — Déjà au cours de l'opération, quand l'état de l'opéré est précaire, il est bon de faire une injection sous-cutanée de sérum chaud. Après toutes les interventions longues et shockantes, l'emploi du sérum glucosé, de l'huile camphrée, de l'adrénaline est indiqué. On pourra utiliser l'irrigation intrarectale au goutte à goutte de Murphy toutes les fois que l'opération n'aura pas intéressé les côlons gauches. Le rapporteur indique, comme procédé dont il a obtenu de très heureux effets, l'injection intraveineuse de sérum hyperglucosé à 300 grammes de glucose par litre, la dose injectée de ce sérum ne devant pas dépasser 150 centimètres cubes.

Alimentation. — La date de la reprise de l'alimentation ne peut être fixée d'une manière absolue. De toute façon, il faut donner à boire à l'opéré de très bonne heure et de l'eau alcaline ou de l'eau pure. Quelquefois même des potages épais et des purées sont mieux tolérées que les liquides, pris à doses minimes et répétées.

Entérocolite aiguë post-opératoire.— C'est cet état de ballonnement douloureux qui, après les grandes interventions abdominales, commence le second jour, dure une journée, parfois plus, et cesse après l'évacuation des gaz. L'entéro-colite succède à la gastrite anesthésique. Elle a pour origine les troubles fonctionnels de l'estomac et du foie, l'intoxication générale et le traumatisme opératoire. Elle provoque le réflexe aérophagique.

L'estomac et l'intestin sont distendus par les gaz jusqu'à ce que le péristaltisme normal se soit rétabli. Cette distension ne peut guère mettre en danger des sutures techniquement correctes. Cependant, dans le cas d'anastomose iléo-sigmoïdienne, il est bon d'employer la précaution indiquée par Lanc qui consiste à faire pénétrer par voie rectale jusqu'au-dessus de l'anastomose un tube de calibre et de rigidité appropriée.

On a traité l'entéro-colite par la morphine, la belladone ; la pilocarpine est plus indiquée. Le rapporteur donne de l'eau alcaline en boissons abondantes. Dans certains cas, le lavement d'huile, l'enveloppement moite et chaud sont utiles.

Dilatation aiguë post-opératoire.— Cet accident se produit quand les gaz qui distendent l'estomac ne peuvent ni s'évacuer par le cardia vers la bouche, ni progresser dans l'intestin par suite d'un obstacle pylorique ou plus souvent duodénal. Le traitement consiste à placer le malade en position genu-pectorale ou mieux à laver l'estomac avec le tube de Faucher.

La *rétention d'urine* complète ou incomplète doit être reconnue et surveillée chez des malades particulièrement exposés à l'infection colibacillaire. Le *lever des opérés* ne doit pas avoir lieu aussi tôt pour les opérés de l'intestin que pour ceux de l'estomac et il ne sera permis que si aucun symptôme ne peut faire redouter une phlébite.

III. **Choix d'un anesthésique.** — Trois considérations doivent déterminer ce choix : la sécurité de l'opéré, son confort, la commodité technique pour l'opérateur. L'accord est loin d'être fait encore sur le procédé qui remplit le mieux ces conditions en chirurgie intestinale. Toutes les méthodes d'anesthésie seront donc passées en revue.

A. **Narcoses par inhalation.** — 1° Chloroforme. — Le rapporteur décrit longuement les avantages et les inconvénients connus du chloroforme. En ce qui regarde l'emploi de cet anesthésique dans la chirurgie intestinale, voici ce qu'il faut surtout retenir :

Le chloroforme donne une respiration régulière, sans ampleur exagérée et peu de saignement. Mais le risque des syncopes qu'il détermine parfois est peut-être plus grand en chirurgie intestinale, chez des sujets abattus, anémiés, en état d'occlusion ou de réaction péritonéale, qui sont souvent, d'autre part, des émotifs, vagotoniques, hypotendus et aérophages. En outre parmi les lésions viscérales que crée le chloroforme celles du rein et celles du foie sont particulièrement fâcheuses, portant sur des organes prédisposés à s'infecter (la néphrite toxique prépare la néphrite à colibacilles) ou déjà touchés (on sait la fréquence de l'atteinte hépatique dans les affections de l'intestin).

En somme la chloroformisation n'a guère ici d'indications. On ne peut l'employer que pour des opérations courtes chez des sujets ayant encore un bon état général et à la condition que l'anesthésie, précédée par une injection préparante, soit bien conduite par un anesthésiste expérimenté.

2° ETHER. — Cet anesthésique quoique, lui aussi, toxique pour les viscères, l'est cependant beaucoup moins que le chloroforme, en particulier pour le foie. Mais il a contre lui les accidents pulmonaires qu'il peut déterminer. En réalité ces accidents sont beaucoup plus rares avec les appareils à éthérisation moderne comme ceux d'Ombredanne et de Rolland. Quant à l'incommodité pour l'opérateur qui résulte de l'amplitude des mouvements respiratoires, elle diminue ou disparaît si l'on emploie un appareil qui combine au « rebreathing » l'apport d'une certaine quantité d'oxygène ou encore l'insufflation trachéale,

L'éther bien administré convient donc parfaitement à la chirurgie intestinale en général, sauf pour les sujets apparemment menacés de complications respiratoires.

3° Le PROTOXYDE D'AZOTE a des inconvénients ; il faut pour l'administrer avec sécurité un outillage très perfectionné et la technique de l'anesthésie est délicate. Mais c'est le mode de narcose idéal chez les sujets épuisés; on doit y recourir en chirurgie intestinale, chez les malades en état précaire, chez ceux qui ont le foie et les reins en mauvais état, chez les diabétiques et aussi quand on est dans l'obligation de pratiquer plusieurs opérations successives.

4° Le CHLORURE D'ÉTHYLE est peu toxique et convient à certaines opérations intestinales de courte durée.

5° Divers MÉLANGES anesthésiques ont été employés. Celui de Schleich donne d'excellents résultats, mais ne saurait être préféré à l'éther si l'état général ou le foie sont déficients.

B. **Narcoses par injection.** — 1° RACHI-ANESTHÉSIE. — Les avantages et les inconvénients de cette méthode en chirurgie générale ont été maintes fois débattus. Dans la chirurgie de l'intestin, on peut dire que la rachi-anesthésie est techniquement très commode pour une grande intervention, mais elle est dangereuse chez les malades atteints de troubles bulbaires aigus ou chroniques, chez les hypotendus, dans les cas d'urgence avec état général précaire et elle est inutile dans les interventions courtes et faciles auxquelles conviennent mieux d'autres modes d'anesthésie. C'est dans les interventions longues, difficiles, chez les malades ayant un état général assez bon que la rachi anesthésie pourra être choisie en l'entourant de toutes les précautions nécessaires.

2° ANESTHÉSIE RÉGIONALE. — L'*anesthésie paravertébrale* qui atteint les troncs nerveux à leur sortie des trous de conjugaison est incommode, en raison du grand nombre de piqûres nécessaires, s'il faut anesthésier tout l'abdomen. Mais elle peut être utilisée dans les interventions par voie latérale et d'étendue limitée, celles qui s'attaquent par exemple à une tuberculose cæcale ou à un cancer du cæcum au début.

L'*anesthésie splanchnique*, après anesthésie pariétale, peut être réalisée soit par l'infiltration directe des mésos, soit par l'anesthésie des nerfs splanchniques atteints, à travers la paroi lombaire, dans la région cœliaque latérale. Cette méthode qui n'offre à peu près aucun danger mais présente une certaine difficulté technique est capable de rendre des services en chirurgie intestinale quand l'anesthésie générale est contre-indiquée et qu'on ne veut pas faire une rachi anesthésie pour une intervention de quelque durée.

3° L'ANESTHÉSIE LOCALE peut rendre de grands services dans la chirurgie de l'intestin, soit seule dans des interventions courtes et simples, cæco ou côlostomie, extériorisation d'une tumeur, etc., soit, s'il s'agit d'une intervention plus importante chez un malade ayant un état général précaire, aidée d'un narcotique comme la scopolamine-morphine, le somnifène, ou encore combinée à une courte anesthésie générale par inhalation. Cette dernière méthode d'*anesthésie mixte*, par anesthésie locale complétée par l'anesthésie générale, réalise dans ses grandes lignes le schéma d'*anoci-association* proposé par Crile.

Pour conclure, il faut dire qu'aucun anesthésique n'est parfait et qu'on ne peut prétendre à toujours utiliser le même procédé d'anesthésie ; il faut connaître et employer selon les cas, tous ceux qui ont fait leurs preuves. C'est pour cela que la chirurgie a besoin d'anesthésistes de carrière se tenant au courant des diverses techniques et pourvus du meilleur outillage

(*A suivre*).

Les Livres

Gaston Doin, éditeur, Paris.

L. BRIN et P. LEGRAIN. — **Le bismuth dans le traitement de la syphilis.** (Un vol. 1924, 96 pages. Prix : 46 francs.)

Dans cette monographie, volontairement très courte, les auteurs se sont proposé tout simplement pour but d'écrire un petit manuel de bismuthothérapie.

Les notions théoriques, réduites au strict minimum, y sont très brièvement exposées. Le lecteur y trouvera par contre tous les renseignements indis-

pensables à quiconque désire employer la médication bismuthée, soit qu'il veuille faire son choix parmi les très nombreuses préparations existant à l'heure actuelle, soit qu'il veuille se documenter sur les résultats obtenus, grâce au bismuth, dans les différentes manifestations de la syphilis cutanée ou viscérale.

Les indications de la médication nouvelle y sont minutieusement discutées avec tous les détails que comporte ce point capital, y compris l'association des arsénobenzols au bismuth.

Enfin, les derniers incidents, qui peuvent se produire du fait du traitement, sont longuement décrits et parallèlement la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Georges Drouet. — **Le traitement de la syphilis par le bismuth.** (2e édition, entièrement refondue et mise à jour. Collection des Actualités thérapeutiques. Un vol. 63 pages, 1924. Prix : 6 francs).

Après les tâtonnements inévitables du début, une technique du traitement bismuthé s'est à peu près dégagée de l'expérience. Celle-ci est exposée avec clarté et précision. Indications du traitement. Technique des injections. Incidents et accidents. Principes généraux du traitement. Traitement de la syphilis à la période préhumorale, de la syphilis récente avec séro-réaction positive, de la syphilis ancienne. Cas particuliers. Conduite à tenir chez les malades intolérants au bismuth. Traitements mixtes et traitements d'entretien.

Dr O. Followell. — **Le médecin de service**, 1924-1925. En vente chez l'auteur, 10, rue d'Alger Prix : 5 fr.). (Annuaire des médecins de service, dans les Théâtres de Paris).

Masson et Cie, éditeurs,
120, boul. Saint-Germain, Paris.

Pr Charles Richet. — **La nouvelle zomothérapie.** (Un vol. in-16, 220 pages, 1924).

C'est l'œuvre d'un physiologiste, qui, ayant osé appliquer à la thérapeutique humaine les résultats de la thérapeutique expérimentale, croit avoir réussi.

Un vaste avenir semble réservé à l'emploi du jus de viande, *cru*, *pur* et *sec* ; comme cette méthode n'avait jamais pu être pratiquée sur l'homme, l'auteur a cru pouvoir appeler *nouvelle* cette méthode zomothérapique.

Il est établi qu'il ne suffit pas d'apporter chaque jour 2.500 calories et 80 grammes de matières albuminoïdes azotées à l'homme pour qu'il vive ; il faut, en outre, une certaine proportion, inconnue encore, de *vitamines* ; or, beaucoup de vitamines sont détruites par l'ébullition.

Donc, l'alimentation normale ne doit pas consister uniquement en aliments cuits ; l'alimentation normale est celle qui est conforme à notre constitution physiologique, à celle de nos ancêtres qui ont, tous et toujours, vécu avec des aliments crus. Sans prescrire les aliments crus, on peut dire que quelques aliments crus, de temps à autre, sont indispensables. C'est l'alimentation physiologique normale ; presque nécessaire à l'individu bien portant, elle est indispensable au malade.

Il est possible que la cuisson fasse perdre à l'aliment quelques-unes de ses propriétés ; Ch. Richet l'a prouvé pour la viande. Il a montré d'autre part que, parmi les animaux tuberculisés, aucun de ceux qui étaient nourris à la viande crue n'est mort ; aucun de ceux qui ont été nourris autrement n'a survécu. Il a vu que tous les éléments salutaires de la viande étaient contenus dans le jus de viande, et ce traitement zomothérapique, il l'a appliqué à la tuberculose.

Le kilog de viande de bœuf donne 350 gr. de jus ; or, un homme peut facilement absorber dans une journée un litre de jus, soit l'équivalent de 3 kilogs.

Il a réussi à préparer ce jus industriellement, et à le réduire de volume en le desséchant à une température qui ne dépasse pas + 5° ; c'est la *zomine*. Son action chez les tuberculeux est remarquable ; on le dissout dans du bouillon de bœuf. Il y a augmentation de poids, accroissement de la force musculaire, fixation d'azote marquée. Tous les malades supportent bien la zomine ; il n'y a d'exception que pour les fébricitants, ou ceux dont les poumons, caverneux, suppurent abondamment, ou ceux dont les fonctions digestives ont été tellement altérées qu'ils sont sujets à des diarrhées incoercibles.

C'est aussi l'aliment de choix pour tous les débiles, les surmenés. C'est un reconstituant du muscle, du sang et du système nerveux.

C'est l'*aliment réparateur* par excellence que ce jus de viande *total* qui n'est altéré ni par la cuisson, ni par l'addition de substances étrangères, et qui est ingéré en quantité suffisante.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par le Pr F. Legueu. (Tome IV. Fascicule II, mars 1924. Prix : 15 francs.)

P. Flandrin. — L'énervation rénale.

Camossa et Verliac. — Les ligatures urétérales chez les chiens.

P. Pougniau. — Des péri-urétrites phlegmoneuses.

De Berne-Lagarde. — Etude radiographique des lésions artérielles dans la tuberculose rénale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

Nous commençons la partie professionnelle par un Reportage de notre collaborateur P. LACROIX, intitulé :

JOURNÉES MÉDITERRANÉENNES

Le XXVe anniversaire de la « Société médicale du Littoral méditerranéen ». — Etudes climatologiques : en auto-car, de Cannes à Menton. — La séance solennelle à l'Institut océanographique de Monaco.

Le 26 décembre, nous prenions le train pour Nice, convié à assister, comme représentant du *Concours*, à la réception qu'offrait aux professeurs des Facultés de médecine, aux délégués des Sociétés savantes et de la presse médicale, la Société médicale du Littoral méditerranéen, à l'occasion du XXVe anniversaire de sa fondation.

Sous le ciel toujours enchanteur de la Riviera, les « Journées » de la Société du Littoral, magistralement réglées par le Dr Maurice Faure, l'infatigable animateur de ces réunions et de ces fêtes, furent extrêmement brillantes. Elles commencèrent à Cannes le 27 décembre, se poursuivirent à Nice le 28, à Menton et à Monaco le 29, pour se terminer à Beaulieu le 30 décembre.

Une cinquantaine de médecins, professeurs de Facultés ou d'Écoles de médecine, représentants de Sociétés savantes ou délégués de la presse médicale, avaient répondu à la gracieuse invitation du Dr Gimbert et du comité de réception de la jeune Société qui fêtait — avec tant de succès, nous allons le voir — sa 25e année d'existence.

Citons, parmi eux :

Le professeur Nobécourt, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris ; le professeur Gley, du Collège de France ; le professeur agrégé Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux de Paris ; Madame Roger, femme du professeur Roger, aimable représentante de notre doyen de la Faculté de Paris ; le Dr d'Halluin, professeur de physique biologique à la Faculté libre de médecine de Lille, en résidence à Nice ; les professeurs Jacques et Perrin, de Nancy ; le professeur Tillaye, de l'Ecole de médecine de Tours ; les professeurs Piéry et Vignard, de Lyon ; le professeur Delmas, de Montpellier ; le Dr Vires, professeur de thérapeutique, et le professeur Euzière, doyen, de la Faculté de Montpellier ; les professeurs Roger et Olmer, de Marseille ; le professeur Serr, de Toulouse ; le Dr Arbinet, chargé de cours à l'Institut d'hydrologie de Strasbourg ; M. Lortat-Jacob, fils du Dr Lortat-Jacob, médecin des hôpitaux de Paris ; le professeur agrégé Giraud, de Montpellier ; le Dr C. Rœderer, de la Société de médecine de Paris ; le Dr Rosenthal, de la Société de physiothérapie ; le Dr Durand-Fardel, du Syndicat des médecins des stations thermales ; le Dr Gardette, de la Société d'hydrologie ; le Dr Baudouin, président du Congrès des villes d'eaux ; le Dr Crombach, président de la Société d'hygiène du Grand-Duché de Luxembourg ; le Dr Gunzbourg, président de la Société de médecine d'Anvers ; le Dr Girard, représentant l'Ecole climatique de Bordeaux ; le Dr Luys ; nos collègues de la presse médicale, Lance, Félix Regnault, et Cramer (de Genève), rédacteur en chef de la « *Revue médicale de la Suisse romande* ».

Et parmi les organisateurs des réceptions :

Le Dr Gimbert, président de la Société médicale du Littoral méditerranéen ; le Dr Maurice Faure, vice-président du Comité de réception, qui se dépensa sans trêve pour ses invités pendant ces quatre journées et à qui nous devons un tribut particulier de gratitude ; les maires de Cannes, de Nice, de Menton ; le Gouvernement de la Principauté de Monaco ; M. Santiaggi, président de la Fédération des Syndicats d'initiative du Littoral ; les Syndicats d'initiative et d'hôteliers, de Cannes, Nice, Menton et Beaulieu ; les docteurs Guiter, Fournier, Verdalle, de Cannes ; Balestre, Barbary, Ardoin, Bernardbeig, Gruzu, de Nice ; Gallot, Coubard, Cameret, de Langenhagen, de Menton ; Vivant, Pizard, de Monte-Carlo ; Hérard de Bessé, Bertier, de Beaulieu, et tous les médecins exerçant sur la côte d'Azur.

Comme le faisait remarquer, au banquet de l'hôtel Ruhl, à Nice, le professeur Nobécourt, une cordiale et souvent parfaite entente existe sur la côte d'Azur entre les municipalités, les syndicats d'initiative, d'hôteliers, et les médecins des stations du littoral, pour l'amélioration de l'hygiène urbaine et le plus grand bien des hivernants, malades ou non.

***

Partis de Cannes, deux puissants et confortables auto-cars nous conduisirent sur les routes ensoleillées, le long de la mer et vers les sommets des montagnes. Et ce fut, sous nos yeux, les paysages et les villes de la Riviera française, nous donnant une belle leçon pratique de climatologie :

Cannes, aux villas aristocratiques, aux jardins majestueux ; Le Cannet, Antibes, Juan-les-Pins ;

Nice, le cœur de la Riviera, avec ses distractions sans nombre ; Cimiez, où chaque année, il y a quelque trente ans, venait hiverner la Reine Victoria d'Angleterre, Impératrice des Indes ;

Villefranche et sa rade ; Le cap Ferrat, avec les souvenirs de Léopold de Belgique ;

Beaulieu dans son nid de verdure ; Eze sur son rocher ; le cap d'Ail, la Turbie et ses monuments d'histoire romaine ;

La Principauté de Monaco, avec Monaco et sa magnifique végétation, Monte-Carlo et ses jardins artistiques, somptueux ;

Menton, où le citronnier fleurit à toute époque; le cap Martin, couvert de verdure, tant aimé de l'infortunée impératrice Elisabeth.

La Journée de Cannes

La journée de Cannes, débutant par les souhaits de bienvenue du maire de la ville, comporta une conférence climatologique du Dr Bufnoir. Dans les établissements médicaux, des enfants nous furent présentés en pleine séance de cure héliothérapique — car le soleil brillait, et l'on sait que Cannes se prête excellemment à cette méthode de traitement, d'une application si facile sur tout le littoral méditerranéen.

... Et le soir, les invités trouvèrent sur les tables fleuries du restaurant des Ambassadeurs, le premier des menus, si savamment composés, de dîners et de déjeuners, qui allaient se succéder pendant quatre jours !

La Journée de Nice

Matinée occupée par la visite du Cannet, de Juan-les-Pins, du cap d'Antibes, déjeuner au Miramar Palace, de Nice, excursions aux environs.

A 18 h. 30, eut lieu la brillante réception de l'hôtel Ruhl. Elle comporta les instructives conférences du Dr Sardou, sur les caractéristiques générales du climat du Littoral, et de trois membres de l'Association des naturalistes des Alpes-Maritimes, MM. Ollivier, Isnard et Lemarie.

La conférence du Dr Sardou :
Le climat de la Côte d'Azur et son formulaire.

Le Dr Sardou montre que le climat de la Côte d'Azur est régi par deux groupes d'éléments : les-uns fixes (les vallées et les montagnes), les autres mobiles (les vents). Les brises, qui sont les vents habituels, viennent du large, de la mer, pendant le jour, et au contraire de la montagne pendant la nuit. Elles contribuent à rendre favorable l'hygiène de la côte et font que les germes y sont peu nombreux.

Les vents proprement dits sont rares. Le vent du Nord passe sur la montagne et va se briser à la surface de la mer. Le vent du sud, vecteur de chaleur, ne souffle que trois ou quatre fois par an. Des vents obliques, celui d'Est apporte la pluie : il n'est pas commun et se montre surtout en automne. Quant au célèbre mistral, source de froid et de sécheresse, venu de la vallée du Rhône, il n'arrive à l'Esterel que très diminué et est même presque inconnu en certains points de la côte.

Le climat du Littoral est une combinaison de ces éléments avec la lumière solaire et la température. Il a été bien étudié par M. Vallot, directeur de l'Observatoire du Mont-Blanc. A ces bases, d'ailleurs, il faut ajouter les actions radioactives et peut-être aussi des forces encore mal connues, émanées des roches et des végétaux. Ce climat, enfin, a des dosages variables, à Hyères, à Cannes, à Nice, à Menton.

Les effets généraux du climat du Littoral se résument en un mot : la *stimulation*, stimulation cutanée, stimulation du métabolisme, stimulation des plaies, etc. Elle est plus vive à l'arrivée du malade (crise climatique), peut cesser par l'accoutumance (d'où l'utilité des cures interrompues) et comporte des intolérances.

La saison joue un rôle. Il n'est pas bon d'envoyer un malade sur la côte au mois d'octobre ou au début de novembre. La période d'automne est la saison des pluies. A cette époque de l'année, Paris et sa région jouissent souvent d'une température assez douce (été de la Saint-Martin) et les patients n'ont rien à gagner à venir trop tôt sur le Littoral. La saison thérapeutique commence là dans la première quinzaine de novembre. Il faut aussi peser le moment du départ. Le printemps dans les pays du nord est fréquemment très vif et il est bon que les malades ne s'y exposent pas prématurément.

Faut-il parler des précautions que l'hivernant a besoin de prendre sur le Littoral, du refroidissement qui se produit au coucher du soleil, tenant à la disparition subite de la chaleur solaire et à des condensations de vapeur d'eau, ou quand on passe du soleil à l'ombre. On sait que, sur la Côte d'Azur, la température est plus douce le soir, dans la première partie de la nuit, qu'au moment où l'astre solaire disparaît à l'horizon. Quand, d'autre part, ce qui est fort rare il est vrai, le mistral froid et sec souffle, les malades doivent garder la chambre et au besoin humidifier celle-ci.

Ainsi entendu, le climat de la Côte d'Azur convient à une foule de patients dont l'état relève de la stimulation : anémiés, surmenés, déprimés chroniques, pré-bacillaires ou bacillaires torpides, etc. Il est contre-indiqué chez les consomptifs, les excités. Pour les cas mixtes , le clinicien aura à peser les indications dominantes, la clinique, là comme ailleurs, conservant son rôle majeur.

Les végétaux et la faune animale du Littoral.

M. OLLIVIER, professeur de botanique au Lycée de Nice, parla de la végétation du Littoral, M. ISNARD, de la faune animale, et M. LEMARIE, physicien distingué, du ciel de la côte d'Azur.

M. Isnard prit pour sujet, l'influence du climat du littoral sur les animaux, véritable introduction à l'étude de l'influence du même climat sur l'homme. Le conférencier nous ayant promis la primeur de la publication de sa curieuse causerie, nous espérons pouvoir la mettre bientôt *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

Pourquoi le ciel est bleu.

Cette question, qui se pose trop rarement, hélas ! dans nos climats, en hiver, est toujours d'actualité sur le littoral méditerranéen. C'est seulement il y a une dizaine d'années qu'un physicien anglais a pu définir la raison de la teinte bleue du ciel. L'atmosphère est composée de deux gaz, l'oxygène et l'azote, tous deux incolores (1). C'est donc dans un phénomène d'optique qu'on a recherché la cause de la coloration du ciel. Les molécules infinitésimales d'oxygène arrivent à former des conglomérats capables de ldiffuser les rayons du spectre solaire. Or, seuls, es rayons ultra-verts (verts, bleus, violets) sont dans ces conditions diffusibles, d'où la couleur (synthèse du vert-bleu-violet) de l'atmosphère.

Quant au bleu spécial du ciel de la Côte d'Azur il relève de la pureté de l'atmosphère sur le Littoral, où il y a très peu de poussières et de fumées.

La Journée de Menton-Monaco.

Commencée à 8 h. 30, cette journée se termina fort tard... dans la nuit. Après une visite à l'usine d'ozonisation (stérilisation des eaux) de Villefranche, une excursion au Trophée d'Auguste de la Turbie où nous fûmes guidés par M. le maire de la Turbie, aimable et érudit historien des monuments de l'époque romaine, un déjeuner à l'hôtel Impérial de Menton, où une chaleureuse réception nous fut faite par la municipalité et le comité d'initiative, une visite aux grottes Grimaldi, près de la frontière italienne, lieu de fouilles préhistoriques, nous étions à 5 heures réunis dans la grande salle de l'Institut océanographique de Monaco.

La séance solennelle du XXVe anniversaire de la Société médicale du Littoral méditerranéen.

Sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince Louis II de Monaco, s'ouvrit la séance solennelle. Elle commença par un historique, fait par M. Hérard de Bessé, des actes de la Société.

La Société du Littoral fut créée à la fin du siècle dernier dans le but de défendre la Riviera française contre les attaques étrangères, d'étudier scientifiquement la climatologie de la côte, et d'améliorer l'hygiène des stations qui s'étendent d'Hyères à Menton.

Ce but, elle l'a rempli largement. C'est sur la Côte d'Azur que la lutte contre les poussières des routes fut commencée par le goudronnage, imaginé par le Dr Guglielminetti, de Monaco. Sous l'impulsion de la Société, les villes du littoral furent toutes dotées d'eau potable, une météorologie exacte fut établie, l'héliothérapie se perfectionna, on entreprit la destruction des mouches, des moustiques. Collaborant avec les syndicats d'initiative, la Société donna à l'hygiène des villes une perfection souvent initiatrice. Des congrès médicaux, de thalassothérapie, de climatologie, des voyages d'études, enfin, furent organisés.

Sur la Côte d'Azur, ajoute le Dr Hérard de Bessé, point n'est besoin de sanatoria, d'établissements coûteux : tout *home*, bien aménagé, grâce au climat, avec une surveillance médicale convenable, est un petit sanatorium privé.

L'éloge du Prince Albert de Monaco.

A ce moment, s'éleva la voix prenante du Dr Maurice Faure. Dans un discours ému et éloquent, il fit l'éloge du Prince Albert de Monaco, Prince ami et Mécène de la Science, et qui fut plus : un savant lui-même, un esprit ouvert à tous les progrès. Ses recherches d'océanographie et d'anthropologie préhistorique sont trop connues pour qu'il soit utile d'en parler plus longuement.

Et le Dr Faure évoque l'époque où les routes de la Côte d'Azur n'étaient parcourues que par des voitures peu rapides, d'où les touristes pouvaient s'imprégner du paysage, descendre pour examiner une roche ou cueillir une fleur, et il compare à regret ce tourisme heureux aux courses actuelles des autos sur les routes du littoral.

L'héliothérapie sur la Côte-d'Azur.

M. Vallot ayant exposé ses travaux, entrepris avec MM. Faure et Sardou, concernant l'action

(1) Cette opinion ne paraît pas, toutefois, absolument générale. M. d'Halluin, professeur de physique médicale à la Faculté libre de Lille, nous disait qu'à son avis il n'est pas rigoureusement exact d'assurer qu'une couche épaisse d'oxygène n'a aucune coloration.

des taches solaires en thérapeutique nerveuse, le Dr Gaubert, d'Hyères, clôtura la séance par une étude d'héliothérapie.

L'héliothérapie peut être faite sur le littoral en toutes saisons. En été, le moment favorable est de 6 h. à 8 h. du matin. Même en hiver, d'ailleurs, l'héliothérapie matinale est encore préférable.

La cure solaire est hygiénique ou thérapeutique (tuberculoses chirurgicales, rachitisme,etc.). Elle agit sur la nutrition, sur le métabolisme basal. La pigmentation de la peau n'est pas un indice indispensable de son efficacité. Les malades qui ne se pigmentent pas par le soleil peuvent être améliorés au même titre que ceux qui se pigmentent.

Si l'héliothérapie est praticable partout, c'est évidemment dans les pays ensoleillés qu'elle sera mise en œuvre avec le plus d'avantages et d'efficacité.

***

A 8 heures, un banquet était servi à l'hôtel de Paris de Monte-Carlo, présidé par M. le ministre d'Etat de la principauté de Monaco.

Un concert — avec le concours des solistes de S. A. S. le Prince de Monaco — régal des amateurs de belle musique, offert aux invités par la direction artistique du Casino de Monte-Carlo, obtint un vif succès.

Il était minuit passé, quand le concert se termina. Quelques-uns d'entre-nous, gourmets de la douceur nocturne de la température, allèrent contempler Monte-Carlo la nuit, rêvant devant les lumières encore brillantes, comme mille petits phares, dans les montagnes. D'autres, les jeunes, se souvenant qu'à cette heure — minuit passé — la Butte joyeuse de Montmartre, de la rue Pigalle à la place Blanche, allume ses lanternes et accorde ses violons, montèrent au « Capitole » de Beausoleil, sélect-dancing qui avait eu la gracieuseté de nous convier à une réception. Ne faut-il pas que le médecin, sans cesse penché sur la vie, connaisse le monde où l'on se distrait, comme celui où l'on souffre — les deux étant souvent si voisins l'un de l'autre ....

La Journée de Beaulieu.

A 8 h. 30, nous étions en voiture devant l'hôtel de Paris. Premier arrêt aux Thermes de Monaco. Visite au Musée océanographique dont les collections précieuses nous furent montrées par le Dr Richard, directeur. Visite au musée d'anthropologie préhistorique où des pièces d'un haut intérêt scientifique ont été réunies par le Prince Albert de Monaco, et aussi par notre confrère le docteur Faure, dont le nom fait autorité en matière d'anthropologie préhistorique.

Deux squelettes, découverts dans les fouilles des grottes Grimaldi, à la frontière, près de Menton, exposés au musée de Monaco, représentent deux types humains de la préhistoire, l'un petit (type négroïde),l'autre grand (type Cro-Magnon). Ce sont les restes de deux êtres qui vivaient *il y a quelque trois cent ou cinq cent mille années*, ett durent venir, l'un d'Afrique par la mer, l'autre d'Europe par la terre. Penchés sur ces reliquats d'un passé lointain, nous les examinions avec intérêt quand notre ami Rœderer, qui regardait avec nous, nous dit : « Je ne vois pas, apparemment, d'anomalie du squelette de la colonne vertébrale, sinon j'eusse pu ajouter un addendum à mes articles récents du *Concours médical* ».

Après un arrêt au jardin botanique, puis à l'hôpital, une visite au château de S. A. S. Louis II, Prince régnant de Monaco, nous quittions la Principauté monégasque.

Midi 1/2. Beaulieu. Dernière étape, où nous attendaient le Président du comité d'initiative et le Dr Hérard de Bessé. Au déjeuner de l'hôtel Victoria, nous eûmes la joie de revoir notre excellent maître, le professeur Ricard, retiré à Beaulieu depuis cinq années, après avoir fourni tant de travaux classiques et une carrière chirurgicale dans les hôpitaux de Paris, qui fut si bienfaisante.

***

Il nous reste maintenant à remercier tous les organisateurs de ces belles réceptions et notre guide infatigable de toutes les heures, le Dr Maurice Faure.

Il y a quelque deux ans, le théâtre du Palais-Royal, à Paris, joua une pièce à succès dont le titre était : *La Merveilleuse Journée*. Eh bien, mieux que ce titre encore, nous avons vécu sur le littoral, quatre « merveilleuses journées ».

P. Lacroix.

DÉONTOLOGIE

A propos des « assistantes d'hygiène scolaire ».

J'ai assisté, le 13 novembre 1924, à une réunion organisée par l'Union des grandes Associations, présidée par M. Henry de Jouvenel, ancien ministre de l'Instruction publique. Il s'agissait de créer des assistantes d'hygiène scolaire, pour aider les médecins inspecteurs des écoles. Mais il y fut dit que les médecins s'y opposaient, comme aux assurances sociales.

Je ne pouvais — c'est plus fort que moi — laisser, sans protester, dire que les médecins s'opposaient ainsi aux progrès. Je montrais donc leur rôle passé et présent, la création par eux des infirmières de la Croix-Rouge qui avaient rendu de si grands services pendant la grande guerre, la formation d'infirmières en général et que parfois on voulait placer au-dessus du corps médical. Alors, M. Georges Risler qui présidait la séance, protesta, ce à quoi je répondis que je pouvais apporter des précisions. On sait à quoi j'allusionnai. A un certain congrès, il fut affirmé que les tuberculeux pouvaient être mieux soignés par les infirmières que par les médecins.

Je continuai en montrant qu'alors qu'on ne demandait rien gratuitement aux fournisseurs, bouchers, charcutiers, on demandait tout aux médecins qui du reste l'accordaient en général, à la condition évidente qu'on le leur demande, qu'on les appelle, c'était le cas de le dire, en consultation, en général, et en l'espèce gratuite !

J'affirmai, avec les faits du reste, et devant M. de Jouvenel, ancien Ministre , devant maints fonctionnaires éminents, que les commissions chargées d'étudier les questions étaient formées de gens à l'esprit large, ouvert, fonctionnaires en général, mais non compétents. On avait voulu régler les pensions sans les médecins. Pas plus qu'on ne s'improvise serrurier ou maçon, on ne peut s'improviser médecin, et qu'en matière d'assistantes scolaires d'hygiène, on pouvait, on devait convoquer les médecins inspecteurs des écoles, qui, à ma connaissance, n'y étaient pas hostiles en principe, bien qu'on l'affirmât.

La profession médicale, dis-je, est encore la plus saine, malgré sa mauvaise presse si injustifiée, et elle comporte moins de brebis galeuses que les autres (1).

Il y faut donc recourir et ne craignant pas de me répéter, l'appeler, disais-je, en consultation, chaque fois qu'il est nécessaire, elle ne se dérobera pas.

(1) Dr Ch.-Edouard Lévy. — *Les médecins qui tuent.* Roman. Ne sommes-nous pas en général les premiers à signaler nos rares brebis galeuses, souvent sans que les administrations ou l'Etat en daignent tenir compte.

— Il me fut alors agréable d'entendre que je m'étais mépris, qu'on ne pouvait rien faire évidemment en médecine sociale sans les médecins. La dame, de situation considérable par elle et son mari, qui avait même prononcé le mot énorme de nous « éduquer », n'était pas ensuite la moins ardente à louer notre rôle... Je passe sur les éloges personnels. On voit cependant que sans mon intervention, nous étions bel et bien traités « d'empêcheurs d'hygiéniser en rond » les écoles, nouvelle tare à nous adressée, nouvel élément d'accusation contre nous...

Je n'aurais pas pris la plume cependant pour ce simple incident, bien qu'il soit fréquent, trop fréquent, mais il s'agit encore d'une création empiétant sur notre domaine et où nous ne semblons pas devoir être consultés, où l'on déclare ou à peu près que les municipalités, les préfets, le ministère de l'Instruction publique, auront tous pouvoirs, tous savoirs.

M. Grandjean, directeur de l'Enseignement du département de la Seine, montra le rôle écrasant du médecin inspecteur des écoles et sa maigre rétribution. Il l'avait même dit et souligné avant que je pris la parole. Mlle Delagrange, qui, dans les régions libérées, a organisé maintes inspections d'hygiène, avec assistantes, parla de quelques conflits, non irrémédiables, avec les médecins, cita notamment, pour eux, trois visites payées un franc cinquante !!

A la Chambre, les docteurs Doisy, Gilbert Laurent et Thibaut ont depuis longtemps montré le but élevé de l'inspection médicale des écoles.

L'assistante scolaire doit faire un an ou deux d'études, selon qu'on s'adressera à une infirmière visiteuse, d'abord — pour en avoir — ou à une infirmière spécialisée. Elle doit avoir au moins son brevet simple, et plutôt supérieur, une bonne moralité, une mentalité lui permettant de se rendre compréhensible aux parents et aux enfants. Le Dr Dufestel demande, pour les médecins inspecteurs, le concours des parents.

Pour deux ans d'études, elle doit avoir droit à la stabiiité, être sûre de vivre, être fonctionnarisée enfin. Qui payera les nouveaux impôts nécessaires ? Etat ou municipalités ? C'est toujours le contribuable déjà écrasé !

Mais passons ! On fait deux ans d'études et cela doit suffire pour assurer l'existence toute une vie ! Mais nous, médecins, qui nous assure, après tant d'années d'études et d'attente, tant de dépenses payées à l'Etat, pour notre instruction, quoique ce soit. Toutes les professions libé-

rales en sont là . Médecins, avocats, ingénieurs, architectes... ont beaucoup appris — et payé pour cela et ils ne demandent rien à l'Etat ! Que d'infirmières privées sont dans le même cas. Alors, tous fonctionnaires, rentés à perpétuité, quand nous succombons sous le faix des impôts, des obligations, des charges, de mutualités qui ne nous demandent même pas un représentant à leur Conseil supérieur !

Les Américains que nous voulons copier, ont des infirmières cuisinières pour régime. Dans nos écoles où il y a des cantines — délégué cantonal à Paris, j'en ai admiré les prodiges d'économie — je vois très bien l'assistante scolaire d'hygiène initiée aux soins ménagers, et par suite s'ouvrir des débouchés pour gagner sa vie en d'autres domaines que l'école. Mon Dieu ! « L'employée ménagère » a la situation la plus enviable de l'heure présente : elle ignore la vie chère, la crise du loyer, du blanchissage, du chauffage, de l'éclairage... et « il n'y a pas de sots métiers, il n'y a que de sottes gens ». Quelle chute, dira-t-on, et cependant que d'anciens riches, pas jeunes, en sont là, et ont la fierté de n'en pas rougir,

Il ne sera sans doute pas difficile à l'assistante d'hygiène scolaire, de trouver, avec ses brevets, enseignement et infirmière, de *trouver* des débouchés près des enfants, sans que l'Etat, toujours l'Etat, ait à s'en occuper. Ah ! l'Etat Providence ! Il fut dit le 13 novembre que ses employées auxiliaires furent très utiles pendant la guerre, très zélées...jusqu'à leur titularisation, mais qu'alors, leur travail diminua de moitié.

Il n'y a que la concurrence, l'émulation, une certaine incertitude pour inciter à se maintenir. Et le médecin le sait bien, lui qui vécût-il 80, 90 ans, lutte, peine, en général, jusqu'à son dernier souffle. En ce temps d'égalité, il serait moins favorisé que ses subordonnés ; C'est un peu injuste, me semble-t-il !

De là, à nous opposer, comme on le prétend, aux innovations heureuses — il y a un abime, mais il faut les règlementer, les coordonner. Les médecins eux-mêmes ouvriront même un débouché à ces assistantes — si l'Etat défaille — en les donnant à certaines familles, en se les adjoignant : l'Etat s'empare généralement des initiatives privées quand elles ont réussi ; il crée des enseignements qui ont réussi sans lui et ne lui coûtaient rien (les rayons X furent enseignés gratuitement à la Faculté de médecine de Paris, de longues années, et supprimés un beau jour, sans remerciements et remplacés coûteusement !)

J.-A. Fort avait longtemps fait de même pour l'anatomie. En Allemagne, les privat-docents sont payés par les élèves, et l'Etat n'impose pas pour eux les contribuables. Les Universités enrichies par les Mécènes sont peu ou point à la charge de l'Etat. En Amérique, de même. Si l'on savait encourager les Mécènes, les bonnes volontés, donner rationnellement des récompenses ou décorations, que d'économies en France seraient réalisées, et Dieu sait s'il en est besoin ! Des « assistantes scolaires d'hygiène » seraient certainement créées librement ; elles augmenteraient leur travail, leur savoir, leurs aptitudes, sans grever l'Etat, dans le présent ni l'avenir. Des dames riches, de bonne votonté, le feraient même, comme jadis, en d'autres domaines, tant de laïques au nom de Congrégations religieuses (de toutes les religions). Ces « assistantes », même sorties de leurs écoles, seraient bonnes à autre chose, à la condition qu'elles le veuillent, qu'elles en aient le courage, la volonté, si nécessaires d'ailleurs ! aux non-fonctionnaires! Quand un médecin ne réussit pas, il fait de la politique, de la littérature, de l'art, voire du commerce... mais il ne recourt pas à l'Etat !

Pourquoi diviser l'Etat *en deux* ? Les *fonctionnaires*, budgétaires et les autres ! Montrons des débouchés libres, aléatoires, comme la vie du reste. Alors, on travaille, on se tient au courant, comme fait le médecin du reste. Doit-il être seul le paria, le médecin ? travaillant à toute heure, ignorant le repos et la certitude, la retraite même, alors que tous, voire ses « assistantes » seront sûres du lendemain ! L'incertitude, pour toute âme trempée — les autres sont peu intéressantes ! — est un gage de travail et de progrès.

Tout ce que fait ou surveille l'Etat — la politique aidant — a fait ses preuves pour que l'on désire s'en passer et faire facilement mieux !...

La question « des assistantes d'hygiène scolaires », au principe admis, reste à l'étude de l'Union des Grandes Associations et son présidents, M. Henri de Jouvenal, tout en désignant certains noms, a demandé que se déclarent d'autres bonnes volontés. L'article du Dr L. Dufestel (*Paris médical*, 15 nov. 1924) met la question au point

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

R. H. M. S., 3308.

LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

Le 29 octobre dernier, avait lieu, sur le plateau des Petites Roches, à 16 kilomètres de Grenoble, la pose de la première pierre du sanatorium des Etudiants, par M. André HONNORAT, sénateur, ancien ministre

Le *Concours médical* y était représenté par le Dr Paul BOUDIN, qui en a rendu compte dans le numéro 45 du 9 novembre 1924.

La création de cet Etablissement avait été décidée par le Congrès de l'Union nationale des

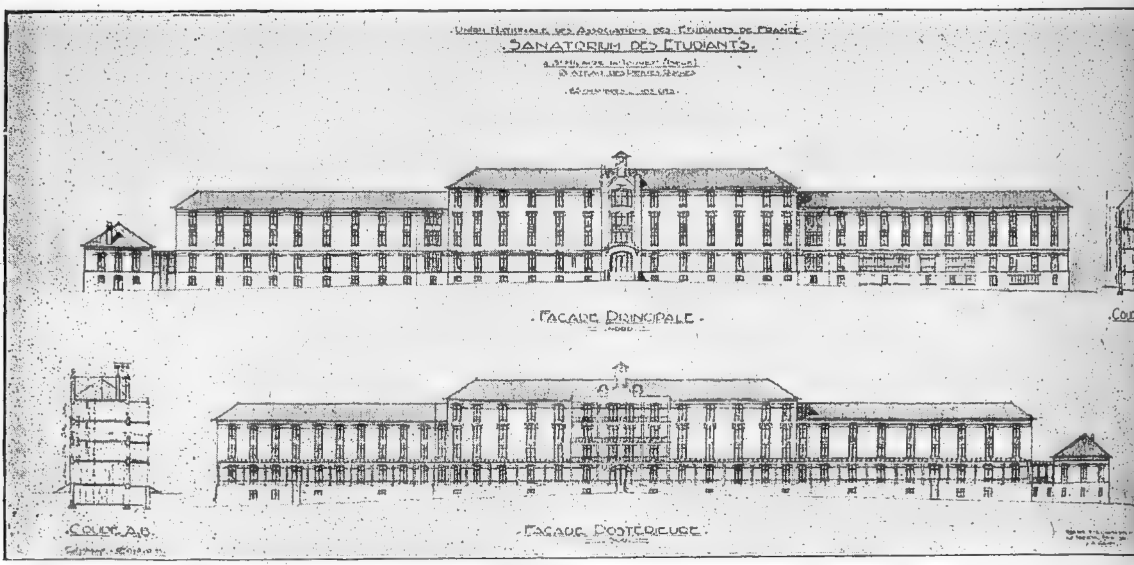


Fig. 1

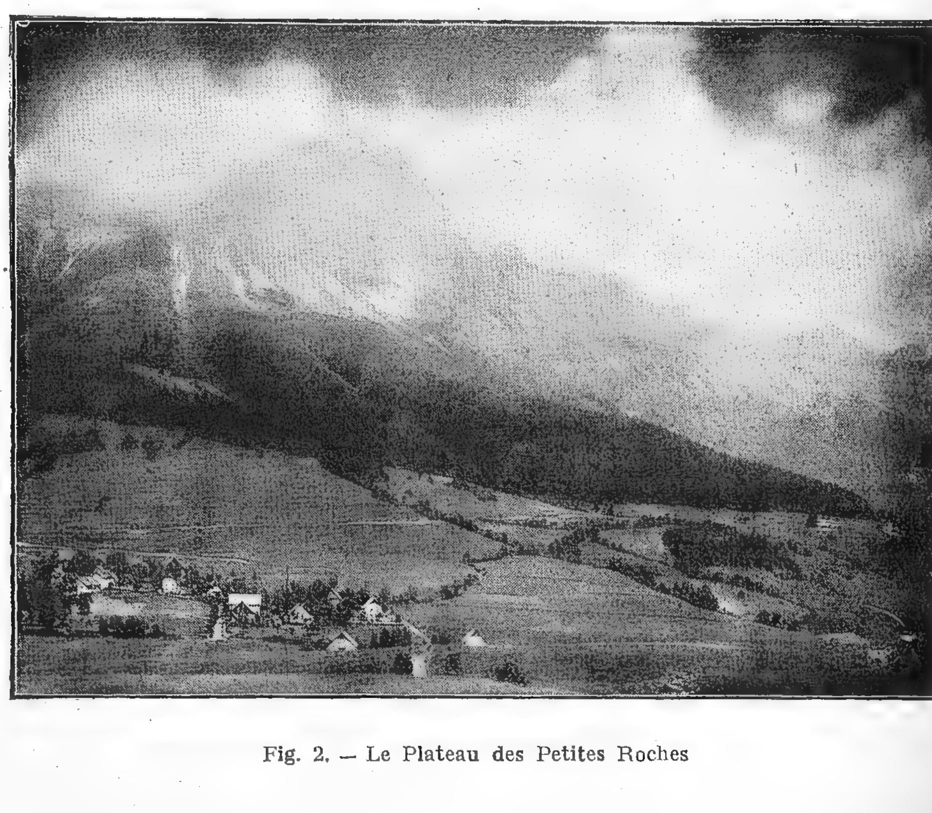


Fig. 2. — Le Plateau des Petites Roches

Etudiants, en 1923, à Clermont-Ferrand sur l'initiative de la Section de Médecine de l'Association générale des Etudiants de Paris.

Elle est placée sous le patronage d'un Comité comprenant les ministres, les recteurs des Universités, les professeurs des Facultés et Ecoles de médecine plus spécialisés dans l'étude de la tuberculose.

En réalité, le sanatorium des Etudiants fait partie d'un groupe d'établissements anti-tuberculeux, dont les autres seront édifiés par les soins du département du Rhône, de la Société métallurgique et minière contre la tuberculose, et vraisemblablement du département du Nord.

La construction du sanatorium des Etudiants doit revenir à environ 3.000.000, sur lesquels 1.300.000 francs ont été accordés par l'Etat.

Les promoteurs de cette création ont en outre déjà obtenu 301.150 francs de dons particuliers ; ils espèrent recevoir de la Ville de Paris une subvention de 150.000 francs. D'autre part, ils ont déjà recueilli près de 30.000 francs, en s'adressant aux grandes firmes de spécialités pharmaceutiques : Hoffmann Laroche, Astier, Comar et Cie, Fumouze, Gobey, Nativelle, Kaolinase, etc. Ils ont foi que cet exemple sera suivi. Enfin les étudiants ont été invités eux-mêmes à souscrire au moins 2 francs, annuellement. L'Université de Grenoble s'est ainsi inscrite pour 4.957 fr. 50 ; la Faculté des Lettres de Paris, pour 1.550 fr. 50. Les Grandes Ecoles ont toutes répondu favorablement.

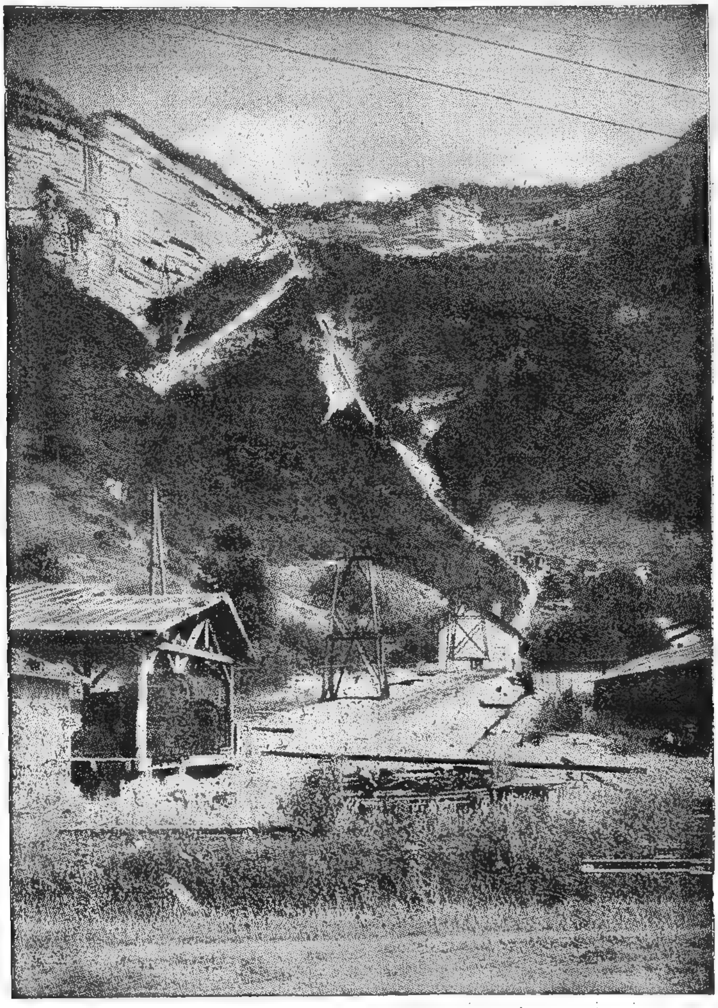


FIG. 3.
Le Funiculaire.

La réalisation du sanatorium des Etudiants, ainsi que son exploitation se feront dans des conditions particulièrement économiques, grâce précisément au groupement dont nous avons parlé, et aux avantages qu'il procurera : funiculaire, route, eau, électricité, buanderie, services d'approvisionnement en commun, etc.

L'admission des Etudiants malades se fera sous trois modalités différentes :

1) Etudiants de toutes Facultés susceptibles de pourvoir eux-mêmes aux frais de séjour ;

2) Etudiants en médecine ayant contracté la tuberculose dans un service hospitalier. Le décret portant assurance du personnel médical des hôpitaux contre les risques professionnels permet d'assurer dans une forte proportion les frais de séjour et d'entretien des étudiants tuberculeux. Rappelons que le rapporteur de la question au Conseil supérieur de l'Assistance publique était notre collègue et ami Paul Boudin.

3) Etudiants de toutes Facultés ne possédant pas les ressources nécessaires au séjour sanatorial. Les Conseils d'Université, les Conseils généraux et les municipalités y pourvoiront. Il en est d'ailleurs qui ont déjà répondu favorablement.

L'intérêt particulier qu'offrira le sanatorium des Petites Roches aux étudiants en médecine et en sciences, est qu'ils pourront y continuer leurs études. Ils auront, en effet, à leur disposition une Bibliothèque, des Laboratoires d'expérimentation, sans parler du voisinage de Grenoble et de ses centres d'enseignement (une heure), et même de Lyon (3 heures).

Les étudiantes n'ont pas été oubliées, et un pavillon de 23 lits est prévu pour elles, nécessitant une dépense de 650.000 francs dont l'Etat assure la moitié.

Ces renseignements suffisent à montrer quelle importance revêt le sanatorium des Etudiants, au regard de la clientèle particulièrement intéressante à laquelle il est destiné ; quelle considération et quels encouragements il mérite.

Tous les dons devront être adressés à M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble.

En terminant, nous devons attribuer le mérite de l'initiative de la création du sanatorium des Etudiants à notre excellent ami le Dr Crouzat, président honoraire de la Section de Médecine de l'Association générale, ainsi qu'à ses distingués collaborateurs ; le Dr Amabert, président honoraire de l'Union nationale, médecin des hôpitaux de Grenoble, et le Dr Roussellier, médecin légiste à Marseille. G. D.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Organisation d'un voyage médical au Maroc.** — La Compagnie générale transatlantique, désireuse de faire mieux connaître aux médecins français et étrangers les beautés et les ressources du Maroc français et de l'Afrique du Nord, a décidé d'organiser un nouveau voyage médical dans ces contrées enchanteresses pour les mois d'avril-mai prochains.

Voici le programme-horaire de ce voyage :

18 avril. Embarquement à Marseille pour Alger à 12 heures. — 19 avril. Arrivée à Alger vers 16 heures. — 20 avril. Séjour à Alger. Visite de la ville, de la Kashah. — 21 avril. Excursion au Jardin d'Essais. — 22 avril. Alger-Tenès. Déjeuner à Cherchell. Visite du Musée. Dîner et coucher à Tenès. — 23 avril. Tenès-Oran. Déjeuner à Ouillis. Dîner et coucher à Oran. — 24 avril. Séjour à Oran : Visite de la ville. Excursion au Belvédère. — 25 avril. Oran-Tlemcen. Déjeuner à Tlemcen. L'après-midi, visite de la ville. — 26 avril. Séjour à Tlemcen ; excursion à Sidi bou Médine. — 27 avril. Tlemcen-Oudjda : déjeuner à Oudjda. — 28 avril. Oudjda-Taza. Déjeuner à Guercif. Dîner et coucher à Taza. — 29 avril. Taza-Fès : Déjeuner à Taza. Excursion à Taza le-Haut. — 30 avril .Séjour à Fez : visite de la ville, des souks. — 1er mai. Tour de la ville. — 2 mai. Fez-Meknès par Volubilis et Moulay Idriss. Déjeuner à Meknès. Visite de la ville. — 3 mai. Meknès-Rabat. Dejeuner à Meknès. Le matin, excursion aux anciennes écuries. — 4 mai. Séjour à Rabat. Visite de la ville, de la Kaska des Oudaias, de la Tour Hassan. — 5 mai. Rabat-Casablanca. Déjeuner à Casablanca. — 6 mai. Casablanca-Marrakech. Déjeuner à Mazagan. Dîner et coucher à Marrakech. — 7 mai. Séjour à Marrakech. — 8 mai. Visite de la ville, des souks. Excursion à l'Aguedal. — 9 mai. Marrakech-Casablanca. Déjeuner à Settat. Dîner et coucher à Casablanca. — 10 mai. Embarquement pour Bordeaux. — 11, 12, 13 mai. En mer. — 14 mai. Arrivée à Bordeaux.

Le prix de ce voyage qui est normalement de 6.700 francs, sera réduit pour les médecins qui voudront bien y prendre part à quatre mille huit cents francs par personne.

Il comprend les traversées aller et retour en excellente installation de 1re classe ;

Le transport entre Alger et Casablanca en excellents cars contenant seulement dix places et munis de sièges tournants Pulman ;

Le séjour dans les Hôtels en Afrique du Nord pendant toute la durée du voyage (boisson aux repas non comprise) ;

Les services d'un commissaire-guide des auto-circuits ;

La visite des villes et de leurs curoisités ;

Les pourboires à bord et dans les Hôtels ;

Le voyage ne sera définitivement organisé que lorsque dix inscriptions auront été reçues. Le prix réduit, consenti aux adhérents médicaux, impose en effet l'obligation de faire partir chacun des cars-autos à plein, c'est-à-dire avec dix passagers.

La *Presse thermale et climatique*, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris (XIVe) a été chargée de centraliser les souscriptions à ce voyage.

Les médecins qui désireraient y participer sont donc invités à envoyer sans retard à l'adresse ci-dessus une adhésion de principe qui deviendra définitive dès que dix inscriptions auront été enregistrées.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

de la jambe droite, tout l'effort porte sur la jambe gauche, à plusieurs reprises, ce blessé est obligé de se reposer par suite d'œdème considérable du membre valide.

Ce charretier pensionné, travaillant à la tâche pour son ancien patron se présente à ma consultation le 15 décembre 1924. Je constate sur la face antéro-moyenne de la jambe gauche et sur la région postéro-interne de la malléole interne deux ulcères, peu profonds, à tendance extensive, avec œdème du membre inférieur gauche ; dans mon certificat descriptif, que je remets à l'ouvrier pour son patron, j'ajoute ceci : « ces ulcères doivent être rattachés, à *mon avis*, à la circulation défectueuse du membre inférieur gauche, sur lequel le blessé est obligé de rester appuyé toute la journée. Ces complications tardives nécessiteront une interruption de travail de 45 jours environ avec repos au lit.

J'apprends incidemment aujourd'hui par le contremaître de l'exploitation que l'assurance couvrant le patron ne veut rien connaître de ces complications sous prétexte que l'ouvrier est un alcoolique invétéré.

1º Ce blessé a-t-il, à votre avis, droit à son demi-salaire.

2º Aux soins médicaux.

3º Aux fournitures de pharmacie.

Y a-t-il lieu pour lui de demander une augmentation de sa pension si ces complications persistent, récidivent et l'arrêtent quelque instant (malgré son état de santé antérieur) ; dans ces différents cas comment se conduire envers son patron pour obtenir le règlement du demi-salaire et des soins médicaux et la révision du taux de sa pension ? Dr B.

Réponse.

Comme la rente à laquelle avait droit l'ouvrier à la suite de son accident a été fixée et qu'il n'y a pas eu nouvel accident du travail, l'ouvrier ne peut agir que par la voie de la revision, prévue par l'article 19 de la loi du 9 avril 1898. La marche à suivre est de saisir le président du tribunal par voie de simple déclaration au greffe. Peut-être d'ailleurs cette formalité a-t-elle déjà été remplie, puisque la compagnie d'assurance a déjà fait connaître son refus.

Dans tous les cas, le blessé n'aura droit ni à son demi-salaire, ni aux frais médicaux, ni aux fournitures pharmaceutiques du chef de l'aggravation survenue, mais seulement à l'augmentation du montant de la rente s'il est jugé, à défaut d'accord amiable devant le président, que l'aggravation est une conséquence de l'accident.

En conformité de la jurisprudence qui refuse de tenir compte, dans l'indemnisation des accidents du travail, de l'état antérieur de la victime, la compagnie ne pourrait utilement se baser, pour refuser une majoration de la rente, sur le fait que l'ouvrier est un alcoolique invétéré, puisque cet état spécial est antérieur à l'accident.

Mais il semble qu'elle pourrait soutenir avec

quelque chance de succès que les complications survenues sont dues, tout au moins en partie, à la continuation de l'intempérance de la victime. Il y aurait lieu, en ce cas, de recourir à une expertise, qui aurait pour mission de faire le départ, sans doute difficile, entre le facteur état antérieur et le facteur conduite postérieure à l'accident, dans la causalité de l'aggravation.

3278. — Patente d'un médecin qui opère dans une maison de santé qui ne lui appartient pas.

Je vous ai déjà demandé conseil au sujet de mes impositions et vous m'avez donné un bon conseil : le contrôleur avait parlé d'augmenter ma patente, parce que chirurgien ; j'opère habituellement dans une maison de santé qui ne m'appartient pas et dont les propriétaires sont normalement taxés.

Aujourd'hui le même contrôleur parle d'augmenter ma patente parce que j'opère parfois, à cette maison de santé, des malades qui n'ont besoin d'aucune hospitalisation ; il considérerait alors cette salle d'opération comme un prolongement de mon cabinet de consultation et de ce fait voudrait augmenter ma patente.

Ceci ne me paraît pas recevable, parce qu'il me faudrait également payer une patente correspondant aux loyers de tous ceux que j'opère chez eux ! !

Je viens vous demander de bien vouloir m'éclairer et de m'apporter les bonnes raisons qui me permettront de me défendre. Dr Y.

Réponse.

La prétention du contrôleur est soutenable si la salle d'opération dans laquelle vous opérez est continuellement à votre disposition, ou tout au moins, si vous payez au propriétaire de la clinique, une redevance périodique invariable quel que soit le nombre d'opérations faites.

Dans ce cas, cette salle d'opération peut être considérée comme un prolongement de votre cabinet de consultation.

En tous cas, la valeur locative à considérer ne saurait être la totalité de la redevance payée si cette dernière comprend la rémunération de services tels que frais d'entretien, chauffage, éclairage, eau, etc.

La patente au contraire ne peut être appliquée si la salle n'est pas à « votre disposition pendant toute l'année » (au sens fiscal du terme), c'est-à-dire si vous payez au propriétaire de la clinique une redevance pour chaque opération, que vous récupérez sur votre client, surtout si l'indiquez à part (et sans majoration) sur votre note d'honoraires.

Il est évident que si les malades traitaient directement avec la maison de santé, la prétention du contrôleur n'aurait aucune raison d'être.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

I

Fourniture de médicaments.

Doivent être payés les médicaments au pharmacien qui n'avait aucun moyen de contrôler s'ils se rapportaient, dans leur ensemble, à l'affection pour laquelle le bénéficiaire a été pensionné.

DÉCISION DU 23 OCTOBRE 1924.

Considérant que la première Commission départementale de la Seine a, dans sa séance du 9 août 1923 « transmis pour paiement avec avis favorable », le mémoire de M.   , pharmacien, mémoire correspondant aux fournitures faites pendant le 1er trimestre 1923 ;

Que le Préfet de la Seine, considérant que, de l'examen du mémoire présenté par M.   , pharmacien, il résulte qu'il a été fourni à M.   en moins de 3 mois, 16 ordonnances se montant ensemble à la somme totale de 406 fr. 75, estime qu'il paraît y avoir abus de prescriptions, et refuse à M.   , le paiement de son mémoire du 1er trimestre 1923, contrairement à l'avis émis par la 1re Commission de contrôle dans sa séance du 9 août 1923 ;

Que M.   a reçu le 26 septembre 1923, notification de refus ;

Qu'il a fait appel le 28 septembre 1923, devant la Commission supérieure de la décision du Préfet.

Attendu que le préfet de la Seine ne s'appuie sur aucun motif pour estimer qu'il paraît y avoir eu abus pour les ordonnaneces exécutées par M. ;

Que ce pharmacien a, d'après les inscriptions faites sur les bulletins d'ordonnanece détachés du carnet à souches et joints au dossier, délivré les médicaments prescrits au bénéficiaire pour « l'induration du sommet des deux poumons » ;

Que M.   n'avait aucun moyen de contrôler si les médicaments prescrits se rapportaient dans leur ensemble à l'affection pour laquelle le bénéficiaire a été pensionné ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Dit que M.   a droit au paiement de la somme de quatre cent six francs soixante quinze centimes (406 fr. 75).

II

Demande de remboursement d'honoraires médicaux par un pensionné.

A partir du 1er juillet 1920, il n'est plus fait de remboursement que sur bons extraits de carnets

de visites et exclusivement aux médecins et pharmaciens.

DÉCISION DU 23 OCTOBRE 1924.

Considérant que Monsieur a été réformé pour : 1° « emphysème pulmonaire moyen et sclérose des deux sommets pulmonaires ; 2° troubles gastro-intestinaux ». ;

Qu'il est inscrit depuis le 31 mars 1921 sur la liste permanente du 18e arrondissement ;

Qu'au mois d'août 1923, étant en résidence à il a reçu des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques pour une « congestion pulmonaire » dont il était atteint ;

Qu'à cette époque, il n'a pas fait usage du carnet de bons médicaux et pharmaceutiques dont il était détenteur, parce que, dit-il, étant éloigné de son domicile, il était dans l'impossibilité de faire venir cette pièce ;

Qu'il a payé de ses deniers les frais occasionnés par les soins médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'en font foi les factures acquittées jointes au dossier ;

Que la 1re Commission départementale de Contrôle dans sa séance du 27 octobre 1923, a rejeté la demande de M. pour le motif suivant : « Demande de remboursement de soins donnés postérieurement au 1er juillet 1920 ».

Attendu que l'appel interjeté dans le délai de vingt jours est recevable ;

Qu'en principe aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, paragraphe 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur la liste spéciale ont droit à la *gratuité* des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension ;

Que, par conséquent, le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont légalement aucun remboursement à réclamer, et seuls dès lors, les médecins ou pharmaciens ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat ;

Que, pour ce motif, les décrets du 26 septembre 1919 et 25 octobre 1922 n'ont prévu de remboursement et n'ont réglementé les formes à suivre à cet effet qu'à l'égard des médecins, des pharmaciens et des établissements hospitaliers à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes ;

Que, si au titre de mesure spéciale et transitoire, une circulaire ministérielle du 21 mars 192 a permis des remboursements directs aux bénéficiaires de la loi pour la période antérieure au 1er juillet 1920, c'est parce qu'avant cette date toutes les mairies n'étant pas munies des carnets qu'elles devaient délivrer aux intéressés, il n'était

matériellement pas possible aux médecins et aux pharmaciens de produire pour la justification de leurs droits, des bulletins détachés desdits carnets ;

Que la portée de cette mesure a été au surplus nettement indiquée dans la susdite circulaire adressée aux Préfets par le Ministère des Pensions, et aux termes de laquelle, du jour où l'application des dispositions réglementaires n'a plus rencontré aucune impossibilité d'ordre matériel, c'est-à-dire, à partir du 1er juillet 1920, il ne devait plus être fait de remboursement que sur bons extraits de carnets de visite et exclusivement aux médecins et pharmaciens, qui seuls, aux termes du décret du 26 septembre 1919, sont considérés comme parties prenantes ; qu'au surplus les soins médicaux dont il s'agit sont postérieurs au 1er juillet 1920 ;

Que, dans ces conditions, la demande de remboursement formulée par M.   ne s'appuie sur aucune disposition de la loi ou des décrets;

Reçoit l'appel en la forme, le déclare mal fondé;

Confirme la décision de la Commission départementale de la   .

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 *janvier*.

Exercice de la profession de sage-femme.

LOI du 31 décembre 1924 ayant pour but d'accorder le droit d'exercer la profession de sage-femme sur tout le territoire français aux sages-femmes alsaciennes-lorraines reçues pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et réintégrées dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.

Art. 1er. — Les sages-femmes reçues pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et réintégrées de droit dans la nationalité française pourront, pendant une période de trois ans, à partir de la promulgation de la présente loi, faire choix d'un autre département sans avoir à subir de nouveaux examens.

Art. 2. — Pour bénéficier de ces dispositions, la sage-femme devra déclarer sa résolution au préfet de sa nouvelle résidence et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondissement. D'après cette déclaration, le préfet visera le diplôme pour l'entrée en exercice de la titulaire.

8 *janvier*.

Déclaration des maladies contagieuses.

Décret du 1er janvier 1925 modifiant le décret

du 13 octobre 1923 en ce qui concerne la nomenclature des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales :

Vu la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, notamment l'article 4 déterminant les conditions dans lesquelles doit être établie la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de ladite loi, l'article 5 relatif à la déclaration de ces maladies et l'article 7 prescrivant la désinfection ;

Vu les décrets du 10 février 1903, du 28 septembre 1916 et du 13 octobre 1923 ;

Vu les avis de l'académie de médecine en date du 5 février 1924 et celui du conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 4 février 1924.

Décrète :

Art. 1er. — Le 3e paragraphe de l'article 1er du décret du 13 octobre 1923 est modifié ainsi qu'il suit :

1re *partie.* — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ;

2° Le typhus exanthématique, etc.

Le reste sans changement.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Médecine navale.

Instruction relative à l'admission en 1925 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine,

10 *janvier.*

Service militaire.

Loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre.

Usage des substances vénéneuses.

Décret du 6 janvier 1925 concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses en Nouvelle-Calédonie et dans les établissements français de l'Océanie.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 6 janvier 1925.

Monsieur le Président,

Les gouverneurs de la Nouvelle-Calédonie et dépendances et des établissements français de l'Océanie ont appelé mon attention sur l'utilité que présenterait la promulgation sur les territoires qu'ils administrent, de la loi du 13

juillet 1922 complétant celle du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses déjà modifiée par la loi du 12 juillet 1916, concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Pour lutter efficacement contre l'usage de l'opium et des stupéfiants, l'administration locale a besoin de pouvoir facilement constater le délit à poursuivre et, pour cela, d'avoir le droit de perquisitionner en tout temps dans les locaux où l'on use en société des stupéfiants. C'est justement cette faculté qu'a entendu donner la loi du 13 juillet 1922 en même temps qu'elle élevait les peines encourues par les individus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

J'ai l'honneur, en conséquence de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint préparé à cet effet.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre des colonies,
DALADIER.

Décret.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre des colonies,
Vu l'article 18 du sénatus-consulte du 3 mai 1854 ;
Vu la loi du 13 juillet 1922 complétant la loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses, modifiée par la loi du 12 juillet 1916, concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses,

Décrète :

Art. 1er. — Sont rendues applicables aux colonies de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, et aux établissements français de l'Océanie, les dispositions de la loi du 13 juillet 1922 complétant la loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses, modifiée par la loi du 12 juillet 1916, concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Art. 2. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

11 *janvier.*

Enseignement.

Décret du 9 janvier 1925 instituant un *régime unique pour l'attribution des bourses nationales dans les enseignements publics du deuxième degré et leur extension à l'enseignement supérieur.*

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste des stations hydrominérales et climatiques établie à la date du 1er janvier 1925.

A la liste publiée dans le *Concours médical* du 20 janvier 1924, page 167, il y a lieu d'ajouter :

Stations climatiques.

Hauteville-en-Bugey (Ain), 26 avril 1924.
Grau-du-Roi (Gard), 26 avril 1924.
Palavas-les-Flots (Hérault), 26 avril 1924).
Luc-sur-Mer (Calvados), 26 avril 1924.
Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure), 1er juillet 1924.
Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées) (1), 21 août 1924.
Quiberon (Morbihan), 17 décembre 1924.
Lion-sur-Mer (Calvados), 27 décembre 1924.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Délivrance du carnet médical à un réformé avec pension.

1277. — M. Capgras, député, demande à M. le Ministre des Pensions, si on peut refuser le carnet médical à un réformé avec pension. (*Question du 4 novembre* 1924.)

(1) Station de cure.

Réponse. — Si l'intéressé est titulaire d'une pension d'invalidité concédée au titre de la loi du 31 mars 1919, il peut prétendre au bénéfice des soins gratuits, sauf si la pension lui a été accordée en vertu des dispositions des articles 48 (sapeurs-pompiers), 49 (fonctionnaires, agents et ouvriers civils des ministères de la guerre et de la marine), 50 (mobilisés en usine), et 51 (mobilisés à la terre) de ladite loi.

(*J. O.*, 12 décembre 1924.)

Le repos des infirmières militaires.

1192. — M. Franklin-Bouillon, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° si les infirmières militaires sont soumises à la loi de huit heures, et dans le cas de l'affirmative, pourquoi on les oblige, lorsqu'elles sont de garde la nuit, à un travail consécutif de vingt heures sans aucune indemnité supplémentaire en ne leur allouant qu'un repos de quatre heures après une garde ; 2° pourquoi le nouveau règlement régissant le corps des infirmières militaires n'est pas encore mis en vigueur alors qu'il est promis depuis 1917, et que ce corps de fonctionnaires est régi par un règlement signé Mac-Mahon et modifié seulement par quelques feuilles volantes ou circulaires. (*Question du 4 novembre* 1924.)

Réponse. — 1° Les infirmières du service de

santé sont soumises à une réglementation particulière ; toutefois, dans le nouveau statut les concernant et actuellement en préparation, il a été prévu qu'il leur serait fait application de la loi du 23 avril 1919, sous réserve des dérogations imposées par les circonstaneces, en temps d'épidémies par exemple. En attendant l'adoption définitive de ce statut, la réalisation progressive de la mesure envisagée ci-dessus est en cours d'exécution, dans les limites compatibles avec les nécessités du service hospitalier. Les infirmières de garde la nuit reçoivent un repos compensateur au lieu et place d'indemnités spéciales pour les heures de service supplémentaires ; 2° les infirmières du service de santé sont actuellement régies par la notice n° 27 annexée au règlement sur le service de santé à l'intérieur, modifiée par l'instruction ministérielle n° 568, C. 117, du 15 août 1917. (*J. O.*, 26 et 27 décembre 1924.)

Maladies professionnelles qui sont garanties par la convention franco-belge.

1979. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre du Travail, que l'article 3, paragraphe 1er, de la convention franco-belge d'assistance du 30 novembre 1921 stipule que la période de résidence (de quinze ans) sera réduite de cinq ans lorsqu'il s'agira d'une invalidité consécutive à l'une des maladies professionnelles dont la liste sera établie par l'un des accords prévus à l'article 7, et demande si la liste a été établie, par quel accord, et quelles sont les maladies professionnelles qui la composent. (*Question du 13 décembre 1924.*)

Réponse. — La liste des maladies professionnelles n'a pas encore été établie par un accord avec le gouvernement belge, mais le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales va provoquer incessamment cet accord, par l'intermédiaire du ministère des affaires étrangères. Les maladies qui figureront sur cette liste seront celles énumérées par le décret du 4 mai 1921, rendu en application de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 5 avril 1898 sur les accidents du travail : I. — Les maladies dues à l'intoxication saturnine et, notamment : 1° les coliques de plomb ; 2° le rhumatisme saturnin ; 3° les anémies saturnines ; 4° les paralysies saturnines ; 5° l'encéphalopathie saturnine ; 6° la néphrite saturnine ; 7° la goutte saturnine ; 8° l'amaurose saturnine ; 9° l'artériosclérose saturnine ; 10° les cirrhoses du foie saturnines ; 11° les tremblements saturnins ; 12° la cachexie saturnine. II. — Les maladies dues à l'intoxication mercurielle et notamment : 1° la stomatite mercurielle ; 2° les tremblements mercuriels ; 3° les troubles nutritifs mercuriels ; 4° la cachexie mercurielle ; 5° les paralysies mercurielles. (*J. O.*, 28 décembre 1924.)

Quarante-septième année — N° 5 — 1er Février 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 220-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr SIMON, de Carentan, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

Le département du Finistère étant actuellement surpeuplé de médecins, les docteurs qui seraient sollicités pour s'y installer auraient intérêt à se renseigner près le Dr Chauvel, de Quimper, président, ou Dr Damey, de Douarnenez, secrétaire de la Fédération du Finistère.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 48. — Inst. app. élect. et mobil. occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris.

No 49. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos, banl., Paris.

No 50. — Excell. infirmière au cour. de tout son serv. anc. infirm. major. dem. pl. clin. sanat. ou hôpital. Mlle Marie Bannier, à Trégonneau (Côtes-du-Nord).

No 51. — Paris; Dr spéc. ayant client. dés. reprend. cab. méd. central, av. ou sans client.

No 52. — A vend. cond. int. 12 CV de Dion, type E. L. 1914, 4 pl., éclair. démarr. gde bout. Magondeaux, roues Stepney, march. parf. Prix : 10.000. S'ad. Dr Challiol, à Juvisy-s.-Orge.

No 53. — Jne doct. disp. tt. son temps aiderait méd. clin. ou consult. Paris ou banl.

No 54. — Jne ménage de fam. méd., dispos. belle propriété proche s.-préfect., 150 km. Paris, plateau sain et aéré, recevr. convalesc. non contag. ayant bes. séjour à la camp. Exc. référ.

No 55. — Echang. timbres doubles av. conf. philatélistes, base Yvert Tellier 1924. Ecr. Dr Commes, à Ezy (Eure).

No 56. — Paris. Ds quart. cent. client. anc., rapp. 28.000 sans visit. nuit ni accouch. méd. gén. et syphil., appart. agréab., 5 p. élec. Aff. intéress. facile à augment. Prix 35.000 compt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), 23e année.

No 57. — Ds pet. ville, cab. rap. 40.000 fixes, appart. 10 p., possib. augm. le chif. d'aff. en fais. les A. T. Indem. 20.000. S'ad. Breitel, et Goret, 1, rue Dante, Pari (5e), 23e année.



L'autohémothérapie de l'alcoolisme

MM. les Drs DELACROIX, directeur du *Moniteur médical*, et SÉVAL, d'Astaffort, veulent bien nous rappeler que c'est le Dr LHOPITALLIER, à *La Membrolle* (Indre-et-Loire), qui a préconisé le traitement de l'alcoolisme par l'autohémothérapie.

Tous nos remerciements.

Le traitement éthero-goménolé de la coqueluche est-il douloureux ?

Les gens bienveillants qui cherchent noise au corps médical devraient au moins avoir cette petite utilité de nous inciter à surveiller de très près ce que nous faisons, écrivons, etc.

Or, ne sommes-nous pas un peu moutonniers et trop respectueux du *Magister dixit* ? ... Je lis dans *La Clinique* un traitement de la coqueluche d'après le professeur Carrière, de Lille, déjà paru dans le *Monde médical* et d'autres périodiques.

Traitement éthéro-goménolé — suivi de la phase sacramentelle que tout le monde reproduit PARCE QU'ELLE EST FAUSSE.

« L'inconvénient du traitement est qu'il est très douloureux » !

Personnellement, je puis certifier le contraire et des malades de tous âges avec moi. De plus, efficacité remarquable.

Dr BAILLY-SALIN.

CORRESPONDANCE

111. — L'insolation accident du travail.

Je vous remercie de votre réponse à ma questi[on] sur les indemnités kilométriques, publiée dans u[n] des derniers numéros du *Concours*.

J'ai une fois de plus recours à votre obligeanc[e] pour le cas suivant :

L'insolation (coup de chaleur), peut-elle être regardée comme accident du travail ?

Voici les faits :

Le 16 juillet, je suis appelé d'urgence pour un bou[vier] de 50 ans, qui vient de tomber brusquement alors qu'il travaillait par temps lourd et orageux à un travail pénible sous un hangar mal aéré. Facie[s] vultueux, respiration courte. Je pratique une saignée, établis un certificat d'accident du travail avec l'approbation du patron qui pour plus de sûreté vie[nt] de téléphoner à l'agent local de la Compagnie d'assurances.

Le lendemain, à la même heure, au même endroit et dans les mêmes conditions atmosphériques, un

ouvrière, prise d'un même malaise, tombe... aération, compresses fraîches, saignée inutile, certificat.

Les deux malades prennent un repos de six jours et reprennent leur travail.

Or la compagnie d'assurances me refuse le règlement pour ces deux cas, sous prétexte qu'il ne s'agit pas là d'accident du travail. L'agent local, bien disposé en ma faveur, serait heureux également de connaître la solution de cette question.

Dr B.

Réponse.

En principe, d'après la jurisprudence, pour qu'une insolation constitue un accident du travail, il faut qu'elle ait été aggravée ou provoquée par le travail imposé à la victime. Il semble bien, dans les cas que vous avez eu à soigner, que les insolations ont été provoquées par les conditions particulières dans lesquelles les victimes effectuaient leur travail, puisqu'elles se sont produites à vingt-quatre heures d'intervalle et alors que les victimes effectuaient un travail identique.

Aussi nous estimons que vous pouvez porter l'affaire en justice avec quelque chance de succès. La procédure à suivre est de citer devant le juge de paix du lieu de l'accident le patron et non pas l'assurance contre laquelle vous ne pouvez agir faute de lien de droit. Nous vous rappelons que toutes les instances introduites en application de la loi sur les accidents du travail, sont exemptes des frais de timbre et d'enregistrement.

70. — Etat antérieur d'un accidenté du travail et secret professionnel.

Excusez-moi de vous importuner : je sais que vous avez déjà traité cette question dans le *C. M.*, mais je cherche en vain le numéro en question.

Ma cliente a reçu un coup de pied de vache et j'ai constaté, ainsi qu'en fait foi mon certificat initial, un œdème dur de la partie inférieure de la jambe gauche avec ruptures vasculaires dues à un traumatisme. Tout cela est exact. Je n'ai pas parlé de varices bien entendu. Il me semble que la compagnie n'a rien à voir dans cette question de varices. Que dois-je répondre ? ?

Il ne s'agit là que d'une petite incapacité temporaire, la chose est peu grave. Dr G.

Réponse.

Nous supposons qu'il s'agit bien d'un accident du travail couvert par la loi de 1898. S'il en est ainsi, quelles que soient les aggravations que l'état antérieur de la victime de l'accident puisse entraîner, du moment que la lésion primitive a été déterminée par un accident survenu au cours du travail, la victime a droit à toutes les indemnités prévues par la loi et notamment aux soins médicaux jusqu'à consolidation de la blessure.

Vous avez donc bien fait, au seul point de vue de la loi sur les accidents du travail, de vous borner à constater dans votre certificat les lésions

produites par l'accident sans faire mention de l'état antérieur de votre cliente.

Cette raison suffirait à vous autoriser à répondre par un refus à la demande de l'assurance. Mais un motif encore plus grave vous empêche de donner à l'assurance le renseignement qu'elle sollicite ; c'est l'obligation au secret professionnel que vous avez contractée à l'égard de votre cliente du moment où vous avez commencé à lui donner vos soins. Cette obligation est absolue, même en matière d'accidents du travail. Dans ce cas la loi vous oblige seulement à fournir un certificat décrivant la lésion et indiquant les suites probables de l'accident, mais c'est tout et toute indication que vous pourriez porter sur le certificat relativement aux maladies dont pouvait être atteinte antérieurement la victime de l'accident constituerait une violation du secret professionnel.

---

114. — Accident de battage.

Je viens de recevoir le jugement ci-inclus du tribunal civil, relatif à l'appel formé par mon adversaire B., que je m'empresse de vous communiquer, selon votre désir.

J'ai encore une affaire analogue en perspective, presque calquée pour ainsi dire sur la dernière :

En juillet dernier arrive à ma consultation le domestique d'un cultivateur ; nature de la blessure : écrasement d'un doigt par la courroie d'une machine à battre, exploitée par un entrepreneur, qui est venu battre chez le dit cultivateur.

Le blessé arrive avec les pièces nécessaires, formalités habituelles accomplies : remise d'un certificat d'origine de blessure au blessé, certificat qui est remis par le patron (le cultivateur) à son agent d'assurances ; — soins consécutifs pendant trois semaines ; — puis renvoi du certificat de guérison à la compagnie qui a reçu la déclaration et à laquelle est assuré le cultivateur (le patron par conséquent).

Cinq mois se passent ; je n'ai aucune nouvelle du règlement ; j'écris au représentant de la compagnie ; il n'a pas l'air de savoir de quoi il s'agit ; je réclame à la compagnie qui après un échange de lettres répétées, me répond : cet accident ne nous concerne pas, adressez-vous à l'entrepreneur de battages.

J'écris à ce dernier (fin décembre) ; il est encore à me répondre.

J'écris au patron, qui passe à la compagnie où il était assuré (car depuis le 1er septembre il a changé d'assurance : on lui a fait la même réponse qu'à moi, ce qu'il me confirme par lettre.

Je convoque le blessé, qui me déclare que toutes les formalités ont été accomplies.

Que dois-je faire ? Il s'agit d'une somme minime (96 fr.) mais il y a avant tout la question de principe.

Mon intention est d'appeler conjointement en conciliation : 1° le blessé ; 2° le patron ; 3° l'entre-

preneur et de laisser un jugement intervenir. Suis-je dans le vrai ?

Dr H.

Réponse

Au mois de juillet dernier, la loi étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail n'était pas encore en vigueur ; par conséquent le patron de votre blessé n'était pas responsable de l'accident à moins de faute engageant sa responsabilité dans les termes de l'article 1382 du Code civil, ce qui ne paraît pas être le cas en l'espèce. Vous avez donc fait fausse route en vous adressant à l'assurance du patron et celle-ci est fondée à se refuser à supporter les conséquences de l'accident, à moins toutefois que la police ne prévoie que ces sortes d'accidents doivent être indemnisés.

Mais une loi du 30 juin 1899 a décidé que les accidents occasionnés par l'emploi des machines agricoles mues par des moteurs inanimés et dont sont victimes, par le fait ou à l'occasion du travail, les personnes, quelles qu'elles soient, occupées à la conduite ou au service de ces moteurs ou machines, sont à la charge de l'exploitant dudit moteur. Puisque l'accident a été causé par l'emploi d'une machine à battre et que le blessé était occupé au service de cette machine, c'est l'entrepreneur de battage qui est responsable de l'accident, dans les conditions fixées par la loi du 9 avril 1898. C'est donc l'entrepreneur qui doit vous payer. Votre première lettre étant restée sans réponse, adressez-lui donc maintenant une lettre recommandée pour le mettre en demeure de vous payer dans un délai fixe, par exemple une huitaine. Faute de réponse dans le délai fixé, il ne vous restera plus qu'à l'assigner devant le juge de paix du lieu de l'accident du travail. Nous vous rappelons que ces actions sont dispensées des frais de timbre et d'enregistrement.

3287. — Cumul des divers revenus dans une cédule unique.

Je suis médecin de colonisation, c'est-à-dire fonctionnaire ; comme tel, je touche un traitement et des indemnités diverses, je verse à la retraite, etc. D'autre part, je suis aussi, pour la partie aisée de la population, médecin libre, c'est-à-dire que les visites que je fais à cette catégorie d'habitants me sont payées, et que je ne suis tenu envers ceux-ci à rien, sauf à me rendre une fois par semaine dans les centres qui font partie de ma circonscription.

Dans ces conditions, il me semble que je devrais, pour les impôts, payer séparément : 1° l'impôt sur les traitements et salaires ; 2° l'impôt sur les professions non commerciales. C'est ainsi que j'avais établi ma déclaration, et la chose a été admise les premières années. Mais dernièrement j'ai constaté,

en recevant ma feuille d'impôts, que l'on avait fait bloc des deux sources de revenus pour les imposer uniquement sous le titre : traitements et salaires. La chose n'est pas avantageuse pour moi (cela me fait plus de 200 fr. d'augmentation) ; aussi je me suis empressé d'écrire au contrôleur pour protester. Voici sa réponse :

« Suivant la jurisprudence constamment suivie « par les tribunaux administratifs et basée sur de « nombreuses réponses de ministres, il y a lieu, lors- « qu'un contribuable jouit de revenus de diverses « sortes, de totaliser ces revenus et de faire une seule « imposition à la cédule correspondant à la profes- « sion exercée à titre principal. Dans votre cas, votre « principale source de revenus étant la profession « de médecin de colonisation, profession à raison de « laquelle vous touchez un traitement, et la pro- « fession de médecin que vous exercez simultanément « étant d'un rapport moindre, il y a lieu de cumuler » vos divers revenus dans la cédule unique des trai- « tements et salaires correspondant à la profession « exercée à titre principal ».

Je vous serais très obligé de me dire si cette interprétation vous paraît juste, et, si tel n'était pas votre avis, de m'indiquer ce que je devrai faire pour obtenir une rectification. D[r] Z.

Réponse.

La jurisprudence dont fait état le contrôleur est beaucoup moins nette qu'il veut vous le faire supposer, et les réponses du ministre sont uniquement l'émanation de l'avis de l'administration ; mais aucun arrêt du Conseil d'Etat n'a encore sanctionné ou infirmé divers arrêts contradictoires de Conseils de Préfecture (1).

Rien dans la loi n'autorise l'administration à vous taxer à une seule cédule et vous pourrez présenter une pétition. Cependant nous croyons devoir vous faire remarquer, que parmi les cas en contestation, le vôtre est de ceux qui présentent le moins de chance de succès, attendu qu'en fait vous exercez une seule profession : celle de médecin, que seul le mode de rémunération varie suivant la clientèle, et que même envers la clientèle libre vous avez des obligations qui sont la conséquence de votre situation de « médecin salarié ».

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

10. — Calcul de la patente.

Je vous envoie mes feuilles d'imposition patente années 1923 et 1924 en vous priant de me dire si j'ai droit à réclamer.

En 1923 j'habitais une maison très vieille située au milieu d'une propriété de 20 ares environ, maison d'un bel aspect extérieur que je louais 4.000 fr. par

(1) Voir ci-après l'article « Jurisprudence » page 268

an. Ainsi que vous le verrez j'étais imposé pour 1/20 de 1.200 fr.

En 1924, j'habite une maison neuve qui est ma propriété, mieux extérieurement, mais moins grande propriété. Pourquoi l'imposition au 1/15 cette fois et sur 3.960 fr. ?

Vous m'obligeriez en me donnant votre avis et en cas de réclamation la marche à suivre.

Dr X.

Réponse.

Le taux du droit proportionnel varie suivant la population du lieu d'imposition et la valeur locative passible dudit droit.

Dans les villes de moins de 100.000 habitants, il est toujours du 15e.

En ce qui concerne votre imposition de 1923, vous avez bénéficié d'une erreur d'appréciation ou de l'ignorance du contrôleur, ce dernier était en droit de vous taxer d'après le loyer de 4.000 fr. exprimé dans votre bail. D'autre part, le taux du 20e n'existe pas pour la profession de médecin.

En ce qui concerne la valeur locative de 3.960 fr., l'exagération ne peut être prouvée que par la comparaison de votre propriété avec d'autres de même importance faisant l'objet d'une location de date récente. En outre si le prix d'achat est supérieur à 60.000 fr., l'évaluation du contrôleur serait difficilement contestable.

A. M.

3145. — Patentes multiples.

Comme membre du « Sou médical », je vous serais vivement obligé de me donner votre avis sur la question de la patente suivante.

Je suis à X. patenté depuis cette année. Néanmoins, j'ai conservé à Paris ma chambre d'étudiant et j'ai la surprise d'être invité à payer également une patente pour cette chambre au 5e au-dessus de l'entresol

Je donne des consultations tous les 8 jours à Y. à l'hôtel, où je suis invité également à payer patente. Je suis surpris de cette avalanche de patentes, mais la patente de Y. n'étant pas très élevée, je ne réclame pas.

Par contre les 191 fr. de patente pour ma chambre de Paris où je mets les pieds 3 ou 4 fois par an me paraissent résulter d'une mauvaise interprétation du contrôleur. J'ai écrit à celui-ci une lettre recommandée il y a une quinzaine, mais n'ai pas reçu de réponse.

Que me conseillez-vous ?

Dr N.

Réponse.

Il résulte de plusieurs arrêts que le médecin qui n'habite pas Paris, qui n'y vient que temporairement et n'y exerce pas la médecine, qui a sa résidence habituelle et principale dans une commune, où il exerce sa profession et où il est

(Voir la suite page XLVII-265)

PROPOS DU JOUR

De l'à-propos et du bon sens dans les œuvres d'assistance. Après Kerpape, Odeillo.

Nous voulons encore vous entretenir d'une question de sanatorium. Rassurez-vous, ce n'est plus à propos de celui de Kerpape dont le sort paraît maintenant nettement règlé. Les pouvoirs publics, les grands maîtres de la lutte antituberculeuse, se bouchèrent les oreilles quand le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France voulut attirer leur attention sur la mauvaise installation hygiénique et la déplorable direction de cet établissement. La Grande Presse, parfois si friande de scandales, fit, elle aussi, la sourde oreille. L'Union des Syndicats médicaux ne s'occupait, il est vrai, que du bien-être des petits malades et de la santé de plusieurs centaines d'enfants ! C'était, convenons-en, peu de chose. Mais, tout à coup, on apprit que les comptes de l'établissement n'étaient pas en règle et que l'administration financière du sanatorium était au niveau de son installation hygiénique, que les factures d'un certain nombre de fournisseurs étaient en souffrance et que, sans doute, quelques-uns de ces derniers ne seraient jamais payés. Oh ! alors, la chose devenait serieuse. Un de nos plus importants quotidiens consacra un article en première page à Kerpape, et dénonça en détails le scandale sous un titre à grosses capitales, en effleurant seulement ce qui avait trait à l'hygiène. Il est donc probable que la question du sanatorium de Kerpape est aujourd'hui liquidée.

C'est d'un autre sanatorium que nous voulons entretenir nos lecteurs, d'un sanatorium qui est, paraît-il, pourvu de tout ce qui manquait à Kerpape, d'un établissement d'héliothérapie merveilleusement installé, à Odeillo, dans les Pyrénées-Orientales, à 1800 mètres d'altitude. Rien n'y fait défaut : petits dortoirs de 8 lits bien exposés, séparés par des chambres de garde pour les infirmières, salles d'isolement, lavabos, laboratoires de chimie et de bactériologie, pharmacie, galerie de cure, rayons X, salles d'examen, de plâtre et d'opérations, dortoirs d'acclimatation et d'isolement, cuisine, buanderie, désinfection, chauffage. Il ne manque rien à Odeillo, rien... que des malades.

C'est fâcheux, c'est triste, car cet établissement a été construit pour les Pupilles de l'École, et par extension, pour les Pupilles de la Nation Une donatrice généreuse, Mme Stern, contribua pour un million à sa construction et plusieurs autres millions provinrent des subventions de l'Etat, de l'Office national des Pupilles de la Nation, des Associations des Pupilles de l'École. L'Etablissement peut, dit-on, recevoir 160 malades. Il est ouvert depuis le 1er novembre et l'on nous a affirmé qu'au bout de trois mois, il en hospitalisait *cinq*. Cet établissement modèle est destiné à soigner les tuberculoses osseuses, par l'héliothérapie. Ses organisateurs, les grands Phtisiologues de son Comité médical, sont atterrés de cet échec. Il faut à tout prix y remédier et, comme ils n'osent plus s'adresser au corps médical qu'ils ont dédaigné, ils supplient les directeurs d'écoles de leur trouver une clientèle. On accepterait des personnes des deux sexes de 6 à 21 ans, qui même ne seraient pas pupilles de la Nation, ni orphelins de guerre.

Mais d'où vient que cet établissement modèle, qui devrait être dix fois rempli, reste désespérément vide ? C'est qu'il est fort éloigné des grands centres, et notamment de Paris ; c'est, en outre, que les frais de la journée sont de 25 *francs* ! Combien de familles dont les enfants fréquentent les écoles primaires publiques, peuvent dépenser 25 francs par jour pour faire bénéficier un seul enfant d'un traitement qui doit être nécessairement d'assez longue durée ? Les organisateurs d'Odeillo y ont-ils songé ? En tous cas, ils ne sont pas embarrassés pour répondre. « Ces sommes, écrivent-ils, seront supportées en majeure partie par les Offices départementaux des Pupilles de la Nation ; pour le surplus, par les œuvres présentant les malades (?) ». Or il est triste de constater que les Offices départementaux des Pupilles de la Nation voient chaque jour leurs ressources diminuer, que l'Office départemental de la Seine aura cette année sa subvention réduite de cinq cent mille francs par trimestre, c'est-à-dire de deux millions par an. Comment ces sections, qui devront réduire des secours à des enfants cependant fort intéressants, pourront-elles faire pour subventionner le sanatorium modèle d'Odeillo ?

Nous ne prétendons pas que cet établissement

héliothérapique ne soit pas parfait, ni utile. Cependant les gens sérieux, consciencieux et pratiques, quand ils consacrent des millions à réaliser un rêve, surtout s'il s'agit d'une œuvre d'assistance ou de bienfaisance, se préoccupent d'abord de le doter d'un fonds pour lui permettre de fonctionner et de vivre.

Mais ce système en France est inconnu ou traité de vieux jeu. Au lendemain de l'armistice, si un administrateur de province éprouvait quelque scrupule à engager des frais inutiles et demandait en haut lieu si ces dépenses étaient bien nécessaires, on lui répondait en riant : « Mais allez donc, le Boche payera ». Nous savons comment le Boche a payé. Aujourd'hui, on dépense des millions, l'on construit établissements sur établissements (Odeillo n'est qu'un exemple) et quand il faut les faire fonctionner, on compte sur les subventions, c'est-à-dire sur le contribuable qui finira bien un jour par faire comme le Boche. Pour obtenir la pseudo-guérison de quelques tuberculeux, pour traiter 160 enfants, atteints de tuberculose osseuse, par l'héliothérapie et concurrencer Leysin, Hendaye et Berck, l'on dépense des millions et des millions. Pendant ce temps des milliers et des milliers d'enfants et leurs parents se tuberculisent dans d'innommables taudis parce qu'on ne peut leur offrir des logements sains. Et, pendant que des milliers de personnes se contaminent dans l'atmosphère empuantie de logis et de *bureaux de ministères* sans air et sans lumière, les grands maîtres de la lutte antituberculeuse vantent le climat d'Odeillo et l'énergie de la radiation solaire, en cherchant un peu partout les 160 malades qui n'y viennent pas parce qu'ils ne peuvent y aller.

Nous avions cru que le souvenir de Sœur Candide n'était pas oublié et que l'on avait renoncé à ses méthodes ! Hélas, il n'en est rien. Loin d'y avoir renoncé, on s'efforce de les ériger en principes ; la danse des millions continue et la tuberculose prospère.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE

Dr Albert Vaudremer,

Maître de Conférences aux Hautes-Etudes.

Dans La Presse Médicale *du 8 octobre dernier, nous avons lu avec un puissant intérêt un travail de* M. Albert Vaudremer, *intitulé :* Essais bactériothérapiques dans les tuberculoses chirurgicales. *Quinze observations, recueillies dans le service du professeur Gosset, nous ont impressionné en raison de la constance des résultats favorables obtenus par l'auteur, dont le procédé consiste à utiliser une émulsion de corps bactériens tuberculeux, traités d'une certaine manière, inspirée par les vues originales qu'il déduisit de ses recherches et de ses expérimentations.*

Pour M. Vaudremer, il ne fait aucun doute que l'évolution des tuberculoses chirurgicales peut être jugulée par une injection de bacilles tuberculeux débarrassés de leur tuberculine et de leur acido-résistance.

Cette question de la thérapeutique spécifique de la tuberculose étant de celles qui occupent, sans discontinuité, le premier plan de l'actualité scientifique, nous avons demandé à M. Vaudremer de vouloir bien mettre les lecteurs du Concours Médical *au courant de ses travaux.*

Il a accepté de bonne grâce, ce dont nous le remercions vivement, et nous commençons aujourd'hui la publication d'une série d'articles qu'il a bien voulu écrire à notre intention.

La Rédaction.

Le problème de la tuberculose semble être un des mieux résolus de la pathologie, et cependant, nous sentons confusément que ce n'est qu'un faux semblant et que bien des points nous échappent de cette maladie redoutable.

Son étude pourtant remonte à la plus haute

antiquité, puisqu'elle est contemporaine de l'époque où les premiers médecins surent reconnaître l'existence du mal lui-même.

Or, malgré les innombrables recherches poursuivies pendant des siècles, que savons-nous de certain sur la tuberculose. Ceci, surtout, que nous devons à Sir Robert Philip, « la tuberculose est une maladie infectieuse sans doute, mais différente des autres maladies infectieuses... »

Et cela est vrai. Nous savons depuis Villemin que la maladie est une infection contagieuse dont depuis Koch, nous connaissons le bacille acido-résistant, pathogène ; mais nous ignorons les relations de celui-ci avec les bacilles acidorésistants dits « saprophytes ». Nous connaissons les formes larvées et évolutives de la maladie, [mais nous ne formulons que des hypothèses sur le passage de l'une à l'autre.

Nous avons la notion de l'accalmie fréquente de l'infection pendant la grossesse et de son réveil après la délivrance, sans savoir les raisons effectives de ce calme et de cette tempête. Nous connaissons la tuberculose du diabétique, sans pouvoir facilement adapter cette forme d'infection au réveil, combien tardif, d'une infection du premier âge.

Ces quelques remarques, qu'il serait trop aisé de faire suivre de beaucoup d'autres, font que le médecin demeure anxieux devant cette maladie et découragé parfois devant l'inanité des efforts qu'il fait pour la bien connaître dans son essence, et la traiter dans ses effets.

Des points demeurent obscurs. C'est à l'étude de quelques uns de ceux-ci que nous avons le dessein de nous attacher dans une série d'articles sur la tuberculose rédigés pour le *Concours médical.*

Le travail que nous allons soumettre à la réflexion de nos confrères, les médecins praticiens, est le résumé de trente ans de recherches sur la biologie du bacille de Koch. Les faits accumulés au cours de cette longue série d'expériences nous permettront d'étudier le développement du bacille : sa morphologie ; les conditions qui régissent la présence ou l'absence de l'acido-résistance ; la production de la tuberculine ; les milieux nutritifs pauvres strictement suffisants au développement du bacille ; les milieux riches, favorables à ce développement ; les températures auxquelles ce développement peut se faire, etc.

Cette tâche une fois accomplie, il nous restera à en tirer des conclusions. Toutefois, avant d'aborder cette étude, nous aurons à jeter un regard sur le passé et à examiner comment la tuberculose a été envisagée après que la notion de la phtisie eût été discernée par les médecins.

Résumé historique.

La tuberculose est une maladie de la civilisation, ou de ce qu'on est accoutumé de nommer ainsi. Elle semble être apparue à une époque lointaine, quand les hommes, quittant la vie nomade, commencèrent à se rassembler dans les villes. Le Dr Henri Martin, dont les beaux travaux sur la préhistoire font autorité, nous a signalé que les ossements des hommes préhistoriques, examinés par lui, ne présentaient pas de stigmates tuberculeux. Ni les hommes de la période néanderthalienne, ni ceux de la période négroïde n'en ont.

Il n'en est plus de même des vestiges humains trouvés dans les nécropoles urbaines. Au cours de leurs recherches sur les momies égyptiennes, Elliot Smith, Armand Ruffer, Fouquet, Wood Jones et Derry ont trouvé des traces avérées de tuberculose : le mal d'ailleurs était connu cliniquement par les médecins de l'antiquité qui en ont, même, laissé des descriptions. C'est ainsi qu'Hippocrate l'a décrit sous le nom de « Consomption avec destruction ulcéreuse des Poumons ». Celse et Arétée de Cappadoce, eux aussi, en eurent connaissance.

Dans les manifestations pulmonaires diagnostiquées par les anciens, il est à penser, toutefois, que la distinction n'était pas faite entre les tuberculoses vraies et d'autres manifestations ulcéreuses du parenchyme pulmonaire. Certains auteurs, croyant le contraire, ont émis l'idée que, au temps d'Hippocrate, la notion anatomopathologique du tubercule existait.

Cette hypothèse est peu admissible, lorsqu'on sait que, dans l'Antiquité, les autopsies n'étaient pas pratiquées.

Quand au XVIIe siècle, l'anatomie topographique fut mieux étudiée, la notion de l'infection tuberculeuse commença à se préciser dans l'esprit des médecins. Ceux-ci, pouvant pratiquer des autopsies, remarquèrent, parfois, dans les poumons, de petites tumeurs arrondies, qu'ils comparèrent à des tubercules. Ce que les médecins de cette époque désignèrent ainsi semble bien avoir été les ganglions lymphatiques hypertrophiés, qu'ils rencontraient, parfois, dans le médiastin, les ganglions trachéobronchiques, ou dans les poumons eux-mêmes.

Cette altération des tissus lymphatiques, macroscopiquement constatable, orienta la doctrine médicale dans le sens du « lymphatisme » ; et l'on sait que cette doctrine a vécu plus de cent cinquante ans ; jusqu'au milieu du XIXe siècle.

Cependant quelques observateurs à l'esprit d'investigation avisé, n'admirent pas l'idée, commune à leur époque, que les ganglions lymphatiques hypertrophiés représentassent des lésions pareilles à celles qu'ils rencontraient parfois dans le parenchyme pulmonaire. La discussion sur ce sujet fut ouverte en 1783 par Thomas Reid, dans « An essay on the nature and cure of the Phtisis pulmonalis. »

Celle-ci fut reprise dix ans plus tard par Baillie,

◆◆

autre médecin anglais. Cet auteur montra que, dans les poumons, on rencontrait de petits corps arrondis ne dépassant pas le volume d'une tête de petite épingle, et que ces *tubercules* se développaient dans le tissu cellulaire unissant les vésicules aériennes du poumon.

Baillie vit que la réunion des petits tubercules formait de gros éléments semblables dont le centre pouvait se transformer en pus. Cette transformation purulente déterminait la phtisie.

Pour l'auteur anglais, on ne pouvait comparer avec des ganglions lymphatiques les productions morbides dont il décrivait le lieu d'apparition et le mode de transformation.

Les beaux travaux de Baillie n'eurent pas le retentissement qu'ils méritaient.

Ce fut seulement en 1810 que Bayle dans ses « Recherches sur la phtisie pulmonaire, » décrivit la *Granulation miliaire transparente* et *luisante*, différente du *tubercule* toujours opaque. Il montra que ces éléments caractérisaient la maladie pulmonaire, cataloguée sous le nom de *tuberculose* et que ceux-ci se trouvaient « dans la plupart des organes des phtisiques. »

A cette période, les auteurs, sous l'influence de Linné, s'efforçaient surtout d'établir la classification des états morbides. La phtisie pour nos devanciers fut un terme synonyme de consomption. Pour Sauvages, vingt sortes de causes pouvaient engendrer cette consomption. Portal les avait réduites à quatorze. Bayle, s'appuyant sur des renseignements nécropsiques, les réduisit encore. Il élimina de la tuberculose tous les cas ne présentant pas les lésions parenchymateuses qu'il avait clairement discernées, et c'est à lui que nous devons la division de la tuberculose en six formes, basées sur l'anatomo-pathologie macroscopique.

De ces six formes on peut éliminer le cancer des poumons et la gangrène pulmonaire, pour ne conserver que : la phtisie tuberculeuse, la phtisie granuleuse, la phtisie avec mélanose, la phtisie calculeuse.

Bayle sut voir que le tubercule miliaire, dont il avait reconnu la nature, existait dans tous les organes des phtisiques et qu'il était la cause de toutes les lésions tuberculeuses qu'on y rencontrait.

Il signala aussi que la maladie était une maladie générale qu'il désignait sous le nom de diathèse tuberculeuse, mot que Schœnlein devait remplacer par celui de *tuberculose*.

Toutefois cette diathèse tuberculeuse, Bayle ne la différencie pas d'« une maladie probablement scrofuleuse ».

Laënnec, élève de Bayle, apporta à l'étude de la tuberculose l'éclair de son propre génie.

Il montra que la maladie est *une*, provoquée par une lésion unique, *le tubercule*. Il montra, en outre, que la matière tuberculeuse peut se développer dans les organes sous deux formes : une, circonscrite, *le tubercule* ; une, infiltrée, *l'infiltration tuberculeuse*.

Dans les deux cas la matière tuberculeuse apparaît tout d'abord sous un aspect grisâtre et demi transparent ; puis, elle devient jaunâtre et très dense ; enfin, elle se ramollit et acquiert la fluidité du pus.

Les travaux de Laënnec sur les tubercules miliaires et les granulations tuberculeuses sont présents à l'esprit de tous, aussi bien que ses descriptions de l'infitration tuberculeuse — point n'est besoin de les reproduire ici. La lecture de ces travaux vieux d'un siècle est rendue captivante par l'exactitude des faits rapportés et la concision du texte.

Pour en faire juge le lecteur nous transcrirons ici le chapitre du *Traité de l'auscultation médiate*, où Laënnec a décrit les éruptions successives de la tuberculose pulmonaire : « Il est le plus commun de trouver une excavation et quelques tubercules crus — déjà avancés, dans le sommet des poumons, et le reste de ces organes, encore crépitants et sains d'ailleurs, farci d'une multitude innombrable de petits tubercules miliaires demi-transparents et dont presque aucun ne présente encore de point jaune central. Il est évident que les tubercules miliaires sont le produit d'une éruption secondaire et fort postérieure à celle qui avait donné lieu aux excavations.

« Très souvent, on trouve dans le même poumon des preuves évidentes de deux ou trois éruptions secondaires successives, et presque toujours alors, on peut remarquer que l'éruption primitive occupant le sommet du poumon, est déjà arrivée au degré d'excavation ; que la seconde située autour de la première et un peu plus bas, est formée par des tubercules déjà jaunes au moins en grande partie mais peu volumineux encore ; que la troisième, formée de tubercules miliaires crus avec quelques points jaunes au centre, occupe une zone plus inférieure encore ; et enfin, que le bas du poumon et son bord inférieur, présentent une dernière éruption des tubercules miliaires, tout à fait transparents, dont on trouve en outre quelques-uns çà et là, dans les intervalles laissés par les éruptions précédentes. Les exceptions à cet ordre de développement sont peu communes »

« Les éruptions secondaires ne se bornent point aux poumons. C'est encore à la même époque, c'est-à-dire au moment du ramollissement des tubercules formés les premiers, que des productions semblables se développent dans une multitude d'autres organes. Il est rare, en effet, que chez les phtisiques, le poumon seul contienne des tubercules : presque toujours les intestins en présentent dans leurs parois où ils déterminent des ulcères qui deviennent la cause de la

diarrhée coliquative qui accompagne souvent la phtisie pulmonaire.

« Il n'est peut-être aucun organe qui soit exempt du développement des tubercules. J'indiquerai ici ceux dans lesquels j'en ai trouvés et à peu près dans l'ordre de la fréquence des tubercules dans chacun d'eux.

« Les glandes bronchiques et médiastines ; les glandes cervicales ; les glandes mésentériques ; celles de toutes les autres parties du corps ; le foie, dans lequel les tubercules forment souvent des masses très volumineuses et arrivent rarement au ramollissement ; la prostate dans laquelle, au contraire, les tubercules se ramollissent souvent et laissent des excavations plus ou moins vastes ; la surface du péritoine et des plèvres ou les tubercules petits et très nombreux se rencontrent ordinairement dans l'état gris et demi-transparent, ou de crudité ; l'épididyme ; le conduit déférent ; les testicules ; la rate ; le cœur ; la matrice ; le cerveau ; l'épaisseur des os du crâne ; le corps des vertèbres, ou l'intervalle de leurs appareils ligamenteux ou de ces os eux-mêmes ; l'épaisseur des côtes ; tous les autres os. Les tubercules se développent plus rarement dans les muscles du mouvement volontaire que dans aucune autre partie. Quelquefois, mais très rarement, la production des tubercules commence dans les organes que nous venons de nommer et surtout dans les membranes muqueuses, intestinales, ou les glandes lymphatiques, et le développement de tubercules dans les poumons est le produit d'une éruption secondaire. »

Ainsi, par la seule observation, Laënnec était parvenu à résoudre un problème dont ses devanciers avaient confondu les données. Il s'en fallut de peu, alors, que Broussais ne vînt à nouveau obscurcir la question. Pénétré de la solidité de sa doctrine, Broussais tenta d'assimiler la tuberculose à une forme d'inflammation : « les organes irrités pendant un temps plus ou moins long finissent par devenir tuberculeux quand ils y sont prédisposés. »

Les médecins de notre génération ont encore entendu parfois professer cette doctrine : « La tuberculose suit un rhume négligé. » Cette théorie de Broussais, Laënnec la réfuta avec une solide abondance de preuves.

Celles-ci pourtant ne convainquirent pas tous les contemporains de Laënnec. Cruveilhier, faisant quelques réserves, admit que la tuberculose dérivait de l'inflammation et qu'elle était, comme l'avait dit Lugol, la signature anatomique de la scrofule ». Au contraire, Louis, appuyant son opinion sur 358 autopsies, joignit sa voix à celle de Laënnec et formula la loi à laquelle on a donné son nom : « aucun sujet ne présente de tubercules dans un organe quelconque, s'il n'en a dans le poumon. »

Nous savons aujourd'hui ce que cette affirmation a de trop absolu, mais elle n'en confirmait pas moins, au moment où Louis la formula, la découverte qu'avait faite Laënnec, quand il avait montré que le tubercule pouvait être rencontré dans tous les organes des phtisiques.

Avec Louis et Cruveilhier nous assistons aux dernières recherches anatomo-pathologiques exclusivement macroscopiques sur la tuberculose.

Après eux, la question prit une voie nouvelle sous l'action des histologistes. Mais ceux-ci, influencés par les doctrines de leur époque, et par les différences d'interprétations d'une science encore à ses débuts, ne contribuèrent pas tout d'abord à éclaircir un sujet difficile entre tous. En effet, la lutte doctrinale ne cessa pas avec l'investigation microscopique. Tout d'abord Lebert pensa trouver, dans le tubercule jaune cru, l'élément caractéristique du tubercule. Il le décrivit sous la forme d'un corpuscule irrégulier mesurant de 1 /140 à 1 /100 de millimètre. Pour lui, le corpuscule agent spécifique de la tuberculose ne se rencontrant pas dans les lésions scrofuleuses, il devenait évident que scrofule et tuberculose étaient deux maladies différentes, mais pouvant coexister chez le même individu.

Pour Reinhardt les différents aspects des tubercules décrits par Laënnec correspondaient à deux maladies différentes. Le tubercule gris et le tubercule jaune, produits inflammatoires tous deux, répondaient à deux processus différents. Tandis que le tubercule gris est le produit d'une néoformation conjonctive, le tubercule jaune est du pus épaissi et forme le corpuscule tuberculeux de Lebert. Les travaux de Virchow, traduits en français en 1871 et en 1874 n'apportèrent pas une grande clarté dans cette confusion. C'est pourtant à lui que l'on doit le terme de « matière caséeuse ». Il considéra celle-ci comme le produit d'une nécrose cellulaire, ce qui est vrai, mais il attribua à une série de causes différentes la production de cette substance. C'est ainsi, disait-il, qu'on pouvait trouver la matière caséeuse aussi bien dans le pus épaissi que dans la matière typhique, ou encore dans les vieux sarcomes, non moins que dans les produits tuberculeux.

Toutefois, Virchow admettait l'existence du tubercule, mais il limitait celui-ci à la granulation grise de Laënnec. Ce tubercule, pour lui, ne se développait que dans le tissu conjonctif : « qui, avec ses équivalents, étaient la matrice du tubercule. »

C'était déjà d'ailleurs l'opinion soutenue par Bayle et par Andral. L'intérêt des études de Virchow est dans l'exactitude des faits vus et décrits par lui. Ceux-ci sont aujourd'hui de notion courante. Mais l'origine du fait lui échappa ; on ne saurait s'en étonner, quand on songe qu'au moment où ces études étaient poursuivies, l'histologie et la biologie étaient des sciences naissantes.

C'est pourquoi l'auteur a pu considérer le tubercule comme un « néoplasme pauvre, frappé d'avance de caducité. » Cette condition entraîne une métamorphose graisseuse incomplète des cellules, avec l'apparition de l'opacité et d'une tache jaunâtre au centre de la granulation grise de Laënnec. Ainsi débute la transformation caséeuse du tubercule qui bientôt envahira celui-ci tout entier. Toutefois cette transformation caséeuse du tubercule peut manquer. Celui-ci peut être complètement résorbé, il peut aussi subir une transformation fibreuse ou devenir crétacé.

Cette résorption complète, ainsi admise par Virchow, montre la confusion qui régnait dans son esprit, quand il admettait la dégénérescence et même la disparition du tubercule. Celle-ci semble être possible, comme l'a montré Jacquerod de Leysin, mais elle ne l'est qu'après un temps très long. Ce n'est donc pas à la disparition du tubercule vrai qu'a fait allusion Virchow. C'est à la guérison d'un accident de nature banale sans doute ; cette interprétation découle d'ailleurs de l'opinion de l'auteur sur la matière caséeuse, que nous avons antérieurement rapportée.

Malgré eux, les auteurs de cette époque, si observateurs fussent-ils, ne pouvaient dégager leur esprit de l'idée de la scrofule. Virchow, n'échappant pas à cet entraînement, vit dans la matière caséeuse soit une forme de dégénérescence du tubercule, soit une forme de dégénérescence des lésions scrofuleuses. Cette scrofule était pour les médecins de la première moitié du XIXe siècle une maladie générale, dyscrasique, sanguine, dont l'élément nocif se fixait dans les glandes et les articulations.

Après que Bayle et Laënnec eurent constaté que la « matière tuberculeuse » existait parfois dans les adénites strumeuses, on en vint à admettre que la scrofule ou strume ganglionnaire et les lésions tuberculeuses dérivaient de *la tuberculose, cause* unique de lésions multiples ; mais, avec Virchow, la question fut remise en doute et le dualisme régna à nouveau. Cependant, les idées scientifiques « étant dans l'air » et les travaux des uns influençant toujours les travaux et les conceptions des autres, il advint que Broussais, Cruveilhier, Meckel, Andral, Lubstein, observateurs méthodiques, firent leurs les idées de Bayle et de Laënnec.

En résumé, au milieu du XIXe siècle, la discussion sur la nature de la tuberculose était vive ; pour les uns, la scrofule et la tuberculose étaient une seule maladie à manifestations multiples ; pour les autres, tuberculose et scrofule, étaient deux maladies différentes dont les manifestations anatomo-pathologiques pouvaient dans certain cas apparaître sous le même aspect.

Cependant, bien qu'il eût commis la confusion *que nous venons de signaler, Virchow* avait observé des faits exacts quand il avait limité son étude au tubercule de Laënnec.

Il avait confirmé l'existence des éruptions successives, reconnues par son prédécesseur ; il avait vu, en outre, la propagation des lésions aux vaisseaux et ganglions lymphatiques tributaires du territoire ulcéré, la présence des petits foyers disséminés dans les reins et le foie des tuberculeux pulmonaires, ou des foyers semblables, dans les poumons des malades atteints de tuberculose génitale, par exemple.

Ces faits avaient d'ailleurs été observés avant Virchow par Andral, Carswell et Cruveilhier. Dans sa « Clinique Médicale », Andral (t. 6, p. 333) enseignait que dans les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale, on voit, fréquemment, aux points correspondant aux ulcérations, de petits groupes de granulations d'où partent des traînées de granulations fines disposées comme les grains d'un chapelet. Ceux-là suivent le trajet connu des chylifères dont ils occupent la paroi ; ils aboutissent, généralement, à des ganglions mésentériques tuméfiés et caséeux.

L'analyse critique des idées dont nous venons d'indiquer l'essentiel nous montre que déjà, vers 1850, certains auteurs, comme Andral et Cruveilhier, admettant les idées de Broussais avec réserve, voyaient dans la tuberculose une maladie greffable. En 1857, Buhl, de Munich, alla même plus loin. Il admit que l'éclosion discrète de granules tuberculeux loin du point le plus atteint par la maladie, était due à la dissémination par le sang d'une matière spéciale infectieuse.

Certains auteurs ont déduit de cette affirmation que Buhl avait vu avant Villemin la nature infectieuse de la tuberculose. D'autres ont contesté cette déduction. S'il est vrai, comme l'a dit Baumgarten, que la notion fondamentale de la spécificité et par suite de l'infectiosité de la maladie ait échappé à Buhl, on doit reconnaître que cet auteur avait émis une hypothèse, audacieuse pour son temps, laquelle, ainsi qu'on le verra par la suite, n'enlève rien à la beauté de la découverte de Villemin. La valeur des recherches d'une époque n'étant représentée que par leur somme totale, il peut arriver que chacune d'elles n'ait qu'un faible résultat direct ; mais, il est rare qu'une découverte n'en entraîne pas une autre. C'est ainsi que la théorie de Buhl conduisit Virchow à rechercher si vraiment il n'existe pas d'éruption miliaire sans foyer caséeux préexistant, ou, comme l'avait pensé Laënnec, sans foyer tuberculeux ramolli. Or, il vit, en cherchant avec soin, que ce foyer caséeux ancien existait presque toujours en un point quelconque et il en vint à écrire que « c'est exceptionnellement que la tuberculose miliaire apparaît comme une infection primitive. »

On sait que cette loi entrevue par Laënnec, acceptée par Virchow, a été démontrée par les maîtres de notre époque : Hutinel et Marfan.

Malgré la constatation des faits importants que nous venons de signaler, la doctrine dualiste demeurait admise par la plupart des médecins. Pourtant, le mot scrofule « ne revient plus aussi souvent sous leur plume. Pour Niemeyer il n'existe qu'une sorte de tuberculose : la tuberculose miliaire. Quant aux masses infiltrées, elles ne sont que des résidus d'inflammation chronique. On doit donc admettre qu'il existe entre la tuberculose et les poussées inflammatoires qui la précèdent généralement, un rapport direct et immédiat se rattachant à l'origine à un seul et même état pathologique primordial, mais que ce rapport dérive de la métamorphose caséeuse des produits pneumoniques. »

Cette citation montre comment une idée préconçue sous l'influence d'une théorie règnante, pouvait obscurcir le problème résolu par Laënnec, dans ces termes : « La tuberculose est une : le tubercule la provoque ». Cette confusion dura jusqu'en 1870. Ch. Robin, Empis, Jaccoud, contribuèrent à la matintenir malgré les efforts que firent Hérard et Cornil pour la dissiper. La découverte de Villemin ne mit pas fin à cette erreur, qui ne cessa qu'en 1872 avec les travaux de Grancher et de Thaon.

(A suivre.)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Les chorio-épithéliomes

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1),

Vous vous souvenez qu'en étudiant les rétentions placentaires après l'accouchement, j'ai cité le mot de *chorio-épithéliome* ; c'est ce qu'on appelait jadis le *déciduome malin*. Il s'agissait d'une multipare qui, au cours d'une troisième grossesse, avait fait une fausse couche à 3 mois et demi, avait subi deux curettages parce qu'elle semblait incomplètement délivrée, et qui, ne cessant de perdre, avait été transportée ici dans un état lamentable d'anémie post-hémorragique. Je suis intervenu par une hystérectomie vaginale d'urgence, et j'ai retiré un choro-épithéliome classique. Malheureusement la malade a succombé. Elle présentait d'ailleurs des métastases pulmonaires rendant la mort inévitable.

Le *chorio-épithéliome* est une tumeur maligne développée aux dépens des tissus d'origine fœtale restés dans l'utérus à la suite d'une grossesse. Jadis on le nommait *déciduome*, et c'est le mot que très souvent encore nous employons, quoique à tort, dans le langage courant. En effet, les déciduomes sont des tumeurs développées aux dépens des éléments de la déciduale.

On l'a encore appelé d'un mot imagé le *placentome malin*. Cliniquement, le mot est bon. Anatomiquement, il est défectueux parce que dans le placentome il y a d'autres éléments que les éléments fœtaux.

Le chorio-épithéliome est extrêmement rare. On sait très peu de chose sur son étiologie, sinon qu'il s'agit d'une lésion exclusivement liée à une grossesse antérieure. Il existe des tumeurs de l'ovaire et même du testicule, des embryomes, dont l'aspect est analogue, mais leur espèce est très différente. Le véritable chorio-épithéliome est absolument propre à la femme qui a gesté. Or, cette grossesse a pu être menée à terme ; il y a des chorio-épithéliomes après l'accouchement. Cette grossesse a pu être interrompue par un avortement, comme dans le cas actuel. Cette grossesse peut être utérine ou extra-utérine, et ceci montre que le choro-épithéliome tient à l'œuf lui-même et non pas à l'endroit où il se développe. Cette grossesse enfin peut être normale ou pathologique ; normale, c'est-à-dire un œuf véritable, embryonné ; pathologique, c'est-à-dire un œuf molaire. Le point de départ de la lésion est donc un élément gestateur. Quant au rôle de la multiparité il est douteux.

Un fait, par contre, est de toute certitude, c'est qu'il n'y a point de chorio-épithéliome quand il n'y a pas eu rétention de débris ovulaires dans l'utérus.

Que savons-nous sur la pathogénie ? On suppose que les éléments du placenta fœtal, au contact du sang maternel, se nourrissent comme pendant la grossesse et vivent d'une vie parasitaire par rapport à la mère ; on voit donc ces éléments proliférer d'une manière exubérante.

Le *syncitium* a tendance à pénétrer dans l'organisme maternel, on en trouve dans les lacs sanguins et quelquefois dans tous les organes. Cette tendance à la dissémination, qui est physiologique, propre à la grossesse, s'exagère en cas de rétention de débris ovulaires. C'est le revêtement cellulaire des villosités, c'est la couche cellulaire de Langhans qui prolifèrent. Voilà pourquoi on a décrit cette tumeur sous le nom d'*epithéliome ectoplacentaire*, parce qu'on y

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, et recueillie par le Dr Laporte.

trouve les deux éléments constituants de ce qu'on appelle l'*ectoplacenta*.

A quelle époque apparaît un chorio-épithéliome ? Cette époque est d'une extrême variabilité. Ordinairement c'est deux à quatre mois après l'accouchement ou après la fausse couche causale, exceptionnellement après plusieurs années, si bien qu'on s'est demandé si dans l'intervalle il n'y aurait pas eu quelque grossesse méconnue ou transformation d'un polype placentaire.

Le mode de début habituel est marqué par une *métrorragie*, se produisant soit par un suintement continu depuis l'avortement, soit après une période semblant normale, ce qui fait croire d'abord simplement au retour des règles ; mais ces prétendues règles sont trop abondantes et prolongées, ce sont des hémorragies qui durent 10 ou 12 jours.

Par contre, il y a d'autres modes de début absolument exceptionnels, qui sont caractérisés par un symptôme lié à une métastase. Ainsi, certaines malades sont prises d'une *hémoptysie* : ce n'est que par un examen rigoureux, quelquefois par la mort suivie d'autopsie, qu'on voit que cette hémoptysie était liée à une métastase pulmonaire alors que la lésion utérine était passée inaperçue. D'autres malades viennent vous consulter pour une tumeur vaginale gênante.

A la période d'état, il y a lieu d'étudier successivement les signes *fonctionnels*, *généraux* et *physiques*.

Les *signes fonctionnels*, en réalité, se réduisent à un seul : les *métrorragies*. Ces hémorragies ont des caractères très nets. C'est avant tout leur extrême abondance. On a comparé ces hémorragies à celles du post-partum par inertie utérine ; c'est peut-être exagéré. Ce sont des hémorragies qui ont tendance à augmenter progressivement à mesure que la tumeur se développe. Elles sont continues, mais varient d'intensité ; elles passent par des périodes de renforcement quelquefois dramatiques.

Ce sont enfin des hémorragies rebelles à tout traitement. Lorsqu'il s'agit de la vulgaire métrite fongueuse, la curette arrive à guérir complètement les malades. Ici la curette, loin de les guérir, les aggrave. Tout curettage est une cause nouvelle de pertes.

En dehors des hémorragies, il n'y a que des symptômes relativement de peu de valeur. Ce sont d'abord les *écoulements séro-sanguinolents*, qui sont irritants et fétides, rappelant ce que l'on connaît bien en chirurgie sous le nom des « eaux du cancer » et charrient quelquefois des débris néoplasiques. C'est la *douleur*, toujours très tardive, n'apparaissant que quand la tumeur a dépassé l'utérus et envahi le *parametrium*.

Les *symptômes généraux* sont essentiellement une anémie effrayante : la malade semble un cadavre ambulant ; elle a une décoloration totale des muqueuses et de certains organes, une teinte cireuse des téguments, un peu jaune, suggérant immédiatement l'idée de cancer avant tout examen. L'anémie est considérable. Il n'est pas rare de trouver moins de deux millions, ou moins de 1.600.000 globules rouges par millimètre cube.

En même temps on constate de la maigreur, un affaiblissement progressif considérable, quelquefois des œdèmes peu volumineux, comme on en voit chez les cachectiques, quelquefois de l'albuminurie, quelquefois un peu de fièvre.

Pour rechercher les *signes physiques*, nous avons deux moyens, le palper et le toucher.

Le palper est nul. J'ai lu qu'on trouvait par le palper l'utérus augmenté de volume. Je veux bien croire que dans des cas très exceptionnels il en soit ainsi, mais dans les cas ordinaires l'utérus n'est pas accessible par le palper.

Au toucher vaginal, le col est *mou* et *entr'ouvert* comme dans les cas de rétention post-abortum. On introduit le doigt dans l'utérus. Ce toucher intra-utérin fait constater une augmentation des dimensions de la cavité utérine, et l'index trouve en un point, correspondant à l'ancienne insertion ovulaire, une tumeur très friable, très saignante, dont le doigt ramène des débris.

Si on laisse de côté des cas très controuvés et sujets à caution, on peut dire que le chorio-épithéliome évolue fatalement et progressivement vers la mort. Des auteurs ont parlé de guérison spontanée : on lit avec étonnement que certaines malades ont éliminé d'elles-mêmes leur chorio-épithéliome. Il est probable que ces auteurs ont observé des polypes placentaires ou des rétentions banales et non de véritables chorio-épithéliomes.

La mort est donc fatale ; elle survient dans le délai de 3 ou 4 mois. Elle peut arriver par cachexie progressive. Elle peut également être causée par un accident intercurrent : ce peut être la perforation utérine, pouvant donner lieu soit à une péritonite généralisée, soit à une hémorragie formidable. Ce peut être également le fait d'un curettage. Enfin une troisième cause de mort réside dans les métastases.

L'élément de rareté étant mis à part, le diagnostic est facile ; il suffit de penser au chorio-épithéliome pour éliminer la rétention *post abortum* banale : dans ce cas le curettage guérit. On y pensera pour éliminer le polype placentaire, pour éliminer le polype fibreux intra-utérin, qui provoquent des douleurs et des pertes, mais qui sont des tumeurs pédiculées et qu'on enlève avec la curette ou la pince. On y pensera pour éliminer le cancer du corps utérin. Enfin la dernière cause d'erreur, classique et intéressante, consiste à croire à une *anémie pernicieuse* : dans ce cas l'examen hématologique tranchera le diagnostic.

On se basera avant tout sur la notion étiologique : ce sont des femmes qui ont eu une grossesse et cette notion prend une valeur spéciale si on sait qu'elles ont eu une môle. On se basera sur les caractères des hémorragies qui sont permanentes, progressives, que rien n'arrête, sur la rapidité de l'évolution de la maladie, sur la béance du col utérin, enfin sur l'examen anatomique de la lésion, sur une biopsie.

Le chorio-épithéliome constitue le plus malin des cancers utérins. Si on ne l'opère pas, c'est la mort fatale. Si on l'opère, c'est encore très souvent la mort, soit immédiate, soit tardive par métastases. Si le chorio-épithéliome est grave, c'est parce que c'est un cancer. Un cancer, c'est essentiellement une tumeur possédant les caractères suivants : d'abord une tumeur cancéreuse est très souvent irrégulière, mollasse, végétante, très friable, saignant avec une extraordinaire facilité; c'est tout au moins ce que nous savons du cancer utérin. Au point de vue histologique c'est une tumeur essentiellement caractérisée par ce que d'un mot imagé on peut appeler l'anarchie cellulaire. Les cellules non seulement ne respectent plus le plan de leur architecture, mais présentent des figures anormales.

Le cancer est non moins caractérisé par ses rapports avec l'organe qui le porte.

Il y adhère intimement et ne peut être décortiqué comme une tumeur bénigne, comme un fibrome utérin, par exemple. Le cancer n'a pas de limites nettes, il pousse des prolongements, des racines. C'est une tumeur qui a une tendance à l'accroissement indéfini et à la dissémination.

Le chorio-épithéliome présente tous les caractères du cancer. C'est une tumeur dont le volume n'est souvent pas très considérable. Ici il atteint les dimensions d'une petite noix, d'une aveline, ou d'une cerise; dans d'autres cas, pouvant aller jusqu'à la grosseur du poing, disent les auteurs. Elle peut avoir une apparence de pédicule, mais ordinairement elle est sessile. Sa consistance est molle et friable, sa surface bourgeonnante, rougeâtre et ulcéreuse. Sur une coupe histologique, on retrouve les éléments de revêtement des villosités, mais ils sont intriqués : le *syncitium* forme des îlots, irréguliers, ramifiés, et des lacunes dans lesquelles se trouvent les cellules de Langhans. Les cellules présentent des noyaux multiples. On retrouve la même anarchie intra et extracellulaire qui caractérise le cancer. Les vaisseaux ont disparu, le sang occupe de larges lacunes irrégulières très nombreuses. Le tissu conjonctif a disparu également.

La tumeur plonge en plein muscle utérin, s'insinue entre ses fibres, cette pénétration ayant lieu par deux voies : d'abord, la voie vasculaire ; le syncitium pénètre dans la paroi des veines, détruit leur endothélium, ce qui explique les hémorragies. D'autre part il se glisse entre le faisceaux musculaires.

Donc, par sa nature histologique, par ses rapports avec l'utérus, par sa tendance à s'accroître, c'est bien un cancer. C'est encore un cancer par la possibilité de former des métastases ; celles-ci causent la mort dans 90 % des cas. Elles atteignent les poumons, le foie, les reins, le cerveau, etc. On a vu des accidents d'hémiplégie.

Les rapports du chorio-épithéliome et de la môle hydatiforme *a priori* ne paraissent pas évidents. Cependant il y en a trois : 1° dans un grand nombre de cas, peut-être la moitié si l'on tient compte des môles hydatiformes qui ne sont pas diagnostiquées, cette môle est à l'origine du chorio-épithéliome ; 2° dans l'une et l'autre on trouve la même anarchie cellulaire, la même prolifération désordonnée, en un mot il existe entre elles une similitude histologique ; 3° l'une comme l'autre s'accompagnent très souvent de transformation kystique des ovaires, comme c'est le cas ici. Ce kyste est essentiellement formé par des cellules à lutéine ; c'est, comme on l'a dit, une dégénérescence polykystique lutéinique; c'est encore un fait d'anarchie cellulaire.

Le *traitement* est prophylactique ou curatif.

Le traitement prophylactique est à envisager dans deux cas ; ou bien l'on a affaire à une môle, ou bien il n'y a pas de môle. Si la môle est constatée, il faut surveiller la femme de très près, et si après l'expulsion de la môle, même bien curettée, les hémorragies continuent, il faut enlever l'utérus. Là-dessus tout le monde est d'accord. Laissons de côté les exagérés, les Robespierre de la chirurgie qui font l'hystérectomie à toute femme portant une môle. Mais après l'expulsion de cette môle, la femme est à surveiller encore à cause de l'existence des kystes de l'ovaire.

En somme, le traitement prophylactique consiste à ne jamais rien laisser dans un utérus : donc, chaque fois que *post partum* ou *abortum* il y a des débris ovulaires dans l'utérus, il faut les retirer.

Le traitement proprement dit est l'hystérectomie totale. Le curettage n'est tolérable que comme nous l'avons fait, c'est-à-dire pour asseoir notre diagnostic.

C'est donc l'hystérectomie totale qu'il faut pratiquer quand le diagnostic est établi. Doit-on adopter la voie haute ou la voie basse ? *Grammatici certant.* Personnellement je ferai toujours descendre une semblable tumeur par voie basse, pour éviter le péritoine. Ce qu'il faut malheureusement ajouter, c'est que l'hystérectomie sera souvent difficile à cause de l'existence des métastases.

SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL

Par Garcia PELAEZ.

(*Archivos de medicina, cirugiia y especialidades*, 1er novembre 1924.)

De 1916 à juillet 1924, l'auteur a pratiqué 1259 laparotomies, au cours desquelles il a rencontré 962 fois un ou des ulcères gastriques ou duodénaux. Ces 962 cas se répartissent en trois groupes : le premier, en comprenant 140 (128 gastro-entérostomies, 3 laparotomies blanches et 9 résections) ; le second 332 (223 gastro-entérostomies et 109 résections) ; le troisième 490 (67 gastro-entérostomies et 423 résections).

Dans les deux dernières séries, l'ulcère siègeait, dans la moitié des cas sur le pylore, dans le quart sur le duodénum et dans la même proportion sur la petite courbure. Dans 38 % des cas, l'ulcère était perforé et pénétrait dans les organes voisins.

Bon nombre de malades arrivaient à l'opération dans un état de dénutrition avancée, soit en raison des vomissements, des souffrances, des hémorragies, de l'insuffisance de l'alimentation, soit en raison d'une tuberculose pulmonaire concomitante.

L'auteur insiste sur l'*intermittence* de l'évolution de l'ulcère, certains patients ayant eu jusqu'à 6 ans de calme complet.

Dans la première phase de la chirurgie gastrique, on ne pratiquait que la *gastro-entérostomie*, mais cette opération ne donnait satisfaction ni aux médecins, ni aux malades, la moitié seulement de ces derniers en retirant un bénéfice. Elle tend à être abandonnée aujourd'hui.

L'*exclusion pylorique*, combinée à la gastro-entérostomie, a perdu également beaucoup de terrain, même de la part de chirurgiens expérimentés, parmi lesquels figure EISELSBERG, le fondateur de la méthode ; en effet, si cette opération modifie heureusement l'évolution de l'ulcère, c'est en favorisant l'installation de la plus grave des complications de la gastro-entérostomie : l'ulcère peptique de la bouche anastomotique. Sur 418 gastro-entérostomies, l'auteur a dû intervenir à nouveau 39 fois ; en comprenant les cas inopérables, il arrive au chiffre moyen de 20 %, qui est voisin de celui de HABERER : 17 %. Remarque capitale : HABERER n'a rencontré cette complication que dans 1 % des cas de gastro-entérostomie simple.

L'*excision simple* et la *résection annulaire ou segmentaire* sont également à éviter, parce qu'elles n'empêchent pas la persistance de l'hyperchlorhydrie et du spasme tenace du pylore, et que, d'autre part, elles ne sauraient suffire dans les cas d'*ulcère multiple*, que l'auteur a trouvé chez 18 % de ses malades, surtout au duodénum. Il en est de même de la *thermocautérisation* de BALFOUR.

Seule est à employer l'opération qui supprime, avec l'ulcère, la zone de gastrite et de périgastrite, la région pylorique et le pylore lui-même — c'est-à-dire la *résection*.

Au point de vue du rétablissement de la continuité gastro-intestinale, l'auteur, sur 541 résections, a eu recours 5 fois au BILLROTH I (gastro-duodénostomie bout à bout) qui est le procédé le plus physiologique, mais qui ne peut être employé dans les cas avec adhérences et induration du tissu duodénal ; 27 fois au KRONLEIN-MIKULITZ, l'anastomose portant entre l'estomac et le jéjunum, sur le bas de l'ouverture gastrique non suturée ; 374 fois au POLYA, selon la technique de HABERER.

La résection donne de bons résultats.

HABERER n'a observé aucun cas de récidive sur 84 résections depuis 1902, GARCIA PELAEZ non plus ; ce dernier n'a été amené à opérer à nouveau que deux malades, qui lui venaient de confrères.

Comme suites immédiates de l'opération, on observe, chez un certain nombre de sujets, de la lourdeur avec oppression et nausées après les repas, en raison de la diminution de la capacité de l'estomac ; chez quelques-uns, il y a des symptômes de dyspepsie gastro-entérostomique (diarrhée et vomissements bilieux) ; chez les névrosés, des malaises mal définis.

On a coutume de reprocher à la résection la mortalité plus grande qu'elle entraîne ; cette objection est tout à fait imméritée, attendu qu'entre les mains de chirurgiens expérimentés la mortalité est égale ou inférieure à celle de la gastro-entérostomie simple : 3,7 % sur 423 résections contre 3 pour la gastro-entérostomie. HABERER a une mortalité actuelle de 5 % ; celle de MOYNIHAN est de 1,6 %. MOYNIHAN fait remarquer que les risques de mort par le traitement médical sont plus grands (hémorragies, perforation, transformation cancéreuse).

La gastro-entérostomie doit être réservée exclusivement aux sténoses du pylore.

L. PRON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement des vulvo-vaginites des petites filles.

Certains catarrhes saisonniers, la rougeole, la grippe, la coqueluche peuvent amener des vulvovaginites par simple multiplication des germes locaux existant normalement, et causer des vulvites banales, qui guérissent facilement par de simples soins de propreté, au besoin par des lavages à l'eau bouillie additionnée par litre d'un paquet de 10 grammes de sel marin et de 2 grammes de bicarbonate de soude, afin de mieux dissoudre les concrétions purulentes desséchées et adhérentes.

Beaucoup plus difficile à éteindre chez la fillette est la vulvite à gonocoques, que ceux-ci aient été décelés par l'examen bactériologique, ou bien par les circonstances rendant leur présence probable : écoulement vulvaire épais, jaune verdâtre, tachant et empesant le linge, surtout s'il ne coexiste pas avec une fièvre éruptive ou une fièvre catarrhale avec participation des muqueuses.

Le traitement consiste en injections locales avec le permanganate de potasse à 1 pour 4000. On prescrit une solution avec 1 gramme de permanganate pour 300 gr. d'eau, puis on en met une cuillerée à bouche dans un quart de litre d'eau chaude. Le liquide d'injection est porté à 38° ou 40° ; avec la même solution on lave au préalable la vulve et la périvulve. L'enfant est étendue sur le lit, en position gynécologique ; à l'orifice vaginal on aperçoit alors l'hymen, tendu à cause de l'écartement des cuisses, et l'orifice hyménéal circulaire ou ovalaire. Celui-ci est en général assez large pour qu'on puisse y introduire sans difficulté l'extrémité d'une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge, n° 8 ou 10 ; cette sonde adaptée au tuyau du bock est entrée d'à peine un centimètre pour commencer, puis, tout doucement, un peu plus profondément, sans aucune violence, en s'arrêtant dès qu'on sent le fond du vagin. Ne jamais lever le bock au delà de 10 à 12 centimètres pour éviter tout jet violent et tout refoulement du pus vers la matrice et les voies génitales. Cette précaution est indispensable pour éviter les complications ascendantes.

Une fois l'injection faite, recommande le Dr E. Apert, bien assécher la région, laisser l'enfant assise pour assurer l'écoulement des liquides et mettre un pansement hydrophile afin d'éviter les contaminations extérieures. Dans les cas moyens, on donne trois injections par jour, puis, bientôt, deux seulement ; ne pas hésiter à les multiplier dans les cas intenses.

En général, on ne s'occupe pas de l'urèthre, balayé par les mictions.

Dans les premiers jours du traitement, laisser l'enfant au lit entre le moment des lavages. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratique*, 10 septembre 1924.)

Pathogénie des états hémorrhagiques.

Franck distinguait les états hémorrhagiques d'origine purement vasculaire des états provenant d'une diminution des plaquettes. Cependant les auteurs tendent actuellement à incriminer l'action simultanée de ces deux facteurs, malgré l'opinion de Franck, séduisante au premier abord.

Toujours est-il que Mlle Marthe Ehrlich a fait elle-même dans plusieurs cas d'hémogénie une observation, qui n'a jamais été rapportée et qui permet de dire que l'état des capillaires joue un rôle important dans ce syndrome : une action brusque exercée sur les capillaires (soleil, lampe de quartz, bain froid) provoque ou accentue l'état hémorragique. (*La Presse médicale*, 27 septembre 1924.)

L'épiphysite vertébrale douloureuse de croissance des adolescents.

En face d'un syndrome douloureux rachidien, ou en présence de signes légers d'arthrite de la hanche ou du genou, c'est au mal de Pott, à la coxalgie ou à la tumeur blanche du genou qu'il faut tout d'abord penser. Et mieux vaut, en cas de doute, se conduire comme si c'était vraiment une de ces affections, dont il s'agissait.

Mais, d'après E. Sorrel et A. Delahaye, il ne faut pas oublier, si les signes de la lésion n'ont pas été très nets, s'il n'existe pas de signes radiographiques, si, en somme, le diagnostic n'a pas été très certain, que ce sont des malades qu'il faut revoir et réexaminer à de multiples reprises, car d'autres affections existent, qui peuvent simuler la tuberculose ostéo-articulaire au début. Parmi celles-ci, les épiphysites de croissance méritent d'occuper une place moins grande, peut-être, que celle qu'on leur a fait occuper jadis, mais certainement plus importante que celle qu'on a tendance à leur donner maintenant. (*La Presse médicale*, 10 septembre 1924.)

Récidives secondaires et accidents chancriformes chez les syphilitiques traités.

Peut-on prévoir, d'après la clinique et encore mieux d'après la sérologie, les récidives secon-

daires d'accidents cutanés, les accidents chancriformes tertiaires, la guérison et par suite la possibilité d'une réinfection ?

D'une étude très détaillée et fort documentée, MM. HUDELO et RABUT dégagent les réflexions suivantes : ni la clinique, ni le laboratoire ne nous donnent de précision suffisante pour affirmer la guérison complète de la syphilis. Celle-ci doit donc être traitée, d'une façon non seulement intensive, mais prolongée, et, malgré les barrages successifs de la réactivation et de la ponction lombaire, le malade doit rester sous la surveillance permanente et armée du médecin. (*La Presse médicale*, 10 septembre 1924.)

Les cures hydro-minérales dans les dermatoses.

Du point de vue dermatologique pur, écrit le Dr BORY, la plupart des dermatoses peuvent guérir sans le secours des eaux minérales. Cependant le concours hydro-minéral n'en est pas moins précieux, par la double action qu'il permet d'exercer périodiquement et de façon simultanée, sur l'état local de la peau, et sur le fonctionnement général des organes.

Un premier point, qui décide de l'indication hydro-minérale, toujours délicate à établir, est le suivant : pour qu'une dermatose soit envoyée dans une station, il faut que cette dermatose ait un caractère rebelle ou récidivant ; les eczémas, les parakératoses (eczématides, séborrhéides), le psoriasis, les lichens, les prurits, les tuberculides, les acnés et toutes autres complications de la séborrhée sont justiciables des eaux minérales.

Un deuxième point est la recherche de l'eau dont l'action topique et l'action générale combinées sont le plus favorables dans un cas déterminé. Pour le résoudre, il faut classer les eaux.

1° Au point de vue de l'*action locale*, il y a les eaux sédatives, et les eaux excitantes.

Parmi les premières, les alcalines (Vichy, Sail, Néris, La Roche-Posay, St-Christau) répondent plus particulièrement aux dermatoses anciennement appelées diathésiques véritables ; les sulfatées (Bagnères-de-Bigorre, Ussat, St-Gervais, aux dermatoses véritables, prurigineuses, aux eczémas, prurigos, urticaires ; les sulfurées sodiques faibles, la plupart radioactives (St-Sauveur, Luchon, Aix-les-Bains, Sail-les-Bains) donnent une sédation pour les symptômes d'irritation cutanée, les prurits.

Les eaux excitantes, en ce qui concerne au moins la balnéothérapie, ont comme indication générale les dermatoses sèches et torpides (Barèges, certaines eaux de Luchon pour les tuberculoses, les psoriasis non irritables, etc.).

2° Au point de vue de l'*action générale*, on distingue les eaux sédatives, les eaux dépuratives et les eaux reconstituantes, dont il est quelquefois avantageux de combiner l'action. (*Le Progrès médical*, 2 août 1924.)

Sur la chimiothérapie post-opératoire des méningites purulentes généralisées septiques d'origine otitique.

S'il était classique, il y a quelques années, de considérer comme fatal le pronostic d'une méningite purulente avec culture positive, on accuse aujourd'hui encore une mortalité de 70 à 75 %.

Depuis les travaux de Lermoyez et Bellin, on enseigne à cette heure qu'il faut intervenir aussitôt que possible. De la précocité de l'intervention dépend le succès. Suppression du foyer causal : mastoïdectomie, évidement pétro-mastoïdien. Drainage du liquide céphalo-rachidien par ponctions répétées deux fois par jour, ou par canule à demeure dans le rachis.

Il faut enfin désinfecter les méninges et améliorer la défense de l'organisme. On utilisa les injections intra-rachidiennes d'argent ou d'étain colloïdaux, sans grand succès.

M. MALOENS a eu l'idée de s'adresser à un corps composé : la septicémine, association synergique de l'hexaméthylène tétramine et de l'iode qui, dit-il, « non seulement permet de réaliser la désinfection locale de la région où siégeait le foyer causal, mais, grâce à son pouvoir de pénétration joint à sa complète innocuité, achève la désinfection de la totalité de l'organisme. Les éléments antimicrobiens de sa molécule agissent promptement, sans choc et sans phénomène d'intoxication. »

L'auteur rapporte une observation qu'il a publiée à la Société de chirurgie de Bruxelles le 25 octobre 1924. Il s'agit d'un enfant de 15 ans atteint d'otite purulente avec phénomènes méningés. La ponction lombaire donna du liquide purulent contenant du streptocoque. Il fit un évidement pétro-mastoïdien. Deux ponctions lombaires ramenèrent 40 à 50 cc. de liquide purulent. On administra ensuite des injections intra-rachidiennes de septicémine à la dose d'une, puis de deux ampoules de 4 cc. Quarante-huit heures après le début du traitement, le liquide céphalo-rachidien fut reconnu stérile. On administra ensuite la septicémine par voie intraveineuse, et on l'instilla localement dans la cavité opératoire et sur la gaze aseptique des pansements, à la manière de Dupuy de Frenelle.

Opéré le 21 juillet, le petit malade était guéri vers le milieu d'août.

Les recherches faites par l'auteur ont montré que les méningites, avec liquide céphalo-rachidien contenant des microbes, étaient dans la très grande majorité des cas mortelles. Les quelques cas guéris ne contenaient que du staphylocoque.

En général, la méningite à streptocoque ne pardonne pas.

Revenant ensuite sur les injections médicamenteuses intra-rachidiennes, Maloens, après

d'utiles recherches, a abandonné les injections intra-rachidiennes. Les espaces arachnoïdiens ne constituent pas une sorte de vase clos, mais font partie d'un grand système circulatoire. Le passage direct du liquide cérébro-spinal dans les veines est un des faits les mieux établis de la physiologie de la circulation cérébrale. Il faut donc envisager, dans le traitement des méningites septiques, les avantages que peuvent présenter, à la suite de ponctions lombaires évacuatrices répétées, non seulement le passage, dans le liquide céphalo-rachidien, des anticorps contenus dans le sérum sanguin des malades, mais aussi la filtration de produits médicamenteux injectés dans les veines. D'autre part, un médicament injecté dans le cul-de-sac lombaire diffuse mal dans le bulbe et le cerveau (Sicard) et il paraît difficile, sinon impossible, d'atteindre efficacement les méninges cérébrales par une injection lombaire.

De cette longue et très intéressante étude, l'auteur conclut que « parmi les médicaments de choix, la septicémine paraît être un agent très précieux par sa diffusibilité extrême et rapide dans toute l'économie, son intensité d'action et son absolue innocuité. »

L'imprégnation chimiothérapique de fond sera recherchée par voie intra-veineuse ; l'injection intra-rachidienne sera rejetée.

Enfin, la septicémine en applications locales, dans la plaie opératoire, hâte sans aucun doute la désinfection du foyer local.

En terminant, Maloens cite l'observation d'une femme de 29 ans, atteinte de méningite purulente généralisée, consécutive à une labyrinthite aiguë d'origine grippale, chez laquelle il suivit ces directives en faisant usage de la septicémine. Malgré la gravité extrême du pronostic, il observa une chute caractéristique de la température et une atténuation progressive des symptômes cliniques, et une amélioration parallèle des caractères du liquide céphalo-rachidien, jusqu'à complète guérison. (*Bruxelles Médical*, 16 novembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Variole et vaccinations, en France, en 1923.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 16-12-24.)

Onze départements ont enregistré des déclarations de variole au cours de l'année 1923. Ce sont : la Haute-Savoie, 3 cas ; la Seine, 3 cas, dont 2 à Paris ; la Loire, 2 cas ; le Calvados, la Charente-Inférieure, les Côtes-du-Nord, le Doubs, l'Isère, la Meuse, le Tarn et la Haute-Vienne, chacun un cas, soit au total 16 cas de variole, aucun d'eux n'ayant été suivi de décès. La majorité de ces varioles ont eu pour origine une importation de l'étranger, par voyageur ou marchandises. La surveillance de la vaccination des étrangers à la frontière constitue une mesure importante de prophylaxie anti-variolique, mais le moyen le plus efficace de prévention reste encore la vaccination de la population, dans les règles établies. M. Camus remarque que c'est souvent dans les grands centres que la loi semble être le moins bien observée.

La lutte contre le paludisme en Italie.

(MM. Léon Bernard et Marchoux. — *Académie de médecine* ; 16-12-1924.)

M. Léon Bernard rend compte d'un voyage qu'il vient de faire en Italie pour y étudier l'organisation sanitaire en général et la lutte contre le paludisme en particulier.

En 1887 encore, le paludisme causait en Italie 20.000 décès par an. Beaucoup d'habitants, dans les pays infestés, abandonnaient la culture, pour émigrer à l'étranger. Le gouvernement italien entreprit une croisade sanitaire intensive, poursuivit de grands travaux d'assainissement, améliora la situation matérielle des paysans et distribua *larga manu* de la quinine. Il se fit même fabricant de quinine, accapara le monopole de la vente de ce médicament, pour pouvoir le maintenir à un prix abordable et le céder aux communes à des conditions avantageuses. Les bénéfices résultant de cette vente furent affectés à l'intensification de la lutte anti-malarique. M. Léon Bernard ajoute que les résultats de cette organisation ont été pleinement satisfaisants.

Influence de l'exercice sur le rétablissement des convalescents.

(M. Boigey. — *Académie de médecine* ; 16-12-1924.)

M. Boigey estime que le repos obligatoire qui est souvent imposé aux convalescents n'est pas toujours justifié. Dans bien des circonstances, au contraire, l'exercice modéré est salutaire en pareil cas.

L'auteur a étudié l'influence de l'exercice, d'une part sur le poids, d'autre part sur les réactions neuro-motrices, pendant la convalescence de maladies fébriles diverses (rougeole, scarlatine, angines, bronchites, grippe). Il a vu que les sujets qui étaient alors maintenus au repos augmentaient moins rapidement de poids que ceux qui faisaient des promenades, des exercices et des jeux de plein air. Même action favorable sur la récupération de la force musculaire et sur l'état neuro-moteur. Il y aurait donc avantage à

conseiller aux convalescents, sauf contre indication, des exercices divers, il va sans dire modérés et progressifs.

Un cas de tuberculose de première infection chez l'adulte.

(MM. Lemierre, Kindberg et E. Bernard.— *Soc. méd. des hôp.* ; 21-11-1924.)

La tuberculose de première infection chez l'adulte est rare. MM. Paisseau et Lambling en rapportaient récemment un exemple chez un sujet nègre. M. Lemierre en relate aujourd'hui une observation concernant un homme de 31 ans, originaire de la Sardaigne. La maladie évolua chez lui très vite, en quinze jours à peine. L'autopsie montra une granulie récente, généralisée aux deux poumons et à tous les viscères, sans trace de tuberculose antérieure : pas d'adhérence pleurale, pas de tubercule fibreux ou crétacé.

Le patient était venu en France, il y a huit mois, pour travailler. Il avait échappé à la bacillose dans son pays, bien que la phtisie ne soit pas maladie inconnue en Sardaigne. Vivant à Paris dans un milieu pauvre, ignorant de toute hygiène, il était évidemment une proie désignée pour la tuberculose et une tuberculose rapidement grave.

Syndrome angineux et encéphalite.

(M. Ch. Laubry. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 21-11-1924.)

M. Laubry relate l'histoire d'un patient qui offrit des accès angineux à allure assez inquiétante, en même temps que du hoquet et de la somnolence, amenant à penser à l'encéphalite léthargique.

Les faits de ce genre (*angor* au cours de l'encéphalite) sont exceptionnels.

— M. Netter a souvenir également d'un malade, encéphalitique, qui accusa des crises d'*angor pectoris*. Les formes abdominales de l'encéphalite, simulant l'appendicite ou l'occlusion intestinale et ayant provoqué parfois une intervention chirurgicale, s'observent moins rarement.

— M. Sicard remarque que les algies thoraciques ou scapulo-thoraciques violentes, paroxystiques, sont relativement communes dans la névraxite, notamment au cours de certaines épidémies.

Syndrome angineux et insuffisance thyroïdienne.

(MM. Laubry, Mussio-Fournier et Walser. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-11-1924.)

M. Laubry a soigné récemment un malade atteint de syndrome d'angine de poitrine, qui a guéri par la médication thyroïdienne. Le patient, hypothyroïdien avéré, sans lésion valvulaire ni aortique appréciable, ni hypertension, vit ses accès angineux cesser après dix jours de traitement thyroïdien.

Il ne faut pas conclure de là que le corps thyroïde doit être systématiquement essayé dans l'angine de poitrine. Celle-ci reste un syndrome dont la cause habituelle est l'aortite, avec ses indications thérapeutiques propres, contre-indiquant même l'administration de l'extrait thyroïdien. Ce n'est qu'exceptionnellement, quand l'angor paraît être en rapport avec une insuffisance cardiaque associée à des signes d'hypothyroïde, que l'administration du corps thyroïde peut être tentée.

— M. Lian a remarqué que les crises d'angine de poitrine des angineux obèses diminuent souvent sous la seule influence de la cure d'amaigrissement. Chez le malade de M. Laubry, toutefois, le traitement thyroïdien est intervenu probablement en dehors de cette explication.

Exploration du poumon comprimé par pneumothorax

(MM. Giraud et de Reynier. — *Soc. méd. des hôp.* 7-11-1924.)

Un poumon comprimé par le pneumothorax de Forlanini reste-t-il véritablement fermé à l'air ? Pour en juger, MM. A. Giraud et de Reynier ont pratiqué chez sept malades déjà traités par pneumothorax artificiel, une exploration broncho-pulmonaire, après injection de lipiodol dans la trachée suivant la méthode de Sicard et Forestier. Il leur est apparu que si la compression du pneumothorax réduisait la perméabilité bronchique, elle ne l'abolissait pas d'une manière totale. Les auteurs pensent, dans ces conditions, que les bons effets de la collapsthérapie ne sont sans doute pas dus entièrement, comme on l'admet volontiers, au repos absolu du poumon traité, mais à un processus thérapeutique plus complexe.

— M. Sergent croit qu'il est bon d'avoir une certaine prudence dans l'appréciation des résultats d'une injection trachéo-bronchique de lipiodol, ce qui n'enlève pas leur intérêt aux études de MM. Giraud et de Reynier.

Le gardénal dans certains cas d'asthme.

(M. Pagniez. — *Société médicale des hôpitaux* ; 21-11-1924.)

Le phényléthylmalonylurée ou luminal, ou gardénal, précieux remède dans l'épilepsie, agit aussi quelquefois dans la migraine et peut, dans certains cas d'asthme, donner des résultats remarquables. M. Pagniez en a rencontré deux exempeles. Il y a là d'abord une acquisition thérapeutique intéressante. D'autre part, la sensibilité de quelques asthmes au gardénal établit un rapprochement nouveau entre l'épilepsie, la migraine et l'asthme.

— M. Sézary a signalé dernièrement les heureux effets du gardénal dans le traitement préventif des crises d'angine de poitrine.

— M. Pasteur Vallery-Radot a traité avec M. Blamoutier trois asthmatiques par le gardénal. Une fois, le résultat fut temporaire ; deux fois, il fut nul.

— M. Clovis Vincent rapproche, de l'action qu'exerce le luminal chez les asthmatiques, celle

qu'il possède dans divers états d'angoisse : anxiété respiratoire, sensation d'étreinte thoracique, etc.

Le tréparsol dans le traitement de l'amibiase.

(M. Ch. Flandin. — *Société médicale des hôpitaux* ; 21-11-1924.)

Le traitement actuel de l'amibiase comprend, on le sait, une association de l'émétine et des arsenicaux. Pour ce qui concerne ces derniers, l'expérience a montré que le médicament, administré par le tube digestif, sous un enrobage ne le libérant qu'après passage dans l'intestin, était plus efficace qu'en injections intra-veineuses. On a employé à cet effet successivement le narsénol (novarsénobenzol en capsules glutinisées) et le stovarsol.

M. Clément Simon ayant fait connaître récemment un nouveau produit arsénical très actif par voie buccale, le tréparsol, M. Flandin l'a expérimenté dans le traitement de l'amibiase. Les avantages de cette préparation sont sa teneur élevée en arsenic (28 % au lieu de 27 % pour le stovarsol et de 20 % pour le novarsénobenzol,), son élimination régulière et lente qui commence le jour même de l'ingestion et est totale en trois jours, et son activité. M. Flandin, chez ses dysentériques, en dehors des cures émétiniques, prescrit, durant quatre semaines, les quatre premiers jours de la semaine, 2 comprimés matin et soir de 0 gr. 25 de tréparsol, soit un gramme du médicament. Chez les individus malingres, trois comprimés sont suffisants.

L'auteur estime qu'à l'heure actuelle, le tréparsol est le composé arsénical le plus efficace que nous possédions contre la dysentérie amibienne. Son association à l'émétine dans les formes aiguës permettra souvent l'obtention de guérisons définitives. Il semble devoir être l'agent thérapeutique de choix dans les dysentéries chroniques. Il agit également sur les autres parasites intestinaux.

Les mycoses pulmonaires.

(MM. A. Philibert et F. Cordey. — *Société médicale des hôp.* ; 21-11-1924.)

Les mycoses pulmonaires sont des affections qui simulent la tuberculose, avec laquelle elles sont fréquemment confondues. Sans être communes, elles sont néanmoins intéressantes à connaître, car elles guérissent en général facilement par un traitement convenable.

Les champignons parasites qui peuvent intervenir dans ces mycoses sont nombreux : aspergillose, actinomycose, oïdium, oospora, sporotrichum, etc. MM. Philibert et Cordey ont observé un cas dans lequel intervenait le *saccharomyces granulatus*. Leur malade offrait depuis plusieurs années des lésions rappelant la tuberculose pulmonaire (induration pulmonaire bilatérale, avec râles — entraînant de la toux, de l'amaigrissement) et il était d'ailleurs pensionné de guerre comme bacillaire. L'examen des crachats, négatif au point de vue bacille de Koch, révéla le saccharomyces. Soumis à l'iodure et au bleu de méthylène (celui-ci particulièrement indiqué dans les mycoses par saccharomyces) le malade guérit rapidement.

Dans un cas douteux, donc, l'analyse des crachats devra être dirigée aussi du côté mycoses.

Tumeur inflammatoire du cæcum par corps étrangers

(M. Leuret. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 7-11-1924.)

M. Leuret a opéré une malade qui souffrait depuis plus de vingt ans de crises abdominales répétées, rappelant l'appendicite. L'examen de la fosse iliaque droite révélait la présence d'une petite masse dure et douloureuse, faisant penser à un appendice malade collé contre la paroi.

Le ventre ouvert, l'appendice apparut normal, la petite masse perçue à l'examen clinique se trouvant incluse dans les tuniques cæcales. Enlevée et adressée à M. Leroux, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, la pièce se révéla comme une lésion inflammatoire ayant à son centre un fragment végétal, que M. Leuret pense être une fibre de bois absorbée dans le pain. Le corps étranger en question, après avoir traversé sans encombre l'intestin grêle, était venu se fixer dans la paroi cæcale. C'est là une éventualité assez rare.

— M. Thévenard rappelle qu'il a signalé trois exemples de tumeur inflammatoire du cæcum dues à l'irritation provoquée par des parasites, difficiles à identifier en raison de leurs altérations.

Désinsertion du tendon extenseur du médius.

(M. Henri Judet. — *Société des Chirurgiens de Paris* 5-12-1924.)

M. Judet rapporte un cas de désintertion traumatique du tendon extenseur du médius, sans arrachement osseux. Le traitement, qui réussit bien lorsqu'il y a arrachement d'un petit coin d'os (immobilisation en hyper-extension) n'a donné aucun résultat. La gêne étant minime, toutefois, il ne semble pas que la suture tendineuse doive être nécessairement tentée.

P. L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite*).

Discussion des rapports.

M. Zawadzki (de Varsovie) se range à l'avis du rapporteur quant aux soins pré et post-opératoires en chirurgie gastrique. Mais l'anesthésie qu'il préfère est l'infiltration des nerfs splanchniques. Il relate une statistique de 300 cas sans mortalité.

M. Kummer (de Genève) a observé 32 fois dans ces dernières années des complications pulmonaires graves à la suite d'interventions diverses. 7 de ces malades sont morts dont 4 avaient été opérés pour étranglement herniaire gangréneux et 3 avaient subi la prostatectomie mais présentaient de la pyélonéphrite. Tous ces cas de complications pulmonaires ont été traités par l'injection de sérum antipneumococcique. Quelques réactions sériques ont été constatées et souvent le sérum n'a paru agir ni en bien, ni en mal, mais d'autres fois il a donné des résultats rapides et manifestement heureux avec sensation de mieux-être, amélioration des phénomènes dyspnéiques, facilité plus grande de l'expectoration, chute rapide de la température. Aussi l'auteur est-il décidé à continuer cette pratique.

M Roussiel (de Bruxelles) pense que les accidents pulmonaires ont souvent pour point de départ l'organe opéré lui-même ou le péritoine. Des grains de carmin abandonnés expérimentalement dans le péritoine d'un animal gagnent les ganglions, le canal thoracique, la veine sous-clavière, le poumon.

Avant l'intervention il faut rechercher l'acidose et la traiter. Si l'acidose persiste, l'opération est contre-indiquée.

Les sérums, salé, bicarbonaté ou sucré, rendent le foie plus apte à lutter contre l'intoxication chloroformique. Mais l'anesthésie de choix est l'infiltration des splanchniques et du ganglion semi-lunaire, complétée par l'anesthésie locale de la paroi.

L'auteur insiste sur la nécessité du lavage de l'estomac avant et après l'opération.

M. Loicq (de Bruxelles) considère que la transfusion sanguine est indiquée chez tous les futurs opérés qui n'ont pas au moins 3.500.000 globules rouges ou 75 p. 100 d'hémoglobine. Il a ainsi pratiqué 25 transfusions de 250 à 500 centimètres cubes de sang citraté avec l'appareil et selon la technique de Bécart, sans un seul accident. Mais les sangs du donneur et du receveur doivent être préalablement étudiés. La transfusion chez de tels malades augmente rapidement le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine et supprime le shock opératoire.

M. Bérard (de Lyon) comme tous les chirurgiens de l'école lyonnaise préfère l'éther au chloroforme. Dans les cas où l'anesthésie générale lui paraît dangereuse, il recourt à la rachi-anesthésie par injection de 4 centimètres cubes de scurocaïne et d'allocaïne entre D^{10} et D^{12}. Il a pu ainsi opérer sans accident 22 malades atteints d'affections gastriques ou duodénales.

Pour l'auteur, l'infection du poumon a le plus souvent comme point de départ la tranche gastrique et se fait par voie sanguine ou lymphatique. On a beaucoup exagéré le rôle de l'éther dans la production des accidents pulmonaires.

M. Goullioud (de Lyon) emploie toujours, en chirurgie gastrique et chez l'homme surtout, l'anesthésie locale de la paroi, préparée par une injection de morphine et complétée par quelques bouffées de Billroth pendant la suture de la paroi. Voici une statistique qui permet de comparer l'effet des anesthésies par inhalation et des anesthésies locales :

335 gastro ou pylorectomies ont donné 18 morts par complications pulmonaires, soit 5,37 p. 100. Or, l'anesthésie générale a donné, pour 183 cas, 14 morts (7,65 p. 100) et l'anesthésie locale, pour 137 cas, 4 morts (2,77 p. 100). La mortalité comparée chez l'homme et chez la femme est d'ailleurs très différente. Chez l'homme on a, avec l'anesthésie générale 12,64 p. 100 de mortalité et avec l'anesthésie locale 4,44 p. 100. Chez la femme, l'anesthésie générale comporte une mortalité de 3,12 p. 100 et l'anesthésie locale ne comporte aucune mortalité.

Cette statistique montre que l'anesthésie joue un rôle important comme facteur de complications pulmonaires mais cependant qu'il y a d'autres causes de ces complications, car l'anesthésie locale ne les supprime pas complètement.

M. Caillaud (de Monte-Carlo) pense que toutes les fois que l'on ne peut faire l'anesthésie locale le mieux est de recourir à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Mais pour donner avec ce produit une narcose de quelque durée, il est nécessaire de se servir d'un appareil spécial. L'auteur présente l'appareil qu'il a montré déjà en 1912 et qu'il a simplifié depuis.

Par cette méthode, l'intoxication est peu marquée. Le malade, au réveil, a une urine normale. L'urobiline n'augmente pas dans les urines. Les vomissements sont rares. Le rein n'est pas touché. Enfin cet anesthésique favorise le lever précoce.

C'est la chirurgie du tube digestif qui donne les malades les plus fatigués ; c'est pour eux surtout que le chlorure d'éthyle constitue le meilleur anesthésique.

M. Thévenard (de Paris) qui préfère à toute autre la rachi-anesthésie, emploie la cocaïne parfaitement purifiée. En outre il ne soustrait qu'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien et injecte entre le 2e espace lombaire et le 9e dorsal suivant la hauteur de l'anesthésie à obtenir.

Il rejette l'anesthésie paravertébrale, compliquée et assez dangereuse, et à l'anesthésie locale insuffisante préfère en certains cas l'anesthésie intermittente au chlorure d'éthyle. Enfin il a renoncé au somnifène recommandé par Fredet à cause de l'agitation consécutive qu'il détermine chez les opérés.

M. Billet (de Lille) prend la défense de l'anesthésie à la novocaïne des nerfs splanchniques. On a reproché à cette méthode d'être d'exécution difficile et d'exposer à la blessure de l'aorte ou de la veine cave. Ces reproches ne sont pas fondés. L'auteur rappelle les notions anatomiques sur lesquelles est basée la technique. On se rend compte que l'aorte et la veine cave sont protégées du contact de l'aiguille, par les corps vertébraux, en avant desquel elles sont placées. Seule la veine rénale peut être atteinte. Cet accident dont il ne faut pas s'exagérer l'importance est peut-être arrivé une fois à l'auteur et ne saurait faire condamner la méthode.

M. Cathelin (de Paris), à propos du rapport et sans prendre une part active dans une chirurgie qui n'est pas de son ressort, conseille cependant à ses collègues d'utiliser comme moyen anesthésique en chirurgie gastro-intestinale, la *méthode des injections épidurales* qu'il a imaginée il y a plus de vingt ans dans le service de Lejars et qui est maintenant largement utilisée dans les grands services de l'étranger. Cette méthode vient de faire un pas considérable avec la découverte de Hannecart, le chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Gilles, de Bruxelles, qui a eu l'idée, pour obtenir une anesthésie quasi-générale, d'utiliser les fortes doses, allant sans danger jusqu'à 200 centimètres cubes de scurocaïne à 1 p. 100.

Hannecart a pu ainsi faire facilement 3 gastrostomies ; 9 gastro-entérostomies ; 1 jéjunostomie en Y ; 1 jéjuno-jéjunostomie ; 9 appendicites ; 1 anus iliaque ; 1 résection intestinale et opérer un cas particulièrement intéressant d'occlusion intestinale.

M. Cathelin pense donc encore, comme en 1902, qu'il s'agit là d'une méthode de grand avenir parce qu'anodine et n'exposant à aucun des accidents de la rachianesthésie sous-arachnoïdienne.

M. Paul Delbet (de Paris) attache une grosse importance à l'examen de l'urine en chirurgie gastro-intestinale, car l'azotémie, à elle seule, suffit à produire un syndrome de pseudo-occlusion qu'il importe de dépister, et grâce à des recherches personnelles il a pu se rendre compte que les anesthésiques généraux augmentaient l'azotémie de 0,35 à 0,50 p. 100. La détermination préopératoire de la constante d'Ambard permet donc de prévoir ce que sera l'azotémie après l'administration de l'éther ou du chloroforme.

La glycosurie à la dose de 15 grammes par jour ne contre-indique pas les opérations, mais il ne faut pas chercher à faire disparaître le sucre ; en diminuant la glycosurie on provoque l'autophagie, l'acidose et on favorise le coma. Il faut laisser les malades au régime commun et leur donner des boissons sucrées.

La scopolamine est dangereuse par la dépression qu'elle produit ; les anesthésiques généraux sont redoutables par les vomissements et les complications pulmonaires dont ils sont la cause ; l'anesthésie locale est l'anesthésie de choix.

Le lavage de l'aire opératoire au sérum de Locke prévient le shock par résorption cellulaire. On se met à l'abri des phénomènes infectieux par l'injection préventive de sérum de Leclainche et Vallée et l'arrosage de la plaie au même sérum. Le sérum de Weinberg est indiqué après l'opération au moindre signe de réaction septique, pouls rapide, température basse.

M. Rastouil (de la Rochelle) passe en revue les diverses méthodes anesthésiques employées en chirurgie gastro-intestinale et indique ses préférences pour l'anesthésie locale ou régionale qui, pour être efficace, exige d'ailleurs l'action morale du chirurgien encourageant et rassurant le malade. Il pense que le chlorure d'éthyle donne également une bonne anesthésie. Mais il rejette le somnifène qui laisse le malade endormi trop longtemps et diminue parfois considérablement la quantité des urines.

M. Pauchet (de Paris) donne son avis sur l'anesthésie mixte, en chirurgie gastrique. Cette méthode consiste à administrer deux soporifiques successifs (scopomorphine, puis somnifène) et à pratiquer l'anesthésie locale (syncaïne à 1/100) de la paroi.

Chez les *sujets cachectiques* ou fatigués, l'infiltration de la paroi suffit quelquefois. Le plus souvent, il est nécessaire d'y adjoindre le blocage des splanchniques.

Chez les *sujets nerveux*, ou bien entre les mains d'*opérateurs non entraînés*, surtout en cas d'ulcus adhérent, la gastrectomie nécessite l'addition d'un narcotique supplémentaire. Le somnifène peut alors rendre service. Dans ces conditions, on peut, grâce à l'anesthésie locale, employer une dose plus faible de somnifène (4 centimètres cubes).

Avec le somnifène seul, il faut, en effet, au moment de l'ouverture et de la fermeture de la paroi abdominale, ajouter quelques gouttes de chloroforme ou d'éther. L'infiltration pariétale évite cette addition. De plus, l'anesthésie locale bloque les nerfs et amoindrit le shock, suivant le principe de l'anoci-association (Crile). La dose de soporifique est ainsi légère ; le malade ne conserve aucun souvenir de son opération. Cette méthode ralliera certainement la sympathie de la plupart des chirurgiens qui craignent de laisser subsister la conscience du malade, ou de rater le blocage des splanchniques.

M. Costantini (d'Alger) apporte un nouveau plaidoyer en faveur de l'anesthésie locale. Sur 50 interventions, il a utilisé successivement l'anesthésie générale, la locale, la rachidienne. Avec la première, il a constaté des accidents pulmonaires et il craint, depuis, l'anesthésie générale. La locale est ce qu'il y a de mieux, mais elle ne suffit pas pour certaines pylorectomies. C'est pourquoi l'auteur a utilisé l'anesthésie rachidienne. Il préconise, deux heures

avant l'opération, une injection de 500 grammes de sérum caféiné.

M. H. LARDENNOIS (de Reims) rappelle qu'il a, le premier, au Congrès de 1909, indiqué la cause de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac qui est l'aérophagie. Ce tic est beaucoup plus fréquent chez les malades de l'estomac et de l'intestin qui sont des anémiés, des asthéniques présentant une tendance aux spasmes et surtout une salivation exagérée.

L'aérophagie peut être libre, quand le cardia et le pylore laissent passer les gaz qui distendent l'estomac, ou bloquée quand, pour une cause quelconque, spasme ou oblitération mécanique, l'estomac ne peut se vider et c'est alors la dilatation aiguë postopératoire avec tous les accidents graves qu'elle détermine.

A côté de l'aérogastrie, il y a la distension du côlon transverse bloqué par une coudure ou un spasme de l'angle sous-splénique, aérocolie, caractérisée par l'apparition d'une tumeur sonore et douloureuse dans l'hypocondre gauche.

Avant l'apparition des signes fonctionnels graves, il existe des signes physiques très nets, l'immobilité de la voussure diaphragmatique gauche, l'abolition du murmure vésiculaire, enfin et surtout le déplacement du cœur refoulé à droite par la poche gazeuse.

Le traitement du tic aérophagique comporte : un appel à l'attention constante de l'opéré, des exercices de gymnastique diaphragmatique, l'ouverture de la bouche maintenue par un fume-cigarettes, des suppositoires belladonés, enfin l'évacuation des gaz bloqués, par le tube de Faucher.

MM. SIMON et FONTAINE (de Strasbourg) ont constaté, expérimentalement et cliniquement, que la laparotomie provoquait une chute de la tension artérielle. Cette hypotension a une double origine ; il s'agit d'une part d'une hypotension lente et progressive due à l'éviscération et à l'exposition à l'air et au froid des anses intestinales ; on observe, d'autre part, une série de chutes rapides et passagères, qui correspondent aux tiraillements des pédicules viscéraux. L'intensité de ce réflexe hypotenseur varie avec l'intensité de la traction exercée sur un pédicule. L'anesthésie générale l'atténue, l'infiltration cocaïnique des mésos le supprime complètement. Les auteurs en concluent que, pour éviter cette hypotension, cause du « choc opératoire » il faut opérer doucement, en évitant, les tractions inutiles et pratiquer l'infiltration des mésos ou l'anesthésie des splanchniques.

L'anesthésie locale avec infiltration des mésos ou l'anesthésie des splanchniques leur paraît donc être l'anesthésie de choix en chirurgie gastrique. Ils ont pratiqué ainsi : 11 résections gastriques avec une mort, alors que 28 résections faites auparavant sous narcose à l'éther leur avaient donné 7 morts. La mortalité a été nulle pour 15 gastro-entérostomies, alors que 31 exécutées sous narcose à l'éther ont donné 6,1 p. 100 de mortalité.

Le seul inconvénient que les auteurs aient observé après l'emploi de l'anesthésie locale est une rétention des selles et des gaz persistant quatre, cinq et même six jours, mais toujours bénigne.

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris) expose que lorsque l'on n'emploie pas l'anesthésie locale, ou la rachianesthésie, on doit avoir recours au chlorure d'éthyle pur donné au goutte à goutte. Lorsque celui-ci ne donne pas un sommeil assez profond, le meilleur anesthésique est le mélange qui contient 10 grammes de chloroforme pour 90 grammes de kélène.

Lorsque l'on craint une défaillance du foie, le meilleur mélange est celui qui contient un tiers d'éther pour deux tiers de chlorure d'éthyle. Ces mélanges donnés au goutte à goutte diminuent considérablement ou suppriment le plus souvent les ennuis ou les dangers de la maladie postanesthésique.

M. AUVRAY (de Paris) insiste sur la nécessité d'une désinfection soignée de la bouche, de la gorge et du nez dans la préparation des opérés de l'estomac et de leur faire subir des lavages répétés de l'estomac, en particulier avec de l'eau iodée.

Au sujet de l'anesthésie, qui est le point le plus discuté, l'auteur préconise toutes les fois qu'on le peut de recourir à l'anesthésie locale. L'anesthésie de la paroi suffit dans les opérations simples (gastrostomie, gastro-entérostomie) à condition de manœuvrer avec douceur, de n'exercer aucune traction brutale sur les viscères. Dans les opérations plus compliquées, on adjoindra l'infiltration des mésos à l'anesthésie locale de la paroi.

Dans certains cas, l'anesthésie mixte sera avantageusement employée ; la plus grande partie de l'opération sera faite à l'anesthésie locale et pour le temps final de l'opération, on administrera quelques bouffées d'un anesthésique général.

M. PÉRAIRE, à propos de la communication de M. Auvray et du choix de l'anesthésique local, indique qu'il se sert volontiers du nikétol. Il suffit : 1° d'appliquer des compresses imbibées de la solution de nikétol à 1/100 une demi-heure avant l'opération ; 2° au moment d'opérer, injections sous-cutanées de la solution à 2 p. 100. Après incision péritonéale, champs opératoires trempés dans la solution à 1 p. 100 pour isoler l'intestin.

S'il y a encore légère douleur, il suffit d'injecter dans les mésos de la solution à 2 p. 100. L'anesthésie se prolonge même dans la journée.

Un grand avantage, c'est que le nikétol est aseptique et non toxique.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Pathologie générale (*Suite*).

Cerclage caoutchouté des troncs artériels comme temps préparatoire aux exérèses anévrismales. — M. ROCHER (de Bordeaux) pense que le rétrécissement opératoire des artères peut être pratiqué simplement par l'application d'un cerclage caoutchouté, dont il décrit la technique, à l'occasion de l'observation d'une jeune fille de seize ans, qui vit se développer

au niveau d'une exostose du fémur, un anévrisme poplité supérieur, du volume d'une mandarine.

Ne pensant pas pouvoir exécuter la suture de l'orifice de communication de l'anévrisme avec l'artère, et ayant décidé de pratiquer avec l'excision de l'anévrisme, une résection parcimonieuse de l'artère poplitée, craignant, d'autre part, les dangers d'une interruption brusque du courant sanguin dont les voies collatérales ne seraient pas préparées, l'auteur pratiqua sur la fémorale, immédiatement au-dessus de l'anévrisme, un cerclage caoutchouté qui diminua le débit circulatoire, sans interrompre la circulation. L'intervention chirurgicale pratiquée douze jours après, se passa sans aucun incident, et il estime que cette méthode est beaucoup plus simple que les manœuvres de compression digitales ou instrumentales pratiquées au-dessus de l'anévrisme, ou même au-dessous de lui, suivant la nature de ces anévrismes et leur siège.

Traitement des abcès froids par l'exérèse. — M. Perrin (de Lyon). Il s'agit d'un procédé connu, quoique peu souvent appliqué en raison de ses difficultés et dont il y aurait intérêt à étendre les indications et la pratique. L'auteur a laissé de côté les abcès froids ganglionnaires et arthrifluents, mais il a traité par l'exérèse 90 gommes tuberculeuses et abcès ossifluents.

Les gommes représentent l'indication la plus formelle de la méthode. Chez un enfant de neuf ans, l'ablation d'une gomme nécessita la dissection musculaire de toute la face postérieure de la cuisse, mais la vaste brèche put être suturée et l'enfant guérit sans récidive.

L'abcès ossifluent doit être enlevé avec la lésion osseuse toutes les fois que la chose est possible. La radiographie donne à ce point de vue de bons renseignements préalables. Quelquefois on est obligé de terminer par un curettage et il ne peut s'agir évidemment alors de réunion par première intention ; cependant, même dans ce cas, l'exérèse complète de l'abcès abrège la durée du traitement. Comme exemples d'abcès ossifluents ainsi opérés, l'auteur cite en première ligne ceux des ostéites costales, un abcès rétromalléolaire avec lequel il dut enlever un séquestre tibial et qui guérit par première intention, un abcès dû à une trochantérite qui reste guéri depuis trois ans.

Même dans le cas où l'abcès est fistulisé, il y a intérêt à faire l'ablation en masse, la guérison est plus rapidement obtenue.

Voici des chiffres : la réunion immédiate a été obtenue 32 fois sur 35 dans des cas de gomme et 20 fois sur 24 dans des abcès ossifluents ; 10 gommes fistulisées ont guéri en un laps de temps allant de six semaines à trois mois et demi et 5 ostéites fistulisées sur 6 ont guéri dans un délai de trois semaines à cinq mois.

Les principes de la technique sont l'ablation très complète et l'exérèse rigoureuse. Très souvent, on ouvre la poche de l'abcès froid, il faut alors faire une incision cruciforme de cette poche et peler chaque lambeau. L'idéal est de terminer l'opération par une suture sans drainage, mais le drainage est souvent utile, particulièrement dans les cas infectés secondairement.

M. Sorel (de Berck) approuve pleinement les idées exprimées par M. Perrin. Il a, lui aussi, beaucoup d'abcès froids à traiter et leur applique, le plus souvent possible, la méthode de l'exérèse. Il pense que les abcès ossifluents ne doivent pas être opérés trop jeunes ; il est préférable, quand l'os est en cause, d'attendre que la lésion se soit un peu limitée. Dans les cas où il est difficile de savoir si un abcès a un point point de départ osseux, on emploiera avec avantage l'injection de lipiodol. La réunion immédiate est obtenue dans les bons cas, mais même quand il s'agit d'une lésion fistulisée, la méthode est encore excellente. M. Sorel n'a jamais observé à la suite de ces interventions les méningites ou les généralisations qui paraissaient si redoutables à Verneuil.

M. Auvray se déclare, lui aussi, tout à fait partisan d'une éradication aussi complète que possible des abcès froids. L'opération peut être réalisée beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. Elle a de gros avantages, elle donne une guérison rapide et raccourcit considérablement le séjour de certains chroniques dans les services hospitaliers.

M. Rocher distingue nettement les gommes et les ostéites. Autant l'exérèse est simple pour les premières, autant elle peut être compliquée pour les secondes. Cependant l'auteur a poussé très loin l'exérèse des abcès ossifluents et il traite de cette façon les lésions des doigts et du calcanéum par exemple. Il fait remarquer que la méthode est d'autant plus applicable aux abcès fistulisés que ceux-ci ne sont pas toujours infectés. Au point de vue de la technique il insiste sur les avantages que donnent l'éclairage frontal et l'aspiration et sur la nécessité de faire une suture plan par plan qui efface les cavités, au besoin d'employer le plombage ou l'autoplastie musculaire.

M. Reynès pratique depuis longtemps cette extirpation totale des gommes et des adénites tuberculeuses qui n'est qu'un cas particulier d'un principe de biologie chirurgicale dont les autres applications sont l'ablation en masse des anthrax et l'émondage des plaies.

M. Tuffier considère que la question sur laquelle on discute est très importante en ce qu'elle représente à propos d'une thérapeutique donnée une véritable évolution chirurgicale. L'auteur fait remarquer que la couche périphérique de l'abcès est vivante, qu'en la suivant de trop près on échoue souvent, qu'il faut donc passer assez loin d'elle, en tissus sains. Les règles à observer sont une exérèse large et complète et un effort attentif pour éviter l'inoculation du champ opératoire.

M. Walther s'est beaucoup occupé des abcès froids. Il estime que les lésions localisées sont à enlever d'emblée, mais que les lésions profondes, osseu-

ses, doivent être traitées d'abord par les injections qui donnent quelquefois la guérison et en tous cas modifient favorablement la poche si elle doit être enlevée chirurgicalement. De même la méthode sclérogène peut être avantageusement employée ; quand elle échoue, l'extirpation de la lésion se fait dans de meilleures conditions.

Les injections phlébo-sclérosantes de salicylate de soude (méthode de Sicard). Contribution anatomo-pathologique. — M. Jentzer (de Genève) ne veut ni confirmer, ni infirmer l'action de ces injections. Il se borne à poser deux questions :

1° Ces injections phlébo-sclérosantes peuvent-elles provoquer des embolies mortelles ?

2° Comment agissent les injections de salicylate de soude ? Y a-t-il simplement endoveinite comme le prétend Sicard ? — y a-t-il phlébite ou y a-t-il endoveinite, phlébite et périphlébite ?

A l'aide de radiographies exécutées par lui-même, d'observations cliniques et de nombreux examens microscopiques faits par le docteur Askanatzy, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a aucun danger d'embolie à injecter du salicylate de soude dans la veine saphène interne variqueuse en raison de l'inversion du courant.

2° Les injections phlébo-sclérosantes provoquent tout d'abord une inflammation chimique de l'endothélium veineux (endoveinite de Sicard) suivie quelques heures après d'un thrombus qui s'organisera et d'une inflammation qui s'étend à toutes les tuniques et même en dehors des tuniques de la veine injectée. Il y a donc endoveinite, phlébite et périphlébite.

(*A suivre.*)

Les Livres

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Bordeaux, 1923.

Dr A. Chalier et H. de la Tour. — **Le radio-diagnostic des affections des dents et des maxillaires** (1 opuscule, 32 pages avec 39 clichés).

De sérieuses connaissances en radiologie et en art dentaire sont indispensables pour mettre les clients et le radiologiste à l'abri de tout danger et pour obtenir des clichés corrects pris dans les poses les mieux appropriées à chaque cas.

Pour se prononcer dans une interprétation radiologique, il est nécessaire de connaître à fond les signes radiologiques des différentes lésions et d'avoir étudié beaucoup de clichés.

Les renseignements obtenus par la radiologie doivent, comme ceux obtenus par la vue pour les parties visibles en bouche, être rapprochés des renseignements fournis par les autres méthodes d'examen.

Ainsi compris, le radiodiagnostic rendra les plus grands services et son concours sera souvent indispensable, ainsi que le montrent les descriptions faites par les auteurs de l'aspect des images dans les affections les plus fréquentes des dents et des maxillaires.

Les Thèses

P. — Dr Eugène-Marie Demouy. — **De la tuberculose conglomérée de la choroïde dans la région papillaire.** (Paris, « La Lino-Générale », 123, rue Saint-Maur, 1924.)

Mtp. — Dr Henri Perramond. — **Contribution à l'étude de la symptomatologie de la dracunculose (filaire de Médine)).** (Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

La filaire de Médine, parasite de l'homme, dont l'évolution normale est d'arriver à l'extérieur à travers la peau pour rejeter ses embryons, peut, sous une influence inconnue, vider prématurément le contenu de son utérus, doué de propriétés toxiques, dans les tissus, et provoquer des accidents variés. Ces accidents revêtent, parfois, l'allure de syndromes complexes, que l'on ne peut rattacher comme étiologie au parasite, qu'au moment où il fait son apparition sous l'épiderme, et qui lui sont d'autant mieux imputables qu'ils disparaissent avec son expulsion.

La connaissance de ces complications multiples et diverses, dont les manifestations bruyantes occupent parfois le premier plan du tableau symptomatique, reléguant à l'arrière-plan la filaire de Médine elle-même, est de toute importance pour le médecin, appelé à soigner des indigènes ou des Européens provenant de régions contaminées par le dragonneau. Ces manifestations sont susceptibles de tenir le diagnostic en suspens pendant un certain temps et peuvent, si elles sont méconnues, c'est-à-dire non rapportées à leur véritable cause, entraîner des erreurs de thérapeutique préjudiciables aux malades (arthrite filarienne prise pour une tumeur blanche, internement, etc.).

Aussi faudra-t-il toujours, chez ces individus, penser à la filariose de Médine, en présence de symptômes pouvant être rattachés à une intoxication quelconque : fièvre, urticaire, arthrites, délire onirique, confusion mentale. La constatation d'un prurit, généralisé ou localisé, aura dans tous les cas la valeur d'un excellent signe, presque constant, et pour ces

complications filariennes, comme pour la plupart des diagnostics hésitants ou peu fréquents, le premier élément pour le médecin sera d'y songer.

Alger.— Dr François Gache. — **L'hyperglycorachie. Sa valeur séméiologique spécialement dans les affections psychiques. Essai de pathogénie.** (Alger, Jules Carbonel, éditeur, place du Gouvernement, 1924.)

En dehors des cas de diabète ou de glycosurie, l'hyperglycorachie est un signe qu'on observe avec une assez grande fréquence, et qui n'a, par lui-même, qu'une valeur toute relative. Il demande à être interprété, chaque fois qu'on le rencontre, à la lumière des données cliniques, qu'il soit isolé ou qu'il apparaisse associé à d'autres altérations du liquide CR. Il peut ainsi, assez souvent, acquérir une valeur séméiologique et diagnostique très importante, comme l'a établi l'histoire de l'encéphalite épidémique. L'hyperglycorachie peut, en effet, se montrer à l'état isolé au cours de certaines affections nerveuses, comme première et unique réaction méningée actuellement décelable, traduisant l'altération pathologique du liquide CR. On peut l'observer, dans ces conditions, au cours des états pathologiques suivants : certains états méningés, épilepsie convulsive, épilepsie bravais-jacksonienne, états commotionnels, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, poliomyélite aiguë et chronique, névrites, zona, etc.

L'hyperglycorachie se rencontre également, et d'une façon fréquente, à titre de signe isolé, au cours des divers syndromes psychiques : états asthéniques graves, états maniaques, états mélancoliques, états confusionnels, états démentiels divers, états de déséquilibre mental, épilepsie psychique, etc. Elle apparaît comme le témoignage d'un trouble organique touchant les centres nerveux, et elle peut apporter par sa présence un appoint diagnostique de premier ordre dans certains cas d'interprétation clinique particulièrement délicate.

On peut supposer d'abord que l'hyperglycorachie n'est qu'un phénomène purement mécanique, consécutif à l'hyperglycémie, et dépendant uniquement de cette dernière, par l'intermédiaire de processus plus ou moins compliqués. Mais on peut supposer aussi, qu'à côté de l'hyperglycémie, intervient un facteur local déterminant l'hyperglycorachie. Ce facteur local est caractérisé anatomiquement peut-être, par la congestion des centres nerveux, comme le suppose Mestrezat. Il est vraisemblable alors que cette congestion aurait pour conséquence physiopathologique, la mise en jeu de l'activité propre de l'épithélium des plexus choroïdes.

P. — R. Monceaux, docteur de l'Université (pharmacie). — **Le métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire.** (Paris-Condé, Etablissements d'Imprimerie Modernes, 1924.)

La conclusion pratique et thérapeutique de ce travail est que le meilleur traitement de la nutrition des tuberculeux consiste à *activer le plus possible les échanges de ces malades*, en leur fournissant le moyen d'intensifier leurs processus d'oxydation : oxygène dans un état physique particulier (ozone des campagnes), catalyseurs minéraux, opothérapie thyroïdienne pour lutter contre l'acidose. De plus, ne pas oublier de respecter le foie en maniant avec prudence les toxiques comme l'alcool, les phénols, les arsenicaux.

A PROPOS DE LA GRIPPE

Pendant que les journaux invitent les Parisiens à faire bouillir leur eau, à l'occasion d'une certaine recrudescence de la fièvre typhoïde, on signale volontiers, dans les statistiques sanitaires, un retour offensif de la grippe. Grippe peu méchante, d'ailleurs, tout au moins jusqu'à présent.

Et l'on se reprend à discuter sur la véritable nature de cette dernière maladie infectieuse, dont le germe n'est pas encore connu, en dépit des nombreuses recherches qui ont été entreprises. Le bacille de Pfeiffer, considéré quelque temps comme l'agent responsable de la grippe, n'apparaît plus que comme un hôte banal du rhino-pharynx, capable, le jour où sa virulence se développe et s'exalte, de provoquer certaines complications.

On a parlé également d'un virus filtrant. Et cette hypothèse semblerait assez justifiée, si l'on fait état de certaines expériences dont les auteurs ont contracté la maladie, après s'être injecté à eux mêmes quelques centimètres cubes de sang grippal *filtré*.

L'étude de la grippe, envisagée du point de vue épidémique, est particulièrement intéressante. Elle amène en effet à des conclusions qui peuvent servir de directives à une efficace prophylaxie.

Question pleine d'intérêt, puisque la grippe est essentiellement une maladie déprimante, qui diminue considérablement la résistance des sujets et les rend aptes à contracter la tuberculose, par exemple.

Mais, la prophylaxie peut diminuer les cas, empêcher la propagation des foyers épidémiques. Elle ne les supprime pas tous. Et il faut toujours en revenir à un moment donné à traiter des malades.

Des tentatives de vaccination polyvalente ont été faites. Il ne semble pas qu'elles aient donné

autre chose que certains espoirs qui se réaliseront un jour, mais qui laissent encore pour l'instant place à une thérapeutique symptomatique.

S'il s'agit de formes banales, caractérisées par une fièvre modérée, avec courbature, céphalalgie, catarrhe naso-pharyngé, le lit et la diète s'imposent tout d'abord. Les soins de la bouche et du nez ne seront pas négligés.Mais il faut se garder cependant d'employer, en instillations nasales, des préparations huileuses trop chargées en principes balsamiques. On a constaté en effet que, loin d'assurer la désinfection des cavités auxquelles on les destine, elles provoquent de l'irritation des muqueuses, de la congestion qui, par l'afflux sanguin qu'elle détermine et la chaleur qui en résulte, crée localement un merveilleux milieu de culture pour certaines germes qui ne demandent qu'à y proliférer.

Donc, on se bornera à quelques lavages du nez avec de l'eau bouillie tiède, légèrement salée; ces lavages seront suivis de l'introduction dans chaque narine de vaseline stérilisée.

Faut-il prescrire les antipyrétiques dont certains n'ont dû leur vogue qu'à l'usage immodéré qui en fut fait au cours de certaines épidémies grippales ? Affaire de discernement de la part du médecin. Il importe d'être très prudent dans leur maniement. S'ils contribuent à faire tomber le degré thermique, c'est parce qu'ils ralentissent les oxydations organiques. Or, ce résultat n'est pas précisément de ceux qu'il est indiqué de chercher à atteindre, dans les maladies infectieuses. La céphalée du début pourra, chez les sujets jeunes, robustes, exempts de toute tare cardio-rénale, bénéficier de quelques prises d'aspirine ou de pyramidon. Les sels de quinine auront aussi quelque utilité, non pas tant comme anti-thermiques que comme toniques et désinfectants généraux.

La toux ne sera combattue que si elle devient trop fatigante. Une potion dans laquelle l'acétate d'ammoniaque fournira ses propriétés stimulantes, tandis que l'aconit et la belladone interviendront comme sédatifs, appuyés sur un sirop anodin, comme le sirop de Lactucarium, pourra rendre des services.

Cela suffira ordinairement pour juger l'affection en quatre ou cinq jours.

Les formes plus sévères réclament une thérapeutique plus active. Là encore, le médecin s'inspirera des circonstances. C'est affaire de doigté clinique que de choisir opportunément entre les méthodes classiques.

Si les voies broncho-pulmonaires sont prises, un excellent procédé de révulsion consiste à emmailloter le thorax dans d'épaisses compresses faites de tarlatane ou simplement de serviettes, imbibées d'eau froide ou chaude, selon les cas. Cette eau provoquera d'autant plus facilement la vaso-dilatation périphérique décongestionnante, qu'elle aura été chargée des principes de la farine de moutarde.

Enfin, l'hyperthermie persistante pourra imposer la balnéation externe.

Pendant que ces moyens seront mis en œuvre, il ne faudra pas négliger la balnéation interne, menée parallèlement avec l'autre. Faire boire les malades est indispensable, d'abord pour calmer la soif dont la fièvre les torture, puis faire fonctionner leur filtre rénal, grand et principal émonctoire par lequel les déchets organiques et les toxines sont éliminés.

Comme boisson, la limonade vineuse, la citronnade, certaines infusions (tilleul, verveine, bourrache...) alterneront avec une eau alcaline judicieusement choisie, telle que la Reine de Vals.

La Reine de Vals se recommande au choix du médecin et du malade précisément parce qu'elle présente une minéralisation à dominante bicarbonatée sodique, quantitativement heureuse (environ 3 gr. par litre), et que cette alcalinité contribue à neutraliser l'acidité organique des états fébriles.

Elle se recommande aussi parce qu'elle est richement carbogazeuse, et que son acide carbonique lui communique des qualités eupeptiques qui ne sont pas à dédaigner. Après que cet acide carbonique a communiqué à l'eau de Vals une saveur piquante qu'apprécient très fort les palais fébricitants, il vient en effet agir sur la muqueuse gastrique pour la rendre infiniment tolérante.

On n'oubliera pas non plus que les eaux minérales naturelles, du type Reine de Vals, sont à proprement parler de véritables sérums naturels. Quand elles pénètrent dans le torrent circulatoire, elles y procèdent à un véritable lavage du sang dont elles entraînent au dehors toutes les scories. Car elles sont éminemment diurétiques, et elles assurent par cela même le fonctionnement du rein si nécessaire à une bonne épuration.

L'emploi de la Reine de Vals se justifie donc largement dans le traitement de la grippe, comme d'ailleurs de toutes les maladies infectieuses en général.

E. D. GASTON.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Obtiendrons-nous un jour une véritable réforme de l'enseignement médical, telle que la formation des médecins soit assurée dans les meilleures conditions possibles ?

J'ai fait ici-même, il y a quelques semaines, une brève critique du décret du 10 septembre 1924, portant réorganisation des études médicales. Or, ce décret ne sera mis en application qu'un an après sa promulgation au *Journal officiel*, c'est-à-dire le 11 octobre prochain.

Ce délai relativement long nous permet de reprendre la question, afin de nous efforcer d'arriver à un perfectionnement réel et indiscutable, qui refondra de fond en comble les programmes et leur exécution.

Une commission existe à l'Union des syndicats, qui a déjà mis sur pied un avant-projet. Nous espérons qu'elle réussira à compléter et à amender cet avant-projet, pour en faire un projet définitif capable d'être accepté par les Universités et par les Pouvoirs publics.

A côté des opinions que nous, simples praticiens, nous osons formuler, au nom de l'expérience que nous avons souvent chèrement achetée, il est intéressant de recueillir celles des hommes qui, nourris dans le sérail, en connaissent tous les détours. Et ce m'est aujourd'hui une véritable bonne fortune que d'emprunter, au professeur Chavigny, des passages proprement lapidaires de la belle leçon qu'il vient de professer à Strasbourg sous ce titre: *Préambule général aux études médicales* (1).

Sur le P.C.N., que je me suis permis de condamner, au moins dans sa forme actuelle, voici comment s'exprime M. Chavigny :

« J'avoue être un peu sceptique sur son utilité. Le P. C. N. vous aide, semblerait-il, à n'avoir aucune notion sur les données les plus indispenables en physique et en chimie médicales. A-t-il une valeur comme initiation aux données générales des sciences ? C'est plus que douteux. Cet examen assure des élèves aux Facultés des Sciences, il est possible que cela en justifie l'existence. Mais il y a des choses qu'il ne faut pas dire et vous voudrez bien supposer que je n'en ai pas fait mention. »

N'importe, Monsieur le professeur. Elles sont dites, et votre précaution oratoire ne fait que leur donner plus de force. D'ailleurs, si l'accord est quasi unanime, dans les mieux médicaux, à ce sujet, il ne faut pas craindre de le répéter sans relâche. Plus la tribune d'où partira la condamnation du P.C.N. sera élevée, etplus celle-ci aura de portée.

Les études médicales elles-mêmes sont-elles distribuées de telle sorte qu'elles façonnent de manière certaine de véritables praticiens, c'est-à-dire des médecins aptes à exercer la profession à laquelle ils se destinent ?

« Nous avouerons, dit M. Chavigny, qu'on peut avoir passé tous les examenns de médecine sans avoir acquis les aptitudes vraies, au métier, à la profession, sans en avoir nullement fait la preuve...... Or, c'est seulement au cinquième examen que les étudiants, parvenus à la fin de leurs études, ont à faire la preuve d'un réel savoir professionnel. Si, à ce moment, les examinateurs en arrivent à se convaincre que le candidat a totalement fait fausse route, qu'il n'est nullement apte à être un médecin, la situation devient alors embarrassante. Il est, en effet, trop tard pour obliger l'étudiant à s'orienter vers une autre profession. »

Oh ! Oh ! que terrible est cet aveu, dans une telle bouche ! Et quelle critique infiniment grave d'un système qui permet cette monstruosité : un étudiant parvenu à la fin de ses études, se révélant incapable d'être à la hauteur de sa tâche, et qui, cependant, parce qu'il est trop tard pour l'aiguiller dans une autre voie, n'en finira pas moins par acquérir son parchemin !

Mais en quoi la forme même des études peut-elle être rendue responsable d'un semblable résultat ? C'est, continue M. Chavigny, que jusqu'aux examens de clinique, tous ceux qui précèdent sont pour la plupart d'ordre livresque, la partie pratique de certains d'entre eux comportant des fraudes qui sont devenues traditionnelles.

« Bien des examens d'ordre pratique sont surtout passés par le garçon de laboratoire, lequel s'entend admirablement pour assurer un succès certain à ses protégés . »

Là, je crois que le professeur aurait été particulièrement bien inspiré en passant sous silence

(1) *Strasbourg médical*, 5 décembre 1924.

cette constatation. Au surplus, je ne vois guère que l'examen de dissection qui puisse se prêter à de semblables fraudes. Comment sont-elles possibles ? Sans doute parce que les candidats ne sont pas surveillés pendant l'épreuve qu'ils subissent. Ce n'est donc qu'une discipline intérieure à instaurer. Je n'y vois aucune impossibilité. Mais allant plus loin, si j'accepte, avec l'éminent professeur strasbourgeois, que les préparations sont souvent faites par le garçon de laboratoire, il y a une chose qu'il ne peut faire, à la place du candidat, c'est de répondre aux questions posées par les examinateurs, à propos des préparations.

Affaire encore de discipline intérieure que l'assistance régulière aux travaux pratiques.

« Quand on organise des travaux pratiques, les étudiants n'y viennent pas ; ils y viennent quand on les y oblige, quand on les conduit par la main et par l'oreille..... Toutes les fois que vous pouvez y échapper, vous ne manquez jamais d'invoquer les excuses les plus plausibles. Pourquoi ? Cela ne vous intéresse pas ; il est peut-être vrai que souvent, les travaux pratiques sont mal organisés..... Pourtant il n'y a de vrai, de profitable, que ce que vous avez vu, touché, manié, retourné au cours de vos études... Ce que vous aurez vu par vous-mêmes, pratiquement fait, vous reste avec toute sa fraîcheur... Il faudrait, au lieu d'être si rebelles à tous les travaux pratiques, que vous y deveniez aptes, et que vous en ayez d'abord le désir, l'appétit. »

Si c'est affaire d'organisation, il appartient au personnel enseignant, quand il a discerné les causes du peu d'attrait de ces travaux, d'y remédier. Quant à l'assiduité des élèves, je croyais naïvement qu'elle était constatée par des appels, que les absences répétées entraînaient des sanctions, telle que l'impossibilité de prendre des inscriptions, et que des notes figuraient au dossier qui devaient jouer un rôle le jour de l'examen.

Que valent les cours et les conférences *ex cathedra* ?

« Je ne voudrais pas me montrer trop dur pour les cours, car je suis obligé d'en faire ; mais il faut l'avouer, certains cours ne sont, hélas ! qu'un manuel développé. »

M. Chavigny déplore la façon dont s'apprend l'anatomie.

« L'anatomie est une science à trois dimensions, c'est une science dans l'espace. Impossible de l'apprendre à plat sur les figures d'un livre..... En anatomie, on retient pour toujours ce que l'on a vu, le reste ne compte pas. »

« Pour tirer la conclusion réellement utile de toutes ces données, ajoute-t-il, je vous demande de songer, à l'avance, à l'intérêt primordial, de tout ce qui est d'ordre pratique dans le cycle de vos études. D'avance, soyez convaincus que vous devez vous préparer à profiter de l'enseignement clinique auquel vous prendrez part. La supériorité de l'instruction faite par la clinique ne se discute pas. Mais quelle différence entre ceux qui, étant internes du service, ont été en contact vrai avec le malade, et d'autre part, ces étudiants qui se sont contentés de demeurer spectateurs d'un service clinique, restant les deux mains dans leurs poches, attentifs pourtant à ce que fera le chef de service. De cette attitude passive, le bénéfice est nul. Il faut, en clinique, toucher, manipuler le malade, en prendre plein les mains, plein le bout des doigts..... Ce que vous aurez fait en clinique, vous le saurez pour toujours. C'est de cela que votre expérience personnelle sera constituée. Ayez la passion du malade, en clinique. »

J'ai déjà écrit quelque chose d'analogue, en d'autres termes, sans avoir l'autorité de M. Chavigny. Et cela, c'est bien tout un programme d'enseignement, d'instruction, dont le centre n'est et ne peut être que là où se trouve le malade, c'est-à-dire à l'hôpital. Et nous en revenons à la formule : *L'hôpital, centre des études médicales.*

Le professeur termine en souhaitant que les étudiants qui viennent de terminer leurs études secondaires apprennent comment il faut travailler, pour tirer le meilleur parti de l'enseignement supérieur.

Il est facile de résumer l'essentiel de la leçon de M. Chavigny. Il fait une excellente critique des méthodes actuellement suivies, il en dénonce les lacunes, les dangers. Et il indique que c'est par la pratique, uniquement par elle, que l'étudiant en médecine deviendra un médecin bien équilibré et judicieux.

C'est bien ainsi que nous jugeons également la situation, Il ne nous déplaît pas de nous trouver en accord, à ce propos, avec un universitaire qui donne son enseignement dans une Faculté dont le doyen, le professeur Weiss, s'est lui-même exprimé sans ambiguïté sur les défauts de la conception actuelle des études médicales.

Je loue leur courage, et je fais des vœux pour que leur exemple soit suivi, et que, dans toutes les Universités, le personnel enseignant se lève pour réclamer qu'à la base des études, figurent les sciences fondamentales : anatomie, histologie, physiologie, apprises avant tout à l'aide de travaux pratiques bien organisés, la clinique demeurant nécessairement l'apanage de l'hôpital, je le répète, véritable centre d'enseignement.

G. DUCHESNE.

R. H. M. S. : 5010.

JURISPRUDENCE

Accident d'automobile. — Médecin appelé par l'automobiliste. — Responsabilité de ce dernier.

TRIBUNAL DE PAIX D'EU

24 *octobre* 1924.

Le Tribunal :

Vu la citation introductive d'instance, la mise en cause, les conclusions et explications des parties :

Attendu qu'il est établi par les débats que le 29 avril 1923, à Plainfaing, un homme âgé fut renversé par une automobile, conduite par Schuemacher ; qu'aucune enquête ne fut faite par la gendarmerie pour rechercher les responsabilités ; qu'aussitôt l'accident, Schuemacher se rendit auprès du Dr Thiébaux pour le prier de venir donner ses soins au blessé ; qu'une somme d'argent fut versée par Schuemacher à la personne qui avait reçu chez elle le blessé pour la dédommager de son dérangement ;

Attendu qu'il est démontré d'une façon absolue par les éléments de la cause que Schuemacher a engagé sa responsabilité quant au paiement des frais médicaux consécutifs à l'accident ; que, par suite, il ne convient pas de rechercher si le fait d'aller quérir un médecin pour prodiguer ses soins à un tiers peut entraîner une responsabilité et, par conséquence, le paiement des honoraires dus au docteur ;

Attendu, en effet qu'en adressant le docteur Thiébaux à l'agent de la Compagnie d'assurances « La P. », à laquelle il était assuré, pour le paiement de la note d'honoraires, Schuemacher reconnaissait bien être l'auteur de l'accident survenu ; que, s'il avait méconnu toute responsabilité, il eût opposé une fin de non recevoir à la demande de paiement qui lui était faite par le médecin, il n'eût pas fait appel à la compagnie qui le garantissait contre les accidents ; qu'il aurait alors soutenu, vis-à-vis du Dr Thiébaux, la thèse qu'il essaye de faire adopter aujourd'hui, à savoir qu'il n'aurait agi que par pure humanité pour ne pas laisser un malheureux blessé sans secours ;

Qu'enfin, en versant une certaine somme d'argent à la personne chez qui avait été transporté la victime, Schuemacher faisait acte d'auteur responsable de l'accident en dédommageant de ses propres deniers celui qui avait aidé à secourir la victime ;

Que cette gratification ne s'expliquerait pas de la part d'un individu méconnaissant tout principe de responsabilité et n'intervenant que par humanité ;

Que, des considérations qui précèdent, il ressort à l'évidence que Schuemacher a agi comme auteur responsable de l'accident et a, vis-à-vis du Dr Thiébaux, tout au moins, engagé formellement sa responsabilité ;

Attendu qu'il convient donc de faire droit à la demande du Dr Thiébaux et de condamner Schuemacher au paiement de la somme réclamée ;

Attendu, en ce qui concerne la Compagnie « La P. », qu'aux termes de l'article 5 de la police d'assurances contractée le 23 janvier 1919, il est stipulé que l'assuré s'engage sous peine de déchéance à ne faire aucune transaction, sans le consentement de la Compagnie, ni à se reconnaître responsable d'accident ;

Attendu qu'en s'engageant ainsi qu'il l'a fait vis-à-vis du Dr Thiébaux, Schuemacher a certainement encouru la déchéance prévue par la police d'assurances et que l'on ne saurait, dans ces conditions, condamner la Compagnie « La P. » à le garantir des condamnations prononcées contre lui.

Par ces motifs :

Le Tribunal, statuant publiquement, contradictoirement en dernier ressort.

Condamne Schuemacher à payer à M. Thiébaux la somme de cent trente cinq francs cinquante centimes qu'il lui doit pour les causes sus-énoncées ;

Le condamne, en outre, aux intérêts de droit et aux dépens taxés et liquidés à la somme de 73 fr. 25, en ce non compris l'enregistrement du présent jugement ;

Met hors de cause, la compagnie « La P. ».

Commentaires.

Le « Sou Médical » a été heureux d'enregistrer ce jugement, qui est le second, puisqu'en janvier dernier, nous avons publié une décision du tribunal civil d'Orléans, du 23 novembre 1923 (*Concours* 1924, p. 207) pour un cas analogue.

Notre Ligue de défense professionnelle n'hésite pas à donner son appui moral et pécuniaire à ceux de ses adhérents auxquels on refuse, après coup, le paiement d'honoraires, alors qu'immédiatement après l'accident, le conducteur de l'automobile a recommandé au praticien de soigner la victime et de ne rien négliger pour ce faire.

Dans le cas actuel, le tribunal s'appuie sur ce fait qu'aucune enquête n'a été faite par la gendarmerie, pour établir les responsabilités de l'accident ; qu'en conséquence, la réparation s'impose à celui qui s'est cru responsable, c'est-à-dire le propriétaire de l'auto, puisqu'en mettant en œuvre le médecin et en remettant une certaine somme d'argent à la personne qui devait donner ses soins au blessé, il reconnaissait agir, moins par humanité, que comme réparation de la faute qu'il avait commise.

De plus, le jugement de Saint-Dié met hors de cause la compagnie qui assurait l'automobiliste. Le médecin ne doit connaître, pour le paiement de ses honoraires, que le blessé et la personne qui est venue lui demander de soigner la victime. Peu importe au docteur si l'écraseur est, ou non, assuré, ni quels sont les termes de la police d'as-

surance qui lie l'automobiliste à la dite compagnie.

Que de fois, en effet, le conducteur de l'automobile se croit déchargé de tout ennui, lorsqu'il a dit au médecin : « Donnez vos soins et, pour le paiement, adressez-vous à mon assurance dont voici l'adresse. » Le praticien peut, à la fin du traitement, se voir opposer, par la compagnie d'assurances, une clause de déchéance concernant l'assuré.

Le docteur n'a pas besoin de cette adresse de l'assurance, qui a bien moins d'utilité pour lui que l'adresse même de l'automobiliste.

En fin de compte, comme dans le jugement que nous avons relaté dans le *Concours médical* de 1924, page 207, le médecin doit toucher des honoraires pour les soins qu'il a donnés. Au juge de dire qui payera. Aussi, que nos confrères obtiennent surtout l'adresse de l'écraseur, tout en ne dédaignant pas celle, moins importante, de l'assurance, à seule fin de pouvoir assigner en justice tous ceux qui peuvent être rendus responsables du paiement des honoraires médicaux: l'un comme consommateur de soins, l'autre comme auteur présumé responsable de l'accident, mais ayant mis en œuvre le docteur, puisqu'il est venu le quérir ; enfin l'assurance, si celle-ci a correspondu avec le praticien, ou s'est, à un moment donné, subrogée dans les droits et obligations de son assuré.

Les avocats du « Sou Médical » donneront ensuite, à nos adhérents, toutes conclusions nécessaires, pour faire citer en justice, conjointement, tous ceux qui sont susceptibles d'être condamnés à payer la note des frais médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Pourquoi ne progresse-t-elle pas plus vite.

Un confrère, comparant le superbe recrutement du « Sou Médical » à celui beaucoup plus lent de la Mutualité Familiale, m'écrivait naguère : « N'est-il pas surprenant que le médecin français, si prévoyant quand il s'agit de ses intérêts matériels, le soit si peu quand il s'agit de se couvrir contre tous les aléas que peut lui faire courir l'altération de sa santé ? »

En effet, le quart des praticiens français est inscrit au « Sou Médical », le dixième à peine l'est à la *Mutualité familiale*.

Je sais bien qu'au « Sou Médical » on entre sur simple adhésion, à tout âge, en tout état de santé et qu'on paye seulement la modique cotisation de 25 francs, — Je me demande même, chaque jour, comment avec tous les avantages matériels et moraux qu'offre cette œuvre, les trois quarts des praticiens n'y sont pas entrés depuis longtemps —, tandis qu'à la Mutualité Familiale, tout au moins aux combinaisons maladie dont je parle actuellement, il y a une limite d'âge, on exige une excellente santé, on impose des formalités pour l'admission, enfin les cotisations sont relativement élevées, toutes conditions qui limitent notablement le champ du recrutement.

Et pourtant !.....

Sur 20.000 médecins exerçant régulièrement en France, il y en a bien 4000 qui ont dépassé l'âge de l'admission ; d'autre part, comme, à chaque séance, le conseil de la Mutualité Familiale élimine quelques candidats pour raison de santé, comme aussi un certain nombre de confrères, se sachant mal handicapés sur ce point, s'éliminent d'eux-mêmes par abstention, il n'est pas exagéré de supposer qu'il y a 4000 autres médecins que leur santé déjà touchée met dans l'impossibilité de profiter des avantages offerts par notre mutualité ; si enfin nous ajoutons nos 2000 adhérents, nous constatons qu'il y a en France, environ 10.000 médecins assez bien portants et assez jeunes que la Mutualité Familiale devrait intéresser.

D'où vient donc qu'ils ne soient pas des nôtres ?

J'ai parlé de l'ignorance où, malgré tous nos efforts, sont encore beaucoup de ce que nous avons fait, j'ai parlé aussi de la multiplicité des sociétés qui sollicitent le médecin, mais il est une cause plus importante encore, je veux parler de l'indifférence.

Que le médecin n'ait pas peur de la maladie, qu'il ne la craigne pas pour lui, que le plus souvent il ne songe même pas à s'en garantir, cela va de soi — l'officier ne craint pas la mitraille, le marin n'a pas peur de la tempête... pourquoi le médecin aurait-il peur de la maladie ? Son contact journalier avec elle le cuirasse, il finit même peu à peu par se croire comme invulnérable, immunisé ; il en arrive en son for intérieur, à penser, comme le bon public, qu'un médecin, çà ne doit jamais être malade ! Tant qu'on se sent bien portant, d'aplomb, robuste, on va, on nargue les microbes et les infections, les coups de chaleur et les refroidissements, le surmenage et les accidents ; on est entraîné dans le tourbillon de la vie active, convaincu que la chance est là, qu'on passera toujours à travers les accrocs... et on ne se réveille de ce beau rêve que le jour où la maladie vous agrippe au coin d'une rue ou d'une alcôve, où, un pneu éclatant en vitesse,

l'auto fait panache et envoie son conducteur dans le fossé, où quelque artère encrassée, quelque canal obstrué cloue au lit avec une hémorrhagie cérébrale, une colique néphrétique, etc.

Et alors c'est l'impossibilité d'exercer, c'est l'arrêt de la clientèle, la nécessité de confier ses malades au confrère voisin qui souvent en garde pour lui quelques-uns, même à son corps défendant, et, si on ne veut pas courir ce risque, c'est le remplaçant qu'il faut chercher, trouver, loger, nourrir, payer grassement, parfois plus qu'il ne gagne — sans compter la dépréciation personnelle qu'on subit auprès de la clientèle, sans compter tant d'autres risques secondaires qu'il serait trop long de passer en revue mais que chacun devine.

En réalité, que le médecin soit à son tour victime de maladie ou d'accident, c'est le sort commun, car il est homme comme ses clients. Et je puis le dire ici, car je le sais mieux que personne, sur cent médecins qui exercent il faut *en permanence* en compter sept en cours de maladie ou de traitement quelconque.

Mais, si la maladie est fatale un jour ou l'autre, si l'accident est de plus en plus probable avec l'auto qui, aujourd'hui est indispensable, le médecin n'a plus le droit d'être indifférent à ce qui peut lui arriver, car, en admettant qu'il ait assez peu le souci de sa propre personne, il a la responsabilité des siens, il a charge d'âmes. Pendant qu'il est immobilisé à se soigner, il ne travaille plus, il ne gagne plus rien, il perd ses clients auxquels il se doit aussi, il compromet son avenir. S'il a femme et enfants et que la maladie se prolonge, c'est bientôt la gêne, c'est vite la misère.

Par centaines je pourrais raconter de navrantes histoires de familles médicales plongées dans le désarroi et le besoin parce que leur chef immobilisé, impotent, chronique, sans fortune personnelle, n'a plus rien pour vivre que les rares et maigres secours apportés par quelque membre de la famille apitoyé ou par quelque société médicale elle-même trop pauvre pour pouvoir être d'un grand appui.

Aussi combien se félicitent chaque jour ceux qui jadis ont eu l'idée d'entrer à la Mutualité Familiale ! Grâce à ce qu'elle donne à ses malades, ils peuvent au moins se payer un bon remplaçant, satisfaire la clientèle, la conserver et la retrouver intacte et contente au jour de la guérison. Et si ce dernier tend à venir, s'il faut abandonner définitivement tout travail, l'indemnité mensuelle aide au moins à payer le loyer, et les fonds qu'envoie la M. F. sont toujours les bienvenus si j'en crois les lettres et remerciements nombreux que je reçois.

L'indifférence vis-à-vis de la *maladie* peut encore s'expliquer sinon s'excuser, mais l'indifférence aux conséquences financières, familiales et sociales de la maladie est une faute grave, inexcusable à notre époque, surtout pour les citoyens cultivés que nous sommes.

Songez que sur 1800 confrères adhérents à nos caisses indemnité maladie, nous en avons 150 à indemniser chaque trimestre, et songez que sur ces 1800 il n'y en a plus cent qui n'aient encore jamais été malades, si je défalque les plus jeunes recrues de ces toutes dernières années.

Devant de tels résultats, de telles évidences, le médecin renseigné a-t-il encore le droit de négliger l'appui que lui offrent les sociétés comme notre Mutualité Familiale.

Il y en a qui sont fortunés, c'est vrai, mais à notre époque qui donc est sûr du lendemain au point de vue de la fortune ? N'est-ce pas un de nos plus riches sociétaires qui est mort, il y a quatre ans, dans la misère, trop heureux d'avoir touché pendant plusieurs années les 1200 francs annuels auxquels il avait droit ?

Non, je le répète, à une telle indifférence il n'y a pas d'excuse. Le médecin a le devoir de ne pas ignorer les œuvres de prévoyance qui s'adressent à lui, il a le devoir de ne pas les considérer comme inutiles, il a le devoir de s'affilier à elles.

D'autant que les sacrifices qu'on réclame de lui sous forme de cotisation ne dépassent pas ses possibilités.

Qu'on en juge plutôt ; voici selon l'âge d'entrée les chiffres des cotisations annuelles pour les indemnités que donne la Mutualité Familiale :

Age d'entrée	Indemnité journalière de 10 fr.	de 20 fr.	de 30 fr.
28 ans	72 fr.	157 fr.	237 fr.
29 —	73 »	160 »	261 »
30 —	75 »	163 »	246 »
31 —	77 »	166 »	251 »
32 —	78 »	170 »	256 »
33 —	80 »	174 »	262 »
34 —	82 »	178 »	264 »
35 —	84 »	182 »	274 »
36 —	86 »	187 »	282 »
37 —	88 »	192 »	289 »
38 —	91 »	197 »	297 »
39 —	93 »	202 »	304 »
40 —	96 »	208 »	313 »
41 —	98 »	213 »	321 »
42 —	101 »	219 »	330 »
43 —	104 »	226 »	341 »
44 —	107 »	232 »	350 »
45 —	110 »	329 »	360 »

Confrères, écrivez-moi au Vésinet (Seine-et-Oise), je vous donnerai tous les éclaircissements et vous fournirai toute la documentation que vous pouvez désirer.

H. Mignon.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les Poids lourds. — Les Pneus à basse pression

Le Salon des Poids lourds a fermé récemment ses portes. Bien qu'il ait naturellement présenté moins d'intérêt pour les médecins que le Salon des voitures de tourisme, j'ai cru utile de l'étudier en détail pour en fournir un résumé suffisamment substantiel à nos confrères.

L'impression qui dominait tout d'abord était qu'il n'y a plus à proprement parler de « chassis » spéciaux pour poids lourds, sauf dans les très gros véhicules. Tout n'y était qu'une question d'adaptation des carrosseries. Il était même assez amusant de voir des 5 HP Citroën et des cyclecars exposés et considérés comme des « poids lourds ».

Il vaudrait mieux changer l'appellation de ce Salon et l'appeler le « Salon des véhicules utilitaires », car les industriels, s'ils se sont efforcés de sortir des carrosseries pratiques pour les usages les plus divers, n'ont vraiment pas modifié grand'chose à leurs voitures du premier Salon.

En somme, la remarque que nous avons faite ici dès la reprise des Chroniques automobiles, que nos fabricants d'automobiles n'ont pas encore compris l'intérêt de la voiture spécialisée, est encore plus juste quand il s'agit des voitures à but commercial.

Evidemment, il y avait un joli choix de voitures d'ambulances, d'autocars et autobus, de camionnettes de livraison et aussi de voitures pour la campagne, aménagées pour le transport des bestiaux, mais ne reconnaîtrez-vous pas avec moi qu'il est inimaginable de penser que la voiturette destinée à porter des tissus de soie ou de bijoux provenant de magasins à la mode dans un centre aussi encombré que Paris, est la même, au point de vue mécanique, que celle qui doit faire du 100 à l'heure sur les routes qui mènent dans nos oasis de province !

Il me semble que si j'étais constructeur de voitures automobiles de livraison, je voudrais sortir des modèles spéciaux, bien étudiés pour leur utilisation, de régime de moteur très limité, à 2 ou 3 vitesses seulement au maximum (songez que les énormes autobus parisiens n'en ont que deux !), aux organes de boîte de vitesses et de différentiel extrêmement robustes, susceptibles d'être mises sans crainte entre les mains de chauffeurs variés plus ou moins compétents, et ne s'usant pas trop rapidement ?

Mais il faut croire que ceux qui fabriquent n'ont pas du tout les mêmes soucis que ceux qui achètent !

— Le Salon des poids lourds a marqué un nouveau triomphe des pneumatiques à basse pression, ce qui est assez logique puisque même avec des moteurs à grand rendement, la vitesse reste pratiquement limitée pour les véhicules utilitaires.

Moins la voiture est secouée, moins la marchandise transportée est détériorée et moins les frais d'entretien seront élevés. C'est ce qui est obtenu avec les pneus « balloon ». Rien d'étonnant, donc, à ce que tant de marques les aient adoptés.

— Une mention spéciale doit être accordée aux voitures destinées aux grands raids dans le désert africain et autres régions dépourvues de routes.

Si les voitures à chenilles sont toujours là, il y a aussi maintenant des voitures à 6 roues sur pneus jumelés balloon ! Décidément, le balloon se révèle peu à peu comme le sauveur ! Et là encore c'est logique : sur les pistes du désert, les chocs sont nombreux ; les pneus balloon les absorbent. D'autre part la chaleur intense favorise l'éclatement des pneus ordinaires. Avec la basse pression, ce grave inconvénient disparaît.

J'ose même dire que ces qualités reconnues du pneu balloon constituent un danger réel pour la réfection de nos routes. N'ai-je pas en effet entendu dire qu'il devenait de moins en moins urgent de les réparer, puisqu'il était possible maintenant de rouler sans dommage sur les plus mauvaises routes même avec de très petites voitures ! Autant dire qu'il est inutile de conserver la santé puisqu'il existe des médicaments pour guérir les maladies.

Et même à supposer que les automobilistes qui roulent sur « balloon » puissent effectivement se soucier peu des routes défoncées, ne faut-il pas penser aux milliers de propriétaires de voitures encore munies des anciens pneus à haute pression ?

— En résumé, je suis sorti assez heureux de ce Salon, parce que j'ai cru pouvoir en déduire que l'effort très intéressant des carrossiers vers la spécialisation, décidera peut-être un jour les constructeurs à les suivre dans cette vraie voie du progrès.

Et peut-être alors verrons-nous la « voiture du médecin » conçue en partie comme nous l'avons exposé, et munie de tous les perfectionnement que le génie de nos ingénieurs saura y ajouter.

Dr M. T.

RÉPERTOIRE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE SOCIALES (1)

VOLUME II

Par le Dr L.-H.- DEJUST.

L'auteur a réuni dans ce volume toute la bibliographie concernant les différents chapitres de l'Hygiène et de la Médecine sociales. Il n'est pas un hygièniste ni un médecin qui s'intéresse à ces questions, qui puisse se passer de consulter ce vaste et très complet fichier. Pour montrer dans quel esprit il a été conçu et exécuté, nous ne saurions mieux faire que de publier intégralement l'introduction de notre excellent confrère DEJUST.

N.D.L.R.

IMTRODUCTION

Ce volume, continuation du répertoire publié l'an dernier, renferme la bibliographie de l'hygiène et de la médecine sociales du 1er juillet 1923 au 1er juillet 1924 ; il contient aussi quelques documents antérieurs, rassemblés seulement dans le cours de cette année.

Le répertoire de 1923 a rencontré un accueil très favorable, et il en fut rendu compte en des termes dont nous sommes très reconnaissants. Il fut aussi l'objet de suggestions ayant son perfectionnement pour but ; on s'est efforcé d'en profiter.

Fréquemment, il fut souhaité de voir chaque volume annuel précédé d'un exposé des faits saillants de l'hygiène sociale au cours des douze mois écoulés.

L'opportunité d'un pareil travail n'est point niable, mais la liste, sans commentaire, des publications, remplit tout ce volume, A moins d'en négliger arbitrairement la plus grande part, leur analyse et leur confrontation exigerait certes un ouvrage encore bien plus important. Sa rédaction, son impression, sont actuellement au-dessus de nos possibilités.

Cependant, sous la diversité des détails, circulent quelques courants profonds, et il n'est pas sans profit de déterminer leur orientation, leur puissance et leur confluence avec les autres activités contemporaines.

***

Unifier des étalons de mesure ou bien des législations paraît opération identique. Cette superficielle ressemblance entraîne des conséquences surprenantes, qui se manifestent en hygiène sociale. La science exige certaines qualités d'une unité de mesure, et particulièrement un choix rationnel la cohérant avec les étalons antérieurement établis pour les autres sortes de grandeur. Mais, du point de vue pratique, un étalon rendra des services par ce seul fait qu'il est admis d'un accord général. Dans leurs régions d'origine, des mesures aussi arbitraires que le pied ou la toise furent d'une évidente utilité et à l'intérieur d'un cercle limité, permirent la clarté du langage et la sécurité des transactions. Sans l'acceptation des étalons, l'exercice de toute vie sociale eût été impossible.

La connaissance de forces et de corps nouveaux multiplièrent le nombre des grandeurs à mesurer. Le développement technique d'une civilisation se manifeste par la liste plus ou moins longue des unités de mesure dont elle dispose.

Si l'usage banal a fait un accord spontané sur la façon de couper un mètre de drap ou de peser un kilogramme de blé, il n'en est point allé si simplement pour déterminer la teneur en fer d'un minerai ou l'indice d'iode d'une matière grasse ; des efforts furent nécessaires pour s'entendre sur les méthodes à suivre dans les différents cas et sur l'expression des résultats.

Par l'usage, par les lois, furent codifiées les techniques d'évaluation des divers produits qui font l'objet d'échange, techniques qui, en raison même de ces échanges, ont pris une importance sociale.

L'hygiène, dans son enfance, n'avait guère manifesté de goût pour la précision. La médecine, la pharmacie, la bactériologie, chacun pour soi, étalonnaient et mesuraient, mais c'était sans rapport avec les applications collectives qu'on en doit tirer.

Voici quelque dix ans qu'est apparue l'urgence d'étalonner des corps dont l'importance sociale augmentait sans cesse : les sérums. Il importait de pouvoir mesurer de façon comparable leur activité thérapeutique ; il n'était pas moins utile de s'entendre sur les techniques de séro-diagnostic. Standardisation des sérums curatifs ou préventifs, standardisation de la séro-réaction de la syphilis furent les premiers soucis d'unification de l'hygiène sociale. Car il ne s'agit plus ici de médecine individuelle, les maladies infectieuses et la lutte contre elles intéressent essentiellement la collectivité. La standardisation est particulièrement souhaitable en ces matières que nous venons de citer en raison de leur importance pour la santé publique, et plus encore en raison du nombre considérable d'expérimentateurs qui dans tous les pays sont quotidiennement occupés à exécuter des séro-réactions ; leur multiplicité amènerait trop facilement une dispersion des méthodes et une incohérence des résultats.

Des savants qualifiés furent chargés d'indiquer les

(1) Un volume de 220 pages, édité par l'*Union des Syndicats médicaux*. Prix : 10 *francs*.

meilleures techniques de mesure de ces réactions ; ce qui importait par dessus tout, c'est qu'un accord fût fait. Mieux vaut que deux interlocuteurs parlent un même patois que chacun un langage très pur, mais différent. Il se poursuit également un effort pour unifier les méthodes biologiques concernant les produits ayant une importance sociale ; le mouvement se manifeste en faveur des produits actifs et d'usage fréquent : les arsénobenzols. On le note aussi pour la terminologie des examens pulmonaires — cliniques ou radiologiques. — Dans un autre domaine il fut suggéré fort judicieusement d'unifier le format des notices pharmaceutiques que les fabricants adressent aux médecins. Cette proposition ne devra pas être abandonnée.

La tendance vers la clarté, la précision et la simplicité, au moyen de l'unification,est donc bien nette.

Synchroniquement, dans les pays les plus distants à la surface du globe, les législations sanitaires s'identifient parfois jusqu'aux détails.

Ces deux tendances se confondent-elles ?

Depuis la guerre, sept grandes nations ont créé ou bouleversé leur législation sanitaire ; en confrontant les textes publiés, on voit qu'ils sont tantôt copiés tantôt étroitement inspirés les uns des autres.

Que les pays soient glacés ou tropicaux, riches ou pauvres, industriels ou agricoles, nationalités récentes ou vieille civilisation, peu semble importer. C'est toujours suivant un même schéma qu'est organisée l'hygiène sociale.

Au centre, le gouvernement assisté d'un conseil technique qu'il a nommé, directement ou non, confie l'autorité d'hygiène à une personnalité. Celle-ci élit un délégué par province, lequel délégué se choisit un sous-délégué par district. Tout ce qui concerne le médecin ou l'hygiène publique sera du ressort de ces délégués. Des liaisons sont prévues avec les administrations locales. Pour les médecins praticiens, pas de liaisons, des liens.

Nous avons dit plus haut à propos des étalons matériels qu'il importe d'abord qu'ils soient généralement adoptés : en matière de règlementation, il importe plutôt qu'en chaque lieu, elle soit judicieusement adaptée : adoption, adaptation n'ont pas de racine commune.

On peut se demander pour quel motif les règlementations d'hygiène des différents pays sont aussi exactement modelées les unes sur les autres, alors que les législations nationales dans leur ensemble diffèrent bien plus profondément.

Les données sur lesquelles repose l'hygiène sociale ne sont ni plus certaines, ni plus précises que les bases de l'Industrie, des travaux publics ou de la marine.

Mais l'hygiène sociale offre un caractère particulier : sa jeunesse.

Alors que la législation générale est le produit d'un polissage par l'âge, d'une progressive mise au point par des retouches successives, la règlementation d'hygiène sociale, reposant par endroit sur des principes scientifiques certains, est très moderne dans ses applications. Le code qui en traite fut créé par le raisonnement, d'un bloc, et déposé tel quel par dessus l'organisation des pays.

Il lui faudra donc du temps pour s'y adapter, du temps et la collaboration des usagers de tous ordres.

Un fait significatif s'est produit cette année en France. Le contrôle des soins médicaux aux victimes de la guerre avait présenté de grandes difficultés.

L'Union des Syndicats médicaux a réuni en une assemblée ceux de ses membres qui, répartis sur le territoire ont la charge spéciale de ce contrôle pour en étudier les conditions de fonctionnement, exemple de travail d'adaptation technique, d'ajustement de la règlementation. Seuls de semblables ajustements locaux, départementaux, nationaux, peuvent infuser de l'efficacité aux mesures d'hygiène : une clef doit être ajustée sur la serrure qu'elle ouvrira.

C'est une très fâcheuse tendance que d'opposer ajustement local et unification internationale. L'un est complément de l'autre, mais ils sont inégalement faciles à distinguer.

L'action internationale vit d'imprimerie. Il est publié des comptes rendus des travaux ; l'action se déroule sur le devant de la scène et l'ampleur même de celle-ci met les gestes en valeur. Sur chaque sujet, l'action internationale est unique, d'autant plus facile à suivre ; dans le cadre national plus étroit, il en est de même. L'ajustement local, travail fait dans l'organisme qu'en terme militaire on eût appelé l'échelon d'exécution, a par contre comme caractère essentiel d'être occulte. Ceux qui ont la charge d'accommoder les règlementations aux nécessités de la pratique sont muets le plus souvent ; ils n'ont ni le temps, ni le goût d'écrire ni souvent toutes les libertés nécessaires.

L'effort d'ajustement demeure donc ignoré ; il en résulte un aspect assez inexact et du moins particulier de l'hygiène sociale.

Un autre motif contribue à lui donner cette apparence sinon fausse, du moins momentanée. L'hygiène sociale contemporaine paraît entièrement organisée pour lutter contre les maladies vis-à-vis desquelles nous sommes scientifiquement le moins armés : tuberculose et cancer par exemple. Contre la diphtérie, la variole, la rage, les inoculations préventives ou thérapeutiques s'effectuent à peu près sans que la collectivité ait à intervenir. Il existe, certes, un règlement concernant la divagation des chiens errants ; il est une législation de la vaccination jennérienne. Mais je ne sache pas qu'il existe une Œuvre nationale de la variole ou de la diphtérie.

A certaines époques, cependant, la variole a fait autant de ravages qu'en exerce aujourd'hui la tuberculose ; mais la vaccination jennérienne a mis à notre disposition un moyen spécifique et absolu d'arrêter la marche de la maladie ; de même l'antirabique et l'antidiphtérique.

Dès qu'il est découvert un remède sûr d'une affection contagieuse, la lutte contre cette affection

dans les pays civilisés, disparaît en fait du cadre des préoccupations sociales : l'Etat est comme allégé de ce souci qui semble repris spontanément par les particuliers.

Ceci semble surprenant vu le mouvement général de l'hygiène vers le collectivisme sanitaire. Le motif, pour ne s'en découvrir qu'à la réflexion, n'en est pas moins certain. Lorsque nous sommes en possession d'un traitement spécifique, curatif ou préventif, son application ne coûte rien ou presque rien, sauf l'exception significative de la syphilis sur laquelle nous revenons plus loin. L'Etat n'a guère besoin de se préoccuper de ces dépenses infimes que le particulier supporte d'autant plus aisément qu'il est persuadé de leur efficacité absolue. Lorsqu'au contraire nous ne connaissons pas de thérapeutique ou de prophylaxie spécifique d'une maladie, nous en sommes réduits à lutter contre celle-ci en soutenant les défenses de l'organisme, en le plaçant dans les meilleures conditions d'existence, lesquelles sont très onéreuses. L'Etat doit intervenir pour prendre sa part des frais que la famille ne peut supporter. Faire une inoculation — voire plusieurs — coûte fort peu. Mettre au repos, bien loger et bien nourrir un malade représente une charge considérable que seule la plus grande collectivité peut assumer.

L'Etat sera donc préoccupé par les maladies à traitement onéreux. La preuve en apparaît ; il est une maladie, la syphilis, pour laquelle nous possédons un agent spécifique d'efficacité certaine mais de prix élevé, l'arsénobenzol. C'est précisément pour fournir ce médicament aux malades que des Etats interviennent dans le traitement.

Toute affection spécifiquement maîtrisée disparaît des préoccupations de l'hygiène sociale. Il lui en restera encore longtemps d'assez lourdes.

L'aspect de l'hygiène sociale se modifie donc sans cesse et d'autant mieux que sera plus défini le rôle des ajustements locaux. Ceux-ci seront connus grâce aux groupements professionnels, lesquels réunissent des individus et non des administrations. Ces groupements doivent être suffisamment vastes pour que les intérêts particularistes ne s'y puissent faire sentir. La forme internationale est la forme parfaite à laquelle ils doivent tendre (1).

L.H.D.

(1) Ce rôle des sociétés techniques ou professionnelles considéré comme représentant des matières qui font l'objet de leur étude a été précisé lors de la dernière conférences des Grandes Associations Internationales (Genève, 8 sept. 1924.)

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Les assurances sociales devant l'Académie de Médecine

Les Assurances sociales et l'exercice de la médecine. (1)

Communication faite à l'Académie de médecine

Par M. le professeur Georges Weiss.

Le Parlement a mis à l'étude et va sans doute voter la loi d'assurance obligatoire contre la maladie, les accidents et la vieillesse, c'est-à-dire les causes qui mettent, temporairement ou définitivement, le travailleur dans l'incapacité d'exercer sa profession, et, avec le chômage, de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille.

Ce système a été introduit en Alsace et en Lorraine depuis plus de quarante ans. Vous en avez tous entendu parler, je l'ai vu fonctionner, j'en ai vu les conséquences, et je crois de mon devoir de vous les exposer. Il est bon de voir s'il a répondu à toutes les espérances que l'on fondait sur lui, si dans son application il n'a pas réservé de surprises, et s'il n'y aurait pas lieu de le modifier, sur certains points au moins.

Je me limiterai à l'assurance contre la maladie, et, laissant de côté tout ce qui concerne l'organisation économique, je n'envisagerai que les conséquences médicales, tant pour les malades que pour les médecins.

C'en est le point essentiel ; je dirai même le seul point important. S'il était démontré que l'assurance garantit au malade de meilleurs soins que par le passé, le reste ne serait que secondaire. Ce fut, en somme, le but de l'institution, et c'est l'idée qui séduisit le législateur français lorsqu'il se proposa d'entrer dans la même voie que l'Allemagne.

A notre retour en Alsace, le système de l'assurance, tel qu'il fonctionne, nous fut présenté comme parfait. Avec le régime de l'intérieur, nous disait-on, les classes ouvrières sont à la merci du médecin ; les soins qu'elles reçoivent relèvent de la charité ; en Alsace c'est un droit, chacun a la certitude d'être, en cas de maladie, traité selon ses besoins.

Bientôt, par la force même des choses, les caisses ont, comme les grandes compagnies d'assurance contre l'incendie ou sur la vie, pris le caractère de pures administrations et le souci de leur gestion financière est devenu leur préoccupation dominante.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, du 8 décembre 1924 (Séance du 2 décembre 1924).

Cet état d'esprit s'est encore accentué depuis la crise économique provoquée par la grande guerre et il en est résulté certaines difficultés pour l'exercice et pour l'enseignement de la médecine.

Les caisses se sont groupées en un véritable trust englobant dans son assurance la majeure partie de la population des villes et de la campagne, et ayant ses médecins.

Dans ces conditions, l'exercice de la médecine tel qu'il se pratiquait librement jadis devenait impossible ; les médecins, menacés dans l'exercice de leur profession, ont dû s'associer en syndicats fortement organisés, qui eux-mêmes ont formé une Fédération.

Aujourd'hui, si un médecin jouissant d'une grande renommée peut encore rester indépendant, il est matériellement impossible à l'ensemble des praticiens de vivre en dehors des caisses et de ne pas être affiliés au syndicat.

Pratiquement, tous les médecins d'Alsace et de Lorraine sont dans les syndicats, où le danger commun a introduit une forte discipline allant parfois à un autoritarisme excessif et à une ingérence dans la vie médicale de ses membres, même en dehors de leurs relations avec les caisses.

Les malades étant dans les caisses, en vertu de la loi, et les médecins dans la Fédération des syndicats, par nécessité, il a fallu composer.

Sans parler des menues difficultés, la question importante était le règlement des honoraires. Je ne veux par sortir des limites que je me suis assignées, ni discuter les avantages et les inconvénients des diverses méthodes préconisées et essayées. Finalement, on s'est arrêté à une manière de contrat forfaitaire entre les syndicats et les caisses : ceux-là touchent une somme globale pour les soins donnés à l'ensemble des assurés et se chargent de la répartir entre leurs membres. Cette répa rtition se fait au prorata des vacations, suivant un barème convenu.

Ai-je besoin de dire que la suite des événements ne répondit pas exactement aux espérances du législateur.

Pour faire valoir le principe de l'assurance contre la maladie, on a dit qu'ainsi le malade était certain d'être soigné ; il eût été plus exact de dire : vu par le médecin, et à cela je ne contredis pas. Je suis même sûr qu'il est vu souvent ; mais je n'affirmerai pas qu'il est bien examiné et qu'il tire de la loi le bénéfice qu'elle est censée lui assurer.

Le gain de chaque médecin croît avec le nombre des consultations, mais, comme la somme à répartir reste la même, le prix des visites baisse avec leur nombre. Peu à peu, le médecin, pris dans l'engrenage multiplicateur des vacations, et sans qu'il s'en rende un compte exact, ne fait plus que des examens superficiels ; il perd le goût de son art. Bientôt il devient incapable de bonne médecine et le malade est mal soigné.

Si jadis quelques indigents étaient insuffisamment traités, cela ne tenait pas au manque de bonne volonté des médecins, mais à l'organisation défectueuse des services de santé ; ce ne sont pas les barèmes et les contrôles qui peuvent améliorer la situation. Le médecin seul est juge de ce qu'il a à faire ; ce qu'il importe de développer, c'est sa conscience et le sentiment de la dignité professionnelle ; la formalité d'une visite obligatoire au malade ne rime à rien. Je suis loin de croire que les méthodes nouvelles constituent un progrès.

Quoi qu'il en soit, avec l'organisation actuelle, les mécomptes ne tardèrent pas ; l'ingéniosité de l'homme est infinie quand il s'agit de combinaisons financières. On vit apparaître ce que l'on nomme les « lions de caisses ». Sans doute quelques abus scandaleux furent réprimés, mais entre l'improbité absolue et la conscience parfaite, il y a tous les degrés.

Le fait le plus regrettable est que les bons pâtirent pour les mauvais, et l'exemple en fut déplorable pour les jeunes. Comment veut-on, dans la période difficile que nous traversons, et avec le système adopté pour le paiement des honoraires, qu'un débutant ne soit pas tenté de visiter un client plus souvent qu'il ne faudrait? et le voilà sur une pente bien dangereuse. Quand il verra vis-à-vis de son cabinet vide, un confrère très achalandé, non pour sa science, mais pour sa facilité, ne se laissera-t-il pas aller à quelque complaisance dans la délivrance d'un certificat, que souvent le client sollicite plus qu'une ordonnance ; et n'est-il pas à craindre qu'entré dans cette voie il ne poursuive une lamentable carrière médicale ? Sa grosse préoccupation sera non de faire le bien, mais de n'être pas pris.

La multiplicité des remèdes proposés montre la certitude de ce mal et la difficulté de l'éviter. On peut sans doute limiter la somme qu'un même praticien recevra du syndicat en une année ; sera-t-il moins tenté de satisfaire à ses obligations de caisses par des consultations hâtives ? Et le même inconvénient ne doit-il pas résulter d'une contribution progressive levée par le syndicat sur le gain annuel du médecin, qui conduira à des honoraires ridicules pour certaines consultations ? Quant au ticket modérateur, sur lequel on fonde tant d'espérances, acheté par le malade à la caisse et servant à payer une partie de la consultation, peut-on affirmer que c'esttoujours le malade qui le payera ?

Je ne pense pas que toutes ces mesures aient une heureuse influence sur la moralité du corps médical.

Par suite de cette médecine de caisses et de l'embrigadement qui en résulte, par suite aussi de la place excessive que les formalités administratives prennent dans l'exercice professionnel, la médecine cesse d'être une carrière libérale, le médecin n'a plus le prestige d'autrefois, il perd la considération qu'il avait jadis auprès du malade, de sa famille, du grand public. Souvent il m'est fait à cet égard de pénibles confidences, même par des personnes que leur situation politique oblige à prôner en public l'institution des caisses d'assurance contre la maladie et qui dans l'intimité se livrent à des commentaires attristants et emploient des expressions humiliantes.

En ce qui concerne l'hygiène publique, le système actuel a une conséquence fâcheuse qui va à l'encontre du but poursuivi. La question des honoraires se traite entre le syndicat et les médecins. Les caisses versant une somme forfaitaire s'en désintéressent financièrement, mais elles ont d'autres charges ; il y a les frais de maladie, de médicaments et d'hospitalisation si le malade n'est pas soigné à son domicile, où les médecins, sollicités par les caisses et dans leur propre intérêt, sont incités à le garder. Il en résulte que souvent, faute d'être évacué sur un service hospitalier, où il trouverait plus de ressources pour être traité, le malade voit son mal empirer. Et de plus, s'il est atteint d'une affection contagieuse, il peut être l'origine de l'extension qu'elle prend. Il ne manque pas de cas où l'on a vu ainsi une maladie se propager aux divers membres d'une famille et aux milieux environnants, donnant naissance à une véritable épidémie.

N'est-il pas évident que les caisses, préoccupées justement de l'équilibre de leurs budgets et obligées de contrôler les dépenses, rendent difficile l'observation du secret professionnel.

Une des mesures d'hygiène publique la plus importante par la gravité du mal à combattre et par l'efficacité des moyens qu'elle met en œuvre est la lutte contre la propagation de la syphilis. Cette lutte est particulièrement nécessaire en Alsace, où, du fait de la guerre, la syphilis est apparue dans les régions rurales où elle était à peu près inconnue, les Allemands y ayant ramené pour les mettre à un repos relatif des troupes retirées du front et ayant aussi, très souvent, envoyé des contingents alsaciens sur le front oriental infesté par la syphilis.

Comment veut-on que cette lutte puisse être efficace si les malades, au lieu d'avoir la certitude de ne s'ouvrir qu'à un seul confident discret, craignent que les visites ne soient contrôlées? Car les caisses ne s'en rapportent plus uniquement aux médecins traitants, elles suivent les malades jusque dans les services hospitaliers et ont leurs « médecins de confiance ». Hélas ! Que ce titre me déplaît !

A la Faculté de médecine, pour pouvoir lutter efficacement contre la syphilis, nous avons dû procéder à toute une organisation en dehors des caisses de maladie.

Ces difficultés entre les caisses, les syndicats et les malades ne sont pas sans m'inquiéter vivement pour nos services hospitaliers et les cliniques de la Faculté. Les caisses, craignant de se trouver entraînées à trop de frais, cherchent à les réduire en détournant les assurés des hôpitaux, et les médecins les voient avec regret aller à nos consultations externes. Je n'ai pas à insister sur le danger qui peut en résulter pour l'enseignement et la formation des étudiants, dont beaucoup ont déjà une tendance à penser qu'un léger bagage de connaissances leur suffira pour faire une carrière lucrative s'ils possèdent le fonctionnement des caisses et les moyens de s'en servir. Déjà, pour être admis à soigner les malades de caisses, il faut avoir suivi un cours organisé en dehors de la Faculté, ce qui, rendant pratiquement le diplôme d'Etat insuffisant pour exercer, est contraire à la loi.

Il est à craindre que les pratiques nouvelles introduites par l'assurance dans l'exercice de la médecine n'entraînent un changement, que pour moi je regretterais, dans la mentalité des médecins, dans leur formation, et même dans leur recrutement.

Le moins qui puisse leur arriver est de devenir une manière de fonctionnaire.

J'ai rencontré un de mes anciens élèves ; je l'ai toujours considéré comme un homme parfaitement honnête et j'ai été d'autant plus affligé en l'entendant traduire un état d'esprit qui tend à se répandre : « Nous allons commercialiser la médecine ». Et il me donnait cette commercialisation non seulement comme une nécessité, mais comme un grand progrès. Je ne pus lui cacher que j'étais trop vieux pour modifier la conception de la dignité médicale que m'avaient inculquée mes maîtres, mes amis et parents médecins, et je lui dis mes craintes :

« Si vous commercialisez la médecine, vous n'y attirerez plus que des commerçants ; est-ce bien désirable ? La médecine est-elle une marchandise que l'on puisse tarifer ? Je ne le pense pas. Je conçois un épicier peu scrupuleux vendant le même sucre qu'un brave homme, mais une consultation ne vaut que par la moralité, l'expérience et la conscience de celui qui la donne. Il entre trop de facteurs dans l'appréciation du service que le médecin rend au malade pour lui fixer une valeur marchande. Tant vaut le médecin, tant vaut sa médecine et le bénéfice qu'en tirera le malade. »

J'ai dit ce que je pense du commerce médical ou tout au moins j'en ai dit une partie ; chacun de vous a assez d'expérience pour me compléter. Si le médecin peut devenir, et doit devenir, un fonctionnaire dans les cas où il a des charges d'intérêt général et public, dans les fonctions d'hygiène par exemple, il est de toute évidence qu'il n'en peut être de même pour celui qui doit entrer dans la vie d'une famille et en devenir le confident. Personne ne gagnera à ce que le médecin devienne un commerçant ou un fonctionnaire ; le malade y perdra certainement.

Mes chers collègues, vous voyez la gravité du problème qui se pose ; et croyez bien que je n'ai pas tout pu dire. Demain, vous aurez l'assurance obligatoire contre la maladie avec toutes ses conséquences. Ce facteur puissant de démoralisation du corps médical tout entier accentuera le désaccord qui existe déjà entre les divers services de santé, l'Assistance publique, les Facultés et leurs services d'enseignement, les praticiens, les Services d'hygiène. J'ai pu voir de près les difficultés qui résultent de cette dispersion et du manque d'une autorité commune pour régler les attributions et coordonner les efforts. Je crois cette autorité plus que jamais nécessaire le jour où

les hôpitaux et les médecins trouveront vis-à-vis d'eux les puissantes assurances sociales.

C'est pourquoi, ajoutant ces nouveaux arguments à ceux que j'ai fournis dans une précédente lecture, je vous supplie, mes chers collègues, de ne pas vous illusionner sur le danger qui menace une profession que vous avez hautement honorée.

M. Balthazard : Je me félicite de voir notre collègue, M. Weiss, poser devant l'Académie le problème des assurances sociales obligatoires. Je le félicite surtout d'avoir eu le courage, avec la haute autorité qui s'attache à son caractère et à sa fonction, de modérer l'enthousiasme de ceux qui veulent absolument nous faire croire que tout se passe pour le mieux dans le fonctionnement des assurances sociales en Alsace-Lorraine.

Ce serait un beau rôle que jouerait l'Académie, au moment où le projet sur les assurances sociales, trop rapidement voté par la Chambre, doit revenir devant le Sénat, de coordonner les vœux émis par les diverses organisations médicales et de leur prêter un appui, inspiré non seulement des intérêts professionnels des médecins, mais avant tout des intérêts généraux de la médecine et des malades.

J'estime que la mission de la Commission que vous allez nommer devrait être limitée à l'étude du projet de loi sur les assurances sociales.

M. le Président : En raison de l'importance de la communication de M. Weiss, je propose son renvoi à une Commission ainsi composée : MM. Chauffard, Bar, Weiss, Roger, Tuffier, Sergent, Balthazard, Le Gendre. (*Adopté.*)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

des 27-28 et 29 Novembre 1924.

(*Suite.*)

Vote de l'ordre du jour du Dr Lafontaine sur l'orientation syndicale.

L'Assemblée adopta ensuite l'ordre du jour du Dr Lafontaine sur l'orientation syndicale :

L'Assemblee générale de l'Union,

Considérant :

Que le syndicalisme médical a pour objet de déterminer les devoirs et d'établir les droits du médecin dans la profession, de la profession dans la société.

Que, depuis qu'ils existent, les syndicats médicaux ont fixé les conditions professionnelles de l'exercice médical, qu'ils ont lutté pour les faire accepter ; qu'ils sont apparus ainsi comme des organes essentiels au point de vue social et dont le rôle est capital dans l'organisation de l'exercice de la medecine.

Qu'ils ont conquis le libre choix, le tarif à la visite, le contrôle professionnel, des conditions de pratique meilleures, qu'ils ont soustrait le médecin isolé et sans défense aux exigences des puissances d'argent, des collectivités, de l'Etat.

Affirme à nouveau :

Que le syndicalisme médical peut et doit organiser la médecine, dans toutes ses branches, sur toute l'étendue de son domaine (social et professionnel, scientifique et technique).

28 novembre 1924. — *Séance de l'après-midi.*

Le Dr Lafontaine expose les travaux de la Commission de médecine pratique, consacrés à la loi assurance-invalidité-maladie.

La Commission s'est adjointe une Commission du S.M.S. La Commission mixte ainsi constituée (secrétaire Dr Jayle) a conclu dans le sens suivant :

1° Le système d'assurance des maladies est impraticable actuellement...

2° En cherchant dans quelles conditions, le corps médical pouvait coopérer aux assurances sociales, on arrive à cette notion, que la liberté doit être laissée aux syndicats.

Le Dr Lafontaine montre ensuite où en est la loi :

Elle sera peut être appliquée au cours de la présente législature. Il est même possible que la majorité ait tendance à suivre l'ancien projet (Cahen Salvador) plus dangereux que le projet actuel (Grinda). Mais heureusement, les médecins ont, dans le rapporteur au Sénat, le Dr Chauveau, un ami d'une bienveillance constante, d'une grande habileté à qui il sera bon de faire parvenir les desiderata de notre profession. Il est à noter, en particulier, qu'il faudra demander l'extension de la loi aux mineurs (1) aux cheminots, aux départements d'Alsace et de Lorraine (2).

La loi votée par la Chambre va être appliquée à tous les salariés recevant de 1200 à 10.000 francs plus une majoration de 2.000 par enfant. Cette loi supprime donc les 90 %, des clients d'A.M.G. qui vont devenir la clientèle de tous les médecins. D'après les chiffres du Dr Chauveau, en se basant sur 50 milliards de salaires assurés (3), avec une participation ouvrière et patronale de 5 %, le budget des caisses serait d'environ 5 milliards ; 18.000 francs représenteraient la part d'honoraires de chaque médecin, chiffre discutable d'ailleurs.

(1) Demandé par les délégués du Pas-de-Calais en 1921-22.

(2) Demandé par le Dr Batier, délégué de Strasbourg.

(3) Chiffre trouvé pour les accidentés du travail.

Les malades d'A.M.G. et de mutualité, quand ils seront soumis au régime de l'Assurance sociale, seront beaucoup plus exigeants, car ils seront forts de la cotisation versée. Pour éviter les abus, diverses solutions, le ticket modérateur en particulier, ont été proposées, dont l'efficacité est à vérifier par expérience. L'expérience va être en définitive le seul moyen de départager le corps médical.

Ce qu'il faut : Un front commun pour tous les médecins : Libre choix, secret professionnel, tarif à la visite.

Les modalités d'application seront différentes suivant les localités. Elles sont d'ailleurs secondaires car il ne faut pas oublier que quel que soit le mode de règlement des honoraires, en définitive, ce sera toujours la Caisse qui payera.

Le Dr LAFONTAINE adjure ses confrères de laisser l'expérience se faire, de ne pas se désunir et de voter l'ordre du jour suivant :

« *La collaboration des syndicats médicaux au fonctionnement de la loi éventuelle d'assurances sociales sera acquise aux conditions suivantes nécessaires et suffisantes pour l'exercice de toute médecine saine* :

1° *Respect du libre choix* ;
2° *Respect du secret professionnel* ;
3° *Rejet de tout forfait pour le règlement des honoraires medicaux ! paiement de ces honoraires à l'acte medical.*

Les honoraires du médecin seront des honoraires à la visite déterminés :

A. *Soit par un tarif etabli d'accord par la Caisse et le syndicat et qui pourra être ou bien* :
a) *Un tarif moyen limitatif avec ou sans ticket moderateur, ou bien* :
b) *Un tarif de responsabilite des caisses et non un tarif limitatif des honoraires médicaux* ;

B. *Soit par entente directe du médecin et du malade cette entente directe n'excluant pas l'etablissement d'une convention entre syndicats et caisses, qui permettrait le fonctionnement des caisses, ni la possibilite d'un contrôle etabli d'accord par la caisse et le syndicat.*

Le Dr VANDREPOTE (Boulogne-sur-Mer) vient montrer les lacunes des différents chapitres de la loi. Il doute, à propos de l'art. 79 que les 18 représentants ouvriers des caisses qui comprennent, en outre, 9 patrons, 9 délégués de l'Etat, aient suffisamment de compétence pour remplir leur rôle. Il se demande qui prononcera les exclusions éventuelles de médecins et attire l'attention sur ce fait que s'exercice de la loi étant permis aux non syndiqués, il se fera une véritable mise aux enchères de la médecine de caisses.

Le Dr DUBY tient d'abord à réfuter l'argument du Dr LAFONTAINE qu'il y aura toujours tiers payant en définitive.

Puis il pose ainsi le problème : il s'agit de déterminer non les modalités de collaboration du corps médical, mais les conditions auxquelles les caisses doivent se plier avant toute collaboration. Il fait un historique des Assemblées générales de l'Union et voit dans l'opposition au contrat collectif qui s'est manifestée en 1922-1923, un retour vers de saines traditions, un délaissement de formules dont le matérialisme choquait.

Il ne faut pas laisser les médecins isolés devant l'assurance, mais pour qu'ils soient forts, il suffit de resserrer le pacte syndical.

La plate-forme du corps médical pour imposer ses volontés à l'assurance sociale doit affirmer les principes de solidarité du malade et du médecin.

Il faut le libre choix, le secret professionnel, le tarif à la visite avec entente directe. Le tiers payant est un élément de corruption, de médecine au rabais, Il mène à la fonctionnarisation.

L'orateur refuse le système du catalogue des maladies ; il refuse d'admettre l'élimination du petit risque, mal défini, gênant pour la prophylaxxie ; et il conclut à la nécessité d'imposer à l'assurance sociale les principes qu'il a énoncés ci-dessus avant tout examen des modalités.

Le Dr MICHON conteste les chiffres cités par le Dr LAFONTAINE. Les caisses payeront-elles ? C'est en fait une inconnue. D'autant plus que ces caisses seront, pendant les 9 premiers mois, exclusivement des mutualités.

Il insiste encore sur ce qu'il considère comme un principe essentiel : l'entente directe du médecin et du malade, suivant les conditions d'exercice de la pratique médicale habituelle.

Il conclut en demandant que la loi ne prévoie pas d'organisation de soins, mais laisse libre d'agir.

Le Dr LE FUR vient indiquer que le S.M.S. n'acceptera la collaboration aux A.S. que si les trois principes essentiels sont inscrits dans la loi. Le S.M. S. est pour la liberté de réalisation avec une préférence pour l'entente directe.

Il faut que la loi ne prévoie pas d'organisation de soins, mais laisse la liberté d'entente. L'obligation du respect des trois principes empêchera en fait les médecins non syndiqués de se livrer à certaines pratiques. Il conclut en demandant qu'un vote des Délégués éclaire le corps médical sur l'opinion des différents syndicats.

Le Dr JAYLE présente d'abord un vœu du syndicat de Meaux. Il montre ensuite que la question des assurances sociales commence à s'éclaircir. Il insiste sur les conditions primordiales de collaboration du corps médical et sur la nécessité de laisser, à chaque syndicat, la liberté de choisir le mode de paiement qui aura ses préférences.

Après avoir discuté de la capacité de payement des caisses (qui est moindre que ne le pensent les auteurs du projet de loi) et du petit risque, il conclut en de-

mandant à l'Assemblée de voter les conclusions de la commission de médecine pratique.

Elles ont, entre autres avantages, leur souplesse qui permettra l'évolution nécessaire. Il regrette que le Gouvernement n'ait pas cru devoir se documenter plus sérieusement auprès des intéressés et de l'Union.

Le Dr LONGUET rappelle, en un court historique, l'histoire des A.S. en Alsace-Lorraine.

La loi d'assurances sociales en Alsace-Lorraine marqua la soumission du corps médical à des maîtres impérieux. Dans la loi allemande, volume de 380 pages, une demi-page était consacrée aux soins médicaux, Ceci permit toutes les rigueurs et la misère des médecins. Ceux-ci en sont sortis grâce à l'organisation syndicale. Aussi veulent-ils garder le contrat collectif. Ils veulent garder le tiers payant qui est une garantie de payement. Ils veulent le contrôle syndical, parce qu'il évite le contrôle patronal et parce qu'il est un facteur de moralisation.

Les médecins d'Alsace et de Lorraine qui ont une expérience chèrement acquise, viennent dire qu'il ne faut pas ignorer la loi, mais en suivre, pas à pas, l'élaboration. Il faut laisser la liberté dans l'espace, suivant les localités, et dans le temps, pour permettre l'évolution et l'expérience.

Dans une péroraison émouvante, il adjure les médecins français de garder l'intime union.

Le Dr DESROUSSEAUX (Roubaix) vient donner à l'Assemblée d'intéressants renseignements sur l'accord passé entre le Groupe des Industries textiles de Roubaix-Tourcoing et les syndicats médicaux. Pour lui, le Nord a été le premier à réaliser une organisation qui marche, qui évolue, qui au 1er janvier prochain englobera les familles des ouvriers. Œuvre parcellaire peut-être, mais qui peut donner d'utiles renseignements pour la pratique.

En fait, cette œuvre qui prévoit les soins par les seuls syndiqués et son contrôle strictement médical a déjà un budget de 105.000 francs depuis le 1er avril. Le contrôle s'est exercé deux fois, seulement, et d'ailleurs en faveur des médecins.

Cette organisation va servir de modèle à des œuvres analogues à Beauvais et Lyon.

Après que le Dr WERNER (Metz-Ville) est venu donner aux confrères les résultats de l'expérience du corps médical Alsacien-Lorrain, on passe au vote d'un ordre du jour établi en commun par les docteurs LAFONTAINE, DUBY, MICHON, JAYLE, LE FUR, BOUVAT, etc. Cet ordre du jour reproduit l'ordre du jour déposé par le Dr LAFONTAINE cité plus haut et y ajoute la phrase suivante :

« *La loi devra laisser toute liberté, aux syndicats médicaux et aux caisses, de contracter selon l'une des modalités prévues ci-dessus.* » (Voir nota, page 5.)

Un certain nombre de délégués, notamment les docteurs BOUVAT, COLDEFY, DUBY, MICHON, etc., déclarent n'avoir accepté de voter cet ordre du jour que si les syndicats pouvaient, dès maintenant, indiquer leurs préférences respectives. On décide donc de procéder à un vote par délégation, indiquant les préférences *actuelles* des syndicats pour les divers systèmes prévus par l'ordre du jour. Il est entendu que ce vote n'aura qu'une valeur documentaire et que la « liberté d'expérience » préconisée par les docteurs LAFONTAINE, JAYLE, etc., et impliquée par le texte de l'ordre du jour, restera entière pour chaque syndicat.

Le vote par délégation effectué dans ces conditions, a donné les résultats suivants :

1° 2.328 voix. Tarif établi d'accord entre syndicat et caisse : tarif moyen limitatif.

2° 3.543 voix. Tarif établi d'accord entre syndicat et caisse : tarif non limitatif représentant la part de responsabilité de la caisse.

3° 6.642 voix. Entente directe du médecin et du malade : Convention pour le fonctionnement de la caisse et éventuellement contrôle syndical.

NOTA. — Cet ordre du jour a été complété par l'ordre du jour suivant voté au début de la séance du lendemain matin sur la proposition du Dr LAFONTAINE :

« *L'assurance-maladie pour les mineurs, les cheminots, etc. ne sera plus régie par les dispositions des lois et règlements spéciaux (loi de 1894, etc., actuellement en vigueur), mais rentrera dans le cadre de la loi générale d'assurance-maladie, actuellement en préparation.*

« *Les dispositions de la loi d'assurance-maladie seront applicables à l'Alsace et à la Lorraine.* »

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Voyages médicaux au Maroc.** — Nous avons annonçé la semaine dernière que la Compagnie Générale Transatlantique a décidé d'organiser un nouveau voyage médical au Maroc, et nous avons donné le programme de ce voyage qui doit débuter le 18 avril à Marseille pour se terminer le 14 mai à Bordeaux.

On nous prie d'informer nos lecteurs, qu'un autre voyage à itinéraire identique, mais en sens inverse, c'est-à-dire avec embarquement à Bordeaux et retour par Marseille aura lieu du 30 *mars au* 24 *avril.*, c'est-à-dire pour les vacances de Pâques.

Le prix de ce voyage qui est normalement de 6.700 fr., sera réduit pour les médecins qui voudront bien y prendre part à *quatre mille huit cents francs* par personne.

Il comprend les traversées aller et retour en excellente installation de 1re classe.

Le transport entre Alger et Casablanca en excellents cars contenant seulement dix places et munis de sièges tournants Pulman.

Le séjour dans les hôtels en Afrique du Nord pendant toute la durée du voyage (boisson aux repas non comprise) ;

Les services d'un commissaire-guide des auto-circuits ;

La visite des villes et de leurs curiosités ;

Les pourboires à bord et dans les hôtels ;

Ces voyages ne seront définitivement organisés que lorsque dix inscriptions auront été reçues.

Les adhésions de principe doivent être envoyées sans retard à M. l'Administrateur de « La Presse Thermale et Climatique », 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris, XIVe.

Dès que dix inscriptions auront été enregistrées, les intéressés seront prévenus que leur adhésion devient définitive.

— **Institut d'hydrologie et de climatologie.** — Conférences faites a la Faculté de Médecine, à 18 h., au laboratoire de M. le professeur Desgrez, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Hydrologie générale. — MM. le professeur Georges Urbain, membre de l'Institut ; Pierre Urbain, chef de travaux, et Poirot-Delpech, chef de laboratoire.

Mardi 3 février. Classification des eaux minérales. — 10 février. Quelques applications particulières de la classification précédente.— 17 février. L'établissement, la station thermale.

Mardi 3 mars. Outillage de l'établissement thermal. — 10 mars. Application des notions d'hydrogéologie à une région thermale déterminée. — 17 mars. Application des notions de technologie à la même région thermale.

Chimie biologique appliquée à l'hydrologie. — MM. le professeur Desgrez, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine ; Bierry, chef de travaux ; Bournigault et L. Violle, chefs de laboratoire.

Lundi 2 février. Equilibre acide base. Acidose dans le diabète et dans les néphrites. — 7 février. Bilans, métabolisme et équilibre azotés. — 16 février. Azotémie, azoturie, ammoniurie, bases xanthiques et créatiniques, acide urique. — 23 février. Carbone urinaire ; molécule élaborée moyenne ; cryoscopie.

Lundi 2 mars. Eaux sulfureuses ; métabolisme du soufre. — 9 mars. L'eau dans l'organisme ; métabolisme minéral ; coefficient de déminéralisation. — 16 mars. Eliminations minérales provoquées ; diurèse hydrominérale, sa mesure.

M. Bournigault, chef de laboratoire, expliquera et dirigera les manipulations correspondant aux conférences précédentes.

Hydrologie et climatologie médicales. — Les conférences de clinique hydrologique seront faites par M. Rathery, directeur du service, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux.

Les conférences de climatologie seront faites par M. Baudouin, assistant du service, ancien interne des hôpitaux.

Jeudi 5 février. Les cures thermales dans les maladies de l'appareil digestif. — Vendredi 6 février. Traitement marin de la tuberculose.

Jeudi 12 février. Les cures thermales dans le diabète. — Vendredi 13 février. Les cures marines chez les nerveux, dyspeptiques, gastro-intestinaux, hépatiques, cardiaques, rénaux, dans les maladies des femmes.

Jeudi 19 février. Les cures thermales dans la goutte et l'obésité. — Vendredi 20 février. Indications thérapeutiques des différentes régions ou stations. Caractères et considérations qui doivent diriger le choix du médecin pour la cure climatique, marine ou d'altitude.

Jeudi 26 février. Les cures thermales dans les affections articulaires et osseuses.

— **Ve Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge** (Madrid 1925).— Un Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge va tenir ses assises à Madrid du 12 au 20 avril 1925. Il sera présidé par le professeur Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone, qui est en même temps président de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge.

Une commission espagnole composée des docteurs Martinez Vargas, président du Congrès ; Velasco Pajares, secrétaire général ; Arquellada, président de la Société de Pédiatrie de Madrid et Bandelac de Pariente, membre du Comité Permanent de l'Union internationale pour la Protection de l'enfance du premier âge a été reçue par S.M. le Roi Alphonse XIII, qui a daigné accepter le Haut Patronage de ce Congrès.

Le secrétaire général, M. le Dr Velasco Pajares, a chargé le Dr Bandelac de Pariente, vice-président fondateur de l'Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine ou UMFIA, médecin du Consulat général d'Espagne en France et membre permanent de l'Union Internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, dont le vice-président est M. le professeur Marfan et le secrétaire général, M. le Dr P. Grasset, de Tours, de solliciter et de recevoir tous les travaux des médecins français qui voudront bien participer à ce Congrès. Pour tous renseignements s'adresser au Dr Bandelac de Pariente, 10, square Moncey, à Paris, qui se chargera de transmettre les travaux et communications. M. le Dr Velasco Pajares enverra, sitôt imprimés, comme cela a été fait pour le Congrès de Séville, les exemplaires du programme et notices sur tous les renseignements, qui seront déposés au Siège de la *Presse Médicale*: chez MM. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain Paris.

— **Faculté de Médecine de Paris** (Année 1925). — *Cours complémentaires et de perfectionnement* :

Séries spéciales de cours complémentaires du 1er trimestre 1925. — 1° *Cours combinés de neurologie et de psychiatrie*, sous la direction de MM. les professeurs Claude et Guillain, du 2 au 24 février.

Ces cours de vingt leçons chacun auront lieu avec deux leçons par jour pendant dix jours à l'hospice de la Salpêtrière et pendant dix jours à l'Asile Sainte-Anne. Ils auront lieu par jours alternés, seront suivis de trois leçons de neurologie oculaire par le Dr Velter

agrégé, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu et de deux leçons d'exploration de l'appareil vestibulaire par le Dr LEMAITRE, à la clinique otologique de l'hôpital Lariboisière.

Droit à verser : 150 francs pour chaque cours.

On peut s'inscrire isolément pour chacun des cours.

2° *Cours combinés sur les maladies de la nutrition et les maladies infectieuses*, sous la direction de MM. les professeurs CHAUFFARD, à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et TEISSIER, à la clinique des maladies infectieuses à l'hôpital Claude-Bernard, du 2 au 24 février.

Ces cours seront faits à jours alternés, les lundis, mercredis et vendredis, par le professeur CHAUFFARD ; les mardis, jeudis et samedis, par le professeur TEISSIER.

Droits à verser : 150 francs.

On peut s'inscrire isolément pour chacun des cours.

Programme du cours de M. le Pr CHAUFFARD. — Un cours de perfectionnement sur les modifications de l'équilibre humoral dans leurs rapports avec les maladies de la nutrition, destiné aux médecins praticiens s'intéressant particulièrement aux maladies de la nutrition et aux recherches de chimisme humoral, aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moiana, du 2 au 24 février.

Il comprendra 20 leçons et aura lieu sous la direction du professeur CHAUFFARD, avec la collaboration de MM. Noël FIESSINGER, agrégé, médecin des hôpitaux ; Paul BRODIN, médecin des hôpitaux ; DEBRAY, CLÉMENT, RAVINA, chefs de clinique ; GRIGAUT, chef du laboratoire de chimie.

Les leçons auront lieu le matin à 9 heures et le soir à 2 heures.

La séance du matin comprendra un exposé théorique de 9 heures à 10 heures, suivi, de 10 heures à 11 heures, d'examens de malades.

L'après-midi sera consacré exclusivement à des démonstrations pratiques faites au laboratoire, de 2 heures à 6 heures.

Sommaire des leçons : *Matin* : L'humorisme ancien et moderne. — Les insuffisances hépatiques. — La lithiase biliaire. — Le tubage duodénal. — La goutte. — Le diabète (étude clinique). — Le diabète (pathogénie et traitement). — L'obésité. — L'insuffisance rénale — Le rôle du sympathique dans la nutrition.

Soir : L'équilibre humoral à l'état normal. — Métabolisme azoté. — Cholestérine. — Ferments pancréatiques. — Pigments. — Sels biliaires. — Acide urique. — Sucre sanguin. — Corps cétoniques. — Graisse et lécithine. — Les albumines du sang. — Tests végétatifs.

Programme des leçons de M. le professeur TEISSIER. — Un cours de perfectionnement sur certains problèmes concernant les maladies infectieuses, notamment sur les modifications de l'équilibre humoral dans les infections aiguës, aura lieu à la clinique des maladies infectieuses, hôpital Claude-Bernard, porte d'Aubervilliers, du 2 au 24 février.

Il comprendra vingt leçons avec projections et travaux de technique clinique et expérimentale, sous la direction du professeur TEISSIER, avec la collaboration de MM. le Dr GASTINEL, ancien chef de clinique ; les Drs CAMBASSÉDÈS, CATHALA, RIVALLIER, chefs de clinique ; REILLY, chef de laboratoire ; CHABANIER, chef de laboratoire.

La séance du matin comprendra un exposé théorique, de 9 à 10 heures, suivi de l'examen des malades, de 10 à 11 heures.

L'après-midi sera consacré à des leçons comportant des démonstrations pratiques, à des recherches de labotoire ou à des applications cliniques de technique de laboratoire, de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Matin : Des septicémies spécifiques et non spécifiques. — Du rôle de quelques déterminations viscérales au cours des maladies infectieuses aiguës, dans l'évolution et les suites éloignées de ces maladies. — Le syndrome éruptif dans les maladies infectieuses. — Les formes frustes des maladies infectieuses aiguës. — Les formes malignes, notamment les formes hémorragiques, des infections aiguës. — Les troubles de l'équilibre humoral au cours et au décours des maladies infectieuses aiguës. — Allergie et anergie. — Immunité locale. — Immunité générale. — Valeur prophylactique et curative du sérum de convalescent. — Les vaccinations préventives et curatives.

Après-midi : Valeur comparée des diverses réactions humorales au cours des maladies infectieuses aiguës. — Applications pratiques. — Les troubles du métabolisme azoté. — Prophylaxie de la diphtérie (réaction de Schick, vaccination anatoxine). — Données expérimentales relatives aux maladies à virus kératogène (herpès, encéphalite). — Données expérimentales relatives aux ictères infectieux. — Diagnostic anatomique des lympho granulomatoses. Diagnostic anatomique et biologique de la peste. — Les varioles, leur traitement spécifique et non spécifique. — Vaccine, étude biologique et expérimentale.

3° *Cours supérieur complet de microbiologie et parasitologie.* — Ce cours en 38 leçons aura lieu du 15 janvier au 28 février, sous la direction de MM. les professeurs BEZANÇON, BRUMPT et M. le Dr PHILIBERT, agrégé, tous les jours, au laboratoire de bactériologie de la Faculté de 14 heures à 18 heures. Chaque leçon sera suivie de travaux pratiques.

Les 6 leçons concernant la parasitologie auront lieu pendant la dernière semaine du cours ; les élèves pourront s'inscrire exclusivement pour cette série de leçons.

Droits à verser : 150 francs pour le cours de bactériologie : 50 francs pour le cours de parasitologie.

4° *Cours combiné de physiologie, clinique et prophylactique.* — Ce cours aura lieu par semaines alternées, tous les matins, de 9 h. 1/2 à 12 heures, sous la direction de MM. BEZANÇON, BERNARD et SERGENT, à partir du 15 janvier.

1re *semaine* : Professeur BEZANÇON, à l'hôpital Boucicaut : Formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. La partie anatomo-pathologique sera faite par le professeur LETULLE (3 leçons). — Examens des crachats : cytologie, méthodes d'homogénéisation, étuvation, recherches des fibres élastiques, réaction de fixation (3 leçons).

2e *semaine* : Professeur SERGENT, clinique propédeutique (hôpital de la Charité).

Leçons sur la séméiologie, le diagnostic clinique et radiologique.

Exercices pratiques dans les salles tous les matins.

3e *semaine* : Professeur L. BERNARD, à l'hôpital Laënnec : Prophylaxie chez l'adulte et chez l'enfant, pneumothorax thérapeutique.

4e *semaine* : Professeur X., à la clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades) : Les tuberculoses chirurgicales et radio-diagnostic.

Droit à verser : 100 francs par cours.

5° *Cours combiné de médecine expérimentale et de chimie médicale.*

Ce cours aura lieu par jours alternés, sous la direction de MM. les professeurs ROGER et DESGREZ.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

imposé, ne doit pas le droit proportionnel à raison de l'habitation de Paris qui ne sert pas à l'exercice de sa profession.

La patente de X où vous avez un cabinet et votre habitation est régulièrement établie sur la totalité de la valeur locative. Celle de Y calculée sur la valeur locative du cabinet de consultation est également régulière.

A. M.

3377. — Présomption d'origine d'une maladie contractée par un militaire en service.

Un militaire contracte du rhumatisme articulaire aigu un mois avant la libération de sa classe. Hospitalisé il est soigné très correctement et est, 45 jours après la libération de sa classe, envoyé dans ses foyers avec un fascicule de mobilisation portant certificat d'origine ; un « Ça peut aller » du médecin chef ; un souffle intense d'insuffisance mitrale.

Je ne crois pas que les choses doivent se passer d'une façon aussi simple et je vous serais très obligé de m'indiquer les formalités que le malade doit remplir pour être pensionné et pour recevoir un carnet de soins.

Libéré depuis 10 jours il n'a aucun papier, certificat d'origine, billet d'hôpital, à sa disposition.

Dr X.

Réponse.

Libéré depuis moins de six mois, ce malade bénéficie de la présomption légale d'origine. Pour faire valoir ses droits, il lui suffit d'adresser aussitôt au directeur du service de santé de sa région une demande sous pli recommandé à l'effet d'être examiné par le plus prochain centre de réforme.

Il recevra du médecin-chef de ce centre un questionnaire à remplir, qui permettra de constituer son dossier et de recueillir toutes les pièces d'origine concernant sa maladie. Puis il sera examiné par les experts, par une Commission de réforme et l'affaire suivra son cours.

---

33. — Fin des prorogations de baux professionnels de la loi du 9 mars 1918.

Pouvez-vous me dire si c'est à la date du 1er janvier 1925 ou au 1er avril que les locataires ayant bénéficié de la prorogation de 5 ans de guerre auront à payer le nouveau prix : 75 % + 10 %.

J'ai entendu plusieurs personnes affirmer que la date de promulgation de la loi tombant en cours de trimestre, il en résultait que c'était seulement en avril 1925 que l'augmentation serait exigible.

La chose est intéressante pour beaucoup d'entre nous et j'aimerais à avoir votre avis autorisé.

Dr L.

Réponse,

La durée de la prorogation professionnelle accordée par la loi du 9 mars 1918 est égale à la durée de la guerre soit 5 ans et 84 jours. Pour les locataires dont les baux étaient expirés au cours de la guerre, cette prorogation a commencé à courir dès le 24 octobre 1919. Une loi postérieure a décidé que, lorsqu'une prorogation légale viendrait à échéance au cours d'un terme, elle serait prolongée du délai nécessaire pour achever le terme en cours. Dans le cas que nous visons, les 5 ans et 84 jours viennent à expiration dans le courant de janvier, donc au cours du terme ; par conséquent la prorogation ne prend fin que le 1er avril. Pour les titulaires de baux venus à expiration postérieurement au 24 octobre 1919, les mêmes règles sont applicables, mais alors la prorogation n'a commencé à courir que du jour de l'expiration du bail.

Ce n'est donc qu'à partir du 1er avril que votre propriétaire pourra vous demander une augmentation de loyer.

3322. — Demande de pension militaire pour maladie.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître par quels moyens un réformé de guerre pour myocardite, classé dans le service auxiliaire sans pension, peut demander une pension.

Dr B.

Réponse.

Ou bien cet homme n'a pas d'origine reconnue pour la maladie, cause de classement service auxiliaire, ou bien son invalidité a été évaluée à moins de 10 %.

Il doit s'adresser par lettre recommandée au directeur du service de santé de sa région, pour dire qu'il sollicite un nouvel examen de son dossier, ou bien en raison de pièces d'origine qu'il peut faire valoir (si c'est le cas), ou bien en raison d'une aggravation survenue dans son état (en joignant, cette fois, un certificat médical attestant cette aggravation).

Application du Tarif Breton.

3340. — On ne peut compter deux fois le même déplacement.

Je suis installé depuis 18 mois (c'est mon premier poste) à M., chef-lieu de canton, où j'ai succédé à un confrère qui a quitté le pays.

M. est une des nombreuses localités du Midi où, par suite de divers facteurs (parmi lesquels l'*invidia medica* !) le prix des visites et consultations est seule-

ment de 5 francs la consultation et 7 francs la visite. Dans le rayon de M. existent 2 localités : L. à 3 km. et B. à 5 km. Je dessers la première en même temps qu'un confrère de M. et en concurrence avec un confrère de P., localité située à 5 k. de B. comme M.

Ces 2 localités sont visitées par *nous* (en auto) tous les jours ouvrables dans le cours de l'après-midi, que nous soyons ou non demandés.

A L. je partage avec mon confrère les fonctions de médecin des sociétés de secours mutuels qui ont imposé à mes prédécesseurs et confrères un tarif forfaitaire ridicule que je suis obligé de subir vu ma récente installation. A B. je ne suis pas médecin de ces sociétés.

Or, à L. et à B., par suite de la concurrence, les tarifs ont été maintenus au même prix qu'à M. soit 5 francs la visite (pas de consultation car nous n'avons de cabinet dans aucune des deux localités). Je subis à regret et en le réprouvant ce fait pour la même raison que je subis le tarif des mutualistes.

Ce n'est que si une visite spéciale sur appel nous est demandée que nous tarifons aux clients ordinaires le déplacement.

Et voici la raison de ma lettre :

Dans mes rapports avec l'A. M. G., les bénéficiaires des soins de l'art, 64 et les accidentés du travail, puis-je demander tout *ou partie* des frais de déplacement (qui ne sont pas imaginaires puisque et malgré qu'ils soient quotidiens).

1° Quand nous sommes appelés par un malade de ces catégories spécialement (en dehors de notre « tournée »).

2° Quand, au cours de cette tournée, nous n'avons pour tout potage qu'*un* malade *d'une* de ces catégories (çà se voit en morte-saison ! !).

3° Quand nous voyons en même temps un ou plusieurs malades de clientèle ordinaire ou de catégories différentes.

Dans le premier cas, il me paraît évident que la réponse est ; *oui.*

Dans le second, il me semble que le déplacement ayant été fait pour un seul malade, il est bien juste que celui-ci paye ce déplacement. Or, est-ce une raison, parce que nous ne réclamons pas cette indemnité à un malade ordinaire à cause de la concurrence, pour que nous ne puissions la réclamer au « tiers payant » alors que la concurrence est supprimée par lui ?

Enfin, dans le troisième cas, la réponse est plus douteuse, car il est bien difficile de faire une répartion équitable des frais de déplacement que doit supporter chaque tiers payant ou client ordinaire.

Cependant est-ce logique qu'une visite spéciale à un accidenté du travail à B. à 5 km. (aller) soit payée 18 francs alors que si nous voyons en même temps un autre malade (client ordinaire) la visite sans déplacement (8 francs) ajoutée au prix de la visite de client ordinaire (7 francs) ne totalisent que 15 francs et que si nous voyons un troisième malade (soit 2 fois plus de temps, au moins, passé à

B. que pour la visite spéciale) nous ne touchions que 22 francs, soit 4 francs de plus seulement ?

Ne croyez vous pas que si, par bonheur, on peut encaisser de 2 mains une indemnité de déplacement (totale ou partielle) pour le même déplacement on n'est pas plus malhonnête que l'Etat quand le fisc nous réclame un tant pour cent sur le même revenu compté d'abord comme revenu professionnel, puis comme revenu global, ou lorsqu'une marchandise est grevée d'autant de taxes sur le chiffre d'affaires qu'il y a eu d'intermédiaires entre le producteur et le consommateur.

Je m'arrête et m'excuse de vous importuner d'une aussi longue lettre. Je vous serai reconnaissant de l'avis autorisé que votre expérience pourra me donner sur ces 3 cas de conscience personnelle et professionnelle, car je tiens à être un médecin honorable, non profiteur, mais non exploité.

Dr R.

Réponse.

Vous ne pouvez compter deux fois le même déplacement, d'après l'adage de droit : « *Non bis in idem* ». Et si une Commission départementale de contrôle s'aperçoit que vous le faites, par exemple, en étant allé voir un pensionné de guerre et un malade d'A. M. G. pous pouvez être sûr qu'on biffera l'une des deux sommes, bien que l'Etat, comme vous le dites, agisse ainsi pour nos revenus et notre chiffre d'affaires. Naturellement, quand vous n'avez vu qu'un malade, quel qu'il soit, vous devez toujours compter ce déplacement complet, que ce soit avec ou sans tiers payant et ce, après vous être mis d'accord avec vos confrères voisins, au sein et sous l'égide de votre syndicat.

F. D.

JURISPRUDENCE

Les impôts sur les revenus et les professions libérales.

Les travailleurs intellectuels et particulièrement ceux qui, tout en exerçant une profession libérale, perçoivent cependant certaines sommes ayant le caractère de traitements ou salaires, doivent-ils être imposés globalement pour l'ensemble de leurs revenus, à l'un seulement des impôts cédulaires sur les revenus ? Doivent-ils, au contraire, être assujettis pour partie à l'impôt sur les bénéfices des « professions non commerciales » et pour une autre part à l'impôt sur les traitements, salaires et émoluments divers, bénéficiant ainsi, grâce à ces deux impositions distinctes, de deux dégrèvements à la base, et non d'un seul ?

Par des arrêtés récents, le Conseil de préfec-

ture de la Seine, confirmant et précisant sa jurisprudence antérieure, vient de se prononcer à nouveau en faveur de cette seconde solution. L'administration des contributions directes prétendait que lorsqu'il s'agit par exemple d'un professeur, d'un médecin, d'un architecte, tous les revenus se rattachant à l'exercice d'une même profession et qui comportent l'utilisation des mêmes connaissances et des mêmes facultés intellectuelles doivent faire l'objet d'une imposition unique. Cette thèse n'a point été admise et sur cette question de principe, le Conseil de préfecture de la Seine s'est prononcé dans les termes suivants :

« Considérant qu'alors même que les diverses occupations d'un contribuable présentent entre elles un caractère d'analogie plus ou moins grande et peuvent, en raison notamment de la ressemblance ou de l'identité des connaissances utilisées ou des facultés intellectuelles mises en jeu, être considérées à certains points de vue, comme se rattachant toutes, principalement ou accessoirement, à l'exercice d'une seule et même profession, les différentes catégories de revenus provenant de ces occupations n'en doivent pas moins, au regard de la loi fiscale, et, pour l'exacte application de celle-ci, être distinguées, et classées conformément aux articles 23 et 30 de la loi précitée du 31 juillet 1917, et, par suite, en tenant compte des conditions extrinsèques de l'activité professionnelle, c'est-à-dire des rapports du contribuable intéressé avec les tiers, et, le cas échéant, des modalités suivant lesquelles il est rémunéré ; que ces revenus doivent donc, quand il y a lieu, faire l'objet de deux impositions différentes correspondant l'une aux sommes perçues à titre de traitements, salaires, indemnités et émoluments divers ou de pensions et rentes viagères, et l'autre aux sommes touchées à titre de revenus tirés de l'exercice d'une profession non commerciale et n'ayant ni le caractère de traitements, salaires, indemnités et émoluments, ni le caractère de rentes viagères ou de pension ».

Par application de ce principe, il a été décidé que des professeurs n'étaient redevables de l'impôt sur les traitements et salaires qu'à raison du traitement afférent à un emploi permanent de professeur dans une Faculté ou dans une grande école de l'Etat ou dans une école privée, mais que, à raison de droits d'auteur perçus pour des livres ou des articles de revues, ou pour des leçons particulières données à un élève, à domicile, ou encore pour des leçons données « au cachet » dans une institution privée, ils ne pouvaient être assujettis qu'à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. Il a de même été décidé qu'un médecin était passible, pour le traitement touché en qualité de médecin attaché à divers services de la Préfecture de la Seine ou de médecin salarié par une Compagnie d'assurances ou de navigation, de l'impôt sur les traitements et salaires et, pour les honoraires

perçus de la clientèle privée de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Il est à noter qu'un professeur et historien qui fait partie de l'Académie des sciences morales a été reconnu passible de l'impôt sur les traitements, salaires et émoluments divers pour les sommes touchées en qualité de membre de l'Institut de France. D'où l'on doit, semble-t-il, tirer cette conséquence que l'Institut est tenu en vertu de l'article 26 de la loi du 31 juillet 1917, de déclarer, aussi bien que « tout employeur », les rétributions payées à ses membres — et qui sont fort modiques, nul ne l'ignore !

(*Gazette des tribunaux,* 19 et 20 janvier 1925.)

NOTE. — Le projet du Budget actuellement en discussion devant la Chambre, contient un article qui, s'il était adopté, aurait pour effet de résoudre, dans le sens de l'administration fiscale, la question encore en suspens, puisque le Conseil d'Etat ne s'est pas encore prononcé, mais cette disposition législative n'aurait pas d'effet rétroactif. J. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *janvier.*

Loyers.

Circulaire du garde des sceaux relative à l'application de la législation sur les loyers.

Cette circulaire rappelle aux juges des référés que le législateur a voulu que, sur la justification qui lui était faite d'une demande de prorogation régulièrement formée, le juge des référés maintînt en possession l'occupant de bonne foi.

Elle rappelle également que le droit de reprise des lieux loués par le propriétaire pour son usage personnel a été exclu en ce qui concerne les propriétaires de « fractions d'immeubles » dont l'acquisition, sauf en cas de succession, n'a pas date certaine avant le 1er février 1922.

16 *janvier.*

Service de Santé militaire.

Circulaire du ministre de la guerre relative à l'admisssion à l'école du service de santé militaire en 1925.

Le concours d'admission s'ouvrira le 8 juillet 1925, à 8 heures.

Les candidats devront s'inscrire dans les Préfectures, du 12 mai au 7 juin inclus.

Conditions générales d'admission.

Art. 1er. — 1º Etre Français ou naturalisé Français.

Les candidats alsaciens-lorrains justifieront de leur réintégration de plein droit dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section V de la partie III du traité du 28 juin 1919.

Pourront être admis également les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service armé.

Conditions d'admission relatives à l'âge et à la scolarité.

Art. 12. — *a*) Scolarité :

1° *Etudiants P. C. N.*

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

2° Les candidats pourvus du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et régulièrement inscrits dans une faculté des sciences, dans une école de médecine ou une école préparatoire, en vue de l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, sous la réserve que ces candidats, s'ils sont reçus à l'école, ne pourront être admis à y rentrer que s'ils sont en possession de ce certificat.

Les Alsaciens-Lorrains, à défaut de ce baccalauréat, doivent être titulaires d'un certificat ou d'un diplôme dont l'équivalence leur permet, aux termes des règlements universitaires en vigueur, de faire les études médicales.

2° *Etudiants en médecine.*

Sont admis à concourir les étudiants en médecine, titulaires du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et pourvus de 4 et 8 inscriptions, ancien et nouveau régime, valables pour le doctorat.

Les candidats ne sont pas admis à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité au jour de l'ouverture des épreuves orales et pratiques d'admissibilité, ainsi :

Concourront à 4 inscriptions : les candidats ayant 4 inscriptions au minimum et 7 au maximum.

Concourront à 8 inscriptions : les candidats ayant 8 inscriptions au minimum et 11 au maximum.

Les Alsaciens-Lorrains qui ont commencé leurs études suivant le régime allemand seront rattachés à ces diverses catégories dans les conditions ci-après :

A celle de 4 inscriptions, ceux ayant quatre semestres de scolarité ;

A celle de 8 inscriptions, ceux ayant obtenu le physicum ;

b) Age. — Avoir eu au 31 décembre 1924 :

23 ans au plus pour les étudiants P. C. N. ;

24 ans au plus pour les étudiants en médecine concourant à 4 inscriptions ;

25 ans au plus pour les étudiants en médecine concourant à 8 inscriptions.

Nota. — Pour les candidats qui sont ou ont été incorporés, les limites d'âge sont reculées d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

Nulle dérogation ne peut être admise aux dispositions du présent article.

17 *janvier.*

Conseil national économique.

Décret du 16 *janvier* 1925 *portant constitution d'un Conseil National économique.*

Ce conseil a pour fonctions d'étudier les problèmes intéressant la vie économique du pays, d'en rechercher les solutions et de proposer l'adoption de ces solutions aux pouvoirs publics.

Il est composé de 47 membres représentant les différentes forces économiques et sociales de la Nation. Dans la section « Travail », le travail intellectuel et l'enseignement sont représentés par 3 membres.

Les membres du Conseil seront délégués dans chaque catégorie, par la ou les organisations le plus représentatives. Ces organisations seront désignées par le Gouvernement, sur la proposition du ministre du travail, après avis des ministres intéressés.

18 *janvier.*

Enseignement de la médecine.

La chaire de chirurgie opératoire de la Faculté de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours à partir de la publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

21 *janvier.*

Hygiène sociale.

Arrêté réglant la composition et le fonctionnement du Conseil de perfectionnement et du Conseil d'administration de l'Office national d'hygiène sociale.

Cet arrêté sera publié ultérieurement.

Bureaux d'hygiène.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Berck (Pas-de-Calais).

Le traitement alloué est fixé à 3.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire.

Les réformés de guerre n'ont droit aux soins gratuits que si leurs droits sont ouverts depuis le 2 août 1914.

2009. — M. Coucoureux, député, demande à M. le ministre des pensions si un réformé pour blessures de guerre de 1870 n'a pas droit à la gratuité pour les soins médicaux et pharmaceutiques nécessités par sa blessure. (*Question du 16 décembre* 1924.)

Réponse. — Réponse négative. Pour pouvoir prétendre à la gratuité des soins prévus par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il faut être « bénéficiaire de ladite loi », c'est-à-dire pensionné ou en possession d'un titre d'allocation provisoire d'attente, pour droits ouverts depuis le 2 août 1914 (§ 1er de l'article 64 susvisé).

(*J. O.*, 14 janvier 1925.)

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 274-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Corson, de Guingamp, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Mornet, Larue, Leriche Em., Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J., Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 58. — A céder ds cent. indust. de province, client. d'opht.-oto-rhi., rapp. 35 à 40.000, contre très lég. ind.

N° 59. — A céd. apr. décès, belle client. et fixes ds les Hautes-Vosges, désire jne doct. sér. ayant prat. connais. yeux et chir. Urg. facil. de paiem.

N° 60. — A vend. cause achat voit. pl. forte, Vinot-Deguingand 1913, 9-10 CV, torp. 2 pl. spid. acc. Bon ét. marche et pneus. Dr Pallier, St-Servan (Ille-et-Vilaine).

N° 61. — Conf. offre vins de Sauterne 1920, t. droits payés gare dép. p. caisse de 12 ou 25 bout. au prix de 10 fr. l'une. Dr Ricard, à Preignac (Gironde).

N° 62. — Cab. banl. de Marseille, rapp. de début intéres. téléph. install. client. méd. génér. Dép. cause santé. A céd. rapid. avec au bes. auto.

N° 63. — A vend. Renault 4 pl. mod. 1914 entièr. revue, parf. état de mot. et carross. 5 pneus neufs, 11-13 CV, voit. conf. et solide 11.500 fr.

N° 64. — A vend. au pl. off. collect. « Lectures pour tous », oct. 1900 à août 1919. Dr Ledru, Avesnes-le-Comte (P.-de-C.).

N° 65. — Suis achet. d'un lavabo à péd. à un ou deux barillets. Faire offre Dr Valegeas, St-Junien (Haute-Vienne).

Nº 66. — A vend, 10 CV Citroen, cond. int. 1924, ay. roulé 8.000 km. cause achat voit. pl. petite, 2 glaces pr cabriolet 5 CV. Dr Jacquemaire, place Gambetta à Denain (Nord).

Nº 67. — Vve de méd. meill. référ. disp. de tt son temps, ch. sit. chez méd. de clin. ou mais. de sant. Tiendr. comptab. ferait pansem., etc. Mme Casses, 75, rue de la Convention, Paris, 15e.

Nº 68. — Marne. Poste méd. 40.000 à céder gratuit. cause départ.

Nº 69. — Fille de méd. poss. solide instr. et bonne culture générale, recherche emploi secrét. auprès médec. ou ds clinique.

Nº 70. — Ds ville Côte d'Azur, à céder client. chirur. gynéc. et orthop. Bénéf. nets 60.000, gr. et bel appart. loyer 4.000, bail 5 ans, client. susc. aug. par méd. actif. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris. Tél. Gob. 36-46.

Nº 71. — Banl. de Paris. Ds local. agréab. client. sér. rapp. 90.000, pav. 8 p. gar., jard. conf. Belle client. active, nomb. acchts. Banl. bourgeoise, proxim. de Paris. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

La documentation interconfraternelle.

I. L'artérite traumatique de la radiale.
II. Ostéomyélite à foyers multiples.

En réalisation de l'idée du professeur Vanverts, de Lille, « pour aider à la documentation des thèses et travaux scientifiques », je vous prie de bien vouloir insérer ma demande de renseignements bibliographiques au sujet de deux articles que je voudrais terminer. Il s'agit :

1º D'une contribution à l'étude de l'*artérite traumatique primitive de l'artère radiale*, près du poignet, lésion vérifiée radiographiquement ;

2º D'un cas, récemment observé, d'*ostéomyélite à foyers multiples*, survenue dans le décours d'une varicelle. Cette complication rarissime n'est pas signalée dans les traités classiques ; des cas en ont-ils été publiés ?

Dr Bastin, Deville (Ardennes).

L'autohémothérapie de l'alcoolisme.

Je lis, aux « Correspondances » du dernier *Concours*, que vous demandez des renseignements au

sujet de la sérothérapie antialcoolique. Je ne connais pas l'acéto-sérum, mais je crois devoir signaler un essai d'auto-hémo-sérothérapie que j'ai pratiqué sur une de mes clientes, alcoolique invétérée ; après m'être entouré de tous les renseignements désirables auprès de l'auteur de la méthode, le docteur Lhopitallier, de La Membrolle (Indre-et-Loire), j'ai fait, suivant ses conseils, une prise de sang de 50 cc. environ. Immédiatement j'ai injecté dans les muscles fessiers 1 cc., de ce sang. Le reste a été confié au laboratoire qui m'a remis des ampoules de sérum de 2 cc. Tous les deux jours, j'ai fait une injection intra-musculaire avec le contenu d'une ampoule ; cela pendant une vingtaine de jours. Résultat : pendant la durée du traitement, la malade, chez qui le mari tentait, en même temps, une rééducation de la volonté, la malade, dis-je, s'est montrée indifférente aux diverses boissons alcooliques, en particulier au vin blanc pour lequel elle avait un faible. Le traitement terminé, la malade est revenue très rapidement à ses anciennes habitudes.

Cette courte observation étant susceptible d'intéresser nos confrères, je vous autorise à la publier.

Dr P. Roux,
(Brassac-les-Mines).

***

Tous nos remerciements à notre sympathique correspondant.

124. — Refus d'une expertise.

Membre du « Sou médical », je viens vous demander un renseignement. Je viens d'être nommé expert dans une histoire de blessure par imprudence. Je dois me rencontrer avec un confrère radiologiste et examiner avec lui le blessé. Or, le confrère habite à 40 kilomètres d'ici, les communications sont très mal commodes, il me faudra une journée entière le jour où il me faudra me rendre auprès de lui pour la radiographie. Je dois de plus aller prêter serment devant le président du tribunal sis à 40 kilomètres, ce qui me fera perdre une autre journée. Quels sont donc les honoraires dus pour frais d'expert en matière de droit commun ?

Pourrais-je refuser ? Je suis le médecin traitant de la blessée ; j'ai été appelé auprès d'elle aussitôt l'accident survenu. Puis-je invoquer cette raison de médecin traitant pour me récuser ? Si oui, en quels termes dois-je rédiger une lettre et à qui dois-je l'adresser ? Dois-je passer par l'intermédiaire de l'huissier qui m'a donné notification du jugement me nommant expert ?

Dr X.

Réponse.

En matière civile, un expert peut toujours décliner la mission qui lui est confiée. Dans votre cas, c'est même pour vous un devoir moral, puisque, médecin traitant du blessé à expertiser, vous pourriez être amené, *pour accomplir votre mis-*

sion, à violer le secret professionnel auquel vous êtes tenu envers votre client.

Vous devez donc faire connaître au juge et à l'avoué de la partie qui vous a signifié le jugement vous commettant, que vous ne pouvez accepter les fonctions d'expert dans l'affaire et que vous vous récusez. Il appartiendra à l'avoué de demander au président la nomination d'un autre expert.

---

143. — Prix de la recherche du bacille de Koch pour un pensionné de guerre.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître combien est tarifée (loi des réformés de guerre) la recherche du bacille de Koch par inoculation des urines au cobaye.

Dr B.

Réponse.

Aux termes de l'article 3 de l'arrêté ministériel du 12 janvier 1923 relatif au payement des produits pharmaceutiques aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les analyses chimiques ou biologiques et les examens bactériologiques ordonnés par les médecins sont payés au tarif de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques. Or ce tarif prévoit, pour la recherche du bacille de Koch par inoculation au cobaye, une rémunération de 60 francs.

164. — Prix de la journée d'hôpital pour les accidentés du travail.

Vous m'obligeriez en voulant bien me donner les renseignements suivants au sujet des frais d'hospitalisation des accidentés du travail.

L'article 4, alinéa 3, de la loi du 9 avril 1898 stipule que le chef d'entreprise est tenu dans tous les cas, en outre des obligations contenues dans l'art. 3, des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'art. 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 50 %, ni excéder jamais quatre francs par jour pour Paris ou trois francs cinquante partout ailleurs.

Ces taux ont été modifiés par l'art 24 de la loi du 15 juillet 1893 et majorés de 30 %.

Je serais donc heureux de connaître le tarif établi en application de cette loi.

Dr G.

Réponse.

La loi du 6 juillet 1920 a modifié l'article 4, § 3, de la loi du 9 avril 1898 et c'est maintenant, en effet, de 30 %, sans autre limitation, que peut etre majoré le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

Aux termes de ce dernier article, le prix de la journée des malades placés dans les hôpitaux est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des Commissions administratives de ces établisse-

ments et après avis du Conseil général, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Il n'existe donc pas de tarif général, mais un tarif spécial pour chaque hôpital et c'est ce tarif qui peut être appliqué, avec une majoration maxima de 30 %, aux blessés du travail.

---

156. — Evaluation d'incapacité permanente d'un accidenté du travail.

Je donne mes soins à un blessé du travail auquel on a dû, à la suite d'une fracture compliquée de jambe, couper la cuisse.

Il s'agit donc d'une grosse infirmité et le blessé me demande à juste titre de le renseigner sur le taux de sa rente ultérieure.

Pour une amputation de cuisse, peut-on espérer un taux d'incapacité permanente de plus de 66 % ?

D'autre part, ce blessé gagnait par jour 38 fr., ce qui fait par an 38 fr. × 300 jours = 11.400 fr.

La rente doit être égale à la moitié de la réduction de capacité c'est-à-dire à la moitié de la réduction de gain correspondant.

Mais la loi de 1898 prévoyait un salaire annuel maximum de 2.400 fr. Nous sommes loin de 11.400 fr. Je sais que ce maximum a été relevé. Mais dans quelles proportions ?

Je vous remercie à l'avance des indications que vous pourrez me donner.

D[r] C.

Réponse.

Le Guide-barème des invalidités pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires, guide-barème auquel on se réfère habituellement pour l'appréciation des invalidités résultant d'accidents du travail, donne pour l'amputation d'une cuisse un taux de 80 % en cas d'amputation sous-trochantérienne, de 65 % en cas d'amputation à un niveau inférieur et de 70 % en cas d'amputation à un niveau inférieur avec ankylose de la hanche.

L'ouvrier restant atteint d'une incapacité permanente partielle à la suite d'un accident du travail a droit à une rente calculée sur la moitié de son salaire annuel jusqu'à 4.500 francs et sur le huitième du salaire seulement pour la portion du salaire dépassant 4.500 fr. jusqu'à 15.000 francs.

Ainsi dans le cas que vous nous soumettez prenons pour base une incapacité de 65 % et un salaire annuel de 11.400 francs. L'ouvrier aura droit à une rente égale à

$$\frac{(4.500 : 2) \text{ plus } (6.900 : 8) \times 65}{100} \quad \text{soit : } 2.002{,}30.$$

---

145. — Accident du travail causé par un tiers.

Un brave homme de mes clients d'un certain âge, ne pouvant plus travailler, est employé comme gardien de quai d'une entreprise privée. Or fin décembre dernier étant à son poste de surveillance, il est blessé par un fût en déchargement d'un camion automobile appartenant à un tiers.

Le gardien, n'étant pas un ouvrier, n'est pas assuré par son patron, qui, je crois, lui aurait fait signer une déclaration pour acceptation de cette clause au moment de l'embauchage il y a plusieurs mois. Je croyais en tout cas qu'il n'y avait pas ici à proprement parler accident du travail, mais accident de droit commun envers un tiers. Donc le gardien devait avoir droit au salaire complet et au remboursement de tous frais, soins médicaux et autres au tarif ouvrier local. Il va sans dire que toutes précautions ont été prises, certificat, déclaration, etc. Le tiers est assuré, mais je ne sais pas dans quelles conditions.

Mon client, sur mes conseils, a consulté un avocat qui me fait tenir un mot disant qu'il « considère l'accident comme un accident du travail envers le patron et un accident de droit commun envers le tiers responsable ». Il ajoute que chacun d'eux devra payer à mon client la moitié du salaire. Est-ce exact ? En tout cas, pour moi, médecin, je ne dois connaître que l'ouvrier (non le gardien). Mais quel tarif dois-je appliquer ? Le tarif Breton ou le tarif ouvrier local ? En dehors du blessé, qui sera responsable de mes honoraires ? le patron ou l'assurance du tiers, propriétaire du camion ?

J'opine pour la deuxième manière, peut-être à tort d'ailleurs. Eclairez-moi, je vous prie.

Dr B.

Réponse.

Du moment que votre client est employé dans une entreprise commerciale, il est couvert par la loi sur les accidents du travail pour tous les accidents dont il peut être victime au cours de son travail. La déclaration que son patron lui a fait signer, contenant renonciation au bénéfice de la loi du 9 avril 1898, est nulle d'une nullité absolue et ne peut lui être opposée. Le blessé a donc le droit de réclamer à son patron le paiement de son demi-salaire durant la période d'incapacité temporaire et le versement d'une rente s'il reste atteint d'une incapacité permanente. De votre côté, vous avez une action directe contre le patron en paiement de vos honoraires calculés suivant le tarif Breton, conformément à la loi sur les accidents du travail.

Mais, dites-vous, l'accident a été causé par un tiers étranger à l'exploitation où était employé le blessé. Aux termes de l'article 7 de la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier blessé dans ces conditions peut demander au tiers responsable la réparation du préjudice dont il n'est pas couvert

par la loi sur les accidents du travail, c'est-à-dire le complément de son demi-salaire et, éventuellement, de sa rente, le pretium doloris, la détérioration de ses effets, etc.

Si vous vous estimez insuffisamment payé par le tarif Breton, vous pouvez demander à votre blessé le complément de vos honoraires, suivant le tarif ouvrier local ; le blessé comprendra cette partie de vos honoraires qu'il vous aura ainsi payée dans sa demande d'indemnité au tiers responsable. Mais vous n'avez pas d'action directe contre ce tiers responsable ; s'il refuse de vous payer directement, vous ne pourrez vous faire payer que par le blessé lui-même, au contraire de ce qui a lieu pour la partie de vos honoraires qui est à la charge du chef d'entreprise du blessé, contre lequel la loi vous accorde une action directe.

127*b*. — Recrutement des médecins de la santé.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir m'indiquer s'il existe un diplôme spécial conférant le titre de « médecin de la santé ». Si oui, quel est le programme de cet examen et quelle est la Faculté qui y prépare ? D[r] B.

Réponse.

La nomination des médecins de la Santé et des directeurs de la Santé est régie par le décret du 7 juin 1919. Elle est faite par le Ministre de l'Intérieur sur l'avis d'un jury spécial.

Les vacances sont portées à la connaissance des intéressés par un avis publié au *Journal Officiel* et affiché dans les principaux ports. Les candidats sont invités à produire, dans le délai d'un mois, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres et de toutes justifications utiles.

Ils doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Le jury spécial, réuni sur la convocation du Ministre, présente un rapport et est appelé à donner son avis, au double point de vue de l'aptitude technique et administrative, sur chacun des candidats ainsi que sur les titres et garanties spéciales qu'il peut présenter à l'obtention des fonctions sollicitées.

209. — Rixe pendant le travail.

Je vous serais obligé de bien vouloir répondre à la question suivante :

Pendant le travail, deux ouvriers se querellent et en viennent aux mains. L'un deux reçoit un traumatisme à l'épaule, qui lui créera une incapacité d'une quinzaine de jours. Y a-t-il dans ce cas accident du travail ? Dr D.

Réponse.

Bien que la blessure dont est atteint l'ouvrier soit consécutive à une rixe, on doit la considérer comme résultant d'un accident du travail puisqu'elle est survenue pendant le travail. C'est dans ce sens qu'est fix e la jurisprudence (arrêts de la Cour de Cassation, Chambre civile, des 16 mai 1911 et 20 avril 1912).

Voici le motif principal sur lequel est basé l'arrêt du 20 avril 1912 : « Attendu que tout accident, survenu à l'heure et au lieu du travail, doit être considéré comme survenu à l'occasion du travail, sans qu'il soit besoin qu'il se rattache par un lien direct aux occupations mêmes de l'ouvrier ou employé qui en a été la victime. »

Le même arrêt déclare encore que le patron doit être rendu responsable pour n'avoir pas pu maintenir l'ordre dans le magasin (il s'agissait d'employés), comme il en avait l'obligation.

3393. — Rétroactivité de pension militaire. — Instance pendante devant le Tribunal des Pensions.

1° Un malade passe en 1915 du service armé dans l'auxiliaire pour tachycardie. En mai 1924 passe la commission de réforme, est pensionné à 10 p. 100 pour tachycardie, accidents cardio-rénaux. Ce malade a-t-il droit à un rappel de pension depuis 1915, époque à laquelle en fait sa maladie a été constatée et a déterminé son passage dans l'auxiliaire, ou n'a-t-il droit à sa pension que depuis mai 1924 ?

2° Un prisonnier, ayant séjourné pendant 2 ans en Allemagne et soigné dans les hôpitaux allemands pour troubles gastriques est atteint actuellement de cancer de la petite courbure. Il n'a naturellement pas de papiers constatant qu'il a été soigné en Allemagne, mais plusieurs témoins, camarades de captivité, ont déposé et certifié qu'il a été soigné. La commission de réforme n'admet pas l'origine. Une demande d'appel devant le tribunal des pension, il y a plusieurs mois, n'a pas encore abouti. Une lettre adressée au Ministre est restée sans réponse ? Que faire ?

Dr M.

Réponse.

1° En principe, ce malade n'a droit à 10 % que depuis mai 1924 ; mais il peut demander la rétroactivité depuis 1915, époque de son passage, pour la même infirmité, du service armé dans le service auxiliaire. Celle-ci lui sera accordée à moins qu'on n'évalue à moins de 10 % le degré de son invalidité à cette époque.

(*Voir la suite page XLVII-321*)

PROPOS DU JOUR

Les médecins, la médecine et l'opinion. Ce que Napoléon pensait de la médecine et des médecins d'après Cabanès.

De tous temps, les médecins, race susceptible, se sont émus des jugements que portait sur eux l'opinion et cela, beaucoup trop à notre avis. Non qu'il faille faire fi de l'opinion publique. La braver est souvent sot, et parfois dangereux. Mais parce que les jugements qu'elle porte demandent à être interprétés, et que souvent, ceux qui paraissent les plus sévères, notamment à l'égard des médecins, sont simplement des témoignages d'une considération qui fait trouver choquants des actes à peine blâmables quand ils sont effectués par le commun des mortels.

Nous avons déjà soutenu cette thèse, nous n'y reviendrons pas.

Or, s'il est intéressant de connaître les jugements de l'opinion publique sur les médecins et la médecine à diverses époques, il est encore plus intéressant de savoir ce qu'en pensaient les hommes de génie.

Cabanès, dans le nouveau livre qu'il vient de publier sur Napoléon : « *Dans l'intimité de l'Empereur* » (1), livre d'une lecture si attrayante, tant par le nombre des anecdotes que par la richesse de sa documentation, consacre tout un chapitre à *ce que Napoléon pensait de la médecine et des médecins.*

Napoléon était indiscutablement un homme supérieur, très instruit. Il était à la fois un homme de réflexion et d'action. Son jugement sur les médecins et la médecine ne saurait donc nous laisser indifférents. Mais, pour apprécier ce jugement, il faut le situer en son temps et se rendre bien compte de ce qu'étaient les médecins et la médecine sous le Consulat et le Premier Empire. Or, à l'époque de Napoléon, la médecine, bien qu'ayant bénéficié des progrès indiscutables des sciences biologiques au XVIIIe siècle, était surtout un art et pas encore une science appliquée. Quant aux médecins ils étaient assez médiocres, à part quelques hommes vraiment distingués. Depuis 1791 que les Facultés de médecine étaient supprimées, l'enseignement médical n'existait plus et, d'ailleurs à l'époque de la fermeture des Facultés, cet enseignement était loin d'être florissant. Aussi, Napoléon exprimait à notre avis une opinion fort juste quand, à l'issue d'une séance du Conseil d'Etat (21 mai 1806) il s'exprimait ainsi sur la médecine : « Je n'approuve pas, disait-il, qu'on ne puisse être reçu bachelier dans la Faculté de médecine, sans être bachelier dans celle des sciences ; *la médecine n'est point une science exacte et positive, mais seulement une science de conjectures et d'observation* ; j'aurais plus de confiance dans un médecin qui n'aurait pas étudié les sciences exactes, que dans celui qui les posséderait. J'ai préféré M. Corvisart à M. Hallé, parce que M. Hallé est de l'Institut. M. Corvisart ne sait pas seulement ce que c'est que deux triangles égaux. *On ne doit pas éloigner l'étudiant en médecine de la fréquentation des hôpitaux, de la dissection, et des études relatives à son art.* »

On ne saurait mieux dire, même à notre époque, à laquelle cependant la médecine a fait de si nombreux et de si remarquables progrès.

Napoléon aimait l'anatomie. Son esprit positif y appréciait la précision et les méthodes de l'étude de la structure du corps humain. Il avait suivi à Dijon, alors qu'il tenait garnison à Auxonne vers 1780, le cours d'anatomie de Chaussier et il s'en était souvenu, car lorsqu'il voulut réorganiser les écoles de santé, il eut recours à Chaussier, et à Fourcroy. Il aurait même essayé de disséquer avec Corvisart à Saint-Cloud ; il abandonna ces études, ayant une invincible répugnance des cadavres. Mais s'il appréciait l'anatomie, il n'avait aucun goût pour les remèdes et aucune foi dans la thérapeutique de son époque. Peut-être n'avait-il pas tout à fait tort ?

« Docteur, disait-il, à un de ses médecins, notre corps est une machine à vivre, il est organisé pour cela... Laissez la vie à son aise, qu'elle s'y défende elle-même, elle fera plus que si vous la paralysiez en l'encombrant de remèdes. »

Avouons que ce n'était pas trop mal pensé.

A Sainte-Hélène où le D^r^ O'Meara lui faisait remarquer qu'il en était resté sur les médecins à

(1) Cabanès. — *Dans l'intimité de l'Empereur.* Ouvrage orné de très nombreuses illustrations. Albin Michel, édit., 22, rue Huyghen, Paris.

l'opinion qu'en avaient Molière et Le Sage : « Je crois, répartit l'Empereur, qu'il y a en effet beaucoup de médecins comme ceux de Molière. J'ai une toute autre opinion de la chirurgie, parce que là, vous ne travaillez pas dans les ténèbres ; là, vous avez au moins la clarté du jour et vos sens pour vous guider et prêter assistance. »

Napoléon savait apprécier les hommes de valeur, et parmi eux les médecins. Il aimait Larrey dont le dévouement pour les soldats sur les champs de bataille était admirable. Il avait une grande confiance en Corvisart qui n'était pas loin de partager son scepticisme en thérapeutique. Cependant, Corvisart était un sectateur de Gall dont Napoléon qualifiait le système d'imbécillité. Il jugeait aussi sévèrement Mesmer, Puységur et Lavater et avait horreur du charlatanisme.

Il avait encore une profonde estime pour Bichat qui, selon les propres expressions de l'Empereur, « eût agrandi le domaine de cette science (la médecine) si imparfaite et si chère à l'humanité, si l'impitoyable mort ne l'eût frappé à vingt-huit ans. »

Nous ne pouvons reproduire en entier ici le chapitre de Cabanès : remercions-le et félicitons-le chaudement de continuer, avec une rigueur toute scientifique et une érudition sans égale, de nous documenter ; la petite histoire éclaire parfois singulièrement les ombres de la grande.

***

En somme, en y réfléchissant un peu, l'on s'aperçoit que tous les hommes distingués et de bonne foi qui ont jugé la médecine et les médecins *de leur époque*, ont porté sensiblement les mêmes jugements. Mais il ne faut pas que nous généralisions ces jugements dans le temps, ni dans l'espace. Montaigne, Molière appréciaient sévèrement la médecine de leur époque et les médecins qui les entouraient. Ils en relevaient les ridicules, mais indiscutablement de bonne foi et non sans raison. Ils le démontrent eux-mêmes, et pour s'en rendre compte, il suffit de les relire.

Montaigne, qui fut sévère pour la médecine et les médecins de son temps, aurait sans doute modifié son opinion à notre époque. Un homme de bon sens comme l'auteur des *Essais* ne pouvait que mépriser les médecins qui se servaient des drogues qu'il énumère lui-même : « Le pied gauche d'une tortue, l'urine d'un lézard, la fiente d'un éléphant, le foie d'une taulpe, du sang tiré soubs l'aile droicte d'un pigeon blanc, et pour nous autres choliqueux (tant ils abusent desdaigneusement de notre misère), des crottes de rat pulvérisées, et telles autres singeries qui ont plus le visage d'un enchantement magicien, que de science solide (1). »

Qui, parmi nous, à notre époque, reprocherait à Montaigne sa répugnance pour parcille thérapeutique et son mépris pour ceux qui la prescrivaient ?

D'ailleurs, si Montaigne, avec quelque raison, montrait plus que de la défiance envers les médecins de son temps, il se gardait de généraliser :

« Au demeurant, dit-il, j'honore les médecins, non pas suivant le précepte, pour la nécessité (car à ce passage, on en oppose un aultre du prophète, reprenant le roy Asa d'avoir eu recours au médecin), mais pour l'amour d'eulx mesmes, en ayant vu beaucoup d'honnestes hommes et dignes d'estre aimez. Ce n'est pas à eulx que j'en veulx, c'est à leur art : et ne leur donne pas grand blasme de faire leur proufit de nostre sottise, car la plupart du monde faict ainsi. »

Les critiques de Molière, comme celles de Montaigne, contre la médecine et les médecins *de son temps*, ne sont aussi que la révolte d'un homme de bon sens, contre la sottise doctorale qu'il voyait s'étaler chaque jour. Dans le *Malade imaginaire*, il donne, par la bouche de Béralde, les raisons qui le poussent à se moquer des médecins. Il trouve ridicule leur prétention de vouloir guérir.

« Par la raison que les ressorts de notre machine sont des mystères, *jusques ici*, où les hommes ne voient goutte, et que la nature nous a mis au devant des yeux des voiles trop épais pour y reconnaître quelque chose. »

N'était-ce pas la pure vérité au XVII[e] siècle ?

L'art du médecin d'alors, continue Béralde, « consiste en un pompeux galimatias, en un spécieux babil, qui vous donne des mots pour des raisons et des promesses pour des effets. » Peut-être pourrait-on en dire plus d'une fois autant aujourd'hui ?

Le plus fort, le plus dangereux, c'est que certains de ces médecins sont convaincus :

« Votre M. Purgon, dit encore Béralde, n'y fait point de finesse : c'est un homme tout médecin depuis la tête jusqu'aux pieds ; un homme qui croit à ses règles plus qu'à toutes les démonstrations des mathématiques, et qui croirait du crime à les vouloir examiner ; qui ne voit rien d'obscur dans la médecine, rien de douteux, rien de difficile ; et qui, avec une impétuosité de pré-

(1) *Essais*, livre II, chap. XXVII.

vention, une raideur de confiance, une brutalité de sens commun et de raison, donne au travers des purgations et des saignées, et ne balance en aucune chose. Il ne faut point vouloir mal de tout ce qu'il pourra vous faire, c'est de la meilleure foi du monde qu'il vous expédiera ; et il ne fera, en vous tuant, que ce qu'il a fait à sa femme et à ses enfants, ce qu'en un besoin il ferait à lui-même. »

Et, à toutes les époques, il en fut de même chez les hommes de talent et de bonne foi qui se moquèrent des exagérations de la médecine et de certains médecins. Comme, avec beaucoup de raison, le fait remarquer Bergson, le ridicule de beaucoup de médecins est de renverser les rôles et, par une singulière aberration, de croire, avec la meilleure foi du monde, ce qui du reste n'en est que plus comique et plus dangereux, que les malades, que la Société existent pour la plus grande gloire de la médecine et des médecins et non ces derniers pour les malades.

Jules Romains, dans Knock, brosse un portrait du médecin ultra-moderne qui peut soutenir la comparaison des types de Molière, et la suprématie excessive que certains veulent donner à la médecine nouvelle dans toutes les branches de l'activité humaine (médecine préventive, prénatalité, natalité, médecine scolaire, orientation professionnelle, médecine sociale, etc., etc.) lorsque l'on pèse bien la valeur actuelle de nos connaissances médicales vraiment scientifiquement établies, dépasse en bizarrerie et en ridicule l'outrecuidance et la tyrannie des médecins de Molière.

Soyons modestes. Avouons que nous ne savons bien que très peu de choses, mais rendons-nous compte qu'avec ce peu, nous pouvons être très utiles si nous savons nous en servir avec à propos, conscience et bon sens. Alors, nous finirons toujours par avoir l'opinion pour nous.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE VERTIGE

Considérations pratiques,

Par P. Truffert,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Le syndrôme si pénible que constitue le vertige a été l'objet d'études nombreuses. Celles-ci éclairent chacune un côté de la question ; mais, à mesure que l'on avance dans l'étude de ce syndrôme, on constate combien d'éléments nous font encore défaut, pour que les notions que l'on en a actuellement puissent être considérées comme définitives et complètes.

Il est, en effet, des vertiges qui s'objectivent par des manifestations appréciables. Il en est d'autres dont l'objectivation doit être révélée par des épreuves cliniques. Ces épreuves qui permettent souvent de localiser la lésion avec une approximation suffisante donnent quelquefois des réponses d'apparence paradoxale.

Ces derniers cas laissent le champ libre à de nombreuses hypothèses dont certaines ont reçu, dès maintenant, leur consécration clinique, dont les autres sont trop récentes pour n'être pas encore soumises à des discussions d'écoles, et pour ne pas nécessiter de nouvelles recherches et de nouvelles observations avant d'être intronisées d'une façon définitive dans la pathologie.

On ne saurait donc tenter, sous peine d'obscurité, un exposé succinct de la conception actuelle des vertiges.

C'est pourquoi, nous nous bornerons volontairement a envisager les cas les plus fréquemment observés en clinique et à indiquer les traitements qui semblent leur convenir le mieux.

Auparavant, il nous faut préciser ce que l'on doit entendre par *vertige* ; et, là déjà, nous nous heurtons à des difficultés.

« *Le vertige est une fausse sensation de désorientation amenant l'impression d'un déséquilibre imminent* ».

✦✦

Cette définition de M. Lermoyez est sans contredit la plus claire, la plus simple, la plus complète. Elle réunit, en effet, le phénomène subjectif de *désorientation*, prédominant pour Grasset et le phénomène objectif : le *déséquilibre*, trouble moteur, élément fondamental du syndrome pour Bonnier.

Elle présente de plus l'avantage de séparer nettement le vertige des chutes, des propulsions, des déséquilibres brutaux non accompagnés de la sensation de désorientation et qui ne sauraient rentrer dans le cadre de cet article.

Jacques Durand, dans sa thèse, après une étude fort poussée de ce que l'on doit entendre par vertiges conclut : « Un sujet a du vertige « quand il voit les objets environnants tourner « ou se déplacer autour de lui, ou, quand lui-« même croit être entraîné, se déplacer par rap-« port aux objets environnants. A cette sensa-« tion, s'ajoutent le plus souvent des troubles « objectifs d'incoordination motrice se tradui-« sant par l'impotence fonctionnelle de la sta-« tion et de la locomotion (inclinaison, latéro-« pulsion, rotation à droite ou à gauche, chute « en avant ou en arrière, effondrement, dérobe-« ment). Mais ces deux éléments, souvent réunis « et plus ou moins confondus, peuvent être dis-« sociés. »

On voit que, si l'on peut arriver à limiter le syndrôme vertige, la définition la plus concrète, la plus simple et la plus exacte appelle déjà le commentaire.

Avant d'aborder l'étude des vertiges nous tenons à éliminer des états pathologiques qui s'accompagnent de troubles divers et qui constituent des « pseudo-vertiges ».

Parmi ceux-ci, certains, dûs à un trouble de la circulation encéphalique par excès ou par défaut, s'accompagnent de phénomènes subjectifs auxquels le malade attribue le nom de vertiges et qui s'en séparent complètement.

Les éblouissements, les bourdonnements d'oreille, les pertes de connaissance, s'ils s'accompagnent de symptômes que l'on rencontre également comme éléments du syndrôme vertiges, s'en séparent complètement par l'absence de désorientation, phénomène subjectif tellement pénible qu'il échappe rarement au malade.

De même, appartiennent aux pseudo-vertiges, les étourdissements qui peuvent exister comme aura d'une crise épileptique ou comme équivalent.

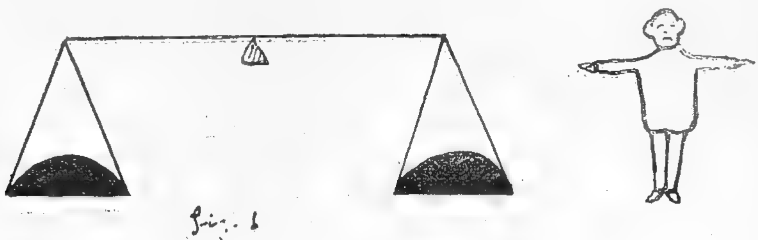


FIG. 1. — Le système est en équilibre statique.

Qu'est-ce donc au point de vue pratique que le vertige, sinon un trouble d'un état normal, l'*équilibre*.

On peut objectiver ce trouble par une comparaison facile.

La représentation typique de l'équilibre statique est une balance dont les plateaux sont chargés de poids égaux (fig. 1).

Toute impulsion, si minime soit-elle, imprimée à l'un des plateaux détermine des oscillations qui dureront un certain temps pour se stabiliser enfin.

Ce trouble oscillatoire de l'équilibre peut être déterminé de façon identique par une pression de même force, exercée soit de bas en haut sur un plateau, soit de haut en bas sur son symétrique.

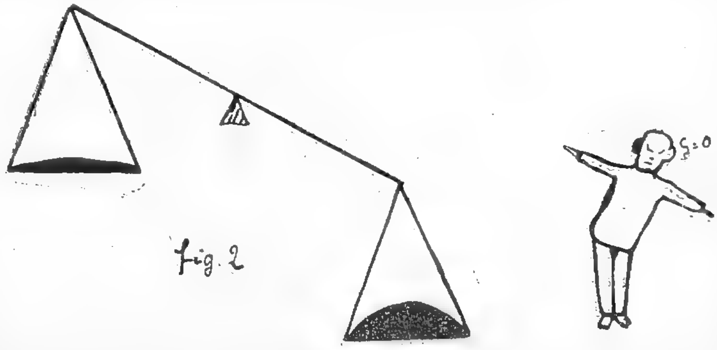


FIG. 2. — Le déséquilibre : le plateau gauche de la balance est allégé. Le labyrinthe gauche est détruit.

Ajoute-t-on ou retire-t-on un poids à la charge de l'un des plateaux, on déterminera un mouvement oscillatoire à l'arrêt duquel on constatera une rupture d'équilibre (fig. 2) et, la mécanique nous a enseigné, qu'il suffit de déplacer l'axe de suspension du fléau vers le plateau le plus (1) lourd pour ramener le système à sa situation d'équilibre (fig. 3).

Cette comparaison permet d'objectiver grossièrement la physiologie pathologique des vertiges.

L'équilibre individuel est obtenu par l'action de deux organes symétriques ; le labyrinthe vestibulaire qui comprend : l'utricule et les canaux semi-circulaires.

Notre collègue et ami H.-P. Châtellier, étudiant l'anatomie du labyrinthe membraneux, tend à rattacher le sac endo-lymphatique à l'utricule.

leur symptomatologie des éléments surajoutés qui aideront, dans une certaine mesure à la localisation de la lésion.

Avant d'aborder l'étude pratique du vertige, il nous paraît utile, pour la clarté de l'exposition, d'envisager rapidement l'appareil d'équilibration, ses éléments périphériques, leur innervation, leurs connexions centrales.

Nous verrons également, aussi succinctement que possible, les épreuves qui permettent d'explorer la fonction labyrinthique, ce qu'on peut leur demander, ce qu'on est en droit d'en attendre, les limites au-delà desquelles l'interprétation de leurs réponses sortent du cadre de la spécialité.

Le système d'équilibration (fig. 4).

L'oreille interne comprend deux systèmes. Un *système d'audition* ou *cochléaire*, constitué par le limaçon membraneux et son annexe sacculaire ; et un *appareil d'équilibration, vestibulaire*, représenté par les canaux semi-circulaires et leurs ampoules s'ouvrant dans la poche utriculaire.

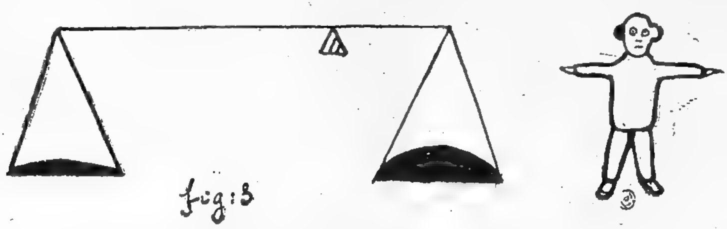


FIG. 3. — L'équilibre est rétabli par déplacement de l'axe de suspension vers le plateau le plus lourd. Chez le malade, par la volonté et l'accoutumance (?).

Chacun de ces appareils représente les plateaux de notre balance et le vertige répond aux oscillations du système statique.

On conçoit donc déjà que le vertige sera déterminé, identique, par l'excitation d'un appareil (surcharge) ou par l'inhibition de l'autre (allègement).

On conçoit également que la destruction d'un labyrinthe entraîne après une période de vertiges (oscillations), une période de stabilisation (la volonté ou l'accoutumance représentant le déplacement du point de suspension du fléau).

On conçoit également que, de même que, dans ce cas, la simple observation montre nettement le déplacement de l'axe de suspension du fléau vers le plateau le plus lourdement chargé, de même, certaines épreuves cliniques permettront de mettre en évidence l'inégalité, la discordance physiologique des labyrinthes.

Dans la pratique, le problème se complique du fait qu'un syndrôme identique peut reconnaître comme cause le trouble physiologique d'un système ou bien une altération de ses connexions nerveuses périphériques.

Par contre, les lésions situées en amont du noyau bulbaire présenteront le plus souvent dans

(1) Le résultat serait également obtenu en allongeant le bras du fléau du côté où le plateau est le plus léger.

Ces deux systèmes communiquent l'un avec l'autre par l'intermédiaire du sac endo-lymphatique, disent les classiques. Mais la communication utriculo-sacculaire avec le sac endo-lymphatique est un point encore à l'étude, puisque Portmann considère le sac endo-lymphatique comme une expansion sacculaire, alors que H.-P. Châtellier, dans ses reconstitutions, montre que la communication se fait surtout avec l'utricule.

Quoi qu'il en soit de ce point spécial, c'est l'utricule et ses diverticules semi-circulaires qui constituent à proprement parler l'organe d'équilibration.

Mais alors que les canaux semi-circulaires étaient considérés comme les seuls organes d'équilibration, il est à l'heure actuelle certain que, si leur action est prépondérante, elle n'est pas seule en jeu, et que la poussière otilithique de l'utricule et du saccule joue un rôle, sinon encore nettement défini, à coup sûr indiscutable.

Cet appareil d'équilibration est innervé par le faisceau vestibulaire de l'auditif, lequel présente un relai périphérique dans le *ganglion de Scarpa*, situé au fond du conduit auditif interne, dont les fibres centripètes gagnent le bulbe pour se ter-

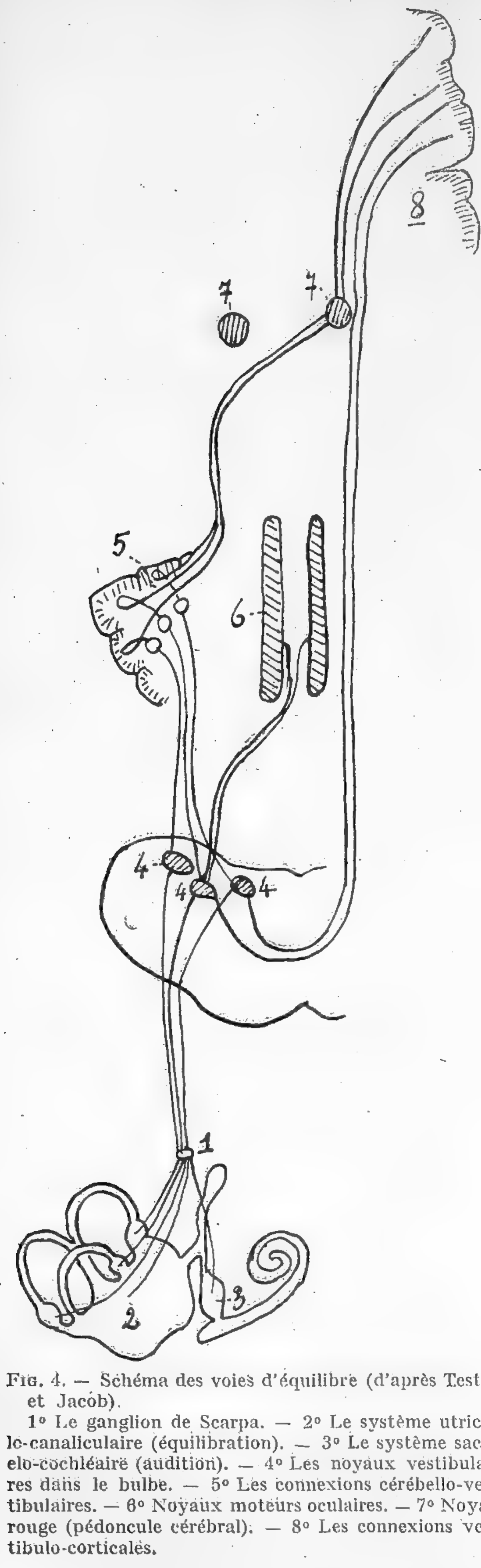


FIG. 4. — Schéma des voies d'équilibre (d'après Testut et Jacob).

1° Le ganglion de Scarpa. — 2° Le système utriculo-canaliculaire (équilibration). — 3° Le système sacculo-cochléaire (audition). — 4° Les noyaux vestibulaires dans le bulbe. — 5° Les connexions cérébello-vestibulaires. — 6° Noyaux moteurs oculaires. — 7° Noyau rouge (pédoncule cérébral). — 8° Les connexions vestibulo-corticales.

miner dans les noyaux situés sous le plancher du 4e ventricule, dans la région de l'aile blanche externe.

Ces noyaux entrent en connexion avec des noyaux cérébelleux ; avec les noyaux bulbaires du moteur oculaire externe puis avec le noyau rouge du pédoncule cérébral et leur expression corticale serait, pour Bonnier et Betcherew, située dans la région du pied de la pariétale ascendante.

On voit que l'appareil d'équilibration, étendu des noyaux bulbaires au vestibule membraneux, affecte des rapports anatomiques dont le rôle est considérable dans la pathogénie des vertiges.

En effet, l'enveloppe osseuse du labyrinthe constitue la paroi interne de la caisse du tympan dans sa région haute, attico-antrale.

Par son connectif vestibulaire, l'appareil d'équilibration traverse le conduit auditif interne et les espaces sous-arachnoïdiens.

Enfin, de la fossette sus-olivaire aux noyaux dorsaux, les faisceaux cheminent au travers du bulbe.

On conçoit donc que, sur ce long trajet, une irritation quelconque puisse entraîner un trouble de l'équilibre et des vertiges.

Au point de vue clinique, c'est en essayant de déclancher un vertige que l'on éprouvera la valeur fonctionnelle de l'appareil labyrinthique.

Ewald a montré que la partie sensible de l'appareil d'équilibration était située dans les ampoules des canaux semi-circulaires ; il a montré en outre que, tout mouvement du liquide endolymphatique, qui remplit le labyrinthe membraneux, déterminait une excitation de ce labyrinthe et que le sens du déplacement commandait le sens des réactions périphériques : vertiges, sens de la chute, nystagmus.

En particulier, tout mouvement du liquide vers l'ampoule d'un canal semi-circulaire, l'externe par exemple, se traduisait par une irritation de ce labyrinthe, c'est-à-dire : vertiges avec chute et entraînement du côté de l'oreille excitée.

Par contre, tout mouvement ampullifuge détermine des réactions absolument inverses, c'est-à-dire identiques à celles que l'on obtiendrait en déterminant un mouvement ampullipète dans le labyrinthe opposé.

Les épreuves labyrinthiques, rotatoire ou calorique (épreuve de Barani) n'ont d'autre but que de déterminer un mouvement du liquide endolymphatique dans un sens fixé et de constater d'une part que la réaction existe, d'autre part, qu'elle est conforme au test normal.

Quant au vertige voltaïque (épreuve de Babinski), bien que sa physiologie soit encore mal précisée, les réactions obtenues chez un individu normal sont identiques à celles que déterminerait un courant endo-lymphatique ampullipète dans l'oreille répondant au pôle positif.

Les manifestations objectives du déséquilibre provoqué, expérimental ou pathologique, sont les suivantes :

1° L'objectivation la plus constante du vertige est le nystagmus, qui est constitué par des secousses du globe oculaire dirigées dans un axe et s'exagérant lorsque le regard est dévié du côté du labyrinthe prédominant.

2° Dans la station debout, yeux fermés, le malade est entraîné du côté du labyrinthe prédominant (c'est-à-dire du labyrinthe irrité ou du labyrinthe sain en cas de destruction de son symétrique). La volonté corrigeant l'entraînement, le malade tombe du côté du labyrinthe déficient.

3° Dans la marche yeux fermés dans un espace limité, en faisant avancer puis reculer le malade pour repartir ensuite, on assiste à une déviation du malade du côté du labyrinthe prédominant, véritable marche en étoile (épreuve de Babinski-Weil).

Telles sont les objectivations cliniques du vertige.

Voyons ce que l'on peut demander aux épreuves labyrinthiques, car, dans ce cas, il s'agit de préciser si la déséquilibration dont le sens est maintenant connu est due à une irritation d'un labyrinthe ou à la destruction de l'autre labyrinthe.

Il est des cas où le problème se résout facilement, c'est celui où il existe une lésion auriculaire nette : otite chronique, suppurée ou sèche.

On conçoit que le labyrinthe en cause étant forcément celui de la lésion otitique, la déséquilibration se fera du côté malade s'il s'agit d'une irritation labyrinthique, elle se fera au contraire du côté sain si le labyrinthe a été détruit.

Mais, dans d'autres cas, une exploration labyrinthique est indispensable, et l'on conçoit que, par comparaison des réactions obtenues par une excitation aussi semblable que possible de l'un et l'autre des labyrinthes, on pourra mesurer approximativement la valeur physiologique de chacun d'eux.

Un labyrinthe irrité sera plus sensible aux épreuves, un labyrinthe inhibé ou détruit restera complètement insensible aux diverses explorations.

Ceci posé, en nous reportant au schéma précédent, il nous est facile d'essayer un classement des différents vertiges.

I. — Vertiges labyrinthiques.

Ceux-ci sont de beaucoup les plus importants.

Le labyrinthe membraneux peut être altéré soit par une lésion organique et permanente, soit par une lésion fonctionnelle ou intermittente.

Lésions organiques.

Les plus importantes sont les otites.

Les altérations de la caisse peuvent retentir sur la circulation endo-lymphatique dans des conditions essentiellement différentes.

Un trouble du jeu de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale détermine un mouvement du liquide endo-lymphatique.

L'étrier s'enfonce-t-il brusquement, il y a augmentation de pression ; l'étrier est-il tiré en dehors, il y a diminution de pression du liquide endo-lymphatique et réaction labyrinthique.

Si les manifestations de ces troubles portent surtout sur l'appareil cochléaire, elles ne laissent pas indifférent l'appareil d'équilibration et nous connaissons tous l'ébauche de vertige, quelquefois même le vertige vrai qui, chez certains malades, annonce une otite catarrhale ou, plus souvent, indique qu'il existe un exsudat, généralement purulent, en rétention forcée dans l'oreille moyenne.

D'ailleurs, la paracentèse du tympan fait cesser immédiatement ces troubles vertigineux.

C'est à des troubles de même ordre qu'il faut rattacher les vertiges, quelquefois très intenses et parfois pénibles, constatés au cours de l'évolution de certaines otites sèches adhésives, constituant la *maladie de Ménière*.

Celle-ci, à côté de sa forme cochléaire, dans laquelle prédomine les bourdonnements, se présente très souvent sous la *forme vertigineuse*.

Le début en est brusque, par une grande crise de vertiges qui va en s'atténuant, en général au bout de quelques jours. Mais ce n'est qu'une rémission et, sur un fond très atténué éclate une nouvelle crise qui, après elle, laisse le malade dans l'angoisse de sa réapparition.

Bien qu'essentiellement polymorphes, dans le cas le plus fréquent les crises s'espacent et s'atténuent à mesure que, la sclérose envahissant le labyrinthe, celui-ci perd de façon définitive son excitabilité.

Il est cependant des cas où l'évolution s'arrête, le malade se stabilise et la maladie guérit définitivement.

Beaucoup plus importants sont les vertiges qui apparaissent au cours d'une otite chronique suppurée. En effet, ils dénotent une destruction par l'ostéite ou le cholestéatome de la coque osseuse du labyrinthe.

Ils évoluent en deux stades :

Un stade d'irritation, avec réaction de déséquilibration du côté malade.

Un stade d'envahissement et de destruction à la suite de laquelle la déséquilibration se fait au bénéfice du côté sain.

Les vertiges, dans ces cas, sont particulièrement intenses et pénibles.

Le malade a une sensation permanente de rotation et d'entraînement vers le labyrinthe prédominant. Ces sensations sont exacerbées par le moindre mouvement et ils entraînent des phéno-

✦✦✦

mènes réflexes, nauséeux, particulièrement intenses et particulièrement pénibles.

Ils sont, en outre, prémonitoires de complications intra-crâniennes graves et fatales et *commandent d'urgence un large évidement pétro-mastoïdien.*

La syphilis de l'oreille interne atteint l'appareil cochléaire, mais, dans certains cas, elle peut déterminer des phénomènes de destruction labyrinthique totale et brutale due à une hémorragie.

Celle-ci est caractérisée par l'apparition brusque d'un grand syndrôme vertigineux avec une surdité immédiatement totale, complète, à tous les bruits, à tous les sons, à toutes les conductions.

Dans certains cas, un traitement spécifique aura pu amener des régressions ; c'est qu'alors l'hémorragie était légère, et qu'en somme, on se rapprochait de l'autre variété : le vertige labyrinthique dû à une lésion fonctionnelle de l'oreille interne.

Disons à ce propos que le traitement arsenical intense donne lieu quelquefois à des surdités brutales qui, d'ailleurs, rétrocèdent rapidement par suppression de ce traitement.

C'est à une lésion hémorragique qu'il faut attribuer les vertiges révélant une fissure du rocher à la suite d'un traumatisme.

Lésions fonctionnelles.

Le type le plus caractéristique du vertige dû à une lésion fonctionnelle de l'oreille interne nous est donné par le spasme des vaisseaux labyrinthiques.

Ce spasme détermine une crise vertigineuse brutale, absolument semblable, identique aux vertiges de Ménière.

En général, ce spasme s'accompagne de troubles auditifs : bourdonnements et diminution d'audition.

Essentiellement passager, ce spasme, qui se voit surtout chez les scléreux hypertendus, a une évolution irrégulière. Tantôt il persiste et l'oreille s'habituant à son ischémie, le vertige disparaît mais le malade est complètement sourd ; et lorsque le spasme cesse brusquement, une nouvelle crise vertigineuse survient, à la suite de laquelle l'audition est récupérée dans son intégrité : c'est « le vertige qui fait entendre » de M. Lermoyez.

Un autre type de vertiges fonctionnels se voit dans les labyrinthites toxiques de la nicotine, de l'alcoolisme, de la quinine, du salicylate de soude, et nous avons signalé, en envisageant la syphilis de l'oreille, l'action toxique de l'arsenic.

Au cours de ces labyrinthites fonctionnelles, l'exploration labyrinthique, au moment des crises, est impossible à pratiquer chez un malade présentant un syndrôme aussi pénible que le grand vertige ; dans l'intervalle des crises, tout étant le plus souvent rentré dans l'ordre, l'équilibre est rétabli ; les deux labyrinthes sont égaux et leur réaction voisine de la normale.

Mais dans ces cas, la sensation du vertige laisse au malade un souvenir si pénible qu'il vit dans l'angoisse permanente de la réapparition du syndrôme ; qu'il se crée un véritable état psychasthénique dont l'agoraphobie est une des manifestations les plus habituelles.

C'est à cette variété, que nous semblent devoir être rattachés nombre de vertiges autrefois décrits et dont l'importance diminue de jour en jour.

En particulier :

Les vertiges : olfactif, optique, trijumeau, glosso-pharyngien, pneumogastrique, néphrétique, hémorroïdal, vésical, génital, cutané, locomoteur, brightique, etc.

Quant au mal de mer, s'il est dû à un trouble essentiellement fonctionnel, sa pathogénie est loin d'être complètement élucidée, il est probable que les irritations otolitiques y ont une part égale à l'irritation canaliculaire. Ce qui est également indiscutable, c'est le rôle que joue le facteur psychique dans l'intensité de la réaction. Certains passagers conservent de la crise vertigineuse une phobie qui les rend particulièrement sensibles à la moindre ébauche du syndrôme.

II. — Vertiges du tractus auditif.

Le type de ce vertige se voit dans les tumeurs de l'acoustique à leur période de début. En effet, c'est le signe dont le malade se plaint, bien avant qu'une diminution d'audition ou des bourdonnements intenses attirent son attention sur les troubles de l'appareil cochléaire.

A cette période tout à fait initiale des tumeurs de l'acoustique, un symptôme permet d'affirmer la participation des faisceaux otolithiques entraînant une hypotonie musculaire : c'est l'inclinaison de la tête. Ce symptôme, joint à la surdité, aux bourdonnements et aux vertiges est, pour Cushing, Frazer et Walshe, caractéristique d'une paralysie progressive des deux branches du VIII.

D'autres causes peuvent également irriter le faisceau vestibulaire dans son trajet bulbo-labyrinthique. Les méningites diverses, les tumeurs néoplasiques du cervelet, de l'angle ponto-cérébelleux, des anévrismes développés aux dépens des artères vertébrales ou même du tronc basilaire pourront donner lieu à des troubles de la VIII[e] paire.

Mais, on peut dire que, dans ces cas, le faisceau vestibulaire n'est jamais irrité seul ; le faisceau cochléaire participe toujours à l'irritation et, dans certains cas, le facial lui-même, qui avec l'auditif et l'intermédiaire de Wrisberg constitue le faisceau acoustico-facial, est très rapidement atteint, lésé ou détruit.

On voit donc qu'au point de vue clinique, le

syndrôme trabéculaire se reconnaît à ce que la lésion vestibulaire n'existe pas à l'état de pureté.

L'exploration labyrinthique montrera, suivant les cas, que le labyrinthe est hypo et même inexcitable suivant l'intensité de la lésion.

III. — Vertiges d'origine bulbaire.

Dans ce cas, ces vertiges sont dus à une altération des noyaux de l'aile blanche externe, et la coexistence d'autres troubles, dus à l'irritation ou à la destruction des noyaux voisins, crée une différenciation clinique suffisante pour permettre de les reconnaître.

Les différentes affections de destruction bulbaires : la syringo-bulbe, les scléroses diverses, des hémorragies bulbaires, peuvent donner lieu à ces différents syndrômes, d'ailleurs souvent graves par l'altération simultanée des noyaux fondamentaux de la fonction vitale.

IV. — Vertiges d'origine centrale.

Le plus important est, sans contredit, le vertige d'ordre cérébelleux. Mais, alors que le *vertige labyrinthique existe à l'état de pureté* lorsque les *réactions de déviation sont les conséquences* même de la sensation vertigineuse, dans les cas de lésions cérébelleuses, ce sont les troubles statiques et kinétiques qui commandent, et le *vertige en est la conséquence*

En effet, la différenciation des deux vertiges s'objective d'une façon frappante dans l'épreuve suivante :

Un malade présente une destruction brutale du labyrinthe (droit par exemple). Faisons le tenir debout, les yeux fermés. Le malade, qui, du fait de la destruction du labyrinthe droit, a l'impression d'être entraîné vers la gauche, c'est-à-dire du côté du labyrinthe prédominant, corrige volontairement cette sensation et tombe vers la droite. Mais le sens de la chute se fait toujours dans la direction du labyrinthe détruit, c'est-à-dire *qu'elle est soumise d'une façon absolue à l'orientation de la tête.*

Tournons la tête de notre malade vers la droite, la chute se fera toujours dans la direction du labyrinthe détruit, il tombe en arrière.

Tournons-lui la tête vers la gauche, il tombe en avant.

Prenons, au contraire, un cérébelleux, présentant une lésion droite ; la chute est le résultat des troubles toniques des muscles du côté droit (hémiplégie cérébelleuse de Pierre Marie et Thiers). Mais quelle que soit l'attitude de la tête du malade, ce sont toujours les muscles du côté droit qui fléchiront et la chute se fera invariablement de ce côté.

On voit donc que, dans le principe du moins, le vertige cérébelleux se différencie très nettement du vertige labyrinthique. Mais, dans la pratique, le problème se présente souvent sous un aspect beaucoup plus complexe.

Nous sommes souvent appelés à donner notre avis sur des malades atteints d'une otorrhée chronique, présentant des troubles vertigineux et il nous faut, en présence d'un tableau clinique fruste, trancher de la localisation labyrinthique ou cérébelleuse de la lésion ou de la coexistence de l'une et l'autre localisation.

Pour résoudre ce problème, c'est aux déviations segmentaires que l'on s'adresse.

En effet, lorsqu'on excite un labyrinthe par l'un des procédés que nous avons décrits plus haut, si l'on fait étendre les deux membres supérieurs du malade directement en avant, en lui commandant de fermer les yeux, on voit, dès que le labyrinthe réagit, les membres se dévier dans le sens opposé à l'entraînement : le cervelet corrige la sensation de déséquilibre labyrinthique.

Dans le cas de notre malade, si nous explorons l'oreille malade, l'absence de réaction aux épreuves vestibulaires permet d'affirmer l'existence d'une labyrinthite. Si le labyrinthe de ce côté réagit, l'absence de déviation segmentaire montre que la communication cérébello-vestibulaire est interrompue, la lésion est cérébelleuse.

Si le labyrinthe est inexcitable, on n'en peut pas conclure que le cervelet est indemne. Dans ce cas, c'est à l'interrogation de l'oreille saine que l'on s'adresse pour préciser ce diagnostic.

L'excitation du labyrinthe sain entraîne-t-elle la déviation du seul membre de ce côté, on peut affirmer que le cervelet du côté malade est le siège d'une lésion organique destructive.

En résumé, on voit combien est complexe et multiple la question des vertiges, même dégagée des troubles qui simulent ce syndrôme, mais qui s'en séparent complètement.

Elle se résume en quelque sorte en deux grandes catégories : des *vertiges d'origine organique* entraînant tous une altération, des troubles permanents dans les réactions aux épreuves labyrinthiques, et des *vertiges fonctionnels* correspondant à des troubles passagers dans la nutrition de l'appareil vestibulaire pris dans son sens le plus large et dont le caractère est d'être intermittents et de n'entraîner aucun trouble de l'exploration labyrinthique dans l'intervalle des crises.

Relevant donc d'une cause générale toxique ou diathésique, c'est d'une thérapeutique générale que relèvent ces vertiges fonctionnels.

Les vertiges organiques, au contraire, relèvent souvent d'une thérapeutique active et le plus souvent chirurgicale.

S'agit-il d'une pyolabyrinthite, c'est la trépanation du labyrinthe qui en assurera la guérison la plus sûre et qui mettra en même temps le malade à l'abri de complications ultérieures redoutables.

C'est également au traitement chirurgical que l'on s'adressera pour guérir les abcès du cervelet. De même, les tumeurs de l'auditif, les tumeurs

ponto-cérébelleuses ou cérébelleuses, relèvent d'une thérapeutique chirurgicale qui, suivant l'étendue, la localisation et la nature de la tumeur, sera exploratrice et palliative ou curatrice.

Mais ces traitements chirurgicaux comportent des risques ; la trépanation du labyrinthe a comme corollaire absolu la surdité complète et définitive et il est des cas, tel celui de vertige secondaire à une otite sèche adhésive, dans lesquels on doit laisser au malade le choix entre ses vertiges et la surdité.

En tout cas, avant de poser l'indication opératoire, et dans les cas de vertiges dont la cause n'est pas nette, on pourra s'adresser à une thérapeutique symptomatique : à la *pilocarpine* en injections à la dose de 2 à 5 milligrammes par jour pendant 12 jours.

L'adrénaline à la dose de 1 ou 2 milligrammes par jour a également une action favorable sur les vertiges.

Si on est en présence d'un angio-spasme, les classiques conseillent de faire prendre pendant 20 jours la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 % XXX gouttes
Eau distillée.................... 300 gr.
(LERMOYEZ)

« On fait prendre d'abord 3 cuillerées à dessert « par jour de cette solution, puis on élève peu à « peu la dose à 3 cuillerées à soupe ; ce traite- « ment peut-être suivi pendant 20 jours consécu- « tifs ». (BOURGEOIS).

Mais il va de soi que le gros facteur de guérison est un traitement approprié à la cause générale.

Si celle-ci échappe, il sera toujours bon de pousser jusqu'au bout les investigations et de rechercher une spécificité ignorée : certains cas ont été nettement améliorés par un traitement hydrargyrique et ioduré.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la tumeur bénigne à la tumeur maligne : L'étape de cancérisation débutante.

M. le professeur Pierre DELBET,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Dans la grande majorité des cas, les tumeurs malignes, les épithéliomas, sont précédés, *in situ*, de lésions bénignes (états pré-cancéreux de Ménétrier).

Cette question a soulevé de longues discussions. On a cherché à établir les relations qui lient ces altérations bénignes aux tumeurs malignes. Ces dernières doivent-elles être considérées comme l'aboutissant des premières, ou faut-il qu'intervienne un processus nouveau, différent, qui provoque la malignité. La solution du problème a une importance pratique considérable. Si l'on admet que les tumeurs bénignes ont une tendance à aboutir à l'épithélioma, la conduite à tenir ne comporte aucune hésitation : on doit enlever ces tumeurs. Si, au contraire, on admet qu'un élément nouveau intervient, les chances de cancérisation sont réduites et l'acte chirurgical contre les tumeurs bénignes pourra être moins rigoureux.

Les recherches expérimentales sur ce sujet ont montré que l'on doit considérer le passage de la forme bénigne à la forme maligne non comme une suite évolutive naturelle, mais comme une transformation. Je parle des études faites sur la provocation expérimentale du cancer. Chez les animaux, on est parvenu à produire le cancer à volonté, et cela par trois groupes de moyens. Le premier est l'apport de certains parasites. Faisant ingérer à des rats ces parasites, on arrive à provoquer dans 75 à 80 % des cas des cancers des voies digestives, de la langue et de l'estomac. Comme on peut sacrifier les animaux à des phases diverses de la maladie, il est possible d'en suivre l'évolution. Le second mode de cancérisation expérimentale, imaginé par deux auteurs japonais, consiste à badigeonner les téguments de l'animal (oreille du lapin, souris) avec du goudron, le même goudron utilisé dans les pharmacies pour le traitement des dermatoses. Si l'on poursuit les badigeonnages un temps suffisant, on produit le cancer sûrement. D'autres substances sont capables de donner le même résultat, avec une certitude moindre toutefois. Le troisième moyen, ce sont les radiations. Là, il ne s'est pas agi d'une découverte expérimentale. L'expérience a été humaine et ce sont les premiers radiologues qui l'ont subie. Le cancer des rayons, c'est le martyrologe des savants qui, les premiers, ont étudié la radiologie. Il faut une longue exposition aux rayons et expérimentalement, d'ailleurs, on ne réussit pas toujours.

Cet effet des radiations dans la production des néoplasmes malins pose une question intéressante de pratique. On a constaté que, parmi les substances employées en thérapeutique, il en est de radio-actives. Ainsi, le potassium offre des propriétés radio-actives faibles. On peut se demander, dans ces conditions, si, en administrant du potassium pendant longtemps à certains ma-

lades, on ne s'expose pas à favoriser une transformation cancéreuse de leur affection. Chez les leucoplasiques de la langue, que l'on a proposé de traiter par des doses prolongées d'iodure de potassium, cette crainte peut être évoquée.

Eh bien, avec les procédés expérimentaux dont je viens de parler, on parvient à suivre les différentes étapes de l'évolution épithéliale. Sur l'oreille du lapin, on constate, avant la phase de néoplasie véritable, une phase d'hyperplasie bénigne. Ceci démontre que les lésions précancéreuses peuvent aboutir au cancer sans qu'il y ait un facteur nouveau. Comment savoir qu'une telle lésion est encore bénigne ou est déjà du cancer ? On a voulu caractériser le cancer par la possibilité d'obtenir des greffes en série. Chez les souris, on a un pourcentage considérable de greffes cancéreuses. Faut-il admettre que cette greffe a la valeur qui lui a été attribuée ? En réalité, d'autres travaux ont montré que l'on pouvait greffer des tumeurs encore à la phase bénigne. des papillomes par exemple. Il existe des productions intermédiaires, qui échappent à la précision. Il y a des cas où il est difficile de dire si la lésion examinée est bénigne ou maligne : ni les greffes, ni l'histologie, ne sont à même de résoudre la question.

Je vais examiner devant vous, maintenant, à ce propos, une malade de notre service qui est atteinte de cancer avancé du sein. Cette femme raconte qu'il y a dix ans, elle a constaté dans le sein gauche la présence d'une tuméfaction anormale. Il y a quelques années, la tuméfaction a subi une poussée. Puis, ne souffrant pas, la malade a attendu et c'est devant son état actuel seulement qu'elle s'est décidée à venir à l'hôpital, pour se faire opérer.

Qu'était la lésion apparue, il y a dix ans ? Au sein, les lésions précancéreuses sont extrêmement fréquentes. A l'habitude, dans cet organe, les tumeurs malignes sont précédées de tumeurs bénignes. Cette règle est, on le conçoit, d'une importance clinique majeure ; l'intervention en temps opportun sur lesdites tumeurs bénignes donne la guérison avec certitude.

Que sont ces tumeurs bénignes du sein ? L'adénome pur du sein existe, mais il est extraordinairement rare et, pour ma part, dans toute ma carrière, j'en ai vu trois cas seulement. Les tumeurs bénignes ordinaires du sein sont des lésions d'ordre irritatif. La maladie kystique de Reclus — j'ai contribué personnellement à l'établir — est une altération hyperplasique bénigne. Mais, entre ces formes bénignes et les tumeurs malignes, il y a beaucoup d'intermédiaires, et, ce qui est certain, c'est que ces lésions bénignes deviennent fréquemment malignes. Cliniquement, le problème consiste à rechercher le symptôme révélateur du moment où la transformation commence. La difficulté, au sein est assez considérable.

L'affection individualisée par Reclus sous le nom de maladie kystique fut considérée par lui comme maligne. Reclus avait confié l'examen microscopique des tumeurs qu'il enlevait à un histologiste pur, de grande valeur scientifique d'ailleurs, Malassez. Malassez répondit : ce sont des épithéliomes. Mais, Malassez parlait un langage histologique. Le mot épithéliome n'avait pas pour lui le sens que nous attribuons en clinique au terme épithélioma. Reclus le prit cependant à la lettre et il enleva beaucoup de seins qui auraient pu, sans doute, être, nombre de fois, conservés.

Les lésions de la maladie kystique de Reclus sont bénignes et restent bénignes souvent indéfiniment. Elles prédisposent néanmoins à la malignité et le problème capital pour le clinicien est de savoir fixer le moment où la lésion bénigne commence à se maligniser. Si, chez notre malade, on était intervenu il y a quelques années, elle eût été guérie et n'aurait pas de cancer aujourd'hui.

La maladie de Reclus est caractérisée par des petits grains, des petits nodules, souvent des petits kystes, mobiles, dans le sein. Dans d'autres cas, ce sont des nodules fibreux (fibromes multiples du sein des anciens auteurs). C'est une affection d'ordre irritatif, un cas particulier d'un processus pathologique général, plus commun chez la femme, et qui frappe fréquemment les deux seins. Il est assez rare qu'à l'époque de la ménopause, cette mammite fasse complètement défaut même.

Lorsque les malades qui en sont atteintes se présentent à vous et que vous faites un palper de la mamelle dans le sens vertical et le sens transversal, vous avez l'impression d'une tumeur volumineuse. Si vous faites coucher la femme *et palpez le sein en l'étalant sur le thorax* (comme on doit le faire), vous ne sentez plus une grosse tumeur, mais une série de petits grains *distincts*, signature d'une mammite chronique irritative. En pareil cas, il n'y a pas lieu d'intervenir.

D'autres fois, vous percevez bien également les mêmes petits grains durs, mais vous notez en outre, en un point, l'existence d'un groupe devenu confluent, où les grains sont conglomérés et adhérents les uns aux autres. Nous sommes là sur un caractère majeur. Quand les nodules de mammite chronique sont conglomérés et forment une plaque, n'hésitez pas, faites-en l'ablation. Ce n'est pas encore du néoplasme malin, mais c'est une masse qui le deviendra. En enlevant une telle plaque, vous faites une intervention partielle, très peu mutilante au point de vue esthétique et vous évitez une évolution ultérieure inquiétante.

Chez notre malade, je vous l'ai dit, il s'est passé dans le sein, il y a 4 ou 5 ans, un incident. La teneur bénigne, qui avait débuté, cinq années

✦✦✦✦

auparavant et restait torpide, a subi une exagération. Il en est ainsi dans la majorité des cas. Il y a une phase d'indécision dont il faut savoir profiter. Puis, à un moment donné, spontanément ou à l'occasion d'une thérapeutique quelconque (simple coïncidence parfois), la marche devient rapide.

Notre malade n'a pas voulu se faire opérer parce qu'elle ne souffrait pas. Les néoplasies malignes du sein sont en elles-mêmes parfaitement indolores. C'est là une chose grave de conséquences. Si, un cancer au début était réellement douloureux, on ne mourrait pas ou, plutôt, on ne devrait pas mourir — de cancer. Le cancer est parfaitement curable, en effet, à sa phase toute initiale. Certes, les néoplasmes malins deviennent quelquefois l'origine de douleurs vives, mais c'est assez tardivement, par compression ou envahissement des nerfs. Les malades, atteints de cancer, qui disent : « Je me ferai opérer quand mon affection me fera mal » prononcent, en réalité, leur arrêt de mort.

Dans la maladie de Reclus, quand on trouve une plaque de grains *confluents* dans le sein, il faut intervenir. Assurément,il y a des difficultés d'appréciation. L'éducation tactile permettra de faire de moins en moins d'erreurs, quoi qu'il reste des cas où l'erreur est inévitable. On a en toute probabilité opéré des femmes, avec le diagnostic de cancer du sein, et où le cancer n'existait pas. Toute statistique, en l'espèce, qui n'est pas basée sur des examens histologiques bien faits, n'a pas de valeur.

Un caractère majeur du néoplasme malin est son absence de circonscription. La tumeur bénigne se développe par multiplication de ses cellules, qui refoulent les tissus voisins, tassement d'où résulte la capsule. La tumeur maligne se développe au contraire par pénétration dans les tissus qui l'entourent. Vous pourrez faire le diagnostic de malignité par ce phénomène : la diffusion, — avant les autres signes, avant les adhérences, avant la rétraction du mamelon, avant la « peau d'orange ». Il faut savoir, d'ailleurs, que le phénomène de la peau d'orange peut manquer dans le cancer du sein et exister en dehors de lui. De même, la rétraction du mamelon.

Les trois phases de l'extension du cancer du sein vers la superficie sont : le capitonnage de la peau, le phénomène de la peau d'orange et l'ulcération. L'extension peut aussi se faire dans la rofondeur.Heureusement, ce second mode est, dans la règle, moins accusé que le premier. La glande mammaire est une glande d'origine externe. Vous rechercherez la mobilité sur les plans profonds et vous apprécierez l'intégrité ou non du grand pectoral en mobilisant le sein, le muscle étant contracté (la malade faisant le mouvement de rapprocher le bras du thorax, mouvement auquel on s'oppose). Vous jugerez des infiltrations lymphatiques, par l'état des ganglions, à l'aisselle, au creux sus-claviculaire, au confluent jugulo-sous-clavier. L'envahissement des ganglions rétro-sternaux est heureusement très rare. Vous rechercherez aussi les extensions superficielles cutanées, au voisinage de la tumeur ou à distance. J'en ai vu au niveau du dos, de la fosse iliaque. Je n'ai pas besoin de dire la gravité de ces dernières. Les nodules peuvent être confluents et, au thorax, former une sorte de cuirasse. Reste les généralisations néoplasiques, fréquentes à la colonne vertébrale, qui existent aux autres os, où elles ne se manifestent ordinairement que par des fractures spontanées.

Che z notre malade, la tumeur du sein a déjà gagné la peau et les ganglions. Encore mobile sur les plans profonds, elle est à une phase avancée cependant. La patiente a maigri, elle a le dégoût de la viande. On peut penser à une généralisation. Que pouvons-nous faire pour elle ?

Opérée il y a quelque années, elle eût été à l'abri du cancer. Aujourd'hui, la situation est embarrassante. Elle est venue pour se faire opérer. Il est pénible de lui dire que nous ne pouvons rien : une opération à cette phase locale ne guérirait pas, mais procurerait au moins quelque temps, une illusion de guérison. J'hésite, cependant, à prendre le bistouri, en raison de l'état de généralisation que je suspecte. L'ablation du sein, dans les cas ordinaires, est une opération bénigne, sans mortalité pour ainsi dire. Quand il y a généralisation, l'opération devient grave. Notre embarras est grand. Nous avons la certitude de ne pas obtenir la guérison. S'il n'existait pas de phénomènes de généralisation, nous pourrions, par l'intervention, donner momentanément une illusion de guérison, à cette femme. S'il y a généralisation, nous pouvons, par l'opération, la voir mourir en quelques jours. La conduite à tenir, dans des cas de ce genre, est pour le chirurgien, particulièrement angoissante.

(*Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin et recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

HYGIÈNE DE L'HABITATION

Comment déceler la présence d'oxyde de carbone dans l'atmosphère d'une chambre ?

Il y a d'assez nombreuses méthodes et autant d'appareils. Voici les plus pratiques, sans discuter leurs mérites scientifiques. Nous indiquons aussi les procédés relatifs à la recherche de l'acide carbonique, plus fréquemment nécessaire que celle de l'oxyde de carbone, qui ne doit pas exister normalement dans l'air, tandis que l'acide carbonique s'y trouve normalement (dans la proportion de 0,03 à 0,07). Un procédé, au moins, est commun à la recherche des deux gaz toxiques.

Toximètres. — Le type le plus courant est celui de Guasco basé sur le fait que la mousse de platine absorbe les gaz combustibles et provoque leur inflammation. Cet appareil se compose d'un thermomètre à deux ampoules, dont l'une est garnie de mousse de platine. Le tube contient un liquide coloré. Les ampoules, sont isolées de l'air ambiant par un manchon poreux. Lorsqu'il y a CO, la mousse de platine rougit, échauffe une des branches du thermomètre, et le liquide se déplace dans l'autre branche. Une division d'un millimètre correspond à 1 /10.000e d'oxyde de carbone.

Appareil portatif de MM. Lévy et Pécoul. — Son principe consiste à recueillir l'iode dans du chloroforme pur. Celui-ci se teinte en rose déjà avec des quantités infinitésimales d'iode. Au moyen d'une échelle colorimétrique, on peut reconnaître la présence même de 1 /200.000e de CO.

L'appareil se compose d'un tube d'iode pouvant être chauffé entre 70 et 80° par une lampe à alcool, d'un filtre à laine de verre par lequel pénètre l'air, d'un barboteur où est placé le chloroforme recouvert d'eau pour en empêcher l'évaporation, et d'un réservoir de 5 litres d'eau. Pour opérer, on allume la lampe à alcool, puis on fait l'appel d'air qui passe par le tube à iode et parvient au chloroforme. S'il y a seulement des traces de CO, le chloroforme se colore en rose. Cet appareil fonctionne automatiquement (1).

Appareil Ogier et Kohn-Abrest. — Il comprend une fontaine à mercure de 4 l., un flacon de même capacité, un tube serpentin, une très petite cuve de verre à faces parallèles et un spectroscope. Les réactifs sont : une solution aqueuse de sang défibriné (sang de porc), une solution concentrée d'hyposulfite de soude, du sulfhydrate d'ammoniaque. L'oxyde de carbone se fixe sur le sang en déplaçant l'hémoglobine. L'examen spectroscopique décèle la présence de CO. La mesure du volume d'air nécessaire pour que le sang présente les bandes spectrales du sang oxycarboné, permet de connaître la proportion de CO contenue dans l'air (2).

Appareil portatif de MM. Lévy et Pécoul pour CO^2. — Il consiste en un réservoir métallique de 5 l. de capacité qui est rempli d'eau. Si l'on baisse un tube de caoutchouc adapté à sa partie inférieure, l'écoulement de l'eau se produit, l'air entraîné passe d'abord dans un barboteur rempli de soude. Quand l'air a passé, on verse une dose préparée d'une liqueur acide qui a reçu deux gouttes de phénol-phtaléine. Le dosage est effectué de telle manière que la solution sodique du barboteur demeure incolore s'il y a plus d'un millième de CO^2. Si, au contraire, elle se colore en rose, c'est qu'il y a moins d'un millième. Ce dosage est automatique (3). La proportion exacte est déterminée au moyen de deux flacons compte-gouttes, l'un contenant une solution d'acide acétique, l'autre une solution de soude. Si le liquide du barboteur est resté incolore, il y a plus de 1 /1000 de CO^2 dans l'air. On versera autant de gouttes de la solution de soude qu'il faudra pour obtenir une coloration rose persistante. A 100 l. de CO^2 (1 /1000) on ajoutera autant de fois 5 l. (1 /20.000) qu'on verse de gouttes (air confiné : CO^2 de 0.07 à 0.1 (limite) et au-dessus ; CO : 0,0001).

Si le liquide du barboteur est coloré, c'est qu'il y a moins de 1 /1000 CO^2. On versera autant de gouttes de la solution d'acide acétique qu'il en faudra pour décolorer le liquide du barboteur. De 100 l. de CO^2 (1 /1000), on retranchera autant de fois 5 l. qu'on a versé de gouttes.

Seau de Kohn-Abrest. - Un seau de 5 l. rempli d'eau sert à aspirer l'air de l'atmosphère à étudier. Il porte à la partie supérieure une rampe qui supporte quatre flacons plats, placés en batterie, indépendants et amovibles. L'air aspiré le traverse. L'aspiration se fait à la vitesse que l'on veut, la meilleure est celle qui se fait à raison de 120 à 140 bulles par minute. Un niveau d'eau placé latéralement au seau donne le volume de l'air aspiré.

Un des quatre flacons sert au dosage de CO^2. Les autres peuvent être employés simultané-

(1) *L'Ouvrier* (son hygiène, son atelier, son habitation), par le Dr René MARTIAL. G. Doin, éditeur, Paris, et *Principes d'hygiène, Ibidem.*

(2) Chimie toxicologique, vol. 1, par J. OGIER et E. KOHN-ABREST. G. Doin, éditeur, Paris.

(3) *L'Ouvrier, Principes d'hygiène, ut supra.*

ment pour d'autres gaz de la même atmosphère, ou le même gaz de plusieurs atmosphères.

On introduit 5 cc. d'eau saturée de baryte dans un des flacons plats ; on laisse marcher l'appareil, jusqu'à ce que le dépôt de carbonate de baryte qui se forme soit suffisant pour permettre le dosage. Le trouble survient en 20 minutes s'il s'agit d'air à 5/10.000. CO^2, en dix minutes à 1/1000 CO^2, en moins de deux minutes à 4/1000 CO^2.

Avec le même appareil, on peut rechercher CO.

On adapte à l'un des flacons plats, une tubulure en verre, rodée aux deux extrémités, dont l'une est coudée. Cette tubulure contient l'anhydride iodique et peut être chauffée entre 100 et 150° au moyen d'un enroulement de platine relié à un petit accumulateur. A l'extrémité libre de la tubulure, on adapte un autre flacon plat. Dans chacun des deux flacons ainsi reliés, on verse 5 cc. d'eau de baryte. L'air aspiré se débarrasse d'abord dans le premier flacon (supplémentaire) de CO^2. Il traverse alors l'anhydride iodique, puis l'autre flacon où la formation d'un trouble pouvant aller jusqu'au précipité révèle la présence de CO (1).

Dr René Martial.

(1) *Chimie toxicologique*. Vol. 1, *ut supra*.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Des bons effets de la diathermie dans la claudication intermittente.

C'est là un symptôme assez rebelle à la thérapeutique. Le plus souvent, malgré les prescriptions, le malade continue à ressentir dans le mollet, au bout d'une courte marche, une vive douleur l'obligeant à un bref arrêt, qui calme rapidement les sensations pénibles, jusqu'à la reprise de la marche. Toujours le médecin retrouve à chacun de ses examens d'une ou des deux jambes des chiffres de pression artérielle et une amplitude des oscillations très inférieurs aux valeurs trouvées dans les membres supérieurs. Ces phénomènes traduisent l'oblitération partielle ou totale du tronc artériel principal ou d'un e de ses grosses branches, oblitération qui est à l'origine du syndrome.

C'est dans ces conditions que MM. C. Lian et Descoust ont été amenés à tenter les applications de diathermie.

Or, si la thérapeutique diététique, médicamenteuse et même chirurgicale ne donne le plus souvent que des résultats décevants; la diathermie est, au contraire, susceptible de produire des améliorations considérables. Elle n'a pas d'action sur l'oblitération artérielle elle-même ; son action ne se fait pas sentir sur les gros troncs artériels, mais sur les petits vaisseaux et les capillaires.

Elle détermine un réchauffement local et général de l'organisme, une vaso-dilatation intense, qui favorise l'arrivée du flux sanguin dans les voies artérielles de suppléance. Elle lutte contre les spasmes souvent concomitants, produit une action eutrophique sur les tissus, active leur métabolisme, et améliore leur nutrition.

Il y a un intérêt primordial à appliquer un traitement précoce avant que la circulation ne soit par trop précaire,

Les applications de diathermie doivent être d'abord quotidiennes, puis trihebdomadaires ; chaque séance doit durer de 30 à 40 minutes, par séries répétées de 20 séances tous les trois mois. L'intensité ne doit pas dépasser 1.500 milliampères. (*La Presse Médicale*, 22 octobre 1924.)

Les embolies des artères mésentériques.

Cette étude du Dr Lévy-Weissmann se rattache à celle de l'infarctus intestinal, avec celle des thromboses artérielles ou veineuses. Sur 150 oblitérations artérielles, il en est 115 par embolies, celles de la mésentérique inférieure constituant une rareté.

La cause la plus fréquente réside dans les cardiopathies, notamment le rétrécissement mitral et l'aortite chronique, dont les foyers sont recouverts de caillots fibrineux, blanchâtres, adhérents ; parfois aussi il s'agit d'endocardite végétante.

Les lésions observées à la suite d'une embolie mésentérique sont comparables à celles d'un étranglement herniaire, dans lequel l'anse étranglée serait représentée par un segment variable d'intestin infarcté, et dont le sac serait le péritoine en entier.

La *symptomatologie* des embolies mésentériques est extrêmement trompeuse : si les cas typiques, en effet, évoluent en deux phases : phase de diarrhée séreuse et hémorrhagique, phase d'occlusion, nombre de cas par contre débutent par des phénomènes d'occlusion ; les signes d'hémorragie intestinale manquent alors, et rien n'oriente vers l'idée d'une embolie mésentérique, si ce n'est peut-être la notion préalable d'un foyer cardiaque ou aortique.

Dans les cas typiques, le début, en général bru-

tal, a lieu, souvent chez un cardiopathe en état de décompensation ou un aortique, parfois en pleine santé, par une douleur atroce, en coup de poignard, analogue à celle de l'appendicite ou de la perforation intestinale. Elle est d'abord sus et péri-ombilicale, ou siège à droite, puis s'irradie dans tout l'abdomen, et jusque dans la racine des cuisses. Cette douleur s'accompagne presque toujours de vomissements, puis de diarrhée séreuse. Mais les hémorrhagies intestinales seules permettent d'affirmer le diagnostic avant l'intervention.

Les signes généraux, les signes physiques, les signes de la période d'occlusion ne présentent pas de caractères spéciaux.

Parfois survient une troisième phase, phase de péritonite par perforation ; mais c'est là, en raison de la rapidité de l'évolution, une éventualité exceptionnelle. La mort survient en général au bout de 3 à 5 jours, dans 94 p. 100 des cas, en dehors de très rares succès opératoires. Si le traitement chirurgical est, en effet, le seul possible, il est même des cas où l'intervention ne saurait être envisagée : tels les cas d'asystolie complète, ou les cas d'embolies multiples où l'oblitération mésentérique n'apparaît que comme un épiphénomène. Dans tous les autres cas, il est admis que l'on doit opérer, quel que soit l'état du malade. Mais souvent l'intervention se borne à une laparotomie exploratrice, et tantôt l'atteinte de tout l'intestin, tantôt les phénomènes de collapsus excluent toute tentative proprement thérapeutique. Sinon, c'est l'*entérectomie* qui constitue l'opération de choix, l'étendue de l'infarctus n'étant pas une contre-indication ; néanmoins si l'on ne croit pouvoir faire une entérectomie, on peut se contenter d'une *extériorisation* de l'anse infarctée et parer ainsi au danger de la péritonite par perforation. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 août 1924.)

Le débit respiratoire maximum et la capacité pulmonaire dans les affections pulmonaires.

La capacité respiratoire est la quantité d'air que peut contenir le poumon à l'état normal, soit entre 4 et 5 litres (air résidual, air de la respiration, air de réserve, air complémentaire). L'air résidual (soit 1 litre 1/2) étant retiré des trois autres, restent environ 3 litres et demi qui constituent la capacité respiratoire proprement dite ou *vitale*.

Le débit respiratoire maximum n'est plus le volume global de l'air dans le poumon qu'il jauge, mais le débit de cet air dans l'appareil respiratoire en litres à la seconde.

La détermination de ces deux facteurs donne des notions précieuses au point de vue de la valeur fonctionnelle de l'appareil respiratoire, ainsi qu'il résulte d'une étude du Dr FAZIL.

Dans l'insuffisance respiratoire les appareils de Pech et d'Heucqueville servent en même temps comme moyen de traitement et de rééducation du sujet.

Pour prémunir l'enfant contre l'insuffisance respiratoire, ces deux appareils sont si efficaces qu'ils méritent une place très importante dans le matériel de l'hygiène scolaire.

Au cours des maladies des voies respiratoires, la mesure du débit et de la capacité pulmonaire permet d'apprécier l'état des poumons.

Dans toutes les affections pulmonaires, le débit respiratoire diminue suivant le degré de la lésion.

Au point de vue pronostic, l'abaissement du débit et de la capacité pulmonaire est un signe évident d'un vice de fonctionnement de l'appareil respiratoire ; par contre, leur augmentation est un signe d'amélioration.

Pour apprécier l'état fonctionnel dans la pleurésie et au cours du traitement du pneumothorax, la détermination de ces facteurs est un moyen clinique précieux, comme l'oscillomètre dans les affections vasculaires. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 octobre 1924.)

La perforation des ulcères gastro-duodénaux.

Voici les conclusions d'une étude anatomique et pathogénique par M. François MOUTIER.

1° La perforation d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum est un accident complexe, parfois infectieux, parfois mécanique, parfois mixte. Les processus de divers ordres, hémorragie ou œdème, l'âge de l'ulcère, l'intensité de l'agression microbienne en conditionnent les variétés, qui vont de la perforation suraiguë en péritoine libre à la fissuration progressivement compensée ou non ;

2° Un ulcère complètement cicatrisé peut se perforer néanmoins, soit par déchirure mécanique, soit par poussée inflammatoire due au microbisme latent intra-cicatriciel ;

3° L'ulcère gastro-intestinal est une affection torpide à poussées aiguës. Il semble, tout en faisant des réserves sur la cause initiale de l'ulcus, que ses paroxysmes évolutifs soient liés à l'infection des tissus, primitive ou secondaire ;

4° Tout ulcère, surtout perforé, doit être considéré comme infecté ; cette septicité de l'ulcus explique et conditionne certains accidents post-opératoires, inexactement imputés à l'acte chirurgical ;

5° La persistance éventuelle de foyers inflammatoires dans les cicatrices d'ulcères explique probablement les récidives, c'est-à-dire les reprises d'activité ulcéreuse après de longues périodes de silence. *Elle commande une thérapeutique médicale bien plus prolongée qu'on ne fait couramment.* (*Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, octobre 1924.)

◆◆◆◆◆

Le mouvement choréique. « Le symptôme chorée ».

Ce symptôme a une individualité clinique suffisamment établie depuis longtemps pour avoir pu caractériser par sa présence un certain nombre d'états pathologiques très variés et très dissemblables, entre lesquels, écrit le Dr Langeron, il constitue souvent le seul trait commun.

Avec ses caractères fondamentaux, le symptôme chorée peut s'observer :

1° *De façon prédominante* :

a) Dans une affection autonome caractérisée, à localisation infectieuse surtout encéphalique, d'étiologie encore indéterminée et désignée sous le nom de chorée de Sydenham.

b) Dans des maladies dégénératives du système nerveux : chorées congénitales, de Huntington, de Brissaud.

Ce sont les *chorées maladies*, dites autrefois essentielles.

2° *De façon épisodique* :

a) Dans les maladies infectieuses : typhoïde, rougeole, etc. ;

b) Dans les encéphalites aiguës ;

c) Dans les lésions en foyer de l'encéphale.

Il peut être considéré comme indiquant l'atteinte de la régulation motrice volontaire, automatique ou réflexe, que l'on peut localiser dans la région striée, juxta-striée et le cortex frontal ; il se produit non par un phénomène d'excitation, mais par une libération de la fonction de contrôle.

Au point de vue *thérapeutique*, il n'y a aucun moyen de restaurer la fonction déficiente en dehors des actions possibles sur la cause elle-même. La rééducation ne donne que peu de résultats. En dehors des sédatifs nerveux généraux (bromures, gardénal, opium, belladone, antipyrine), la médication devra donc être étiologique : spécifique dans les rares chorées syphilitiques ; urotropine et salicylate de soude dans les encéphalites aiguës ; arsenical dans les chorées de Sydenham, etc. Contre les lésions en foyer, on est à peu près complètement désarmé. Enfin, dans tous les cas, des moyens physiques, balnéation, enveloppements même, pourront être nécessaires pour prévenir les complications mécaniques dues aux mouvements choréiques par trop intenses et désordonnés. (*La Pratique médicale française*, septembre 1924 B).

La prostatectomie périnéale. Indications. Technique.

La voie périnéale fut la p emière employée pour aborder la région prostatique, et la vessie. Puis, la s curité résultant des progrès de l'antisepsie et l'asepsie firent abandonner cette voie par les chirurgiens qui trouvaient évidemment plus facile d'accéder dans la vessie par une incision sus-pubienne. Et la prostatectomie est devenue presque exclusivement transvésicale, surtout depuis que l'opération est réglée en deux temps : ystostomie préalable pour mettre la vessie au repos et la désinfecter au besoin ; énucléation ultérieure de la prostate hypertrophiée.

Opération brillante, donnant de très beaux résultats, mais comportant cependant une mortalité de 8 à 10 %. Opération qui en reste au premier temps, le drainage vésical sus-pubien, chez certains sujets incapables de supporter l'ablation secondaire de la glande, sujets d'état général précaire, atteints de dilatation cardiaque, d'œdèmes des membres inférieurs, de diabète grave, d'azotémie.

Aussi certains chirurgiens, et non des moindres, e n reviennent-ils , plus volontiers, à la prostatectomie périnéale, intervention plus délicate peut-être à pratiquer, mais infiniment mieux supportée. Tel est le cas de M. Lemoine, qui trouve de formelles indications en faveur de telle voie plutôt que telle autre dans le sens du développemen de l'hypertrophie. Au vrai, ce sont surtout les glandes périurétrales qui s'hypertrophient en masses néoplasiques de nature bénigne. Or, ces masses peuvent se développer à travers le col de la vessie, en dissociant les fibres du sphincter, ou au contraire, dans la région sous-trigonale, en respectant ce sphincter . Dans le premier cas, la voie transvésicale est préférable ; dans le second, la voie périnéale est la voie d'élection. Cette dernière respecte également les canaux éjaculateurs, et si l'opération est exécutée correctement, il ne persiste à sa suite ni fistule, ni incontinence, avec une mortalité nulle.

L'auteur décrit ensuite avec détails sa technique, qu' l illustre de 12 planches très éloquentes. (*Bruxelles médical*, 7 décembre 1924.)

Recherche du bacille de Koch dans les matières fécales

On demande habituellement à l'examen bactériologique la confirmation et la précision d'un diagnostic de tuberculose. Mais il arrive parfois que le malade ne crache pas et n'offre pas, par suite, la matière nécessaire à cette recherche. D'après M . Lorion, la recherche doit être poursuivie dans les selles. L'auteur indique la technique de celle-ci. Et il termine son intéressant exposé par les lignes suivantes :

« . . . . . Une seule recherche négative de bacilles de Koch dans les selles n'a aucune signification, elle doit être renouvelée à plusieurs reprises et à intervalles réguliers.

« La recherche du bacille de Koch dans les selles est indiquée chez les nourrissons et les enfants suspects d'infection bacillaire ; chez tous les suspects de tuberculose active qui ne peuvent fournir d'expectoration ou chez lesquels l'examen des crachats répété et correctement fait n'a pas révélé la présence du B. K. » (*Strasbourg médical*, 5 décembre 1924.)

Parotidites suppurées.

Secondaires à une maladie aiguë, les parotidites suppurées sont très rares. Aussi avons-nous trouvé de l'intérêt à la relation, par M. BESSON, d'un cas de parotidite suppurée ourlienne, et d'un autre cas de parotidite suppurée post-appendiculaire.

Dans cette dernière circonstance, l'auteur a recherché comment on pourrait expliquer pathogéniquement cette invasion infectieuse de la parotide. Et son explication est assez originale et ingénieuse pour être rapportée.

La résistance de la parotide à l'infection est conditionnée par l'intégrité de son épithélium, due surtout à une vascularisation soutenue, et à la salive parotidienne qui, sécrétée en relative abondance, fait une véritable chasse d'eau qui s'oppose aux migrations ascendantes des germes pathogènes, en même temps qu'elle est antiseptique.

Or, l'abondance de la sécrétion parotidienne est fonction de l'alimentation. Cette appendicite ayant été traitée médicalement, il en résulte que les conditions de mise en état d'infériorité de la glande ont été réalisées par la déshydratation très marquée de l'organisme qui a troublé gravement la vascularisation glandulaire, et par l'absence d'excitant alimentaire.

Résultat pratique : chez les opérés ou les malades, éviter la déshydratation de l'organisme au moyen d'injections de sérum physiologique et d'instillations au goutte à goutte rectal de sérum glucosé. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 14 décembre 1924.)

Curiethérapie dans la pyométrie par cancer du col.

Il s'agit de femmes âgées, qui présentent une distension de l'utérus par du pus, causée par un obstacle à son écoulement, à l'extérieur, l'obstacle étant constitué, dans les cas envisagés, par un cancer de la région isthmique formant comme une sorte de clapet.

Ce sont ces cas qui, pour M. CONDAMIN, sont justiciables de la curiethérapie, parce que, dit l'auteur :

« 1° L'hystérectomie est trop grave chez les femmes âgées ;

2° Le type du cancer localisé à la région cervico-isthmique peu étendu en profondeur, puisque le col résiste et fait de la rétention, et enfin appartenant presque toujours à la forme bourgeonnante, constitue une condition éminemment favorable à la curiethérapie ;

3° La suppuration de la cavité, de virulence peu accentuée, ne lui a jamais donné de complications, les résultats obtenus ayant été excellents. » (*Lyon médical*, 14 décembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le XIe Congrès international des Américanistes.

(M. CAPITAN. — *Académie de médecine* ; 23-12-1924.)

M. Capitan fait un compte rendu des séances, auxquelles il a assisté comme représentant de l'Académie, du XXIe Congrès international des Américanistes. Ce Congrès, tenu à La Haye et à Göteborg (Suède), consacré surtout à l'Ethnographie, a permis à l'auteur de constater que dans ces deux pays (Hollande et Suède), particulièrement dans les milieux savants et intellectuels, il y a encore beaucoup d'amis de la France.

La réglementation de l'emploi de la pituitrine en obstétrique.

(*Académie de médecine* ; 23-12-1924.)

A propos d'une note de M. Collin, de Nancy, sur le rôle de l'hypophyse en tant que glande endocrine, M. Doléris parle de la règlementation de l'emploi des extraits hypophysaires (pituitrine, hypophysine). On a signalé, dit-il, M. Balthazard en particulier, des accidents dus à l'usage de ces substances au cours de l'accouchement. Il serait opportun, dès lors, que la commission académique des sérums étudie les conditions dans lesquelles, devrait se faire la délivrance de la pituitrine aux sages-femmes, et établisse un rapport, après enquête, sur les inconvénients et les dangers de ce produit en obstétrique. C'est en quelque sorte, remarque l'auteur, la question de l'ergot de seigle qui se pose à nouveau.

La proposition de M. Doléris, mise aux voix est adoptée.

La prophylaxie de la rougeole. La séro-prophylaxie.

(M. Léon BERNARD. — *Académie de médecine* ; 30-12-1924.)

M. Léon Bernard présente, au nom d'une commission composée de MM. Netter, Teissier, Martin et Mesureur, un rapport sur la séro-prophylaxie de la rougeole.

La rougeole est aujourd'hui la plus grave des maladies infectieuses épidémiques de l'enfance. En France, elle a tué 30.000 enfants entre 1906 et 1913. Comme l'a montré M. Robert Debré, ses méfaits frappent surtout les enfants pauvres des villes et des faubourgs, jusqu'à 2 ou 3 ans principalement.

La contagion est souvent difficile à éviter, d'où l'intérêt de la méthode nouvelle découverte par Nicolle et Conseil, la séro-prophylaxie, l'injection préventive de sérum de convalescents. Cette méthode, bien que donnant seulement une immunité temporaire, a fait ses preuves et M. Debré y a apporté d'ailleurs un perfectionnement : la séro-atténuation, qui laisse se développer une rougeole modifiée, bénigne et immunisante.

La grosse difficulté dans la mise en œuvre de la séro-phrophylaxie réside dans l'approvisionnement en sérum. Il faut s'adresser aux convalescents de bonne volonté et leur demander comme un devoir social — qui pourrait être rétribué — de se laisser prélever une certaine quantité de sérum, prélèvement inoffensif. Chaque enfant est susceptible de fournir de quelques centimètres cubes à 30 centi-cubes de sang, parfois à deux reprises.

Jusqu'à ce jour, les récoltes de sérum de convalescent de rougeole n'ont pas été coordonnées. Elles ont eu lieu dans différents hôpitaux, Claude-Bernard, Bretonneau, le Val-de-Grâce, à titre privé. M. Léon Bernard, à la suite de divers auteurs, M. Robert Debré entre autres, demande que l'administration compétente crée dans les grandes villes des centres de production — comme il en existe en Allemagne (Munich) et en Amérique (New York) —, où les sérums de convalescents de rougeole seraient recueillis, examinés et délivrés aux médecins dans des conditions à déterminer. Il faudrait réserver l'usage de la séro-prophylaxie aux jeunes enfants (au-dessous de 2 ou 3 ans) des milieux pauvres, où la maladie fait surtout ses ravages. L'auteur ne se dissimule pas toutes les difficultés du fonctionnement de ces centres, dont la principale résiderait dans l'approvisionnement en sérum.

— M. Marfan craint que cette méthode de prophylaxie, malgré sa valeur indiscutable, ne puisse se généraliser. La récolte du sérum n'est pas chose facile et il ne faudrait pas trop laisser naître des espérances dont la réalisation n'est pas très certaine. A quels reproches n'exposerait-on pas le praticien qui ne pourrait se procurer du sérum ? D'autre part, l'isolement individuel, dans les hôpitaux, a déjà donné de beaux résultats prophylactiques en médecine infantile, et il englobe toutes les maladies contagieuses de l'enfance. Nous devons tendre à le développer de plus en plus.

— M. Vincent craint aussi que les conclusions du rapport de M. Léon Bernard ne soient trop absolues. L'injection de sérum de convalescent, qui ne procure qu'une immunité temporaire, ne saurait résumer toute la prophyladie de la rougeole. Elle doit se compléter par l'isolement précoce des malades et des suspects.

— M. Léon Bernard répond que la technique de séro-atténuation de M. Debré permettra peut-être d'obtenir une immunité définitive contre la rougeole.

Sur la vivisection.

(M. Balthazard.— *Académie de médecine* ; 30-12-24).

Le Conseil municipal de Paris et le Conseil d'arrondissement de Bordeaux ont émis récemment une protestation relative aux abus auxquels donneraient lieu les recherches de vivisection. M. Balthazard répond à ces critiques qu'aujourd'hui il n'est plus pratiqué dans les laboratoires une seule expérience sur les animaux sans anesthésie préalable, dans les mêmes conditions en somme que les opérations chirurgicales sur l'homme. Pour l'enseignement, on a réduit les expériences au strict minimum, grâce à la cinématographie qui permet de les reproduire indéfiniment.

Une enquête sur la prophylaxie du cancer.

(M. Chaton, de Besançon. — *Académie de médecine* ; 30-12-24.)

Pour trancher la question de la contagiosité de la fièvre typhoïde, le grand clinicien Trousseau fit jadis appel à l'expérience de ses confrères ruraux. Pour permettre d'apprécier la contagiosité du cancer, M. Chaton propose de faire une vaste enquête auprès de tous les médecins praticiens de France, des campagnes et des villes. Il souhaiterait que l'Académie prenne la direction de cette enquête et centralise les notions utiles qui seraient ainsi réunies sur cet angoissant problème.

Exploration clinique des capillaires.

(M. Guillaume. — *Société médicale des hôpitaux* ; 28-11-1924.)

M. Guillaume expose ses travaux personnels sur l'exploration clinique des capillaires. On peut voir les capillaires de la peau à l'aide de fortes loupes, mais il est préférable d'employer des instruments spéciaux. L'auteur a fait construire, à cet effet, un capillaroscope, dont il combine l'emploi avec celui d'un analyseur chromatique, d'un microspectroscope, d'un appareil de mesure de la pression capillaire et d'un dispositif microphotographique. Il a pu commencer ainsi l'étude des capillaires (les téguments étant préalablement recouverts d'une substance qui permet la déviation et la pénétration des rayons), au point de vue physiologique et pathologique.

Les diverses méthodes d'examen de la tension artérielle sont-elles toujours concordantes ?

(MM. Rimbaud et Vallet, de Montpellier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-11-1924.)

Un de nos lecteurs nous demandait dernièrement quelle était la meilleure méthode d'exploration clinique de la tension artérielle, oscillométrique (Pachon), palpatoire ou auscultatoire (Vaquez-Lian-Laubry). Etant utilisées les unes et les autres par

des cardiologues également autorisés, nous ne pouvions qu'admettre leur égale valeur.

Sont-elles toujours concordantes dans leurs résultats ? Tel est le point qu'ont cherché à élucider MM. Rimbaud et Vallet. Chez un groupe de sujets, ils ont pris minutieusement la tension avec l'appareil de Pachon-Gallavardin et avec celui de Vaquez-Laubry, et ils ont comparé les chiffres obtenus.

On sait que les tensions minima sont considérées comme sensiblement les mêmes pour les méthodes oscillométrique et auscultatoire ; que la tension maxima au Pachon est supérieure de 1/2 à 1 centimètre par rapport à l'auscultatoire, et de 1 à 2 centim. par rapport à la palpatoire. Or, sur les 130 tensions qu'il ont prises au Pachon et au Vaquez, les auteurs ont trouvé 15 cas (plus de 10 %) dans lesquels existaient d'importants écarts à ces règles. Cinq fois le Vaquez donnait des tensions très supérieures aux chiffres du Pachon. Des sujets à tension normale par la méthode oscillométrique se montraient des hypertendus manifestes par la méthode auscultatoire.

Il paraît résulter de là l'utilité, dans les cas douteux tout au moins, d'un certain contrôle de ces méthodes les unes par les autres.

Bronchectasie guérie par la phrénicotomie.

(M. Rist. — *Soc. méd. des hôp.* ; 28-11-1925.)

M. Rist rapporte un cas de bronchectasie juxta-diaphragmatique guérie par la phrénicotomie.

Le malade était atteint d'une dilatation ancienne des bronches post-pneumonique, avec hémoptysies, à siège voisin du diaphragme du côté droit. On lui fit un pneumothorax (dans le but de comprimer les bronches malades) et l'on obtint une grosse amélioration. Le pneumothorax, toutefois, ne put être continué et c'est alors que, sur la demande de M. Rist, M. Lécène réséqua deux centimètres du phrénique droit, au cou, dans l'espoir, par action paralytique, de voir l'hémidiaphragme droit se fixer en élévation dans le thorax et comprimer les bronches atteintes. Cet espoir fut pleinement réalisé. La radiographie montra le diaphragme droit paralysé, immobile, rémonté dans le thorax. Les accidents de l'ectasie bronchique disparurent.

L'injection de sang de convalescent dans la scarlatine.

(M. R.-J. Weissenbach. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-12-1924.)

M. Weissenbach a soumis un de ses malades, néphritique chronique ancien, atteint de scarlatine, à l'injection de sang de convalescent, et il a vu l'affection évoluer d'une façon bénigne, avec un fonctionnement rénal satisfaisant.

Deux points sont à retenir dans cette observation : 1° la modification brusque de l'évolution de la scarlatine observée après l'injection de sang de convalescent ; 2° l'innocuité de cette scarlatine ainsi traitée sur le rein, malgré la préexistence de lésions et de troubles fonctionnels importants.

— M. Robert Debré rappelle, à ce propos, les étapes de la sérothérapie par les sérums de convalescents : **l'emploi du sérum de convalescent de poliomyélite par M. Netter, du sérum de convalescent de rougeole par M. Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud, la séro-prophylaxie de la rougeole de Nicolle et Conseil, etc. Pour ce qui concerne le traitement de la scarlatine par le sérum de convalescent** il a paru quelquefois efficace, d'autres fois inactif. Cette inefficacité, pense l'auteur, tient peut-être non au malade traité, mais au sérum utilisé.

Il est des individus qui ne s'immunisent pas contre la scarlatine. Les récidives de la maladie en sont la preuve. Le sérum de ces anciens scarlatineux non immunisés ne saurait évidemment être actif. Le phénomène de l'extinction de Schultz-Charlton (grâce auquel on peut différencier la scarlatine des éruptions scarlatiniformes) pourrait sans doute servir à caractériser ces sérums. Toutefois il s'agit là d'une réaction trop comliquée pour être mise en œuvre facilement. Par contre, il existe une nouvelle réaction qui apporterait probablement une aide précieuse à la solution de ce problème : c'est la *réaction de Dick* (de Chicago), qui a reçu l'appui de Zingher. Cette réaction permettrait, assure-t-on, de distinguer les sujets sensibles à la scarlatine de ceux qui sont immunisés, ce que fait la réaction de Schick pour la diphtérie.

P.L.

Les Congrès

XXXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie.

(*Suite et fin*) (1)

Le traitement de la tuberculose chirurgicale par l'huile iodée. — M. Finikoff (de Petrograd). La méthode préconisée par l'auteur est dérivée de celle de Hotz, de Bâle, qui, appliquée sous la direction de Grekoff à l'hôpital Oboukhoff, à Petrograd, sur 1.500 malades d'hôpital et plusieurs milliers de consultants, donna des résultats remarquables : 70 p. 100 de guérisons complètes, 20 p. 100 d'améliorations, 10 p. 100 d'échecs seulement.

(1) Voir *Concours Médical* nos 45, 46, 47, 49, 50 et 52 de 1924 ; 1, 2, 4 et 5 de 1925.

Les injections intramusculaires d'iode provoquent de la leucocytose, d'où s'ensuit une augmentation de la lipase fournie, comme l'ont montré des recherches connues sur les lymphocytes, et c'est cette lipase qui détruit l'enveloppe cirograisseuse du bacille T B C.

L'auteur propose une méthode personnelle qui combine aux avantages de la médication iodée ceux d'une thérapeutique recalcifiante. Celle-ci est d'autant plus indispensable que la déminéralisation du tuberculeux est due, selon l'auteur, à l'intoxication de l'organisme par les produits de désagrégation de l'enveloppe ciro-graisseuse du bacille, c'est-à-dire par les acides gras, le calcium sanguin étant absorbé par ces bacilles et par suite éliminé de l'organisme.

Le traitement consistera en injections intramusculaires périodiques (tous les cinq à sept jours) d'huile végétale additionnée d'iode (10 à 30 centimètres cubes d'huile plus 1 centimètre cube de teinture d'iode) et en injections intraveineuses de sels de calcium à doses variables.

Cette méthode appliquée par l'auteur sur plus de 50 cas pendant deux ans lui a donné complète satisfaction. Il présente une statistique de 16 cas : spondylites, coxites, spina ventosa, lymphangite cervicale, suivis pendant au moins un an avec 15 guérisons et 1 seul échec.

Colonne vertébrale. Tête et cou

Considérations anatomo-chirurgicales sur la neurotomie rétro-gassérienne. — M. Bourguet (de Paris) insiste sur quelques points concernant les éminences osseuses que l'on rencontre en allant vers le cavum de Meckel qu'il fait sauter au ciseau pour ne pas être gêné au moment de la ligature de la méningée moyenne. Quand on est sur la cavité de Meckel, au niveau de laquelle la dure-mère se dédouble, et si l'on veut pénétrer à son intérieur, il faut inciser le feuillet qui recouvre le ganglion et les racines. Dans le décollement dure-mérien ce feuillet peut aussi rester adhérent sur le flanc antérieur du rocher, ce qui gêne la reconnaissance du point où il doit être incisé. La pointe du crochet permet seule de le reconnaître à ce que la paroi fléchit sous la pression. L'auteur incise ensuite ce toit de la cavité de manière à rabattre un petit lambeau fibreux sur le ganglion pour que toute la largeur de la racine sensitive soit mise à jour. Il insiste sur une disposition anatomique particulière de la racine motrice qui permet de ne pas la sectionner en même temps que la sensitive.

Céphalées et névralgies d'origine nasale. — M. Hicquet (de Bruxelles). Les sinusites suppurées donnent lieu à des céphalées ou sinusalgies à caractère diurne, dues à la rétention de pus.

Les névralgies sinusales sont dues à des inflammations catarrhales tant aiguës que chroniques, en raison des réactions périostées (type fluxionnaire).

L'origine de ces soi-disant réflexes est donc d'origine sinusale et non nasale, le traitement sera endonasal, s'adressera aux causes des sinusites ou aux sinusites elles-mêmes.

Mais beaucoup de cas seront améliorés ou guéris par le traitement médical.

De la nécessité de mettre la tête en position basse dans l'adénectomie, l'amygdalotomie et l'amygdalectomie pratiquées avec anesthésie générale.— M. Malherbe (de Paris). Comme pour toutes les interventions sur les voies respiratoires supérieures pratiquées avec anesthésie générale, il n'y a qu'une position véritablement logique, vraiment chirurgicale, c'est celle qui consiste à placer les patients, la tête en position basse, dite position de Rose.

Il y a près de trente ans que l'auteur a préconisé cette manière de faire dans les opérations de l'oro et du rhinopharynx, et il n'a eu qu'à s'en louer complètement. Les avantages sont incontestables, soit dans l'adénectomie, soit dans l'amygdalotomie et surtout l'amygdalectomie.

Grâce à la position déclive de la tête, les fragments de végétations adénoïdes ou d'amygdales ne peuvent plus tomber dans les voies respiratoires ni dans les voies digestives. Il en est de même du sang.

Il est facile de comprendre toutes les complications qui peuvent ainsi être évitées. En outre, ce mode de procéder, qui permet un éclairage plus complet des régions à opérer, est d'exécution très facile.

Péritoine. Abdomen. Estomac. Intestin. Foie

Drainage gastrique par gastrostomie temporaire dans le traitement de la péritonite généralisée. — M. Leo (de Trouville). Jaboulay avait montré la possibilité de substituer aux lavages d'estomac répétés le drainage continu de l'estomac par une gastrostomie temporaire, et il avait pratiqué cette opération trois fois dans la péritonite. L'auteur l'a faite également trois fois dans la péritonite et une fois *in extremis* dans l'occlusion intestinale.

Les *avantages* de la méthode sont : la désintoxication du péritonitique par siphonnage et vidange gastriques continuels ; la suppression des vomissements, renvois, etc. ; la possibilité de l'absorption immédiate de boissons.

Les *indications* de la méthode sont : la constatation de visu, au cours d'une laparotomie, d'une péritonite généralisée en évolution, avec des signes cliniques d'intoxication pré-opératoire importante ; la constatation clinique de la péritonite après l'opération principale, et la constatation de la persistance des liquides toxiques dans l'estomac, après deux lavages d'estomac pratiqués à une ou deux heures d'intervalle.

Les *contre-indications* sont : la simple dilatation aiguë de l'estomac dont les vomissements cessent en changeant l'attitude, le décubitus de l'opéré et qu'il ne faut pas confondre avec la péritonite ; la péritonite partielle, sans stagnation gastrique toxique ; l'occlusion intestinale concomitante de la péritonite

et qui n'est pas une contreindication formelle jusqu'à nouvel ordre.

La *technique de l'opération* de drainage comporte : le choix du moment de l'ouverture de l'estomac ; le choix de l'anesthésique ; le choix du procédé opératoire ; le choix du moment de la fermeture de l'estomac...

Pathogénie des calculs biliaires et son importance pour le choix du traitement opératoire. — M. Rovsing (de Copenhague).

Traitement des hémorragies gastriques. — M. Pauchet (de Paris). Le problème thérapeutique des gastrorragies se pose dans *quatre* circonstances :

1° *Gastrorragies répétées par ulcus duodénal ou gastrique.* — Elles produisent un état d'anémie. Il faut opérer, pendant une période de calme, alors que l'intestin est « à sec ». L'intervention sur l'intestin plein de sang produit des accidents toxiques secondaires. L'opération consistera toujours dans la *résection* et non dans une simple gastro-entérostomie. Seule la résection empêche la récidive. La transfusion du sang est indiquée dans tous les cas.

2° *Gastrorragie abondante.* — La question d'opération d'urgence se pose comme dans la grossesse tubaire rompue. Il faut intervenir le moins possible dans ces conditions, car la mort est très fréquente (50 p. 100). Elle est due, non pas au shock heureusement combattu par la transfusion, mais à la toxémie due à la présence du sang dans l'intestin. Le plus souvent, le malade meurt avant d'être amené au chirurgien. Quand il ne meurt pas, on peut généralement attendre que l'intestin soit « à sec » pour opérer. L'opération consistera toujours dans la résection.

Si l'intestin est plein de sang au moment de l'opération, il faut laisser une fistule sur le jéjunum et appliquer le goutte à goutte d'une solution purgative pour favoriser l'élimination immédiate du sang.

3° *Gastrorragie postopératoire.* — Elle provient, après une intervention gastrique, soit de l'ulcus qui n'a pas été enlevé (à tort) par le chirurgien ; soit des tranches de section ; elle provient d'une faute de technique, d'une hémostase insuffisante. Quand l'hémorragie est légère, elle s'arrête par les lavages d'eau salée chaude. Toute opération itérative est nuisible ou inutile.

4° *Gastrorragie d'origine extragastrique.* — Qui se fait en dehors de tout ulcus gastrique ou duodénal ; elle est alors la conséquence d'une *lésion de la rate* qui accompagne elle-même une cirrhose latente ; ces affections sont secondaires à des lésions de l'appendice, de la vésicule, de la bouche, des dents, etc. Toute opération gastrique, dans ces conditions, est suivie d'insuccès ; il faut faire l'ablation de la rate si on veut obtenir la non-récidive des gastrorragies.

Influence de l'ulcère sur la morphologie de l'estomac. — M. Moppert (de Genève) présente une étude radioscopique des modalités de déplacement du pylore par rapport à l'ombilic dans les cas d'ulcus duodénal ou juxta-pylorique et dans tous les cas de spasme.

Volvulus partiels du grêle postopératoire. — M. de Rouville (de Montpellier). Il s'agit d'une malade opérée pour kystes de l'ovaire.

L'un des ovaires portait un kyste mucoïde banal, l'autre un kyste volumineux de 12 litres. Ce dernier fut enlevé d'un bloc malgré son volume, sans être ponctionné au préalable. Un volvulus se produisit dans les jours qui suivirent et la malade fut réopérée. L'auteur constata que vraisemblablement l'accident s'expliquait par la longueur exagérée du mésentère. Au cours de la deuxième intervention une déchirure de l'intestin se produisit. La malade mourut. Depuis, l'auteur ponctionne systématiquement tous les kystes un peu volumineux. Il passe en revue toutes les causes responsables du volvulus. Il accuse en particulier la position de Trendelenburg et conseille de remettre lentement les opérés en position horizontale avant de refermer complètement la paroi.

Organes génito-urinaires.

Le drainage transcervical dans l'hystérectomie subtotale. — M. Daniel (de Bucarest). Le drainage déclive par le vagin est préférable à la voie abdominale, autant pour faciliter l'écoulement des liquides septiques que pour permettre l'hémostase.

Tous les points du plancher pelvien qui donnent accès vers le vagin peuvent être utilisés pour établir le drainage déclive dans l'hystérectomie subtotale ; mais aucun ne présente les avantages du drainage transcervical qui utilise le canal naturel du col utérin.

Son installation nécessite les manœuvres les plus simples, entre autres l'évidement conoïde du col et sa dilatation à l'aide d'une pince à mors longs. Le drainage s'établit à l'aide de mèches ou de gros tubes de caoutchouc.

Selon le but poursuivi, le drainage peut être :

1° *Hémostatique*, lorsque la zone opératoire reste saignante, ou lorsqu'on craint une hémorragie postopératoire que le drainage permettrait de reconnaître ; ou encore lorsqu'on veut arrêter une hémorragie redoutable (drainage, tamponnement transcervical à la Mikulicz).

2° *Prophylactique*, lorsque le foyer opératoire a été contaminé et qu'une infection postopératoire est à redouter.

3° *Curatif et évacuateur*, lorsqu'il y a des collections septiques ou qu'il reste dans le bassin des fragments de poches infectées.

Selon sa situation par rapport au péritoine pelvien, le drainage transcervical est *intra* ou *sous-péritonéal* (dans le paramètre).

A propos de l'hystérectomie large dans le cancer du col de l'utérus. — M. J.-L. Faure (de Paris). Le traitement chirurgical donne de bons résultats dans

50 à 80 p. 100 des cas, à condition d'être pratiqué largement.

Ce n'est ni la difficulté de son exécution, ni son manque d'efficacité qui font que tant de chirurgiens s'abstiennent ; c'est plutôt sa gravité.

Le pronostic opératoire doit s'améliorer si l'on emploie systématiquement le drainage à la Mickulicz.

Le diagnostic de l'abcès pararénal métastatique. — M. Wessel (de Copenhague). Les faits visés par l'auteur ne concernent ni les pyonéphroses calculeuses ou autres, ni les abcès d'origine appendiculaire ou pancréatique, ni les abcès par congestion. Dans l'abcès pararénal métastatique le diagnostic se base, d'une part, sur l'histoire antérieure du malade qui a présenté une infection à distance : parotidite, suppuration pulmonaire, anthrax, etc. ; d'autre part, sur les symptômes principaux, qui sont la douleur lombaire avec contracture locale, la résistance et la douleur à la palpation de l'espace costo-lombaire, l'amaigrissement, une constipation opiniâtre, quelquefois des vomissements, de la leucocytose sanguine ; ici l'examen des urines même après séparation vésicale ne donne rien. Le diagnostic différentiel est à faire avec les abcès vertébraux, pancréatiques, avec l'abcès sous-phrénique causé par un ulcus perforé.

Onze cas de néphrite à forme douloureuse ou hématurique, unilatérale, traités par la décapsulation et l'énervation incomplète. — M. Duvergey (de Bordeaux). Le diagnostic de ces formes de néphrite ne doit être posé qu'après étude approfondie du malade. Le traitement chirurgical sera institué aussitôt après échec du traitement médical, ; il consiste, en cas de forme douloureuse, dans la décapsulation et l'énervation incomplète du pédicule rénal ; en cas de forme hématurique, dans la décapsulation et une légère néphrotomie. La biopsie doit toujours être pratiquée comme moyen de contrôle. L'énervation incomplète du rein, dont la valeur thérapeutique est incontestable, ne paraît pas modifier sensiblement la valeur fonctionnelle du rein. Enfin, il semble que ces formes de néphrite, au moins dans les premiers temps de leur évolution, soient unilatérales ou à prédominance unilatérale.

Fermeture des fistules hypogastriques opératoires des prostatiques après forage de la prostate. — M. Luys (de Paris) est parvenu, après avoir rétabli le cours normal de la miction par le forage de la prostate chez des prostatiques porteurs de fistules hypogastriques, à fermer ces fistules opératoires.

Le forage de la prostate dont le but est, en effet, de détruire les obstacles prostatiques qui gênent la miction peut apporter un résultat durable qui permet la fermeture définitive de la fistule hypogastrique.

Il cite à cet effet huit observations dont deux particulièrement concluantes au point de vue du succès, puisqu'un de ces malades, âgé de cinquante-six ans et demi, complètement guéri et revenu à l'état absolument normal, a pu se marier.

Résultats de la greffe testiculaire du singe à l'homme. — M. Dartigues (de Paris) expose les résultats presque toujours satisfaisants que lui ont donnés les greffes testiculaires à la Voronoff. Il utilise les glandes de chimpanzé et aussi depuis quelque temps celles de cynocéphales qui paraissent aussi efficaces et sont beaucoup moins coûteuses. Les résultats portent sur deux points : l'amélioration des fonctions génitales, la disparition des phénomènes qui caractérisent la sénilité précoce : en particulier l'asthénie cérébrale, la perte de la mémoire. Ces deux ordres de troubles qui sont l'un ou l'autre prédominant suivant les cas traités bénéficient également de la greffe testiculaire et dans un laps de temps qui varie entre quelques jours et quelques mois.

M. Baudet (de Paris) prend la parole pour confirmer à l'aide de ses propres observations celles qu'a faites M. Dartigues.

Os et membres

Technique de l'ostéosynthèse sacro-iliaque. — M. Lambotte (d'Anvers).

Ostéochondrite ou coxa plana. Subluxation congénitale méconnue. Pourquoi il est des chirurgiens qui ne le voient pas encore ? — M. Calot (de Berck). Pour trois raisons, dit M. Calot. La *première*, c'est qu'il s'agit d'un *tout premier degré d'anomalies* et de *déplacements articulaires* qui peuvent ne mesurer que *quelques millimètres*, lequel premier degré ne sera guère identifié que par ceux, beaucoup moins nombreux qu'on ne pense, qui *connaissent* bien la *figure exacte* et les *limites* d'une *hanche normale*.

La deuxième raison, c'est qu'on a été dérouté par certaines inégalités de teinte ou de « radiabilité » qu'on trouve parfois dans l'image radiographique et qui ont fait croire à une maladie nouvelle. Or, c'est là en réalité une *preuve de plus* de l'identité familiale de *la luxation* et de l'*ostéochondrite* répond M. Calot, car il a montré que ces mêmes variations de transparence radiographique et ces aspects d'ailleurs inconstants et temporaires de « mouchetures » ou de « taches » ou de « fragmentation » de l'épiphyse fémorale (que les biopsies ont montrés être dus à des irrégularités de métabolisme du calcium, et non pas à des processus inflammatoires ou infectieux), on les retrouve identiques dans les luxations congénitales réduites ou non réduites et qu'on ne les retrouve identiques que là. Et même ces apparences de fragmentation avaient été décrites et figurées dans les luxations bien avant de l'être dans la prétendue maladie nouvelle.

La troisième raison ou objection, c'est qu'il existerait 5 radiographies prises au premier signe clinique (boiterie ou douleur), où la hanche paraîtrait à ce premier moment tout à fait normale ; les lésions seraient donc acquises et non pas congénitales. Ce à

quoi M. Calot répond en mettant sous les yeux des congressistes les radiographies objectées.

Pour les trois premières, il prouve, en les comparant à celle d'une hanche d'enfant sain, qu'elles portent toutes trois des anomalies petites mais indiscutables. Et même dans la 3e il montre une tache claire au pôle externe de l'épiphyse, tache avouée dans la légende qu'a donnée l'auteur de la radiographie, ce qui suffit à affirmer bien haut que cette hanche n'était pas normale. Quant aux 2 dernières hanches objectées, celles-ci par l'auteur allemand Hagenbuch, c'est encore bien mieux ou bien pis dit M. Calot. Ces deux là, oui, étaient normales primitivement, mais par contre, elles n'ont jamais été atteintes d'ostéochondrite. Savez-vous ce que l'auteur allemand a pris pour des ostéochondrites ? Regardez : des *décollements épiphysaires des deux têtes fémorales* (les 2 hanches sont du même sujet).

Et voilà, ajoute M. Calot, ce que valent les objections que quelques uns nous font encore :

Autres preuves par lui données de la congénitalité de la prétendue ostéochondrite :

1° La *bilatéralité* des lésions qu'on retrouve presque toujours avec silence clinique d'un côté.

2° *L'hérédité*. Souvent les parents ont une luxation et les enfants une ostéochondrite.

3° *Coexistence* chez le même enfant d'une luxation d'un côté, d'une ostéochondrite de l'autre.

4° La réponse toujours *négative* de l'*histologie*, de la *bactériologie* et de tous les essais de culture.

5° Une atrophie du membre entier comme dans la luxation.

6° Les antécédents personnels et la silhouette clinique de ces enfants, etc.

Autant de signes qui, réunis, sont absolument pathognomoniques.

Et tous les documents publiés dans les deux mondes, je les ai vus, dit M. Calot : ils conduisent tous à cette seule conclusion que « *l'ostéochondrite ou coxa plana* » est une *subluxation congénitale* méconnue.

Traitement palliatif sanglant de la luxation congénitale de la hanche. — M. Frælich (de Nancy) préconise dans le traitement des luxations doubles irréductibles des hanches l'ostéotomie sous-trochantérienne, linéaire ou oblique suivant les cas. Pour que l'intervention donne de meilleurs résultats il faut que l'angle de section du fémur vienne s'accrocher pendant la marche au niveau de la cavité cotyloïde.

Cette opération fait disparaître l'ensellure lombaire, l'adduction des cuisses et les douleurs à la marche qui devient facile. Elle est rarement indiquée dans les luxations unilatérales. Pratiquée en France depuis 1892, elle a été réinventée il y a peu de temps en Allemagne sous le nom de bifurcation de l'extrémité supérieure du fémur.

Correction des difformités du pied d'origine paralytique par transplantations et greffes tendineuses. — M. Dupuy de Frenelle (de Paris). Lorsque le pied s'enroule en dedans en se couchant sur la face externe du calcanéum, l'auteur relève et fixe le calcanéum à l'aide d'un tendon de renne passé en anse dans la face externe du calcanéum et du cuboïde en bas, et dans l'interstice tibio-péronier en haut.

Pour corriger le talus il rattache le talon au tibia à l'aide d'une anse tendineuse qui traverse la tubérosité postérieure du calcanéum en bas et le rebord postéro-interne du tibia en haut. Il complète cette fixation par un raccourcissement du tendon d'Achille opéré à l'aide d'un tendon passé en boucle au travers du talon en bas et du tendon d'Achille en haut.

Pour corriger la chute du pied antérieur M. Dupuy désinsère le tendon long extenseur du premier et du cinquième orteil, passe l'extrémité du tendon au travers du métatarsien correspondant, raccourcit la boucle ainsi formée, et la fixe à l'aide d'un surjet ostéopériostique fait au tendon de renne.

Les résultats immédiats se sont maintenus intégralement pendant plus de deux ans.

Enchevillement osseux central de quelques variétés de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Mauclaire (de Paris) fait une incision antérieure comme pour lier la circonflexe. Le greffon est implanté d'abord dans le fragment inférieur puis dans le fragment supérieur. L'immobilisation doit être un peu longue. Il se forme souvent des périostoses périphériques abondantes. Mobilisation passive et active, mécanothérapie. Cette méthode est spécialement indiquée dans les fractures intratubérositaires et dans les pseudarthroses du col chirurgical. On peut employer avec avantage un greffon emprunté au malade. L'auteur a eu recours à deux tiges d'ivoire chez un de ses opérés.

Traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure de l'humérus et leurs résultats éloignés. — M. Péraire (de Paris) a pratiqué la suture métallique par fil ou agrafes dans trois cas de fractures fermées chez des malades d'hôpital et quatre cas de fractures ouvertes en chirurgie de guerre. Il présente deux de ces malades qui ont récupéré un fonctionnement du bras tout à fait normal. L'un a été opéré il y a dix-huit ans, vingt-six jours après son accident, l'autre a été opéré il y a dix ans, au bout de sept jours.

De la section temporaire de l'olécrâne dans le traitement des luxations anciennes du coude. — M. Patel (de Lyon) insiste sur les avantages que présente ce procédé d'arthrotomie du coude, analogue à l'arthrotomie transrotulienne du genou, dans le traitement des luxations anciennes.

Voies aériennes et poumon

Remarques au point de vue symptomatique et thérapeutique concernant les corps étrangers œsophagiens et des voies aériennes. — M. Guizez (de

Paris) apporte les résultats de sa pratique en broncho-œsophagoscopie dont le début remonte à vingt et un ans. Il a soigné 270 cas de corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes (196 de l'œsophage 74 des voies aériennes). Pour ceux-ci, il y avait 42 enfants et 32 adultes. Les corps étrangers de l'œsophage se sont, au contraire, rencontrés plus souvent chez l'adulte (150 fois contre 46 fois chez l'enfant).

Dans l'œsophage, les corps étrangers les plus fréquents sont, chez l'enfant, les pièces de monnaie, chez l'adulte les os, les dentiers.

Dans les voies aériennes, on trouva, particulièrement chez l'enfant, des embouchures de trompette, chez l'adulte des os, arêtes, pièces de monnaie,

La statistique de l'auteur comporte 90 p. 100 de succès pour l'œsophage et 97 p. 100 pour les voies aériennes. La mortalité a été d'un peu plus de 2 p. 100.

L'auteur insiste sur la latence fréquente de ces corps étrangers surtout dans les voies aériennes, l'accident initial ayant passé souvent inaperçu surtout chez les enfants. Il insiste également sur l'importance de l'examen clinique qui doit être fait très minutieusement. La dysphagie spéciale pour les corps œsophagiens, et, pour les corps bronchiques, la toux quinteuse avec accès de suffocation, les modifications du rythme respiratoire sont des signes importants qu'il faut savoir chercher. L'extraction doit être aussi précoce que possible surtout pour les corps organiques qui donnent rapidement lieu à des complications septiques.

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'intestin. — M. P. Sureda (de Barcelone). Quand on fait l'autopsie d'un sujet mort de péritonite à la suite d'entéro-anastomose, on constate que l'infection part de l'insertion mésentérique. Pourquoi ? Y a-t-il à ce niveau une insuffisance d'irrigation sanguine ou un point faible par où se fait l'infection ? Par ses recherches radiographiques sur l'intestin de l'homme et du chien et par ses expériences sur le chien, l'auteur a pu se convaincre que l'ischémie n'est pas à craindre par suite des multiples anastomoses de l'intestin, mais qu'il faut faire une toilette minutieuse des extrémités intestinales à anastomoser et les dépouiller de la graisse mésentérique qui ne doit pas être incluse dans la suture, car elle laisse la porte ouverte à l'infection.

D'autre part, M. Sureda propose de ne pas ouvrir la cavité intestinale avant de l'avoir stérilisée par une injection de teinture d'iode à 1 p. 100, maintenue trois minutes et aspirée ensuite, dans le segment que limitent les pinces à coprostase.

L'opération comporte donc la désinfection de la cavité intestinale, une libération mésentérique de l'intestin dans la partie qui correspondra à la suture superficielle, une suture au fin catgut muco-muqueuse ou mieux unissant les deux sous-muqueuses, une suture des deux tuniques musculaires, enfin une suture séro-séreuse rasant la dernière artère conservée et faite au point de matelassier ou de Cushing.

Présentation d'instruments

Appareil simplifié du docteur Charbonnier permettant de repérer le centre de la tête fémorale et l'axe du col. — M. A. Reverdin (de Genève).

Appareil pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle. — (Simplification de celui présenté en 1912.) — M. Caillaud (de Monte-Carlo).

Appareil simple permettant de faire avec une précision mathématique les ostéotomies rectilignes et cunéiformes. — M. Cadenat (de Paris).

Les aciers inoxydables en instrumentation chirurgicale ; quelques exemplaires d'instruments. — M. Dartigues (de Paris) présente au Congrès une communication sur un nouvel acier inoxydable et inaltérable employé en instrumentation chirurgicale.

Il s'agit, de l'acier « stainless », découvert en 1915 par un savant anglais, M. Brearley. C'est un acier à haute teneur en chrome (13 p. 100) qui possède une grande résistance mécanique et beaucoup d'élasticité. Cet acier fabriqué à l'heure actuelle en France offre la propriété particulièrement remarquable de rester inaltérable à l'état poli sous l'action de la plupart des acides organiques, de beaucoup de réactifs et naturellement de l'humidité, lorsqu'il est trempé.

A l'appui de sa communication, le Dr Dartigues présente toute une série d'instruments fabriqués avec l'acier « stainless » ayant subi les stérilisations nécessaires et qu'il a personnellement employés dans des opérations importantes.

1° Cages chirurgicales pour traitement de plaies, brûlures, ulcères à greffes, sans pansement ; 2° Modèles de bracelets de fixation des malades sur table d'opération. — M. Reynès (de Marseille).

Appareil pour l'anesthésie au goutte à goutte de chlorure d'éthyle pur ou mélangé. — M. Dupuy de Frenelle.

Présentation d'instruments. — M. Gourdet (de Nantes).

Chastenet de Géry et Dariau

Les Livres

EDITION DE LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE.

Le prix Charles RICHET attribué à la **Source Rouge**, de Luc Durtain.

On sait que le Pr Charles Richet n'est pas seulement un physiologiste illustre — le père, entre tant d'autres découvertes importantes, de l'anaphylaxie et de la sérothérapie — mais aussi un excellent écrivain. Pour souligner cette union de l'art médical et de l'art littéraire, il a fondé un prix que la Société des Gens de Lettres décerne, tous les deux ans, « *au meilleur ouvrage écrit par un médecin.* »

Notre confrère Georges Duvamel, pour *Civilisation* en fut le premier titulaire.

Ce prix vient d'être attribué cette année à Luc Durtain, pour son roman *La Source Rouge* (Editions de la Nouvelle Revue Française). Nous adressons d'autant plus volontiers nos félicitations à l'auteur que, sous le pseudonyme de Luc Durtain, se cache un praticien, depuis de longues années membre du *Concours médical*.

Si la *Source Rouge*, pittoresque et émouvante histoire d'amour dans une ville d'eaux, égratigne parfois l'hydrologie, c'est un vieux praticien de campagne qui y a le dernier mot... La critique a fait le plus favorable accueil à ce roman d'avant-garde, écrit avec une hardiesse et une subtilité qui classent l'auteur auprès d'un Morand, d'un Romains, d'un Valéry-Larbaud. De même que le précédent ouvrage de Luc Durtain, *Douze cent mille*, histoire d'un ouvrier enrichi à travers Bourse, Palaces et Riviera, nul doute que *La Source Rouge* n'intéresse et n'intrigue le corps médical, fraction si cultivée et si importante du grand public.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris, 6e.

A. GOUIN, propriétaire-éleveur et P. ANDOUARD, directeur de la Station agronomique de la Loire-Inférieure. — **Elevage intensif des veaux et des porcs.** (Un volume in-12 × 18 de 160 pages. Prix : 4 fr.50)

Pour produire avantageusement de la chair, il faut produire vite et à bon compte. Or, de nombreuses erreurs sont fréquemment commises dans l'élevage des porcs et des veaux, qui rendent cette opération extrêmement onéreuse, alors qu'elle devrait être lucrative. Les auteurs exposent ici les méthodes qui leur ont réussi.

L'ouvrage étudie en détail l'élevage des veaux ; l'utilisation du lait écrémé, de la farine de viande, du manioc, des déchets d'industrie, etc. ; les animaux propres à l'élevage intensif ; l'alimentation des porcs des bêtes laitières et quelques directives pour l'engraissement des bovins.

E. FLAMMARION, éditeur,
26, rue Racine, Paris.

Dr BRELET, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes. — **La scarlatine.** (Un vol. in-18 jésus. Prix : 7 fr. 50).

Les aspects multiples de la scarlatine en rendent le diagnostic souvent difficile, depuis la scarlatinette jusqu'à la scarlatine maligne, rapidement mortelle ; ensuite des complications très variées peuvent venir modifier la marche de la maladie. Sa pathogénie est très discutée.

Mais l'auteur, voulant surtout faire une *étude clinique*, a développé longuement deux questions pratiques d'une grande importance : *la prophylaxie et le traitement.*

M. Brelet indique ce qu'il faut faire quand la scarlatine survient dans une famille, dans une école, dans une caserne, comment doit être organisée l'hospitalisation des scarlatineux.

Le traitement est exposé avec beaucoup de détails : dans les formes légères, il s'agit de prévenir les complications et de tenir le malade isolé, afin d'éviter la transmission ; dans les cas graves, un traitement énergique permet souvent de lutter avec succès contre une infection, qui s'annonçait redoutable.

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

L. FREY et CH. RUPPE. — **Radiographie dentaire.** (In *Bibliothèque du chirurgien-dentiste*). Un vol. in-16, 107 pages, 5 planches, 1924.)

Aujourd'hui, dans les cabinets et les services hospitaliers, on ne sait plus se passer de la radiographie. Ce livre s'adresse à tous les confrères, qui veulent faire eux-mêmes leur radiographie ; aucun détail n'est négligé pour leur éviter des tâtonnements décourageants et des recherches fastidieuses. Pour chaque dent, est précisé le procédé qui doit donner les meilleures images, ainsi que les projections de voisinage, sources d'erreur . Après l'interprétation des clichés dans les différentes affections dentaires et péri-dentaires, sont étudiées l'orthodontie et la vérification des travaux de dentisterie opératoire.

Après un rappel de quelques notions d'électricité, vient une courte monographie sur la Rœntgen et la curiethérapie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur le traitement des hémorragies utérines de la délivrance,

Par le Dr Léon David (de Paris).

On sait que l'un des accidents les plus fréquents de la délivrance est l'hémorragie.

Parfois, la cause en est dans une déchirure du col, du vagin ou de la vulve. Mais le plus souvent, c'est la plaie placentaire qui saigne parce qu'il y a inertie utérine.

Pour diagnostiquer ces hémorragies, souvent redoutables, deux moyens s'offrent à nous : la surveillance du pouls, le palper de l'utérus.

Lorsque le nombre des pulsations radiales atteint 100 par minute, ou dépasse ce chiffre, c'est qu'il y a une hémorragie importante en train de se développer (Pinard).

Quant à l'état de l'utérus, il indiquera l'origine, la source même de l'hémorragie. La constatation par le palper d'un utérus *mou*, dépressible, montre qu'il existe de l'inertie utérine, et s'il augmente de volume, c'est que l'hémorragie a lieu dans l'organe lui-même. Si l'utérus est dur, au contraire, bien contracté, s'il est devenu le *globe de sureté* (Pinard) l'hémorragie est due à une cause extra-utérine qui se trouve habituellement dans une déchirure des organes génitaux ou du périnée.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'inertie et il faut, pour la faire cesser, exciter la contraction de l'organe. Si l'on soupçonne l'existence de débris placentaires dans la cavité utérine, c'est à-dire une délivrance incomplète, on devra évacuer l'utérus par le curage digital. C'est là une règle classique pas toujours aisée à suivre, il est vrai.

Lorsque l'utérus est vide, plusieurs moyens hémostatiques s'offrent au praticien. Les uns, inconstants, tels que l'injection intra-utérine aseptique et très chaude, à 50 degrés ; d'autres incertains, comme le tamponnement utéro-vaginal, enfin, la médication hémostatique directe, représentée par l'ergot et l'hypophyse.

Dans l'hémorragie par inertie utérine, le choix du praticien se porte actuellement sur le tartrate d'ergotamine ou gynergène qui représente le principe actif spécifique de l'ergot avec une activité constante, rapide et supérieure. Le professeur Hamm (1) de Strasbourg, les professeurs Rossier (2) et Bustamante (3) ont insisté, après Wetterwald (4), sur les effets remarquables du tartrate d'ergotamine dans l'inertie utérine et les hémorragies de la délivrance. Ces auteurs préconisent dans ce cas, l'injection intra-musculaire d'un quart à une ampoule de Gynergène dosée à 0.0005 de principe actif par cc. et ils affirment avoir ainsi obtenu des résultats parfois surprenants.

Nous-mêmes, après les recherches que nous avons entreprises sur le traitement des hémorragies de la femme et dont les résultats ont été publiés il y a peu de temps, ici-même (5), nous avons traité un grand nombre d'hémorragies post partum par le principe actif spécifique de l'ergot. Dans plusieurs cas d'inertie avec hémorragies graves, nous avons obtenu par ce moyen et mieux que par l'hypophyse, une contraction puissante de l'utérus avec arrêt rapide de l'écoulement sanguin. Aussi, considérons-nous comme un devoir de signaler ces faits à l'attention du praticien.

Il y a une règle très simple à suivre en obstétrique, et dont il ne faut jamais se départir : lorsque l'on vient de procéder à un accouchement, on ne doit jamais abandonner la parturiente sans s'être assuré de la présence du globe de sûreté et du bon état du pouls. Insister sur ce sujet, semble inutile, et pourtant, le médecin oublie parfois de prendre ces élémentaires précautions. Même, s'il les a prises, nous considérons comme un acte de sagesse (l'expulsion complète du placenta et des membranes une fois constatée) de ne pas quitter l'accouchée sans avoir pratiqué une injection d'un quart ou d'une demi-ampoule de gynergène à titre prophylactique.

Les effets constants de cet hémostatique suffiront à nous tranquilliser.

(1) *Société de gynécologie et d'obstétrique de Strasboug*, 5 janvier 1923 et *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine* 1er février 1923.

(2) *Congrès des obstétriciens et des gynécologues*, tenu à Genève, 9-11 août 1923.

(3) *Revista medica Cubana*, janvier 1924.

(4) *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 10 mai 1923.

(5) *Le Concours medical*, n° du 4 mai 1924.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA « RÉTROCATÉGORISATION » DANS LE TARIF BRETON

Par le Dr Fernand Decourt.

Un certain nombre de confrères, parmi lesquels je suis d'ailleurs, vient de recevoir des étrennes peu agréables, à propos des accidentés du travail. Promues en première catégorie, à titre de Régions libérées, de multiples localités, soit par arrondissement d'un seul coup, soit par cantons, soit même par communes, se sont vues rétrograder en deuxième catégorie, à partir du 1er janvier 1925, « rétrocatégoriser », en un mot, si j'ose risquer cet affreux néologisme. Par suite, les confrères qui, comme moi-même, avaient leur clientèle d'accidentés du travail dans ces localités toucheront désormais des honoraires de deuxième catégorie, c'est-à-dire minorés de 25 % sur ceux qu'ils avaient l'habitude de toucher depuis le tarif Breton.

Examinons, en effet, les régions libérées, telles que les délimitait officiellement l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, à la suite des « *avis* » émis, ne l'oublions pas, nous y reviendrons plus loin, par la Commission même du tarif Breton. Donc, l'arrêté *ratifiait* l'avis ci-dessous :

Est d'avis :

« De s'en rapporter à l'arrêté du Ministre des Régions libérées, en date du 2 août 1919, qui, pour application de la loi du 17 avril 1919, relative à la réparation des dommages de guerre, la délimite ainsi:

« La *zone dévastée*, visée au paragraphe 8 de l'art. 5 « de la loi du 17 avril 1919, comprend toutes les « parties du territoire français situées à l'est et au « nord d'une ligne passant par : les limites maritimes « des départements du Nord, du Pas-de-Calais et de « la Somme ; les limites sud de ce dernier département, les limites ouest et sud du département de « l'Oise et des arrondissements de Meaux, Coulommiers et Provins (Seine-et-Marne) ; les limites du « département de la Marne et des communes de « Sémoine, Mailly-le-Camp et Poivres (Aube) ; les « limites sud du département de la Meuse ; les limites ouest et sud du département de Meurthe-et-« Moselle ; les limites ouest et sud des arrondissements d'Epinal et de Remiremont (Vosges) ; les « limites ouest et sud du territoire de Belfort jusqu'à la Suisse. »

Et maintenant, plaçons, en regard de cette délimitation, celle du nouvel arrêté qui rétrécit singulièrement, comme on peut le suivre sur a carte, les limites des régions dévastées. Le voici :

« Pour l'application du présent arrêté, on doit entendre par *régions dévastées* : les départements de l'Aisne, des Ardennes et du Nord (sauf l'arrondissement d'Arras et de Béthune) ; dans la Somme, les arrondissements de Montdidier et de Péronne et les cantons de Boves, Corbie, Acheux ; dans l'Oise, l'arrondissement de Compiègne et les cantons de Breteuil et de Maignelay ; dans la Marne, l'arrondissement de Reims et les cantons de Suippes, Dormans, Sainte-Menehould, Dommartin-sur-Yèvre, Ville-sur-Tourbe, Heiltz-le-Maurupt, Thiéblemont et la commune de Nanteuil ; dans la Meuse, les arrondissements de Commercy, Montmédy et Verdun et les cantons de Revigny, Triaucourt et Vaubécourt ; en Meurthe-et-Moselle, les cantons de Nomény, Pont-à-Mousson, Longwy, Audun-le-Roman et les communes de Parroy et de Lérouville ; dans les Vosges, la commune de Ban-de-Sapt. »

Il sera facile de voir, sur la carte, combien nombreux sont les arrondissements, les can ons ou les communes, qui sont ainsi « rétrocatégorisés » et combien nombreux sont, par suite, les confrères qui vont pâtir de cette nouvelle délimitation.

J'ai déjà reçu quelques lettres de plaintes, à ce sujet. Je ne m'étonne pas des récriminations qu'elles comportent, venant de confrères non au courant du cours des choses en la matière. Pourquoi donc, m'écrit-on, en substance, nous réduire ainsi tout à coup nos honoraires alors que le coût de la vie augmente chaque jour, et qu'il en est de même de nos impôts professionnels ?

Est-ce donc qu'on nous prépare un tarif réduit, en vue de la Loi Assurance-Maladie ? — Comment se fait-il que le Gouvernement ait pris cette décision sans consulter la Commission du tarif Breton ? — Et s'il l'a consultée, pourquoi les délégués médicaux à cette Commission ont-ils accepté cela sans discussion préalable à l'Assemblée générale de l'Union et sans que le Corps médical ait décidé d'accepter cette modification ? — Voici maintenant le tarif Maginot supérieur, pour nous, au tarif Breton pour les déplace-

ments kilométriques : 1 fr. 24 au lieu de 1 fr. L'Etat, avec un budget si difficile à équilibrer, trouve ainsi moyen de faire payer nos déplacements moins cher que pour lui-même, par les assureurs multimillionnaires, etc...

Sans attendre plus longtemps une suite probable à ces lettres (car, c'est le privilège de celui qui, comme moi, est depuis si longtemps sur la brèche à propos des accidentés du travail), je veux, dès maintenant, répondre à nos confrères du *Concours* et leur donner l'historique et la genèse de cette affaire. On a perdu de vue, en effet, le point de départ et on s'étonne de cette arrivée à l'échéance de ce qui avait été *convenu* lors de la délimitation des régions dévastées, lors même, déjà auparavant, de l'acceptation du principe de la mise en première catégorie de ces régions dévastées. Et on verra qu'en somme, ce qui arrive aujourd'hui n'est autre qu'un *fait automatique*.

***

L'art. 1er de l'arrêté du 8 juillet 1920, qui est ce qu'on appelle communément : « Le tarif Breton », plaçait en première catégorie :

a) Les villes de cent mille habitants et au dessus et leur banlieue ;

b) Paris et sa banlieue ;

c) Les régions libérées.

Puis, dans cet article, suit la *délimitation* des diverses banlieues, nominativement par cantons pour celle de Paris ; dans un périmètre de 2 kilomètres pour celle des grandes villes. *Seules*, les régions libérées n'avaient pas été *délimitées* dans cet arrêté. On avait simplement admis, *à la requête des représentants du Corps médical*, que seraient placées dans la première catégorie les régions dévastées du fait de la guerre et où la vie ordinaire, normale, ne pourrait reprendre que peu à peu. Et, *provisoirement*, pendant cette période de remise en état, les « tiers-payants » acceptèrent cette catégorisation faite *en dehors* de celle (*définitive* celle-là) basée sur le nombre des habitants des agglomérations.

Mais, sans délimitation des régions ainsi placées en première catégorie, l'embarras fut grand quand il s'agit de la pratique. Nous discutâmes à la Sous-Commission. Les médecins voulaient y comprendre toutes les régions où étaient passés les Allemands ; les assureurs, rien que la zone où le front avait été si longtemps stabilisé avec une étendue de dix kilomètres, de part et d'autre. C'est alors qu'il nous fut proposé, pour nous départager, de s'en rapporter au Ministère des Régions libérées, en prenant, comme plaçables en première catégorie, les régions où les fonctionnaires touchaient des indemnités spéciales aux régions dévastées. Et c'est ainsi qu'on prit pour base, comme vous l'avez lu plus haut, « l'arrêté du Ministre des Régions libérées, en date du 20 août 1919 ». Sans doute, ainsi qu'on nous le fit remarquer, beaucoup de régions parmi celles ainsi délimitées n'avaient que bien peu de « dévastations ». Mais nous répondîmes qu'il serait peu pratique de délimiter ces dévastations, commune par commune, et que ce n'était, après tout, qu'une question de *quelques années*, ce qui enleva l'accord....

Or, depuis 1919, il est hors de conteste qu'on a quelque peu réparé nos malheureuses « régions dévastées ». La zone de première catégorie devait donc, peu à peu, faire comme la peau de chagrin de Balzac, au fur et à mesure de la remise en état du pays. *Et le retour à la normale, par étapes*, devait forcément s'en suivre.

C'est ce qui arrive aujourd'hui. La délimitation actuelle n'est autre que celle qui résulte du *dernier arrêté du Ministre des Finances*, sur la fixation des *indemnités* accordées aux fonctionnaires à titre de résidence dans les régions dévastées. La seule différence entre les deux arrêtés, c'est qu'au Ministère du Travail, on a délimité « en groupant les régions, au lieu de donner toute l'énumération par commune qui figure dans l'arrêté du Ministre des Finances ». (Extrait du procès-verbal de la séance de la Commission plénière du tarif Breton du 23 décembre 1924).

En juin 1921, la Commission avait, *à l'unanimité*, émis l' « avis » sur la délimitation des Régions dévastées, de s'en rapporter à celle prévue pour l'application de la loi du 17 avril 1919, relative aux dommages de guerre, c'est-à-dire *partout* où il y avait eu « dommage ».

En décembre 1924, cette même Commission ne pouvait — équitablement — s'opposer (puisqu'une partie X... des Régions dévastées était réparée) à ce qu'on s'en rapportât, de nouveau, à l'Etat lui-même, c'est-à-dire en acceptant sa *délimitation actuelle*, sur ce qu'il considère comme non encore remis en état, là où il croit devoir encore donner une majoration, à cause de cela, à ses fonctionnaires.

Loyalement, partout où le *retour à la normale* était effectué, il n'y avait plus aucune raison pour qu'on ne rentre pas, au point de vue du tarif Breton, dans le *droit commun*. En veut-on un exemple concret ? Qu'on me permette de le prendre précisément chez moi, en Seine-et-Marne.

Quelle objection aurait-on pu fournir, quelle raison plausible aurait-on pu donner pour démontrer que *à l'heure actuelle*, plus de 6 ans après la fin de la guerre,— les confrères de Meaux ou de Coulommiers doivent rester en première catégorie, alors que ceux de Melun ou de Fontainebleau n'ont jamais cssé d'être dans la deuxième ? Certes, dans mon propre arrondissement de Meaux, que j'ai pris comme exemple, il était naturel, aussitôt après la guerre, d'être placé dans

les « régions dévastées ». Les ruines, les tombes, les routes même en faisaient foi. Mais aujourd'hui ? Comment justifier une majoration de 25 % sur nos confrères des arrondissements voisins ?... Est-il besoin d'insister plus longtemps? Et ce que je montre dans mon coin peut être répété dans ceux qui sont dans le même cas, c'est-à-dire partout où le Gouvernement l'a reconnu, lui-même, en supprimant toute majoration à ses fonctionnaires.

Nous avons eu notre légitime majoration nous aussi. *Elle était temporaire : c'est même à ce titre que les délégués médicaux ont pu la faire admettre à la Commission.* Le provisoire dure longtemps en France, il n'y est pourtant pas éternel..... surtout quand certains ont intérêt à le faire cesser et qu'ils ont l'équité pour eux, mieux encore, les *engagements pris.*

***

CONCLUSION. — Elle est bien simple et guère nouvelle sous ma plume. Je n'ai cessé de le répéter depuis qu'on parle de la révision du tarif Dubief, depuis l'époque antédiluvienne d'avant-guerre.

La seule conclusion nette, juste, équitable est la *suppression de toute catégorie.* Et cela surtout depuis que, avec les autos ruineux, les confrères de campagne ont, pour le moins, autant de frais professionnels que ceux des villes.

Et, par suite même de cette égalité des frais professionnels, la suppression de toute catégorie, la catégorie unique plutôt, ne peut être acceptée que par *suppression pure et simple de la deuxième catégorie.*

Et c'est à cela que les délégués du Corps médical à la Commission du tarif Breton doivent tendre désormais.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S., 4452.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Contestation des honoraires médicaux.

JUSTICE DE PAIX DE FRONTIGNAN
(Hérault).

11 *avril* 1924.

En cas de contestation d'honoraires médicaux, le bulletin d'avis, délivré par le chef d'entreprise et les lettres échangées avec le médecin peuvent servir de preuve à ce dernier pour accréditer sa créance envers le patron.

Attendu qu'il résulte des documents de la cause et plus spécialement :

1° D'un bon de visite à l'adresse du docteur B. délivré à l'ouvrier Le T. chef maçon à l'entreprise B. groupe scolaire à F..... reconnaissant que cet ouvrier s'est bien blessé au service de B.

2° Une lettre écrite par B. sur son papier commercial à l'adresse du docteur B. à F..... en date du dix-huit octobre mil neuf cent vingt-trois ainsi conçue :

Frontignan le 18 octobre 1923

Monsieur B., docteur à Frontignan,

Monsieur. J'ai reçu votre lettre du 5 courant et j'ai fait part de votre démarche à la Compagnie et lui ai demandé pour clore l'incident de vouloir bien payer vos honoraires, je veux bien croire qu'elle vous donnera satisfaction ; au cas où elle tarderait trop, je vous prie de le lui rappeler et si l'on persiste il ne vous restera plus qu'à m'assigner, dans ce cas j'appellerai la Compagnie en garantie.

Dans cette attente, je vous présente, Monsieur, mes empressées salutations. François B.

Qu'en l'état de ces deux documents, l'un portant la signature de B. lui-même, l'autre de son préposé M., il apparaît comme certain que l'ouvrier Le T. a bien été victime d'un accident du travail, que peu importe qu'il ait reçu des demi-salaires ou que lassé par la résistance de la Compagnie d'assurances de B. il y ait renoncé ; qu'il n'en reste pas moins que ce dernier est tenu au paiement des frais médicaux et pharmaceutiques par l'application **de l'art.** 4, paragraphe 1, de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 17 octobre 1919, que le mémoire présenté par le docteur B. paraît en concordance avec les soins effectivement donnés et le tarif Breton.

Par ces motifs

Jugeant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort, condamnons le sieur B., entrepreneur de travaux publics, à payer au docteur B. la somme de trente-trois francs cinquante centimes pour soins donnés à l'ouvrier Le T. blessé au service du dit B. ; et attendu que la partie qui succombe est condamnée aux dépens condamnons le sieur B. aux dépens.

Commentaires

Ce jugement, obtenu avec l'appui du « Sou médical », montre combien il est nécessaire, pour le médecin traitant, de conserver soigneusement toute correspondance, échangée avec des tiers, lorsque ceux-ci sont plus ou moins responsables des honoraires.

Les adversaires du « tiers payant » démontrent, non sans raison, les difficultés que le praticien rencontre chaque jour, pour se faire régler ses notes, lorsque ce n'est pas le malade lui-même qui paye à chaque consultation ou pansement.

En matière d'accident du travail, le tiers payant (c'est-à-dire le chef d'entreprise et surtout l'assurance de ce dernier), cherche trop souvent à esquiver sa responsabilité. Au moment où le docteur réclame ce qui lui est dû, pour soins donnés à la victime, on oppose au praticien toutes sortes de raisons, bonnes ou mauvaises, mais dont le résultat est que celui qui a donné son temps et sa science ne trouve plus personne, qui veuille le rémunérer. L'ouvrier se prétend couvert par la loi sur les accidents du travail et invoque surtout son insolvabilité. Le chef d'entreprise, et son assurance soutiennent que l'accident est contestable, que, par suite, ils n'ont rien à payer.

Cependant, le médecin se reporte au bulletin d'avis d'accident, que, le premier jour, lui a remis le blessé. S'il a fait crédit à ce dernier, c'est qu'il a eu confiance dans la déclaration de l'accident par le patron.

Avouons également que le docteur, au milieu de sa consultation, n'a pas le temps matériel, ni l'instruction juridique suffisante, pour éplucher ce bulletin d'avis d'accident et méditer sur les réserves, faites en tout petits caractères, laissant supposer que le chef d'entreprise ne se reconnaît débiteur, jusqu'à plus ample informé, que de la première visite et du certificat initial.

Qu'on ne s'étonne plus que certains syndicats médicaux recommandent à leurs adhérents, de considérer ce bulletin d'avis d'accident comme nul et non avenu et, en cas de difficultés pour le paiement des honoraires, d'assigner à la fois blessé et chef d'entreprise devant le juge compétont.

Ce sont ces difficultés encore, qui effrayent nombre de nos confrères, lorsqu'ils redoutent ces chinoiseries, le jour où les assurances sociales fonctionneront, avec un tiers payant.

D'autres estiment, à juste titre, que ces chicanes n'aboutissent qu'à dégoûter les médecins de soigner les blessés du travail, lesquels sont racolés et dirigés soit vers des officines, qui ne donnent des soins aux blessés du travail qu'avec des procédés plus ou moins déontologiques, soit vers les dispensaires des usines, ou des compagnies d'assurances, soit enfin vers les hôpitaux, qui, cependant ne doivent leurs soins qu'aux indigents et aux pauvres.

Un conseil en terminant : en matière d'accident du travail, nos confrères ont intérêt à présenter leur note d'honoraires, en même temps qu'ils délivrent le certificat de consolidation. Si cette manière de faire facilite le classement des affaires, dans les bureaux des compagnies d'assurances, qui recommandent pareille habitude, comme étant excellente et pour elles et pour les docteurs, elle a également un immense avantage pour le médecin, c'est de lui permettre, en cas de difficulté, d'assigner l'ouvrier, en même temps que son patron. D'attendre trop longtemps pour envoyer une note d'honoraires, cela expose à se voir opposer la prescription annale, cependant que l'ouvrier est devenu introuvable alors qu'il a changé, ou d'usine, ou même de localité.

D[r] Paul Boudin.

BEAUX-ARTS ET BELLES-LETTRES

I

Petites Expositions

Les petites expositions suivent leur cours, plus intéressantes encore que ne le fut le *Salon d'automne* dont la partie picturale se fit surtout remarquer par une détestable monotonie. Dans cet amas incohérent surnagent cependant quelques grands artistes parmi lesquels, il serait injuste de ne pas citer Van Dongen et ses portraits hors de pair. Villars et ses puissantes synthèses de Belle-Isle-en-Mer, enfin Capon dont la Scène de Boxe est de toute première classe.

Au rez-de-chaussée, on sent déjà nettement qu'un style s'affirme qui sera celui du 20[e] siècle, mais on le sent surtout dans les meubles et dans l'éclairage des intérieurs ; c'est la fée électricité qui domine et c'est notamment dans la composition d'une piscine qu'elle donne ses plus merveilleux et sobrement luxueux effets.

Les ferronneries d'art y sont moins sobres, plus chargées, moins originales, les petites guirlandes de fleurs sont mièvres et évocatrices de styles déjà vus ; on a fait mieux dans ce rayon.

Les vitrines de mode sont d'une originalité déconcertante. Les noms dont elles sont signées ne permettent pas d'en dire tout ce qu'on peut penser...... de crainte que le modèle n'en devienne — grâce à la mode — quelque chose dont l'œil, plus tard, ne saurait plus se passer.

A la galerie de Marsan, il faut voir une importante exposition de *Luigi Moretti*, dont l'œuvre, toute de fraîcheur et de dessin, repose singulièrement l'œil des abracadabrances du Grand Palais.

Pour la première fois, depuis la guerre, le *Cercle militaire* a repris la tradition de ses expositions artistiques . La place nous manque pour en parler comme il conviendrait et pour contater

le réel effort qui s'y remarque. Signalons, toutefois, les médaillons en cire polychrome de Mme MIRAUMONT qui a retrouvé certains procédés datant de la Renaissance. Il y a là une voie fort intéressante à suivre et qui, avec l'aide de la technique moderne, peut conduire à d'originales réalisations.

II

Poète et charpentier

Nombreux sont les talents révélés dans les numéros successifs de la Revue « *l'Outil et la Plume* », mais moins nombreux cependant sont les talents véritables. C'est qu'il ne suffit pas pour faire du beau, dans quelque branche que ce soit, d'en avoir le désir, le goût, la disposition, il faut encore, et surtout, le « DON » et la « VOLONTÉ ».

Souvent, devant un piano ouvert, s'assoient des gens qui n'ont aucune connaissance du travail de cet instrument, ils n'ont aucun mécanisme, leurs doigts ne sont pas déliés, ils n'ont fait ni gammes, ni arpèges et cependant ils jouent et non seulement répètent des airs entendus, mais encore les interprètent avec quelque personnalité ou bien se mettent à improviser. Ceux-là ont le « DON », ils ont l'oreille, ils ont le sens de la musique et, sous l'action de leur seul instinct plus ou moins aidé de travail, ils arrivent à produire, sinon des merveilles, du moins des choses personnelles, des choses originales pour lesquelles l'absence de métier est quelquefois un charme de plus.

Coïncidence curieuse, il arrive que ces êtres doués pour la musique, le sont en même temps pour les lettres et les arts, et c'est dans cette catégorie, qu'il faut ranger le Tourangeau charpentier-poète, Maurice MARDELLE, dont le *Mercure de France* a publié un poème sous le titre prometteur « *Le Compagnon de la Cathédrale* ».

On imaginerait assez volontiers qu'en une série de poèmes, les divers « compagnons » qui travaillèrent à l'édification de la « Cathédrale » puissent être successivement chantés, chacun d'eux étant susceptible d'inspirer une forme particulière de compagnonnage.

Maurice MARDELLE a chanté le Compagnon charpentier, il a chanté celui-là, parce qu'il le connaît bien puisqu'il l'a été lui-même avant de devenir charpentier maître, ainsi que le furent — dans ce joli pays de Perrusson, où, fidèlement, dans sa Maison natale, comme eux, il habite et travaille au même chantier, — son grand père et son père.

Ecoutons ceci :

Et vous fîtes crouler la pierre du Menhir
Sur les dieux saouls de sang dont s'étouffa le dernier râle
Et, pour l'enchantement des siècles à venir
Vous voulûtes bâtir, pères, la Cathédrale !

Moi je ne suis que l'un des rudes compagnons
Dont le teint s'est hâlé aux quatre vents. Nous sommes
Ceux qui gardons toujours la foi dans l'œuvre et dont [les noms
Sont pareils et mêlés à ceux de tous les hommes.
....

C'est donc d'abord par une affirmation de modestie et d'anonymat que Maurice MARDELLE débute, puis il rêve au renversement des idoles successives, à la statue d'Aphrodite renversée dans le Temple, aux « enlacements fantasques et maudits » dont on a fait le symbole des divinités païennes, symbole tel :

Que l'Amour n'y pouvant ouvrir ses ailes délicates
Triste et le Cul en l'air, se traîne à quatre pattes.

Et, c'est alors que parle l'artiste au poète et qu'il se présente lui-même avec la noble fierté de son travail et de son caractère droit comme doit être droit et à vives arêtes « tout ce qui sort de lui ».

Avec ma hache familière, à pleines mains
Ma hache dont l'acier n'a pas servi vos haines
Sur le champ morne et parsemé de mensonges humains
J'abattrai le plus vieux et le plus grand des chênes.

Il pousse pour moi seul depuis les temps... Quand [l'aube luit
Sa cime la première entre toutes s'éclaire,
Et lorsque le soleil se couche devant lui
L'immense paix du soir s'allonge sur la terre.....

Qu'importe ! mes outils finement aiguisés
Fouilleront dans le cœur de ses branches massives ;
Et chaque jour, j'augmenterai, sur les nids écrasés,
Le bel alignement précis d'arêtes vives !
Je ne quitterai pas des yeux mon ébauchoir,
Car je sais trop comme l'extase est douloureuse ou brève.
Et fidèle au labeur proscrit, je veux qu'un soir,
A l'effort de mes bras, on mesure mon rêve.

Dominant les palais hautains de la cité
Et les taudis étroits et la sombre géhenne
Du désespoir et du blasphème, à même la clarté,
Droite, j'assemblerai ma charpente de chêne.

Je veux que dans les crépuscules où se fond
La pourpre à l'or, elle apparaisse comme un signe
Et qu'elle affirme, aux matins futurs, sur le fond
Chaotique des nuages que les vents font,

La gloire de la force exacte et de la ligne

Si les charpentes de Maurice MARDELLE sont aussi sobrement et exactement martelées que ses vers, elles doivent être des modèles de simplicité, de répartition exacte des efforts, de perfection, d'ajustage et de durée et l'on comprend qu'en ce pays de Loches où, si longtemps, vécurent les rois de France, et où tout est à garder et à regarder, le service des Monuments historiques l'ait chargé de la surveillance et de l'entretien des charpentes anciennes, presque toutes de châtaignier où se complurent, comme en leur chef-d'œuvre, les maîtres charpentiers d'antan.

Et, comme les musiciens d'instinct sont à la fois souvent dés artistes, des poètes, des prosateurs et des manuels, Maurice MARDELLE qui, il y a quelques années déjà, dans une prose au rythme très particulier, avait publié le « *Fabliau du Moine Ysoré* », conte quelque peu Rabelaisien, dans la note du terroir, avec la recette de la liqueur de genièvre (merveille consolatrice que fabriquaient les Barnabites de Loches), avait lui-même illustré, et de si savoureuse façon, ce gai Fabliau, que c'est pitié de ne le voir point réédité, parce qu'il contient, en un rêve tout différent, ce que renferme en plus mystique, le poème récent que je trouve dans le *Mercure de France* et qui pourrait être l'hommage du Compagnon tailleur de pierres à la Cathédrale qui s'élève :

Voici la pierre que moi-même j'ai tirée
Je l'apporte, Seigneur, de la douce contrée
Où sans doute mes pas d'enfant sont effacés
Et je te l'offre telle. Et je suis l'un de ceux
Qui, de tout temps — soubassements, piliers et gables —
Travaillent dans l'humilité des jours semblables
....
Seigneur j'exhausse d'une pierre ta maison.

Et puis, c'est une fugue vers le graveur au burin qui lui aussi « taille » dans quelque chose de dur et auquel le poète dit :

....
Fais Dieu à ton image simple. Et crois en toi.
....
O mon frère ! et les mots sont vains.. Lève tes yeux
Désenchantés vers l'appareil harmonieux
Des arcs. Et remplis les dans le silence, à l'heure
Où la flamme du vieux désir s'éteint en eux,
De la seule beauté des pierres qui demeure.

Comme il doit être bon et sain, chaque matin, après le labeur des rythmes et l'assemblage précis des idées, de se reposer en des heures manuelles favorables au travail des muscles, génératrices de bonne hygiène, de santé physique et de droit équilibre moral.

Dr C. Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 14 et 28 octobre, 4 et 18 novembre 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6548 LAFFINEUR, Sous-le-Bois-Maubeuge (Nord).
6549 NICOLAS, Bône (Constantine).
6550 LAGORGE, Excideuil (Dordogne).
6551 SEGUIN, Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).
6552 CHARPIN, La Ciotat (Bouches-du-Rhône).
6553 COURAUD, Saintes (Charente-Inférieure).
6554 CAPOT DE QUISSAC NAUDIN, 11, rue de la Sourdière, Paris.
6555 FAUVET, Saint-Benoît-du-Sault (Indre).
6556 RAZEMON, père, Lille (Nord).
6557 RAZEMON, fils, Lille (Nord).
6558 CORNET, Rouen (Seine-Inférieure).
6559 CELLARIER, La Plaine-Saint-Denis (Seine).
6560 TALBOT, La Peyrotte (Deux-Sèvres).
6561 GROZELIER, Verdun-sur-le-Doubs (Saône-et-Loire)
6563 GORET, Colombes (Seine).
6564 BAR, 39, boulevard de Carabacel, Nice (Alpes-Maritimes).
6565 CROUZET, Sanatorium de Trespoey (Basses-Pyrénées).
6566 SÉNÉCHAL, 6, square Moncey, Paris.
6567 PHILIP, Hauteville (Ain).
6568 LE ROY DES BARRES, Épinay-sur-Seine (Seine).
6569 COURBE, 30, rue des Saints-Pères, Paris.
6562 PAILLET, Roujan (Hérault).
6570 DURAND, 9, boulevard Saint-Germain, Paris.
6571 DU FAYET DE LA TOUR, La Souys-Floirac (Gironde).
6572 PIETKIEWICZ, 50, boulevard Malesherbes, Paris
6573 BARBIER, 24, rue Auguste-Comte, Lyon.
6574 FITTE, 18, rue Georges-Clemenceau, Nice (Alpes-Maritimes).
6575 FAVIER, La Guiche (Saône-et-Loire).
6576 GARDEL, Cunlhat (Puy-de-Dôme).
6577 KULCZEWSXI, Puymirol (Lot-et-Garonne).
6578 BONNIN, 69, cours Pasteur, Bordeaux (Gironde).
6579 PETIT, Château-Thierry (Aisne).
6580 DESTANDAU, 18, rue Borromée, Paris.
6581 GELMA, 16, rue Apffel, Strasbourg (Bas-Rhin).
6583 FEUILLADE, 5, rue Sala, Lyon.
6584 FINOT, 3, rue Leverrier, Paris.
6585 FAUVEL, Villennes-sur-Seine (Seine).
6586 LAPLANCHE, 62, rue de Flandre, Paris.
6587 HARPEDANNE DE BELLEVILLE, Alfortville (Seine).
6588 DUPUY, 25, rue Meslay, Paris.
6589 DESCOMPS, 44, rue de Lille, Paris.
6590 SENIQUE, Verdun (Meuse).

Accidents du travail.

Le Dr N. (Bouches-du-Rhône) signale qu'une Compagnie d'assurances refuse de lui payer le prix de la visite majoré de 50 %, pour assistance à la contre-visite du médecin patronal en son cabinet, contrairement à l'avis maintes fois exprimé par M. le Dr Decourt.

Le Conseil décide de soumettre la question, par l'intermédiaire du Ministère du Travail, à la Commission du tarif Breton.

Le Dr P. (Gard), oculiste, ayant soigné dans une clinique privée où il avait été conduit par suite de l'absence de l'oculiste de l'hôpital, un blessé du travail, se voit opposer le « tout compris » par la Compagnie d'assurances.

Le Conseil, considérant qu'il y a là un cas exceptionnel, prévu par l'arrêt de cassation qui a admis l'application du « tout compris », en règle générale, aux cliniques privées, accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Indre-et-Loire), ayant opéré, à l'hôpital, un blessé du travail qui s'est engagé, avec son frère et patron, au payement, de ses honoraires, se voit opposer le « tout compris » par la Compagnie d'assurances.

Le Conseil lui accorde, en principe, l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement les deux frères.

Le Dr V. (Loiret) ne peut obtenir le payement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à un blessé du travail, atteint de hernie diaphragmatique, que l'expert n'a pas voulu reconnaître comme causée par l'accident, bien que le tribunal ait alloué à l'ouvrier l'indemnité temporaire jusqu'au jour du jugement, postérieur à la consolidation.

Le Conseil accorde, en principe, l'appui pécuniaire au Dr V. dans cette affaire et lui ouvre un crédit pour se procurer la copie des documents nécessaires pour soumettre la question de la hernie diaphragmatique d'origine traumatique à une Société savante.

Secret professionnel.

Le Dr D. (Seine-et-Marne) a gagné en appel le procès qui lui avait été intenté pour l'obliger à témoigner dans une affaire d'accident du travail ; mais la Cour de Paris a confirmé le jugement du Tribunal civil de Meaux pour un motif de procédure, en évitant de se prononcer sur le principe du secret professionnel.

Le Conseil ordonnance le payement de la somme de mille francs, montant des honoraires de l'avocat dans cette affaire.

Honoraires de droit commun.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr M. (Aisne), qui a obtenu satisfaction à l'amiable dans une affaire de recouvrement d'honoraires pour un accident de droit commun, de la somme de 110 fr. pour honoraires.

La requête présentée au Ministre de l'Instruction publique dans l'affaire de la petite fille brûlée à l'école, étant restée plus de quatre mois sans réponse, le Conseil décide de porter l'affaire en Conseil d'Etat et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 700 fr.

Le Dr B. (Maine-et-Loire) annonce que, sur démarche d'un huissier, son client lui a versé les honoraires (15 fr.), qu'il avait refusé de lui payer sous prétexte que, à plusieurs reprises, il aurait vainement attendu son médecin, qui lui avait donné rendez-vous en son cabinet, et pour le recouvrement desquels l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Les docteurs B. (Loire-Inférieure) et B. (Eure), ne pouvant se faire payer par des automobilistes qui les ont mis en œuvre pour soigner les victimes d'accidents occasionnés par eux, le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour les poursuivre.

Loyers

Le Dr D. (Yonne), ayant obtenu une prorogation de bail jusqu'au 1er janvier 1926, devant le juge de paix, son propriétaire s'est pourvu en cassation de cette décision.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à ce pourvoi.

Le Dr P. (Oise) demande l'appui pécuniaire pour défendre à la demande de reprise, par son propriétaire, d'un local exclusivement professionnel.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire, comprenant un crédit de cent francs pour les honoraires d'un défenseur, l'affaire étant portée devant le juge de paix.

Exercice illégal.

Les docteurs V. et D. et D. (Seine-et-Oise) demandent l'appui pécuniaire pour se porter parties civiles, dans le procès correctionnel intenté à un illégal.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé.

Frais de justice criminelle.

Le Dr T. (Loire-Inférieure), ayant fait une expertise criminelle, sur la personne d'une femme inculpée d'avortement, a, sur une demande d'honoraires de 100 fr., été taxé à 15 fr.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour faire opposition devant la Chambre des Mises en accusation à l'ordonnance de taxe, en limitant à 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat qui plaidera cette affaire.

Responsabilité professionnelle.

L'adversaire du Dr D. (Hérault) propose de régler ses honoraires, de se désister de sa demande

en 100.000 fr. de dommages intérêts et de payer les frais qui lui incombent.

Quant aux frais de l'affaire connexe à celle de responsabilité professionnelle, qui sont de 493 fr 20, le Conseil constatant que 15 membres du Syndicat sur 120 sont adhérents au « Sou », ordonnance le payement des 15/120e de cette somme, soit 61 fr. 55.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de l'avocat du Dr F. (Nord), qui sont de 800 fr., soit 400 fr. pour plaidoirie en première instance et 400 fr., pour plaidoirie en appel.

Le Dr V. (Seine-Inférieure) a gagné le procès en responsabilité qui lui a été intenté par la mère et tutrice de son ancienne domestique. Mais, comme celle-ci est insolvable, le Conseil ordonnance le payement des frais de l'avoué de son adhérent, qui s'élèvent à 518 fr. 55 et des honoraires de son avocat, qui sont de 250 fr.

Le Dr B. (Charente) ayant réclamé le payement de ses honoraires à un client qu'il a opéré d'une fracture, est menacé par lui d'une action en responsabilité.

Le Conseil, attendu que le chiffre des honoraires entraîne la compétence du Tribunal civil, accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et, éventuellement, la garantie statutaire, si une action en dommages-intérêts pour responsabilité était formée contre lui.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr C. (Marne), du solde de ses frais, soit 528 fr. et de 200 francs pour la participation du « Sou », dans ses honoraires, en même temps que le remboursement au Dr C. lui-même de la provision de 300 fr. qu'au début de l'affaire il a versée à son avoué.

Le Dr F. (Seine-Inférieure) est menacé d'une action en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle par un client auquel il réclame le payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement. S'il est formé contre lui une demande en dommages-intérêts, il aura droit à la garantie de la Caisse spéciale.

Indemnisation des tuberculeux de guerre.

Décret du 8 août 1924, modifiant le décret du 17 octobre 1919 sur l'indemnisation des tuberculeux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 17 octobre 1919 est ainsi modifié :

« Par modification au guide barème annexé au décret du 29 mai 1919 et en vue d'assurer, par le repos et les soins indispensables, le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'évaluation de cette maladie sera, quel qu'en soit le degré de gravité, portée à 100 p. 100 avec pension temporaire ou définitive, dans les conditions prévues à l'article 7 de la loi du 31 mars 1919.

« Le taux de 100 p. 100 sera attribué dans les trois éventualités suivantes :

« 1° L'examen médical décèle à la fois des signes cliniques et la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration ;

« 2° L'examen bactériologique décèle dans l'expectoration des bacilles de Koch, les signes cliniques étant discrets ou même momentanément absents :

« 3° L'examen bactériologique ne décèle pas dans l'expectoration la présence de bacilles de Koch, mais il existe des signes cliniques certains.

« Dans ces deux derniers cas, il sera toujours procédé, dans un délai de trente jours à dater de l'examen des experts, à un complément d'expertise confié à un surexpert qualifié. Celui-ci pourra prescrire une hospitalisation ne dépassant pas quatre jours et pendant laquelle il préparera, par tous examens qu'il jugera convenables, y compris l'inoculation à l'animal d'expérience, son certificat de surexpertise. Ce certificat sera transmis au centre spécial de réforme dans un délai n'excédant pas deux mois. La commission de réforme présentera immédiatement ses propositions.

« En cas de contestations, les candidats à pension, non proposés pour une pension de 100 p. 100, seront, sur leur demande, soumis à la surexpertise.

« La liste des surexperts qualifiés sera arrêtée par le ministre des pensions ».

Art. 2. — Le présent décret entrera en vigueur à dater du 1er octobre 1924.

Instruction pour l'application du décret ci-dessus.

L'expérience de cinq années a démontré que le décret du 17 octobre 1919, sous sa forme concise et impérative, était fréquemment interprété trop littéralement. En particulier, les malades atteints de tuberculose pulmonaire ne se voyaient pas toujours attribuer le pourcentage d'invalidité de 100 p. 100 auquel l'esprit dudit décret leur donnait droit.

En effet, dans bon nombre de cas, les experts et les commissions de réformes ont cru, pour l'attribution à ces malades du pourcentage maximum, devoir exiger la *simultanéité des signes cliniques et la présence du bacille tuberculeux dans l'expectoration.* Certains ont subordonné, d'une façon absolue, l'estimation à 100 p. 100 *au caractère évolutif* des lésions constatées et, en dehors de ce double critérium (présence des bacilles d'une part, lésions en activité ou évolutives d'autre part), ils ont cru devoir refuser le droit au pourcentage de 100 p. 100 sans avoir eu recours au préalable aux méthodes d'investigation complémentaires, que l'instruction du 19 octobre 1919 pour l'application du décret du 17 octobre avait prescrites dans les cas douteux.

Or, il est scientifiquement établi que la présence du bacille de Koch dans les crachats est indispensable pour asseoir d'une manière irréfutable le diagnostic de tuberculose pulmonaire ; par contre, il est des cas où ce diagnostic peut être légitimement présumé et admis, bien que les recherches du laboratoire soient restées momentanément négatives ; inversement, certains malades peuvent présenter une expectoration bacillifère, tout en ne manifestant que des signes cliniques discrets.

Il est de toute équité que, dans des cas analogues, les pensionnaires ne se voient pas refuser le pourcentage maximum.

Seulement il est indispensable, dans l'intérêt des malades eux-mêmes, aussi bien que pour la juste application de la loi ,que soient fixées, avec la plus grande précision, les conditions dans lesquelles, en présence de ces cas douteux, le pourcentage de 100 p. 100 doit être accordé.

C'est dans ce but que le décret du 8 août 1924 a été conçu.

Pour appliquer ce décret, les médecins chefs des centres de réforme, les médecins experts des commissions de réforme, les médecins surexperts voudront bien se conformer très strictement aux règles suivantes :

1° Rôle des médecins chefs de centres de réforme.

Tout dossier de pension constitué en faveur d'un militaire ou ancien militaire présentant une *affection broncho-pulmonaire* doit être de la part du médecin chef du centre de réforme l'objet d'une *vigilance spéciale.*

Les formalités qui président à la constitution du dossier (demandes de pièces, enquêtes, etc.) feront l'objet d'un soin particulier et seront conduites avec la plus grande diligence et *par priorité.*

Parallèlement, et avant que le dossier administratif ne soit complet, le médecin chef fera procéder aux formalités d'expertises.

Il est bien entendu que les expertises, lorsqu'elles intéresseront les malades en traitement dans les hôpitaux, cliniques ou sanatoriums publics ou privés seront pratiquées dans ces établissements selon le mode prévu pour les visites d'intransportables. En pareille circonstance, le médecin traitant agira en qualité d'expert, s'il est compris dans la liste des médecins experts ou surexperts.

Dans le cas contraire, il y a intérêt pour le candidat à pension à ce que le médecin traitant produise tous documents médicaux susceptibles d'être versés au dossier, y compris un certificat personnel.

Trois éventualités pourront se présenter :

1° (Premièrement du décret). Il s'agit d'une tuberculose pulmonaire confirmée (signes cliniques nets ; présence de bacilles dans les crachats). *Le pourcentage de* 100 *p.* 100 *s'impose* et la commission de réforme est immédiatement saisie ;

2° (Deuxièmement et troisièmement du décret). Il s'agit d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire (signes cliniques certains sans bacilles, ou présence de bacilles, les signes cliniques étant discrets ou momentanément absents). *Le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne s'impose pas d'emblée et le postulant doit être obligatoirement soumis à l'examen du surexpert prévu par le décret.*

3° L'examen médical fait ressortir une affection de l'appareil respiratoire, même d'apparence bénigne, mais douteuse.

Le médecin chef, sur propositions motivées des experts, *soumet*, comme dans le cas précédent, l'intéressé à *l'examen complémentaire du surexpert.*

Enfin, le médecin chef soumet également à l'examen du surexpert tout candidat à pension qui se croyant atteint de tuberculose de l'appareil respiratoire conteste le pourcentage proposé par les experts et demande à être soumis à la surexpertise.

Dans tous ces cas le surexpert est saisi sans délai.

Si le candidat a été hospitalisé antérieurement dans un sanatorium public, le médecin chef du centre de réforme aura, au préalable, versé au dossier de pension un duplicatum du dossier établi dans le sanatorium et qu'il aura eu soin de réclamer au service compétent.

2° Rôle des médecins experts.

Le rôle des médecins experts, en matière d'examen broncho-pulmonaire sur un suspect de tuberculose ou un tuberculeux, est un rôle de tri ; ils résolvent les cas non douteux c'est-à-dire les cas de tuberculose de l'appareil respiratoire caractérisés par des signes cliniques et la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration ; les autres cas sont renvoyés par eux à l'examen des surexperts. Les experts ne perdent pas de vue en la circonstance toute l'importance qu'il convient d'apporter à l'*étude du dossier médical* des postulants et, en particulier, aux certificats ou attestations émanant des médecins traitants, qui pourront leur être soumis.

3° Rôle des commissions de réforme.

Les commissions de réforme ont, avant tout, le devoir de contrôler, au deuxième degré, l'application des instructions précédentes et de les faire exécu-

ter, dans la mesure où un oubli ou une erreur leur paraîtraient avoir été commis.

En cas de doute et dans des espèces où les experts n'auraient pu établir avec les moyens dont dispose le centre de réforme le diagnostic de tuberculose avérée, elles ne doivent donc pas hésiter à ajourner leurs propositions, jusqu'à ce qu'une surexpertise prescrite par elles leur ait apporté toutes précisions nécessaires. Dans tous les cas, les procès-verbaux individuels établis par les commissions devront mentionner les *motifs de leurs conclusions.*

4° Rôle des médecins surexperts.

Les surexperts sont désignés par le ministre. Leur liste fera l'objet d'une annexe à la présente instruction. Ils seront exclusivement choisis parmi les professeurs de faculté, les professeurs d'école de médecine, les médecins des hôpitaux nommés au concours dans les villes de faculté, les médecins militaires spécialisés, les médecins des offices d'hygiène sociale, les médecins directeurs des sanatoriums publics pour tuberculeux pulmonaires, et les médecins phtisiologistes désignés par l'Union des syndicats médicaux.

Ces médecins surexperts sont saisis de tous les cas douteux spécifiés précédemment par le médecin chef du centre de réforme du ressort, qui leur transmet les dossiers complets.

En adressant au surexpert la liste des intéressés, le médecin chef lui rappelle qu'il doit les convoquer dans le délai d'un mois au maximum, et que c'est le surexpert qui assure les convocations. Celui-ci ordonne son travail comme il l'entend et indique au mutilé dans sa lettre de convocation le lieu de l'examen. Simultanément, le surexpert adresse au médecin en chef du centre de réforme un double des convocations.

Le médecin chef remet au surexpert, en même temps qu'il lui adresse la liste des surexpertises à effectuer, vingt enveloppes revêtues du cachet du centre spécial de réforme qui bénéficie de la franchise postale. Sur demande du surexpert, ce fonds d'enveloppes à franchise postale est renouvelé ou complété par le médecin chef du centre spécial de réforme.

Dans le délai de deux mois au plus tard, à dater du jour de la surexpertise, le surexpert transmet son certificat (modèle n° 3) au centre de réforme intéressé. Ce délai de deux mois est commandé par le temps d'évolution de l'inoculation à l'animal d'expérience.

Le surexpert, s'il le juge nécessaire, *ordonne* une hospitalisation de l'intéressé et *signe* son billet d'admission à l'hôpital. *Cette hospitalisation ne dépassera pas quatre jours.* Elle pourra être effectuée dans le service du surexpert, ou à défaut, dans les hôpitaux militaires ou les salles militaires des hospices mixtes, dans la limite des lits disponibles. Pour réserver les droits de la clientèle hospitalière ordinaire et à moins de décision contraire de l'administration hospitalière intéressée, le nombre des lits pris par le surexpert ne pourra être supérieur à deux, ceci, pour réserver les droits de la clientèle hospitalière ordinaire.

Dans cette deuxième éventualité, il demeure entendu que toute liberté sera donnée et tous moyens d'action fournis au surexpert pour lui permettre de mener à bien sa mission. Les examens complémentaires sont pratiqués par le surexpert, mais lors de l'examen radiologique, c'est le médecin militaire affecté régulièrement à cet emploi et qui a la responsabilité de ses appareils qui en assure le fonctionnement et la manipulation.

Les frais d'hospitalisation, de laboratoire, de plaques radiographiques, d'achat et d'entretien des animaux d'expérience seront remboursés par ordonnance de virement de compte dans la forme prévue par le règlement sur la comptabilité des dépenses, et d'après les conventions intervenues.

Il résulte de ce qui a été dit à propos du rôle des médecins chefs, des médecins experts et des commissions de réforme, que les surexperts auront à examiner les cas suivants :

A. — Les cas de tuberculose pulmonaire auxquels il ne manque qu'un des éléments fondamentaux de diagnostic pour entraîner la certitude (signes cliniques certains sans bacilles de Koch, ou présence de bacilles de Koch, les signes cliniques étant discrets ou momentanément absents).

B. — Les cas où les lésions constatées ont, du fait de leur allure ou de leur localisation, éveillé l'idée d'une tuberculose possible. Ces cas constituent la majorité, car ils intéressent ceux chez qui les examens pratiqués au centre spécial de réforme, avec nos moyens ordinaires dont cet organisme dispose, n'auront pas permis d'établir *de plano* le diagnostic de tuberculose avérée.

C. — Les cas où les intéressés se croyant atteints de tuberculose de l'appareil respiratoire auront contesté les propositions des experts et demandé à être soumis à la surexpertise.

Le médecin surexpert commencera par prendre connaissance du dossier communiqué, et, s'il le juge utile, demandera au médecin chef du centre spécial de réforme de réunir tous compléments d'information nécessaires, sans retarder pour cela son expertise qu'il commencera immédiatement. Il tiendra le plus grand compte de tous les certificats médicaux qui lui seront présentés et surtout de ceux du médecin traitant, qui d'ailleurs pourra assister à la surexpertise, si le postulant le désire. Il attachera la plus grande importance aux procès-verbaux officiels d'analyse de crachats ayant moins d'un an de date et provenant des laboratoires de facultés, d'écoles de médecine, de dispensaires d'hygiène sociale ou de sanatoriums, qui, offrant tous les caractères d'authenticité nécessaires, lui seraient présentés par l'intéressé ; ces certificats seront joints au dossier par ses soins.

Lorsqu'il a pris connaissance du dossier, le médecin surexpert détermine la succession des examens ou épreuves auxquels il estime devoir soumettre

le malade et prend, à ce sujet, les dispositions nécessaires. En cas d'hospitalisation dans les hôpitaux militaires ou salles militaires des hospices mixtes, il y aura lieu à entente entre les surexperts et le médecin chef de l'hôpital ou des salles militaires de l'hospice mixte.

Le surexpert a toute liberté pour utiliser tous les moyens scientifiques d'investigation, y compris la mise en observation à l'hôpital, qui, comme il a été dit précédemment, ne doit pas excéder quatre jours.

Au cas où le postulant refuserait cette hospitalisation, un procès-verbal de ce refus serait versé au dossier ; ce procès-verbal serait signé par l'intéressé. En cas de refus de signer, il serait signé par deux témoins et adressé avec le dossier en retour au médecin chef du centre ; l'instance en pension n'irait pas plus avant et le dossier serait classé aux archives du centre spécial de réforme.

Son diagnostic une fois établi, et, au moment de fixer le pourcentage, le surexpert ne perd pas de vue que *la tuberculose de l'appareil respiratoire, quel qu'en soit le degré, impose* ipso facto *le pourcentage de* 100 p. 100 et que, en particulier, la tuberculose laryngée coexistant avec une tuberculose pulmonaire doit faire l'objet d'une proposition de surpension. Il va de soi qu'une amélioration passagère ou l'absence momentanée d'un symptôme primordial ne doit pas entraîner un pourcentage inférieur à 100 p. 100, sous réserve, évidemment, qu'il s'agit bien de tuberculose.

S'il se trouve en présence d'un malade qui, reconnu antérieurement tuberculeux dans le cadre des dispositions légales actuelles, c'est-à-dire à juste titre, s'était vu attribuer le pourcentage de 100 p. 100 et s'il estime ne pas devoir maintenir ce pourcentage, il doit exprimer nettement et minutieusement dans son certificat les motifs de cette décision.

Etant donnés les retours offensifs possibles de l'affection, ainsi que la continuité des soins et ménagements imposés à l'intéressé pour maintenir l'état d'amélioration constatée, le surexpert n'abaissera le pourcentage antérieur qu'avec la plus extrême prudence.

S'il se trouve en présence d'un malade au sujet duquel il resterait un doute dans son esprit, bien que tous les moyens d'investigation scientifique aient été épuisés, le surexpert voudra bien exprimer ce doute dans son certificat, et, le *doute devant profiter à l'intéressé*, fixera le pourcentage le plus élevé qui lui semblera justifié.

Le certificat (modèle n° 3), que le surexpert aura ainsi rédigé, sera avec tous les documents nouveaux d'ordremédical (épreuves radiographiques, résultats d'analyse bactériologique, etc.) versé au dossier de pension. Ce dossier devra être retourné au médecin chef du centre de réforme dans un délai ne pouvant excéder deux mois. Il a été dit que ce délai maximum serait parfois imposé par l'attente du résultat de l'inoculation à l'animal d'expérience.

La commission de réforme sera saisie et se prononcera sur l'affaire dans sa séance suivant immédiatement le jour où le surexpert a retourné le dossier au centre de réforme.

Les indemnités d'expertise, de déplacement ou d'hospitalisation, dues aux surexperts ou aux candidats à pension, seront payées par les centres spéciaux de réforme suivant les règles habituelles et conformément aux tarifs actuellement en vigueur.

BOVIER-LAPIERRE.

(*J. O.*, 15 août 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Faculté de Médecine de Paris** (Année 1925). — *Cours complémentaires et de perfectionnement* :

Programme du cours de M. le professeur Roger. — 8 leçons avec démonstrations opératoires, au laboratoire de pathologie expérimentale, à 14 heures, par M. ROGER, professeur et M. BINET, agrégé.

Mercredi 11 février 1925 : Contention des animaux. — Anesthésie. — Pression artérielle.

Vendredi 13 février : Pression artérielle. — Action du pneumogastrique. — Adrénaline. — Electro-cardiographie.

Lundi 16 février : Méthode graphique. — Application à la respiration. — Myographie. — Ergographie.

Mercredi 18 février : Système nerveux. — Excitation du gyrus sigmoïde. — Poisons nervins.

Vendredi 20 février : Coagulation du sang.

Lundi 23 février : Glande sous-maxillaire. — Corde du tympan.

Mercredi 25 février : Fistule biliaire. — Fistule gastrique. — Gastroentérostomie.

Vendredi 27 février : Sécrétion pancréatique. — Sécrétine. — Insuline.

Programme du cours de M. le professeur DESGREZ. — 1re leçon (17 février, de 16 heures à 18 heures) : Eléments constitutifs de l'organisme. Leurs principales réactions.

2e leçon (19 février, de 16 heures à 18 heures) : Les diastases.

3e leçon (21 février, de 16 heures à 18 heures) : La digestion. L'assimilation.

4e leçon (24 février, de 16 heures à 18 heures) : Le sang. La bile. Le liquide céphalo-rachidien.

5e leçon (26 février, de 16 heures à 18 heures) : Le lait. La désassimilation.

6e leçon (28 février, de 16 heures à 18 heures) : L'urine normale.

7e leçon (2 mars, de 16 heures à 18 heures) : L'urine pathologique.

Droits à verser : 100 francs pour chaque cours. On peut s'inscrire pour l'un ou l'autre cours séparément

6° *Cours combiné d'obstétrique et de gynécologie*, sous

la direction de MM. les professeurs COUVELAIRE, BRINDEAU et J.-L. FAURE. — Ce cours aura lieu du 1er février au 3 mars.

Du 1er au 10 février : M. COUVELAIRE, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal.

Du 11 au 20 février : M. BRINDEAU, clinique Tarnier, 76, rue d'Assas.

Du 20 février au 3 mars : M. J.-L. FAURE, clinique gynécologique, hôpital Broca.

Droits à verser : 100 francs pour chaque cours.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (1, *place du Parvis Notre-Dame.*). — Professeur : M. A. GILBERT ; agrégé : M. Maurice VILLARET.

Cours complémentaire de vacances, sous la direction de M. Maurice VILLARET, agrégé, médecin des hôpitaux.

Deux sortes d'enseignement de vacances ont lieu aux amphithéâtres Trousseau et Bichat, dans les salles de malades et dans les locaux spéciaux d'enseignement technique de laboratoire (salle Dieulafoy).

A. — *Cours de révision.* — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique et élémentaire, aura lieu pendant les *vacances de Pâques* (*du* 30 *mars au* 11 *avril* 1923), sous la direction de M. Maurice VILLARET, et avec la collaboration de MM. HERSCHER et CHABROL, médecins des hôpitaux ; LIPPMANN, JOMIER, Paul DESCOMPS BRIN, Fr. SAINT-GIRONS, Henri BENARD, MARÉCHAL BLUM, TZANCK, DUMONT, Mlle TISSIER, DEVAL, LAGARENNE, DUREY, DAUSSET, chefs de clinique ou de laboratoire et de M. COMANDON.

Sujet : Les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.

Durant deux semaines, il comportera 33 leçons et aura lieu 3 fois par jour (le matin avant 10 heures, le soir de 14 heures à 17 heures).

Programme succinct : Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un hépatique. — Notions cliniques récentes sur les ictères, sur la spirochétose ictérigène. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un gastro-entéropathe. — Notions générales de bactériologie pratique, de sérothérapie, de vaccinothérapie. — Notions récentes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la fièvre typhoïde, du paludisme, des dysenteries, du typhus exanthématique, par les procédés de laboratoire. — Notions récentes sur l'examen des épanchements pleuraux et ascitiques. — Comment on doit pratiquer l'examen d'un hémiplégique, d'un traumatisé crânio-cérébral, d'un blessé des nerfs périphériques, d'un paraplégique, d'un tabétique, d'une griffe psychonévrosique ou physiopathique. — Notions récentes, cliniques et thérapeutiques sur les affections cardiaques et vasculaires : nouvelles méthodes d'exploration de la tension artérielle, de la tension veineuse et capillaire. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et de laboratoire d'une affection rénale. — Notions pratiques élémentaires d'électro-diagnostic et d'électrothérapie, de radiologie, de kinésithérapie, de thermothérapie, d'hydrothérapie. — Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocrines, sur l'hématologie, sur la transfusion sanguine, sur le métabolisme basal, sur l'anaphylaxie et les chocs hémoclasiques. — Le diagnostic et le traitement des syndromes méningés, de l'encéphalite épidémique. — Notions élémentaires sur les nouveaux procédés de diagnostic et de traitement de la syphilis. — Démonstrations cinématographiques de biologie médicale.

Droit de laboratoire : 150 francs.

B. — *Cours de perfectionnement.* — Cet enseignement comprend deux cours.

1° *Premier cours de perfectionnement.* — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les *grandes vacances* (*du* 29 *juin au* 14 *juillet* 1925), sous la direction de M. Maurice VILLARET, et avec la collaboration de MM. LARDENNOIS et BEAUDOUIN, agrégés, chirurgien et médecin des hôpitaux ; HERSCHER, et Etienne CHABROL, médecins des hôpitaux ; LIPPMANN, BRIN, Paul DESCOMPS, JOMIER, SAINT-GIRONS, Henri BÉNARD, DUMONT, COURY, MARÉCHAL, Mlle TISSIER, M. DEVAL, chefs et anciens chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet : Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas, et sur le diabète.

Durant deux semaines, il comportera 31 leçons (une le matin avant 10 heures, deux le soir de 15 heures à 18 heures).

Programme succinct : Manière d'examiner un hépatique. — Les syndromes résultant du vice de fonctionnement de la cellule hépatique : leur diagnostic clinique et de laboratoire. — Le syndrome ictère : cholémies et ictères dissociés ; ictères par hyperhémolyse ; ictères acholuriques ; ictères toxi-infectieux, spirochétose ictérigène ; l'ictère grave. — Le syndrome d'hypertension portale : troubles de la tension artérielle et veineuse, épanchements ascitiques, circulations collatérales, troubles du débit urinaire, hémorroïdes, splénomégalie, etc. — Le syndrome d'hypertension sus hépatique : le foie cardiaque. — Les rapports du foie et du tube digestif en pathologie. — Le foie syphilitique. — Le foie dysentérique. — Le foie hydatique. — Le foie paludéen. — Le foie lithiasique ; la lithiase biliaire. — Les cirrhoses biliaires. — Les cancers du pancréas. — Les acquisitions récentes sur la diététique, la cure hydrominérale, le traitement chirurgical au cours des maladies du foie et des voies biliaires. — Notions récentes sur le diagnostic clinique, la thérapeutique (insuline, etc.), et la diététique des diabètes sucrés.

Droit de laboratoire : 150 francs.

2° *Deuxième cours de perfectionnement.* — Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique, aura lieu pendant les *grandes vacances* (*du* 14 *au* 28 *septembre* 1925), sous la direction de M. Maurice VILLARET, et avec la collaboration de MM. LARDENNOIS, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; HERSCHER et Etienne CHABROL, médecins des hôpitaux ; LEVEN, Fr MOUTIER, LIPPMANN, Paul DESCOMPS, Henri BENARD, Fr. SAINT-GIRONS, DUFOURMENTEL, DUMONT, Mlle TISSIER, DEVAL, LAGARENNE, DUREY, chefs ou anciens chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet : Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.

Programme succinct : L'exploration (interrogatoire, chimisme gastrique et duodénal, coprologie pratique, radiologie, œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie). — Les symptômes (part du système nerveux, aérophagie, hémorragies gastro-intestinales, vomissements, constipations, diarrhées, dilatation et ptose, part du foie, des voies urinaires). — Les maladies (affections de l'œsophage ; gastrites ; syphilis-stomacale ; ulcus de la petite courbure, du pylore, du duodénum, et sa thérapeutique médicale et chirurgicale ; cancer de l'estomac ; appendicite aiguë et chronique ; dysenteries ; helminthiase ; tuberculose intestinale ; stase duodénale et intestinale chronique ; occlusions intestinales aiguës, cancers des côlons ; affections du rectum et leur traitement médical et chirurgical ; colites, entérocolite muco-membraneuse). — Les traitements généraux (agents physiques, rayons X, radium, diététique, crénothérapie).

Droit de laboratoire : 150 francs.

C. — *Enseignement clinique de vacances.* — *Tous les matins*, à 10 h. 30 : Enseignement clinique au lit du malade par M. Maurice VILLARET.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie
R C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

2° Puisqu'il y a pourvoi devant les tribunaux de Pensions, l'intéressé doit écrire au Ministre des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, pour demander que l'on s'occupe de son affaire en instance depuis si longtemps ; nul doute que le nécessaire ne soit fait le plus rapidement possible.

3410. — Pourvoi devant le Tribunal des Pensions. — Demande en revision de pension définitive.

1er cas. — Ancien mobilisé gazé en 1918 (a des billets d'hospitalisation) est actuellement atteint d'emphysème et de bronchite légère.

Passant devant deux conseils de réforme en 1920 et 1924, n'a pu rien obtenir. Que peut-il faire maintenant ? Faire une nouvelle demande de visite ou faire appel devant le tribunal des Pensions ? Dans ce dernier cas, quelles démarches faire et à qui s'adresser ?

2e cas. — Ancien militaire auxiliaire et touchant une pension de 15 % pour blessure par E.O. jambe droite et fracture du calcanéum (après décision de commission de réforme en septembre 1919) a vu son cas s'aggraver très sérieusement ce mois-ci, demande à passer une nouvelle visite. Le C.S.R. lui répond qu'un délai de plus de 5 ans s'étant écoulé depuis la première décision, on doit attendre un vote du parlement pour instruire sa demande.

Est-ce exact ?

Ne peut-on cependant rien faire en vue d'une augmentation du taux de la pension, le cas étant réellement sérieux ?

Dr V.

Réponse.

1° Dans un délai de six mois après la notification du rejet, introduire un pourvoi devant le tribunal des Pensions, en adressant une lettre recommandée un greffier du tribunal civil de l'arrondissement.

2° Le titulaire d'une pension définitive pour invalidité ne peut en demander la révision que dans les cinq années qui suivent la concession de cette pension définitive (article 68).

3267. — Réduction de la taxe sur une automobile

Vieil abonné du *Concours*, j'ai recours à votre compétence pour savoir s'il est possible ou non d'obtenir un dégrèvement sur la taxe que je paye pour une auto de modèle ancien :

J'ai acheté il y a quinze ans à la maison C. une voiture déclarée à cette époque pour 12 CV. Il est certain qu'actuellement elle est loin de développer cette force et il me semble en conséquence que payer la taxe pour ces 12 CV (soit actuellement 448 fr. par an) est excessif.

J'ai donc écrit à ce sujet à la maison C. qui m'a envoyé toutes les caractéristiques de ses voitures de cette série, me conseillant de les transmettre au receveur des contributions avec ma demande de dégrèvement. Le receveur me dit alors de m'adresser à l'ingénieur des mines de la région. Mais celui-ci me renvoie au constructeur, objectant qu'on ne peut modifier la force déclarée d'une voiture d'un type donné sans que la même modification soit appliquée à toutes celles du même type ; que c'est donc au constructeur à demander s'il y a lieu ce changement.

J'écris donc à nouveau à la maison C. et je copie sa réponse : « Nous regrettons vivement de ne pouvoir intervenir dans vos débats avec le service des mines et la perception des contributions indirectes de votre localité, n'ayant pas qualité pour demander une diminution d'impôts pour les voitures de nos clients, ces derniers étant seuls intéressés dans cette question. »

Je vous serais donc très obligé de me faire savoir s'il ne me reste plus qu'à payer pour 12 C.V. une voiture qui n'en fait pas même 9.

Dr D.

Réponse.

Vous ne pouvez obtenir une réduction de la taxe pour automobile que si le service des mines vous donne un certificat prouvant la réduction de la puissance de votre voiture. Il est probable d'autre part, que la maison C. ne tient pas à faire effectuer une révision pour des modèles anciens dont peu sont encore en circulation.

En conséquence, vous serez obligé de payer pour 12 HP, à défaut des certificats nécessaires.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3054. — Renouvellement de la déclaration du revenu.

Est-il obligatoire de faire chaque année sa déclaration sur le revenu ?

Je trouve sur une feuille de déclaration de l'impôt général sur le revenu la formule suivante aux observations : « Le contribuable qui ne renouvelle pas annuellement sa déclaration est considéré comme ayant maintenu chaque année la déclaration qu'il a précédemment souscrite. »

Cette formule est déjà ancienne, j'espère cependant que l'observation en question est toujours valable.

Me basant sur cette formule, je n'ai pas fait de déclaration pour l'année 1923, la considérant comme absolument semblable à ma déclaration pour l'année 1922 ?

Suis-je répréhensible ?

Dr G.

Réponse.

D'après l'article 16 de la loi du 15 juillet 1914, le contribuable qui ne renouvelle pas sa déclaration est considéré comme ayant maintenu sa déclaration précédente.

Pour pouvoir être considérée comme maintenue, ladite déclaration doit avoir été produite dans les délais légaux.

Si elle a été régulièrement produite, le contribuable n'est pas tenu de la renouveler annuellement tant que les indications qu'elle renferme au sujet de ses revenus, charges et situation de famille n'ont pas cessé d'être exactes.

Par contre, si une modification se produit (et cela doit arriver en ce qui vous concerne pour le bénéfice professionnel) il est indispensable de souscrire une nouvelle déclaration, car le maintien d'une déclaration dont les données ne sont plus conformes à la réalité équivaut à la production d'une déclaration inexacte et est de nature à motiver, le cas échéant, l'application de la pénalité du droit en sus.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

3150. — Paiement des impôts sur le revenu.

Ayant reçu il y a quelques mois un avis de la perception me faisant connaître le montant de mes impôts, j'en ai reçu un autre hier qui porte sommation avec frais (1 fr. 50) et à la réception duquel j'ai dû signer sur le registre de la poste. Cette sommation me fait savoir que si dans les 3 jours je n'ai pas payé je m'expose à des poursuites par voie de commandement. D'habitude, je payais mes impôts dans la première quinzaine de janvier, ne recevant cet avis qu'à cette date. J'ai écrit au percepteur lui demandant de maintenir cette pratique du fait que mes honoraires n'étaient règlés qu'en fin d'année, que l'Etat lui-même me faisait attendre plus d'un an, en conséquence il ne pouvait se montrer plus exigeant à mon endroit.

Je crois en effet que les impôts ne peuvent être exigés avant la fin de l'année. En est-il ainsi réellement ?

2° En quoi consistent ces poursuites par voie de commandement et à quels frais elles m'exposent ?

3° Puis-je sans crainte attendre la première quinzaine de janvier prochain pour selon l'habitude règler mes impôts dont le rôle a été publié cette année-ci.

D C.

Réponse.

L'impôt général et les impôts cédulaires sur les revenus sont exigibles mensuellement à partir du premier jour du mois qui suit la publication du rôle et en autant de fractions égales qu'il reste de mois à courir depuis ce jour jusqu'à la

fin de l'année. Par exception, lorsque le rôle a été publié postérieurement au 31 août, les contributions sont exigibles en 4 fractions égales.

Si à la date où la moitié des avertissements est devenue exigible, le contribuable n'a encore rien versé, la totalité devient exigible. Nous pensons que votre percepteur a bien voulu vous accorder le délai demandé. En lui versant un acompte et en lui expliquant pour quelle raison vous ne pouvez faire le versement immédiat de la totalité, vous éviterez les poursuites.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

127. — On peut cumuler les interventions.

J'ai encore recours à votre compétence pour trancher la question suivante en matière d'honoraires pour accident du travail.

Lorsque nous avons en traitement à la clinique des blessés présentant des petites plaies anfractueuses des extrémités des doigts de la main et du pied, plaies isolées ou coexistantes avec un hématome sous-unguéal, nous avons pour principe de pratiquer une injection de sérum antitétanique, et nous établissons notre note d'honoraires pour ce premier jour de soins ainsi :

Consultation pansement	8
Injection de sérum antitétanique	20
Certificat	5
Total	33

Plusieurs compagnies d'assurances refusent de payer cette tarification, prétextant que la consultation et le pansement font cumul avec l'injection de sérum antitétanique. Il nous semble cependant qu'il y a là deux actes bien distincts. Supposons aussi qu'il y ait deux doigts de la même main présentant des plaies, ce qui demanderait l'application du tarif de :

Pansements multiples	15
Injection de sérum antitétanique	20
Total	35

Faudrait-il encore accepter le cumul et ne compter que 20 francs ?

Ces compagnies d'assurances prétendent que oui.

Dr C.

Réponse.

a) Dans le premier cas, il s'agit d'une *consultation* « avec ou sans pansement » (Art. 15) que vous pouvez cumuler avec une *intervention* quelconque (art. 13).

b) Dans le second cas, il s'agit au contraire de *deux interventions* à tarif spécial. Là vous pouvez compter les deux puisque ce même art. 13, dit en-

suite : « Chaque intervention est tarifée *à part*, sans adjonction d'un prix de visite. »

En résumé. — Vous ne pouvez compter : « consultation avec ou sans pansement » + injection A. T. — Mais vous pouvez compter : « pansements multiples ou points de sutures + injection A. T. ».

Nota. — Voir les explications détaillées sur ce point dans l'*Agenda du Concours* 1925, page 102.

F. D.

II

3372. — Visite après décès.

Permettez-moi de vous soumettre un cas d'application du tarif Breton.

J'attends votre avis pour établir ma note d'honoraires.

Appelé d'urgence par téléphone dans une usine distante de 5 km. environ pour un accident grave ayant entraîné la mort de l'accidenté. A mon arrivée, je constate le décès survenu à la suite des lésions suivantes : voûte cranienne ouverte, pieds arrachés, cuisses déchiquetées, blessures multiples, certificat descriptif en double exemplaire. En outre certificat pour la mairie, en ma qualité de médecin de l'état civil et certificat pour la gendarmerie, ces deux derniers certificats n'étant pas évidemment à la charge de l'entreprise.

Comment dès lors établir la note d'honoraires :

Mettrai-je :

Visite	10
Déplacement 5 × 2 × 1.50	15
(Médecin le plus rapproché)	
Certificat descriptif	10
Total	35

Ou :

Visite	0
Déplacement	15
Cert. descr.	10
	25

Dr C.

Réponse.

Pour faire votre certificat descriptif, il était indispensable que vous « visitiez » le blessé, vivant ou mort. Je ne vois donc pas comment vous hésiteriez à compter votre visite.

F. D.

III

3411. — Plaie causée par une meule.

Lecteur assidu du *Concours médical*, je prie l'Office de renseignement de bien vouloir m'éclairer sur un point d'application des tarifs.

Il s'agit d'un accident du travail. Le blessé a eu *un coup de meule* à grand nombre de rotations à la minute. Considérant cette blessure comme *brûlure par coup de meule*, j'établis ma note d'honoraires en appliquant le tarif des brûlures. La Compagnie d'assurances ne conteste pas le nombre de pansements

que j'ai faits, mais ne veut pas considérer cette blessure comme une brûlure et s'entête à vouloir régler cette note conformément au tarif des plaies simples. Pourtant les autres compagnies d'assurances auxquelles j'ai déjà présenté les notes pour des blessures pareilles m'ont réglé comme pour les brûlures.

Je serai donc bien reconnaissant à l'Office de renseignements du *Concours* de vouloir me dire si une blessure par coup de meule doit être considérée comme plaie contuse ou comme brûlure.

Dr S.

Réponse.

C'est là une question non plus de tarif mais de fait dans laquelle je ne m'immisce jamais, on comprend aisément pour quelles multiples raisons. Néanmoins, de façon générale, objective, je puis vous faire remarquer ceci : *a*) est-ce un « coup de meule », comme vous l'écrivez ? Dans ce cas, c'est un coup, une contusion ou une plaie contuse, que tout cela soit causé par une meule ou non ; *b*) Y a-t-il, ce qui est tout autre chose, « brûlures multiples par éclat enflammé de meule » ? Dans ce cas, ce sont bien des myriades de petites brûlures et non plus des contusions.

Conclusion. — Vous voyez que ce que vous me demandez est une question d'espèce, de fait, impossible à trancher autrement que « pièces en main », si je puis dire, et non *ex cathedra*.

F. D.

Application du Tarif Maginot

3269. — Examen du larynx.

En plus de la médecine générale, je fais un peu d'oto-rhino-laryngologie.

J'ai examiné ces jours-ci le larynx d'un réformé de guerre. Puis-je demander pour cet examen laryngoscopique le même prix que le spécialiste ?

Dr G.

Réponse.

L'examen d'un organe, qu'il s'agisse du cœur, du poumon ou du larynx, fait partie de la visite ou consultation. C'est même en cela que consiste le rôle du médecin à la recherche d'un diagnostic. Sans doute on a compté beaucoup plus cher, dans le tarif Maginot, pour la recherche du diagnostic faite par un spécialiste que par un médecin praticien. Il y a même quelque chose qui m'a toujours choqué — et je l'ai dit — entre les cent sous de consultation au praticien de campagne et les vingt francs de consultation du spécialiste.

Quoiqu'il en soit, puisque vous faites de la médecine générale ainsi que le démontre votre en-tête où n'est marquée aucune spécialité, je ne pense pas que votre Commission départementale puisse accepter de vous allouer des honoraires de consultation de spécialiste. Il ne vous reste donc que le prix de consultation simple à espérer.

JURISPRUDENCE

ASSISTANCE PUBLIQUE. — ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — LOI DU 15 JUILLET 1893. — COMMISSION D'ASSISTANCE. — DÉLIBÉRATION. — MAJORITÉ DES MEMBRES. — UNIQUE MEMBRE PRÉSENT. — EXCÈS DE POUVOIR.

CONSEIL D'ETAT (AU CONTENTIEUX).

2 juillet 1924.

(*Gazette du Palais*, 13-14 juillet 1924).

En règle générale, les assemblées ne peuvent délibérer qu'à la majorité des membres qui les composent et aucune disposition légale en vigueur n'a, par dérogation à cette règle, autorisé les commissions cantonales à délibérer quel que fût le nombre des membres présents, notamment lorsque sur les quatre membres un seul était présent.

LE CONSEIL D'ETAT,

Vu la requête présentée par le préfet des Landes, tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision, en date du 10 décembre 1923, par laquelle la Commission cantonale de Saint-Sever a admis la dame D. au bénéfice de l'assistance médicale gratuite ;

Considérant qu'en règle générale les assemblées ne peuvent délibérer qu'à la majorité des membres qui les composent et qu'aucune disposition de la législation en vigueur n'a, par dérogation à cette règle, autorisé les commissions cantonales à délibérer, quel que fût le nombre des membres présents ;

Considérant qu'à la réunion de la Commission cantonale de Saint-Sever du 10 décembre 1923 un des quatre membres la composant était seul présent à la séance ; qu'ainsi la décision rendue au cours de cette séance au profit de la dame D. a été irrégulièrement prise et que le préfet des Landes est fondé à soutenir que ladite décision est entachée d'excès de pouvoir ;

Décide :

La décision susvisée de la Commission cantonale de Saint-Sever est annulée.

Commentaires.

La commission cantonale est instituée par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1893. Elle se compose du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton. Le sous-préfet, ou à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Celle-ci a pour objet de connaître des réclamations en inscriptions ou en radiations, qui peuvent être formulées par tout habitant ou contribuable de la commune. Elle statue souverainement, le maire entendu ou dûment appelé.

La loi sur l'assistance médicale gratuite n'a

pas dérogé à la règle générale, qui veut qu'une commission ne puisse délibérer valablement que lorsqu'elle se compose de la majorité de ses membres.

Or, d'après la composition de la commission, si le juge de paix ou le sous-préfet sont tous deux absents, la commission ne peut se réunir, puisque son président manque. De plus, le conseiller général, ou le conseiller d'arrondissement peuvent être remplacés par un de leurs collègues, dans l'ordre de nomination.

Il faut donc que les membres soient au nombre de trois pour que la commission d'assistance puisse valablement délibérer.

Cet arrêt du Conseil d'Etat est intéressant pour ceux de nos confrères, qui sont souvent les victimes d'inscriptions abusives de leurs clients, sur les listes de l'A. M. G. Ils peuvent réclamer devant cette commission cantonale et vérifier si cette commission a eu le nombre de membres nécessaires pour délibérer valablement.

De plus, l'arrêt du Conseil d'Etat prouve que cette haute juridiction administrative peut connaître des recours exercés contre les décisions de ces commissions cantonales, bien que celles-ci soient qualifiées de souveraines par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1893. (Conseil d'Etat, 12 mai 1905 ; Pand. franç. 1915,4,22).

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

22 *janvier.*

Hygiène sociale.

Arrêté nommant les membres du Conseil de perfectionnement de l'Office National d'hygiène sociale.

Au nombre de ces membres, figurent MM. les docteurs Aublanc, Bérard, Blondel, Briau, Brouardel, Brumpt, Calmette, Couvelaire, Dufestel, Jeanselme, Letulle, Ott, Parisot, Pinard, Pottevin, Queyrat, Quenu, Regaud, Raynaud, Roux, Sicard de Plauzolles, Toulouse, Vitoux,

23 *janvier.*

Arrêtés nommant les membres, le président, le secrétaire général et un conseiller, technique de l'Office National d'hygiène socaile.

Est nommé président : M. Honnorat, député ; secrétaire général : M. Weisweiller.

24 *janvier.*

Asiles d'aliénés.

Le poste de *médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Blanche-Couronne* (Loire-Inférieure) est actuellement vacant.

26 et 27 janvier.

Code du travail.

Loi du 24 janvier 1925 portant modification des articles 20 à 28 et 98 du Livre II du Code du Travail et de la Prévoyance sociale (travail de nuit des enfants et des femmes).

Hygiène sociale.

M. Brisac, préfet honoraire, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, est chargé, à titre temporaire, de l'*organisation et du fonctionnement initial de l'Office National d'hygiène sociale* et délégué, à cet effet, à titre provisoire, dans les fonctions de directeur.

Bureau d'hygiène.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes dù décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux minicipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de direc.eur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Boulogne-sur-Seine.

Le titulaire de ce poste, en dehors des attributions régulières, devra surveiller les organisations municipales spéciales : le service des infirmières scolaires ; le préventorium : école de plein air, sise à Sèvres (Seine-et-Oise), les colonies de vacances dans la Nièvre et le Calvados.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pou: adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau) leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Quarante septième année — N° 7 — 15 Février 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 330-IV)

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 72. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos, banl., Paris.

Nº 73. — Rég. des Charentes ch.-l. de cant., client. anc. à céder de suite. Fixes import. transmis. Présentation.

Nº 74. — Paris 15e, rue Vaugirard, 381 *bis*. Dr marié pas d'enf. recher. femme sér. tranq. recommandée par conf. et suscept. entret. ménage et faire cuisine. Pavil. neuf, pas gros lavages, bons gages. S'y présenter.

Nº 75. — Drôme. A céd. imméd. pr. rais. sant., excel. poste peu fatig. facile à desserv. tenu dep. 20 a. par titul. rapp. 18.000, pouv. facil. dépasser 30.000 par méd. act. 3.000 compt. et logement.

Nº 76. — Banl. imméd. Paris. Cliniq. bien instal., voies urin., bon rapp. A. T. en développ. dem. méd. libre le mat. de 9 h. à midi et de 5 à 7 soir, comme associé, et avec apport minimum de 10.000 fr.

Nº 77. — Ds ville Sud-Est, cab. urologie, rapp. 40.000 apart. p., aff. bien siutée, à augm. peu de concur., prix 40.000. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Nº 78. — Rég. cent. à céd. poste propharm. rapp. 35.000, petit rayon, mais. 7 p. et dépend. indemnité 8.000 comptant. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

Nº 79. — Jne ménage de fam. méd., dispos. belle propriété proche s.-préfect., 150 km. Paris, plateau sain et aéré, recevr. convalesc. non contag. ayant bes. séjour à la camp. Exc. référ.

FAITS CLINIQUES

Accouchement prématuré d'un tératome selosomien avec présentation de l'épaule et procidence d'une main et du foie.

Mme L. G., 19 ans, primipare, enceinte de sept mois, prise de douleurs, entre à la Maternité de l'hôpital de Saint-Denis. La sage-femme de service constate l'abolition des bruits du cœur, et, au toucher, une dilatation voisinant 5 francs ; puis une main procidente, et près de cette main l'existence de parties molles procidentes également, qu'elle se déclare incapable d'identifier.

Appelé nous-même auprès de la parturiente, nous confirmons le diagnostic de présentation de l'épaule, et percevons également les masses molles signalées, sur la nature desquelles nous nous réservons.

Etant données : l'urgence et l'absence des bruits du cœur, l'engagement ne permettant plus une version, nous procédons à l'embryotomie au moyen des ciseaux de Dubois.

Le corps décapité est extrait, la masse procidente suit. Nous nous apercevons alors qu'il s'agissait du foie du fœtus congénitalement extrophié, avec le reste des viscères, hors de la cavité abdominale, et qui faisait issue à travers le col. L'enfant était venu au monde par le foie — présentation rare évidemment !!

Notre éminent maître, le Pr Brindeau, auquel nous portâmes la pièce, nous confirma qu'il s'agissait bien là d'un tératome célosomien du type classique (placenta presque collé au foie). C'est bien ce dernier organe que nous avions perçu par le toucher.

DERANCOURT,
Assistant à l'Hôpital de la Maternité de Saint-Denis.

CORRESPONDANCE

163. — Accident survenu en revenant du travail.

Je vous communique une lettre de la Cie la X., en vous priant de me dire ce que vous en pensez.

Il s'agit d'un ouvrier blessé en revenant de son travail. Il habite à 6 kil. de l'usine et touche pour chaque voyage qu'il fait à bicyclette une indemnité fixe de déplacement (matin et soir).

Chute de bicyclette à 5 h. 30 (1/2 heure après sa sortie de l'usine), alors qu'il rentrait chez lui, fracture des deux os de la jambe.

Cet accident est-il oui ou non garanti par la loi de 1898 ?

Le cas me semble, ici, un peu spécial. Il est certain que cet ouvrier est obligé pour travailler de faire

chaque matin et chaque soir ses 6 ou 7 kilomètres : c'est donc bien *à l'occasion du travail* que l'accident est arrivé. S'il n'avait pas été obligé de voyager il n'aurait pas été blessé. De plus, étant donné que l'usine lui paie chaque jour une indemnité fixe de déplacement, il semble que pendant ce temps il est considéré travailler ?

Vous seriez bien aimable de m'indiquer la ligne de conduite à suivre en l'occurrence.

Dr M.

Réponse

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier et a pris effectivement possession de son service. Voir à cet égard une note signée L.S. (ce sont les initiales du Premier Président Sarrut) publiée au *Dalloz*, 1903-1-273.

Par conséquent, l'accident qui arrive à l'ouvrier, le travail entièrement terminé, lorsqu'il revient chez lui à bicyclette, ne doit pas être, en principe, à la charge du patron.

La seule circonstance qui pourrait en faire décider autrement est le fait que l'ouvrier touchait une indemnité fixe de déplacement.

Je relève deux décisions, l'une qui précise qu'on peut considérer comme survenu à l'occasion du travail l'accident subi par un terrassier au service d'une compagnie de chemins de fer qui a été tamponné par une locomotive, tandis qu'il allait, sa journée de travail terminée, prendre place dans le train qui devait le ramener gratuitement à son domicile (Trib. civ. de la Seine, 24 août 1900, D. 1901-2-276) et un arrêt de la Chambre civile d'après lequel il y a accident du travail lorsque le chef d'entreprise, ayant organisé un service spécial de trains pour le transport gratuit des ouvriers de l'usine à la résidence de ceux-ci et réciproquement, un ouvrier a fait une chute en s'efforçant de monter en wagon (Civ. 30 juillet 1919, D. 1920-1-81).

On peut citer dans le même sens un arrêt de la Chambre des Requêtes du 7 juin 1910. M. Sachet, d'autre part, dans la sixième édition de son ouvrage, tome 1, nº 322, déclare que, lorsque le transport est effectué par les soins du patron, cette dernière circonstance a pour effet de retarder jusqu'à la fin du voyage le temps du travail au sens où ce mot doit être entendu. Mais, comme vous le voyez, dans toutes ces espèces, le retour de l'ouvrier se faisait dans des trains ou dans des tramways (arrêt de 1910) appartenant à l'entreprise.

Dès lors que l'ouvrier recouvre entièrement sa liberté, j'estime que l'accident dont il est victime n'est plus un accident du travail.

Il a été jugé à cet égard que, lorsqu'un ouvrier d'une Compagnie de tramways rentre chez lui, son travail terminé, et monte dans une voiture

de la Compagnie où il est blessé, il ne peut pas invoquer les dispositions de la loi de 1898 parce qu'il n'est plus à ce moment à la disposition de la Compagnie et qu'il a retrouvé son entière liberté. Peu importe qu'il ait voyagé avec une carte de circulation que la Compagnie lui a délivrée gratuitement.

Dans l'espèce que vous me signalez, l'indemnité fixe versée par la Compagnie pour le déplacement constitue un supplément de salaire.

L'ouvrier n'était pas tenu de rentrer à une heure ou à une autre. Il pouvait, théoriquement au moins, revenir à pied aussi bien qu'à bicyclette. Il était donc affranchi de toute dépendance à l'égard du patron au moment où l'accident a eu lieu et je crois que, dans ces conditions, on ne peut que bien difficilement soutenir qu'il s'agit d'un accident du travail.

P. NATTAN-LARRIER,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'Appel.

---

264. — Accident du travail. Contestation entre le patron et l'assurance.

J'ai été appelé le 16 juillet dernier à donner mes soins au sieur A., ouvrier de M. D., pour fractures des deux avant-bras.

J'ai envoyé ma note d'honoraires à la Société X (agent M. G. à L.), le 15 janvier dernier.

M. G. me répond à la date du 24 (lettre reçue le 26) : « J'ai l'honneur de vous retourner sous ce pli votre note d'honoraires s'élevant à fr. 345 pour soins donnés à A. Emile, victime d'un accident au service de M. D.

Veuillez réclamer le paiement de cette note à M. D. directement, car l'accident n'a pas été reconnu par ma compagnie en raison de ce que la police signée par notre assuré n'avait pas encore pris cours au moment du sinistre... »

Je me suis rendu aujourd'hui chez M. D. qui m'a déclaré être en procès avec sa compagnie d'assurances au sujet de cet accident estimant que sa police, signée le 12 juillet était valable lorsque l'accident est arrivé le 16 juillet.

L'affaire, m'a-t-il dit, engagée depuis près de trois mois, doit être jugée prochainement par le tribunal d'A.

Dans ces conditions, quelle conduite dois-je tenir pour être payé de ma note d'honoraires ?

Dr C.

Réponse.

Vous n'avez pas à vous occuper de la contestation qui divise le patron du blessé et son assurance sur la date de l'entrée en vigueur de la police, ni à attendre la solution du procès actuellement en cours pour exiger le paiement de vos honoraires.

La loi de 1898 met à la charge du patron les soins médicaux donnés à son ouvrier victime

d'un accident du travail et elle permet au médecin de s'adresser directement au patron pour se faire payer dans les limites du tarif Breton.

Vous devez donc mettre le patron en demeure de vous payer sous huitaine, faute de quoi vous le menacerez de porter l'affaire en justice. Si, dans le délai prescrit, il ne vous a pas donné satisfaction, vous devrez le citer devant le juge de paix du lieu de l'accident. Il ne pourra pas exciper de son conflit avec son assurance pour refuser de vous payer, car il a envers vous une obligation directe et précise d'une nature juridique absolument indépendante de son contrat avec son assurance qui ne vous est pas opposable.

Nous vous rappelons que la loi vous accorde pour le recouvrement des notes d'honoraires en matière d'accidents du travail, l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement.

---

44. — Emplois réservés aux anciens mobilisés.

Je vous adresse, ci-inclus la somme de 30 francs, montant de l'abonnement pour 1925. Je profite de cette circonstance pour remercier le *Concours* et le « Sou » de tous les documents publiés et de l'aide effective qu'ils donnent aux praticiens.

Mettant une fois de plus votre obligeance à contribution je vous prierais de me renseigner sur le point suivant : pendant la guerre, on avait promis assez vaguement d'ailleurs, une compensation pour les médecins qui avaient été mobilisés. J'ai ici un confrère qui avait 49 ans au moment de la déclaration de guerre. Il avait démissionné à 48 ans. Aussi ne fut-il pas mobilisé ! Il est muni de tous les petits postes rémunérés par l'Etat. De plus depuis la guerre on a créé de nouvelles fonctions qui lui ont été attribuées. Pour mon compte j'ai été mobilisé dès le début, j'ai été mis hors cadres en décembre 1917 pour maladie, j'ai une invalidité de 50 %, avec pension. Sans vouloir rien réclamer sur les attributions d'avant-guerre, ne pourrais-je pas réclamer pour les attributions d'après-guerre, en faisant valoir mon titre d'invalide? Il me semble qu'il existe une loi réservant des emplois aux invalides de guerre. Une réclamation aurait-elle chance d'aboutir ? A qui doit-elle être adressée ?

Dr X.

Réponse.

Les lois et règlements ont réservé des emplois aux ex-militaires, ayant quatre années de services de guerre, ou étant pensionnés pour invalidité résultant de la guerre ; en ce dernier cas, la variété de l'emploi réservé dépend du genre d'infirmité et du pourcentage d'invalidité.

Parmi ces emplois ne figure aucun poste médical. Cependant, nul doute que vous ne puissiez, le cas échéant, faire valoir vos titres de

guerre en sollicitant l'emploi médical de vos désirs auprès de l'autorité compétente chargée de l'attribuer.

---

231. — Promotion au grade de médecin-major de 2e classe.

Médecin aide-major de 1re classe (réserve) pour prendre rang du 1er décembre 1920, je désirerais me faire nommer au grade de médecin-major de 2e classe.

Pourriez-vous me dire :

1° Si je remplis les conditions d'ancienneté nécessaires pour cette promotion.

2° Dans l'affirmative, à quel bureau je dois m'adresser et sous quelle forme ?

Ma nomination vient de la direction du Service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Dr Y.

Réponse.

Ayant quatre années de grade de médecin aide-major de première classe au 1er décembre 1920, vous pouvez être proposé pour le grade supérieur. Mais cette année (pour le tableau qui doit paraître en 1925) il est déjà trop tard ; le travail des directions du service de santé est déjà entre les mains du Ministre.

Quant au tableau de 1926, vous pourrez témoigner votre désir par lettre adressée vers le 1er octobre 1925 au Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris (hôtel des Invalides), dont vous dépendez.

3122. — Taxe sur les automobiles.

Est-il de votre obligeance de me procurer le renseignement suivant :

Je suis possesseur d'une petite Renault 8 C. type AX. Ce type a été ramené à 7 chevaux depuis 1913. Il a suffi du reste il y a 8 jours que je présente le certificat du service des mines pour que la préfecture me modifie immédiatement ma carte. Mais depuis 1921, l'administration de la Régie, qui m'a accordé à ce moment-là le laissez-passer, avec les quittances trimestrielles, me fait payer pour 8 C. Puis-je réclamer les sommes que cette administration a indûment encaissées ? J'ai vu, non loin de moi, ces Messieurs des Indirectes agir envers des gens sans défense, avec une telle désinvolture et avec si peu de souci de la loi, — et même de la morale, — que je m'en voudrais de leur passer si peu que ce soit.

J'ai toujours payé depuis 1913 *pour* 8 *chevaux.*

Dr G.

Réponse.

Pour 1921, 1922, 1923, la taxe pour une automobile 7 HP 2 places devait être calculée comme suit :

Taxe par voiture : 60 60
Taxe par cheval : 15 × 7 = ... 105
165

Taxe pour fonds commun : $\frac{165}{4} =$ 41,25
206,25

Demi taxe (puisque vous êtes patenté) $\frac{206,25}{2} =$ 103,12
Taxe de circulation 100
203,12

Pour une voiture 8 HP la taxe était de :
Taxe par voiture 60
Taxe par cheval : 15 × 8 = ... 120
180

Taxe pour fonds commun : $\frac{180}{4} =$ 45

Total .... 225 fr.
Demi-taxe 112,50
Taxe de circulation 100
Montant de la taxe 212,50

La différence de taxe entre une voiture 8 HP et 7 HP n'est donc pas grande.

Depuis le 1er avril 1924, la taxe se calculant à raison de 36 francs par cheval-vapeur, la différence est de 36 francs.

Vous devez faire une demande de restitution pour la taxe indûment payée. La demande établie sur papier timbré devra être adressée au directeur des Indirectes de votre département.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3170. — Patente en cas d'habitation en commun.

J'habite *en commun* (appartements non distincts) avec mes beaux-parents, un immeuble sur lequel est apposée ma plaque et dont une pièce constitue mon cabinet. Mon beau-père étant imposé pour la totalité de l'immeuble, suis-je susceptible d'une perception autre que celle de ma patente de médecin.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me fixer si possible sur ce point afin de me permettre de faire ma déclaration au contrôleur des contributions directes en toute connaissance de cause.

Dr X.

Réponse.

Lorsqu'un même appartement est occupé par deux personnes jouissant de leurs droits et que l'une d'elles exerce une profession imposable à la patente, son droit proportionnel doit être établi sur la valeur locative afférente, tant aux locaux qu'elle occupe exclusivement qu'à sa

part de jouissance dans les locaux occupés en commun.

Votre beau-père étant lui-même patenté, il ne devra payer la patente que pour les locaux qui lui sont réservés.

A.M.

3259. — Patente sur un garage d'automobile. Base de la patente.

1° Possesseur d'une automobile, et n'ayant pas la possibilité de garer chez moi ma voiture, je loue dans le voisinage un box dans un garage. Je viens d'avoir la surprise de me voir imposé au titre de la contribution des patentes sur le loyer de ce box, d'une somme assez importante puisqu'elle atteint presque mille francs, somme dépassant de beaucoup l'impôt spécial afférent à l'usage de l'automobile. Cette taxe ne vous paraît-elle pas être une taxe déguisée sur l'automobile, taxe d'autant plus injuste qu'elle frappe l'automobile instrument de travail et ne s'applique pas à l'automobile de luxe ?

2° Je suis locataire d'une maison pour un prix... suivant un bail qui m'a été consenti en 1919 au tarif de l'époque, bail qui a été enregistré au moment voulu ; or le contrôleur des contributions établit ma patente sur la base d'un loyer double de celui que je paye.

Cette façon de faire un paraît tout à fait illégale, c'est l'avis de personnes compétentes qui me conseillèrent d'aller trouver le contrôleur, ce que je fis ; celui-ci refuse de faire droit à ma demande. Que dois-je faire ? Une personnalité de l'administration des contributions directes m'engage à porter le différend devant le Conseil de préfecture, m'assurant que j'obtiendrai gain de cause. Est-ce votre avis ?

Dr Z.

Réponse.

1° La patente est régulièrement établie sur la valeur locative du garage de votre automobile. Le droit ainsi déterminé est tout à fait différent de la taxe spéciale (du ressort des contributions indirectes) que vous payez pour votre voiture.

2° Le contrôleur doit tenir compte de la valeur locative stipulée dans le bail. Vous devez adresser une pétition, sur papier timbré, au Préfet de votre département pour demander la réduction de l'imposition excessive.

A.M.

3111. — Taxe en cas de vente d'une auto d'occasion.

Je vous serais reconnaissant de me répéter un renseignement déjà paru, je crois.

Je vends une vieille voiture automobile que je possède. Suis-je tenu de donner un reçu et portant quels timbres de quittance ?

Dr P.

(Voir la suite page LI 381)

PROPOS DU JOUR

La publicité médicale.
Au sujet des affiches concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Nous pensons, avec beaucoup d'autres, que le médecin doit être de son époque et qu'on ne saurait lui reprocher une publicité de bon aloi, surtout aujourd'hui que la publicité est devenue la reine du monde. Mais ici comme ailleurs, il y a la manière et nous ne doutons pas que si un Conseil de l'Ordre des médecins était institué, comme le désirent beaucoup de nos amis et non des moindres, il serait soumis à une rude épreuve pour prononcer un jugement en matière de publicité médicale.

Nous avons fait, il y a quelques mois, ressortir le discrédit où était tombée la publicité des vespasiennes et comment cette déconsidération pouvait rejaillir sur les œuvres prophylactiques qui ont cru pouvoir (à tort à notre avis) bénéficier des succès que les charlatans ont retirés de cette même publicité. Le voisinage immédiat d'annonces médicales sérieuses avec certaines autres affiches d'un genre absolument différent peut provoquer un sentiment pénible chez de nombreux médecins et, ce qui est plus sérieux, créer dans le public de regrettables confusions qui servent les aigrefins et desservent les hommes les plus corrects et les plus estimés.

En voici un exemple :

Un confrère du Xe arrondissement nous écrit :

« Ce matin au cours de mes visites, je passe boulevard de la Chapelle. Sur un grand mur, de nombreuses affiches attirent mon regard : théâtres, cinémas, lotissement de terrains, et... publicité médicale.

« Je lis sur de grands placards : Chimio-clinique de ... n° x, boulevard de ..., maladies du sang, de la peau, des voies urinaires, maladies des femmes, etc., etc. (je passe sur le boniment bien connu). Salon pour dames. Prix modérés.

« Cette affiche est collée à plusieurs exemplaires juxtaposés.

« Immédiatement au-dessous, j'aperçois des affiches de dimensions plus modestes :

« *Hôpital A* — Service du Dr Z. (suit une annonce de cours avec la liste d'une pléiade d'assistants, anciens internes du service).

« *Hôpital B.* — D^r^ Y, médecin en chef (suit l'énoncé d'une série de termes techniques désignant les maladies qui seront soignées.)

« Et à la queue leu leu toute une série d'affiches de ce genre.

« Survint un de mes confrères du quartier qui s'arrêta pour regarder comme moi et me demanda, d'un ton goguenard, quelle différence j'établissais entre les deux publicités ?

« J'en trouvais une dans le format des affiches, dans la rédaction des secondes, dont les termes techniques étaient moins compréhensibles pour le public. Mais le sourire ironique du confrère qui m'avait posé la question, me faisait comprendre qu'il attendait de moi une tout autre réponse.

« Vous, au *Concours médical*, qui êtes au courant de toutes les questions professionnelles et déontologiques, pourrez-vous m'expliquer la différence que mon confrère paraissait rechercher entre les deux genres d'affiches médicales ? »

Dr M.P.

Nous répondrons à la question du Dr M.P. que, si nous avons trouvé déplacées les affiches prophylactiques dans les vespasiennes, nous trouvons déplorable le voisinage de la publicité de cliniques louches et des annonces sérieuses des cours et des consultations de nos maîtres des Hôpitaux. Nous ne sommes pas du tout offusqué que le professeur Un tel, ou le chef de service Un tel fassent savoir par voie d'affiches qu'ils ont ouvert dans leurs services une consultation pour soigner telle ou telle maladie, ou qu'ils ont l'intention de faire des conférences publiques ou privées, gratuites ou payantes, sur tel ou tel sujet. A notre avis, cette publicité, faite en toute franchise, est de bon aloi. Elle ne trompe personne, ni le public, ni le médecin, ni l'étudiant.

Nous demanderons toutefois à nos maîtres la réciprocité ; c'est de ne pas considérer comme un farceur ou un charlatan le médecin, non titré ou moins titré, qui, avec la même loyauté, la même simplicité et la même franchise, userait des mêmes moyens de publicité.

Mais, étant donné l'état de nos mœurs, de nos

habitudes et de nos usages, qui ne peuvent pas se modifier en quelques jours, malgré leur illogisme, nous déplorons le voisinage de l'affiche de la clinique louche et de celle des consultations hospitalières. Sans doute la première ne déconsidèrera pas la seconde, mais ce qui est infiniment plus fâcheux pour nous médecins et plus dangereux pour le public, c'est que la seconde conférera à la première, par le seul fait de son voisinage, une sorte de brevet d'honorabilité. Certes, aucun médecin parisien ne s'y trompera, la lettre de notre confrère pince-sans-rire en est la preuve. Mais le public, même instruit, ne saura faire la différence.

Aussi nous conclurons : qu'en attendant que l'affichage médical soit tout à fait acclimaté en France et à Paris (ce qui n'est pas), les médecins honorables, et surtout nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, veuillent bien veiller aux murs sur lesquels on appose leurs affiches et tâchent dans la mesure du possible d'éviter des promiscuités fâcheuses qui donnent l'impression pénible d'un galant homme ou d'une honnête femme qui se seraient fourvoyés dans un mauvais lieu.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA GRIPPE

Par le médecin-major de 2e cl. André Verdeau,
du Laboratoire de vaccination antityphoïdique de l'Armée.

Nous ne pouvons actuellement donner de la grippe une définition d'une exactitude absolue. C'est incontestablement une maladie infectieuse mais, comme aucun des germes jusqu'ici décrits n'a fourni sa preuve, nous manquons d'une base pour la délimitation précise de la maladie.

C'est une maladie *infectieuse* épidémique, et à un degré tel que, dans certains cas, on peut vraiment la qualifier de *pandémique*.

Dans ses formes pures, elle est essentiellement caractérisée par la fièvre, la courbature, la dépression générale des forces et, le plus souvent, un catarrhe des voies respiratoires supérieures.

La grippe est, d'autre part, riche en complications pleuro-pulmonaires causées surtout par le streptocoque et le pneumocoque. Ces complications sont elles-mêmes transmissibles non seulement aux grippés mais encore à des sujets indemnes de grippe. Issues d'une grippe légitime, elles peuvent donc se développer et s'épidémiser pour leur propre compte et créer, par la suite, des épidémies indépendantes.

La grippe est grave aussi en ce qu'elle fait partie du groupe des maladies anergisantes. Quelle que soit l'explication que l'on donne de ce phénomène, il est certain qu'il existe, chez les grippés, ainsi que Debré et Lereboullet l'ont constaté, une diminution de résistance de l'organisme à l'égard de la tuberculose. La cuti-réaction est faible ou nulle chez les grippés récents. Cet état d'anergie existerait également à l'égard de la vaccine.

En somme, la grippe semble paralyser toutes les défenses de l'organisme, ce qui favorise singulièrement les infections secondaires qui jouent un rôle capital dans les complications.

Historique.

En raison de sa grande diffusion, la pandémie grippale a, de tout temps, attiré l'attention non seulement des médecins, mais encore des annalistes et des historiens. Après une critique sérieuse des faits, les nombreuses relations de *fièvre catarrhale* paraissent ressortir à la pandémie grippale. C'est surtout à partir du moyen âge que l'on commence à décrire cette affection ; sur les épidémies plus anciennes peu de renseignements nous sont parvenus. Signalée au XVe siècle en Italie et en France, où elle avait atteint les 9/10es de la population de Montpellier, la première grande pandémie est celle de 1580 étudiée par Baillou.

Le XVIIe et le XVIIIe siècles virent se produire de nombreuses épidémies de grippes. L'épidémie de 1782, débutant à Saint-Pétersbourg, fut sans doute la plus importante du siècle. Elle s'étendit non seulement à l'Europe, mais aussi au nord de l'Asie et de l'Amérique. Elle fut désignée sous le nom de « catarrhe russe » en Europe, « catarrhe chinois », en Russie. L'épidémie de

1837 fut la dernière pandémie grippale avant celle de 1889. Depuis cette époque, les épidémies constatées étaient toutes restées localisées et la grippe s'effaçant de la mémoire des médecins, qui ne pensaient plus à la diffusion et à la gravité des pandémies grippales, on s'explique la surprise qui accueillit l'épidémie de 1889.

En somme, c'est seulement avec l'épidémie de 1889 que commence l'étude épidémiologique de la grippe.

Marche des épidémies.

Une épidémie de grippe se déplace toujours d'est en ouest, d'où l'hypothèse d'un foyer endémique dans les régions du centre de l'Europe ou sur les plateaux du Turkestan ou en Chine ; dans des régions, en tout cas, ayant peu de contacts avec le reste du monde et d'où la grippe partirait dès qu'elle trouverait des causes favorisantes aidant à sa diffusion. Cette propagation d'Est en ouest a paru en défaut lors de la dernière épidémie de 1918. On a pu croire à cette époque que le foyer initial résidait en Espagne. C'est une erreur qui est née de la publicité immédiate dont a bénéficié l'épidémie espagnole, alors que les puissances en guerre dissimulaient, d'une part, leurs épidémies et ne pouvaient d'autre part, donner sur l'épidémie en cours que des résultats tardifs et incomplets.

La rapidité d'extension du fléau rend l'étude de la marche des épidémies extrêmement difficile en Europe ; on ne peut qu'en dégager les grandes lignes. C'est ce qu'a tenté Pottevin pour l'épidémie de 1918 dans son rapport publié par l'Office International d'Hygiène publique.

Pottevin considère :

1° Que la grippe est d'abord apparue en Chine et aux Etats -Unis d'Amérique en mars et avril 1918.

2° En Europe, elle déferle par *trois vagues.*

A. — *Vague verno-estivale*, avril-juillet 1918, dont le nombre de cas est extrêmement élevé. L'armée française est atteinte, mais l'épidémie n'offre pas un caractère de gravité, les indisponibilités sont de courte durée, il n'y a pas de décès.

B. — *Vague automnale*, octobre et novembre 1918.

Caractérisée par sa grande diffusion, la progression est universelle mais plus lente ; la gravité, par contre, est très augmentée, la mortalité est sévère, « les pays qui la virent passer au printemps eurent de la peine à reconnaître la grippe sous sa forme meurtrière. »

Ces deux vagues se ressemblent si peu que l'opinion publique et même les milieux médicaux ont fait intervenir des causes différentes. L'effet moral de ce fléau si généralisé et si meurtrier fut tel que les hypothèses les plus absurdes furent émises touchant la cause de l'épidémie.

On a d'abord considéré cette nouvelle vague de grippe comme « une maladie étrange et nouvelle » et l'étonnement du corps médical rappelait, à 100 ans d'intervalle, celui des médecins bordelais devant l'épidémie de méningite cérébro-spinale de 1837.

Cette maladie nouvelle fut appelée « grippe espagnole » et cette étiquette tendait moins à attribuer à la maladie une spécificité géographique qu'à créer une nouvelle entité nosologique. Nous avons dit la cause véritable de cette appellation ; en fait, l'Espagne fut atteinte postérieurement à la France.

D'aucuns ont voulu voir dans cette deuxième vague une maladie exotique importée par les troupes noires. La *dengue* fut mise à contribution, ce n'était pas la première fois ; déjà, en 1889, on avait considéré un moment que l'épidémie de grippe était due à des cas de dengue importée du Levant. La confusion fut possible au début pour des cas bénins, mais dès qu'apparurent les complications, il fallut bien convenir que la dengue n'était pas en cause. L'incubation si différente pour les deux affections le montrait sans aucun doute : elle est de 24 heures pour la grippe, de 4 jours pour la dengue. Celle-ci sévit exclusivement en été, celle-là peut apparaître au cours de l'année tout entière.

C. — *Vague hivernale*, janvier et février 1919. L'allure générale de l'épidémie est moins grave, son extension plus limitée.

L'épidémie a pratiquement disparu au printemps de 1919 dans certaines de nos colonies ; cependant, en Indo-chine par exemple, on a pu observer des foyers tardifs.

Si l'étude analytique d'une épidémie de grippe est difficile en Europe, elle peut être faite dans les Colonies. Kelsch a étudié l'épidémie en 1889 en Algérie, Gouzien celle de 1918, dans nos possessions africaines. Dans ces pays, la maladie peut être suivie dès son importation par voie maritime.

La première des trois vagues observées en Europe n'arriva pas jusqu'aux colonies, la troisième, par contre, se prolongea jusqu'en 1920. La réceptivité très grande des Asiatiques et des Africains au pneumocoque justifie non seulement la grande extension prise par la grippe dans ces pays, mais surtout la fréquence des complications pulmonaires.

Gouzien, dans cette marche de l'épidémie, distingue trois *cycles*.

a) *Un cycle local* qui dure cinq à six semaines, qui constitue une véritable explosion épidémique ; tout le monde est atteint.

b) *Un cycle régional* au cours duquel l'épidémie progresse à la vitesse du mode de locomotion en

usage dans le pays : 30 km. par jour au Cameroun, le long des pistes ; progression plus rapide à Madagascar, grâce au chemin de fer.

Chaque malade de passage est une étincelle qui allume un foyer là où elle touche, déterminant autant de nouveaux cycles locaux de 5 à 6 semaines.

c) *Cycle total* qui comprend du moment où les cycles régionaux ont irradié dans plusieurs directions ; toute la colonie est atteinte en un temps qui varie avec son étendue ; la capitale une fois atteinte, essaime sur toutes les routes.

On voit que si l'épidémiologie de la grippe est très confuse en Europe, elle est très précise dans les colonies et le maximum de précision est atteint dans les îles. Citons pour exemple l'île de Madagascar contaminée par le vapeur *Madonna* qui, « par un ricochet fatal » (Gouzien), l'introduit successivement à Diégo-Suarez et à Tamatave. Ces deux foyers, continuant leur action, vont embraser toute l'île.

En résumé, la grippe se caractérise d'abord par un foyer primitif d'origine inconnue. Sa propagation est périodique, à intervalles irréguliers, d'est en ouest pour l'Europe, irrégulière aussi et conditionnée par l'importation par les navires pour les pays maritimes et dans les colonies. Sa propagation est si rapide que Gouzien l'a comparée à « un feu de brousse » qui brûle tout sur son passage et ne s'arrête que devant les éléments ininflammables. Les éléments ininflammables sont, en l'occurence, les *organes immunisés.*

Immunité dans la grippe.

La question fut, au début, très controversée ; les auteurs sont actuellement d'accord : une atteinte de grippe épidémique immunise. La confusion du début est née de l'imprécision même du syndrome grippal et de l'assimilation à la grippe épidémique de cas sporadiques de « grippe banale », affection indéterminée qui groupe sous son étiquette tous les diagnostics incertains.

L'épidémie de 1918 a montré l'immunité des personnes âgées, immunité due à des atteintes subies lors de la pandémie de 1889-90. Au cours de cette épidémie de 1918, on a vu, dans l'armée, et l'exemple cité par Lemierre et Raymond est caractéristique, que les groupes fortement atteints lors de la première vague, étaient relativement épargnés lors de la dernière poussée, pourtant plus sévère.

L'immunité grippale explique la périodicité des épidémies, elle explique, comme pour la rougeole, l'évolution multi-annuelle de la grippe qui doit attendre, pour sévir de nouveau, non seulement des causes favorisantes, mais encore ce matériel humain non infecté que constituent les générations nouvelles.

La *morbidité* est très intense et constante dans toutes les épidémies, elle a été évaluée à 300 pour 1.000 par Kelsch, en 1889 ; en 1918, on peut affirmer que, si l'on admet les cas frustes, bien peu d'individus réceptifs y ont échappé.

La *mortalité* est très variable suivant les épidémies et suivant les explosions successives d'une même épidémie. Le virus grippal, d'ailleurs, n'est pas le seul responsable des décès. Les complications pulmonaires interviennent pour donner à telle ou telle épidémie un caractère de plus ou moins grande gravité ; en 1889, la forme pneumonique ne sévit que sous forme d'îlot ; en 1918, on a pu la constater dans le monde entier ; nous avons vu également que pour la seule épidémie de 1918, les deux premières vagues ont été nettement différentes quant à la mortalité.

Etiologie.

Deux hypothèses se sont longtemps partagé la conception étiologique de la grippe.

L'une la considère comme une maladie réellement individualisée et spécifique, l'autre la rattache plus simplement à l'infection banale de l'appareil respiratoire par l'un des agents pathogènes qui vivent très souvent à l'état normal dans les fosses nasales et le pharynx : streptocoques et pneumocoques. Pour les uns, la grippe est une entité morbide conditionnée par un facteur spécial encore inconnu ; pour les autres, c'est la manifestation tantôt bénigne, tantôt sévère de la localisation sur l'arbre aérien de l'un des microbes précités.

Il ne semble plus douteux aujourd'hui que la grippe n'est pas la détermination banale d'un microbe connu facile à isoler.

La grippe est donc assez difficile à caractériser cliniquement ; recherchons si, dans l'étude des causes favorisantes et déterminantes, nous trouvons les éléments d'une prophylaxie rationnelle.

Causes favorisantes.

Les causes favorisantes sont les premières et les plus anciennement étudiées, c'est à leur étude que se limitait l'épidémiologie avant l'ère bactériologique.

Dans toutes les épidémies historiques, les auteurs ont particulièrement insisté sur les *facteurs météorologiques*, ces « occulta influencia cœli » derrière qui se devine le fameux « génie épidémique » qui semble diriger d'une façon obscure et toute puissante l'évolution de l'épidémie. L'épidémie de Saint-Pétersbourg en 1782 aurait été précédée d'une brusque élévation thermique à 10°.

Plus récemment L. Teissier, dans son enquête sur l'épidémie de 1889, a rassemblé de nombreux faits analogues, et les travaux de Trillat ont fourni le moyen de concilier ces données de la vieille pathogénie hippocratique sur l'influence de l'air, des eaux et des lieux sur le déve-

loppement des maladies avec les découvertes les plus modernes de la bactériologie.

D'après TRILLAT, l'atmosphère renferme en suspension des gouttelettes de vapeur d'eau où peuvent vivre des organismes microscopiques pathogènes et dont la virulence serait influencée par les divers facteurs météorologiques : température, état électrique, présence de gaz, etc... Ainsi pourrait se trouver expliquée la contagion atmosphérique et la diffusion extrême des épidémies grippales. S'il est assez difficile de raisonner sur le germe encore inconnu de la grippe, de pareilles influences peuvent être invoquées et seraient même démontrées pour les microbes des complications les plus fréquentes et notamment pour le pneumocoque. Cependant, il faut reconnaître que si de grandes oscillations de température ont précédé certaines épidémies grippales, ces épidémies paraissaient le plus souvent indépendantes et des variations thermiques et des influences saisonnières ; ce qui est l'inverse pour les grippes sporadiques qui se voient surtout dans les saisons froides et humides et aux époques où les variations thermiques sont plus ou moins intenses.

Causes prédisposantes.

Ces causes, tenant à l'état des sujets, sont de peu d'importance ; l'épidémie frappe en masse toute la population, la grippe rencontre peu de réfractaires.

L'encombrement semble développer les épidémies de grippe et favoriser les formes graves ; cependant GRAVES signale, à propos de l'épidémie de 1889, que les quartiers riches ont eu la même mortalité.

Existe-t-il des conditions favorisant la résistance à la grippe ?

On a prétendu que la créosote, la quinine préventive auraient protégé certaines régions. Il n'y a là rien de sérieux, seule une atteinte antérieure immunise l'organisme.

La cause déterminante : le virus grippal.

Les recherches bactériologiques sur le virus de la grippe ont été inaugurées par PFEIFFER en 1893. A l'heure actuelle, on peut dire qu'elles n'ont pas réussi à mettre en évidence un germe spécifiquee ; lles n'ont qu'un intérêt pratique, c'est leur utilité dans la prophylaxie des complications.

Les microbes les plus variés ont été décrits dans les crachats, le mucus rhino-pharyngé, au niveau des lésions pulmonaires : micrococcus catarrhalis, streptocoques, pneumocoques, spirochètes même. Il est manifeste qu'à l'heure actuelle aucun de ces germes n'a fait sa preuve.

Le bacille de Pfeiffer découvert au cours de l'épidémie de 1889-90 mérite une mention spéciale car il fut longtemps considéré comme l'agent de la grippe et qui prétendait à rien moins qu'à différencier la grippe épidémique de la grippe banale.

Les recherches de contrôle entreprises dès l'isolement de ce germe ne tardèrent pas à démontrer qu'il existait aussi dans les affections pulmonaires banales, dans la coqueluche. La présence dans la gorge des sujets sains n'était pas une preuve certaine de banalité, les porteurs de germes pouvaient exister pour la grippe comme pour les autres maladies infectieuses. La question paraissait jugée : le bacille de Pfeiffer n'était pas l'agent infectieux de la grippe épidémique lorsque l'épidémie de 1918 remit la question à l'ordre du jour.

Au cours de cette épidémie, le bacille de Pfeiffer est signalé dans la gorge des grippés, dans les crachats, dan s le pus des pleurésies, dans le sang par ORTICONI, dans l'urine par DUJARRIC. Il fut plus fréquemment rencontré dans la deuxième vague que dans la première.

A la suite de ces travaux, deux thèses s'opposent immédiatement.

A. — *Le bacille de Pfeiffer est l'agent spécifique de la grippe.*

A l'appui de cette thèse, certains montrent le pouvoir agglutinant du sang des grippés et BLAKE et CECIL, l'inoculant au singe, reproduisent des lésions pulmonaires congestives qui ressemblent à celles de la grippe.

B. — *Le bacille de Pfeiffer n'est pas l'agent spécifique, ce n'est qu'un des agents des complications.*

Ce germe serait l'hôte banal des voies respiratoires que l'on retrouverait dans des affections non grippales ; les agglutinines, d'autre part, se retrouveraient dans le sang des malades autres que les grippés. Pour démontrer l'innocuité du bacille de Pfeiffer, des auteurs américains réalisèrent l'expérience suivante :

Cent individus furent badigeonnés avec des cultures du bacille de Pfeiffer au niveau du rhinopharynx. Aucun ne contracta la grippe. Il est vrai qu'il s'agissait d'hommes adultes et que l'on peut objecter qu'il n'est pas démontré qu'ils étaient bien réceptifs, une atteinte antérieure avait pu les immuniser.

Que conclure ? Le bacille de Pfeiffer n'est vraisemblablement pas l'agent spécifique, mais on ne peut qu'être frappé par les expériences de BLAKE et CECIL chez le singe, chez qui le germe provoque des lésions si intensément congestives, des morts rapides de la grippe.

Après cette épidémie de 1918, on admettait généralement que le bacille de Pfeiffer était, sans doute, *le premier agent des complications* qui se glisse à la suite du virus inconnu.

La question restait donc entière lorsque furent publiés les résultats d'expériences qui semblent nous rapprocher du but à atteindre.

Le virus filtrant de la grippe :

C'est SELTER qui, en Allemagne, semble avoir, le premier, pensé à la possibilité d'un virus filtrant. Son assistante et lui-même inhalent des vaporisations de filtrat de gargarismes et contractent tous deux une grippe légère.

A peu près à la même époque, DUJARRIC DE LA RIVIERE s'injecte sous la peau 4 cmc. de sang de grippé filtré. Après 4 quatre jours d'incubation, il présente les symptômes d'une grippe simple.

NICOLLE et LEBAILLY montrent :

a) Que l'expectoration totale est virulente pour le singe ;

b) Ils réalisent l'infection de deux personnes par inoculation sous-cutanée du filtrat de l'expectoration des malades. Le résultat est négatif par inoculation intraveineuse.

YAMANOUCHI, TWASHIMA et SAKALAMI auraient obtenu les mêmes résultats. Ils infectent huit sujets avec le filtrat de produits naso-pharyngés par la voie sous-cutanée et l'inhalation. Enfin BRADFORT, BASHFORD et WILSON décrivent un micro-organisme très petit, 0, 1 à 0,5, prenant le Gram et passant à travers les plus fines bougies Berkefeld ; le germe est isolé dans le sang, les crachats, le liquide céphalo-rachidien ; inoculé aux animaux, il provoque des lésions congestives intenses et de la pneumonie.

Ces expériences étaient intéressantes, mais encore insuffisamment démonstratives. Personne n'avait encore manié le virus inconnu, comme LEVADITI et MANIER ont manié le virus de l'encéphalite.

Vinrent enfin les travaux d'OLITZKY et GATES dont la première série remonte à 1921.

OLITZKI et GATES, du Rockfeller Institute, démontrent que le véritable agent causal de la grippe est un très petit bacille strictement anaérobie qui traverse les bougies Berkefeld. Ce germe est isolé dans des eaux de lavage du naso-pharynx dans les trente-six premières heures de la maladie. Ils l'appellent le *Bacterium pneumosintes*. Il se cultive en liquide d'ascite additionné de rein frais de lapin et placé sous huile de vaseline. Après quelques repiquages, on peut le cultiver dans du bouillon peptoné à 1 % additionné de sang défibriné ou de tissus végétaux frais. A noter que le bacterium pneumosintes pousse facilement en symbiose avec le pneumocoque, le streptocoque, le bacille de Pfeiffer ; *on l'en sépare par filtration sur bougie.* Le bouillon stérilisé à 100° et ensemencé d'emblée avec le Bacterium pneumosintes ne permet pas la culture ; il y faut un élément indispensable fourni, soit par l'addition de tissus frais, soit par un colibacille ou un entericus, le pneumosintes se développant parfaitement dans les cultures de ces germes.

Reproduction expérimentale de la maladie chez le lapin. — L'inoculation par voie intratrachéale provoque chez le lapin une grippe bénigne. Si à cette inoculation intratrachéale, on ajoute une inoculation intraveineuse, on obtient des foyers pulmonaires avec hépatisation.

La maladie expérimentale immunise le lapin à la fois contre l'inoculation de cultures et contre l'inoculation du virus de passage présent dans le tissu pulmonaire ; il y a donc identité de virus.

Cette maladie expérimentale fait également apparaître des agglutinines, des précipitines et des sensibilisatrices dans le sang des sujets immunisés.

Vaccination. — Les cultures chauffées une demi-heure à 56-60° protègent le lapin contre l'inoculation soit de cultures vivantes, soit de produits de broyage de poumon infecté.

L'épidémie de New-York de 1922 a permis à OLITZKI et GATES d'isoler à nouveau le *Bacterium pneumosintes.* Les échantillons étaient en tous points identiques à ceux de 1918-1919 : ils ont pu être agglutinés par des sérums préparés avec des souches de 1918.

Signalons enfin que le microbe a été vu dans des coupes de poumon de lapin inoculé.

OLITZKI et GATES ont apporté un tel faisceau de preuves que l'étude bactériologique de la grippe ne semble plus devoir comporter que la confirmation ou l'extension de leurs recherches.

Comment s'exerce la dissémination du germe de la grippe ?

Comment se fait celle des microbes qui lui sont si souvent associés ?

Les travaux de NICOLLE et LEBAILLY ont montré que ce sont les sécrétions nasales, pharyngées, broncho-pulmonaires qui recèlent l'agent pathogène de la grippe. Le mucus nasal, la salive,les crachats sont donc les facteurs de transmission de ce virus. Le virus suit le sort des sécrétions et des crachats des grippés, il va là où vont ces sécrétions, c'est-à-dire dans l'air à l'occasion de la toux, de l'éternuement, de l'acte de parler, ainsi que sur les mouchoirs, le linge, les draps, les vêtements, à la surface du sol, des planchers.

L'homme est donc le véhicule essentiel du germe de la grippe, et ce dernier procède uniquement de lui.

La contagion peut être directe (poignées de main, acte d'embrasser) ou indirecte, soit par l'air, soit par l'intermédiaire des objets.

C'est la contagion aérienne par projection de poussières infectées émanées du tousseur qui doit presque toujours être incriminée.

Le malade qui tousse, qui éternue, s'entoure, en effet, d'une atmosphère microbienne que l'on peut mettre en évidence en plaçant devant lui, à des distances variables, des plaques de cultures. Tout sujet sain qui respire dans cette zone infectieuse s'expose à l'action nocive du contage. Le contage inhalé se dépose initialement sur les conjonctives, dans les fosses nasales, dans le

rhino-pharynx, et l'on conçoit combien la contamination de ces régions est facile en parlant, en riant devant un malade.

Le grippé est contagieux pendant toute la période d'incubation, qui est très brève, et reste tel pendant toute la durée de la maladie. Les microbes d'association ne se propagent pas autrement que le virus grippal.

Prophylaxie

Une notion domine toute l'épidémiologie de la grippe : le foyer infectieux qui se trouve à l'origine de toute contagion, de toute extériorisation du germe spécifique, c'est le malade, c'est le grippé. C'est de cette notion fondamentale que doit s'inspirer toute la prophylaxie collective et individuelle destinée à lutter contre l'influenza. Elle devra donc tendre à préserver les sujets sains du contact infectieux, à empêcher les malades de nuire en les isolant et en stérilisant la graine virulente qu'ils émettent au dehors à tout moment ; on doit y joindre le dépistage clinique des atteintes avérées et frustes qui seul permet de déceler le foyer infectieux au développement duquel il convient de s'opposer ; enfin, il ne faut pas omettre de mettre l'organisme en état de se défendre contre l'envahisseur d'où :

Prophylaxie des causes favorisantes ;
Prophylaxie anti-infectieuse.

Prophylaxie des causes favorisantes.

Elle a son importance pour arriver à conserver à l'organisme toute sa résistance. Elle consiste dans l'observation journalière des méthodes habituelles d'hygiène.

Hygiène corporelle : Propreté des mains, du visage, antisepsie de la bouche ; les gargarismes seront utilisés pour éviter l'angine qui créerait une porte d'entrée au virus grippal.

Hygiène du vêtement : pour éviter les refroidissements.

Hygiène de l'habitation : Veiller au danger du surpeuplement qui multiplie les contacts, assurer la propreté des locaux habités, éviter le balayage à sec qui dissémine les poussières virulentes, éviter de surchauffer les locaux d'habitation.

Prophylaxie antimicrobienne.

A. **Prophylaxie à la ville.** — « Eviter le contact avec les malades », formule dont l'application intégrale est difficile. Dans la vie courante, les mesures permettant d'éviter le contact avec les malades sont assez restreintes. S'abstenir de toute visite à des grippés, de fréquenter les établissements publics, les théâtres, les cinémas, les grands magasins ; renoncer autant que possible à emprunter les moyens omnibus de locomotion, chemin de fer, métros, etc.

L'isolement du malade s'impose, mais « il ne faut pas attendre le malade, il faut le rechercher » : c'est dire l'importance qui s'attache au dépistage clinique des atteintes grippales frustes.

Ce dépistage doit être aussi précoce que possible. Les visites médicales systématiques permettront de dépister les nouveaux grippés dès le début de leur atteinte et de les soustraire aux groupements auxquels ils appartiennent ; c'est l'histoire de l'arrêt de la grippe dans les chambrées d'infirmiers de l'hôpital Pasteur par l'isolement des individus en apparence sains, mais présentant une élévation de température.

B. **Précautions individuelles.** — Redoubler de vigilance pour les mesures de propreté individuelle : utiliser l'huile goménolée matin et soir dans les fosses nasales et se gargariser fréquemment avec une solution de liqueur de Labarraque.

La désinfection du rhino-pharynx a fait l'objet de toute une série de travaux intéressants.

Grégor avait remarqué l'immunité relative d'ouvriers travaillant dans une atmosphère contenant certains gaz. L'examen bactériologique du rhino-pharynx de ces ouvriers montrant une diminution très nette, voire même une absence totale de germes, des expériences de contrôle furent faites sur des individus placés dans une atmosphère contenant du gaz sulfureux.

Grégor constate l'acidité des sécrétions rhino-pharyngées et pense que c'est cette acidité qui nuit au développement microbien.

En application de ces expériences, Cumpston a essayé en Australie de la désinfection en masse par le passage en chambres d'inhalation dans lesquelles étaient projetées des vapeurs désinfectantes.

Les résultats ont été décevants.

En France, des faits analogues concernant la préservation de certaines collectivités ont été observés dans les Landes, dans les usines où l'on travaille la gomme de pin, pour la fabrication de l'essence de térébenthine en particulier.

Le port d'un masque constitue une bonne mesure de préservation individuelle. Ce masque peut être uniquement constitué par plusieurs épaisseurs d'étoffe qui protègent contre les particules virulentes émises directement par le malade ou se trouvant en suspension dans l'atmosphère de la zone de contagion qui entoure chaque grippé. Sur cette mesure qui ne peut, évidemment, être de pratique courante, nous reviendrons à propos de la pratique hospitalière.

Désinfection de tous les objets, linge, mouchoirs, ustensiles de table, désinfection des locaux.

Prophylaxie hospitalière.

Elle présente une importance considérable, les hôpi aux sont de véritables centres d'infection d'où la contagion peut sortir pour contami-

◆◆◆

ner les milieux urbains ; la grippe peut, d'autre part, se propager de service à service.

L'isolement des grippés s'impose, mais doit être complété d'une mesure qui tendra à empêcher la dissémination des complications : séparation dans des locaux différents des grippes simples et des grippes compliquées. Il faudrait même réaliser un isolement basé sur la bactériologie des complications : pneumocoques, streptocoques, bacilles de Pfeiffer. Ces isolements successifs seraient évidemment simplifiés par l'isolement individuel des malades, mais de pareilles exigences prophylactiques se heurtent à des difficultés matérielles insurmontables, le groupement des grippes compliquées étant irréalisable dans la pratique. On peut résoudre en partie le problème en instituant entre chaque lit une séparation par des paravents ou même simplement des draps de lit suspendus sur des fils de fer. Les visites aux malades seront rigoureusement interdites.

Quelle doit être la durée de l'isolement ?

Nous manquons de données précises sur la durée de la contagion, sur la survie du virus après la disparition des phénomènes aigus de la grippe.

Certains auteurs ont attribué l'importation de la grippe à l'arrivée d'un convalescent ; d'autres, comme Louis MARTIN ont constaté qu'on pouvait impunément mêler les convalescents de grippe avec d'autres convalescents.

Il faut attendre des précisions, mais d'ores et déjà on peut affirmer la nécessité, en ce qui concerne les grippes compliquées, de prolonger la durée de leur isolement. Les germes tels que le pneumocoques sont, en général, plus résistants que le virus grippal.

Enfin, on réservera pour le traitement des grippés, un personnel spécial qui doit acquérir pour les questions de désinfection personnelle une discipline analogue à celle que s'imposent les chirurgiens. Dans les salles, le port du masque sera obligatoire. Les masques ont été utilisés en Amérique, en Angleterre, en France.

VINCENT et LOCHON ont proposé une cagoule adaptée sur une carcasse métallique légère.

Vaccination préventive. — L'épidémie de 1918-1919 a suscité d'assez nombreux travaux qui se sont donné pour objet de préparer un vaccin préventif contre la grippe. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'obtenir un vaccin antigrippal pur ; les recherches de NICOLLE et LEBAILLY n'ont pas éclairci le problème puisque le virus n'a pu être cultivé. On s'est alors borné à la préparation d'un vaccin polyvalent dans la composition duquel entraient les divers germes des complications secondaires. Le but est différent, on tend moins à immuniser contre la grippe qu'à diminuer la mortalité générale de la maladie.

Le *vaccin de* ROSENOW *et* STURDEVANT était composé de :

Pneumocoques I	= 500	millions par cmc.
Pneumocoques II	= 750	—
Pneumocoques III	= 500	—
Strepto. hémolytiques	= 1.000	—
Pfeiffer	= 500	—
Staphylo.	= 500	—

On pratiquait trois injections à 5 jours d'intervalle.

Les différentes statistiques montrent que la mortalité chez les vaccinés serait environ du cinquième de la mortalité chez les non vaccinés.

En Angleterre, on utilisa d'abord un vaccin faible dont la formule fut d'ailleurs vivement critiquée en raison de la timidité qui fut manifestée dans la fixation des doses. Il comprenait :

Pneumocoques...	200	millions par cent. cube
Streptocoques....	80	—
Pfeiffer.........	60	—

Ultérieurement le vaccin d'Etat fut renforcé.

Pneumocoques...	200	millions
Streptocoques....	80	—
Pfeiffer.........	400	—

La vaccination fut également tentée *en Australie,* en Nouvelle-Zélande, aux îles Samoa.

De toutes ces expériences, il ressort que la vaccination a diminué la mortalité dans des proportions très notables mais, contrairement à l'opinion que l'on peut se faire de la non spécificité de la méthode, la morbidité a subi, sous son influence, une diminution importante.

On ne peut attribuer ce pouvoir à la présence du bacille de Pfeiffer dans les vaccins puisque la spécificité de ce genre a dû être écartée. La raison de ce phénomène peut être cherchée dans la confusion souvent commise entre les grippes compliquées et les broncho-pneumonies ou pneumonies qui, nées de la grippe, se propagent et s'épidémisent pour leur propre compte. On comprend alors qu'un vaccin renfermant du streptocoque et du pneumocoque puisse atténuer la morbidité non de la grippe, mais des affections satellites avec lesquelles elle est souvent confondue.

Mesures de prophylaxie collective.

Ces mesures sont destinées à protéger de la grippe des agglomérations de plus ou moins grande importance. L'immunité dont ont bénéficié certains établissements fermés est une preuve démonstrative de l'efficacité de l'isolement dans lequel ils se sont trouvés vis-à-vis du reste de la population.

Déjà en 1889, les murs de certains couvents, des prisons, ont réussi à servir de barrière, tran-

sitoire ou permanente, à l'importation du virus jusqu'au jour où une circonstance accidentelle venait la rompre.

L'épidémie de 1918-1919 a permis d'observer des faits de même ordre : l'asile d'aliénés de Saint-Paul, à La Réunion, complètement isolé de la population civile et sans communications extérieures pendant les cinq semaines que dura l'épidémie, resta complètement indemne.

Aux Etats-Unis, un orphelinat resta sans présenter un seul cas alors que l'épidémie était à son apogée dans la région jusqu'au moment où le directeur de l'Etablissement atteint lui-même, revint à l'orphelinat et y apporta l'épidémie. Mais il faut que la fermeture soit hermétique et qu'aucune fissure ne permette l'importation ; la fugue en ville d'un seul malade à l'hôpital de Bangui a suffi pour infecter tout le personnel, malades et infirmiers.

S'inspirant d'un exemple heureux à Madagascar, le médecin inspecteur général Gouzien, préconise l'installation à l'entrée de tout centre important, la création, de lazarets improvisés où seraient reçus et soumis à une surveillance médicale tous les gens provenant des régions contaminées. Cette mesure, évidemment très efficace, ne trouve son application qu'aux colonies.

Dans les campagnes, la fermeture des écoles qui, en temps d'épidémie, constituent un centre important de diffusion, du fait qu'elles reçoivent des enfants de plusieurs villages, est à envisager.

En plusieurs circonstances, on s'est donné comme objectif d'empêcher la grippe d'envahir des territoires entiers. On a tenté d'établir des cordons sanitaires, barrières destinées à empêcher la contamination d'atteindre des régions jusque-là indemnes. A vrai dire, ces cordons n'ont donné que des résultats imparfaits.

« Il faudrait la muraille de Chine, dit Gouzien, pour arrêter une maladie à ce point contagieuse. »

Résultats obtenus par la prophylaxie maritime.

L'Australie ayant en 1913, présenté des taux de morbidité et mortalité supérieurs à ceux des années précédentes, les mesures suivantes furent prises :

Libre pratique pour les navires n'ayant présenté aucun cas de grippe en cours de route sauf pour ceux provenant de régions contaminées : Afrique du Sud, Nouvelle-Zélande.

Ces navires et ceux qui avaient présenté des cas de grippe en cours de route subissaient une mise en observation de sept jours.

Pendant cette période d'observation, la visite médicale était rigoureusement faite tous les jours, tous les sujets présentant une élévation de température étaient isolés.

Alors que, dans tous les autres pays, l'épidémie fut particulièrement sévère en octobre, novembre et décembre, la grippe n'apparut en Australie qu'en janvier et la mortalité fut très inférieure à celle des autres pays.

Un autre exemple à citer est celui de la *Nouvelle-Calédonie.* Tous les arrivants étaient isolés et visités dans l'îlot Freycinet la colonie fut à peine atteinte.

Il faut reconnaître que ces quarantaines ne peuvent être systématiquement ordonnées que dans des colonies et qu'elles ne sont pas d'une utilisation possible dans des pays comme la France et l'Angleterre où les ports sont nombreux et le trafic considérable.

Tous les efforts doivent être tentés pour mettre en œuvre les mesures qui viennent d'être exposées et qui se déduisent de nos connaissances, si imparfaites soient-elles, acquises au cours des dernières épidémies (la prophylaxie de la grippe n'est pas inexistante comme d'aucuns l'ont prétendu).

On ne peut se dissimuler les difficultés d'exécution : en raison de la rapidité d'extension de l'affection, l'hygiéniste est facilement débordé par la multiplicité des foyers à éteindre. C'est pour cela et surtout en raison du *foyer social* que la grippe constitue, qu'en certains pays, une véritable mobilisation sanitaire a été prévue en temps d'épidémie.

Si difficile que soit la réalisation de cette prophylaxie qui réclame, tant de l'hygiéniste que des pouvoirs publics, un gros effort, il convient de ne pas renoncer à la lutte et c'est dans ces circonstances qu'il faudra se souvenir de la formule de M. le professeur Vincent : « Les mesures prophylactiques doivent être appliquées avec *continuité*, avec *énergie*, avec le souci constant d'en assurer *effectivement* l'exécution. »

CLINIQUE UROLOGIQUE

L'exstrophie de la vessie.

D'après une leçon du professeur Legueu.

La question de l'exstrophie de la vessie ne peut être abordée sans angoisse, tant est terrible cette infirmité et si faibles sont encore les ressources dont dispose la science pour y apporter un soulagement. A vrai dire, c'est à peine de l'urologie, et c'est bien de la chirurgie. La question est confuse et complexe, terrible pour les malades qui en sont l'objet, et tout aussi redoutable pour les chirurgiens qui sont appelés à réparer cette difformité.

Voici des malades, les uns qui furent opérés, le dernier qui va être opéré. Ils sont tous pareils. Il s'agit d'une *exstrophie* de la vessie, c'est-à-dire que toute la vessie est à l'extérieur ; la paroi abdominale fait défaut au niveau de la vessie ; la paroi antérieure de la vessie fait défaut, et à la partie inférieure de l'abdomen, dans la région du pubis, au-dessous de la place de l'ombilic absent, au-dessous d'un tissu vaguement cicatriciel, est une grosse masse qui n'est autre que la muqueuse de la face postérieure de la vessie éversée à l'extérieur. Les deux uretères s'ouvrent au fond d'un infundibulum constitué par la saillie que fait en haut la muqueuse vésicale, en bas par la verge étalée, ouverte, en épispadias.

Dans le sexe féminin, l'exstrophie de la vessie se présente avec des caractères qui ne sont pas très différents de ceux qu'elle revêt chez les hommes.

Il est donc entendu que l'exstrophie de la vessie s'accompagne d'abord d'une éventration inférieure, c'est-à-dire que les muscles droits de l'abdomen, qui devraient se rejoindre sur la ligne médiane, sont écartés à droite et à gauche, laissant dans leur intervalle saillir la muqueuse vésicale. Il y a de plus un écartement plus ou moins considérable des deux pubis. A la malformation de la paroi abdominale et à celle du pubis fait suite un *épispadias*, c'est-à-dire que l'urètre est fendu sur sa paroi supérieure, il est étalé. Nouvelle complexité et nouvelle complication. Enfin, le sphincter vésical n'existe plus ou il est inexistant, parce que divisé, et il y a impossibilité de le reconstituer. Voilà les principaux éléments anatomiques qui dominent cette situation grave et même désespérée.

Quelles en sont les conséquences ? Lorsqu'un pauvre individu entre ainsi dans la vie, il y a pour lui deux inconvénients : c'est d'abord, l'*incontinence* et par conséquent l'irritation, l'ulcération ; puis, c'est l'incapacité génitale qui fait de l'individu une non valeur sociale au point de vue de la perpétuation de l'espèce. Si c'est une fille, elle peut encore avoir des enfants. On voit, de-ci, de-là, quelques cas de femmes ayant pu mener une grossesse, malgré cette terrible infirmité, mais c'est là une éventualité plutôt rare et sur laquelle il ne faut pas compter. Quant au mâle, l'état de sa verge, absente ou étalée, anéantit complètement sa valeur au point de vue génital. Le seul point de vue à considérer, par conséquent, chez lui, est purement individuel ; cette poche extériorisée, ulcérée, enflammée, lui cause de la douleur, de l'irritation, de l'ulcération au point qu'il est dans l'impossibilité de travailler. Tout le problème thérapeutique réside dans la question de l'*incontinence*.

Lorsqu'on aborde la question du *traitement*, on se trouve singulièrement embarrassé ; on se trouve en présence d'une série de moyens anciens et modernes qui semblent parfois le résultat d'idées extraordinaires. Ces procédés, qui peut-être contiennent en eux des éléments justes et raisonnables, ne reposent malheureusement sur aucune base solide, si bien que les auteurs se contentent généralement de les énumérer les uns à la suite des autres, ne pouvant en défendre aucun, car il n'y a pas dans ce fatras une seule méthode vraiment nette et bonne. Ce n'est pas la faute des chirurgiens, mais, c'est que la difformité qu'il s'agit de traiter dépasse véritablement nos compétences. En somme, il n'y a pas lieu de s'arrêter aux procédés anciens.

Les procédés nouveaux, nés dans ces dernières années, ont tous pour objectif fondamental, non pas de modifier l'état local, mais de tourner la difficulté. On ne cherche pas à supprimer la difformité, l'exstrophie, à remplacer la paroi antérieure de la vessie, mais à supprimer l'incontinence. C'est, en somme, la solution d'une question de sphinctérisation. Le sphincter vésical est supprimé ; il est impossible de le reconstituer sur place.

Comment faire ?

La première idée qu'on a eue, c'est la *dérivation des uretères*. En effet, c'est parce que les uretères sont ouverts à la peau et suintent constamment qu'il y a incontinence. Il y a longtemps que l'idée est venue de prendre les uretères et de les aboucher ailleurs, c'est-à-dire dans l'intestin. C'est ainsi qu'est né le vieux procédé de Lloyd.

L'implantation des uretères dans le gros intestin a, pour point de départ, une opinion peut-être erronée au point de vue physiologique ; on suppose que les uretères sont pourvus d'un sphincter protecteur au niveau de leur abouchement dans la vessie. En réalité, lorsqu'on fait l'abouchement d'un uretère isolé de la vessie dans l'intes-

tin, on abouche un orifice dépourvu de sphincter. Cet orifice ne peut pas se défendre contre l'ascension des microbes qui pullulent dans l'intestin ; ces microbes montent dans l'uretère vers le rein, ce qui a pour conséquence inéluctable la production d'une pyélonéphrite dans un délai de deux ou trois ans au maximum.

Cette pyélonéphrite ascendante ne laisse aucune chance de survie. Il fallait donc abandonner cette méthode, ou plutôt la perfectionner. On avait cru qu'en détachant un lambeau vésical, ou somme toute, l'ensemble du trigone comprenant les deux orifices urétéraux, puis en retournant ce lambeau et l'apportant dans l'intestin, l'orifice de chaque uretère possèderait son sphincter, si sphincter il y a ; toutefois, en admettant que ce sphincter soit apporté avec le lambeau vésical, il faut reconnaître que les nerfs ont été sectionnés ; on se demande par conséquent ce qu'il adviendra des fonctions de ce sphincter privé de ses éléments d'innervation. En somme, s'il n'y a pas de sphincter, il n'y a pas à compter sur un résultat favorable, et s'il y a un sphincter, ce résultat reste incertain, puisqu'on ne sait pas quelle sera l'innervation ultérieure. C'est d'ailleurs une opération assez compliquée. Les résultats en sont presque toujours mauvais. C'est une opération d'une haute gravité immédiate parce qu'elle comporte une grande laparotomie et l'ouverture du gros intestin sans coprostase au-dessus et au-dessous. Cette gravité immédiate est de 80 à 90 %.

Lorsqu'on veut faire, pour une exstrophie de la vessie, un minimum, c'est-à-dire l'implantation des uretères dans le gros intestin, on doit recourir tout simplement à l'implantation des uretères isolément, sans se préoccuper d'un sphincter qui n'existe pas, de façon à réduire la gravité opératoire, la gravité immédiate, à son strict minimum, et à ne laisser que la gravité ultérieure due à la pyélonéphrite qui se produit fatalement lorsqu'un uretère est abouché dans l'intestin.

Ces interventions, qui se sont multipliées particulièrement au cours de la guerre, ont donné lieu, il faut le dire, à une série de déceptions. En 1918, un soldat de 19 ans a subi l'implantation des deux uretères dans le gros intestin. L'uretère droit a été abouché dans le cæcum, et l'uretère gauche dans l'S iliaque. Pour diminuer la gravité de ces deux opérations, elles furent pratiquées à un certain intervalle l'une de l'autre. La première opération fut faite le 19 novembre pour l'uretère gauche, la deuxième, un mois après, pour l'uretère droit. Les suites en ont été favorables, ce malade a guéri, il a uriné par le rectum ; il allait à la selle 4 ou 5 fois par jour. Peu à peu, le rectum s'est habitué à cette distension. C'est une question qui a été bien étudiée pour les fistules vésico-vaginales : le gros intestin peut s'adapter à ce fonctionnement, mais l'inconvénient n'en subsiste pas moins ; dans les trois ans qui suivent, la pyélonéphrite est constituée et entraîne la mort, parce que l'uretère qu'on transporte n'a pas de sphincter.

La gravité de ces opérations décourage ; la perspective de cette mort par pyélonéphrite ascendante au bout de trois ans hantait les chirurgiens, de sorte que, pour tourner cette difficulté, on s'est ingénié depuis quelques années à trouver d'autres procédés d'aboucher les uretères dans l'intestin. On s'est proposé de créer dans l'intestin un diverticule indépendant du courant ordinaire des matières, dans lequel on mettra les uretères, et d'utiliser en même temps le sphincter anal. La tendance de ces procédés, c'est d'aller chercher dans la cavité abdominale un fragment exclu de l'intestin, de l'apporter dans le sphincter, et de l'aboucher en dedans du sphincter. L'orifice anal, chez ces individus, quand l'opération réussit, a deux orifices, un qui est le rectum, et un autre qui est la nouvelle vessie créée de la façon qu'on vient de dire et qui vient s'aboucher dans le sphincter. La continence est obtenue par le sphincter anal. Un autre avantage, c'est que les uretères ayant été mis dans cette cavité, il ne doit pas y avoir d'infection ascendante.

Trois procédés atteignent ce but. Ils diffèrent par le point d'implantation des uretères. M. Cunéo le prend dans l'intestin grêle ; MM. Heitz-Boyer et Hovelacque le prennent dans le rectum lui-même ; M. Legueu le prend dans le cæcum, pour l'uretère du côté droit.

Ces opérations sont graves et donnent des résultats si peu encourageants qu'il fallait trouver autre chose. M. Legueu a eu l'idée de constituer une sorte de sphinctérisation par le moyen de la *cinématisation*. On a tendance, en effet, à appliquer à l'appareil urinaire les procédés qui donnent de si bons résultats dans la chirurgie de guerre pour les muscles, ce qui n'a été réalisé qu'une fois par Ombrédanne à propos d'un épispadias. La cinématisation est un progrès considérable dans l'art des amputations. C'est donc ce système qu'il s'agit d'adapter au traitement de l'exstrophie de la vessie.

Il faudra faire une autoplastie de la région avec de la peau, puis la verge, une fois fermée, sera emprisonnée dans un appareil de compression qui aura ses points d'appui sur une tige ombilicale et une tige scrotale. Ceci ne pourra s'effectuer, au surplus, qu'après avoir fait une double néphrostomie temporaire, c'est-à-dire une dérivation complète de l'urine.

Leçon recueillie à l'hôpital Necker,
par e Dr LAPORTE.

ALBUMINURIES DES ADOLESCENTS (1)

L'impression dominante qui se dégage des articles classiques sur les albuminuries des adolescents est la rareté relative des cas où la lésion rénale est nettement mise en évidence par un examen clinique et biologique attentif, et, au contraire, la grande fréquence des cas où la lésion rénale discrète ou nulle échappe aux moyens actuels d'investigation des fonctions rénales, cas qu'on appelle volontiers *albuminuries simples* ou *albuminuries fonctionnelles.*

Or, dans 8 cas qui paraissaient cliniquement être des albuminuries simples ou fonctionnelles (albuminurie légère, intermittente, fatigue générale, quelques maux de tête, à peine un peu de bouffissure des yeux dans deux cas), le simple dosage de l'urée sanguine a révélé à l'un de nous (2), dans la moitié des cas, un chiffre supérieur à 50 centigr. (respectivement 90, 66, 62 et 56 centigr.). Chez ces quatre malades, la constante d'Ambard dépassait 0,100. Chez les quatre autres, l'urée du sérum et la constante étaient normales.

Ainsi donc, *les albuminuries qui revêtent cliniquement chez les adolescents les dehors d'une albuminurie simple ou fonctionnelle relèvent en réalité assez souvent d'une néphrite avérée, facile à mettre en évidence par le dosage de l'urée sanguine.* Aussi n'est-on pas autorisé cliniquement à conclure qu'une albuminurie d'un adolescent est simple ou fonctionnelle, si l'on n'a pas fait appel aux méthodes de laboratoire pour l'exploration des fonctions rénales : dosage de l'urée du sérum, constante d'Ambard, épreuve de la phénolsulfonephtaléine, bilan chloruré.

Au point de vue du traitement des albuminuries des adolescents, tous les auteurs sont d'accord pour distinguer : d'une part, les cas où l'exploration fonctionnelle a révélé une néphrite avérée, et qui sont justiciables d'un régime de restriction en rapport avec la qualité et l'importance des rétentions chlorurée ou azotée — d'autre part, les cas où l'exploration de la perméabilité rénale conduit au diagnostic d'albuminurie simple ou d'albuminurie fonctionnelle, et pour lesquels on conseille un régime très large où figure la viande.

Or l'expérience nous a montré que chez les adolescents, un régime hypoazoté strict, en harmonie avec le chiffre de l'urée sanguine, peut entraîner un affaiblissement marqué du malade, sans provoquer une diminution notable ou durable de l'urée sanguine, et qu'au contraire, un régime un peu carné est susceptible de donner de bons résultats.

Par conséquent, *dans le traitement des néphrites azotémiques des adolescents, il faut savoir tenir compte des besoins nutritifs spéciaux de l'organisme en pleine croissance,* et se rappeler, comme l'ont récemment montré M. J. Renault et Mme de Tannenberg (3), que la ration de l'adolescent bien portant doit renfermer relativement plus de viande que celle de l'adulte. Ils donnent un moyen mnémotechnique facile pour déterminer la ration quotidienne de viande chez l'enfant bien portant : 10 grammes par année d'âge — donner, à partir de 7 ans, moitié de la ration à chacun des deux grands repas.

Ce n'est donc pas seulement dans les albuminuries simples ou fonctionnelles qu'il est indiqué de prescrire un régime alimentaire un peu large, il doit en être de même, au moins dans une certaine mesure, pour les néphrites avec azotémie des adolescents. Donc, on pourra dans les cas légers se contenter de diminuer la viande sans la supprimer, et chez les adolescents où la gravité du syndrome azotémique obligera à supprimer complètement la viande, on surveillera le retentissement sur l'état général, et l'on maintiendra cette suppression le moins longtemps possible.

C. LIAN et G. SIGURET.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Insuffisance rénale et fausses insuffisances rénales.

D'après le Dr COTTET, on confond souvent les troubles de l'élimination urinaire avec ceux du fonctionnement du rein, et l'on admet ainsi parfois l'insuffisance rénale quand elle n'existe pas.

Le fonctionnement *sécrétoire* du rein s'exerce : 1° sur les substances excrémentitielles (urée, acide urique) qui, n'ayant plus à jouer aucun rôle dans l'organisme, sont sécrétées par le rein à

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, Méd. des Hôp., 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (Méd., chir., obst., spécial., et questions prof.). 25 % de réduction aux souscripteurs.
Envoyer avant le 1er avril 16 fr. 50 (pour l'étranger 18 fr.) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vezelay, Paris VIIIe. Compte chèques postaux 712-04.

(2) C. LIAN. — *Congrès franç. urol.*, Paris, oct. 1924.

(3) *Bull. Soc. Pédiatrie*, 1920, p. 301 et *A. M. P.* 1re année, 1922, p. 11.

quelque taux, si minime soit-il, qu'elles se trouvent dans le sang ; 2° sur d'autres substances (chlorure de sodium, glucose, eau), indispensables à la vie cellulaire, sécrétées seulement par le rein, lorsque leur taux dans le sang dépasse un certain taux limite (seuil d'excrétion).

Il faut ainsi que le rein soit capable de concentrer dans l'urine par rapport à l'eau les substances qu'il extrait du sang ; ce qui constitue son *élasticité fonctionnelle*. Mais si celle-ci dépend en grande partie de la fonction rénale, elle est également liée à la quantité d'eau qui circule dans l'organisme et arrive aux reins. Bref, l'*élimination urinaire dépend à la fois de la valeur du rein et de l'apport en eau*. L'élimination urinaire peut exister sans qu'il y ait une *vraie* insuffisance rénale.

Nombreuses sont les causes indépendantes qui peuvent faire varier le *régime circulatoire de l'eau dans l'organisme* : station debout ou couchée (variation nycthémère, qui disparaît parfois quand le parenchyme est atteint) ; variations dans l'ingestion de l'eau et du chlorure de sodium ; déperdition d'eau par les voies cutanée, pulmonaire, gastro-intestinale ; influence nerveuse passagère ; rétention hydrochlorurée ; stase veineuse liée à l'insuffisance cardiaque ; rétention chlorurée de la néphrite chlorurémique (dans laquelle l'imperméabilité rénale à l'eau et au chlorure de sodium est compatible avec une perméabilité normale, sinon exagérée à l'urée et au bleu de méthylène).

Pratiquement, il ne faut donc pas oublier que les épreuves visant directement le pouvoir sécrétoire du rein (constante d'Ambard, etc.), ne peuvent donner une mesure exacte qu'autant que le jeu de la sécrétion rénale n'est pas déréglé. Rappelons à ce propos que si le taux de l'urée sanguine peut s'exagérer du simple fait de l'oligurie, il peut aussi s'abaisser du fait d'une dilution sanguine, d'une hydrémie causée par l'ingestion trop abondante d'eau mal éliminée par des reins sécrétoirement insuffisants : l'exagération de l'azotémie ne témoigne évidemment pas plus contre la valeur sécrétoire rénale dans le premier cas qu'elle ne témoigne en sa faveur dans le second.

Le médecin praticien réussira d'autant mieux à corriger les *troubles de la fonction urinaire* qu'il en connaîtra davantage le déterminisme souvent complexe. De façon générale, ceux-ci *paraissent surtout susceptibles de s'amender dans la mesure où ils dépendent des facteurs de mauvaise circulation de l'eau, et notamment du facteur cardio-vasculaire* ; il est plus facile d'agir sur eux que sur l'insuffisance sécrétoire même du rein, qui est habituellement liée (exception faite pour des néphrites aiguës passagères), à des lésions destructives plus ou moins étendues du parenchyme rénal.

Dans les cas simples, on peut ainsi recourir à la réglementation, tant quantitative qu'horaire de la boisson, à la diminution du sel alimentaire, à l'utilisation judicieuse du clinostatisme.

Cependant, quand les troubles du rythme de l'élimination urinaire sont associés à l'oligurie par rétention hydro-chlorurée hydropigène, et que la haute concentration de l'urine témoigne d'un bon pouvoir sécrétoire rénal, l'objectif est de faire uriner les malades, qu'ils soient des cardiaques hyposystoliques, des néphritiques chlorurémiques, ou encore des cirrhotiques, non pas en les faisant beaucoup boire, mais en mobilisant vers les reins l'eau qu'ils retiennent dans leurs tissus : employer les moyens hygiéniques précédemment indiqués et les renforcer au besoin par des médications appropriées visant le cœur, le rein ou le foie.

Quand, au contraire, il y a, dans les néphrites dites interstitielles à forme sèche, de la polyurie avec rythme urinaire défectueux (lenteur et retard de l'élimination de l'eau, bref nycturie), le problème est délicat. Cette polyurie, nécessaire pour permettre l'élimination des déchets urinaires en compensant l'insuffisante concentration de l'urine, impose, en effet, un surcroît de travail au cœur puisqu'il y a surcharge en eau de l'appareil circulatoire, et tension sanguine exagérée par suite du barrage rénal. Donc, pour retarder l'insuffisance ventriculaire gauche, puis cardiaque totale, *qui, de l'insuffisant sécrétoire rénal fera un cardio-rénal*, il faut ménager le cœur en modérant autant que possible la polyurie obligatoire, et notamment en veillant à ce que la nycturie, qui représente le trop plein d'eau accumulé pendant le jour, ne prenne pas des proportions excessives ; on y parvient en ne faisant boire que la quantité de liquide nécessaire à l'élimination des déchets correspondant à un régime alimentaire, quantitativement réduit, hypoazoté et hypochloruré. (*Le Bulletin médical*, 23-26 juillet 1924).

Le danger d'hémorrhagie après la prostatectomie sus-pubienne.

Le prostatectomisé court trois dangers essentiels : l'hémorragie, l'infection et l'urémie.

Le danger d'urémie s'est atténué notablement depuis que l'on sait apprécier de façon plus précise que jadis l'état préopératoire des reins des prostatiques.

Quant au danger d'infection, il s'adresse surtout aux reins, dont le fonctionnement peut être gêné par le traumatisme subi au niveau du trigone, et par l'infiltration inflammatoire s'étendant aux orifices urétéraux. Il a son point de départ dans l'infection de la plaie de prostatectomie, qui communique forcément avec une vessie infectée. Mais on peut également observer

des localisations pulmonaires, plus fréquentes en raison de l'âge des malades.

Cependant, le danger d'hémorragie reste surtout le point noir de la prostatectomie transvésicale. L'abondance de l'hémorragie, qui se produit du 5e au 15e jour, est, en général, d'autant plus accusée que la cavité cruentée, laissée par l'énucléation, est plus considérable. Elle est plus forte chez les hypertendus, d'où l'indication, sinon d'abaisser la tension avant l'acte opératoire, du moins d'éviter tout ce qui peut l'élever, notamment l'administration d'adrénaline comme adjuvant de l'anesthésie novococaïnique. De même, elle est influencée par la coagulabilité sanguine, et l'on ne doit opérer les sujets qu'après avoir établi que chez eux, le temps de coagulation et le temps de saignement sont à peu près normaux ; il est donc nécessaire de prescrire, pendant les 2 ou 3 jours qui précèdent la prostatectomie, une potion contenant 4 grammes de chlorure de calcium par 24 heures.

Le moyen, reconnu classique pour lutter contre l'hémorragie, c'est le tamponnement de la cavité de la prostatectomie.

Cependant, celui-ci augmente singulièrement pendant 2 ou 3 jours les douleurs, et le Pr Chevassu a cru devoir l'abandonner pour une technique plus simple, décrite par lui en 1913 ; depuis cette époque, il n'a pas perdu un malade d'hémorragie, et il en est actuellement à son 133e opéré.

Cette technique consiste essentiellement en une *irrigation à l'eau chaude*, très efficace, à la condition qu'elle soit faite en bonne place, c'est-à-dire dans la cavité même de la prostatectomie. Celle-ci atténue dans des proportions considérables l'hémorrhagie de la prostatectomie, qui est veineuse, et qui, si abondante soit-elle, si alarmante qu'elle apparaisse, doit être considérée comme une « pluie d'orage ».

Etant donné : 1° que l'évacuation des caillots est un des meilleurs moyens de faire cesser les hémorrhagies prostato-vésicales ; 2° que la rétraction de la cavité prostatique ressemble jusqu'à un certain point à celle de l'utérus après l'accouchement — l'irrigation chaude répond pour le mieux au but recherché. Celle-ci, d'après la méthode de l'auteur, doit être réalisée au moyen d'une sonde d'un maniement aussi simple que possible, pour cette raison qu'elle traverse l'opéré de part en part, du méat à la plaie hypogastrique, et que le chirurgien a toujours sous la main les deux extrémités de la sonde, qu'il déplace par conséquent comme il le désire. Les yeux de cette très longue sonde sont placésn, on pas à son extrémité, mais à sa partie moyenne. Tout le liquide injecté par une des extrémités de la sonde sortira donc par les yeux situés à la partie moyenne, à condition qu'on bouche l'autre extrémité. Les yeux de cette partie moyenne doivent donc être placés dans la cavité de la prostatectomie ; il est facile de vérifier leur situation en bonne place, car si l'un d'eux se trouve en dessous du sphincter membraneux, le liquide injecté ressort par le méat.

Dès que la prostatectomie est faite, le chirurgien injecte ainsi deux litres d'eau à 45°.

La sonde à œil prostatique sert, non seulement à l'évacuation des caillots, mais encore elle réalise un moyen très simple de drainage au point déclive de la cavité cruentée. (*Paris médical*, 2 août 1924.)

Les formes urinaires de l'appendicite chronique.

L'existence de troubles urinaires au cours de l'appendicite aiguë est assez fréquente : troubles fonctionnels vésicaux, abcès périvésicaux, symptômes rénaux simulant une colique néphrétique, inflammations péri-rénales.

On connaît moins bien les formes urinaires de l'appendicite chronique ; plus rares que les formes hépatiques et digestives, elles sont encore plus trompeuses et plus difficiles à diagnostiquer.

Leur aspect clinique dépend avant tout de la situation anatomique du cæcum et de l'appendice : en position haute, prérénale, l'appendice déterminera plus facilement des troubles rénaux, surtout s'il s'agit d'un appendice rétro-cæcal ; en position basse, pelvienne, on observera surtout des troubles vésicaux qui, par leur intensité ou leur aspect monosymptomatique, peuvent en imposer pour une affection toute différente, de nature vésicale ou vésico-rénale.

Un des aspects les plus fréquents que peut revêtir l'appendicite chronique à siège prérénal est celui d'une douleur permanente à type de néphralgie ou de lumbalgie unilatérale droite. On peut penser à un lumbago, à un rein mobile, à un calcul ; le diagnostic repose sur un examen méthodique de la région douloureuse. Cependant, si une douleur d'origine musculaire ou articulaire disparaît en quelques jours, la douleur appendiculaire, elle aussi, peut disparaître, puis récidiver, de sorte que l'évolution n'est pas un caractère différentiel absolu. Pour une douleur du type antérieur, il est quelquefois impossible d'apprécier si elle est rénale ou appendiculaire. Une hématurie peut encore obscurcir le diagnostic, car elle constitue une complication de l'appendicite chronique, encore mal connue. Toutefois, la douleur appendiculaire est surtout antérieure, abdominale ; la présence d'une contracture de défense, même très légère, est souvent un excellent signe de différenciation. On ne doit pas négliger non plus un signe trop rarement recherché, d'après le Dr Guy Laroche, c'est la brûlure provoquée par l'extension forcée du membre inférieur.

Enfin, on tiendra compte des troubles digestifs associés, des vertiges, des vomissements ;

l'exacerbation des douleurs par la marche, les jeux, etc., ne peut servir à différencier le rein malade de l'appendice enflammé.

Toujours est-il que l'examen radioscopique avec localisation du point douloureux sous l'écran est indispensable : seul, il montrera sans conteste l'union étroite de la douleur avec l'organe malade.

Quant aux formes vésicales de l'appendicite chronique, elles sont plus faciles à reconnaître, étant plus rarement monosymptomatiques ; l'auteur en cite deux formes, observées par lui, l'une cystalgique, l'autre à type de pseudo-incontinence d'urine.

Quelle que soit leur pathogénie exacte, il semble que les formes urinaires de l'appendicite chronique méritent d'être bien connues, étant donnés leur polymorphisme et la difficulté de leur diagnostic clinique. (*Paris médical*, 2 août 1924.)

L'opothérapie spermatogénétique chez la femme.

On trouve dans la littérature médicale de ces dernières années d'assez nombreuses mentions d'application d'une opothérapie génitale hétérologue, mais le travail de MM. Pierra et A. Jouve représente un essai de synthèse des plus intéressants, parce qu'englobant un grand nombre de cas, il repose sur une base expérimentale étendue, qui permet aux auteurs des conclusions solidement établies.

A leur avis tous les faits jusqu'ici rapportés manquent de précision sur un point très important : c'est qu'il font état d'administration d'extrait orchitique sans établir une discrimination sur la nature de cet extrait. Point n'est besoin de rappeler, en effet, que le testicule étant formé de deux éléments histologiquement et physiologiquement différents, il est possible de concevoir, et même d'obtenir par des procédés d'extractions fractionnés (comme cela a été fait pour l'ovaire), des produits d'activité différente.

On ne saurait évidemment attendre les mêmes résultats d'un extrait testiculaire à prédominance diastématique que d'un extrait à prédominance spermatogénétique, et si l'on envisage l'administration de tels extraits chez la femme, il apparaît immédiatement que c'est à ce dernier qu'il conviendra de s'adresser, le premier ne pouvant agir que dans un sens anti-physiologique en tendant à « masculiniser » les sujets traités.

Les expériences dont il s'agit ont donc toutes été faites avec un extrait spermatogénétique et non point total, que les auteurs dénomment extrait complémentaire (désignation qui implique qu'une telle substance apporte, dans certains cas donnés, un complément utile et nécessaire à l'organisme féminin). Ils ajoutent que toutes les expériences par eux rapportées (en tout 48 observations) ont été poursuivies au moyen de l'*androstine Ciba*, nom sous lequel l'extrait complémentaire a été récemment introduit dans la thérapeutique.

Les cas cliniques se répartissent en 4 groupes : I. Insuffisance ovarienne, avec hypoménorrhée ou aménorrhée ; — II. Troubles de la ménopause naturelle ou provoquée ; — III. Troubles nerveux d'origine génitale ; — IV. Hypergénésie ou hyperovarie avec ou sans onanisme.

Les résultats chez toutes ces catégories de malades ont été satisfaisants.

Les cas de puberté tardive ont reçu une impulsion transformative manifeste ; les aménorrhéiques hypoplasiques ont vu leurs règles réapparaître d'une façon particulièrement constante; les troubles ménopausiques ont été toujours très améliorés et souvent guéris d'une façon définitive ; les troubles nerveux ont cédé dans bon nombre de cas ; les manifestations hypergénésiques se sont amendées, et plus d'une malade chez lesquelles l'autosuggestion et même la cautérisation clitoridienne étaient restées sans effet, ont pu cesser par cette médication leurs pratiques onanistiques et voir se calmer leurs tendances érotiques.

L'efficacité de l'opothérapie spermatogénétique au moyen de l'androstine semble donc bien clairement établie ; c'est une arme de plus que le médecin pourra utiliser d'emblée ou après échec des autres médications dans les cas cités, et à laquelle il recourra d'autant plus volontiers que son innocuité est certaine. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 10 novembre 1924.)

De l'atteinte rénale et du régime alimentaire dans les albuminuries des adolescents

Les albuminuries des adolescents sont tantôt le fait d'une néphrite avérée, tantôt liées à une simple perturbation fonctionnelle, d'où le nom qu'on leur donne d'albuminuries simples ou fonctionnelles.

Or, dit M. Lian, il est rare, à ce propos, que la lésion rénale soit mise en évidence par les moyens d'investigation rénale actuellement pratiqués, fréquent, par contre, que la lésion rénale, discrète ou nulle, échappe à ces moyens. Il s'agit là d'investigation clinique, l'attention du médecin n'étant pas attirée par suite de l'absence de signes et symptômes habituels à la rétention chlorurée ou uréique.

« L'exploration méthodique des fonctions rénales, dans huit cas de ce genre, m'a conduit à considérer que chez les adolescents, les albuminuries paraissant cliniquement simples ou fonctionnelles, sont assez souvent la conséquence d'une néphrite avérée, facile à mettre en évidence par le seul dosage de l'urée sanguine. » Le chiffre de l'urée sanguine est, en effet, fréquemment su-

périeur à la normale. De là, la nécessité, en présence d'un adolescent albuminurique, de procéder à ce dosage, à calculer la constante d'Ambard, à procéder à l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine, etc.

Chez les huit sujets observés par M. Lian, on notait quatre fois, une azotémie supérieure à 0,50 et une constante au-dessus de 0,100. Chez les quatre autres, ces chiffres étaient normaux.

Chose curieuse, les huit cas ont évolué de la même manière et se sont résolus favorablement.

Quand la néphrite est avérée, on s'accorde généralement à prescrire un régime alimentaire de restriction azotée ou chlorurée.

« L'expérience m'a montré, dit l'auteur, que chez les adolescents, un régime hypoazoté strict, en harmonie avec le chiffre de l'urée sanguine, peut entraîner un affaiblissement marqué du malade, sans provoquer une diminution notable ou durable de l'urée sanguine, et qu'au contraire, un régime un peu carné est susceptible de donner de bons résultats... Ces faits montrent, à mon avis, que, dans les néphrites azotémiques des adolescents, il faut savoir tenir compte des besoins nutritifs spéciaux de l'organisme en pleine croissance..... Par conséquent, ce n'est pas seulement dans les albuminuries simples ou fonctionnelles qu'il est indiqué de prescrire un régime alimentaire un peu large, il doit en être de même, au moins dans une certaine mesure, pour les néphrites avec azotémie des adolescents. » (*Revue méd. franç.*, novembre 1924.)

Grincement des dents et végétations adénoïdes.

M. Béco, faisant état d'un travail de Bakker, d'Utrecht, signale que le grincement des dents s'observe dans un tiers des cas de végétations adénoïdes ; il peut être même le seul symptôme apparent de cette affection. C'est une manifestation d'ordre réflexe.

A côté du grincement des dents, dans la sémiologie des végétations, l'auteur indique les ronflements, observés dans 58,8 % des cas, et l'incontinence d'urine, figurant pour 22,3 % dans le pourcentage rapporté.

Il en résulte que l'incontinence d'urine doit toujours aiguiller le praticien dans l'examen du rhino-pharynx, et dans la recherche des végétations, dont l'ablation suffit à guérir le trouble urinaire observé. (*Liège médical,* 14 décembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les résultats du pneumothorax artificiel.

(MM. Léon Bernard, Baron et Valtis. — *Académie de médecine* ; 6-1-1925.)

M. Léon Bernard présente une statistique de 201 cas de pneumothorax dans la tuberculose pulmonaire.

Sur ces 201 malades, 40 (soit 20 pour 100) sont guéris. Le terme guérison signifie ici qu'il n'existe plus ni symptôme fonctionnel, si symptômes généraux, et que le sujet a récupéré sa capacité de travail. Des signes physiques persistent souvent (bruits pleuraux, modifications respiratoires dues à la sclérose pulmonaire, obscurité aux rayons), témoins des processus antérieurs. Le nombre des cas améliorés s'élève à 73 (36 pour 100). Dans ce groupe sont classés les patients qui ont encore quelques manifestations discrètes d'activité et ceux dont l'état de guérison apparente est trop récent pour que l'on puisse le considérer comme permanent. Au total, 56 pour 100 des cas ont tiré du pneumothorax un bénéfice évident, réel.

Les résultats mauvais comprennent 20 cas stationnaires, 24 cas abandonnés par insuccès et 44 décès, arrivant à la proportion de 44 pour 100.

L'auteur conclut qu'aucun autre procédé n'est capable, à l'heure actuelle, d'arrêter avec une vigueur d'attaque aussi puissante, une évolution tuberculeuse menaçante. Si l'on ajoute à cela la récupération du travail, la suppression de la contagiosité, l'aptitude à la maternité, qui représentent des gains sociaux inappréciables, on conçoit la haute valeur de cette méthode, exempte de dangers, mais qui réclame du médecin un jugement averti et du malade une persévérance prolongée.

Le trafic des stupéfiants devant la conférence de Genève.

(M. Coutière. — *Académie de médecine* ; 6-1-1925.)

Une conférence pour le contrôle international du trafic des stupéfiants vient de s'ouvrir à Genève, sous les auspices de la Société des nations.

La question des stupéfiants est complexe. Beaucoup de pays y sont intéressés. L'Extrême-Orient fume l'opium, l'Asie centrale prend du haschisch, le Pérou et la Bolivie de la coca, l'Europe et l'Amérique du Nord connaissent l'abus des alcaloïdes : morphine, cocaïne, héroïne. Ce dernier alcaloïde est très consommé dans l'Amérique du Nord et l'on comprend pourquoi les Américains demandent la fermeture des usines fabriquants l'héroïne.

Le plus simple serait certes la prohibition des cultures de plantes stupéfiantes ou l'interdiction d'ex-

traire de celles-ci des alcaloïdes. Mais, dans les pays où poussent l'opium et la coca, l'usage de ces produits est trop anciennement répandu parmi la population pour que l'on puisse, d'un trait de plume, en arrêter la culture. Il faut procéder par étapes dans cette restriction.

D'autre part, les alcaloïdes sont de précieux agents thérapeutiques et on ne saurait évidemment envisager la fermeture des usines qui les fabriquent. C'est dans un accord international, permettant de suivre les toxiques des usines aux pharmacies que la solution la meilleure semble résider. La conférence de Genève vise à rechercher cet accord, mais tant d'intérêts variés sont en cause qu'on ne saurait assurer qu'elle y parviendra.

Rôle méconnu des malformations dans la pathologie de la hanche aux divers âges.

(M. Calot, de Berck. — *Académie de médecine* ; 13-1-1925.)

Trente sujets sur mille offrent des petites malformations de la hanche de même famille que la luxation congénitale. Ces malformations ont à tous les âges un rôle prépondérant, mais méconnu jusqu'ici : telle est la conclusion des recherches de M. Calot comportant l'examen anatomique fait par lui de quatorze cents hanches, et l'étude de plusieurs milliers de radiographies et d'observations cliniques.

De ces porteurs d'anomalie de la hanche, un dixième seulement sont à l'étape extrême qu'est la luxation complète ; les autres restent toute leur vie en deçà, au stade de subluxation, parfois très nette avec un déplacement qui peut dépasser deux centimètres, d'autres fois beaucoup moins caractérisée, larvée, avec un déplacement peu appréciable, d'à peine un à deux millimètres, mais avec toujours une imperfection de forme d'emboitement et d'orientation des surfaces articulaires (tête et cotyle non rigoureusement sphériques, tête trop grosse, débordant le cotyle, etc.).

Le rôle de ces petites malformations domine, selon l'auteur, la pathologie de la hanche à toutes les périodes de la vie. Du fait de leur irrégularité de forme et d'ajustage, les hanches en question sont en équilibre fonctionnel assez instable, équilibre qui peut ne se rompre qu'à 3, 20, 30 ans, après un traumatisme, un surmenage, une maladie débilitante, voire sans cause occasionnelle appréciable. Le premier symptôme que cette rupture d'équilibre amène est une boiterie ou quelquefois une douleur, même très vive. Ceci explique les erreurs de diagnostic fréquemment commises à ce propos.

Près de la moitié des cas étiquetés coxalgies, dit M. Calot, sont simplement des arthralgies de hanches malformées. Plus des trois quarts des états diagnostiqués tuberculose du col du fémur sont des anomalies méconnues, les clairières constatées à la radio étant alors des taches relevant de troubles du métabolisme du calcium et non des foyers tuberculeux. Les coxa vara dites essentielles sont autant de malformations ignorées. De même, nombre de cas rangés dans l'arthrite sèche, le rhumatisme localisé, le morbus coxaœ sénilis. Enfin, rentreraient dans ce groupe la maladie imaginée par Legg, de Boston, baptisée coxa plana par Waldenstron et ostéochondrite par Perthes.

L'auteur conclut qu'en présence d'une affection de la hanche, douloureuse ou non, quel que soit l'âge du sujet, il faut penser en premier lieu aux subluxations congénitales. Une sub-luxation, même larvée, peut toujours être identifiée par les indications réunies de l'examen clinique, des antécédents et de la radiographie.

Lésions d'organes homologues chez la mère et l'enfant.

(MM. P. Merklen, Wolf et Oberling, de Strasbourg. — *Académie de médecine* ; 13-1-1925.)

Expérimentalement on a pu provoquer, en lésant certains viscères chez des femelles de lapins et de cobayes en gestation, des altérations des organes homologues du produit de conception. On a expliqué ceci par l'hypothétique existence des cytolysines. Cliniquement, on connaît des exemples de néphrites congénitales relatés par divers auteurs.

MM. Merklen, Wolf et Oberling ont eu l'occasion d'observer deux faits se rapportant à cette question. Le premier concerne une diabétique atteinte de lésions des reins et du pancréas, dont l'enfant fut trouvé porteur d'altérations des mêmes organes. L'autre concerne une néphrite congénitale chez un mort-né dont la mère souffrait de néphrite.

La phrénectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

(MM. Maurer, Rolland et Valtis. — *Société de chirurgie* ; 3-12-1924.)

Depuis quelques années, le traitement de la tuberculose pulmonaire évolue du côté opératoire. Après le pneumothorax, après la thoracotomie, est venue la phrénotomie. Il est vrai que pneumothorax, thoracotomie, et phrénotomie, ne sont que des modalités de la même méthode générale : la collapsthérapie.

M. Proust présente un rapport sur un travail de MM. Maurer, Rolland et Valtis relatif à la résection du nerf phrénique dans la tuberculose pulmonaire.

La phrénicotomie est une opération assez fréquemment pratiquée à l'étranger mais qui n'a été jusqu'ici que rarement exécutée en France. Elle est basée sur les mêmes principes que ceux du pneumothorax artificiel. Proposée en 1911 par Stuertz pour les cavernes de la base du poumon, en 1913 par Schepelmann pour la bacillose pulmonaire débutante, elle n'a pas donné à cette époque de résultats cliniques bien nets. On faisait à ce moment la simple section du nerf phrénique, la phrénicotomie. Puis,

on a substitué à celle-ci la résection de quelques centimètres de nerf phrénique (la phrénectomie) dont les suites ont été mieux caractérisées.

Lors donc que l'on pratique la phrénectomie, l'hémidiaphragme du côté opéré se trouve paralysé. Il devient immobile, rétracté en élévation, d'où une réduction de la cavité thoracique, une compression ou mieux une détension du poumon. Il en résulte l'immobilisation partielle de celui-ci et un meilleur drainage des lésions par les bronches.

L'opération, quoique délicate, ne comporte pas de gravité réelle. Elle s'effectue à l'anesthésie locale et consiste à mettre à nu, au cou, au niveau du scalène antérieur, le nerf phrénique et à en sectionner une longueur de plusieurs centimètres.

Les indications de la phrénectomie dans la tuberculose pulmonaire sont celles du pneumothorax, plus larges cependant. Ainsi, l'unilatéralité des lésions n'est pas une condition absolument indispensable. Les altérations de la base sont ici les plus favorablement influencées et on le comprend puisque l'agent de compression est le diaphragme rétracté. Les formes cavitaires sont les mieux justiciables de la méthode mais les formes avec infiltration et rétraction cicatricielle en tirent également bénéfice.

La phrénectomie trouve son indication lorsque des adhérences pleurales empêchent de recourir au pneumothorax et que le mauvais état général du patient s'oppose à la thoracoplastie. Indication encore chez le malade qui se refuse au long traitement du pneumothorax.

Les résultats sont les suivants. Immédiatement après l'opération, la radioscopie montre l'hémidiaphragme paralysé avec inversion respiratoire du côté opéré, ce qu'on appelle en général le phénomène de Kienbock. Dans les jours suivants il se fait une élévation progressive de l'hémidiaphragme, qui, au bout d'une dizaine de jours, atteint en inspiration 7 à 10 centimètres. On note, en outre, des modifications du côté des cavernes, qui diminuent de volume.

Cliniquement, il n'y a pas de gêne respiratoire. L'opéré peut se lever dès le lendemain. Les cavernes se vident et l'état général s'améliore.

M. Maurer a pratiqué six fois cette intervention, qui peut s'utiliser aussi dans le traitement de la dilatation bronchique.

— M. Auvray a eu l'occasion de faire deux phrénectomies. L'opération a été très bien supportée.

— M. Lardennois a eu recours plusieurs fois à la phrénicotomie pour tuberculose pulmonaire cavitaire. L'intervention apporte un soulagement au malade.

La réaction de Dick dans la scarlatine.

(M. Chr. Zœller. — *Société méd. des hôp.* ; 12-12-1924.)

Dans une récente communication, M. Weissenbach a soulevé la question de l'efficacité du sérum de convalescent dans le traitement de la scarlatine et M. Robert Debré a parlé à ce propos de la réaction de Dick comme susceptible de permettre de reconnaître si un sujet possède ou non un sérum efficace.

M. Zœller revient sur la réaction de Dick, réaction de réceptivité à la scarlatine, qu'il a étudiée ces temps derniers. On sait que deux auteurs américains, M. et Mme Dick, reprenant les idées de Bergé, ont voulu voir dans un streptocoque hémolytique spécial l'agent de la scarlatine. Ils ont préparé une toxine diluée de ce streptocoque qu'ils ont employée en injections hypodermiques, et ils ont obtenu une réaction révélatrice de réceptivité ou d'immunité à la scarlatine tout comme l'injection de toxine diphtérique extériorise la réceptivité diphtérique dans la réaction de Schick. Les réactions positives se manifestent sous l'aspect d'un petit placard rouge, plus ou moins large et plus ou moins infiltré.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Kyste tubo-ovarien.

MM. Vergnory, Morel et Vachey présentent, au nom de M. Patrel, une pièce provenant d'une opération pratiquée par ce dernier. Il s'agit d'une variété de kyste de l'ovaire connue sous le nom de kyste tubo-ovarien. Selon la comparaison classique de Legueu, ce kyste a une forme comparable à celle d'une cornue dans laquelle la tubulure est constituée par la trompe, la panse étant formée par le kyste ovarique. Malgré sa situation intra-ligamentaire et ses rapports intimes avec l'utérus, on a pu pratiquer une opération conservatrice, dont les suites furent très simples.

Fracture ancienne de la colonne.

M. Laroyenne et Mlle Schœn montrent une pièce de fracture de la colonne avec section totale de la moëlle. Les auteurs soulignent la valeur, en pareil cas, de la cystostomie pratiquée pour prévenir l'infection urinaire, le malade ayant de la rétention d'urine. Cette intervention paraît avoir été un facteur important dans la survie assez longue (onze mois) de ce malade.

Fracture compliquée et comminutive du radius par retour de manivelle.

M. Laroyenne et Mlle Schœn ont traité un malade chez lequel un retour de manivelle d'automobile produisit une fracture comminutive de l'extrémité inférieure du radius, subluxation du carpe, déchirure des téguments de la face antérieure de l'avant-bras. Si les fractures par retour de manivelle sont fréquentes, il est exceptionnel qu'elles aient une telle gravité.

Calcul du rein droit. Tuberculose épididymo-prostatique.

M. Louis Phélip présente un malade qui, cinq jours après le début d'accidents de lithiase rénale (calcul du rein droit vérifié par la radiographie), offre des lésions de tuberculose prostatique et épididymaire avec intégrité du rein.

Papillomes de la vessie. Hémorrhagie grave.

M. Guiliani relate l'observation d'un malade chez lequel deux papillomes provoquèrent de fortes hématuries et durent être enlevés par une cystostomie d'urgence. Les tumeurs bénignes de la vessie peuvent provoquer des hémorrhagies, d'où la nécessité, en cas d'hématurie, de faire toujours une cystoscopie.

Anévrysmes de l'aorte abdominale.

MM. Dumas et Croizat, à propos de deux cas d'anévrysme de l'aorte abdominale qui furent des trouvailles d'autopsie, exposent quelques remarques sur l'état de la circulation au-dessous de l'obstacle, la tension de la pédieuse et la pulsatilité du membre inférieur ayant été systématiquement notés. La tension était normale et la pulsatilité un peu diminuée, ce qui montre que le cours du sang s'était uniformisé au-dessous de l'obstacle.

Fibrome de l'ovaire tordu.

M. Desjacques présente, au nom de M. Cotte, l'observation d'une femme opérée de fibrome de l'ovaire tordu. Il s'agit d'une lésion assez rare ; la torsion s'était faite autour du mésovarium et non au niveau du pédicule annexiel, ce qui permet la conservation de la trompe.

Tumeur du côlon iléo-pelvien.

M. J. Rollet montre au nom de M. Tixier une volumineuse tumeur du gros intestin. Celle-ci donnait à la radiographie une image très nette de rétrécissement canaliforme de la longueur du petit doigt. Cette image aurait pu faire croire à des observateurs non avertis à une tumeur de petit volume, alors que plus le calibre de la lumière est petit, plus la tumeur est volumineuse.

Ce que l'on demande et ce que l'on devrait demander au radium.

M. Nogier. — On ne s'adresse généralement au radium que pour les cas désespérés (cancers inopérables) ; de plus, on fait souvent des doses insuffisantes ; et enfin la technique laisse trop souvent à désirer . Aussi les échecs sont-ils nombreux. Or les statistiques de l'Institut du radium de Paris montrent que 1° pour *le cancer du col de l'utérus*, dans 113 cas inopérables, une amélioration importante et durable a été obtenue dans 12.4 % des cas et la disparition de tout signe de cancer dans 13.2 % ; dans 67 cas d'opérabilité douteuse, amélioration dans 35.8 %, guérison dans 35.8 % ; dans 24 cas *opérables*, amélioration dans 18.1 %, guérison dans 63.6 % des cas ;

2° M. Regaud a montré que les *cancers de la lèvre* guérissent toujours par le radium ; 3° que les *cancers de la langue* opérables guérissent dans 80 % des cas, réserves faites des propagations dans les ganglions. M. Nogier expose ensuite en détail la technique de M. Regaud pour le cancer du col.

Guérison de céphalées rebelles et amélioration optique par l'ablation des végétations.

M. Sargnon présente l'observation d'un jeune homme de 17 ans atteint de céphalée récidivante depuis quatre ans. La vision est en outre diminuée de l'œil droit. Assez gros cornets inférieurs et moyens; végétations paraissant peu volumineuses. Examen des yeux (Dr Jacqueau) : papille droite plus pâle que la gauche. On enlève un gros paquet de végétations. A la suite de cette opération, la céphalée disparaît ; la vision devient bien meilleure à droite.

Syphilis de l'œsophage et du larynx avec anévrysme de l'aorte.

MM. Rebattu et Pétouraud rapportent le cas d'un homme de 71 ans atteint d'anévrysme de l'aorte ascendante, avec dysphagie et dyspnée progressive, tirage et cornage. L'examen laryngoscopique montrait une tuméfaction d'aspect vernissé des bandes ventriculaires. A la radioscopie, ectasie aortique, œsophage dévié ; la bouillie bismuthée passe cependant. Une trachéotomie amène une amélioration de la dyspnée ; mais le malade meurt quinze jours après, de pneumonie. A l'autopsie, on trouve, en plus de l'anévrysme aortique et de la lésion laryngée, une ulcération de la partie supérieure de l'œsophage ayant l'aspect des lésions syphilitiques. La syphilis de l'œsophage reste une rareté, malgré la pratique de l'œsophagoscopie.

Deux cas de lithiase urinaire.

M. Guiliani présente : 1° un calcul de l'uretère droit enlevé à une malade qui en souffrait depuis dix ans (coliques néphrétiques et hématuries) ; 2° une pyonéphrose avec énorme calcul enlevé à une femme qui souffrait depuis douze ans du côté droit.

Coexistence de plusieurs cancers.

M. Mallet-Guy expose, au nom de M. Bérard, l'observation d'une malade opérée pour sténose pylorique et qui présentait : 1° une petite tumeur vaginale ; 2° un cancer du côlon transverse ; 3° une tumeur gastrique juxta-pylorique. La première tumeur, dont un fragment fut prélevé était un épithélioma malpighien atypique, tandis que la tumeur colique était de type nettement digestif (épi-

✦✦✦✦✦✦

thélioma cylindrique). La troisième tumeur ne put être examinée histologiquement. M. Bérard pratiqua l'ablation de la tumeur colique qui rétrécissait la lumière intestinale et fit une gastro-entérostomie.

Cancer de l'œsophage. Hémorrhagie foudroyante par ulcération de l'aorte.

MM. Rebattu, Bertoin et Mayaux relatent l'histoire d'un malade de 55 ans, entré à l'hôpital pour dysphagie ; début des troubles fonctionnels deux mois auparavant ; amaigrissement et aphonie. A l'entrée, paralysie de la corde vocale gauche, œsophagoscopie impossible ; radioscopie : aorte normale, arrêt du bismuth à un niveau répondant à la crosse. Sans petite hémorragie préalable, le malade est pris brusquement d'une grosse hémorrhagie qui se renouvelle deux fois (en tout 1 litre de sang), la dernière amenant la mort en quelques minutes.

Autopsie : à la partie moyenne de l'œsophage, ulcération bourgeonnante, plus grande qu'une pièce de cinq francs ; à son niveau, l'œsophage adhère en arrière à la colonne, à gauche, à l'aorte. Celle-ci communique avec l'œsophage par une perforation admettant l'extrémité du doigt. Généralisation cancéreuse aux ganglions trachéobronchiques. Pas d'autres métastases.

Kystes hydatiques suppurés du petit bassin.

M. Creyssel présente l'observation d'une malade opérée par le professeur Villard pour des crises douloureuses abdominales. L'examen montrait une masse dure, douloureuse, à limites nettes, comblant la fosse iliaque gauche jusqu'au niveau de l'ombilic ; au toucher, bombement du cul-de-sac postérieur, masse dure, arrondie, douloureuse, refoulant le col contre la symphyse. La malade avait eu, quelques jours après ses dernières règles, une métrorrhagie de sang rouge. Le diagnostic qui s'imposait était donc celui d'hématocèle, bien que le volume de la tuméfaction fût un peu anormal et son siège un peu trop latéral. L'intervention montra qu'il s'agissait de kystes hydatiques multiples, les uns purulents, les autres à liquide « eau de roche », diagnostic confirmé par l'examen histologique. L'intervention fut assez laborieuse et M. Villard dut faire l'hystérectomie subtotale avec drainage vaginal et tamponnement à la Mikulicz en raison du caractère purulent de plusieurs des kystes.

Les kystes hydatiques pelviens ne sont pas extrêmement rares. Ils sont généralement secondaires ; aussi, bien que dans ce cas on n'ait trouvé aucun signe, radioscopique ou clinique, d'une autre localisation, on doit envisager la possibilité d'intervention itérative.

Balle de revolver de la région prévertébrale à la hauteur de l'atlas.

MM. Jacod et René Gaillard. — Balle entrée dans la bouche en fracturant l'incisive médiane droite inférieure, ayant traversé la langue et le voile du palais pour se fixer dans les tissus prévertébraux à la hauteur de l'atlas. Signes fonctionnels minimes. Extraction quarante-huit heures après : anesthésie à la cocaïne-adrénaline du voile et du pharynx ; le voile est fortement relevé à l'aide de drains passés dans les fosses nasales. Débridement large de l'orifice d'entrée, mobilisation du projectile qui est évacuée spontanément par la bouche.

Société médicale des hôpitaux.

Athérome de la région mitro-aortique.

M. Dumas et Grandmaison, à propos de deux autopsies, attirent l'attention sur les souffles endapexiens des vieillards liés à des lésions athéromateuses de la région infundibulaire de l'aorte (région mitro-aortique de Weber et de Guy). Ces souffles ont leur maximum en dedans de la pointe et se propagent vers le sternum sans atteindre la clavicule. Ils ne s'accompagnent pas d'insuffisance cardiaque.

Insuffisance mitrale d'origine athéromateuse.

MM. Dumas et Grandmaison relatent l'observation d'une femme de 80 ans qui offrait un gros souffle systolique, maximum à la pointe, accompagné de frémissement, se propageant dans l'aisselle. Pas de signes d'insuffisance cardiaque. A l'autopsie : grosse incrustation calcaire de la petite valve de la mitrale.

Syphilis spinale. Empoisonnement aigu par l'arsenic. Apparition d'une gomme au cours du traitement bismuthé.

MM. Bonnamour et Delore présentent une observation dont voici le résumé succinct : homme de 59 ans, syphilis à 34 ans irrégulièrement soignée ; troubles de la démarche depuis 1916 ; le 15 octobre 1923, ingestion de 15 centimètres cubes de liqueur de Fowler (tentative de suicide) ; accentuation des troubles de la démarche ; entrée à l'hôpital un mois et demi après on note alors : incoordination du type tabétique surtout marquée aux membres inférieurs ; signe de Romberg ; abolition des réflexes tendineux ; quelques troubles trophiques (atrophie musculaire), pas de troubles sensitifs, ni oculaires, ni sphinctériens, ni psychiques. Wassermann (sang et L. C. R.) négatif. Traitement bismuthé, au cours duquel apparaît une gomme du sterno-mastoïdien. Les troubles nerveux vont d'ailleurs en s'accentuant et on voit s'installer un syndrome d'Aran-Duchenne des plus nets. Un traitement au néosalvarsan amène la disparition de la gomme ; mais l'évolution des lésions nerveuses se poursuit lentement.

On pouvait dans ce cas discuter le diagnostic de polynévrite arsenicale. A noter de plus l'apparition d'une gomme en plein traitement bismuthique, fait « qui, disent les auteurs, doit prêter à réflexions à l'heure où tant d'auteurs vantent l'action spécifique du bismuth », et qui, d'autre part, soulève la

question de l'antagonisme des virus neurotrope et dermotrope.

Traitement d'une pyélonéphrite à coli-bacilles par le bactériophage de d'Hérelle.

MM. Arloing, Dufourt, Bouvier et Sempé ont soigné une fillette de 13 ans atteinte de pyélonéphrite à coli-bacille, chez laquelle après échec d'un auto-vaccin, on employa un bactériophage dont l'action sur le coli de la malade avait été vérifiée *in vitro*. Pendant quatre jours on administra deux ampoules quotidiennes de deux centimètres cubes, l'une sous la peau, l'autre par ingestion. Au bout de ce temps, les urines se clarifièrent et l'apyrexie s'établit d'une façon définitive.

Syndrome épileptique avec tumeur méningée.

MM. Rebattu, Sédaillan et Dechaume ont observé une malade de 54 ans hospitalisée pour épilepsie. Début vers 47 ans (ménopause) par des vertiges et des absences ; apparition des crises ultérieurement. Entrée à l'hôpital en état de mal ; 80 crises en 24 heures ; les mouvements convulsifs étaient localisés à droite. Dans l'intervalle des crises, on constatait une hémiplégie droite et un état de torpeur qui survécut à la période des crises subintrantes. Mort, 20 jours après l'entrée. Ponction lombaire. Tension : 26 au Claude, sans lymphocytose. Wassermann négatif. Autopsie : tumeur du volume d'une orange à la partie moyenne du lobe frontal gauche. M. Rebattu déclare ne pouvoir trancher la question de savoir si c'est cette tumeur qui a déterminé le syndrome épileptique ou si elle est venue se greffer sur un mal comitial ancien.

Deux cas d'oblitération complète de l'orifice de la coronaire postérieure, sans angine de poitrine.

M. L. Gallavardin rapporte deux observations dans lesquelles une aortite syphilitique s'est accompagnée de l'oblitération complète de l'orifice d'une coronaire sans angor, ni infarctus. L'auteur ne prétend pas attribuer à ces faits la signification que le rétrécissement ou l'oblitération d'une seule coronaire ne suffise pas à expliquer la production d'un syndrome angineux, ni que l'infarctus du myocarde ne puisse s'établir à la suite de l'oblitération d'un orifice coronarien. Ces faits prouvent simplement que tous les cas sont affaire d'espèce.

Résultats globaux de deux années de vaccinothérapie dans les broncho-pneumonies infantiles.

MM. Weill et A. Dufourt exposent une statistique de 41 cas de broncho-pneumonies traitées par le vaccin préparé par M. Dufourt. Ces 41 cas ont donné 5 décès et 36 guérisons, soit une mortalité de 12 %, très inférieure à la mortalité habituelle. Le vaccin en question est un vaccin polymicrobien, préparé avec des pneumocoques I, II et III, plusieurs variétés d'entérocoques, quelques staphylocoques et tétragènes. Il paraît utile aussi dans la pneumonie et les congestions pulmonaires, quoique la première soit, en raison de son caractère cyclique, peu modifiable, et que les secondes aient une évolution trop variable pour que l'on puisse affirmer l'action du vaccin.

Gangrène diabétique humide traitée par la diathermie.

MM. Cluzet, Badin et Chevallier ont déjà présenté à la Société l'observation d'un malade atteint de gangrène diabétique humide du pied paraissant nécessiter l'amputation du membre inférieur et qui fut guérie par la diathermie. A la suite de ce cas, les auteurs ont appliqué la méthode à cinq autres, avec un seul insuccès : il s'agissait d'un état diabétique grave, le malade succomba au coma avant que la diathermie ait eu le temps d'agir suffisamment, non sans toutefois avoir produit une amélioration locale (disparition des douleurs). Dans les quatre autres cas, la guérison fut complète, après un nombre de séances variant de treize à seize. A noter que trois de ces malades avaient été soumis au traitement par l'insuline, mais que le quatrième guérit aussi rapidement que les autres sous la seule action de la diathermie.

Dilatations bronchiques vérifiées par le lipiodol

MM. Bonnamour, Badalle, Gaillard et P. Delore rapportent le cas d'une malade de 43 ans soignée depuis plus de vingt ans pour tuberculose pulmonaire. L'examen radiologique montrait une ombre de la base droite avec immobilité du diaphragme des deux côtés et emphysème généralisé. Pas de bacilles dans les crachats. Très bon état général. Pas de fièvre. Devant ces signes, on pensa à une dilatation des bronches et on fit une injection intra-trachéale de lipiodol (Dr Gaillard) ; celle-ci confirma le diagnostic, en montrant une image d'ectasie bronchique à la base droite, avec une série de petites dilatations moniliformes sur le pédicule bronchique inférieur droit. Les auteurs préfèrent la voie transglottique à la voie inter-crico-thyroïdienne pour l'injection de lipiodol ; c'est une méthode inoffensive et simple pour un opérateur entraîné. Ils se servent de la canule de Rosenthal. L'anesthésie pharyngolaryngée, puis trachéale, suivant la technique de Sergent et Cottenot, est nécessaire pour éviter la toux et le rejet du liquide.

Rôle des réinfections dans l'évolution des lésions tuberculeuses des poumons.

MM. Arloing et A. Dufourt, à propos de la communication de MM. Weill et Gardère sur la pneumonie caséeuse des nourrissons, signalent les recherches qu'ils ont faites expérimentalement sur ce sujet. On sait qu'au niveau du tissu sous-cutané, la réinjection de bacilles tuberculeux suivant de trois semaines

une inoculation première produit une lésion à caractère rapidement ulcéreux : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *phénomène de Koch.* Au niveau des poumons, on observe une réaction analogue, si on injecte des bacilles tuberculeux dans la trachée de cobayes, qui, au moins trois semaines auparavant, ont déjà reçu une première injection. Alors que celle-ci donne seulement des noyaux péri-bronchiques d'alvéolite exsudative, la seconde injection provoque des lésions massives, avec tendance à la caséification et l'excavation. Les auteurs pensent qu'il est légitime de transposer ces faits expérimentaux dans le domaine de la clinique. Ainsi que l'admettent MM. Weill et Gardère, la pneumonie caséeuse se voit habituellement chez des nourrissons issus de mères tuberculeuses ou vivant en contact étroit avec des tuberculeux contagieux. Le caractère caséeux massif des lésions pulmonaires que l'on trouve à l'autopsie semble conditionné par les réinfections brutales que ces enfants subissent journellement dans le milieu familial. Ils font en réalité un phénomène de Koch pulmonaire.

Fièvre intermittente à type tierce d'origine pneumococcique.

M Fontanel présente l'observation d'un jeune soldat entré dans son service de l'hôpital Desgenettes pour fièvre. La fièvre affectait le type de la fièvre tierce ; mais il n'y avait aucun autre signe de paludisme : ni frissons au début, ni sueurs à la fin ; le malade n'avait jamais quitté la France et venait d'une région (Côte-d'Or) indemne de paludisme. En réalité il s'agissait d'une congestion pulmonaire de nature pneumococcique, ainsi que le montra l'évolution ultérieure : point de côté, expectoration renfermant du pneumocoque, signes stéthoscopiques de condensation pulmonaire à gauche, avec grisaille à la radioscopie. L'évolution fut remarquablement bénigne et la guérison complète.

A. C.

Les Livres

Aguilar, éditeur à Madrid.

Dr Henri Vignes, accoucheur des hôpitaux de Paris, membre de la Société de biologie. — **Fisiologia obstetrica normal y patologica:** Œuvre couronnée en 1924 par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine de Paris, traduction espagnole par Francisco Canellas.

Nous avons signalé ici même, l'an dernier, la publication par la librairie Masson du livre de H. Vignes consacré à la physiologie obstétricale et aux applications de la physiologie à la clinique.

Les approbations recueillies par cette œuvre, non seulement dans la presse médicale française, mais dans la presse étrangère, ont contribué à sa grande diffusion. Le succès se prolonge aujourd'hui par la belle traduction du Dr Canellas que nous sommes heureux de recommander à nos lecteurs de langue espagnole.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Charon. — **La psychiatrie en clientèle.** (In *Bibliothèque « comment guérir ? »*). Un vol. in-8, 1924. Prix : 8 francs.

Aujourd'hui, la psychiatrie s'oriente vers de nouvelles doctrines, et un nouvel assaut se prépare contre le régime légal des aliénés. Mais, l'opinion, faite surtout de sentiments, de préjugés et de parti-pris, flotte sans raison d'un excès à l'autre ; le champ de la psychologie morbide demeure pour ainsi dire interdit à la saine curiosité.

Cependant, les maladies mentales, dont les variétés et les réactions se multiplient avec le progrès, présentent un intérêt social grandissant. Il apparaît urgent que la connaissance de leurs symptômes, de leurs causes, de leurs effets, de leur traitement, soit mise de façon élémentaire à la portée de ceux qui détiennent une part d'autorité dans la vie sociale. C'est là, le but poursuivi par l'auteur.

Sous un volume réduit, dans un langage précis, sur la base solide d'une psychologie clinique objective, dans un cadre de classements originaux, relevés de quelques observations médico-légales saisissantes, il a réalisé le problème d'écrire sous une forme agréable, beaucoup de choses utiles en peu de pages. Il sera lu avec plaisir par tous ceux qui s'intéressent aux graves questions d'assistance, de prophylaxie, et de défense sociales.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

F. Nidergang. — **La stomatologie en clientèle.** (Un vol. in-8, 97 figures, 1924. Prix : 12 fr.).

Abrégé de l'art dentaire en pratique médicale, ce volume comble une lacune ; il constitue un traité clair et précis, indiquant l'intervention à pratiquer dans un cas donné.

Laissant de côté, toutes considérations non pratiques, l'auteur s'est attaché à décrire la technique, sans exposés confus et inutiles.

Ce livre constitue par excellence le manuel du médecin désirant pratiquer l'art dentaire courant.

Une première partie comprend « les notions indispensables ; la description des instruments ; les petites manœuvres opératoires précédant le traitement d'une carie, les affections dentaires, leur traitement et leurs complications », etc.

Une seconde partie, technique, traite des extractions et de la prothèse inamovible et amovible ; elle se termine par quelques notions de prothèse de laboratoire.

Enfin, dans une troisième partie, c'est une courte description de l'orthodontie à la portée du praticien.

MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr P. PICQUET (de Sens). — **La chirurgie à la campagne.** (Une brochure in-16, 42 pages, avec figures. 1924. Prix : 6 fr.)

En raison du transport difficile des malades à l'hôpital, le chirurgien de campagne doit se résigner à pratiquer à domicile un grand nombre d'interventions ; il faut donc qu'il accepte cette opération à domicile, devenue nécessaire, qu'il s'y prépare, qu'il s'efforce d'en faire un acte méthodique et bien réglé pour la rendre pratique et sûre.

Elle est étudiée dans tous ses détails, avec une grande compétence, par le Dr Picquet : Que peut-on attendre d'elle ? — Comment faut-il l'organiser : le matériel, la stérilisation, les gants, les moyens de transport, l'installation de la salle d'opération, l'éclairage. — Les aides. — L'examen pré-opératoire du malade : tension artérielle, valeur fonctionnelle du rein (épreuve de la diurèse provoquée, de la phtaléine, analyse qualitative des urines), mesure de la coagulabilité sanguine. — Les soins post-opératoires. — Les qualités nécessaires au chirurgien de campagne.

La chirurgie de campagne est un art difficile ; celui qui veut s'y consacrer doit s'attendre à de rudes travaux.

La décentralisation chirurgicale constitue certes, du point de vue des malades, un immense progrès social ; mais le relèvement du Corps médical qu'elle entraîne par contre-coup aura été un autre bienfait.

PAYOT, éditeur,
106, boul. Saint-Germain, Paris

R. LAFORGUE et R. ALLENDY. — **La psychanalyse et les névroses.**— (Un vol. in-8, 250 pages, 1924. Prix : 15 francs.)

La psychanalyse est une technique, qui, au moyen des associations d'idées, permet d'étudier l'activité psychique cachée et inconsciente d'un individu. Elle rend l'observateur indépendant des restrictions du sujet dans ses aveux et lui permet de voir ce qui se passe « derrière la façade ».

Derrière la vie psychologique dont nous avons pleinement conscience, existe, en effet, tout un monde d'états effectifs, de représentations, de tendances, — souvent des impressions d'enfance oubliées — qui restent hors du champ de la conscience, mais qui dirigent avec une grande puissance nos attirances ou nos répulsions, et en définitive jouent un rôle immense dans notre vie. L'ensemble de ces éléments psychologiques constitue l'inconscient, séparé du conscient par le pré-conscient. Si l'on pouvait connaître l'inconscient, il est évident qu'on comprendrait la genèse de toutes les manifestations psychiques, avant qu'elles n'aient fait irruption dans le conscient.

La psychanalyse est surtout employée pour le traitement des névroses ; elle révèle en celles-ci l'extériorisation d'un conflit psychique permanent, dont les éléments, ignorés par la conscience, ne sauraient être corrigés par le seul raisonnement. La psychanalyse intervient chaque fois qu'il faut liquider totalement le conflit, soit quand la volonté, même stimulée, est impuissante en face de lui, soit quand il faut supprimer la cause dont la persistance entraînerait des rechutes.

Les auteurs exposent non pas des discussions, mais des faits. On trouve dans leur livre la description de cas de névrose avec l'explication des mécanismes inconscients que la psychanalyse a découverts et les moyens par lesquels on peut obtenir des guérisons. C'est la première fois qu'on publie en France, une étude vécue de ce questions.

Voici les titres des principaux chapitres : Historique. Notions générales. Mécanisme des névroses. Frigidité. Impuissance. Homosexualité. Psychose et mondes imaginaires. Contagion mentale et répercussions organiques. Symbolisme, comme processus psychologique primitif. Symbolisme des rêves. La technique psychanalytique est décrite dans son détail. Enfin, sont énumérés les principaux problèmes soulevés sur le terrain extra-médical par l'exploration méthodique de l'inconscient.

Avec le Pr CLAUDE, profasseur de neuro-psychiatrie à la Faculté de Paris, dans sa préface, nous dirons qu'il ne faut pas rejeter la méthode psychanalytique et certaines des conceptions pathogéniques qui découlent d'une étude soigneuse des faits, mais que des réserves s'imposent encore, car cette méthode n'est pas encore adaptée à l'exploration de la mentalité française. Nous dirons aussi que c'est là une œuvre qui ser a consultée avec intérêt par les médecins, qui veulent s'instruire sans idée préconçue.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES

Dans le rapport qui précède le décret du 10 septembre 1924 (*Journal officiel*, 11 octobre 1924) M. le Ministre de l'Instruction publique fait remarquer « qu'il ne s'agit pas d'une véritable réforme des études médicales, mais de tenir compte de ce que les premières expériences ont bien vite révélé » dans le régime actuel. Le but n'a été, en somme, que de parer aux graves défauts de ce régime. Quant à la réforme véritable qui est réclamée de tous côtés et qui consistera, comme le demande le professeur WEISS, à transformer les Facultés de médecine en Ecoles techniques, il est à espérer qu'on ne perdra pas de vue sa nécessité et qu'un jour — qu'il faut désirer proche — nous la verrons enfin décrétée et appliquée (1).

Etudiant donc simplement les modifications apportées à l'état actuel par le décret de septembre, nous devons nous demander si elles sont heureuses et si elles constituent une amélioration.

Il serait loin d'en être ainsi, d'après le Dr DUCHESNE (2), qui, dans un article récent a exprimé le regret de voir le P. C. N. conservé aux Facultés des Sciences et la durée de l'étude de l'anatomie réduite de moitié.

Je partage, avec mon excellent confrère, les regrets que lui causent la conservation du P. C. N. aux Facultés des Sciences et la répartition nouvelle des études anatomiques — question sur laquelle je reviendrai plus loin. Je me plais toutefois à reconnaître, avec lui, que tout n'est pas à blâmer dans le décret : la transformation des examens de clinique constitue une importante et heureuse innovation. J'ajoute que certaines dispositions du projet de décret — telle la suppression des exercices de médecine opératoire — contre lesquelles je m'étais élevé dans un article antérieur (3) n'ont pas été maintenues.

(1) J'ai fait remarquer dans un travail antérieur (Remarques au sujet de la réforme des études médicales, *Echo médical du Nord*, 1921, p. 54) qu'une réforme véritable des études médicales ne pouvait consister simplement dans l'augmentation ou la diminution du nombre d'années d'études et de celui des enseignements, dans la répartition de ceux-ci entre les diverses années, etc. et j'ai insisté sur ce fait qu'il fallait tenir compte d'autres facteurs qui ont sur la marche de l'enseignement médical une importance primordiale.

(2) G. DUCHESNE. — La réorganisation des études médicales, *Concours médical*, 1924, p. 2903.

Quant à l'obligation du service de garde dans les hôpitaux par tous les étudiants — question sur laquelle le Dr NOIR est revenu à plusieurs reprises — je l'ai autrefois déclarée désirable ; mais j'émettais en même temps sur l'organisation de ces gardes — qui est prévue dans le régime actuel des études médicales (décret du 11 janvier 1909), mais qui n'a pas été mise en pratique — la réserve que formule le Dr DUCHESNE : l'application de cette excellente mesure est, en effet, subordonnée à une entente préalable entre les Facultés et les administrations hospitalières. « Les Facultés et Ecoles ne devront pas, disais-je, se déclarer vaincues vis-à-vis de l'inertie ou du refus des administrations hospitalières, et elles auront à faire comprendre à celles-ci que leur devoir est de contribuer à l'instruction professionnelle des futurs médecins ».

Ces remarques faites, je passe à la critique de certaines dispositions du décret

I. *Enseignement de l'anatomie.* — En ce qui concerne l'anatomie et la physiologie, voici ce qu'écrit le Ministre : « Il est prévu un premier cycle d'études morphologiques et biologiques de deux années, où la première a été réservée à l'anatomie, à l'embryologie et à l'histologie ; la seconde à la physiologie, à la physique et à la chimie médicales qui forment un ensemble parfaitement logique et auquel le développement de la science obligeait de réserver désormais une place plus importante ». Le décret porte que la première année sera consacrée à l'enseignement de l'embryologie (enseignement théorique), de l'anatomie et de l'histologie (enseignement théorique et pratique) ; que la 2e année comprendra l'enseignement, à la fois théorique et pratique, de la physiologie, de la physique médicale, de la chimie médicale, de la bactériologie.

L'anatomie et la physiologie se partagent actuellement, à parties quasi-égales, les deux premières années d'études, — ce qui fait pour chacune d'elles deux semestres d'enseignement. Dans le futur régime le temps consacré à l'une et à l'autre sera à peu près le même qu'actuellement — avec cette différence 1° que les deux

(3) J. VANVERTS. — Réforme des études médicales, *Progrès médical*, 1923, p. 210.

semestres d'anatomie seront consécutifs (1re année) et qu'il en sera de même pour la physiologie (2e année) ; 2° que l'histologie, actuellement enseignée dans les mêmes semestres que la physiologie, le sera en même temps que l'anatomie. La modification ne semble donc avoir qu'une importance secondaire. Elle aura en pratique une influence néfaste, tant pour l'anatomie que pour la physiologie, car le semestre pendant lequel chacune de ces matières n'est pas enseignée est actuellement utilisé en partie par l'étudiant pour revoir ce qu'il a appris antérieurement et pour consolider ses connaissances.

On peut estimer que l'enseignement de l'anatomie est trop complexe et qu'il y a lieu de le rendre plus simple. On peut aussi réclamer une modification dans l'organisation des travaux pratiques et une meilleure utilisation du temps de l'étudiant (1). Mais comment peut-on soutenir qu'un étudiant sera capable d'acquérir, dans les sept mois qui représentent une année scolaire (2), toutes les connaissances anatomiques dont il aura besoin au cours de sa carrière de médecin ?

A-t-on pensé, d'autre part, à la quasi-impossibilité des séances de dissection pendant les mois d'été ? (3).

Il est bien de proclamer que « pour l'enseignement de la médecine, à la période proprement anatomique doit succéder la période physiologique » ; mais il ne faudrait pas exagérer et en arriver à conclure et à décréter que l'anatomie est une branche peu importante de la médecine. M. Duchesne fait avec raison remarquer que la physiologie ne peut être bien comprise que si elle s'appuie sur une connaissance aussi complète que possible de l'anatomie. J'ajouterai que cette connaissance de l'anatomie est par elle-même indispensable au médecin qui doit, dans la pratique journalière, être exactement renseigné sur le siège, la forme, les rapports, etc., des divers organes.

II. *Enseignement de l'anatomie topographique.* — Pour « soulager » la troisième année d'études qui, de l'avis de tous, est surchargée dans le régime actuel, on a transporté certaines matières dans d'autres années. C'est ainsi que la médecine opératoire — à laquelle on a adjoint l'anatomie médico-chirurgicale ou topographique — passe, dans le futur régime, de la 3e à la 4e année. Le Ministre écrit à ce sujet : « Pour calmer les inquiétudes exprimées au sujet de la diminution du temps consacré à l'étude de l'anatomie, il a été prévu un enseignement complémentaire d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire. »

Cet enseignement a été placé en 4e année. Dans l'ancien régime, il était donné en 3e année ; dans l'actuel, il l'est en 2e année, à la suite de l'anatomie descriptive.

Chacun de ces systèmes présente des avantages et des inconvénients. Mais est-ce une raison pour ne pas les étudier sérieusement de façon à arriver à une solution définitive ? Va-t-on continuer à « jongler » avec l'anatomie topographique dont on met l'enseignement non pas là où la logique le commande, mais là où l'on trouve de la place pour la caser ?

Le résultat auquel aboutira la nouvelle organisation est facile à prévoir. C'est deux ans après avoir terminé l'étude de l'anatomie descriptive, à un moment où il aura oublié celle-ci en grande partie, que l'élève abordera l'anatomie topographique. *L'enseignement de l'anatomie topographique doit logiquement suivre celui de l'anatomie descriptive.*

III. *Enseignement des spécialités.* — Le régime actuel des études médicales comprend l'enseignement élémentaire des cliniques spéciales ci-après : dermatologie et maladies vénériennes, voies urinaires, maladies nerveuses, maladies mentales, médecine infantile, chirurgie infantile, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, gynécologie, maladies contagieuses. Dans le régime futur, certaines de ces spécialités — voies urinaires, maladies nerveuses, chirurgie infantile, gynécologie — ne sont plus mentionnées comme devant être l'objet d'un enseignement clinique. Cette modification aura des conséquences funestes, qui sont faciles à prévoir.

S'il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est la nécessité de développer l'enseignement clinique. Le décret de 1909, qui régit l'organisation actuelle des études médicales, avait tenu compte de cette nécessité : il avait établi l'enseignement obligatoire des spécialités, en précisant qu'il serait *élémentaire*. Le médecin doit, en effet, pour être à la hauteur de la tâche qui lui incombe, connaître les *éléments* de toutes les parties de la médecine, non seulement au point de vue théorique, mais aussi et surtout au point de vue pratique.

L'étudiant est actuellement tenu de faire un

---

(1) Voyez à ce sujet DESMARETS, Pourquoi et comment il faut modifier l'enseignement de l'anatomie dans les pavillons de la Faculté, *Presse méd.*, 1919, supplément, p. 857.

(2) Les cours et les travaux pratiques commencent théoriquement le 3 novembre, mais en fait du 10 au 15 ; ils se terminent le 30 juin au plus tard. Il y a, en outre, à tenir compte des vacances du nouvel an et de Pâques.

(3) On aurait, m'a-t-on dit, l'intention de limiter les séances de dissection au semestre d'hiver et de les remplacer pendant le semestre d'été par des démonstrations sur les pièces sèches et humides. C'est vouloir « mettre la charrue avant les bœufs ». La logique est de commencer par l'étude de l'anatomie sur des pièces disséquées et de ne passer qu'ultérieurement à la dissection. (Voy. à ce sujet l'intéressante critique de DESMARETS, *trav. cité*).

séjour de quelques semaines dans chaque service de spécialités, où il est exercé à l'examen des malades et à la pratique des manœuvres exploratrices et thérapeutiques par les professeurs spécialisés et par leurs aides.

Le nouveau décret supprimant, pour un certain nombre de spécialités, l'obligation de l'enseignement clinique, où l'étudiant examinera-t-il les femmes et les hommes atteints de maladies de l'appareil génital — qui, l'un et l'autre, constitueront une partie importante de sa clientèle ? Où s'exercera-t-il à l'usage des divers instruments nécessaires au diagnostic et au traitement des maladies génitales des deux sexes (1) ? Où pourra-t-il étudier les maladies du système nerveux ? Où verra-t-il les malformations congénitales et les lésions infectieuses des os et des articulations que l'on observe surtout chez l'enfant ? Si l'on se reporte au décret, on conclura que c'est dans les services de clinique générale que l'enseignement clinique de ces spécialités devra être fait. Mais les malades correspondant à ces spécialités ne sont pas dans les services généraux — sauf pour les femmes atteintes d'affections génitales. Les services spécialisés possèdent, d'autre part, les ressources qui sont nécessaires pour le diagnostic et le traitement des maladies spéciales et qui n'existent pas dans les services généraux. Enfin, les professeurs de maladies des voies urinaires, des maladies du système nerveux, de chirurgie infantile, de gynécologie ont une compétence et une habitude de l'enseignement dans leurs parties respectives que n'ont pas les professeurs des cliniques générales.

Services et professeurs spécialisés vont donc devenir inutiles, au grand détriment de l'instruction de l'étudiant, tandis que les services de cliniques générales recevront de trop nombreux élèves et que les professeurs de ces cliniques seront surchargés de besogne.

Je ne crois pas que le but poursuivi par les auteurs de la réforme ait été celui que je viens de signaler ; mais je constate que tel sera le résultat obtenu.

(1) « La dermatologie et les maladies vénériennes », prévues comme spécialité dans le régime actuel d'études, sont remplacées dans le régime futur par « la dermatologie et la syphiligraphie ». Où se fera l'enseignement pratique de la blennorragie et de ses complications ?

IV. *Thèse.* — Quel intérêt y a-t-il à obliger l'étudiant à déposer le sujet de sa thèse au Secrétariat de la Faculté deux mois avant l'époque de sa présentation, après approbation du sujet par le futur président de thèse ? Cette innovation, dont la raison n'est pas indiquée dans le rapport du Ministre, compliquera inutilement la formalité que constituent pour la plupart des étudiants la rédaction et la soutenance d'une thèse.

Pourquoi, d'autre part, avoir augmenté le nombre des membres du jury de la thèse ? Ils étaient quatre dans l'ancien régime, ils sont trois dans le régime actuel, ils seront de nouveau quatre dans le régime futur !

L'article 30 du décret porte qu'un arrêté ministériel déterminera la date d'application dudit décret (1). Avant de décider cette application, il y aurait lieu de demander l'avis des médecins et des membres du Corps enseignant.

Des conversations que j'ai eues avec plusieurs de mes collègues, il résulte, en effet, que les modifications apportées dans le régime actuel sont — à l'exception de celles qui concernent les examens de clinique — considérées comme regrettables.

De la double consultation des professeurs et des praticiens sortiront des renseignements utiles, et ceux-ci pourront être mis à profit pour éviter à la future réforme le sort de la précédente qui, déclare le Ministre, « a été presque aussitôt l'objet de critiques diverses qui ont fait ressortir les insuffisances ou, au contraire, les excès de certaines de ses dispositions les plus importantes, les difficultés sinon les impossibilités qui en résulteraient ..... » (2).

D[r] J. VANVERTS.

(1) Si les renseignements que j'ai pu recueillir sont exacts, le nouveau régime sera appliqué à partir de novembre 1925.

(2) Voir au sujet du régime actuel des études le remarquable rapport du professeur ARNOZAN à l'*Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine, Bulletin*, 1909, p. 125.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Que faut-il entendre par le mot « honoraire » ? Le secret professionnel et le fisc.

On prête au gouvernement l'intention de prélever un nouvel impôt sur les professions libérales, celles de médecin, d'avocat, etc. en prenant pour base la fortune apparente, le loyer, le train de maison, etc.

Il est bien difficile, en effet, de savoir ce que peut gagner un homme qui, par profession, est lié par le secret professionnel et ne peut pas révéler, à des tiers, comment et pourquoi, ni même à qui il a réclamé de l'argent, pour un service rendu.

Déjà bien nombreux sont nos confrères, qui se sont plaints des investigations plus ou moins indiscrètes des agents du fisc. Ils nous ont demandé, maintes fois, dans quelles limites ils pouvaient déroger aux prescriptions de l'article 378 du code pénal, en soumettant leur comptabilité médicale au contrôleur des contributions directes, qui suspectait la véracité de leurs déclarations, pour l'impôt sur le revenu.

Nous détachons, dans la *Gazette du Palais* du 6 octobre 1924, l'entrefilet suivant :

Les avocats et le fisc. — Le journal *Le Temps* du 5 octobre 1924 publie le résultat d'une enquête qu'il a faite dans les milieux du Palais sur les projets gouvernementaux concernant le contrôle des bénéfices professionnels des avocats, et résume ainsi les opinions qu'il a recueillies d'un grand nombre de personnalités du barreau :

« La tenue d'un livre de recettes, en effet, nous dit-on, obligerait l'avocat à révéler au fisc le nom, et nécessairement l'adresse, des clients dont il a reçu un honoraire. Il suffit de formuler cette exigence pour que se révolte la conscience intime de tout avocat. Rien n'est plus sacré, en effet, que le secret dû par l'avocat à son client. Le cabinet de l'avocat est un refuge inviolable ; rien de ce qui s'y passe ne doit transpirer au dehors, et la présence même d'un consultant dans son cabinet est couverte par le secret professionnel de l'avocat, base et honneur de sa profession.

« C'est une garantie essentielle pour le public de pouvoir consulter en toute sécurité un avocat ; aujourd'hui que les lois nouvelles aux rédactions incertaines se multiplient, le conseil juridique devient pour tous les citoyens d'une nécessité presque quotidienne. Le public a le droit, lorsqu'il a recours à un conseil, de prétendre à toutes les garanties dont la tradition l'entoure. Aux premiers rangs de ces garanties se trouve le secret, et le secret portant non seulement sur l'objet de la question posée, mais encore sur l'existence même de cette question, c'est-à-dire sur le fait de la consultation. Nul ne doit savoir que tel citoyen a dû, à telle époque de son existence, consulter un avocat, et nul moins que cet avocat ne peut le révéler.

« Or, le projet gouvernemental méprise cette garantie traditionnelle, au point de la supprimer. Désormais, entre l'avocat et son client, se dresserait un tiers, le fisc, dont les multiples agents appelés à vérifier les comptabilités futures des avocats pénétreraient chez eux pour exiger la révélation de leur clientèle. Abus intolérable, disent les uns ! Suppression d'une garantie essentielle que nous devons au public, disent les autres.

« Ce n'est pas tout, car la voie de la défiance ne comporte aucun terme. L'inquisition va en effet contraindre les avocats à donner reçu des honoraires touchés et portés par eux sur leurs livres ; comment vérifier la sincérité de ces écritures autrement que par la conformité du reçu délivré au client ? Et voilà ruiné un des caractères essentiels de la profession d'avocat, un de ceux qui lui assurent son indépendance et sa dignité particulières. On sait, en effet, que hormis certains cas exceptionnels, l'avocat ne doit pas donner reçu des honoraires qu'il touche : c'est là une règle fort ancienne et qui tient au caractère spécial de l'honoraire. Remis comme un présent à une personne dont on est l'obligé, il serait aussi inconvenant de retirer un reçu de l'honoraire versé que de tout autre présent ; l'honoraire n'est pas le payement d'un prix, c'est un cadeau donné gracieusement en reconnaissance d'un service rendu.

« Cette conception honore celui qui donne autant que celui qui reçoit, et confère aux relations du client et de l'avocat un ton d'élégance et de dignité supérieur. Ce procédé, si éloigné des usages du commerce donne à l'avocat le privilège d'une considération particulière ; et si l'expérience des siècles a placé ainsi l'avocat sur une sorte de piédestal, ce n'est certes pas pour flatter sa vanité, c'est au contraire dans l'intérêt même de son client, c'est-à-dire du public. Car cette expérience a révélé que pour remplir toute l'utilité que le client attend de lui, l'avocat doit exercer sur ce client une autorité certaine. Conseil, il est aussi un peu un directeur et ses avis désintéressés, donnés avec discernement à un plaideur souvent rétif parce que passionné, doivent s'imposer à celui-ci, dans son seul intérêt. Or, l'avocat ne puise cette autorité, si utile à son client, que dans le prestige et la dignité dont s'entoure l'exercice de sa profession. C'est pourquoi l'expérience du passé avait élevé la profession d'avocat à la di-

gnité d'un ministère, en l'éloignant avec soin de tout caractère commercial : l'interdiction de donner reçu des honoraires était un des points essentiels de ce dogme impératif et protecteur.

« Va-t-on, aujourd'hui, pour des raisons de fausse égalité fiscale, ruiner cet édifice nécessaire ? Obligera-t-on l'avocat à devenir, en fait, un commerçant, à tenir comptabilité ouverte, à délivrer reçu ? L'honoraire, commercialisé, deviendra-t-il une rémunération mercenaire ? On assisterait alors à la disparition rapide des règles de l'ordre des avocats. De libérale, la profession deviendrait commerciale, comme toute autre ; elle y perdrait de son indépendance et de son agrément, ce qui est beaucoup ; elle y perdrait surtout de son utilité, ce qui est trop. Et c'est là ce qui inquiète, au Palais, les avocats, jeunes et vieux, soucieux de voir la profession qu'ils ont choisie et aimée subir une révolution dangereuse.

« Enfin, du simple point de vue fiscal, n'est-ce pas une vérité reconnue que les impôts les plus productifs sont les moins gênants ? Que penser dès lors de la productivité d'un impôt dont le seul projet soulève de pareils critiques, et dont le premier effet serait de troubler si profondément l'existence même des assujettis ? ».

Cet article comporte quelques réflexions : tout d'abord, la profession d'avocat est soumise aux mêmes obligations que la nôtre, en ce qui concerne le secret profesionnel. Aussi, comme nous, les avocats protestent-ils contre cette prétention de nous obliger à tenir des livres de comptes, comme un commerçant, livres que nous devrons garder à la disposition des agents du fisc.

Ce serait une situation intolérable, pour la paix des familles, car, malgré tout, plus un secret est confié à des personnes diverses et plus il courra le risque d'être divulgué.

Mais je tiens surtout à attirer l'attention de mes confrères sur la manière dont les avocats comprennent le mot « honoraires ».

Un avocat ne doit pas faire payer ses services : sa fonction est purement gratuite et si un plaideur se refusait à honorer son défenseur, ce dernier n'aurait aucun recours devant les tribunaux, contre son débiteur ingrat et oublieux du service rendu.

Aussi, les avocats prennent-ils la précaution de demander, d'avance, une provision d'argent, pour les dédommager de leurs frais d'étude des pièces du dossier et des recherches juridiques que ledit dossier comporte. Cette provision n'est, bien entendu, qu'une manière de toucher des honoraires ; mais ceux-ci sont, professionnellement parlant, assez dissemblables de ceux touchés par le Corps médical.

Jadis, le médecin recevait également un présent pour le service qu'il avait rendu. Que de confrères d'antan, qui n'envoyaient jamais de notes annuelles et se contentaient de ce que leurs clients voulaient bien spontanément leur remettre.

Le médecin avait alors une petit fortune personnelle ; il était originaire de la bourgeoisie, né de parents aisés ; la pléthore professionnelle ne se faisait pas encore sentir ; les voies de communication peu faciles empêchaient le chevauchement et l'enchevêtrement des clientèles. Donc, les besoins d'argent étaient moins aigus que maintenant.

Cependant, un premier cri d'alarme fut poussé en 1845 : la profession médicale souffre de la misère : il faut créer une association, pour défendre les intérêts individuels et collectifs des médecins.

Mais il faut surtout arriver à 1893, au moment où fut votée la loi du 15 juillet, sur l'assistance médicale gratuite, pour assister à une organisation progressive de la tarification des honoraires médicaux.

A l'heure actuelle, avec les indigents, les enfants assistés, les mutualités, les accidents du travail, la médecine légale, les réformés de guerre, des tarifs officiels existent, pour régler les rapports pécuniaires entre les médecins et certaines catégories de leurs malades.

Imposé par une partie, ou librement débattu entre syndicat médical et collectivité publique, ou privée, l'honoraire médical n'est plus le cadeau donné gracieusement par le client, en reconnaissance d'un service rendu : il est devenu le paiement en argent d'un acte médical, d'après un tarif prévu d'avance.

Beaucoup de syndicats médicaux ont institué pareille tarification pour les clients ordinaires, tarif minimum il est vrai, mais tarif tout de même.

Cette méthode a même été consacrée par la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, qui, modifiant l'article 2272 du code civil, porte à deux ans la prescription des honoraires médicaux. Pareille disposition n'existe dans aucune loi, en ce qui concerne les honoraires des avocats.

Pourquoi cette « commercialisation » progressive de nos honoraires ? Parce que le médecin travaille isolé, en face de son client, parce qu'il donne un conseil, ou consultation souvent unique à un malade, alors que l'avocat ne peut exercer sa profession qu'en restant en contact avec ses confrères, devant le tribunal où il est admis à plaider et parce que la provision demandée pour un procès rappellera plutôt l'ancienne conduite du médecin, soignant à forfait une pneumonie ou une fièvre typhoïde que la méthode actuelle de la tarification de chaque acte médical.

En second lieu, le médecin faisant de la politique, ou restant un individualiste impénitent s'est trouvé en présence de collectivités ayant

besoin d'établir leur budget provisionnel de l'année. Pour se défendre les uns contre les autres, pour empêcher certains d'accaparer, au rabais, toute la clientèle des mutualités, des indigents, ou autre, pour permettre à tous de pouvoir vivre honnêtement, les défenseurs du Corps médical, les syndicats médicaux ont mené la campagne pour obtenir le libre choix du médecin et son corollaire, le paiement à la visite.

A la veille de l'organisation de l'assurance sociale, je recommande aux méditations de mes confrères l'opinion de l'avocat, qui a rédigé l'article que nous reproduisons ci-dessus, lorsqu'il insiste sur ce fait que l'avocat ne peut exercer d'autorité certaine sur son client, qu'en masquant complètement le côté matériel de la profession, en lui enlevant tout caractère commercial et en trouvant par le procédé ingénieux de la provision, le moyen de gagner de l'argent autrement que par l'application d'un tarif.

Est-il encore possible, pour notre profession médicale, d'exercer sans avoir recours à une tarification quelconque ?

Personnellement, je ne le crois pas, car cette tarification est entrée dans les habitudes, tant du Corps médical que des clients du médecin.

Alors, acceptons cette tarification, en la faisant égalitaire pour tous, grâce à l'organisation de la défense syndicale : mais unissons-nous aux avocats, par la C. T. I. par exemple, pour que soient sauvegardés les principes légaux du secret professionnel, dans l'intérêt supérieur de nos clients.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Notre confrère Damey, secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux du Finistère, nous envoie la lettre suivante adressée par le président de l'Union Mutualiste du Finistère au président du Syndicat des médecins de Brest avec prière de la publier.

Elle montre bien l'esprit des organisations mutualistes et le mépris profond qu'elles professent pour la liberté de confiance du malade et de l'intérêt bie n entendu de leurs sociétaires. Elle nous confirme ce que nous savions déjà, que la défense de la Caisse prime de beaucoup la question d'efficacité des soins réclamés par le malade dans l'organisation de la Mutualité d'hier et sans doute dans celle des Assurances sociales dedemain.

Notre confrère nous dit dans sa lettre : Je n'ajoute aucun commentaire, cette lettre a pour parure une telle quantité de « perles », et d'un tel orient, que je crois complètement inutile d'insister.

Et je partage son avis.

Dr M. V.

Brest, le 25 septembre 1924.

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de vous aviser que les principales sociétés de secours mutuels deBrest ont décidé de supprimer le libre choix du médecin à compter du 1er octobre prochain ; elles ont modifié leurs statuts en conséquence.

Nous sommes très étonnés qu'un président de société ait communiqué à l'un de vos confrères, comme vous l'avez annoncé, la prétendue liste des médecins accordant des réductions aux mutualistes, alors que cette liste n'a pas été publiée et ne le sera pas. Nous la communiquerons verbalement aux mutualistes intéressés.

Par ailleurs, nous n'avons pas à connaître si ces médecins, vrais amis des mutalistes, sont syndiqués ou non ; si par hasard cette liste était erronée, nous la rectifierions par la suite, de même que, si pour les besoins de la cause que nous défendons, nous jugeons nécessaire que certains médecins doivent être compris sur cette liste *quoique n'accordant aucune réduction, cela ne regarde que les mutualistes.*

Notre but principal est d'habituer les mutalistes à ne s'adresser qu'à un nombre limité de médecins, pour arriver plus facilement ensuite à créer le dispensaire dont nous poursuivons toujours l'organisation, laquelle nécessite une préparation longuement étudiée et ne peut aboutir que par étapes. Je puis vous annoncer que notre première étape a été franchie par l'obtention à l'unanimité ou la presque unanimité de leurs membres, dans les plus importantes sociétés brestoises, de la suppression du libre-choix du médecin ; celles qui par suite de leurs effectifs restreints ou qui pour des motifs particuliers, n'ont pas pris une telle décision nous ont donné la certitude d'un encouragement continuel et de nous seconder par une propagande intensive près de leurs sociétaires et des membres de leur famille en faveur des médecins amis de la Mutualité : l'intérêt pécuniaire fera le reste.

La suppression du libre choix du médecin obligera ceux des mutualistes qui ne voudront pas s'y conformer à supporter la charge complète de leurs frais médicaux ; nul doute qu'une maladie un peu importante ne les amène, du fait de cette charge, à accepter la discipline qui s'impose ; toutefois pour qu'ils ne perdent pas tous les avantages de la mutualité, nous continuerons à leur payer leurs frais pharmaceutiques et leurs indemnités journalières, à la condition que les médecins de leur choix signent leurs feuilles de visites et de consultations comme par le passé, cela pour permettre le contrôle des ordonnances et de la durée de la maladie, dans les limites et conditions statutaires.

Nous ne voulons pas terminer sans vous exprimer le regret de constater que les premières victimes de nos décisions seront les docteurs qui nous ont défendus près du syndicat des médecins, aussi serions-nous très heureux qu'ils puissent faire comprendre à leurs collègues le préjudice que la décision du syndicat leur cause. La grande majorité des médecins qui l'ont votée n'y étant pas directement intéressés : la clientèle mutualiste appartenait en général à ceux qui ont voté avec la minorité sur cette question.

Aussi sommes-nous disposés à prendre contact avec ces derniers s'ils le désirent, soit individuellement, en groupe, ou même par l'intermédiaire du syndicat, si celui-ci leur donnait toute liberté à ce sujet. Toutefois il serait indispensable qu'ils n'attendent pas trop longtemps pour le faire, car il se pourrait qu'avant peu nous soyons liés nous-mêmes, pour la constitution du dispensaire à l'étude, laquelle sera suivie de celle d'une clinique chirurgicale qui pourrait bien apporter une diminution sensible de clientèle à la majorité actuelle des médecins de votre syndicat ainsi que nous le montrent les résultats obtenus par nos devanciers, dans ces organisations, lesquels voient les syndicats de médecins, intransigeants autrefois, leur proposer maintenant leurs services. Vous pouvez consulter en particulier vos collègues de Limoges et de Montpellier qui pourraient vous édifier sur le développement pris par les services mutualistes de ces localités : dispensaire et clinique, dont le premier comporte 15.000 adhérents et dont le deuxième en aura bientôt 50.000, ce qui l'oblige actuellement à agrandir ses locaux et à étendre son action (200.000 fr. de travaux sont en cours pour cela).

Avec l'espoir de voir se renouer les bonnes relations du corps médical brestois avec la mutualité.

Veuillez agréer, M. le Président l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président de l'Union mutualiste.

Pour copie conforme :

Le secrétaire de la Fédération des Syndicats médicaux du Finistère.

Dr E. Damey.

MÉDECINE ET HISTOIRE

La fistule de Louis XIV (d'après l'Histoire médicale du Dr Deguéret (1) et les Mémoires sur la Cour de Louis XIV, de Monseigneur Hébert, curé de Versailles[2]).

Tout le monde a entendu parler de la fistule de Louis XIV et de son opération qui fit la fortune de Félix, premier chirurgien du Roi. Dans une thèse remarquable où M. le Dr Deguéret, médecin à Vichy, écrit l'*Histoire médicale du grand Roi*, l'affaire de la fistule est exposée en détails d'après le *Journal de la Santé du Roi Louis XIV*, rédigé par d'Aquin et le *Récit de la Grande Opération faite au Roi Louis XIV*, par J.-A. Le Roi, conservateur de la Bibliothèque de la Ville de Versailles au milieu du siècle dernier. La thèse du Dr E. Deguéret venait à peine de paraître que M. Georges Girard publiait dans la *Revue de France* du 1er août 1924, les mémoires du Curé de Versailles, François Hébert, qui, de 1686 à 1704, époque à laquelle il fut nommé évêque d'Agen, fut à la tête de la paroisse de la ville royale. Dans ces mémoires, le premier chapitre est consacré à la maladie du Roi qui coïncida justement avec l'entrée en fonctions du Curé Hébert. C'est d'après ces récentes publications que nous allons exposer l'Histoire de la fistule royale.

(1) Dr Deguéret (de Vichy). — Histoire médicale du grand Roi (Thèse de Paris). Libr. Marcel Vigné, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 1924).

(2) Les mémoires sur la Cour de Louis XIV de Monseigneur Hébert, curé de Versailles, publiés par Georges Girard in *Revue de France*, 1er août 1924.

***

Ce fut le 15 janvier 1686 que Louis XIV s'aperçut qu'il portait une petite tumeur au périnée à deux travers de doigt de l'anus. Indolente même à la pression, ne gênant en rien le Roi qui pouvait sans souffrir monter à cheval, ce dernier n'y porta pas grande attention. Mais le 31 janvier, elle s'était accrue et indurée au point que d'Aquin, le premier médecin, engagea fortement le Roi à se soigner. Louis XIV s'y résolut le 5 février et l'on appliqua des cataplasmes de composition complexe, puis un emplâtre de céruse à la ciguë. Le malade dut garder le lit. Les douleurs devinrent plus fortes, la tumeur rougit, le 18, elle commençait à se ramollir. Dès le 5 février, le premier chirurgien, Félix de Tassy, donna le seul bon conseil qu'un homme expérimenté pouvait donner : l'ouverture de l'abcès, mais il fallait compter avec les courtisans. On essaya sans succès la toile Gaultier, le sparadrap de Madame de la Daubière ; un suppuratif fut substitué et l'abcès s'ouvrit le 19 février. On agrandit l'ouverture avec les suppuratifs mélangés de caustiques, l'abcès se vida mieux, la tumeur diminua. Le malheur voulut qu'une crise de goutte survint le 21. L'ouverture de l'abcès se resserra et le pus sortit mal. Une escharre fut provoquée avec deux pierres à cautère et le chirurgien débrida avec une lancette. Il

s'écoula un peu de pus. Comme la tumeur restait dure, l'on fit des fomentations à la décoction d'absinthe, de roses de Provins, d'écorces de grenades, de feuilles de myrte bouillies dans du vin rouge. Puis l'on pratiqua des injections d'eau vulnéraire, à laquelle on substitua le 2 mars le précipité rouge.

L'on constata un petit sinus qui parut profond, d'où application nouvelle de caustiques, de pierre infernale, nouveaux coups de lancette. Il n'y avait pas encore de fistule, car le toucher rectal ne permettait pas d'en constater. Une légère amélioration du 17 mars au 23 fit espérer la cicatrisation, le Roi a pu monter en carosse. Mais le 17 mai, l'on s'aperçut que les liquides injectés dans l'ulcération passaient dans le rectum et par le toucher rectal au moyen d'une sonde l'on put constater qu'il s'était formé une fistule ano-rectale dont l'orifice interne était à deux ou trois travers de doigt de l'anus.

Grand émoi en France. Prières dans les Eglises, car la chirurgie d'alors qualifiait de grande opération, l'opération de la fistule, on en mourait.

Aussi avant de s'y soumettre, le Roi fit tenter une foule de traitements sur les fistuleux de son royaume.

Les potions vulnéraires variées qu'il essaya ne firent que lui fatiguer l'estomac. Il en cessa l'usage le 5 juin.

Dionis raconte qu'on envoya quatre fistuleux aux Eaux de Barèges sous la conduite de Gervais, chirurgien de la Charité, le traitement prolongé ne donna aucune amélioration. Un autre chirurgien du Roi fut à Bourbon avec un autre contingent de malades, échec complet.

Louvois, le grand favori du Monarque, recevait chaque jour des gens qui lui apportaient des remèdes mirifiques. C'était un religieux Jacobin, qui avait le secret d'une eau extraordinaire et qui fit des essais inutiles à l'Hôtel royal des Invalides ; un autre avait un onguent merveilleux. Le Ministre fit aménager plusieurs chambres dans son propre hôtel et, sous la surveillance de Félix, toutes les tentatives curatives furent faites inutilement sur de malheureux fistuleux.

Tenu au courant de tous ces échecs, cédant aux insistances de son chirurgien, Félix II qui avait succédé dans la charge de premier chirurgien à Félix de Tassy, son père, le Roi consentit à demander l'avis d'un chirurgien parisien réputé, Bessières, qui approuva les propositions de Félix. Ce dernier dut exposer alors au Roi comment on pouvait l'opérer par cautérisation, ligature, excision ou incision. Félix insistait sur le choix de l'incision. Après une consultation de d'Aquin, Fagon, Bessières et Félix, Louis XIV se résigna à prendre la seule détermination raisonnable, à laisser inciser la fistule. Cette résolution fut prise à Fontainebleau, et quelques personnes seulement, s'il faut en croire le curé Hébert, en furent les confidents : d'Aquin, Fagon, Félix, Madame de Maintenon, Louvois, le premier valet de chambre Bontemps, gouverneur de Versailles et de Marly.

Louis XIV revint de Fontainebleau, le vendredi 15 novembre ; la veille de l'opération le 17, il monta à cheval, visita les jardins, les réservoirs, les travaux en cours d'exécution et le 18 novembre 1686, il était opéré.

Félix avait auparavant pratiqué de nombreuses opérations de fistules pour se faire la main. Il avait même imaginé et fait construire un bistouri courbe, à lame étroite qui se terminait par un stylet en argent recuit, perfectionnement du syringotome de Galien. Le tranchant était recouvert d'une chape d'argent permettant de l'introduire dans la fistule sans blesser et la chape se retirait une fois l'instrument bien en place. Cet instrument prit le nom de bistouri à la royale.

A 5 heures du matin, les apothicaires donnèrent un lavement au Roi. Avant sept heures, Louvois fut quérir Madame de Maintenon ; ils trouvèrent le Roi dans sa chambre en conversation avec son confesseur le Père de la Chaise. Félix, d'Aquin, Fagon, Bessières, Laraye, les quatre apothicaires du Roi entrèrent.

Louis XIV très calme se fit expliquer le maniement du bistouri. Il se coucha ensuite sur le bord du lit, un traversin sous le ventre pour élever les fesses tournées du côté de la fenêtre, les cuisses écartées et assujetties par deux des apothicaires. Félix, aidé par Bessières, introduisit le bistouri à la royale, guida sur la chape des ciseaux avec lesquels il coupa l'intestin au-dessus de l'incision et débrida les clapiers. Le Roi supporta l'opération avec constance. Une heure après, il fut saigné au bras. Puis on ouvrit la porte aux courtisans qui étaient admis les premiers au lever.

Lorsqu'ils apprirent que l'opération dont le secret avait été si bien gardé, était faite, les visiteurs furent si stupéfaits et anxieux que le Roi, au milieu d'eux, était le seul qui eut le visage d'une personne bien portante.

Une grosse tente de charpie imprégnée d'un liniment composé d'huile et de jaune d'œuf avait été introduite de force dans l'anus. Les lèvres de la plaie se trouvaient fortement écartées. Des plumasseaux, enduits du même liniment, pansaient la plaie. Un régime sévère fut institué.

Le Roi n'eut ni fièvre, ni dévoiement. Deux ou trois jours après, raconte le curé Hébert, il se vit en état de travailler avec son Conseil.

A deux reprises, on dut scarifier la plaie après l'avoir cautérisée avec des onguents et la pierre infernale, la cicatrisation était complète le 14 janvier 1867.

Félix fut anobli, reçut la terre des Moulineaux

et 40.000 écus. D'Aquin reçut 100.000 livres et Fagon 80.000 livres.

Tous les courtisans voulurent être atteints de fistules et ce fut à qui demanderait à Versailles à se faire opérer. Dionis raconte qu'il avait vu plus de trente personnes qui se prétendaient atteintes de fistules, voulaient être opérées et étaient furieuses quand on leur affirmait qu'elles n'avaient rien.

Un prêtre, nommé Sanga, qui servit aux essais de Félix et fut avant le Roi opéré par lui et guéri de sa fistule, eut l'audace d'écrire à Louis XIV et de se qualifier son frère de sang. Le curé Hébert, scandalisé de pareille impertinence, raconte que le Roi lui donna un canonicat à l'Eglise Métropolitaine de Sens. Avec une sottise sans limites, il fatigua ses collègues, les Chanoines, de ses prétentions. Si bien que le doyen du Chapitre, Boileau, frère du poète Boileau-Despréeaux, lui dit un jour en public : « Vous avez, Monsieur Sanga, bien raison de vous vanter de la manière dont vous êtes entré dans notre corps, car, enfin, vous avez été fait chanoine pour avoir montré votre cul. »

Le curé Hébert, qui entretenait des relations cordiales avec Félix, raconte que l'opération qu'il fit sur le Roi, exigea chez lui un tel effort de volonté et lui causa une telle émotion qu'il fut depuis atteint d'un tremblement qui ne le quitta plus. A tel point que voulant saigner son ami intime, le sieur de Nyert, premier valet de chambre du Roi, il lui ouvrit l'artère. Il supplia Louis XIV de le relever de sa charge de premier chirurgien.

Le monarque n'y consentit pas. Félix eut des suppléants, mais il garda jusqu'à sa mort la charge de premier chirurgien.

L'abus de l'équitation prolongée et la majestueuse goinfrerie royale entrèrent vraisemblablement pour quelque chose dans la pathogénie de la fistule. Cela n'empêche que pour fêter la guérison royale, le Corps des Echevins de Paris invita Louis XIV à un festin à l'Hôtel-de-Ville.

La *Gazette de France* de 1687 donne le menu du repas, donné le 30 janvier de cette année : « Le premier service fut de 150 plats ou assiettes, le deuxième de 22 grands plats de rots, de 21 plats d'entremets et de 64 assiettes, le troisième service qui était le fruit, fut servi avec la même abondance, et une quantité de fleurs. Ensuite, on servit toutes sortes de liqueurs. Les 24 violons et les hautbois jouèrent pendant tout le dîner. »

Avouons que ce menu royal devait bien convenir à un convalescent. La gazette ne dit pas si le Roi goûta de tous les plats.

Et M. Louis Bertrand proteste quand on affirme que la plus complète tempérance n'entrait pas dans les mœurs de la Cour au siècle du Grand Roi !

J. Noir.

VARIÉTÉS

Le symbolisme de l'Elan et l'origine de ses vertus thérapeutiques.

Par le Dr Marcel Baudouin,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

L'Elan est un Cervidé, qui est le *Cervus Alces* de Linné, ou l'*Alces Machlis*, d'Orbigny.

C'est une espèce circumboréale, à l'époque actuelle, comme le *Renne*.

Mais, avec les glaciations paléolithiques et néolithiques, il est descendu jusqu'au 50e degré de latitude nord, et même sans doute plus bas (45° ; Berry, France, etc.).

Chose curieuse, c'est la même espèce qu'on trouve en Europe et dans l'Amérique du Nord : ce qui prouve qu'il est bien d'origine nordique et circumpolaire. Cet animal est donc né dans un continent hyperboréen et est ensuite descendu vers le sud, aussi bien en Amérique qu'en Europe. Il est peu influençable par le sol sur lequel il vit. Sans cela, il y aurait une espèce particulière pour l'Amérique du Nord, où les glaciations ont toujours été plus importantes qu'en France.

***

J'ai été longtemps, même après avoir enregistré l'Elan *Totem*, avant de trouver des preuves de la nature de son symbole, en ethnographie et surtout en préhistoire. Mais, cependant, par suite de divers rapprochements, j'avais été amené, théoriquement et sans preuves formelles, à supposer que l'*Elan* avait dû succéder au *Cerf* et au *Renne* comme Animal représentant la constellation de la *Grande-Ourse* zoomorphisée, au moins dans le nord de l'Europe et aux Etats-Unis.

Il n'y avait d'ailleurs rien là que de très naturel, vu mes recherches connexes sur d'autres espèces animales, vu la forme de ce Cervidé et ses caractères anatomiques.

Or, récemment, j'ai découvert les faits suivants, qui semblent très démonstratifs, à la vérité.

I. — L'Elan Constellation.

1° Preuves astronomiques.

Russie. — *a*) D'après P. Stoïan (1), encore à l'heure présente, dans certaines parties de la Russie, l'Elan est bien l'animal employé pour désigner la Grande Ourse.

On appelle, de ce nom, et non pas l'*Ourse*, quoique l'Ourse soit une espèce septentrionale, cette constellation célèbre.

C'est là un fait d'observation pure et de folklore, indiscutable désormais.

b) De plus, chez les Samoïèdes, tribu de l'extrême nord de la Russie, on dit : « Avec le *lever* de l'Elan, la nuit commence » !

Or, qui dit « lever » dit « lever (2) d'un Astre » ; et, par suite, l'*Elan* ne peut être qu'une étoile ou un groupe de ces astérismes ! C'est dès lors d'un animal mythique, c'est-à-dire *céleste*, qu'il s'agit, et non pas de la bête des forêts, c'est-à-dire d'un être *terrestre et réel*... De plus, « quand la nuit commence », c'est alors que les *Etoiles* se montrent au ciel et que la *Grande Ourse*, qui ne se couche jamais dans le nord (3), apparaît, quelle que soit l'époque de l'année considérée.

Et cette donnée, qui élimine toutes les constellations qui se couchent, c'est-à-dire celles qui ne sont pas *polaires*, empêche de songer à celles du Zodiaque.

Ce texte confirme donc l'affirmation de P. Stoïan.

D'ailleurs, je sais, aujourd'hui, que tous les animaux qui ont représenté la Grande-Ourse étaient des Herbivores. Et c'est bien le cas de l'Elan ! — De plus, c'étaient toujours des êtres du *sexe féminin* ! Et, vu la nature des Totems, qui sont toujours des animaux femelles, puisque ce sont les mères des clans et tribus, on pouvait supposer que toutes les *Grande-Ourse* zoomorphisées devaient être d'anciens Totems... C'est ce que d'ailleurs j'ai pu arriver à prouver par d'autres considérations.

2° Preuves folkloriques.

Mais il y a encore des faits d'un autre genre.

A. *Amérique du Nord.* — Chez une peuplade de l'Amérique du Nord, les Yakoutes, la Grande-Ourse, qui s'appelle là *Arangas Soulous* (j'ignore malheureusement ce que ces termes veulent dire), a donné lieu à une *Légende* (*lügend*, trompant), où intervient l'Elan.

La voici :

« *Trois frères*, grands *chasseurs*, en suivant un *Elan*, arrivèrent jusqu'au Ciel ».

Ce texte prouve que cet Elan était l'animal mythique céleste, c'est-à-dire la *Grande-Ourse* zoomorphisée. Les « trois frères » étaient 3 des Etoiles de la *Queue* de la Grande-Ourse, qui en avait *quatre* au Néolithique (la dernière étant soit une étoile de Bouvier, soit un astre aujourd'hui disparu). L'Elan était constitué (puisque c'est un animal à très courte queue) par les 4 Etoiles du Corps et la première de la queue (*Elioth*).

« En effet, l'Elan terrestre fut alors changé en *Etoiles*, (c'est-à-dire Constellation) ; et c'est à ce moment qu'il devint céleste, parce qu'il l'avait été autrefois, avant de descendre sensément sur terre, pour faire des hommes.

« Le *chien* des trois chasseurs fut aussi changé en Etoile ». Il doit s'agir là de l'Etoile de la Queue de l'Ourse, appelée Alcor, qui, en Grèce, a été un Renard (Αλωπηξ). C'est là en effet, un Astérisme fameux en Folklore européen !

« L'un des trois chasseurs *mourut* ». C'est sans doute l'Astérisme formant le bout de la queue (Etoile du *Bouvier*). « Les deux autres furent aussi changés en Etoiles ». — Ce sont les étoiles *Mizar* (ζ) et *Alkaïd* (η), bien entendu.

En tout cas, cette légende montre que l'*Elan*, animal à courte queue, a cependant été la *Grande-Ourse* (corps), comme d'autres Herbivores à courte queue (Renne, Biche, etc.). Dans ces cas les étoiles de la *queue*, naturellement, étaient isolées du corps, au point de vue du Mythe.

***

II. — L'Elan Totem.

1° Preuves ethnographiques. — On sait pertinemment, en effet, que l'Elan a été, chez des peuplades de mentalité néolithique et de l'âge du cuivre, un animal Totem.

a) *Etats-Unis.* — 1° Encore, à l'heure présente, chez les *Peaux-Rouges*, il y a une tribu de l'*Elan*.

2° Pour l'une des subdivisions des tribus *Honga*, l'*Elan*, qui s'appelle là O-*pxo*ⁿ, est le symbole vivant de la *Gent de l'Elan* ; et cet animal figure dans les rites de guerre et par suite de la paix.

Cela montre bien les relations de l'Elan avec le *Pole*, puisque le *Dieu de la Guerre* a toujours été un Dieu polaire (Mars, *Petite Ourse*, chez les Romains).

b) *Finnois.* — Chez les *Finnois*, il y a un *Cheval*, qui s'appelle l'Elan bleu ! Et c'est un « cheval *volant* dans les airs et sur les mers ».

Un tel animal ne peut être que mythique. C'est l'ancien Equidé du pôle préhistorique, transformé en Elan. Cette modification montre que le mythe finnois est *venu du sud*, du pays des steppes, c'est-à-dire de la Russie.

L'*Elan bleu* des Wainâmômên n'est pas autre chose, en effet, que le Cheval Mallet, le cheval blanc de la Chasse Gallery des légendes françaises, la Jument blanche des vieux Rois....

Il résulte de ces faits que l'*Elan*, en préhistoire européenne, a dû, de même, être un Totem.

(1) Pierre Stoian — *Bull. Soc. Astr. de France*, Paris, nov. 1909. — Cf. *Nature*, 1909, 25 novembre, n° 1905.

(2) Ne pas confondre le *lever stellaire* du soir, avec le lever *héliaque* ou matinal, d'une étoile !

(3) La *Grande-Ourse* est dite, au Nord de la Méditerranée, de perpétuelle apparition ; mais, au sud, elle se couche.

Et c'est cela qui va nous expliquer ses vertus thérapeutiques, c'est-à-dire guérissantes, dont nous allons parler plus loin, puisque le Totem fut toujours jadis une Divinité, toute puissante, *créatrice de la Vie* et des Clans, capable par conséquent de *tout guérir* !

Cette donnée de l'*Elan* TOTEM moderne, rapprochée de celle de l'Elan GRANDE-OURSE, est l'une des meilleures preuves que tous les Animaux **Totems ont été jadis des animaux** célestes, c'est-à-dire des constellations zoomorphisées.

2° PREUVE ARCHÉOLOGIQUE.

On trouve des traces de l'*Elan* dans les mounds de l'âge de cuivre dans l'Amérique du Nord.

C'est ainsi que, dans celui d'Hopewell (Ohio), Moorehead, préhistorien américain que j'ai l'honneur de connaître, a trouvé, sur le crâne d'un squelette humain, un casque de cuivre, surmonté de bois *en bois*, recouvert de feuilles de cuivre, imitant la ramure de l'Elan.

Ce casque était celui d'un chef d'une tribu ayant l'Elan pour Totem, c'est-à-dire une véritable coiffure dérivé du masque totémique d'un clan de l'Elan !

III. L'ELAN THÉRAPEUTIQUE.

Tout animal Totem étant un représentant sur terre de la Divinité céleste, était en tout ou en partie doué d'un pouvoir miraculeux, et partant thérapeutique.

C'est cette idée, conséquence du Totémisme, qui est la raison d'être de l'Elan talisman et médicament.

Les totems partiels sont, on le sait, pour les Cervidés, les *bois* et les *pieds*. C'est pour cela qu'après la chasse, on offre le « Pied » à la Dame du Seigneur chassant et les bois au chasseur..., représentant le chef totémique.

Pour l'Elan, c'est surtout le pied qui a joué un rôle de guérisseur, soit le canon, soit les onglons ou pinces, c'est-à-dire les sabots.

a) *Epilepsie.* — On sait qu'*Hercule* était, comme tout grand cerveau qui se respecte, atteint d'épilepsie ! Or la *Maladie d'Hercule*, c'est-à-dire le mal comitial, fut guéri par l'*Ongle* du pied de l'Elan : ce qui prouve qu'Hercule remonte au moins à l'age du cuivre !

En souvenir de ce fait, autrefois, on enchâssait ces onglons dans des anneaux et on en faisait des *bracelets* contre le mal caduc. Ces pendeloques étaient des talismans guérisseurs des manifestations convulsives, primitives ou secondaires.

Comme le mythe d'Hercule est né dans les latitudes inférieures à 35° nord et que l'Elan est un animal circumboréal, il faut en conclure qu'il est venu du nord de la Grèce et n'a été qu'importé en Grèce et en Asie Mineure des pays des Scythes où l'Ourse ne se couche pas.

D'ailleurs, c'est le pied *gauche de derrière* de l'Elan, qui constitue le remède moyenâgeux de l'épilepsie (Pomet, *Hist. gén. des drogues*, 1693). Et, pour expliquer cette vertu, on disait que l'Elan lui-même tombait du « haut mal » et qu'il se grattait l'oreille *gauche* de ce pied là, pour se guérir !

En réalité ce pied, c'était l'Etoile *Alula* (?) de la Grande-Ourse, qu'était un *Totem partiel*, comme le pied correspondant du Cheval Grande-Ourse, gravé sur les rochers au Néolithique !

b) *Convulsions.* — On sait que P. Sébillot (*Folklore de France*, 1900, t. III, p. 45) a signalé qu'en Sologne, encore vers 1840, les gens se mettaient au cou, pour être à l'abri des *convulsions* (diminutif des crises épileptiformes, si l'on peut dire), un *Pied d'Elan*, c'est-à-dire sans doute un collier à Pinces d'*Elan*.

Ce talisman est toujours connu en Berry, sous le nom de PÉDELAN, altération patoise, d'explication aisée !

Mais, comme l'a montré le Dr Noir (1), actuellement c'est le CHEVREUIL qui a remplacé l'*Elan* ; et le tibia, en rondelle, l'onglon de jadis ! Mais cette substitution n'est due qu'à ce fait que le *Chevreuil*, a remplacé, en Europe, à une époque récente, l'Elan comme *Grande-Ourse* (2) ! !

Inutile d'insister sur les *raclures de Sabots d'Elan*, sur l'inventaire de Mazarin (1661), où il est question aussi de *Sabots d'Elan*, comme l'a rappelé le Dr Noir, puisque le problème est désormais résolu.

CONCLUSIONS. — Là, comme ailleurs, la thérapeutique, en matière d'Elan, dérive donc de son rôle totémique.

Et l'Opothérapie n'a pas d'autre origine ancienne qu'un *Tabou* organique partiel.

Les anciens n'ont donc nullement été, en ces choses, des précurseurs des savants modernes, comme on l'a écrit autrefois.

Les idées qui les dirigeaient étaient mythiques et religieuses, et nullement scientifiques.

La simple logique des choses aurait dû faire penser à cela dès le début de la Thérapeutique par les Organes.

(1) *Concours médical*, 11 mai 1924.

(2) Dans mes fouilles de Vendée j'ai trouvé du Chevreuil dans les puits funéraires ; cet animal était donc bien un Totem comme la grande Ourse à l'époque gauloise, au moins pour des clans de l'Ouest de la France, et partant du Berry !

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

des 27-28 et 29 Novembre 1924.

(Suite et fin.)

29 NOVEMBRE 1924. — *Séance du matin.*

Lutte antituberculeuse.

Les docteurs LEFEVRE, GUY et LONGUET, mis sur la liste de candidatures du Dr MICHON, déclarent qu'ils ne sont pas candidats sur cette liste.

Les docteurs DENANCÉ, MARCHAIS et DUBY font savoir qu'ils ne sont pas candidats.

Les docteurs BOUVAT et DUBY fournissent quelques explications sur le vote de la veille, et l'on passe à l'étude de la lutte antituberculeuse.

Le Dr GRANJUX (Paris) expose à ce sujet ce qui se passe à l'Œuvre Grancher dont il est le secrétaire général.

Le Dr GIRY (Meurthe-et-Moselle) fait un historique de la lutte antituberculeuse dans son département, lutte commencée avant la guerre et dans laquelle, à aucun moment, le Comité national n'est intervenu. La discussion entre l'Union et le Comité national a été ignorée dans ce département. Le Comité national ne pouvant intervenir que lorsqu'il s'agit de subventions ministérielles, c'est avec le Conseil général que le syndicat de Meurthe-et-Moselle a surtout affaire. Dans le Comité départemental, le syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle est largement représenté et c'est une collaboration qui a donné toute satisfaction.

Le Dr GIRY demande à l'Assemblée de décider que les syndicats gardent leur liberté d'action. En effet, le Comité national ne peut intervenir dans les décisions des Conseils généraux sur lesquels les syndicats médicaux locaux peuvent avoir une certaine influence.

Le Dr RENON (Deux-Sèvres) vient schématiser les deux conceptions d'organisation de la lutte antituberculeuse : celle du Comité national, celle du syndicat.

Le dispensaire du Comité national, pivot d'organisation de la lutte, comprend un médecin chef fonctionnaire, des infirmières visiteuses pour dépister les malades. Il est ouvert à tous, il est gratuit, il se suffit à lui-même, il veut ignorer les médecins traitants avec lesquels aucune liaison n'est prévue. Son efficacité, tant au point de vue traitement que prophylaxie, ne peut être trés grande.

Dans la conception du dispensaire tel qu'il est réalisé dans les Deux-Sèvres, il y a un médecin-chef de dispensaire dans le département, nommé par le Comité départemental, sur présentation du syndicat, avec approbation du Comité national. Son rôle est double : il a un rôle administratif d'organisation technique ; c'est aussi un véritable médecin consultant. Ses moyens d'action sont : le dispensaire, qui est fixe, et la tournée qui est prévue avec une installation radiologique mobile. Quels clients vont le consulter ? *Tous ceux qui sont envoyés par leur médecin.* La consultation n'est libre que la première fois. Ici, il y a liaison entre le médecin chef et le praticien. Ce dernier envoie des malades, assiste à leur examen. si possible, reçoit les résultats. Les honoraires du médecin chef consistent en une somme fixe à laquelle s'ajoutent les honoraires prévus s'il est appelé en consultation.

Des infirmières visiteuses sont prévues *et ne s'occupent* pas du dépistage. Elles sont à la disposition du médecin chef et par conséquent à la disposition des médecins traitants pour l'enquête sociale et l'éducation prophylactique.

Le Dr MICHON (Rhône) expose, à son tour, la situation de la lutte antituberculeuse dans le Rhône, qui est satisfaisante.

Le Dr GUY signale à l'Assemblée que, dans le Lot-et-Garonne, trois médecins ont été nommés par le Comité départemental sur la proposition du syndicat. L'un de ceux-ci est venu faire plusieurs visites aux dirigeants du Comité national et leur a exposé que depuis le mois dernier, il a été fait 105 examens radiographiques et 89 examens de crachats. Les dirigeants du Comité national ont été très surpris de cette organisation : ils pensaient qu'en Lot-et-Garonne, le dispensaire était un bureau administratif, où chaque médecin du département allait, à tour de rôle, faire la consultation. Ils ont appris de même avec étonnement que, dans le Lot-et-Garonne, les médecins distribuaient eux-mêmes aux malades, des bons d'aliments, de vêtements, de réparations d'habitations, ce qui permet d'avoir les malades en mains. A la suite de cet entretien, il a été décidé qu'une subvention serait donnée au Lot-et-Garonne.

D'autre part, M. RIST aurait déclaré que le Lot-et-Garonne était un des rares départements où existait une lutte antituberculeuse bien comprise.

Le Dr GUY en terminant, demande aux médecins de rentrer le plus nombreux possible, dans les Comités départementaux, afin de pouvoir exposer les vues syndicalistes.

Le Dr LELONG (Savoie) expose l'organisation de la lutte antituberculeuse dans son département et fait remarquer que les malades aisés y payent les examens.

Le Dr Gaussel (Montpellier) montre que dans l'Hérault, il y a accord entre l'Office d'hygiène et le syndicat.

Le dispensaire ne reçoit aucun malade payant et ne fait pas de traitement. Les médecins traitants sont toujours les bienvenus au dispensaire. Ainsi existe une liaison constante qui se manifeste par exemple par l'envoi d'une lettre au médecin traitant, avant toute prise en charge ou lorsqu'il y a proposition d'hospitalisation. En résumé, on peut s'entendre avec le Comité national qu'on ne saurait ignorer.

Le Dr Hervy pose la question suivantes : dans la Haute-Vienne les médecins du dispensaire ne détachent pas de coupon au carnet des réformés ; ont-ils raison ?

Le Dr Lenglet répond que :

1° Le médecin du dispensaire n'a pas le droit de détacher un coupon du carnet des mutilés ;

2° Il est illégal que les médecins de dispensaire détachent des coupons établis à leur nom pour en faire bénéficier le dispensaire.

Le Dr Lafontaine rappelle que le dispensaire doit remplir une double fonction : organe de liaison, organe technique, pour aider à l'examen. Le traitement doit rester au praticien.

Au Congrès de la tuberculose de Strasbourg en 1923, il avait été affirmé que le dispensaire n'avait pas à communiquer au médecin de résultats, que d'ailleurs il serait incompétent pour interpréter.

Depuis lors, le travail syndical s'est accompli. La victoire remportée par les Deux-Sèvres en estun bel exemple. Actuellement, il faut étendre ces conquêtes syndicales. Il faut être très ferme sur la question des malades de l'A.M.G. et de l'article 64 qui ne doivent être pris en charge par le dispensaire que par exception. Sans quoi, les bénéficiaires des assurances sociales y seront traités eux aussi. Il faut également toujours prévoir un contrôle et une statistique ainsi que dans toute organisation syndicale. Ils évitent les abus, ils montrent l'effort accompli.

Le Comité national a commis une erreur due à ce que ses dirigeants vivaient en dehors du milieu médical courant. Il commence à s'en rendre compte. D'autre part, les médecins, il faut bien le dire, ne se sont pas assez occupés de la lutte antituberculeuse en tant qu'œuvre sociale. Il faut qu'ils prennent l'engagement moral de le faire dès maintenant, pour éviter que la lutte soit menée par d'autres et contre eux. Le rapporteur demande le vote de la conclusion de son rapport telle qu'elle a paru dans le *Médecin Syndicaliste*.

L'Assemblée vote ce texte avec l'adjonction suivante proposée par le Dr Renon : « La lutte antituberculeuse doit être organisée dans chaque département par le Syndicat médical, et sanctionnée par une entente entre le syndicat et l'Office de médecine sociale. »

Modifications aux statuts.

Le Dr Vanverts parle de la révision des statuts. Il se défend d'abord d'apporter, dans ses critiques, un autre esprit que celui du désir de perfectionner le rouage syndical. Il déclare aussi ne vouloir en rien amoindrir l'autonomie syndicale. Il demande que dans le *Médecin syndicaliste*, la partie documentaire, consacrée aux syndicats, soit augmentée et faite sans commentaires.

Il voudrait que les syndicats envoient à l'Union avant l'Assemblée générale, leurs décisions sur les questions importantes.

L'Union classerait ces documents, les polygraphierait, les distribuerait aux Délégués. Ce qui n'empêcherait pas de nouvelles discussions en Assemblée générale. Les travaux de celle-ci seraient ainsi plus concis et plus clairs. Il voudrait aussi l'emploi plus fréquent, pour les questions importantes, du vote par délégation. Les résultats paraîtraient au *Médecin syndicaliste* avec les mentions : « pour » « contre » « abstention » en face du nom de chaque syndicat.

Le Dr Bouvat fait remarquer que ce mode de votation qui exige un temps très long ne devrait plus être décidé par 2 membres, comme il est statutaire, mais par 20 Délégués. Ceci afin de diminuer les chances d'obstruction.

Le Dr Vanverts souhaite qu'étant donnée la tendance des syndicats médicaux à se grouper en Fédérations et Groupements intersyndicaux, des droits analogues à ceux des syndicats soient attribués à ces organismes, et que, dans les statuts de l'Union, partout où il y a le mot syndicat, on fasse suivre de « Fédération ou de Groupements régionaux ».

La tendance régionaliste actuelle ferait souhaiter une représentation régionale au sein du Conseil de l'Union. Ceci éviterait qu'une grande région comme le Nord n'ait aucun porte-parole au Conseil pendant une année. Il voudrait que les grandes Fédérations désignent *elles-mêmes* leur délégué. Ainsi au Conseil, il y aurait des membres de droit et des membres élus en Assemblée générale. Ceci heurte un peu la conception de l'Assemblée souveraine. Encore cette situation existe-t-elle en fait actuellement. Aussi le Dr Vanverts n'attache-t-il pas une importance primordiale à ces questions. Cependant, il s'élève avec force contre la proposition de supprimer l'article 11 qui, il ne faut pas l'oublier, a été voté à la suite de laborieuses tractations.

Il demande enfin à l'Assemblée de réfléchir à une situation qui pourrait se présenter au cas où aucun des membres parisiens du Conseil n'accepterait les places de secrétaire ou de trésorier.

Ne serait-il pas possible de les choisir, dans ce cas, hors du Conseil ?

29 novembre. — *Séance de l'après-midi.*

Le Dr Boyer (Seine) ne partage pas l'opinion des Fédérations du Nord et de la Région Lyonnaise sur l'inutilité des Assemblées générales.

Tout n'est cependant pas parfait dans les statuts. Les critiques portent spécialement sur la constitution du Conseil : la représentation régionale devrait

y être établie, les grandes Fédérations devraient y être largement représentées, car c'est elles qui travaillent le plus à l'élaboration des transformations utiles. Pour l'orateur, il n'y a pas de nécessité absolue à ce que le Conseil soit parfaitement homogène, quant aux tendances de ses membres.

Il invite l'Assemblée à adopter, pour l'Union, ce qui se fait au S.M.S. et, en son nom personnel, il expose un schéma de ce que pourrait être la représentation au Conseil. Sur un total de 30 membres, par exemple, 20 seraient élus par l'Assemblée générale, 10 seraient de droit élus par 10 « collèges » électoraux économiques ou régionaux (Paris, Nord, Région Lyonnaise, Pays maritimes, Pays miniers, Grande culture, Petite culture, Montagne).

Le Dr MICHON (Lyon) proteste contre l'inégale répartition des représentants au Conseil et demande que certains groupements régionaux aient des représentants de droit.

Dans un but de conciliation, il ne demandera pas la suppression de l'article 11 des statuts, mais simplement que les groupements régionaux aient le droit de faire entendre leur voix au Conseil et que Fédérations et Groupements (termes définis par le Dr ROUSSELIER) soient officiellement reconnus quand leurs statuts auront été déposés et approuvés.

Le Dr GAUSSEL (Montpellier) exprime le désir que la représentation soit établie sur le principe directeur suivant : 2 groupes d'élus : le premier constitué par un nombre à fixer de représentants de la région parisienne élus par tous ; le second, constitué par un nombre à fixer de représentants régionaux dont les collèges électoraux seraient établis d'après la carte de la France syndicaliste.

Le Dr HUMBEL (Seine-et-Oise) s'oppose aux conclusions du Dr VANVERTS sur l'inutilité de l'Assemblée générale. A son avis, les discussions qui s'y poursuivent sont indispensables car les Délégués ne se contentent pas de venir apporter les opinions de leur syndicat, ils en rapportent des impressions, des enseignements indispensables aux syndiqués. Il assimile l'Assemblée générale, que rien ne peut remplacer, au « creuset où se fait l'opinion syndicaliste ».

L'orateur ne croit pas qu'il y ait, à proprement parler, de médecine régionale, car telle région de la France peut englober à la fois des pays de plaine et de montagne, des cités minières, de grandes et de petites villes.

Il termine en demandant à l'Assemblée, pour le moment présent du moins, le maintien du Conseil d'après la conception actuelle, car il n'est pas organe de discussion, mais simplement d'exécution. Mais, dans un but de conciliation, le Dr HUMBEL ne voit aucun inconvénient à ce que la question soit soumise à une étude plus prolongée.

Les docteurs HERVY (Haute-Vienne) et WENNAGEL (Strasbourg) viennent, à leur tour, montrer que si les Groupements et syndicats sont utiles à certains points de vue, en particulier à celui des rapports avec l'administration, l'existence et l'individualité des petits syndicats locaux doivent être respectées, car c'est dans leur sein que s'élaborent souvent les idées les plus intéressantes au point de vue syndical. Ils doivent avoir, au moment de l'Assemblée générale, le droit de faire valoir les résultats de leurs études de l'année.

Le Dr GRUZU (Nice) demande lui aussi que l'autorité la plus complète soit laissée aux syndicats si petits soient-ils.

Le Dr BATIER (Strasbourg) est, en théorie, partisan de la représentation régionale, partisan aussi de la formation de Fédérations départementales et de Groupements inter-départementuax, qui se créent par la force des choses et pour répondre à des intérêts nouveaux débordant le cadre local.

Mais pratiquement et pour le temps actuel, il reconnaît la nécessité des petits syndicats qui peuvent seuls jouer certains rôles, quand ce ne serait que celui d'une police efficace et cela d'autant plus que les lois sociales seront plus nombreuses où le médecin aura à jouer un rôle.

Il conclut en affirmant que la meilleure solution provisoire, quant au Conseil, est encore le quotient, mais qu'une étude approfondie du sujet est nécessaire pour l'avenir.

Le Dr CLAVELIER (Toulouse) vient expliquer l'origine de la fameuse question du quotient qui paraît diviser l'Assemblée. Il fut un des promoteurs de ce mode d'élection en 1913.

Il ne pense pas que le moment soit venu de modifier la façon de procéder, mais il déclare désirable une étude précise et détaillée des conditions nouvelles susceptibles de provoquer des modifications importantes des statuts. L'orateur se déclare d'ailleurs partisan de l'autonomie des petits syndicats qui doivent, aux Assemblées générales, faire entendre leur voix.

Le Dr CLAVELIER conclut en demandant le renvoi à l'étude de toute modification.

Le Dr LAFONTAINE expose l'intérêt capital des Assemblées générales. Il oppose les conditions dans lesquelles les statuts ont été acceptés il y a un certain nombre d'années aux conditions actuelles. Que se passait-il alors ? Il existait une scission entre les bureaux des syndicats et la masse des syndiqués. A ce moment, il y a eu nécessité absolue de fortifier les masses. Ce but a été atteint, grâce aux statuts actuels. Au surplus, cette force des syndiqués, de chaque syndiqué peut-on dire, a déjà donné des résultats : n'est-ce pas d'un très petit syndicat qu'est partie une initiative d'une importance considérable sur l'extension de l'Union (les cotisations) ?

Que se passe-t-il à l'heure actuelle ? Cette crise morale n'existe plus, tout au plus pourrait-on noter une crise de méthode. Mais si la représentation régionale prenait trop d'importance, le danger serait grand de se retrouver en face des mêmes difficultés qu'autrefois ; car, pratiquement, ce seraient non pas les syndiqués qui éliraient leurs exécutants, mais les comités directeurs de groupements régionaux, qui

choisiraient, dans leur sein, quelques représentants.

Les Assemblées générales sont la vivante image du syndicalisme et reflètent ses progrès. Chaque année, les discussions sont plus nourries, plus fécondes ; elles indiquent des représentants de plus en plus instruits. Tout n'est pas parfait encore, mais l'imperfection tient moins à la constitution qu'aux hommes.

D'après l'orateur, les Conseils qui se sont succédé n'ont fait autre chose qu'exécuter les décisions souveraines des Assemblées générales.

Il conclut en demandant qu'on laisse à l'Union son armature générale, qu'on laisse aux syndicats leurs pouvoirs souverains, qu'on abandonne la modification immédiate de l'article 11. Le moment n'est pas venu de rouvrir un débat sur les statuts avant que ne soit faite une longue et minutieuse étude.

Les docteurs LEFEVRE (Cher) et BOUVAT (Ardèche) déposent l'ordre du jour suivant : « L'article 11 sera maintenu avec cette restriction qu'une Fédération verra diminuer le nombre des voix dont elle dispose du chiffre fixé au quotient pour chaque membre auquel elle a droit. »

« Le vote par délégation ne sera de droit que s'il est demandé par les Délégués de 10 syndicats. »

A l'unanimité, l'Assemblée décide le renvoi au Conseil pour étude de cette proposition.

Le Dr BOYER (Seine) dépose les conclusions suivantes au nom du Syndicat des médecins de la Seine :

« Je demande à l'Assemblée générale de l'Union de décider :

1° Si elle veut modifier l'élection des membres du Conseil de l'Union ;

2° Dans l'affirmative, si elle accepte comme base de réforme les conclusions du S.M.S. ;

3° De charger le prochain Conseil d'étudier et de publier un projet dans ce sens avant le mois d'août et de le présenter à la prochaine Assemblée générale. »

A l'unanimité, l'Assemblée décide le renvoi pour étude de cette proposition.

Le Dr BATIER (Strasbourg) dépose le vœu suivant :

« L'U.S.M.F. décide :

A partir du 1er janvier 1925, les spécialistes sont représentés à l'Union soit par leur syndicat local, soit par le syndicat national de leur spécialité, selon qu'ils versent leur cotisation par l'intermédiaire de l'un ou de l'autre.

En conséquence.

1° Le troisième alinéa de l'addendum des statuts est supprimé ;

2° Les cotisations forfaitaires des syndicats nationaux de spécialistes sont supprimées. »

Présenté par le syndicat des oto-rhino-laryngologistes et le syndicat des urologistes.

A l'unanimité, renvoi devant le Conseil pour étude.

Ordre des médecins.

Le Dr CLAVELIER (Toulouse) étudie longuement cette question et a publié dans le *Médecin syndicaliste* (1) avec le Dr AVERSENQ, un rapport et des conclusions qui doivent retenir l'attention.

Le projet AVERSENQ diffère sensiblement des trois autres projets, mais il faut noter que tous sont d'accord sur la nécessité d'un code de déontologie qui constitue, en quelque sorte, le premier pas dans cette voie de l'Ordre des médecins, dont la mise au point sera longue et délicate.

Le Dr VERGER (Gironde) a établi lui aussi un projet (2). Il est un fait incontestable, c'est que la profession médicale renferme un certain nombre d'indésirables. Contre ceux-ci le projet Lafontaine (3) prévoit une juridiction syndicale. Le projet toulousain prévoit une juridiction extrasyndicale, mais dont la compétence s'étendrait à tous les actes délictueux. Pour l'orateur, ces solutions sont à rejeter. Il adopte la formule d'un organisme disciplinaire légal extrasyndical mais à pouvoirs limités aux seules infractions déontologiques d'ordre public, c'est-à-dire intéressant la société. Cette formule est plus facile à faire admettre au législateur ; de plus elle respecte, de façon intégrale, la conception actuelle du syndicalisme. Il propose que l'on envoie aux syndicats le questionnaire suivant :

Le syndicat de ... ayant pris connaissance des travaux de la Commission du Droit syndicaliste (*Médecin syndicaliste*, du 1er novembre 1924, n° 19, page 1.075) est prié de faire connaître au Conseil, le plus tôt possible, l'avis exprimé à l'Assemblée générale par ses membres sur les trois questions suivantes :

1° Est-il possible, utile et nécessaire de poursuivre l'étude d'une juridiction professionnelle extra-syndicale, armée de pouvoirs suffisants pour surveiller de façon efficace la moralité professionnelle de tous les médecins (type général de l'Ordre des médecins) ?

2° Dans l'affirmative, quel est le type qui a vos préférences :

a) Du type toulousain (rapport Aversenq) étendant la compétence à toutes les infractions déontologiques.

b) Ou du type girondin (rapport Verger) où la compétence de la juridiction se limite aux infractions à la morale professionnelle, en laissant de côté les infractions corporatives et les conflits entre médecins qui doivent rester du ressort syndical.

3° Dans la négative (rapports Lafontaine, Boudin et Plantier) indiquer les moyens propres à rendre efficaces les sanctions édictées par les Conseils de famille.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Le Dr RENON (Seux-Sèvres) constate avec regret que quelques indésirables compromettent la dignité de la profession médicale et aussi que l'exercice de la médecine tend à participer des mœurs commerciales (publicité, dichotomie).

Jusqu'ici les syndicats ont été les seuls agents de

---

(1) *Médecin Syndicaliste*, n° 17 *ter*, pages 128 et 120.
(2) *Médecin Syndicaliste*, n 17 *ter*, page 154.
(3) *Médecin Syndicaliste*, n° 17 *ter*, page 144.

la moralité professionnelle disposant de deux moyens, les conseils de famille, l'établissement de codes de déontologie (Toulouse, Hérault).

Ces moyens se sont-ils montrés efficaces ? L'orateur ne le pense pas.

Aussi, lui apparaît-il comme indispensable d'en trouver d'autres : L'Ordre des médecins par exemple. Mais il faut entendre celui-ci comme une chambre de discipline, ayant uniquement à statuer sur les fautes de moralité professionnelle. Jamais elle pourra être compétente pour des questions d'ordre technique ou financier. Seule une loi peut forcer tout médecin à se soumettre à ce tribunal d'exception, et le Dr Renon combat certains termes du rapport Lafontaine ; il ne voit en particulier aucune impossibilité à ce que le collège des médecins soit sous la dépendance de la loi, puisque les syndicats eux-mêmes en subissent l'autorité. L'orateur admet donc que, sans commettre une faute syndicale, on puisse souhaiter qu'une loi rende obligatoire l'inscription de tout médecin au tableau de l'ordre des médecins. Ce tableau constituerait la base électorale de l'ordre. Le syndicat n'est dessaisi qu'en apparence seulement de sa puissance. En fait, les élections seront faites par lui.

Il ne croit pas enfin à la nécessité de l'appel, et discute la gamme des sanctions mises à la disposition de ce tribunal d'exception.

Il conclut, en s'associant à la proposition Verger relative à la consultation des syndicats.

Le Dr Crouzet (Marseille) pense qu'il est prématuré de prononcer la carence des conseils de famille et croit qu'il faut leur faire confiance.

Le Dr Lafontaine discute les rapports de la profession et de l'Etat qui, dit-il, est « par essence, hostile à la corporation ».

Au reste, il est indispensable que le problème soit étudié à fond.

Le Dr Guy (Lot-et-Garonne) pensant que la pléthore est une cause d'immoralité propose le vœu suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union décidée à poursuivre la moralisation de la profession, dont la pléthore peut être une cause de fléchissement, demande aux Pouvoirs publics :

1° D'instituer une sélection rigoureuse à la base des Etudes, surtout à propos d'équivalences.

2° De n'autoriser la délivrance du diplôme d'Etat que par les Facultés de médecine françaises et à des étudiants français et cela de la façon la plus absolue. »

A l'unanimité : renvoyé à l'étude du Conseil.

Le Dr Giry (Meurthe-et-Moselle) s'associe aux conclusions du Dr Guy, mais craint que ces vœux restent platoniques.

Il émet néanmoins le vœu suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union émet le vœu que soit reconnue la nationalité française de l'étudiant avant qu'il puisse prendre la première inscription. »

A l'unanimité : renvoi à l'étude.

Le Dr Lafontaine émet le vœu que :

« Le diplôme d'université soit purement et simplement supprimé. »

A l'unanimité : renvoi à l'étude.

Le Dr Lefevre (Cher) émet le vœu que :

« Soient étudiés les rapports des médecins traitants avec les chirurgiens. »

A l'unanimité, renvoi à l'étude

Enseignement.

Cette question inscrite à l'ordre du jour est renvoyée à l'étude des commissions compétentes.

Statut des médecins de complément.

Cette question inscrite à l'ordre du jour est renvoyée à l'étude des commissions compétentes

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Croisières Loir — Cure de repos.** — Nous donnons ci-après quelques renseignements complémentaires sur les croisières de cure marine à prix spéciaux pour les médecins :

Croisières des ports de France et d'Algérie par les bateaux de la Compagnie Havraise Péninsulaire.

Deux départs par mois vers le 1er et le 15, avec oscillation de trois à quatre jours, les bateaux faisant l'office de cargos jusqu'à Marseille.

Itinéraire : Le Havre-Bordeaux-Alger-Oran-Marseille.

Prix : 800 fr. pour les adhérents ordinaires, 700 fr. pour le corps médical, femmes, enfants de médecins, étudiants en médecine, en première classe, vin et nourriture compris pendant le voyage et les escales.

Arrêts suffisants pour visiter les ports et leurs environs, excursions à la charge des voyageurs.

Croisières des côtes d'Espagne par les bateaux de la Compagnie Générale Transatlantique.

Le prochain départ de St-Nazaire aura lieu le 21 décembre par le *Lafayette*, retour par le *Cuba* arrivant à St-Nazaire le 28.

Itinéraire : St-Nazaire, Santander, La Corogne. Visite à St-Jacques-de-Compostelle.

Prix réduits : 1.300 fr., hôtels et excursions compris. Voyage en première classe.

Croisière du nord de l'Afrique avec auto-circuits :

1° Visite du Maroc seul, excursion aux oasis du Figuig ;

2° Excursion Laghouat, chasses aux faucon et slouguis ;

3° Visite de la Kabylie, de la province de Constantine et du nord de la Tunisie ;

4° Excursion de Biskra, Touggourt et caravane dans le désert ;

5° Visite du Sud-Tunisien.

Durée du voyage : 20 à 40 jours, suivant l'itinéraire adopté.

Excursions en automobile, traversée maritime et

séjour dans les hôtels compris, à prix très réduits pour le corps médical.

Voyage collectifs ou particuliers.

Croisières en Proche-Orient avec les bateaux de la Compagnie des Messageries Maritimes.

Itinéraire : Marseille, Alexandrie, Beyrouth (avec escale de 4 à 6 jours permettant la visite des lieux saints, du lac du Tibériade, des ruines de Baalbek), Smyrne, Constantinople, le Pirée, Messine, Naples, Marseille.

Durée : 24 ou 31 jours.

Prix médical : 2.500 fr. en première classe. On peut vivre à bord pendant les escales (sauf à Beyrouth). Excursions non comprises.

Croisières aux Iles Baléares.

Itinéraires : Majorque, Minorque, Cadix, Valence, Malaga, Marseille.

Durée : 10 jours.

Prix du voyage : 1.500 fr. en première classe, vie à bord durant les escales.

Cette croisière aura lieu l'été de 1925.

Croisière au Cap Nord et au Spitzberg.

Prix : 2.500 fr.

Il faut pour ces deux croisières un minimum de 200 adhérents.

Croisière aux Antilles. Départ du Havre et de Saint-Nazaire.

Durée 45 jours.

Croisière à La Havane. Départ de St-Nazaire, 52 jours aller et retour.

Croisière peour l'Association des étudiants.

Il sera fait, pendant ce voyage, une série de leçons afin de permettre aux docteurs en médecine de se présenter à l'examen de médecin-sanitaire maritime prévu par le règlement de 1896. Ce cours sera fait par le Dr Adrien Loir qui dirigera la croisière.

Départ du Havre, le 4 avril 1925.

Retour à Marseille, le 22 avril 1925.

Itinéraire : Le Havre, Bordeaux, Lisbonne, Alger, Marseille.

Prix : 900 francs (40 places) ;
— 500 francs (14 places) ;
— 400 francs. Cette croisière ne pourra avoir lieu que s'il y a un minimum de 300 adhérents inscrits avant le 1er mars.

Se faire inscrire chez le Dr Loir, 12 bis, rue de Caligny, Le Havre.

Croisière de repos pour les écoliers en vacances.

Cette croisière est spécialement réservée aux enfants de médecins et aux jeunes abonnés du *Journal des Voyages*. Elle sera dirigée et accompagnée par M. l'abbé Moreux et Mme Adrien Loir de Montes.

Elle se fera par groupes n'excédant pas 150 jeunes gens et jeunes filles de 13 à 18 ans.

Pour renseignements, s'adresser à M. Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

— **Institut Calot** (Berck-Plage). — Place d'interne vacante. Conditions : nourri, logé et 5.000 francs d'honoraires pour l'année. — *Conditions éxigées* : être à la veille ou au lendemain de la thèse ou bien être interne ou provisoire de Paris. Se présenter à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, lundi et samedi à 5 heures.

— **Enseignement de la technique physiologique** (*Ecole pratique des Hautes Etudes*). — Un enseignement de la technique appliquée à l'homme et à l'animal sera fait par M. J. Gautrelet, directeur du laboratoire de biologie expérimentale à l'école pratique des hautes études avec le concours de MM. H. Cardot, docteur ès sciences, agrégé de l'Université, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine et P. Chailley-Bert, chargé du cours de physiologie appliquée à l'éducation physique à la Faculté de médecine.

Programme : Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez le chien, le lapin ,le cobaye (toxicologie). — Perfusion d'organes isolés : cœur, intestin, utérus (pharmacodynamie). — Oscillométrie, manométrie (pressions artérielle et veineuse), sphygmographie, cardiographie chez l'homme et l'animal. — Viscosimétrie, dosage de l'hémoglobine, numération globulaire, dosage des gaz (méthode de Van Slyke) du sang. Colorimétrie. Mesure du pH. — Spirométrie, Eudoimétrie métabolisme basal). — Fistules digestives ; ablations d'organes. — Thermométrie. — Exploration du rein. Néphélémétrie. Oncométrie. — Myographie ; ergographie. — Mesures de la chronaxie. — Exploration chez l'animal des divers appareils nerveux : central, sympathique, vaso-moteur. — Réaction psycho-motrice, réflexométrie. — Notions de travail du verre au laboratoire et de réparation d'urgence des appareils.

N. B. — Le cours comprendra 15 manipulations individuelles. S'inscrire au Laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, où auront lieu, l'après-midi, les exercices pratiques, du 9 au 28 mars 1925.

Une provision de 200 francs sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de réparation de matériel détérioré, de produits et d'animaux. L'excédent disponible sera remboursé en fin de manipulations.

— **Maladies des yeux**. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs Joltrois et Fombeure, fera, le *jeudi* 26 *février* 1925, les samedis, mardis et jeudis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes. Présentation de malades, projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre. Semblables séries en juin et en novembre 1925. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

— **IIe Congrès médical Franco-Polonais** (avril 1925). — Le IIe Congrès médical franco-polonais est dû à l'initiative de la Société médicale franco-polonaise de Varsovie et du Comité médical franco-polonais de Paris, affilié à l'Association France-Pologne.

Il sera la manifestation des liens étroits qui se sont établis entre les médecins de France et de Pologne au lendemain de la guerre et qui se développent de jour en jour.

En 1921, a eu lieu un premier Congrès médical franco-polonais à Varsovie. Les médecins français y ont reçu un accueil enthousiaste ; ils ont pu faire à l'occasion du Congrès un voyage du plus haut intérêt dans les principales villes de Pologne.

Le IIe Congrès fournira aux médecins polonais l'occasion de prendre un contact intime avec la France. Au point de vue scientifique, il sera une occasion de faire connaître chez nous les travaux et recherches des médecins polonais, en même temps qu'il permettra à ces derniers de mieux connaître la richesse et la variété des ressources médicales de la France. Le Congrès sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Strasbourg et Nancy.

Le Comité d'organisation du Congrès groupe les représentants les plus autorisés des Facultés de Paris: Lyon, Nancy, Strasbourg.

Le bureau du Congrès est ainsi composé : président professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine, président du Comité médical franco-polonais ; vice-présidents : professeurs Achard, Babinski, Hartmann, Letulle, docteur Noir, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France. ; secrétaire général, docteur Hufnagel, chef de clinique adjoint à la Faculté, secrétairegénéral du Comité médical franco-polonais.

Pour renseignements et adhésions, prière de s'adresser au secrétaire général, 10, rue Freycinet, Paris XVIe.

— **Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.** — Le 9 janvier, a eu lieu la première réunion du Comité d'organisation de la Société

internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer », au siège de l'« Œuvre antituberculeuse de Paris » (dispensaire « Marie de Roumanie »), 17, square de Messine.

Les questions mises à l'ordre du jour de la prochaine séance, qui aura lieu vendredi 27 février à 17 heures, square de Messine, sont : *Etiologie et diagnostic précoce du cancer ; vaccination antituberculeuse.*

— Association amicale des élèves et anciens élèves de la Faculté de médecine de Nancy. — Les anciens élèves de la Faculté de médecine de Nancy se sont réunis le 25 mai 1924, pour constituer l'Association amicale des élèves et anciens élèves de la Faculté de médecine de Nancy. La déclaration légale de cette association a été insérée au *Journal officiel* du dimanche 28 décembre 1924.

L'Association a pour but d'entretenir des liens utiles de bonne confraternité entre tous ses membres et de défendre les intérêts moraux de la profession.

Un annuaire sera imprimé tous les ans, contenant les noms des anciens élèves et élèves de la Faculté ainsi que leurs situations et leur adresse.

Tous les faits intéressants l'Association : mariage, naissance, décès, feront l'objet d'un titre spécial.

Les faits se passant à la Faculté de médecine de Nancy ainsi que dans les établissements hospitaliers seront mentionnés.

Des séances annuelles de réunions sont prévues afin de resserrer les liens entre les anciens élèves de la Faculté et d'apporter leur aide aux jeunes étudiants de la Faculté.

Pour l'année 1925, le bureau est ainsi constitué : président : Docteur Bichat, à Lunéville ; vice-présidents : Docteur L. Spillmann et docteur Ganzinotty, à Nancy ; secrétaire général : docteur Caussade, à Nancy ; secrétaire adjoint : docteur Benech, à Maxeville (Meurthe-et-Moselle) ; trésorier : docteur Bonnet, à Nancy.

Prière de bien vouloir envoyer les adhésions à : M le docteur L. Caussade, siège social, Faculté de médecine, rue Lionnois, Nancy. (Le prix de la cotisation annuelle est fixé à 10 frs.)

En même temps que les adhésions, prière de bien vouloir joindre les indications suivantes : nom et prénoms ; date de naissance ; date de la thèse ; marié, veuf, ou célibataire ; nombre d'enfants ; domicile ; titres universitaires et spécialités, s'il y a lieu.

— Subventions municipales aux instituts de puériculture. — Le Conseil municipal de Paris a maintenu, pour 1925, la subvention de 70.000 fr. destinée à assurer le fonctionnement de douze instituts de puériculture et la subvention de 13.000 frs. allouée à la Goutte de Lait de l'hospice des Enfants-Assistés.

— Faculté de médecine de Bordeaux. — Le prof. agrégé Georges Portmann fait à la Faculté de médecine de Bordeaux un cours de *broncho-œsophagoscopie* pour spécialistes. Ce cours comprend des leçons théoriques, des examens de malades et des exercices pratiques sur les cadavres et les chiens chloralosés.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. Droit d'inscription : 75 francs.

Faculté de médecine de Paris (Année 1925). — *Cours complémentaire de perfectionnement.*

Chaire de clinique médicale thérapeutique (*Hôpital de la Pitié*, 83, *boulevard de l'Hôpital*). — Professeur : M. Vaquez.

Cours sur la radiologie cardiaque et l'électrocardiographie, par MM. Bordet, chef de laboratoire, et J. Yacoel, chef de clinique adjoint.

Ce cours comportant 30 leçons théoriques et exercices pratiques aura lieu au laboratoire de la clinique, de mai à juin, à des dates qui seront fixées ultérieurement, à 10 heures du matin.

Le prix de ce cours est de 150 francs.

S'inscrire à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Chaire de clinique médicale propédeutique (*Hôpital de la Charité* : 47, *rue Jacob*). — Professeur : M. E. Sergent.

1° *Cours de perfectionnement sur la tuberculose comprenant deux cours associés* : A. — Cours sur la tuberculose médicale et particulièrement sur la tuberculose pulmonaire, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Armand-Delille, J. Bertier, Francis Bordet, Brissaud, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Genevrier, d'Heucqueville, Kuss, G. Laurens, Lortat-Jacob, Louste, Pignot, P. Pruvost, Ribadeau-Dumas et Viguerie, du 9 juin au 2 juillet inclus.

B. — Cours sur la tuberculose chirurgicale (ganglionnaire, ostéo-articulaire, uro-génitale), par M. le professeur N., à l'hôpital des Entants-Malades, 149, rue de Sèvres, du 3 juillet au 13 juillet inclus.

Le droit d'incription est de 150 francs pour chacun des cours isolément, les élèves pouvant ne s'inscrire que pour l'un des deux.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté.

Un certificat sera délivré à la fin de chaque cours.

Des bourses, en nombre limité, seront attribuées aux seuls élèves inscrits pour le cours sur la tuberculsose médicale par le Comité national de Défense contre la tuberculose (66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs).

Programme général du cours sur la tuberculose pulmonaire. — (Le programme détaillé sera indiqué sur des affiches annonçant l'ouverture du cours et remis aux assistants, à la première séance, ainsi que l'horaire quotidien.)

a) *Conférences théoriques* (faites l'après-midi). — Evolution clinique générale de la tuberculose. Exposé général d'anatomie pathologique, de bactériologie et d'expérimentation.

Tuberculose de la première enfance, de la deuxième enfance et de l'adolescence.

Tuberculose pleuro-pulmonaire de l'adulte. Signes stéthacoustiques, fonctionnels et généraux. Signes radiologiques. Eléments généraux de diagnostic. Diagnostic différentiel. Eléments généraux du pronostic. Signes d'évolution et complications. Principes d'hygiène et de thérapeutique. Pneumothorax artificiel.

Organisation sociale. Rôle du médecin de dispensaire. Rôle de l'infirmière visiteuse.

b) *Exercices pratiques* (au début de l'après-midi). — Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny).

c) *Stage hospitalier* (tous les matins). — Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers dont ils suivent les visites et les policliniques.

N.B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques du soir seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

2° *Cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année*, sous la direction du professeur E. Sergent, et du Dr C. Lian, professeur agrégé.

Programme de l'enseignement. — (Médecine). — Par MM. Abrami, Aubertin, G. Blechmann, F. Bordet, Chabrol, Cottenot, Fernet, G. Durand, H. Durand, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, H.

LECLERC, C. LIAN, P. PRUVOST, TINEL, M. SÉGARD, G. SIGURET.

Le cours aura lieu dans la seconde quinzaine d'octobre et durera une semaine.

Les leçons auront lieu chaque jour, à l'amphithéâtre de la clinique du professeur SERGENT, à l'hôpital de la Charité.

Le programme détaillé sera précisé sur une affiche spéciale.

La leçon d'ouverture sera faite par M. le professeur SERGENT.

Les élèves auront la libre disposition de la matinée pour suivre la visite dans les hôpitaux. En particulier, les salles de la clinique propédeutique et les services des divers conférenciers leur seront très largement ouverts.

Droit d'inscripiton : 150 francs.

3° *Cours de radio-diagnostic médical et de radiothérapie*, sous la direction du professeur SERGENT et du docteur COTTENOT, chef du laboratoire de radiologie, avec la collaboration de MM. LIAN, RIBADEAU-DUMAS, DARCISSAC, G. DURAND, P. PRUVOST.

Le cours de *radio-diagnostic médical* aura lieu dans la première quinzaine de mars.

Le cours de *radiothérapie* aura lieu dans le courant de novembre.

Le programme détaillé sera indiqué sur une affiche spéciale, en temps opportun.

La durée de chaque cours sera d'une semaine.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN (47, *rue du Faubourg-Saint-Jacques*). — Professeur : M. Pierre DELBET.

Traitement des fractures et luxations des membres. — Cours complémentaire sous la direction de M. le professeur Pierre DELBET, par MM. P. MORNARD, R. MONOD ASCOMBE, chefs de clinique.

1° Fractures de l'humérus. — 2° Luxations du membre supérieur. — 3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. — 4° Fractures du col du fémur. — 5° Pseudarthroses du col du fémur. — 6° Fractures de la diaphyse fémorale. — 7° Luxations du membre inférieur. — 8° Fractures de jambe. — 9° Fractures du cou-de-pied. — 10° Traitement sanglant des fractures.

Chaque leçon comportera :

1° De 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ;

2° De 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Dates des cours : 7 au 17 janvier, 14 au 24 avril, 19 au 29 juin, 16 au 25 octobre 1925.

Le droit à verser est de 150 francs.

CHAIRES DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU, DE LA SALPÊTRIERE ET DE L'HOPITAL DE VAUGIRARD (*Hôtel-Dieu* : 1, *place du Parvis-Notre-Dame Salpêtrière* : 47, *boulevard de l'Hôpital* : *Hôpital de Vaugirard* : 389, *rue de Vaugirard*).

Cours de chirurgie abdominale, par les professeurs Pierre DUVAL, GOSSET, HARTMANN.

Ce cours d'une durée de trois semaines, aura lieu du lundi 22 juin au samedi 11 juillet. Il comportera des leçons, des démonstrations cliniques et des séances opératoires.

Programme des leçons. — Le 22 juin : technique générale des opérations sur les voies biliaires, par le professeur HARTMANN. — Le 23 : chirurgie de la vésicule biliaire, par le professeur GOSSET. — Le 24 : chirurgie du cholédoque, par le professeur DUVAL. — Le 25 : technique générale des anastomoses pratiquées sur le tube digestif, par le professeur HARTMANN. — Le 26 : la gastro-entérostomie, par le professeur GOSSET. — Le 27 : Les gastrectomies, par le professeur DUVAL. — Le 29 : amputation périnéale du rectum et ablation par voie abdominale du haut rectum, par le professeur HARTMANN. — Le 30 : anus iliaque gauche, par le professeur GOSSET. — Le 1er juillet : colectomie, par le professeur DUVAL. — Le 2 : l'occlusion intestinale et son traitement, par le professeur HARTMANN. — Le 3 : l'appendicite chronique, par le professeur GOSSET. — Le 4 : l'appendicite aiguë, par le professeur DUVAL. — Le 6 : le radium et les rayons X dans le traitement des fibromes et du cancer de l'utérus, par le professeur HARTMANN. — Le 7 : le cancer du sein et son traitement, par le professeur GOSSET. — Le 8 : le traitement opératoire des fibromes utérins, par le professeur DUVAL. — Le 9 : Les prolapsus génitaux, par le professeur HARTMANN. — Le 10 : traitement opératoire des cancers du col utérin, par le professeur GOSSET. — Le 11 : traitement opératoire des annexites, par le professeur DUVAL.

Ces leçons auront lieu à 17 heures, celles du professeur HARTMANN à l'Hôtel-Dieu, celles du professeur GOSSET à la Salpêtrière, celles du professeur DUVAL, à l'hôpital de Vaugirard.

Le matin, de 9 h. 1/2 à midi, les élèves seront divisés en trois groupes et assisteront à des séances opératoires avec exposé de la technique et démonstrations cliniques. Ces séances porteront sur les matières enseignées dans le cours et sur quelques autres opérations (cure des hernies, traitement des hémorroïdes, hystéropexie, applications de radium, etc.), chaque série d'élèves passant une semaine dans le service de chacun des trois professeurs.

L'assiduité au cours de perfectionnement est témoignée par un certificat de la Faculté de médecine délivré à chaque élève à l'issue du cours. La première répartition des élèves aura lieu à l'Hôtel-Dieu, le lundi 22 juin à 11 heures.

Droit d'inscription : 150 francs.

Des séries de travaux pratiques sont annexées à ce cours.

Dans la première semaine, technique opératoire et répétition des opérations sur le cadavre à l'Ecole pratique de 14 à 16 heures, sous la direction du professeur DUVAL.

Dans la deuxième semaine, opérations sur le cadavre et sur le chien, de 14 à 16 heures, sous la direction du professeur GOSSET.

Dans la troisième semaine, de 14 à 16 heures, examens chimiques du suc gastrique, des matières fécales œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie, examens anatomopathologiques des diverses lésions étudiées dans le cours sous la direction du professeur HARTMANN.

L'inscription à chacune de ces séries de travaux pratiques est de 150 francs.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Réponse.

En cas de vente d'une voiture d'occasion, vous devez payer la taxe de 1,30 % sur le montant du prix de vente.

En ce qui concerne le reçu délivré à l'acquéreur lors du paiement, le tarif du droit de quittance est de 0,25 quand la somme n'excède pas 100 francs ; 0,50 quand elle est comprise entre 100 et 1000 francs et de 1 franc si elle est supérieure à 1000 francs.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

68. — Injection modificatrice Calot.

Je soigne un blessé du travail qui, ayant reçu un coup sur le testicule droit, a fait par la suite de la tuberculose de son testicule.

Je pratique chez ce malade des injections modificatrices avec le liquide de Calot ; veuillez me dire ce que je dois demander à la Cie d'assurances pour ces injections.

Dr C.

Réponse.

A défaut de cette rubrique dans le tarif Breton alors qu'elle se trouve dans le tarif Maginot, je crois qu'on pourrait proposer 20 francs, qui est le prix marqué dans ce dernier tarif pour « Injection modificatrice Calot » (article 74).

F. D.

II

51. — Curetage et traitement de métrorrhagie.

A la suite d'un accouchement traumatique (accident du travail chez une assurée), j'ai fait seulement les interventions suivantes :

Curetage utérin.
Surveillance de cinq heures.
Traitement d'une hémorragie.

Dans ma note à la Compagnie je mentionne : curetage, soixante-quinze francs, surveillance, quarante francs et je demande à la Compagnie une base pour tarifer le traitement de l'hémorragie. La Compagnie me répond :

Le traitement d'une hémorragie utérine ne figurant pas au tarif légal doit être compris dans le prix de la visite. Que dois-je faire et comment tarifer cette intervention ?

La solution de ce problème pouvant intéresser mes confrères, je vous autorise à publier la réponse.

Dr L.

Réponse,

Curetage utérin et « traitement » d'une hémorragie intra-utérine sont deux interventions qui chevauchent singulièrement l'une sur

l'autre si elles sont faites simultanément au cours d'une surveillance de 5 heures que vous comptez également. En est-il ainsi, du moins, en votre cas, comme semble l'indiquer votre lettre ? Si non, prière vous expliquer plus nettement avec dates des interventions à l'appui. Si oui, je ne vois à compter que : *a*) curetage utérin : 75 fr. article 21, deuxième catégorie ; *b*) surveillance prolongée de 5 heures : maximum de 5 visites à 8 francs = 40 francs (article 6). Et c'est tout. A moins que vous ne vouliez compter en plus « pansement intra-utérin : 15 francs » (article 16), soit 11,25 en deuxième catégorie à titre de « traitement de l'hémorrhagie ». Mais ce serait fort discutable, étant donnée la simultanéité du « curetage » qui est, si je ne me trompe, un « traitement » de métrorrhagie et se termine le plus souvent par un « pansement intra-utérin » précisément, lequel est donc déjà « compris » dans le prix de cette intervention.

F. D.

III

49. — Le médecin n'a pas à faire le loueur de voiture ou c'est à ses risques et périls.

Je vous serais reconnaissant de me dire comment je dois tarifer les soins donnés à un accidenté du travail, dont détails ci-dessous.

Appelé à 10 h. du soir, à 14 kilomètres de chez moi, temps de neige, auto circulant avec chaines.

Je vois malade atteint luxation sous-coracoïdienne épaule gauche.

1° J'essaye manœuvre Kocher sans résultat ;

2° Anesthésie au kélène, nouvel essai nul, contracture musculaire chez alcoolique, craignant qu'il y ait une frature, je demande au patron, étant données les douleurs qu'accuse le blessé, une radio immédiate, je prends le malade dans mon auto et le conduis à P. à minuit soit 24 kilomètres, la radio avec le radiologue, on tente deux réductions ; devant l'impossibilité, on décide de ramener le malade chez lui, et à 9 heures du matin je reviens le voir avec un confrère, son médecin habituel, anesthésie générale au chloroforme, réduction opérée après la deuxième tentative.

J'ai l'intention de demander :

a) Voyage à G. 14 k. × 3	42
Visite avec anesthésie, tentative réduction	50
b) Voyage G.-P. 24 k. × 3	72
1 visite	8
c) Le matin voyage à G. 14 × 3	42
Anesthésie	50
	264

Dr C.

Réponse.

1° Voyons d'abord ce que, tarif en main, vous avez à compter. Vos essais infructueux de réduction ?... Hum ! qu'en pensez-vous ? Sur quel

article ?.. Passons. Reste la réduction effective, soit (en première catégorie) 75 francs pour celui qui l'a pratiquée, avec 50 francs pour le confrère anesthésiste, plus le déplacement du confrère appelé, plus vos propres déplacements *de chez vous chez le malade* (voir explication plus bas), plus certificat. Et c'est tout. Je vois bien que vous marquez une première anesthésie. Elle serait encore à ajouter si elle fut générale ou régionale (article 12) et, en cas de « régionale », si elle porta sur les troncs nerveux et qu'elle fût pratiquée par un second médecin (voir avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 à propos de l'article 12). Si elle rentre dans ces conditions, ajoutez-la à mon addition.

2° Par contre, toujours tarif en main, je ne vois pas que vous puissiez *obliger* la compagnie à vous payer le déplacement que vous avez effectué pour conduire le blessé de *chez lui à P..... chez le radiographe et retour*, soit 24 kilomètres. Ce n'est plus là, confrère, une affaire de technique médicale, mais un emploi de loueur de voiture, voilà maintes fois que j'en avertis les confrères dans le *Concours*. Le tarif Breton ne vous donne le droit de réclamer de déplacements que « de la mairie du domicile du médecin au domicile du blessé » (article 2). Vous avez agi avec humanité, c'est entendu, mais je ne puis me placer dans cette rubrique qu'au point de vue de « l'application du tarif ». Cela n'empêche pas que vous demandiez au patron (qui se retournera sur l'assurance s'il le peut) de vous payer ce déplacement effectué avec son *assentiment* et dont, ce me semble, il devrait vous être redevable comme il le serait envers tout loueur de voiture qu'il aurait pris pour transporter son blessé, — mais il reste bien entendu, et j'y insiste encore une fois, que ce sont là des affaires *en dehors du tarif Breton*.

F. D.

IV

3412. — Confrères, prenez connaissance du Tarif Breton, avant d'envoyer vos notes d'accidentés du travail.

En qualité de membre du « Sou », voulez-vous me donner un conseil pour une note d'assurance.

Note présentée		Note de l'assureur
6 nov. 23 : une consultation.......	7 fr.	7 fr.
7 nov. 23 : un certificat..........	5 fr.	5 fr.
7 nov. 23 : visite................	8 fr.	0 fr.
7 nov. 23 : ponction d'hémarthrose avec inject. modificatrice.	60 fr.	45 fr.
9 nov. 23 : visite................	8 fr.	8 fr.
14 nov. 23 : consultation.........	7 fr.	7 fr.
17 nov. 23 : consultation.........	7 fr.	7 fr.
	102 fr.	79 fr.

L'assurance dit ne pas devoir le cumul du 7 nov. et réduit l'intervention parce que S. n'a pas 100.000 habitants. Qui a raison de l'assurance ou de moi ?

Dr P.

Réponse.

La Compagnie a doublement raison et vous doublement tort de ne jamais avoir lu le tarif des accidents du travail (tarif Breton) avant d'envoyer vos notes d'honoraires. En effet : 1° Jamais de cumul (voir article 13) ; 2° étant d'une ville de moins de cent mille habitants et non en région libérée, vous êtes en deuxième catégorie (voir article 1 lui-même). D'où 25 % de diminution sur toute intervention (voir article 15). Vous voyez, mon cher confrère, que vous avez trébuché devant l'A.B.C. Potassez donc un peu votre tarif. Il vous restera encore assez de points parfois difficiles à démêler, malgré cela, croyez-le bien. Et je publie ma réponse dans le *Concours* afin de vous donner comme exemple... à ne pas suivre. Hélas ! si seulement vous étiez le seul à envoyer ainsi des notes à une Compagnie d'assurances qui tromphe de ces erreurs et nous les étale à l'occasion... F. D.

Application du Tarif Maginot

I

75. — Indemnité de déplacement de l'aide.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Soignant un réformé de guerre et jugeant nécessaire de lui pratiquer une grande intervention, je l'envoie en ville. Je vais aider le chirurgien à l'opérer. Quelle rémunération dois-je demander ? Seulement les 50 francs prévus par le décret ou puis-je demander en sus une indemnité de déplacement ?

D. V.

Réponse.

Je ne pense pas que, dans votre cas, vous puissiez demander — en plus des 50 francs comme aide — une indemnité de déplacement. Et cela en vertu de l'article 64 du décret, paragraphe 2, où vous lirez que cette indemnité ne peut dépasser celle attribuable au médecin le plus rapproché. Or l'intervention eut lieu dans G. même où résident de multiples médecins.

F. D.

II

74. — L'article 64 assure les « soins » gratuits et non les examens, expertises, certificat.

Un médecin de notre syndicat ayant demandé à un mutilé pour un certificat à présenter devant un Conseil de réforme la somme de 12 francs, conformément à notre nouveau tarif syndical, vient de recevoir la lettre ci-jointe dont je vous communique une copie.

Nous venons demander au Dr Decourt si le fait

de posséder un carnet de soins donne droit à la délivrance d'un certificat qui a pour but de défendre les intérêts de celui qui le demande ou si les bons doivent être strictement réservés pour des visites ou des consultations dans le cas de maladie.

Les avis ayant été partagés au sein de notre bureau, nous voudrions avoir le vôtre qui pourrait servir à tous les médecins par la voie de votre journal.

Dr T.

Réponse.

Non seulement le bénéficiaire de l'article 64 devait au confrère le prix de son examen et de son certificat, mais si celui-ci avait envoyé une feuille de visite détachée du carnet avec le motif exact qu'il devait y porter : « Examen en vue d'un certificat à présenter au Centre de réforme », il aurait eu chance de se voir refuser le paiement par la Commission départementale. Et s'il avait fait appel, il aurait eu non moins chance de subir le même sort devant la Commission supérieure. Telle est, du moins, la jurisprudence que je connais. Et cela se conçoit, puisque l'article 64 donne au bénéficiaire uniquement les soins gratuits, les médicaments, appareillages, etc., tandis qu'un examen suivi de délivrance d'un certificat en vue d'une action quelconque ne pourra jamais être considéré comme des « soins » donnés.

F. D.

JURISPRUDENCE

Application du prix-limite au loyer du médecin.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

(CH. CONS. LOYERS, 2e SECTION).

1er décembre 1924.

(*Gazette du Palais*, 11 et 12 janvier 1925.)

Lorsqu'il s'agit d'un local d'habitation dans lequel le locataire (dans l'espèce un médecin) exerce sa profession, la majoration pour la durée de la prorogation accordée par le juge ne saurait dépasser le prix-limite (à Paris 75 %).

Le tribunal,

Attendu que les consorts Contour-Georgi sont propriétaires d'un immeuble, sis à Paris, 11, rue des Halles, dont dépend un appartement dont M. le docteur Demié est locataire en vertu d'un bail sous seings privés du 5 décembre 1921, moyennant un loyer annuel de 2.850 fr., outre les charges

Attendu que la première période de trois ans devant venir à expiration le 1er janvier 1925, congé a été donné au docteur Demié pour cette date ; que le docteur Demié a demandé la prorogation au 1er janvier 1926 par application de la loi du 29 décembre 1923, moyennant un loyer taxé sur celui d'avant-guerre : 1.900 fr. majoré de 75 %, soit 3.325 fr., plus

10 % de charges ; que les propriétaires consentent à la prorogation quant à sa durée, mais demandent une majoration supérieure au prix-limite puisqu'il s'agit d'un local professionnel ;

Mais attendu qu'il s'agit d'un local d'habitation dans lequel Demié exerce sa profession de docteur en médecine ; que les propriétaires ne contestent pas au locataire la demande de prorogation en vertu de la loi du 29 décembre 1923 ; que la majoration de 75 % ne saurait être dépassée ;

Par ces motifs,

Proroge le docteur Demié dans les locaux loués jusqu'au 1er janvier 1926 ;

Dit que le locataire paiera à partir du 1er janvier un loyer de 3.325 fr. plus 10 %, plus les taxes et impôts ;

Condamne les propriétaires aux dépens.

NOTE. — Lorsque des locaux à usage d'habitation en même temps qu'à usage industriel ou commercial sont indivisibles par la nature des lieux ou par la volonté des parties, il était admis déjà sous l'empire des lois du 31 mars 1922 et 29 décembre 1923 que la prorogation de l'art. 7 de la première de ces lois leur était applicable : Comm. sup. cass. 21 décembre 1922 (*Rev. loyers* 1923.102) ; 6 mars 1924 (sol. implic.) (*Rev. loyers* 1924.364) ; 18 décembre 1924 (*Gaz. Pal.* 9 janvier 1925). A plus forte raison devait-on admettre la même solution quand un local à usage d'habitation servait en même temps à l'usage de la profession du locataire.

Mais dans quelle proportion le juge peut-il majorer le loyer pour la période de prorogation ? Le prix-limite n'ayant été édicté que pour les locaux d'habitation, la question est assez délicate. — Il ne semble pas que la condition d'indivisibilité soit ici suffisante pour justifier l'application des dispositions favorables au locataire, il faut en outre que le local d'habitation soit le principal, et la partie industrielle, commerciale ou professionnelle, l'accessoire. C'est ce qui paraît bien résulter d'un arrêt de la Commission supérieure de cassation du 1er août 1924 (*Gaz. Pal.*-1924.2.405), qui a statué sur une action en réduction de loyer. Le jugement ci-dessus admet nettement la même solution, bien qu'il ne soit pas très motivé. Comp. cep. Trib. civ. Seine 1-15 avril 1924. (*Gaz. Pal.* 1924.2.388).

Commentaires.

Le jugement qui précède, que publie à son tour la *Gazette des Tribunaux*, dans son numéro du 25 janvier, en le faisant suivre d'une note dans le même sens que celle de la *Gazette du Palais*, est important pour les médecins, auxquels les propriétaires objectent, comme aux commerçants, industriels et autres professionnels, qu'ayant bénéficié de la prorogation de la durée des hostilités à titre professionnel, ils ne peuvent demander l'application en leur faveur de la limitation du prix du loyer, avantage réservé par la loi aux locataires d'habitation, qui

n'ont eu droit qu'à la prorogation de deux ans, sauf en ce qui concerne les locataires mobilisés de petits loyers.

Nous sommes à la fois locataires d'habitation et locataires professionnels, répondent avec raison les médecins à cet argument qui, à première vue, peut sembler logique. Il y a indivisibilité entre la partie habitation et la partie professionnelle, ou même, comme le disent le jugement et la note de la *Gazette du Palais*, c'est un local à usage d'habitation, qui sert en même temps à l'usage de notre profession.

En outre, dans la plupart des cas, c'est le local d'habitation qui constitue la partie principale, la partie consacrée à l'exercice de la profession n'étant que l'accessoire. *Primum vivere*... et, pour vivre, il est nécessaire de posséder un toit où l'on puisse abriter soi-même et sa famille. La question ne se pose plus pour la prorogation facultative... tout au moins jusqu'au 1er janvier 1926, puisque la loi du 2 août 1924 a permis d'accorder à tous les locaux sans distinction le bénéfice de cette prorogation, comme la jurisprudence l'avait admis en cas d'indivisibilité des locaux.

Mais il pourrait en être différemment pour la limitation du prix du loyer, qui ne présente pas un égal caractère de nécessité.

Le jugement rapporté du Tribunal de la Seine, qui sera suivi, il y a lieu de l'espérer, par la Commission supérieure des loyers de la Cour de Cassation, s'il lui est déféré, estime que, dès lors qu'il s'agit d'un local d'habitation, peu importe que le locataire y exerce aussi sa profession, et que le loyer ne peut en ce cas dépasser le prix-limite.

A vrai dire, le local d'un médecin, dans la grande majorité des cas, n'est autre chose qu'une maison ou un appartement d'habitation, qui, même dans la partie réservée à l'exercice de la profession, ne comporte aucune installation, aucun aménagement spécial, et son caractère n'a pas été modifié du fait que le locataire a pris l'habitude d'y recevoir ses clients. La preuve en est qu'il a été jugé que la clause d'habitation bourgeoise n'exclut pas l'exercice de la profession médicale (Cassation, Ch. civ. 1er mars 1920 et 20 juillet 1920. *Concours médical*, 1921, p. 388 et 389). Ces décisions auraient été différentes certainement, si le locataire avait installé dans son appartement, au lieu d'un cabinet médical, un commerce quelconque.

La décision du Tribunal de la Seine semble donc justifiée et le médecin dont le propriétaire aura la prétention d'augmenter le loyer dans des proportions trop fortes pourra, soit devant la juridiction qui aura à se prononcer sur la demande de prorogation facultative, soit devant celle qui aura à juger une demande en réduction du loyer au prix limite, s'appuyer sur sa jurisprudence. Mais il devra, pour en bénéficier, surtout dans l'éventualité d'un pourvoi en cassa-

tion, dans sa demande, puis dans les conclusions écrites qu'il déposera, soit lui-même, soit par ses défenseurs, bien préciser qu'il est locataire d'un local d'habitation, dans lequel il exerce sa profession ; que, par suite, il y a indivisibilité absolue entre la partie restant réservée exclusivement à l'habitation et la partie affectée, temporairement même pour certaines pièces, à l'exercice de la médecine et qu'en outre, la partie habitation est le principal et la partie professionnelle l'accessoire.

Ayant ainsi fait, il aura mis de son côté la plus grande part possible des chances de succès.

J. DUMESNY.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 *janvier.*

Lutte contre le cancer.

Sont nommés membres de la *Commission de coordination des travaux sur le cancer* : MM. Baud, Gauducheau, Gunsett, Le Beau, Marie, Marquis, Potel et Vautrin.

Vacance de direction de bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires, parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Montceau-les-Mines.

Le traitement alloué est fixé à 3.800 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes, accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

31 janvier.

Lutte contre le cancer.

Sont nommés : Directeur du *Centre de lutte anticancéreuse d'Angers*, M. le Pr Papin ; chefs des divers services : MM. les docteurs Sarazin, Brin, Decheneau et Sarazin fils.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Admission des tuberculeux de guerre en sanatorium.

2011. — M. Delory, député, expose à M. le Ministre du Travail que le 2e alinéa de l'article 13 du décret du 10 août 1920 (décret du 24 juillet 1924) sur l'admission des tuberculeux en sanatorium prévoit que les certificats médicaux et les fiches sociales devront être établies conformément à certains modèles qui seront fixés par un règlement, et demande au ministre de faire connaître à quelle date ce règlement a été publié et où il est possible de se le procurer. (*Question du 16 décembre* 1924.)

Réponse. — Le règlement en question n'a pas encore été publié. La Commission de préservation contre la tuberculose est saisie de l'affaire.

(*J. O.*, 25 décembre 1924.)

Les établissements privés ne peuvent recevoir un complément de journée des pensionnés de guerre qu'ils hospitalisent.

2163. — M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le Ministre des Pensions si les établissements privés hospitalisant les mutilés au titre de l'article 64, après autorisation de la commission de contrôle départementale, peuvent recevoir du pensionné une indemnité représentant la différence entre le prix de la journée de l'hôpital ordinaire tel qu'il est prévu au tarif fixé et celui qu'ils appliquent à leur clientèle habituelle. (*Question du* 25 *décembre* 1924.)

Réponse. — Réponse négative. Si, en effet, les établissement privés étaient autorisés à percevoir des mutilés qu'ils hospitalisent une somme quelconque comme supplément du prix de journée qui leur est dû par l'Etat, au titre de l'article 67 du décret du 25 octobre 1922, les bénéficiaires hospitalisés pourraient, munis du reçu correspondant à la somme complémentaire versée par eux, demander à la commission départementale la répartition de cette somme.

(*J.O.*, 24 *janvier* 1925.)

Quarante septième année N° 8 22 Février 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 390-IV)

(Suite du Sommaire)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.
Caisse des pensions de retraites du Corps médical français, Paris, 271-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr TARRON, d'Anduze, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Tratot.
Cannes : Abadie, Argueyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque, Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Leriche Em., Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J.. Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 80. — Dr cherche empl. même subalt. ds clin. ou mais. de santé.

N° 81. — Au plus offrant, 25 ann. de la revue *Le Correspondant*. S'ad. au Dr Morard, 2 av. Foch, à Tassin (Rhône).

N° 82. — A vend. charronnette 6 CV. 1920, 2 pl., strap., écl., démar. élect., graiss. Técal. Excell. ét. de m. Px 6.000. S'ad. Dr Rouquette, La Tremblade (Ch.-Inf.).

N° 83. — Conf. céder. rais. double empl., coll. compl. Sergent. Broché 700 fr., c. rembours.

N° 84. — A vend. Renault mod. 1921, ent. revue, parf. état marche, 5 roues interch., 4 à 5 pl., 12 CV., voit, conf. et sol. Px 10.000. S'ad. Dr Bonnotte, à Poligny (Jura).

N° 85. — A vend. radiodiagnostic (Radiguet) avec écr. et amp. spéc. Et. de n.

N° 86. — A céd. ap. dép. camp. agr. 2.565 hab., seul méd., bonne client. tr. fac. à augm. jolie mais. conf. Cond. ach. propr. facil. paiem. S'adr. Me Joubier, not. à Bouvron (Loire-Inférieure).

N° 87. — Dr en méd. ay. bonnes réf. ch. sit. ds lab. de bactériologie.

N° 88. — Dr Galand d'Anzin (Nord) dispose de 25 ex. d'une reprod. en coul. d'un tableau de Le Brun. Les adress. gracieus. aux 25 premiers sollic. joindre un fr. pr l'envoi recomm.

CORRESPONDANCE

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante, nous demande de publier la lettre suivante qu'elle adresse aux professeurs et aux médecins et chirurgiens des hôpitaux. Nous le faisons très volontiers.

Monsieur et cher Maître,

La situation matérielle des étudiants et particulièrement de ceux qui font leurs études en médecine devient chaque jour plus pénible.

Tous les efforts jusqu'à maintenant sont restés vains.

Les maisons d'étudiants sont insuffisantes de beaucoup.

Le prêt d'honneur engage trop gravement l'avenir. C'est pourquoi l'Association corporative fait appel à votre bienveillance.

Les étudiants en médecine dont les ressources sont insuffisantes demandent à travailler. Il nous paraît qu'ils sont tout à fait désignés pour prendre des gardes de nuit, soit comme infirmiers, soit comme médecins, pour faire des piqûres, des pansements, en un mot pour tout travail para-médical.

Soyez donc assez bon pour faire appel dans ces cas à des étudiants en médecine. Vous en trouverez autour de vous. L'Association corporative se chargera de vous en faire connaître.

Avec l'espoir que vous voudrez bien nous aider dans cette œuvre de solidarité et de camaraderie, recevez, Monsieur et cher Maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre respect.

Paris, le 5 février 1925. X.

P. S. — Prière de bien vouloir adresser toute correspondance concernant les emplois offerts aux étudiants en médecine au secrétaire général de l'Association corporative : 35, rue Victor-Massé.



404. — Présence du médecin traitant à l'examen d'un blessé de droit commun par le médecin de l'assuranee.

Médecin traitant d'une accidentée de droit commun, Madame X., blessée par une vache, j'ai été appelé près d'elle avec un confrère désigné par l'assurance ; c'est le confrère qui poliment, correctement, m'a prévenu qu'il allait voir la blessée ; l'assurance ne m'a rien dit.

J'ai été appelé à nouveau près d'elle avec le même confrère qui, toujours correct, m'a demandé mon heure, l'assurance ne m'a toujours rien dit.

Quel prix dois-je demander pour ces deux visites alors, je le répète, que l'assurance ne m'a, à aucun moment, donné signe de vie ?

Dr Z.

Réponse.

Il s'agit, dites-vous, d'un accident du droit commun et non pas d'un accident du travail. Dans ces conditions, votre seule débitrice est votre cliente elle-même. C'est à elle que vous devrez présenter votre note et vous pourrez compter au prix qui vous conviendra votre assistance aux visites de contrôle effectuées par le médecin de son assurance. Quand elle vous aura payé, elle se fera rembourser par son assurance dans le mesure prévue par sa police. Il se peut que, de la sorte, une partie de vos honoraires reste à sa charge, mais c'est là une question qui ne vous intéresse pas personnellement. Rien ne vous oblige à vous contenter de ce que l'assurance pourra payer pour frais médicaux.

Puisqu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail, l'assurance n'avait pas à observer la procédure de la loi de 1898 pour faire contre-visiter la blessée. Ni elle, ni son médecin n'avaient l'obligation légale de vous prévenir de la contre-visite qui aurait pu être effectuée hors de votre présence. L'avertissement que vous avez reçu du médecin de l'assurance n'est qu'une marque de courtoisie de sa part et une observation des règles de la déontologie.

---

340. — Cession de prorogation de bail.

J'ai un bail de 6, 9, 12 ans du 12 août 1907 au 12 août 1919, puis une prorogation de 5 ans comme mobilisé, puis une nouvelle prorogation jusqu'en janvier 1926. Mon bail dit : « Le preneur pourra sous-louer et céder son droit au bail, mais à la condition expresse de le transmettre à des personnes honorables qui l'occupent bourgeoisement et il restera responsable des loyers »...

Je voudrais savoir, dans l'éventualité d'une cession de ma clientèle, si je puis céder mon droit au bail prorogé comme un bail ordinaire.

En quels termes et sous quelle forme doit se faire cette cession du droit au bail prorogé ?

Cette cession ouvre-t-elle à un successeur le droit à une nouvelle prorogation, au cas où une loi interviendrait d'ici le 1er janvier 1926 accordant cette nouvelle prorogation ?

On prétend que le parlement votera certainement cette loi cette année. Est-ce certain ?

Dr F.

Réponse.

Dès lors que vous aviez le droit de céder votre droit au bail, vous avez le droit de céder dans les mêmes conditions le bénéfice des prorogations que vous avez obtenues.

A défaut d'une procédure spéciale prévue au bail, le meilleur moyen d'opérer la cession sans avoir à craindre d'observations de la part du propriétaire serait d'appeler celui-ci à l'acte de cession et de lui faire donner son agrément dans l'acte.

S'il vous est impossible pour une raison quelconque d'employer cette procédure, vous pourriez encore, une fois la cession conclue et enregistrée, la faire dénoncer au propriétaire par exploit d'huissier en en donnant copie intégrale.

La cession étant régulière, votre cessionnaire aura, en principe, les mêmes droits que vous pourriez avoir vous-même en ce qui concerne les nouvelles prorogations qui pourront être accordées, sous réserves évidemment de dispositions législatives contraires.

Les lois actuellement en vigueur en matière de loyers doivent, pour la plupart, arriver à échéance le 1er janvier 1926. Comme la situation qui a nécessité leur promulgation ne s'est pas modifiée depuis, il est très probable qu'une nouvelle loi sera votée avant le 1er janvier, mais il nous est impossible de prévoir quelles seront ses dispositions.

3141. — Patente d'une maison de santé.

Exploitant une maison de santé où je dispose d'une dizaine de chambres pour mes malades, alors que j'occupe exactement, pour mon usage personnel, le rez-de-chaussée avec trois pièces, deux chambres et un cabinet de travail, dois-je payer une patente basée sur la location de tout l'immeuble, qui est estimée par le contrôleur 10.000 fr. ; ou simplement une patente basée sur mon local sus-désigné, c'est-à-dire les trois pièces que j'occupe.

Dr X.

Réponse.

Imposé à la patente comme médecin tenant une maison particulière de santé, le droit proportionnel de patente doit être calculé au 20e sur la valeur locative de votre habitation et au 50e sur

celle de l'établissement industriel ; le droit fixe étant de 5 fr. plus 5 fr. par personne attachée au service de la maison de santé.

A. M.

3180. — Taxe sur les automobiles.

Je possède une voiturette automobile de 7 chevaux, à 2 places, depuis le 27 novembre 1924, date à laquelle je l'ai déclarée au bureau des contributions indirectes qui m'a délivré un permis de circulation contre le versement de la somme de 63 fr. pour droits trimestriels.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si ces droits sont dus pour le trimestre entier (du 1er octobre 1924 au 31 décembre 1924), malgré que je ne possède cette voiturette que depuis le 27 novembre 1924. Veuillez aussi me faire savoir si les médecins de l'assistance publique chargés des soins à donner aux indigents sont exonérés d'une partie des droits imposés aux possesseurs d'automobile.

Dr S.

Réponse.

La taxe calculée pour une automobile 7 HP à raison des nouveaux tarifs en vigueur depuis le 1er avril 1924, est bien de : $\frac{36 \times 7 \times 1}{4} = 63$ fr. pour un trimestre.

La taxe est exigible pour le trimestre entier.

Aucune réduction n'est prévue pour les médecins de l'assistance publique. Les nouveaux tarifs ont d'ailleurs entraîné la suppression du demi tarif en faveur des patentés.

A. M.

282. — Droits de la veuve et de l'orphelin d'un pensionné de guerre.

J'ai recours à votre bonne obligeance inépuisable pour renseigner si possible un pauvre ménage sur les droits qu'ont pu lui laisser les désastres de la guerre, et les faire valoir le cas échéant.

Albert C., 40 ans, mobilisé en 1914. Blessé en mars 1915. Balle traversant la tête ; perte d'un œil et de la mémoire. Réformé n° 1 en mars 1916, 70 % Touchait environ 100 fr. par mois. Marié en juin 1916 Un enfant en avril 1917.

Ne touche pas davantage. Décédé en octobre 1918.

Sa veuve et son enfant continuent à toucher la même somme.

Sa veuve se remarie à son beau-frère, mutilé en août 1919.

La même pension continue à être touchée jusqu'en 1922 où elle est supprimée. Mère et enfant ne touchent plus rien. Quels sont leurs droits ? Que doivent-ils faire, car il me semble que l'enfant au moins pupille de la nation de droit doit être secouru d'une façon quelconque ?

Dr A.

Réponse.

Le mari ayant été réformé avec une pension d'invalidité, l'orphelin pouvait demander (par lettre au Ministre des Finances, dette inscrite), à conserver la majoration à laquelle, il avait droit du fait de cette pension (210 francs par an pour 70 %) jusqu'à l'âge de 18 ans.

Quant à la veuve, si son mariage avait été antérieur à la réforme, elle aurait eu de plein droit une pension de réversion, étant donné le taux de la pension de son premier mari (70 %).

Cependant un arrêt du Conseil d'Etat en date du 23 mai 1924 (affaire dame veuve Mariaud) lui permettra d'obtenir peut-être gain de cause. Qu'elle adresse donc une demande dans ce sens au sous-intendant militaire des Pensions de sa région.

---

299. — Droits d'un ouvrier blessé par un éclatement de projectile dans les régions dévastées.

Un ouvrier au service d'un entrepreneur de récupération est blessé pendant son travail par un éclatement de grenade.

Quel est le responsable de cet accident ?

Si c'est l'Etat, quelles sont les formalités à remplir pour que l'ouvrier puisse bénéficier des soins aux victimes de la guerre et comment recouvrer mes honoraires ? Dr V.

Réponse.

Cet ouvrier a droit au bénéfice de la loi du 24 juin 1919 (victime civile de la guerre). Qu'il adresse une demande (avec signature légalisée) au préfet du département où il réside. Cette demande doit mentionner les nom et prénoms de la victime, ses lieu et date de naissance, sa profession et son domicile lors de la mobilisation générale, sa profession et sa résidence actuelles.

Elle doit indiquer, d'une part, la date, le lieu et les circonstances du fait de guerre et, autant que possible, les noms et adresses des personnes qui en ont été témoins, et d'autre part, les noms et adresses des médecins ou de toute autre personne ayant donné ses soins à la victime, ainsi que le lieu ou l'établissement hospitalier où celle-ci a été traitée.

La demande doit indiquer également si l'état de santé de l'intéressé lui rend impossible ou difficile tout déplacement.

Application du Tarif Breton.

I

19. — 1° Base de la catégorie ; 2° Attention aux changements de catégorie ; 3° Déplacement discutable.

La commune où j'exerce est dans la 1re catégorie (tarif Breton), celle où exerce le chirurgien le plus

rapproché est dans la deuxième. Celui-ci a, tant à l'aller qu'au retour 3 km. à parcourir en 1re catégorie et 6 km. en deuxième lorsque je l'appelle en consultation.

a) Je l'appelle ici pour une désarticulation complète de l' auriculaire (anesthésie locale). Que doit-il réclamer comme honoraires ? Quant à moi, qui l'ai assisté dans cette opération, dois-je seulement réclamer le tarif d'une consultation entre confrères, soit 24 fr. (1re catégorie) ?

b) Lorsque je lui emmène un blessé en consultation, dois-je compter le tarif de 1re catégorie : 21 fr. ou 24 fr. ?

c) Existe-t-il un barème pour aider à l'évaluation des incapacités permanentes.

Dr L.

Réponse.

1° Voyez votre article 1 lui-même : « Le prix... est fixé... suivant que la commune, *lieu de résidence du blessé*, appartient à la première ou à la deuxième catégorie ». Donc, si votre client habite en une région de première catégorie, *tout* médecin qui le soigne à domicile a droit aux prix de première catégorie.

2° A ce propos, n'oubliez pas, vous qui êtes de l'Oise, que, depuis le 1er janvier 1925, les blessés résidant dans votre département ne sont plus en première catégorie que dans l'arrondissement de Compiègne, les cantons de Breteuil et de Maignelay. Il me semble bien que vous n'êtes pas dans ces régions, auquel cas vous retomberiez, pour vos notes, en deuxième catégorie.

3° Vous parlez des déplacements du chirurgien pour une amputation d'un auriculaire ! Hum ! J'ai grand peur que la Compagnie refuse de payer un tel déplacement (voir l'article 1er), à moins que le blessé n'ait pu se déplacer lui-même « sans inconvénient pour sa santé »... Quant aux honoraires mêmes de l'amputation, voyez article 20, tout simplement : « Amputation totale d'un doigt : 75 francs ».

4° « L'aide » n'est payable que « pour les interventions de grande chirurgie ». Peut-on compter celle-ci comme telle ? Qu'en pensez-vous ?

5° Je me sers, dans ces cas d'incapacité permanente partielle, du « Guide-barème des invalidités » édité par le Ministère de la Guerre, chez Lavauzelle, 124, boulevard Saint-Germain. (1)

F. D.

(1) Le « Guide-Barême » a été publié dans plusieurs *Agendas-Mementos du Praticien*, notamment dans celui de 1923.

(*Voir la suite page XLVII-435*)

PROPOS DU JOUR

L'éventuelle Chaire de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris

Il n'était bruit il y a quelques jours dans la presse que de la nouvelle chaire de puériculture dont la Chambre des Députés désire doter la Faculté de Médecine de Paris, et cela malgré elle.

Nous ne rechercherons pas les motifs mystérieux de cette prodigalité parlementaire un peu singulière par les temps d'impécuniosité nationale qui courent. Les bruits les plus extravagants se propagent à ce sujet, l'on a cité le nom du futur bénéficiaire. Tout cela ne nous intéresse guère et nous ne nous en ferons pas l'écho. L'initiative serait venue d'un député tout puissant et reconnaissant envers son médecin (phénomène aujourd'hui aussi rare que louable !)

Le Gouvernement, en la personne de M. le Ministre de l'Instruction Publique, aurait donné son assentiment. Le crédit qu'entraîne la création de cette chaire aurait été voté sans discussion dans une de ces séances à banquettes vides et les quelques honorables qui consentirent à cette dépense n'ajoutèrent aucune importance à la somme relativement modeste demandée, au cours de la danse des milliards qui s'agitait sous leurs yeux.

Tout allait bien, passez muscade ! Car on ne doutait pas de la ratification du Sénat dont l'attention d'ailleurs n'aurait pas été attirée. Mais la Faculté de Médecine de Paris apprit par hasard la chose. Inutile de dire qu'on avait négligé de la consulter.

C'est un peu l'habitude dans nos milieux officiels et *démocratiques* et sous tous les gouvernements de discuter les affaires qui concernent une collectivité sans s'inquiéter de l'avis que pourraient donner les intéressés ; nous, médecins praticiens, nous en savons quelque chose et ce fut toujours de haute lutte et grâce à notre puissance syndicale que nous sommes arrivés à faire entendre dans les commissions parlementaires et les conseils gouvernementaux nos délégués autorisés.

La Faculté de Médecine de Paris a fait à son tour la même expérience. Indignée, elle a voté en réunion privée la note suivante qu'elle a communiquée sans la signer, aux membres du Parlement et du Gouvernement.

Nous l'empruntons au *Matin* :

Les professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris ont pris connaissance, en réunion privée, du projet soumis aux délibérations du Parlement de créer, par voie d'inscription au budget, une chaire de puériculture à la Faculté ; ils estiment de leur devoir de signaler à MM. les membres du Parlement et au gouvernement l'inutilité de cette nouvelle chaire, qui ferait double emploi avec celle d'hygiène et clinique de la première enfance, créée en date du 20 octobre 1914 par les pouvoirs publics à l'effet d'enseigner la puériculture ; ils ajoutent que cette science est encore enseignée, pour les matières correspondantes, par les trois chaires d'obstétrique, par celle des maladies des enfants, par celle d'hygiène et par l'Ecole de puériculture de la Faculté.

A l'heure où l'Université s'efforce de réaliser les économies nécessitées par les intérêts généraux du pays et réclamées par les pouvoirs publics, les professeurs de la Faculté protestent contre la dépense sans objet actuellement envisagée.

Interwievé par le *Matin*, M. le Ministre n'ajoute aucune importance à ce petit fait divers. « Cela représente un détail si minime dans l'organisation de l'enseignement ! ajoute-t-il. Que ces maîtres de la médecine sont donc susceptibles ! D'ailleurs leur protestation a été adressée d'une manière irrégulière et même *incorrecte* (sic). Je n'ai pas à en tenir compte dans l'état actuel. »

Il n'est pas douteux que dans notre *Démocratie actuelle*, le comble de la correction consiste à créer une chaire dans une Faculté sans même demander à ses professeurs leur avis. Mais peu importe le procédé, notre histoire syndicale pourrait en relater bien d'autres. Il n'y a pas beaucoup d'années qu'un sous-secrétaire d'Etat, d'ailleurs, médecin comme nous, manifesta devant nous son ahurissement de voir les représentants des Syndicats médicaux émettre la prétention de discuter de leurs intérêts avec lui, lui le représentant de la *toute puissance de l'Etat*.

Le *Sic volo, sic jubeo*, est un axiome gouvernemental. Il en fut toujours ainsi que le chef du gouvernement s'appelât Louis XIV, Napoléon, Clemenceau, Briand, Poincaré ou Herriot. Il nous arriva cependant que résolus d'user du

droit de citoyens, nous pûmes montrer au représentant de l'Omnipotence de l'Etat qui répètait « L'Etat, c'est moi » que, depuis plus d'un siècle, « L'Etat, c'était nous . » Les Syndicats médicaux ont fait cette démonstration, c'est déjà de l'histoire ancienne, passons.

Mais, puisqu'il s'agit de puériculture, examinons un peu la fameuse question de son enseignement. Constatons en passant que *Puériculture* est un néologisme impropre ; en latin le mot *puer* sans épithète s'applique surtout à la seconde enfance : le nourrisson qui fait surtout l'objet de la puériculture, aujourd'hui à la mode, doit s'appeler *infans*. Mais cela n'a guère d'importance que le terme soit déplacé, ce qui est surtout déplacé, c'est l'enseignement de la puériculture à la Faculté de Médecine de Paris. Qu'on enseigne aux futurs médecins l'hygiène et la clinique infantile, cela va de soi, ce sont des chapitres de la médecine et leur enseignement doit ou devrait être donné, cliniquement, c'est-à-dire pratiquement, dans tous les services hospitaliers où l'on soigne des enfants. Mais l'élevage des enfants, la vraie puériculture, qui consiste dans des soins maternels, minutieux et éclairés, ne relèvent pas de la Faculté, mais de l'Ecole primaire. Ce n'est pas à la Faculté que les futures mères de famille doivent aller apprendre à soigner leurs enfants. Le médecin lui-même ne pourra qu'occasionnellement redresser une erreur ou battre en brèche un préjugé en contradiction avec les règles de l'hygiène infantile. C'est à l'Ecole primaire et seulement à l'Ecole que l'on devrait apprendre aux jeunes filles à soigner les enfants et cet enseignement serait plus utile à elles, à la Nation et à la Société qu'une foule de données rudimentaires scientifiques ou littéraires dont on encombre les programmes et qui sont aussitôt oubliés qu'appris.

Cet apprentissage à l'Ecole primaire de l'élevage des enfants, mettons de la puériculture, puisque puériculture il y a, ne serait pas, Monsieur le Ministre, comme vous le dites pour la Faculté de Médecine « un détail de si minime importance dans l'organisation de l'enseignement. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SEMEIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des tumeurs des bourses,

Par M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Si, dans la plupart des cas, le diagnostic des tumeurs des bourses est le plus souvent assez facile à poser, il en existe cependant un certain nombre où l'interprétation clinique est beaucoup plus malaisée, et où le praticien peut être amené à hésiter, non sur la réalité de la tumeur, facile à constater, mais sur sa signification exacte, et par suite sur le traitement qu'il conviendra de lui apporter.

Assurément, à l'heure actuelle, les erreurs de diagnostic sont beaucoup moins fréquentes que jadis, car, au cours de ces dernières années, on est arrivé à mieux connaître les lésions, et à mettre également en valeur toute une série de symptômes tout à fait caractéristiques. Mais, on ne peut cependant encore se dire à l'abri de toutes les méprises, et cela particulièrement lorsque des anomalies congénitales sont venues apporter des modifications à la topographie des organes des bourses, et peuvent ainsi faire trouver en défaut certains critériums séméiologiques, valables seulement pour les cas de dispositions anatomiques normales.

Aussi, pour cette raison, convient-il donc, avant d'envisager plus particulièrement la question du diagnostic différentiel des tumeurs des bourses, de rappeler d'abord la disposition des organes, et de passer ensuite rapidement en revue les différents principes dont on doit s'inspirer au cours de leur exploration.

On sait qu'au point de vue clinique, l'appareil génital de l'homme peut être divisé en quatre parties distinctes, dont l'examen doit se faire sé-

parément. Ce sont : le testicule et ses enveloppes, le canal déférent et le cordon, la prostate et les vésicules séminales, et enfin l'urètre. Mais, comme l'a fait fort justement observer Duplay, tous ces organes sont intimement liés les uns aux autres et par leur continuité, et par la nature des affections dont ils sont atteints ; aussi, est-il indispensable de les examiner tous successivement, malgré la localisation d'une affection sur l'un d'eux seul.

L'exploration du testicule et de ses enveloppes devra nécessairement commencer par l'inspection de la région, et il conviendra de rechercher tout d'abord les caractères présentés par le tégument scrotal au point de vue de la coloration et de l'aspect extérieur.

Aucun changement de couleur n'est noté, la plupart du temps, dans la grande majorité des tumeurs des bourses : dans certains cas cependant, la peau peut devenir plus ou moins rouge, ce qui indique presque toujours une maladie inflammatoire, et dans d'autres, comme dans les traumatismes, on relève l'existence de teintes ecchymotiques sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister particulièrement. La peau, au lieu de présenter l'aspect qui lui est habituel, peut être au contraire déplissée et plus ou moins tendue, le raphé médian peut aussi être déjeté latéralement, soit à droite, soit à gauche, et le réseau veineux sous-cutané être plus développé que de coutume, ce qui indique l'existence d'une circulation collatérale de compensation.

En examinant le tégument scrotal, on peut remarquer la présence de certaines lésions telles que fistules, ulcérations ou petites tumeurs.

Les fistules s'observent dans certaines affections génitales, et présentent une importance assez considérable ; aussi est-il indiqué de ne pas négliger de rechercher leur nombre, leur siège, à la partie antérieure ou postérieure du scrotum, ainsi que leurs connexions avec les parties profondes, auxquelles elles se relient par un trajet induré.

Les ulcérations doivent, elles aussi, être examinées avec soin : on devra relever leur forme plus ou moins régulière, leurs bords plus ou moins déchiquetés, et parfois presque taillés à pic. On n'oubliera pas non plus de tenir compte de leur étendue, ainsi que de leur profondeur plus ou moins marquée, et de rechercher quelle est la nature du pus qu'elles donnent. Ces ulcérations laissent parfois passer des tumeurs bourgeonnantes auxquelles on a donné le nom de fongus, et qui sont presque toujours l'aboutissant de tumeurs malignes profondes ayant envahi les parois du scrotum et déterminé son ulcération.

L'inspection permettra enfin de se rendre compte des modifications de volume présentées par la partie malade (augmentation ou diminution), des changements de forme (tumeur régulière, ovoïde, bosselée), de siège (unilatéralité ou bilatéralité), ainsi que des limites de la déformation, qui, dans certains cas, n'affecte que la surface ou le fond des bourses, mais qui, dans d'autres, peut remonter jusqu'à leur racine.

La palpation et le toucher viendront ensuite contrôler les renseignements fournis par la seule inspection, surtout en ce qui concerne le volume, la forme et les limites de la lésion observée.

A moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur dépendant uniquement des plans superficiels des bourses, où la question ne se pose pas alors, il faut, en premier lieu, rechercher à quels éléments appartient la tumeur scrotale et voir si elle procède de l'appareil génital, des organes abdominaux, ou des deux. Pour cela, pendant qu'une main contrôle les modifications qui pourront se passer du côté de l'anneau inguinal, on exerce au moyen de l'autre, qui a en quelque sorte empaumé la tumeur, des pressions douces et continues pour rechercher sa réductibilité ou sa non-réductibilité. On reconnaît ainsi qu'il s'agit d'une lésion uniquement scrotale, ou qu'il existe une hernie qui, dans certains cas (hernie enkystée de la vaginale), peut venir compliquer une affection des bourses.

Par la même occasion, on devra se rendre compte de la possibilité de l'envahissement du trajet inguinal par l'augmentation de volume de la tumeur siégeant primitivement dans les bourses (persistance du canal péritonéo-vaginal).

La palpation permet également de reconnaître les changements qui peuvent se produire au niveau des différentes tuniques scrotales, ou dans le testicule et de déterminer ainsi l'organe primitivement affecté.

En ce qui concerne les enveloppes du scrotum, on sait qu'à l'état normal, la lame externe (peau et dartos) glisse facilement sur la lame interne (tuniques érythroïde, fibroïde et séreuse), grâce à la tunique celluleuse qui les unit l'une à l'autre ; en plissant la peau, on obtient donc des mouvements assez étendus du tégument externe, et si la mobilité du plan superficiel sur le plan profond vient à disparaître, c'est que des altérations sont venues se produire dans la région externe du scrotum ou bien que des adhérences se sont effectuées entre les enveloppes et le testicule.

La tunique vaginale, appliquée directement sur la glande, n'en est séparée qu'à l'état pathologique, et dans ces conditions, l'épanchement qui s'y produit masque les contours de la glande et donne naissance à une tumeur sur laquelle la peau garde toujours sa mobilité habituelle.

Lorsque l'on cherche à saisir entre le pouce et l'index la partie antérieure de la glande génitale, celle-ci fuit devant la pression, et l'on ne conserve sous les doigts que les enveloppes scrotales parmi lesquelles se trouve le feuillet pariétal de

◆◆

la vaginale. Ce dernier, pris et plissé entre les doigts, donne la sensation très nette d'une membrane qui se détache du testicule et si l'on vient à accentuer la pression, la vaginale échappe brusquement avec un petit ressaut.

Le phénomène de pincement se produit encore lorsque l'on explore de la même manière une vaginale dans laquelle s'est formée une petite quantité de liquide, insuffisante pour la remplir et pour la distendre. Quand, au contraire, le pincement devient impossible et que l'on ne peut ni détacher le testicule, ni saisir entre les doigts la membrane qui l'entoure, c'est qu'il s'est produit une lésion de la séreuse, consistant en une symphyse des deux feuillets (vaginalite adhésive), en un épanchement distendant la cavité vaginale (vaginalite séreuse) ou en un épaississement du feuillet pariétal doublé de néo-membranes et devenu rigide (pachy-vaginalite.)

La tuméfaction une fois reconnue, il conviendra d'en apprécier la forme, la surface, la consistance, puis de rechercher si son contenu est de nature solide ou de nature liquide : on s'efforcera donc, par des pressions alternatives, de mettre en évidence la fluctuation ; bien souvent, on n'arrivera à constater que de la rénitence, et dans ce cas, c'est alors par la recherche de la translucidité que l'on tâchera de déceler la présence d'une collection. Cette translucidité est plus ou moins facile à apercevoir, ce qui peut tenir soit à la quantité du liquide épanché, soit à la situation du testicule appliqué sans interposition de liquide sur une des parois de la tuméfaction, baignant au milieu de la sérosité ; aussi, convient-il dans de très nombreux cas d'examiner la tumeur en éclairant tour à tour ses deux faces,

Pour le testicule, il faudra d'abord s'attacher à distinguer par le palper la glande génitale proprement dite de l'épididyme, afin de bien localiser le siège des lésions ; c'est à ce moment que l'on pourra être amené à constater l'existence d'une inversion testiculaire, position anormale qu'il faudra contrôler en examinant le côté opposé. Dans certains cas, l'épididyme pourra être facilement isolé ; dans d'autres, il sera confondu avec le testicule et parfois, ils seront tous deux plus ou moins masqués par un épanchement, ce qui rendra l'examen d'autant plus difficile.

Si les lésions siègent sur l'épididyme, on différenciera facilement cet organe du testicule par son induration et par sa consistance qui ne donneront pas la même impression que le tissu glandulaire plus souple et plus rénitent. On notera les changements de forme, de volume, les irrégularités de la surface tuméfiée, et surtout le siège des lésions, soit à la tête, soit à la queue de l'organe, ou encore simultanément dans ces deux parties.

On agira de même pour le testicule, dont on aura soin d'explorer également la sensibilité à la pression, en ne confondant pas la sensibilité testiculaire toute spéciale, avec la douleur produite par la compression de l'organe malade.

Le canal déférent est facile à reconnaître au milieu des éléments du cordon : à l'état normal, son diamètre mesure de deux à trois millimètres. On notera son augmentation de volume, sa sensibilité, sa consistance, ses inégalités ainsi que les tuméfactions qui peuvent exister sur les éléments qui l'entourent. On suivra le canal déférent dans son trajet inguinal, et l'on n'oubliera pas que son extrémité terminale peut être explorée par le toucher rectal en même temps que la prostate et que les vésicules séminales.

Le volume de la prostate devra être noté, et l'on examinera avec soin la régularité ou l'irrégularité de la face postérieure ainsi que la consistance et la sensibilité du parenchyme glandulaire ; la présence de points bosselés, indurés ou fluctuants sera attentivement recherchée.

Les vésicules séminales seront explorées aussi loin que le doigt pourra être porté, et l'on constatera en même temps que leur sensibilité, les inégalités, les bosselures et les indurations qui pourront s'y trouver.

Enfin, il ne faudra pas oublier d'explorer le canal de l'urètre, par suite de la possibilité d'un écoulement dont la découverte mettrait sur la voie du diagnostic, ni négliger la recherche des ganglions, qui forment deux groupes, un groupe inguino-crural recevant les lymphatiques des bourses et un groupe lombaire où se jettent les lymphatiques de la vaginale et du testicule. L'examen de l'appareil génital sera ensuite terminé par l'exploration rapide des différents systèmes de l'économie.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que, dans bien des cas, les commémoratifs ainsi que la marche de la maladie ont une importance considérable : il faudra donc s'informer de la date du début de l'affection, de l'accroissement rapide ou lent de la tumeur, des poussées qui ont pu se produire soit du côté du scrotum, soit du côté du testicule. On ne manquera pas non plus de rechercher la nature des douleurs, provoquées ou spontanées, et, dans ce dernier cas, il conviendra de s'enquérir de leur tenacité, de leur fréquence, de leurs irradiations, et de leurs exacerbations nocturnes. Enfin, dans un certain nombre de cas, où le diagnostic paraîtra douteux, on ne devra pas manquer de recourir aux séro-réactions, qui pourront parfois éviter une cause d'erreur.

***

Appelé à se prononcer sur un cas de tumeur des bourses, dans le sens le plus général de ce terme, le praticien, après avoir constaté l'existence d'une poche scrotale augmentée de volume, de l'un ou des deux côtés, totalement ou en partie, devra tout d'abord dans son examen re-

chercher s'il se trouve en présence d'une tumeur propre du scrotum, d'une tumeur interscrotale indépendante du testicule, d'une tumeur testiculaire ou épididymaire, ou enfin, d'une tumeur volumineuse, où testicule et scrotum ne forment qu'un seul et même bloc.

1° Dans le premier cas, c'est-à-dire s'il s'agit d'une tumeur des enveloppes du testicule siégeant au niveau de la peau du scrotum ou dans l'épaisseur des enveloppes, le diagnostic n'offrira, presqu'en aucun cas, guère de difficultés.

Un scrotum tendu et luisant, de coloration vineuse ou noirâtre, ayant perdu sa mobilité, ses plis et sa rugosité, recouvrant, soit une tumeur piriforme à grosse extrémité inférieure, soit une tuméfaction bien circonscrite, de consistance molle, fluctuante au centre, plus dure à la périphérie, souvent animée lorsqu'on la percute d'une sorte de tremblotement, tout à fait indépendante du testicule qui se trouve en arrière et en dedans, fera immédiatement songer à un *hématome des bourses*, hypothèse que des antécédents traumatiques viendront confirmer.

S'il existe des signes d'inflammation locale, tels que rougeur, douleur et chaleur, c'est à un *phlegmon des bourses* au début qu'il conviendra de penser ; l'apparition très rapide de taches cuivrées et de plaques ecchymotiques, distendues par un œdème d'abord mou puis dur, avec en quelques points de la mollesse, de la sérosité et de la crépitation indiquera qu'il s'agit d'un *phlegmon diffus*, succédant à une lésion de l'urètre, qu'il s'agisse d'une rupture ou d'une complication d'un rétrécissement (périurétrite gangréneuse).

Lorsqu'insidieusement, ou à la suite d'une poussée de lymphangite aiguë avec fièvre et frisson, les bourses ont augmenté considérablement de volume, constituant une tumeur dure et rigide au toucher, recouverte d'une peau rugueuse, mamelonnée, bosselée, développée en forme de gourde ou de massue, pendant entre les cuisses, et pouvant devenir énorme, on reconnaîtra l'*éléphantiasis du scrotum*, dû à un trouble de la circulation lymphatique, dont il faudra rechercher l'étiologie (filariose, streptococcie, tuberculose).

Une ulcération circonscrite, d'étendue très limitée, presque toujours orbiculaire ou ovalaire, ayant une surface plate, simplement érodée, plus rarement ulcérée, n'ayant pour ainsi dire pas de bords et se continuant sans ressaut avec les tissus voisins, pourvue d'un fond égal, uni, ordinairement rouge, secrétant non pas du pus, mais un peu de sérosité louche, reposant sur une base résistante, qui donne au toucher une sensation d'induration, remarquablement froide et indolente, ne provoquant sur place aucune réaction inflammatoire mais déterminant la formation d'une adénopathie, constante, dure, polyganglionnaire et indolente, sera la caractéristique d'un *chancre syphilitique*.

C'est à des *syphilides érosives hypertrophiques* qu'il faudra songer, lorsque l'on découvrira sur le scrotum un certain nombre de papules isolées et distinctes, arrondies, discoïdes, sèches et largement squameuses, ou surmontées de croûtelles ou de croûtes peu adhérentes.

La présence, depuis la naissance, sur le raphé scrotal, d'une tumeur unique et isolée, ou de tumeurs multiples paraissant se relier entre elles, de forme variable, arrondies, allongées ou réniformes, et dont le volume peut varier de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule, revêtues d'une peau mince, blanche et lisse, libres sur les parties profondes, et mobiles dans le sens transversal seulement, indiquera que l'on se trouve en face d'un *kyste congénital*, de nature *mucoïde*, si la palpation montre une tumeur molle et fluctuante ; de nature *dermoïde*, si elle est pâteuse, de consistance butyreuse.

On reconnaîtra facilement par leur coloration, et par leur accroissement intermittent les *angiomes*, d'ailleurs fort rares, les *kystes sébacés* et *séreux*, toujours multiples, et l'on devra songer à un *lipome*, si l'on constate en un point du scrotum la présence d'une tumeur rénitente, plus ou moins lobulée, indolente, mobile sous les téguments.

Une tumeur à évolution lente, développée superficiellement, grossissant peu à peu, mais ne dépassant pas les dimensions d'un œuf de poule, et se pédiculisant, ne pourra être autre chose qu'un *molluscum pendulum*, ou fibro-lipo-myome dermique. Quant ou *fibrome* vrai, il se traduira par une tumeur dure lobulée, encapsulée, sans transparence ni fluctuation, à développement lent mais continu, et pouvant acquérir un volume considérable. Cette tumeur toujours indolente, et ne gênant que par son volume ou par son poids, reste longtemps indépendante vis-à-vis des téguments et de la vaginale ; elle finit cependant alors par y adhérer, et ce fait rend alors le diagnostic plus délicat.

Enfin, c'est à l'idée d'une *tumeur maligne*, d'un *cancer* qu'il faudra s'arrêter, en présence soit d'une ulcération de consistance cartilagineuse, à bords durs, irréguliers, sinueux, surélevés, à fond anfractueux et végétant (forme térébrante), soit d'une sorte de chou-fleur fissuraire et crevassé ou de champignon fongueux et fétide, plaqué sur une base indurée, recouvert de fongosités pâles ou rouges, dont la couche superficielle se détache de temps à autre en lambeaux sphacélés et d'où suinte une sécrétion séro-purulente mélangée de sang.

2° Quand, à la suite de l'examen pratiqué, on a pu reconnaître que l'on se trouvait en présence, non d'une tumeur dépendant des parois du scro-

tum, mais bien d'une tumeur intra-scrotale, et indépendante du testicule et de l'épididyme, il faut alors rechercher si la tumeur est réductible ou non, c'est-à-dire si le malade étant dans le décubitus dorsal, spontanément ou à la suite d'une pression lentement exercée sur elle, elle diminue ou même disparaît complètement, pour se reproduire quand le malade reprend la position debout, ou produit un effort quelconque.

Si la tumeur est réductible et non transparente, il s'agira d'une hernie ou bien d'un varicocèle.

Dans le cas d'une *hernie de l'intestin*, la tumeur est sonore à la percussion, et se réduit avec un léger gargouillement : l'index placé à l'orifice du canal inguinal sent qu'il existe une dilatation de l'anneau externe, et peut pénétrer plus ou moins loin dans le trajet ; si la palpation de la tumeur donne au contraire la sensation d'un corps de consistance granuleuse, c'est à une *hernie épiploïque* que l'on aura affaire. Il ne faut pas oublier en outre que l'épiploon, alourdi par une infiltration graisseuse ou par épiploïte, et alors pédiculisé, peut se tordre partiellement dans le sac herniaire (*torsion intra-sacculaire*), constituant une tumeur douloureuse, tendue, mate, avec gros pédicule, s'accompagnant de vomissements et de douleurs d'abord localisées et puis étendues à tout l'abdomen, symptômes à peu près analogues à ceux d'une hernie étranglée.

Quant au *varicocèle*, on le diagnostiquera en constatant dans les bourses, et surtout du côté gauche, une tumeur plus ou moins volumineuse, mollasse, pâteuse, irrégulièrement développée, bosselée, mal délimitée, se prolongeant en haut vers le canal inguinal, et donnant à la palpation une sensation comparable à celle que fournirait un paquet de ficelles mouillées, un amas de vers ou d'intestin de poulet. Cette tumeur se réduit facilement par la pression, mais se reproduit immédiatement, dès que le malade se relève, bien que l'anneau inguinal ait été obturé avec un doigt.

La tumeur réductible étant au contraire fluctuante et transparente, il convient de songer à une *hydrocèle congénitale*, péritonéo-vaginale, communicante dans le cas où la totalité du liquide peut être librement refoulé dans la cavité abdominale, lorsqu'on exprime les bourses, ou inguino-vaginale (hydrocèle en bissac), si l'on constate la présence de deux poches, scrotale et abdominale, dont l'une augmente de volume pendant que l'on réduit l'autre.

Lorsque la tumeur intra-scrotale est irréductible, il faut penser à une lésion du cordon spermatique consistant en un hématome, en une tumeur solide, ou en un kyste.

Un *hématome*, conséquence d'un traumatisme ayant amené la déchirure d'une veine, traduit sa présence, soit sous la forme d'une sorte de boudin étendu depuis le testicule jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, soit par un petit foyer enkysté siégeant en un point quelconque du cordon, et dont la consistance varie selon le laps de temps qui s'est écoulé depuis son apparition, rénitente et dure, fluctuante et molle, ou encore élastique et crépitante.

On songera à un *lipome* devant une tumeur arrondie ou allongée, de volume variable, parfois énorme, mamelonnée, mobile sous la peau, de consistance molle et presque fluctuante, mais opaque. Dans le cas où la palpation mettrait en évidence de la fermeté ou de la dureté, il conviendra de penser à la possibilité d'un *fibrome*. Seule la rapidité de l'accroissement permettrait d'envisager l'hypothèse, presqu'exceptionnelle d'une *tumeur maligne* (épithélioma ou sarcome).

Les *kystes*, séreux ou spermatiques, présentent des caractères identiques, ceux de tumeurs ovoïdes ou fusiformes, indolentes, lisses, molles, fluctuantes, transparentes et sans bosselures, dont le volume varie de celui d'une olive à celui d'une orange. Le diagnostic clinique entre ces deux variétés est à peu près impossible ; seule une ponction en donnant un liquide opalescent chargé de spermatozoïdes ou un examen histologique de la poche enlevée permet de reconnaître la variété spermatique, qu'il vaudrait mieux appeler wolfienne.

3º Chez un malade présentant une tumeur des bourses, reconnue comme appartenant nettement au testicule ou à l'épididyme, il conviendra de rechercher dans quelles conditions son apparition s'est effectuée et de quelle manière elle a évolué.

Il sera facile tout d'abord d'éliminer le *gonflement testiculaire post-opératoire* survenant à la suite d'une intervention pratiquée dans la région, qui ne fait que traduire un trouble apporté à la circulation, ainsi que les *orchites traumatiques* se traduisant par une légère augmentation du volume du testicule sans grande réaction générale, survenue à la suite d'une contusion directe ; il sera pourtant bon de s'assurer de l'intégrité parfaite de l'appareil urinaire avant de se prononcer d'une manière affirmative sur l'origine complètement traumatique de la lésion.

Dans un assez grand nombre de cas, l'apparition de la tumeur a présenté une marche aiguë, c'est-à-dire que le gonflement orchi-épididymaire s'est manifesté brusquement, accompagné de douleurs spontanées souvent très vives, ainsi que de phénomènes généraux parfois très accusés.

Un premier groupe de faits, où il s'agira d'orchites survenues au cours, ou pendant la convalescence d'une maladie déjà reconnue, telle que variole, oreillons, fièvre typhoïde, rhumatisme, etc., et où l'inflammation s'est propagée par la voie artérielle, attaquant surtout le testicule en

ne faisant qu'effleurer l'épipidyme, ne devra pas occasionner de grandes difficultés : le diagnostic d'*orchite infectieuse* s'imposera sans hésitation.

Il en sera de même dans la grande majorité des cas où l'on aura constaté que, pendant qu'il se produisait une douleur vive, partant de la région inguinale pour s'irradier dans les bourses, le scrotum était devenu volumineux, rouge et œdémateux, recouvrant un cordon dur et augmenté de volume, sensible jusque vers l'orifice du canal inguinal, ainsi qu'un très gros épididyme, masquant presque complètement un testicule demeuré normal, que recouvre encore parfois une lame d'épanchement vaginal. On songera de suite à une *épididymite blennorragique*, dont le diagnostic sera confirmé par l'examen du pus urétral.

Il ne faut pas oublier cependant que la *tuberculose aiguë* peut parfois présenter des caractères à peu près analogues, c'est-à-dire, coïncidant avec un léger écoulement urétral, au début brusque, par douleurs spontanées, irradiées au cordon et à l'aine, de la tuméfaction et de la rougeur du scrotum, une légère réaction vaginale, et un gonflement dur de l'épididyme. L'allure est cependant un peu moins vive, la douleur au bout de très peu de temps diminue d'acuité, tandis que les lésions épididymaires augmentent d'intensité ; bientôt se manifestent du bossellement, puis du ramollissement par places, et enfin des fistules, dont l'apparition ne pourra plus laisser aucun doute.

Il conviendra de songer également à l'*épididymite syphilitique aiguë*, très rare à la vérité, dont le début est marqué par une douleur brusque et spontanée, parfois bilatérale, et dans laquelle, l'épididyme, presqu'uniquement infiltré au niveau de la tête, est toujours facilement séparé d'un testicule peu atteint. Le diagnostic devra être basé sur l'absence d'écoulement urétral, sur l'existence de lésions spécifiques secondaires, ainsi que sur l'évolution rapide de l'affection vers une autre modalité.

Il est encore une autre lésion à début brusque et à marche aiguë, à laquelle il faut penser en pareil cas, c'est la *torsion du cordon spermatique*, qui est caractérisée par une douleur violente, presque syncopale, survenue subitement au cours d'une affection, après une journée de fatigue, rarement au repos, s'accompagnant d'une tuméfaction scrotale douloureuse, tendue, élastique, rénitente, mate et irréductible, affectant rapidement une allure phlegmoneuse (rougeur du scrotum et œdème de la paroi), avec des réactions générales intenses, facies grippé, cœur agité, pouls petit et fréquent, nausées et vomissements. Bien que la brusquerie d'apparition et l'intensité de la douleur soient dans ce cas des signes d'une réelle importance au point de vue du diagnostic, et pouvant faire songer à une torsion, on ne s'arrête presque jamais à cette idée, car on est plutôt porté à prendre les accidents observés pour des accidents d'étranglement herniaire, ou quand il y a ectopie pour des accidents de testicule ectopique (accidents mécaniques ou infectieux).

Lorsque l'évolution de la tumeur a subi une marche chronique, on peut généralement par un examen approfondi arriver à reconnaître si la lésion siège au niveau de l'épipidyme, ou au niveau du testicule.

Si l'épididyme seul est atteint, une tuméfaction dure, résistante, peu douloureuese à la pression ou spontanément, diffuse ou nodulaire, et occupant alors de préférence la tête ou la queue, suggèrera le diagnostic d'*épididymite tuberculeuse*, qui sera confirmé par l'existence d'un épaississement noueux ou cylindrique du canal déférent. Si ce dernier faisait défaut, on pourrait trouver souvent la trace de la tuberculose dans d'autres segments de l'appareil génito-urinaire, c'est-à-dire dans la prostate, les vésicules séminales, la vessie ou le rein.

Il convient cependant de se souvenir que les lésions épididymaires peuvent dan s certains cas appartenir à d'autres affections : une tumeur un peu allongée, de consistance élastique, égale, sans bosselures, occupant la queue de l'organe, devra éveiller l'idée d'un reliquat fibreux d'*épipididymite blennorragique*. C'est, dans ce cas, qu'il importera de fouiller l'histoire du malade, et de rechercher l'existence antérieure d'une orchi-épididymite aiguë ou d'un écoulement urétral.

Devant une nodosité du volume d'un pois ou d'une noisette, plutôt allongée et olivaire qu'arrondie, souvent bilatérale, de consistance très ferme, absolument indolente à la pression, siégeant au niveau de la tête, on pensera à une *épidididymite syphilitique secondaire*, que les commémoratifs, la coexistence d'autres lésions spécifiques, et une séro-réaction positive viendront confirmer.

On songera enfin à un *kyste de la tête de l'épididyme*, si l'on trouve une petite tumeur ovoïde, molle, fluctuante, lisse, très mobile, surmontant l'organe.

Le problème change un peu de face dans les lésions avancées, fistuleuses, où testicule et épididyme sont parfois confondus en une masse plus ou moins irrégulière : il s'agit alors de se rendre compte si la lésion est réellement tuberculeuse, ou s'il ne s'agit pas d'une *orchite syphilitique* gommeuse. Si les renseignements anamnestiques font défaut, et si le résultat de la palpation n'est pas concluant, l'absence de douleurs spontanées, de sensibilité à la pression nettement accusée et des autres manifestations d'une tuberculose génito-urinaire suggèrerait le diagnostic d'une affection syphilitique, que la séro-réaction viendrait confirmer. La localisation des orifices fistuleux est, à

ce point de vue, extrêmement importante : la gomme atteignant de préférence le testicule, et la tuberculose l'épididyme, il s'ensuit qu'une fistule syphilitique doit s'ouvrir en avant, et une fistule tuberculeuse en arrière ; à signaler cependant que l'inversion testiculaire renverse cette règle, et place la fistule tuberculeuse à la face antérieure du scrotum.

Si les lésions ne se sont pas uniquement cantonnées sur l'épididyme, mais ont également envahi le testicule, ou si ce dernier est seul atteint, le diagnostic doit hésiter entre trois affections : syphilis, tumeur et tuberculose.

Un testicule lourd, augmenté de volume, aplati transversalement en forme de galet, à surface irrégulière et bosselée, de consistance ferme, résistante, ligneuse par places (plaques blindées), alternant avec des parties plus molles, complètement indolent, spontanément et à la pression, fera penser à la possibilité d'une *lésion syphilitique*, que la présence d'un léger épanchement vaginal, la bilatéralité fréquente, et la marche insidieuse et lente viendront renforcer, et que confirmeront l'anamnèse, la séro-réaction et au besoin le traitement d'épreuve.

Devant une glande ayant insidieusement augmenté de volume, avec une sensation de gêne et de pesanteur parfois douloureuse, dont la surface, d'abord lisse et régulière, n'a pas tardé à être soulevée par des bosselures, dont la consistance primitivement ferme et élastique est devenue variable suivant les points considérés, on inclinera vers l'idée d'une *tumeur maligne*, que rendront plus certaine l'englobement tardif de l'épididyme, l'augmentation de volume du cordon, ainsi que l'envahissement des ganglions lombaires et prévertébraux.

Lorsque le testicule et l'épididyme sont atteints en même temps par un processus *tuberculeux*, on ne trouve plus dans le scrotum qu'une masse unique, inégale, irrégulière, et bosselée, simulant parfois par son allure celle d'une tumeur maligne. On reconnaîtra cette forme hypertrophique à ce que les bosselures sont plus développées, ne tardant pas à se ramollir et à adhérer à la peau, et à ce qu'il existe toujours d'autres lésions dans la sphère génito-urinaire.

4° Dans le quatrième cas à envisager, il existe une tumeur scrotale volumineuse, de forme ovoïde, de surface lisse et unie, recouverte d'une peau amincie, mais saine et mobile, et cela sans que le testicule soit perceptible : on se trouve alors en présence soit d'une lésion de la tunique vaginale, hydrocèle ou hématocèle, soit d'une tumeur du testicule à évolution rapide.

On devra porter le diagnostic d'*hydrocèle* (vaginalite plastique séreuse) devant une tumeur pyriforme, régulière, à grosse extrémité inférieure, dont la consistance, ordinairement molle et fluctuante ou rénitente, peut parfois être ferme et dure et qui sera translucide. Le testicule, semblant perdu dans la masse liquide, pourra être décelé soit par une forte pression sur la partie postérieure de la tumeur (réveil de la sensibilité testiculaire), soit par l'ombre portée dans la recherche de la translucidité. Il convient de se rappeler que, dans bon nombre de cas l'hydrocèle observée n'est que symptomatique d'une lésion testiculaire, et que, dans d'autres, elle peut se compliquer de la présence d'une hernie (hernie enkystée de la vaginale).

Si la recherche de la translucidité est restée négative, il s'agira de différencier l'*hématocèle* d'une *tumeur maligne*, ce qui est souvent extrêmement difficile. On est, en effet, en présence dans les deux cas, d'une tumeur lourde, volumineuse, absolument opaque, régulière, indolente à la pression. En outre, certaines hématocèles un peu anciennes peuvent à la palpation être dures, non fluctuantes, donner au doigt une sensation dite parcheminée, ou présenter des inégalités de surface, alors que certaines tumeurs peuvent être molles et offrir de la pseudo-fluctuation.

Il paraît donc tout à fait impossible de baser un diagnostic différentiel net de pachyvaginalite ou de tumeur testiculaire, sur les caractères tirés de la forme, de la sensibilité, de la consistance même de la tumeur, non plus que sur la durée d'évolution : la ponction exploratrice, qui devrait théoriquement pouvoir lever tous les doutes, ne donne souvent aucun résultat, par suite de l'organisation du contenu de la séreuse.

Il faut donc chercher des signes plus précis de localisation, des signes d'ordre anatomique qui permettront d'affirmer que la vaginale est vide : ces signes seront, d'une part, les pincements de la tête de l'épididyme et de l'autre, le pincement de la vaginale. La constatation de ces deux signes, auxquels il est bon de joindre l'infiltration lymphangitique funiculaire, et la perception des battements de l'artère spermatique dans le cordon, permettra d'affirmer que l'on se trouve en présence non d'une pachyvaginalite, mais bien d'une tumeur maligne du testicule.

RUPTURE TRAUMATIQUE DES TENDONS EXTENSEURS DES DOIGTS AU NIVEAU DE LEUR INSERTION PHALANGETTIENNE. SON TRAITEMENT

Par Dartigues.

Cette rupture n'est pas très fréquente ; mais on en observe cependant des cas de temps à autre. Il est bon de la soigner avec beaucoup d'attention, si l'on ne veut pas voir s'installer une infirmité gênante, consistant dans une flexion permanente de l'*extrémité du doigt*.

Pathogénie

Cette rupture tendineuse, qui est souvent une désinsertion phalangettienne avec petit arrachement osseux à la base de la face dorsale de la phalangette, est produite presque toujours par une chute ou un choc violent sur la pointe du doigt.

Le traumatisme brusque entraîne la flexion forcée de la phalangette sur la phalangine : le tendon extenseur, violemment tiré et ne pouvant pas suivre la flexion forcée déterminée par le heurt, se rompt ou s'arrache au niveau de l'interligne interphalangien, comme une corde qui se romprait sur l'os faisant chevalet.

Anatomie normale et anatomie pathologique

On se rappelle la disposition des tendons extenseurs au niveau des doigts : le tendon extenseur d'un doigt croise d'abord l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante en recevant les expansions tendineuses des lombricaux et des interosseux ; il se divise alors en trois languettes, une médiane, deux latérales ; la médiane vient s'insérer sur l'extrémité postérieure de la phalangine ; les latérales, d'abord écartées, se réunissent en avant, deviennent médianes et viennent, en se fusionnant, s'insérer sur l'extrémité postérieure de la phalangette.

L'hyperflexion violente et brusque entraîne les lésions suivantes :

Ou bien, la rupture pure et simple du tendon à son extrémité terminale sans arrachement osseux ;

Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, une désinsertion phalangettienne du tendon avec arrachement d'un petit fragment osseux au niveau du bord supérieur de la facette articulaire ;

Ou bien enfin, ce qui est le cas rare, une vraie fracture transversale de l'extrémité postérieure de la phalangette qui détache tout le plateau articulaire de la phalangette.

J'ai observé un cas où la rupture avait ouvert l'articulation phalangino-phalangettienne ; ce doit être même la règle, si l'on y fait attention, car à ce niveau, tendon extenseur, capsule articulaire et ligaments sont très fusionnés.

Symptomatologie.

Le traumatisé, au moment où il tombe en avant, les doigts en avant, ou bien en recevant un objet assez lourd venant de loin sur la pointe du doigt, éprouve une douleur vive et sent un craquement ou claquement. Ensuite, le doigt se met en flexion permanente, c'est-à-dire que la phalangette est fléchie à angle obtus sur la phalangine. Le médecin peut imprimer des mouvements et corriger aisément la flexion ; mais celle-ci se reprduit immédiatement aussitôt que le doigt est abandonné à lui-même.

Le blessé est dans l'impossibilité absolue de faire des mouvements actifs et de redresser le doigt disposé en crochet.

Ce traumatisme s'accompagne d'un certain gonflement du doigt, mais pas toujours très accentué.

Diagnostic.

Cette flexion permanente et cette impossibilité absolue de la redresser spontanément, avec les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident, font faire aisément le diagnostic.

Mais il faut compléter celui-ci par une radiographie qui montrera l'étendue des lésions, s'il y a arrachement osseux ou fracture concomitante, et qui guidera même le traitement.

Pronostic

Abandonnée à elle-même, la rupture entraîne le plus souvent une infirmité permanente constituant une gêne, comme il arrive lorsqu'un doigt ne fonctionne plus à l'unisson des autres et qu'il y a une immobilité digitale d'extrémité flaccide ou ankylosée. Il faut donc la traiter sérieusement.

Thérapeutique.

Le traitement doit être rapide ; avant toute chose et en attendant, mettre le doigt en rectitude entre deux petites attelles, dorsale et palmaire.

1er cas. — *Désinsertion tendineuse avec arrachement osseux : traitement orthopédique.*

S'efforcer de ramener l'extrémité tendineuse avec son petit fragment osseux appendu, au contact de la petite excavation osseuse dorsale d'arrachement qui est à la partie postérieure et l'y maintenir, le doigt en hypertension, au moyen de petites attelles, avec un petit coussinet pulpaire, et au besoin avec un petit appareil plâtré. Ces

manœuvres de correction et d'immobilisation doivent être faites sous le contrôle de la radioscopie. Il faut laisser l'appareil pendant 20 jours au moins ; puis massages.

2e CAS : *Rupture tendineuse simple : traitement chirurgical.*

Peut-être plus ennuyeuse, puisque pas d'espoir de faire souder de l'os comme dans le cas précédent, et parce que le tendon, souvent effiloché, est rompu presque à son insertion, ne laissant pas de bout distal suffisant. La suture tendineuse est alors indiquée, mais difficile à cause de la raison que je viens de dire : manque d'étoffe. Il faut la faire cependant : anesthésie locale à la novocaïne ou au nikétol. Incision dorsale suffisante pour avoir du jour, longitudinale et sur la région médiane.

Il faut faire les sutures avec du matériel durable et même non résorbable : j'ai, pour ma part, utilisé le crin de Florence avec succès, en faisant une suture en X dont les extrémités sont réunies par une ligne transversale : ce point unique suffit et coapte bien ; la suture, à sa partie transversale antérieure passe à travers ce qu'elle peut et en partie le périoste. On doit ramener pardessus,tous les débris de tissus par un petit surjet au catgut. Suture de la peau. Immobilisation en hyperextension également pendant un mois, et massage. Ce petit procédé m'a permis d'obtenir des résultats fonctionnels complets. Ma dernière observation typique avec retour *ad integrum* concerne un jeune homme de 16 ans qui vit se rompre le tendon avec ouverture de l'articulation phalangino-phalangettienne en jouant au baskett-ball et en recevant à distance le ballon sur l'extrémité du médius.

L'OPOTHÉRAPIE SPLÉNIQUE DANS LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE ET DANS LA CLINIQUE

Par le Dr BAYLE (de Cannes).

Pour me rendre compte du mécanisme de l'action puissante que l'opothérapie splénique exerce sur toutes les formes de la tuberculose humaine et aussi pour préciser certains points il m'a paru intéressant d'étudier cette action dans la tuberculose expérimentale du cobaye.

Je donnerai dans cet article, en l'accompagnant de schémas originaux, le résumé du mémoire que j'ai publié en janvier 1925 dans les *Archives internationales de médecine expérimentale* (Bruxelles).

L'action que l'on va constater appartient exclusivement aux extraits spléniques ; elle n'est pas commune aux autres organes dits hématopoiétiques : la moelle osseuse et les ganglions se sont constamment montrés inactifs dans la tuberculose expérimentale et dans la clinique.

La rate seule mérite de fixer l'attention.

Les extraits spléniques que j'ai employés (colloïdogénine injectable) sont composés de deux parties d'extrait glycériné de rate de porc pour trois parties de sérum physiologique. Ce sont exactement les mêmes que ceux que j'emploie chez mes malades.

J'ai pensé qu'il était logique, avant toute inoculation de tuberculose, d'étudier l'action de l'opothérapie splénique sur le cobaye sain à dose hypermassive d'abord pour déterminer le degré de toxicité du produit employé, puis à dose thérapeutique.

Ensuite j'ai étudié l'action du traitement splénique dans l'inoculation intrapéritonéale et dans l'inoculation sous-cutanée.

Dans cette dernière j'ai cherché à déterminer de plus l'influence que pouvait avoir un traitement plénique préventif, dans le cas où le traitement splénique est cessé au moment de l'inoculation et aussi dans le cas où il est continué après cette dernière.

I. — ACTION DES INJECTIONS HYPERMASSIVES D'EXTRAIT DE RATE CHEZ LE COBAYE SAIN.

Deux cobayes (A et B) sont en expérience : leur état initial est le suivant :

	Cobaye A	*Cobaye B*
Poids	385 gr.	310 gr.
Etat du sang		
Hématies	5.673.000	4.061.000
Leucocytes	9.300	9.300
Hémoglobine	80	75
Valeur globulaire	0.70	0.92
Formule leucocytaire		
Lymphocytes	56	57.2
Grands mono	8	7.85
Polynucléaires	36	35.13
Eosinophiles	0	0

On fait à chaque cobaye une injection de 2 cc. d'extrait de rate par kilo d'animal (représentant de 8 à 12 fois la dose thérapeutique) le 19 et le 20 décembre 1923.

L'examen du sang fait le 20 décembre montre une grande augmentation des hématies et des leucocytes, les hématies du cobaye A ayant passé de 5.673.000 à 8.649.000 et ses globules blancs de 9.300 à 15.500 (modifications analogues chez le cobaye B).

Mais le 21 les hématies et les globules blancs sont tombés au-dessous du taux initial, les hématies de A étant tombées à 4.774.000 et ses leucocytes à 7.750 (même modifications pour B).

Les animaux n'ont éprouvé cliniquement aucun trouble ce qui démontre l'absence de toxicité des extraits employés à dose hypermassive (de 8 à 12 fois les doses que j'emploie chez mes malades.)

Nous verrons plus loin que cette dépression momentanée que nous observons avec les doses hypermassives n'existe pas avec les doses thérapeutiques, qui donnent au contraire une augmentation continue des globules rouges et blancs et du taux de l'hémoglobine.

La dépression que nous venons de constater avec les doses hypermassives n'est d'ailleurs que momentanée, car le 24 décembre l'examen du sang révèle une énorme augmentation des hématies, des leucocytes et de l'hémoglobine par rapport au taux initial.

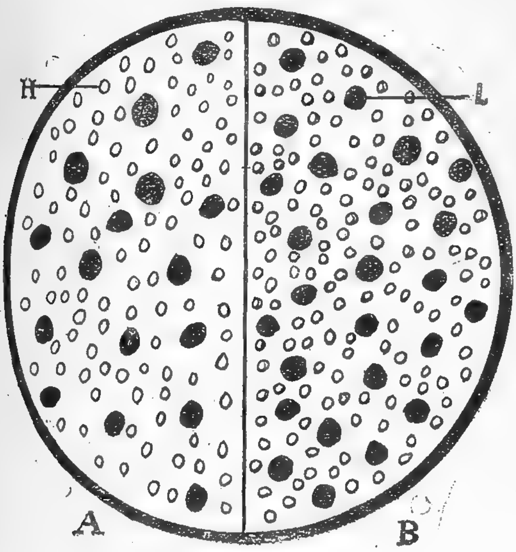


Fig. 1. — (Schéma).

A. Etat initial.— B. état consécutif à l'admin. des doses hypermassives. (L) leucocytes (un dessin par unité), (H) hématies (un dessin pour 100 unités).

Le 24 décembre, examen du sang :

	Cobaye A	*Cobaye B*
Hématies	7.285.000	6.510.000
Leucocytes	12.400	13.950
Hémoglobine	85	85

Formule leucocytaire

Lymphocytes	75	82.36
Grands mono.	2.23	0.65
Polynucléaires	22.77	16.99
Eosinophiles	0	0

L'injection d'extrait de rate à dose hypermassive n'a donc aucun effet toxique : elle détermine un choc violent sur l'hématopoièse, caractérisé par une phase d'augmentation, une phase passagère de dépression et une augmentation définitive.

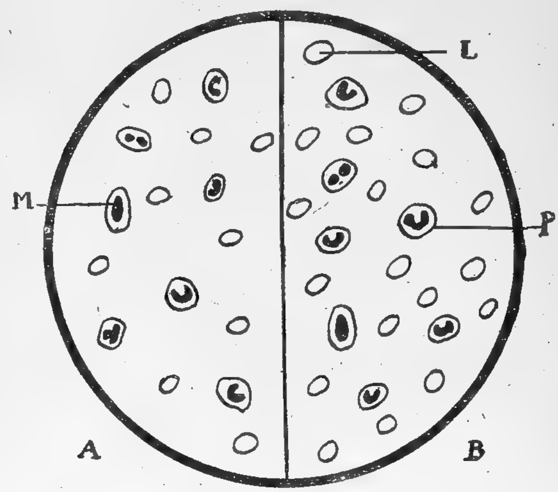


Fig. 2. — (Schéma).

Formule leucocytaire (doses hypermas.). — A. Etat initial.— B. état consécutif. — (L) lymphocytes. — (M) gr. mono. — (P) polynucl.

Le résultat final est une augmentation considérable des hématies et des leucocytes et la modification de la formule leucocytaire par augmentation des lymphocytes et diminution relative des grands mononucléaires et des polynucléaires.

Ces résultats sont en plein accord avec ceux de Simon et Spillmann.

II. — Action des injections d'extrait splénique à dose thérapeutique chez le cobaye sain.

Les 26, 27, 30 et 31 décembre et les 3, 4, et 8 janvier 1924 on injecte aux deux cobayes 1/4 cc. d'extrait splénique par kilo.

Le 7 janvier étude du sang.

	Cobaye A	*Cobaye B*
Hématies	8.459.000	6.797.000
Leucocytes	11.300	9.580
Hémoglobine	75	80

Pas d'injection du 8 au 17 janvier.

Le 17 janvier étude du sang.

Hématies	13.183.000	12.431.000
Leucocytes	26.800	27.900
Hémoglobine	95	90

L'action des injections d'extrait de rate à dose thérapeutique s'est donc traduite par une énorme augmentation des hématies, des leucocytes et du taux de l'hémoglobine, augmentation qui s'est encore accentuée pendant la période de repos.

Les deux animaux ont augmenté de poids. A pèse 417 gr. et B 385 gr.

Je note la concordance de mes résultats avec ceux de Simon et Spillmann et de Monier pour les héma-

ties, de Goldschneider et Jacob pour les leucocytes, de Danilewsky et Sélenksy pour l'hémoglobine.

Telles sont les modifications appréciables à l'examen du sang.

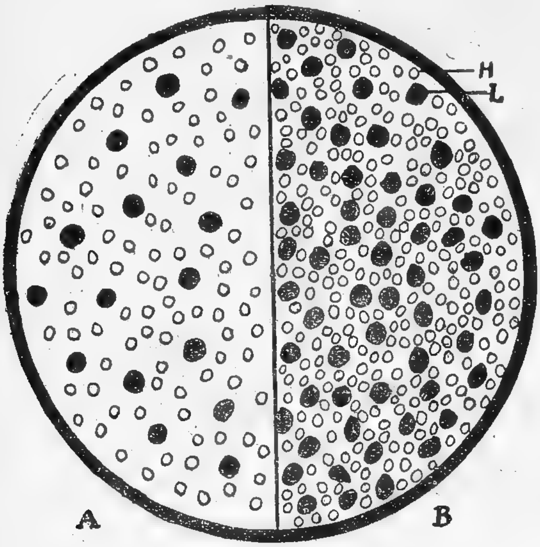


Fig. 3. — (Schéma).
A. Etat initial. — B. état consécutif à l'adm. des doses thérapeutiques. — (L) leucocytes (un dessin par unité) — (H) hématies (un dessin pour 100 unités).

Les expériences suivantes vont nous montrer si les animaux sont en état de défense.

III. — Tuberculose expérimentale : inoculation sous-cutanée (1re *série*).

Les deux cobayes précédents (A et B) plus deux témoins C et D sont inoculés à la face interne de la cuisse (injection 2 cc. par kilo d'une émulsion de culture pure de bacille de Koch (tuberculose humaine) le 17 janvier.

A continue a être traité par des injections d'extrait splénique à dose thérapeutique deux jours de suite, cinq jours de repos, deux jours de traitement, etc.

B n'est plus traité à partir de l'inoculation.

C et D sont témoins.

Les ganglions apparaissent le 14 avril chez A, le 2 avril chez B, C et D.

Les ganglions suppurent le 15 mai chez A, le 5 mai chez B et le 14 avril chez les deux témoins (bacilles dans le pus).

Chez A l'abcès cicatrise sans fistule.

Chez B fistule cicatrisant vite.

Chez C et D fistule ne cicatrisant pas.

A et B gardent leur avance en hématies et en hémoglobine.

Le 6 février :

	A	B	C	D
Hématies ...	10.860.000	8.320.000	3.650.000	3.732.000
Hémoglobine	80	75	65	65

Le 14 avril :

	A	B	C	D
Hématies ..	8.430.000	5.243.000	3.326.000	3.426.000
Hémoglobine	70	60	50	60

Le 28 juillet. — A seul survivant a encore 7.640.000 hématies et 65 *d'hémoglobine.*

Le 14 avril. — A a gagné 60 grammes, B 37 grammes, tandis que C a perdu 15 grammes et D 31 grammes.

Enfin A a survécu 217 jours, B 174 jours, C 103 jours et D 120 jours.

La survie des deux témoins a donc été beaucoup moindre non seulement que celle de A mais encore que celle de B, qui n'a été traité qu'avant l'inoculation.

Le traitement splénique a donc retardé beaucoup chez A la marche de l'infection et agi chez B à titre préventif en augmentant la défense.

L'autopsie nous révèlera la même action.

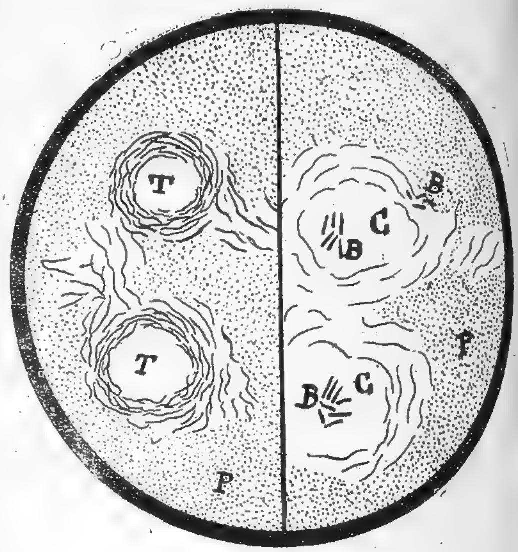


Fig. 4. — Poumon.
(T) Tubercules entourés de tissu fibreux. — (C) Tub. caséeux ent. de tis. conj. lâche. — (B) bacilles. — (P) parenchyme.

Nous trouvons chez A et B des foyers pulmonaires discrets en voie de cicatrisation et entourés de tissu fibreux, tandis que les deux témoins nous montrent des lésions multiples, caséeuses, sans tissu de défense autour.

Le foie de A et de B presque normal à l'aspect macroscopique, nous montre au microscope des granulations tuberculeuses infiltrées très peu nombreuses tandis que celui des témoins présente des granulations généralisées.

Il a été impossible de déceler les bacilles dans le foie et le poumon de A tandis que les organes des témoins étaient farcis de bacilles.

Les lésions de la rate se sont également montrées beaucoup moins considérables chez A et B que chez les deux témoins.

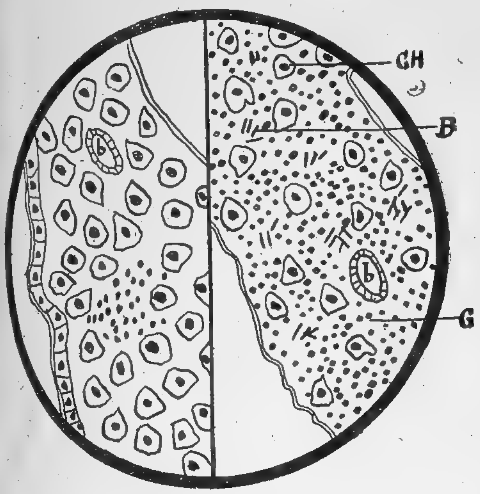


Fig. 5. — Foie.
(CH) cellules hépatiques. — (b) canalic. bili. — (G) granulat. tuberc. — (B) bacilles.

IV. — Tuberculose expérimentale : inoculation sous-cutanée (2e *série*).

Le 29 mars 1924 quatre cobayes E, F, G, H sont inoculés à la face interne de la cuisse (injection de 2cc. 1/2 par kilo d'une émulsion de culture pure de tuberculose humaine) ; E et F sont traités comme l'a été A dans la série précédente ; G et H sont témoins.

Nous observons la même marche que dans la série précédente : les ganglions apparaissent beaucoup plus tard chez les traités que chez les témoins : ils suppurent beaucoup plus tardivement chez les traités (20 et 25 juillet) que chez les témoins (5 et 16 juin).

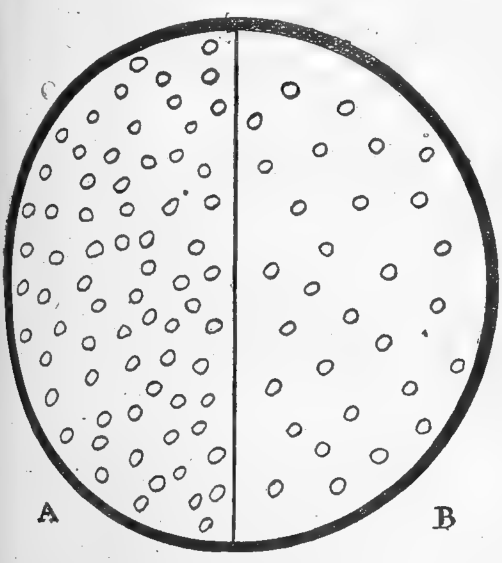


Fig. 6. — (Schéma).
Les hématies d'un traité (A) et d'un témoin (B) au 94e jour de l'inoculation.

La fistule des traités cicatrise vite tandis que celle des témoins ne cicatrise pas.

Les hématies dépassent la normale chez les traités tandis qu'elles baissent rapidement chez les témoins ; le taux de l'hémoglobine marque aussi une différence notable.

Le 25 juillet.

	traités		*témoins*	
	E	F	G	H
Hématies...	7.640.000	7.323.000	3.463.000	3.275.000
Hémoglobine	75	75	50	60

Tous les animaux ont maigri, mais les traités beaucoup plus lentement que les témoins.

Enfin les animaux traités ont survécu 182 jours et 174 jours tandis que les témoins n'ont survécu que 93 et 101 jours.

L'autopsie, comme pour la série précédente, a révélé chez les traités des lésions discrètes tendant à la guérison avec tissu fibreux autour et peu ou pas de bacilles tandis que les témoins avaient des lésions multiples étendues, caséeuses, sans défense fibreuse et de nombreux bacilles.

V. — Tuberculose expérimentale : inoculation intra-péritonéale.

Les animaux traités ont survécu 55 et 57 jours et les témoins 34 et 37 jours seulement.

A tous points de vue, hématies, hémoglobine, lésions, poids il y a eu les mêmes différences entre les traités et les témoins que dans les séries précédentes.

VI. — Résumé général de l'action de l'opothérapie splénique sur la tuberculose expérimentale.

1° Dans chaque série et d'une manière constante les animaux traités sont morts plus tardivement que les témoins.

2° L'amaigrissement des animaux traités a été beaucoup moins rapide.

3° Le nombre des globules rouges des animaux traités s'est maintenu très au-dessus de celui des témoins dans une proportion qui en certains cas atteint le double.

4° Le taux de l'hémoglobine a toujours été supérieur chez les animaux traités.

5° Chez les animaux traités les lésions ont toujours été moindres : elles présentent du tissu fibreux et ont de la tendance à la cicatrisation, ce que l'on ne trouve pas chez les témoins, où la tendance est caséeuse.

6° Dans les lésions des animaux traités, les bacilles ont été moins nombreux que dans celles des témoins, à tel point que dans les lésions pulmonaires et hépatiques des traités les bacilles n'ont pu être décelés tandis qu'ils étaient nombreux dans celles des témoins.

Mes résultats sont donc en plein accord avec ceux de Schröder, qui trois ans après mes premières pu-

plications a étudié l'action de l'opothérapie splénique dans la tuberculose expérimentale et je conclus avec lui que l'opothérapie splénique entrave d'une façon tout à fait remarquable l'évolution de la tuberculose expérimentale.

VII. — L'opothérapie splénique dans la clinique.

Après avoir avec toute la rigueur des méthodes expérimentales, constaté ainsi l'action de l'opothérapie splénique sur l'infection tuberculeuse on ne peut pas être étonné des résultats que j'annonce depuis de nombreuses années dans le traitement par les extraits spléniques de toutes les formes de la tuberculose, savoir :

1° Dans la tuberculose pulmonaire guérison des cas récents et limités dans un laps de temps de trois à six mois et obtention d'un pourcentage impressionnant de guérisons dans les cas graves, étendus, avancés.

2° Dans les tuberculoses ganglionnaires guérisons le plus souvent très rapides, un ou deux mois.

3° Dans les tumeurs blanches, la coxalgie, le mal de Pott (en employant concurremment avec le traitement splénique les méthodes classiques d'immobilisation) abréviation considérable de la durée qui peut pour le genou et le coude être réduite à deux ou trois mois, la guérison survenant ainsi souvent sans ankylose.

4° Dans la méningite tuberculeuse elle-même, le bacille de Koch étant même constaté dans le liquide céphalo-rachidien, cas de guérison parfois rapide lorsque le diagnostic n'a pas été trop tardivement posé.

5° Résolution souvent rapide de la pleurésie avec épanchement et d'un certain nombre de péritonites tuberculeuses.

En entrant dans les détails, nous verrons que l'opothérapie splénique agit dans la tuberculose clinique par le même mécanisme que dans l'infection tuberculeuse des cobayes.

1° *Action sur le poids.*

Nous avons vu le cobaye traité ou engraisser au cours de l'évolution ou maigrir moins rapidement que les témoins.

Chez les malades il y a augmentation rapide de poids dans la grande majorité des cas : il n'est pas rare de voir des malades augmenter de trois kilos dans les deux premières semaines.

2° *Action sur le taux de l'hémoglobine.*

Nous avons vu que les cobayes traités ont toujours un taux d'hémoglobine supérieur à celui des témoins.

Chez les malades, en employant la méthode colorimétrique d'Erlich-Tallvist il y a toujours au bout de huit jours un relèvement considérable du taux de l'hémoglobine.

Au bout de deux ou trois mois de traitement il n'est pas rare de voir ce taux augmenter de 40 % sur le taux initial et dans un certain nombre de cas le taux de l'hémoglobine dépasser la normale.

3° *Action sur le nombre des hématies et des leucocytes.*

Nous avons vu l'augmentation remarquable du nombre des hématies et des leucocytes chez le cobaye traité par l'opothérapie splénique.

Chez le malade tuberculeux c'est plus saisissant encore ; 24 heures après une injection de 5 cc. d'extrait splénique un malade dont le sang numérait 3.800.000 hématies, en numère 5.400.000 environ.

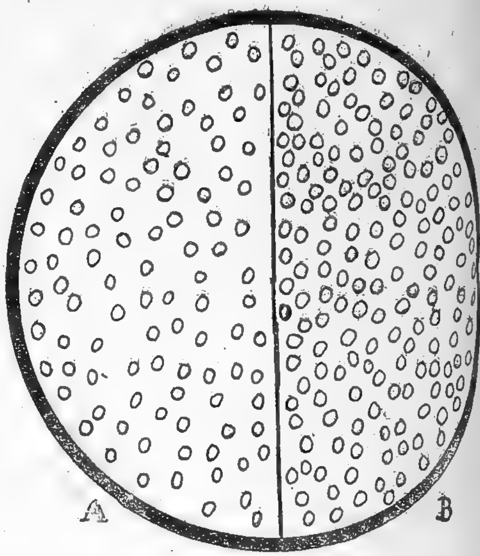


Fig. 7. — (Schéma.)
Hématies d'un malade avant (A) et 48 h. après (B) une injection de 5 cc. d'extrait splénique suivie d'une 2e injection.

24 heures après une seconde injection faite 24 heures après la première il numère 6.000.000 à 6.300.000.

4° *Action sur la formule leucocytaire.*

On observe avec le traitement splénique à dose thérapeutique chez le malade tuberculeux le même renversement de la formule leucocytaire que nous avons signalé chez le cobaye à propos des doses hypermassives.

Le nombre des lymphocytes augmente considérablement tandis que les grands mononucléaires et les polynucléaires diminuent d'une manière relative.

5° *Action sur les bacilles.*

De même que nous avons vu dans les lésions hépatiques et pulmonaires des cobayes traités la disparition des bacilles, de même dans les crachats des malades traités par l'opothérapie splénique on voit les bacilles disparaître rapidement.

Je les ai vus souvent diminuer dès 4/5 en quinze jours et Ragain (Th. de Toulouse 1922) a constaté au bout d'un mois leur raréfaction et leur dégénérescence dans 60 pour cent des cas et leur disparition dans 40 pour cent.

6º *Action sur les lésions.*

L'étude des lésions des cobayes traités nous a montré la réaction de défense, l'apparition de tissu fibreux, la tendance à la guérison.

Chez les malades tuberculeux l'auscultation nous montre en deux ou trois mois de véritables régressions des lésions tuberculeuses lorsqu'il n'y avait pas fonte et cicatrisation fréquente en un temps plus long pour ce dernier cas.

Nous avons noté la même régression typique, rapide, s'opérant dans la tuberculose ganglionnaire et la même régression dans les tumeurs blanches, qui traitées par l'opothérapie splénique, guérissent souvent sans ankylose.

Me bornant ici à poser la base expérimentale du traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique, je renvoie pour la technique et les autres questions à mes articles précédents (en particulier *Concours médical*, nos 49 et 50 des 3 et 10 décembre 1922.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

La maladie cœliaque.

La maladie cœliaque frappe surtout l'enfant ; elle se caractérise dans sa forme typique par des selles d'un aspect particulier et anormalement riches en graisse. L'évolution en est chronique, atteint gravement l'état général et arrête la croissance.

D'après le Dr Levent, elle apparaît, en général, vers un an. Souvent, on note au préalable une alimentation défectueuse ; on a signalé le rôle éventuel de certaines maladies infectieuses : variole, broncho-pneumonie, coqueluche.

Elle peut débuter brusquement par une crise de diarrhée avec vomissements, douleurs épigastriques, fièvre à 40 degrés ; mais cette diarrhée initiale est inconstante. Les symptômes s'aggravent progressivement sans attirer l'attention, et l'aspect typique des selles n'apparaît ou qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois, précédé par la perte de forces, l'amaigrissement, la pâleur.

Les selles sont spumeuses, molles, non moulées, sans pourtant être liquides, ni constituer une diarrhée. Elles sont d'une extrême abondance, sans proportion avec la quantité des aliments ; elles ont une couleur pâle, une fétidité extrême. C'est une bouillie épaisse, de teinte un peu sale et d'aspect luisant. A l'examen chimique, on y trouve la quantité de graisses fécales considérablement augmentée. L'analyse du suc gastrique montre de l'hypo ou de l'anachlorhydrie, même pendant la convalescence. Le métabolisme basal serait diminué.

L'évolution dure plusieurs mois ou plusieurs années, avec des rechutes. La guérison spontanée est exceptionnelle ; abandonnée à elle-même, la maladie évolue lentement vers la mort par cachexie ou par complications.

Il existe cependant, à côté des formes rapides graves, des formes lentes plus bénignes ; dans les cas favorables, les rechutes s'espacent et perdent leur gravité ; la guérison de la maladie est aussi insidieuse que son apparition.

Le diagnostic positif est basé sur trois signes cardinaux : diarrhée graisseuse, distension abdominale, troubles de croissance. Aisé dans les formes typiques, il est plus délicat dans les cas frustes et les stéarrhées latentes. L'examen de laboratoire permettra de dépister les stéarrhées par insuffisance hépatique, habituellement moins intenses.

Le diagnostic sera surtout délicat avec les autres causes de stéarrhée propres à l'enfant (atrophie, intolérance à certains laits).

Le traitement principal consiste dans le régime alimentaire : avant tout, diminuer l'alimentation et la ration de graisses, puis ne permettre celles-ci que tardivement, en se basant sur l'examen coprologique et en ne choisissant que les mieux tolérées : si possible, donner le sein même au-delà du délai normal ; proscrire le lait de vache frais ; ordonner le lait d'ânesse (qui contient 1 p. 100 de graisses), le lait écrémé, le petit lait frais ou bouilli. Les autres graisses alimentaires sont, en général, mal tolérées. Ni amidon, ni pain ordinaire ; riz bouilli 3 ou 4 heures ; pommes de terre longtemps bouillies en petite quantité. Plus tard, viande crue ou à peine cuite, œufs à peine cuits. Fruits. Une fois le régime bien établi, en compléter l'action par des sels biliaires en capsules kératinisées ou en solution (0 gr. 065 de glycocholate et de taurocholate de soude au début de chacun des trois repas). (*Gazette des hôpitaux*, 16 août 1924.)

Les causes de la parturition.

Il est très vraisemblable, écrit le Dr H. Vignes, que le travail de l'accouchement est déclanché par la maturité du fœtus. Cependant, on ignore encore quel est le mécanisme de cette action. En voici quelques explications proposées :

On peut envisager que le fœtus, arrivé à un certain état d'équilibre de son métabolisme sécrète

des produits qui excitent la contractilité utérine. On pense aussi que la cause de l'accouchement doit être recherchée dans l'organisme maternel, qui ne serait pas capable de tolérer plus longtemps le fœtus.

D'autre part, on ne saurait nier de façon absolue que l'aptitude de l'œuf mûr à être clivé d'avec la paroi utérine soit indifférente ; la facilité de la délivrance, lorsque l'accouchement à lieu à terme, sa difficulté dans l'avortement criminel en sont des preuves.

On a également cherché dans le placenta le facteur déterminant de la parturition (surface placentaire devenant insuffisante pour les échanges de plus en plus actifs du fœtus ; placenta ayant une vie d'une longueur déterminée).

Et l'auteur termine : « Ignorant quel est le terme vrai de ces phénomènes, il nous faut conclure avec Avicenne, qu'au temps voulu, l'accouchement se fait par la grâce de Dieu». (*Le Progrès médical*, 30 août 1924.)

Les grands accès fébriles à type paludéen au décours de la fièvre typhoïde.

Au moment de la défervescence ou au début de la convalescence de la fièvre typhoïde, peuvent survenir de grands accès fébriles, remarquables par l'amplitude de leurs oscillations. La symptomatologie de ces accès rappelle, à s'y méprendre, ceux de l'accès paludéen à types biquotidien, quotidien, et tierce. CAUSSADE et LE RASLE attirent à nouveau l'attention sur eux à à l'aide de quelques observations cliniques : à leur avis, il n'y a pas de confusion possible, ainsi qu'il résulte d'une étude minutieuse des cas observés.

On comprend, *à priori* la nécessité de connaître ces modalités cliniques de la fièvre typhoïde, non seulement pour éliminer toute idée de paludisme et pour éviter une médication intempestive par la quinine, mais aussi pour rejeter toute notion de suppuration et considérer de tels accès fébriles, tout impressionnants qu'ils soient, comme des facteurs sans gravité ; ils ne retardent, en effet, que légèrement la convalescence, ne portant, d'une façon apparente, aucune atteinte sérieuse à l'organisme.

Il faut, avant de diagnostiquer de pareils accès, s'enquérir surtout si une cholécystite ou une pyélo-néphrite ne sont pas en cause, et s'il n'y a pas un réveil de paludisme ; en pareils cas, la quinine aurait certainement une action efficace sur les accès et la recherche des hématozoaires dissiperait tous les doutes. (*La Presse médicale*, 13 septembre 1924.)

Névralgies dentaires et pratique médicale.

Que faire en attendant l'intervention du dentiste ? Telle est la question posée par F. NIDERGANG.

Trois types de douleurs :

1° Douleur intermittente provoquée par l'alimentation : chaud, froid, acide, sucré. C'est une carie dentaire du deuxième degré. Pas d'extraction. Combler la cavité dentaire par une petite boulette de coton imprégnée d'alcool phéniqué (à saturation) ou créosoté à parties égales.

Ce traitement peut être renouvelé plusieurs fois en quelques jours.

2° Douleur extrêmement aiguë, apparaissant brusquement, sans cause apparente, fréquemment nocturne (rage de dents). Il s'agit d'une carie du 3e degré ou d'une pulpite aiguë. Traitement conservateur après nettoyage d'une main très légère, au moyen d'une précelle, de la cavité ; destruction de la pulpe au moyen de fortes traces d'acide arsénieux placées au fond et recouvertes d'une boulette-alcool phéniqué ou créosoté et d'un peu de guttapercha dentaire. Ne pas mettre une trop grande quantité d'acide arsénieux, qui fuserait à l'extérieur et brûlerait les muqueuses ; pour la même raison, bien obturer. S'il s'agit cependant d'une perte de substance coronaire, telle que la conservation ne puisse donner de résultats durables, pratiquer l'extraction suivant les règles indiquées par l'auteur ;

3° Douleur d'intensité variable, continue, sans exacerbations spontanées, difficilement calmées par les moyens thérapeutiques à la portée du client. Il y a là des lésions dentaires importantes, une infection du périodonte allant de la monoarthrie aiguë simple à l'ostéophlegmon (pyorrhée alvéolaire), ou bien une carie ancienne, des canaux infectés. Il est généralement indiqué de pratiquer l'extraction. (*L'Hôpital*, septembre 1924-A.)

Blennorrhagie et mariage.

Soit avant, soit après le mariage, pour la femme comme pour l'homme, les dangers principaux, dit le Dr LEGUEU, sont la stérilité et la persistance du gonocoque.

Chez la femme, c'est la stérilité fréquente par salpingite double. Chez elle, la blennorragie, souvent latente, passe facilement inaperçue ; il faut procéder à des investigations multiples pour aller chercher les gonocoques dans les recessus profonds où ils se dissimulent : glandes de Sten, autour de l'urèthre, glandes de Bartholin.

Chez l'homme, on sait aujourd'hui mieux trouver leurs repaires, et un grand progrès a été apporté dans cette question par l'étude du sperme, car les germes colonisent tardivement dans les vésicule séminales, et des individus, qui ont contracté la blennorrhagie avant le mariage, l'apportent quelquefois sans le savoir. D'autre part, la stérilité peut être consécutive à un épididymite double, ou même à des oreillons, avec ou sans localisation génitale : l'homme a eu à l'âge de 5 ans, de 6 ans, de 12 ans, les oreillons qui ont

amené une modification du sperme ou une atrophie des testicules ; à 30 ou 35 ans, il se produit tout à coup chez lui une impuissance instantanée ; on regarde le sperme ; on n'y trouve plus de spermatozoïdes. Il est bon de connaître cette notion, car autrefois, c'était toujours la femme que l'on rendait responsable de la stérilité. Il faut ajouter aussi que la stérilité consécutive à une épididymite double n'est pas constante ; avant de formuler une opinion en pareils cas, il faut examiner le sperme.

Un fait, curieux c'est que, lorsque la femme a eu une blennorrhagie antérieure au mariage, la contamination n'est pas fatale à chaque coït et que deux individus peuvent vivre ensemble avec une cohabitation journalière sans que cette contamination se réalise, alors que l'un des deux a des gonocoques. On ne peut l'expliquer que par une résistance particulière du sujet indemne à la contamination. L'homme semble plus résistant. La femme contracte le gonocoque constamment, mais en vertu d'une disposition particulière, elle peut le garder indéfiniment sans virulence, sans manifestation extérieure, et néanmoins le communiquer de temps à autre à son conjoint.

Quand un individu se plaint d'une blennorrhagie, il faut savoir s'il a une liaison régulière, parce qu'il est complètement inutile de traiter l'individu, si on ne traite pas l'opposé, c'est-à-dire l'autre individu.

Lorsqu'un homme demande s'il peut se marier à telle époque, trois cas à envisager :

1° Il a des gonocoques actuels : interdire le mariage avant une date éloignée difficile à déterminer, telle que probablement la rupture s'en suivra ;

2° Il a des infections secondaires, sans gonocoques ; celles-ci sont moins virulentes et plus faciles à soigner (oxycyanure-mercure) : demander le délai de quelques mois ;

3° Il a des filaments. Si ceux-ci ne contiennent ni gonocoques, ni infection secondaire, le mariage est permis, car de tels filaments ne contenant que quelques cellules épithéliales et quelques leucocytes, qui tiennent à une sécrétion de la prostate, ne peuvent avoir aucune conséquence grave. (*Journal des Praticiens*, 9 août 1924.)

Les lésions de l'urètre postérieur.

Véritable carrefour génito-urinaire, l'urètre postérieur est soumis aux influences de la pathologie urinaire aussi bien que génitale. Lésions complexes souvent et qu'on n'est parvenu à bien connaître et identifier que depuis qu'on possède une instrumentation perfectionnée qui permet de voir sur place ce qui s'y passe. Cette instrumentation comprend l'urétroscope de Luys, celui de Demonchy et l'urétro-cystoscope de Mac Carthy. C'est ainsi qu'on peut explorer le col de la vessie, les freins du veru montanum, la fossette sus-montanale, la saillie des lobes prostatiques, le veru montanum lui-même, élément principal de la région.

D'après M. Tant, le veru participe à toutes les lésions de la prostate, des canaux éjaculateurs, des vésicules séminales, et l'état dans lequel il se présente fournit des renseignements très précieux.

C'est ainsi qu'on note tantôt l'hypertrophie du veru, tantôt son atrophie, tantôt son inflammation, des lésions proliferatives, représentées par des polypes tubéreux ou foliés.

Dans la région sus-montanale, on peut rencontrer une infiltration molle ou dure, des polypes foliés, des lésions tuberculeuses.

La symptomatologie de ces diverses affections comprend un certain nombre d'éléments qui appellent l'attention de ce côté et réclament l'exploration. Ces éléments sont : une goutte ou un écoulement urétral, des filaments dans l'urine, habituellement claire, parfois des hématuries initiales, et surtout terminales. On observe des troubles sensitifs, sensation de congestion, de chaleur, de picotements, de démangeaisons dans la verge ou au niveau du périnée, avec irradiations funiculaires, lombaires, sacrées... Le passage d'une olive est quelquefois difficile en raison du spasme bulbaire ; elle provoque de la douleur assez vive en entrant en contact avec le veru. La miction est troublée : il y a de la pollakiurie. Les fonctions génitales sont atteintes. L'impuissance est la règle, et les malades versent souvent dans la neurasthénie.

Dans la pathogénie de ces affections, on note la blennorragie, la phosphaturie, et surtout la colibacillurie.

Le traitement comporte les cautérisations chimiques dans les cas simples, la galvano-cautérisation, le curettage, et les courants de haute fréquence qui, selon l'auteur, donnent d'excellents résultats. (*Bruxelles médical*, 21 décembre 1924.)

La cryothérapie en dermatologie.

Cette méthode consiste à utiliser le froid intense fourni par la neige carbonique, pour traiter bon nombre d'affections cutanées. M. Cazenave donne la préférence au cryocautère sur les crayons formés directement avec la neige.

« Grâce au cryocautère, l'opération est parfaitement supportable. L'application en elle-même n'est pas douloureuse ; la cuisson, qui ne dure que quelques minutes, ne se produit qu'au dégel. Puis, c'est le calme qui n'est interrompu que vers la sixième heure environ par une nouvelle sensation de cuisson moins forte que la première. »

L'auteur passe en revue les affections pour lesquelles il a employé avec succès la cryothérapie.

Les cicatrices chéloïdiennes guérissent très bien. Les chéloïdes spontanées résistent davan-

tage. Le kératome sénile disparaît avec une seule application et ne récidive pas. Le lichen circonscrit en est justiciable. L'acné pustuleuse réclame cinq ou six séances. La couperose est jugulée par une congélation superficielle accompagnée d'un massage de la région. L'angiokératome, les télangiectasies par radiodermite, les nævi retirent un grand profit de ce procédé thérapeutique.

Par contre, le tatouage n'est pas influencé par la cryothérapie. Quant aux verrues banales, il faut les faire sauter d'un coup de curette et cautériser avec la pointe rouge sombre du galvanocautère. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 10 décembre 1924.)

Le pneumo-péritoine spontané pour le diagnostic des perforations intestinales.

Il n'y a pas de traitement médical des perforations intestinales. Dès qu'elles sont reconnues ou seulement soupçonnées, l'intervention chirurgicale s'impose. Il est donc indispensable de pouvoir faire un diagnostic aussi précoce que possible. Or, il est des cas dans lesquels la symptomatologie est tellement peu nette qu'on hésite à se prononcer.

M. J. Mange propose de recourir à l'examen radioscopique de l'abdomen pour découvrir le pneumo-péritoine qui résulte de l'émission dans la cavité péritonéale des gaz du tube digestif.

Ce pneumo-péritoine, en péritoine libre, se localise entre le foie et le diaphragme, malade debout ou assis. Mais souvent, et selon la position donnée au malade, le pneumo-péritoine, sauf le cas de grande abondance gazeuse, occupe des situations diverses ; il peut même être enkysté, au cas d'adhérences.

« On voit l'intérêt que présentent ces constatations, et les services qu'elles sont susceptibles de rendre. Dans les cas où le diagnostic de perforation gastrique, intestinale ou appendiculaire ne pourra être affirmé par examen clinique, la radioscopie constitue un mode d'investigation important qui ne doit pas être négligé, puisque du diagnostic précoce dépend le sort du malade. » (*Gaz. hebd. de Bordeaux,* 21 décembre 1924.)

Eruption généralisée secondaire à une injection intra-variqueuse de carbonate de soude.

MM. Williatre et Barbry ont observé un malade qui a présenté, à la suite d'une injection de carbonate de soude dans une veine variqueuse du mollet une éruption maculo-papuleuse du type rubéoliforme.

Eruption qui desquame surtout sur les bras. En même temps, on note de la fatigue générale, de l'insomnie, un pouls rapide. Guérison en un mois environ.

S'agit-il de phénomènes de choc hémoclasique? Les auteurs posent la question et se demandent en même temps s'il ne faudrait pas incriminer une certaine déficience rénale de ce malade.

Ils retiennent cependant de ce fait que la cure des varices traitées ainsi a été obtenue par une méthode efficace, à recommander malgré quelques inconvénients peu graves, mais désagréables, surtout disent-ils, quand ni le médecin, ni le malade ne sont prévenus. (*Journ. des Sc. méd. de Lille,* 28 décembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Action du formol dans l'épithélioma de la face.

(M. O. Laurent. — *Académie de médecine* ; 20-1-25.)

Aux traitements habituels (l'opération et la radiothérapie) de l'épithélioma de la face, M. Laurent ajoute une autre médication, l'injection de formol, dont il se sert depuis 1908. L'auteur a recours aux injections faites, par gouttes, à la base de la zone morbide, après anesthésie locale, et parfois aux applications directes. Il signale un groupe d'observations dans lesquelles des guérisons remontant à plus de 10 ans sont relatées.

Les injections intra-veineuses de somnifène dans les psychopathies.

(MM. Crouzon et Lemaire. — *Soc. médicale des hôp.* ; 12-12-1924.)

M. Crouzon a eu recours aux injections de somnifène chez les psychopathes agités. A la dose de 10 cent. cubes, il a obtenu un effet calmant immédiat chez des sujets qui semblaient devoir être soumis à la camisole de force, en raison de leur état d'excitation. La dose de 5 cent. c. est insuffisante en pareil cas. Par contre, elle donne un bon résultat dans les névropathies ordinaires, accompagnées d'insomnie tenace ou d'agitation persistante.

Le lavage des vésicules séminales.

(M. Georges Luys. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-1-1925.)

M. Luys préconise le lavage des vésicules séminales, opération qu'il a pratiquée 80 fois et qui consiste à remplir les vésicules séminales d'une solution antiseptique destinée à guérir leur infection (laquelle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement). L'injection, effectuée par le

canal déférent, doit séjourner un certain temps dans les cavités vésiculaires.

On préviendra ainsi les récidives d'épididymite. La méthode donne d'heureux effets dans les cas de rhumatisme blennorrhagique et d'azoospermie. Elle agit efficacement sur la pyo-spermie, danger social qu'il faut savoir dépister et juguler.

Nécrose consécutive à une injection d'azote.

(M. Duguet. — *Société de chirurgie* ; 3-12-1924.)

M. Duguet rapporte un cas de nécrose aiguë massive des muscles de la cuisse et du fémur consécutive à une injection d'azote (?) faite dans le but de calmer une crise de sciatique. Le malade dut être amputé.

On peut penser que l'injection a introduit dans la cuisse autre chose que de l'azote pur, probablement des germes anaérobies. Malgré les obscurités de cette observation, elle est intéressante à signaler à une époque où la pratique des injections gazeuses (pneumothorax, pneumopéritoine, injections d'oxygène, etc.) prend une grande extension.

Fracture de l'os crochu.

(M. Albert Mouchet. — *Soc. de chir.* ; 3-12-1924.)

M. Mouchet présente la radiographie d'un type de fracture de l'os crochu, sans déplacement, dont il a observé un certain nombre d'exemples. Le blessé, à la suite d'un retour de manivelle, avait vu son poignet enfler. La douleur qu'il ressentit dans le carpe ne l'avait pas empêché cependant de tenir le volant de son auto une partie de la journée et de faire un certain nombre de petites interventions manuelles.

Le troisième jour, au moment de l'examen de M. Mouchet, on notait un gros gonflement du poignet, une ecchymose palmaire commençante, quelques douleurs diffuses du carpe et un peu de gêne des mouvements. M. Mouchet ajoute qu'avec des bains chauds et un enveloppement à l'aide d'une bande de flanelle, la restitution fonctionnelle sera certainement parfaite.

Sur l'ostéosynthèse.

(M. A. Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 3-12-24.)

La discussion sur l'ostéosynthèse n'est pas épuisée à la Société de chirurgie.

M. Schwartz montre que l'ostéosynthèse, contrairement à ce qui a été dit, est une opération à la portée de n'importe quel opérateur ayant les qualités de méthode et d'asepsie que tout chirurgien doit posséder. Elle donne dans le traitement des fractures une coaptation anatomique supérieure, certes, à celle des méthodes non sanglantes, mais au point de vue fonctionnel, qui est le principal, cette supériorité ne se retrouve plus dans tous les cas, tant s'en faut. L'ostéosynthèse, d'autre part, peut offrir quelques dangers, d'inflammation osseuse en particulier. L'auteur estime qu'il convient de limiter l'opération aux fractures dans lesquelles les méthodes non sanglantes semblent ne pas devoir procurer un résultat satisfaisant.

— M. Savariaud a la conviction que 95 pour 100 des fractures peuvent et doivent guérir sans ostéosynthèse.

— M. Raymond Grégoire considère l'ostéosynthèse comme une précieuse ressource, mais limitée aux cas où les moyens habituels de contention sont inefficaces.

— M. Picot a guéri par ostéosynthèse une fracture du tibia très mal consolidée par les traitements ordinaires et pour laquelle on parlait d'amputer la jambe.

Fracture de l'humérus ; résultat anatomique défectueux ; bon résultat fonctionnel.

(M. A. Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 10-12-1924.)

M. Anselme Schwartz présente un malade atteint de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec abduction du fragment supérieur. Au cours du traitement, un relâchement dans la traction s'étant fait à l'insu du chirurgien, on retrouva, trois semaines plus tard, une reproduction du déplacement. Or, malgré le résultat anatomique très médiocre, le résultat esthétique et le résultat fonctionnel sont si bons qu'il est impossible de voir de quel côté siégeait la fracture.

Luxation habituelle de la rotule.

(M. Félix Papin, de Bordeaux. — *Société de chirurgie*; 10-12-1924.)

M. Paul Mathieu, à propos d'une observation de M. Papin, concernant un cas de luxation habituelle de la rotule en dehors, traitée par capsulorraphie, parle de cette affection et de son traitement.

L'origine des luxations habituelles de la rotule est ordinairement congénitale. Dans le cas de M. Papin, toutefois, elle a été traumatique. Le traitement de ces luxations, bien étudié dans la thèse de Xoudis (1924), inspirée par M. Mouchet, comprend des opérations sur le squelette, sur la capsule et les ailerons rotuliens, et sur le ligament rotulien.

— M. Sauvé ne croit pas que dans la majorité des cas la capsulorraphie simple puisse donner des résultats définitifs.

— M. Chevrier pense que la conduite opératoire devra varier selon les circonstances et suivant les lésions.

Eclatement de l'intestin par balle de revolver.

(M. Pierre Delbet. — *Soc. de chirurgie* ; 10-12-1924.)

M. Pierre Delbet montre une anse intestinale lésée par balle de revolver (tirée à 1 mètre environ). L'orifice d'entrée est petit. L'orifice de sortie, au

contraire, est vaste et mesure 1 centim. 1/2 : il s'est produit par éclatement. Après résection de l'anse malade, le blessé a guéri.

Scolioses congénitales.

(M. ABADIE, d'Oran. — *Soc. de chirurgie* ; 19-11-1924.)

Les scolioses congénitales par anomalies vertébrales, ont fait l'objet de travaux de Kirmisson, Mouchet, Rœderer, etc. M. Abadie en présente un exemple, qui comporte des malformations osseuses multiples, chez un enfant de sept mois, par ailleurs intelligent et de santé générale non altérée. Les parents ont constaté la déviation de la colonne vertébrale peu de temps après la naissance. Actuellement, la scoliose est très accusée, avec saillie du plastron sterno-costal en avant.

Les radiographies ont révélé : l'inflexion de la colonne lombaire ; à la région dorsale, un enchevêtrement imprécis de vertèbres et de demi-vertèbres ; quatorze côtes à gauche ; côtes anormales pour la plupart, évidées à leur centre ou soudées à leurs extrémités. Pas d'autre malformation qu'une anomalie ano-rectale, le rectum s'ouvrant à l'extérieur par un pertuis étroit, en avant de plis radiés représentant l'anus.

— M. MOUCHET a vu un grand nombre de scolioses congénitales, question sur laquelle il a fait, avec M. Rœderer, un rapport à l'Association des Pédiatres de langue française, en 1922, mais il n'a jamais rencontré de cas aussi complexe par ses anomalies vertébrales que celui de M. Abadie. Si difficile qu'apparaisse cette scoliose, elle doit être néanmoins traitée, sans trop se faire d'illusion sur le résultat du traitement dans des états aussi sérieux.

— M. Et. SORREL a traité à l'hôpital de Berck un enfant de 14 ans, porteur de malformations vertébrales multiples rappelant celles du malade de M. Abadie. L'enfant offrait, en outre, des dysmorphoses viscérales diverses.

Le curetage dans l'infection « post-abortum ».

(M. ALGLAVE. — *Société de chirurgie* ; 26-12-24.)

M. Alglave estime qu'on abuse du curetage dans le traitement de l'infection « post-abortum ». Certes, il est des cas où cette intervention est nécessaire (s'il y a des hémorrhagies sérieuses dues aux rétentions de membranes, par exemple), mais, souvent, dans les états infectieux, si l'on attend, les choses s'arrangent, et le curetage peut parfois provoquer une exagération des symptômes.

— M. AUVRAY considère, au contraire, que le curetage est un moyen puissant de désinfection quand il y a des débris placentaires retenus dans l'utérus.

— M. DUJARIER trouve également que la théorie de M. Alglave est dangereuse. Sans doute, on a peut-être exagéré les curetages. Mais, un utérus qui contient des cotylédons en putréfaction, des débris de membranes sphacélés, doit être cureté.

— Pour M. PROUST, l'abstention à outrance dans l'infection du *post partum* est une pratique absolument à condamner.

— M. CHIFOLIAU est, comme la plupart des chirurgiens, partisan du curetage dans les infections puerpérales récentes, s'il y a rétention de débris placentaires. Depuis 1919, l'auteur ajoute le « dakinage » de la cavité utérine après curetage. Le liquide de Dakin décape la muqueuse : l'irrigation toutefois ne doit pas durer plus de trois ou quatre jours ; elle doit être discontinue.

— M. FAURE rejette aussi les conclusions de M. Alglave, dont la diffusion, dit-il, serait dangereuse.

Péritonite et occlusion aiguë après appendicectomies.

(MM A. HUGUIER et J. LANOS. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-12-1924.)

L'attention des chirurgiens a été attirée, ces temps derniers, sur une complication de l'appendicite, assez rare d'ailleurs : l'occlusion intestinale.

Cet accident peut survenir à toutes les phases évolutives de la maladie et aussi, après l'appendicectomie, même pratiquée à froid. Elle peut, alors, apparaître dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération (parésie péritonitique) ou s'installer plus tardivement, du neuvième au vingtième jour. Ce sont deux exemples de cette dernière forme que rapportent MM. Huguier et Lanos.

— M. PÉRAIRE a observé également deux cas d'occlusion intestinale aiguë après appendicectomie à froid.

Fractures frustes de la colonne vertébrale.

(M. JUDET. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-12-1924.)

La radiographie a permis de caractériser, au niveau du rachis, l'existence de certaines fractures incomplètes, fissures, tassements, qui ne seraient pas des raretés. M. Judet a eu l'occasion d'en voir cinq exemples. Deux fois, la symptomatologie rappela celle de la maladie dite de Kummel (déformation progressive de la colonne vertébrale avec troubles moteurs et sensitifs). Les trois autres fois, le syndrome clinique se rapprocha plutôt du mal de Pott. L'auteur conseille le corset plâtré.

— M. RŒDERER remarque que si les malades de M. Judet ont vite guéri, il n'en est pas toujours ainsi. Il a souvenir de patients de cet ordre qui continuent à souffrir depuis longtemps.

La transplantation du moyen fessier dans la luxation congénitale de la hanche irréductible.

(M. L. LAMY. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-12-1924.)

M. DUPUY DE FRENELLE présente un rapport sur

un travail de M. Lamy relatif à la transplantation du moyen fessier dans les cas de coxa vara et de luxation congénitale de la hanche irréductible.

Dans la marche et dans la station debout sur un seul pied, un rôle important est dévolu au muscle moyen fessier. Prenant appui sur le grand trochanter, il maintient le bassin horizontal ou même il l'incline légèrement du côté portant. Si, pour une raison quelconque, le muscle n'entre pas en action, l'épine iliaque s'abaisse et la position de tout le buste change : c'est le signe de Trendelenbourg. Ce signe s'observe dans la coxa vara et la luxation congénitale de la hanche, affections où le grand trochanter est trop élevé, avec conséquemment un relâchement du moyen fessier, dont les insertions se trouvent trop rapprochées. D'où l'idée de transplanter, dans l'une et l'autre malformations, les insertions inférieures du moyen fessier sur la face externe du fémur.

M. Lamy a pratiqué une première fois cette opération en 1920 avec son maître M. Veau. Depuis, il y a eu recours cinq fois pour luxation irréductible de la hanche. L'intervention, qui est bénigne, améliore sensiblement la marche. Sa simplicité s'oppose à la gravité de la reposition sanglante.

P.L.

L'HYDROLOGIE ET LA CLIMATOLOGIE DU PRATICIEN

Première session de travail de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Toulouse.

Toutes les facultés de médecine rivalisent aujourd'hui d'émulation. A Paris et en Province, instituts et chaires apprennent aux étudiants et aux médecins à utiliser une branche de la thérapeutique trop longtemps négligée, du moins en ce qui concerne la foule de ceux qui en sont justiciables. La grande guerre a ouvert les yeux à un grand nombre et légion sont nos malades et blessés de guerre qui ont recouvré leur santé par l'utilisation rationnelle de nos ressources hydro-minérales et climatiques.

Pour sa première séance de travail, la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse nous offrait deux rapports sur la climatologie, rapports présentés par MM. Goudard, de Pau et Gandy, de Bagnères-de-Bigorre. Disons tout de suite le beau, le magnifique succès remporté par cette première session. M. le Pr Sabatier, doyen de la Faculté des sciences, membre de l'Institut et prix Nobel, présida la séance du matin. M. le Pr Abelous, doyen de la Faculté de Médecine, présida la séance du soir.

Parmi les professeurs présents à ces diverses réunions nous avons eu le plaisir de reconnaître MM. Morel, Cestan, Tapie, Clermont, Saint-Ange, Laporte, Audubert, Bardier, Lafforgue, Aloy, Moog, Maurin, Jaloustre, Dieulafé, et je m'excuse d'en oublier, de nombreux chefs de clinique et internes en exercice, enfin de très nombreux praticiens. Ajoutez-y cinquante hydrologues de nos diverses stations du sud-ouest, du Midi et du plateau central et vous vous figurerez aisément le nombre des assistants. Le Pr Sellier, de Bordeaux, eût été satisfait de voir combien son exemple est suivi.

M. le Pr Sabatier, en ouvrant cette première séance de travail, en souligna toute l'importance et le soir M. le Pr Abelous, en déclarant la session close, tenait à remarquer la haute tenue scientifique des diverses communications qui y avaient été présentées.

Nous serons très brefs sur les communications elles-mêmes, donnant, au contraire, plus d'extension aux résumés des deux rapports dont l'étude avait été mise à l'ordre du jour de la séance du matin.

M. le Dr Gandy, de Bagnères-de-Bigorre, nous exposa les indications et les contre-indications des stations climatiques d'altitude dans les Pyrénées françaises, tandis que M. Goudard étudia celles du littoral et de la plaine du sud-ouest de la France.

Depuis bientôt cinquante années les études météréologiques ont apporté à la climatothérapie un puissant appoint. Les magnifiques travaux de Lalesque, d'Arcachon, Sardou, Vallot, Hervé, etc., ont fait franchir un pas immense à cette branche de la thérapeutique. Il est grand temps que les médecins veuillent s'en pénétrer et en faire largement, très largement, bénéficier leurs malades.

Le Dr Gandy a groupé, dans une même vue d'ensemble, les stations de faible et moyenne altitude et, dans un chapitre particulier, les stations de haute altitude. Les premières se trouvent échelonnées sur les versants de notre chaîne pyrénéenne à une altitude ne dépassant pas 500 m., les secondes étagées de 500 à 1000 m. et enfin les troisièmes sises à plus de 1000 mètres

La latitude, l'Océan, la configuration orographique sont en quelque sorte les éléments statiques d'un climat et ces éléments aboutissent, pour la région occidentale, étudiée par le distingué médecin de Bagnères-de-Bigorre, à un climat tempéré. Argelès, protégée contre les vents est une station d'hiver en raison de sa protection contre les vents du sud-ouest. La brise remontant, l'été, le cours du Gave, donne aux malades la possibilité d'y séjourner également l'été. Beaucens, toute voisine, reçoit des malades toute l'année. A Bagnères-de-Bigorre, l'été est moins chaud qu'à Argelès, mais son hiver est plus froid. Luchon, à 630 m. est le type de la station thermale et climatique d'été. L'organisation des sports d'hiver en fait « une des plus importantes stations de neige ». Ax, St-Sauveur, Eaux-

BONNES, CAUTERETS offrent orientation et altitude diverses.

Sur le versant méditerranéen, AMÉLIE-LES-BAINS donne aux malades, toute l'année et, en particulier, pendant l'hiver, un climat relativement sec, nettement tempéré, à l'abri de la violence des vents. LE VERNET offre une végétation africaine aux visiteurs. PRATS-DE-MOLLO, avec son hiver sec et beau, permet aux malades le séjour toute l'année.

USSON, dans l'Ariège, à 758 m., offre toute l'année, mais surtout en été, les avantages de la cure d'altitude moyenne.

La zone orientale de nos stations pyrénéennes se ressent du voisinage de la Riviera et de la Méditerranée tandis que le versant occidental est conditionné par l'Océan, plus âpre.

Au-dessus de mille mètres, continue l'éminent rapporteur, on note une plus grande durée de l'insolation et son intensité infiniment plus marquée. Luminosité, sécheresse et pureté bactériologique de l'air, forte proportion d'ozone, modifient les échanges respiratoires.

GAVARNIE, BARÈGES, SUPERBAGNÈRES-DE-LUCHON, LES ESCALDES, FONT-ROMEU, offrent aux malades une couronne de stations.

A 1357 m, GAVARNIE convient à tous les convalescents devant faire la cure de repos, BARÈGES (1250 m.) convient aux hypotrophiques, à tous ceux, comme je l'ai écrit, dont l'énergie cellulaire est en sommeil. LUCHON-SUPERBAGNÈRES à 1800 m. offre avec son remarquable hôtel, toutes les possibilités de l'héliothérapie. Comme l'a professé Jules Renault, médecin de l'annexe Grancher et membre de l'Académie de médecine : « SUPERBAGNÈRES-DE-LUCHON convient, en particulier, aux enfants qu'il faut fortement tonifier ; FONT-ROMEU, plutôt aux enfants qui, névropathes, ont besoin du calme sous un climat toni-sédatif. » Cette assertion de l'un des plus grands maîtres de la pédiatrie contemporaine souligne la force du rapport de M. Gandy. Voici enfin MONTLOUIS et LES ESCALDES.

Sous la conduite de notre confrère et ami, le Dr Hervé, nous avons pu étudier les Escaldes : sanatorium et établissement thermal sulfuré splendidement bâtis à 1350 m. d'altitude. Les Escaldes, par ses 2360 heures d'insolation (proportion absolument inconnue dans les Alpes) permet de pratiquer l'héliothérapie dans des conditions les plus favorables. Hervé est un beau lutteur qui veut que l'on sache que la France est riche en climatisme et que snobs ou ignorants sont ceux qui la délaissent. Que notre ami donne donc un peu de son hyperglobulie de montagne à certains « anémiques » de la plaine...

De même que nous avons, il y a de longues années déjà, préconisé l'association des cures thermales, le Dr Gandy avec le Dr Goudard associent les cures de climat. On fera, peu à peu, monter de 450 à 100 m. tel ou tel malade et l'on fera descendre de 1300 à 600 tel autre. Réactions individuelles conditionnées par l'état humoral du malade.

Fatigués, surmenés, convalescents, ralentis de la nutrition, opérés au retour lent à la santé, tuberculeux apyrétiques en voie de guérison, trouveront dans nos Pyrénées remède à leurs maux.

Descendons de la montagne et avec le Dr Goudard, de Pau, gagnons la plaine et le littoral.

Dans la zone continentale le Dr Goudard étudie PAU, DAX et CAMBO. Dans la zone maritime : ARCACHON, BIARRITZ, ST-JEAN-DE-LUZ, HENDAYE.

L'auteur nous développe, pour chacune de ces stations, les indications propres à chacunes d'elles. Les indications générales pouvant se résumer ainsi : 1) douceur de la température dont les moyennes saisonnières sont très voisines de celles de la Riviera ; 2) remarquable stabilité thermique sans sautes brusques du thermomètre au cours d'une mêm-journée ; 3) atténuation très sensible du refroidissement au moment du coucher du soleil ; 4) diminution considérable du degré d'insolation, si dangereux pour les congestifs et les malades menacés d'hémoptysies.

Remarquons également, au moins en ce qui concerne les stations continentales, le calme atmosphérique : PAU, DAX, CAMBO, n'ont pas à souffrir de la brutalité du mistral ni des attaques du terrible vent du Nord. Les deux extrêmes, PAU et BIARRITZ sont nettement différenciées. De Pau à Biarritz, DAX, CAMBO, ARCACHON, HENDAYE, ST-JEAN-DE-LUZ, GUÉTHARY, BIDART présentent des caractéristiques climatiques qui permettent d'envoyer, ici plutôt que là, telle ou telle catégorie de malades.

PAU recevra toutes les variétés de la tuberculose pulmonaire et en second lieu tous les hyperexcités, névropathes, inquiets, angoissés.

A DAX, l'on enverra les rhumatisants, les goutteux, les myalgiques que le froid tyrannise.

D'après Hamant et Colbert, on doit envoyer à CAMBO tous les tuberculeux dont la tuberculose doit être *réfrénée* dans sa marche, modérée dans ses tendances évolutives ; tous ceux dont la maladie se trouve être en activité « *Cambo est la station de choix pour les malades atteints d'hémoptysie* ».

Nous voici dans la zone marine :

Arcachon (et Lalesque son porte-parole) réclament la tuberculose chronique à tous ses stades anatomiques. Tous les enfants hérédo-tuberculeux, tous les petits atteints d'adénopathie trachéobronchique.

N'oublions pas que la ville d'Arcachon nous offre et la mer et ses forets de pins aux senteurs balsamiques.

La côte basque retient pour elle en raison de son climat excitant les scrofuleux, les tuberculoses externes torpides, les gros ganglionnaires. HENDAYE et son gentil peuple d'enfants, nichée sur la plage, voit tous les ans des centaines et des centaines de santés recouvrées. A BIARRITZ, les chlorotiques, les lymphatiques asthéniques, les coxo-tuberculoses, les adénopathies cervicales ; Bidart et Guétary offrent, à peu de chose près les mêmes indications.

M. le Pr Lafforgue donna à grands coups d'aile

une vue des réalisations qu'il avait poursuivies au cours de son passage à la chaire d'hydrologie et insista en particulier sur le diplôme d'hydrologie créé au temps où il dirigeait l'Institut.

Professeur d'hygiène, M. le Dr Lafforgue, médecin en chef de l'hôpital militaire, ne cessera de s'occuper d'une chaire à laquelle il apporta un si vif intérêt et nous sommes assurés que nos stations thermales du Sud-Ouest — en ce qui concerne leurs rapports avec le Ministère de l'Hygiène — trouveront auprès de M. Lafforgue un puissant appui.

L'action des diverses eaux minérales sur la germination et le développement des plantes a fourni à MM. les professeurs Aloy et Valdiguié la matière d'une savante communication, toute inspirée de biologie générale et dont notre thérapeutique tirera de fructueuses conclusions.

Avec le Dr Cany, de la Bourboule, nous obtenions des précisions sur l'adénopathie trachéo-bronchique et son traitement par l'inhalation d'eau brumifiée... Oui ! à la vérité : la Bourboule, station d'enfants, station de dermatoses, professait aussi Carron de la Carrière, dont le nom doit toujours revenir dans l'histoire de nos stations au cours de ces vingt dernières années. La douche filiforme si bien étudiée par Veyrières ne fait-elle pas merveille dans le traitement des dermatoses prurigineuses ?

Le Dr Carcy a popularisé Capvern et la valeur diurétique de ses eaux où des milliers et des milliers de malades vont chaque année faire une « neuvaine ». Tout l'arbre vésico-rénal et aussi les colites relèvent de Capvern.

La radio-activité, vous le pensez bien, devait être à l'honneur et ce fut M. le Pr Jaloustre, agrégé de sciences physiques, ancien élève de l Institut Pasteur, qui savamment, en disserta. Les sources thermales de Sail-les-Bains et leurs nouvelles applications possibles lui fut l'occasion de nous dire que cette curieuse station était la plus riche de France en émanation de radium, la source Lepape à Luchon venant immédiatement après. Comme la notion de radio-activité ne laisse pas que d'être encore un peu mystérieuse pour les profanes et aussi pour quelques médecins, M. Jaloustre préconise la création de petits laboratoires dans chaque station thermale où les constances physico-chimiques des eaux seront recherchées et partant les applications thérapeutiques basées sur des notions constamment mises à jour. M. le Pr Abelous, insiste, avec M. Jaloustre, sur la nécessité de cette création, les analyses sur lesquelles vit notre thérapeutique thermale étant toutes à réviser.

Avec beaucoup d'éloquence et beaucoup d'à propos, M. Ménard, de Lamalou, présente un vœu sur la nécessité de la création d'inspecteurs régionaux devant contrôler et l'aménagement et la gestion des eaux minérales. Nous remercions vivement M. Ménard d'avoir bien voulu citer le travail que nous-même avions présenté à la Faculté de Médecine, lors de la séance d'inauguration de la Société.

M. Courrent a eu mille fois raison d appeler l'attention des praticiens sur toute cette pléiade de stations hydrominérales de la Haute-Vallée de l'Aude dont la puissance thérapeutique est si grande. Mais quel Mécène consentira jamais à les mettre en valeur!

L'intérêt de l'envoi précoce aux eaux minérales des malades qui en sont justiciables fut démontré de façon péremptoire par le Dr Gomma, d'Ax-les-Thermes. Voilà de la bonne besogne. Les frères Saint-Béat nous donnent les résultats de 20 années de pratique dans leur station de Salies-du-Salat et en particulier les possibilités de l'amélioration (et parfois de la guérison) des séquelles des paralysies infantiles. C'est là un sujet que les praticiens ne sauraient trop méditer ; ne jamais dire : Il n'y a rien à faire dans la P.I. tant que l'épreuve des eaux salines ou sulfurées n'a pas été tentée. »

Au cours des dernières vacances — ou mieux de la dernière saison thermale — nous fûmes le témoin de belles guérisons obtenues à Luchon par les insufflations de vapeurs sulfurées naturelles spontanément émises par les sources et conduites directement, sans aucune modification, dans la trompe d'Eustache. A la vérité, cette médication constitue une des plus curieuses caractéristiques de la station. M. le Dr Baqué entretint le Congrès du traitement des otites à Luchon. Landouzy avait raison de proclamer que la ville d'eau pyrénéenne était bien la station de la surdité. » Par de belles gravures et des observations scientifiquement relevées, notre confrère montre la réalité de l'assertion du Pr Landouzy.

A Saint-Sauveur, où, dit-on, fut conçu le futur prince Impérial, M. Surle traite les salpingo-ovarites Il nous donne le résumé de quelques observations impressionnantes. Quelle belle chirurgie conservatrice permet l'eau minérale !

D'Evian, M. Lévy-Darras nous envoya un mémoire sur les inconvénients du chauffage artificiel des eaux minérales. Il était réservé à M. Carrive, d'Odeillo, de nous faire une très alerte, très vivante présentation de son solarium d'Odeillo où tout un peuple d'enfants va bientôt, grâce à sa technique d'héliothérapie, retrouver la joie de la santé.

L'homme qui a permis aux hydrologues de lier contact avec les praticiens de Toulouse est le nouveau professeur d'hydrologie, notre ancien camarade d'internat, le Dr Serr. A lui doivent aller tous les remerciements. Le flambeau de Garrigou est en vaillantes mains : Souhaitons pour notre ami qu'il le maintienne haut et ferme d'aussi longues années que le fit son illustre prédécesseur dans la Chaire d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Raymond MOLINÉRY.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

P. ARDIN-DELTEIL, professeur à la Faculté de médecine d'Alger et P. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Manuel de petite chirurgie et de technique médicale journalière**, 3e édition entièrement revue (1 vol. in-8° raisin de 928 pages avec 507 fig. dans le texte, 1923 Prix : 45 francs.)

C'est un manuel de technique journalière essentiellement pratique, une sorte d'introduction à l'exercice délicat de la médecine pratique.

Les auteurs, recherchant avant tout la clarté, ont adopté dans les différents chapitres une méthode unique, un ordre toujours à peu près le même, ce qui facilite un travail d'assimilation plus complet.

Le caractère didactique de ce manuel le rend précieux pour les candidats à l'externat et à l'internat. D'une manière générale, il s'adresse aux praticiens et aux étudiants, aux infirmiers, gardes-malades, etc.

Voici d'ailleurs le plan de cet ouvrage.

Techniques élémentaires d'intervention courante : *description des actes fragmentaires constituant un acte opératoire* : antisepsie, anesthésie ; leurs indications, contre-indications et technique ; les accidents, hémostase, drainage, suture, etc. *Les bandages*, *Les appareils pour fracture*, indications pour le choix des méthodes.

Procédés élémentaires dont l'ensemble constitue la petite chirurgie : lavages, cathétérismes, injections de sérum, ponctions, vaccinations, révulsion et dérivation, émissions sanguines, respiration artificielle, inhalations et injections d'oxygène. Kinésithérapie.

Petites interventions courantes : outillage et technique des opérations sur l'oreille, le nez, les abcès, etc.

Traitements d'urgence : brûlures, corps étrangers, empoisonnements, etc.

Observation et assistance du malade : l'examen clinique du malade en médecine et en chirurgie ; examen du pouls, de la pression sanguine, de la température ; les régimes ; la désinfection, etc. L'*autopsie*.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

L. DEMELIN, professeur en chef à la Maternité de Paris et L. DEVRAIGNE. — **Manuel de l'accoucheur.** Un fort volume (16 × 24,5) de 1.520 pages avec 465 figures dans le texte, 1923. Prix : 68 francs.)

Les mêmes auteurs ont publié récemment le *Manuel de puériculture*, avec lequel le *Manuel de l'accoucheur* forme un ensemble complet.

Sans doute, les femmes accouchent aujourd'hui comme hier ; mais si la mécanique obstétricale ne représente qu'une application particulière de la dynamique et de la cinématique générales, la science de l'accoucheur emprunte beaucoup aussi aux autres sciences ; elle suit leurs progrès et en profite largement ; dès lors les livres vieillissent vite, et vite ils ont besoin de tenir compte des plus récentes découvertes du laboratoire et des progrès constants de la clinique.

La première partie de l'ouvrage contient un résumé d'anatomie et de physiologie génitales, d'embryologie humaine, l'exposé concret des manifestations de la grossesse, de l'accouchement, et des suites de couches à l'état de bonne santé.

Les complications de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, ainsi que les opérations de l'accoucheur, composent la deuxième partie.

Toutes les questions sont traitées uniquement au point de vue pratique. Les explications théoriques ne sont données qu'en vue de la compréhension des phénomènes , de leur fixation à demeure dans la mémoire et du choix des moyens les meilleurs pour remédier aux accidents et aux troubles fonctionnels. Les méthodes de traitement et d'intervention opératoire sont proposées avec toute la netteté et la précision possibles, et, en première ligne, celles qui ont recueilli sans conteste et après de multiples épreuves les suffrages des deux auteurs.

LE LIVRE DE FRANCE,
42, boulevard Port-Royal, Paris.

DUPUY DE FRENELLE. — **La transfusion sanguine** (Un vol., 116 pages, format 10 × 21, 13 figures Prix : 6 francs, 1923.)

Chaque fois que, chez un malade, un opéré ou un accidenté, on pense à l'utilité d'une injection intraveineuse de sérum, il faut se demander s'il n'y a pas lieu de verse r dans le sérum du sang humain, qui multipliera l'action bienfaisante de ce sérum.

Cette pratique est facile, à la portée de tous, sans danger, si on ne dépasse pas la dose de 200 grammes de sang, mélangés à 400 grammes de sérum, glucose.

Le but de ce livre est de vulgariser la pratique de la transfusion sous sa forme la plus simple. Il en décrit la technique avec une telle clarté, une telle simplification que tout médecin qui l'aura lu sera sûr de réussir sa première transfusion.

Le chapitre des indications est très complet ; celui des dangers apprend à les éviter par des moyens simples.

MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Paul FUMOUZE. — **Pratique médicale.** (Un vol. 440 pages avec 141 figures, 1923. Prix : 30 fr.)

La « Pratique médicale » du Dr Fumouze comprend les interventions de médecine et de petite chi-

rurgie, quelques opérations de chirurgie d'urgence, la thérapeutique et l'hygiène du corps.

Les articles à lire de préférence sont les suivants : abcès, anesthésie générale et locale, appareils plâtrés, appendicite, avulsion des dents, blennorragie, brûlures, cathétérisme des voies urinaires, constipation, cystite, dilatation de l'urèthre, diarrhée, enveloppements humides chauds, extension continue, fièvre typhoïde, fractures, grippe, hygiène du corps, hyperhydrose, injections rachidiennes et intraveineuses. Installation d'une petite salle de chirurgie. Instillations dans l'urèthre et dans la vessie. Lavage de l'estomac, luxation de la hanche, mécanothérapie, notions générales pour l'intervention de petite chirurgie, panaris, pansements de plaies, pansements dentaires, phlegmons, ponctions (abcès froid, ascite, hydrocèle lombaire, plèvre, péricarde, vessie). Résection costale, rétention d'urine, sérums, silicates, sondes, sutures, syphilis, tænias, tétanos, vaccins.

Imprimerie TRIDON-GALLOT, rue de Paris, Auxerre.

Dr LERICHE.—**Thérapeutique médicale synthétique et guérison du cancer.** (Une brochure in-8, 48 pages, 1924. Prix : 6 fr.)

L'auteur considère, de par ses recherches, le cancer comme étant l'aboutissant ultime d'un état morbide préexistant (terrain cancéreux), installé lentement, insidieusement et où les troubles et les lésions organiques, qui résultent d'une auto-intoxication chronique, jouent un rôle prépondérant. Les lésions constantes des glandes endocrines, les perturbations humorales profondes qu'elles entraînent et la déminéralisation intense de l'organisme représentent autant de facteurs indispensables à la prolifération cellulaire.

Ces recherches ont conduit le Dr Leriche à instituer un traitement général synthétique du cancer basé sur les considérations précédentes : extraits organiques variés, renforcés suivant les cas par des hormones spéciales ; éléments minéraux, restituant au plasma son déficit et exerçant une stimulation des glandes endocrines ; lipoïdes, ferments, phosphore organique et hémoglobine ; dans les cas avancés, colloïdes à propriétés dissolvantes actives.

Les résultats ainsi obtenus (voir les observations publiées) sont tels qu'ils autorisent à déclarer formellement que le cancer est curable par des moyens médicaux tous inoffensifs et d'un maniement facile.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE
26, rue Jacob, Paris (VIe).

Louis BRÉCHEMIN. — **Les poules.** Un ouvrage 12 % 19 de 380 pages de texte et 80 gravures. Broché : 8 francs ; franco : 8fr. 75.

Les Thèses

Alger. — Dr HADI (Fernand). — **Le traitement des complications de la blennorrhagie par le sulfarsénol.**

Que vaut le sulfarsénol dans le traitement des complications de la blennorrhagie ?

Il résulte des recherches de l'auteur que dans les différentes complications de la blennorrhagie, le sulfarsénol paraît posséder une activité beaucoup plus ferme et plus constante que les autres médications employées généralement : (vaccins, lait, etc.) ;

Les cystites, les prostatites sont, parmi les complications, celles qui sont le plus influencées par le traitement arsenical.

Les orchi-épididymites, le rhumatisme évoluent aussi heureusement sous l'effet du traitement, mais il est parfois utile de recourir aux traitements adjuvants, qui sont des auxiliaires précieux de ces affections ;

Le sulfarsénol, introduit dans l'organisme par la voie intramusculaire ou sous-cutanée, possède une activité d'action presque comparable à celle que l'on obtient en utilisant la voie intra-veineuse, il possède un mode d'administration facile qui ne peut être employé pour les autres arsenicaux.

Les résultats observés dans les complications gonococciques peuvent être obtenus en utilisant les autres sels arsenicaux, mais étant données la faible toxicité et la plus grande tolérance du produit, l'auteur n'a pas hésité à l'employer.

Le sulfarsénol, au contact du gonocoque, agit peut-être comme microbicide ; peut-être influence-t-il ses toxines ; mais on peut croire plutôt à l'action hémopoiétique en raison de l'amélioration de l'état général des sujets traités.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE GUÉRISSEUR D'AVIGNONET OU LE TRIOMPHE DE L'EXERCICE ILLÉGAL. IL FAUT ABROGER LA LOI DE 1892. LA SUSPENSION DU DROIT D'EXERCER.

M. Béziat, le fameux guérisseur d'Avignonet, vient d'avoir de nouveau les honneurs de la correctionnelle.

Il s'en est tiré avec 300 francs d'amende et 4.000 fr. de dommages-intérêts envers les Syndicats médicaux, — parties civiles au procès.

Il recommencera d'ailleurs : du moins ne s'est-il pas gêné pour le proclamer. Comment pourrait-il d'ailleurs faire autrement ? Il paraît que les médecins eux-mêmes lui adressent des malades, ainsi qu'il l'affirme. Et pourquoi les Syndicats médicaux s'acharnent-ils à lui faire des misères et à vider son escarcelle ? Sa clientèle est faite, pour la plus large part, des « laissés pour compte » des praticiens patentés, les soi-disants incurables, abandonnés, dans un aveu d'impuissance, par la Faculté.

Toute cette argumentation, nous la lisons dans les gazettes, qui sont enchantées de trouver dans cette affaire un aliment pour la chronique de l'actualité, en même temps qu'un prétexte à gratifier la gent médicale de nouvelles aménités.

Mieux encore : *Le Matin* du 29 janvier publie une interview du Dr Auguste Marie, le médecin de Sainte-Anne, que je ne reproduirai pas entièrement, mais qui se termine par la proposition suivante :

« La confiance en Béziat est-elle le recommencement de la santé ? Le miracle ne fût-il que cela, les inguérissables guéris à Avignonet trouveront apparemment que c'est quelque chose. »

Donc, si son industrie est délictueuse, au regard de la loi, elle n'en demeure pas moins bienfaisante. Et non seulement il ne faut pas chercher à l'empêcher de continuer, mais en quelque sorte, il y aurait plutôt lieu de l'y encourager...

D'ailleurs, cet encouragement, le fisc se charge de le lui donner, puisqu'il paraît que Béziat est soumis à une patente de *guérisseur*...

Cela, c'est évidemment le comble. Et je me demande jusqu'à quel point une pareille reconnaissance d'une profession que la loi condamne ne pourrait pas être poursuivie devant le Conseil d'Etat pour annulation.

C'est une question que je pose aux juristes qui ont quelque compétence dans l'application du droit à l'exercice de la médecine et à tout ce qui s'y rattache.

Peu importe d'ailleurs. Nous devons reconnaître que nous sommes bel et bien désarmés contre cette illicite concurrence. Car ce ne sont pas les quelques billets qu'un semblable illégal est condamné à payer qui pourront jamais l'arrêter. Et il aura vite fait de les regagner au centuple auprès d'une clientèle qui s'empressera, ne voyant en lui qu'une victime, de compenser ce qu'il aura ainsi perdu.

Aussi, je l'ai déjà dit, et je le répète : en vérité, il faut abroger la loi sur l'exercice de la médecine, et laisser la liberté à quiconque de soigner son prochain, qu'il soit ou non diplômé.

Puisque l'exercice illégal, que cette loi interdit et réprime d'ailleurs si mollement, ne peut, dans la réalité, être refréné, foin des restrictions et vive la liberté !

Mais, qu'il soit entendu que le jour où ce régime fleurira, tout cas de mort imputable à un guérisseur non diplômé docteur en médecine sera puni à l'instar d'un assassinat, et que toute lésion temporaire ou définitive produite par le traitement prescrit par ce même guérisseur entraînera contre lui des poursuites et de sévères condamnations.

Je ne risque rien à formuler de semblables souhaits. A supposer qu'ils soient jamais exaucés, les bons magistrats, toujours si indulgents pour les illégaux de la médecine, sont là pour un coup, et les peines prononcées seront toujours légères...

L'exercice illégal ne peut être réellement et pratiquement réfréné. C'est un fait indiscutable.

Qu'en pensent les partisans d'un Ordre des médecins qui disposerait du droit de suspension temporaire ou définitive d'exercice de la médecine ?

J'ai reçu, aimablement dédicacée, une Thèse de Doctorat en droit de M. Helot, docteur en médecine, intitulée : *Le droit disciplinaire dans les professions médicales*, soutenue en 1918 devant la Faculté de Paris.

Dans ses conclusions, l'auteur énumère les remèdes « qu'il conviendrait d'abord d'appliquer pour préparer une organisation disciplinaire effective et donnant satisfaction à tous. »

Désencombrement de la profession médicale. Surveillance des consultations hospitalières gratuites. Exposé sérieux, au début du P. C. N., aux étudiants des difficultés et des devoirs de la pro-

fession. Enseignement de la déontologie. Unification des codes de déontologie. Telles sont les premières propositions de M. Hélot. Pour en arriver ensuite au morceau capital : création d'un Conseil de l'Ordre Chambre disciplinaire, Conseil supérieur de la Médecine, Collège médical, Tribunal corporatif.... chargé par une loi de faire respecter ce code et investi du pouvoir de faire exécuter ses décisions.

Tout cela, pour arriver à quoi ? A interdire l'exercice de la profession, dans certains cas définis, au médecin convaincu d'avoir contrevenu aux articles du Code de Déontologie.

J'ai déjà demandé qu'on voulût bien préciser les fautes strictement déontologiques qui pourraient être punies de cette interdiction.

M. Hélot s'étend, page 19, sur la publicité mensongère, et à ce propos, il se demande si n'est pas subtile, « la différence établie par les membres des sociétés professionnelles qui crient haro sur le dentiste qui « extrait sans douleur » et qui, à leur tour, annoncent toute l'année dans la presse qu'ils ont « repris leurs consultations » ?

L'auteur appuie cette question sur une citation de Doyen ainsi conçue : « Certaines Sociétés professionnelles ne sont que des officines de réclame. »

Singulière référence. Et dont le choix n'est pas particulièrement heureux.

Mais passons. Donc, il y a des médecins qui savent soigner leur réclame, en particulier, en annonçant toute l'année qu'ils viennent de reprendre leurs consultations. Ce n'est pas d'une correction absolue. Et puis, après ! Prétendez-vous punir cette incorrection, même répétée, de l'interdiction à temps ou définitive d'exercer la médecine ?

Il n'y a qu'un moyen d'empêcher un médecin d'exercer la médecine, c'est de le maintenir en prison. Et encore ! Je ne suis pas sûr qu'il ne finirait pas par être occupé à l'infirmerie, et chargé au besoin de visiter les malades et de les soigner.....

Quand Béziat, guérisseur patenté (!), thaumaturge, ainsi que le qualifie le Dr P. Vachet, dans *Le Matin* du 2 février, récidiviste de l'exercice illégal, déclare qu'il continuera, nonobstant les condamnations qui pourront lui être infligées, comment voulez-vous qu'un médecin diplômé ne fasse pas de même ?

Réléguez donc cet épouvantail dans le magasin aux accessoires. C'est une épée dont les coups seraient, à chaque fois, donnés dans l'eau.

Il est bien entendu que je ne vise que l'interdiction absolue d'exercer toute la médecine. Par contre, la sanction serait opérante, qui prohiberait l'exercice d'une certaine médecine : la médecine militaire par exemple. Ou encore, la médecine publique (actes médico-légaux, médecine hospitalière, médecine sociale...). Parce qu'il serait possible d'imposer et de faire respecter la prohibition.

D'ailleurs, des faits récents viennent de donner, à cette appréciation de la suspension du droit d'exercer toute la médecine, une singulière force. Les trafiquants des carnets médicaux de Marseille avaient été condamnés, en première instance, à des peines corporelles, et à la suspension en question. Ils ont fait appel de ces jugements, et la Cour d'Aix aurait modifié ces décisions, en relevant les condamnés de cette suspension, « attendu qu'elle est impossible et inhumaine... »

La Cour de Montpellier, dans une affaire analogue, maintenant prison (sursis), amende et dommages-intérêts vient également de relever le condamné des peines accessoires d'interdiction d'exercice de la médecine et d'interdiction de séjour infligées en première instance.

Mon collègue Boudin doit publier et commenter ces arrêts. Je n'ajoute rien, en ce qui me concerne. L'opinion de la Cour d'Aix me suffit pour le moment.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Honoraires médicaux. — Preuve par témoins. — Valeur de l'avis d'accident.

Un membre du « Sou médical » a demandé l'appui de notre Ligue, parce qu'il était la victime de la procédure et de la mauvaise foi d'un débiteur.

Un cultivateur employait un journalier ; ce dernier, à la suite d'une piqûre septique, eut un panaris grave, avec propagation à la main, ce qui nécessita des soins, dont le montant fut de 539 francs.

Lorsque le patron reçut la note à payer, il la refusa, prétendant que la loi sur les accidents du travail n'était pas applicable et que le seul débiteur était l'ouvrier.

Sur nos conseils, le docteur H. cita son débiteur devant le juge de paix. Dans sa citation, notre confrère, demandait qu'au cas où la loi sur les accidents du travail ne serait pas applicable (puisqu'il s'agissait d'un accident agricole), il fût autorisé à prouver, par témoins, que le blessé était venu lui demander ses soins, envoyé par son patron, et porteur d'une déclaration d'accident, à lui remise par celui-ci pour la donner au méde-

cin, qu'un certificat de blessure avait été délivré ainsi qu'un certificat de guérison, ces deux pièces ayant été remises au patron.

Ce dernier déposa des conclusions, par lesquelles il demandait au juge de paix de ne pas reconnaître cette blessure, survenue à un ouvrier agricole, comme relevant de l'application de la loi du 9 avril 1898 et par suite de le décharger, lui patron, de toute dette envers le docteur.

Voici le texte du jugement par lequel le juge de paix accorde au médecin le droit de faire prouver par témoins le bien fondé de sa créance.

Justice de paix du canton d'Ourville (Seine-Inférieure).

(20 novembre 1923.)

Attendu que si l'art. 1341 C. civ. prohibe la preuve testimoniale pour les sommes supérieures à 150 fr. les art. 1347 et 1348 du même code apportent des exceptions à la règle générale, édictée par le dit art. 1341 ;

Attendu que la doctrine comme la jurisprudence admettent que les différentes applications que l'art. 1348 prévoit, ne sont que des exemples destinés à éclairer la règle, c'est une énumération démonstrative et non limitative ;

Attendu que l'impossibilité de se procurer une preuve littérale, visée par l'art. 1348, doit s'entendre d'une impossibilité morale et relative, aussi bien que matérielle et absolue et que l'appréciation des Tribunaux est souveraine à cet égard (Cassation, 2 et 21 février 1920) ;

Que les juges saisis sont des appréciateurs souverains de l'impossibilité de chaque espèce et doivent, dans cette appréciation, tenir compte de la qualité des personnes ;

Attendu que spécialement, les médecins et chirurgiens qui, à cause de la nature spéciale de l'exercice de leur art, et tant en raison de l'intérêt des malades que de leur dignité professionnelle, n'ont pu se procurer un engagement écrit de l'obligation contractée par le malade, ou par ceux qui ont requis leur assistance de payer leurs honoraires, doivent être autorisés à en apporter la preuve par témoins (Paris 15 mars 1905 ; D.P. 1907.2.357 et sur pourvoi, Requêtes 27 mars 1907 ; D.P. 1909-2-188 ; civil 13 avril 1910 ; D.P. 1911-1-14) ;

Attendu que dans ces conditions nous sommes amené à décider, que le Dr H. se trouve conformément à l'art. 1348 C. civ. dans une impossibilité morale et relative d'apporter une preuve littérale de l'engagement de M. B., et que son offre de preuve testimoniale est légalement admissible ;

Par ces motifs :

Autorisons le demandeur à prouver par témoins que H. est venu lui demander ses soins, envoyé par B., porteur de la déclaration d'accident à lui remise par celui-ci pour montrer au médecin, et s'est fait remettre par le Dr H. un certificat de blessure et ultérieurement un certificat de guérison qui lui avaient été demandés par B ;

Réservons à B. la preuve contraire. Disons qu'il sera procédé à l'enquête à notre audience du 4 décembre prochain à 10 heures.

A cette audience, comparurent différents témoins. Mais lorsque ce fut le tour du blessé à être entendu, l'avoué du patron le récusa comme ayant un intérêt direct dans le procès.

A quoi l'avoué du Dr H. répliqua, en déclarant s'opposer au reproche, qui n'est nullement fondé et qu'au surplus son client, le Dr H. déclarait renoncer purement et simplement à une action quelconque contre le blessé, pour le recouvrement de ses honoraires, au cas où, par impossible, le patron aurait été mis hors de cause.

Le juge de paix rendit, sur le siège, un jugement par lequel le reproche contre l'ouvrier n'était pas admis et entendit, sur-le-champ, la déposition du blessé.

Celui-ci déclara avoir été trouver le médecin, muni d'un certificat d'accident du travail, que lui avait remis son patron, avoir reçu du docteur un certificat initial, conformément aux prescriptions des lois sur les accidents du travail, avoir suivi un traitement pendant quatre mois et enfin avoir reçu du médecin un certificat de guérison, que le blessé remit à son patron.

Ce jugement fut frappé d'appel et « le Sou médical » suivit son adhérent devant cette juridiction supérieure. Voici le texte du jugement d'appel.

Tribunal civil d'Yvetot.

20 mars 1924.

(*Gazette des Tribunaux*, 13 septembre 1924.)

« Attendu qu'il n'est pas contesté que la cause invoquée n'est pas prévue par l'article 283 du Code de procédure civile, mais qu'il est reconnu en doctrine et en jurisprudence que l'énumération des cas prévus par l'article 283 n'est pas limitative ; qu'on peut reprocher un témoin ayant, dans le procès, un intérêt, non pas seulement éventuel, mais né et actuel ;

« Attendu que la renonciation d'H. à toute action contre H., pour soins à lui donnés à la suite de l'accident dont s'agit, enlève à H. tout intérêt dans l'issue du procès et laisse à son témoignage les garanties de sincérité suffisantes ;

« Que B. ne peut même pas préciser quel intérêt éventuel H. pourrait avoir dans la contestation ;

« Par ces motifs ;

« Reçoit en la forme B., appelant du jugement du 11 décembre 1923 ; confirme ledit jugement ;

« Rejette en conséquence le reproche contre le témoin H ; dit qu'il pourra être fait état de sa déposition ;

« Rejette l'appel comme mal fondé ;

« Condamne B. à l'amende et aux dépens. »

OBSERVATIONS. — La question de savoir si l'énumération des causes de reproche contenue dans l'article 283 du Code de procédure civile est ou non limitative est controversée. Toutefois, l'opinion prédominante ne considère pas l'énumération dont s'agit comme ayant un caractère limitatif. En ce sens, consulter : C. de cassation, 4 mai 1863 (Dalloz, 1864.1. 28) ; C. de Bezançon, 21 avril 1866 (Dal., 1866.2. 72) ; C. de cassation, 17 juin 1873 (Dal., 1874-1-167); C. de cassation, 5 novembre 1878 (Dal, 1879.1.214) ; C. de Nancy, 17 décembre 1885 (Dal. 1886.2.280) ; C. de cassation, 6 janvier 1897 (Dal., 1897.1.191) ; 3 mai 1899 (Dal., 1900.1.16) ; *Adde* : C. de cassation 28 octobre 1896 (Dal., 1897.1.45) ; C. de cassation, 16 février 1920 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1920.1.106); Dalloz (*Code de Proc. civ. ann.*, art. 283, n° 362 et suiv.).

En sens contraire, toutefois : C. de Paris, 4 novembre 1865 (Dal., 1866.5.459) ; C. de Nancy, 21 février 1864 (Dal., 1875.2.18) ; Sirey (*Rép. gén. du dr. franç.*, v° *Enquête*, n° 933 et suiv.).

L'affaire revint devant le juge de paix d'Ourville, pour être statué sur le fond et voici le jugement :

Justice de paix du canton d'Ourville (S.-Inf.).
20 mai 1924.

Attendu que de la déposition des témoins entendus, résulte la preuve des faits articulés par le docteur à l'appui de sa demande ;

Que de la déposition du 5e témoin H. résulte en effet que celui-ci a toujours été au service de M. B., depuis son arrivée à O., soit environ 5 ans, qu'il s'est blessé à la main en coupant du bois taillé, qu'au début de sa blessure, B. lui aurait dit d'attendre, que ça allait se passer et que c'était l'affaire de 8 jours, qu'il lui a même remis, en deux fois, 42 francs ; mais la blessure s'aggravant dans des proportions inquiétantes, le sieur B. l'a envoyé se faire soigner chez le Dr H., porteur d'un papier et pour requérir ainsi un certificat médical, qu'à son retour chez son patron, H. lui remit ce certificat ;

Qu'il en résulte encore, qu'après avoir reçu les soins du docteur pendant 4 mois, celui-ci a délivré un certificat de guérison, qu'il a également remis à son patron ;

Que de la déposition du 4e témoin, Vve F., il résulte que B. avait donné à H. un papier pour aller chez le Dr H. et qu'il a rapporté de chez celui-ci une feuille que B. a porté chez l'agent d'assurances ;

Que cette déposition confirme celle de H. sur les agissements de B. ;

Attendu enfin que le 1er témoin, F., dépose que B. avait dit à tous ses domestiques que H. avait l'assurance, ce qui en langage commun signifie que le patron assuré pour son ouvrier victime d'accident fait soigner celui-ci sous le couvert de sa police d'assurances, que le témoin a ajouté que tous les domestiques et B. savaient que le Dr H. donnait ses soins à H. ;

Attendu que de l'ensemble de ces dépositions résulte la preuve incontestable que B. avait envoyé son ouvrier blessé chez le Dr H. pour recevoir ses soins, qu'il avait fait connaître à celui-ci que pour se couvrir des frais médicaux qu'il sollicitait pour son ouvrier, un certificat lui était nécessaire, qu'il avait demandé ce certificat, qu'il en a fait usage en l'envoyant à sa Cie d'assurances avec une déclaration d'accident, le 25 avril 1922, qu'il a laissé le docteur continuer ses soins jusqu'à complète guérison et qu'alors il a reçu de celui-ci le certificat d'usage ;

Attendu qu'en requérant ainsi les soins du Dr H. pour un de ses ouvriers blessé à son service, B. s'est constitué garant et débiteur de ces soins vis-à-vis du docteur ;

Attendu que B., reconnaissant sa responsabilité n'a pas hésité à prétendre dans ses conclusions, que H. n'avait jamais été à son service proprement dit, et qu'il était atteint d'un panaris et non victime d'un accident, et que s'il lui avait remis des pièces établissant qu'il était assuré contre les accidents, c'était pour le faire bénéficier, si possible, des avantages stipulés au profit de ses employés ; que B., en procédant ainsi, voulait donc mettre à la charge de la Compagnie d'assurances des risques que celle-ci ne devait pas supporter, qu'il cherchait donc à accomplir une mauvaise action vis-à-vis de la Cie ;

Que si B. n'a pu arriver à recouvrer de sa Cie d'assurances le remboursement de la dette qu'il a ainsi contractée, le Dr H. n'en saurait être rendu responsable, qu'il est en droit d'obtenir son paiement de B. ;

Que le chiffre des honoraires et médicaments réclamés par le docteur n'est nullement contesté par B., que du reste le docteur a déclaré avoir fait application du tarif médical en matière d'accident du travail ;

Qu'il y a donc lieu de faire droit à la demande du Dr H. ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens ;

Par ces motifs :

Jugeant publiquement, contradictoirement et en premier ressort,

Condamnons le sieur B. à payer au Dr H. la somme de 539 fr. 75 pour les causes sus-énoncées ;

Le condamnons aux intérêts de droit de cette somme et en tous les frais et dépens.

Le patron fit appel et notre confrère, toujours soutenu par le « Sou médical », a obtenu entièrement gain de cause.

Tribunal civil d'Yvetot,
19 décembre 1924.

« Attendu que lorsqu'un patron, se croyant à tort ou à raison, assuré contre un accident survenu à un de ses ouvriers, envoie cet ouvrier blessé à un méde-

cin, lui fait dire de le soigner immédiatement et lui fait remettre sa feuille d'assurance, il n'accomplit pas seulement le devoir moral d'un patron à l 'égard d'un ouvrier blessé à son service ;

Qu'en agissant ainsi, il se porte garant du paiement des honoraires du médecin ;

Qu'il contracte vis-à-vis de lui l'obligation juridique de l'indemniser, soit par sa compagnie d'assurances, soit par lui-même, de tous les soins donnés au blessé, s'il n'a pas pris la précaution de faire connaître, ou de laisser entendre, d'une manière non équivoque, au médecin, son intention contraire. »

Sur ce point particulier de la valeur du bulletin d'avis, remis par le blessé, au médecin, lors de la première visite, ou consultation, nous avons publié, dans le *Concours médical* de 1923, 1364, un jugement de paix de Nantes (6e et 7e cantons), du 9 juin 1921 et nous avions indiqué un certain nombre de réflexions, d'ordre pratique, concernant l'exercice journalier de notre profession.

Depuis cette date, le « Sou médical » a obtenu une autre décision :

Justice de paix de Chantonnay (Vendée), du 2 octobre 1924 :

« Attendu que le rôle du médecin consiste uniquement, non pas à questionner le patient et à rechercher si oui ou non celui-ci est victime d'un accident du travail (des juridictions plus compétentes étant prévues pour trancher le différend, le cas échéant) mais à fournir ses soins et à lui procurer des médicaments en cas de besoin, n'ayant à s'adresser ultérieurement, pour le règlement de ses honoraires et déboursés qu'à la personne, ou à l'établissement, qui lui a commandé de fournir ses soins.

Voir également J. P. Frontignan (Hérault) 11 avril 1924, *Concours Médical* 1925, p. 311.

Conclusions.

1° Au point de vue juridique, nous enregistrons, avec plaisir, cette tendance de la jurisprudence à considérer quel est le véritable rôle du médecin, lorsqu'en présence d'un blessé, le praticien a autre chose à faire qu'à examiner, à la loupe et avec des yeux de juriste, la valeur d'engagement du bulletin d'avis, qui lui est remis, par la victime, au nom de son patron.

2° Nous voyons également comment un client de mauvaise foi peut se réfugier dans le maquis de la procédure, pour lasser le médecin et obtenir de ce dernier la renonciation à sa note d'honoraires.

Si le Dr H. n'avait pas été membre du « Sou médical », il aurait vraisemblablement passé sa note au compte de profits et pertes, pour avoir la paix, surtout s'il avait appris d'avance que, pour toucher 539 francs d'honoraires, il aurait 520 fr. de frais, s'il gagnait en justice. Que serait-ce, s'il perdait !

Mais le « Sou Médical » ne bornant pas son activité aux seules questions de responsabilité professionnelle, ne veut pas que ses adhérents aient à pâtir d'une injustice, ni de la mauvaise foi de quelques clients. Aussi avons-nous accepté de faire les frais de ce procès, quels qu'ils puissent être ; nous sommes restés aux côtés de notre confrère devant toutes les juridictions, devant lesquelles il a plu à notre adversaire de nous mener et nous avons réussi à faire donner à ce dernier la leçon qu'il méritait.

Dr Paul Boudin.

LES ACTUELS PROJETS DE LOI SUR LA PERCEPTION DES IMPOTS

On sait maintenant que le Parlement vote souvent des lois avec effets rétroactifs — ce que l'on n'avait jamais vu jusqu'ici. A temps nouveaux, méthodes nouvelles, dira-t-on. Nous ne discutons ni la valeur, ni l'opportunité de ces méthodes, nous constatons, et nous essayons non pas de vaticiner, mais de prévoir, et surtout de nous mettre en garde pendant qu'il est en temps encore.

Avant le 28 février 1925, nous devons avoir déclaré notre revenu, et le budget ne sera, dit-on, voté qu'en mai, vu les choses en cours à la Chambre et qui presseraient, dit-on encore, davantage ! En mai, voire à partir du 1er mars, il serait donc trop tard pour se conformer à la nouvelle loi de finances, en préparation, et dont on ne connaît que les grandes lignes probables.

La Confédération des Travailleurs Intellectuels, C. T. I. ne se désintéresse nullement, on le conçoit, de la question de l'impôt sur le revenu de ses modes de déclarations et de justifications aussi est-ce là qu'il m'a été donné d'apprendre ce que je vais ici résumer en quelques lignes. Notre conseiller fiscal, M. A. Martinot, pourra d'ailleurs, à l'occasion, compléter ces données.

Devant les réclamations générales des professions libérales contre le livre de comptabilité à tenir, les justifications des recettes médicales compromettant le secret professionnel et par suite la santé publique, on paraît y avoir renoncé.

Les marques extérieures de la richesse ont aussi été très discutées : on a montré les familles nombreuses tenues à un grand appartement, et pas plus riches pour cela, au contraire ! J'ai signalé certains spécialistes médicaux encombrants, comme les radiologues, où la famille s'ajoute aux appareils sans cesse changeants !...

On parle, quoiqu'il en soit beaucoup moins question en ce moment, de ces « marques extérieures. »

Ce qui tient la corde à cette heure, c'est d'exiger, non plus la déclaration des bénéfices nets, mais des bénéfices bruts, avec celle des frais à déduire et leur justification. Il y a là une source de difficultés, et probablement de conflits.

Aussi a-t-on parlé de *forfait*, autrement dit, d'évaluer d'une façon globale et générale lesdits frais professionnels à 33 % du tiers des recettes brutes. A la C. T. I., notre président, M. Frantz-Jourdain, architecte, a de suite trouvé ce chiffre inférieur à la réalité, montrant le nombre de voyages et de devis faits en pure perte, et atteignant bien au moins la moitié des recettes brutes. J'en ai dit autant des radiologues, et ne sommes-nous pas légion actuellement, donc, intéressants par notre nombre, sinon par nos martyrs !

Je m'excuse près des autres spécialistes ou non, laborieux de la profession, dépensant tant de frais de locomotion, qui, s'ils n'ont pas leur auto personnelle, auront bien du mal à justifier de ces frais ; je m'excuse, dis-je, de me borner à les signaler en passant.

Je me permets de revenir aux radiologues et aux difficultés de justifications de leurs dépenses courantes, plaques mauvaises ou gâchées, soupapes et tubes brûlés..., mais il y a la question des appareils et leur amortissement. Ici, très difficile, le quantum à établir, car l'outillage fait à certains moments de brusques progrès ; combien de temps pourra-t-on garder ces appareils nouveaux avant qu'en surgissent d'autres, afin d'en répartir le capital entre ces deux périodes ? L'achat ne compte pas pour le fisc, on le sait, il est censé demeurer capital, ne rien perdre de sa valeur ou simplement une valeur d'usure à répartir sur plus ou moins d'années.

En chirurgie, il en est assez souvent de même.

Si l'on estime que tel appareil durera, ou plutôt *servira* tant d'années, 5 ou 10 par exemple, et que l'année d'après, il le faille changer pour avoir le nouvel instrument meilleur, on aura donc, des charges, diminué trop peu, et enrichi (?) l'Etat, à son propre détriment. Tout cela est source, ou le sera, de difficultés incessantes.

Il faut donc garder toutes ses justifications de dépenses, quand on le pourra. Le forfait n'est pas, paraît-il, en faveur près du Gouvernement, et on voit combien lui-même est discutable. Je crois que beaucoup d'entre nous n'ont pas dû garder toutes leurs pièces justificatives de 1924, car, sauf à la fin de 1924, nous vivions sous le régide de la déclaration des *bénéfices nets*. Il faut donc, s'il en est temps encore, garder tous les papiers justificatifs encore en notre possession ou essayer de rattraper les autres : c'est le seul but de ces considérations !

On avait aussi parlé de faire faire, pour les professions non commerciales, diverses déclarations selon l'origine des ressources. Un médecin est-il, en même temps que praticien, fonctionnaire, écrivain, auteur, aurait déclaré chaque source de revenu, laquelle aurait subi un avantageux dégrèvement à la base. *Le Temps* avait longuement développé ce projet au commencement de janvier 1925 ; l'*Œuvre*, l'avait analysé clairement. Il ne semble pas devoir être retenu ; mais, comme l'on ne sait jamais, on peut garder la justification de ces sources diverses (assez peu rénumératrices en général) !

La production de livres semble rejetée. Certaines déclarations malhonnêtes la justifiaient presque. On a, je crois, même avec le fisc, et quoiqu'on ait parlé de « poires » en l'espèce, tout intérêt à être honnête, et dans tous les cas à garder toutes ses preuves.

Le fisc a *six ans* pour agir, ne l'oublions pas, et a tous les droits de taxation, et alors au contribuable de prouver le contraire, donc, de produire des livres, des pièces... Notre secret professionnel, même avec les nouveaux projets, n'est donc pas si en sécurité que cela !

Enfin, je me répète une dernière fois, devenons paperassiers et encombrons-nous de factures périmées et de tous papiers pouvant être utiles, sait-on jamais !...

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

R. H. M. S. 5560.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

L'inviolabilité du capot. — Contre la gêne de la pluie ou du soleil. — L'anti-vol. — Le pare-chocs.

Il est curieux de constater que, s'il est admis généralement que les Français ont l'esprit inventif, ce n'est guère dans le domaine des accessoires automobiles que cet esprit s'exerce. La plupart des inventions nous viennent, en effet, pour nos voitures, d'Amérique et d'Angleterre.

Je veux bien qu'une des principales raisons de ce fait est le plus grand développement de l'automobile dans ces pays, mais néanmoins, il me semble que nos concitoyens se contentent trop souvent de copier, sans chercher à créer.

Il m'a paru utile de parler ici de ces mille choses qui, sans être indispensables à la bonne marche d'une voiture, en rendent cependant l'emploi infiniment plus pratique et plus agréable.

Pour mémoire seulement, je rappellerai que les

pneus « balloon » ou « à basse pression », nous sont venus des Etats-Unis. Personne ne peut nier aujourd'hui qu'ils ont sauvé la voiture utilitaire.

Enumérons maintenant quelques nouveautés intéressantes, en passant successivement en revue les diverses parties de la voiture :

— Un capot a besoin d'être inviolable. N'est-ce pas lui qui protège la magnéto, par exemple, si souvent volée ? Eh bien, combien d'automobilistes savent-ils qu'il existe des dispositifs très pratiques qui empêchent absolument l'ouverture du capot quand on n'en connaît pas le secret ?

— Il pleut, ou il fait au contraire un temps trop radieux. Le soleil brille intensément. Le conducteur, dans les deux cas, est complètement aveuglé et a toutes les peines du monde à conduire.

En Amérique, presque toutes les voitures ont un pare-brise muni d'une deuxième glace teintée de vert ou de jaune, inclinable à volonté, qui empêche la pluie ou le soleil de salir ou de se refléter dans la première glace, agissant comme un volet par rapport à une fenêtre, ou mieux comme un store. Quoi de plus simple ? Et pourtant en France, ce système est presque ignoré.

S'il s'agit de la pluie seulement, on trouve assez facilement des appareils constitués de deux lamelles de métal bordées de caoutchouc que l'on peut glisser le long du pare-brise, mais il faut répéter l'opération à chaque instant, ce qui oblige à lâcher le volant d'une main, opération toujours dangereuse.

Quelques-uns de ces appareils sont actionnés électriquement, mais leur prix est très élevé.

— Vous vous arrêtez. Comment allez-vous immobiliser votre voiture pour être sûr de la retrouver, si vous devez entrer dans une maison d'où vous ne pourrez pas la surveiller ? En fermant la clé de démarrage ? Mais il n'y a rien de plus facile que de couper le fil de masse et de mettre ensuite en marche avec la manivelle ou en poussant la voiture.

En Angleterre et en Amérique, tout le monde a un appareil anti-vol qui protège efficacement les voitures. Bon marché et bien faits, ils sont vendus avec la voiture, comme pièce indispensable de l'équipement. Grâce à eux, on a pu organiser des parcs garages dans les grandes villes qui s'en sont trouvées d'autant décongestionnées. Et ici, qu'a-t-on fait ? De fort jolies choses, incontestablement, mais beaucoup trop chères, et que leurs constructeurs n'ont pas pu réussir à faire monter en série sur les voitures.

— Vous êtes dans une automobile fermée. Il pleut. Vous allez vous arrêter ou tourner brusquement. Sortir votre bras et faire signe est difficile et désagréable. Ne pas le faire, c'est risquer l'accident.

Pourquoi n'emploie-t-on pas l'un de ces multiples systèmes qui permettent aux chauffeurs Américains et Anglais, en appuyant sur un bouton placé à portée de leur main, sur le tablier, d'allumer un signal très visible, placé à l'arrière de la voiture, qui indique à volonté : arrêtez, gauche, droite, etc. ?

— Vous êtes dans une grande ville ; il y a encombrement. Vous suivez une file de voitures. Un arrêt trop brusque de celle qui vous précède ne permet pas aux freins d'agir assez vite. Que se passe-t-il ? Vous télescopez l'arrière de votre collègue en automobile, et vous défoncez vos ailes, votre radiateur et vos phares, bien heureux quand vous ne faussez pas en outre votre manivelle de mise en marche.

Et dire qu'il est si facile d'éviter ce si fréquent accident par l'emploi de pare-chocs !

Et, dans ce cas, la négligence est encore plus coupable, parce qu'il existe d'excellents appareils français, mais, comme je le dis plus haut, nous n'avons pas l'esprit orienté vers ces détails dont nous ne comprenons l'importance que trop tard.

Ne croyez pas que la série soit épuisée de tous les dispositifs que l'on peut utilement monter sur une voiture.

Je me propose de consacrer encore au moins une chronique à en expliquer quelques-uns particulièrement bien compris, et je fais appel à mes confrères pour me signaler ceux que je pourrais oublier.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

23 *décembre* 1924.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Nollet, Mignon, Gassot, Noir, Levassort, Duchesne, de la Rochefordiere, Pamart, Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons MA et B.

34 Parmentier	Var	3 mois	300 »
80 Pardoux	Paris	3 mois	300 »
81 Treille	Creuse	3 mois	300 »
100 Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106 Roger	Ille-et-Vilaine	6 mois	600 »
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	un mois et 23 jours chr.	176 60
154 Poirson	Jura	3 mois	300 »
162 Bilhaut	Paris	un mois et 14 jours chr.	146 50
164 de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
192 Houdart	Finistère	3 mois	300 »
219 Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228 Tacheron	Aube	3 mois	300 »
255 Demmler	Oise	3 mois	300 »
260 Jacquot	Oise	3 mois	300 »
273 Mouly	Seine	58 jours	580 »
307 Manoel	Var	36 jours	360 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
341 Chabanon	Lozère	3 mois	300 »
348 Millas	Creuse	3 mois	300 »
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
379 Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
383 Deney	Gironde	26 ours	260 »
412 Duros	Manche	39 jours	390 »
432 de Lagoanère	Gironde	23 jours	230 »
442 Froment 1/2	Bouches-du-Rhône	2 mois et 9 jours chr.	115 »
472 Authenac	Indre	60 jours + 2 jours chr.	666 65
497 Pavie	Paris	6 jours	60 »
504 Delucq	Gers	3 mois	300 »
535 Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
663 Mezangeau	Mayenne	18 jours	180 »
688 Monmarson	Manche	3 mois	300 »
696 Cezilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
697 Poitevin	Charente-Inférieure	14 jours	180 »
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
834 Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
837 Bécour	Nord	3 mois	300 »
839 Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
853 Duballen	Saône-et-Loire	14 jours	140 »
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
900 Duclos	Paris	3 mois	300 »
934 Girard	Paris	14 jours	140 »
951 de Gisson	Haute-Garonne	3 mois	300 »
954 Paumès	Haute-Garonne	5 jours chr.	16 65
966 Compans	Gironde	9 jours + 1 mois et 13 jours chr.	243 30
993 Boutard	Eure	3 mois	300 »
996 Bellier	Maine-et-Loire	5 jours	50 »
1028 Dejean	Nièvre	24 jours	240 »
1054 Robert	Aube	17 jours	170 »
1056 Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057 Boudon	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
		A reporter	13.944 70

			Report	13.944 70
1074	Bleicher	Marne	20 jours	200 »
1112	Mikoff	Saône-et-Loire	60 jours + 12 jours chr.	639 95
1167	Besson	Isère	un mois et 28 jours chr.	193 35
1190	Guillemin	Saône-et-Loire	jours	80 »
1191	Eyraud	Ain	58 jours	580 »
1213	Etienne	Ardennes	20 jours + 2 mois et 11 jours chr.	436 65
1233	Bourgraff	Meurthe-et-Moselle	7 jours	70 »
1236	Thadée	Hérault	26 jours + 19 jours chr.	333 25
1244	Blayac	Bouches-du-Rhône	58 jours	580 »
1252	Gaillard	Morbihan	un mois et 7 jours chr.	123 30
1259	Rilhac	Aube	un mois	100 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Finistère	3 mois	300 »
1302	Duvau	Saône-et-Loire	33 jours .?	330 »
1329	Goldenberg	Seine-et-Oise	un mois et 28 jours chr.	193 25
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	3 mois	300 »
1401	Joly	Alger	33 jours	330 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1425	Ramond	Seine-et-Marne	60 jours + 10 jours chr.	633 25
1501	Brihmat	Allier	44 jours	440 »
1551	Roques	Ariège	27 jours	470 »
1561	Markuszevski	Seine	8 jours	80 »
1563	Saint-Pau	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1611	Traversier	Isère	20 jours + 13 jours chr.	243 30
1619	Bridoux	Pas-de-Calais	9 jours	90 »
1664	Roy	Nièvre	12 jours	120 »
1668	Maurat	Lozère	3 mois	300 »
1675	Frenel	Oise	3 mois	300 »
1778	Poirson	Tunisie	26 jours	260 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1840	Angellier	Saône-et-Loire	19 jours	190 »
1925	Bonnes	Paris	35 jours	350 »
1937	Berthail	Loire	3 mois et 19 jours chr.	363 25
1946	Parmentier	Vendée	56 jours	560 »
			Total	24.574 25

Combinaison MA D

13	Duron	Alpes-Maritimes	20 jours	400 »
95	Rebouillat	Alpes-Maritimes	9 jours	180 »
112	Mikoff	Saône-et-Loire	60 jours + 12 jours chr. (1/2)	639 95
150	Phélebon	Loir-et-Cher	9 jours + 2 mois et 22 jours chr.	0 »
209	Routin	Lot-et-Garonne	13 jours	260 »
237	Perrion	Paris	12 jours	240 »
298	Bardou	Tunisie	31 jours	620 »
497	Poitevin	Charente-Inférieure	18 jours (1/2)	180 »
114	*Massot*	*Meuse*	*13 jours*	*260 »*
1190	Guillemin	Saône-et-Loire	8 jours... (1/2)	80 »
1213	Etienne	Ardennes	20 jours + 1 mois et 11 jours chr (1/2)	463 65
1398	*Roux*	*Haute-Savoie*	6 jours (1/2)	60 »
1501	Brihmat	Alger	44 jours (1/2)	440 »
1551	Roques	Ariège	47 jours (1/2)	470 »
			Total	3.999 60

Le Conseil inflige une amende de 20 francs aux sociétaires n° 106 et 1937 pour retards dans leur déclaration.

M. le Dr D. fait à la caisse auxiliaire un don de 20 francs ; le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du 4e trimestre 1924, les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
43	Veuve Chevreux, Paris	150 fr.
45	Veuve Valot, Haute-Saône	60 fr.
51	Veuve Rousselot, Marne	150 fr.
38	Madame Gillette, Calvados	150 fr.
13	Mineurs Deshusses, Hte-Savoie	118 fr. 45
	Total	778 fr. 45

Ces sommes leur seront délivrés sur production d'un certificat de vie au 31 décembre 1924.

Pensions de retraite.

Le Conseil vérifie les droits à la retraite (combinaison R) des membres suivants et leur alloue la pension de l'année 1925 :

10. G. Laurent, Loire............ 1.200 fr.
39 Siguan, Bouches-du-Rhône..... 1.200 »
77 Scheydt, Hérault.............. 1.200 »
23 Bonnefous, Aveyron........... 1.200 »
70 Meyer, Seine-et-Oise.......... 1.200 »
101 Patron, Gard................. 1.200 »
Total .... 7.200 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 1er janvier 1925.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA :

MM. Castelbon, Demur, Barandon, Mayet, Payré et Lafitte.

Combinaison MAD :

MM. Demur, Barandon, Potié, Villonnet, Mayet, Payré et Lafitte.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de MM. les docteurs :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Breteille, de Paris.
Meunier, de l'Oie (Vendée).
Bonnin, de Bordeaux.
Guichard, de Bourg-Argental (Loire).
Béquain, de Servance (Haute-Saône).
Coirint, de Kedange (Moselle).
Miriel, de Clamart (Seine).
Seguin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).
Martin, de Fourmies (Nord).
Camus, de Thionville (Moselle).
Oblin, de Villedieu-les-Poëles (Manche).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Duslé, de Paris.
Alméras, de Villefort (Lozère).
Meunier, de l'Oie (Vendée).
Bonnin, de Bordeaux.
Lengrand, de Vertain (Nord).
Robert, d'Issoudun (Indre).
Miriel, de Clamart (Seine).
Goniondsky, de Valbonnais (Isère).
Seguin, de Rozoy-en-Brie, (Seine-et-Marne).
Ducret, de Rugnier (Haute-Savoie).
Gallichon, de Lyon.
Gauthier, de Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).
Oblin, de Villedieu-les-Poëles (Manche).

Passage de 1/2 MAD à MAD.

MM. les docteurs :
Satre, de Grenoble.
Guittard, de la Chataigneraie (Vendée).

Les admissions définitives de ces sociétaires seront prononcées à la séance de fin mars.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Sérane, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
Meunier, de l'Oie (Vendée).
Séguin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).
Ducret, de Reignier (Haute-Savoie).

Mesdames :
Sérane, de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
Séguin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Combinaison R :

MM. les docteurs :
Wagner, de Lieurey (Eure).
Nogier, de Paris.
Séguin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).
Tarrade, de Limoges.

Mesdames :
Nogier, de Paris.
Séguin, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Trésorier, P. Boudin. *Le président,* A. Maurat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique médicale propédeutique** (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). Professeur : M. Emile Sergent. — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical.* — Du lundi 2 mars au samedi 7 mars 1925 inclus, par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand et P. Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 fr.

Programme des leçons théoriques.

Ces leçons seront au nombre de trois par jour, à 51 heures, à 14 heures 1/2 et 17 h. 1/2.

Lundi 2 mars, 11 heures. — Prof. Sergent : Règles générales du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire.

14 h. 1/2. — Dr Cottenot : Foie et voies biliaires.

17 h. 1/2. — Dr G. Durand : Œsophage, estomac.
Mardi 3 mars, 11 h. — Prof. Sergent : Tuberculose pulmonaire.
14 h. 1/2. — Dr G. Durand : Estomac.
17 h. 1/2. — Dr Pruvost : Poumon, plèvre.
Mercredi 4 mars, 11 h. — Prof. Sergent : Cage thoracique, trachée, bronches.
14 h. 1/2. — Dr Cottenot : Pneumo-péritoine.
17 h. 1/2. — Dr Ribadeau-Dumas : Médiastin adénopathies trachéo-bronchiques.
Jeudi 5 mars, 11 h. — Dr Cottenot : Affections ostéo-articulaires.
14 h. 1/2. — Dr G. Durand : Intestin grêle.
17 h. 1/2. — Dr Lian : Cœur.
Vendredi 6 mars 11 h. — Dr G. Durand : Gros intestin.
14 h. 1/2. — Dr Cottenot : Crâne et colonne vertébrale.
17 h. 1/2. — Dr Darcissac : Mâchoires et dents.
Samedi 7 mars, 11 h. — Dr F. Bordet : Aorte et vaisseaux.
14 h. 1/2. — Dr Pruvost : Pneumothorax, pneumo-séreuse.
17 h. 1/2. — Dr Cottenot : Reins, uretère, vessie.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES.

Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades) et tous les après-midi à 16 h. (démonstration des principales techniques radiologiques par le Dr Cottenot).

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

— **La photographie médicale à l'Exposition de Luna Park** (15 février au 1er mars). — NOXA y expose et démontre son modèle spécial pour réduction de radiographie, photographie de pièces, reproduction de documents, pages de livres, agrandissement des coupes.

— **Hygiène sociale.** — Au nombre des membres du Conseil de perfectionnement de l'Office national d'hygiène sociale, annoncé dans le numéro 6 du 8 février, figurent *obligatoirement* le président de l'Association générale des médecins de France et le président de l'Union des syndicats médicaux de France.

Ainsi apparaît de plus en plus la nécessité de la présence, au sein des organismes officiels concernant médecine et hygiène, des représentants qualifiés des grands groupements médico-professionnels.

Faculté de médecine de Paris (Année 1925). — *Cours complémentaire de perfectionnement.*

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL ST-ANTOINE (184, *rue du Faubourg-Saint-Antoine*). — Professeur : M. LEJARS.

Chirurgie d'urgence. — Un cours de perfectionnement, portant sur la chirurgie d'urgence sera fait du 1er au 12 juillet, par M. le Pr LEJARS ; MM. BROCQ, ancien chef de clinique, chirurgien des hôpitaux ; SÉJOURNET, chef de clinique.

Le cours comprendra des examens de malades et d'anciens malades ; des démonstrations de pièces et de préparations ; des conférences avec projections ; et l'assistance auxopérations d'urgence qui se présenteront.

Il aura lieu le matin, de 9 h. 1/2 à 11 heures, et l'après-midi, de 15 à 17 heures.

Le droit d'inscription est fixé à 150 francs.

CHAIRE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (*Hôtel-Dieu* **1**, *place du Parvis-Notre-Dame*).

Cours de perfectionnement, du premier mardi de mai au commencement de juin.

Les leçons et travaux pratiques ont lieu tous les jours, de 4 à 6 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre DUPUYTREN et laboratoire), sauf pour les leçons de médecine opératoire qui se feront à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

Les auditeurs du cours sont invités à assister aux travaux de la clinique ophtalmologique, le matin, de 9 *heures à midi*. Lundi, mercredi, vendredi : Policlinique. — Mardi, jeudi, samedi : Opérations. Vendredi 0 h. 1/2 : Leçons cliniques.

La bibliothèque JAVAL sera à la disposition des auditeurs du cours les mardis, jeudis et samedis, de 2 heures à 4 heures.

Droit à verser : 150 francs.

Programme. — 1° Classification des cataractes. Technique de l'opération de la cataracte nucléaire. Manœuvres opératoires. — 2° Accidents opératoires et complications. Cataracte secondaire. Cataracte zonulaire. Cataracte traumatique. Luxation du cristallin. Manœuvres opératoires. — 3° Conjonctivites aiguës. Examen des sécrétions. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 4° Conjonctivites chroniques. Trachome. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 5° Kératites aiguës. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 6° Kératites interstitielles. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 7° Iritis. Iridochoroïdites. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 8° Les glaucomes. Travaux pratiques de bactériologie oculaire. — 9° Tension oculaire. Tonométrie. Exercices pratiques. — 10° Technique de l'iridectomie. Sclérotomie. Opérations de Lagrange et d'Elliot. Manœuvres opératoires. — 11° Les rétinites. Notions récentes sur la rétinite azotémique. — 12° Hémorragies rétiniennes, embolie et thrombose. Décollements de la rétine. — 13° Les névrites optiques et la stase. Atrophies papillaires. — 14° Ponction lombaire. Liquide céphalo-rachidien. — Réaction Bordet-Wassermann. Technique des injections intra-veineuses. Travaux pratiques. — 15° Acuité visuelle. Examen pratique de l'hypermétropie. Myopie et astigmatisme. Skiascopie. Appareil de JAVAL. Correction par les verres. Champ visuel. Scotomes. Hémianopsies. — 16° Examen de la pupille. Les paralysies oculaires, Diplopie. — 17° Les paralysies des IIIe, IVe, VIe paires. Ophtalmoplégies. Paralysies associées. — 18° Le strabisme. Examen d'un strabique. Traitement orthoptique. — 19° Opérations du strabisme. Opération du ptosis. Voies lacrymales. Opérations (Ecole pratique de la Faculté de Médecine). — 20° Tumeurs des paupières et de la conjonctive. Examens histologiques. — 21° Tumeurs du globe et de l'orbite. Examens histologiques. — 22° Traumatismes. Technique de l'extraction de corps étrangers. — 23° Opérations sur les paupières. Canthoplastie. Tarsorraphie. Entropion. Ectropion. Autoplasties palpébrales (Ecole pratique). — 24° Enucléation. Exentérations. Opération de KRONLEIN (Ecole pratique). — 25° Exploration des fosses nasales et du pharynx. Rapport entre les affections nasales et oculaires. — 26° Opérations sur les sinus (Ecole pratique). — 27° Relations entre les maladies de l'oreille et de l'œil. Nystagmus (épreuves de BARANY). — 28° Blessures oculaires et accidents de travail.

CHAIRE DE CLINIQUE INFANTILE (*Hospice des Enfants-Assistés* : 74, *rue Denfert-Rochereau*). — Professeur : M. MARFAN.

I. — *Hygiène et clinique de la première enfance.* — Un cours de révision et de perfectionnement sera fait dans ce service du jeudi 2 juillet au jeudi 23 juillet 1925, par MM. Henri LEMAIRE, médecin des hôpitaux BLECHMANN, HALLEZ et TURQUETY, anciens chefs de clinique ; Pierre VALLERY-RADOT, Jacques FLORAND et LESTOQUOY, chefs de clinique ; DORLENCOURT, chef de laboratoire, et ROUDINESCO, assistant.

Cet enseignement comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire. Il aura lieu tous

les jours le matin de 9 heures à 11 heures, et l'après-midi de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Programme du cours. — 1re partie : *Hygiène et physiologie du premier âge.* — La vie infantile : ses caractères dans le premier âge. Allaitement maternel : sa nécessité. Direction générale. Incidents de cet allaitement : gerçures du sein et leurs complications. Suralimentation et sous-alimentation au sein. Altération et analyse du lait de femme. Sevrage et ablactation. Allaitement mercenaire. Allaitement artificiel : lait de vache, d'ânesse, etc. Microbes et stérilisation du lait. Dilution, sucrage du lait dans l'allaitement artificiel. Laits modifiés ou corrigés industriellement. Eléments de coprologie. Hygiène et protection de la première enfance.

2e partie : *Pathologie et clinique du premier âge.* — La pathologie du nouveau-né. Le rachitisme. La syphilis héréditaire précoce : réaction de Bordet-Wassermann chez le nourrisson : syphilis et allaitement. La constipation. Diarrhées communes des enfants nourris au sein et des enfants privés du sein. Diarrhée cholériforme. Diarrhée de la période d'ablactation et diarrhée des féculents. Affections de l'appareil respiratoire. Tuberculose du nourrisson : la cuti-réaction, sa valeur. Les vomissements passagers ou habituels du nourrisson. Affections du sang et de l'appareil circulatoire (anémies du nourrisson et cardiopathies congénitales. Les méningites : convulsions ; tétanie ; hydrocéphalie. Les états de dénutrition dans le premier âge : l'athrepsie. Les œdèmes. Maladie de Barlow. Principales affections cutanées.

Droit à verser : 150 francs.

II. — *Clinique médicale des enfants.* — Professeur : M. Nobécourt : Cours de clinique et de médecine des enfants.

Des cours sont donnés par M. le professeur Nobécourt et M. Lereboullet, agrégé, assistés de MM. les docteurs Babonneix, Darré, Milhit, Stévenin, Tixier, médecins des hôpitaux ; Duhem, radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades ; Nadal, Paraf, René Mathieu, Janet, Pichon, Bidot, chefs ou anciens chefs de clinique et de laboratoire ;

1° Pendant les vacances de Pâques avril-mai 1925 ;
2° Du vendredi 24 juillet au jeudi 13 août 1925.

Droit à verser pour chaque cours : 150 francs.

Chaque cours comprend :

1° Un enseignement clinique donné le matin, de 9 heures à 10 h. 30 au lit du malade ;

2° Des leçons professées à l'amphithéâtre, à 10 h. 30 et à 16 heures.

Le cours de Pâques porte spécialement sur les *questions actuelles de pédiatrie.* Le cours d'été porte sur les *principales maladies des enfants, leur diagnostic et leur traitement.*

Un programme des leçons est distribué au début du cours.

Un certificat est délivré à la fin du cours.

Clinique chirurgicale infantile : Professeur : M. Broca.

Un cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Broca, avec le concours de MM. les Dr Wilmoth et Massart, chefs de clinique, sur les *Affections ostéo-articulaires de l'enfant et l'examen clinique des régions articulaires.*

Il comprendra 24 leçons et des examens de malades.

Il commencera le lundi 14 septembre 1925 et sera terminé le 6 octobre.

Leçons sur la diphtérie (*Hôpital des Enfants-Malades* : 149, *rue de Sèvres*). — Pavillon de la diphtérie. — M. P. Lereboullet, agrégé, chargé du cours.

Un enseignement pratique du *diagnostic et du traitement de la diphtérie* (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie, etc.), a lieu au moins trois fois par an à l'hôpital des Enfants-Malades. Il est fait par M. P. Lereboullet, agrégé, chargé d'un cours de clinique annexe, avec l'aide M. de Boulanger-Pilet, chef de laboratoire, ancien interne des hôpitaux, et de MM. Lelong et Gournay, internes des hôpitaux. Le cours est complet en quinze jours. Il a lieu tous les matins de 9 heures à midi. Sont admis à suivre cet enseignement les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et les docteurs en médecine.

Chaire de clinique obstétricale (*Maternité Baudelocque* : 121, *boulevard de Port-Royal*). — Professeur : M. A. Couvelaire.

I. — *Cours élémentaires de pratique obstétricale.* — Réservés aux docteurs en médecine français et étrangers, et aux étudiants pourvus de 16 inscriptions, sous la direction du chef de clinique.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Première série : première quinzaine de février. — Deuxième série : vacances de Pâques. — Troisième série : première quinzaine de septembre. — Quatrième série : première quinzaine d'octobre.

Droit d'inscription : 150 francs.

Programme. — a) *Exercices cliniques individuels journaliers.*

b) *Conférences sur les sujets suivants* : Conduite à tenir au moment de l'accouchement et de la délivrance. — Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation et l'accouchement. — Complications de la délivrance. — Indications du forceps. — Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (femmes rachitiques, boiteuses, bossues, etc.). — Vomissements graves. — Albuminurie et éclampsie. — Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. — Complications de l'avortement. — Diagnostic et traitement des infections puerpérales. — Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile.

c) *Démonstrations et manœuvres sur le mannequin.* — Diagnostic de la présentation du sommet. — Forceps dans les variétés directes : OP et OS. — Forceps dans les variétés obliques antérieures. — Forceps dans les variétés transverses et obliques postérieures. — Diagnostic de la présentation du siège, extraction du siège. — Diagnostic de la présentation de l'épaule, version par manœuvres internes. — Diagnostic de la présentation de la face et du front, applications du forceps dans ces présentations. — Mort apparente du nouveau-né. — Dilatation artificielle du col. Ballons de Champetier de Ribes. — Embryotomie rachidienne. — Basiotripsie.

II. — *Stages et cours de perfectionnement.* — Réservés aux étudiants et médecins français et étrangers ayant déjà une certaine instruction obstétricale et désireux de e perfectionner.

Les horaires sont combinés de façon à permettre aux élèves de suivre ces enseignements en même temps que l'enseignement public de la clinique comprenant chaque semaine : une présentation de malades, une discussion des observations cliniques de la semaine par le professeur.

1° Stage et cours de clinique obstétricale. Première série : du 3 novembre au 31 janvier ; deuxième série du 1er mars au 31 mai.

Cet enseignement dirigé par le professeur Couvelaire comprendra :

a) Un stage comportant : des exercices cliniques individuels (examens des femmes gravides, parturientes ou accouchées avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance avec participation aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique ;

b) Des conférences sur la pathologie obstétricale, la pathologie du nouveau-né, la syphilis et la tuberculose dans leurs rapports avec la fonction de reproduction.

Droit d'inscription : 150 francs.

2° *Cours de perfectionnement*, du 1er au 20 juin.

Ce cours dirigé par M. le professeur Couvelaire, assisté de MM. Lévy-Solal et Le Lorier, agrégés ;

Levant, Vignes et Cleisz, accoucheurs des hôpitaux ; Powilewicz, ancien chef de clinique, et Portes, chef de clinique, est organisé de façon à permettre aux auditeurs de suivre, soit immédiatement avant, soit immédiatement après, les cours complémentaires de la clinique gynécologique et le cours de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de médecine. Il comprendra trois parties :

A. — *Pathologie et thérapeutique obstétricale du 1er au 13 juin.*

Ce cours comportant des leçons didactiques, des examens cliniques individuels, et des manœuvres opératoires individuelles aura lieu tous les jours le matin et l'après-midi.

Droit d'inscription : 150 francs.

Programme. — Pathologie des premiers mois de la gestation. Vomissements graves. — Syndromes et rapport avec les troubles des fonctions rénales. Eclampsie. — Hémorragies placentaires et rétro-placentaires, apoplexie utérine. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Avortement. — Mort du fœtus pendant la gestation et rétention fœtale. — Déformations pelviennes (bassins rachitiques, bassins asymétriques, bassins cyphotiques). — tuberculose et maternité. — Infections de l'appareil urinaire pendant la gestation. — Cardiopathies et gestation. — Pathologie de la contraction utérine et anomalies de la dilatation du col. — Forceps dans les présentations du sommet et de la face. — Présentation du siège, version par manœuvres externes. — Basioptripsie. — Embryotomies typiques et atypiques. — Dilatation artificielle du col de l'utérus (dilatation manuelle, ballons de Champetier de Ribes). — Hystérotomies par voie vaginale. Incisions du col et césarienne vaginale. — Hystérotomies et hystérectomies par voie abdominale. — Complications de la délivrance' délivrance artificielle. — Lésions traumatiques de l'utérus pendant l'accouchement (déchirures cervicales, ruptures utérines). — Traitement de l'infection puerpérale post-partum et post-abortum, traitement général, injections intra-utérines, curage, curettage, hystérectomie.

B. — *Pathologie du nouveau-né, du 1er au 20 juin.*

Tous les matins à 10 heures, leçon.

Les lundi, mardi, mercredi et jeudi, examens cliniques aux consultations de nourrissons et au dispensaire antisyphilitique.

Droit d'inscription : 50 francs.

Programme des leçons. — Mort apparente du nouveau-né. — Lésions traumatiques du nouveau-né (crâne, système nerveux, membres). — Malformations congénitales réclamant un traitement chirurgical précoce. — Les prématurés. — Infections du nouveau-né. — Les hérédosyphilitiques. Prophylaxie et traitement de l'hérédosyphilis.

C. — *Pathologie obstétrico-gynécologique, du 14 au 20 juin.*

Les mardi, jeudi, samedi à 11 heures et tous les après-midi à 15 heures.

Droit d'inscription : 50 francs.

Programme. — Stérilité. — Infections génitales et déviations utérinesdans leurs rapports avec la fonction de reproduction. — Lésions obstétricales du vagin, du périnée, de la vessie et du rectum. — Fibromes utérins, cancer utérin, kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la fonction de reproduction. — Chorio épithéliomas. — Malformations utérines. — Gestations ectopiques.

Chaire de clinique gynécologique. (*Hôpital Broca* : 111, *rue Broca*). — Professeur : M. J.-L. Faure.

1° *Cours élémentaire de perfectionnement*, sous la direction de M. le Pr J.-L. Faure, avec la collaboration de MM. E. Douay, chef des travaux ; Michon, chef de clinique et prosecteur, une série de cours aura lieu pendant l'année scolaire et une série pendant les vacances :

1re série du 18 au 30 mai 1925 ;

Série de vacances du 21 septembre au 3 octobre 1925.

Ces cours sont réservés aux docteurs en médecine français et étrangers ainsi qu'aux étudiants en fin de scolarité. Ils ont pour but de revoir en 12 leçons toute la gynécologie courante médico-chirurgicale, en dehors de l'obstétrique. Les questions nouvelles de gynécologie seront spécialement étudiées au point de vue de leurs applications pratiques. Le programme des cours sera publié par voie d'affiche. La durée du cours est de 2 semaines, chaque jour sauf le dimanche. Le matin, visite, opérations, consultation et examen de malades dans le service. L'après-midi, de 5 à 7 heures, cours et examen de malades à l'amphithéâtre. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades. Une démonstration cinématographique aura lieu le dernier jour au cours de 6 à 7 heures.

Droit d'inscription : 150 francs.

2° *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay chef des travaux, fera pendant l'année scolaire 2 séries de cours et une pendant les vacances :

1re série du 16 au 28 mars 1925 ;

2e série du 22 juin au 4 juillet 1925 ;

Série de vacances du 19 au 31 octobre 1925.

Ce cours s'adresse aux médecins français et étrangers ayant déjà une certaine pratique de la chirurgie et désirant acquérir des connaissances approfondies en gynécologie, en dehors de l'obstétrique. Les questions de thérapeutique et de technique chirurgicales seront spécialement étudiées, suivant un programme affiché ultérieurement.

Durée : 2 semaines, chaque jour matin et après-midi, sauf le dimanche.

Droits d'inscription : 150 francs.

3° *Cours de perfectionnement d'anatomo-pathologie appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, agrégé, chef du laboratoire, fera, pendant l'année scolaire, 2 séries de cours aux mêmes dates que le cours précédent et en liaison avec lui, de façon que les deux cours puissent être suivis en même temps.

Les élèves seront exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations. Ce cours leur permettra de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes.

Droits d'inscription : 150 francs.

Pour ces différents cours, des certificats seront distribués aux élèves.

(*A suivre*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

II

54. — Corps étrangers semi-superficiels décelés par radio.

Un ouvrier verrier s'est enfoncé en marchant une aiguille de verre dans la plante du pied, pénétration par le milieu du bord interne. Le morceau de verre retiré est jeté sur place. Donc pas de renseignement sur la forme du morceau. L'exploration de la plaie au stylet ne donne rien. Suites normales, et reprise du travail 11 jours après. Accident le 3 juin 1924.

Le 19 novembre, sans avoir rien ressenti jusqu'alors, l'ouvrier éprouve une douleur qui l'empêche de marcher, localisée en deux endroits différents : 1° au siège de la plaie, 2° à l'extrémité antérieure de la plante du pied.

Je pense qu'il doit être resté un éclat de verre et d'accord avec la compagnie, après deux essais infructueux d'extraction, on fait la radiographie. L'épreuve montre la présence d'un éclat de 2 cm. 1/2 de longueur, à deux centimètres de profondeur en plein muscle, parallèlement à la peau, mais dans une position qu'on pouvait concevoir difficilement vu la porte d'entrée. J'ai fait l'extraction sous cocaïne. Suites normales.

Puis-je compter :

Art. 28. Extirpation de corps étranger profond ayant nécessité la localisation radiologique : 300 fr. qui me paraît un peu cher.

Ou extirpation de corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique : 60, qui me paraît insuffisant.

Dr D.

Réponse.

Vous n'avez pas eu, en effet, affaire à un corps « étranger profond », alors qu'il se trouvait à deux centimètres de profondeur. Ce n'est pas non plus le simple « corps étranger superficiel », puisqu'il a fallu la localisation radiologique pour le découvrir. Dans des cas de ce genre, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, il y a une lacune du tarif. Pour la combler, je proposerais une rubrique spéciale : « *Extraction de corps étranger semi-superficiel ayant nécessité la localisation radiologique* : 100 francs ». Et je me baserais, pour cela, comme analogie d'importance technique, sur « épluchage d'une plaie contuse étendue et profonde : 100 francs » (article 17).

F. D.

III

217. — Grands et petits pansements.

Je vous prie de vouloir bien me dire, parce qu'abonné au *Concours médical* et au « Sou médical », quel prix je dois compter pour le cas suivant :

Il s'agit d'un jeune homme qui jouant au foot-ball se fait une fracture double de la jambe ; une assurance garantit les joueurs. Transporté dans une

clinique, le chirurgien est obligé de pratiquer une ostéosynthèse. J'ai assisté à l'opération et même aidé.

Le blessé revient chez lui, là j'ai fait tous les 2 ou 3 jours des pansements qui consistaient en ceci :

Le membre opéré était dans une gouttière et était maintenu en outre par un store garni de ouate faisant première gouttière. Donc, ablation de la gouttière métallique, ablation de ce store faisant première gouttière, pansement de la plaie opératoire, puis remise en place de la première gouttière, puis de la gouttière métallique, 5 bandes fixent le tout, au total durée du pansement 40 minutes. Combien dois-je tarifer ce pansement, CE GRAND PANSEMENT ASEPTIQUE ?

Tel est l'objet de ma lettre. Quant à l'aide pour l'opération, le tarif est, je crois, 50 fr.

Dr F.

Réponse.

1° Vous pouvez demander 50 francs comme « aide » du chirurgien (article 11), si vous avez agi comme tel lors de l'opération ;

2° Dans le tarif Breton, à part les pansements de brûlures, il n'y a pas de prix spécial pour « grand pansement aseptique », contrairement à ce qui existe, sur ce point, dans le tarif Maginot. Vous ne pouviez donc compter que le prix de la « visite *avec* ou sans pansement » (article 17).

F. D.

IV

1° Encore l'acte de « loueur de voiture » ;
2° La consultation sur radio.

Toujours mis au milieu des maquis « illimited » des honoraires légaux du tarif Breton.

Le 31 décembre un mineur dégringole dans une « cheminée » de quelque vingt mètres. 4 ou 5 plaies de tête (région occipitale, région temporale, région frontale) plaie de jambe droite, violente contusion et arthrite aiguë de l'épaule gauche.

Soins divers pendant 10 jours. Le 10 janvier le blessé prétend pouvoir se servir de son bras et veut travailler de nouveau. Lundi 12, au bout d'une heure, douleur très violente dans son épaule (d'autant plus que le blessé, Italien, est particulièrement douillet et difficile à comprendre), je le conduis à C. (10 kil.) et le soumets à une épreuve radioscopique de laquelle on conclut qu'il n'y a pas de fracture mais peut-être seulement écrasement partiel de la grosse tubérosité, immobilisation dans l'écharpe de Mayor et massages tous les deux jours. Le blessé va beaucoup mieux et j'ai peine à le retenir. Mais quand il sera guéri quelle note « légale » puis-je fournir ?

Voici le détail que j'ai l'intention de présenter *in fine* et que je crois conforme au tarif, mais il y a tant d'obscurités !

31 décembre, certificat	5 »
Pansements multiples à la tête et à la joue	11 25
Pansement simple de la jambe	8 »

Examen de l'épaule	8	»
(visite sans déplacement).		
2 janvier, pansements multiples	11	25
pansement simple	8	»
4 janvier, pansements multiples	11	25
pansement simple	8	»
massage de l'épaule	8	»
6 janvier, pansements multiples	11	25
pansement simple	8	»
8 janvier, pansements multiples	11	25
La jambe est guérie.		
10 janvier, pansement simple de tête	8	»
12 janvier, certificat complémentaire	10	»
Consultation avec confrère pour examen radioscopique	24	»
Déplacement 10 kil. + 10	20	»

Et depuis consultations et massages tous les 3 ou 4 jours.

Est-ce votre avis ?

Dr L.

Réponse.

1° Vous dites : « Je le conduis à C... (10 kilomètres) et le soumets à un examen radioscopique... », puis vous comptez tranquillement sur votre note : « Consultation avec confrère : trois visites, plus déplacement 20 kilomètres ». Hélas ! Combien de fois me faudra-t-il donc répéter, dans le *Concours*, que le médecin n'est pas un « chauffeur d'auto » et qu'il n'a pas à voiturer les blessés ? Il n'y a, dans le tarif Breton, aucune rubrique pour cela et comment alors réclamer un déplacement lequel, est seulement tarifable (article 2) « de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade » ? Ici, vous rentrez dans le droit commun, comme « loueur de voitures » et ne pouvez réclamer que des « frais de transport » à votre blessé, quitte à celui-ci à se retourner vers son patron, s'il y a lieu. Mais, je le répète, ce ne sont plus là des honoraires médicaux et, il n'y a donc pas à se baser sur le tarif Breton.

2° De même, n'oublions pas que le radiologue n'a pas à se « consulter » avec le médecin traitant, mais à remettre, après examen, « un commentaire détaillé », qui est précisément la consultation requise à la fois au patron ou à son assureur et au blessé, donc à son médecin traitant), lequel « commentaire » est *compris* dans le prix de la radio. (Voir encore, sur ce point, l'Agenda du *Concours* 1925, page 1922).

3° A supprimer l'examen de l'épaule du 31 décembre qui est une « consultation » non tarifable *en même temps* que les interventions de ce même jour, car il y aurait le *cumul* défendu par l'article 13.

4° De même « consultation et massage tous les trois ou quatre jours... » dites-vous. Il convient de supprimer l'un des deux et de ne compter qu'une consultation ou qu'une intervention, comme il est dit plus haut.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

149. — Abcès amygdalien.

Je soigne en ce moment pour *abcès de l'amygdale droite* un réformé de guerre avec le diagnostic :

1° Reliquat d'intoxication par gaz. Bronchite persistante avec quelques râles soufflants et sibilants. Confirmation radioscopique.

2° *Laryngite chronique avec voix voilée.* Puis-je rattacher l'abcès de l'amygdale à la laryngite chronique et réclamer les frais à l'Etat.

Si oui, puis-je compter 60 francs pour ouverture d'abcès d'amygdale (art. 77) quoique n'étant pas spécialiste.

Dr M.

Réponse.

a) Je ne pense pas qu'une Commission de Contrôle accepterait de considérer un abcès amygdalien (affection aiguë et d'ordinaire d'origine *a frigore*) comme une séquelle de bronchite chronique ou même de laryngite.

b) Quant à l'incision même d'un abcès amygdalien, ainsi qu'il est marqué à l'article 77, je ne vois pas (étant donnée sa « reconnaissance comme séquelle » naturellement) qu'on puisse refuser de payer cette intervention à un praticien sous prétexte qu'il n'est pas oto-rhino-laryngologiste. Et cela pour une raison *à priori* que l'amygdale ne fait partie ni de l'oreille, ni du nez, ni du larynx et une raison *a posteriori*, que je ne vois pas un seul article de l'arrêté qui s'y oppose.

F. D.

JURISPRUDENCE

Responsabilité civile. — Instituteurs. — Ecolier. — Accident. — Force majeure (absence de). — C. civ., art. 1384. — Responsabilité de l'Etat substituée à celle de l'instituteur.

COUR D'APPEL D'AIX (3e Ch.),

10 novembre 1923.

(*Gazette du Palais*, 12 janvier 1924.)

La responsabilité de l'Etat, substituée à celle des membres de l'enseignement public, ne cesse d'être engagée que lorsqu'il est prouvé par son représentant que l'accident survenu à un élève, dans l'établissement, provient d'un cas fortuit ou de force majeure, que l'instituteur ou l'institutrice n'a pu ni prévoir ni éviter.

La Cour,

Attendu que la responsabilité de l'Etat, substituée à celle des membres de l'enseignement public par l'art. 1384 C. civ., complété par la loi du 21 juillet 1899, ne cesse d'être engagée que lorsqu'il est prouvé, par son représentant, que l'accident survenu à un élève, dans l'établissement, provient d'un cas fortuit ou de force majeure, que l'instituteur ou l'institutrice n'a pu ni prévoir ni éviter ; que, dans l'espèce soumise à l'examen de la Cour, il résulte des enquê-



tes la preuve de deux faits générateurs de cette responsabilité ; qu'il a été établi : 1° que l'institutrice qui avait, le 23 mars 1917, la surveillance des enfants à l'école publique de la Crau, à Salon, après avoir fait entrer les enfants dans la cour, est elle-même rentrée dans son appartement, les laissant ainsi livrés à eux-mêmes ; qu'elle a pu croire en s'éloignant que la surveillance serait, en son absence, exercée par la femme de cantine, mais qu'il a été prouvé que celle-ci n'a point rempli ce rôle ;

Attendu, d'autre part, qu'il avait été laissé épars, dansla cour de l'école, des débris de bois, dont l'un fut pris et jeté en l'air par le jeune Jean, de telle façon qu'il est venu frapper à l'œil son camarade Pépin assez violemment pour occasionner la blessure grave que celui-ci a subie ; que, si plus de précautions avaient été prises et la surveillance réellement exercée, l'accident aurait pu être empêché ;

Attendu, sans doute, ainsi que l'a dit le tribunal, que l'institutrice avait, du fait des difficultés nées de la guerre, à remplir une tâche particulièrement lourde, puisqu'elle avait à assurer le fonctionnement de deux écoles, mais que cette circonstance, qui l'excuse administrativement, ne saurait judiciairement libérer l'Etat de sa responsabilité ;

Attendu que la Cour a tous les éléments nécessaires pour lui permettre de fixer le chiffre de l'indemnité ;

Par ces motifs,

Réforme le jugement dont est appel ;

Dit et juge que l'Etat est responsable de l'accident dont le jeune Denis Pépin a été victime, le 23 mars 1917, dans la cour de l'école publique de la Crau ; qu'il doit, en conséquence, la réparation du préjudice causé en payant à l'appelant ès qualités la somme de 7.000 fr. à titre de dommages-intérêts ;

Condamne l'Etat aux dépens.

NOTE. — Il est de jurisprudence que la responsabilité de l'Etat, substituée à celle de l'instituteur, aux termes de l'art. 1384 C. civ. et de la loi du 20 juillet 1899, en cas d'accident survenu, dans un établissement d'enseignement, à un élève placé sous la surveillance d'un maître, ne saurait jouer si celui-ci n'a pu empêcher ni prévoir l'accident. V. Cass. 21 janvier 1918 (*Gaz. Pal.* 1918 et 1919.1.192 — S. 1918.1.55 — D. 1918.1.9) ; Rennes 15 décembre 1921 (*Caz. Pal.* 1922.1.505) ; Paris 24 juin 1922 (*Gaz. Pal.* 1922.2. Table v° Responsabilité civile, n. 37 et s. — *Gaz. Trib.* 29 octobre 1922).

Commentaires.

Cet arrêt de la Cour d'Aix intéresse les médecins d'une manière indirecte. En effet, le « Sou Médical » est actuellement saisi de la demande d'appui d'un confrère, qui, appelé à donner ses soins à un écolier, atteint de brûlures étendues, se voit refuser sa note d'honoraires par les parents de la victime sous le prétexte que l'accident est survenu à l'école.

L'institutrice se refuse à payer, soutenant qu'elle n'est pas en faute.

Cependant, le fait matériel est là ; le médecin a donné des soins, pour lesquels il est dû rémunération.

Souvent même intervient, comme complications, la responsabilité de l'intermédiaire, qui a fait appeler le docteur. Il est donc utile que nos confrères puissent avoir des aperçus sur les difficultés d'ordre juridique, pour qu'ils ne soient pas victimes de leur bonne foi, alors que, tout à leur besogne de guérisseurs, ils n'ont pas pris toutes les précautions juridiques, pour asseoir leur créance, sur des bases indiscutables.

C'est d'ailleurs le rôle du conseil médico-juridique du « Sou Médical » que de débrouiller, au mieux des intérêts de ses adhérents, les cas les plus complexes, puis d'aider les confrères à se présenter en justice, avec toutes les chances possibles de gain du procès. Car, il ne suffit pas d'avoir raison, pour triompher en justice : il faut prouver qu'on a raison et que c'est bien l'adversaire qu'on a assigné qui a tous les torts.

Aussi, le « Sou » est-il là, pour guider ses membres dans tous les dédales de la procédure.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 février

Enseignement supérieur.

Sont nommés *membres du Comité consultatif de l'enseignement supérieur*, Commission des Sciences médicales et de la pharmacie : MM. Rist, Dumas, Hugounenq, Chauffard, Gosset, Latarjet, Bruntz et Mirallié.

Arrêté du 5 février 1925 concernant l'admission aux emplois d'agrégés dans les Facultés de médecine.

Art. 1er. — L'article 4 de l'arrêté du 14 mars 1924 est complété ainsi qu'il suit :

« Seront considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre des points avant le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque ».

Art. 2. — L'article 9 dudit arrêté est complété ainsi qu'il suit :

« § 3. — Les professeurs agrégés (médecine et chirurgie) du Val-de-Grâce pour la 3e division (médecine) et la section A de la 4e division (chirurgie) ».

Art. 3. — L'article 10 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les sessions ont lieu, pour la deuxième épreuve, tous les trois ans, à Paris ».

Fait à Paris, le 5 février 1925.

7 février

Lutte anti-cancéreuse.

Est nommé *membre de la Commission du cancer* : M. Papin, directeur du Centre régional anti-cancéreux d'Angers.

Asiles d'aliénés.

Le poste de *directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire* (Dordogne) est vacant par suite du départ de M. le Dr Guimbal, nommé médecin-chef de service à l'Asile de Braqueville (Haute-Garonne).

9 et 10 février

Assistance.

Décret portant approbation et publication de l'arrangement du 30 *juin* 1924 *pris pour l'exécution des articles* 12 *à* 16 *du traité de travail franco-italien du* 30 *septembre* 1919 *relatifs à l'assistance.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 6 *février* 1925 *complétant les dispositions du décret du* 13 *mars* 1924 *relatif aux agrégés de médecine.*

Art. 1er. — Les dispositions de l'article 1er du décret du 13 mars 1924 sont complétées ainsi qu'il suit :

« Les agrégés des facultés de médecine institués avant le 13 mars 1924, qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales, peuvent bénéficier des dispositions du paragraphe 2 du décret du 13 mars 1924 et être nommés sans limite de temps après un stage régulier de deux ans, sur la proposition de la faculté et après avis de la commission des sciences médicales et de la pharmacie du comité consultatif de l'enseignement supérieur ».

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les consultations prénatales et l'allocation aux femmes en couches.

2504. — M. Carmagnolle, député, demande à M. le Ministre du Travail, si, dans les communes qui possèdent des consultations prénatales, cet organisme ne peut pas être chargé de l'application de la loi du 17 juin 1913 (art. 4) et si l'obligation ne peut pas être faite aux femmes bénéficiaires de l'allocation des femmes en couches de se présenter à la consultation prénatale pour percevoir le montant de leur allocation. (*Question du* 21 *janvier* 1923.)

Réponse. — Les consultations prénatales qui fonctionnent régulièrement comme œuvres d'assistance peuvent assurer le fonctionnement de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches dans les conditions prévues à l'article 10 de cette loi, modifié par la loi du 2 décembre 1917. Cet article 10 est ainsi conçu : « Toute mutualité maternelle, toute société de secours mutuels, toute œuvre d'assistance, préalablement agréée à cet effet par décret rendu sur la proposition des ministres de l'intérieur et des finances après avis de la section compétente du conseil supérieur de l'assistance publique, peut être chargée par le conseil municipal, le bureau d'assistance consulté, d'assurer le fonctionnement de la présente loi dans la commune où elle a établi son siège social ou des sections. »

(*J. O.*, 30 janvier 1925.)

Cumul des indemnités allouées aux experts médico-légaux.

2442. — M. Grinda, député, demande à M. le Ministre de la Justice si, lorsque des experts se transportent à plus de 25 kilomètres de leur résidence pour être entendus devant les cours ou tribunaux, ou devant les magistrats instructeurs, ils ont droit cumulativement à l'indemnité de 20 fr. pour chaque jour de séjour allouée par l'article 20 du décret du 5 octobre 1920 et à l'indemnité de 20 fr. allouée par l'article 21 du même décret pour leur audition. (*Question du* 20 *février* 1925.)

Réponse. — L'article 21, *in fine*, du décret du 5 octobre 1920, ne laisse aucun doute sur la faculté donnée aux experts de cumuler l'indemnité de 20 fr. afférente à leurs dépositions devant les cours, les tribunaux et les magistrats instructeurs, avec l'indemnité de pareille somme, à laquelle ils ont droit, en vertu de l'article 20 du règlement susvisé, pour tout transport au delà de 25 kilomètres en cas d'impossibilité de regagner leur résidence le jour même. (*J. O.*, 6 février 1925.)

Le contrôleur départemental des lois d'assistance peut prendre part aux délibérations des Commissions cantonales.

2506. — M. Carmagnolle, député, demande à M. le Ministre du Travail, si le contrôleur départemental des lois d'assistance peut prendre part aux délibérations des commissions cantonales et soutenir devant cette juridiction les appels faits par le préfet. (*Question du* 22 *janvier* 1925.)

Réponse. — Il n'y a aucun empêchement à ce qu'un contrôleur départemental des lois d'assistance puisse prendre part aux délibérations des commissions cantonales et soutenir devant cette juridiction les appels faits par le préfet toutes les fois qu'il assiste à ces séances et intervient dans les délibérations en qualité de représentant délégué du préfet, conformément à l'article 11 de la loi du 14 juillet 1905. (*J. O.*, 6 *février* 1925.)

Quarante septième année — N° 9 — 1er Mars 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 444-IV*)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...
(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

Nº 95. — Un poste de méd. est actuell. vacant à Tracy-le-Mont (Oise). Pour renseig. complet. s'ad. au maire de cette localité.

Nº 96. — Instrum. appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris, 12e.

Nº 97. — Conf. dés. acquérir client. demi-repos banl. Paris.

Nº 98. — Citroen 10 CV, cond. int. 4 pl. caross. Driguet, écl. dém. Técalemit, 4 amort. roues conf. compl. mont., parf. état mécan. et entret. 13.800.

Nº 99. — Torp. Renault 10 CV 1922, roulé 18000, caross., hors série, 2 pl. et strap., 2 r. sec. amort. Derihm compt. montre, parf. et. m., malle adapt. à l'arrière. 13.000 fr. S'ad. Deshayes, Maubeuge.

Nº 100. — A vend. Microscope Machez, gr. mod. Dr Nivet, 37, rue de Lavalette. Angoulême.

Nº 101. — Dr expér. longue prat. hôpital. au cour. plus. spécialités, dés. place ds clin. ou mais. de santé. Parle anglais et italien. Ec. M. Braun, 8, rue du Vert-Bois, Paris.

Nº 102. — Cause doub. empl. à vend. en conf. torp. Ford 1922, tr. peu roulé, 5 r. amov. Kap., bons pneus, éclair. dém. électr. carb. économ. Ford 1924, grais. Técal. indicat. verrou antivol. Dr Flament, Grand-Montrouge. Tél. 275.

Nº 103. — Gde ville littor. Nord-Ouest, poste rapp. 100.000, médec. gén. vaste villa confort., aff. sér., longue présent. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris, 5e.

Nº 104. — Ouest. Ds chef-lieu cant. anc. poste rapp. 60.000 touchés, fixes en plus, client. agglomér. belle mais. indépend. Indemn. y compr. instru. 38.000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

Le *diabète*, a dit un médecin philosophe, est une maladie que l'on guérit peu, mais qu'on panse.

L'un des plus utiles pansements est la **Santonine**, spécialisée dans les pilules anti-diabétiques du Dr **SEJOURNET.**



CORRESPONDANCE

Deux causes peu étudiées d'aérophagie.

Ayant eu l'occasion d'observer de près de nombreux aérophages, j'ai pu constater que leur mauvaise habitude était déterminée fréquemment par deux causes sur lesquelles les auteurs ne semblent pas avoir beaucoup insisté.

La première est la rhinite, avec hypersécrétion des cornets. Les mucosités sécrétées par les queues de cornets sont souvent épaisses et glaireuses, elles descendent sur la muqueuse du pharynx et y provoquent une sensation de corps étranger, trop faible pour amener la toux ou les crachats, mais assez gênante pour que le sujet, après avoir essayé inutilement de s'en débarrasser, finisse par les déglutir. Ces mouvements de déglutition s'accompagnent toujours d'absorption d'air. Ils sont naturellement plus fréquents toutes les fois qu'une cause irritante telle que le froid ou la poussière augmente les sécrétions nasales, ainsi que pendant le sommeil où la chute des mucosités sur le pharynx est facilitée par le décubitus dorsal.

La sialorrhée qui passe pour déterminer fréquemment l'aérophagie ne joue en ce cas aucun rôle.

Au contraire, la deuxième cause d'aérophagie a pour origine un excès de salivation provoqué par une pièce dentaire mal fixée, que le sujet cherche à chaque instant à rattraper par un mouvement de rumination toujours accompagné d'absorption d'air.

Quand l'aérophagie est déterminée par l'une ou l'autre de ces deux causes, il sera facile de la guérir par l'intervention du rhinologiste ou du stomatologiste.

Dr Josseran.
Milly (Seine-et-Oise).

La grande pitié d'un médecin sinistré.

Serais-je trop indiscret en vous demandant l'appui de la publicité du *Concours* pour ce qui suit.

Sinistré de guerre en 14, j'ai touché en tout et pour tout 4.400 francs d'avances pour reconstitution de mobilier, instruments, etc. J'ai bien envoyé environ 30.000 francs de factures acquittées acceptées ; en général, mes demandes, même de renseignements, sont sans effet. J'ai reçu un jour l'offre de liquidation en obligations décennales.

La loi était formelle, mes avances devaient être remboursées en espèces.

Nouvelle loi à l'étude. Je n'aurai plus droit qu'à 3.000 francs, avances comprises, plus 300 francs par enfant. Le reste me sera payé (?) en titres nominatifs, inaliénables, non négociables portant intérêt annuel,

J'ai une femme souffrante, cinq enfants, je devrais donc avec 4.400 francs me meubler, m'habiller, acheter livres, instruments et moyens de transports, et rembourser des créanciers qui m'ont avancé comptant sur mes dommages.

Donc un médecin français vainqueur (!?), totalement sinistré devrait, avec 3.000 francs plus 300 par enfant, se réinstaller totalement.

Sans commentaire. Le projet de loi doit être examiné dès aujourd'hui ; après il y aura le Sénat.

Dr X. (Moselle).

***

Certes, c'est de tout cœur que nous donnons à notre confrère la publicité du *Concours médical.*

Et nous espérons bien que la loi sera assez humaine pour ne pas consacrer la suprême injustice (*summum injuria*) d'un texte trop rigoureux (*summum jus*) et qui ne tiendrait pas compte de situations aussi dignes d'intérêt que celle qui nous est signalée plus haut.

La Direction.

234. — Revision d'accident du travail.

Un blessé (accident du travail) en novembre 1923 a repris son travail en février 1924 (fracture du calcanéum, radiographie). Au moment de la reprise, j'ai signalé qu'il persistait une légère claudication, sans prévoir une incapacité permanente, qu'il était difficile d'ailleurs d'évaluer à cette époque.

Le blessé est venu me revoir ces jours-ci. La voûte plantaire s'est affaissée et il y a de toute évidence incapacité permanente. L'ouvrier peut-il encore réclamer une indemnité à la compagnie ? Si oui, quelle est la marche à suivre ?

Dr D.

Réponse.

La victime d'un accident du travail, même dans le cas où il n'y a pas eu attribution de rente, peut introduire une action en révision, dans les trois ans à compter de la date à laquelle elle a cessé de toucher l'indemnité journalière.

Vous devrez donc délivrer à votre client un certificat dans lequel vous constaterez qu'il reste atteint d'une incapacité permanente que vous évaluerez. Avec ce certificat, le blessé demandera à la Compagnie d'assurances si elle accepte de lui verser la rente correspondant à son incapacité et au salaire qu'il a gagné dans l'année qui a précédé l'accident. En cas d'accord entre les parties, elles devron ts eprésenter devant le président du Tribunal civil pour faire homologuer cet accord, à peine de nullité.

En cas de désaccord, le blessé n'aura qu'à faire au greffe du tribunal civil une déclaration de demande de revision et le président, saisi

par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation. Si la conciliation ne peut être obtenue, le blessé aura de plein droit l'assistance judiciaire pour poursuivre l'affaire devant le Tribunal et un avoué et un avocat lui seront désignés d'office.

---

346. — Accident survenu à un facteur des postes.

A la suite d'une chute, j'ai donné mes soins à un facteur titulaire des P. T. T. Aujourd'hui l'Administration me demande ma note en me rappelant que je dois appliquer certains règlements ministériels, c'est-à-dire en particulier visite à 8 fr. et consultation à 7 fr. Je croyais que pour un facteur titulaire, c'est-à-dire fonctionnaire ayant droit à retraite, c'était la loi de 1853 qui jouait et non le tarif Breton applicable, à mon avis, aux seuls facteurs auxiliaires.

Dr D.

Réponse.

Les facteurs auxiliaires des Postes, c'est-à-dire ceux dont le traitement n'est pas soumis à la retenue pour la constitution de la retraite, sont considérés comme des employés d'une entreprise de transport quelconque et bénéficient de la loi sur les accidents du travail. Au contraire, les titulaires qui sont soumis au régime de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles ne peuvent cumuler les avantages qui résultent pour eux de cette loi et les avantages de la loi du 9 avril 1898.

De cette distinction découle une conséquence pratique pour le médecin appelé à soigner un facteur. C'est que, s'il s'agit d'un facteur titulaire, même victime d'un accident au cours de son travail, il n'a pas d'action directe contre l'administration pour le paiement de ses honoraires. Son seul débiteur, dans ce cas, est son client lui-même. Il peut donc réclamer à celui-ci ses honoraires habituels de clientèle sans avoir à s'occuper du tarif Breton (comme il pourrait le faire, d'ailleurs, s'il s'agissait d'un ouvrier bénéficiant de la loi sur les accidents du travail.) Il appartient au facteur de se faire rembourser par son administration dans la mesure prévue par les règlements. Si le médecin accepte de se faire régler directement par l'administration, comme le tarif Breton n'est pas applicable et comme le médecin ne peut avoir à l'égard de l'administration plus de droit que le facteur lui-même, il est obligé de se contenter du tarif prévu par les règlements. S'il arrive que le règlement fixe le remboursement des frais médicaux d'après le tarif Breton, malgré la distinction de principe, le médecin sera placé, dans ce cas, dans la même situation que s'il s'agissait d'un accident du travail.

---

141. — Impôt sur le revenu. Dépenses professionnelles.

Installé février 1923, je ne déclare rien et sur la demande du receveur, je lui écris que j'ai touché *brut* en 1923, 16.230 fr.

Ces jours-ci je reçois une feuille d'impôts : 199 fr. sur 10.000 fr. de bénéfices nets.

Que dois-je faire ? j'avais compté en moi-même que j'avais eu environ 8 à 9.000 francs de dépenses professionnelles et que je n'avais rien à déclarer.

Que dois-je compter comme dépenses professionnelles ? J'ai auto. Est-ce que sur ces recettes nettes, j'ai *droit à tant pour ma femme, tant pour mon enfant* ?

Vous seriez bien aimable de me fixer à ce sujet et me dire s'il faut que je paye tout en réclamant, car le percepteur consulté a prétendu qu'il fallait que je paye.

Dois-je compter comme passible d'impôt général sur le revenu les sommes que peut me donner mon beau-père, sommes qui sont facultatives et qu'il me donne si je les lui demande.

Dr X.

Réponse.

Du montant des recettes brutes, vous avez le droit de déduire le montant de vos frais professionnels, soit :

Frais d'auto : amortissement à 15 ou 20 % du prix d'achat, entretien, réparations, essence, huile, pneus, assurance ;

Frais d'entretien, de chauffage, d'éclairage de vos locaux professionnels et loyer de ces derniers (cabinet de consultation, salle d'attente) ;

Frais d'achat de médicaments, d'objets de pansement, petits instruments de chirurgie ;

Frais de recouvrement des honoraires et frais de bureau, téléphone, etc. ;

Amortissement de vos frais d'installation (bureau, cabinet de consultation, appareils divers, etc...) ;

Abonnement aux revues professionnelles et assurances professionnelles ;

Impôts : patente, sur bénéfice des professions non commerciales, taxe sur auto ;

Le cas échéant, fraction du salaire du domestique chargé d'entretenir vos locaux professionnels et d'introduire les clients.

Si ces frais sont supérieurs à 16.500 fr. moins 10.000 = 6.230, présentez une réclamation au préfet.

Vous n'avez droit, pour l'impôt cédulaire, à aucun abattement pour votre femme et un enfant.

Si les sommes que vous verse votre beau-père constituent des dons bénévoles, vous n'avez pas à les déclarer.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3276. — Taxe des prestations sur les automobiles.

Je possède deux autos.

1° Une Renault 10 HP., 2 places, et une Citroën 9 HP., 4 places. Les deux voitures ne sont jamais en

circulation toutes les deux. L'une me sert en principe l'été, l'autre l'hiver, sauf réparations de l'une d'elles.

Dr C.

Réponse.

La taxe des prestations est due pour les deux voitures, bien que celles-ci ne soient pas en circulation toutes les deux.

A. M.

---

84. — Patente de médecin employé dans une clinique.

Abonné au *Concours*, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner quelques éclaircissements au sujet de mes contributions.

Le propriétaire de l'immeuble où j'habite m'interdit l'exercice de la médecine dans mon appartement. Un de mes amis, possesseur d'une clinique (local de consultation et non d'hospitalisation) m'a pris comme assistant et me donne une rétribution proportionnée au nombre de malades que j'examine. Je l'assiste dans les mêmes conditions pour sa clientèle de cabinet.

Exceptionnellement, dans sa clinique et à son cabinet, je reçois quelques clients qui me sont personnels, mais cela en proportion infime.

J'ajoute que je ne coopère nullement au paiement des loyers du cabinet et de la clinique de mon ami.

Dans ces conditions, dois-je payer patente pour mon appartement où je n'ai pas le droit d'exercer, et pour le cabinet et la clinique de mon ami, qui sont sa propriété exclusive ?

Dr Y.

Réponse

Quelles que soient les conditions dans lesquelles vous exercez la médecine, vous êtes passible de la patente sur votre appartement particulier ; seuls en sont exempts les médecins fonctionnaires (par exemple docteurs d'établissements publics ou médecins de la marine ou de l'armée) à condition encore qu'ils n'aient pas de clientèle particulière.

En ce qui concerne les locaux de la clinique où vous exercez en qualité de médecin traitant, vous ne devez pas la patente si vos consultations à des clients personnels sont exceptionnelles.

Au point de vue fiscal, vous nous paraissez devoir être traité comme un salarié : le propriétaire de la clinique est donc tenu de déclarer ce qu'il vous paye ; d'après votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu où vous devez non seulement faire figurer votre « salaire », mais aussi les recettes provenant des consultations données à vos clients personnels, le contrôleur pourra constater si ces consultations sont « exceptionnelles » ou en nombre suffisant pour justifier une patente à votre nom sur les locaux de la clinique.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

70. — Taxe sur les automobiles en cas de vente.

J'ai une auto 8 HP en service que je vais remplacer par une autre de 6 HP à dater du 1er février. J'ai payé l'impôt trimestriel pour la première, qui n'aura été en service que pendant le premier mois du trimestre. Devrai-je payer également pour la seconde un trimestre d'impôt ou l'impôt payé pour la première doit-il servir pour la seconde ?

Dr P.

Réponse.

La taxe sur les automobiles est exigible par trimestre et d'avance.

En cas de cession d'un véhicule au cours d'un trimestre, c'est l'acquéreur qui bénéficie des droits payés d'avance par le vendeur.

Si vous conservez les deux voitures (ce qui semblerait résulter de vos explications) vous serez obligé, si vous voulez vous servir alternativement de l'une et de l'autre, de payer la taxe pour les deux.

A.M.

71 — Impôt sur les bénéfices professionnels. Déduction. Pénalité.

Encore un renseignement s'il vous plaît. Le contrôleur des contributions désireux de me voir augmenter ma déclaration de bénéfices professionnels me convoqua à son bureau. Il admit l'exactitude du chiffre de mes bénéfices bruts, mais obtint de moi (pour avoir la paix) que je renonce à une déduction de 1.000 francs, représentant le tiers des gages donnés à ma domestique. Il m'affirma que cette renonciation n'entraînerait pas de pénalité. Aujourd'hui je suis frappé de quelques centaines de francs de pénalité. Je réclame auprès du directeur et si je n'ai pas satisfaction, m'adresserai au Conseil de préfecture.

Pourriez-vous me documenter ?

Ai-je le droit ou non de défalquer le tiers des gages de mon unique domestique, laquelle entretient mon bureau et lave ma voiture ? Si oui, sur quels documents l'établir. Si non, n'est-il pas injuste et illégal que je sois frappé d'une pénalité pour ce qui est non pas une dissimulation de revenus, mais simplement une erreur d'interprétation de bonne foi.

Dr M.

Réponse,

Vous devez déduire de vos recettes brutes toutes les dépenses afférentes à votre profession. Les gages de votre domestique doivent être déduits pour la part de travail se rapportant à votre profession.

Nous pensons que le contrôleur a abusé en vous infligeant une pénalité pour avoir déduit la

(*Voir la suite page XLVII-489*)

PROPOS DU JOUR

Praticiens et spécialistes.

Un de nos lecteurs, qui exerce dans un chef-lieu d'arrondissement du département... mettons de Sambre-et-Loire, si vous le voulez bien, vient de nous adresser un journal local dont l'article de tête est encadré de rouge.

Cet article, signé des dernières lettres de l'alphabet, fait l'éloge d'un institut de radiologie, dû à la générosité d'un philanthrope. Sous prétexte de dissiper de mauvais bruits, annonçant la disparition de cet utile établissement, l'auteur de l'article donne une statistique assez maigre des examens et des soins spéciaux qui y ont été donnés. Il fait remarquer à ce propos qu'un seul médecin en fait bénéficier ses malades et reproche, non sans amertume, aux autres praticiens de l'arrondissement d'ignorer systématiquement les bienfaits de la radiologie.

Notre lecteur joint au journal local une lettre explicative. D'après cette lettre, l'article, d'ailleurs assez naïvement rédigé, est évidemment l'œuvre d'un jeune radiologiste, directeur de l'établissement radiologique. En constatant que les médecins de l'arrondissement n'y envoient pas leurs clients, l'article exprime l'exacte vérité, mais quand il attribue cette abstention à l'ignorance des bienfaits de la radiologie et de la radiothérapie, il se trompe lourdement. Les médecins de cette région, très heureux de l'ouverture d'une station radiologique au chef-lieu de l'arrondissement, s'étaient empressés tout d'abord d'y envoyer leurs malades ; puis, au bout de très peu de temps, ils s'aperçurent qu'ils ne les voyaient plus revenir à leur cabinet de consultation et qu'ils n'étaient plus appelés à leur donner des soins à domicile. Ils en conclurent que l'atmosphère de la station radiologique était pernicieuse pour leur réputation professionnelle et, au lieu d'aiguiller leurs malades chez le radiologiste du chef-lieu d'arrondissement, ils les dirigèrent au chef-lieu du département. Ce qui, en somme, paraît assez naturel. Le jeune radiologiste, nous écrit en outre notre lecteur, aurait tort de chercher une autre raison à la pénurie des malades qui fréquentent son établissement, et ce ne sont pas des articles du genre de ceux qu'il fait publier dans le journal local, articles qui, pour tous ceux qui sont renseignés, constituent une réclame de mauvais aloi, qui lui feront adresser des malades. Bien que les praticiens soient habitués à faire, en faveur de leurs clients, tous les sacrifices, il ne faut pas leur demander de pousser le désintéressement jusqu'à en favoriser le détournement.

Le confrère à la conduite peu déontologique (soyons courtois), est l'unique auteur de sa détresse ; qu'il n'en rejette donc que sur sa conduite toute la responsabilité.

Ceci nous engage à examiner les rapports des praticiens et des spécialistes. Hâtons-nous de dire qu'ils sont, dans la très grande majorité des cas, courtois et confraternels. C'est, d'ailleurs, l'intérêt des deux parties et surtout celui du malade qui, sans cela, serait tiraillé entre les deux et aurait quelque chance de devenir la principale victime des mauvais procédés confraternels.

Cependant, il y a des exceptions regrettables et les mœurs tendent à se modifier à ce sujet.

Jadis, il ne serait jamais venu à l'idée d'un malade d'aller consulter un chirurgien, un spécialiste ou de faire une saison dans une ville d'eaux sans consulter préalablement son médecin traitant et le prier, sinon de l'accompagner, tout au moins de lui remettre un mot d'introduction. Le consultant, d'autre part, n'aurait jamais procédé à l'examen d'un malade, sans se renseigner sur son médecin traitant et sans lui remettre une lettre pour lui. Si le malade avait entendu vanter la réputation d'un spécialiste, il demandait conseil à son médecin traitant et ce dernier, sans hésitation, lui conseillait d'aller voir ce spécialiste et lui donnait une lettre d'introduction, s'il jugeait que le consultant indiqué pouvait, par sa compétence, donner un conseil utile au malade et être considéré comme un homme honorable. En agissant ainsi, le malade évitait d'aller à tort ou à travers consulter un médecin n'ayant aucune compétence dans le genre d'affection dont il était atteint et, lorsque la renommée lui avait fait désirer les conseils d'un charlatan avéré, son médecin pouvait doucement l'avertir des risques qu'il courait de se faire exploiter. Tout cela était évidemment dans l'intérêt du malade.

Nous avons toujours suivi cette règle de conduite et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Respectueux du libre choix du médecin quel qu'il

soit, par le malade, nous nous sommes dans quelques cas bornés à faire entrevoir la possibilité d'une escroquerie, laissant néanmoins notre client libre de se faire voler si, une fois averti, il persévérait dans son intention.

Nous nous souvenons d'un malheureux jeune homme, atteint de phtisie à la dernière période, pour lequel nous avions demandé les conseils de plusieurs de nos maîtres, les plus estimables et les plus réputés. Comme il allait de mal en pis, son père vint un jour nous trouver : « Docteur, nous dit-il, mon fils vient d'apprendre qu'un spécialiste étranger a guéri un de ses amis par des ferments qu'il administre lui-même en lavements. Il vous prie de bien vouloir venir le voir avec ce médecin. » Il s'agissait d'un Levantin qui, il y a quelques vingt ans, avait fait dans la presse beaucoup de publicité sur un procédé à lui de cure de la tuberculose.

« Monsieur, répondîmes-nous à ce pauvre père, vous êtes bien convaincu que nous ne pouvons rien pour votre enfant. Nous sommes persuadés que vous allez vous faire voler, et c'est fâcheux de contribuer à enrichir un exploiteur méprisable. Mais, si vous ne le faites pas, après la mort de votre fils, mort que nous croyons prochaine, vous serez obsédé par un regret. Peut-être, direz-vous, il ne serait pas mort si nous avions essayé. Tant pis ! Tentez la cure de ce charlatan, vous n'en êtes pas à quelques cents francs près pour entretenir l'espoir de guérison chez votre fils unique. Tout ce que nous vous demandons, c'est de nous éviter tout contact avec cet homme que nous jugeons méprisable. »

Il en fut ainsi fait. Le jeune malade, rempli d'espoir et de confiance, vit son état s'améliorer pendant quelques jours, puis la maladie reprit son cours inexorable. Nous fûmes rappelé *in extremis* pour calmer avec la morphine les dernières souffrances du malheureux, et la famille nous garde toute son estime et sa reconnaissance.

Aujourd'hui, le public, intoxiqué par la réclame éhontée de la grande presse, ne demande plus l'avis du médecin traitant. Il use en secret du remède. La tentative si bien intentionnée du Ministre de l'Hygiène, M. Justin Godart, qui espère, par circulaire, mettre un terme au charlatanisme médical en engageant la presse à renoncer à sa publicité, nous a fait sourire. Le charlatanisme médical, paramédical et autre, est de tous les temps. C'est un protée qui se moque des circulaires, des arrêtés, des décrets et des lois. Il est dans la nature humaine, surtout lorsqu'elle souffre, d'espérer dans le merveilleux et de vouloir se laisser tromper. *Vulgus vult decipi*, dit un antique adage. Nous ne sommes pas bien certain que, dans un cas désespéré, M. le Ministre de l'Hygiène n'aurait pas lui-même recours à un procédé charlatanesque qui lui ouvrirait les portes de l'espérance, tout comme le Président de ce tribunal qui avait recours pour le soigner au rebouteur qu'il venait de condamner. C'est pour ces raisons que nous n'avons qu'une confiance limitée dans la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Mais ce qui se passe pour le charlatan se passe aussi pour le spécialiste et le consultant sérieux. La publicité des quotidiens à grand tirage fait parfois leur réputation un peu malgré eux et les malades ont recours à leurs soins sans même en avertir leurs médecins traitants.

Ces mœurs sont des mœurs d'après-guerre et s'établissent du fait d'un affaissement de la moralité publique qui s'accompagne d'une crise de confiance. On a fait tantôt tant de bruit sur la dichotomie, sur les scandales des cliniques louches, des carnets médicaux, que le client croit être très malin en s'adressant directement à un spécialiste ou à un chirurgien. Ces derniers, généralement jeunes, qui parfois ont grand besoin de gagner leur vie, accueillent ces clients commes des envoyés du ciel, et s'empressent de les soigner ou de les opérer en se gardant bien de prévenir les médecins traitants dans la crainte de voir ceux-ci faire des réserves sur l'urgence ou la nécessité des interventions.

Il leur survient bien de temps à autre un accident grave dû à l'ignorance des antécédents et dont les malades sont victimes, mais qu'importe, selon le mot de Nicoclès que cite Montaigne, « le soleil esclaire leur succez, et la terre cache leur faulte. »

Un beau jour, on apprend comme par hasard, et du client lui-même, qu'il a été opéré par le Dr X. ou qu'il a subi le traitement du Dr Z. dont les grands quotidiens ont vanté l'habileté ou les découvertes. A la longue, ces coutumes se retournent contre leurs auteurs : *Hodie mihi, cras tibi*, car il y a une justice immanente.

Il existe encore d'autres habitudes, rares mais fâcheuses, dont nous avons entendu encore les praticiens se plaindre. Ce sont celles prises par quelques specialistes ou médecins de villes d'eaux. Ces confrères, qui ont soigné un malade adressé par un praticien pour des accidents exigeant l'intervention d'un spécialiste ou une cure hydrominérale, pensent qu'il est de leur devoir de prescrire un traitement général qui sera

continué longtemps après que le malade aura échappé à leur surveillance. Cette coutume est, à notre avis, absolument fâcheuse ; elle peut être très nuisible au malade et est indiscutablement blessante pour le praticien. Certes, il est du devoir du spécialiste ou du médecin de villes d'eaux de donner tous les soins et tous les conseils qu'ils jugent nécessaires aux malades qu'on leur a confiés, mais une fois que ces malades les ont quittés, ils ne doivent plus rien leur prescrire et, s'ils jugent qu'il y aurait intérêt à voir poursuivre pendant une période plus longue une médication qu'ils ont ordonnée, ils peuvent, par lettre au médecin traitant, donner tous les conseils et toutes les suggestions qu'ils jugent utiles pour que le malade bénéficie au maximum du traitement spécial qu'il a subi.

Lorsqu'on y réfléchit, pas n'est besoin de rédiger, pour régler ces questions, un code détaillé de déontologie : il suffit de faire preuve dans les actes professionnels de conscience, de délicatesse, de bonne foi, et souvent de simple bon sens. Malades, spécialistes, praticiens y trouveraient chacun leur compte. Mais, depuis longtemps, l'on a constaté que le bon sens n'était pas la qualité la plus répandue, même chez les gens qui se croient très intelligents.

J. Noir.

R. H. M. S. 5080

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DU TRAITEMENT DES URÉTRITES BLENNORRAGIQUES PAR LA VACCINATION LOCALE

Par le Dr Marc Philippeau,

Ex-interne de l'Infirmerie spéciale de St-Lazare.

La recherche d'un traitement efficace de la blennorragie constitue encore une nécessité. La multiplicité des méthodes de chimiothérapie mises en œuvre contre cette maladie démontre leur insuffisance ; il faut donc recourir à une méthode plus générale : la vaccinothérapie.

Divers vaccins antigonococciques préparés de différentes manières et avec des cultures plus ou moins riches en gonocoques, employés surtout pour le traitement des complications de la blennorragie, n'ont donné de résultat lors de leur emploi en injections sous-cutanées ou intra-musculaires au cours des urétrites, que s'ils étaient accompagnés de lavages antiseptiques. De plus, dans des communications récentes, la vaccinothérapie était même jugée défavorable à la période aiguë de l'urétrite.

La voie hypodermique sans aucun doute, n'est pas la perfection :

1° L'introduction dans le tissu cellulaire des substances microbiennes agressives en rend la vulgarisation impraticable par les réactions violentes qu'elle provoque ; ne pourrait-on pas se dispenser d'irriter violemment le tissu cellulaire ?

2° Nous ne savons pas réaliser artificiellement par l'injection sous-cutanée une immunité comparable à celle qu'une première atteinte, dans certaines maladies infectieuses, fait acquérir à celui qui l'a subie, et si nos résultats sont incertains, n'est-ce pas parce que la voie hypodermique est détournée et qu'une partie de l'antigène introduit est inutilisé.

De plus l'immunité ne s'élabore-t-elle pas en certains points de l'organisme et ne peut-on pas atteindre ces derniers directement ?

A bien les considérer, on s'aperçoit vite que les maladies infectieuses ont chacune un siège d'élection où elles localisent d'abord et parfois uniquement leurs lésions. On dit aujourd'hui que ces infections ont un tropisme positif pour tel ou tel organe.

Dans de remarquables travaux, le professeur Besredka a montré que l'organe qui est parfois le siège unique de l'infection est ordinairement le lieu d'élaboration de l'immunité ; donc la vaccination de cet organe (*vaccination locale*) produira l'immunité locale qui s'accompagne le plus souvent de l'immunité de l'organisme tout entier.

Ses recherches de laboratoire portèrent tout d'abord sur le charbon, prototype des maladies infectieuses et montrèrent que :

D'une part, la réceptivité de l'animal au char-

bon réside uniquement dans celle des cellules de la peau.

D'autre part, l'immunité anticharbonneuse est réalisée uniquement par la vaccination de la peau.

Puis, étudiant les infections à staphylocoque, il a pu montrer également que seule la voie cutanée, pour l'introduction du vaccin, conférait à l'animal une immunité rapide et efficace.

Jusqu'à maintenant, les microbiologistes et les cliniciens à la suite de WRIGHT pensaient que le succès de la vaccinothérapie était dû au pouvoir opsonisant des anticorps qui s'ajoutaient aux anticorps déjà formés par le malade au cours de l'infection. Or, si l'acquisition de l'immunité est à tel point subordonnée à l'organe où l'on porte la bactéridie charbonneuse ou le staphylocoque, cette immunité, *a priori*, doit être d'essence locale, c'est-à-dire indépendante de la production d'anticorps. En effet chez les animaux vaccinés et possédant un haut degré d'immunité, on ne trouve que très peu d'anticorps ou le plus souvent pas du tout.

Même en admettant, pour un instant, que les anticorps participent à la guérison, que peuvent valoir dans la masse de virus-antigène, déjà présente dans l'organisme infecté, quelques millions de corps microbiens contenus dans le vaccin. De plus, si l'on remplace le vaccin couramment employé, c'est-à-dire des corps de bactéridie ou de staphylocoques tués, par une culture en bouillon filtré, ce liquide atoxique, appliqué sur la peau sous forme de pansement provoque une immunité rapide, spécifique, supérieure à l'injection de corps de microbes. Dans le filtrat serait contenu une substance spéciale, douée de propriétés vaccinantes, désignée sous le nom d'antivirus.

Comment peut-on concevoir la vaccination locale conduisant à l'immunité ?

1° Dans la vaccination préventive, après l'introduction du vaccin, l'antivirus rejoint les cellules pour lesquelles il ressent une affinité élective (*cellules réceptives*), c'est-à-dire les cellules de la peau pour l'infection charbonneuse, staphylococcique, streptococcique ; les cellules de l'intestin pour l'infection dysentérique, typhique, et ainsi les cellules de chaque organe, ce dernier différant suivant la maladie infectieuse considérée. Après s'être combinées avec l'antivirus, les cellules réceptives deviennent impropres à entrer dans une nouvelle combinaison : elles deviennent *eo ipso* réfractaires, c'est-à-dire vaccinées contre une nouvelle invasion du virus.

2° Dans la vaccinothérapie, le processus est sensiblement le même. Pour lutter contre le virus, l'introduction de nouveaux anticorps est inutile, les cellules réceptives interviennent surtout. On ne peut rien pour les cellules déjà infectées qui seront bientôt phagocytées ; mais les cellules encore saines, par leur combinaison avec l'antivirus, seront protégées : ainsi la vaccinothérapie par la prophylaxie des cellules saines permet de circonscrire le foyer infecté.

Restait à introduire dans la pratique ces très intéressantes données.

Les premiers essais de vaccination locale furent faits par la doctoresse BASS à l'Institut Pasteur à Paris et dans le service du professeur HARTMANN à l'Hôtel-Dieu. Des malades atteints d'affection à streptocoque et à staphylocoque avec localisations cutanées, osseuses, pleurales et péritonéales, ont été traités avec succès à l'aide de vaccins appliqués localement soit en compresses, soit en instillations abondantes.

Il nous a donc paru utile de rechercher l'action de la vaccination locale au cours des affections à gonocoque.

Nous nous sommes occupés d'abord de la blennorragie chez l'homme, le traitement de la blennorragie chez la femme étant actuellement à l'étude.

Pour les urétrites , nous avons pratiqué des applications locales de vaccin antigonococcique, c'est-à-dire des injections intra-urétrales : celles-ci portant ainsi, aussi directement que possible, le vaccin au contact de la muqueuse atteinte et mettant les cellules réceptives de cette dernière en état de se protéger, de les rendre inaptes à entrer en réaction avec le virus envahisseur : le gonocoque. Des plus, connaissant la fréquence des microbes associés, au cours des urétrites, principalement le staphylocoque et le streptocoque quelquefois, nous avons ajouté à l'introduction du vaccin antigonococcique celle des vaccins antistaphylococcique et antistreptococcique.

Les vaccins, dont nous nous sommes servis, ont été préparés par la doctoresse BASS. Les vaccins antistaphylococcique et antistreptococcique proviennent de cultures âgées de huit, dix jours, que l'on filtre sur bougie. Le vaccin antigonococcique contenant plusieurs milliards de gonos par centi-cube, provient d'une culture sur bouillon gelosé très riche en vitamines.

Voici la technique que nous avons suivie pour les applications de vaccin pratiquées sur des malades dans le service du professeur Marion à Lariboisière.

Tout d'abord nettoyage soigneux du méat et de la fosse naviculaire avec de l'eau physiologique stérilisée ; puis lavage du canal à l'aide du bock et de la canule de Janet avec ce même sérum, afin de décaper, pour ainsi dire, la muqueuse urétrale en favorisant la sécrétion de ses nombreuses glandes et les rendant plus aptes à la pénétration du vaccin dans celles-ci, véritables repaires de gonocoques. Puis, suivant les cas, le vaccin est introduit directement à l'aide d'une seringue ou par l'intermédiaire d'une sonde.

Quel que soit le mode d'injection, par la serin-

gue seule ou combinée à la sonde, il faut avoir soin, l'injection terminée, de pincer aussitôt le méat, pour éviter l'issue du vaccin qui doit rester à l'intérieur de l'urètre au moins de 15 à 20 minutes. Il faut recommander ensuite au malade de ne pas uriner avant une heure.

Les injections de vaccin doivent être renouvelées à intervalles assez rapprochés, 2 à 3 jours.

Si en même temps que l'écoulement existe de l'inflammation du méat avec parfois œdème du prépuce, il serait bon, après les injections de vaccin, de faire un pansement de l'extrémité de la verge à l'aide de compresses imbibées de vaccins antistaphylococcique et antistreptococcique. Ce pansement sera enlevé par le malade lors de sa prochaine miction.

Les injections intra-urétrales de vaccin ont toujours été bien tolérées : nous n'avons jamais observé de troubles de l'état général, aucune ascension de température, ni phénomènes d'intolérance, pas de réaction locale ; les malades ont toujours continué à vaquer à leurs occupations.

L'écoulement s'atténue vers la 4e injection intra-urétrale ; au cours des orchites, la douleur disparaît en général après la deuxième injection avec grande modification de l'état local, la guérison des urétrites blennorragiques semblant obtenue au bout d'un mois de traitement environ.

Au cours de rhumatisme articulaire blennorragique à tendance phlegmoneuse, celui-ci a cédé progressivement aux injections de vaccin poursuivies pendant 30 jours pour aboutir à une restauration intégrale de l'articulation.

Il nous semble donc que les injections intra-urétrales de vaccin antigonococcique ont une influence heureuse dans le traitement de la blennorragie, non seulement dans ses complications mais au cours des urétrites.

BIBLIOGRAPHIE

BASS. — Essai de vaccinothérapie par voie cutanée (Comptes rendus de la Société de Biologie, tome 89, 2 juin 1923, page 9). — De la vaccinothérapie au moyen de pansements d'origine microbienne (Comptes rendus de la Société de Biologie, tome 89, 30 juin 1923, page 287).

BASS, SOUPAULT et BROUET. — Des pansements antimicrobiens dans la pratique humaine (*Presse médicale*, n° 5, 16 janvier 1924).

BESREDKA. — Vaccination par voie cutanée : charbon, cuti-infection, cuti-vaccination, cuti-immunité. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1921, tome 35, page 421). — Immunité générale par l'immunisation locale (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 juin 1921, tome 20, page 473 et 15 juillet 1922, page 513). — Etude sur l'immunité locale. Staphylocoque : cuti-vaccination et cuti-immunité (Comptes rendus de la Société de Biologie, 19 mai 1923, page 1.273). — Etude sur l'immunité locale, pansement antistaphylococcique (Comptes rendus de la Société de Biologie, 2 juin 1923, page 7, tome 89). — De l'immunité locale, cuti-vaccination et pansements spécifiques (*Presse médicale*, 12 juillet 1924, page 585).

BESREDKA et URBAIN. — Etude sur l'immunité locale, pansement anti-streptococcique (Comptes rendus de la Société de Biologie, 21 juillet 1923, tome 89, page 506).

PHILIPPEAU. — La vaccination locale. Essai de traitement des urétrites blennorragiques par les injections intra-urétrales de vaccin antigonococcique (Thèse Paris, 1924).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la colibacillose au cours de la puerpéralité.

D'après une leçon du Professeur JEANNIN (1).

Il y a peu d'infections aussi fréquentes et que nous devions mieux connaître dans son mode de propagation, dans ses symptômes et son traitement.

Depuis très longtemps, on remarquait deux ordres de faits : d'une part des femmes qui pendant la grossesse et sans cause apparente faisaient de la fièvre : c'est ce qu'on appelait la fièvre de grossesse. Chez d'autres, le tableau clinique général était celui de l'infection puerpérale, mais l'utérus était normal, les lochies n'étaient point sales, il n'y avait pas de signes d'infection locale.

Puis on insista sur le rôle de la constipation, très ordinaire aux femmes enceintes. Elles sont empoisonnées, disait-on, par la rétention et la résorption de la partie toxique des matières. C'est ce que Budin appelait la *stercorémie*.

Il est évident que la grossesse à elle seule n'est pas une cause de fièvre. Il est non moins certain que toutes les femmes ayant de la fièvre pendant leurs suites de couches ne sont pas des infectées puerpérales. Enfin la notion de stercorémie était exacte, mais insuffisante. Actuellement, on admet que le colibacille ou *bacterium coli* parti de l'intestin et exaltant sa virulence se répand dans l'organisme : il donne lieu à une véritable *septicémie colibacillaire*, dite *colibacillose*. Le colibacille s'élimine par les trois organes suivants : par le rein, en donnant lieu à une pyélonéphrite ; par l'appendice et par la vésicule biliaire.

Je passe sur les manifestations de cholécystite et d'appendicite, qui n'ont ici rien de particulier, pour insister sur la *pyélonéphrite gravidique* qui

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr LAPORTE.

constitue le type général de la colibacillose puerpérale.

La pyélonéphrite gravidique peut apparaître à deux époques très différentes. Elle peut apparaître pendant le cours de la grossesse, et ceci permet d'éliminer cette ancienne conception de la « fièvre de grossesse ». Elle peut apparaître au cours des suites de couches, et ceci fait penser que beaucoup d'infections dites autrefois *puerpérales* étaient tout autre chose en réalité.

On distingue deux variétés de pyélonéphrite gravidique : une pyélonéphrite *primitive*, qui éclate au quatrième ou cinquième jour des couches, sans avoir été précédée d'autres manifestations pendant la grossesse, et une pyélonéphrite *secondaire*, qui n'est que le réveil d'une pyélonéphrite antérieure développée pendant la grossesse et qui s'était calmée.

Dans les formes modérées, le début s'annonce par une légère élévation de température à 38°, 38°5. On trouve la langue saburrale, l'haleine fétide, et si on examine les urines, on les trouve purulentes.

Dans d'autres cas le début est brusque et violent, la fièvre atteint d'emblée 40°, 41°, avec ou sans frisson, car notez que le frisson initial est loin d'être essentiel. Mais ce qui est caractéristique, c'est l'élévation de température subite qui éclate comme le coup de foudre dans un ciel serein. La température dure 2 ou 3 heures puis s'abaisse, elle est suivie de sudation, la crise rappelant un peu l'accès palustre. Le soir ou le lendemain, l'accès se répète.

La maladie une fois déclarée évolue en deux phases. C'est d'abord une phase dite présuppurative, c'est-à-dire antérieure à l'apparition du pus dans l'urine. Les colibacilles ne sont pas encore fixés dans les bassinets, mais ils sont dans la circulation : c'est donc la phase de *colibacillémie*. Elle se caractérise par des symptômes généraux : la fièvre, d'abord ; la température est élevée, et généralement elle reste élevée, en plateau, à 40°, 39°, avec de faibles rémissions ; elle s'accompagne d'une élévation parallèle du pouls, il y a, par exemple, 120 pulsations avec une température à 40°, 96 ou 100 avec 38°. Elle s'accompagne d'une altération de l'état général assez légère. La malade éprouve mal à la tête, se plaint d'avoir chaud, mais après la sudation elle se trouve bien, et reste calme pendant plusieurs heures.

L'état saburral est très marqué, la langue est souvent pâteuse et l'haleine est très ordinairement fétide ; la constipation est très habituelle ; l'élimination intestinale se borne à quelques matières noirâtres d'une odeur fétide.

A cette phase, les urines sont peu abondantes, elles atteignent seulement quelques centaines de grammes. L'urine est rougeâtre comme dans les états fébriles en général. Pendant 2 à 5 jours elle ne contient aucun corps spécial, puis il vient un moment où elle donne l'impression d'une sorte de moire : à ce moment on peut par centrifugation mettre en évidence du colibacille mais il n'y a pas encore les éléments caractéristiques du pus au point de vue cytologique. C'est la phase dite de *bactériurie*, ce n'est pas encore la phase de *pyurie*.

La durée de cette phase est de quelques jours. Cette phase peut ne durer que 24 heures, et d'autres fois atteindre la semaine.

La phase suppurative ou pyurique est caractérisée par l'apparition de pus dans l'urine. Elle fait normalement suite à la première et, très souvent son apparition est annoncée par deux symptômes : le premier est la chute de la température qui descend à la normale et parfois au-dessous de la normale. On dirait que plus elle est montée haut, plus elle a de tendance à descendre bas.

Le deuxième symptôme, qui cadre bien avec le premier, est l'élévation brusque de la quantité d'urine.

A cette phase suppurative, il convient d'envisager les signes généraux, les symptômes fonctionnels, les signes physiques.

Les *symptômes généraux* sont, d'abord, la *température*. La température n'a plus la même allure que précédemment. Le propre de cette température est de procéder par grandes oscillations, de 37° à 41°, par exemple. Elle est essentiellement irrégulière. Quelquefois c'est à 6 heures du matin que survient la poussée. La température monte à 41°, puis le soir, elle est à 37°. D'autres fois, c'est à 3 heures de l'après-midi, d'autres fois encore c'est à 5 heures du soir que la température s'élève.

Le frisson est très variable, il est inconstant et ce n'est pas un élément sur lequel on puisse baser son jugement pour conclure pour ou contre l'infection.

Le pouls suit fidèlement la température, monte et descend avec elle. Au contraire, dans l'infection puerpérale, la température oscille également, mais le pouls reste haut alors que la température est basse. De plus l'état général dans la colibacillose n'est altéré que momentanément, au moment de la poussée thermique ; on est frappé de la relative euphorie de la femme, alors qu'il en est tout autrement dans la septicémie puerpérale.

Les *symptômes locaux* sont, d'une part les symptômes digestifs, et d'autre part les symptômes urinaires.

Les symptômes digestifs sont assez banaux : c'est une langue saburrale, la perte d'appétit. Les vomissements sont exceptionnels. La constipation est constante. Très souvent l'abdomen est météorisé ; on constate du tympanisme abdominal.

Du côté de l'appareil urinaire on trouve de la

douleur spontanée. La femme qu'on interroge se plaint en trois régions différentes : au niveau du rein, dans le sillon costo-lombaire ; sur le trajet de l'uretère, le long du bord latéral de l'abdomen, et dans la vessie : besoins d'uriner, picotements après la miction.

Ces douleurs existent *presque toujours* uniquement *du côté droit*, la pyélonéphrite étant unilatérale droite dans la majorité des cas.

Les urines contiennent du pus et sont abondantes. C'est la *polyurie trouble*. Leur volume atteint 2 ou 3 litres. Ces urines ont une coloration blanc sale, plus ou moins opaque, et laissent un dépôt épais ; l'analyse du laboratoire met en pleine évidence la présence de pus.

Les *signes physiques* doivent être cherchés : avec une main placée au niveau de la région costo-lombaire droite, l'autre main placée en avant, au-dessous des côtes ; chez l'accouchée, presque jamais chez la femme enceinte, pour peu qu'elle ait dépassé le quatrième ou cinquième mois, on sent nettement le bassinet plus ou moins distendu, légèrement douloureux.

Ensuite, il faut chercher la douleur au niveau du trajet de l'uretère ; on décrit une série de points douloureux : un point sous-costal, un point para-ombilical, un point au niveau où l'uretère franchit la marge du détroit supérieur, un quatrième point, celui-ci perçu par le toucher, au niveau où l'uretère aboutit à la vessie, à la partie supérieure du triangle de Lieutaud. Ces signes, je le répète, siègent à droite.

La caractéristique de la pyélonéphrite dans les cas ordinaires, banaux, est d'*évoluer* par poussées successives. La courbe de la température et celle des urines varient en sens inverse. Quand la température remonte brusquement vers 40°, la polyurie qui existait devient de l'oligurie ; l'urine est moins abondante, mais elle a un très bel aspect clair, parce que ces poussées répondent à des phases de rétention pyélique. Le bassinet se dilate, l'uretère se coude, le pus ne s'écoule pas pendant un certain temps. La température s'élève à ce moment, pour s'abaisser quand le pus s'évacue.

Il ne faut pas confondre avec ces poussées successives ce qu'on appelle les *récidives* :

Chez certaines femmes, la pyélonéphrite gravidique guérit de façon définitive après une première poussée. Mais chez d'autres, elle persiste à l'état latent pendant des années ; il suffit d'un écart de régime, d'une fatigue, au voisinage de l'époque menstruelle, d'un refroidissement, pour que la pyélonéphrite se manifeste à nouveau par la purulence des urines et la présence des colibacilles. La longue durée de l'infection est caractéristique.

Le pronostic doit être envisagé au point de vue de la mère et de l'enfant.

Le pronostic maternel est ordinairement bénin, tout au moins pour la pyélonéphrite unilatérale, qui est d'ailleurs la forme habituelle. Mais, lorsque la pyélonéphrite est double, la malade est exposée à l'anurie. J'ai vu un cas typique de ce genre au cinquième mois de la grossesse : il fallut interrompre celle-ci. Brindeau en a vu également un cas, dans lequel on fut obligé d'interrompre chez la même malade deux grossesses successives.

D'après Chantemesse, l'œuf peut être infecté par le colibacille ; mais le fait est rare. Le pronostic fœtal est toujours bon, il serait excellent, si la pyélonéphrite ne pouvait soit par elle-même, soit par notre intervention être cause de l'interruption de la grossesse et par conséquent de la mort du fœtus.

La gravité de l'infection peut se juger d'après l'anurie ou tout au moins d'après l'oligurie. Elle dépend aussi de la déchéance qui frappe les malades, qui, lorsque la pyélonéphrite dure depuis longtemps, deviennent en quelques mois des cachectiques.

Le diagnostic, et particulièrement le diagnostic différentiel, se pose à deux époques très différentes : d'une part, pendant la grossesse, et d'autre part, pendant les suites de couches.

Pendant la grossesse, la difficulté vient de ce que, tant que le pus n'apparaît pas, on peut penser à autre chose. Comme il s'agit généralement de grossesses assez avancées empêchant de bien palper le bassinet et l'uretère, on erre volontiers. On pensera, par exemple, à une infection typhique ou paratyphique, à une grippe.

Pendant les suites de couches, ce serait plus simple si on pensait toujours à la possibilité d'une pyélonéphrite, parce qu'étant donnée la vacuité de l'utérus et la mollesse de l'abdomen, il n'est pas difficile de bien repérer le bassinet, mais c'est moins simple parce qu'à ce moment on pense plus volontiers, en présence d'une élévation de la température, à l'*infection puerpérale*. Il faut également différencier les infections mammaires, les lymphangites du sein, mais cette éventualité ne doit pas beaucoup fixer l'attention, car en 24 heures la question du diagnostic de ces infections est tranchée.

Cependant l'infection puerpérale se caractérise par son début survenant à une époque fixe, vers le troisième ou quatrième jour. La colibacillose commence indifféremment dès le soir de l'accouchement ou le huitième ou dixième jour. La courbe de la fièvre puerpérale suit un cycle plus régulier ; c'est généralement le soir que la température monte. S'il s'agit de colibacillose, cette courbe est désordonnée, fantasque ; de plus l'état général et local sont bons, les lochies parfaites. Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur le diagnostic différentiel.

Le *traitement* comprend la prophylaxie et le traitement proprement dit.

La *prophylaxie* consiste à favoriser les selles par quelques lavements et laxatifs, à prévenir l'infection colibacillaire par quelques prises de Yaourt.

Le traitement proprement dit comprend d'abord l'*isolement*, parce que toute femme en couches ayant de la fièvre doit être isolée. Mais il n'y a aucune contagion à craindre.

Le *traitement médical* est basé sur le régime, comportant des boissons abondantes, du lait, des tisanes variées, du bouillon de légumes peu salé, pendant la période fébrile, puis dans la période de pyurie un régime fortifiant composé de viandes, légumes, fruits crus ou cuits, avec antisepsie interne par l'urotropine ou l'uraseptine (1 gr. 50 ou 2 gr. par jour.)

On calme la douleur rénale par les grands enveloppements chauds avec des serviettes éponges ou des lames d'ouate plongées dans l'eau chaude, en enveloppant la femme depuis sous les seins jusqu'au pubis, avec une couverture par dessus.

Enfin on emploie l'auto-vaccinothérapie, qui est certainement pour bien des maladies la méthode d'avenir.

Le *traitement chirurgical* est indiqué par l'anurie. La méthode la plus banale et facile consiste dans la méthode de Pastaud (on remplit la vessie avec 250 gr. d'eau boriquée). Si ce procédé qui est à la portée de tous échoue, il faut recourir à des techniques très difficiles, au *cathétérisme de l'uretère*, qui demande une instrumentation spéciale et la main d'un spécialiste ; il peut être accompagné de l'instillation d'antiseptiques. Si c'est insuffisant, on est conduit à la *néphrotomie* et même à la *néphrectomie*.

En pratique, la méthode de Pastaud est faite très souvent, le cathétérisme urétéral très rarement, la néphrotomie et la néphrectomie jamais. C'est dire que le pronostic n'est pas grave en général.

Le *traitement obstétrical* consiste dans l'interruption de la grossesse. La pyélonéphrite ne rentre cependant pas dans les indications de l'avortement provoqué ni de l'accouchement prématuré. Il y a toutefois des cas où c'est nécessaire. L'interruption de la grossesse est indiquée quand on a affaire à des femmes porteuses de pyélonéphrite bilatérale évoluant vers l'anurie et se trouvant surtout en cours de grossesse, c'est-à-dire loin du moment de l'accouchement spontané. Mais c'est heureusement une indication qui se présente exceptionnellement.

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Dans un article paru récemment (*Journal des Praticiens*), le Dr Ch. Fiessinger s'attaque avec fougue à la pratique des injections intraveineuses, comme mode d'introduction des médicaments. Il la trouve dangereuse ou tout au moins inutile dans la plupart des cas. Sans vouloir le moins du monde entamer une controverse avec cet auteur, pour lequel je professe la plus grande admiration, je me permettrai d'avoir un avis différent du sien, tout au moins en ce qui concerne le traitement de la tuberculose pulmonaire.

D'ailleurs les méfaits dont le Dr Ch. Fiessinger charge les intraveineuses sont, ce me semble, assez illusoires :

« Dans la majorité des états morbides où elles sont employées, les injections intra-veineuses prennent leur justification dans cet axiome étonnant « la bouche n'est pas faite pour avaler ». Il n'est pas besoin d'être médecin pour trouver en effet ce précepte « étonnant », même au sens étymologique du mot : frappé du tonnerre. Je crois qu'il est tout simplement écourté et qu'on peut dire plus simplement, quoique d'une manière un peu moins lapidaire que « la bouche n'est pas faite pour avaler ... autre chose que des aliments ». Pour absolue que semble cette formule, je crois en ce qui me concerne, qu'elle renferme un grand fonds de vérité et que l'estomac, constitué pour une besogne définie, ne s'accommode pas toujours des mixtures ou extraits dont on lui impose la digestion. Or, il est des cas où l'intégrité du tube digestif a un intérêt majeur; à plus forte raison doit-on ménager celui-là lorsqu'il fonctionne déjà assez mal, comme c'est le cas chez nombre de tuberculeux. Il semble en effet qu'il n'y ait pas à hésiter lorsqu'une autre voie s'ouvre à l'introduction des médicaments, bien entendu quand ces médicaments sont destinés à un autre organe.

Dans l'impossibilité où nous sommes de traiter la tuberculose pulmonaire *in situ*, la voie veineuse qui transporte au foyer même, sans déformation possible par le chimisme digestif, le principe injecté, nous paraît de beaucoup préférable.

« Est-on bien sûr qu'un médicament, irritant pour l'estomac, ne le soit point pour les veines ? Quelle idée bizarre, parce que l'estomac se montre parfois réfractaire, d'employer immédiatement la voie endo-veineuse ? Il y a moyen de rendre l'estomac docile...etc... »

Je ne vois pas de prime abord l'absolue nécessité que les veines soient aussi intolérantes que l'estomac : je ne sache pas que la muqueuse gastrique, ses glandes et son innervation soient très comparables à l'endothélium veineux ? Je

ne suis pas davantage sûr que les « subterfuges innocents » soient toujours si anodins et qu'il soit indispensable qu'un produit passe par le tube digestif pour agir. L'expérience prouve d'ailleurs et surabondamment que la paroi veineuse supporte sans dommage certains médicaments que n'eût accepté l'estomac même à l'aide des détours les plus ingénieux. Savons-nous d'ailleurs si les produits médicamenteux ingérés sont chimiquement sans action, même quand nous ne le désirons pas, sur les aliments eux-mêmes contenus dans la poche gastrique ? Enfin il est de connaissance universelle que les médicaments destinés à la voie endoveineuse sont spécialement préparés pour elle.

Passons sur « le débit de l'injection aujourd'hui trop rapide, et le lendemain trop concentrée » : un praticien averti et consciencieux connaît avant d'opérer le titre de sa solution et consacre assez d'attention à son travail pour employer la vitesse convenable.

Laissons de côté les cas très spéciaux (sérum antidiphtérique) que cite l'auteur, où le médicament ayant quitté l'économie avec célérité, une injection intramusculaire est nécessaire ; et ceux qui ne le sont pas moins (mercure) où le produit toxique peut provoquer des empoisonnements.

Des objections du Dr Ch. Fiessinger il ne reste, en dernière analyse, qu'un argument purement sentimental. « Les veines s'enflamment et s'obstruent fréquemment. C'est leur façon à elles de dire « Je vous défends de continuer ». Qu'ont-elles fait, ces malheureuses, pour qu'à tour de rôle, elles soient condamnées aux mêmes dommages » (!!!)

Une pratique quasi-quotidienne de plus de trois ans, m'a montré ceci : la phlébo-sclérose, lorsque l'injection a été correctement faite (et non point à côté) est si peu intense que j'ai pu faire fréquemment plus de cent piqûres dans la même veine, et sur une longueur de 2 ou 3 centimètres au plus. Quant au calibre du vaisseau, si enclos qu'il puisse être dans la graisse, comme cela arrive chez les femmes, je puis affirmer n'avoir en aucun cas été obligé d'abandonner pour cette cause la pratique endo-veineuse. Que certaines solutions peut-être inconsidérément employées dans d'autres affections, aient produit les fâcheux effets signalés par Ch. Fiessinger, c'est possible, mais en ce qui me concerne, je mets en fait qu'aucune injection convenablement pratiquée (*errare humanum est*) ne m'a causé de désagréments.

Ce n'est point assez ce me semble, de montrer négativement que les intraveineuses ne sont pas nocives, il faut prouver qu'elles peuvent être bonnes. A la suite de Dufour, Hamant et Jullien, Hamant et Méry, Pissavy, Ardoin, j'emploie fréquemment par voie endoveineuse l'iodaseptine (iodo-benzo-méthylformine) et je dois reconnaître avec les auteurs précités qu'utilisée dans des cas définis (apyrexie ou température subfébrile, expectoration abondante, tuberculose torpide) et en longues séries, je n'ai qu'à me féliciter des résultats obtenus. Diminution rapide de l'expectoration, baisse lente de la température, évolution favorable des lésions. D'ailleurs l'action complexe de l'iodaseptine n'a-t-elle pas lieu en partie sur le foie et Pissavy et Manceaux ne viennent-ils pas de montrer l'importance du bon fonctionnement de la glande hépatique chez le tuberculeux. Fidèle également aux enseignements de mon maître Pissavy, j'ai employé par injections intraveineuses les pélospanines, dans des cas de tuberculose pulmonaire au début et avec le plus grand succès, notamment l'an dernier. Or, en aucun cas, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre de ces deux produits, je n'ai eu à interrompre les injections à moins qu'exceptionnellement une fausse route ait provoqué un peu d'induration *sous-cutanée*. Ch. Fiessinger concède d'ailleurs que dans certains cas la piqûre est moins douloureuse.

Où nous ne suivrons qu'avec peine l'auteur de l'article en question c'est lorsqu'il demande si la cause de la faveur des intraveineuses réside dans un besoin de faire admirer sa dextérité, dans l'amour-propre de compliquer un mode d'administration trop simple ou enfin dans des « motifs » moins avouables qui seraient intervenus pour célébrer une méthode qui ne peut-être appliquée en dehors de la présence du médecin lui-même. Il me coûte beaucoup de m'aventurer sur ce terrain brûlant. Je me bornerai donc à quelques réflexions.

Ne peut pas faire des intraveineuses qui veut, particulièrement en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire. Il est évident que les spécialistes jouissant d'une grosse clientèle ne peuvent s'astreindre à faire eux-mêmes des piqûres qui se chiffreraient quotidiennement par 50 ou 100. Force leur est de renoncer à un moyen de traitement qui, pour efficace qu'il soit, n'est pas moins fort occupant pour le praticien. Aussi ces spécialistes préfèrent-ils souvent des médications plus applicables à la thérapeutique de série : pneumothorax plus ou moins inconsidérément institués, mais dont les motifs d'exécution sont probablement beaucoup moins avouables que ceux qui nous poussent aux injections d'iodaseptine ou de pélospanines, à savoir, l'intérêt du malade.

Dr J. Trotot
(de Cambo-les-Bains.)

SURDITÉ ET RÉÉDUCATION AUDITIVE (1)

Par le Dr A. MAURICE, de Paris.

Sous ce titre un livre vient de paraître ; il est le résultat de 14 ans d'expériences sur les divers traitements de la surdité et surtout sur la rééducation auditive, qui, à l'heure actuelle, est l'arme la plus puissante que l'on possède contre cette infirmité. En plus de l'historique de la question, le Dr Maurice s'étend sur la méthode qu'il préconise et sur l'instrumentation qu'il a mise au point et qui est actuellement utilisée dans le monde entier par de nombreux auristes. Nous voyons signalés des pourcentages édifiants de résultats heureux fournis par les docteurs Humphris, de Londres ; Lavrand, de Lille ; Desloges, de Montréal ; Torrini, de Florence ; Roure de Valence ; Pause de Dresde, etc.

Nous détachons du livre le chapitre IX où le Dr Maurice décrit son instrumentation.

Description de notre appareil le Kinésiphone.

Qu'on ne s'étonne pas des qualités que nous réclamons au son pour qu'il soit utile à une bonne thérapeutique ; le courant faradique pour donner des résultats heureux ne doit pas s'appliquer au petit bonheur et nous doutons fort que les petites bobines d'induction qu'on trouve dans les bazars puissent égaler la faradisation rythmée des appareils médicaux ; de même, il ne suffit pas de faire un bruit quelconque à proximité de l'oreille pour que celle-ci soit favorablement influencée.

L'étude de différents instruments et procédés employés jusqu'à ce jour dans le but de rééduquer l'oreille nous a amené à conclure que l'instrument idéal devait comporter une série de qualités.

1° Il possèdera un clavier permettant de produire toutes les vibrations possibles de 80 à 3.500 vibrations doubles à la seconde. C'est le champ vibratoire de la voix humaine (2).

2° L'onde vibratoire pourra se régler dans tous ses éléments, c'est-à-dire au point de vue de la durée, du timbre, de la tonalité et de l'intensité sonore. Le réglage de chaque oreille sera indépendant.

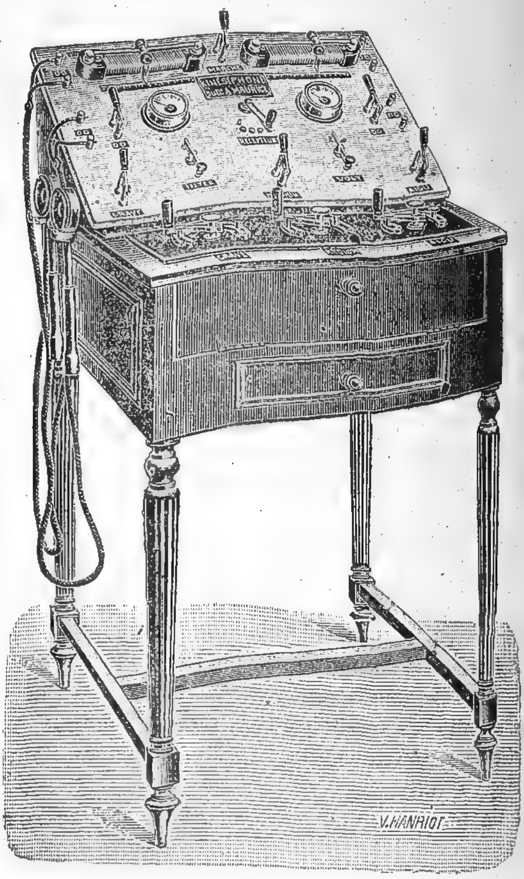


FIG. 1.

Kinésiphone du Dr Maurice. Grand modèle.

3° Les vibrations au lieu d'être pures comme celles d'un diapason devront posséder des harmoniques ayant une certaine similitude avec ceux de la voix humaine.

4° L'amplitude des vibrations devra s'élever graduellement au point de faire ressentir à l'oreille traitée un tremblement caractéristique donnant la sensation de chatouillement (1).

5° Le son devra se produire le plus près possible de l'oreille de façon à ce que la vibration ne soit matelassée que par une faible couche d'air

(1) Un volume de 140 pages illustré de 16 figures, édité par Maloine, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

(2) Ces vibrations comprennent les vibrations principales et les harmoniques ; la hauteur du son laryngien évolue en réalité dans une zone plus réduite, 80 à 780 vibrations doubles environ, du fa 1 au sol 4, guère plus de 3 octaves. Le fa 1 est la note la plus grave qu'une basse puisse émettre et le sol 4 la plus élevée du soprano. Les vibrations supérieures à 780 sont les harmoniques ; c'est grâce à eux que le son laryngien prend un sens vocal (perception des voyelles ou des consonnes) et un timbre caractéristique. Il s'agit là de la voix chantée. Les vibrations principales de la voix parlée s'étendent dans une zone encore plus réduite, pour l'homme de 100 à 170 v. d. et pour la femme de 200 à 325 v. d. environ ; on voit que la femme parle généralement à une octave supérieure à celle de l'homme.

(1) C'est ce que quelques auteurs dénomment le *phénomène dynamique* ; l'augmentation de l'amplitude des vibrations (intensité sonore) explique toutes les sensations perçues. Certains sujets ne peuvent supporter cette sensation sans inconvénient, aussi faut-il un certain doigté dans le traitement (voir chapitre XI)

interposée. Rien ne convient mieux que des récepteurs téléphoniques.

6° L'émission des vibrations sera douce, régulière, agréable, sans à-coups, sans grincements, sans « friture », afin de ne pas brutaliser l'oreille par des bruits douloureux ou des secousses pénibles comme il s'en produit quelquefois dans un récepteur ordinaire de téléphone ou de microtéléphone. Toutefois un interrupteur permettra la

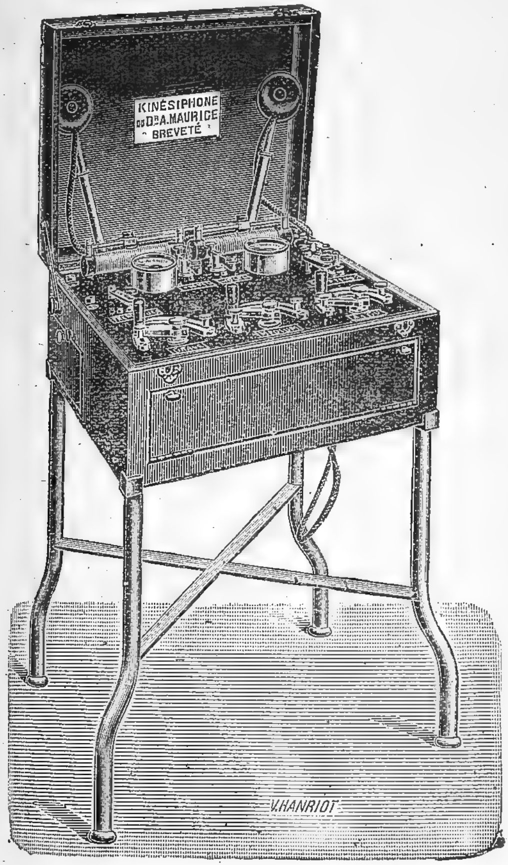


FIG. 2.
Kinésiphone du Dr Maurice. Petit modèle.

production d'arrêts réguliers et saccadés dans l'émission du son de façon à secouer et à réveiller la torpeur de l'ouïe à la fin de la séance.

7° Les vibrations ne devront pas être quelconques, se succéder sans ordre et sans régularité comme celles des mille bruits de la nature ou de la rue. Le rythme est nécessaire à toute fonction, c'est le rythme qui apporte à l'organisme la vie, l'ordre, la mesure, l'équilibre, grâce au rythme cardiaque, au rythme respiratoire, au rythme digestif, etc. La vibration rythmique est aussi nécessaire pour le réveil de l'ouïe que peut l'être la traction rythmée de la langue pour sauver un asphyxié ? Rythme est pour nous synonyme de cadence, de mesure, de régularité, dans le mouvement et le nombre des vibrations.

Nous sommes arrivé au résultat cherché en créant le *Kinésiphone*. Cet appareil produit ses vibrations sonores au moyen de petites lamelles d'acier platiné dont on fait varier la longueur ou la tension au moyen d'une manette, ce qui change la tonalité du son émis. Trois lamelles vibrantes suffisent ; elles diffèrent les unes des autres par l'épaisseur, la longueur, le poids, le tout étant très délicat à déterminer.

Ces lamelles, mises en marche électriquement au moyen d'un électro-aimant, produisent des interruptions de courant dans un circuit téléphonique.

Les harmoniques sont dus à la nature du courant utilisé (extra courant ou courant induit), aux phénomènes de self-induction qui se produisent dans les bobines, à la résonnance propre du récepteur, aux accords de deux registres donnant sur le même écouteur, etc...

Des résistances placées sur les fils conducteurs permettent de faire varier l'intensité sonore que reçoit chaque récepteur, ces résistances sont à enroulement visible et sont d'une grande sensibilité ; nous avons délaissé les rhéostats à plots qui donnent un réglage irrégulier de l'intensité à moins toutefois de mettre autant de plots que nous avons de spires, ce qui complique singulièrement un appareil dont le mérite est d'être simple de manœuvre et de construction.

La vibration de la membrane téléphonique donne nettement à la main la sensation de massage.

Nous pouvons au moyen d'une manœuvre et d'un dispositif spécial obtenir des variations dans le timbre ce qui n'avait été obtenu jusqu'à présent dans aucun autre appareil. Or, ces variations dans le timbre ont une certaine importance, quoique beaucoup moindre que celles de l'intensité et de la tonalité, puisque, nous l'avons vu, un sujet peut s'habituer au timbre d'une personne et ne comprendre que cette personne ; il est donc utile d'entraîner nos malades pour un nombre illimité de timbres ou si vous le voulez pour un nombre illimité de groupements harmoniques. Il nous est possible par un mélange approprié de vibrations (tout comme un mélange de couleurs) d'obtenir d'immenses variétés, aussi nos sujets compareront-ils le son entendu soit à des bruits musicaux : harmonium , trompette, cor anglais, biniou, etc., soit à des voix humaines : basse, baryton, soprani, etc. (1).

Tillot insiste sur la nécessité d'entraîner l'oreille au moyen des sons vocaux mais également au moyen de bruits très divers ; rappelons que le *son* est composé de vibrations *rythmiques*, mais le *bruit* de vibrations *arythmiques*. Avec notre appareil, on obtient à volonté la production des

(1) Nous nous rappelons une dame qui ne pouvait entendre les sons graves sans s'écrier : « Voilà Chaliapine ! »

sons ou des bruits ; ces derniers sont produits en se servant en même temps de deux ou trois registres et en désaccordant les sons obtenus ; les sons vocaux et musicaux se transforment en bruits cacophoniques si on le désire, mais nous n'en reconnaissons pas l'utilité pratique.

Nous avons donné à cet appareil le nom de Kinésiphone en raison des effets obtenus dans le récepteur : effets de massage vibratoire (*kinésis*, vibration) et de rééducation sonore (*phoné*, son).

Sur le graphique ci-contre on peut voir ce

Les deux zones claires sont l'une (l'inférieure), sans effet thérapeutique, l'autre (la supérieure) dangereuse pour l'oreille qui est brutalisée et assourdie.

Les sons que nous percevons dans une conversation ordinaire peuvent se placer dans la zone claire inférieure ; c'est pour cette raison qu'*une conversation perçue facilement par un sourd n'est pour lui d'aucune utilité thérapeutique.* Voilà pourquoi nous déconseillons souvent l'usage des cornets acoustiques.

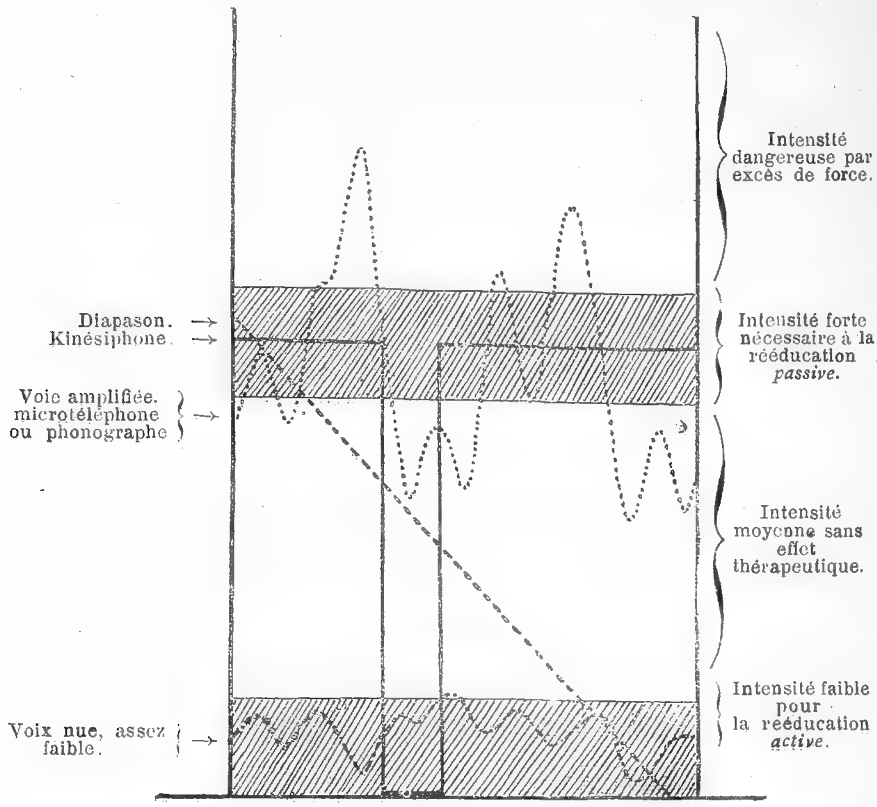


FIG. 3.

Le trait plein ———— représente la vibration kinésiphonique qui, une fois placée dans la zone utile, variant avec chaque malade et que le médecin doit découvrir, reste constante dans son intensité. La chute brusque indique une interruption, puis une reprise du son. Les variations dans la tonalité n'ont aucune influence sur l'intensité et sur la direction de la ligne.

Les petits traits - - - - - - montrent la vibration d'un diapason qui commence *forte* pour s'éteindre progressivement. La vibration traverse pendant un temps excessivement court les deux zones utiles.

Le trait pointillé .... indique les irrégularités des *phonèmes* vocaux amplifiés par un cornet, un microphone ou un phonographe. Nous voyons les à-coups dangereux qui se superposent d'une façon désordonnée.

Le trait - — - — - — — - — représente la voix nue émise faiblement ou à une certaine distance du malade ; c'est celle qui est utile pour l'entraînement *actif*.

qui différencie la vibration kinésiphonique des autres vibrations employées en rééducation.

Les zones foncées sont celles où la vibration a une action thérapeutique. La supérieure indique l'intensité sonore nécessaire à l'ébranlement kinésiphonique efficace du tractus auditif.

La zone foncée inférieure est celle où l'intensité extrêmement faible agit selon le mode actif.

L'intensité sonore nécessaire pour la rééducation *passive* (zone foncée supérieure) pourrait se comparer à un médicament dont l'effet thérapeutique utile ne serait atteint qu'à la dose de un gramme. Donnez-en tous les jours 10 centigrammes, vous n'obtiendrez rien, donnez-en deux grammes, vous empoisonnerez le patient.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les infections post-opératoires à type toxémique.

L'infection reste toujours la plus dangereuse ennemie du chirurgien, et il est vain de décorer du nom de choc opératoire ou d'attribuer à l'anesthésie des échecs, dont l'infection seule est responsable. Mettant à part celles qui peuvent provenir d'une erreur d'asepsie du chirurgien, le Dr L. Bazy, dans son travail, n'envisage que celles qui surviennent quand toutes les précautions ont été minutieusement prises.

Si le chirurgien peut être actuellement sûr de son asepsie, il intervient parfois sur des malades, en puissance d'infection, de microbisme latent, chez lesquels l'opération peut amener le déclanchement soudain d'accidents infectieux, parfois mortels, qu'il est important de connaître. Point n'est besoin d'une intervention importante ; une simple ponction suffit ; la simple libération d'organes autour desquels se sont développés des phénomènes inflammatoires offre les plus grands dangers (opération pour ulcus de la petite courbure avec périgastrite ; mort dans les 24 heures avec 40° ; à l'autopsie aucune lésion ; sutures étanches ; mais l'hémoculture faite quelques heures avant la mort fut positive pour le streptocoque ; l'ensemencement de la moelle osseuse révéla également la présence du streptocoque).

Voici les caractères principaux de ces infections : elles apparaissent brutalement, souvent même c'est au cours de l'opération qui les déclanche que la mort survient. Mais le plus généralement il y a une période de latence, les suites opératoires semblant normales ; on note à la fois ces trois symptômes : agitation, affolement du pouls, élévation brusque de la température, puis les événements se déroulent avec une rapidité déconcertante soit vers la mort, soit, exceptionnellement, vers la guérison. A l'autopsie, autre caractéristique, on ne trouve pas trace de réaction inflammatoire ; mais la preuve que les accidents sont bien dus aux germes infectieux mis en liberté au niveau du foyer opératoire peut être fournie soit par l'hémoculture positive quelques heures avant la mort, soit, après la mort, par l'ensemencement de la moelle osseuse. Les observations recueillies ont trait principalement à des microbes doués d'un parasitisme très poussé, tels que le streptocoque, germes tenaces, hôtes habituels de l'organisme, capables de vivre longtemps à l'état latent et de se révéler brutalement par des accidents redoutables.

Ces toxémies post-opératoires paraissent bien témoigner d'un état de sensibilisation très particulier, que l'usage d'une intradermo-réaction pourrait peut-être permettre de déceler. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1924.)

Le citrate de soude dans le traitement des affections vasculaires et des hémorragies.

La thérapeutique précède souvent la physiologie ; il semble, écrit le Dr M. Renaud, qu'il doive en être ainsi pour le citrate de soude, dont l'observation a mis en évidence la valeur thérapeutique, dans les oblitérations vasculaires d'origine inflammatoire comme dans les ruptures vasculaires, sans qu'on puisse en donner encore d'explications suffisantes, ni en comprendre le mécanisme.

Des succès remarquables ont été obtenus dans des cas d'oblitération artérielle et de gangrène. Steel pratique des injections intra-veineuses de citrate de soude à 2 p. 100 tous les deux jours pendant un mois, puis espace les injections de façon régulièrement progressive pendant le cours de toute une année ; il obtient ainsi la disparition des douleurs dès la deuxième injection, et il cite des exemples où le traitement a manifestement évité la gangrène ou permis d'en obtenir la guérison sans amputations.

Le citrate de soude a été également employé dans des hémorrhagies conditionnées par une altération évidente de la crase sanguine (hémophilie), ou purement accidentelle. Mais, c'est au cours de l'évolution des néoplasies que les succès thérapeutiques les plus nombreux et les plus évidents ont été obtenus ; chez de nombreux malades qui, depuis de longs mois, présentaient un saignement presque continu entrecoupé d'hémorragies profuses, les hémorragies ont tari subitement dans les heures qui ont suivi une injection de citrate et n'ont jamais reparu au cours des mois suivants. D'importantes hémoptysies ont été arrêtées chez les tuberculeux ; il en a été de même dans les hémorrhagies gynécologiques, dans celles des fibromes.

Les effets de la médication citratée sont évidents ; son action est immédiate, sûre et durable ; cependant le mécanisme de cette action reste des plus obscurs. On peut toutefois accepter comme hypothèse d'attente que l'influence du citrate de soude sur les vaisseaux de la périphérie s'exerce par l'intermédiaire du système vaso-moteur ; la participation du sympathique est manifeste

immédiatement après l'injection à la phase du choc, qui est d'observation courante. Ainsi le citrate de soude paraît être un médicament agissant sur les plexus nerveux, vaso-moteurs, des petits vaisseaux et des capillaires, sans qu'on puisse dire encore si son injection agit en raison de la rupture d'équilibre qu'elle provoque dans les humeurs, ou en raison d'une propriété vraiment spécifique tenant à la structure particulière du sel. (*Le Progrès médical*, 15 novembre 1924.)

Thérapeutique des fractures du coude chez l'enfant.

Le diagnostic de ces fractures est parfois difficile, et, alors même que nous possédons toutes les précisions nécessaires sur le nombre, la forme et la situation des fragments, la thérapeutique ne donne pas toujours les résultats complets (fonctionnels et esthétiques), qu'on est en droit de lui demander. Des factures, même traitées avec soin, se consolident vicieusement, aussi convient-il de rechercher la meilleure méthode d'immobilisation.

Or, quelle que soit la variété de fracture (sous-condylienne, du condyle externe ou de l'épitrochlée), il existe deux procédés, qui ont chacun leurs partisans : 1° la flexion du coude et l'immobilisation dans cette position ; 2° la réduction par l'extension ; puis après 12 jours d'extension, la mise en flexion (c'est la méthode dite lyonnaise).

Le Dr A. Ledoux a pu suivre 30 cas, traités par ce dernier procédé, et il montre que, mécaniquement, physiologiquement, orthopédiquement même, la méthode de l'extension préliminaire offre de très sérieux avantages par rapport à l'ancienne méthode classique.

Dans l'extension, en effet, tous les ligaments du coude tendus ramènent en place les surfaces momentanément déplacées et permettent leur coaptation en position normale. Ce procédé, simple et facile entre toutes les mains, peut, à part quelques cas exceptionnels, s'appliquer à toutes les formes de fractures chez l'enfant. Un bon appareil plâtré, qui s'étend depuis la racine du bras jusqu'au poignet, maintient cette position. Après 10 à 12 jours, ce premier plâtre sera enlevé et, très doucement, le plus souvent sans anesthésie générale, il sera facile de ramener le coude en flexion, où il sera maintenu dix jours encore par quelques tours de bandes plâtrées. Cette manœuvre doit se faire lentement, la main gauche empaumant solidement l'épiphyse humérale par sa face postérieure, la droite faisant cheminer le poignet vers le moignon de l'épaule ; il faut d'ailleurs que la flexion dépasse notablement l'angle droit. Dix jours plus tard, on relève les bandes fixatrices. En général l'extension doit durer un peu plus longtemps que la flexion, car la première position doit permettre la constitution d'un cal suffisamment résistant pour qu'on puisse, sans le disjoindre, faire exécuter le mouvement de flexion.

Tout appareil enlevé, on fait exécuter les mouvements du coude par l'enfant, à raison de séances de cinquante à soixante mouvements successifs de flexion et d'extension répétés plusieurs fois par jour. Les hématomes et les infiltrations se résorbent bien mieux qu'avec l'ancien procédé. La position primitive en extension permet de réduire et de maintenir beaucoup de déplacements, qui échappaient à la position en flexion ; elle évite aussi bien le butoir coronoïdien que la rétraction des muscles fléchisseurs, deux dangers habituels des fractures du coude de l'enfance. (*Journal des Praticiens*, 30 août 1924.)

Notions nouvelles sur la prophylaxie de la diphtérie.

Les données essentielles de cette prophylaxie reposent d'une part sur la recherche des porteurs de germes (convalescents ou sains), d'autre part sur le dépistage de l'organisme sensible aux bacilles diphtériques, dépistage aboutissant aux tentatives faites pour renforcer la résistance du sujet (sérothérapie préventive, vaccination).

La recherche du terrain sensible à la diphtérie est actuellement basée sur l'emploi de la *méthode de Schick*, dont la valeur est aujourd'hui entièrement confirmée. Pour la réaliser, on injecte dans le derme un dixième de centimètre cube d'une dilution de toxine telle que la quantité injectée correspond à 1/50 de la dose minima mortelle pour un cobaye de 250 gr.. A la suite de cette injection deux éventualités peuvent se produire : ou bien la réaction est négative, c'est-à-dire qu'il ne se produit aucun phénomène réactionnel au niveau du point inoculé ; dans ce cas le sujet était porteur d'une antitoxine naturelle, qui a neutralisé la toxine injectée ; il était immunisé naturellement ; ou bien la réaction est positive, on observe dès le lendemain de l'injection une rougeur qui atteint son maximum le troisième jour et qui s'accompagne d'une légère infiltration du tégument. Elle diminue ensuite d'intensité et la région présente une teinte brune, avec pigmentation pendant 3 à 5 semaines. Une fine desquamation survient également.

Pour éviter une fausse interprétation en présence de fausses réactions liées à une sensibilité organique vis-à-vis des substances protéiques provenant de l'autolysat des bacilles diphtériques, on fait une injection témoin avec la même dilution de toxine, chauffée préalablement à 75° pendant cinq minutes pour y détruire la toxine : si celle-ci ne donne pas de réaction, on peut attribuer à une réaction légitime tous les phénomènes survenant au point injecté avec la toxine non chauffée.

Les antitoxines naturelles varient dans l'orga-

nisme suivant l'âge de la vie. Les nouveau-nés ont une réaction de Schick négative dans 93 % des cas ; or, ceux-ci sont exceptionnellement atteints par la diphtérie. A partir de six mois, la réaction n'est plus négative que dans 57 % des cas. De deux à cinq ans, la proportion est de 35 %. Vers 10 ans la réaction est négative dans 50 % des cas ; puis dans 70 % à 15 ans et dans 85 % au-dessus de 20 ans. Le sujet adulte est presque constamment porteur d'antitoxines. Ces chiffres correspondent étroitement à ce que l'observation clinique nous apprend.

La même réaction nous apprend que, à la suite d'une atteinte de diphtérie, la réaction demeure assez longtemps positive, d'où la possibilité de rechutes. L'immunité, d'autre part, est plus vite et plus fréquemment acquise après une angine légère qu'après une atteinte grave. Après une injection préventive de 5 cmc. de sérum, la réaction de Schick reste négative pendant 25 jours ; une nouvelle injection d'une même dose ne confère plus l'immunité que pour dix jours.

Quant à la *vaccination antidiphtérique*, les recherches de Ramon sur l'*anatoxine* ont ouvert des horizons nouveaux.

L'anatoxine est une toxine, qui, soumise à 3 ou 4 p. 100 de formol et à une température de 42° a perdu son pouvoir toxique, mais a gardé sur le sérum son pouvoir floculant, véritable indice du pouvoir antigène, par conséquent immunisant de la toxine. Celle-ci, injectée à l'organisme vivant, peut déterminer son immunité rapide et active. Son injection à l'homme est inoffensive.

Les premiers résultats obtenus, dit Gastinel, font prévoir que, par l'anatoxine, l'établissement assez rapide de l'immunité peut permettre d'enrayer une épidémie dans les collectivités si la vaccination est pratiquée dès les premiers cas de diphtérie. Aux sujets réceptifs on injecterait 0,5 et 1 cc. d'anatoxine à 15 jours d'intervalle; quinze jours après la deuxième injection, on pratiquerait une nouvelle épreuve de Schick pour rechercher les sujets encore sensibles ; seuls, ceux-ci subiraient une troisième vaccination à la dose de 1 cent. cube 1/2.

Cette vaccination permet donc d'entrevoir l'organisation systématique et sociale de la prophylaxie antidiphtérique. (*Le Bulletin médical*. 2 août 1924.)

Traitement de la fièvre typhoïde par les injections intra-veineuses d'héxaméthylène tétramine.

A la balnéation froide systématique, MM. J. Chalier et Lour associent les injections intraveineuses d'héxaméthylène tétramine (uroformine), qu'ils ont choisie en raison de son efficacité bactéricide, sa non toxicité, sa pénétration facile dans la circulation.

Des essais avaient été précédemment tentés par d'autres auteurs d'administration de l'uroformine, soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées. Les résultats ont été discutables. Les auteurs ont préféré la voie intra-veineuse qui n'entraîne aucune réaction locale, aucune douleur, et qui laisse les veines indéfiniment perméables.

Ils injectent quotidiennement, en commençant aussi précocement que possible, une ampoule de 10 cmc., de solution à 20 %.

Dans quelques cas, ils ont noté quelques phénomènes légers de choc, sauf une fois où les accidents furent sérieux et impressionnants. Mais, en règle générale, l'uroformine ne donne pas de choc. Pas davantage d'hématuries, sous cette forme endoveineuse.

Les résultats ont été particulièrement encourageants. Ils se sont traduits tout d'abord par une modification heureuse de tous les symptômes généraux de la fièvre typhoïde. La diurèse a été facilitée. Il ne semble pas qu'on puisse rendre le médicament responsable des complications rénales qui ont été parfois constatées. Les hémorragies intestinales ont fait défaut.

Les rechutes se sont montrées à peu près dans les mêmes proportions qu'avec les autres traitements. La mortalité a été de 9 %.

« Le traitement de la fièvre typhoïde par les injections de formine associées à la balnéothérapie possède une influence bienfaisante manifeste sur l'évolution de la maladie dont il atténue rapidement les principaux symptômes, raccourcit la durée, diminue les complications, mais à la condition expresse d'être précocement institué et prolongé jusqu'à complète apyrexie depuis trois ou quatre jours. (*Lyon médical*, 21 décembre 1924.)

Indications de la sympathectomie périartérielle.

La sympathectomie péri-artérielle consiste à bien exposer l'artère choisie sur une étendue de 10 cm., et à réséquer aux ciseaux fins la tunique adventice.

MM. Binet et Reny ont appliqué cette méthode à quelques malades dont ils relatent l'histoire résumée, et qui leur permettent d'en tirer quelques conclusions pratiques.

C'est ainsi que cette opération réussit dans les ulcères trophiques des membres (moignons d'amputation ulcérés). Les résultats ont été moins satisfaisants dans le cas d'ulcères variqueux. La cicatrisation s'est bien effectuée à la suite de la sympathectomie, mais les ulcérations se sont reproduites postérieurement. Une fois cependant, la guérison a persisté.

Dans les gangrènes par troubles de l'irrigation, les effets sont favorables, tandis que les gangrènes par dyscrasie sanguine ou par troubles de l'innervation n'en retirent aucun profit.

Enfin, les syndromes douloureux à type cau-

salgique semblent devoir bénéficier également de la sympathectomie péri-artérielle. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 octobre 1924.)

Traitement de la malaria par la quinine alcaline.

La malaria s'accompagne toujours d'acidité organique. D'autre part, la quinine agit mieux en milieu alcalin. Sur ces données, M. Reinhold rapporte la méthode imaginée par Sinton, et dont l'action serait particulièrement efficace, puisque sur 271 malades traités, 28 seulement (10,33 %) auraient eu des rechutes.

Cette méthode consiste à faire ingérer au malade un mélange alcalin et un mélange à la quinine.

Le mélange alcalin contient 3 gr. 50 de bicarbonate de soude et 2 gr. 60 de citrate de soude pour 30 gr. d'eau. Le mélange à la quinine contient 0,65 de sulfate de quinine, 2 gr. d'acide citrique, 3 gr. 50 de sulfate de magnésie pour 30 gr. d'eau.

On commence par purger le malade avec 0,20 de calomel suivis de 30 gr. de sulfate de magnésie. Après effet, on donne de demi-heure en demi-heure, trois doses du mélange alcalin, la dernière suivie une demi-heure après d'une dose du mélange à la quinine.

Six heures plus tard, une dose alcaline suivie à une demi-heure de distance d'une dose du mélange quinine. Pendant les quatre jours suivants, on donne par jour trois doses alcalines suivies chacune, au bout d'une demi-heure, d'une dose de quinine. Enfin, les deux derniers jours, deux doses de chaque mélange.

A noter que les doses de magnésie sont énergiques et prévues pour un intestin oriental. (*Bruxelles médical*, 28 décembre 1924.)

A propos de trois cas d'avortement tubaire.

MM. Delore, Mallet-Guy et Vachey rapportent trois observations de femmes qu'ils ont opérées pour avortement tubaire. Ils ont eu la bonne fortune de pouvoir suivre les étapes successives de cet avortement, plus fréquent, semble-t-il, que la rupture. Ils en concluent que « l'avortement tubo-abdominal, au même titre que la rupture tubaire, est suceptible de donner lieu à une hémorragie grave pouvant mettre la vie de la femme en danger ». Chaque étape de l'avortement peut se présenter sous des aspects cliniques de gravité variable, les signes d'hémorragie interne grave se montrant naturellement surtout dans la dernière étape. Le traitement consiste à pratiquer la salpingectomie. (*Lyon médical*, 28 décembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le goundou.

(M. Calmette. — *Académie de médecine* ; 25-1-1925.)

M. Calmette présente un travail de M. Botreau-Roussel relatif à une curieuse maladie appelée *goundou*, rencontrée — assez rarement d'ailleurs — dans certaines régions de l'Afrique occidentale, d'où elle paraît s'être diffusée en Amérique, en Asie, et peut-être dans l'Europe méridionale. C'est une affection osseuse caractérisée par la formation de tumeurs de chaque côté du nez. Cette ostéite hypertrophiante est en réalité un syndrome sous la dépendance d'une autre infection, le *pian*.

Un cas d'obésité monstrueuse.

(MM. Grenet, et Pellissier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-12-1924.)

L'observation de MM. Grenet et Pellissier concerne une femme de 37 ans, qui entra à l'hôpital pesant 201 kilos. L'obésité de cette femme est monstrueuse. La malade se déplace avec beaucoup de difficulté et il faut, pour lui soulever un sein, le prendre à deux mains. Malgré un régime assez sévère (lait, salades) et une cure opothérapique, le poids s'éleva encore pour atteindre, 2 mois plus tard, 207 kilos. Les extrémités (mains, pieds) sont peu touchées. L'obésité est douloureuse. Pas de troubles psychiques.

Faut-il parler de maladie de Dercum ? L'intégrité des extrémités, les douleurs, peuvent y faire penser, mais ces caractères s'observent aussi dans l'obésité banale. Il semble que l'on doive admettre ici le rôle combiné d'une alimentation antérieurement trop riche et de troubles ovariens qui se sont manifestés par la suppression presque complète des règles.

A propos du diagnostic de la scarlatine.

(M. Comby. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12-1924.)

Revenant sur la question du diagnostic de la scarlatine, M. Comby montre que ce diagnostic est parfois très difficile. Parmi les signes cliniques, simples à saisir et précieux pour la reconnaissance précoce de la maladie, il n'en est pas de meilleur que celui de la desquamation linguale. Sa présence permet d'affirmer la scarlatine ; son absence autorise à la nier.

— M. Hallé reconnaît avec M. Comby l'importance de la desquamation de la langue pour le diagnostic de la scarlatine. Cependant cette desquamation qui, dans les formes moyennes ou légères,

est complète le sixième jour, n'est pas un signe de certitude. Dans un cas d'érythème scarlatiniforme récidivant observé par l'auteur, la langue se dépouillait lors de chaque atteinte dans le délai des six jours. La desquamation de la langue, par contre, a plus de valeur pour le diagnostic différentiel de la scarlatine avec la rougeole et la rubéole.

— M. NETTER ajoute que les recherches de laboratoire pourront probablement permettre d'obtenir un signe diagnostique de la scarlatine plus précoce que la desquamation linguale qui apparaît seulement à la fin de la première semaine.

Petits symptômes de la lithiase biliaire.

(M. MUSSIO FOURNIER, de Montevidéo. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-12-1924.)

M. Mussio Fournier a rencontré avec une certaine fréquence dans la lithiase biliaire divers phénomènes qu'il qualifie de petits symptômes réflexes tels : un engourdissement du bras droit, une névralgie dans le même bras, des points de côté dorsaux accompagnés de nausées. D'autre part, selon lui, l'existence d'une légère parésie du bras droit à la suite d'une douleur abdominale aiguë doit faire penser à la colique hépatique. De même, l'apparition d'accès fébriles avec urobilinurie chez des sujets ayant subi une série de secousses (voyage, course).

La phrénicotomie dans le traitement des cavernes pulmonaires.

(MM. ROLLAND, MAURER et VALTIS. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12-1924.)

La phrénicotomie, étudiée à l'étranger depuis 1911, époque où elle fut réalisée pour la première fois par Stuertz, est une méthode intéressante de traitement des tuberculoses pulmonaires unilatérales. Son indication principale répond aux cavernes de la base — et on le comprend, puisque la rétraction paralytique de l'hémidiaphragme refoule surtout la partie inférieure du poumon — mais ce traitement s'adresse aussi aux lésions du reste du parenchyme pulmonaire.

La phrénicotomie constitue un procédé analogue au pneumothorax artificiel, qu'elle est susceptible de compléter. Quand le pneumothorax est impossible du fait d'adhérences pleurales ou qu'il est devenu difficile, la résection du phrénique peut venir remplacer l'insufflation pleurale ou maintenir les résultats déjà obtenus. C'est une opération d'une innocuité absolue.

MM. Rolland, Maurer et Valtis possèdent un groupe de dix observations personnelles de phrénicectomie pour cavernes tuberculeuses du poumon. Les suites ont toujours été excellentes. Il s'agit toutefois d'interventions de dates trop récentes pour que l'on puisse juger les effets définitifs.

— M. AMEUILLE et M. LARDENNOIS ont pratiqué la phrénicotomie dans sept cas. Les conséquences immédiates ont été souvent bonnes mais six des malades sur sept ont fini par succomber. A longue échéance, l'efficacité de l'opération apparaîtrait donc incertaine.

— M. DUFOUR se demande si la phrénicectomie peut être réalisée à gauche, sans danger pour le cœur.

Septicémies à micrococcus fœtidus et à bacillus ramosus.

(MM. BOETZ, KELLER et HOLTZMANN, de Strasbourg, *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12-24.)

M. Pr. Merklen présente deux observations de septicémies, l'une à micrococcus fœtidus de Veillon, due à MM. Bœtz et Kaller, l'autre à bacillus ramosus due à MM. Bœtz et Holtzmann.

Troubles visuels par le 914.

(M. MILIAN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12 1924.)

Un jeune homme de vingt-quatre ans, à la suite d'une injection intra-veineuse de 914, fut pris en rentrant chez lui de fièvre et de céphalée. Le lendemain matin, à son réveil, il voyait trouble. En réalité, il percevait bien de près et pouvait même lire les caractères fins d'un journal, à quelques centimètres, mais sa vision de loin était très défectueuse. Il offrait en somme une myopie soudaine, assez intense, qui dura 48 heures. Une nouvelle injection de 914 provoqua des accidents identiques.

M. Milian a rencontré un autre cas du même ordre chez une femme de trente-quatre ans : même impossibilité à voir de loin, même facilité à voir de près et reproduction des troubles visuels à chaque injection arsenicale.

L'auteur estime qu'ici l'intoxication par les arsénobenzènes est indiscutable.

— M. FLANDIN a constaté, comme M. Milian, un cas de myopie passagère, d'origine arsenicale, renouvelable à volonté, chez un malade non syphilitique traité par l'hectine.

— M. LORTAT-JACOB rappelle qu'il a présenté à la Société de dermatologie un malade non syphilitique qui fit une paralysie radiculaire de $C^7C^8D^1$, après une série d'injections intra-veineuses d'arsenic colloïdal.

Bronchite sanglante de Castellani.

(M. DIMITRACOFF, de Sofia. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12-1924.)

En 1905, Castellani décrivit, à Ceylan, une affection broncho-pulmonaire (bronchite sanglante) due à un agent spécifique nouveau : le *spirochœta bronchialis*. Pendant la guerre, en raison des arrivées de contingents exotiques, de petites épidémies de bronchite sanglante se montrèrent en Europe, à Toulon en particulier (Violle). Certains de ces malades furent d'abord soignés comme tuberculeux et ne guérirent qu'après diagnostic fixé par l'examen des crachats et la recherche du spirochète.

M. Dimitracoff a observé à Sofia un patient, considéré comme bacillaire en raison de ses hémoptysies et dont les crachats, indemnes de bacilles de Koch, contenaient de nombreux spirochètes. Le traitement au néo-salvarsan se montra efficace, comme il le fait d'habitude dans les formes aiguës, son action étant moins nette dans les formes prolongées.

Un cas de thrombo-angéite.

(MM. Ravina et Longchampt. — *Soc. méd. des hôp.*; 9-1-1925.)

M. Ravina présente un malade qui rentre dans le cadre de la thrombo-angéite décrite par Buerger. C'est un homme, israélite de l'Europe centrale, exerçant la profession de tailleur, qui offre des crises de cyanose avec douleurs violentes, ulcérations superficielles des orteils du pied droit, symptômes qui disparaissent au cours de l'été. Soumis au traitement citraté (ingestion de 10 gr. de citrate de soude par jour), au repos, aux enveloppements, à la chaleur, son état s'est considérablement amendé.

Dystrophie par agénésie du sacrum.

(M. A. Léri et Mlle Linossier. — *Soc. méd. des hôp.*; 19-12-1924.)

Le syndrome de réduction numérique des vertèbres cervicales étudié par Klippel et Fiel, commence à être bien connu. Le syndrome de réduction numérique des vertèbres sacro-coccygiennes, signalé par Achard, Foix et Mouzon, a moins attiré l'attention. MM. Foix et Hillemand ont décrit, on le sait, ce syndrome sous le nom de *dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne.*

M. Léri a observé un nouvel exemple de cette dystrophie. L'aspect de la malade est très particulier. La colonne vertébrale semble pour ainsi dire télescopée, le tronc se montre raccourci et le thorax paraît s'enfoncer dans le bassin. Il y a incontinence d'urine et atrophie de tout le train postérieur, d'où la dénomination de dystrophie vésico-cruro-fessière. Ces troubles du territoire sacré sont en rapport avec une agénésie à peu près absolue du sacrum. Il n'existe en effet aucune crête sacrée et l'on sent la ligne des apophyses épineuses s'arrêter à 12 centim. de l'anus. Au-dessous, le doigt s'enfonce dans une dépression.

Les éthers éthyl-chaulmoogrique et éthyl-morrhuique dans la tuberculose.

(MM. J. Pernet, Minvielle et Pomaret. — *Soc. méd. des hôp.*; 9-1-1925.)

Sir Leonard Rogers, dont on connaît les remarquables travaux sur le traitement de la lèpre, admet que les composés de l'huile de chaulmoogra agissent en accroissant le pouvoir lipolytique du sérum, d'où dissolution de l'enveloppe cireuse des bacilles acido-résistants et mise en liberté d'antigènes intra-cellulaires qui provoquent une réaction salutaire de l'organisme.

Cette notion de chimiothérapie applicable à la lèpre peut aussi se soutenir pour la tuberculose. De même que dans la lèpre, le taux de la lipase sanguine est nettement diminué chez les tuberculeux, comme l'ont montré les recherches de N. Fiessinger et P.-L. Marie.

Des essais de traitement de la tuberculose par l'huile de chaulmoogra ont été tentés dès 1888, par M. G. Lion. Mais, le médicament, pris par l'estomac, entraîne des troubles digestifs. La question a été reprise avec les dérivés de l'huile de chaulmoogra et de l'huile de foie de morue. C'est ainsi que les éthers éthyl-chaulmoogrique et éthyl-morrhuique utilisés en injections, paraissent donner des résultats intéressants dans la tuberculose. Toutefois, les recherches sur ce sujet sont encore trop peu concluantes pour que l'on puisse actuellement baser sur elles une véritable thérapeutique de la tuberculose.

Les irrigations descendantes du côlon suivant la technique d'Einhorn.

(M. R. Gaultier. — *Société de médecine de Paris*; 12-12-1924.)

Le professeur Max Einhorn, de New-York, a imaginé, on le sait, une tube spécial destiné à extraire les sucs et produits de digestion du duodénum. Le savant entérologue américain ne s'en est pas tenu là. Poussant plus loin l'olive terminale de son tube, il l'a fait progresser dans l'intestin grêle, l'amenant ainsi jusque dans le cæcum et le gros intestin, créant une méthode nouvelle de traitement direct des colites, des colites ulcéreuses chroniques.

Le nouveau tube d'Einhorn, introduit également par la bouche, diffère du tube duodénal ordinaire en ce qu'il est plus long, présentant une série de quatre segments, chacun d'un mètre cinquante environ, que l'on raccorde les uns aux autres au fur et à mesure de leur absorption. Le premier tube est muni de sa petite boule olivaire permettant son cheminement dans le tube digestif par péristaltisme. On arrive ainsi à introduire dans le canal digestif près de six mètres de tuyau de caoutchouc dont la situation peut être contrôlée par les rayons X. Une fois en place, le tube est laissé à demeure plusieurs jours ou plusieurs semaines, ce qui n'empêche pas le malade de s'alimenter, avec quelques précautions, il va sans dire. On instille alors, goutte à goutte, diverses solutions médicamenteuses par l'orifice externe de l'appareil, solutions qui arrivent dans le côlon directement et irriguent celui-ci librement et de haut en bas.

M. R. Gaultier a eu l'occasion, une fois, de recourir à la méthode d'Einhorn, qui lui a paru intéressante.

— M. Ozenne se demande ce qu'il adviendrait si l'un des raccords du long tuyau d'Einhorn venait à céder, laissant dans l'intestin une partie plus ou moins longue de l'appareil.

P. L.

Les Congrès

IVe Congrès des Pédiatres de langue française.

(*Paris*, 29-30 *septembre et* 1er *octobre* 1924).

1er RAPPORT. — **Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance.** — (MM. RIBADEAU-DUMAS et ROCHER (de Bordeaux), rapporteurs.

Dans leur court préambule, les rapporteurs insistent sur la fréquence de la pleurésie chez l'enfant à tous les âges : d'après NETTER, la pleurésie est purulente dans le tiers ou la moitié des cas (dans le quinzième des cas chez l'adulte).

Le traitement veut que le diagnostic soit précoce et précis, ce qui est souvent difficile, car la pleurésie peut être latente et méconnue pendant des mois, des années.

On peut distinguer deux grands groupes : 1° les pleurésies purulentes aiguës ; 2° les pleurésies purulentes chroniques.

I. **Pleurésies purulentes aiguës.** — De beaucoup les plus communes et très diverses. Les *éléments pronostiques et thérapeutiques* les plus importants se tirent du degré d'infection pulmonaire. Au cours des infections pulmonaires, l'épanchement est très fréquent (pleuro-pneumonie d'Andral) et la ponction des culs-de-sac sus-diaphragmatiques ramène souvent du liquide aseptique ou suppuré (Nobécourt) : citrin, louche, purulent ou opalescent.

L'épanchement est para ou méta-bronchopneumonique ou pneumonique. Pour certains auteurs la suppuration pleurale marque la réaction, sinon la victoire de l'organisme sur l'infection : d'où la temporisation nécessaire avant l'intervention, d'où une intervention aussi économique que possible. Souvent, le liquide louche peu abondant d'une pleurésie méta-pneumonique se résorbe spontanément. La pleurésie parapneumonique est plus grave, car plus abondante, plus riche en microbes.

La mortalité opératoire est plus forte dans les cas précoces où l'infection était en pleine activité, que dans les cas tardifs où la temporisation fut excessive.

Les *caractères bactériologiques* des pleurésies purulentes ont une grande importance pour le pronostic et le traitement. Le rapporteur rappelle les travaux classiques de A. Netter qui a montré la fréquence du pneumocoque dans l'enfance (74 p. 100) souvent pur (63 p. 100). Le type I du pneumocoque surtout serait pyogène. La fragilité relative du pneumocoque ne doit jamais être une cause d'abstention opératoire.

Les *complications* sont communes et assombrissent le pronostic ; l'apparition d'une fièvre éruptive le rend redoutable.

Les *interventions* pratiquées dans la pleurésie purulente des enfants sont de trois ordres : thoracentèse, siphon-drainage, thoracotomie ; de ces interventions, les unes assurent le drainage à thorax fermé, les autres à thorax ouvert.

Ces procédés se sont singulièrement perfectionnés depuis Piorry qui, en 1864, eut l'idée d'appliquer l'aspiration aux pleurésies purulentes.

A. *Thoracentèse.* — Pratiquée avec un trocart large, elle doit être lente, sinon interrompue plusieurs fois. Son siège est déterminé par les signes physiques. L'évacuation complète serait difficile et ne doit pas être recherchée. S'il y a pneumonie ou broncho-pneumonie, il faut en effet craindre avant tout la thoracotomie large qui choque le sujet, aggrave les lésions pulmonaires, complique la situation cardiaque. La rechute est fréquente : une ou plusieurs autres thoracentèses peuvent être utiles à quelques jours d'intervalle.

La méthode des *ponctions avec injections antiseptiques* est déjà ancienne (Aran) : Nobécourt a préconisé le bleu de méthylène à 5 p. 100, Netter l'électrargol, Pissavy l'uroformine à 25 centigrammes par centimètre cube. Mais cette méthode des injections a été sévèrement jugée par plusieurs : elle ne vise d'ailleurs qu'à relever l'état général pour permettre l'intervention chirurgicale.

B. *Le siphon-drainage* est une méthode simple, non choquante, employée au lit du malade, sans anesthésie ; une canule-trocart, soit ronde, soit aplatie est introduite dans un espace intercostal déclive ou parfois au travers de la côte (Sébillot, Robinson-Samuel).

Cette méthode semble avoir la faveur des pédiatres anglais, américains, allemands, et ne s'accompagne pas de pneumothorax. Les rapporteurs cependant ne la croient pas très pratique chez le nourrisson, qui peut déplacer l'appareil ; de plus elle ne met point à l'abri de la thoracotomie.

C. *Les thoracotomies* comprennent :

a) Pleurotomie simple ou opération de l'empyème ;

b) Pleurotomie avec résection costale ;

c) Thoracotomie transcostale par trépanation de la côte, peu usitée.

Ces opérations s'appliquent aux pleurésies purulentes mal drainées ou récidivantes, ou, d'une façon générale, traînantes.

La meilleure thoracotomie est celle qui établit un drainage dans la zone déclive, qui est économique et à laquelle on a joint le siphonage pleural. Anesthésie locale de préférence.

Les rapporteurs décrivent les procédés de thoracotomie à *volet* ou à *soupape* ; la pleurotomie *valvulaire* de Grégoire (*in* Thèse Tourneix, Paris 1923) leur paraît constituer un des procédés les plus ingénieux de drainage à thorax fermé et applicable à l'enfant.

La *résection* costale ne complique que fort peu l'acte opératoire chez l'enfant au-dessous de deux ans.

Cependant, les rapporteurs donnent la préférence à la pleurotomie simple sans résection.

La préférence actuelle des chirurgiens se porte vers les procédés de drainage à thorax fermé (thoracotomie minima). La décompression brusque serait funeste : il convient de n'ouvrir que d'une façon minime. Le pus, à sa sortie du thorax, peut être recueilli par aspiration électrique. Dans la boutonnière pleurale est introduit un *tube-siphon* (techniques de Vignard, de Delbet, drain de Delagenière). On pourrait terminer l'opération en « ourlant » la plèvre (Péraire) ou en faisant la suture totale de la plaie (Hathwai, d'Oxford).

« Le résultat des thoracotomies est surtout conditionné par la qualité des soins post-opératoires », lavages de la plèvre (non toujours tolérés), fonctionnement du drainage, *état du poumon*, état général...

Les rapporteurs ont relevé de nombreuses statistiques opératoires ; parmi elles, celle de Comby avec 144 cas : au-dessus de cinq ans, mortalité 32 p. 100 ; au-dessous de cinq ans, 54 p. 100.

II. **Pleurésies chroniques.** — C'est à la tuberculose surtout qu'appartient la pleurésie insidieuse et prolongée. Le diagnostic en est délicat : il semble qu'il faille, dans la tuberculose, rejeter la thoracotomie et s'en tenir aux ponctions plus ou moins espacées. L'injection de liquides modificateurs n'est suivie d'aucun succès, mais les injections d'air ou d'azote sont très recommandables. Une thoracotomie est susceptible de provoquer des fistules interminables, etc. Il peut arriver que la cachexie, la fièvre l'expectoration abondante, fassent penser à la phtisie. C'est alors qu'on peut tenter parfois le *pneumothorax artificiel* (Comby).

Sérothérapie et vaccinothérapie. — Le sérum antipneumoccocique a été injecté sous la peau, dans les veines, dans les cavités pleurales. Il n'agit, d'après Nobécourt et Paraf, que sur les variétés I et II ; on injecte chez le nourrisson, après évacuation de la plèvre, 5 à 10 centimètres cubes, et en même temps 3 centimètres cubes dans le poumon. Les rapporteurs ne croient point que l'injection intrapulmonaire soit « toujours opportune ».

L'efficacité du sérum antistreptococcique a été souvent contestée.

Par contre le sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur semble très efficace.

La vaccinothérapie a été pratiquée volontiers par les Italiens, vantée par Tuffier, Peugniez, M. Renaud au Congrès de chirurgie, tentée par Dufour et Debray, d'Œlsnitz (dans les pneumonies et broncho-pneumonies).

La conclusion de J. Tourneix semble aux rapporteurs très légitime : « Séro ou vaccinothérapie et intervention sanglante ne doivent pas s'opposer ; c'est par la combinaison de ces deux méthodes que l'on obtiendra les meilleurs résultats ». Il semble que, dans tous les cas, le pronostic de la pleurésie purulente du *nourrisson* doive être réservé.

M. Woriner (Strasbourg) a employé l'*optochine*, dérivé de la quinine, après Morgenroth et Gralka. Chez cinq enfants de huit mois à trois ans et demi, atteints d'empyème pneumococcique, l'effet fut absolument éclatant ; dans un empyème mixte à colibacille et dans un autre à staphylocoque, résultat nul. Après évacuation du pus, on injecte 0 gr. 025 par kilogramme de poids d'une solution stérilisée à 5 p. 100, sans dépasser jamais 0 gr. 50 au total. Jamais le moindre inconvénient.

M. Duhem classe les pleurésies purulentes enkystées sous cinq types : pariétal, médiastinal, sommet, base et à double niveau. Pour deux d'entre eux (médiastinal et sommet), le diagnostic est difficile même par ponctions : la radioscopie est indispensable. D'où peut-être la rareté des observations.

M. Pescher insiste sur la solidarité des deux poumon et l'utilité de l'insufflation.

M. Nobécourt. — Exclusion faite des pleurésies purulentes de la grande cavité qui ne sont pas les plus communes, le diagnostic est ardu. Chez les tout-petits, la thoracentèse est toujours préférable à la thoracotomie, pour si médiocres que soient les résultats. L'injection intra pleurale de solution de bleu de méthylène a paru donner de bons résultats. Néanmoins, il faut savoir ne pas trop temporiser.

M. Comby. — Le traitement est avant tout chirurgical.

M. Lesné a constaté 5 cas de mort après opération contre 2 guérisons chez des nourrissons non opérés.

M. Barbier insiste sur la gravité excessive au-dessous d'un an. Il ne faut pas se hâter d'intervenir, la ponction exploratrice est parfois dangereuse. La guérison peut être spontanée.

M. Marfan. — Chez le jeune enfant, la pleurésie purulente est une complication de la broncho-pneumonie ; celle-ci règle le pronostic. Quand la pleurésie purulente survient à la période terminale de l'affection pulmonaire on peut tout voir. La pleurotomie est souvent indiquée, sauf dans le type tuberculeux (abcès froid pleural) où l'opération est « catastrophique ».

M. Apert. — L'incision trop précoce peut produire des fistules intarissables. Lorsque le pus est constitué (diplocoques intracellulaires), l'opération est efficace : on peut rapprocher de certaines interventions pour des péritonites.

M. Taillens (de Lausanne). — Le liquide est variable d'aspect. Qu'appelle-t-on exactement pleurésie purulente ? La guérison est plus facile quand les symptômes pulmonaires prédominent.

M. Rohmer (de Strasbourg) cite l'observation d'une pleurésie purulente tuberculeuse (granulation pleutrale) méconnue, qui guérit malgré la thoracotomie.

M. Delcourt (Bruxelles) cite un cas favorable erminé par vomique.

M. Hallé. — Si beaucoup de pleurésies puruleutes ne guérissent pas après l'opération, c'est que le poumon est trop rétracté, trop éloigné. Chez le nourris-

son, il est parfois réduit à un petit moignon. On vérifie ces faits à l'autopsie. La surveillance à l'écran est donc indispensable et ces cas sont incurables.

M. PÉCHÈRE (de Bruxelles), président, résume la discussion.

M. ROCHER (de Bordeaux), rapporteur. — Le pronostic est subordonné au médecin plutôt qu'au chirurgien.

(*A suivre.*)

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Professeur Emile SERGENT. — **Les grands syndromes respiratoires**, fascicule I (un vol. 16 × 24,5, de 308 pages avec figures dans le texte. Prix : 20 fr., 1923).

Ce volume est le premier d'une nouvelle collection « *La Bibliothèque des grands syndromes* », dirigée par le professeur H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

S'inspirant de l'esprit de cette collection, le Pr Sergent a pensé qu'il ne devait pas s'astreindre à décrire tous les syndromes qui peuvent être observés dans les diverses affections de l'appareil respiratoire ; il lui a paru moins banal et plus utile de ne retenir que ceux de ces syndromes qui sont le plus nettement individualisés, et, plus particulièrement, ceux qui ont été l'objet dans ces derniers temps de recherches nouvelles.

L'auteur a divisé son programme en deux parties ; chacune formera un volume.

Ce livre offre l'immense avantage d'avoir pour pivot l'analyse et la discussion d'observations personnelles recueillies dans le service hospitalier ou dans la pratique professionnelle.

Dans le premier volume, M. Sergent a groupé les grands syndromes, qui résultent, d'une part, des lésions des voies respiratoires supérieures et des bronches, et, d'autre part, des troubles fonctionnels de l'acte respiratoire. Il a commencé par définir le *rôle du rhino pharynx* dans la respiration et par montrer le retentissement qu'exercent les altérations du rhinopharynx sur la fonction respiratoire ; il a été ainsi amené à étudier le *syndrome d'insuffisance respiratoire*, les *rhino-bronchites descendantes*, *l'asthme*, le *syndrome bronchite chronique et emphysème*, la *dilatation des bronches*.

Les *syndromes médiastinaux, pleuraux et pulmonaires* formeront la trame du second fascicule.

MASSON ET CIE, éditeurs, Paris.

Dr J. DARIER, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine. — **Précis de dermatologie**, 3e édition. (Un vol. de la « Collection des Précis médicaux », 996pages avec 211 figures dans le texte, 1923. Prix : 50 francs.)

Il s'agit de la troisième édition d'un ouvrage, dont les deux premières éditions ont été rapidement épuisées, entièrement revue, et nouvellement écrite dans la proportion d'un tiers. En effet, si les descriptions cliniques et histologiques de la dermatologie n'ont pas changé en ces dernières années, on note, par contre, une grande évolution en ce qui a trait aux *conceptions étiologiques et pathogéniques*, dont les changements ont conduit à modifier sensiblement les visées du traitement et ses moyens d'action.

Les remaniements qu'a subis l'ouvrage sont surtout apparents dans les chapitres intitulés : *érythèmes*, *urticaire*, *purpura*, *eczéma*, *psoriasis*, *herpès*, *mélanodermies*, *trichoses*, *prurits*, *prédisposition ou sensibilité*, *tuberculides*, *plastomycoses*, *leucémies*, *épithéliomes*, *affections précancéreuses*, *syphilis*, *memento thérapeutique*.

Malgré ces modifications, l'auteur a conservé à son ouvrage son plan général, dont les qualités didactiques ont contribué à assurer le succès.

Il a voulu, en outre, non seulement une mise au point de l'état actuel de toutes les questions de pathologie cutanée, mais encore un aperçu des progrès possibles que font entrevoir les idées nouvelles, et par là intéresser l'étudiant, le médecin comme le dermatologiste de carrière.

A signaler l'importance de l'illustration et des documents photographiques pour tous les cas de dermatose.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr H. BARBIER, médecin des hôpitaux de Paris. — **Poliomyélite. Méningite cérébro-spinale. Encéphalite léthargique. Zona. Diphtérie.** (Un vol. in-16 de 348 pages. Prix : 14 fr.). (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de pathologie médicale.)

Parmi les maladies à virus filtrants récemment étudiées, se range définitivement la poliomyélite de l'enfance, ainsi qu'une maladie muqueuse appelée d'abord encéphalite léthargique. L'auteur a mis au point, dans ce volume, la bactériologie de ces maladies. Ne perdant pas de vue le côté pratique et prophylactique que ces connaissances nouvelles entraînent, il a mis en évidence la fréquence et l'importance des formes frustes, d'un diagnostic certainement difficile, sinon impossible, en dehors des époques d'épidémie, mais capitales cependant dans l'étude de la propagation. Le point important, soulevé

par les angines, portes d'entrées, a été étudié de même façon ; même remarque pour les coryzas.

Quant au traitement, il est fait mention des premiers essais tentés avec le sérum de convalescent dans la poliomyélite ; et les indications fondamentales de la sérothérapie sont données pour les différentes formes de la méningite cérébro-spinale, en particulier chez les nourrissons, où le diagnostic, souvent obscur et difficile, doit cependant être fait le plus tôt possible pour éviter la mort ou les complications les plus redoutables.

LA CALCIFICATION DE L'ORGANISME JUGÉE PAR L'INSPECTION DENTAIRE

Par le Dr P. H. Millas,

Lauréat de la Faculté de Médecine,
Ex-démonstrateur de l'Ecole dentaire de Paris.

La décalcification du tissu dentaire est un indice fréquent, apparent, et très constant de la déminéralisation de l'organisme. On est généralement trop accoutumé à considérer les dents comme des organes osseux inertes, fixés dans le maxillaire à la manière de clous dans une planche, et indépendants de l'économie. Il n'en est rien ; entre les dents et le reste de l'organisme existent des échanges permanents et réciproques. Le processus de la calcification dentaire a fait l'objet de nombreux travaux et plusieurs théories ont été proposées pour l'expliquer (substitution, sécrétion, transformation). Nous ne nous attarderons pas à les discuter, mais un fait certain et non contesté est la répercussion des troubles de la santé générale sur le tissu dentaire : celui-ci est de qualité d'autant meilleure qu'il appartient à un sujet en plus parfait équilibre et, chez un même sujet, il subit des variations en relation évidente avec les fléchissements de cet équilibre. Tous les dentistes ont fait cette constatation que les femmes enceintes, les tuberculeux, les convalescents de maladies ayant eu une certaine durée, présentent une friabilité particulière de tous les tissus de leurs dents dont la densité est amoindrie. Que cette hypoplasie, momentanée ou permanonte, soit à l'origine de beaucoup de caries, il n'y a point lieu d'en être surpris, le bacille *acidophilus odontolyticus* (récemment décrit par Mac Intosh, K. Warwich et Lazarus-Barlow) trouve évidemment une prise beaucoup plus facile sur un émail tendre et facilement érodé, que si celui-ci présente la dureté du silex. L'émail, le tissu le plus minéralisé de notre organisme, normalement contient près de 90 % de phosphate de chaux ; on voit donc immédiatement l'importance de tout premier plan que joue la fixation de ce corps dans la conservation des dents.

Les dents fortement minéralisées offrent plus de résistance à la carie, et si elles sont malgré cela contaminées, elles sont plus faciles à traiter et le sont plus efficacement ; mais indépendamment de ce point de vue particulier, qui intéresse surtout le spécialiste, l'inspection dentaire, à notre avis, à un autre avantage : c'est qu'elle constitue pour le praticien une pierre de touche toujours à sa portée pour juger de l'état de minéralisation d'un malade. Lorsque cette inspection est faite régulièrement chez un sujet suspecté de déminéralisation, elle permet de porter sur celle-ci, sur son aggravation ou sa régression, un pronostic qui ne trompe pas. C'est, nous venons de le dire, un moyen de contrôle, une sorte de test biologique, qui n'a peut-être pas en soi une valeur absolue en ce qui concerne le bilan général de l'organisme, mais qui indique toujours que celui-ci a, momentanément ou d'une façon permanente, à faire appel à ses réserves calciques. On sait, en effet, depuis les expériences de E. Voit, qu'il se produit au sein de l'organisme, pour la chaux et vraisemblablement pour les autres corps minéraux, des phénomènes de transport de certains organes vers d'autres, les premiers se trouvant ainsi appauvris au profit des seconds. P. Rohmer et H. Allimant ont montré récemment que, chez le nourrisson, il peut se faire ainsi d'importants déplacements calciques sans que les bilans soient influencés. Chez l'adulte, ces phénomènes de migration sont moins marqués et ne se produisent guère que lorsqu'un organe vitalement important se trouve en péril, ou bien lorsqu'un embryon aspire à lui pour son propre développement les réserves maternelles. Aussi sont-ils portés à leur maximum chez les tuberculeux et les femmes enceintes. Il ne semble guère douteux que le tissu dentaire est un des premiers à en faire les frais, ainsi qu'en témoignent les modifications qu'il présente dans son aspect et sa contexture dès les premiers symptômes de bacillose et au cours de la grossesse. Sa désintégration s'observe également au cours de certaines intoxications, au premier rang desquelles il faut placer le morphinisme (1). Le tissu dentaire étant formé, comme celui des os, en majeure partie de phosphate de chaux, on comprend la raison de cette liaison étroite du méta-

(1) Cf. Morat. — Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie. (Thèse, Paris 1911.)

bolisme du phosphore et du calcium, une fois de plus mise en lumière par les expériences de G. Toverud sur le cobaye et le rat (1).

De ce que le tissu dentaire réagit le premier au processus décalcificateur, nous pouvons logiquement inférer qu'il est parmi les derniers à participer au processus récalcificateur, et schématiquement on peut considérer qu'une dentition qui se décalcifie indique soit une perturbation du métabolisme du calcium (phosphaturie, tuberculose), soit un besoin exagéré de l'organisme en cet élément (grossesse, poussée de croissance). Au contraire, une dentition qui se récalcifie est d'un excellent pronostic, parce qu'elle indique que l'organisme a pu par ailleurs couvrir un déficit ou réparer ses lésions par sclérose calcique. Ainsi trouvons-nous dans l'inspection soigneuse et régulière du tissu dentaire, et notamment au cours des périodes de crises, un test précieux pour juger de l'état de minéralisation de l'économie. A ce point de vue, la collaboration du stomatologiste et du praticien est souvent nécessaire, car le premier seul, par ses interventions sur la dent, peut juger de ses modifications d'une façon vraiment objective ; cependant les stries ternes de l'émail, signal d'alarme de sa carence calcique, sont accessibles à tous.

Mais le diagnostic de déminéralisation, même précoce, serait vain si l'on ne pouvait y porter remède. De toute évidence il faut donner de la chaux à ces malades, mais comme le disait très justement Ferrier, il importe moins de prendre de la chaux que d'en garder. De nombreuses recherches, parmi lesquelles il convient de faire une mention spéciale à celles de G. Manoussakis, il ressort nettement que l'organisme présente une inaptitude à peu près complète à assimiler les apports de chaux médicamenteux. Du travail très remarquable de Manoussakis (2), se dégagent des conclusions rigoureuses quant à l'inassimilabilité des sels de chaux minéraux, qui, pour certains, non seulement ne sont pas retenus, mais encore augmentent les pertes en calcium de l'organisme ; seuls les sels de chaux organiques, et notamment les phosphates, font exception à cette règle.

En présence de l'inefficacité de tout traitement récalcificateur à base de sels minéraux, et nous inspirant du parallélisme existant entre les phénomènes de migration du calcium et du phosphore, nous avons pensé à recourir à un phosphate organique de chaux, Nous nous sommes adressés à la phytine, préparation bien connue depuis les études de Gilbert et Posternak, et devenue maintenant en quelque sorte classique. Ce médicament, par sa composition et son origine, nous a paru particulièrement propre à enrayer la décalcification. Plusieurs auteurs, Gilbert, Lippmann, ont montré son haut degré d'assimilabilité, Rénon en recommandait l'emploi chez les tuberculeux (1). Nous avons pour notre part administré la phytine à raison de 1 gr. ou 1 gr. 50 par jour, à de nombreux sujets chez lesquels nous avions constaté, par les soins que nous étions appelés à leur donner, des symptômes évidents de décalcification dentaire. A notre grande satisfaction nous avons constaté que, sous l'influence de cette médication, le tissu dentaire friable et inconsistant de ces malades, ne tardait pas à se modifier très heureusement ; il devient plus dense, plus solide, plus résistant à la fraise ; l'émail prend un éclat plus brillant dont certains sujets m'ont eux-mêmes fait la remarque. L'évolution des caries est retardée leur traitement est plus facile, plus efficace, les guérisons plus durables.

Ne nous plaçant ici qu'au point de vue de notre spécialité, nous ne pouvons que répéter que ce changement dans le tissu dentaire est pour nous l'indice d'une influence très favorable de la phytine sur la calcification générale, et c'est à ce titre là surtout qu'il nous a paru intéressant de noter les résultats que nous en avons obtenus. Ils prouvent, à notre avis, que ce médicament peut concourir très utilement, entre les mains du praticien, au traitement des affections déminéralisantes, comme des défaillances passagères de l'organisme, car il n'est pas une parcelle de celui-ci qui ne soit dépendante des autres, et les dents peuvent être considérées comme le miroir où s'inscrit la hausse et la baisse calcique.

(1) G. Toverud. — Influence du régime sur les dents et les os. (*Journ. de biologie chimique*, décembre 1923.)

(2) G. Manoussakis. — Contribution à l'étude expérimentale des échanges calciques ; calcium et tuberculose. (Thèse, Lyon, 1923.)

(1) L. Rénon. — Le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire, p. 119. (Masson et Cie, éditeurs.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA LOI ASSURANCE-MALADIE DEVANT LE SÉNAT

Par le Dr Fernand DECOURT.

Ceux qui s'intéressent quelque peu aux assurances sociales et à la future loi assurance-maladie-invalidité-vieillesse, connaissent le rapporteur de cette loi au Sénat, le Dr CHAUVEAU, président de la commission médicale interparlementaire et praticien, resté tel quoique sénateur, puisqu'il « pratique » toujours la médecine, ce qui lui permet, j'imagine, de mieux comprendre les idées et les desiderata du corps médical. Or, notre éminent confrère fait paraître, dans la *Nouvelle Revue*, une série d'études sur les « *Assurances sociales* » qui a d'autant plus d'intérêt pour nous que nous pouvons y saisir, sur le vif, les idées du consciencieux et compétent rapporteur de cette loi au Sénat, ce qui nous importe beaucoup, en nous permettant de nous rendre compte des bases et des idées directrices sur lesquelles ce rapport sera présenté aux « pères conscrits ».

Dans le numéro du 1er février 25, le Dr Chauveau se livre à des « *Aperçus nouveaux* » qui montrent une heureuse évolution dans l'esprit des législateurs, au sujet de cette loi, au fur et à mesure que les études se poursuivent et qu'on doit abandonner la théorie pour construire sur le terrain de la réalité. En est-on arrivé à la fondation stable ? Qui la connaît d'ailleurs à l'heure actuelle ? Il semble néanmoins qu'on aurait tendance à se diriger dans la voie qui y mènera peu à peu... C'est pourquoi il m'a paru intéressant, pour nos confrères, d'examiner ici l'article du Dr Chauveau, ou du moins la partie qui nous concerne plus spécialement. Je ferai abstraction des chiffres, le plus possible, n'en donnant que les indispensables, tout en engageant nos confrères à lire en entier le si intéressant et si nourri article dont je vais tirer seulement quelques déductions.

***

Et d'abord, après avoir parlé de la loi et de sa répercussion en général, notre confrère, à propos de la *maladie* et des soins médicaux, fait certaines remarques qui se juxtaposent — si elles ne s'identifient pas — avec celles que firent Lafontaine et Quivy, lors de leur enquête en Alsace et en Lorraine :

« Des observations faites, dit-il, dans les pays étrangers et en Alsace-Lorraine où l'assurance-maladie est pratiquée depuis longtemps, on serait tenté de tirer la conclusion que les soins médicaux qui y sont donnés aux assurés ont peut-être un caractère apparemment superficiel, sans doute en raison du grand nombre de malades à visiter et surtout à traiter : on parle de cent patients et plus examinés par le même médecin en un jour. Ce qu'il pourrait y avoir de justifié dans cette appréhension est, en grande partie, atténué par le fait qu'il existe, dans ces pays, un outillage sanitaire assez perfectionné. Malgré tout, la dépense est considérable ; il se produit même parfois un déficit qui entraîne l'élévation des cotisations. En France, l'outillage sanitaire laisse assurément à désirer et les ressources nécessaires devront être trouvées dans le pourcentage de 10 % fixé par la loi ».

Cent consultations ou visites par jour, nous connaissions cela par le *Médecin syndicaliste* et je ne crois pas que ce scandale (oui, scandale ! le mot n'est pas trop fort) soit « atténué » par « l'outillage sanitaire » de ces départements. Cet outillage n'est autre, ce me semble, que les hôpitaux, les laboratoires, les sanatoria, etc., mais, dans la pratique journalière de la médecine, ceci atténue-t-il cela ? Malgré tout outillage, si merveilleux soit-il, un *dépistage* sérieux des débuts de maladie peut-il être fait dans cet examen en série, à la grosse, à la brouette ?... Il n'en est pas moins vrai que nous pouvons envier, nous autres praticiens de l'intérieur, l'outillage technique de nos départements du front et approuver le Dr Chauveau quand il dit que la caisse d'assurance devra y pourvoir. Mais encore faudra-t-il que le corps médical organisé, les praticiens, aient voix au chapitre, en l'occurrence, et qu'il n'en soit pas de ces organisations comme pour la lutte antituberculeuse. Il ne faut pas qu'on oublie, cette fois, que les vingt mille praticiens de France, ont, tout de même, une certaine compétence en médecine et peuvent avoir quelque utilité...

Le Dr Chauveau entre ensuite dans le vif de la question des soins médicaux, en fonction de l'assurance :

« Comment procurer à l'assuré les soins médicaux, tous les soins médicaux nécessaires et toutes les prestations que comporte l'assurance-maladie, sans déborder les limites des recettes ? »

A ce sujet, je suis heureux de voir notre confrère, se montrer du même avis que moi sur l'*importance de la réduction du « petit risque »*, ainsi que je m'y étais si longuement appesanti dans le *Concours* en octobre dernier (1). Et cela, en se basant sur les statistiques de Strasbourg-ville, en 1923 : sur cinquante-cinq mille assurés et pour 75.986 cas de maladie, on compte :

a) 43.406 sans *aucune* incapacité de travail ;

b) 9.954 avec une incapacité de *moins* d'une semaine ;

c) 5.488 avec incapacité de *deux* à *trois* semaines ;

d) 10.885 avec incapacité de *plus* de 3 semaines.

Retenons ces chiffres, confrères, en gros tout au moins et concluons. Sur 76 mille cas : 43 + 10 = 53 mille *sans incapacité ou de moins d'une semaine*, soit dans *plus des 2/3 des cas*. Retenons cela, nous verrons tout à l'heure pourquoi.

Le Dr Chauveau estime que « la clef du problème », à savoir que les caisses aient la possibilité financière d'assurer les frais de l'assurance maladie, « semble apparaître dans la réduction rationnelle et juste du *petit risque*, du risque bénin *qui encombre et coûte cher par sa multiplicité.* » C'est précisément ce que je me suis efforcé de démontrer en y ajoutant le mot d'*abus* qu'un parlementaire ne saurait, sans doute, écrire officiellement. Et je les dénonçais en de multiples exemples « vécus » par nous tous, praticiens, et que nos législateurs devraient bien connaître car c'est, à mes yeux, une question primordiale pour la vitalité de la loi.

« Comment le réduire (ce petit risque, (se demande notre confrère, sans cependant porter préjudice à la santé publique ? La Chambre a estimé qu'on pouvait y parvenir par deux moyens : en fixant un délai de carence de trois jours, pendant lesquels il n'est alloué à l'assuré aucune indemnité en argent ; et en faisant participer l'assuré aux frais de maladie, par l'institution du ticket modérateur ou bon de visite qu'il doit acquérir à prix d'argent de la Caisse à laquelle il est affilié et qu'il remet au médecin qui le soigne. Chaque caisse a la faculté de fixer par elle-même la valeur de ce bon dont le prix ne doit cependant en aucun cas dépasser le tiers de l'allocation journalière. De toute nécessité l'assuré malade doit recevoir les soins médicaux dès le début de la maladie : c'est la réalisation des principes de prévention qui sont à la base de la loi et de toute politique sanitaire. La période de carence ne peut jouer que pour l'indemnité pécuniaire. Celle que la Chambre a adoptée paraît trop courte ; quant au ticket modérateur, son prix pourrait, suivant les cas, être trop faible ou trop fort ».

Ici nous divergeons un peu. J'avais pensé que l'assurance aurait pu ne pas fonctionner, même au point de vue *médical*, pendant les quatre premiers jours. Et je le pense encore. J'estime qu'il n'est pas un ouvrier, à l'heure actuelle, qui hésite à appeler le médecin et payer une ou deux visites, alors qu'il pense en avoir besoin pour lui ou les siens. Par suite, à mes yeux, le question de *prophylaxie* ne se pose pas, même dans le cas où la loi ne fonctionnerait qu'à partir du quatrième jour. J'en ai parlé longuement dans ces colonnes, je n'y reviens pas. D'ailleurs, il paraît que les organisations ouvrières se sont montrées nettement opposées à cette conception. Soit ! N'en parlons plus... tout au moins jusqu'au jour où la question se posera avec acuité devant les abus inévitables qui se produiront et mettront en péril l'existence même des caisses.

Nous n'avons plus, comme barrière, comme garde-feu, que la « carence des trois jours » votée par la Chambre, pendant laquelle l'assuré aura droit aux soins, mais ne touchera pas d'allocation journalière. Hum ! barrière bien faible et je suis alors de l'avis du rapporteur (les frais médicaux étant payés dès le premier jour) quand il propose un temps de carence beaucoup plus long, en disant : « Il me semble qu'une semaine et un jour constituerait un délai raisonnable et utile. » Mais qu'il me permette de lui faire part de mes craintes sur l'acquiescement des parlementaires à un délai aussi long.

Quel que soit le délai de carence d'allocation, sur lequel je n'insisterai pas puisque ce n'est plus là une question vraiment médicale, il est un point, néanmoins, sur lequel j'aurais aimé plus de précision de la part de notre excellent confrère. C'est sur la *rétroactivité ou non du paiement de l'allocation journalière*, en cas de x jours d'incapacité. Va-t-on suivre l'exemple de la loi sur les accidents du travail où l'allocation part du quatrième jour, mais est comptée du premier jour dès que l'incapacité de travail dépasse dix jours ? Et alors, pour l'assurance-maladie, payera-t-on aussi dès le premier jour, malgré la carence décrite ci-dessus, dans le cas où la maladie durerait plus de quinze jours, par exemple ? Ce qui se passe dans les accidents du travail et que, nous tous, nous connaissons si bien, à savoir que toute incapacité réelle de six à huit jours ne dure guère moins de onze jours, pour profiter de la rétroactivité — est là pour nous démontrer combien fragile deviendrait la barrière aux abus, en cas de rétroactivité. Comme médecin, je me garde d'insister, mais comme citoyen, comme contri-

(1) Cf. « La suppression du « petit risque » dans l'assurance maladie ». *Concours* du 12 octobre 1924.

buable (bien que la loi ne doive rien coûter à l'Etat (?!) qu'on me permette de crier à nos législateurs « casse-cou ! ».

***

Il est un « aperçu nouveau » du Dr Chauveau qui me paraît fort intéressant, à signaler. C'est à propos du « ticket modérateur », autrefois cher aux Lyonnais, qui depuis...

« Quant au ticket modérateur, dit notre confrère, il pourrait être remplacé par une participation uniforme de l'intéressé aux charges de l'assurance-maladie, comme il est envisagé, dans le projet, pour les frais pharmaceutiques, que l'assuré doit supporter jusqu'à concurrence de 10 % de leur montant et de 20 %, s'ils intéressent sa femme et ses enfants mineurs de seize ans. Ce système est d'usage courant dans certaines branches d'assurances mutuelles. Dans les mutuelles agricoles, notamment, on assure 80 % de la valeur du risque, le reste demeurant à la charge du bénéficiaire. Cette restriction a exercé le plus heureux effet, car elle a amené, dans certaines localités, une forte réduction dans le montant de la prime.

A quel taux fixer la participation de l'assuré aux frais de l'assurance-maladie ; à 20, 15 ou 10 % ? Quinze pour cent paraît suffisant et représente une portion assez élevée pour qu'elle agisse efficacement, à mode de frein sur le malade, et, par lui, sur son médecin. Ces dispositions en restreignant à ses vraies limites, la « consommation médicale », en plaçant, en face du médecin, un nombre normal de malades, assureront aux malades, dans les conditions satisfaisantes, les meilleurs soins de l'heure. »

Examinons tout cela de près. Ce remplacement du ticket modérateur par un pourcentage uniforme de participation de l'assuré aux charges de l'assurance-maladie permettrait — fait à noter — *le paiement direct du médecin par le malade*, si je ne me trompe. Et ceci me semble avoir son importance pour une assez grande partie du corps médical, d'après ce que nous avons vu et entendu lors de la dernière assemblée générale de l'Union. Ma visite est de dix francs, mon malade me paye dix francs et je lui en signe le reçu, s'il le demande, sur la feuille spéciale qu'il me présente. J'en fais autant à chaque visite. Il se fait ensuite rembourser par la caisse avec 10, 15, 20 % de rabais, comme participation individuelle aux charges de l'assurance, peu m'importe : cela n'est plus de mon ressort. Et je ne vois pas comment il en serait de même, au point de vue « paiement direct », avec le ticket modérateur. Affaire secondaire, question peu importante, disent certains amis... Voire ! mon cher, au moins pour pas mal de confrères qui aiment mieux toucher de la main de leur malade que de celle du caissier de l'assurance. Tous les goûts sont dans la nature.

En tous cas, ce qui n'est pas, oh ! mais pas du tout, secondaire, c'est de savoir si le *syndicat local* conclura une entente avec la *caisse locale*, autrement dit, car il faut parler haut et clair, s'il faut que nous ayons, chacun dans notre petit, moyen, ou gros groupement syndical, un *contrat collectif* avec la caisse locale ou régionale. Ceci, notre confrère Chauveau n'en parle pas, et pour cause, mais je crois qu'ici, dans le *Concours*, nous avons bien le droit d'en parler, entre nous, chaque fois qu'il s'agit de cette loi qui va charger nos épaules d'une lourde responsabilité, non seulement pour la suite de notre vie médicale, mais pour ceux qui viendront après nous. Or, plus je creuse la question — et sans le moindre parti-pris — plus je trouve qu'avec le paiement direct par le malade, le contrat collectif s'impose. Et *a fortiori*, alors qu'on parle de 10, 15, 20 % de « participation de l'assuré aux frais ». Sans contrat dûment signé et devant être appliqué par *tous* ceux qui soigneront des assurés, ce sera bien simple. Les 10, 15 ou 20 % seront « *abandonnés* » aux malades par des confrères « altruistes », décidés à faire le bonheur du peuple. De même, ils le seront également dans les « cliniques d'assurance sociale » qui se mettront à fleurir un peu partout et feront ainsi des « ristournes », comme il en est pour les accidentés du travail. Et le médecin honnête et consciencieux, drapé dans sa dignité d'individualiste, *n'étant plus défendu par un bon « contrat » dressé par son syndicat*, n'aura plus qu'à soigner les non-assurés, c'est-à-dire qu'il lui restera 10,15 % de sa clientèle d'avant la loi. J'exagère ? Je vois en noir ? Qui peut me l'assurer en toute certitude ?

Je reviens, après cette courte digression (dont j'ai senti le besoin en écrivant) à l'article du Dr Chauveau. D'après ce que j'en ai montré, je pense que pas mal de confrères y trouveront, comme moi, des « aperçus nouveaux » qui ont leur intérêt pratique, au point de vue du corps médical. Certes, c'est encore loin d'être la perfection. Mais « vingt fois sur le métier... » Suivons le précepte de Boileau et, peu à peu, arriverons-nous à rendre « respirable » pour le praticien, cette atmosphère d'assurances sociales qui, au début, nous a semblé, à tous, « asphyxiante », pour la bonne technique médicale.

Je ne veux, dans cet aperçu de l'article si copieux et si documenté du Dr Chauveau, que brosser l'esquisse d'un simple coin du tableau, rien que de ce qui a rapport à l'exercice de la médecine. Je ne parle pas de la question financière qui y est magistralement traitée.. J'avouerai seulement, sur ce point, que je suis resté effrayé de la multitude de chiffres servant de base à des calculs que, malgré les références, je

ne peux m'empêcher de juger comme ne pouvant être assurés ni approximativement, ni même de loin. J'avais déjà lu toutes ces choses ou à peu près, mais jamais avec cette précision dans le raccourci d'un article. Et la fantasmagorie de tous ces chiffres ne pouvant reposer sur des bases solides ne m'avait jamais autant frappé.

Veut-on un exemple ? A propos des « frais de maladie des enfants de moins de seize ans de l'assuré obligatoire », soit environ 5 millions 200 mille enfants, je lis, avec stupeur : « La morbidité de ce groupe est peu connue : probablement, elle est inférieure à celle des adultes ». Et on part de cela pour chiffrer. Mais voyons, j'en appelle aux confrères : chacun sait qu'il n'est pas de famille faisant plus souvent appel au médecin que celle où il y a des enfants et principalement de jeunes enfants. Et je lis, dans la suite : « Si nous admettons pour ce motif (morbidité moindre) une *réduction d'un tiers* sur le chiffre moyen de dépenses pour l'assuré adulte en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques, etc... » Un enfant coûtant un tiers de moins qu'un adulte pour frais de maladie ?... Sans doute, de six à seize ans, la morbidité peut être faible, mais de la naissance à six ans, c'est trois ou quatre fois plus souvent que pour le père, qu'on appelle le médecin. En juste moyenne, ce serait donc plutôt le *double*, pour le moins, qu'on aurait dû compter, à mon avis. Je n'insiste pas. J'ai tenu à noter ceci, comme exemple, pour concrétiser la fragilité des bases sur lesquelles reposent les calculs des frais de la future loi d'assurance maladie.

***

Il n'en est pas moins évident, à la lecture de l'article du Dr Chauveau et de ses « aperçus nouveaux », que notre confrère, cherchant à édifier ce vaste monument que sera l'assurance sociale, s'est efforcé de son mieux, de rendre la maison habitable aux praticiens français — ce qui n'est pas, il faut l'avouer, chose des plus aisées. Et de cet effort consciencieux, nous devons le remercier hautement.

Mais, ce devoir rempli, il ne nous en est pas moins indispensable d'examiner avec soin tous les détails de cette loi si complexe, et de ne rien laisser de côté en ce qui nous concerne particulièrement. Soyons toujours méfiants devant ce bloc enfariné qui ne dit rien qui vaille..... pour l'instant et jusqu'à ce que plusieurs années de pratique aient permis d'établir des statistiques exactes, donnant des « moyennes » sûres — et un *modus vivendi* acceptable tout aussi sûrement par nous tous. En attendant, serrons les rangs devant le danger que représente toute « inconnue » restée forcément jusqu'ici fardée et masquée.

La dernière assemblée générale de l'Union, à l'unanimité, ou à peu près, de délégués représentant près de seize mille praticiens, a voté un ordre du jour. Nous devons le suivre tous dans ses principes intangibles proclamés en vue du bon exercice de la médecine et de l'intérêt des malades — avec la possibilité de trois diverses modalités d'exécution, variables suivant les régions et les décisions prises par les praticiens au sein de leur syndicat régional.

Mais là encore, comme dans les questions antérieures de médecine sociale, n'oublions pas que, si nous voulons être écoutés, il faut être *forts*. Et nous ne le serons qu'en ne nous éparpillant pas et en présentant un front unique, sous l'égide de notre *Union*..., qui fait la force, comme dit la Sagesse des nations.

Dr Fernand DECOURT.

R. H. M. S. 0640.

Erratum.

Dans mon article « *La rétrocatégorisation dans le tarif Breton* » paru dans le *Concours* du 8 février dernier, à la page 309, 2e colonne, à propos de l'énumération des « *régions dévastées* » faite dans l'Arrêté ministériel nouveau, au lieu de « et du Nord (sauf l'arrondissement d'Arras et de Béthune »...» il faut lire « ...*du Nord (sauf l'arrondissement de Dunkerque), dans le Pas-de-Calais, les arrondissements d'Arras et de Béthune, etc...* ».

Avec toutes mes excuses pour les libertés grandes ainsi prises envers l'arrêté ministériel, et surtout envers la géographie.

F. D.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Erreur de diagnostic. — Soins dans un dispensaire d'assurance. — Traitement. — Insuffisance de soins ; erreur de traitement.

COUR D'APPEL DE PARIS.

6 juin 1923.

(*D.* 1924. 2. 117.)

1° *Le maître, qui a contracté une assurance contre les accidents dont son domestique pourrait être victime, ne commet aucune faute en indiquant à celui-ci, en vue des soins nécessités par une blessure, le dispensaire organisé par une compagnie d'assurance.*

Dès lors, le maître n'est pas responsable du dommage causé au domestique par un traitement médical défectueux.

2° *L'erreur de diagnostic commise par un médecin au premier examen d'une blessure ne constitue pas une faute susceptible d'engager sa responsabilité, surtout si l'état du membre blessé et notamment une très forte enflure ne permettait pas d'établir, à ce moment, un diagnostic certain.*

3° *Une compagnie d'assurance, qui a organisé un dispensaire, où sont soignées les personnes victimes des accidents, dont elle doit réparer les suites, est responsable des insuffisances, ou des erreurs de traitement commises dans ce service.*

Le 4 juillet 1913, la cuisinière de Mme de D. tombe dans l'escalier de la maison et se fait une blessure du poignet.

Sa patronne, qui avait contracté une assurance de droit commun contre les accidents, dont pourrait être victime son personnel domestique, indiqua à sa cuisinière, le dispensaire de l'assurance et l'y adressa, pour y recevoir les soins nécessaires.

Le médecin attaché à ce dispensaire diagnostiqua une contusion et une entorse du poignet et évalua à douze jours l'incapacité de travail.

Il indiqua un traitement par le massage et la blessée fut soumise à ce traitement, pendant 45 séances, au dispensaire même.

Un mois après la dernière séance de massage, la blessée, qui souffrait toujours de son poignet, se rendit à l'hôpital Lariboisière. Une radiographie révéla une fracture non réduite.

Aussi assigna-t-elle en dommages intérêts sa patronne, le médecin et l'assurance, propriétaire du dispensaire.

La cuisinière ne pouvait pas se prévaloir du contrat d'assurance conclu par sa patronne, ni demander l'exécution de ce contrat, Les primes d'assurances étaient, en effet, payées intégralement par la patronne, sans qu'il y eût une retenue quelconque sur les gages de la domestique.

Il n'y avait donc aucun lien de droit entre l'employeur et l'employée, en dehors des règles du droit commun ; c'est-à-dire qu'il incombait à la blessée de faire la preuve que l'accident était arrivé par la faute de sa patronne, ou par le mauvais état des choses qui lui appartiennent.

Dans ce sens, ont été rendus les arrêts suivants: *Cassation, chambre des requêtes*, 9 janvier 1899 et *Cassation, chambre civile*, 15 mai 1899 ; D.P. 1900.1.169 ; *Cassation chambre civile* 5 août 1902 ; D.P. 1903.1.307).

En contractant son assurance, la patronne s'était déchargée de toute responsabilité, au cas où cette dernière aurait été engagée d'une manière quelconque. Suivant les termes de sa police, la maîtresse avait envoyé sa cuisinière blessée au dispensaire de l'assurance, pour qu'elle y reçut les soins nécessaires. Elle devait donc être mise hors de cause, dans le procès actuel et c'est ce qu'a fait la cour de Paris.

Restait le médecin et l'assurance qui étaient assignés en vertu de l'article 1382 du code civil, l'une parce que le service médical était organisé d'une manière défectueuse, l'autre, parce qu'il avait méconnu la fracture du poignet.

En ce qui concerne le médecin de l'assurance, voici comment s'exprime l'arrêt de la Cour :

« Considérant que la demanderesse reproche au docteur H. l'erreur de diagnostic non contestable, qui est à l'origine de cette affaire ; mais que le praticien fait valoir que, chargé uniquement de la consultation des hommes, à laquelle la dame C. s'est adressée par erreur, il s'est borné à prescrire un pansement humide et à engager la demanderesse à venir, le lendemain matin, à la consultation des femmes ;

Que d'ailleurs, l'enflure très prononcée du poignet ne permettait pas, à ce moment, de reconnaître la nature exacte et la gravité de la blessure et que le diagnostic qu'il a établi était tout à fait provisoire ;

Considérant que ces affirmations n'ont été combattues par aucune preuve contraire et qu'il ne semble pas, dans ces conditions, qu'il y ait dans les faits de la cause, des éléments suffisants pour retenir la responsabilité du Dr H.

Donc, en ce qui concerne notre confrère, la Cour de Paris s'est rangée à la manière de voir de la plupart des tribunaux, qui ne déclarent le médecin responsable de son traitement que si le praticien a commis une faute lourde, faute telle qu'un docteur de connaissance et d'habileté moyennes serait impardonnable d'avoir commise.

L'erreur de diagnostic initiale aurait été répa-

rée, si le médecin avait examiné ultérieurement la blessée : devant la persistance de la douleur et de l'enflure, il aurait fait faire une radiographie.

Au contraire, la patiente a été mise entre les mains d'un masseur, d'un infirmier, qui n'avaient pas qualité pour faire un diagnostic. Par suite, un défaut de surveillance, au point de vue médical, était à l'origine du dommage causé à la blessée ; à part la première visite, peut-être hâtive et superficielle, en tous cas rendue difficile par l'enflure du poignet, la malade n'a pas subi d'autre examen médical.

La compagnie d'assurances, organisatrice du service médical, devait-elle, par conséquent, être rendue responsable de ce défaut de surveillance médicale ?

Oui, dit la Cour de Paris, par les attendus suivants :

Considérant que la compagnie d'assurances a ouvert un dispensaire pour y soigner les victimes des accidents du travail, dans son intérêt et afin de diminuer les charges qui lui incombent ;

Qu'elle assume ainsi la responsabilité des soins qui sont donnés aux blessés et doit veiller à les organiser de façon à éviter autant que possible toute erreur et tout préjudice ;

Qu'elle a notamment contracté cette obligation envers la demanderesse, en la recevant à son dispensaire, en la faisant examiner par des médecins de son choix, en l'invitant à se rendre pendant 45 jours à ce dispensaire, pour y suivre un traitement par le massage, enfin en lui remettant une carte, sur laquelle ces séances sont pointées ;

Or, considérant que la seule observation, qui paraisse avoir été prise sur la blessure de la dame C... est celle qui résulte de l'examen pratiqué le 7 juillet, dans des conditions telles que, d'après la compagnie d'assurances, aucun diagnostic ne pouvait être sérieusement établi ;

Qu'il n'est produit aucun document, duquel on puisse induire que le médecin chargé de la consultation des femmes ait vérifié le diagnostic certainement erroné de son confrère, quand la diminution de l'enflure a permis un examen plus sérieux ;

Que, bien mieux, les défendeurs insistent sur ce qu'il n'existait aucun contrôle d'un médecin sur l'autre, chacun se cantonnant dans son service ;

Qu'aucune observati n ne paraît avoir été prise sur les résultats du traitement par le massage au cours des 45 séances où il a été appliqué, ni sur l'état de la blessée, quand le traitement a cessé et qu'elle a été renvoyée par la compagnie d'assurances, celle-ci lui offrant d'ailleurs une indemnité de 200 francs ;

Que d'après l'opinion accréditée du docteur Mouchet, telle qu'elle résulte d'une lettre invoquée par les défendeurs, les lésions traumatiques du poignet constituent l'un des problèmes les plus difficiles, que la clinique ait à résoudre, la radiographie permettant seule bien souvent de reconnaître les dégâts osseux, dans les premiers jours qui suivent l'accident et le clinicien le plus avisé et le plus instruit risquant fort de se tromper sans elle ;

Que cependant aucune radiographie n'a été opérée, malgré l'insuccès du traitement par le massage, jusqu'au 7 octobre, date à laquelle l'appelante, s'étant rendue à l'hôpital Lariboisière, la fracture a été immédiatement reconnue et réduite ;

Que la compagnie est mal venue de reprocher à une femme, qui vit de son travail, et qui devait avoir confiance dans les soins qui lui avaient été donnés, d'avoir essayé de surmonter sa souffrance et tardé, pendant un mois, à se présenter à un établissement d'assistance publique ;

Qu'en réalité la dame C. paraît bien, comme elle l'affirme, avoir été abandonnée aux soins d'un infirmier, qui, pendant 45 jours, a pratiqué des massages sur le seul vu du diagnostic du docteur H. ;

Considérant que ces faits constituent surabondamment la faute grave de la compagnie dans l'organisation et l'administration du service qu'elle a entrepris et partant son entière responsabilité ;

Que la relation de cause à effet entre cette faute et le préjudice subi est également établie, puisque le défaut de soins appropriés, dont la demanderesse a été victime, a eu, pour résultat d'aggraver les souffrances qu'elle a endurées et les conséquences de la blessure qu'elle a reçue.

Aussi, la compagnie d'assurance fut-elle condamnée à verser à la victime une rente de 1.800 francs.

Cet arrêt est conforme à la jurisprudence rendue jusqu'à ce jour, notamment en ce qui concerne les rapports de dépendance entre un médecin et la collectivité qui l'emploie (assurances, ou hôpital).

Le docteur est responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques, des ordres qu'il donne aux aides et auxiliaires, qui sont placés sous sa direction.

Mais l'hôpital, comme le dispensaire, est responsable si des négligences d'ordre administratif et de surveillance générale ont été commises. Ainsi, un médecin fait son service d'une manière très irrégulière : c'est la commission administrative qui sera rendue responsable, pour ne pas avoir veillé à ce que le médecin accomplisse correctement le mandat qui lui a été confié.

Dans le cas particulier, il en serait de même si la malade s'était présentée à la consultation externe d'un hôpital, qu'elle n'ait été vue qu'une seule fois par un médecin et qu'elle ait été ensuite abandonnée aux soins d'un infirmier, sans contrôle médical ultérieur.

Par arrêt du 18 mars 1903, *la Cour d'appel de Dijon* a décidé que le malade, traité dans un hospice, est bien fondé à diriger une action en dommages-intérêts contre la commission administrative de l'hospice, comme responsable du médecin qui l'a soigné,

alors que les faits dommageables, dont il se plaint ne sont pas des manquements à l'exercice technique de la médecine, mais des négligences auxquelles, selon la prétention du malade, une surveillance vigilante n'aurait pas permis de se produire.

Il s'agissait, en l'espèce, d'un malade qui, mal examiné par le médecin de l'hôpital, avait eu une déviation de sa jambe, faute de surveillance pendant plusieurs jours. Aussi la Cour estima-t-elle que l'article 1384 était parfaitement applicable, puisque la commission administrative, en recevant un malade payant, avait ainsi contracté avec celui-ci une obligation, qui donnait à l'administration le devoir d'assurer, au blessé, dans la mesure où cela dépendait d'elle, les visites et soins nécessités par son état.

A la commission administrative de surveiller si les malades sont régulièrement examinés et suivis par le personnel médical.

Aussi, ne saurions-nous trop mettre en garde les commissions administratives des hôpitaux, qui autorisent si facilement l'admission de malades payants tant dans les services et salles qu'à la consultation externe.

Ceux-ci, parce que payants, en veulent pour leur argent et estiment qu'ils ont droit, à prix réduit, aux consultations des grands maîtres de la science, en fonctions dans l'hôpital.

Qu'ils soient mécontents, qu'ils s'estiment victimes d'une erreur de diagnostic, ou de traitement, ils auront tôt fait de se retourner à la fois contre le médecin et contre l'hôpital.

L'asile des pauvres, qui, par destination, ne doit recevoir que des indigents, connaîtra progressivement les ennuis judiciaires, car les clients prennent de plus en plus l'habitude des poursuites en responsabilité.

Heureusement que beaucoup de procès avortent *ab ovo* ; mais il n'en reste pas moins la nécessité d'avoir à se disculper, de constituer avoué et avocat et parfois même de voir la presse locale s'emparer du conflit et l'interpréter à sa manière ; mais jamais d'une façon charitable.

Aussi comprend-on pourquoi les médecins et chirurgiens des hôpitaux se refusent à soigner gratuitement, c'est-à-dire comme des indigents, des malades et blessés, susceptibles d'honorer leurs docteurs, tant par eux-mêmes que par les tiers responsables.

Le problème de l'admission des malades aisés à l'hôpital est donc de plus en plus à l'ordre du jour.

D[r] Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Mentalité mutualiste.

Un de nos confrères nous communique l'extrait suivant de l'*Ouest Eclair* du 9 décembre 1924. C'est le compte rendu de l'assemblée générale de l'Union départementale des sociétés de secours mutuels d'Ille-et-Vilaine. En fin de séance, un délégué soulève la question toujours irritante (*sic*) des médecins et le journal reproduit à ce sujet les déclarations de M. Bastit, président de l'Union départementale de la Loire-Inférieure, membre du Conseil supérieur de la Mutualité.

« Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins regimbent contre cette loi sur les assurances sociales et la mutualité. C'est pourtant grâce à nous que beaucoup de médecins se sont constitué une clientèle et ils nous payent de la plus noire ingratitude.

« Ils savent bien passer à la caisse, mais c'est tout. Maintenant, ils voudraient nous imposer des conditions draconiennes. Vous apprécierez la beauté du geste.

« L'ultimatum des médecins, ajoute M. Bastit, ne nous fait pas peur. En tout cas, il ne dépendra pas d'eux que la loi sur les assurances sociales soit ou ne soit pas ... S'il est nécessaire qu'il y ait des médecins fonctionnaires, eh bien ! on en passera par là et nous espérons bien qu'il se rencontrera un gouvernement pour mettre les médecins à la raison ».

Tout d'abord, il est nécessaire de fixer nos lecteurs sur la personnalité de M. Bastit, car être membre du Conseil supérieur de la Mutualité n'est pas une profession, c'est un honneur lucratif au point de vue panache mais rien de plus. M. Bastit est, m'a-t-on dit, juge ou juge d'instruction à Nantes. C'est, en plus, un politicien local, candidat au Conseil général et probablement titulaire de décorations de tous genres et modèles, qu'il doit plus à sa situation de mutualiste qu'à ses fonctions de magistrat de la République. C'est donc le type du mutualiste moderne. Ce digne fonctionnaire a certainement tiré plus d'avantages de la mutualité que les médecins qu'il poursuit de ses foudres.

Il est toujours facile de faire de la philanthropie avec l'argent des autres, sans rien sortir de sa poche et de pressurer une classe de citoyens au profit d'une catégorie de gens incapables de tout effort personnel.

J'en appelle à tous les confrères qui ont été médecins mutualistes, à tous ceux qui ont le

recul de l'âge. La Mutualité a-t-elle apporté aux jeunes débutants une clientèle ?

Non. Quand un jeune médecin s'installe, de suite il est accaparé par les mutualistes qui font miroiter à ses yeux, une clientèle facile, nombreuse et sans risques . Malheur au confrère qui obéit à ces sollicitations, car il est une règle bien établie : les clients honorant largement leur médecin le recommandent, s'ils sont satisfaits, à des amis de même catégorie sociale ; des gens modestes ne peuvent que procurer d'autres gens modestes et les mutualistes ne peuvent que recruter des clients à leur image et ayant leur mentalité. Aussi, si les médecins agréés par les sociétés ne secouent pas rapidement le joug, ils sont la proie de l'exploitation mutualiste. Si les clients de société mutuelle entrent pour un facteur important dans le rendement de leur clientèle, il leur faut se surmener, faire un nombre double ou triple de visites pour assurer leur vie matérielle. Ils perdent rapidement leur valeur et leur dignité professionnelle, obligés de faire des visites à la grosse. De plus la fatigue physique ne leur permet pas de s'entretenir des progrès de l'art médical. Ils arrivent en fin de carrière, couverts d'éloges par les mutualistes qui les ont domestiqués, sans ressources et si la mort vient les surprendre, ils laissent les leurs dans le besoin. J'en connais maints exemples et je pourrais nommer des retraités de l'Association générale qui doivent à la bienveillance de leurs confrères le pain dur que n'a pas su leur assurer la Mutualité. Il ne faut pas oublier que les sociétés mutuelles font miroiter aux yeux de nos jeunes confrères les soins rémunérateurs à donner aux membres des familles des mutualistes. Mais c'est un leurre ; beaucoup de sociétés imposent à leurs médecins le tarif de la société pour le traitement des familles, et d'autre part, elle poursuit sans relâche l'extension de la Mutualité à la famille entière. C'est la base des assurances sociales. Il resterait, il est vrai, pour rehausser la clientèle des confrères médecins mutualistes, les membres honoraires, mais ceux-ci n'ont aucune confiance aux médecins qu'ils imposent aux sociétés et se croiraient déshonorés de confier leur peau à ce médicastre de 2e catégorie. Je serais curieux de savoir si M. le président de l'Union départementale de l'Ille-et-Vilaine a pour médecin particulier celui de sa société !

On me fait donc rire quand on écrit que beaucoup de médecins se sont constitué une clientèle grâce au concours de la Mutualité !!!

M. Bastit nous menace de la fonctionnarisation de la médecine. Mais je pense qu'en cette hypothèse, les premières victimes seront sûrement les malades.

Du jour où le médecin sera fonctionnaire, il faudra lui assurer les avantages communs à tous les autres fonctionnaires, la journée de huit heures, le repos hebdomadaire, peut-être la semaine anglaise, vacances payées chaque année et la retraite comme couronnement de sa carrière, réversible sur sa femme. Mais en même temps, on lui créera la mentalité fonctionnariste ; ne pas s'en faire, ne pas se laisser embêter par le public qui sera devenu l'ennemi, attendre quiètement sa pension sans fournir d'effort, sans travailler, sans s'instruire, préférant la routine à la science. Si c'est là le paradis rêvé que vous réservez à vos sociétaires, grand merci, M. Bastit. Du reste, vous verrez prochainement le régime avec la loi des assurances sociales, que nous ne combattons pas, ne vous en déplaise M. le président, mais que nous voulons moraliser et moderniser, de façon à l'adapter aux intérêts bien entendus des malades. Nous nous refusons à une médecine militaire ou une médecine mutualiste (c'est la même chose), c'est-à-dire à de la médecine de qualité inférieure à l'usage des travailleurs.

Je crois au dogme de la conscience et du dévouement des médecins comme à l'impartialité des magistrats. Cependant, on choisit librement son médecin et on peut le changer si on a des griefs contre lui, mais on ne peut changer son juge, ni même le récuser aussi facilement .Je ne mets pas en doute le moins du monde l'impartialité de M. le juge Bastit. Cependant, si j'avais un règlement d'honoraires litigieux, je ne serais pas rassuré malgré moi, c'est humain, de voir mon affaire soumise à l'appréciation d'un juge qui aurait, dans d'autres milieux, fait connaître son opinion sur les médecins, aurait parlé de leurs honoraires (bien au-dessous de l'index économique et des prix établis par le commerce), de conditions draconiennes avec le désir exprimé de voir le gouvernement les mettre à la raison. C'est pour une fois, savez-vous ? que je n'apprécierais pas les beautés du geste.

Dr M. VIMONT.

L'ASSISTANCE INFANTILE

C'est le fait même des paradoxes d'être discutés par l'opinion. Je ne me souviens plus de qui est cette assertion osée, que la mortalité des enfants dits « protégés » était supérieure à celle des enfants restés dans leur famille, mais, j'estime que son auteur a simplement concrétisé, dans la circonstance, la pensée d'un certain nombre de ceux d'entre nous qui s'intéressent à l'Assistance infantile. Voici les raisons qui ont dû le faire agir.

En 1921, dans une circulaire aux préfets, relative aux Enfants Assistés, dont la destinée devait être la mieux assurée, comme étant confiée à la collectivité, à l'Etat, aux départements, qui disposent de tous les moyens de la puissance publique, pour veiller sur eux, M. P. Strauss, ministre de l'Hygiène disait qu'en dix ans, sauf en 17 départements, la mortalité croissante de ces enfants, était de 38,66 %. Il en mourait plus d'un tiers.

On se souvient de la campagne de Balestre et Giletta de St-Joseph, qui, vingt ans avant, contribua à provoquer la floraison des consultations de nourrissons et des gouttes de lait. Ausset, de Lille, citait, à Saint-Pol-sur-Mer, vers la même époque, une mortalité de 507 enfants, en bas âge, sur 1000.

En 1897, la mortalité des enfants protégés de 10 à 30 jours était de 2,25 % contre 1,27, mortalité générale ; en 1898, 2,57 contre 1, 23. La même année, les Enfants Protégés, nés dans la Seine et généralement envoyés dans les départements, avaient une mortalité de 3,18 contre 2,31 représentant celle des enfants nés hors de ce département.

Toujours en 1898, la mortalité des Enfants Protégés en France était représentée par le chiffre 7, et celle des autres enfants du même âge par 5. Dans le Loir-et-Cher, la mortalité des Enfants Protégés de 0 à 1 an en 1905 était de 8,24 %. De 1901 à 1903, celle de la première année avait donné 197 décès sur 1234 naissances, soit 15 %.

En 1923, les Enfants Assistés départementaux mouraient dans la proportion de 16 %.

En 1916, *Le Matin* dénonçait l'insalubrité de l'Asile de Châtillon où la mortalité atteignait 70 p. cent, puis 80, ce qui en motivait la fermeture en 1919.

On connaît le fonctionnement déplorable de nombreuses crèches hospitalières et de certaines pouponnières pendant la guerre. En 1919 à la crèche de l'Hôtel-Dieu de Blois, onze enfants abandonnés et mis à l'Assistance, c'est-à-dire la presque totalité, meurent, en attendant leur placement. En 1920, c'est la « Maison des Bébés » une œuvre américaine d'Auteuil, c'est la Pouponnière du quartier du Val-de-Grâce, c'est celle des ouvrières d'usine de la Croix-Rouge française, à Levallois, qui, comme d'autres établissements similaires, à Vincennes, Fontenay-aux-Roses, Viroflay, Houilles, Versigny, durent également fermer.

Ces événements malheureux permirent d'établir, en 1917, une nouvelle formule d'élevage proposant de réserver les pouponnières pour les seuls enfants sains et normaux, isolés au début et susceptibles d'être délaissés (Wallich).

On ne doit pas incriminer, par système, toutes les pouponnières. Certaines ont des circonstances atténuantes. Ainsi en 1922, 48 % des enfants recueillis dans un des principaux établissements de l'Entr'aide des Femmes Françaises étaient hypotrophiques, donc en partie, voués à la mort.

D'une façon générale, la mortalité des pouponnières fermées pendant la guerre a été de 33 %, — soit un tiers — ce qui n'a rien d'étonnant, un bon nombre d'entre elles recevant des enfants élevés au petit bonheur, sans surveillance médicale, et peu ou pas soignés du tout.

Vers la même époque, M. Méry confirmait à l'Académie de Médecine l'effrayante mortalité des Enfants Assistés de 0 à 1 an. Celle-ci dépassait 40 % dans plus de 26 départements et dans certains autres, elle atteignait 88 et même 97 %. Il ajoutait que la proportion des décès était moindre, bien que cependant encore très élevée, pour les nourrissons placés directement en nourrice par leurs parents.

Selon les villes et les circonstances, il existe des différences.

En 1896 la mortalité des Enfants Protégés était à Lille de 29 %, de 34 à Dunkerque, de 51 à St-Pol, de 16 à Paris et de 5,30 à Nanterre.

En 1885, Tordes abaissait à 7 une mortalité de 46 %. Dans un canton sans commissions locales la mortalité était de 20 % ; dans un autre, avec commissions locales de 8 seulement. Grâce à sa Goutte de lait, M. Dufour obtenait une année 1,28 % à Fécamp, au lieu de 9,67 chez les enfants non surveillés.

En 1912 la mortalité de la Pouponnière de Porchefontaine atteignait 2,12 %, celle d'une autre pouponnière 3 %. Après avoir monté à 24, celle de la Crèche municipale de Lyon 2,75, celle des pouponnières surveillées de Lyon, 5, 3,70, 2,75, suivant les années.

En 1919, celle de la Crèche de l'Hôtel-Dieu avait été, en 8 mois, terrifiante; pendant les 9 mois qui suivirent, où les enfants furent nourris au sein par leurs mères, payées, on n'enregistra pas de décès (Paterne).

En 1921, la Maison Maternelle de Tours n'avait pas un seul décès, sur 46 enfants (Bosc). En 1922, la Consultation de nourrissons de

Montluçon obtenait une mortalité infantile 7 fois moindre que la celle des autres enfants d'âge correspondant.

Les Centres d'élevage, préconisés en juillet de la même année au Congrès de Pédiatrie, ont donné des résultats encourageants. La mortalité arrivait à ne pas dépasser 9 %, mais avec un petit nombre seulement d'enfants très surveillés (Méry).

Tous ces chiffres proviennent de catégories sociales et administratives différentes, mais quelles qu'elles soient, nous n'avons pas à regarder si ce sont des protégés, des assistés de la Seine, des assistés du département, des secourus temporairement ou des enfants de pouponnières.

Pour nous, il y a des enfants qui vivent dans leur famille et d'autres qui en sont séparés, c'est là seule distinction qui nous intéresse et la comparaison qui fait ici l'objet du litige n'est comme on le voit, pas d'aujourd'hui.

Du reste, la nuance est parfois virtuelle, au point de vue statistique, par la confusion administrative des catégories, car, on inspecte sous le contrôle de la Protection des Enfants Assistés du département et de la Seine. J'estime même que ces divisions administratives devraient disparaître, pour être confondues en une seule, relevant d'une administration unique avec laquelle collaboreraient la généralité des médecins. Cela supprimerait les cloisons étanches entre des services qui ne se prêtent aucun appui réciproque et même se gênent mutuellement.

Il ne s'agit nullement de la priorité d'une catégorie sur l'autre, mais de la mortalité générale de ces enfants, bien que ce soit le service de la Protection qui ait paru le plus visé.

Cette hécatombe, qui, dans l'esprit du Dr Letinois, *Concours Médical* (nº 47 page 2710, 1924) serait plus spéciale aux Enfants Assistés, semblerait beaucoup plus s'appliquer aux Enfants Protégés et voici pourquoi.

Les Enfants Assistés de la Seine, qui sortent des maternités et de leur hôpital, passent par le dépôt de Châtillon où ils séjournent plus ou moins longtemps. Alors que leur convoi est fait dans de meilleures conditions, et toujours escorté par des infirmières professionnelles jusqu'aux centres des services destinataires où ils subissent encore un nouvel examen médical, l'enfant dit protégé, confié au hasard à une nourrice quelconque, voyage avec le maximum de risques et offre des chances de mortalité plus considérables, ce qui se produit fréquemment au cours du premier mois.

La meilleure preuve, c'est que la mortalité des Enfants Protégés atteint son maximum de 10 à 14 jours, qu'elle est encore élevée du 15e au 30e, puis elle diminue graduellement jusqu'à 2 ans, restant cependant plus considérable, que celle de la mortalité infantile générale.

Si nous comparons la mortalité des enfants légitimes et celle des illégitimes qui sont plus exposés, nous verrons, après J. Bertillon, que dans la première semaine de leur vie la mortalité des illégitimes est presque double de celle des légitimes (47 / 25). Dans la deuxième semaine elle est presque triple (55 / 20). A six mois elle est encore double de celle des légitimes. Comme il y a eu sélection de ce fait que les plus chétifs ont disparu et qu'il n'en peut pas mourir davantage, l'égalité des deux catégories se fait à un an.

Cette mortalité du début est excessive en 1898. Sur 87.652 Enfants Protégés, il en était mort 13.350 soit 15,43 %, sur ces 13.350, près de 4.000 avaient disparu, par « cause inconnue » c'est-à-dire, dès leur arrivée dans le service et avant la première visite du médecin-inspecteur.

Une documentation d'ensemble manque sur la mortalité moyenne des enfants protégés.

C'est un travail facile à faire, dont on peut consulter les éléments au Ministère du Travail et de l'Hygiène.

L. Cruveilhier a fait à ce sujet une étude intéressante à consulter. Tout récemment, vient de paraître une étude fort documentée de A. Guillon et G. Guilhaud sur la Protection des Enfants du 1er Age, dans le Traité de Pathologie de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, (1925).

L'Assistance Publique publie aussi, par âge, une statistique générale de la mortalité de ses pupilles.

La seule donnée relative à ces deux catégories que je puisse actuellement citer remonte à 1869. Le Ministre de l'Intérieur, Forcade de la Roquette, établit que si la mortalité moyenne des enfants, élevés chez eux, était inférieure à 20 %, celle des enfants envoyés de Paris en province montait à plus de 52 %.

Si les tribunes officielles, législatives, académiques, ont émis des chiffres énormes, c'est qu'elles se sont appuyées sur des rapports émanant de points différents et qui ne sont nullement le fait d'une imagination pessimiste isolée.

Un orateur n'est pas tabou parce qu'officiel et admet parfaitement la discussion. Il acceptera même qu'une nouvelle documentation lui permette de rectifier ses assertions si elles sont erronées.

Je ne vois guère, en quoi cette distinction entre Protégés et Assistés peut avoir son importance au point de vue de l'impression produite dans l'esprit du public. Ce serait prêter à ce public une pensée trop égoïste que de croire qu'il ne s'intéresse qu'aux Enfants Protégés et à l'exclusion des assistés privés de famille.

Quant aux journalistes, ils utilisent et exploitent d'une façon un peu trop lyrique parfois les

documents officiels qu'ils connaissent, mais n'inventent rien.

J'admets parfaitement que le département de la Nièvre ait une mortalité de 5 %, même inférieure à celle des enfants restés dans leur famille, cela prouve que depuis le cri d'alarme de Monot, de Monsauche, la mortalité infantile y a considérablement diminué. La Nièvre, qui est un département nourricier, actuellement bien adapté à sa fonction, ne peut être comparé, à ce sujet, à un des départements industriels du Nord, par exemple. Elle se doit d'avoir un faible pourcentage. Le contraire serait extraordinaire et anormal.

Je suis même convaincu que d'autres régions ont eu et ont encore d'aussi bons résultats, mais n'empêche que certaines autres ont dû présenter des chiffres déplorables pour justifier les mesures rigoureuses qui furent prises à plusieurs périodes différentes.

L'aphorisme de l'« éminent accoucheur et puériculteur » que l'on sait est incisif, comme l'exige une méthode qui n'admet pas de demi-mesures. Il exprime vigoureusement un fait d'expérience que l'événement ne confirme que trop souvent, car on ne peut certainement pas nier que cette constatation d'une plus grande mortalité d'enfants n'est pas une vérité lapidaire qui, en certains cas, s'impose comme un axiome.

Si un enfant laissé près de sa mère n'a que des probabilités de vie, que devons-nous penser de celui que l'on confie à la première femme venue, vivant n'importe comment, demeurant n'importe où, et à laquelle aucun de nous, médecins, ne voudrait confier, pas même 24 heures, ses enfants ou ses petits-enfants.

La restriction de la natalité a bien d'autres causes sociales réfléchies, convenons-en, qu'une impulsive acceptation des suggestions de la presse. Des déterminations des ménages réguliers ou libres sont plus influencées par des mobiles positifs que par des considérations sentimentales. Alors l'idée de guerre empêcherait toute procréation ! Si l'alerte jetée au sein des familles a pour résultat de faire réfléchir certaines mères ou futures mères qui n'ont que des raisons spécieuses de mettre leurs enfants en nourrice, ce sera un avantage appréciable.

Il serait, au contraire, désirable qu'elles discutent la décision qu'elles vont prendre et pèsent mûrement avec leur entourage les avantages et les inconvénients de leur acte.

Celles qui pourront garder leur enfant au sein ou au biberon hésiteront à l'aventurer loin d'elles et celles qui seraient obligées de s'en séparer, le feront avec moins de légèreté, de précipitation, en connaissance de cause, après s'être munies longtemps à l'avance d'une nourrice sûre, au lieu de faire appel au placement industriel ou au placement isolé.

Là elles trouveront toujours une nourrice ignorante, inexperte, inférieure qui, dans les mauvaises années se procurera, indifféremment pour augmenter son pécule, aussi bien une chèvre, des lapins ou des oies à élever, qu'« un nourrisson de connaissance ou du bureau ».

C'est là qu'il faudrait, comme je le proposais au Congrès de Pédiatrie en juillet 1922, une *Œuvre de liaison entre parents et nourriciers.* Point n'est besoin de défendre la Loi Roussel qu'on n'accuse pas de faillite. Théophile Roussel reste un des bienfaiteurs de l'enfance. Son idée fut bonne et ses résultats excellents, mais sa loi, comme toutes les organisations qui vieillissent, a besoin d'être modifiée et adaptée aux temps nouveaux. Elle n'est pas suffisamment draconienne, mais elle reste un excellent cadre. Il faut qu'elle cesse d'être ignorée, méconnue et impunément violée. Son application est défectueuse, c'est ce que tous les médecins compétents lui reprochent.

Elle est inopérante, voilà tout !

Il résultait déjà de la statistique de Balestre et Giletta de St-Joseph que plus d'un tiers des décès d'enfants était évitable. Des auteurs ont cité des chiffres de 15.000, d'autres de 20.000 qu'on pourrait conserver par la réduction de cette mortalité. C'est même faible.

Je ne sais sur quelles bases s'appuie le confrère du grand quotidien, en question, mais je propose à tous les lecteurs du *Concours* de regarder autour d'eux et de voir par la plus banale règle de proportion le gain qu'on pourrait réaliser sur la mortalité infantile et sur la mortinatalité. Ils auraient ainsi une approximation qui sera peut-être supérieure — toute proportion gardée, à cause des années de guerre — à ce nombre énoncé de 15.000 vies.

On ne peut prendre, pour exemple, un chiffre de 8 % qui a été donné comme taux de la mortalité infantile, de la mortinatalité, et qui comprenait les enfants de 0 à 7 ans, mais, tablons seulement sur ceux de moins de 2 ans. Si, pénétrant dans le domaine de la puériculture prénatale, nous comptons les avortements volontaires et involontaires qu'on pourrait empêcher, nous arriverons à un chiffre qui étonnera tout le monde. Une seule preuve, en passant.

Dans une région, sévissait une sage-femme relativement assagie, maintenant, par les circonstances. Du jour, où la Justice qui la guettait la rappela à la stricte exécution de son devoir professionnel, on vit non seulement un plus grand nombre de jeunes filles et femmes mener normalement leur grossesse à terme, mais même des femmes mûres couver tardivement ! Ce sont des faits communs à plusieurs communes rurales et ce cas là ne doit pas être isolé.

La mortalité infantile anglaise. N'en parlons pas ! L'Angleterre se vantait de perdre moins

d'enfants que nous. Si ses registres de l'état civil ne sont pas mieux tenus qu'au moment où Bertillon les consultait, il faut accepter ses assertions sous bénéfice d'inventaire !

Dans ces vies conservées, nous aurons des existences précaires d'un appoint social douteux. Là-dessus nous sommes fixés. Il y a toujours 3 % d'hypotrophiques, de tarés, qui ne s'élèveront jamais. Il y en aura peut-être un plus grand nombre, mais il en restera d'autres, dont l'appoint nouveau résoudra partiellement le problème de la dépopulation.

En sociologie, comme en mécanique, il n'y a pas de petits efforts, la succession ininterrompue des oscillations de l'Océan crée la vague qui déferle et la tempête qui brise le granit. De même les athrepsiques qu'on arrache à la mort seront peut-être demain l'armée des pacifiques ouvriers des moissons futures et des pionniers du progrès.

Pour nous résumer et conclure, nous constaterons que, contrairement aux peuples heureux, les nourrissons ont une histoire qui s'exprime par les tableaux suivants, pour ne citer que ceux-là.

Le premier date des Grecs. La sélection se faisait par le Barathre. Plus tard, Saint-Vincent-de-Paul recueille les enfants trouvés ; puis la Convention s'émeut de leur misère et crée l'Assistance publique. Marbeau fonde les crèches en 1844. Vers 1862, Monot, de Monsauche, dénonce les méfaits de l'industrie nourricière. Théophile Roussel, édicte sa loi en 1874. Depuis 1900, Budin établit ses Consultations de nourrissons et Dufour ses Gouttes de lait. Méry officialise les Centres d'élevage et Wallich limite le champ d'action des pouponnières.

Chaque innovation, c'est à constater, marque une étape sinistre de l'enfance en nourrice.

Reste à savoir si la mortalité des enfants dans leur famille a nécessité le même déploiement d'énergies.

Que l'on donne autant de statistiques qu'on voudra, il y a un fait qui prime tout, c'est que de tout temps, le pouvoir public a été obligé de prendre des mesures contre l'excessive mortalité des enfants séparés de leur famille... et il fera bien de continuer !

Dr François HOUSSAY.
Pont-Levoy (Loir-et-Cher).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Conférence de puériculture. — L'Association professionnelle et amicale des Anciennes Elèves de la Maternité de Paris vous prie de bien vouloir assister à la conférence qui aura lieu le *dimanche* 8 *mars* 1925, à 15 heures, à l'Amphithéâtre des Cours de la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal (14e).

Le docteur Georges SCHREIBER, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté traitera : les dangers de la sous-alimentation chez le nourrisson normal et chez le nourrisson malade. Les méfaits de la diète hydrique et des bouillons de légumes.

— Cours de gastro-entérologie. — Un cours de gastro-entérologie sera fait à l'hôpital Saint-Antoine du 16 mars au 4 avril par MM. Bensaude, Le Noir, F. Ramond.

Du 16 au 22 mars, Dr Bensaude, assisté des docteurs André Cain, Terrial, Paul Mezer et Marchand : œsophagoscopie (projections). Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. Gastroscopie (projections). Diagnostic et traitement des dysentéries chroniques. Des traitements électrothérapiques des affections ano-rectales. Rectoscopie (projections).

Du 23 au 29 mars, Dr Le Noir, assisté des docteurs Agasse-Lafont, Deschiens, R. Gaultier, Gilson, Savignac, Taillandier. Le diagnostic des affections gastriques. Les grands syndromes dyspeptiques. Gastrotonométrie et gastrovolumétrie cliniques. Chimisme gastrique, tubage duodénal. Tubage intestinal. Coprologie clinique. Parasitisme intestinal (projections).

Du 30 mars au 4 avril, Dr F. Ramond, assisté de MM. les docteurs Chatelin, Parturier, Ravina, Hirsberg, Zizine.

Les gastrites chroniques. Les divers ulcères gastriques. Ulcères duodénaux. Traitement médical et chirurgical des ulcères gastriques et duodénaux. Le cancer de l'estomac, son origine, son évolution, son traitement chirurgical. Notions générales de diététique et de thérapeutique gastriques, régimes, alcalins, pansements gastriques.

Pendant la durée des cours, exercices pratiques : chimiques, coprologiques, radiologiques, endoscopiques.

Droit d'inscription aux exercices pratiques : 150 fr.

S'inscrire salle Aran, service du Dr Le Noir, à Saint-Antoine.

Les conférences auront lieu à 9 h. 1/2 ; les travaux pratiques, de 10 h. 1/2 à midi.

Un voyage d'étude à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé dans le courant du mois de mai. Le nombre des participants est limité.

— Ve Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques. — Ce Congrès se tiendra à Paris du 2 au 4 avril prochain. M. le président de la République française a bien voulu lui accorder son haut patronage et l'Office national du tourisme lui a alloué pour sa préparation une subvention importante.

Le bureau du Congrès est ainsi composé :

Président général : Dr Georges BAUDOUIN, président de la Commission exécutive ; chargé de cours à l'Institut d'hydrologie ; vice-président de l'Association internationale de thalassothérapie.

Secrétaire général : Dr Victor GARDETTE, vice-président de la Société d'hydrologie de Paris, directeur de la *Presse thermale et climatique.*

Trésorier : M. VERMEYLEN, directeur de la Société fermière des Eaux minérales du Mont-Dore.

Pour ses séances de travail le Congrès sera divisé en trois sections :

1re section. — Stations thermales : président: M. BAUGNIES, administrateur-délégué des Eaux minérales de Vichy.

2e section. — Bains de mer et stations climatiques ; président : M. le professeur d'ARSONVAL, membre de l'Institut.

3e section. — Industries saisonnières ; président : M. le Dr DURAND-FARDEL, président du Syndicatgénéral des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.

Cinq rapports seront présentés à ce congrès. Pour leur étude, il a été jugé bon de constituer unecommission chargée d'étudier sous tous ses aspects chacune des questions qui devront faire l'objet d'un rapport.

Voici les questions à l'ordre du jour avec la composition des différentes commissions d'études :

1° NÉCESSITÉ D'UNE LÉGISLATION SPÉCIALE POUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES. — AUTONOMIE DES CHAMBRES D'INDUSTRIE.

Commission. — MM. NORMAND, ROUZAUD, Jean BOULOUMIÉ, DURAND-FARDEL, Dr CANY, Dr FLURIN, Dr NIVIÈRE, Dr GOMMA, Dr BROUSSE, Me MAILLARD.

2° ORGANISATION GÉNÉRALE DES VOYAGES D'ÉTUDES AUX STATIONS (V. E. M.). VOYAGES D'ÉTUDIANTS. — VOYAGES DE MÉDECINS ÉTRANGERS.

Commission. — M. Maurice BERNARD, le professeur agrégé RATHERY, les Drs LELONG, BLANC, DUCHESNE, LIACRE.

3° ORGANISATION DU CRÉDIT THERMAL.

Commission. — MM. BAUGNIES, VERMEYLEN, LEQUIME, MELAYS, Dr MOLINÉRY.

4° ORGANISATION DES STATIONS CLIMATIQUES.

Commission. — Professeur BORDAS, Drl Victor GARDETTE, GOUDARD, BAUDOUIN, MM. RECOUSSINE, BESSON.

5° PROTECTION DES SOURCES.

Commission. — M. TOUBEAU.

D'autres communications pourront être apportées au Congrès, mais elles devront, au préalable, avoir été soumises au bureau et avoir reçu son approbation.

Le prix de l'inscription au Congrès est de 20 *francs* pour les membres titulaires et de 10 *fr.* pour les membres adhérents.

Les comptes rendus du Congrès seront publiés en un volume qui sera remis à tous ceux qui auront versé à cet effet une souscription spéciale de *trente francs*.

On peut s'inscrire dès à présent en écrivant au *secrétaire général*, le Dr Victor GARDETTE, 3, rue Alexandre-de-Humboldt (Paris XIVe), ou au *trésorier*, M. VERMEYLEN directeur de la Compagnie fermière des Eaux du Mont-Dore, 19, rue Auber (Paris IXe).

Le montant des diverses souscriptions peut être versé au compte de chèques postaux du trésorier (no 719-54 Paris).

— **IVe Congrès international de thalassothérapie.** — Arcachon, 22-25 avril 1925. — L'activité déployée par les organisateurs a déjà résolu l'importante question des rapports et des rapporteurs. Conformément aux Statuts des Congrès internationaux de thalassothérapie, un seul sujet est mis à l'ordre du jour, par les soins du comité permanent de l'Association. Au Congrès d'Arcachon se discutera : *Le traitement marin du rachitisme.*

Les rapporteurs sont pour la France : les docteurs ARMAND-DELILLE (Paris), JAUBERT (Hyères), JOUFFRAY (Cannes), MERCIER DES ROCHETTES (Biarritz), SAINT-MARTIN(Carnac). Pour l'Angleterre : le professeur Léonard HILL et le docteur WEBSTER. Pour la Belgique : les docteurs DELCROIX (Ostende), ANDRÉ (Breedene-sur-Mer). Pour l'Italie : le docteur ARTIN BARDISIAN (Venise). Pour tous renseignements s'adresser soit à M. le docteur LÉO, secrétaire général de l'Association de thalassothérapie, à Paris, soit, mieux encore, à M. le docteur CHAUVEAU, secrétaire général du Congrès, villa la Rouvraie, Arcachon.

— **Le Bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris, en** 1925. — Président : M. GUINON ; vice-président : M. JEANSELME ; secrétaire général : M. RIST ; trésorier : M. FAROY ; secrétaires annuels : MM. Maurice RENAUD et MAY.

— **Journées médicales de Toulouse de** 1925. — Le succès obtenu par les Journées de 1924 a décidé le Comité d'organisation à commencer à s'occuper de celles de 1925. La date seule a été fixée : elles commenceront le 11 pour finir le 14 juillet.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours libre d'électrologie.* — La Société des électro-radiologistes des hôpitaux de Paris organise, à partir du 9 mars 1925, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électro-radiothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 15 h. 30, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris. Des démonstrations pratiques auront lieu le matin dans les services d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser : au Dr MAHAR, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

— **Enseignement de l'Electrologie dans les hôpitaux de Paris.** — *Liste des services ouverts aux démonstrations et exercices pratiques* : Dr BELOT, hôpital Saint-Louis : lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. Affections de la peau.

Dr BOURGUIGNON, hospice de La Salpêtrière : tous les matins à 9 h. 1/2.

Dr DELHERM, hôpital de la Pitié : mardi 9 h. 1/2, examen des femmes en traitement. — Mercredi : électrodiagnostic. — Jeudi : chronaximétrie. — Vendredi : examen des hommes en traitement. — Samedi : technique électroradiothérapique. — Tous les jours : traitements d'électro-radio-thermoluminothérapie, etc

Dr LAQUERRIÈRE, hôpital Herold : Mardi à 10 h., électrodiagnostic et indications thérapeutiques des affections infantiles.

Dr LOBLIGEOIS, hôpital Bretonneau, lundi, vendredi, à 10 h. 1/2 : électrodiagnostic et indications thérapeutiques.

Dr MAHAR, hôpital Trousseau : lundi, mercredi, vendredi, à 9 p. 1/2, électrodiagnostic et indications thérapeutiques des affections infantiles.

Dr MAINGOT, hôpital Laënnec : tous les matins (*sauf dimanches et fêtes*) à 9 h. 1/2.

— **Société des amis de la Faculté de médecine de Paris.** — La Société des amis de la Faculté de médecine a organisé des conférences destinées à exposer des questions d'actualité et à faire connaître des travaux nouveaux et des recherches personnelles.

Elles auront lieu le vendredi, à 21 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — L'inauguration de la statue du professeur Jaboulay aura lieu à la Faculté de médecine de Lyon le 8 mars 1925.

— **Institut international de bibliographie médicale.** — Un Institut de bibliographie, avec fiches classées, concernant les travaux parus dans les principaux journaux médicaux du monde entier, intéressant la technique médicale, vient de se fonder à Genève.

Les fiches sont réparties en trois groupes : biologie, clinique, laboratoire. La publication a lieu en français, allemand et anglais.

S'adresser, pour renseignements, 26, rue de Candolle, à Genève.

— **Hôpital Saint-Michel** (83, rue Olivier-de-Serres) — M. Victor PAUCHET : tous les jeudis à 14 h. 1/2, transfusion du sang ; à 15 h. 1/2, films chirurgicaux.

— **Nos relations médicales franco-étrangères.** — *L'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine* (*UMFIA*). — Le samedi 27 décembre, en l'hôtel des Sociétés savantes, s'est tenue l'assemblée générale annuelle de l'Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine. Deux ans avant la guerre, en 1912, cette association, sous l'impulsion de son fondateur le Dr Dartigues, secondé par MM. Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy, développa, la première, la nécessité de pratiquer l'échange de nos idées médicales par l'échange d'hommes les plus qualifiés dans cet ordre de choses. Cela répondait si bien à une nécessité que bientôt la UMFIA comprit 1.500 membres, répartis en 27 états de langues française, espagnole et portugaise. Voyages, missions, réceptions, bourses de voyage, furent réalisés.

Le président annonce à l'assemblée, la candidature, en 1924 de 400 *nouveaux membres* qu'il lui demande de ratifier. Tour à tour, l'ordre du jour appelle la discussion de la création d'une revue autonome « *La UMFIA* » ; la participation de l'association au prochain Congrès de pédiatrie de Madrid ; le compte rendu des réceptions des Journées médicales toulousaines auxquelles l'UMFIA prit une si large part ; les résultats de la mission remplie en Espagne par le Dr Bandelac de Pariente. Le projet d'un dîner mensuel, et le projet de la création d'un insigne, à la demande des Américains, furent également acceptés. L'assemblée générale procède ensuite au renouvellement de son bureau. Sont élus, à l'unanimité : président : Dr Dartigues ; vice-présidents : Drs Bandelac de Pariente, Delaunay, Lardennois ; secrétaire général ; Dr Molinéry ; secrétaire général adjoint : Dr Berry ; trésorier : Dr Digeon ; trésorier-adjoint : Dr David de Prades ; archiviste : Dr Armengaud ; secrétaires des séances : Drs Dausset et Bécart.

Membres du Conseil d'administration : Drs Cabanès, Cathala, Cayla, Farez, Foveau de Courmelles, Gardette, Lippmann, Milian, Rhem, Deinburg, Sanchez de Silvera, Clément Simon, Torrès de Mendiola, Weil-Hallé, Zarzycki. Vice-président d'honneur : Gaullier l'Hardy ; secrétaire général honoraire : Dr Mazeran.

L'UMFIA contribue donc de la façon la plus heureuse et la plus efficace à nos bonnes relations avec le monde médical de la péninsule Ibérique et du Continent Américain du Sud et du Centre.

— **Congrès des sociétés savantes** (avril 1925). — Le Congrès des Sociétés savantes tiendra sa session annuelle du 14 au 17 avril 1925, à Paris, à la Sorbonne.

Le professeur Achard se met à la disposition des auteurs de communications pour leur fournir des renseignements en ce qui concerne la participation au Congrès pour les questions d'ordre médical.

Des communications sont annoncées sur la vaccination antituberculeuse du nouveau-né, sur la vaccination diphtérique, sur les applications de la radiographie et de la cinématographie à la clinique, sur l'insuline.

— **L'acquittement du docteur Lalanne.** — Le docteur Lalanne, de Bordeaux, avait été condamné, en janvier dernier, à six mois de prison pour complicité d'escroquerie par la cour de Bordeaux, après avoir été acquitté par le tribunal correctionnel de cette ville.

Sur pourvoi du docteur Lalanne, la cour de cassation cassa l'arrêt de la cour de Bordeaux comme insuffisamment motivé et renvoya l'affaire devant la cour d'appel d'Agen.

Après désistement de la compagnie des Chargeurs réunis, qui s'était portée partie civile, la cour d'Agen vient, dans son arrêt du 4 décembre, après plaidoirie de Me Challes, de déclarer que les préventions d'escroquerie, tentative d'escroquerie et complicité d'escroquerie n'étaient pas établies et, de ce chef, elle a acquitté le docteur Lalanne. (*L'Informateur médical* 20 décembre 1924.)

— **L'hygiène dans le Métropolitain de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a déclaré l'urgence d'une proposition de M. Rœland, tendent à organiser la défense des voyageurs et du personnel du Métropolitain et du Nord-Sud contre la contamination tuberculeuse. Une commission d'hygiénistes sera nommée à cet effet.

— **Institut de Médecine coloniale de Paris.** — La remise des diplômes de l'Institut de médecine coloniale de Paris a eu lieu à la Faculté de médecine sous la présidence du Médecin-inspecteur général, Lasnet, représentant le ministre des Colonies, assisté du doyen et de M. le professeur Brumpt.

— **Xe Congrès de Médecine légale de langue française.** — Ce Congrès aura lieu exceptionnellement en 1925 à Lille (Nord), sous la présidence de M. Leclercq (de Lille), les 25, 26, et 27 mai 1925.

Vice-présidents : M. Dewez (de Mons, Belgique) et le professeur Raviart (de Lille) ;

Questions mises à l'ordre du jour :

1° La mort par inhibition, rapporteurs : professeurs agrégés Duvoir et Ch. Richet fils (de Paris) ;

2° Tumeurs malignes et traumatismes, rapporteurs : MM. Cordonnier et Müller (de Lille) ;

3° La criminalité des blessés du crâne. Responsabilité pénale et assistance pénitentiaire, rapporteur : M. le professeur agrégé Porot (d'Alger).

— **Subventions du Conseil Municipal de Paris.** — Le Conseil municipal de Paris a décidé d'accorder, pour 1925, les subventions suivantes :

Au sanatorium des étudiants : 50.000 fr. ;

A l'Institut prophylactique : 300.000 fr. ;

Aux consultations anti-vénériennes du soir : 255.268 fr., ainsi répartis : hôpital Cochin, 17.348 fr.; Saint-Louis, 62.028 fr. ; Broca, 52.044 fr. ; Saint-Antoine, 26.708 fr. ; Charité, 18.908 fr. ; Beaujon, 18.908 fr. ; Boucicaut, 20.468 fr. ; Tenon, 21.508 fr. ; Bichat, 17.348 fr. (total : 255.268 fr.).

— **La désinfection de la monnaie.** — M. le ministre de l'hygiène a transmis à l'Académie de médecine une lettre de M. Basset, avocat au barreau du Havre, contenant quelques suggestions relatives à la désinfection de la monnaie. La savante assemblée a nommé une commission chargée de l'examen de ces suggestions. Ladite commission est composée de MM. Hanriot, Léon Bernard, et J. Renault.

— **Les Médecins italiens autorisés à exercer en Russie.** — D'après la *Revue Franco-Russe de médecine*, une convention spéciale conclue entre la Russie et l'Italie admet en principe le droit pour les médecins russes d'exercer en Italie et, pour les médecins italiens, en Russie. Beaucoup de médecins italiens useront-ils de cette autorisation ?

— **Ecoles en plein air de la région parisienne.** — Ci-après, l'indication de quelques écoles en plein air de la région parisienne, pour enfants prédisposés à la tuberculose :

Ecole du Bois de Vincennes, (entre les portes de Picpus et de Reuilly) (80 garçons et filles), réservée aux enfants du XIIe arrond. — Ecole d'Issy-les-Moulineaux (fort d'Ivry) (80 garçons et filles), réservée aux enfants du XVe. — Ecole Saint-Fargeau, rue St-Fargeau, 50 *bis*, réservée aux enfants du XXe. — Ecole de Pantin, parc de la Seigneurie, 19, rue Candale (80 enfants). — Ecole de Suresnes, Haras de la Fouilleuse (80 garçons et filles) réservée aux enfants habitant Suresnes.

Ces écoles, ouvertes d'avril à septembre inclus, sont des externats. Elles dépendent de l'O. P. H. S. (Office public d'hygiène sociale), dont le siège est 9, place de l'Hôtel de Ville, Paris IVe.

— **Association des médecins de langue française (XVIIIe Congrès français de Médecine** ; Nancy, 16-19 uillet 1925).

Comité d'honneur : *Présidents* : MM. H. Mengin, maire de Nancy ; Ch. Adam, recteur de l'Université, membre de l'Institut ; Dr L. Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; Dr Wéber, président de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg ;

Délégué officiel du Gouvernement grand-ducal de Luxembourg ; Dr Praum, directeur du Laboratoire d'hygiène du grand-duché, docteur *Honoris causa* de l'Université de Nancy.

Vice-présidents : MM. Brun, président honoraire et secrétaire général de la Société industrielle de l'Est ; Dr Jacquinet, directeur de l'Ecole de médecine de Reims ; Dr Lentz président de la Société de médecine de Metz ; médecin-inspecteur Mertat, directeur du Service de santé de la 20e région et du 20e corps d'armée ; Dr Prieur, directeur de l'Ecole de médecine de Besançon.

Bureau du Congrès : *Président* : Dr Simon, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Vice-présidents : Dr Haushalter, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Nancy ; Dr Giry, président de l'Association syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle ;

Secrétaire général : Dr G. Etienne, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy ;

Trésorier : Dr Winstel, ancien interne des hôpitaux.

L'Association des médecins de langue française, dans sa réunion de Bordeaux, a décidé de fixer à Nancy le siège du XVIIIe Congrès français de médecine et le comité local s'est arrêté à la date du 16 juillet 1925.

Le programme du congrès comporte principalement les trois questions suivantes, choisies par le Congrès de Bordeaux :

1° Les angines de poitrine, par MM. Gallavardin, médecin des hôpitaux de Lyon, et Richon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

2° De l'acidose, par MM. M. Labbé, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Nepveux, chef de travaux ; MM. K. Petren, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lund (Suède), et Dautrebande (de Bruxelles).

3° Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires, par MM. Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et I. de Jong, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; MM. J. Parisot et L. Caussade, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy.

Les membres du Congrès ont toute liberté pour discuter ces rapports et apporter des communications relatives aux questions traitées ou à leur choix, à des sujets dans les conditions règlementaires indiquées ci-dessous.

Un comité de dames se mettra à la disposition des femmes des Congressistes pour leur rendre agréable et intéressant leur séjour à Nancy.

— **Diplômes de médecine et de pharmacie coloniales.** — Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (Institut de médecine et pharmacie coloniales, 40, Allées Léon-Gambetta). — L'Institut de médecine et de pharmacie coloniales de l'école de plein exercice de Marseille délivre des diplômes de médecins et de pharmaciens coloniaux, deux fois par an. La première session d'examens a lieu fin mars, la deuxième, fin juin. Cahque session est précédée d'un enseignement d'un trimestre. Les cours commencent le 3 janvier et le 1er avril.

Après chaque examen, une épreuve complémentaire sur la législation sanitaire maritime permet de conférer aux candidats qui ont obtenu le diplôme de médecin colonial le titre de médecin sanitaire maritime.

L'enseignement est clinique, théorique et pratique.

I. *Enseignement clinique.* — Hôpital militaire Michel-Lévy, service colonial, médecin principal, Fraissinet.

Hôpital de Maillane, Pr Reynaud (Ecole de Médecine).

Hôtel-Dieu, clinique médicale, Pr Boinet (Ecole de Médecine).

Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale, Pr Silhol (Ecole de Médecine).

Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique, Pr Aubaret (Ecole de Médecine).

Hôtel-Dieu, clinique dermatologique, Pr Gaujoux (Ecole de Médecine).

Hôtel-Dieu, consultation externe, Pr Reynaud (Ecole de Médecine).

II. *Enseignement théorique.* — Pathologie exotique Pr Raybaud, chargé du cours (Ecole de Médecine).

Epidémiologie, Médecin principal Kérandel (Ecole d'application militaire).

Assistance médicale, maladies sociales indigènes, médecin-major Peyrot (Ecole d'application militaire).

Bactériologie, Pr Costa (Ecole de Médecine) ; Rouslacroix, chargé de cours (Ecole de Médecine).

Parasitologie, Pr J. de Cordemoy chargé de cours (Ecole de Médecine).

Histoire naturelle, Pr J. de Cordemoy (Ecole de Médecine) ; Pr Gabriel (Ecole de Médecine).

Entolomogie, Dr Pringault, chef du Laboratoire d'Hygiène départemental.

Hygiène coloniale et navale, Pr Violle (Ecole de Médecine).

Bromatologie, Pr Jumelle (Faculté des Sciences).

Toxicologie alimentaire et matière médicale, Pr Domergue (Ecole de Médecine).

Ethnologie, Pr Alezais (Ecole de Médecine).

Anthropologie, médecin-major Florence (Ecole d'application militaire).

Législation et pratique sanitaire, Pr Ribot, Directeur du Service sanitaire maritime (VIe circonscription).

Chimie analytique, pharmaciens, Pr Berg (Ecole de Médecine et Faculté des Sciences).

Anatomie pathologique, Pr Peyron (Ecole de Médecine).

Epizooties, M. Huon, vétérinaire en chef de la ville de Marseille.

III. *Enseignement pratique.* — Bactériologie, Dr Morin, chef de clinique coloniale, médecin-major, Arlo (Ecole d'Application militaire).

Parasitologie, Dr Pringault, chargé du Laboratoire d'hygiène départemental.

Hématologie, Ph. Boyer, chef du Laboratoire Bactériologique.

Chimie analy ique (pharmaciens), Pr Fabrègue (Ecole de Médecine)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

totalité du salaire en cause. Dès lors que vous étiez d'accord avec lui pour la réduction de la somme primitivement déduite et que votre bonne foi ne pouvait être mise en cause, aucune amende pour dissimulation ne devait vous être appliquée.

Si la somme « dissimulée » n'excède pas le 1/10 du revenu imposable, la majoration ne doit être appliquée, en ce qui concerne l'impôt sur les bénéfices professionnels, que si l'insuffisance constatée est supérieure au dixième du bénéfice réel ou si elle excède 10.000, et, en ce qui concerne l'impôt général sur le revenu, que si elle est supérieure au 1/10 du revenu imposable.

A.M.

Application du Tarif Breton.

I

329. — Déplacement dans la même commune.

J'ai été appelé à donner mes soins à un ouvrier, dont le domicile est éloigné de six kilomètres du mien ; dans cette localité, exerce un confrère, dont le domicile se trouve à plus de 900 mètres du domicile de l'accidenté.

En application de l'article II, chapitre II, de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, j'ai compté l'indemnité kilométrique de un kilomètre, la Compagnie d'assurances refuse de me régler cette indemnité kilométrique, dois-je poursuivre en justice de paix ?

Dr H.

Réponse.

Pour que vous ayez pu compter un déplacement du médecin le plus rapproché, c'est-à-dire le confrère habitant la localité même où se trouve votre blessé, il fallait deux choses, d'après l'article 2 même que vous invoquez :

a) Que le médecin et le blessé habitent deux agglomérations ou hameaux *différents* ;

b) Que la distance entre les deux domiciles soit *supérieure* à un kilomètre.

Et, d'après votre lettre, ni l'une, ni l'autre de ces conditions, toutes *deux* essentielles, ne se trouvent remplies.

F. D.

II

208. — Une esquille n'est pas un « corps étranger », mais analogie possible de tarification.

1° Le tarif Breton indique 112 fr. 50 en 2e catégorie pour suturer des tendons fléchisseurs (doigts et orteils), que faut-il demander pour la suture de tendons plus superficiels et qui ne sont pas fléchisseurs des doigts, par exemple, pour les tendons des palmaires.

2° Un ouvrier a la main prise dans un broyeur de pommes. Quatre doigts sont plus ou moins endom-

magés. Au premier pansement, j'ai fait de la régularisation, des ligatures de collatérales, soit 30 francs. Les autres jours j'ai fait des pansements multiples sur un même segment de membre. Est-ce 11 fr. 25 ? D'autres fois, j'ai enlevé des esquilles ou des séquestres. Dois-je calculer : art. 28 *bis* : extrait de corps étranger superficiel, soit 15 francs ?

D^r^ L.

Réponse.

1° Si ces tendons ne sont pas « fléchisseurs », ils sont « extenseurs » et, par suite, leur suture est indiquée comme prix juste au-dessus de celle des fléchisseurs, soit 37,50 en deuxième catégorie. Je ne vois pas d'autre rubrique sur ce point

2° Un « corps étranger », c'est, le plus souvent, une aiguille, un grain de plomb, etc., mais pas une « esquille » ou un « séquestre » qui font partie de l'organisme quoique naturellement à extirper. Dans ce cas, je vous conseillerais de libeller non pas « Extraction de corps étranger superficiel » mais bien « Ablation d'esquille ou de séquestre » et de demander, par analogie, le prix d'extraction de corps étranger.

3° Quant à votre « régularisation, épluchage, etc. », je ne puis vous assurer que la Compagnie l'acceptera s'il n'y a pas eu suture ni réunion par première intention, ce que je crois puisque vous parlez d'esquille et de séquestre enlevés plus tard. En tous cas, pour les pansements consécutifs, comptez « pansements multiples » 11,25 par séance en deuxième catégorie.

F.D.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Indemnité de transport de l'ouvrier blessé chez un spécialiste.

Une victime d'un accident du travail, obligée de se faire examiner par un médecin spécialiste, par un radiographe par exemple, peut-elle demander le remboursement de ses frais de transport, à son patron, ou à l'assurance de ce dernier?

Cette question du remboursement à l'ouvrier de ses frais de déplacement, occasionnés par son traitement, a donné lieu à beaucoup de controverses. Certains médecins, en effet, quelques cliniques et dispensaires d'assurances donnaient ainsi de véritables primes et ristournes, sous le prétexte de rembourser les frais de transport.

Consultée par le ministre du Travail sur la question de l'application de l'article 30, dernier alinéa, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 et de l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919, dans l'hypothèse où la victime d'un accident du travail recevrait, en dehors du cas d'un traitement spécial, le remboursement de ses frais de transport, pour aller à la

clinique, ou au cabinet du docteur, la Commission des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail et la Commission supérieure des maladies professionnelles, réunies dans leur séance du 27 mai 1921, ont émis l'avis que les frais de déplacement ne peuvent être considérés comme des accessoires du traitement médical que dans des cas exceptionnels, tels qu'urgence, examen et traitement spéciaux, la liberté du choix du médecin devant, en toute hypothèse, être respectée.

Dans ces cas, les frais de déplacement peuvent être alloués par le juge à la victime, ou au malade, soit en même temps que le demi-salaire, soit à titre de provision.

Deux décisions de justice de paix sont rendues en ce sens (J. P. Paris, 13 décembre 1906 ; *Rec. Minist. Travail* VIII, 17 ; Trib. civ. Saint-Girons, 28 juillet 1910, *id.* XIV, 70).

Il en résulte que, pour décider si oui ou non, les frais de déplacement devront être remboursés à l'ouvrier, par son patron, le juge devra s'appuyer sur des questions de fait : le déplacement était-il indispensable ? Pouvait-il être évité ?

Dans le cas d'un examen spécial, par un médecin spécialiste (une radiographie, par exemple), le médecin traitant devra rédiger une véritable ordonnance, indiquant la nécessité de cette radiographie et le déplacement obligatoire pour se rendre chez le spécialiste le plus rapproché.

Car, de même qu'en matière d'honoraires médicaux, il a été décidé que les sommes allouées pour le déplacement d'un docteur ne pourraient excéder celles demandées par le confrère le plus rapproché, de même en ce qui concerne les frais de déplacement à rembourser au blessé, ces débours ne devront pas dépasser ceux exigés pour se rendre à la visite du spécialiste le plus proche.

Dr Paul BOUDIN.

JURISPRUDENCE

ART VÉTÉRINAIRE. — EXERCICE ILLÉGAL. — MALADIES CONTAGIEUSES. — TUBERCULOSE. — CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DE CETTE MALADIE (DÉFAUT DE). — TRAITEMENT NON SPÉCIFIQUE. — RELAXE.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE COSNE.
7 mai 1924.
(*Gazette du Palais*, 24 juin 1924.)

L'exercice de la médecine vétérinaire est, en principe, libre et peut être pratiqué par toute personne, sauf lorsqu'il s'agit d'une des maladies limitativement spécifiées par la loi.

La liberté ne subissant de restriction qu'au cas de maladie contagieuse, il s'ensuit que la poursuite pour exercice illégal ne peut être fondée que s'il est établi que le prévenu a eu connaissance de la maladie contagieuse (dans l'espèce la tuberculose) dont était atteint l'animal pour lequel il a prescrit des soins ou a tout au moins soupçonné l'existence de cette maladie.

Il n'en est pas ainsi lorsque le prévenu a traité l'animal pour de l'emphysème pulmonaire et a prescrit un traitement qui, loin d'être spécifiquement celui de la tuberculose, est plutôt celui d'affections pulmonaires de moindre gravité, alors même que, par la suite, cédant aux craintes du propriétaire de l'animal, le prévenu aurait consenti à faire une injection intra-dermique de tuberculine destinée à déceler l'existence de la tuberculose, sans d'ailleurs être intervenu postérieurement à l'injection, soit pour en constater les résultats, soit pour traiter l'animal.

Le Tribunal,

Attendu que le sieur D. est prévenu d'avoir, en novembre ou décembre 1923, sans être pourvu de diplôme, pratiqué l'exercice de la médecine vétérinaire en donnant des soins à une vache atteinte ou soupçonnée d'être atteinte de tuberculose, maladie contagieuse, en contravention aux art. 12 et 30 de la loi du 21 juillet 1881 et à l'art. 40 de la loi du 21 juin 1898 ;

Attendu que l'exercice de la médecine vétérinaire est, en principe, libre et peut être pratiqué par toute personne, sauf lorsqu'il s'agit d'une des maladies limitativement spécifiées par la loi ; que, la liberté ne subissant de restriction qu'au cas de maladie contagieuse, il s'ensuit que l'action publique ne peut être fondée que s'il est établi que le prévenu a eu connaissance de la tuberculose dont était atteint l'animal pour lequel il a prescrit des soins, ou à tout au moins soupçonné l'existence de cette maladie ;

Attendu qu'il résulte des déclarations concordantes du témoin E. et du prévenu, qu'invité par E. à venir donner des soins à une vache atteinte de toux chronique, D. a traité cet animal pour de l'emphysème pulmonaire et a prescrit des sinapismes, des fumigations et un sirop de goudron ; que ces prescriptions ne constituent point un traitement spécifique de la tuberculose, mais plutôt celui d'affections pulmonaires de moindre gravité ;

Attendu que, ce traitement n'ayant point produit d'amélioration, E. manifesta à D. ses craintes que sa vache fût atteinte de tuberculose pulmonaire et lui proposa de recourir à l'épreuve de la tuberculine ; que le prévenu, ayant consenti, fit une injection intradermique, en donnant à E. toutes indications utiles pour vérifier par lui-même les réactions de l'animal ; que D. n'est pas intervenu postérieurement à l'injection, soit pour en constater les résultats, soit pour traiter l'animal ;

Attendu que l'injection de la tuberculine ne constitue point un traitement de la tuberculose, mais uniquement l'inoculation d'un réactif destiné à déceler

son existence ; que le fait d'avoir eu recours à cette épreuve pour diagnostiquer la maladie démontre que D n'avait ni la connaissance, ni le soupçon de la tuberculose dont l'animal était atteint, lorsqu'il a prescrit sa médication antérieure ; que, si la vache d'E. présentait des symptômes caractéristiques de la maladie, soit dans son aspect extérieur (extrême maigreur), soit à l'auscultation, ces symptômes, qui n'ont point échappé au vétérinaire Dr., ont pu n'être point discernés par D., simple maréchal ferrant ; qu'en tous cas, il n'est point suffisamment établi qu'il ait eu la connaissance ou le soupçon de la tuberculose dont était atteint l'animal soigné par lui, et qu'il échet en conséquence de le relaxer purement et simplement des fins de la poursuite sans amende ni dépens.

Par ces motifs,

Dit qu'il n'est point suffisamment établi que D. ait eu la connaissance ou le soupçon de la maladie contagieuse dont était atteinte la vache du sieur E., au moment où il a donné des soins à cet animal ;

Relaxe en conséquence le prévenu des fins de la poursuite sans amende ni dépens.

Commentaires

L'exercice de la profession de vétérinaire, sans usurpation de titre, ou de diplôme, n'est assujetti légalement à aucune espèce de restriction, sauf en cas de maladie contagieuse. Un arrêt de la Cour de Cassation, en date du 10 novembre 1893, déclare que le titre de vétérinaire n'appartient qu'à ceux qui ont obtenu un diplôme (décret du 15 janvier 1893, articles 14, 15, 16 et 17). Mais, en principe, la médecine sur les animaux peut être exercée sans diplôme. Le diplôme de vétérinaire n'est indispensable, pour être admis à donner des soins aux animaux, qu'à l'égard des maladies contagieuses, spécifiées en l'article premier et dans les cas déterminés par l'article 2 de la loi du 21 juillet 1881, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu déclaration officielle.

L'article 12 de la loi du 21 juillet 1881 reproduit par l'article 40 de la loi du 21 juin 1898 dispose que « l'exercice de la médecine vétérinaire, dans les maladies contagieuses des animaux, est interdit à quiconque n'est pas pourvu du titre de vétérinaire. »

Or l'arrêt de Cassation ci-dessus semble interpréter restrictivement ce texte, et celui de l'article 2, en décidant que le diplôme de vétérinaire n'est nécessaire, pour soigner les animaux atteints d'une maladie contagieuse, qu'après que l'existence de l'épizootie a été officiellement constatée dans la localité et que le préfet a pris un arrêté portant déclaration d'infection.

Dans le même sens, v. Fuzier-Herman, Rep. v° vétérinaires, n° 8.

Un jugement du tribunal correctionnel de Riom (11 juillet 1894) décide, dans le même sens, que lorsqu'un maréchal expert, appelé à soigner une vache malade, n'a soupçonné qu'après la mort de cet animal que la maladie pouvait être

contagieuse (il s'agissait du charbon) et que cet animal ayant péri à une heure avancée de la nuit (onze heures du soir) ce maréchal expert a fait, le lendemain matin (à neuf heures) la déclaration de la maladie contagieuse, il ne saurait être poursuivi pour ne pas avoir fait sur-le-champ cette déclaration, suivant les prescriptions de l'article 3 de la loi du 21 juillet 1881.

Mais, en conseillant, dans ces circonstances, le transport et l'enfouissement immédiat de l'animal, il contrevient aux dispositions de la loi, qui interdisent le transport et l'enfouissement avant l'examen du vétérinaire délégué par l'administration.

Mais la question est controversée et la Cour de Bourges a rendu le 13 novembre 1913 un arrêt en sens contraire de la jurisprudence citée plus haut.

Dans l'espèce du tribunal correctionnel de Cosne, le prévenu a été acquitté, parce qu'il avait donné ses soins à l'animal sans se douter de la possibilité de l'existence d'une maladie contagieuse.

Nous avons cru utile de donner le jugement ci-dessus, parce que beaucoup de nos confrères de campagne ont parfois à faire un peu de médecine vétérinaire et sont en relations avec des gens qui, sans diplôme aucun, soignent les animaux. Nous restons, d'ailleurs, à la disposition de nos lecteurs si la question les intéressant, ils désiraient savoir ce que la jurisprudence a décidé sur la responsabilité de ces pseudo-vétérinaires, ou sur d'autres espèces juridiques.

D[r] Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 *février*.

Hôpitaux et hospices.

Loi du 10 *février* 1925 *prorogeant de cinq années les dispositions de la loi du* 14 *février* 1921 *portant modification de l'article* 7 *de la loi du* 28 *juin* 1918 *sur la fixation du prix de journée dans les établissements hospitaliers.*

Article unique. — La loi du 14 février 1921 portant modification de l'article 7 de la loi du 28 juin 1918 sur la fixation du prix de journée dans les établissements hospitaliers est prorogée jusqu'au 31 décembre 1929.

12 *février*.

Asiles publics d'aliénés.

M. le D[r] Reboul-Lachaux est nommé *médecin-chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson* (*Manche*), en remplacement de M. le D[r] Martimor, nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège).

M. le Dr Abely est nommé *médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Prémontré* (*Aisne*), en remplacement de M. le Dr Santenoise, appelé à d'autres fonctions.

14 *février.*

Assistance publique.

La *Section permanente du Conseil supérieur de l'assistance publique*, pour l'année 1925, est composée comme suit :

Président : M. le Dr Dron.

Membres : MM. Berthelemy, H. de Villeneuve, Rondel, Bienvenu-Martin, Lépine, Ogier, Le Beau, Roussel, Dr Mourier, Imbert, Plytas, Mauger, de Beaumont, Voigt, Guillard, Rivière, Prudhomme, Paul Morel, Ricordeau, Vidal-Naquet, Verdet-Kléber, Sée, Dr Legrain, Brelet, Mlle Chaptal.

15 *février.*

Inspection des services administratifs.

MM. Rondel et Faivre, inspecteurs généraux des services administratifs, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, ont été nommés *inspecteurs généraux des services administratifs honoraires.*

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Allocations complémentaires pour étude du dossier aux experts médico-légaux.

1258. — M. Lobet, député, expose à M. le Ministre de la Justice que, nonobstant le décret du 5 octobre 1920, fixant à 40 fr. la radiographie du pied ou du poignet, le juge d'instruction de Vitry-le-François (Marne) a fixé à 200 fr. le prix dela radiographie d'une main pour trois clichés, causant ainsi un préjudice pécuniaire important au mutilé qui en est l'objet et demande au ministre comment l'intéressé peut obtenir réparation de cette erreur dans l'interprétation du décret du 5 octobre 1920. (*Question du 4 novembre* 1924.)

Réponse. — Les renseignements recueillis sur cette affaire permettent de formuler les conclusions suivantes : 1° la taxe de 200 fr., représentant les honoraires de l'expert radiographe, n'était pas exagérée. Ce dernier, en effet, a tiré, en présence de l'intéressé, quatre épreuves du membre blessé et, s'il n'est question, dans son rap-

port, que de trois clichés, c'est qu'il s'est abstenu de faire état du quatrième uniquement à cause d'un certain manque de netteté. A la rémunération régulière (160 fr.) due pour les opérations susvisées, en vertu de l'article 29 du décret du 5 octobre 1920, il convient d'ajouter le prix, laissé à l'appréciation du juge, du temps consacré à l'étude de certaines pièces de la procédure criminelle antérieure (art. 18 du décret précité) et l'indemnité de 20 fr., prévue par l'article 21 du même texte, pour la déposition, que le praticien a été appelé à faire, en suite d'une commission rogatoire motivée par de nouvelles observations du réclamant ; 2° le plaignant, en fait, ne peut arguer d'aucun préjudice. Il est rentré en possession de la somme litigieuse de 40 fr., dont l'expert, lassé de ses contestations incessantes a, de plein gré et malgré son bon droit, effectué le reversement.

(*J. O.*, 6 février 1925.)

Un étudiant en médecine ne peut faire son service comme médecin auxiliaire dans la marine.

6658. — M. CUTTOLI, sénateur, demande à M. le Ministre de la Marine, si un étudiant en médecine, qui a terminé sa scolarité pour être reçu docteur et qui a subi avec succès les épreuves de préparation militaire supérieure, peut être admis à faire son service comme médecin auxiliaire dans la marine, au lieu de le faire dans l'armée de terre. (*Question du* 5 *janvier* 1925.)

Réponse. — Réponse négative.

L'article 37, paragraphe 1er, de la loi du 1er avril 1923 spécifie que les étudiants en médecine, titulaires du brevet de préparation militaire supérieure spéciale, reçus docteurs en médecine, nommés au concours internes titulaires des hôpitaux ou pourvus de seize inscriptions validées, accomplissent un an de service, dont six mois comme médecins auxiliaires et six mois comme médecins aides-majors de 2e classe de réserve.

Seuls, les anciens élèves de l'école de Bordeaux régis par la loi du 5 décembre 1922, doivent accomplir leur service dans le corps de santé de l'armée de mer.

(*J. O.*, 4 *février* 1925.)

Quarante-septième année. N° 9 *bis*. 4 Mars 1925.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXXII-542).

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

CONFRÈRES !

défendez-vous contre les mauvais clients

en adhérant au SOU MÉDICAL

Si vous ne faites pas encore partie du « Sou médical », ô vous qui nous faites l'honneur de parcourir ces lignes, c'est que vous ne savez pas exactement ce qu'est notre Ligue de défense et de protection. C'est que vous n'avez pas la moindre idée des services qu'elle peut rendre. C'est, sans doute, parce que, déjà assuré contre certains risques, vous pensez qu'il est inutile ou superfétatoire de vous agréger à nous.

Avant d'en arriver à cette conclusion, prenez la peine de lire, dans le corps de ce numéro, l'exposé fait, par le D[r] Boudin, de la nature et des buts du « Sou médical ». Parcourez, un peu plus loin, le procès-verbal des réunions du Conseil d'Administration.

C'est une dizaine de minutes de votre temps que nous vous demandons de consacrer à cette lecture.

Après quoi, vous n'hésiterez pas à grever votre budget annuel de la misérable cotisation de VINGT-CINQ FRANCS que vous coûtera votre adhésion au « Sou médical », facilement réalisable, grâce à l'emploi immédiat du bulletin que vous trouverez, page 547.

Et ce geste, si peu coûteux, mais si fécond pour vous, si vous êtes décidé à le faire, ce n'est pas demain ni plus tard, c'est immédiatement, sans désemparer que vous allez l'accomplir, au prix d'un petit effort qu'un jour prochain, peut-être, vous regretteriez de n'avoir pas tenté.

Le secrétariat du « Sou médical ».

CORRESPONDANCE

441. — Certificat pour l'obtention de l'assistance aux femmes en couches.

Le *Concours* a publié que la délivrance du certificat nécessaire à l'obtention de la première allocation d'assistance aux femmes en couches était réservée au médecin seul (*Concours du* 23-3-24, p. 726).

Fort de cette affirmation, j'écris au préfet pour le prier de faire respecter la loi par la mairie de G., voici ce qu'il me répond :

X. le 9 février 25.

« Monsieur le docteur,

« J'ai l'honneur de vous informer, en réponse à votre lettre du 3 février courant, qu'aucune instruction ne m'est parvenue réservant au médecin seul la délivrance du certificat nécessaire à l'obtention de la première allocation d'assistance aux femmes en couches.

Dans bon nombre de communes du département, ce certificat est délivré par la sage-femme et j'ai pu constater qu'il en était de même à G. par l'examen des dossiers qui me sont communiqués par mon collègue en vue de la recherche d'un domicile de secours.

Recevez, etc...

Le Préfet,
(Illisible.)

Quelle est la conclusion à tirer ? Je vous le demande ?

Dr Z.

Réponse.

La réponse du ministre que le *Concours médical* a publiée et à laquelle vous faites allusion est formelle : seul un médecin a qualité pour délivrer le certificat nécessaire pour l'obtention de l'allocation aux femmes en couches.

Vous pouvez donc adresser au ministre du travail, de l'hygiène et de la prévoyance sociales une lettre comportant plainte contre le préfet et rappelant la réponse ministérielle à laquelle le préfet refuse de se soumettre.

460. — Prorogation de bail.

Mon bail expirant le 1er juillet 1925, j'ai fait demander à mon propriétaire par l'intermédiaire d'un huissier, en vertu de la loi du mois d'août 1924, une prorogation jusqu'au 1er janvier 1926.

J'attends toujours le résultat de cette demande. Suis-je sûr de l'obtenir ? Que dois-je faire ?

Dr P.

Réponse.

Du moment que plus de vingt jours se sont écoulés depuis votre demande de prorogation sans que vous ayez reçu de réponse de votre propriétaire, vous pouvez maintenant considérer son silence comme un refus et porter l'affaire devant le juge de paix si votre loyer est inférieur à 1.000 francs ou devant le tribunal civil dans le cas contraire. Vous pouvez agir tout de suite, mais vous pouvez également temporiser, car votre propriétaire ne peut plus maintenant vous expulser à la fin de votre bail, sans qu'il ait été statué sur votre demande de prorogation. Au mois de juillet, il faudra bien que votre propriétaire vous fasse connaître s'il entend poursuivre votre expulsion ou si, au contraire, il accepte de vous accorder la prorogation et à quelles conditions. En cas de désaccord, vous irez devant le juge qui fixera vos droits à la prorogation et à l'augmentation que vous devrez subir.

En principe, le droit absolu à la prorogation n'existe pas. Si le propriétaire la refuse, le juge peut toujours l'accorder ou non, suivant les circonstances qui sont laissées à sa seule appréciation. Mais en fait, et surtout à Paris, la prorogation n'est jamais refusée par le juge.

461. — Bénéfices professionnels. Déduction d'appointements alloués à la femme du médecin.

Je vous serais très obligé de me dire si, au point de vue impôt sur le revenu, je puis appointer ma femme dont tout le temps disponible est pris aux écritures de clientèle ordinaire, de poilus, d'A.M.G., nourrissons, etc. et à la surveillance des réapprovisionnements de pharmacie, et aide à moi-même pour la pharmacie. Dans l'affirmative, 700 francs par mois sont-ils excessifs ?

Et dans l'affirmative encore, faut-il que mes livres de dépense fassent mention de cet appointement ?

Dr C.

Réponse.

Vous pouvez appointer votre femme et le traitement de 700 fr. par mois ne paraît pas exagéré ; vos dépenses doivent faire mention du payement de cette mensualité.

Dans votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu, vous devez indiquer le total annuel à la rubrique traitements et salaires des autres membres de la famille.

Mme C. sera imposée à la cédule traitement et salaires sur la fraction supérieure à 6.000 fr.

A. M.

289. — Patente sur garage d'automobile.

Le fait, pour un médecin, de mettre son automobile dans un garage commun et quelconque entraîne-t-il pour lui l'imposition spéciale de local à usage professionnel ?

Installé dans le Xe arr., je paye les impôts ordinaires pour ma voiture ; je suis relancé par le percepteur du XIXe arr. où j'ai mis ma voiture en garage, pour lui payer une somme supérieure à 300 francs pour local à usage professionnel.

L'année dernière, aussitôt réception de mon avertissement, je suis allé chez M. le contrôleur qui m'a promis de trancher la question. Il n'en a rien fait, et le percepteur continue à m'importuner avec frais à l'appui.

J'ai résidé dans un autre arrondissement, jamais cet impôt ne m'a été réclamé ; j'ai vu d'autres confrères dans le même cas que moi, qui m'ont dit ne pas payer cet impôt ; je me demande ce que je dois faire et les démarches qui sont nécessaires pour trancher la question avec l'administration.

Je ne suis pas locataire du garage, n'ai pas de case spéciale, je ne suis qu'un simple « remisant ».

D^r^ M.

Réponse.

Si vous n'avez pas, dans le garage, un local constamment à votre disposition et si vous ne payez pas une redevance mensuelle, trimestrielle ou annuelle en vertu d'un accord assimilable à une location, nous estimons que vous ne devez pas être imposé à la contribution des patentes, surtout si vos frais de garage sont calculés au jour le jour et si le garagiste, en cas d'encombrement, peut refuser votre voiture.

Pour faire trancher la question, il faut présenter une réclamation au préfet (rédigée sur papier timbré et dans les trois mois de la publication du rôle).

A. M.

354. — Impôt sur le revenu. Déduction.

1° Dans le calcul de l'impôt général sur le revenu, peut-on faire figurer aux dépenses les droits de succession et honoraires de notaire concernant la succession ?

2° Dans le calcul de l'impôt sur les bénéfices professionnels, peut-on faire figurer aux dépenses un intérêt concernant le mobilier professionnel (salon et cabinet) ainsi que l'amortissement annuel de ce mobilier ?

Pour en revenir à la première question et dans l'affirmative, pourrait-on faire figurer ces droits dans la déclaration de 1924 quoique la succession date de 1922, étant donné que la succession n'est pas tout à fait liquidée et qu'en 1924, il a été payé encore une certaine somme à l'enregistrement pour omission ?

D^r^ N.

Réponse.

1° Les droits de succession et les honoraires du notaire sont une charge du capital et ne peuvent être déduits du revenu passible de l'impôt général.

2° Dans le calcul de bénéfices professionnels, vous ne pouvez déduire que l'amortissement annuel du mobilier et non l'intérêt du capital investi.

A. M.

---

288. — Evaluation de la valeur locative d'un immeuble.

Je vous serais très obligé de me renseigner sur la façon dont la loi établit la révision du cadastre pour les propriétés bâties. Avant la guerre, je payais mille francs de loyer et l'évaluation cadastrale était de 750 francs, base sur laquelle étaient établis mes impôts.

Le contrôleur me fait connaître la nouvelle évaluation : 1.700 francs. Comme je suis devenu propriétaire de ma maison depuis 1921, il me semble que cette nouvelle évaluation de la valeur locative de plus de cent pour cent, dépasse les limites accordées par la loi, c'est-à-dire cent pour cent dans les villes de cent mille habitants et au-dessus, 75 % pour les autres communes. Suis-je dans le vrai et puis-je réclamer en me basant sur la loi d'augmentation du prix des loyers ?

J'ajoute que j'ai payé ma maison 40.000 francs.

Dr X.

Réponse.

Vous pouvez en effet soutenir que la majoration de valeur locative ne peut excéder le taux prévu par la dernière loi sur les loyers, mais on vous opposera le prix d'achat.

Voyez aussi à comparer avec des évaluations afférentes à des immeubles de même importance.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Délai pour demander une pension militaire

Il s'agit d'un ex-soldat de la classe 1918 réformé pour tuberculose pulmonaire après trente jours de présence au corps.

La loi du 31 mars 1919 ne lui est-elle pas applicable ?

Peut-il encore solliciter sa présentation devant une commission de réforme ?

Quelles pièces doit-il fournir ?

S'il est considéré comme porteur d'une maladie aggravée par le service, aura-t-il droit au rappel de pension depuis le jour où il a été réformé n° 2 ?

Jeune homme de la classe 1918.

Ajourné en 1917 (printemps).

Pris bon pour le service février 1918.

Incorporé au 2e groupe d'aviation, affecté pour faire ses classes au 115e rég. d'infanterie où il passe la visite d'incorporation.

15 jours après son arrivée au corps, est admis à l'infirmerie pour poussée de bacillose au sommet droit, avec fièvre, amaigrissement, adénites multiples.

Réformé (?) par une commission de réforme de M. après 15 jours d'hospitalisation à l'infirmerie.

Réformé nº 2 à B., par une nouvelle commission en août 1918.

Dr B.

Réponse.

Bien qu'il soit question de les prolonger par une nouvelle loi, les délais dont pouvait bénéficier cet homme pour demander une pension, sont expirés depuis le 4 septembre 1924.

Qu'il adresse cependant une demande par lettre recommandée au directeur du Service de santé de sa région afin d'être examiné en vue du droit à pension par une Commission de réforme. Peut-être consentira-t-on, sous réserves, à accepter sa requête ! Si ses droits à pension étaient reconnus, il aurait droit à une rétroactivité à partir du jour de sa première réforme, si elle a été prononcée pour l'infirmité actuelle.

Application du Tarif Breton.

I

268. — Déplacement dans un hameau.

Les hameaux situés parfois à plusieurs kilomètres du centre de la commune, comme cela se présente dans les communes rurales, doivent-ils être considérés comme faisant partie de l'agglomération représentant le centre administratif, quant au droit de percevoir ou non des frais de déplacements supplémentaires ?

En ville, il y a la barrière de l'octroi, mais à la campagne, qu'est-ce qui sert à fixer cette délimitation intra ou extra muros ?

Dans la pratique courante, notre barême est celui de la distance réellement parcourue, chose facile à connaître, grâce au compteur kilométrique à partir d'environ un kilomètre autour de la demeure du médecin ou du centre de la ville.

Une autre conclusion à tirer de toutes ces chinoiseries de règlementation sous prétexte de sauvegarder les intérêts du tiers payant, c'est que cet excès de précaution risque de se retourner contre leur bénéficiaire, en ce sens qu'il risquerait de susciter des combines destinées à récupérer ces pertes injustes. Quant à moi, mon seul objectif, c'est la loyauté.

Dr G.

Réponse.

C'est moi-même qui, en 1920, ai fait reconnaî-

tre le paiement des frais de déplacement pour les hameaux, même quand il s'agit de la commune habitée par le médecin. Dans tous les cas, hameau ou non, le décompte du déplacement se fait « de la *mairie* du domicile du médecin au *domicile* du malade » (article 2). C'est précis et il n'y a jamais à s'inquiéter de la question intra- ou extra muros par rapport aux octrois ou autre.

F. D.

II

277. — Réduction d'adhérences articulaires.

Un de mes clients tombe et se fait une luxation de l'épaule droite. Réduction, massage et mouvements passifs pendant une quinzaine ; après quoi je recommande au blessé de faire tous les mouvements articulaires passifs et actifs.

Il persiste un peu d'atrophie du deltoïde et difficulté des mouvements d'abduction. Le blessé est très pusillanime, se défend quand je le mobilise. Au bout de deux mois, devant la persistance des symptômes douleur et limitation des mouvements, je l'envoie, avec radiographie, consulter un chirurgien qui juge nécessaire une anesthésie et mobilisation. La rupture d'adhérences assez serrées est pratiquée par le chirurgien ; quel prix doit-il demander ? Je compte pour moi 50 fr. comme anesthésiste.

Je ne vois dans le tarif Breton aucune équivalence.

Dr M.

Réponse.

Je suis assez embarrassé pour vous répondre, car il n'y a pas, dans le tarif Breton, de tarification prévue pour un cas semblable, ni une *analogie* qui s'impose, autre que, précisément : « Réduction de luxation de l'épaule »... Mais alors, ne craignez-vous pas que la compagnie ne soutienne que cette deuxième intervention fut motivée par une première réduction incomplète de luxation et ne veuille pas payer deux fois une « même réduction ? » Il y a là une question, non plus de tarif, mais de fait, dans laquelle je ne m'immisce jamais. Néanmoins j'ai tenu à vous signaler le dit ait susceptible de chicanes. Voyez donc avec le chirurgien qui opéra votre malade de ses adhérences, afin que tout cela soit réglé à l'amiable avec la Compagnie, en fournissant, dès l'abord, à celle-ci, toutes explications désirables.

F. D.

III

258. — L'article 3 est « complété » et non « modifié ».

Dans le numéro du 18 janvier 1925, par une lettre du 31 décembre 1924 du « Sou Médical », j'ai eu connaissance de la réponse du ministre au sujet des visites de contrôle patronales. Mais en même temps, était publiée une série de modifications au tarif Breton.

Voir la suite page XXXI-541

PARTIE SCIENTIFIQUE

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS

(Quelques conseils pratiques)

Par F. M. Cadenat,

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

On pourrait croire qu'il n'y a plus rien à dire sur cette variété de fracture. Elle est facile à reconnaître à son dos de fourchette, facile à réduire le plus souvent, facile à maintenir réduite avec l'appareil classique d'Hennequin.

Voici cependant deux exemples impressionnants. Un interne *en chirurgie* se fait une fracture du radius. Il connaît la question. Il veut éviter toute raideur articulaire. Il se fait appliquer un appareil qu'il ne garde qu'une dizaine de jours et très rapidement se fait mobiliser. Progressivement la déformation se reproduit et tout est à recommencer, avec un retard d'une quinzaine de jours.

Récemment, je suis appelé auprès d'un malade retour du midi où il s'est fait une fracture du radius réduite par un chirurgien très connu de la région. Il conserve un dos de fourchette qu'il me faut corriger avant de réappliquer un nouvel appareil.

Ceci simplement pour souligner que les médecins les plus avertis peuvent faire de grosses erreurs même sur une question aussi bien connue, et pour m'excuser d'en parler aujourd'hui.

D'ailleurs, à la Société de Chirurgie, l'an dernier, plusieurs orateurs sont revenus sur cette question, et n'ont pas trouvé inutile d'exposer leurs idées dans plusieurs journaux médicaux. J'avoue ne pas accepter toujours leurs conclusions.

Sans vouloir reprendre toute la question, j'envisagerai seulement un certain nombre de points pratiques.

Au point de vue clinique.

Faut-il toujours faire faire une radiographie ? Non, à moins que le malade ne l'exige, ou qu'il ne s'agisse d'un accident de travail pour lequel il faut établir un certificat précis, ou qu'il ne persiste le moindre doute clinique.

Le plus souvent, la radiographie n'est pas indispensable à qui sait examiner un poignet.

Voici comment nous conseillons de procéder.

Avec un crayon dermographique (accessoire indispensable à tout praticien), marquer les quatre repères suivants sur la face dorsale du poignet légèrement fléchi : *extrémité de la styloïde radiale* (en remontant la tabatière anatomique, pouce en légère abduction, et accrochant cette saillie de bas en haut avec l'ongle du pouce ou de l'index suivant le côté), *bord inférieur de la tête cubitale* (les classiques disent styloïde cubitale, mais allez donc la reconnaître sur un poignet tuméfié). Il suffit de savoir qu'elle se trouve immédiatement au-dessous de la saillie arrondie de la tête cubitale, sur le bord postéro-interne du poignet). Réunissez ces deux repères par une ligne droite qui, normalement, doit descendre obliquement vers le radius.

Cherchez ensuite la limite inférieure du carpe en repérant la *tubérosité du 5e métacarpien* (en suivant l'os de bas en haut et contournant le relief de cette saillie) et la *base de premier métacarpien*. Ce dernier repère est un peu plus délicat à trouver, on y arrive cependant assez facilement en s'exerçant sur soi-même de la façon suivante : suivez de bas en haut avec le pouce et l'index le corps de ce métacarpien, vous le sentez s'élargir et avec un peu d'habitude, vous arrivez à contourner la base de l'os, et à marquer l'interligne trapézo-métacarpien. Réunissez à nouveau d'un trait ces deux repères.

Entre les deux lignes sensiblement horizontales ainsi tracées se trouve le carpe.

Une délimitation aussi précise est indispensable, en l'absence d'une radiographie, pour éviter l'erreur qui consiste à prendre pour une fracture du radius une *luxation du carpe en arrière du semi-lunaire*. Erreur grave par les conséquences qu'elle pourrait entraîner.

Vous serez certain qu'il s'agit bien d'une fracture du radius quand vous constaterez que la déformation, si elle existe, siège au-dessus de la ligne supérieure. Vous explorerez alors, avec le doigt ou la pointe mousse d'un crayon, la sensibilité du *radius*, de la *styloïde cubitale* puis dela

tabatière anatomique (*fracture du scaphoïde* qui peut parfaitement coexister avec une fracture du radius) : « le poignet est l'enclume qui porte la marque des coups ». (Destot).

L'ascension de la styloïde radiale est un signe trop classique de fracture du radius pour que nous insistions. M. Delbet signale aussi la disparition de la dépression qui existe normalement au niveau de la gouttière du pouls et que vient combler l'épiphyse radiale éclatée. Ce signe est surtout net lorsqu'il y a pénétration osseuse ; il prend, dans ce cas, une réelle valeur et s'ajoute aux autres symptômes qui permettent de soupçonner cet éclatement : âge avancé de la malade, épaississement antéro-postérieur de l'épiphyse par comparaison avec celle du côté opposé, difficulté de la réduction, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Trois épreuves complèteront votre examen. Dans la *luxation du semi-lunaire*, l'os luxé est perceptible en avant, au niveau ou au-dessus du pli de flexion du poignet, il irrite le médian qu'il soulève (d'où irradiations dans la sphère de sensibilité de ce nerf), il cloue la main en extension, tandis que, dans la fracture du radius, les mouvements du poignet sont conservés dans une certaine mesure.

Il est bien certain que le moindre doute sur l'existence d'une lésion carpienne commande une radiographie.

J'ai essayé de démontrer simplement que, dans les cas ordinaires, le seul examen clinique peut suffire à poser un diagnostic, même en l'absence de déformation.

Au point de vue thérapeutique.

Lorsqu'il n'existe *aucune déformation*, lorsque le gonflement est peu marqué et a permis un examen clinique précis, il est inutile d'immobiliser le poignet. On peut, dès que les phénomènes douloureux sont apaisés, c'est-à-dire dès le 6e jour environ, commencer une mobilisation discrète et le massage. Mais il est indispensable de suivre personnellement ces malades pour s'assurer que le poignet n'est pas brutalisé par le masseur, et qu'il n'y a aucune tendance à un déplacement secondaire. Il sera bon, au moins pour la nuit, surtout si le malade est un peu agité, de maintenir le poignet avec une attelle dorsale, voire même avec un plâtre amovible, si l'on craint qu'un mouvement intempestif ne vienne, pendant le sommeil, violenter l'article.

Le plus souvent, il est nécessaire de corriger le déplacement et de maintenir la réduction dans un appareil plâtré.

Comment réduire ?

Le déplacement est double : dorsal, en dos de fourchette, radial, en baïonnette. Il faut donc porter le fragment inférieur en avant et en dedans. Ceci s'obtient en mettant la main en *flexion forcée* presque à angle droit sur l'avant-bras et en la transportant en masse vers le bord cubital. L'erreur classique est la suivante : transporter la main en dehors au lieu de la déplacer en dedans. Cette erreur provient de ce que l'avant-bras étant en pronation au moment de la réduction, les rapports sont inversés : radius en dedans, cubitus en dehors.

Faut-il placer l'avant-bras *en pronation ou en supination* ? Il n'est pas douteux que le mouvement de supination forcée est celui qui revient le dernier après une fracture du radius, mais la supination forcée n'est pas un mouvement fréquent : un ouvrier qui fait le geste de visser peut le compenser en accentuant au départ la pronation, et réciproquement quand il dévisse. Ce geste n'est guère indispensable qu'aux domestiques qui servent à table, et présentent les plats sur la paume de la main au maximum de supination.

Si l'on veut garantir cette supination forcée, il faut faire la réduction en supination et immobiliser dans un appareil qui remonte sur le bras de telle façon que la supination soit maintenue.

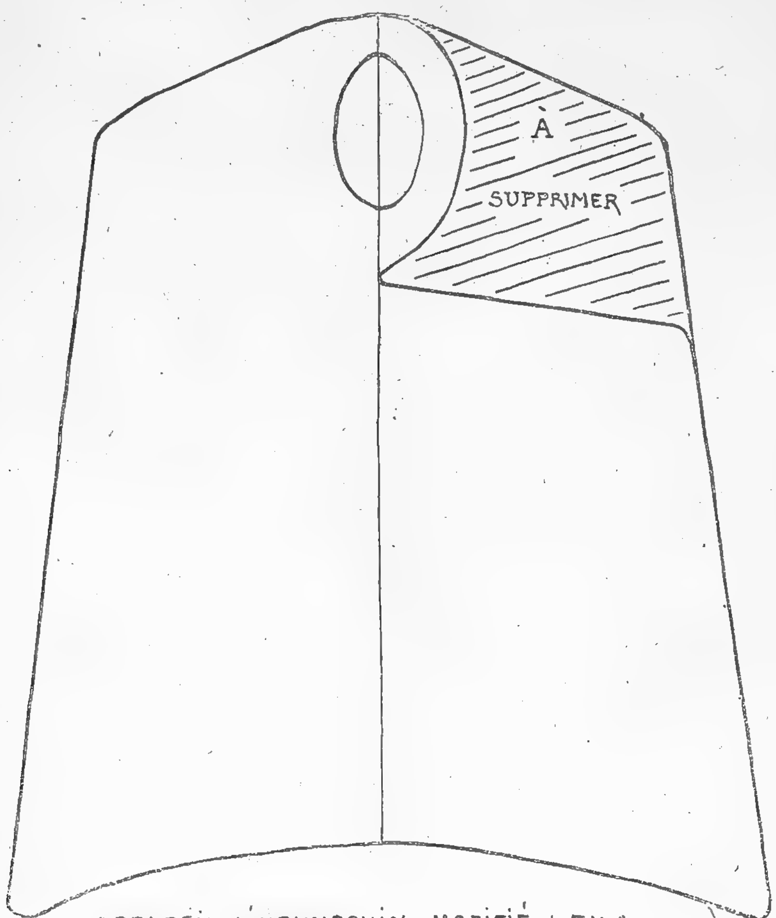
Le plus souvent, on peut se contenter de réduire et d'immobiliser en demi-pronation de la façon suivante :

Placer l'avant-bras sur une table, le dos de la main regardant au plafond et débordant la table. Saisir la main solidement, la tirer d'abord dans l'axe de l'avant-bras, puis la porter en flexion forcée et en adduction, c'est-à-dire à sa gauche pour la main droite, à sa droite pour la main gauche. La réduction se fait souvent avec une sorte de déclic analogue à celui d'une luxation réduite. Si l'on n'a pas cette sensation, si l'on suppose une fracture avec engrènement, il faut accentuer les tractions après avoir *endormi* le malade. Il ne faut jamais se contenter d'une demi-réduction, fatalement suivie d'une impotence fonctionnelle marquée.

Quel appareil appliquer ?

L'appareil d'Hennequin est classique. Je lui ferai les reproches suivants. Toute la partie palmaire est inutile et, même très courte, risque de gêner les mouvements des doigts. De plus, par suite de la position du poignet en flexion forcée, cette partie du plâtre forme un pli susceptible de

produire une escarre. J'ai été souvent amené à enlever secondairement toute cette partie palmaire, et actuellement, j'applique l'appareil figuré sur le schéma et dans lequel la partie hachurée doit être enlevée. Les malades en sont très contents, surtout s'ils ont des signatures à donner, car il permet l'écriture.



APPAREIL D'HENNEQUIN MODIFIÉ (F.M. CADENAT)

Combien de temps le laisser ?

Certains disent 8 à 10 jours, d'autres, au contraire, veulent qu'on le garde 6 semaines pour éviter tout déplacement secondaire. C'est là, une question d'espèce. En moyenne, j'estime que trois semaines sont suffisantes dans la majorité des cas, délai à reccourcir ou augmenter suivant le degré du déplacement et les difficultés de la réduction.

Pendant toute cette période, il faudra donner au malade les conseils suivants qui sont de la plus haute importance. On ne se contentera pas de lui dire de remuer les doigts, car il s'estimera quitte en mobilisant ses articulations métacarpo-phalangiennes, mais on lui montrera, sur chaque doigt successivement, comment la troisième pharange doit être fléchie complètement sur la seconde, la deuxième sur la première et la première sur le métacarpien. Ces manœuvres doivent être répétées plusieurs fois dans la journée. Il n'est même pas mauvais que ce geste devienne une habitude inconsciente à la façon des pianistes qui veulent conserver la souplesse de leurs doigts. Il est également possible d'imprimer au plâtre quelques mouvements de pronation et de supination qui, sans nuire à la correction du déplacement, conservent une certaine souplesse dans l'articulation radio-cubitale inférieure.

Si toutes ces précautions sont prises, le malade au sortir du plâtre, n'aura plus qu'à retrouver l'extension et la supination forcée, tous les autres mouvements étant d'ores et déjà conservés. En général, une quinzaine à trois semaines y suffiront, à condition d'agir progressivement, sans brutalité.

Est-il des cas où il faut intervenir chirurgicalement ?

Ces cas sont exceptionnels. Je n'ai observé qu'un malade pour lequel il fallut recourir à une

réduction sanglante ? Le fragment inférieur complètement luxé en arrière accrochait la diaphyse. Il fut très facile, avec une rugine faisant levier, de lui faire franchir l'obstacle et de le maintenir en place, sans ostéosynthèse, au moyen d'un appareil plâtré.

Au contraire, la luxation du carpe derrière le semi-lunaire est souvent d'une réduction difficile et peut commander une intervention.

Lorsque le semi-lunaire lui-même luxé en avant soulève le nerf médian à la façon d'un chevalet et que la reposition de cet os est impossible, ce qui est la règle, l'extirpation pure et simple s'impose.

Mais ceci nous éloigne de la fracture simple du radius, pour nous entraîner vers une lésion infiniment plus rare, qui sort du domaine de la pratique de chaque jour. F. M. C.

***

L'article de M. le professeur agrégé CADENAT est essentiellement pratique. Nous le remercions d'avoir bien voulu l'écrire à l'intention des lecteurs du *Concours médical.*

Nous savons que notre très distingué collaborateur doit faire, à la Faculté, durant le semestre d'été, un cours sur la chirurgie des membres.

Nous savons également que, faisant table rase de tout ce qui n'est que théorie, il entend n'y exposer que des notions pratiques illustrées de schémas nombreux.

Ce mode d'enseignement est de ceux qui ont toutes nos préférences, puisque nous demandons à nos maîtres de former surtout des praticiens.

Nous avons l'espoir de pouvoir publier quelques-unes des leçons du professeur Cadenat.

LA RÉDACTION.

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL FRANÇAIS EN 1924

Par le Dr Raphaël MASSART,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

Une revue générale de l'année chirurgicale ne consiste pas toujours, croyons-nous, en une énumération forcément incomplète des travaux de tous nos confrères et amis qui manient le bistouri. Il est impossible en quelques pages de donner l'idée d'une production comme la nôtre, et nous pensons que nos lecteurs nous sauront infiniment plus de gré de leur rappeler, en une étude d'ensemble, quelques grandes questions qui ont plus spécialement attiré l'attention des chirurgiens, et de grouper ce qui s'est dit sur ces sujets dans les discussions des Sociétés savantes, les rapports des Congrès, les articles des revues et des journaux.

Tous les ans, il semble que nos esprits chirurgicaux soient plus particulièrement orientés vers un même ordre d'idées ; comme ils le furent jadis vers l'appendicite, vers l'étude du shok traumatique, vers le traitement des ulcères perforés, nous avons eu cette année un ensemble de travaux, de rapports et de faits précis sur le traitement chirurgical des fractures qui permettent, à l'heure actuelle, d'envisager cette importante question autrement qu'avec un petit nombre de résultats excellents, obtenus par des mains particulièrement habiles à coapter des os.

Le traitement chirurgical des fractures intéresse tous les médecins ; si beaucoup d'entre nous n'auront jamais à appliquer de plaques ou de vis sur des os brisés, combien devront par contre, savoir ce qu'il faut penser de l'Ostéo-Synthèse, dans quels cas se posent ses indications, quels résultats on peut en attendre, quels ennuis on peut avoir à en redouter ? Il nous paraît que ce qui s'est publié cette année, sur cet intéressant sujet, a fait faire à cette chirurgie, encore peu répandue, un grand pas en avant, dont il faut marquer toute l'importance.

L'Association française de chirurgie avait, l'an passé, mis à l'ordre du jour le traitement des fractures fermées de l'extrémité supérieure du fémur et leurs résultats éloignés. MM. Imbert et Dujarier ont présenté, au Congrès de chirurgie, un rapport du plus haut intérêt sur ce sujet.

Se plaçant au point de vue si commun des accidents du travail, les auteurs ont su faire la différence entre le résultat fonctionnel *ouvrier* et le résultat fonctionnel *de la vie courante.*

Si le blessé guéri peut la plupart du temps marcher, aller, venir, exercer une profession sédentaire, il lui est souvent beaucoup plus difficile de travailler, de supporter de longues stations debout, de porter des fardeaux, d'avoir l'activité nécessaire à un bon ouvrier.

Dans ces cas, encore fréquents, la guérison est incomplète, la fracture est vicieusement consolidée, les mouvements de la hanche sont limités ; dans d'autres cas plus rares, les fragments se soudent mal, il y a de la pseudarthrose.

Les buts du traitement des fractures récentes seront donc :

1° D'obtenir la consolidation *osseuse*, de règle dans les fractures cervico-trochantériennes, rares

dans les transcervicales et dans les sous-capitales.

2° D'obtenir une consolidation *rapide*, pour éviter les complications qu'occasionne un séjour prolongé au lit complications pulmonaires, urinaires, escharres).

3° D'avoir une consolidation en *bonne position*, pour éviter les attitudes vicieuses.

A l'heure actuelle deux méthodes sont en honneur, pour arriver à ce résultat, une sanglante, une non sanglante.

La méthode de Whitman consiste à appliquer, aux fractures du col, la méthode générale de réduction exacte, suivie de contention *dans un plâtre*.

L'originalité de Whitman consiste à donner, au membre inférieur, une attitude telle que la contention de la fracture réduite en soit favorisée.

Il met le membre inférieur en *rotation en dedans*, pour fermer l'angle ouvert en avant, que font les deux surfaces de fracture.

Il le met en *abduction*, dans le double but, de mettre le fragment inférieur sur le prolongement du fragment supérieur, et aussi pour empêcher le fémur de remonter, en donnant au déplacement vers le bas, réalisé par les tractions un point d'appui.

Cet appareil exige une habitude assez grande du plâtre, il ne permet pas de corriger facilement une insuffisance de réduction ; mais même ces réserves faites, il n'en reste pas moins un excellent appareil à la portée de tout praticien.

La méthode de Delbet consiste à solidariser les deux fragments en enfonçant une *vis métallique* par la base du grand trochanter *sans arthrotomie*.

Cette méthode sanglante a le grand avantage de réduire au minimum le traumatisme opératoire, puisqu'elle n'exige pour sa réalisation qu'une petite incision ; mais par contre, il est indispensable d'être parfaitement outillé et *de se plier exactement* aux conseils que donnent les chirurgiens qui, comme Delbet, Dujarier, Basset, Santy, Robineau, ont une grosse expérience de cette intervention.

En présence de ces deux grandes méthodes quelle conduite tenir ?

Le rapporteur élimine tout d'abord *les mauvais cas*, c'est-à-dire les fractures qui surviennent chez un blessé dont l'état physique est déficient ou bien encore chez lequel des troubles mentaux, urinaires ou circulatoires viendront, à tous instants, gêner la liberté des décisions du chirurgien.

A ces mauvais cas, une mobilisation précoce, la gouttière de Bonnet apparaîtront comme les seuls traitements.

Pour les autres, la conduite à tenir variera, suivant le caractère anatomique de la fracture.

Les *cervico-trochantériennes*, ou *basi-cervicales* ou *extra-articulaires* qui se consolident presque toujours ne seront qu'exceptionnellement, chez les gens âgés, justiciables du vissage selon la méthode de Delbet ; l'appareil plâtré de Royal Whitman suffira. Il devra être posé avec soin et rester en place de longs mois (5 à 6).

Les fractures cervicales vraies relèveront de l'une ou de l'autre méthode : Whitman et Delbet se partagent les faveurs des chirurgiens.

Dujarier d'ailleurs pense très justement qu'une coaptation des fragments par la vis, permettra de réduire les délais d'immobilisation fixés par Whitman.

Le traitement des pseudarthroses du col par implantation dans le col d'un greffon péronier, l'*ostéo-synthèse des fractures sous-trochantériennes* terminent ce remarquable rapport, dont nous regrettons de n'avoir pu donner que l'essentiel.

Il nous paraît situer exactement l'état actuel de cette question si importante en clientèle et en matière d'accidents du travail, puisqu'aussi bien, ce qu'ont écrit les rapporteurs repose sur leur grande expérience clinique et sur les résultats éloignés déjà lointains qu'ils ont pu observer.

Combien instructive nous apparaît aussi cette étude complète des résultats éloignés d'ostéosynthèses humérales faites depuis 1911 par M. FREDET !

Il ne s'agit plus là de quelques cas heureux, mais d'une statistique totale, *sans aucune exception*.

D'abord utilisée avec une défiance qu'on retrouve encore maintenant chez quelques chirurgiens, l'ostéosynthèse a donné au chirurgien de la Pitié, pour tous les cas traités, une consolidation osseuse en attitude correcte.

C'est là déjà un premier avantage, car parmi les cas opérés, il en est qui certainement étaient voués à la pseudarthrose ou à la consolidation vicieuse.

Les cals observés par Fredet paraissent en général volumineux et souvent ils ont englobé le matériel de suture (plaques, cercles, vis) ils sont cependant parfaitement tolérés, n'éveillent aucune douleur, ni aucune gêne chez le blessé.

Quant aux résultats éloignés, ceux qui nous intéressent pour juger de la méthode, ils ont tous donné un membre normal, solide, utile.

Ces observations suffiraient à elles seules à faire adopter d'enthousiasme cette méthode si séduisante, mais des voix s'élèvent, celles d'experts qui sur des cas bien étudiés et sans parti pris, ont pu se fonder une opinion. Certains constatent des résultats très inégaux, d'autres protestent avec véhémence contre toute intervention chirurgicale, et leurs conclusions aboutissent à considérer l'ostéosynthèse *comme ne* comportant que de rares indications et qu'à tout prendre il faut, dans la plupart des cas, préférer

les méthodes courantes de réduction et de contention par appareil plâtré.

M. Thierry, s'est, à la Société de chirurgie, fait le champion des non interventionnistes et il a su, par son exposé extrêmement clair, plein de vie et basé sur des faits observés par lui et autour de lui, faire tomber le bel enthousiasme que les résultats de M. Fredet avaient soulevés.

Il est certain, que condamner une méthode sur le tableau qu'en a tracé à grands traits M. Thierry, c'est condamner une chirurgie mal faite, appliquée à tort et à travers.

Il semble se dégager, des observations présentées par M. Dujarier, par M. Mathieu, par M. Dehelly, par M. Schwartz, que la chirurgie des fractures est une chirurgie délicate, qui demande des mains exercées, qui doit se faire sur des sujets bien portants et non tarés. C'est une opération qui exige aussi un excellent matériel, il n'y a pas là d'improvisation possible, improviser c'est souvent aller au-devant d'un mauvais résultat. C'est une chirurgie, qu'il faut bien voir faire, avant d'exécuter ; elle réclame une bonne organisation, de la prudence, de la méthode, une aseptie rigoureuse et oserai-je l'écrire ... un peu d'habileté manuelle. C'est-à-dire, en somme, toutes les qualités qu'on doit exiger d'un chirurgien.

Les fractures de Dupuytren sont de celles qui doivent bénéficier du traitement sanglant ; souvent, lorsque la réduction n'a pas pu être faite assez tôt, la fracture reste toujours mal réductible et l'intervention semble avoir ici, plus que partout ailleurs, son indication précise.

MM. Fredet, Gaudier, Alglave, Basset ont présenté des malades chez lesquels, le vissage du fragment tibial avait donné d'excellents résultats et permis une marche précoce.

Les techniques préconisées, pour aborder le cou-de-pied, varient avec les cas et avec les auteurs. Alglave a employé la voie transcalcanéenne sous-achilléenne. Gatellier et Chastaing ont décrit dans le *Journal de chirurgie* une voie d'accès juxta-rétro-péronière qui doit permettre un accès commode sur le fragment postérieur.

On trouvera dans un article de Charrier et Petit Dutaillis sur la technique opératoire des fractures du coude chez l'adulte, d'utiles conseils, sur la façon d'aborder cette articulation, en sectionnant l'olécrâne. Cette voie qui a été conseillée et utilisée par Alglave, puis par Lapointe, est la seule, à donner le jour désirable sur l'articulation.

On ne voit pas sans étonnement le traitement des fractures, sur lequel on pensait avoir tout dit, reprendre la large place qu'il occupait autrefois, à l'époque où la chirurgie abdominale n'existait pas encore ; c'est en empruntant à la chirurgie moderne ses méthodes, son instrumentation précise, que nous verrons peut-être, se créer et se perfectionner une chirurgie des os et des articulations, dont les présentations actuelles apparaîtront à nos successeurs, comme des premiers pas.

L'anesthésie en chirurgie a occupé encore bien des chirurgiens ; l'an passé le sujet avait été si étudié qu'il pourrait paraître quelque peu épuisé.

L'anesthésie rachidienne n'a certes pas gagné du terrain et les chirurgiens restent partagés en deux camps, les uns, fort nombreux, qui utilisent l'éther, les autres qui demeurent fidèles au chloroforme.

Une communication de M. Fredet et de Mlle Perlis doit néanmoins nous retenir par son originalité ; par les espoirs qu'il pourra peut être permettre, ce mode nouveau d'anesthésie intéressera, j'en suis sûr, le lecteur.

On sait que bien des chirurgiens, avant de faire pratiquer une anesthésie générale, font à leurs malades comme adjuvant, trente minutes avant le début de l'anesthésie, une injection de 1/2 centimètre cube d'une solution de scopolamine-morphine. Cette injection améliore l'anesthésie, supprime l'agitation du début et diminue encore pendant quelques heures les souffrances de l'opéré.

M. Fredet et Mlle Perlis, reprenant des expériences déjà faites, ont de plus déterminé qu'on pouvait injecter par voie intra-veineuse à un malade, 8 centimètres cubes d'une préparation connue sous le nom de Somnifène et obtenir, après injection de morphine, une anesthésie complète, avec une quantité infime d'anesthésique.

Leur technique mérite d'être expliquée en détail, elle peut être appelée à rendre de grands services.

Pour obtenir l'anesthésie générale, les auteurs procèdent de la façon suivante :

1° Injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine ou mieux 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 2/3 ou 3/4 de milligramme de bromhydrate de scopolamine, suivant le poids du sujet.

2° Vingt à vingt-cinq minutes après, injection intra-veineuse, par une veine du coude de 5 à 8 centimètres cube de somnifène (doses variant en fonction du poids, de l'âge, de l'état général du sujet). Cette injection est poussée lentement. Dès quelle est achevée, le sujet dort, souvent en ronflant et on le porte en cet état sur la table d'opération.

3° On complète l'anesthésie, si le sujet vient à remuer par quelques bouffées de chloroforme. On réalise ainsi une anesthésie suffisamment longue puisqu'elle se maintient environ 3 heures.

Cette nouvelle manière d'administrer l'anesthésique, de n'en point employer un seul, mais

de les associer, a-t-elle des inconvénients ? Il est certain qu'on en découvrira à l'usage. Le fait de plonger en torpeur les malades, pendant 24 et 36 heures, en est un. Mais les auteurs affirment, que ce nouveau mode d'anesthésie est, d'après leurs observations, efficace et inoffensif ; leurs recherches très complètes sur les différentes fonctions organiques ont permis de voir, qu'il y avait là un anesthésique dépourvu de toxicité, pour les centres cardiaques et respiratoires, pour le foie et pour le rein.

Cette anesthésie a été employée sur un malade de notre connaissance, qui est resté en torpeur près de 24 heures, mais qui, par la suite, s'est fort bien remis et n'a pas ressenti, depuis, le moindre trouble ; personnellement nous n'y avons pas encore eu recours.

L'infection puerpérale est encore trop commune pour que je n'insiste pas sur les discussions auxquelles elle a donné lieu. Si la plupart des accouchements ont des suites simples, il est par contre bien des avortements, il en est trop, qui évoluent avec des complications infectieuses, parfois mortelles. C'est peut-être même, à cette variété d'infection puerpérale que nous avons affaire le plus souvent, sans savoir avec précision quelle conduite tenir.

L'infection puerpérale *post abortum* a pour cause la rétention d'un débris placentaire. C'est là le cas habituel, et il est d'usage dès que ces malades présentent une élévation thermique, de faire un curettage.

Il est de règle, de voir les accidents disparaître, à la suite de ce simple traitement, mais quelquefois l'effet du curettage est absolument nul, on voit la fièvre s'élever, les frissons apparaître, l'état général s'aggraver et ce sont ces cas, où très souvent le praticien se montre embarrassé, sur ce qu'il va devoir faire.

Les sérums, les vaccins peuvent être salutaires, mais il faut savoir que jamais l'attente d'un résultat souvent discutable ne doit venir peser sur la décision à prendre. Il en est de l'infection puerpérale comme de l'ostéomyélite grave, le vaccin ne doit pas faire différer d'une heure l'acte opératoire.

Depuis de longues années, dans son enseignement, notre vénéré maître J.-L. Faure a l'habitude de dire que, lorsque le curettage n'a rien modifié, lorsque la situation s'aggrave, de plus en plus, il faut dans la journée qui suit, pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Sous prétexte qu'il y a des cas qui guérissent d'eux-mêmes, afin de ne pas sacrifier un utérus qu'on aurait pu conserver, les adversaires de l'opération risquent fort de voir mourir avec son utérus une malade qu'on aurait pu sauver, au prix de ce sacrifice.

Pour J.-L. Faure, dont l'expérience est pour nous le meilleur guide, il n'y a pas d'hésitation possible et les observations qu'il produit, à l'appui de sa thèse, montrent les heureux résultats que lui ont donnés les hystérectomies vaginales, qu'il a pu faire dans sa clientèle et dans son service hospitalier.

L'indication opératoire est difficile à poser avec des règles précises, et c'est souvent le sentiment d'une situation qui devient critique qui devra amener le médecin, à prendre une aussi grave décision.

A cette manière de voir, M. Thierry préfère la dilatation utérine, le drainage utérin avec une irrigation continue ; l'hystérectomie lui paraît aggraver le pronostic et il lui préfère un drainage du cul-de-sac postérieur.

MM. Proust et Maurer ont pratiqué, pour arrêter la marche envahissante de l'infection, la ligature des veines iliaques internes et ils ont pu grâce à ce procédé obtenir des guérisons. Mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale, la ligature des veines iliaques constitue une opération aussi importante et ses résultats sont encore trop peu sûrs, pour qu'on lui donne la préférence.

Nous serions heureux, si cette notion encore trop peu connue de l'*hystérectomie vaginale à chaud*, pouvait se répandre davantage. Il meurt, bon an mal an, quantité de femmes infectées par des avortements et il serait curieux de voir, si la statistique en était possible, combien nombreux ont été les décès et combien rares ont été les hystérectomies vaginales pratiquées.

Nous avons lu, avec un très vif intérêt, une observation de M. Deniker rapportée par M. Mouchet, concernant un cas de **Rétraction ischémique de Wolkmann.**

Cette rétraction des tendons fléchisseurs s'observe, en général, après une fracture de l'avant-bras ou du coude chez des adolescents, auxquels on a mis un appareil plâtré trop serré. Nous rapportions le plus souvent la lésion à l'appareil mal appliqué. Or l'observation de Deniker nous force à revenir quelque peu sur cette manière de voir.

A la suite d'un traumatisme violent du bras gauche, qui a été pris entre les deux rouleaux d'une machine, sans qu'il y ait eu ni plaie, ni fracture au niveau du membre supérieur gauche, le blessé, un adolescent de 18 ans, a vu vers le 15e jour se produire une rétraction des tendons fléchisseurs des 3e et 4e doigts de la main.

Cette notion est de la plus haute importance, au point de vue accident de travail, ne serait-ce que pour éviter au chirurgien, des revendications injustifiées, de la part de clients mal intentionnés.

L'observation publiée montre aussi, que cette rétraction, prise de bonne heure, peut guérir complètement par des tractions élastiques exer-

cées sur le poignet et sur la main étendue sur une planche ouatée.

L'occlusion intestinale au cours de l'appendicite ou mieux après une appendicectomie a été bien mise en valeur par M. Mathieu. Cette complication, si importante à connaître se présente à tous les stades évolutifs de l'appendicite. Tantôt, elle en constitue le mode de début, pour ainsi dire. C'est ainsi qu'on a pu décrire chez les sujets âgés, une forme de début simulant l'occlusion intestinale. Le plus souvent elle apparaît après une forte crise, la compliquant et elle est alors sous la dépendance d'une parésie des anses due à la péritonite. Un peu plus tard, ce sont les adhérences avec coudure des anses, ou bien des brides péritoniques qui en sont la cause.

Ce sont là des complications qui précèdent l'ablation de l'appendice. A côté d'elles, il faut faire une place aux occlusions post-opératoires, heureusement plus rares ; une coudure intestinale une bride, en sont en général cause et on voit survenir brutalement, chez un sujet opéré, en bonne voie de guérison, cette grave complication.

Elle ne peut être méconnue et doit être traitée par la laparotomie médiane. Cette voie a l'avantage de permettre, de se rendre compte de la disposition des adhérences, de leur étendue, de leur siège, qui est parfois fort éloigné de l'angle iléo-cæcal.

Ces adhérences, comme le fait observer Auvray, peuvent parfaitement passer inaperçues, à travers la brèche abdominale d'une incision latérale, elles sont, en tous cas, beaucoup plus difficiles à atteindre par cette voie.

La réintervention après une appendicectomie, pourra paraître difficile à faire accepter au malade, à son entourage, il faut la considérer comme une intervention d'urgence ; ne pas la faire rapide, c'est exposer le malade à une issue fatale.

La lutte contre le cancer, qui paraît émouvoir les pouvoirs publics, intéresser le parlement, puisqu'un peu partout s'organisent des centres anti-cancéreux, n'est pas encore réservée aux seuls curiethérapeutes. Les chirurgiens opèrent des cancéreux, peut être même de plus en plus et c'est pour eux matière à techniques plus précises, à publications de résultats éloignés, à parallèles entre les inconvénients des larges exérèses et les avantages du traitement par les rayons pénétrants et le radium.

Les techniques à employer dans la chirurgie du cancer sont fort importantes à connaître ; grâce à elles, on arrivera à diminuer la mortalité, à faire des opérations plus complètes et plus rapides.

L'usage du drainage à la Mickuliz dans l'hystérectomie totale élargie pour cancer utérin permet de diminuer dans des proportions considérables la mortalité post-opératoire. Les publications du professeur J.-L. Faure, les observations présentées par M. Chevrier, semblent en fournir des preuves indiscutables.

La chirurgie des cancers du rectum reste grevée d'une lourde mortalité. L'extirpation abdomino-périnéale destinée au traitement des néoplasmes recto-sigmoïdes, trop élevés pour être facilement traités par la voie basse, semble voir se substituer à elle une opération plus simple, plus logique et plus bénigne, qui consiste à faire une opération purement abdominale et à abandonner le segment anal, habituellement intact et opposé au sens du courant lymphatique.

Les résultats éloignés de ces ablations souvent très étendues paraissent des plus divers. On pourra observer un cas largement opéré, qui récidive avec une rapidité inouïe, alors qu'une exérèse qui, au moment de l'intervention, pouvait paraître économique, laissera une guérison de plusieurs années.

Il en est des cas traités chirurgicalement, comme de ceux traités par la radiothérapie et le radium : seules des études histologiques pourront peut être nous permettre de différencier la gravité des cas et de porter un pronostic sur l'évolution qu'on peut en attendre.

Mon maître Veau a publié une statistique fort importante de 102 cas de fentes palatines opérées par lui.

Sur les 102 opérés, 91 ont été guéris, 70 par une seule opération, 21 par plusieurs. Grâce à la technique qu'il a déjà exposée l'an passé, grâce à ce procédé qui permet une suture parfaite, M. Veau obtient des vo les du palais mobiles, parfaitement obturés, sans trous, c'est-à-dire, que pour les enfants opérés, c'est une amélioration du langage et une élocution des plus satisfaisantes.

A côté de ces questions chirurgicales, qui nous intéressent tous, que nous soyons spécialisés ou non, que nous nous occupions plus particulièrement de médecine ou de chirurgie, je ne puis omettre une présentation de mon ami Dartigues qui, si elle a pu passer inaperçue, a une importance très grande, c'est celle de bistouris en acier inoxydables, en acier qui ne rouille pas, qui supporte l'ébullition. On voit tout l'intérêt que présente, pour les praticiens, une pareille amélioration dans la fabrication de leur arsenal chirurgical.

Dartigues, dont l'activité ne se ralentit jamais, nous a donné un exposé d'une technique de mastopexie, d'un grand intérêt. La chirurgie esthétique de la femme, qui était chère à son maître Pozzi, ne le laisse pas indifférent. Nous voyons avec plaisir, que le même chirurgien qui, l'an passé, s'était fait le défenseur de la greffe testiculaire, qui l'avait crânement défendue

cette année, aux Journées médicales de Bruxelles, vient préconiser une intervention sans gravité, pour redonner au sein son aspect de jeunesse : disposer pour l'homme de la force, pour la femme de la beauté, c'est sans nul doute s'assurer pour l'avenir de la reconnaissance humaine.

Si nous n'avons étudié ici que quelques points particulièrement intéressants de toute la production chirurgicale d'une année, c'est qu'il nous a paru plus agréable, pour le lecteur, d'avoir un résumé synthétique de quelques questions qui ont apporté des faits nouveaux à la chirurgie.

Nos confrères que leurs occupations et leurs travaux en éloignent et auxquels nous nous adressons avant tout, se désintéressent, j'en suis sûr, d'une bibliographie difficile à réunir et d'un exposé même complet de ce qui s'est publié dans un domaine aussi vaste.

Il faut forcément passer trop vite, sur des sujets pour lesquels bien des éclaircissements sont nécessaires, si l'on veut arriver à écrire sur tout. Nous avons préféré l'autre manière, nous laissant guider dans le choix des sujets par le seul intérêt général.

Les fractures, l'anesthésie, l'infection puerpérale, l'appendicite, les accidents du travail, le cancer, nous ont paru des sujets particulièrement indiqués, pour s'adresser à tous ceux qu'intéressent les progrès réalisés chaque année par la chirurgie française.

LEUCÉMIE

Traitement par le thorium X (1)

Parmi les méthodes de traitement des leucémies directement accessibles au praticien, nous ne connaissions que le benzol ; nous possédons maintenant, avec le thorium X, un second médicament que nous croyons, pour notre part, supérieur au premier.

Le thorium X, retiré des résidus de fabrication des manchons à incandescence, est l'équivalent du radium dans la série correspondante du thorium ; comme le radium, il dégage de l'émanation, puis se décompose en thorium A, B, C et D. Il est soluble dans l'eau et peut être employé en injections sous-cutanées ou intra-veineuses. Son activité décroît très rapidement : après un jour, il reste 83 % de son activité initiale ; après 2 jours 69 % ; après 3 jours 57 % ; après 15 jours 6 %. etc. ; le thorium X, ayant une vitesse de désagrégation très courte, fournit un rayonnement particulièrement intense. On le dose en microgrammes (équivalant à un microgramme de radium). On emploie des ampoules contenant de 20 à 500 microgrammes.

Ayant constaté que, dans le traitement du rhumatisme chronique, le thorium X produisait une notable baisse leucocytaire, nous appliquâmes à la leucémie myéloïde, les injections sous-cutanées de cette substance (300, 400, 500 microgrammes par semaine en employant 5, 10, 15 injections consécutives). Les résultats en furent excellents et nos conclusions favorables ont été confirmées par Chiray, Mauriac, etc. Aux doses employées, il n'y a pas de réaction notable locale ni générale ; le chiffre leucocytaire baisse assez. rapidement, généralement après la deuxième ou la troisième injection ; la formule se modifie : les polynucléaires augmentent et les myélocytes diminuent ou disparaissent ; c'est ainsi que, dans le cas de Chiray, cinq injections de thorium amenèrent une chute des leucocytes de 200.000 à 15.000 et la disparition des myélocytes. Les globules rouges augmentent parfois d'emblée ; dans d'autres cas (Aubertin), ils baissent d'abord et parfois dans une proportion assez inquiétante, mais peu à peu leur chiffre remonte et dépasse le chiffre initial. Quant à la rate, elle peut, selon les cas, soit diminuer d'emblée et parallèlement à la leucocytose, soit rester volumineuse pendant longtemps (plusieurs mois), malgré la baisse lencocytaire, puis longtemps après le début du traitement, et même après l'interruption de ce traitement, diminuer assez rapidement et revenir à des dimensions presque normales. L'action sur la fièvre, sur les forces, sur le poids, sur l'aptitude au travail, est très nette et parfois rapide et de tous points calquée sur celle que produit la radiothérapie.

La baisse leucocytaire produite par le thorium X est parfois de très longue durée : chez un de nos malades, dont le traitement a été interrompu depuis 16 mois, le chiffre leucocytaire est encore inférieur à 2.000, bien que la rate ait de nouveau augmenté de volume.

Dans certains cas, l'action du thorium X est

(1) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, méd. des hôp., 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). 25 % de réduction aux souscripteurs.

insuffisante, c'est-à-dire que la baisse leucocytaire et la diminution de la rate, bien qu'évidentes, ne peuvent dépasser un certain chiffre. Dans ces cas, à notre avis, il ne faut pas s'obstiner à continuer ce traitement, mais instituer la radiothérapie. Dans d'autres cas enfin, fort rares, l'action est pratiquement nulle.

La leucémie lymphoïde est moins sensible à l'action du thorium X qne la leucémie myéloïde. Toutefois, nous avons obtenu des baisses leucocytaires notables et persistantes avec diminution des ganglions ; Roque et Baur, employant les inhalations de thorium,ont obtenu également de bons résultats.

Le thorium X présente sur la radiothérapie et la curiethérapie l'avantage de la simplicité ; toutefois le sang doit être suivi et surveillé tout comme avec les autres traitements par les substances radio-actives, car une baisse trop considérable des leucocytes et surtout des hématies doit faire interrompre le traitement. Il présente enfin sur le benzol, l'avantage d'être plus maniable et moins nocif pour les globules rouges.

Ch. AUBERTIN.

AUBERTIN. *Soc. méd. des hôp.*, 11 janv. 1924. — CHIRAY et BENDA. *Ibid.*, 29 février 1924. — MAURIAC. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 avril 1924. — GALIACY. *Thèse de Bordeaux*, 1923.

PHYSIOLOGIE

L'histoire de la sécrétion gastrique (1)

(D'après le Dr LOEPER).

Dès les origines, les médecins se sont accordés à admettre deux fonctions physiologiques de l'estomac : la fonction mécanique et la fonction sécrétoire. Il est intéressant de suivre à travers les siècles les conceptions que les médecins des diverses époques ont eues de cette physiologie ; les hypothèses les plus variées ont été émises, certaines ingénieuses, d'autres vraiment enfantines, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Le distingué médecin de l'hôpital Tenon, M. Loeper, qui s'est tout particulièrement consacré à l'étude de la pathologie digestive, sur laquelle il a fait de remarquables leçons, a entrepris l'étude de l'histoire de la sécrétion gastrique et la divise en six périodes :

1° La période galénique qui va jusqu'à Paracelse.

2° La période chimique avec Paracelse, Deloboe et surtout Van Helmont.

3° La période mécanique avec Descartes, les médecins anglais et italiens.

4° La période de l'acidité avec les expériences de Spallanzani et de Réaumur.

5° La période de la chlorhydrie avec l'étude par les fistules accidentelles, qui comprend les belles recherches de l'Américain Beaumont.

Enfin 6° la période de la pepsine et des fistules expérimentales, illustrée par les travaux de Swann, Wasmann, Blondlot, Schiff, Cl. Bernard et Pawlow.

***

Chez les Anciens, les connaissances en physiologie digestive sont très sommaires. Pythagore prescrit le régime végétarien et Hippocrate sous le nom de *pepsis*, désigne un travail spécial de l'estomac, une coction particulière des aliments. Aristote précise les fonctions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin. Dans l'estomac les aliments cuits par la chaleur et les sucs nutritifs, sont absorbés par les veines. Un peu plus tard Plistonicus, élève d'Anaxagore, affirme que les aliments se putréfient dans l'estomac. Herophile, de l'école d'Alexandrie, se borne à constater le passage des aliments dans les voies digestives. Erasistrate, tout en observant le brassage des aliments dans l'estomac, brassage auquel il donne le rôle le plus important, admet aussi leur chymification. Asclépiade, de Bithynie, médecin de Cicéron, admet la dissolution et surtout la fermentation dans la digestion gastrique. Adepte des doctrines atomiques de Démocrite et d'Epicure, il les applique à la digestion et pour lui les aliments se dissocient à l'infini et s'assimilent ainsi. Arétée fait intervenir l'air dans le travail gastrique. Celse et Cœlius se contentent de donner des conseils de diététique sans faire allusion à la physiologie et presque tous les médecins de cette époque suivent leur exemple.

Galien est le premier qui fait une étude minutieuse du travail gastrique. Selon Galien, l'estomac sépare les particules assimilables des autres qui sont éliminées ; il chylifie et liquéfie la nourriture, la cuit, l'agglutine, l'assimile. L'estomac

(1) D'après l'ouvrage de M. LOEPER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, av. 25 figures. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

s'adapte aux aliments en se contractant et le pylore ne s'entrouve pour laisser passer le chyme que lorsque la coction est parfaite. Il croit que pour cela la chaleur est indispensable.

Pendant les douze siècles qui suivent, la physiologie de Galien reste seule admise. Rien d'original ne peut être signalé ni dans Oribase, à qui on attribue la découverte des glandes salivaires, ni dans Paul d'Egine, ni dans les Arabes, ni dans Alexandre de Tralles, ni à l'école de Salerne. Il faut arriver au XVI[e] siècle pour que Paracelse et Van Helmont ajoutent quelque chose d'original à la physiologie gastrique.

***

Le XVI[e] siècle fut aussi un siècle de renaissance scientifique. La chimie entre en scène sur le théâtre de la médecine, chimie évidemment étrange mais qui n'en est pas moins la chimie. Paracelse, dans son œuvre touffue et fantasque, parle peu de la digestion. Il admet cependant que les échanges commencés dans l'estomac se font dans l'intimité des tissus et que ces échanges incomplets laissent précipiter dans notre organisme un résidu mal élaboré qu'il appelle le tartre. Van Helmont insiste sur le rôle du pylore, sur la digestion duodénale, sur la nécessité de la présence d'un acide dans l'estomac pour qu'une digestion s'y effectue. Il croit aussi à l'existence d'un ferment qui complète l'action de l'acide. La rate jouerait un rôle dans la production des ferments qui continueraient jusque dans les tissus à poursuivre la digestion. A ces données qui ne manquent pas d'intérêt, viennent s'ajouter des divagations mystiques. Il établit un *Blas* dans le pylore et un *Archée* dans l'estomac qui seraient des émanations de l'âme sensible. Les autres médecins de l'époque, Rabelais, Duret, Loze, Rivière, Ingrassias, Eustachi, Bauhin, Vésale, Robert Bayle, Libavius, Sennert, font de belles découvertes anatomiques, d'intéressantes recherches de chimie mais s'occupent peu de l'estomac. Seul Sylvius Dubois ou Deloboe étudie la digestion. Il fait jouer dans l'estomac le rôle principal à la salive, constate l'acidité gastrique mais en voit l'origine dans les aliments et en fait surtout un élément pathologique et, tout en admettant la fermentat'on, lui attribue un rôle secondaire.

***

Au XVII[e] siècle, la chimie cède le pas au mécanisme avec Harvey. La digestion gastrique consistera en trituration, fermentation et putréfaction. Harvey et après lui Borelli, Bellini, Baglivi, Redi, Pitcairne ne parlent plus de chimisme mais de trituration ; avec eux, c'est le règne de la fibre musculaire.

Descartes et Cole y ajoutent la fermentation mais qui jouerait un rôle mécanique de dissociation des aliments en parties excrémentitielles et nutritives. Bellini insiste sur le rô e du suc pancréatique et de la salive. Cependant Baglivi et Cole ne veulent admettre ni le mécanisme exclusif, ni le chimisme pur. Ils croient en la nécessité des ferments et de l'acide, et Cole très nettement fait sécréter l'acide par la muqueuse gastrique. Malheureusement le mysticisme du XVI[e] siècle se perpétue avec la conception des esprits animaux. Hoffmann ne veut pas admettre ces derniers, comme le prétend Stahl, la salive et le suc pancréatique jouent pour lui le rôle principal.

Boerhaave est un éclectique, comme Vieussens ; il explique la digestion par la chaleur, la trituration et la fermentation due aux levains que contiennent les aliments.

Il tente des études expérimentales coprologiques sur des chiens, mais sans résultats.

Haller est aussi éclectique ; à la fermentation dans l'estomac il substitue la putréfaction. Pringle attribue la digestion à la fermentation et à la chaleur.

Somme toute, au XVII[e] siècle, médecins et physiologistes font preuve d'un éclectisme assez peu homogène et sans base anatomique ni expérimentale solide, malgré les nombreuses découvertes anatomiques de cette époque où vécurent Pecquet, Riolan, Sténon, Wharton, Glisson, Leuwenhoek, Malpighi, Ruysch, de Graaf et Bartholin. Cependant Cole, Gerard Blasius et Tyson décrivent nettement les glandes de l'estomac.

A la fin du XVII[e] siècle l'activité du suc gastrique a fait de nombreux adeptes et Bossuet, chose étrange, a écrit : « Les eaux de l'estomac sont de la nature des eaux fortes. Elles dissolvent les aliments de telle façon qu'il ne reste rien de l'ancienne forme ». On voit à cette époque naître des conceptions qui sont les préludes des recherches savantes de Spallanzani et de Réaumur.

***

Le XVIII[e] siècle marque le début de l'étude vraiment scientifique de la physiologie de l'estomac avec les travaux de Réaumur et de Spallanzani. Réaumur étudie, en 1756, la digestion chez les oiseaux à estomac musculeux et chez les oiseaux à estomac membraneux ; il démontre le rôle de trituration que joue le gésier et par d'ingénieuses expériences au moyen de tubes dans lesquels il introduit de la viande, il démontre que le suc gastrique dissout cette dernière. Il montre le rôle de la salive dans la digestion des amylacés, retire au moyen d'une éponge du suc gastrique et peut faire des expériences *in vitro*. Il fait sur le chien les mêmes recherches

que 20 ans plus tard Stevens refit sur les oiseaux et sur l'homme.

Spallanzani, directeur du Muséum de Pavie, renouvelle en 1777 les expériences de Réaumur qu'il multiplie. Il démontre que le suc gastrique dissout la viande, qu'il n'y a pas de putréfaction dans l'estomac, que l'action du suc est plus rapide à une température un peu élevée. Il fait analyser ce suc par son ami Scopoli qui y découvre l'acide du sel marin.

Spallanzani continue les expériences sur lui-même, avalant des tubes de bois, des bourses de toiles contenant de la viande, se faisant vomir pour les examiner ou les recherchant dans les selles. Il détruit l'hypothèse de Pringle qui assimile la digestion à la fermentation des herbes *in vitro*. Spallanzani fait faire un grand progrès à la physiologie de la digestion. Comme il le proclame lui-même, il ne fait pas d'hypothèses et se borne à affirmer ce qu'il peut constater.

John Hunter à la fin du XVIII[e] siècle fait des observations analogues à celles de Spallanzani. Il semble prévoir l'existence d'un ferment dans le suc gastrique. Après Stevens, il constate la digestion de l'estomac lui-même et sa perforation après la mort.

Ni Réaumur, ni Spallanzani, ni Hunter, ne tirèrent de leurs expériences des déductions diététiques. Ce fut Senebier, de Genève, qui, ayant traduit les travaux de Spallanzani, chercha à tirer des nouvelles connaissances des déductions en hygiène alimentaire. Il recommande de bien mastiquer et est l'ennemi des boissons abondantes. Il croit le suc gastrique neutre et son acidité d'emprunt. Il prohibe les liqueurs spiritueuses, tolère le vin ; il classe les aliments selon leur digestibilité, considère les champignons, les substances huileuses, les enveloppes des fruits comme très indigestes. Il prescrit les épices pour exciter les estomacs paresseux, enfin il a une idée originale qui est actuellement appliquée, celle de faire avaler aux dyspeptiques le suc gastrique de certains animaux (oiseaux de proie, corneilles).

***

Le XIX[e] siècle est celui de l'expérimentation physiologique rigoureuse et contrôlée avec plus d'esprit critique. On étudie surtout les malades porteurs de fistules gastriques (Circaud). Helm fait des analyses du suc gastrique, y trouve l'acide hydrochlorique, l'acide acétique, des phosphates alcalins, une substance animale soluble dans l'eau froide, insoluble dans l'eau chaude.

On discute cependant sur les acides du suc gastrique. Macquart et Vauquelin donnent la prééminence à l'acide phosphorique. Leuret et Lassaigne (1825) mettent sur le même plan les acides lactique et chlorhydrique. Alors survinrent les recherches de W. Beaumont, chirurgien de l'armée des Etats-Unis, sur le Canadien Saint-Martin, porteur d'une large fistule gastrique, due à l'éclatement d'un mousquet. Le travail de Beaumont est le résultat d'expériences, menées avec une attention, une persévérance et une intelligence absolument remarquables pendant huit années consécutives.

Beaumont, comme Spallanzani, considère la digestion gastrique comme une dissolution et le suc gastrique comme un dissolvant. Il n'y a pas de suc gastrique à jeun. Les aliments provoquent sa sécrétion avec une intensité variable.

La température de l'estomac de 99° Farenheit monte à 100° et 101° au cours du moindre travail digestif.

Le lait se coagule dans l'estomac cinq minutes après son ingestion mais, après 15 minutes, se résout en petits grumeaux qui se dissolvent. L'albumine de l'œuf prend dans l'estomac un aspect laiteux et se digère totalement en 90 minutes. La gélatine se liquéfie 20 minutes après son absorption et est digérée totalement en une heure.

Le volume des aliments rend la digestion très longue ; il est indispensable qu'ils soient divisés.

L'estomac exerce sur les liquides et les solides une sélection qui empêche une trop grande dilution du suc gastrique.

Les rôtis, le veau, le bœuf se digèrent en 3 h. ou 3 h. 1/2 ; de même pour le porc et la volaille. Le gibier fait se digère plus vite. Le poisson, les huitres se digèrent en 2 heures. Les viandes très cuites, les œufs cuits mettent plus de temps à digérer. Les viandes salées sont plus lentes à digérer que les autres.

Les féculents, les herbacés, les fruits, ne subissent que peu de transformations dans l'estomac. La colère gêne la digestion ; la bile reflue alors dans l'estomac et gêne la chymification. La fièvre ralentit la digestion gastrique, suspend même la sécrétion du suc. Les circonstances climatériques influencent aussi les fonctions de l'estomac.

Par des expériences *in vitro*, Beaumont a en outre démontré que le suc gastrique doit être sécrété d'une façon progressive et sur un mode variable avec la nature et l'abondance des aliments. Enfin Beaumont fit analyser le suc gastrique par les chimistes Dunglisson, Emmet et Silliman. Le suc doit être séparé du mucus, il contient des chlorures, des phosphates, une substance animale soluble dans l'eau chaude, de l'acide muriatique, de l'acide acétique.

En somme trois conclusions capitales se dégagent des belles recherches de Beaumont : l'existence de l'acide, sa nature chlorhydrique, sa production par la muqueuse.

***

Blondlot à Nancy, et en même temps Bassow à Moscou (1842), pratiquent la fistulisation gastrique expérimentale, qui permettent des recherches précises sur les animaux. L'on hésite cependant encore longtemps sur la nature de l'acide et ce ne fut qu'en 1878 que Charles Richet, appliquant les méthodes d'analyse de Berthelot, démontra définitivement que l'acide du suc gastrique est bien l'acide chlorhydrique, libre ou combiné à des bases, à la leucine ou à un ferment. Depuis Van Helmont l'idée d'un ferment dans l'estomac avait été admise par la plupart des physiologistes. Blondlot paraît l'avoir séparé. Mais l'on attribue la découverte de la pepsine à Wassmann et Schwann (1836). Schiff, en 1863, établit après les expériences de nombreux physiologistes et chimistes l'action digestive de la pepsine acide que Lucien Corvisart introduit dans la thérapeutique.

Selmi découvre le ferment lab qui coagule le lait et qu'étudient Payen, puis Hammarstens. Lehmann, Meissner et Kuhne donnent aux produits de transformation par le ferment le nom de peptones, que Meissner, puis Schiff, divisent en plusieurs variétés.

Actuellement, la série des peptones comprend la syntonine (parapeptone de Meissner), les albumines vraies, puis les peptones qui ne précipitent que par l'alcool fort, le tanin acétique et le sublimé ; enfin, entre les acides aminés et les peptones, Fischer place les polypeptides.

Entrevues ou supposées par les anciens, considérées comme existantes par Claude Bernard, les glandes de l'estomac furent histologiquement découvertes en 1836 par Sproth Boyd, étudiées en 1838 par Kölliker et Bischoff, puis par Heidenhain, Brucke, Henle, Burckbreim, etc..

Pawlow, en collaboration avec Mme Schoumow-Simanowska, en 1889, puis avec Chigin en 1900, étudia et précisa le travail des glandes digestives. Il démontra, sans nier l'action du sympathique et des plexus nerveux propres de l'estomac, que le nerf excitateur de la sécrétion gastrique est le nerf vague, le pneumogastrique.

Richet, Langlois, von Wittich, Roger, Garnier, Froum, Edkins, Loeper, Carnot, Lelièvre, etc. firent d'intéressantes constatations sur l'action de la pepsine, sa résorption dans le sang, sur la probabilité d'une sécrétion interne.

* * *

Au point de vue pratique, on ne saurait négliger la découverte du *tubage*. Dès le XVI[e] siècle, il est pratiqué par Hieronymus Capivacceus et Fabrice d'Aquapendente, au XVIII[e] siècle par John Hunter ; au XIX[e], C. Renaut, Dupuytren, Sommerville, Blatin, Jockes, Buschen l'emploient surtout pour évacuer les toxiques.

Mais c'est seulement en 1867 et 1870 que Kussmaul l'applique au lavage de l'estomac et au traitement du rétrécissement de l'œsophage.

Ewald, Oser (1874), Leube (1889), Faucher, Fremont, Debove perfectionnent la sonde œsophagienne. Kussmaul adapte une pompe pour amorcer le siphon. Fremont, Mathieu, Laboulais, Soupault lui substituent une poire en caoutchouc. Einhorn imagine un tube de petit calibre terminé par une olive en métal ou en verre qu'on amorce avec une seringue de Pravaz.

Ewald, Bouveret, Hayem, Winter, Robin, Cohnheim, Topfer, etc. étudièrent et formulèrent les repas d'épreuve. On put doser les acides séparés en acide chlorhydrique et acides de fermentation, étudier les états morbides avec hyper ou hyposécrétion, dépister les rétentions, les ulcères sténosants. La pepsine fut dosée comme l'acide (Mett Grutzner, Hammerschlag, Jacoby, Gross). On étudia le ferment lab. On découvrit d'autres ferments, peut-être d'emprunt, l'amylase, la lipase. On précisa les variations du mucus dans les gastrites, on signala l'importance de la réaction leucocytaire, de la leucopédèse gastrique.

* * *

Cette analyse suffit à montrer tout l'intérêt de l'ouvrage du D[r] Loeper. Chaque siècle a apporté un progrès, malgré les périodes de brume, de mysticisme, de système.

Van Helmont fut le premier animateur de la physiologie digestive. Réaumur et Spallanzani, Beaumont, Claude Bernard avec sa méthode, Schiff, Blondlot et Pawlow sont les noms qu'il convient de citer au premier rang dans l'histoire de la sécrétion gastrique.

Nous devons féliciter M. le D[r] Loeper de ce travail si intéressant, si bien documenté, si curieusement illustré. Les connaissances dont il fait preuve en montrant qu'il possède dans ses plus petits détails l'histoire de la sécrétion gastrique depuis les siècles les plus reculés, sont un sûr garant des résultats de ses recherches nouvelles et nous permettent d'applaudir en lui à la fois un érudit et un savant.

J. NOIR.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la catatonie.

Chez le sujet atteint de catatonie, tous les muscles paraissent tendus artificiellement, comme les membres d'un pantin le sont par des ficelles (catalepsie, attitudes stéréotypées) ; le tonus psychique est également altéré ; car la suggestibilité et l'inertie font partie intégrante du tableau clinique ; qu'on soulève un membre, il reste dans l'attitude où on l'abandonne. Et pourtant, ce sujet reçoit les impressions extérieures, car, sorti de cet engourdissement, de cette sorte de sommeil, il explique tout ce qu'il a vu et entendu.

Ce qui caractérise ce trouble psycho-moteur, c'est l'incapacité de l'activité volitionnelle à régler, modérer, à arrêter les phénomènes provoqués par une cause variable, et que l'on rencontre dans les démences, dans la mélancolie (surtout dans les formes avec stupeur), au cours des états maniaques, les états dépressifs passagers d'origine toxique.

Le Pr Henri Claude, étudiant ces troubles survenus dans le mécanisme régulateur de ces associations psycho-motrices, a cherché à en élucider la cause, qui paraît résider dans une lésion des noyaux gris de la base du cerveau et particulièrement dans le corps strié. Il semble résulter de ses observations, et des travaux publiés, que l'écorce cérébrale est le siège des fonctions intellectuelles ; que les régions poliencéphaliques sont non seulement les voies motrices et les centres coordinateurs de la plupart des mouvements instinctifs, affectifs et automatiques, mais aussi les véritables centres des fonctions mentales instinctives, des instincts de la vie de relation, de l'instinct intellectuel aussi, et par conséquent, de l'énergie mentale et psychomotrice. C'est d'elles que partirait toute stimulation de l'instrument cortical moteur et intellectuel. Dans tous les états catatoniques, l'écorce, sans doute par des mécanismes différents, est privée des stimulants que devaient lui fournir les centres extra-pyramidaux. Si elle est le siège, elle-même, de troubles fonctionnels divers d'origine toxi-infectieuse ou de désordres anatomiques, on conçoit que la perturbation est encore plus accentuée. Mais cette question reste encore obscure.

Néanmoins, il n'est pas inutile de savoir que des faits assez nombreux permettent de penser que la psychiatrie, en s'engageant dans l'étude de plus en plus précise des troubles fonctionnels des centres sous-corticaux, aura devant elle une voie plus solide pour établir les grands types nosologiques mis en relief par la clinique. (*Paris médical*, 18 octobre 1924.)

L'ictère toxique par les moules.

A côté de l'intoxication brutale, paralytique, et souvent mortelle, par les moules, il existe une intoxication moins sévère, qui donne lieu à un ictère bénin.

Voici, en règle générale, comment évoluent les phénomènes : un sujet, indemne de toute maladie de foie, fait une plus ou moins large consommation de moules marinières ; le plat est partagé, et, premier caractère, les autres personnes qui partagent le repas restent en excellente santé.

Le repas de moules se fait parfaitement, pas de vomissements, pas de diarrhée, du moins dans les premiers jours, car au début de l'ictère, la diarrhée n'est pas rare, les vomissements possibles. L'ictère débute 2 ou 3 jours après le repas toxique, avec ce léger recul que l'on observe dans tous les ictères toxiques aigus. Le foie est souvent légèrement augmenté de volume et un peu douloureux ; la rate est normale ; les matières sont décolorées. La guérison est rapide.

Frappés de ce rapport de causalité entre l'ingestion de moules et l'apparition, 3 ou 4 jours plus tard, d'un ictère, MM. Noël Fiessinger et A. Ravina se sont demandé si, à côté de la mytilotoxine des moules vénéneuses, il n'existait pas une autre substance hépatotoxique. Leurs recherches ont démontré qu'on pouvait extraire de la moule, *mytilus edulis*, des substances toxiques qui se retrouvaient dans les extraits alcooliques et dans les extraits aqueux glycérinés, et l'existence, chez les animaux en expérience, d'altérations histologiques, témoigne bien de la présence incontestable dans la moule d'une substance hépatotoxique. Cependant, l'intoxication ne se produit que s'il y a fragilité du terrain, sensibilité viscérale du sujet : débilité familiale, héréditaire, acquise, sensibilité de circonstances ou permanente. C'est ce qui rend si difficile l'étude de ce qu'on pourrait appeler les intoxications à faible puissance.

Quelles sont les raisons de la toxicité des moules ? Le plus souvent les moules sont fraîches et on ne peut incriminer l'autolyse ; il faut, par contre, faire jouer un rôle important à la faculté qu'ont les mollusques de fixer dans leur parenchyme hépatique les microbes et les substances toxiques du milieu où elles séjournent.

Que le poison paralytique et le poison ictérigène soit le même à des doses différentes ou non, chose encore impossible à déterminer, la faible toxicité du poison ictérigène permet de mettre en évidence le rôle de la sensibilité viscérale dans le déterminisme des accidents morbides. (*Journ. des Praticiens*, 15 novembre 1924.)

L'occlusion intestinale expérimentale.

Pour expliquer le mécanisme des accidents observés au cours de l'occlusion intestinale, quatre théories méritent d'être retenues : la théorie réflexe, la théorie de la déshydratation, la théorie infectieuse, la théorie toxique.

Après discussion et expérimentation, G.-H. Roger estime que la théorie microbienne est incapable de rendre compte des accidents observés au cours de l'occlusion intestinale. Ce n'est pas à dire que les bactéries de la putréfaction ne jouent aucun rôle ; elles produisent des poisons, qu'on retrouve dans le contenu de l'anse obstruée et dont on peut démontrer le passage dans l'urine. Elles interviennent surtout quand l'obstacle porte sur le gros intestin. Il faut séparer complètement les occlusions du côlon ou du rectum et les occlusions de l'intestin grêle. Les premières évoluent rapidement et la mort est due à l'auto-intoxication. Les poisons qui interviennent se produisent dans le duodénum ; ils ont des origines multiples : les uns sont dus à l'action des sucs digestifs et spécialement du suc pancréatique ; les autres prennent naissance dans les parois de l'intestin ; l'excès en est rejeté dans la cavité digestive, le reste imprègne la muqueuse, et pénètre dans la circulation lymphatique et sanguine. Cette déviation du fonctionnement normal dépend, en partie, de la diminution et de la suppression des mouvements péristaltiques.

L'auto-intoxication d'origine duodénale n'intervient pas seulement dans les cas d'occlusion ; elle explique les accidents de plusieurs états morbides qui, directement ou indirectement, retentissent sur cette portion du tube digestif et qui tous tendent à abolir le péristaltisme : telles sont l'obstruction de la veine porte, l'insuffisance surrénale, la péritonite, même la péritonite aseptique expérimentale. (*La Presse médicale*, 25 novembre 1924.)

Qu'est-ce qu'un aliéné ?

A cette question difficile, M. de Fleury répond qu'il existe des maladies mentales de deux sortes : d'une part des maladies de l'intellect, *maladies du cerveau lésionnelles*, accidentelles, consécutives à une toxiinfection, que nous ne con naissons pa toujours, et qui, si elles sont graves, peuvent aboutir à l'internement, à la démence ; d'autre part, des *psychoses constitutionnelles*, maladies du domaine de l'affectivité, qui ne sont ni toxiques, ni lésionnelles.

Parmi les premières se rangent l'alcoolisme, la toxicomanie, l'épilepsie liée, peut-être, à une méningite intra-utérine, la confusion mentale, la parasthénie, la neurasthénie, la démence précoce, la psychose hallucinatoire chronique démentielle, la paralysie générale progressive, les démences organiques, la démence sénile.

Au nombre des maladies de l'affectivité, on peut citer la psychose émotive, la psychose perverse, la psychose mythomaniaque (besoin de mensonge et d'attirer l'attention), la psychose paranoïaque (égocentrisme, orgueil, défiance d'autrui, sentiment de propriété, hypocondrie ; deux types, évocatrice ou revendicatrice, persécutée persécutrice), la psychasthénie, etc.

Presque toujours les malades présentent des associations morbides ; les maladies sont distinctes, mais synergiquement associées.

L'étude de ces psychoses, particulièrement des psychoses constitutionnelles, a notamment contribué à élucider la psychologie moderne. Autrefois, on résumait les facultés de l'âme sous les titres suivants : intelligence, mémoire, jugement, volonté, sensibilité. Depuis le livre de Delmas et Paul, nous savons qu'une personnalité humaine innée se compose d'une imagination et d'un jugement (c'est l'entendement), et d'une affectivité, qui comprend l'activité et l'émotivité, la bonté, le sentiment du devoir, dont l'abolition constitue la psychose perverse, la véracité et la sociabilité, la vanité.

Cette personnalité innée se complète d'une personnalité acquise, venant du milieu, des exemples reçus, des habitudes contractées ; comme il y a des associations morbides, il y a des associations de caractères.

Cette conception est supérieure à la psychologie de Freud, qui repose uniquement sur des états pathologiques. Avec la doctrine de Delmas, nous comprenons tout, et le bien et le mal qui sont en nous. (*Journal des Praticiens* du 8 novembre 1924.)

Action du stovarsol sur le parasitisme intestinal.

D'après le Pr E. Marchoux, le stovarsol guérit la dysentérie amibienne ; il guérit certains cas de lambliose et les améliore tous ; il détruit les blastocystes ; il interrompt les indigestions parce que l'arsenic, sous cette forme, qui active l'action des diastases digestives, rend les déchets non attaqués imputrescibles. Il guérit les diarrhées, les névralgies toxiques (lumbago, sciatique, névralgies intercostales, etc.), et améliore les gingivites expulsives. (*Paris médical*, 22 novembre 1924.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

UNE ŒUVRE DE PROTECTION, D'ORGANISATION ET DE DÉFENSE DE LA PROFESSION MÉDICALE

I

LE CONCOURS MÉDICAL

Ses origines. — Ce qui le caractérise. — Son but et son programme.

« Dans toute communauté saine, a dit le Président Roosevelt (1), il doit y avoir solidarité de sentiment et une connaissance de la solidarité d'intérêt parmi les différents membres. Là où cette solidarité cesse d'exister, là où il n'y a nulle camaraderie, la communauté est mûre pour le désastre. »

Pendant près d'un siècle, la communauté médicale fut sans solidarité de sentiment, et sans connaissance de la solidarité d'intérêt de ses différents membres que nulle camaraderie n'unissait. Ce fut la grand mérite d'Auguste Cézilly de réveiller cette solidarité de sentiment, d'établir cette solidarité d'intérêt, de créer cette camaraderie qui rendit la santé et la force à la communauté médicale et la sauva du désastre.

***

Depuis que la Révolution française avait supprimé les corporations, en 1791, médecins et chirurgiens s'étaient trouvés isolés.

En dehors des groupements officiels, soumis, comme l'Institut et l'Académie de médecine, au contrôle de l'Etat, en dehors de quelques vagues et timides sociétés scientifiques, étroitement surveillées, et de sociétés de bienfaisance et de secours mutuels qui ne pouvaient sortir de leur rôle, les professions, et surtout la profession médicale, étaient absolument désorganisées. Aucun lien n'existait entre les gens de même métier, ils ne pouvaient se réunir, ni se concerter. Les médecins de campagne plus isolés que ceux des villes, à une époque où les moyens de communications étaient difficiles, souffraient encore davantage de cet individualisme excessif que l'on avait instauré, sans doute par ironie, au nom de la Liberté. Les divers gouvernements qui se succédèrent pendant les trois premiers quarts du XIXe siècle, veillèrent avec un soin jaloux à étouffer toute tentative de réveil d'un mouvement corporatif professionnel.

Cependant l'influence de l'évolution des Trades Unions anglaises se fit sentir en France et le mouvement corporatif commença à renaître, en marge de la loi, à la fin du second Empire.

Les médecins isolés n'avaient fait aucune tentative sérieuse pour s'organiser, quand en 1879, un médecin exerçant à Chantilly, ancien médecin de la marine, le Dr Auguste Cézilly, résolut de grouper les praticiens dans le but d'étudier les moyens d'améliorer leurs conditions d'existence et de réaliser une solide organisation corporative.

Pour atteindre ce but, il fallait un trait d'union entre les praticiens de campagne isolés, il fallait trouver le moyen de leur permettre d'échanger leurs idées : seul un journal pouvait remplir ce rôle. Cézilly fonda donc le 5 juillet 1879 notre journal, le *Concours médical.*

Le *Concours médical* n'était pas destiné à être un journal comme les autres organes de la presse médicale française. Dans l'esprit même de son fondateur et dès le début, il devait être un rouage important d'une œuvre plus complexe et avant le journal, Cézilly avait créé la Société d'études : *Le Concours médical.*

Dans cette Société devait s'élaborer tous les projets d'organisation et de réformes, destinés à la rénovation de l'exercice de la médecine en France. Le journal devait servir à divulguer ces projets, à poser des questions aux membres de la Société, à faire connaître leurs réponses, à amener des échanges de vue, des discussions, dont la Société s'emparerait à son tour pour les étudier, les coordonner et réaliser si possible des organismes nouveaux, capables d'améliorer le sort du médecin praticien.

Ce travail du *Concours médical,* journal et Société d'études, que nous avons comparé à celui d'un laboratoire, a consisté et consiste bien encore à de véritables recherches. On étudie au *Concours médical* les faits sociaux qui intéressent le médecin, on les soumet à l'analyse des lecteurs du journal, des membres de la Société qui les envisagent sous tous leurs aspects, les critiquent, puis dans un travail de synthèse on cherche la solution du problème et l'on tente de la réaliser pratiquement.

Cézilly avait ainsi conçu le *Concours médical,*

(1) *La Vie intense.*

ses successeurs n'ont rien modifié à cette conception heureuse, ils l'ont développée et sont parvenus, en moins de cinquante ans, à faire de l'œuvre du fondateur ce qu'elle est devenue.

***

Bien timides furent les débuts de cette institution nouvelle. Pendant les premières années, la partie professionnelle, celle qui devait caractériser le journal, était fort réduite. Les collaborateurs étaient bien timorés, bien prudents ; le plus souvent leur correspondance n'était signée que de leurs seules initiales, sans indication du nom de leur résidence et cependant leurs lettres étaient bien anodines. En les lisant, l'on sent que ces pauvres médecins de campagne, peu habitués aux audaces que donne la liberté, en font en tremblant l'apprentissage. Parfois, cependant, des lettres signées de Margueritte (du Havre), de Béraud (de Charlieu), de Cauchy (de Bapaume) montrent que, parmi ces médecins de province, il était des hommes d'action, qui savaient parler net et faire preuve d'énergie. L'échange de ces lettres donna lieu à la création des *Syndicats médicaux*, véritable révolution dans l'histoire de la profession médicale.

Mais si les syndicats médicaux avec Mignen (de Montaigu en Vendée), Treille (de Lavaveix-les-Mines en Corrèze) et Noir (de Brioude en Haute-Loire) étaient devenus en 1881 une réalité, il faut bien reconnaître qu'à leur début leur influence était à peu près nulle. Ce fut le *Concours médical* et Cézilly, son directeur, qui établirent un lien entre ces syndicats, qui leur donnèrent la vie, qui leur fournirent les moyens de se développer et d'agir.

Bien que n'ayant aucune existence légale (la loi des syndicats ne fut promulguée que trois ans après leur naissance), ils élaborèrent un programme et posèrent en principe, pour répondre à ceux qui leur reprochait de s'occuper trop d'intérêts matériels et de transformer le sacerdoce médical en métier, que le seul moyen efficace d'élever le niveau moral du médecin était de le mettre à l'abri de la misère et de lui assurer une situation matérielle suffisante et digne de l'importance de son rôle dans la société et de ses services.

La promulgation de la loi de 1884 sur les Syndicats engagea le *Concours médical* à créer l'*Union des Syndicats médicaux de France* (27 juillet 1884) mais les tribunaux ne voulurent pas admettre l'application de la loi syndicale aux médecins et il fallut attendre la nouvelle loi de 1892 sur l'exercice de la médecine pour que les Syndicats médicaux puissent jouir d'une existence légale.

Pendant ces huit années, le *Concours médical* fut le seul centre de défense professionnelle ; ce fut dans ses bureaux que l'on s'efforça de rendre pratiques les projets qui devaient devenir la loi du 30 novembre 1892 ; ce furent les membres du Conseil de direction du *Concours médical*, qui obtinrent de Chevandier, de Cornil, du ministre Émile Loubet, les modifications du projet de loi et arrachèrent au Sénat le droit aux médecins de se syndiquer.

Ces seuls résultats suffiraient à la gloire d'une institution comme la nôtre et lui donneraient droit à la reconnaissance du Corps médical. Mais là ne se borna pas son œuvre.

Les Syndicats médicaux se multiplièrent, leur Union, peu à peu développée, dut par la force des choses se séparer du *Concours médical* et devenir autonome. Mais, en maintes circonstances, le *Concours médical* lui prêta main forte.

Plus libre que les grandes organisations officielles du corps médical, l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France et l'Union des Syndicats médicaux de France, moins gêné par les obligations légales, plus capable de prendre d'audacieuses initiatives et craignant moins de se compromettre par l'échec d'expériences et de tentatives, le *Concours médical* s'ingénia à créer en faveur des médecins ce que l'Association générale ou l'Union des Syndicats ne pouvaient ou n'osaient faire. Nombreux furent les projets qui s'élaborèrent dans son sein ; tous ne furent pas réalisés. Certains furent abandonnés dès qu'on s'aperçut de l'impossibilité de les mener à bien. D'autres, comme la *Financière médicale* par exemple, destinée à obliger les Compagnies d'assurances accidents à améliorer leur tarif médical, disparurent quand une législation nouvelle (modification de la loi de 1898 sur les accidents du travail par la loi de 1905) supprima leur raison d'être.

Il en fut comme la *Mutualité familiale* et le *Sou médical* qui vécurent et prospérèrent : la *Mutualité familiale* assurant avec ses multiples combinaisons, une indemnité maladie, une retraite aux médecins, une pension aux veuves ; le *Sou médical*, prenant à sa charge la défense individuelle du médecin dans tous les procès et conflits résultant de l'exercice de sa profession et assurant, pour une cotisation minime (25 francs), outre ces avantages considérables, une somme allant jusqu'à 50.000 francs en cas de condamnation à des dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Ce n'est pas encore tout. Le *Concours médical* s'efforce de procurer au médecin tous les renseignements, tous les conseils, dont il peut avoir besoin, tant au point de vue technique et scientifique, que juridique, déontologique, etc. Les membres de son Conseil de direction qui ne comptent que des amis, ne refusent leur collaboration à aucune œuvre médicale utile, à aucune

manifestation où la profession médicale a sa place.

Mais le *Concours médical*, qui est une réunion d'œuvres, groupées autour d'un journal, doit avoir un but et un programme. Le but a été défini par A. Cézilly lui-même :

C'est par un échange d'idées entre praticiens, par une coopération, rendue possible par le journal, l'amélioration des conditions d'existence et de la situation morale du médecin français.

C'est encore, par l'intermédiaire de la Société d'études, la mise au point des projets de toute institution pouvant servir à ce but.

C'est enfin, après la création de ces institutions sous l'égide du *Concours médical*, de leur permettre de grandir et de prospérer, grâce à sa propagande et à son aide morale et matérielle.

Ce but a été fidèlement poursuivi et la prospérité de la *Mutualité familiale* et du *Sou médical* en fait foi.

Le programme du *Concours médical*, borné d'abord à la défense et à la protection du médecin a dû, au fur et à mesure du développement de la médecine sociale, prendre plus d'ampleur et devenir un programme d'organisation de la profession médicale.

Nous partons au *Concours médical* de cette proposition qui ne peut guère plus être discutée : C'est que l'organisation de toute profession dont l'intérêt n'est pas en accord avec l'intérêt public est fatalement appelée à se modifier, même à disparaître. C'est parce que l'intérêt des vieilles corporations n'avait pu ou su s'adapter à l'évolution de la Société moderne et s'opposait à l'intérêt public que ces institutions, malgré les services qu'elles avaient rendus et leur antique origine, étaient d'abord tombées en décadence, puis avaient disparu à la fin du XVIIIe siècle.

Il est donc indispensable, pour organiser solidement la profession médicale, de faire concorder ses intérêts avec l'intérêt des malades en général et l'intérêt public.

Mais la proposition que nous avons énoncée a un corollaire. C'est que certaines professions qui contribuent à l'amélioration de la société (et la profession médicale en est une des plus importantes) exigent, pour remplir leur mission, l'indépendance la plus complète possible et ne peuvent se plier ni au salariat, ni à la fonctionnarisation.

Le salariat et la fonctionnarisation suppriment l'initiative et bornent l'effort aux limites d'une convention. Dans une profession comme la médecine, l'initiative libre est indispensable et l'effort doit se doubler du dévouement qui, dans de nombreuses circonstances, doit être sans limites.

Un salarié, un fonctionnaire ont rempli consciencieusement leur devoir lorsqu'ils ont donné un certain nombre d'heures de travail sérieux, fixé par un contrat ou un règlement. Le travail du médecin et du chirurgien n'est accompli en conscience que lorsqu'ils ont fait tout ce qu'il leur est humainement possible pour guérir ou soulager le malade.

En outre le salarié et le fonctionnaire, remplissant un travail donné, peuvent être payés proportionnellement à ce travail par une somme fixée d'avance. Le travail du médecin ne saurait être ainsi apprécié. La vie et la santé ne peuvent être mises à prix. Si le médecin contribue à leur sauvegarde ou à leur rétablissement, aucune somme d'argent ne peut rémunérer ses services. Si ces derniers ont été nuisibles ou inutiles, ce qui, presque toujours, est impossible à établir, ils ne méritent en droit strict aucune rétribution. Aussi le médecin qui est, comme tout homme, obligé de vivre de sa profession, n'exige ni un salaire, ni des appointements, mais des *honoraires*, c'est-à-dire une somme arbitrairement fixée, destinée à le faire vivre en l'indemnisant de ses peines et de la perte de son temps. Mais ces honoraires, dont les tarifs sont purement indicatifs et arbitrairement établis, n'indiquent nullement la valeur du travail accompli, ni des services rendus.

C'est, en se basant sur ces principes, que le *Concours médical*, tout en cherchant à faciliter l'adaptation de l'intérêt du médecin aux exigences de la société nouvelle, en constante évolution, s'oppose avec énergie à la naissance ou au développement du salariat et de la fonctionnarisation du médecin.

Pour remplir ce programme, il s'adresse à tous ses lecteurs, il accepte toutes les idées, toutes les thèses, n'exige de ses correspondants et de ses collaborateurs que la bonne foi et la courtoisie. Sa rédaction admet la contradiction et, dans la recherche de la vérité, dans celle des solutions utiles et possibles, repousse tout parti-pris, toute idée préconcue. Persuadée que le médecin, appartenant à une élite instruite et intelligente, est capable, une fois documenté, de se faire une opinion lui-même, elle le sollicite à faire connaître cette opinion individuelle et cherche à en dégager une opinion générale.

Au cours de ces discussions, le *Concours médical* s'efforce d'éviter les polémiques inutiles, les attaques personnelles irritantes, ce qui n'est pas toujours facile. Aucune animosité, aucune haine ne le guident. Toujours prêt à reconnaître la valeur et le mérite où il se trouve, il ne se laisse éblouir ni par les titres, ni par les situations dont il connaît la vanité trop fréquente.

En dehors de toutes les préoccupations de la politique qui fait toujours passer l'intérêt d'un parti avant celui de la Nation, n'ayant d'autre ambition que celle de remplir utilement sa tâche,

le *Concours médical* restera ce qu'il est et a été : un organisme jaloux de son indépendance, constamment à la recherche de la vérité, dévoué au bien public et à l'intérêt médical qui doivent toujours se concilier.

J. Noir.

II

LE JOURNAL « LE CONCOURS MÉDICAL »

Fondé par Auguste Cézilly, le journal le *Concours médical* parut pour la première fois à la date du 5 juillet 1879. Son premier numéro contenait quatorze pages de texte.

En tête, le fondateur y exposait son programme, qui peut se résumer dans cet alinéa que nous en détachons : « Nous voulons que le *Concours médical*, quoique scientifique, reste intéressant pour tous ; que, quoique pratique, il ne se réduise pas à un volumineux recueil de formules ou de leçons banales. Il devra suffire à tous nos lecteurs qui pourront, lorsque le nombre de ses pages sera suffisamment accru, négliger sans réel inconvénient la partie qui ne cadrerait pas avec leurs goûts, leur tournure d'esprit, assurés qu'ils seront alors de trouver, d'autre part, une lecture appropriée à leurs convenances ».

Venaient ensuite : des revues générales sur la *Pectoriloquie aphone* et l'*ostéomyélite de la croissance* ; une leçon professée à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris par le Dr Cadier, sur le *Laryngoscope* ; des Notes de thérapeutique sur le *traitement de la paralysie agitante*, sur *les antagonistes du bromure de potassium* ; une formule de *suppositoires contre le vaginisme* ; une demi-colonne de nouvelles.

C'est dans le numéro 4, daté du 26 juillet 1879, qu'on voit apparaître pour la première fois la *Chronique professionnelle*, avec le compte-rendu d'une réunion de la Société locale de l'Oise.

Dans le numéro du 9 août 1879, nous trouvons une note de Me Chaudé, avocat à la Cour, sur l'exercice de la pharmacie par les médecins, et une statistique comparée des professions médicales en France. Nous apprenons ainsi qu'en 1876, on dénombrait, pour environ 37.000.000 d'habitants, 10.743 docteurs en médecine ; 3.633 officiers de santé ; 12.000 sages-femmes.

Le pli en est pris. Il y aura désormais chaque semaine une Chronique professionnelle, faite en partie avec la correspondance des lecteurs du *Concours médical*, et traitant toutes les questions qui intéressent déontologiquement la profession. C'est ainsi que, le 11 octobre, un abonné pose la question suivante : « Est-ce qu'un médecin militaire, qui a traitement, domestique et cheval alloués par le gouvernement et qui ne paye pas patente, a le droit de faire de la clientèle lorsqu'il habite une localité bien pourvue de médecins civils.... ? »

Cette rapide revue rétrospective suffit à exposer quel est l'esprit qui présida dès l'origine à la rédaction du *Concours médical* ; dans les tout premiers numéros de ce journal, nous trouvons proprement l'embryon de ce qu'il deviendra plus tard.

....

Vingt ans après ! Le numéro du 8 juillet 1899 ne compte encore que douze pages de texte. Mais quel texte déjà ? Un Propos du Jour de Jeanne, sur *la réforme de l'expertise médico-légale* ; un feuilleton de Grellety, intitulé : *Appel à la prudence* ; une Semaine médicale comprenant : *Cure radicale des ulcères variqueux* ; *les courants de haute fréquence dans l'arthritisme* ; *le traitement chirurgical des hémorroïdes*. Le Dr Legendre, médecin des hôpitaux, traite la question des *Sanatoriums français pour tuberculeux*. Le Dr Gannat, de Vichy, relate un cas de *mutisme hystérique*. La Chronique professionnelle comprend des communications sur les *Assurances accidents* et sur la *Société médicale d'assurances en Belgique*. Sous la rubrique Jurisprudence médicale, le *Concours médical* publie un jugement qui condamne un bandagiste pour exercice illégal de la médecine. Enfin, un Bulletin des syndicats et des sociétés locales tient les lecteurs au courant du mouvement professionnel au sein de ces groupements.

....

Quinze ans plus tard, 28 juin 1914 : nous sommes, sans nous en douter, à la veille de l'effroyable cataclysme qui, durant quatre ans et demi, ensanglantera la France et l'Europe, paralysant toutes les activités, en dehors de celles qui concourent à assurer la défense nationale. Le *Concours médical* a fait du chemin. Ce numéro compte en effet 16 pages de texte et 6 pages de demi-colonnes. Il débute par un Propos du jour, de Noir. Il se divise ensuite en deux grandes parties, séparées précisément par les demi-colonnes : la Partie scientifique, et la Partie professionnelle. Rappelons seulement les rubriques de chacune de ces parties à cette date : *Clinique médicale*; *Revue des Sociétés savantes* ; *Thérapeutique* ; *A travers la Presse et les publications médicales* ; *Bibliographie*. — *L'exercice de la Pharmacie*. Les demi-colonnes du milieu sont réservées à la correspondance et à certaines informations et actualités du monde entier.

Pendant la guerre, le *Concours médical* a continué à paraître régulièrement deux fois par mois. Il a été servi à tous ses abonnés, dont la plupart étaient aux armées, sans réclamer à ceux-ci aucun

paiement. Il s'est efforcé de les tenir au courant du mouvement scientifique qui se nourrissait alors surtout de médecine et de chirurgie de guerre. Il a en outre, avec une ténacité et un succès dont il lui fut tenu compte plus tard, défendu énergiquement les intérêts des médecins mobilisés, ne négligeant aucune occasion de leur préciser certains de leurs devoirs, mais surtout de leur rappeler leurs droits, en les aidant à les faire valoir.

Enfin, le cauchemar prit fin. Ce n'est cependant qu'en mars 1919 que le *Concours médical* reprit sa parution hebdomadaire. Dès cette époque, les abonnés affluèrent, cependant que les grosses firmes de spécialités pharmaceutiques commencèrent à se disputer sa publicité.

Dès lors, son succès ne fit que grandir, en même temps que lui-même prenait du corps. Chargé par la confiance de mes collègues du poste de secrétaire de la rédaction, je m'efforçai de composer chacun de ses numéros d'une façon suffisamment éclectique pour que tous les lecteurs fussent assurés d'y trouver chaque semaine pâture à leur goût ; je demeurais ainsi fidèle à la formule qu'Auguste Cézilly définissait le 5 juillet 1879.

Et voici que le numéro du 4 janvier 1925 compte 38 pages de texte et 17 pages de demi-colonnes. Celles-ci encadrent, au commencement et à la fin, le corps même du journal. Elles comprennent la correspondance, de plus en plus volumineuse, — les Notes de pratique quotidienne ; — des Extraits du *Journal officiel* ; — des Variétés, etc.

La division en deux grandes parties : scientifique et professionnelle, a été maintenue, car elle correspond d'une façon absolue au caractère du journal. Mais j'ai subdivisé chacune de ces parties d'une façon très apparente, en débutant ici et là par les travaux originaux, et en continuant, dans la première, par l'Actualité scientifique, avec la Presse, les Sociétés savantes, les Congrès, les Livres, les Thèses, la Thérapeutique appliquée ; dans la seconde, par les Comptes rendus, les Documents, les Pièces officielles, le Reportage...

A-t-il reçu sa forme définitive ? Je me garderais bien de le prétendre. Je pense au contraire qu'un journal médical doit être sans cesse en évolution, de manière à donner la plus grande somme de satisfactions possibles à ses lecteurs. Il doit se perfectionner constamment. Et c'est ce que nous nous efforçons de faire, chacun de nous avec sa compétence et ses aptitudes particulières.

Le *Concours médical* s'adresse surtout aux médecins praticiens des villes et des campagnes. Il a la prétention de leur fournir hebdomadairement une abondante documentation de toutes sortes. Le premier article scientifique est généralement l'œuvre d'un professeur, d'un médecin des hôpitaux, d'un chef de clinique ou d'un interne, aussi bien de province que de Paris. Il précise, toujours dans un sens essentiellement pratique, une question d'actualité, au point de vue pathogénique, clinique, séméiologique, thérapeutique. Une leçon d'un de nos maîtres les plus estimés des hôpitaux fait généralement suite au leading article. Nous publions très volontiers les observations que nous adressent nos abonnés et qui sont le reflet de leur pratique quotidienne La Revue de la presse médicale et des Sociétés savantes ne contient que des analyses ou des comptes rendus de travaux ressortissant à la pratique de la médecine ....

Dans la partie professionnelle trouvent place les Propos du Jour de Noir ; les décisions de justice concernant l'art médical présentées et savamment commentées par Paul Boudin ; des études sur les questions professionnelles à l'ordre du jour, sur la Mutualité ; des revues automobilistes, littéraires ou théâtrales ; toutes les lois, tous les arrêtés, toutes les circulaires, tous les décrets, qui intéressent le médecin ; les comptes rendus des séances des groupements professionnels, etc.

Le *Concours médical* est une tribune indépendante où toutes les opinions peuvent se manifester, et se manifestent en réalité. C'est, comme l'a dit notre rédacteur en chef, Noir, une société, un laboratoire, où l'on étudie toutes les sujets qui précocupent le corps médical, dans ses rapports avec l'Etat et avec les collectivités, — laissant aux Syndicats et à l'Union des syndicats le soin de prendre les décisions utiles et de mener l'action qui les fera triompher.

Enfin, le *Concours médical* ouvre largement ses colonnes aux œuvres filiales : le « Sou médical », et la « Mutualité familiale du corps médical français », dont il publie régulièrement les comptes rendus.

Pour terminer par l'éloquence des chiffres, le *Concours médical* a un tirage annuel de 600.000 exemplaires, y compris quatre numéros spéciaux servis à tous les médecins de France et des colonies. Ses lecteurs permanents dépassent le nombre de 8.000. Sa diffusion est considérable et son succès persistant.

Car son but essentiel est, dans tous les domaines : *le mieux-être du médecin français.*

G. Duchesne.

III

LE SOU MÉDICAL

Ligue de défense professionnelle.

Que faut-il entendre par protection et défense professionnelles ?

Lorsque nous feuilletons la collection du *Concours médical*, nous voyons combien la partie professionnelle de ce journal acquiert de l'importance.

Jadis des discussions, plus théoriques que d'action pratique, intéressaient les lecteurs ; actuellement, la correspondance se fait plus active, concernant des points très précis de l'exercice de la profession ; de véritables consultations juridiques doivent être données.

Si maintenant, nous parcourons les archives du « Sou Médical », nous constatons la même orientation.

Il faut en chercher la cause dans ce fait que le médecin ne jouit plus de la même considération que jadis ; le docteur d'antan, ami et conseiller de la famille, a fait place au praticien, qui, pourrais-je dire, est rémunéré à la tâche. Il semblerait que le malade donne, en quelque sorte, un mandat à son médecin d'avoir à le guérir : si cette mission ne lui paraît pas avoir été complètement remplie, le client a tendance à réclamer une réparation à son docteur, au lieu de lui régler ses légitimes honoraires.

Joignons à cet état d'esprit l'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin. Collectivité privée, organisation publique : une tierce personne s'arroge un droit de regard, tant dans le traitement que dans le règlement des honoraires, et ce, en vertu de lois sur les accidents du travail, sur l'assistance médicale gratuite, ou sur les pensionnés et réformés de guerre.

Le médecin d'aujourd'hui est donc conduit, par cette évolution sociale, à devoir se défendre en justice, ou à attaquer lui-même pour faire reconnaître ses droits.

1° Le médecin doit se défendre devant les tribunaux.

a) Responsabilité professionnelle.

C'est le plus souvent en réponse à l'envoi d'une note d'honoraires que le client, non seulement se refuse à payer sa dette, mais encore prétend qu'il a droit à des dommages-intérêts, parce qu'il a été mal soigné, ou parce que la guérison n'a pas été aussi complète qu'il l'aurait voulu.

Fractures mal consolidées, cal vicieux ; mort pendant l'anesthésie, brûlures involontaires, radiodermites, prétendues négligences ou méconnaissance des méthodes nouvelles de traitement, ou de diagnostic, erreurs de formule et de prescriptions, opérations chirurgicales suivies de mort, etc., etc.

Mais les menaces sont beaucoup plus fréquentes que les poursuites. En faisant peur d'un procès, le client espère que le médecin reculera, effrayé devant les frais de sa défense en justice, devant la mauvaise publicité qu'une telle affaire pourra lui procurer : il escompte ce désir de tranquillité et croit que, quelque peu terrorisé, le docteur fera abandon de sa créance.

Le procès suit-il son cours : le praticien ne peut s'en désintéresser ; il lui faudra comparaître devant les experts, donner des explications compatibles avec l'obligation au secret professionnel, se concerter avec son avocat, etc.

Que de soucis pour un confrère qui vit dans son isolement professionnel et ne peut compter, parce que non-adhérent, sur les associations professionnelles médicales !

b) Cas divers.

Répétition de l'indû : des clients peu consciencieux, ayant été obligés de payer leur médecin, s'ingénient ensuite à rentrer dans leurs débours, sous des prétextes divers, tantôt parce qu'ils font partie d'une société de secours mutuels, ou qu'ils sont couverts par une assurance, tant pour eux que pour leurs domestiques, tantôt parce qu'admis dans un hôpital, ils croient ne rien devoir au chirurgien, qu'ils ont cependant honoré avant une intervention chirurgicale.

Le praticien est donc conduit à se défendre en justice, pour démontrer que c'est à bon droit qu'il a touché ses honoraires et que par conséquent, il entend garder ces sommes, qui lui ont été versées.

Conflits avec des tiers : luttes principalement avec des pharmaciens, qui attaquent le docteur voisin, soit à la suite de propos injurieux, paroles de dénigrement, soit parce que le docteur a vendu quelques médicaments à ses malades de campagne ; conflits avec des compagnies d'assurances contre les accidents, qui, au lieu de payer la facture d'un pharmacien, entendent appeler le docteur en garantie, sous le prétexte d'abus de prescriptions et de médicaments, etc., etc.

2° Le médecin est dans la nécessité de faire valoir ses droits et de faire respecter ses intérêts.

a) A l'amiable.

Le praticien, très absorbé par sa vie journa-

lière professionnelle, n'a pas le temps de lire attentivement, ni d'approfondir tous les journaux médicaux qu'il reçoit, ou auxquels il est abonné. Il parcourt rapidement les gazettes qui traitent de questions corporatives, car il sait comment et où il trouvera les conseils nécessaires, lorsqu'un cas litigieux viendra troubler sa quiétude.

Le Droit médical professionnel est une science nouvelle : il a pris naissance dans les nombreux dossiers du « Sou médical » ; cette Ligue de défense professionnelle a examiné, étudié, résolu tant de problèmes divers, qu'elle a dégagé peu à peu les directives d'un Droit corporatif, s'appliquant aux diverses situations juridiques, dans lesquelles se trouvent les médecins par rapport à leurs clients, tant individuels que collectifs.

En face d'un mauvais payeur (individualité, ou collectivité publique ou privée), le confrère a besoin d'être conseillé ; il lui faut une véritable consultation juridique sur son cas particulier ; il lui est nécessaire de savoir quels sont ses droits, de quelle manière il pourra les faire valoir.

Ce sont des textes de jurisprudence à remémorer, ayant déjà résolu des difficultés analogues ; ce sont des articles de lois ou de règlements divers qu'il faut invoquer, ou interpréter, pour résoudre une difficulté de tarification, surtout en matière d'accidents du travail.

Mais ces mêmes textes législatifs ou reglementaires, voire même jurisprudentiels, doivent aussi passer au crible des habitudes professionnelles. Un avocat connaîtra mal les nécessités de notre vie médicale de chaque jour ; il n'envisagera pas, comme un médecin, les situations juridiques spéciales à notre profession.

Aussi est-il nécessaire que le docteur soit guidé par une association de confrères, conseillés eux-mêmes par des spécialistes du Barreau. Ainsi est né, ainsi se développe le Droit médical, véritable clinique spéciale, formée des incidents médico-juridiques de chaque jour.

b) Par voie de justice.

Ici, les conseils sont encore plus indispensables. Combien de médecins n'ont-ils pas perdu de bons procès parce que ces derniers ont été mal engagés. Le juge ne peut accorder que ce qu'on lui demande : il ne peut pas, *proprio motu*, mettre en cause, ou condamner celui qui, au cours des débats, s'est révélé comme responsable des honoraires du médecin, alors que ce responsable n'a pas été régulièrement cité en justice.

Il ne suffit pas d'avoir le bon droit, l'équité et le bon sens de son côté, pour gagner son procès. La Justice idéale, absolue, est bien souvent contraire au bon sens immédiat et à l'équité. D'autant que la justice est interprétée et rendue par des hommes, faillibles parce qu'êtres humains.

Par suite, il est indispensable que le litige soit, au préalable, bien étudié par un conseil médico-juridique, qui, après avoir envisagé toutes les pièces du dossier, engagera le médecin à introduire son action en justice, dans des termes déterminés, et contre un ou plusieurs responsables présumés. Au juge de dire qui paiera le docteur.

Parfois, la question soulevée est de droit administratif : elle nécessitera, dès lors, la recherche de textes législatifs, ou réglementaires, voire même l'obligation de consulter les bureaux ministériels compétents.

Quels sont ces litiges professionnels ?

Citerons-nous les nombreuses affaires, qui intéressent juridiquement le Corps médical ? Il faudrait feuilleter toute la collection du *Concours médical*, pour voir, non seulement le rapport annuel du secrétaire général du « Sou médical », mais encore les extraits des procès-verbaux des séances du conseil d'administration de cette Ligue de Défense professionnelle.

A côté des questions de recouvrement d'honoraires, dont nous venons de parler, se trouvent toutes les interprétations des tarifs officiels : assistance médicale gratuite, accidents du travail, loi des pensions, médecine légale, etc.

Mais, dans ces procès, le médecin peut se trouver aux prises avec de grosses difficultés. Nombreux sont les cas, dans lesquels l'adversaire, pour lasser la patience du docteur, se lance dans le maquis de la procédure, se dérobe, oppose arguments sur arguments, conclusions sur conclusions, fait défaut, fait appel, s'adresse à la Cour de Cassation.

Le praticien ne peut-il pas se montrer effrayé du bruit fait autour d'une petite question de recouvrement d'honoraires, comme des frais qui augmentent chaque jour, frais de procédure, provisions à donner aux avoués et aux avocats ?

Et c'est bien sur cet effroi que comptent certains contentieux de collectivités, surtout privées, espérant ainsi mater les médecins assez indépendants pour réclamer les sommes auxquelles ils croient avoir régulièrement droit.

Devons-nous passer en revue les rubriques annuelles, sous lesquelles le secrétaire général du « Sou médical » range chaque année les nombreux litiges qui sont résolus par la Ligue ?

Ne faut-il pas assister le médecin qui est brusquement révoqué de ses fonctions administratives publiques ou privées, qu'il remplissait souvent avec l'agrément de son Syndicat ?

Ne faut-il pas aider un confrère à donner une leçon méritée à des diffamateurs, à des concurrents malhonnêtes, comme aux illégaux qui fourmillent et sont légion ? Y a-t-il lieu d'aplanir des difficultés déontologiques entre praticiens voisins, ou entre remplaçant et remplacé, entre médecin et pharmacien ? Des bruits malveillants, colportés dans le but de nuire à la considération

d'un docteur, peuvent avoir de très fâcheuses répercussions sur l'exercice de la profession et il est nécessaire d'y mettre un terme.

Puis, ce sont toutes les questions d'impôts, de patente et autres taxations diverses, qui pèsent bien lourdement sur le budget médical.

C'est la lutte contre le propriétaire, qui, sans souci du logis professionnel, met à la porte un médecin, sans se demander si ce dernier aura la possibilité de se loger, dans la proximité, pour ne pas perdre son noyau de clients.

Ce sont les tentatives de détournement de clientèle, si fréquentes dans les petites localités et ayant souvent pour origine des conflits d'ordre politique ou confessionnel.

Il faut encore au médecin praticien des conseils pratiques, parce qu'il est accusé d'avoir violé le secret professionnel, ou parce qu'il doit déposer, certifier, alors que l'obligation au silence lui fait un devoir de se taire. Et le docteur a besoin d'être guidé, conseillé, pour pouvoir résister victorieusement aux injonctions d'un magistrat enquêteur, ou de l'avocat de la partie adverse.

Ce sont encore les modalités nouvelles de l'exercice de notre art, qui obligent le praticien à avoir recours à des conseils médico-juridiques : associations entre confrères, créations de cliniques, dans lesquelles plusieurs docteurs exerceront chacun une spécialité, ententes avec des bailleurs de fonds, administrateurs d'établissements, de traitements et de cures diverses, etc. : par conséquent, il faut une certaine science médico-juridique pour la rédaction de ces contrats d'association, tant pour conserver les intérêts matériels du médecin, que pour sauvegarder son indépendance scientifique.

Il faut aussi que le docteur, agissant de bonne foi, ne se trouve pas un jour en présence d'un contrat frappé de nullité radicale, ou qu'il compromette son honorabilité professionnelle dans une entreprise médicale, soit illicite, soit par trop commercialisée.

Qu'est-ce que le « Sou Médical » ?

Fondé en 1897 par les directeurs du *Concours médical*, le « Sou médical » est une Ligue destinée à assurer la défense et la protection individuelles du médecin, cependant qu'il constitue en quelque sorte une assurance contre la responsabilité individuelle.

Les lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, sur les syndicats professionnels, ainsi que la jurisprudence concernant le droit syndicat, refusent aux groupes professionnels de s'occuper d'autre chose que des intérêts corporatifs collectifs. Un syndicat ne peut pas prendre la défense d'un seul de ses membres, pour un intérêt privé, cet intérêt fût-il d'ordre exclusivement professionnel.

Aussi le « Sou médical » fut-il créé pour combler cette lacune et pour ne s'occuper que de la défense individuelle, laissant à l'Union des Syndicats médicaux le soin de lutter pour la corporation tout entière.

Le « Sou médical » est également une sorte d'assurance contre la responsabilité professionnelle, parce qu'une partie des cotisations est versée dans une caisse spéciale, dite Caisse de garantie, dont les fonds doivent servir à couvrir les adhérents contre les dommages-intérêts auxquels ils pourraient être condamnés, pour responsabilité civile.

A la création de la Ligue, la cotisation annuelle était de 18 francs par an. En 1904, elle a été augmentée de deux francs, destinés à être versés à une Caisse de garantie par laquelle chaque adhérent était couvert jusqu'à concurrence de 2.000 francs de dommages intérêts.

Mais si, au début, les procès en responsabilité étaient extrêmement rares, les plaintes de plus en plus nombreuses contre les médecins firent envisager la nécessité de porter à un chiffre supérieur cette garantie. En 1914, elle devait être portée à 5.000 francs, sans augmentation de la cotisation ; mais la guerre empêcha la réunion d'une assemblée générale.

Il fallut attendre novembre 1919 : l'assemblée générale décida de porter la garantie à 10.000 fr. Puis la garantie fut élevée à 20.000 fr. par l'assemblée générale de 1921.

Enfin, l'assemblée générale de 1923 estima que l'état financier de la caisse de garantie était suffisamment prospère pour que, sans augmentation de la cotisation, la garantie fût portée à 50.000 francs.

Fonctionnement des services du « Sou Médical ».

Le Conseil d'administration, composé de médecins, est élu par tiers, tous les deux ans. A ces confrères, sont adjoints des juristes. Les uns sont à demeure dans les bureaux du « Sou » ; ils se sont spécialisés pour les réponses et les conseils à donner aux adhérents. Ils dépouillent un courrier qui varie entre 3.500 et 4.000 lettres par an, tout en recevant de nombreuses visites de docteurs.

Ces secrétaires-juristes s'occupent donc du contentieux journalier des adhérents, vérifiant les notes d'honoraires qu'on leur soumet, pour savoir si elles sont établies conformément aux différents tarifs administratifs ; épluchant les termes d'un contrat ; faisant les recherches nécessaires, tant dans les Codes, que dans les documents de jurisprudence, pour guider le médecin qui, à l'amiable, ou en justice, doit faire triompher son bon droit.

Des avocats spécialisés, faisant partie du barreau de la Cour d'appel de Paris, ou attachés à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, donnent

leurs avis autorisés sur les questions complexes et délicates.

Enfin, le secrétaire général, docteur en droit et en médecine, exerçant toujours la profession de médecin, sert de trait d'union, d'interprète entre les desiderata de ses confrères et les rigueurs des textes de lois ou de jurisprudence.

Le secrétariat général étudie chaque affaire qui lui est soumise. Si la question posée est d'ordre courant, réponse immédiate est faite au confrère, avec tous renseignements utiles.

Une difficulté est-elle relevée, avis est demandé aux avocats spécialisés.

Le conseil médico-juridique, dans ses réunions, connaît des cas qui lui sont soumis, soit pour donner un avis après discussion, soit pour arrêter une ligne de conduite.

Et c'est ici que joue une des caractéristiques du « Sou médical ». A côté de l'*appui moral* (conseils, ligne de conduite, rédaction de conclusions ou de contrats) un *appui pécuniaire* peut être accordé à l'adhérent, non seulement dans les cas où la responsabilité professionnelle est en jeu, mais encore dans tous ceux qui soulèvent une question de principe, ou d'intérêt général, ou lorsque l'adhérent, isolé, pourrait, en restant seul devant son adversaire, être la victime de la procédure, ou de la mauvaise foi.

Le Conseil accorde alors l'appui pécuniaire ; il détermine les honoraires à allouer, comme provision, à l'avocat, qui se chargera de la cause de notre adhérent.

Si le Confrère gagne son procès en première instance, mais est traîné en appel par son adversaire, appui pécuniaire est donné, comme aussi dans les cas où, ayant perdu en première instance, il nous semble nécessaire de frapper le jugement d'appel.

Irons-nous en Cassation, ou devant le Conseil d'Etat, ou encore devant le Tribunal des Conflits ? Nous n'hésitons pas, guidés que nous sommes tant par l'intérêt de notre adhérent et de la profession, que par les conseils de nos avocats spécialistes.

Le procès terminé, le Conseil ordonnance le paiement des frais judiciaires ; car, malgré le gain d'une cause, il y a toujours de l'argent à débourser, surtout lorsque l'adversaire est insolvable.

Il arrive parfois d'avoir plusieurs milliers de francs à payer, pour un litige de quarante sous ; mais il fallait faire trancher une question de principe par la Cour de Cassation et le gain de ce procès, en fixant la jurisprudence dans un sens, permet ensuite à l'ensemble du Corps médical de toucher en paix de légitimes honoraires.

Aussi, demandons-nous toujours à nos adhérents de ne rien faire avant d'avoir reçu l'avis de notre contentieux. Une demande en justice, mal introduite, un vice de forme, compromettent toute la cause ; un adversaire mal cité permet du véritable débiteur d'opposer ensuite la prescription.

En justice, il faut avoir d'autres guides que le bon sens, la bonne foi et le souci de l'équité.

Si besoin en est, des démarches sont faites dans les ministères, ou autres lieux compétents, pour que nos adhérents puissent, en fin de compte, avoir satisfaction.

Parfois encore, le « Sou » n'hésite pas à porter plainte contre un puissant du jour, voire même un magistrat, un préfet, un directeur quelconque, pour que notre confrère ne soit pas constamment brimé et opprimé.

En résumé, l'appui le plus complet et surtout le plus efficace est accordé aux adhérents du « Sou médical », pour qu'ils puissent exercer leur profession en toute liberté d'esprit, se sachant conseillés et soutenus en toutes circonstances.

Comparaison entre le « Sou médical » et les compagnies d'assurances contre la responsabilité professionnelle.

Est-ce vraiment utile de s'affilier au « Sou médical », lorsqu'on est déjà assuré pour plusieurs centaines de mille francs, pour le cas de procès en responsabilité professionnelle ?

Certes, le « Sou médical » ne garantit actuellement que jusqu'à concurrence de 50.000 francs ; mais, dans cette somme ne sont pas compris les frais judiciaires, ni les honoraires des avocats, qui sont payés par la caisse générale du « Sou » et non par la caisse de garantie.

En second lieu, il faut que la faute soit bien énorme et le dommage bien considérable, pour que les juges puissent attribuer à la victime des dommages supérieurs à 10 ou 15.000 francs ?

Ce n'est pas parce l'adversaire réclame 100.000 francs qu'il les obtiendra : loin de là.

En troisième lieu, dans un procès récent, dans lequel le médecin était à la fois membre du « Sou » et garanti par une Compagnie d'assurances, nous avons vu le « Sou médical » accepter de porter le procès perdu, devant une juridiction supérieure, alors que la Compagnie d'assurances, estimant que le sinistre lui avait occasionné assez de frais, entendait abandonner toute lutte, et surtout ne plus engager de nouvelles dépenses.

Certes, les Compagnies d'assurances ont le devoir de défendre les intérêts de leurs actionnaires et de se montrer économes des deniers judiciaires. Nous ne saurions le leur reprocher, puisqu'elles sont des sociétés commerciales, destinées à faire des bénéfices.

Au contraire, le « Sou médical » n'a pas d'actionnaires ; c'est un syndicat qui ne peut faire de bénéfices, qui dépense entièrement les sommes versées par les cotisations, à la défense des adhérents. Le « Sou » ne capitalise pas : ses statuts s'y opposent. Seule, la Caisse de garantie

place ses fonds, pour pouvoir puiser dans ce trésor au cas de dommages-intérêts à verser au nom d'un de ses membres.

Par suite, s'il n'y a pas d'actionnaires à satisfaire, le « Sou médical » peut, en toute liberté, n'envisager que le point de vue individuel, en ce qui concerne le cas spécial de l'adhérent en cause et le point de vue général de la profession tout entière, à laquelle nous appartenons tous.

Notre Conseil d'administration n'est pas composé d'éléments divers, comme celui d'une Société anonyme : il ne comprend que des médecins, assistés de juristes. La condamnation d'un docteur nous atteint tous, plus ou moins directement et c'est pourquoi nous nous montrons aussi attachés à la défense de nos confrères.

C'est également le motif, qui nous fait refuser toute transaction, à l'encontre des directives malheureusement suivies par beaucoup d'assurances. Si une transaction permet de faire l'économie d'un procès, elle reconnaît, par contre, la plus ou moins grande culpabilité du confrère en cause et rejaillit sur sa considération, en clientèle. Nous préférons la lutte, avec tous ses aléa.

Conditions d'admission au « Sou Médical »

1° Signer un bulletin d'adhésion, dont les détails nous permettent d'établir une statistique, concernant le nombre des médecins, leur âge, etc.

2° Adresser, par mandat ou chèque postal, la cotisation de 25 francs au trésorier, Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

3° Déclarer, comme parrainage, soit le Syndicat médical, dont on fait partie, ou toute autre association professionnelle, ou indiquer deux parrains, déjà membres du « Sou médical », qui acceptent de présenter le candidat.

Toutes les demandes d'admission sont publiées au journal le *Concours médical* et ne deviennent définitives, que si, dans le délai de quinze jours depuis cette publication, aucune protestation ne s'est produite.

En effet, le « Sou médical » ne veut avoir, dans ses rangs, que des confrères qui exercent leur profession, selon les règles habituelles de la déontologie.

L'adhésion n'est valable que pour une année et chacun des adhérents a le droit de se retirer, par démission, quand bon lui semble, au lieu de se trouver lié, par un contrat de dix ans, comme cela ne passe avec presque toutes les compagnies d'assurances.

Conclusions.

Confrères, si vous voulez la paix et la tranquillité dans l'exercice de votre profession, si vous entendez recevoir gratuitement des conseils et des consultations juridiques spécialisées, si vous entendez revendiquer vos droits vis-à-vis des mauvais clients, quels qu'ils soient, si vous voulez être défendus contre toute attaque, en plus de la responsabilité professionnelle, envoyez aujourd'hui même votre bulletin rempli et signé, bulletin que vous trouverez page 547.

Vous aurez fait un acte de prévoyance pour vous-même, cependant que vous permettrez la défense collective de la profession, en facilitant la défense et l'attaque, pour toute question individuelle, soulevant un problème juridique et une question de principe.

Dr Paul Boudin,
Docteur en médecine,
Docteur en droit.

IV

LA MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

La Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français est une des œuvres principales fondées par le *Concours médical* : sa création répondait essentiellement au programme qu'il s'était tracé.

Comme bien d'autres, les directeurs du *Concours* avaient été frappés du nombre des infortunes qu'ils constataient dans le corps médical : ici c'était un médecin qui, par une mort prématurée, laissait sa famille dans la détresse, là c'était le médecin lui-même, malade ou usé, mais dans tous les cas empêché de continuer l'exercice de la profession qui le faisait vivre, qui criait misère ... et ils étaient bien obligés de constater que les maigres secours distribués par l'Association générale, la seule œuvre existante, étaient bien insuffisants.

Ils auraient voulu que l'Association générale se transformât et cessât d'être une œuvre de pure bienfaisance, mais ils se heurtaient au parti pris de ses dirigeants, et, après plusieurs années d'efforts stériles, étaient bien obligés de constater qu'il n'y avait rien à attendre de ce côté.

Il fallait pourtant faire quelque chose — ils le firent. Encouragés par l'exemple de la *British medical Association*, stimulés par la tentative à Paris des Drs Gallet et Lagoguey, ils fondèrent l'*Association amicale des médecins français*.

C'était au début une société plus ou moins analogue à celles qui avaient été créées par les anciens élèves de quelques lycées, mais ses statuts avaient fait l'objet de l'étude la plus approfondie et ses calculs avaient été faits par un actuaire éminent, M. Léon Marie. Il fallait en effet que l'œuvre nouvelle fût une œuvre sé-

rieuse, durable, dans laquelle le corps médical pût avoir confiance.

Au bout de peu de temps, la loi de secours mutuels intervenant, l'Association amicale dut se transformer et devenir une société de secours mutuels libre fonctionnant sous le contrôle de cette loi.

Elle donnait d'abord au médecin tombé malade et incapable d'exercer une indemnité de droit et non plus un secours aléatoire, elle donna bientôt la pension de retraite.

Puis les besoins de ses membres augmentant, elle élargit son programme et prit le nom de Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français, qu'elle porte encore actuellement.

C'est donc pour répondre à un besoin véritable du corps médical, c'est pour obliger les médecins à se rapprocher les uns des autres que l'œuvre a été créée, qu'elle s'est agrandie, qu'elle est devenue ce qu'elle est.

A maintes reprises nous avons, le Dr Mignon et moi, insisté sur les avantages qu'assure au médecin son entrée à la Mutualité familiale, sur la sécurité morale qu'elle lui donne ; nous avons montré la solidité matérielle de la société, les garanties que son fonctionnement présente ; nous avons montré les résultats qu'elle a donnés dans ses trente années d'existence et avons insisté sur ce qu'elle pourrait faire, si tant de confrères se montraient moins indifférents. A chaque fois nous avons récolté des adhésions nouvelles mais, à chaque fois aussi, nous avons pu constater que nombre de médecins ignoraient complètement l'existence même de notre œuvre — et c'est pour cela que nous devons nous répéter si souvent.

« Vous avez publié, m'écrivait récemment un confrère, une foule de notes et d'études sur la Mutualité Familiale, mais tout cela n'a été lu que par un nombre restreint des médecins actuels, c'est oublié, c'est même ignoré totalement des jeunes . . . Je viens de relire l'étude de Mignon sur la *morbidité médicale en Seine-et-Oise* et la suite que vous-même lui avez donnée dans *une tournée dans les départements* : cela date de 1913, mais quelle leçon de choses même pour aujourd'hui ! quelle réponse à ceux qui, confiants dans leur santé actuelle, se croient certains d'échapper toujours à la maladie ! Vous devriez revenir sur toutes ces questions, publier à nouveau votre si suggestive documentation, montrer ce que vous avez fait ; jamais vous n'éclairerez assez les jeunes médecins qui ne prêtent aux questions de prévoyance qu'une attention distraite et remettent toujours à plus tard une adhésion qui leur paraît, non pas peut-être inutile, mais du moins fort peu urgente ».

Confrères,

Je ne puis publier aujourd'hui des statistiques pourtant bien curieuses, mais croyez-moi, si je vous conseille de penser à l'avenir et d'être prévoyants ; croyez-moi si je vous dis de venir à la Mutualité familiale qui est faite pour vous, qui comprend vos besoins et vos possibilités, qui est ouverte à tous et non pas seulement aux membres de tel ou tel groupe, de telle ou telle association, de telle ou telle région, qui vous offre enfin le maximum de sécurité et de garanties que vous êtes en droit d'exiger.

Si vous avez nos statuts, relisez-les ; si vous ne les avez pas, écrivez au secrétaire général, Dr Mignon (Le Vésinet, Seine-et-Oise), il vous documentera, vous éclairera, vous convaincra . . . et vous lui en serez reconnaissants.

Mais surtout n'attendez pas, ne remettez pas à plus tard, ne laissez pas ce numéro du *Concours* se recouvrir de paperasses et devenir introuvable.

Sachez que l'âge d'entrée est celui que l'on a ou que l'on aura au cours de l'année d'admission et qu'en attendant vous risquez de voir la cotisation s'élever. Sachez aussi que, si vous attendez, vous risquez de vous décider trop tard, car la maladie peut d'un instant à l'autre vous arrêter et rendre votre admission impossible — trop de confrères se sont ainsi laissé prendre (1).

A. GASSOT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Première section. Indemnité maladie.

Indemnité journalière de dix, vingt et trente francs, mensuelle de cent, deux cents et trois cents francs.

Deuxième section. Pensions de retraite.

A 60 ans et à 65 ans, les deux pouvant se cumuler : retraite pouvant aller à 2.400 francs par an pour chacun.

Cette section est ouverte aux femmes et aux enfants des sociétaires.

Troisième section. Pensions aux veuves.

Pensions délivrées au lendemain du décès et reversibles sur les enfants mineurs.

(1) Voir page 544 le Bulletin de renseignements.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Hernie. — Conceptions actuelles de la jurisprudence.

Les articles médico-juridiques que je publie dans le *Concours médical* sont lus avec plus d'attention, peut-être, par les abonnés non médecins que par mes confrères eux-mêmes. Aussi, reçois-je souvent des lettres, provenant surtout des contentieux de compagnies d'assurances contre les accidents.

Ces lettres me font grand plaisir, car elles expriment un désir, non pas de lutte et de bataille, mais de collaboration et de libre discussion courtoise, chacune des deux parties recherchant ce que doit être la vérité.

C'est ainsi qu'à l'occasion d'une consultation, donnée dans le *Concours* du 28 décembre 1924, n° 2981, sur la hernie accident, nous avons reçu la note suivante :

« L'arrêt de la Cour de Cassation du 7 mars 1921, qui est rappelé dans la réponse à la question qui était posée, paraît avoir été mal interprété, tant par les médecins que par certains tribunaux.

« On a fait dire à cet arrêt « que toute hernie était un accident du travail. »

« Contre une conception aussi erronée, nous ne saurions trop nous élever et c'est pourquoi je vous saurais un gré infini de vouloir bien prendre connaissance de l'avis de M. Sachet, au sujet de la question, qui nous intéresse. Cet avis a paru dans le tome III de la « Législation des accidents du travail », publié récemment par l'honorable conseiller à la Cour de Cassation.

« Il ne serait peut-être pas inutile que, comme suite à la réponse parue sous le numéro 2981, vous vouliez bien le faire insérer *in extenso* dans le *Concours médical*, afin de prévenir des erreurs d'interprétation toujours fâcheuses. »

Voici l'avis de M. Sachet, conseiller à la Cour de Cassation :

« Cassation civile, 22 décembre 1909, D. 10.1. 312 ; 4 avril 1914, D. 17.1.2, S. *Bull. somm.*, 1914, 1.112 ; 7 mars 1921 (Veuve Lepelletier), S. *Bull. somm.*, 1921.1.72, *Gaz. Pal.*, 1921.1.488 ; 22 nov. 1922 (Thévenin), *Rev. Gén. Acc. Trav.*, 1923, 135 ; *Gaz. Pal.*, 1923.1.27.

Plusieurs arrêts de cour d'appel ayant refusé de considérer comme accidents du travail des hernies qui, d'après les constatations de ces décisions, avaient eu leur cause dans un effort de la victime au cours de son travail, la Cour de Cassation les a cassés par le motif juridique suivant :

« Toute lésion dont le travail même normal a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'art. 1er de la loi de 1898. » *Nous ne pensons pas que cette formule implique une modification dans la conception de l'accident telle que nous l'avons exposée plus haut. En reconnaissant que les hernies avaient été déterminées par un effort*, les arrêts attaqués constataient par cela même la *violence* de cet effort, c'est-à-dire le caractère traumatique de la hernie. Dès lors, leur refus d'admettre la réalité de l'accident constituait une *erreur juridique* que la Cour de Cassation devait censurer.

A la demande de quelques confrères, je vais exposer rapidement où en est la jurisprudence actuelle, en ce qui concerne la hernie-accident du travail.

Pour qu'un ouvrier, se prétendant blessé au cours de son travail, puisse bénéficier de la loi du 9 avril 1898, en ce qui concerne l'apparition d'une hernie, il fallait, jusqu'à ces dernières années, que la victime fasse les preuves suivantes :

1° La hernie est bien survenue au cours du travail (Lille, 8 juillet 1907.)

2° Le travail était anormal et a nécessité un effort violent. Ne sont donc pas hernies-accidents, celles survenues au cours d'un travail n'exigeant qu'un effort ordinaire (Lille, 30 octobre 1902) ou à la suite d'un effort peu considérable, comme ceux dont la vie ordinaire fournit l'occasion (Reims, 30 décembre 1904). De nombreux jugements ont apprécié des points de fait (Cassation, 23 déc. 1903, 1er mai 1911, Aix, 16 nov. 1922, etc.).

3° La hernie doit s'accompagner de douleurs vives, voire même syncopales. (Tribunal de Lille, 25 janvier 1906).

4° L'ouvrier doit arrêter son travail. Le fait, par l'ouvrier, de prolonger son travail, après avoir ressenti la douleur révélatrice de la hernie, établit l'extrême modération de l'effort nécessaire à l'exécution du travail et l'insuffisance de cet effort pour déterminer une hernie (Cassation, 8 juillet 1902, Aix, 6 mai 1921).

Je laisse, volontairement, de côté une nombreuse jurisprudence relative à ces quatre points pour en arriver à cette conclusion, c'est qu'en présence d'une hernie, qu'un blessé prétendait attribuer à son travail, le médecin expert devait se demander s'il s'agissait d'une hernie de faiblesse, ou d'une hernie de force.

Lorsqu'une hernie se produit *progressivement*, par suite d'une faiblesse de la paroi, elle consti-

tue la hernie-maladie, non indemnisable par la loi de 1898.

Mais si elle se produit *brusquement*, à la suite d'un effort plus ou moins violent, l'irruption s'est-elle faite à travers une paroi solide (l'effort ayant été violent, brutal et brusque), ou à travers une paroi déjà affaiblie, ou congénitalement prédisposée ?

De nombreuses dissertations médicales et juridiques ont été publiées tant au point de vue doctrine, que comme commentaires de jugements.

Mais, progressivement, deux notions se sont fait jour :

1° La hernie dite de force existe-t-elle véritablement ? N'y a-t-il pas toujours une prédisposition congénitale du sujet?

2° La hernie existait-elle, ou non, avant l'accident ? Est-elle le fait du traumatisme, ou ce dernier n'a-t-il eu pour conséquence que d'aggraver un état herniaire préexistant ?

Alors doit intervenir la conception de l'état antérieur. D'après la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, l'état antérieur ne doit pas être pris en considération : du moment où un ouvrier travaillait, avec ses infirmités et était capable de gagner un salaire, il a droit à son demi-salaire, si la cessation du travail a été provoquée par l'accident.

Autrement dit, que faut-il penser de la prédisposition à la hernie ? Que doit-on conclure, en cas de hernie préexistante à l'accident, mais aggravée par celui-ci ?

1° *Décisions de jurisprudence ne reconnaissant pas l'accident.*

Cour de Lyon, 1er février 1902 : l'effort douloureux fait par un ouvrier au cours d'une manœuvre tout à fait normale et à la suite duquel l'état herniaire antérieur de cet ouvrier s'est trouvé aggravé, ne saurait transformer une hernie morbide et de faiblesse, à progression maladive inévitable, en une hernie traumatique et de force, soudaine, violente et susceptible de donner lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898.

Cour de Nancy, 17 février 1922 : la demande de l'ouvrier doit être rejetée, quand le travail exécuté ne nécessitait aucun effort spécial et était pratiqué depuis longtemps et journellement.

Tribunal civil de Rouen, 22 février 1923 : il n'y a pas accident du travail, lorsque l'infirmité dont souffre l'ouvrier aurait pu survenir tout aussi bien en dehors de l'usine ou de l'atelier, au cours d'une occupation quelconque, comme à l'usine ou à l'atelier, au cours du travail.

Tribunal civil de Villefranche-sur-Saône, 13 novembre 1923 : la hernie n'a été causée, ni même occasionnée par le travail, lorsque celui-ci, ou l'effort, ne paraît pas anormal, lui a simplement révélé l'affection dont il était antérieurement atteint.

Tribunal civil de Bazas, 22 janvier 1924 : une hernie ne saurait être considérée comme résultant d'un accident au cours d'un travail de déchargement, si l'ouvrier n'a pas déclaré sentir de douleurs et a continué ses occupations habituelles.

Tribunal civil de Villefranche-sur-Saône, 20 mai 1924 : le patron prouve que le travail n'a été ni la cause, ni l'occasion de l'apparition d'une hernie, quand il résulte du rapport de l'expert que les caractères anatomiques de cette hernie sont ceux de la hernie inguinale congénitale et qu'il n'y a pas eu les douleurs, coliques, vomissements dont s'accompagne toujours une hernie due à un accident.

2° *Evolution de la jurisprudence, en ce qui concerne la prédisposition à la hernie.*

Dans une de ses leçons cliniques, M. le professeur Imbert, de Marseille, déclarait qu'à son avis, la véritable hernie, dite de force, sans prédisposition, n'existe pas, ou représente une très rare exception, congénitale dans l'immense majorité des cas.

Aussi, d'après lui, toutes les hernies-accident deviennent des hernies de faiblesse produites par un mécanisme de force.

On en déduit qu'il faut établir la distinction entre prédisposition à la hernie et préexistence de cette infirmité.

1° Est accident du travail toute hernie survenue au cours et à l'occasion du travail, malgré une prédisposition.

Un arrêt de Cassation, du 22 novembre 1922, (Rec. des Accidents du Travail, 1923, p. 10), casse un arrêt de la Cour de Nancy, du 30 octobre 1919, qui avait considéré qu'un ouvrier ne pouvait pas bénéficier de la loi sur les accidents du travail, lorsqu'atteint d'une hernie au cours de son travail il est prouvé que la victime avait une prédisposition à cette infirmité.

« Attendu, dit l'arrêt de Cassation, que le 6 avril 1918, Th., ouvrier au service de X, négociant, avait été chargé, avec un de ses camarades, de descendre un sommier du premier étage ; qu'à un tournant de l'escalier, le meuble ayant glissé des mains de l'autre ouvrier, il a fait un effort pour le retenir à lui seul; qu'à ce moment, il s'est plaint, suivant sa propre expression, de « se sentir piqué », sans cependant interrompre son travail ; que l'expert a constaté chez lui l'existence d'une hernie inguinale gauche « produite à l'occasion d'un effort », mais dont l'issue « avait été favorisée par une prédisposition anatomique » ;

« Attendu que, tout en reconnaissant que Th. avait été atteint d'une hernie au moment de l'effort fait au cours de son travail, l'arrêt attaqué lui a refusé le

bénéfice de la loi du 9 avril 1898, par le motif que, d'après les circonstances de la cause, corroborées par les conclusions médicales, « l'effort n'a pas été la cause de la hernie, qui doit être attribuée à une prédisposition purement constitutionnelle » ;

« Mais attendu qu'en admettant que le travail de Th. n'ait pas été la cause de la hernie, il en avait été du moins l'occasion ;

« D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait, l'arrêt attaqué a violé la loi ..... ».

Nous donnons ci-dessous, par ordre chronologique, les décisions rendues dans le même sens.

Cour de Grenoble : 1er arrêt (Rec. Grenoble, 1924, 29), (1re chambre), **20 décembre 1922** ; 2e arrêt (2e chambre), 1er juin 1923 : « toute lésion, dont le travail normal a été la cause ou l'occasion doit être considérée comme résultant d'un accident du travail, au sens de la loi du 9 avril 1898.

« Il en est ainsi d'une hernie inguinale, qui s'est produite au cours du travail, à l'occasion d'un effort, bien que l'issue ait été favorisée par une prédisposition constitutionnelle. »

Tribunal civil de la Seine (9e chambre) **25 mars 1923** :

« Attendu que W. a été atteint d'une hernie au moment d'un effort fait au cours de son travail, qu'il importe peu que la hernie puisse être attribuée à une prédisposition constitutionnelle ; que, dans tous les cas, si le travail n'a pas été la cause de la hernie, il en a été l'occasion. »

Tribunal civil de la Seine (9e chambre) **9 novembre 1923** : (*D. rev. hebd. jurispr.*, 7 février 1924) :

« La relation entre le traumatisme et le travail est démontrée s'il est justifié que le traumatisme est survenu sur le lieu et pendant le travail.

« Le patron doit, pour détruire l'effet de cette présomption, prouver que la lésion invoquée, bien qu'apparue au cours du travail, a une cause tout à fait indépendante de celui-ci.

« Les prédispositions morbides de la victime d'un accident ne sauraient l'empêcher de bénéficier de l'indemnité prévue par la loi de 1898, ni même influer sur le chiffre de cette indemnité.

« En conséquence, si une hernie est apparue spontanément au cours du travail, le patron doit établir, non pas que l'ouvrier était plus ou moins prédisposé à cet accident par le relâchement des tissus abdominaux, mais qu'elle doit être attribuée à une cause tout à fait étrangère au travail. »

Cour d'appel de Paris (7e chambre) **3 décembre 1923**, réformant trib. civ. Seine, 3 juin 1920 (*Gaz. trib.*, 27 mai 1924) :

« Bien qu'il résulte des constatations de l'expert commis que l'ouvrier, atteint d'une hernie au cours de son travail, était prédisposé, à raison de la faiblesse des différents points de moindre résistance de l'abdomen et que, par suite, une hernie pouvait se produire, même au cours d'un effort banal, une rente doit être allouée en raison de la réduction de la capacité de travail subie, s'il est indiscutable que l'accident survenu est la cause de la hernie. »

Faisant application du même principe, le **Tribunal civil de la Seine** (9e chambre) avait déjà décidé, **le 9 novembre 1923** (*Gaz. trib.*, 26 mai 1924) qu'en matière de hernie, les prédispositions morbides de la victime d'un accident du travail ne pouvant l'empêcher de bénéficier de l'indemnité prévue par la loi de 1898, la preuve, qui lui incombe est, pleinement rapportée, lorsqu'il a établi que la lésion est apparue soudainement à la suite d'un traumatisme susceptible de la produire. Pour échapper à l'application de la loi de 1898, le patron doit établir, non pas que l'ouvrier était plus ou moins gravement prédisposé aux hernies, par le relâchement des tissus abdominaux, mais que la hernie est tout à fait étrangère au travail, soit qu'elle préexistait, soit que, apparue pour la première fois pendant le travail, elle doit être attribuée intimement à une cause étrangère à celui-ci.

Dans le même sens, les décisions suivantes, rendues à l'occasion de hernies qualifiées hernies de faiblesse, par le médecin expert, mais survenues à l'occasion, ou pendant le travail : **Tribunal civil de la Seine** (9e chambre), **14 décembre 1923 et 19 janvier 1924** (*Droit ouvrier*, 1924, 186) ; **Tribunal civil du Havre, 22 mars 1924** (*Gaz. trib.*, 6 novembre 1924).

La **Cour d'appel de Besançon**, par arrêt du **15 octobre 1924** (*D. Rec. hebd. de jurisp.*, 27 novembre 1924, p. 679), a décidé qu'il n'est pas nécessaire que le travail soit la cause unique et exclusive de la hernie, pour que l'ouvrier puisse se prévaloir des dispositions de la loi de 1898 ; qu'il suffit que le travail en ait été l'occasion, qu'une prédisposition à la hernie, pas plus qu'une maladie, ou infirmité préexistante, ne saurait justifier le refus d'indemnité.

L'aggravation d'un état herniaire antérieur, qui s'est manifesté au cours du travail, alors même qu'elle serait atténuée par un traitement approprié, constitue pour la victime une cause permanente de faiblesse, entraînant une incapacité au travail, et rendant, par suite, applicable la loi du 9 avril 1898 (**Cour de Pau, 17 avril, 1923** ; *Gaz. trib.*, 21 octobre 1923).

Conclusions

De tout ceci, que conclure ?

A priori, il semblerait que, pour nous, médecins, la question soit de peu d'importance. Nous avons un hernieux à soigner : qu'il soit garanti,

ou non par la loi sur les accidents du travail, peu nous importe ; il a droit aux mêmes soins et au même dévouement de notre part.

Mais, c'est parce que nous avons pris l'habitude de réclamer nos honoraires, non pas à notre client, mais à son patron, ou à l'assurance de ce dernier, que nous nous préoccupons de savoir qui nous payera. Souvent, la victime étant insolvable, nous usons de l'action directe pour nous faire honorer par le tiers responsable : c'est pour ce motif qu'il nous importe de savoir si la loi du 9 avril 1898 est applicable en cas de hernie.

En second lieu, nous sommes appelés fréquemment à donner des conseils pratiques à l'ouvrier. Ce dernier n'utilise pas assez les avis juridiques, qui cependant sont fournis gratuitement et avec beaucoup de compétence par les syndicats ouvriers.

C'est donc bien souvent au médecin traitant à conseiller son blessé et à lui indiquer quels sont ses droits.

En troisième lieu, lorsqu'il sait que ce n'est pas le malade lui -même qui supporte intégralement les frais du traitement, mais un tiers interposé (le patron, ou l'assurance), le médecin a le devoir de soigner le malade de son mieux, mais en respectant les intérêts en présence.

Il est vrai qu'une mauvaise compréhension des rôles de chacun,une absence de collaboration, a parfois fait se dresser en adversaires ceux qui devraient s'unir pour guérir le malade, dans le plus bref délai. Une cure radicale de hernie, par exemple, conseillée judicieusement, reviendra bien moins cher au tiers payant, que l'octroi d'une rente d'invalidité permanente partielle, alors que l'ouvrier, du fait de l'opération, sera délivré d'une infirmité et surtout de l'obligation du port perpétuel d'un bandage.

Mais, que dire de cette assurance qui, tout dernièrement, consentait à une opération de hernie, à la condition que le blessé veuille reconnaître par écrit qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail ? Le confrère, qui nous communiquait la chose, nous demandait quelle pouvait être sa ligne de conduite.

Pour en revenir à la note de M. Sachet, je me remémore des articles que j'ai lus, et principalement un, dû à un avocat, qui écrit dans un journal médical. Il semblerait que l'arrêt de Cassation du 22 novembre 1922 ne constitue pas un revirement de la jurisprudence, mais qu'il aurait été rédigé d'une façon défectueuse.

Pour ma part, je ne partage pas cette opinion et j'estime que les conseillers de la Cour de Cassation ont, en toute connaissance de cause, voulu faire bénéficier l'ouvrier d'un doute, en ce qui concerne l'apparition de la hernie.

Hernie de faiblesse, hernie de force : ce sont des termes invoqués pour les besoins de la cause. En réalité, même en dehors des accidents du travail, que de fois ne sommes-nous pas appelés pour des étranglements herniaires chez des gens qui ne soupçonnaient pas qu'ils étaient porteurs d'une hernie !

Si un examen de santé était passé au moment de l'embauchage de chaque ouvrier, si cet examen de santé était ensuite pratiqué régulièrement, à dates fixes, pourrait-on faire des réserves en ce qui concerne la responsabilité du patron, si l'ouvrier voulait ultérieurement mettre sur le compte du travail une hernie préexistante et non aggravée par le labeur quotidien ?

Il est évident qu'il ne serait pas admissible qu'un hernieux veuille mettre à la charge de son patron une hernie antérieure qui n'a nullement été influencée par le travail.

Mais, en l'absence de cet examen de santé, il faut prendre l'ouvrier tel qu'il est, avec sa capacité de travail actuelle au moment du traumatisme invoqué. L'état abtérieur ne compte pas, et seul entre en ligne de compte le travail auquel était affectée la victime et le quantum du salaire touché au moment de l'accident.

Je dirais même qu'un tel examen de santé n'est pas souhaitable, car bien peu d'êtres humains seraient reconnus sans tares, ni infirmités. Beaucoup d'ouvriers seraient réduits au chomage alors que maintenant ils peuvent gagner leur vie.

Je pense donc que, lorsque l'ouvrier est de bonne foi, qu'il ne cherche pas à tromper, et son patron et son médecin (et cela se sait rapidement, lorsqu'on veut bien s'en donner la peine), il est logique, humain et de toute justice de mettre à la charge de l'entreprise tous les accidents, ou aggravations qui sont la conséquence du travail, ou surviennent à son occasion.

D'ailleurs, si on jette un coup d'œil d'ensemble sur la législation se rapportant à la loi du 9 avril 1898, on voit se dégager l'idée de l'assurance sociale. Le fardeau de la preuve est déplacé : ce n'est pas à la victime à démontrer que sa lésion est bien le fait du travail ; c'est, au contraire, au chef d'entreprise à s'élever contre la présomption par laquelle l'accident doit être attribué au travail.

Avec sa hernie, l'ouvrier pouvait gagner un salaire de ..... : le traumatisme invoqué, si minime soit-il, interrompt ce travail : il en est dû réparation, sauf s'il y a tromperie de la part de la victime.

Mais, s'il y a tromperie, on ne sera jamais assez sévère contre celui qui veut escroquer le bien d'autrui, et surtout, contre le médecin, si, malheureusement pour l'honneur professionnel, il se trouve des praticiens, qui font passer un intérêt personnel mal compris avant le devoir qu'imposent, et la déontologie et la loi elle-même sur les accidents du travail.

Dr Paul BOUDIN.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 2, 16 et 30 décembre 1924.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6591 BAUD, Saint-Lupicin (Jura), Syndicat des médecins du Haut-Jura.
6592 TURQUET, Clugnat (Creuse), Syndicat médical départemental de la Creuse.
6593 GEOFFROY, Auberive (Haute-Marne), Syndicat médical Chaumont-Wassy et Association des médecins de la Haute-Marne.
6594 GÉRARD, 37, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine, Syndicat des médecins de la Seine.
6595 TACHERON, Pau (Basses-Pyrénées), Syndicat des médecins du Béarn.
6596 ALBERT, Thizy (Rhône), Syndicat et Association des médecins du Rhône.
6597 JAVOUHEY, Beauchamp (Seine-et-Oise), Syndicat médical de la région de Pontoise.
6598 ISRAEL, Lille (Nord), Syndicat médical de Lille et sa région.
6599 MARQUE, Aressy, par Pau (Basses-Pyrénées), Syndicat médical du Béarn.
6600 DOURNE, 2, rue des Feuillants, Marseille, Association générale des médecins de France.
6601 FOURNIAL, Mer (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher.
6602 SALLE, Saint-Savinien (Charente-Inférieure), Syndicat de St-Jean-d'Angély.
6603 POUSSARD, Rueil (Seine-et-Oise), présenté par les docteurs NOLLET et GOLDENBERG.
6604 GAUTHIER, Rabat (Maroc), Association médicale de Rabat-Salé.
6605 BÉAL, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), présenté par les docteurs NOIR et MALLET.
6606 GUERS, Sénas (Bouches-du-Rhône), Syndicat médical de Salon et sa région.
6607 GAUTHIER, Epinal (Vosges), Syndicat médical des Vosges.
6608 PARGOIRE, Aubenas (Ardèche), présenté par les docteurs SAUSSINE et ROCHETTE.
6609 BEAUDIER, Attigny (Ardennes), Syndicat des médecins des Ardennes.
6610 PASQUET, 42, rue de Bretagne, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
6611 VARNIÈRE, Fréville (Seine-Inférieure), Syndicats de Rouen et d'Yvetot.
6612 AUDOLI, Vitry-sur-Seine (Seine), Syndicat de la banlieue sud de Paris.
6613 TESSIER, Saint-Aigulin (Charente-Inférieure), Syndicat médical de Libourne.
6614 FRALEU, Rennes (Ille-et-Vilaine), Syndicat médical d'Ille-et-Vilaine).
6615 TARNEAUD, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris, Syndicat des médecins de la Seine, présenté par les docteurs DUCHESNE et PAMART.
6616 DELFOURD, Epinal (Vosges), Syndicat médical des Vosges, présenté par les docteurs THOMASSIN et BILHAUT.
6617 BONNET, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
6618 BOISSIER, 5, avenue de l'Opéra, Paris, Association des médecins stomatologistes.
6620 DUFRANC, La Brède (Gironde), Syndicat médical suburbain de Bordeaux.
6621 ESCOFFIER, Annonay (Ardèche), Syndicat médical de la Vallée du Rhône, présenté par les docteurs SARDA et PLANTIER.
6622 PRADAL, Cauterets (Hautes-Pyrénées), Syndicat médical des Hautes-Pyrénées.
6623 COUTURIER, Châtillon-sur-Sèvre (Deux Sèvres), Syndicats médicaux de Cholet et des Deux-Sèvres.
6624 DAUBIGNY, Chatelus-Malvaleix (Creuse), Syndicat médical de la Creuse.
6625 CHARMOILLE, Belfort (Territoire de Belfort), Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes.
6538 PINEL, Créteil (Seine), Syndicat des médecins de la Seine.
6626 MIRIEL, Clamart (Seine), Syndicat des médecins de la Seine.
6627 BOUE, Montreuil (Seine), Syndicat des médecins de la banlieue sud et est.
6628 BOURDON, Montbert (Loire-Inférieure), Association générale des médecins de France.
6629 JAUBERT, Hyères (Var), Syndicat médical d'Hyères, présenté par les docteurs HERVÉ et LA BONNARDIÈRE.
6630 TRAVERSE, 18 *bis*, rue Demours, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
6631 MEUNIER, Tonnerre (Yonne), Association des médecins de l'Yonne.
6632 BOLLET, Saint-Etienne (Loire), présenté par les docteurs DESVIGNES et NODET.
6633 GOUGUET DE GIRAC, Montmorency (Seine-et-Oise), Syndicat des médecins de Pontoise.
6634 DAMBIER, Segonzac (Charente), Syndicat médical départementatl d'Angoulême.
6635 DEVAL, Pontgibaud (Puy-de-Dôme), présenté par les docteurs ATTAIX et DECHAMBRE.
6636 SIZORN, Blancafort (Cher), Syndicat médical du Cher.
6637 CARRIÈRE, Malaucène (Vaucluse), Syndicat des médecins de Carpentras.
6638 MÉRET, médecin de la Compagnie Transatlantique, au Havre (Seine-Inférieure), Syndicat des médecins sanitaires maritimes du Havre et de Saint-Nazaire.
6639 Mlle LANDAIS, 219, rue Vercingétorix, Paris, Syndicat des médecins de la Seine, présentée, par les docteurs LEVASSORT et GASSOT.
6640 PRIJENT, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), Syndicat médical de St-Brieuc.
6641 DUBOIS, Saujon (Charente-Inférieure), Syndicat de la Seudre et Saintes.
6642 DORE, Cherbourg (Manche), Syndicat médical de l'arrondissement de Cherbourg.
6643 JUNÈS, Sfax (Tunisie), Syndicat des oculistes français.
6644 DESSALLE, Les Eglisottes (Gironde), Syndicat médical de Libourne et Association des médecins de la Gironde.
6645 DELÉAGE, Vichy (Allier), Syndicat des médecins de la Seine.
6646 GERBIER, Le Puy (Haute-Loire), Syndicat des médecins de l'arrondissement du Puy.
6647 CHATEAU, Arras (Pas-de-Calais), Syndicat médical d'Arras et de la région.

6648 Pin, Briançon (Hautes-Alpes), Syndicat des médecins des Hautes -Alpes.
6649 Le Prieur, Troyes (Aube), Syndicat de Troyes.
6650 Negre, Epinal (Vosges), Association médicale des médecins des Vosges, présenté par les docteurs Thomassin et Bilhaut.
6651 Babonneix, 25, rue de Marignan, Paris, Association générale des médecins de France, présenté par les docteurs Noir et Vimont.
6652 Redon, Aubusson (Creuse), Syndicat médical de la Creuse.
6653 Richard, 10 avenue Daniel-Lesueur, Paris, Association générale des médecins de France.
6654 Seval, Astaffort (Lot-et-Garonne), Syndicat médical du Lot-et-Garonne.
6656 Saur, Villerupt (Meurthe-et-Moselle), Syndicat des médecins de l'arrondissement de Briey.
6657 Molimard, Ambert (Puy-de-Dôme), Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Ambert.
6658 Lafont, Longwy-Haut (Meurthe-et-Moselle), Syndicat médical de Meurthe-et-Moselle, présenté par le docteur Bazile.
6659 Piet, Saint-Mathurin (Maine-et-Loire), Syndicat médical « Angers campagne ».
6660 Cochet-Balmey, Saint-Etienne (Loire), présenté par les docteurs Deumié et Nodet.
6661 Arlaud, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat des médecins de Toulouse.
6662 Armengau, Graulhet (Tarn), présenté par les docteurs Escudié et Marcou.
6663 Gomez, Roujan (Hérault), présenté par les docteurs Side, Arrivat, Robardey, Daure et Vabre.
6664 Dupont, Kaolack (Sénégal), Association des médecins de France.
6665 Duchesneau, Louhans (Saône-et-Loire), Syndicat médical de la région louhannaise.
6666 Lévy (Armand), Paris, Syndicat des médecins de la Seine et de la banlieue est, présenté par le docteur Pamart.
6667 de Cisternes, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Syndicat médical du Puy-de-Dôme, présenté par le docteur de Preneuf.
6668 Jahan, Paris, Association des médecins de la Seine et Association générale des médecins de France.
6669 Mouriquand, Vichy (Allier), Syndicat de l'Allier.
6670 Bouquet, Bône (Constantine,) Syndicat médical des médecins de Bône.
6671 Régnier, 13, rue de Rivoli, Paris, Syndicat des médecins de la Seine, présenté par les docteurs Pamart et Levassort.

Accidents du travail.

Le Dr P. (Loire-Inférieure) a gagné en appel un procès qui lui avait été intenté pour abus de prescriptions de médicaments à des accidentés du travail.

Le Conseil ordonnance le remboursement des honoraires de son avocat, qui sont de 300 francs.

Le Dr P. (Vendée) a gagné un procès en recouvrement d'honoraires contestés par une Compagnie d'assurances, qui ne voulait pas admettre, malgré la remise d'un bulletin d'avis, la responsabilité de son assuré dans un accident du travail.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr P. de la somme de 50 fr. montant des honoraires de son défenseur.

Le Dr C (Seine-et-Marne) se voit refuser le paiement d'honoraires accidents par une compagnie qui l'a prévenu, deux jours avant la reprise du travail par l'ouvrier, qu'il n'avait pas à continuer les soins à son compte, l'accident n'étant pas garanti par la loi,

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Yonne) ayant soigné un blessé du travail à la suite de la remise d'un bulletin d'avis par le patron et d'une correspondance avec la compagnie, se voit refuser tardivement le paiement de ses honoraires, sous prétexte que le blessé serait un tâcheron non garanti par la loi.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Oise) annonce que le jugement de paix, frappé d'appel par l'adversaire, qui avait reconnu une ampoule forcée comme accident du travail a été confirmé, avec l'appui du « Sou ».

Le Dr A. (Gironde) obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'honoraires accidents, la compagnie ne voulant pas payer ses honoraires au tarif de la première catégorie, bien que la localité où il exerce soit à moins de 2 kilomètres de la limite administrative de Bordeaux (1).

Le Dr F. (Seine) obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des honoraires qui lui sont dus pour avoir soigné un blessé du travail qui avait recommencé à travailler chez un autre patron avant la fin de son incapacité temporaire.

Le Conseil ordonnance le paiement de 10 fr., prix de la copie du jugement correctionnel condamnant l'ouvrier pour escroquerie.

Le Dr C. (Seine-Inférieure), ayant retiré de la main d'un accidenté du travail, qui avait recommencé à travailler, un corps étranger qui y avait été oublié, la compagnie refuse de payer ses honoraires, en s'appuyant sur l'arrêt de Cassation qui n'admet que le recours à la procédure de revision quand l'ouvrier a repris le travail après règlement.

Le Conseil, considérant que cette jurisprudence n'est pas applicable en l'espèce, accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr D. (Saône-et-Loire) a été débouté en appel d'une demande en paiement d'honoraires pour radiographie profonde pratiquée chez un blessé du travail, sous prétexte que le chef d'en-

(1) Depuis cette décision, le Dr A. a obtenu satisfaction à l'amiable.

treprise n'aurait pas commandé les soins donnés.

L'avis de Me Auge étant qu'un pourvoi en cassation aurait des chances de succès, le Conseil donne l'appui pécuniaire pour le former et ordonnance le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) est traîné en appel d'un jugement du tribunal de commerce qui a admis sa compétence dans une demande en paiement d'honoraires accidents du travail, le médecin ayant été choisi par le patron.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel et limite à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Exercice illégal.

Le Syndicat des médecins de l'Aube, dont tous les membres sont statutairement adhérents au « Sou », demande l'appui pécuniaire pour se faire représenter et au besoin se porter partie civile au procès d'un faux docteur en médecine.

Le Conseil est disposé en principe à accorder cet appui, mais désirerait au préalable connaître le montant des honoraires demandés par l'avocat.

Honoraires de droit commun.

Le Dr L. (Seine-et-Marne), ayant été appelé en conciliation, en reddition de compte, par un client qui contestait le chiffre de ses honoraires, et ne recevant après expertise amiable, aucune citation en justice de paix, demande l'appui pécuniaire pour citer lui-même son client devant le juge de paix de son domicile.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire à cet effet.

Le Dr B. (Eure), ayant opéré une personne âgée, morte depuis, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires par les héritiers, qui contestent la réalité de l'opération qu'il a pratiquée.

Comme il s'agit d'une affaire de la compétence du tribunal civil, l'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr. (1).

Le Dr M. (Finistère), n'ayant pu se faire payer par l'auteur d'un accident d'automobile, qui l'a appelé pour donner ses soins à la victime, le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr H. (Calvados), ayant poursuivi avec l'appui du « Sou », un patron agriculteur et son ouvrier victime d'un accident, a été débouté de sa demande contre les deux défendeurs.

Le Conseil considère cette décision comme inadmissible et accorde l'appui pécuniaire au Dr H. pour interjeter appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr R. (Var), ayant obtenu la condamnation d'un client à lui payer ses honoraires, est traîné en appel par celui-ci.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel et limite à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr M. (Seine) ne peut se faire payer par le Conseil judiciaire d'une cliente une importante note d'honoraires, alors qu'il a touché antérieurement des notes aussi élevées.

Etant donnée la mauvaise volonté présumée du débiteur et l'obligation de porter l'affaire devant le tribunal civil, vu le montant de la note, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire demandé, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Haute-Savoie), ayant soigné un patron cultivateur, se voit offrir par la compagnie qui l'assure ses honoraires calculés au tarif Breton, sous prétexte que le blessé est assujetti facultatif à la loi sur les accidents agricoles et bien que l'accident remonte à une époque antérieure à l'application de la loi.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre son client devant le tribunal civil, en vertu du droit commun, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr R. (Oise), ayant soigné le fils mineur d'un cultivateur, blessé en 1923 dans un travail agricole, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires contestés par une compagnie d'assurances.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le père devant le tribunal civil, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Le Dr P. (Calvados), ayant soigné, à la suite de la remise d'un bulletin d'accident par le régisseur d'un château, un bûcheron blessé pendant son travail, se voit refuser le paiement de ses honoraires par l'assurance, sous prétexte que le blessé était employé par un tacheron.

Les tâcherons étant assujettis à la loi lorsqu'il s'agit de travaux forestiers, le *conseil* accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre le

(1) Depuis cette décision, le Dr B. a été payé amiablement de ses honoraires.

recouvrement de ses honoraires de justice de paix.

Diffamation.

Les Dr A. (Calvados) et C. (Seine) ont obtenu la condamnation à 100 fr. d'amende et 300 fr. de dommages-intérêts envers chacun d'eux de la personne qui, étant en procès avec eux pour responsabilité professionnelle, les a diffamés.

Mais celle-ci faisant appel, le Conseil continue devant la Cour l'appui pécuniaire donné antérieurement, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Il ordonnance le paiement de la somme de 335 fr. 20, montant des frais du procès correctionnel.

Le Dr A. (Bouches-du-Rhône), ayant été l'objet de propos diffamatoires de la part d'un individu parent d'un candidat à une assurance-vie, qui l'accuse d'avoir fait refuser son parent, le Conseil est disposé en principe à lui donner l'appui pécuniaire pour poursuivre son diffamateur, à la condition qu'il produise des preuves que les témoins éventuels ne se déroberont pas.

Le Dr L. (Sarthe), qui avait poursuivi, avec l'appui du « Sou », un pharmacien qui l'avait dénigré, a obtenu une condamnation de principe, mais a, lui-même, sur demande reconventionnelle, été condamné pour avoir dénigré le pharmacien.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais mis à la charge du Dr L. (2.008 fr.) et des honoraires de son avocat (500 fr.).

Le Dr R. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre une compagnie d'assurances qui, dans une lettre adressée à l'un de ses assurés, l'a accusé de produire des notes d'honoraires majorées.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour intenter une action suivant les conseils que donnera Me Lattan-Larrier.

Le Dr G. (Alpes-Maritimes) demande l'appui pécuniaire pour recouvrer des honoraires qui lui sont dus par un client qui l'a menacé de mettre en cause sa responsabilité professionnelle.

Comme il s'agit de faits antérieurs à l'admission du Dr G. comme membre du « Sou », le Conseil n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé, conformément aux statuts.

Responsabilité civile.

Le Dr C. (Loir-et-Cher), ayant cité un client en paiement d'honoraires, est l'objet d'une demande reconventionnelle en dommages-intérêts pour responsabilité civile.

L'appui pécuniaire et la garantie statutaire lui sont accordés dans cette affaire.

Le Dr T. (Eure) est menacé d'une action en responsabilité civile par des clients qu'il a poursuivis en paiement de ses honoraires.

Le Conseil l'admet éventuellement à la garantie statutaire en cette occurrence.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr D. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour obtenir le paiement d'honoraires d'assistance, que, par suite d'une fausse interprétation du tarif départemental, reconnue depuis par l'administration, qui a réparé son erreur pour l'année 1924, il n'a pas touchés en 1922 et 1923.

Le Conseil accorde au Dr D. l'appui pécuniaire devant le Conseil de préfecture (1).

Frais de justice criminelle.

En prévision de la nécessité de former rapidement un pourvoi en cassation contre l'arrêt que rendra la Chambre des mises en accusation sur l'opposition à taxe en matière de justice criminelle, pour laquelle l'appui pécuniaire lui est accordé, le délai de pourvoi étant de trois jours, le Conseil accorde éventuellement au Dr T. (Loire-Inférieure) l'appui pour former ce pourvoi, s'il y a lieu et si son avocat et Me Auger l'estiment utile.

Loyers.

Les Dr H. (Seine-Inférieure), D. (Seine) et A. (Loire), demandent l'appui pécuniaire dans des procès concernant l'application des lois sur les loyers.

Le Conseil, considérant qu'il ne s'agit pas de questions professionnelles, décide qu'il n'y a lieu d'accorder cet appui.

(1) Le Dr D. a avisé le « Sou » qu'un règlement amiable du différend était intervenu.

BELLES-LETTRES

LA SOURCE ROUGE

Par Luc Durtain.

(Prix Charles Richet).

(*Editions de la Nouvelle Revue Française*, 3, *rue de Grenelle, Paris*).

Nous avons annoncé ce roman dont l'auteur, Luc Durtain, n'est autre qu'un de nos confrères parisiens les plus distingués.

Il y a là, pris sur le vif, et brossé des plus chatoyantes couleurs, le tableau de la vie saisonnière dans une de nos villes d'eaux d'Auvergne les plus estimées.

Mieux que tous les commentaires, des extraits de cet ouvrage mettront en relief le talent indiscutable de l'auteur, auquel vient d'être décerné le prix Charles Richet.

Nous remercions Luc Durtain de nous avoir autorisés à reproduire les fragments qui suivent :

Depuis quatre ou cinq ans, la vogue était venue à la station de Saint-Symphorien (Puy-de-Dôme : albuminurie, entérite). Saint-Symphorien-le-Bas — Source Desbancelles, Source Intermittente, Source Gaillard — où se trouve l'établissement principal, avait fait refluer sur Saint-Symphorien-le-Haut — Source Perrotin, Source Rouge — tout un excédent de reins durcis et d'entrailles irritées qui avaient embouteillé l'annexe à son tour.

. . . .

Les villes d'eaux plantent volontiers leurs bâtisses dans le meilleur du paysage : la vue, qui ne coûte rien, paiera — et n'est-ce pas pour le malade un salutaire avertissement que de se trouver, dès son arrivée, partout accueilli par ces grands rectangles où les files de fenêtres s'élèvent comme des additions ? Mais, à Saint-Symphorien, allez donc vous tirer d'affaire avec ces sources qui se cachent au fond d'un ravin !

Adossé à des escarpements, où il a dû se tailler sa place, mais dont, en revanche, il a tiré le granit dont il est fait, le Grand Hôtel présente une robuste façade à cinq étages, dont les blocs saillants qui encadrent les baies forment le seul ornement. Juste en face de lui, barrant toute vue, une pente abrupte : hêtres et sapins grimpant sur les épaules les uns des autres. C'est à peine s'ils laissent entrevoir, presque au zénith, le clocher de l'église du haut. Ainsi resserré, l'hôtel n'a devant lui qu'une terrasse étroite et longue, plantée de hauts ormes et longée par la vieille route qui monte à Saint-Symphorien.

. . . .

Le déjeuner s'achève. Le profil à la fois allègre et hésitant, ouvert et secret de Georges Chassaing est l'un des premiers à paraître sur les marches qui descendent des baies vitrées.

C'est au tour des « deux amants » (les têtes qui mangeaient au fond de la salle), de se montrer sur les degrés. Lui, brun, grand, fort, buste d'autorité facile sur des pattes pas très décidées : une ligne de complet bon tailleur fait le raccord. Elle, blonde, souple, trop souple, traits délicats aux yeux gris, l'expression adorante-adorée. (Comme elle le trompera ! Ou se cramponnera-t-elle un jour à l'homme excédé ?) Ils restent seuls, ne parlant à personne, ne regardant personne ni rien. Les voilà qui s'en vont, l'un à côté de l'autre. Bien qu'ils ne se touchent pas, il y a un enlacement dans le rythme de leur marche. Chassaing les envie et les aime. Il aime la femme pour soi. L'homme par-dessus le marché.

D'autres éclaireurs, aux trois baies : puis toute la horde à la fois. Faces, profils, trois quarts. En pied ou fragmentés par la perspective. Couples. Isolés. Par bandes. La dame rousse, le Monsieur-qui-portait-hier-une-boîte-verte-de-naturaliste et leurs cinq enfants, tirés de la boîte — l'actrice présumée, coude et nuque si importants ! frottés sans doute d'essence de coude et de nuque, émerge de deux Anglais qui ne la regardent pas — l'espèce de Norvégien — le jeune homme à bouche répugnante (on ne voit pas d'ici le manège d'intestin de la lèvre supérieure, dont le sourire rebrousse la muqueuse sur les dents) — deux distinguées faces vides qui discutent idées, mots d'autrui au lieu de leur propre souffle — la baronne, le fils à pustules et M. l'Abbé — le grand basané, tiens, le grand basané connaît le petit basané, que c'est drôle ! — l'étoile qu'un rayon allume à une bague, à qui est la main ? à qui ce mollet de femme dans l'ombre ? — un remous laisse échapper une gesticulation couleur aubergine, l'homme est d'ordinaire en knickerbockers gris clair, non, ce n'est pas lui — dix vestons de flanelle et robes claires, rayées ou unies : lainages de midi aussi éclatantes que les soies du soir.

. . . .

En arrivant au passage vitré, il croisa le docteur Bosdenage. Encore un grand singe, celui-là : tempes pelées, yeux bridés, oreilles aiguës !

— Hé, jeune homme, que faites-vous ? C'est l'heure de vos 60 centimètres de Rouge !

Ces mots rappelèrent au jeune homme l'imaginaire empire qu'il s'était arrogé : ils lui mirent dans la gorge un rire énorme.

— Gai, gai ! Plus d'albumine, hein ? Vous en avez de la chance ! La vie est belle, devant vos vingt-cinq ans !

Le vieux praticien lui saisit familièrement le bras, contact qui horripila Chassaing. L'arbitre juridique du café du Luxembourg prit la chose de haut.

— La vie ! On croit avoir tout dit. La vie n'est qu'un cadre vide : il faut savoir ce que l'on mettra dedans. Docteur, plaisante profession que la vôtre ! (Il voulut s'amuser à éblouir le provincial). Vous rendez la santé au petit bonheur — ou, du moins, vous prétendez la rendre, mais pour quel destin ? à qui ? c'est ce dont vous n'avez cure. Ne faudrait-il pas qu'avant de vous commettre le soin d'une existence, un tribunal de psychologues de génie décidât d'abord s'il ne vaudrait pas mieux la supprimer ? Considérez que la Faculté, chargée à la fois d'appliquer les arrêts de vie et les sentences de mort prendrait un singulier prestige.

Le vieil homme s'arrêta court. Un jeu de cinq ou six grimaces opposées s'élabora dans son visage : comme il en avait l'habitude dans les cas difficiles, sa lèvre inférieure remonta, pareille à la feuille d'ordonnance que l'on tire d'un casier.

— Effervescence de jeunesse : tel est votre diagnostic. Je le répète : en avez-vous, de la chance ! D'abord, vos hommes de génie. On dirait que ça existe ! Mon cher, tous les esprits, comme tous les corps, sont à peu près de même façon. Une légère différence de traits ou de vigueur, voilà tout ce qui nous distingue les uns des autres. Seulement, on a fait des mots, il faut que cela serve... Des mots, des mots ! C'est comme votre cadre vide. Eh, le temps se chargera bien de le remplir ! Plus ou moins de durée : voilà, si vous y tenez, une autre inégalité entre les individus.

Il poursuivit, les bras en l'air :

— Mais ce que je retiens, c'est votre tribunal. La peine de mort ! Vous croyez que nous, médecins, nous vous avons attendus ?

Il riait formidablement et des larmes se montrèrent aux bords de ses paupières, ce qui, dans ses gaîtés, lui arrivait souvent depuis quelques années, car il avait le canal lacrymal un peu rétréci.

— La peine de mort ! Vous êtes admirables, Messieurs du Palais de Justice ! Vous croyez l'avoir découverte ! Vous discutez dessus interminablement, vous l'épinglez comme une bestiole. Ouvrez les yeux, mon garçon. Elle n'est pas seulement dans le Code, elle est partout. Partout. Au tournant de cette route. Sous chaque racine. Derrière chaque visage.

Et le médecin, le regard dans la figure de l'avocat, lui mit assez rudement la main sur l'épaule.

Chassaing avait trouvé son maître.

Ils étaient arrivés devant la Source Rouge. Elle parut, aux yeux du jeune homme, avoir subi une singulière diminution. Il ne pouvait retrouver dans les rochers salis par les exhalaisons, ni cette impression charnelle que lui avait donnée cette fissure violette, ni ces ambitions que ses rêves de convalescent avaient revêtues d'une couleur césarienne.

Bosdenage, comme s'il avait connu les pensées de Georges :

— La pourpre ! Il n'y a plus d'empereur. Il n'y a jamais eu que de pauvres hommes sur cette terre qui nous reprendra un jour. Et nous venons à elle avec piété, avec superstition, lui demander la santé. L'hydrologie, mon cher, a ses racines dans le paganisme.

Il changea de ton :

— Cette Source Rouge, est la plus énergique, la plus radio-active, en tous cas, des eaux de Saint-Symphorin. Des atomes brisés pour raccommoder notre néant. Ce que l'on prend ici, ce sont des injections de nébuleuse. Avec ça, des gaz rares : argon, crypton, hélium. Et de tout : du fer, de l'arsenic, du mercure même, ce qui peut parfois être utile.

Il rit de nouveau, et, tandis que sa face reprenait l'air borné qui lui était habituel, il se ressaisit du bras de Chassaing.

— Le Mercure et l'Argent : deux grands métaux ! L'Argent surtout. Protestez, sacré client ! On vous fera cracher quand même !... Bah, on dit ça, acheva-t-il, la tête basse, et le métier ne vaut pas l'épicerie. Nous, nous ne nous retirons jamais des affaires.

Chassaing connaissait le travail forcené du vieillard, la femme égoïste, les filles coquettes. Cependant, il aperçut, à la main dont « l'homme d'argent » lui tenait le bras, les deux derniers doigts pliés en crochet.

— Vous avez eu là une blessure !

— Oh, rien.

— La guerre sans doute !

— Ah, ça, pas du tout ! Je ne veux pas passer pour un héros. Un phlegmon des gaines : c'est banal.

— Un phlegmon !

— Une histoire bête. Un pauvre diable, un laveur de vaisselle. Panaris. Neuf heures du soir. L'homme souffrait. Je rentrais tout juste, tué de fatigue, affamé : j'ai ouvert, oubliant une écorchure. Naturellement, infection. J'ai eu de la veine de ne pas perdre le bras.

Georges, pendant cinq minutes, se méprisa cordialement et se fit, du vieux praticien, une espèce de dieu. Puis il n'y pensa plus. La vérité d'un homme de soixante ans n'est pas faite pour les yeux d'un jeune homme.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

A l'article 2, modifié, il n'est fait aucune mention du prix de la visite de contrôle dans le cas où cette visite aurait lieu au domicile du blessé. Qu'en pensez-vous ?

Cette modification, qui ne majore que la première de ces visites, est faite tout à l'avantage des Compagnies d'assurances, et il n'est tenu aucun compte du gros dérangement que ces visites de contrôle apportent chez un médecin qui n'est pas « spécialiste des accidents du travail ». Y aura-t-il une modification apportée ? Dr N.

Réponse.

1° Dans l'arrêté du 24 décembre 1924, on lit: « L'article 3 est *complété* ainsi qu'il suit... » Donc, *aucun changement* lorsque la visite de contrôle a lieu au *domicile* du blessé. C'est bien là ce que vous demandez. Et cela par le fait qu'il ne doit pas être commun que deux ou x blessés, contrôlables par un médecin d'assurance, habitent le même domicile. Cette addition ne joue donc que lorsque les deux médecins (traitant et patronal) examinent ensemble une *série* d'accidentés au même lieu, c'est-à-dire soit au cabinet du médecin traitant, soit dans une clinique d'accidents du travail. F. D.

IV

410. — Ligature de la veine cubitale.

On m'amène *de nuit* un blessé (accident du travail) atteint de plaie transversale, par instrument tranchant, de la région moyenne et interne de l'avant-bras gauche, avec section de la veine cubitale. Vous seriez bien aimable de me dire comment je dois tarifer mes interventions :

Consultation ; certificat accident ; ligature de la veine cubitale gauche ; réunion par sutures multiples ; injections de sérum antitétanique ; indemnité de nuit. Ma localité fait partie de la seconde catégorie. Dr T.

Réponse.

Seules les ligatures d'artères sont l'objet d'une tarification spéciale dans le tarif Breton, mais pas *les veines*. Et cependant, lier la cubitale, ce n'est plus mettre une pince sur une veine superficielle quelconque pendant quelques minutes. De plus, cela démontre une plaie profonde de l'avant-bras, donc plus que de simples sutures multiples. Je pense donc légitime, en l'occurrence, de compter, par *analogie* de difficulté technique : « Régularisation, épluchage, etc. d'une plaie étendue et profonde » sans oublier la majoration de nuit. Et votre note s'établirait ainsi en deuxième catégorie :

Régularisation, épluchage, etc. d'une plaie étendue et profonde.	75	90
Injection de sérum A. T.	15	
Majoration de nuit de 25 %		22 50
Certificat d'origine		5
Total		117 50

F. D.

CHRONIQUE FISCALE

Impôts des cliniques et maisons de santé.

Le « Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé privées de France » nous communique, en nous demandant de le publier — ce que nous faisons très volontiers — le modèle de conclusions ci-après, qui a été rédigé par ses Conseils juridiques.

Ce modèle de conclusions pourra très facilement, étant donné qu'il est très complet et très clair, être adapté, même par une personne peu versée dans la procédure, à l'espèce soumise au Conseil de préfecture.

Au surplus, le « Sou médical » reste à la disposition de ceux de ses adhérents qui auraient besoin de ses conseils.

Modèle de conclusions à déposer devant le Conseil de Préfecture à l'appui d'une réclamation contre l'assujettissement d'une maison de santé à l'impôt sur les B.I.C. (bénéfices industriels et commerciaux) et à la taxe sur le chiffre d'affaires.

OBSERVATION. — *On a réuni dans une même formule les arguments relatifs à la taxe sur le chiffre d'affaires et à l'impôt sur les B.I.C. bien que les instances relatives à ces deux impôts doivent être nécessairement distinctes. L'intéressé n'aura qu'à découper les passages concernant la difficulté à laquelle il sera en butte et à conserver le reste pour un autre litige. De même, on a inséré dans le corps des conclusions, des arguments qui ne peuvent servir que pour les cliniques chirurgicales ; les maisons de santé médicales n'auront qu'à ne pas les reproduire.*

L'exposant vient soutenir la réclamation qu'il a formée contre son imposition à l'impôt sur les B. I.C. rôle nº de et à la taxe sur le chiffre d'affaires sur les bénéfices réalisés par lui dans la maison de santé qu'il dirige (ou dans la clinique qu'il dirige) à....

(Ici, un bref exposé de faits, dans lequel on expliquera en quoi consiste la maison dont les bénéfices et le chiffre d'affaires sont en question et donnera le montant de la réclamation du fisc.)

L'exposant démontrera ci-après que cette réclamation est injustifiée.

Il convient de poser en principe que la profession médicale est purement libérale. Le fait qu'un médecin (ou un chirurgien) reçoit ses malades dans une maison où il les entretient ne fait pas perdre son caractère libéral à la profession qu'il exerce.

En effet, l'internat du malade est nécessité par la nature des soins qu'il reçoit ; la disposition de la chambre, les heures d'ouverture des fenêtres, les

SERVICE DE PROPAGANDE

Le Docteur (Nom et prénoms) ____________

demeurant à ____________ *Rue* ____________ *Nº* ____

*départ*t *de* ____________

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du* " *Concours Médical* ".

A ______ ______ *le* ______ 1924.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical* 132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

sorties, le nombre et la composition des repas sont fonction de la maladie et font partie du traitement au même titre que les prescriptions de remèdes, les séances de pansements, massages, électrisation, les douches, etc. dont le malade a également besoin.

(Pour les cliniques chirurgicales, remplacer ce paragraphe par le suivant : le séjour de l'opéré dans une maison de santé est nécessité par la préparation et par les suites de l'opération qu'il a subie ; la composition de ses repas, les pansements, les soins de toute nature qui lui sont donnés, le sont sous la direction immédiate du chirurgien et la participation de ce dernier à l'existence matérielle de son client est donc encore un acte médical.)

Une maison de santé (ou une clinique) n'est donc que le prolongement du cabinet de son propriétaire. Les bénéfices qui y sont réalisés, les affaires qui y sont traitées ne présentent à aucun degré le caractère commercial.

Vainement invoquerait-on à sens inverse l'arrêt de la Cour de Cassation du 12 novembre 1923 (*Recueil hebd. D.* 1924, p. 7). Plus encore que les autres juridictions et précisément à cause de son rang dans la hiérarchie judiciaire, la Cour de Cassation prend garde de ne pas poser de principes généraux qui débordent les limites des problèmes qui lui sont posés. Ses arrêts doivent donc être interprétés en fonction des questions à résoudre. Dans l'espèce soumise à la Cour de Cassation en 1923, il s'agissait de l'application de la loi du 12 avril 1906 sur les accidents du travail, donc uniquement de savoir si le travail auquel le demandeur blessé était attaché lui donnait le droit de se prévaloir de cette loi. Le demandeur était un garçon de salle attaché à la partie matérielle, assimilable en quelque sorte à un hôtel, de la maison de santé ; le travail de ce garçon de salle était tout à fait comparable à celui d'un garçon d'hôtel. La Cour a donc répondu affirmativement à la question posée : mais l'on voit combien la portée de son arrêt est limitée et il signifie seulement que dans la mesure où elles procurent contre rétribution la nourriture et le logement à leurs pensionnaires et pour l'application de la loi du 12 avril 1906, les maisons de santé sont des entreprises commerciales quelle que soit l'importance du traitement médical au regard des autres fournitures.

Les commentateurs de cet arrêt ne se sont d'ailleurs pas mépris sur sa portée limitée. Ainsi, la note du Recueil périodique des assurances (1924, p. 299) signale la répercussion possible de la nouvelle jurisprudence de la Cour de Cassation sur les règles précédemment admises en ce qui concerne les maisons d'éducation pour la jeunesse. Un jugement du Tribunal de la Seine du 21 février 1912 avait estimé que ces entreprises ne sont pas assujetties à la loi de 1898 sur les accidents du travail ; l'auteur de la note pense que, désormais, on devrait juger différemment et cependant il reconnaît que les maisons d'éducation ne sont à aucun degré des entreprises

commerciales ; il estime donc que la nouvelle jurisprudence n'entend pas résoudre le problème général de la qualification des entreprises visées.

D'ailleurs, on peut d'autant plus difficilement tirer argument de cet arrêt en faveur de la prétention de l'administration, que sa solution n'est pas nouvelle. Le décret du 27 septembre 1906, sanctionné par la loi du 22 août 1913, impose à la taxe instituée pour la constitution du fonds de garantie prévu par la législation sur les accidents du travail, les personnes tenant maison particulière de santé sans distinction. L'exposant est donc assujetti à cette taxe et cependant personne n'a jamais prétendu voir en lui un commerçant. Il n'a jamais été contesté que la fourniture rétribuée du logement, du blanchissage et de la nourriture fût, en soi, un acte commercial ; mais il n'a jamais été contesté non plus que l'accomplissement de ces actes de commerce fût impuissant à conférer à l'entreprise tout entière le caractère commercial, dans le cas où cette entreprise a uniquement pour objet le traitement de malades, sous la direction de son propriétaire. C'est ce qui vient d'être reconnu par un jugement du tribunal de commerce de la Seine, du 13 janvier 1925.

L'exposant rappelle d'ailleurs le principe bien établi en matière fiscale que lorsqu'un contribuable exerce une profession imposable pour partie à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales et pour partie à l'impôt sur les B.I.C., il ne peut être imposé que dans une seule cédule dont le choix est déterminé par le caractère prédominant des actes accomplis pour l'exercice de sa profession. En admettant que le médecin fasse acte de commerce en hébergeant ses malades, on n'a pas besoin d'insister sur le fait que cet hébergement n'est pas l'objet de son entreprise ; la profession qu'il exerce est d'abord et avant tout médicale, sa partie commerciale n'en est que l'accessoire et par conséquent la totalité des bénéfices doit être imposée à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Cette solution s'impose à plus forte raison dans le cas d'une clinique chirurgicale ; la clinique de l'exposant est une maison où ne sont reçus que les malades opérés par lui ; l'exposant ne réalise aucun bénéfice sur les sommes qu'il reçoit de ses clients au titre de leur entretien ; c'est tout au plus si ces sommes couvrent les frais de la clinique comme on peut aisément s'en rendre compte par l'examen de la comptabilité.

L'ouverture de cette maison a pour objet d'une part de faciliter l'exercice de la profession des chirurgiens en mettant sous la main du chirurgien lui-même le personnel infirmier qui autrement dépendrait exclusivement d'un intermédiaire ; d'autre part de faire réaliser une économie à la clientèle en lui évitant le bénéfice d'un intermédiaire ou le déplacement pour se rendre dans une autre ville.

Ainsi l'objet de l'entreprise n'est pas de réaliser des bénéfices, mais seulement de réaliser une économie ou de procurer une facilité ; or, il résulte d'un

arrêt célèbre de la Cour de Cassation du 18 juin 1924 — Chambres réunies — aff. : Caisse rurale de Manigod — que la poursuite d'une économie ou d'une facilité ne constitue pas la poursuite d'un bénéfice au sens commercial du mot ni même au sens de l'article 1832 du Code civil qui pourtant est plus large. Une entreprise ne pouvant être classée comme commerciale qu'à la condition de rechercher un bénéfice, le caractère civil de celle dont s'agit ne peut donc pas être contesté.

II. — Les mêmes raisons démontrent que la maison ou clinique dont s'agit n'est pas assujettie à la taxe sur le chiffre d'affaires. Sans doute, cette taxe frappe d'une façon générale les actes relevant des professions commerciales, mêmes accomplis occasionnellement, mais les fournitures domestiques ou pharmaceutiques faites aux pensionnaires sont l'accessoire nécessaire des soins donnés auxdits pensionnaires ; le prix en est bloqué dans celui des soins et il est arbitraire d'en faire la ventilation. Dans la doctrine de l'administration, lorsque des actes, commerciaux par leur nature, sont l'accessoire de l'exercice normal d'une profession non commerciale, ils ne sont pas soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires ; tel est par exemple le cas des opérations dites d'embouche accomplies par des cultivateurs. Réponse de M. le Ministre des Finances à M. de Menthon, député, en date du 25 août 1924. Les sommes reçues en paiement des fournitnres domestiques faites aux pensionnaires ne seront donc pas assujetties à la taxe sur le chiffre d'affaires.

En tous cas, il y aura lieu de les y assujettir seules : la taxe ne frappe que les affaires faites par les personnes qui, en France, achètent habituellement pour revendre ou accomplissent des actes relevant de professions commerciales.

En admettant que les fournitures faites aux pensionnaires relèvent de la profession d'hôtelier qui est commerciale, il est incontestable que ce n'est pas le cas des soins donnés par l'exposant ; ce ne sont pas non plus des actes accomplis par une personne qui achète habituellement pour revendre et par suite les honoraires payés par les pensionnaires (ou la part du prix forfaitaire payé par les pensionnaires applicable aux soins) doivent être exonérés de la taxe sur le chiffre d'affaires (Conseil de Préfecture de la Seine. 5 décembre 1922).

Par ces motifs et tous autres à déduire et suppléer ultérieurement s'il y a lieu :

L'exposant requiert qu'il plaise au Conseil de Préfecture, faisant droit à sa réclamation, de dire :

1° Que les bénéfices réalisés par lui seront assujettis à la cédule des bénéfices des professions non commerciales.

2° Qu'il n'y a lieu au paiement de la taxe sur le chiffre d'affaires.

Très subsidiairement, de dire que la taxe sur le chiffre d'affaires ne frappera que les sommes payées par les malades en rétribution des fournitures domestiques.

JURISPRUDENCE

Application du prix-limite au loyer du médecin.

Sous ce titre, nous avons publié et commenté, dans le numéro du 15 février, page 385, un jugement de la Chambre du Conseil du Tribunal civil de la Seine, qui appliquait, à Paris, le prix limite à un loyer prorogé, parce qu'il s'agissait d'un local d'habitation dans lequel le locataire exerçait sa profession de docteur en médecine.

L'arrêt suivant, pris, comme le jugement précité, dans la *Gazette du Palais*, envisage la question d'une manière différente :

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION
15 janvier 1925.

(*Gazette du Palais*, 13 février 1925.)

L'action en réduction instituée par la loi du 29 décembre 1923 n'est pas recevable pour un loyer comprenant à la fois des locaux d'habitation et des locaux industriels, commerciaux ou professionnels, lorsque rien ne permet de fixer la valeur respective de location de ces différents locaux faisant l'objet d'un bail unique, pour un prix unique.

Spécialement, lorsque la location faite par le même acte et pour un prix unique est relative à une location indivisible, destinée par le médecin locataire à l'habitation et à l'exercice de sa profession de radiologue, l'action en réduction du loyer n'est pas recevable.

Les époux Oudaille se sont pourvus en cassation d'un jugement du Tribunal civil d'Alger rendu le 16 avril 1924 au profit du docteur Josse, locataire.

Arrêt :

La Commission supérieure,

Attendu qu'il résulte du jugement attaqué et de la procédure que les époux Oudaille, locataires principaux d'un immeuble, sis à Alger, dont la Cie algérienne est propriétaire, ont sous-loué au docteur Josse un appartement dans ladite maison, suivant acte du 29 janvier 1923, pour une durée de 15 années et moyennant le prix de 11.500 fr. par an ; que Josse a formé une demande en réduction de loyer ; que le tribunal l'a déclarée recevable et a ordonné une expertise pour fixer la valeur locative de l'appartement ;

Sur le troisième moyen, pris de la violation des art. 1er et 2 de la loi du 29 décembre 1923 :

Attendu que le pourvoi fait grief au jugement attaqué d'avoir décidé que la limitation du prix d'un bail à loyer était applicable à un contrat relatif à un local professionnel ;

Attendu que, pour déclarer la demande en réduction de loyer recevable, le jugement énonce « que

si le docteur Josse a loué l'appartement à la fois pour l'habiter et pour y avoir un cabinet de radiologie, sa location est indivisible et a un caractère principal d'habitation, la partie des locaux affectés à l'exercice de sa profession étant beaucoup moins importante que celle affectée à l'habitation » ·

Mais attendu que l'art. 1er de la loi du 29 décembre 1923, limitant le bénéfice de ses dispositions aux locaux à usage d'habitation et excluant, par suite, les locaux professionnels, rend irrecevable l'action en réduction d'un loyer comprenant à la fois des locaux d'habitation et des locaux industriels, commerciaux ou professionnels, lorsque rien ne permet de fixer la valeur respective de location de ces différents locaux faisant l'objet d'un bail unique, pour un prix unique ;

Et attendu qu'il résulte de la décision que la location est indivisible ; que les locaux ont été loués non seulement pour l'habitation, mais aussi pour l'exercice de la profession de radiologue, à tel titre que la bailleresse s'interdit, dans le bail, de louer dans le même immeuble à un autre radiologue ; que ledit bail a été fait par le même acte et pour un prix unique ; qu'il suit de là que l'action en réduction de loyer formée par le docteur Josse, exerçant, dans les lieux loués, la profession de radiologue, n'était pas recevable ; qu'en décidant le contraire, le tribunal a violé les textes visés au moyen ;

Par ces motifs, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres moyens,

Casse...

MM. Gauduchcau, rapp. ; Peignot, av. gén. — Me Marcille, av.

NOTE. — La question de savoir si l'action en réduction est recevable quand il s'agit de locaux, partie à usage commercial et partie à usage d'habitation, formant un tout global compris dans un même bail et pour un prix unique, a fait l'objet d'un arrêt de la Commission supérieure du 2 janvier 1925 (*Gaz. Pal.* 1925.1.258) que l'arrêt ci-dessus complète.

Dans cet arrêt antérieur, la Commission supérieure avait cassé la décision qui avait fait droit à la demande en réduction, parce que les juges du fait n'avaient pas indiqué les circonstances de nature à permettre de considérer les locaux d'habitation comme constituant l'élément prépondérant, ou au contraire, comme l'accessoire des locaux affectés au commerce, — ce qui implique évidemment que si le juge reconnaît que l'élément habitation domine, l'action en réduction doit être admise. Par l'arrêt ci-dessus rendu quelques jours après, la Commission supérieure décide que l'action en réduction doit être écartée si rien ne permet de fixer la valeur respective de location des différents locaux. C'est très rigoureux, car cela peut aboutir à priver le locataire du droit à réduction pour son habitation. Mais les juges du fait peuvent puiser des éléments d'appréciation dans des circonstances et actes extrinsèques, tels que la patente qui, en nombre de cas, établit la

proportionnalité des locaux affectés au commerce ou à la profession et des locaux affectés à l'habitation.

Cette discrimination est nécessaire, car il semble bien que, dans la pensée de la Commission supérieure, en toute hypothèse, la réduction du loyer au taux-limite ne doit s'appliquer qu'à la partie du loyer afférente à l'habitation et non à celle afférente au commerce ou à la profession. Il n'est donc pas suffisant de dire que l'élément habitation domine, il faut encore que le juge indique dans quelle proportion, sinon la Commission supérieure ne peut exercer son contrôle.

C'est, croyons-nous, ainsi que ces deux arrêts, malgré tout quelque peu divinatoires, doivent être interprétés : pour que l'action en réduction soit admise, il faut en premier lieu que l'habitation soit le principal (V. notre note sous Comm. sup. cass. 2 janvier 1925, précité) ; il faut en second lieu, que le juge indique dans quelle proportion cet élément domine par rapport à l'autre.

Commentaires.

Il semble bien, comme le dit l'auteur de la *Note* de la *Gazette du Palais*, que l'avis de la Commission supérieure soit que la réduction du loyer au taux limite ne doit s'appliquer qu'à la partie du loyer afférente à l'habitation et non à celle afférente à la profession. Par suite, le juge du fait doit non seulement ind quer que l'élément habitation domine, mais encore dans quelle proportion.

Pour que le juge puisse se prononcer, il est donc de toute nécessité que, dans ses conclusions écrites, le médecin qui prétend bénéficier de la limitation du prix de son loyer précise bien que la partie habitation est la principale et indique expressément l'importance respective de chacune des parties du local, partie habitation et partie professionnelle.

Il pourra, par exemple, préciser le nombre de pièces, et même la surface, util sées pour l'habitation, et celles servant à l'exercice de sa profession.

Il ne nous semble pas que la patente puisse, dans la plupart des cas, être utilisée comme élément d'appréciation, pu squ'elle est basée sur la totalité du loyer, mais il en pourrait être autrement de la contribution personnelle-mobilière, qui est assise sur la valeur locative des seuls locaux d'habitation.

J. DUMESNY.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelles fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans un nombre considérable d'affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le *Concours Médical*, l'Union des Syndicats, l'Association Générale des Médecins de France, etc.

Il a créé une caisse spéciale destinée à garantir ses membres, en outre des frais du procès, jusqu'à concurrence de 50.000 francs contre les demandes de dommages-intérêts qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical », il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membres du « Sou Médical ».

La cotisation annuelle est de 25 francs, comprise la participation à la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION

Voir Bulletin ci-contre

Quarante septième année — N° 10 — 8 Mars 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 550-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Faits cliniques

Jurisprudence

Documents Officiels

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr GAUTHIER, d'Angoulême, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Tr.tot.
Cannes : Abadie, Arguéyrolles, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*)
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : La Bonnardière, Mineffe, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M., Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant-Delocque, Fourcaud, Dormoy) Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry Henry (*Rayons X*), Kent-Morset, Larue, Leriche Em., Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Noble J.. Piétri, Potheau (E.), Rouvière Vizerie
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldagues, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

No 105. — Jeune mén. fam. méd. disp. belle propr. proche s.-préf. 150 kil. de Paris, plateau sain et aéré recevr. conval. non cont. ay. bes. séj. à la camp. Exc. réf.

No 106. — On dem. infirmière sér. capable assur. serv. de salle d'opér.

No 107. — A vend. cond. int. Renault 12 CV 1922, 5 pl. Ecl. dém. él. Tr. belle carr. Parf. marche. Ess. sur tte dist. Aff. except. 21.000 fr.

No 108. — Clin. paris. dem. Directrice et chefs service intéressés.

No 109. — Bon poste méd. à céd. dans bonnes cond. ni pharm. ni sages-fem. pays tr. riche.

No 110. — Dr mar., 30 ans au cour. client. parl. angl. allem. Spéc. gyn. acc. dipl. Tarnier, ch. urg. poste à repr. Paris, banl. imm. ou Côte-d'Az. sans ind. compt.

Provisoir. accept. occ. méd. ou paraméd. Dr J.-B. Lacroix, P. R. Paris 88.

N° 111. — Jura, bon poste fais. 60.000, à repr. de suite, cause décès titulaire.

N° 112. — Jeune doct. ext. de Paris ch. sit. d'assist. dans mais. de sant. clin. etc. Paris ou pet. banl.

N° 113. — Paris, XIe arr. client. anc. méd. génér. rap. 80.000 min. appart. 1er 5 p., aff. sér. compt. très bien tenue. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 114. — Banl. imméd. Bonne clin. A. T. rap. 45.000, en aug. 4 p. chauf. cent. Indemn. 40.000. S'ad. Breiteil et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

FAITS CLINIQUES

Deux cas de guérison accidentelle de varices.

La guérison des varices par phlébite provoquée étant à l'ordre du jour, je signale deux cas où cette phlébite a été obtenue involontairement:

Q. H., 52 ans. — Jambe droite normale. A gauche, varices suivant le trajet de la saphène interne : un paquet au sommet du triangle de Scarpa, un second au tiers inférieur de la cuisse, un autre au-dessous du plateau du tibia. Sur la face interne de la jambe, occupant le tiers moyen et la partie supérieure du tiers inférieur, gros placard d'eczéma variqueux, dur, comprimant fortement les tissus ; à sa partie inférieure, petit ulcère ovale de 3 cm. dans le sens vertical, 1 cm. 1/2 dans le sens horizontal, peu profond, douloureux, ayant cicatrisé à plusieurs reprises. En dessous, toute la face dorsale du pied est variqueuse.

Le 10 janvier 1924 commence une encéphalite épidémique à allure grave au début. Vers le 20 janvier, injections intraveineuses d'uroformine : 4 cmc. de liquide, soit un gramme de produit par injection tous les deux jours. A la quinzième piqûre, le malade qui se levait et marchait un peu, me signale une douleur vive à sa cuisse

Je constate une inflammation du paquet variqueux du triangle de Scarpa et ordonne un repos relatif. Les jours suivants marche descendante de la phlébite : d'abord la veine unissant le paquet supérieur au second s'indure, devient douloureuse et les tissus s'enflamment le long de son trajet, puis c'est le tour du deuxième paquet, puis de la veine au niveau de l'articulation du genou, puis du paquet situé à la limite supérieure du placard eczémateux. La phlébite malheureusement s'est arrêtée là.

Après six mois, je constate la disparition complète des varices dans toute la région de la cuisse et du tiers supérieur de la jambe (on sent encore nettement les cordons veineux), la guérison de l'ulcère, la persistance des varices au pied.

Détail particulier : le malade d'allure lymphatique, à teint blafard, obèse, a un système veineux superficiel très peu marqué hors de la zone variqueuse. J'ai fait au pli du coude 16 à 18 piqûres de chaque côté sur un tronçon de veine que je n'apercevais pas, qui n'était décelable qu'à la palpation. La longueur de veine sur laquelle ont porté ces piqûres ne dépasse pas un centimètre : elle est toujours restée perméable.

Mme B. P., 50 ans. — A depuis longtemps un paquet variqueux très limité à la face interne du genou gauche en-dessous de l'interligne articulaire. Les varices sont grosses, très superficielles, le sang paraissant être sous la peau.

En août 1924, elle accompagne son mari à Vals et prend des douches. A la deuxième séance (une douche écossaise) elle a d'abord l'impression d'un jet trop chaud sur sa jambe, et immédiatement elle ressent une vive douleur au niveau de ses varices. Le médecin consulté indique un début de phlébite et conseille le départ de la station. Je vois la malade le lendemain chez elle : grosse inflammation de la zone variqueuse. Elle garde le repos pendant trois semaines ; au bout de ce temps, plus d'inflammation, les tissus sont indurés, les nodosités variqueuses peu distinctes. Trois mois après, placard uniformément induré, diminuant graduellement de surface ; il n'y a plus trace de varices.

Que conclure ? D'abord il doit y avoir d'autres faits identiques d'inflammation de paquets variqueux. Aboutissent-ils toujours à la guérison ?

Ensuite le premier cas indiquerait une fragilité toute spéciale du tissu variqueux et une prédisposition à l'inflammation. Si, comme il paraît bien, c'est l'uroformine qui a déterminé la sclérose des varices, pourquoi cette action à distance alors que les veines saines du pli du coude ont été extraordinairement tolérantes ?

Dr Ernest Matet.
Montfrin (Gard).

Puériculture, terme impropre.

Vous avez raison de dire que le néologisme « puériculture », appliqué aux nourrissons, est un terme impropre.

Le « puer » est l'enfant qui parle.

L' « infans » est celui « qui ne parle pas ».

Varron, (in *De ling. lat.* VII, 7, 53) indique que, étymologiquement, le mot « infans » signifie « qui ne parle pas ».

Il est vrai, qu'en droit romain, le muet et l'imbécile restent toute leur vie à l'état d' « infans ».

Dr P. NOURY.
(Rouen).

Les rayons X sont-ils cancérigènes.

Pourriez-vous dissiper ma perplexité (et probablement celle de quelques confrères) au sujet de l'effet peut-être cancérigène du radium et des rayons X ?

Dr A. R. B.

---

328. — Certificat de maladie d'un facteur des P.T.T. Timbre.

Appelé à donner mes soins à un facteur des P.T.T. j'ai dû lui établir un certificat de maladie. Intentionnellement, je n'ai point mis de diagnostic... l'administration me renvoie mon certificat en me priant de le compléter par le nom de la maladie. Ai-je bien fait de refuser en me retranchant derrière le secret professionnel, n'étant pas médecin des Postes. Je vous serais obligé de me renseigner, car ceci se présente parfois.

Cette fois, on ne me réclame pas un certificat sur timbre, mais l'an dernier, muni de mon Agenda-Memento du praticien, j'ai délivré à une employée de Paris, en congé ici, un certificat de maladie, sur papier libre, qui me fut retourné pour être établi sur timbre. Et pourtant, je lisais sur mon agenda que la loi du 29-3-1897 art. 4, autorisait le papier libre. Qui croire ?

Dr D.

Réponse.

Si vous n'êtes pas le médecin de l'administration mais le médecin traitant du facteur, vous ne pouviez pas, sans violer le secret professionnel, faire connaître directement à l'administration le diagnostic de la maladie dont avait été atteint votre client. Mais vous pouviez remettre au malade lui-même, sur sa demande, un certificat contenant toutes les indications nécessaires. Il aurait alors appartenu au malade de faire de votre certificat tel usage qu'il lui aurait semblé bon et nul n'aurait pu de la sorte vous accuser d'avoir manqué au secret professionnel pour avoir

fait connaître votre diagnostic à son administration.

L'exemption de timbre accordée par la loi du 29 mars 1924 ne s'applique qu'aux certificats délivrés aux agents du service *actif* de l'Etat. Nous supposons que l'employé auquel vous faites allusion dans votre lettre était un employé des postes. S'il occupait un emploi sédentaire, un emploi de bureau, il n'appartenait pas au service actif et votre certificat devait être délivré sur timbre. Aux termes de l'article 5 de la loi du 9 juin 1853, appartiennent seuls au service actif dans l'administration des postes : les courriers et postulants courriers, les facteurs de ville, les brigadiers et sous-brigadiers facteurs ruraux, les facteurs ruraux, les facteurs locaux, les chargeurs de malles et les inspecteurs des postes et télégraphes.

---

505. — Délivrance des substances vénéneuses aux médecins.

Je suis le médecin d'un préventorium privé (150 malades) situé dans le voisinage de la localité où j'exerce.

A quelles règles suis-je soumis pour les prescriptions de substances toxiques du tableau D ?

Puis-je prescrire par exemple 20 ou 30 ampoules de morphine et 100 pilules d'opium, afin d'en avoir « en stock » et ne pas être obligé de faire chercher quotidiennement, ou presque, ces médicaments chez les pharmacien (2 k. 500).

Dr Z.

Réponse.

Aux termes de l'article 27 du décret du 14 septembre 1916, vous pouvez vous faire délivrer les substances des tableaux A et B destinées à être employées par vous soit dans les cas d'urgence, soit pour des opérations, pansements ou injections, à la condition d'en faire la demande écrite, datée et signée, au pharmacicen de votre commune. Ces médicaments devront être employés par vous personnellement et vous ne pourrez les céder à vos clients, que ce soit à titre onéreux ou gratuit.

---

516. — Accident de voiture. Action de la victime.

Je soigne un blessé par accident de voiture, le blessé étant lui-même en motocyclette : fracture de cuisse, guérison avec raccourcissement et incapacité permanente.

Le blessé n'est pas assuré et est à peu près sans ressources.

A quelle juridiction doit-il s'adresser ? Justice de Paix ? Tribunal civil ? Et peut-il obtenir l'assistance judiciaire ?

Dr M.

Réponse.

Le juge de paix est compétent pour connaître en dernier ressort des demandes qui n'excèdent pas 300 francs en capital et à charge d'appel de celles qui ne dépassent pas 600 francs. En raison des graves lésions qu'il a subies, il est probable que votre client réclamera une indemnité supérieure à 600 francs. Il faudra donc qu'il assigne devant le tribunal civil du domicile de son débiteur.

Si votre client est sans ressources, il pourra obtenir l'assistance judiciaire. Pour cela il devra adresser une demande au procureur de la République et fournir à l'appui un certificat d'indigence délivré par le maire et un certificat de non-imposition délivré par le percepteur.

Quant à vos honoraires, quelle que soit l'issue du procès, c'est votre client seul qui en est responsable envers vous, puisque vous n'avez pas été mis en œuvre par l'auteur de l'accident.

---

34. — Amortissement d'une automobile.

Je me permets de vous prier de vouloir bien me donner les renseignements suivants au sujet de l'établissement de mes bénéfices professionnels.

J'ai acheté une automobile en avril 1924 (coût 12.000 francs environ) : que dois-je défalquer sur mes bénéfices de 1924. Je veux parler de l'amortissement du prix de ma voiture.

Il faut compter que c'est une voiture que je ne garderai pas plus de 2 à 4 ans, je la revendrai je suppose 8.000 francs maximum ; donc 4.000 francs de perte. En combien d'années dois-je répartir cette perte ?

Veuillez, je vous prie, me donner tous détails utiles afin que je sois en règle avec le fisc et avec mes intérêts personnels.

Dr C.

Réponse.

Vous pouvez amortir votre voiture à raison de 10 % l'an soit 1.200 francs.

Si vos prévisions sont exactes pour l'année au cours de laquelle vous aurez revendu votre voiture, vous solderez comme suit :

Prix d'achat		12.000 fr
A déduire :		
Amortissement de 1924	1.200	
» 1925	1.200	3.600
» 1926	1.200	
Reste		8.400
Prix de vente en 1927		8.000
Amortissement de 1927		400

Si vous la revendiez en 1928, comme vous auriez quatre années d'amortissement, soit :

4.800 francs, il resterait 7.200 francs. Si le prix de vente est de 8.000 francs (vous êtes optimiste), il y aurait un bénéfice de 800 francs.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

87. — Patente des cliniques et dispensaires des Compagnies d'assurances.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire si les Compagnies d'assurances ont le droit de tenir un dispensaire pour soins aux blessés avec infirmière, médecin, etc., et si elles ne doivent pas payer une patente, comme moi qui ai une clinique particulière et qui paye patente pour cette clinique ainsi que pour mon cabinet dans mon domicile particulier.

Dr X.

Réponse.

Les cliniques du genre de celles visées dans votre demande sont imposables à la patente, soit, suivant les conditions d'exploitation, au nom de la Cie d'assurance, soit au nom du médecin qui assure le service. Les cliniques et dispensaires ne donnent lieu à aucune imposition lorsque les soins y sont donnés gratuitement et qu'ils constituent une œuvre de bienfaisance : mais dès que l'exploitation poursuit un but lucratif, il doit y avoir imposition.

C'est au contrôleur des contributions directes qu'il incombe d'établir les impositions le cas échéant.

A.M.

---

293. — Maladie. Imputation au service militaire.

Un de mes clients a été atteint en 1920, étant à la caserne, d'encéphalite léthargique et hospitalisé par l'autorité militaire. Depuis les premiers mois de 1924, il fait des accidents de parkinsonisme. Ayant demandé à recevoir une pension pour infirmité due à une maladie contractée en service, il lui a été répondu qu'il devait attendre le vote d'une loi. Savez-vous s'il existe quelque loi visant les cas analogues ou si l'on en prépare quelqu'une ?

Dr F.

Réponse.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de loi semblable en préparation. L'intéressé avait, jusqu'au 4 septembre 1924, le droit de faire la preuve que cette maladie était imputable au service. Par conséquent, dans les premiers mois de 1924 il était encore dans les délais légaux.

---

336. — Déduction de la valeur locative des locaux professionnels.

Jusqu'en décembre 23, je payais 2.000 francs de location pour l'immeuble que j'habitais et dans l'établissement de mes dépenses professionnelles, je comptais 600 francs pour la partie de l'immeuble servant à l'exercice de ma profession, ces 600 francs étant déduits de mon bénéfice b rut.

J'ai acheté l'immeuble en décembre 23, puis-je toujours déduire ces 600 francs de mes bénéfices bruts, comme dépenses nécessaires à l'exercice de ma profession.

Dr N.

Réponse.

Quoique propriétaire de l'immeuble, vous avez toujours le droit de déduire de vos bénéfices professionnels la valeur locative des locaux professionnels ; mais dans votre déclaration pour l'impôt général sur le revenu, vous devez faire figurer au paragraphe revenus fonciers, le revenu du dit immeuble ; pour éviter toute discussion, nous vous conseillons de déclarer le revenu net servant de base à la contribution foncière, lequel figure sur l'avertissement, et de ne déduire qu'une fraction de ce revenu net (le 1/3 environ) de vos revenus professionnels.

A. M.

338. — Déclaration du revenu. Absence de bénéfices professionnels.

Paralysé depuis 13 mois, je n'ai touché en 1924, comme honoraires, qu'un peu plus de 5.000 francs et la plus grande partie de cette somme se rapporte à des visites et consultations de 1923.

N'ayant plus depuis longtemps d'auto, à chaque sortie (d'ailleurs rares) j'ai dû louer voiture ou auto. De la sorte, mes frais généraux (bonne, voiture, téléphone, chauffage, bureau, salle d'attente, etc.) quoique difficiles à établir exactement, atteignent à peu près, ou dépassent peut-être mes honroaires.

Comment faire ma déclaration ?

Je ne vois pas dans le paragraphe IV d'article réservé au déficit ni aux frais d'emploi.

D'autre part, ayant vendu, il y a 18 mois, une terre payable par fractions éloignées, je touche l'intérêt du capital dû.

Dans quelle catégorie de revenus déclarer cette somme ?

Dr X.

Réponse.

Dans votre déclaration vous indiquerez à la rubrique « bénéfices des professions non commerciales » la différence entre vos recettes et vos frais.

(*Voir la suite page XLVII-597*)

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales entre la France et les pays alliés et amis. Les manifestations d'amitié franco-polonaise. Le deuxième Congrès médical Franco-Polonais.

(Paris, *avril* 1925.)

Les Associations qui s'efforcent d'établir des relations cordiales entre les médecins français et leurs confrères des pays alliés et amis et qui secondent puissamment l'œuvre utile et féconde de notre A. D. R. M., multiplient les manifestations de leur activité. Nous signalions récemment l'effort et les brillants résultats obtenus par l'U. M. F. I. A. en Espagne et dans les pays de l'Amérique latine, aujourd'hui nous sommes heureux d'annoncer que le Congrès médical franco-polonais, inauguré à Varsovie en 1921, tiendra cette année à Paris sa deuxième session du 21 au 25 avril.

Il importe que les médecins français assurent à ce Congrès le succès le plus grand possible. Il importe qu'on n'oublie pas en France les liens séculaires qui nous unissent à la Pologne et l'accueil enthousiaste, dépassant ce que nous pouvons imaginer de plus chaleureux, que les médecins français reçurent en 1921 en Pologne.

***

Est-il besoin de rechercher dans l'histoire l'origine des amitiés franco-polonaises ? Sans évoquer le souvenir lointain de Casimir le Rénovateur qui, avant de devenir roi de Pologne, fut étudier au XIe siècle à notre abbaye de Cluny ; sans réveiller l'ombre de Hedwige d'Anjou, reine de Pologne, arrière-petite nièce de Saint-Louis, qui, en 1386, assura la puissance de son pays en acceptant par patriotisme et à contre-cœur la main du barbare Jagellon, grand duc de Lithuanie ; sans faire état du triste sire Henri de Valois, qui abandonna lâchement la Pologne, pour venir en hâte se faire sacrer Henri III, il nous est permis de rappeler que ce fut une princesse française, Louise de Gonzague, épouse de Ladislas IV, puis de son frère, Jean Casimir, qui créa de véritables liens d'amitié entre la France et la Pologne. Ce fut, en effet, sous le règne de Jean-Casimir, grâce à l'entremise de la France, que fut signé le traité d'Oliva (1660) qui ramena la paix entre la Suède et la Pologne. D'ailleurs, après son abdication, Jean Casimir se réfugia à Paris où il mourut abbé de Saint-Germain des Prés. Marie d'Arquien, femme du vaillant Sobieski qui régna peu après, était encore une française et de puissantes amitiés pour la France existaient déjà en Pologne quand Stanislas Leczinski, détrôné, beau-père de Louis XV, se rapprocha davantage de la France en devenant duc de Lorraine et de Bar. Les jeunes Polonais accoururent à Lunéville s'imprégner des idées de progrès de la France du XVIIIe siècle et les répandirent dans leurs pays.

Aussi, à l'époque du premier partage, le ministre Choiseul soutint autant qu'il put des subsides de la France la Confédération de Bar qui luttait énergiquement contre la Russie. Quelques années plus tard, s'inspirant de Mably et de J.-J. Rousseau, J. Potocki et H. Kollontay rédigèrent la belle Constitution du 3 mai 1791.

Mais l'esprit de Liberté qui triomphait simultanément en France et en Pologne effrayait la Prusse et la Russie : elles s'unirent pour faire échec à la Révolution ; le partage de la Pologne fut le prix de cette alliance. Kociuszko et Joseph Poniatowski luttèrent en vain. Les Polonais succombèrent sous le nombre. La France était trop loin et Dieu était trop haut.

Les soldats des deux héros se réfugièrent en France. Ils y formèrent ces légions polonaises qui, dans l'armée de Bonaparte, conduites par Dombrowski et Kenaziewicz se couvrirent de gloire en Italie et en Allemagne. Le Premier Consul les envoya à Saint-Domingue où ils furent décimés par la fièvre jaune. Plus tard, au service de l'Empereur, les chevau-légers polonais devinrent légendaires en Espagne par la charge héroïque de Somo Sierra (1808). Fidèles dans l'adversité, ce furent les Polonais qui couvrirent la retraite de Russie qui, à Leipzig, en 1813, où Joseph Poniatowski se noya dans l'Elster, opposèrent aux alliés une énergique résistance. On les retrouva en 1814 défendant la France sous les murs de Paris.

La suppression de l'Etat Polonais n'amena pas

la mort de cet indomptable peuple ni la disparition de son esprit de sacrifice. Il suivit le conseil de J.-J. Rousseau qui leur avait dit : « Les Russes pourront vous engloutir ; faites en sorte qu'ils ne puissent pas vous digérer. »

L'insurrection du 29 novembre 1830 contre la Russie sauva notre Monarchie de Juillet que le tsar Nicolas voulait anéantir. L'échec de cette insurrection fut cause de la grande émigration polonaise, que compléta celle qui suivit l'insurrection de 1863 où le Français Rochebrune mourut au service de la cause polonaise.

Ces deux émigrations amenèrent un tel afflux de Polonais en France et ils y furent si fraternellement accueillis, qu'il n'y a guère de ville dans notre pays où plusieurs familles bien françaises ne portent un nom polonais ou ne soient alliées à des Polonais. Nombreux furent les Polonais qui, en 1870, combattirent pour la France : citons parmi eux, le vaillant insurgé de 1863, Bosak-Hauke qui tomba à la bataille de Nuits.

Quant aux liens intellectuels qui se nouèrent entre la Pologne et la France, ils furent innombrables.

Faut-il rappeler que le grand poète patriote, Adam Mickiewicz, fut un temps, au Collège de France, le collègue de Michelet et d'Edgard Quinet, qu'il remplit les fonctions de bibliothécaire de l'Arsenal, et mourut à Constantinople au service de la France ?

Faut-il évoquer la grande ombre de Chopin, né en Pologne d'un père français et d'une mère polonaise ? Faut-il apprendre à beaucoup ce qu'ils ignorent peut-être, c'est que notre Crédit foncier de France fut fondé en 1858 par l'économiste polonais, Louis Wolowski, à l'image du Crédit foncier de Pologne ?

Dans toutes les branches de notre activité intellectuelle, l'on trouve des noms polonais : Madame Curie-Sklodowska, professeur à la Sorbonne, Mademoiselle Joteyko, professeur à l'Université de Bruxelles, qui, en 1917, enseigna au Collège de France, le neurologiste Babinski, les chirurgiens Kirmisson, Okinczyc, le biologiste Danysz, le sculpteur Landowski, etc., etc.. Nous ne citons que les noms qui nous viennent spontanément sous la plume.

Il est peu de peuples qui, pendant aussi longtemps, aient aussi intimement fraternisé dans la bonne, et surtout dans la mauvaise fortune, que peuples polonais et français.

Aussi, avec quel enthousiasme furent reçus les Français qui se rendirent en Pologne, quand, après un siècle et demi de servitude, l'Etat polonais fut reconstitué ; avec le concours de la France, la Pologne à peine ressuscitée échappa à l'invasion bolcheviste.

***

En 1921, répondant à l'appel de la Société médicale franco-polonaise, cent médecins français, plusieurs avec leur famille, se rendirent au premier Congrès médical franco-polonais à Varsovie. Le professeur Roger, doyen de la Faculté de Paris, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, le Dr Decourt, vice-président (actuellement président) de l'Union des Syndicats médicaux de France, étaient à leur tête.

L'accueil qu'ils reçurent dans toute la Pologne, à Varsovie, à Cracovie, à Poznan, à Lwow, à Wilno, à Wieliczka, à Zakopane, leur a laissé un souvenir qui tient du rêve et de la féerie.

Decourt a bien voulu nous donner son carnet de voyage ; nous l'avons publié dans le *Concours médical* en novembre 1921 sous le titre : *Autour du Congrès de Varsovie*, et, en relisant ce récit vivant, simple et sincère, nous sommes atterrés. Comment nous, à Paris, en cette période de crise économique, avec nos faibles ressources et d'aléatoires subventions, pourrons-nous rendre à nos confrères polonais au deuxième Congrès médical franco-polonais de Paris, l'accueil cordial et fastueux que les médecins français reçurent en 1921 en Pologne ?

Il convient de montrer aux médecins polonais qui viendront à Paris que, si nous ne pouvons disposer des mêmes moyens qu'eux, nous saurons les recevoir avec la même cordialité et le même enthousiasme, qu'ils trouveront à Paris, à Lyon, à Vichy, à Nancy, à Strasbourg, la réception la plus fraternelle et la plus chaleureuse.

Aussi, nous faisons un pressant appel à nos lecteurs pour qu'ils adhèrent au deuxième Congrès médical franco-polonais qui se tiendra à Paris, cette année du 21 au 25 avril (1). En témoignant ainsi de leur affection et de leur reconnaissance à la noble Pologne, ils feront œuvre de bons français.

J. Noir,

Vice-président du Comité d'organisation au titre de délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France.

(1) Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Hufnagel, secrétaire général du Congrès, 10, rue Freycinet et au trésorier, M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris. (Souscription : 30 francs.)

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

« AMOURS DE RENCONTRE » ET SYPHILIS PRÉSUMÉE

Par le docteur H. Montlaur,

Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Rien n'est parfois plus embarrassant que de s'entendre poser cette question : « Docteur, je me suis exposé à un rapport suspect et je viens vous demander si j'ai ou non contracté la syphilis ? »

A moins que le sujet ne soit porteur d'une syphilis indiscutable, la réponse est souvent difficile. De nombreux cas peuvent se présenter, d'interprétation délicate en raison de leur complexité ; nous allons essayer d'en dégager les divers aspects.

I. — LE COÏT DATE DE 4 à 5 JOURS ET LE SUJET NE PRÉSENTE AUCUNE LÉSION.

En raison du temps d'incubation du chancre syphilitique (25 jours en moyenne), il ne saurait être question de déceler, *soit par l'examen clinique, soit par le laboratoire*, l'infection tréponémique. Nous ne disposons que des dires, des craintes du consultant et de la possibilité ou de l'impossibilité d'examiner la partenaire.

Comme il s'agit le plus souvent « d'amours de rencontre », il faut insister auprès du supposé malade, pour qu'il retrouve « sa compagne d'un moment » et qu'il obtienne d'elle qu'elle se prête à un examen.

A plusieurs reprises, nous avons pu confronter les intéressés et nous considérons que cette pratique, mise en honneur par Bassereau, et trop oubliée depuis, est la seule qui permette de se faire une opinion.

A) **L'examen de la partenaire est impossible.**

Sur quoi peuvent être basées les craintes du consultant ? Le plus souvent sur le seul fait qu'il ne connaissait pas sa compagne et qu'il lui est revenu en mémoire, un peu tard, « que tant va la cruche à l'eau....... ». Bien rarement, en effet, vous racontera-t-il, une histoire de taches, de plaques, etc., sans grande valeur et qui, dans l'immense majorité des cas, n'ont rien à voir avec la syphilis (gale, acné, prurigo, urticaire, etc.).

Peut-on, dans ces conditions, mettre le sujet en traitement préventif ? Certainement non. La sagesse sera de le convoquer à 15 ou 20 jours de là (date d'éclosion possible du chancre) et de le surveiller attentivement dès ce moment.

Surtout ne faisons pas de réaction de Bordet-Wassermann à cette période.

B) **L'examen de la partenaire est possible**

Il ne faut pas s'imaginer que l'on a partie gagnée parce que la « compagne de passage » a bien voulu se rendre à votre cabinet. C'est, en général, humiliée, réticente ou agressive qu'elle accepte l'examen. Cet examen, ainsi que l'interrogatoire qui le précède, seront toujours faits en dehors de « l'ami de rencontre ».

L'interrogatoire exige de la diplomatie si l'on veut qu'il soit fructueux.

L'examen, qui doit être aussi minutieux que possible, doit surtout porter sur quatre régions : les deux premières (régions *électives* de contamination) sont : *a*) la région génitale et péri-génitale ; *b*) la bouche.

L'existence de ganglions durs, indolents, en pléiade, soit inguinaux, soit sous-maxillaires, doit faire suspecter un chancre syphilitique des territoires voisins. Le chancre peut d'ailleurs être cicatrisé, la pléiade ganglionnaire restant la signature de cet accident.

Dans un examen attentif, ne pas oublier le col utérin ; il peut être le siège d'un chancre syphilitique d'autant plus difficile à découvrir que les ganglions qui l'accompagnent sont pelviens et inaccessibles au palper. Rechercher aussi, soigneusement, dans les replis de la vulve, la petite syphilide érosive qui peut suffire à contaminer.

Deux autres régions peuvent fournir de fortes présomptions, sinon une certitude de syphilis ; ce sont les plis du coude et la région fessière (lieux d'élection des injections intra-veineuses et intra-musculaires). Des traces nombreuses de piqûres en ces points ne sont pas une preuve de traitements antisyphilitiques, loin de là, mais bien des « pièces à conviction » sur lesquelles on peut s'appuyer pour obtenir un aveu.

1° **L'examen de la partenaire est négatif.**

Dans ce cas, on peut rassurer le consultant. Cependant, un examen négatif n'a qu'une valeur

momentanée. On conseillera donc au présumé malade de se surveiller à partir de la date qui pourrait être celle de l'apparition d'un accident, si le coït avait été infectant (20e jour environ).

Si l'on veut mettre toutes les chances de son côté et ne rien laisser passer, il convient de faire pratiquer deux séro-réactions de Bordet-Wassermann : la première environ 45 jours après le coït (période qui correspond à la montée sérologique — positivité — dans la syphilis primaire) ; la seconde environ 25 jours plus tard, soit 70 jours après le coït (période qui correspond à l'éclosion secondaire). Ces réactions peuvent sembler un luxe de précautions, mais on ne saurait jamais être trop prudent en matière de syphilis.

2o L'examen de la partenaire est positif.

a) *Si la femme présente une syphilis primaire ou secondaire floride*, aucune hésitation n'est permise : il faut d'emblée mettre en *traitement préventif* le sujet présumé en puissance de syphilis et ce traitement doit être *précoce* et *suffisant*. Il ne peut y avoir que des inconvénients à l'instituer tardivement (c'est-à-dire 15 à 20 jours après le coït suspect) : mieux vaut alors attendre l'apparition du chancre pour agir à coup sûr.

Un traitement insuffisant masque la syphilis pour un temps, fait des syphilis retardées, ou ce qui est plus grave, des syphilis ignorées ; il est plus dangereux que l'abstention avec surveillance du malade.

CE QUE DOIT ÊTRE LE TRAITEMENT PRÉVENTIF

Parmi les traitements préventifs, celui que nous pourrions considérer comme idéal comporte une série d'injections intra-veineuses de 914 (novarsénobenzol ; néotréparsénan ; métarsénobenzol ; sanar, etc., peu importe la marque). Commencer par 0 gr. 15 ; pratiquer une injection tous les 3 jours en augmentant de 0 gr. 15 chaque fois, si le médicament est bien toléré. Arriver à 0 gr. 75 ou 0 gr. 90, suivant le poids du sujet. Rester à cette dose et la répéter autant de fois qu'il sera nécessaire pour obtenir un poids total de 5 à 6 grammes de 914.

Cette cure sera suivie d'un repos de trois semaines auquel succèdera une nouvelle série d'injections en tous points semblable à la première.

Le traitement par voie intra-veineuse n'est pas toujours possible. On peut le remplacer, sans pourtant l'égaler, en utilisant la voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Si l'on emploie le 914, les données du traitement restent les mêmes (voir plus haut). Le médicament sera dissous, soit dans 1 cmc. d'eau bi-distillee stérilisée, quelle que soit la dose employée ; soit dans un des solvants spéciaux (dits indolores) des arsénobenzènes.

L'emploi du sulfarsénol,(peut-être mieux toléré par l'hypoderme), demande quelques modifications de dosage : commencer par 0 gr. 12 et augmenter de 0 gr. 12 par injection pour arriver à 0 gr. 84 (suivant le poids du sujet, et les réactions présentées pendant le traitement).

Les injections pourront être faites deux fois par semaine jusqu'à 0 gr. 48, les suivantes tous les cinq jours. Une cure comprendra 5 à 6 grammes de médicament. Repos de trois semaines, suivi d'une seconde cure semblable à la première.

O n pourra nous reprocher de confondre traitement préventif et traitement d'attaque. Ce n'est pas confusion, mais méthode : des cas malheureux nous ayant démontré que, seul, un traitement préventif *massif* peut mettre à l'abri de surprises désagréables, et pour le malade et pour le médecin.

Si le traitement par injections est impossible, on peut avoir recours à la voie buccale. Parmi les dérivés de l acide oxyaminophénylarsénique, le dérivé acétylé (Stovarsol) est actuellement le plus employé (travaux de Fourneau, Levaditi, L. Fournier et leurs collaborateurs). D'après ces auteurs, faire prendre 3 jours de suite le matin à jeun, une demi-heure au moins avant le premier déjeuner, 3 ou 4 comprimés. Après un intervalle de 3 jours de repos, recommencer le même traitement, pendant 3 ou 4 jours, si le rapport suspect date de deux semaines ou davantage.

Un nouveau corps, le dérivé formylé du même acide (tréparsol), vient d'enrichir la thérapeutique anti-syphilitique. Son emploi est encore trop récent pour que nous soyons fixé sur sa valeur comme agent préventif.

Quel que soit le mode de traitment prescrit, le présumé syphilitique sera surveillé pendant un an au moins : examen clinique trimestriel, suivi d'une séro-réaction de Bordet-Wassermann.

b) *Si la femme présente une syphilis récente, sans accidents et traitée*, il conviendra de bien établir la date de la période floride de cette syphilis et l'intensité du traitement suivi : ces deux facteurs devant intervenir dans l'institution ou non du traitement préventif qui sera, suivant le cas, imposé, conseillé ou différé.

c) *Si la femme présente une syphilis ancienne sans accidents et traitée*, les chances de contamination ont été si minimes que l'on peut les considérer comme nulles et ne pas conseiller un traitement préventif.

II. — LE COÏT DATE DE 4 à 5 JOURS ET LE SUJET EST PORTEUR DE LÉSIONS.

Après un aussi court délai, il ne peut s'agir d'un chancre syphilitique. Notre maître Hudelo

a remarquablement exposé (1), le diagnostic différentiel des ulcérations génitales. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire son exposé.

« *L'érosion traumatique* (frein, fourchette) est une déchirure douloureuse, inflammatoire, sans induration, ni adénopathie satellite.

« *L'herpès génital* se distingue par sa période prodromique de prurit cuisant, suivi, après vingt-quatre heures, de vésicules en bouquet, qui se rompent et laissent des érosions petites, isolées, groupées, à contours micropolycycliques, suintant abondamment (l'herpès pleure, Leloir), sans adénopathie, ou avec un ganglion douloureux ; l'herpès guérit en quelques jours ; à noter, la fréquence de récidives plus ou moins espacées chez le même sujet. Cliniquement, se présentent deux difficultés particulières à l'herpès génital : d'une part, la fréquente association d'une poussée d'herpès à une infection tréponémique débutante ; il faut se méfier quand on voit, parmi les érosions d'un herpès, une d'entre elles qui traîne ; il faut, sans différer y rechercher, au besoin quotidiennement, le parasite spécifique ; d'autre part, se méfier particulièrement de ce que Ricord appelait l'herpès solitaire et qui n'est, le plus souvent, qu'un chancre syphilitique herpétiforme.

« *L'ecthyma scabieux génital* trompe souvent les novices ; il suffit d'y penser, mais en se rappelant combien fréquemment les érosions de la gale servent de portes d'entrée multiples au tréponème, d'où la fréquence en pareil cas, de chancres multiples.

« La *chancrelle* a pour signes, en outre de sa multiplicité habituelle, le caractère ulcéreux, creusant, les bords décollés, la suppuration, l'*inoculabilité* indéfinie au porteur, la douleur vive des lésions, l'absence de ganglion satellite ou, au contraire, une adénopathie rapidement suppurée.

« Il y a toutefois des difficultés lorsque le malade présente un chancre ulcéreux et croûteux, non induré, du fourreau de la verge, ou bien, lorsqu'avec une verge en battant de cloche, phimosique, avec une couronne de chancrelles sur l'anneau préputial, un écoulement purulent de balanite inflammatoire ou gonococcique, on ne constate que par le palper une induration sous-préputiale révélatrice de chancre spécifique, accompagnée de pléiade inguinale typique ». (Hudelo).

III. — LE COÏT DATE D'AU MOINS TROIS SEMAINES ET LE SUJET NE PRÉSENTE PAS DE LÉSIONS.

Dans ce cas, mieux vaut attendre l'éclosion possible du chancre (25 jours) pour agir avec certitude.

(1) L. Hudelo. — Diagnostic précoce du chancre syphilitique. (*La Médecine*, novembre 1922.)

IV. — LE COÏT DATE D'AU MOINS TROIS SEMAINES ET LE SUJET EST PORTEUR DE LÉSIONS.

S'il ne s'agit pas des lésions banales déjà décrites, on peut se trouver en présence de chancrelles pures, de chancres mixtes, ou de chancres syphilitiques.

a) La *chancrelle* a déjà été décrite.

b) Le *chancre mixte* de Rollet est un produit hybride dû à l inoculation simultanée ou successive du virus de la syphilis et de celui du chancre mou en un même point.

Dans les cas les plus simples et les plus nombreux, il est produit par un seul contage.

1° Tantôt le chancre mixte apparaît avec les caractères du chancre mou qu'il peut garder pendant toute son évolution : *le chancre mou masque la syphilis* et c'est peut-être son aspect le plus fréquent.

Si, en présence d'une chancrelle de 25 à 30 jours, on recherche systématiquement le tréponème, on trouve dans certains cas, sans que la lésion ait en rien perdu l'aspect chancrelleux, un segment de bordure présentant une très légère modification : le bord semble à ce niveau avoir été renforcé d'une fine touche d'aquarelle. Cette *induration en croissant* (1) constitue le premier stade de la transformation syphilitique. Si la réaction ganglionnaire inflammatoire avec péri-adénite du chancre mou fait défaut, on voit apparaître le premier ganglion dur, indolent de la pléiade spécifique. Si, au contraire, la réaction ganglionnaire chancrelleuse existe, les modifications de la pléiade sont rarement perceptibles, donc sans valeur pour l'établissement du diagnostic.

Suivant de jour en jour la lésion que nous venons de décrire, on constate que, sur le croissant d'induration, la chancrelle a perdu son aspect ulcéreux et *sur cette portion seulement* ; l'ensemble de la lésion gardant tous les caractères du chancre mou.

2° Dans certains cas de diagnostic plus facile, la lésion peut être nettement séparée en deux zones, l'une indurée, granuleuse, rouge vif ; l'autre ulcéreuse à bords déchiquetés ; c'est bien ici le chancre mixte : mi-chancrelle, mi-chancre induré.

Un des signes cliniques fondamentaux du chancre mou est donné par sa multiplicité : ou bien le malade présente plusieurs ulcérations, les unes syphilitiques, les autres chancrelleuses ; ou bien, on constate plusieurs ulcérations, avec ou sans bubon suppuré, où existe l'association Ducrey-tréponème. Mais, la chancrelle pure, *unique*, non suivie d'infection syphilitique, n'est pas une rareté, et nous ne signalons que pour

(1) H. Montlaur. — Le chancre mixte. *L'Hôpital*, octobre B, 1924.

mémoire la multiplicité du chancre syphilit que (1 fois sur 5 en moyenne).

En s'appuyant sur les seules données cliniques, on ne peut d'une manière irréfutable poser le diagnostic. La vérification bactériologique s'impose.

Nous insisterons sur la recherche du tréponème : une technique un peu spéciale nous ayant permis de le trouver régulièrement.

Cette recherche (la preuve bien établie du bacille de Ducrey), doit être pratiquée à partir du 20e jour de l'apparition de la lésion et poursuivie méthodiquement de deux en deux jours (si elle est négative, jusqu'au 35e, 40e jour).

La lésion, nettoyée avec des tampons imprégnés d'éther, est soigneusement explorée pour essayer de mettre en évidence dans la bordure l'*induration en croissant* que nous avons signalée ; si un segment de bordure présente cette légère induration, nous pratiquons à ce niveau, au moyen d'un vaccinostyle ou d'un scarificateur de Vidal deux ou trois scarifications profondes (1 mm. 1/2 à 2 mm.), et empiétant sur la peau saine. La petite hémorragie qui suit peut durer 10 minutes et plus. Quand l'hémostase naturelle s'est faite, nous essuyons le petit caillot et par une très légère pression, nous faisons sourdre des incisions une sérosité claire qui, recueillie à la pipette, est examinée, à l'ultramicroscope ou par la méthode de Fontana-Tribondeau ; cette technique nous a permis, dans bon nombre de cas, d'affirmer la présence du tréponème, alors que des examens par les méthodes classiques (examens en surface ou scarifications superficielles) s'étaient montrés négatifs.

c) Le *chancre syphilitique* qui, nous ne saurions trop le répéter, est multiple dans 20 % des cas, se présente au niveau des muqueuses comme une ulcération sans fond, sans bords, couleur chair musculaire sous-tendue par une induration et toujours accompagnée d'une pléiade ganglionnaire satellite.

Le chancre de la peau est souvent croûteux ; l'induration, parfois très minime demande à être recherchée avec beaucoup de soins.

La pléiade ganglionnaire constituée par des ganglions durs, indolents, non enflammés peut, lorsqu'il s'agit de chancres de la bouche, revêtir un caractère inflammatoire (infection d'origine dentaire) qui ne doit pas faire écarter la syphilis.

Le diagnostic de chancre syphilitique posé, il convient de le faire vérifier.

Il faut bien se garder de compter sur *la réaction de Bordet-Wassermann* pour confirmer le diagnostic d'un chancre syphilitique ou d'un chancre mixte jeunes ; seule, la recherche du tréponème a une valeur. Ce n'est, en effet, que 15 à 20 jours après le début du chancre, donc 35 à 45 jours après le coït infectant, que la séro-réaction se montre positive (*montée sérologique*).

Un porteur de chancres avec recherche de tréponèmes positive et séro-réaction négative, est dit en période pré-sérologique, condition idéale pour essayer d'obtenir la stérilisation de la syphilis.

Un porteur de chancres avec recherche du tréponème et séro-réaction positives doit être considéré comme un syphilitique secondaire et traité comme tel.

On préviendra le malade que la séro-réaction est donc ici un des moyens d'établir l'âge du chancre, condition importante à connaître pour la durée du traitement.

CLINIQUE MÉDICALE

L'hyperglycémie diabétique.

M. le professeur GILBERT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Comme introduction à l'étude de l'hyperglycémie diabétique, je vous ai parlé, dans une précédente leçon, de la glycémie physiologique. Il me reste à terminer l'histoire de celle-ci en vous indiquant les sources, le rôle, et le mode de régulation de la fonction sucrée physiologique.

La source principale du sucre sanguin est l'alimentation. Ce sont les aliments hydro-carbonés qui fournissent à l'homme la majeure partie du sucre dont il a besoin. Ils sont absorbés essentiellement sous forme de glycose et parfois sous d'autres modalités, maltose, lévulose, etc. Ces divers corps, la glycose notamment, sont recueillis par la voie veineuse et, dans une infime proportion seulement, par la voie lymphatique. La glycose se rend alors au foie. Une partie traverse cet organe et se répand dans la circulation générale. Une autre partie est soumise à l'opération de la glycogénie. Il existe dans le foie une diastase qui transforme la glycose en glycogène.

La glycose est donc emmagasinée par le foie sous forme de glycogène. Plus tard, et selon les besoins, telle ou telle proportion de glycogène est ramenée à l'état de glycose par la même diastase pour être déversée dans la circulation générale.

Les hydrates de carbone ne sont pas les seuls aliments soumis à cette opération. Les albuminoïdes, les graisses elles-mêmes peuvent aussi être emmagasinées dans le foie sous forme de glycogène.

Le glycogène ne se fixe pas uniquement dans les cellules hépatiques. Presque tous les organes

et tissus en renferment. On en rencontre dans les glandes, le pancréas, les glandes gastriques, les glandes endocrines, le système nerveux, la peau, les cellules cartilagineuses, les leucocytes. Je dois mentionner les muscles comme étant particulièrement riches en glycogène. On estime que les quatre cinquièmes du glycogène de l'organisme se trouvent dans le foie et le système musculaire. Les deux organes, il est vrai, ne se comportent pas de la même façon. Le foie est un grenier de réserve alors que les muscles emmagasinent pour eux-mêmes. Lorsque les muscles se contractent longuement, ils épuisent le glycogène qu'ils renferment.

Le sucre de l'économie se rencontre sous deux formes : 1° le sucre libre, ou dit libre (car ce n'est pas absolu), en combinaison lâche avec les colloïdes du sang, peu combiné en somme, à la disposition de l'organisme et prêt à intervenir ; 2° le sucre de réserve, qui est non pas seulement le glycogène, mais encore le sucre protéidique. Enfin, on sait que quand l'organisme reçoit une forte proportion d'hydrates de carbone, une partie peut se transformer en graisse, susceptible de repasser à l'état de glycose. Il est, en définitive, quatre modalités du sucre dans l'économie : le sucre libre, le sucre combiné, avec ses trois variétés : glyco-protéide, glycogène et graisse.

Ceci dit sur les sources de la glycose du sang, de la glycémie physiologique, envisageons le rôle et le destin de cette glycose.

Le sucre sanguin est voué à la production de la chaleur animale et de l'énergie. C'est là une fonction de haute importance. Ce sucre, qui engendre la chaleur animale et l'énergie, quelle en est la transformation, le mode de destruction dans sa fonction ? La question n'est pas définitivement jugée. Est-ce par oxydation, par hydratation ? Les oxydases ont-elles un rôle, comme on le croyait autrefois ? Un ferment intervient-il, selon la théorie de Lépine, que l'on admet plutôt aujourd'hui ?

Les modifications chimiques subies par le sucre pour produire la chaleur ne sont pas non plus très rigoureusement établies. On pense que dans certains organes, il prend naissance de l'acide lactique ; dans d'autres, de l'acide oxalique ; dans d'autres, de l'acide glycuronique.

Quoi qu'il en soit, les derniers termes de la transformation sont l'eau et l'acide carbonique.

La fabrication de la chaleur animale et la production de l'énergie constituent donc les grandes fonctions du sucre de l'économie. Je dois mentionner ici un phénomène appelé glycosurie physiologique. On trouve, à l'état normal, dans l'urine, des substances réductrices, et la plupart des observateurs pensent que, parmi elles, la glycose intervient pour une certaine part. Toutefois, l'accord n'est pas complet sur ce point et nombre d'auteurs estiment que, dans ces agents réducteurs des urines normales, la glycose n'entre que pour une proportion infime, que d'autres produits jouent un rôle (Gilbert et Marcel Baudouin, Grimbert).

Quoi qu'il en soit, les substances réductrices de l'urine augmentent après les repas, comme augmente la glycose chez les petits diabétiques (ce qu'on appelle le diabète alimentaire).

A cette question de la glycosurie physiologique s'en rattache une autre : celle du *seuil* de la glycosurie. On entend par là le taux de la glycose du sang à partir duquel le sucre apparaît dans l'urine. Cette donnée pathologique a été particulièrement étudiée en Amérique. Pour Hirchmann, ce serait au moment où le sucre sanguin atteindrait 1 gr. 70 par litre qu'il commencerait à passer dans l'urine. Les auteurs américains ajoutent d'ailleurs que c'est là seulement une moyenne, les malades se comportant de façons différentes à ce point de vue. Ils signalent l'exemple de sujets chez lesquels le sucre franchissait le rein à partir de 1 gr. 24, de 2 gr. 55, etc.

A l'état normal, le matin à jeun, il existe 1 gr. de sucre libre du sang. Le seuil n'est donc pas atteint. Mais, au moment des repas, le taux s'élève, à 1 gr. 60, 1 gr. 70. A ce moment, précisément, une petite quantité de substances réductrices peut se montrer dans l'urine. Ceci explique la présence de ces agents réducteurs, d'une façon presque exclusive après les repas.

Comment s'opère maintenant la régulation de la glycémie normale ? Elle est complexe. Le foie d'abord intervient. Cet organe, susceptible d'arrêter, de fixer, de restituer la glycose, est un grand agent de la fonction sucrée. Mais, il n'est pas seul à intervenir dans la régulation du sucre. On ne compte pas moins de six autres organes, six glandes, préposées également à ce phénomène : le pancréas, les testicules, les ovaires, l'hypophyse, la thyroïde et les surrénales.

Ces six glandes, mi-partie endocrines pures (hypophyse, thyroïde, surrénales), mi-partie endocrines et exocrines (pancréas, testicule, ovaire), sont les unes (celles du premier groupe) excitatrices de la fonction sucrée, les autres (celles du second groupe) frénatrices de la dite fonction. Le rôle modérateur du pancréas a été établi par les recherches sur l'insuline ; le rôle des ovaires par l'observation chez des femmes diabétiques et des expériences chez les animaux. Au moment des règles, où la fonction ovarienne endocrine est diminuée, le sucre diabétique augmente. De même, chez les animaux après injection d'adrénaline, chez des sujets ovariotomisés, privés de la contre-balance ovarienne.

Au total, d'une part le foie, d'autre part six glandes jouent un rôle dans la régulation de la fonction sucrée. De ces glandes, la plus importante est le pancréas, qu'il faut mettre ici à côté du foie. Aujourd'hui, même, on peut affirmer

que l'intervention du pancréas dans la fonction sucrée est supérieure à celle des autres glandes, y compris le foie. Si celui-ci est un grenier de glycogène, il n'agit que d'après les suggestions du pancréas. Aussi, Allen a-t-il pu dire que dans la question du diabète, seule une glande compte : le pancréas.

Pour terminer l'étude de la régulation du sucre, je vous dirai quelques mots de la part du système nerveux. Les glandes dont je viens de parler sont, comme tous les organes et les tissus, sous la dépendance du système nerveux. Je vous rappelle l'expérience de Claude Bernard déterminant la glycosurie par piqûre du 4e ventricule. Une piqûre des pédoncules, de la protubérance, peut amener le même résultat. Si, dans ces conditions — Claude Bernard l'a montré aussi — on coupe les nerfs splanchniques, la piqûre reste inopérante, ce qui prouve que la voie suivie est la voie sympathique. Si vous tenez compte du rôle du vague, antagoniste du sympathique, et du grand nombre d'organes sur lesquels agissent ces deux nerfs, le pancréas en particulier, vous voyez combien est complexe le phénomène de la régulation sucrée dans l'économie.

J'arrive maintenant aux glycémies anormales, à l'hyperglycémie diabétique principalement. Quelques mots sur l'hypoglycémie. On la connaît bien depuis l'emploi de l'insuline. C'est un état sérieux, qui peut entraîner la mort rapidement. Ce danger rend nécessaire une surveillance attentive du traitement par l'insuline. En dehors de l'administration de cette substance, l'hypoglycémie est un trouble rarement rencontré en pathologie humaine. Pour ma part, j'en ai vu un seul exemple, chez une femme atteinte de diabète insipide.

L'hyperglycémie, par contre, est extrêmement fréquente. Claude Bernard a signalé sa possibilité dans les hémorrhagies et l'asphyxie. L'action du froid peut la déterminer et elle est commune dans certaines intoxications (chloroforme, éther, adrénaline). Elle se rencontre parfois dans les affections nerveuses, l'hémorrhagie cérébrale, au cours des maladies endocriniennes, dans le cancer du pancréas, etc. Je n'insiste pas, désireux d'arriver à l'hyperglycémie du diabète sucré.

L'hyperglycémie du diabète sucré se distingue de la plupart des autres hyperglycémies par sa persistance, sa chronicité. Elle a un degré variable. Le plus souvent, elle ne s'éloigne pas beaucoup de la glycémie normale. Nombreux sont les cas où elle est seulement faiblement supérieure au taux physiologique du sucre sanguin. Toutefois, il est d'autres cas où elle s'en écarte sensiblement, le sucre libre atteignant (au lieu de 1 gr. par litre) 1 gr. 50, 2 gr., 3 gr., 5 gr., 6 gr. et davantage. On peut trouver jusqu'à 10, 12 gr., 13 gr. 60 comme chez un patient suivi par M. Baudouin et par moi. Dans un tableau de Rathery, portant sur 43 dosages du sucre du sang, chez des diabétiques, cet auteur note des chiffres allant de 1 gr. à 8 gr.

Chez les diabétiques, il existe à l'habitude un rapport entre le chiffre de la glycémie et celui de la glycosurie. Si la glycémie est faible, la glycosurie l'est aussi, et inversement. C'est ainsi que chez des petits diabétiques, j'ai enregistré des glycémies de 1 gr. 20, 1 gr. 35, 1 gr. 38 ; chez des diabétiques plus atteints (50 à 100 gr. de sucre urinaire), 3 à 4 gr. Chez quelques autres ayant 250 à 400 gr. de sucre urinaire, la glycémie dépassait 5 gr.

Il faut savoir, cependant, que ce parallélisme n'est pas constant. Chez certains malades, en effet, on trouve une élévation du seuil de la glycose. Il est commun de voir, dans le diabète, le seuil s'éloigner du seuil physiologique.

L'hyperglycémie, chez le diabétique, subit des variations sous des influences diverses. Les émotions sont susceptibles d'en élever le taux comme pour la glycosurie. Mais, la circonstance qui agit le plus, c'est l'alimentation, l'ingestion d'hydrates de carbone. L'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire dans le diabète, que nous avons étudiée, M. Baudouin et moi, le montre bien. Lorsqu'on fait ingérer à un sujet normal 100 gr. de glycose, on obtient une très légère augmentation de la glycémie, 50 ou 60 centigr. environ. Chez un diabétique, la poussée glycémique est notablement plus grande, atteint un gramme, deux grammes et plus.

Un mot, pour terminer, relatif au seuil de la glycosurie chez les diabétiques. Chez les petits diabétiques, ce seuil reste au voisinage de l'état normal, 1 gr. 60, 1 gr. 70, et si le diabète ne change pas, ne s'aggrave pas, le dit seuil n'a pas tendance à se modifier. Il en va tout autrement dans le grand diabète ou si la maladie s'aggrave, avance vers le coma. Le seuil alors s'élève et l'élimination du sucre urinaire tend à diminuer. Le sucre, plus mal éliminé, s'entasse dans le sang, par une réaction de défense d'ailleurs défavorable. Il peut arriver un moment où tout le sucre reste dans le sang, les urines n'en contenant plus ; cela se voit dans certains cas de coma par exemple. Chez un de nos malades qui avait 13 gr. 60 de sucre sanguin et chez un malade de Lépine qui en avait 10 gr. 60, l'analyse de l'urine ne révélait aucune trace de sucre.

Ainsi, dans le coma diabétique, le sucre est susceptible de disparaître totalement de l'urine. Appelé auprès d'un tel malade, si l'on soupçonne néanmoins le diabète (par l'odeur acétonique, en particulier), rappelez-vous que fréquemment le coma diabétique s'accompagne d'élévation du seuil de l'élimination du glycose, et que le sucre urinaire peut alors manquer.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

LES COMPLICATIONS PULMONAIRES POSTOPÉRATOIRES DANS LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF (1)

Les complications pulmonaires sont beaucoup plus fréquentes après les interventions abdominales qu'après les autres, surtout quand elles portent au-dessus de l'ombilic et principalement sur l'estomac.

La statistique de la clinique de HOCHENEGG, de Vienne, publiée en 1921 par MAUDL et portant sur 1.585 opérations, donne une proportion de 8,5 % pour les opérations sur la tête, le cou, les extrémités, les seins et le rectum — et 15,5 % pour celles sur l'abdomen.

En n'envisageant que la pneumonie, sur 208 opérations gastriques, on la rencontre dans 8 % des cas ; sur 738 opérations portant sur le cou, la tête et les extrémités, elle ne se présente que dans 2,7 % des cas.

La statistique d'ELWYN donne 13, 8 % de pneumonies pour l'estomac, 4,5 pour les voies biliaires et seulement 0,88 pour les affections pelvi-gynécologiques.

PASTEUR (de Londres) a identifié la pneumonie post-opératoire au collapsus pulmonaire, et il en voit la cause dans une paralysie réflexe du diaphragme.

Il existe trois formes de collapsus : 1° la *forme* foudroyante, dans laquelle la dyspnée est si intense et brusque qu'elle fait penser à une embolie pulmonaire ou à un pneumothorax ; 2° la *forme aiguë*, banale, qui offre la symptomatologie de la pneumonie ; 3° la *forme lente*. Le chirurgien canadien SCRIMGER a présenté à ce sujet, en 1920, un rapport au Congrès de Montréal, dans lequel il a montré, avec radiographies à l'appui, qu'il y avait déviation en masse du cœur vers l'ombre du poumon collapsé et que cet organe pouvait être complètement inclus en elle.

Dans la forme habituelle, les symptômes (obscurité à la percussion, silence ou respiration tubaire, perte ou diminution des vibrations vocales, diminution d'amplitude des mouvements respiratoires, dyspnée variable, cyanose légère, expectoration visqueuse, fièvre pouvant aller à 40°), se montrent dans les 24 ou 36 heures, qui suivent l'opération. Plus les manifestations sont précoces, plus le pronostic est bénin.

URRUTIA a insisté, dès le début de ses travaux, sur la fréquence extraordinaire des phénomènes d'atélectasie (2). Il accepte l'opinion de WHIPPLE qui fait rentrer les manifestations précoces, dans le groupe des pneumonies atypiques, avec les pneumocoques saprophytes comme point de départ ; pourtant, actuellement, il pense que certains de ses cas peuvent être regardés comme du collapsus pulmonaire massif. L'unique signe différentiel est la déviation de la pointe du cœur dans le collapsus.

Les causes sont nombreuses.

C'est d'abord le *refroidissement* pendant l'opération ; la température de la salle ne doit pas être inférieure à 24 ou 25.

C'est ensuite l'*anesthésique*, le chloroforme ayant une action destructive sur le tissu pulmonaire et l'éther déterminant une abondante sécrétion salivaire et muqueuse. Pourtant, il semble qu'on ait exagéré la fréquence des pneumonies par l'éther ; URRUTIA, en administrant l'éther à la compresse et en faisant, une demi-heure auparavant, une injection d'atropine-morphine pour réduire l'hypersécrétion bronchique, croit éviter l'action irritante de l'anesthésique sur la muqueuse respiratoire.

L'anesthésie rachidienne et l'anesthésie locale ou splanchnique n'empêchent pas, d'ailleurs, les complications respiratoires ; mais elles les diminuent sensiblement : 6,77 % au lieu de 10,57 d'après MAUDL.

La *congestion hypostatique* des bases est un facteur important chez les vieillards, les sujets débilités et ceux à myocarde insuffisant.

Il faut tenir compte également du *passage du contenu gastrique dans les bronches.*

Pour beaucoup d'auteurs, la cause principale des complications pulmonaires réside dans des *embolies*, venant du champ opératoire ; on les observe surtout dans les cas septiques : appendicites suppurées ou gangréneuses, perforations gastriques, fistules jéjuno-coliques, etc.

PASTEUR a pensé que le collapsus pulmonaire était favorisé par les *larges incisions tranversales* ; URRUTIA ne peut accepter cette opinion, il a remarqué la grande fréquence de l'atélectasie après les incisions médianes sus-ombilicales.

Pour diminuer les risques du collapsus pulmonaire, les chirurgiens nord-américains et, en Europe, KELLING et SEITZ, ont recommandé la *digitalisation préopératoire*, la digitale élevant la pression sanguine, dont la chute provoque de la stase dans les petits réseaux artériels et veineux. Pour MEYER et GOTTHEB, l'action de la digitale serait autre ; elle favoriserait la distribution du sang et la dilatation des vaisseaux pulmonaires. URRUTIA donne habituellement un milligramme de digitaline cristallisée, pendant les quatre ou

(1) D'après URRUTIA : *Cuestions gastroenterologicas* 1924. Chapitre I.

(2) On a signalé la fréquence des processus gangréneux après la résection duodénale.

cinq jours qui précèdent l'intervention (1) — ou seulement un milligr. en deux doses : la moitié, la veille, et la moitié le matin de l'opération.

Quant à la *vaccination préventive* avec le sérum antipneumococcique ou avec certains bacilles (bacillus pylori, bacillus enterococcus), URRUTIA n'en a pas une expérience suffisante ; il emploie les injections intraveineuses de composés calciques proposés par EDEN.

L. PRON.

LA SALIVE EN VACCINOTHÉRAPIE LOCALE, SOUS FORME DE BOUILLON AUTO-VACCIN BRUT

Par le docteur ED. CROUZEL, Le Buisson (Dordogne).

En Périgord, et ailleurs peut-être, il est d'usage, dans les campagnes, après une blessure superficielle de peu d'importance, au point de vue des lésions des téguments, d'imbiber la plaie récente avec la salive de l'accidenté. Si l'on a de l'eau sous la main, on procède à un lavage préalable. La guérison, sans complications, est la règle. Ce qui montre que le vieux dicton « *à côté du mal se trouve le remède* » a fréquemment l'occasion de se réaliser.

L'*empirisme*, dont il ne faut pas trop médire, malgré tout, parce qu'il ouvre souvent la voie au progrès, réserve quelquefois de ces surprises .... agréables, en marge de la théorie. Cette forme inattendue de *vaccinothérapie* est curieuse et mérite, je crois, l'attention. BACON fut l'un des apôtres de la doctrine expérimentale et de l'évolution scientifique qui en dérive.

L'instrument nouveau, *novum organum*, devait présider au progrès des sciences et à la réforme des vieilles méthodes, notamment de l'*empirisme* aveugle et ne prenant conseil que de l'occasion sans l'idée éminemment féconde de la *généralisation*. Malgré tout, nous devons à l'*empirisme* et, par suite au hasard, un bon nombre de données précieuses dont les méthodes expérimentales ont profité.

Ne regardons pas trop à la provenance des faits scientifiques exacts, sachons seulement en profiter. La science est un *bloc* constitué par des parcelles innombrables accumulées par le temps, quelquefois par le génie tâtonnant dans les ténèbres, conduit par l'intuition et souvent aussi par le *hasard*, ce grand facteur du bien et du mal, dans les multiples manifestations de la vie.

J'ai hâte de dire que dans l'élaboration de cette étude, je me suis inspiré de la méthode expérimentale d'observation dégagée de toute doctrine étroite d'*école* et surtout de chapelle, au service de la *vérité scientifique*, dans le sens le plus élevé du mot.

J'ai eu de nombreuses occasions de constater que l'application de la salive sur des *plaies récentes*, dans un but *préventif*, favorisait de façon indiscutable, l'évolution favorable vers la guérison. Je ne pouvais donc, dégagé de toute idée préconçue, que souligner des faits cliniques dont j'avais été témoin, par hasard et, je l'avoue, bien involontairement.

Pour éviter tout malentendu et en prévision de controverses possibles, je dois faire remarquer au préalable que mes observations ont eu lieu à la campagne, au grand air, et ce qui du reste n'est pas négligeable comme élément thérapeutique adjuvant, en plein rayonnement passager du spectre solaire. J'ajoute, toutefois, que l'exposition *prolongée* et *systématique* n'a pas été effectuée, ce qui exclut toute assimilation à de l'*héliothérapie*.

L'*auto-résistance* individuelle bien connue du *campagnard* doit aussi rentrer en ligne de compte.

On sait que la salive est le *véhicule* ou plutôt le *milieu de culture* le plus riche de tout l'organisme en microbes divers. Les germes habituels qu'on y trouve sont le *staphylocoque*, le *septrocoque*, le *pyocyanique*, le B. de Friedlander, le pneumocoque, etc., à virulence variable. Aussi, la morsure *humaine* est-elle aussi dangereuse que celle du *chien* et du *chat*, animaux domestiques familiers de l'homme et porteurs des mêmes germes, en proportion respective très variable, en raison des circonstances et du hasard.

En thèse générale, on sait que les microbes vivant sur un individu finissent, en quelque sorte, par s'y acclimater, en acquérant une virulence *spéciale au porteur* de ces germes et dont celui-ci s'accommode, pour ainsi dire, à telle enseigne que ces mêmes microbes inoculés, *sans atténuation préalable*, et par conséquent à virulence *associée*, *quantitative*, *qualitative* et *totale*, à un autre individu, sont susceptibles de provoquer de graves désordres et même la mort, alors qu'ils vivent presqu'en *saprophytes* et en *bonne intelligence* et sans modifier l'état de santé avec les individus qui leur servent de *support vital* et d'*habitat*. C'est pourquoi, il n'est pas surprenant que la *salive* d'un individu donné soit inoffensive si elle est mise en contact avec son *sang* ou sa *lymphe* c'est-à-dire si elle passe du *milieu extérieur* au *milieu intérieur*, tandis que inoculée, par le même moyen de contact, à un autre individu, elle est susceptible de provoquer les effets désastreux que l'on sait. D'où il résulte, que par suite de

(1) C'est là une bien grosse dose (L. P.).

l'habitude inconsciente, peut-être instinctive, de beaucoup de personnes, de mouiller la blessure aussitôt après l'accident, ou même de sucer celle-ci, ne provoque jamais de phénomènes septiques, malgré l'apport *possible* et même *inévitable* des nombreux germes contenus naturellement dans cette salive, contrairement aux craintes apparemment *légitimes*, susceptibles de faire redouter *théoriquement* des conséquences graves de cet acte inconsidéré.

Puisque le résultat, loin d'être nocif est toujours *favorable* et, sans doute, *préventif*, la salive agirait ainsi comme un *auto-vaccin* naturel, toujours disponible pour l'emploi extemporané. Les microbes habitant la salive et *véhiculés* par celle-ci dans la plaie ont donc acquis, par leur présence plus ou moins ancienne dans ce liquide physiologique, une virulence *atténuée* et *adéquate* à la *nature humorale* de l'individu qui l'a sécrétée, sous l'influence spéciale des réactions organiques de celui-ci. La variation de cette salive et de son contenu *microbien* est sous la dépendance d'un grand nombre de facteurs : (âge, état de santé, de maladie, antécédents morbides, fonctionnement viscéral et des glandes *exo* et *endocrines*, état buccal dépendant directement des dents saines ou cariées, débris alimentaires retenus par celles-ci, air inspiré, etc., etc.

Certains animaux, le chien, le chat, par le léchage de leurs plaies pratiquent instinctivement de l'*auto-vaccination* et....... ils s'en trouvent bien, puisque d'habitude, les plaies de ces animaux abandonnées à elles-mêmes, évoluent favorablement et avec une rapidité déconcertante, sous la direction seule de l'*instinct de conservation* remarquable, dans ce cas particulier, chez ces animaux. Il est remarquable qu'*instinctivement*, le chien évite, avec répugnance, de lécher les plaies des autres chiens, si ce n'est celles de ses petits ; mais alors l'*hétéro-vaccination* ne joue pas, ou bien peu, pour des raisons physiologiques d'*apparentement humoral*. Malheur à celui qui se ferait lécher une plaie par ces animaux. Si l'*auto-vaccination* est ici remarquable, il se produirait, dans ce cas, de l'*hétéro-vaccination* du plus dangereux effet à redouter.

L'application de la salive, en vaccinothérapie, procède à la fois de la mise en œuvre de l'*immunité cellulaire* et de l'*immunité humorale*, propriétés transmissibles passivement par les vaccins en général.

A côté des diverses immunités, il y a aussi un *état réfractaire local* particulier à certaines cellules constituant une véritable immunité *locale spécifique* pour certaines infections et pour certains organes tributaires des procédés thérapeutiques *préventifs et curatifs*.

On sait aussi que, d'après la doctrine de Besredka, il existe deux organes particulièrement spécifiques, à la fois comme *récepteurs d'infection* et comme immunisateurs, peau et intestin. De par la souillure habituelle de la peau par les *streptocoques* et par les *staphylocoques*, l'application de la salive, comme *bouillon auto-vaccin* relèverait de cette conception. Le vaccin, au contact de la *lésion* produite par l'*effet microbien*, non seulement entrave la *pullulation microbienne*, mais il agit encore, directement, sur les cellules voisines en leur conférant, rapidement, une immunité durable ; celle-ci correspond à une *réceptivité locale*. Cette dernière se superpose à l'immunité *générale*, sans anticorps, la renforce par l'apport d'*antigènes* vaccinants, au contact même de la cellule spécifiquement réceptive. Par suite, ce qu'on appelle *virulence* peut dépendre, non de l'organisme, mais des cellules *réceptives*. Le vaccin semble agir, en saturant les *cellules réceptrices saines*, en totalité, s'il est appliqué *préventivement*, et en partie seulement, s'il est appliqué *curativement*. On peut invoquer, dans certains cas, un processus de défense locale par agression phagocytaire d'ordre général, et sans caractères spécifiques. Il paraît donc avéré que l'existence d'une immunité de nature *locale* et *tissulaire* repose sur des bases expérimentales certaines. Il y a un fait qui domine toutes les considérations théoriques de l'*immunité*, en général, c'est l'existence de la *structure colloïdale* des humeurs de l'organisme, en *pseudo-solution*, tenant en suspension des quantités considérables de grains infinitésimaux appelés *micelles* et chargés, les uns d'électricité positive, les autres d'électricité négative. Les *anticorps* modifient non seulement la composition chimique des humeurs, mais aussi leur équilibre physique. Au total, l'action des *anticorps* consiste en phénomènes *physico-chimiques* complexes et variables.

PHYSIOLOGIE DE LA SALIVE. — La salive est le produit de sécrétion des glandes salivaires. La salive *mixte* résulte du mélange des trois salives spéciales. Elle est légèrement *alcaline*. La proportion sécrétée par 24 heures est de 1.000 à 1.500 grammes environ. Les *carnivores* en sécrètent relativement beaucoup moins que les *herbivores* : le cheval en produit environ 40 litres et le bœuf 60 litres. Chez l'homme, la salive parotidienne est limpide, fluide, *sans mucine* ; les salives sous-maxillaires et sublinguales sont opalescentes, filantes, visqueuses, *riches en mucine*. Dans les pansements, cette dernière *albumine spéciale* donne à la salive une propriété physique spéciale, la *viscosité*, analogue, comme consistance, à la *barégine* de certaines eaux minérales sulfureuses, douce au toucher, rappelant aussi l'*onctuosité* des mucilages obtenus par décoction (graine de lin, par exemple), ou encore la *pseudo-solution* gommeuse, à la gomme arabique ou du Sénégal. La *mucine*, dans la salive, donne aux pansements au *bouillon-vaccin- salivaire*, par retard de l'éva-

poration de l'eau de composition, une apparence de vernis visqueux, analogue au *collodion* riciné. On connaît les variations *quantitatives* et *qualitatives* de la sécrétion salivaire sous l'influence de l'excitation électrique des nerfs des glandes salivaires, et aussi de la pression sanguine. La belladone et son alcaloïde l'*atropine* agissent aussi remarquablement sur cette sécrétion avec variation dans la proportion de l'*eau* et des *sels*.

La salive, dans la digestion, a un triple rôle : *physique, mécanique* et *chimique*. Ce dernier rôle dû à la *ptyaline*, transformant les féculents en sucre, n'est pas *essentiel* et indispensable. La salive ne fait donc que renforcer l'*acte digestif*.

Dans les *plaies récentes*, la salive agit *préventivement*, en y apportant l'ensemble des germes *auto-acclimatés humoralement* et destinés à y poursuivre leur développement sur le même individu. C'est, par suite, sans réactions d'origine microbienne. Il y a lutte, par concurrence vitale, contre les microbes extérieurs de toute nature et de toute provenance. Dans les *plaies anciennes*, toujours par concurrence vitale, les microbes divers, pyogènes et autres, qui souillent ces plaies, cèdent la place, peu à peu, aux *microbes salivaires* plus résistants et de succession plus ancienne, en accommodation avec les *anticorps* et les *phagocytes* et, par suite *inoffensifs* par accoutumance et devenus *indifférents*, pathologiquement parlant.

CONCLUSION. — C'est surtout aux *plaies récentes* constituant un *terrain neuf* que s'adresse l'emploi de la salive comme *auto-bouillon-vaccin* préventif, immédiatement après l'accident et *avant* toute souillure extérieure de la plaie et en pansement *extemporané* mettant en œuvre les divers germes contenus dans la salive, comme traitement *neutralisant* d'attaque. Sous le couvert d'*empirisme*, c'est un procédé thérapeutique inattendu. Ce n'est plus de l'*asepsie*, ni de l'*antisepsie*, mais bien de la *sepsie* INDIVIDUELLE *vaccinothérapique*. Ce moyen de fortune qu'il serait prématuré et peut-être excessif de vouloir généraliser, mérite, je pense, d'être signalé et souligné, en accord avec le principe de l'*auto-vaccinothérapie armée*. Il ne s'agit, évidemment, que de plaies d'étendue restreinte dont il s'agit de prévenir l'infection contre tous les microbes pouvant être, en quelque sorte, apportés par tous les vents des quatre points cardinaux de l'horizon infectieux, par la salive toujours en puissance d'asssociation microbienne, au moment voulu de son emploi. Ce produit de sécrétion physiologique réalise, je crois, les desiderata qui manquent aux *auto-vaccins curatifs* habituels dont la préparation délicate de l'éloignement fréquent des laboratoires appropriés, rend l'emploi peu pratique et souvent impossible, tandis que la salive *auto-bouillon-vaccin préventif* est toujours à pied-d'œuvre. Il ne reste qu'à régler et à conditionner son emploi, en prenant pour base les principes les plus récemment établis en vaccinothérapie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le traitement des toxémies graves.

Que les intoxications soient exogènes (empoisonnements accidentels), ou endogènes (azotémie, acidose), il est logique, dans ces cas, de soustraire une certaine quantité de sang aux malades et de le remplacer par une quantité équivalente de sang pur.

Si cette méthode a des succès, elle offre également des insuccès, et ceux-ci, d'après le Dr CHEINISSE, semblent tenir à l'insuffisance de la soustraction sanguine, celle-ci ne constituant forcément qu'une partie relativement faible de la masse sanguine puisqu'on est obligé d'arrêter la saignée avant l'apparition des signes d'un état exsangue. Robertson trouva la solution du problème en combinant la saignée à blanc avec la transfusion pratiquée simultanément. Pour cela, il faut s'assurer le concours d'un nombre suffisant de donneurs, afin de disposer, pour la transfusion, d'une quantité de sang supérieure à celle présumée contenue dans l'organisme du patient. Cette nécessité restreint l'application du procédé, et l'opération se trouve exclue chez l'adulte, dont la quantité de sang est évaluée à 5 ou 6 litres. Elle reste réservée aux enfants au-dessous de 3 ou 4 ans.

Le sang des donneurs est recueilli dans des seringues de verre de 100 cmc., contenant chacune 10 cmc. de solution fraîchement préparée de citrate de soude à 3,5 p. 100. La quantité de sang à recueillir s'évalue approximativement à raison de 35 cmc. par livre de poids corporel du patient. Une fois recueilli, on le laisse de côté en maintenant sa température au moyen d'un bain-marie.

Chez le récepteur on insère alors la canule à transfusion dans une veine déterminée (saphène interne, basilique au coude) et on y introduit lentement une solution saline, afin d'éviter

la coagulation. Puis la canule à saignée est insérée dans le sinus longitudinal supérieur, s'il s'agit de tout petits enfants, sinon dans la fémorale ; on saigne ensuite jusqu'à l'apparition des premiers signes d'état exsangue dès que le pouls fléchit, on adapte à la canule une seringue de 100 cmc., garnie de sang, et la transfusion commence, en même temps que continue la saignée, jusqu'à ce qu'on ait transfusé la totalité du sang disponible, celle-ci excédant un peu le sang retiré.

Sur 14 cas de toxémie par brûlures étendues, 7 ont guéri (réduction de 50 p. 100 de la mortalité). Même succès dans l'érysipèle du nouveau-né, dans les intoxications intestinales aiguës (mortalité réduite de 25 p. 100). Les résultats seraient moins constants dans les septicémies.

Cette méthode, à condition d'être organisée (matériel et donneurs repérés d'avance), mérite d'être répandue à l'hôpital comme en clientèle. (*La Presse médicale*, 26 juillet 1924.)

L'abduction du bras réalisée par une « forme en plâtre ».

En chirurgie, il faut toujours mettre le membre blessé de préférence dans une attitude qui soulage les muscles les plus faibles, de telle sorte que les muscles qui auront à travailler pour ramener en position utile le membre seront justement les plus forts. Il faut aussi chercher, comme position d'immobilisation, celle qui permettra, ultérieurement, à la pesanteur de ramener peu à peu le membre dans la position opposée.

Se basant sur ces deux principes, R. Bonneau a pensé qu'à l'épaule, dans les traumatismes ou les opérations touchant directement ou indirectement l'articulation scapulo-humérale, l'immobilisation devait être réalisée en abduction du bras. Une fois l'attitude d'abduction supprimée, tout naturellement la pesanteur tendra à ramener le membre en position tombante. Il a ensuite construit dès 1917 un appareil plus solide devenu depuis une « forme de plâtre », qui permet cette immobilisation des muscles de l'épaule. Chaque forme ressemble de loin à un papillon à deux ailes à moitié déployées et un peu roulées sur elles-mêmes de façon à s'opposer par leurs convexités : l'aile la plus large est l'aile thoracique, l'aile la plus étroite est l'aile brachiale ; leur angle d'union répond à l'aisselle. Une fois l'appareil en place, l'avant-bras est replié sur la paroi thoracique antérieure, soutenu par une écharpe au niveau du poignet. (*La Presse médicale*, 9 août 1924.)

Les pleurésies à cholestérine.

Certaines pleurésies chroniques possèdent comme caractère particulier de contenir dans leur épanchement des quantités considérables de cholestérine.

D'après MM. A. Coyon, Noël Fiessinger et P. Meignant, leur évolution est souvent anormale, très lente, insidieuse, et ce sont des découvertes d'examen. Elles sont fréquemment de nature tuberculeuse ou se montrent chez les malades très éthyliques qui font tôt ou tard une tuberculose pulmonaire. Leur étendue est limitée ; ce sont des pleurésies enkystées avec des coques pleurales particulièrement épaisses et dures. L'aspect des liquides varie : tantôt il est louche, ambré, et dans sa masse scintillent des paillettes de cholestérine ; tantôt il est nettement suppuré, souvent rougeâtre, d'une teinte chocolat au lait. Cytologiquement, le pus contient de rares leucocytes à peine reconnaissables et de nombreux cristaux de cholestérine. Le taux de la cholestérine est assez variable, mais semble diminuer à mesure que l'on pratique les ponctions évacuatrices. On peut observer des vomiques à cholestérine.

Dans ces pleurésies, il est un fait intéressant à noter, c'est que, d'après les recherches des auteurs, le taux de la cholestérinémie est normal. Ces pleurésies doivent donc être opposées aux « dépôts locaux de cholestérine », ainsi dénommés par Chauffard parce qu'ils résultent forcément de la cholestérinémie. Il s'agit donc ici d'une formation de cholestérine, *in situ*, par modification des lipases des liquides à lymphocytes. (*Journ. des Praticiens*, 6 septembre 1924.)

Le traitement de l'orgelet.

Pendant la période inflammatoire, les compresses chaudes sont nettement indiquées, trois ou quatre fois par jour pendant vingt à trente minutes. Pas de pansement humide permanent. Une fois la compresse humide retirée, sècher la peau rapidement avec une compresse et étaler sur les paupières une pommade désinfectante au cadmio-zinc par exemple.

L'intervention chirurgicale est exceptionnellement indiquée : au bistouri, il faut préférer le galvano-cautère porté au rouge sombre.

Il faut aussi éviter les récidives ; et, actuellement, on emploie, dans ce but, les auto-vaccins ou les vaccins préparés à l'avance. Ces stocks-vaccins ont sur les premiers l'énorme avantage, d'après le Dr G. Cousin, de pouvoir être utilisés dès le premier examen. Cet auteur a utilisé un vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, et il a pratiqué à deux jours d'intervalle, deux ou trois injections ; sur vingt malades traités, dix-huit ont vu cesser après une semaine de traitement toute nouvelle poussée de folliculite palpébrale. A noter que l'injection de vaccin faite sous la peau détermine souvent une réaction locale assez vive.

L'emploi des vaccins marque un réel progrès dans le traitement de l'orgelet. (*Paris médical*, 6 septembre 1924.)

La crampe des écrivains.

Le Pr BARRE, appliquant à l'étude de la crampe des écrivaine les méthodes récentes d'examen neurologique et la radiographie, pense que cette affection ne doit plus être catégorisée, comme on le fait actuellement, sous la rubrique de névrose psychomotrice.

L'examen méthodique permet d'enregistrer toute une série de signes objectifs, en dehors de toute activité fonctionnelle ; ces accidents (secousses musculaires, crampes) peuvent exister en dehors de l'activité musculaire dissociée et délicate, qui déclenche spécifiquement la crampe. D'autre part, la crampe, née à l'occasion de l'écriture, peut s'étendre bientôt à tous les actes, qui mettent en jeu les mêmes doigts et les mêmes muscles pour des mouvements semblables ou voisins.

L'auteur estime que ces différents phénomènes sont l'expression d'une atteinte mixte (parétique, mais davantage irritative) de certains nerfs et particulièrement de leur partie proximale ; que l'expression spéciale de cette radiculite légère lui vient du haut degré de dissociation fonctionnelle du membre où elle siège ; qu'elle peut reconnaître pour cause une des nombreuses altérations congénitales ou acquises de la colonne vertébrale ou des tissus qui environnent les trous de conjugaison.

Ces données nouvelles entraînent des données nouvelles dans la thérapeutique. Sans méconnaître la valeur du facteur psychothérapique, ni le rôle favorable du repos, des dispositifs instrumentaux classiques, il faut, chaque fois que la clinique ou la radiographie établissent la probabilité ou la réalité d'altération de la colonne vertébrale, agir par la radiothérapie, la diathermie, et au besoin par des injections locales au voisinage des trous de conjugaison correspondant aux racines atteintes. Peut-être même la chirurgie nerveuse nous apportera-t-elle un jour son concours dans ce domaine ? (*Paris médical*, 4 octobre 1924.)

Les paquets ganglionnaires de l'aine. Leur traitement chirurgical.

Il s'agit, dit le Dr Yves BOURDE, de ces grosses tuméfactions soulevant la région inguino-crurale, du volume d'un œuf de poule à celui du poing, et constituées par des amas d'adénite et de périadénite d'évolution subaiguë, contenant par places un pus mal collecté et peu abondant, et dont la durée est souvent d'une longueur désespérante, si on n'intervient pas radicalement.

En présence d'un paquet ganglionnaire chronique de l'aine, fistulisé ou non, il faut rechercher les antécédents ; souvent on trouvera un chancre ou une ulcération banale, cicatrisés ou non. Si on ne trouve rien, hésiter entre tuberculose et lymphogranulomatose. Le diagnostic est souvent possible cliniquement ; en tous cas, la biopsie nous fixera.

En principe, on peut et on doit enlever radicalement toutes ces tumeurs, quelle que soit leur nature, sauf contre-indications tirées de l'état général du sujet, du phagédénisme ou de la bilatéralité des lésions.

L'auteur rappelle en détails la technique opératoire, bien décrite par Gosset. Il indique de plus la conduite à tenir en cas de suppuration, et recommande au préalable de drainer systématiquement, car une abondante lymphorragie a lieu les jours qui suivent l'opération. On évitera de blesser la veine fémorale en faisant une longue incision cutanée, on opérant à ciel ouvert pour bien voir ce que l'on fait. (*Gazette des hôpitaux*, 14 et 16 octobre 1924.)

L'hérédité dans la tuberculose.

Il est assez généralement admis que si la tuberculose n'est pas héréditaire à proprement parler, il existe néanmoins une hérédité de prédisposition, l'individu né de parents tuberculeux devant avoir un terrain plus propice à la germination du bacille de Koch. M. G.-J. DROLET, statisticien de l'Association anti-tuberculeuse de New-York, ne partage pas cette opinion et soutient même un avis contraire. Pour lui, un sujet issu de générateurs tuberculeux, est dans une certaine mesure immunisé et est mieux défendu — toutes choses égales bien entendu — contre la tuberculose qu'un sujet né de générateurs sains.

M. Drolet a étudié cette question dans le service de la tuberculose du Dispensaire Bellevue, à New-York. Sa statistique porte sur plus de 7.000 cas. Sur 1.695 enfants soumis à l'épreuve de la tuberculine, il a trouvé une réaction positive 64 fois sur 100 chez les enfants de parents tuberculeux et 66 fois sur 100 chez ceux de parents sains. Parmi 5.852 personnes sans hérédité bacillaire venues consulter au dispensaire Bellevue, 59 % étaient tuberculeuses. Parmi 1.577 consultants accusant une hérédité bacillaire, 34 % seulement étaient porteurs de lésions tuberculeuses. Sur un chiffre à peu près égal (2.500 environ) de sujets tuberculeux et non tuberculeux, l'auteur a noté 14 % d'hérédité chez les premiers et 30 % chez les seconds — l'hérédité paraissant donc bien protéger dans une certaine mesure. M. Drolet voit là une des causes de la décroissance de la tuberculose, ce qui ne saurait faire négliger évidemment aucun des autres moyens de lutte antibacillaire (*The American Review of Tuberculosis*, 3 novembre 1924.)

Quelques essais d'analgésie obstétricale au moyen de l'hémypnal.

Si l'utilisation des anesthésiques en obstétrique est toujours restée timide, réservée et

discutée, dit le Dr Barbarroux, c'est qu'il ne s'agit plus, comme en chirurgie, de suspendre pendant un temps assez court la conscience et la sensibilité, mais de supprimer seulement cette dernière ou tout au moins de l'atténuer, pendant plusieurs heures, action qui ne doit pas exclure le caractère physiologique de la douleur, synonyme ici de contraction. Les anesthésiques usuels suppriment et la douleur et la contraction ; à dose forte ils abolissent la conscience et ne sont point sans nuire à l'enfant ; à cause de cela ils doivent être rejetés. Le produit idéal supprimerait la perception de la douleur, mais non la conscience, et conserverait l'intégrité de la contraction, dans son intensité et dans son rythme ; il n'aurait, non plus, aucune influence nocive sur l'enfant, aucune influence fâcheuse sur les suites de couches.

Des essais intéressants sont tentés dans cette voie ; mais il en est peu qui donnent cette impression de sécurité indispensable à la vulgarisation d'une méthode d'analgésie obstétricale qui, par définition, doit être d'un emploi journalier. Ceux que l'auteur a faits avec l'hémypnal (en suppositoires) sont cependant à cet égard tout à fait satisfaisants. Il ressort de ses nombreuses observations que si l'analgésie n'a pas toujours été totale, elle n'a du moins jamais eu de suites fâcheuses, ni pour la mère ni pour l'enfant. Pas de ralentissement sensible du travail (dans certains cas d'hypotonie de l'utérus, celui-ci se trouve même activé), enfants criant tôt et ne présentant aucun trouble circulatoire ou autre, suites de couches absolument normales. Ce sont là des avantages inappréciables pour un produit de cet ordre, parce qu'ils en permettent l'application large en clientèle, où le médecin ne peut être constamment auprès de la parturiente. L'hémypnal, en fait, dans beaucoup de cas (70 pour cent environ) permet un accouchement presque indolore ; dans tous il supprime l'excitation nerveuse d'un travail prolongé et redonne du courage aux parturientes pusillanimes. (*Marseille médical*, 5 décembre 1924, n° 34.)

Un cas de pneumothorax des conscrits successivement bilatéral.

MM. Colbert et Dotezac ont observé un jeune emphysémateux de 20 ans qui fut atteint d'un pneumothorax spontané, s'étant produit à trois mois d'intervalle sur chacun des deux côtés.

On pouvait se demander si ce double accident n'était pas lié à l'existence de lésions tuberculeuses plus ou moins discrètes.

Mais, « l'évolution favorable du cas que nous présentons, l'absence constante de liquide et surtout la bilatéralité des accidents montrent bien que, chez ce jeune sujet, la déchirure d'une bulle d'emphysème était seule en cause. »

D'où les auteurs concluent que le pneumo-d'effort existe bien, puisque leur observation en fait foi. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 nov. 1924.)

A propos de deux cas de céphalées rebelles d'origine naso-frontale.

On rencontre parfois des sujets qui se plaignent de céphalées unilatérales frontales, rebelles à toute thérapeutique classique, et que l'on tend trop volontiers à mettre sur le compte du nervosisme ou du pithiatisme.

D'après MM. Cornil et Gamaléia, ces céphalées sont souvent dues, soit au syndrome d'obstruction du canal naso-frontal, soit au syndrome irritatif du ganglion sphéno-palatin, soit enfin aux sinusites postérieures.

Ils relatent deux cas qu'ils ont observés, dans lesquels l'obstruction du canal naso-frontal était en cause.

Le premier cas avait été vainement soigné pour céphalée syphilitique, urémique. Il fut guéri radicalement au bout de huit jours par la résection de la cloison dans sa partie haute.

Dans le second cas, il fallut trois interventions pour amener la disparition des douleurs : curetage du sinus maxillaire ; résection de la tête du cornet moyen ; résection de la partie haute du cartilage quadrangulaire de la cloison.

« Ce qu'il y a à retenir, c'est que, dans les deux cas, la recherche systématique des autres causes de céphalées a été faite avant d'aboutir au test thérapeutique favorable obtenu par une intervention simple : la résection de la cloison et l'amputation de la tête du cornet moyen conformément aux indications déjà anciennes de Garel. » (*Rev. méd. de l'Est*, 1er novembre 1924.)

Heures de début du travail et de l'accouchement.

M. J.-R. Henry s'est livré à des recherches statistiques sur 1.000 accouchements normaux relevés à la clinique obstétricale de Marseille.

« Heures de début du travail. Le nombre de cas paraît s'élever assez régulièrement à partir d'une heure de l'après-midi pour passer par un maximum entre huit heures du soir et trois heures du matin, puis redescendre graduellement jusqu'à une heure de l'après-midi.

« Heures d'accouchement. La fréquence du nombre d'accouchements aux différents heures paraît croître assez régulièrement à partir de deux heures de l'après-midi, passer par un maximum à trois heures du matin, puis décroître assez brusquement jusqu'à deux heures de l'après-midi. » (*Rev. franç. de gynéc. et d'obstétrique*, 25 novembre 1924.)

Les réactions génitales mâles dans les maladies infectieuses.

L'orchi-épididymite est une complication ha-

bituelle des oreillons, de la variole, et de la morve. Elle est infiniment plus rare dans la fièvre typhoïde, dans la grippe, dans les pyohémies ; elle se montre exceptionnelle dans le rhumatisme, la rougeole, la pneumonie, la diphtérie...

M. J.-P. TOURNEUX s'efforce d'établir la cause de cette réaction inflammatoire du testicule, au cours des maladies infectieuses. Pour l'auteur, le testicule se comporte comme une glande mixte, interne et externe. La glande interne accélère le mouvement nutritif, facilite les oxydations, et, par les matières protéiques, les ferments, les matières alcaloïdiques de ses sécrétions, agit comme anti-toxique. La glande externe semble bien posséder un rôle d'élimination, puisque l'on a trouvé dans le sperme des bacilles tuberculeux, du bacille d'Eberth, et d'autres variétés microbiennes.

« C'est ce double rôle qui permet de comprendre pourquoi le testicule arrive à porter l'empreinte des toxi-infections générales et d'expliquer pourquoi, au cours des grandes pyrexies, peuvent apparaître ces orchites que l'on dénomme encore couramment orchites infectieuses. »

Lorsque la résistance de la glande est débordée par l'invasion microbienne ou toxinique, l'infection se produit, et il semble bien que c'est par la voie artérielle que s'effectue cette invasion. (*La Médecine*, décembre 1924.)

Des manifestations gastro-intestinales dans les infections à entérocoques.

M. THIERCELIN a découvert et décrit un saprophyte de l'intestin, l'entérocoque, qui peut devenir virulent et provoquer l'éclosion d'affections primitives, ou l'apparition de complications secondaires au cours d'affections préexistantes.

En outre des manifestations gastro-intestinales, l'entérocoque peut pénétrer dans les voies lymphatiques, puis dans la circulation, et se localiser sur d'autres organes. De telle sorte que l'on a pu décrire un syndrome entéro-rénal, entéro-pulmonaire, entéro-hépatique, entéro-méningé, entéro-cardiaque...

Les manifestations gastro-intestinales entérococciques ne possèdent pas une symptomatologie clinique propre. Aussi, réclament-elles le même traitement symptomatique que les états qui ont pour cause d'autres agents pathogènes.

L'auteur a préparé un vaccin plurivalent absolument atoxique, que supportent admirablement, même à doses élevées, les enfants et les nourrissons, et qui s'administre par la voie buccale, agissant à la fois comme anti-toxique et bactéricide.

« L'action (de ce vaccin) est surtout manifeste dans les gastro-entérites cholériformes de l'enfance et de l'adulte (choléra nostras), les entérites et l'entéro-colite aiguës, aussi bien celles qui surviennent pendant les chaleurs de l'été que celles qui se montrent l'hiver pendant les épidémies grippales. Sous son influence, les accidents toxiques infectieux, fièvre, prostration, les phénomènes nerveux disparaissent souvent en quelques heures, tandis que la diarrhée se supprime rapidement, et depuis que nous avons recours à cette médication, tous les cas que nous avons eus à soigner, et quelques-uns parmi eux paraissaient désespérés, ont été guéris. »

Dans les formes chroniques, l'effet est moins rapide, quoique toujours certain, à condition d'y associer le régime. Il en est de même dans les entéro-syndromes.

Les doses d'entéro-vaccin sont de 10 cmc. pour les nourrissons, — 20 cmc., de 6 mois à 4 ans, — 40 cmc. au-delà de cet âge, — et deux fois 30 cmc. pour l'adulte. (*Archives des mal. de l'app. digestif*, décembre 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'échec des arsenicaux dans la lèpre.

(MM. DELAMARE et ACHITOW, de Constantinople. — *Académie de médecine* ; 3-2-1925.)

MM. Delamare et Achitow ont traité un cas de lèpre à Wassermann positif par des doses d'éparséno poussées jusqu'à l'intoxication. Le traitement n'a pas eu d'effet utile et n'a modifié en aucune façon l'évolution de la maladie.

— M. JEANSELME a montré, dès 1911, l'inefficacité du 606 dans la lèpre. Il a acquis, depuis, la conviction que l'éparséno n'avait pas une valeur plus grande à ce sujet. Lorsque la réaction de Wassermann chez un lépreux est la conséquence de la lèpre et non d'une syphilis concomitante, elle ne cède pas, alors même qu'on a recours au traitement arsenical intensif.

L'hématothérapie anti-sénile.

(M. Maurice BLOCH. — *Soc. médicale des praticiens* ; 16-1-1925.)

M. Maurice Bloch fait un exposé sommaire de ses recherches sur l'hématothérapie anti-sénile. Cette thérapeutique est utile dans toutes les variétés d'infection chez le vieillard, mais elle demeure inefficace contre la sénescence proprement dite. L'auteur rappelle qu'il a décrit en 1894 un procédé d'hématocytothérapie auquel il est resté fidèle depuis cette époque.

Accidents convulsifs vermineux.

(MM. J. CATHALA et LELONG. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 21-10-1924.)

MM. Cathala et Lelong ont observé la sédation d'un état de mal jacksonien à la suite de l'expulsion spontanée par la bouche de deux ascaris, chez une enfant de 10 ans.

L'helminthiase et en particulier l'ascaridiose est une cause bien connue, en pathologie infantile, d'accidents nerveux. Elle est susceptible de simuler le mal comitial et MM. Guillain et Gardin ont établi que de tels accidents pouvaient s'accompagner de modifications cytologiques, chimiques, et des épreuves de précipitation du liquide céphalo-rachidien. Ces auteurs estiment que les troubles méningés de l'helminthiase sont sans doute créés par les toxines vermineuses.

Mégaœsophage chez une enfant de 13 ans.

(MM. NOBÉCOURT, JANET et CHAPERON. — *Soc de pédiatrie* ; 21-10-1924.)

Une fillette de 13 ans et demi, à la suite de tentatives de suralimentation commence à avoir des vomissements. L'alimentation devient difficile et l'enfant arrive en quelques mois à un état d'amaigrissement alarmant. L'observation clinique fait penser à des régurgitations œsophagiennes et l'examen radioscopique permet de poser le diagnostic de mégaœsophage. Le repos et une diététique bien comprise amènent une amélioration considérable. Les régurgitations disparaissent et le poids augmente rapidement. Il est vraisemblable que la dilatation œsophagienne était constituée depuis longtemps et qu'elle est restée latente jusqu'au jour où une cause occasionnelle minime (la suralimentation) a provoqué les accidents dysphagiques.

Le pneumothorax thérapeutique chez l'enfant.

(M. P. ARMAND-DELILLE. — *Soc. de pédiatrie* ; 21-10-1924.)

A l'occasion d'une communication de MM. Bigart, Schreiber et Bouvet, M. Armand-Delille montre les bons résultats du pneumothorax thérapeutique dans certains cas de tuberculose pulmonaire de l'enfant. Il présente trois exemples démonstratifs de l'influence de ce traitement.

— M. LEREBOULLET, parlant des résultats éloignés du pneumothorax, rappelle l'observation d'une jeune fille chez laquelle l'insufflation pleurale fut faite de 1916 à 1919, et cessée à partir de cette époque (cinq années). La guérison s'est maintenue.

Le régime alimentaire dans la scarlatine.

(M. LESNÉ et Mlle LAMY. — *Soc. de pédiatrie de Paris*; 21-10-1924.)

Il y a une vingtaine d'années, on considérait comme un véritable dogme de laisser sans exception tous les scarlatineux pendant 40 jours au régime lacté, dans le but de prévenir les complications rénales de la maladie. Ce dogme a été attaqué en 1905 par Dufour, qui rapporta une statistique de 200 cas de scarlatine où l'alimentation végétale et carnée parut fortifier l'organisme et faciliter la résistance aux infections. Nobécourt et Merklen recommandent le régime lacté pendant les 15 ou 20 premiers jours seulement, puis une alimentation lacto-végétarienne avec une petite quantité de viande.

M. Lesné, chez plus de 1.000 scarlatineux, a eu recours à une diététique plus large encore, ainsi réglée : après une première période de régime lacté, qui dure 15 à 20 jours, quand il n'y a plus de fièvre, et qu'il n'y a pas d'albumine, le malade se nourrit comme normalement, de légumes, laitage, poisson et viande. Bien plus, l'auteur pense — toujours en l'absence de fièvre et d'albumine — qu'il y a avantage à donner, pendant la convalescence, un peu de viande crue. L'état général s'améliore plus nettement et les complications sont plutôt évitées. Comme l'a dit Ch. Richet « la viande crue est l'aliment de choix des convalescents, l'aliment réparateur par excellence ».

— M. COMBY estime que la communication de M. Lesné doit comporter beaucoup de réserves. En la lisant, dit-il, les praticiens croiront qu'on peut impunément alimenter tous les scarlatineux avec de la viande, dès le début et dans tous les cas. Pour lui, il n'y voit aucun avantage bien net et il redoute les conséquences d'une alimentation prématurée en pareille circonstance. Dans sa pratique, il s'en tient au régime classique : lait et repos au lit les vingt premiers jours ; repos à la chambre, soupes, œufs, crèmes, purées, pâtes, fruits cuits, légumes verts, etc, pendant les vingt jours suivants.

— M. Jules RENAULT rappelle que c'est un médecin irlandais, Graves, qui en 1862 osa s'élever contre la diète sévère imposée dans toutes les maladies fébriles, la scarlatine en particulier. Il ne fut guère suivi d'ailleurs et n'eut pas d'imitateurs.

S'appuyant sur une expérience de 918 cas, l'auteur formule les conclusions suivantes en matière de régime dans la scarlatine :

1° La reprise rapide et surveillée de l'alimentation normale après la période fébrile n'a aucun danger ;

2° Elle a l'avantage de soutenir les forces du malade et de lui permettre de mieux résister aux complications ;

3° Elle supprime l'anémie de la convalescence ;

4° Le régime lacté est curatif et non préventif. Il est nécessaire aux scarlatineux albuminuriques, et ne doit pas être continué chez ceux qui n'ont pas d'albuminurie et ne sont plus fébricitants.

5° Passé la période fébrile initiale, les complications qui n'entraînent pas d'albuminurie n'imposent pas nécessairement le régime lacté.

Elévation congénitale de l'omoplate.

(M. Rœderer. — *Société de pédiatrie* ; 18-11-1924.)

M. Rœderer relate une observation d'élévation congénitale de l'omoplate coïncidant avec des anomalies vertébrales diverses. L'affection prête au diagnostic avec la scoliose légère mais, tandis que cette dernière, si elle est essentielle, guérit presque certainement avec des soins appropriés, l'élévation de l'omoplate congénitale, même peu accentuée, est beaucoup moins accessible au traitement.

Le sérum aminé en thérapeutique infantile.

(MM. E. Lesné et Ch. Richet, fils. — *Soc. de pédiatrie* ; 18-11-1924.)

Différents physiologistes, Abderhalden et Rona entre autres, ont montré que l'on pouvait maintenir les animaux en équilibre azoté en leur injectant ou en leur faisant ingérer des acides aminés.

Ces résultats expérimentaux ne semblent pas avoir attiré l'attention des cliniciens et l'on a eu peu recours, quant à présent, chez les malades s'alimentant mal ou n'assimilant pas, aux injections de sérum aminé. Quelques tentatives ont été faites, par MM. Ribadeau-Dumas et Fouet. MM. Lesné et Richet fils ont essayé chez trois enfants athrepsiques des instillations rectales de sérum glucosé ou salé, additionné de 40 gr. par litre d'acides aminés. Une fois, il y a eu échec, une seconde fois un résultat partiel, une troisième fois un bon résultat. Il s'agissait de trois enfants apparemment voués à une mort certaine.

Syphilides cutanées traumatiques.

(MM. Thibierge et Milian. — *Soc. de dermatologie et syphiligraphie* ; 11-12-1924.)

A propos d'une observation de MM. Gastou et Fuchs, M. Thibierge parle du rôle du traumatisme dans le développement de lésions *cutanées* syphilitiques. Pour lui, la plupart des cas de syphilides cutanées rapportés à une origine traumatique n'ont aucune valeur démonstrative. L'auteur n'en a, pour sa part, trouvé aucun exemple, ni en clinique ni dans les expertises. Des lésions spécifiques des os peuvent se développer à la suite de traumatismes et se propager à la peau, mais il ne faut admettre qu'avec réserve l'existence de syphilides traumatiques exclusivement cutanées.

— M. Milian est d'une opinion différente. La syphilide cutanée traumatique est même, à son avis, assez fréquente. Chez des accidentés du travail blessés aux jambes, dont les plaies persistaient huit et dix semaines après le traumatisme, il lui est arrivé plusieurs fois d'obtenir la guérison par le traitement spécifique.

Le problème, ajoute M. Milian, est d'ailleurs plus large. La plupart des syphilides cutanées, comme le pensait Jacquet, sont déterminées dans leur apparition par des traumatismes variés, souvent inapparents, frictions, expositions au froid, travaux manuels. Dans les syphilides viscérales, un choc physique ou chimique peut intervenir l'alcool, dans la cirrhose syphilitique, le coup de froid dans la néphrite, etc.

Sur le camouflage de la syphilis.

(M. Leredde. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 11-12-1924.)

M. Leredde s'oppose vivement d'une façon générale au camouflage de la syphilis aux yeux des malades. Lorsqu'on traite une femme enceinte syphilitique, on doit lui faire connaître son affection — sauf cas très rares — sinon il est difficile d'obtenir un traitement suffisamment prolongé. Chez l'enfant hérédo-syphilitique, le camouflage a encore plus d'inconvénients.

— M. Fernet considère que, fréquemment et souvent malgré lui, quand le diagnostic reste incertain par exemple, le médecin est appelé à faire des traitements spécifiques dissimulés.

— M. Queyrat pense que le camouflage est une chose mauvaise, à laquelle on ne saurait recourir que contraint et forcé. Il peut exposer le médecin à des ennuis. Il y a quelque temps, en Allemagne, un médecin, appelé à soigner une femme contaminée par son mari, qualifia d'eczéma une poussée de syphilides, qu'il soigna par la cure spécifique d'ailleurs. Le soi-disant eczéma guérit mais, à peu de mois de là, le mari mourut d'une chute de cheval. La jeune veuve s'étant remariée dans les délais légaux communiqua la syphilis à son deuxième époux et mit au monde un enfant syphilitique. Le médecin poursuivi devant les tribunaux fut condamné.

— M. Milian partage la façon de voir de M. Leredde. On ne doit pas camoufler autant que possible les traitements, en tout cas ne pas donner de diagnostic faux au malade. Cela peut produire en matière de syphilis des cataclysmes sociaux.

Prévention et traitement de la syphilis par la voie buccale.

(M. Levaditi. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-12-1925.)

Le nouveau traitement de la syphilis par le tréparsol administré en ingestion amène M. Levaditi à rappeler que, dès 1922, il a montré tout l'intérêt du dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique, agent anti-syphilitique jouissant de propriétés préventives et curatives par voie buccale.

— M. Clément Simon rend hommage aux beaux travaux de M. Levaditi sur les acides arséniques. L'utilisation de ces acides a été faite, par voie digestive, déjà par Ehrlich. D'autre part, entre le stovarsol (dérivé acétylé) de MM. Levaditi et Fourneau, et le tréparsol (dérivé formylé), la différence pratique est assez sensible. Le tréparsol, moins stable, se

dédouble assez facilement dans le tube digestif et, au cours de son passage à travers l'organisme, il libère une proportion sensible de son acide arsinique. Cliniquement, le tréparsol est notablement plus actif que le stovarsol.

Ictère contemporain du chancre.

(MM. Gastou et Tissot. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-12-1924.)

M. Gastou rapporte un cas d'ictère d'origine syphilitique probable, contemporain du chancre et de la période pré-humorale. De tels ictères sont rares et d'explication difficile.

A la période secondaire, tous les viscères participent à l'invasion du spirochète. Il se fait une véritable septicémie analogue à celle des fièvres éruptives. Mais, à la période du chancre, l'infection spirochétienne est surtout lymphatique.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique.

Pyélonéphrite à bacilles paratyphiques B. au cours de la grossesse.

MM. Guérin Valmale et Jean Rathelot (de Marseille). — Femme de 22 ans, présentant vers 7 mois de grossesse des vives douleurs lombaires par accès vespéraux quotidiens, avec fièvre et accélération du pouls et altération sérieuse de l'état général. Dans les urines ni albumine, ni pus et cependant cliniquement tous les signes de pyélonéphrite gravidique. Le cathétérisme urétéral dénonce une double hydronéphrose et l'urine contient du bacille paratyphique B., qui fut soigneusement identifié. Pas d'albumine, pas de pyurie, simple bactériurie. Accouchement normal ; guérison immédiate. Le sang maternel agglutine le para B. à 1/400, le sang fœtal à 1/1000.

Appendicite chez la femme enceinte.

M. Tédenat.—Un peu trop oubliée dans les classiques de langue française, malgré les communications de Pinard (Ac. de médecine 1898), de Vinay (*Lyon méd.* 1898), de Dieufafoy, de Bouilly. Les Américains l'ont étudiée davantage. Maude (1893), Abrabraans (1897) cite 4 cas personnels plus 11 cas cueillis dans la littérature américaine. Ranwall réunit 250 cas dont plus de 100 opérés. L'appendicite au cours de la grossesse est grave : mortalité de 50 à 60 p. 100 chez les mères ; de 90 à 100 % chez les enfants. Heureusement, elle est rare (1/10000) grossesses et presque toujours il y a eu des crises antérieures plus ou moins nettes.

Il faut opérer dès que le diagnostic est posé. C'est la formule clinique en Amérique ; elle est, je crois, acceptée à peu près partout. L'auteur s'y était attaché il y a quelques années à propos de 9 cas. Les observations qu'il rapporte montrent 3 cas guéris, l'opération étant faite en état de refroidissement ; un cas guéri après incision et drainages multiples ; un cas suivi de mort par septicémie ; abcès et fusées purulentes au moment de l'opération.

Infection puerpérale prolongée à épisodes multiples.

M. Devèze. — La malade qui fait l'objet de cette communication présente des signes d'infection grave douze heures après l'accouchement. Malgré la mise en œuvre de la vaccinothérapie locale et générale, une phlébite survint, puis de l'endocardite infectante, des troubles vésaniques et enfin une pyoarthrite du genou qui marqua la fin de cette septicémie prolongée. Après les essais infructueux de vaccinothérapie, le traitement classique fut institué : curettage et abcès de fixation. Cette observation est intéressante : 1° par l'apparition rapide de l'infection ; 2° par l'association microbienne trouvée dans les lochies, streptocoque et colibacille ; 3° par l'action, non douteuse, mais passagère de la vaccinothérapie locale et générale ; 4° par la durée de l'infection et la multiplicité des manifestations cliniques survenues.

Discussion : M. Paul Delmas souligne que passé les premiers jours où une thérapeutique locale, tant opératoire que biologique, est de tous points rationnelle, l'infection puerpérale une fois devenue septicémique rentre dans le cadre des infections médicales à évolution d'autant plus redoutable que l'incubation en a été plus abrégée. Par la suite, abcès de fixation provoqués ou suppurations multiples spontanées sont, au même titre, de favorable augure en ce qui concerne la détermination locale d'une infection dont le caractère septicémique faisait la gravité en accusant l'abdication des résistances locales. M. Tédenat rappelle ses souvenirs d'internat à Lyon en 1876-1877 ; les abcès multiples étaient observés dans les formes à terminaison favorable.

Trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

MM. Vallois et Coll de Carrera. — Les auteurs apportent 3 cas de vomissements graves de la grossesse qu'ils ont eu l'occasion d'observer au cours de ces derniers mois. Dans deux cas la guérison survint à la suite d'un traitement très simple : lavements purgatifs, chloral, opium, sérum adrénaliné.

Dans un troisième cas, après une guérison qui se maintint 8 jours, une récidive se produisit qui résista à toute thérapeutique et nécessita l'interruption de la grossesse.

Les auteurs pensent que les vomissements graves de la grossesse surviennent chez des malades présentant un terrain névropathique sur lequel se produit une attaque toxique d'origine ovulaire.

Si l'attaque toxique demeure modérée, le changement de milieu et un traitement psychothérapique amènent le plus souvent la guérison. Cette guérison reste exceptionnelle dans les cas où une intoxication brutale se traduit par des signes d'insuffisance hépatique. La présence de corps acétoniques dans l'urine

démontre, ainsi que l'indique Le Lorier, la gravité du pronostic parce qu'elle est le témoin de la grave déficience du foie.

Discussion : M. Paul Delmas souligne la difficulté de se prononcer sur le moment où il est légitime et nécessaire d'interrompre la grossesse. Dans un cas où une observation attentive et prolongée avait laissé croire à des vomissements pithiatiques, l'intervention trop tardive n'empêcha pas la terminaison fatale.

M. Vallois rapporte des faits analogues et conclut en mettant en relief la variété des facteurs pathogéniques qui expliqueront l'échec ou la réussite des moyens les plus divers.

Fibrome sphacélé dans les suites de couches.

MM. E. Gaujoux et A. Delord. — Fibrome de 3 kgr. 900, avec sphacèle d'un noyau important et poche purulente, qui s'accompagnait de phénomènes infectieux très graves. Opéré par hystérectomie totale le 20e jour après.

Discussion : M. Tédenat signale la latence de bien des fibromes et leur évolution capricieuse, soit qu'ils régressent, soit qu'ils s'accroissent avec rapidité.

Hémorragies abondantes, hystérectomie (chorio-épithèliome au début).

MM. de Rouville et Madon. — L'existence d'un chorio-épithéliome devrait être soupçonnée chez toute femme qui après un accouchement ou un avortement présente des hémorragies non explicables par la rétention des débris ovulaires. Chez une femme présentant, depuis un avortement, des hémorragies abondantes, une hystérectomie fut pratiquée pour des lésions annexielles : l'utérus examiné présentait macroscopiquement et microscopiquement une tumeur qui a été qualifiée « chorio-épithéliome au début » par le laboratoire d'anatomie pathologique. Les lésions ovariennes étaient banales : ovaires scléro-kystiques.

Un cas d'hémo-péritoine chez le nouveau-né ; lésions de sclérose du pancréas et des vaisseaux spléniques.

MM. Paul Delmas et Roume. — Observation d'un nouveau-né chez lequel existait dès la naissance un abondant épanchement sanguin intrapéritonéal sans que celui-ci puisse être expliqué par un traumatisme quelconque. L'examen histologique du pédicule de la rate et du pancréas a montré des lésions très importantes du tissu conjonctif qui, proliférant avec activité, avait envahi tous les acini. Les vaisseaux du pédicule de la rate étaient dilatés et leur paroi très épaissie.

L'étiologie de cet hémopéritoine est restée obscure mais les auteurs estiment qu'on est en droit d'incriminer la syphilis. La réaction de Wassermann chez la mère a donné un résultat très fortement positif.

Polype fibreux adhérent, hystérectomie vaginale avec conservation du col réalisée accidentellement au cours des manœuvres d'ablation.

MM. de Rouville et Madon. — Chez une femme présentant un polype fibreux d'allure banale, les manœuvres d'extraction rendues pénibles par des adhérences anormales au pourtour de l'orifice cervical amènent l'opérateur à pratiquer une hystérectomie vaginale au cours des tentatives d'isolement du polype. A la sortie de la malade, le toucher montre, s'implantant sur le col, une masse régulièrement arrondie ; cette masse, après ablation, s'est révélée à l'examen anatomo-pathologique être un ovaire prolabé.

Grossesse tubaire itérative.

MM. Paul Delmas et Roume. — Femme chez laquelle ont évolué deux grossesses extra-utérines à un an d'intervalle. La première s'est terminée d'une façon bénigne : après de vives douleurs la résorption progressive de l'œuf s'est réalisée. Par contre, la seconde a évolué avec des accidents graves d'hémorragie interne : la femme qui, la première fois, avait refusé l'opération a dû s'y soumettre d'urgence.

L'ablation de la trompe gauche a été pratiquée et l'intervention, a permis de constater sur la trompe droite la présence d'un nodule, vestige de la première grossesse ectopique.

Paul Delmas.

Les Congrès

IVe Congrès des Pédiatres de langue française

(*Suite*) (1)

2e *Question*. — **La syphilis héréditaire** (Rapport de M. Tixier).

M. G. Blechmann. — Le rapport de M. Tixier envisage un sujet tellement vaste qu'il a forcément dû laisser dans l'ombre quelques points sur lesquels nous disirons attirer l'attention des membres du Congrès.

1° *Prophylaxie de la syphilis héréditaire*. — Différente de celle que connaissent les accoucheurs et les syphiligraphes, la prophylaxie consiste pour les pédiatres à faire traiter la mère *au cours de la deuxième grossesse*, l'examen systématique du premier enfant nous le montrant atteint de Σ.H. patente ou occulte Il ne s'agit plus que de s'entendre sur un tel diagnostic.

Or, comme le rappelle le rapporteur, les examens cliniques faits par M. Marfan et ses élèves donnent des chiffres qui atteignent 19 à 20 % de la clientèle

(1) Voir *Concours Médical*, n° 9 de 1925.

ospitalière, tandis qu'avec M. Lesné, on n'arrive qu'à 5 %.

Suivant qu'elles ressortissent à l'une ou l'autre de ces statistiques, 75 % des mères de ces présumés syphilitiques héréditaires échapperaient au traitement prophylactique ou le subiraient.

En fait, cette marge qui est d'importance se rapporte aux cas dans lesquels les signes de la Σ. H. sont discutables ou discutés : nous demandons à M. Tixier s'il applique alors les conclusions de son rapport : « lorsque la syphilis est en cause chez les ascendants, la médication arsenicale intraveineuse doit être imposée pendant la grossesse. »

2° *Diagnostic hématologique de la S.H.* — La R.W. étant fréquemment en désaccord avec les données fournies par la clinique chez le nourrisson, on a avancé qu'à la séro-réaction pouvait être substitué l'examen de la formule sanguine. Or, comme la syphilis, toutes les affections chroniques de la première enfance (troubles digestifs à répétition, pyodermites, rachitisme, tuberculose), un régime de carence, etc., altèrent profondément l'hématopoïèse, et il est inacceptable qu'on veuille fonder un diagnostic étiologique sur la numération globulaire et l'examen de la formule sanguine, que trouble encore la leucocytose digestive (Lesné, Dorlencourt).

3° *Traitement de la S.H. du premier âge à l'hôpital et dans la pratique de ville.* — On n'insiste pas assez sur l'opposition qui peut être faite dans une certaine mesure entre la clientèle des consultations de l'hôpital et celle de la pratique de ville.

D'après les statistiques des hôpitaux spécialisés (Broca), 70 % des syphilitiques blanchis ne reviennent plus se faire traiter : ce sont eux qui donneront le jour à toutes les formes florides (syphilides, maladie de Parrot), à ces rachitiques précoces à grosses déformations avec splénomégalie, aux encéphalopathies graves, etc.

Les syphiligraphes au contraire, accusent seulement 2 ou 3 % de malades traités qui ne reviennent pas après les premières séries.

C'est dans cette clientèle que l'on retrouvera bien plus souvent que dans l'autre cette forme de la S.H. que nous avons appelée la *syphilis dégradée*, relativement bénigne, très souvent malaisée à dépister.

Le traitement ici doit être différent de celui de l'hôpital.

a) Pour ceux-là, injections intraveineuses dont nous avons établi, le premier, la technique en 1913, par les veines jugulaires, les veines épicraniennes, le sinus longitudinal supérieur, avec l'arsenic à doses progressives, à cures répétées, et toujours *consolidées par le mercure* ; injections arsenicales sous-cutanées moins efficaces, mais de technique simple ; injections intramusculaires de bismuth qui réussit mieux que l'As et le Hg dans les encéphalopathies. On aura recours à ces modes de traitement intensif dans près de 30 à 40 % des cas d'hérédo-syphilis hospitalière.

b) Pour les malades de la deuxième catégorie, d'après notre statistique personnelle, nous avons constaté : que le traitement par la voie intraveineuse ne se justifiait pas dans plus de 1 pour 200 des cas) que le traitement par injections sous-cutanées (As; et intra-musculaires (Bi) n'est utile que dans 5 % des cas ; que dans près de 95 % des cas de S.H. dans la pratique de ville, le mercure constitue un mode de traitement suffisant, à la fois souple, puissant et discret, en l'employant par ingestion et par frictions.

Traitement de l'hérédo-syphilis à l'hôpital. — MM. Lereboullet et Brizard rapportent les résultats de leur expérience au cours d'une année d'observations dans une consultation externe annexée au service hospitalier. Dans celle-ci, ils ont pu suivre régulièrement et traiter 142 enfants. Leur surveillance médicale a pu être assurée d'assez près, les parents les ont amenés facilement et aucun incident important n'a marqué les cures instituées. Le novarsénobenzol et le sulfarsénol, plus rarement le stovarsol, ont été les arsenicaux employés ; le bismuth sous forme de quinio-bismuthate et le mercure sont souvent intervenus dans la cure d'entretien. Tous ces médicaments ont été parfaitement tolérés. Les indications de la cure ont été tirées moins des résultats de la réaction de Wassermann, exceptionnellement positive, que de la notion de la syphilis des parents et de la constatation d'accidents ou de stigmates témoignant de l'hérédo-syphilis. L'amélioration obtenue chez une série d'enfants vomisseurs, épileptiques, hypotrophiques, porteurs d'ulcérations atypiques ou de gommes, atteints d'ostéites, montre l'utilité du traitement. Moins nettement efficace dans les dystrophies nerveuses, il a sans doute une utilité lointaine. Toujours admirablement toléré, il doit être entrepris, même en l'absence de signes cliniques ou sérologiques, quand la syphilis des parents est certaine. Il peut être porté à des doses relativement fortes dans les cas rebelles, et il semble souhaitable que, le plus tôt possible, se généralisent les consultations hospitalières où peut être ainsi organisé et surveillé le traitement de l'hérédo-syphilis.

3e *Question.* — **Etiologie et pathogénie du rachitisme**, (Rapport de MM. E. Lesné, L. de Gennes et Vagliano.

Le rachitisme a vu, dans ces dernières années, se renouveler l'histoire de sa pathogénie. La découverte du rachitisme expérimental de l'animal, les recherches biologiques d'ordre physico-chimique, ont ouvert sur la genèse de la maladie des horizons nouveaux, et ont abouti à la mise en œuvre de moyens prophylactiques et curatifs d'une puissance inconnue jusqu'ici.

Les *théories anciennes* qui, pendant longtemps, dominèrent la pathogénie du rachitisme, furent aussi nombreuses que contradictoires. Les rapporteurs en font l'historique.

Les recherches expérimentales récentes des écoles anglaise et surtout américaine ont jeté sur la genèse de la maladie une lumière nouvelle.

Rachitisme expérimental.— Mellanby, le premier, parvint à déterminer chez l'animal des lésions semblables à celles du rachitisme humain, qu'il attribuait à la carence du régime en vitamine A liposoluble. Cette théorie ne résista pas au contrôle expérimental dans les mains d'autres observateurs.

En 1921, Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park reprirent ces expériences et bientôt Shermann, Pappenheimer, Mac Cann, Zucker et Hess fixaient les bases d'un régime riche en éléments nutritifs et en vitamine A, mais carencé en phosphore qui déterminait régulièrement chez le jeune rat blanc *en période de croissance* l'apparition de lésions rachitiques. Donc la seule carence phosphorée est responsable des lésions du rachitisme expérimental.

Ces expériences, reprises en Amérique, furent soumises en France par Lesné, de Gennes et Vagliano à toute une série d'épreuves de contrôle.

Les lésions obtenues chez l'animal reproduisent en quatre ou cinq semaines, tant macroscopiquement qu'histologiquement, celles du rachitisme humain. Les rapporteurs montrent leurs coupes histologiques.

Ces résultats ont été complétés par l'étude de trois facteurs dont l'influence sur le rachitisme est indéniable.

a) L'*huile de foie de morue*, tant vantée par Trousseau et Bretonneau dans la cure du rachitisme, exerce sur la maladie expérimentale, non seulement un rôle préventif, mais encore une action curative. Lesné et Vagliano montrèrent ce fait curieux que l'huile de foie de morue introduite dans l'organisme par voie parentérale perd tout pouvoir antirachitique, tandis qu'elle conserve ainsi son action sur la croissance. Le facteur actif (facteur X) n'est donc pas une vitamine; il est indépendant de la vitamine A. Il a été retrouvé dans le foie de certains poissons, mais l'huile d'olive et les autres huiles végétales en sont entièrement dépourvues. Le facteur antirachitique passe dans le lait des vaches qui ingèrent de l'huile de foie. Il existe aussi dans le jaune d'œuf.

b) Le *rôle de la lumière*, dès longtemps prévu par l'étude des faits cliniques, a été bien mis en évidence par des expériences récentes.

C'est à Hulschindsky qu'est due la découverte de l'action remarquable des rayons ultra-violets, seule partie active du spectre solaire.

Les rapporteurs, reprenant cette étude, montrèrent que les rayons de la lampe à arc ou à vapeur de mercure étaient, au moins sous nos climats, infiniment plus efficaces que les rayons solaires.

c) Enfin, l'injection parentérale d'*adrénaline* fournit chez les rats soumis au régime rachitigène des résultats moins rapides, mais comparables à ceux que fournissent le phosphore, l'huile de foie de morue ou la lumière.

***

Le rachitisme humain semble relever *a priori* d'origines bien différentes de celles du rachitisme expérimental.

On ne trouve en effet à sa base aucune carence phosphorée ou calcique.

La syphilis et la tuberculose nous ont paru ne représenter que des causes assez rares.

Par contre, il faut faire une part beaucoup plus large aux troubles digestifs prolongés de la première enfance et aux erreurs de régime.

L'abus ou l'usage trop précoce des farineux (pain, farine lactée) ont paru constituer les causes les plus vraisemblables dans un grand nombre de cas. Il s'agirait ici, non plus d'une carence directe, mais bien d'une *carence d'assimilation*.

Il faut insister enfin sur le rôle capital du confinement et de la *carence solaire* (Woringer).

Pas plus que le lait de vache, le lait de femme ne renferme de facteur antirachitique ; aussi ces différentes causes peuvent-elles réaliser le rachitisme même chez l'enfant nourri au sein.

***

Les recherches modernes ont mis en évidence l'importance majeure du facteur humoral dans la pathogénie du rachitisme.

Le taux du calcium n'est abaissé que de manière inconstante. Le phosphore inorganique du sérum, au contraire, est diminué d'une façon si considérable et si *constante* qu'on peut faire de l'hypophosphatémie le signe humoral du rachitisme, mais non point sa cause directe.

Pour certains auteurs, le rôle du phosphore serait de s'opposer à la prolifération anarchique des cellules qu'on rencontre dans le cartilage rachitique ; pour d'autres, l'hypophosphatémie agirait en empêchant la fixation du calcium sur les extrémités osseuses.

L'influence préventive et curative de l'huile de foie de morue et de l'adrénaline s'explique vraisemblablement par l'action qu'elles exercent sur le métabolisme phospho-calcique. De même, l'influence préventive et curative des rayons ultra-violets relève d'un processus général qui ne peut agir que sur le sang circulant dans les capillaires superficiels, ou sur les terminaisons nerveuses cutanées, ces rayons de courte longueur d'onde ne traversant pas la peau.

Il est possible que cette action se transmette aux glandes endocrines qui agissent à leur tour sur le système régulateur de l'équilibre minéral du sang.

En réalité, le mode d'action de ces facteurs reste encore mystérieux.

Ces données expérimentales ont permis de préconiser et d'appliquer au rachitisme des traitements nouveaux d'une puissance inconnue jusqu'ici. Les rayons ultra-violets ont une action remarquable, curative et préventive ; avec l'aide de l'hygiène générale et diététique, ils diminueront la fréquence du rachitisme.

Discussion du rapport

MM. Rohmer et Woringer (Strasbourg) ont

employé la même méthode expérimentale que pour la spasmophilie : l'épreuve de l'hypocalcémie provoquée. Le rachitisme serait dû à l'instabilité dans la composition minérale du sang.

M. HAVERSMIDT (Utrecht). — Le rachitisme léger est fréquent chez le nourrisson même au sein. Les facteurs sont multiples.

M. DELCOURT (Bruxelles). — L'auteur a déterminé du rachitisme chez les carnivores : en donnant des sels de potassium, il déséquilibre les humeurs. Les causes du rachitisme sont multiples : les troubles nutritifs ne suffisent point à expliquer les lésions.

M. WIDAL-JORDANA (Saragosse) expose les résultats de ses expériences sur le rat.

MM. EXCHAQUET (Lausanne), JAUBERT (Hyères), ARMAND-DELILLE démontrent l'action remarquable du soleil, le confinement dans un logis obscur étant la cause première du rachitisme.

M. MICHALOWITZ (Posnan) expose son opinion sur les facteurs prédisposants du rachitisme.

M. DEBRAY emploie, pour colorer les coupes d'os, la technique de Masson-Leroux.

M. DORLENCOURT relate les expériences qu'il fit pour produire le rachitisme chez le rat blanc.

M. MARFAN insiste sur quelques divergences d'opinion avec les rapporteurs. Le rachitisme expérimental n'est pas arrivé à reproduire le stade histologique fibreux si caractéristique du rachitisme humain.

L'hypophosphatémie ne lui semble pas constante au cours du rachitisme. Elle est « le témoin plutôt que la cause » des troubles osseux. L'absence de lumière est une cause prédisposante, mais non efficiente (au Groënland, ni syphilis, ni allaitement artificiel, ni rachitisme). S'il emploie largement l'huile de foie de morue, l'auteur préfère encore les rayons ultra-violets. Enfin, on doit se demander d'où le nouveau-né tire le principe antirachitique, puisque ce principe n'existe pas dans le lait maternel.

M. Pierre ROBIN insiste sur le retentissement désastreux des « dysmorphoses facio-cranio-vertébrales » sur le développement et la santé de l'enfant.

M. SACHER (Liège). — Il est dangereux de donner les féculents de façon précoce : l'augmentation de poids peut être indépendante de la santé.

Communications diverses.

Recherches expérimentales sur l'athrepsie. — MM. MOURIQUAND, MICHEL-BERTOYE et BERHEIM ont obtenu chez des animaux jeunes un syndrome de type athrepsique par avitaminose C, qui paraît relever de lésions (par carence) du foie, moelle, rate, surrénales. L'assimilation avec l'athrepsie humaine est gênée par le fait que celle-ci n'apparaît que dans les quatre premiers mois de la vie.

M. BORREMANS (de Bruxelles) a guéri un athrepsique par l'extrait thyroïdien : augmentation de poids remarquable.

M. TALLENS (de Lausanne). — L'altération de la muqueuse intestinale suffit à expliquer l'athrepsie. Le nourrisson ne sécrète ni trypsine ni pepsine, mais uniquement l'érepsine qui digère seulement l'albumine du lait. De plus, les graisses doivent être émulsionnées finement.

M. DORLENCOURT. — La digestion est plutôt déviée qu'insuffisante.

Pour M. NOBÉCOURT, l'absence d'hémoconies évolue avec l'athrepsie.

Pneumothorax tuberculeux. — M. ARMAND-DELILLE rapporte 3 cas typiques dans le jeune âge ; il y eut en quelque sorte « résurrection ». Dans un cas avec bacilles, la formation trop rapide d'adhérences fit pratiquer un « oléothorax » à l'huile goménolée ». Le rapporteur n'a eu que 3 décès sur 50 enfants traités. Il estime à 9 p. 100 des cas de tuberculose infantile l'action du pneumothorax ; deux fois sur cent, les adhérences empêchent de le pratiquer.

Le rapporteur avoue être beaucoup moins circonspect que naguère ; il pense que le pneumothorax est le seul moyen de sauver un adolescent de treize ans (âge de grande gravité) atteint de tuberculose rapide.

M. G. DE TONI (Alexandrie) croit le pneumothorax grave si l'autre poumon est atteint.

Ictère simple du nouveau-né. — M. HALLEZ. — De recherches sur le sang du cordon ombilical et ensuite sur le sang et l'urine, l'auteur conclut que l'ictère n'est pas exclusivement d'origine hémolytique, mais est mixte et relève d'une déficience passagère de la cellule hépatique.

Végétations adénoïdes et méningite tuberculeuse. — M. ROUÈCHE a observé une fois cette complication chez un nourrisson de trois mois ; cinq jours après l'opération, mort.

Un cas d'ictère hémolytique congénital traité par splénectomie. — MM. NOBÉCOURT et MATHIEU. — Chez un garçon de onze ans et demi dont la rate pesait 370 grammes, l'opération produisit immédiatement l'augmentation des hématies, de la cholestérine et de la résistance globulaire. L'ictère disparut.

M. LEREBOULLET. — La radiothérapie et le traitement antisyphilitique sont le plus souvent sans action. C'est l'anémie profonde qui indique l'opération.

M. HUBERT. — Les cures thermales et d'altitude peuvent rendre service.

Traitement par les rayons ultra-violets de la tuberculose pulmonaire. — M. GAUTIER (Genève). — Chez cinq nourrissons, résultats très favorables.

Technique des rayons ultra-violets. — MM. DORLENCOURT, WORINGER (Strasbourg), DUHEM, LESNÉ n'emploient pas des lampes de même intensité (1.800 à 3.000 bougies). La durée d'application diffère, mais les accidents sont exceptionnels. M. Duhem a noté la desquamation du visage ; il a vu parfois des vomissements (ces derniers attribués à l'ozone).

Maladie de Hirschsprung. — M. TAILLENS (Lausanne). — Comme Hirschsprung lui-même, l'auteur distingue une forme congénitale et une tardive : la première serait fatale ; le mégacôlon du second type peut guérir. Il cite un cas mortel.

MM. ROCHER (Bordeaux) et VEAU ont guéri des cas de ce genre en pratiquant sur le côlon transverse un anus artificiel.

M. BORREMANS a obtenu une guérison chez un enfant de deux ans par la résection totale.

L'anatoxine diphtérique dans la prophylaxie et le traitement de la diphtérie. — MM. LEREBOULLET, BOULANGER-PILET et LELONG insistent sur l'importance, dans la prophylaxie de la diphtérie, de l'anatoxine découverte par Ramon. Toxine diphtérique modifiée de telle façon qu'elle a perdu toute toxicité tout en conservant son pouvoir antigénique, l'anatoxine réalise le moyen idéal pour obtenir l'immunisation antidiphtérique ; la vaccination par l'anatoxine est simple, inoffensive, et, semble-t-il, d'une efficacité durable. L'immunisation des enfants est obtenue à l'aide de deux injections, l'une de 1/2 cc., l'autre de 1 cc., faites à trois semaines d'intervalle. Cette vaccination devrait être pratiquée dès maintenant dans toutes les collectivités où l'on dispose des jeunes enfants pendant quelques semaines (hôpitaux, crèches, écoles), de préférence entre 2 et 5 ans, le tout jeune enfant semblant s'immuniser plus difficilement et le grand enfant faisant plus aisément des réactions.

Par contre, les services que pourrait rendre l'anatoxine dans le traitement de la diphtérie sont encore incertains ; les essais commencés par les auteurs dans les diphtéries graves, dans les paralysies diphtériques, vis-à-vis des porteurs de germes, s'ils ont confirmé l'immunité de l'anatoxine ne sont pas suffisants pour établir son action thérapeutique.

L'anatoxi-réaction de Zoeller chez l'enfant. — MM LEREBOULLET, BOULANGER-PILET et LELONG apportent les résultats des recherches qu'ils ont poursuivies chez l'enfant sur l'anatoxi-réaction diphtérique de Zoeller, et sur sa signification biologique.

L'étude comparée de cette réaction et de la protéino-réaction banale (au sérum de cheval), de la réaction de Schick, de la pseudo-réaction de Schick, de la cuti-réaction tuberculinique, prouve qu'elle a droit à l'autonomie. L'anatoxi-réaction ne peut s'assimiler à l'une quelconque des autres réactions : les dissociations entre elle et les autres sont très fréquentes. Il semble donc bien que l'anatoxi-réaction soit le fait d'une hypersensibilité spéciale aux protéines du bacille diphtérique.

Sa signification biologique mérite d'être précisée. Pour Zoeller, alors que la réaction de Schick est le témoin d'un état d'immunité, l'anatoxi-réaction représente un état intermédiaire entre l'hypersensibilité et l'immunité ; elle atteste l'existence d'une immunité incomplète qu'il appelle « allergie »

L'étude de la réaction, répétée en série pendant l'évolution de la maladie, montre que, dans les formes pseudo-membraneuses, la réaction est nulle ou faible au début ; qu'elle augmente peu à peu d'intensité (rapidement dans les formes bénignes, lentement dans les formes malignes) pour atteindre son maximum à la convalescence ; elle décline ensuite pour redevenir lentement négative. Elle est particulièrement fréquente et intense dans les formes atténuées et chez les porteurs de germes.

La réaction peut exister en dehors de la diphtérie ; elle semble alors en relation avec des contacts antérieurs avec le bacille, et, dans l'ensemble, les réactions sont plus fréquentes à mesure qu'on les pratique sur des sujets plus âgés.

Les auteurs, d'accord avez Zoeller sur les constatations des faits, estiment toutefois que l'interprétation qu'il en propose reste encore hypothétique, et, en particulier, s'expliquent difficilement qu'un même sujet puisse en même temps avoir un Schick négatif, traduisant une immunité complète, et une anatoxi-réaction positive, qui, selon Zoeller, indiquerait une immunité incomplète.

Prophylaxie, traitement de la diphtérie par le sérum privé de ses albumines. — M. LESNÉ vante l'emploi de ce sérum qui ne provoque aucun accident sérique

Recherche de clinique expérimentale sur la nutrition osseuse de l'enfant. — M. MOURIQUAND (de Lyon). — L'expérimentation démontre la sensibilité osseuse du jeune enfant à toute cause pathologique : la susceptibilité aux régimes carencés persiste d'ordinaire longtemps. L'usage du jus d'orange à hautes doses est souvent utile.

M. VIDAL-JORDANA (Saragosse). — **Amyotrophie infantile et type scapulo-huméral** (Erb) chez un enfant de deux ans, donc anormalement précoce.

Ostéite fibreuse polykystique. — Mme DELCOURT-DERSCHEID présente l'observation et la radiographie d'un enfant de huit ans atteint de fracture récidivante sous-trochantérienne. Traitement orthopédique prolongé. Guérison.

Kala-azar infantile. — M. LEIBE-LAGI (Lisbonne) appelle l'attention sur sa fréquence relative au Portugal.

Pavillons pour cures thermales. — M. SERSIRON fait un appel émouvant en faveur de la création par l'initiative privée ou publique d'établissements de cure thermale à La Bourboule, Barèges, Châtel-Guyon, etc., pour les enfants pauvres.

M. J. HALLÉ souligne les résultats magnifiques qu'a donnés l'essai timide tenté récemment à La Bourboule. Un vœu est voté par le Congrès, appuyant le comité franco-belge de l'œuvre récemment créée.

Pathogénie du syndrome de Morgagni-Adams-Stokes. — M. G. de Toni (Alexandrie, Italie). — A propos d'un enfant de huit ans présentant le syndrome et atteint de maladie de Roger, l'auteur a collationné les 35 cas publiés précédemment de cette dissociation.

Raoul Labbé.

Les Livres

Société d'Editions et de Publicité modernes, Noirclerc et Fenétrier, 51, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Lyon.

MM. Gouachon, docteur en droit, secrétaire général des Hospices civils de Lyon, secrétaire rapporteur au Conseil supérieur de l'Assistance publique, et Dr Mouret, inspecteur de l'Assistance publique, directeur des Enfants-Assistés du Rhône, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Préface de M. Emile Ogier, ancien ministre. — **Manuel pratique d'assistance.**

Il s'agit d'un manuel pratique, dégagé de toutes considérations d'ordre moral ou juridique ; le but poursuivi est de créer un vade mecum à l'usage des médecins, fonctionnaires, administrateurs et philanthropes qui s'occupent de l'assistance publique, ou qui, à un titre quelconque, ont besoin d'un renseignement pratique dans cette partie du droit administratif et de l'économie politique.

Les élèves infirmières, les visiteuses d'hygiène, les assistantes sociales y trouveront le complément utile des cours qu'elles auront suivis.

L'ouvrage est ainsi divisé :

Un chapitre préliminaire, consacré aux généralités ;

Treize chapitres, pour l'assistance aux mineurs ;

Trois chapitres, pour l'assistance aux adultes ;

Deux chapitres pour l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Tous ces chapitres comporteront eux-mêmes un certain nombre de sections ; des tables nombreuses et détaillées terminent l'ouvrage.

Deux éditions paraîtront dans le cours de l'année 1925 :

1° L'édition générale, à 45 francs, avec annexes (feuilles vertes), textes et documents sur l'assistance en général, c'est-à-dire applicables sur l'ensemble du territoire français, semblant devoir comporter d'ores et déjà 500 pages de texte in-8°.

2° L'édition lyonnaise, à 60 francs, avec, d'une part, les annexes (feuilles vertes), de l'édition générale ; d'autre part, les annexes (feuilles jaunes), contenant les textes et documents intéressant plus spécialement les œuvres d'assistance de Lyon et sa région ; cette édition atteindra 7 à 800 pages, in-8°.

Il est probable que, dans la suite, un fichier annuel sera dressé par les auteurs, en vue de tenir les possesseurs du Manuel au courant des modifications survenues dans la législation et l'administration.

Le manuel est honoré, notamment, d'une souscription du Ministère du Travail et de l'Hygiène, de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris et du Conseil municipal de Lyon, etc.

Le tirage est limité à un petit nombre d'exemplaires.

Adresser les souscriptions à la Société d'Editions et de Publicité Modernes, 51, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.

A. Maloine et Fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Aug. Casséus. — **Les lipoïdes en thérapeutique.** (Un volume in-8° 1925. Prix : 6 fr.).

Voici un livre de médication biologique bien mis au point par le Dr Casséus. La question si importante du rôle des lipoïdes dans l'organisme vient de reprendre un nouvel essor, car elle présente un puissant intérêt, tant au point de vue des considérations biologiques et physiologiques qu'au point de vue des applications et des indications thérapeutiques.

Un grand nombre d'observations ont été publiées sur l'action des lipoïdes dans l'infection et dans la lutte de l'organisme contre l'envahissement microbien. On a étudié leur action anatomo-pathologique, leur répartition dans l'organisme, leur rôle antitoxique et dans l'action des anesthésiques, etc.

Il était important de grouper ces différentes observations, de coordonner méthodiquement les plus intéressantes et de leur donner cette valeur pratique dont la thérapeutique va bénéficier grâce au livre si clair, si net et si précis du Docteur Casséus.

Cet ouvrage a le double mérite d'avoir résumé, d'une manière concise et à la fois complète, tout ce qui a été dit sur le rôle et l'action des lipoïdes et de préciser avec une grande netteté toutes les ressources que la thérapeutique peut et doit tirer des deux principaux lipoïdes connus : la cholestérine et la lécithine, qu'il s'agisse de tuberculose, d'anémie grave ou d'adjuvant dans le traitement spécifique, etc.

Cet ouvrage, conçu dans un esprit essentiellement pratique, intéresse à un haut degré le praticien.

Dartigues.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

Médecine sociale, tel est le titre du tome XXXIII du Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, publié sous la direction du professeur E. Sergent, et de MM. Ribadeau-Dumas et Babonneix (1).

L'ouvrage débute par une introduction de M. Louis GUINON, sur laquelle je reviendrai. Il comprend ensuite les chapitres suivants dont l'énumération suffira à montrer l'abondance et la variété des matières traitées, avec le désir des auteurs d'être aussi complets que possible :

Je cite : *Obstétricie sociale. Protection médicale et sociale de la Maternité* (professeur COUVELAIRE). — *La Protection des enfants du premier âge* (GUILLON et GUILHAUD). — *Hygiène scolaire* (GÉNÉVRIER). — *Protection de l'adolescence* : *Œuvres catholiques* (abbé LAURAS) ; *Œuvres israélites* (ZADOC-KAHN) ; *Œuvres protestantes* (Pasteur BŒGNER). — *Médecine sociale de la vieillesse* (DUJARRIC DE LA RIVIÈRE). — *Médecine sociale des travailleurs* (COURTOIS-SUFFIT et BOURGEOIS). — *Les assurances ouvrières* (FAUQUEZ). — *L'organisation hospitalière* (FOSSEYEUX). — *Jardins d'enfants et abris de l'enfance* (FOSSEYEUX). — *Médecine sociale des poisons.* — *Prophylaxie mentale* (TOULOUSE, GÉNIL-PERRIN et TARGOWLA). — *Les auxiliaires de la médecine sociale* (LOUSTE).

Il y a, dans ce volume de près de 800 pages, uns substantielle et copieuse documentation. Elle ne m'a pas paru toujours d'une scrupuleuse exactitude. Je ne voudrais pas être accusé d'avoir abordé la lecture de certains chapitres avec un certain parti pris. Mais il m'a semblé y reconnaître un esprit peut-être tendancieux, en tous cas inspiré par les doctrines officielles, et les méthodes administratives.

« La médecine sociale, écrit M. Guinon, dans son introduction, comprend toute l'hygiène sociale, la législation, l'étude des facteurs sociologiques, économiques, politiques, pédagogiques qui permettent son organisation et son extension dans le monde... »

Le progrès, l'extension et l'avenir de la médecine sociale, dans la lutte contre les maladies sociales (tuberculose, syphilis...) réclame impérieusement certains éléments : la découverte ou dépistage du malade, grâce à une déclaration rapide, précise, honnête et générale, qui seule permet l'établissement d'une statistique indispensable. — L'assainissement (amélioration du logement, désinfection, protection des sujets sains contre le malade). — L'éducation des familles par les visiteuses et les Dispensaires. — L'assistance aux malades...

Tout cela exige une police sanitaire appuyée par une autorité centralisée, hiérarchisée et indiscutée, avec une organisation financière puissante trouvant ses ressources, non seulement dans le budget de l'Etat, mais encore dans des assurances solidement organisées. « Le progrès n'est possible que par des établissements sanitaires nombreux et complets. »

L'auteur dit un mot de la médecine sociale de la reproduction, de l'Eugénétique, de la méthode qui, en médecine sociale prophylactique, dispose de certains éléments de travail nécessaires : le Dispensaire, le personnel, les annexes, le fichier .... Il parle du rôle des femmes, initiatrices et créatrices d'œuvres sociales.

Enfin, il aborde le concours des médecins dans la médecine sociale : « la conception du devoir médical a évolué depuis quelques années : le médecin a compris son rôle social, surtout dans la direction des consultations, des services d'hôpitaux, des dispensaires.... »

Le médecin social croit à la nécessité de la déclaration des maladies contagieuses..... Il sent la nécessité d'une discipline médico-sociale.

Le médecin social est le rouage indispensable ; il doit être payé de sa peine. Mais sous quelle forme ? Doit-il devenir un fonctionnaire ?

« Une profession qui donne des revenus fixes, progressifs, assurant une retraite, qui n'exige pas de frais d'installation, qui laisse le médecin indépendant du public, de l'opinion locale, le met en rapport avec tout ce qu'il y a d'intelligent dans la région, ingénieurs, usiniers, industriels philanthropes, hauts fonctionnaires, ne peut que donner des satisfactions et permettre même l'initiative la plus variée et l'esprit de recherche ... »

La Médecine sociale et les Syndicats médicaux forment un court chapitre de quatre pages. L'auteur nous y apprend que le Syndicalisme n'a pas toujours favorisé le développement de la médecine sociale... que le libre choix qui a été imposé par lui a coûté fort cher aux entreprises sociales

(1) A. Maloine et fils, éditeurs, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

privées, sans améliorer beaucoup le sort des intéressés...

Je résume brièvement sans faire de commentaires : cela m'entraînerait trop lion. Je ne pense cependant pas que M. Guinon ait l'intention de remettre en discussion le libre choix, qui est l'un des éléments essentiels de la Charte du médecin moderne.

Les médecins se servent peu des dispensaires, auxquels ils n'ont pas confiance, mais surtout parce qu'ils n'ont pas encore appris à les utiliser : ils n'en ont pas encore saisi l'importance prophylactique.

Sur ce point, les études publiées ici même par notre distingué confrère Henri CHATINIÈRE, sur le médecin, le malade et le dispensaire, sont des plus instructives ; elles expliquent compendieusement pourquoi les praticiens tiennent les dispensaires en légitime suspicion, et à quelles conditions cette suspicion peut disparaître et faire place à un esprit de confiance. Les praticiens accepteront le dispensaire comme un collaborateur, un auxiliaire, mettant à leur disposition les procédés de recherches, d'investigation et même de traitements exceptionnels qu'ils ne peuvent posséder. Ils repousseront le dispensaire qui leur fait la concurrence, le dispensaire où ils sont critiqués sans la moindre aménité, le dispensaire où ils adressent des malades dont ils n'entendent plus ensuite parler et qu'ils ne revoient plus.

Une phrase me fait sursauter. Je la cite intégralement : « *Les Syndicats envisagent* SANS CRAINTE *les conséquences de l'assurance invalidité-maladie...* »

Là, je demeure interloqué. Où M. Guinon a-t-il puisé sa documentation ?

C'est-à-dire que bon nombre de médecins voient avec la plus vive méfiance l'instauration en France de l'Assurance sociale. Il en est qui lui sont très nettement hostiles. Mais même parmi ceux qui sont favorables au principe même de l'Assurance, il en est une forte proportion que les perspectives ouvertes par le projet voté l'an dernier par la Chambre inquiètent.

Sans aller chercher très loin mes auteurs, je n'invoquerai ici que l'opinion de l'un de ceux qui sont particulièrement qualifiés pour parler au nom du Syndicalisme, je veux dire le Dr DECOURT, président de l'Union des Syndicats médicaux.

Pour lui, l'Assurance sociale, dans sa conception actuelle, demeure *un bloc enfariné qui ne dit rien qui vaille* (1).

Au surplus, le Syndicalisme médical français s'est exprimé sans ambages au cours de la dernière assemblée générale de l'Union : il a formulé très fermement les conditions minima suivant lesquelles la médecine de l'Assurance sociale sera saine et honnête, et comme il ne peut avoir la certitude que ces conditions seront acceptées par le législateur que dominera toujours le côté politique de la question, la proposition de M. Guinon demande à être retournée du tout au tout ; c'est avec crainte que les Syndicats envisagent les conséquences de l'Assurance sociale.

Cette crainte, M. Guinon la partage d'ailleurs, puisqu'il n'hésite pas à écrire : « On peut craindre que cette loi, conçue dans un but politique et sans avoir la puissante base économique qu'elle avait en Allemagne, ne tende qu'à favoriser le plus grand nombre possible d'électeurs, et qu'elle ne cause plus de dépenses insondables qu'elle n'améliorera l'hygiène et la santé des populations. » Et plus loin, cette prophétie, que nous sommes nombreux à avoir déjà formulée : « L'application de la loi modifiera profondément la vie médicale ; elle en abaissera le niveau ; les plus occupés, les moins ardents, se borneront à signer des bons à souche, à délivrer des médicaments, car les assurés, assistés et assujettis, veulent des médicaments. Où sera le progrès pour notre profession ? Le tiers payant n'est pas une bonne conception de l'assistance sociale ; il abaisse la moralité de l'assuré. »

Le rapide exposé que je viens de faire des idées principales de l'Introduction suffit, semble-t-il, à montrer l'esprit du milieu dans lequel ce volume de la collection Sergent a été élaboré.

J'ai parlé d'inexactitudes. Voici celle qui m'a le plus frappé et choqué.

Un chapitre sur les assurances ouvrières traite de la législation des accidents du travail. Il a été rédigé par M. FAUQUEZ, « qui dirige le très important service médical de la Caisse d'assurances des industries métallurgiques et minières. »

Parlant des avantages dont jouit l'ouvrier, l'auteur indique la *gratuité absolue* des soins, la loi mettant à la charge du chef d'entreprise seul *tous* les frais médicaux et pharmaceutiques.

Un peu plus loin (p. 449), il répète que les frais médicaux et pharmaceutiques sont, — ainsi que nous l'avons vu, dit-il —, *entièrement* à la charge du chef dentreprise ou de son assureur.

Présentée sous cette forme, l'interprétation de la législation est erronée.

Que dit la loi en effet ? — « Quelle que soit la durée de l'interruption du travail occasionnée par l'accident, le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques... La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, *le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée..... conformément à un tarif.....*

Le chef d'entreprise est *seul* tenu dans tous les cas, des frais d'hospitalisation... » (art. 4).

(1) Voir *Concours médical*, n° 9, page 474.

Le tarif en vigueur, — tarif Breton actuellement —, fixe donc le maximum des frais médicaux qui seront supportés par le chef d'entreprise mais il ne s'impose nullement au médecin, qui demeure toujours libre de réclamer à son client, en l'espèce l'ouvrier blessé, les honoraires auxquels il croit avoir droit. Dans la pratique, ce fait est exceptionnel et le médecin se contente habituellement d'établir sa note conformément au tarif et de l'adresser, par dessus la tête du blessé, au chef d'entreprise ou à son assureur. Mais cette habitude ne modifie nullement la lettre et l'esprit de la loi qui permettent à ceux qui le trouvent bon d'ignorer le tiers payant, et de traiter directement de médecin à malade.

Il aurait donc fallu dire explicitement que, quand la victime choisit son médecin, ce qui est la règle, les frais médicaux et pharmaceutiques sont à la charge du chef d'entreprise dans les limites du tarif prévu à l'article 4, et sans que ce tarif soit imposable au médecin.

Cela est très important. En effet, jusqu'à présent, on a admis que les honoraires médicaux n'avaient rien d'absolu, et qu'ils se calculaient selon la situation sociale respective du malade et du médecin, la notoriété de celui-ci, la nature des soins donnés, voire la gravité du cas. Quand les Syndicats ont établi des tarifs locaux ou régionaux, ils ont toujours pris soin de préciser qu'il s'agissait de prix minima. La loi sur les accidents du travail n'a apporté aucune dérogation à ce principe, et elle a respecté le droit du médecin de chiffrer ses soins comme il l'entendrait, en limitant uniquement la part que le chef d'entreprise aurait à payer.

La rédaction de M. Fauquez n'est donc pas conforme à la réalité, et c'est regrettable, dans un ouvrage de cette importance ...

On aurait aimé que, tout au moins tout ce qui est citation ou interprétation des textes officiels, fût irréprochable ; ce n'eût été qu'une satisfaction donnée au vieil adage : « Noblesse oblige ! »

G. DUCHESNE.

LA FACULTÉ CONTRE LA NOUVELLE CHAIRE DE PUÉRICULTURE

Qui sème le vent récolte la tempête.

La Faculté de Médecine de Paris est en émoi : un de ses membres, et non des moindres, lui a joué un tour à sa façon. Profitant de sa situation et de son influence au Parlement, il a fait voter « en douce » la création d'une chaire de puériculture qui doit avoir comme titulaire un de ses protégés, qui d'ailleurs n'est pas agrégé. Gros émoi dans le Corps professoral qui déclare que la chaire est parfaitement inutile, surtout en cette période d'économies à réaliser.

Un des protestataires les plus véhéments est le professeur Léon Bernard ; il a confié à un rédacteur du *Matin*, la teneur de son intervention devant la docte assemblée ; nous y relevons les lignes suivantes :

« Mais après tout, on pourrait objecter qu'une chaire nouvelle, si elle est bien occupée, n'est jamais inutile. A mes yeux, je l'avoue, ce qu'il y a de plus grave dans ce projet, c'est que, pour la première fois, une chaire serait créée sans consultation de la faculté. A l'heure où de toutes parts, monte une levée d'appétits, où le *charlatanisme sévit sur la profession*, on supprimerait par un précédent déplorable, la seule barrière que nous possédions pour nous opposer aux fantaisies du pouvoir de la camaraderie. Que demain un médecin sans honneur, mais doté de l'amitié d'hommes influents, use de ce procédé pour se faire créer une chaire, nous serons désarmés ».

Si le professeur Léon Bernard avait un peu réfléchi, il aurait vu que l'on avait appliqué à la faculté une habitude courante pour les choses médicales quand il s'agit de nouvelles créations d'Etat. Ce n'est pas à M. Léon Bernard que j'apprendrai qu'en matière d'hygiène, les lois, décrets, organisations quelconques sont créés la plupart du temps sans consulter les hygiénistes compétents, ou sans accorder grande importance à leur avis. Il est mieux documenté que moi également sur la nomination aux postes officiels d'hygiénistes, et le rôle que peut jouer dans leur obtention et leur stabilité, le favoritisme et la souplesse vis-à-vis des détenteurs du pouvoir.

Mais que M. Léon Bernard fasse un retour sur lui-même et qu'il pense à l'organisation officielle de la lutte antituberculeuse à laquelle il a pris une part si active.

Il ne s'agissait plus là d'enseignement et de faculté, ou tout au moins, cette question n'était là qu'accessoire ; il s'agissait de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose en France. Or, qui était chargé du traitement des maladies en général et de la tuberculose en particulier ? Le Corps médical dans son ensemble et le Corps médical seul. S'est-on adressé à lui pour mettre sur pied l'organisation nouvelle, lui a-t-on demandé son avis ? Pas le moins du monde. On s'est contenté de mettre sur pied une organisation faite complètement en dehors de lui. Et lorsque les praticiens stupéfaits ont demandé à causer pour faire cesser le malentendu, qui, au grand

dommage des malades, les opposait à l'organisation officielle ? Est-ce que le professeur Léon Bernard ne fut pas un de ceux qui leur opposa le reproche d'incompétence en matière de dépistage et de prophylaxie antituberculeuse ?

Qu'il ne vienne pas s'étonner après cela, qu'ayant semé le vent, il récolte la tempête. Si le Corps médical ne forme pas un bloc uni, si, dans toutes les grandes questions, qu'il s'agisse d'enseignement, de progrès scientifiques, d'hygiène sociale, on ne peut faire appel à l'opinion médicale tout entière, si la plupart des professeurs de la faculté ne considèrent les médecins leurs élèves que comme des produits médicaux de qualité inférieure pour la plupart, qu'ils ne s'étonnent pas à leur tour d'être traités comme un corps de fonctionnaires de valeur médiocre au point de vue enseignement par les pouvoirs publics.

La réalité est autre heureusement, et la plupart de nos maîtres, et M. Léon Bernard lui-même, au fond, ne sont pas sans connaître la valeur professionnelle et scientifique de la plupart des praticiens français. Mais si, comme l'affirme M. Léon Bernard, une levée d'appétits monte, et si le charlatanisme sévit sur la profession, la place des maîtres n'est ni dans une tour d'ivoire ni, à plus forte raison, derrière une barricade, face aux praticiens. Elle est au milieu d'eux, pour affirmer avec eux le désir du Corps médical français de garder, malgré les transformations économiques et sociales, une indépendance qui a fait jusqu'ici sa force et une liberté qui n'exclut pas, bien au contraire, le sentiment de l'ordre et le désir du progrès.

D^r Ch. FERRY,

Secrétaire de la Commission d'hygiène sociale du S. M. S.

JURISPRUDENCE

Diffamation contre un médecin. Condamnation du diffamateur

JUSTICE DE PAIX D'ORNANS (DOUBS).

(17 novembre 1923.)

Attendu que le trois juillet mil neuf cent vingt-trois ou à telle autre date, mais en tous cas, depuis moins de trois mois, vers quatorze heures, dans la rue Pierre-Vernier, à Ornans, le sieur S., interpella le docteur Jean Colard, dans les termes suivants : « Je vais écrire un article que publiera *La Dépêche Républicaine* pour signaler des scandales médicaux qui ne seront pas Marseillais » ; attendu que quelques instants après, ledit sieur S. se trouvant dans la salle du café de l'Hôtel de France à Ornans, tint les propos suivants : « que le docteur Jean Colard, avait arraché de son carnet médical de mutilé tous les coupons de visite pour se faire délivrer malhonnêtement des sommes qui ne lui étaient pas dues » ;

Attendu que ces propos, tenus publiquement, constituent les délits de diffamation et d'injures tels qu'ils sont prévus et réprimés par les articles 29, 32, 33, 60 et 65 de la loi du 2 juillet 1881 ; qu'ils ont causé au demandeur un grave préjudice.

Attendu ....

Attendu que Colard (Jean), docteur en médecine, à Ornans, réclame à S., marchand de bestiaux à Ornans : 1° la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ; 2° demande l'insertion du jugement à intervenir dans les trois journaux d'annonces légales et l'affichage dudit jugement, pour avoir proféré à son adresse en public depuis un temps non prescrit les propos suivants : « Je vais écrire un article que pu-« bliera *La Dépêche Républicaine* pour signaler des « scandales médicaux qui ne seront pas Marseillais ! » « Que le docteur Colard (Jean), avait arraché de son « carnet médical de mutilé tous les coupons de visite « pour se faire délivrer malhonnêtement des som-« mes qui ne lui étaient pas dues » ;

Attendu qu'à notre audience publique du dix-huit août dernier, S. nia formellement avoir proféré à l'adresse de Colard les propos diffamatoires qui lui sont imputés et se porta reconventionnellement demandeur en cinq cents francs de dommages intérêts, alléguant avoir été diffamé par le demandeur ; attendu qu'aujourd'hui S. par l'organe de son mandataire conclut : « Lui donner acte, pour bien de paix, qu'il accepte de verser à Colard, la somme de un franc par luir éclamée à titre de dommages intérêts ; dire et juger qu'il n'y a pas lieu de faire droit à la demande d'insertion et d'affichage du jugement à intervenir ; lui donner acte de ce qu'il renonce à ses premières conclusions et de ce qu'il se désiste de sa demande reconventionnelle. Dont acte ; attendu que la diffamation peut avoir un caractère différent suivant les conditions où elle a été commise, et les personnes contre lesquelles elle a été proférée ; qu'il y a lieu, pour le juge, de rechercher d'abord la gravité du préjudice causé, c'est-à-dire le degré de publicité donné aux propos diffamatoires, et quelle a été l'intention du diffamateur, c'est-à-dire si lesdits propos diffamatoires ont été tenus légèrement, ou avec une intention de nuire plus ou moins caractérisée ; attendu que la profondeur et l'étendue de tels propos ont eu une grande portée et une répercussion immédiate ; que le défendeur en les proférant dans de telles circonstances de temps et de lieu spécifiées dans la citation introductive d'instance a eu l'intention indéniable de faire une révélation sensationnelle et préjudi-

ciable en portant atteinte à l'honneur, à la considération et à la dignité de Colard ; attendu qu'une fois répandus, ces propos émurent l'opinion publique à tel point qu'une tierce personne crut devoir les révéler par lettre à l'autorité judiciaire ; que, de ce fait, Colard fut inculpé d'escroquerie ; qu'après une longue et minutieuse instruction, une ordonnance de non lieu, fortement motivée, fut rendue, mettant à néant les allégations du défendeur et réhabilitant Colard. Attendu que les propos de S. comportant l'imputation d'un fait précis sont de nature à laisser subsister tant dans le canton qu'au dehors, où Colard exerce sa profession, une atmosphère de suspicion, de doute et d'incertitude d'autant plus difficile à dissiper que l'esprit des masses a toujours été très friand de ce genre de « nouvelles à sensations », de « révélations palpitantes et passionnantes », où la vie privée et intime des gens, trop rarement respectée, est toujours étalée et discutée, bafouée et abîmée sans remède possible ou efficace ; attendu que le dommage qui résulte de la diffamation est relatif et subordonné à la condition sociale, à la situation de fortune, au degré d'instruction et d'éducation des parties ; qu'en tenant compte des mœurs locales, il nous faut en l'espèce, retenir, avant toute considération, l'esprit et le genre des propos répandus ; la rare désinvolture avec laquelle S. laissa se poursuivre l'information judiciaire ouverte contre Colard, qu'il lui eût été cependant facile d'arrêter dès le début de l'instruction ; qu'il convient donc de déclarer que, par leur nature, leur gravité, leur tendance, ils ont atteint comme répercussion possible le maximum d'intensité ; qu'en conséquence, ils ne sauraient trouver dans leur auteur aucun motif péremptoire d'atténuation alors qu'il n'excipe d'aucune provocation ; qu'ainsi l'acte qui consiste à répandre dans l'opinion publique de tels propos, doit comporter pour l'auteur de telles accusations diffamatoires une sanction exemplaire ; alors qu'il ne lui est même pas venu à l'idée de les rétracter lui-même solennellement à l'audience et que pour y mettre fin, le juge a le triste devoir de se montrer sévère. Par ces motifs, statuant publiquement par jugement contradictoire en premier ressort ; Donnons acte au défendeur de ses conclusions ; condamnons S. à payer à Colard (Jean), demandeur, la somme de un franc à titre de dommages-intérêts et ordonnons à titre de réparation civile l'affichage du présent jugement en forme et teneur à la porte de la mairie de la ville d'Ornans ; à l'insertion dudit jugement parextrait dans les trois journaux d'annonces légales publiés à Besançon, ce à dater de sa signification, aux frais du défendeur qui sera tenu d'en rembourser le coût au vu ou contre remise des quittances des imprimeurs. Condamnons en outre S. en tous les dépens.

Commentaires.

Le « Sou médical » n'a pas hésité à prendre la défense de son adhérent, pour qu'il puisse faire condamner son diffamateur. En effet, la malignité publique s'était emparée de ces propos malveillants et une instruction avait été ouverte contre le médecin pour savoir s'il n'avait réellement pas commis des abus, lorsqu'il avait des réformés de guerre à soigner.

Son innocence avait été rapidement reconnue et une ordonnance de non lieu avait été rendue ; mais le résultat avait été une série d'ennuis pour le praticien.

La réputation professionnelle ne saurait trop être sauvegardée : l'opinion publique ne nous est pas favorable ; on colporte beaucoup de bruits vrais, ou faux, sur la diminution de la moralité du Corps médical.

Disons, à notre honte, que les fauteurs du mal sont souvent des médecins. Soit *invidia medicofrum*, soit désir de briller dans un salon, des confrères se laissent aller à des propos inconsidérés, maladroits ou malveillants à l'endroit, soit d'un autre praticien, soit du Corps médical tout entier.

Aussi ces bruits sont-ils repris, colportés, grossis, laissant supposer que, depuis la guerre, la moralité du Corps médical a singulièrement baissé.

Si jamais un Ordre des Médecins est institué, il aura fort à faire pour faire taire les mauvaises langues médicales et arrêter les débinages confraternels.

En attendant, le « Sou médical » défend ses adhérents, en dehors de toute reponsabilité professionnelle et sait imposer silence à leurs diffamateurs en poursuivant ces derniers devant la justice et en obtenant réparation.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LES COMMISSIONS DE CONTROLE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE PENDANT L'ANNÉE 1924 (1)

Dans le premier rapport d'ensemble publié l'an dernier, l'exposé des difficultés rencontrées au début du fonctionnement de l'organisme nouvellement institué occupait un long chapitre ; bien que la seconde année d'exercice s'achève dans des conditions infiniment plus favorables, il s'en faut de beaucoup que tous les obstacles soient désormais aplanis.

On éprouve même un certain malaise à constater qu'en mainte circonstance, les difficultés proviennent surtout des médecins eux-mêmes, par suite de leur négligence à se conformer aux prescriptions que les Commissions ont mandat de faire respecter.

Si, en raison de leur multiplicité, toutes les affaires n'ont pu recevoir encore leur solution, du moins convient-il tout d'abord de rendre hommage aux membres des Commissions tripartites, qui ont fait preuve du zèle le plus louable, unissant cordialement leurs efforts dans le meilleur esprit d'étroite, franche et loyale collaboration, afin de réaliser l'œuvre d'équité, de sagesse et de justice envisagée par le législateur.

Par leur assiduité aux réunions, leur attention au cours des débats, le caractère judicieux des argumentations et des délibérations, nos collègues ont eu à cœur de justifier la confiance de leurs mandants.

Ils ont largement contribué à démontrer la valeur intrinsèque d'un mode de juridiction qui s'affirme chaque jour davantage comme susceptible d'être celui de l'avenir.

Les résultats acquis témoignent maintenant que, pour osée que pût paraître l'expérience tentée, il n'était pas chimérique de mettre le contrôle aux mains des intéressés eux-mêmes.

Le changement complet d'attitude de l'Administration préfectorale a singulièrement aidé à faire apprécier à sa juste mesure l'importance du concours apporté par les compétences techniques. Le tact, l'urbanité, la courtoisie du nouveau président lui ont rapidement conquis la sympathie et la considération de tous les membres des Commissions.

Si les nécessités actuelles de compressions budgétaires n'ont pas permis d'obtenir du ministère des pensions les deux Commissions supplémentaires réclamées l'an dernier, il est juste de reconnaître que M. Verley a usé de toute son influence pour faire aboutir la plus pressante de nos revendications. La création de la cinquième Commission fut autorisée au mois de juin : aussitôt constituée en juillet, elle tenait sa première séance le 1er août.

En est-il résulté un allègement sensible de la besogne des médecins-secrétaires ?

A la vérité, on ne s'en est guère aperçu, car le nombre des bénéficiaires inscrits a subi, dans le même temps, un accroissement proportionnel. Le décret du 8 juillet 1924 est venu surajouter au travail en obligeant à un échange journalier de correspondance à caractère technique avec les collègues des départements, en vue de réclamer ou de fournir les renseignements concernant les bénéficiaires tombés malades en cours de déplacement.

Il importe de signaler, à ce propos, l'urgence d'augmenter en nombre — et en aptitude — le personnel administratif mis à la disposition du secrétariat des Commissions. Un seul employé par Commission ne suffit plus, malgré tout son bon vouloir, à faire face aux multiples besognes de chaque jour : le travail matériel d'écritures se complique, et l'expédition des affaires courantes nécessite une correspondance active qu'il devient impossible d'assumer personnellement plus longtemps sous peine de retarder l'examen des litiges à soumettre aux Commissions.

En attendant l'aide indispensable dont le besoin se fait impérieusement sentir, il y a lieu de déclarer que, pour la meilleure exécution d'une tâche toujours très lourde, délicate, difficile et souvent bien ingrate, la collaboration quotidienne du médecin-secrétaire avec l'administration s'exerce maintenant dans une ambiance extrêmement favorable d'estime et de confiance réciproques.

L'amélioration de l'organisation matérielle a produit également ses heureux effets, du fait de la réunion, au mois d'avril 1924, des divers bureaux du service des soins gratuits, au même étage d'un corps de bâtiment de l'annexe Napoléon.

Les méthodes de travail ont pu se perfectionner en conséquence, et l'on est autorisé à affirmer que les erreurs, pertes ou confusions, deviennent extrêmement rares. Tous les documents parvenant au Service des soins gratuits sont reçus par un commis d'ordre, qui les enregistre et les frappe d'un timbre à date, avant de les répartir entre les employés des Commissions.

En ce qui concerne les mémoires d'honoraires accompagnés des bulletins justificatifs, il est procédé par les bureaux administratifs à une première véri-

(1) Rapport d'ensemble présenté au nom des secrétaires des cinq commissions départementales de la Seine, par le Dr Quidet, secrétaire de la troisième commission.

fication au point de vue mathématique et questions de forme (application du décret, catalogue exact, nombre de bulletins, etc.). Ces pièces arrivent ensuite aux médecins-secrétaires dont l'attention est attirée sur les manquements aux prescriptions règlementaires, au moyen d'observations mentionnées sur un feuillet spécial. Voilà comment il se fait que les omissions ou irrégularités sont maintenant relevées avec une précision dont il est impossible de ne pas tenir compte, au risque de mécontenter certains confrères qui s'imaginent, à tort qu'on use de rigueur à leur endroit.

Nous ne saurions trop insister auprès des médecins, afin de les persuader que la plupart des contestations naissent de l'inobservation des formalités prescrites par le décret, en particulier par les art. 17 et 18.

Il est navrant de constater, deux ans après la parution du décret, que beaucoup de médecins semblent ignorer encore les obligations qui leur incombent. Toutes les instructions nécessaires ont pourtant été reproduites une vingtaine de fois environ, dans divers bulletins ou journaux professionnels.

Certains membres des Commissions ont manifesté leur étonnement de voir combien il semble difficile à quelques-uns d'entre nous d'adopter les dispositions règlementaires en vigueur. De là est née la tendance à appliquer désormais des « avertissements pécuniaires » vis-à-vis des médecins créanciers qui, ne se conformant à aucune des prescriptions, paraissent ainsi vouloir faire échec à toute possibilité de contrôle technique.

Jugeant en droit strict et absolu, il eût été possible de rejeter le paiement de la totalité des honoraires du médecin ayant engagé des frais médicaux et pharmaceutiques, sans en avoir donné le moindre avis à la commission. Nos collègues n'ont pas voulu envisager délibérément une solution aussi catégorique. Se rappelant l'axiome « *summum jus, summa injuria* », ils ont préféré faire subir aux médecins récalcitrants des réductions proportionnelles à l'importance des mémoires présentés. La mesure a provoqué un émoi compréhensible dans quelques milieux médicaux ; des médecins qu'elle a atteints ont même tenté de créer une certaine agitation, allant même jusqu'à dénier aux Commissions le droit légal de recourir aux sanctions de cet ordre.

Il n'empêche que la jurisprudence adoptée par les Commissions départementales de la Seine vient d'être consacrée, en quelque sorte, par une décision de la Commission supérieure en date du 9 octobre 1924.

Les médecins doivent pourtant se persuader que la mission de contrôle dévolue aux Commissions tripartites en vertu de la loi du 21 juillet 1922, ne consiste nullement en une vérification exclusive *sur le papier en fin de trimestre* ; mais, au contraire que le contrôle prévu à l'art. 57 du décret doit pouvoir s'effectuer réellement par L'EXAMEN DU MALADE EN COURS DE TRAITEMENT. Force est d'admettre que ce contrôle médical direct, préconisé par les représentants du Corps médical, constitue le moyen le plus efficace de s'opposer aux abus qui entraînent une majoration de frais médicaux et pharmaceutiques à la charge de l'Etat. La condition essentielle de pouvoir déclencher ce contrôle technique en temps opportum est subordonnée à l'envoi régulier des bulletins de visite, dans les cas prévus aux articles 17 et 18.

Il apparaît donc que tout médecin soucieux de se mettre à l'abri de la moindre suspicion a le devoir tacite de faciliter ce contrôle, et qu'il est même de son intérêt bien compris de le provoquer, au besoin, quand survient une poussée évolutive ou quelque incident nécessitant des soins fréquents ou prolongés toujours plus ou moins onéreux. Qu'on ne perde pas de vue, en effet, que si les actes médicaux entraînent, par leur répétition, des frais assez élevés, les dépenses de fournitures pharmaceutiques atteignent une proportion beaucoup plus considérable encore.

Il ne faut pas avoir peur de dire que si les représentants du Corps médical ont pu acquérir, au sein des commissions de contrôle, une autorité morale que personne ne leur conteste plus, cela tient à ce qu'ils se sont montrés des censeurs vigilants et avertis, des observateurs scrupuleux des prescriptions du décret, des mandataires d'une droiture inflexible. Autant que tous leurs collègues, ils ont souci des intérêts respectables des victimes de la guerre, ainsi que de ceux de la collectivité des contribuables. Mais l'investiture de leur mandat leur impose plus étroitement encore le devoir de sauvegarder le bon renom de la profession qu'ils ont l'honneur de représenter.

Cette mission délicate, ils doivent l'accomplir sans complaisances comme sans faiblesse. Il appartient aux confrères de faciliter leur tâche et de se pénétrer de cette idée qu'en matière de soins aux mutilés il est indispensable de se conformer de bonne grâce aux prescriptions essentielles du décret, et d'agir, en toute circonstance, avec la plus parfaite correction.

Dr QUIDET.

***

Que les médecins, membres des Commissions de contrôle, soient des observateurs scrupuleux des prescriptions du décret, des censeurs vigilants et avertis, des mandataires d'une droiture inflexible, notre excellent confrère, le Dr QUIDET, qui est l'un des plus distingués parmi ces médecins contrôleurs, l'affirme, et sa sincérité, sa bonne foi, ne sauraient être mises en doute, encore qu'il soit ici à la fois juge et partie.

Qu'ils doivent accomplir leur mission sans complaisances comme sans faiblesse, c'est ce que l'on appelle, semble-t-il, faire preuve d'impartialité.

J'avoue cependant que cette censure vigilante et avertie, cette droiture inflexible qui sont l'apanage des médecins contrôleurs, apparaissent à mes yeux comme singulièrement teintées de rigorisme. J'aimerais un peu plus d'humanité. Et que nos confrères se gardent de cette déformation professionnelle que tout juge finit par subir, et en vertu de laquelle tout inculpé est, *a priori*, un coupable.

Il ne faut pas qu'ils se montrent sous ce jour infiniment détestable, et qu'ils fassent figure de gardes-chiourmes. Il ne faut pas qu'ils perdent la belle sérénité qui convient à l'accomplissement de leur mission, et qu'ils sortent de l'impartialité dont ils se prévalent.

Tout cela, d'ailleurs, dans le seul intérêt de la bonne réputation du contrôle.

Or, des faits ont été signalés, qui prouvent que certains médecins contrôleurs semblent avoir parfois oublié le rôle qu'ils ont à remplir. On cite, par exemple, le cas du Dr Lafond qui, ayant pratiqué sur un pensionné de guerre, un vaste empyème pour suppuration intra-thoracique, apprit à la femme du malade à faire elle-même les pansements, de telle sorte qu'il ne revit celui-ci que cinq ou six fois durant le trimestre. Convoqué devant la Commission, il aurait été interpellé sur un ton ironique par un des membres qui lui aurait dit : « Vous prétendez avoir pratiqué sur M. X. une opération importante, et malgré le sérieux de cette intervention, vous n'avez revu ce blessé que cinq ou six fois en trois mois ; laissez-moi vous dire que cela me semble bien extraordinaire. » Réplique véhémente du Dr Lafond qui expliqua comment les choses s'étaient passées, et conclut, avec raison, que cette façon d'interpréter les choses était faite pour décourager les plus honnêtes.

M. le Dr Quidet demande aux justiciables du contrôle d'agir, en toute circonstance, *avec la plus parfaite correction.* Serait-ce être trop exigeant que de demander la réciproque aux contrôleurs ?

G. Duchesne.

La C.G.T.I. et la question des loyers.

La dernière loi votée par le Parlement donne quelque répit aux locataires menacés ; elle ne constitue pas plus que les précédentes une solution du problème.

En réalité, la crise actuelle n'a fait que mettre en valeur la dissymétrie des relations qui existent entre propriétaires et locataires. On ne peut nier, en effet, que dans ces relations la balance penche manifestement du côté des propriétaires.

En l'absence de bail ou en fin de période, le propriépriétaire était le maître de reprendre ses locaux, quel que soit le désir du locataire d'y de meurer. Or, qui ne sait quels sont les troubles graves qu'apporte un déménagement ?

Avant-guerre, l'abondance relative des locaux permettait au locataire, en général, de retrouver l'équivalent de ce qu'il venait de quitter. Actuellement, il n'en est plus de même : les locaux ne deviennent qu'exceptionnellement disponibles ; ils sont guettés par de multiples locataires éventuels, toutes sortes de marchandages interviennent et les « relations » jouent un rôle considérable : le malheureux qui n'a pas un propriétaire ou un gérant dans ses connaissances directes se voit évincé de partout et obligé soit de se réfugier en un garni ruineux, soit d'accepter, faute de mieux, l'un de ces logements où l'on n'entre pas sans répugnance, de ces logements lugubres où le soleil ne pénètre jamais et où des odeurs douteuses révoltent les moins délicats.

Grâce aux lois successives, votées depuis 1914, le mal a été réduit au minimum et les victimes de la situation ont été surtout les nouveaux venus dans les grandes villes et les jeunes ménages en quête d'un foyer.

Supposons, un instant, la liberté rendue aux propriétaires : le mal serait immédiatement décuplé, même si on admet que, pour le prix des locations, la spéculation demeure interdite. Tous ceux dont les logements ou appartements sont convoités par les parents ou amis des propriétaires seraient de suite congédiés, même dans le cas où ils accepteraient les conditions de prix fixées par la loi. Tous ceux qui auraient eu le malheur d'avoir quelques difficultés avec le propriétaire, le gérant, ou même le concierge de l'immeuble, recevraient leur congé tout de suite. Toutes les rancunes se donneraient libre cours et d'innombrables familles se verraient jetées à la rue.

Et c'est ici que nous devons, en analysant de plus près le problème, mettre en lumière les raisons qui font que la C.T.I. doit, plus particulièrement que tout autre groupement, se préoccuper de la situation.

Quelles sont, en effet, les solutions qui se présentent au locataire évincé ? Exceptionnellement, il trouve un appartement équivalent ; en règle générale, il n'en trouve pas. Il pourra, dira-t-on, entrer dans une de ces combinaisons qui, à l'heure actuelle, permettent l'acquisition d'un appartement dansun immeuble neuf. Il pourra ainsi, *en y mettant le prix* et si la chance le favorise, trouver ce qu'il lui faut. Mais qui ne remarque pas immédiatement que ces solutions, possibles pour des commerçants, pour des industriels, ou pour quelques autres privilégiés, sont incompatibles avec la majorité des budgets d'intellectuels, artistes, professeurs, magistras,

fonctionnaires, etc. L'élimination jouera impitoyablement contre eux. L'artiste se verra obligé d'abandonner l'atelier clair et le gai logement pour se voir remplacé par de plus favorisés de la fortune, heureux de transformer en un banal salon l'atelier abandonné. Le professeur devra quitter la maison calme, où, dans un modeste bureau, entouré de ses livres, il pouvait travailler fructueusement. Le magistrat, le fonctionnaire, se verront chassés des intérieurs modestes qu'ils avaient peu à peu ornés. Le plus grand nombre devra abandonner un foyer créé quelquefois depuis de nombreuses années, s'écarter de leur travail, déplacer les enfants des établissementsd'instruction habituels et subir, en outre, les frais devenus considérables de ces déplacements.

Dans l'intérêt de la paix sociale, il serait inadmissible que le contrat qui lie les deux parties demeure ce qu'il était avant 1914. En fait, les degrés de liberté des deux participants ne sont aucunement comparables. Le propriétaire qui reçoit le congé de son locataire n'en subit *aucun* dommage ; dans les conditions actuelles le locataire qui reçoit congé de son propriétaire en subit un considérable.

Sans avoir aucune compétence en ces matières vues par leur côté juridique, nous pensons que les projets de location non révocables par le propriétaire, quand le locataire remplit les conditions du contrat (loyer, entretien des locaux, etc.) sont parfaitement raisonnables et constituent une sage concession de la part des propriétaires.

Il n'est pas de l'intérêt général que d'innombrables familles soient obligées de brusquement changer de domicile. Ce ne serait pas un remède à la situation actuelle, qui n'en peut connaître qu'un : la construction d'immeubles nouveaux.

La C.T.I. en intervenant de toute son autorité dans cette question, grave entre toutes, en obtenant qu'une solution de sécurité définitive intervienne, rendra non seulement un immense service à ses adhérents, plus particulièrement menacés mais, par contre-coup, donnera cette même sécurité à une foule de gens modestes qui ne peuvent se grouper, à tous ces rentiers et retraités qui sont les victimes les plus frappées, au milieu des bouleversements actuels.

La C.T.I. doit donner à cette question toute l'importance qu'elle mérite. La campagne à entreprendre est, d'ailleurs, logiquement, la suite et l'extension de celle actuellement poursuivie, pour assurer aux intellectuels une part importante des logements et appartements qui doivent être disponibles, dans les immeubles à loyers modérés, étudiés par la Ville de Paris.

Cette campagne, modérée dans sa forme, mais énergique dans le fond, doit être entreprise de suite. Elle montrera aux adhérents de la C.T.I., d'une manière manifeste, l'utilité indiscutable du groupement dont ils font partie.

C. MARIE.

Réglementation des examens en vue de l'obtention du diplôme d'infirmièrs.

Par arrêté en date du 28 novembre 1924, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, prescrit, en application des dispositions de l'article 1er du décret du 27 juin 1922, *modifié par les décrets* du 19 *février* 1923 et du 18 juillet 1924, les dispositions énumérées ci-après :

Art. 1er. — Le *brevet de capacité donnant* le droit de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français est décerné par le moyen d'un examen subi avec succès devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel. Cet examen aura lieu dans les villes de faculté ou d'école de médecine, une ou deux fois par an à des époques à déterminer selon les nécessités locales. Les dates des sessions seront fixées par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, deux mois à l'avance, sur proposition du préfet du département, siège de l'examen, après avis des écoles reconnues administrativement, du département ou de la région.

Art. 2. — Les élèves infirmières d'une école reconnue administrativement par le ministère de l'hygiène peuvent être candidates à l'examen d'Etat pourvu qu'elles aient accompli les années d'études prescrites pour chaque catégorie de brevets (voir arrêté du 18 juillet 1924) et qu'elles soient présentées par leur école. Les dossiers des candidates seront composés comme suit :

1° Lettre de demande écrite et signée par la candidate ;

2° Extrait de naissance;

3° Extrait du casier judiciaire ;

4° Livret scolaire complet (lettre de la direction de l'école présentant la candidate).

Ces dossiers devront être adressées par les écoles au préfet du département au moins quinze jours avant l'examen.

Art. 3. — Chaque jury comprend un délégué choisi par le ministre de l'hygiène après avis du préfet du département. Sa composition sera déterminée après avis du conseil de perfectionnement. Elle devra comprendre au moins pour moitié, un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens, représentants du corps professoral universitaire, un ou plusieurs représentants du corps médical local, un ou plusieurs représentants des écoles d'infirmières ou un infirmier en exercice.

Le nombre des membres du jury peut être augmenté dans les mêmes catégories d'après l'importance du nombre des candidates à l'examen. Il pourra comprendre un nombre minimum de membres, soit

8, lorsque le nombre de candidates ne dépassera pas 24. (Il pourra être augmenté chaque fois que le nombre des candidates dépassera 24.)

L'importance qui doit être attachée aux épreuves pratiques, lesquelles exigent un temps appréciable, pourra obliger le jury à se diviser en sections dans les services où s'effectueront les épreuves au lit des malades, afin d'examiner simultanément un nombre suffisant de candidates.

L'examen des titres peut être l'objet des travaux d'une section, désignée par le président du jury d'Etat et prise parmi les membres nommés par arrêté ministériel.

Chaque jury choisit son président.

Les propositions pour la composition du jury seront déposées à la préfecture par les collectivités intéressées (commissions administratives des hospices, écoles professionnelles d'une région). Ces listes devront être adressées au ministère du travail et de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) par le préfet deux mois avant la date de l'examen.

Ces listes seront soumises aux délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Ampliations de l'arrêté ministériel désignant les membres du jury d'Etat seront transmises dans le moindre délai au préfet qui informera les personnalités et les écoles intéressées des décisions ainsi prises.

Art. 4. — L'examen comprend trois parties :

A. Examen des titres scolaires et dossiers des candidates. Cette épreuve est éliminatoire. Les notes obtenues ne peuvent s'additionner avec celles des épreuves suivantes.

B. Epreuve pratique conférant l'admissibilité. Les points obtenus pour cette épreuve pourront s'additionner avec ceux de l'épreuve suivante.

C. Les élèves admises passeront l'examen théorique. Cettre troisième épreuve confère le diplôme. Elle sera divisée en deux parties : 1° une composition écrite ; 2° des interrogations orales.

Art. 5. — Les notations pour l'examen d'Etatd'infirmières professionnelles hospitalières sont les suivantes :

L'examen des titres scolaires aura pour maximum de points 40.

L'examen pratique se passera au lit des malades ou dans les services de consultation hospitalière. Le total des points sera 40 (moyenne exigible 20), ce total étant divisé par le nombre d'épreuves à subir.

L'examen théorique aura pour total des points 40, dont 20 points pour l'écrit, 20 points pour l'oral, divisibles en autant de fractions qu'il sera imposé de matières d'interrogations, c'est-à-dire 5.

Art. 6. — Les notations pour l'examen d'Etat d'infirmières professionnelles visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose sont les suivantes :

Examen sur titres :	Impression d'ensemble donnée par une note (0 à 20). Eliminatoire : au-dessous de 10.			
1° Livret de scolarité.	Communiqué aux examinateurs pour faciliter leur jugement et remédier aux dangers de l'émotivité.			
		Epreuves sur 10.	Coefficient.	
2° Epreuves d'admissibilité	Pratiques	Tuberculose	1	Pour l'admissibilité. Minimum : 30.
		Travail social antituberculeux	1	
		Hygiène infantile	1	
	Ecrites	Tuberculose	2	3 heures dont 2 pour la tuberculose.
		Assistance sociale	1	
3° Oral		Questions sur la tuberculose	1	Notation de 0 à 10.
		Questions sur l'assistance sociale	1	
		Questions sur l'hygiène infantile	1	
		Questions sur l'hygiène générale	1	
Pour l'obtention du diplôme d'Etat : minimum 50 donné par les épreuves 2 et 3.				

Notation des épreuves.

Epreuves de titres : 0 à 20.

Epreuves d'admissibilité et oral.	Parfait	10
	Très bien	9
	Bien	8 et 7
	Passable	5
	Médiocre	4
	Mauvais	3
	Très mauvais	2 et 1
	Nul	0

Art. 7. — Les examens auront lieu pour la pratique dans des services hospitaliers ou des dispensaires suivant le cas désigné par le jury ; pour la partie théorique au siège choisi par le jury.

Art. 8. — Un rapport des conditions dans lesquelles se sont déroulées les différentes phases de l'examen sera établi par le président du jury. Un tableau des notes obtenues par les candidates sera dressé et revêtu de la signature du président.

Ces deux pièces, accompagnées des dossiers des impétrantes, visés à l'article 2, seront remises pour envoi au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) à la préfecture.

Le carnet scolaire de chaque candidate sera retourné à chaque école.

Art. 9. — Les brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmières diplômées de l'Etat français seront délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

(*J. O.*, 11 décembre 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Ve Congrès des Villes d'eaux et Stations climatiques. — Le Ve Congrès des Villes d'Eaux, Bains de mer, et Stations climatiques dont nous avons déjà annoncé les réunions pour les 2, 3 et 4 avril prochain tiendra ses séances dans les locaux de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous rappelons que les questions à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes :

1° Modifications à apporter à la législation des Stations Thermales et Climatiques, et au fonctionnement des Chambres d'Industrie ;

2° Organisation générale des voyages d'études aux Stations.

3° Utilité de la création du Crédit Thermal.

4° Nécessité d'une organisation rationnelle et nationale des Stations Climatiques.

5° La protection des Sources.

Le Congrès comprend des *membres titulaires* qui ont à acquitter un droit d'inscription de *vingt francs*, et des *membres adhérents* pour lesquels la cotisation est de *dix francs*, mais le titre de membre adhérent est exclusivement réservé aux personnes de la famille des membres titulaires.

Les comptes rendus du Congrès seront publiés en un volume à la remise duquel l'inscription au Congrès ne donne pas droit. Pour le recevoir, il y aura lieu de verser une cotisation spéciale de *trente francs*.

S'inscrire dès à présent en écrivant soit au Secrétaire général : Dr Victor GARDETTE, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris (XIVe), soit mieux encore au trésorier, M. VERMEYLEN, 19, rue Auber (Paris, auquel les fonds pourront être adressés par virement à son compte de chèques-potaux (n° 719.54 , bureau de Paris).

— Deuxième Congrès médical franco-polonais (avril 1925.) — BUREAU DU CONGRÈS. — *Président* : professeur G.-H. ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine ; *vice-présidents* : professeurs ACHARD, BABINSKI, HARTMANN, LETULLE, ; docteur NOIR, Délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France ; *secrétaire général* : Dr HUFNAGEL, chef de Clinique adjoint à la Faculté.

MEMBRES. — Docteur AUVRAY, Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux ; Professeur Léon BERNARD, Membre de l'Académie de Médecine ; Docteur BELLENCONTRE, Président de l'Association Générale des médecins de France ; Docteur BERGERET, Chirurgien des hôpitaux ; Docteur BOQUET, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers ; Madame BOAS DE JOUVENEL, Secrétaire générale de la Bienvenue Française ; Professeur COLLET, de Lyon ; Docteur COMBY, Médecin honoraire des hôpitaux ; Docteur DANYSZ, Professeur à l'Institut Pasteur ; Docteur DESFOSSES, Secrétaire de la *Presse médicale* ; GUERMONPREZ, Professeur à la Faculté libre de Lille ; M. KLOBUKOWSKI, Ministre plénipotentiaire ; Docteur LEMIERRE, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux ; Professeur LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ; Docteur MAJERCZAK ; Docteur MATHÉ ; M. MASSON, éditeur ; M. MÉNABRÉA, Secrétaire Général de l'Association France-Pologne ; Professeur LUCIEN, de Nancy ; Professeur MOURIQUAND , de Lyon ; Professeur SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy ; Médecin principal GAUTHIER ; Docteur MILIAN, Médecin des hôpitaux ; Docteur OKINCZYC, Professeur agrégé Chirurgien des hôpitaux ; Docteur PROUST, Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux ; Docteur REQUIN ; Professeur RICHON, de Nancy ; Docteur SOSNOWSKA ; Docteur TURLAIS, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers ; Professeur WEISS, Doyen de la Faculté de Médeecine de Strasbourg.

Au lendemain de la guerre, des relations scientifiques et professionnelles se sont établies entre les médecins de France et de Pologne. Secouant les influences étrangères, les médecins polonais se sont tournés vers la France où ils ont pu trouver une collaboration empreinte d'esprit d'amitié et de sympathie naturelle liant les deux pays.

En 1919, se fonde à Varsovie le Comité médical franco polonais, qui groupe bientôt le plus grand nombre de médecins de la capitale de Pologne et se transforme en une Société médicale franco-polonaise ; celle-ci organise de nouvelles filiales dans toutes les grandes villes universitaires de Pologne.

En 1921, la Société Médicale franco-polonaise invitait les médecins français à un premier Congrès Médical franco-polonais : 100 médecins, professeurs à la Faculté, médecins des hôpitaux, praticiens de Paris et de province, dont plusieurs accompagnés de leur famille, ont répondu à l'appel de leurs confrères polonais. Un accueil enthousiaste leur a été réservé. Les médecins polonais, le Gouvernement, la Société polonaise tout entière ont rivalisé poure rendre aux médecins français le séjour en Pologne instructif et agréable.

Les médecins français ont visité Varsovie, Cracovie, Wieliczka, Poznan, Lwow, Zakopane, Wilna. Partout ils ont pu juger, au cours des réunions scientifiques et des réceptions organisées en leur honneur, combien est grand l'amour pour la France dans ce pays ami et allié.

C'est dans le but de continuer et de développer ces relations étroites entre les médecins de France et de Pologne qu'est organisé le IIe Congrès Médical franco-polonais. Il se tiendra à Paris, dans la semaine du 21 au 25

avril et il sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Nancy, Strasbourg.

Le séjour à Paris comportera une séance solennelle d'ouverture et des réunions scientifiques où les médecins français auront l'occasion de faire connaître en France leurs travaux et recherches personnels. Des fêtes et des réceptions sont prévues en l'honneur des médecins polonais.

Le Comité d'organisation du IIe Congrès Médical franco-polonais adresse un appel aux confrères français, en leur demandant leur adhésion au Congrès et une participation effective aux travaux et séances.

Les médecins polonais venus en France pour la première fois depuis leur reconstitution nationale recevront ainsi un accueil digne des relations de séculaire amitié qui unissent les deux pays.

— Le Bureau du Congres.

— Cinquième Salon des médecins. — Nous rappelons avec plaisir, à nos lecteurs, qu'il ouvrira le dimanche 15 mars prochain à 2 heures de l'après midi, sous la présidence de M. J. Godart, Ministre de l'Hygiène, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germin, et que, jusqu'au vendredi 27 mars inclus, il sera ouvert gracieusement tous les matins de 10 heures à midi et l'après-midi de 2 à 5 heures à tous les Médecins, pharmaciens, chirurgiens -dentistes, vétérinaires, étudiants, ainsi qu'à leurs familles. Enfin, un banquet suivi d'une soirée musicale, le clôturera le dimanche soir 29 mars, à 7 heures 1/2, à l'hôtel Lutetia.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Paul Rabier, Secrétaire organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris, XVe.

— Association générale des médecins de France. — La 63e assemblée générale annuelle de l'Association générale des Médecins de France aura lieu le dimanche 26 avril 1925, à 2 heures précises, dans le *Grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.*

Conformément à l'article 53 des statuts, ne peuvent assister à l'Assemblée générale que les membres du Conseil général et les présidents et délégués des Sociétés locales.

Chaque Société a droit à un délégué par 50 membres ou fraction de 50 membres (statuts, art. 63). Dans nombre de Sociétés, les délégués doivent être statutairement choisis parmi les membres des Commissions administratives.

Les présidents des Sociétés locales font partie de droit de la délégation et ne sont pas compris dans le nombre statutaire des délégués. Ils peuvent se faire remplacer par un vice-président.

Le Conseil général prie instamment les Société locales de faire parvenir, avant le 11 *avril* 1925, à M. le Secrétaire Général A. Thiéry, 5, rue de Surène, *la liste exacte de leurs délégués.*

Ordre du jour. Rapports du secrétaire général et du trésorier général. — L'Ordre du jour de l'Assemblée générale ne sera définitivement fixé que le 26 mars. *Le Conseil général prie les Sociétés qui auraient une communication à y faire figurer de lui en adresser le text e avant cette date.* L'Ordre du jour et les rapports du secrétaire-général et du Trésorier-général seront envoyés à tous les délégués dont les noms auront été communiqués en temps utile par les Sociétés locales.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans la salle où se tiendra l'Assemblée, une demi-heure avant l'ouverture de la séance.

Banquet du dimanche 26 avril 1925. — Suivant l'usage, un banquet sera offert à MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales, le dimanche 26 avril à sept heures et demie, au Palais d'Orsay. *Tenue de ville.* Ceux d'entre eux qui voudront bien accepter cette invitation sont priés d'en prévenir, *avant le* 22 *avril,* M. le Dr Jules Bongrand, Trésorier général, 5, rue de Surène, Paris (8e).

En vue des dispositions à prendre pour l'organisation du banquet, suivant le nombre des convives, *il est indispensable que MM. les Présidents et Délégués veuillent bien envoyer une réponse avant la date fixée.* — Le Trésorier général : Dr Jules Bongrand ; le Secrétaire général : Dr A. Thiéry ; le Président : Dr Bellencontre.

Faculté de médecine de Paris (Année 1925). — *Cours complémentaire de perfectionnement.*

Chaire de clinique des maladies mentales (*Asile Sainte-Anne,* 1, *rue Cabanis*). — Professeur : M. Henri Claude.

Un cours de perfectionnement portant sur un certain nombre de questions concernant l'étude de la psychiatrie réservé aux docteurs français et étrangers, aura lieu du 20 juin au 28 juin sous la direction du professeur Henri Claude, avec le concours de MM. J. Lhermitte, agrégé ; Tinel, Heuyer, Ceillier, Codet, Targowla, Aubel, Santenoise, Borrel et de M. le professeur G. Dumas.

Il aura lieu le matin de 9 h. 1/2 à 11 heures et l'après-midi de 15 à 17 heures.

Sujet du cours : Les données biologiques et les grands syndromes psychiatriques.

Les troubles endocrino-sympathiques dans les états psychopathiques.

L'exploration de l'appareil endocrino-sympathique.

Les résultats de la psychanalyse.

Les états schizoïdes et le syndrome d'*intériorisation.*

Le syndrome d'influence et le syndrome d'action extérieure.

Principes d'hygiène mentale.

Application des méthodes psychiatriques dans les examens médico-pédagogiques et l'étude des aptitudes professionnelles.

Droit d'inscription : 150 francs.

Chaire de clinique des maladies nerveuses de l'hospice de la Salpêtrière (47, *boulevard de l'Hôpital*). — Professeur : M. Georges Guillain.

I. — *Cours complémentaire de neurologie,* par M. le professeur Guillain et M. le Dr Ch. Foix, agrégé, assistés de MM. Lechelle, Alajouanine et Marquézy, chefs de clinique ; Laroche, chef de laboratoire ; Lagrange (chargé du service ophtalmologique de la clinique) ; Truffert (chargé du service otologique de la clinique) ; Bourguignon, chef du service d'électrologie de la Salpêtriè re.

Ce cours de neurologie aura lieu en juin 1925, il durera quinze jours, sera complet en trente leçons qui auront lieu tous les jours, de 3 à 4 heures et de 5 à 6 heures. Le cours sera accompagné de présentations de malades, de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 150 francs.

II. — *Cours de perfectionnement d'anatomie pathologique du système nerveux.* — M. Ivan Bertrand, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, fera, durant l'année scolaire 1924-1925, deux séries de cours d'anatomie pathologique du système nerveux, en 12 leçons. Les élèves seront exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes.

Chaire de pathologie et thérapeutique générales. — Professeur : M. Marcel Labbé.

Cours pratique sur les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif (*les procédés d'examen en clinique et au laboratoire*), par MM. Marcel Labbé, professeur ; Henri Labbé, agrégé ; Stévenin, Nepveux et Forsans, chefs de laboratoire.

Programme du cours. — Les principes de la nutrition.

Les grands syndromes gastriques. Examen clinique des dyspeptiques.

Analyse du suc gastrique.

Tubage duodénal. Analyse chimique. Epreuve des Meltzer-Lyon.

Les syndromes intestinaux et pancréatiques. Entérite aiguës et chroniques.

Les fèces. Examen macroscopique et microscopique ; recherche du sang, recherche des parasites.

Analyse chimique des fèces : dosage de l'azote total, des acides de fermentation ; de l'ammoniaque.

Les fèces : dosage des graisses acides, neutres et insaponifiables. Dosage des savons. Coefficient d'utilisation.

Analyse des urines ; azote total, urée, ammoniaque, acides aminés, azote colloïdal, coefficients d'utilisation, azotée.

Acide urique et purines : dosage dans les urines et dans le sang. Créatine et créatinine.

Pigments biliaires, sels biliaires, urobiline : recherches dans l'urine. Dosage des pigments biliaires dans le sang. Lipoïdes et cholestérine dans le sang.

Chlorures et phosphates urinaires.

Albumines, albumoses et peptones dans les urines.

Glucose dans les urines et dans le sang. Les divers sucres de l'urine. Méthodes microchimiques pour le dosage du glucose dans le sang.

Réactions d'acidose : corps acétoniques dans l'urine, le sang, le liquide céphalo-rachidien.

Dosage des acides organiques dans l'urine. Acidité ionique des urines et du plasma. Réserve alcaline du plasma.

Le métabolime basal, mesure des échanges respiratoires.

L'obésité : pathogénie et thérapeutique.

L'uricémie et l'oxalémie : goutte, lithiase urinaire, migraine.

Le diabète : pathogénie, évolution et thérapeutique.

L'acidose : le coma diabétique et les acidoses non-diabétiques.

Les grands syndromes rénaux : diagnostic et thérapeutique.

Les syndromes hépatiques : diagnostic des insuffisances fonctionnelles du foie.

Interprétation clinique des analyses d'urine.

Le cours aura lieu au laboratoire de pathologie générale, tous les jours, à 3 heures et sera terminé en un mois.

Les élèves seront exercés aux diverses méthodes d'examen

Le montant du droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

Ce cours aura lieu du 10 juin au 10 juillet.

ECOLE DE PUÉRICULTURE (64, *rue Desnouettes*). — Directeur : M. le professeur PINARD.

Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de puériculture de l'Université de Paris. — Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine en fin de scolarité et aux docteurs en médecine français et étrangers.

Seront admis :

1° Les médecins et étudiants justifiant de trois périodes de stages dans les services suivants : quatre mois dans un service d'accouchement ; quatre mois dans un service de première enfance ; quatre mois dans un service de deuxième enfance ;

2° Les étudiants et docteurs en médecine dont les titres auront été jugés équivalents par la Commission de l'enseignement de l'école de puériculture avant la session d'examen.

Les candidats devront suivre l'enseignement de l'école de puériculture et justifier, par un certificat, de leur assiduité aux cours.

L'enseignement aura lieu à l'école de puériculture et comprendra :

1° Un stage dans les dispensaires de l'école de puériculture ;

2° Six leçons, vingt conférences de révision et douze démonstrations.

3° Douze visites à des œuvres de protection maternelle et infantile.

Cet enseignement sera donné, sous la direction de M. le Pr PINARD, directeur, par MM. les Pr MARFAN, Léon BERNARD, COUVELAIRE ; les Dr WEILL-HALLÉ, médecin de l'hôpital de la Charité ; LÉVY-SOLAL, agrégé, accoucheur de l'hôpital de la Charité ; M. Armand GUILLON, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine ; avec la collaboration de M. le Pr NOBÉCOURT ; les Dr LEMAIRE, Marcel PINARD, médecins des hôpitaux ; les Dr BLECHMANN, André COLLIN, André TRÈVES, anciens internes des hôpitaux ; le Dr DORLENCOURT, chef de laboratoire à la faculté de médecine et M. ROUSSEAU, chef de laboratoire à l'Ecole de puériculture.

Programme : Eugénétique.

Hygiène de la femme en état de gestation et du nouveau-né.

Hygiène et assistance du nourrisson.

Hygiène et assistance de la seconde enfance et de l'âge scolaire.

Organisation administrative de l'hygiène sociale de l'enfance en France.

Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique.

Visites : 1° Ecole de puériculture ;

2° Refuge-ouvroir de l'allaitement maternel ;

3° Maison maternelle nationale de Saint-Maurice ;

4° Crèche de l'hôpital Laënnec (prophylaxie de la tuberculose des nourrissons) ;

5° Hospice dépositaire des Enfants-Assistés ;

6° Pouponnière ;

7° Crèche-garderie ;

8° Cantine maternelle ;

9° Groupe scolaire ;

10° Préventorium du Plessis-Robinson ;

11° *Placement familial* de nourrissons de Mandres (Argonne-Association);

12° Office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Diplôme universitaire de puériculture. — Le diplôme universitaire de puériculture sera attribué après examen probatoire.

Les épreuves comporteront : 1° des épreuves pratiques ; 2° des interrogatoires sur la puériculture avant et après la naissance ; 3° l'examen des titres des candidats.

Droit d'inscription : 150 francs.

Durée du cours : un mois.

Pour tout renseignement, s'adresser au docteur WEILL HALLÉ, médecin de l'hôpital de la Charité, secrétaire général de l'école de puériculture, 64, rue Desnouettes (XVe).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

S'il y avait un excédent de dépenses, vous le feriez figurer page 3 de la déclaration dans le cadre intitulé : « déficits d'exploitation ». En tous cas, comme votre bénéfice sera faible, nous vous conseillons de le justifier en indiquant sur une note annexe le détail de vos recettes et de vos dépenses. Vous pourriez attirer l'attention du contrôleur sur votre état de santé.

Les intérêts perçus sur le solde du prix de vente de votre terre devront être indiqués dans votre déclaration à la rubrique « revenus des capitaux mobiliers ».

A. M.

---

369. — Droits des ascendants d'une victime de la guerre.

Abonné du *Concours médical*, je viens demander vos lumières sur le cas suivant concernant un client. M. X., né le 29 juillet 1869 (55 ans) mobilisé du 2 août 1914 au 22 février 1917 au 9e artillerie forteresse à B. ; il a eu un fils tué à l'ennemi le 29 août 1918. M. X. ne peut se livrer à aucun travail étant donnée sa santé très médiocre. Il réclame une pension comme père d'un fils tué à l'ennemi.

Le centre de réforme par certificat du 7 mai 1924 lui reconnaît 40 % d'invalidité avec mention « bronchite chronique, emphysème, sclérose nette et étendue d'un poumon », affection antérieure au 2 avril 1919, il ajoute qu'il n'est pas incurable, ni infirme.

A la suite de cela, il reçoit un titre de pension de 60 % d'invalidité à dater du 1er mai 1924, et dont il a touché les sommes indiquées.

Or, à la suite d'un nouvel examen, le centre de réforme lui établit un certificat en date du 13 août 1924, mentionnant les mêmes lésions, antérieures au 2 avril 1919, et ajoutant qu'il est infirme et incurable, avec pourcentage de 40 % toujours.

Enfin, on lui retire quelques semaines après son titre de pension de 60 % par suite d'une décision ministérielle du 15 octobre 1924, mentionnant le rejet de sa demande.

Qu'y a-t-il eu ? Il n'y comprend rien et moi non plus ! Que signifie ce taux de 40 % et ce titre de pension de 60 %. Pourquoi dans le premier certificat n'est-il ni infirme, ni incurable, alors qu'on lui donne un titre de pension, et dans le deuxième certificat infirme et incurable, alors qu'on lui enlève ce titre ? N'y a-t-il pas eu erreur dans les chiffres ? A quoi a-t-il droit et que doit-il faire d'après la loi ?

Dr P.

Réponse.

Les ascendants n'ont droit à une allocation pour fils tué à l'ennemi ou décédé des suites de la guerre, que s'ils remplissent certaines conditions, *notamment* s'ils sont infirmes ou atteints

d'une maladie incurable ou âgés de plus de 60 ans pour le sexe masculin (article 28 de la loi du 31 mars 1919).

Dans le cas particulier, M. X., âgé seulement de 55 ans n'a droit à l'allocation d'ascendant que s'il est infirme ou atteint d'une maladie incurable. C'est pourquoi on a établi le premier certificat de visite, puis le deuxième certificat, lequel seul lui permettra de toucher l'allocation, puisqu'il le déclare cette fois infirme et incurable (bien que,pour être reconnu infirme, il faille en principe 60 % et non 40 % ; c'est là le seul point litigieux de l'affaire).

Quant au titre de 60 % reçu, puis retiré, l'erreur suivante a probablement été commise : M. X. ayant été mobilisé, on a cru qu'il demandait *aussi* une pension d'invalidité, on lui en donne un titre provisoire. Mais le ministre s'étant rendu compte que sa demande d'invalidité (déposée le 7 mai 1924 alors qu'il était libéré depuis le 22 février 1917) était forclose, son titre de pension d'invalidité lui a été retiré.

Quoi qu'il arrive (infirme ou non) M. X. aura droit à l'allocation d'ascendant dès qu'il aura atteint l'âge de 60 ans, peut-être plus tôt, si le ministre admet qu'il soit infirme ou incurable avec 40 %.

Application du Tarif Breton.

I

386. — Consultations gratuites (??)

Je vous envoie une note d'accident du travail corrigée par une compagnie d'assurance et la lettre de la dite compagnie qui me supprime ma dernière consultation.

Je serais heureux d'avoir votre avis à ce sujet

Dr V.

Réponse.

Au sujet de ce retranchement de la dernière consultation « consultation, dit la compagnie dans laquelle le blessé est allé se faire délivrer un certificat de guérison, ne devant pas être comptée... » vous pourrez répondre qu'il n'y a qu'à lire l'article 29, paragraphe 3, disant que « l'avis par lequel le médecin indique, dans sa dernière consultation, la guérison du blessé, ne donne pas lieu à une indemnité spéciale ». Ce qui signifie que le certificat de guérison n'est pas payé *en plus* de la consultation, au contraire du certificat initial, mais n'a jamais voulu dire que le médecin ferait cette dernière consultation gratuitement. C'est là une chicane qui ne me paraît pas encore avoir été soulevée ... et pour cause.

F. D.

II

462. — 1° Pansement compliqué. 2° Extraction de corps étranger de la main avec ou sans localisation radiologique.

1° Dans une hydarthrose récente du genou, le pansement compressif du pied à la cuisse (long et minutieux, tous les trois ou quatre jours) doit-il être compté pansement simple ? Sinon, comment le compter ?

2° Extraction à la cocaïne d'une partie d'aiguille dans la paume de la main, repérée sur ma demande par radioscopie. Quel honoraire ?

3° Curage d'un panaris profond de la deuxième phalange du pouce droit, après bague de novocaïne, combien ?

Dr C.

Réponse.

1° Dans le tarif Maginot, les pansements « spéciaux, prolongés, très compliqués » (article 74), sont l'objet d'une tarification de 10 à 30 francs d'après l'appréciation de la Commission de contrôle. Il n'en est malheureusement pas de même dans le tarif Breton, qui ne comporte pas cette disposition, en sorte que tout pansement *unique*, quel qu'il soit, est compris dans le prix de la visite ou de la consultation article 16).

2° Sur l'extraction de corps étranger de la main, avec ou sans localisation radiologique, voir dans l'*Agenda* du *Concours* de 1925, pages 127 et 128, les réponses sur l'article 27, numéros 4, 5 et 6. J'y conclus (ainsi que je l'explique d'après ce qui s'est passé lors de l'élaboration du tarif) qu'on ne peut compter comme *profond* un corps étranger d'un doigt ou de la racine d'un doigt, même en cas de localisation radiologique. Il n'y a vraiment corps étranger profond que lorsque celui-ci est profondément implanté dans le creux de la main elle-même « à cause, disais-je, du danger de l'intervention qui en résulte, au point de vue de la complexité des muscles de la main, de l'incapacité fonctionnelle consécutive possible et, par suite, de la responsabilité de l'opérateur. ».

3° Ce dernier cas est celui d'une « ouverture de panaris de la gaine : 35 fr. » (article 17).

F. D.

III

184. — Sutures à plusieurs doigts d'une même main.

J'ai soigné un blessé qui s'était laissé prendre la main par une scie circulaire. Les 2e, 3e, 4e doigts

étaient sectionnés à différentes hauteurs, tenant simplement par des lambeaux de peau. Le blessé n'étant pas disposé à laisser faire la désarticulation, je tentai la conservation, qui réussit d'ailleurs tout en laissant les doigts raides en semi-flexion. Pour cela, j'ai simplement fait une désinfection soignée, des sutures multiples aux trois doigts, et placé des planchettes pour immobiliser les doigts. Les premiers pansements ont particulièrement été longs.

Que puis-je demander pour avoir conservé ces doigts ? Simplement sutures multiples et 18 francs. Cela me paraît vraiment peu. Combien pour les pansements et immobilisation de ces trois doigts ? Simplement 7 francs !

Dr M.

Réponse.

1° Il me semble légitime, vu la difficulté technique, résolue en l'espèce, et après avoir fourni à la Compagnie toutes explications sur ce cas spécial, que vous puissiez compter trois fois une suture simple, soit 11,25 × 3 = 33,75 pour ces sutures sur trois doigts différents.

2° Quant aux pansements consécutifs, c'est sans aucun doute, « pansements multiples, 11,25 » en deuxième catégorie (article 15).

F.D.

Application du Tarif Maginot

373. — Température à prendre : thermomètre et visites.

Jugeant qu'un tuberculeux réformé de guerre, au début d'une poussée évolutive doit avoir la température prise matin et soir (nombreux les confrères qui seront de mon avis) je ne puis ni lui faire délivrer un thermomètre, ni aller lui prendre sa température matin et soir. Je n'ai donc comme solution qu'à lui faire cadeau d'un thermomètre !

La réponse du secrétaire de la commission de contrôle départementale me confirme cette façon d'envisager la question :

« Les thermomètres font partie de l'arsenal du médecin et ne doivent pas être délivrés aux malades.

Art. 1er, § 3, de l'arrêté interministériel, 28 mai 1921. »

Il est d'autre part bien évident que la Commission de contrôle considérerait comme un grave abus deux visites journalières dans le but de prendre la température du malade.»

Cela ne vous semble-t-il pas excessif ? Voyez-vous une solution plus élégante ?

Dr R.

Réponse.

1° Je ne puis ici que répéter mon aphorisme : « En cas de médecine avec tiers payant, faire

exactement — ni plus, ni moins — ce que vous feriez en cas de payement direct par le malade ». Et alors je vous demande, confrère, si, en présence d'un « français moyen » malade, vous iriez matin et soir pendant des semaines et des semaines, prendre sa température.... à deux visites payables par jour ? Ou bien si vous ne vous arrangeriez pas pour la faire prendre par quelqu'un de l'entourage ?

2° C'est tout bonnement la crainte d'abus, j'imagine, qui n'a pas permis la distribution de thermomètres à qui en demanderait. Mais pourquoi ajoutez-vous que vous seriez obligé de faire ce cadeau ? Votre malade serait-il donc à ce point dénué de toute ressources ?

F. D.

JURISPRUDENCE

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

I

Massage.

Les massages ne peuvent être rémunérés au titre de l'article 64 que s'ils ont été faits par le médecin lui-même.

Décision du 23 octobre 1924.

Considérant que M. X. a demandé à la Commission départementale le remboursement d'une somme de cent-soixante-huit francs (168 francs) avancée par lui pour rétribuer un masseur,

Que les massages ont été, d'après un certificat du Dr, prescrits par ce médecin ;

Que la Commission départementale a décidé de ne pas rembourser ces massages qui devaient être faits par le médecin ;

Attendu que l'appel interjeté dans le délai de 20 jours est recevable ;

Qu'en principe, aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, § 3, les bénéficiaires de cette loi régulièrement inscrits sur la liste spéciale ont droit à la *gratuité des soins médicaux* et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure ou de la maladie qui aura donné lieu à pension ;

Que par conséquent, le seul droit reconnu par la loi aux invalides de la guerre étant celui d'obtenir les soins qui leur sont nécessaires sans avoir rien à débourser, les intéressés n'ont légalement aucun remboursement à réclamer et seuls, dès lors, les médecins ou pharmaciens ayant donné des soins ou délivré des médicaments aux mutilés sont fondés à exercer un recours contre l'Etat ;



Que pour ce motif, le décret du 25 octobre 1922 n'a prévu de remboursement et n'a réglementé les formes à suivre à cet effet, qu'à l'égard des médecins, des pharmaciens et des établissements hospitaliers, à l'exclusion des bénéficiaires eux-mêmes;

Qu'au cas où un bénéficiaire doit recevoir des massages, ce genre de soins ne peut être actuellement rémunéré au titre de l'article 64 que s'ils ont été fait par le médecin lui-même.

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel en la forme, le déclare mal fondé ;

Confirme la décision de la commission départementale du...

II

Radiographie.

Le médecin traitant est qualifié pour apprécier les mesures à prendre dans l'intérêt de son malade et notamment pour pratiquer l'examen radiologique.

Décision du 23 octobre 1923.

Considérant que M. le Dr X, s'est vu refuser par la Commission départementale le paiement d'une somme de cent cinquante francs (150 fr.) pour radiographie de l'estomac et de la région voisine pratiquée sur M.

Que M. le D X, a utilisé l'analyse radiologique parce qu'il n'avait pu déterminer cliniquement d'une manière certaine la cause des vomissements incoercibles de ce bénéficiaire ;

Attendu que l'appel est recevable ;

Que l'analyse radiologique avait pour but d'éclairer la conduite à tenir et de préciser la nature des soins à donner dans le cas difficile du bénéficiaire ;

Qu'il se peut que cette analyse n'ait pas été au sens absolu strictement nécessaire, mais que seul le médecin aux prises avec les difficultés de l'interprétation des phénomènes morbides est qualifié pour apprécier les mesures à prendre dans l'intérêt de son malade ;

Qu'il n'est pas douteux que cette seule préoccupation a incité le Dr X. à pratiquer l'examen radiologique ;

Que s'il importe qu'une Commission de contrôle s'oppose de tout son pouvoir aux abus qui pourraient être faits de ces épreuves de recherche scientifique, elle doit au contraire laisser au médecin la libre disposition de tout moyen dont l'utilisation peut aider à la direction de sa thérapeutique ;

Que c'est seulement au moment où il commence à faire acte de thérapeutique que le médecin entre dans les limites tracées par la loi du 31 mars 1919 ou qu'au contraire il en sort ;

Que des erreurs médicales regrettables et préjudiciables peuvent être évitées par l'effet du contrôle radiologique ;

Qu'on ne saurait objecter après coup, au Dr qu'il se trouvait en présence de phénomènes terminaux d'urémie ;

Que même si l'urémie a causé la mort, cette urémie a provoqué des accidents digestifs capables de simuler l'obstruction intestinale à laquelle a pensé le Dr X et qui explique l'appel en consultation d'un chirurgien M. le Dr Z ;

Que si le Dr X se fût trouvé en présence d'un chirurgien moins averti que le Dr Z il exposait son malade à une intervention opératoire désastreuse ;

Qu'il ne saurait cependant faire doute que c'est pour le plus grand intérêt de ce malade que le Dr X a tenté d'éclairer son diagnostic par l'exament radiologique qu'il a exécuté ;

Qu'il appartient aux Commissions de juger s'il y a eu abus dans l'utilisation des analyses ;

Qu'il n'y a pas eu d'abus dans l'examen radiologique de . . . par le docteur ;

Pour ces motifs :

Reçoit l'appel, le déclare bien fondé ;

Infirme la décision de la Commission départementale ;

Dit que le Dr X a droit à la somme de cent cinquante francs (150 fr.) pour l'examen radiologique pratiqué sur M.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *février*.

Enseignement de la Médecine.

La *chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de Paris* est déclarée vacante.

19 *février*.

Lutte anticancéreuse.

M. Paul Strauss, ancien ministre de l'hygiène, est nommé président d'honneur de la commission d'étude du cancer.

M. Daraignez, sénateur, est nommé membre de la même Commission.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Obligations des sanatoriums,

2231. — M. Marcel Plaisant, député, demande à M. le ministre des Pensions quelles sont les obligations de tout ordre qui incombent aux

sanatoria agréés et notamment si les dits établissements ne sont pas tenus d'avoir un laboratoire bactériologique, un cabinet de radiographie, des étuves et autoclaves en nombre convenable. (*Question du 30 décembre* 1924.)

Réponse. — Les conditions techniques et hygiéniques que doivent remplir les sanatoriums sont énumérées au chapitre 11 du décret du 10 août 1920, en ce qui concerne les établissements pour tuberculeux pulmonaires, et aux articles 1er et 2 du décret du 11 octobre 1924 qui complète le chapitre 11 du décret du 10 août 1920, en ce qui concerne les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéoarticulaires et ganglionnaires. Il résulte de l'article 11 du décret du 10 août 1920 que les sanatoriums de pulmonaires doivent être pourvus d'un laboratoire outillé pour la bactériologie, la radiologie et la laryngologie. Ils doivent également être munis d'une bonne installation pour la désinfection par la chaleur, des crachats et des crachoirs, d'un caveau à linge sale lavable, d'un dispositif pour le nettoyage de la vaisselle des malades à l'eau bouillante et d'une chambre de formolisation. Le décret du 11 octobre 1924 dispose, de son côté, que les sanatoriums pour tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires doivent disposer dans leurs propres locaux ou à proximité d'un laboratoire outillé pour la bactériologie et la radiologie et d'un service de désinfection. Ces établissements doivent être munis d'une bonne installation pour la désinfection des pansements souillés et d'un caveau à linge sale lavable. Il y a lieu de remarquer que, d'après l'article 12 du décret du 10 août 1920, et l'article 1er du décret du 11 octobre 1924, les sanatoriums existants à la date de promulgation desdits décret pouvaient ne pas remplir toutes les conditions exigées ; que, toutefois, les améliorations possibles devaient être envisagées et exécutées dans le plus court délai.

(*J.O.*, 11 *février* 1925.)

Le statut du personnel des hôpitaux.

2622. — M. Adolphe GIROD, député, demande à M. le ministre du travail quel est le statut qui régit le personnel civil des hôpitaux. (*Question du* 25 *janvier* 1925.)

Réponse. — Il n'y a pas de statut du personnel des hôpitaux, mais la question est à l'étude au ministère du travail. Un modèle de règlement pour les hôpitaux et les hospices a été adopté par le ministre du travail sur la présentation du conseil supérieur de l'assistance publique. Il prévoit en son article 6 les dispositions suivantes : « En dehors du receveur, du secrétaire et

de l'économe, des médecins et des chirurgiens, et de tous autres agents dont la situation est définie par les lois et règlements (lois du 7 août 1851, article 14, et du 21 mai 1873, article 6), tous les agents du personnel sont nommés et révoqués par la commission administrative. »

(*J.O.*, 11 *février* 1925.)

Les motocyclettes et les bicyclettes à moteur sont exemptes de prestations.

2280. — M. Epivent, député, demande à M. le ministre des finances quels sont, au point de vue de la taxe des prestations, les véhicules automobiles imposables, ajoutant que les voitures et les camions sont imposables, mais que les cyclecars, les motocyclettes et les bicyclettes à moteur doivent être assimilés à la bicyclette ordinaire et exempts de prestations. (*Question du* 15 *janvier* 1925.)

Réponse. — Aux termes de l'article 7 de la loi du 18 juillet 1901, les voitures automobiles sont passibles de la taxe des prestations dans les conditions prévues par la loi du 21 mai 1836, Les cyclecars, dont les caractéristiques sont semblables à celles des voitures automobiles, devant, d'après la jurisprudence du conseil d'Etat, être rangés dans la catégorie des voitures, il s'ensuit qu'ils sont susceptibles d'être soumis à la taxe. Par contre, celle-ci n'est pas applicable aux motocyclettes non plus qu'aux bicyclettes à moteur. (*J.O.*, 15 *février* 1925.)

Les certificats de médecins assermentés exigés par l'administration des P.T.T. sont à la charge des agents intéressés.

2628. — M. Gaston Hulin, député, demande à M. le ministre du commerce si la visite d'un médecin assermenté, lorsqu'un deuxième certificat est demandé par la direction des P.T.T., doit être aux frais de l'agent malade, qui a déjà son médecin à payer ou aux frais de l'administration, qui exige, d'ailleurs, d'une façon assez déplaisante pour le premier médecin, une visite de contrôle. (*Question du* 29 *janvier* 1925.)

Réponse. — Aux termes de l'article 4612 de l'instruction générale sur le service des postes et des télégraphes, les chefs de service sont autorisés à exiger des agents qui sollicitent un congé pour maladie la production de certificats émanant de médecins assermentés, dans tous les cas où ils estiment cette mesure utile pour découvrir ou empêcher les abus : lesdits certificats sont à la charge des agents intéressés, sauf dans le département de la Seine, à Bordeaux, Lyon et Marseille où fonctionne un service médical de contrôle aux frais de l'administration.

(*J.O.*, 15 *février* 1925.)

Quarante septième année — N° 11 — 15 Mars 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 606-IV*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr HAUSMANN, d'Estissac (Aube), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même).*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 115. — Conf. dés. acquér. client. demi-repos banl. Paris.

N° 116. — Etudiante en fin d'études, externe dès hôpit. ch. sit. de secrét. auprès méd. occupé.

N° 117. — Inf. diplômée, munie de référ. dem. pl. dans clin. mais, de santé ou aupr. méd. Accept. gardes.

N° 118. — On dem. infirmière sér. capab. assur. service salle d'opérat.

N° 119. — Philos. cond. int., 8. CV, 3 pl. tr. confort. nomb. acc., luxe, parf. état, 13.500. Dr Baudet, Gannat (Allier).

N° 120. — Dr en méd. j., marié, acc. méd. gén. et p. et. chir. ch. poste import. ch.-l. de cant. ou pet. ville, S.-O. de préf. Présentat.

N° 121. — A vend. Renault 1920, 12 CV., cond. int., mot. et carr. en parf. ét. ess. à vol. 18.000. Dr Guillemin, 16, av. de l'Alma, Paris.

N° 122. — A vend., 300 fr. au-dessous du cours act. goutt. de Bonnet pr. adulte, tte neuve. S'ad. Dr Ferran, Aigues-Vives (Gard).

N° 123. — Urg. A céd. ds ch.-l. de cant. rég. Ouest, pays agréab. près d'une ville, poste méd. anc., mais à remonter. Client. riche pay. bien. Faible ind.

N° 124. — Jne femme de bonne fam. recomm. par méd. excell. référ., libre l'après-midi, dés. emploi de secrét. sténo-dact. auprès de méd. Ecr. Mlle Commin, 3, rue Vineuse, Paris (16e).

N° 125. — Conf. dés. ach. nécess. tubage larynx compl. Bayeux ou Seveestre, sans ouv. bouche. Faire offres à Dr Rieusset, Mèze (Hérault).

N° 126. — Paris Xe. Cab. nez, gorge, oreilles, rapp. 20.000, peu poussé, joli appart., 4 p. Beau mat. nomb. instr. Sit. unique. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e).

N° 127. — Banl. Nord, pet. mais. de sant. 9 ch. bien instal., parc près gare, rapp. 100.000. Cess. de tout le mob. et matér. 50.000 compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 128. — Import. Laborat. franç. exploit. prod. biologiques (opothérapie et vaccins) cherch. pour diriger leur publicité médic. en Italie, jeune Médecin franç. parl. et écriv. couramm. italien. Situat. import. et d'aven., mais exigeant très bonne cult. médic. jointe à sens des aff., activ. méthod. et ordonn., initiat. Ne pas se prés., mais envoyer curriculum vitae à M. Leclère, 21, rue d'Aumale, Paris (9e), qui convoquera.



Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléo-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

FAITS CLINIQUES

Rapports de la varicelle et du zona.

I

J'ai eu l'occasion d'observer en 1900 trois cas de varicelle survenus dans une même famille à la suite de l'importation de la varicelle par une domestique de la maison. Les trois malades étaient à cette époque des adolescents.

En 1907, un des malades a présenté un zona intercostal des plus typiques. Un autre malade de la même famille qui avait été également frappé par la varicelle a fait en 1920 un zona ophtalmique extrêmement douloureux avec de nombreuses récidives et que je soigne encore actuellement.

M. Journé.

II

Mme P., 53 ans, est atteinte, dans les premiers jours de février, d'un zona intercostal classique, qui évolue normalement en trois semaines.

Mlle Suzanne P., 16 ans, sa fille, est atteinte, le 1er mars, d'une varicelle typique, dont le maximum éruptif s'est manifesté le 3, et qui a évolué sans anomalies.

Je me borne à rapprocher ces deux cas l'un de l'autre, sans les faire suivre d'aucun commentaire.

G. D.

CORRESPONDANCE

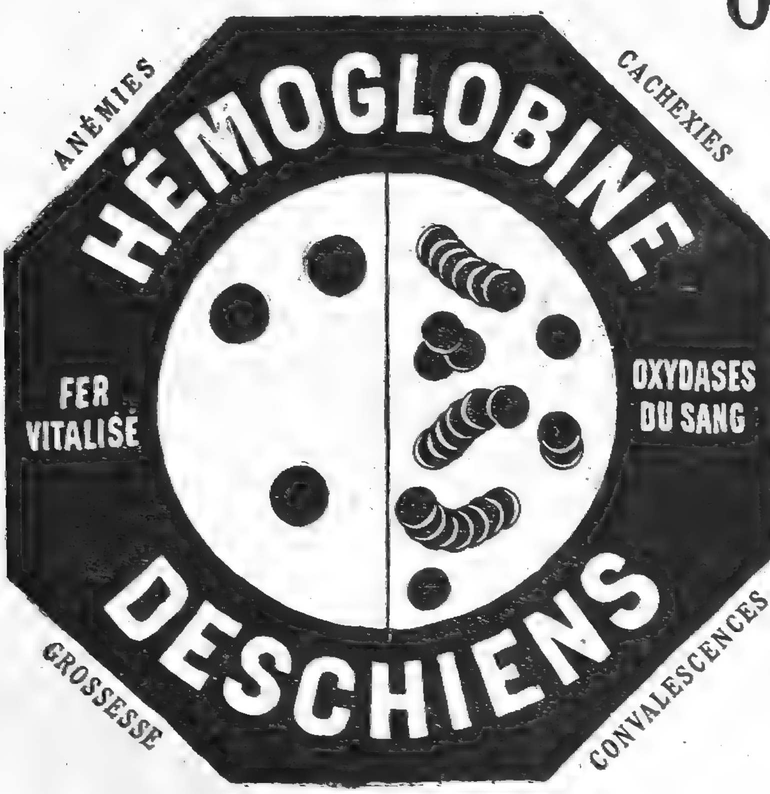
La documentation intra-confraternelle.

Je serais très reconnaissant à confrère ayant l'amabilité de me communiquer pour quelques jours la thèse du docteur Michon (Lyon, 1923).

Dr Loubriat (Montmorillon).

423. — Un succès amiable dû aux avis du « Sou Médical ».

Par lettre du 17 décembre 1924, le conseil du « Sou » nous avait accordé son appui pécuniaire pour poursuivre devant le Conseil de préfecture le paiement



d'honoraires d'assistance médicale qui avait fait l'objet d'une erreur, involontaire d'ailleurs, de la part de la mairie et qu'on ne voulait pas nous payer sous prétexte que les trimestres écoulés avaient été réglés.

J'ai le plaisir de vous faire savoir que, forts de votre lettre, nous avons été réglés. En conséquence, veuillez remercier le « Sou » de son appui dont nous n'avons pas besoin, puisque, *grâce à vous*, ce différend est terminé comme il convenait.

Dr D.

---

510. — Assujettissement des tâcherons à la loi sur les accidents forestiers.

Un propriétaire fait exploiter son bois à la tâche par de petits propriétaires du pays qui, l'hiver, n'ont rien à faire. Ils prennent un carré de bois à abattre et sont payés par le propriétaire une fois la tâche finie. Sont-ils, pour les accidents, soumis à la loi des accidents du travail ou du droit commun ?

Dr H.

Réponse

D'après la loi du 15 juillet 1914 qui a étendu aux exploitations forestières la législation sur les accidents du travail, le propriétaire est responsable des accidents dont peuvent être victimes les personnes travaillant sur la coupe, quel que soit le mode de paiement du salaire, et même les ouvriers embauchés par un tâcheron, à moins toutefois que l'exploitation n'ait été assurée par un entrepreneur à la suite d'une adjudication ou en exécution d'un contrat d'entreprise, auquel cas c'est l'entrepreneur qui est responsable.

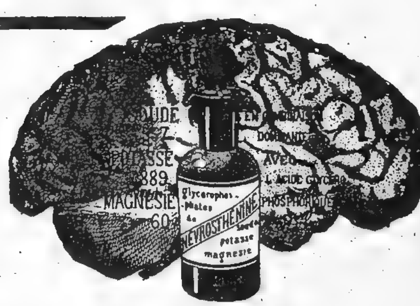
Ces dispositions générales ne s'appliquent pas aux terrains boisés, exploités en tout ou en partie, dont la superficie d'un seul tenant n'excède pas trois hectares, ni aux arbres plantés hors des bois lorsque l'opération n'a pas le caractère d'une exploitation, ni aux éclaircies faites dans les plantations de moins de 20 ans. Elles ne sont pas non plus applicables aux coupes de bois effectuées pour son usage personnel par le propriétaire du sol ou par le fermier ou métayer.

Si la coupe est faite pour vendre le bois, sur un terrain de plus de trois hectares, le propriétaire est responsable des accidents dont peuvent être victimes ses ouvriers, même payés à la tâche, dans les limites de la loi sur les accidents du travail.

---

584. — Soins à un militaire tombé malade en permission ou en congé.

Par qui sont dus les honoraires pour soins donnés à un militaire malade au cours d'une permission, l'autorité militaire ayant été avisée et n'ayant pas hospitalisé le malade ?



Si les honoraires sont payés par la famille, à qui celle-ci doit-elle s'adresser pour en obtenir le remboursement ?

Dr M.

Réponse.

Un militaire en activité de service, qui tombe malade au cours d'une permission ou d'un congé, doit être admis, en principe, dans l'établissement hospitalier militaire le plus voisin de sa résidence.

Si son état n'a pas permis le transport dans un hôpital, sa famille peut solliciter le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Mais ce remboursement n'est accordé qu'à titre exceptionnel et le montant n'en peut être supérieur à celui de la dépense qu'aurait entraînée le traitement dans l'hôpital militaire le plus rapproché.

Dans le cas signalé, il semble que la demande de remboursement doive être favorablement accueillie, puisque l'autorité militaire qui a été prévenue n'a pas fait hospitaliser le malade.

La demande doit être adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où se trouve la résidence du militaire et être accompagnée des justifications des dépenses et de tous autres renseignements utiles.

147. — Perte d'un avertissement de l'impôt sur le revenu.

N'ayant pas reçu fin décembre 1924 ma feuille d'imposition pour impôt global sur le revenu, je me suis rendu à la perception où l'on m'a dit que la lettre contenant la dite feuille avait été mise à la poste le 25 octobre. Je fis aussitôt une réclamation à la poste qui me répond hier que « les recherches effectuées dans les différents services ont été infructueuses ». Je suis d'autre part sûr de ma concierge, car j'habite un hôtel particulier et elle m'affirme n'avoir reçu aucune lettre pour moi des contributions.

Dans ces conditions, ai-je un recours quelconque contre ces administrations qui, au mépris de la loi, ont laissé s'égarer une lettre strictement personnelle et dont la divulgation du contenu peut me porter préjudice ?

Le contribuable a des devoirs, a-t-il encore quelques droits ?

Dr X.

Réponse.

La perte de la lettre ne pouvant être reprochée qu'à l'administration des postes, d'après ce que vous dites, vous ne pouvez avoir aucun recours contre le percepteur.

Nous vous informons qu'il résulte de la loi du 31 décembre 1924 que la majoration de 10 %

pour retard dans le paiement des impôts sera appliquée, en ce qui concerne les contributions directes et les taxes assimilées comprises sur tous les rôles publiés jusqu'au 31 décembre 1924, à la date du 1er mai 1925.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

---

405. — Validité des actes écrits sur papier libre. Doubles droits et amendes fiscales.

1° Entre propriétaire et locataire, l'échange de lettres comportant, d'une part l'engagement de céder à bail, de l'autre celui de prendre une maison pour une période déterminée et un prix établi, a-t-il une valeur égale devant la loi à celle d'un sous-seing sur papier timbré, régulièrement enregistré ? En d'autres termes, propriétaire et locataire ont-ils chacun une arme solide pour le cas d'une défaillance de l'autre partie ?

2° En cas de désaccord ultérieur, et de nécessité d'une production des promesses écrites échangées devant un tribunal, quelles seraient les formalités à remplir, et, le cas échéant, les amendes à subir ?

3° Pour un bail échu en 1921, par exemple, prolongé de 5 ans et 3 mois par application aux mobilisés des diverses lois sur les loyers, et enfin continué par nouvel accord (non enregistré) entre les parties, à partir de 1926, le fisc peut-il exiger une nouvelle déclaration du montant du loyer, ou se contenter pour la fixation des impôts (foncier, patentes, etc.) de la déclaration primitive supposée permanente ?

Dr Y.

Réponse.

Les actes sous seing privé rédigés sur papier libre ont la même force probante que ceux rédigés sur papier timbré et soumis à l'enregistrement ; cette dernière formalité ne fait que leur conférer la date certaine.

En cas de production en justice de votre acte (ou des lettres échangées qui formulent votre convention) vous seriez passible d'une amende de 50 francs en principal, plus les décimes, pour défaut de rédaction sur timbre.

D'autre part, le double droit (plus décimes) serait exigible pour défaut d'enregistrement d'un acte constatant un bail ou une location verbale (le droit en principal est de 0.60 plus deux décimes du prix du bail). En ce qui concerne les impôts fonciers et des patentes, il n'y a aucune déclaration à faire. En cas de contestation, les quittances du loyer auraient force probante.

A. M.

---

357. — Exonération de la taxe vicinale.

Né en 1860, je pense être exonéré pour 1925 de la taxe vicinale en vertu de l'article : « Taxe des pres-

tations : « cessent d'être imposables pour 1925 les hommes nés en 1864 et avant ». Suis-je dans l'erreur ? Sinon à qui adresser ma réclamation en dégrèvement ?

Dr Y.

Réponse.

La taxe vicinale perçue en remplacement de la taxe des prestations est constituée par des centimes additionnels aux quatre anciennes contributions : foncière, portes et fenêtres, personnelle mobilière et patente ; elle est donc exigible tant que vous êtes passible de l'une de ces contributions et quel que soit votre âge.

A. M.

---

383. — Calcul d'impôt sur le revenu.

Voulez-vous faire vérifier ma feuille d'impôts que je crois exacte, mais pour laquelle j'aurais volontiers des explications. Je suis marié, père de 2 enfants.

J'ai déclaré :

Revenus des valeurs et capitaux mobilier..	2.279
Traitements publics et privés..........	1.150
Bénéfices des prof. libérales............	49.012
	52.441

A déduire :

Intérêts des dettes contractées à Banque de France..........................	3.573

Je ne comprends pas le calcul de l'impôt cédulaire sur 49.010, ni le calcul de l'impôt général.

Dr Z.

Réponse.

Calcul de l'impôt sur les bénéfices professionnels :

Revenu déclaré		49.010
Minimum exonéré		6.000

La fraction comprise entre 6 et 8.000 compte pour 1/2, soit 1.000 frs. exonérés.

Total exonéré : 6.000 plus 1.000 soit 7.000.

Revenu taxable		42.010
Impôt à 6 %............	2.520 60	
Majoration de 2 décimes...	504 12	
Total	3.024 72	
Réduction de 10 % pour deux enfants	302 47	
Reste net	2.722 25	

Impôt général.

Revenu déclaré		48.800
Exonéré : marié	3.000	9.000
deux enfants ...	6.000	
Revenu taxable		39.800
De 0 à 6.000 exonéré.		
De 6 à 20.000 compté pour 1/25........		500
De 20 à 30.000 compté pour 2/25		800
De 30 à 39.800 compté pour 3/25		1.176
Total taxable à 50 %.............		2.536

Soit :

Imposition de	1.268
Majoration de 2 décimes...	253 60
Total	1.521 60
Moins réduction de 10 %..	152 16
Reste net	1.369 44

A. M.

389. — Admission de réformés de guerre dans les stations thermales ou climatiques.

Je serais heureux de savoir quelles démarches effectuer pour faire adresser deux réformés de guerre sur des stations thermales ou climatiques.

Il s'agit d'un réformé pour sclérose pleuro-pulmonaire sans bacilles de Koch dans les crachats et d'un pottique qui, pour le moment, n'a pas d'abcès et n'en a d'ailleurs jamais eu. D'abord, les réformés ont-ils droit à n'importe quelle station ou au contraire n'y en n'a-t-il qu'un certain nombre aménagées par le service de santé pour les recevoir ? Dans ce dernier cas, quelles sont celles auxquelles je pourrais songer pour mes deux malades ? Dr B.

Réponse.

Les réformés de la guerre avec pension ont droit au traitement gratuit dans un certain nombre de stations thermales dont la liste est arrêtée par le ministre de la guerre.

Vos deux malades pourraient bénéficier d'un traitement à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Cette station thermale offre l'avantage d'être ouverte toute l'année.

Pour la période du 1er mai au 1er octobre, les demandes doivent parvenir au ministre de la guerre les 1er avril et 1er juin, et, pour la période du 1er octobre au 1er avril de l'année suivante, les 15 août, 15 décembre et 15 février.

Ces demandes sont adressées, aux époques fixées, au général commandant la subdivision territoriale dans la circonscription de laquelle les malades se trouvent domiciliés.

Chaque demande est accompagnée :

1° D'un certificat délivré par un médecin de la localité et visé par le maire ;

2° D'une copie (certifiée par le maire) du congé, de l'état des services ou de toute autre pièce établissant la qualité d'ancien militaire du pétitionnaire et l'origine de ses blessures ou infirmités. Le général convoque les intéressés devant une commission spéciale de réforme pour qu'ils soient visités et contre-visités. Le dossier est ensuite transmis au ministre par le général commandant le corps d'armée qui les classe en assignant à chacun des anciens militaires un numéro de priorité en raison de la gravité de son état.

Le transport est gratuit à l'aller comme au retour.

403. — Réforme pour tics nerveux.

Un jeune homme de la classe 1924 (2e contingent) a été incorporé service armé en novembre dernier dans l'artillerie.

Ce jeune homme, bien constitué par ailleurs, présente depuis son enfance des tics nerveux de la face, des membres et on pourrait dire même de tout le corps, avec grimaces et sursauts involontaires de la face et des membres.

Au bout de quelques jours et comme cette infirmité le rendait incapable d'assurers on service, on l'hospitalisa, puis au bout de 45 jours d'hôpital (en observation), on le versa au service auxiliaire et on l'envoya pour quelques jours en permission à titre de convalescence.

Cet homme pourrait-il être réformé, ou bien pourrait-on le faire rapprocher de chez lui en l'amenant dans une garnison voisine ? Enfin, s'il doit rester au régiment, il manifeste le désir d'être examiné au Val-de-Grâce pour y être soigné. Est-ce possible ?

Je vous serais très reconnaissant d'avoir votre avis sur la marche à suivre dans l'un ou l'autre de ces cas.

Dr C.

Réponse

Cet homme ne pourrait être réformé que si son infirmité devenait assez grave pour l'empêcher de servir dans le service auxiliaire. Il ne semble pas y avoir là une raison d'obtenir, pour le motif de cette infirmité, une garnison plus proche de chez lui.

Peut-être sera-t-il difficile d'obtenir une guérison ou même une amélioration de tics nerveux datant de l'enfance.

Pour être évacué sur le Val-de-Grâce, il faudrait qu'il y ait autorisation du directeur du Service de santé de la région et du gouvernement militaire de Paris.

Application du Tarif Breton.

I

437. — Pansements à plusieurs doigts d'une même main.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail victime d'un traumatisme ayant gravement intéressé l'extrémité des doigts index et médius droits.

Il y a eu fracture transversale de la phalangette de l'index en son tiers supérieur, ainsi qu'une fracture comminutive de l'extrémité de la phalangette du médius.

L'accident est du 31 mai 1924. Soigné tout d'abord par un confrère, le blessé est venu me trouver à la date du 22 juillet. J'ai continué à lui donner mes soins jusqu'à fin août.

L'expert a consolidé à l a date du 1er septembre,

(*Voir la suite page XLVII-653*)

PROPOS DU JOUR

La régression de la tuberculose et ses causes les plus vraisemblables.

La tuberculose serait-elle vaincue ? Il serait téméraire de l'affirmer et il est probable que pendant des années et des années, elle fera toujours de nombreuses victimes. Elle paraît cependant nettement en voie de régression. Dans un rapport à la IVe conférence internationale contre la tuberculose, tenue à Lausanne en 1924, Sir Robert Philip, d'Edimbourg, a produit des statistiques qui démontrent que la mortalité tuberculeuse a diminué très notablement en Angleterre et aux Etats-Unis d'Amérique. En Angleterre, elle aurait diminué de 32 pour 100 de 1871 à 1891 et de 46 pour 100 de 1901 à 1921. Aux Etats Unis la diminution de 15 pour 100 de 1900 à 1910, atteint 32 pour 100 en 1920. Dans l'Etat de New York, depuis 1907, la diminution atteindrait même 55 pour 100. Ces chiffres sont impressionnants. MM. P. Lereboullet et M. Lelong qui les relèvent dans une revue très intéressante et très documentée sur la *tuberculose en* 1925 (1), donnent encore des renseignements statistiques qui s'accordent avec ceux de Sir R. Philip. En Danemark, qui est le pays le plus favorisé, la mortalité tuberculeuse a diminué en trente ans de plus des deux tiers ; en Suède, de 30 pour 100 en vingt ans. Il en serait de même en Suisse et en Pologne. En France, la diminution commencerait à se faire sentir à Paris. A Lyon, selon le Pr Courmont, la mortalité tuberculeuse de 354 pour 100.000 habitants en 1900, serait actuellement de 227. En Alsace, la régression du chiffre des décès serait de 30 à 40 pour 100 et M. J. Parisot affirme qu'en Meurthe-et-Moselle la mortalité tuberculeuse, de 220 pour 100.000 habitants, est tombée à 160.

MM. Lereboullet et Lelong, comme d'ailleurs Sir Robert Philip et tous les statisticiens, attribuent cette diminution à l'organisation de la lutte antituberculeuse. Nous ne sommes pas de ceux qui considèrent la lutte contre la tuberculose comme inefficace et qui prennent « la campagne antituberculeuse et ses résultats pour un conte de fées ». Cependant nous sommes convaincu que la diminution des tuberculeux, où elle existe, est puissamment déterminée par d'autres facteurs que les dispensaires antituberculeux et les sanatoriums. Ces facteurs sont d'un ordre plus général, ils se résument dans l'amélioration des conditions d'existence des populations. Le développement de l'instruction, l'assainissement de l'habitation, les travaux d'édilité qui ont transformé les villes donnant à plus de logis l'air et la lumière indispensables, la distribution abondante d'eau pure, le tout à l'égout, des facilités plus grandes pour se vêtir convenablement, une alimentation plus copieuse, l'amélioration des conditions dans lesquelles s'effectuent le travail dans les ateliers et les usines, la règlementation des heures de travail, le repos hebdomadaire, l'envoi à la campagne chaque année pendant plusieurs semaines, des enfants et de beaucoup d'adultes habitant les villes : toutes ces modifications des conditions générales de l'existence tiennent une place autrement importante dans la régression de la tuberculose que ce que l'on désigne sous le nom d'*armement antituberculeux*.

Le Danemark est cité comme le pays où la tuberculose a le plus régressé. Sans doute l'hospitalisation qui est assurée à tout tuberculeux par cette nation favorisée a une grande influence, mais n'oublions pas que le Danemark est tout particulièrement éduqué. C'est le pays où il n'existe pas d'illettrés, où les écoles paysannes complètent l'instruction donnée à l'école primaire, c'est le pays où l'organisation des colonies scolaires a atteint son apogée. En somme la population du Danemark qui, notons-le encore, est presque exclusivement agricole, est peut-être celle d'Europe dont les conditions générales de l'existence sont à tous les points de vue les meilleures. A notre avis, et l'avenir dira si nous avons raison, on a tort de limiter à une, deux, trois maladies l'action de l'hygiène sociale. Qu'on se donne la peine de réfléchir et l'on verra que dans l'armement antituberculeux, pour parler le style imagé de nos généraux et maréchaux de l'hygiène sociale, seuls les moyens qui améliorent l'hygiène générale donnent des résultats vraiment indiscutables. Ce ne sont pas les sanatoriums, même avec le secours du pneumothorax artificiel, qu'il soit partiel, électivement localisé, bilatéral simultané, simple ou accompagné de section des adhérences pleurales après pleurendoscopie, etc., etc., qui peuvent faire régresser la tuberculose ; ce ne sont pas même les

(1) *Paris Médical* du 3 janvier 1925.

consultations des dispensaires antituberculeux où les conseils donnés restent 90 fois sur 100 lettre morte. Ce ne sont ni la distribution des crachoirs, ni la désinfection, moyens indiscutablement recommandables, mais qui dans la pratique sont d'une efficacité bien illusoire.

C'est l'éducation hygiénique du peuple, c'est la destruction des taudis et la construction d'habitations salubres, c'est l'envoi des enfants à la campagne, dans les préventoriums, ou dans les familles de paysans (œuvre de Grancher) qui sont les éléments utiles de la lutte antituberculeuse. Or, notez bien que ces moyens, dont personne ne peut discuter l'efficacité, relèvent de l'hygiène générale, de la prophylaxie en général de toutes les maladies et non de la tuberculose en particulier.

Les instaurateurs de l'hygiène sociale ont eu nettement conscience de ce que nous constatons aujourd'hui. Ils n'ont pas appelé leurs offices : Offices antituberculeux, mais Offices publics d'hygiène sociale, et lorsqu'à Paris, M. Guillon, le distingué directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, a dû entreprendre la lutte contre la tuberculose, qu'a-t-il fait ? Sans doute, il a dû sacrifier à la mode et chercher à s'assurer quelques lits de sanatoriums, mais le gros effort de son institution a porté sur la préservation générale de l'enfance en fondant des préventoriums, en créant le centre de placement familial d'Orthez.

Quand on dispose d'un vaccin, d'un sérum thérapeutique, ou d'une médication spécifique efficace, l'on peut instituer avec succès une lutte spéciale contre une maladie ; c'est ce qui a été fait avec succès contre la variole, la diphtérie, la syphilis. Quand on connaît bien le mode et tous les agents de propagation d'une maladie transmissible, on peut avec chance de succès, s'attaquer à ses causes et supprimer la maladie. C'est ce que les Américains ont fait à Cuba pour la fièvre jaune ; ce que les Italiens ont fait dans la campagne romaine contre la malaria. C'est ce que l'on peut faire pour la peste, la fièvre typhoïde, etc. Mais en est-il de même quand on a à faire à une maladie comme la tuberculose dont la vaccinothérapie et la sérumthérapie ne sont pas au point, maladie contre laquelle il n'y a pas de spécifique réellement efficace, maladie dont les modes et les agents de transmission restent encore mystérieux, puisque l'on tend de plus en plus à admettre ce qui est cliniquement d'observation courante, à savoir que, dans la plupart des cas, la tuberculose est contractée dans le jeune âge, peut-être dans la première enfance, et que les manifestations tuberculeuses ne sont que le réveil d'une infection latente qui peut sommeiller pendant de très longues années ? Que d'inconnues dans la nosologie de la tuberculose ! Il ne suffit pas de proclamer *ex cathedra* que la tuberculose n'est pas héréditaire pour que cela soit, et peut-être un jour verra-t-on triompher de nouveau la doctrine de l'hérédité, comme l'on a vu triompher celle de la contagion qui, après avoir été universellement admise, avait été repoussée il y a environ un siècle ! Que sait-on de l'immunité ? S'il faut en croire le Dr H. Tecon (1) qui a étudié 482 cas de ménages dont un conjoint était atteint de tuberculose ouverte et dans lesquels les époux faisaient lit commun, dans 57 pour 100 de ces ménages, la contamination du conjoint sain n'a pas eu lieu, tandis que la contamination des enfants était émotionnante par sa fréquence et sa gravité. Cette constatation n'est-elle pas troublante, tant au point de vue de l'hérédité que de l'immunité ?

Concluons en constatant que, malgré les recherches de laboratoire, il reste beaucoup d'inconnues dans l'histoire naturelle du bacille de Koch et de mystères dans l'étiologie et l'évolution de la tuberculose, que les plus savants phtisiologues n'en savent là-dessus guère plus que le plus modeste des praticiens, que la prétendue science phtisiologique est faite trop souvent de conceptions hâtives et d'affirmations sans preuves suffisantes, destinées à disparaître demain ; que devant l'*ignorance actuelle* en matière de phtisiologie, la lutte contre la tuberculose ne saurait affecter un caractère autonome et que les principaux facteurs de la régression de cette maladie, comme de beaucoup d'autres, tient à l'amélioration indiscutable depuis un demi-siècle des conditions d'existence des peuples civilisés, grâce à la diffusion de l'instruction, aux progrès de l'hygiène générale, au développement et au perfectionnement de l'industrie humaine.

J. NOIR.

(1) La tuberculose conjugale, in *Paris médical* du 3 janvier 1925.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES BORBORYGMES GASTRIQUES ET LA NAUSÉE

Par L. PRON.

Symptômes banaux et quelque peu terre à terre, les borborygmes gastriques et la nausée n'en sont pas moins, à la fois, susceptibles de contribuer, dans de nombreux cas, à l'orientation du diagnostic et de donner lieu à des erreurs d'interprétation importantes.

I

Borborygmes.

Ils sont plus souvent physiologiques que pathologiques.

Ils sont *physiologiques*, le matin à jeun et loin des repas ; ils ne font alors que traduire l'activité normale de l'estomac. En effet, le segment gastro-duodénal du tube digestif est loin d'être inerte quand il est vide d'aliments ; on peut même dire que tout le tube digestif travaille en dehors des repas, quoique d'une façon atténuée, avec localisation prédominante sur la région gastro-duodénale.

A l'état physiologique, l'estomac renferme, à jeun, de l'air, que sa péristaltique chasse dans le duodénum, à des intervalles périodiques. D'un autre côté, il reçoit, du duodénum, soit de la bile pure, soit un mélange de bile et de liquide pancréato-duodénal, qui sont une cause d'entrée en activité pour le muscle gastrique.

Il en est ainsi dans la journée, loin des repas. En dehors des périodes digestives, il se fait une sécrétion pancréatique et intestinale. Cette donnée a été exposée par BOLDYREV ; elle a été reprise par OUDINTZEV (de Tomsk) (1) ; elle l'a été également par JARRO et VANDORFY (2). OUDINTZEV fait remarquer que les glandes salivaires et gastriques ne participent pas à cette activité périodique de l'appareil digestif — et que deux appareils contigus : d'une part, l'estomac ; d'autre part, le groupe duodénum, foie, pancréas se comportent de façon absolument différente.

(1) L'activité périodique de l'appareil digestif en dehors de la digestion et les modifications correspondantes des leucocytes. (Compte rendu in *Presse médicale*, 9 février 1924.)

(2) Ueber die Tätigkeit des nuchternen Magens (*Archiv. fur Verdauungs-Krankheiten*, Band XXVII, 1921, p. 364.)

Pendant les périodes digestives, il y a peu de borborygmes, parce que l'estomac est à peu près rempli par les aliments, les boissons et les produits de sécrétion ; au contraire, quand il a évacué son contenu prandial, il constitue une sorte de caisse de résonance.

A jeun et loin des repas, il y a alternance de reflux de liquide bilio-duodénal dans l'estomac et d'évacuation de ce liquide, d'où borborygmes. Il faut également faire entrer en ligne de compte le retentissement de la motilité intestinale (péristaltique de transit et aussi antipéristaltique *normale*) (1), sur le muscle gastrique, ces deux parties du tube digestif étant rigoureusement solidaires et réagissant de façon constante l'une sur l'autre.

A l'état pathologique, les borborygmes sont dus à deux états, dont l'un est très fréquent : l'*aérophagie* — et l'autre, assez rare : la biloculation gastrique.

Dans l'*aérophagie*, il y a association, succession ou mélange d'entrée d'air dans l'estomac, d'évacuation par le cardia, de transit par le pylore et de reflux du duodénum dans la cavité gastrique. Cet ensemble donne lieu à des bruits, dont l'intensité est proportionnelle à la tonicité du muscle gastrique.

Dans la *biloculation* (et l'on pourrait ici faire trois genres : biloculation *anatomique*, presque toujours consécutive à la cicatrisation d'un ulcère de la petite courbure, à laquelle se joint un *spasme* quelquefois prononcé, — biloculation par *ptose* et *dilatation*, le fundus étant élargi, même dans la station debout, et le poids de son contenu étirant la portion moyenne du tube gastrique, — biloculation *artificielle*, due à l'étranglement de la taille par un corset trop serré), les borborygmes sont synchrones des mouvements respiratoires, le contenu hydro-gazeux de la poche inférieure passant dans la poche supérieure pendant l'expiration — celui de la poche supérieure des-

(1) Les mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin. (BLAMOUTIER, Thèse de Paris, 1924.)

cendant dans la poche inférieure pendant l'inspiration.

Leur intensité est proportionnelle à la quantité de gaz, à la dimension des poches, au degré de tonicité du muscle gastrique, au diamètre du canal de communication entre les deux poches et à l'amplitude des mouvements respiratoires, c'est-à-dire au jeu du diaphragme, celui-ci faisant varier la pression dans la poche supérieure, qu'il comprime pendant son mouvement de descente (1).

II

La nausée.

Le vomissement est — ainsi que je l'ai montré (2), en me basant sur une expérience d'une vingtaine d'années — un symptôme assez rare dans les affections gastriques en général et dans l'ulcère, en particulier : 25 %.

La nausée est plus fréquente, mais elle se rencontre *bceaucoup plus souvent dans les troubles hépatiques que dans les troubles stomacaux*, soit isolée, soit associée à un état migraineux ou vertigineux.

Elle se montre surtout à jeun — et, quand elle aboutit au vomissement, celui-ci est constitué généralement par de la bile. Quand elle est faible, une prise de nourriture la calme ; quand elle est prononcée, c'est l'inverse qui se passe, mais les malades ne pensent guère alors à manger.

La nausée est presque toujours diminuée par le décubitus.

Outre les affections du foie et de l'estomac, elle est fréquente dans toutes les maladies de l'*intestin*, à quelque groupe qu'elles appartiennent. Le plus souvent, elle apparaît à titre de manifestation *réflexe*, soit qu'il s'agisse de déséquilibre (côlon), soit qu'il y ait adhérences ou brides, portant sur le segment supérieur (périduodénite d'origine ulcéreuse ou hépatique), ou inférieur (fin de l'iléon et cæcum en particulier). Il en est de même pour la *ptose rénale*.

Certains auteurs, entre autres Trémolieres et Caussade font du « réflexe nauséeux » un des signes « les plus fidèles » de l'*appendicite chronique*. Ce réflexe apparaît « au moindre mouvement, au moindre effort, à la palpation de la fosse iliaque droite » (1).

En dehors du tube digestif, la nausée se montre dans des états divers, soit comme manifestation réflexe des *affections génitales* chez la femme (affections utérines, troubles menstruels) ou *génito-urinaires* chez l'homme (hypertrophie de la prostate), soit comme conséquence d'une *intoxication* (affections du rein en particulier).

Le point capital à retenir est que la nausée est plus souvent en rapport avec un état non gastrique qu'avec un état gastrique.

(1) Dans la biloculation spasmodique ou atonique, les borborygmes sont supprimés par l'ingestion d'un mélange effervescent, qui distend tout l'estomac et par conséquent le canal de communication entre les deux poches.

(2) *Journal des Praticiens* (15 mars 1924.)

(1) In Roger, Widal, Teissier. — Nouveau Traité de médecine, fasc. XIV. *Tube digestif* (1924), p. 169.

LES ACQUISITIONS NOUVELLES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN (2)

Par le Dr René Beckers,

Secrétaire général des Journées Médicales de Bruxelles.

En même temps que nous publions la très complète et très intéressante conférence de notre distingué confrère belge et grand ami, le Dr René Beckers, *Administrateur de* « Bruxelles médical », *et Secrétaire général des* Journées Médicales de Bruxelles, *il nous est infiniment doux et agréable d'enregistrer et de mentionner sa récente nomination au grade de Chevalier de la Légion d'honneur.*

Cette distinction honorifique lui a été remise par le Maréchal Lyautey, à l'occasion des Journées Médicales marocaines, *où René Beckers représentait, et le Gouvernement belge, et la science médicale belge.*

En le décorant, notre Gouvernement s'est honoré lui-même, et nous applaudissons de toutes nos forces à ce geste qui renforcera encore les liens d'amitié qui unissent la Belgique à la France, notamment dans le domaine médical.

Et nous nous en réjouissons bien sincèrement, car si nous avons la plus vive considération pour le médecin de haute valeur intellectuelle, pour l'organisateur irréprochable d'une Œuvre dont l'intérêt peut se mesurer aux copies qui s'en font en France, de plus en plus nombreuses, nous éprouvons la sympathie la plus affectueuse pour l'homme, pour l'ami, dont nous avons, à chaque nouvelle rencontre, discerné et apprécié davantage les solides et brillantes qualités du cœur et de l'esprit.

Que le Dr R. Beckers veuille bien trouver ici les chaleureuses félicitations de ses amis du « Concours Médical ».

G. D.

(2) Conférence aux Journées Médicales de Toulouse, 10 juillet 1924.

En me demandant de faire cette conférence aux Journées Médicales de Toulouse, votre président m'a fait un honneur dont je sens tout le poids. Cet honneur m'est d'autant plus précieux qu'il devait certainement dans votre pensée, Messieurs, s'adresser avant tout à la Belgique, où naquirent si heureusement les Journées Médicales. Ma tâche s'en est trouvée plus lourde. Et j'aurais hésité à prendre la parole devant les Maîtres qui composent cette savante assemblée, si je n'avais su par avance toute l'indulgence qu'ils accorderaient à mes enthousiasmes et à mes désenchantements qui sont, dans la science, l'apanage de la jeunesse.

Si j'ai entrepris de parler du cancer, c'est que je vois avec angoisse s'en étendre journellement les ravages et que l'effort ne sera jamais assez grand dans la lutte universellement entreprise contre lui. J'ai voulu aussi rendre un hommage à la France, me souvenant que cet effort était parti de votre Pays, par la généreuse pensée et la fervente ardeur de deux hommes : Paul STRAUSS, qui sut imprimer une extraordinaire impulsion à la lutte anticancéreuse, et Jean BERGONIÉ, le Maître éminent dont le monde admire à la fois l'admirable courage et le dévouement à la science.

***

Dans la deuxième partie de son Discours sur la Méthode, DESCARTES dit : « Ne recevoir jamais aucune chose pour vraie, que je ne la connusse évidemment être telle ».

C'est dans cet esprit que je vais essayer de parler de cette vaste question du traitement du cancer du sein, sur laquelle on a tant écrit qu'il semble qu'on ait tout dit. Je veux me limiter aux acquisitions récentes et vous demander de m'excuser si je vous entretiens principalement de ce qui se fait dans mon pays. La science belge est d'ailleurs si proche de la science française, que j'aime pour ma part à les confondre, voyant dans une union aussi naturelle la constitution d'un esprit scientifique latin plus fort à lutter, plus puissant à combattre contre un autre esprit scientifique, qui a été et sera toujours un adversaire, un adversaire malhonnête et discourtois.

L'étiologie du cancer.

Avant d'entrer dans le sujet de cette communication, je ne puis résister au désir d'envisager avec vous l'état actuel de la question étiologique.

Dans le cas très précis des cancers du sein, les idées nouvelles me paraissent tout particulièrement attirantes et je ne suis pas loin d'admettre la possibilité de l'action d'un virus filtrant, liée à celle de l'irritation locale. Mais je ne veux pas qu'on me reproche de prêcher la réhabilitation d'une *théorie parasitaire*.

Je rappellerai d'abord les recherches récentes, de SLOSSE, BAYET, DUSTIN, REDING en Belgique, tendant à mettre en évidence l'importance du facteur *terrain* dans les possibilités d'éclosion des tumeurs malignes.

DUSTIN, au cours de recherches poursuivies depuis 17 ans dans un tout autre domaine, s'est efforcé d'étudier les grandes fonctions régulatrices de la division cellulaire.

La défaillance de cette fonction coïnciderait avec la possibilité d'apparition d'une tumeur. C'est ce mécanisme qu'invoque Miss Maud Slye pour expliquer le phénomène des souches sélectionnées de souris cancérisables ou non cancérisables.

De même, les applications de goudron, chez la souris ou le lapin, agiraient d'abord en brisant la résistance générale du sujet. Les effets nocifs de l'irritation locale ne se feraient sentir qu'après.

Par ses études sur le thymus et ses recherches sur les ondes de cinèses, les ondes de pycnose et la cinéphylaxie, DUSTIN a montré qu'il existait dans l'organisme des mécanismes cytologiques et humoraux régulateurs de la cytodiérèse. Il est maintenant possible de concevoir les grandes lignes d'une théorie générale de l'utilisation histogène ou énergogène des nucléo-protéides.

Rapprochées des données de CARREL et d'autres sur l'influence des sucs embryonnaires et des tréphones sur les cultures cellulaires, ces notions pourront constituer des bases cytophysiologiques solides sans lesquelles les progrès en cancérologie risquent de rester livrés au hasard.

D'un autre côté, l'*action de l'irritation locale* dans l'éclosion et la localisation des cancers est indiscutable pour un très grand nombre de cas de tumeurs spontanées ou expérimentales.

Comme je le disais tantôt, la notion de la nécessité d'un état général préalable modifiant le terrain commence à se faire jour.

Au cours d'une discussion à l'Académie Royale de Médecine ayant succédé à une communication de BAYET sur « le cancer, maladie générale », DUSTIN a précisé ce qu'il faut entendre par *irritation*, à savoir : *accélération et intensification du rythme mitotique* de certaines cellules. Ce phénomène peut être dû à des causes très variées : lésions cicatricielles ; lésions inflammatoires aiguës ou chroniques (tuberculose, lupus), syphilis (leucoplasie) ; irritations mécaniques ; actions d'hormones (exemple : le corps jaune excitant les mitoses de la glande mammaire ; poussée de croissance dans les dysembryomes, etc.).

On sait, d'autre part, par les recherches de BRACHET, Maurice HERLANT, DALCQ, que la cellule en cours de division voit sa perméabilité se modifier cycliquement, suivant les phases de la mitose.

L'explication du rythme mitotique n'est pas le cancer, mais il rend les cellules aptes à la cancérisation. Alors interviennent plus ou moins efficacement les grands mécanismes cytorégulateurs de l'organisme.

C'est cet ensemble de faits et cette suite de raisonnements qui a amené DUSTIN à formuler une théorie, qui, basée sur la combinaison de trois ordres de conditions, pourrait être appelée *théorie tripode*.

Pour qu'une tumeur *apparaisse, se développe* et *devienne maligne*, il faut :

A. — *En un point de l'organisme, un tissu à activité cinétique exagérée* (cicatrice, inflammation, irritation mécanique, goudron, hormones, etc.) ;

B. — *Une déficience des mécanismes cyto-régulateurs généraux* (tissus nucléo-régulateurs) (thymus, organes lymphoïdes), (ondes de pychone, cinéphylaxie). Cette déficience est souvent le fait de l'âge, d'une intoxication : goudron, arsenic ; d'un trouble endocrinien : dysthyroïdie, grossesse.

C. — Un virus cytotrope, pénétrant dans les cellules à la faveur des cinèses, se développant en elles et avec elles, un peu à la façon des bactériophages de D'HÉRELLE ou des principes lytiques de BORDET.

L'existence de ces virus a été démontrée pour les tumeurs des poules. Pour la nier chez les mammifères, il faudrait avoir épuisé les possibilités expérimentales, ce qui est loin d'avoir été fait.

Toutes les éventualités observées en cancérologie, et principalement dans la question des cancers du sein, semblent trouver une explication aisée par cette théorie tripode de DUSTIN.

Si donc, Messieurs, rejetant avec DELBET l'idée de l'hérédité et de contagion, ce qui n'est cependant nullement démontré, on admet l'origine exogène du cancer (et mon Maître BORDET a de longue date attiré l'attention sur les dangers de l'épandage des eaux d'égout et des fumiers dans la culture des plantes maraîchères), le cancer du sein serait dû à la fixation, facilitée par l'irritation quelle qu'elle soit, d'un germe introduit par les voies digestives.

C'est ce qui expliquerait pourquoi les traumatismes sont des causes particulièrement prédisposantes au cancer du sein, provoquant un arrêt du germe par le phénomène inflammatoire et sa fixation *in loco dolenti*.

C'est ce qui expliquerait aussi pourquoi le cancer du sein est le plus sujet à métastase, l'infection des ganglions pouvant se faire avant l'établissement du cancer dans la glande mammaire.

Traitement médical du cancer du sein.

Existe-t-il un traitement médical du cancer du sein ? Les traitements médicaux du cancer sont multiples.

Les uns recherchent une action spécifique (sérothérapie, vaccinothérapie pratiquée avec le produit du broyage des tumeurs) ; d'autres utilisent des extraits glandulaires, des ferments ; d'autres enfin utilisent des corps appartenant à la chimie organique (atoxyl, arsénobenzol, bleu de méthylène, quinine) ou à la chimie minérale (chaux, magnésie, silicate de soude ou de potasse, sélénium, plomb, cuivre). Le mode d'action de ces divers corps est différent, mais tous, introduits dans la circulation générale, essayent d'atteindre aussi bien les métastases que la tumeur primitive.

L'action sur l'état général est souvent favorable, mais sur la tumeur, elle est certainement peu marquée. Les essais de traitement général dans le cancer du sein en sont la preuve.

Et cependant, si les résultats jusqu'à ce jour n'ont guère été encourageants dans ce domaine, on peut espérer entrevoir la fin prochaine du cauchemar, après la communication que deux de mes compatriotes, MM. le professeur SLOSSE et le docteur REDING viennent de faire à l'Académie Royale de Médecine, communication qui a profondément impressionné les auditeurs.

L'idée directrice qui a servi de point de départ à leurs recherches est la suivante. Le substrat fondamental de la vie que nous considérions depuis toujours comme constitué par les matières organiques apparaît soudainement comme étant conditionné d'une façon générale par l'état de balancement ou d'équilibre des ions métalliques. Nous savons que les états humoraux sont, dans la plus grande partie de leur constitution, impressionnés profondément par l'état de balancement des ions minéraux. Nous savons qu'on cultive merveilleusement l'Aspergillus niger sur des milieux minéraux, mais qu'il suffit de modifier un tant soit peu la constitution du milieu nutritif, de changer l'état de balancement des ions pour qu'immédiatement la vitalité de la colonie soit impressionnée et pour que la morphologie même des cellules soit modifiée.

C'est là un phénomène très profond et SLOSSE y voit une loi biologique générale de la cytologie.

C'est en partant de cette idée que mes confrères ont essayé d'aborder l'étude du cancer. Ils se sont posé cette question : Y a-t-il moyen de modifier l'état d'équilibre salin d'une économie animale ? L'expérience a été réalisée et les résultats en ont été publiés.

En introduisant dans l'organisme du magnésium, ils ont réussi à changer l'état d'équilibre salin ; ils ont réussi à déterminer une fuite considérable de potassium et de calcium.

Il y a donc possibilité de modifier le milieu salin, et cette possibilité varie d'après la nature

de l'agent qu'on introduit pour déterminer le choc minéral. Si, au magnésium, on ajoute du cuivre, on constate que la fuite est aussi sérieuse pour ce qui concerne le potassium, mais que le calcium ne fuit plus : il reste là où il est, il n'y a plus d'élimination du calcium.

Vous voyez par ces quelques exemples qu'il y a possibilité de modifier le milieu minéral. Ceci étant acquis, Slosse et Reding ont commencé l'expérience sur les souris.

Ils ont pris deux lots de souris, un lot dans lequel ils ont modifié la composition minérale par une série de chocs préparatoires, un autre lot qu'ils ont laissé intact et qui a servi de témoin. Ils ont alors provoqué chez ces souris le cancer préparé au goudron par scarification entre les deux épaules et par badigeonnage avec un goudron actif. Tandis que les souris de la série témoin prenaient le cancer du goudron au bout d'un délai toujours le même et dans la proportion de 100 p. cent., celles de la série traitée ou préparée suivant le procédé que je viens de vous exposer, ou bien n'ont pas fait de cancer ou bien ont eu un cancer considérablement retardé ; quelquefois très tardivement, on a vu apparaître chez celles-ci une toute petite prolifération, un tout petit papillome de la peau qui fondait et disparaissait peu à peu.

Ayant obtenu ces résultats dans le laboratoire, Slosse et Reding ont essayé de tirer profit de cette expérience au point de vue du traitement des malades atteints de cancer.

Le traitement a été appliqué à environ 40 malades, cancéreux abandonnés par le chirurgien, par le radiologue, même par le radium-thérapeute.

Ces malades qui étaient en proie à la cachexie la plus profonde, qui étaient tributaires de la morphine, qui périssaient lentement dans leur lit d'hôpital, sont aujourd'hui socialement remis à leur place, ont repris leurs fonctions et les remplissent comme ils les remplissaient avant de devenir malade.

Ces malades sont-ils guéris ? Quel est l'homme qui oserait dire qu'un cancéreux est guéri ? Mais ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils ont aujourd'hui les apparences de santé, qu'ils se nourrissent, qu'ils vont et qu'ils viennent.

La conclusion de cela, c'est d'abord que l'action des ions métalliques a une influence considérable sur le développement et l'évolution des tumeurs néoplasiques. Cette action s'exerce en ordre principal sur le terrain et, secondairement seulement sur la tumeur. Les porteurs de grosses tumeurs en effet, récupèrent d'abord leur état de santé général ; ils conservent leur tumeur, elle est là comme un corps inerte au milieu d'eux, mais ils ne sont plus cachectiques ; ils sont diraiton, aptes à résister à la cachexie. De même, chez les porteurs de petites tumeurs, on constate tout d'abord la disparition des manifestations d'ordre général et, ultérieurement seulement et au bout d'un laps de temps qui varie, nous voyons la tumeur s'effacer.

Enfin, que le cancer nous apparaît non pas comme une maladie locale, mais comme une maladie humorale d'ordre général dont la tumeur que nous essayons d'enlever n'est qu'une expression locale déterminée souvent par une cause irritative.

Nogier, en France, montrant que le cancer à son début possède en lui une puissance d'envahissement endogène, estime qu'il faudrait lui opposer une force exogène, essayant de rassembler les cellules néoplasiques, de les ramener sur leur lieu central d'essaimage. Mais la chose est-elle réalisable ? Il propose pour ce faire, en s'appuyant sur les lois physiques, l'aspiration osmotique, créant un puissant courant lymphatique exogène. Ce courant luttera contre l'essaimage et rejettera en dehors les produits toxiques fabriqués par les cellules néoplasiques. En même temps, il administre 3 à 5 gr. *per os* d'une des substances dont l'action sur les néoformations épithéliales paraît indiscutable : la magnésie. Cet élément sera apporté en permanence à la périphérie du néoplasme par l'aspiration que l'on aura créée.

Cette aspiration, Nogier la réalise en appliquant sur le cancer du sein, ulcéré ou non, un pansement sucré hypertonique, renouvelé matin et soir. Cette thérapeutique est indifféremment anté ou post-opératoire.

Mais je m'attarde à ce chapitre, combien passionnant n'est-il pas vrai ? du traitement du cancer, maladie générale. Les exposés qui ont été faits contiennent des données qui sont encore vagues et obscures, des lacunes aussi, et je n'ai voulu vous en parler que pour être complet.

Le traitement du cancer du sein, tel qu'on l'a généralement compris jusqu'aujourd'hui, est tout autre. C'est le traitement d'un néoplasme, maladie locale.

Et avant d'en indiquer les techniques, je dois en deux mots rappeler non seulement que le cancer du sein se caractérise par des noyaux et des infiltrations dans les tissus voisins : peau, graisse et muscles, mais aussi les différentes variétés histologiques depuis le squirrhe à marche lente jusqu'à la forme acineuse, à évolution extrêmement rapide, car on essaye par elle d'expliquer les échecs de la radiothérapie notamment.

On rencontre dans le sein des encéphaloïdes, de même que des tumeurs glandulaires et des kystes. Des adénomes ou adénofibromes, par suite d'une prolifération épithéliale atypique, peuvent se transformer en tumeurs malignes.

Les adénocarcinomes sont rares dans le sein. Les cysto-carcinomes avec kystes plus ou moins développés, sont plus fréquents. La formation

d'excroissances papilliformes peut amener des cysto-carcinomes papillifères.

Mais la forme la plus habituelle du cancer du sein est le carcinome simple qui se présente sous forme de squirrhe avec consistance de nodules durs, souvent aussi sous forme d'encéphaloïdes.

Messieurs, quand on envisage le traitement du cancer, personne actuellement n'a le droit d'avoir ou de donner une opinion définitive. Mais avant tout j'estime qu'aucune tumeur du sein opérable, bénigne ou maligne, ne doit être traitée par la radiothérapie seule. Les statistiques donnent pour les cas opérables, mais seulement irradiés, en moyenne 14 % de survie après deux ans, tandis que la chirurgie donne 40 %. On peut dire que, à l'heure actuelle, la seule thérapeutique radiologique pour les cas opérables ne se pose pas, ne peut pas se poser, ne doit pas se poser.

Pour ma part, je veux entreprendre la lutte par l'action combinée de la chirurgie, des rayons X et des rayons γ.

Le cancer du sein, en tant que tumeur, est une maladie d'abord locale, et souvent longtemps locale. L'expérience chirurgicale a prouvé que la lésion initiale est limitée à un territoire restreint, qu'elle est unique.

C'est là une notion qu'il faut se rappeler quand on a à établir un traitement.

Tout a été étudié et décrit sur le traitement du cancer du sein. Depuis de longues années déjà on y a associé la radiothérapie à la chirurgie. Les chirurgiens ont, à ce point, perfectionné leur technique qu'on peut dire que, actuellement, la chirurgie dans cette affection a atteint une limite telle qu'elle est arrivée à un point mort.

C'est au sujet du traitement radiothérapique, de son application, que réside surtout la discussion.

Traitement radiothérapique du cancer du sein.

La méthode sanglante combinée à la radiothérapie telle qu'on la conçoit aujourd'hui, avec ses modalités d'applications différentes suivant le praticien, me paraît le traitement de choix. Et cependant, depuis quelques années, déjà avant la guerre, le taux des guérisons, plutôt de ce qu'on a admis d'appeler guérison, est resté stationnaire. Les chirurgiens sont généralement d'accord pour dire que l'absence de récidive, trois ans après l'opération, ne s'observe que dans 40 % des cas. On pourrait s'en étonner dans cette affection où la tumeur primitive, un nodule, un point unique, dans une des glandes (le cancer simultané est extrêmement rare) permet à l'observateur un peu habitué, un diagnostic précoce. Mais il faut bien dire que si parmi les malades qui se présentent, 25 % sont inopérables et ne sont plus sujets qu'à un traitement radiothérapique palliatif, 25 autres % pour le moins, présentent déjà de la diffusion lymphatique. Et combien de patients, hésitants, avant de consulter leur médecin, n'ont-ils pas eux-mêmes essayé du massage qui aide à la dissémination, ou appliqué des caustiques qui excitent les cellules cancéreuses et précipitent leur prolifération. De ce fait, tels qu'ils se présentent à nous, les résultats sont encourageants. Et n'obtiendrait-on que des survies (la mortalité opératoire avec la meilleure technique et dans les mains les plus habiles n'étant actuellement que de 1 %), le traitement du cancer du sein doit être entrepris avec la conviction et la foi qui sont la forme de notre apostolat. Ces survies d'ailleurs peuvent aller jusqu'à 10, 15 et 20 ans. Ne sont-ce pas là des guérisons ?

On a proposé la biopsie pour élucider le doute dans le diagnostic des tumeurs du sein. Je ne puis m'en montrer partisan. Car cet acte opératoire, aussi petit soit-il, aide à la dissémination en excitant la vitalité cellulaire et peut ainsi contrecarrer l'exérèse.

La nécessité d'associer la radiothérapie à la chirurgie est aujourd'hui, je le disais tantôt, presque généralement admise. Et partout aussi est admise la modalité de distribution des rayons avant et après l'opération.

Parlant de la radiothérapie, j'aime à me rappeler que sur le continent, c'est un Français, DESPEIGNE, qui le premier, tenta l'utilisation des rayons X ainsi qu'il avait été fait aux Etats-Unis dans le traitement qui nous occupe. Il n'y a pas un quart de siècle de cela, et on n'employait les rayons qu'après l'opération, à titre préventif.

Depuis l'introduction de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs, des progrès considérables ont été faits. On a pu croire à certain moment même que la radiothérapie supplanterait les méthodes chirurgicales. C'est une erreur et j'y reviendrai tout à l'heure.

***

Je m'en voudrais de vous dire pourquoi on a été amené à employer les rayons X et comment ils agissent sur les cellules néoplasiques. Je ne pourrais que répéter fort mal ce qui a été éminemment expliqué, dans la littérature médicale française tout particulièrement.

Passons au traitement :

On en est aujourd'hui à la radiothérapie profonde et aux doses fortes. Nous allons envisager cette thérapeutique.

Radiothérapie profonde.

Le cancer du sein est un des premiers qui aient été traités par les rayons X. De très nombreux succès ont été enregistrés. Il faut aussi marquer les échecs. Les radiothérapeutes les expliquent

tout d'abord par le grand nombre de variétés histologiques du cancer du sein, ensuite par sa situation toute superficielle qui rend difficile la possibilité de l'irradiation avec l'intensité voulue.

Située immédiatement sous la peau, à un endroit où se produit la plus grande perte d'intensité du faisceau incident, la tumeur ne peut être irradiée en effet que par un très petit nombre de portes d'entrée.

Lorsqu'on envisage la possibilité d'irradier un cancer du sein, on est frappé par la faible quantité de rayons qui atteignent la tumeur, et si on veut atteindre, dans toute l'étendue du néoplasme, cette dose dite cancéricide sur laquelle nous allons revenir, on doit avoir recours à de très hauts voltages et prendre des distances focus-peau anormalement grandes. Les radiologues cherchent à irradier par la paroi latérale du thorax et aussi par la face dorsale. Je considère pour ma part, ces portes d'entrée, comme peu satisfaisantes ; les rayons que la tumeur reçoit de ces côtés sont, de par son éloignement, forcément très faibles.

Dans la radiothérapie profonde, il faut tâcher d'obtenir un faisceau X homogène, se débarrasser de l'ensemble des rayons mous. On a pour cela imaginé un filtrage qui donne un faisceau pratiquement homogène à rayons suffisamment durs, qui possède le plus grand pouvoir de pénétration et le rendement le plus élevé.

Le problème réside donc à donner à toutes les parties susceptibles de contenir les cellules néoplasiques une quantité suffisante de rayons X, sans léser les organes voisins.

Biologiquement, ce problème est réalisable, puisque les cellules cancéreuses sont plus radiosensibles que les cellules saines.

Physiquement, la solution est plus difficile. On a démontré cependant qu'on pouvait amener dans la profondeur une dose de rayons X dite « dose cancéricide », sans arriver à une dose dangereuse.

Cette dose cancéricide, expression qu'on ne peut pas prendre à la lettre, serait de 100 % environ de cette dose d'*érythèmes cutanés* particulièrement chère aux Allemands, et qui sert, combien approximativement, à formuler une unité de dosage nécessaire pour détruire les tissus pathologiques.

Cette dose d'érythèmes (rayons sortis de l'ampoule + la quantité de rayons produits par la diffusion dans les tissus irradiés) est elle-même variable. Cette variation serait due aux différentes sensibilités de la peau. La quantité de rayons renvoyés vers la peau par diffusion rétrograde varie essentiellement en effet, avec le tissu irradié ; elle est plus petite par exemple quand on irradie un thorax que lorsqu'on irradie la cuisse.

Ce fait a une importance capitale pour le traitement du cancer du sein.

Enfin, l'action de ces rayons diffusés diffère encore avec l'ouverture du diaphragme employé.

On conçoit donc combien, devant l'imprécision, il est difficile d'établir une unité définie. Et cependant, toute imparfaite qu'elle est, c'est cette dose érythème qui est employée en pratique. Et c'est peut-être pour cela aussi que les résultats avoués diffèrent si sensiblement les uns des autres.

Il serait théoriquement souhaitable, dans la radiothérapie préopératoire, de pouvoir réaliser une action continue comme dans la radiopuncture, ce qui est pratiquement impossible.

Cependant mes compatriotes Neuman, Sluys et Coryn ont tenté de réaliser un mode d'application qui s'en rapproche très sensiblement : c'est la méthode de radiotyndallisation profonde.

Ils établissent une irradiation ultra-pénétrante de la tumeur et surtout des territoires lymphatiques habituellement envahis, c'est-à-dire les voies et relais lymphatiques mammaires internes, ganglions axillaires, ganglions sous et sus-claviculaires, distribuent jusqu'à 6.000 R. pour la région mammaire, 4 à 4.500 R pour les autres régions, atteignant ainsi une dose totale de 18.500 à 22.500 R. Cette dose totale est administrée en dix jours, en doses fractionnées de 2.000 R par jour, 500 R. par région, 250 le matin et 250 le soir.

Le but de cette méthode est de maintenir la dose *seuil* anticaryocinétique sans changer en rien la dose journalière et la dose totale, d'où le nom de *radiotyndallisation* ou *méthode des doses massives fractionnées* que lui ont donné ses auteurs.

C'est au fond un essai de réalisation par les rayons X de ce que l'on obtient au moyen de petites doses de radium maintenues pendant plusieurs jours au sein des tissus, par curie-puncture.

Cette méthode évidemment pèche par la base : la dose seuil anticaryocinétique n'est pas connue, de même que n'est pas plus connue la qualité de rayonnement le plus propice. On n'a pas encore le moyen de sélectionner suffisamment les longueurs d'onde, et les auteurs de cette méthode (ils le reconnaissent eux-mêmes) sont donc obligés d'inonder la région cancéreuse de quantités énormes de rayons dont les longueurs d'ondes s'étendent sur plusieurs octaves.

Regaud, dès 1920, attirait l'attention des radiothérapeutes sur ce fait que le néoplasme, dans toute son étendue, et toute la zone susceptible de contenir des récidives devraient recevoir une dose suffisante de rayons X.

Ces conditions ne peuvent être réalisées en irradiant directement un sein. La répartition des rayons X est modifiée par l'air contenu dans la

cage thoracique ; elle est tout à fait différente de celle qui se produit dans un tissu plein ou dans l'eau. Les radiothérapeutes ont, pour remédier à cet état de choses, imaginé de créer un solide de forme géométrique régulière et de composition se rapprochant de celle de l'eau : ils incluent dans un bloc de paraffine toute la paroi thoracique du côté malade avec le bras correspondant collé au corps . L'irradiation se fait en quatre champs 18 × 24. De cette façon, les ganglions du cou, ceux de l'aisselle et la zone mammaire sont irradiés de façon homogène. La tumeur est pratiquement amenée au centre d'un solide qui se conduit comme les tissus humains et dans lequel la répartition des rayons est connue.

Casman, d'Anvers, a imaginé une technique qui permet d'augmenter fort heureusement la dose d'irradiation. Il adjoint trois centimètres de paraffine au-dessus de la zone à irradier, ce qui double le pourcentage en profondeur. En effet, dans les trois premiers centimètres de profondeur la perte est de 50 %. On peut donc donner à la surface de la paraffine 200 % de la dose d'érythème, puisque à trois centimètres plus bas, c'est-à-dire à la surface de la peau, il ne reste plus que la moitié, soit 100 %. A 10 centimètres de profondeur, il reste donc 50 % de plus que lorsqu'on irradie directement.

Le rendement de l'irradiation, par cette modification de technique est donc très sensiblement amélioré.

Je ne puis passer sous silence, pour être complet, une méthode radiothérapeutique abandonnée je crois en France comme en Belgique, mais qui semble encore être en honneur en Italie. Il s'agit de la radiothérapie métachirurgicale interopératoire. C'est, ainsi que vous le savez, une méthode d'irradiations à porte ouverte, c'est-à-dire dans les tissus dépouillés de la peau, après l'extirpation du foyer néoplasique, pendant l'opération elle-même.

L'idée est heureuse, mais elle offre deux inconvénients : la nécessité tout d'abord d'une installation de rayons X portative ou à proximité immédiate de la salle d'opération ; celui, plus grave à mon avis, d'allonger considérablement la durée de l'acte opératoire.

Spinelli Mameli, de Naples, qui semble se faire l'apôtre de cette méthode, accuse dans sa statistique 66 % de survie et 44 % de guérisons dépassant un an et demi.

***

Il est incontestable que cette thérapeutique des radiations constitue un des plus grands progrès faits jusqu'à ce jour dans le traitement du cancer, mais ce n'est pas encore le véritable spécifique, car cette thérapeutique ne peut être appliquée d'une façon absolument adéquate.

L'action thérapeutique des radiations peut se trouver parfaite pour la tumeur principale et insuffisante pour l'envahissement ganglionnaire.

Peut-être détruira-t-elle les manifestations cliniques de la tumeur, mais ne va-t-elle pas exciter à distance les îlots invisibles de cellules néoplasiques ?

Les radiations à bonne dose peuvent guérir, soit. Mais les radiations à dose insuffisante excitent au contraire le développement de la tumeur.

Et ne regrettera-t-on pas un jour l'emploi inconsidéré de doses massives ? Tout le monde a obtenu des guérisons, guérisons qui se sont maintenues avec les doses beaucoup moindres de la radiothérapie ordinaire. Cela prouve en tous cas, à suffisance me semble-t-il, qu'il est impropre aujourd'hui de parler de doses cancéricides.

Toujours est-il que beaucoup de problèmes restent à résoudre dans la radiothérapie profonde. Et si l'irradiation homogène (à savoir que quantitativement et qualitativement cellules saines et cellules néoplasiques reçoivent le même rayonnement), comme l'étude exacte de la répartition dans un solide irradié, sont des acquisitions réelles, que reste-t-il de la notion de dose cancéricide et de dose érythème ?

Peut-on, dans ces conditions, parler pour les néoplasmes mammaires d'un traitement uniquement radiothérapeutique ?

Au point de vue du cancer du sein, les résultats sont très différents. Si des tumeurs cancéreuses ont fondu et semblent être guéries sans l'intervention du chirurgien, d'autres ont résisté étonnamment aux doses les plus fortes de rayons X. L'école de Fribourg veut même que les cancers du sein non irradiés évoluent plus favorablement et présentent moins de récidive.

J'aime quant à moi à observer une sage circonspection. Si les rayons n'arrivent pas toujours à faire disparaître un cancer du sein, je constate que bien souvent ils peuvent le rendre opérable, non seulement en diminuant le volume de la tumeur, mais en faisant disparaître totalement des métastases ganglionnaires favorablement situées.

La chirurgie ici n'a donc pas perdu ses droits. Elle complète le traitement. Elle est l'associée, la collaboratrice nécessaire de la radiothérapie.

Et même si l'on parvenait un prochain jour à ne distribuer que juste ce qu'il faut de radiation, l'acte chirurgical ne perdrait rien de son importance dans le traitement du cancer du sein.

On ne peut pas ignorer non plus les accidents causés par la radiothérapie profonde. Sur la peau, les radiodermites peuvent conduire à la nécrose. Dans le sang, une diminution très sensible du nombre des leucocytes, détruits par les rayons, peut créer un état d'anémie grave, quelquefois mortelle. Des doses trop fortes, n'ont-

elles pas aussi amené des troubles du nerf vague et de l'urémie ?

Ces accidents sont peut-être rares, me direz-vous, mais sont-ils toujours signalés ? Je considère comme un devoir cependant, pour ceux qui manient les rayons X, de donner honnêtement les résultats de leur expérience. Ils empêcheraient quelquefois un médecin inexpérimenté de commencer un traitement qui peut être très dangereux et qui nécessite en tout cas une longue pratique.

Un mot maintenant de la radiothérapie post-opératoire. L'acte chirurgical doit être suivi d'applications radiothérapiques, non pas à plaie ouverte, comme le concevait MAUNOURY, en 1907, mais sur la plaie suturée comme à l'ordinaire. Elle continue l'action déjà commencée par le radium selon la technique que je vous ai exposée tantôt, action cytolytique sur les cellules cancéreuses qui auraient pu être disséminées au cours de l'opération, action graduelle d'encapsulement fibreux sur les ganglions qui auraient pu échapper au bistouri. Ce traitement doit être commencé assez rapidement, car l'action est plus grande sur un néoplasme au début de son développement. Ce qui nous dicte aussi notre ligne de conduite, c'est que nous avons tous vu disparaître une récidive sous l'action des radiations. Je commence ce nouveau traitement dès que le patient est en état de se lever, c'est-à-dire environ 10 jours après l'opération, soit un peu plus de quatre semaines après la première application de rayons X.

Le phénomène le plus remarquable qui suit ces applications est l'atténuation et même la disparition des douleurs ; ce phénomène est surtout suivi de la diminution des noyaux, de la disparition des zones indurées qui prolongent les tumeurs sous forme de plastron thoracique. L'état général se relève. On constate un mieux-être évident des malades.

Je veux conclure pour ce qui est de la radiothérapie ordinaire.

Je la conçois associée à l'acte opératoire, avant et après. Je fais deux applications de rayons X préparatoires. La première, trois semaines avant l'opération. La seconde, dix jo urs avant l'opération, suffisamment espacée de la première pour permettre à l'organisme d'éliminer les produits résorbés lors de la première application.

J'estime que cette seconde irradiation est nécessaire. Elle n'a qu'un but : atteindre les cellules cancéreuses qui, lors de la première application n'auraient été ni tuées, ni sidérées, mais au contraire excitées.

Pour ce qui est de la radiothérapie post-opératoire, je fais systématiquement quatre applications, à quinze jours d'intervalle.

Pour ce qui est de la radiothérapie profonde, en tant que traitement unique d'un néoplasme mammaire, je regrette son évolution rapide, un peu trop rapide. On a été ébloui au début, surtout par les résultats qui venaient d'Allemagne. Et je constate que, si on cherchait dans la radiothérapie profonde un traitement du cancer, on a été à un échec retentissant.

Traitement chirurgical du cancer du sein.

Et maintenant, passons à l'acte opératoire.

Le rôle de la chirurgie dans la lutte anticancéreuse montre que, jusqu'au siècle dernier, la chirurgie a été l'arme efficace opposée au cancer. Alors que les rayons X et le radium n'avaient pas encore été associés à la chirurgie, on obtenait des guérisons par la seule chirurgie. Tout le monde en a dans ses statistiques.

L'efficacité de la chirurgie est fonction de la précocité du diagnostic.

Les échecs tiennent aux récidives dues à une ablation insuffisamment large et aux métastases viscérales antérieures à l'opération.

Aussi bien la chirurgie ne se limite-t-elle pas au traitement curatif, mais elle peut, à titre palliatif, soulager le malade et prolonger son existence.

Je fais l'opération trois semaines après la première application de rayons X, dix jours après la seconde. Ce temps est nécessaire parce que la résistance générale des malades est fortement diminuée. Mais il ne faut pas attendre plus longtemps parce que le tissu conjonctif devient scléreux et la dissection est rendue difficile, surtout près des vaisseaux.

L'acte chirurgical s'accomplit dans de très bonnes conditions.

Il est inutile, je pense, de revenir sur une technique qui ne diffère dans chaque école que par une question de détails. Elle a atteint aujourd'hui un maximum de perfectionnement et s'il faut attendre une amélioration dans le traitement radio-chirurgical du cancer du sein, ce n'est pas du côté de la technique opératoire qu'il faudra la chercher.

Je rappellerai qu'il y a nécessité absolue d'enlever le néoplasme entièrement et en un seul temps. L'exérèse, en un bloc (pour ne pas favoriser l'essaimage), doit être large, c'est-à-dire qu'elle doit aller bien au-delà de la région envahie. J'enlève en même temps et en un bloc, la peau (incision en raquette, pas trop grande, le décollement du pourtour donnant un jour suffisant), la glande, les pectoraux, le paquet vasculaire sanguin et lymphatique, quelquefois une partie du grand dentelé. J'insiste sur la nécessité d'un évidage complet du creux axillaire. Les ganglions peuvent n'être qu'hypertrophiés (ce qui est la règle dans une région cancéreuse), sans avoir déjà subi pour cela une altération fatale, mais il est impossible *de visu* de juger de leur état. Par

contre, je n'ai vu qu'exceptionnellement entrepris les ganglions sous-claviculaires. J'estime ne pas devoir les enlever, car je ne me souviens pas, au cours de ces dix dernières années avoir vu de métastase de ce côté.

L'hémostase doit être soignée : un hématome post-opératoire constituerait un milieu propice au développement des cellules malignes. Il ne faut pas cependant s'attarder aux suintements, de règle dans cette opération, et qui sont arrêtés rapidement par la compression de la peau, suturée à la grosse soie.

Le drainage est de règle. Il est nécessaire à l'écoulement des sérosités qui apparaissent dès après l'opération, résultat du vaste délabrement et du traitement radiothérapique.

C'est à ce moment de l'acte opératoire que nous avons, depuis trois ans, le docteur MAYER et moi-même, introduit le radium dans le traitement du cancer du sein.

Curiethérapie du cancer du sein.

Nous plaçons deux tubes de caoutchouc. L'un, de moyen calibre, dont l'extrémité aboutit au paquet artério-veineux du creux de l'aisselle, traverse obliquement le champ opératoire pour sortir par un orifice pratiqué au bistouri dans la peau de la face latérale du thorax. C'est le tube de drainage. Ce drain, maintenu en place pendant dix jours, est lui-même entouré de gaze qui aide singulièrement au drainage par absorption et qu'on retire après 24 heures.

L'autre, de gros calibre, partant également du creux de l'aisselle, sort à la partie inférieure de l'incision. C'est ce drain qui va nous permettre l'application *in loco dolenti* de tubes de radium suivant un procédé qui nous est propre et qui a été repris et décrit depuis par HANDLEY.

Nous fixons dans ce drain de caoutchouc, depuis son extrémité axillaire et à la suite l'un de l'autre deux, trois ou quatre tubes de Dominici, de 2,5 centigrammes de bromure de radium, détruisant chacun environ 90 microcuries par heure. Ces tubes sont stérilisés à l'ébullition (le radium n'en subit aucun dommage), et sont entourés d'un filtre d'aluminium de 1/10 de millimètre d'épaisseur, filtre qui vient s'ajouter à un millimètre et demi de platine (1/2 millimètre du tube et un millimètre du filtre). Ce filtrage arrête les rayons α et β. Les rayons γ sont donc seuls à agir. De plus, le caoutchouc du drain, substance de densité faible, absorbe les rayons secondaires, de pouvoir pénétrant relativement faible et d'effets nuisibles. Ces tubes laissés en place pendant 48 heures au début de nos applications, le sont aujourd'hui pendant 96 heures. Ils agissent plus spécialement sur la région axillaire et celle des lymphatiques mammaires internes.

Cette méthode a les avantages de la radiothérapie interopératoire, sans en avoir les inconvénients. Elle a d'abord l'avantage de porter les rayons en contact direct des cellules qui pourraient s'être implantées dans les tissus au cours de l'opération ou des ganglions qui auraient échappé aux investigations du chirurgien. Elle a aussi l'avantage de permettre un traitement de ces tissus plus précoce que par la radiothérapie post-opératoire qu'on ne peut normalement commencer que dix jours après l'intervention. Enfin, elle ne prolonge pas l'opération. Appliquée dans 23 cas depuis 1921, elle ne nous a donné aucun accident. Nous n'avons pas observé de récidive dans les cas qu'il nous a été donné de revoir, mais il paraît prématuré d'émettre dès aujourd'hui un jugement ou de tirer une conclusion.

Je dois signaler ici que de Beule (de Gand), maintient en place pendant cinquante heures seize cartouches contenant chacune 3 milligr. 33 de radium élément, réparties dans trois tubes de caoutchouc et placés, le premier dans une brèche sus-clavière, le deuxième dans la région sousclavière le long de la gaine des vaisseaux, le troisième perpendiculairement au second, à la face externe du grand dentelé.

***

J'estime que l'analyse histologique de la tumeur est à ce moment nécessaire comme indication au traitement et pour guider le radiologue dans les applications subséquentes qu'il est appelé à faire.

On a essayé la curiethérapie seule dans le cancer du sein au début. S'il est vrai qu'elle amène parfois la disparition de la tumeur primitive, on assiste presque toujours au développement des métastases auxquelles la curiethérapie donne un véritable coup de fouet. Et le cancer grandit alors et prolifère plus rapidement que si l'on n'avait rien tenté. Un autre danger du radium dans ce cas, où il conviendrait d'employer des doses importantes, c'est qu'il n'a pas une action élective sur les cellules cancéreuses et qu'il agit sur tous les tissus.

Cependant, NEUMAN, CORYN et SLUYS, mes compatriotes, lorsqu'ils ne peuvent pas appliquer la totalité du traitement radio-chirurgical, soit que le sujet fût âgé ou dans un état trop précaire, soit encore qu'il refuse l'amputation du sein, ont recours à la curiepuncture.

La charge des aiguilles est choisie de manière que le temps d'application nécessaire pour arriver à la dose voulue soit au moins de 6 à 7 jours.

Le but de cette irradiation lente est d'arriver à une stérilisation cellulaire néoplasique plus parfaite.

Comme voie d'accès : 3 ou 4 incisions circonscrivant la tumeur, comprenant la peau et le tissu cellulaire, sont pratiquées sous anesthésie locale,

de manière à pouvoir aborder les plans profonds de la tumeur. Ensuite la tumeur est aiguillée par étages, en plusieurs plans, profonds et superficiels, de manière à obtenir une radiation homogène.

Les aiguilles sont distantes l'une de l'autre, d'environ un centimètre. Le nombre et le temps d'application sont variables d'après le volume de la tumeur et calculés de façon à détruire autant de millicuries que le néoplasme comporte approximativement de centimètres cubes.

Les régions axillaire et claviculaire sont soumises à la radiothérapie profonde suivant la technique habituelle.

Cette curiepuncture est naturellement un procédé d'exception.

On pourrait peut être imaginer un traitement où la radiothérapie profonde serait associée au radium.

L'expérience a prouvé, en effet, qu'au bout d'un certain temps une tumeur devient radio-résistante. Or, nous savons qu'une tumeur et ses prolongements ne présentent pas dans leur ensemble la même radiosensibilité. Et c'est pourquoi, bien qu'ayant employé toute la dose X qui pouvait être donnée, on peut trouver une partie de la tumeur non détruite.

La sensibilité au radium pouvant être très différente de la sensibilité aux rayons X, on pourrait imaginer un traitement par les rayons γ de ce qui reste de la tumeur.

Enfin, et ceci pour le jour où nous aurons à notre disposition des quantités énormes de radium à un prix modéré, il faut prévoir un traitement du cancer du sein par la curiethérapie de surface, en employant cette paraffine armée, substance plastique, décrite par votre compatriote Nogier, de Lyon.

C'est, ainsi que vous le savez, un mélange de paraffine cire, imprégnant un tissu de feutre épais de 5 à 12 millimètres suivant les cas. La paraffine armée a une densité très faible : 0.85. Elle est très légère. Elle n'émet pas de rayonnement secondaire nuisible pour les tissus : servant de diffuseur, elle homogénise l'irradiation.

La paraffine armée se prête admirablement à la fixation de tubes ou aiguilles de radium. Se travaillant à froid, comme du bois tendre, elle permet la préparation de tous les appareils, de tous les moules, pour la curiethérapie de surface.

Malgré toutes les tentatives et les résultats publiés, je ne puis, dans le traitement qui nous intéresse, accorder ma confiance au radium comme agent curateur, et tant que nous n'en avons pas en quantités suffisantes, je ne vois son emploi que comme simple adjuvant.

L'acte principal du traitement doit, dans l'état actuel de nos connaissances, revenir à la chirurgie.

La bétathérapie.

Enfin, Sluys, de Bruxelles, a imaginé une méthode nouvelle du traitement du cancer du sein, méthode à laquelle il a donné le nom de Bétathérapie profonde. Bien que l'auteur n'ait publié à ce sujet qu'une note préliminaire et qu'il attende fort justement que les expérimentations cliniques et les recherches de laboratoire viennent confirmer ses prévisions, il ne me serait pas permis cependant, dans le cadre de cette conférence, de ne pas vous en toucher un mot.

La Bétathérapie profonde consiste à créer au sein des tissus un rayonnement très considérable, afin d'augmenter l'effet destructeur sur les cellules vivantes.

Le rayonnement β avait déjà été employé avec succès pour les épithéliomes superficiels.

Sluys estime que les rayons secondaires émis par le métal des aiguilles sous l'influence des rayons γ, sont responsables d'une grande partie de l'effet destructif intense sur les cellules néoplasiques.

Des expériences lui ont permis d'affirmer que le rayonnement β joue le rôle principal, sinon l'unique, dans l'action destructive des radiations, en agissant directement sur l'édifice physico-chimique très complexe de la cellule vivante.

Pour arriver à le démontrer, il a créé au sein des tissus des foyers intenses de rayonnement β. Le phénomène d'émission B est d'autant plus intense que les éléments irradiés ont un nombre atomique plus élevé.

Pratiquement, il a donc introduit au sein des tissus des aiguilles et des fils de métaux lourds (or et platine) et il a irradié la région au moyen d'un rayonnement X d'une longueur d'onde correspondant au maximum d'émission de rayonnement β de l'élément employé.

Sa technique : il introduit aiguilles et fils (de platine ou d'or) aseptiques au sein de la tumeur, faisant en sorte qu'aucune partie du néoplasme à détruire ne soit très éloignée du fil émetteur d'électrons. Il crée des plans le plus géométriquement possible, en tenant compte des possibilités anatomiques, et croise les fils selon un schéma établi d'avance.

La région est alors soumise à l'irradiation dont la longueur d'onde est connue.

Les premiers essais ont été faits sur des tumeurs du sein. Des biopsies faites avant et après, Sluys se croit permis de fonder les plus grands espoirs.

Autour des fils, il a constaté un manchon de nécrose tout à fait comparable à celui qu'on observe autour des aiguilles radifères employées en curiepuncture. Les régions traitées de cette façon contrastent avec celles qui ont reçu des doses identiques ou supérieures de rayons X,

mais qui ne possèdent plus les fils émetteurs d'électrons β libres.

Il y avait longtemps que, pour augmenter l'action du rayonnement incident, on avait introduit au sein des tumeurs des métaux lourds sous différentes formes. Mais le procédé imaginé par SLUYS, encore qu'on puisse en contester la valeur est entièrement nouveau car l'auteur n'irradie pas avec un faisceau de X quelconque, mais uniquement avec des rayons dont la longueur d'onde est immédiatement plus petite que celle correspondant à la discontinuité de l'élément enfoui.

La longueur d'onde de discontinuité a été déterminée par des physiciens pour la plupart des éléments.

Méthode de Willems.

Je dois signaler, pour terminer, que j'ai essayé la méthode de WILLEMS, de Liège, qui consiste à maintenir le bras élevé en position verticale, après l'amputation du sein. Mais j'obtiens d'aussi bons résultats, sans œdème et sans ankylose, en faisant précocement, dès le quatrième jour, de la mobilisation active et passive. Cette méthode n'oblige pas non plus le malade à une position inconfortable.

D'ailleurs, l'œdème du bras, consécutif à une amputation du sein, ne provient pas d'un trouble circulatoire primaire, mais d'un trouble nerveux qui secondairement agirait sur les vaso-moteurs. Des examens histologiques ont, en effet, montré un envahissement néoplasique de toutes les gaines lymphatiques, des nerfs et des vaisseaux du bras.

Dans ces cas, quand les douleurs deviennent intolérables, on pourrait essayer une irradiation large du bras.

Conclusions.

Messieurs, je m'excuse d'avoir été aussi long, *et je veux conclure.*

Je vous ai exposé des méthodes nouvelles qui ont été préconisées parfois avec un enthousiasme que justifie la foi, il n'en faut pas douter, mais qu'un esprit nouveau exalte quelquefois aussi avec un peu d'exagération.

Les méthodes nouvelles ont toutes les vertus jusqu'à ce qu'elles aient tous les défauts. L'emballement du début fait qu'on les applique en hâte et parfois sans jugement.

Certaines thérapeutiques nouvelles, en raison de leurs puissantes actions, peuvent se compliquer d'accidents graves et divers. Et tandis que pour les substances pharmacodynamiques, on peut avec une science moyenne, éviter les mécomptes, il est loin d'en être ainsi pour certaines méthodes nouvelles. La posologie, en ce cas, est délicate, souvent malaisée et imprécise, aussi bien que les champs de leur action sont encore incertains et leurs limites vagues.

L'expérience et la pratique se sont aussi trop souvent confondues en ces dernières années.

En résumé, dans l'état actuel de nos connaissances, et me basant sur l'amélioration de nos statistiques, du docteur MAYER et de moi-même, j'estime que le traitement du cancer du sein doit s'établir comme suit :

1° Radiothérapie préparatoire ;

2° Acte chirurgical élargi combiné à un radium-drainage ;

3° Radiothérapie post-opératoire, en plusieurs séances.

Cette règle de conduite nous a donné des résultats remarquables que, devant la gravité du fléau, je qualifierai de cliniquement consolants. Et la précocité du traitement, jointe aux améliorations réelles des techniques font que les décès opératoires n'existent plus, que le cancer est mieux traité, que des cas guéris restent parfaitement guéris.

Mais je ne pourrais mieux faire en terminant cette conférence que vous avez écoutée avec une si bienveillante indulgence, que de rappeler des idées qui résument fort bien ma modeste opinion sur les acquisitions nouvelles dans le traitement du cancer du sein. Elles émanent d'un professeur liégeois que vous avez voulu faire vôtre pour l'honneur de la cause : Monsieur le professeur HENRIJEAN : « La médecine est une science avant « d'être un art. Si celui-ci a ses procédés, ses élé- « gances, ses finesses, ses habiletés et ses faibles- « ses, elle est toute probité et toute conscience, « résignée et ardente, elle cherche inlassable- « ment, passionnément, sans hâte, car elle sait « que le savoir est fils du temps et non d'un cer- « veau. Elle donne aux médecins des armes par- « fois redoutables, mais elle leur dit les dangers « des procédés qu'elle découvre ; elle révèle, « avec leur puissance, la prudence nécessaire « dans leur maniement, et si elle dit les espéran- « ces qu'elles permettent, elle conseille avant « tout de les employer toujours avec discrétion, « avec prudence, avec désintéressement. »

BIBLIOGRAPHIE

BECKERS (R.). — Le traitement radio-radium-chirurgical du cancer du sein. (*Comm. au Congrès de la Ligue Nationale Belge contre le cancer*, Bruxelles 1923.)

BÉGOUIN. — Volumineux sarcome du sein à longue allure clinique bénigne. (*Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 29 avril 1921.)

BALOT (J.). — A propos de la radiothérapie profonde. (*Journal de radiologie*, 1922, vol. XI, fasc. V.)

CASMAN. — Radiothérapie profonde des tumeurs malignes. (*Journal belge de radiol.*, 1922, vol. XI, fasc. IV.)

CASMAN. — De l'emploi de la paraffine dans la radiothérapie profonde. (*Journal belge de radiologie*, vol. XII, fasc. III, 1923.)

CHAMBACHER (C.) et DESCOURT (P.). — Contribution à l'emploi des doses massives en radiothérapie profonde dans le traitement du cancer. (*Presse médicale*, 16 septembre 1922.)

DE BEULE. — Radio-radium-chirurgie du cancer du sein. (*Comm. à l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1924.)

DELBET (P.) et THOMAS (J.). — La situation actuelle de la thérapeutique du cancer. (*Les néopl.*, 2e année, t. II, n° 3.)

DEPAGE et DANIS. — Ablation du cancer du sein. Base anatomique et nouveau procédé opératoire. (*Com. à la Soc. belge de chirurgie*, novembre 1922.)

DESPLATS. — Quinze mois de pratique de la radiothérapie profonde. (*Comm. à l'Association française pour l'avancement des sciences*, Bordeaux 1923.)

DUSTIN. — Cancer et hérédité. (*Bruxelles médical*, 4e année, n° 19, 7 février 1924.)

FORGUE (E.) et WALTHER (Ch.). — Rapport sur les résultats éloignés du traitement du cancer du sein. (*Comptes rendus du XXXe Congrès de l'Association française de chirurgie*, 1921.)

GUNSETT et SICHEL. — Résultat de la radiothérapie profonde du cancer. (*Soc. de méd. de Basse-Alsace*, Strasbourg, séance du 24 juin 1922.)

HANDLEY (W.-S.). — Des progrès de la chirurgie dans le cancer du sein. (*The British Med. J.*, 8 janvier 1921.)

JULIEN (R.). — Association de la radiumthérapie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein. (*Le Sud méd. et chir.*, n° 2.007, 15 janvier 1922.)

NEUMAN (F.) et SLUYS (F.). — La radio-chirurgie des tumeurs malignes du sein. (*Journ. belge de radiol.*, 1922, vol. XI, fasc. VI.)

NOGIER, JAUBERT DE BEAUJEU et CONTAMIN. — (*Bulletin de l'Académie des Sciences de Paris*, 29 décembre 1919.)

NOGIER. — La paraffine armée, substance plastique pour la curiethérapie de surface. (*Comm. à l'Association française pour l'avancement des sciences*, Montpellier, 1922.)

NOGIER. — Thérapeutique du cancer. (*Comm. à l'Association française pour l'avancement des sciences*, Bordeaux, 1923.)

PFAHLER (G.-E.). — Radiotherapy in Carcinome of the Breast (*Surg. Gyn. and Obst.*, vol. XXXV, n° 2, août 1922.)

PIERQUIN. — Cancers traités par les nouvelles méthodes radiothérapiques. (*Soc. franç. d'électrothér. et de radio. méd.*, 25 octobre 1921.)

ROUX-BERGER. — Récidives des cancers opérés du sein. (*Comm. à la Soc. de chirurgie* (Paris, mai 1922.)

ROUX-BERGER. — Thérapeutique associée (chirurgie, rayons X, radium), dans le cancer du sein. (*Paris méd.*, 1923, p. 269.)

SAMPSON HANDLEY (W.). — Lines of advance in the Surgery of Breast cancer. (*British med. J.*, n° 3131, 8 janvier 1921.)

SCHMITT (Ch.). — La radiothérapie et la curiethérapie sont-elles réellement dangereuses pour les malades ? (*Les Néop.* t. I, n° 2, 15 mars 1922.)

SLOSSE et REDING. — *Comm. à l'Académie royale de médecine de Belgique*, 26 avril 1924.)

THOMAS (Joseph). — Le cancer. (Guillet, édit., Paris)

VANVERTS (J.). — Les résultats éloignés de l'ablation du cancer du sein. (*Echo méd. du Nord*, n° 34, 25 août 1923.)

WILLEMS (Ch.). — De l'élévation du bras après l'amputation du sein. (*Bruxelles médical*, 2e année, n° 22, 15 septembre 1922.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cure solaire. Indications, techniques, résultats.

Dans une étude très documentée, M. BUFNOIR expose les effets physiologiques de la cure solaire, ses indications et contre-indications, sa technique, le choix du climat où l'on doit la suivre.

La cure solaire dit-il, rend d'énormes services Locale, elle est un excellent pansement des plaies infectées et atones ; générale, elle a une action puissante sur l'état général du malade. Elle raccourcit la convalescence des maladies infectieuses, reglobulise les chlorotiques et les anémiés ; elle aide à la recalcification des os rachitiques, elle raffermit le système musculaire, et fait disparaître les troubles de la nutrition.

Elle calme la douleur.

Elle vient en première ligne dans le traitement des tuberculoses chirurgicales et des tuberculoses ostéo-articulaires immobilisées ; elle doit être alors jointe à la cure d'air, à la cure alimentaire et à la cure climatique. Elle empêche la production des abcès, elle aide à la résorption de ceux qu'elle n'a pu éviter ; elle tarit les fistules ; elle aide à la recalcification.

Dans toutes ces affections, si l'intervention est nécessaire, elle la prépare, la facilite, la complète. Elle est le meilleur traitement de la tuberculose péritonéale, pour laquelle elle évite souvent l'intervention en faisant disparaître ascite, adhérences, granulations. Elle mobilise les organes jusqu'alors bloqués par des tissus pathologiques ; elle permet ainsi des opérations impossibles sans elle. Elle achève l'œuvre du chirurgien en faisant disparaître les fistules post-opératoires, en raccourcissant la convalescence. (*La Gazette des hôpitaux*, 15 novembre 1924.)

Anxiété et déséquilibre neuro-végétatif. Applications thérapeutiques.

D'après D. SANTENOISE et VIDACOVITCH, les procédés de choix pour l'étude du tonus neurovégétatif, c'est-à-dire pour la mesure de l'excitabilité des centres, sont le réflexe oculo-cardiaque (R. O. C.), pour le parasympathique, et le réflexe solaire (R. Sol.), pour l'étude de l'excitabilité du sympathique.

Le R. O. C. est un réflexe dont la voie motrice est le vague, et dont l'influx inhibiteur provient du noyau du vague ; la compression des globes oculaires, suivant l'excitabilité du centre pneumogastrique, provoque un ralentissement du rythme cardiaque, et même des arrêts du cœur.

◆◆◆◆◆

On fait étendre le sujet, à jeun depuis 6 heures au moins ; on attend que le rythme normal se soit établi ; on compte alors le nombre de pulsations par minute, puis on pratique la compression des globes oculaires, après avoir prévenu le malade que c'est une opération désagréable, rappelant le mal de tête, mais dont la douleur cesse aussitôt après le relâchement de la compression. On note le nombre des pulsations dans les 15 premières secondes ; si le malade supporte cette recherche, il est bon de continuer la compression et de noter le chiffre des pulsations dans les 15 secondes suivantes ; on obtient ainsi le chiffre qui, pour la majorité des auteurs, exprime l'intensité du R. O. C. Mais ce qu'il y a de plus important à noter, c'est la durée des diastoles, qui permet de comparer des R. O. C. entre eux.

Pour rechercher le R. Sol., on fait étendre le malade à jeun, le tronc bien dégagé. On adapte le Pachon, et, se plaçant à un cent. au-dessus de la minima, on note l'amplitude des oscillations ; puis, le sujet étant calme au relâchement, la bouche entr'ouverte, on pratique avec les mains une compression progressive de la région épigastrique ; à ce moment, on perçoit les battements de l'aorte ; on ne comprime pas plus profondément de façon à ne pas écraser l'artère, afin de ne pas perturber les résultats par une simple modification de l'hydraulique. Si le sympathique est très excitable, immédiatement la pression différentielle diminue, phénomène se traduisant au Pachon par une diminution souvent très considérable de l'indice oscillométrique. On dit, dans ce cas, que le R. Sol. est positif. Si le sympathique est peu ou pas excitable, l'amplitude des oscillations ou ne bouge pas ou augmente.

Ainsi renseigné en quelques minutes, on peut tenter d'une façon rationnelle l'emploi des agents pharmaco-dynamiques modificateurs du tonus.

A. — Chez les anxieux vagotoniques, le gardénal (20 à 30 cgr. par jour) a donné d'excellents résultats. Il en est de même pour la teinture de belladone, à la dose de XXX à CXX gouttes. Mais, pour ce produit, il faut tâter la susceptibilité des sujets et suivre de près les variations du R. O. C. On peut joindre l'adrénaline, mais il faut être certain qu'il n'existe pas une excitabilité anormale du sympathique.

B. — Chez les anxieux sympathicotoniques, les auteurs donnent du gardénal, qui diminue aussi l'excitabilité du sympathique. Mais la teinture de cratœgus surtout, à dose assez élevée et prolongée, a donné de bons résultats. L'adrénaline est ici particulièrement contre-indiquée.

C. — Chez les obsédés, qui présentent à la fois de l'hyperexcitabilité du vague et de l'hyperexcitabilité du sympathique, il est indiqué de donner de la teinture de belladone avec du gardénal et de la teinture de cratœgus. Si on agissait seulement avec un agent, on exagèrerait en modifiant les symptômes morbides par libération ou excitation du système antagoniste. Aussi est-il bon de suivre, ici encore, d'assez près, l'action des médicaments sur la réflectivité neuro-végétative. (*Pratique médicale française*, octobre 1924-B.)

Le traitement de l'hypertension permanente.

L'hypertension permanente, révélée objectivement par le sphygmomanomètre, peut être considérée comme un syndrome autonome, primitif, indépendant de toute lésion viscérale, et en particulier de toute lésion rénale. En raison de l'obscurité de sa pathogénie, il n'a pas de traitement pathogénique ; il n'existe qu'un traitement symptomatique visant ses dangers (réactions vasculaires des hypertendus ; fragilité fonctionnelle relative d'organes importants : cœur, rein, cerveau, système artériel),et parfois un traitement étiologique (glandes endocrines, syphilis). Il ne faut pas s'acharner à faire baisser la tension au-dessous d'un chiffre dont la permanence est la caractéristique du syndrome ; il faut, au contraire, surveiller ses écarts anormaux, et calmer, en refrénant les crises vasculaires, une hypertension oscillante.

Ces principes posés, le Dr Ch. Laubry distingue deux étapes à l'hypertension, qui marquent également deux modalités de son traitement : l'*hypertension compensée*, syndrome à l'état de pureté, qui tantôt reste muette, tantôt donne des troubles fonctionnels (spasmes, hémorrhagies) ; l'*hypertension décompensée*, avec signes cardiaques, rénaux, cérébraux ou aortiques.

I. Plusieurs types : H. du vieillard ; H. de la ménopause ; H. systolique des nerveux et des sympathicotoniques ; H. à la fois systolique et diastolique de l'âge moyen de la vie, qui est la forme type et sévère.

Prescriptions d'hygiène générale : le *repos*, même de 24 h., exerce une influence favorable manifeste ; le repos absolu n'existe pas ; mais ce qu'il faut rechercher, c'est un état d'équilibre dans les deux activités, physique et psychique, variable avec les individus. Pour le *régime*, aucune conception systématique, car le rein fonctionne normalement, et il n'est question, ni d'intoxication digestive, ni d'urémie. Josué a parlé de ces malades, qui vivent et gardent leur activité avec leurs habitudes digestives, et qui soumis à la diète lactée, voire même lacto-végétarienne, maigrissent, s'affaiblissent, deviennent inquiets, nerveux, et sans forces. Il s'agit ici d'un régime préventif, qui doit être modéré ; le point important, c'est de connaître l'intolérance de chaque sujet pour tel ou tel aliment. Lait et potage compris, un hypertendu doit ingérer un litre et demi à un litre 3/4 en 24 heures. L'*exercice* (promenade, massage et gymnastique suédoise) ser

dosé, suivant la résistance du malade. La *chaleur et la lumière* sont inutiles ou dangereuses. La *haute fréquence* se recommande surtout pour les troubles fonctionnels, l'insomnie : la céphalée, les paresthésies périphériques ; peut-être peut-on employer la *diathermie* des surrénales ou autres régions, quand il y prédominance du déséquilibre endocrinien. Citons le *climat* de faible altitude, de température modérée, les *bains carbo-gazeux*, l'action calmante des *affusions tièdes* à 34° ou 36°.

Traitement-médicaments : La *saignée* de 100 à 200 cc., cette dernière quantité étant réservée aux accidents graves ; la première préférable, répétée tous les mois ou tous les deux mois, et pratiquée par ventouses, sangsues, ou mieux par ponction veineuse au pli du coude. *La saignée médicamenteuse* : laxatifs, toutes les semaines, tous les quinze jours, ou tous les mois, 10 à 15 gr. de sulfate de soude, le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau tiède ; diurétiques : théobromine par cures de dix jours, avec 8 jours de repos, à raison de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour ; scille, pendant 5 à 6 jours au maximum, 0 gr. 80 de poudre ou 4 gr. de teinture ; oxymel scillitique.

La *médication hypotensive* : les nitrites alcalins, mieux tolérés, doivent être choisis pour une médication continue (nitrite de soude 0 gr. 15 à 0 gr. 20 par jour, pendant 10 jours) ; les nitrites organiques (trinitine, etc.), d'une action brutale, mais peu durable, sont opposés aux bouffées hypertensives. Les *antispasmodiques* (bromure, valériane, opium), répondent à la conception de l'hypertension primitive chez les nerveux ; on peut en user largement. Le benzoate de benzyle (solution à 20 %, aromatisée à la teinture de badiane) est prescrit à la dose de 20 gouttes, 3 à 4 fois par jour dans du lait. L'*iode* est réservé à l'artériosclérose proprement dite.

Quant à *la médication étiologique*, elle comporte les extraits opothérapiques employés avec succès dans l'hypertension de la ménopause, de l'ovariotomie, etc., et le traitement antisyphilitique, non contre indiqué, puisque le myocarde est intact ; ce dernier traitement doit varier avec l'âge de l'infection spécifique, et ne pas viser à obtenir une baisse de la tension artérielle.

II. *Hypertension décompensée.*

Quand apparaissent les graves accidents d'insuffisance viscérale, il faut avant tout sauver le malade, sans discuter la valeur de telle ou telle médication hypotensive.

Dans l'insuffisance rénale, en dehors d'un repos absolu, d'un régime sévère, d'autant plus sévère que les signes d'urémie seront plus accentués, le traitement médicamenteux n'existe pas, puisque tout médicament est un poison pour le rein ; si l'on a quelque chance d'obtenir une sédation, c'est la diète qui la donnera. Les saignées sont un bon adjuvant du régime. Quant aux diurétiques mieux vaut s'abstenir.

Pour l'insuffisance cardiaque, il s'agit *ou bien* de l'œdème aigu du poumon (saignée copieuse et un cent. de morphine), *ou bien de la petite insuffisance cardiaque* (médicaments cités plus haut, et cinq jours tous les 15 jours, un tonicardiaque modéré, strophantus ou digitale), ou *bien de la déchéance définitive du cœur*, œdèmes et grands signes de distension cardiaque (doses massives de digitale ou d'ouabaïne). (*Le Bulletin médical*, 26 novembre 1924.)

Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée.

Marcel Brulé avait écrit (*La Presse médicale*, 12 novembre 1924) : « Autant la décision opératoire doit être rapide et précoce dans l'appendicite aiguë, autant l'indication opératoire est nette dans les appendicites chroniques secondaires à des appendicites aiguës, autant, par contre, l'intervention doit être discutée avec réflexion dans l'appendicite chronique d'emblée, et *souvent doit être rejetée* ».

Tel n'est pas l'avis de J.-L. Faure. On ne sait pas, en effet, on ne peut pas savoir quels sont, dans l'appendicite chronique d'emblée, les appendices très malades, et quels sont ceux qui le sont très peu, quels sont ceux que l'on doit respecter, et quels sont ceux qu'on doit enlever. De même, quand la région typhlo-appendiculaire est douloureuse, nul n'a le pouvoir et moins encore le droit de dire, que, dans cette association, c'est le cæcum qui est douloureux et non pas l'appendice, parce que dans les 9/10es des cas, c'est l'appendice qui est malade, et non le cæcum. Or, tout appendice malade constitue une menace dont il ne faut pas exagérer l'importance, mais dont il ne faut pas non plus sous estimer la gravité, et comme les risques qu'il fait courir pour la vie sont plus grands que ceux d'une opération bien exécutée, c'est *par l'opération qu'il faut commencer*. Comme le doute existe toujours, c'est à la lésion la plus dangereuse, à l'appendicite, qu'il faut d'abord s'attaquer. (*La Presse médicale*, 19 novembre 1924.)

Vaccinothérapie des affections pulmonaires aiguës de l'enfance.

Pour M. Minet, la vaccinothérapie pratiquée avec un stock vaccin contenant des pneumocoques, des streptocoques, des staphylocoques et des B. pyocyaniques, donne d'excellents résultats, constants et rapides, dans les affections aiguës de l'enfance, et notamment dans les broncho-pneumonies.

Onze observations rapportées par l'auteur sont, à cet égard, parfaitement concluantes. A la vaccinothérapie avait été jointe la thérapeutique usuelle des affections pulmonaires, mais il apparaît néanmoins que le rôle véritablement curateur a été joué par le vaccin.

Inutile d'associer vaccin et sérum. Le vaccin, pratiquement, s'est toujours montré exempt d'inconvénients : jamais de réaction violente, jamais de choc, tout au plus une passagère élévation de température.

Dans la première année, la dose à injecter est de 1 /3 de cmc. le premier jour ; 1 /2 cmc. le second ; 3 /4 de cmc. le troisième, pour arriver à un cmc. le quatrième, s'il est nécessaire d'aller jusque-là. Au dessus d'un an, si l'enfant est robuste, on débutera par un demi-cmc. le premier jour pour arriver à un cmc. le troisième. Chez les malingres, mêmes doses qu'au-dessous d'un an.

L'effet du vaccin est variable : tantôt la crise est soudaine et rapide, tantôt on ne note pas d'effet immédiat, mais l'état général des malades est très amélioré et ils font facilement les frais de leur maladie. (*Bruxelles médical*, 4 janvier 1925.)

Etude sur l'épilepsie pleurale.

MM. Leuret, Caussimon et Fontan rapportent trois observations nouvelles d'accidents cérébraux, du type convulsif, ayant succédé immédiatement aux interventions pratiquées sur la plèvre, pour pleurésie ou création du pneumothorax artificiel. Dans deux cas, la malade mourut.

Pour les auteurs, on doit tenir compte de causes prédisposantes et de causes déterminantes. Ces causes sont l'*émotivité* , dans une certaine mesure ; davantage, l'*état de la plèvre*. Symphysée, épaissie, enflammée, elle semble réagir à la piqûre avec une intensité particulière. Le lieu de la piqûre paraît jouer également un rôle dans le déterminisme des accidents : plusieurs fois en effet, ils apparurent alors que la piqûre avait été pratiquée sur la ligne axillaire droite, dans le 4e ou le 5e espace. Parfois, les accidents ont éclaté après une insufflation légère de 20, 30, 40, 50 cmc. d'air. Peut-être enfin, la piqûre du poumon et l'embolie gazeuse peuvent-elles être incriminées.

Cliniquement, on note un début brusque que fait présager le change ment de couleur du visage qui, de rose devient violacé, et une certaine grimace, rappelant les contractions musculaires du rire. Dans les formes légères, on constate une perte soudaine de connaissance, quelques convulsions ou contractions des membres. Puis, le malade revient à lui, sans conserver aucune trace de ce qui s'est passé. Les formes graves aboutissent volontiers à la mort. Elles se caractérisent par une perte de connaissance immédiate et complète ; des contractures ; des troubles des sphincters, des troubles vaso-moteurs (eschares). Après une période d'agitation avec convulsions cloniques, le malade entre dans le coma et succombe au bout de 40 à 68 heures.

Traitement symptomatique : toni-cardiaques et lavements de chloral.

Ces manifestations sont exceptionnelles et elles ne sauraient influencer le médecin pour la création d'un pneumothorax artificiel. Sans doute, mais les praticiens doivent être bien prévenus de ces éventualités, pour rares qu'elles soient. Ils prendront les précautions qui s'imposent pour que, le cas échéant, leur responsabilité professionnelle ne puisse pas être mise en cause. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 décembre 1924.)

L'hypophyse en obstétrique.

Question à l'ordre du jour. Que faut-il demander à l'hypophyse ? Quand faut-il l'employer ? Que donne-t-elle ?

M. Reeb a pris la peine de collationner les travaux les plus récents publiés là-dessus. Il en dégage les conclusions pratiques suivantes :

Aucun auteur ne rejette formellement l'hypophyse en obstétrique. Le petit nombre y recourt rarement ; la majorité l'utilise fréquemment et s'en déclare satisfaite. Les uns l'emploient pendant la période de dilatation ; les autres seulement pendant la période d'expulsion ; d'autres encore durant ces deux périodes. Tous les auteurs s'accordent pour lui reconnaître une utilité incontestable pendant la délivrance ; elle éviterait les hémorragies du post-partum ou les combattrait avec succès.

Les contre-indications principales sont les mêmes pour tous les auteurs.

La dose à employer ne doit pas dépasser un cmc., et doit même demeurer au-dessous. « Comme tout médicament actif, l'extrait hypophysaire doit être employé seulement en toute connaissance de cause et jamais d'une manière inconsidérée et sans indication stricte ; appliqué à tort ou dans le seul but d'accélérer ou de terminer un accouchement , il peut devenir un médicament dangereux. » (*Strasbourg médical*, 20 décembre 1924.)

Un cas exceptionnel de fracture de l'omoplate.

M. Mayer relate l'observation d'un blessé qui fut atteint d'une fracture comminutive du corps et du col de l'omoplate.

Sous chloroforme, il enleva toutes les esquilles, opéra la réduction de la tête humérale, sutura les muscles et la peau.

Mobilisation au bout de 48 heures. Résultats très satisfaisants, les mouvements du membre étant en voie de large récupération.

Ce cas est intéressant par le résultat obtenu par l'auteur, et aussi parce que les fractures de l'omoplate sont très rares. (*Bruxelles médical*, 11 janvier 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur l'alimentation ouvrière.

(M. Marcel LABBÉ. — *Acad. de médecine* : 10-2-1925.)

M. Marcel Labbé présente un travail du Dr Van Themsche relatif à l'alimentation des ouvriers malinois. L'auteur a noté que depuis quinze ans la ration alimentaire albuminoïde a augmenté dans les familles ouvrières de Malines, qui consomment plus de viande et moins d'hydrates de carbone. Cette ration n'est en rien dirigée par les nécessités du travail et elle répond simplement aux conditions de fortune de la famille. Plus le ménage est riche, plus il mange et surtout plus il mange de viande.

Une telle conclusion, ajoute M. Labbé, humiliante pour la raison de l'humanité et pour les efforts des hygiénistes, est conforme à celle tirée de l'enquête faite en 1908 par Landouzy et Marcel Labbé sur l'alimentation des ouvriers parisiens — ce qui avait conduit à regretter que le régime alimentaire des hommes fût moins soumis à l'hygiène et à la physiologie que celui des animaux à l'élevage.

Contrôle des établissements industriels qui s'occupent de la préparation des corps radio-actifs.

(M. REGAUD. — *Académie de médecine* ; 10-2-1925.)

A propos du contrôle et de la réglementation des établissements industriels qui s'occupent de la préparation des corps radio-actifs, M. Regaud fait adopter par l'Académie les vœux suivants :

1° Que les établissements industriels où l'on prépare, manipule, ou transporte les corps radio-actifs soient classés parmi les établissements insalubres, non pas pour le voisinage, mais au point de vue des travailleurs qu'ils emploient ;

2° Qu'une réglementation et une surveillance, étudiées dans le détail par une Commission administrative, scientifique et technique, soient imposées à ces établissements en ce qui concerne l'hygiène du travail.

Un nouveau procédé de prophylaxie de la coqueluche.

(M. GILLOT, d'Alger. — *Académie de médecine* ; 10-2-1925.)

La séro-prophylaxie de la coqueluche à l'aide de sérum de convalescent est un fait acquis. Mais, son usage courant est entravé par les difficultés de la récolte du sérum et ses manipulations.

M. Gillot s'est adressé à un procédé nouveau, plus simple, qui consiste en l'injection sous-cutanée de sang total d'origine humaine faite aux jeunes enfants en milieu épidémique et contagieux. L'auteur prend le sang d'un membre de la famille (père, mère, sœur, frère) ayant eu ou non antérieurement la coqueluche, et il en injecte des doses allant de 2 à 5 centimètres cubes.

Au cours d'une épidémie de coqueluche assez forte ayant sévi en 1924 à Alger, M. Gillot a expérimenté sa méthode à la clinique médicale infantile, sur 17 enfants : 10 d'entre eux ne contractèrent pas la maladie (en milieu épidémique) et sept firent une coqueluche bénigne.

Vaccinothérapie et sérothérapie dans la blennorrhagie

(M. LE FUR. — *Association française d'urologie.*)

M. Le Fur a utilisé la vaccinothérapie dans plusieurs centaines de cas de blennorrhagie et de complications chirurgicales de cette dernière. Sauf à la phase tout initiale, quand le gonocoque est seul, il s'adresse à la vaccinothérapie *polymicrobienne*, l'association au gonocoque de l'entérocoque et du staphylocoque étant la règle peu de temps après le début de l'uréthrite. L'autovaccin a ses préférences, le stock-vaccin pouvant être employé toutefois en attendant. La composition du vaccin comprend, à l'habitude, des gonocoques, entérocoques, staphylocoques et pseudo-diphtériques. Les doses vont à 1 et 2 milliards de microbes par piqûre.

Les résultats observés par l'auteur sont les suivants :

a) Sur l'uréthrite. La douleur diminue rapidement, l'abondance de l'écoulement se réduit progressivement.

b) Sur les complications. Elles sont prévenues ou s'amendent sans tarder.

Le traitement local par les lavages ne doit pas être négligé. Avec la vaccinothérapie, le gonocoque disparaît souvent après quelques lavages, alors que ceux-ci isolément doivent être continués beaucoup plus longtemps pour procurer les mêmes effets.

M. Le Fur s'est servi, d'autre part, de la sérothérapie par le sérum Stérian dans les complications de la blennorrhagie et la septicémie blennorrhagique.

Il donne à son travail les conclusions générales suivantes :

1° La vaccinothérapie est indiquée surtout au début de la blennorrhagie, quand l'organisme n'est pas encore imprégné par les toxines du gonocoque et des microbes associés, quand cet organisme se défend bien et peut fabriquer facilement des anticorps, grâce à l'antigène que lui apporte le vaccin. Elle doit être utilisée dans les blennorrhagies localisées, contre l'uréthrite et l'écoulement, en y associant le traitement par les lavages, et contre les complications de voisinage (épididymite, cystite).

2° La sérothérapie est à mettre en œuvre quand

l'état général est sérieusement atteint, que les toxines ont déjà diffusé, ou quand il existe des complications éloignées (rhumatisme blennorrhagique, septicémie blennorrhagique).

Urines blanches coli-bacillaires.

(M. FOURNIER. — *Société médicale de l'Hôtel-de-Ville* ; 29-10-1924.)

M. Fournier relate l'observation d'un nourrisson de 3 mois qui lui fut montré parce que ses urines étaient blanchâtres et contenaient une dose considérable d'albumine. L'examen bactériologique révéla l'existence d'une véritable « purée » de coli-bacille. L'enfant guérit sans traitement.

— M. CATHALA parle de l'emploi des vaccins et auto-vaccins en pareille circonstance. Leur action paraît des plus incertaines dans cette coli-bacillose.

L'ostéosynthèse.

(M. Pierre FREDET, M. RICHE. — *Société de chirurgie* ; 7-1-1925.)

L'ostéosynthèse continue à « tenir l'affiche » à la Société de chirurgie. Partisans et adversaires poursuivent la discussion.

M. Riche fait un historique intéressant de la question. Nos anciens, dit-il, croyaient dur comme fer qu'ils obtenaient par manœuvres externes la réduction à peu près exacte de la plupart des fractures des membres. En fait, on ne peut nier qu'ils les guérissaient assez convenablement. Vint la radiographie; les images qu'elle montra surprirent désagréablement les chirurgiens et mécontentèrent leurs clients, quand elles ne les effrayèrent point. On eut beau ergoter sur l'interprétation des projections, il fallut bien admettre que la réduction à peu près exacte était la rarissime exception. Pour la satisfaction de l'amour propre chirurgical, pour celle surtout des fracturés, on voulut obtenir des résultats plus présentables : ainsi naquit la vogue de l'ostéosynthèse. Il est certain que ce mode de traitement était un progrès, mais il est certain aussi qu'on ne tarda pas à en abuser. On apercevait le moment où l'on ne pourrait plus concevoir la possibilité de traiter une fracture sans fils, sans plaques et sans vis. Alors s'élevèrent les critiques de la méthode.

M. Riche commence toujours par faire un essai loyal du traitement non opératoire. Si le résultat ne semble pas, à la radiographie, satisfaisant, il a recours à l'ostéosynthèse. Toutefois, si l'on veut que celle-ci donne ses meilleurs effets, il ne faut pas la pratiquer trop tardivement. Entre l'accident et l'opération, il est bon qu'il ne s'écoule pas plus de huit jours.

— M. Pierre FREDET, qui a une grande expérience de l'ostéosynthèse, apprécie ses avantages, mais ne méconnaît pas ses inconvénients. La suture osseuse donne une juxtaposition très bonne des fragments. Cependant, elle entraîne parfois un ramollissement du cal avec déformations secondaires. On y parera en enlevant les lames lorsque la consolidation est assez avancée.

— MM. DEHELLY et GUILLOT, du Havre, ont fait, depuis cinq ans, 102 ostéosynthèses. Le matériel de prothèse employé a été le suivant :

Les fils de bronze ou de crin	32 fois
Les agrafes de Dujarier	22 —
Les lames de Parham	21 —
Les plaques de Shermann	13 —
Les plaques de Lambotte	3 —
Les grosses vis de Lambotte	9 —
L'os	2 —

Les auteurs estiment que fixer des indications absolues à l'ostéosynthèse est chose impossible. C'est une question d'espèce.

— M. ROBINEAU ajoute que le développement de l'ostéosynthèse, comme de toute intervention importante, ne peut que tirer profit des critiques qui lui sont adressées. Rien n'est aussi instructif que les mauvais résultats. En 1883, la Société de chirurgie avait à son ordre du jour une discussion analogue : celle de la suture de la rotule fracturée. L'opération nouvelle était attaquée en termes violents. Quelques années plus tard, elle était admise par tous. En sera-t-il de même pour la suture osseuse dans les fractures des os longs ? Le sujet a besoin de nombre d'études encore.

Fracture de huit côtes avec chevauchement.

(M. OMBRÉDANNE. — *Société de chirurgie* ; 7-1-1925.)

M. Ombrédanne présente un enfant de dix ans qui fut heurté par une voiture automobile. Le choc détermina la fracture de huit côtes avec déplacement de celles-ci qui chevauchaient sur une largeur de 4 centimètres. L'hémithorax lésé se montrait considérablement rétréci et enfoncé, le chevauchement se faisant comme dans un pardessus croisé.

L'auteur, s'étant proposé de relever cet hémithorax enfoncé, essaya d'abord, sans succès, la réduction à ciel ouvert. Il fut plus heureux en pratiquant une traction individuelle sur chaque côte à l'aide de fils métalliques passés sous ces os.

Tumeur pileuse de l'estomac chez une trichophage.

(M. Paul MATHIEU. — *Société de chirurgie* ; 7-1-1925.)

Il est des sujets qui avalent les cheveux (les leurs et d'autres également). Ces tricophages sont exposés à la longue à être atteints de tumeurs pileuses gastriques, que l'on prend généralement à l'examen clinique pour une tumeur de la rate.

M. Paul Mathieu a opéré une fillette de onze ans et demi qui lui fut conduite à l'hôpital par des douleurs abdominales coïncidant avec une tumeur de l'hypochondre gauche. Le diagnostic posé fut celui de splénomégalie. L'opération permit de constater

l'intégrité de la rate et de découvrir dans l'estomac une masse longue de 23 centimètres, du poids de 350 gr., constituée par un conglomérat de cheveux formant une tumeur moulée sur les parois gastriques et s'effilant pour reproduire un moulage imparfait du duodénum. La muqueuse stomacale était rouge, comme œdématiée. Les suites furent très simples et la guérison se produisit en dix jours.

L'enfant, questionnée alors, avoua qu'elle mangeait ses cheveux depuis sa petite enfance. Elle mangeait même tous autres cheveux qu'elle recueillait sur les brosses. Elle préférait, dit-elle, les cheveux très longs, qu'elle enroulait en spirale autour de sa langue pour en faire une sorte de boulette qu'elle déglutissait avec une vive satisfaction.

Ces tumeurs pileuses, fréquentes chez les ruminants, ne sont pas tout à fait exceptionnelles chez l'homme. Un auteur russe a pu en réunir 58 cas. Leur diagnostic n'est possible que chez les trichophages avérés.

Fractures isolées des apophyses transverses lombaires.

(M. Pierre WIART. — *Société de chirurgie* ; 7-1-1925.)

Les fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires sont rares. M. Wiart en relate un exemple qu'il a recueilli dans son service de Lariboisière. Il concerne un maçon qui reçut un choc sur le dos. Le blessé ressentait de vives douleurs et la palpation éveillait sur toute la hauteur de la zone lombaire droite une grande sensibilité. L'examen radiographique fit reconnaître l'existence de fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres de la région.

Dans ce cas comme dans presque tous les autres analogues, le seul mécanisme pathogénique admissible est la contraction musculaire. C'est la mise en tension brusque du psoas, du carré des lombes, des muscles spinaux postérieurs qui a brisé les apophyses sur lesquelles ils s'insèrent.

Epidurite ascendante à staphylocoques.

(MM. SICARD et PARAF. — *Société médicale des hôpitaux* ; 16-1-1925.)

M. Sicard rapporte une observation d'épidurite infectieuse localisée à l'espace épidural, sans spondylite, sans lésion de la dure-mère. Le malade accusait des douleurs lombo-sacrées violentes, avec contracture rachidienne et fièvre. Une ponction ramena du pus dès le ligament jaune franchi, avant toute percée dure-mérienne, localisant un abcès sur la Ve lombaire. Une injection de lipiodol « descendant » ayant montré un arrêt de celui-ci à la Xe dorsale, on fut amené à penser que les lésions remontaient en réalité plus haut que la 5e lombaire. Aussi, la laminectomie étant décidée, M. Robineau continua-t-il son exploration jusqu'à la 10e dorsale, ce qui permit l'évacuation de différents petits abcès épiduraux siégeant sur toute cette hauteur. Le malade guérit et, malgré une laminectomie d'une telle étendue, la colonne vertébrale a conservé sa solidité.

P L

Toulouse.

Société de médecine.

Les récentes acquisitions au sujet du rachitisme.

M. AUBAN expose les grandes lignes de la pathogénie du rachitisme, telles qu'elles ressortent des derniers travaux et en particulier du 4e Congrès de pédiatrie de langue française. Il rapporte, en les commentant, les faits expérimentaux servant de base aux nouvelles conceptions cliniques et montre que la théorie de l'avitaminose ne peut plus être soutenue.

Les expérimentateurs, en montrant la fréquence de l'hypocalcémie et la constance de l'hypophosphatémie, ont attiré l'attention sur la haute valeur des facteurs humoraux en matière de rachitisme : désormais il est impossible d'établir une pathogénie sérieuse sans chercher à pénétrer le mécanisme régulateur du métabolisme phosphocalcaire.

L'auteur insiste sur les recherches touchant la valeur des grandes médications du rachitisme : il étudie successivement le mode d'action de l'huile de foie de morue, les effets favorables de l'adrénaline sur la stabilisation de l'équilibre minéral, ainsi que le rôle de la lumière et des rayons ultra-violets qui agissent par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses du sympathique et par celui des glandes à sécrétion interne sur le système régulateur de l'équilibre minéral.

Contribution à l'histogenèse du cancer.

M. MOREL, après avoir fait un exposé critique des différentes théories relatives à l'histogenèse du cancer, montre, en s'appuyant sur de nombreuses microphotographies, quelles doivent être nos conceptions à cet égard.

Sur les réactions cutanées vis-à-vis de certains animaux marins.

M. LEVRAT, rappelle les désordres causés par la piqûre des épines auriculaires et dorsales de la vive et signale les accidents non venimeux mais simplement septiques causés par les piquants d'un oursin banal de nos côtes, le Strongylocentrotuslividus, accidents fréquents chez les pêcheurs (phlegmons et panaris) et qui sont de simples piqûres infectées. Tout autre est sur la peau le contact des Actinies qui produisent des lésions non douloureuses, non prurigineuses, mais simulant morphologiquement des placards urticariens. Au bout de 2 à 3 jours la tuméfaction s'évanouit, et il subsiste un piqueté hémorragique durant une semaine.

Un cas d'urticaire d'ordre émotif.

M. Levrat rapporte un cas d'urticaire dont l'origine ne peut s'expliquer que par une vive émotion, car rien dans les anamnestiques ne permet d'invoquer une autre cause. Il est bien évident pour l'auteur qu'un simple fait émotif ne peut provoquer l'urticaire, mais il croit en l'espèce à un retentissement du choc nerveux sur le système hépato-duodénal d'un enfant prédisposé, qui aurait pu faire de la même façon de la diarrhée ou de l'ictère émotif.

Contribution au traitement de l'ozène.

M. Gèzes, après avoir rappelé qu'il a préconisé dans le traitement de cette affection l'inclusion sous muqueuse de cartilage animal, rapporte cinq nouveaux cas où il a tenté de nouveau cette intervention et qui lui ont donné trois guérisons et deux insuccès relatifs.

Il tient à ajouter qu'il a obtenu de bons résultats en soignant les suppurations des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux à l'aide d'instillations d'une suspension huileuse d'iode colloïdal, qui déterge fort bien les muqueuses sans causer de malaise au malade.

A propos des abcès de fixation.

M. Ch. Lefèbvre rapporte le cas d'une fillette de 12 ans, chez laquelle on avait pratiqué, quelques mois auparavant, un abcès de fixation au niveau de la cuisse gauche et qui lui avait été envoyée avec le diagnostic d'abcès froid. Il existait une vaste collection indolente au niveau de la face externe de la cuisse gauche. Une ponction, ayant permis de retirer un liquide à odeur aromatique, fit rectifier le diagnostic : l'intervention montra une fonte de la plus grande partie des masses musculaires. La malade guérit, mais avec une gêne des mouvements qui s'améliora par la suite. Ce cas précise un des points de la technique des abcès de fixation qui doivent rigoureusement n'être pratiqués que très superficiellement, *dans le tissu cellulaire sous-cutané.*

Phlegmon profond de la cuisse à la suite d'une injection de pétrole.

M. J. P. Tourneux a eu l'occasion d'intervenir au mois de juillet 1917, chez un soldat, qui dans le but de provoquer une maladie, s'était fait pratiquer une injection de pétrole au niveau de la cuisse et qui présentait tous les symptômes des phlegmons profonds. L'incision amena l'issue d'une grande quantité de pus et de tissus sphacélés. Une notable partie des masses musculaires fut éliminée par nécrose : la guérison ne survint qu'au bout de plusieurs mois, avec gêne considérable du membre inférieur. Il est à présumer qu'au cours de l'injection de pétrole, une certaine quantité de liquide, si ce n'est sa totalité, avait été injectée, non dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme il était d'usage en pareil cas, mais en plein muscle.

Quelques considérations sur un cas de polyphrénie.

M. Gay relate le cas d'un homme de 42 ans, dont la psychose hallucinatoire chronique s'est compliquée du syndrome d'influence par l'apparition d'impulsions motrices et de vol de la pensée. Suivant leur tonalité effective, ses idées se sont polarisées dans des sens différents, tendant même à réaliser à la fin une véritable dislocaiotn de la personnalité, qui apparente ces cas aux polyphrénies décrites par Revault d'Allonnes.

Orchi-épididymite au cours d'une méningite cérébro-spinale.

M. Bonnhoure, à propos d'une méningite cérébro-spinale, qui au cours de son évolution fut marquée par l'apparition d'une orchi-épididymite, tient à rechercher s'il s'agit d'une simple complication, ou au contraire, d'accidents sériques, comme certains auteurs l'ont récemment soutenu. Il pense qu'il s'agit là d'une localisation génitale secondaire analogue à celles que l'on peut voir survenir au cours d'autres affections.

J.-P. T.

Les Congrès

VIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.

(*Paris, octobre* 1924) (1).

Le 10 octobre, s'est tenue à la Faculté de médecine la Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. L'affluence était encore plus considérable que l'année précédente, beaucoup d'orthopédistes étrangers étaient présents ; la salle des thèses n° 2, remarquable par son éclairage défectueux, ne tardera pas à devenir trop petite pour contenir les membres de la Société.

M. Ombrédanne, vice-président, ouvre la séance. Il rappelle combien l'année a été dure pour la chirurgie infantile et pour la Société d'orthopédie. Après Fouillond-Buyat, jeune orthopédiste d'avenir, c'est le professeur Denucé, de Bordeaux, vice-président de la Société qui vient de disparaître, puis Jalaguier qui laisse tant de regrets après lui. Enfin en quelques jours Hallopeau, un des rapporteurs de cette année, et le professeur Broca Auguste, président de la Société, ont été emportés brusquement. Pour rendre hommage à la mémoire de son président, la Société décide de lever la séance en signe de deuil.

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

PREMIÈRE QUESTION

Le spina bifida occulta

Rapporteur : M. MUTEL (de Nancy).

Le rapport, très clair et très documenté, est divisé en trois parties :

PREMIÈRE PARTIE. — C'est une étude anatomique. De l'examen de squelettes et de clichés radiographiques de sujets normaux, le rapporteur conclut que la non soudure des arcs vertébraux postérieurs n'est pas toujours pathologique, et, lorsqu'elle est pathologique, n'est pas toujours l'indice d'une lésion médullaire primitive (spina bifida vrai). On peut la rencontrer dans trois cas :

1° *Elle constitue une disposition normale* : à la naissance il existe une déhiscence de l'arc postérieur, sur toute la hauteur du rachis. Puis la fermeture s'effectue progressivement en partant de la région dorsale moyenne pour gagner vers les extrémités.

Aussi faut-il admettre que l' « image radiographique d'une solution de continuité au niveau des arcs vertébraux est normale chez l'enfant ; elle s'étend sur un plus ou moins grand nombre d'arcs selon l'âge du sujet ; elle est particulièrement persistante : au niveau de la région cervicale, sur l'atlas, jusqu'à l'âge de quatre ans ; au niveau de la région lombo-sacrée, sur l'arc de la Ire sacrée, très longtemps, jusque vers huit, dix ans et plus ».

Chez l'adulte, il existe des variations morphologiques nombreuses, en particulier à la région lombo-sacrée : l'hiatus lombo-sacré, plus ou moins vaste, est limité en bas par l'apophyse épineuse de S^1 bifide dans 54 p. 100 des cas ; cette déhiscence est asymétrique sur 19 p. 100 des pièces ; en plus de cette déhiscence de l'arc postérieur de S^1 on trouve dans 4 p. 100 des cas la non-fusion des arcs postérieurs de S^1 et de S^2 (métamérisation), dans 8 p. 100 des cas il y a accolement des lames de S^1 sans soudure complète, dans 13 p. 100 des cas au contraire il y a absence totale de ces lames, et enfin la déhiscence complète de tous les arcs sacrés a été notée sur 2 p. 100 des pièces. On peut donc conclure que chez l'enfant comme chez l'adulte, cet hiatus vertébral « n'a aucune signification pathologique et n'a donc aucune relation avec les troubles organiques que peut présenter le sujet ».

2° *Il s'agit d'un rachischisis dû à un spina bifida occulta véritable.* La déhiscence osseuse n'est alors qu'un phénomène secondaire. La lésion est avant tout une malformation médullaire et nerveuse pouvant se traduire par des lésions variées de la moelle (aplasie, étranglement, syringomyélie), des racines nerveuses et des nerfs (adhérences, compressions), par la persistance de la lame épithélio-séreuse (adhérences profondes et superficielles, néoformations), par des lésions du revêtement cutané (cicatrices, adhérences, fossettes, hypertrichose, télangiectasies).

3° *L'image radiographique est celle d'une malformation osseuse pure* intéressant soit le rachis seul, soit d'autres pièces squelettiques du voisinage. Ces déhiscences vertébrales, parfois très étendues, peuvent siéger sur le rachis à n'importe quel niveau et n'entraînent pas de troubles fonctionnels. Au total, trois variétés de déhiscence du rachis postérieur, pour lesquelles le rapporteur propose la terminologie suivante : 1° *hiatus*, indice d'une ossification normale encore inachevée ou d'une simple variation morphologique ; 2° *fissure*, indice d'une malformation osseuse pure ; 3° *rachischisis*, indice d'une malformation osseuse sous la dépendance d'une malformation médullaire primitive (spina bifida).

DEUXIÈME PARTIE. — Le rapporteur passe en revue la série des syndromes cliniques qui ont été rattachés, de près ou de loin, au spina bifida occulta.

Il montre tout d'abord que le *syndrome de Klippel-Feil* (syndrome de réduction numérique des vertèbres du cou) est une malformation essentiellement osseuse. La déhiscence des arcs postérieurs qu'on y rencontre souvent n'a la valeur que d'une fissure osseuse n'ayant rien à voir avec le spina bifida. Il en est de même des fissures observées dans la *surélévation congénitale de l'omoplate.*

Dans la *région cervicale et cervico-dorsale*, on rencontre deux ordres de déhiscences des arcs vertébraux postérieurs. Le rapporteur les oppose l'une à l'autre : 1° les unes « remarquables par leurs variétés de position, car on les trouve à toutes les hauteurs, par leur largeur, le grand nombre de vertèbres qu'elles peuvent intéresser, le bouleversement coexistant de l'architecture rachidienne, et cependant elles ne s'accompagnent d'aucune altération cutanée, d'aucune déficience médullaire ; ce sont des lésions congénitales purement squelettiques », des fissures osseuses ; 2° « les autres sont toujours des déhiscences étroites, touchant au maximum trois vertèbres toujours localisées à la région cervicale inférieure, sans déformation rachidienne, accompagnées de troubles trophiques, sensitifs, moteurs, indices d'une profonde atteinte nerveuse et qui ont la conséquence d'une lésion médullaire primitive : ce sont des rachischisis symptomatiques du spina bifida ». Ces dernières sont bien plus rares et l'auteur n'a pu en relever que six observations.

A la région dorsale, le spina bifida vrai est excessivement rare ; on observe assez souvent l'absence d'une apophyse épineuse à la région dorsale inférieure (trou épineux de Denucé et Gourdon), mais M. Mutel croit qu'il s'agit de « séquelles provenant de la cicatrisation plutôt d'une fissure vertébrale par malformation osseuse pure que d'un rachischisis par malformation médullaire ».

Des affections multiples ont été rapportées étiologiquement à la *non fermeture des arcs de la Ve lombaire et de la Ire sacrée*, et aux troubles de développement de la terminaison de la moelle qui peuvent être la cause du rachischisis.

Tout d'abord se pose le problème des rapports du spina bifida lombo-sacré avec la *scoliose.*

Le rapporteur rappelle que depuis longtemps (Recklinghausen) on sait que le spina bifida vrai lombo-sacré peut entraîner des déformations vertébrales plus ou moins marquées. Ces descriptions se rapportent à des squelettes de fœtus monstrueux, ou à des nouveau-nés porteurs de spina bifida avec tumeurs (observations dans le livre de Denucé).

Plus récemment on a publié des cas isolés (Frœlich, Kirmisson) de coliotiques porteurs de spina bifida occulta avec tumeurs, lésions nerveuses ou cutanées. Enfin dans une série de publications, Lance a recherché systématiquement « si certaines scolioses dites essentielles n'étaient pas des scolioses congénitales à manifestation retardée, précisément en rapport avec un spina bifida latent ». Le résultat de ses recherches publié en 1920 nous a montré que dans la scoliose dite essentielle on trouve une déhiscence vertébrale dans la proportion énorme de 44.26 p. 100. D'après Lance, le spina bifida peut être la cause d'une déviation du rachis de deux manières différentes : 1° par atrophie de l'un des membres inférieurs résultant de l'aplasie médullaire due au spina bifida, cette inégalité des membres inférieurs entraînant une scoliose statique. Cette aplasie du membre siège presque toujours à gauche et peut s'accompagner de pied creux ; 2° scoliose lombaire par asymétrie vertébrale au niveau de la Ve lombaire ou des Ires sacrées. La fissure est le plus souvent accompagnée de malformations vertébrales plus ou moins complexes (soudure de corps vertébraux, vertèbres supplémentaires, sacralisation, lombarisation, etc.).

Depuis lors de nombreuses observations analogues ont été rapportées, et Mouchet et Rœderer, dans leur rapport au Congrès des pédiatres de langue française (1922), ont admis la fréquence des scolioses congénitales par malformations de la région lombo-sacrée.

Si le rapporteur admet que la première variété décrite par Lance (scoliose statique par inégalité de longueur des membres inférieurs) puisse être rattachée à une aplasie médullaire avec rachischisis vrai, il pense que dans la deuxième varitété, scolioses par anomalies osseuses lombo-sacrées, la fente des arcs postérieurs n'a que la valeur d'une fissure et reste une malformation purement osseuse.

On a depuis longtemps signalé la fréquence des hiatus vertébraux dans la *luxation congénitale de la hanche*. Quelquefois, il y a concomitance d'un spina bifida vrai et d'une luxation congénitale de la hanche; bien plus souvent, avec la luxation, on note la présence d'un simple hiatus lombo-sacré.

Le rapporteur pense que dans le premier cas il y a coexistence « sur le même sujet de deux malformations indépendantes » ; « tout au plus, dit-il, pourrait-on admettre que le spina bifida, par le déséquilibre qu'il apporte dans la tonicité des muscles péri-articulaires, soit une cause prédisposante des hanches subluxables. »

Dans le deuxième cas, il s'agit très rarement d'un rachischisis, en rapport avec une malformation nerveuse, le plus souvent il s'agit d'un simple hiatus osseux.

Les rapports du spina bifida avec les *déformations des pieds* sont très complexes.

Le rapporteur examine d'abord les *pieds bots congénitaux*. Il démontre que les plus fréquents sont d'origine ostéo-articulaire. Mais « il existe des pieds bots d'origine nerveuse dus, par exemple, à un spina bifida occulta ». De nombreux auteurs ont admis leur existence. Ils sont « toujours accompagnés de symptômes en rapport avec la malformation médullaire : altérations cutanées, tumeurs sous-cutanées, maux perforants, symptômes discrets de déficience musculaire. La déhiscence osseuse aurait dans ces cas la valeur d'un rachischisis.

Mais, à côté du pied bot congénital, des publications multiples dans ces dernières années ont mis hors de doute l'existence de pieds bots acquis, en rapport avec la présence d'un rachischisis apparaissant dans l'enfance. Ces déviations du pied s'exagèrent à l'adolescence et sont de caractère nettement progressif. Il s'agit parfois de varus, de valgus, mais surtout de *pied creux*. (Voir le rapport et la discussion sur le pied creux, *Congrès d'orthopédie*, 1923).

Il y a un rapport certain entre certaines *incontinences essentielles d'urine* et le spina bifida occulta révélé à la radiographie par l'existence d'un rachischisis, mais ceci surtout chez l'adulte. « La moyenne des statistiques, dit le rapporteur, montre que chez l'adulte 50 p. 100 et chez l'enfant 4. p. 100 des incontinences seraient dues à un spina bifida occulta ». Chez l'enfant l'incontinence essentielle est donc le plus souvent d'origine réflexe névropathique.

On a rattaché de même au spina bifida occulta certains *troubles trophiques* : ulcères, maux perforants des pieds, surtout les trophœdèmes et peut-être la sclérodermie en bande.

Le *syndrome douloureux lombo-sciatique* peut être attribué dans certains cas à un spina bifida occulta « causant une méningo-radiculite chronique avec des phénomènes d'irritation ou de déficience sensitivo-motrice ». Peut-être dans certains cas a-t-on attribué à tort à la sacralisation de la Ve lombaire des douleurs lombo-sciatiques en rapport avec le spina bifida latent qui accompagne si souvent cette malformation.

Troisième partie. — Le rapporteur y expose l'évolution, le diagnostic et le traitement des accidents dus au spina bifida occulta.

Ils peuvent exister à la naissance ou n'apparaître que plus tard. On dit alors qu'ils sont progressifs.

« L'apparition des accidents progressifs est due à une traction sur les centres nerveux par des brides cicatricielles, à une striction par des tractus fibreux, à une compression par le développement d'une tumeur, à une diminution de la capacité fonctionnelle de la moelle, à des troubles syringomyéliques ».

Pour poser le diagnostic de spina bifida occulta

l'examen radiographique ne suffit pas. Le rapporteur établit que « ni le siège, ni l'aspect, ni l'étendue d'une déhiscence ne permettent de préjuger de sa nature à la lecture d'un cliché. La radiographie ne permet pas de poser le diagnostic entre le rachischisis et le spina bifida; il doit être confirmé par d'autres investigations, basé sur d'autres signes cliniques ». Ce sont, soit des signes locaux (lésions des parties sus-jacentes), soit des symptômes à distance : signes de déficience nerveuse, nutritive, motrice trophiques, telle qu'on l'observe dans les pieds bots progressifs, certaines formes de pied bot congénital, d'incontinence d'urine, de lombo-sciatiques, de scoliose statique, de trophœdème, de sclérodermie.

M. Mutel signale l'importance de l'exploration au lipiodol sous-arachnoïdienne ou épidurale pour le diagnostic du siège et de la nature de la lésion. Il pense que dans les cas où le lipiodol chemine sans arrêt, démontrant l'intégrité anatomique probable, il faut penser à une aplasie nerveuse. L'arrêt du lipiodol révèle au contraire une compression et la localise.

« Le diagnostic de spina bifida occulta étant posé un traitement chirurgical dit causal peut avoir pour but de guérir ou d'atténuer les accidents en intervenant au niveau du spina même ». Le rapporteur a réuni 46 interventions avec 2 morts (par infection ; cas anciens) dont 6 explorations négatives ; soit 38 interventions avec 9 échecs, 9 améliorations, 20 guérisons, donc 63 p. 100 de résultats favorables.

On ne peut donc pas dire « que la plupart du temps le traitement chirurgical sera nul ». M. Mutel pense que les statistiques iront en s'améliorant au fur et à mesure que les indications se préciseront. On évitera de plus en plus les interventions inutiles. C'est ainsi que l'exploration au lipiodol constitue un grand progrès. « L'intégrité des espaces sus et sous-dure-mériens révèle une aplasie au-dessus de l'art chirurgical. L'arrêt du lipiodol révèle l'existence d'une formation anormale, la localise et devient une indication opératoire.

Discussion.

MM. Ombrédanne et Lance (de Paris). Sur 226 scolioses essentielles de l'adolescence on a trouvé un hiatus de l'arc postérieur de la Ve lombaire ou Ire sacrée dans 40 p. 100 des cas, chiffre très supérieur à celui que l'on constate chez les sujets normaux (25 p. 100). Chez les scoliotiques, la déhiscence est asymétrique chez 23.5 p. 100 des malades, tandis que cette disposition ne se trouve que dans 5 p. 100 des sujets sains. Lorsque l'hiatus est asymétrique, le corps vertébral est le plus souvent asymétrique. Ces déformations primitives jouent un rôle important dans la genèse de la scoliose. Plus rarement, l'inflexion vertébrale est due à une inégalité de développement des membres inférieurs ; l'aplasie du membre (le gauche le plus souvent) semblant en rapport avec un spina bifida occulta.

Cinq cas d'hiatus osseux ont été traités dans le service pour des troubles divers : 1 pied creux, opération incomplète, 1 échec ; 1 pied bot avec inégalité des membres inférieurs, opération, amélioration ; 1 incontinence des matières fécales, 1 guérison ; 2 syndromes douloureux pseudo-pottiques, 2 injections épidurales de lipiodol avec 1 guérison et 1 échec qui, opéré ensuite, guérit. Au total, dans 4 cas l'opération a été complète, et il y a eu 1 amélioration et 3 guérisons. Dans tous les cas, l'agent de compression a paru être le ligament jaune épaissi, tendu entre les arcs atrophiés et situés en retrait et obturant l'hiatus osseux.

M. Delchef (de Bruxelles) apporte deux observations : la première concerne une malade de vingt ans atteinte de douleurs vives de la région sacrée et chez laquelle la radiographie montre une déhiscence de la Ire sacrée ; la deuxième est celle d'une enfant de douze ans présentant des crises douloureuses et un double pied creux, la radiographie montre d'une part une déhiscence de la Ire sacrée et, d'autre part, une arthrite trophique au niveau de la médio-tarsienne. L'injection épidurale de lipiodol améliore les douleurs. L'auteur se propose d'opérer cette malade.

M. Nové-Josserand (de Lyon) croit que la division du rapporteur en déhiscences d'origine purement osseuse et celles d'origine nerveuse est trop schématique. Il fait remarquer que cela pourrait conduire à des erreurs, le spina vrai ne se manifestant souvent que tardivement. D'autre part, les lésions sont très complexes et on ne sait le plus souvent s'il s'agit de lésions du squelette ou du névraxe. Tout ce que l'on peut dire c'est que la fissure indique une lésion qui peut être osseuse, fibreuse, nerveuse.

L'auteur rapporte l'observation d'un garçon de treize ans souffrant de crises douloureuses vives. L'opération montre une fissure latérale du sacrum, un gros filet nerveux venait se terminer dans le tissu fibreux obturateur. Sa résection amena la guérison.

M. Nové-Josserand croit que les douleurs de la sacralisation doivent être rattachées à la fissure sacrée qui accompagne souvent la sacralisation.

Il a observé 21 malades présentant le syndrome douloureux pseudo-pottique avec fissure sacrée.

Il cite deux observations qui montrent qu'en dehors du spina avec pied creux, troubles trophiques, il y a des cas plus légers dans lesquels la lésion ne se révèle que par des crises passagères d'algie dans les membres inférieurs.

M. Ed. Delcroix (d'Ostende) a observé au sanatorium marin d'Ostende, 25 cas de spina sur 61 scolioses examinées ; il l'a trouvé aussi sur deux pieds bots, et à la IVe dorsale dans un cas de surélévation congénitale de l'omoplate, et enfin, dans un cas complexe, celui d'une jeune femme présentant des douleurs lombo-sciatiques faisant penser à la sacralisation, le membre gauche était atrophié et présentait un pied creux, la radio montre une fissure de la Ire sacrée.

L'auteur a observé le spina d'une VIe lombaire chez

un enfant atteint de flexion congénitale du genou, affection à allure progressive qu'il rattache à cette anomalie.

Il pense que la découverte de cette anomalie osseuse dans une scoliose constitue un élément de gravité.

MM. Rœderer et Lagrot. Dans sa thèse récente (Alger 1924), Lagrot a étudié très complètement le spina bifida occulta. Il montre que chez l'enfant il est physiologique jusqu'à sept ans pour la Ire sacrée, que sa présence varie selon les races. Au total, un tiers des adultes normaux sont atteints d'hiatus lombo-sacré. De l'étude de 183 cas de scoliose, Lagrot conclut que e spina lombo-sacré y est plus fréquent que chez le sujet normal, surtout le spina asymétrique.

Dans les syndromes douloureux lombo-sacrés, 6 fois sur 8 cas, Lagrot a trouvé du chevauchement des lames. Il signale encore la fréquence du spina dans la luxation congénitale de la hanche, le pied plat, et 2 cas d'ostéochondrite examinés étaient porteurs d'un hiatus.

Delbet a montré l'importance de la métamérisation dans l'incontinence d'urine essentielle.

La fissure n'est pas pathologique par elle-même elle ne devient pathologique que par les autres malformations associées : asymétrie des corps vertébraux, du sacrum, des apophyses articulaires, la métamérisation.

M. Ducroquet (de Paris) apporte deux observations de pieds bots varus équin par insuffisance musculaire liés à un spina. Ils étaient différents d'aspect des pieds bots congénitaux. Ici les péroniers étaient déficients et le jambier postérieur rétracté. La section du jambier postérieur à ciel ouvert permit le redressement forcé du pied.

M. Mutel reconnaît qu'il a été très schématique, mais il croit que c'était une nécessité pour la clarté du rapport. La division entre les anomalies d'origine osseuse et nerveuse s'impose. Il rappelle que dans le syndrome de Klippel-Feil, la surélévation de l'omoplate, certaines scolioses avec hémivertèbres, il y a un bouleversement considérable du rachis sans aucun trouble nerveux. Le rapporteur se demande si dans les formes douloureuses qu'on a opérées avec succès, ces formations ligamentaires anormales ne sont pas des cicatrices d'origine nerveuse. Cette hypothèse est d'ailleurs d'importance secondaire, la conduite à tenir n'étant pas douteuse.

(A suivre.)

Les Thèses

B. — M. Mendy. — **L'analgésie obstétricale par le trichloro-butylalcool diallylmanonylurate d'éthylmorphine ou hémypnal.** (Janvier 1925.)

C'est une question vraiment à l'ordre du jour que celle de l'analgésie obstétricale, et les travaux sur ce point depuis quelques mois se font de plus en plus nombreux. Ceux dont l'hémypnal a fait l'objet ont montré que ce médicament répond à cette préoccupation primordiale de l'accoucheur : ne point nuire. Car s'il est une branche de la médecine où le *primum non nocere* doit dominer toute autre considération, c'est bien l'obstétrique, où la nocivité d'une médication est susceptible de s'exercer simultanément sur deux organismes.

Cette nouvelle contribution à l'étude de l'hémypnal confirme l'absence de nocivité de ce médicament aussi bien vis-à-vis de la mère que vis-à-vis de l'enfant. Sans doute, dans un certain nombre de cas, ce n'est point une analgésie totale qu'il procure. Mais, convient-il de prétendre, en obstétrique, à une analgésie absolue ? Est-il souhaitable que l'accouchement s'effectuant dans l'inconscience complète, la femme n'en conserve aucun souvenir ? La chose est discutable. S'il ne peut être mis en doute que l'idéal chirurgical est dans l'absence de tout souvenir concernant l'acte opératoire, cet idéal n'est plus le même pour l'accouchement, fonction physiologique qu'il n'est pas moralement sain de vouloir escamoter complètement. Ce qu'il faut obtenir, c'est la diminution de la sensibilité, de façon à rendre l'accouchement aisément supportable et dépourvu de toutes affres, mais en conservant la conscience de la femme qui doit, n'en déplaise à certains, garder le souvenir par lequel un nouvel être humain fait son entrée dans le monde. Atténuer la douleur dans une large mesure, de manière à la rendre aisément supportable, et ce avec un médicament inoffensif et que tout le monde puisse employer, tel est le but vers lequel il faut tendre, et qui doit satisfaire lorsqu'il est atteint. Avec l'hémypnal (suppositoires ou cachets) il l'est dans 75 pour cent des cas. C'est ce qui ressort de ce nouveau travail, dont la dernière conclusion est ainsi formulée : « Son mode d'administration ne comportant aucune technique compliquée, son innocuité absolue ne réclamant pas la présence continuelle du médecin et la surveillance ininterrompue de la parturiente, en font l'analgésique obstétrical de choix du praticien ».

P. — D[r] Georges Ackermann, ancien interne pr. des hôpitaux de Paris. — **Le pouls anacrote.** (Jouve et Cie. éditeurs, Paris, 1924.)

Le pouls « anacrote » est une forme spéciale et toujours pathologique du pouls dans laquelle la ligne d'ascension de l'onde primaire est interrompue par un temps d'arrêt, formant une portion sensiblement horizontale. L'ascension se fait en forme d'escabeau à deux marches. Le temps d'arrêt est tou-

jours antérieur à la fin de l'ascension de l'onde primaire.

Plusieurs moyens permettent de le mettre en évidence : *Le sphygmographe* ; *le sphygmoscope* ; *la capsule oscillographique* ; *l'oscilloscopie* ; *la méthode auscultatoire.*

En clinique, les faits observés se ramènent à un certain nombre de cas :

Rétrécissement aortique acquis par lésions d'aortite ; artério-sclérose de l'aorte, avec ou sans athérome périphérique ; gros hypertendus semblant arrivés à la période de fléchissement myocardique ; anévrismes de l'aorte siégeant à la partie initiale du vaisseau.

Le facteur commun à ces différentes affections, et capable d'imprimer à la pulsation artérielle une forme spéciale appelée anacrote, ne semble autre que la défaillance progressive du ventricule gauche.

Cependant deux observations isolées montrent que l'anacrotisme peut être localisé à un segment du corps, en rapport avec un rétrécissement de la lumière artérielle, sans lien possible avec l'état fonctionnel du ventricule gauche.

Deux facteurs semblent pouvoir intervenir dans le mécanisme de production du pouls anacrote : un facteur capital : la contraction saccadée des fibres ventriculaires ; un facteur tout à fait accessoire, périphérique : la modification du calibre et peut-être de l'extensibilité des parois artérielles.

Mais, en résumé, le pouls anacrote doit être pratiquement considéré comme un signe d'insuffisance ventriculaire gauche.

A propos des dangers de la purgation.

« *Ne quid nimis* ».

Les professeurs Pic et Bonnamour, médecins des hôpitaux de Lyon, reviennent sur cette vieille question au cours d'une récente étude. Ils se gardent, évidemment, de prêcher le renoncement à une pratique qui, née avec la médecine, ne mourra qu'avec elle. Ce que se proposèrent nos savants confrères, ce fut de protester contre l'abus malfaisant et l'emploi intempestif, inconsidéré, des remèdes drastiques, ingérés, journellement, sans ordonnance, au grand détriment de l'estomac, du foie et des organes urinaires : les drastiques irritants, fauteurs de congestions rénales, de cystites, d'hématuries, d'hémorroïdes de méno et de métrorragies.... sans oublier les avortements. Que d'entérites dues à l'aloès, au jalap, à la scammonée ! Que de perforations déclanchées par telles bénignes petites pilules, accumulées sur un appendice malade ! Combien de cholécystites provoquées par l'anodin sulfate de soude ou de magnésie !

La conclusion est qu'il faut bannir toute purgation *agressive*, capable d'augmenter le spasme du constipé, d'exalter le péristaltisme jusqu'à l'occlusion ; d'accroître les sécrétions jusqu'au catarrhe. Quoi de plus facile au praticien ? ne possède-t-il pas, depuis 40 ans, dans le principe actif du cascara sagrada, la *cascarine*, isolée par Leprince, le type parfait du laxatif ami du tractus intestinal et incapable d'irriter les voies digestives ? La Cascarine Leprince procure toujours une exonération aisée, naturelle, régulière, se rapprochant de la défécation physiologique : spécifique méthodique des dyschésies constitutionnelles ou symptomatiques, elle a conquis une légitime et constante autorité auprès du Corps Médical du monde entier.

Aucune irritation ne succède à l'emploi de cet eccoprotique idéal, évacuateur des matières usées et de leurs milliards de microbes. Son emploi usuel n'entraîne aucune phlogose vasculaire, aucun trouble circulatoire, aucune irritation. Il ne compromet ni les ferments digestifs, ni l'absorption intestinale, ni le bon fonctionnement du rein. Il remédie puissamment aux insuffisances hépato-biliaires. Aussi la médecine moderne a-t-elle adopté son emploi chez les débilités, les nerveux, les cardiopathes, les accouchées, les opérés, les vieillards, les migraineux, les herpétiques, les auto-intoxiqués. Agissant à dose faible sans saignée séreuse, sans perturbation aucune, sans *obstipatio redux*, la Cascarine Leprince est le prototype du laxatif à la fois *actif et inoffensif*, celui qui présente le *minimum* de contre-indications, avec l'absence complète de tout danger, même chez ceux qui en feraient abus. « *Uti, non abuti* ! » est, au surplus, la devise de l'*homo sapiens*...

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA LOI ASSURANCE-MALADIE

Plus de catégories.... et n'acceptons que des Tarifs régionaux.

Par le Dr Fernand DECOURT.

D'après ce que nous lisons dans les journaux politiques, il semblerait que le gouvernement actuel, et les groupes parlementaires qui le soutiennent, soient désireux de faire aboutir, assez rapidement, le projet de loi sur les assurances sociales. Il y aurait donc des chances pour que d'ici un certain nombre de mois, pas trop élevé, nous médecins, nous nous trouvions en présence de la loi assurance-maladie votée, promulguée, et n'attendant plus que le règlement administratif pour être mise en application.

Certains confrères disent qu'il y a toujours loin de la coupe aux lèvres et qu'il pourrait en être de cette loi comme de celle sur la vieillesse, alors que les intéressés n'ont pas voulu « marcher », ce qui l'a rendue totalement inopérante, ou à peu près. Je crois fermement que ces confrères se trompent et voici pourquoi. Tandis que l'assurance-vieillesse obligatoire était repoussée par les groupements ouvriers et combattue violemment par la C. G. T., celle sur l'assurance-maladie est, au contraire, soutenue, réclamée, par ces mêmes groupements. D'où « carence » des ouvriers pour la première loi et sa faillite et mise en action, à peu près certaine, de la seconde.

Entendons-nous, toutefois, sur ce point. Je ne veux pas dire par là que les ouvriers — qui n'ont pas accepté de payer, dans leurs sociétés mutuelles, la cotisation d'avant guerre *triplée* ou *quadruplée,* comme elle doit l'être, pour pourvoir aux frais de maladie, aux allocations journalières et aux retraites — vont, tout à coup, payer, avec entrain, avec joie, une cotisation, pour l'assurance-maladie, beaucoup plus forte encore, *décuplée* environ, par rapport aux cotisations fantômes des Mutualités. Là aussi, il y aura du tirage, bien qu'aucun parlementaire n'ait l'air de s'en douter. Mais n'oublions pas que, dans le projet de loi, l'ouvrier paye moitié et le patron moitié.

Or, je ne doute pas que l'ouvrier, en un tournemain, et guidé par ses militants des groupements syndicaux au besoin, ne s'arrange, par hausse de salaire ou autrement, pour que ce soit, en pratique, le patron qui paye la totalité de cette cotisation obligatoire. Il va sans dire que, par suite, ce sera le consommateur qui s'apercevra que la vie renchérit encore un peu plus et qu'en fin de compte, les cotisations, pour l'assurance-maladie obligatoire, seront payées par Monsieur Tout-le-Monde.

Il n'en est pas moins vrai, par suite de ces multiples chocs en retour, que la Loi passera assez facilement dans la pratique et que le Corps médical doit, dès maintenant, s'y attendre. Je tenais à faire cette constatation, au début de mon exposé et cela en dehors de toute appréciation politique ou sociale. C'est un *fait* avec lequel nous devons nous préparer à compter : voilà tout.

Ceci étant donné, dirons-nous, comme certains confrères : « Nous n'avons qu'à ne pas nous en occuper. Nous continuerons simplement l'exercice de notre profession comme avant, *en ignorant la loi.* » A ces confrères, parmi lesquels il en est que j'estime particulièrement et que je vois avec peine se lancer sur une pente *dangereuse* pour le Corps médical, je répondrai : « Ignorer la loi ? Croyez-vous vraiment la chose possible, en pratique ? Ignorez-vous donc, à l'heure actuelle, la loi sur l'A. M. G. ou celle des Pensionnés de guerre, ou celle sur les accidentés du travail ? Vous grommelez chaque jour, vous « rouspétez » contre la modicité des prix dans les tarifs provenant de l'exécution de ces lois, mais, en fin d'année, vous n'en envoyez pas moins à qui de droit vos « Etats d'honoraires ». Vous répliquez à cela que si vous avez eu le tort d'accepter ces tarifs-là, il n'en sera plus de même dans l'avenir. Mais c'est tout simplement comme le coiffeur qui écrivait sur sa porte : « Demain, on rase gratis ! » Pour que je croie votre résolution ferme, ou plutôt pour que je l'estime possible, il faudrait que vous ayez commencé à raser gratis, je veux dire que, *dès maintenant et pas demain,* vous ayez mis à exécution votre décision d'*ignorer les lois touchant les « tiers-payants »,* comme vous dites. Ou alors, permettez-moi de craindre que vous preniez vos désirs pour des réalités comme le voyageur altéré auquel le mirage fait apercevoir, dans le désert, un oasis à l'horizon.....

Revenons donc à cette réalité d'une loi sur l'as-

surance-maladie. Une fois celle-ci votée et promulguée à l'*Officiel*, quel sera le premier acte de l'Administration, en vue de la mise en pratique ? Ce sera de s'occuper d'établir le Règlement d'administration, si important pour la suite des choses. Et elle désirera, j'imagine, entrer en conversation, au sujet des soins médicaux, avec les représentants autorisés du Corps médical, pour les *détails* de l'organisation de ces soins. Je crois pouvoir me l'imaginer en songeant à l'histoire du conflit qui s'éleva à propos de la Loi des Pensions. Ce souvenir écartera, sans doute, de l'Administration, l'idée, jadis si profondément implantée dans son esprit, qu'il appartenait, à elle *seule*, de régler toutes ces questions, en dehors des intéressés : « producteurs et consommateurs de soins » pour employer le jargon à la mode.

Et alors, comme on le fit (seconde manière), pour la Loi des Pensions, il peut arriver que le Gouvernement propose une Commission plus ou moins tripartite, où les Praticiens seraient représentés par leur Union des Syndicats médicaux. Dans ce cas, il peut se faire encore (je suis toujours dans les suppositions), qu'on propose au Corps médical un tarif général, analogue au Tarif Breton ou au Tarif Maginot avec deux ou trois ou x catégories.....

Eh bien ! C'est là que je désire en venir, et que, en tant que modeste praticien de campagne, toujours lésé par ces sortes de tarifs, je veux m'écrier hautement, dans les colonnes du *Concours* : « *Non ! non ! mille fois non ! Plus de tarifs généraux ! Et plus jamais de ces odieuses* CATÉGORIES ! *Nous, les praticiens de campagne, nous déclarons que nous n'en accepterons plus, à aucun prix, ne voulant plus, désormais, supporter un tel déni de justice, commis à notre égard.* »

***

Déni de justice ? Oh, combien ! Veut-on des exemples ?

Praticien de campagne, j'examine, dans mon cabinet, un pensionné de guerre. Le tarif Maginot m'alloue généreusement *cent sous* ! S'il s'agit d'un pensionné parisien, banlieusart, ou Lyonnais, ou Bordelais, un pensionné de 1re catégorie (?!), le confrère parisien ou bordelais, etc..., avec le même diplôme, les mêmes études, et pour le même examen aura droit *à huit francs*. S'agit-il d'une visite à domicile ? Ce sera *dix francs* pour le même confrère et *six francs* pour le *vulgum pecus* de campagnard que je suis, avec 40 % de minoration : une paille, n'est-il pas vrai ?

Il y a mieux encore. Et, cette fois, c'est même véritablement scandaleux, ainsi que je l'ai dit, naguère, à la Commission supérieure, devant les délégués tant de l'Administration que des Mutilés qui n'en croyaient pas leurs oreilles.

Moi, praticien de campagne, je regarde dans l'oreille d'un pensionné de guerre, à mon cabinet. Prix du tarif pour moi et ceux de mon espèce : *cent sous* ! — Mon vieux camarade, le Dr Tartempion, qui fait de l'oto-rhino, à quelques kilomètres de chez moi, dans mon chef-lieu d'arrondissement, vient, de même, à regarder dans la même oreille du même pensionné de guerre : prix du tarif pour lui et ceux de son espèce : *vingt francs* ! cette fois c'est 400 % de différence .....

Je suis sûr que n'importe quel « Français moyen », fût-il parlementaire, serait stupéfait de ces différences d'honoraires — *que chacun ignore, en dehors de nous* — et, qu'il s'écrierait, lui aussi : « Déni de justice ! »

Et tout cela pourquoi ? Ou, du moins, quelles en sont les causes premières ?

C'est le prétexte que la vie est meilleur marché dans un bourg de moins de cinq mille habitants que partout ailleurs ; qu'elle est moyenne dans une ville de cinq à cent mille habitants ; et enfin, qu'elle est plus chère que partout ailleurs dans une ville de plus de cent mille habitants.

Au point de vue des *frais de métier*, j'ai déjà fait justice dans le *Concours* (1) de cette fausse idée et démontré que ces frais sont, *pour le moins, aussi grands* pour le médecin de campagne que pour celui de ville, depuis l'ère nouvelle des autos. Et je montrais que si *la vie est plus difficile*, pour le praticien, à Paris et dans les grandes villes qu'en campagne, c'est simplement à cause de la *pléthore*. Trop de jeunes médecins reculent devant la vie sévère, monotone, pénible surtout, du médecin de campagne. Ils préfèrent la vie, assurément moins dure, du médecin de ville, petite ou grande.

« Mais vous ne vous figurez donc pas combien est fatigante la vie d'un médecin de quartier ? me disait après lecture de mon article, un de mes vieux amis, praticien parisien fort occupé.

— Hélas ! lui répliquai-je, combien vous êtes loin, malgré tout, de la vie parfois infernale du médecin de campagne, alors que la nuit, par des temps affreux, il est obligé de « bouffer des kilomètres ». Il faut avoir vécu ces heures-là, croyez-moi, pour les apprécier à leur valeur ... »

Mais passons sur ce sujet de la vie pénible, *physiquement* et *moralement*, du médecin de campagne, qui doit tout faire par lui-même, et parfois est angoissé de bien lourdes responsabilités. Il n'en est pas moins exact, à tort ou à raison, que la clientèle de campagne est redoutée du jeune médecin. D'où tendance à trop de médecins dans les villes et par suite « rendement » moindre de la clientèle, ainsi que je l'expliquais dans cet article même qui répondait à la *Société médicale de XIVe arrondissement* demandant des

(1) Cf. Les « catégories » des tarifs officiels. *Concours médical* du 16 avril 1922, pages 1196 et suivantes.

prix spéciaux, par catégories. Au reste, je ne crois pas inutile de citer la conclusion même de mon exposé.

« Comme à la fin de la journée, on a fait moitié moins de visites que le camarade de campagne, sans se dire qu'il a eu plus de mal que soi, on trouve injuste que son propre budget de recettes soit moins élevé que le sien et, de bonne foi, *pour égaliser*, on demande que le prix de chaque visite à soi, soit *majoré*, sur le prix de chaque visite du rural.

« Voilà la vérité. Est-ce la justice ?

« Confrères qui trouvez trop élevées les « charges » de la pratique médicale à Paris et dans les grands centres, commencez donc par examiner si la plus grande de ces « charges » n'est pas la pléthore — dont ne sont pourtant pas responsables, au contraire, les praticiens de campagne auxquels vous voulez rogner les honoraires. Au lieu de réclamer des *primes*, comme font les « protectionnistes » mécontents de leur commerce, admettez le libre échange, c'est-à-dire, en l'espèce, l'égalité des prix, en tous lieux, pour la même marchandise. Et inscrivez, comme nous, dans notre grande charte médicale, que des praticiens de ville ou de campagne, tous docteurs en médecine également, ne sauraient être divisés en deux ou trois catégories de prix — comme des conserves de petits pois ».

Et cela, confrères de Paris, de province ou de campagne, je ne puis que le répéter aujourd'hui, en conviant *tout* le Corps médical à réclamer, à imposer même, dans la Loi-assurance-maladie, *la suppression de toute catégorie.*

***

Est-ce à dire que la vie est *également* chère partout ? Est-ce à dire qu'il n'est pas des contrées où il est plus facile, moins onéreux, de pourvoir à ses besoins journaliers ? Est-ce à dire, aussi, que *les prix de clientèle courante,* qui servent et doivent servir de base à toute convention collective, sont les mêmes dans toute la France ?

Evidemment non. *Mais ces différences de prix des actes médicaux existent non pas suivant le chiffre de la population, mais bien suivant les régions même.*

Alors que nous discutions — et avec quelle âpreté ! — au Ministère des Pensions pour la suppression de cette troisième catégorie que nous n'avons encore pu vraiment « digérer », on nous mettait, devant les yeux, des prix officiels syndicaux absolument navrants pour la cause que nous soutenions. En 1920, des visites à 5 fr. et des consultations à 4 francs. J'entends encore M. Maginot s'écrier triomphalement : « Voyez ces chiffres imprimés par vos confrères. Je vous offre 5 et 6 francs dans cette troisième catégorie. Que pouvez vous demander de plus ? Vous ne voudriez pourtant pas que j'installe, moi-même, la vie chère ! . . . » Que pouvions-nous faire autre chose que nous incliner, en soupirant ? (2)

Aussi, à partir de ce jour-là surtout, j'ai lutté sans cesse, non seulement contre les *catégories*, mais aussi contre les *tarifs généraux*. C'est grâce à ceux-ci que des groupes de confrères, appartenant à un syndicat actif, pâtissent à cause d'autres trop « en sommeil et qui se laissent aller à accepter des prix dérisoires : soit parce qu'ils ont peu de frais, ou n'en ont jamais fait le calcul *exact*, soit parce qu'ils ont des revenus à côté. Et je dis cela à cause de certains confrères « ayant des vignes qui les font vivre » comme me le disaient un jour des praticiens d'une région vinicole devant qui je m'étonnais de la modicité de leurs prix de clientèle et surtout des prix semi-gratuits consentis aux Mutualistes. Et, pour une raison ou pour une autre, c'est grâce à une série de groupements régionaux de ce genre, que nous autres campagnards, malgré nos prix supérieurs de clientèle courante, nous nous sommes vu imposer des cent sous de consultations pour les Pensionnés de guerre . . . . .

C'est *cela* que nous n'accepterons plus désormais, n'est-il pas vrai, confrères de campagne ?

Si *telle ou telle région* se contente de prix bas, si les confrères en sont satisfaits, je ne vois pas pourquoi, en effet, l'Etat leur consentirait des prix plus élevés. Mais alors que cela ne retombe pas sur d'*autres régions*. Aussi, du jour où nous discuterions de *prix* avec l'Etat, au sujet de l'assurance-maladie, il faudrait s'en tenir, dès l'abord, à ce principe : *le tarif des assurés doit être celui de la clientèle courante dans la région, ni plus, ni moins.* C'est sur cette base, et sur cette seule base, que nous devrons accepter de causer.

Je ne m'occupe pas ici de la *modalité du paiement* : directement par le malade ou indirectement par la Caisse. C'est encore là une question régionale. Mais que telle ou telle modalité soit adoptée, il faut bien songer, à l'avance, que l'Etat ne se désintéressera pas des *prix* et que, dans les deux cas, nous aurons toujours à débattre le *tarif de la responsabilité de la Caisse.*

Et c'est précisément ce tarif que je discute en ce moment et pour lequel je suis d'avis de *remplacer tout tarif général avec catégories par une base générale de tarif avec modalités régionales.*

J'ajoute, une précision nouvelle à ce que je disais plus haut. C'est bien une « base générale » qu'il faut, avec « modalités régionales ». Craignons, en effet, de nous laisser aller à lutter en groupes dispersés, en tirailleurs. Là encore, établissons toujours, dès l'abord, le front unique : d'après les avis des syndicats, on a dressé, au Centre, à l'Union, une *organisation de soins*

(2) Cf. Mon exposé : « Les responsables de la 3e catégorie » dans le *Médecin Syndicaliste* de juillet 1921, page 392.

type qui est assez complète, assez complexe même, pour ne rien laisser dans l'ombre et ne permettre pour l'avenir, aucune « embûche » inattendue. Chaque groupement, local ou régional, en fera ce qu'il jugera bon ; il n'en a pas moins, à sa disposition, une sorte de « *règlement modèle* » qui ne lui sera jamais inutile, loin de là.

Y aura-t-il tant de diversités, en fin de compte ? Peut-être. Elles serviront, en tous cas, de champ d'expériences. Pourra-t-on discerner, entre ces multiples contrats locaux ou régionaux, des classes, des « catégories » de prix ? C'est possible, probable même, surtout dans les premiers temps, alors que certains syndicats sont encore restés, par rapport à d'autres, à des stades antérieurs. « Donc, diront certains sceptiques, ce n'était pas la peine assurément... et vous voilà revenus avec vos catégories... ». Nullement, confrères, car ces diversités seront de moins en moins marquées et iront en s'aplanissant de jour en jour. Et en tous cas, les moins bien partagés n'auront plus le droit de se plaindre puisque, les prix adoptés, ce sont *eux-mêmes* qui les auront établis, dans leurs *coutumes régionales*.

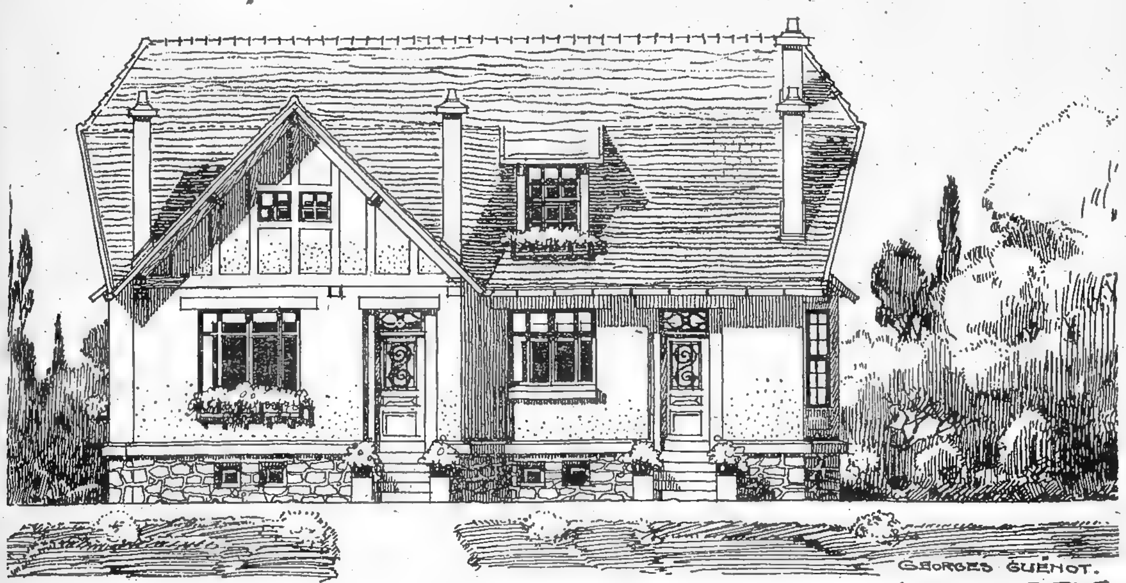
Ces prix-là seront précisément ceux de la *pratique* journalière et non plus ceux basés sur je ne sais quelle *théorie* préconçue, sur une inégalité présumée de frais professionnels, d'après le *chiffre* de la population — théorie nettement démentie, à l'heure actuelle, par les faits.

R. H. M. S. 0640

UNE HABITATION POUR UN MÉDECIN

« Existe-t-il un plan type d'habitation destinée à un médecin ?... Telle est la question qui nous a été récemment posée par un de nos lecteurs.

L'idée d'un plan-type de construction, établi pour une profession déterminée, est une idée ingénieuse, qui devait se faire jour et qui correspond au besoin très moderne d'unification et de simplification, d'où peut résulter économie de temps et d'argent.



Mais si la standardisation, qui est la solution la plus complète de ce besoin, se conçoit pour la fabrication d'objets ayant un emploi universel, et strictement défini, il y a des causes nombreuses qui font qu'un plan d'habitation ne peut s'adapter — les besoins en nombre et dimension des pièces restant les mêmes — à tous les emplacements.

En effet, des dispositions spéciales sont imposées, pour chaque construction, par la forme, la surface, la nature du terrain, son nivellement, son orientation, sa situation dans une ville ou à la campagne, le climat même, et enfin la nature des matériaux de la région où l'on doit construire.

Le problème ne se pose que très rarement de cette façon : « Etant donné un plan qui convienne parfaitement à ce qu'on désire, trouver un terrain où la construction en soit possible. » Toutefois, dans l'exercice de la médecine, il y a des besoins communs à toutes les spécialités, et dans le plan d'habitation pour un médecin, que nous vous présentons aujourd'hui, nous nous sommes efforcé d'y satisfaire, tout en nous conformant à deux directives :

1° Séparer entièrement la partie réservée à

l'exercice de la médecine, de la partie réservée à l'habitation.

2° Permettre une surveillance et un service facile (la difficulté d'avoir une domesticité nombreuse l'exige) et placer, de ce fait, la cuisine en communication directe avec les deux parties de la maison.

Voici comment est distribué le plan :

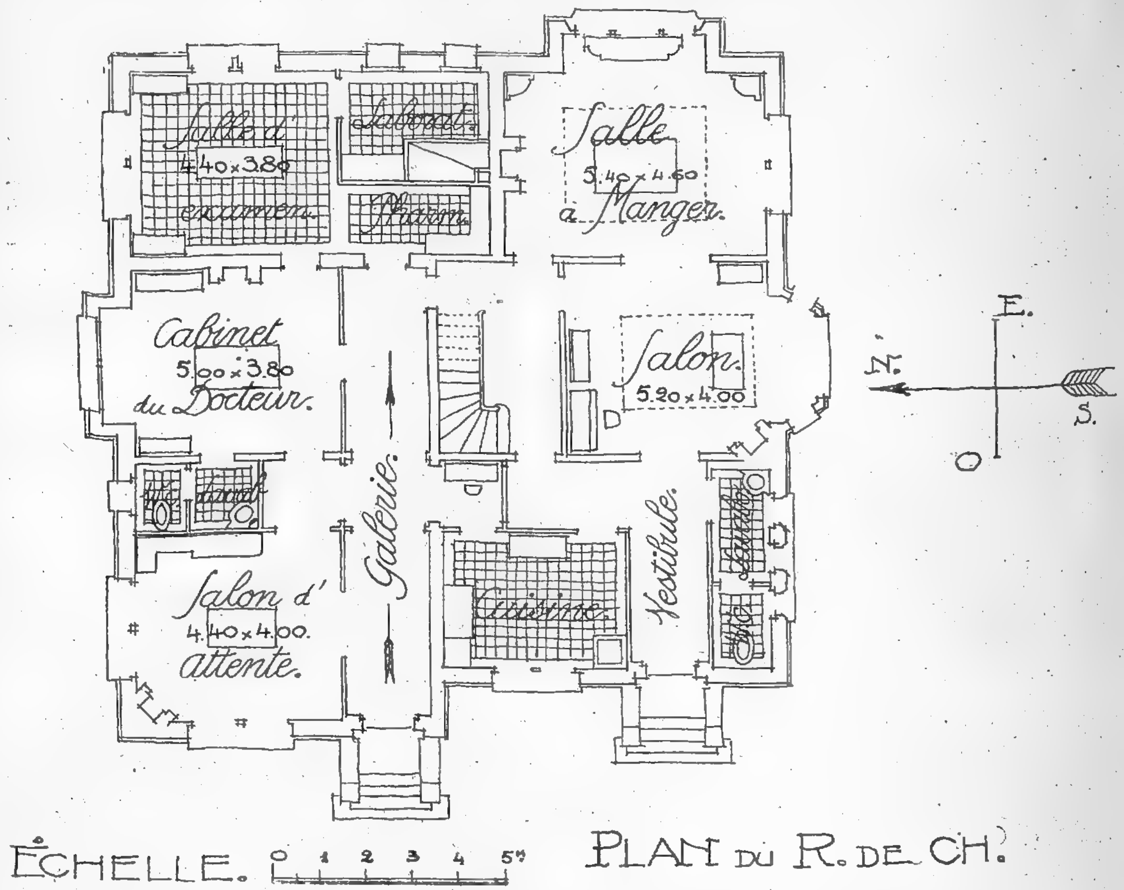
Habitation : à rez-de-chaussée, cuisine, entrée et vestibule avec lavabo et W.-C. — Salon de réception, salle à manger. Escalier montant à un premier étage, où se trouvent cinq chambres, salle de bains, toilettes, W.-C. et grenier.

Partie professionnelle : entrée particulière, galerie, avec, communiquant avec la cuisine, une petite pièce où se tiendra la femme de chambre ou l'infirmière de service.

La salle d'examen comportera des vidoirs, le laboratoire comporte une paillasse et une hotte avec four pour brûler les pansements et les ouates. (Actuellement, il est à noter qu'à Paris, beaucoup de ouates ayant servi de pansements, partent le matin par les boîtes à ordures des immeubles pour une destination... inconnue, au lieu d'être incinérées immédiatement, sans sortir de la salle de traitement.)

Enfin les malades sortent directement dans la galerie, — toujours sous la surveillance de la personne de service, — soit du cabinet du docteur, soit de la salle d'examen ou de traitement. Toutefois, la disposition de la cloison du laboratoire ne permet pas de voir, de la galerie, la salle d'examen, lorsque la porte en est ouverte.

Les idées directives qui nous ont guidé, dans la recherche de ce plan, pourraient être conservées quel que soit le terrain. Les dispositions changeraient. Mais pour qu'elles soient parfaites, la collaboration étroite du client et de l'architecte, toujours indispensable pour l'étude d'une habitation particulière, l'est spécialement pour celle d'un médecin.



PLAN DU R. DE CH.

En entrant, dans la galerie, on trouve le salon d'attente des malades. A la suite se trouve le cabinet du docteur, bien séparé du salon d'attente.

Le cabinet du docteur, éclairé par une large baie, possède son lavabo, et son W.-C. séparés, indispensables.

Communiquant directement avec le bureau et la galerie, une grande salle d'examen (ou de petites opérations), carrelée, avec son laboratoire, ou salle de stérilisation, et un emplacement où seront les armoires pour former pharmacie.

Georges Guénot,

Architecte diplômé par le Gouvernement,
Paris.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Pneumonie double. — Décès de la victime. — Relation directe et immédiate entre le décès et la maladie non établie. — Loi du 9 avril 1908. — Inapplicabilité.

COUR D'APPEL DE RENNES (3e Ch.)

12 février 1924.

Gazette des Tribunaux, 23-24 juin 1924.

Il ne peut y avoir accident du travail au sens légal du mot, en cas de décès de la victime, que s'il est possible d'établir une relation directe et immédiate entre l'accident et le décès.

Tel n'est pas le cas lorsque le décès, étant résulté d'une pneumonie double de l'accidenté, aucune relation de cause à effet entre la maladie et l'accident ne peut être prouvée.

« La Cour ;

« Considérant que V. a interjeté appel d'un jugement rendu par le tribunal civil de Lannion le 21 novembre 1922, que la dame J. a de son côté formé appel incident dudit jugement ;

« Considérant que, le 1er février 1919, le sieur J., alors mobilisé comme sapeur au 5e génie et en service à la gare de Belle-Ile-Bégard a été heurté par un camion automobile que conduisait un preposé de V. et projeté dans un fossé bordant la route ; que, dans sa chute J. a été blessé légèrement à la tête et a eu le pied droit contusionné ; que, rentré à son domicile par ses propres moyens, il s'est aussitôt alité et ne s'est relevé que le 5 février pour répondre à la convocation de l'autorité militaire qui l'appelait à Guingamp pour subir une visite médicale ; qu'il s'est rendu dans cette ville et en est revenu à bicyclette, qu'aussitôt rentré chez lui, il a repris le lit et est décédé le 14 février suivant des suites d'une pneumonie double constatée au cours de l'autopsie qui a été pratiquée le 20 février à l'hôpital militaire ;

« Considérant que, quatre ans après l'accident, la dame J. a intenté contre V. une action en responsabilité et lui a réclamé une somme de 20.000 francs à titre de dommages-intérêts :

« Considérant que la dame J. avait charge d'établir la relation directe et immédiate existant entre le décès de son mari et l'accident survenu le 1er février ;

« Considérant qu'elle n'administre pas cette preuve ; que de légères blessures au visage et la fracture d'un métatarsien sont impuissantes à engendrer une pneumonie ;

« Considérant qu'il n'est nullement établi que J. ait subi un traumatisme susceptible de déterminer une pneumonie double ; qu'aucun élément de l'enquête ne permet d'admettre qu'il ait subi un choc à la poitrine ou une compression violente du thorax ; que les médecins qui ont procédé à l'autopsie n'ont constaté ni fracture des côtes, ni traces même de contusions sur le corps ; que les symptômes de la pneumonie ne sont apparus qu'après un temps trop prolongé pour qu'elle puisse être attribuée à l'accident du 1er février ; qu'il n'y a lieu de faire état du certificat délivré par le médecin traitant qui déclare que la congestion pleuro-pulmonaire dont est atteint J. lui paraît due à un traumatisme antérieur ; qu'il ne s'agit là que d'une hypothèse ; que le médecin émet une opinion qui n'est appuyée sur aucun fait ni accompagnée d'aucun raisonnement ; que J., s'il avait été atteint de cette maladie grave, n'eût pu effectuer à bicyclette le voyage de Kervec-en-Bégard à Guingamp, soit 26 kilomètres sur une route accidentée ;

« Que le médecin chargé de procéder à l'examen du blessé n'eût pas manqué de relever les signes caractéristiques de la maladie et l'eût fait admettre à l'hôpital pour y suivre un traitement ; que le fait qu'il a été autorisé à rentrer à son domicile est démonstratif de l'inexistence au 5 février de la pneumonie dont V. n'a pas à établir l'origine, mais qui, vraisemblablement, a été contractée au cours du voyage à bicyclette ;

« Considérant que la dame J. n'apportant pas la preuve que l'accident en question a été l'agent créateur de la maladie qui a causé la mort de son mari, doit succomber dans son action ;

« Par ces motifs :

« En la forme ;

« Reçoit V, en son appel ; la dame J. en son appel incident ;

« Faisant droit à l'appel principal ;

« Réforme le jugement entrepris ;

« En conséquence, déboute la dame J. de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

« La condamne aux dépens de première instance et d'appel ;

« Ordonne la restitution de l'amende consignée ».

Commentaires

Cet arrêt vient à l'appui des décisions que nous avions indiquées, dans notre article sur les complications tardives, en matière d'accident du travail (*Concours médical*, 1924, p. 1142.). L'ouvrier qui se prétend victime d'un accident du travail, doit prouver la relation de cause à effet, entre l'accident et le travail. En ce sens, Cour de Cassation, 22 novembre 1909 (Dalloz 1911, 1, 91) ; Cour de Chambéry, 26 février 1919 (*Gazette des Tribunaux*, 1er avril 1919), Cour de Cassation, 24 février 1920, Dalloz, 1920, 1, 81 ;

Cour de Limoges, 22 mai 1923 : Recueil *Gazette des Tribunaux*, 1923, 2, 547.

Rappelons également l'arrêt de Cassation, du 20 mars 1923, que nous avons cité dans notre article relaté plus haut.

Dans le cas ci-dessus, il en aurait été décidé autrement, s'il avait pu être prouvé que la pneumonie, dont est mort le blessé, avait eu une cause traumatique, ou bien que l'ouvrier l'avait contractée comme complication de son accident.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les accessoires.

Nous reviendrons de nouveau aujourd'hui sur les accessoires. C'est, en effet, par ces petits riens ajoutés aux voitures, que nos promenades sont plus agréables et leur utilisation quotidienne supportable.

Et puis, il ne dépend pas des automobilistes que les systèmes adoptés par les constructeurs soient bien conformes à leurs goûts et à leurs besoins. De longues campagnes sont trop souvent nécessaires pour parvenir à faire modifier leurs méthodes, tandis que pour le choix des accessoires, on est libre d'agir à son gré.

Le petit outillage ne retient pas assez l'attention des débutants. Quand ils achètent une voiture neuve, ils se figurent être parés contre tous les accidents de route, par la trousse ridiculement incomplète, fournie avec la voiture. Et quand ils reprennent une voiture d'occasion, ils acceptent presque toujours la prétention du vendeur qui, lui, a l'expérience de la chose, de livrer la voiture nue, sans aucun accessoire facilement démontable.

C'est là, à notre avis, une réelle imprudence.

La première panne démontrera l'ennui de ne pas avoir sous la main un assortiment complet des instruments utiles, et l'achat obligatoire de ceux-ci chez un quincaillier de village se révèlera une dépense aussi imprévue qu'onéreuse.

Il est donc indispensable de ne pas s'embarquer sans être sûr d'avoir, dans les coffres de la voiture, les outils suffisants à la réparation de tout ce qu'un automobiliste doit savoir faire par lui-même.

Passons un peu en revue les principaux. Et, tout d'abord, parlons du contenant, avant d'aborder le contenu. Les outils courants doivent être placés dans un coffre très accessible, c'est-à-dire qu'il faut avoir bien soin d'éviter de les mettre dans le coffre arrière, quand on transporte des bagages qui sont généralement attachés précisément sur ce coffre.

Quoi de plus désagréable, en effet, que d'être obligé de retirer malles ou valises consciencieusement assujetties, pour prendre une clé anglaise ou un tourne-vis ?

Ensuite, nous conseillons vivement de ranger tous les outils non pas dans des boîtes en bois ou métalliques, mais dans des trousses en toile forte, ou mieux, en cuir, trousses flexibles, que l'on peut serrer avec des courroies. On évite ainsi les bruits si agaçants des outils qui se cognent les uns sur les autres à chaque cachot de la voiture.

Parmi les instruments les plus souvent utilisés, se trouvent au premier plan, le cric et la pompe à pneus. Il y a des quantités de crics. Tous sont suffisants pour un amateur. Mais, il y a une précaution indispensable à prendre et que l'on oublie cependant presque toujours : c'est de s'assurer que la tige du cric est assez longue pour soulever la voiture assez haut pour pouvoir changer une roue munie de son pneumatique.

On ne peut pas s'imaginer combien d'automobilistes ont perdu du temps à trouver des cales assez solides pour être placées sous le cric quand, sur une route un peu bombée, par exemple, la tige était trop courte.

La pompe à pneus a moins d'importance à première vue, parce que presque tout le monde emploie maintenant des bouteilles à air. Il n'en est pas moins vrai que si vous crevez un jour où pour une raison quelconque votre bouteille n'a plus de pression, vous serez enragé si votre pompe à pneus fuit de partout.

Pour éviter ceci, il est prudent de démonter le tuyau flexible, et de le ranger soigneusement enveloppé, afin que le caoutchouc ne soit ni poreux, ni coupé.

Il faut aussi de temps à autre, démonter le piston de la pompe, et graisser légèrement le cuir avec un peu de suif, sans quoi ce cuir deviendra sec, et n'aspirera plus assez d'air pour gonfler un pneu.

Il est bon également d'avoir une pompe munie d'une sorte de clou attaché à une chaînette, qui sert à décoller les obus de valves. Ceci évite souvent d'avoir à démonter la valve et par conséquent de regonfler entièrement le pneu, quand il ne s'agit que de redonner un peu de pression. Il y a, en effet, encore beaucoup de chambres à air avec des valves à obus.

La trousse doit contenir aussi toujours le jeu de clés spéciales à la voiture, destinées au démontage des roues et des moyeux.

Si une bille d'un roulement vient à casser, même un garagiste peut avoir de grandes dif-

ficultés à démonter le moyeu si vous ne pouvez pas lui donner les outils voulus.

En ce qui concerne les clés anglaises, il est sage de s'assurer que l'on a bien tous les calibres qui permettent le démontage des bougies, du carburateur, de la magnéto et de tout autre organe quelquefois placé en dépit du bon sens, même dans des voitures très modernes.

Nous pourrions citer un cycle-car très répandu, sur lequel le carburateur ne peut être réglé qu'à l'aide d'une clé tellement plate qu'il est presqu'impossible de s'en procurer une, sinon dans une maison tout à fait spécialisée.

En somme, pour résumer cette chronique, nous nous permettrons de dire à nos confrères de toujours se souvenir qu'en automobile plus qu'en toute autre chose « les petits effets produisent de grandes causes ».

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Création d'un Office national d'Hygiène sociale

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 3 décembre 1924.

Monsieur le Président,

La création, le 20 janvier 1920, du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales avait pour but de centraliser, sous une seule autorité, les différents services d'hygiène épars dans de nombreux départements ministériels.

L'expérience de quatre années du fonctionnement du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales prouve que cette centralisation n'a pas pu se réaliser.

La suppression du ministère de l'hygiène et le rattachement de ses services au ministère du travail ne permettent pas d'effectuer, dès à présent, la coordination des services qui restent attachés à leurs départements ministériels respectifs.

L'action gouvernementale est donc, dans les circonstances actuelles, purement administrative et ne peut à elle seule suffire à l'œuvre d'éducation et de propagande si nécessaire pour permettre l'application, en France, des mesures indispensables, de prophylaxie individuelle et d'hygiène générale.

Il est, d'ailleurs, de toute évidence que l'utilisation d'un organisme plus souple que les services de l'administration centrale correspondait bien à la conception du premier titulaire du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

En effet, par sa lettre du 7 septembre 1920, M. J.-L. Breton chargeait le comité national de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique de créer et de faire fonctionner un office français de documentation d'hygiène sociale. Les résultats acquis par cet office, après quatre ans de fonctionnement, et que seuls le manque de ressources budgétaires et l'insuffisance de moyens d'action ont paralysé dans son développement, nous est une preuve que pour l'application, dans notre pays, des mesures d'hygiène trop longtemps méconnues, il est indispensable de posséder un organisme qui, tout en conservant son autonomie, fonctionnerait sous l'autorité du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et aurait pour but essentiel d'établir la liaison entre les différents ministères, les œuvres, le corps médical et le public.

La plupart des hygiénistes français, pour ne pas dire tous, sont aujourd'hui convaincus que si, en France, l'hygiène est restée si peu appliquée, cela tient particulièrement au manque d'éducation du public.

Pour l'avertir et l'informer dans des conditions rigoureusement scientifiques, pour lui permettre d'être mis au courant de tous les perfectionnements que la science a apportés dans l'application des mesures d'hygiène et de prophylaxie, il est nécessaire, pour le ministre du travail et de l'hygiène, d'avoir à sa disposition un organisme à la fois souple et facile à mettre en action, et dont la mission correspondrait aux organismes semblables créés dans la plupart des branches de l'activité nationale (Office du travail, Office national du commerce extérieur. Office national du tourisme. Office colonial, etc.).

L'office que nous concevons fonctionnerait sous l'autorité du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, assisté d'un conseil de perfectionnement dans lequel trouveraient tout naturellement leur place les conseillers techniques, médecins ou hygiénistes et les personnalités médicales françaises les plus qualifiées.

Au point de vue de la propagande française à l'étranger, cet office aura pour mission de diffuser les publications médicales et hygiénistes, d'échanger avec l'étranger les documentations sur toutes les questions d'hygiène sociale, et serait, en même temps, le centre où tous ceux qui viennent en France trouveraient les renseignements nécessaires.

Au point de vue national, il n'est pas douteux que la protection de la santé publique est essentiellement conditionnée par l'éducation prophylactique ; différents pays étrangers peuvent se prévaloir d'une situation sanitaire meilleure que celle de la France, parce que, depuis quelques années, cette

propagande intensive et l'éducation du public y sont faites d'une façon méthodique et continue.

L'organisation projetée ne porterait, d'ailleurs, aucune atteinte aux attributions des comités ou conseils déjà constitués près du département. C'est ainsi que, notamment, « le Conseil supérieur d'hygiène publique de France », qui réunit dans son sein tant de personnalités éminentes et des savants illustres, continuera, comme par le passé, à être le gardien vigilant de la santé publique et l'agent consultatif le plus précieux du ministère de l'hygiène.

Il ne s'agit pas davantage de limiter le rayon d'action des œuvres d'assistance et d'hygiène dues à l'initiative privée et qui, depuis quelques années surtout, ont contribué avec tant de bonne volonté et de dévouement à la diffusion des principes d'hygiène et au recul des maladies sociales auxquelles l'humanité paye encore un si lourd tribut.

Tous ces conseils, ces comités, ces sociétés, toutes ces organisations publiques ou privées rencontreront dans l'« Office national d'hygiène sociale » non seulement l'aide la plus désintéressée, mais encore l'appui le plus efficace par les moyens d'action matérielle et intellectuelle que l'Office — grâce à des concours qui ne lui feront certainement pas défaut — vourra bientôt consacrer à la cause de l'hygiène publique.

Ainsi, les efforts de tant de bonnes volontés qui, faute de cohésion, ne donnent pas encore tous les résultats que la nation est en droit d'espérer, seront coordonnés pour assurer une vitalité toujours plus grande à notre race.

J'ai donc l'honneur de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint, qui a été délibéré et adopté par le conseil d'Etat dans ses séances des 20 et 27 novembre 1924.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre du travail, de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,
Justin GODART.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et du ministre des finances ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Il est créé à Paris un établissement public dénommé office national d'hygiène sociale.

Art. 2. — L'office national d'hygiène sociale a pour objet :

1° De recueillir et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France ;

2° De centraliser et de mettre à la disposition des services publics, nationaux et locaux du corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents français et étrangers et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie ;

3° D'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race ;

4° D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées, afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la santé publique.

Art. 3. — L'office national d'hygiène sociale est rattaché au ministère chargé de l'hygiène publique.

Il est géré, sous l'autorité du ministre, par un conseil d'administration et par un directeur nommé par décret sur la proposition du conseil d'administration.

Art. 4. — Un conseil de perfectionnement est appelé à donner son avis sur le fonctionneement de l'office national d'hygiène sociale et sur les améliorations qui pourraient y être apportées.

Il est présidé par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Art. 5. — Le conseil d'administration de l'office national d'hygiène sociale se compose de onze membres, savoir :

1° Trois membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique et les deux conseillers techniques du ministère chargé de l'hygiène publique ;

2° Huit membres, dont quatre désignés à raison de : un par l'académie de médecine, un par le conseil supérieur d'hygiène publique de France, un par la faculté de médecine de Paris et un par l'institut Pasteur ; et quatre choisis dans le conseil de perfectionnement par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Ces huit membres sont désignés pour quatre ans.

Le ministre nomme le président du conseil d'administration parmi les membres du conseil autres que les membres de droit.

Le directeur de l'office assiste avec voix consultative aux séances du conseil.

Art. 6. — Les recettes de l'office national d'hygiène sociale comprennent notamment :

1° Les subventions accordées à l'office ;

2° Le produit des dons et legs qui lui sont faits ;

3° Les revenus de ses biens ;

4° Le produit de la vente de publications concernant l'hygiène et celui des expositions d'hygiène que pourrait organiser l'office.

Art. 7. — Les budgets et comptes de l'office sont délibérés par le conseil d'administration et approuvés par le ministre chargé de l'hygiène publique.

Les fonctions d'ordonnateur sont remplies par le directeur.

Art. 8. — Les dons et legs faits à l'office sont acceptés par le président du conseil d'administration sous réserve de l'application des articles 4, paragraphes 2 et 7 de la loi du 4 février 1901.

Art. 9. — Des arrêtés ministériels déterminent la composition du conseil de perfectionnement, le mode

de fonctionnement de ce conseil, celui du conseil d'administration, ainsi que des services de l'office.

Art. 10. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris le 4 décembre 1924.

(*J.O.*, 9 *décembre* 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **L'Orchestre Médical** a donné, lundi dernier, salle Gaveau, son premier concert, depuis sa réorganisation. Ce concert a été particulièrement réussi, tant en raison de la composition de son programme que de l'exécution de chacun des numéros qui y figuraient.

Plusieurs artistes, appartenant à la famille médicale, y prêtaient leur aimable et talentueux concours. C'est ainsi que furent chaleureusement applaudis : Mme David-Benda, harpiste au jeu impeccable ; M. Ch. Astruc-Desfosses, premier prix de violon du Conservatoire de Paris, qui sait allier une sonorité d'une richesse et d'une pureté remarquable à la plus brillante virtuosité ; Mme René Bonamy, qui a interprété délicieusement, soit seule, soit avec M. J. Aubert, jeune ténor au timbre si riche, des œuvres de Mozart, de Debussy, de Raynaldo Hahn, de Déodatde Sévérac, etc. Le piano d'accompagnement était dadmirablement tenu par M. Faure-Beaulieu, médecin des hôpitaux de Paris.

L'Orchestre lui-même, sous l'habile direction de M. Petiot, a exécuté magistralement l'ouverture d'Iphigénie en Aulide, de Gluck ; la Symphonie italienne, de Mendelssohn ; l'Entr'acte de Messidor, de Bruneau ; Masques et Bergamasques, de Fauré ; et la Marche Héroïque, de Saint-Saens.

Chacun de ces morceaux fut salué par les acclamations enthousiastes d'un auditoire parmi lequel nous avons eu plaisir à reconnaître de nombreux médecins parisiens.

Nous n'oublierons pas que, si l'Orchestre Médical a pu se reconstituer de si harmonieuse façon et réussir à se manifester dans des conditions particulièrement honorables et dignes de félicitations, une très grande partie de son mérite doit en revenir au Secrétaire général, notre ami Louis Destouches, qui, aidé par notre autre ami Didsbury, a mis toute sa ténacité de mélomane et d'exécutant et tout son dévouement au service de cette œuvre, qui est une forme vivante d'excellente confraternité dans le culte et la pratique de l'Art.

Nous ne saurions assez engager nos confrères de la région parisienne à donner à l'Orchestre Médical le plus précieux des encouragements en en faisant partie comme membres honoraires.

Le Président du Comité est M. Paul Claisse, médecin des hôpitaux ; les vices-présidents : MM. Maurice Renaud, médecin des hôpitaux et M. Didsbury ; le secrétaire général : M. Destouches, le secrétaire général adjoint, M. Burnier et le trésorier, M. Mounier.

On peut se faire inscrire chez le Dr Destouches, 4, rue Thénard, Paris.

— **Asiles publics d'aliénés.** — M. le Dr Paul Farez, médecin-inspecteur, adjoint des Asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin-inspecteur titulaire.

Sont nommés médecins-inspecteusrs et adjoints, MM. les docteurs Rogues de Fursac, Capgras et Roger Dupouy.

— **Le IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires** ne groupera pas seulement les éléments actifs du corps de santé de toutes les nations, mais aussi, et surtout, les médecins, pharmaciens civils appartenant au cadre de complément ou membres des Sociétés de Croix-Rouge participant au fonctionnement du service de santé en temps de guerre.

Ce IIIe Congrès a été précédé de deux réunions analogues : La premièr tenue à Bruxelles en 1921 groupait les représentants de 27 nations et comportait environ 350 membres ;

La seconde eut lieu à Rome en 1923, réunissant 800 adhérents et les représentants de 33 puissances étrangères ;

La troisième, qui doit se tenir au Val-de-Grâce, à Paris, du 20 au 27 avril, compte déjà plus de 2.000 adhésions et plus de 800 étrangers représentant déjà près de 40 nations. C'est donc, par son importance, une réunion du corps médical et pharmaceutique international sans précédent que la France va voir siéger au Val-de-Grâce, berceau même de la médecine d'armée.

Ce Congrès comporte :

1° Des séances scientifiques de rapports et communications sur des sujets se rapportant spécialement à la médecine, la chirurgie, la pharmacie d'armée.

Les Congressistes visiteront également les service hospitaliers, pharmaceutiques ou autres organisations du service de santé des plus intéressants.

De même qu'il se prépare, pendant cette période, des fêtes particulièrement brillantes.

2° En même temps, et aussi au Val-de-Grâce, se tiendra une *exposition française des arts et sciences appliquées à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire*, qui sera ouverte pendant tout le Congrès et la semaine suivante. Cette exposition permettra aux Congressistes de voir dans toutes les branches de notre industrie nationale les progrès qui ont mis la France au premier rang des organisations sanitaires.

Les praticiens pourront donc se documenter sur les innovations qui se produisent dans leur art susceptibles de les intéresser.

3° Un Salon artistique présentera les œuvres intéressant plus particulièrement le corps médical.

4° Sitôt après le Congrès, du 26 avril au 3 mai, des excursions dans les différentes stations hydrominérales et thermales du Sud-Est et du Sud-Ouest de la France, avec réceptions dans les différentes stations et villes de Facultés visitées, faciliteront au corps médical et anger la connaissance des ressources hydrominérales de ces régions.

L'importance de ce Congrès n'échappera pas aux industriels et commerçants français, qui trouveront un intérêt considérable à participer à l'Exposition française des Arts et Sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire organisée, sous le haut patronage du Ministère du commerce, par le le Comité français des expositions. »

Le « Comité français des expositions » en a confié la présidence à un de ses membres les plus distingués. M. Jean FAURE, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, dont on connaît toute l'activité et le dévouement.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 mars dernière limite au « Comité français des expositions », 42, rue du Louvre, Paris, où malgré l'espace limité dont on dispose, on s'efforcera de donner satisfaction aux personnes désirant participer à cette Exposition.

En outre, le Comité directeur de l'Exposition du Val-de-Grâce fait établir un catalogue illustré donnant un aperçu d'ensemble de l'organisation du Congrès et de chaque classe en particulier, qui sera remis à chaque membre du Congrès.

— **Le sel iodé pour usage culinaire dans les pays à goitre.** — L'essai entrepris *en Suisse* de livrer au public un sel de cuisine additionné de 2,5 à 5 milligrammes d'iodure de potassium par kilogramme, comme moyen de lutter contre le goitre endémique, se poursuit sans inconvénients ; on n'a observé de troubles d'aucune espèce imputables à la consommation du sel iodé, ni chez l'homme, ni chez les animaux. Chez ces derniers, on observerait même une action favorable sur la production du lait.

— **Memorandum des Congrès médicaux de 1925.** — Congrès ayant lieu en avril 1925 :

Du 2 au 4 avril. — Ve Congrès des Villes d'eaux, Bains de mer et Stations climatiques, à Paris. Secrétaire général : Dr V. Gardette, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris, XIVe.

20 au 25 avril. — IIIe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires, à Paris. — Commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris, VIIe.

22 au 25 avril. — Congrès de Thalassothérapie, à Arcachon. Secrétaire général du Comité permanent : M. Léo, 50, avenue du Président-Wilson, Paris ; secrétaire général du Congrès : D Chauveau, villa « La Rouvraie », Arcachon.

26 avril. — Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France. A deux heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, à Paris.

— **Faculté de médecine de Paris**. — *Conférences organisées par la Société des amis de la Faculté de Médecine.* (Président : M. Léon Bourgeois ; secrétaire général : M. le prof. Chauffard). — Ces conférences sont destinées à exposer des questions d'actualité, à faire connaître des travaux nouveaux et des recherches personnelles.

Elles auront lieu le vendredi , à 21 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté aux dates indiquées ci-dessous :

27 *mars*. — Docteur Lemaître, agrégé ; cinq mois dans l'Amérique du Sud.

3 *avril*. — Docteur Gougerot, agrégé : Les traitements prophylactiques et abortifs de la syphilis.

Ces conférences sont publiques.

— **Société de l'Hygiène par l'exemple.** — Le Conseil municipal de Paris a décidé d'accorder une subvention de 500 francs à la Société d'Hygiène par l'exemple.

— **Enseignement médical à la Faculté de Droit.** — Le docteur Laignel-Lavastine, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, fait à la Faculté de *Droit* (amphithéâtre n° 3), un cours élémentaire de psychiatrie médicolégale.

— **Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.** — *Le XVe voyage d'études medicales* de la Faculté de médecine et de pharmacie aura lieu du 26 avril au 2 mai 1925, sous la direction scientifique du professeur Sellier.

Il comprendra la visite des stations climatiques du littoral méditerranéen, savoir : Hyères, Saint-Raphaël, Valescure, Fréjus, Cannes, Le Cannet, Grasse, Vence, Nice, Le Mont-Boron, Le Col de Villefranche, Baulieu, Eze, Monaco, Monte-Carlo, le Cap Martin, la frontière italienne, Menton. La Turbie. Excursion à Peyra-Cava.

Le programme détaillé de ce voyage sera indiqué ultérieurement.

— **Le XXXVIIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie.** — Ce Congrès aura lieu à Bruxelles, le lundi 11 mai et jours suivants.

On y discutera un rapport du professeur LAGRANGE (de Bordeaux) sur le *traitement du glaucome infantile.*

La Société française d'ophtalmologie est l'invitée de la Société belge d'ophtalmologie qui a organisé des promenades à Bruges, à Malines et des réceptions à Bruxelles.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit au docteur M. DANIS, secrétaire de la Société belge d'ophtalmologie, 7, rue Montoyer, Bruxelles ; soit au docteur René ONFRAY, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris, 7e.

— **Le certificat médical des chauffeurs d'automobiles.** — Le certificat médical pour l'exercice de la profession de chauffeur d'automobile que demandent en France, à l'Académie de médecine, le Dr Fiessinger et le Pr Balthazard, existe actuellement... en Belgique. Il vient d'être établi par un nouveau règlement résultant de la loi belge du 1er août 1924. En voici, d'après le *Scalpel*, de Bruxelles, les principales dispositions :

« Tout conducteur d'un véhicule auto-moteur doit être porteur d'un certificat attestant qu'un examen médical, auquel il a été soumis à cet effet, n'a décelé aucune des tares signalées ci-après :

« *a*) Perte unilatérale de la vision ;

« *b*) Vision au moins unilatérale inférieure à deux tiers de la vision normale sans verre ou dix dixièmes avec verres correcteurs ;

« *c*) Perte ou diminution accentuée et bilatérale de l'audition ;

« *d*) Tares physiques entravant considérablement le fonctionnement de l'appareil locomoteur ou affectant l'équilibre psychonerveux, notamment l'épilepsie.

Nos confrères belges sont sur les dents. Ils vont avoir à délivrer quelque cent mille certificats en peu de semaines. D'autant que le texte officiel n'est pas d'une clarté à toute épreuve !

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Du 22 juillet à fin août, j'ai fait un pansement tous les deux jours à chaque doigt.

Dois-je compter deux pansements à 8 fr. = 16 fr., ou bien un seul comme le prétend la compagnie ?

Dr S.

Réponse.

Vous n'avez pas à compter deux pansements comme vous le proposez, ni un seul pansement comme le propose l'assurance. C'est là un cas de « pansements multiples sur un même segment de membre » (article 17), puisqu'il s'agit de plaies de doigts qui sont loin d'être « très superficielles ». Ce n'est donc ni 16, ni 8, mais légitimement 15 francs que vous avez à réclamer en vous basant sur cet article 17.

F. D.

II

422. — Pansements multiples et blessures multiples.

Pourriez-vous me répondre par la voie du *Concours* à la question ci-dessous qui m'intéresse d'autant plus que j'ai actuellement 3 accidents ainsi :

1° Un ouvrier se blesse à la main, vient quelques jours après. Suppuration, œdème de la main, de l'avant-bras et du bras, avec traînées lymphatiques

Je soigne la plaie et je fais des enveloppements tièdes de tout le membre. Que *dois-je compter comme pansement* ? Il me semble que je ne peux compter 3 segments de membre différents, et d'un autre côté, un pansement simple est notoirement insuffisant ?

Dr C.

Réponse.

Ce n'est pas un cas de « pansements multiples » (article 17), puisqu'il n'y a *qu'un seul pansement*, grand ou petit peu importe. Ce n'est pas non plus le cas de « blessures multiples » (article 14) sur des segments de membres ou des membres différents, puisqu'il ne s'agit que *d'une seule blessure*. Je ne vois pas alors sur quel article vous pourriez vous baser pour demander autre chose que le pansement ordinaire qui, lui, est compris dans le prix de la visite ou de la consultation.

F. D.

III

106. — Les 20 % d'augmentation du tarif des radiologistes.

L'arrêté dernier sur les accidents du travail, partie *in fine* du paragraphe VI, entre parenthèses, édite :

Les frais et honoraires prévus aux paragraphes I à VI ci-dessus doivent être majorés de 20 pour 100.

Est-ce dans quelques cas ? et quels cas ? Si c'est dans tous les cas, il aurait mieux valu faire le calcul dans tous les cas dans l'arrêté. On aurait ainsi évité les difficultés possibles avec la Cie d'assurances.

Il est vrai qu'on aurait dû surmener les chères

méninges de l'employé du ministère et lui imposer un calcul supérieur à ses connaissances.

Dr G.

Réponse.

Les honoraires antérieurs sont majorés à 20 % pour les radiologues, à cause de l'augmentation du prix des appareils, des ampoules, etc. depuis 1920. Cette augmentation porte sur *chacune* des tarifications indiquées dans le nouvel arrêté qui reproduit l'ancien plus quelques adjonctions, faites d'après les lacunes constatées. Comme il n'y a que très peu d'adjonctions, on a simplement recopié l'ancien tarif en indiquant la majoration de 20 % une fois pour toutes à la fin du paragraphe VI.

F. D.

JURISPRUDENCE

MAROC. — ART DENTAIRE. — DAHIR 12 AVRIL ET 27 SEPTEMBRE 1916. — SITUATION ANTÉRIEUREMENT ACQUISE. — NON RÉTROACTIVITÉ.

COUR DE CASSATION
(Ch. criminelle).
31 janvier 1925.
(*Gaz. Palais*, 22-23 février 1925.)

Les dahirs des 12 avril et 27 septembre 1916 qui, au régime de libre exercice qui existait antérieurement au Maroc en ce qui concerne la profession de dentiste; ont substitué des prescriptions règlementaires et imposé aux praticiens de cet ordre l'obligation de justifier d'un titre leur donnant le droit d'exercer en France ou dans leur pays d'origine, n'ont disposé que pour l'avenir, et ces prescriptions nouvelles ne sont point applicables aux situations antérieurement acquises.

M. R. s'est pourvu en cassation d'un jugement du tribunal correctionnel de Casablanca du 6 juin 1924, qui l'avait condamné à une amende pour exercice illégal de la profession de dentiste.

La Cour,

Sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation de l'art. 1er et de l'art. 2, § 1, 2 et 3 du dahir du 12 avril 1916, modifié par le dahir du 27 septembre 1916, et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1910, pour défaut de motifs et manque de base légale, en ce que la sentence attaquée, pour dénier au demandeur à la cassation le droit d'exercer l'art dentaire à Casablanca, se fonde sur ce que les textes susindiqués auraient exigé pour l'exercice de cet art la possession d'un diplôme, alors que ces textes ont statué seulement pour l'avenir et n'ont imposé aucune condition aux praticiens exerçant antérieurement à la promulgation du dahir, et alors que le demandeur exerçait dès avant cette promulgation, circonstance

non contestée par le jugement, mais considérée par lui comme sans intérêt :

Vu lesdits articles ;

Attendu que les dahirs des 12 avril et 27 septembre 1916, qui, au régime de libre exercice qui existait antérieurement au Maroc en ce qui concerne la profession de dentiste, ont substitué des prescriptions réglementaires et imposé aux praticiens de cet ordre l'obligation de justifier d'un titre leur donnant le droit d'exercer en France ou dans leur pays d'origine, n'ont disposé que pour l'avenir et ont nettement manifesté leur volonté de laisser en dehors de ces prescriptions nouvelles les situations antérieurement acquises ; que cela ressort des termes mêmes de ces textes, inspirés de la loi française du 30 novembre 1892, et notamment de ces expressions qu'ils emploient à trois reprises, que nul ne pourra « à l'avenir »... que les dentistes qui, sous l'empire de la réglementation nouvelle, voudront « commencer » à exercer devront au préalable déposer leur titre et que ce n'est qu'après avoir obtenu l'autorisation de l'autorité compétente qu'ils pourront « commencer » à pratiquer ;

Attendu que, pour dénier à R. le droit de continuer à exercer à Casablanca l'art dentaire qu'il y pratiquait depuis 1906, circonstance non contestée par les juges du fond, le jugement attaqué a jugé en droit que tous les dentistes qui pratiquent actuellement au Maroc sont tenus de justifier de la possession d'un titre leur donnant le droit d'exercer en France ou dans leur pays d'origine et cela sans qu'il y ait lieu de faire aucune distinction entre les dentistes établis au Maroc à une date antérieure à la mise en vigueur des dahirs de 1916 et ceux qui n'ont commencé qu'après à y pratiquer l'art dentaire ; que le jugement a déclaré qu'il suffisait dès lors pour retenir contre le prévenu le délit d'exercice illégal de la profession de dentiste relevé à sa charge, de constater qu'il n'était pas pourvu du titre exigé par les dahirs ;

Attendu qu'en statuant ainsi la décision attaquée a faussement interprété et par suite violé les textes visés au moyen ;

Par ces motifs,

Casse...

Commentaires

La réserve des droits acquis, pour les dentistes, a été également respectée par la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne la métropole.

En effet, si la législation sur l'exercice de la médecine a entendu ne réserver l'art dentaire qu'à ceux qui seraient munis soit du diplôme de docteur en médecine, soit de celui de chirurgien dentiste, elle a cependant édicté des mesures transitoires, par l'article 32 : « le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892.

L'arrêt de Cassation ci-dessus reconnaît les

droits acquis puisque l'article 1[er] dahir du 12 avril 1916 paraît ne disposer que pour l'avenir par son contexte même : « nul ne pourra exercer à l'avenir.... »

Dr Paul BOUDIN.

La revision de la composition des Eaux minérales

(*Suite*)

Par le Dr CONSTANT,

Ancien interne des Hôpitaux de Nancy,
Médecin-consultant aux Eaux de Vittel.

Tout en étant d'accord avec moi sur la nécessité de la révision de la composition des eaux minérales, deux objections ont été faites par le Dr LABORDE, professeur à la Faculté de pharmacie de Strasbourg, dans le journal *Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, du 1[er] septembre 1924 ; l'une concernant la fréquence de cette révision, que je voudrais bisannuelle ; l'autre concernant les déterminations physiques que je réclame.

Je maintiens ces exigences pour les raisons que je vais exposer, et qui sont basées surtout sur l'origine même des eaux minérales.

Cette origine a permis de les ranger en trois classes:

1° Les eaux vierges ou primitives d'origine ignée, eaux généralement chaudes, provenant de pays riches en roches éruptives. Celles-ci sont moins sujettes à variation.

2° Les eaux mixtes, mélange des précédentes avec une eau superficielle. A surveiller de plus près.

3° Les eaux d'infiltration d'origine superficielle, qui n'ont aucun rapport avec les filons des roches éruptives, et dont la minéralisation est empruntée aux strates et roches superficielles (Chassevant). Celles-ci sont les plus importantes à surveiller.

Le débit des sources de cette troisième catégorie est variable, il augmente avec les pluies et la fonte des neiges ; diminue avec les chaleurs, la consommation de l'eau (expéditions. etc.).

Sous ces différentes influences, le débit comme la minéralisation doivent donc fatalement varier d'une saison à l'autre, d'une année à l'autre.

C'est pourquoi j'exige l'analyse bisannuelle : au printemps, après le remplissage des réservoirs souterrains ; à l'automne, après les chaleurs, après les expéditions d'eau, plus importantes à cette époque qu'en hiver.

Et quand, suivant une expression heureuse du Dr Laborde, à la suite de ces recherches répétées, on aura ainsi établi l'état-civil ou le livret individuel de chaque source, on pourra se contenter dans la suite d'une analyse tous les deux ou trois ans, comme contrôle, à des périodes alternantes (printemps ou automne).

Quant à l'objection des déterminations physique

trop nombreuses, suivant le Dr Laborde, que je réclame, c'est-à-dire :

Etude de la fluorescence. — Indice de réfraction des eaux. — Densité. — Pression osmotique. — Thermalité. — Ionisation. — Conductibilité électrique. — Cryoscopie. — Gaz. — Radioactivité. — Composition chimique des eaux et ses variations. — calculée en ions électropositifs et électronégatifs, j'estime que toutes ces recherches ont leurs raisons spéciales, et que quant à entreprendre un travail, il faut le faire complètement et minutieusement, afin d'éviter toutes critiques dans l'avenir.

C'est dans cet esprit d'ailleurs, et dans l'intérêt de tous, que je demande la révision de la composition des eaux minérales.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *février.*

Médecins des asiles d'aliénés.

Le *jury du concours des médecins des asiles d'aliénés* en 1925 est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Dequidt.

Membres titulaires : MM. les Dr Euzière, Prince, Nandascher, Wahl, Maupaté, Mlle le Dr Pascal.

Membres suppléants : MM. les Dr Pasturel et Trenal.

27 *février.*

Sages-femmes.

Décret du 14 février 1925, modifiant le décret du 13 novembre 1900 réglementant l'*exercice de la profession de sage-femme à la Martinique.*

La modification consiste en ce que, au lieu du certificat d'études primaires élémentaires, les candidates devront présenter le brevet élémentaire ou une pièce dûment légalisée constatant qu'elles sont en possession dudit brevet.

Bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Ajaccio.

Le traitement alloué est fixé à 5.080 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la pré-

voyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6° bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

28 *février*.

Enseignement de la médecine.

Sont déclarées vacantes les chaires suivantes :

Anatomie pathologique de la Faculté de Paris.

Histoire naturelle médicale et parasitologie de la Faculté d'Alger.

Clinique chirurgicale de la Faculté d'Alger.

Anatomie de la Faculté d'Alger.

Asile national des convalescents.

Les services médicaux de l'Asile national des Convalescents seront complétés par un *service de radioscopie et un service dentaire*, dont seront appelés à bénéficier gratuitement les accidentés du travail, et convalescents sortant des hôpitaux de Paris, ainsi que tous les intéressés susceptibles d'être hospitalisés en vertu de l'article 3 du règlement général de l'établissement.

Le service sera assuré par un médecin radiologiste et un médecin ou chirurgien dentiste, qui seront désignés par le ministre du travail et de l'hygiène et recevront chacun une indemnité mensuelle de 200 fr., non soumise à retenue pour la retraite.

1er *mars*.

Enseignement de la médecine.

Des concours s'ouvriront le 19 octobre 1925, devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de suppléants des chaires d'anatomie, de pathologie externe et de pharmacie et matière médicale de l'école de Nantes.

Centres anticancéreux.

Sont nommés au *Centre anticancéreux de Toulouse* :

M. Escat, chef du service d'oto-rhino-laryngologie.

M. Merlin, chef du service des voies urinaires.

M. Nux, chef du service de stomatologie.

M. Garipuy, chef du service de radiumthérapie appliquée à la gynécologie.

4 *mars.*

Asiles d'aliénés.

M. le Dr Schutzenberger, a été nommé médecin chef à l'Asile d'aliénés de Pontorson (Manche) en remplacement de M le Dr Reboul-Lachaux, non installé.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Inscription du nom et de l'adresse du médecin sur les ordonnances de substances vénéneuses.

2449. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre du travail si le médecin qui prescrit des médicaments contenant des substances classées dans les tableaux A ou B annexés au décret du 14 septembre 1916 a satisfait aux dispositions édictées par l'article 20 du décret précité concernant la mention de son nom et de son adresse, en écrivant lisiblement lesd ts nom et adresse sur son ordonnance, ou si, au contraire, comme ont la prétention de l'exiger certains pharmaciens, il doit indiquer son nom et son adresse au moyen d'un cachet ou par tout autre mode que l'écriture. (*Question du* 20 *janvier* 1925.)

2e *réponse.* — L'article 19 du décret du 14 septembre 1916, relatif aux substances vénéneuses, est ainsi conçu : « Les pharmaciens ne peuvent délivrer lesdites substances pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire que sur la prescription d'un médecin ou d'un vétérinaire ». Pour que cette obligation ne reste pas sans effet, l'article 20 du décret spécifie que « l'auteur de la prescription est tenu, sous les sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, de la dater, de la signer et de mentionner lisiblement son nom et son adresse... » La précaution a pour but de ne pas exposer les pharmaciens à donner à tout venant les substances vénéneuses prescrites sur une ordonnance dont la signature soit illisible et le signataire impossible à trouver. Nulle part, le décret n'indique si cette mention du nom et de l'adresse doit être imprimée ou manuscrite ; il exige simplement qu'elle existe et quelle soit lisible. L'auteur de la prescription a donc le droit d'employer le procédé qui lui convient, et qui peut varier suivant les circonstances. En fait, c'est ce qui se produit : dans son cabinet de consultation, le médecin rédige son ordonnance sur un papier avec un en-tête portant son nom et son adresse ; au domicile de son client, il la

rédige parfois, sur la feuille de papier qui lui est offerte, et doit alors faire suivre sa signature de son nom et de son adresse, écrits lisiblement. C'est ce qu'impose l'article 20 du décret.

(*J. O.*, 1er mars 1925).

Résultats de la vaccination antityphoïdique dans la marine.

1006. — M. Archimbaud, député, demande à M. le ministre de la marine : 1° quels sont, depuis 1915, les résultats de la vaccination contre les fièvres typhoïdes dans la marine (morbidité et mortalité) ; 2° quels sont les progrès réalisés, tant au point de vue de la simplification de la vaccination que de l'atténuation des réactions et de l'immunité obtenue ; 3° quels sont les différents vaccins T. A. B. autorisés dans la marine, par qui ils sont préparés, s'ils ont l'approbation de l'académie de médecine et du conseil supérieur d'hygiène publique et depuis quelle date ; 4° comment est assuré le contrôle de la vaccination, dans le corps des officiers et dans les équipages de la flotte, si toute latitude est laissée aux médecins pour le choix du vaccin ; 5° quel est, pour chaque vaccin, le nombre d'accidents mortels signalés depuis 1915, à qui ont été confiées les enquêtes et quelles lésions ont révélé les autopsies; 6° quelle a été la répercussion de la vaccination, pour chaque vaccin, sur l'évolution de la tuberculose latente, dans les six premiers mois de l'incorporation ; 7° quelles mesures compte prendre le département pour dissiper les appréhensions causées par les accidents graves signalés au cours des vaccinations. (*Question du* 27 *août* 1924.)

Réponse. — 1° La morbidité des affections typhoïdes, dans la marine, qui était de 3,9 pour 1.000 en 1915, s'est abaissée successivement les années suivantes à 3.3 ; 2.2 ; 1.7 ; 1.2 ; 1.2 ; 1.8 ; 1.2, pendant que la mortalité passait respectivement de 0.35 à 0.12 ; 0.14 ; 0.11 ; 0.07 ; 0.03 ; 0.2, 0.09. A noter que de 1899 à 1912, la morbidité moyenne atteignait 6.15 pour 1.000 et la mortalité 0.77. Il est à retenir que, tant en Fance qu'aux colonies, les marins séjournent fréquemment dans les centres endémiques. Les effets de la vaccination préventive ne doivent donc pas être comparés à ceux constatés dans l'armée métropolitaine, mais à ceux que donnerait une statistique de morbidité et de mortalité des soldats en service dans les ports militaires, aux colonies ou dans les pays de protectorat ; 2° les progrès réalisés sur les premières méthodes de vaccination antityphoïdique ont porté surtout

sur le fait que les vaccinations se font actuellement en une seule injection hypodermique (lipo-vaccin Le Moignic), au lieu de quatre ou trois (Chantemesse). Le vaccin à l'éther, qui demandait primitivement quatre injections, a été ramené d'abord à deux, puis à une injection. Les réactions observées aujourd'hui, dans la marine, avec le vaccin le plus employé (lipo-vaccin), ne sont pas à retenir ; 3° les différents vaccins autorisés dans la marine sont les suivants : *a*) vaccin à l'éther du médecin inspecteur général Vincent, autorisé par décret du 12 juin 1913, pour ce qui concerne le bacille typhique, et utilisé ultérieurement après l'adjonction des paratyphiques. Ce vaccin est préparé par le laboratoire de vaccination de l'armée ; *b*) lipo-vaccin T. A. B. Le Moignic autorisé par décret du 10 juin 1918 et préparé par le laboratoire des lipo-vaccins ; *c*) vaccin T. A. B. chauffé de Widal, préparé par l'Institut Pasteur et autorisé par décret du 24 décembre 1920. A titre d'essais très limités : entéro-vaccins, préparés par des laboratoires privés (Lumière, Biothérapie), pour les cas où les autres vaccins seraient contre-indiqués (circulaire du ministère de la marine du 4 mai 1923). Le libre choix du vaccin est laissé aux médecins-majors des bâtiments et services ; 4° le contrôle de la vaccination est assuré par les états périodiques fournis par tous les bâtiments et services à la direction centrale du service de santé et aussi par les renseignements portés sur les livrets médicaux des équipages ; 5° il n'a pas été signalé, depuis 1915, au ministère de la marine, de cas mortel à la suite des opérations de vaccination ; 6° il n'a pas été signalé au département, qui a attiré l'attention du personnel médical sur ce point, que la vaccination antityphoïdique ait eu une répercussion sur l'évolution de la tuberculose ; 7° le département n'ayant pas eu connaissance d'accidents graves, au cours de la vaccination, n'a pas eu à envisager de mesures spéciales pour dissiper l'appréhension du personnel.

(*J. O.*, 18 février 1925.)

Quarante septième année — N° 12 — 22 Mars 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 662-IV*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné à droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum.* (*Insertion concernant l'abonné lui-même*).

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**

N° 129. — On dem. infirm. apprenti de préfér. jeune travail. excell. référ. Se prés. matin, Mais. chirurg. 4, rue du Sergent-Hoff, Paris.

N° 130. — A vend. cond. int. Rolland-Pilain, 10 CV, 2-3 pl. Bonne carr. marche parf. ess. sur tte dist. Aff. exc. 6.500. Dr Daban, Tremblay-le-Vicomte (E.-et-L.).

N° 131. — Bretagne. Poste proph. d'av. rapp. 28 à 30.000, à céder au prix de la pharm. Pressé.

N° 132. — A céd. dans chef-l. de cant. rég. Ouest, pays agr. près ville, poste méd. anc., mais à remonter. Client. riche, pay. bien. Faible indemn.

N° 133. — A vend. Citroën 10 CV, torp. 4 pl. bon état, pare-br. arrière, confort. amortis., Magondeaux, électric. S'ad. Lenay, 72, quai de la Loire, Paris.

N° 134. — Vinot-Deguinguand 1913, 10 CV, magn. Bosch, carb. Zénith, 2 pl. 5.000. Dr Loiseau, Champigny-en-Beauce (L.-et-C.).

N° 135. — Dr en méd. jeune marié, accouch. méd. génér. pet. chirurg. ch. poste import. chef-l. cant. ou pet. ville, S.-O. de préf. Présent.

N° 136. — Import. laborat. franç. exploit. prod. biologiques (opothér. et vaccins) cherch. pour diriger publicité médic. en Italie, jeune méd. franç. parl. et écriv. couramm. italien. Sit. import. et d'aven., mais exigeant très bonne cult. médic. jointe à sens des aff. , activ. méthod. et ordonn. initiat. Ne pas se prés., mais envoyer *curriculum vitæ* à M. Leclerc, 21, rue d'Aumale, Paris (9e), qui convoquera.

N° 137. — L.-et-C. Dans gros bourg, sur gr. ligne, bon poste à repr. Cond. tr. avant. Pays de chasse. Conv. surt. à conf. célibataire.

N° 138. — Paris. Quart. a is'. cab. tr. anc. méd. génér. et malad. de poit. Rapp. 70.000, bel app. bail S'ad. Breitelet Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e Tél. 36-46.

N° 139. — Paris. Bon quart. méd. génér. Prod. 80.000 prouvés, aff. anc. App. 5 p. Présent. Cess. pour cause santé. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. Tél. Gob. 36-46.

FAITS CLINIQUES

Une forme hypothermique de la grippe.

A l'occasion de l'article si intéressant de M. Verdeau sur l'épidémiologie de la grippe, permettez-moi de vous communiquer une auto-observation de *grippe pure,* assez remarquable.

Elle a été caractérisée uniquement par un *refroidissement* de quatre jours. Je suis resté, en effet, pendant ces quatre jours dans les environs de 35°, c'est-à-dire *glacé,* ce qui est fort désagréable : rien n'a pu me réchauffer. Je n'ai rien eu d'autre, sauf cette sensation d'absence de fluide vital si fréquente dans la grippe et qui appelle l'idée d'une mort possible et même prochaine. Mon cerveau seul était resté intact et j'ai pu, à mon grand étonnement, soutenir sans le fatiguer une longue conversation sur un sujet intellectuel.

Le quatrième jour, à mon grand contentement aussi, la chaleur revint peu à peu avec une légère moiteur et ce fut tout. Je fus très promptement remis. Dans les semaines qui suivirent, j'observai plusieurs cas se rapprochant du mien et tous graves. Je n'en avais jamais observé avant et je n'en ai pas observé depuis.

A quoi a tenu cette forme ? Depuis fin décembre 1919, j'avais soigné impunément des centaines de grippés. Je m'étais préservé avec des feuilles fraîches d'eucalyptus globulus (feuilles givrées des repousses) que je mâchais ou respirais après les avoir froissées. En octobre, me croyant immunisé, j'avais cessé d'employer cette précaution, et le premier malade que je vis me contamina.

Ai-je évité la complication pulmonaire parce que je repris vite l'usage de l'eucalyptus, ou bien parce qu'une bronchite chronique m'avait donné une sorte d'immunisation partielle ? Je ne sais. Cette immunisation a dû jouer un certain rôle, car il s'agissait d'une reprise de grippe, l'été ayant assoupi les microbes de la période d'invasion.

La grippe nous était arrivée en décembre par des colis. Le premier cas datait du 18 décembre. Tous ces premiers cas prirent la forme d'une rubéole bénigne, sans complications pulmonaires, mais celles-ci ne tardèrent pas à se développer, et combien sérieusement !

Dr C. MORET.
(Bordj Beni Indel).

CORRESPONDANCE

Un médecin appointé par un hopital peut-il être nommé membre de la Commission administrative ?

Nous sommes en conflit perpétuel avec la Commission des hospices, et, il y a un an, à la suite du décès d'un membre de cette Commission, nous avons demandé à y être représentés, conformément à la circulaire du 20 avril 1920, et les confrères m'ont proposé (je suis chirurgien de l'hôpital).

Le préfet a d'abord évité de répondre à la suite d'une démarche du directeur de l'hôpital, approuvé par la Commission ou du moins par le maire. Puis, sur une nouvelle lettre de nous, il a répondu le 7 février, après 11 mois, en invoquant l'incompatibilité, et en nommant membre de la Commission, le directeur des services d'hygiène, médecin fonctionnaire.

Nous avons répondu à notre tour en démissionnant collectivement (les 5 médecins de l'hôpital). Les autres confrères de la ville nous soutiennent. Là-dessus, réunion de la Commission (présidée en l'absence du maire-député, par l'adjoint), démarche auprès du préfet, et ce soir, réunion générale dans le bureau du préfet, commission, médecins de l'hôpital et bureau du syndicat.

Le préfet, ergotant sur la circulaire du 20 avril 1920, discute la légalité et la valeur de la réponse ministérielle (n° 3349, Sénat, 18 mai 1920), prétend qu'elle ne représente pas la jurisprudence du ministère, et se déclare prêt à me nommer, si le ministre l'y autorise ! Là-dessus, il déclare qu'il a écrit au ministre, et qu'il attend la réponse (en réalité, je sais qu'il est allé à Paris aujourd'hui). Après la réunion de ce soir, où nous avons tenu bon, nous n'avons pas retiré notre démission, nous avons protesté contre le fait de remettre en question la circulaire de 1920, nous avons refusé de prendre un engagement quelconque, et, sur l'insistance d'un membre de la Commission, le préfet s'engage, si le Ministre ne l'autorise pas à me nommer, à insister en faisant valoir la nécessité absolue de mettre fin à un conflit qui paraît insoluble.

Au cours de la discussion, le préfet fait état d'une lettre récente d'un inspecteur général du ministère, le docteur Dequidt, qui affirme qu'il y a toujours incompatibilité entre les fonctions de médecin de l'hôpital et celles d'administrateur.

Notre affaire locale n'a en elle-même qu'une importance secondaire. Malgré qu'on en dise, il n'y a en jeu qu'une question de personnes. Cependant, je crois qu'un succès dans cette affaire assurerait à notre syndicat d'une façon durable une influence réelle auprès de la préfecture et des municipalités.

Du temps du précédent préfet, nous avions pu faire nommer deux confrères dans des conditions analogues, l'un à B; l'autre à W. Mais le préfet ne se considère pas comme lié par les actes de

ses prédécesseurs. Il se déclare, par contre, disposé à se laisser convaincre de son erreur, si on lui montre que les autres préfets obéissent à la circulaire de 1920. Connaissez-vous des précédents dans d'autres départements (en dehors des médecins qui sont maires de leur commune), et pourriez-vous m'en envoyer une liste que je mettrais sous les yeux des intéressés ?

D[r] G.

Réponse.

1° Le Préfet a-t-il le droit absolu de nommer qui bon lui semble comme membre de la Commission administrative de l'hôpital ?

Le préfet tient ce droit absolu de la loi du 21 mai 1873, article 1er, modifiée par celle du 6 août 1879 : il a le pouvoir de nommer, pour les fonctions d'administrateur de l'hôpital, quiconque lui paraît réunir les conditions d'honorabilité ou de capacité nécessaires.

Une réponse ministérielle (n° 14.802, *Journ. off.*, 16 novembre 1922), ajoute : « la loi a voulu que le bien des pauvres fût administré par une réunion de personnes tenant leur mandat, les unes de l'assemblée communale, les autres du pouvoir central, la prépondérance restant à ces derniers, sans que la liberté de choix du préfet soit en quoi que ce soit restreinte. »

2° Restrictions à cette liberté.

Une circulaire ministérielle du 20 avril 1920 donne des directives aux préfets, en ce qui concerne la désignation possible d'un médecin de l'hôpital, comme membre de la commission administrative de l'établissement :

« ... Mais, en raison de l'importance que prennent aujourd'hui, dans la vie des hôpitaux et des hospices, les questions purement techniques, je crois devoir cependant appeler votre attention sur l'utilité de faire figurer un médecin parmi les membres de la Commission administrative.

« Quand la commission discutera des problèmes techniques (installation de salles de chirurgie, aménagement de laboratoires radiographiques, etc.), la présence d'un médecin, capable de donner à tous des explications détaillées, ou des éclaircissements, sera certainement appréciée des autres administrateurs et une décision prise par tous, en connaissance de cause, ne pourra qu'être favorable à la marche normale des services.

« J'ajoute qu'en vue d'associer le Corps médical tout entier, au bon fonctionnement des établissements d'assistance, il me paraît que le médecin, désigné pour être administrateur, pourrait être proposé à votre choix par les associations professionnelles locales. »

Mais cette circulaire n'est envoyée par le ministre à ses subordonnés, les préfets, qu'à titre

d'indication, mais non pas d'ordre, car la loi ne restreint en aucune façon le libre choix des préfets, pour ce genre de désignation.

3° Un médecin appointé par un hôpital peut-il être nommé administrateur de l'établissement ?

Un arrêt du Conseil d'Etat, en date du 3 avril 1908 (Dalloz, 1909, 1, 118 ; Sirey, 1910, 3, 86 ; *Concours médical*, 1911, page 140) décide qu'aucune disposition de loi n'a édicté d'incompatibilité entre les fonctions de président de la Commission administrative d'un hospice et celle de médecin rétribué de l'établissement. Doit être annulé pour excès de pouvoir l'arrêté préfectoral, qui met le maire, pris en cette qualité, en demeure de faire cesser, comme contraire à la loi, le cumul existant entre les dites fonctions de président de la commission administrative de l'hospice et le médecin rétribué de cet établissement. »

C'est en s'appuyant sur cet arrêt que le ministre de l'hygiène a rédigé sa circulaire parue au *Journal officiel* (Sénat, séance du 18 mai 1920, n° 3349) : « C'est pourquoi le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a pu, le 20 avril 1920, envoyer aux préfets une circulaire appelant leur attention sur la nécessité d'introduire, dans la commission administrative hospitalière, un médecin, en vue de faciliter l'étude des problèmes techniques et sans faire de distinction entre les médecins rétribués ou non. C'est avec faveur que l'on peut voir un conseil municipal désigner un médecin, même rétribué par un hospice, pour siéger au sein de la commission administrative dudit hospice.

4° La santé publique.

L'évolution de la science médicale oblige les commissions hospitalières à sortir de leur tour d'ivoire et à se rapprocher du Corps médical. Mus par de bons sentiments à l'égard du bien des pauvres, qu'ils ont à administrer, les commerçants, industriels, ou personnes philanthropiques désignés comme membres de la Commission administrative de l'hôpital, n'ont que leur bonne volonté, à défaut de science et de compétence technique médicales, en ce qui concerne l'aménagement des salles, l'achat et le remplacement de certains appareils, voire même pour la confection des régimes alimentaires, etc.

Aussi, est-ce en ne regardant que le bien public, la protection de la santé des hospitalisés, que M. J.-L. Breton, alors ministre de l'Hygiène, a adressé ses circulaires de 1920 aux préfets placés sous ses ordres.

Il est indispensable d'associer la compétence technique des médecins à la compétence administrative des personnes qui se dévouent au bien des pauvres. La science moderne est trop complexe et trop précise, pour que les hommes de l'art puissent être, comme jadis, laissés à l'écart des commissions administratives des hôpitaux et cela

pour le plus grand bien des malades à soigner dans l'établissement.

5° Actuellement, que faire ?

Bien que nous soyons en République, les directives césariennes et napoléoniennes sont toujours en faveur. Les préfets ont le droit absolu de nommer qui bon leur semble, comme administrateur d'hôpital. Je sais bien qu' « ils ne doivent être guidés que par le souci de choisir des personnalités, dont l'expérience des affaires, les qualités administratives, l'instruction, la probité incontestée, etc., ne peuvent qu'être profitables à la gestion des intérêts hospitaliers. » (Circulaire ministérielle du 20 avril 1920.)

Mais ces belles phrases, que nous avons l'habitude d'entendre dans bien des cérémonies officielles, ne sont que des paroles qu'emporte le vent.

En pratique, les soucis de la politique locale, le loisir de ne pas s'attirer d'histoires, les recommandations, les influences de toutes sortes finissent par vicier le choix du préfet.

Ajoutons qu'en 1925, près de 40 ans depuis la promulgation de la loi sur les associations professionnelles, les pouvoirs publics ne savent pas encore utiliser cette force corporative, en vue de s'en servir comme conseiller technique. Je dirais même qu'on a toujours peur du péril syndical.

Cependant, je crois, pour ma part, qu'on a mal interprété l'opinion du Dr Dequidt. Ce confrère n'exerce pas la médecine ; mais il a conservé le contact avec les organisations syndicales médicales et ce n'est pas lui qui peut redouter l'entrée d'un médecin au sein d'une commission administrative d'un hôpital. Il connaît trop les services qu'on peut retirer de la collaboration entre les pouvoirs publics, centraux ou locaux et les syndicats médicaux ou leur Union.

Dans le cas particulier, qui nous est soumis, le préfet veut en appeler au ministre mieux informé de 1925 du ministre mal informé de 1920.

Espérons que le ministre de 1925 aura la même opinion que M. J.-L. Breton, en ce qui concerne l'utilisation des compétences médicales.

Mais si, par impossible, un ministre d'aujourd'hui défaisait ce qu'a décidé le ministre d'hier (cela est fort courant en politique), vous pourriez adresser un recours gracieux au Ministre du Travail et de l'Hygiène et saisir, en même temps, du problème, le Conseil supérieur de l'assistance publique.

La question serait : « Est-il utile, pour le bien des pauvres, comme pour les soins à donner aux malades hospitalisés, qu'un médecin fasse partie de la Commission administrative d'un hôpital ? Ce médecin, choisi parmi les docteurs de l'établissement, serait désigné au choix du préfet par ses collègues et par l'association professionnelle locale. »

Je ne crois pas qu'un recours en Conseil d'Etat

soit recevable : il n'y a aucun excès de pouvoir, puisque le préfet de la III[e] République a, en cette matière, les pouvoirs dictatoriaux d'un satrape et n'a pas besoin de recevoir les conseils de personne, pas même d'un syndicat professionnel.

Mais, puisque l'action contentieuse ne nous est pas accordée par la loi, agissons par nos propres moyens ; cela s'appelle de l'action directe.

Faites savoir à votre maire-député qu'il va se former, contre lui, un comité électoral, destiné à le faire sauter aux prochaines élections.

Employons la lutte électorale, bien que certains, exaspérés par ces procédés napoléoniens, qui ne correspondent plus à la mentalité sociale d'aujourd'hui, chuchottent d'employer les arguments frappants de la chaussette à clous, à défaut de pouvoir se faire rendre justice par les procédés légaux.

En attendant, ce sont les malades qui pâtissent de ce conflit : ce sont eux les éternelles victimes de la lutte entre les organisations professionnelles médicales, qui, au nom de la protection de la santé publique, entendent faire écouter leurs conseils techniques et les administrations publiques, qui en sont encore aux conceptions autocratiques et retardataires de l'empire.

Il est malheureux de constater qu'il faut toujours se battre pour faire triompher une idée philanthropique et humanitaire, alors qu'on a, comme adversaires, de braves gens, dévoués au bien public, mais qui sont effarés, lorsqu'on leur propose une collaboration quelconque. Ils s'imaginent qu'on veut diminuer leur prestige et les déposséder de leur chaise curule.

Je sais bien que les fonctions, même gratuites, cela conduit aux décorations ; néanmoins le bien public, celui de nos malades, doit être placé au-dessus des petits intérêts individuels et égoïstes.

Dr Paul BOUDIN.

---

649. — Accident du travail. Prescription.

Un ouvrier bûcheron est brûlé aux deux jambes au cours de son travail, le 29 mars 1924. Pour des raisons que j'ignore, la Compagnie d'assurances « Le S. », a refusé de payer son demi-salaire, et n'a pas réglé ma note d'honoraires. L'ouvrier a donc cité son patron devant le juge de paix qui a donné gain de cause à l'ouvrier. Le patron (représenté par la Compagnie d'assurances) a fait appel de ce jugement et l'affaire passera devant le tribunal de C., probablement vers la fin de l'année 1925. D'autre part, les délais de prescription pour mes honoraires doivent expirer le 29 juin 1925, l'ouvrier ayant repris son travail le 29 juin 1924.

Je désirerais savoir la conduite que je dois tenir dans ce cas, afin que ma note ne puisse pas tomber en prescription et qu'elle me soit payée. Dois-je inten-

ter de suite une action contre le patron et l'ouvrier, devant le tribunal de première instance (ma note est de 1.428 fr.), ou attendre, pour réclamer que ce tribunal ait réglé le litige entre la Compagnie d'assurances et l'ouvrier ?

Dr R.

Réponse.

Pour éviter que la prescription ne puisse être opposée un jour à votre demande en paiement de vos honoraires, vous devrez citer devant le juge de paix du lieu de l'accident, avant qu'un an se soit écoulé depuis la reprise du travail, le patron et, si vous le jugez bon, l'ouvrier solidairement avec lui. Si le procès actuellement pendant en appel entre le patron et l'ouvrier n'est pas solutionné à ce moment, il est probable que le patron opposera à votre demande une exception de sursis tendant à ce que le jugement sur votre demande soit suspendu jusqu'à ce que l'appel ait été vidé, mais vous aurez ainsi interrompu la prescription et vous pourrez attendre l'issue du procès pour reprendre votre demande ou l'abandonner si le jugement est défavorable à l'ouvrier.

Quel que soit le montant de votre note, comme vous assignerez en vertu de la loi sur les accidents du travail. le juge de paix du lieu de l'accident sera compétent en première instance. Nous vous rappelons que votre action sera exemptée des frais de timbre et d'enregistrement.

633. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail. Honoraires de contre-visite des blessés.

La réponse à l'art. 156 parue dans le *Concours médical* du 8 février 1925, p. IX-279, ne contient-elle pas une légère erreur ? L'art. 2 de la loi d'avril 1898 modifié par la loi du 5 avril 1920, dit que les ouvriers dont le salaire annuel dépasse 4.500 fr. ne bénéficient des dispositions de la loi que jusqu'à concurrence de cette somme ; pour le surplus et jusqu'à 15.000 fr., ils n'ont droit qu'au quart des notes stipulées à l'art. 3 ; au-delà de 15.000, au 8e. Le résultat des opérations auxquelles donne lieu le calcul de la rente, dans l'exemple choisi, donne 2.023,12 et non 2.002,30.

Voici une façon différente d'évaluer l'incapacité, reposant sur l'établissement du salaire de base :

1° Salaire de base compté intégralement jusqu'à 4.500

2° L'ouvrier gagnait 11.400 avec 65 % d'I. P. P.

$$\frac{11.400 - 4.500}{4} = \ldots\ldots\ldots\ldots\ 1.725$$

6.225

C'est sur cette somme, dite salaire de base, que portent les réductions : dans le cas présent, 65 %, soit 32 fr. 50 puisque la rente est égale à la moitié de la réduction :

$$\frac{6.225 \times 32.50}{100} = 2.023 \text{ fr. } 12.$$

(*Voir la suite page XLVII-709*)

PROPOS DU JOUR

La noblesse de la profession médicale.

Le médecin antique et le praticien contemporain. La morale hippocratique. Les édits de l'Empereur Julien et les versets de l'Ecclesiastique. Contraste avec la situation actuelle.

Dans une bourgade de l'Hérault, à Poussan, vient de mourir, à l'âge de 92 ans, le Dr Fabre, un des doyens, sinon le doyen des médecins praticiens de France. Le Dr Fabre, dont la vie fut aussi modeste qu'utile, a exercé son art pendant *soixante-trois ans*.

En 1912, à l'âge de 79 ans, le Dr Fabre crut avoir droit à la retraite et il avait cessé d'exercer quand survint la guerre. Le médecin de son village fut mobilisé. Bien qu'âgé de 82 ans en 1915, le vieux praticien ne voulut pas laisser sans soins ses compatriotes. Il se remit à exercer, et pendant trois ans avec un zèle et un dévouement admirables, il répondit aux appels d'une population de deux mille habitants. Ce ne fut pas tout : il remplit les fonctions de médecin-chef d'un hôpital de 50 lits ; ce qui lui valut la médaille de la Reconnaissance française. La Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault jugea que pareil exemple méritait davantage ; elle demanda pour le Dr Fabre la Croix de la Légion d'honneur. Elle ne l'obtint pas, et cela n'est pas pour nous déplaire ; on ne paye pas des services comme ceux du Dr Fabre avec la monnaie qui trop souvent (dans le civil) sert aux Gouvernements de tous les partis à rétribuer les appuis électoraux ou encore d'autres complaisances moins méritoires.

Au nom du *Concours médical*, nous adressons à son fils, le Dr J. Fabre, d'Aix-en-Provence, un de nos lecteurs, le témoignage de notre respectueuse admiration pour la mémoire de son père. Nous lui souhaitons de marcher sur ses traces et de fournir une aussi noble et aussi longue carrière.

***

Le bel exemple du Dr Fabre dont on aurait peine à trouver l'équivalent dans une autre profession, nous consolerait, si nous n'avions le cœur assez haut placé pour les dédaigner, des attaques mal justifiées auxquelles le corps médical est en butte parce que, sur 23.000 praticiens, on est parvenu, non sans peine, à traîner devant les tribunaux une douzaine de médecins indignes auxquels il convient de joindre quelques malheureux inconscients.

La noble conduite du Dr Fabre n'est pas unique, si sa longévité dans notre profession est exceptionnelle.

Lorsque le Conseil général de l'Association des médecins de France, il y a quelques années, nous chargea de faire le rapport annuel sur les demandes de pensions, nous nous souvenons avoir lu avec émotion la lettre d'un confrère octogénaire. Ce vieillard exposait simplement les raisons qui motivaient sa demande. « Oculiste, disait-il, je ne me sens plus la main assez sûre pour faire sans danger pour mes clients les examens et les petites opérations qu'exige l'exercice de ma spécialité. Aussi ne puis-je plus gagner ma vie et je dois avoir recours à l'Association des médecins de France. »

Avec la ruine que la crise financière a amenée au foyer de tous ceux qui, par une vie de labeur, d'épargne et de privations, avaient cru assurer le repos de leur vieillesse et l'avenir de leurs enfants, les médecins praticiens sont de plus en plus condamnés à travailler jusqu'à la mort ou à l'extrême vieillesse. La Profession médicale n'en sera que plus noble et plus digne de respect. Malgré les défaillances de cette époque d'après-guerre où l'on constate dans tous les milieux un fléchissement de la moralité, elle continuera à maintenir son beau renom de labeur et de dévouement et la Déontologie médicale française, inspirée tout entière des enseignements d'Hippocrate, demeurera toujours un modèle de morale professionnelle.

Il faut lire dans la belle traduction de Littré et notamment dans son Introduction les conseils de déontologie que donnait à l'époque de Périclès, il y a environ vingt-trois siècles, le Socrate de la médecine, le vieillard de Cos. Quelles belles leçons de conscience et de prudence pour les maîtres, comme pour les praticiens ! Quel enseignement de haute morale qui fit la noblesse de l'Art médical antique et se propagea par tradition jusqu'à notre époque !

« Le praticien doit avoir deux objets en vue, écrit Hippocrate, dans le premier livre des Epidémies : *être utile au malade ou du moins ne pas lui nuire.* » Galien, qui vivait six siècles après le Père de la médecine, ne cache pas qu'il fut d'abord surpris de ce précepte tombé de la bouche d'un homme doué de l'expérience d'Hippocrate mais, après réflexion, il en comprit toute la sagesse.

« Ceux qui commencent l'étude de la médecine, écrit Galien, croient, comme j'ai cru jadis, que ce conseil : *être utile ou du moins ne pas nuire*, est indigne d'Hippocrate, mais les praticiens, je n'en suis pas moins sûr, en comprendront toute la portée, et, si jamais il leur arrive de faire du mal à leurs malades par l'administration intempestive de quelque remède actif, ce sera surtout alors qu'ils concevront le sens et la gravité de l'avertissement qu'Hippocrate leur a légué ».

L'amour d'Hippocrate pour sa profession est tel que tout ce qui peut en diminuer le crédit dans l'opinion publique, le blesse profondément. C'est pour cela qu'il enseigne à ses élèves d'éviter de se contredire pour ne pas ressembler aux devins qui interprètent chacun en sens contraire le vol des oiseaux et ainsi se déconsidèrent.

« Hippocrate, fait remarquer Galien, s'occupe non seulement des malades mais encore du médecin afin qu'il soit toujours irréprochable dans la pratique de son art et qu'il obtienne considération et respect. »

Hippocrate avait horreur du charlatanisme médical et même du savoir-faire. Il ne recommande à ses disciples que ce qui est simple, droit et honnête : « Quand il existe plusieurs procédés, dit-il, il faut employer celui qui fait le moins d'étalage ; quiconque ne prétend pas éblouir les yeux du vulgaire par un vain appareil, sentira que telle doit être la conduite d'un homme d'honneur et d'un véritable médecin. » Quelle leçon pour nous tous et pour plus d'une célébrité de notre époque !

Ce n'est pas tout ; Hippocrate était un modèle de probité scientifique que Celse a brillamment vanté et donné en exemple. Essentiellement praticien, il veut que l'*art* médical, comme il se plait à dénommer sa profession, soit traité scientifiquement, c'est-à-dire avec attention et jugement. Il évite, comme le fait remarquer Celse, de mêler la médecine à la philosophie et cherche à éclairer sa pratique de la lumière des observations qu'il a faites sans se jeter, selon l'expression de Littré, dans le champ vide des hypothèses.

Comme l'on pourrait avec à propos rappeler aux maîtres, aux praticiens et aux élèves d'aujourd'hui, la sentence lapidaire qu'admire encore Littré, au début des *Aphorismes* :

La vie est courte, l'Art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

***

L'enseignement déontologique d'Hippocrate fut suivi et respecté par tous les médecins dignes de ce nom durant la période antique, et jeta un lustre tout particulier sur la profession médicale. Les Empereurs romains furent les premiers à reconnaître les services des praticiens et à leur assurer des privilèges. Nous en trouvons une preuve éclatante dans les *Lettres de l'Empereur Julien* (1). Ces textes sont si élogieux pour la profession médicale et font un tel contraste avec la manière dont les Puissants de ce jour traitent actuellement les médecins, que nous ne résistons pas au désir de les reproduire :

Julien avait pour ami et confident son médecin, le célèbre Oribase, dont il fit le questeur de Constantinople. Cet empereur à peine revêtu de la pourpre, écrivait à Zénon, archiâtre (2) proscrit pour raison politique, la lettre suivante :

Bien des preuves attestaient déjà non seulement ton éminente situation dans l'art médical, mais aussi la bonté de ton caractère et la sagesse de ta conduite, qui vont de pair avec ton talent. Mais aujourd'hui se produit en ta faveur le plus décisif des témoignages : quoique absent tu concentres sur toi les regards de la cité des Alexandrins, tant est cuisant le regret que tu y as laissé, comme l'abeille laisse son aiguillon. Homère n'a-t-il pas dit judicieusement je pense :

Un médecin vaut à lui seul autant que beaucoup d'hommes ?

D'ailleurs tu n'es pas un simple médecin ; tu es aussi un maître pour qui veut étudier ton art, et aussi, sans doute, ce que les médecins sont pour le peuple, tu l'es toi-même pour eux. Quant à ton exil, il cesse pour la raison même qui l'avait motivé : C'est de toute évidence. Si Georges fut la cause de ton éloignement d'Alexandrie, cet éloignement fut injuste et ton retour n'est que stricte justice. Reviens-y donc complètement réhabilité, avec le rang que tu avais jadis. Quant à moi, je pourrai compter sur la reconnaissance des Alexandrins à qui je rends

(1) Trad. par J. Bidez, prof. à l'Université de Gand Soc. d'Edit. « Les Belles Lettres » Paris, 1924.

(2) Les archiâtres (*archiatri populares*) avaient la charge de soigner dans les villes les indigents et d'enseigner gratuitement la médecine.

Zénon, et sur celle de Zénon à qui je rends Alexandrie.

On pourrait supposer que l'Empereur Julien dans sa lettre à Zénon exilé se livre par cet acte de réparation à une manifestation politique dont l'estime qu'il témoigne au médecin n'aurait été que le prétexte. Il n'en est rien ; il suit une tradition des empereurs qui l'ont précédé, les deux textes suivants très explicites en font foi :

L'Empereur Julien Auguste aux Archiatres. — Une raison d'équité exige que nous confirmions en ce qui nous concerne les privilèges accordés par les empereurs qui nous ont précédé. Ainsi, protégés par notre Mansuétude, vous serez exempts des vexations de toutes les charges publiques sans interruption pendant le reste de votre vie. Donné le 4 des ides de mai a Constantinople sous le Consulat de Mamertin et de Nevitta (12 mai 362).

Cet édit s'adressait aux seuls archiâtres, médecins officiellement chargés des services publics des villes et, dans une certaine mesure, de l'Enseignement ; la loi suivante qui confirme les décrets de Constantin, est d'ordre plus général et s'adresse à tous les médecins.

Loi de Julien sur les médecins. — La science médicale rend des services assez éclatants pour démontrer qu'elle est salutaire à l'humanité. Aussi les adeptes de la philosophie proclament-ils à bon droit qu'elle émane du Ciel. C'est elle qui remédie à l'infirmité de notre nature et aux maladies qui en sont le surcroît. Pour ce motif par esprit de justice et conformément aux décrets des empereurs qui nous ont précédé, nous ordonnons, dans notre clémence, que désormais vous viviez exempts des charges imposés aux curiales.

Ces textes ne sont pas apocryphes, ils sont cités dans les *Œuvres complètes* de l'*Empereur Julien*, traduites par M. J. Bidez, professeur à l'Université de Gand, et le savant helléniste fait remarquer qu'un extrait de cette loi est relaté dans le code Théodosien et qu'elle est reproduite dans une version grecque conservée parmi les épîtres de Julien. Elle confirme d'autres édits précédents, entre autres deux décrets de Constantin.

Nous rappelerons encore ici pour mémoire les versets bien connus et si souvent cités, du XXXVIIIe chapitre de l'*Ecclésiastique de Jésus fils de Sirach* :

1. Honorez le médecin à cause de la nécessité car c'est le Très Haut qui l'a créé.
2. Toute médecine vient de Dieu et elle recevra les présents du Roi.
3. La science du médecin l'élèvera en honneur et il sera loué devant les grands, etc., etc.

Ce respect du médecin que l'on retrouve dans les Livres saints, dans les Commentateurs d'Hippocrate, dans les édits des Empereurs romains étaient de simples manifestations de la considération dont il n'a cessé de jouir pendant de longs siècles au cours de la période Antique.

A notre époque les médecins rendent à l'Humanité et à la Société des services autrement palpables et importants qu'à l'époque de l'Empereur Julien ; tout le monde s'accorde à le reconnaître ; mais, tandis que les lois romaines les dispensaient d'impôts en raison de leurs services, nos lois et nos règlements actuels les accablent de surtaxes et de patentes, jettent sur eux la suspicion et cherchent à leur imposer à prix réduits mille et mille obligations. Singulier contraste !

Au XXe siècle, on honore le médecin en le dénigrant et en le bafouant, mais il suffit pour le défendre et le laver de tous ces opprobres de conter simplement et sans commentaires la mort d'un savant comme le Pr Bergonié, ou la la vie d'un praticien de campagne tel que le Dr Fabre.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DONNÉES RÉCENTES SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS INFANTILE

Par Fr. Saint Girons,

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Lorsqu'une question fait l'objet d'un rapport précis et complet, d'une discussion longue, animée, entre les auteurs les plus qualifiés, deux sortes de conséquences peuvent en résulter : ou bien l'accord se fait, sinon à l'unanimité, du moins à la majorité ; ou bien, deux ou plusieurs opinions restent irréductiblement soutenues.

La syphilis infantile a été étudiée au IVe Congrès des pédiatres de langue française tenu à Paris du 15 septembre au 1er octobre 1924, dans l'excellent rapport de L. Tixier, puis discutée par de nombreux congressistes français et étrangers, et notamment : MM. A. B. Marfan, Comby, Nobécourt, Lereboullet, Lesné, Leredde, Hallé. Il se trouve que si l'accord a été réalisé sur le traitement de la syphilis infantile, au contraire, il n'a pu se faire en ce qui concerne le diagnostic de l'affection, et particulièrement la valeur des signes de probabilité. C'est ce que nous allons exposer dans les lignes qui suivent.

I. Diagnostic de la syphilis infantile.

Nous laisserons de côté la question de la syphilis acquise de l'enfance, pour n'envisager que l'hérédo-syphilis. Le diagnostic de l'hérédo-syphilis peut se poser dans deux conditions bien différentes, selon qu'il repose sur l'examen des parents ou de l'enfant lui-même.

La syphilis des parents est souvent avouée, et l'on sait qu'il faut considérer *à priori* comme suspect de syphilis tout descendant de syphilitique même traité correctement.

D'autres fois, c'est un accident typique : cutané ou viscéral, voire nerveux, qui met sur la voie de la syphilis infantile. Enfin la certitude peut être donnée par une séro-réaction positive.

Mais, d'autres fois, et surtout en pédiatrie, la syphilis paternelle ou maternelle est ignorée, méconnue ou non avouée, et c'est de l'examen de l'enfant seul que dépend la décision ; en d'autres termes, sur quel ensemble de signes doit-on fonder le diagnostic de syphilis infantile ?

Il est d'abord un fait qui doit retenir l'attention et qui est admis par l'immense majorité des auteurs ; c'est qu'il ne faut attacher aucune valeur, dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, à l'examen du sang d'un nourrisson, qu'il s'agisse des modifications cellulaires — auxquelles M. Leredde est le seul à attacher de l'importance, — ou de la séroréaction. On ne doit en tenir compte que s'il s'agit de résultats positifs, et c'est le cas de rappeler qu'il est plusieurs exemples de réaction de Bordet-Wassermann de sens différents chez deux jumeaux... Jamais par conséquent, une séro-réaction négative même après réactivation ne permettra, chez un nourrisson, ni un enfant plus âgé, d'éliminer la syphilis.

C'est donc sur l'examen clinique que repose, en dernière analyse, le diagnostic de la syphilis héréditaire. Or, c'est malheureusement sur la valeur des différents signes de la syphilis héréditaire que les divergences sont les plus accentuées, et comme conséquence directe, la fréquence de la syphilis est très variable suivant les auteurs : dans les milieux hospitaliers parisiens, elle serait de 5 % pour M. Lesné ; de 19 à 30 % pour M. Marfan et ses élèves. Il est donc impossible sur ce point de donner des conclusions précises, et nous nous contenterons d'exposer d'abord la manière de voir de M. Marfan, puis les critiques qui lui ont été opposées.

M. Marfan divise en deux catégories les signes de la syphilis héréditaire : signes de certitude, signes de probabilité (1).

Les *signes de certitude* sont au nombre de cinq :

1° Pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds ;

2° Coryza précoce chronique (en dehors de la diphtérie), déterminant des suintements sanguins, des fissures, des ulcérations, des croûtes ;

3° Mégalosplénie précoce chronique, apparaissant avant trois mois, en dehors de toute maladie exotique (paludisme, kala-azar).

4° Syphilides de la peau et des muqueuses, assez rares, dont on peut différencier trois groupes : syphilides maculeuses, syphilides papuleuses, fissures des orifices cutanéo-muqueux ;

(1) Voir pour plus de détails, les deux articles de M. Marfan, *Presse médicale*, 25 avril et 5 mai 1923.

5° Pseudo-paralysie des nouveau-nés due à une ostéo-périostite gommeuse de l'extrémité de la diaphyse des os longs (maladie de Parrot).

Les signes de probabilité peuvent être tirés de l'interrogatoire des parents ou de l'examen de l'enfant.

L'interrogatoire des parents peut révéler chez eux une syphilis certaine sans impliquer que leur descendance est infectée ; mais l'enfant sera toujours, dans ce cas, suspect de syphilis, et on pourra affirmer cette dernière quand les parents seront tous deux syphilitiques depuis peu. La fréquence des avortements, des accouchements avant terme, la polyléthalité des enfants, la gestation gémellaire monovitelline, l'hydramnios, les anomalies du placenta (œdème excessif, sclérose, hémorragies), sont autant de raisons de suspecter plus tard la syphilis.

Les accidents qui constituent, chez le nourrisson, des signes de probabilité peuvent débuter presque immédiatement. Le plus précoce est 1° le *mélæna* des nouveau-nés, qui survient dans les premiers jours de la vie ;

2° *L'anorexie* ;

3° *La maladie des vomissements* habituels a également un début précoce. M. Marfan range encore parmi les signes de probabilité :

4° *La croissance lente* ou nulle sans raison manifeste ;

5° *Les végétations adénoïdes précoces*, en dehors de la tuberculose ;

6° *L'adénite sus-épitrochléenne* bilatérale, quand elle existe chez un sujet non tuberculeux ;

7° L'hypertrophie du thymus ;

8° L'hydrocèle unilatérale irréductible et persistante ;

9° L'intumescence, avec induration du testicule ;

10° Les affections congénitales du cœur ;

11° Les encéphalopathies congénitales ;

12° Les convulsions précoces essentielles ;

13° Le strabisme convergent essentiel ;

14° Le rachitisme, quand il est précoce, prédomine sur le crâne, et s'accompagne d'anémie et de mégalosplénie.

Pour M. Marfan, ces quatorze signes permettent de considérer la syphilis comme très probable quand ils s'associent à plusieurs chez le même sujet.

Ces conclusions ne sont pas admises par d'autres auteurs ; ils contestent la valeur, non pas des signes de certitude, sur lesquels l'accord est fait, mais des signes de probabilité, pour un ou plusieurs d'entre eux ; M. Tixier fait grief à M. Lemaire de fonder un diagnostic de syphilis sur l'existence simultanée de mégalosplénie et de vomissements habituels ; M. Schreiber se demande s'il y a intérêt à établir une liste de signes de probabilité, puisque cette liste peut être allongée indéfiniment, et que les causes qui peuvent leur donner naissance sont multiples. M. Comby, M. Lesné, estiment que l'élargissement démesuré du champ de la syphilis héréditaire n'est pas étayé sur des bases suffisamment solides pour emporter la conviction.

Le désaccord est donc trop profond pour qu'il soit possible à l'heure actuelle de formuler des conclusions précises. On peut critiquer la valeur des signes de probabilité, tels que les a énumérés M. Marfan ; lui-même a modifié à plusieurs reprises, suivant les enseignements de l'observation, la liste qu'il en avait dressée : toujours est-il qu'ils rendent des services précieux dans les premiers mois de la vie, où les signes cliniques et sérologiques font si souvent défaut, alors que la syphilis existe, comme le prouvent ses manifestations ultérieures.

Si donc à l'heure actuelle il est des cas, nombreux, où on peut *affirmer* la syphilis, dans d'autres, il faudra seulement la *suspecter*.

Pour ces derniers faits, il semble que l'on soit en droit d'instituer un traitement non pas intensif, mais modéré, par voie buccale ou cutanée, quitte à le renforcer plus tard, si la certitude vient remplacer la simple suspicion.

II. **Traitement de la syphilis infantile.**

L'arsenal thérapeutique de la syphilis s'enrichit tous les jours, et l'on a pu appliquer au nourrisson, comme au grand enfant, les différents remèdes préconisés chez l'adulte. Il convient d'étudier successivement leur emploi dans la première et dans la seconde enfance.

A. *Traitement de l'hérédo-syphilis du nourrisson.* — Dans la première enfance, les lésions causées par le tréponème sont diffuses et généralement intenses ; il faudra donc recourir à une thérapeutique aussi active que possible.

a) *L'arsenic* possède à ce point de vue une supériorité indiscutable sur les autres remèdes de la syphilis. Il a, de plus, une action eutrophique particulièrement précieuse chez les cachectiques et les tuberculeux (Marfan). La presque unanimité des pédiatres admet donc, en première ligne, l'emploi des nouveaux composés arsenicaux.

La *voie d'introduction* est du reste discutée. Les *injections intraveineuses* seront réservées à la clientèle hospitalière. La jugulaire externe, les veines épicrâniennes ont leurs partisans ; mais M. Tixier préconise surtout le sinus longitudinal supérieur, à l'angle postérieur de la fontanelle ; pour lui cette injection est une intervention presque aussi simple qu'une injection intra-musculaire, et c'est la voie intra-veineuse qui donne indiscutablement les résultats les plus rapides. Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires sont, en fait, employées beaucoup plus fréquemment, même à l'hôpital.

Le néo-salvarsan tend à être utilisé moins sou-

vent pour cette raison que la voie intra-veineuse est la seule qui lui convient parfaitement, et que, par la voie sous-cutanée, il n'influence que très lentement la réaction de Bordet-Wassermann. Pourtant, M. Marfan l'emploie volontiers en injections hypodermiques, à l'aide d'un excipient glucosé gaïacolé. On est d'accord pour commencer par la dose *totale* de deux centigrammes, pour monter ensuite à un centigramme *par kilo*, puis à 0 gr. 015, et enfin 0 gr. 02, dose qui ne sera pas dépassée.

Le sulfarsénol est très souvent utilisé, parce qu'il est bien toléré en injections sous-cutanées ; il sera donné à doses un peu inférieures au précédent.

Le galyl, l'amino-arsénobenzol sont moins employés.

L'oxyacétyl amino-phénylarsinate de diéthylamine (acétylarsan) a été injecté par voie sous-cutanée ou musculaire, chez l'enfant, par Ch. Laurent (de Saint-Etienne) avec un plein succès. Ce traitement est indolore, et facilité par ce fait que le médicament est livré en ampoules toutes prêtes pour l'emploi. On peut atteindre sans incident les doses de 3 et 4 centigrammes par kilo, et pratiquer 8 à 10 injections.

Le stovarsol (190) vient d'être employé chez l'enfant par la voie gastrique, à la dose de deux à douze centigrammes par jour ; les résultats sont encourageants, mais leur nombre ne permet pas encore une conclusion. Enfin, il faut signaler la possibilité d'introduire les arsenicaux par *voie rectale* (suppositoires ou lavements).

b) *Le mercure* continue de jouer un rôle considérable dans le traitement de la syphilis du nourrisson ; il est facile à administrer, permet un traitement discret, et *consolide* l'action de l'arsenic. Il y a eu, au Congrès de pédiatrie, une réaction très nette contre l'emploi *exclusif* de l'arsenic ; bien peu de médecins d'enfants consentiraient à priver leurs malades d'un médicament dont les effets ont subi l'épreuve du temps.

Les frictions gardent intégralement leur place qui est de premier plan chez le nourrisson. On pratique des séries de 10 à 15 avec l'onguent napolitain dédoublé par adjonction à partie égale d'axonge benzoïnée.

La voie gastrique est également fort employée, sous forme de *lactate de mercure* (Marfan ; solution au millième : XII gouttes par kilo avant 3 mois, X entre 3 mois et 3 ans), de *poudre grise* (*hydrargyrum cum creta*, un centigramme et demi chez le nouveau-né, 2 jusqu'à 6 mois, 5 à 6 jusqu'à un an), de *calomel* (un demi-centigramme, avec q. s. de lactose).

Enfin, *les injections* sont en fait moins souvent utilisées, cette voie étant réservée à l'arsenic ; les injections intra-veineuses de cyanure restent l'exception ; les injections intra-musculaires de biiodure ou de benzoate sont plus employées.

Les sels de bismuth, derniers venus en thérapeutique antisyphilitique, ont été utilisés récemment chez le nourrisson, après le troisième mois, sous forme d'hydroxyde et de quinio-bismuthate. Les résultats en sont encourageants, la médication est bien tolérée ; il faut seulement surveiller le rein. Le bismuth est particulièrement indiqué dans les cas où on a à lutter contre des lésions méningo-encéphaliques.

Enfin l'iodure de potassium est peu utilisé chez le nourrisson ; il convient en tous cas, pour éviter le coryza et les autres phénomènes d'intolérance, de ne pas dépasser 0,10 à 0 gr. 15 chaque jour.

On voit, en somme, que le médecin dispose de toute une série de médications dans la lutte contre la syphilis du nourrisson.

Comment doit-il les mettre en œuvre ?

C'est là un point assez délicat, et il faut proportionner l'activité du traitement à l'intensité des manifestations syphilitiques et à l'état général du sujet. Il est important, en outre, d'associer les diverses médications, comme l'ont fait MM. Nobécourt et Nadal, Lereboullet et Brizard.

La plupart des auteurs commencent par une cure arsenicale, par voie intraveineuse parfois, plus souvent par injections sous-cutanées (10 injections) ; puis, on fait une série de 10 frictions, et on continue à alterner ces deux traitements pendant des années (Lesné). On peut, quand cela est possible, remplacer une série de frictions par une série d'injections bismuthées.

Chez les nourrissons qui présentent des lésions viscérales en évolution, chez les dystrophiques porteurs de stigmates osseux, de coryza, on remplacera avec avantage les frictions par les injections intra-musculaires de biiodure ou de benzoate.

Enfin, chez les hérédo-syphilitiques cachectiques, avec réaction de Bordet-Wassermann négative, on pourra se contenter de mercure sous forme de frictions, ou par la voie gastrique.

Les résultats obtenus sont, en général, très satisfaisants. Mais il faut bien savoir qu'à ce point de vue, comme y a insisté M. Hallé, il y a lieu de séparer deux groupes de nourrissons ; d'une part, ceux qui n'ont que des lésions cutanéo-muqueuses et qui sont nourris au sein ; ils guérissent facilement ; d'autre part, ceux qui ont un gros foie et une grosse rate et qui sont nourris au biberon ; les résultats sont beaucoup moins brillants, quelle que soit la thérapeutique employée.

B. *Traitement de l'hérédo-syphilis dans la seconde enfance.* — La syphilis chez les grands enfants est généralement moins diffuse ; ses localisations sont variées, et les lésions affectent le type tertiaire. Il convient d'associer l'arsenic, le mercure, le bismuth ; l'iodure de potassium devra

être employé systématiquement. Les injections intra-veineuses seront naturellement beaucoup plus aisées que chez le nourrisson. M. Tixier préconise l'huile grise à la dose hebdomadaire de 5 à 7 centigrammes, par séries de 6 injections.

C. *Traitement de la syphilis héréditaire latente.* — Faut-il traiter un descendant de syphilitiques, lorsqu'il est sain en apparence, ou bien porte quelques stigmates, mais sans lésions en évolution et avec séro-réaction négative ? Quelques auteurs concluent par la négative et préfèrent attendre l'apparition d'accidents. M. Tixier, avec la majorité des pédiatres, estime qu'il faut instituer chez ces sujets un traitement systématique et prolongé, pour prévenir les réveils tardifs de virulence du tréponème. Entre 5 et 15 ans, il préconise chaque année une cure arsenicale, suivie 3 mois après par 6 injections d'huile grise, puis 3 mois après et pendant 3 mois, il donne deux semaines sur quatre l'iodure de potassium.

D. *Traitement des dystrophies d'origine syphilitique.* — C'est là un chapitre nouveau de la pathologie infantile, dû aux recherches du Pr Hutinel, qui, dans ces dernières années, a attiré l'attention sur les multiples syndromes endocriniens qui sont imputables à la syphilis. L'affection causale est souvent difficile à dépister, et les réactions sérologiques restent, en général, négatives. On a pourtant le droit et même le devoir d'instituer, en cas de doute, le traitement d'épreuve antisyphilitique, auquel on associera l'opothérapie ; corps thyroïde chez les arriérés, retardés, infantiles ; surrénale dans les états d'affaiblissement, avec allongement exagéré de la taille ; hypophyse enfin chez les sujets trapus, obèses, dont le développemetnt génital est trop précoce. Quant aux résultats obtenus, ils dépendent de la précocité du traitement, et, à ce point de vue, MM. Lacapère et Pierre Valléry-Radot distinguent trois périodes :

1° Une période précoce, où le traitement spécifique suffit à guérir les accidents, et les guérit définitivement ;

2° Une période intermédiaire, où les succès sont lents, incomplets, et nécessitent l'adjonction, au traitement spécifique, de l'opothérapie ;

3° Une période tardive, où le traitement spécifique est sans effet, et où l'opothérapie n'agit que de façon éphémère, pendant le temps où elle est administrée.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

(*Hôpital des Enfants-Malades*).

M. le professeur NOBÉCOURT.

De la cyanose congénitale chez les enfants.

J'ai eu l'occasion de vous parler, ces temps derniers, de deux malades qui présentaient des cardiopathies congénitales. L'un était un bébé de dix mois, qui nous avait été envoyé de province ; depuis l'âge de 8 mois, il avait des crises de cyanose ; nous avons constaté un pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire, un rétrécissement de l'artère pulmonaire et une communication interventriculaire ; la leçon où j'ai relaté son histoire est publiée dans le *Journal des Praticiens* du 5 avril. L'autre est un garçon de 13 ans et demi, qui est encore couché salle Bouchut : il a une légère cyanose et une cardiopathie complexe dont quelques-uns des éléments, tout au moins, sont d'origine congénitale.

Aujourd'hui, je désire vous montrer un autre de nos malades qui présente, non pas une cyanose légère comme ceux auxquels je viens de faire allusion, mais au contraire, une cyanose particulièrement intense. Tandis que chez les autres, la cyanose paraissait accessoire, ici elle est le symptôme nettement prédominant.

Le garçon que voici est né le 26 septembre 1916, à terme, après un accouchement normal. Ses parents sont bien portants et le père nie la syphilis. Il a deux frère et sœur, de 3 ans et demi et de 11 ans, qui sont bien portants. Il a eu des convulsions fréquemment répétées jusqu'à l'âge de 4 ans. A cet âge, il a eu un ictère. Il a toujours été sujet aux bronchites. Il a marché assez tard, vers l'âge de 4 ans. Dès qu'il a commencé à marcher, on s'est aperçu qu'il s'essoufflait facilement. Il ne peut pas marcher vite, ni courir, ni monter un escalier sans avoir de la dyspnée. Aussi reste-t-il toujours calme ; il s'assied volontiers ; il répugne à une vie active. En outre, dès la naissance, on a été frappé par la coloration bleuâtre des téguments, par sa *cyanose* ; elle a toujours été très accentuée.

Ce malade est entré dans le service le 24 mars, à l'âge de 7 ans et demi.

Vous pouvez constater, — car il est tel qu'il était à cette époque — sa cyanose généralisée. Ses téguments ont une teinte violacée, qui est surtout marquée à la face, au niveau des pommettes, au niveau du nez, au niveau des oreilles ; ses lèvres et la muqueuse buccale ont une couleur violacée ; la langue a la couleur d'une mûre. La

cyanose est également très marquée aux extrémités, au niveau des doigts et des orteils. Ses doigts et ses orteils présentent des déformations très importantes : la dernière phalange est très épaissie, élargie, en baguette de tambour. Les orteils, et notamment ses gros orteils, sont peut-être encore plus déformés que les doigts. Les ongles sont élargis, lisses, bombés, et les téguments sous-jacents ont une teinte violacée très marquée.

Nous n'avons pas encore pu faire la radiographie des extrémités. Elle nous montrera vraisemblablement que le squelette ne participe pas à l'épaississement qui porte, en effet, sur les parties molles.

Cet enfant a l'apparence chétive. Cependant, sa taille de 112 cm. est sensiblement normale, puisqu'elle est en moyenne de 114 cm. pour les garçons de cet âge, d'après les tables de Variot et Chauvet. Il pesait au moment de son entrée 17 kg. 900 ; ce n'est pas une maigreur très accusée, car la moyenne est 19 kg.; le rapport du poids à la taille $\frac{P}{T}$ était de 159 au lieu de la moyenne, qui est 167.

Cet enfant présente donc un certain degré d'*hypotrophie* — hypotrophie légère ; le retard de croissance staturale est d'environ six mois. Il porte en outre quelques stigmates de rachitisme, notamment au niveau du thorax.

Naturellement, en constatant cette cyanose, notre premier acte a été d'ausculter le cœur. Nous avons entendu à la base un souffle systolique peu intense ; son maximum est dans le deuxième espace intercostal gauche contre le sternum ; il se propage vers la clavicule gauche, s'entend en bas jusque vers le quatrième espace, à gauche jusqu'à la ligne mamelonnaire ; à droite, il déborde à peine le sternum ; il ne s'entend pas dans le dos.

Le cœur est un peu gros. La pointe est dans le cinquième espace, au-dessous et en dedans du mamelon. L'orthodiagramme, qu'a dessiné M. Duhem, montre qu'il est légèrement augmenté de volume et que surtout il a une forme spéciale qui rappelle plus ou moins l'aspect d'un sabot ; son extrémité gauche est, en effet, arrondie et un peu soulevée.

La ligne, GG' mesure 62 millimètres ; la flèche du ventricule gauche, 20 millimètres ; la ligne D'G', 77 millimètres ; le rapport $\frac{D'G'}{GG'}$ = 1,24. La surface ventriculaire droite est de 22 cm² 2,33. L'aspect général du cœur et ces mensurations témoignent d'une hypertrophie du ventricule droit.

D'ailleurs le pouls est régulier à 136, la pression artérielle faible, Mx = 10, Mn = 7, au Pachon.

Le docteur Petit a recueilli l'*électro-cardiogramme*. Voici les trois dérivations qui ont été relevées.

En dérivation I, le courant passant par la main droite et la main gauche, l'élévation R supérieure est beaucoup plus faible, la dépression S beaucoup plus accentuée que normalement.

En dérivation II, c'est-à-dire le courant passant par la main droite et le pied gauche, la déviation R est moins accentuée et la déviation inférieure S un peu plus profonde que normalement.

Enfin, en dérivation III, c'est-à-dire le courant passant par la main gauche et le pied gauche, l'élévation R est beaucoup plus marquée que chez les sujets normaux.

Cet électro-cardiogramme est caractéristique de l'hypertrophie du ventricule droit, il confirme les données de l'orthodiagramme.

Par ailleurs, cet enfant a un foie, une rate, des poumons ainsi qu'un système nerveux normaux. Ses urines ne contiennent pas d'albumine. Il a les dents un peu mal implantées, mais sans déformation bien caractéristique. Il ne présente pas de troubles digestifs appréciables.

La cutiréaction à la tuberculose est positive. Nous n'avons pas pu pratiquer le Bordet-Wassermann à cause des modifications du sang dont je vous parlerai tout à l'heure.

Tet était l'état de l'enfant quand il est entré à l'hôpital.

Quelques jours après, la température s'élève et apparaît une éruption de scarlatine qui se généralise.

Vous avez vu le malade à ce moment ; il présentait un érythème très foncé, d'une teinte rouge vineux, formé d'un fond rayé avec un pointillé plus foncé. La muqueuse buccale et la muqueuse pharyngée avaient une coloration violacée.

Malgré l'intensité de l'éruption, la scarlatine a été très bien supportée. La fièvre n'a pas dépassé 38°6, le pouls 120 ; la pression sanguine est restée de 10-6. Le malade n'a pas présenté de troubles fonctionnels ; il n'a pas eu d'albuminurie.

Le 4 avril, l'éruption avait disparu, actuellement la convalescence se poursuit régulièrement. Nous retrouvons l'enfant dans le même état qu'avant la scarlatine.

M. Bidot a pratiqué un examen du sang le 3 avril, alors que la fièvre avait disparu et que l'éruption était presque éteinte. Il a trouvé approximativement, car la numération exacte était impossible, 13.000.000 de globules rouges et 18.000 leucocytes par millimètre cube.

Le taux de l'hémoglobine était très élevé, impossible à mesurer avec l'hémoglobinimètre. La formule leucocytaire décelait, pour 100 leucocytes, 60 polynucléaires neutrophiles, 3 polynu-

cléaires éosinophiles, 7 grands mononucléaires, 18 moyens mononucléaires et 4 lymphocytes. Il n'y avait pas de leucocytes anormaux.

A retenir, donc, cette polyglobulie extrêmement marquée.

L'examen du sang a été refait par M. Bidot hier 11 avril. On trouve 10.560.000 globules rouges, 20.400 leucocytes et une quantité d'hémoglobine extrêmement marquée. Les polynucléaires neutrophiles sont encore dans la proportion de 70 %.

En plus de cette polyglobulie, le sang présente des altérations qui ont empêché de pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann. Il coagule à peine par le repos, et après une longue centrifugation, il garde le même aspect qu'à la sortie de la veine ; il reste liquide et tient en suspension quelques petits caillots noirs ; il n'y a pas d'exsudation de sérum.

Enfin, mon interne M. Lebée a constaté que le temps de saignement était complètement nul.

Nous avons soigné, l'année dernière, un autre enfant atteint de cyanose congénitale dont je vais vous relater brièvement l'histoire en deux mots.

Il s'agit d'un garçon né le 18 mai 1915, de parents bien portants. Cependant, la mère a eu deux fausses couches, de 3 et 6 mois. Trois enfants sont morts de rougeole, de méningite, de bronchopneumonie. Deux, les aînés, sont encore vivants, dont le malade.

Celui-ci est né à terme, pesant 2 kg. 500. Il a eu ses premières dents à 6 mois et fait ses premiers pas à 17 mois. C'est à l'âge de 2 ans qu'on a constaté de la cyanose de la face, et des extrémités ; ainsi que de l'essoufflement.

Il entre ici le 22 février 1923, à l'âge de 7 ans et 11 mois. Sa taille est de 115 cm., au lieu de la la moyenne 117 cm. ; il est un peu maigre et a un poids de 18 kg., au lieu de 20 kg.

Les pommettes sont rouges, les lèvres sont violacées, les extrémités cyanosées, les extrémités des doigts et des orteils sont un peu élargies, mais nullement comparables à celles du garçon que je viens de vous montrer.

Au cœur, on entend un souffle systolique ayant son maximum dans le quatrième espace intercostal gauche près du sternum, se propageant jusqu'à la clavicule gauche, vers la pointe et également dans le dos. L'orthodiagramme dessiné par M. Duhem montre un cœur gros arrondi, qui n'a pas l'aspect en sabot aussi caractéristique que celui du précédent malade ; on remarque la disparition des points de séparation des différents arcs du cœur.

Les dimensions sont les suivantes : GG' = 51 millimètres ; flèche ventricule gauche = 14 millimètres ; D'G' = 74 millimètres, $\frac{D'G'}{GG'} = 1{,}45$; surface ventriculaire droite = 18 cmq., 87.

L'enfant reste à l'hôpital jusqu'au 8 avril. Il sort dans le même état qu'à l'entrée pesant 17 kg. 900.

***

Les deux garçons, dont je viens de vous parler, sont atteints de CYANOSE CONGÉNITALE.

La CYANOSE est un *symptôme* qui consiste dans la teinte bleuâtre des téguments.

Ce symptôme peut relever de *causes diverses* et en particulier de *lésions congénitales du cœur* : il s'agit alors de *cyanose congénitale* ou *maladie bleue.*

Cette maladie bleue, bien que congénitale, n'existe pas toujours à la naissance. On peut distinguer une *cyanose congénitale précoce,* qui existe chez le nouveau-né, et une *cyanose congénitale tardive* qui apparaît à un âge plus ou moins avancé, soit pendant l'enfance, soit pendant la jeunesse, soit à l'âge adulte, soit même pendant la vieillesse.

La *cyanose précoce* est la plus fréquente. D'après les statistiques réunies de Peacock et de Stolker elle réalise 60 % des cas. Mais, nous ne la voyons pas très souvent dans les hôpitaux d'enfants. C'est surtout dans les maternités qu'on a l'occasion de la rencontrer. Très souvent, en effet, elle dépend de lésions profondes du cœur qui s'opposent à une longue survie.

Chez les enfants, la cyanose congénitale est donc assez rare. On en rencontre un cas de temps à autre, deux ou trois par an en moyenne.

Mais il ne faudrait pas arguer de cette rareté de la cyanose pour soutenir la rareté des affections congénitales du cœur. Chez les enfants, on observe notablement plus d'affections congénitales du cœur que de cyanoses, car toutes les affections congénitales du cœur ne s'accompagnent pas de cyanose.

La maladie bleue est connue depuis longtemps. On cite partout les observations de Vieussens, de Morgagni, de Sénac, en 1849, de Chamsern en 1789, de Corvisart, en 1811. Le nombre des cas publiés est très grand et beaucoup de travaux ont été consacrés à l'étude des lésions du cœur, des symptômes et de la pathogénie.

La cyanose est généralement *permanente* ; parfois elle est *intermittente* ou *paroxystique.*

La CYANOSE PERMANENTE PRÉCOCE atteint des degrés variables. Il y a des *formes intenses,* dont notre malade constitue un exemple. Il y a, au contraire, des *formes très légères* ; alors la cyanose est à peine visible, il faut la chercher ; elle n'apparaît que dans certaines conditions. Entre ces degrés extrêmes, il existe tous les *intermédiaires.*

Suivant les cas, les téguments ont une teinte bleue, plus ou moins foncée, qui peut être violacée, noirâtre, lie-de-vin.

Certaines parties sont plus particulièrement cyanosées : telles la face, les pommettes, les oreilles, le nez, les lèvres, telles les extrémités, et enfin la muqueuse buccale, la langue.

Même dans les cas où la cyanose est très accentuée, elle n'a pas la même intensité à tous les moments ; elle s'atténue, quand le malade est au calme et se repose ; elle s'accentue, quand le malade s'agite, remue, marche, et s'il s'agit d'un bébé, quand il tette ou quand il crie.

Les maladies ont également leur influence, notamment celles qui peuvent gêner la respiration ou la circulation pulmonaire, notamment celles qui provoquent de la toux, comme les bronchites, les broncho-pneumonies, la coqueluche, ou encore les cardiopathies acquises. Les fièvres éruptives entraînent une coloration cyanotique très intense. Rappelez-vous l'aspect de notre malade pendant sa scarlatine.

Les *yeux* sont brillants, les conjonctives congestionnées avec des arborisations vasculaires. A l'ophtalmoscope, le fond de l'œil apparaît avec des veines dilatées et tortueuses, une papille nébuleuse, ainsi que l'ont constaté Liebreich, en 1863, d'autres observateurs et notamment M. Babinski et Mlle Toufesco, en 1904, M. Sidney Stephenson, en 1908. Cet aspect est assez caractéristique. Quelquefois il existe sans qu'il y ait de cyanose apparente des téguments et constitue le seul symptômes révélateur. Mais, inversement, il y a des cas de cyanose caractérisée où il fait défaut.

Notre malade ayant eu la scarlatine, nous n'avons pu encore faire l'examen du fond de l'œil.

Les petits cyanotiques sont généralement frileux ; ils se couvrent volontiers. Assez souvent, comme l'avait constaté Cadet de Gassicourt, ils ont de l'hypothermie périphérique alors que la température centrale est conservée ; la température peut tomber à 32°, 30°, 28° surtout aux extrémités et pendant les exacerbations.

La cyanose réalise le symptôme pathognomonique. Avec elle, il existe une série de *symptômes associés* d'importance variable.

La *dyspnée* est nulle quand l'enfant est au repos ; il peut garder sans être gêné le décubitus dorsal ; notre malade reste couché sur le dos ; il ne souffre nullement de cette position. Mais la dyspnée apparaît dès que l'enfant fait un effort, quand il marche, un peu vite, veut courir, ou monter un escalier ; aussi reste-t-il immobile, craint-il le mouvement et marche-t-il avec lenteur.

D'ailleurs les cyanotiques ont le caractère apathique ; ils sont souvent somnolents ; leur intelligence est souvent un peu obtuse et le travail cérébral leur est pénible.

Parfois surviennent des *paroxysmes*, décrits par Gintrac, pendant lesquels la dyspnée devient très vive : l'enfant étouffe ; s'il est assez grand pour exprimer ses sensations, il accuse de l'angoisse, des palpitations. L'accès peut ne durer que quelques minutes ou se prolonger quelques heures. Quand il s'agit d'un petit enfant, il n'est pas rare de voir survenir quelques convulsions.

Les *troubles nerveux* ne sont pas exceptionnels. Ce sont des *crises convulsives*, des *crises épileptiformes*, des *syncopes*, des *vertiges*, et même, comme l'a signalé le professeur Vaquez, le *vertige de Ménière*.

Enfin, chez certains enfants la cyanose s'accompagne d'un *pouls lent permanent, par dissociation auriculo-ventriculaire* ; mais je ne veux pas à nouveau aborder l'étude de ce phénomène puisque j'y ai consacré toute une leçon au mois de janvier.

Les *déformations hippocratiques* des doigts et des orteils consistent, comme je viens de vous le montrer, dans l'élargissement et le renflement de la dernière phalange ; les ongles sont élargis, épaissis, incurvés. Elles ne sont pas dues à des modifications du squelette, la radiographie montre que l'os reste normal. Elles sont dues à la tuméfaction des parties molles ; à la dilatation des capillaires cutanés sans qu'il y ait d'œdème véritable. Ces déformations ne se produisent qu'à la longue, quand la cyanose a eu une certaine durée.

Le *développement du squelette* est d'ailleurs troublé et la croissance est souvent retardée.

La taille, le poids, le rapport du poids à la taille sont inférieurs aux moyennes de l'âge ; le thorax est étroit ; la scoliose est commune. Les cyanotiques sont généralement *des hypotrophiques*. Toutefois, l'hypotrophie se manifeste surtout au moment de la poussée de croissance pubertaire. Les deux garçons dont je viens de vous parler ont des tailles sensiblement normales.

D'autre part, l'*évolution pubertaire* ne se produit pas, est incomplète ou avorte. Non seulement les cyanotiques restent petits, parce qu'ils n'ont pas de poussée de croissance, mais encore les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas. Quand ils seront devenus des jeunes gens, ils resteront des *infantiles du type Lorain*.

L'hypertrophie et l'infantilisme des cyanotiques ne paraissent pas dus directement à la cyanose, ils existent aussi chez des sujets porteurs de cardiopathies congénitales sans cyanose. On a donné comme explication, l'anoxhémie par insuffisance de l'hématose, une aplasie artérielle généralisée, une dystrophie générale due aux causes qui ont provoqué la cardiopathie congénitale, des troubles endocriniens. Nos deux malades ne présentent aucun trouble endocrinien cliniquement appréciable.

Les patients atteints de cyanose congénitale sont assez souvent sujets aux *hémorragies* ; ils ont,

en particulier facilement des *épistaxis*. C'est un accident dont il faut tenir compte, si on doit pratiquer une intervention chirurgicale, par exemple, l'ablation des végétations adénoïdes, qui sont assez communes. Notez cependant ce fait intéressant que notre malade a un temps de saignement nul.

Le *sang* des cyanotiques est profondément modifié, comme l'ont montré Krebs, en 1889, Potain, en 1891, et surtout le professeur Vaquez. On observe chez les cyanotiques une augmentation du nombre des globules rouges, une *polyglobulie* ; elle peut atteindre un taux élevé, 6, 7, 8 millions par mm. cube. Elle est quelquefois beaucoup plus considérable ; chez notre malade elle était particulièrement élevée.

En même temps il peut y avoir une augmentation du diamètre des globules rouges, de l'*hyperglobulie*.

Polyglobulie et hyperglobulie sont des symptômes assez tardifs. On ne les constate pas chez les petits cyanotiques ; elles n'apparaissent qu'à la longue, chez des enfants ayant déjà au moins 5 ou 6 ans. Elles constituent une réaction de défense contre la gêne de l'hématose. La polyglobulie résulte d'une néoformation globulaire ; elle témoigne, d'après M. Parker Weber et M. P.-E. Weil d'une suractivité de la moelle osseuse. Elle est comparable à la polyglobulie des altitudes.

La polyglobulie a une signification pronostique que MM. Vaquez et Quiserne ont mise en évidence. Au-dessus de 6 millions, elle est un indice de gravité.

L'*hémoglobine* est augmentée. Par la méthode d'Haldane, on constate que dans le sang artériel la teneur de l'oxygène est abaissée et la teneur en acide carbonique augmentée.

L'*examen des organes* ne révèle généralement aucune modification clinique appréciable. La rate est quelquefois un peu grosse, mais cette splénomégalie est toujours minime ; elle n'est guère constatable qu'à l'autopsie.

Les digestions sont lentes chez les nourrissons, les troubles gastro-intestinaux surviennent facilement et contribuent à provoquer des troubles graves de la nutrition, l'athrepsie ou la cachexie.

L'examen du *cœur* révèle en général les *souffles* caractéristiques des cardiopathies congénitales. Dans les cas les plus habituels, on constate les souffles systoliques de la base et de la région méso-cardiaque qui révèlent un rétrécissement de l'artère pulmonaire et une communication interventriculaire. On note d'autre part, par la percussion et l'orthodiagraphie, de l'hypertrophie du ventricule droit.

Quelquefois, l'auscultation du cœur ne révèle aucun souffle. Il s'agit de *cyanoses silencieuses*. Dans ces cas, la percussion et l'orthodiagraphie révèlent une hypertrophie du ventricule droit, que confirment les électrocardiogrammes. Ces symptômes permettent de faire le diagnostic d'une cardiopathie congénitale, malgré l'absence de souffle.

Les faits que je viens d'exposer montrent combien est différent pour chaque cas l'*avenir* des enfants atteints de cyanose congénitale précoce. Il dépend avant tout de l'importance de la cardiopathie congénitale qui détermine cette cyanose ; il y a des cardiopathies congénitales incompatibles avec la vie qui entraînent la mort dans les premières heures ou les premiers jours qui suivent la naissance ; d'autres sont compatibles avec une survie plus ou moins longue. Cet avenir dépend aussi de l'intensité de la cyanose ; s'il n'y a pas toujours de relation entre celle-ci et la gravité de la cardiopathie congénitale, il n'en est pas moins certain qu'une cyanose intense comporte un pronostic grave.

Souvent les enfants cyanotiques meurent avant 2 ou 3 ans ; très souvent, ils ne dépassent par la moyenne ou la grande enfance ; parfois, ils atteignent la jeunesse ou l'âge adulte.

Les *causes de la mort* sont diverses. Elle peut être la conséquence de l'*asphyxie* qu'entraînent les troubles progressifs de l'hématose dus à la petite quantité de sang veineux qui traverse le poumon, troubles que ne suffisent plus à compenser au bout d'un certain temps, la polyglobulie et l'hyperglobulie.

Elle peut être causée par une *syncope* ou des *convulsions*, phénomènes comparables au syndrome de Stokes-Adam dans le pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire, symptomatique d'une lésion du faisceau auriculo-ventriculaire. Elle peut être due à des *hémorragies*. Souvent, elle résulte de la cachexie, plus souvent encore peut-être de maladies infectieuses intercurrentes : broncho-pneumonies, fièvre éruptive, pneumonie, ou encore de tuberculose pulmonaire.

Une complication qui n'est pas rare également, c'est une endocardite maligne ou quelquefois simple. J'ai eu l'occasion de parler, dans une de mes dernières leçons, de ces endocardites ; les cardiopathies congénitales constituent pour elles, une cause prédisposante.

A côté de la forme intense de la cyanose congénitale précoce, il y a des FORMES DÉGRADÉES, des FORMES LÉGÈRES.

La cyanose est très atténuée : elle passe facilement inaperçue, si on n'y fait pas attention. Assez souvent ces cyanoses discrètes permettent d'interpréter certaines CYANOSES TARDIVES, qui se montrent à un âge plus ou moins avancé. Quand on sonde les antécédents de malades chez qui apparaît tardivement de la cyanose, souvent on apprend qu'ils avaient toujours été légèrement cyanotiques.

✦✦✦✦

Ces cyanoses tardives peuvent apparaître soit spontanément, soit sous l'influence de maladies telles qu'une endocardite, une bronchopneumonie, ou toute autre affection qui gêne la circulation intra-cardiaque. Elles ont été décrites, en 1889, par MM. Bard et Curtillet, sous le nom de *formes tardives de la maladie bleue*, et elles ont été retrouvées. On a publié un certain nombre d'observations.

Une variété de cyanose assez spéciale a été décrite par M. Variot en 1903, dans une série de travaux publiés en collaboration avec ses élèves, sous le nom de CYANOSE PAROXYSTIQUE. On l'appelle encore CYANOSE INTERMITTENTE.

Cette cyanose paroxystique peut se montrer dès la naissance, sinon, elle apparaît pendant la petite ou la moyenne enfance, à 8 mois, chez un malade de MM. d'Espine et Mallet, à 2 ans, à 3 ans et demi dans un cas observé par MM. Variot et Leconte.

L'enfant n'est pas ordinairement cyanotique, ou il a une cyanose très discrète. A intervalles plus ou moins longs, sans cause occasionnelle valable, survient une crise de cyanose avec perte de connaissance. Brusquement, l'enfant bleuit, crie, s'agite ; la cyanose devient très forte. Très rapidement, il tombe dans un état comateux, avec de l'écume sanguinolente qui lui vient aux lèvres, émission de fèces et d'urines ; quelquefois se produisent des convulsions ; mais elles ne font pas partie intégrante du tableau clinique. La crise dure quelques minutes ou se prolonge pendant plusieurs heures, puis elle cesse assez brusquement : l'enfant reprend connaissance et la cyanose disparaît. Parfois elle se termine par la mort.

Pendant la crise, MM. Variot et Sébileau ont constaté un abaissement des températures centrale et périphérique ; on a signalé de la polyglobulie d'ailleurs inconstante.

La crise paroxystique revêt une intensité variable. A côté de la grande crise que je viens de décrire, il y a des *formes légères*.

Dans certains cas, les crises se répètent avec la même gravité jusqu'à la mort. Dans d'autres, au contraire, les crises vont en s'atténuant et finissent par disparaître.

Une observation de crises légères a été rapportée par MM. Jules Renault et Paul Blum à la *Société de Pédiatrie*, le 21 mars 1922. Une petite fille présente une cyanose intermittente assez discrète ; elle meurt à l'âge de 11 mois.

Un exemple de cyanose paroxystique ou intermittente qui s'atténue avec l'âge est rapporté par le professeur Marfan dans le *Journal des Praticiens* du 17 janvier 1920 : une fille qui présente une cyanose intense à la naissance. Celle-ci persiste pendant un certain temps, puis elle s'atténue et finit par disparaître. Mais de temps en temps, surviennent des crises de cyanose. Ces crises de cyanose s'espacent peu à peu ; puis, à l'occasion d'une congestion pulmonaire, réapparaît une cyanose intense, avec dyspnée vive. Le professeur Marfan voit l'enfant à l'âge de 14 ans ; elle n'a plus de cyanose, mais présente les signes physiques d'une cardiopathie congénitale complexe.

Les enfants qui ont de la cyanose paroxystique peuvent présenter les mêmes signes physiques, que les autres cyanotiques. Parfois, c'est seulement pendant la crise qu'on entend un souffle systolique au foyer pulmonaire.

*
* *

A l'autopsie d'un enfant porteur d'une CYANOSE CONGÉNITALE PERMANENTE PRÉCOCE, on trouve généralement de grosses lésions cardiaques. Le plus souvent leurs groupements constituent la *tétralogie* ou la *trilogie* de Fallot, c'est-à-dire pour la première : rétrécissement de l'artère pulmonaire, communication interventriculaire, hypertrophie du ventricule droit, déviation vers la droite de l'aorte qui est à cheval sur la cloison ; pour la seconde : rétrécissement de l'artère pulmonaire, communications interventriculaire et interauriculaire.

D'après la statistique de Fallot, on trouve l'un ou l'autre de ces groupements 41 fois sur 55 cas de cyanose.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire et parfois son absence constituent l'élément le plus constant : sur 57 cas de rétrécissement pulmonaire, 53 fois il y avait de la cyanose dans les faits réunis par Stolker, en 1864. Au rétrécissement est associée presque toujours, une communication interventriculaire.

A côté de ces malformations, on peut en trouver beaucoup d'autres et il serait trop long de décrire aujourd'hui toutes les variétés qu'on peut constater chez les enfants morts de cyanose.

Dans le cas de CYANOSE TARDIVE, on trouve généralement une communication interventriculaire ou une communication interauriculaire avec un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Parfois la communication interauriculaire existe seule.

Pour les CYANOSES PAROXYSTIQUES, d'après les faits observés par M. Variot, par M. Péhu et Langeron, il existe une malformation un peu particulière. Elle consiste en une sténose de l'artère pulmonaire, une déviation de l'aorte sur la droite, les deux artères naissant du ventricule droit. En outre, il existe une communication interventriculaire.

Toutefois, ces lésions ne sont pas constantes. Dans un cas rapporté par MM. d'Espine et Mallet, il y avait une atrésie complète de l'artère

pulmonaire et une communication interventriculaire.

Il n'existe donc pas de malformation cardiaque pathognomonique de la cyanose paroxystique.

Dans le cas de cyanose intermittente rapporté par MM. Renault et Blum, les lésions étaient particulièrement plus complexes. Il existait une oreillette gauche petite, sans relation avec le ventricule correspondant, une communication interauriculaire, une oreillette droite très grosse. Cette oreillette droite communiquait avec le ventricule droit et avec le ventricule gauche, ce dernier tout petit. On trouvait enfin une communication interventriculaire, une artère pulmonaire rétrécie et une aorte très large naissant toutes deux du ventricule droit.

Comme le font remarquer MM. Renault et Paul Blum, ces lésions très importantes formaient un contraste frappant avec « le très léger degré et l'intermittence de la cyanose ».

Somme toute, les lésions du cœur dans la cyanose congénitale sont essentiellement polymorphes. Elles diffèrent d'un sujet à l'autre. On conçoit donc les incertitudes qui règnent encore relativement à sa PATHOGÉNIE.

La *première théorie* attribue la *cyanose congénitale permanente* à un *mélange du sang veineux avec le sang artériel*, réalisé dans les cavités gauches par l'intermédiaire d'une communication anormale entre les deux cœurs ou les gros vaisseaux artériels. Elle a été émise par Sénac, en 1749, Gintrac père en 1814, et bien d'autres.

En sa faveur plaident les lésions constatées à l'autopsie.

Cette théorie soulève quelques objections. La cyanose peut faire défaut alors qu'il existe des lésions qui semblent entraîner forcément le mélange des deux sangs. Les faits de cette catégorie ne sont pas rares. Il suffit de rappeler les observations relatées par Mlle Wilbouchevitch, MM. Collet et Bériel, Vervaeck, J. Renault et Paul Blum.

On répond que l'absence de cyanose peut s'expliquer par le passage du sang des cavités gauches dans les cavités droites, où il est chassé à travers les poumons, par l'étroitesse de la communication ou sa fermeture au moment de la systole ventriculaire. Même avec une très large communication interventriculaire ou une absence de cloison, rien ne prouve, écrit en 1921 le professeur Vaquez dans les *Maladies du cœur*, qu'il y eût nécessairement mélange des deux sangs ».

On sait, en effet, que l'indépendance des deux ventricules est due moins à la présence de la cloison qui les sépare qu'à la disposition de leur appareil musculaire et que le sang provenant des veines caves, d'une part, des veines pulmonaires de l'autre, est dirigé vers le tronc artériel correspondant par une sorte de canal à parois contractiles formé par l'oreillette et les ventricules périartériels. »

Cette explication ne cadre pas avec tous les faits. Il y a des cas où l'existence d'une oreillette ou d'un ventricule, rend forcé le mélange des deux sangs et où cependant, il n'y avait pas de cyanose.

Toutefois, malgré les objections que nécessite la théorie du mélange des deux sangs, cette théorie est actuellement en faveur. « La cyanose congénitale, écrit le professeur Vaquez, ne peut être imputable qu'à un mélange des deux sangs dans l'intérieur du cœur ou bien à sa sortie, dans des vaisseaux vicieusement implantés ou communiquant anormalement entre eux. » C'est également l'opinion du professeur Marfan.

Cette théorie s'applique non seulement à la cyanose permanente précoce, mais encore à la *cyanose tardive*.

On admet que son apparition est due à une rupture tardive de l'équilibre entre les deux cavités ventriculaires ou auriculaires : la pression augmente dans l'oreillette ou le ventricule droits ; le sang, qui jusque-là ne traversait pas l'orifice de la cloison, passe désormais de droite à gauche. Parfois même, d'après MM. Bard et Curtillet, il se produit une réouverture du trou de Botal.

Quant à la *cyanose paroxystique*, M. Variot l'attribue à un spasme de l'infundibulum pulmonaire qui vient se surajouter à un rétrécissement de l'artère ; l'augmentation de la pression dans le ventricule droit, qui en résulte, entraîne le passage du sang du ventricule droit dans le ventricule gauche, et par suite, une cyanose passagère. Mais cette explication n'est pas valable pour tous les faits, par exemple pour les cas où il existe une atrésie de l'artère pulmonaire.

Une *deuxième théorie* attribue la cyanose à une *insuffisance de l'hématose* due à la faible quantité de sang qui passe par les poumons. C'est l'ancienne théorie soutenue par Oppolzer et par Louis.

On objecte que la cyanose peut faire défaut dans l'atrésie de l'artère pulmonaire, qu'elle manque dans le rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire.

Cette théorie, sous cette forme tout au moins, n'est guère admise. Elle a reçu toutefois une autre interprétation : récemment, dans *La Malattia del cruore* du 30 novembre 1923, M. Hubert Arcangeli soutient que la vraie cause de la cyanose est l'insuffisance de l'hématose due à ce qu'une partie du sang passe du ventricule droit dans le gauche et est soustrait à l'hématose.

Une troisième théorie est celle de la *stase périphérique* soutenue par Férus, Bouillaud, Rokitansky, Grancher, Potain, etc. Elle est basée sur la dilatation des veines et des capillaires. Elle est

contredite par le fait que la cyanose précède la stase et ne s'accompagne pas d'œdème, comme celle des asystoliques.

Pour M. Arcangeli dont je viens de citer le travail, la stase veineuse existe réellement, mais elle diffère de celle des asystoliques. Elle n'est pas due à une augmentation de la pression veineuse, qui est normale, d'après M. Paterni, mais à une vaso-dilatation active qui se produit au niveau des téguments pour favoriser, en quelque sorte, les échanges gazeux à travers la peau.

En somme, chaque théorie comporte des arguments et soulève des objections. Il faut se garder, semble-t-il, d'une interprétation trop exclusive. Un certain *éclectisme* s'impose. Je conclus avec MM. Laubry et Pezzi, à l' « impossibilité de trouver une explication générale qui ne soit pas démentie par quelque particularité ».

Dans chaque cas « plusieurs facteurs doivent être invoqués, qui se complètent réciproquement ou se substituent l'un à l'autre. Mélange en proportion convenable du sang veineux au sang artériel, stase veineuse périphérique sont habituellement les principaux ; insuffisance de l'hématose, polyglobulie, en sont d'autres qui ont leur importance. »

J'ai insisté sur la pathogénie, car elle soulève des discussions intéressantes. Je ne vous dirai rien de l'ÉTIOLOGIE, car c'est celle des cardiopathies congénitales, et son étude m'entraînerait hors du cadre de cette leçon.

Quand il s'agit d'une *cyanose précoce permanente*, le DIAGNOSTIC s'impose. Chez le nouveau-né, on peut quelquefois hésiter, et penser à la *mort apparente avec asphyxie bleue*, ou à la *cyanose œdémateuse des prématurés*, mais rapidement les caractères de la cyanose deviennent assez marqués pour lever tous les doutes.

Plus difficile est le diagnostic des *cyanoses tardives* avec les *cyanoses symptomatiques* des affections cardiaques, à la période d'asystolie, des affections chroniques de la plèvre et des poumons, des déformations thoraciques. D'autant plus que parfois ces affections peuvent provoquer l'apparition de la forme tardive de la maladie bleue par réouverture du trou de Botal ou tel autre des processus que j'ai signalés tout à l'heure.

En présence d'une cyanose même très accusée, il ne faut pas se hâter de conclure à une cyanose congénitale tardive.

MM. Laubry et Pezzi ont constaté dans des cas où une cyanose intense leur avait fait soupçonner l'existence d'une cardiopathie congénitale latente jusque-là, « soit la distension extrême des cavités droites, soit une distension modérée avec des lésions pulmonaires manifestes, soit encore des lésions inattendues et d'un diagnostic difficile. »

On peut, dans des affections cardiaques non congénitales, observer une cyanose intense et de la polyglobulie. Un garçon de 16 ans, observé par Gibson, en 1895, avait 8 millions d'hématies ; on trouva une symphyse cardiaque.

En présence d'une *cyanose paroxystique*, le diagnostic est à faire avec un *laryngo-spasme*, une *hypertrophie du thymus*, une *crise convulsive*, avec l'*apnée non spasmodique* décrite par le professeur Marfan.

Dans toutes ces circonstances, la constatation des signes physiques d'une cardiopathie congénitale lève les doutes. Mais il ne faut pas oublier l'existence possible d'une cyanose congénitale sans souffle, sans signes d'auscultation. On peut également avoir recours au dosage de l'oxygène et de l'acide carbonique dans le sang artériel, suivant la méthode d'Haldane, faire l'exploration radioscopique et l'électro-radiographie. Dans l'*American journal of diseases of Children*, de janvier 1917, MM. Julius Hess et Roy Pearce rapportent l'observation d'un garçon de 11 ans atteint ainsi que ses frères de cyanose congénitale sans signes de cardiopathie ; ils ont pu faire le diagnostic en étudiant les échanges gazeux par la méthode d'Haldane.

Il faut placer l'enfant atteint de cyanose congénitale dans les meilleures conditions possibles d'existence, le faire vivre au grand air, régler son activité suivant ses moyens, surveiller son régime et ses fonctions digestives, le mettre à l'abri des contagions pour éviter les fièvres éruptives, les infections respiratoires, la tuberculose.

Le TRAITEMENT est purement *symptomatique*, c'est celui des phénomènes nerveux, de la dyspnée, parfois de l'insuffisance cardiaque.

***

Notre malade est en somme un malade classique. Il est atteint de *cyanose congénitale précoce et permanente* ; il est porteur d'une *cardiopathie congénitale*, et nous diagnostiquons chez lui un rétrécissement de l'artère pulmonaire, une communication interventriculaire, une hypertrophie du ventricule droit. Il s'agit très probablement de la tétralogie de Fallot, mais nous ne pouvons affirmer qu'il n'existe pas d'autres malformations cardiaques.

Il est intéressant de noter que ce garçon a atteint déjà, malgré une cyanose intense, l'âge de 7 ans et demi. Mais elle entraîne des troubles fonctionnels importants, une polyglobulie particulièrement intense et d'autres modifications du sang. Toutefois, la croissance n'est pas encore sensiblement retardée.

Il s'agit là d'une infirmité grave qui empêche

cet enfant de vivre comme les autres enfants. Mais, de plus, le pronostic est grave et son existence est menacée, comme en témoignent les modifications du sang jointes à l'intensité de la cyanose. Il est à craindre que la survie ne soit plus bien longue. Ce malade est d'ailleurs à la merci de la première maladie qu'il contractera. Notez cependant qu'il vient d'avoir une scarlatine, que celle-ci a été très bien tolérée et a évolué sans complications.

L'Actualité Scientifique

La Presse

A propos de l'âme d'Hippocrate.

Enfin une belle parole puissante et vengeresse, et surtout sachant faire la mise au point pour la défense du médecin attaqué de toutes parts, vient de se faire entendre.

Il faut lire cette plaquette... mieux, cette plaque de marbre pur où en lettres d'or et lapidaires est synthétisée, symbolisée, l'âme d'Hippocrate, plus vivante que jamais en passant de génération en génération, chez ceux qui eurent de tout temps un idéal : celui de porter un soulagement à la souffrance humaine, physique et morale.

Que les ignorants, les violents, les hypocrites, les jaloux, surtout... car la jalousie est peut-être la tare capitale de l'humanité d'où découlent la plupart des injustices et des traîtrises, que ceux qui sont jaloux de notre profession montrent donc autant de sacrifices, davantage d'efforts, de plus nombreuses victimes de la science, plus de noble usure dans la vie la plus ingrate et la plus triste !

Ecoutez MIRANDE, l'auteur de ces belles pages :

« Le médecin de la littérature est aussi éloigné du « praticien que l'est l'indécise poularde en carton « qui apparaît sur la scène au théâtre ».

Et encore :

« La mentalité médicale ne s'acquiert pas par « quelques touches avidement cueillies dans les « milieux professionnels : *elle est le fruit* d'une *lon-* « *gue et sévère initiation* ».

Les noms de la médecine, que la plupart des gens qui se croient cultivés ignorent, sont autrement représentatifs d'intelligence, d'observation et de génie que ceux de tant d'auteurs de productions littéraires qui passent pour supérieurs et qui ne recouvrent souvent qu'un vide de réelle pensée, de puissance philosophique et de vraie imagination sous l'apparat exigu d'une mosaïque patiente de puzzle scriptural. Les écrivains qui n'auront porté en soi et cultivé que le doute qui tend trop à envahir nos âmes défaillantes comme une ivraie dans un champ qui devrait être destiné à la poussée féconde des cultures utiles, ne sont que des inférieurs. Celui qui, ayant une épée à la main, une arme, pour l'action libératrice ou la défense, celui qui possède une langue pouvant lancer de formidables paroles d'exaltation sublime, comme un battant de cloche d'airain, celui qui tient une plume capable de graver pour toujours des pensées immortelles, se doit de soutenir les âmes dans une sainte exaltation vers les buts magnifiques. Ceux qui auront passé dans la vie, sans accomplir un acte de courage, ou un acte bienfaisant, sans soutenir des esprits et des cœurs en détresse, ceux qui se seront puérilement amusés au dilettantisme du doute sous une forme même précieuse, ne sont pas des puissants ni des créateurs utiles à l'élévation de l'homme à travers les histoires qui aboutissent à des rêves supérieurs incessamment réalisés : ce ne sont pas des mâles de la pensée et du cœur ; n'ayant pas eu de sexe réel, ils ne dureront pas, ne se reproduiront pas, et s'étant complu dans le néant, plus que les autres, ils seront enfoncés à jamais dans l'obscurité du néant.

Entendez toujours Mirande :

« Mais notre rôle est plus poignant encore : une « dure loi attache à la vie la Douleur, et dans cette « rigueur, la Médecine trouve la mesure de sa no- « blesse ».

Lisez aussi : le magnifique paragraphe sur la mort du médecin :

« C'est les yeux ouverts qu'il entre dans la nuit » dit Mirande.

Nous savons, nous saurons tôt ou tard reconnaître les nôtres, les vrais et les purs, et ils sont plus nombreux qu'on ne le croit, et surtout qu'on ne le dit ; et si, sont récompensés dans un monde ignoré et que nous pouvons supposer de splendeur pour les élus du sacrifice et du désintéressement, ceux qui méritent la couronne de l'intelligence, du devoir accompli et même du martyre, nous les retrouverons en foule, ceux qui, sur la terre ont agi au nom d'un idéal, pour la science opiniâtrement obtenue, pour la pauvre humanité désemparée dans sa chair douloureuse et même son esprit affligé.

Il faudrait citer toutes les phrases de ce petit chef-d'œuvre que je lirai, relirai et relirai pour ma part comme un bréviaire de vérité. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 janvier 1925.)

DARTIGUES.

Sur le diagnostic de l'appendicite chronique.

D'une étude publiée par le Pr Marcel Brulé il résulte que le diagnostic de l'appendicite chronique *vraie* est plus difficile qu'on ne pense généralement. A côté de l'appendicite chronique certaine, il existe des douleurs appendiculaires avec troubles gastro-intestinaux ; dans ces cas, la lésion colique paraît l'emporter sur la lésion appendiculaire, et dans la symptomatologie et dans les complications ; l'appendicite étant alors partie secondaire de la colite, l'opération est de peu de secours, tandis que le traitement médical peut amender ces symptômes.

Le diagnostic d'appendicite chronique ne doit donc être posé qu'avec circonspection, après avoir soigneusement suivi le malade, après avoir tenté une véritable épreuve thérapeutique médicale. Autant la décision opératoire doit être rapide et précoce dans l'appendicite aiguë, autant l'indication opératoire est nette dans les appendicites chroniques secondaires à des appendicites aiguës, autant, par contre, l'intervention doit être discutée avec réflexion dans l'appendicite chronique d'emblée, et souvent doit être rejetée.

Faire opérer une appendicite qui n'existe pas dans la crainte de ne pas faire opérer une appendicite qui existe, c'est mal comprendre sa responsabilité médicale ; les malades, si nombreux, qui voient persister tous leurs symptômes après une appendicectomie seront les premiers à le remarquer. (*La Presse médicale*, 12 novembre 1924.)

Les ictères infectieux dont la nature reste inconnue.

Les ictères infectieux ne sont pas tous d'origine digestive, comme on l'a cru longtemps ; mais ils sont souvent précédés d'une phase digestive. Ces ictères peuvent être dus encore à la spirochétose ictéro-hémorrhagique (où l'association des phénomènes méningés et ictériques est si fréquente), puis à la spirochéturie dénommée par Noël Fiessinger, spirochétose française. Enfin, ce dernier auteur rapporte en détail l'observation personnelle d'un ictère infectieux, qui guérit parfaitement avec un traitement uniquement symptomatique, dont la céphalée diminua à la suite d'une ponction lombaire ; cet ictère particulier, qui donna lieu à une méningite à rechute compliquée d'ictère, ne peut être classé dans les groupes actuels.

On avait pu croire cependant que tous les ictères à recrudescence fébrile étaient dus à la spirochétose ; il n'en est donc rien. Il est donc encore des causes, que nous ne connaissons pas et que seule l'étude biologique pourra découvrir plus tard. La valeur toute négative de cette observation, relatée par N. Fiessinger, tempère l'enthousiasme de ceux qui, en fait d'ictères infectieux, prétendent tout connaître. (*Journal des Praticiens*, 22 novembre 1924.)

De l'emploi d'un vaccin mixte dans les broncho-pneumonies infantiles.

Le Dr A. Dufourt a employé avec succès la vaccinothérapie dans un certain nombre de cas de broncho-pneumonies ; mais il a également l'impression que pneumonies et congestions sont aussi justiciables du vaccin.

Dans les broncho-pneumonies, quelques échecs tiennent au polymorphisme microbien de cette maladie, au traitement institué tardivement (alors que les défenses humorales sont littéralement sidérées), à la présence du streptocoque, qui rend toute vaccinothérapie impuissante.

L'auteur, sur 41 cas, a noté 36 guérisons et 5 décès, soit une mortalité de 14 %, chiffre très bas, puisqu'il n'a guère traité que des enfants extrêmement jeunes.

Parmi ces broncho-pneumonies, 26 étaient primitives, 12 consécutives à la rougeole, 2 à la coqueluche, 1 à la diphtérie. Il a semblé que la rougeole créait une anergie vaccinale assez nette et que le vaccin faisait moins bien sentir ses effets dans les broncho-pneumonies post-rubéoliques.

Etant donné le polymorphisme microbien de cette affection, le Dr D. a peu à peu composé son vaccin avec 1/3 de pneumocoques I, II et III, 1/3 de diverses races d'entérocoques, et 1/3 d'un mélange de staphylocoques et de tétragènes. Les injections se font sous la peau ; chez les tout jeunes enfants on commencera le premier jour par 1/4 ou 1/3 de cc. Le jour suivant, on fera 1/2 cc. Puis on passera à 1 cc. par jour tant que durera la maladie. En général, il faut de 6 à 12 injections. Chez le grand enfant, 1/2 cc. le premier jour et 1 cc. les jours suivants. Il faut être plus prudent lorsqu'on prend la broncho-pneumonie au début que si on la prend en pleine période d'état. Il est nécessaire d'aller lentement dans les broncho-pneumonies post-rubéoliques, où l'immunisation se fait péniblement, à cause de l'état d'anergie. Les réactions locales et générales sont nulles, à part quelques cas d'urticaires.

Pour l'emploi du vaccin, ne pas s'occuper de ce qui se passe au niveau du poumon ; la chose qui importe, ce sont les modifications de l'état fonctionnel et de l'état général. La fièvre est importante dans son évolution ; elle baisse progressivement lorsque la maladie va guérir, souvent dès la 2e ou 3e injection ; il y a souvent de grosses lésions pulmonaires avec une apyrexie complète ! Une fois la fièvre tombée, les foyers régressent lentement, mais sûrement, en même temps que s'amendent la cyanose, la polypnée et les signes nerveux. Les enfants boivent, mangent, et s'amusent sur leur lit. Ne pas cesser le vaccin tant qu'il y a des signes d'auscultation un peu sérieux ; car on note des rechutes et l'immunité vaccinale paraît peu durable.

Il y a lieu d'appliquer systématiquement ce mode de traitement aux broncho-pneumonies,

tout en continuant les thérapeutiques, qui ont déjà fait leurs preuves et spécialement les inhalations d'oxygène à doses massives et la révulsion. (*L'Hôpital*, novembre 1924-B.)

Spasme nutans.

A l'occasion d'un cas typique de cette affection, qu'il lui a été donné d'observer, M. Garot, fait une excellente description de cette rare et curieuse affection.

Il s'agit d'enfants âgés d'au moins 4 mois, mais généralement de six mois, qui sont atteints de secousses rythmiques de la tête avec déviation de celle-ci, et nystagmus. Les secousses sont de formes variées : salutation par flexion et extension répétées, oscillations alternatives de droite à gauche ; mouvements de négation (spasme nutans). Mouvements conscients mais involontaires, augmentés d'intensité par la fixation du regard, une émotion, etc. Le nystagmus est rythmique et en rapport avec la direction des secousses de la tête.

Cette affection serait due à de mauvaises conditions d'éclairage qui obligeraient les enfants qui cherchent à regarder en pleine lumière à porter les yeux toujours d'un même côté ou vers le haut. La fatigue qui en résulte fait apparaître le nystagmus et les secousses de la tête se montrent ensuite, en quelque sorte comme des mouvements compensateurs.

Le diagnostic doit être fait avec les affections organiques de l'œil. L'hyperhydrose de la nuque, chez les rachitiques, provoque les mouvements de la tête, avec usure, localisée à l'occiput, des cheveux frottés sur l'oreiller. On pensera aussi aux tics, aux stéréotypies des dégénérés, des psychopathes. Le tic de Salaams enfin relève d'altérations organiques des centres nerveux, et a des affinités avec l'épilepsie.

Le pronostic est favorable. Le traitement consiste à améliorer les conditions d'éclairage, à régler et surveiller l'alimentation, et s'il y a quelques stigmates de tétanie ou de rachitisme, à prescrire l'huile de foie de morue phosphorée, le chlorure de calcium, les rayons ultra-violets. (*Liège médical*, 25 janvier 1925.)

Insuffisances aortiques rhumatismales.

Toutes les insuffisances aortiques ne sont pas syphilitiques. A côté des insuffisances d'origine aortique ou artérielle, qui se manifestent par la maladie de Vieussens et la maladie deHodgson, il existe une insuffisance endocardique, représentée par la maladie de Corrigan. Les deux premières qui, cliniquement, se confondent, ressortissent à la syphilis dans 80 % des cas.

La maladie de Corrigan, au contraire, est d'origine infectieuse, et habituellement rhumatismale.

M. David rapporte trois cas de malades atteints d'insuffisance aortique, et au sujet desquels il déclare : « La notion nettement précisée d'une attaque antérieure de rhumatisme articulaire, l'absence de tout antécédent spécifique héréditaire ou personnel, la négativité de la réaction de B. W. permettent de rattacher, avec une certitude presque complète, ces trois insuffisances aortiques à une origine infectieuse, rhumatismale. »

A noter cependant qu'une syphilis ultérieure peut venir greffer ses lésions particulières sur une endocardite rhumatismale des sigmoïdes aortiques, et en modifier la physionomie clinique.

La maladie de Corrigan comporte une compensation efficace et, de ce fait, le pronostic en reste longtemps favorable.

L'auteur insiste sur la nécessité, en présence d'une insuffisance aortique, d'en fixer rigoureusement l'étiologie, afin d'en déduire le pronostic à porter ainsi que les règles du traitement. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 25 janvier 1925.)

Les névrites sérothérapiques antitétaniques.

On sait, aujourd'hui, que les injections de sérum antitétanique, pratiquées à titre préventif ou curatif, peuvent déterminer l'apparition de paralysies du plexus brachial, qui surviennent dans la quinzaine qui suit.

Ce sont des paralysies dissociées précédées habituellement de douleurs violentes des épaules et des bras, qui succèdent elles-mêmes aux manifestations banales de la réaction sérique. Les muscles sont atteints sans qu'on puisse incriminer une distribution topographique systématique. Le grand dentelé est le plus souvent pris. D'autres muscles innervés en dehors du plexus brachial, le trapèze par exemple, peuvent être également paralysés.

« L'intérêt de ces paralysies sérothérapiques antitétaniques réside dans l'importance qu'elles présentent au point de vue de la médecine légale des accidents du travail, dit M. Marchal. Si un accidenté, porteur d'une plaie souillée, est préventivement injecté de sérum antitétanique et s'il présente des accidents paralytiques, il faudra dorénavant penser à l'étiologie sérothérapique. Il y a quelques années, on n'aurait pas manqué de conclure que les troubles nerveux n'avaient aucun rapport avec l'accident alors que l'ensemble des faits maintenant publiés suffit à rendre l'accident indirectement responsable par la sérothérapie qu'il a justifiée. » (*Bruxelles médical*, 25 janvier 1925.)

Le traitement actuel des asphyxies.

Mise au point très complète de cette question de pratique courante, par M. Coureaud.

La méthode, telle qu'elle est enseignée à l'E-

cole des Scaphandriers de la marine consiste à combiner la respiration artificielle avec les inhalations d'oxygène.

La respiration artificielle doit être pratiquée selon le procédé de Schæfer : malade à plat ventre, la tête légèrement inclinée sur le côté. Opérateur à genoux derrière lui, les cuisses du patient entre les jambes. Placer les mains ouvertes à plat sur le dos du patient, au niveau des dernières côtes, et lentement, doucement, sans brusquerie, presser sur le thorax en faisant sortir l'air de la poitrine, par expiration (1er temps). Dans le deuxième temps, l'opérateur relâche sa pression et laisse le thorax se dilater par le jeu de l'élasticité des côtes. Il faut pratiquer cette double manœuvre de 12 à 15 fois par minute.

On y associe les inhalations d'oxygène avec le masque de Nicloux et Legendre.

On outre, on réchauffera le patient avec des couvertures de laine, on usera de frictions, de sinapismes, d'injections stimulantes (caféine, strychnine, huile camphrée voire d'injections intracardiaques d'adrénaline. (*Arch. de méd. et de pharm. navales*, nov.-déc. 1924.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Action bactéricide de diverses eaux fluviales ou marines.

(MM. Fernand ARLOING, SEMPÉ et CHAVANNE. — *Académie de médecine* ; 17-2-1925.)

Certaines eaux de rivières ou de ports marins possèdent, disent MM. Arloing, Sempé et Chavanne, un pouvoir anti-microbien sur les microbes du groupe intestinal (bacille typhique, coli, bacille Shiga, etc.). Les auteurs ont examiné à ce point de vue les eaux du Rhône et de la Saône, à Lyon, celles de l'Isère, à Grenoble, celles du port du Havre. Les ayant filtrées et ensemencées avec des cultures des microbes sus-désignés ils ont vu ces cultures lysées plus ou moins fortement.

Dans le Rhône, prédomine le pouvoir anti-typhique ; dans l'Isère, le pouvoir anti-para A ; dans l'eau de la rade du Havre, le pouvoir anti-Shiga. L'eau est en général plus anti-microbienne en aval qu'en amont d'une ville, montrant l'influence urbaine sur ce phénomène, fait déjà observé par d'Hérelle et P. Hauduroy.

M. Courmont attribue l'action lysante des eaux de rivière et des ports à la présence d'un bactériophage polyvalent, plutôt qu'à des causes non spécifiques.

Agglutino-diagnostic rachidien de la spirochétose ictéro-hémorragique.

(M. Auguste PETTIT. — *Académie de médecine* ; 17-2-1925.)

Avec Louis Martin, M. Auguste Pettit a appliqué le séro-diagnostic de Widal à la spirochétose ictéro-hémorrhagique. On sait que M. Pettit entretient à l'Institut Pasteur une culture du spirochète d'Inada et Ido pour répondre aux demandes de diagnostic qui lui sont faites par les médecins.

Le sérum des malades est-il seul à agglutiner le spirochète ? Jusqu'à ce jour aucune agglutinine n'avait pu être décelée dans le liquide céphalo-rachidien des spirochétosiques. Or, dans trois cas récents, M. Pettit est parvenu à rencontrer des agglutinines dans ce liquide et il se demande s'il n'y aura pas là un nouveau moyen de diagnostic.

La flore microbienne dans la blennnorrhagie.

(MM. René LE FUR, PINAULT et Mlle LEBERT. — *Société de médecine de Paris* ; 9-1-1925.)

Depuis longtemps, M. Le Fur soutient que la flore microbienne de la blennorrhagie ne se résume pas au gonocoque seul, mais que les microbes associés et secondaires y offrent aussi une grande importance. L'auteur apporte aujourd'hui de nouveaux arguments à l'appui de sa thèse et il les base sur 837 examens histologiques et bactériologiques de sécrétions uréthrales pratiqués au laboratoire de sa clinique. Il a étudié successivement trois points : la flore microbienne des sécrétions uréthrales en général ; la flore microbienne dans les blennorrhagies aiguës et chroniques ; les microbes révélés par la culture du sperme.

Dans les écoulements uréthraux pris au hasard, après le gonocoque, les microbes rencontrés le plus fréquemment sont l'entérocoque (28 %), le bacille diphtérique (21 %), le staphylocoque (9 %), les cocci (8 %). Quelques uréthrites sont amicrobiennes.

Dans la blennorrhagie aiguë (datant de 15 jours à trois semaines), le gonocoque se rencontre seul dans 88 % des cas et associé à d'autres microbes dans 12 %. Dans la blennorrhagie chronique, l'auteur a trouvé : gonocoque seul 7 %, gonocoque associé à d'autres microbes 8 %, microbes secondaires (entérocoque, pseudo-diphtérique, staphylocoque, cocci) sans gonocoque : 73 %.

Sur 109 malades, n'ayant pas trace de gonocoque dans l'écoulement ou les urines, la culture a révélé chez un tiers d'entre eux cet agent microbien dans le sperme. Le staphylocoque y est également commun.

— M. SÉE appuie les conclusions de M. Le Fur. Le gonocoque prédomine ou est seul dans la blennor-

rhagie aiguë. Il a disparu le plus souvent dans les uréthrites chroniques.

— M. GRIMBERG estime que si l'on se base non sur des examens simples mais sur des cultures de filaments et de sperme, on arrive à une proportion beaucoup plus forte (75 %) d'uréthrites chroniques à gonocoque.

— M. LAVENANT adopte une opinion qui se rapproche beaucoup de celle de M. Le Fur. Pour lui, d'ailleurs, le terme de blennorrhagie devrait être remplacé par celui d'uréthrite à gonocoque, car il existe des uréthrites à staphylo, à strepto, à colibacille, et surtout à entérocoque. Il a fait de cette dernière une première description en 1904. Les uréthrites aiguës non gonococciques primitives se rencontreraient dans 25 % des cas environ. Si l'on considère les 75 % restant, on voit que dans les huit premiers jours de la maladie le gonocoque semble être seul. Puis, à mesure que sa vitalité diminue, d'autres microbes apparaissent et pullulent. Ainsi, sans vouloir diminuer l'importance du gonocoque dans l'uréthrite, il faudrait faire une place aux autres infections, elles aussi susceptibles de contagion et de complications.

— M. LE FUR ajoute que c'est une erreur d'avoir cru que les microbes associés devaient être considérés comme indifférents. A son avis, ils ont autant d'importance et même plus que le gonocoque dans les uréthrites chroniques. Il convient de faire une place assez large à l'entérocoque et au staphylocoque dans les infections uréthrales.

L'immunisation spontanée et provoquée contre la diphtérie.

(M. P. LEREBOULLET. — *Société de pathologie comparée* ; 9-12-1924.)

On sait depuis longtemps que tous les individus ne sont pas également aptes à contracter la diphtérie. Il existe une immunisation spontanée, plus ou moins répandue, que la clinique permet déjà d'apprécier et que l'on peut mieux préciser aujourd'hui grâce à la diphtérino-réaction de Schick.

Cette immunisation spontanée paraît due à des contacts interhumains, à des ensemencements discrets et répétés, aboutissant à un état réfractaire. Plus sont grands le nombre et la variété des personnes qu'un sujet a pu rencontrer, plus semblent importantes les chances qu'il a de s'être spontanément vacciné contre la diphtérie. C'est ainsi que MM. Lereboullet et Joannon, dans leurs recherches faites en 1922 et 1923 à l'hôpital des Enfants-Malades (services des chroniques) ont vu qu'au fur et à mesure que les enfants prolongeaient leur séjour dans les salles hospitalières, au fur et à mesure le nombre des réactions de Schick positives diminuait. Cette immunisation spontanée occulte s'observe, d'ailleurs, pour d'autres maladies (coqueluche, etc.).

Pour si intéressante que soit cette auto-vaccination naturelle, elle n'en est pas moins incertaine, irrégulière, et il serait très important d'y substituer une vaccination provoquée médicalement, plus sûre et plus parfaite. M. Lereboullet rappelle les techniques d'immunisation active par les mélanges toxine-anatoxine préconisés en Allemagne par Behring, en Amérique par Park et Zingher, par les mélanges hyponeutralisés (Rohmer, de Strasbourg), par les mélanges hyperneutralisés (J. Renault et Pierre-Paul Lévy). Une découverte capitale a été faite par M. Ramon à l'Institut Pasteur de Garches ; celle de l'anatoxine diphtérique. Ayant établi que le pouvoir antigène de la toxine diphtérique était indépendant de son pouvoir toxique, M. Ramon a préparé (par vieillissement à l'étuve et formolisation) un corps nouveau incapable de nuire quoique jouissant d'un pouvoir antigénique considérable : c'est l'*anatoxine*.

Après essai sur l'animal, M. Ramon a appliqué sa méthode à l'homme, à l'hôpital Pasteur, à la Salpêtrière, aux Enfants-Malades. Une double injection d'anatoxine (un cent. cube la première fois, un cent. cube 1/2 la seconde fois, trois semaines plus tard), suffit à l'habitude, pour rendre un sujet réfractaire et négativer son Schick s'il était positif. Ces injections sont absolument inoffensives chez le jeune enfant de 2 à 5 ans. Chez l'adulte, souvent spontanément vacciné, elles sont susceptibles de provoquer, par contre, des réactions assez marquées. Aussi, est-ce entre 2 et 5 ans que les injections immunisantes d'anatoxine Ramon sont réellement indiquées.

M. Ramon a montré que les phénomènes locaux observés à la suite d'injections d'anatoxine tenaient aux protéines et M. Zoeller a étudié une *intra-dermo-réaction* à l'anatoxine, nullement superposable au Schick, mais révélatrice d'une sensibilité aux protéines du bacille diphtérique.

L'adrénaline et la calcémie dans la tuberculose.

(MM. E. SERGENT et BINET. — *Société de pathologie comparée* ; 9-12-1924.)

M. Binet expose le résultat de ses recherches sur la calcémie dans la tuberculose et sur le rôle de l'adrénaline dans la fixation du calcium.

Le calcium libre du sérum sanguin oscille, chez les sujets normaux, entre 100 et 115 milligrammes par litre (méthode à l'oxalate de chaux). Dans les tuberculoses pulmonaires graves, M. Binet a trouvé des chiffres se tenant entre 100 et 110 et chez les tuberculeux dont l'état général est bon, des moyennes de 100, 125, 130 milligrammes par litre.

L'adrénaline, d'autre part, est une substance favorisant la recalcification de l'organisme. On peut la considérer comme un fixant énergique du calcium agissant à la façon des phosphates et de certaines huiles, et permettant à l'organisme d'utiliser le calcium ingéré.

— M. SERGENT insiste, à son tour, sur la fixation des sels de chaux par l'adrénaline. Lorsque chez un tuberculeux soumis à la récalcification on donne ce

médicament, le chiffre de la calciurie s'abaisse, ce qui tend à prouver que la chaux est retenue.

— M. BLIER a été frappé, en tant que vétérinaire, du fait suivant. Chargé aux Halles centrales de l'inspection des volailles, l'auteur est amené à saisir un grand nombre de ces animaux atteints de tuberculose. Cette maladie se rencontre surtout chez la poule (un coq tuberculeux sur plusieurs centaines de poules malades) et surtout chez les poules qui ont déjà pondu beaucoup, c'est-à-dire se sont décalcifiées pour fournir des coquilles aux œufs.

Encéphalite épidémique traitée par le salicylate intra-veineux.

(MM. R. BÉNARD, MARCHAL et BUREAU. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-12-1924.)

M. Bénard a eu l'occasion d'observer un cas d'encéphalite épidémique à forme choréique grave qu'il a traité par la médication salicylée intra-veineuse et qui a guéri.

Les injections de salicylate de soude dans la thérapeutique de l'encéphalite épidémique ont donné lieu à des études assez nombreuses, de Carnot, de Blamoutier (1923), de Rathery, Courcoux, Schlosser, Barry, etc., chez sa malade, M. Bénard fit des injections quotidiennes de salicylate de soude en milieu glycosé à 10 pour 100 et dès le dixième jour, malgré la gravité apparente de l'affection, la patiente pouvait être considérée comme guérie.

L'avenir des pleurétiques.

(M. BRELET, de Nantes. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-1-1925)

M. Brelet présente une nouvelle note, complétant celle dont il a donné lecture il y a un an, concernant l'avenir des pleurétiques.

L'auteur a examiné, en 1924, 37 anciens pleurétiques. Parmi eux, 6 sont aujourd'hui atteints de tuberculose pulmonaire, soit une proportion d'un sur six. Cette proportion est à peu près celle que M. Brelet avait rencontrée chez les 42 malades qu'il avait examinés en 1923 (1 sur 7). En réunissant les deux statistiques, l'auteur arrive au total de 79 anciens pleurétiques, parmi lesquels 12 sont tuberculeux, soit un pourcentage de 15 pour 100, qui définit peut-être dans une certaine mesure l'avenir des pleurétiques.

L'anesthésie au somnifène intra-veineux.

(M. Raymond BONNEAU. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-2-1925.)

M. Raymond Bonneau expose son opinion appuyée sur six observations personnelles, sur l'anesthésie générale au somnifène intra-veineux (méthode de Pierre Fredet). Cette méthode, dit-il, offre des avantages de deux ordres :

1° Le malade pénètre dans le sommeil par la porte la plus douce, voire la plus agréable. Déjà sous l'empire de l'engourdissement de la scopolamine-morphine, il ne perçoit pas la piqûre intra-veineuse, et, en restant étendu dans son lit, il se sent partir tranquillement vers le pays des rêves.

2° Quant à l'opérateur, il va travailler sur une personne inerte qui respire, superficiellement il est vrai, mais régulièrement, dont le visage reste coloré et reposé. Pas de vomissements, pas d'agitation ou, si l'agitation survient, elle tombe sous une ou deux bouffées d'éther.

Ce tableau comporte malheureusement des inconvénients. Ils se montrent quelques heures après l'opération, sous forme d'une agitation parfois violente, impressionnante pour la famille et fatigante pour les gardes. Comme pour toute méthode nouvelle, d'autre part, il faut compter avec les inconvénients encore inconnus.

L'agitation post-opératoire des malades résiste aux traitements habituels. La méthode de Murphy de l'irrigation rectale continue, le sérum sous-cutané, même les boissons *larga manu* sont très difficiles à employer chez un sujet qui ne cesse de remuer. Le chloral, la morphine paraissent plus nuisibles qu'utiles.

Fait singulier : chez les psychopathes agités, le somnifène intra-veineux amène le calme et procure des sommeils de 12 à 30 heures (Quercy et Dodart des Loges). Et voilà que chez les opérés, le même somnifène donne des agitations secondaires !

M. Raymond Bonneau conclut que l'anesthésie chirurgicale par le somnifène intra-veineux demeure une méthode à la période d'études.

— M. LÉO a employé 4 fois ce procédé d'anesthésie et, sans pouvoir formuler une opinion catégorique, il le considérait plutôt comme un économiseur d'éther que comme un moyen exclusif d'endormir les malades.

— M. THÉVENARD s'est aussi inquiété de la phase d'agitation qui succède parfois au somnifène intra-veineux en chirurgie.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Hernie ombilicale embryonnaire guérie par l'intervention à la 12e heure.

M. André RENDU présente un enfant atteint de hernie ombilicale embryonnaire opérée par lui douze heures après la naissance. Cette hernie avait le volume d'une grosse mandarine ; le revêtement cutané s'arrêtait à la limite de la tumeur qui était recouverte par la membrane gélatineuse bien connue et était formée par le foie. L'opération fut assez longue (45 minutes) et l'enfant endormi par quelques gouttes de chloroforme l'a très bien supportée. L'intervention, en pareil cas, doit être très précoce : premier ou

second jour alors que la poche herniaire et la peau du nouveau-né n'ont pu encore être contaminées par les microbes.

Vissage du col fémoral.

M. Durand rapporte une observation de fracture basi-cervicale du fémur avec grand déplacement, qu'il a traitée par le vissage après incision large. Cette opération est assez rarement pratiquée dans cette variété de fracture, soit qu'il y ait engrènement des fragments, ce qui rend le vissage inutile, soit qu'il y ait éclatement du grand trochanter, ce qui le rend impossible. Ici le trochanter était intact. Le résultat eût été parfait sans l'apparition d'une phlébite mais la correction du déplacement et la consolidation sont complètes.

La plus radio-active des eaux thermales françaises.

M. Nogier présente une note sur la radio-activité de certaines sources thermales. L'eau qui paraît être une des plus radio-actives parmi les eaux thermales françaises est celle de Sail-les-Bains (Loire), source des Romains : 55, 15 millimicrocuries au déversoir.

Mode spécial d'intolérance au cyanure de mercure.

MM. Cade et P. Ravault relatent l'histoire pathologique d'un homme de 46 ans, ayant eu la syphilis à 18 ans, peu ou pas traitée, atteint de cirrhose hypertrophique avec Wassermann fortement positif. On institua un traitement sous forme d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Six heures environ après la première injection, malaise intense, suivi de frisson violent avec claquement de dents ; température 40°3, terminaison de l'accès dans la nuit avec sueurs profuses, réalisant ainsi le type de l'accès palustre. Recherche de l'hématozoaire négative. On fait une nouvelle injection le surlendemain, une troisième trois jours plus tard : chacune est suivie des mêmes accidents. On suspend alors le traitement mercuriel et on fait une série de cinq injections de novarsénobenzol qui furent admirablement tolérées et amenèrent une amélioration nette de l'état du malade. Une nouvelle injection de cyanure amena de nouveau les mêmes phénomènes d'intolérance, quoique moins marqués. Il s'agit donc d'un mode spécial d'intolérance au cyanure de mercure : l'accès fébrile pseudo-palustre. Divers auteurs ont signalé des fièvres mercurielles, mais aucune n'est exactement superposable au cas de MM. Cade et Ravault. Ceux-ci insistent sur l'absence de toute réaction inflammatoire locale et de tout symptôme pulmonaire ou viscéral. On pourrait d'autre part se demander s'il ne s'agissait pas d'un phénomène de réactivation de la syphilis du malade pouvant rentrer dans le cadre des réactions d'Herxheimer. Les auteurs rejettent cette hypothèse, en se fondant sur ce fait que les trois premières réactions furent d'une égale intensité, ce qui est caractéristique d'une réaction d'intolérance alors que les manifestations dues à une réaction d'Herxheimer tendent à disparaître avec la prolongation et l'augmentation des doses. D'autre part, le traitement arsénical institué par la suite aurait dû inactiver l'infection syphilitique et rendre impossible la réaction qui a suivi la reprise du traitement mercuriel. Enfin la salivation et la diarrhée que présenta ce malade confirment qu'il s'agissait bien de phénomènes d'intolérance.

Hydrocystome.

M. L.-M. Bonnet montre une malade porteur d'une lésion assez rare de la peau, l'hydrocystome. Celle-ci consiste en des vésicules arrondies, transparentes, fermes au toucher, contenant un liquide clair ; le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une lentille ; elles siègent à la face. Cette affection se voit surtout chez la femme et offre des variations saisonnières remarquables, les vésicules augmentant de nombre au printemps. Ces vésicules sont en réalité des dilatations kystiques des glandes sudoripares. La pathogénie en est discutée. M. Bonnet admet qu'elles sont dues à un défaut de résistance de la paroi des tubes sudorifères qui se laissent dilater par la pression de la sueur excrétée. Ce serait un cas particulier de cette maladie kystique dont M. Bard a donné une pathogénie applicable à tous les organes.

Cancer de la prostate propagé à la vessie.

MM. Gayet et Lainé présentent une pièce provenant de l'autopsie d'un malade entré à l'hôpital pour d'abondantes hématuries. Le toucher rectal faisait sentir une grosse prostate dure, immobile, avec des points saillants, se prolongeant dans le petit bassin par deux cornes. Il s'agit d'un cancer de la prostate propagé à la vessie, avec envahissement de la muqueuse de cette dernière. M. Gayet pense que cette propagation est plus fréquente qu'on ne le dit et que bien des cancers étiquetés vésicaux ne sont que des propagations de cancer de la prostate.

Rupture du cœur.

MM. Barjon et Carnet parlent d'un malade entré à l'hôpital pour artério-sclérose, hypertension, albuminurie, insuffisance cardiaque se traduisant par des crises d'œdème pulmonaire et d'angor. Mort subite, six jours après l'entrée. A l'autopsie, on trouva une rupture du myocarde au niveau du ventricule gauche, par ramollissement d'un infarctus localisé au voisinage de la pointe du cœur sur le territoire vasculaire de l'artère coronaire antérieure.

Ulcère de la petite courbure de l'estomac.

MM. Bocca et Mallet-Guy présentent une malade de la clinique du professeur Bard, dont l'obser-

vation est intéressante en raison de la netteté de son histoire ; il est rare, en effet, en pathologie gastrique de voir ainsi réunis tous les signes de l'ulcus au complet : troubles digestifs datant de vingt ans avec hématémèses répétées et douleurs semi-tardives, puis ultérieurement tardives ; forte acidité chlorhydrique ; radiographie des plus nettes montrant une niche de Haudeck et un estomac biloculaire. L'intervention fut pratiquée par M. Delore qui put réséquer l'ulcère.

Radiographie d'un méga-œsophage après insufflation

MM. R. Rendu et Japiot ont observé un nouveau cas de méga-œsophage examiné aux rayons X après insufflation à la poire, procédé simple imaginé par M. R. Rendu et qui ne paraît pas avoir été encore employé. L'insufflation complète très heureusement l'examen après ingestion de baryte.

Deux cas d'amputation abdomino-périnéale du rectum avec anus médian définitif.

M. Vachey montre, a nom de M. Delore, deux malades auxquels ce dernier a fait une amputation abdomino-périnéale du rectum : dans un premier temps, abdominal, on sectionne l'intestin au-dessus de la tumeur et on l'abouche à la partie moyenne de l'incision de la laparotomie ; dans un second temps, la tumeur est enlevée par le périnée. M. Delore préfère actuellement cette technique dont la mortalité n'est que de 10 %.

Maladie de Little : rééducation et intervention

M. Vignard présente une petite malade atteinte de maladie de Little qu'il a pu améliorer considérablement par la rééducation. Il pense que celle-ci doit avoir, dans les affections spasmodiques des membres, le pas sur la chirurgie, celle-ci n'intervenant qu'à à une période bien déterminée pour vaincre certaines résistances trop accusées.

Entorse grave du pouce.

MM. Laroyenne et Parthiot ont traité un malade qui, à la suite d'une entorse du pouce, garda pendant six mois une impotence marquée des mouvements de ce doigt consistant surtout en une limitation des mouvements de flexion. Intervention : ouverture de l'articulation, ablation du sésamoïde externe qui adhérait au métacarpien. Suites bonnes. Amélioration considérable de la fonction.

Fibrome associé à une tumeur bilatérale des ovaires.

M. Creyssel présente, au nom de M. le prof. Bérard, une pièce opératoire de tumeur bilatérale des ovaires associée à un fibrome utérin, dont tout l'intérêt vient d'une erreur radiumthérapique antérieure. Chez cette malade, on avait, en effet, diagnostiqué d'abord le fibrome et fait de la radiumthérapie qui amena la rétrocession des métrorrhagies et des douleurs. Mais ces dernières ayant reparu, on fit une laparotomie qui permit de découvrir et d'extirper une double tumeur ovarienne ; il existait bien en même temps un utérus fibromateux, dont les nodules paraissaient atrophiés, preuve de l'action du radium. L'auteur insiste sur la fréquence des erreurs de diagnostic analogues consistant soit à méconnaître les lésions annexielles associées au fibrome, soit à diagnostiquer un fibrome inexistant ; et il conclut en insistant « sur l'impossibilité dans de nombreux cas d'affirmer, cliniquement, l'intégrité des annexes, l'absence d'association pathologique au cours de l'examen, si minutieux soit-il d'un fibrome utérin. Et cela, malgré tous les avantages que peut présenter le traitement radiumthérapique, reste un argument fondamental en faveur de la laparotomie dans de nombreux cas de fibrome ».

Calcul latent de l'uretère.

MM. Pallasse et Carnet, chez un sujet mort d'une hémoptysie au cours d'un ictère infectieux, ont trouvé, à l'autopsie, un calcul de l'uretère gauche.

Gangrène diabétique du scrotum guérie par la diathermie.

MM. Cluzet et Chevalier ont soigné un homme de 53 ans, diabétique depuis quinze ans, et porteur, sur le scrotum, de plaques noirâtres étendues reposant sur des tissus rouges et œdématiés. Les plaques s'étendaient rapidement et gagnaient le périnée. Un traitement fut institué par la diathermie associée à l'insuline. La guérison complète fut obtenue au bout d'un mois et demi (séances tous les deux jours pendant les deux premières semaines, puis tous les deux ou trois jours).

Syndrome de Ménière guéri par le traitement spécifique.

M. Rebattu présente l'observation d'une femme de 54 ans qui depuis huit ans est atteinte de vertiges, avec chute, sans perte de connaissance, ni phénomènes convulsifs. Le médecin qui a vu la malade, en l'absence de manifestations viscérales, conclut à un syndrome de Ménière, diagnostic confirmé par l'examen de l'oreille et des fonctions auditives. Malgré l'absence de tout antécédent spécifique, la réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive ; on institue alors un traitement par des injections mercurielles. Celles-ci amènent une guérison qui se maintient depuis trois mois.

L'auteur a employé le mercure, car les arsenicaux peuvent avoir une action nocive sur le labyrinthe.

Société médicale des hôpitaux.

Association bacille de Koch et pneumocoque dans une pneumonie mortelle.

MM. Paul Courmont, Boissel et H. Gardère ont observé une pneumonie caséeuse à évolution

rapide dans laquelle on trouva à la fois du bacille de Koch et du pneumocoque. Les auteurs admettent que l'infection tuberculeuse a dû être la première en date et que l'infection secondaire par le pneumocoque a été la cause de l'allure plus grave de la maladie.

Tumeur œsophagienne simulant la syphilis.

MM. Sargnon, Bocca et Dupasquier relatent l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour sténose œsophagienne. L'existence au voile du palais d'une cicatrice offrant tous les caractères d'une gomme syphilitique ancienne, l'œsophagoscopie montrant une infiltration du pharynx inférieur sur une assez grande étendue, le fait que la bougie exploratrice était une seconde fois arrêtée au niveau de la région aortique, firent porter le diagnostic de sténoses multiples de l'œsophage de nature syphilitique. Or, le malade ayant succombé, l'autopsie révéla qu'il n'y avait aucun rétrécissement au niniveau du pharynx inférieur, mais seulement un cancer au niveau de la région aortique. Cette observation montre que les spasmes de l'œsophage peuvent simuler d'une façon parfaite, même à l'oœsophagoscopie, les rétrécissements organiques ; en second lieu, elle montre avec quelle prudence il faut porter le diagnostic de syphilis tertiaire de l'œsophage. M. Sargnon insiste en effet sur l'extrême rareté des cas contrôlés de syphilis de l'œsophage.

Abcès du foie ouvert dans les bronches guéri par l'association émétine-stovarsol.

M. Fontanel a soigné un vieux colonial ayant eu la dysenterie au Maroc en 1913 avec de nombreuses rechutes depuis. En 1923, il fait un abcès du foie suivi quelque temps après d'une vomique. On institue un traitement mixte en alternant à peu près régulièrement trois jours de stovarsol (2 puis 1 comprimé de 0 gr. 25) et trois jours d'émétine (0.12 en 3 injections). Au bout d'un mois de ce traitement, interrompu pendant une semaine environ par une angine intercurrente, le malade put quitter l'hôpital.

Spirochétose broncho-pulmonaire guérie par le stovarsol

M. Fontanel relate l'observation d'un cavalier arabe présentant une expectoration sanglante avec présence de nombreux spirilles type Vincent. Le stovarsol fut administré à la dose de deux, puis trois comprimés par jour pendant sept jours. Il y eut une amélioration suivie de plusieurs rechutes. Au bout de deux mois et demi la guérison fut définitive.

Rhumatisme et diarrhée chronique dus au bacille de Shiga et traités par la vaccinothérapie.

MM. Roque, Paliard et Sédaillon rapportent le cas d'un homme de 50 ans, ayant eu en Orient le paludisme et la dysenterie. Depuis lors (1907), tous les 15 jours ou tous les mois, diarrhée avec glaires et fausses membranes ; ces crises s'accompagnent de poussées rhumatismales. A l'entrée : fluxions articulaires multiples, non influencées par le salicylate ; ni kystes, ni amibes dans les selles, mais séro-diagnostic positif pour le B. de Shiga. Quatre injections de sérum amènent une amélioration, mais déterminent des accidents sériques qui font suspendre la médication. On fait alors des injections de vaccin préparé avec le bacille de Shiga. A la cinquième, les selles sont redevenues normales.

Kystes gazeux de l'intestin.

MM. Bonnamour, Cotte, Badolle et Delore, présentent l'observation d'un homme de 37 ans entré à l'hôpital pour troubles gastriques. Début des accidents en 1916 par des vomissements avec sensations de brûlure épigastrique et rétrosternale.

A l'examen, clapotage gastrique, estomac très dilaté, matité hépatique très réduite. Radioscopie : estomac très allongé, hyperpéristaltique, avec spasme pylorique ; ce qui frappe le plus à l'écran, c'est de constater un foie basculé en bas et vers la ligne médiane ; entre lui et le diaphragme, large espace clair occupé par des anses intestinales ; signes caractéristiques des kystes gazeux de l'intestin. En effet, à l'intervention, on trouva, au niveau de l'ombilic, une anse grêle couverte sur 20 cm. environ de petits kystes gazeux. Gastro-entéro-anastomose avec bon résultat. Ces kystes rétrocédèrent en effet spontanément après cette opération.

Les lésions du foie dans le scorbut.

MM. Mouriquand, Paul Michel et Bernheim concluent de leurs recherches sur ce sujet ainsi que de recherches antérieures que des lésions hépatiques généralement importantes, parfois graves et profondes, sont le plus souvent observées dans le scorbut expérimental aigu ou chronique. Ces lésions paraissent être les facteurs principaux des hémorrhagies à peu près constantes au cours du scorbut. Ces lésions paraissent réparables quand elles sont peu profondes, mais semblent persister longtemps dans d'autres cas même après retour à une alimentation normale.

Tumeur méningée de la région dorsale supérieure.

M. Bériel et Bernheim ont observé un nouveau cas de tumeur intra-rachidienne ; le diagnostic put assez aisément être déduit de l'examen clinique : hyperalbuminose rachidienne, syndrome de Brown-Séquard, symptômes sensitifs du type radiculaire, évolution progressive des accidents. L'intervention permit, après laminectomie, l'ablation de la tumeur, avec des suites opératoires très simples.

Cancer thyroïdien avec métastase vertébrale et compression de la moelle.

MM. Bériel et J. Barbier ont reçu à l'hôpital

une femme de 65 ans offrant une paraplégie douloureuse, de l'hyperéflectivité tendineuse, le signe de Babinski, de l'hypoesthésie. Il existait en outre une tuméfaction dure au niveau du sternum, et, dans l'abdomen, une masse arrondie au niveau de la région pylorique ; cachexie considérable. Le diagnostic hésitait entre mal de Pott et néoplasme généralisé à la colonne. L'autopsie montra l'existence d'un cancer thyroïdien (le corps thyroïde était à peine un peu gros et indolore) avec métastases sternale et vertébrale. La masse sentie dans l'abdomen n'était, par contre, qu'une grosse vésicule.

Traitement chirurgical des gliomes cérébraux.

M. L. Bériel attire à nouveau l'attention de la Société sur le traitement chirurgical des gliomes cérébraux. Celui-ci reste actuellement le traitement de choix, la radiothérapie étant loin, en cette matière, d'être encore au point. L'auteur rappelle que trois grands faits dominent l'histoire clinique du gliome ; 1° *c'est une tumeur à évolution lente* ; 2° *elle tue par les progrès inéluctables de l'hypertension cranienne* ; 3° *elle n'est pas énucléable*. Ce dernier caractère interdisant l'exérèse, la seule intervention logique est la trépanation décompressive, ou plus exactement *libératrice*, en ce sens qu'il s'agit moins de produire une décompression immédiate que de libérer la tumeur de la contrainte osseuse. L'intervention doit être large et « centrée » au niveau du siège présumé de la tumeur. Toutefois il est certaine catégorie de tumeurs qui, au moins pendant longtemps, ne donnent pas de signes de localisation ; le gliome se manifeste alors uniquement par des signes généraux, en particulier la cécité progressive par œdème papillaire (forme amaurotique). Quelle que soit la pathogénie, encore discutée, de l'œdème de la papille, il semble bien être le plus ordinairement lié à l'hydropsie du troisième ventricule. En ce cas, la craniectomie est souvent insuffisante et il convient de la compléter par *l'ouverture du corps calleux* (Anton et von Bramann) ; celui-ci, réduit dans ces cas par l'hydropisie à une mince membrane, est facilement perforé par une sonde en gomme glissée entre les deux hémisphères le long de la faux du cerveau. Mais cette ponction nécessite de grandes précautions pour éviter tant le danger d'une décompression trop brusque que celui d'une hémorragie du sinus longitudinal ou des veines affluentes.

Goutte chronique grave traitée par l'émanation du thorium.

MM. Cluzet, Piéry, Chevalier et Dubost relatent le cas d'un homme de 48 ans goutteux depuis l'âge de 28 ans, complètement immobilisé au lit avec raideur et ankylose douloureuse de la plupart de ses articulations. Après ablation chirurgicale de deux gros tophus suppurés on institua un traitement par les inhalations d'émanation de thorium. Ce traitement suivi pendant six mois amena la disparition des tophus ; la plupart des articulations ont repris leur liberté et ne sont plus douloureuses ; enfin l'état général s'est notablement amélioré.

Deux cas de syphilis du bourgeon incisif.

MM. Favre, Rebattu et Gaudon présentent deux observations de syphilis tertiaire du maxillaire supérieur, dans la région correspondant au bourgeon incisif. Cette région constitue, comme le tibia et le sternum, un point faible du système osseux vis-à-vis du tréponème (Nicolas).

Cœur artificiel.

M. J. Barbier présente un appareil destiné à des recherches expérimentales sur la circulation et réalisant un véritable cœur artificiel.

Endocardite maligne subaiguë. Méningite purulente terminale avec hémiplégie.

MM. Cade, P. Ravault et Manhes rapportent une observation d'endocardite infectieuse aortique évoluant depuis trois mois et terminée par un épisode méningé suraigu. Il s'agit de faits connus, quoique peu fréquents. Mais cette observation est remarquable : 1° au point de vue clinique, par la marche rapide et la symptomatologie fruste de l'épisode méningé qui ne se traduisit que par une hémiplégie et de la céphalée ; 2° au point de vue anatomique, par le caractère unilatéral des lésions, expliquant l'hémiplégie.

A. C.

Les Congrès

VIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.

(*Paris, octobre* 1924) (*suite et fin*) (1).

Deuxième question.

L'épaule ballante paralytique

Rapporteur : M. P. Hallopeau (de Paris).

Comme l'établit très bien le rapporteur au début de son travail : « Parmi toutes les paralysies donnant des épaules ballantes, nous pouvons observer des variétés dont la gravité va de la paralysie du deltoïde à la paralysie totale du membre supérieur et de la ceinture thoraco-abdominale ».

Il convient de distinguer les cas dans lesquels une intervention sera profitable au malade. Deux conditions sont nécessaires : 1° Que les articulations

(1) V. *Concours médical*, n° 11, 1925.

sous-jacentes (coude, poignet, main) soient le siège de mouvements actifs suffisants pour permettre au malade de se servir utilement, sans appareil, de son membre supérieur ; 2° il faut que l'omoplate ait conservé sa motilité ; en particulier, la paralysie du dentelé, du trapèze, du rhomboïde, constituent une contre-indication formelle.

L'épaule ballante par paralysie du deltoïde et des rotateurs de l'épaule seuls constitue, au contraire, la variété la plus favorable.

De quels méthodes thérapeutiques disposons-nous?

1° Des *appareils* nombreux ont été imaginés, remédiant aux tiraillements sur le paquet vasculo-nerveux par le poids du membre, donnant un point d'appui au bras et permettant ainsi l'utilisation des mouvements de la main et des doigts. Ces appareils ne permettent pas l'élévation du bras. Ils sont lourds et encombrants.

2° Les *méthodes chirurgicales* au nombre de trois principales :

a) La *greffe nerveuse* qui se fait soit par implantation du nerf paralysé dans un nerf sain, soit par implantation du nerf sain dans le muscle paralysé. Dans ce dernier cas, on cherche à obtenir la neurotisation directe du muscle. On a plus récemment tenté cette neurotisation directe par greffe d'un lambeau de muscle sain dans le muscle paralysé, les terminaisons nerveuses du premier pouvant se développer dans le deuxième. Les myoplasties, myorraphies, greffes musculaires, agiraient « non seulement mécaniquement mais encore physiologiquement, comme distributeurs d'énergie excitatrice à la façon des greffes nerveuses ».

Le rapporteur montre très bien le point faible de ces méthodes : elles ne sont susceptibles de réussite que si on les pratique très précocement, dans les semaines qui suivent la paralysie.

Or, l'on sait combien de mois, d'années même, la récupération spontanée demande dans la paralysie infantile. On ne peut donc juger du résultat réel de l'intervention précoce et de plus celle-ci risque de léser les voies de reconstitution spontanée de la fonction.

b) Les *transplantations musculaires* ont porté surtout sur le trapèze, grand pectoral, dont les insertions supérieures sont reportées au niveau de celles du deltoïde. On a plus rarement employé le petit pectoral, grand dorsal, grand rond et rhomboïde. Ces transplantations peuvent donner des mouvements actifs de l'épaule (45° d'abduction, projection en avant et arrière) ; malheureusement, les mouvements ainsi recouvrés sont « dénués de force et de précision ». Néanmoins ces opérations ne sont pas à rejeter : conservant la mobilité à l'épaule, ce sont des opération de luxe « réservées à quelques cas favorables où la mobilité sera préférée à la solidité ».

c) L'*arthrodèse*, ankylose artificielle de l'articulation de l'épaule, permet la transmission des mouvements de l'omoplate au membre supérieur.

Le rapporteur expose sa technique classique établie par Vulpius. Le bras doit ensuite être fixé pendant au moins trois mois en forte abduction (au moins 90°), en rotation interne et légère projection en avant.

On a reproché à l'arthrodèse de provoquer une scoliose compensatrice, de prédisposer aux fractures de l'humérus, de gêner la croissance des os.

Ces reproches sont exagérés.

M. Hallopeau expose ensuite les diverses modifications apportées à la technique classique de l'arthrodèse.

La principale consiste à remplacer les fils métalliques d'affrontement et de suspension par des chevilles ou greffons osseux.

L'arthrodèse laisse une épaule ankylosée, mais utilisable, elle remplit exactement le rôle qu'on attendait jadis des appareils prothétiques. L'abduction n'est pas très étendue, elle ne dépasse guère 45 degrés, mais elle se fait avec une force pratiquement suffisante.

Le rapporteur termine son rapport par ce sage conseil : « Aucune de ces opérations ne devra être pratiquée hâtivement, les muscles paralysés pouvant s'améliorer spontanément pendant plusieurs années ».

Discussion.

M. Ombrédanne (de Paris) rappelle qu'il a aidé, en 1898, M. Lannelongue dans la seule tentative de greffe nerveuse qu'il ait faite, sans succès d'ailleurs.

Il a exécuté plusieurs fois la transplantation du trapèze, mais il l'a abandonnée parce que les résultats sont transitoires et inconstants.

L'arthrodèse, au contraire, donne de bons résultats, constants si les indications et la technique ont été heureux. M. Ombrédanne pense que l'arthrodèse ne doit être tentée qu'à dix ou douze ans, les plasties musculaires pouvant constituer une opération d'attente.

M. Ombrédanne utilise une incision en potence qui donne plus de jour que l'incision antérieure.

Pour la contention, trois méthodes peuvent être envisagées : les fils métalliques, les vis métalliques, les greffes d'os. Les fils métalliques, chez l'enfant, coupent, aussi l'auteur donne la préférence aux vis métalliques sortant de la ligne de suture et enlevées au bout de quinze à vingt jours.

Le bras est mis en abduction dans un simple appareil de Pouliquen.

Le résultat immédiat n'est pas beau, surtout si l'ankylose est bonne, le bras reste en abduction, l'omoplate ne bascule que peu à peu. Le rachis, d'abord incurvé, se redresse ensuite.

M. Frœlich (de Nancy) a suivi, dans sa technique trois phases différentes. D'abord, il se contentait d'appareils orthopédiques, puis il fit des transplantations musculaires par bascule ou glissement du trapèze. Les résultats furent peu brillants (*Th. de Nancy* : Richard, 1907, Brabant, 1908). La neurotisation du deltoïde par le trapèze se fait bien, il se con-

tracte, mais le seul résultat est de recoller l'humérus à l'omoplate, l'abduction est nulle. Depuis, il fait l'arthrodèse avec un fil d'argent, plâtre avec le bras à 45 degrés pendant trois mois. Les résultats sont satisfaisants.

M. Nicod (de Genève) n'a jamais pratiqué l'arthrodèse sur des épaules paralytiques, mais l'accrochage de l'humérus à l'omoplate sur des épaules ballantes de guerre avec grande perte de substance osseuse. Il a obtenu de bons résultats, ainsi que le prouvent les photographies présentées.

M. Jorge (de Buenos-Aires) apporte cinq observations de transplantations tendineuses ; quatre fois c'est le trapèze qui a été suturé au deltoïde, une fois le grand pectoral. Ces malades auraient été améliorés, surtout le dernier, qui peut se servir de son bras pour manger et faire sa toilette.

M. Rocher (de Bordeaux) pense que les résultats de l'arthrodèse dépendent de la technique. Il a cherché à mettre celle-ci au point. Il a publié les résultats de trois cas (Th. Assalit, 1923), il en apporte deux observations nouvelles.

Il n'emploie aucun moyen d'ostéosynthèse (fil ou greffon) et, cependant, il obtient une soudure osseuse, ceci parce qu'il fait un avivement complet et ensuite parce qu'il n'applique le plâtre qu'après quarante-huit heures, quand la malade est réveillée. Cet appareil brachio-thoracique doit être très précis et exercer un affrontement serré en modelant l'omoplate.

Lorsque le bras est à 90 degrés, l'angle d'arthrodèse est à 45 degrés, situation optima. Si on augmentait cette abduction, on déterminerait par la suite une scoliose.

M. Nové-Josserand (de Lyon) résume quatre cas d'arthrodèse de l'épaule pratiquée sur des enfants de sept, huit, huit et demi, et quatorze ans. Dans trois cas, il obtint une ankylose serrée avec 45 à 60 degrés d'abduction, dans le dernier cas une ankylose fibreuse serrée avec 10 degrés de mouvements de l'articulation et l'abduction atteint 50 degrés. Ces cas prouvent que l'arthrodèse peut être réalisée même chez des sujets jeunes. La scoliose qu'on observe avant l'opération peut être due à deux éléments : rarement à la paralysie des muscles du dos, ordinairement à une inflexion du tronc du côté opposé pour aider à porter le poids du membre paralysé. Cette inflexion peut s'exagérer très vite, ce qui a poussé une fois l'auteur à intervenir de bonne heure.

L'incision antérieure est insuffisante comme jour pour placer un fil métallique dans le col de l'omoplate, aussi l'auteur propose de faire pour ce temps opératoire une deuxième incision postérieure.

M. Lance (de Paris) verse aux débats deux opérations d'arthrodèse pour épaule ballante paralytique chez des enfants de huit à dix ans. Il croit qu'il est très utile de placer deux fils métalliques. Passés dans la tête humérale, entrecroisés, ils vont s'insérer l'un horizontalement dans le col de l'omoplate, l'autre verticalement dans la coracoïde. Le premier est le fil de l'affrontement des surfaces cruentées, le deuxième le fil de suspension. Grâce à leur présence, le plâtre n'a plus qu'un rôle de mise en abduction du bras. On le fait deux ou trois jours d'avance, on le coupe en bivalve et on le place quelques minutes à la fin de l'opération.

Ces appareils doivent être portés six à huit mois.

Dans les deux cas, il a obtenu l'ankylose osseuse et une abduction active de 45 et de 46 degrés. Chez un des malades, il y avait une atrophie considérable de l'humérus et de la ceinture scapulaire. La clavicule étant plus courte de 2 centimètres que celle de l'autre côté, il y avait une surélévation du moignon de l'épaule.

A la sortie de l'appareil, l'abduction du bras persiste pendant plusieurs mois ; si l'enfant tombe, il tombe sur le coude et fait une fracture de l'humérus très atrophié. C'est ce qui s'est produit chez un des malades. Non appareillé, il a fait une angulation vers le bas, d'où perte d'une partie de l'abduction du bras.

M. Rocher (de Bordeaux) croit à l'inutilité des fils. Si on a une ankylose osseuse, les fils sont inutiles si on a une ankylose fibreuse ils ne tiendront pas le poids du membre, ils couperont.

M. Nové-Josserand fait remarquer que le rôle des fils est temporaire. Il croit mal à l'immobilisation d'une épaule dans le plâtre, le malade glissant souvent dans l'appareil.

Au total, il ressort de cette discussion que, selon les conclusions du rapport, l'arthrodèse de l'épaule constitue l'opération de choix pour l'épaule ballante paralytique et qu'elle donne de bons résultats si elle est pratiquée sur des indications justes et avec une excellente technique.

Troisième question.

Métatarsalgie ou maladie de Morton

Rapporteur : M. le professeur Maffei (de Bruxelles).

C'est en 1876 que Morton Thomas décrivit sous le titre de : « Une affection particulière et douloureuse de la quatrième articulation métatarso-phalangienne » l'affection qui porte son nom. Le rapport débute par la citation de deux observations de Morton, et, très justement, M. Maffei fait remarquer que la description de l'auteur américain se réduit aux signes subjectifs indiqués par le malade. C'est qu'en effet il y a peu de chose autre, la maladie se borne au symptôme douleur et à ses modalités. La radiographie a montré que l'on faisait rentrer à tort dans ce syndrome douloureux un certain nombre d'affections d'origine osseuse, alors que dans la maladie de Morton véritable on n'observe aucune lésion osseuse.

Le rapporteur définit ainsi la métatarsalgie : une modification des rapports normaux des têtes des métatarsiens survenant à la suite d'un traumatisme soit lent et progressif, soit violent et soudain, provoquant le pincement ou le tiraillement d'un ou plusieurs filets nerveux, occasionnant ainsi une dou-

leur violente caractéristique à type paroxystique, enfin ne relevant d'aucune modification anatomo-pathologique intrinsèque aux organes situés dans la région.

Avant d'exposer ces modifications des rapports des métatarsiens, le rapporteur décrit avec soin la disposition normale de la région : la voûte transversale formée par les métatarsiens, avec ses deux points d'appui : interne (premier métatarsien) et externe (quatrième et cinquième métatarsiens).

Il montre que cette voûte est maintenue par le ligament transverse du métatarse, l'aponévrose plantaire profonde et par certains muscles. Il attire en particulier l'attention sur la portion transverse de l'abducteur du gros orteil. D'après lui « ce muscle peut être considéré comme régulateur de cette voûte, et, conséquemment les modifications de cette voûte pourront entraîner des contractions et des déchirures de ses fibres ».

On a, il est vrai, signalé des anomalies prédisposant à l'affection.

Quel est donc le mécanisme de la maladie ?

Le rapporteur admet deux variétés :

Dans la première, la voûte transversale du métatarse s'effondre avec aplatissement et *élargissement* du pied. Il y a écartement des piliers et la « douleur résulte des tiraillements ligamentaires, des crampes du muscle transverse ». Dans la deuxième, il y a tassement de la voûte ; elle *s'aplatit sans s'élargir*, les ligaments sont intacts, mais les métatarsiens chevauchent l'un sur l'autre, et la douleur résulte du pincement d'un filet nerveux entre les deux os déplacés. L'existence de cette deuxième variété a été bien démontrée au moyen de moulages et de mensurations par Bassetta.

Les symptômes sont différents dans les deux variétés. Dans la première, la douleur débute, soit brusquement à la suite d'une chute, d'un saut, etc., pendant lequel le poids du corps a été supporté très brusquement par le pied antérieur, soit progressivement à la suite d'une marche ou d'une station debout prolongée. La douleur siège à la région plantaire et affecte le caractère de déchirement ; la pression latérale, le port d'une bottine étroite la soulagent.

Dans la deuxième, le pied a reçu un choc, une pression latérale, soit brusque soit progressive (chaussures trop étroites) ; le malade accuse une sensation de pincement de nerf ; le port de tout chaussure devient insupportable, la manipulation du pied, son appui au sol, amènent un soulagement.

Cette douleur initiale est à la longue altérée dans ses caractères par les complications.

Elle constitue le seul symptôme important.

La radio de face et de profil ne montre rien, ou, dans la deuxième variété (Bassetta) un peu d'abduction et de rotation sur leur axe des métatarsiens. Aucune modification de la structure des os. La radiographie permet par contre de distinguer de la maladie de Morton certaines affections confondues jusque-là avec elle : ostéochondrite, maladie de Köhler, ostéites de la tête, fractures méconnues des métatarsiens.

L'étiologie se réduit à peu de choses : une forme défectueuse du pied, l'usage de bottines trop étroites, l'atrophie des muscles du pied qui en résulte.

Le traitement consistera habituellement à chercher à rétablir la voûte plantaire métatarsienne au moyen de pelotes, semelles spéciales, ou encore par la transplantation tendineuse du long extenseur aux têtes métatarsiennes. Ce traitement orthopédique sera presque toujours suffisant.

La résection d'une des têtes métatarsiennes, moyen héroïque, « ne sera jamais qu'une méthode d'exception à réserver aux cas absolument rebelles ».

Discussion.

M. Frœlich (de Nancy) fait au rapporteur le reproche d'avoir décrit uniquement la forme classique de la maladie de Morton, bien délimitée dans sa symptomatologie, et d'avoir écarté les autres métatarsalgies dont on a pu, dans ces dernières années, délimiter quelques variétés : ostéochondrite des têtes métatarsiennes, maladie de Köhler, fractures méconnues des métatarsiens, métatarsalgie des goutteux (Chutro).

M. Frœlich rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans qui, à la suite d'un faux pas, souffre du bord interne du pied. La radiographie montre un sésamoïde en trois fragments. On l'enlève. L'examen histologique montre plutôt un aspect inflammatoire que traumatique. Les douleurs disparurent.

M. Lance (de Paris) remarque que le durillon plantaire sous la tête des deuxième et troisième métatarsiens constitue un signe constant de l'affaissement de la voûte antérieure du pied et un des éléments importants de la douleur.

Il signale les résultats obtenus par M. le professeur Sicard dans les métatarsalgies par les injections locales de lipiodol.

M. Nicod (de Genève). L'affection est obscure dans son étiologie. Elle doit être variée. Chez un malade présentant une douleur vive de la plante du pied entre le troisième et quatrième métatarsiens, irradiée au dos, on trouve un petit nerf sous-cutané très douloureux au moindre attouchement. Après son exérèse, on obtient une guérison qui s'est maintenue depuis douze ans.

MM. Mouchet et Rœderer (de Paris), comme M. Frœlich regrettent que le rapporteur n'ait pas englobé toutes les métatarsalgies dans son rapport.

Ils ont observé un cas de maladie de Morton typique. A la radiographie on ne voyait rien de particulier. Ils rappellent 1 cas de Barré (de Strasbourg) analogue au cas de M. Nicod, où l'on trouve dans un syndrome de Morton typique un névrome de la plante du pied.

M. Mouchet a vu beaucoup de sésamoïdes tripartitum et certains sont douloureux.

Il aurait été d'autant plus désirable de faire connaître l'ostéochondrite des têtes métatarsiennes et

la deuxième maladie de Köhler qu'aucun cas de ces affections n'a été publié en France, alors que les observations s'accumulent à l'étranger.

M. Judet (de Paris) a observé un cas de maladie de Morton consécutif à une chute en avant, le pied posé au sol, ceci en 1917. Il se produisit des ecchymoses en languettes de l'avant-pied. Cependant la radiographie ne montre pas de fracture des métatarsiens. Le pied reste douloureux. Vers 1919, la douleur prend le caractère de la métatarsalgie. Quand la malade se fatigue, elle ressent une douleur en coup de poignard partant de la plante. Si elle se déchausse, imprime au pied des mouvements de torsion, il se produit un ressaut comme si une subluxation se réduisait et la douleur s'éteint peu à peu. Si le ressaut n'est pas obtenu, la douleur vive persiste. La malade n'a pas d'affaissement de la voûte plantaire, pas de durillon. La radiographie ne montre rien de net.

M. Maffei. Il existe, en effet, deux manières de comprendre la question : ou s'en tenir à la description de l'affection classique de la maladie de Morton, ou décrire la métatarsalgie-symptôme, ce qui comporte toutes les affections de la région. Il a cru bien faire pour la clarté du sujet de ne décrire que cette affection caractéristique qu'est la maladie de Morton.

— Par suite des décès des professeurs Broca, président, et Denucé, vice-président, l'assemblée avait à pourvoir à l'élection de membres du bureau. Sont élus par acclamations : président, M. Ombrédanne ; vice-présidents, MM. Nové-Josserand et Mouchet ; secrétaire général, M. Frœlich ; secrétaire général adjoint, M. Mathieu.

Sont élus membres de la Société : les docteurs G. Huc (de Paris), Lagrot (d'Alger), Delahaye (de Berck), Mlle Chauveau (de Paris), Lasserre (de Bordeaux).

Sont élus membres correspondants : MM. Sanosn (de Québec), Mercier (de Montréal), Contargyris (d'Athènes), Ribo Rius (de Barcelone), Opacki (de Varsovie), Martin et Lorthiois (de Belgique).

— A la suite de la demande d'un grand nombre des membres, la Société décide que lors de la prochaine séance annuelle deux sujets seulement seront mis à l'étude, et il y aura en plus une ou plusieurs séances pour les communications particulières, présentations de malades et d'appareils.

Les deux sujets mis à l'étude pour la réunion d'octobre 1925 sont :

1° *Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche.* — Rapporteur : M. Lance (de Paris).

2° *Les mains botes congénitales et paralytiques.* — Rapporteur : M. Rocher (de Bordeaux).

M. Lance.

Les Thèses

P. — Mme Gabrielle Pouchet-Souffland. — Contribution à l'étude du rachitisme. Pathogénie Etiologie. Traitement. (Amédée Legrand, éditeur, 93 boulevard Saint-Germain, 1924.)

Le rôle du système nerveux dans l'étiologie du rachitisme paraît avoir été trop négligé jusqu'ici ; et il y aurait lieu de rechercher, tant par l'observation que par l'expérience, jusqu'à quel point il intervient dans cette étiologie.

L'influence des vitamines est actuellement l'objet d'expériences qui ont conduit déjà à des résultats des plus importants. En régissant l'utilisation, et par conséquent la fixation dans l'économie des substances destinées à subvenir aux besoins de la cellule, ces *facteurs de la nutrition* favorisent le fonctionnement normal du système nerveux.

Le développement anormal des rachitiques, tant nourris au sein que nourris au biberon, à l'aide de laits frais ou stérilisés, tend à faire admettre dans la genèse de cette affection un trouble de la cellule nerveuse conditionnant les troubles digestifs indiscutables, et non sous leur dépendance, comme il a été admis jusqu'à présent.

Les excellents effets obtenus dans le traitement rationnel du rachitisme à l'aide des modificateurs de la nutrition : phosphore, mercure, iode, calcium, magnésium, fer, entraînant une modification secondaire du système nerveux soit central, soit sympathique, viennent à l'appui de l'importance du rôle qu'il faut attribuer au système nerveux dans l'étiologie du rachitisme.

Les échecs observés à la suite de la seule modification du régime alimentaire ou de l'emploi des substances opothérapiques : adrénaline, corps thyroïde, etc., sont encore en parfaite concordance avec cette opinion. La modification du régime alimentaire sans intervention des médicaments nervins est presque toujours mal acceptée en raison de l'inappétence, de l'atonie cellulaire et des troubles gastro-intestinaux coexistant avec le rachitisme.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Comment réaliser la méthode du pansement gastrique ?

La méthode du pansement gastrique est une acquisition précieuse et définitive de la thérapeutique actuelle. Elle consiste essentiellement dans l'ingestion systématique et continue de hautes doses d'une poudre fine, insoluble, supposée chimiquement inerte. A son début elle se proposait de tapisser, de calfater la muqueuse digestive, de l'isoler ainsi des causes d'irritation, de la mettre au repos fonctionnel, de la panser. A vrai dire tout autre est le mécanisme de son action, définitivement élucidé par les travaux de Surmont (de Lille), de Cade et Broca (de Lyon) : la présence de cette poudre inerte ne tapisse pas la muqueuse digestive, comme l'avaient déjà vu radioscopiquement Leven et Barret, mais elle provoque une abondante sécrétion de mucus et c'est ce mucus qui, lui, réalise le pansement désiré. Le résultat est le même.

Envisagé sous cet aspect de mise au repos de la muqueuse, le pansement gastrique répond à de multiples indications : toutes les affections douloureuses de l'estomac, depuis la banale brûlure passagère jusqu'aux douleurs térébrantes de l'ulcus confirmé, en passant par tous les syndromes hyperchlorhydriques : sialorrhée, aérophagie, régurgitations acides, nausées, vomissements, spasmes du pylore... etc. Au niveau du tractus intestinal d'autres indications se présentent : ulcus duodénal, entérite aiguë, entérite chronique, diarrhées, principalement celle des tuberculeux, dysentéries amibiennes et bacillaires, hémorrhagies, etc.

Ce serait singulièrement déprécier cette méthode que de la présenter comme le traitement unique et suffisant de tous ces syndromes. Ses prétentions plus modestes mais plus scientifiques sont d'apporter au praticien un concours efficace pour lui permettre avec, bien entendu, toutes les autres ressources de la thérapeutique : hygiène, diététique, agents physiques, de réaliser un traitement complet, digne de ce nom.

Au début de la méthode on employait presqu'exclusivement les sels de bismuth, sous-nitrate et carbonate, qui ont rendu de grands services. Pourtant ils ne sont pas exempts d'inconvénients sensibles : ils constipent souvent ; dans des conditions encore mal définies ces sels insolubles deviennent solubles et donnent alors des accidents d'intoxication, légers ou graves. Enfin ils sont devenus d'un prix excessif, prohibitif pour une très grande proportion de malades et cela d'autant plus qu'il s'agit d'un traitement se poursuivant pendant des semaines, des mois, voire des années.

Fort heureusement les travaux de Meunier, Arnozan, Debove, Mathieu, Hayem, d'autres encore, ont vulgarisé des succédanés du bismuth qui, à l'usage, se sont révélés comme en ayant toute l'efficacité, sans en avoir les inconvénients. C'est d'abord le silicate d'alumine ; c'est ensuite le silicate de magnésie. L'expérience a montré que l'association de ces deux sels, offerte au public médical sous le nom de Gastrocaol, ne faisait que renforcer leurs actions propres.

Ces produits d'extraction sont assez communs. Malheureusement la droguerie courante ne peut les fournir que sous une forme brute, avec des impuretés chimiques qui les rendent inacceptables en thérapeutique. C'est ici qu'intervient l'utilité, la nécessité même, de la forme spécialisée du Gastrocaol. Par des manœuvres délicates de lavages et de décantages successifs, par un séchage à l'étuve qui stérilise la poudre, sans la déshydrater, par une porphyrisation poussée à l'extrême limite possible, la spécialisation assure au produit la pureté chimique absolue et les qualités physiques indispensables. Ce n'est qu'à ce prix qu'il peut avoir et l'innocuité et l'activité thérapeutique optima.

Les caractéristiques du Gastrocaol peuvent alors se résumer ainsi : inaltérable, insoluble, chimiquement pur, jamais toxique, sans aucun mauvais goût, ne constipant pas, au moins aussi efficace que le bismuth, il présente les mêmes indications que lui, se donne aux mêmes doses, s'ingère de la même façon. Enfin, même sous cette forme spécialisée, indispensable en l'espèce, il n'exige pour le malade qu'une dépense sept ou huit fois moins élevée.

Le Gastrocaol est donc arrivé à son heure : il permettra de ne jamais abandonner la précieuse méthode du pansement gastrique, de la pratiquer avec les fortes doses utiles. Et quand les malades sauront qu'ils peuvent profiter de ses avantages aux moindres frais possibles, ils en sauront gré à la médecine et ... aux médecins.

Dr Stéphane.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE MODE DE NOMINATION DES AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE

L'arrêté ministériel concernant le nouveau mode de nomination des agrégés des Facultés de médecine (*Journal officiel*, 6 avril 1924) a été récemment l'objet d'une note critique publiée dans le *Concours médical* (1924, nº 37, p. 2148). Il a, déclare l'auteur de cette note, « quelque peu déçu et l'on est amené à regretter l'ancien concours qui ne valait sans doute pas très cher, mais dont les épreuves apparaissaient autrement mieux assises. »

L'arrêté renferme une disposition qui, au premier abord, paraît heureuse. En instituant un examen préalable, il semble donner satisfaction à ceux qui reprochaient avec raison aux concours d'agrégation d'obliger les candidats à un travail « livresque » jusqu'à 35, 40 ans et parfois davantage.

Pour que ce résultat fût atteint, il faudrait toutefois que l'examen pût être subi dans les années qui suivent la réception au doctorat et qu'ainsi les candidats admis eussent le loisir de consacrer tout leur temps à l'étude de la branche des sciences médicales qu'ils auraient choisie. Or, l'auteur de l'article du *Concours médical* fait, non sans raison, des réserves sur les intentions de l'arrêté à ce sujet.

Je ne reviendrai pas sur la critique qu'il présente de plusieurs dispositions de l'arrêté et me bornerai à ajouter aux regrets qu'il exprime l'étonnement qu'a causé aux professeurs et aux praticiens l'absence d'épreuve pratique dans la plupart des sections.

Le point sur lequel je voudrais appeler l'attention concerne le *mode de nomination des agrégés*.

Voici les principales dispositions de l'arrêté qui règlent cette nomination :

« Les candidats admis aux épreuves qui constituent l'examen préalable sont inscrits sur une *liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé* ».

« Quand un poste d'agrégé devient vacant, le Conseil de la Faculté se prononce sur le maintien, la suppression ou la transformation du poste ».

« Si le poste est maintenu ou transformé par décision ministérielle, la déclaration de vacance est faite par la Faculté et insérée au *Journal officiel* et au *Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique* et portée à la connaissance des autres Facultés ».

« Un délai de vingt jours, à dater de l'insertion au *Journal officiel*, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres ».

« A l'expiration du délai règlementaire, le Conseil de Faculté, après avoir consulté, au besoin, les personnalités scientifiques compétentes, présente un nom ».

« Le dossier de la présentation de la Faculté, avec le rapport d'un membre du Conseil et, éventuellement, l'avis des personnalités consultées, sont transmis au ministre ».

« La présentation de la Faculté est soumise à la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public, qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres noms inscrits sur la liste d'aptitude ».

« La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 13 mars 1924 ».

De l'étude des articles précédents, il résulte qu'*il n'y aura plus de concours d'agrégation.* C'est le Conseil de la Faculté, puis la Commission compétente du Comité consultatif de l'Enseignement public qui proposeront au ministre et qui, en réalité, CHOISIRONT les agrégés sur la liste des candidats ayant subi avec succès l'examen préalable. A la nomination par le concours est donc désormais substituée la nomination par le choix.

Un de mes collègues auquel un jeune médecin, rendu perplexe par la lecture de l'arrêté ministériel, avait posé la question : « Me conseillez-« vous de me présenter à l'agrégation ? », — lui répondit : « Oui, si vous trouvez un professeur qui s'engage à vivre encore pendant dix ans et à vous faire arriver. Non, dans le cas contraire ». En présence de ces conditions aléatoires de succès, le candidat décida de s'abstenir.

Boutade et facétie, dira-t-on. Exacte compréhension des choses, répondrai-je.

Que va-t-il, en effet, se passer ? L'examen préalable va rendre « agrégeables » un grand nombre de candidats. Puisqu'il s'agit d'un examen qui ne donne aucun droit — sauf celui de pouvoir être ultérieurement choisi comme agrégé — les jurys des deux séries d'épreuves recevront tous ceux qui les auront subies d'une façon suffisante et auxquels ils accorderont ainsi une satisfaction. La liste des admis sera donc longue.

Parmi ceux qui y figureront se trouveront beaucoup d'hommes de valeur, dont le nombre

sera notablement supérieur à celui des places vacantes d'agrégé et qui tous mériteront d'être nommés à cette fonction.

Sur quoi les Conseils de Faculté et la Commision compétente du Comité consultatif baseront-ils leurs choix ?

Quand le concours d'agrégation se passait devant un jury de professeurs de la branche correspondante, on se plaignait que le favoritisme présidât souvent aux nominations ; mais le choix était fait par des compétences et les épreuves jouaient ordinairement un rôle important.

Dorénavant, les membres des Conseils de Facultés et ceux de la Commission compétente du Comité consultatif n'auront plus ces épreuves pour se faire une opinion et la plupart d'entr'eux seront incompétents puisqu'un chirurgien devra juger la valeur d'un naturaliste et un chimiste celle d'un accoucheur. Alors... que restera-t-il pour constituer la base des propositions ? N'a-t-on pas le droit de craindre que de puissantes influences, étrangères au mérite des candidats et à l'intérêt de l'enseignement, s'exerceront efficacement, et cela au détriment de la justice et du bien général (1).

Dans ces conditions, les « agrégeables » auront comme principal but celui de s'assurer des appuis solides dans les Conseils de Facultés et à la Commission compétente du Comité consultatif. Ils ne seront guère encouragés aux recherches scientifiques, puisque celles-ci n'auront qu'une importance relative, et, de ce fait, la science médicale française ne pourra que pâtir.

Notons encore que l'on aura imposé aux candidats un travail important pour la préparation des épreuves de l'examen préalable, en leur donnant l'espoir de la nomination à l'agrégation ; mais que la grande majorité des admis à cet examen resteront toute leur vie sur la fameuse liste et ne seront jamais nommés agrégés — ce qui augmentera le nombre des mécontents et des aigris.

Est-il donc excessif de déclarer que la réforme nouvelle de l'agrégation est antidémocratique, qu'elle sera le triomphe du favoritisme et qu'elle doit faire regretter l'ancien concours ? Avec le rédacteur du *Concours médical*, j'estime que l'arrêté qui l'a décidée « ne tiendra pas ». Il serait toutefois désirable qu'il fût modifié sans tarder.

Dr J. VANVERTS.

R. H. M. S. 5.700.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les veuves de médecins.

Dans l'espace de quinze jours, nous avons reçu les lettres suivantes :

Première lettre :

Monsieur le Secrétaire général,

Je viens de refuser la quittance de la Mutualité familiale qui m'a été présentée par la poste, car mon pauvre mari est mort le 12 décembre dernier après de longs mois de maladie et je pense n'avoir rien à verser.

Je vous serais reconnaissante de me dire quelles formalités je dois remplir pour toucher la pension qui doit m'être allouée.

Vve B... D.

Seconde lettre :

Monsieur le Trésorier,

En vous accusant réception de l'indemnité trimestrielle que vous m'avez envoyée, j'ai la douleur de vous annoncer la mort de mon mari survenue le 7 janvier.

Je reste seule avec trois enfants dont l'aîné âgé de 18 ans fait son P. C. N., le second a 15 ans et le troisième 13 ans. J'ai peu de fortune et ma santé est ébranlée par les veilles et les soucis de ces dernières années. Mon mari, sur mes instances, était entré vers 1908 ou 1909 à la Mutualité familiale, mais il n'a fait appel à la caisse que lorsque, épuisé et dans l'impossibilité d'exercer, il dut s'arrêter tout à fait.

Est-ce que je n'ai pas droit à une indemnité annuelle ou tout au moins au secours qu'accorde votre société aux veuves malheureuses ?

Confiante dans la solidarité médicale, je vous prie d'agréer ...

Vve S... P.

Troisième lettre :

Monsieur le Secrétaire général,

Mon beau-père, le Dr P., est mort le 1er février, ma belle-mère doit avoir droit à une pension viagère.

Elle m'a dit que votre société donnait une indemnité en cas de maladie, une pension de retraite et une pension aux veuves. Je vous prie donc de bien vouloir me dire ce qu'elle doit faire pour recevoir l'indemnité maladie due à son mari et ensuite sa rente annuelle.

M.

(1) Les propositions seront faites, comme nous l'avons vu, par les Conseils des Facultés et par la Commission compétente du Comité Consultatif. Elles pourront donc ne pas concorder, Mais, la Section permanente renfermant tous les doyens, on doit penser que ceux-ci défendront les candidats présentés par leurs facultés respectives.

Je dois dire immédiatement que ni l'un ni l'autre de ces trois confrères n'avait adhéré à la combinaison V qui seule accorde à la veuve une pension viagère et, une fois de plus, je déplore l'indifférence des médecins qui restent sourds à notre appel lorsque nous les engageons à se faire inscrire à cette combinaison et l'ignorance dans laquelle ils sont des droits que leur confère leur entrée à telle ou telle combinaison de la Mutualité Familiale.

Au risque d'être accusé de me répéter, je reviens donc encore sur la Combinaison V.

Il y a dix-sept ans qu'elle est ouverte et qu'elle fonctionne ; or, j'ai le regret, je dirais presque la honte, de constater qu'au cours de cette période, elle n'a pu recruter que 70 membres ; c'est-à-dire que sur les 8.000 lecteurs du *Concours Médical*, sur les 2.500 confrères qui sont entrés à la Mutualité Familiale, un peu plus de 60 ont pensé qu'ils pourraient mourir jeunes et risquaient de laisser leur famille sans ressources !

Et pourtant ces membres prévoyants laissent à notre charge 10 % des veuves !

Je trouve cette situation navrante et je cherche pour quelles causes le médecin se désintéresse aussi cavalièrement du sort de sa femme et de ses enfants.

Bonnes ou mauvaises, je crois en avoir trouvé plusieurs.

Quelques-uns, comptant sur la richesse et la générosité de l'Association Générale, trouvent inutile de payer une cotisation pour assurer à leurs veuves une retraite de droit quand à l'A. G. ils espèrent trouver un secours équivalent.

D'autres trouvent plus simple et plus avantageux de s'assurer sur la vie, ils estiment qu'au lendemain de leur décès un gros capital est plus utile qu'une rente modeste.

D'autres enfin ne viennent pas à notre caisse — la seule, je crois bien, dans son genre — parce qu'ils jugent que la pension accordée est tellement modeste qu'elle ne vaut pas la peine d'en faire l'effort pécuniaire.

Je vais répondre cà ces quelques raisons :

Quel que soit le désir qu'ait l'Association Générale de secourir les veuves de ses membres, elle ne peut malheureusement pas répondre à toutes les demandes qui lui sont adressées. Dans une des dernières réunions de son Conseil général, je vois qu'il a été voté une somme de 4.500 francs pour être distribuée à 18 veuves, soit 250 francs environ par demande. Comme, en général, la Société locale fait un effort égal, le secours est donc de 500 francs en moyenne.

Mais il faut noter que c'est un secours et non pas un droit et que, pour l'obtenir, il faut multiplier les démarches ; que seules les plus malheureuses sont secourues et que, pour beaucoup de veuves, il est humiliant de solliciter un secours. Il est donc fort imprudent pour le médecin de compter uniquement sur l'A. G., ; celle-ci fait ce qu'elle peut, mais, on le voit, c'est très insuffisant et très aléatoire.

Il est sans doute très tentant de garantir, au moyen d'une assurance, à sa veuve un capital de 10.000 fr., 20.000 fr., 5.000 fr. même, le jour où on mourra et nous ne saurions trop louer les confrères qui font cette assurance ; mais ne voyons-nous pas bien souvent ce capital englouti par les nécessités de la vie, par une gestion malheureuse et la veuve rester, au bout d'un temps souvent court, dans un dénuement qui la suivra pendant toute sa vie ? Heureuse, celle qui pourra compter sur une pension viagère qui lui sera toujours et sûrement servie.

Enfin à l'objection de ceux qui trouvent insuffisante la pension de 600 fr. actuellement servie par notre combinaison V, je répondrai que ce chiffre n'est pas immuable et serait vite augmenté si les adhésions nous arrivaient plus nombreuses.

Le jour où les médecins le voudront, cette pension pourra être doublée, triplée, quadruplée.: pour cela, il ne nous faut que le nombre. Si les 400 adhésions de principe que nous avions reçues lors de l'enquête qui a précédé l'ouverture de la combinaison V s'étaient transformées en adhésions fermes, nous ne nous serions pas arrêtés à ce chiffre de 600 francs.

Quant à l'insouciance de son propre sort, le médecin français est véritablement un être à part. Il est invraisemblable de penser que cet homme, d'esprit ouvert, d'intelligence cultivée, qui, chaque jour, coudoie la maladie, qui lutte sans cesse contre la mort et la rencontre à chaque pas, songe si peu à lui et aux siens et ne trouve pas cent ou cent cinquante francs pour faire l'effort d'assurer à sa veuve une pension viagère.

Ma situation de secrétaire général de la Mutualité Familiale depuis 25 ans m'a fait connaître bien des drames intimes, bien des cas où le médecin n'ayant pu attraper la fortune après laquelle il courait, ayant vu s'évaporer l'héritage sur lequel il comptait, s'est vu un triste jour enlevé par la mort, laissant les siens sans ressources !

Revenons aux lettres que je publie en tête de cet article :

Croit-on que si les confrères, qui avaient eu la prévoyance de s'inscrire à l'indemnité-maladie, avaient consenti un effort un peu plus grand et s'étaient inscrits également à la combinaison V ils n'auraient pas fait œuvre méritoire ? Le léger sacrifice que chaque année, ils auraient dû faire

en plus n'aurait pas été au-dessus de leurs forces, et leurs veuves aujourd'hui seraient heureuses d'être assurées de notre pension, si modeste qu'elle paraisse.

Mais on n'en pense pas si long, et cette indifférence n'est pas spéciale au médecin puisque ces jours derniers, je lisais, dans un grand quotidien, ces lignes sur le même sujet :

C'est hélàs ! l'histoire de bien des Français qui mènent et font mener à leur femme, à leurs enfants, une existence confortable, voire luxueuse, brusquement emportés par la mort, laissent leur famille en face de la pauvreté, parfois de la misère ... Les Anglo-Saxons sont plus prévoyants.

Les médecins ne font pas mener à leur famille une vie luxueuse mais, tout comme certains hommes politiques dont parlait le journaliste, ils la laissent parfois dans la misère sans avoir rien fait pour l'en préserver, et nous estimons qu'ils sont grandement coupables.

Confrères, venez donc à nous rapidement et en nombre, et je vous garantis que nous vous ferons un définitif qui sera de nature à réchauffer sérieusement le cœur de vos veuves et de vos orphelins si la fatalité vous enlève à eux à l'heure précoce où ils n'ont que vous pour les faire vivre.

H. MIGNON.

JURISPRUDENCE

Herboristes. Exercice illégal de la pharmacie

COUR DE CASSATION

(Chambre criminelle.)

16 novembre 1923.

(*Gazette du Palais*, 23 janvier 1924.)

1° *Aux termes de la déclaration du roi du 25 avril 1777 et de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont seuls le droit de vendre des drogues au poids médicinal. La vente au détail des drogues simples en vue d'un emploi curatif est nécessairement faite au poids médicinal.*

Il appartient au juge du fait de décider souverainement si c'est au poids médicinal que le débit a eu lieu.

2° *La mise en vente de compositions ou préparations pharmaceutiques constitue la contravention à la loi du 21 germinal an XI, comme la vente elle-même.*

Est assimilée à la vente l'exposition ou la détention de ces remèdes dans les magasins ou officines.

3° *Il appartient au juge du fait d'apprécier souverainement si un produit constitue ou non une préparation pharmaceutique.*

4° *Les herboristes doivent se borner à vendre les plantes médicinales indigènes non vénéneuses, et en débitant des plantes exotiques médicinales, ils commettent le délit d'exercice illégal de la pharmacie.*

Grass c. Syndicat des pharmaciens de Besançon.

M. Grass, herboriste, s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la Cour de Besançon du 8 juin 1923, qui l'avait condamné à 500 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie.

Arrêt (ap. délib. en ch. du conseil) :

La Cour,

Sur le premier moyen, pris de la violation des art. 5 et 6 de la déclaration du 25 avril 1777, 25 de la loi du 21 germinal an XI et 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a condamné le demandeur pour exercice illégal de la pharmacie, à raison de la découverte dans son domicile de drogues simples, et en alléguant que, vu les quantités trop faibles de produits découvertes ou facturées, et en l'absence de livres de ventes, l'exposant qui n'exerçait, dès lors, selon l'arrêt, le commerce en gros de droguiste, ne pouvait vendre ces produits qu'au comptant et au détail et, par conséquent, dans un but curatif, alors qu'en droit, le commerce de droguiste au détail, portant sur drogues simples, n'est nullement illicite et qu'ainsi, le fait du débit médicinal de ces drogues qui, seul, est constitutif d'infraction, ne saurait légalement être relevé contre un commerçant sous le seul prétexte qu'il ne pourrait débiter desdits produits qu'au comptant et au détail ;

Attendu qu'il est constaté par l'arrêt attaqué que Grass, qui exerce la profession d'herboriste, détenait dans son magasin et reconnaît avoir vendu des drogues simples ; que, vainement, il prétend en avoir fait la vente en gros, pour les besoins du commerce et de l'industrie, mais qu'il ressort, au contraire, des circonstances énumérées audit arrêt que le demandeur a débité ces drogues simples au détail et dans un but curatif ;

Attendu que de la déclaration du roi du 25 avril 1777 et de la loi du 21 germinal an XI, il résulte que les pharmaciens ont seuls le droit de vendre des drogues au poids médicinal ;

Attendu, d'autre part, que la vente au détail des drogues simples, en vue d'un emploi curatif, est nécessairement faite au poids médicinal, et qu'il appartient au juge du fait de décider souverainement si c'est à ce poids que le débit a eu lieu ;

D'où il suit qu'en l'état des constatations ci-dessus relatées le moyen n'est pas fondé ;

Sur le deuxième moyen, pris de la violation des

art. 23 et 34 combinés de la loi du 21 germinal an XI et 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a condamné le demandeur pour exercice illégal de la pharmacie à raison de la seule détention dans son domicile de compositions ou préparations pharmaceutiques et sans constater aucun fait de vente ou d'exposition de ces produits, alors que, d'une part, la seule détention de ces dits produits dans ces conditions ne pouvait constituer une infraction et que, d'autre part, l'arrêt attaqué n'a pas répondu aux conclusions du demandeur, qui, se référant aux constatations expresses du jugement de première instance sur ce point, soutenaient que, d'après les dépositions des experts, entendus à l'audience, les compositions et préparations dont il s'agit n'avaient pas un caractère exclusivement médicamenteux et qu'ainsi, il n'aurait pu y avoir d'infraction qu'au cas de débit médicinal de ces produits, ce qui n'était pas prouvé contre le demandeur :

Sur la première branche :

Attendu que des constatations de l'arrêt entrepris, il résulte que les perquisitions opérées chez Grass ont amené la découverte, dans le magasin où il exerce son commerce et dans les annexes de ce magasin, de compositions ou préparations pharmaceutiques dont la vente est interdite à tous autres qu'aux pharmaciens ;

Attendu que, d'après les art. 30 et 33 de la loi du 21 germinal an XI, 6, 7 de la déclaration du 25 avril 1777, la présomption de fabrication, vente ou débit de compositions ou préparations pharmaceutiques résulte du fait matériellement constaté de l'existence desdites compositions ou préparations dans les magasins ou officines où se vendent habituellement les drogues ou médicaments ; qu'en cette matière, la destination à la vente équivaut essentiellement à la vente même ;

Sur la seconde branche :

Attendu qu'en réponse aux conclusions du demandeur, la cour d'appel a déclaré expressément que les très nombreux produits qu'elle énumère et que Grass détenait dans son herboristerie, rentrent nettement dans la catégorie des compositions ou préparations pharmaceutiques visées par l'art. 33 de la loi de germinal ;

Attendu que la constatation, par le juge du fait, que le produit incriminé constitue une préparation pharmaceutique est souveraine ;

D'où il suit que le moyen n'est fondé dans aucune de ses branches ;

Sur le troisième moyen, pris de la fausse application de l'art. 37 de la loi du 21 germinal an XI, et violation des art. 5 et 6 de la déclaration du 25 avril 1777 et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que l'arrêt attaqué a déclaré le demandeur coupable d'exercice illégal de la pharmacie en se fondant sur la simple détention à son domicile de plantes que ledit arrêt a qualifiées d'exotiques, sans spécifier si elles étaient médicinales, alors que d'ailleurs, dans le cas où elles auraient été médicinales, elles auraient eu le caractère de drogues simples et que leur détention dans ces conditions aurait été exclusive de toute vente ou mise en vente dans un but médicinal, seules punissables :

Attendu que l'arrêt énonce que, dans le magasin de Grass, il a été trouvé diverses plantes exotiques telles que des feuilles d'hamamélis, du tuya, de l'aloès pulvérisé, de l'assa foetida ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 37 de la loi de germinal, les herboristes doivent se borner à vendre, concurremment avec les pharmaciens, les plantes médicinales indigènes sèches ou fraîches, non vénéneuses, ou les parties usuelles de ces plantes ; mais qu'ils ne peuvent vendre aucune plante exotique médicinale ; qu'il suit de là qu'en décidant que la détention en vue de la vente des plantes médicinales exotiques ci-dessus spécifiées, constituait un cas d'exercice illégal de la pharmacie, l'arrêt attaqué a fait une exacte application de la loi ;

Par ces motifs,

Rejette...

MM. Bourdon, rapp. ; Mornet, av. gén. — Me Bressolles, av.

NOTE. — I. II. III. IV. — Sur les quatre points : L'art. 6 de la déclaration du 25 avril 1777 interdit à toute personne non pourvue du diplôme de pharmacien, et par suite aux herboristes, de vendre ou débiter aucune préparation médicamenteuse, aucun produit présentant le caractère de composition ou préparation pharmaceutique.

D'autre part, les art. 25 et 33 de la loi de germinal an XI interdisent aux épiciers et droguistes de vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique, sans distinguer entre les ventes faites en gros à des pharmaciens et les ventes au détail à des particuliers : Cass. 6 janvier 1912 (S. 1913.1.60 — D. 1913.1.161 et note de M. Chesney) ; 11 janvier 1913 (*Gaz. Pal.* 1913.1.558 — D. 1915-1.62). Rappr. Cass. 27 novembre 1874 (*Bull. crim.* p. 555) ; 22 janvier 1876 (*Bull. crim.* p. 43) ; 26 novembre 1875 (*Bull. crim.* p. 644) ; 2 août 1888 (D. 89.1.124 — *Bull. crim.* p. 414) ; 1er juin 1911 (*Gaz. Pal.* 1911. 2.259).

Sur l'assimilation de la mise en vente à la vente : Cass. 18 mai 1844 (*Bull. crim.* p. 248) ; 7 décembre 1861 (*Bull. crim.* p. 439).

Sur les pouvoirs du juge du fait d'apprécier si un produit constitue ou non une préparation pharmaceutique : Cass. 27 janvier 1888 (*Bull. crim.* p. 64) ; 25 janvier 1902 (S. 1902.1.384 — D. 1903.1.556 — *Bull. crim.* p. 69) ; 9 mars 1923 (*Gaz. Pal.* 1923.1.574).

Cependant d'après certaines décisions, l'art. 37 de la loi du 21 germinal an XI confère à l'herboriste diplômé le droit de vendre, même dans un but thérapeutique et au poids médicinal, les plantes ou parties de plantes médicinales, non vénéneuses, indigènes, lesquelles sont des drogues simples. V.

Trib. corr. Toulouse 29 juin 1912 (S. 1924.2.257) et note de M. Perreau.

Commentaires.

Nous pensons être utile à nos confrères pro-pharmaciens, en leur indiquant quelques décisions de jurisprudence, concernant l'exercice illégal de la pharmacie, par des herboristes.

Le fait de vendre du sirop de digitale et de l'huile de foie de morue créosotée, constitue le délit d'exercice illégal de la pharmacie (tribunal correctionnel Montpellier, 26 mars 1900), comme le fait de vendre de l'élixir de terpine, du vin créosoté dans des bouteilles ne portant aucune étiquette, de la tisane des shackers, de l'antipyrine (tribunal correctionnel de Rouen, 5 juillet 1900) ce dernier jugement retenant de plus la contravention aux lois et ordonnances sur la vente des substances vénéneuses, à cause de la délivrance de sublimé.

De même, constitue le délit, le fait d'avoir vendu de la teinture d'iode, du sirop de capillaire, de la quinine, du salicylate de soude (tribunal correctionnel de Cosne, 28 novembre 1905), ou de l'antipyrine (cour d'appel de Lyon, 23 décembre 1897).

Cependant, le fait de livrer des extraits de plantes indigènes simples, obtenus par des procédés purement industriels, notamment celui de la distillation, ne tombe pas sous l'application de l'article 6 de l'ordonnance du 25 avril 1777, portant règlement sur les professions de la pharmacie et de l'épicerie (cour d'appel de Toulouse, 16 juillet 1896).

Mais les seules plantes médicinales fraîches ou sèches, que puissent vendre les herboristes, sont les plantes indigènes. Ainsi, l'écorce de quinquina, qui provient d'un arbre exotique, ne rentre pas dans la catégorie des plantes, ou portions de plantes, que les herboristes soient autorisés à vendre concurremment avec les pharmaciens (Cassation, 26 février 1891).

Vainement, l'herboriste pourrait, pour sa défense, invoquer le fait que les produits vendus étaient préparés et livrés à l'herboriste par un pharmacien, ayant officine ouverte. Au contraire, celui-ci doit être retenu pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie, car il ne pouvait se méprendre sur l'utilisation des médicaments qu'il avait livrés (tribunal correctionnel de Saint-Nazaire, 28 octobre 1896).

L'herboriste ne pourrait pas également se dire l'entrepositaire du pharmacien, en ce sens qu'il revend les médicaments livrés par le pharmacien, sans prélever de bénéfice : le fait seul de fournir des médicaments même gratuitement constitue le délit (tribunal correctionnel d'Amiens, 30 juin 1909).

Mais l'herboriste est autorisé à vendre des préparations pharmaceutiques destinées à l'usage vétérinaire ; il doit apporter la preuve de la véracité de cette destination (tribunal correctionnel de Falaise, 4 mars 1910).

Néanmoins, l'herboriste n'a pas l'autorisation de vendre des substances vénéneuses, même pour l'usage vétérinaire (Cour de Renenes, 3e chambre, 2 mai 1906).

Notons, pour terminer, que la question de la répression de l'exercice illégal, tant de la médecine que de la pharmacie, reste entière, bien qu'un congrès, tenu à Paris, en 1906, ait consacré plusieurs séances à discuter les moyens pratiques et juridiques d'empêcher ceux qui dupent le public de continuer leur dangereux, mais fructueux commerce.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE MUTUALISTE

Cotisations aux Sociétés de secours mutuels et l'impôt sur le revenu.

Nous empruntons au *Bulletin* des Sociétés de Secours mutuels (octobre 1924), les renseignements suivants. M. Durafour, député de la Loire, avait, au cours de la précédente législature, exposé à M. le Ministre des Finances que l'impôt sur les salaires devant être établi sur le salaire net des travailleurs, déduction faite, notamment, de toutes les retenues opérées pour les versements aux Caisses de retraite. Il avait demandé en conséquence que les instructions nécessaires fussent données pour que ce principe soit respecté.

M. le Ministre des Finances a répondu : « l'Instruction ministérielle du 30 mars 1918, relative à l'établissement des impôts sur les revenus, précise que, pour la détermination du revenu net destiné à servir de base à l'impôt sur les traitements et salaires, il y a lieu de déduire, du revenu brut, les retenues supportées et les sommes versées en vue de la constitution de pensions de retraite et d'une manière générale tous les versements effectués à des caisses diverses et présentant le caractère de dépenses de prévoyance proportionnées à l'importance de salaire. Les agents à qui incombe le soin d'établir l'impôt, sont, dès lors, au courant des règles qu'ils doivent suivre en la matière et il ne paraît pas qu'il y ait lieu de leur adresser de nouvelles instructions à ce sujet ».

M. Durafour, ayant bien voulu demander, de-

puis sa première intervention, à M. le Ministre des Finances de préciser si les cotisations versées à des associations mutualistes sont bien à déduire du revenu brut, M. le Ministre des Finances a répondu d'une façon entièrement affirmative.

Comment devons-nous interpréter ces dispositions en ce qui concerne les médecins ? Il n'est pas admissible que cette interprétation ne concerne que les traitements et salaires, c'est-à-dire ne s'applique qu'à l'unique classe de travailleurs ayant traitements et salaires, car la Mutualité comprend des adhérents dans toutes les classes sociales. On comprendrait difficilement que le droit de réserve sur le revenu des cotisations ne puisse s'étendre à tous les citoyens faisant acte de prévoyance en vertu de la loi de 1898.

A mon sens, ce droit réservataire doit appartenir aux médecins comme à tous les autres citoyens. Ainsi donc, à mon avis, les cotisations de l'Association générale, des Sociétés similaires, de la Mutualité familiale du *Concours médical* doivent être déduites du revenu brut des recettes et figurer au chapitre des dépenses professionnelles.

Il s'agit dans l'espèce de toutes les cotisations prévues par les Sociétés de Secours mutuels, soit autorisées, soit libres, car la réponse du Ministre ne formule aucune catégorie.

Elle dit, d'autre part, que les sommes versées en vue de la constitution de pensions de retraite doivent être retranchées du revenu brut de même que tous les versements effectués à des Caisses diverses et présentant le caractère de dépenses de prévoyance. Il ne s'agit donc pas essentiellement des Sociétés de retraite. Nous comprenons donc que les Sociétés comme la Mutualité familiale et la Société Lagoguey qui couvrent la maladie et même les Sociétés d'assurance au décès doivent être comprises dans celles visées par le ministre.

Mais, il y a à la suite des mots « présentant le caractère de dépenses de prévoyance », ceux-ci « proportionnées à l'importance du salaire ».

Que faut-il entendre par ces mots proportionnées à l'importance du salaire ? Faut-il entendre les limites fixées par la loi de la Mutualité modifiée récemment et qui porte le maximum de l'indemnité de maladie à 15 fr. par jour, la retraite à 1.080 fr. et les assurances -vie à 9.000 fr.

Il n'en est pas question dans les termes proportionnées au salaire.

Qui fixera donc cette proportion, y aura-t-il un barême ou la chose sera-t-elle à la libre appréciation du contrôleur des contributions ?

Il existe pourtant, il me semble, une base d'appréciation fournie par le projet de loi pour les assurances sociales. La cotisation à verser est égale au 10e du salaire de l'ouvrier, 5 % retenu par précompte, 5 % versés par le patron. En cas d'assurés facultatifs, les 10 % sont à la charge de l'intéressé.

Peut-on appliquer ce principe aux œuvres de prévoyance médicale. La chose est au moins défendable.

Mais il reste un point à élucider. Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que le fait de Sociétés mutuelles. En sera-t-il de même pour les actes de prévoyance, tels que l'assurance sur la vie par l'intermédiaire de sociétés privées ? la chose est plus discutable. Si l'assurance est faite pour une somme peu élevée, cela ne me paraît pas contestable, puisqu'il est question « des sommes versées en vue de la constitution de pensions de retraite et d'une manière générale tous les versements effectuées à des caisses diverses (il n'est pas spécifié mutualistes) présentant le caractère de dépenses de prévoyance » et que c'est à une nouvelle intervention de M. Durafour qu'on a précisé pour les cotisations versées à des associations mutualistes, comme partie d'un tout réglé par l'instruction ministérielle du 30 mars 1918. Cependant, il ne faudrait pas exagérer les choses et penser que l'assurance d'une somme très importante pourrait être visée par la réponse du ministre, car si, dans ce cas, on fait bien acte de prévoyance, en réalité on crée un capital, basé sur des bénéfices dont le paiement est différé. Et l'administration des contributions ne pourrait admettre qu'on embusque une partie des bénéfices, matière imposable, pour être réalisée un jour en échappant aux exigences du fisc.

Cependant, la réponse du ministre soulève des points qu'on aurait intérêt à étudier au bénéfice de toutes nos associations médicales mutuelles et surtout pour celle créée par le *Concours*, la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français.

Dr M. VIMONT.

R. H. M. S. 0500

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Croisières de cure de repos en mer.** — La croisière organisée par le Dr Loir (du Havre), à bord du « Louqsor », pour les médecins et étudiants, aura lieu du 6 au 28 avril.

L'itinéraire spécial obtenu pour ce voyage par le sous-secrétariat d'Etat de la marine marchande, est le suivant : Dunkerque, départ le 6 avril, à 18 heures ; Le Havre, arrivée, le 7 avril, à 8 heures ; départ, le 11 avril, à 6 heures ; Bordeaux, arrivée, le 14 avril, à 7 heures ; départ, le 17 avril, à 7 heures ; Lisbonne, arrivée, le 20 avril, à 7 heures ; départ, le 20 avril, à 18 heures ; Tanger, arrivée, le 22 avril, à 6 heures ; départ, le 22 avril, à 18 heures ; Alger, arrivée, le 25 avril, à 6 heures ; départ, le 27 avril, à 22 heures ; Marseille, arrivée, le 28 avril.

Pendant le voyage, le Dr Loir fera un cours pour les médecins désirant obtenir le diplôme de médecin sanitaire maritime. Des excursions sont prévues dans tous les ports d'escale.

Les prix de cette croisière sont les suivants :

Catégorie I. Ticket : 900 ; supplément : 275. Total : 1.175. — Catégorie II. Ticket : 500 ; supplément : 235. Total : 735. — Catégorie III. Ticket : 400 ; supplément : 190. Total : 590.

Le prix des suppléments varie d'après la catégorie, principalement en raison des différences, considérables suivant les classes, des taxes officielles de débarquement exigées dans tous les ports par les Etats et les Municipalités.

Dans ces suppléments sont compris : 1° la vie et la nourriture à bord pendant les escales ; 2° les frais de débarquement ; 3° les taxes de débarquement ; 4° la visite organisée des escales ; 5° les excursions en auto, accompagnées de guides.

Des réceptions sont réservées dans les ports à nos touristes.

Grâce à la bienveillance des autorités portugaises, nos adhérents seront admis à visiter Lisbonne sans passeport ; il suffira d'être muni de sa carte d'identité.

Sur notre demande, la Cie des Messageries maritimes a consenti en remplacement de la « Ville de Strasbourg » à nous offrir le « Louqsor » beaucoup plus vaste (150 m. de longueur sur 17. de largeur, 1.400 tonnes) affecté au service de Marseille-Nouvelle Calédonie.

Les passagers de 1re catégorie prendront leurs repas dans la salle à manger de 1re classe ; ceux des 2e et 3e catégories, dans la salle à manger de 2e classe (quatre repas par jour, vin au déjeuner et au dîner).

Les dames sont admises à participer à ce voyage en 1re et 2e catégories, où des groupements de cabines leur ont été réservés.

En 3e catégorie, destinée exclusivement aux étudiants, des aménagements ont été faits par la Cie des Messageries, spécialement pour les adhérents de cette croisière (lits et literie absolument neufs). Les appartements sont situés immédiatement au-dessous du premier pont.

Les étudiants de toutes sections de nos Universités peuvent s'inscrire pour cette croisière de repos marin.

Pour l'inscription ferme, faire un versement de 100 francs, à titre d'avance sur le prix du billet.

Les permanences de chaque section sont priées de vouloir bien recueillir ces avances, avec les inscriptions pour les envoyer au Dr Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre (chèques postaux : C/C. Rouen 6.345).

L'embarquement aura lieu à Dunkerque pour les Belges et les étudiants de la région du Nord ; les autres passagers s'embarqueront au Havre. La possibilité de rejoindre le bateau pendant l'escale de Bordeaux est accordée à ceux qui le désirent ; mais aucune réduction ne pourra être accordée sur le prix global très réduit du voyage (billet et supplément).

Des causeries seront faites, en cours de route, par divers professeurs ; un programme de l'emploi du temps sera publié et affiché ultérieurement dans les diverses facultés, avec les excursions et réceptions organisées dans chaque escale.

Les adhérents béné-cieront de prix spéciaux pour le parcours en chemin de fer, pour se rendre aux ports d'embarquement et revenir chez eux.

— **Assistantes d'hygiène dans les écoles.** — Extrait des délibérations du Conseil municipal de la ville de Paris :

« Article premier. — L'administration est autorisée à inviter les Caisses des écoles à organiser, soit par leurs moyens, soit avec le concours d'œuvres spéciales, un service d'assistantes d'hygiène dans les écoles de la ville de Paris.

« Art. 2. — En cas d'insuffisance des ressources des Caisses des écoles, après fonctionnement du service à titre d'essai, constatation des résultats et examen des comptes, il sera accordé des subvention s péciales à ces Caisses.

« Art. 2. — En prévision de l'article 2, un crédit provisionnel de 300.000 fr. sera inscrit au budget de l'exercice 1925. »

— **Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.** — Le concours de l'internat, qui avait pour jury MM. Grandhomme, Venot, Lamare, Bruel, Larget et Jarry, s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires, MM. Jeanne, Fesquet, Le Cacheux ; interne provisoire : M. Bonnier.

— **Journées médicales de Bruxelles** 1925. — Les Journées médicales de Bruxelles de 1925 auront lieu les 21, 22, 23 et 24 juin. Le Conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles vient de faire connaître qu'il mettait à la disposition du Comité pour l'organisation de la cinquième session (conférences et exposition), ses vastes locaux de l'Université, rue des Sols. Les médecins apprendront cette nouvelle avec un très sensible plaisir, car elle indique une plus étroite collaboration avec l'Université, qui montre ainsi l'estime dont elle honore les Journées Médicales, qui ont porté au loin le renom de sa Faculté de Médecine et de son corps professoral.

— **L'aide américaine aux médecins de Russie et d'Europe centrale.** — Il existe en Amérique une association dont le but est de venir en aide aux médecins, ruinés par la guerre, de l'Europe Centrale et Orientale (*Association for the relief of needy physicians of central and eastern Europe*). Elle vient de donner à New-York une représentation de bienfaisance dans un des théâtres de la ville.

— **Concours de l'internat** 1925. — Sont nommés internes titulaires : MM. Lapeyre, Lonjumeau, Dereux, Lenormant, Mollaret, Layani, Vibert, Lecœur, Baize, Lallemant, Thiroloix, Diamantberger, David (Marcel),

Drouineau, Delalande, Hebert, Bourgeois (J.-B.), Guérin (Paul), Weil (Léon), Dessaint, Martin (Jacques), Cros (Mlle), Vogt (Mlle), Benoist, Worms (Robert), Vergez-Honto, Béclère, Launay, Patel, Suzor, Caroli, Mornet, Armingeat, Godel, Lacapère, Perrin (Georges), Garnier (Georges), Lotte, Mabille, Tambareau, Michaux, Lheiller, Wahl, Lévy (Jean), Barbé, Chevereau, Flanndrin, Albert, Cohen, Hudelot, Petit (Pierre), Salmo-Kenzinger, Cattan, Bach (Mlle), Delafontaine (Chène, Moruzi, Duval, Casteran, Maximim (M.), Kanony, Grandperrin, Fredet, Bordas, Duruy, Tailhefer, Vadon, Jubé, Guérin (Mlle), Jonesco, Couturat (Jacques), Delarue, Delagenière, Vanbockstael, Vasseur (Mlle), Bouillié, Bouessée, Leroy (Roger), Fontaine (Mlle), Arviset, Lichtwitz, Carteaud, Laennec, Braun (Mlle), Ferey.

Internes provisoires : MM. Servel, Grinda, Lemière (Maurice), Delage, Pascal, Zimmer, Chaperon, Hurez, Cournand, Meurisse, Willemin, Bidoire, Buisson, Breuillé, Michel, Béchet, Méry, Gerson, Guérin (Philippe), Sigwald, Corman, Roy, Casaubon, Bagot, Bureau (Robert), Bucquoy, Levasseur (Robert), Franz, Ripert, Lachaux, Laval, Puech, Grognot, Marmasse, Salavert, Leblond (Mlle), Ravier, Petrignani, Beaugeard Augier, Bompart, Pinoche, Lemayne (J.), Renard, Cossa, Baron, Merklen, Fillol, Saint-Pierre, Barragué, Gouvenot, Jacquemaire, Van der Horst, Poumailloux, Martin (Henry), Robert (Paul), Varnier, Dupuy. Barthes, Vuillième, Ganem, Nativelle, Chazel, Busser, Crama, Tournilhac, Lafont, Georges, Fleury, Luzuy, Maximin (René), Lefilliâtre, Loubeyre, Rossert, Guedé, Weill (Jean), Sarles, Martin (Félix), Sazerac de Forges, Tariel, Pichard, Schæller, Chomereau-Lamotte, Guillot, André.

— **IVe Congrès international de thalassothérapie** (Arcachon 27-28-29 avril inclus). — Les organisateurs du Congrès, à la suite de pourparlers, ont établi des relations importantes avec les commissaires organisateurs du 3e Congrès international de médecine et pharmacie militaires (20-25 avril 1925).

Le Congrès d'Arcachon peut être considéré comme la continuation directe du Congrès de Paris. Tout fait prévoir qu'il en retirera certains avantages. Le côté scientifique, à l'heure actuelle, est pleinement assuré : les manuscrits des rapporteurs français, anglais, belges, italiens sont déjà à l'impression. Ils seront distribués avant l'ouverture du Congrès. Leur lecture préalable donnera à leurs discussions une importance qui ne saurait échapper. D'autre part, desthalassothérapeutes bien connus se sont fait inscrire pour des communications.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Chauveau, secrétaire général du Congrès, Villa La Rouvraie, Arcachon.

— **Pour le sanatorium des étudiants** (Œuvre créée par l'Union nationale des Associations d'étudiants de France). — Aux termes d'une récente circulaire, M. le ministre de l'Instruction publique avait demandé aux recteurs de faire un appel à tous les étudiants de France afin qu'ils versent leur obole pour la création de l'Œuvre bien conçue et très bien conduite, du sanatorium des étudiants.

Nos jeunes camarades viennent d'y répondre avec un élan que nous nous plaisons d'autant mieux à signaler, que la dureté des temps rend modiques les ressources dont ils disposent.

Prochainement, nous donnerons les résultats des listes de souscription déposées dans les secrétariats de toutes les Facultés et des grandes Ecoles.

Rappelons que la situation financière de cette œuvre si belle dont l'initiative revient à la Section de Médecine de l'Association, fait bien augurer de l'avenir. Elle atteint maintenant deux millions, c'est-à-dire les deux tiers des sommes qui sont nécessaires pour achever sa construction.

Tous les fonds doivent être adressés à M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (chèques postaux : Lyon 188-37). Pour tous renseignements et demandes de notice détaillée, s'adresser au Secrétaire général M. Crouzat, 1, rue Pierre-Curie, Paris, 5e. Bureaux ouverts de 14 à 18 heures 30.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Cours de perfectionnement d'oto-laryngologie.* — Le cours de perfectionnement annuel sera fait par le professeur Moure et le professeur agrégé Georges Portmann, du lundi 22 juin au samedi 4 juillet 1925.

Ce cours s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques. Le programme détaillé sera publié ultérieurement. Droit d'inscription : 150 francs.

— **La Maison des étudiants canadiens.** — M. J. M. Wilson, sénateur canadien, agissant au nom d'un groupe de Canadiens amis de la France, vient de faire don à l'Université de Paris d'une somme de 2.600.000 francs dans le but de fonder une Maison des étudiants canadiens en France.

— **Lyon. Taxe de séjour.** — Par décret du 29 décembre 1924, est autorisée pour une nouvelle durée de cinq ans, dans la station de tourisme de Lyon (Rhône), la perception de la taxe de séjour.

Cette taxe de séjour continuera à être perçue suivant le tarif de 0 fr. 50 centimes par personne et par jour pour les Hôtels et Maisons de première catégorie et de 0 fr.20 centimes pour les Hôtels et Maisons de deuxième catégorie.

Le produit de la taxe sera affecté à des travaux dans les parcs, squares, promenades et rues, pour l'embellissement de la station de tourisme et l'amélioration de la circulation.

— **La lèpre en Italie.** — Le recensement des cas de lèpre qui a été fait en 1924 en Italie relève seulement 182 lépreux répartis dans 34 provinces.

— **Dispensaire anti-tuberculeux de Belfort.** — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé du service des dispensaires dans le territoire de Belfort, est ouvert.

Les dossiers des candidats devront être adressés au Siège social du Comité National de Défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, 6e.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Plusieurs confrères, ayant agi comme contrôleurs, vous ont déjà écrit à différentes reprises pour connaître le tarif à réclamer en pareil cas. Voici à titre de simple renseignement les honoraires qui me sont alloués par la plupart des Compagnies avec lesquelles je collabore comme médecin contrôleur :

1° Contre-visite ordinaire avec rapport...	30 fr.
Indemnité kilom. 1 fr. 50 par kilom. parcouru en dehors de la ville, tant à l'aller qu'au retour.	
2° Rapport descriptif de l'incapacité permanente partielle après consolidation	40 à 50 fr. suivant le cas
Rapport descriptif fixant la date de consolidation........................	
Rapport de révision de rente..........	
plus indemnité kilométrique	

Dr M.

Réponse.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir bien voulu nous signaler la petite erreur qui s'était glissée dans notre réponse n° 156 du 8 février. En effet, dans le cas visé, la rente sera de 2.023,12 et non de 2.002, 30 comme nous l'avons dit, à la suite d'une erreur dans le calcul.

Nous vous remercions également du renseignement que vous nous donnez au sujet des honoraires à réclamer aux Compagnies d'assurances pour les visites de contrôle. En effet, bien souvent, on nous demande comment tarifer ces visites et vos indications seront utiles à beaucoup de vos confrères.

---

624. — Exécution d'un jugement obtenu contre un client.

J'ai obtenu un jugement de la justice de paix contre une cliente qui refusait de payer le montant des honoraires réclamés, il y a de cela plusieurs semaines.

L'huissier qui a poursuivi la cliente m'a dit à plusieurs reprises qu'il allait saisir la dite cliente. Y a-t-il un délai pour l'exécution de cette saisie ? Si l'huissier n'a pas fait le nécessaire dans les délais voulus, est-il responsable ?

Dr M.

Réponse.

Il n'existe pas de délai maximum pour effectuer les opérations de saisie. Elles sont possibles tant que le jugement est exécutoire, c'est-à-dire pendant trente ans. Les temporisations de votre huissier ne risquent donc pas de vous faire encourir aucune déchéance.

Par contre, la saisie doit être précédée d'un commandement délivré un jour franc auparavant et ne peut être suivie de vente que dans le délai de huit jours francs au plus tôt.

Si les délais normaux sont expirés sans que votre huissier ait fait le nécessaire, vous pouvez

lui demander de vous rendre compte de l'exécution de son mandat et le presser d'effectuer la vente ou la saisie.

Après la saisie, le débiteur peut demander à aller en référé et obtenir du juge terme et délai pour se libérer. Dans ce cas, la vente est suspendue et ne peut être réalisée que si le débiteur ne règle pas suivant les conditions imposées par le juge.

---

615. — Mauvaise volonté d'une assurance accidents du travail.

Voulez-vous être assez aimable pour m'indiquer la conduite à tenir envers une assurance qui ne conteste pas le montant de mes notes, mais fait la sourde oreille à mes demandes réitérées de paiement ?

Dr D.

Réponse.

Nous supposons que vos difficultés de règlements avec des Compagnies d'assurances ont lieu au sujet de notes d'honoraires pour soins donnés à des blessés du travail. S'il en est bien ainsi, rien ne vous force à attendre le bon vouloir des Compagnies pour être payé. La loi vous donne une action directe contre les patrons de vos blessés. Si vous estimez que les Compagnies mettent trop de temps à vous payer, vous pouvez donc vous adresser aux patrons, et citer ceux-ci devant le juge de paix du lieu de l'accident. Mais vous ne pouvez appeler en justice les Compagnies d'assurances avec lesquelles vous n'avez aucun lien de droit.

---

606. — Demande d'expertise nouvelle par un accidenté du travail.

Un ouvrier est blessé en juillet 1924, grand traumatisme de la face, sinus maxillaire atteint, fracture avant-bras.

Son état s'améliore peu à peu, mais il persiste une sinusite. J'ai adressé mon blessé à un spécialiste O. R. L. qui dirige le traitement. Le spécialiste donne un certificat de guérison en date du 12 janvier 1925, avec incapacité permanente. Le blessé convoqué au tribunal pour la pension d'infirmité permanente est examiné par le médecin expert désigné par le tribunal ; celui-ci (non spécialiste O. R. L.), fixe la guérison et la reprise du travail le 6 décembre 1924.

L'expert non spécialiste n'a donc pas tenu compte du certificat du spécialiste traitant.

Que doit faire le blessé en cette occurrence ? Peut-il réclamer au Tribunal et demander un nouvel expert spécialiste ?

De plus, quand le médecin expert a examiné l'ouvrier, le médecin de la Compagnie d'assurances était présent, et il est certain que sa présence ne devait pas être favorable au blessé ; est-ce légal ? ?

Excusez-moi de vous importuner de nouveau, mais c'est toujours avec la même Compagnie et avec une seule Compagnie d'assurance que mes blessés et moi avons des ennuis.

D[r] G.

Réponse.

Sans doute l'expert qui a examiné votre blessé a-t-il été commis par le Président au cours de la tentative de conciliation. Si les conclusions de son rapport sont telles que votre client ne puisse les accepter, celui-ci n'aura qu'à refuser de se concilier sur les bases de ce rapport et l'affaire sera alors renvoyée devant le Tribunal (l'ouvrier bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire). Devant le Tribunal, votre client opposera aux conclusions de l'expert le certificat de son médecin traitant et demandera une nouvelle expertise avec commission d'un spécialiste. Saisi d'une contestation d'ordre médical, échappant par conséquent à sa compétence, le Tribunal fera certainement droit à sa demande.

Si l'affaire est déjà pendante devant le Tribunal et si c'est lui qui a nommé l'expert, l'ouvrier devra demander une nouvelle expertise, mais pour l'obtenir, il faudra qu'il produise des certificats médicaux combattant le rapport de l'expert. Le Tribunal, s'il s'estime suffisamment éclairé, pourra refuser la contre-expertise.

Au cours d'une expertise, chacune des parties en cause peut se faire assister par toute personne dont la compétence peut l'aider à faire valoir ses droits. L'ouvrier aurait donc pu se faire assister soit par vous, soit par le spécialiste qui l'a soigné. En envoyant son médecin à l'expertise, la Compagnie n'a fait qu'user de son droit.

---

459. — Impôt sur le revenu. Classement de diverses rémunérations.

A propos de déclaration d'impôt sur le revenu, je vous prie de me faire savoir si je dois déclarer comme traitement ou comme honoraires les sommes suivantes :

1° Le traitement fixe de médecin d'Ecole départementale ;

2° Le mandat militaire, lorsque je remplace un médecin militaire de la garnison, en vertu d'une convention timbrée entre moi et le Directeur du Service de Santé, avec rémunération de 10 fr. par jour de remplacement ;

3° Le mandat militaire, lorsque je fais partie du Conseil de révision comme membre civil, touchant une indemnité fixe journalière et des frais de déplacement ;

4° La solde et frais de déplacement payés directement par le trésorier militaire pour une période d'instruction comme officier de réserve, ou bien pour une

journée militaire passée dans une Ecole d'Instruction d'officier de réserve.

5° Les sommes payées par mandats administratifs pour Pupilles de la Nation, assistance médicale gratuite, mutilés ; ces sommes sont variables suivant le nombre des personnes examinées.

Dr D.

Réponse.

Les divers modes de rémunération que vous indiquez constituent la gamme de ceux compris entre « l'honoraire » et « le salaire » proprement dits. Ils peuvent se classer dans l'ordre suivant :

1° Solde et indemnités (pour période d'instruction) ;

2° Traitement fixe de médecin de l'école départementale ;

3° Allocation pour remplacement de médecin militaire ;

4° Sommes payées pour pupilles de la Nation, etc. ;

5° Indemnités comme membre du Conseil de révision.

Tout d'abord, les indemnités de déplacement dont vous parlez ne doivent pas être déclarées puisqu'elles sont compensées par les frais qui vous incombent à ce titre :

1° La solde de médecin de réserve est indiscutablement un salaire à déclarer comme tel ;

2°, 3° et 4° Ce sont là, en somme, des honoraires forfaitaires que vous ferez difficilement admettre comme salaires (voir dans le *Concours médical* à diverses dates la théorie que nous avons émise au sujet des traitements des médecins d'hôpitaux) ;

5° Ces indemnités représentent, après déduction des frais de déplacement, des honoraires d'expert à classer incontestablement dans les bénéfices des professions non commerciales.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

326. — Prestations et taxes de circulation sur deux automobiles.

Je possède deux voitures automobiles : une neuf chevaux, et une cinq chevaux.

Suis-je obligé de payer pour les deux l'impôt grevant les automobiles, et les prestations, ou bien suis-je en droit de ne payer que pour le plus imposé des deux véhicules, puisque je n'ai pas de chauffeur, que je ne puis sortir qu'une voiture en même temps, et que la seconde voiture est un véhicule de secours ?

Dr S.

Réponse.

1° La taxe sur les prestations est exigible pour les deux voitures bien que celles-ci ne roulent pas en même temps ;

2° Vous pouvez demander à ne payer la taxe que pour la plus forte voiture, si l'autre n'est vraiment qu'une voiture de remplacement.

Le receveur serait en droit d'exiger la taxe pour les deux si, trop fréquemment, vous demandiez le changement de carte.

A. M.

---

436. — Déficit de clientèle par suite de maladie et impôt sur le revenu.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître de quelle manière je dois établir, pour 1924, ma déclaration d'impôt général sur le revenu, étant donné que, pour cause de maladie, je fus absent de mon cabinet pendant 8 mois sur 12 et que les bénéfices déclarés en 1923 se sont mués en déficit, en raison d'une diminution de la clientèle ainsi que des honoraires du remplaçant.

Dr X.

Réponse.

Etablissez, comme les années précédentes, le montant de vos recettes et dépenses professionnelles (y compris dans ces dernières, les honoraires de remplacement). Si la comparaison vous donne un déficit, indiquez ce déficit à la page 3, tableau n° 7 de la déclaration en mentionnant dans la colonne 2 dudit tableau votre absence pendant huit mois par suite de maladie.

A la récapitulation, page 4, vous additionnerez ce déficit avec les autres déductions prévues (intérêts de dettes et contributions). Ce total sera déduit du montant de vos autres revenus. Si vous obtenez un résultat négatif sur la ligne réservée à cet effet : différence formant le revenu net global, vous indiquerez : « néant ».

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

589. — Ablation de cicatrice vicieuse.

Je vous serais obligé si vous vouliez bien me dire combien je dois compter la petite intervention que voici :

Un blessé du travail a reçu les premiers soins à l'hôpital pour grave blessure du médius droit, fendu longitudinalement à son extrémité et jusqu'à l'os. On y a négligé (peut-être ne l'a-t-on pas pu faire), de suturer. J'ai repris le blessé en état septique. Une fois la plaie cicatrisée, il m'a fallu réséquer les tissus cicatriciels et réunir par 2e intention. J'ai fait une anesthésie régionale (?). Je veux dire à la base du doigt.

Dr F.

Réponse.

D'après votre lettre disant : « Une fois la plaie

cicatrisée, il m'a fallu réséquer les tissus cicatriciels, etc... », il me semble que c'est là un cas « d'ablation de cicatrice vicieuse » dont vous trouverez la tarification au tableau terminal des avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28-6-21 et tarifé 40 francs, par analogie avec « régularisation, épluchage, etc.., d'une plaie superficielle. »

F. D.

II

523. — Appareil d'urgence et surveillance prolongée de nuit.

Je vous serais reconnaissant de me donner le renseignement suivant : le jeudi 22 janvier, je suis appelé pour un accident très grave auprès d'un blessé du travail. Fracture des deux os de la jambe que j'ai beaucoup de peine à réduire ; puis, je fis un appareil à attelle et expédiai le malade à l'hôpital. Le dimanche suivant, on lui défit mon appareil pour faire un plâtre. De plus, comme il était presque dans le coma, je fis des piqûres et restai deux heures près de lui. Dois-je compter : réduction et contention, 112 fr.50 ?

Que dois-je compter pour injection et veille ? De plus, il était 10 heures du soir.

Dr M.

Réponse.

Vous avez ici à compter d'abord 50 francs pour « appareil provisoire en vue d'une réduction par un autre médecin » (arrêté ministériel du 28-6-21, à propos de l'article 18) plus deux demi-heures supplémentaires pour surveillance prolongée, soit deux visites à 8 francs, 16 francs, plus majoration de 25 % sur les deux interventions de *nuit* (article 8), soit sur 50 plus 16 = 66 francs (la majoration est de 16,50) plus le certificat initial de 5 francs.

En résumé : 50 plus 16 plus, plus 16,50, plus 8, au total, 87,50 (auquel il conviendrait d'ajouter le déplacement, s'il y a lieu).

F. D.

III

489. — Air chaud.

J'ai actuellement en traitement un accidenté du travail atteint d'hydarthrose du genou. Je lui fais des séances de bains d'air chaud avec un appareil qui m'est personnel et que j'emploie dans ma clientèle ordinaire. Comment pourrais-je tarifer ces séances dans ma note d'honoraires à la Compagnie, n'ayant pas la qualité d'un spécialiste kinésithérapeute ?

Dr B.

Réponse.

Dans le tarif Breton, il est parlé d'air chaud à deux endroits :

1° A l'article 24, mais dans des cas « nécessi-

tant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute » ;

2° A l'article 26, paragraphe VI et en note du paragraphe V où il est dit que ne peut pratiquer ce traitement que « le médecin électrologiste ou radio-thérapeute, après *avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ».

Et, ni dans l'un, ni dans l'autre article, je ne vois que vous puissiez tarifer spécialement ces séances (vous qui n'êtes pas spécialiste) autrement qu'au prix ordinaire de la visite ou de la consultation dans laquelle ces séances d'air chaud seraient « comprises » comme le sont les pansements, pointes de feu, etc....

F. D.

Application du Tarif Maginot

651. — Causalité originelle d'une intervention.

Je viens d'être appelé auprès d'un malade pensionné de l'article 64 pour coxalgie. Celui-ci présentait une blessure au poignet droit, provoquant une abondante hémorragie. J'ai pincé le vaisseau qui saignait et j'ai fait un pansement. Comme je lui demandais comment il s'était fait cette blessure, le mutilé m'a répondu qu'il avait fait un faux-pas dans ses béquilles et que, dans sa chute, il avait porté la main droite en avant et avait brisé un verre à boire (l'accident serait arrivé dans sa chambre).

Je désirerais savoir si :

1° J'ai le droit de compter cet accident à la charge de l'Etat (art. 64).

2° Si je puis, pour mon travail, appliquer l'article 74 du tarif des interventions médico-chirurgicales. « Hémostase par ligature ou pince à demeure *au fond* d'une plaie : 40 fr. »

Dr T.

Réponse.

1° Je suis loin de pouvoir vous assurer que votre Commission de contrôle acceptera de compter cette blessure du poignet comme causée originellement par une coxalgie même par suite de marche plus difficile, — ce qui reculerait de beaucoup la limite des conséquences possibles des maladies causales de pensions.

2° Si vous avez fait (ce que vous ne précisez pas asse z dans votre lettre) une « hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie », je ne vois aucune raison qui puisse vous empêcher de compter 40 francs, ainsi que cette intervention est tarifée.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Il est créé, à la Faculté de Médecine de Paris, un *emploi de chargé de cours permanent de chirurgie orthopédique chez l'adulte.*

Cet emploi serait supprimé si les fonds de concours, dont le versement permet d'en effectuer la création, venaient à faire défaut.

Mutilés et réformés de la guerre.

Arrêté du Ministre du Travail du 9 février 1925, modifiant l'arrêté du 28 juillet 1924 fixant le prix de la journée pour la rééducation professionnelle des mutilés du travail admis dans les écoles de rééducation des mutilés de la guerre.

L'arrêté du 28 juillet 1924 est modifié et complété comme suit :

Art. 1er. — Le prix de journée qui devra être acquitté par les mutilés du travail admis comme internes dans les écoles et autres institutions assurant la rééducation professionnelle des mutilés et réformés de la guerre, en vertu de la loi du 2 janvier 1918, est fixé :

A 10 fr. lorsqu'il s'agit d'une rééducation dans une école ordinaire ;

A 15 fr. lorsque l'intéressé effectue son stage dans une école sanitaire de rééducation spéciale pour les maladies pulmonaires.

Les mutilés du travail pourront être admis, à titre d'externes, dans ces mêmes institutions, moyennant le payement d'une somme forfaitaire de :

2 fr. par jour de cours dans les sections d'enseignement général ;

3 fr. par jour de cours dans les autres sections.

Art. 2. — Tous les jours de présence (fériés ou non) des intéressés doivent donner lieu au payement du prix forfaitaire.

En cas d'absence, il sera défalqué.

a) Aux mutilés admis internes ;

1° Le prix de journée intégral fixé pour les internes s'ils ont été absents la journée entière ;

2° Le prix du repas non consommé à l'école s'ils n'ont été absents qu'une demi-journée.

b) Aux mutilés admis comme externes : le prix de la journée de cours, s'ils ont été absents la journée entière.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat, directeur du travail et le président du comité d'administration de l'office national des mutilés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Lutte antivénérienne.

Sont nommés *membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes* : M. le Dr

Touyeras, chef de bureau au Ministère du travail et de l'hygiène, M. le D[r] Cavaillon, adjoint technique à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques ; M. Pfeiffer, avocat à la Cour d'Appel de Paris, et M. le D[r] Even, ancien député.

Guide-barème des Pensions.

Le Guide Barème annexé au décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 est complété en sa section III (Face), par l'adjonction de la rubrique suivante (décret du 28 février 1925) ;

Défiguration.

Défiguration importante, selon le degré d'importance : 0 à 60 p. 100.

Une instruction ministérielle déterminera les conditions d'application de ce décret.

Médecins des asiles d'aliénés.

Le poste de *médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire* (Dordogne) est vacant, par suite de la nomination de M. le D[r] Perret au poste de Directeur médecin de cet établissement.

8 mars

Lutte anticancéreuse.

Est nommé *membre de la Commission du cancer* : M. le professeur Sabrazès, directeur du Centre régional anticancéreux de Bordeaux.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse d'un Ministre à la question d'un Parlementaire.

Application du code de la route dans les agglomérations.

6726. — M. Penancier, sénateur, demande à M. le ministre des travaux publics si l'article 10 du code de la route, qui donne la priorité de passage aux véhicules qui suivent la route nationale, s'applique seulement en rase campagne ou bien également dans les agglomérations, lorsqu'il n'existe pas de dispositions contraires de l'autorité municipale. (*Question du 4 février* 1925.)

Réponse. — Aux termes du dernier paragraphe de l'article 10 du décret du 31 décembre 1922 (code de la route), les règles générales instituées par cet article, pour les bifurcations et croisées de chemins, sont « applicables dans les agglomérations, sauf prescriptions spéciales édictées par l'autorité compétente », c'est-à-dire le préfet ou le maire, en vertu de leurs pouvoirs propres que l'article 62 du même décret réserve d'ailleurs expressément.

(*J. O.*, 18 février 1925.)

Quarante septième année — N° 13 — 29 Mars 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 718-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr SIMON, de Carentan (Manche), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 140. — Ds gr. ville du litt. algérien. A céd. bon poste méd. gén., rapp. 85.000; condit. de cess. : 60.000, dont 30.000 compt. et 10.000 les ann. suiv.

N° 141. — Crédence Ropiquet 1914 cour. alt. 120 v., 50 pér. à inter. à Hg. Bob. 30 cm. étinc. 2 cadres porte-amp., 3 amp., régulat. à air, 2 soup. Dr Descarpentries à Roubaix.

N° 142. — Dr en méd. jeune marié, accouch., méd. génér. pet. chirurg. ch. poste import. chef.-l. cant. ou pet. ville, S.-O. de préf. Présent.

N° 143. — On demande inf. sérieuse, capable assur. serv. de salle d'opérat.

N° 144. — On dem. inf. sérieuse ou garde-malades, pour pet. clin. chirurg. Dr Vornière, à Eu (S.-Inf.).

N° 145. — A vend. élég. cond. int., 2 pl., 1 strap. D. F. P., 8-10 CV, exc. ét. de marche, entièr. rev. dernièrem., peint. neuve, tous acc. Compt. montre ; rétrovis. amortis. roue sec. etc. Exc. occas. Dr P. Maugis, à Sens (Yonne).

N° 146. — Méd. s.-préfect. échang. tr. bonne client. camp. contre client. équival. Paris ou banl. imméd.

N° 147. — Etudiante en fin d'études, ext. des hôpitaux, ch. sit. de secrét. auprès de méd. occupé.

N° 148. — Conf. dés. acquérir client. demi-repos, banl. Paris.

N° 149. — Ds local. agricole. Poste seul méd. pro-phar. rapp. 55.000, dont 24.000 de fixes transm. Indem. 30.000 à débat. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 150. — Bretagne. Poste tr. fac. à augm. rapp. 30.000, av. pharm. ss. auto, mais. 8 p., avec jard., loyer 500 fr. A reprend. de suite 8.000 fr. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



TUBERCULOSE. — « L'estomac est la place forte des phtisiques et l'alimentation leur moyen de défense » (DAREMBERG). Cinq comprimés de **Codoforme Bottu** par jour calment la toux des tuberculeux sans fatiguer leur estomac, car leur dissolution a lieu dans le milieu intestinal.

PROPHYLAXIE DE LA GRIPPE. — Après avoir visité l'Angleterre, voici que la grippe commence à sévir parmi nous avec quelque intensité, frappant de préférence les voies aériennes supérieures.

A peine est-il besoin de rappeler que la prophylaxie antigrippale réside en une active antisepsie du rhinopharynx, porte d'entrée des microbes pathogènes. Or, pour assurer efficacement cette désinfection, l'aldéhyde formique ou formol est, sans conteste, l'antiseptique de beaucoup le plus puissant ; encore convenait-il de le présenter sous une forme commode, maniable et inoffensive, sans porter le moins du monde atteinte à ses actives propriétés. Ce problème vient d'être résolu de façon heureuse par les Produits Lambiotte Frères, qui soumettent aujourd'hui au Corps médical, après expérimentations unanimement concluantes, les pastilles de **Galiorm**, à base d'aldéhyde formique.

Au fur et à mesure que ces pastilles fondent dans la bouche, leur principe formolé se dégage à l'état naissant, communiquant à la salive ses vertus germicides et, grâce à son haut pouvoir de diffusion, pénètre dans tous les replis et anfractuosités de la muqueuse. Ainsi réalisent-elles un très efficace moyen préventif contre les contages possibles.

Marquant un indéniable progrès sur les diverses préparations de même ordre, les pastilles de Galiorm qui, par surcroît, présentent un goût agréable et une innocuité complète, sont donc appelées à rendre les plus précieux services en matière de prophylaxie antigrippale.

AVIS

aux Membres de la Mutualité familiale

Par suite de diverses circonstances, la réunion trimestrielle du Conseil de la Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français a dû être reportée au mardi 7 avril.

En conséquence, l'envoi des indemnités du premier trimestre subira quelques jours de retard.

AVIS

aux Directeurs de Maisons de Santé

En vue de l'application de la loi de 8 heures dans les hôpitaux publics et dans les maisons de santé privées de Paris ou des villes de plus de 100.000 habitants, le ministre du travail a saisi le président du Syndicat des maisons de santé privées de France d'une demande de renseignements. Pour faire suite à cette demande, le président du Syndicat des maisons de santé invite tous les Etablissements médicaux, affiliés ou non au Syndicat, à lui fournir dans le plus bref délai, leur opinion sur la possibilité ou l'impossibilité d'application de cette loi, et sur la modalité éventuelle du règlement à intervenir.

NOTE DE PRATIQUE

Un traitement nouveau des phlébites.

Je fais appel à la bonne volonté de mes confrères pour vulgariser une méthode simple, efficace et rapide de traitement des phlébites de toute nature. Je voudrais qu'ils en soignent de nombreux cas, avec succès et qu'ils m'envoient leurs résultats pour me permettre de faire une statistique et un travail d'ensemble.

La méthode consiste à appliquer des pointes de feu tout le long du cordon induré. Il faut cependant se soumettre aux règles suivantes :

Ne soigner que des phlébites fraîches datant de quinze jours au plus, mieux de huit jours.

Les pointes de feu faites au thermocautère seront des raies de feu, aussi superficielles que possible, appliquées avec un espacement de 5 mm. environ, tout le long des trajets veineux atteints en dépassant de part et d'autre la zone indurée d'une valeur égale à la largeur même de cette zone ; talquer ensuite ; envelopper de coton et immobiliser une semaine. Recommencer à ce moment une seconde opération si l'induration n'a pas cédé. Aussitôt l'induration disparue, le malade peut se lever et marcher sans aucun pansement, ni traitement subséquent.

Pour les cas que j'ai traités, j'ai observé les durées suivantes :

8 à 10 jours pour les phlébites puerpérales (même bilatérales), les phlébites suites d'opération ou les phlébites symptomatiques de cancers.

20 à 30 jours pour les phlébites et périphlébites variqueuses.

La fièvre tombe dès le 2e jour qui suit l'application, le gonflement disparaît en 4 à 5 jours, la douleur également.

Je serais obligé à mes confrères, s'ils veulent bien essayer ma méthode, de me faire connaître leurs résultats.

Dr Meynier (Troyes).

CORRESPONDANCE

575. — Médecin appelé comme aide pour une opération dans un petit hôpital.

Première lettre.

Opérant dans mon service de l'hôpital un blessé de guerre, le médecin traitant de ce blessé est venu lui donner l'anesthésie. Puis il a, sur mon conseil, réclamé les honoraires prévus pour une anesthésie générale. La Commission de vérification lui a supprimé

cette somme, alléguant que le blessé étant hospitalisé, il ne pouvait être motivé d'honoraires pour qui que ce soit.

Je vous prie de remarquer que, dans mon service comme dans la plupart des petits hôpitaux, il n'y a pas d'interne. Quand j'opère un malade payant, cela va tout seul, c'est son médecin qui l'endort. Mais s'il s'agit d'un assisté ou d'un mutilé, il est difficile de demander l'assistance d'un confrère sans lui offrir de rémunération. Faut-il faire endormir par une des Religieuses du Service ? En pratique, cela m'arrive. Mais, s'il y avait mort par accident d'anesthésie, serais-je responsable ? Je crois que oui.

Il me semble que nous devrions obtenir le droit aux honoraires pour le confrère qui fait l'anesthésie. On ne peut obliger un des médecins de l'hôpital à faire ce service, qui demande beaucoup de temps, gratuitement. Le mieux serait de rétribuer le médecin traitant.

Cette question intéressera probablement la plupart des chirurgiens des petits hôpitaux.

Après avoir reçu votre avis, j'ai l'intention de l'adresser à la préfecture, en priant le préfet de m'autoriser à faire faire les anesthésies par les médecins traitants, ceux-ci devant recevoir les honoraires habituels. Sinon, qu'il veuille bien me donner décharge de toute responsabilité, en cas d'incident anesthésique grave ou mortel.

Et ceci intéressant les mutilés et l'A. M. G.

Dr C.

Réponse.

Question fort intéressante au point de vue pratique et qu'il conviendrait de faire trancher par la Commission supérieure. Dans votre cas, le confrère qui vous a assisté ayant demandé des honoraires d'aide (50 frs, article 71) et la Commission départementale les ayant refusés en se basant sur l'article 66, il y aurait lieu de faire appel devant la Commission supérieure qui jugera ce cas spécial.

Toutefois, en l'espèce, il conviendra de dire ce qui se passe, dans ce même hôpital, quand vous opérez avec un aide étranger un malade de l'assistance médicale gratuite. En effet, l'article 66 fixant les frais d'hospitalisation dans un hôpital public, dit :

« Le tarif à adopter est, dans les salles civiles, le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes ». Donc, premier point à fixer dans votre cas : que faites-vous, dans votre hôpital, en cas d'assistance médicale gratuite ?

F. D.

639. — 2e *lettre*.

Je vous prie de bien vouloir remercier M. le Dr Decourt de la réponse qu'il m'a donnée par votre entremise.

Pour les malades faisant partie de l'Assistance mé-

dicale gratuite que j'opère, s'il s'agit d'un malade de la ville, son médecin assiste le plus habituellement à l'opération et fait l'anesthésie *gratuitement*. Mais il n'y est pas obligé. S'il s'agit d'un malade de la campagne, à moins que l'opération présente un intérêt particulier, le médecin traitant n'y assiste pas. C'est alors une Religieuse du service qui fait l'anesthésie.

Je crois qu'au point de vue légal ce n'est pas absolument régulier et que je reste entièrement responsable, en cas de décès par anesthésique. Aussi, suis-je très enclin à poser la question, aussi bien pour les assistés que pour les mutilés, ne pouvant assumer double responsabilité, opératoire et anesthésique, en même temps, de façon légitime.

Si vous êtes de cet avis, je commencerai par poser la question à la préfecture, au point de vue A. M. G., pour l'étendre ensuite aux mutilés, sous forme d'appel devant la Commission supérieure.

Dr C.

Réponse.

Cette lettre comporte réponse sur deux points différents :

1° Une fois de plus se trouve posée la question du prix de journée dans les hôpitaux : jusqu'ici, le prix de journée était fixé un peu au petit bonheur. Les opérations n'étaient pas fréquentes ; les hospitalisations comprenaient surtout des indigents ; le coût de la vie n'était pas élevé : de sorte que l'établissement parvenait toujours à s'en tirer, même si le prix de journée était, en réalité, inférieur aux dépenses.

En effet, les subventions municipales, ou autres, les dons et legs permettaient à l'hôpital de boucler son budget de fin d'année.

Depuis quelque temps, surtout depuis la guerre, il n'en est plus de même. Les admissions à l'hôpital se font plus nombreuses, justement dans les services de chirurgie, ou de spécialité ; des malades de petite aisance, des blessés du travail (dont les responsables ne sont pas des indigents), des réformés de guerre se font admettre dans les salles de chirurgie.

Les opérations, plus fréquentes que par le passé, coûtent fort cher à l'hôpital ; les matières de pansement, le coût de la vie ont augmenté dans de très fortes proportions, cependant que baisse le rendement des dons et legs, comme le revenu de la dotation de l'établissement.

Aussi, une loi du 28 juin 1918, modifiée par celle du 14 février 1921, est-elle intervenue pour la fixation des prix de journée, dans les établissements hospitaliers.

Le décret du 13 novembre 1918 prévoit, dans son article 9, que si l'importance de l'établissement permet d'avoir des services différents pour la médecine et la chirurgie, un prix de journée spécial est calculé séparément pour chacun d'eux.

Mais (article 11), à défaut d'éléments suffisants

dans la comptabilité d'un établissement, pour discerner le montant des dépenses se rapportant à chacun des différents services, la journée de chirurgie est comptée comme une journée un tiers de médecine.

Or, dans l'évaluation du prix de journée, l'économe de l'hôpital doit faire entrer en ligne de compte toutes les dépenses.

Il s'en suit que lorsqu'un médecin de l'hôpital fait, avec l'agrément de la commission administrative de l'établissement, appel à un confrère étranger à l'hôpital, soit comme aide, soit comme opérateur, soit comme consultant, les honoraires de ce praticien doivent être payés par la caisse de l'hôpital. L'économe tiendra compte de toutes ces dépenses supplémentaires, pour les faire figurer dans l'établissement du prix de journée annuel.

Tant que les hospices et hôpitaux ne voudront pas comprendre que les lois et règlements hospitaliers ne correspondent plus aux modifications de la pratique scientifique médicale, tant qu'on ne voudra pas établir la distinction très nette entre l'hôpital, établissement dans lequel les communes font hospitaliser, à leurs frais, leurs indigents malades, et la maison de santé annexée à l'hôpital, dans laquelle entrent tous ceux qui ne sont pas indigents, par suite ne sont pas à la charge de la commune où ils ont leur domicile de secours, il y aura des conflits de tous ordres, dont les victimes seront les malades, les budgets hospitaliers et communaux, ainsi que les médecins, au profit des malades aisés, ou des tiers responsables.

Dans le cas particulier, la commission supérieure saisie de votre réclamation, pourrait demander au ministre de faire modifier le décret du 25 octobre 1922, amendé par celui du 8 juillet 1924, pour qu'un blessé de guerre, admis dans un hôpital, ne soit pas considéré comme un indigent et que le chirurgien et ses aides puissent recevoir les légitimes honoraires qui leur sont dus.

C'est l'éternelle histoire ; le législateur de 1919 a fait une fois de plus de la philanthropie sur le dos des médecins, en donnant à ces derniers le soin d'opérer gratuitement, à l'hôpital, tous les réformés de guerre hospitalisés.

2e question. La responsabilité du chirurgien, par rapport à ses aides non médecins, est absolue, en ce qui concerne les ordres scientifiques donnés pour des travaux médicaux.

En particulier, le chirurgien est responsable si l'anesthésie, mal faite par une infirmière, provoque un accident.

Mais, poursuivi, le chirurgien peut appeler l'hôpital en garantie, surtout s'il peut prouver que les infirmières lui sont imposées par l'administration, qu'il ne peut pas les renvoyer à son gré et que surtout le chirurgien a prévenu offi-

ciellement l'administration qu'il déclinait toute responsabilité civile, au cas d'accident survenu d'un aide non médecin.

Si le docteur choisit son personnel infirmier, s'il le forme, s'il peut le déplacer comme bon lui semble (comme cela se passe dans une maison de santé), le médecin est responsable de ses aides, aux termes de l'article 1384 du code civil.

Mais si le personnel infirmier est désigné, engagé, dirigé au point de vue discipline, par l'administration de l'établissement, le médecin ne pourra être rendu responsable que de ses propres erreurs de direction, lorsque le personnel est placé sous sa surveillance immédiate, au cours d'une opération.

Laissons de côté le point de vue théorique pour n'envisager que le côté pratique : nous pourrons dire que le chirurgien de l'établissement pourra demander à la commission administrative de lui procurer un aide médecin, pour les anesthésies, et un aide médecin, pour l'aider au cours des opérations.

Soit raisons d'économie, soit ignorance des difficultés de notre art, l'administration refusera.

Couvert par ce refus, qui devra figurer au régistre des délibérations de la commission administrative et sera notifié par écrit au chirurgien, celui-ci acceptera, sous la responsabilité de l'hôpital, les aides et infirmières qui seront placés près de lui, par la commission administrative.

Sa responsabilité sera à l'abri, puisqu'aux termes de la jurisprudence l'aide hospitalier n'est pas lié au praticien par un contrat de louage de services. Le médecin ne peut être inquiété que s'il est prouvé qu'il n'a pas soumis son personnel, placé sous ses ordres, à une surveillance scientifique et professionnelle suffisante (Cour d'appel de Paris, 25 juin 1920).

Dr Paul BOUDIN.

---

697. — Accident professionnel survenu à un patron.

Un carrossier fabricant, en clouant le plafond d'une voiture foraine, met à la bouche un clou de 27 millimètres de long, et l'avale. Ceci peut-il être considéré comme accident de travail ? Le carrossier se plaignant de douleurs violentes, en un endroit bien localisé, depuis le jour ou il a avalé ce fâcheux clou, ai-je le droit de le faire radiographier ?

Une assurance individuelle avec frais médicaux et pharmaceutiques payés à concurrence du tarif institué pour les accidents de travail par l'article 4, etc., le couvre.

La question est assez intéressante pour que vous fassiez profiter les lecteurs du *Concours médical* de votre réponse.

Dr D.

Réponse.

S'il s'agissait de l'application de la loi sur les accidents du travail, il n'est pas douteux que l'accident que vous nous exposez dans votre lettre devrait être considéré comme couvert par la loi et donnerait droit à l'ouvrier à toutes les indemnités prévues par cette loi.

Mais, dites-vous, la victime de l'accident est un patron qui s'est fait garantir contre les accidents par une assurance individuelle. La loi de 1898 ne lui est donc pas applicable. Pour savoir si son assurance doit supporter les frais médicaux nécessités par l'accident, il serait nécessaire d'avoir en main la police. Le fait que l'assurance s'est engagée à payer les frais médicaux en cas d'accident à concurrence du tarif Breton ne peut suffire par lui-même à établir que l'assuré est couvert contre tous les accidents du travail quels qu'ils soient, comme le serait un ouvrier.

Si cet accident n'est pas exclu de la garantie, il doit être considéré, à notre avis comme couvert par l'assurance dans les conditions de la police.

---

538. — Patente sur un garage d'automobiles professionnelles.

Je reçois ce jour une feuille d'impôts sortie du rôle le 22 février 1925 et m'imposant une patente de 466 fr. 59 sur la location d'un garage où je remise mes voitures. (je paye 1.200 fr. de loyer par an).

Je suis locataire de cette remise depuis 3 ans et n'avais encore jamais payé cette somme. Ai-je quelque réclamation à faire ? ou au contraire, cette taxation est-elle légale ?

Cette imposition est-elle pour l'année 1924 écoulée, ou pour l'année 1925 à venir ?

Dr R.

Réponse.

La patente calculée sur la valeur locative du garage où vous remisez les voitures servant à l'exercice de votre profession est exacte.

Nous pensons qu'il s'agit de la patente établie au titre de l'année 1924. Cette indication doit d'ailleurs être portée en tête de l'avertissement.

A. M.

---

643. — Impôt payable sur deux voitures mises successivement en circulation

Le 3 courant, j'ai conduit chez mon garagiste une 5 CV. Citroën usagée, pour laquelle j'ai naturellement payé l'impôt du 1er trimestre 1925.

J'ai ramené une 5 CV. Citroën neuve.

Mon garagiste me dit qu'il va réparer ma vieille voiture et ne pas la remettre en circulation *avant le 1er avril.*

(Voir la suite page XLVII-765)

PROPOS DU JOUR

Xénophobie regrettable.

Un de nos lecteurs, étranger d'origine, mais naturalisé français avant la guerre, qui a fait pendant cette dernière tout son devoir de bon Français, nous fait part, non sans indignation, d'un incident qui se serait produit dans une Société médicale dont il faisait partie. Le petit fait qu'il nous signale dénote une mentalité bien regrettable chez certains confrères qui, se croyant des ultra-patriotes, desservent, déplorablement à notre avis, les intérêts de leur profession et de leur pays.

A cette société, qui est de bien petite importance, le renouvellement des membres du bureau était à l'ordre du jour. L'on proposa comme candidat un confrère, très honorable et estimé de tous, mais d'origine étrangère bien que naturalisé français longtemps avant la guerre. Or, il se trouva quelqu'un pour protester et donner comme argument qu'« un médecin étranger ne peut pas faire partie du bureau d'une société ». Devant cette affirmation péremptoire, personne n'osa se récrier et la candidature du médecin d'origine étrangère, mais naturalisé, se trouva écartée. Cet incident, d'importance infime, ne mériterait guère d'être signalé s'il ne dénotait une fâcheuse tendance à vouloir créer en France deux catégories de citoyens. Cette tendance relève d'un esprit étroit de faux nationalisme qui est contraire au texte et à l'esprit de nos lois, et qui est en désaccord avec les qualités de générosité, d'hospitalité et de courtoisie qui sont unanimement reconnues à ceux qui sont de race et d'éducation bien françaises.

Le Code civil qui, sur ce point, a été modifié par la loi du 26 juin 1889 et le décret du 13 août 1889 qui porte règlement d'administration publique en ce qui concerne l'application de cette dernière loi, fixent les conditions dans lesquelles la naturalisation française peut être accordée. La naturalisation est donnée par un décret du Président de la République qui peut la refuser, ou ne l'accorder que conditionnellement. Mais une fois naturalisé, l'étranger devient un Français qui jouit de cette qualité dans toute sa plénitude et peut en exercer tous les droits. Il n'y a qu'une restriction, c'est que le nouveau français ne peut être *éligible* à la Chambre ou au Sénat que dix ans après le décret qui l'a naturalisé ; encore peut-il être déclaré éligible par une loi. Les membres d'une société, même médicale peuvent, lors du renouvellement du bureau, voter ou ne pas voter, selon leur caprice, pour ou contre un naturalisé, mais ils ne peuvent inscrire dans les statuts de leur association qu'un sociétaire naturalisé Français ne peut de ce fait être élu membre du bureau.

Laissons-là, si vous le voulez bien, le point de vue juridique, où notre compétence est d'ailleurs bien restreinte et qui du reste nous importe peu. Ce qui nous intéresse, c'est d'examiner si la xénophobie telle que l'a manifestée la petite société dont se plaint notre lecteur, est utile ou dangereuse au corps médical français. Faisant abstraction de tout argument de sentiment, nous allons examiner la question le plus objectivement possible en ne nous préoccupant que des *seuls intérêts matériels* du corps médical.

Il existe, surtout dans les grandes villes, un nombre appréciable de médecins, nous ne dirons pas d'origine étrangère, mais absolument étrangers qui, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine français, ont *légalement* le droit d'exercer la médecine en France. A Paris, le nombre de ces médecins étrangers doit dépasser plusieurs centaines et il en est certainement plus d'un millier en France. Cet état de choses est-il favorable à notre pays ? Par réciprocité, les médecins français jouissent-ils à l'étranger des mêmes avantages ? Ce sont là d'autres questions à examiner, mais nous nous trouvons en présence d'un fait bien réel, c'est qu'en France, de nombreux médecins étrangers, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine sont, soit du fait de leur naturalisation, soit par le seul fait du diplôme qui leur a été délivré, autorisés légalement à exercer sur le territoire français.

En présence de cette situation quelle doit être, dans son propre intérêt la conduite du corps médical ? Il peut, s'il le veut, refuser toutes relations professionnelles avec ces confrères, les mettre à l'index, les boycotter. Le résultat ne se fera pas attendre : comme toutes les minorités persécutées, les médecins étrangers se grouperont pour se défendre et, avec l'aide de leurs compatriotes non médecins, soutenus et protégés par les agents diplomatiques ou consulaires de leurs pays respectifs, appuyés par les personnalités ou les collectivités qui ont intérêt à

diminuer la considération et la puissance du corps médical, ils deviendront un groupe de dissidents important et redoutable. Déliés, par le fait même de l'ostracisme dont ils auraient été frappés, de tous devoirs de confraternité, débarrassés ainsi de toutes règles déontologiques, ces parias pourraient se livrer contre leurs confrères français à une concurrence déloyale contre laquelle ces derniers seraient absolument désarmés.

C'est pour éviter cette fâcheuse dissidence que, sur notre proposition, quelques années avant la guerre, le Syndicat des médecins de la Seine modifia ses statuts et admit les étrangers dans son sein. Les statuts anciens portaient que pour faire partie du Syndicat, il fallait être français ou naturalisé français, véritable pléonasme puisque le naturalisé est devenu français et jouit de tous les droits du citoyen français. Les statuts modifiés exigèrent seulement que les candidats fussent pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur permettant d'exercer légalement en France. La loi syndicale française permet aux étrangers d'entrer dans un Syndicat, elle leur refuse seulement le droit de faire partie du Conseil d'administration. Admis dans le syndicat, le médecin étranger est considéré comme un confrère ; c'est un avantage indiscutable pour lui qui est mis sur le même pied que tous les autres médecins, mais cet avantage a pour conséquence d'obliger le médecin étranger à respecter les statuts du Syndicat, à se plier aux règles de déontologie et aux coutumes du corps médical français, à reconnaître la juridiction des Conseils de famille. Il est donc, du fait de son admission dans le syndicat, mis dans l'obligation d'agir en bon confrère.

A l'époque actuelle, où le corps médical français a besoin d'une étroite cohésion pour résister aux tentatives dont le but est de fonctionnariser notre profession ou de faire, ce qui est pis, du médecin un salarié sans indépendance, est-il prudent d'aller augmenter le groupe des dissidents d'un nombre appréciable de médecins étrangers qu'un accueil confraternel de notre part maintiendrait dans les bornes de la correction et de la solidarité professionnelle ? Sommes-nous donc si sûrs de la puissance de notre cohésion pour accroître sans raison avouable le nombre de nos ennemis ?

J. Noir.

Une Perle administrative.
Une conception hiérarchique de l'hygiène dans un Ministère.

Dans le Ministère de ... mettons, si vous le voulez, « de la Hiérarchie Administrative » fonctionne un Office dont le Président et le Secrétaire ne sont pas administrateurs et connaissent mal l'importance des rites administratifs. Comme les dames employées, chargées du travail du secrétariat de l'Office, étaient installées dans une pièce mal aérée et chauffée par un antique poêle en fonte qui distillait en quantité de l'oxyde de carbone et d'autres gaz toxiques, que plusieurs de ces employées furent sérieusement indisposées et certaines réellement malades, le Secrétaire crut devoir réclamer au service du matériel le changement du poêle en fonte à charbon contre un soêle à bois. Voici les passages les plus intéressants de la réponse officielle qui fut faite à cette réclamation :

« Lors de l'installation (de l'Office), la pièce X fut spécialement aménagée pour recevoir M. le Président et le secrétaire (mobilier acajou, tapis, poêle à bois, etc...), la pièce Y ne devant être occupée que par des agents auxiliaires.

Dans ces conditions, il ne paraît pas possible de remplacer cet appareil (le poêle à émanations d'oxyde de carbone des employées auxiliaires) par un poêle à bois dont le modèle est *exclusivement réservé à Messieurs les Directeurs et Chefs de Bureau.*

La quatrième Direction, tout en observant les règles d'hygiène indispensables, et soucieuse de donner à son personnel un maximum de confort en rapport avec les crédits mis à sa disposition, *ne peut cependant, par crainte de créer un précédent, accorder à des employées auxiliaires les mêmes avantages qu'aux hauts fonctionnaires* (sic). »

Heureusement pour les employées de l'Office, il se trouva au ministère ... de la *hiérarchie administrative*, de hauts fonctionnaires qui firent comprendre à la quatrième Direction tout ce que son souci de ne pas créer un précédent et de sauvegarder les avantages que conférait la hiérachie aux hauts fonctionnaires, avait de ridicule et d'odieux quand il s'agissait d'hygiène.

Le « *poêle à bois dont le modèle est exclusivement réservé à MM. les Directeurs et Chefs de Bureau* » fut, malgré le respect de la hiérarchie, substitué au poêle à charbon émettant des vapeurs toxiques, seul destiné aux agents auxiliaires. Les dames employées de l'Office cessèrent d'être intoxiquées et bien que, sur ce point, elles aient joui des mêmes avantages que MM. les hauts fonctionnaires, le Ministère... de la Hiérarchie administrative continua à travailler et la République ne fut pas pour cela proclamée en danger.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE (1)

Par Albert VAUDREMER,

Maître de conférences aux Hautes-Etudes.

II

Fin du Dualisme.

A Grancher revient le mérite d'avoir mis fin aux discussions poursuivies depuis Laënnec sur l'immunité de la tuberculose.

Dans un premier mémoire publié par les *Archives de Physiologie normale et pathologique*, sous ce titre : « Etude sur la tuberculose et la pneumonie caséeuse », Grancher, étudiant comparativement la structure d'une granulation tuberculeuse et d'un noyau de pneumonie caséeuse, montra l'analogie de ces deux lésions, si dissemblables d'apparence. L'année suivante, dans sa thèse, l'auteur affirma l'unité de la phtisie. Pour le faire, il s'appuya sur ses propres recherches, sur celles de Hérard et sur les leçons de Charcot.

Ces travaux ont encore aujourd'hui un intérêt autre que celui de la seule documentation scientifique. Ils constituent par leur rigueur déductive un modèle pour les cliniciens et les travailleurs de laboratoire. C'est donc faire œuvre utile que les exposer avec quelques détails.

Dès 1867, Hérard en étudiant la pneumonie caséeuse avait résisté au dualisme de Virchow. Sur ce terrain la lutte était vive entre les partisans du dualisme et ceux de l'unicisme. Buhl et Niemeyer niaient la présence de la granulation dans la pneumonie caséeuse et se montraient sur ce point plus absolus que Virchow lui-même. Pour eux, si la pneumonie et la granulation coexistent, ce n'est que par hasard : et, dans ce cas, la granulation n'est qu'un épiphénomène.

Hérard, repoussant cette doctrine, montrait que les inflammations tuberculeuses, aboutissant à la caséification, sont : « le plus souvent mélangées de granulations » qui provoquent la pneumonie caséeuse. Si les granulations ne coexistent pas avec la pneumonie caséeuse, c'est que, modifiées dans leur aspect et leur structure, elles ont disparu au milieu du foyer caséeux apparu secondairement. Hérard avait trouvé, pour le soutenir dans cette discussion, les maîtres de la clinique française, membres à cette époque de l'Académie de médecine : Chauffard, Pidoux, Barth, Béhier, Briquet.

Dans la discussion ouverte à l'Académie en 1867, sur cette question, tous affirmaient l'identité de provenance de la granulation et de la pneumonie caséeuse.

Cette discussion avait lieu un an après la découverte de Villemin, mais nous montrerons plus tard que cette découverte n'avait pas été acceptée sans résistance par les médecins. Ceux-ci n'étaient pas préparés par les doctrines régnantes à la formule expérimentale et l'anatomie pathologique, science nouvellement née, occupait surtout leurs esprits.

De plus, on voyait, alors, comme nous l'avons revu il y a quinze ans, une admiration, sans contrôle, de la science allemande toute pénétrée de la doctrine dualiste. C'est contre cet esprit, tout autant que contre cette doctrine, inacceptables pour les observateurs attentifs, que, après Hérard, vinrent se liguer Grancher, et Charcot.

Les deux mémoires de Grancher dont nous avons indiqué la source bibliographique, couvrent 80 pages. Le texte en est donc bref, mais les faits y sont exposés d'admirable manière. Nous regrettons de ne pouvoir respecter la forme du maître mais nous nous efforcerons de ne pas en altérer le sens.

Sachant quelles objections il allait soulever, et voulant les combattre d'avance, Grancher limita ses recherches aux lésions pulmonaires. Pour mieux se faire comprendre du lecteur il fit précéder son travail anatomo-pathologique et clinique d'un exposé anatomique pur.

Dans ce travail on suit avec l'auteur les ramifications successives des bronches, la naissance des bronchioles jusqu'à leur terminaison dans le sac alvéolaire terminal ou « *infundibule* ». Les infundibules composent l'acinus ; *les acini* composent le lobule ; *les lobules* composent les lobes qui forment le poumon.

Or, les éléments vasculaires suivent rigoureusement les ramifications bronchiques, à ce

(1) Voir *Concours Médical*, 1925, nº 5, 1er fév.

◆◆

point qu'on pourrait leur donner le nom des divisions bronchiques même dont ils sont les satellites.

Mais, de même que la bronchiole acineuse est terminale, de même, est terminale l'artère pulmonaire qui accompagne la bronche dans le lobule.

Cette artère ne s'anastomose pas avec celle d'un lobule voisin, de sorte que la circulation collatérale est ainsi impossible si la bronchiole et l'artériole lobulaires sont privées d'air et de sang. L'apoplexie pulmonaire, les collapsus, les infarctus, certaines pneumonies, sont gouvernés par cette disposition anatomique.

Nous complèterons ce résumé schématique d'anatomie topographique pulmonaire en rappelant le procédé des coupes employé par Charcot pour l'étude du lobule pulmonaire. Ce procédé repris par Grancher consistait à étudier le lobule sur une série de coupes parallèles entre elles et perpendiculaires à l'axe de la bronche centrolobulaire. Vu ainsi, le lobule apparaît sous une forme polygonale dans laquelle on distingue une *zone centrale* composée d'une bronche et d'une artère réunies par une gangue de tissu conjonctif. Ce tissu emprisonne dans ses mailles un lacis abondant de vaisseaux lymphatiques. En s'éloignant du pédicule lobulaire central ainsi constitué, on rencontre la *zone intermédiaire du lobule* composée par la coupe des infendibules. « Des fibres de tissu conjonctif rayonnant du centre à la périphérie, séparent les acini *et portent les* vaisseaux sanguins et lymphatiques ». A la périphérie de la coupe on aperçoit l'*espace interlobulaire* composé par du tissu conjonctif, les veines pulmonaires et de nombreux vaisseaux lymphatiques.

La communication entre l'artère pulmonaire centrale et les veines pulmonaires périphériques est assurée par les anastomoses établies entre les capillaires afférents ou efférents de ce double système artério-veineux. Ceux-ci sillonnent la surface des infundibules, sous l'épithélium pulmonaire.

Les veines issues de ce réseau capillaire suivent une direction centrifuge par rapport à l'axe du lobule. Parvenues à l'espace périlobulaire les veines forment des confluents auxquels aboutissent d'autres veines venues des lobules voisins.

Il existe donc une communication veineuse, alors qu'il n'existe pas de communication artérielle interlobulaire.

Tous ces éléments sont en connexion étroite avec un système lymphatique très abondant qui les moule dans toute leur étendue.

Ce système est composé de lacunes périartérielles et de vaisseaux anastomosés entre eux. Les lymphatiques du système pulmonaire aérien et ceux du système vasculaire communiquent largement et, une communication très perméable existe même entre les lymphatiques de la plèvre pariétale, ceux du parenchyme pulmonaire et ceux de la plèvre viscérale.

En reprenant les recherches anatomiques de Charcot, qui viennent d'être résumées, Grancher fait remarquer que cette disposition des lymphatiques établit entre des lobules très éloignés les uns des autres, un lien de circulation et de nutrition très intime. A cette remarque on peut ajouter aussi que la circulation lymphatique pleuro-pulmonaire permet de comprendre les rapports morbides si souvent constatés entre les lésions tuberculeuses pleurales et les lésions parenchymateuses de même nature.

Le Tubercule.

« La tuberculose est une néoplasie fibro-caséeuse, nodulaire, caractéristique d'une maladie infectieuse ». Telle était la définition de Grancher.

On sait, écrivait-il, que cette maladie, quand elle s'attaque aux poumons peut être schématisée sous trois grandes formes cliniques :

La forme aiguë ou pneumonique ;

La forme lente ou commune ;

La forme suraiguë ou granulique.

La marche clinique de ces formes est trop connue pour qu'il soit nécessaire de les indiquer ici. Mais il importe de rappeler les caractères anatomo-pathologiques attribués à chacune d'elles par l'école française au temps de Grancher et de Charcot.

Lésions anatomo-pathologiques dans la pneumonie tuberculeuse.

Les poumons prélevés sur des individus morts de pneumonie tuberculeuse à marche rapide présentent des lésions comparables dans tous les cas étudiés.

Un lobe, le plus souvent le lobe supérieur d'un des deux poumons, présente une masse caséeuse, jaune grisâtre, lisse à la coupe, marbrée et friable. Dans cette masse on peut voir des petites pertes de substance.

Le parenchyme pulmonaire situé au-dessous du foyer caséeux est infiltré de petites masses blanchâtres, uniformes, ovoïdes ou rondes, tranchant par leur couleur sur le fond rose du parenchyme lui-même. Enfin sur un plan plus éloigné encore de la lésion massive on aperçoit dans le tissu pulmonaire encore aéré, des granulations semblables à celles qui viennent d'être décrites, mais celles-ci sont, là, relativement isolées.

Si la marche de la maladie a été quelque peu lente, ce dernier aspect n'existe plus : les granulations sont devenues confluentes.

Les différences observées entre les trois étages pulmonaires, différences provenant de l'âge des

lésions avaient bien été vues et décrites par Laënnec.

Histologiquement la lésion massive caséeuse du sommet et les lésions des territoires moins envahies sont composées d'éléments semblables.

La lésion massive est formée d'une masse centrale caséeuse et d'une zone embryonnaire périphérique. Autour de ces lésions, le tissu pulmonaire présente des altérations du type pneumonique.

Dans la masse caséeuse, on distingue, parfois, une masse jaune centrale correspondant aux vestiges d'une bronchiole et d'un vaisseau qui l'accompagne. Ces deux éléments, sièges de la lésion centrale, ont été détruits les premiers et, sur les préparations, seules apparaissent encore les coupes d'alvéoles et de veines. Dans la lésion caséeuse on trouve en outre des reliquats d'autres éléments bronchiques et artériels, reliquats des lobules infectés par voisinage et fondus dans une gangue commune. Les altérations périphériques se rattachent à la lésion pneumonique. Le développement de celle-ci correspond à une néoformation irritative. La bronche est le plus souvent déjà profondément altérée quand l'artère voisine et les alvéoles sont encore peu lésées : « un afflux cellulaire obture la lumière de ce conduit, dissocie ses tuniques, infiltre le tissu conjonctif périphérique et forme un nodule ». Les parois bronchiques sont infiltrées de cellules embryonnaires provenant de la multiplication des cellules conjonctives et de la diapédèse des globules blancs. Les fibres musculaires subissent une modification pareille. Elles se gonflent, leurs noyaux se divisent et la régression granulo-graisseuse apparaît. Les fibres élastiques plus résistantes perdent leurs connexions et demeurent apparentes. A ce moment le rôle de soutien dévolu aux éléments élastiques étant terminé la substance caséeuse ramollie va être éliminée. Les vaisseaux lymphatiques vont à leur tour être englobés dans la nécrose : leur endothélium devient granuleux et se confond dans une masse désintégrée infiltrant les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif péribronchique. Les vaisseaux sanguins, artéro-pulmonaires et les vaisseaux satellites de la bronche subissent le même sort que les autres éléments constituant le lobule. L'endothélium de la tunique interne se détache et dans la lumière du vaisseau, se forme un caillot qui l'obture.

Quand le tubercule a atteint ce degré de ramollissement les cavités vasculaires et bronchiques, leurs parois, les alvéoles et le tissu conjonctif, sont infiltrés de cellules, « qui d'abord vitreuses et conjonctives, subissent peu à peu la désintégration granuleuse et entraînent dans leur chute, toute cette partie du poumon qui a cessé de se nourrir ».

C'est le stade de nécrobiose dans lequel interviennent, d'abord, les substances nécrosantes du germe infectieux et plus tard, les oblitérations vasculaires.

Autour de ces foyers nécrosés centraux, sont rassemblées des cellules embryonnaires qui l'entourent d'une zone, discontinue le plus souvent, faisant corps avec la lésion centrale elle-même.

Cette zone est constante : on la rencontre dans les tubercules microscopiques isolés et dans les masses agglomérées de ceux-ci. Dans ces masses, on peut encore distinguer des restes plus ou moins altérés, qui signalent l'existence des tubercules centraux, éléments fragmentaires de la masse agglomérée ; les cellules embryonnaires, disposées en couches d'épaisseur variable, naissent, « ou apparaissent », dans le tissu conjonctif périvasculaire, péribronchique ou alvéolaire, riche en lymphatiques. Elles forment d'abord des séries linéaires, puis se disposent en amas. Bientôt la substance conjonctive se résorbe et il n'existe plus « qu'un tissu de cellules ».

Si le développement de la lésion est rapide, les cellules embryonnaires subissent la dégénérescence caséeuse et vont grossir le foyer central. Si, au contraire, ce développement est lent, s'il dure des mois, les cellules embryonnaires suivant une voie régressive, retournent au tissu conjonctif d'où elles viennent.

On assiste ainsi au *processus fibreux*, mais ce processus tout autant que le processus caséeux, appartient à la tuberculose ; comme lui appartient, en fin de compte, le *processus scléreux* que l'on connaît aujourd'hui. Ce qu'il importe de savoir c'est que la zone embryonnaire peut être une cause d'extension de tubercule si elle se laisse attaquer et si elle devient un élément surajouté à la masse caséeuse qu'elle entoure : mais qu'elle peut aussi être une barrière à cet envahissement caséeux et en limiter la marche.

C'est entre cette zone et la masse caséeuse que se rencontrent les cellules, spécifiques de la lésion tuberculeuse : « Les cellules géantes » de Langherans.

Cet auteur, le premier, a vu ces éléments particuliers, qu'il a décrits, en 1868, dans les *Archives de Virchow*. Les cellules géantes apparaissent sans déformations et avec tous leurs caractères dans les granulations tuberculeuses fines, surtout dans celles de la plèvre et du péritoine, pendant le temps où ces granulations résistent à la nécrose caséeuse.

Dans ces conditions, on trouve à la limite interne de la zone des cellules embryonnaires, de grandes cellules multinucléaires, parfois rares, parfois nombreuses, pouvant atteindre une dizaine d'éléments. Ces cellules sont rondes ou ovoïdes, et limitées par un contour plus ou moins résistant. La plupart émettent des prolongements multiples dont certains sont ramifiés. Le

protoplasma cellulaire est finement granuleux. Les noyaux sont très nombreux ; ils siègent à la périphérie du corps cellulaire et y forment une couche unique ou quelquefois deux ou trois couches superposées.

Les cellules géantes peuvent atteindre un diamètre de 0.2 à 0.3 millimètres ; quand elles atteignent ces dimensions, elles sont visibles à l'œil nu. Charcot a défini le rôle de ces cellules en enseignant qu' « elles sont à la fois, les témoins de l'activité du processus et l'avant-garde de la dégénérescence caséeuse ».

La clinique et l'anatomo-pathologie nous enseignent que la tuberculose pulmonaire, même mortelle, présente au cours de son évolution des transformations fibreuses. C'est cette constatation qui avait permis à Grancher de définir cette maladie sous le terme de « néoplasie fibrocaséeuse ».

Si l'évolution fibreuse l'emporte sur l'évolution caséeuse, le pronostic perd de sa gravité, tout au moins immédiate. Une barrière est dressée devant l'envahissement caséeux. Dans le cas contraire, la nécrose progresse aux dépens de la zone embryonnaire.

Tous ces désordres peuvent être schématisés sous la forme suivante :

La lésion tuberculeuse élémentaire typique est constituée par un follicule. Ce follicule tuberculeux comprend trois zones concentriques : la cellule géante, les cellules épithélioïdes et les cellules embryonnaires. Les granulations tuberculeuses et les gros tubercules sont composés d'un nombre variable de follicules élémentaires entourés et réunis par une ceinture de petites cellules.

Ces néoformations ne se développent pas sans provoquer un retentissement considérable sur le tissu pulmonaire qui les environne. Ce tissu présente les traces d'une réaction épithéliale. Les capillaires sont turgescents, l'épithélium alvéolaire est gonflé et granuleux et des cellules se détachent qui tombent dans l'alvéole ; quand la lésion est plus avancée, ces éléments perdent leurs caractères et sont difficilement reconnaissables.

Si rien ne vient entraver l'évolution caséeuse tous ces tissus nécrosés subiront la transformation caséeuse comme le reste des éléments primitivement atteints et viendront grossir la masse préexistante.

Toute lésion tuberculeuse, si petite soit-elle, provoque ces phénomènes pneumoniques : l'étendue seule de celle-ci est variable et liée à la marche de la lésion spécifique elle-même. Pourtant cette extension semble être surtout vraie pour la lésion centrale du parenchyme pulmonaire. Nous savons en effet que les lésions centrales accompagnées de réaction pleurale ne suivent pas d'une façon aussi continue la marche envahissante pneumonique que nous venons de décrire. Cette *pneumonie de nature tuberculeuse n'a pas, à son début, le caractère folliculaire.* Celui-ci n'apparaîtra que secondairement. C'est là un point important que nous tenons à signaler et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir plus tard, quand nous aborderons l'étude de la tuberculose non folliculaire.

Les lésions que nous venons de décrire correspondent à la pneumonie caséeuse, rencontrée si souvent en clinique.

Lésions anatomo-pathologiques dans la phtisie aiguë.

Dans la phtisie aiguë, il n'en est plus absolument de même. L'élément central « folliculaire » apparaît encore, mais les tubercules qu'il provoque ne sont plus rapidement nécrosés et transformés en masse caséeuse. *Ils conservent plus longtemps l'aspect de la granulation grise, demi-transparente de Laënnec,* ils remplissent le poumon dont le parenchyme est congestionné, mais encore aéré et crépitant ; toutefois ce parenchyme peut être tellement envahi par les granulations que ses éléments disparaissent sous la néoplasie.

Les granulations miliaires sont disséminées dans l'intérieur du lobule et dans l'espace interlobulaire. L'infection est ici non plus bronchique, mais vasculaire et les vaisseaux lymphatiques semblent être le siège de l'envahissement mitral. Grancher a vu les tubercules « se semer un à un dans les espaces interlobulaires et circonscrire ainsi la base des lobules ».

Si l'on se rappelle, les larges anastomoses lymphatiques intrapulmonaires que nous avons décrites, on comprend aisément la propagation de l'ensemencement des tubercules dans toute l'étendue du parenchyme.

Dans *la granulation demi-transparente,* la zone des cellules embryonnaires est très développée, les granulations ont une tendance plus expansive que nécrosante et l'action toxique de l'infection est plus intense sur l'ensemble de l'organisme.

Quand la guérison du tubercule pneumonique se réalise, elle survient par transformation *fibreuse* de la couche embryonnaire et transformation calcaire de la masse caséeuse. Quand le tubercule miliaire guérit (et Grancher estimait que cette heureuse conclusion survient plus souvent qu'on ne le croit) il le fait par transformation *scléreuse* : « Toute granulation qui se développe lentement devient fibreuse et guérit, c'est-à-dire se transforme en un produit anatomique scléreux et inoffensif ».

La réaction défensive, à forme conjonctive du tubercule gris, est rapide ; au début quand apparaît le tubercule embryonnaire initial on ne saurait prévoir si celui-ci évoluera vers la forme de la granulation jaune à centre caséeux précoce,

qui plus tard donnera naissance à la pneumonie caséeuse ; mais, rapidement, on voit l'organisation périphérique de la couche embryonnaire apparaître : elle sera suivie de la transformation conjonctive. Cliniquement les deux formes peuvent coïncider de la pneumonie caséeuse et de la zone infiltrée des tubercules miliaires demi-transparents évoluant vers la sclérose, mais, maintes fois ces deux formes se développent à l'exclusion l'une de l'autre.

On a cherché à savoir à quelle influence obéissaient ces deux marches différentes de la maladie ; nous dirons plus tard l'essentiel des recherches qui ont été poursuivies dans ce sens.

En tout cas, les seuls renseignements cliniques ne peuvent nous l'apprendre. Nous ne savons pas, en vérité, si tel tuberculeux guérira ou non ; et le pronostic grave que nous sommes obligés de porter devant des lésions avancées ayant tous les caractères d'une évolution irrémédiable, est parfois erroné. Il est un fait, pourtant, que les cliniciens qui voient beaucoup de tuberculeux savent ; ce fait est que : *Tout malade qui pendant deux ans, résistera, sans trop d'incidents, guérira le plus souvent.* Pourquoi ce délai, nous l'ignorons, mais il est habituel et ce n'est pas là une des moindres surprises que la tuberculose ménage au médecin.

Lésions anatomo-pathologiques dans la tuberculose commune.

Grancher a tracé un tableau saisissant de la tuberculose chronique qu'il est intéressant de relire.

« Un individu de 20 ou 30 ans s'enrhume et sa bronchite ne guérit pas facilement, car pendant deux ou trois mois la toux et les crachats persistent.

« Cependant l'été arrive et la bronchite disparaît; mais aux premières brumes de l'hiver, elle renaît et cette fois pour ne plus cesser. La toux devient opiniâtre, les crachats sont abondants, et muco-purulents, mais l'appétit se maintient ; les digestions sont bonnes, et l'intestin fonctionne normalement.

« Bientôt, le malade se trouve un peu affaibli, le soir, après sa journée de travail ; il est moins gai, moins alerte et ressent un peu de fièvre. La nuit, des sueurs abondantes le fatiguent.

« Il se repose quelques jours et les forces semblent revenir. Mais il faut reprendre le travail : la maladie poursuit sa marche, les lésions pulmonaires s'aggravent et deviennent incurables.

« La santé générale qui n'avait éprouvé que de légères atteintes, s'altère rapidement, et le malade pâlit et maigrit. L'appétit s'en va et la toux s'exaspère en violentes quintes qui provoquent des vomissements alimentaires. Depuis quelque temps déjà, les digestions sont moins actives, et la diarrhée ne tarde pas à survenir. Alors la fièvre est continuelle, avec exacerbations vespérales, les sueurs nocturnes sont profuses et fébriles, les forces baissent chaque jour, et après quelques alternatives de mieux et de pire, le patient succombe hectique et fébricitant. La maladie a duré, terme moyen, de un à trois ans ».

Qui de nous pourrait ajouter ou retrancher un mot à ce tableau clinique. Même aujourd'hui, malgré les moyens thérapeutiques dont nous disposons, c'est encore ainsi que trop souvent nous voyons évoluer la tuberculose pulmonaire, en demeurant impuissants à y modifier quoi que ce soit.

Chez l'homme qui a succombé ainsi, on trouve des lésions généralisées dans toute l'étendue des deux poumons.

Les feuillets pleuraux, épaissis en totalité ou par places, ont contracté des adhérences dont le siège, la résistance et le nombre varient.

Le larynx est le plus souvent œdématié, infiltré ou ulcéré, au niveau des aryténoïdes ou des cordes vocales. Les bronches sont enflammées et parfois ulcérées. Les bronchioles fines sont oblitérées. Autour des cavernes apicales le tissu pulmonaire est grisâtre et ardoisé. Sur un plan inférieur à cette lésion massive, on trouve des blocs ou des îlots bronchopneumoniques. Dans les régions moins envahies on rencontre, disséminés, des îlots emphysémateux, atélectasiés ou seulement congestionnés. A la périphérie de l'organe pulmonaire apparaissent des granulations moins confluentes, visibles parfois à travers le feuillet pariétal, au point où celui-ci est encore translucide.

L'intestin grêle est souvent le siège de granulations et de lésions ulcéreuses annulaires recouvertes d'un enduit grisâtre. Les ganglions médiastinaux et trachéobronchiques, les chaînes récurrentes parasternales, les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et parfois caséeux. On constate enfin une pléiade ganglionnaire généralisée aux plis inguinaux et aux creux axillaires. Les chaînes cervicales sont prises et, avec elles les ganglions sus-claviculaires. Dans toutes les lésions splanchniques on rencontre les altérations parenchymateuses, bronchiques, vasculaires que nous avons longuement décrites précédemment. Pourtant, parmi ces lésions, certaines, pouvant remonter à plusieurs années, nécessitent une description plus complète. Les cavernes sont de celles-là. Leur nombre est variable. Leurs dimensions sont différentes. Les unes petites pourraient être appelées carvernules ; d'autres peuvent atteindre de 2 à 30 centimètres et même davantage. Elles sont totales ou séparées en loges par des brides fibrovasculaires, dont la rupture peut amener l'hémorragie foudroyante. Leurs parois sont rugueuses, végétantes, ou lisses. Ces cavernes peuvent être

◆◆◆

sèches, ou contenir un liquide séropurulent ou franchement puurlent. Elles sont parfois limitées par une mince lame de tissu parenchymateux. Cet aspect est celui des cavernes volumineuses qui ont détruit une vaste étendue du tissu pulmonaire.

Plus petites, elles ont une paroi fibreuse dont l'épaisseur peut atteindre 2 ou 3 centimètres. Nous avons vu précédemment par quel mécanisme se forme cette paroi dont le développement a été lent.

Plus la caverne est volumineuse, plus le liquide qu'elle contient est fluide et moins il est abondant.

La destruction des éléments, aux dépens desquels les granulations se forment, fait comprendre pourquoi, au niveau des parois de la caverne, on ne rencontre que très peu de granulations. Celles-ci en revanche sont nombreuses au pourtour de l'excavation.

Lésions anatomo-pathologiques de la phtisie chronique.

Tous, nous connaissons ce vieux tousseur, emphysémateux, scléreux, dont le système cardio-vasculo-rénal est altéré. Ces malades, parfois atteignent un âge avancé, après avoir vu mourir autour d'eux leurs enfants et leurs proches qu'ils avaient contaminés.

A l'autopsie de ces tuberculeux chroniques, on trouve, le plus souvent, des pachypleurites étendues. La symphyse des feuillets pariétaux et viscéraux est parfois inséparable : ces adhérences peuvent s'étendre aux deux poumons et les faire adhérer à la paroi costale, au diaphragme et au péricarde.

Le parenchyme pulmonaire est sillonné de tractus scléreux, qui lui donnent un aspect réticulé, dans lequel les alvéoles enserrés sont détruits ou dilatés selon la place qu'ils occupent dans le réticulum lui-même. Les parois alvéolaires sont détruites en grande partie, non seulement par le réticulum scléreux, mais encore par un processus sclérosant, qui appartient en propre au bacille tuberculeux lui-même. Enfin nous en aurons terminé avec cet exposé en rappelant que la phtisie chronique est souvent accompagnée de bronchectasies.

On s'est demandé si ces bronchectasies étaient dues directement à l'infection tuberculeuse et aux lésions bronchiques que nous la savons susceptible de déterminer ; ou si ces bronchectasies procédaient de troubles parenchymateux chroniques d'origine toxique.

C'est *un point* sur lequel nous reviendrons en étudiant les manifestations *tuberculeuses* non folliculaires.

Il nous a paru intéressant de rappeler ces données anatomiques générales et un peu schématiques aux médecins cliniciens pour lesquels nous écrivons. Si peu précis que paraissent aujourd'hui ces travaux, déjà anciens, ils suffisent pourtant à faire revivre le minimum des souvenirs d'études lointaines, sans lesquelles il est impossible de pratiquer une auscultation utile. Pour bien démêler la nature des signes objectifs d'une tuberculose pulmonaire, il est en effet nécessaire de pouvoir relier ceux-ci aux désordres anatomiques dont ils proviennent. La modification des vibrations thoraciques, la submatité à la percussion, les souffles doux ou vibrants, bronchiques ou bronchoparenchymateux ; toutes ces sensations, tous ces sons et ces bruits que nous donnent à la main, aux doigts ou à l'oreille, l'étude d'un poumon, doivent se transformer inconsciemment en une sensation quasi visuelle que viendra compléter, confirmer ou corriger la radioscopie.

Ce travail cérébral ne peut s'effectuer que si nous connaissons l'anatomie normale du poumon et les désordres qu'y peuvent produire les différents stades et les différentes formes de l'infection tuberculeuse.

Nous nous sommes donc borné jusqu'ici à transcrire ce qu'avaient vus des hommes qui ont été les maîtres de beaucoup d'entre nous. Leurs recherches leur avaient permis d'édifier la doctrine de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose, maladie généralisée, à une époque où l'on discutait encore sur l'existence même de la maladie. Certains d'entre nous, qui ont été les élèves de Grancher et de Charcot, en sont restés au point où nos maîtres avaient laissé la question.

La doctrine de cette époque a été résumée par Gougerot dans son livre sur la « Bacillo-tuberculose non folliculaire » dans les termes suivants: « La tuberculose, cliniquement, est une maladie toujours grave, consomptive, très rarement curable (définition hippocratique) ; anatomiquement le *syndrome phtisique* a pour substratum le tubercule ou l'infiltration de Laënnec, lésions toujours destructives (définition de Laënnec) ; histologiquement toutes ces lésions se réduisent au follicule (définition de Grancher et Charcot) ; ces produits tuberculeux sont inoculables et virulents (définition de Villemin) ; ils renferment le bacille (définition de Koch). On aboutit ainsi à un type complexe, mélange de tous les types anciens : type hippocratique, complété par les deux types de Laënnec, unifié par le type histologique du follicule, éclairé par les découvertes de Villemin et de Koch.

Telle était la définition classique de la tuberculose vers 1880-1884, définition qui va régner jusqu'à nos jours (1) ».

Pour incomplètes qu'eussent été ces conceptions, elles n'en avaient pas moins contribué à susciter des recherches qui avaient abouti aux

(1) Ces lignes ont été écrites en 1907.

deux découvertes éclatantes de Villemin en 1865, et de Koch en 1883.

Découverte de Villemin.

Le 5 décembre 1865, Vilemin se présenta devant les membres de l'Académie de médecine pour leur donner lecture d'une note brève, dans laquelle il concluait à la contagiosité de la tuberculose. Dans sa communication, Villemin vint affirmer que : « La tuberculose est l'effet d'un agent causal spécifique, d'un virus. Cet agent morbide doit se retrouver, comme ses congénères, dans les produits morbides qu'il a déterminés par son action directe sur les éléments normaux des tissus affectés. Introduit dans un organisme susceptible d'être impressionné par lui, cet agent doit donc se reproduire et reproduire en même temps la maladie dont il est le principe essentiel et la cause déterminante. L'expérimentation est venue confirmer les données de l'Induction ».

Ces prémisses ayant été énoncées et après l'exposé des expériences qui lui en avaient démontré l'exactitude, Villemin en vint à conclure que « la tuberculose est une maladie spécifique. Sa cause réside dans un agent inoculable. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et devra prendre place dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis mais plus près de la morve farcin ».

Devant les objections qui lui furent faites Villemin reprit de nouvelles expériences qui confirmèrent les premières. Il revint les exposer devant les Académiciens dans une communication que le professeur Chauffard a résumée ainsi, le 20 décembre 1920 au Centenaire de l'Académie de médecine :

« Toutes les recherches modernes y sont annoncées et commentées. Voies diverses d'inoculation ; inoculations en série ; réceptivité des diverses races animales ; durée de l'incubation ; répartition des lésions et confirmation de la loi de Louis ; influence de la tuberculose expérimentale sur la parturition ; sur la transmission héréditaire ; sur la race ; description des hypotrophies d'origine tuberculeuse ; tout y est ; et on ne peut voir un plus admirable programme des résultats déjà obtenus et des recherches à continuer ».

La grande découverte de Villemin ne fut pas acceptée sans résistance de la part des Académiciens : cela ne peut surprendre quand on sait à quel point, encore aujourd'hui, les idées nouvelles rencontrent d'incrédulité dans les milieux scientifiques.

Pourtant Hérard et Cornil, après une série d'expériences faites sur des lapins, confirmèrent la découverte de Villemin. Hérard toutefois crut devoir apporter quelques réserves sur le développement de la maladie qui « sera, ce qu'il a toujours été, spontané ».

Dans ces conditions, l'Académie décida la nomination d'une commission composée de Louis, Grisolle, H. Bouley et Colin d'Alfort. Ce dernier fut chargé de la rédaction du rapport.

Cette fois encore on vit apparaître l'hypothèse de l'absorption, puis de la dissémination de particules solides contenues dans la matière tuberculeuse inoculée aux animaux. « Ces particules, absorbées par les bouches béantes des vaisseaux capillaires et lymphatiques blessés », devaient pénétrer dans les voies lymphatiques, puis dans le torrent sanguin, pour envahir ensuite les organes. Colin était tellement convaincu que les choses se passaient ainsi qu'il alla jusqu'à comparer la migration des particules, auxquelles il croyait, avec la migration des poudres colorées employées dans le tatouage.

Un fait capital avait échappé à Colin, fait que Villemin avait admirablement vu : la *prolifération* de la matière inoculée, comparable à celle des virus dans les maladies strictement virulentes comme la variole, la morve et la syphilis.

Seul, des membres de l'Académie, Bouley admit les conclusions de Villemin et pendant un an la discussion continua. Chauveau y mit fin, en 1868, par la publication d'un mémoire publié dans la *Gazette hebdomadaire*, sous le titre de « Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'injection de la matière tuberculeuse dans les voies digestives ».

Ce mémoire était un résumé des expériences faites par l'auteur avec la rigueur scientifique à laquelle, depuis cette époque, l'école de médecine vétérinaire nous a accoutumés.

Parmi ces expériences, il y en eut une qu'il faut rappeler. A trois génisses, âgées de six à douze mois et originaires de la montagne, on fit ingérer 30 grammes de matière tuberculeuse, provenant d'une vieille vache morte phtisique ; une quatrième génisse fut conservée comme témoin.

Vingt jours après le repas infectant, les animaux maigrirent, s'affaiblirent et toussèrent. Cinquante-trois jours après, deux des génisses, cachectiques, furent sacrifiées.

A l'autopsie, on trouva chez elles des lésions de tuberculose généralisée « avec prédominance extrêmement marquée du côté du mésentère et de l'intestin ».

« En présence de ces faits, disait Chauveau, l'identité de la tuberculose et des maladies virulentes est si complète et si absolue qu'il faut, ou bien reconnaître à la tuberculose le caractère de la virulence ou nier la virulence elle-même. »

La question était ainsi définitivement jugée, la tuberculose était bien une entité morbide virulente.

Cette démonstration mettait fin au débat académique, mais, un doute subsistait encore sur l'origine du virus lui-même. Sur ce sujet un mot restait à dire. Villemin se chargea de le faire quand il s'agit de combattre la doctrine de la spontanéité de la maladie.

« La cause du mal vient de l'extérieur, seules les manifestations que celui-ci détermine appartiennent à l'individu malade. »

« Si un virus se multiplie dans l'économie, ce n'est pas par une action procréatrice des tissus vivants. »

« L'économie n'est qu'un milieu ». « Le produit morbide qui se forme par l'introduction d'un virus dans l'économie, n'est pas le virus. C'en est un effet. »

« Tout virus qu'on retrouve dans un organisme a fatalement dû y être introduit à un moment donné. »

« La tuberculose, comme toutes ses congénères, n'est pas une création spontanée de l'économie. Il n'y a ni débilitation, ni fatigue, ni misère, ni froid, ni chaud, qui puissent la faire éclore dans l'organisme. Pour naître, *il lui faut un germe qui ne peut lui venir que du dehors* ».

Ces lignes écrites 18 ans avant la découverte de Koch faisaient prévoir celle-ci publiée en 1883, et dont l'exposé viendra quand nous étudierons le bacille lui-même. Ainsi, les travaux de Grancher, de Thaon et de Charcot avaient, après ceux de Bayle et de Laënnec identifié l'existence de la tuberculose. La découverte de Villemin avait montré la nature infectieuse de la maladie et la découverte de Koch en avait précisé la cause.

Nous avons rappelé que les conclusions de ces savantes recherches n'avaient pas été sans soulever des critiques nombreuses et parfois passionnées. Celles-ci eurent pour conséquences fâcheuses de retarder l'essor de recherches nouvelles et d'entraîner anatomopathologistes et bactériologistes à adopter une opinion trop absolue. En anatomopathologie, on en vint à considérer la tuberculose comme une maladie dont la signature histopathologique était systématiquement le *Follicule*. Or le follicule n'est qu'une des formes de la maladie, comme l'ont montré les nombreux travaux que le moment est venu d'exposer.

(A suivre.)

NOTES PRATIQUES DE LABORATOIRE

La spermoculture,

Par le Dr A. GRIMBERG.

La spermoculture et la vaccinothérapie, surtout par les autovaccins, constituent une véritable révolution dans les idées que l'on avait sur l'uréthrite chronique, ainsi que dans le traitement de cette maladie.

En effet, que voyait-on autrefois ? L'uréthrite chronique ou la goutte militaire était considérée comme inguérissable. Malgré les nombreux traitements et les multiples remèdes, on ne pouvait obtenir que des rémissions de plus ou moins longue durée. Mais tout le monde savait que cette affection était inguérissable malgré que bénigne.

Les recherches microscopiques étaient pratiquées par examen du frottis obtenu par l'étalement sur lame, de la goutte matinale et la coloration de celle-ci par la méthode de Gram. Voyait-on des gonocoques intra-cellulaires ? Il s'agissait d'une uréthrite à gonocoques. Or, le plus souvent, les gonocoques ne sont ainsi nettement visibles que lorsqu'il s'agit d'une blennorrhagie aiguë. Les polynucléaires sont abondants et la plupart ont gardé leur forme. Les gonocoques intra-cellulaires sont nets et le doute n'est pas possible. Il n'en est pas de même dans les uréthrites chroniques. Les polynécléaires sont plus ou moins abîmés, des fibres et des mucosités masquent toute netteté. La gonococcie devenait plus que douteuse et on déclarait au malade que sa sécrétion était due à n'importe quoi, staphylocoques, entérocoques, etc., à moins qu'on ne lui expliquât par une modification de la structure histologique de la muqueuse ou une desquamation catarrhale amicrobienne. Le malade avait beau protester des symptômes qu'il ressentait encore, il avait beau changer de médecin, il tombait toujours sur les mêmes injections, les mêmes instillations, les mêmes dilatations et les mêmes affirmations.

Or, si l'on cultive sur des milieux appropriés les filaments contenus dans l'urine du matin immédiatement après leur émission on est surpris des trouvailles que l'on fait. La technique est simple. On recueille dans un tube les quelques premiers 4-5 cc. d'urine du matin, on centrifuge, et on ensemence le culot. Le lendemain, la gélose-ascite est pleine de colonies. On mélange bien ces colonies avec le fil de platine, on étale sur lame et on examine après coloration par la méthode de Gram. Dans un grand nombre d'uréthrites chroniques, on trouve alors des diplocoques en grain de café ne prenant pas le Gram,

et que l'on peut ensuite identifier comme étant des gonocoques.

Mais les résultats positifs sont bien plus fréquents si l'on pratique la culture du sperme. Celui-ci doit être tenu à la température du corps (30° à 36°) depuis l'émission jusqu'à l'ensemencement, qui doit être fait le plus tôt possible. Quand le malade ne peut émettre le sperme au laboratoire, ce qui est parfois bien difficile, nous lui conseillons de tenir le tube dans la poche intérieure du gilet, depuis l'émission jusqu'au moment où il l'apporte au laboratoire. Là, le sperme est mis à l'étuve pendant environ une demi-heure ce qui a pour effet de le liquéfier. Il est à remarquer que le gonocoque pousse très bien dans le sperme, et nos expériences nous ont prouvé qu'alors qu'au début dans un sperme infecté on ne peut mettre en évidence le gonocoque, au bout de 24 heures d'étuve, le gonocoque y a abondamment poussé.

Après le séjour d'environ 1/2 heure à 37°, le sperme est ensemencé en totalité sur gélose-ascite inclinée et laissé 24 heures à l'étuve. On examine alors non pas les colonies qui se sont développées au contact de l'air, mais le léger voile qui a poussé sur la gélose submergée par le sperme ensemencé.

Les résultats obtenus ainsi sont surprenants. En effet on trouve que la très grande majorité des uréthrites chroniques sont gonococciques. Dans le travail que nous avons publié en collaboration avec Zadok, nous avons conclu que tant qu'il y a des symptômes quelconques, il doit y avoir des gonocoques. La proportion des gonocoques dans les uréthrites chroniques est d'environ 85 à 90 %. Nous sommes persuadés que dans les autres cas — comme l'a dit Zadok — si on ne trouve pas de gonocoques, c'est que la technique n'est pas encore suffisamment au point. Le gonocoque est le véritable agent pathogène des uréthrites chroniques. Les autres microbes peuvent acquérir, en association, une virulence plus ou moins grande, mais seuls et sans gonocoque ils ne donnent qu'exceptionnellement les signes de l'uréthrite chronique.

La spermoculture montre donc que la très grande majorité des uréthrites chroniques sont d'origine gonococcique.

Les gonocoques se trouvent dans les glandes de la prostate et surtout dans les vésicules séminales. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, le gonocoque vit très bien dans le sperme qui est un excellent milieu de culture pour ce micro-organisme. Nous pensons que les vésicules séminales représentent le véritable réservoir de virus pour le gonocoque.

Fréquemment des malades ne présentent aucun symptôme et pourtant leur sperme contient des gonocoques. Il est même possible que les gonocoques se trouvent dans le sperme des vésicules séminales qui elles-mêmes peuvent ne pas présenter des lésions. Ces gonocoques, vivant en saprophytes, et sans virulence peuvent toutefois à la faveur de circonstances diverses, acquérir une toxicité dangereuse. Nous avons pu récemment constater ce fait. Un malade déclaré guéri il y a deux ans s'est marié. Sa femme n'a eu jusqu'il y a quelques mois aucun symptôme. Puis elle a commencé à avoir des douleurs au niveau des ovaires au moment des règles, ensuite elle présenta un écoulement légèrement purulent en même temps que son mari voyait réapparaître son uréthrite chronique. L'examen a permis de trouver le gonocoque aussi bien chez l'un que chez l'autre. Que s'est-il passé ? Par quel moyen ce gonocoque a-t-il repris de la virulence ? Il est permis de supposer que ce fut simplement par le passage du mari à la femme et vice-versa que le microbe a repris force et vigueur.

La culture du sperme a donc permis de mettre en évidence l'importante question des porteurs de germes gonococciques.

Ce sont des hommes qui n'ont plus que des symptômes minimes ou même pas de symptômes du tout, aucune douleur, aucun écoulement, qui se considéraient guéris sur la foi des affirmations de leur médecin, mais dont le sperme contient des gonocoques peu virulents, mais pouvant dans certaines circonstances acquérir une virulence redoutable. Combien de salpingites, combien de pertes irréparables seraient évitées si, par le dépistage méthodique des porteurs de germes gonococciques, on les traitait jusqu'à complète disparition des gonocoques de leur sperme.

Nous avons vu plus haut, que le gonocoque se développe très bien dans les vésicules séminales. Ce sont ces organes où le liquide séminal stagne qu'il faut traiter le plus sérieusement, que ce soit par le massage méthodique péri-prostatique (Zadok) ou par la méthode exceptionnelle des lavages de la vésicule par l'injection dans le canal déférent.

C'est la culture de sperme qui a montré l'importance primordiale de l'infection des vésicules séminales et la nécessité absolue de les traiter dans toutes les uréthrites chroniques.

Tous les auteurs s'accordent sur l'utilité de l'autovaccinothérapie dans le traitement des uréthrites chroniques. L'autovaccin doit contenir toutes les espèces microbiennes contenues dans le canal. Dans plusieurs travaux nous avons insisté sur cette nécessité pour des causes différentes, la disparition d'une espèce microbienne pouvant donner un coup de fouet à une autre espèce microbienne qui n'avait pas été atteinte par le vaccin, une espèce peu virulente mais plus résistante pouvant cacher et empêcher de se développer un germe plus virulent mais se développant plus difficilement, etc.

Dans les uréthrites chroniques la préparation des autovaccins devra donc partir plutôt du sperme que de la sécrétion uréthrale. Plusieurs raisons militent en faveur de cette préférence. Le gonocoque s'y trouve plus fréquemment que dans l'urèthre ; dans les affections chroniques les germes s'y conservent mieux que dans l'urine ; le gonocoque pousse bien plus abondamment quand on ajoute du sperme dans le tube de gélose ascite.

La spermoculture est donc également d'un grand secours pour la préparation des autovaccins et par conséquent est un important auxiliaire du traitement.

Cliniquement guéri, le malade demande au médecin s'il peut se marier sans danger pour sa future femme. La question était autrefois fort embarrassante. En effet, malgré l'absence de gonocoque dans l'examen des frottis de la goutte purulente du matin, combien de fois le médecin n'a-t-il pas vu des jeunes femmes présenter, deux ou trois mois après le mariage avec un ancien blennorrhagique, des écoulements d'une nature nettement blennorrhagique ; combien de fois n'a-t-il pas vu des salpingites aiguës privant la jeune femme de tout espoir de devenir mère et la condamnant à une stérilité imméritée ?

Et pourtant comment ne pas donner son assentiment alors qu'aucun signe net de gonococcie n'existait plus chez le malade ?

La culture du sperme seule le sortira d'embarras. La présence du gonocoque dans le sperme sera soignée jusqu'à la disparition de ce germe. Après une ou deux cultures de contrôle, le mariage pourra être autorisé, et on évitera souvent, par cette façon de procéder, des drames intimes qui ne laissent pas d'être fréquemment poignants.

* * *

La spermoculture a donc été féconde en résultats importants : elle a montré que la grande majorité des uréthrites chroniques sont d'origine gonococcique, elle a dirigé le traitement local vers les soins des vésicules séminales ; elle a montré l'importance et a donné le moyen de dépister les porteurs de germes, elle collabore au traitement par la facilité de la préparation des autovaccins, elle peut donner la certitude de la guérison. C'est donc une méthode importante que tout praticien doit connaître et utiliser.

Elle présente certaines difficultés. Certains malades répugnent au geste nécessaire pour obtenir ce produit. Pour d'autres l'éjaculation ne peut se faire que dans des conditions trop naturelles pour que le sperme puisse être recueilli dans les conditions aseptiques nécessaires. La réussite de la culture de sperme dépend beaucoup de la rapidité de l'ensemencement après l'émission. Toutefois si le tube contenant le sperme est maintenu à la chaleur du corps (poche intérieure du gilet), les gonocoques peuvent s'y maintenir longtemps en vie. Le résultat dépend également de la technique suivie. Enfin tous les auteurs s'accordent à dire qu'une seule culture négative ne suffit pas pour affirmer la guérison du malade. Deux ou trois cultures, pratiquées à un mois d'intervalle, sont nécessaires pour pouvoir donner cette affirmation.

Malgré ces quelques difficultés la spermoculture est une méthode trop précieuse pour le médecin pour ne pas chercher à mieux la mettre au point et user constamment des importants renseignements qu'elle est susceptible de fournir.

HYGIÈNE DE L'HABITATION

Inconvénients et dangers des divers modes de chauffage (notamment intoxication) (1).

Leçon de M. le Dr Heim,

Professeur agrégé à l'Ecole de Médecine,
Directeur de l'Institut technique sanitaire et d'hygiène spéciale des industries.

Dans un court préambule, M. le professeur Heim envisage la situation du corps humain au milieu de l'ambiance extérieure. Comment s'établit l'équilibre entre cette ambiance extérieure et la température humaine de 37° ? Par un échange de calories. Ceci amène à conclure que le corps humain, en hiver, pour maintenir sa chaleur, doit recevoir de la chaleur extérieure.

Ceci posé, il recherche quel est le système habituel de chauffage et reconnaît qu'il n'est pas très hygiénique. En principe, les appels d'air, placés à la partie inférieure d'une bâtisse, évacuent mal les poussières et les gaz nocifs à l'extérieur.

Il passe en revue les divers modes de chauffage:

Le calorifère dont on se sert dans certains im-

(1) Leçon faite au Conservatoire des Arts et Métiers dans un cours en vue de l'obtention du certificat de technicien sanitaire.

meubles est installé de telle façon que l'appel d'air se trouve dans l'endroit le plus sale et le plus poussiéreux de la maison.

C'est à côté des poubelles et des courettes qu'il existe en général ; de sorte que la colonne d'air chaud, s'il y a des crachats de tuberculeux, les dessèchera et les dispersera dans tout l'immeuble. De même pour le calorifère à eau. Le professeur Heim, avant d'examiner les inconvénients des autres modes de chauffage, étudie les influences chimiques du charbon sur le corps humain.

Nous pouvons négliger les accidents par l'acide carbonique qui vicie l'air avec odeur et rend l'asphyxie ainsi moins fréquente, puisque l'on se trouve prévenu. Il n'en est pas de même pour l'oxyde de carbone, qui est inodore et qui est ainsi la cause de troubles physiologiques extrêmement variés et graves. Le plus dangereux est lorsque une grosse masse de charbon brûle à découvert dans un brasero. On remarquera que ce mode de chauffage est très employé à la porte des cafés. La sortie de l'oxyde de carbone par les parties supérieures du brasero est une très mauvaise invention. En effet, l'oxyde de carbone s'en va directement dans le visage des consommateurs qui fixent avec leurs poumons le gaz perfide.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'empoisonnement se produit par la plus petite quantité d'oxyde de carbone qui se trouve dans l'air ambiant, car le sang humain nettoie l'atmosphère de toute trace d'oxyde de carbone. On peut placer un animal dans une cloche de verre contenant de l'oxyde de carbone. Au bout d'un certain temps, on s'apercevra que l'oxyde de carbone a disparu et que l'animal présente des troubles. Si l'on analyse le sang, les globules rouges du sang de l'animal ont diminué de quantité. L'absorption d'oxyde de carbone aboutit donc à l'intoxication. Il y a intoxication lente, s'il y a une quantité infinitésimale d'oxyde de carbone. Il y a intoxication brutale, s'il y en a beaucoup. Mais de toute façon, elle existe par suite du mécanisme déjà indiqué : fixation de l'oxyde de carbone par le sang humain. Citons le cas d'une ouvrière qui est arrivée, au bout de plusieurs mois d'absorption de petites quantités d'oxyde de carbone, à une faiblesse extrême. Autre exemple typique : à Lyon, au laboratoire d'hygiène, on s'était aperçu que le personnel revenait de vacances toujours bien portant, et qu'au bout de quelque temps sa santé périclitait et qu'il tombait malade. Après avoir recherché la cause de ce phénomène, on s'aperçut que de l'oxyde de carbone émanait de l'appareil de chauffage. Le phénomène est donc caractéristique. Ce n'est pas seulement le sang qui s'appauvrit, mais les tissus ; or le système nerveux a le plus grand besoin d'oxygène. On s'explique par là que le système nerveux soit profondément atteint par une intoxication qui peut aller jusqu'à l'irritation chronique des nerfs.

Citons quelques chiffres :

Un animal qui respire 8 pour 1.000 d'oxyde de carbone en une heure est condamné à l'asphyxie complète ; à 0.2 par mille, l'asphyxie est partielle.

Le professeur continue l'étude des modes de chauffage d'après leurs dangers d'intoxication.

Le charbon de bois, sans tuyau d'évacuation employé dans des braseros (au Japon où on s'en servait, ce système est interdit maintenant) intoxique les personnes présentes. Ce chauffage n'existe plus en principe, mais les chaufferettes, elles, subsistent et elles sont très dangereuses. Toutes les sortes de chaufferettes doivent être remplacées par les bouillotes ou les chaufferettes électriques. Les briques chaudes n'ont aucun inconvénient. On peut citer, en matière d'intoxication professionnelle, celles des boulangers, des repasseuses, et autres métiers se servant de charbon incandescent.

En ce qui concerne les cheminées, rien à en dire pour l'évacuation des gaz ; le courant d'air suffit si l'évacuation est suffisante, mais ce sont surtout les poêles qui sont à considérer. Prenons le type le plus primitif, le poêle à cloche qui était en usage dans toutes les casernes, dans les écoles, et dans beaucoup d'industries. Pour ralentir le tirage, on emploie une clef, ce qui devrait être proscrit car les gaz refluent dans la pièce.

Il existe encore le poêle mobile qui est générateur d'oxyde de carbone, même lorsqu'il marche normalement. C'est de tous le plus dangereux. Le plus nocif, c'est lorsque l'on transporte le poêle mobile d'une cheminée chaude dans une chambre froide et en contact avec une cheminée également froide. Il se produit, tant que la cheminée n'est pas échauffée, des retours de gaz qui peuvent engendrer des accidents sérieux. Avec un poêle à feu continu, il faut s'assurer du tirage de la cheminée. Le mieux est d'y faire brûler du papier. Si le papier produit de la fumée, c'est que la cheminée tire mal ; en tout cas, ce qu'il faut prohiber de toutes façons, c'est la clef.

A chaque chargement du poêle, il faut vérifier la fermeture et se rendre compte si l'orifice supérieur ne laisse pas échapper des gaz.

Leçon recueillie et rédigée par M. PRIOU.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le drainage à la Mikulicz.

Quand et comment l'appliquer ? Quand et comment l'enlever ? A ces questions, le Dr CADENAT répond : le Mikulicz reste un procédé d'exception, réservé à des cas particulièrement graves. Ses indications sont très nettes ; il fait digue, tamponnement hémostasique, drainage. Placé correctement et enlevé suivant des règles précises, il permet de sauver des opérés, sans que ses légers inconvénients puissent être mis en balance avec ses services. (*L'Hôpital*, novembre 1924 A.)

Les cavernes pulmonaires fermées.

Le seul cas envisagé par le Pr ROUBIER est celui de cavernes parenchymateuses qui, d'abord ouvertes, se ferment secondairement par suite de l'obstruction progressive de la bronche qui leur correspond, et arrivent ainsi à constituer de vastes cavités absolument closes à l'intérieur du poumon. Les cas de ce genre, dit l'auteur, seraient assez fréquents. Dans ce travail, sont rapportées les observations de deux malades, qui présentaient de volmineuses cavernes du lobe supérieur, cliniquement muettes, se traduisant à la radioscopie par des images assez particulières et ayant perdu leur communication avec les bronches.

Le Pr R. pense, à ce propos, que le processus de sclérose rétractile péricavitaire, lequel peut entraîner comme conséquence anatomique l'encerclement et l'oblitération de la bronche afférente par du tissu fibreux, constitue un premier acheminement vers une guérison, qui est extrêmement lente à s'effectuer, si tant est qu'elle soit possible dans certains cas. Il en résulte une période pendant laquelle la lésion sommeille et peut menacer la vie du sujet. C'est ce qui s'est produit chez les deux malades en question : ils sont morts l'un d'une pneumonie caséeuse, l'autre d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. Chez tous deux, la caverne fermée du sommet droit était une vieille lésion, en marche vers la guérison, mais son évolution, que l'on peut considérer comme favorable, ne l'a pas empêchée de semer dans le poumon d'autres foyers qui, à la faveur de la première atteinte et du terrain tout préparé, sont devenus fatals. (*Paris médical*, 29 novembre 1924.)

Les néphrites de la scarlatine.

Dans la scarlatine, la néphrite n'est pas constante ; cependant toutes formes cliniques de la scarlatine peuvent se compliquer de néphrite ; si les scarlatines graves risquent fort de s'accompagner de néphrite, les scarlatines légères, apyrétiques, frustes, les scarlatines méconnues, font courir au malade le même danger. On connaît aujourd'hui le rôle joué pendant la convalescence par les refroidissements, les écarts de régime, la station verticale.

En règle générale, la néphrite précoce est une néphrite légère avec une symptomatologie réduite au syndrome urinaire, tandis que la néphrite tardive est assez fréquemment une néphrite avec chlorurémie, voire avec azotémie, avec crises urémiques. Mais à cette règle, il y a de nombreuses exceptions ; on peut avoir dès le début une néphrite grave.

La néphrite tardive est le plus souvent avec oligurie, cylindrurie parfois hématurie (syndrome urinaire), avec œdèmes, anasarque (syndrome chlorurémique) ; de plus un syndrome cardio-vasculaire peut se constituer, passer au premier plan, et prendre une forme clinique assez particulière ; elle est susceptible aussi d'évoluer vers l'atrophie rénale.

Le diagnostic n'en présente pas de difficultés ; cependant il est moins commode de fixer le moment de la guérison ; il faut pour cela faire un examen très complet et parfois des examens en série, pour chaque malade ; il est nécessaire d'établir le bilan précis et rigoureux de son état local et général, étudier comment se font les éliminations rénales, rechercher les épreuves du bleu de méthylène, de la chlorurie alimentaire, la constante d'Ambard.

Le pronostic doit être porté, pour chaque cas, d'après les renseignements fournis par le syndrome urinaire, l'importance des œdèmes et l'état du cœur.

Par un traitement judicieux de la maladie causale, dit le Professeur BRELET, le médecin peut faire beaucoup pour empêcher l'apparition de la néphrite : éviter toute cause de refroidissement ; maintenir le scarlatineux au lit pendant trois semaines environ. Les soins de la bouche, de la gorge, des fosses nasales ont une grande importance pour diminuer la virulence et la durée de l'infection naso-pharyngée ; des bains assurent le bon fonctionnement de la peau. Quant à la surveillance du régime alimentaire, voici d'excellents conseils : à un scarlatineux atteint d'une forme moyenne sans néphrite ou n'ayant eu que des traces d'albumine, donner lait et tisanes pendant la période fébrile, puis du lait environ jusqu'au 15e jour ; huit jours de

régime lacto-végétarien déchloruré, huit jours de régime lacto-végétarien peu salé ; le malade arrive ainsi au 30e jour sans avoir faim et reprenant peu à peu des forces ; à ce moment, s'il n'a aucun signe de néphrite, il peut être mis au régime ordinaire azoté et chloruré.

Une petite dose d'uroformine doit être un bon antiseptique des reins et du foie.

Le traitement curatif de la néphrite scarlatineuse n'a rien de spécial, c'est celui de toutes les néphrites aiguës et subaiguës. (*Gazette des hôpitaux*, 1er novembre 1924.)

L'immunisation spontanée contre la diphtérie en milieu hospitalier.

L'acquisition d'une immunité spontanée vis-à-vis du bacille de Loeffler, sans précession d'une diphtérie cliniquement reconnue est un fait établi depuis longtemps.

A la suite d'observations prolongées dans leur service hospitalier, MM. P. Lereboullet et Joannon ont noté qu'aucun des enfants restés en salle depuis un an n'était demeuré réceptif à la diphtérie ; tous avaient acquis l'état réfractaire, ainsi qu'il a été démontré par la recherche de leur immunité, mise en évidence par la réaction de Schick.

A noter que, par la recherche des porteurs de germes, il est établi, notion du reste classique, que la dispersion des bacilles diphtériques ne représente pas, à l'inverse de la répartition de l'état réfractaire, un phénomène stable.

Si, pour cette immunisation en milieu hospitalier, l'importance du temps de séjour est primordiale, il faut aussi tenir compte du rôle probable dans sa production de certaines diphtéries atténuées ; celles-ci sont considérées comme des indispositions passagères et banales (fébricule, dysphagie, rougeur de la gorge avec ou sans petits points blancs) guérissant en deux ou trois jours ; ces petites angines doivent exprimer l'effort auquel l'organisme est contraint par une agression microbienne, insuffisante pour donner lieu à une diphtérie, mais suffisante pour susciter des phénomènes d'immunisation. (*Paris médical*, 25 octobre 1924.)

Médecine légale des toxicomanes.

Toute toxicomanie est criminogène, affirme le Dr J. Roubinovitch, mais, seule, une expertise individualisée permet de répondre utilement à toutes les questions que le médecin légiste est appelé à résoudre à propos d'un acte anti-social quelconque, commis par un toxicomane.

Tous les poisons psychiques de l'intelligence sont une source constante et riche d'actes délictueux par l'affaiblissement allant jusqu'à la suppression du pouvoir supérieur du contrôle cérébral. Les uns, comme l'alcool, la cocaïne, l'éther y parviennent au moyen d'une euphorie à forme hypersthénique avec excitation ébrieuse ; d'autres, l'opium, le pantopon, la morphine, l'héroïne aboutissent à l'abolition de la réflectivité consciente par une euphorie asthénique avec dépression progressive allant jusqu'à la stupeur et la narcose, sans ébriété préalable.

Le plus puissant poison criminogène est incontestablement l'alcool. S'il s'agit d'une ivresse normale, progressive, parce que provoquée avec conscience, sans aucune contrainte intérieure ou extérieure, en toute connaissance des causes et des conséquences, elle est un délit ne pouvant et ne devant entraîner aucune atténuation de la sanction prévue par le code pénal. Mais s'il s'agit d'une ivresse anormale causée par l'obsession ou l'impulsion pathologique, vraiment irrésistible, de la psychopathie dipsomaniaque, on est en présence d'un aliéné auquel l'art. 64 du code pénal est applicable : asile d'aliénés, puis nouvelle enquête judiciaire, et asile de sûreté.

Mêmes conclusions pour les morphinomanes : s'il s'agit d'une véritable obsession pathologique de s'intoxiquer avec la morphine et les substances similaires, la responsabilité et la capacité pénale sont nulles.

Considérées en elles-mêmes, les toxicomanies, surtout pendant les intervalles lucides, ne peuvent constituer des causes d'*incapacité civile* ; toutefois celle-ci peut être mise en jeu (conseil judiciaire, interdiction) si les toxicomanies évoluent sur un terrain de déséquilibre mental ou de débilité intellectuelle constitutionnelle.

Quant aux *assurances sur la vie*, les médecins des compagnies devront établir par des enquêtes l'existence ou la non-existence d'une toxicomanie chez l'assuré *avant* la signature du contrat ; si la toxicomanie n'a débuté qu'après la signature, l'assurance conserve toute sa validité, et la compagnie contractante est tenue de payer.

Enfin, au point de vue légal, le problème des toxicomanies est directement lié à celui de la règlementation des stupéfiants. (*Le Bulletin médical*, 22-25 octobre 1924.)

L'avortement môlaire.

La môle hydatiforme est une rareté obstétricale : c'est, comme l'on sait, la dégénérescence kystique des villosités choriales. M. Courty, qui vient d'en observer deux cas assez rapprochés, rappelle que cette curieuse affection se traduit cliniquement par des hémorragies dans les premiers mois de la grossesse présumée, une augmentation assez considérable de volume de l'utérus qui au palper, se révèle mollasse, l'expulsion de vésicules hydatiformes.

La môle hydatiforme est, dans 50 à 60 % des cas, à l'origine du chorio-épithéliome ou déciduome malin. A cet égard, elle offre un puissant

intérêt et il faut bien savoir ce qu'il y a lieu de faire lorsqu'on la rencontre.

Après l'expulsion de la môle, on pratiquera, aussitôt que possible, un curettage très soigné de la cavité utérine. Non pas un curage digital, mais un curettage à la curette tranchante.

On surveillera de très près la femme qui, à la moindre perte de sang entre ses règles, devra se présenter au médecin. Si la dégénérescence maligne est reconnue, ou seulement soupçonnée, il sera prudent de ne pas temporiser et de pratiquer une hystérectomie totale. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 18 janvier 1925.)

L'exploration digitale intra-utérine.

Il s'agit, dit M. Mazet, d'un mode d'investigation bien connu, mais insuffisamment utilisé dans la pratique courante. L'introduction de l'index dans la cavité utérine en permet une exploration minutieuse dont les enseignements dictent une conduite souvent opposée à celle qu'on se proposait d'abord de tenir.

Pour pratiquer cette exploration, il faut préalablement dilater l'utérus. L'auteur repousse la dilatation extemporanée aux bougies d'Hégar et préfère le procédé lent à la laminaire, suivi du passage de quelques bougies.

La laminaire, choisie de dimensions et de forme adéquates à celles de l'utérus préalablement mensuré à l'hystéromètre, doit être assez longue pour qu'un demi-centimètre de sa longueur reste en dehors du col. On la laisse en place 24 heures. Si elle détermine de la rétention d'urine, on procédera au cathétérisme ; si elle provoque de la douleur, une injection de morphine calmera celle-ci.

Ensuite, sous anesthésie générale, on complète la dilatation avec des bougies d'Hégar, dont on doit introduire jusqu'aux numéros 19 et 20. L'index iodé de la main gauche est alors poussé au fond de la cavité, tandis que la main droite abaisse le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale.

La première contre-indication est la grossesse au début, qu'il faut savoir dépister. L'inflammation des annexes en est une autre. Sous ces réserves, toute perte anormale dans la période d'activité génitale de la femme ou à la ménopause est une indication de l'exploration digitale utérine. Celle-ci permettra de reconnaître les métrorrhagies post-partum et post-abortum ; les polypes placentaires ; l'endométrite fongueuse, ... Ces cas sont de ceux qui peuvent guérir par une intervention de minime importance. Par contre, le cancer du corps utérin et le chorio-épithéliome seront, grâce à cette manœuvre reconnus précocement, et l'intervention radicale, qui s'impose, pourra être effectuée aussi précocement.

« Nous sommes persuadé que, plus systématiquement employé, ce mode d'investigation éviterait à beaucoup de femmes une castration inutile, alors que, chez d'autres, il conduirait rapidement à une hystérectomie et augmenterait de ce fait le pourcentage d'opérabilité des tumeurs malignes de l'utérus ». (*Rev. de gynécol. et d'obstét.*, 25 janvier 1925.)

Abcès chaud du corps thyroïde.

MM. Fallas et Nuyens relatent l'histoire d'un malade atteint d'abcès chaud du corps thyroïde, incisé et guéri. Ils font remarquer qu'il faut distinguer entre l'inflammation de la thyroïde ou thyroïdite et l'inflammation du goitre ou strumite.

Le malade accuse de la dysphagie plus ou moins intense ; la région du cou s'empâte d'un côté ; cet empâtement augmente de volume, devient très douloureux. Il se meut avec le larynx dans les mouvements de déglutition. La fièvre est constante, souvent élevée. S'il s'agit d'un goitre enflammé, on peut observer des troubles de compression des veines du cou (cyanose, céphalée, épistaxis), de la trachée et du récurrent (dyspnée, raucité de la voix, toux).

Sans attendre l'ouverture spontanée, on incisera et on drainera, avec cette remarque que, dans les strumites, si l'incision et le drainage n'amènent pas la guérison, on n'hésitera pas à faire l'ablation de la glande. (*Le Scalpel*, 3 janvier 1925.)

Mnémotechnique de la chronologie de l'éruption des dents temporaires.

M. Duchange fa formule dans les termes suivants, faciles à retenir :

« Ne considérer l'âge de l'enfant que par mois pairs.

1° Soustraire du nombre de mois le chiffre 6, ce qui donne le nombre des dents.

2° Lorsque ce chiffre divisé par deux donne un chiffre pair, accordez aux deux mâchoires le même nombre de dents.

3° Au cas où la moitié donne un chiffre impair choisissez les deux chiffres pairs les plus rapprochés et donnant ce même total. Accordez alors au maxillaire inférieur le plus grand chiffre et au maxillaire supérieur le plus petit chiffre » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les greffes osseuses.

(M. Léon Imbert, de Marseille. — *Académie de médecine* ; 24-2-1925.)

D'une série d'expériences concernant les greffes osseuses, M. Imbert conclut à l'infériorité des greffons tués sur les greffons vivants. Avec les premiers, l'auteur, dans ses essais sur le chien, n'a pu aboutir à combler les pertes de substances osseuses. Les greffons vivants (ou fraîchement préparés), dit-il, constituent un matériel de réparation osseuse bien supérieur à celui que donne les greffons dont la vitalité a été détruite par la chaleur ou par les moyens chimiques.

L'isolement individuel dans les consultations externes des hôpitaux d'enfants.

(M. A. Lesage. — *Académie de médecine* ; 24-2-25.)

La consultation externe dans les hôpitaux d'enfants constitue un foyer possible de contagion. On a conseillé, pour corriger cet inconvénient, de faire à l'entrée un triage visant à empêcher les suspects de maladies contagieuses de pénétrer dans la salle commune.

Cette méthode, qui n'est pas sans utilité, ne procure cependant que des résultats imparfaits, bien des maladies infectieuses infantiles étant déjà contagieuses avant la période où elles sont dépistables cliniquement à un examen rapide.

M. Lesage préfère une autre méthode, beaucoup plus sûre : l'isolement individuel des enfants conduits à la consultation. Dès leur arrivée, les petits malades sont dirigés sur des boxes d'isolement, où le médecin se rend successivement pour les examiner. Le médecin va à l'enfant et non plus l'enfant au médecin.

L'auteur a employé cette façon de faire pendant plusieurs années à l'hôpital Hérold et il n'a eu qu'à s'en louer.

Intoxication par le véronal.

(MM. L. Rivet, Jany et Herbain. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-2-1925.)

Le véronal devient le toxique à la mode pour se suicider : les faits divers des journaux et les relations médicales viennent le montrer.

M. Rivet a reçu à la maison municipale de santé une femme de trente ans, enceinte de quatre mois, qui, vraisemblablement dans un but de suicide, avait absorbé une dose inconnue de véronal. Deux tubes (soit 10 gr. de ce médicament) furent trouvés sur une table près d'elle. Elle succomba au bout de 70 heures de coma profond, réalisant le *carus véronalique*. Au cours de ce coma, l'avortement se produisit.

L'auteur remarque que la latitude laissée aux pharmaciens de délivrer du véronal sans ordonnance est une lacune des dispositions légales sur la vente des substances vénéneuses. Elle explique le nombre croissant des empoisonnements par ce produit.

— M. Julien Huber a été appelé auprès d'une jeune femme qui absorba dans un magasin, au cours d'un accès de mélancolie, une certaine quantité de véronal. Après une phase initiale d'hypothermie, la température s'éleva à 40° et 41°. Malgré deux saignées, l'instillation rectale continue de sérum glucosé, la strychnine, la caféine, l'huile camphrée, l'adrénaline, les injections d'oxygène, elle mourut le cinquième jour.

— M. de Massary observe chaque année, dans son service spécial de Lariboisière, quatre ou cinq cas de suicide par le véronal. Jusqu'alors, il avait vu les malades guérir au bout de quelques jours de coma ou de sommeil profond, avec ou sans fièvre, avec ou sans congestion pulmonaire ou broncho-pneumonie. Il était donc arrivé à un optimisme robuste dans le pronostic de ce genre de suicide quand il eut à soigner un homme de 45 ans, intoxiqué par le véronal. La tentative de suicide avait été causée par une scène de « ménage » : les deux maîtresses de cet homme s'étaient rencontrées chez lui inopinément. Quoi qu'il en soit, chez ce patient, le coma se prolongea, les bases se congestionnèrent et le quatrième jour, la mort survint. A l'autopsie, on découvrit, il est vrai, un foie cirrhotique.

L'hirsutisme.

(M. E. Apert. — *Société médicale des hôpitaux* ; 9-1-1925.)

L'hirsutisme est un syndrome (observé chez la femme) qui comprend de l'hypertrichose à type masculin, de la tendance au virilisme physique et psychique, de l'épaississement des formes, de l'obésité, parfois des vergetures. Il ne faut pas confondre hirsutisme avec hypertrichose, ni les hirsutes avec les velues. Dans l'hirsutisme, le développement pilaire a un caractère *masculin* : ainsi, les poils du pubis, au lieu de revêtir la topographie triangulaire à base horizontale supérieure qui appartient à la femme, se groupent en losange avec pointe remontant vers l'ombilic, comme chez l'homme.

Le syndrome hirsutisme est dans la majorité des cas cortico-surrénal, c'est-à-dire la conséquence de néo-formations (adénomes, cancers) constituées par du tissu cortico-surrénal.

De nombreuses autopsies le démontrent et quelques ablations chirurgicales sont venues également le confirmer. Malheureusement, l'ablation de telles

tumeurs est grave et dans nombre de cas, les opérés ont succombé.

MM. Crouzon, Marquezy et Lemaire, dans une communication récente, ont posé la question de l'origine endocrinienne de l'hirsutisme. M. Apert estime que ce syndrome est, en règle générale, dépendant de l'hypercortico-surrénalie.

M. Apert attire en dernier lieu l'attention sur les hirsutismes atténués : celui de la grossesse, de la ménopause ; l'hirsutisme atténué ethnique enfin. Il semble bien que les femmes de la race préhistorique de Cro-Magnon étaient épaisses, adipeuses et velues, comme nos hirsutes. Cette race, qui a occupé le Levant, l'Espagne et la France méridionale, a laissé dans ces contrées son type mélangé à d'autres, assez caractérisé parfois pour constituer un hirsutisme atténué physiologique.

Sarcome encéphalique avec Wassermann positif du céphalo-rachidien.

(M. Marcel Pinard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-1-25.)

M. Marcel Pinard rapporte un nouvel exemple de tumeur cérébrale avec réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. Il croit qu'en pareille circonstance la réaction positive ne relève pas du sarcome encéphalique mais d'une syphilis concomitante. Le terrain spécifique se prête d'ailleurs particulièrement au développement des néoplasmes.

La vaccination locale dans la blennorrhagie.

(M. R. Le Fur. — *Société de médecine de Paris* ; 9-1-1925.)

La vaccination locale, dérivée des travaux de Besredka, est un sujet à l'ordre du jour. On pensait autrefois qu'une infection, quel que soit son point de départ, produisait des réactions identiques aboutissant à un processus général de défense par les anticorps. Besredka, étudiant le charbon expérimental du cobaye, a vu que cet animal succombe si la peau est envahie par le microbe et qu'il résiste au contraire si la peau est indemne de toute emprise charbonneuse. Il a vu, en outre, que les cobayes vaccinés par voie sous-cutanée contre le charbon mouraient, tandis que ceux dont la peau avait été vaccinée résistaient à des doses élevées de charbon. De là est née la vaccination locale en thérapeutique, dont plusieurs applications (traitement des furoncles, anthrax, lymphagites, etc.) ont donné déjà de beaux succès.

M. Le Fur a expérimenté la vaccination locale en urologie dans les états non blennorrhagiques et blennorrhagiques. Il s'est servi de bouillon-vaccin, c'est-à-dire de bouillon de culture stérilisé (après plusieurs jours d'étuve) et filtré. Ce bouillon ne renferme plus que les produits solubles sécrétés par les microbes, les substances vaccinantes. Si l'on introduit dans ce bouillon une nouvelle culture des mêmes microbes, ceux-ci ne poussent pas. Si l'on met ce bouillon en contact avec un organe infecté par le microbe en cause, la pullulation microbienne diminue, puis disparaît.

Appliquée contre les affections urologiques non blennorrhagiques (à staphylocoques, entérocoques, colibacilles), la méthode donne de bons résultats. Le bouillon-vaccin instillé dans une vessie infectée par le staphylocoque transforme souvent heureusement la cystite. Le bouillon-vaccin antistaphylococcique, en urologie comme en chirurgie générale, est celui qui procure les plus brillants succès. L'instillation peut se faire à la dose de 4 à 5 centim. cubes tous les deux ou trois jours.

Dans les uréthrites blennorrhagiques, l'auteur a eu recours à la vaccinothérapie surtout pour les cas chroniques. On se heurte à quelques difficultés de technique et d'application. Tout d'abord la culture du gonocoque (et partant l'obtention du vaccin) est assez délicate à réaliser. De plus, l'urèthre est une cavité virtuelle non fermée en avant, ne conservant pas les liquides injectés. Toutefois, la partie réceptrice de l'urèthre étant surtout le méat, une application de vaccin sur celui-ci laisse l'espoir d'obtenir une action immunisatrice réelle.

— M. H. Sée remarque également que la seule pénétration du vaccin par une partie de la muqueuse pourra rendre celle-ci réfractaire dans sa totalité. Les filtrats de Besredka n'agissent pas à la façon d'un antiseptique ; ils n'ont pas besoin de toucher tous les points de l'organe. M. Sée a commencé quelques essais de vaccinothérapie locale dans son service de gynécologie de Saint-Lazare. Dans un cas de bartholinite, l'effet semble avoir été favorable.

— M. Grimberg a enregistré une aggravation dans une uréthrite traitée par un vaccin local.

— M. Le Fur répond que cet inconvénient (d'une réaction locale), s'il peut s'observer avec le vaccin, ne se rencontre pas avec le bouillon-vaccin.

L'héliothérapie artificielle par les rayons ultra-violets.

(MM. Fraikin, de Neuilly et Yves Burill. — *Société d'électrothérapie* ; nov. 1924.)

L'héliothérapie artificielle par les rayons ultra-violets est un moyen thérapeutique puissant dont les indications iront de jour en jour en s'accroissant. Après avoir fait longtemps de l'insolation naturelle M. Fraikin préfèrerait plutôt aujourd'hui l'héliothérapie artificielle, employable en tous lieux et en toutes saisons. Grâce à l'ultra-violet, l'héliothérapie devient d'une application simple.

— M. Laquerrière ajoute que ce médicament excellent qu'est la lumière ultra-violette n'exclut pas les autres moyens de traitement, dans le rachitisme par exemple (hygiène, diététique, etc.)

Le traitement de la « crampe des écrivains ».

(M. HADENGUE, de Versailles — *Société d'électrothérapie* ; nov. 1924.)

Le traitement de la crampe professionnelle dite « crampe des écrivains » a varié selon l'idée pathogénique que l'on s'est faite de cette affection dont la nature reste encore indéterminée. Considérée par les uns comme un spasme secondaire à un surmenage musculaire intense chez des névropathes prédisposés, elle a été attribuée par d'autres à une névrose psycho-motrice. M. Barré s'est demandé si, dans certains cas, elle n'aurait pas pour point de départ des lésions vertébrales ou péri-vertébrales. Deux fois, il a eu l'occasion, chez des sujets accusant cette crampe professionnelle, de découvrir à la radiographie des altérations osseuses du rachis cervical. M. Barré préconise, en pareille circonstance, la radiothérapie.

M. Hadengue a obtenu, de son côté, chez un homme atteint de crampe des écrivains, de bons effets de la radiothérapie.

Radioscopie chez les porteurs de ceinture abdominale.

(M. FRAIKIN, de Neuilly. — *Société d'électrothérapie*, nov. 1924.)

M. Fraikin fait une communication sur la radioscopie chez les déséquilibrés du ventre. Ce mode d'exploration fournit des renseignements nombreux et intéressants.

— M. BONNEFOY signale un détail de thérapeutique. Lorsqu'il conseille le port d'une ceinture à un malade, il procède chaque fois à une radioscopie de contrôle, l'appareil de soutien mis en place.

— M. FRAIKIN remarque qu'il est nécessaire de toujours examiner à l'écran le malade muni de sa ceinture. Faute de cette précaution, on risque de voir des ceintures rester inutiles ou même être nuisibles.

Sur la fréquence de la syphilis gastrique.

(M. PERNET. — *Société médicale du Xe arrondissement* ; 6-10-1924.)

La syphilis gastrique, qui peut simuler le cancer et l'ulcère de l'estomac, est-elle aussi fréquente que certains tendent à le proclamer ?

On ne doit pas trop croire à cette fréquence, dit M. Pernet, et en tout cas ne pas s'attarder à une thérapeutique spécifique si les accidents se montrent un peu pressants. La syphilis gastrique n'apparaît commune qu'aux auteurs qui voient la syphilis partout, qui baptisent syphilis gastrique tout ulcère avec Wassermann positif et attribuent à l'arsenic et au bismuth les améliorations spontanées observées couramment dans l'ulcus. Il est plus sûr de commencer le traitement par la gastro-entérostomie, si son indication est nette, s'il y a sténose, quitte à s'adresser ensuite à la cure spécifique. Il fut un temps où il fallait dire au médecin : « Pensez à la syphilis ». Aujourd'hui, on n'y pense pas trop, certes, mais on l'admet quelquefois sans raison solide.

P.L.

Les Congrès

Les Journées médicales marocaines (1)

(26-29 *décembre* 1924)

Que dire de la splendeur de l'hospitalité marocaine, de la somptueuse et inoubliable réception faite aux hôtes des journées médicales par le maréchal Lyautey, par les autorités marocaines, et surtout de la chaude sympathie de nos confrères marocains !

Ces jours de fête à Casablanca, puis à Rabat, sous un ciel sans nuages, ont laissé à tous les congressistes un souvenir plein de gratitude, plein d'admiration aussi pour l'œuvre médicale accomplie par la France dans l'Empire Chérifien.

La séance d'ouverture a eu lieu à Casablanca sous la présidence effective du maréchal Lyautey. Sur l'estrade : MM. Beckers, délégué du gouvernement belge, J.-L. Faure ; Fiessinger, Roux-Berger, Chiray (de Paris), Garin (de Lyon), Bégouin (de Bordeaux), Ardin-Delteil, Nicolle (de Tunis), Abadie (d'Oran), Liouville, Burnet, Beros, Odoul, Spéder, président du Comité d'organisation, le médecin-inspecteur Oberlé, directeur général des services de santé du Maroc, le Dr Colombani, etc.

Le premier, M. Spéder prit la parole pour remercier le maréchal et Mme Lyautey de leur présence et de leur constante sollicitude pour tout ce qui, au Maroc, touche au domaine médical. Il rappelle le but des journées et rend un hommage ému au professeur Bergonié qui avait accepté d'y participer. Il salue ensuite les confrères venus de la Métropole et notamment le Dr Beckers, l'initiateur des brillantes journées médicales de Bruxelles.

Après un certain nombre de discours, commencent les travaux scientifiques.

C'est l'étude du cancer qui fait l'objet des premières communications :

Le cancer au Maroc. — MM. DEKESTER, SPÉDER, PÉRARD montrent que même chez les indigènes marocains, le cancer a une extension tout à fait

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française*.

comparable à celle qu'il a dans les pays dits « civilisés ».

Les rapporteurs apportent des statistiques très incomplètes encore, comprenant 743 cas parmi lesquels 444 cas arabes, 65 cas israélites, 134 cas européens (la population européenne du Maroc compte 66.000 individus).

L'existence du cancer chez les indigènes n'est plus discutable ; sa fréquence est, de l'avis de tous ceux qui recherchent systématiquement le cancer chez eux, aussi grande que chez les Européens, prédilection nette des cancers épithéliaux malpighiens sur les conjonctifs.

Chez les israélites indigènes, les ostéo et lymphosarcomes sont surtout fréquents : ils ne sont pas indemnes de cancers utérins. Prédominance apparente du cancer chez l'homme

Aux raisons d'ordre *social*, qui militent en Europe en faveur de la lutte contre le cancer ; aux raisons d'ordre *humanitaire*, s'ajoutent, au Maroc, des raisons d'ordre *colonial* : fournir aux expatriés les moyens thérapeutiques modernes ; et des raisons de *haute civilisation* : faire bénéficier des derniers progrès de la thérapeutique les peuples que la France a pris en charge de faire progresser dans la civilisation.

La chirurgie du cancer de l'utérus. — M. J.-L. Faure, après avoir exposé les étapes diverses qu'il a parcourues depuis vingt-cinq ans qu'il s'occupe du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, montre l'amélioration constante de ses statistiques de guérison complète et définitive du cancer de l'utérus et l'excellence de ses statistiques opératoires.

Dans les cas *opérables*, où l'utérus est mobile, le seul traitement d'après J.-L. Faure, est l'intervention, l'hystérectomie totale élargie ; les guérisons sont obtenues dans 80 p. 100 des cas au moins.

Dans les cas *médiocres*, où la mobilité de l'utérus est compromise, les guérisons atteignent 40 p. 100.

Dans les cas *mauvais*, le pourcentage tombe à 15 ou 20 p. 100.

Le cancer de l'utérus, opérable et opéré précocement est infiniment moins grave (60 succès pour 100 cas au bout de dix ans), que le cancer du sein opérable et opéré (30 succès sur 100 dans les mêmes conditions).

M. J.-L. Faure préconise le Mikulicz, qui réduit considérablement la gravité de l'opération : la mortalité opératoire descend à moins de 3 p. 100. La curiethérapie doit être réservée aux malades sur la limite de l'opérabilité et aux inopérables qui peuvent être ainsi rendus souvent opérables : pour ces derniers surtout, le radium rend des services immenses. Les *bons* cas doivent être réservés — quant à présent encore — au chirurgien. L'opinion de l'auteur pourra changer quand il sera démontré de façon absolue que le radium guérit ces cas aussi bien que l'intervention.

M. J.-L. Faure présente ensuite un film d'hystérectomie élargie pour cancer du col où tous les temps de son opération peuvent être suivis avec précision.

Etat actuel du diagnostic et du traitement du cancer du sein et de la langue. — M. Roux-Berger. Un nombre important de cancers du sein sont sensibles aux radiations. Leur action sur les tumeurs ou les récidives inopérables en sont la preuve. Mais l'adjonction des rayons X à l'opération n'a pas amélioré le pronostic du cancer. L'administration d'une dose unique et très élevée après l'opération a, d'après la plupart des statistiques, augmenté la fréquence et la rapidité des récidives. Des doses faibles et répétées ne paraissent pas dangereuses ; certains auteurs leur reconnaissent une action favorable. Le traitement du cancer du sein est avant tout chirurgical ; la précocité de l'intervention est le facteur essentiel de succès. La biopsie pouvant offrir des dangers, il faut considérer comme cancéreuse et traiter comme telle, toute tumeur suspecte à partir d'un certain âge.

Le diagnostic d'une lésion linguale est facile, grâce à la biopsie qui ne présente aucun danger. Le traitement appliqué à la fondation Curie consiste dans la radium-puncture de la lésion linguale et l'exérèse chirurgicale des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes. Cette opération est suivie d'irradiations avec des appareils à foyers extérieurs puissants ; là encore le résultat dépend de la précocité du traitement et aussi de l'accessibilité de la lésion. L'extension au plancher de la bouche est grave par les difficultés du traitement qu'elle comporte et certaines complications nécrotiques.

Le traitement médical de l'amibiase. — M. Garin (de Lyon), avant d'aborder l'étude du traitement, s'attache à mettre en évidence les points encore ignorés et qui pourraient faire l'objet de recherches utiles au Maroc même, qui paraît être une terre d'élection pour l'étude de l'amibiase. Il montre en particulier le rôle pathogène d'*A. coli* à côté de celui d'*A. dysenterique* et attire l'attention sur l'intérêt qu'il y a à connaître et à étudier les associations microbiennes.

En ce qui touche au traitement proprement dit, l'auteur montre que le premier rôle appartient toujours à l'émétine ; cependant son emploi est limité par l'émétino-résistance, d'une part, et par la toxicité de ce produit, qui ne permet pas de l'administrer à des doses supérieures à un gramme, en tout, en un mois.

Les arsenicaux associés à l'émétine doivent jouer un rôle capital dans le traitement de l'amibiase. Parmi les arsenicaux les plus employés jusqu'ici, le novarsénobenzol doit céder le pas au stovarsol et à l'acétylarsan.

L'auteur montre l'action incontestable de ces deux corps sur les kystes amibiens et sur les protozoaires associés, en se basant sur de nombreux examens coprologiques de contrôle.

L'orientation moderne de la thérapeutique. — M. Noël Fiessinger, après avoir montré le chevauchement des idées thérapeutiques et la multiplicité des orientations, fixe la date d'origine de la thérapeutique moderne au 15 février 1880, date où Louis Pasteur découvrit à la fois l'action du temps pour l'atténuation du virus du choléra des poules et l'influence immunisante du virus atténué. La grande orientation thérapeutique moderne s'appuie sur la notion de spécificité. L'auteur passe rapidement en revue l'évolution des vaccinations curatives et préventives et insiste sur la notion curieuse des vaccinations locales. Après avoir étudié la sérothérapie envisagée dans son sens le plus large, il signale l'apport récent des travaux sur les injections de sérum de convalescent dans la rougeole et la coqueluche. Dans l'établissement d'une thérapeutique préventive des collectivités, se fait jour la notion du dépistage des réceptifs et des réfractaires. Les résultats fournis par la vaccination à l'anatoxine diphtérique des sujets réceptifs dépistés par la réaction de Schick sont une des plus belles réalisations de la thérapeutique moderne.

Etudiant ensuite la spécificité chimique qui s'adapte particulièrement à la lutte contre les protozoaires, M. Fiessinger oppose les spécifiques obtenus par l'épuration des médicaments empiriques aux spécifiques de synthèse dont la construction nécessite la collaboration du chimiste, de l'expérimentateur et du médecin, tels que les arsénobenzols et les sels de bismuth.

La thérapeutique radiante obéit aussi à cette même systématisation spécifique. Elle porte son action sur la cellule embryonnaire avec plus ou moins de profondeur.

Dans la thérapeutique moderne, on observe actuellement un arrêt de ce que l'on peut appeler la thérapeutique dynamique par les chocs, mais par contre la thérapeutique fonctionnelle qui, par l'opothérapie semblait avoir atteint sa plus parfaite réalisation, vient de rebondir sous l'effet de la découverte de l'insuline. M. Fiessinger fixe l'état actuel des travaux sur ce sujet et montre que cette thérapeutique de fonction ne peut aboutir à la guérison de la maladie. Après avoir passé en revue les différentes méthodes modernes capables d'influencer la fonction viscérale depuis les régimes de réduction chimique jusqu'au drainage médical des voies biliaires, l'auteur insiste sur le fait que la thérapeutique fonctionnelle doit être prudente, progressive ; elle doit s'adapter aux réactions individuelles, contrairement à la thérapeutique spécifique plus brutale, plus énergique, plus systématique.

Dans certaines thérapeutiques modernes, on trouve à la fois ces deux notions de spécificité et d'influence fonctionnelle : c'est dans la désensibilisation des anaphylactisés, de l'urticaire ou de l'asthme par exemple. Doses minimes de début, spécificité solidement établie sur les épreuves de cuti-réaction.

En terminant, Noël Fiessinger oppose l'incertitude de l'ancienne thérapeutique si souvent accrochée à l'influence individuelle et suggestive à la précision de la thérapeutique moderne ; qu'elle soit spécifique, dynamique ou fonctionnelle, elle se montre d'une efficacité plus absolue, plus intégrale, et n'a aucunement besoin du facteur psychique.

Les cholécystites chroniques non lithiasiques. — M.M. Chiray. A côté de la cholécystite calculeuse, dont on connaît les multiples aspects anatomo-cliniques, existe une affection très fréquente et méconnue: la cholécystite chronique non lithiasique.

Elle se *caractérise*, au point de vue *clinique*, par la prédominance des réactions à distance, symptômes extravésiculaires, sur les réactions locales, signes vésiculaires. Les symptômes extravésiculaires, qui sont souvent les seuls dont se plaignent les malades, consistent en troubles gastriques ou intestinaux et en une atteinte, souvent grave, de l'état général, atteinte telle qu'elle entraîne les diagnostics les plus graves et les moins justifiés.

Les signes *vésiculaires* consistent en une douleur spontanée très fruste, souvent nulle, et en une douleur provoquée qu'on trouve toujours quand on sait la chercher, et qui présente les mêmes caractères que celle de l'appendicite chronique.

Le diagnostic *est encore facilité* par l'exploration radiologique qui montre souvent des signes de péricholécystite ou de périduodénite. Il tire, en outre, de très intéressantes données du tubage duodénal. Grâce à ce moyen d'exploration et à l'épreuve de Meltzer-Lyon, on peut en effet préciser la qualité de la bile vésiculaire plus ou moins infectée et le type de la réponse vésiculaire qui peut se trouver modifiée par le fait des adhérences péricholécystiques et de l'inflammation pariétale de la vésicule.

La *cholécystite chronique non lithiasique* peut être confondue, non seulement avec un certain nombre de maladies générales, mais encore avec les cholécystites par rétention et surtout avec les cholécystites lithiasiques. Bien que le diagnostic de cette dernière affection soit difficile, il peut être réalisé par l'étude clinique du malade, d'une part, et l'étude chimique de la bile duodénale, d'autre part.

Le traitement de la cholécystite chronique non lithiasique a largement bénéficié du tubage duodénal que permet de pratiquer le drainage non chirurgical des voies biliaires. Lorsque le tubage reste insuffisant, il faut pratiquer la cholécystectomie qui donne, en pareil cas, des résultats au moins aussi importants que dans la lithiase biliaire.

La stase intestinale chronique. — M. Maurice Chiray. Le terme de stase intestinale chronique a été créé par Arbuthnot Lane, chirurgien anglais, qui décrivit les troubles généraux liés à la constipation chronique qu'engendrent certaines adhérences développées autour de la région iléo-cæcale et aboutissant le plus souvent à une disposition anatomique vicieuse dénommée par lui la « coudure iléale ». La stase

intestinale chronique doit être différenciée de l'occlusion aiguë ou chronique, tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'à celui de la clinique. Elle constitue un des syndromes que la médecine moderne a isolés de la constipation, à côté de l'occlusion et la dyscinésie, cette dernière répondant à l'ancienne constipation atonique.

Les causes de la stase intestinale chronique sont multiples, mais l'on peut en mettre en évidence trois principales : la péricolite membraneuse, le cæcum mobile, et enfin les malformations congénitales ou acquises du côlon, méga ou dolicocôlon. C'est la stase intestinale chronique, en rapport avec la péricolite, qui offre le plus d'intérêt. Pour bien comprendre son action, il faut se rappeler les données modernes sur la physiologie motrice du gros intestin, en particulier l'existence des anneaux de contraction de Cannon-Boehm et de Payr. L'aspect clinique de la stase intestinale chronique est caractérisé par la douleur pseudo-appendiculaire, la constipation opiniâtre quelquefois masquée par une diarrhée de colite et l'atteinte plus ou moins grave des fonctions digestives ainsi que de l'état général. Le diagnostic repose principalement sur l'examen physique et surtout radiologique du gros intestin.

M. Chiray insiste surtout sur des formes peu connues de la stase intestinale chronique, en particulier la forme hépatique avec ses multiples manifestations de congestion et d'insuffisance hépatique et la forme cholécystique qui constitue un syndrome entéro-hépatique parallèle au syndrome entéro-rénal. Il signale encore une forme pseudo-néphrétique *inconnue jusqu'ici et qu'il a isolée avec son* collaborateur Lebon, la forme pyurique répondant aux différents aspects du syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer ; enfin, les formes nerveuses, fébriles et anémiques.

Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. — MM. Charles Nicolle et Paul Durand. C'est Fernand Bezançon, Griffon et Louis Le Sourd qui réussirent les premiers, en 1900, à cultiver le bacille de Ducrey en milieu défini. Depuis, les techniques de J. Reenstierna (de Stockholm) et de Ch. Nicolle ont permis d'importants progrès pour le diagnostic et le traitement.

1° *Intradermo-réaction de Reenstierna ; son application au diagnostic du chancre mou.* — Ito, le premier a eu l'idée de l'intradermo-réaction ; mais la mise au point et en valeur de la méthode appartiennent à Reenstierna. Ses recherches, confirmées par Ch. Nicolle et P. Durand, montrent sa *spécificité* absolue, sa *constance* (sauf dans les tout premiers jours), sa *précocité* cependant et son importance pour le diagnostic rétrospectif (résultats positifs dix ans et plus après guérison). C'est une cuti-réaction très nette.

2° *Traitement du chancre mou et de ses complications par le sérum de Reenstierna.* — Ce sérum est celui de moutons auxquels des inoculations d'émulsions de streptobacilles ont été faites, à doses de plus en plus grandes.

Il donne une réaction violente locale et une réaction thermique. Il est, d'autre part, d'une grande efficacité. Il guérit en dix jours environ bubons et chancres. Les bubons non ouverts ne s'ouvrent jamais ; les bubons ouverts et les chancres doivent être curetés. Deux ou trois inoculations de sérum sont suffisantes. Reenstierna a traité ainsi plus de 150 cas, sans insuccès.

3° *Traitement du chancre mou et de ses complications par les inoculations intraveineuses de vaccin antistreptobacillaire.* — C'est le point original de la communication de MM. Ch. Nicolle et P. Durand. Avant eux, les essais de vaccinothérapie n'avaient pu aboutir, car l'inoculation sous-cutanée ou intramusculaire d'émulsion de streptobacille à un porteur de lésions chancrelleuses déterminaient une réaction locale formidable. Ch. Nicolle et P. Durand ont évité celle-ci en employant la voie *veineuse*. L'inoculation, ainsi pratiquée, ne donne plus qu'une réaction thermique très supportable. Les résultats thérapeutiques sont du même ordre que ceux de Reenstierna ; peut-être la guérison demande-t-elle quelques jours de plus.

D'autre part, la réaction est infiniment moins violente qu'avec le sérum ; enfin, ce qui est à considérer, le produit est d'une préparation infiniment plus aisée et moins coûteuse. Quarante et une observations, publiées dans un mémoire antérieur, sont rapportées, mais l'emploi de la méthode est déjà général dans les services vénéréologiques de Tunis et le nombre des cas traités aujourd'hui dépasse la centaine.

Il semble bien qu'on soit en possession, avec le vaccin antistreptobacillaire, employé par voie veineuse, d'un procédé efficace simple, pratique, de traitement du chancre mou et de ses complications.

Echinococcose. Intérêt de son étude. — M. Dévé souligne l'intérêt général de l'étude de la maladie hydatique qui a suscité déjà maints travaux signés de vétérinaires et de médecins du Maroc.

Maladie cosmopolite qui possède des conditions étiologiques locales, elle intéresse non seulement le médecin et le chirurgien, mais encore l'expérimentateur, car elle représente la parasitose expérimentale type.

***

Qu'il nous soit permis, en terminant ce trop bref compte rendu, de féliciter les organisateurs des Journées, en particulier les docteurs Spéder et Lépinay, et de les remercier encore pour toutes les attentions dont furent l'objet les invités des premières Journées médicales marocaines.

A.P.M.F.

Les Livres

MASSON ET CIE, éditeurs. Paris.

Gaston LYON, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. — **Précis de clinique séméiologique (diagnostics, pronostics et traitements)**, 1924.

Le Dr Gaston Lyon, rompu à la pratique médicale, connaît toutes les difficultés de la séméiologie clinique et est plus capable que nul autre de les aplanir tant pour les étudiants que pour les praticiens. Tout le monde sait quel a été le succès de son *Traité élémentaire de clinique thérapeutique* qui en est à sa 11e édition, et qui a servi de guide à des générations de médecins. Aujourd'hui le Dr Gaston Lyon expose avec détails la méthode qui doit être appliquée dans l'examen complet d'un malade pour arriver à préciser un diagnostic, établir un pronostic et ordonner un traitement sur des bases sérieuses. Il émaille le texte de son livre de nombreux exemples tirés des observations qu'il a faites lui-même dans sa propre clientèle. De sorte que ce livre n'est pas un traité didactique énumérant des symptômes et des procédés d'exploration, mais un ouvrage vivant de clinique médicale.

Le précis se compose de six parties :

1o La première est consacrée à l'*interrogatoire* qui doit être méthodique et complet, où après avoir laissé parler le malade tant pour prendre contact que pour lui inspirer confiance, le médecin, après avoir fait preuve de patience, doit exercer son sens clinique. Après avoir été mis au courant du milieu où a vécu le malade et de ses conditions d'existence, il faut qu'il se renseigne sur son état actuel, ses commémoratifs, ses antécédents héréditaires et personnels. Il doit, en outre, si possible, interroger l'entourage. Puis tous ces renseignements notés, seront classés sur une fiche.

2o La deuxième partie a trait à l'*examen* du malade, qui doit être complet, par régions et de la tête aux pieds. La conclusion de l'examen doit être un diagnostic.

3o Mais souvent pour poser le diagnostic il convient d'avoir recours au laboratoire. La troisième partie est donc consacrée aux *recherches de laboratoire* : urine, sang, liquide céphalo-rachidien, crachats, liquides pleuraux, pus, excreta et exsudats divers, recherche des porteurs de germes, inoculations, biopsies et réactions cutanées, sucs gastrique et duodénal, bile, fèces, radioscopie, électro-cardiologie, épreuves fonctionnelles, font dans cette partie autant d'intéressants et courts chapitres.

4o Dans une quatrième partie, M. G. Lyon étudie en détail l'*examen des différents appareils* (digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, urinaire, nerveux, sensoriels). Il passe en revue les maladies infectieuses, celles de la nutrition, des glandes endocrines, du sang, les intoxications, les maladies professionnelles, les accidents anaphylactiques, les dermatoses.

5o La cinquième partie traite de l'art délicat, difficile et décevant du *pronostic*.

6o Enfin la sixième partie est l'exposé en raccourci de tous les moyens que la *thérapeutique* met à notre disposition.

L'on peut, par cette simple énumération, se rendre compte du travail considérable qu'a nécessité la rédaction de ce Traité de clinique sémiologique qui condense en 700 pages tout ce que doit connaître un médecin au courant, mais il faut lire le précis du Dr Gaston Lyon pour en apprécier les qualités d'ordre, et de méthode inductive, de clarté, malgré la multiplicité des renseignements et la quantité des connaissances qui y sont accumulées. Ce sont ces qualités qui donnent à cet ouvrage un caractère personnel et vivant et le classe bien au-dessus des meilleurs manuels du même genre en le faisant sortir de leur banalité.

J. NOIR.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA « MAISON RUSTIQUE »
26, rue Jacob, Paris (VIe).

I

Henriette BABET-CHARTON. — **De bons fromages par tous et partout**. Un volume 12 × 19 de 90 pages avec de nombreuses gravures. Broché : 4 fr. 50 ; franco : 5 francs.

II

H. LAGARDE, vérificateur des Contributions Indirectes. — **Qui peut distiller ? Dans quelles conditions ? Commentaires et explications de la loi sur les bouilleurs de cru**. Un volume de 40 pages. Prix, broché : 3 fr. ; franco : 3 fr. 50.

VIGOT FRÈRES, éditeurs,
23, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris.

Dr DAUSSAT. — **Expertise des professions dans les accidents du travail. (Rééducation. Orientation et aptitudes professionnelles. Mutilations. Travail et salaire. Apprentissage)**. Répertoire médical des Professions et Industries. Un volume in-16 de 328 pages, avec album de 73 figures. Prix : 20 fr.

Dans ce volume sur les accidents du travail et les mutilations, le docteur Daussat, décrit les *conséquences professionnelles* des infirmités. Il nous paraît difficile, sans un guide clair et précis, de comprendre et d'évaluer la gène que l'artisan ou l'ouvrier éprouvent, lorsqu'une paralysie, une ankylose, une amputation limitent ou abolissent les mouvements nécessaires à l'exécution de ce métier ; si nous voulons expliquer et apprécier cette gêne professionnelle, il faut comparer le travail de l'invalide à celui d'un ouvrier nor-

mal. Cette comparaison ne pouvait être étudiée que par un médecin spécialisé, qui assista, pendant l'année 1917, à l'organisation de l'Ecole de Rééducation du Grand-Palais, à celle de Saint-Maurice, et qui prit une part active au Placement des Mutilés dans l'Industrie et le Commerce, ainsi que dans les emplois réservés ; ce placement n'était possible que lorsque la mutilation était absolument guérie et protégée par un bon appareil de prothèse de travail professionnel, dont l'album annexé à ce livre nous offre quelques modèles.

Ce nouveau livre de l' « Expertise des professions » fait suite à l' « Invalidité-maladie » paru récemment qui traitait plus particulièrement des assurances sociales, en faveur des ouvriers malades. Il ne manquera pas d'intéresser également tous ceux qui s'occupent d'apprentissage, d'orientation et des questions d'hygiène du travail professionnel, surmenage (surproduction et sursalaire), accidents qu'il peut entraîner et qu'il faut savoir prévenir. Les magistrats et les médecins trouveront réunis dans cet ouvrage, et au sujet de l'indemnisation des incapacités professionnelles, un grand nombre de renseignements, épars et disséminés dans diverses publications. La question des aptitudes professionnelles, illustrée et expliquée par un album spécial, fait également l'objet de longs développements d'un intérêt pratique considérable.

Librairie Hachette.

Dr Léon Bizard.— **Conseils d'hygiène et d'esthétique.** (Un volume in-16, 170 pages, Paris 1925. Prix : 5 francs.)

En quelques chapitres (hygiène du visage, du teint, couperose, nez rouges. La chevelure : pellicules et séborrhée. Poils et duvets épilatoires. Le soin des mains et des pieds. Les varices. Pour maigrir), l'auteur a voulu montrer ce qu'il est possible de faire pour se maintenir en jeunesse et en beauté et ce qu'on peut tenter pour combattre certaines imperfections ou modifications qui déprécient l'esthétique féminine.

La minéralisation des tissus par l'alimentation.

Dans l'*Hygiène alimentaire* de Dujardin-Beaumetz, livre à l'heure actuelle trop délaissé, nous trouvons cette phrase qui témoigne de l'intuition de cet éminent thérapeute :

« Si vous voulez introduire des phosphates dans l'économie, ce n'est pas aux innombrables spécialités qui inondent aujourd'hui le commerce pharmaceutique, mais aux graines et aux parties des graines qui en contiennent le plus, qu'il faut avoir recours ».

A cette époque, les travaux de Topfer et de Schulze sur les lécithines, ceux de Posternak et du Pr Gilbert, sur l'éther phosphorique de l'inosite, n'étaient point encore parus, et Dujardin-Beaumetz, par la seule expérimentation clinique, avait déjà élucidé le problème de l'alimentation thérapeutique phosphorée par les végétaux.

Les travaux récents n'ont fait que confirmer ces observations. Les dernières recherches des Américains, sur la croissance et les vitamines, montrent que les embryons des graines sont spécialement riches en dérivés phosphorés organiques, en nucléo-albumines, en diastases, et qu'ils constituent des aliments de croissance particulièrement actifs. C'est ce qui explique le légitime succès de la Nergine Heudebert, farine extraite du germe de blé dégraissé et stabilisé, qui renferme 30 à 40 % de matières azotées et de 6 à 10 % de matières phosphorées (lécithines et phosphatides).

En raison de sa constitution chimique, la Nergine doit être considérée comme un aliment tonique et minéralisateur ; elle agit en raison de la digestibilité et de l'assimilation parfaite de ses composés azotés et phosphorés naturels.

Elle doit être ordonnée :

Aux femmes enceintes et aux nourrices ;

Aux enfants, comme nourriture complémentaire à la fin de l'allaitement, surtout au moment du sevrage et de la dentition et pendant toute la croissance ;

Aux rachitiques, lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux ;

Aux jeunes gens, en période de croissance et de formation ;

Aux dyspeptiques et aux convalescents ;

Aux neurasthéniques, aux affaiblis, aux surmenés ;

En un mot, à tous ceux qui ont besoin de se reminéraliser et de reconstituer leurs tissus nerveux.

Dr C.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA PUBLICITÉ MÉDICO-PHARMACEUTIQUE, LA PRESSE PROFANE ET LE MINISTRE DE L'HYGIÈNE.

Pendant que la grande presse donne volontiers asile, dans ses premières pages, à des articles plus ou moins virulents, dont les médecins font les frais, et où ils sont, à l'occasion, assimilés aux charlatans les plus impudents, elle remplit les dernières d'annonces qu'ils illustrent souvent de vénérables silhouettes d'ecclésiastiques ou de sympathiques effigies de religieuses, et qui prônent tel dépuratif, tel élixir, telle poudre, telles pastilles ... capables de guérir toutes les maladies.

A l'exception d'un ou deux organes qui refusent systématiquement de faire commerce de ce genre de publicité, et qu'on cite, tous les autres s'en donnent à cœur joie et alignent, les uns au dessous des autres, les clichés qui vantent, avec références à l'appui, — et quelles références ! — la drogue à nulle autre pareille ou l'Institut sans rival, grâce auxquels le malade le plus invétéré est assuré d'être soulagé, sinon dans ses misères, du moins dans son porte-monnaie.

Il y a longtemps que ces agissements ont provoqué de nombreuses protestations, sans d'ailleurs le moindre résultat. Allez donc vous attaquer à cette Puissance des temps modernes qui s'appelle la Presse ?

Sans remonter très loin en arrière, je retrouve dans les collections du *Concours médical*, un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie dans lequel figure l'article suivant :

« Les annonces, réclames et attestations relatives à l'emploi, aux indications ou aux propriétés des médicaments, appartiennent exclusivement à la librairie médicale et pharmaceutique, à tous les ouvrages, revues et journaux qui la constituent.

« Ces annonces, réclames et attestations publiées ou effectuées en dehors de cette librairie constituent le délit d'exercice illégal de la médecine. »

Plus près de nous, un autre projet de loi a été déposé au Parlement, tendant à réprimer, à l'instar de l'escroqueri. ou de l'abus de confiance, les promesses fallacieuses de guérisons extraordinaires avec tel remède annoncé dans les journaux.

De tout cela, jusqu'alors, il n'était résulté rien de positif et les projets, de quelque source qu'ils émanassent, étaient restés lettre morte.

Notre Ministre de l'hygiène, M. Justin GODART que nous connûmes sous-secrétaire d'Etat au Service de santé pendant la guerre, sera-t-il plus heureux ? En tous cas, il vient de faire preuve d'une initiative à laquelle, pour cette fois au moins, il nous plait de rendre hommage.

Il vient en effet d'adresser à la presse politique et d'information la lettre suivante :

Des plaintes nombreuses et fondées me sont parvenues contre l'exploitation des malades par des entreprises qui attirent le public grâce à une publicité, abusive dans la forme, faite, soit par des annonces dans les journaux et périodiques, soit par l'affichage, l'envoi de circulaires, la distribution de prospectus, etc.

J'ai signalé à la justice, qui agit en ce moment, les cas les plus éhontés du mercantisme médical ou pseudo-médical. Mais, pour mettre un terme à des pratiques, fructueuses pour ceux qui les exercent, trop souvent mortelles pour ceux qui s'y laissent malheureusement prendre, la collaboration de la Presse m'est nécessaire. Je sais que je ne ferai pas vainement appel à elle au nom de la protection de la santé publique pour soutenir mon action. J'entends la diriger contre toutes les annonces médicales, sous quelque aspect qu'elles se présentent.

Pour aujourd'hui, en ce qui concerne les annonces de journaux et périodiques, je demande à la Presse de soumettre désormais l'insertion des annonces médicales aux deux conditions suivantes :

1° Que le texte en soit rédigé avec discrétion, et que notamment, jamais n'y figure le mot « guérison ». — Aucun médecin honnête, aucun savant consciencieux ne peut dire qu'il guérira. En vérité, dans une annonce publiée par les journaux, prospectus ou affiches, le mot « guérison » constitue une audacieuse affirmation, un appât mensonger, voire, la fallacieuse promesse qui caractérise la tentative d'escroquerie.

2° Qu'aucune annonce médicale ne soit placée sous un pseudonyme, une raison sociale de fantaisie (Institut, Académie, etc...) ou un anonymat. La loi est formelle. Celui qui offre ses services médicaux doit le faire sous son nom, en engageant ainsi sa responsabilité et son honorabilité.

Je pense que si ces deux règles étaient désormais suivies, un grand progrès de salubrité et de moralité serait réalisé. L'opinion publique serait, à n'en pas douter, reconnaissante à la Presse de donner

l'exemple et de se les imposer. Par ailleurs, cela faciliterait utilement l'œuvre d'assainissement que j'ai la volonté de réaliser.

Le Ministre : Justin GODART.

Ainsi donc, le Ministre parait décidé à mener une action énergique contre la publicité médicale et pharmaceutique faite par la presse profane. Pour commencer, il demande aux journaux de n'accepter aucun texte qui contienne le mot *Guérison*, ou qui émanerait d'un soi-disant *Institut*, d'une quelconque *Académie*.

Les dirigeants de la presse profane ont-ils accepté, ainsi que je le lis dans un de nos périodiques, de se conformer aux désirs exprimés par M. Justin Godart ? Tiendront-ils, ou du moins, pourront-ils tenir leurs engagements ? Euh ! Euh !

En réalité, les dirigeants du journalisme politique et d'informations n'ont, pour le moment, que peu d'action sur le rayon PUBLICITÉ de leurs organes. La publicité y est en effet presque toujours affermée à une agence qui loue, pour ainsi dire, à un prix fixe déterminé, un emplacement où elle colle ensuite toutes les affiches qu'il lui plait, pourvu que le texte de celles-ci demeure dans des limites de décence relative, en la forme. Je crains bien que ces agences ne fassent la sourde oreille aux objurgations des directeurs des journaux. La publicité médicale et pharmaceutique est une de celles qui rapportent le plus, dans la grande presse. Et le rapport en est d'autant plus élevé qu'elle frappe plus fort, en procédant par affirmations péremptoires. J'ai du mal à croire que tous ceux qui l'exploitent renonceront à employer les moyens grossiers, mais qui prennent toujours sur la foule des gogos, d'une portée si productive.

Il faudrait une loi. Nous avons vu que les projets de cette nature n'étaient pas nouveaux. Mais, avant que le parlement se décide à voter un texte législatif de cette nature, il passera, j'en ai peur, beaucoup d'eau sous le pont de la Concorde qui mène au Palais-Bourbon. Je n'ai pas besoin d'en développer ici les raisons.

Et pourtant, c'est l'intérêt de la santé publique qui se trouve en jeu. MM. Pic et Bonamour viennent de dénoncer à nouveau les dangers que peut faire courir à un malade la purgation en apparence la plus anodine. Que dire alors de ces drogues composées qui renferment des substances actives, lorsqu'elles sont prises d'une façon intempestive ?

Faut-il se contenter d'exiger que la rédaction des annonces médico-pharmaceutiques insérées dans les journaux extra-médicaux soit honnête ? Faut-il aller plus loin, et dénier à ces journaux et à tous leurs congénères le droit de publier de telles annonces ? Logiquement, il semble bien qu'en dehors des simples que débitent les herboristes, aucun médicament digne de ce nom ne doit être délivré sans une prescription médicale ; qu'il ne peut être par suite mis ainsi à la portée du public ; que la plupart des remèdes ainsi annoncés sont des remèdes secrets... Pour toutes ces raisons, et d'autres encore que je n'exposerai pas, c'est l'interdiction radicale qui devrait s'imposer.

Mais nous vivons en des temps où nous nous leurrerions singulièrement si nous nous imaginions que la logique puisse triompher en de telles conjonctures. D'autant qu'il faut compter avec l'esprit du public qui ne déteste pas d'être attiré par ce genre de publicité, dût-elle le décevoir.

Contentons-nous donc d'applaudir au geste du ministre de l'hygiène. Réussira-t-il, dans une certaine mesure, à assainir la littérature dont s'alimente la publicité qui nous occupe ?

Jusqu'à présent, aucun changement n'a été constaté dans la rédaction et la présentation des annonces, dans les grands journaux. Et je demeure sceptique, ce qui ne vous étonnera pas...

G. DUCHESNE.

LES CERTIFICATS DE DÉCÈS

Ligne de conduite pratique du médecin.

Nous avons reçu, au *Concours médical*, pendant ces derniers jours, un certain nombre de questions qui nous ont été posées par nos confrères, concernant la ligne de conduite, qu'ils doivent suivre, lorsqu'on leur demande un certificat de décès.

Ici, c'est la famille, qui se voit refuser le permis d'inhumation, parce que le médecin traitant n'a pas indiqué la cause de la mort.

Là, c'est le secrétaire de mairie qui demande aux médecins de la localité une statistique des décès de la commune avec diagnostic et noms. Ailleurs, c'est une question de secret professionnel qui se pose, alors que le médecin traitant sait que la mort est le résultat d'un crime ou d'un avortement, ou de coups et blessures. Pour ne pas violer les confidences qu'il a reçues, ou ne pas révéler les secrets qu'il a surpris, dans l'exercice de sa profession, le docteur nous demande s'il doit établir un diagnostic erroné, ou seulement incomplet.

Enfin la fameuse tragédie de Lannion est

encore présente dans tous les esprits : le médecin traitant a-t-il bien agi en n'indiquant, dans son certificat, que la cause immédiate de la mort et en taisant toutes autres circonstances ?

Nous pensons qu'il est utile d'exposer schématiquement le problème, pour en tirer ensuite des conclusions applicables dans la pratique journalière de nos confrères.

A quoi sert le certificat de décès ?

a) *A protéger l'intérêt individuel.*

Cette pièce doit indiquer que la mort est réelle, et a été scientifiquement constatée par l'homme de l'art. De cette manière sont écartées les craintes d'une inhumation précipitée : que de gens ont la terreur d'être enterrés vivants !

b) *A protéger l'intérêt de la famille.*

Le certificat de décès est utile, soit pour toucher une assurance sur la vie, que le *de cujus* a contractée de son vivant, soit pour démontrer que le défunt était sain d'esprit, lorsqu'il a rédigé son testament.

c) *A protéger la santé publique.*

La déclaration d'une mort, provoquée par une affection contagieuse, permet à l'autorité publique de faire prendre toutes les mesures nécessaires en vue de conjurer une épidémie, voire même la désinfection d'un local, dans lequel est mort un tuberculeux par exemple.

Centralisées par les soins de l'administration du ministère de l'hygiène, les causes des décès peuvent servir à dresser les statistiques sanitaires, permettant de lutter efficacement contre des fléaux régionaux, cependant que la fréquence ou l'absence de certaines causes de mort, dans telle ou telle contrée, pourraient donner des indications précises, pour l'étude de la naissance, ou de la propagation de certaines maladies. C'est ainsi que quelques-uns pensent qu'il serait fort utile de dresser la carte du cancer en France.

d) *A sauvegarder la paix publique.*

Les crimes ne doivent pas rester impunis : judiciairement provoquée, l'autopsie révèlera l'empoisonnement, le coup de feu mortel, les blessures volontaires, l'avortement. Les coupables pourront être recherchés et punis, conformément à la loi,

Les textes législatifs et règlementaires.

Article 77 du code civil : « Aucune inhumation ne sera faite, sans une autorisation de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès ».

Article 80 (modifié par la loi du 20 novembre 1919 : « ... En cas de décès dans les hôpitaux, ou les formations sanitaires, les hôpitaux maritimes coloniaux, civils, ou autres établissements publics, soit en France, soit dans les colonies, ou, les pays de protectorat, les directeurs, administrateurs, ou maîtres de ces hôpitaux, ou établissements, devront en donner avis, dans les 24 heures à l'officier d'état-civil, ou à celui qui en remplit les fonctions.

Celui-ci se transportera pour s'assurer du décès et en dressera l'acte ... »

Article 81 : « Lorsqu'il y aura des signes, ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances, qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre »...

Une circulaire du préfet de la Seine du 18 mars 1881 charge les médecins des hôpitaux de Paris de constater les décès survenus dans leurs services.

Que devrait mentionner un certificat de décès complet ?

1° Le défunt est bien mort. Il peut être inhumé.

2° La mort est naturelle, et, par suite, ne peut être imputée à un crime.

3° Le décès a été provoqué par telle maladie, compliquée ou non d'affections diathésiques, ou intercurrentes.

Il y a, ou il n'y a pas, maladie transmissible. Indications des mesures sanitaires à prendre.

Par qui doit-être rédigé le certificat de décès ?

1° *Le médecin traitant.*

Il est lié par le secret professionnel et doit se taire au nom de l'article 378 du code pénal. Un arrêt de la cour de Cassation, du 9 mai 1913 (D. 1914, 1, 206) fixe la jurisprudence : « Attendu que la disposition de l'article 378 du code pénal est absolue et générale et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire ; que c'est là ce qui résulte, tant des termes de la prohibition que de l'esprit dans lequel elle est conçue ; qu'en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions ».

En l'absence de médecin de l'état-civil, qui n'existe pas dans beaucoup de communes, le médecin traitant doit se borner à certifier que M. X. est mort et que les signes de la mort sont très nets.

Ce praticien doit-il obéir aux injonctions de l'officier de l'état civil, qui lui demande, ou cher-

che à l'obliger à dévoiler la cause du décès ? Nullement.

Aux termes de l'article 77 du code civil, l'officier de l'état civil doit se transporter en personne auprès du défunt, pour s'assurer du décès, et (article 81) s'il apprend, ou relève des indices, ou signes de mort violente, il devra se faire assister d'un docteur en médecine, pour faire les constatations, comme officier de police judiciaire.

Le maire, ou l'adjoint chargé de l'état civil, ne voulant, parce qu'il n'en a pas le temps, se transporter en personne chez tous les décédés de la commune, peut charger un médecin de constater la matérialité de la mort ; mais il doit, pour cette besogne, désigner tout autre docteur que celui qui a soigné le malade.

Ce dernier praticien est lié par l'article 378 du code pénal à l'obligation du silence et ne peut pas être relevé de cette injonction légale par un simple ordre émanant d'un maire.

Il en résulte que le médecin du *de cujus* ne peut pas délivrer autre chose que le certificat suivant : « je soussigné certifie que M. X. est mort et que le décès est médicalement certain ».

Pourrait-on, par un artifice, tourner la loi ? Par exemple, le docteur serait-il autorisé à ajouter : « la mort est due à une cause naturelle ? »

Non, car si le médecin du *du cufus* a un doute, ou une certitude que la cause de la mort est criminelle, devra-t-il se porter dénonciateur, en ne rédigeant pas de certificat de décès, ou en se refusant de mentionner qu'il n'existe aucun signe ou indice de mort violente ?

Mais, pourrait-il alors établir un certificat médical incomplet ? taire certains signes, pour ne mentionner que la cause immédiate de la mort ? C'est le cas de Lannion, dans lequel le praticien a déclaré, comme ayant provoqué le décès, un œdème pulmonaire, en s'abstenant de dire comment et par quoi était survenue cette affection.

C'est également le cas du docteur, ayant soigné un avortement, et qui ne déclare que « péritonite » alors que cette affection est consécutive aux manœuvres abortives.

Il en résulte que le médecin traitant doit se taire et se refuser à délivrer un certificat de décès et ce, au nom des prescriptions de l'article 378 du code pénal. Qu'il se souvienne d'un arrêt de la cour d'assises du Lot-et-Garonne, du 15 décembre 1887 (*Gaz. Pal.* 1888, 1, 129) : « Attendu que cesser de faire du secret professionnel une obligation absolue, pour le convertir en obligation relative, c'est le détruire, en ouvrant la porte aux appréciations les plus arbitraires des cas, où sa violation serait permise parce qu'elle serait utile ou opportune. »

La violation du secret professionnel ne blesse pas seulement la personne qui a confié le secret, elle blesse la société entière, parce qu'elle enlève à des professions, sur lesquelles la société s'appuie, la confiance qui doit les environner. (Garraud, *Traité théorique et pratique du droit pénal français*, tome V, par. 2.068 ; Chauveau et Hélie *Théorie du code pénal* tome V, par. 1879).

2° *Le médecin de l'état civil.*

Ne pouvant pas se faire remplacer par le médecin traitant, l'officier de l'état-civil désignera un praticien, pour opérer la vérification des décès. Ce docteur, nullement lié par le secret professionnel à l'égard des familles, devra toute la vérité à son mandant : le maire. Son devoir social et professionnel lui dicte sa conduite : de rechercher tous indices, lui permettant de découvrir si le décès n'est pas dû à une cause non naturelle, et s'il relève ces indices, en dresser procès-verbal à l'usage de l'officier de l'état civil, qui prendra toutes les mesures nécessaires comme officier de police judiciaire.

Malheureusement, soit méconnaissance de la loi et des codes, soit insuffisance des ressources budgétaires, ce médecin de l'état civil n'existe pas, dans la très grande majorité des communes de France. Les maires ont cru pouvoir s'adresser au médecin traitant, pour lui demander de certifier la matérialité du décès et d'en indiquer les causes.

Egalement, par suite de la méconnaissance des dispositions du code pénal, beaucoup de praticiens acceptent cette manière de faire, d'autant que, dans l'immense majorité des cas, la mort est due à une cause naturelle.

Mais ce procédé est absolument illégal et pourrait conduire le médecin traitant devant les juges correctionnels, pour violation du secret professionnel.

Rappelons au surplus une délibération de la Société de médecine légale, au cours de sa séance du 26 mai 1923. Après avoir discuté sur les résultats négatifs de la commission instituée par le ministre de l'hygiène, pour étudier la question de la déclaration des décès, après avoir cité un certain nombre de cas particuliers, dans lesquels les médecins traitants étaient fort embarrassés pour déférer aux demandes de certificats, émanant du maire, officier de l'état civil, sans violer le secret professionnel, la Société, émit les vœux suivants, qui furent adoptés à l'unanimité :

« 1° La Société de médecine légale de France estime, en raison du caractère impérieux de l'article 378, sur le secret professionnel que les modalités actuelles de la déclaration des causes des décès ne peuvent être changées que par des dispositions législatives nouvelles et non par simple mesure administrative ;

« 2° Elle émet le vœu que la vérification médicale des décès soit organisée en dehors des médecins traitants, dans les villes et dans les campagnes

et, en tout cas, le plus rapidement possible, dans les villes de plus de 10.000 habitants. »

Rappelons à ce sujet que c'est en vertu d'une loi, celle du 30 novembre 1892, que les médecins ont été relevés de l'obligation du secret professionnel, pour la déclaration des maladies épidémiques.

Un arrêt de Cassation du 13 mars 1897 (S. 98, 1,425) décide que « les médecins et les sages-femmes, astreints à faire la déclaration des maladies épidémiques, ne sont relevés du secret professionnel à l'égard de ces maladies, que dans la mesure nécessaire aux communications, qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique. »

Ces communications confidentielles conservent ce caractère, aux mains des sous-préfets et des maires auxquels elles parviennent, comme représentants de l'autorité. Il en résulte que l'article 378 du code pénal est applicable au secrétaire de mairie, qui divulgue à un tiers quelconque le contenu des bulletins ne lui ayant été communiqués qu'en sa qualité d'auxiliaire du maire : il se trouve constitué dépositaire du secret qui y est enfermé.

Médecin légiste.

Désigné par l'officier de police judiciaire, qui a relevé des indices ou des présomptions de mort violente, le médecin légiste ne fera son rapport qu'après autopsie. Il n'est pas lié par le secret professionnel vis-à-vis des familles et doit dire toute la vérité au magistrat qui l'a commis

A qui doit être remis le certificat de décès ?

Le certificat doit être remis à celui qui l'a demandé : à la mairie s'il s'agit du médecin de l'état civil ; à l'autorité judiciaire, en cas d'expertise médico-légale. Mais la plupart du temps, c'est la famille qui demande cette pièce au médecin, soit pour la remettre à la mairie, pour obtenir le permis d'inhumer, ou pour l'adresser à une compagnie d'assurances sur la vie, afin de toucher les sommes, pour lesquelles le *de cujus* s'était assuré.

Nous avons vu qu'en ce qui concerne la délivrance d'un certificat destiné à l'officier de l'état civil, le médecin traitant était lié par l'article 378 du code pénal et qu'il doit observer la règle de la prudence et du silence.

Il en est de même en matière d'assurances sur la vie.

Le tribunal du Havre a jugé, le 30 juillet 1885 (D. 87, 3, 24) que les compagnies d'assurances sur la vie ne peuvent exiger la production d'un certificat médical mentionnant la cause du décès.

Même décision du tribunal de Besançon (15 février 1887 ; D. 99, 1, 586) précisant même que le consentement donné par le malade préalablement, c'est-à-dire au moment où il a signé sa police, n'est pas suffisant pour relever le médecin de l'obligation du secret.

Un arrêt de Cassation, chambre civile du 1er mai 1889 (D. 99.1.585), décide qu'il est interdit à un médecin de révéler, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client.

De même la cour de Besançon, par son arrêt du 7 juin 1899 (D. 1900.2.407) affirme qu'un médecin qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel, même si c'est la famille qui le demande.

La cour de Paris (4 février 1891, D. 1891.2. 317 ; S. 1891, 2, 471) reconnaît au médecin le droit absolu, dans tous les cas, de se refuser à la délivrance du certificat de décès, qui lui est réclamé par la famille du défunt, ou par une assurance, en motivant son refus sur le secret professionnel.

D'ailleurs, le jugement précité du Havre décide que les héritiers d'une personne décédée ne peuvent pas relever le médecin traitant du secret professionnel, en ce qui concerne le défunt.

Dans le même sens a été rendu le jugement du tribunal civil de Meaux, du 22 novembre 1923, confirmé par la cour de Paris, (1re chambre) 31 octobre 1924, disant que le secret professionnel est absolu *erga omnes*, même lorsque tous les ayants droit du *de cujus* délient le médecin du secret professionnel. Celui-ci doit néanmoins se taire, conformément aux prescriptions de l'article 378 C. pén.

Par qui doit être payé le certificat de décès ?

Ce certificat est payé par la personne qui le réclame.

En général, l'attestation, demandée au médecin traitant par la famille du défunt, est soit délivrée gratuitement, sur imprimés succincts, fournis par la mairie du lieu, soit remis aux familles contre honoraires.

Dans certaines localités, c'est l'administration des pompes funèbres qui se préoccupe de la délivrance de cette pièce et qui honore le médecin, faisant entrer cette dépense en ligne de compte, dans la note fournie à la famille, pour les frais des obsèques.

Le médecin de l'état civil est payé, par appointements fixes, ou par vacations par la mairie.

Le médecin légiste est honoré selon le tarif des opérations de médecine légale.

Cette question d'honoraires a été soulevée, à la réunion de la commission instituée par le ministre de l'hygiène, pour la déclaration des décès. Par qui seraient payés les certificats médicaux, envoyés les uns à la mairie du lieu, les

autres au médecin départemental chargé de les collecter en vue d'une statistique ? Serait-ce la famille du *de cujus,* ou l'Etat, en l'espèce le budget du ministère de l'Hygiène, du moment où ces certificats seraient employés pour le bien de la collectivité ?

Déclarations de décès et hygiène publique.

Un certain nombre de confrères sont sollicités soit par le secrétaire de mairie, au nom du maire, soit par l'autorité départementale d'hygiène, pour établir rétrospectivement la liste des décès survenus, dans l'année, dans leur clientèle.

Beaucoup de confrères, ne connaissant qu'insuffisamment leurs obligations légales, ne croient pas pouvoir s'opposer à cette demande ; mais, pour respecter le secret professionnel, ils inscrivent des diagnostics tout à fait fantaisistes et inexacts.

Une commission médico-administrative s'est réunie plusieurs fois l'an dernier, au ministère de l'hygiène ; elle n'a pas pu aboutir.

Il est hors de doute qu'une statistique des causes des décès peut rendre de grands services, tant comme documentation scientifique qu'au point de vue de la prophylaxie générale.

Mais, pour aboutir à ces résultats, il importe que le médecin traitant puisse adresser à un médecin-administratif, également lié par le secret professionnel, une véritable observation scientifique, sur tous les décès survenus dans sa clientèle.

Malheureusement, les injonctions de l'article 378 n'en restent pas moins absolues et, en supposant qu'une lettre, adressée par le médecin traitant au médecin inspecteur d'hygiène, soit détournée de sa destination et remise au parquet, le médecin traitant serait-il punissable, comme ayant enfreint les dispositions de l'article 378 ?

Oui, a répondu le garde des sceaux, car, en l'état actuel de la législation, seule une loi peut abroger, pour tout ou partie, les injonctions d'un article du code pénal.

Dans ces conditions, il ne fut plus possible de continuer les travaux de la commission précitée.

Néanmoins, dans certains départements, celui de la Seine-Inférieure, par exemple, les médecins traitants, en l'absence de médecins de l'état civil, délivrent à la mairie un certificat succinct, affirmant le décès. Si le maire apprend, par la rumeur publique, que les causes de la mort ne sont peut-être pas naturelles, il ordonne une enquête et même une expertise médicale.

Ensuite, le médecin traitant adresse au médecin inspecteur départemental d'hygiène une lettre, ne comportant aucun nom, ni adresse de malade, mais donnant toutes explications scientifiques sur l'affection et les antécédents morbides du défunt.

Ce certificat est honoré par les soins du budget départemental.

Conclusions.

Sollicité pour la délivrance d'un certificat de décès, le médecin traitant, s'il veut obéir aux dispositions de l'article 378 du code pénal, doit se borner à attester la mort réelle du malade, auquel il vient de donner ses soins.

Il n'a pas le droit d'ajouter que le décès lui semble être dû à une cause naturelle ; encore moins d'indiquer un diagnostic quel qu'il soit.

En effet, malgré le désir, ou la tentation qu'on peut avoir de respecter la loi, même en la violant, ou en la tournant, il est préférable de ne mettre aucun diagnostic, plutôt que d'en indiquer un, incomplet, ou fantaisiste, ou rédigé en termes très vagues.

Encore plus, est-il dangereux de fournir un diagnostic mensonger. Dans l'immense majorité des cas, la chose est de minime importance. Mais qu'il s'agisse d'un crime, comme dans l'affaire de Lannion, le médecin traitant peut être soupçonné de complicité, pour avoir fourni de faux renseignements, ou donné des indications scientifiques incomplètes.
Le parquet peut croire que le médecin traitant a essayé d'égarer la justice, en voulant, par un certificat inexact, ne pas éveiller les soupçons légitimes de l'officier de l'état-civil et faire ainsi échapper un coupable à la justice répressive.

Confrères, nous ne saurions trop insister sur le danger qu'il y a, pour vous, de vous prêter à cette confusion des fonctions, lorsque, médecins traitants, liés par le secret professionnel, vous êtes sollicités de vous charger d'une fonction de certificateur, pour une administration publique, ce qui vous obligera à violer les dispositions du code pénal.

Répondez aux maires, par l'intermédiaire de vos syndicats, que la certification des décès est incompatible avec vos devoirs de médecin traitant et que, désormais, pour obéir à la loi, vous ne délivrerez, pour l'officier de l'état-civil, que des attestations, indiquant la constatation matérielle du décès, mais sans en préciser la cause. A l'officier de l'état civil, s'il a des doutes, de se transporter en personne, auprès du défunt, comme le veut l'article 77 du code civil, ou de se faire accompagner par un médecin, comme le prescrit l'article 81, en cas d'indices de mort violente.

Quant à la rédaction de statistiques des causes de décès, survenues dans l'année, refusez-vous à accomplir ce travail, en l'état actuel de la législation.

Si, dans une grande ville, il vous serait possible de dresser une liste anonyme, ne comportant que les diagnostics de maladies, ayant occasionné le décès de vos malades, sans que les noms de

ceux-ci soient divulgués en aucune sorte, il n'en serait pas de même dans les campagnes, où par des recoupements, il serait loisible de savoir que telle personne est décédée, soit à la suite de manœuvres abortives, soit de toute autre cause de mort violente.

Le maire devrait-il alors se porter dénonciateur grâce à vos déclarations ?

Voici du moins votre ligne de conduite, en attendant que soit trouvée la solution qui permettra de sauvegarder le secret, que nous devons aux familles, au nom de l'ordre public, tout en collaborant utilement à la sauvegarde de la santé publique, pour l'édification de statistiques véridiques des causes de mortalité.

Dr Paul Boudin.

GLANES PROFESSIONNELLES D'UN VIEUX PRATICIEN

Chaque fois qu'il y a lieu de causer ou de se produire en public il faut faire preuve d'action.

Un médecin appelé soit en consultation, soit pour voir un malade, doit *travailler*. Il faut qu'il fasse son métier. Il interrogera et examinera le malade de toutes façons ; il le percutera, le repercutera, l'auscultera, le retournera dans tous les sens, demandera ses urines, ses crachats, ses matières, etc., parlera sans cesse et ainsi il se rendra agréable au malade qui ne pourra plus se passer de lui, et se créera une clientèle.

***

Il est des médecins qui s'imaginent que leur rôle est terminé quand ils ont porté le pronostic d'une maladie et qui pensent que le reste est l'affaire de l'infirmier.

S'il s'agit d'un cancer utérin par exemple, vous savez quel est le pronostic. Evidemment ce qu'il y a à faire quand le cancer est jugé inopérable, rentre dans le rôle de l'infirmier, mais l'infirmier alors, c'est vous. Il ne faut pas une grande somme d'intelligence pour être bon médecin, et on peut être un excellent médecin si on ne néglige pas les soins d'infirmier.

C'est en traitant les malades avec beaucoup de douceur, avec tact, en prodiguant les soins, en faisant espérer contre tout espoir qu'on est bon médecin. Vous ferez des applications de glace, vous ordonnerez le seigle ergoté, les injections ; vous appliquerez des topiques désinfectants, du coaltar saponiné, goudron, acide phénique, ou autre produit du jour ; vous porterez votre attention sur le régime, vous ferez en sorte de diminuer les hémorragies, de prendre garde que votre malade ne devienne un objet de dégoût pour elle-même et pour les voisins, vous lui rendrez ses relations faciles, vous lui relèverez le moral, vous prolongerez la maladie, et vous vous concerterez prudemment avec le chirurgien.

L'expérience a démontré que les opérations du cancer, surtout tardives, ne réussissent point. Le cancer vit aux dépens des tissus où il s'implante. Si en opérant, vous lui enlevez une partie de ces tissus, il se reformera sur des tissus nouveaux et vous hâterez le terme. Si, par exemple, un épithélioma de l'extrémité du doigt ou du col utérin gagne un millimètre tous les six mois, au bout de deux ans, il aura avancé de quatre millimètres. Si vous opérez, il reparaît à l'endroit et, même en un clin d'œil, il avancera d'une longueur qu'il aurait mis des années à parcourir. Quelle prudence il faut dans l'intervention chirurgicale du cancer du col utérin, qui réussit si rarement !

***

Souvent le médecin se croit obligé d'agir ; il croit toujours devoir faire quelque chose, il perd la tête, il veut essayer, il ordonne, il ne se sent pas assez d'autorité pour imposer ses idées et ses principes, il ne raisonne pas la médecine.

Au lieu d'instituer un traitement bien en harmonie avec la maladie qu'il a à soigner, de faire semblant de faire quelque chose pour donner l'illusion au malade, de consoler, de tâcher d'obtenir la confiance du malade, il laisse venir un confrère qui soigne, qui fait des piqûres, qui médicamente à outrance, et il n'ose rien dire. Il ne s'enferme pas avec ce confrère et ne lui demande pas des explications sur sa manière d'agir ; il ne lui demande pas raison de ce qu'il vient renverser l'édifice thérapeutique qu'il avait sagement élevé.

Il ne faut pas pardonner à un médecin qui agit trop là où il ne sait pas pourquoi il agit, et qui n'agit pas là où son intervention est de première nécessité, celui qui croit à la médecine, qui se trompe lui-même, est un ignorant et un sot.

Je *sais* ou j'*ignore* et j'agis en conséquence.

Défions-nous de l'expérience en médecine. Autrefois un maître jugulait toutes les pneumonies et les coupait toutes en saignant. C'était le fruit de son expérience à lui et de l'expérience de quatre générations. Mon père soignait, disait-il, et personne ne m'apprendra mon métier !

Cela s'arrêtait parce que cela devait s'arrêter.

Un fait d'expérience également, c'est qu'une angine s'arrête après un vomitif ! ...

Le médecin a parfois trop de confiance dans sa puissance en médecine. Il ne sait pas combien il

est faible, et combien il est inutile de lutter contre le travail, l'évolution de la nature, et combien il est préférable la plupart du temps de la laisser agir elle-même.

Il faut rester honnête, *simuler une active intervention* et si le malade guérit, recevoir les félicitations et les remerciements du malade et de l'entourage avec modestie. — *Natura medicatrix* de Trousseau. Vous croyez à l'action des médicaments (je ne parle pas des spécifiques ni des médicaments qui ont fait leurs preuves) vous avez la foi, alors employez les eaux miraculeuses. *Orate*.

La médecine a bien des déboires. Tel, après avoir appliqué des sangsues aux apophyses mastoïdes se verra supplanté par un autre qui le dénigrera et fera appliquer des sangsues à l'anus. Si ce dernier n'avait pas appliqué de sangsues à l'anus, l'autre aurait tué le malade.

Mais la médecine a aussi des consolations, et le médecin provoque souvent l'admiration de l'entourage légitimement, lorsque, sans empoipoisonner son malade, il le guérit.

***

Il y a des mots qu'il ne faut pas prononcer en pratique médicale, devant les malades :

Poitrinaire, — catarrhe, — hystérique, — tumeurs, — cancer, — pylore, — dartre, — angine, etc.

Bronchite est suspect. La mauvaise réputation vient de ce que ceux qui vont aux stations méditerranéennes ont des bronchites. Catarrhe signifie vieillesse dans le monde. Pylore signifie cancer : il a le pylore. Comment ! Vous dites que je suis dartreuse ? . . . dites tout de suite que je suis galeuse . . . moi ! . . .

Angine dans le monde est quelque chose de bien plus grave que le mal de gorge qui est la même chose.

Pour dire *tumeur*, Michon disait : il a une bombure.

Grosseur ne doit pas non plus être dit.

Hystérique signifie toujours femme libertine, qui se conduit mal, par le sexe. Vous entendez dire : comment ? elle est hystérique, la malheureuse ! je n'aurais pas cru ça d'elle !

Les femmes ne veulent pas être hystériques, mais elles aiment bien être nerveuses.

Dans le monde, tous, magistrats, professeurs, prélats, archevêques, tombent dans ces grossières erreurs.

Il ne faut jamais prononcer *état typhoïde*, quand il n'y a pas de fièvre typhoïde. Il vaut mieux dire *état adynamique*, car état typhoïde ne signifie rien. L'état typhoïde de la pleurésie, de la pneumonie, etc., n'existe pas puisque les lésions n'existent pas.

***

Les prescriptions du médecin doivent être matérialisées et rendues palpables pour toutes sortes de moyens.

La stupide race humaine est ainsi faite que si vous voulez obtenir d'un malade qu'il se promène de tel endroit à tel autre, à tel moment parce que cela le soulagera, il pensera : « Voilà un médecin idiot ! à quoi sert la gymnastique, la promenade ? . . . comment cela peut-il faire du bien ? » — Tandis que si vous lui donnez à avaler des pilules de *mica panis* en lui disant que c'est un remède souverain, mais que pour les digérer il faut faire telle promenade parce que s'il ne la fait pas, les pilules non seulement ne produiront pas d'effet, mais lui seraient très nuisibles, feraient éclater son estomac, que ce serait terrible, etc., le malade fera votre promenade ! ! !

Dites à un malade de faire maigre tel ou tel jour, il n'obéira pas, jugeant que c'est stupide, que la religion intervienne, qu'un prêtre quelconque vienne le prescrire, il sera obéi.

Voulez-vous reommander à une femme de rester couchée, soit pour se reposer, soit pour arrêter ses règles, puisque le seul fait de garder le lit calme les règles et les métrorragies, n'allez pas lui expliquer que si elle reste au lit cela lui fera du bien, que telle chose se passera, que ceci se produira, etc. Nos plus beaux raisonnements passeront pour des sottises.

Ordonnez alors une application de collodion fuchsiné qui pour produire son effet ne doit pas être remué de n'importe quelle façon. Et elle ne bougera pas, etc.

***

A l'époque de la grossesse, certaines végétations apparaissent à la vulve. Elles sont identiques d'aspect à des végétations syphilitiques, sans avoir aucun rapport avec la syphilis.

Il y a aussi une vaginite de la grossesse.

Ne pas tomber dans l'erreur de ce médecin de province qui dit à une dame offrant de ces particularités : « on vous a pourri à Paris ! »

***

Le séné ou même la rhubarbe donnent aux malades auxquels ils sont administrés, une teinte jaune des plus trompeuses.

***

Ne te réjouis jamais lorsque tu entendras accuser un de tes confrères de maladresse, d'imprudence, etc.

Demain, tu pourras te trouver dans le même embarras que lui. — De fausses accusations ont fait arrêter plus d'un médecin innocent.

***

Pas trop d'amour-propre — assez de souplesse — savoir sauvegarder les apparences et conserver sa dignité, faiblir à propos devant les exigences et la bêtise du public — exploiter une situation sans le laisser paraître, — donner toujours raison au client riche, cela peut être la manière habile nouveau siècle, mais c'est encourager l'ignorance et la dissimulation pour en tirer profit.

La ruse ne vaut pas la droiture et l'on n'éprouve aucune satisfaction de conscience.

Remettre un client à sa place, même d'une façon cassante, lui signaler *sans merci* ses erreurs et ses torts, rester maître de la situation ou l'abandonner avec les honneurs de la guerre, sont encore, quoi qu'on en dise, les moyens qui donnent sinon au point de vue du lucre, du moins vis-à-vis de soi-même, le plus de contentement.

De la dignité ! ... toujours et quand même ! — Le médecin restera médecin, ou il est perdu ! . .

Mais que nous voilà loin de la méthode nouveau siècle qui paraît devoir mettre le savoir-faire, la complaisance, et la séduction du client avant tout le reste !

***

Arriver après un confrère chez un malade, dominer la situation, l'exploiter, critiquer, sourire ironiquement, enfoncer un diagnostic ouvert, ménager les sous-entendus, se faire mousser habilement, savoir dire à propos :

« Voilà ce que c'est ! ... il a cette maladie depuis tant de temps ! » — quand le médecin ordinaire a pris soin pour des raisons sérieusees de ne pas affirmer — faire une ordonnance avec sa belle plume de Tolède, sortir fièrement, triomphant, comme c'est facile ! ... mais y a-t-il quelque chose de plus malhonnête, de plus vil, de plus lâche ? ....

***

N'apprenez *jamais* à une personne de l'entourage à faire une piqûre de morphine. Elle deviendrait par la suite l'infirmière de tout le quartier qui le saurait vite et vous seriez supplanté.

***

Quelle que soit la situation d'un client, lorsqu'il vous appellera et vous dira du mal du confrère qui vous a précédé, faites semblant de ne pas entendre et que la première pensée soit de vous dire que vous êtes refait, que très probablement vous ne serez *pas honoré* et que vous serez quitté à votre tour parce que vous n'aurez pas su ce qu'avait le malade.

***

N'ayez jamais de satisfaction, encore moins de plaisir à succéder à un confrère auprès d'un malade. Evitez la chose, car vous auriez l'impression de commettre une action basse et malhonnête en succombant à la tentation de faire remercier un confrère.

Les clients sont si au-dessous de vous, qu'il y a dans ces circonstances un plaisir extrême à leur donner une leçon de morale et à se montrer supérieur à eux ...

Et d'ailleurs la leçon n'est jamais inutile.

***

N'en vouloir pas trop aux chirurgiens. Leurs honoraires sont âprement discutés et le client est souvent de mauvaise foi en refusant de régler une note d'honoraires convenus.

« Je n'ai que tant ... cela ne vaut pas tant ... vos injections de sérum nécessitées dans l'opération ont déterminé des abcès et je ne paye pas cela ! ... »

De là à ne pas payer quand le malade ou l'opéré meurt, il n'y a qu'un pas, et alors ?

***

Un client porteur d'un panaris ou d'une plaie couverte de pommade se présente. Vous lui recommandez certains soins préalables indispensable à l'intervention chirurgicale prochaine, mais il va a une consultation hospitalière ou chez *un autre* qui hausse les épaules, fait l'incision et le pansement disant : « Voilà ce qu'il *fallait faire* ! » — Et vous, vous passez pour un âne !...

***

S'intéresser aux indigents chroniques en se faisant donner de leurs nouvelles met tout le monde à l'aise et détourne les réclamations.

***

Si un enfant a des convulsions, une toux coqueluchoïde, si un adulte a des malaises, des vertiges, des syncopes, du nervosisme, etc., songez aux helminthes. — Un purgatif au calomel fera expulser un ou plusieurs lombrics et l'on assiste à une résurrection.

Dans le cas de crampes violentes, n'oubliez pas *la ficelle* nouée autour du mollet et qui calme à merveille.

***

Dans les fractures de jambe, de cuisse, dans les douleurs du pied, une demi-*peau d'orange* dans laquelle on pose le talon calme très bien les douleurs du talon si pénibles dans ces circonstances.

***

Le son, appliqué sur les kystes tendineux, maintenu et serré par une bande, rend également de bons services.

Dr COURGEY.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Arrêté relatif aux programmes des examens pour le titre d'infirmier, d'infirmière et d'infirmier masseur de l'Etat français.

Par arrêté en date du 6 décembre 1924, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a prescrit, conformément aux dispositions de l'article 1er du décret du 27 juin 1922, modifié par les décrets du 19 février 1923 et du 18 juillet 1924 et des délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 10 mars et du 13 octobre 1924, les mesures énumérées ci-après :

Art. 1er. — Les programmes établis pour servir comme règlements des écoles reconnues serviront jusqu'à nouvel ordre de programmes pour les examens passés devant le jury qualifié pour la délivrance des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier, d'infirmière et d'infirmier masseur de l'Etat français.

Art. 2. — Ces programmes sont les suivants :

A. — Programme minimum type pour les écoles d'infirmiers hospitaliers s'étendant sur deux années d'études obligatoires (vingt-deux mois).

1° Stage probatoire et éliminatoire, durée un mois. Eléments d'anatomie, de physiologie, de pathologie générale ;

2° Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital. Neuf mois en médecine générale répartis entre les services adultes, enfants tuberculeux, nerveux, dermatovénéréologie. Neuf mois répartis entre les services de chirurgie adultes, chirurgie enfants, voies urinaires.

Deux mois dans un service de contagieux.

Les stages effectués devront être portés sur le carnet de stages, qui sera examiné par le jury.

Cours théorique.

Eléments d'anatomie et de physiologie.

Eléments de pathologie générale, d'hygiène et de prophylaxie.

Soins aux malades de chirurgie.

Soins aux malades de médecine.

Diététique.

Petite pharmacie.

Morale professionnelle.

Notions d'administration hospitalière.

B. — Programme minimum type pour la première année d'études des écoles mixtes d'infirmiers (onze mois).

1° Stage probatoire et éliminatoire ; durée d'un mois. Eléments d'anatomie, de physiologie, de pathologie générale ;

2° Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital ; quatre ou six mois dans les services de chirurgie ; quatre ou six mois dans les services de médecine y compris service des contagieux.

La durée respective de ces stages variera d'après les spécialisations que doit acquérir l'élève en deuxième année (massage ou soins aux aliénés, par exemple).

Les stages effectués devront être portés sur le carnet de stages, qui sera examiné par le jury.

Cours théoriques.

Eléments d'anatomie et de physiologie.

Eléments de pathologie générale, d'hygiène et de prophylaxie.

Soins aux malades de médecine.

Soins aux malades de chirurgie.

Diététique.

Petite pharmacie.

Morale professionnelle.

Notions d'administration hospitalière.

C. — Programme minimum type pour l'année de spécialisation des infirmiers masseurs.

Stages pratiques.

1° Sept mois, services de chirurgie (massage, mécanothérapie, rééducation motrice, etc.), hommes, femmes, enfants ;

2° Quatre mois, service de médecine (massage), hommes, femmes, enfants.

Les stages effectués devront être portés sur le carnet de stages, qui sera examiné par le jury.

Cours théoriques.

Anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie, système nerveux, splanchnologie).

Physiologie et pathologie appliquées.

Massage (chirurgical et médical) simple ou combiné avec d'autres pratiques physiothérapiques, la mécanothérapie, l'orthopédie, la kinésithérapie, la gymnastique, l'éducation physique, la rééducation (mutilés et malades).

Morale professionnelle, déontologie.

Hygiène générale.

Art. 3. — Les examens comprendront une épreuve sur titres, éliminatoire, une épreuve pratique, conférant l'admissibilité, une épreuve théorique écrite et orale.

Chacune de ces épreuves aura un coefficient égal.

En cas d'insuccès à la troisième épreuve, le bénéfice de l'admission sera conservé pendant une année.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 15 et 16 décembre 1924.)

Délivrance de diplômes d'infirmières.

Par arrêté du ministre du travail, et de l'hygiène pris en date du 17 juillet 1924 par application du décret du 27 juin 1922, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière, diplômée de l'Etat français a été délivré à 403 infirmières hospitalières possédant un diplôme d'écoles d'infirmières hospitalières, savoir :

56 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'association des dames françaises, hôpital-école, 93, rue Michel-Ange, à Paris.

19 infirmières diplômées de la maison-école d'infirmières privées, à Paris.

142 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de la société de secours aux blessés militaires, square des Peupliers, à Paris.

2 infirmiers diplômés de l'union des aveugles de guerre, à Paris.

83 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de l'union des femmes de France, hôpital-école, 32, rue de la Jonquière, à Paris.

20 infirmières diplômées de l'école « Florence Nightingale », à Bordeaux.

5 infirmières diplômées de l'école d'infirmières de la société de secours aux blessés militaires, à Bordeaux.

42 infirmiers et infirmières de l'école d'infirmiers et infirmières des hospices civils de Grenoble.

7 infirmières diplômées de l'école d'infirmières des hôpitaux et hospices de Lorient.

14 infirmières diplômées de l'école de la maison de santé évangélique de Nîmes.

13 infirmières diplômées de l'école d'infirmières des hospices civils de Toulouse.

Total, 403.

Par le même arrêté ministériel, le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français a été délivré à 255 infirmières en fonctions dans des établissements hospitaliers à caractère permanent, savoir :

6 infirmières. — Hôpital-hospice de Belley (Ain).

2 infirmières. — Hôpital-hospice de Cerdon (Ain).

2 infirmières. — Hospice de Champagne-en-Valromey (Ain).

1 infirmière. — Hôpital civil de Saint-Trivier-de-Courtes (Ain).

2 infirmières. — Hôpital civil de Saint-Trivier-sur-Moignans (Ain).

3 infirmières. — Hôpital-hospice de Bohains (Aisne).

2 infirmières. — Hôpital Brisset, à Hirson (Aisne).

15 infirmières. — Hôtel-Dieu de Laon (Aisne).

2 infirmières. — Hôpital-Hospice de Marle (Aisne).

1 infirmières. — Hôtel-Dieu d'Oulchy-le-Château Aisne).

3 infirmières.— Hôpital-hospice de Gannat (Allier).

1 infirmière. — Hôpital-hospice de Foix (Ariège).

3 infirmières. — Hôpital-hospice de Saint-Girons (Ariège).

3 infirmières. — Hôpital civil de Lavelanet (Ariège)

1 infirmière. — Hôpital de Mirepoix (Ariège).

4 infirmières. — Hôpital-hospice de Limoux (Aude).

2 infirmières. — Hôpital-hospice de Barbezieux (Charente).

4 infirmières. — Hôpital-hospice de Confolens (Charente).

8 infirmières. — Asile départemental d'aliénés de Lafond (Charente).

2 infirmières. — Hôpital-hospice d'Argentat (Corrèze).

2 infirmières. — Hôtel-Dieu de Beaulieu (Corrèze).

7 infirmières. — Hôpital mixte de Brive (Corrèze).

5 infirmières. — Hôpital civil d'Alize-Sainte-Reine (Côte-d'Or).

1 infirmière. — Hôtel-Dieu de Beaune (Côte-D'Or).

5 infirmières. — Hôpital-hospice de Saint-Jean-de-Losne (Côte-d'Or).

2 infirmières. — Hôpital-hospice d'Airvault (Deux-Sèvres).

2 infirmières. — Hôpital-hospice de Bressuire (Deux-Sèvres).

2 infirmières. — Hôpital-hospice d'Oiron (Deux-Sèvres).

1 infirmière. — Hospice d'Hautefort (Dordogne).

9 infirmières. — Hôpital Saint-Jacques de Besançon (Doubs).

7 infirmières. — Hôpital Saint-Jacques de Besançon (Doubs), en fonctions dans les hôpitaux de Suisse.

2 infirmières. — Hôpital-hospice de Morteau (Doubs).

2 infirmières.— Hôpital-hospice d'Evreux (Eure).

5 infirmières. — Hôpital-hospice de Neubourg (Eure).

2 infirmières. — Hôpital de Brou (Eure-et-Loir).

1 infirmière. — Hôpital-hospice de Cloyes (Eure-et-Loir).

1 infirmière. — Hospice supérieur de Senonches (Eure-et-Loir).

1 infirmière . — Hôpital-hospice de Carhaix (Finistère).

4 infirmières. — Hôpital de Lesneven (Finistère).

1 infirmière. — Hôpital-hospice d'Eauze (Gers).

7 infirmières. — Hôpital-hospice Etienne-Sabatie, à Libourne (Gironde).

1 infirmière. — Hôpital-hospice de Joinville (Haute Marne).

6 infirmières. Hôpital mixte de Langres (Haute-Marne).

1 infirmière. — Hôpital Grammont, Luxeuil (Haute-Saône).

1 infirmière — Hôpital Grammont, Villersexel (Haute-Saône).

1 infirmière. — Hôpital-hospice de Saint-Brice-en-Cogles (Ille-et-Vilaine).

5 infirmières. — Hôtel-Dieu de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

5 infirmières. — Hôpital-hospice d'Entre-Deux-Guiers (Isère).
4 infirmières. — Hôpital-civil de Rive-de-Gier (Loire).
5 infirmières. — Hôpital départemental de Léon-Bellier, à Nantes-Doulon (Loire-Inférieure).
5 infirmières. — Hôpital-hospice de Paimbœuf (Loire-Inférieure).
3 infirmières. — Hospice de Pornic (Loire-Inférieure).
5 infirmières. — Hôpital-hospice de Savenay (Loire-Inférieure).
6 infirmières. — Hôpital mixte de Saint-Lô (Manche).
3 infirmières. — Hôpital-hospice de Valogne (Manche).
7 infirmières. — Hôpital général de Vitry-le-François (Marne).
3 infirmières. — Hospices civils d'Armentières (Nord).
1 infirmière. — Hospice de Landrecies (Nord).
2 infirmières. — Hôpital-hospice d'Orchies (Nord)
4 infirmières. — Hôpital général de Tourcoing (Nord).
1 infirmière. Hospices de Wambrechies (Nord).
15 infirmières. — Asile d'aliénés, à Alençon (Orne).
7 infirmières. — Hôtel-Dieu du Creusot (Saône-et-Loire).
1 infirmière. — Hôpital-hospice de Corbeil (Seine-et-Oise).
3 infirmières. — Hôpital de Rabastens (Tarn).
12 infirmières. — Hôpital-hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).
2 infirmières. — Hôpital mixte de Montauban (Tarn-et-Garonne).
9 infirmières possédant de nombreux états de service et des services de guerre, savoir :
1 infirmière. — Hôpital de Fère-en-Tardenois (Aisne).
1 infirmière. — Hôpital de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure).
2 infirmières. — Dispensaire des usines de Rosières (Cher).
1 infirmière. — Hôpital de Chartres (Eure-et-Loir).
1 infirmière. — Hôpital de Bonneval (Eure-et-Loir).
1 infirmière. — Hôtel-Dieu de Nantes (Loire-Inférieure).
1 infirmière. — Orléans, clinique de la Présentation.
1 infirmière. — Dispensaire municipal de Saint-Maur.
Total, 255.

(*J. O.*, 23 août 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Bal de la médecine française au profit de la Caisse de Secours de l'Association et du sanatorium des étudiants.** — L'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris donnera son bal le 4 *avril*, dans les salons de l'hôtel Claridge, sous le Haut Patronage de M. G. Doumergue, président de la République et sous la présidence de M. Justin-Godart, ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ; de M. le docteur Queuille, ministre de l'agriculture et de M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

De nombreux artistes ont accepté de prêter leur concours. Au cours de la soirée, distribution de cadeaux-surprises. Entrée par personne : 35 fr. ; carte de famille (4 personnes) : 120 fr. ; billets : Association Corporative, 8, rue Dante, et secrétaire de l'Association, 35, rue Victor-Massé. Tél. : Trudaine 71-83.

— **Association Amicale des anciens médecins des Corps combattants.** — *Assemblée générale.* — L'Assemblée générale aura lieu samedi 28 mars à 19 heures à l'hôtel Lutetia. Elle sera suivie d'un dîner qui sera présidé par le médecin-inspecteur général Toubert.

Le 25 mars à 17 heures, l'Association s'est rendue au Tombeau du Soldat Inconnu pour ranimer la flamme.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Forestier, secrétaire général, nº 12, rue d'Anjou (8e).

— **Clinique médicale des enfants.** — M. Nobécourt a commencé le cours de Clinique médicale des Enfants, le 2 mars 1925, à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : enseignement clinique dans les salles par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : policlinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : conférence sur la séméiologie des affections du système nerveux, à l'amphithéâtre, par M. Lereboullet, agrégé.

Mercredi, à 10 h. 30 : conférences de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : cours de clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 6 au 18 avril et en juillet-août 1925.

— **Cours d'anatomie médico-chirurgicale et technique opératoire.** — 1° *Cours supérieur.* — M. le professeur Bernard Cunéo a commencé ce cours le lundi 2 mars 1925, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis et lundis, à la même heure.

Sujet. — Anatomie chirurgicale et technique des opérations sur la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

2° *Conférences de l'agrégé.* — M. Basset, agrégé, fait une série de conférences tous les jeudis, à 15 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Sujet. — Anatomie du squelette et des articulations des membres.

— **Cours d'hygiène.** — M. le professeur Léon Bernard a commencé son cours d'hygiène le vendredi 6 mars 1925 à 16 heures, au petit amphithéâtre de l a Faculté et continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** — M. Joyeux, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 4 mars 1925, à 17 h., à l'amphithéâtre Vulpian, et les continue les vendredis, lundis et mercredis à la même heure. (Némathelminthes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux, animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux).

— **Congrès de stomatologie.** — Ce Congrès se tiendra à Paris du 19 au 24 octobre.

Le bureau est composé de MM. Jules Tellier, président ; Fargin-Fayolle, vice-président ; Bercher, secrétaire général ; Merville, secrétaire général adjoint ; Lacronique, trésorier.

— **La désinfection des voitures de transports en commun.** — C'est une question qui a préoccupé le Bureau d'hygiène de la ville de . . . BUCAREST ! Celui-ci vient, en effet, de prescrire aux administrations des compagnies de transports en commun (tramways, taxi-autos, etc.), de mettre à l'étude les moyens pratiques d'assainissement régulier des véhicules qu'ils mettent à la disposition du public.

— **Les Journées médicales belges de 1925.** — Nous avons annoncé déjà que la cinquième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendrait dans les locaux de l'Université de Bruxelles les 21, 22 et 23 juin. La séance inaugurale aura lieu le samedi 20 juin, dans l'après-midi, dans la Salle des séances solennelles de l'Académie royale de Belgique. La journée du 24 sera réservée à la svisite d'une ville de province, et nous en publierons prochainement le très intéressant programme.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — *Notions récentes de clinique pratique et d'examens de laboratoire.* — Professeur : M. A. GILBERT ; professeur agrégé : M. Marurice VILLARET. — Cet enseignement de vacances d'ordre essentiellemetnt pratique, commencera le lundi 30 mars 1925, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann, Saint Girons, Brin et Maréchal, anciens chefs de clinique ; Paul Blum, chef de clinique ; A. Coury, ancien chef de clinique adjoint ; Tzank et Fatou, chefs de clinique adjoints ; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont, Deval et Mlle Tissier, anciens chefs et chefs de laboratoire ; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale ; Durey et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques ; Isch-Wall, ancien interne du service ; Grellety-Bosviel et Pollet, internes du service, et Comandon.

Il comprendra trente-six leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30.

30 mars. — A 9 h. 30, M. Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection hépatique ; — à 14 h. 30, M. Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection du tube digestif ; — à 16 h. 30, M. Deval. Notions récentes sur le chimisme gastrique et intestinal.

31 mars. — A 9 heures, M. Herscher : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'ictère ; — à 14 h. 30, M. Chabrol : Notions générales sur les ictères par hyperhémolyse. ; — à 16 h. 30, M. Paul Descomps : Notions générales de bactériologie pratique ; diagnostic de l'angine diphtérique et des angines à fausses membranes ; notions pratiques de sérothérapie et de vaccinothérapie.

1er *avril.* — A 9 heures, M. Maréchal : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection rénale ; — à 14 h. 30, M. Deval : Notions pratiques sur l'analyse chimique des éléments anormaux de l'urine ; — à 16 h. 30, M. Deval : Notions pratiques récentes sur l'analyse chimique du sang.

2 avril. — A 9 heures, M. Villaret : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un hémiplégique ; — à 10 h. 30, M. Villaret : Comment on peut faire le diagnostic neurologique des attitudes pathologiques des membres (syndromes médullaire, nerveux périphériques, physiopathique, psychonévrosique) et des démarches nerveuses anormales ; — à 14 h. 30, M. Henri Bénard : Comment on doit pratiquer l'examen d'un liquide céphalo-rachidien ; — à 16 h. 30, M. Henri Bénard : L'encéphalite épidémique ; état actuel de la question.

3 avril. — A 9 heures, M. Coury : Comment on doit pratiquer l'examen clinique d'un malade atteint d'affection cardiaque ; les asystolies ; — à 10 h. 30, M. Villaret : Comment on doit pratiquer l'exploration de la tension artérielle ; — à 14 h. 30, M. Pollet : Comment on doit pratiquer et interpréter les méthodes graphiques en pathologie cardio-vasculaire. Electro-cardiographie. Application à l'étude des arythmies ; — à 16 h. 30, M. Dumont : Notions pratiques sur la technique de l'examen des globules sanguins et l'interprétation des résultats.

4 avril. — A 9 heures, M. Lippmann : Notions thérapeutiques récentes sur les affections cardio-vasculaires ; — à 10 h. 45, M. Comandon : Séance de démonstrations cinématographiques de biologie médicale ; — à 14 h. 30, MM. Villaret et Grellety-Bosviel : Comment on doit pratiquer la recherche de la tension veineuse périphérique ; — à 16 h. 30, M. Isch Wall : Notions pratiques sur la transfusion sanguine et sur les nouvelles méthodes de recherche de compatibilité et d'incompatibilité sanguine.

6 avril. — A 9 heures, M. Dumont : Comment on doit pratiquer l'examen d'un typhoïdique. Diagnostic pratique des affections éberthiennes par les procédés cliniques et de laboratoire ; paratyphoïdes ; mélitococcie ; — à 14 h. 30, Mlle Tissier : Notions pratiques sur le diagnostic de l a tuberculose par les procédés de laboratoire. — à 16 h. 30, M. Henri Bénard : Notions cliniques et bactériologiques récentes sur le paludisme, les dysenteries, le typhus exanthématique.

7 avril. — A 9 heures, M. Henri Bénard : Les données nouvelles sur les maladies de la nutrition ; le métabolisme basal ; les maladies par carence ; la goutte ; les obésités ; — à 14 h. 30, M. Henri Bénard : Les données nouvelles sur les maladies de la nutrition ; le diabète sucré ; sa thérapeutique par l'insuline.

8 avril. — A 9 heures, M. Paul Blum : Notions nouvelles sur l'anaphylaxie ; les chocs hémoclasiques ; — à 14 h. 30, M. Saint Girons : Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocriniens ; — à 16 h. 30, MM. Durey et Dausset : La kinésithérapie dans les affections douloureuses ; notions de thermothérapie, d'hydrothérapie.

9 avril. — A 9 heures, M. Brin : Notions pratiques sur la méthode de Bordet-Gengou ; principe, technique et variétés de la réaction de Bordet-Wassermann ; — à 14 h. 30, M. Paul Blum : Notions pratiques sur les nouveaux procédés de diagnostic clinique et de traitement de la syphilis ; — à 16 h. 30, M. Dumont : Notions récentes sur le diagnostic clinique et la thérapeutique des épanchements pleuraux et ascitiques.

10 avril. — A 9 heures, M. Fatou : Notions cliniques récentes sur les manifestations viscérales et osseuses de la syphilis héréditaire, le goundou, la lèpre, les trypanosomiases ; — à 14 h. 30, M. Lagarenne : Notions générales sur l'application des rayons X au diagnostic clinique ; — à 16 h. 30, M. Lagarenne : Conseils pratiques de radiothérapie.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

— **Clinique médicale des enfants.** — Un cours de clinique médicale des enfants aura lieu à l'hôpital des Enfants malades sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. Babonneix et Tixier, médecins des hôpitaux ; MM. Nadal et Paraf, anciens chefs de clinique ; de MM. Janet et Pichon, chefs de clinique ; de M. Duhem, chef du service de radiologie de l'hôpital des Enfants-Malades ; de MM. Mathieu et Bidot, chefs du laboratoire de la clinique.

Le cours portera sur les questions actuelles de pédiatrie. Il commencera le lundi 6 avril 1925 et sera terminé le samedi 18 avril. Il sera complet en 20 leçons. Les leçons auront lieu à 10 heures et à 16 heures.

Sont admis à ce cours, les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), le lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— **Clinique O.-R.-L. de la Faculté de médecine de Toulouse.** — *Cours de perfectionnement* 1925. — Cet enseignement dirigé par M. Escat, chargé de cours, aura lieu, comme les années précédentes à l'hospice de la Grave, du 6 au 13 juillet 1925. Destiné spécialement aux jeunes praticiens O.-R.-L., il comprendra :

1° Des leçons sur des sujets d'actualité et sur des questions classiques appelant une nouvelle mise au point ;

2° Des démonstrations cliniques et pratiques ;

3° Des exercices de séméiologie et de médecine opératoire O.-R.-L.

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine de Toulouse jusqu'au 30 juin 1925. Droit d'inscription : 150 fr.

— **Pathologie médicale.** — M. le professeur Sicard a commencé le cours de pathologie médicale le mardi 10 mars 1925, à 18 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (petit amphithéâtre).

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et de 4e année d'études.

Objet du cours. — Pathologie médicale des membres, du rachis et de la tête.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. F.-M. Cadenat a commencé le vendredi 6 mars, à 17 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, son cours de pathologie chirurgicale, sur la pathologie des membres, et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— **Accidents du travail, maladies professionnelles et pensions aux mutilés de guerre.** — Des conférences seront faites pendant le semestre d'été sous la direction de M. le professeur Balthazard, tous les jours, à 6 h., au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail, les maladies professionnelles et les pensions aux mutilés de guerre.

20 avril, M. Ménard. — Applications de la radiographie aux accidents du travail.

21 et 22 avril, M. Dervieux. — Honoraires médicaux dans les accidents du travail. — Tarif Breton. Pratique des expertises d'accidents du travail ; rédaction et dépôt des rapports.

23 et 24 avril, M. Rieux, professeur au Val-de-Grâce. — La loi du 31 mars 1919 sur les pensions de guerre. Principes généraux. Barèmes d'invalidité ; blessures multiples. Procédure.

25 avril, M. Terrien. — Complications oculaires des accidents du travail.

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, a lieu tous les samedis, à 3 h., à l'Institut médico-légal, place Mazas.

— **Conférences de pathologie médicale.** — M. A. Clerc, agrégé, a commencé ces conférences le lundi 9 mars, à 18 h. (petit amphithéâtre) et les continue les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Maladies du foie et du pancréas. — Les grands syndromes hématologiques.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. Paul Moure, agrégé, a commencé le cours de pathologie chirurgicale le mardi 10 mars 1925, à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme. — Thorax, sein, organes génitaux de la femme.

— **Travaux d'endocrinologie.** — La Société Russe d'endocrinologie s'adresse à tous les médecins et biologistes français, et les prie de vouloir bien lui faire parvenir leurs travaux concernant l'endocrinologie pour publications, mentions ou comptes rendus dans les journaux russes.

Prière d'adresser toute la correspondance au secrétaire de la Société : professeur : N.-A. Schereschevsky, Arbat 35, Moscou.

— **Journées médicales de Toulouse,** 11, 12, 13, 14 *juillet* 1924. — Des conférences scientifiques et professionnelles seront faites par plusieurs personnalités étrangères et françaises. Parmi les conférenciers, nous pouvons d'ores et déjà citer :

MM. Bordet, professeur à l'Université libre, directeur de l'Institut Pasteur (Bruxelles) ; Sanarelli, professeur à la Faculté de Médecine de Rome ; Recasens, doyen de la Faculté de Médecine de Madrid ; Dartigues, de Paris, président de l'UMFIA. ; J.-L. Faure, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Jacob, médecin inspecteur général, chef du Service de Santé des Armées du Rhin ; Cl. Regaud, directeur de l'Institut du Radium de l'Université de Paris ; Levaditi, de l'Institut Pasteur de Paris ; Rénon, de Niort, membre du Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats médicaux de France ; Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Quid des impôts ?

Dois-je payer pour ma nouvelle voiture où le paiement que j'ai fait peut-il être imputé à ma voiture neuve ?

Dr B.

Réponse.

Votre cas est certainement l'un de ceux dans lesquels il est admis que le contribuable qui possède deux voitures dont une seule est en circulation ne doit payer que pour une seule.

Pour bénéficier de cette tolérance de l'administration, il y aurait lieu de faire à la recette buraliste le changement du permis de circulation, de déposer celui de la voiture qui est actuellement en réparation et de demander un permis pour votre nouvelle voiture.

Lorsque celle-ci sera réparée, vous n'aurez qu'à demander un nouveau permis et, en ne la mettant en circulation qu'au 1er avril, au plus tôt, vous n'aurez pas de droits à payer pour le premier trimestre.

---

659. — Les propharmaciens ne sont pas assujettis à l'inscription au registre du commerce.

Je vous adresse copie d'une lettre de la préfecture. Vous seriez bien aimable de me dire depuis quand, je suis tenu à cette formalité.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me mettre au courant, car je ne le suis nullement.

Dr E.

Lettre de la Préfecture.

Monsieur,

Les pro-pharmaciens devant mentionner sur leurs mémoires le numéro de leur immatriculation au Registre du commerce, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir me faire connaître ce numéro par retour du courrier ainsi que le tribunal qui a procédé à l'immatriculation.

M. le trésorier payeur général ne revêtira de son visa le mandat établi pour remboursement de fournitures faites pendant le 3e trimestre 1924 et les mandats qui seront établis ultérieurement que lorsque les renseignements réclamés auront été fournis.

Veuillez agréer...

Le chef du Service des soins gratuits.

Réponse.

Plusieurs de vos confrères, dans le courant de l'année passée, nous ont posé la même question que vous. Nous avons toujours répondu (et certaines de nos réponses ont été publiées dans le *Concours médical*) que les médecins propharmaciens n'étaient pas des commerçants et ne pouvaient être astreints à se faire immatriculer au registre du commerce. Notre façon de voir a été confirmée par une réponse du ministre

du travail parue dans le *Journal officiel* du 10 septembre 1924, réponse faite sur question posée par un parlementaire.

Cette réponse est ainsi conçue :

« Les médecins qui fournissent accessoire-« ment aux malades des médicaments pour l'exé-« cution de leurs ordonnances dans les localités « où il n'y a pas de pharmaciens, ne sauraient « être considérés comme des commerçants « astreints par la loi du 18 mars 1919 à l'imma-« triculation dans le registre du commerce. « Ce serait donc à tort que certains préfets, « interprétant inexactement les instructions « données par le ministère des finances pour « l'application de la loi du 1er juin 1923 au-« raient exigé de ces médecins l'indication, sur « leurs factures et mémoires, du numéro d'im-« matriculation ».

(*Concours médical* du 21 septembre 1924, page 2.219).

Il vous suffira donc d'écrire au préfet pour lui signaler l'erreur qu'il commet et la réponse du ministre pour éviter tout ennui à l'avenir dans le règlement de vos mémoires de fournitures aux pensionnés de guerre.

---

685. — Salaire de base pour l'indemnisation des accidents du travail

Le salaire de base, des rentes pour I. P. P. de travail des blessés était avant la guerre de 4.500 fr. A-t-il été modifié ? et dans l'affirmative, où trouverais-je le nouveau règlement ?

Dr C.

Réponse.

D'après l'ancienne rédaction de l'article 2 de la loi sur les accidents du travail, les ouvriers dont le salaire dépassait 2.400 francs par an ne bénéficiaient de ses dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme ; pour le surplus, ils n'avaient droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3. Une loi du 5 août 1920 a modifié cet article 2 et a substitué au chiffre de 2.400 francs celui de 4.500. Pour la portion du salaire comprise entre 4.500 et 15.000 francs, la victime de l'accident a droit au quart des rentes stipulées à l'article 3 et au huitième seulement pour la partie du salaire dépassant 15.000 francs.

Depuis la loi du 5 août 1920, aucune modification nouvelle n'a été apportée, sur ce point à la loi sur les accidents du travail.

---

717. — Augmentations sur le prix du loyer prorogé.

1° Je suis locataire d'un pavillon, où j'exerce ma profession médicale ;

2° Le bail était de neuf ans du 1er décembre 1913, il finissait donc en 1922 ;

3° J'ai fait signifier par huissier le 6 octobre 1919 mon désir de profiter des prolongations de guerre, car j'ai été 4 ans mobilisé et je suis blessé de guerre actuellement réformé à 45 %.

Je vous serais très reconnaissant de me dire quelles sont les augmentations que je dois subir ? et puis-je exiger que le propriétaire me montre les reçus des contributions, réparations, etc., etc. ? ?

Le pavillon est loué 1.200 fr. par an.

Plus 15 fr., pour la location du compteur à eau ;

120 fr., pour la consommation d'eau ;
51 fr., pour l'impôt des portes et fenêtres ;
125 fr. pour l'installation et entretien du chauffage par radiation ;
32 fr. 20 pour installation salle de bains.

343 fr. 20 par an.

Je pense subir une augmentation sur le loyer de 5 %, mais non de 45 % puisque je suis réformé et professionnel, et une augmentation sur les charges, mais comment la calculer si le propriétaire ne veut rien me montrer ? Quelle procédure dois-je suivre ?

Dr B.

Réponse.

En votre qualité de locataire de locaux à usage professionnel, vous bénéficiez d'une prorogation de 5 ans et 84 jours, plus le temps nécessaire pour achever le terme en cours à la fin de cette période.

Pendant la durée de votre prorogation, votre propriétaire ne pourra vous demander que les augmentations fixées par l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire 5 % du prix du loyer, tel qu'il était en 1914, plus l'augmentation, par rapport au 1er août 1914, les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière, et des prestations payées pour la commodité des locaux.

Dans votre cas particulier, l'augmentation de 5 % ne devra porter que sur le principal du loyer soit : 1.200 francs. Pour les charges et les impôts, le propriétaire ne pourra que vous réclamer la différence entre ce que vous payiez en 1914 et le montant des impôts et charges actuelles, à l'exception de la contribution foncière.

Il appartient au propriétaire de justifier des augmentations qu'il prétend recouvrer sur vous. S'il n'est pas en état de vous fournir ces justifications ou s'il ne veut pas le faire, vous pouvez vous refuser à payer ce qu'il vous réclamera de ce chef et vous borner à payer l'augmentation de 5 %.

447. — Calcul de la patente.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir contrôler ma feuille de patente.

Je suis installé depuis le 1er mai ici, ayant pris la suite d'un confrère.

Je sais bien que le taux de la taxe est de 1/15e, mais décomptée sur quelle base ?

Que signifie : le 1/15e d'une valeur lotative de 800 francs ? le chiffre annexé : 35,55 et le total 145,68 ? et le calcul est-il fait, comme l'annotation semble le désigner, depuis mai seulement.

Excusez-moi de toutes ces questions, mais en raison de ma récente installation, je suis peu familiarisé avec ces calculs d'imposition.

Dr M.

Réponse.

La patente comprend, en général, un droit fixe et un droit proportionnel. La profession de médecin ne comporte que le droit proportionnel fixé à 1/15 de la valeur locative (ou loyer) des locaux d'habitation *ou servant* à l'exercice de la profession.

Pour un an, le droit proportionnel serait égal à $\frac{800 \text{ fr.}}{15}$ = 53 fr. 33 ;

pour 8 mois (mai à décembre) ;

$$53.33 \times \frac{8}{12} = 35.55$$

pour obtenir le montant de la contribution, *multiplier 35 fr. 55 (principal fictif de patente)* par le taux de 4.09789 (centime le franc indiqué à gauche de l'avertissement).

$$35.55 \times 4.09789 = 145.68.$$

Le centime le franc varie tous les ans.

---

579. — Droits de cession et droit de mutation de bail.

Je suis un lecteur déjà ancien du *Concours médical* et j'ai encore recours à votre bon service pour une chose d'enregistrement que je ne comprends pas très bien.

J'ai acheté deux cliniques. J'ai payé il y a quelques jours x fr. de droits d'enregistrement pour la somme de ..... fr. prix d'achat des cliniques.

Avant hier l'enregistrement, me réclame encore 106 fr. 28 pour cessions de baux que m'a consenties mon prédécesseur. Alors je ne comprends plus.

Je croyais avoir payé x fr. pour la cession de droit aux baux, car je sais qu'on n'a pas le droit de céder une clientèle, mais le droit au bail.

Veuillez avoir l'obligeance de m'éclairer et me de dire si le fisc est dans son droit.

Dr Z.

Réponse.

Les x fr. représentent le droit de cession de clientèle et de bail. Les 106 fr. 28 représentent les droits dus en raison de la mutation de jouissance résultant de la cession du dit bail et calculés

comme s'il s'agissait de l'enregistrement d'un bail d'une durée égale à celle comprise entre la date de la cession et celle de l'expiration de la période (de 3 ans) en cours au moment de la cession. A. M.

616. — Amortissement des frais d'agrandissement d'une clinique.

Je suis possesseur d'une petite clinique que je fais agrandir. Les travaux ont été commencés en 1924 et j'en ai déjà payé une partie.

Puis-je considérer les sommes ainsi versées comme devant être défalquées de mes bénéfices au point de vue bénéfices des professions libérales.

Dr N.

Réponse.

Rien ne s'oppose à ce que vous commenciez l'amortissement de vos nouvelles installations à partir de la date de leur paiement. Cependant il serait plus logique de ne commencer cet amortissement qu'à partir du jour où ces installations ont été productives, c'est-à-dire à partir du jour où elles ont été mises en service. A. M.

Application du Tarif Breton.

I

614. — Adénophlegmon de l'aisselle.

J'ai recours à votre obligeance pour savoir comment je dois tariter l'incision d'un adénophlegmon de l'aisselle consécutif à une piqûre mal soignée du doigt chez un ouvrier agricole, donc soumis depuis septembre 1924 à la loi de 1898.

Abcès superficiel 15 fr., c'est peu, abcès profond 75 fr. ça me paraît beaucoup. Il me paraîtrait que, entre les deux, il y aurait tarification raisonnable.

Réponse.

Un gros adénophlegmon de l'aisselle, vu la proximité des gros vaisseaux de la région, me paraît devoir équitablement être considéré comme un abcès profond et tarifé comme tel, Je dis un *gros* adénophlegmon, mais non pas tout vulgaire abcès de l'aisselle suite d'une plaie de main et qui est, le plus souvent, plutôt superficiel. Quant à faire une tarification intermédiaire entre l'abcès superficiel et l'abcès profond, ce serait parfait, mais je pense bien difficile la création de cette rubrique : « Abcès semi-superficiel » en songeant à la façon d'en limiter les frontières, en pratique.

F. D.

II

727. — Sutures diverses.

Je vous serais très reconnaissant de me donner votre appréciation pour établir une note d'honoraires concernant un accident du travail. Le blessé

que j'ai soigné était atteint de blessures multiples de la tête :

1° Plaie du sommet de la tête (un point de suture);

2° Plaie de la région pariétale droite (3 points de suture) ;

3° Plaie de l'angle externe de l'œil gauche (un point de suture) ;

4° Plaie du menton (un point de suture).

Les sections étant nettes je n'ai pas dû procéder à des régularisations. Si la tête est considérée comme le « même segment d'un membre », je ne puis appliquer que le tarif des sutures multiples, c'est-à-dire en deuxième catégorie, 18,75, plus l'injection de sérum antitétanique, 15 francs.

J'estime que le temps que j'ai passé à nettoyer, désinfecter et suturer ces plaies vaut plus de 18,75.

N'aimant pas à avoir des contestations avec les compagnies d'assurances, je vous serais reconnaissant de m'indiquer de quelle façon je pourrais établir ma note.

Etant abonné au *Concours médical*, j'ai déjà eu l'occasion de m'adresser à vous une fois et je n'ai eu qu'à me louer de vos conseils.

Note établie d'après les indications que je possède :

Un certificat....................	5 fr.
Sutures multiples	18 75
Injection sérum antitétanique.....	15 fr.
	38 75

Dr A.

Réponse.

Chacune des sutures pratiquées n'est contiguë à une autre, ni même toute proche, comme lorsqu'il s'agit vraiment de *sutures multiples*. Ici, j'appellerais plutôt cela des sutures *diverses*, c'est-à-dire en diverses localisations *distinctes*, et je compterais quatre fois une « suture simple : 15 francs ».

Remarquons d'ailleurs que, en votre deuxième catégorie, cela ne fait jamais que 11,23 × 4 = 45 francs, prix qui n'est nullement exorbitant, pour cette série d'interventions, petites sans doute, mais qui n'en doivent pas moins être faites avec soin.

F.D.

III

688. — Fracture ouverte du cubitus avec luxation du radius.

Appelé par téléphone à 7 kilomètres de mon domicile pour soigner un ouvrier agricole, atteint par coup de pied de cheval, je me trouve en présence du cas suivant : le blessé a été atteint à l'avant-bras gauche.

a) Luxation en avant et en dedans du radius gauche;

b) Fracture compliquée du cubitus gauche à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Large plaie à ce niveau avec issue de l'extrémité du fragment cubital inférieur. Je propose au blessé de de-

mander un confrère pour qu'il soit anesthésié, afin de procéder à la régularisation et à la désinfection soigneuse du foyer de fracture. Refus du blessé qui me dit pouvoir tout supporter sans broncher. Devant une telle assurance, je me mets à travailler : pendant une demi-heure, je coupe, je taille, avec bistouri, ciseau, pince, je tamponne largement à l'iode, à l'éther ; mon malade (quoique un peu pâle) ne bronche pas. Une fois fait un pansement aussi aseptique que possible, je fais avec l'aide de trois hommes la réduction de la luxation radiale, que je ne réussis qu'à la troisième tentative. Le tout se termine par la confection d'un appareil plâtré. Cela m'a coûté deux heures 1/2 de travail.

Comment tarifer ces différents actes médicaux ? Je suis en deuxième catégorie. Et d'abord le fait de régulariser, éplucher, débrider un foyer de fracture *sans anesthésie générale* n'entraîne-t-il pas la suppression de la majoration que comporte les fractures compliquées ?

Si oui, me faut-il alors me contenter soit de 90 fr. : fracture des deux os de l'avant-bras, soit de 75 fr. : luxation du coude.

Je trouve la rétribution un peu maigre pour le travail fourni.

D^r D.

Réponse.

Vous avez, ce me semble, à compter : « Régularisation, débridement, écpluchage » d'un foyer de fracture ouverte du cubitus avec réduction de la fracture (majoration de 100 %), plus réduction de luxation radiale, par *analogie*, avec réduction de fracture des deux os de l'avant-bras : 90 francs, plus 100 %, soit : 180 francs.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *mars.*

Paiement des impôts.

Décret du 11 mars 1925 fixant les conditions d'émission et d'application des chèques-contributions.

Art. 1er. — Les chèques contributions, dont la création est autorisée par l'article 6 de la loi du 28 février, seront délivrés au prix de 95 p. 100 du montant de leur capital nominal.

Art. 2. — Ils seront mis à la disposition du public sur le territoire métropolitain (y compris la Corse) à partir du 20 mars 1925 et jusqu'à une date qui sera fixée par le ministre des finances, mais qui ne pourra dépasser le 20 avril 1925.

Art. 3. — Lesdits chèques seront crés sous forme de coupures de 100 fr., 500 fr., 1.000 fr. et 10.000 fr.

Ils seront délivrés au porteur. Toutefois, les personnes auxquelles ils auront été remis pour-

ront les mettre à leur nom ou à ordre, avec dans ce dernier cas, faculté de transmission par endossement.

Art. 4. — Les chèques-contributions seront repris pour leur valeur nominale en payement des contributions et taxes compris dans les rôles postérieurs au 31 janvier 1925 et énumérés ci-après :

Impôt général sur le revenu, impôts cédulaires et contributions directes (centimes compris), taxes assimilées, à l'exception de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre.

Si cette valeur nominale est inférieure au montant des impôts et taxes dus par les contribuables, ceux-ci devront effectuer le versement de la différence suivant les modes de payement habituels des contributions directes.

Dans le cas où cette valeur nominale serait supérieure au montant des impôts et taxes, la différence serait portée par les comptables au compte « Contributions et taxes reçues par anticipation » et ne pourrait être remboursée avant le 1er juillet 1926, sauf application, dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi du 28 février 1925, au payement des contributions et taxes dont les rôles seraient émis postérieurement à la date de présentation des chèques contributions.

Art. 5. — En cas de non-utilisation pour payement d'impôts, les chèques contributions seront remboursables à partir du 1er juillet 1926.

Art. 6. — Les chèques-contributions seront exempts du droit de timbre.

La bonification constituée par la différence entre la valeur nominale desdits chèques et leur prix d'acquisition sera exempte d'impôt et n'entrera pas en compte pour la détermination des sommes passibles de l'impôt général sur le revenu.

Art. 7. — Les propriétaires des chèques-contributions perdus, détériorés ou volés pourront en obtenir le remboursement dans les conditions prévues par la loi du 31 juillet 1918 ; les chèques contributions pourront être barrés et domiciliés dans les conditions prévues par la loi du 25 janvier 1919.

Art. 8. — La délivrance des chèques-contributions sera effectuée par :

Le service des émissions (pavillon de Flore) au ministère des finances.

La recette centrale des finances de la Seine.

Les caisses des trésoriers-payeurs généraux, receveurs des finances, receveurs percepteurs, percepteurs et receveurs municipaux.

Les bureaux des receveurs de l'enregistrement, des receveurs des douanes et des contributions indirectes.

Les recettes des postes et télégraphes.

La Banque de France, siège social, succursales et bureaux auxiliaires.

La caisse du receveur municipal de la ville de Paris.

Art. 9. — Les remises et commissions afférentes à la délivrance des chèques contributions seront fixées par arrêtés du ministre des finances.

Lutte anticancéreuse.

Est nommé directeur du *Centre régional de lutte anticancéreuse de Bordeaux et du Sud-Ouest de la France*, en remplacement de M. le Pr Bergonié, décédé, M. le Pr Sabrazès.

Sont nommés chefs des divers services :

M. le Pr Chavannaz, chef du service de chirurgie, chargé des consultations.

M. le Pr agrégé Rechou, chef du service de curiethérapie.

M. le Pr Foch, professeur d'électricité industrielle à la Faculté des sciences, chargé des services techniques.

M. le Pr agrégé Jeanneney, chirurgien chef adjoint du chef de service de chirurgie.

Service de Santé de la Marine.

Avis de concours pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles du service de santé de la marine.

Des concours seront ouverts au cours du mois d'octobre 1925, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement, pour les emplois de professeur et prosecteur, énumérés ci-après :

1° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Toulon ;

2° Professeur de physique biologique aux écoles annexes de médecine navale de Brest et Rochefort ;

3° Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des Parlementaires.

Les docteurs en médecine peuvent seuls soigner les pensionnés de guerre, à l'exclusion des chirurgiens-dentistes.

2959. — M. Louis Chazette, député, demande à M. le ministre des pensions si dans tous les cas cas où un chirurgien dentiste régulièrement diplômé vient à donner des soins dentaires à

un mutilé de la face, il n'est pas conforme à la pensée du Gouvernement et à celle du législateur d'assimiler, pour ses honoraires, le chirurgien dentiste diplômé au docteur en médecine même non spécialisé dans l'art dentaire qui donnerait de pareils soins à ce même mutilé, ajoutant qu'un chirurgien dentiste, après avoir donné des soins dentaires à un mutilé de la face, s'est vu refuser le payement des honoraires par lui réclamés pour le motif que ni la loi du 31 mars 1919, ni les diverses dispositions administratives qui l'ont suivie ne prévoient le remboursement des frais du traitement au chirurgien dentiste. (*Question du* 12 *février* 1925.)

Réponse. — La question de savoir si les dentistes non docteurs en médecine peuvent soigner des bénéficiaires de l'article 64 est actuellement à l'étude. Elle doit être, jusqu'à nouvel ordre, tranchée par la négative, attendu que, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés pour les soins dont ils peuvent avoir besoin.

(*J. O.*, 11 mars 1925.)

La classification des communes de la banlieue de Paris dans la 1re catégorie du tarif Breton.

6774. — M. Richard, sénateur, demande à M. le Ministre du Travail pour quelle raison certaines localités comprises dans la banlieue parisienne, telle qu'elle est définie par la législation sur les loyers, n'y figurent pas dans son arrêté du 26 décembre. (*Question du* 20 *février* 1925.)

Réponse. — La question des frais médicaux en matière d'accidents du travail n'est pas la même que celle des loyers. L'arrêté du 24 décembre 1924, qui ne fait que reproduire sur ce point l'arrêté du 8 juillet 1920, a été pris sur avis unanime et conforme de la commission des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, qui comprend les dix (1) médecins désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France comme représentants de leurs confrères.

(*J. O.*, 7 mars 1925.)

N. D. L. R. — C'est sans doute par suite d'une erreur d'impression que le *Journal officiel* indique que la Commission du tarif Breton comprend dix médecins désignés par l' « Union des Syndicats ». En réalité, il en comprend trois : MM. Decourt, Noir et Quivy.

Quarante-septième année. N° 13 *bis*. 1er Avril 1925.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

SERVICE de PROPAGANDE

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande (*par le simple envoi de leur carte de visite*) recevront gratuitement notre journal pendant un mois, afin de leur permettre de se rendre compte de la physionomie habituelle du " Concours ", la présente édition ayant un programme tout particulier.

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense professionnelles.

Aux confrères qui n'en font pas partie.

Peut-être ne connaissez-vous pas le « Sou Médical » ? C'est peu probable, puisque vous avez dû recevoir nos précédents numéros spéciaux, envoyés à tous les médecins de France, et que dans chacun d'eux l'existence et le fonctionnement du « Sou Médical » ont été expliqués plus ou moins longuement.

Le plus probable, croyons-nous, c'est que vous ne le connaissez qu'imparfaitement et pensez, par exemple, qu'il n'est qu'une assurance contre la responsabilité professionnelle, qui ne peut vous intéresser parce que vous êtes déjà assuré par ailleurs.

C'est une erreur. Le « Sou Médical » assure bien, il est vrai, ses adhérents contre la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir dans l'exercice de leur profession, à concurrence de 50.000 francs, plus les frais du procès, qu'il n'est pas rare de voir s'élever à plusieurs milliers de francs. Et cette assurance est bien quelque chose qui n'est pas à dédaigner.

Mais, en outre, ou plutôt avant d'assurer la responsabilité médicale, cette Ligue de Protec-

tion et de Défense professionnelles a pour objet, et ce, depuis sa création, il y a 27 ans bientôt, ainsi que le porte l'article 2 de ses Statuts, de « fournir son influence, ses conseils, son appui moral et, s'il y a lieu, pécuniaire, à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession, et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber, ainsi que dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier. »

Nous vous laissons à juger si c'est là un programme intéressant, et dont l'ampleur soit susceptible de s'étendre à tout ce qui touche à la vie professionnelle du médecin.

Comment le « Sou » accomplit-il sa mission ? L'extrait des procès-verbaux du Conseil que vous trouverez page 814 et qui ne s'applique qu'à l'activité de la la Ligue pendant un seul mois, vous en sera un exemple.

Vous pourrez également juger de son influence, même en dehors du corps médical, par la lecture d'une lettre de l'un de ses membres qui, par la seule action de cette influence, a obtenu gain de cause sans avoir à plaider, contre un client récalcitrant (Voir page 778).

N'hésitez donc pas et envoyez de suite à notre trésorier le Bulletin d'adhésion que vous trouverez à la page 823.

Pour 25 francs par an, somme qui, actuellement, grèvera si peu votre budget, vous aurez la sécurité et la conscience que vous n'êtes plus isolé.

Le Secrétariat général
du « Sou Médical ».

NOTE DE PRATIQUE

Un remède nouveau pour les bronchitiques chroniques.

Par M. Ségard (de St-Honoré).

« Avec de bons leucocytes, le microbe est sans effet ».

« Il faut traiter le leucocyte ».

Tel est le principe de la méthode exposée par le Dr E. Feuillié, médecin des hôpitaux.

Il en a tiré une application pour le traitement des bronchites chroniques.

Et le Dr Marcel Breton la développe dans sa thèse, inspirée par M. Feuillié.

Pour régénérer le leucocyte, on donnera du *calomel* à la dose de huit à quinze centigrammes par jour, *pendant* 8 *à* 10 *jours* si possible.

Il faut, pour cela, que le calomel ne détermine

ni colite dysentériforme, ni stomatite. Le brossage des dents, le benzoate d'ammoniaque (un cachet de 0.60 par jour), utile adjuvant par ailleurs dans la cure des bronchites, préviendront la stomatite.

Au calomel, MM. Feuillié et Breton associent l'opothérapie, en prescrivant durant 20 jours consécutifs (ceux qui suivent les 10 jours de calomel) des doses croissantes et surveillées de poudre de *corps thyroïde* : on commence par un centigr. par jour (un demi-cent. avant les deux repas) et on augmente jusqu'à une dose totale de trois centigr. par jour.

A cette thérapeutique, on peut combiner aussi l'opothérapie surrénale, ou un traitement arsenical, à base de cacodylate de soude, d'arrhénal.

Dans certains cas, il y a intérêt à donner de l'aloès qui s'additionnera au calomel ou s'y substituera partiellement, si celui-ci est mal supporté.

Telle est la méthode « leucothérapique ».

Dépurative, dérivatrice, elle est vraiment rénovatrice. Dans tous les où elle a pu être poursuivie longtemps et tolérée par le bronchiteux, elle a donné à Feuillié et à Breton des résultats encourageants.

Enfin, elle sera avantageusement toujours complétée, dit M. Breton, par une cure thermale, sulfureuse, arsenicale ou mieux encore sulfoarsenicale, type St-Honoré.

Pour moi, méthode fort intéressante.

Mais... combien de malades peuvent supporter ces doses de calomel ? Tout est là.

CORRESPONDANCE

Un exemple de l'autorité morale du « Sou Médical ».

En octobre 1924, le Conseil du « Sou médical » avait accordé l'appui pécuniaire au Dr B., auquel un client, cultivateur aisé, refusait de payer les honoraires qu'il lui réclamait (1.240 francs), pour la réduction d'une fracture grave et compliquée de la jambe et les soins consécutifs, prétendant que le Dr B. « n'avait pas fait son devoir de médecin, et qu'il avait mal arrangé sa jambe ».

Le Conseil avait pris cette décision parce que, étant donné la mauvaise foi du client, les menaces de demande de dommages-intérêts pour prétendue responsabilité professionnelle que contenait implicitement sa réponse peu aimable, et l'intérêt qu'il y avait à lui donner une leçon, l'affaire ne pouvait être considérée comme un simple recouvrement d'honoraires. Au sur-

plus, le montant de la somme réclamée la rendait justiciable du tribunal civil et nécessitait l'avance de frais assez élevés.

Le « Sou médical » n'avait plus entendu parler de cette affaire, relativement simple, puisque, au contraire de ce que l'on pouvait craindre, aucune demande reconventionnelle n'avait été formée, lorsqu'il reçut la lettre suivante, datée du 21 février dernier :

J'ai reçu ce matin par un même pli, et des nouvelles de mon affaire L., et le montant de mes honoraires dont j'avais poursuivi le recouvrement par l'intermédiaire d'un avoué, suivant votre conseil en date du 15 octobre 1924, devant le tribunal civil du domicile du débiteur.

Dans la journée, je me suis présenté chez l'avoué pour avoir des explications sur ce procès ; je vous joins d'ailleurs sa lettre.

C'est ainsi que j'ai appris que l'affaire devait se plaider avant-hier ; j'avais donné votre lettre du 15 octobre à l'avoué, afin qu'il vous demandât tous avis ou conseils techniques et j'attendais patiemment la marche des choses, persuadé qu'avec votre concours, si spontanément offert dès que je vous ai eu fait part des menaces de mon client, j'obtiendrais gain de cause.

J'avais ouï dire, par les racontars de village, que le sieur L. devait « me faire éreinter en règle » par son défenseur, un avocat, qui lui aurait, paraît-il, conseillé de ne pas toucher à la question responsabilité d'un médecin soutenu par le « Sou médical » ; c'est ainsi qu'aucune demande reconventionnelle ne fut formulée contre moi, l'adversaire devant seulement prouver le mal fondé de ma demande en paiement d'honoraires.

Il y a trois semaines, un notaire des environs est venu s'entretenir avec mon défenseur au sujet de cette affaire, alléguant que c'était bien malheureux pour mon client de payer « une aussi forte somme » alors que le médecin (moi) serait cause que cet homme boîte ; qu'il avait fait de gros frais pour se faire faire une opération qui ne pouvait pas donner un bon résultat parce que faite trop tard, etc., etc. ».

Mon défenseur avait répondu sagement que, dans toute affaire de ce genre, c'était extraordinaire comme les plaignants mauvais payeurs affectaient tous d'oublier que le médecin n'était pas la cause de l'accident, mais seulement celui appelé pour le réparer de son mieux, celui à qui l'on donnerait tout ce qu'on a dans la peur qu'on a de mourir, celui qui a toute votre confiance tant que le danger subsiste..., et qu'on reçoit par des sottises et menaces quand il s'agit de payer.

Le notaire n'a pas insisté. J'ai su que ce même notaire était venu chez moi aussi, qu'il avait attendu et qu'il devait revenir ; mais à ce moment-là, j'avais pensé à une consultation.

Il y a huit jours, l'avoué de mon client est venu trouver mon propre avoué, pour lui dire que la dé-

marche faite auprès de lui par le notaire, n'avait nullement été commandée par M. L., qui, fort de son droit, irait jusqu'en appel s'il le fallait, « mais ne payerait pas des honoraires qu'il ne devait pas... etc. ».

Et, après tant de rodomontades, le matin même du jugement, le même notaire est revenu accompagné des défenseurs de L., trouver mon propre défenseur, tenter une dernière démarche d'intimidation... et, au moment de se séparer, après des mots aigres-doux à mon adresse, M. L., ne voulait pas « s'entreprendre avec une Société comme le « Sou Médical », et ils ont arrêté l'affaire là.

Vous remerciant du fond du cœur, d'avoir bien voulu me prendre sous votre égide, et par la sainte peur que vous occasionnez, m'avoir évité les désagréments d'un jugement qui, même lorsque l'on gagne, crée toujours un certain discrédit moral vis-à-vis des profanes qui connaissent mal les faits en cause, je vous prie de croire à l'assurance de ma parfaite considération.

Dr B..

Cette solution satisfaisante donnée à une affaire, dans laquelle le « Sou » avait accordé son appui, peut se passer de commentaires. Mais nous avons tenu à la mentionner, en rapportant, d'après le principal intéressé, les circonstances mêmes dans lesquelles son adversaire et les hommes d'affaires de celui-ci ont reconnu eux-mêmes que c'était la crainte du « Sou » qui les avait empêchés de laisser l'affaire suivre son cours, sans jugement et même sans que le tribunal ait nommé des experts, auxquels ils n'avaient même pas osé demander qu'il soit fait recours.

« Il ne faut pas toucher à la question responsabilité d'un médecin soutenu par le « Sou médical ».

J. D.

716. — Le secret médical dans l'A. M. G.

Le 21 novembre 1924, vous avez bien voulu me faire connaître la réponse du Ministre du Travail à Monsieur Grinda, député (1), qui lui demandait si le médecin qui a soigné un bénéficiaire de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est contraint d'indiquer à l'administration préfectorale, en particulier pour la Commission du Contrôle, la nature de l'affection dont ce malade était atteint ou si, au contraire, l'obligation de garder le secret, sanctionnée par l'article 378 du Code pénal, met obstacle à cette indication. Cette réponse, disiez-vous, est formelle : « La règle du secret professionnel du médecin ne souffre, en principe, aucune exception.

(1) La question a été posée sur notre demande pour répondre à l'auteur de la lettre présentement publiée. — (N. D. L. R.).

Seules les lois du 30 novembre 1892 (art. 15) et du 15 février 1902 (art. 5) autorisent le médecin à déclarer les maladies transmissibles. Mais, si les services sanitaires ont intérêt à être renseignés, aussi exactement que possible, sur toutes les maladies, les indications qui leur sont fournies à cet égard, ne doivent jamais être nominatives. »

Or, vous voudrez bien trouver ci-joint un exemplaire de bulletin de visite sur lequel la Préfecture demande le diagnostic.

Pour le quatrième trimestre 1924 (le premier où ce nouveau bulletin devait être envoyé à la préfecture), j'ai renvoyé mes bulletins *sans aucun mention de diagnostic* et la préfecture m'a, *quand même*, mandaté tous mes mémoires, reconnaissant donc par là que le médecin est tenu au secret professionnel devant les Commissions de Contrôle.

Dr D.

---

671 B. — Frais de justice criminelle. Le tarif du décret du 21 novembre 1893 a été modifié.

J'ai été requis par un maire, agissant comme officier de police judiciaire, pour examiner une personne trouvée morte sur la route.

Comment dois-je établir ma note d'honoraires ? Est-ce toujours le décret du 21 novembre 1893 qui est applicable et par suite, n'ai-je droit qu'à l'honoraire de 8 francs alloué par ce décret pour visite avec premier pansement ?

Dr N.

Réponse.

Le décret du 21 novembre 1893, de même que celui du 18 juin 1811 en ce qu'il s'applique aux honoraires des experts, ont été abrogés par le décret du 5 octobre 1920, portant règlement d'administration publique sur les frais en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police (voir nos « Agendas-Mementos » depuis et y compris celui de 1921).

Suivant ce décret, les médecins régulièrement requis ou commis reçoivent à titre d'honoraires pour une visite judiciaire :

A Paris	25 fr.
Dans les villes où siège un tribunal de première classe	20 fr.
Dans les autres localités	15 fr.

Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans cette indemnité, de même que dans les autres indemnités fixées par le même tarif pour les autres opérations d'expertise.

Les prix des opérations non tarifées par ce décret sont fixés dans chaque affaire par les magistrats qui ont commis les experts.

Lorsque les experts se déplacent au-delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué comme indemnité de voyage :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer, 20 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par un service de transport en commun, le prix du voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, 60 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

4° Si le voyage est effectué par mer, sur le vu du duplicata du billet délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Si les experts se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence, ils reçoivent une indemnité de 20 fr. par chaque journée de séjour. De même s'ils sont retenus dans le cours de leurs voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

Lorsque les experts sont entendus, soit devant les cours ou tribunaux, soit devant les magistrats instructeurs, à l'occasion de la mission qui leur est confiée, il leur est alloué une indemnité de 20 fr., outre les frais de transport et de séjour, s'il y a lieu.

Réduction d'adhérences articulaires.

En parcourant le *Concours médical* du 4 mars 1925, je lis sous le chiffre 277, le titre : « Réduction d'adhérences articulaires » qui, immédiatement, a retenu mon attention, pour la bonne raison que, depuis 30 ans, c'est une chose que je fais très fréquemment, mais jamais sous anesthésie, jamais par la méthode brusque, mais constamment avec succès en 20 à 30 jours par le traitement thermal aidé de la mobilisation à la main progressive. Ma mobilisation à la main a ceci de spécial que je la fais toujours avec extension du membre, et cela après calorification anesthésiante par la douche d'air surchauffé à 180°-200°.

Ceci est ma méthode que j'ai décrite pour la première fois en 1915, bien que l'employant depuis 1895.

J'ajoute qu'elle est ainsi presque indolore, et que j'attends encore le premier insuccès.

Ne pensez pas que je veuille faire un plaidoyer *pro domo*. C'est l'exacte vérité et j'ai une certaine satisfaction à la faire connaître.

Mon but est autre, c'est de vous dire combien, pour la grande généralité du moins, les Compagnies d'assurances accidents sont larges pour ces cas.

Celui qui vous a répondu sous la signature F. D. vous a donné l'unique formule.

D'accord avec le chirurgien, faites un court procès-verbal d'examen, accompagné de la radio et du diagnostic du radiologue. Concluez que, sans rupture

Voir la suite page XXXIII-817

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES NÉPHRITES

Formes cliniques. Evolution. Traitement.

Par

Léon Giroux et Vital Lassance

Ancien chef de clinique à la Faculté. Médecin consultant à Bains-les-Bains.

Cette étude sera conçue dans un esprit clinique et elle s'efforcera, dans la mesure de nos connaissances actuelles, de résoudre les problèmes que le malade pose au médecin à tout instant de sa pratique journalière.

Avant les travaux de Widal, si l'on connaissait bien les troubles secondaires au mauvais fonctionnement du rein, par contre l'on savait fort peu de chose sur leur mécanisme et on les englobait sans distinction dans le vaste chapitre de l'urémie. L'ignorance où l'on se trouvait condamnait la thérapeutique à l'empirisme et exposait le médecin à de graves erreurs. Widal a eu le mérite, après de belles recherches poursuivies avec la collaboration de ses élèves, de démembrer l'urémie et de substituer à ses cadres artificiels des groupements homogènes ; c'est ainsi qu'il isola les trois grands syndromes de la rétention hydro-chlorurée, de la rétention azotée, de l'hypertension. La thérapeutique des néphrites trouvait du même coup une base rationnelle.

Malgré tout, il serait inexact de penser que cette classification est la fidèle image de l'observation clinique. En réalité, s'il est fréquent de rencontrer à l'état solitaire ces différents syndromes, il ne faut pas oublier que, dans la pratique, ils ne traduisent souvent qu'un moment de l'évolution des néphrites et qu'à une échéance plus ou moins lointaine, ils se combinent et se superposent. C'est ainsi que nous verrons la néphrite hydropigène évoluer vers la sclérose rénale, la néphrite chronique se compliquer de rétention chlorurée, l'hypertension permanente solitaire terminer son histoire par l'azotémie. Le médecin au cours d'une observation prolongée verra donc, dans bien des cas, se succéder les différents syndromes de l'insuffisance rénale et il appartiendra à son sens critique de les dégager d'un tableau clinique souvent très complexe.

D'autre part, les acquisitions récentes ne nous ont pas éclairés sur les causes profondes de l'urémie et nous verrons qu'en ce qui concerne sa nature et le mécanisme de sa gravité, les tendances sont peu conformes aux conceptions classiques organiciennes.

Les considérations précédentes permettront de comprendre que, dans une étude qui se propose d'être clinique, nous ne saurions adopter les cadres trop schématiques d'une classification basée sur la pathogénie des symptômes. Nous envisagerons donc les néphrites telles qu'elles se présentent au lit du malade, avec leur étiologie et leur évolution dont il est important de tenir compte, c'est-à-dire successivement les albuminuries solitaires, les néphrites aiguës et les néphrites chroniques.

A. — Etude clinique des néphrites.

L'attention du médecin est attirée sur le rein dans des circonstances très différentes ; dans certains cas, c'est fortuitement au cours d'un examen ou d'une expertise qu'il constate de l'albumine dans les urines ; parfois, c'est également par hasard qu'il découvre une néphrite chronique en évolutions ; ouvent aussi, c'est à la faveur de signes physiques ou fonctionnels grossiers qu'il soupçonne et décèle une lésion du rein.

a) Les albuminuries.

Les *albuminuries* sont caractérisées par ce fait que la présence d'albumine dans les urines est l'unique manifestation de la lésion rénale ; elles sont fréquentes, mais le plus souvent ignorées et découvertes fortuitement ; elles sont passagères ou intermittentes, parfois permanentes et facilement influencées par la fatigue ou les écarts alimentaires. Souvent l'enquête étiologique demeure négative, mais dans bien des cas aussi elles sont associées à une série de troubles fonctionnels ou généraux qui permettent au médecin de reconnaître leur origine et d'instituer le traitement dont elles sont justiciables.

1° *Albuminuries des sujets* à tendance goutteuse ou lithiasique.

Le médecin se trouve en présence d'un sujet d'aspect florissant, parfois d'un embonpoint excessif et souvent gros mangeur ; les urines sont concentrées et l'analyse décèle une densité élevée, des chlorures en excès, un peu d'albumine, et une richesse anormale en urates et en oxalates ;

parfois aussi des hématies et des leucocytes. Chez de tels sujets, le rythme urinaire est normal et si l'on pratique l'exploration de la fonction rénale par les épreuves dont nous parlerons plus loin, on ne constate aucune anomalie.

Dans ces cas, l'albumine paraît la conséquence du tempérament du sujet et de ses excès alimentaires qui surchargent son urine et la rendent trop concentrée en urates et en oxalates. Ces cristaux, et particulièrement les oxalates, très vulnérants pour les tubes urinifères, provoquent un suintement séro-sanguinolent qui explique la présence dans les urines d'albumine, de leucocytes et d'hématies. Cette albuminurie, malgré l'apparence du sujet, ne doit pas être négligée car elle dénote de fâcheuses tendances et, faute d'une meilleure hygiène, il serait exposé dans l'avenir aux accidents de la lithiase confirmée et de la néphrite chronique atrophique.

2° *Albuminurie digestive.* — Cette forme d'albuminurie s'observe chez des sujets qui se plaignent de fatigue, de lenteur des digestions, de troubles intestinaux, de gêne dans la région du foie. L'examen des urines décèle une légère albuminurie et si l'analyse est pratiquée à plusieurs reprises dans la journée, on note que l'albumine augmente ou apparaît au moment de la digestion. Le mécanisme de cette albuminurie est mal connu, mais il semble qu'elle résulte de la pénétration dans la circulation de substances albuminoïdes insuffisamment modifiées au cours des différentes périodes de la digestion. A propos de cette variété, il est intéressant de retenir que les désordres digestifs et l'insuffisance hépatique sont susceptibles d'expliquer bien des cas d'albuminurie.

3° *Albuminurie intermittente cyclique.* — Décrite par Pavy et Tessier, l'albuminurie intermittente cyclique s'observe chez de jeunes sujets à hérédité goutteuse ou arthritique ; ils accusent un malaise vague et permanent ; une diminution progressive des forces, de l'inaptitude au travail et un certain degré d'éréthisme nerveux.

Les urines du matin ne sont pas albumineuses ; c'est vers une heure de l'après-midi que l'on constate un petit disque d'albumine ; vers 4 ou 5 heures, l'albumine disparaît ; parfois, le cycle se reproduit entre 7 et 11 heures. Cette albuminurie serait due à une hérédité goutteuse entraînant une hyperactivité du foie et une destruction globulaire excessive ; elle est apparentée, d'après Castaigne, à la variété décrite par Gilbert et Lereboullet chez les cholémiques. Le pronostic serait bénin pour Tessier, réservé pour Castaigne qui, dans certains cas, a noté que cette albuminurie, de passagère, était devenue permanente.

4° *Albuminurie orthostatique.* — Le médecin rencontrera cette variété chez des jeunes enfants ou des adolescents qui ont un état général défectueux ; souvent, il s'agit de sujets d'aspect chétif, pâles, anémiques, impressionnables et dont la croissance a été rapide ; dans les antécédents, on trouve souvent une hérédité neuro-arthritique chargée. Les fonctions digestives sont souvent médiocres, la tension artérielle basse ; les fonctions rénales par contre, sont normales et l'on ne décèle, ni rétention chlorurée, ni rétention azotée.

L'albuminurie présente ce fait particulier de ne pas exister dans la position couchée et de n'apparaître qu'au moment où le sujet se lève.

Le pronostic est plutôt bénin et la guérison peut s'observer ; cependant cette albuminurie peut être le reliquat d'une néphrite scarlatineuse et Courcoux distingue de l'albuminurie orthostatique vraie, l'albuminurie néphrétique à forme orthostatique.

Le mécanisme de cette albuminurie est mal connu, mais on admet qu'elle est dominée par un facteur circulatoire ; elle serait à rapprocher, d'après Merklen, de l'albuminurie cardiaque pure. Chez ces sujets, l'attitude a une grande influence sur le rythme urinaire qui témoigne d'un état anormal de l'hydraulique circulatoire. Contrairement à ce qui se passe à l'état physiologique, la diurèse nocturne l'emporte sur la diurèse diurne ; de même, l'ingestion d'eau du matin, donne dans les deux heures suivantes une polyurie normale dans le clinostatisme, laquelle manque dans l'orthostatisme. Le sujet atteint d'albuminurie orthostatique se comporte donc au point de vue de la diurèse comme un sujet dont l'hydraulique circulatoire est troublée par l'insuffisance cardiaque.

Par contre, le mécanisme de ce trouble est mal connu ; on a invoqué l'instabilité vaso-motrice ; l'ischémie rénale par torsion du pédicule vasculaire rénal, par la pesanteur ou par une lordose d'attitude. L'apparition de l'albumine dans la position couchée par l'exagération de l'ensellure lombaire est en faveur de cette interprétation de même que sa disparition dans la position debout par l'application d'un corset approprié.

5° *Néphrite albumineuse simple.* — Cette forme se caractérise uniquement par les signes urinaires ; il s'agit de malades qui présentent des proportions parfois considérables d'albumine dans les urines jusqu'à 3 et 6 grammes ; l'albuminurie est permanente, mais elle ne s'accompagne d'aucun trouble général et ne détermine aucune modification importante des fonctions rénales. Le bleu de méthylène est éliminé d'une façon normale ainsi que les chlorures ; le syndrome cardio-vasculaire n'existe pas, on ne constate ni galop, ni hypertension. L'évolution se poursuit pendant des années sans que la santé générale

paraisse troublée ; cependant ces sujets sont fragiles et susceptibles au cours d'une intoxication ou d'une infection de présenter une néphrite hydropigène ou une néphrite atrophique lente. L'étiologie est mal connue, cependant la néphrite albumineuse peut être le reliquat d'une néphrite scarlatineuse ou grippale ou la conséquence d'une infection chronique telle que la syphilis ou le paludisme.

b) Les néphrites.

Les facteurs étiologiques des néphrites sont multiples, mais s'il est vraisemblable que toutes les infections et toutes les intoxications sont capables de les provoquer, il faut reconnaître que le plus souvent dans la pratique, leur origine nous échappe, surtout en ce qui concerne la néphrite atrophique lente. D'ailleurs, la notion étiologique n'a généralement pour le médecin qu'un intérêt relatif, car en dehors de la syphilis et du saturnisme, il ne saurait être question dans le traitement de s'attaquer à la cause.

1° *Néphrites aiguës.*

Les *néphrites aiguës* présentent pour le médecin un intérêt très inégal. Souvent, en effet, elles constituent au cours d'une maladie infectieuse un épisode banal et passager ; rarement et, en particulier à la suite d'une intoxication par le sublimé, elles se traduisent par des accidents suraigus et immédiatement graves ; parfois et ce sont les cas qui nous intéressent le plus, elles évoluent d'une façon subaiguë.

Néphrites aiguës passagères. — Cette forme se rencontre à la période aiguë des maladies infectieuses, typhoïdes, pneumonie, diphtérie, angines, etc. Elle se traduit par de l'albuminurie décelée surtout à la période d'état par l'examen systématique des urines. Le taux en est généralement faible, mais il peut être très élevé et atteindre jusqu'à 3 et 5 grammes ; l'hématurie est fréquente, mais légère et l'on constate dans le sédiment urinaire des leucocytes et des cylindres granuleux. La guérison est la règle et le plus souvent définitive.

Néphrites suraiguës. — La néphrite suraiguë est une rare complication des maladies infectieuses. En dehors de cette origine, ce n'est guère que dans l'intoxication volontaire ou accidentelle par le sublimé qu'on l'observe. L'évolution est dominée par l'anurie ; il n'existe pas d'œdèmes, mais le dosage de l'urée décèle une azotémie progressive à laquelle le malade ne tarde pas à succomber. Malgré l'anurie, on peut obtenir par le cathétérisme, une petite quantité d'urine riche en albumine et en cylindres. Parfois, à l'anurie d'abord complète succède au bout de quelques jours une reprise de la diurèse, d'ailleurs souvent insuffisante pour empêcher la mort. Cependant la guérison peut survenir et le médecin ne doit donc pas désespérer ; il mettra en œuvre tous les moyens dont il dispose pour favoriser la diurèse et atténuer les phénomènes toxiques, c'est-à-dire qu'il aura recours à la saignée et aux injections de sérum glucosé hypertonique dans le but de donner au rein le temps de reprendre ses fonctions.

1° *Néphrites aiguës prolongées. — Néphrite scarlatineuse.* — La néphrite scarlatineuse débute à la fin de l'éruption ou aux premiers jours de la convalescence, soit entre le 15e et le 25e jour de la maladie. Habituellement, elle s'annonce par de l'œdème ; dans certains cas, une attaque éclamptique est l'accident initial et l'albuminurie et l'œdème ne surviennent que plus tard. Parfois, le début est insidieux, aussi doit-on systématiquement examiner les urines chaque jour jusqu'au 30e jour. Souvent aussi elle fait partie du syndrome infectieux secondaire décrit par Roger et caractérisé par l'apparition de certaines complications telles que fièvre, angine, otite, arthrites, érythèmes. Enfin, une atteinte de l'état général, des troubles digestifs, des douleurs lombaires peuvent être les signes précurseurs de l'atteinte rénale. Puis l'œdème devient le symptôme dominant : c'est un œdème blanc, mou, indolore, localisé à la face et aux malléoles, parfois généralisé sous la forme d'anasarque ; exceptionnellement, il peut s'agir d'un œdème d'emblée localisé au larynx et mortel comme dans un cas de Trousseau. A cet œdème s'ajoutent souvent des épanchements séreux dans les plèvres et le péritoine.

Les urines sont rares, hautes en couleur, bouillon sale, teintées de sang ; l'albumine oscille autour de 1 à 2 gr., parfois davantage ; l'examen du sédiment urinaire décèle des cylindres, des leucocytes , des hématies. Le médecin devra redouter l'urémie cérébrale quand les urines baissent peu à peu, restent très foncées et fortement albumineuses, et surtout si la vue se trouble et s'il existe des phénomènes gastro-intestinaux tels que vomissements et diarrhée rebelle à toute médication.

C'est dans ces circonstances qu'on voit survenir des attaques éclamptiques graves et parfois mortelles.

Les signes cardio-vasculaires sont absents ou peu marqués, on note seulement un certain degré d'asthénie cardio-vasculaire se traduisant par de l'assourdissement des bruits et une chute de la tension artérielle. L'examen du sérum sanguin souvent lactescent décèle une teneur normale en urée ou une légère azotémie consécutive à l'oligurie. Dans cette variété de néphrite, le pouvoir sécrétoire du rein est normal ; on note même une hyper-perméabilité aux substances colorantes et

un abaissement de la constante uréo-sécrétoire d'Ambard.

L'évolution de la néphrite scarlatineuse est variable, la mort est possible à la suite d'accidents de nature convulsive ou comateuse ou de complications inflammatoires pleurales, pulmonaires ou péricardiques. Toutefois, il est important de retenir que les convulsions urémiques ou un coma compliquant une néphrite avec œdèmes et sans hypertension artérielle sont d'un pronostic relativement favorable.

Le plus souvent la guérison survient ; après une durée variable, de six semaines environ, la diurèse se rétablit, les œdèmes se résorbent et l'amélioration se produit. Toutefois à cette période, certains incidents utiles à connaître peuvent se produire surtout si la résorption des œdèmes est rapide ; on peut noter de l'agitation nerveuse, des attaques éclamptiques avec ou sans coma consécutif. Ces accidents dont le mécanisme est encore mal connu ont été attribués à une deshydratation trop brutale des centres nerveux ; à un choc hémoclasique déclanché par la pénétration massive de liquides toxiques dans la circulation générale.

La guérison est donc l'éventualité la plus fréquente, mais la néphrite scarlatineuse peut aussi passer à l'état chronique et, après une survie qui dépasse rarement deux ans, la mort survient au cours d'accidents urémiques ou à la suite de complications diverses, pleurésie, pneumonie, péricardite. Dans certains cas, les hydropisies et les œdèmes disparaissent, les urines deviennent abondantes et diluées, on note une tendance à la nycturie ; on assiste alors à l'évolution vers la néphrite atrophique compatible avec une survie plus ou moins prolongée. Enfin certains sujets conservent comme reliquat une albuminurie intermittente ou permanente, variable ou fixe ; ces cas ont été étudiés sous le nom de néphrite parcellaire, d'albuminurie cicatricielle ou résiduale. Cette albuminurie dépasse parfois un gramme, mais ne s'accompagne d'aucun trouble de la fonction rénale. Malgré tout, le pronostic est réservé et l'on peut redouter pour l'avenir, la néphrite atrophique.

2° *Néphrite a frigore.* — Le froid n'a sans doute qu'un rôle occasionnel favorisant une infection dont la nature nous échappe. Quoiqu'il en soit le début de la néphrite dite *a frigore* est celui d'une maladie infectieuse, le malade ressent brutalement de violentes douleurs lombaires et en même temps, la température s'élève à 39°-40° accompagnée de vomissements. La douleur persiste, réveillée par la pression, mais sans irradiations. Les urines diminuent, elles sont troubles, hautes en couleur et renferment de l'albumine, des cylindres, des globules rouges. L'œdème, d'abord localisé, se généralise et aboutit à l'anasarque, les poumons s'encombrent de râles et l'on note des épanchements dans le péritoine, les plèvres, le péricarde.

Les fonctions digestives sont très atteintes, on note des vomissements, un état saburral de la langue, souvent de la diarrhée.

La mort peut survenir, à la suite d'une diminution progressive des urines, au cours d'accidents urémiques comateux, entrecoupés ou non de petites crises convulsives ; cependant la guérison est la terminaison habituelle, annoncée par des sueurs et une forte polyurie.

3° *Néphrite syphilitique secondaire.* — En dehors de l'albuminurie banale et passagère qu'on peut observer au cours de la syphilis secondaire, il n'est pas rare d'observer une néphrite syphilitique précoce surtout caractérisée par l'intensité de l'albuminurie.

Cette néphrite se manifeste dès le début de la maladie ; de 2 à 5 mois après la contamination et coïncide avec l'explosion des manifestations secondaires. Parfois elle peut être plus précoce et survenir peu de temps après le chancre.

Le début peut s'annoncer par des malaises, de la lassitude, des douleurs lombaires, mais le plus souvent, l'œdème d'emblée généralisé est le premier symptôme ; les urines sont rares, souvent sanglantes, très riches en albumine. L'albumine atteint un taux très élevé et bien propre à cette variété de néphrite ; on peut noter 30 gr., 50 gr. et jusqu'à 100 gr. d'albumine par litre. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents (diarrhée, vomissements), les signes cardio-vasculaires absents ; la température est inconstante et quand elle existe elle ne dépasse pas 38°-39°.

La guérison est fréquente dans le délai de 15 jours à 2 mois quand le traitement est institué à temps ; parfois l'évolution se prolonge pendant plusieurs mois. Rarement la néphrite syphilitique prend une *forme suraiguë* mortelle par anurie et au cours des accidents de l'urémie gastro-intestinale.

4° *Néphrites tuberculeuses.* — Les néphrites tuberculeuses dont la nature anatomique fut, pendant plusieurs années, l'objet de discussions, ne sont en réalité, d'après Rist et Léon Kindberg, qu'une modalité de la tuberculose rénale et correspondent à des lésions folliculaires.

En dehors de l'albuminurie simple, passagère ou permanente, et fréquemment observée au cours de la tuberculose pulmonaire, on peut observer, d'après les auteurs précédents, des épisodes aigus, terminaux, qui seraient dus à une réinoculation massive des reins chez un sujet en état d'allergie tuberculeuse ; ces épisodes surviennent chez des cavitaires, ils se rencontrent aux approches de la mort et ne présentent que des symptômes atténués, recrudescence de l'albumine , tendance au coma. D'après Rist et

Kindberg, on peut également rencontrer chez les tuberculeux pulmonaires des poussées congestives rénales, accompagnées d'hématuries et assimilées par ces auteurs à un véritable phénomène de Koch rénal.

Enfin, on peut observer, comme l'ont montré Landouzy et Bernard, une néphrite subaiguë hydropigène plus intéressante pour le médecin ; cette forme se rencontre surtout chez des sujets jeunes ; brusquement, ils sont pris de douleurs lombaires, puis l'œdème apparaît et l'on constate une albuminurie notable. L'examen permet en général de découvrir une tuberculose viscérale et de mettre en évidence le bacille de Koch soit par sa recherche dans les urines, soit par l'inoculation au cobaye.

Cette forme est très grave, car les malades succombent le plus souvent, soit à une tuberculose généralisée, soit à une tuberculose rénale bilatérale. Dans certains cas, ils aboutissent à une néphrite chronique tuberculeuse hydropigène caractérisée par les œdèmes, l'oligurie, l'hypotension.

Néphrites d'origine rhino-pharyngée. — Signalées par Castaigne, ces néphrites s'observent à la suite d'angines, d'amygdalites, d'adénoïdites. Elles ont une tendance à se répéter à chaque poussée nouvelle et à s'accompagner d'hématuries. Nous verrons qu'elles se confondent en partie avec les néphrites hématuriques. Elles sont importantes à retenir, car elles simulent la tuberculose rénale alors qu'un traitement local approprié suffit pour amener une guérison définitive.

Hépato-néphrites. — Les hépato-néphrites, ainsi dénommées en raison de la grave atteinte du foie et du rein n'ont pas pour le médecin un intérêt immédiat, car elles ne sont pas dans la pratique d'une constatation fréquente.

Elles ont été souvent observées pendant la guerre au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique et bien étudiées par P. Merklen. Elles sont la conséquence d'une grave lésion hépato-rénale et elles s'annoncent par un ictère cholurique auquel s'associent bientôt des signes urinaires parfois prédominants. L'urée sanguine augmente rapidement et cette azotémie est le plus souvent mortelle. L'évolution des hépato-néphrites est réglée par le taux des urines, qui va de l'anurie absolue à une forte diurèse.

Néphrites hématuriques. — Les néphrites hématuriques se caractérisent par ce fait que l'hématurie en est à peu près le seul symptôme ; elles n'ont leur place parmi les néphrites aiguës qu'en raison de leur évolution discontinue sous la forme d'hématuries passagères. Elles se traduisent par une hématurie abondante sans caillots, persistant un temps variable, quelques jours ou quelques semaines.

Dans la moitié des cas, on note des douleurs lombaires pouvant simuler la colique néphrétique. Le cathétérisme urétéral montre que souvent l'hématurie est unilatérale. L'évolution est souvent fort longue, et s'accompagne rarement d'un retentissement marqué sur l'état général.

L'étiologie de ces néphrites est des plus obscures et en dehors des infections pharyngées dont le rôle n'est pas douteux, on a incriminé, sans en donner une preuve formelle, l'insuffisance hépatique, et fait rentrer ces hématuries dans le cadre de l'hémophilie ou de l'hémogénie de P.-E. Weill.

Le groupe des néphrites aiguës nous apparaît donc comme peu homogène et composé de types cliniques qui s'opposent par la nature de leurs symptômes et la gravité de leur évolution. Mais si nous mettons à part les hépato-néphrites et la néphrite suraiguë toxique que le médecin rencontrera rarement dans sa pratique, la néphrite hématurique dont la physionomie est très particulière, nous voyons que les néphrites aiguës qui méritent surtout d'attirer notre attention sont des néphrites hydropigènes dont l'évolution clinique est dominée par les œdèmes, c'est-à-dire au point de vue pathogénique par la rétention des chlorures. Etudions maintenant avec plus de détails le syndrome de la rétention hydrochlorurée, voyons ses manifestations, son mécanisme et le pronostic général qu'il paraît comporter.

Syndrome de la rétention chlorurée hydropigène.

Caractères cliniques. — *Les œdèmes.* — Le syndrome de la rétention chlorurée hydropigène, isolé par Widal et ses élèves Lemierre et Javal, est dominé par les œdèmes. Tantôt ils sont discrets et ne se manifestent que par une légère bouffissure des paupières le matin ou encore un empâtement des régions malléolaires à la fin du jour ; d'autres fois, ils se généralisent rapidement pour constituer l'anasarque. Quelle que soit leur modalité, il s'agit d'un œdème mou, pâle, indolore, sur lequel la pression du doigt provoque facilement un godet caractéristique. A cet œdème, surtout dans la forme généralisée, s'associent fréquemment des épanchements dans les différentes séreuses, mais surtout dans les plèvres et de préférence du côté droit. Le caractère le plus particulier à ces épanchements, c'est leur évolution sournoise à bas bruit avec une symptomatologie très fruste ; ils sont peu abondants et ne se révèlent que par une submatité à la base des poumons et une diminution du murmure vésiculaire.

Accidents respiratoires. — L'infiltration hydrochlorurée malgré les voies de dégagement que

✦✦

lui offrent les vastes espaces sous-cutanés et les grandes séreuses, n'épargne pas les viscères, où elle détermine une série de troubles importants à connaître. Les accidents respiratoires, peut-être les plus importants, consistent en œdème laryngé, parfois rapide, mais plus souvent progressif, et surtout en accidents pulmonaires décrits par Lasègue sous le nom de *bronchites albuminuriques.* Ces manifestations pulmonaires se traduisent par une expectoration abondante, claire, visqueuse, surmontée de mousse ; à l'auscultation, on entend aux bases des râles sous-crépitants disséminés. L'expectoration simule grossièrement l'œdème pulmonaire, mais ne saurait être confondue avec lui, car Bezançon et I. de Jong ont montré que l'albumino-réaction était négative ; les crachats représentent une solution chlorurée à peu près pure. D'ailleurs, il est admis, aujour'd'hui que l'œdème pulmonaire vrai est le signe de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Cependant, il n'est pas rare de voir intervenir au cours de ces états congestifs broncho-pulmonaires, un facteur cardiaque, dont on peut déceler l'existence par la constatation d'un léger galop et par les effets rapides de la digitale.

La rétention hydro-chlorurée peut également provoquer certaines rhino-pharyngites à répétition sur lesquelles Flurin a attiré l'attention.

Accidents digestifs. — La rétention chlorurée s'accompagne de vomissements et de diarrhée *très riches en sel, même chez* les sujets à la diète hydrique ; ce sont des phénomènes vicariants, employés par l'organisme pour lutter contre une chloruration pathologique.

Accidents nerveux. — Les accidents nerveux de la rétention chlorurée ne lui appartiennent pas en propre et le médecin pourra les rencontrer chez les azotémiques et les hypertendus. Ils se traduisent par la céphalalgie et surtout par des crises convulsives généralisées ou à type Bravais-Jacksonien. Les troubles psychiques que l'on constate ne sont pas davantage propres à la rétention chlorurée ; ils sont variables et paraissent en rapport avec les tendances constitutionnelles du malade ; tantôt il s'agit de confusion mentale, d'agitation maniaque, rarement de torpeur. Ces troubles sont souvent suivis de coma.

Accidents sensoriels. — Les troubles sensoriels oculaires sont importants à retenir, car souvent les sujets atteints de néphrite hydropigène présentent de l'amblyopie ou une amaurose subite. A l'ophtalmoscope, dans certains cas, on ne note rien de particulier ; plus souvent, on constate de l'œdème papillaire et péripapillaire. Dans les observations négatives, on peut admettre un œdème cérébral localisé dans la région occipitale, c'est-à-dire dans la zone où se trouvent les centres corticaux de la vision.

Troubles de la nutrition. — La rétention chlorurée peut s'accompagner de troubles de la nutrition et provoquer un amaigrissement important masqué par les œdèmes. Widal a, en effet, montré, ainsi que d'autres auteurs, que certains sujets après avoir retrouvé leur équilibre engraissaient rapidement sans que cette augmentation de poids soit en rapport avec une nouvelle rétention chlorurée.

Modifications du sang. — Les sujets atteints de néphrite hydropigène présentent souvent un sérum lactescent. Cet aspect signalé depuis longtemps par Bright et Rayer et que l'un de nous (1) a souvent observé au cours des néphrites de guerre est la conséquence d'un taux anormal des graisses du sang. On note, en outre, un excès d'eau et un abaissement de la teneur en albumine décelable par la réfractométrie. Cette dilution sanguine paraît expliquer la pâleur des malades et la diminution du chiffre globulaire qui peut tomber à trois millions. D'après Aubertin, cependant, il n'existe aucun parallélisme entre le degré de l'anémie et l'importance de la rétention chlorurée et l'amélioration ne modifie pas l'anémie qui parfois persiste et même s'aggrave.

Enfin, chez les sujets atteints de rétention hydro-chlorurée, on note le plus souvent une azotémie et une constante uréo-sécrétoire normales et une élimination rapide du bleu de méthylène et de la phtaléine.

Pathogénie. — Widal et ses élèves ont montré que les œdèmes étaient la conséquence de la rétention dans l'organisme des chlorures apportés par l'alimentation. Le chlorure de sodium, comme le sucre, est une substance indispensable à la vie cellulaire et qui n'est excrétée par le rein qu'à partir d'une certaine concentration dans les humeurs ; il appartient donc aux substances avec seuil contrairement à l'urée qui représente le déchet du métabolisme des substances azotées et qui est éliminée quelle que soit sa concentration dans le sang. Conformément à la loi de l'isotonie des humeurs, le chlorure de sodium pour demeurer à une concentration constante et favorable aux fonctions organiques, fixe de l'eau dans les tissus : 6 à 8 grammes de sel retiennent environ un litre d'eau, et c'est à cette rétention aqueuse que sont dus les œdèmes. Malgré tout, la cause réelle de la rétention du chlorure de sodium nous échappe et certains auteurs tendent à admettre qu'elle a son origine dans le bouleversement de l'équilibre colloïdal des humeurs. Le sang représente, en effet, une pseudo-solution colloïdale formée d'un nombre infini de micelles, dont l'équilibre est bien différent de l'équilibre physico-chimique des solutions salines et l'on peut conce-

(1) Léon GIROUX et QUIRIN. — Les néphrites de guerre. Société médicale des Hôpitaux, 1916.

voir qu'une infection ou une intoxication créent entre les colloïdes et les cristalloïdes des phénomènes d'attraction et d'adhérence anormales.

La rétention chlorurée ne serait ainsi que le témoin d'un trouble général et surtout tissulaire. Le rein dans de telles conditions ne saurait assurer sa fonction ; bien plus, à force de travailler, comme le dit Ribierre, sur des matériaux profondément modifiés, il s'altère et la lésion au lieu d'être la cause des troubles observés en est en réalité la conséquence.

Pronostic. — Le syndrome de la rétention hydro-chlorurée est parmi les syndromes de l'insuffisance rénale celui qui comporte le pronostic le moins grave, car la déchloruration est pour le médecin, un puissant moyen d'action. C'est ainsi que les accidents éclamptiques, malgré leur caractère menaçant, guérissent presque toujours, contrairement à ce qui s'observe, quand ils surviennent chez des sujets azotémiques. Dans la pratique, on se rendra facilement compte de la gravité en se basant sur l'influence du régime, des agents déchlorurants et éventuellement des médicaments toni-cardiaques.

c) Les néphrites chroniques.

1° *Néphrite chronique atrophique lente.* — La néphrite chronique atrophique encore appelée néphrite chronique urémigène, mais le plus souvent désignée sous le nom de mal de Bright, correspond à l'ancienne néphrite interstitielle. Dans la majorité des cas, le médecin sera incapable de la rattacher à une cause certaine. Cette affirmation peut paraître surprenante, car si l'on parcourt les articles des traités classiques, on est frappé par la variété des facteurs incriminés. En réalité, cette richesse apparente masque une réelle pauvreté, et l'expérience nous montre que, dans la pratique, les cas ne sont pas fréquents où l'on peut établir une filiation certaine entre la néphrite atrophique et un facteur étiologique déterminé. En dehors de la néphrite scarlatineuse qui peut, dans certains cas, aboutir à la sclérose rénale, il n'y a guère à retenir que la *goutte*, le *saturnisme* et la *syphilis*. La syphilis bien qu'il soit souvent difficile de fournir la preuve certaine de son action, nous semble même la cause de beaucoup la plus importante et nous verrons ultérieurement les raisons qui, pour nous, justifient cette opinion. Enfin, nous devons retenir l'*hérédité*, et tous les médecins pourront observer des familles qui payent un lourd tribut à la néphrite chronique atrophique et dont plusieurs membres succombent aux accidents du mal de Bright.

La néphrite chronique atrophique s'observe surtout aux approches de la cinquantaine, mais elle peut aussi se manifester beaucoup plus tôt. Elle présente sans aucun doute, une longue période silencieuse pendant laquelle des lésions avancées ne provoquent aucun trouble. Dans la pratique, il est très fréquent de la dépister chez des sujets qui non seulement n'accusent aucune souffrance, mais encore se montrent fiers de leur santé. L'évolution de la néphrite chronique est très variable et en lui assignant trois périodes, une *période latente*, une *période d'accidents confirmés*, une *période urémique*, nous n'envisageons que certains cas dont l'histoire clinique régulière demeure à l'abri d'accidents imprévus.

Période latente. — La période latente a une durée difficile à fixer, mais qui est sans doute très longue et très variable ; elle n'éveille pas l'attention du malade ou bien elle le conduit à demander l'avis du médecin pour des troubles légers qui, généralement, ne sont l'objet d'aucune préoccupation sérieuse : brouillard devant les yeux, bourdonnements d'oreille ; céphalée à siège surtout occipital, fourmillements, sensation de doigt mort, etc. En réalité, il s'agit là des petits signes de brightisme bien décrits par Dieulafoy. Le médecin pense dès lors à la néphrite chronique et il apprend par l'interrogatoire que le malade saigne facilement du nez, que ses sécrétions nasales sont souvent teintées de sang et surtout qu'il émet des urines abondantes et claires à maximum nocturne. La recherche de la tension artérielle lui permet de constater une forte tension maxima et minima, et l'examen du cœur une hypertrophie du ventricule gauche et souvent un retentissement anormal du second bruit à la base du cœur. En quelques minutes, le médecin a réuni les éléments d'un diagnostic certain et d'un grave pronostic.

L'examen des urines décèle, mais d'une façon très inconstante sauf au cours des poussées subaiguës, une légère albuminurie et éventuellement une cylindrurie comportant des cylindres hyalins et granuleux. L'albuminurie est, comme le disait Dieulafoy, le signe le plus infidèle et le plus trompeur ; par contre l'aspect des urines et le rythme de leur élimination pendant le nycthémère, constituent peut-être le signe le meilleur et le plus précoce de la néphrite chronique. La diurèse est à prédominance nocturne ; il y a *nycturie*.

Période des accidents confirmés. — Cette période s'installe progressivement parfois aussi d'une façon assez brusque sous l'influence d'une *poussée subaiguë* ; l'état du malade s'aggrave et il devient la proie des graves accidents de la rétention azotée et de l'hypertension qui, dès lors, vont peser sur son existence jusqu'au jour plus ou moins lointain où le coma urémique, une rupture artérielle, la défaillance cardiaque, mettront un terme à une situation lamentable et sans issue.

L'état général est profondément atteint par

l'accumulation dans le sang de l'urée et de substances toxiques encore mal définies ; le teint devient pâle, terreux, la peau sèche ; l'appétit diminue et souvent on note une inappétence complète et un dégoût invincible des aliments ; le malade présente une torpeur et une somnolence invincible et devient inapte à tout travail. Les pupilles sont en myosis et dans certains cas, on note des troubles de la vúe, consécutifs à la rétinite azotémique; le prurit est fréquent, pénible et tenace. La nutrition est profondément troublée, et l'amaigrissement rapide traduit une véritable autophagie. Dans certains cas, l'*anémie* est telle qu'elle frappe surtout l'attention du médecin ; le malade, avec sa pâleur cireuse, son amaigrissement, son asthénie et son inappétence, réalise le tableau clinique du cancer de l'estomac.

A ce syndrome toxique, s'associe un syndrome cardio-vasculaire d'origine surtout mécanique ; il constitue pour le malade une nouvelle menace, car il l'expose à deux éventualités redoutables, les *ruptures vasculaires* et l'*insuffisance cardiaque*. Les épistaxis sont fréquentes et si, dans certains cas, elles sont salutaires, elles peuvent aussi par leur répétition et leur durée constituer un réel danger ; l'hémorragie cérébrale et méningée sont des accidents fréquents susceptibles de mettre un terme brutal à l'évolution de la maladie. Le cœur, soumis à un surmenage permanent, traduit bientôt sa souffrance par de la dyspnée, des palpitations, de l'asthme nocturne, signes précurseurs d'accidents plus dramatiques, tels que l'angine de poitrine de décubitus et l'œdème aigu du poumon. L'auscultation à cette période décèle un bruit de galop et l'exploration sphygmomanométrique permet de constater le phénomène de l'alternance dont la signification est des plus fâcheuses.

L'examen du sang décèle un taux anormal et progressif de l'urée sanguine, une hyperglycémie et une hypercholestérinémie, et aussi une augmentation de l'azote résiduel et du sucre protéidique.

Quand le malade ne succombe pas au cours d'un coma toxique, ou à la suite d'une hémorragie cérébrale, il entre dans la période terminale cardio-rénale

Période cardio-rénale. — A cette période, le malade présente une distension permanente des cavités gauches et un état d'asystolie irréductible ; on note un bruit de galop et souvent un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle ; les membres s'œdématient, l'ascite apparaît, les urines diminuent, tout en restant pâles et de faible densité, et le malade succombe emporté par les accidents combinés de l'insuffisance cardiaque et de la rétention azotée.

Evolution. — La néphrite chronique a, comme nous l'avons vu, une évolution très variable et il serait inexact de penser que son histoire clinique est toujours superposable aux cadres que nous venons de lui fixer. Il suffit d'ailleurs de réfléchir un instant aux dangers qu'elle comporte pour en soupçonner les diverses modalités. Exceptionnellement, elle peut être latente jusqu'au jour où le malade est emporté par un accident immédiatement mortel. D'après Brouardel, en effet, la sclérose rénale est une cause fréquente de mort subite. Dans certains cas elle s'annonce par un épisode délirant, manie aiguë, idées de persécution, etc. Parfois la mort, sans être soudaine, survient en quelques semaines ou en quelques mois ; cette évolution se rencontre surtout chez des sujets jeunes, âgés de 20 à 30 ans, souvent atteints d'une hérédité rénale, chez lesquels, on note d'abord de l'hypertension, puis rapidement une forte azotémie avec ses graves conséquences. Plus souvent, l'évolution du mal de Bright est entrecoupée de poussées aiguës ou subaiguës, accompagnées d'albuminurie, d'hématurie et de cylindrurie. Tantôt, elles s'améliorent et la maladie reprend son cours, parfois elles sont suivies, d'une élévation rapide du taux de l'urée, et d'une aggravation qui se poursuit jusqu'à la mort. Cependant la durée peut être fort longue et se prolonger 10 et 15 ans. La mort survient, soit à la suite d'une rupture vasculaire, hémorragie cérébrale ou méningée, soit au cours des accidents de l'insuffisance cardiaque, mais le plus souvent dans le *coma hypothermique.* L'urémie comateuse, selon l'expression de Chauffard, est la mort naturelle des néphro-scléreux.

Néphrite chronique hypertensive pure. — Cette forme très discutée correspond en clinique à un syndrome d'hypertension pure. Widal l'a ainsi dénommée parce que, comme Ambard, il considère que l'hypertension est toujours la conséquence d'une lésion rénale. Par contre, Vaquez décrit le même syndrome sous le nom d'hypertension permanente fonctionnelle, plus conforme aux constatations cliniques. En réalité, s'il est exact, comme le dit Ambard, qu'une étude attentive et méthodique de la fonction rénale, décèle souvent un trouble léger dans l'élimination chlorurée et une élévation anormale de la constante uréo-sécrétoire ; il faut reconnaître que ces faits sont inconstants et qu'il n'est pas rare de noter une constante élevée sans hypertension. D'autre part, les troubles décelés sont trop légers pour fournir une explication satisfaisante aux chiffres tensionnels observés et il est certes, beaucoup plus conforme à la réalité d'admettre, avec Vaquez, que les troubles rénaux sont la conséquence et non la cause de l'hypertension. Autour de ce syndrome, gravitent toutes les discussions sur le mécanisme de l'hypertension et les opinions contradictoires soutenues avec la plus

haute autorité par les plus grands maîtres de la médecine contemporaine.

Ce syndrome d'hypertension pure s'observe chez des sujets qui présentent comme symptôme dominant une forte hypertension permanente, intéressant à la fois la maxima et la minima. Les signes rénaux sont inconstants et légers et pendant de longues années on ne constate, ni albuminurie, ni azotémie ; les différentes épreuves fonctionnelles du rein sont normales, le rythme urinaire ne présente aucune anomalie. Ces sujets se comportent comme des hypertendus purs et le médecin pourra les suivre parfois fort longtemps sans noter d'autre trouble qu'une hypertension solitaire. Chez ces malades, l'existence est menacée par les accidents mécaniques et ils succombent généralement à une rupture vasculaire, moins souvent à l'insuffisance cardiaque. Cependant, la période de tolérance est extrêmement variable et sans qu'on puisse l'expliquer, on voit des malades conserver la santé et fournir une très longue carrière, tandis que d'autres, dans des conditions en apparence identiques, succombent dans un délai relativement court. A ce point de vue cependant, l'*âge* et l'*hérédité* sont importants à retenir et l'hypertension permanente est toujours grave quand elle survient vers la quarantaine et chez des sujets qui présentent une hérédité artérielle. Par contre, chez les individus plus âgés le pronostic est beaucoup moins sombre. Tardivement, il est également possible de voir survenir les signes d'une néphrite chronique azotémique, mais ces manifestations paraissent être la conséquence de l'hypertension ou le résultat d'un facteur commun dont nous ignorons la nature et le mode d'action.

Néphro-aortite syphilitique. — Le médecin rencontrera souvent au cours de sa carrière la néphro-aortite-syphilitique ; elle s'observe surtout entre 40 et 50 ans, c'est-à-dire à une période de la vie où les syphilitiques ont le plus à souffrir d'une contamination antérieure. La néphro-aortite sera parfois découverte fortuitement au cours d'un examen et l'on sera surpris que des lésions aussi grossières et aussi graves demeurent silencieuses. Cependant, le plus souvent l'attention sera attirée sur le cœur et l'aorte par des phénomènes douloureux d'angine de poitrine, ou des accidents d'insuffisance cardiaque. C'est, dans cette forme de néphrite qu'on observe les tensions différentielles les plus élevées et qu'on note des chiffres de 24,8 ; 26-10. L'examen du cœur décèle un double souffle aortique et une forte hypertrophie du ventricule gauche.

Cette néphro-aortite est très importante à connaître et quand le médecin observera chez un sujet encore jeune un double souffle au foyer aortique il pourra affirmer la syphilis, et par une enquête minutieuse, il retrouvera à peu près à coup sûr une contamination antérieure Quoi qu'il en soit, il n'attachera aucune valeur à un Wassermann négatif et si l'état du malade le permet, il aura immédiatement recours, au traitement antisyphilitique. Malheureusement, dans la pratique, l'on se trouve souvent en présence de malades dont l'état du cœur rend tout traitement étiologique inopportun et dangereux.

Néphrites urémigènes sans hypertension. — Les azotémies sans hypertension sont connues depuis que l'on pratique d'une façon courante la recherche de l'urée sanguine. Récemment, Guy-Laroche et Desmoulière ont attiré de nouveau l'attention sur leur fréquence relative. L'étiologie en est mal connue et ces auteurs soulignent le rôle des syphilis anciennes et surtout de l'hérédo-syphilis, dont l'existence est démontrée par les réactions sérologiques, l'enquête familiale, les signes cliniques associés, aortite, chorio-rétinite pigmentaire, troubles pupillaires.

Ces azotémies se traduisent par des signes fonctionnels et généraux variables : inaptitude au travail, névralgies ou myalgies, maux de tête, permanents ou paroxystiques sous la forme de crises migraineuses, troubles digestifs . La fatigue, surtout intellectuelle, est le trouble le plus fréquent. L'examen du sang décèle une azotémie généralement inférieure à un gramme se maintenant le plus souvent entre 0 gr. 50 et 0 gr 80 ; la constante uréo-sécrétoire atteint 0 gr. 12,0 gr. 18 et parfois davantage. Dans certains cas, plus rares et plus bénins, l'urée est normale mais la constante élevée.

L'acide urique est augmenté : au lieu de 0 gr. 05 par litre, on note des chiffres de 0.07, 0.10, 0.15, 0.28. En l'absence de toute lésion hépatique, cette hyperuricémie est un signe important d'insuffisance rénale au début.

Le pronostic de ces azotémies sauf le cas où l'urée sanguine dépasse un gramme, est relativement bénin ; sous l'influence du régime hypoazoté la teneur du sang en urée peut être ramenée à la normale ; malgré tout, ces sujets réclament du médecin une surveillance attentive.

La rétention azotée et l'hypertension sont, simultanément ou à l'état solitaire, les phénomènes dominants de l'histoire des néphrites chroniques. Au cours d'une étude clinique rapide, nous venons d'envisager d'une façon sommaire leurs manifestations essentielles ; il est indispensable maintenant, pour leur donner toute leur valeur, de les soumettre à une plus complète analyse.

Syndrome azotémique.

Le syndrome azotémique est la conséquence de la rétention de l'urée et aussi de certaines substances azotées mal connues. A une période de la rétention uréique on rencontrerait,

en outre et d'une façon constante, d'après Chabanier, une trouble du métabolisme azoté.

Les accidents qui résultent de la rétention azotée présentent une intensité variable et se succèdent dans un ordre qui n'a rien de fixe ; cependant, les *troubles digestifs* sont parmi les plus fréquents et les plus caractéristiques.

1° *Troubles digestifs.* — Le médecin constate chez son malade une perte progressive de l'appétit, puis un dégoût complet des aliments, accompagné d'un état nauséeux et d'une sensation de plénitude gastrique. A cette inappétence, il n'est pas rare de voir s'associer des vomissements ; les malades se plaignent souvent aussi de sécheresse, d'état pâteux de la bouche qui présente une rougeur értythémateuse et parfois,à une période avancée, des lésions de stomatite ulcéro-membraneuse. La diarrhée est fréquente, séreuse et parfois hémorragique ; ces hémorragies secondaires à des ulcérations siégeant sur la fin de l'iléon et le gros intestin, peuvent dans certains cas être à l'origine d'un véritable syndrome dysentériforme. Ces troubles gastro-intestinaux associés à l'amaigrissement et à l'inappétence simulent le cancer de l'estomac et, dans la pratique, il est utile de se rappeler ces analogies.

Symptômes nerveux. — Les troubles nerveux, sont également parmi les symptômes essentiels de l'azotémie ; le malade accuse une grande lassitude, une inaptitude complète à tout effort, et bientôt une somnolence invincible, accompagnée de courbature musculaire et parfois de vives douleurs articulaires. Puis la torpeur s'accroît, associée à des spasmes musculaires décrits jadis sous le nom de forme tétanique de l'urémie nerveuse. Enfin survient un coma progressif accompagné du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes et parfois de crises convulsives terminales.

Troubles psychiques. — En dehors de la somnolence, de l'apathie, de l'indifférence, qui sont bien particulières à l'intoxication azotée, on peut rencontrer, chez certains malades, des troubles plus graves ; tantôt il s'agit d'une psychose à forme dépressive ou mélancolique ; parfois d'un état démentiel associé à un délire mégalomaniaque et susceptible de simuler la paralysie générale.

Troubles sensoriels. — Les troubles sensoriels sont très importants ; le myosis est la règle, mais il faut surtout retenir la *rétinite à taches blanches*, qui est la lésion oculaire typique du syndrome azotémique. Cette rétinite peut être découverte fortuitement au cours d'un examen ; généralement, le malade consulte pour de l'amblyopie, rarement pour de l'amaurose. Les taches blanches observées à l'ophtalmoscope sont, comme l'ont montré Chauffard et ses collaborateurs, constitués par des dépôts de cholestérine secondaires à la forte hypercholestérinémie décelée dans le sérum sanguin. Cette rétinite n'est pas toujours associée à l'azoténie et, dans ces cas, elle est susceptible d'amélioration, mais le contraire est la règle et le pronostic est intimement lié à l'importance de la rétention azotée.

Péricardite brightique. — La péricardite est un accident terminal de la néphrite azotémique ; c'est une péricardite sèche qui s'objective par de gros frottements dans la région précordiale. Est-elle purement toxique, ou à la fois toxique ou infectieuse, c'est un point qui n'est pas résolu. En réalité, ce qu'il est important pour nous médecins de savoir, c'est que cette péricardite est extrêmement grave, et que, comme le dit Vaquez « elle sonne le glas du brightique ».

Le sang des azotémiques. — L'anémie est un symptôme fréquent. Le plus souvent, il s'agit d'une anémie moyenne, le taux des globules se maintenant aux environs de trois millions avec une valeur globulaire normale ; mais l'anémie peut être plus grave ; le chiffre globulaire peut tomber à un million et le médecin se trouve en présence d'un malade pâle, de teinte cireuse, paraissant atteint d'une anémie pernicieuse.

Enfin, l'examen du sang décèle, en dehors de la rétention uréique, une augmentation de la glycémie et en particulier du sucre protéidique, un taux élevé des matières grasses dont il faut surtout relever la forte hypercholestérinémie.

Troubles de la nutrition. — Le syndrome azotémique s'accompagne toujours de troubles graves de la nutrition. A une période plus ou moins précoce intervient un trouble profond du métabolisme azoté, et un amaigrissement rapide. Il en résulte une véritable autophagie, qui explique l'élévation progressive de l'urée sanguine, malgré un régime sévère dépourvu de toute substance azotée. A cette déchéance irrémédiable, s'associe une chute de la température, de l'*hypothermie* ; la température peut s'abaisser jusqu'à 35°, 34°.

Tels sont les symptômes essentiels du syndrome azotémique, mais le médecin ne doit pas oublier qu'ils lui apparaîtront souvent sous une forme fruste, et parfois à l'état solitaire, et qu'en présence d'une dyspepsie en apparence banale où d'une asthénie que rien n'explique il devra rechercher la rétention azotée. D'autre part, il doit savoir, mais cela intéresse surtout l'expert, qu'un traumatisme banal peut chez les petits azotémiques entraîner une mort rapide.

Syndrome cardio-vasculaire hypertensif.

L'hypertension est à l'origine d'une série de troubles que nous pouvons identifier grâce au sphygmomanomètre qui permet l'évaluation facile de la tension artérielle. L'hypertension est

comme nous l'avons vu susceptible d'évoluer pendant de longues années sans s'accompagner de troubles fonctionnels ; aussi dans la pratique, il est extrêmement fréquent de la déceler d'une façon fortuite chez des sujets qui se croyaient en parfaite santé. Souvent aussi, c'est à l'occasion d'un trouble d'apparence assez banale, mais très pénible, tel que la *céphalée* pour lequel le malade vient consulter. Cette céphalée est particulièrement pénible, elle siège parfois dans la région frontale ; mais plus souvent dans la région occipitale. En présence d'une céphalée tenace, rebelle au traitement, le médecin devra redouter un ictus ; récemment l'un de nous voyait un sujet encore jeune, et se plaignant d'un mal de tête très pénible qu'il calmait tant bien que mal en abusant de l'aspirine. La tension artérielle atteignait 24-12 ; le lendemain de la consultation, le malade était atteint d'un ictus consécutif à une petite hémorragie cérébrale.

Les hypertendus présentent, sans doute, sous l'influence des conditions anormales de l'hydraulique circulatoire ou d'une sensibilité particulière de l'appareil vaso-moteur, une remarquable tendance aux spasmes vasculaires et secondairement aux accidents nerveux transitoires.

Petits accidents nerveux de l'hypertension. — En vertu de cette tendance aux spasmes, le médecin observera souvent chez les hypertendus et cela d'une façon brutale et parfois au cours d'une santé en apparence normale des accidents subits et très impressionnants pour le malade et son entourage. Ces accidents transitoires ont été bien désignés par Donzelot sous le nom d'*éclipses cérébrales*, des hypertendus. Tantôt, il s'agit d'une cécité subite et passagère, tantôt d'aphasie transitoire, d'hémianopsie, de surdité passagère, tantôt enfin de perte de connaissance comme dans un cas que l'un de nous suit depuis deux ans. Cet homme âgé de 45 ans, fut pris subitement en pleine santé, il y a deux ans, de pertes totales de connaissance ne durant que quelques instants. A l'examen, nous avons décelé chez lui une tension de 24-13, une double souffle d'aortite et une spécificité antérieure. Soumis à un traitement spécifique énergique, aucun accident nouveau n'est survenu, et aujourd'hui le malade présente un état satisfaisant et aucun signe d'insuffisance cardiaque ou rénale.

Grands accidents nerveux de l'hypertension. — Les accidents transitoires constituent une menace qui doit faire redouter des accidents plus graves, tels que les *hémorragies* qui sont le principal facteur de gravité de l'hypertension. Elles peuvent s'observer dans les différents appareils, mais le médecin observera surtout des épistaxis, des hémorragies cérébrales et méningées, des hémorragies rétiniennes.

L'*épistaxis* est la forme la plus fréquente, mais aussi la plus bénigne, car dans certains cas, elle est plutôt salutaire ; elle se caractérise par un saignement abondant, tenace et parfois difficile à arrêter. Cependant, il est rare qu'elle devienne menaçante.

L'*hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée* est, par contre, un accident d'une extrême gravité ; tantôt le médecin l'a prévue chez un sujet hypertendu, en proie à une céphalée intolérable et rebelle à tout traitement ; tantôt au contraire, elle survient au cours d'une santé en apparence parfaite, d'une façon dramatique ; dans l'un et l'autre cas, le malade succombe rapidement au cours du coma apoplectique. Dans certains cas, il s'agit d'une hémorragie méningée discrète, désignée par Vaquez et Esmein, sous le nom d'épistaxis méningée : subitement, le malade est pris de vertige avec céphalée, d'obnubilation intellectuelle, de perte de connaissance, de peur ; les jours suivants, on constate, en dehors d'une céphalée persistante, des signes de réaction méningée. Le diagnostic en est facile et il sera utile de le confirmer par la ponction lombaire qui est le seul traitement efficace dont dispose le médecin.

L'*hémorragie rétinienne* est souvent observée ; elle aboutit à une diminution ou à une perte totale de la vision.

Accidents cardiaques de l'hypertension. — Surmené d'une façon permanente, le cœur traduit plus ou moins vite sa souffrance, par de la dyspnée, des palpitations, des irrégularités de son rythme. Inquiété par ces troubles insolites et souvent angoissants, le malade se soumet à l'examen et c'est dans ces conditions qu'on décèle une tension élevée, un bruit de galop, une forte hypertrophie du ventricule gauche. Dans certains cas aussi, le médecin est appelé d'urgence la nuit auprès d'un malade pris subitement d'une dyspnée extrême. Il trouve un malade très angoissé, assis sur son lit, le visage pâle, anxieux et couvert de sueurs froides ; la respiration accélérée. Il s'agit d'une crise subite de distension ventriculaire gauche, avec œdème aigu du poumon. Une forte saignée calme rapidement les accidents et le malade dans certains cas retrouve le lendemain son équilibre et il ne conserve qu'un mauvais souvenir du douloureux épisode de la nuit. L'examen montre alors une forte tension artérielle, et l'on apprend que depuis quelque temps déjà le malade se plaignait d'une légère dyspnée d'effort.

L'évolution du syndrome d'hypertension est donc très variable ; parfois, il est compatible avec une très longue survie ; dans certains cas, il met dans un délai très court et par une rupture vasculaire ou la distension cardiaque un terme brutal à l'existence du malade. Parfois aussi, il aboutit à l'azotémie. En réalité, les hypertendus

purs meurent le plus souvent d'une rupture artérielle ou de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Les syndromes de la rétention hydro-chlorurée, de la rétention azotée, de l'hypertension, se partagent aujourd'hui les différents symptômes de l'ancienne urémie. Mais il faut reconnaître que nous ne savons rien de définitif sur leur mécanisme exact, c'est-à-dire sur le trouble profond qui est à leur origine. Le problème de l'urémie n'est donc pas résolu ; voyons à ce sujet, quelles sont les tendances actuelles.

Conception actuelle de l'urémie.

Aujourd'hui, il est admis que l'imperméabilité rénale aux chlorures ne saurait à elle seule expliquer les œdèmes et la rétention chlorurée et nous avons vu qu'il fallait surtout faire intervenir une adhérence anormale des micelles colloïdales des humeurs à la molécule de chlorure de sodium. D'autre part, le chlorure de sodium n'est pas une substance toxique et sa rétention ne saurait donner la raison de tous les phénomènes observés.

L'urée ne peut davantage être considérée comme la cause des accidents de l'azotémie ; elle est le témoin généralement fidèle des rétentions toxiques azotées ; elle donne la mesure de la gravité de la situation, mais elle est impuissante à l'expliquer.

Dans ces conditions, il fallait chercher ailleurs ; aussi a-t-on incriminé les autres substances azotées retenues dans l'organisme, en particulier l'*azote résiduel*. Ce dernier comprend l'azote total non coagulable du sérum, défalcation faite de l'azote de l'urée ; à l'état normal, il varie de 0 gr. 08 à 0 gr. 10 par litre, il comprend toute une série de substances dérivées des albumines, sels ammoniacaux, créatine, acide urique, acides aminés, etc. D'après Chabanier, un taux élevé d'azote résiduel serait un facteur de haute gravité ; il y aurait, d'après cet auteur, un parallélisme indiscutable entre le taux de l'azote résiduel et la gravité des phénomènes urémiques. D'après Carnot et Rathery, au contraire, ce rapport est loin d'être constant ; ces auteurs ont, en effet, observé une azotémie nette, accompagnée d'un azote résiduel élevé sans que le pronostic soit immédiatement grave et une mort rapide avec un azote résiduel inférieur au chiffre normal. L'azote résiduel ne paraît donc pas à l'heure actuelle donner la mesure de la gravité des accidents urémiques.

Tessier, reprenant la vieille théorie de l'ammoniénie de Grégory et Frerichs, attribue à l'ammoniaque et aux corps ammoniacaux retenus en excès dans le sang les accidents toxiques de l'urémie. Cet auteur a, en effet, trouvé de fortes proportions d'ammoniaque, parfois jusqu'à 0 gr. 60, 0 gr. 80, alors que la teneur normale est de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 par litre.

Pour lutter contre cet afflux toxique, l'organisme transforme ces corps ammoniacaux en urée ; ou il les neutralise à l'aide du glucose du sang, comme l'a montré Fosse ; la glycogénèse vient donc au secours de l'uréogénèse défaillante.

L'augmentation dans le sang du sucre protéidique, c'est-à-dire du sucre fixé sur les matières protéiques, est, comme l'ont montré Bierry et Rathery, un argument en faveur du rôle de la glycogénèse : le sucre protéidique atteint en effet des chiffres de 1 gr. 80 à 2 gr. 50 alors que son taux normal est de 0 gr. 60 à 0 gr. 80. Il semble résulter de ces constatations que c'est par l'intermédiaire des deux fonctions cardinales du foie, le glycogénèse et l'uréogénèse que l'organisme résiste à l'intoxication urémique. D'autre part Tissier a constaté qu'à partir d'une rétention ammoniacale de 0 gr. 07 par litre, l'épreuve de la glycosurie phloridzique devenait négative et que cette négativité était un signe d'insuffisance hépatique et comportait un pronostic grave.

Ces considérations, sur lesquelles nous ne pouvons insister, paraissent démontrer que l'azotémie, l'hyperglycémie, l'augmentation du sucre protéidique, l'hypercholestérinémie, que l'on constate dans le sang des azotémiques, sont les témoins d'un processus de défense contre une intoxication liée probablement à un trouble profond du métabolisme azoté. L'urémie serait ainsi la conséquence d'une grave atteinte de la nutrition, et non pas secondaire à un acte purement et primitivement rénal. Maragliano considère l'urémie comme une maladie tissulaire, et qui a son origine dans une atteinte primitive de le vie cellulaire. Chabanier et ses collaborateurs, Lobo-Onnell et Ch. Besnard, se demandent s'il n'existe pas tout d'abord des modifications plasmatiques dont l'hypercholestérinémie serait un des premiers témoins. Cette hypothèse paraît d'autant plus vraisemblable que la rétinite à taches blanchâtres, c'est-à-dire d'origine cholestérinique, généralement associée à l'azotémie, peut s'observer, d'une façon précoce, en dehors de toute rétention azotée, comme un signe initial du mal de Bright.

Retenons donc que le mécanisme de l'urémie est encore aujourd'hui des plus obscurs, qu'elle paraît être la conséquence d'une maladie tissulaire à laquelle le rein ne participe que de seconde main, et que l'expression déjà ancienne de mal de Bright est plus conforme aux tendances actuelles que la désignation purement anatomique et strictement organicienne de néphrite chronique.

Diagnostic et pronostic des néphrites.

1° *Diagnostic des albuminuries et des néphrites hydropigènes* : Le diagnostic des albuminuries est facile ; en ce qui concerne les néphrites hy-

dropigènes les difficultés commencent en réalité quand il s'agit de rattacher la néphrite à sa cause étiologique. En l'absence d'une scarlatine évidente, le médecin recherchera une scarlatine fruste, c'est-à-dire une angine antérieure et aux mains une légère desquamation. Dans les cas fréquents ou rien ne paraît expliquer la néphrite, on pensera à une diphtérie discrète et l'on pratiquera l'examen du rhino-pharynx, à la tuberculose, et surtout à la syphilis. Quand cette enquête reste négative, s'il s'agit d'une néphrite à grands œdèmes, à forte albuminurie, un traitement antisyphilitique prudent sera justifié ; parfois il sera suivi d'une amélioration rapide.

2° *Diagnostic des néphrites suraiguës toxiques.* Dans la pratique, la néphrite, par son début brutal, et l'anurie qui l'accompagne est facile à reconnaître, par contre la cause n'est pas toujours évidente. L'empoisonnement peut être en effet la conséquence d'un acte criminel ; il peut aussi être lié à des manœuvres que le malade a intérêt à dissimuler (injections de sublimé à la suite d'un avortement), être une complication au cours d'un traitement dont le malade ignore la nature. La stomatite, les troubles gastro-intestinaux, l'anurie, permettront de soupçonner la cause de la néphrite, et la recherche du mercure dans les vomissements et l'urine fourniront les éléments de certitude.

3° *Diagnostic des néphrites hématuriques.* En présence d'hématuries récidivantes le médecin devra éliminer la tuberculose, le cancer, la lithiase rénale. Souvent il aura besoin de recourir, à ce sujet, au spécialiste et de demander des renseignements à la cystoscopie, au cathétérisme urétéral, à la radiographie : quand il sera certain qu'il s'agit d'une néphrite hématurique, il portera son attention sur le rhino-pharynx dont les infections chroniques sont le seul facteur certain des néphrites hématuriques.

Enfin en présence d'une néphrite hydropigène, le médecin aura intérêt à recourir, au point de vue du pronostic et du traitement, à certaines épreuves que lui donneront la mesure de la perméabilité du rein aux chlorures en particulier à *l'épreuve des bilans chlorurés* et à l'épreuve du *rythme en échelons de la rétention chlorurée.*

Epreuve des bilans chlorurés et des pesées. — C'est par cette méthode que Widal et Lemierre ont démontré la rétention du chlorure de sodium et son action hydropigène dans les néphrites. Le bilan chloruré s'établit sans difficultés, il suffit de mettre le malade à un régime fixe, renfermant une quantité faible et connue de chlorure de sodium. Les chlorures s'éliminant à peu près en totalité par la voie rénale, leur dosage dans l'urine montrera comment ils circulent dans l'organisme. Quand l'équilibre sera réalisé, c'est-à-dire quand la quantité de chlorures éliminés sera identique à la quantité ingérée, le régime sera de plus en plus chloruré et l'on pourra ainsi se rendre compte de la tolérance du sujet. Cette épreuve des bilans chlorurés peut être simplifiée par la *méthode des pesées* et qui ne nécessite aucun dosage. Le chlorure de sodium et l'eau ont une telle affinité que 6 à 8 grammes de sel retiennent 1 litre d'eau ; par une surveillance quotidienne du poids, on se rendra facilement compte des conditions dans lesquelles les chlorures sont éliminés.

Epreuve du rythme en échelons de la rétention chlorurée. — Cette épreuve systématisée par Vallery-Radot consiste à ajouter chaque jour 10 grammes de sel à l'alimentation d'un sujet en équilibre chloruré pour un régime fixe ne contenant que 1 gr. 50 de sel. L'élimination chlorurée se fait dans des conditions variables suivant les sujets.

Type normal. — A l'état normal pendant 2 ou 3 jours les chlorures éliminés s'accroissent, mais restent au-dessous de la quantité ingérée ; après ce délai, l'équilibre se rétablit mais le poids du sujet a augmenté de 1 à 2 kilos correspondant à 10 ou 15 grammes de sel retenu dans l'organisme.

Type à échelons prolongés. — Ce type est caractérisé par le rétablissement plus lent de l'équilibre chloruré, c'est-à-dire par une rétention chlorurée plus marquée et une plus forte augmentation de poids.

Type à ébauche d'échelons. — Dans ces cas, l'équilibre ne se rétablit pas et la quantité ingérée reste supérieure à la quantité éliminée.

Type sans échelons. — Le type correspond à une imperméabilité complète aux chlorures ; il s'accompagne d'une oligurie permanente, d'œdèmes irréductibles et comporte un pronostic de la plus haute gravité.

4° *Diagnostic des néphrites chroniques.* — Le médecin sera appelé à formuler son diagnostic dans des circonstances cliniques très différentes ; souvent il se trouvera en présence d'un malade qui se plaint de fatigue, de perte de l'appétit, d'inaptitude au travail ; ou bien de troubles cardiaques, essoufflement, palpitations ; dans certains cas, il s'agit d'un sujet profondément anémique, aux muqueuses décolorées et qui paraît atteint d'une anémie pernicieuse. Plus rarement le malade atteint de troubles de la vue consulte le spécialiste. Ce dernier constate une rétinite et il demande l'avis du médecin qui, au cours de son examen note une forte hypertension et une azotémie plus ou moins marquée. Parfois, c'est à l'occasion d'accidents plus graves : coma apoplectique, coma urémique, œdème aigu du poumon, que l'attention est attirée sur le rein.

Ces différentes éventualités sont bien connues du médecin, et par la recherche de la tension artérielle et du taux de l'urée sanguine, il aura vite fait son diagnostic. Le rein polykystique et la néphrite scléreuse des vieux urinaires pourraient seuls être confondus, mais il sera facile de les reconnaître et de les éliminer.

Le diagnostic ne présente en réalité une certaine difficulté qu'à la période cardio-rénale. A cette période de défaillance cardiaque : il n'est pas toujours facile de discerner ce qui appartient au cœur et au rein. Dans ces conditions, on s'efforcera d'abord de rétablir l'équilibre circulatoire par les médicaments toni-cardiaques. Cependant par la simple inspection des urines un médecin averti pourra soupçonner le facteur dominant : des urines rares, foncées, riches en urée seront la preuve que le rein a conservé son pouvoir de concentration et qu'il est relativement peu atteint ; par contre des urines abondantes, claires et pauvres en urée seront le signe d'une grave altération de la fonction rénale.

En réalité, comme pour les néphrites aiguës, les difficultés commencent quand il s'agit de rattacher la néphrite chronique à une cause certaine. Si la goutte et le saturnisme peuvent être facilement mis en évidence, si dans certains cas l'on peut observer la transformation d'une néphrite scarlatineuse hydropigène en néphrite chronique hypertensive, il faut reconnaître que dans la grande majorité des cas, l'enquête étiologique demeure négative ou retient des facteurs dont le rôle reste à démontrer; c'est se contenter d'hypothèses gratuites toujours faciles à formuler que de rattacher la néphrite chronique à une infection lointaine, que n'a traduit par aucun symptôme son action sur le rein ou ne l'a atteint que d'une façon discrète ou transitoire, que d'incriminer une auto-intoxication dont on est incapable d'expliquer le mécanisme et la nature. A notre avis, partagé d'ailleurs par de nombreux auteurs, la syphilis est la principale cause de la néphrite chronique : des faits nombreux sur lesquels nous ne reviendrons pas, justifient cette opinion.

Le médecin aura en outre intérêt au point de vue du pronostic et du traitement, à recourir à certaines épreuves qui lui fourniront des éléments nouveaux, sur la gravité de l'atteinte rénale. Certes, elles ne seront pas toutes à sa portée, mais aujourd'hui, il est rare qu'il ne puisse compter sur le secours du laboratoire.

1° *Epreuve de la diurèse provoquée par ingestion d'eau.* — Cette épreuve préconisée par Vaquez et Cottet consiste à mettre le sujet en observation à un régime fixe, à étudier son rythme urinaire et ensuite à rechercher dans des conditions identiques l'influence de l'ingestion de 600 cc. d'eau d'Evian pris à jeun en trois fois entre 6 h. 1/2 et 7 heures. Le malade se lève le premier jour à 7 heures, et à 9 heures le lendemain. Les urines sont recueillies toutes les demi-heures pendant les deux premières heures et ensuite à des intervalles de plus en plus éloignés pendant 24 heures.

On peut se rendre compte ainsi du rôle de la station dans le métabolisme de l'eau dans les deux heures qui suivent l'ingestion et rétablir la comparaison avec les résultats obtenus avant l'épreuve.

Etat normal. — A l'état normal l'ingestion d'eau le matin provoque une polyurie momentanée telle que le volume d'urine égale ou dépasse dans les deux heures qui suivent la quantité ingérée ; le taux des chlorures éliminés est diminué, quoique la quantité absolue soit augmentée. L'attitude exerce une influence modérée : l'eau et les chlorures sont éliminés en plus grande quantité dans la période diurne ; il y a, suivant Cottet, pléionurie et pleiochlorurie diurnes. La densité de l'urine est très variable, elle atteint 1025 la nuit, 1005 après l'ingestion d'eau, 1015 dans la journée. Ces variations sont l'indice de la souplesse de fonctionnement rénal et de l'intégrité de sa fonction.

Néphrite chronique atrophique. — Dans la néphrite chronique, l'ingestion d'eau modifie peu ou pas la diurèse matinale ; la densité de l'urine ne s'abaisse pas, le changement d'attitude influence peu ou pas le débit urinaire et d'autant moins que la néphrite est plus avancée ; l'eau et les chlorures sont éliminés en plus grande quantité la nuit que le jour ; il y a pleionurie et pléiochlorurie nocturnes. La courbe de densité et du taux des chlorures n'est pas parallèle comme à l'état normal, mais en sens inverse, les chlorures sont d'autant moins abondants que la densité est plus élevée en raison du retard nocturne de l'élimination de l'eau et des chlorures.

Troubles de l'hydraulique circulatoire. Quand l'insuffisance cardiaque entre en jeu la diurèse consécutive à l'ingestion d'eau peut être satisfaisante dans le clinostatisme, mais elle est très diminuée dans l'orthostatisme ; les urines sont plus abondantes la nuit, mais l'écart entre le jour et la nuit est moindre que chez les néphroscléreux. D'autre part, la chlorurie diurne est plus marquée, ce qui donne une élimination chlorurée dissociée ; il y a pleionurie nocturne et pleiochlorurie diurne, l'une et l'autre modérées. Les courbes de densité et du taux des chlorures varient comme à l'état normal, mais ils se relèvent plus fortement dans le jour que chez le sujet sain.

L'épreuve de la diurèse provoquée se montre concordante avec l'azotémie et la constante d'Ambard, mais elle a, d'autre part, cet intérêt que les modifications du rythme urinaire sur

lesquelles elle est fondée sont parmi les manifestations les plus précoces des altérations secrétoires des reins.

2° *Epreuve du bleu de méthylène.* — Cette épreuve, proposée par Achard et Castaigne, consiste à injecter profondément dans la fesse 1 cc. de solution aqueuse stérilisée de bleu de méthylène à 5 p. 100. Avant l'injection le malade vide sa vessie ; ensuite on recueille les urines 1/2 heure, 1 heure, puis de 6 en 6 heures, de 12 en 12 heures, après l'injection, pendant 24 ou 48 heures. Normalement, le bleu apparaît dans l'urine 1/4 d'heure à 1/2 heure après l'injection, la durée d'élimination varie de 36 à 60 heures. Dans certains cas, pour rendre la couleur plus apparente, il y a lieu d'agiter l'urine avec quelques gouttes de chloroforme ou de nitrobenzine qui se chargent de la substance colorante ; le bleu peut aussi, dans certains cas, passer sous la forme de chromogène incolore ; dans ces conditions on fera bouillir l'urine avec quelques gouttes d'acide acétique pour faire reparaître la coloration. Dans la néphrite chronique, l'élimination du bleu est retardée dans son début, diminuée dans son taux, prolongée dans sa durée.

3° *Epreuve de la phénolsulfonephtaléine.* — Proposée en 1912 par Rowntree et Geraghty, cette épreuve fut contrôlée par Widal, A. Weill et P. Vallery-Radot, qui confirmèrent sa valeur pratique considérable. Elle consiste à injecter dans les muscles de la masse sacro-lombaire 1 cc. d'une solution stérilisée renfermant 6 milligrammes de phtaléine. Immédiatement avant l'injection le malade vide sa vessie, puis il boit un grand verre d'eau pour activer la diurèse. Une heure dix minutes après l'injection, le malade émet une urine à peine teintée si elle est acide, couleur carmin si elle est alcaline. Il convient d'alcaliniser l'urine avec quelques gouttes de lessive de soude pour lui donner une coloration aussi intense que possible. Ensuite l'urine est étendue d'eau jusqu'à 1 litre ; on prélève un échantillon et il est facile à l'aide du colorimètre d'évaluer la quantité de substance éliminée. Dans les délais de l'expérience, un sujet normal élimine 50 à 63 p. 100 de la quantité injectée. D'après Widal et ses élèves, cette épreuve à la fois simple et rapide fournit des résultats concordants avec ceux que fournit le dosage de l'urée sanguine.

4° *Dosage de l'urée sanguine.* — Les épreuves précédentes ont l'avantage de n'exiger aucun dosage et de pouvoir être employées par le médecin sans le secours d'aucun laboratoire. Malgré tout, la recherche la plus importante en ce qui concerne la néphrite chronique est le dosage de l'urée sanguine. Ce dosage dont Widal a montré toute la valeur doit être effectué dans certaines conditions ; le malade doit être à jeun ; on doit tenir compte de la quantité d'azote et de liquides absorbés ; répartir les examens car l'azotémie peut être passagère ; enfin ne pas tenir compte du chiffre observé si le malade est en état d'insuffisance cardiaque, car, dans ces conditions, la diurèse insuffisante entraîne un taux d'urée sanguine supérieur à celui que comporte l'état des reins. Le dosage est fait soit avec la méthode de Moog par l'hypobromite de soude, soit par la méthode de Tasse par le xanthydrol. Pratiqué dans les conditions requises le dosage d'urée présente une valeur diagnostique et pronostique considérables. Normalement l'urée sanguine atteint un taux de 0 gr. 20 à 0 gr. 50, par litre de sérum ; quand le dosage fournit des chiffres de 0 gr. 50 à 1 gramme, le pronostic n'est pas fatal et le malade peut survivre pendant de longues années ; il s'agit alors de ce que Widal a appelé « l'azotémie d'alarme ». Entre 1 et 2 grammes, la survie dépasse rarement plus d'un an ; entre 2 et 3 grammes la mort survient généralement au bout de quelques mois ; un chiffre de 3 grammes et au-dessus doit faire redouter une mort imminente. Les cas qui échappent à cette règle sont exceptionnels et c'est en cela que le taux de l'azotémie est à l'heure actuelle le meilleur élément de pronostic.

5° *Constante uréo-sécrétoire d'Ambard.* — La constante d'Ambard malgré son très grand intérêt, n'a pas pour le médecin une portée pratique réelle. Ambard a la suite de nombreuses recherches a remarqué qu'il existe à l'état normal un rapport constant entre l'urée du sang et de l'urine et par des calculs sur lesquels nous ne pouvons insister il a donné de sa constante la formule suivante :

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D} \times \frac{\sqrt{C}}{5}}$$

dans laquelle Ur = l'urée sanguine. D = le débit uréique dans les 24 heures. C = la concentration uréique. Normalement K = 0,07.

La constante n'a de valeur que si l'eau circule assez librement dans l'organisme pour permettre une diurèse qui assure le libre jeu de la sécrétion uréique. En cas de trouble de l'hydraulique circulatoire, ce serait une erreur d'attribuer aux reins ce qui est la conséquence de l'oligurie. Pratiquée dans ces conditions la constante d'Ambard est un précieux moyen d'investigation pour déceler des altérations rénales légères, alors que la sécrétion uréique est encore peu troublée.

La constante d'Ambard et le dosage de l'urée sanguine dispensent généralement de recourir à la concentration maxima ; mais quand l'oligurie consécutive à la défaillance cardio-rénale,

fausse les résultats donnés par les deux épreuves, il faut s'inspirer de cette concentration et chez un brightique oligurique la constatation d'une urine très diluée et peu riche en urée signifie que le rein est gravement atteint.

6° *Epreuve de la glycosurie phloridzique.* — Cette épreuve consiste à injecter sous la peau du sujet en observation 0 gr. 005 de phloridzine dissous dans un centimètre cube d'eau distillée. La solution doit être fraîche. A l'état normal comme l'a constaté von Mèring la phloridzine provoque une glycosurie. Les urines sont recueillies 1 /2 heure après l'injection et ensuite d'heure en heure ; on recueille cinq échantillons dans lesquels on dose le glucose par la liqueur de Fehling. Normalement il existe du sucre dans les cinq échantillons ; l'épreuve est alors dite positive ; dans le cas contraire, il n'existe pas trace de glucose. D'après Tessier, cette épreuve permet d'apprécier la valeur physiologique du foie, dont le rôle est fondamental dans la lutte contre l'intoxication urémique. La négativité des résultats obtenus comporte le pronostic le plus grave.

Nous voyons ainsi que le médecin trouve à sa disposition toute une série de moyens d'application souvent facile pour déceler l'atteinte rénale à ses débuts, et pour en suivre régulièrement l'évolution.

Traitement des néphrites.

Dans le traitement des néphrites le but à poursuivre par le médecin est d'intervenir sur la lésion et de combattre les effets dangereux qui en résultent pour l'organisme entier. En réalité dans la pratique il n'aura pas souvent la ressource d'un traitement étiologique et il devra se borner à instituer un traitement symptomatique.

1° *Traitement des albuminuries simples.* Dans la conduite du traitement, le médecin devra s'inspirer surtout des symptômes associés, troubles digestifs, hépatiques, hérédité goutteuse, et ne pas attacher beaucoup d'importance à l'albuminurie. L'écueil à éviter et auquel il semble que le médecin n'échappe pas toujours, c'est de prescrire un régime trop sévère et qui a pour conséquence d'affaiblir un sujet déjà déprimé ; de compliquer son existence sans qu'il en retire un avantage réel. Une albuminurie solitaire sans trouble de la fonction rénale ne nécessite pas un régime rigoureux ; on se contentera d'éliminer certains aliments : épices, charcuterie, gibier, salaisons. D'autre part, le fer et l'arsenic seront utilement conseillés aux sujets atteints d'albuminurie orthostatique.

Ces albuminuries solitaires bénéficieront toujours d'une cure hydrominérale ; les dyspeptiques seront envoyés à Vichy ; les sujets asthéniés ou atteints d'une albuminurie orthostatique relèveront de Saint-Nectaire et de la Bourboule, enfin les goutteux auront intérêt à faire une cure de diurèse à Vittel, Evian, Martigny, Bains-les-Bains, Contrexéville.

En présence d'une néphrite albumineuse simple, d'étiologie connue ou non, le médecin conseillera un régime peu toxique, mais assez voisin du régime normal pour ménager la résistance physique et morale du malade. Le régime lacté qu'on voit souvent prescrire est détestable car il affaiblit, anémie et parfois aggrave l'albuminurie qu'il se propose de combattre. Chez de tels sujets le régime sera composé de laitages, de légumes, de fruits et aussi de viande grillée ou rôtie au repas du midi, le tout modérément salé

2° *Traitement des néphrites aiguës.* Les néphrites aiguës passagères ne comportent pas de traitement particulier en dehors de celui de la maladie causale qui consiste en boissons abondantes et une alimentation peu toxique. Les néphrites suraiguës, rares d'ailleurs, en raison de leur caractère menaçant seront justiciables de la diète hydrique pendant 24 ou 48 heures, et ensuite du régime lacté pendant un temps variable suivant les circonstances. Mais le médecin aura à compter avec l'intolérance fréquente du tube digestif et il sera souvent amené à pratiquer des injections sous-cutanées de sérum glucosé hypertonique dans le but de soutenir le malade et de faciliter la diurèse. L'usage des toni-cardiaques sous la forme d'huile camphrée et de caféine est à recommander ; d'autre part, il faudra lutter contre l'intoxication par la saignée, les ventouses scarifiées, de façon à permettre à l'organisme d'attendre le retour parfois possible de la diurèse.

Les néphrites aiguës hydropigènes, dont le type est la néphrite scarlatineuse, relèveront au début du régime lacté qui a l'avantage à la période aiguë d'être peu toxique. Dans les cas ou l'intoxication paraît particulièrement grave, on débutera par une courte période de *diète hydrique* ; le malade prendra dans la journée 1 litre 1 /2 à 2 litres 1 /2 d'eau additionnée de 40 à 50 gr. de lactose par litre ; cette cure ne sera généralement pas prolongée au delà de 2 à 3 jours et remplacée par le régime lacté. Le lait sera donné à la dose de 1 litre 1 /2 à 2 litres ; il a l'avantage, outre sa faible toxicité, d'être diurétique par le lactose qu'il contient. Il sera pris par petites doses dans la journée, cuit ou cru suivant le goût du malade, pur ou additionné d'eau de Vals. Malheureusement, l'intolérance gastro-intestinale est fréquente ; d'autre part, le malade se dégoûte vite du régime lacté. Dans le but de prolonger la tolérance il y aura intérêt à additionner le lait d'eau de chaux à la dose d'une cuillerée à café pour une tasse de 200 gr., ou de citrate de soude à la dose de 5 grammes par litre. Le citrate de

soude s'oppose à la formation, dans l'estomac, de caillots volumineux, difficiles à digérer et cause de gêne épigastrique, de fermentations, etc. Le malade aura soin en outre de se laver la bouche, après chaque prise avec de l'eau de Vichy, dans le but d'éviter les fermentations et les infections de la cavité buccale souvent à l'origine de la répugnance observée chez certains sujets.

La diète hydrique et le régime lacté malgré tout ne seront indiqués qu'à la période de début de la néphrite, au moment où la toxi-infection réalise son maximum d'action ; prolongé trop longtemps, le régime lacté deviendrait un mauvais régime parce que pour être suffisamment substantiel il introduirait dans l'organisme trop d'eau et trop de chlorures ; il faut savoir lui substituer au moment opportun le régime déchloruré qui devient la médication de choix quand la rétention chlorurée, dont les œdèmes sont la conséquence, devient la manifestation dominante.

Le régime déchloruré strict a l'avantage de réduire l'apport du sel et des substances albuminoïdes ; il s'adapte mieux à une certaine période aux troubles de la fonction rénale et permet en variant les menus de maintenir l'appétit et d'entretenir chez le malade un moral satisfaisant. D'après Widal et Javal, les aliments qui conviennent le mieux à un sujet à déchlorurer sont le pain non salé, la viande, le poisson d'eau douce, les œufs frais, le beurre frais, la crème fraîche, le riz, particulièrement précieux en raison de sa très faible teneur en chlorures ; la semoule, le tapioca, le gruau d'avoine, les farines, les légumes frais herbacés préparés au sucre tels que les pois et les carottes, ou assaisonnés à l'huile et au vinaigre tels que les artichauts et les poireaux, les fruits, les entremets, la pâtisserie, enfin le chocolat qui a l'avantage de contenir de la théobromine. On peut ainsi composer un régime ne renfermant pas plus de 1 gr. 50 de sel par jour.

Ce régime déchloruré strict sera maintenu pendant toute la durée des œdèmes ; ensuite on tâtera la susceptibilité du malade par la méthode des pesées en ajoutant chaque jour 1 gr. 50 à 2 gr. de sel, sans dépasser la dose de 5 à 6 gr., à moins que la néphrite soit complètement guérie. Au cas où le balance dénoterait une augmentation rapide et régulière du poids il faudrait revenir au régime strict.

La *restriction des liquides* fera partie du régime car l'absorption d'une trop grande quantité d'eau aurait pour conséquence d'encombrer l'appareil circulatoire.

Dans les cas les plus favorables, le repos et le régime déchloruré suffiraient àassurer la résorption des œdèmes, mais il n'en est pas toujours ainsi et la diurèse peut tarder à se déclancher. Dans ces conditions on aura recours aux diurétiques déchlorurants dont le type est la théobromine. Cette substance sera prescrite à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour par cachets de 0 gr. 50 associés à une dose moitié moindre de phosphate de soude. Si les résultats recherchés ne sont pas obtenus ou si l'on constate des signes d'intolérance, on prescrira la diurétine, la théocine, ou l'allylthéobromine. Cette dernière a l'avantage d'être très soluble et de pouvoir être prescrite en gouttes ou en injections intra-musculaires ou intra-veineuses. Les injections intra-musculaires seront utilisées de préférence. Au cas où on aura recours aux injections intra-veineuses on ne dépassera pas la dose de 0 gr. 30 dans le but d'éviter des phénomènes d'excitation cérébrale.

Les *injections de sérum glucosé hypertonique* seront utiles dans les cas où l'oligurie persiste ; on injectera en une ou deux fois 60 gr. de glucose dissous dans 200 grammes d'eau.

Simultanément, on pratiquera la *révulsion* rénale par les ventouses scarifiées et, pour soulager le rein, on activera l'élimination intestinale par l'emploi de *purgatifs* ; les drastiques seront conseillés de préférence, mais on pourra aussi utiliser le lavement purgatif du Codex.

L'appareil cardio-vasculaire sera surveillé et si l'on note des signes d'asthénie cardiaque on prescrira la digitale associée à la scille et à la scammonée sous la forme de pilules de Lancereaux ; au préalable il sera utile, en cas d'hydrothorax, de l'évacuer et s'il existe de grands œdèmes, de les ponctionner aseptiquement.

Dans les cas où tous ces traitements échouent, le médecin trouvera une ressource nouvelle dans l'action déchlorurante des *sels de calcium* et *de potassium*. Blum a, en effet, montré qu'ils agissaient sur les œdèmes en déplaçant le sodium. Ces substances employées à une dose suffisante ont dans les néphrites hydropigènes une action déchlorurante puissante ; le chlorure de calcium sera prescrit à la dose de 10 à 12 gr. par jour ; les sels de potassium sont moins recommandables car ils ont une action défavorable sur les voies digestives et surtout sur l'appareil circulatoire.

Quant aux néphrites hématuriques que nous avons classées dans les néphrites aiguës en raison de leur évolution discontinue, elles relèvent comme nous l'avons vu dans la majorité des cas d'infections pharyngées qu'il y aura lieu de soigner. Un traitement local fera dans bien des cas disparaître les hématuries d'une façon définitive ; ce n'est que dans le cas où elles persisteraient qu'il serait indiqué de modifier la coagulation sanguine par de petites transfusions, ou les extraits hépatiques. En cas d'échec, si l'hématurie par son importance et sa répétition menace l'existence du malade, le traitement chirurgical sur lequel nous reviendrons sera conseillé.

3° *Traitement des néphrites chroniques.* Le régime des malades atteints de néphrite chronique sera hypoazoté et hypochloruré ; les liquides absorbés ne dépasseront pas en dehors de ceux de l'alimentation 1 litre à 1.200 grammes. Ces sujets ont en effet besoin d'une quantité d'eau suffisante en raison de la diminution du pouvoir sécrétoire du rein, mais en raison du retard de l'élimination aqueuse et de l'hypertension, il serait dangereux qu'ils en absorbent des quantités trop élevées. Aussi on conseillera à ces malades de manger peu pour diminuer le nombre des molécules à éliminer et de consommer peu de sel, ce qui diminue la soif et l'appétit et conduit inconsciemment à la restriction de l'alimentation et des boissons. D'autre part, on conseillera un climat sec et chaud, un exercice modéré, de longues nuits, des périodes de repos allongé dans la journée, car le clinostatisme favorise la circulation de l'eau dans l'organisme.

Chez les sujets qui ne présentent aucun phénomène d'insuffisance cardiaque ou rénal, c'est-à-dire qui sont surtout des hypertendus, le régime ne sera pas trop sévère ; on éliminera seulement les aliments particulièrement nocifs et une trop forte chloruration. En imposant une discipline trop sévère, comme cela arrive souvent, on courrait le risque non seulement de ne rendre à ces malades aucun service, mais d'exercer sur leur moral une influence dangereuse.

En dehors du régime, on conseillera la *médication déplétive* sous la forme de purgations régulières, et dans certains cas de petites saignées ; on prescrira les *médications hypotensives*, trinitrine, nitrite de soude, extrait de gui, etc., sans toutefois se faire d'illusion sur leur action qui est nulle ou passagère.

Cette phase d'équilibre peut persister longtemps, mais il n'est pas rare de voir survenir des poussées inflammatoires subaiguës. En présence de ces accidents, on prescrira la diète hydrique, puis le régime lacté, à la dose de 2 litres par jour, sans dépasser une durée de 10 à 15 jours.

Si pendant la période souvent fort longue, où les fonctions rénale et cardiaque sont satisfaisantes nous considérons qu'il est sage de se montrer tolérant, par contre à la période des accidents, même légers, la plus grande sévérité s'impose. Une insuffisance cardiaque discrète, une azotémie à tendance progressive, indiquent que l'heure des concessions est passée. Dans ces circonstances la viande sera réduite au minimum, ou complètement supprimée ; il sera conseillé au malade de faire tous les mois pendant 4 jours une cure de repos, accompagnée d'un régime réduit et d'un traitement toni-cardiaque. Ces périodes de cure seront précédées d'un purgatif ou d'une petite saignée.

Le rôle du thérapeute ne réussira pas toujours et d'une façon indéfinie à prévenir les accidents et il lui faudra souvent parer aux graves dangers qu'ils sont susceptibles de présenter pour le malade. En présence d'un coma, d'une crise d'œdème aigu du poumon, il pratiquera d'urgence une copieuse saignée de 600 à 800 grammes. Dans le cas où ce prélèvement serait insuffisant pour permettre au cœur de retrouver sa tonicité, il faudrait pratiquer comme l'ont conseillé Vaquez et Lutembacher, des injections intra-veineuses d'ouabaïne à la dose de 1/4 de milligramme par jour, ou matin et soir dans certains cas. Une lésion rénale grave demandera une certaine prudence et des doses plus faibles de 1/8 de milligramme. Si la fonction rénale n'est pas trop compromise, une piqûre de 1 centigr. de morphine aura l'avantage de calmer l'angoisse du malade et de lui procurer un repos salutaire.

Enfin, à la période d'insuffisance cardio-rénale, on constate souvent des phénomènes d'excitation cérébrale, des douleurs angineuses, des manifestations anxieuses, qu'il est utile de combattre par les bromures, les valérianates, le sirop d'éther. Contre les douleurs angineuses et les phénomènes pénibles de l'asthme cardiaque, le médecin prescrira la potion suivante formulée par Vaquez et qui donne d'excellents résultats :

Trinitrine en solution alcoolique au 1/100	60 gouttes
Chlorhydrate d'héroïne	cinq centigr.
Caféine	1 gramme
Benzoate de soude	2 grammes
Sirop d'éther	60 grammes
Eau distillée q. s. p.	100 cc.

Le malade pourra prendre 3 ou 4 cuillerées à café dans la journée.

Traitement étiologique. Le traitement étiologique n'a que deux indications, la néphrite saturnine et la néphrite syphilitique. Dans le premier cas, d'ailleurs de moins en moins fréquent, le médecin conseillera au malade de changer de profession ; dans le second, il faudra recourir au traitement antisyphilitique.

En ce qui concerne la néphrite aiguë syphilitique, il est difficile d'établir des règles fixes, car la tolérance à la médication varie avec chaque malade. De toute façon le traitement devra être rigoureusement surveillé. Il débutera par de petites doses, et ne comportera que des préparations solubles, mercurielles ou arsenicales.

Les sujets atteints de néphro-aortite syphilitique, s'ils ne présentent aucun signe de défaillance cardiaque ou rénale, seront traités avec énergie et persévérance, comme s'il s'agissait d'un syphilitique banal ; par contre une légère insuffisance cardiaque ou rénale demandera un traitement toni-cardiaque préalable ou simultané et une surveillance rigoureuse du traitement de façon à le suspendre s'il survient une aggravation des symptômes fonctionnels et une diminution de la diurèse. Une insuffisance cardio-

rénale sérieuse sera une contre indication formelle.

Traitement chirurgical. Le traitement chirurgical, proposé par Pousson, n'est pas d'une application fréquente ; il se propose d'exercer sur le rein une action décongestionnante et de rétablir la diurèse. La *décapsulation* et la *néphrotomie* ne sont indiquées que dans les cas de néphrites chroniques accompagnées de névralgies intolérables et d'hématuries abondantes et persistantes, et aussi dans la néphrite hématurique demeurée rebelle à tout autre traitement. Quant à la *néphrectomie*, elle constitue un traitement d'exception qui n'est justifié que dans les néphrites hématuriques unilatérales et dont les hématuries récidivantes menacent l'existence du malade.

Traitement hydro-minéral des néphrites. La crénothérapie intervient dans le traitement des néphrites par des actions variables bien étudiées par Cottet. Ou bien elle s'adresse à des désordres diathésiques ou autres qui, secondairement retentissent sur le rein, ou bien elle exerce une action directe sur la glande rénale ; ou bien encore elle pare aux inconvénients pour l'organisme d'une dépuration rénale insuffisante.

Dans une première catégorie de faits, les altérations rénales sont légères et secondaires à un trouble de la nutrition ou à une atteinte du foie, de l'estomac, de l'intestin. Dans ce groupe prennent place également les albuminuries indéterminées observées chez l'enfant et l'adolescent et décrites sous le nom d'albuminurie cyclique ou orthostatique.

Les uricémiques, les oxalémiques, les goutteux, quand le rein est peu touché, sont justiciables des stations du type alcalin, c'est-à-dire de Vichy, de Vals, et surtout de Brides, si l'on note une tendance à l'obésité. Quand le rein est plus touché et si l'on note une hypertension notable, il faut conseiller une cure de diurèse à Evian, Martigny, Contrexéville, Bains-les-Bains, Capvern. L'albuminurie des diabétiques relève de Vichy s'il n'existe pas de dénutrition, de la Bourboule dans le cas contraire.

Les albuminuries liées à un mauvais fonctionnement du tube digestif seront favorablement influencées par une cure à Vichy, Vals, Brides, Pougues, Saint-Nectaire, Châtel-Guyon, Plombières.

Quant aux albuminuries indéterminées des adolescents sans trouble de la fonction rénale, elles bénéficieront d'une cure à Brides, Salins, Salies de Béarn, Salins-du-Jura, dont l'action tonique relève l'état général de ces sujets anémiés. La Bourboule convient également à cette série de malades.

Dans un deuxième groupe de faits le traitement hydro-minéral se propose de débarrasser les tubes urémifères des produits anormaux qui l'encombrent et l'irritent. Dans ces conditions la cure de diurèse s'impose, dans les stations que nous avons énoncées plus haut ; elle débarrassera le rein des cristaux phosphatiques, uratiques, oxaliques qui altèrent les tubes urémifères, et peuvent être à l'origine de lésions chroniques, ou encore le point de départ de calculs.

Enfin le traitement hydro-minéral est susceptible d'améliorer la dépuration urinaire. La cure de diurèse est à conseiller aux malades atteints de néphrite hydropigène à une période où les œdèmes ont disparu et où l'élimination de l'eau est satisfaisante. Chez les brightiques, la cure de diurèse sera conduite avec prudence, et si l'on constate l'absence de polyurie, même dans la position couchée, une augmentation de la polyurie nocturne, une tension artérielle qui, au lieu de fléchir, a plutôt tendance à s'accroître, on pourra conclure à un grave atteinte du rein. Dans ces conditions, la continuation de la cure pourrait provoquer de graves accidents consécutifs à la pléthore hydrique.

Par contre, on notera souvent une polyurie satisfaisante et un abaissement de la tension artérielle qui seront la preuve que le rein est peu touché et que le facteur circulatoire était prédominant. La cure de diurèse aura ainsi, non seulement un intérêt thérapeutique, mais aussi un grande valeur pronostique en permettant de dissocier dans quelle mesure interviennent le cœur et le rein.

Les cardio-rénaux pourront bénéficier d'un séjour à Royat ; mais du syndrome cardio-vasculaire des néphrites s'applique très heureusement la cure de Bains-les-Bains : elle réalise à la fois une sédation remarquable des spasmes vasculaires par ses sources thermales, et par son eau de boisson diurétique sous un petit volume, un lavage profond, « tissulaire » sans fatigue pour le rein.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES HONORAIRES MÉDICAUX

Cette question des honoraires médicaux a soulevé de nombreux problèmes juridiques, qui ont donné lieu, non seulement à des discussions théoriques parmi les auteurs et à des thèses de doctorat en Droit, mais aussi à maintes décisions de jurisprudence.

Dans ce travail, forcément très écourté, nous nous bornerons à donner les idées générales sur la question, renvoyant le lecteur, pour la documentation des points particuliers, soit à la collection du *Concours médical*, soit à l' « Agenda memento du praticien », édité par le *Concours médical*.

Comme jurisprudence, nous ne citerons que les décisions récentes ; mais, si un de nos confrères voulait des éclaircissements particuliers sur un sujet qui le toucherait de plus près, les avocats conseils du « Sou médical » traiteraient plus spécialement ce point de droit, en s'appuyant sur les décisions jurisprudentielles, fort nombreuses en la matière.

Qu'est-ce qu'un honoraire ?

Le terme honoraire était réservé, en droit romain, pour désigner ce qui était offert spontanément, en hommage de la reconnaissance. Il pouvait consister en une somme d'argent, ou en un présent.

L'honoraire était le qualificatif appliqué à la rémunération des services d'un ordre élevé, ceux rendus par les professeurs, les médecins, grammairiens, artistes, avocats.

Ces personnages étaient considérés comme des mandataires et comme, en droit romain, le mandat était essentiellement gratuit, il en résultait que ce qui était remis au mandataire, en remerciement du service rendu, ne pouvait être qu'un cadeau remis volontairement.

Cette tradition s'est encore conservée, du moins théoriquement, en ce qui concerne les honoraires des avocats : ces derniers ne doivent pas réclamer un paiement : ils doivent laisser le client leur offrir spontanément le tribut de sa reconnaissance.

Le terme honoraire n'a pas conservé la signification primitive, qui nous a été léguée par la tradition romaine.

De nos jours, ce mot est employé pour désigner la rémunération des travaux, où les facultés intellectuelles ont la plus grande part : c'est en quelque sorte le salaire des professions libérales.

Qu'il nous soit permis de nous arrêter un moment sur ce point : c'est parce que les tribunaux considèrent l'honoraire sous son acception et son sens primitifs, qu'ils allouent souvent des sommes inférieures à celles qui sont données couramment et spontanément, dans des maladies analogues. Le tribunal arbitre la somme qui lui semble être légitimement due, non comme un véritable salaire, mais comme un cadeau que doit faire un client, à reconnaissance limitée et hargneuse.

Au contraire, les médecins prennent l'habitude de se référer à des tarifs syndicaux, ou établis d'un commun accord avec des collectivités publiques ou privées, qui se substituent au malade et font soigner ce dernier, en vertu de véritables contrats de louage de services passés avec un ou plusieurs médecins.

Aussi, dans l'étude qui va suivre, laisserai-je de côté la question reconnaissance, pour étudier l'honoraire, considéré juridiquement comme étant le salaire du travail médical et non plus un cadeau, offert spontanément.

Au surplus, si nous nous reportons aux dispositions du Code civil, nous voyons, par la lecture de l'article 909, qu'il est parlé de « dispositions rémunératoires eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus » ; de même l'article 2.101 déclare privilégiés les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison. Quant à l'article 2.272, il dispose que l'action des médecins, pour leurs visites, opérations, etc. se prescrit par deux ans.

Les récentes décisions de jurisprudence sur ces points sont les suivantes :

Tribunal civil de la Seine, 8 *juin* 1921 : « attendu qu'il n'est pas admissible que les honoraires d'un médecin dépendent du succès des soins par lui donnés ; attendu, en effet, qu'il est impossible à un médecin d'être assuré que tel traitement aménera tel résultat ; que, d'une manière générale, les effets d'une médication déterminée peuvent varier avec les sujets sur lesquels elle est appliquée ».

Cependant le même jugement ajoute, d'après le rapport de l'expert, le Dr R. professeur agrégé, médecin des hôpitaux : « attendu que le Dr R. a estimé que la somme réclamée, tout en n'étant pas empreinte d'une exagération manifeste, devait cependant être diminuée, en considération de ce que les pansements ne comportaient

pas une difficulté véritablement extraordinaire et que la prolongation des soins et la multiplicité des visites comportait quelques concessions de la part du médecin ».

Tribunal civil de Gap, 14 *mars* 1922 : « pour fixer le montant des honoraires dus à un médecin, il y a lieu de tenir compte de la nature de la maladie, des soins et interventions chirurgicales qu'elle a nécessités, de la situation sociale et de fortune du malade, de l'éloignement du médecin, de sa notoriété et de la localité dans laquelle il exerce.

« Si la médecine est un art utile de dévouement et à juste titre des plus honorés, ceux qui le professent doivent se montrer modérés dans la répétition du prix de leurs services à l'égard des humbles et des pauvres.

« En cas de contestation, il est du devoir des tribunaux de réprimer les exagérations des honoraires réclamés, comme aussi de redresser l'ingratitude de ceux qui se refusent à se libérer dans de justes limites. »

Tribunal civil de la Seine (6e *chambre*), 15 *mai* 1923 : « attendu qu'en raison de la notoriété du praticien et de la situation de fortune de A. les honoraires réclamés ne paraissent pas exagérés ».

Tribunal civil de la Seine, (7e *chambre*) 31 *octobre* 1923 : « attendu que le défendeur ne conteste ni la réalité, ni la durée des soins donnés à sa femme, qu'il n'établit point qu'un forfait ait été convenu, contrairement aux usages en pareille matière et qu'il n'est pas fondé à prétendre qu'il ne doit rien, parce que le traitement n'a pas amené la guérison ; qu'il est constant que les honoraires dus au médecin traitant ne sauraient être soumis à cette condition ; attendu que T. ne rapporte pas la preuve d'aucune faute commise par le docteur, qu'il n'établit, ni n'offre de prouver que la mort prématurée de la dame T. a été provoquée par le traitement appliqué ».

Tribunal civil de la Seine, 11 *février* 1924 : « les honoraires, en matière médicale, doivent être fixés d'après la nature de la maladie ou de l'opération, la notoriété du médecin et la situation de fortune du client. »

Rappelons encore les deux jugements publiés dans le *Concours* : *tribunal civil de la Seine* (7e *chambre*) 7 *mars* 1923, *Concours médical*, 1923, 2975 : malgré une première intervention chirurgicale, une deuxième opération fut nécessaire : le tribunal rendant hommage à la science du chirurgien, réduit la note d'honoraires demandés, non pas parce que la première intervention n'avait pas donné tout le résultat désiré, mais parce que la situation de fortune du malade était loin d'être brillante.

En ce qui concerne les honoraires fixés à forfait : *tribunal civil de la Seine* (3e *chambre*) 16 *juin* 1923 : « Pour les soins à donner à une maladie chronique, un honoraire très important avait été convenu d'avance, sur lequel les deux tiers avaient été versés au début du traitement. Au bout de quelque temps « à la suite de certaines manifestations pathologiques » (dit le jugement) la malade eut recours aux soins d'un autre praticien. Elle refusa de continuer le traitement du premier docteur, parce que celui-ci lui avait promis de la guérir et qu'elle ne l'était pas et, non seulement se refusa à payer le solde du forfait, mais encore réclama ce qu'elle avait déjà versé.

Le tribunal lui donna tort, pour les motifs suivants : « attendu que la Dlle X. ne prouve pas que la somme qu'elle avait à payer était le prix de sa guérison, qui n'a pas été obtenue ; que d'autre part, le Dr S. n'a pas refusé de continuer à la soigner ».

Quel compte doit-on tenir des tarifs arrêtés par les Syndicats ?

Depuis quelque trente années, les syndicats médicaux locaux ont discuté, puis arrêté des tarifs d'honoraires. Le *Concours médical* publia le « tarif Jeanne » pour uniformiser les directives générales, pour la fixation du quantum des prix à demander pour les divers actes médicaux.

Progressivement, ces tarifs se sont généralisés et le médecin syndiqué, tout en étant libre d'agir selon sa conscience et son devoir d'humanité, envers les petites bourses, a cependant l'obligation corporative de se reposer sur un tarif minimum d'honoraires, des règles duquel il ne doit se départir, pour descendre au-dessous des prix fixés, que dans des cas rares et particulièrement intéressants.

Les tribunaux doivent-ils tenir compte de ces tarifs syndicaux et se trouver liés par les chiffres qui y sont indiqués comme prix des différents actes médicaux ?

Une jurisprudence assez nombreuse et non récente décide que ces tarifs n'ont aucune force légale et qu'un tribunal ne saurait être obligé à les appliquer.

Ils ne seraient applicables qu'au cas où, ayant reçu une publicité suffisante, le médecin pourrait prouver que le malade les connaissait et a entendu s'obliger tacitement à payer les sommes qui y sont indiquées.

Il ne faut pas pousser cependant ce principe à l'extrême : en fait, bien des jugements fixent des prix suivant les usages locaux, ou en rapport avec les chiffres indiqués par le tarif syndical local. Il est admis généralement qu'une personne, qui est habituée à payer les visites à un taux déterminé, serait mal venue de deman-

der une réduction pour les visites ultérieures ; de même qu'un médecin ne peut sans prévenir sa clientèle augmenter brusquement le prix de ses visites.

Aussi le juge, bien que n'étant pas lié par le tarif syndical, doit-il s'y reporter, pour y puiser des renseignements et des indications, pour apprécier le quantum des honoraires à allouer, dans des situations médicales et des interventions différentes.

Au surplus, cette fixation d'avance des honoraires médicaux, à l'aide d'un tarif, commence à entrer dans les mœurs, depuis l'établissement de tarifs par les Conseils Généraux, pour les soins donnés aux malades ressortissant de l'assistance médicale gratuite, puis à la suite du tarif ministériel pour les blessés du travail et enfin pour les réformés de guerre.

La tarification des actes médicaux simples est passée dans la coutume, de sorte que le public prend l'habitude de se demander, à l'avance, quels sont les prix en usage dans la région.

D'ailleurs, de véritables contrats collectifs de travail interviennent entre syndicats médicaux et collectivités publiques, ou privées : des prix sont débattus de part et d'autre et la convention fait la loi entre les parties, c'est-à-dire entre le tiers payant, qui représente le malade, et le médecin traitant, qui a accepté de soigner aux prix indiqués et déterminés par l'accord syndical.

Qui doit payer les honoraires ?

1° *Le malade lui-même.*

En principe, « le consommateur de soins » est toujours le débiteur principal du médecin. Ce dernier a le droit — et même l'obligation juridique — d'assigner son client, auquel il a *donné des soins*, quelles que soient les circonstances ou les engagements que les tiers auraient *pu prendre* au nom du malade.

Au surplus, soit que le client ait appelé lui-même le docteur, soit que ce dernier, mis en œuvre par un tiers (un parent, un ami, un intermédiaire, une collectivité) ait été accepté tacitement par le patient, celui-ci reste toujours le débiteur principal des honoraires, pour les soins qu'il a reçus et dont il est le bénéficiaire.

Il a profité d'un service à lui rendu : il ne peut donc pas s'enrichir aux dépens d'autrui et doit rémunération, même s'il est civilement incapable de s'obliger (exemple de la femme mariée).

En outre, le médecin, le plus souvent, ne connaît que son malade ; il le soigne en considération de sa personnalité et de sa solvabilité. Il est en droit d'escompter que ses honoraires lui seront réglés par le malade lui-même et, par suite, on ne saurait lui imputer à faute de ne pas s'être enquis, avant de donner ses soins, si la personne auprès de laquelle il a été appelé est capable de s'obliger, ou si l'obligation, qui résultera des soins par lui donnés, incombera à une autre personne que celle qui lui semble naturellement indiquée.

Souvent, au « Sou médical », consultés dans un cas très embrouillé, avons-nous commencé par dégager cette idée primordiale : des soins ont été donnés par le médecin ; ce dernier doit être rémunéré de sa peine. Par qui sera-t-il payé ? au juge de le dire ; mais le docteur doit, avant tout, assigner son malade, quitte à ce dernier à appeler en garantie toutes personnes qu'il désire se voir substituer comme débiteurs, par suite d'engagements, que souvent le médecin ignore.

2° *Les tiers responsables.*

En principe, les tiers responsables du paiement des honoraires médicaux peuvent être rangés dans trois catégories :

a) Ceux qui sont tenus en vertu d'une obligation alimentaire ;

b) Les personnes qui ont fait appeler le médecin auprès d'un malade et dont l'attitude a pu donner à croire qu'elles entendaient prendre un engagement personnel : nous désignerons ces personnes par le terme général d'intermédiaires ;

c) Les collectivités publiques ou privées, « tiers payants ».

A. — *Obligation alimentaire.*

Disons tout d'abord, avec l'unanimité des auteurs juridiques, que les personnes qui sont tenues à une obligation alimentaire, doivent tout ce qui est utile à la vie matérielle : le terme aliment comprend aussi bien les frais médicaux que les frais de logement, de nourriture et de vêtement.

Les époux.

En vertu de l'article 212 du code civil, les époux se doivent mutuellement fidélité, secours et assistance. Chacun des époux est donc obligé de subvenir aux besoins de l'autre.

Les frais médicaux font partie des dépenses du ménage, en vertu de l'article 214 du code civil.

Ces textes sont suffisamment clairs en eux mêmes : chacun des époux est obligé de subvenir aux besoins de l'autre et tous deux doivent faire face aux besoins des enfants. C'est là l'obligation d'entretien, dans ce qu'elle a de plus large ; elle comprend donc les soins médicaux.

Entre les parents, c'est l'obligation d'habitation commune et, envers les enfants, l'obligation d'éducation, qui font supporter, par le débiteur, tous les frais que comporte l'entretien soit de son conjoint, soit des enfants.

Mais, en cas de séparation des patrimoines

des époux, ou lorsque l'éducation des enfants peut être considérée comme terminée, c'est l'obligation alimentaire qui apparaît, alors que l'obligation d'entretien cesse. Le débiteur alimentaire n'intervient que si le débiteur principal est hors d'état de payer les soins qu'il a reçus.

Sous le régime de la communauté, les aliments des époux et des enfants font partie du passif commun. En sa qualité d'administrateur de la communauté, le mari est tenu, tant sur ladite communauté que sur ses biens personnels, de toutes les dettes communes.

Quant à la femme, elle ne peut être mise en cause et inquiétée pour les dettes de cette nature.

Après la dissolution de la communauté, elle n'est tenue que pour moitié, si elle accepte la communauté.

C'est donc le mari qui doit faire face au paiement des honoraires médicaux.

Mais en supposant que le mari et la communauté soient insolvables, la femme peut-elle, sur ses biens personnels, être tenue de payer les frais médicaux, pour les soins qu'elle a reçus elle-même ? Oui, car elle reste, malgré tous les régimes matrimoniaux, la bénéficiaire des soins et, d'autre part, le médecin n'a pas à se préoccuper de savoir si la femme est mariée sous tel ou tel régime matrimonial. Les deux époux seront donc condamnés conjointement et solidairement à payer les honoraires médicaux pour soins donnés à la femme.

Séparation de biens et régime dotal.

Sous ces deux régimes, le mari doit faire face aux frais d'entretien du ménage et des enfants, comme chef de famille. La femme y contribue, sous le régime dotal, au moyen des revenus de ses biens dotaux, qui sont perçus à cet effet, par le mari ; sous le régime de la séparation de biens, au moyen de la contribution fixée dans le contrat de mariage et, à défaut, jusqu'à concurrence du tiers de ses revenus.

En cette matière, la femme sera condamnée au paiement des soins à elle donnés personnellement, si les ressources dont dispose le mari sont insuffisantes. Elle pourra également être condamnée, pour les soins donnés à son mari, ou à ses enfants.

Tribunal civil de la Seine (8e chambre) 29 *mars* 1923 : les honoraires dus à un médecin, pour soins donnés à une femme mariée sous le régime de la séparation de biens, constituent une dette personnelle de la femme qui, si les soins ont été fournis au domicile conjugal, peut être présumée contractée avec l'autorisation tacite du mari.

Dès lors, en vertu de l'article 1419 du code civil, le payement peut en être poursuivi pour le tout sur tous les biens de chacun des époux, ce qui donne au médecin créancier l'action solidaire définie par l'article 1200 du code civil.

Au contraire (*Tribunal civil de la Seine*, 23 *mars* 1923) les dettes de communauté se divisent, aux termes de l'article 1487 du code civil, au profit de la femme, le mari seul pouvant être poursuivi pour le tout.

Il en est spécialement ainsi des frais de séjour d'une femme mariée, dans un hôtel de station balnéaire, qui, s'ils ne sont pas hors de proportion avec les ressources du ménage, rentrent, par leur nature, dans le mandat tacite de la femme et dans les dépenses que le mari est obligé de faire, aux termes de l'article 214 du code civil, pour fournir à la femme tout ce qui lui est nécessaire, pour les besoins de la vie, selon ses facultés et son état.

Tribunal civil du Havre, 7 *juin* 1924 : la femme séparée de biens n'en continue pas moins à être tenue envers son mari de toutes les obligations énumérées par l'article 212 du code civil et, par suite, elle se trouve obligée envers ceux qui ont donné à son mari les soins nécessités par sa maladie.

Séparation de fait des époux.

Ils n'en sont pas moins tenus à toutes les obligations résultant du mariage et de leurs conventions matrimoniales.

Si l'un des époux a abandonné le domicile conjugal, il est mal venu de réclamer à l'autre le paiement des frais médicaux, surtout si ce dernier offre de reprendre la vie commune et que le premier refuse.

Au contraire, l'époux abandonné a le droit d'obtenir, de son conjoint, des subventions à titre alimentaire.

La cohabitation ayant cessé, l'un des époux ne peut être tenu de payer toutes les dépenses d'entretien de son conjoint ; mais ce dernier peut, selon les cas, obtenir une pension alimentaire, ou un secours pour frais de maladie.

Parmi les décisions récentes, citons : *Tribunal civil de la Seine*, 11 *juillet* 1922 : les époux, qui sont séparés de fait, à l'amiable et non à la suite d'un jugement de séparation de corps ou de divorce, sont tenus conjointement et solidairement à payer les honoraires médicaux, pour soins reçus par l'un d'eux.

Tribunal civil de la Seine, 14 *décembre* 1923 : à la suite d'une instance en séparation de corps introduite par une femme contre son mari, instance repoussée par le tribunal civil et par la Cour, l'épouse avait abandonné le domicile conjugal. Celle-ci a été condamnée à payer la note d'honoraires, pour les soins qu'elle a reçus, le mari a été mis hors de cause, parce que sa femme ayant quitté le domicile conjugal, n'avait plus

à lui réclamer de lui fournir des moyens d'existence.

Divorce et séparation de corps.

Dans ces cas, et quel que soit celui des époux auquel la garde des enfants est confiée, le père et la mère sont tenus à contribuer à l'entretien et à l'éducation de leurs enfants, dans la proportion de leurs facultés.

Mais entre les époux, le divorce et la séparation de corps font disparaître complètement l'obligation d'entretien, obligation qui a cessé du jour où ils ont été séparés de fait.

Si l'un des époux obtient une pension alimentaire, celle-ci ne sera saisissable par les médecins que jusqu'à concurrence du montant de cette pension.

Avant le prononcé du divorce, les honoraires médicaux pour soins donnés à la femme sont imputables à la communauté, ou doivent être payés par moitié par chacun des époux.

Tribunal civil de la Seine, 25 *juillet* 1922 : « attendu que, si aux termes de l'article 1494 du code civil, la femme renonçante à la communauté est déchargée de toute contribution aux dettes de la communauté, d'après le même article, elle reste néanmoins tenue envers les créanciers, lorsqu'elle s'est obligée conjointement avec son mari.

« Attendu que, dans l'espèce, ayant subi une opération, dont elle a retiré un bénéfice personnel, et ce, au surplus, avec l'autorisation de son mari, la dame M. s'est obligée conjointement avec celui-ci : qu'en conséquence, c'est à juste titre que le Dr F. l'a comprise dans l'instance actuelle ».

En cas de divorce, si les soins ont été donnés à l'un des époux, avant le prononcé du jugement de divorce, les honoraires médicaux doivent être imputés à la communauté et les époux sont condamnés conjointement à payer la note du médecin, (*Tribunal civil de la Seine*, 25 *juillet* 1922) ; surtout lorsque, dans l'espèce de ce jugement, c'est la femme qui a bénéficié du traitement médical. Mais, comme dans la cause actuelle, le caractère de la solidarité ne s'y trouvait pas, chacun des époux a été condamné pour la moitié de la dette et non pour la totalité, en cas de solidarité.

Parents et enfants.

En dehors des questions générales, relatées plus haut, en ce qui concerne les devoirs d'éducation des parents, citons les trois décisions récentes :

Tribunal civil de la Seine, 17 *mai* 1922 : un père refusait de payer les soins d'un chirurgien dentiste, sous prétexte que sa fille était majeure.

« Attendu que la Dlle F. était accompagnée de sa mère, qui recevait les soins du même dentiste ; qu'en outre la Dlle F. demeurait, à cette époque, avec ses parents et que le chirurgien-dentiste a estimé, à juste titre, que la présence de la dame F. aux consultations impliquait nécessairement, de la part de cette dernière, l'autorisation expresse de suivre le traitement, en même temps que l'engagement, pour les époux F. d'en payer le prix.

Attendu au surplus que le Dr H., faisant confiance à la dame F., pouvait raisonnablement ignorer l'état de majorité de sa fille et qu'on ne saurait lui faire grief d'avoir omis d'interpeller la demoiselle F. sur son âge, lorsqu'elle se présentait à son cabinet, accompagnée de sa mère ».

Tribunal civil de la Seine, 26 *février* 1923 : Les époux soutenaient qu'étant séparés de biens, il y avait lieu de mettre hors de cause la mère pour les soins donnés à sa fille.

« Attendu, en droit, que cette séparation judiciaire ne peut entraîner la mise hors de cause de l'appelante, le paiement des soins médicaux, donnés à sa fille, constituant une dette, qui est solidairement et pour le tout à la charge de chacun des époux M. alors surtout que ces soins ont été connus de la dame M. vivant avec son mari et que tous les deux ont, à maintes reprises, témoigné leur confiance au docteur B. notamment dans les nombreuses lettres que M. lui adressait de Suisse, au début de 1914, pour réclamer ses conseils ».

Justice de paix de Nesle (Somme) 17 *mai* 1912 (archives du « Sou médical »). Après avoir rappelé la jurisprudence autorisant le médecin à faire la preuve de sa créance par témoins, pour une somme supérieure à 150 francs, à l'occasion de soins donnés à un gendre chez sa belle-mère laquelle avait fait appel au médecin, le juge de paix s'appuie sur les attendus suivants :

« Attendu que les parents et beaux-parents ne peuvent être considérés comme des tiers qui, unis par un sentiment d'humanité, se borneraient à conduire une personne étrangère chez un médecin, ou simplement à prévenir celui-ci (tribunal de Reims, 23 novembre 1895 ; Cass. 4 décembre 1872).

« Attendu que le Dr P. articule et offre de prouver que Madame S. lui a spontanément déclaré qu'il ne craigne pas de faire tout le nécessaire auprès de son gendre, qu'eux, les parents de Madame D. étaient là pour le payer ».

Quant aux enfants, vis-à-vis de leurs parents, un certain nombre de décisions de jurisprudence rendent les enfants responsables du paiement des honoraires médicaux, dus pour soins donnés à leurs ascendants, attendu que les dépenses nécessitées par une maladie, ont un caractère alimentaire.

Il en est de même pour les soins de dernière maladie, donnés à un père dans le besoin : les héritiers directs doivent les payer, alors même qu'ils ont renoncé à la succession.

2° *Les tiers responsables.*

Toute personne qui, par son attitude, a pu faire croire à un médecin qu'elle entendait faire face au paiement des soins donnés par lui, peut être condamnée à les acquitter. C'est là une simple question de fait, pour l'appréciation de laquelle les tribunaux ont un pouvoir souverain.

L'obligation de l'intermédiaire n'est pas douteuse, toutes les fois qu'il a pris l'initiative d'appeler le médecin et qu'il a assisté à ses visites, à ses consultations et que, d'autre part, le malade est dans une situation de dépendance vis-à-vis de lui.

Il en est ainsi pour un père qui appelle un médecin pour son enfant naturel, ou pour un enfant majeur et vivant habituellement de ses propres ressources, mais se trouvant accidentellement chez lui.

D'ailleurs la doctrine de la *Cour de Cassation* est applicable : la cour suprême a décidé dans un arrêt du 1er *décembre* 1872 que l'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut suivant les circonstances, être considéré comme s'étant obligé soit personnellement d'une façon exclusive, soit solidairement au paiement des honoraires qui devront être ultérieurement réclamés.

La responsabilité de l'intermédiaire n'est pas douteuse non plus, lorsque c'est en raison de sa personnalité que le médecin a donné ses soins et que le malade est totalement inconnu de ce dernier.

Néanmoins, il faut mettre à part les cas dans lesquels l'intermédiaire n'a agi que dans un sentiment de pure humanité.

Tel est le cas de l'hôtelier, ou de l'aubergiste, qui a fait venir le médecin, pour soigner une personne descendue chez lui. On peut dire qu'il n'a agi que comme mandataire, *negotiorum gestor* du malade.

Mais si l'hôtelier, ayant fait appeler le médecin, laisse le voyageur partir, sans s'être assuré que le médecin a été réglé, ce dernier peut reprocher à l'hôtelier une véritable faute, dont il demande réparation.

En ce qui concerne une personne, qui fait appel au médecin, pour son amie, soit qu'il vive en concubinage avec elle et la fasse passer pour sa femme légitime, soit que, vivant séparément, il s'intéresse néanmoins à sa situation matérielle et pécuniaire, la responsabilité sera engagée, s'il n'avertit pas d'emblée le docteur qu'il entend rester étranger au règlement ultérieur des honoraires.

Un certain nombre de décisions jurisprudentielles ont été rendues en ce sens. Deux sont récentes :

Tribunal civil de la Seine, 24 *juillet* 1922 : « attendu que P. est mal fondé à prétendre que les honoraires se rapportant aux soins donnés à la dame qui se trouvait dans l'automobile avec lui, doivent être défalqués de la note qui lui a été présentée ; qu'en effet cette dame habitait la même villa que lui ; qu'il la traitait comme sa femme ; qu'il n'a rien fait pour dissiper l'erreur du docteur A., qui a cru, en présence de son attitude et de cette circonstance que ladite dame habitait sous le même toit que lui, qu'il avait affaire à son épouse légitime ; que, dans ces conditions, c'est à bon droit que le docteur A., qui a fait confiance à P., a fait figurer sur la note qu'il a présentée à ce dernier, les soins donnés à la dame que toutes les apparences désignaient comme sa femme.

Tribunal civil de la Seine (7e chambre) 30 *juillet* 1923 : le médecin pour la rémunération des soins donnés à l'amie d'un de ses clients, qui, la lui ayant adressée, a reconnu implicitement dans une lettre, qu'il avait pris la dépense à sa charge, après avoir d'ailleurs réglé celle afférente à un traitement antérieur de la même dame, est fondé à s'adresser au client à qui seul il a fait confiance.

Pour ce qui est des soins donnés à un domestique dans la maison du maître, par un médecin appelé par lui, il est d'usage, du moins à Paris, que le maître est tenu de ces soins, pourvu toutefois que le chiffre des honoraires soit en proportion, non pas avec la situation de fortune du maître, mais avec la condition modeste du domestique.

Dans les localités où cet usage n'a pas force de loi, il est indubitable que le maître, qui a appelé le médecin, engagerait sa responsabilité s'il laissait partir son domestique, sans veiller à ce qu'il paye son médecin.

Rappelons que la loi sur les accidents du travail est, depuis le 3 février 1924, applicable aux domestiques (loi du 3 août 1923.)

La responsabilité, en matière d'accident d'automobile, a pris, ces temps derniers, une grande acuité : un conducteur de voiture renverse et blesse quelqu'un ; il conduit le malade chez un médecin, ou vient quérir ce dernier. Il laisse son nom et son adresse.

Mais, plus tard, lorsque le docteur présente sa note, personne ne veut le payer : le blessé, parce qu'il a été victime d'un accident et que c'est son écraseur qui doit en supporter les conséquences ; le propriétaire de l'auto renvoie à l'assurance et cette dernière cherche toutes raisons possibles pour se défiler.

Aussi le « Sou médical » a-t-il dû intervenir plus d'une fois pour faire obtenir satisfaction à

ses adhérents. Voir « *Concours médical* » 1924, p. 207 publiant le jugement du tribunal civil d'Orléans, du 23 novembre 1923.

Pour terminer ce chapitre de la responsabilité des intermédiaires, rappelons que la nourrice, qui fait appeler le médecin pour son nourrisson, est responsable des honoraires médicaux, quitte à elle à se faire rembourser par les parents de l'enfant.

3° *Le tiers payant.*

Depuis la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, ont été promulguées des lois ultérieures (9 avril 1898 ; 31 mars 1919) mettant à la charge de tiers les honoraires médicaux, pour les soins donnés dans des circonstances juridiques particulières.

Des collectivités publiques ou privées font soigner les malades et sont déclarées responsables des frais médicaux et pharmaceutiques.

Du fait même de ces lois, il existe des dérogations au droit commun, en ce qui concerne le taux des honoraires, leur mode de recouvrement, leur prescription, etc.

D'autre part, un contrôle est établi, pour surveiller à la fois malade et médecin, pour éviter des collusions au détriment du tiers payant. Nous ne faisons que rappeler ici cette législation spéciale.

Demande en paiement. Recouvrement des honoraires.

Le médecin peut toujours faire sa demande d'honoraires, sans attendre la fin du traitement.

Il peut également exiger une provision, s'il doit faire une avance de fonds, pour voyages, appareils, etc.

Depuis la guerre, une pratique excellente s'est établie : le paiement comptant des honoraires médicaux : cela évite la tenue d'une comptabilité pour les créances à recouvrer. Cela permet également au malade de se libérer à chaque visite et de ne pas avoir, en fin de traitement, une grosse somme à payer. On lui enlève ainsi l'idée de protester contre la note et de chicaner le bien fondé de la créance du docteur.

Néanmoins, pour faire rentrer les notes en retard, le médecin a plusieurs procédés : recouvrement direct, ou par la poste, ou par les banques, ou enfin par des agences spéciales.

Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur à l' « Agenda memento du praticien », édité par le *Concours médical*, dans lequel il trouvera tous renseignements utiles sur ces divers procédés.

Signalons cependant, en cette matière, une décision du *tribunal civil de la Seine, du* 11 *mars* 1924 : un médecin avait chargé une agence de recouvrements de l'encaissement de deux notes d'honoraires.

« Attendu qu'ainsi que le reconnaît d'ailleurs le Dr L., les demandeurs ont fait des démarches auprès des deux débiteurs, pour arriver à un règlement ; attendu qu'il prétend toutefois ne rien leur devoir, bien qu'il ait touché les honoraires qui lui étaient dus, en raison de ce qu'il a lui même, à la suite de démarches personnelles, reçu directement de ses deux clients le montant de ses honoraires ;

« Mais attendu que si le docteur L. a chargé les encaisseurs du recouvrement de notes dues par des clients récalcitrants, depuis plusieurs années, c'est qu'il a estimé que leur ministère lui était nécessaire, ses démarches personnelles étant jusqu'alors restées sans résultats.

« Qu'on ne saurait conclure, du fait qu'il a lui-même encaissé directement les sommes qui lui étaient dues, que l'agence de recouvrement n'a pas mené à bonne fin le mandat dont il l'avait chargée ;

« Qu'il est certain, au contraire, que ce règlement de deux notes en souffrance depuis longtemps et qui a eu lieu peu de temps après les démarches de l'agence, en est la conséquence ;

« Qu'il importe peu, dès lors, que les sommes que réclamait le Dr L. lui aient été versées à lui-même. »

Prescription.

Aux termes de l'article 2272 du code civil, l'action des médecins, pour leurs visites et opérations, se prescrit par deux ans.

Il s'agit donc là d'une courte prescription, basée, non pas sur des motifs d'ordre public, comme les longues prescriptions, mais sur une présomption de paiement.

L'aveu du débiteur que la dette n'a pas été payée, détruit la présomption de paiement. Il en est ainsi, lorsque le débiteur, au lieu d'opposer une preuve du paiement et subsidiairement la prescription, conteste la légitimité de la dette ou son chiffre, pour se retrancher ensuite derrière la prescription, afin de ne pas payer.

Le fait qu'il soulève une contestation au fond est un aveu implicite qu'il n'a pas payé.

Sinon, si le client se borne à prétendre qu'il s'est libéré, mais sans en fournir la preuve, par un reçu, par exemple, et s'il invoque la prescription, le médecin peut lui déférer le serment, en vertu de l'article 2275 du code civil.

Si le débiteur jure avoir payé, l'action du médecin est éteinte. Mais souvent, impressionné par l'appareil judiciaire, le client se refuse à faire un faux serment et s'exécute.

S'agit-il d'héritiers, ils sont tenus de jurer qu'ils ne savent pas que la chose soit due.

Un jugement du 20 *février* 1924 *du tribunal civil de la Seine* a déféré le serment à un général qui prétendait avoir payé son médecin, par acomptes, pour soins donnés de 1911 à 1914.

Au contraire, la 1re *chambre de la cour d'appel de Paris*, par arrêt du 15 *janvier* 1921, a décidé qu'il n'y avait pas lieu de déférer le serment à l'occasion d'une instance engagée par les héritiers du Dr C. contre la reine Draga, de Serbie, parce que la loi serbe devant s'appliquer en l'espèce, cette loi ne reconnaît pas la délation du serment, comme le fait la loi française.

En ce qui concerne les médecins, à partir de quand commence à courir le délai de prescription ?

La rémunération à forfait étant l'exception et se faisant surtout à tant la visite, il semble que le médecin acquiert une créance nouvelle contre son malade, toutes les fois qu'il lui fait une visite.

Ce point de vue n'a jamais été admis, même dans notre ancien droit. On reconnaît généralement que la créance n'est acquise au médecin, qu'après la série de visites, ou plus exactement le jour de la dernière visite, au cas de guérison, ou de cessation du traitement et le jour du décès lorsque les soins ont été interrompus par suite de la mort du malade.

Lorsqu'un médecin est appelé pour traiter un malade, c'est pour ce traitement qu'il acquerra une créance. Mais ce traitement, il ne peut le faire en un jour : il est obligé de visiter son client plusieurs fois et l'usage de calculer sa rétribution à tant la visite ne peut faire obstacle à ce que ce soit le traitement entier qui soit le fait générateur de la créance ; il ne s'agit là que d'un mode pratique de calculer les honoraires.

Lorsque la maladie est chronique et qu'il y a des périodes de cessation des soins, les tribunaux admettent que la prescription ne commence à courir, pour les soins afférents à chaque période, que du jour où elle est terminée.

La prescription de deux ans est interrompue lorsqu'il y a eu compte arrêté et accepté ou reconnaissance de dette, par écrit, ou enfin citation régulière en justice (un simple appel en conciliation ne suffit pas ; il faut une citation).

Ajoutons enfin que, pour les accidents du travail, la prescription n'est pas de deux, mais d'un an. C'est de plus une prescription d'ordre public, en ce sens qu'il n'est point besoin que le débiteur (ouvrier, patron ou assurance) fasse la preuve qu'il a payé le docteur : il suffit que ce dernier laisse écouler une année, pour réclamer ses honoraires, depuis le jour de la cessation de ses soins au blessé.

Privilège.

Le privilège attaché dans certains cas à la créance du médecin, résulte des dispositions du code civil (article 2101, modifié par la loi du 30 novembre 1892): les frais quelconques de dernière maladie viennent en troisième rang. En ajoutant les mots « dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison », la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, a entendu privilégier les frais de dernière maladie du débiteur soit avant sa mort, soit avant sa déconfiture, ou sa faillite.

Le privilège étant attaché aux frais quelconques de dernière maladie, est donc privilégiée la créance d'un médecin d'établissement thermal, celle d'un docteur appelé en consultation, à l'instar de celle du médecin traitant.

Néanmoins, en cas de situation obérée du débiteur, les tribunaux conservent leur pouvoir souverain d'appréciation pour ne considérer comme privilégiés que les frais strictement nécessaires au traitement du malade.

En cas de maladie chronique, présentant des périodes d'amélioration ou d'aggravation, les tribunaux n'admettent le privilège que pour les soins donnés au cours de la dernière période d'aggravation, où les soins ont été donnés sans discontinuité.

Les auteurs et la jurisprudence sont généralement d'accord pour reconnaître comme privilégiés tous les honoraires dus pour consultations, visites, opérations, si nombreuses ou si onéreuses qu'elles puissent être ; c'est seulement dans l'hypothèse assez rare, où les visites seraient dues à de simples fantaisies du malade, fantaisies hors de proportion avec sa fortune et non créées par la nature de sa maladie, que les tribunaux pourraient s'écarter de cette solution (Aubry et Rau, III, § 260, p. 130 note 17).

Les tribunaux décident, en général, que le privilège garantit les honoraires du médecin, depuis le jour où la maladie chronique a pris un caractère assez grave pour faire redouter une terminaison fatale.

Mais si ce n'est pas le décès du débiteur qui donne lieu à la distribution des deniers, mais sa déconfiture, ou sa faillite, ce système de dernière maladie n'est plus acceptable.

On a proposé de restreindre le privilège aux frais de maladie qui ne seraient pas atteints par la prescription, c'est-à-dire deux ans, le surplus étant prescrit à l'égard des autres créanciers qui puisent dans l'article 2225 du code civil le droit d'opposer la prescription, si le débiteur y renonce.

Cette théorie ne tient pas devant la faculté que le médecin conserve de déférer le serment, par cela seul que la prescription lui est opposée par d'autres que son débiteur lui-même, ou ses représentants.

Aussi, est-il reconnu, pour les tribunaux, le droit d'apprécier l'étendue du privilège, eu égard à la fortune du client et en veillant à ce que le prélèvement autorisé par la loi ne porte pas une atteinte trop grave aux droits des autres créanciers. (Cfr Mourlon. Com. T. 3 p.201).

Moralité : confrères, ne laissez pas vos notes trop longtemps en souffrance.

Doit-on considérer comme privilégiés les soins donnés à la femme ou aux enfants du débiteur, tombé en faillite ou en déconfiture ?

Il y a de très sérieuses raisons d'humanité pour admettre l'affirmative : c'est au chef de famille que le médecin a fait confiance, quelle que soit sa situation de fortune, s'il s'agit de donner des soins à sa femme, ou à son enfant.

Cependant, le privilège étant une faveur accordée à certains créanciers au détriment des autres, il ne peut être question d'accorder un rang privilégié à une créance, si la loi ne le stipule pas formellement.

Or, dans le cas présent, la loi est non seulement muette, mais ses termes sont absolument opposés à la concession d'un privilège pour soins donnés à la famille du défunt ou du failli.

La loi ne parle que de dernière maladie, celle du débiteur lui-même et c'est ainsi que s'est prononcée maintes fois la cour de Cassation.

Tout récemment, le 17 *mars* 1924, le *tribunal de commerce de Nantes* a décidé que le privilège ne s'applique qu'aux frais de dernière maladie du débiteur lui-même, sans pouvoir être étendu à ceux de la dernière maladie des membres de sa famille.

Néanmoins la jurisprudence n'est pas tout à fait unanime sur ce point.

En matière d'accidents du travail, aux termes de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, la créance de la victime de l'accident, relative aux frais médicaux, est garantie par le privilège de l'article 2101 du code civil et figure sous le numéro 6.

Si l'ouvrier a choisi son médecin, le privilège ne s'étendra que dans les limites du tarif ministériel (tarif Dubief-Breton).

Mais si l'ouvrier a reçu les soins du docteur du patron ou de l'assurance, le privilège concernera les honoraires calculés d'après le droit commun.

En vertu de l'action directe, que le médecin tient de la loi de 1898, il pourra réclamer privilège pour sa créance, sans employer l'action oblique de l'article 1166.

Mais, une distinction doit se faire : si, en vertu de l'action directe, qu'il tient de la loi du 9 avril 1898, le médecin peut produire à la faillite d'un patron, pour honoraires dus pour soins donnés aux ouvriers de ce dernier, le praticien concourra au marc le franc avec les autres créanciers.

Mais si le docteur veut bénéficier du privilège, comme ce dernier n'est accordé par la loi de 1898 qu'à l'ouvrier, le médecin devra employer l'action oblique de l'article 1166 du code civil. C'est au lieu et place de l'ouvrier qu'il se présentera comme créancier privilégié, comme si le blessé avait fait l'avance des frais médicaux et en demandait remboursement au patron responsable.

Questions de déontologie médicale.

1° *Soins à titre gracieux.*

Il est d'usage de ne pas réclamer d'honoraires pour soins donnés à un confrère, à sa famille immédiate, ou aux étudiants en médecine. C'est à ces débiteurs de savoir se reconnaître d'une façon quelconque, soit par un cadeau, soit par un service personnel qu'ils pourront rendre.

Cette exception, faite en faveur d'un confrère, peut, de bonne volonté, être étendue à des parents, à des intimes, à des amis.

Il en résulte parfois des conflits, au cas de brouille, ou surtout au moment de l'ouverture d'un testament : le médecin, qui a donné ses soins gratuitement, à un parent, ou ami, dans l'espoir d'un avantage, se voit frustré par la négligence, ou l'indifférence du *de cujus*. Il réclame des honoraires à la succession, ou il assigne son ancien ami, pour se faire payer des soins donnés depuis longtemps.

Questions fort délicates, qui, en justice, doivent être appréciées en fait par les magistrats. Car parfois, le débiteur oppose la compensation, estimant qu'il a suffisamment rémunéré le docteur, soit par des cadeaux, soit par des services rendus.

Néanmoins, le principe de la dette n'en existe pas moins et c'est au défendeur de prouver que, dans l'intention commune des parties, les visites du médecin ne devaient pas donner lieu à des honoraires.

C'est ainsi que le peu d'empressement, mis par un médecin à réclamer les honoraires qui peuvent lui être dus, et son inaction prolongée ne suffisent pas à établir qu'il a implicitement reconnu n'avoir donné des soins qu'à titre d'ami. (Trib. civ. de La Roche-sur-Yon, 19 juin 1906.)

Il est aussi évident que si, en principe, le médecin ne fait pas payer son acte médical, par la personne qu'il entend soigner à titre gracieux, il n'en est plus de même pour les frais de déplacement, ou autres, que doit débourser le praticien et dont il peut demander rémunération.

2° *Assistance entre confrères. Dichotomie.*

Le médecin traitant est admis à faire figurer, dans sa propre note d'honoraires, les sommes réclamées par le médecin consultant, ou par le chirurgien qu'il a fait appeler, au nom de la famille, parce que ce confrère a fait confiance au docteur de la famille et non au malade, qu'il ne connaissait pas.

Mais le médecin traitant n'est pas, pour cela, responsable du non paiement de son confrère, car, en appelant ce dernier, au chevet d'un client, il a été le *negotiorum gestor* de celui-ci et n'entendait pas s'engager personnellement à la rémunération du consultant. Ce dernier a toujours la possibilité de l'action directe contre son

client, qui a bénéficié de ses soins et en doit rémunération.

Un autre point délicat : en cas d'assistance d'un confrère à une opération, par exemple, quels doivent être ses émoluments ? par qui seront-ils payés ?

Nous ne voulons pas soulever ici la grande question de la dichotomie. Reconnaissons seulement au médecin traitant un droit aux honoraires et non à un courtage de rabattage.

Mais la meilleure manière d'empêcher l'éclosion de conflits, c'est d'indiquer d'avance, avant une opération, au client, quelles seront ses charges pécuniaires, tant pour l'intervention proprement dite que pour les soins ultérieurs, en spécifiant par qui ces soins seront donnés et qui aura droit à en réclamer le montant.

Sinon, en l'absence de toute convention préalable, les juges seront en plein arbitraire : ils se laisseront guider par les circonstances et par les points de fait qui leur seront exposés.

3° *Qui a le droit de réclamer des honoraires médicaux ?*

Cette question paraît banale en soit et cependant elle a été soumise aux tribunaux.

En droit, seules les personnes qui exercent la médecine, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, ont droit de réclamer des honoraires médicaux pour les soins qu'elles ont donnés.

Par suite, rebouteurs, empiriques, guérisseurs de tous ordres n'ont aucune qualité pour réclamer en justice des honoraires quelconques.

Mais un infirmier, régulièrement muni du diplôme d'Etat, un étudiant en médecine, un masseur, un garde-malade ont parfaitement droit à une rémunération pour les services qu'ils ont rendus, mais à la condition que ces soins aient été donnés sous la direction d'un médecin et ne puissent, en aucune sorte, être considérés comme consécutifs à la pratique de la médecine illégale. D'ailleurs, l'interne des hôpitaux, l'étudiant en médecine ne peuvent présenter une note pour les soins qu'ils ont donnés, non pas en leur qualité d'interne, mais comme aides et auxiliaires d'un docteur en médecine.

Allant même plus loin, un praticien ne peut avoir droit à des honoraires que si ses services constituent des actes licites. C'est ainsi que le duel, étant juridiquement considéré comme un fait délictuel, parce qu'acte de violence individuelle et trouble apporté à l'ordre public, ne peut servir de base à une action judiciaire.

En conséquence, un médecin qui a assisté un duelliste ne peut pas réclamer en justice un honoraire, (*tribunal de paix de Paris*, 16e arrondissement, 27 *février* 1920.)

Cette décision paraît critiquable : le médecin n'est pas un témoin et son absence n'empêcherait pas les duellistes de se battre. On devrait au contraire le considérer comme homme de l'art, accomplissant une besogne licite, pour laquelle des honoraires lui sont dus, au lieu de le rendre en quelque sorte complice d'un délit.

Conclusions.

Le médecin n'est plus à l'époque où il pouvait escompter la reconnaissance, partant la générosité de ses clients. Bien au contraire, il doit défendre son droit à l'existence, non seulement contre les individualités, mais encore contre les collectivités publiques ou privées.

L'évolution syndicale a pris sa source dans cette question des honoraires et déjà en 1845, ce problème de la rémunération du docteur fut-il le point de départ du congrès, qui, le premier, s'occupa de questions professionnelles.

Aujourd'hui, si les intérêts individuels sont défendus par la Ligue de défense professionnelle, « le Sou médical », si le praticien sait qu'il pourra obtenir satisfaction devant les tribunaux avec l'aide du « Sou », les intérêts corporatifs d'une ville, d'une région, ou même du corps médical français tout entier sont représentés et soutenus par les syndicats locaux et leur Union.

Tarifs locaux, tarifs généraux, tarifs plus ou moins consacrés par l'estampille officielle : nous nous éloignons de l'ancien honoraire, cadeau ou témoignage de gratitude, que le client de moins en moins reconnaissant oublie de régler, pour nous considérer comme louant notre science et notre dévouement, moyennant des prix déterminés à l'avance.

Ce sont les contrats collectifs de travail qui s'élaborent les uns après les autres, jusqu'au jour où la loi sur les assurances sociales provoquera des contrats collectifs, moins pour arrêter une question de mode de paiement et de quantum des honoraires, que pour discuter la manière de soigner les assurés malades et de préserver la santé publique, en général.

Le syndicat, né du besoin de défense corporative, aboutira à la collaboration des forces intellectuelles de notre profession, pour l'organisation sociale contre la maladie, pour l'augmentation du rendement du travailleur et pour le prolongement de la vie humaine.

Mais ce jour-là, on aura compris que, pour toujours rester respectueux des règles d'une saine déontologie, le médecin doit pouvoir vivre honorablement de sa profession et que le premier devoir de moralisation d'un syndicat est d'assurer à ses membres la rémunération large et suffisante pour les services rendus à autrui.

Dr Paul Boudin,
Docteur en médecine,
Docteur en droit.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Coup-d'œil dans les départements.

Pour exaucer le vœu d'un de nos sociétaires, j'ai voulu refaire ce que nous avions déjà fait en 1913, Gassot et moi, et voir comment se comportait notre vieille M. F., dans différentes parties de la France.

J'ai pris, pour ce soup de sonde, six régions : le Centre, le Cœur du pays, je veux dire le département de la Seine, puis ceux du Nord, de l'Isère, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde et de la Loire-Inférieure. J'ai fait ainsi mon tour de France, en choisissant les départements où nous avons le plus de sociétaires, afin de pouvoir tirer des conclusions assez solides de ma statistique.

On a beaucoup médit des statistiques, et il est certain que s'il est un terrain sur lequel il ne faut s'aventurer qu'avec la plus extrême prudence, à ce point de vue, c'est celui de la morbidité en général, et celui de la morbidité médicale surtout.

Mais, si on veut s'abstenir d'établir des pourcentages sans intérêt réel, si on veut ne demander aux chiffres que les enseignements réels qu'ils peuvent fournir, une étude statistique de la morbidité dans notre profession, envisagée sur un nombre suffisant d'éléments appartenant à des régions différentes comme mœurs, races et climats, peut donner des indications fort intéressantes, non seulement sur les résultats déjà obtenus par une œuvre comme la nôtre, mais aussi sur toutes les améliorations que l'on pourrait apporter à ses différents services.

Cette courte étude, en tous cas, pourra intéresser les confrères des régions envisagées, et montrer aux autres ce qu'est devenue la prévoyance professionnelle sous l'impulsion du *Concours médical*, leur faire comprendre surtout le rôle si grave que joue le risque maladie dans notre profession, en même temps que le remède que nous y apportons.

J'ai pensé qu'après tous les articles un peu théoriques et abstraits que nous avons déjà écrits sur ce sujet, il était bon de mettre sous les yeux des lecteurs du *Concours médical*, un certain nombre d'exemples concrets, des chiffres, des relevés de journées, de mois ou d'années de maladies, des séries de diagnostic, des totaux de primes payées et surtout d'indemnités reçues.

Ce sont là des renseignements qu'on ne trouve pas dans un rapport financier de fin d'année qui ne peut être que l'exposé sec et aride de la comptabilité, de la caisse et du portefeuille. Ce ne peut être davantage l'objet du rapport annuel du secrétaire général à l'Assemblée de fin d'année, qui doit se borner à résumer la situation morale de la Société et sa vie pendant l'année écoulée.

C'est pourquoi j'ai cru utile de réserver une étude spéciale au sujet qui nous occupe. Elle ne sera d'ailleurs que l'amorce, l'esquisse d'un travail beaucoup plus considérable que je me propose d'entreprendre dès cette année et qui aura pour but le dépouillement, l'analyse et l'étude de la totalité de nos archives, afin d'établir sur une base réellement vécue l'étude de la morbidité dans le corps médical français.

Cette étude portera sur plus de 2.500 dossiers. J'y relèverai les âges d'entrée, les âges de maladies, le nombre et la durée de ces maladies, leur nature et leurs caractères, leur évolution; j'y noterai les indemnités reçues, tant aiguës que chroniques, les cotisations versées, l'influence des milieux, des régions, des climats, etc., bref, tout ce que peut nous apprendre d'intéressant une pareille enquête.

Il faudra beaucoup de temps pour mener à bonne fin une semblable entreprise. En attendant j'apporte aujourd'hui un premier essai, un embryon, dont je vais essayer de tirer les premières déductions de nature à intéresser non seulement nos sociétaires, mais aussi tous ceux qui nous ignorent trop et qui verront ainsi, mieux que par des phrases, ce que nous sommes et ce que nous faisons.

***

Je ferai d'abord remarquer que les chiffres qui vont suivre peuvent ne pas être rigoureusement exacts à quelques unités près. Le temps me manque pour les contrôler et les rectifier dans les archives accumulées par Gassot. Je ne donne donc que des approximations, qui d'ailleurs ne changeront rien aux conclusions que nous en tirerons.

Considérons d'abord, par département étudié, le nombre de sociétaires qui se sont fait inscrire à la M.F., en en défalquant ensuite ceux qui se sont fait inscrire depuis moins de 2 ans, et ceux qui ont démissionné au cours de la guerre sans avoir rien touché, après une courte participation.

Départements	Inscrits	A défalquer
Seine	141	37
Gironde	69	7
Nord	61	8
Isère	51	6
Loire-Inférieure	49	9
Bouches-du-Rhône	42	8
Au total	413	75

Mon étude va donc porter sur 338 dossiers, et avant de commencer je vais donner ici un tableau synoptique résumant la situation dans les départements envisagés.

Départements	Nombre de sociétaires	Années de participants	Nombre d'incapacités	Journées de maladies aiguës	Journées de maladies chroniques	Indemnités payées	Cotisations reçues	Différence
Seine	104	1.893	275	6.812	723	141.700	144.500	+ 2.800
				journées	mois			
Gironde	62	1.105	163	3.647	277	64.700	83.400	+ 18.700
Nord	53	736	122	2.924	236	51.300	55.100	+ 3.800
Isère	45	712	119	3.303	140	48.200	49.300	+ 1.100
Loire-Inférieure	40	557	104	2.230	305	54.900	41.800	— 13.100
Bouch.-du-Rhône	34	556	105	3.106	96	38.100	38.500	+ 400
Totaux	338	5.559	888	22.122	1.777	398.900	412.600	+ 13.700

* * *

La première observation intéressante que nous présente ce tableau c'est le relevé du nombre de fois que les sociétaires ont été arrêtés par la maladie ou l'accident au cours de leurs années de participation. Notons tout de suite qu'une maladie chronique ne compte que pour une seule incapacité, durât-elle vingt ans.

Le rapport entre les années de participation et les incapacités de travail est le suivant :

Seine = 6,8 ; Gironde = 6,7 ; Nord = 6
Isère = 5,9 ; Loire-Inf. = 5,3 ; B.-du-R. = 5,3.
et la moyenne nous donne 6,2.

Ce rapport décroît proportionnellement aux années de participation. Il semble donc que plus le nombre d'années de participation augmente, plus le nombre d'incapacités a tendance à augmenter et à ce point de vue, c'est la Seine qui tient la tête, avec le plus grand nombre à la fois de sociétaires, d'années de participation et d'incapacité. Et cependant, nous le verrons plus loin, ce n'est pas dans ce département que la situation générale est la plus mauvaise, loin de là : c'est que dans ce premier calcul, la chronicité ne joue pas ; et nous verrons que c'est elle qui a la plus grande influence sur la marche générale de nos finances.

Si nous recherchons le rapport entre ce même nombre d'incapacités et le nombre de sociétaires, nous trouvons :

Seine = 2,6 ; Gironde = 2,6 ; Nord = 2,3
Isère = 2,6 ; Loire-Inf. = 2,6 ; B.-du-R. = 3

Je ne veux pas tirer de ces derniers chiffres une conclusion définitive ; cette conclusion ne pourrait être intéressante que si elle portait sur la totalité des participants. Il est pourtant remarquable de noter que le rapport du nombre des incapacités avec le nombre des sociétaires est presque constant, quelle que soit la région considérée ; et je rapproche le fait de la constance du rapport du nombre trimestriel de nos malades avec celui de nos sociétaires participants, qui depuis la fondation reste stationnaire autour de 6,5 %.

Il y a évidemment dans ces deux constantes un élément à retenir au point de vue de la morbidité générale du corps médical en France.

La progressivité du premier rapport peut sembler à première vue en contradiction avec la constance du second.

A la réflexion, on voit qu'il n'en est rien : car, d'abord, ce ne sont pas les mêmes éléments qui servent de base au calcul, et il est bien évident que l'accroissement des années de participation se fait, non seulement par l'entrée de nouveaux membres, mais surtout par le vieillissement des anciens ; et ce rapport progressif prouve seulement et démontre (ce que tout le monde sait déjà), que la morbidité augmente avec l'âge des sociétaires. Je reprendrai cette question avec les chiffres à l'appui, dans le travail d'ensemble que je projette. Je me contente pour aujourd'hui de signaler le fait.

* * *

Examinons maintenant le nombre de journées de maladies.

Le rapport entre ce nombre et ceux des participants, des années de participation ou des incapacités est beaucoup trop variable pour qu'on puisse en tirer un enseignement. Et cela se comprend, car ici il s'agit d'évolution morbide, et nous savons déjà que la variabilité des états pathologiques, tant dans leur nature que dans leur marche, ne subit en rien l'influence d'un recrutement quelconque de sociétaires bien portants au jour de leur admission.

Il n'y a pas davantage de rapport intéressant entre le nombre des journées de maladies que nous appelons aiguës ou celui de celles que nous cataloguons chroniques. Notre démarcation, purement arbitraire au point de vue biologique entre l'aigu et le chronique, n'a de sens pour nous que pour le service des indemnités que nous envisagerons plus loin. Il n'y a pas de différence sensible, sauf pour notre caisse, entre une maladie qui dure 55 jours et une autre qui en demandera 75 pour guérir. Et les accidents

pathologiques qui rendent l'incapacité permanente sont trop indépendants du recrutement ou des régions observées pour que nous cherchions ici à tirer des nombres relevés un enseignement quelconque.

Il suffit, à une époque donnée, d'un ou deux mauvais cas dans un département pour influencer considérablement les moyennes dans cette région pendant de longues années.

Ainsi, les Bouches-du-Rhône n'ont eu depuis 30 ans qu'un seul chronique ayant été malade plus de 18 mois. C'est le n° 107 qui, pour dix années de participation a eu 136 jours d'indemnités à plein tarif et cinq années au tarif de chronicité. Encore n'a-t-il touché que 7.370 fr. En revanche, sur 34 participants, 6 seulement n'ont jamais été malades — et sur ces six, 4 membres n'ont pas plus de 3 années de participation. Ce sont ici les maladies aiguës qui ont absorbé la presque totalité des recettes.

Ainsi encore la Gironde qui, sur 62 sociétaires, en compte 13 qui n'ont jamais été malades. 47 autres Girondins se sont bien guéris, et 2 seulement ont été de gros chroniques : le n° 150 qui, pour 13 années de participation a été malade 11 ans et demi, et le n° 171 qui sur 29 ans de sociétariat a été malade pendant 203 jours au tarif plein et plus de 9 ans au tarif chronique.

Aussi ce département, nous le verrons plus loin, a-t-il à la Mutualité familiale une situation prospère.

(*A suivre.*) *Le secrétaire général*, H. MIGNON.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 20 *janvier*, 3 *et* 17 *février* 1925.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.655 BAÏSSET, Castelnaudary (Aude), parrains : Dr Caizergues et Girou.
6.672 DANEL, Lille (Nord), Syndicat médical de Lille.
6.673 VANEY, Saint-Dié (Vosges), Syndicat des médecins des Vosges.
6.674 LEROY, Decazeville (Aveyron), parrains : Drs Rey et Roquette.
6.675 FAURE, Bourg d'Oisans (Isère), Syndicat médical.
6.676 MARY, Issigeac (Dordogne), Syndicat médical de la Dordogne.
6.677 RIO, Ploëmer (Morbihan), Syndicat des médecins de Lorient.
6.678 FASSY, Pontcharra (Isère), Syndicat médical de Grenoble.
6.679 BRUNIER, Châtelguyon (Puy-de-Dôme), Syndicat des médecins consultants de Châtelguyon.
6.680 CAZALIS, Béziers (Hérault), Société médico-chirurgicale de Béziers.
6.681 ROGER, professeur, Marseille (B.-du-R.), Syndicat médical de Marseille.
6.682 BRICET, 112, rue du faubourg Poissonnière, Paris, Société médicale du Xe.
6.683 LOMBARD, Marseille (B.-du-R.), Association Générale des médecins de France.
6.684 ADRIAN, Bourg-la-Reine (Seine), Syndicat des Médecins de la Seine.
6.685 JEULIN, L'Hermenault (Vendée), parrain : Dr Vimont.
6.686 MONNAMY, Marignier (Haute-Savoie), Syndicat médical de la Haute-Savoie.
6.687 CAPITAIN, Dijon (Côte-d'Or), Syndicat médical de Dijon.
6.688 DEKESTER, Lille (Nord), Syndicat médical de Lille.
6.689 FOURNIER, Creully (Calvados), Syndicat médical de Laon.
6.690 BERNARD, Pont de l'Isser (Oran), Syndicat de Médecins de Colonisation.
6.691 GISCARD, Briane (Aveyron), Syndicat d'Albi et de Gaillac.
6.692 BOUCHUT, Lourmel (Oran), Syndicat d'Oran.
6.693 PELTRE, 6, rue d'Angoulême, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.694 ROGER, 86, rue du Rocher, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.695 BORTNOWSKY, 84, rue du faubourg du Temple, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.696 HENRY, 6 *bis*, rue des Ecoles, Paris, parrain : Dr Boudin.
6.697 DUPONT, Rocroi (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
6.582 ROUSSET, Montmorency (Seine-et-Oise), parrains : Drs Tarrius et Mignon.
6.698 CARRÉ, Leers (Nord), Syndicat médical de Roubaix.
6.699 QUÉRIAUD, Plaisance (Gers), Syndicat médical du Gers.
6.700 LAMARQUE, Renault (Oran), Syndicat des Médecins de Colonisation.
6.701 MARADEIX, Maringues (Puy-de-Dôme)), Syndicat médical de Thiers.
6.702 HOUDART, Tunis (Tunisie), Syndicat médical français de Tunisie.
6.703 GIROD, Lons-le-Saulnier (Jura), Syndicat des Médecins du Jura.
6.704 CORDIER, Ecole Française de Stomatologie, Paris.
6.705 AUDOUARD, » »
6.706 BERT, » »
6.707 BOURDIN, » »
6.708 DEVOUCOUX, » »
6.709 FALK, » »
6.710 FRANC, » »
6.711 HÉMON, » »
6.712 HENNION, » »
6.713 IVASEV, » »
6.714 MIGOUT, » »
6.715 PIGIS, » »
6.716 RABARIJAON, » »
6.717 THORIN, » »
6.718 SIGNEUX, » »
6.719 VILENSKI, » »
6.720 HARTMANN, 77, rue de la Chapelle, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.

6.721 Duriez, Ham (Somme), Association des Médecins de la Somme.
6.722 Brettmon, 226, rue de Rivoli, Paris, parrain : Dr Duchesne.
6.723 Lefèvre, Vailly-sur-Sauldre (Cher), Syndicat des Médecins du Cher.
6.724 Garrigues, Castres (Tarn), Syndicat médical de Castres.
6.725 Job, 86, boul. Saint-Germain, Paris, parrains : Drs Duchesne et Debray.
6.726 Sazias, Cronat (Saône-et-Loire), parrains : Drs Compin et Doré.
6.727 Philardeau, Fontainebleau (Seine-et-Marne), Syndicat médical de Seine-et-Marne.
6.728 Marcotte, Soissons (Aisne), Syndicat médical de Laon.
6.729 Nicolleau, Les Sables-d'Olonne (Vendée), parrains : Drs Salas et Peletier.
6.730 Bettremieux, Jumilhac-le-Grand (Dordogne), parrains : Drs Chibrac et Lafon.
6.731 Coll de Carrera, Bages (Pyrénées-Orientales), Syndicat médical des Pyrénées-Orientales).
6.732 Liotaud, Nice (Alpes-Maritimes), parrains : Drs Liotaud et Clément.
6.733 Reynaud-Battandier, Viriville (Isère), parrains : prof. Rimbaud et Jeanbrau.
6.734 Lauze, Olargues (Hérault), Syndicat médical de Béziers -Saint-Pons.
6.735 Griffon, Claville (Eure), parrains : Drs Letellier et Duchesne.
6.736 Wiot, Lys-lez-Lannoy (Nord), Syndicat médical de Roubaix.
6.737 Layral, Saint-Etienne (Loire), parrains : Drs Deumié et Bollet.
6.738 Ducuing, Versailles (Seine-et-Oise), parrains : Drs Coliez et Bruslé.
6.739 Leforestier, Péronne (Somme), Société médicale de la Somme et de Picardie.
6.740 Deschamps, Amiens (Somme), Société médicale de Picardie.
6.741 Lecocq, Bar-le-Duc (Meuse), Syndicat des Médecins de la Meuse.
6.742 Bastin, Château-Regnault (Ardennes), parrains : Drs Jeanvoine et Grébert.
6.743 Terrier, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
6.744 Baronnet, Chevanceaux (Charente-Inférieure), Syndicat médical de la Charente-Inférieure.
6.745 Cuisinier, Poix-Terron (Ardennes), parrains : Drs Roland et Jeanvoine.
6.746 Delaveuve, Saint-Dié (Vosges), Syndicat de Saint-Dié.
6.747 Wittwer de Froutiguen, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat médical des Pyrénées-Orientales.
6.748 Le Cuziat, Vieux-Marché (Côtes-du-Nord), parrains : Drs Beervet et Bahier.
6.749 Lucq, Saint-Pois (Manche), Syndicat médical de Mortain.
6.750 Leroy, Aumale (Seine-Inférieure), Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Neufchâtel.
6.751 Le Barazer, Saint-Emilion (Gironde), Syndicat médical du Libournais.
6.752 Bapteste, Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire), parrains : Drs Albert Bapteste et Bauzon.
5.753 Guyard, Les Grullières (Maine-et-Loire), Syndicat médical de Maine-et-Loire.
6.754 Pierson, Vic-sur-Seille (Moselle), Syndicat des Médecins de l'arrondissement de Château-Salins.

Accidents du travail.

Le Dr M. (Indre-et-Loire) a été réglé amiablement de ses honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un blessé du travail.

L'appui pécuniaire lui ayant été accordé dans cette affaire, les honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 40 fr., seront payés par le « Sou ».

Le Dr Q. (Pas-de-Calais), ayant soigné, dans la salle payante d'un hôpital, un blessé du travail dont le patron avait pris, par écrit, ainsi qu'une délibération de la Commission administrative le permet, l'engagement formel de payer ses honoraires, se voit opposer le « tout compris » par l'assurance.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour pousuivre le patron en paiement, en vertu du droit commun.

Le Conseil ordonnance le paiement des sommes suivantes dans l'affaire du Dr D. (Saône-et-Loire), portée actuellement en cassation avec l'appui du « Sou » ;

1° 400 fr. pour honoraires de l'avocat en justice de paix et en appel ;
2° 132 fr. 75 pour frais judiciaires d'appel ;
3° 100 fr. pour honoraires de l'avoué.

Le Dr E. (Saint-Etienne), ayant, par erreur, cité le patron d'un blessé du travail devant un juge de paix autre que celui du lieu de l'accident, celui-ci s'est déclaré incompétent.

L'appui pécuniaire lui est donné pour citer devant le juge de paix compétent, une question intéressante de principe pouvant se poser, concernant la prescription.

Le Dr A. (Marne) a été traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui a condamné à lui payer ses honoraires un blessé du travail dont le patron a disparu.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire, pour défendre à cet appel, en limitant à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr D. (Saône-et-Loire), demande l'appui pécuniaire pour se faire payer des honoraires pour soins donnés à l'hôpital à un ouvrier des P.T.T., blessé dans son travail.

Comme les faits remontent à une époque où le Dr D. avait cessé, par suite de démission, de faire partie du « Sou », auquel il n'a adhéré à nouveau que récemment, le Conseil, conformément aux Statuts et Règlements, décide que le Dr D. n'a droit qu'à des conseils, et non à l'appui pécuniaire.

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Gironde) a obtenu la cassation du jugement qui l'avait condamné à rembourser une partie des honoraires qu'il avait touchés d'un client.

Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de 200 fr. pour les frais de grosse de l'arrêt de cassation.

Le Dr M. (Somme) annonce qu'il a eu satisfaction à l'amiable dans l'affaire de recouvrement d'honoraires pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Il a payé 55 fr. 50 pour frais d'une opposition et 40 fr. d'honoraires à son avoué. Le Conseil ordonnance le remboursement de ces sommes.

Le Dr F. (Sarthe) annonce la solution amiable du procès en recouvrement d'honoraires intenté, avec l'appui du « Sou », contre un client qui avait manifesté l'intention de mettre en cause sa responsabilité civile.

Une somme de 200 fr. pour honoraires de son avocat est ordonnancée par le Conseil.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr H. (Calvados) de la somme de 600 fr. qu'il a payée pour honoraires de son avocat en première instance et en appel, dans une affaire d'honoraires d'accident de droit commun actuellement pendante en appel, le tribunal ayant débouté le médecin de sa demande en paiement d'honoraires, aussi bien contre le patron que contre l'ouvrier.

Le Dr M. (Oise) a gagné intégralement devant la Cour d'appel le procès en recouvrement d'honoraires, dont le quantum était contesté par un riche client, dont il avait soigné à Paris la petite fille.

L'appui pécuniaire ayant été accordé au Dr M., devant la Cour d'Appel, le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de Me Nattan-Larrier, qui a plaidé l'affaire, soit 500 fr.

Le Dr X. (Ille-et-Vilaine), ayant soigné une tante de sa femme, demande l'appui pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le légataire universel de cette dame.

Le Conseil est d'avis qu'il a le droit de demander le paiement de ses honoraires, mais qu'il n'y a là qu'une simple affaire de recouvrement, qui ne donne pas lieu à appui pécuniaire.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr G. (Seine) de la somme de 124 fr., solde des frais qui sont dus dans une affaire de recouvrement d'honoraires portée par l'adversaire en appel. Le recouvrement des frais avancés par le « Sou » sera tenté contre l'adversaire.

Le Dr P. (Oise) demande l'appui pécuniaire en appel contre un jugement de justice de paix qui sera prochainement rendu sur une demande en paiement d'honoraires.

Le Conseil ne peut prendre de décision pour un appui pécuniaire en appel qu'après avoir eu communication de la copie du jugement en premier ressort. Le Dr P. devra donc attendre que la décision du juge de paix ait été rendue.

Le Dr L. (Eure-et-Loir), ayant radiographié plusieurs victimes d'accidents d'automobiles survenus à une grande distance de son domicile, les clients contestent le montant des honoraires qu'il demande et qui sont assez élevés, étant donné les frais de déplacement et de transport des appareils de radiographie.

Le Conseil estime qu'il s'agit d'une affaire de recouvrement, ne soulevant qu'une question d'appréciation des honoraires, et non une question de principe, et qu'en conséquence, il n'y a pas lieu d'accorder l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr M. (Vaucluse) demande l'appui pécuniaire pour recouvrer une somme de 3.150 fr., montant des honoraires qui lui sont dus pour un accouchement gémellaire laborieux et les soins consécutifs.

Le Conseil est d'avis que ce n'est qu'une simple affaire de recouvrement, ne soulevant aucune question de principe et qui ne justifie pas l'appui pécuniaire.

Les Dr B. (Morbihan), L. (Vaucluse), J. (Var), et C. (Oise), ayant soigné des blessés par automobile sur la demande des auteurs des accidents, n'ont pu obtenir le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr V. (Eure), se plaint de ce que, dans le calcul des indemnités kilométriques de l'assistance, le point de départ soit compté, non du domicile du médecin, comme l'indique le règlement départemental, mais du périmètre de l'octroi de la ville d'E., qui vient d'être notablement élargi.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour saisir le Conseil de préfecture, si le différend n'est pas solutionné favorablement à la suite d'une intervention du Syndicat auprès du Préfet (1).

(*A suivre*)

(1) La solution amiable espérée est intervenue.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

des adhérences, l'articulation scapulo-humérale marchait fatalement vers l'ankylose complète par le fait de la pusillanimité de votre client Comptez à la Compagnie carrément ce que vous estimez devoir vous revenir à tous deux, médecin anesthésiste et chirurgien. La Compagnie payera sans discussion.

Mais ce n'est pas tout !

Voilà nos adhérences rompues. Immédiatement, c'est certain, elles vont tendre à se reformer. Or, votre malade est toujours pusillanime et, de plus, il estime que, si vous avez rompu les adhérences, sa guérison est immédiatement définitive.

Voilà pourquoi je me suis permis de vous signaler l'activité et la sécurité de ma méthode. Et pour finir, si cela vous intéresse, et que vous veuillez bien me le demander, je me ferai un plaisir de vous adresser mon petit travail, honoré des félicitations officielles du Ministre de la Guerre.

Les Compagnies d'assurances m'envoient fréquemment leurs arthrites et ankyloses incomplètes — directement — parce que, pour 500 à 800 fr. que leur coûte une unique saison, elles suppriment une rente annuelle semblable.

Dr JOYEUX
(de Bourbonne les-Bains)

Réponse.

Suivant votre demande, nous avons transmis votre lettre au Dr M. Nous la publions, pensant qu'elle pourra rendre service à nos lecteurs.

Les initiales F. D. sont, comme le savent certainement presque tous nos abonnés, celles de M. le Dr Fernand Decourt, membre de la Commission du tarif Breton, qui nous donne depuis plusieurs années, sur l'application de ce tarif, ainsi que du tarif Maginot (il est membre également de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre) des avis qui font autorité.

740. — Accident survenu avant l'entrée de l'ouvrier à l'usine.

Je suis appelé, il y a quelques jours, de bonne heure, pour une jeune femme qui s'était cassé la jambe et que je trouve à l'usine, couchée sur un brancard. Ayant questionné, j'apprends que l'accident s'est produit avant l'entrée à l'usine, à deux cents mètres de là, alors que l'ouvrière se dirigeait vers son atelier. On l'avait transportée, du lieu de l'accident dans l'usine. Est-ce un accident du travail, oui ou non ?

Dr L.

Réponse

Pour qu'il y ait accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, il faut que l'accident se soit produit par le fait ou à l'occasion du travail. Il faut donc que l'ouvrier ait commencé son travail, qu'il se soit placé sous l'autorité et la surveillance de son patron, pour que celui-ci soit responsable de l'accident.

A plusieurs reprises, par application de ces principes, la jurisprudence a décidé que le patron ne pouvait être rendu responsable de l'accident dont pouvait avoir été victime un de ses ouvriers pendant le trajet de son domicile à l'usine ou inversement. C'est seulement dans le cas où le transport des ouvriers de leur résidence à l'usine est assuré par le patron que sa responsabilité a été déclarée engagée.

Dans ces conditions, nous estimons que l'accident que vous nous relatez doit être considéré comme un accident du droit commun et que le patron ne peut être tenu au paiement de vos honoraires.

---

738. — Soins à un accidenté du travail après la consolidation de la blessure.

Le 12 janvier 1924, un voiturier est victime d'un accident du travail grave : luxation complète du pied, troubles circulatoires consécutifs graves, œdème considérable de la jambe. Neuf mois après, cet ouvrier est reconnu comme ayant perdu 30 % de ses aptitudes au travail. L'affaire est jugée et tout le monde est payé, y compris le médecin traitant, moi-même.

Six mois après le prononcé de ce jugement, l'ouvrier, qui a recommencé à travailler en faisant une demie journée d'un petit travail, vient me montrer une jambe très œdématiée avec un ulcère manifestement consécutif à cet œdème. Il vient passer une visite chez moi, me fait appeler ensuite chez lui, demande un certificat en aggravation de blessure de 15 %.

Le tout est fait :

1º La consultation donnée ;
2º La visite à domicile faite ;
3º Le certificat délivré.

Qui faire payer ?
Le patron ?
L'ouvrier ?
L'assurance ?

Celle-ci dit : attaquez-moi et c'est bon, mais l'affaire est bouclée depuis 6 mois, je ne marche pas pour le reste.

Deux mots de votre opinion pour savoir à qui m'adresser me seraient agréables.

Dr R.

Réponse.

Pendant un délai de trois ans à dater du jour où la décision judiciaire qui lui a attribué sa rente est passée en force de chose jugée, le blessé peut en demander la révision, s'il estime que son état s'est aggravé. Pour cela, il n'a qu'à faire une déclaration au greffe du tribunal du lieu de l'accident et le président, saisi par cette déclaration, convoque les parties pour tenter une conciliation: faute de conciliation, la procédure suit son cours normal et l'ouvrier a, de plein droit, l'assistance judiciaire.

La revision ne peut porter que sur la rente. Le blessé n'a pas droit aux indemnités temporaires pour les aggravations survenues après la fixation de sa rente. Comme les soins médicaux font partie des indemnités temporaires, ils ne sont pas à la charge du patron ou de l'assurance, s'ils sont donnés après la date de la consolidation, même pendant le délai de révision.

Dans ces conditions, vous ne pouvez réclamer le paiement de vos honoraires qu'au blessé lui-même, conformément au droit commun.

Les impôts ne se payent pas par compensation.

A titre de renseignement et à tous nos confrères qui, comme moi attendaient, pour payer leurs impôts, l'échéance de leurs mandats officiels, je communique cette note du Préfet.

Monsieur,

Par lettre du 11 février dernier, vous m'avez signalé que vous aviez reçu du percepteur de P. une sommation avec frais en vue du paiement de vos impôts alors que l'Etat vous doit le double de ce que vous aviez à payer et vous me demandez si le principe de la compensation n'est pas admis.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le rôle du percepteur, dans la circonstance, se borne à faire rentrer dans la caisse du Trésor les impositions dues à l'Etat.

Il n'a pas à connaître de la liquidation des créances des contribuables contre l'Etat, d'autant plus que, comme dans le cas présent, ces sommes ne sont pas uniquement à sa charge, mais également à celle du département et des communes (dépenses d'assistance).

J'ajoute que les dépenses d'assistance sont réglées par mon administration dès que la Commission de vérification des mémoires m'a remis son travail et qu'il n'y a pas lieu de voir dans les faits que vous me signalez l'intention de l'administration des finances d'exercer une brimade envers les contribuables.

J'ajoute qu'en législation financière, le principe de la compensation n'est pas admis.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

LE PRÉFET.

Comme conclusion ceci :

Il est inutile de nous plaindre à l'Etat. Le percepteur est un rouage anonyme qui doit nous ignorer. A nous médecins de payer à l'extrême limite — quand on nous redoit —, mais aux Syndicats d'agir sur les Conseils généraux, les préfets et de demander que les règlements de compte soient toujours mandatés pour la fin de l'année.

Ainsi, en payant nos impôts de 1926, nous présen-

terions des mandats pour malades vus en juillet 1925, soit plusieurs mois auparavant.

X.

723. — Honoraires d'expertise au Tribunal des Pensions.

J'avais été désigné par le tribunal des Pensions d'un département voisin pour examen des oreilles, avec rapport, d'un réformé de guerre. J'ai fait un examen complet, y compris celui des labyrinthes, avec rapport, et j'ai joint à ce dernier ma note d'honoraires s'élevant à 80 fr. d'après le tarif (article 64 de la loi du 31 mars 1919). Or, le président du Tribunal m'écrit :

« L'art. 44 du décret du 2 septembre 1919 relatif à la loi des pensions n'alloue aux médecins experts qu'une somme fixe de 25 fr. (vingt-cinq francs) par pensionné examiné. »

Je ne connais pas cet article 44, et j'ignore, de même, s'il est applicable dans le cas particulier, de préférence à l'article 64.

Dr X.

Réponse.

Le décret du 25 octobre 1922, dit « tarif Maginot » n'est applicable qu'aux soins donnés aux victimes de la guerre bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1918, sur les pensions militaires.

Le décret du 2 septembre 1919 a un objet tout à fait différent ; il règle, lui, la procédure des demandes de pensions. C'est l'article 44 de ce décret qui fixe à 25 francs par pensionné examiné les honoraires du médecin expert. Cet honoraire est forfaitaire en ce sens qu'il comprend toutes les opérations d'expertise (examen du malade, rédaction et dépôt du rapport, etc.) et que, d'autre part, il s'applique à tous les cas sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la difficulté plus ou moins grande des opérations d'expertise.

Vous ne pouvez donc demander plus que les 25 francs prévus par l'article 44.

698. — Majoration des rentes des victimes d'accidents du travail et de leurs ayant droit.

Une veuve touchant une rente de 175 fr. par an à la suite du décès de son mari, tué sur le coup par un accident du travail, a-t-elle droit à une majoration de cette rente ? Le mari est décédé le 6 mai 1906, c'est-à-dire à une époque où les salaires étaient peu élevés, d'où cette rente modeste. Cet ouvrier était maçon. La rente est payée par la Compagnie le « Soleil ».

Si cette veuve a droit à la majoration de sa rente, quelles formalités doit-elle remplir pour obtenir satisfaction ?

Dr D.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922 a institué des allocations temporaires en faveur des bénéficiaires de rentes au titre de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, lorsque l'accident ayant donné lieu à la pension est survenu avant l'application de la loi du 5 août 1920 (loi qui a élevé de 2.400 à 4.500 francs la portion du salaire non sujette à réduction pour le calcul des rentes). Aux termes de l'article 3 de cette loi, les conjoints doivent recevoir une allocation égale au montant de leur rente s'ils justifient qu'il sont infirmes ou atteints d'une maladie incurable ou âgés de plus de 60 ans. La loi du 25 juillet 1922 n'était applicable que jusqu'au 30 juin 1924 ; à cette date est intervenue une nouvelle loi qui a prorogé de deux années celle du 15 juillet 1922 et l'a modifiée sur certains points. C'est ainsi que le conjoint du sexe féminin a droit à l'allocation supplémentaire dès qu'il a atteint l'âge de 55 ans, au lieu de 60 ans.

Le montant de la rente allouée à la veuve, majorée de l'allocation temporaire, ne peut excéder la pension attribuée aux veuves de simples soldats par la loi du 31 mars 1919.

Si votre cliente est âgée de plus de 55 ans, elle doit adresser sa demande d'allocation au ministère du travail (contrôle des assurances) sur papier libre (décret du 20 juillet 1922). Sa demande devra contenir les indications suivantes :

Nom, prénoms et adresse.

Nationalité.

Date de l'accident.

Date de la dernière décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente et le montant de la rente servie.

Date de naissance.

Nom et prénoms de la victime de l'accident. Elle pourra ainsi obtenir l'allocation à dater du 30 juin 1924. Au cas où elle aurait été âgée de plus de 60 ans le 15 juillet 1922, elle pourrait obtenir le rappel de son allocation à partir de cette date.

Si votre cliente est infirme et incurable et n'a pas encore 55 ans, elle doit adresser sa demande, avec les mêmes indications que ci-dessus, non plus au ministère, mais au maire de sa commune qui devra la soumettre à la commission cantonale prévue par la loi du 14 juillet 1905 (assistance aux vieillards et aux incurables) et la transmettre ensuite au préfet.

Les allocations une fois liquidées sont acquittées directement par l'établissement qui fait le service de la rente, auquel elles sont remboursées ultérieurement par l'Etat.

543. — Patente en cas de changement de poste

Fin mars 1924, je suis venu m'installer à V., dans un appartement dont le bail part du 24 janvier 1924. Donc, location et résidence effective postérieures, l'une aussi bien que l'autre, au 1er janvier 1924.

J'ai payé, en août dernier, au percepteur de C., avec d'autres impôts, ma contribution de patente, soit, pour une valeur locative de 1.000 fr., 258 fr. 43, représentant cette imposition pour toute l'année 1924, — ce que j'ai trouvé logique — en conformité des règlements, à raison des faits existants au 1er janvier.

Or, hier, j'ai reçu du percepteur de V., avertissement d'avoir à lui payer, également pour 1924, une contribution de patente, calculée aussi pour toute l'année 1924, — soit, sur 1.600 francs, valeur de mon logement à V., une somme de 413 fr. 01.

Mon opinion est que je ne peux pas être astreint à la patente, et pour toute l'année de part et d'autre, dans deux résidences successives.

Je crois même — et je me base sur un autre fait plus ancien où le fisc s'en est prévalu parce que c'était à son avantage — qu'en raison des faits existants au 1er janvier 1924, ou mieux en raison de l'inexistence de ma location et de ma résidence à V., au 1er janvier 1924, je ne dois pas de patente à V. pour 1924.

Mais je vous serais très obligé de m'éclairer sur mes obligations exactes, et sur mes droits aussi, pour appuyer sur ce conseil la réclamation que je vais faire.

Dr G.

Réponse.

La patente est due pour l'année entière, à C., sur un loyer de 1.000 francs.

A V., vous ne devez être imposé qu'à partir du 1er mars 1924 puisque vous avez commencé à exercer fin mars. La patente doit être calculée sur une valeur locative égale à 600 francs, soit 1.600 francs (loyer de V.) moins 1.000 francs (loyer de C.).

Veuillez aller trouver le contrôleur des contributions directes à V. pour lui demander de rectifier l'imposition.

Si celui-ci ne vous donne pas satisfaction, vous devez adresser une pétition sur timbre au Sous-Préfet.

A. M.

---

451. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

J'ai revendu en fin 1924 une voiture auto Ford, 4.000, j'ai racheté à cette date une voiture Ford conduite intérieure 22.000.

Comment dois-je faire faire figurer cette vente et cet achat, dans une déclaration d'impôt sur le revenu (bénéfices, profession non commerciale) ? En combien d'années puis-je prévoir l'amortissement de la voiture ?

Dr C.

Réponse.

Si votre première voiture était complètement amortie, vous pouvez considérer que le prix d'achat de la deuxième est ramené à 22.000 — 4.000 = 18.000 et amortir seulement cette somme.

2° Si cette première voiture n'était pas complètement amortie, liquidez cet amortissement sur 1924 et commencez à amortir le prix de l'achat de la deuxième.

Exemple : première voiture Ford achetée 20.000 fr. en 1920 et amortie à 15 % (soit 3.000 fr.) sur 1920-1921-1922-1923 :

Soit pour 4 ans	12.000 fr.
Prix de vente	4.000 fr.
Total	16.000 fr.
Prix d'achat	20.000 fr.

Amortissez la différence soit 4.000 sur 1924, plus l'amortissement à 15 % (taux moyen) de la voiture neuve, soit 3.300 fr.

Total : 4.000 + 3.300 = 7.300.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Maginot.

647. — Interventions figurant dans un article consacré à une spécialité

Convoqué aujourd'hui devant la Commission départementale, je me suis vu refuser le paiement de mes honoraires, établis comme ci-dessous, sous prétexte que je ne suis pas *spécialiste urologiste.*

Il s'agit d'un réformé, néphrectomisé pour tuberculose rénale, atteint de bacillose secondaire des voies urinaires inférieures, et à qui le Dr M. avait conseillé le traitement suivant : pendant 15 jours, faire chaque jour :

1° Un massage des noyaux prostatiques ;
2° Une instillation urèthre postérieur ;
3° Un lavage vessie.

J'ai pratiqué cette série d'interventions après avoir demandé un contrôle qui n'a pas eu lieu, et j'ai compté *pour les trois*, 20 francs, conformément à l'article 75.

La Commission m'offre 8 fr., avec menace, si je n'accepte pas *de suite*, de renvoi devant la Commission supérieure. Sinistre plaisanterie, car, pour avoir fait appel à la dite Commission supérieure, à propos du règlement de mes honoraires de 1921, j'attends encore, et attendrai encore bien longtemps, le règlements desdits honoraires.

Je suis donc contraint d'accepter cette interprétation que je trouve aussi inique que stupide, car elle revient à dire que si j'avais pratiqué moi-même la néphrectomie, j'aurais droit à 8 fr. sous prétexte que je ne suis pas chirurgien urologiste. Dr B.

Réponse.

Il est certain que — n'étant pas spécialiste —

vous ne pouvez demander, pour une consultation, le prix de 20 francs, tarif des spécialités. Mais, ici, il ne s'agit plus de « consultation », mais bien d'*interventions*, auquel cas je ne vois pas pourquoi on vous refuserait le tarif de ces interventions, sous prétexte qu'elles figurent dans un article consacré à l'urologie.

Ce sont là des « interventions à tarif spécial » pour lesquelles vous deviez (art. 18) donner avis auparavant à la Commission de contrôle. D'après votre lettre, cet avis fut donné, puisque vous avez même fait davantage, en demandant à être « contrôlé ». Comme conclusion, il me semble équitable que chaque séance (celles comprenant massage, lavage de vessie, etc.) vous soit payée 20 francs. Mais ceci est un simple avis *personnel*, sous réserve de la décision de la Commission supérieure au cas où vous feriez *appel*.

Nota. — Quant à cette dernière, soyez bien persuadé qu'elle travaille, puisque à l'heure actuelle, elle en est environ à sa 1350[e] affaire étudiée, jugée et liquidée. Ce seul chiffre vous dit, ne pouvant espérer passer avant votre tour, qu'il n'est pas extraordinaire que celui-ci ne soit pas encore venu.

F. D.

Deuxième Congrès médical franco-polonais

(*Avril 1925*)

Bureau du Congrès. — *Président* : professeur G.-H. Roger, Doyen de la Faculté de Médecine ; *vice-présidents* : professeurs Achard, Babinski, Hartmann, Letulle ; docteur Noir, délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France ; *secrétaire général* : docteur Hüfnagel, chef de clinique adjoint à la Faculté.

Le II[e] Congrès médical franco-polonais se tiendra à Paris, dans la semaine du 21 au 25 avril, et il sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Nancy, Strasbourg.

Le séjour à Paris comportera une séance solennelle d'ouverture et des réunions scientifiques où les médecins français auront l'occasion de faire connaître en France leurs travaux et recherches personnels. Des fêtes et des réceptions sont prévues en l'honneur des médecins polonais.

Le Comité d'organisation du II[e] Congrès médical franco-polonais adresse un appel aux confrères français, en leur demandant leur adhésion au Congrès et une participation effective aux travaux et séances.

Les médecins polonais venus en France pour la première fois depuis leur reconstitution nationale recevront ainsi un accueil digne des relations de séculaire amitié qui unissent les deux pays.

Quarante septième année N° 14 5 Avril 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 826-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Bachelet, de Pont-de-Briques (Pas-de-Calais), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse**.

N° 151. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 152. — Dr en méd. marié, prendr. volont. en pens. jeunes filles ou femmes, non tubercul. pour saison d'été.

N° 153. — Dr en méd. ay. prat. client. ch. poste ch. l cant. ou pet. ville, ou aide près conf. fatig. en vue success. O ou S.-O. de préfér. Pressé.

N° 154. — Bon moteur de Dion-Bouton, 8-10 CV, mono cylind., pouv. serv. pr canot automob., à céd. au plus off.

N° 155. — On dem. infirm. sérieuse, capab. assurer service de salle d'opérat. S'ad. Dr Fontaine, 29, boul. de la République, à Reims.

N° 156. — Mathis 6 CV, éclair. et démarr. électr. Bon état de marche à céd. 4.000 fr. Dr Trousselle, 23, rue Grande-l'Evêque. Laon.

N° 157. — A céd. dans ville du midi, par suite décès, cab. méd. comprenant 3 p. meublées à prox. de boul. Pr. tr. mod.

N° 158. — Vve Dr désirer. céder clin. acc. du trav., quart. des Halles, bail de 11 ans. S'adr. 206, boul. Raspail.

N° 159. — Sud-Est. Urgent, exc. poste ds ch.-l. de cant. 45.000 touch. en 1924, Ind. 10.000, S'ad. Dr Gaymard, 33, boul. Voltaire, Asnières (Seine). T.p.r.

N° 160. — Méd. inventeur d'un nouvel appareil permettant application à domicile aux chroniques d'une thérapeutique nouvelle, donnerait tous renseign. à confrère.

N° 161. — Banl. de Paris, Mais. de sant. 15 p. bien instal. av. parc Petit loy. Recettes : 100.000, aff. excep. Y comp. install. 50.000 compt S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 162. — Algérie, Gr. ville marit. excell. cab. merveill. situé (bord mer). Recettes 83.000, appart. sur jardin, 9 p., à céder pour 60.000, dont 1/2 compt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

AVIS
aux Membres de la Mutualité familiale

Par suite de diverses circonstances, la réunion trimestrielle du Conseil de la Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français a dû être reportée au mardi 7 avril.

En conséquence, l'envoi des indemnités du premier trimestre subira quelques jours de retard.

CORRESPONDANCE

622. — Le bénéfice sur la vente de valeurs n'est pas un revenu et n'a pas à être déclaré.

Pendant l'année 1924, j'ai réalisé un bénéfice de 3.000 fr. sur la vente de diverses valeurs françaises (actions).

Faut-il considérer ce bénéfice comme un revenu à déclarer dans la catégorie des revenus de valeurs et capitaux mobiliers ?

Faut-il le considérer comme une augmentation de capital à ne pas déclarer ? C'est l'avis du banquier consulté.

Le contrôleur auquel je me suis adressé n'a pu me donner le renseignement.

Dr B.

Réponse.

Le bénéfice provenant de la réalisation de valeurs mobilières (actions ou obligations) constitue, en l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, non pas un revenu, mais une augmentation de capital, par conséquent ne doit pas être déclaré.

A. M.

522. — Taxe en cas de vente d'une auto d'occasion.

Voulez-vous me permettre de relever une erreur dans votre réponse à la question 3.111, numéro du 15 février 1925. Taxe en cas de vente d'une auto-d'occasion.

Deux cas sont à envisager :

1° Si c'est un commerçant (garagiste, brocanteur, etc.) qui fait commerce d'achat et de vente d'autos d'occasion, il doit la taxe de 1.10 % (1.30 avec le double décime), à la vente. C'est, en somme, la taxe sur le chiffre d'affaires que paye tout commerçant, qu'il vende un kilog de sucre, un veston, une armoire ou une auto d'occasion.

2° Si c'est un particulier, propriétaire d'une auto d'occasion (c'est le cas, en l'espèce du Dr P.), qui s'en défait et la vend à un autre particulier, commerçant ou non, la vente n'est soumise à aucune taxe. Il n'a pas plus de droit à payer que s'il vendait un meuble usagé, par exemple. La vente ne serait passible d'une taxe que si le Dr P. faisait le commerce d'achat et de vente d'autos d'occasion.

Il est entendu que si l'acheteur demande une facture acquittée, celle-ci doit être munie d'un timbre quittance de 0,25 de 10,01 à 100 fr., de 0.50 de 100,01 à 1.000, et de 1 fr. au-dessus de 1.000 fr.

Ces renseignements ont été puisés au journal de la D.A.S.

Dr M.

Réponse.

Un particulier qui vend une auto d'occasion ne devrait pas payer la taxe de 1.30 % puisqu'il ne fait pas un acte de commerce. Avant la mise en vigueur de la loi du 30 mars 1923, le médecin qui vendait son automobile devait payer 10 % sur le montant de la vente, puisqu'il s'agissait de la taxe de tuxe.

A. M.

801. — Pour adhérer au « Sou », il n'est pas nécessaire d'être déjà assuré contre la responsabilité professionnelle.

Abonné du *Concours médical*, je désirerais faire partie du « Sou Médical », mais je dois vous demander un renseignement préalable.

Je ne suis assuré à aucune compagnie contre la responsabilité civile, et d'après la formule du bulletin d'adhésion je me demande si cette assurance est une condition *sine qua non* pour participer au « Sou Médical ».

Aussitôt votre réponse reçue, je vous enverrai le montant de la cotisation et le bulletin.

Dr D.

Réponse.

Pour faire partie du « Sou Médical », il n'est pas nécessaire d'être déjà assuré contre les risques de responsabilité professionnelle.

Nous ne demandons ce renseignement à nos adhérents que dans le but de déterminer, en cas de sinistre, quelle est la garantie qui doit s'exercer la première.

---

746. — Accident du travail. Mouvement brusque.

Une ouvrière travaillant debout à une machine à tresser des paniers fait un mouvement très brusque pour se tourner en arrière. Elle sent un craquement et une vive douleur dans un genou, douleur assez violente pour la faire tomber à terre. Elle ne portait aucune charge, l'accident paraît dû à la seule brusquerie de son mouvement.

L'examen a montré un épanchement intra-articulaire avec impotence complète du membre, dû soit à un décollement des ménisques, soit plutôt à une déchirure des ligaments croisés.

Est-ce que ce cas peut être classé comme accidennt du travail ou laissé à la charge de l'ouvrière ?

D^r G.

Réponse.

Puisque la lésion a été provoquée par un traumatisme survenu au cours du travail, alors que l'ouvrière était occupée à la conduite de sa machine, on peut soutenir que l'accident s'est produit par le fait ou à l'occasion du travail et que, par conséquent, il doit être considéré comme un accident du travail avec toutes ses conséquences juridiques.

Que votre ouvrière demande donc à son patron le paiement de son demi-salaire. Si le demi-salaire lui est payé, le patron reconnaîtra par là-même qu'il y a bien accident du travail et devra vous payer vos honoraires au tarif Breton, Si, par contre, le patron refuse de payer le demi-salaire, il faudra que l'ouvrière le cite devant le juge de paix du lieu de l'accident. Suivant la solution qui interviendra, vous aurez recours ou non contre le patron pour le paiement de vos honoraires.

---

787. — Accident du travail. Etat antérieur.

M. K. J., accident du travail, blessé le 29 nov. 1924, par un éclat de meule. Fracture de la 3e côte droite. Le lendemain : hémoptysie avec râles fins et moyens dans toute la partie du lobe supérieur droit. Depuis cette date, le malade tousse, crache et est incapable de travailler. J'ai demandé à la Compagnie l'autorisation de le faire radiographier. La radio indique un gros foyer au lobe supérieur droit antérieur au traumatisme. Le blessé, qui a 71 ans, était donc depuis longtemps un bacillaire, mais il s'agirait d'une tuberculose inactive lui permettant une

vie normale. Le traumatisme a activé la lésion, a transformé cette tuberculose torpide en tuberculose évolutive ?

La Compagnie refuse de prendre à sa charge les conséquences de l'accident.

Que doit faire le blessé pour obtenir satisfaction, car j'estime que la responsabilité de la Cie est certaine ?

Dr M.

Réponse.

Il est de jurisprudence qu'on ne doit pas tenir compte de l'état antérieur du blessé pour l'allocation des indemnités prévues par la loi sur les accidents du travail. Il suffit que le blessé fasse la preuve de la relation de cause à effet entre le travail et les lésions dont il est atteint, pour avoir droit à ces indemnités. Si vous estimez que le traumatisme dont a été victime votre client au cours de son travail a transformé sa tuberculose torpide en tuberculose évolutive, les manifestations de cette tuberculose doivent être considérées comme des suites de l'accident et être indemnisées au même titre que les lésions résultant directement de l'accident.

Si la compagnie refuse de prendre à sa charge les conséquences de l'accident, elle ne doit pas payer au blessé son demi-salaire. Pour faire trancher la question, que votre client cite donc devant le juge de paix du lieu de l'accident, en paiement de son demi-salaire, non pas l'assurance avec laquelle il n'a pas de lien de droit, mais son patron. Si le jugement est favorable au blessé, vous pourrez vous faire payer vos honoraires par le patron.

---

754. — Choix du radiographe par les accidentés du travail.

1° En cas d'accident du travail, l'assurance, si le médecin traitant demande une radiographie, peut-elle imposer un radiographe ou le blessé a-t-il le libre choix ?

2° En cas de divergence sur la nécessité de cette radiographie entre le médecin traitant et le médecin de la compagnie d'assurance, qui doit provoquer l'entrée en jeu du 3e médecin chargé de solutionner la question ?

Dr S.

Réponse.

Le droit du blessé de choisir librement son médecin est absolu, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un spécialiste. L'assurance ne peut donc imposer à un blessé le radiographe de son choix.

2° Au cas où le médecin de l'assurance, contrairement à l'avis du médecin traitant, estime qu'une radiographie n'est pas nécessaire, il

appartient à la partie la plus diligente de provoquer la nomination d'un tiers médecin arbitre pour trancher le conflit. Le tarif n'indique pas qui doit prendre l'initiative de cet arbitrage, mais en pratique c'est nécessairement le médecin du blessé qui, dans l'intérêt de son client, doit s'efforcer d'obtenir une solution rapide.

---

642. — La patente médicale à Paris.

Approximativement, à combien s'élève la patente d'un médecin exerçant à Paris (ou plus exactement devant exercer) et dont le prix du loyer s'élève à 4.100 francs.

Dr N.

Réponse.

Pour un loyer de 4.100 francs à Paris, le droit proportionnel est calculé au douzième, soit $\frac{4.100}{12} = 341,66$.

Le centime applicable en 1924 était de 4,778022. La patente, pour un loyer de 4.100 francs, aurait donc été en 1924 de :

341,66 × 4,778022 = 1.632,45.

Nous ne connaissons pas encore le centime qui sera appliqué en 1925.

A.M.

677. — Calcul de la patente.

Installé à V.. depuis le 1er mai 1924 (loyer annuel 1.200 francs), dois-je payer la patente pour l'année 1924 complète ou dois-je demander une réduction, puisque n'ayant exercé ma profession que pendant 8 mois de cette année. Ci-joint la feuille d'avertissement que vous pourrez examiner. Le chiffre de 800 francs de valeur locative pour un appartement de 5 pièces (loyer 1.200 fr.), dont 2 pièces seulement servent à mon usage professionnel, n'est-il pas exagéré ?

Réponse.

La patente est calculée sur la valeur locative totale, c'est-à-dire à la fois sur celle du local servant à l'exercice de la profession et sur celle de l'habitation.

Pour l'année, votre patente doit être calculée comme suit :

Droit proportionnel : $\frac{1.200}{15} = 80$ fr.

80 × 6,153 = 492,24.

Du 1er mai au 31 décembre, elle s'élève à : $\frac{492,24 \times 8}{12} = 328,16$.

Or, l'avertissement, article 190, n'indique qu'une somme de 191,42. Il y a erreur à votre avantage.

La valeur locative pour 8 mois est bien $\frac{1200 \times 8}{12} = 800$, mais $\frac{800}{15} = 53{,}33$ et non 31,11. $53{,}33 \times 6{,}153 = 328{,}14$ au lieu de : $31{,}11 \times 6{,}153 = 191{,}42$.

---

729. — Décès d'un pensionné de guerre des suites d'une affection pour laquelle il n'était pas pensionné.

Un de mes clients meurt de tuberculose pulmonaire à marche subaiguë, après environ 2 ans de maladie. Il avait eu, étant au régiment, après 2 ans de service, c'est-à-dire il y a une quinzaine d'années, une pleurésie avec épanchement et lésion débutante des sommets. Il fut de ce fait réformé n° 2 et renvoyé dans ses foyers.

Versé dans le S.X. à la mobilisation, il fut employé sur place et continua ses occupations professionnelles. Or, étant ainsi mobilisé, il contracta, ainsi que l'indique son carnet de bénéficiaire de l'art. 64 de la loi sur les Pensions, une insuffisance et un rétrécissement mitral lui créant une pension assez élevée (45 %, je crois) sans qu'il ait été fait mention de ses lésions pleuro-pulmonaires. Seul le livret militaire en indiquant la réforme en donne le motif.

Or ce malade succombe non pas à ses lésions cardiaques mais à ses lésions pulmonaires.

D'autre part, la tuberculose a eu nettement son début lors du service militaire du malade (mention en est faite dans son livret militaire) et doit être considérée comme attribuable aux conditions spéciales de vie pendant ce service, et il semble bien y avoir eu une aggravation du fait de la guerre, mais les diverses commissions de réforme devant lesquelles est passé ce malade n'en ont jamais tenu compte, ne s'occupant que des lésions cardiaques.

Or la veuve croit avoir droit à une pension du fait de la mort de son mari. Elle sait bien qu'elle n'est pas autorisée à toucher du fait des lésions cardiaques qui en réalité n'ont pas entraîné l'issue fatale, mais elle estime qu'il y a eu erreur de la part des commissions de réforme qui n'ont pas tenu compte de la tuberculose pulmonaire et s'appuie sur ce fait que celle-ci a été contractée lors du service militaire de mon client et doit entraîner de ce fait une révision des décisions des commissions de réforme.

Qu'y a-t-il d'exact dans cette vue ? Peut-elle espérer voir revenir après 6 ans d'examens multiples un tribunal quelconque sur une question déjà jugée, malgré le lien certain qu'il y a entre la pleurésie contractée lors du service militaire et la mort de son mari ?

Enfin l'art. 64 peut-il avoir un effet rétro-actif et s'appliquer à un militaire réformé n° 2 lors de son service militaire, plusieurs années avant la guerre ?

Dr X.

(Voir la suite page XLVII-871)

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la pathologie à travers les âges.

Il n'est semaine où l'on ne signale quelque nouvelle maladie. Nous avons vu un jour surgir le groupe important des paratyphoïdes avec son étrange pathogénie dans certains empoisonnements alimentaires. Puis, nous avons vu décrire les encéphalites léthargiques spasmodiques aux formes variées et mystérieuses, classiquement attribuées à des virus filtrants. Par une série de recherches et d'observations troublantes qui concordent avec celles faites par les maîtres de l'Ecole d'Alfort sur le cheval, notre distingué collaborateur, le Dr Albert Véillard, a fait en outre intervenir, dans l'étiologie de ces encéphalites les intoxications alimentaires par le maïs et le seigle altérés, et plus encore par les poisons cyanurés, contenus dans les fèves et les pois exotiques qui complètent le blé insuffisant dans les farines complexes dont est pétri notre pain.

Le Pr Zangger (1), qui enseigne à Zurich la médecine légale, a signalé les graves dangers que faisait courir à la santé publique l'addition à l'essence, destinée aux automobiles, de composés volatils du plomb (plomb tétraéthyl) qui régularisent les explosions : 100.000 kilogrammes de plomb seraient ainsi annuellement répandus, mélangés à l'oxyde de carbone, dans les rues de Zurich et, comme ces gaz lourds restent en nappe à la surface du sol, l'on peut se rendre compte des intoxications complexes et mystérieuses que ces gaz toxiques peuvent déterminer, surtout chez les enfants.

D'autre part, nous apprenons qu'à Kœnigsberg, le Pr Schnabel et le Dr Tidow ont étudié une autre maladie encore plus singulière dont seraient victimes les marins qui pêchent sur des bateaux plats dans le Frisches Haff, la lagune qui s'étend au sud-ouest de Kœnigsberg (2). Cette maladie serait due à la décomposition d'algues, fixant l'arsenic que les eaux usées des fabriques de cellulose où l'on se sert de sulfates arseniés venant d'Espagne, vont porter, en s'y déversant, aux eaux du Frisches Haff. La putréfaction de ces algues arsénifères amènerait le dégagement de gaz arséniés qui, se mélangeant aux brumes, fréquentes en été, qui recouvrent la lagune, empoisonneraient les malheureux pêcheurs.

Combien de maladies bizarres n'observons-nous pas dans nos grandes villes, maladies produites vraisemblablement par des gaz toxiques, ou des intoxications alimentaires que nous ne pouvons soupçonner ? Que de troubles nerveux, de pseudo-rhumatismes, d'entérites, de dyspepsies et autres affections que nous qualifions de névropathiques, d'arthritiques, de rhumatoïdes, etc., etc., pour masquer notre ignorance et qui proviennent sans doute d'intoxications que nous ne connaissons pas ?

En outre, pensez-vous que les rayons de la télégraphie sans fil, les émanations diverses qui se dégagent des circuits électriques, les trépidations continues qui ébranlent le sol et les maisons d'une grande ville, ne jouent aucun rôle à la longue sur la santé de ses habitants ?

Il y a là pour les savants tout un domaine à explorer à côté de celui des microbes. La bactériologie a donné de si beaux et si nombreux résultats que les chercheurs peut-être s'y sont jusqu'à ce jour un peu trop exclusivement confinés.

Les maladies connues et bien connues se transforment même tous les jours. A côté des maladies nouvelles qui se manifestent, il en est d'anciennes qui disparaissent ou se modifient d'une façon étrange. Il ne faut pas être très vieux médecin pour faire ces constatations. Quand nous étions étudiant, les accidents cutanés de la syphilis tertiaire avec leurs vastes et horribles ulcérations étaient très fréquents et nous n'en voyons plus aujourd'hui. En revanche, que de paralysies générales et d'accidents nerveux syphilitiques, aujourd'hui d'observation quotidienne étaient des raretés, il y a trente ans! Qu'est devenue la chlorose qui, dans les villes, frappait presque toutes les jeunes filles ? Combien un médecin praticien observe-t-il par an de cas de goutte aiguë ? Combien les chirurgiens urologistes opèrent-ils actuellement de malades atteints de la pierre ? Et cependant, ces affections étaient extrêmement fréquentes dans les siècles derniers.

En revanche, les appendicites se sont curieusement multipliées depuis 30 ans, même en te-

(1) *La Nature*, 28 février 1925. Dr P.-E. Morhardt. — L'essence d'automobile et la santé publique.
(2) *La Nature*, nos 2643 et 2656.

nant compte des pérityphlites et des prétendus étranglements internes, qui cachaient les véritables appendicites que nous observions durant nos études.

Peut-on comparer les « épidémies » de peste et de typhus signalées à Paris depuis la guerre aux fléaux qui, sous ce nom, ont ravagé l'Europe occidentale pendant les siècles passés ?

Où sont les pneumonies franches lobaires aiguës et tant d'autres maladies classiques ?

Il est un fait, c'est que, soit sous l'influence des progrès de l'industrie des hommes, soit en vertu des variations de leurs conditions d'existence, ou encore par l'intervention de phénomènes qui restent encore pour nous mystérieux, les maladies évoluent et se modifient. Il en naît de nouvelles, tandis que des anciennes disparaissent. En somme, comme tout ce qui touche à l'être vivant, la pathologie se transforme sans cesse.

C'est une grande erreur d'espérer que la médecine se rapprochera un jour de ce que nous considérons comme des sciences exactes.

Cette constatation qu'il est facile de faire à notre époque, a été remarquée de tous temps et nous nous permettrons de reproduire en manière de conclusion une page très intéressante de Littré que nous empruntons à sa belle *Introduction des Œuvres d'Hippocrate* et qui date de 1839 : « Deux choses surtout, écrit Littré, sont à considérer quand il s'agit de recommander l'étude des vieux livres et des vieux temps. Ils fournissent à la fois des faits et des doctrines ; des faits sans lesquels l'enseignement serait incomplet, des doctrines sans lesquelles nous n'aurions qu'une vue fausse de la culture de la science. S'il est vrai que les maladies changent suivant les climats, si ces modifications frappent de plus en plus les esprits par leur importance pratique et doctrinale à mesure que la civilisation s'étend sur les divers points du globe, il n'est pas moins vrai que les siècles présentent aussi de grandes différences dans leur physionomie pathologique, et que certaines affections s'en vont, tandis que de nouvelles arrivent sur la scène du monde. Le choléra indien nous en a fait faire à nous-mêmes une rude et récente expérience.

Hippocrate, dans son large et ingénieux système, a comparé les âges de la vie humaine aux saisons de l'année. Si j'osais l'imiter, je comparerais les âges de l'histoire de l'humanité aux climats de la terre.

Les uns comme les autres ont leurs maladies propres, leur pathologie spéciale. Or, ce n'est que dans les auteurs, vieux témoins de ces phénomènes passés qui ne doivent peut-être plus se reproduire, ce n'est que dans les livres fidèles dépositaires de ces antiques observations, que le médecin peut les rechercher, les étudier, et arriver à concevoir un ensemble de la pathologie dont le petit horizon qu'il embrasse ne lui donne qu'une faible idée. Si, par l'étude, le médecin doit se faire cosmopolite, par l'étude il doit se faire encore contemporain de tous les âges. Là, il prend connaissance de mille et mille faits qui, sans cela, lui seraient à jamais inconnus ; et, ce voyage dans le temps ne lui sert pas moins que ne lui servirait un voyage à travers les continents et les mers. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES INJECTIONS DE LAIT DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU PREMIER AGE

Par R. Turquety,

Chef de clinique de la Faculté.

L'injection de lait, appliquée à la thérapeutique des maladies du premier âge, a subi la fortune qui échoit à nombre de médications nouvelles.

Quand les médecins eurent fait connaître quel résultat véritablement surprenant ils devaient à ce mode de traitement dans quelques cas d'affections rebelles de la première enfance, chacun s'empressa d'y recourir. Mais, du fait même qu'on en élargissait les indications d'une manière excessive, les insuccès devinrent plus nombreux. Et, pour n'avoir pas toujours été

pratiquée à bon escient, l'injection de lait, dont on pouvait du moins espérer qu'elle serait anodine, déclancha parfois des accidents extrêmement inquiétants.

Pour lui avoir trop demandé, on devint sceptique vis-à-vis d'une médication qui se montrait souvent inefficace et parfois dangereuse.

Nous désirons montrer ici sur quelles bases, parfois instables, s'appuie cette thérapeutique et, à la lumière de faits cliniques et expérimentaux, préciser et, disons-le de suite, limiter les indications de l'injection de lait dans les affections du premier âge.

L'injection de lait, envisagée dans l'ensemble, peut être pratiquée dans deux buts différents :

Dans certains cas, le médecin qui y a recours désire simplement, en faisant pénétrer dans l'organisme par voie parentérale, une albumine étrangère, stimuler les défenses naturelles de l'organisme. Il cherche à provoquer un choc dont il attend une réaction salutaire. C'est là nous ramener, par un chemin détourné, à l'ancienne *médication perturbatrice de* TROUSSEAU. L'injection de lait provoquera, dans ce cas, un malaise plus ou moins intense, des frissons, une accélération du cœur et de la respiration, une hyperthermie de 39° ou 40°. Une crise sudorale abondante, un sommeil profond marqueront la fin de la crise.

Ainsi pourrait agir, avec plus ou moins de violence, l'absorption parentérale d'une autre albumine étrangère, d'une peptone, d'une substance colloïdale, or ou argent. Et, si la voie intra-veineuse est souvent préférée à la voie sous-cutanée, c'est parce qu'elle réalise des phénomènes de choc plus accentués, mais le mode d'action reste le même.

L'injection de lait, ainsi comprise, comporte des indications très étendues. On a vanté son emploi au cours de multiples affections aiguës ou chroniques : grippe, typhoïde, infection puerpérale, infection gonococcique ; au cours de certaines dermatoses : psoriasis, eczéma chronique, lupus ; en un mot dans toutes les circonstances où l'on juge opportun de provoquer une modification de l'équilibre humoral ou leucocytaire.

A ces indications très vastes mais, si l'on peut dire, banales de l'injection de lait s'en oppose une autre limitée, celle-ci, dans ses applications : la désensibilisation d'un organisme en état d'anaphylaxie au lait. L'injection de lait constitue dans ce cas un traitement véritablement spécifique.

Dans la première enfance l'injection de lait a été pratiquée dans l'un et l'autre but. A titre de médication de choc, de médication pyrétogène, on l'a utilisée dans certaines affections où elle a apporté parfois un utile appoint au traitement classique (dans la méningite cérébro-spinale, dans l'ophtalmie purulente, dans la grippe compliquée).

Mais son indication fondamentale, dans le premier âge, est le traitement des états d'anaphylaxie, d'intolérance au lait.

Nous voulons préciser comment on peut, en dépistant judicieusement un état d'anaphylaxie ou d'intolérance, attendre un résultat réel de cette méthode de traitement.

L'intolérance au lait de vache constitue un des chapitres les mieux étudiés de l'anaphylaxie alimentaire ou anaphylaxie entérale. L'état d'anaphylaxie ne peut se réaliser, comme on sait, qu'au prix du passage dans le sang, à travers la barrière intestinale, d'une albumine hétérogène non modifiée qui va jouer le rôle d'antigène et sensibiliser le sujet. Il faut naturellement admettre, dans ce cas, une lésion de la paroi intestinale, une déficience temporaire des organes, du foie en particulier, dont le rôle est de transformer les albumines hétérogènes (insuffisance protéopexique du foie). L'anaphylaxie alimentaire a été l'objet d'une étude très complète de la part de LAROCHE, RICHET fils et SAINT GIRONS. En ce qui concerne plus particulièrement le nourrisson, l'anaphylaxie au lait de vache a été étudiée par FINKELSTEIN, BAR, HUTINEL, HALBERSTADT. Plus récemment, GENEVRIER, WEILL-HALLÉ, H. LEMAIRE, RIBADEAU-DUMAS, ont à nouveau attiré l'attention sur cette question.

Au point de vue clinique, on peut diviser les accidents d'anaphylaxie au lait de vache chez le nourrisson en deux classes : la grande et la petite anaphylaxie, auxquelles il faut joindre quelques cas tout à fait exceptionnels d'intolérance au lait de femme.

La grande anaphylaxie ou anaphylaxie majeure, survient en général chez des nourrissons qui ont, durant une certaine période, toléré le lait de vache mais à qui on a dû, pour une cause quelconque, supprimer ensuite cet aliment pendant quelque temps : enfant qui, par exemple, ne prospérait pas avec l'allaitement artificiel. On a, pour cette raison, remis l'enfant au sein pendant quelque temps. Quand on reprend l'emploi du lait de vache, des accidents d'intolérance éclatent brusquement.

Plus souvent encore il s'est agi d'un nourrisson soumis à l'allaitement artificiel qui présente des troubles digestifs ; on le met quelques jours à la diète hydrique. Quand on reprend l'emploi du lait de vache ; même à dose minime, les signes d'intolérance se manifestent. Le groupement de ces signes est caractéristique : vomissements répétés, diarrhée profuse et souvent sanglante, dyspnée, cyanose des extrémités, pâleur avec tendance syncopale, température à 39° ou 40°.

Des points importants pour le diagnostic sont : leur brusque apparition *immédiatement* après l'ingestion d'une dose même minime de lait, leur

répétition et même leur aggravation à chaque ingestion nouvelle de lait. Quelquefois on observe des éruptions érythémateuses ou urticariennes.

Ces accidents, pour impressionnants qu'ils soient, cèdent en général très vite, en 24 ou 36 heures. Quelques cas de mort ont cependant été signalés (FINKELSTEIN, FINIZIO, HALBERSTADT, RIBADEAU-DUMAS).

On peut rapprocher de ces faits les accidents d'intolérance de certains nourrissons pour le lait de femme qui constituent, il est vrai, des cas tout à fait exceptionnels.

BAR, en 1903, en a fait connaître un exemple typique : il s'agissait d'un enfant qui, dès les premiers jours de la vie, présentait après chaque tétée une pâleur livide et un état syncopal. Un changement de nourrice, opéré à deux reprises, n'améliora pas ces accidents. L'enfant, par contre, supportait parfaitement le lait d'ânesse et le lait de vache. Chaque nouvelle tentative de mise au sein donna lieu dans la suite aux mêmes accidents que ceux des premiers jours.

La *petite anaphylaxie* ou *anaphylaxie mineure*. A côté de ces accidents aigus on a décrit toute une série d'accidents atténués relativement bénins, revêtant une évolution chronique, mais relevant d'une même origine. Il s'agit là de faits dont la nature n'est pas encore complètement éclairée.

Ils ont été particulièrement étudiés par LAROCHE, Ch. RICHET fils et SAINT GIRONS.

Pour ces auteurs, on peut attribuer à une sorte de petite anaphylaxie au lait de vache certaines dermatoses du nourrisson : prurigo, eczéma, urticaire, érythèmes, ainsi que certaines formes de vomissements et de diarrhée, vomissements persistants et rebelles qui durent tant que le lait de vache est donné à la dose d'intolérance, diarrhée prandiale, en fusée, glaireuse, survenant dès après l'ingestion de lait.

Pour confirmer la nature anaphylactique de ces accidents, on a fait appel à la méthode biologique : cuti et intra-dermo-réactions au lait, recherche des précipitines dans le sang, épreuve de l'anaphylaxie passive.

On peut dire que, malgré ces recherches, la démonstration formelle de l'origine anaphylactique de ces accidents n'a pas encore été donnée, si ce n'est cependant pour l'urticaire et le prurigo strophulus qui semblent bien devoir être considérés comme les signes d'une sensibilisation spécifique de l'organisme du nourrisson.

L'intolérance simple. — Qu'elle soit majeure ou mineure, l'anaphylaxie est une intolérance. Mais, inversement, toute intolérance pour le lait est-elle d'origine anaphylactique ?

Le Pr WEILL (de Lyon) le nie et décrit toute une série d'accidents qu'il groupe sous le nom « *d'intolérance au lait de vache* » et qu'il traite systématiquement par des injections de lait, sans pour cela leur reconnaître une origine nettement anaphylactique.

Les vomissements constituent, dans le tableau clinique individualisé par cet auteur, l'élément le plus important ; c'est là, dit-il, le signal-symptôme de l'intolérance : vomissements précoces ou tardifs survenant dès après la tétée ou deux heures après, précédés d'agitation, de cris, de malaises et non améliorés par les changements de lait. Ls signes nerveux font rarement défaut : agitation, hyperexcitabilité, insomnie. Le sommeil diurne est le plus compromis, le sommeil nocturne étant normal si on supprime la tétée de la nuit. La constipation est opiniâtre, rebelle, faisant parfois place à une diarrhée glaireuse ou muco-grumeleuse. Ce syndrome d'intolérance s'accompagne parfois de troubles cutanés, eczéma accompagnant les troubles digestifs et s'améliorant avec eux. Les troubles de la nutrition sont plus ou moins marqués : irrégularité de la courbe de poids, état d'hypothrepsie plus ou moins marquée, proportionnée en général à l'intensité des troubles digestifs.

Ce syndrome d'intolérance, isolé par le Pr WEILL, se confond en somme presque complètement, au point de vue clinique, avec la petite anaphylaxie de LAROCHE, RICHET fils et SAINT GIRONS. En outre, pour distinguer les deux syndromes, l'épreuve thérapeutique est sans valeur puisque l'intolérance simple, tout comme l'anaphylaxie mineure, est justiciable, d'après le Pr WEILL, des injections de lait.

Peut-être trouverait-on dans la date d'apparition des accidents un élément de différenciation plus précis : l'intolérance simple se manifesterait dès les premières ingestions de lait de vache alors que l'anaphylaxie véritable, par définition, exige une phase de sensibilisation préalable. Autrement dit, dans l'anaphylaxie vraie il y a toujours une phase initiale de tolérance et les accidents apparaissent seulement lors d'une seconde tentative d'alimentation par le lait de vache.

A vrai dire, cet argument ne permet pas, à lui seul, d'établir entre ces deux syndromes si pareils l'un à l'autre une cloison étanche. On sait, en effet — et l'expérimentation le démontre d'une façon péremptoire — que l'état d'anaphylaxie réalisé par un sujet est transmissible par injection de son sang à un autre sujet qui se trouve ainsi anaphylactisé d'emblée, la période de sensibilisation préalable devant être recherchée chez le donneur.

Cette transmission de l'anaphylaxie, — anaphylaxie passive — que nous réalisons artificiellement, que nous transfusons, si l'on peut dire, au receveur en même temps que le sang du donneur, se trouve spontanément réalisée comme

un phénomène naturel, dans l'anaphylaxie héréditaire dont ROSENAU et ANDERSON ont prouvé la réalité chez l'animal.

Peut-être l'intolérance simple du nourrisson individualisée par le Pr WEILL, intolérance qui se manifeste dès l'ingestion des premières gouttes de lait, n'est-elle, en réalité, que la manifestation d'un état d'anaphylaxie héréditaire, anaphylaxie dont la manifestation clinique ne se produit que chez l'enfant, mais dont la période de sensibilisation préalable doit être attribuée à la mère, puisque l'expérimentation a prouvé que, seule, la mère a le pouvoir de transmettre cette qualité humorale (ROSENAU et ANDERSON).

Le *diagnostic* d'un état d'anaphylaxie dans le premier âge est bien souvent difficile, du fait que les accidents qui traduisent cet état ne présentent, quand on les examine séparément, aucun cachet de spécificité ; on ne parviendra au diagnostic que par l'étude minutieuse des symptômes dont le groupement attirera l'attention.

Par ailleurs la date d'apparition des accidents, qui surviennent dès après l'ingestion de lait, leur cessation dès qu'on supprime cet aliment, leur réapparition à toute tentative de réalimentation, constituent une forte présomption en faveur de l'hypothèse d'une anaphylaxie. Ce n'est que l'analyse minutieuse des faits qui permettra de rattacher à leur vraie cause les accidents observés que l'on attribuerait, à un examen moins approfondi, et selon leur degré de gravité, à une dyspepsie de lait de vache, à une diarrhée muco-grumeleuse ou à une diarrhée cholériforme.

Aussi la difficulté où l'on est parfois de dépister par la seule clinique la nature vraie des accidents a-t-elle conduit les médecins à chercher dans la méthode biologique une aide au diagnostic.

Nous voulons seulement indiquer ici de quel secours ils peuvent être au clinicien :

a) La recherche dans le sang du sujet sensibilisé des *précipitines* spécifiques pour le lait s'est montrée souvent infidèle. C'est, en outre, un procédé délicat, sujet, dans sa technique, à de nombreuses causes d'erreur.

b) La *cuti-réaction au lait* a été systématiquement appliquée, tant en France qu'à l'étranger, à la recherche des états d'anaphylaxie et de simple intolérance. On l'a pratiquée soit avec du lait stérilisé, soit avec certains éléments constituants du lait (lactalbumine, lactoglobuline, caséine et beurre). De ces recherches on peut conclure que la cuti-réaction au lait ou à ses composants ne permet pas le diagnostic de l'anaphylaxie.

c) L'*intra-dermo-réaction* au lait consiste, reproduisant en cela l'intra-dermo-réaction à la tuberculine, à introduire dans l'épaisseur du derme une quantité dosée de lait stérilisé pur ou dilué à 1 pour 1.000 ou 1 pour 10.000. On a utilisé également, comme pour la cuti-réaction, quelques-uns des composants du lait. Cette réaction se montre très fréquemment positive, mais n'a pas un caractère net de spécificité ; il s'agit vraisemblablement d'une irritation du derme par le lait : la réaction est d'autant plus nettement et plus souvent positive qu'on utilise un lait moins dilué. La médiocre valeur diagnostique de ces réactions cutanées ne saurait nous surprendre car des travaux récents (FLEISCHNER, MEYER et SHAW) ont montré que le plus haut degré d'anaphylaxie peut exister sans production concomitante d'hypersensibilité cutanée.

d) *Transmission au cobaye de l'anaphylaxie passive.* Ch. RICHET et NICOLLE, en 1907, ont prouvé que si l'on fait à un chien normal la transfusion du sang d'un animal anaphylactisé, le chien qui a reçu le sang est devenu sensibilisé comme l'était le chien qui a donné le sang.

Pratiquement, on utilise cette réaction biologique en injectant à un cobaye 3 à 5 cc. de sang prélevé par ventouses scarifiées à un nourrisson suspect d'anaphylaxie ; le sang est injecté dans la cavité péritonéale de l'animal. Si l'enfant est réellement en état d'anaphylaxie au lait, le cobaye se trouve sensibilisé ; on décèle cette sensibilisation en faisant à l'animal une injection intra-cérébrale de 1/20 cc. de lait qui suffit à déclancher des accidents mortels de shock anaphylactique.

Cette épreuve est surtout à conseiller dans les cas où l'on redoute, chez un enfant hautement sensibilisé, de provoquer par une injection de lait, des phénomènes de shock qui, dans ce cas, se montrent extrêmement dramatiques et peuvent même entraîner la mort.

Cette épreuve est très démonstrative quand ses résultats sont nets, positifs ou négatifs, mais parfois ils sont douteux ; l'animal, après avoir présenté des accidents immédiats, se remet et survit ; il devient bien difficile d'estimer alors quelle part revient à l'anaphylaxie dans l'évolution des accidents.

e) L'*injection sous-cutanée* de lait présente indiscutablement une grande valeur démonstrative en provoquant une violente réaction fébrile et des manifestations significatives.

« Dans trois cas, dit M. MARFAN, où on pouvait véritablement, d'après tous les caractères cliniques, avancer qu'il s'agissait d'une intolérance anaphylactique pour le lait de vache, une injection de un à trois centimètres cubes de ce liquide sous la peau a provoqué presque immédiatement ou à brève échéance une réaction violente, voire inquiétante.

Dans un cas (GENEVRIER), cette réaction se manifesta par un état cholériforme avec cyanose, abattement, fièvre vive (39° à 40°), rou-

geur et tuméfaction étendues au niveau de l'injection. Dans un autre (Weill-Hallé), une injection sous-cutanée de un centimètre cube de lait détermina des accidents violents : fièvre vive, éternuements, toux spasmodique, vomissement, état syncopal et cyanose, qui durèrent deux jours. Un troisième, resté inédit, a été observé par M. H. Lemaire ; il s'agit d'un enfant de 13 mois, nourri au sein et en bon état de nutrition ; durant les premiers mois de sa vie, à l'occasion d'une courte maladie de sa mère, il fut soumis à un allaitement mixte : l'ingestion de lait de vache provoqua au bout de quelques jours des vomissements, de la diarrhée, un état syncopal impressionnant. Le retour à l'allaitement maternel exclusif fit disparaître ces troubles mais un essai ultérieur d'ingestion de lait de vache les fit reparaître. En vue de le désensibiliser, M. H. Lemaire pratiqua une injection de un centimètre cube de lait stérilisé ; celle-ci fut suivie après quelques heures d'une violente réaction : fièvre vive, vomissements, diarrhée, lypothymie, cyanose. Après avoir observé ces faits, il nous semble difficile qu'on puisse imputer ces accidents à un état d'anaphylaxie pour le lait de vache si une injection sous-cutanée de lait ne détermine pas des réactions vives semblables à celles qui ont été observées dans les cas précédents » (1).

A n'en pas douter la méthode serait parfaite si on pouvait, à coup sûr, injecter une dose de lait telle que la réaction fût sans danger tout en restant indiscutable. Mais l'injection sous-cutanée, même à faible dose, entraîne chez l'enfant fortement sensibilisé un choc extrêmement violent, une véritable crise d'anaphylaxie expérimentale. En général les accidents, très impressionnants au début, s'amendent vite, mais l'enfant a couru un réel danger et on ne peut jamais assurer qu'une crise de grande anaphylaxie aura une terminaison favorable.

Quant à déterminer la dose optima, les susceptibilités sont trop variables d'un sujet à l'autre, et, chez le même sujet d'un jour à l'autre pour qu'on puisse la prévoir.

En somme, si on est amené, chez un nourrisson suspect de grande anaphylaxie, à pratiquer une injection sous-cutanée de lait, on devra, dans le choix de la dose, se montrer extrêmement prudent. Et on se montrera bien inspiré en pratiquant auparavant, si les circonstances le permettent, l'épreuve de l'anaphylaxie passive chez le cobaye.

Indications thérapeutiques de l'injection de lait.

1° Grande anaphylaxie.

L'injection sous-cutanée de lait de vache, dont nous avons vu la valeur indiscutable pour le diagnostic de l'anaphylaxie dans la première enfance, constitue l'un des deux modes de désensibilisation que l'on peut utiliser dans ce cas. Toutefois il faut être prévenu que, pratiquée dans cette occurrence, elle n'est pas sans danger. Chez un sujet hautement sensibilisé l'antigène, pénétrant par voie sous-cutanée, est absorbé rapidement et en totalité. Même en utilisant une dose minima de lait (1 cc., 0 cc.5) on risque d'observer des accidents ou tout au moins d'être le témoin d'une crise extrêmement brutale.

Aussi, avant d'y recourir, devra-t-on tenter la désensibilisation par *voie buccale* avec des doses très faibles et progressivement croissantes, des gouttes, dont on augmentera le nombre chaque jour : 2 gouttes au premier repas, deux gouttes au second. Si la tolérance s'établit, 4 gouttes au troisième et au quatrième repas. Si la tolérance persiste, 8 gouttes, etc.

Cette tentative initiale de désensibilisation par voie buccale devra toujours être essayée avant de pratiquer l'injection de lait : conduite selon le rythme que nous avons indiqué, elle n'expose l'enfant à aucun accident. Elle donne souvent, en outre, des résultats satisfaisants au point de faire tolérer par un organisme — qui se montrait absolument intolérant — des doses de lait suffisantes à la croissance de l'enfant. Besredka, d'ailleurs, a montré que la meilleure voie à faire suivre à un antigène dans le but d'immuniser un organisme est la voie que suit cet antigène dans l'infection naturelle, voie digestive pour les infections de cette origine (principe de la vaccination antityphique par voie buccale).

Ce n'est donc qu'en cas d'échec que l'on sera autorisé à tenter — en suivant les règles que nous allons indiquer — la désensibilisation par voie sous-cutanée. On utilisera le type de lait qui constitue l'aliment habituel du sujet, lait maternel ou lait de vache, ou les deux en cas d'intolérance complexe pour ces deux types de lait.

2° Petite anaphylaxie et intolérance simple.

Le Pr Weill, en soutenant que nombre des accidents divers observés chez les nourrissons sont dus à une intolérance pour le lait, a considérablement élargi le champ des indications thérapeutiques de l'injection de lait.

Bien que l'intolérance, ainsi comprise, ne s'apparente pas directement à l'anaphylaxie, l'injection de lait donne cependant, *d'après cet auteur*, des résultats remarquables dans des cas où les modifications de régime et les médications usuelles ont échoué.

On devrait dans ces cas recourir d'autant plus volontiers à ce mode de traitement que dans les cas d'intolérance simple, l'injection de lait a bien plutôt une action vaccinante qu'une action

(1) Marfan. — Les affections des voies digestives dans la première enfance. Masson, 1923.

déchaînante : on n'observe pas, chez ces malades, les signes dramatiques que peut provoquer le même traitement quand il est appliqué à la thérapeutique de la grande anaphylaxie.

Technique de l'injection de lait.

Puisque l'on attend du lait une action spécifique, on utilisera le type de lait que prend habituellement l'enfant, lait de femme si l'enfant est au sein, lait de vache s'il est au biberon. Si l'enfant est à l'allaitement mixte, on injectera successivement une certaine quantité de l'une et de l'autre espèce de lait.

Le lait de femme peut être employé cru à la condition d'être recueilli d'une façon tout à fait aseptique. Le lait de vache sera employé bouilli ou, de préférence, chauffé à l'autoclave à 110° pendant 15 minutes. On peut utiliser encore les laits stérilisés du commerce ; les laits homogénéisés (Lepelletier, Mondia, Carrion) se prêtent bien à cet emploi.

Toutefois il faut signaler que certains auteurs, Feer et Ryhinier, ont avancé que l'état de fraîcheur du lait était un élément important à considérer ; un lait de vache trait depuis peu donne une réaction légère ; 24 heures après la traite, il donnera constamment par contre une forte réaction (sans doute faut-il incriminer les innombrables corps bactériens tués par la chaleur que l'on injecte quand on utilise le lait un certain nombre d'heures après la traite). On pratiquera l'injection sous-cutanée, au niveau de la paroi abdominale par exemple.

L'injection de lait humain est généralement apyrétique, l'injection de lait de vache est généralement fébrile ; en outre elle provoque au point d'inoculation de la rougeur et du gonflement. Parfois aussi on observe, de suite après l'injection, des phénomènes de shock atténué avec refroidissement des extrémités durant dix à quinze minutes.

La suppuration au point d'injection, si elle se produisait, ne saurait être imputée qu'à une faute de technique.

Doses de lait à injecter.

Weill, dans les premiers temps qu'il pratiquait l'injection de lait, avait recours à des doses fortes, dix ou quinze centimètres cubes de lait. Puis il reconnut en pratiquant l'intra-dermo-réaction au lait que la dose minime qu'elle comporte suffit à modifier certains symptômes. Il fut conduit de la sorte à réduire à 5 cc. la quantité de lait administrée lors de la première injection.

Génévrier a pratiqué à deux jours d'intervalle trois injections de 8, 16, 32 gouttes de lait.

Rocaz, en une seule injection, emploie 5 cc.

Gaujoux, à doses croissantes, emploie 1, 2, 5 cc.

Marfan et Turquety ont obtenu une désensibilisation immédiate et définitive en une seule injection d'1 cc. de lait.

Cependant, Weil a observé qu'avec une dose inférieure à 5 cc. les résultats obtenus sont parfois fugaces.

Nous pensons qu'il est le plus souvent impossible, du seul examen clinique et même d'après l'intensité de l'intra-dermo-réaction au lait, de conclure au degré de sensibilisation du sujet : grande ou petite anaphylaxie. C'est pourquoi nous conseillons de n'employer, lors de la première injection, qu'une quantité minime de lait : 3 à 5 gouttes seulement et, selon l'intensité des phénomènes réactionnels observés, d'augmenter plus ou moins la dose injectée jusqu'au chiffre total de 1 à 5 cc.

L'examen de l'enfant, dans les heures qui suivent l'injection, montrera si la réaction traduit un phénomène réel de shock anaphylactique ou, plus simplement, la réaction normale de tout organisme à la pénétration parentérale d'une albumine étrangère.

Les accidents de shock sont précoces, débutent quelques instants après la piqûre; les seconds sont plus lents dans leur apparition et n'atteignent leur acmé qu'au bout de 8 à 12 heures.

Résultats de l'injection de lait.

1° Grande anaphylaxie.

L'injection sous-cutanée de lait a donné souvent dans ces cas des résultats remarquables. Nous n'en pouvons citer d'exemple plus net qu'une observation inédite d'anaphylaxie au lait de vache que nous avons diagnostiquée et traitée dans le service de notre maître, le Pr Marfan :

« H. Ginette, vue pour la première fois à l'hospice des Enfants-Assistés à l'âge de 8 mois.

« Première enfant, née à terme pesant 3.750 grammes. Grossesse et accouchement normaux.
« Nourrie au sein deux mois. Supporte bien le « lait maternel, mais ne profite pas. Mise à l'allai- « tement mixte elle présente presque aussitôt « une tendance à la diarrhée, et aux vomisse- « ments.

« Un médecin, consulté, fait supprimer à la « fois le sein et le biberon et l'enfant reste 20 « jours au bouillon de légumes et à l'eau de riz. « Quand on essaye, à ce moment (3 mois), de « remettre l'enfant au lait de vache, on voit les « troubles digestifs reprendre, vomissements et « diarrhée, plus intenses encore qu'avant la « période de diète hydrique.

« Le lait de vache, le lait condensé sucré, la « poudre de lait, la farine lactée successivement « essayés sont mal supportés. Cependant en ne « dépassant pas la dose de 25 grammes de lait « par biberon, on voit diminuer de gravité les « troubles digestifs.

« L'enfant conserve de la sorte, jusqu'à l'âge « de 8 mois, un régime de bouillon de légumes, « de farines, auquel se joint une minime quantité « de lait dont il est impossible d'élever la dose si « peu que ce soit sous peine de voir reparaître « aussitôt les troubles digestifs.

« A notre examen (8 mois), l'enfant pesait « 4.600 grammes : état d'hypotrophie très accen- « tuée, taille insuffisante, œdème des pieds et « des mains, anémie très marquée (1.290.000 « hématies, 26.000 leucocytes).

« Les tentatives de réalimentation au lait « que nous pratiquons se montrent infructueuses. « Nous décidons, pour tenter une désensibili- « sation, d'injecter sous les téguments de la « paroi abdominale 1 cc. de lait (lait Lepelletier).

« Malaise survenant une demi-heure après « l'injection : l'enfant est pâle, agitée, inquiète, « crie constamment. Dans les heures qui suivent « la température monte à 40°5, convulsions, « vomissements, diarrhée glaireuse, dyspnée, « apparition d'une éruption urticarienne géné- « ralisée. Les accidents cessent au bout de 24 « heures.

« L'enfant, revue un mois après, présente une « amélioration remarquable, la courbe de poids « progresse, l'agitation, l'insomnie, les troubles « digestifs ont disparu et cependant l'enfant « reçoit à ce moment 100 grammes de lait 6 fois « par jour.

« Deux mois après, l'amélioration persiste, « l'enfant accepte et digère parfaitement 140 « grammes de lait pur par repas.

« La tolérance au lait semble définitivement « établie car elle persiste, parfaite, un an après « la désensibilisation. »

Cette observation se suffit à elle-même ; point n'est besoin de la commenter. Nous voulons cependnat attirer l'attention sur deux points :

Au point de vue du diagnostic de l'état de sensibilisation, cette observation confirme la difficulté où l'on est parfois de mesurer le degré de l'anaphylaxie. Cette enfant n'était pas absolument intolérante au lait de vache puisque l'on pouvait lui en faire ingérer de petites quantités sans incident ; seules les rations élevées n'étaient pas supportées. On aurait donc pu tout aussi bien conclure chez elle à l'existence d'une anaphylaxie mineure, et cependant l'injection d'une minime quantité de lait a déclanché chez elle le grand shock anaphylactique.

D'autre part, au point de vue de la thérapeutique de ces états, il est à noter qu'une seule injection d'1 cc. de lait a suffi à désensibiliser immédiatement et d'une façon durable l'enfant puisque, revue un an après, elle supportait parfaitement les différents types de lait de vache et à des doses très élevées.

La désensibilisation dans ce cas, — et c'est très certainement une loi générale, — a été fonction de l'intensité du shock bien plutôt que de la dose injectée.

Mais il faut bien savoir que les cas de grande anaphylaxie du nourrisson ne semblent pas très fréquents, même dans les milieux où l'on est le mieux à même de les dépister, comme tend à le prouver le nombre, peu élevé en somme, d'observations qui en ont été publiées.

Et il faut rappeler une fois encore que certains auteurs ont obtenu, eux aussi, en pratiquant la désensibilisation par la voie buccale, des résultats, moins impressionnants peut-être, mais tout aussi heureux et tout aussi durables.

Petite anaphylaxie et intolérance au lait de vache.

Les injections de lait donneraient ici également — c'est là du moins l'avis du Pr Weill —, des résultats remarquables, une amélioration rapide se faisant déjà sentir après 24 ou 48 heures.

Les troubles nerveux, pour cet auteur, s'amendent les premiers, l'insomnie et l'agitation disparaissent rapidement. Les vomissements sont influencés moins vite ; ils ne sont supprimés qu'au bout de 8 ou 10 jours. La diarrhée et la constipation sont plus rebelles ; pour les guérir il faudrait pratiquer deux ou trois injections. L'augmentation de poids se produit en général rapidement. M. Weill insiste sur le caractère durable, souvent définitif, de la guérison obtenue par ce procédé.

Une thérapeutique aussi séduisante et adaptée à tant d'états pathologiques rebelles de la première enfance ne pouvait manquer de fixer l'attention des médecins. Et l'on a, dans les services de pédiatrie, largement utilisé ce mode de traitement tant dans les troubles digestifs que dans les dermatoses du nourrisson.

Les résultats, certes, ont été parfois encourageants, mais il paraît cependant, d'après le nombre des insuccès constatés, qu'à un certain moment on s'est laissé entraîner à élargir d'une façon immodérée le domaine de la petite anaphylaxie et de l'intolérance au lait.

Cette restriction s'impose. Mais elle ne doit pas nous empêcher de penser que c'est un résultat appréciable de posséder actuellement, à défaut d'une panacée, un mode de traitement que l'on peut ajouter à la thérapeutique classique des maladies du premier âge : vomissements rebelles, troubles intestinaux, eczémas.

Nous ne saurions mieux faire, pour conclure, que de citer ces quelques lignes empruntées à un ouvrage récent du Pr Marfan et qui nous semblent représenter l'exacte mise au point de la question :

« Quant à l'efficacité des injections sous- « cutanées de lait, si elle nous a paru remar-

« quable dans quelques cas de grande anaphy-
« laxie, nous devons dire que, dans les accidents
« dits de petite intolérance, ou « petite anaphy-
« laxie », nous avons assez rarement obtenu des
« résultats probants ; quand nous avons observé
« une amélioration, nous avons pu nous deman-
« der si elle n'eût pu être produite avec un autre
« traitement ».

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancer primitif du grand épiploon,

M. J. P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Les tumeurs malignes du grand épiploon ne sont qu'exceptionnellement primitives, et dans l'immense majorité des cas, elles sont secondaires à d'autres néoplasies, gastriques, intestinales, hépatiques ou génitales, constituant alors de vulgaires métastases, ou bien des foyers de propagation par continuité. Par suite de leur rapidité d'évolution, ou à cause de leur accroissement considérable, elles peuvent même parfois arriver à masquer complètement la tumeur principale, et à en imposer pour une localisation initiale, comme cela s'est vu dans un grand nombre de cas, où la signification néoplasique et le point de départ véritable ne purent être reconnus que lors de l'intervention, l'examen direct des organes intra-abdominaux ayant seul permis de se rendre compte de l'exactitude et de la réalité des lésions.

Aussi, bien que Charles Robin eut, dès 1852, annoncé la possibilité de tumeurs malignes primitives du grand épiploon, dont des cas typiques furent bientôt rapportés par Leudet (1853) et par de Deshoyes (1868), à la Société anatomique de Paris, l'existence de ces néoplasmes fut-elle totalement niée par quelques-uns tels que Lancereaux et son élève Camus, et mise en doute par la plupart des autres auteurs qui pensaient qu'un examen plus complet des organes aurait probablement permis de mettre en lumière une localisation viscérale primitive, point de départ de la tumeur épiploïque secondaire.

Pourtant, grâce à différents travaux parus plus récemment, grâce à ceux de Chauffard (1903), de Fort et Hasbrouck (1907), de Bonamy (1907), de Moreau (1910), d'Elschnig (1913), de Girard (1924), etc., les opinions ne tardèrent pas cependant à se modifier dans ces dernières années, et comme l'écrivait Aimes en 1920, on peut nettement affirmer aujourd'hui l'existence des tumeurs primitives de l'épiploon.

Ces néoplasmes ne sont pas assurément très fréquents ; ils ne sont pourtant pas exceptionnels, car nous avons eu l'occasion d'en observer récemment dans notre service un fort beau cas ; comme, malgré toutes nos investigations, nous n'avons pas pu arriver à trouver une lésion viscérale quelconque, nous inclinons donc à penser qu'il s'agit bien de néoplasie primitive dans ce cas que je vais maintenant rapidement vous exposer.

Il s'agit d'une femme, habitant la campagne, âgée de 52 ans, entrée à l'Hêtel-Dieu au mois d'août dernier avec le diagnostic de tumeur abdominale. Ses antécédents héréditaires et consanguins sont sans importance, et ses antécédents personnels n'offrent pas non plus un bien grand intérêt : elle a eu la rougeole dans son enfance, et une fièvre typhoïde à seize ans ; depuis lors, elle n'avait jamais été malade. Elle s'est mariée à dix-neuf ans, et a eu quatre grossesses à terme sans complication.

Il y a près d'un an environ que notre malade a commencé à remarquer que son ventre augmentait quelque peu de volume, en même temps qu'elle ressentait parfois de légères douleurs dans la région para-ombilicale. Puis, dans les mois qui suivirent, l'abdomen continua à s'accroître lentement, mais d'une façon continuelle et progressive, tendant à s'étaler lors du décubitus dorsal : en même temps les douleurs devinrent sensiblement plus fréquentes et plus fortes, et, il y a de cela environ quatre mois, on put commencer à sentir, un peu au-dessus de l'ombilic, la présence d'une tumeur de consistance plutôt dure.

Comme le volume du ventre continuait toujours à augmenter, et s'accompagnait d'une recrudescence très nette des différents autres symptômes qui viennent d'être énumérés, la malade consulta son médecin, qui lui conseilla de venir à Toulouse et d'entrer dans un service de chirurgie, en vue d'une intervention.

Notre malade est une femme de taille plutôt élevée, en assez bon état de santé générale, ne présentant aucune trace d'amaigrissement, et possédant un excellent appétit. En l'examinant, on constate que le ventre est tendu, globuleux, pointant en avant, et renfermant une collection ascitique totale assez considérable. Par la palpation et la percussion, rendues asssez délicates par l'existence de l'épanchement péritonéal, on

trouve dans la région sus-ombilicale la présence d'une tumeur de forme ovalaire, mate, résistante et dure, dont on ne peut exactement délimiter l'étendue, et qui paraît faire corps avec la paroi abdominale, car elle se mobilise avec elle. La palpation de la région ne révèle aucune douleur, et les phénomènes sensitifs ne se manifestent que spontanément, en dehors de tout examen ou de tout acte voulu. Il n'existe aucun trouble de la nutrition, ni constipation, ni diarrhée, les selles sont normales, et les recherches coprologiques ne donnent aucun résultat. Le toucher vaginal, ne révèle pas non plus l'existence de lésions génitales, il n'y a pas d'œdème des jambes, pas de manifestations du côté du système ganglionnaire, rien au cœur, rien au poumon, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Un seul fait était bien net, la présence d'une tumeur dure paraissant faire corps avec la paroi abdominale, tumeur s'accompagnant d'ascite, mais sans aucun retentissement sur un autre appareil de l'économie. Dans ces conditions, en l'absence de tout autre symptôme, j'ai cru me trouver en présence d'une néoplasie appartenant aux plans superficiels, d'une tumeur de la paroi, bien que la région sus-ombilicale fût loin d'être le siège de prédilection de ces formations : quant à l'ascite, elle ne devait être qu'un phénomène secondaire, traduisant l'irritation de la séreuse péritonéale.

L'intervention eut lieu quelques jours plus tard, sous anesthésie générale à l'éther. L'incision de l'abdomen, pratiquée au début dans la région sous-ombilicale, donna tout d'abord issue à une dizaine de litres d'un liquide légèrement rosé, et me permit ensuite d'explorer la région située au-dessus de l'ombilic. En plongeant la main dans la cavité abdominale, j'ai pu me rendre compte qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur de la paroi abdominale, faisant une saillie plus ou moins considérable dans l'abdomen, mais bien d'une tumeur intra-péritonéale, adhérant à la paroi sur une certaine étendue. J'ai donc petit à petit agrandi mon incision primitive en remontant jusqu'à la pointe de l'appendice xyphoïde, et je me suis alors trouvé en présence d'une masse blanchâtre, de consistance très ferme, dont il fut relativement assez facile de détruire les multiples adhérences avec la paroi, ce qui me permit de me rendre un compte exact de ses dispositions.

Le néoplasme, dont je n'avais pu sentir à la palpation qu'une faible partie correspondant à la zone centrale qui adhérait à la paroi abdominale, car les deux parties latérales étaient masquées par l'épanchement ascitique, occupait toute l'étendue du grand épiploon et constituait une sorte de véritable cuirasse longue de 28 centimètres, avec une hauteur de 12 centimètres et une épaisseur allant de 3 à 5 centimètres. La tumeur s'étendait par conséquent presque d'un angle colique à l'autre et adhérait d'une façon assez intime par sa face inférieure au côlon transverse et à l'estomac.

Devant une pareille situation, j'avais le choix entre deux conduites tout à fait opposées : je pouvais, en effet, refermer le ventre sans rien enlever, ou bien essayer d'extirper la tumeur, ce qui devait être assez délicat, étant données ses nombreuses adhérences avec les viscères sous jacents. Mais, avant de me décider, et surtout, avant de rien entreprendre, j'ai voulu tout d'abord faire une exploration complète de tous les organes intra-abdominaux, afin de bien me rendre compte si le néoplasme que je venais de trouver représentait une localisation vraiment primitive, ou bien s'il ne constituait qu'une simple métastase : il est bien évident, que dans ce dernier cas, ma conduite eût dépendu étroitement de la nature et du développement de la lésion viscérale.

J'ai donc successivement exploré avec la plus grande minutie tous les organes intra-abdominaux, intestin grêle, gros intestin, foie, pancréas, rate, estomac, organes génitaux, et je n'ai absolument rien trouvé, ce à quoi je m'attendais quelque peu, étant donné le silence symptomatique que présentait la malade.

Cette constatation une fois faite, dans la certitude où je me trouvais d'avoir affaire à une tumeur primitive de l'épiploon, je me décidai à tenter son ablation, sans me dissimuler toutes les difficultés que présenterait l'exérèse. Il devait être en effet assez difficile par suite de ses nombreuses connexions de la cliver des viscères auxquels elle adhérait, et on pouvait craindre par suite de produire quelque déchirure au cours des manœuvres de dégagement ; peut-être la nature des adhérences ne permettrait-elle pas non plus un simple clivage et nécessiterait une résection intestinale ou gastrique, et enfin, on ne pouvait douter que l'hémostase ne dût être assez compliquée.

Je commençai à attaquer la tumeur du côté colique droit, région où elle paraissait un peu moins adhérente, et en me servant du doigt et de la compresse, je parvins à détacher la masse entière sans être forcé de la morceler. L'ablation une fois faite, et le temps délicat de l'hémostase réalisé, après m'être bien assuré qu'il ne s'était pas produit au cours du clivage de lésion intestinale ou gastrique, la paroi abdominale fut refermée sans drainage, après une dernière exploration des organes, qui fut aussi infructueuse que la précédente.

Les suites opératoires immédiates ont été excellentes : le quinzième jour après l'intervention, la malade commençait à se lever, et le vingt et unième elle pouvait quitter l'Hôtel-Dieu. Elle nous a donné depuis lors de ses nou-

velles à plusieurs reprises, et il y a quelques jours, c'est-à-dire environ 6 mois après l'intervention elle était encore en un très bon état de santé, accusant toutefois de nouveau une légère augmentation de volume de l'abdomen.

Suivant mon habitude, j'ai procédé ultérieurement à l'examen histologique de la tumeur enlevée : il s'agisssait d'une néoplasie maligne, d'un épithélioma atypique constitué par des éléments granuleux pourvus d'un noyau volumineux, rappelant l'allure des cellules cylindriques. Au sein d'un tissu conjonctif, en certains points très riche en éléments fibrillaires et plus pauvre en d'autres, on voyait des cellules groupées assez irrégulièrement en amas plus ou moins denses, envoyant des prolongements pleins dans le tissu avoisinant. En aucun point, je n'ai pu mettre en évidence de formations glandulaires ou pseudo-glandulaires.

Quelle peut bien être la signification d'une pareille tumeur dont la structure se rapproche singulièrement de celle décrite dans l'observation de Guérain (1910) ? Devant l'absence de tout symptôme fonctionnel, et en présence des constatations opératoires qu'il m'a été donné de faire, je ne crois pas que l'on puisse considérer cette néoplasie comme étant la manifestation secondaire d'un cancer intestinal ou gastrique ; de même, je ne pense pas que l'on puisse incriminer l'origine péritonéale, car dans ce cas, la prolifération cellulaire aurait envahi la paroi abdominale plutôt que de se diriger du côté du grand épiploon. Pour toutes ces différentes raisons, je crois bien m'être trouvé en présence d'une tumeur directe, d'un cancer primitif de l'epiploon.

C'est là un fait assurément assez rare, mais dont l'idée peut être assez facilement acceptée : on sait, en effet, qu'il existe au niveau du grand épiploon un certain nombre d'amas épithéliaux signalés par la première fois par Kölliker en 1867, et décrits par cet auteur sous le nom de foyers de cellules bourgeonnantes. Ces éléments présentent un certain nombre de caractères assez analogues à ceux des cellules épithéliomateuses que j'ai observées : aussi, ai-je songé à rapprocher ces deux sortes de formations, et à penser que la tumeur qu'il m'a été donné de rencontrer avait son point de départ dans les foyers de cellules bourgeonnantes décrits par Kölliker.

Les tumeurs malignes du grand épiploon, bien que pouvant survenir chez de jeunes sujets, s'observent de préférence vers l'âge adulte, surtout en ce qui concerne les épithéliomas, et se manifestent alors, suivant leur durée d'évolution, sous la forme de taches lenticulaires, blanchâtres et luisantes, disséminées çà et là, sous la forme de nodosités marronnées et dures, variant du volume d'un pois ou d'une noisette à celui d'un œuf de poule, ou encore comme de véritables tumeurs plus ou moins volumineuses. Dans ce dernier cas, l'épiploon se présente alors comme une masse rétractée, infiltrée, grossièrement bosselée, recouverte de nodosités nombreuses, dures, plus ou moins saillantes. L'ascite, presque toujours hémorragique, est à peu près constante, et sa reproduction après les ponctions est extrêmement rapide.

Ces tumeurs débutent en général à gauche, et se développent de préférence de ce côté ou sur la ligne médiane, au voisinage de l'ombilic ; leur accroissement se fait de haut en bas. Elles sont superficielles sous la paroi abdominale, en contact direct avec elle, sans interposition d'anses intestinales.

Se déplaçant peu sous l'influence de la respiration, elles sont primitivement très mobiles de bas en haut, le sont moins aisément dans le sens transversal, et moins encore ou pas du tout de haut en bas. Mais ce régime de mobilité que l'on retrouve jusqu'à une période assez avancée dans les tumeurs du mésentère, ne s'observe pas aussi longtemps dans les tumeurs de l'épiploon, et cela par suite des adhérences précoces qu'elles contractent avec les organes voisins soit du côté de la paroi abdominale, soit du côté de l'estomac ou du côlon transverse.

Il s'ensuit par cela que la physionomie primitive tend à se modifier, et que l'apparition de nouveaux symptômes ne tarde pas à produire une certaine confusion dans le tableau clinique. De nombreux signes fonctionnels, tenant soit aux compressions exercées du fait des adhérences, soit aux phénomènes d'irritation produits, surviennent bientôt : ce sont des douleurs vives, des troubles gastriques divers, des vomissements, de la dyspnée, de l'ascite, de la circulation veineuse complémentaire sur la paroi abdominale, et de l'œdème des membres inférieurs.

Devant ce cortège symptomatique, on ne songe guère alors à la possibilité d'une tumeur épiploïque, et l'esprit se trouve plutôt porté à envisager l'existence de lésions bien différentes : c'est ce qui explique que le diagnostic véritable n'a été qu'exceptionnellement porté et n'a été presque toujours que le résultat d'une découverte opératoire. Pourtant, ainsi que l'a fait observer fort justement Aimes, la radiographie pourrait être dans ce cas d'un grand secours, et deux épreuves dans le sens latéral, après purgation ou après ingestion d'une bouillie bismuthée, pourraient révéler la tumeur en la situant en avant des viscères abdominaux.

Le pronostic en est toujours extrêmement grave, car ces tumeurs ont une marche souvent rapide, toujours fatalement progressive, fréquemment aggravée par diverses complications, dont une des plus fréquentes est l'obstruction

◆◆◆◆

intestinale : le retentissement sur l'état général est rapide, déterminant une cachexie précoce. Le pronostic n'a pu jusqu'ici être amélioré par l'intervention chirurgicale ; peut-être pourrait-il l'être par la radiothérapie ultra-pénétrante.

Au point de vue du traitement, c'est la résection large de l'épiploon qui s'impose, opération toujours difficile, non seulement à cause des nombreuses adhérences, du volume de la tumeur et de son intense vascularisation par des vaisseaux très fragiles, mais encore par des accidents opératoires relativement fréquents, consistant en hémorragies graves, difficiles à arrêter, en perforations et ruptures intestinales ou gastriques. Dans plusieurs cas, la solidité des adhérences a nécessité des résections intestinales plus ou moins étendues, rendues parfois extrêmement laborieuses, surtout dans les tumeurs à évolution postérieure. La mortalité est élevée, atteignant environ 25 pour 100, et la durée de la survie ne dépasse pas de 6 à 18 mois, la récidive se reproduisant régulièrement : un diagnostic plus précoce permettrait peut-être d'obtenir des résultats plus satisfaisants, malheureusement, les tumeurs épiploïques ont un début tout à fait insidieux et ne révèlent leur existence que lorsqu'elles sont déjà au-dessus des ressources de la chirurgie.

LA COCAINE, SES EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET SES ACCIDENTS

Par M. JOURNÉ

Je crois utile de faire un exposé sur la cocaïne et ses effets thérapeutiques : il est indiqué de rechercher la valeur du médicament et ses heureuses applications, dans une période où on crée une atmosphère de défiance exagérée vis-à-vis de cet alcaloïde. Les médicaments dont dispose la médecine pour supprimer ou atténuer les souffrances, calmer les manifestations spasmodiques, juguler certains phénomènes dramatiques qu'on observe en pathologie, ne sont pas si nombreux pour qu'on dédaigne un des meilleurs médicaments de la thérapeutique, sous prétexte que quelques catégories restreintes de malades ou de débiles s'adonnent à la toxicomanie.

La cocaïne est un alcaloïde qui a été extrait par NIEMANN (en 1859) des feuilles d'un arbuste : l'*erythroxylon coca* ou *coca* qui croît notamment en Bolivie, au Pérou, en Argentine.

Les alcaloïdes de la coca comprennent dans leurs éléments : l'alcool méthylique, les acides benzoïque, cinnamique, isotropique, l'*ecgonine.* L'ecgonine purifiée, combinée à l'anhydre benzylique, puis à l'alcool méthylique donne de la cocaïne pure.

La cocaïne pure se présente en cristaux incolores, fondant à 98°, à peine solubles dans l'eau, mais se dissolvant facilement dans l'alcool et les corps gras. Les solutions aqueuses de cocaïne se décomposent à l'ébullition en benzoylecgonine et alcool méthylique. La cocaïne se combine aux acides pour donner des sels dont le chlorhydrate est le seul utilisé en thérapeutique (1).

(1) Le seul chlorhydrate de cocaïne qui soit efficace est celui qui est obtenu en épuisant les feuilles *fraîches* de coca par de l'eau et est purifié à la suite de réactions complexes et délicates. Or, un certain nombre de fabriques de produits pharmaceutiques produisent, par des procédés purement chimiques, une cocaïne *artificielle* qui n'a aucune des vertus de la cocaïne *naturelle*.

Action physiologique.

L'action physiologique des feuilles fraîches de la coca a été connue de tous temps des indigènes du Pérou et de la Bolivie. La simple mastication des feuilles permet de supporter de longues marches et de se livrer à des travaux pénibles sans efforts apparents, sans prendre de nourriture et sans souffrir de la faim. Lorsque l'action des principes contenus dans les feuilles de coca est épuisée, l'appétit et le besoin de sommeil reprennent leurs droits. Les feuilles de coca contiennent donc des principes qui activent toutes les fonctions organiques et tonifient le système nerveux.

Les premiers auteurs qui ont étudié l'action de la coca se sont surtout préoccupés de ses propriétés toniques et ont laissé de côté ses actions anesthésique, analgésique, vaso-constrictive, toni-cardiaque. Ils signalent son action stimulante sur le cerveau et secondairement son action narcotique.

En 1877, FAUVEL a attiré l'attention sur l'action anesthésique de la cocaïne appliquée sur les muqueuses. En 1880, AREP a indiqué le premier la suppression de la sensibilité de la peau à la suite d'injections hypodermiques de cocaïne, l'insensibilisation de la langue badigeonnée avec une solution de cocaïne, la dilatation pupillaire consécutive à son emploi en collyre. En 1884, COLLER (de Vienne) établit l'action anesthésique et mydriatique en ophtalmologie et la cocaïne va prendre place en thérapeutique.

MM. LAFFONT et DÉJERINE ont noté la dissociation de la sensibilité sous l'influence de la cocaïne, l'insensibilité au tact étant respectée alors que la sensibilité à la douleur disparaît. De même, à la suite d'une prise nasale de cocaïne, la muqueuse pituitaire est insensibilisée, mais la sensibilité olfactive est conservée.

L'action anesthésiante locale qu'on peut

exercer sur les régions mises en contact direct avec la cocaïne à la suite d'une injection, se complique d'effets généraux lorsque la dose de cocaïne injectée d'emblée s'élève à dix centigrammes ou plus. On a constaté après une injection de dix centigrammes de cocaïne, en dehors des phénomènes d'anesthésie locale, des phénomènes généraux consistant en fréquence du pouls, accélération des mouvements respiratoires, sensation de chaleur, troubles de la vue, secousses musculaires ; ces phénomènes disparaissent au bout de quelques heures.

Des doses moindres de cinq centigrammes, par exemple, provoquent une excitation psychique plus ou moins marquée, associée à de l'excitation sensorielle et motrice.

L'anesthésie localisée au niveau du point injecté n'apparaît donc que comme une première étape au cours de l'action générale de la cocaïne.

D'une façon générale, la cocaïne est un stimulant psychique, moteur, sensoriel ; elle active les sécrétions glandulaires (glandes sudoripares notamment), les excrétions (polyurie et pollakyurie). La cocaïne agit sur les centres cardiaques et respiratoires pour déterminer de l'accélération des battements cardiaques, de l'accélération du rythme respiratoire. L'action euphorique de la cocaïne s'explique par son action rapide sur le rythme des fonctions organiques.

Pharmacologie.

Le principal sel de cocaïne employé en thérapeutique est le chlorhydrate de cocaïne qui se présente sous forme d'une poudre blanche, à paillettes brillantes, d'aspect neigeux, d'une odeur et d'une saveur très caractéristiques. Le chlorhydrate de cocaïne est très soluble dans l'eau, mais insoluble dans les liquides huileux : seule, la *cocaïne pure* et non le chlorhydrate de cocaïne est soluble dans l'huile. Le chlorhydrate de cocaïne a une saveur amère, il émousse très rapidement la sensibilité de la langue en donnant une sensation caractéristique, dès qu'une quantité même minime de poudre est déposée sur la langue. Les propriétés organoleptiques du chlorhydrate de cocaïne sont assez spéciales pour permettre de caractériser le médicament.

Le chlorydrate de cocaïne est un merveilleux médicament, un des meilleurs de la thérapeutique et qui, bien manié, ne présente aucun danger, en dehors des accidents impossibles à prévoir qui peuvent se produire chez des individus paradoxalement hypersensibles à l'action de n'importe quel médicament, même le plus anodin.

Le chlorhydrate de cocaïne s'emploie en *solutions aqueuses* pour badigeonnages ou pour injections sous-cutanées, intra-musculaires, rachidiennes, ou en *poudres* pour applications locales ou insufflations. La cocaïne en poudre, diluée dans l'eau au moment de l'usage, est encore employée pour être ingérée par la voie buccale ou sous forme de lavements.

La cocaïne est un alcaloïde très instable, qui se détruit rapidement à la chaleur, à l'humidité, en présence de sels nombreux, comme le borate de soude, le sulfate de potasse. La fragilité de l'alcaloïde explique que les feuilles de coca transportées des lieux de production en Europe ont généralement perdu toute efficacité : l'alcaloïde a disparu. La teinture de coca paraît souvent inefficace, également par disparition de l'alcaloïde.

La cocaïne se conserve mal en solution aqueuse. Elle est altérée par le chauffage, ce qui nécessite des précautions spéciales pour la stérilisation des ampoules destinées aux injections. Le chlorhydrate de cocaïne est même modifié par l'addition de produits comme le sucre, si on le mélange en même temps pour dissimuler l'amertume du sel de cocaïne.

Les effets thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne sont, de plus, différents suivant les fabrications : sur plusieurs fabrications, il n'y en a pas une semblable. Le médecin qui prescrit la cocaïne doit donc savoir que, suivant les pharmacies qui délivrent le produit, il prescrira un produit qu'il est difficile d'identifier et qui, en tous cas, donnera des effets nuls ou quelquefois nuisibles. Il semble que les fabricants de cocaïne et de ses sels le dénaturent ou l'associent à des alcaloïdes de synthèse ; l'alcaloïde dénaturé perd alors ses propriétés organoleptiques et toute son efficacité thérapeutique. Le médecin s'expose ainsi à ordonner un produit mal défini qui n'est ni du chlorhydrate de cocaïne, ni un de ses nombreux succédanés connus sous le nom de novocaïne, de néocaïne, de stovaïne....

Nous sommes portés à croire qu'un certain nombre d'accidents attribués à la cocaïne sont dus à des produits impurs ou de synthèse délivrés sous le nom de cocaïne. J'ai eu la possibilité d'examiner le produit délivré dans un grand nombre de circonstances où j'ai prescrit la cocaïne et j'ai la conviction que dans les trois quarts des cas le produit délivré était impur ou inopérant. Si de pareilles pratiques se généralisent, le médecin sera dans l'obligation de renoncer à un merveilleux médicament, quand il est authentique (1).

Il semble que les pharmaciens auraient intérêt à se livrer, dans certains cas, à des investigations et pourraient exercer un contrôle sur les cocaïnes *artificielles* qui leur sont vendues en toute honnêteté d'ailleurs. La recherche par les labo-

(1) J'ai toujours constaté jusqu'ici que les pharmaciens exécutaient scrupuleusement les ordonnances, mais je répète que le chlorhydrate de cocaïne qu'ils emploient est variable suivant les fabrications qui les approvisionnent.

ratoires de la question de savoir si le chlorhydrate de cocaïne n'a pas été remplacé par un succédané ne paraît pas toujours très probante. L'examen de laboratoire permet de constater que la poudre soumise à l'analyse est composée de cristaux courts et trapus sans mélange d'aiguilles ; il montre que si on observe la même poudre en dissolution dans une goutte d'eau, on voit une partie du mélange se dissoudre et il se forme une multitude de cristaux en forme d'aiguilles très réguliers et très solubles dans l'eau ; on en conclut qu'il s'est formé au moment du contact de l'eau une réaction chimique amenant la néo-formation d'un produit cristallisé soluble dans l'eau. La poudre traitée par une gouttelette d'acide chlorhydrique dilué donne les réactions des alcaloïdes et la réaction de la cocaïne n'est caractérisée que par la formation de cristaux rectangulaires de permanganate de cocaïne. Etant donné que les poudres à base de cocaïne sont prescrites aux termes du décret de 1916, non pas en nature, mais en solution ou en poudre mélangée à des produits divers comme le borate de soude, le sulfate de potasse... il en résulte une incompatibilité entre le borate de soude composé à réaction alcaline et le chlorhydrate de cocaïne ; dès que le mélange est mis en contact avec de l'eau, le chlorhydrate de cocaïne est transformé en cocaïne base hydratée, insoluble et dès lors inactive, tout au moins momentanément.

J'ai eu l'occasion de faire analyser par un laboratoire officiel un chlorhydrate de cocaïne inefficace et même légèrement toxique, ayant les apparences d'un alcaloïde de synthèse (novocaïne) et cependant l'analyse du produit a, paraît-il, donné les réactions caractéristiques de la cocaïne.

La cocaïne ne peut être remplacée par aucun des *alcaloïdes de synthèse* que les fabricants de produits chimiques ont fabriqués en grand nombre et avec des formules très diverses. Les *alcaloïdes* de synthèse, *contrairement* à l'opinion commune, sont plus dangereux à manier que l'alcaloïde de la coca qui n'offre que des inconvénients relatifs : en tous cas, les alcaloïdes chimiques n'ont aucune des vertus de l'alcaloïde végétal. On peut dire que les alcaloïdes de synthèse destinés à remplacer la cocaïne sont à ce produit ce qu'est la saccharine au sucre de canne ; ils ont leur application dans certains cas, mais ils ne peuvent pas remplacer la cocaïne dans toutes ses applications thérapeutiques.

La préoccupation qui prévient au fond contre la cocaïne est de même ordre que celle qui règne dans la prescription de l'opium et de la morphine : on craint l'*accoutumance thérapeutique* et, ce qui n'est pas la même chose, la *toxicomanie*. Il ne faut pas exagérer les craintes de l'accoutumance et bien savoir que la toxicomanie est rarement d'origine thérapeutique, elle s'installe chez certains individus à la faveur de facteurs spéciaux qui n'ont rien à voir avec les usages thérapeutiques. En tous cas, si l'*état de besoin* est assez souvent créé après l'usage de la morphine, il ne l'est jamais après l'usage de la cocaïne. La suppression même brusque de la cocaïne n'est jamais suivie des désordres organiques, parfois graves, qui suivent la privation de la morphine chez certains individus qui présentent l'*aptitude toxicomaniaque* sans laquelle aucune toxicomanie ne peut éclore.

Règlementation.

Les médicaments comportant de la cocaïne et de ses sels, quelle qu'en soit la dose, sont soumis, comme toutes les substances du tableau B du décret de 1916, à des règles absolues dont l'inobservation expose les médecins et les pharmaciens aux rigueurs du Code pénal : nom et adresse du médecin, date de l'ordonnance, inscription *en toutes lettres* des quantités prescrites, indication du mode d'administration, signature. Il n'est pas nécessaire d'ajouter le nom du malade au bas de l'ordonnance, les règlements ne l'exigent pas. Les ordonnances concernant ces substances ne peuvent pas être renouvelées sans ordonnance nouvelle et ne doivent pas dépasser la dose de *sept* jours (1).

Le chlorydrate de cocaïne ne peut pas être donné en nature. Cette disposition est regrettable au point de vue des recherches scientifiques ou même au point de vue thérapeutique : de plus elle favorise les fraudes, les substitutions de produits. Quoi qu'il en soit, la cocaïne et ses sels ne peuvent être prescrits qu'en solutions ou en mélanges avec *d'autres poudres* ; l'article 40 du décret du 14 septembre 1916 sur les substances dites *stupéfiantes* du *tableau B* interdit en effet aux pharmaciens de délivrer aux médecins, même pour les besoins professionnels, aucun stupéfiant en nature. Il semble cependant résulter de la rédaction un peu imprécise et contradictoire de certains articles du décret de 1916 que le médecin peut prescrire à ses malades la cocaïne et ses sels en nature. Mais la plus grande incertitude règne à cet égard, et pou éviter les difficultés avec les services de police et avec les parquets, les médecins feront bien de ne jamais prescrire la cocaïne en nature.

Le Codex indique que la cocaïne et ses sels peuvent être donnés aux doses suivantes : *cinq* centigrammes pour *une dose* et *quinze* centigrammes par 24 *heures* et par doses fractionnées.

Le décret de 1916 interdit au médecin de

---

(1) Les pharmaciens doivent conserver les ordonnances prescrivant les quantités les plus minimes de substances du tableau B, les transcrire sur un registre, en délivrer une copie à l'intéressé. La moindre omission les expose à des difficultés avec le service de l'*Inspection des Pharmacies*. Ces difficultés ont leur répercussion et sur les malades et sur les médecins.

prescrire le médicament pour plus de *sept jours*, ce qui paraît signifier que la dose par 24 heures inscrite dans le Codex étant de quinze centigrammes, on ne peut pas faire figurer sur une ordonnance une quantité dépassant 7 × 15, soit un gramme cinq centigrammes : cette quantité de un gramme cinq centigrammes ne peut pas être renouvelée avant l'expiration du délai de sept jours.

La législation des substances vénéneuses, qu'il s'agisse de cocaïne ou de produits dérivés de l'opium, contenue dans le décret de 1916 qui a modifié l'ancienne ordonnance de 1845, ne s'inspire pas de considérations thérapeutiques, mais a surtout en vue la lutte contre les toxicomanies. Il se trouve que deux buts différents : la réglementation thérapeutique et la lutte contre les toxicomanies sont malencontreusement et bien souvent confondus. Le décret de 1916 est gênant, sinon plus, pour les médecins, pour les pharmaciens et surtout pour les malades ; il paraît avoir été trop hâtivement rédigé et nécessite des modifications.

Effets thérapeutiques.

Les usages thérapeutiques de la cocaïne sont des plus divers et des plus nombreux.

Les douleurs des gingivites, stomatites, œsophagites, les spasmes de l'œsophage, gênant la déglutition sont atténués par la cocaïne. Il en est de même des gastralgies et des spasmes de l'estomac. Les néoplasmes douloureux de l'œsophage, de l'estomac, du rectum... relèvent de la cocaïne.

La cocaïne est utilisée dans le traitement des rhinites, des pharyngites, des amygdalites, des sinusites, dans toutes les affections douloureuses du pharynx et du rhino-pharynx.

Les malades qui souffrent de laryngites, sont toujours soulagés par l'alcaloïde qui calme également les manifestations spasmodiques de l'appareil respiratoire, la toux notamment.

La plupart des céphalées et des troubles oculaires ayant leur origine dans une sinusite cèdent à la cocaïnisation du méat moyen.

La cocaïne est d'un emploi utile dans les affections génito-urinaires.

La cocaïne a des indications spéciales en chirurgie : c'est un excellent anesthésique local ou régional.

En dehors de ses propriétés analgésiques, le chlorydrate de cocaïne est un antiseptique au même titre que les sels de quinine, de strychnine.

L'administration du chlorhydrate de cocaïne à des doses de cinq centigrammes modifie les diverses sécrétions et excrétions ; les sueurs, les urines, etc. perdent l'odeur désagréable qu'elles ont dans certaines affections. On peut donc employer le médicament comme agent antiseptique du milieu intérieur, il est moins nocif que l'acide phénique, le sublimé, le menthol. Comme calmant et comme antiseptique, la poudre cocaïnée est nettement indiquée dans l'ozène, dans les rhinites chroniques, dans les lésions ulcéreuses...

La cocaïne, à raison de ses effets stimulants, peut être utilisée dans les formes adynamiques des maladies comme la fièvre typhoïde, la grippe, la broncho-pneumonie...

Elle rend des services dans la tuberculose pulmonaire, dans les affections cachectisantes comme le cancer. Elle peut être utilisée dans le diabète. La cocaïne a des effets utiles à connaître dans la neurasthénie et dans un certain nombre de syndromes mentaux. L'action stimulante si nette de la cocaïne peut être utilisée avec succès pour combattre les tendances invincibles au sommeil, les attaques de narcolepsie de certains hépatiques, de certains rénaux : une insufflation intranasale de quelques centigrammes d'une poudre cocaïnée suffit pour arrêter les accès diurnes de sommeil. La cocaïne est le type parfait des médicaments provoquant l'insomnie, insomnie qu'il est d'ailleurs difficile de combattre quand elle a été déclanchée.

La dose et le mode d'emploi de la cocaïne varient suivant les cas ; injections sous-cutanées de solutions de cocaïne, instillations, insufflations et pulvérisations de poudres cocaïnées, ingestion de solutions, de cachets ou de poudres délayées dans de l'eau.

La cocaïne constitue un puissant moyen de combattre les douleurs, en l'associant judicieusement avec l'opium, la morphine, les composés malonylurés ou barbituriques. L'alcaloïde bien manié permet d'éviter les douleurs atroces et donne au médecin le moyen de soulager les souffrances du malade, dans les cas désespérés qui sont au-dessus des ressources de la science.

Modes d'administration.

Les effets thérapeutiques de la cocaïne sont différents suivant le mode d'administration.

Dans la pratique chirurgicale, on utilise surtout les *injections locales* pour anesthésier les terminaisons nerveuses, les *injections rachidiennes* et *paravertébrales* pour obtenir l'anesthésie régionale. Les instillations de solutions cocaïnées et les *pulvérisations* de poudres cocaïnées sont utilisées pour anesthésier les muqueuses du nez, du pharynx, de l'urètre, du vagin, etc., à l'occasion de traitements ou d'examens douloureux et pénibles.

Dans la pratique médicale, on utilise la cocaïne en *injections* sous-cutanées ou intra-musculaires pour calmer les douleurs locales, en poudres composées. Les *solutions* dans l'eau de poudre cocaïnée sont utilisées pour les gargarismes anesthésiques de la bouche, pour des lavements anesthésiques du rectum. Les *poudres cocaïnées* peuvent être saupoudrées sur des lames d'ouate ou des com-

presses préalablement enduites de vaseline qui sont ensuite appliquées sur les parties malades. On utilise souvent les poudres en *paquets* dont le contenu est destiné à être pris par la voie buccale pour calmer les douleurs gastriques. Les *insufflations* de poudres sont pratiquées dans le nez, dans le rhino-pharynx, dans le pharynx, pour obtenir des effets anesthésiques, pour procéder à des examens, pour calmer des spasmes. Les insufflations de poudres peuvent être aussi pratiquées dans l'urètre, dans le rectum, lorsque les lavements sont mal supportés. Les *collyres* à base de cocaïne sont des solutions calmantes d'usage courant en ophtalmologie.

I. *Poudres cocaïnées.* — Le chlorhydrate de cocaïne employé en poudre a les usages les plus divers. Le chlorhydrate de cocaïne est prescrit en poudres composées, comprenant souvent de la lactose, et le produit dont on combine l'effet thérapeutique : bicarbonate de soude, borate de soude, caféine, codéine. Lorsque la cocaïne est destinée à être ingérée par la voie buccale, on la place dans des paquets comprenant des doses thérapeutiques qui sont inscrites au Codex et qui vont de cinq à quinze centigrammes par 24 heures, à prendre par *doses* de cinq centigrammes au plus. La cocaïne, après absorption, est un excitant du système nerveux, de l'appareil respiratoire, du cœur. Elle augmente le tonus nerveux, les battements cardiaques et les mouvements respiratoires. Elle a aussi une influence heureuse dans les états dépressifs, la neurasthénie, dans tous les cas où l'on veut faire récupérer la faculté de travail et d'efforts. Elle n'est pas seulement un stimulant moteur, mais également psychique et sensoriel. Elle active les fonctions de la vie végétative et peut parer aux insuffisances fonctionnelles des glandes endocrines, aux défaillances du système nerveux central et sympathique. On peut ainsi prescrire des paquets contenant cinq centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, du sulfate de strychnine et trente centigrammes de lactose, à prendre après le repas de midi, délayé dans de l'eau sucrée tous les deux jours.

Les poudres composées de cocaïne, administrées en paquets délayés dans de l'eau au moment de l'usage, peuvent être prescrites dans les douleurs gastriques, depuis les simples malaises jusqu'aux crises atroces de l'ulcus, de l'ulcère, du tabes. On ordonnera par exemple pour un paquet à prendre dans de l'eau au moment des douleurs cinq centigrammes de chlorydrate de cocaïne, cinq centigrammes de codéine et de lactose. Cette poudre calme encore la boulimie.

L'insufflation intra-nasale ou pharyngée d'une poudre cocaïnée procure l'anesthésie des muqueuses, permet de calmer les douleurs vives des angines, et de procéder à des examens locaux tels que l'examen à l'aide du miroir pharyngien (avec éclairage et réflecteur frontal) introduit entre les piliers du voile du palais, de pratiquer l'introduction d'une sonde molle dans une narine pour apprécier la perméabilité du conduit, les obstacles qu'il peut présenter, les difformités des cornets....

La pulvérisation intra-nasale avec gros comme un petit pois d'une poudre contenant :

Chlorhydrate de cocaïne.	dix centigrammes
Menthol	un centigramme
Borate de soude	trente centigrammes
Lactose	cinquante centigrammes

permet d'arrêter dès ses débuts et dans tous le cas de calmer les manifestations pénibles des rhinites aiguës ou chroniques, des sinusites.

La cocaïne mise au contact de la muqueuse nasale, à la suite d'une pulvérisation intra-nasale, a des effets immédiats qui peuvent être utilisés dans les affections aiguës et chroniques les plus variées. L'alcaloïde atteint rapidement l'encéphale par les veines et lymphatiques de la lame criblée, et il exerce rapidement sur les centres nerveux une action stimulante qui peut être mise à profit dans un certain nombre de circonstances pathologiques. La pulvérisation intranasale de cocaïne permet ainsi d'arrêter une crise d'asthme, de calmer les manifestations cardiaques douloureuses (notamment en faisant suivre la pulvérisation de cocaïne d'une pulvérisation d'une poudre à base d'héroïne : deux centigrammes de chlorydrate d'héroïne pour cinquante centigrammes de lactose) (1).

La pulvérisation de cocaïne peut rendre les plus grands services dans l'œdème du larynx, dans le croup, dans la dyspnée paroxystique, dans les asphyxies, dans les syncopes dues au chloroforme, en un mot dans tous les cas dramatiques où le malade présente des troubles cardiaques et pulmonaires intenses et est en proie à des douleurs violentes. La pulvérisation de cocaïne atténue, si elle n'arrête pas, un certain nombre de manifestations douloureuses dans le domaine des nerfs craniens : c'est ainsi que la pulvérisation intra-nasale de poudre cocaïnée calme des névralgies paroxystiques du trijumeau, des crises atrocement douloureuses d'herpès de la cornée.

La composition de la poudre à pulvériser est évidemment variable suivant le but à atteindre. Dans les cas graves et urgents on pourra utiliser une poudre combinée composée de chlorhydrate de cocaïne (cinquante centigrammes), caféine (vingt centigrammes) et lactose, On pulvérisera gros comme un pois, ou même gros comme un grain de raisin.

J'emploie dans les pulvérisations un dispositif

(1) On pulvérise gros comme un petit pois de la poudre cocaïnée et gros comme une lentille de la poudre héroïnée.

des plus simples, qui permet de se passer de pulvérisateurs dont les conduits sont vite obstrués par la poudre à pulvériser.

Il suffit d'un simple tube en carton de 10 centimètres de longueur avec un centimètre de diamètre, que le sujet introduit dans une narine, en comprimant avec l'index de la main libre l'aile du nez correspondant à la narine libre ; une simple inspiration d'une petite quantité de la poudre (gros comme une lentille, un petit pois, un grain de raisin) placée sur un papier suffit pour faire passer de suite le médicament dans les voies nasales. Le pulvérisateur est utile dans les cas de dyspnée intense, d'œdème du larynx ... où le malade est incapable d'exécuter seul la moindre manœuvre.

J'ai eu l'occasion de faire procéder en ma présence ou hors de ma présence à des centaines de pulvérisations de poudre cocaïnée, dans les buts thérapeutiques les plus divers et je n'ai jamais noté un accident, ou même une alerte. En principe, dans les crises cardiaques intenses, je pulvérise, gros comme un petit pois, d'une poudre contenant moitié de chlorydrate de cocaïne et moitié de lactose et de produits divers. En dehors des cas d'urgence, il vaut mieux par excès de précaution, ne pas permettre au malade de faire la pulvérisation avant d'avoir éprouvé, en présence du médecin, la tolérance du sujet.

II. *Solutions cocaïnées*. — Les solutions cocaïnées sont employées pour des *instillations*, des *injections*, des *pulvérisations* ou *badigeonnages*.

En instillations, la cocaïne est utilisée pour calmer les manifestations pénibles des conjonctivites, toutes les affections douloureuses de la cornée (notamment l'herpès de la cornée) et de l'œil en général. Une solution de cocaïne instillée en gouttes dans l'œil provoque une dilatation de la pupille, parfois intense. La *mydriase* est d'ailleurs déterminée également lorsque la cocaïne est introduite dans l'organisme sous une forme quelconque : injection, rachi-cocaïnisation, pulvérisation intra-nasale. Cette mydriase s'oppose au myosis causé par l'opium et la morphine.

L'instillation de solutions de cocaïne est utilisée dans les examens pénibles ou douloureux du nez, du pharynx, de l'urèthre, du vagin, du rectum. On l'emploie aussi pour calmer les douleurs siègeant dans ces organes ou pour faciliter des traitements douloureux.

On utilise des solutions de chlorydrate de cocaïne à un pour cent, soit un centigramme de chlorydrate de cocaïne pour un gramme d'eau distillée : mais suivant les effets recherchés, on emploie des solutions plus concentrées ou plus faibles.

Les solutions sont aussi utilisées pour badigeonner les muqueuses pharyngées, nasales, calmer les spasmes, les quintes de toux, la dysphagie. Les badigeonnages des muqueuses génitale, anale, diminuent ou suppriment les douleurs vives du vaginisme, des fissures anales, des hémorroïdes. Il faut employer des solutions assez concentrées, à deux pour cent, par exemple.

En *injections* sous-cutanées ou intra-musculaires, la cocaïne en solution est surtout employée comme anesthésique local pour calmer la douleur ou la prévenir. Les injections *para-vertébrales* permettent d'obtenir des anesthésies régionales : elles sont pratiquées en chirurgie et aussi en médecine, pour calmer, par exemple les crises gastriques du tabes. L'injection de chlorydrate de cocaïne (cinq milligrammes à un centigramme de chlorhydrate de cocaïne pour un gramme d'eau distillée) est de pratique courante dans l'art dentaire, et notamment pour les extractions dentaires, les névralges dentaires.

L'injection *rachidienne* de cocaïne est utilisée en chirurgie et permet de faire les opérations les plus graves.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'éventration diaphragmatique.

C'est la surélévation permanente, sans rupture, d'une coupole diaphragmatique (la gauche le plus souvent), les insertions périphériques du diaphragme restant normales. A cette disposition anatomique sont liées des modifications constantes dans l a morphologie et la topographie cardiopulmonaire, ainsi que dans les rapports des viscères abdominaux, qui accompagnent le diaphragme dans son ascension. L'éventration s'oppose par définition même à la hernie diaphragmatique ; il y a ectasie et non rupture du diaphragme.

Réserve faite sur les rapports de cause à effet qui peuvent exister entre l'éventration diaphragmatique et le mégacôlon, dont la coexistence a été plusieurs fois signalée, le Dr E. FATOU pense qu'une malformation anatomique (absence de descente du diaphragme, nanisme pulmo-

naire gauche) est à la base de l'éventration. Cependant l'intervention de facteurs secondaires (aérogastrie, aérocolie, excès de pression abdominale) est susceptible d'aggraver ultérieurement la lésion et de faire croire à sa nature acquise.

Deux points caractéristiques sont à noter : c'est l'unilatéralité de la lésion et sa localisation habituelle à la coupole du diaphragme gauche. Au point de vue anatomique on note la triade lésionnelle suivante : la dextrocardie, l'aplasie pulmonaire gauche, les modifications des viscères abdominaux (estomac et annexes principalement, angle splénique du côlon).

Il existe une forme précoce (dès la naissance ou dans les premiers mois) et une forme tardive (adulte et vieillard).

Avant l'ère radiologique, l'éventration, comme d'ailleurs la hernie, constituait le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Actuellement, c'est une découverte fortuite au cours d'un examen radiologique pour une affection des voies respiratoires (crises de dyspnée, accès de suffocation, douleurs thoraciques ou plus souvent syndrome pleurétique de la base gauche avec ponctions blanches répétées ou même syndrome d'hydropneumothorax).

Les signes fonctionnels sont inconstants, ou minimes en regard de la gravité des lésions : dyspnée, arythmie ; troubles digestifs souvent très accusés du type œsophagien, gastrique ou *intestinal.*

A l'opposé de la hernie diaphragmatique, l'éventration ne se traduit que très exceptionnellement par les accidents d'étranglement interne. Les complications les plus couramment observées frappent les voies respiratoires ; la moindre atteinte pulmonaire est particulièrement grave.

La lésion semble plutôt justiciable d'un traitement médical, purement palliatif : combattre l'aérophagie, qui aggrave l'éventration, proscrire les grands repas copieux ; traiter les complications gastriques et pulmonaires. Si cependant la vie du malade est trop pénible, si son existence semble compromise, on pourrait envisager un traitement chirurgical (plicature du diaphragme après thoraco-laparotomie, Schwarz, Quénu, P. Duval). (*Gazette des hôpitaux,* 6 décembre 1924.)

Rôle de la syphilis dans le rhumatisme chronique déformant de l'enfant.

Cette forme, moins bien connue chez l'enfant, était considérée jusqu'à présent comme le seul apanage du vieillard ; cependant la chronicité des lésions, les déformations osseuses (inconstantes d'ailleurs) et l'échec du traitement salicylé marquent l'opposition absolue qui existe entre elle et le rhumatisme classique subaigu. Le rhumatisme déformant de l'enfant, dit Pierre Vallery-Radot, est moins rare qu'on ne le croit, et il est très souvent dû à la syphilis. La fréquence des troubles oculaires dans le rhumatisme déformant syphilitique de l'enfant, la prédominance très nette chez le sexe féminin, sont des faits à noter.

Cette notion de l'origine syphilitique est très importante à considérer au point de vue thérapeutique, étant donné l'échec habituel des traitements mis en œuvre. Il est également probable que beaucoup de cas autrefois mis sans preuve suffisante sur le compte du rhumatisme tuberculeux peuvent actuellement être regardés comme étant d'origine syphilitique. Les résultats fournis par l'enquête familiale, les examens cliniques et sérologiques autorisent cette manière de voir. Tout rhumatisme polyarticulaire chronique, en apparence primitif, qui se développe d'une façon insidieuse, progressive, devra être tenu pour suspect. La constatation d'une kératite interstitielle, d'une paraplégie spasmodique, de troubles dentaires nets, etc., permettront de remonter à l'origine de la maladie.

En pareil cas, le traitement antisyphilitique sera institué et continué le plus longtemps possible, même durant plusieurs mois dans les cas douteux. Il sera bon de faire alterner les cures de mercure, d'arsenic, de bismuth.

L'auteur commence d'emblée par des injections intramusculaires de bismuth : 1 cc. deux fois par semaine pour les enfants de 4 à 5 ans.

Pendant les repos, injections intra-musculaires iodées, ou iode, et arsenic par la voie gastrique. Cette médication pourra elle-même alterner durant dix jours avec une préparation soufrée en piqûres ou en injections. Enfin pendant les dix autres jours, opothérapie : extrait thyroïdien à la dose de un, deux, trois centigrammes par jour suivant l'âge.

Le traitement externe ne sera pas négligé : bains sulfureux, massages, applications chaudes, héliothérapie, cures thermales. (*Pratique médicale française,* octobre 1924 A.)

Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans l'hémophilie.

Les succès obtenus durant ces dernières années par la peptonothérapie, la sérothérapie, la radiothérapie splénique, dans le traitement de l'hémophilie, ne doivent pas faire oublier les résultats précédemment donnés par d'autres moyens, notamment par le chlorure de calcium.

MM. Carnot et Blamoutier, après leurs observations ayant trait aux hémorrhagies viscérales, publient leurs remarques en ce qui concerne l'hémophilie. Chez trois malades de ce genre, traités par les injections intraveineuses de chlorure de calcium, le temps de coagulation s'est notablement abaissé ; la diminution du temps de coagulation dans chaque cas a été

progressive ; celle-ci ne paraît que temporaire, mais reste néanmoins inférieure à ce qu'elle était avant tout traitement. La diminution du temps de coagulation a marché de pair avec la diminution, et même la disparition de tout symptôme hémorrhagique. Contrairement aux résultats de l'expérimentation *in vitro* (le sang, devenant incoagulable en présence d'un excès de chaux), les auteurs n'ont pas remarqué qu'il se produisît, au bout de 3 ou 4 jours, une diminution de la coagulabilité du sang. Dans deux observations il y avait leucopénie manifeste (1.200 et 2.000 leucocytes), alors que dans l'hémophilie il y a plutôt leucocytose légère.

C'est toujours la solution à 5 p. 100 qui a été employée, pour éviter les inconvénients observés, avec 50 p. 100, dans le traitement de la diarrhée, des vomissements, des sueurs des tuberleux; on injectait le plus souvent un gramme de chlorure de calcium, soit 20 cc. de la solution à 5 p. 100. Les seuls phénomènes accusés par les patients sont une sensation de chaleur à la tête, se généralisant rarement au reste du corps et un goût désagréable dans la bouche.

Il serait nécessaire de poursuivre ces recherches mais d'après les observations faites par les auteurs chez les deux enfants traités dès 1921, et chez les trois sujets suivis depuis lors, on peut estimer que la calcithérapie intraveineuse doit être essayée chez tous les hémophiles véritables, qu'elle pourra améliorer franchement, sinon guérir de façon définitive. (*Paris médical*, 6 décembre 1924.)

Les anatoxines.

G. Ramon résume toutes les recherches qu'il a faites depuis quelques années sur les anatoxines. Tout d'abord il a été établi qu'une toxine qui aura, sous des influences diverses, perdu en partie ou en totalité son pouvoir nocif, mais qui aura gardé sa valeur floculante vis-à-vis de l'antitoxine devra avoir aussi conservé ses propriétés immunisantes.

En ce qui concerne la diphtérie, de nombreux essais montrent que le produit, qui a perdu toute la nocivité de la toxine dont il dérive (addition de 3 à 4 p. 1.000 de formol et durée de quelques jours), mais qui en possède encore la valeur floculante, en a conservé également toutes les propriétés immunisantes. C'est ce produit auquel Ramon a donné le nom d'*anatoxine*.

L'anatoxine peut être obtenue aussi pour le tétanos, la gangrène gazeuse, le botulisme, et même les venins ; ainsi les antigènes toxiques sont transformés en antigènes inoffensifs, en anatoxines.

D'où il résulte pour la préparation des sérums thérapeutiques une grande économie de temps et de matériel, l'absence de risque d'accident chez les animaux, qui se maintiennent en bon état de santé, enfin l'obtention d'antitoxines de haute valeur.

C'est aussi l'introduction à un nouveau chapitre de thérapeutique et de prophylaxie, chez les animaux comme chez l'homme.

Avec deux injections d'anatoxine, la première de 0 cc. 5, la seconde de 1 cc., faites à une vingtaine de jours d'intervalle, on peut en 5 ou 6 semaines chez 90-95 p. 100 des enfants, chez 100 p. 100 en deux mois, obtenir le degré d'immunité indiqué par la transformation, en réactions de Schick négatives, de réactions qui étaient positives immédiatement avant la première injection d'anatoxine. Ces durées sont des maxima, une immunité suffisante étant souvent réalisée beaucoup plus tôt.

Si donc, ainsi qu'on est en droit de l'espérer, cette immunité se maintient dnns le temps, la prophylaxie de la diphtérie aura fait un grand pas.

Il y a lieu d'espérer aussi que l'anatoxine tétanique pourra être utilisée au début d'une campagne pour immuniser solidement et probablement pour toute la durée de cette campagne, les combattants. Mêmes considérations pour la gangrène gazeuse. (*Paris médical*, 6 décembre 1924.)

La transfusion du sang dans l'hémophilie.

MM. Courty et Buisine ont donné leurs soins à un hémophile de 25 ans que des hémorragies presque continues, à la suite d'une morsure de la langue, avaient amené au dernier terme de l'anémie. Ils ont pratiqué la transfusion de 750 gr. du sang de la mère du malade. L'hémorragie s'est alors arrêtée et la guérison a été obtenue.

A ce propos, ils rappellent que la transfusion, appliquée au traitement de l'hémophilie, répond à deux indications : lutter contre l'anémie intense causée par les hémorragies répétées, et apporter au sang du patient de nouveaux éléments capables de modifier sa coagulabilité défectueuse.

Toutefois, la situation n'est pas la même quand il s'agit de combattre une anémie aiguë succédant à de fortes pertes de sang, ou au contraire de traiter un état hémophilique s'étant traduit par de petites hémorragies. Dans le premier cas, la transfusion massive s'impose. Dans le second, on pourrait transfuser ou injecter 50 gr. de sang au malade tous les trois mois, ou bien faire une injection de sang contre l'hémorragie et mettre en œuvre le traitement sérique dans les périodes intermédiaires.

A noter que le sang citraté n'a pas d'inconvénients ; le citrate de soude qui, *in vitro*, retarde la coagulabilité du sang, exerce *in vivo* une action coagulante. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 8 fév. 25.)

La mort rapide dans la paralysie générale en rémission.

On sait qu'au cours de la paralysie générale bien traitée, il survient parfois des périodes de rémission d'une telle prolongation que certains auteurs ont pu parler de guérison.

Au cours de ces périodes de rémission, le retour à l'apparence de l'état normal, la disparition de certains signes importants tels que les signes pupillaires, sont tels qu'à défaut d'examens sérologiques répétés, et en l'absence de commémoratifs précis, il est impossible au médecin de discerner la vérité.

Il en résulte que des paralytiques généraux en rémission ont pu contracter des assurances sur la vie et être l'objet d'une reprise des accidents, avec mort rapide, peu de temps après.

C'est ce que M. Gelma met en évidence, en rappelant que la mort subite est souvent l'apanage des reprises tardives de paralysie générale.

« Ces reprises tardives de la P.G., peu connues parce que assez rares, méritent d'être signalées à l'attention des médecins et surtout des experts. La P.G. aiguë ou suraiguë est, en effet, une forme exceptionnelle d'une maladie dont tout le caractère essentiel est la progressivité et la lenteur de l'évolution durant plusieurs mois et parfois pendant de longues années. » (*Strasbourg médical*, 20 janvier 1925.)

Des souffles extra-cardiaques artificiellement produits par pression sur la paroi thoracique.

Prenant acte d'une observation très caractéristique recueillie par lui, M. Moussous cherche comment il est possible d'expliquer l'apparition de souffles inorganiques perçus à l'auscultation. En dehors de la théorie de Potain, qui les localise dans la languette pulmonaire qui s'insinue entre le cœur et la paroi, et celle de Duroziez, qui fait de ces souffles des bruits liquidiens, l'auteur se déclare partisan d'une troisième interprétation selon laquelle le souffle serait dû à une pression plus ou moins forte de l'infundibulum et de l'artère pulmonaire contre la paroi.

Il s'agirait donc d'un souffle liquidien déterminé, dans le cas de l'auteur, par la pression exercée sur la base du cœur, soit par le stéthoscope, soit par la tête même du médecin. Cette même pression en sens inverse expliquerait le souffle perçu au niveau de l'artère pulmonaire chez les anémiques. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 8 février 1925.)

Traitement des dysménorrhées rebelles.

Pour M. Cotte, bon nombre de dysménorrhées dites essentielles sont, à vrai dire, l'expression d'une lésion anatomique latente de l'appareil génital. Les dysménorrhées fonctionnelles ressortissent pour leur part soit à l'ovaire, soit à l'utérus.

Elles sont parfois rebelles à toute thérapeutique, et il arrive qu'en désespoir de cause, les malades réclament la castration.

L'auteur, désireux d'éviter cette opération mutilante, a pensé qu'il pourrait obtenir la disparition des douleurs pelviennes comme on obtient celles de la causalgie, en agissant sur le sympathique. Il a pratiqué, tantôt la sympathectomie péri-artérielle sur l'artère hypogastrique, tantôt la section du nerf sacré.

Les résultats obtenus lui paraissent encourageants. Dans un cas, en effet, la guérison s'est maintenue depuis quinze mois. (*Lyon médical*, 8 février 1925.)

L'iléus biliaire.

C'est l'obstruction intestinale causée par un calcul biliaire fixé dans l'intestin dans lequel il est parvenu, soit par les voies biliaires naturelles, soit à la faveur d'une fistule cholécysto-intestinale.

L'iléus biliaire, selon M. Daraignez, s'observe le plus souvent chez des femmes âgées. L'obstruction est précédée de prodromes constitués par des douleurs, des troubles gastro-hépatiques, des crises de sub-occlusion. Puis, l'arrêt des matières et des gaz s'installe progressivement, par poussées successives, en même temps qu'apparaissent des douleurs et des vomissements. A noter que le météorisme est peu marqué et que l'état général reste longtemps satisfaisant. On pensera à l'iléus biliaire en présence de femmes âgées, à passé hépato-biliaire, ayant déjà rendu des calculs. Parfois, le calcul peut être perçu à travers la paroi abdominale chez les femmes maigres et flasques. Parfois aussi, la radiographie le décèlera, s'il contient plus de 10 % de chaux.

Le pronostic est grave, en raison de l'âge avancé des malades, de leur tare hépatique et de l'infection habituelle de leurs voies biliaires, du retard apporté à l'intervention, par suite de l'incertitude du diagnostic.

Car, à côté du traitement médical (lavements électriques, anti-spasmodiques), traitement d'exception, se place le traitement chirurgical, traitement de choix. L'anus artificiel convient aux cas dans lesquels la malade est très atteinte dans son état général. Si cet état général est par contre satisfaisant, laparotomie large et extraction du calcul, soit par entérotomie transversale suivie de suture quand les parois sont saines ; soit par entérectomie suivie d'entéro-anastomose, si les parois sont sphacélées. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 février 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Empoisonnements accidentels par le pétrole.

(M. R. Le Clerc, de Saint-Lô. — *Société médicale des hôpitaux* ; 16-1-1925.)

Un malade de M. Le Clerc ingéra un matin, croyant prendre une purgation, un grand verre (soit environ 250 grammes) de pétrole. Cet homme, très âgé, ne se rendit pas compte de sa méprise.

Deux heures après, malaise général, pâleur de la face, coliques, selles abondantes exhalant une odeur de pétrole. L'orage n'eut pas de suite. A midi, ce monsieur, qui était un grand enfant, tint à prendre son déjeûner, qu'il digéra d'ailleurs fort bien. La nuit suivante, une selle à odeur de pétrole constitua le dernier épisode de l'incident.

Les choses ne se passent pas, il est vrai, toujours aussi simplement. Dans une observation de Molk, de Colmar, recueillie en 1877, la malade, après avoir bu le contenu d'une lampe à pétrole, fut prise d'agitation, congestion de la face, état de stupeur, pouls à 120, diarrhée à odeur caractéristique et ictère de huit jours de durée.

Duguet a rapporté en 1885, le cas suivant. Une femme de 48 ans, alcoolique, avale un demi-litre de pétrole du commerce. Transportée à l'hôpital, on nota une odeur révélatrice à son haleine, à ses urines et à ses selles. Les urines recueillies le lendemain sont recouvertes d'une couche de pétrole de deux centimètres et elles contiennent de l'albumine. Au bout de dix jours, la patiente était rétablie.

On voit que l'ingestion de pétrole peut être suivie, selon les circonstances et les sujets, de conséquences variables.

Mort subite consécutive à la ponction pleurale (pour pneumothorax artificiel).

(M. Léon-Kindberg. — *Société médicale des hôpitaux* ; 30-1-1925.)

Les cas de mort subite consécutive à la ponction de la plèvre, sans être exceptionnels, restent encore heureusement assez rares. En 1910, dans sa thèse, Cordier en a réuni 84, qu'il a groupés selon les types aujourd'hui bien connus : épileptique, hémiplégique et syncopal. Cet auteur a soutenu la théorie pathogénique du réflexe, en face de la théorie allemande de l'embolie gazeuse.

L'accident mortel ne se voit pas seulement à l'occasion de l'évacuation d'un épanchement. Une simple ponction évacuatrice, une simple ponction même peut le provoquer. Chez le malade de M. Kindberg, il s'agissait d'une ponction pour pneumothorax artificiel et déjà de nombreuses insufflations avaient été pratiquées sans incident, antérieurement. Quoi qu'il en soit, à peine l'aiguille avait-elle pénétré dans le thorax que se produisirent de l'angoisse, quelques convulsions, une hémiplégie droite, et la mort au bout d'un quart d'heure. L'autopsie ne montra rien de particulier, sauf des reins très gros.

— M. Barbier a été deux fois témoin d'accidents mortels au moment d'une ponction pleurale exploratrice, chez des nourrissons. Il n'y eut dans aucun des cas évacuation de liquide. Il ne faut donc pas, dans ce tout jeune âge du moins, considérer la ponction exploratrice comme un moyen de diagnostic sans aléas.

— M. Chauffard fait toujours, avant toute thoracentèse, une piqûre tonicardiaque d'huile camphrée, de spartéine ou d'adrénaline.

Hautes doses d'acide arsénieux dans l'anémie pernicieuse.

(MM. Dufour et Baruch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-2-1925.)

L'arsenic est un médicament utilisé depuis très longtemps dans le traitement des anémies. Son emploi a été remis en honneur en 1922 par Neisser, de Stettin. Cet auteur, partant de doses de 20 à 40 milligrammes d'acide arsénieux, *pro die*, arrive dans certains cas jusqu'à 150 milligrammes par jour, ce qui atteint le chiffre colossal (j'allais écrire avec un *K*) de 150 granules de Dioscoride. La thérapeutique actuelle est, on le sait, aux doses fortes : fortes doses d'iode, fortes doses de mercure, fortes doses de sérum (dans la sérothérapie) — méthodes intensives qui ont leurs avantages, et leurs inconvénients.

M. Dufour s'en est tenu aux quantités initiales de Neisser et n'a pas dépassé le maximum de 20 milligrammes d'acide arsénieux par jour. Chez une de ses malades, atteinte d'anémie pernicieuse à rechutes, ce traitement a déterminé une véritable résurrection.

Zona et varicelle.

(MM. Aviragnet, Julien Huber et Dayras. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-1-1925.)

M. Aviragnet relate deux observations favorables à la notion d'unicité du zona et de la varicelle.

— M. Comby, qui est un adversaire de cette notion d'unicité, déclare que son opinion n'est nullement modifiée par les faits nouveaux de M. Aviragnet. La varicelle, fièvre éruptive contagieuse à caractères particuliers, n'a, pour lui, rien de commun avec le zona, affection névritique non contagieuse.

— M. Sicard rappelle un signe humoral qui plaide en faveur de la dualité du zona et de la varicelle. C'est la quasi constance de la lymphocytose rachidienne au cours du zona et, au contraire, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien chez les varicelleux.

Un moyen d'éclairer la discussion sur ce sujet serait l'emploi de sérums de convalescents. Au cours d'une épidémie de varicelle, on pourrait chercher à protéger les enfants, les uns par du sérum de convalescent de varicelle, les autres par du sérum de convalescent de zona. Les résultats permettraient d'appuyer l'une ou l'autre thèse.

Antianaphylaxie par injections intra-dermiques de peptone.

(MM. Pasteur-Valléry-Radot et P. Blamoutier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-2-1925.)

MM. Pasteur-Valléry-Radot et Blamoutier ont cherché à obtenir la désensibilisation de malades atteints d'affections anaphylactiques (asthme, coryza spasmodique, rhume des foins), par une méthode nouvelle, locale : les injections intra-dermiques répétées de peptone. Les auteurs introduisent à la région deltoïdienne, *dans le derme*, l'aiguille d'une seringue de Pravaz jusqu'à pénétration du biseau. Ils injectent alors 2 à 6 gouttes d'une solution de peptone à 50 pour 100 (50 centigr. de peptone par centimètre cube). L'injection, étant uniquement intra-dermique, est plus désagréable qu'une injection hypodermique mais la douleur reste très modérée et comparable à celle d' une piqûre de taon.

Ces injections de peptone sont suivies de réactions locales et souvent de petites crises hémoclasiques qui, d'ailleurs, n'ont aucune traduction clinique. Au point de vue thérapeutique, elles ont donné une amélioration assez nette, en général, des crises d'asthme et de coryza spasmodique.

Les difficultés diagnostiques du cancer colique.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 6-2-1925.)

M. Pauchet met en relief les difficultés diagnostiques du cancer colique et,en particulier, l'inconstance des données fournies par deux moyens précieux : la radiologie et la laparotomie au cours de l'occlusion.

L'auteur a constaté, après les radioscopies faites chez ses futurs opérés de colectomie pour cancer, que, dans un tiers des cas, la radioscopie avait été muette. De même, au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, quand le ventre est ballonné, le palper intra-abdominal est aussi peu positif que l'examen aux rayons.

De là l'intérêt, dans un cas un peu douteux d'occlusion intestinale, de créer une fistule, un anus cæcal, et de renouveler les examens radiologiques.

Le drainage à la Mikulicz dans les interventions pelviennes.

(M. Alphonse Huguier. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 6-2-1925.)

Jusqu'en 1895-1900, presque tous les chirurgiens installaient un drainage abdominal après les laparotomies pour affections pelviennes. A cette époque, dite *antiseptique*, où l'infection opératoire par les mains et les instruments était commune, on drainait pour enrayer l'évolution de la péritonite. On drainait au moyen de mèches, ou, plus souvent, à la façon de Mikulicz c'est-à-dire à l'aide d'un vaste sac de gaze iodoformée au fond duquel était attaché solidement un long fil de soie. On remplissait la poche avec cinq ou six longues mèches de gaze iodoformée et un drain central. Dans les jours qui suivaient l'opération, on retirait les mèches, le drain, puis le sac (par retournement, en tirant sur le fil de soie). Grâce à ce drainage absorbant, les malades arrivaient à guérir après une longue suppuration.

Vers 1900, avec Terrier, l'*asepsie* se généralisa, et le drainage abdominal, à la Mikulicz particulièrement , fut abandonné. Aussi lorsque, en 1919, J.-L. Faure vint dire que cette méthode pouvait encore offrir des indications, son affirmation se trouva-t-elle accueillie par de multiples protestations, de MM. Quénu et Pierre Delbet principalement. Malgré les critiques véhémentes, M. Faure continua à mettre des « Mikulicz » et cinq ans plus tard, en 1924, il faisait à la Société de Chirurgie une nouvelle communication sur l'emploi systématique du drainage à la Mikulicz dans l'hystérectomie large pour cancer du col. Il avait ainsi guéri, au moins opératoirement, 73 femmes sur 75.

M. Huguier estime qu'on doit s'incliner devant les faits et adopte volontiers les conclusions si fermes de M. Faure : « Il faut revenir au « Mikulicz », car c'est le moyen le meilleur et le plus sûr actuellement dans certains cas graves, de sauver des malades marqués pour la mort. »

M. Huguier, depuis 1919, a terminé 46 opérations par un Mikulicz, drainage au sac modernisé, à la gaze stérilisée simple, la gaze iodoformée n'étant plus utilisée. Sur ces 46 opérations, il a eu 43 guérisons, et toujours il s'agissait de cas graves.

Lipome extra et intra-rachidien.

(M. Raymond Petit. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 6-2-1925.)

Malade de 32 ans se plaignant depuis cinq ans de douleurs lombaires avec gêne de la marche et perte de la force des membres inférieurs. L'examen de la colonne lombaire révèle une tuméfaction indolente ayant les caractères du lipome. M. Petit pose le diagnostic de lipome extra-rachidien devant avoir un prolongement intra-rachidien, cause de phénomènes de compression et d'irritation médullaire. L'opération, dont les suites furent très simples, débarrasse le patient de tous les symptômes qu'il accusait.

Gros lipome (8 kil. 400) para-rénal.

(M. Lanos. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 6-2-1925.)

M. J. Lanos présente une malade à laquelle il a en-

levé un volumineux lipome rétro-péritonéal, probablement d'origine para-rénale et qui pesait 8 kil. 400. Plusieurs diagnostics avaient été successivement portés (péritonite tuberculeuse, néoplasme péritonéal, cancer) et plusieurs traitements (opération, radiumthérapie) avaient été faits. Une intervention large conduisit sur une masse lipomateuse énorme et une cavité suppurante. La malade guérit.

Le sérum anti-charbonneux dans la pustule maligne.

(M. L. Chatellier, de Toulouse. — *Soc. de dermat. et syphiligraphie* ; 15-1-1925.)

M. Chatellier a traité deux cas de pustule maligne, datant de 5 et 10 jours, par la sérothérapie massive : injections intra-musculaires, tous les jours ou tous les deux jours, de 20, 30 et 40 centimètres cubes de sérum anti-charbonneux de l'Institut Pasteur. La guérison a été rapide.

L'auteur rappelle qu'en Hongrie, Havas a vu, avec la sérothérapie, la mortalité de la pustule maligne tomber au-dessous de 3 %. En France, M. Bodin a également signalé de bons résultats de ce traitement.

L'électro-coagulation dans les petites tumeurs de la peau.

(M. Hanriot. — *Soc. dermatologique de Nancy* ; 20-12-1925.)

L'électrocoagulation, comme la diathermie, est une dérivé de la haute fréquence. Si l'on règle un appareil de haute fréquence de façon à utiliser plutôt l'intensité que la tension, on obtient un courant qui se transforme en chaleur en pénétrant dans les tissus : c'est la diathermie. Lorsqu'on réduit la surface des électrodes, l'intensité du courant restant la même, la chaleur naissant dans les tissus devient telle que la substance vivante se coagule : c'est l'électro-coagulation.

Celle-ci s'emploie avec succès contre toutes les petites tumeurs de la peau : papillomes, verrues, cancroïdes, chéloïdes, nodules lupiques, nævi. La destruction est plus profonde qu'avec le cautère et la durée d'application *très courte* (quelques secondes).

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Jean Roeser. — **De la diathermie dans le traitement de la claudication intermittente d'origine artérielle.** (Paris, Editions médicales, 7, rue de Valois, 1924.)

Appliquée au traitement de la claudication intermittente des membres inférieurs d'origine artérielle, la diathermie a pour but de réchauffer les territoires artériels ischémiés. Son action physiologique reste malgré tout complexe. On peut penser qu'elle agit le plus vraisemblablement par une vaso-dilatation des artères, et lutte ainsi contre l'élément spasmodique, qui, pour beaucoup, est à la base même de ce phénomène morbide. Cette action dilatatrice porte non seulement sur le vaisseau lésé, mais sur ses collatérales, sur les systèmes vasculaires voisins, et favorise une réactivation de la circulation dans le territoire dépendant des lésions artérielles, en augmentant, par la vaso-dilatation, les anastomoses entre les divers systèmes. En outre, on est en droit de supposer qu'une application de diathermie, faite au niveau des lésions, en plus du pouvoir calorique intense qu'elle possède, peut avoir une action spéciale sur les lésions, qui alors serait le fait du courant électrique lui-même.

Les applications locales doivent se faire avec des plaques assez larges et malléables ; en plus, elles doivent intimement adhérer à a surface cutanée. La durée des séances optima (ceci peut-être empiriquement) semble devoir être d'une demi-heure environ ; une série de 20 séances soit quotidiennes, de préférence, soit alternes, est nécessaire ; enfin, après un repos variable, il paraît utile de faire au malade des séries d'entretien.

La diathermie semble ne posséder aucune contre-indication et doit être toujours tentée dans le traitement de la claudication intermittente d'origine artérielle.

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE GASTRIQUE RÉCENT

Par le Dr ESCLAVISSAT (de Chatillon).

Il est, en général, difficile de diagnostiquer l'existence d'un ulcère gastrique récent. Cependant, on doit toujours soupçonner sa présence, lorsque, au cours d'une dyspepsie du type hypersthénique, surviennent des douleurs vives pendant l'ingestion des aliments et consistant, soit en une sensation intense de brûlure avec retentissement dorsal (douleur en broche), soit en une sensation de plaie gastrique.

Lorsqu'il existe des vomissements et que l'on y découvre du sang noirâtre, le diagnostic se précise. Enfin, s'il se produit une hématémèse de sang rutilant, l'hésitation n'est plus possible : il s'agit bien d'un ulcère.

Lorsque cette affection est récente, l'intervention chirurgicale ne s'impose pas et l'on doit escompter une très sensible amélioration en instituant un traitement médical méthodique et prolongé.

En quoi consiste ce traitement ?

On peut le résumer de la façon suivante :

1° Assurer la cicatrisation de l'ulcère.

2° Combattre les causes qui l'ont provoqué.

3° Combattre l'élément douloureux spasmodique et l'éréthisme nerveux.

Pour favoriser la cicatrisation de l'ulcère, il faut d'abord instituer le régime lacté mélangé ou non d'eau de chaux ; car le régime lacté assure le repos indispensable et tout au moins relatif de l'estomac. Ensuite, le malade sera maintenu au lit, pendant au moins deux semaines, ce qui facilite la cicatrisation naturelle de la plaie. En fait de médicament utile, le sous-nitrate de bismuth doit surtout être employé. Pris à forte dose (20 à 30 gr.) il met la muqueuse à l'abri de l'action caustique du suc gastrique, en la recouvrant d'une couche protectrice isolante.

Pour combattre les causes provocatrices de l'ulcère, il faut traiter l'hyperchlorhydrie. Pour cela, deux moyens retiennent toujours la faveur des praticiens : les alcalins et la belladone. Les alcalins donnés à haute dose, neutralisent l'HCL. dont le contact avec l'ulcère, amène les paroxysmes douloureux. On s'efforcera, en outre, de modérer la sécrétion de suc gastrique hyperacide et cette indication sera réalisée par la belladone.

Mais les résultats obtenus avec les préparations galéniques de belladone ne sont pas toujours suffisants. Cela tient à l'inconstance et à l'irrégularité de l'action médicamenteuse de ces préparations galéniques. Aussi, leur préfère-t-on aujourd'hui, la bellafoline qui représente la totalité des alcaloïdes de la plante à l'état pur, et assure une action thérapeutique constante.

Ce médicament possède, à dose moitié moindre, et, par conséquent avec une toxicité moitié moindre, une activité égale à celle de l'atropine.

On formulera donc :

Bellafoline (solution).

Prendre X à XX gouttes au début de chaque repas.

On réalise ainsi, une action modératrice sur l'hypersécrétion, c'est-à-dire sur l'une des causes provocatrice essentielle de l'ulcère.

L'élément douloureux paroxystique sera calmé par les antispasmodiques ou antinervins. On évitera le plus possible la morphine, car l'expérience a prouvé qu'elle favorise le spasme de l'estomac et l'hypersécrétion. En outre, ces malades sont facilement enclins à la morphinomanie. La codéine donne peu de résultats, et, la plupart des médecins, à l'exemple de Trousseau, considèrent la belladone comme un précieux analgésique particulièrement indiqué contre les douleurs de l'ulcère.

Certains thérapeutes ont formulé :

Extrait de belladone...	un centigr.
Extrait de chanvre indien	un demi-centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	un centigr.

pour une pilule, à prendre au début des repas.

Il n'est pas sans inconvénient de laisser ces toxiques préparés en quantité suffisante pour un traitement, entre les mains des malades Aussi, est-il préférable d'avoir recours, comme moyen antispasmodique, à la bellafoline dont les effets analgésiques gastriques sont constants et tout à fait remarquables.

Les doses pourront atteindre X à XX gouttes, deux à trois fois par jour, s'il y a lieu.

Les alcalins (bicarbonate de soude surtout) amènent une sédation momentanée, mais il faut bien se garder de les considérer comme possédant une activité curative. M. le professeur Hayem a même constaté que l'alcalinothérapie pouvait exagérer l'hyperchlorhydrie, et M. le docteur Mathieu l'accuse de provoquer, en outre, une irritation vésicale.

En résumé, le traitement de l'ulcère gastrique récent et de l'hyperchlorhydrie causale, réside dans l'utilisation rationnelle de la belladone totale, médicament tout à la fois antispasmodique et antisécrétoire, et des alcalins. On y joindra le régime lacté absolu pendant les crises, et plus tard, le régime lacto-végétarien. Quant aux lavements alimentaires préconisés par Fischter de Bâle, Ewald et Spencer, Donkin, Tournier et Gros, ils doivent être réservés uniquement aux ulcères compliqués d'hématémèses. Dans ce cas, il faut laisser au repos complet l'estomac et pour cela le lavement alimentaire paraît être l'un des meilleurs moyens.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DES CONTRATS COLLECTIFS SANS TIERS-PAYANT

Je suis de ceux qui ont le plus énergiquement combattu le tiers payant et réclamé, en médecine sociale, le paiement direct des honoraires médicaux par le malade. Mais, je suis aussi de ceux qui n'ont jamais réclamé ce régime, avec la liberté de choix réciproque, autrement que dans le cadre syndical, c'est-à-dire sous le contrôle et avec la garantie du Syndicat.

Cela présumait inévitablement des accords préalables entre la collectivité syndicale et toute autre collectivité désireuse d'assurer une certaine organisation de soins médicaux à ses ayants-droit. Ces accords, personne ne répugne plus aujourd'hui, j'imagine, à les appeler des contrats collectifs.

Les contrats de cette nature sont appelés à jouer dans le régime de la future loi sur les assurances sociales, et c'est à bon droit que l'Union des Syndicats invite les syndicats à s'y préparer en y recourant dans leurs rapports avec les mutualités, les usines, les industriels, etc.

D'autre part, le vote recueilli à l'assemblée générale de l'Union a démontré que la majorité des médecins est hostile au tiers payant et favorable, par contre, à l'entente directe.

Il faut donc concilier cette entente directe avec l'établissement d'un contrat collectif. Il fut un temps où l'on croyait de bonne foi la chose impossible. L'expérience a montré qu'il n'en était rien. Le contrat passé entre le syndicat médical de Roubaix-Tourcoing et l'industrie textile de la région en est un premier exemple. D'autres sont suivi.

Le département des Deux-Sèvres est un foyer ardent de syndicalisme. Grâce à ce merveilleux animateur qu'est notre excellent confrère G. Renon, le syndicalisme y est actif et réalisateur. C'est ainsi que le syndicat de ce département vient de passer un contrat collectif avec la Société de secours mutuels « La Philanthropique ». Je l'ai trouvé dans le *Bulletin* du Groupement des syndicats médicaux des Charentes et du Poitou de février 1925, et je suis heureux de pouvoir le reproduire ici, comme un exemple à suivre.

A l'article 4, il est spécifié que *les sociétaires honoreront directement leur médecin au tarif minimum fixé pour l'année* 1925 : c'est donc le triomphe de l'entente directe et la suppression du tiers payant.

Du reste, dans un préambule qui résume l'historique de la tractation qui a abouti à l'établissement de ce contrat, j'ai lu cette phrase caractéristique par sa netteté et sa franchise : « En établissant ce contrat, notre préoccupation première n'a été ni l'organisation des soins, ni le contrôle, et cela, nous l'avouons sans ambages ; notre principal souci a été d'écarter le tiers payant. »

Voici ce contrat, qui m'apparaît comme un modèle du genre.

Contrat collectif entre le Syndicat médical des Deux-Sèvres et la Société de Secours mutuels « La Philanthropique ».

Entre les soussignés :

1° M. Michel Rougier, président de la Société.....

2° Et M. le docteur Georges Renon, président du Syndicat médical des Deux-Sèvres ......

Il a été convenu ce qui suit :

1° La Société « La Philanthropique » assure à ses adhérents le « libre choix » de leur médecin parmi les médecins adhérents au Syndicat médical des Deux-Sèvres, avec facilité aux médecins non syndiqués d'adhérer au présent contrat, s'ils en acceptent les clauses, et après avoir obtenu le consentement des parties contractantes.

2° Le Syndicat médical fournira au début de chaque année la liste des médecins adhérents au Syndicat.

3° La Société « La Philanthropique » s'interdit, pendant toute la durée du présent contrat, toutes tractations, en dehors de celles prévues plus loin, avec un ou plusieurs médecins appartenant ou non au Syndicat, dans le but d'organiser son service médical.

4° Les sociétaires honoreront directement leur médecin au tarif syndical minimum fixé pour l'année 1925, à :

a) Médecine générale :

Consultation au cabinet..............	8 »
Visite au domicile du malade.........	10 »
Indemnité kilométrique..............	1 50 le kilomètre parcouru.

Visite de nuit (de 19 h. à 8 h.), tarifs doublés.

b) Médecine de spécialités :

Consultation	15 »

Le médecin se réserve le droit :

a) De se faire payer comptant ;

b) De refuser ses soins au débiteur récalcitrant qui, passé le délai de six mois après l'envoi de la note d'honoraires, aura refusé de l'honorer.

c) De charger l'Office syndical du recouvrement des notes d'honoraires non réglées six mois après leur envoi.

5° Les médecins contractants s'engagent :

1° A parapher à chaque visite ou consultation les pièces présentées par les sociétaires ;

2° A mentionner sur les reçus qu'ils délivreront aux sociétaires le nombre des consultations ou de visites qu'ils auront effectuées.

6° Les visites d'entrée à la Société seront effectuées par un médecin appartenant au Syndicat, désigné par le Conseil d'administration de la Société « La Philanthropique ». Ce médecin sera autre que le médecin traitant habituel du sociétaire impétrant. La visite aura lieu au cabinet du médecin désigné, à ses heures de consultation habituelles (à moins d'entente contraire entre le médecin et le Conseil d'administration de la Société).

Les honoraires de cette visite d'entrée sont fixés à 10 francs (*dix francs*) par sociétaire examiné. Ils seront supportés par le sociétaire impétrant auquel le médecin visiteur remettra un certificat.

7° La Société « La Philanthropique » se réserve le droit de faire contre-visiter par deux médecins de son choix le sociétaire impétrant. Les honoraires de cette contre-visite, fixés à 20 francs par médecin, seront supportés par la Société. Le prix de 20 francs comporte l'examen médical et la rédaction du rapport où les conclusions de l'examen seront consignées.

8° Dans le prix de consultation et visite sont compris :

Les applications de pointes de feu.

Les massages.

La pose de ventouses sèches.

La pratique des injections de substances médicamenteuses par voie hypodermique, à la condition que le médecin ne fournisse pas lui-même le médicament.

9° ***La Société se réserve le droit de faire contrôler par un médecin de son choix, appartenant au Syndicat, tout sociétaire malade.***

Le médecin contrôleur visitera le sociétaire malade en présence du médecin traitant et après entente avec ce dernier.

Le médecin contrôleur fournira à la Société un rapport sur les faits qu'il aura été appelé à connaître. Les honoraires afférents à cette expertise seront supportés par la Société au prix de 20 francs (compris le rapport).

10° En aucun cas, le médecin traitant ne sera tenu, soit à la Société, soit au médecin contrôleur de dévoiler la nature de la maladie qu'il a été appelé à soigner.

11° Toute contestation entre la Société et les médecins devra être réglée par une Commission d'arbitrage composée de trois mutualistes nommés par la Société et de trois médecins nommés par le Syndicat. Les conclusions de la Commission d'arbitrage seront exécutoires et sans recours.

En cas de désaccord entre les parties constituantes de la Commission d'arbitrage, cette Commission demandera au juge de paix du premier canton de Niort la nomination d'un tiers arbitre chargé de départager les arbitres de la Commission.

Les décisions de ce tiers arbitre seront exécutoires et sans recours.

12° Le présent contrat prendra son effet à partir du 1er janvier 1925, pour une durée d'une année. Il sera renouvelable, par tacite reconduction, pour des périodes d'une année chacune, s'il n'est pas dénoncé trois mois à l'avance par l'une des parties.

13° Le présent contrat, conformément à la loi du xx mars 1919, sera déposé, par les soins du Syndicat médical, au secrétariat du Conseil des Prud'hommes de Niort.

* * *

Dans le même temps, mon ami Maurat m'a remis l'accord conclu entre le Syndicat des médecins de l'Oise et le Groupement des industriels du Beauvaisis. C'est également un contrat collectif pour organiser une œuvre privée d'assistance aux malades et aux femmes enceintes travaillant dans les usines du groupement. L'article 3 spécifie que « *les bénéficiaires de l'œuvre d'allocation-maladie-maternité payeront directement à leur médecin, suivant les tarifs ordinaires, les consultations, visites, et opérations sollicitées par eux.* »

Là encore, suppression du tiers payant et mise en application du régime de l'entente directe.

Au surplus, le voici dans son intégralité.

Accord entre le Groupement des Industriels et le Syndicat des Médecins de l'Oise.

Entre le Syndicat des Médecins de l'Oise, et le Groupement des Industriels du Beauvaisis, il a été convenu ce qui suit :

Article premier. — Le Groupement organise une œuvre privée d'assistance aux malades, ainsi qu'aux femmes enceintes travaillant dans les usines qui lui sont affiliées ; les efforts du G. I. B. et du Syndicat médical tendront à faire réussir par une collaboration loyale la présente œuvre, éminemment sociale et bienfaisante au premier chef.

Art. 2. — Le G. I. B. laisse aux bénéficiaires de l'Œuvre le *libre choix* de leur médecin parmi tous les membres du Syndicat des Médecins de l'Oise, et, en outre, en ce qui concerne la grossesse, parmi toutes les sages-femmes régulièrement inscrites à la Préfecture de l'Oise, et qui auront accepté le contrôle du Syndicat des Médecins tel qu'il est défini ci-dessous.

Art. 3. — Les bénéficiaires de l'œuvre d'Allocation-

Maladie-Maternité payeront directement à leur médecin suivant les tarifs ordinaires les consultations, visites, et opérations sollicitées par eux.

Art. 4. — L'attribution des allocations n'étant faite qu'à partir du treizième jour de la maladie, et sans effet rétroactif, le médecin traitant délivrera pour tout acte médical accompli, à partir de ce treizième jour, une attestation écrite exactement datée qui ne comportera aucune indication de maladie, le secret professionnel devant être respecté de façon absolue.

Art. 5. — Cette attestation communiquée par le malade à son usine lui permettra de toucher :

a) Une indemnité journalière fixée par le Groupement.

b) Une indemnité de participation aux frais médicaux, fixée par le Groupement et qui sera payée pour chaque consultation, visite ou acte de petite chirurgie.

c) En cas d'opération, une allocation spéciale suivant l'importance de l'opération. Une liste de classement des opérations en trois catégories suivant leur importance sera établie et le bulletin indiquera la catégorie. Dans cette liste, figureront les examens spéciaux comportant des honoraires élevés qui donneront aussi droit à l'allocation.

Art. 6. — En cas de grossesse, par dérogation aux articles ci-dessus, les règles suivantes seront appliquées :

a) Si les soins sont donnés par un médecin, la bénéficiaire aura droit, sans qu'il y ait lieu d'appliquer la règle des 12 jours, à une allocation de consultation par mois depuis l'apparition des signes de certitude, jusqu'à l'arrêt du travail.

Après l'arrêt du travail, et après l'accouchement, les visites ou consultations seront faites par le médecin avec la fréquence qu'il jugera nécessaire, et l'attestation sera établie chaque fois. L'accouchement lui-même donnera droit à une allocation dont le montant sera fixé par le Groupement.

Les opérations obstétricales, en cas d'accouchement pathologique, seront prévues sur la liste indiquée ci-dessus.

b) En cas d'accouchement par une sage-femme dans les conditions prévues à l'art. 2, l'allocation ne jouera que jusqu'à concurrence de cinq visites (à partir du 4e mois) avant l'accouchement, et cinq visites après.

c) La durée du repos sera de un mois avant et après l'accouchement ; pour tout repos complémentaire, les douze premiers jours ne seront pas comptés.

Art. 7. — Les consultations entre plusieurs médecins ne donnent droit qu'à l'allocation correspondant à une consultation ou visite simple.

Art. 8. — Lorsqu'il s'agira de la dernière consultation ou visite, le bulletin en fera mention.

Art. 9. — Pour les malades ayant droit aux soins gratuits, pour quelque cause que ce soit, les médecins délivreront un bulletin différent de l'attestation ordinaire, pour permettre la perception de l'allocation journalière.

Art. 10. — Une Commission médicale de contrôle sera instituée pour juger les cas litigieux. Le Groupement et les membres du Syndicat en acceptent d'avance toutes les décisions.

Cette Commission sera composée de trois membres titulaires et de deux membres suppléants, élus par le Syndicat des Médecins.

Les frais des enquêtes et contre-visites demandées par le Groupement seront entièrement supportés par lui.

La méconnaissance des décisions de la Commission entraînera des sanctions qui seront prises par le Syndicat.

Avis sera donné au Groupement des décisions de la Commission et de celles du Syndicat.

Art. 11. — En aucun cas, les membres du Syndicat n'interviendront directement auprès des industriels membres du Groupement pour tout ce qui concerne l'Œuvre d'Allocation-Maladie-Maternité. Par réciprocité, le Groupement n'entretiendra aucun rapport direct avec les membres du Syndicat pris individuellement. Il n'aura de contact, par son secrétaire général, qu'avec le Bureau du Syndicat, ou la Commission de contrôle.

Art. 12. — Le Syndicat des Médecins de l'Oise s'engage à n'accorder son concours à aucune œuvre analogue à celle du G. I. B., à d'autres conditions que celles du présent accord.

Art. 13. — Le libre choix du médecin par le malade libère le G. I. B. de toute responsabilité à l'égard du bénéficiaire, en ce qui concerne la compétence des médecins inscrits au Syndicat ou la façon dont les soins sont donnés.

Art. 14. — Le G. I. B. a la pleine et entière responsabilité du fonctionnement des services administratifs, de l'attribution des sommes allouées, de l'établissement des sanctions qu'il pourrait être amené à prendre contre les bénéficiaires, de la modification des prestations qu'il pourra juger utile.

Art. 15. — Le présent accord a été conclu pour une période d'essai d'un an, du 1er janvier 1925 au 31 décembre 1925.

***

L'idée fait donc son chemin. Je suis assuré que sa force et sa justesse s'affirmeront avec la multiplication des expériences. Aussi, souhaité-je que de semblables actes tendent à se généraliser partout où l'occasion se présentera de les accomplir.

On ne saurait concevoir de meilleur précédent pour la loi sur l'assurance-maladie, dont la mise à l'ordre du jour du Sénat est prochaine.

Que la loi soit finalement votée, cela ne fait aucun doute et personne ne conserve à cette heure la moindre illusion. On verra à l'user si

elle tient toutes les promesses que le Gouvernement et le Parlement prétendent incluses dans son sein. Ce qui importe au corps médical, c'est qu'il puisse échapper au salariat auquel certains projets, s'ils avaient été adoptés, le condamnaient fatalement. On prête au Dr Chauveau, le sympathique rapporteur de la loi au Sénat, l'intention formelle d'introduire dans celle-ci le régime de l'entente directe. S'il en est ainsi, ce que personnellement je désire, il n'aura pas de meilleure plate-forme, pour défendre cette conception, que les contrats collectifs actuellement en vigueur entre groupements médicaux et collectivités, et dont les deux que je viens de publier sont de remarquables prototypes.

R. H. M. S. 6660. G. DUCHESNE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES MÉDECINS ET LE FISC

Par BÉAL (du Mont-Dore).

Si Molière revenait parmi nous, il trouverait dans l'observation des médecins aux prises avec le fisc l'occasion d'un agréable divertissement et sans doute de quelque aimable comédie où nous verrions les prolétaires médicaux transformés par la volonté du législateur en gagneurs d'argent possédés par l'*auri sacra fames*, en dissimulateurs, en fraudeurs et par surcroît en bourgeois thésauriseurs, ces pelés, ces galeux d'où nous vient tout le mal....

Mais que de peine il aurait à reconnaître sous leur actuelle figure ceux dont il fut le génial contempteur ! Qu'ils sont loin, ces médecins à toge noire et à bonnet pointu, débitant des sentences aussi vides que solennelles ! Leurs successeurs ont bien d'autres soucis. C'est à eux que le fisc veut appliquer la formule : *saignare et resaignare*. Dans le même temps où ils leur demandent de soigner gracieusement leur clientèle électorale, les politiciens veulent les considérer et les traiter comme des privilégiés de la fortune. C'est un assez joli paradoxe.

Aussi, quelle levée de boucliers au camp d'Esculape ! Chaque jour nous apporte quelque projet nouveau de défensive et même d'offensive. L'un préconise tel remède. L'autre demande telles représailles. Un troisième conseille purement et simplement le refus de l'impôt.

Tous ont raison peu ou prou. Mais ce qui frappe dès l'abord, c'est le mot de justice toujours présent sous la plume des médecins. Avec quelle foi et quel candide espoir ils l'appellent !

Assurément, cela fait honneur à notre conscience. Cela prouve que, pour les médecins, le droit, la justice, restent d'immortels principes et ne sont pas des mots appelés à changer de sens au gré des événements politiques ou des nécessités électorales. En revanche, cela illustre peut-être moins notre clairvoyance. Le droit ? pour nous mot magique, sacré, vérité intangible. Mais pour nos législateurs, le droit, c'est le droit de faire ce qu'ils veulent. Nous ne devons plus nous laisser éblouir par l'éclat des formules éternelles. Nous avons appris à nos dépens comme elles se ternissent à l'usage. N'avons-nous pas fait pendant cinq ans la guerre « du droit » ? Que dites-vous de la finale ?

Peut-on attendre de ceux qui votent, de ceux qui contrôlent, une équitable solution ? Il serait fou de l'espérer. Ventre affamé n'a pas d'oreilles et Dieu sait si le Trésor présentement crie famine.

Est-ce à dire que le corps médical ou d'une façon plus générale les professions libérales soient rebelles au devoir fiscal ? Il n'y paraît guère si l'on se reporte aux chiffres publiés par le ministère des finances et cités ici-même il y a quelques semaines par M. Martinot. En 1923, la cédule des professions libérales — dites non commerciales — a payé 48 millions. Dans le même temps, la cédule des bénéfices agricoles rapportait au Trésor 24 millions. Ainsi donc 200.000 contribuables — d'après l'évaluation de M. Martinot — ont payé exactement le double des impôts versés par l'immense masse des agriculteurs qui encaissent la moitié des revenus de la France. Et c'est sur nous que pèsent les soupçons ?...

Pourquoi donc sommes-nous choisis, nous, infime minorité, pour être offerts en holocauste au monstre fiscal ? Parce que précisément nous sommes une minorité ? Ah ! si nous formions une imposante cohorte d'électeurs ! Si même nous représentions un faisceau de volontés unies et résolues, remplaçant le nombre par la cohésion ! Malheureusement, le corps médical insuffisamment discipliné, souvent divisé, mal guéri, malgré d'indéniables progrès, de son individualisme égoïste et de son *invidia pessima*, présente une proie facile.

Voyons donc ce qui nous est réservé. Si le projet actuel est définitivement voté, nous devrons indiquer au contrôleur : 1° nos bénéfices bruts ; 2° nos bénéfices nets ; 3° nos dépenses professionnelles. Quelle source de conflits ! Muni de quels éléments un contrôleur peut-il apprécier les dépenses professionnelles ? Sont-elles les mêmes pour tous les médecins ? Ne varient-elles pas d'un praticien à l'autre suivant la ville où il exerce, sa spécialité, son genre de clientèle ? Le Dr Foveau de Courmelles appelait

l'autre jour l'attention sur les radiologues, les dépenses énormes qu'impose leur outillage à transformer, à remplacer sans cesse. Me permettra-t-on de prendre en exemple le médecin de ville d'eaux ?

Je serais curieux d'observer le visage d'un contrôleur quand il lira le déclaration d'un jeune confrère de station thermale à ses débuts. Deux installations, l'une hivernale, l'autre estivale. Quel seigneur en apparence ! Et en regard, quelle déclaration ! le chiffre des dépenses trois fois plus fort que le chiffre des recettes. Voilà une vérité qui, aux yeux du profane, semblera bien peu vraisemblable !

Que fera donc le contrôleur en présence d'une déclaration aussi étrange ? Il devra se renseigner sur l'assujetti — combien ce mot est savoureux ! comme il peint bien ! — procéder à une enquête serrée sur ses dépenses, son genre de vie. Dans le cas présent, que verra-t-il ? Un jeune médecin ne se contentant point de ses résidences d'hiver et d'été, voyageant, parcourant la France et l'étranger. Jugez de son effarement ! Ce promeneur menant une existence de dilettante vient affirmer gravement que son année est déficitaire. Quelle plaisanterie ! Aux questions posées, le confrère objectera : « Tous ces voyages, tous ces frais semés pour une récolte « éventuelle, sont couverts par les libéralités de « ma famille... ou par des dettes contractées. » Croyez-vous qu'il puisse obtenir justice ?

Le compte rendu des débats parlementaires n'en laisse guère l'espoir. Je suis, je l'avoue à ma grande confusion, un lecteur de l'*Officiel*. Aux confrères qui n'en ont pas pris l'habitude, je ne recommande pas cette lecture. Elle est assez peu instructive ; elle est en revanche assez décourageante et peu moralisatrice. A l'une des dernières séances, le ministre des finances expliquait le sens profond de la fiscalité préconisée : « Nous voulons que le contribuable soit tenu, « en cas de désaccord, de faire la preuve de ses « déclarations. Dans l'état actuel des choses, à « un contrôleur qu'a frappé le manque de con- « cordance entre les dépenses et les recettes, un « contribuable peut répondre : j'ai reçu un « cadeau. Dans la législation nouvelle, cette « réponse ne sera pas admise. » Quelle preuve voulez-vous que donne le malheureux confrère à un enquêteur qui ne veut pas croire à d'aussi faibles gains et qui, lui, peut se contenter de déclarer : « c'est faux ! » sans être tenu d'appuyer sa négation sur des éléments précis ?

La plus grande latitude en effet est donnée au contrôleur pour apprécier les signes extérieurs. Quels sont-ils ? Ici, l'imprécision des débats est parfaite. Les signes extérieurs résultent des renseignements (!) recueillis sur le contribuable : loyer, auto, domestiques, maison de campagne, train de vie, voyages, dépenses diverses et aussi, sans doute, sentiments des voisins, racontars, etc. Attention, Mesdames nos épouses ! Pas de bijoux ! Pas de robes étincelantes ! Cachez ces signes que le fisc ne saurait voir, sans en recevoir une ineffaçable impression. Quelle science magnifique de délation, de jalousies déchaînées dans les petites villes ! « C'est le triomphe d'Harpagon ! » s'est écrié un député. C'est aussi le triomphe de l'arbitraire.

Notez bien que l'opinion publique mal éclairée voit notre situation avec une lanterne à verres grossissants. Le contrôleur sera fatalement amené à la suivre. Il y est d'ailleurs encouragé par les directives données. Je n'en veux pour témoignage que les paroles prononcées à la tribune par le rapporteur de la Commission des finances. Avec le plus grand sérieux, il a proposé l'exemple suivant pour les professions libérales : « Prenons, si vous le voulez, le cas « d'un avocat ayant reçu comme honoraires « l'an dernier, 900.000 francs. » Je doute que des chiffres de cette importance soient fréquents au barreau. Mais ce que je sais bien, c'est que dans notre profession, si l'on excepte quelques ténors de la chirurgie, ils apparaissent tout simplement ridicules. Un interpellateur a objecté : « Ne donnez pas au contrôleur des exemples « pareils ; sinon il ne verra autour de lui que « des fraudeurs. » Et quels fraudeurs !

Il faudra donc compter avec l'opinion, avec la croyance assez répandue que notre profession permet des gains miraculeux. Nous avons tous entendu évaluer devant nous les bénéfices de tel ou tel de nos maîtres, de nos camarades et nous savons quelles exagérations naissent de ces calculs improvisés. Ces erreurs ne sont pas toujours l'apanage du public. Le médecin lui-même quelquefois les partage.

Qu'on me permette encore un exemple thermal. Chaque année, nous entendons faire dans notre station le calcul des honoraires médicaux soit par nos clients, soit par nos confrères étrangers. Tous mes camarades savourent comme moi, annuellement, le raisonnement suivant qui obtient toujours parmi nous le même succès de gaité. Le voici dans toute sa simplicité, son ingénuité et son apparente rigueur : « Dans cette station tant de malades, tant de médecins, tant d'honoraires par unité. Total : tant. » A ce chiffre, le confrère installé depuis un mois gagne au moins cent mille francs ! Les plus anciens doublent ou triplent ce total. C'est le pactole. Dieu, qui permis à nos sources de jaillir de la terre pour apaiser les asthmatiques, pourquoi n'as-tu pas fait couler aussi pour ceux qui les soignent un pareil fleuve d'or ?

D'où vient donc cette fallacieuse renommée ? Elle est née des illusions du public. Elle est aussi parfois entretenue par nous-mêmes. N'avez-vous jamais entendu des confrères parlant de

leur situation et exagérant quelque peu leurs profits ? Il y a chez nous comme ailleurs des gens qui « bluffent » en tout, sur tout, partout. Il y a le « bluff qui vient du caractère de l'individu et l'on en voir maint exemplaire. Il y a aussi cette forme qu'on pourrait appeler le bluff réaction de défense. Dans son livre si remarquable « Les défauts, réactions de défense », Charles Fiessinger nous montre l'homme luttant non seulement avec ses qualités, mais aussi avec ses défauts : « Les médiocres ambitieux se défendant « par la méchanceté, les faibles par la bouderie, « les sots par l'entêtement, les jaloux par la « calomnie ; armes de qualité douteuse certes, « mais dont la portée atteint son but .» De même, le jeune médecin croira parfois nuire à sa réussite en étant sincère. Il sera tenté de masquer les inquiétudes des débuts dans la carrière en affichant bien haut des succès imaginaires.

Ceci me remet en mémoire une histoire qui m'advint, il y a quelque quinze ans. L'un de mes maîtres m'avait adressé à l'un de ses amis avec une lettre de recommandation. Questionné sur ma première saison thermale, je répondis très simplement la vérité et quelques jours après, mon vieux maître me reproche doucement : « Qu'avez-vous raconté là, à mon ami X ? Il « ignore tout des difficultés de la médecine de « ville d'eaux. Il en a été impressionné. Il n'osera « pas confier ses malades à un confrère qui a « une aussi petite clientèle ! » J'avais pourtant exposé la vérité, telle qu'elle fut pour moi, telle qu'elle fut pour tous, telle qu'elle sera toujours au début d'une carrière thermale. Etait-ce maladresse ? Je ne sais. Ceci est affaire de réaction individuelle. En tous cas, le réflexe de défense, chez moi, n'avait pas joué. Eût-il été plus habile de peindre la réalité sous des couleurs plus riantes ? C'est bien possible. Mais c'est ainsi que le médecin peut contribuer parfois à créer sa légende.

De tous ces éléments ligués contre nous, nous risquons fort d'être les victimes. Comment donc nous défendre ? Je ne vois pour ma part qu'un remède : c'est l'union. Nous ne sommes pas le nombre. Nous n'avons donc pas pour nous cette protection naturelle contre un législateur dont tous les efforts sont tendus non pas vers la saine compréhension des choses, non pas vers la solution équitable, mais vers la réélection. Isolés, nous ne pouvons rien. Unis, nous pouvons représenter une force considérable. Il faut en finir avec l'individualisme qui nous tue. Il est indispensable que les médecins forment un groupe compact. Seuls, les indésirables de la profession doivent rester en dehors de nos associations, de nos sociétés, de nos syndicats : ce sera même une excellente façon d'épurer le corps médical.

Malheureusement, trop de confrères restent encore en dehors des organisations qui, seules peuvent les sauver du fonctionnarisme comme de l'arbitraire. Quelles raisons déterminent leur éloignement ? Il y en a plus d'une : les multiples occupations de la vie médicale, l'indépendance chère au cœur des praticiens, mais surtout le manque de foi dans l'union et la force qu'elle donne. Je dirai ici un mot d'un argument qui n'a pas grande valeur à mes yeux, mais qu'il faut bien combattre, car il procède de la logique du sentiment, laquelle, comme chacun sait, est autrement puissante et entraînante que la logique de la raison. Que de fois n'ai-je pas entendu : « A quoi servent vos syndicats, vos sociétés, vos parlottes diverses ? A mettre en valeur quelques arrivistes, à faire distribuer des décorations ou des faveurs à des ambitieux en mal de réclame ? ».

Je ne dis pas que cela soit impossible. Je connais plus d'une rosette qui eut cette étiologie. Mais le précepte *ab uno disce omnes* serait ici souverainement injuste. En voulez-vous de vivantes preuves ? Jetez les yeux sur la rédaction de ce journal. Vous y verrez des confrères qui, depuis de longues années, vivent pour réaliser l'idée syndicale, pour faire l'union entre les médecins, sans autre but que la satisfaction d'un succès qui s'affirme chaque jour davantage. L'un d'eux, dégagé de toute obligation militaire, a tenu à rester mobilisé pendant les cinq ans de guerre. Le ruban rouge lui a été donné il y a quelques semaines, quand tout le monde a été servi. S'il en avait eu la moindre envie et fait la plus élémentaire démarche, peut-on supposer qu'il n'eût pas reçu il y a vingt ans cette distinction qui a fait rougir sa modestie plus encore que sa boutonnière ! Que dirai-je de plusieurs autres confrères, animateurs de ce journal ? Que d'efforts n'ont-ils pas déployés pour le bien de tous, que de temps n'ont-ils pas consacré aux questions médicales ! Songent-ils cependant à réclamer un ruban pour prix de leurs services ? N'est-il pas de même dans plus d'un de nos syndicats et à leur Union ? Nous avons des apôtres parmi nous. Sachons nous servir d'eux. L'isolement à cette heure est la pire des imprudences.

Je n'ai pas la naïveté d'espérer que nous échapperons totalement à l'emprise de l'étatisme, pas plus qu'aux griffes du fisc. Nous ne les redoutons pas. Ce que nous voulons éviter, c'est l'arbitraire, la fantaisie. Contre les prétentions d'un contrôleur hargneux, jaloux, ou tout simplement ignorant des nécessités de notre métier, il faut nous protéger. Il ne faut pas que l'auto par exemple soit, au gré du fisc, là un instrument de travail, ailleurs un instrument de plaisir. Dans les villes importantes, il ne faut pas que le médecin se voie reprocher de verser à son propriétaire un trop gros loyer ! luxe inutile

sans doute aux yeux d'un contrôleur malveillant. On pourrait citer mille autres exemples.

C'est là qu'apparaît la nécessité absolue de l'association. Notre éducation est à faire au point de vue fiscal. Le premier point est en effet de savoir ce que nous devons déclarer, ce que nous pouvons déduire. Nous aurons constamment besoin de conseils sur cette route qui change d'une loi à l'autre.

Pour les recettes, pas de difficultés. Il est aisé d'en dire le total. Mais si ce chiffre est contesté, quelle doit être notre conduite ? Ouvrir nos livres ? Que devient alors le secret professionnel ? Si le conflit porte sur nos dépenses, aurons-nous des reçus sanctionnant tous nos gestes de l'année ? Devrons-nous avoir à demeure chez nous une secrétaire dactylo affectée au service de la fiscalité ?

Mettre au point toutes ces questions sera la besogne de nos sociétés. Ce n'est pas le devoir fiscal qui est malaisé à pratiquer. C'est la science fiscale qui devient difficile à acquérir. Dans chaque département, chaque ville, le syndicat demandera à ses adhérents d'adopter une ligne de conduite unique, définira exactement ce qu'il faut entendre par frais professionnels, établira un cadre des dépenses admises par le fisc où chacun notera en regard ses chiffres personnels. La liste en est longue ; elle se modifie d'ailleurs suivant la spécialité ; elle varie selon qu'il s'agit de ville, de campagne, de station thermale, etc. En revanche, les médecins de telle agglomération, les praticiens de telle spécialité sont chacun dans leur sphère soumis à des obligations un peu semblables. Leurs syndicats n'auront pas de mal à faire le plan de leurs déclarations. Tous, nous avons des frais communs : loyer, part des salaires domestiques afférente à la profession ; entretien des locaux ; chauffage et éclairage ; entretien et renouvellement du matériel chirurgical ou spécial à chacun de nous, en comprenant la totalité s'il s'agit de petites sommes et l'amortissement s'il est question de sommes importantes ; livres, mobilier, frais de bureau, abonnements aux journaux et revues, assurances et impôts professionnels, cotisations aux sociétés diverses, frais de déplacement, c'est ici, mes chers confrères de villes d'eaux, que nous, les chevaliers errants du thermalisme, nous aurons une belle page à écrire... et à discuter sans doute. Que sais-je encore ? De plus autorisés que moi compléteront cette énumération. Le *Concours médical* sera là pour nous éclairer et nous guider.

Ne nous y trompons pas, en effet : nous risquons d'être attaqués plus d'une fois moins pour les chiffres avancés par nous qu'en raison de la catégorie des dépenses admises par tel agent du fisc, rejetées par tel autre.

Une justification précise, présentée dans un ordre inflexible pour tous, nous sera d'un grand secours. D'autre part, est-il besoin de rappeler le respect du fonctionnaire pour tout ce qui est syndical et l'impression que fait sur lui ce mot prestigieux ?

Agissons donc avec méthode et avec ensemble. Si nous restons isolés, nous serons soumis aux pires fantaisies. Nous sombrerons non seulement dans l'injustice, mais dans le ridicule. Nous serons gentiment détroussés et nos cris d'indignation ne nous vaudront que les rires du public. Nous aurons notre place toute marquée dans les revues de fin d'année. Près de Knock, quelque Molière moderne, avec moins de génie, nous mettra à la scène où nous figurerons « le Nouveau Riche Imaginaire » ou « le Capitaliste malgré lui. »

R. H. M. S. 5560.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1° Hospitalisation et demi-salaire ; 2° Qui doit payer les frais de garde à domicile ? 3° Qui doit payer les accessoires de pharmacie (bassin, etc.) ?

Un de nos confrères est appelé à donner ses soins à un blessé, qui, tombé du 2e étage, atteint de fractures de côtes, avec plaie du poumon et emphysème sous-cutané, est transporté, sans connaissance, à l'hôpital le plus proche.

Vingt-quatre heures après, le malade demande à rentrer chez lui ; 1° s'il était resté à l'hôpital, son patron était-il tenu à lui verser son demi-salaire ?

2° La gravité de son état nécessita la présence d'un garde-malade, pendant trois semaines, ainsi que l'achat de divers accessoires de pharmacie (bassin, rond de caoutchouc, etc.).

Ces frais de garde et d'accessoires sont-ils à la charge du chef d'entreprise ?

1° En cas d'hospitalisation, l'ouvrier continue à toucher son demi-salaire : l'article 4, § 3, de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, décide que le chef d'entreprise est tenu des frais d'hospitalisation, *en sus* des obligations contenues à l'article 3 (demi-salaire, etc.).

2° Très délicate est cette question, parce qu'elle s'appuie surtout sur des considérations de fait.

Un jugement de paix d'Amplepuis, du 3 mars 1909 (Recueil du Ministère du Travail, XI, 21) décide que le patron est tenu des frais de garde indispensables, surtout quand l'ouvrier n'a pas refusé d'entrer dans un hôpital. Dans le même

sens, Justice de Paix de Massac, 14 avril 1911 (Recueil du Ministère du Travail, XV, 12).

Mais en sens inverse :

Tribunal civil de Saint-Etienne, 21 octobre 1910 (Rec. spéc. acc. 1921, 253) estime que, dans le silence de la loi, le patron n'est pas tenu de rembourser à l'ouvrier le coût des soins donnès à celui-ci à son domicile particulier, par une garde-malade.

Le tribunal civil d'Yvetot, 8 décembre 1904 (Rec. spéc. acc. 1909, 197) a décidé que les frais médicaux ne comprennent pas les frais de garde à domicile, réclamés par l'ouvrier qui allègue que sa femme a dû cesser tout travail extérieur pour le soigner.

Un arrêt de la Cour de Douai (1re chambre), 8 mai 1923. Rec. Douai, 1923, 224) casse un jugement du tribunal civil d'Avesnes, du 18 janvier 1923.

« Attendu que le tribunal a admis la partie du compte afférente aux frais de garde, ces frais de garde lui semblant rentrer dans les frais de maladie, alors que le patron serait, selon le jugement dont est appel, tenu à tous les soins qu'exige normalement l'état du blessé ;

« Mais attendu que l'article 2 de la loi du 9 avril 1898 restreint les pouvoirs d'appréciation et d'assimilation du juge, quant aux charges de l'employeur, que l'article 4 de la même loi, dont les termes sont strictement limitatifs, n'impose au patron paiement, en outre du demi-salaire et des prestations de l'article 3, que des frais médicaux, frais pharmaceutiques, frais d'hospitalisation, frais funéraires, s'il y a lieu ; que si M. eût été traité dans un hôpital, son patron eût dû payer des frais d'hospitalisation, qui eussent compris une certaine proportion de frais de garde ; mais que l'hospitalisation de M. n'ayant pas été réalisée, le Tribunal qui n'a pas admis en compte les frais de blanchissage à domicile non énoncés par la loi, ne pouvait davantage admettre en compte les frais de garde qui ne sont pas davantage énoncés par la loi ;

« Que s'il est articulé et offert en preuve par la dame M., intimée, que son mari n'a pu être admis à l'hôpital, faute de place, et a dû être transporté à son domicile, pour recevoir les soins que nécessitaient son état, la preuve offerte n'est ni pertinente, ni concluante, n'étant pas articulé qu'au cours de la longue et douloureuse maladie, qui suivit l'accident, durant quinze mois et quelques jours, l'hospitalisation de M. n'a cessé d'être demandée, sans jamais pouvoir être obtenue et qu'il n'échet pas, pour la cour, d'ordonner l'enquête à laquelle il est conclu par l'appelante. »

Dans son Traité sur les accidents du Travail (6e édition, 612) M. Sachet estime que c'est à bon droit que le patron peut refuser d'acquitter le salaire d'une garde-malade, dont l'assistance n'aurait été rendue nécessaire que par le refus injustifié de l'ouvrier d'entrer dans un hôpital.

Mais, de ces textes précités, faut-il en conclure que, dans tous les cas, les frais de garde à domicile doivent être refusés à l'ouvrier et laissés à la charge de ce dernier, sans jamais être mis au compte du chef d'entreprise ?

Personnellement, je ne le crois pas : c'est question d'espèce.

En effet, M. Sachet, conseiller à la Cour de Cassation, tout comme la Cour de Douai, estiment que, dans le cas où l'ouvrier se refuse d'entrer à l'hôpital, il doit supporter les frais de garde à domicile.

Cependant, aucun texte n'oblige l'ouvrier à se faire admettre dans un hôpital : il est toujours libre de choisir son médecin et, par conséquent, il a parfaitement le droit de recevoir les soins d'un docteur qui, n'étant pas attaché à un établissement hospitalier, ne peut le soigner que chez lui.

Obliger la victime à entrer à l'hôpital serait violer le principe du libre choix du médecin contenu dans la loi sur les accidents du travail.

Il est bien évident qu'ici encore, des situations particulières peuvent se produire, surtout si le blessé se refuse à suivre les conseils médicaux autorisés, qui l'engagent à entrer dans un établissement spécial (hôpital, ou clinique privée) pour y guérir beaucoup plus vite, ou pour y subir une opération, impossible à mener à bien à domicile.

En second lieu, comme le constate l'arrêt précité de Douai, en cas d'hospitalisation, le chef d'entreprise aurait dû payer ces frais de séjour, qui comprennent les frais de garde et de surveillance.

Or, dans quelques cas, rares il est vrai, cette surveillance, par une garde-malade, doit être considérée comme faisant partie intégrante du traitement médical, et, nous appuyant sur un arrêt de Cassation (chambre civile) du 16 mai 1911 (*Gazette du Palais*, 14 juin 1911), on peut estimer que l'insertion au tarif ministériel de la plupart des actes médicaux les plus fréquents n'a eu pour but que de réduire au minimum les difficultés des règlements, pour les médicaments et les soins les plus usuels, qui s'y trouvent portés.

Pour tous les autres, qui, en principe, doivent rester à la charge du chef d'entreprise, l'ouvrier conserve son action contre son patron mais cette action reste soumise au droit commun, quant au pouvoir du juge d'admettre ou d'écarter la réclamation. D'ailleurs ce principe avait déjà été implicitement contenu dans un arrêt antérieur de la Cour de Cassation du 21 décembre 1909 (*Gaz. Pal.* 1910, 1, 101).

Aussi, dans le cas particulier qui nous est soumis, le juge devra, pour savoir s'il y a lieu

d'accorder à l'ouvrier le remboursement, par son patron, des frais de garde à domicile, s'enquérir des motifs qui ont décidé la victime à sortir de l'hôpital dès le lendemain de son admission. Est-ce l'ouvrier, qui s'est refusé à rester dans l'établissement ? Sont-ce les médecins ou l'administration hospitalière, qui ont jugé à propos de signer l'exeat ? N'y avait-il plus de place dans l'établissement ? L'état pulmonaire du blessé exigeait-il la sortie de l'hôpital pour que la victime ne soit plus dans l'air infecté, mais, en campagne, dans un air pur ? Y aurait-il eu des craintes de contagion ? de tuberculose par exemple, tuberculose facile à se développer chez un tel blessé du poumon ?

Dans l'intérêt de la guérison du blessé, il était peut-être indiqué de faire retourner le malade chez lui et de l'y faire surveiller par une garde, étant donnée la gravité de son cas. Donc, question d'espèce qui permettra de faire dire au juge du fait si ces frais de garde doivent, ou non, être considérés comme étant l'accessoire nécessaire du traitement.

Il en est de même pour les frais pharmaceutiques, comme des dépenses engagées pour certains appareils hygiéniques. En principe, ne doivent être mis à la charge du chef d'entreprise que les médicaments inscrits sur la nomenclature arrêtée par le Ministre du Travail. Un urinal, un bassin de lit ne sauraient être imputés au compte du chef d'entreprise responsable. Mais il en serait tout différemment d'appareils ayant servi au traitement lui-même et nécessités par le mode de thérapeutique du praticien.

Dr Paul BOUDIN.

LETTRE OUVERTE AUX MÉDECINS DES STATIONS THERMALES [1]

Au fond de la campagne où je me suis retiré pour jouir d'un peu de repos au cours des vacances, je viens de recevoir, en moins de quinze jours, exactement cinq lettres de malades que j'avais envoyés aux eaux dans diverses stations thermales et qui, toutes les cinq, sont conçues en termes à peu près identiques ; voilà ce qu'elles disent en substance :

« Cher docteur, vous avez eu l'obligeance de me remettre, avant mon départ pour X..., une lettre pour le médecin auquel vous m'adressiez, mais je dois vous avouer que je n'en ai pas fait usage et je viens humblement vous le confesser. Comme c'est la troisième fois que je vais à X... et que chaque fois le docteur Z... à qui vous m'aviez recommandé, m'a prescrit le même traitement, j'ai conservé ses ordonnances et je les suis à la lettre cette année comme les précédentes, mais sans être allé le voir, car cela m'a paru complètement inutile ».

Et voilà ! Si parmi tous ceux que j'ai envoyés aux eaux, jugeant que le traitement thermal leur était nécessaire, il y en a cinq qui ont eu le scrupule de m'aviser qu'ils n'avaient pas vu le médecin qui les avait déjà soignés, combien y en a-t-il qui ont fait de même sans me le dire ? Et c'est tous les ans la même chose, et si je prends la plume aujourd'hui à ce sujet, c'est parce que je suis navré de cet état de choses et que je souhaite vivement qu'il cesse de se produire.

Je me place ici au seul point de vue du client et nullement à celui du médecin d'eaux. Je sais que des campagnes ont déjà été faites où l'on disait à ce dernier qu'il négligeait ses propres intérêts en ne faisant pas des prescriptions suffisamment variées pour retenir ses clients, qu'il perdait toute une clientèle et par suite des honoraires intéressants. A cela il fut répondu fort justement que cette considération ne devait pas entrer en considération et que le médecin d'eaux ne voulait pas, pour ce but mercantile, varier complaisamment ses prescriptions et suivre ainsi l'exemple assez charlatanesque donné par les médecins boches. Je suis tout à fait de cet avis et je félicite les médecins qui ont ainsi répondu.

Mais ce que je regrette, c'est que dans l'intérêt bien compris des malades, les médecins de nos stations thermales ne fassent pas l'effort suffisant pour retenir des sujets, qui, en réalité, ont absolument besoin de leurs soins et qui risquent quelquefois leur vie en ne retournant pas les consulter et en suivant les prescriptions données les années précédentes. Les exemples sont nombreux de malades voulant agir par eux-mêmes, qui meurent d'avoir pris une trop grande quantité d'eaux de lavage ou d'avoir bu l'eau de la source qui ne leur convenait plus. Nous savons tous les dangers d'une telle pratique qui peut amener une élévation brusque de la tension artérielle et la rupture d'un vaisseau, mais le malade veut les ignorer et quoiqu'on lui dise pour le prévenir, il se répète que ses ordonnances n'ayant pas été modifiées les années précédentes, le médecin lui est pour toujours inutile.

Je ne discute pas cette mentalité, il suffit qu'elle existe pour qu'on cherche à la combattre, car elle s'étend de plus en plus, ainsi que je puis le constater chaque année. Or, je le fais remarquer, elle est due en grande partie à l'extrême probité de notre corps médical des stations thermales qui ne voit pas utile de modifier une prescription qui reste en valeur. Cette manière de faire est tout à son éloge, mais il n'est pas moins vrai qu'elle a des résultats fâcheux pour le malade qu'elle habitue à se passer de soins qui lui sont toujours nécessaires.

Où est le remède ? Je sais de qu'on a proposé

(1) *Gazette des Praticiens*, 15 août 1924.

ne délivrer la carte donnant accès à l'établissement thermal et aux buvettes que sur la vue d'une ordonnance médicale. C'est là un excellent moyen pour préserver les baigneurs contre leurs propres imprudences. Peut-être pourrait-il être mis en pratique, mais il présente l'inconvénient d'être une sorte de mesure de police et, en France, on n'aime pas tout ce qui paraît être une obligation. D'autre part il faudrait pour cela une entente avec les administrations des Sociétés thermales et elles peuvent avoir des raisons d'agir autrement.

Reste donc à modifier le rôle du médecin.

Or, je crois que tout en obéissant à sa conscience et en suivant scrupuleusement les indications thérapeutiques fournies par l'examen du baigneur, le médecin qui le soigne aux eaux peut trouver toujours dans son état des modifications, fussent-elles légères, qui sont susceptibles d'impliquer des modifications de traitement. Il peut chercher dans la gamme des sources et dans la variété des pratiques externes le moyen d'adapter une ordonnance nouvelle à un état nouveau. En effet, le baigneur, qui a un an de plus et qui a souvent continué à suivre une hygiène défectueuse, n'est jamais identique à ce qu'il était un an plus tôt. C'est là ce qui nous amène, nous les médecins traitants, à changer souvent nos prescriptions et à renvoyer nos clients aux eaux avec une nouvelle lettre pour le confrère qui l'y a déjà soigné.

Il y a donc là tous les éléments d'un changement, si minime soit-il, de traitement. Pourquoi ne pas les utiliser ? Le moral du malade en sera agréablement affecté ; il se jugera très bien étudié, sa confiance en sera augmentée et sa foi en sa guérison beaucoup plus forte. Or, qui ne sait que le relèvement du moral est un des meilleurs éléments de succès.

Et de cette façon le baigneur qui retourne aux eaux qui lui ont fait du bien retournera toujours auprès de celui qui a contribué à cette amélioration. Il lui apportera une confiance nouvelle et ne s'exposera pas à suivre par lui-même un traitement susceptible de lui nuire dans bien des cas. Je suis convaincu que tout le monde s'en trouverait bien, car le corps médical lui-même y gagnerait en considération et le malade en santé.

Prof. G. Lemoine.

AUTOUR DES THÉATRES

Excellente tenue d'ensemble de la saison théâtrale confirmant tous les espoirs de la rentrée, et facilitée par l'afflux toujours croissant du public qui paraît disposé, de plus en plus, à donner n'importe quel prix pour n'importe quoi, dès lors qu'il ne s'agit pas d'honoraires médicaux.

Toute la Presse s'est saisie de la question des MÉDECINS DE THÉATRE : Abel FAIVRE a ajouté à la collection des dessins que cette idée a inspirés, une de ses pages à la fois satirique et spirituelle, et il apparaît que la note exacte et peut-être définitive, a été donnée par Antoine dans *Le Journal* par la publication d'une lettre de M. Alphonse Franck, président de l'Association des directeurs de théâtre : « Le premier paragraphe de cette lettre, « dit Antoine », garantit la continuation du Service médical et « reconnaît sa nécessité ; qu'on l'organise comme on « voudra, s'il fonctionne d'une façon satisfaisante, « le public se fiche du reste ».

C'est qu'en effet, du côté des directeurs comme du côté des médecins, le premier à ne pas oublier, c'est le public. Dès lors que les directeurs sont décidés à ne pas l'oublier, il y a encore en présence trois sortes d'intérêts bien distincts : d'abord l'intérêt des directeurs qui comprend deux éléments, élément moral consistant à être « maître chez soi », donc à demeurer maîtres d'organiser, dans leur théâtre, un service médical à leur guise et sous leur responsabilité en s'adressant, de la manière qu'il leur plait, aux médecins de leur choix ; et élément matériel consistant à prendre les dispositions les moins onéreuses possibles pour le bon fonctionnement du Service ; puis, l'intérêt des médecins appartenant aux groupements de médecins de théâtre y compris le Syndicat ; et, enfin, celui des médecins non syndiqués qui offrent d'assurer le Service sans dresser, en permanence, en face des directeurs, cette puissance syndicale qui les offusque.

Que devient, dans tout cela, le public ? Puisque tout le monde est d'accord pour que les soins lui soient assurés dans les meilleures conditions, c'est évidemment aux pouvoirs publics qu'il appartient de déterminer ces conditions. Il est normal de prendre les convenances des directeurs, il ne l'est pas moins de prendre l'avis des médecins et notamment de ceux qui ont l'habitude des interventions urgentes et rapides telles qu'elles se produisent au cours d'une représentation.

J'estime qu'il faudrait d'abord déterminer avec les médecins compétents les nécessités techniques et les éléments exacts du problème, puis on demanderait aux directeurs de théâtre des propositions sur les moyens d'exécution les meilleurs ; enfin le préfet de police trancherait .... Mais n'eût-il pas été préférable de ne pas soulever, sans grande nécessité, ce gros lièvre qui risque de ne pas sortir du bois par la bonne porte et de priver un certain nombre de médecins du plaisir d'aller au théâtre dans des conditions, telles qu'elles étaient, déjà fort acceptables .... quand on ne parlait pas de droit syndical aux directeurs de théâtre, le médecin de service était toujours bien accueilli lorsqu'il demandait à revoir la pièce au cours de laquelle il avait été dérangé, et bien souvent quand le spectacle changeait, on le considérait comme faisant partie de la maison lorsqu'il se présentait en ami ....

Faut-il ajouter qu'il serait injuste de dire « *quantum mutatus* » ...... à part quelques exceptions réservées à ceux d'entre nous qui n'ont pas l'habitude ......, du contrôle !

Et ceci dit, la saison actuelle est tellement belle et vivante qu'il suffit de frapper à la porte de n'importe quel théâtre pour être certain de passer une bonne soirée ...... je n'ai pas encore rencontré d'exceptions.

L'Opéra a somptueusement monté « Nerto », l'œuvre de M. Ch. M. Widor dont le livret est de M. Maurice Léna : Nerto apprenant que son père, le Baron Pons a vendu son âme au diable pour payer ses dettes, part au hasard en Avignon où elle rencontre le beau Rodrigue, le propre neveu du Pape. En apprenant d'elle-même sa misérable situation, Rodrigue la présente au Pape qui passe justement par là et qui la confie à des religieuses dans le couvent desquelles, Rodrigue, devenu au premier coup d'œil, amoureux fou de Nerto, ne tarde pas à pénétrer. Nerto ne voulant pas l'entraîner dans sa damnation lui déclare — par amour — qu'elle ne l'aime pas, et s'enfuit. A son tour, Rodrigue ayant vendu son âme au diable, entre au Palais des Sept péchés capitaux, et c'est dans ce château magique, au milieu de toutes les séductions, que le retrouve Nerto, qui, maintenant, le veut à tout prix. Et quand sonne l'heure où Rodrigue doit livrer son âme, c'est avec la garde en croix de son épée qu'il met le diable en fuite et .... nouveau miracle, au milieu des Anges, la Sainte-Vierge, oubliant qu'ils avaient accepté d'être damnés pourvu que ce fût ensemble, vient leur ouvrir les portes du Ciel.

On imagine aisément quel parti magnifique de mise en scène, M. Rouché a pu tirer de ce riche canevas et quelles séductions le ballet de l'Opéra a pu exercer dans le château magique où tourbillonnent tous les vices.

Dans le rôle de Nerto, Mme Fanny Heldy fut admirable en tous points, par la voix et par la prestance. M. Trantoul chanta de façon parfaite cette partition très dure.

Au Théatre Marigny, *Un petit nez retroussé* est une véritable soirée de fou rire et du plus spirituel ; au Studio des Champs-Elysées, à *l'Ombre du Mal* est quelque peu déconcertante. C'est la relativité de la justice et de l'injustice par la mise en pratique comme « juste » de tout ce que nous sommes habitués à regarder comme injuste. M. H. R. Lenormand a situé sa pièce dans l'atmosphère coloniale, l'atmosphère des Terres chaudes, titre sous lequel il fit jouer autrefois, au Grand Guignol, une première version de la même pièce.

Au Grand Guignol, M. Camille Choisy a repris le *Chemin de Ronde* : de Robert Francheville, un « Marsouin » monte la garde auprès du mur d'enceinte d'une prison de femmes ; une prisonnière, Margot, saute le mur et veut le séduire, mais entendant venir une ronde, le petit soldat s'affole et la tue. Il sera nommé caporal ! Dans *Madame, je vous aime*, Serge Veber présente une maman toute jeune qui n'hésite pas à prendre la défense de son grand fils trop timide, auquel un vilain camarade veut chiper toutes ses maîtresses ; enfin, une pièce nouvelle, *Suivez-la, jeune homme*, de M. Maxime Girard : c'est la coquette qui entraîne jusque chez elle un suiveur convaincu et distingué, afin de le présenter à son mari et celui-ci, resté seul avec son rival, lui demande des avis sur les manières de suivre les femmes, puis laissant la sienne se tourmenter de l'issue de la discussion, part de suite pour appliquer ce qu'il vient d'apprendre.

Une des meilleures soirées de la Saison, est celle qu'on passe au Théatre Antoine : *Pile ou Face* de M. Louis Verneuil est, faut-il le dire, une pièce gaie. Sous le nom de Jean sans père (M. Louis Verneuil), le fils unique du Comte de Varigny (M. André Lefaur), gentilhomme millionnaire, hante à Montmartre où il vit pauvrement avec une délicieuse amie Maïca (Mme Elvire Popesco) étudiante en médecine roumaine, qu'il aime et qui l'adore. Un huissier, au cœur tendre, Delabudelière qui a prêté de l'argent au jeune couple, tente d'apitoyer le Comte de Varigny qui offre 500.000 frs à son fils et son pardon s'il consent à épouser, dès le lendemain, une jeune fille de Montluçon.

Après une scène dans laquelle il lui promet de divorcer de suite, Jean sans père s'en va, l'âme en deuil, vers le mariage, cependant que l'huissier explique à Maïca les lenteurs forcées du divorce. Elle décide dès lors d'accepter les offres d'un vieux Monsieur qui vient l'attendre à la sortie de la Faculté, et de se donner à lui vite pour que son Jean puisse revenir très vite et être de nouveau à elle encore plus vite.

Elle le lui télégraphie, et voici qu'elle n'a pas le courage d'aller jusqu'au bout et ne sait que raconter sa vie au vieux Monsieur ..... qui est justement le père de Jean ... et qui lui donne en dot, afin d'épouser son fils, le petit hôtel dans lequel il l'a reçue et qui ne servira plus de garçonnière.

Il faut féliciter sans réserve les acteurs de cette pièce. M. Louis Verneuil joue lui-même avec un incomparable brio le rôle de Jean sans père. Mme Elvire Popesco est une Maïca charmante, pleine de naturel, d'entrain, d'allant ; elle ne joue pas cette pièce, elle la vit ; c'est une très grande artiste et il n'est pas d'autre qualificatif à donner à M. André Lefaur qui stylise le Comte de Varigny de la plus élégante et noble façon qui se puisse.

A la Chaumiere, entrain, gaieté, esprit à vendre et à revendre à la sortie, double régal de tours de chant ; une Revue, la bonne tradition.

Après Joussain, après Wyl (ce vieux sergent de « Wyl » comme l'appelait ailleurs Gabriello), Bertier renoua agréablement avec les anciennes coutumes

par une romance et un pot-pourri où passèrent les airs des vieilles opérettes. Puis, sa dernière note ténorisante achevée, Simone MELVILLE, délicieusement ingénue, prouva qu'on pouvait faire plus aigu encore. Quelques crans par-dessus ou par-dessous, comme il vous plaira, et arriva Gabriello qui déchaîna le fou-rire en s'excusant de n'être que Français ! Paul Weil et Jacques Ferny dosèrent le sel qu'il faut mettre dans la préparation d'une bonne chanson politique. Ils s'y entendent remarquablement. Et pour la fin, MARTINI ! Martini le souriant, l'épanoui !

La Re vue « *Une Chaumière et un Chœur* » est un agréable mélange de scènes drôles et sérieuses, toutes charmantes. Il faut signaler celle où l'ex-caissier de l'Opéra-Comique est visité dans sa prison par MM. Ricou et Masson. Celle de Deauville, ville d'eau et de l'Ecole des . . . Cocrottes. Dans une note plus émotive, c'est Pierrot venant démontrer à Colombine, qui a un faible pour les hommes forts et sportifs, que l'Amour est plus puissant que tous les sports.

Et comme finale, le chœur antique de la Comédie-Française, en caleçon, allant jouer « les Sentiers de la Vertu ». J'ai vu là dans ce simple appareil, qui les change un peu, les plus grands de ces Messieurs et de ces dames de la Comédie Française.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

UNE ENQUÊTE SUR LE DOMAINE DE LA MÉDECINE

Un de nos distingués confrères lyonnais, M. le Dr René Biot, nous adresse le programme de la Section médicale et biologique du Secrétariat catholique du Sud-Est (Lyon, 16, rue du Plat). Ce programme a pour titre :

Quelle est l'extension vraie du domaine de la médecine ?

« Ne pensez-vous pas, nous écrit le Dr R. Biot, que « vos lecteurs seraient contents de le connaître. « Qu'ils partagent ou non les idées qui animent ce « programme et le font cheminer de question en « question, cela ne peut laisser indifférent aucun mé- « decin que ces sujets viennent en discussion. La for- « me interrogative donnée au titre de chaque confé- « rence laisse le lecteur libre de conclure dans le sens « qu'il veut, mais l'oblige à réfléchir.

« Il me semble que si le *Concours médical* publiait « ce programme, il y aurait un pas de plus fait sur la « route de la formation intellectuelle personnelle des « médecins. Vous faites un effort si magnifique dans « ce sens pour que le médecin soit lui-même et non « un rouage passif d'une collectivité que je suis pres- « que assuré d'avance de votre accueil ».

Nous n'hésitons pas à publier ce programme. Nos lecteurs savent que nous avons ici l'esprit assez libre pour aborder toutes les questions d'ordre médical en toute indépendance, quelle que soit la manière dont elles sont présentées. Syndicalistes convaincus, nous ne croyons à l'avenir des syndicats médicaux que si leurs membres veulent bien étudier, réfléchir et créer librement une opinion médicale sur toutes les questions qui nous intéressent.

***

La série des échanges de vue, cette année, aurait pour but de nous permettre de préciser nos idées sur ce point.

Elle servirait ainsi de base aux études que nous pourrions faire les années suivantes. Aucune question plus immédiatement pratique ne peut être résolue en effet, avant que soit nettement défini ce qui est du domaine de la médecine, où commence et où finit son rôle.

Il y a donc lieu de faire, en quelque sorte, notre propre inventaire.

C'est à dessein qu'il se présente sous une forme interrogative.

Chaque séance comportera d'abord un exposé très bref du problème, le rapporteur fournira la documentation, rappelant les divers aspects de la question, les principales idées émises sur le sujet, les motifs avec lesquels on les soutient. Ces matériaux une fois apportés, les avis seront échangés.

I. — PEUT-IL ÊTRE ADMIS COMME PRINCIPE DE RECHERCHES QUE LA MÉDECINE VOIE ENTRER DANS SON DOMAINE TOUT CE QUI INTÉRESSE LA SANTÉ DE L'HOMME, SOIT A CONSERVER, SOIT A RECOUVRER ?

Un médecin a-t-il le droit de considérer un fait quelconque qui se rapporte, même de loin, à l'homme, comme ne se rapportant pas à sa profession ?

Y a-t-il, des faits extramédicaux ?

Il ne s'agirait pas ici de faire l'inventaire de ce qui, dans le monde entier, peut entrer en relations avec l'homme, mais de poser le principe : s'il y a quelque part quelque chose qui puisse avoir une action sur la santé de l'homme, notre domaine s'étend jusque-là.

Une fois le principe posé, l'inventaire commencerait :

II. — LA PHYSICO-CHIMIE ENTRE-T-ELLE DANS LE DOMAINE DE LA MÉDECINE ?

Est-ce simple curiosité, souci de culture, ou

bien nécessité pour le médecin de connaître la physico-chimie ?

Quelle place les phénomènes physico-chimiques tiennent-ils dans la vie ? Sont-ils toute la vie ou l'essentiel de la vie échappe-t-il à l'analyse physique et chimique ? Les lois de la physique et de la chimie cessent-elles cependant d'être vraies dans l'être vivant ?

Sinon, la médecine, science de la vie, peut-elle ignorer les lois de la matière inanimée de l'univers entier, chimie de la cellule, microphysique de l'atome, et jusqu'aux interactions de tout le cosmos ?

III. — La biologie végétale et animale entre-t-elle dans le domaine de la médecine ?

Quelle place les fonctions végétatives et animales tiennent-elles dans la vie humaine ?

Quel rôle joue dans la santé humaine la santé des plantes et des bêtes ?

IV. — Y a-t-il lieu de mettre a part, dans la biologie générale, une biologie spécifiquement humaine ?

L'observation des faits montre-t-elle une différence essentielle entre l'animal et l'homme ?

Si oui, cette différence importe-t-elle au médecin ? La présence en l'homme de la pensée intelligente a-t-elle une action sur sa santé ? Si oui, la médecine ne doit-elle pas connaître l'influence du moral sur le physique, et en tenir compte dans sa thérapeutique ?

Autrement dit, les lois de la santé sont-elles autres chez l'homme que chez l'animal, en raison du rôle de l'esprit ? Quelle est alors la portée et quelles sont les limites des conclusions de la médecine expérimentale et comparée ?

V. — Est-il possible au médecin, gardien de la vie, d'ignorer le sens de la vie ?

Le médecin peut-il éviter le choix entre ces deux métaphysiques dont l'une fait de la vie la fin dernière et l'autre une fin seconde, servante de l'esprit ?

L'attitude traditionnelle du médecin, lorsque la médecine se déclare impuissante, ne pose-t-elle pas en fait le problème ? Devant le moribond qui souffre, sans profit apparent possible pour sa santé, cette attitude traditionnelle du médecin n'est-elle pas dictée par autre chose que la médecine ?

Le médecin peut-il ignorer cette limite de son art et ne pas chercher à savoir quelle discipline entre en jeu là où s'arrête la sienne ?

N'y a-t-il pas, dans la vie professionnelle de chaque jour, des situations analogues ? Le problème de la douleur ne peut-il pas être étudié utilement avec ces données ?

VI. — La santé individuelle est-elle solidaire de la vie sociale ?

En n'importe quel règne vivant et dans le règne humain en particulier, l'étude et le traitement de la vie individuelle peuvent-ils être menés indépendamment de l'étude et du traitement de la vie sociale ?

Peut-on guérir un malade si son milieu familial et social reste contagieux ?

Peut-on assurer la santé de quelqu'un dont le milieu familial et social ne permet pas l'équilibre moral, et partant physiologique ?

Une société dont le régime économique attribue plus de valeur à l'argent qu'à l'homme permet-elle à chaque individu de se bien porter ?

Si non, le médecin n'a-t-il pas son mot à dire dans les études faites en vue de l'organisation de la société, non seulement pour les questions concernant immédiatement la santé et pour lesquelles il aura à intervenir directement, mais encore dans toutes les questions sociales en raison des répercussions de l'économie générale sur la santé publique ?

Quelle est l'importance de ces avis médicaux ? L'hygiène doit-elle être la souveraine de la cité de demain ?

VII. — Le médecin peut-il considérer l'homme abstraction faite de Dieu ?

Le médecin, dans sa pratique, rencontre-t-il le surnaturel ?

La prière que les parents du malade ajoutent aux prescriptions médicales est-elle un démenti au déterminisme des lois biologiques sur lesquelles repose l'art du médecin ?

Dans les cas, exceptionnels par définition, miracle, extase, le médecin a-t-il compétence pour donner son avis ? Cet avis importe-t-il ?

La réponse que le médecin fait à ces questions a-t-elle une répercussion sur sa pratique quotidienne ?

VIII. — Quelles perspectives ces considérations générales ouvrent-elles sur l'activité pratique du médecin ?

Esquisse rapide des multiples questions pratiques dont la solution peut être facilitée par la doctrine précisée cette année.

Questions de méthode médicale proprement dite... Rôle des phénomènes psychiques... Fausse et bonne psychologie... Freudisme, spiritisme... Relations de la morale et de l'hygiène..

Questions sociales... Profession médicale et son organisation... Syndicats... Ordre des médecins... Sociétés de prévoyance sociale, secours mutuels, assurances sociales... Médecin et usine... Libre choix du médecin par le malade... Médecin et école... Orientation professionnelle...

Questions religieuses...

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Clinique médico-chirurgicale du Maréchal-Foch.** 60, rue Vergniaud. — Le docteur Léon Giroux, ancien chef de clinique à la Faculté, reprendra, le dimanche 3 mai, à 10 heures, ses conférences pratiques d'électro-cardiographie et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— **L'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine.** — Sous la présidence d'honneur de M. le prof. Jean-Louis Faure et la présidence effective de M. le prof. Oliverio, consul général de la République Argentine à Paris, l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine, universellement connue sous l'abréviation de « UMFIA », a tenu tout récemment, à l'occasion de son premier dîner mensuel, sa réunion trimestrielle.

Dans l'un des salons de Marguery, orné des drapeaux aux couleurs franco-ibéro-américaines, près de cent convives se trouvaient réunis. Le secrétaire général, après avoir présenté les uns aux autres chacun des adhérents, soulignant d'un mot la personnalité de chacun d'eux, a donné un très succinct compte rendu de la vie de l'UMFIA depuis janvier dernier. M. Molinéry remercie la presse médicale française et étrangère qui, par plus de 60 de ses organes, a donné le compte rendu de notre grande assemblée générale. Les réceptions offertes à MM. les prof. Trongé et Ceballos, de Buenos-Ayres, Menkeber de Santiago de Chili, Mimbella, Jaurégui et Lancelotti, la participation de l'UMFIA, aux adieux de M. le Dr Sojo, directeur de la Razon, ont été commentées. L'annonce de l'arrivée du Dr Arquellada, de Madrid, est accompagnée de chaleureux applaudissements. Près de 60 nouveaux membres se sont faits inscrire depuis janvier.

Le Dr Berry présente à l'assemblée le premier numéro de la Revue « L'UMFIA » toute gracieuse dans sa robe jaune, blanche et rouge.

Le Dr Dartigues fait alors, largement, la synthèse des buts poursuivis, depuis 1 3 ans, par l'Union médicale franco-ibéro-américaine, envoie son salut à M. le prof. J.-L. Faure retenu par la grippe et à M. le prof. Roger, l'éminent doyen des temps nouveaux. Notre président salue tous nos invités, les Américains du Sud venus et nombreux ce soir et, en particulier, M. le Consul général de la République argentine qui donne son puissant appui au développement de l'Union.

Le Président envoie tous ses vœux aux nombreuses filiales qui, en Espagne, en Amérique latine, en Belgique etc., se constituent en pleine harmonie avec le Bureau central de Paris. Le Dr Dartigues regrette que le grand deuil de M. le Dr Noir et des dispositions antérieures prises par le Dr Duchesne, nous aient privé de recevoir nos amis du *Concours médical* qui, dans leur beau Journal, nous ont si souvent donné les preuves de leur amitié agissante.

Plus de cent lettres d'excuses nous sont parvenues, toutes disant leurs regrets de ne pouvoir le soir même, être des nôtres. L'UMFIA sera ce que chacun de nous la fera. Le Président boit alors au succès du Congrès latin qui se prépare pour 1926 et porte un toast aux membres et aux familles de l'UMFIA.

Une réception très animée suivit le dîner : de bonnes camaraderies se nouèrent et s'affirmèrent et en se retirant très avant dans la soirée, chacun se promit bien d'être fidèle à ces cordiales réunions.

— **Les Journées médicales belges de** 1925. **La quatrième journée.** — Nous sommes en mesure d'annoncer dès aujourd'hui que la quatrième journée de la cinquième session (mercredi 24 juin), conduira les congressistes à Bruges. Les médecins se réjouiront de pouvoir visiter la « Venise du Nord » sous la conduite de personnalités particulièrement compétentes.

Le secrétaire général a été reçu vendredi en séance du collège échevinal, puis peu après par M. Janssens de Bisthoven, gouverneur de la province. D'accord avec les édilités brugeoises, et aussi avec notre sympathique confrère J. de Haene, président de l'Union Médicale, convoqué par le bourgmestre, un comité de réception va se constituer qui mettra sur pied un programme dont les grandes lignes sont arrêtées dès maintenant.

Un train spécial conduira et ramènera les congressistes. Le matin, M. le docteur Tricot-Royer, l'aimable président de la Fédération Médicale Belge, qu'on sait être particulièrement érudit sur les questions de l'histoire de la médecine, fera une conférence sur l'Histoire de l'hôpital Saint-Jean, dans les locaux de l'hôpital même, qui renferme d'inestimables trésors d'art. On visitera les musées et les églises. A midi, déjeuner dans les locaux de la Halle, mis à la disposition du Comité par l'autorité communale. L'après-midi, visite de musées, de l'hôtel de ville, du gouvernement provincial, de la ville pittoresque et promenade sur les canaux célèbres dans le monde entier. Le soir, après un lunch, un concert de carillon avec chœur d'hommes, dans le Beffroi clôturera cette journée qui promet d'être parmi les plus réussies.

— **Le Sou des Laboratoires.** — Voté par la Chambre dans la loi de finances, le « Sou des laboratoires » consisterait en un prélèvement sur les salaires industriels et commerciaux de 5 centimes par 100 francs, au profit de la recherche scientifique et des laboratoires. Le produit de ce prélèvement donnerait, pense-t on, environ 14 millions.

— **Pharmacologie.** — M. Busquet, agrégé, a commencé le cours le vendredi 13 mars 1925, à 15 h. (amphithéâtre Vulpian), et le continue les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— **Obstétrique.** — M. Vaudescal, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 5 mars 1925, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté (cours théorique), et le continue les lundis suivants, à 15 h. ; les jeudis suivants, à 10 h., au même amphithéâtre, et les mercredis suivants, à 16 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours pratique).

Objet du cours. — Les syndromes hémorragiques. — Dystocie maternelle et fœtale. — Infection puerpérale. — Opérations.

— **L'inspection sanitaire des huîtres, en Amérique.** — Une loi américaine récente, du 4 février 1925, interdit la vente des coquillages, des huîtres en particulier, qui n'auraient pas été soumis préalablement à une inspection sanitaire de contrôle.

— **Hôpital de la Charité.** — M. André Léri, professeur agrégé, médecin de la Charité, fait tous les mardis, à 9 h. 1/2, salle Briquet, une consultation sur les maladies des os et des articulations et les maladies nerveuses.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie,
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

Réponse.

De l'exposé de ces faits, il résulte que votre client est décédé plus d'un an après son retour dans ses foyers. Dès lors la maladie, cause de la mort, n'est pas « présumée » imputable au service, mais la preuve peut être faite de cette imputabilité.

Malheureusement, la chose semble difficile pour ce qui est du service militaire effectué à partir du 2 août 1914 (loi du 31 mars 1919), puisque l'intéressé n'était pas pensionné pour une affection pulmonaire et qu'aucune affection pulmonaire n'a été constatée au cours des divers examens médicaux qu'il a subis. Enfin, il n'est pas mort des suites de l'affection pour laquelle il était pensionné, et sa pension était inférieure à 60 %. Donc, pas de pension de réversion pour la veuve.

Quant au service antérieur au 2 août 1914, (loi de 1831), il ne semble exister aucune pièce qui rattache au service la pleurésie contractée au régiment et cause de la réforme.

La veuve peut toujours faire sa demande de révision ; elle fera vraisemblablement l'objet d'un rejet, mais, en possession de son rejet, la veuve pourra s'adresser au Tribunal des Pensions.

---

613. — Nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

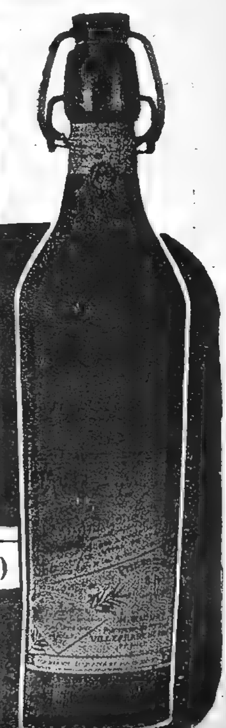
Médecin auxiliaire de réserve (nommé en 1916). médaillé militaire, je suis docteur en médecine depuis le 28 juin 1924. Après ma soutenance de thèse, j'ai signé un certificat, qui, paraît-il, devait être envoyé au Ministère, pour ma nomination au grade d'aide-major de 2e classe. J'attends toujours ma nomination. La direction du S. S. du ne corps connait mon adresse ici, puisqu'elle m'a communiqué ma nomination de surexpert pour l'examen des militaires ou anciens militaires atteints de tuberculose pulmonaire. Mais ce qui m'étonne c'est d'apprendre que des camarades ayant passé leur thèse près moi, sont nommés aides-majors. Que faut-il faire ? Dois-je faire une demande à la direction du service de santé ou au Ministère ? Voudriez-vous avoir l'amabilité de me donner la marche à suivre !

Dr A.

Réponse.

Les nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe font l'objet de décrets qui paraissent au *Journal Officiel.* On attend toujours qu'il y ait un certain nombre de nominations à faire pour soumettre un décret à la signature du Président de la République. De ce fait peut survenir un léger retard pour certains cas.

Votre nomination à ce grade est un droit pour vous et ne peut faire l'objet d'aucun doute.



Cependant vous pouvez demander à votre directeur à quelle date il a transmis votre dossier au ministère de la Guerre (7e direction), 66, rue de Bellechasse, Paris (7e) afin de lui rappeler votre désir d'être promu le plus tôt possible au grade de médecin aide-major de 2e classe.

---

707. — Renouvellement d'allocation provisoire à un malade de guerre.

Que doit-on faire lorsque le livret de paiement et le titre d'allocation provisoire arrivent à expiration ?

Pourquoi arrivent-ils à expiration deux ans après le point de départ de la pension temporaire ?

Peut-on, même après 20 mois de pension temporaire, demander la liquidation de la pension et l'obtention d'une pension définitive ?

Dr X.

Réponse.

Il faut solliciter une nouvelle visite devant une commission de réforme, qui fixera le taux d'invalidité pour une nouvelle période de deux ans, et entraînera la délivrance automatique de nouveaux titres de paiement.

A moins que la lésion ne soit reconnue d'emblée incurable, toute première pension est attribuée pour une période de deux ans. La dite pension devient définitive 4 ans après le point de départ de la pension (art. 7 de la loi). Ce point de départ est fixé, non par la date des pièces de constat (billets d'hôpitaux, certificats), mais, par la première commission de réforme appelée à constater les infirmités en cause.

Application du Tarif Breton.

I

750. — Blessures multiples.

Je vous serais très obligé de me donner les renseignements suivants :

1° Un blessé du travail, atteint de plaies légères des doigts continue son travail et se fait une entorse du pied, accident consécutif reconnu du reste par la Cie d'assurances. Ai-je le droit de compter lors des visites que je lui fais :

1° Un pansement des doigts........... 8 fr.
2° Un massage du pied................ 8 fr.

soit 16 fr. ou 8 fr. et 7 fr. puisque le déplacement se fait pour les deux blessures.

2° Un autre blessé, en sautant, se fait une entorse à chaque pied. Puis-je, lors de ma visite, lui compter deux massages ou un seul ?

Comme c'est la première fois que ces deux cas se présentent depuis une vingtaine d'années que j'exerce, je suis assez embarrassé pour appliquer le tarif rationnel.

Dr B.

Réponse.

1° Il s'agit là d'un cas de *blessures multiples* (article 14). Vous êtes donc en droit de compter « les soins donnés pour chacun des pansements ou chacune des interventions, même si ces dernières sont (comme les pansements), comprises dans le prix de la visite ou consultation. ».

Donc, dans votre cas, c'est par séance : 8 + 8, soit 16 francs, pour les premiers jours tout au moins, tant qu'il y a utilité de pratiquer les dites interventions.

2° Même réponse que ci-dessus. Mais je vous répète qu'il faut mettre beaucoup de discrétion dans ces cas de blessures multiples, mais plutôt *légères*, pour ne pas se faire soupçonner *d'abus*. C'est le moment de répéter ma formule habituelle : « En cas de tiers payant, faire exactement, ni plus, ni moins, ce qu'on ferait en cas de paiement direct ».

F. D.

II

761. — Brûlure d'étendue intermédiaire.

Un blessé, accidenté du travail, est atteint d'une brûlure du second degré de la totalité du pied gauche et des deux tiers de la jambe, ayant, par suite d'une glissade, trempé le membre dans une cuve de lessive de soude bouillante. Dois-je compter : 15 fr. comme pansement de moyenne brûlure, « main, pied ou surface comparable », ce qui est faible étant donné le temps passé à chaque pansement, ou 50 fr. comme « grande brûlure d'un membre ou surface comparable », ce qui me paraît beaucoup pour un pansement à répéter quotidiennement pendant des semaines.

Dr T.

Réponse.

C'est encore là un exemple de pansement d'une brûlure d'étendue *intermédiaire* entre la « moyenne brûlure : 15 francs ». Presque toujours il s'agit alors d'un cas de brûlure intéressant *deux segments* de membre et non pas un seul (moyenne brûlure) ni les trois segments d'un membre (grande brûlure). En ce cas, j'ai déjà proposé plusieurs fois et fait adopter le prix également intermédiaire de trente francs. Mais il sera bon d'incorporer ce prix officiellement dans le tarif quand on rééditera de nouveaux « Avis », dont je tiens d'ailleurs un certain nombre déjà prêts à être proposés à la Commission.

F. D.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Entreprises assujetties. — Médecin. — Infirmière.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (9e Chambre).
(3 *janvier* 1924)

Une infirmière, blessée au service d'un médecin, ne bénéficie pas des dispositions de la loi sur les accidents du travail, un médecin exerçant une profession libérale non visée par la loi du 12 *avril* 1906, *alors qu'il est constant en fait qu'il ne tient aucune clinique, dans laquelle il fournirait aux malades des prestations, dont la revente constituerait pour lui un bénéfice commercial.*

Le fait que le médecin a contracté une assurance contre les accidents du travail pouvant survenir à son personnel ne peut entraîner, en dehors de l'assujettissement facultatif de la loi du 18 *juillet* 1907, *l'assujettissement de sa profession à la législation des accidents du travail.*

Le Tribunal,

Attendu que la demoiselle L. expose que le 7 février 1922, étant occupée en qualité d'infirmière au service de M. le Dr P., elle a été piquée à l'index de la main droite par un bistouri non désinfecté et elle dut subir l'amputation des deux premières phalanges de ce doigt ;

Attendu que par application de la loi du 9 avril 1898 la demoiselle L. a assigné son patron et la Compagnie d'assurances « E..... » en paiement d'une rente annuelle et viagère de 487 francs.

Attendu que les défendeurs opposent la non-recevabilité de cette demande, en soutenant que le Dr P. n'est pas assujetti à la législation sur les accidents du travail ;

Attendu, en effet, que celui-ci exerce une profession purement libérale, non visée par la loi du 12 avril 1906 et qu'il est constant en fait qu'il ne tient aucune clinique dans laquelle il fournirait aux malades qu'il soigne des prestations dont la revente constituerait pour lui un bénéfice commercial ;

Attendu qu'il est vrai que la demoiselle L. invoque le fait que le Dr P. se serait assuré à la Compagnie d'assurances « E..... » pour se couvrir des conséquences de la responsabilité pouvant résulter des lois sur les accidents du travail ;

Mais, attendu tout d'abord que la souscription d'une telle police ne saurait à elle seule impliquer la volonté, ni même la pensée d'être assujetti à ces fois ; que le Dr P. a pu, par là, vouloir éviter toute discussion et tout litige avec son personnel, au cas où celui-ci, même contre toute vraisemblance, invoquerait la législation sur les accidents du travail au cas d'un revirement de la jurisprudence ;

Attendu au surplus que, hors le cas d'adhésion à cette législation, qui ne saurait d'ailleurs se produire que sous les conditions prévues par la loi du 18 juil-

let 1907 et notamment avec le consentement exprès de l'ouvrier ou de l'employé, nul ne peut s'assujettir de lui-même à la législation dont s'agit, dont les dispositions sont d'ordre public ; qu'il y a lieu, en conséquence, de déclarer non recevable la demande de la demoiselle L. ;

Par ces motifs,

Déclare la demoiselle L. non recevable à se prévaloir des dispositions de la loi du 9 avril 1898. La déboute de sa demande de rente et la condamne aux dépens.

Commentaires.

Ce jugement est rendu en conformité avec la jurisprudence de la Cour de Cassation. Nous avons en effet publié, dans le *Concours* de 1924, page 268, un arrêt de la Cour suprême, du 12 novembre 1923, décidant que le médecin, qui dirige une maison de santé, dont il retire un certain bénéfice commercial, est assujetti à la loi sur les accidents du travail vis-à-vis de son personnel infirmier.

A contrario, un médecin, qui n'exerce que sa profession libérale sans adjonction connexe, n'est pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, vis-à-vis de ses employés médicaux.

Mais, tant pour être tranquille en cas d'accident, que par humanité, beaucoup de médecins ont contracté une assurance de droit commun, pour garantir leur personnel infirmier, contre les accidents du travail. Pour les domestiques, gens de maison, concierges et serviteurs à gages, la loi du 2 août 1923 les a rangés dans la catégorie des personnes assujetties à la loi du 9 avril 1898. Mais jusqu'à cette loi, nous contractions des assurances de droit commun, pour eux, par simple humanité et bénévolement.

Le question reste la même pour les infirmiers, ou infirmières, attachés à la clientèle d'un médecin. Ces personnes ne sont pas considérées comme étant attachées à la personne du médecin et comme étant ses serviteurs à gages. Elles ont plutôt une profession indépendante, celle d'infirmier, et travaillent à leurs risques et périls.

La loi interviendra-t-elle en leur faveur ? Nous ne saurions le dire ; mais quoi qu'il en soit, il est bon, pour nos confrères, de savoir qu'ils ne sont par responsables des accidents, qui surviennent à leurs infirmiers ou infirmières, lorsque ces accidents ne peuvent pas être imputables à une faute, ou négligence du médecin, permettant de se prévaloir des articles 1382 à 1386 du Code civil, sur la responsabilité de droit commun.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 *mars*.

Service médical des invalides.

Par décret du 13 mars, l'article 6 du Décret du 20 décembre 1922 portant *réorganisation du personnel de l'Institution nationale des Invalides* est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 6. — Conventions. — Le général commandant passera avec les médecins, le pharmacien et le dentiste prévus à l'article 2, des conventions qui détermineront les conditions dans lesquelles sera exécuté le service et les sommes forfaitaires convenues. Ces conventions seront soumises à l'approbation ministérielle. La dépense annuelle ne pourra dépasser :

10.000 fr. pour l'ensemble des médecins traitants.
6.000 fr. pour le pharmacien.
2.400 fr. pour le dentiste.

22 *mars*.

Médaille des assurances sociales.

Décret du 18 *mars* 1925 *modifiant le Décret du* 3 *mars* 1923 *fixant le modèle de la médaille d'honneur des assurances sociales.*

Art. 1er. — Les paragraphes 1er et 2 de l'article 2 du décret susvisé du 3 mars 1923 fixant le modèle de la médaille d'honneur des assurances sociales sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 2, § 1er. — Les titulaires de la médaille de bronze porteront le ruban comme il est dit à l'article précédent.

§ 2. — Le ruban de la médaille d'argent comportera, en outre de la bande médiane orange de 8 millimètres, deux bandes latérales de même couleur de 3 millimètres chacune, placées à 1 millimètre et demi du bord du ruban.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

23 *et* 24 *mars*.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira, le mardi 30 juin 1925, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de *suppléant de la chaire de clinique chirurgicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.*

Un concours pour l'emploi de *chef des travaux pratiques d'anatomie et d'histologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers* s'ouvrira au siège de ladite école le lundi 28 septembre 1925.

Les registres d'inscription pour ces concours seront clos un mois avant leur ouverture.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Quels honoraires un médecin peut il demander à un patron agriculteur assujetti volontairement à la législation sur les accidents du travail.

2763. — M. DE MONICAULT, député, demande à M. le ministre du travail si un petit patron agriculteur ayant adhéré volontairement pour lui-même à la loi du 15 décembre 1922, d'après les dispositions de l'article 4, a droit aux soins médicaux d'après le tarif en matière d'accidents du travail arrêté par le ministre, le 8 juillet 1920, ou, au contraire (ce qui paraîtrait contraire à la loi), si un médecin peut le traiter comme un simple particulier et lui demander les honoraires qui lui plairont. (*Question du 3 février* 1925.)

Réponse. — Lorsqu'un exploitant agricole s'est assujetti volontairement pour lui-même, il devient, en cas d'accident personnel de travail, un bénéficiaire de la législation des accidents du travail. Le ministre du travail estime donc, sous réserve de l'interprétation des tribunaux, que, la victime conservant intact le libre choix de son médecin, ce dernier ne peut réclamer ses honoraires à l'assureur (qui représente en l'espèce le chef d'entreprise), que dans les limites du tarif établi par le ministère du travail (art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898). Le médecin ne saurait exercer contre ledit exploitant l'action directe que lui réserve l'article 4, paragraphe 4, de la même loi, puisque cet exploitant n'est pas, en la circonstance, un patron assujetti, mais un bénéficiaire. (*J.O.*, 11 *février* 1925.)

Commentaires

En droit pur, aux termes des lois du 9 avril 1898 et du 31 mars 1905, lorsqu'il se produit, dans l'entreprise, un accident du travail, le patron supporte les frais médicaux et pharmaceutiques (article 4, § 1er).

Mais une restriction est apportée par le § 2 du même article : dans le cas où la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise n'est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que dans les limites du tarif ministériel, dit tarif Dubief-Breton.

Il en résulte que, si le docteur applique un tarif local (syndical ou autre), supérieur au tarif Breton, la différence entre ce tarif local et le tarif ministériel sera supportée soit par le patron (et non pas par son assurance) lorsque c'est ce dernier, qui a désigné le médecin, soit par le blessé, si c'est celui-ci qui a librement choisi son docteur.

La question posée par M. de Monicault concerne un agriculteur, qui, bénéficiaire de la loi du 9 avril 1898, en vertu des dispositions de la loi du 15 décembre 1922, choisissant lui-même son médecin, se trouve à la fois dans la situation de patron assuré et de blessé, consommateur de soins.

Le ministre a répondu à la question, concernant la première situation ; mais a négligé la seconde, la laissant à l'appréciation des syndicats médicaux, seuls qualifiés.

En effet, en ne considérant que la situation du blessé, comme patron-agriculteur, le médecin n'a d'action directe, contre le chef d'entreprise, que pour se faire payer, par celui-ci (ou par son assurance) des sommes, qui sont mises à sa charge, dans les limites du tarif Breton, (bien entendu dans le cas où le blessé a choisi librement son docteur).

C'est la réponse du ministre.

Mais si nous considérons ce même patron blessé, en sa qualité de consommateur de soins, nous voyons que, par application de la loi elle-même, ce patron devra payer à son docteur la somme totale, que ce dernier lui réclame, quitte à se retourner vers son assurance et à lui réclamer le remboursement de la part qui lui incombe, c'est-à-dire dans les limites des chiffres du tarif Breton.

Par suite, le médecin peut juridiquement considérer le patron-agriculteur blessé et bénéficiaire de la loi du 9 avril 1898, sous deux aspects différents : ou bien c'est un blessé-ouvrier ayant choisi son médecin, qui devra à ce dernier les honoraires réclamés, et qui demandera ensuite à son patron (lui-même) ou à son assurance le remboursement de sa quote-part (loi de 1898) ; ou bien le blessé a appelé le médecin, non comme ouvrier mais comme patron, mais alors sera soumis au droit commun.

Ce sont ces points que le ministre a cru ne pas devoir aborder.

En effet, l'usage s'est établi, dans le corps médical, de ne jamais réclamer, à l'ouvrier, victime d'un accident du travail, le surplus qui lui incombe, différence entre le tarif syndical local et le tarif ministériel (Dubief-Breton).

Et je doute fort qu'il ne soit, dans l'idée d'un seul syndicat médical, d'obliger ses membres à réclamer à l'ouvrier cette part forfaitaire des frais médicaux et pharmaceutiques, qui a été laissée à sa charge, par la loi du 9 avril 1898.

Mais, si le corps médical entend la générosité, au regard d'un ouvrier, il n'en est plus de même lorsque le blessé, plus ou moins riche exploitant agricole, veut, par économie, se faire soigner aux mêmes prix et conditions que ses propres salariés. C'est question de convenance.

Aussi le ministre n'a-t-il pas voulu intervenir dans une question professionnelle, laissant aux médecins le soin de méditer l'adage : *summum jus, summa injuria.*

En effet, loin de nous l'idée de critiquer les errements passés et d'engager nos confrères à revenir sur des habitudes prises, en ce qui concerne les ouvriers.

Mais vis-à-vis d'un patron-agriculteur, bénéficiaire de la loi de 1898, aux termes de la loi de 1922, le médecin devra-t-il traiter ce propriétaire comme les propres ouvriers de ce dernier et n'accepter que le tarif Breton ?

Au praticien de voir si le petit exploitant de condition modeste peut payer le surplus, mis à sa charge par la loi.

Quant au riche fermier, industriel, agriculteur, il pourra être considéré (bien que bénéficiaire de la loi de 1898) non comme ouvrier blessé, qui choisit son docteur (tarif Breton), mais comme patron, qui désigne un médecin, pour soigner son ouvrier blessé (droit commun et tarif syndical local).

Dans le premier cas, c'est l'article 4, § 2, de la loi du 31 mars 1905, qui est applicable et dans le second, c'est le premier paragraphe du même article.

A cet industriel agricole de réclamer ensuite, à sa compagnie d'assurance, le remboursement de ses frais médicaux et pharmaceutiques, selon les conditions et termes de sa police et d'après les chiffres du tarif Breton.

Aux syndicats médicaux locaux d'apprécier les us et coutumes de chaque région agricole et de décider de la conduite à suivre par les adhérents du groupe professionnel.

Dr Paul BOUDIN.

La réparation ou le renouvellement d'un appareil de prothèse dentaire pour un pensionné de guerre sont à la charge de l'Etat.

2731. — M. Roger PÉRONNE, député, demande à M. le ministre des pensions si l'Etat doit prendre à sa charge le remplacement ou la réparation d'un appareil de prothèse dentaire, fourni gratuitement à un militaire à la suite d'une blessure reçue en service commandé, ce militaire étant actuellement rentré dans ses foyers. (*Question du 4 février* 1925.)

Réponse. — Donnent droit à l'appareillage les infirmités qui ont motivé l'attribution d'une pension. Est donc à la charge de l'Etat la réparation ou le renouvellement de l'appareillage dentaire, s'il s'agit d'un pensionné pour lésion dentaire ou maxillo-faciale.

(*J. O.*, 13 *mars* 1925.)

Quarante septième année — N° 15 — 12 Avril 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 880-IV)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr X., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 163. — Conf. dés. acquérir client. demi-repos, banl. Paris.

No 164. — Cause décès à vend. confiance torp. 11 CV. Delage 1923, type D. E., a fait 10.000 km., 6 r. garn. R. A. F., p.-bag. avec gr. coff., phare sec. Magondeaux. Ess. à vol. Pr. : 23.000. Dr Audouin, à Thouars (Deux-Sèvres).

No 165. — A vend. au plus offr. : 1o ch. à couch. Louis XV av. lit. ; 2o salon ; 3o années *Illustration* ; 4o mortier marbre blanc ; 5o violon d'études. Renseign. au Dr Robillard, à Pellevoisin (Indre).

No 166. — Infirmière expér., bonne fam., mais. conf. prair. et jard. ensoleill., prendr. enf. délic. ou nerv. Soins matern. bien compris. Prix modérés. Mlle Chambron, à St-Maur-la-Brière (Sarthe).

No 167. — Fille et sœur de doct., infirm. diplôm., jne, act., tr. au cour. acc. du trav., de la stérilis. et de la salle d'opér. dem. pl. ds clin. ou disp.

No 168. — Tarn. Poste demi-rep. susc. aug. av. auto. Fac. de repr. suite log. Faible ind.

No 169. — A vend. 1o coll. rel. et broch. du *Bulletin médical* de 1896 à 1911 ; de la *Province médicale* 1907, 1908 et 1909; 2o fauteuil spécul. vieux mod. S'adr. Dr David, à Salies-de-Béarn.

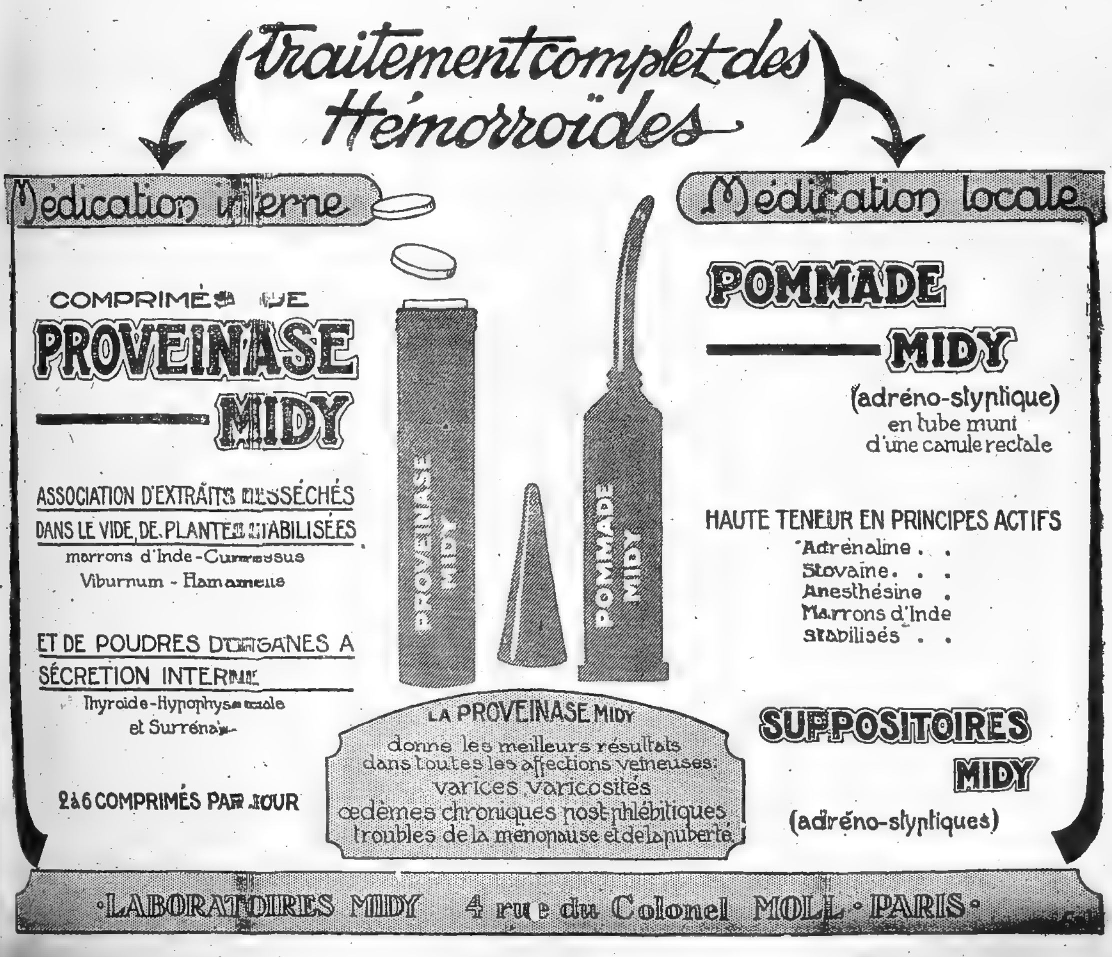
No 170. — Chasse Sologne, propriété appart. à méd. Paris. Transp. fac. frais à partager. Intér. chirurg. ou spécial. pour se créer relat. confrat.

No 171. — S.-Inf. Exc. poste méd. à céd. Seul méd. ni pharm., ni sage-femme. Pays riche, client. pay. bien. Rapp. 65.000, ind. à débat. Tr. pr.

No 172. — Voit. Hupmobile 13 CV. 1920, repeinte à neuf, mot. en parf. état. Cap. imperméab. 4 pn. tr. bons, dont 2 neufs. Acc., Magondeaux, 8.000 fr.

No 173. — Nièvre. Exc. poste seul proph. Rapp. exc. en augm. const. Gr. rayon, beaux fixes, mais. av. jard. A repr. d'urg. 3.000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 174. — Paris. Quart. très central, sous-locat., 2 p. ; n'imp. spécial. install. prem. ordre. Cond. à débattre. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



LES GREFFES SALVATRICES

La glande thyroïde d'un supplicié sauve une enfant mourante.

Nous lisons dans *Le Quotidien* du 28 mars dernier :

LILLE, 27 mars. — *(De notre correspondant particulier)*. — Une opération de greffe audacieuse vient d'être tentée à Lille par le docteur Lefort, professeur à la Faculté de Médecine.

Lorsque le Polonais Pavrocki eut été guillotiné lundi matin, quelques médecins, munis d'une autorisation du procureur de la République, procédèrent à Saint-Pol à l'autopsie du corps. Ils détachèrent de la gorge du supplicé sa glande thyroïde, et se rendirent en automobile jusqu'à l'hôpital de Lille où une fillette de 5 ans, atteinte de paralysie, allait mourir.

Seule, une opération délicate pouvait la sauver. La mort de Pavrocki allait permettre de tenter cette opération.

Le professeur Lefort greffa la glande. L'enfant va mieux et l'on espère la sauver.

***

Cet entrefilet, que nous avons découpé dans le *Quotidien* du 28 mars dernier, donne un caractère d'actualité aux conceptions que le distingué chirurgien d'avant-garde qu'est notre ami DARTIGUES, avait exposées, dans le *Concours médical*, du 18 janvier 1925, p. 133.

Dartigues déplorait l'immense matériel humain perdu pour la science anatomique, en même temps qu'il exposait ses suggestions, en ce qui concerne l'utilisation pour la chirurgie humaine des substances encore vivantes après la mort des individus.

Prélevés sur des sujets décédés de mort violente (après un accident, une exécution), des organes, ou tissus, conservés dans des milieux *ad hoc*, pourraient servir de greffes et continuer leur fonction première.

Mais Dartigues ne se dissimule pas qu'en accusant les cimetières de détruire inutilement des trésors de vie, il heurte beaucoup de préjugés et d'habitudes.

Cependant le problème du prolongement de la vie et surtout celui de la sénescence : rajeunir, ou empêcher de vieillir, ne doivent-ils pas s'élever au-dessus des contingences, qui ne sont que des coutumes, des traditions, sans autre fondement que ce qu'on est convenu d'appeler la bienséance ?

Or, la vérité n'existe pas en soi : elle est variable selon les âges, les temps, les latitudes, les peuples : aussi, que de coutumes ne résistent pas à l'évolution sociologique ; que d'habitudes du siècle passé sont actuellement abandonnées ?

Dartigues a parfaitement raison d'avoir le courage d'être un novateur, parce que ce qui heurte aujourd'hui, au nom des conventions mondaines, sera la coutume scientifique de demain. La preuve en est dans l'expérience, ci-dessus rapportée, du professeur Lefort, de Lille.

Dans son ouvrage très intéressant, « greffage sexuel anthropoïdo-anthropique du testicule du singe dans les bourses de l'homme, par la méthode Voronoff », le Dr Dartigues veut bien discuter un article médico-juridique que j'avais écrit sur la question (*Concours médical*, 8 juin 1924). Il me reproche très amicalement de ne voir que le côté juridique et moral et de délaisser quelque peu le côté scientifique et sociologique.

Il a parfaitement raison : mon rôle se bornant souvent à préciser les droits actuels et non ceux à venir.

Mais si, le suivant dans sa grande envolée scientifique, nous entrevoyons les immenses services que les greffes vivantes pourront rendre à l'humanité, nous lui répondrons que les lois suivent les mœurs et ne font que codifier des habitudes.

Aux savants, comme lui, d'avoir le courage civique de faire comprendre à nos concitoyens que le problème de la vie et surtout celui du prolongement de la force virile sont autrement plus utiles que le respect dû à la mort.

Nous ne sommes plus aux temps où l'on voulait brûler, comme sacrilèges, les anatomistes coupables d'avoir disséqué des cadavres.

Mais, en me cantonnant sur le terrain juridique, qui est un peu le mien, je ne considérerai qu'un point spécial, en sus de la consultation que j'avais précédemment donnée.

Un de mes clients me demanda, tout récemment, si un particulier trouverait un savant qui accepterait le don, ou la vente de son corps, après sa mort, dans un but d'utilisation scientifique.

Une vente, à titre onéreux, pourrait paraître quelque peu immorale aux yeux des magistrats. En effet, l'argent versé, puis dépensé, rien n'empêcherait le vendeur d'aliéner une fois de plus, avant la lettre, la possession de son cadavre, au profit d'un autre acquéreur. Il pourrait également manquer de parole et, lors de ses derniers moments, se laisser circonvenir par ses proches et révoquer la cession de son corps, qu'auparavant il avait faite à titre onéreux, ou gratuit.

Les tribunaux seraient fort embarrassés pour faire exécuter pareille convention et se laisseraient guider par des questions de sentiment ou de respect humain.

Cependant, que de fois n'ai-je pas entendu, surtout depuis la guerre, des personnes manifester le désir de léguer leur cadavre à la Faculté, pour pouvoir être encore utiles à quelque chose après leur décès.

Combien aussi en ai-je vu manifester la crainte d'être ensevelis vivants et réclamer leur autopsie, puis leur crémation, pour être bien certains de ne pas connaître les affres d'un réveil outre-tombe.

Que vaudrait encore le don de son corps ou l'autorisation écrite, donnée à un chirurgien, de procéder, de suite après le décès, dûment constaté, à des prélèvements d'organes ou de glandes, en vue de greffes humaines ?

La famille du *de cujus* y consentirait-elle ? Respecterait-elle les volontés du défunt ou se laisserait-elle guider par cet ensemble de coutumes, plus ou moins intelligentes, connues sous le nom de « convenances » ?

Il a été jugé qu'une veuve peut s'opposer aux funérailles civiles de son mari, malgré le désir formellement exprimé par ce dernier. Il pourrait en être de même pour une opération, qui pourrait être considérée judiciairement comme mutilation de cadavre.

Il faudrait également enfreindre les règlements de police, qui entravent la libre circulation des cadavres et leur transfert d'un point à un autre, sans des autorisations spéciales. Les prélèvements devraient souvent se faire à domicile. La douleur, plus ou moins sincère, ou théâtrale, ne serait-elle pas l'adversaire de la science ?

Ces réserves faites, je crois personnellement que Dartigues a raison et que l'exemple donné à Lille sera fructueux, surtout s'il est couronné de succès. La mort qui sert à prolonger la vie, n'est-ce pas d'ailleurs le cycle que nous observons dans toute la nature ; mais ici, la science humaine ne laissera pas se perdre des forces vitales cellulaires et les transplantera, pour l'amélioration physique (et souvent intellectuelle) d'un individu.

Aussi, répèterons-nous les conclusions de Dartigues : « un jour viendra où la loi, permettant le prélèvement des organes chez des accidentés, des suppliciés, comme on a parlé de le faire, et tous ces organes étant mis en réserve et conservés dans des glacières, ou des sérums humains appropriés, on en verra bénéficier des hommes très utiles à la société et il me sourit de penser que, par le hasard obscur de circonstances ignorées et sous le couvert rassurant de l'anonymat de provenance, un magistrat intègre bénéficiera, pour sa vie, de la greffe d'un os, ou d'une glande, d'un de ses condamnés, qu'il aura désigné pour la mort » (*Concours médical*, 1925, 136).

Mais, point ne serait besoin d'une loi, ou d'une modification à apporter aux Codes : un décret, ou un simple arrêté, soit du Ministre de l'Intérieur, soit des préfets, suffirait, à mon avis, pour légitimer et rendre licites ces conventions à terme différé, par lesquelles un individu autorise un homme de l'art à faire des prélèvements *post*

mortem. Il est évident que toutes les mesures de police doivent être prises, comme par exemple, celles ordonnées en cas d'incinération ; de même qu'il conviendrait de s'assurer scientifiquement du décès, avant tout prélèvement d'organe.

Le problème n'est peut être pas aussi difficile qu'il ne l'apparaît au premier abord.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Vaccination esthétique. Zona et varicelle.

Après avoir cherché un lieu esthétique de vaccination, aisselle, etc., je vaccine les filles sous le pied : réaction vaccinale un peu exagérée, mais cicatrice invisible... debout. Les parents en redemandent.

Ces temps derniers, je vois chez une fillette de 12 ans un zona ; je demande s'il n'y a pas eu de varicelle dans la maison : non.

15 jours après, appelé pour une autre fille et — très étonné — je constate une varicelle.

Dr Constant
Prunay-le-Gillon.

798. — Mutilé de guerre victime d'un accident du travail.

Un de mes clients — bien gentil garçon — pensionné de guerre pour motif joint, en poussant une machine à battre, se casse la rotule, suture, guérison mais raideur complète irréductible du genou.

L'assurance offre strictement les jours d'incapacité. Je dis moi : l'assurance doit en plus indemniser la raideur supplémentaire, ceci à partager entre elle et l'Etat.

L'Etat devient le supplément.

L'assurance dit (n'écrit pas) au blessé : n'aurez-pas un sou de plus que vos journées.

Le Juge de Paix ne bouge pas.

Que dois-je faire pour obliger cette procédure ?

Cher *Concours*, votre rôle est beau, car vous nous aidez à défendre les petits. Dr C.

Réponse.

Il y a une loi spéciale, celle du 25 novembre 1916, qui prévoit le cas. L'ordonnance du président ou le jugement du tribunal qui fixe le montant de la rente résultant de l'accident doit indiquer : 1° si l'accident a eu pour cause exclusive l'infirmité de guerre préexistante ; 2° si la réduction permanente de capacité résultant de l'accident a été aggravée par le fait de ladite infirmité et dans quelle proportion.

Dans le premier cas, le chef d'entreprise est exonéré de la totalité de la rente allouée et dans le second cas de la quotité de ladite rente correspondant à l'aggravation ainsi déterminée.

Un fonds spécial de prévoyance alimenté par une contribution des employeurs et des assu-

rances sert à constituer le capital des rentes dont le chef d'entreprise est ainsi exonéré.

Mais la procédure à suivre pour l'indemnisation des accidents du travail dont sont victimes les mutilés de guerre est la même que pour les autres accidents du travail. Si votre client est atteint d'une incapacité permanente, vous pouvez donc lui délivrer un certificat le constatant et il doit suffire qu'il le transmette au juge de paix pour que celui-ci soit obligé de procéder, s'il ne l'a fait déjà, à l'enquête prévue par la loi, et que soit déclanchée la procédure aboutissant à la fixation de la rente. Il appartiendra alors au patron, ou à la Compagnie, de prouver que l'accident est imputable à l'infirmité de guerre.

---

819. — Evaluation d'incapacité permanente du travail.

Un accidenté des deux yeux a, comme acuité visuelle, après consolidation, O. D. V = 0,3. O. G. V = 1 (10/10). Ce dernier œil a un large colobôme irien opératoire.

Cette acuité est obtenue, à droite, après correction par un cylindre concave. Sans correction l'acuité est de 0,1 à peine. A gauche, l'œil est emmétrope.

Calcule-t-on la diminution d'acuité *avant* ou *après* correction ?

Quel est le barème généralement appliqué aujourd'hui ? (avant guerre, c'est celui de Chavernac qui était le plus souvent employé, et dans le cas actuel, l'incapacité permanente et partielle eût été de 21 %).

Le pourcentage est-il appliqué au salaire entier ou au demi-salaire ?

Le malade gagnait 20 fr. par jour, c'est un conducteur d'autobus qui travaille tous les jours, dimanche compris. Quelle indemnité aura-t-il ?

Dr B.

Réponse.

Dans l'ouvrage « Evaluation des incapacités », par Imbert Oddo et Chavernac (le nom de Chavernac y figure toujours, par sentiment de piété envers sa mémoire, bien que la révision de la partie ophtalmologique ait été faite par le Dr Jean Sédan), on lit, page 145, que « lorsque l'ouvrier est obligé de porter des verres, on peut augmenter un peu l'incapacité pour compenser l'achat de ces verres. Mais, il est des professions incompatibles avec le port des verres : chez de tels ouvriers, l'acuité professionnelle correspond à l'acuité sans correction. »

La profession de conducteur d'autobus étant compatible, croyons-nous, avec le port des verres, il y a lieu de tenir compte de la correction dans le calcul de l'acuité visuelle.

Pour une vision réduite à 0,3, le tableau final d'évaluation de l'ouvrage cité indique une incapacité de 14 — 17,5 ou 21 % suivant qu'il s'agit

de professions à exigences, visuelles inférieures, moyennes ou supérieures. Or, d'après certains auteurs, les conducteurs de véhicules mécaniques sont classés dans les professions à exigences visuelles supérieures.

Le chiffre de 21 % ne serait donc pas exagéré et pourrait même être un peu majoré, ou égard à la correction nécessaire par les verres.

Pour le calcul de la rente, c'est le salaire réel touché pendant l'année qui a précédé l'accident qui doit servir de base, et il ne suffit pas de multiplier le gain journalier par le nombre des jours de travail de l'année.

Le salaire ainsi obtenu est compté pour la totalité jusqu'à 4.500 francs, pour le quart de 4.500 à 15.000 et pour le huitième au-dessus de 15.000.

La rente doit être égale à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir au salaire ainsi calculé, par conséquent, pour une incapacité de 21 %, à 10,5 %.

---

859. — Le médecin traitant d'un accidenté du travail peut l'actionner en paiement de ses honoraires au tarif ouvrier.

A plusieurs reprises dans vos demi-colonnes, vous avez dit que le médecin qui soigne un accidenté du travail serait en droit de lui réclamer les honoraires habituels de clientèle sans avoir à s'occuper du tarif Breton. Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître dans quelles conditions *précises* on peut agir ainsi et quel est l'article de la loi du 9 avril 1898 qui permet cette façon de procéder ?

Pour des raisons spéciales, j'ai l'intention d'exiger, d'un ouvrier blessé, les honoraires du tarif local, mais je ne voudrais pas commettre une gaffe.

Dr R.

Réponse.

Le médecin choisi par la victime d'un accident du travail peut toujours se faire payer par son client lui-même conformément aux règles du droit commun et la loi du 9 avril 1898 n'a pas dérogé à ce principe. En effet, si l'article 4 de cette loi a donné une action directe au médecin contre le patron (paragraphe 4), elle ne lui a donné qu'une action et non pas un droit propre contre le patron. Quand le médecin agit contre le patron, c'est le droit de l'ouvrier qu'il exerce au lieu et place de celui-ci, mais il n'est pas forcé d'user du moyen que lui donne la loi. Dans ce cas, il appartient à l'ouvrier, après avoir payé son médecin, de réclamer à son patron le remboursement de ce que la loi met à la charge de celui-ci. C'est pourquoi le paragraphe 2 du même article 4 dit que : « Le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, confor-

(Voir la suite page XLVII-925)

PROPOS DU JOUR

L'Hygiène et le médecin praticien.

Notre confrère, *Le Mouvement sanitaire*, organe officiel des médecins hygiénistes de France, fait un louable effort pour amener « une participation effective du corps médical à l'organisation même de la médecine et de l'hygiène sociales ». Dans son Editorial du 28 février 1925, le *Mouvement sanitaire* signale le reproche qu'on lui fait « de favoriser la mainmise des syndicats médicaux sur les services de protection de la santé publique dont la responsabilité incombe cependant à l'Etat et à ses représentants locaux ». Il paraît que, bien que la défense sanitaire soit œuvre médicale et technique, les médecins ne sauraient l'assurer sous leur responsabilité « parce que les intérêts généraux de la collectivité ne se confondent pas toujours avec les intérêts de la profession médicale ».

« Si la carence de l'Etat, objecte-t-on au *Mouvement sanitaire*, et l'impossibilité où il s'est trouvé jusqu'ici de prévoir et d'organiser l'hygiène expliquent les tentatives des groupements techniques pour se substituer à lui, elles ne justifient pas une abdication qui fermerait les voies, et supprimerait tout espoir vers une organisation définitive, où *chacun, à sa place, avec sa compétence propre*, contribuerait à protéger effectivement la santé publique. »

Le *Mouvement sanitaire* ajoute :

« Nous sommes tous d'accord pour affirmer que l'*hygiène ne sera pas* SANS *le médecin praticien*, mais l'un de nos correspondants ajoute qu'*elle ne saurait être uniquement* PAR *le médecin praticien* » et il conclut :

« Voilà un aphorisme qui, dans sa concision, pose nettement le problème. A nos critiques, et aux parties intéressées de nous répondre avec la même franchise. »

Il nous semble que les praticiens n'auront aucune difficulté à répondre nettement et avec la même franchise.

Les syndicats médicaux, croyons-nous, ne demandent pas autre chose qu'une organisation de l'hygiène où les médecins praticiens, *à leur place, avec leur compétence propre, contribueraient à protéger effectivement la santé publique.* Leur opinion ne paraît pas varier sur ce point avec celle des critiques du *Mouvement sanitaire*. Mais ces derniers sont-ils bien franchement décidés à leur laisser occuper la place qu'ils doivent tenir et à apprécier à sa valeur leur compétence propre ?

Se basant sur les lacunes d'un enseignement que les syndicats médicaux n'ont cessé de signaler, lacunes que l'Etat ou plutôt ses mandataires n'ont *pu*, *su* ou *voulu* combler, ils mettent en doute la compétence des médecins praticiens et le droit qu'ils ont à occuper la place la plus importante dans la défense sanitaire. Le reproche est d'autant plus piquant qu'il émane, au moins pour la prophylaxie de la tuberculose, de personnalités dont le devoir était de former les praticiens et de leur donner ou d'augmenter chez eux cette compétence. Heureusement ce reproche ne porte pas, car le médecin praticien qui, malgré de sérieuses études et l'excellence de beaucoup de ses maîtres, sort de la Faculté de médecine avec un bagage de connaissances pratiques et utilisables assez léger, augmente tous les jours lorsqu'il est aux prises avec les difficultés de l'exercice de la médecine, son savoir et sa compétence. Nous sommes persuadé que l'hygiène ne sera jamais sans le médecin praticien, nous sommes aussi convaincu que l'hygiène ne saurait être uniquement par le médecin praticien. Nous n'avons pas l'outrecuidance d'affirmer que le médecin praticien peut posséder toutes les connaissances scientifiques et techniques qu'exige l'application complète des règles de l'hygiène : il ne saurait être à la fois un médecin, un vétérinaire, un chimiste, un géologue, un architecte, un ingénieur, voire même un administrateur ni un policier. Mais ce que nous demandons, c'est que le médecin praticien tienne sa place dans l'organisation de l'hygiène, et cette place doit y être très importante et même prépondérante. Ce que nous demandons, c'est que le praticien qui tire sa compétence de l'exercice de sa profession, ait,

dans les organismes futurs de l'hygiène, une autorité suffisante pour neutraliser et même annihiler celle de ceux dont la compétence s'est brusquement révélée, grâce à l'appui de camarades haut placés ou de politiciens intéressés et influents.

Nous prétendons, nous affirmons que l'intérêt bien compris du corps médical est le même que l'intérêt *bien compris* de la collectivité. C'est seulement en apparence que les intérêts de la collectivité peuvent ne pas se confondre avec les intérêts de la profession médicale, comme le prétendent les critiques du *Mouvement sanitaire*; cette apparence vient de ce que certains hommes appellent *intérêts de la collectivité leurs propres intérêts privés ou ceux de leur caste ou de leur parti.* Or, ces hommes savent bien que dans nos syndicats il ne saurait être question des intérêts privés, des intérêts de caste, ni des intérêts de parti. C'est pour cela qu'ils s'opposent de tout leur pouvoir à ce qu'ils osent appeler « la mainmise des syndicats médicaux sur les services de protection de la santé publique dont la responsabilité incombe cependant à l'Etat et à ses représentants locaux ». Dans leur suffisance, ils ont fini par se convaincre que l'Etat était eux ; à nos syndicats médicaux à leur dessiller les yeux et à leur prouver que leur conception surannée de l'Etat n'est plus de notre siècle.

***

Une des personnalités les plus autorisées des syndicats médicaux, le Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, montre avec des documents à l'appui l'incertitude où se trouve le ministre de l'hygiène qui, d'une part, autorise certains préfets à contracter avec les syndicats médicaux, notamment pour la lutte contre la syphilis, et les invite en même temps, par une circulaire, à rechercher d'autres moyens d'action.

Dans le Loiret, dans l'Aisne, dans la Nièvre, des services destinés à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes ont été institués, avec le concours de tous les médecins de ces départements sous l'autorité du ministère et par les soins de l'administration préfectorale. Ces services fonctionnent à peine depuis un an. Le contrôle y est assuré par une commission mixte qui comprend le médecin inspecteur départemental d'hygiène et un représentant de la Fédération des Syndicats médicaux (Loiret) ou le président du Syndicat médical (Nièvre).

Voilà bien des essais de participation effective du corps médical à l'organisation de la médecine et de l'hygiène sociales, tels que le désire le *Mouvement sanitaire* et tels que nous le désirons nous-mêmes (1).

Mais pour que ces essais réussissent, pour qu'ayant réussi, ils se généralisent, il convient que, de part et d'autre, il règne la confiance et, comme le dit le Dr Lenglet :

« La sagesse administrative est de faire confiance aux syndicats médicaux. La sagesse médicale est d'exiger cette confiance d'abord, de la justifier ensuite. La confiance, pour être efficace, doit être entière. »

Jamais paroles plus justes ni plus sages n'ont été prononcées en cette matière et nous sommes heureux de constater qu'elles sortent de la bouche d'un des hommes les plus autorisés du corps médical, du Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France.

J. Noir.

R. H. M. S. 2000

(1) En 1924, la Lutte antituberculeuse était organisée avec le Concours des Syndicats médicaux dans les départements des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Charente, de la Charente-Inférieure, du Lot-et-Garonne, de l'Hérault, des Landes, du Cher, de la Savoie, du Haut Rhin, du Bas-Rhin et sans doute dans beaucoup d'autres sur lesquels nous ne sommes pas suffisamment renseignés.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FRÉQUENCE DES MYCOSES PURES OU ASSOCIÉES A LA TUBERCULOSE : ERREURS DE DIAGNOSTIC AUXQUELLES LES MYCOSES PEUVENT DONNER LIEU

Par MM. les docteurs Camille SAVOIRE et Pierre CREUZÉ.

En juin 1923, l'un de nous fut consulté par une femme de 32 ans et ses deux enfants âgés respectivement de 9 et 11 ans. Tous trois depuis 1916 et presque simultanément au *moment de leur retour aux environs de Paris* avaient été atteints d'accidents bronchiques précédés de rhino-pharyngo-trachéites avec expectoration abondante, mucopurulente, élévation thermique vespérale survenant par périodes persistant plusieurs mois et séparées par des *rémissions* ; ces symptômes avaient résisté à toute thérapeutique, notamment à des cures thermales effectuées à La Bourboule, à Saint-Honoré : cette dernière ayant été interrompue par suite d'élévation thermique et d'expectoration sanguinolente. Il en était résulté chez ces trois malades un amaigrissement très prononcé et chez la mère et un enfant une altération profonde de la santé générale qui avait fait porter au médecin traitant et à un consultant s'appuyant sur une radiographie, le diagnostic de tuberculose.

Depuis deux mois, la mère se plaignait en outre de douleurs rénales et de troubles vésicaux avec altération des urines ayant fait penser à la tuberculose rénale. L'existence de périodes d'accalmies avec rétablissement complet de la santé générale alternant avec des rechutes et certaines anomalies de la symptomatologie, ayant incité à douter du diagnostic attribuant à la tuberculose l'origine des accidents, il fut procédé à des examens de laboratoire des sécrétions nasales et pulmonaires des trois malades et des urines de la mère. Le résultat des divers examens fut la constatation de l'existence d'une mycose commune à ces trois malades. Le traitement par l'iode colloïdal alternant avec un auto-vaccin amena une guérison rapide sans qu'aucune rechute se soit produite depuis. (Remarque intéressante, un vétérinaire de la localité habitée par cette famille a déclaré avoir eu l'occasion de constater plusieurs cas de mycoses à l'autopsie d'animaux : chèvres, chevaux et chiens morts dans le voisinage).

L'un de nous, en collaboration avec le docteur Monier-Vinard, avait déjà observé un cas où, en dépit des présomptions, certaines anomalies dans l'évolution clinique, l'apparition d'une appendicite au cours de l'affection primitive, l'avaient amener à douter du diagnostic de tuberculose. Les examens de laboratoire mirent en évidence la présence d'un aspergillus.

Dans la même année (1920) avec le docteur Ménétrel, il eut l'occasion de voir une dizaine de malades chez lesquels l'agent pathogène était un champignon. Un de ces malades présentait même une double localisation pulmonaire et rénale ayant pour origine la présence d'un *penicillum crustaceum*. Le 7 novembre 1922, le *Moniteur médical* publie un article où les auteurs (Ménétrel et Creuzé) signalaient la fréquence et les localisations multiples des mycoses.

Depuis avril 1923, nous avons poursuivi systématiquement la recherche des mycoses chez des malades atteints ou supposés atteints de tuberculose.

Sur 55 malades observés, il a été noté 50 mycosiques dont 18 présentaient une mycose pure, 32 dont les expectorations renfermaient des bacilles de Koch associés à une mycose et 5 malades seulement exempts de mycose, tout en présentant des bacilles de Koch.

La conclusion serait qu'un nombre important de malades sont considérés à tort comme exclusivement tuberculeux ; fréquemment, il s'agit d'affections mycosiques causées par les champignons seuls ou associés avec des bactéries diverses (pneumocoques, pneumobacilles, streptobacilles, tétragènes, entérocoques, catarrhalis) ou avec le bacille de Koch dont ils modifient profondément l'action pathogénique.

La constatation de mycoses au cours d'autopsies d'animaux a été faite pour la première fois en 1815 (A.-G. Mayer) ; une étude générale sur cette question a paru en 1896 sous la signature de Lucet, mais c'est Chantemesse et Widal qui, contrairement à l'opinion de Wirchop et Polak ont, au cours du Congrès de Berlin, en 1890, posé la question des pneumomycoses primitives. En publiant cette note, nous ne prétendons donc pas avoir découvert une nouvelle catégorie d'affections, mais nous voulons signaler leur fréquence et appeler l'attention de nos confrères sur les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

Il est important de noter que les mycoses, comme la tuberculose, peuvent donner lieu à des productions nodulaires aboutissant à la cellule géante ; qu'elles peuvent revêtir une forme aiguë ou chronique et donner lieu dans ce dernier cas à des poussées évolutives. Elles peuvent également, comme la tuberculose, s'étendre à d'autres organes que le poumon (rein, appendice).

Elles peuvent donner lieu à des hémoptysies abondantes ou parfois, comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, à une coloration rosée de l'expectoration lui donnant une apparence sanguinolente et provenant d'un pigment coloré sécrété par le champignon et donnant aux cultures une coloration variant du rose au brun foncé. Seule, la recherche des globules sanguins permet parfois de préciser la nature de ces fausses hémoptysies. L'examen radioscopique ou radiographique des malades atteints de mycose donne lieu à des constatations analogues à celles qu'on observe chez les tuberculeux, ce qui est d'ailleurs normal, car les défauts de transparence plus ou moins accusés par l'écran ou le cliché, correspondent à des réactions des tissus qui ne sont pas l'apanage exclusif de la tuberculose. (Nous tenons à signaler les erreurs profondes que peuvent commettre certains radiographes et même certains cliniciens qui veulent attribuer à l'examen radiologique une valeur incontestable, ou lui donner la supériorité sur l'examen clinique).

L'examen microscopique des sécrétions peut même, dans certains cas, induire en erreur un opérateur non prévenu, car certaines espèces mycéliennes à formes ramifiées peuvent en se segmentant donner naissance à des bâtonnets de forme bacillaire colorés par la méthode de Ziehl à côté d'autres éléments de même forme n'ayant résisté que partiellement ou nullement à la décoloration.

L'erreur peut être plus facile encore lorsque les mycoses se surajoutent ou se compliquent d'une association tuberculeuse dont la marche, ainsi que nous l'avons observé à plusieurs reprises, semble ralentie et parfois même enrayée du fait de la mycose.

Le seul procédé de diagnostic certain et de différenciation de ces espèces voisines consiste dans l'ensemencement de la sécrétion à examiner sur un milieu de culture approprié, tel que le liquide de Raulin ; on verra se développer rapidement une culture caractéristique de l'espèce mycosique qui pourra être identifiée.

La cuti-réaction au moyen d'un extrait du champignon et l'épreuve de la séro-réaction peuvent fournir des éléments de diagnostic.

Les caractères cliniques qui peuvent mettre le praticien sur la voie du diagnostic des mycoses sont variables et difficiles à préciser ; ils résultent plutôt des anomalies constatées dans la symptomatologie que dans l'existence de symptômes caractéristiques constants : l'existence d'une courbe de température irrégulière dont les écarts journaliers ne sont pas en rapport avec l'étendue ou l'importance des lésions ou des signes stéthoscopiques constatés ; la persistance ou l'alternance d'un état général satisfaisant en dépit des lésions d'apparence grave en raison des signes d'auscultation ; l'abondance, la persistance ou la nature de l'expectoration en désaccord avec les signes cliniques ; l'échec inexplicable de la thérapeutique hygiéno-diététique. Les succès enregistrés à l'actif de l'iode dans les tuberculoses pulmonaires contrastant avec les échecs constatés par certains cliniciens peuvent s'expliquer facilement en admettant que les premiers ont été obtenus chez des mycosiques purs ou associés à une tuberculose avec prédominance de l'élément mycosique.

En général, le diagnostic de mycose pure ou associée à la tuberculose doit être envisagé en présence d'une affection supposée tuberculeuse dont la marche est anormale, présentant des périodes de guérison apparente alternant avec des aggravations notables ou une accentuation des signes d'auscultation, sans retentissement correspondant sur la symptomatologie générale.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Cécité verbale sans agraphie et troubles mentaux.

Asile clinique Sainte-Anne

Professeur H. Claude.

La question dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui présente un double aspect. Il s'agit à la fois de troubles psychiques en rapport avec des lésions du cerveau et de troubles du langage conditionnés eux aussi par des lésions cérébrales. Le fait important qui relie les deux points de vue de cette question est que les troubles psychiques sont en rapport étroit avec les lésions organiques de la zone du langage.

La malade qui fait l'objet de ces considérations est une femme de 45 ans, Mme D., qui ne présente rien d'important dans ses antécédents

héréditaires ni personnels. On ne relève chez elle ni syphilis, ni traumatisme. Elle aurait eu antérieurement un peu d'albuminurie que nous n'avons pas retrouvée à l'asile. A son entrée dans le service on a noté seulement une légère hypertension artérielle : 20 × 14 au Pachon et un état anémique entretenu par des métrorragies qui n'existent plus actuellement.

Au point de vue psychique, il n'y avait eu ni phase de dépression ni poussée d'excitation antérieure. Mme D. était une bonne ménagère, mariée, d'un caractère gai, toujours égal. Mais, il y a trois ans, elle eut une très vive contrariété : l'aînée de ses deux filles fit une fugue avec son fiancé. Tout se régularisa par la suite devant M. le maire, mais Mme D. resta très affectée par cette incartade de sa fille. Son caractère changea, elle était triste, déprimée, mais continuait néanmoins à faire régulièrement son ouvrage, quand le 10 décembre 1922, elle eut un ictus avec perte de connaissance, semi-coma, léger état confusionnel, impossibilité de retrouver les mots, sans trouble de la motilité. Ces phénomènes s'atténuèrent assez rapidement, mais en avril 1923 des troubles psychiques marqués apparurent. La malade ne s'occupait plus de son ménage, elle avait des rêves terrifiants, des accès d'agitation, elle voulait protéger son mari qu'elle voyait attaqué par des « boches ». Ces troubles nécessitèrent son hospitalisation à Tenon où elle resta quelques semaines, dans le service du Pr Merklen, présentant un état confusionnel anxieux. Elle fut dirigée de là sur l'asile Sainte-Anne en juin 1923. A cette époque elle présentait une confusion mentale accentuée et des manifestations délirantes qui, associées à un état général mauvais, rendaient tout interrogatoire impossible. En octobre 1923, les troubles psychiques s'étant atténués, on découvrit en l'interrogeant qu'elle était atteinte de cécité verbale sans agraphie. Les troubles mentaux continuant à s'améliorer, il fut possible de la rendre à sa famille le 22 novembre 1923.

Pendant un an, elle put mener une existence normale. Elle était redevenue gaie, pleine d'entrain, faisait son ménage en chantant, sa mémoire était suffisante pour faire sans peine les commissions habituelles et elle n'était gênée que par la persistance de sa cécité verbale. Toutefois elle avait une suppression complète de ses règles et présentait quelques troubles psychiques sous forme de subexcitation.

Le 25 décembre 1924, Mme D., fut atteinte d'un nouvel ictus, plus grave que le premier, suivi d'un coma qui dura 6 heures. Le lendemain elle était confuse et délirante, exécutait des actes bizarres, voulait couper les seins de sa fille pour donner du sang à un malade. Elle se plaignait de violents maux de tête et fut alors réhospitalisée à l'asile Sainte-Anne.

Dans l'histoire de cette malade il y a lieu de considérer d'une part les troubles psychiques et d'autre part les troubles du langage.

Les troubles psychiques se sont manifestés pendant la première période d'hospitalisation, de juin à novembre 1923, par un état de confusion mentale avec troubles de l'attention et de la mémoire, euphorie alternant avec des idées vagues de culpabilité et dépression anxieuse, un certain maniérisme verbal, du puérilisme et une apathie générale qui coïncidait avec un état d'anémie et des ménorragies. Cette apathie diminua pour faire place, en août 1923, à un état d'excitation psychique avec érotisme diffus, familiarités à l'égard de tout le monde et en particulier des médecins qu'elle cherchait à provoquer par des chatouillements, des pincements. Ce comportement était en entière opposition avec le caractère et le genre de vie habituel de la malade. En octobre se manifesta une poussée d'excitation psychique avec euphorie, rires, chants, turbulence, et vagues idées d'auto-accusation. La malade était alors dérorientée, inconsciente de ses troubles mentaux et dépourvue de toute auto-critique. Enfin l'on assista à une réduction de ces troubles psychiques et la malade ne conservait, lorsqu'elle quitta l'asile, qu'une certaine fatigabilité intellectuelle.

A sa deuxième entrée dans notre service l'état psychique était beaucoup plus grave. Elle est arrivée le 9 janvier 1925 à l'asile dans un état d'excitation intense avec agitation, turbulence, désorientation complète et incohérence totale. Elle ne tenait que des propos décousus et son affaiblissement intellectuel était devenu beaucoup plus marqué.

Les troubles du langage ont été décelés en novembre 1923. C'est alors qu'on reconnut chez la malade l'existence d'une cécité verbale pure, avec impossibilité de lire les lettres, sans autre trouble du langage. L'examen ophtalmoscopique montra l'existence d'une hémianopsie en quadrant supérieur droit, pas de stase papillaire. Les pupilles étaient égales et réagissaient bien à la lumière et à l'acccommodation. Il n'existait pas d'hémiplégie ni de troubles de la sensibilité. Les réflexes tendineux étaient vifs sans clonus ni signe de Babinski, sans tremblements ni mouvements choréo-athétosiques. Le taux de l'urée sanguine était normal 0,35-0,21, la réaction de Wassermann négative, les urines ne contenaient pas d'albumine, l'anémie avait disparu et la formule leucocytaire était normale.

A son retour à l'asile, le 9 janvier 1925, on constata de l'inégalité pupillaire, (la pupille droite plus grande) un fond d'œil normal et un peu d'hypertension artérielle : 20 × 14 au Pachon. L'examen de la vision est devenu très difficile en raison des gros troubles de l'attention de la malade mais l'hémianopsie en quadrant a

dû rester la même qu'en novembre 1923 car elle avait persisté pendant le séjour de Mme D. dans sa famille. Vous pouvez constater en voyant marcher la malade qu'il n'existe toujours pas d'hémiplégie. On ne relève aucun signe d'altération de la voie pyramidale.

Lorsqu'on l'interroge il est facile de se rendre compte qu'elle comprend très bien tout ce qu'on lui dit. Je vous rappelle qu'il faut avoir soin, quand on donne un ordre à un aphasique, de ne pas faire de geste qui puisse mettre le sujet sur la voie du mouvement à exécuter. Si vous lui demandez de vous toucher la main ne tendez pas la main le premier. En procédant comme il convient vous voyez que Mme D. comprend et exécute parfaitement les ordres donnés. Il n'existe donc pas chez elle de surdité verbale. Elle parle facilement sans le moindre trouble dans l'articulation des mots, il n'y a pas d'aphémie. Il n'existe pas davantage d'agnosie ni d'apraxie. La malade reconnaît bien tous les objets. Chez elle, elle faisait son ménage, allait au marché toute seule sans se tromper de rue, comptait son argent, reconnaissait les billets à leur couleur. Sa mémoire est encore assez bonne, elle se souvient des choses d'autrefois et se rappelle assez bien les faits présents. Mais elle est tout à fait incapable de lire. Elle ne reconnaît plus l'image des mots ni même des lettres séparées. Quand on lui montre l'*Echo de Paris* elle devine le mot Paris mais ne le lit pas en réalité.

Ça et là elle devine encore cependant quelques lettres mais ne reconnaît pas les autres. Pourtant elle est capable d'écrire spontanément. Elle écrit d'un jet ce qu'elle désire et le fait à peu près correctement. Mais si elle s'arrête, réfléchit et essaie de se relire, elle perd le fil et ne sait plus ce qu'elle fait. Elle peut encore écrire assez convenablement sous la dictée, mais elle se fatigue vite et l'incapacité de se relire est absolue. La malade ne peut pas davantage épeler les lettres d'un mot ni reconnaître les lettres ou les mots dont on lui fait suivre le tracé au doigt. Enfin si on lui demande de copier un texte écrit, elle peut y parvenir mais son tracé calligraphique n'est qu'un dessin servile, elle n'interprète pas les caractères et ne peut transformer les lettres d'imprimerie en écriture cursive ni les majuscules en minuscules. Nous sommes donc en présence d'un cas d'alexie très caractérisé.

Il faut noter en outre que la malade, si elle n'a pas d'agnosie, a cependant une perte du souvenir de certains mots. C'est ainsi qu'elle reconnaît bien les objets et le fait comprendre en langage courant par une périphrase, mais elle a perdu la mémoire du mot qui sert à les nommer. On lui montre l'image d'un moulin, elle dit : « c'est pour faire le pain » ; un bateau : « c'est pour aller sur la mer » ; une montre : « c'est pour savoir l'heure ».

Vous la voyez actuellement dans un état d'excitation psychique marquée. Elle parle sans arrêt dans un verbiage décousu. Elle a le désir d'être désagréable. Son discours est une salade de mots qu'on peut rapprocher de la jargonaphasie dont le mécanisme procède à la fois de l'excitation psychique et des troubles du langage. La malade éprouve le besoin de parler mais le contrôle des mots est insuffisant et il en résulte un verbiage incessant.

Quant au calcul mental, qu'il faut toujours étudier chez ces malades, il est assez bien conservé ici ; Mme D. reconnaît d'ailleurs beaucoup mieux les chiffres que les lettres.

Comme vous venez de le voir notre malade présente donc bien une *association de troubles psychiques et de troubles du langage.* Quelle est l'importance et la fréquence de cette association en clinique ?

Dupré considère les troubles psychiques d'origine organique comme relativement rares. La prédisposition aux troubles mentaux joue un rôle important. La même lésion survenant chez des sujets à équilibre psychique stable et solide sera impuissante à éveiller des troubles nerveux. Si l'édifice mental est résistant, les troubles psychopathiques ne sont pas les satellites nécessaires des lésions organiques.

Il faut noter de plus que les troubles psychiques, lorsqu'ils existent, n'ont qu'une importance minime quand les lésions ne siègent pas dans la zone du langage. Il faut entendre par là la zone de Wernicke englobant les 1re et 2e circonvolutions temporales, le pli courbe et le girus supra-marginalis.

Les associations morbides jouent aussi un rôle important. Un foyer hémorragique, un ramollissement, créera plus facilement des accidents psychiques graves, durables, si le sujet est atteint de diabète, d'insuffisance rénale ou hépatique. L'âge intervient enfin et il est certain que les troubles psychiques s'atténuent facilement chez les sujets jeunes, surtout lorsque les lésions siègent sur l'hémisphère droit. Dupré rappelle à ce propos l'exemple de Pasteur qui fit une hémiplégie motrice pure.

Il faut tenir le plus grand compte du siège et de la multiplicité des lésions en foyers.

Les symptômes psychiques généralement observés consistent en un état de *confusion mentale* et en un *affaiblissement intellectuel* global plus ou moins marqué. Cet affaiblissement porte à la fois sur la mémoire sous forme d'amnésie partielle, systématisée, élective : amnésie de la personnalité, amnésie des faits récents, amnésie d'évocation par troubles de l'attention volontaire et consciente : on peut ainsi avoir affaire à de véritables scotomes psychologiques électifs et persistants. Sur la volonté : indifférence, apathie, aboulie. Sur le jugement et le sens cri-

tique. Souvent les malades conservent une conscience relative de leur affaiblissement psychique.

Dans les lésions des noyaux gris ou du lobe frontal on peut rencontrer des *troubles du caractère* : irritabilité, colères, violences, impulsivité, égoïsme, accès de pleurs, sensiblerie.

Il n'est pas rare non plus de voir survenir des *troubles du sens moral* : impudeur, inconvenances, exhibitionisme, vols. Ces faits présentent une grande importance médico-légale et il ne faut pas ignorer qu'on peut observer de pareils troubles chez des sujets prédisposés. L'affaiblissement intellectuel est en général proportionnel à l'étendue et à la gravité des lésions. Il s'exagère avec le temps et surtout à l'occasion de nouveaux ictus.

Les troubles peuvent revêtir une forme plus grave, c'est alors un *état confusionnel* où la pensée s'égare avec désorientation dans le temps, incohérence, tendance au verbiage, excitation, turbulence s'exagérant la nuit, enfin manifestations délirantes, hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, se rapprochant des hallucinations alcooliques ou de celles des confusions mentales secondaires. On a pu observer des hallucinations unilatérales chez des hémiplégiques (Lwoff).

Il existe parfois chez ces malades des états périodiques d'excitation et de dépression avec ou sans idées délirantes, irrégulièrement intermittents.

Ces manifestations démentielles traduisent l'automatisme cérébral inconscient. Elles sont surtout nocturnes, s'accompagnent d'insomnie, de cris, de coups, de fuites. Les idées délirantes sont polymorphes, irrégulières, non incorporées à la personnalité du sujet ; elles sont souvent la conséquence de rêves, de fausses reconnaissances. Lorsqu'il existe des idées délirantes de persécution (et c'est le cas le plus fréquent chez les sujets à tempérament paranoïaque) elles sont d'origine amnésique ; les malades perdent un objet, oublient et se croient volés ; ils accusent leur entourage de méfaits imputables à leur défaillance de mémoire et à leur irritabilité.

Il peut exister enfin des idées mélancoliques de ruine, de culpabilité allant jusqu'au suicide ou au meurtre. Aussi Krœpelin a-t-il pensé et Capgras après lui, qu'on pouvait attribuer l'origine de certaines mélancolies à une involution présénile.

Il ne faudrait pas croire que tous les malades atteints de lésions cérébrales présentent des troubles de ce genre et, pour le cas particulier qui nous occupe aujourd'hui, Déjérine a dit qu'en général la cécité verbale pure n'entraîne pas des troubles mentaux très marqués et, en principe, il a raison.

La cécité verbale pure ou alexie pure est un trouble de la réceptivité du langage. Signalée par Westphal et Charcot, elle a été séparée de l'aphasie sensorielle de Wernicke par Déjérine qui, en 1892, établit la localisation anatomique de la lésion : « Ici, disait-il, la zone toute entière du langage est intacte et la lésion siège sur les fibres qui réunissent le centre des images visuelles du langage, le pli courbe, au centre de la vision générale. Le malade n'a perdu qu'une des modalités du langage, la compréhension de la lecture ».

Nous avons vu, en examinant Mme D., en quoi consistaient les troubles alexiques. Les malades voient les mots, mais ne peuvent identifier les lettres, les syllabes et comprendre ces mots. Il existe plusieurs variétés d'alexie : littérales, syllabiques, verbales. Mais même quand les malades lisent, ils comprennent très mal, ils font des erreurs, ils tendent à deviner, à interpréter, aussi sont-ils exposés à de grosses méprises et à se laisser tromper à l'occasion par des gens mal intentionnés. Il faut savoir que parfois ils peuvent lire en suivant les lettres avec le doigt.

L'écriture spontanée est assez bonne, mais parfois déformée, irrégulière, gênée par l'hémianopsie ou par l'inhabileté manuelle. L'écriture sous dictée est assez bonne aussi. La copie est servile au début quand le trouble est très prononcé. Le défaut de l'écriture est parallèle, au point de vue de l'intensité, au trouble de la lecture. Lorsque le malade se rééduque, il copie en transformant l'imprimé en manuscrit, mais, fait important, il écrit tout en épelant presque à voix haute. Enfin, point très curieux, les sujets se relisent très difficilement et n'arrivent pas à lire l'écriture étrangère. En relisant, ils inventent et ne contrôlent pas. La lecture des chiffres est tantôt abolie, tantôt conservée. Le calcul est parfois très bon de tête et écrit.

La représentation visuelle est très souvent compromise. Les malades ne se souviennent plus des rues, de la topographie des lieux.

La cécité verbale revêt parfois des particularités curieuses sous forme de cécité musicale. Déjerine cite un malade qui pouvait encore lire en clef de sol mais ne pouvait plus lire en clef de fa. Il n'existe pas de surdité verbale.

En ce qui concerne les phénomènes intellectuels, Déjerine dit que dans les cas de cécité verbale pure, l'intelligence et le langage intérieur sont intacts et que la mimique est parfaite. Pourtant on peut observer des troubles de la mémoire, de l'attention, de l'association des idées et de la lenteur de l'idéation.

Enfin on retrouve dans chaque cas une *hémianopsie homonyme latérale droite.*

Comment pouvons-nous expliquer ces symptômes chez notre malade ?

Tout d'abord *l'hémianopsie.* Je me contente de vous rappeler très brièvement les notions anatomo-physiologiques essentielles à l'inter-

◆◆◈

prétation de ce trouble visuel ; vous savez que pour chaque œil les impressions lumineuses du champ visuel droit se projettent sur l'hémirétine gauche. De là, par l'intermédiaire des deux nerfs optiques ces impressions gagnent le chiasma. A ce niveau les fibres nerveuses émanées des deux hémirétines gauches se réunissent pour former, en arrière du chiasma, la bandelette optique gauche qui gagne le corps genouillé externe et le tubercule quadrijumeau antérieur gauches. Les fibres optiques se rendent ensuite au relai de la région sous-thalamique d'où partent les radiations optiques du segment rétro-lenticulaire, accolées aux fibres sensitives et au faisceau longitudinal inférieur. Les radiations optiques aboutissent enfin à la corticalité au niveau du cuneus, sur les deux lèvres de la scissure calcarine, et au niveau des lobules lingual et fusiforme. Il est facile de comprendre que toute lésion intéressant les fibres optiques, en arrière du chiasma et du côté gauche, entraînera une perte de la vision des objets situés dans le champ visuel droit de chaque œil, c'est-à-dire une hémianopsie homonyme latérale droite. Cette hémianopsie est plus ou moins complète suivant l'étendue de la lésion (fig. 1).

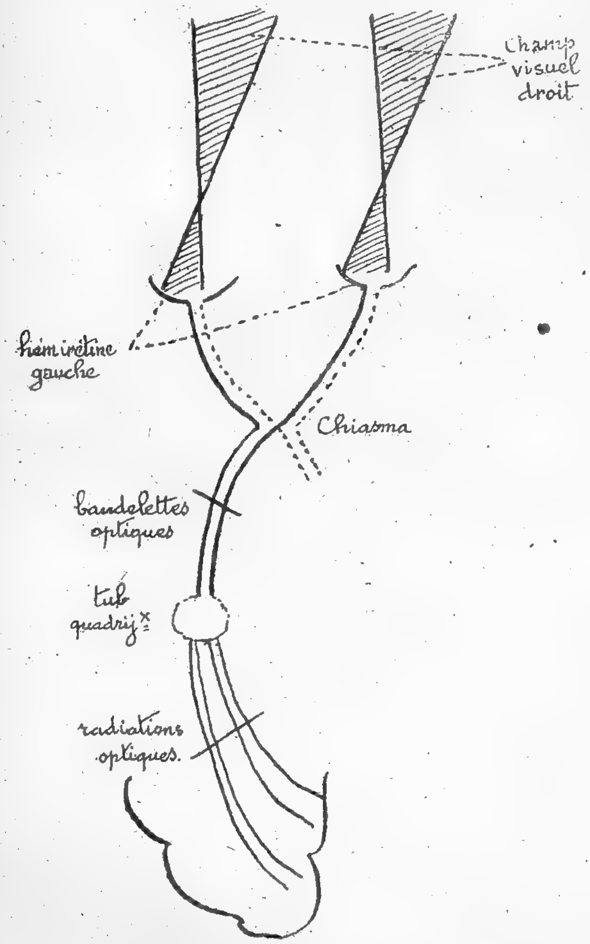


FIG. 1. — Hémianopsie homonyme latérale droite.

L'anatomie pathologique de l'*alexie* est plus complexe et plus discutée. Déjérine, au cours d'une autopsie, a rencontré une lésion du lobe occipital à la pointe du cuneus et dans les lobules lingual et fusiforme ; le pli courbe était intact. Willye et Redlich ont fait les mêmes constatations. Il s'agirait donc d'une destruction du centre visuel commun gauche. Déjérine explique le syndrome alexique par une section des fibres unissant le centre visuel commun gauche au centre des images visuelles des mots (qu'il situe au pli courbe). Mais Pierre Marie n'admet pas l'existence d'un centre spécial des images visuelles des mots et croit à une lésion détruisant simplement les fibres visuelles et, en même temps, la substance blanche de la zone du langage ou les fibres qui en proviennent. Il tend à amplifier la zone de Wernicke et place la lésion dans les lobules lingual et fusiforme. A ce niveau, une lésion intéressant à la fois les radiations optiques et le faisceau longitudinal inférieur atteint également la partie inférieure profonde de la zone de Wernicke (fig. 2). Je pense que dans certains cas il y a lieu d'envisager aussi la possibilité d'une lésion du forceps postérieur du corps calleux qui contient des fibres visuelles commissurales reliant les centres droit et gauche de la vision.

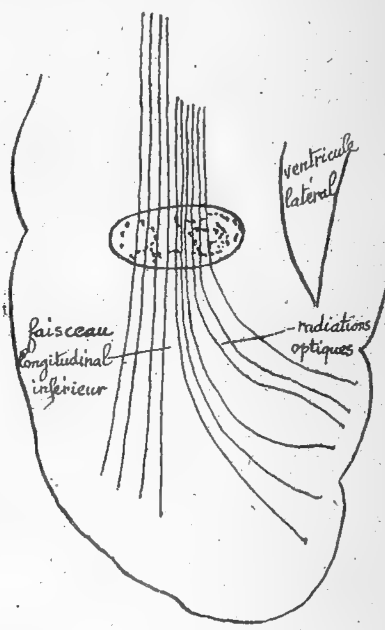


FIG. 2. — Siège de la lésion dans alexie pure.

L'alexie *pure* est due à une lésion très légère des fibres inférieures et profondes de la zone de Wernicke. Si la lésion est plus étendue on a l'aphasie de Wernicke avec plus ou moins de paraphasie.

La conception de PIERRE MARIE fait comprendre l'existence des variétés symptomatiques infinies que l'on peut rencontrer. Les variétés

sont dues à la plus ou moins grande étendue des lésions. Le territoire dans lequel siègent les lésions de l'alexie est irrigué par les branches de l'artère cérébrale postérieure tandis que la zone de Wernicke est irriguée par l'artère sylvienne. Il en résulte que l'étendue des lésions dans l'alexie est commandée par l'extension des rameaux de l'artère cérébrale postérieure et les anastomoses de ces rameaux avec ceux qui terminent les branches postérieures de la sylvienne. Pierre Marie pense même qu'une lésion de l'extrémité terminale de la Sylvienne n'intéressant que la portion tout à fait postérieure de la zone de Wernicke pourrait donner le syndrome alexique, sans altération de la cérébrale postérieure, à condition que cette lésion coupe le faisceau longitudinal inférieur et les radiations optiques.

Comment expliquer la conservation de l'écriture ? Exner admettait qu'il existait un centre de l'écriture dans le pied de la 2e frontale, mais ce centre n'est plus admis par la plupart des neurologues, ni comme centre, ni comme localisation. Nous savons toutefois que des troubles importants de l'écriture existent chez des aphasiques moteurs et surtout dans l'aphasie de Wernicke. Déjérine les explique par ce fait que le malade ne possède plus intactes les images du langage ; il ne peut évoquer l'image optique du mot, dans l'aphasie motrice.

Il n'existe pas, en fait, d'agraphie pure par lésion circonscrite. Mais s'il n'y a pas de centre préformé de l'écriture, l'écriture étant une acquisition récente et ne nécessitant pas une conformation anatomique spéciale, il peut y avoir une région du cerveau où s'emmagasinent les souvenirs des actes nécessaires pour l'écriture, comme peuvent s'emmagasiner d'autres souvenirs moteurs et cela nous ramène à l'apraxie.

En résumé, il existe bien un syndrome aphasique particulier d'alexie pure caractérisé par :

Une cécité verbale plus ou moins complète ;

Une agraphie pour la copie au prorata de la cécité ;

Une conservation de l'écriture spontanée et sous dictée ;

Une hémianopsie homonyme latérale droite.

Mais, de même que l'aphémie se complique de quelques troubles de l'écriture spontanée et de l'audition verbale et n'apparaît pure que dans l'aphasie motrice pure ou anarthrie, de même l'alexie pure peut se compliquer de quelques troubles empruntés à l'aphasie de Wernicke. L'autonomie clinique de l'alexie n'en persiste pas moins et elle est encore consolidée par sa constitution anatomique qui réside dans une lésion de l'artère cérébrale postérieure.

Ainsi, schématiquement, on peut distinguer :

L'*aphémie* ou *aphasie de Broca* par lésion des branches antérieures de la Sylvienne ;

L'*aphasie de Wernicke* par lésion des branches postérieures de la Sylvienne ;

L'*aphasie totale* par lésion de toutes les branches de la Sylvienne ;

L'*aphasie de Déjérine* ou alexie pure par lésion de la cérébrale postérieure.

Il existe des cas intermédiaires, des variations en rapport avec l'étendue variable des lésions et les dispositions anatomiques variables aux confins des territoires vasculaires.

Dans tous ces cas il y a, sauf chez les anarthriques jeunes, des troubles plus ou moins accusés de l'intelligence.

Ainsi *les alexiques non agraphiques sont bien des infirmes*. C'est là, du point de vue pratique, le fait le plus important à retenir. Certes les malades peuvent se rééduquer, mais ils restent très inférieurs et incapables, malgré les apparences, de vivre et de se diriger dans des conditions normales. Les nécessités les plus élémentaires de la vie sociale sont pour eux des obstacles matériels énormes. Enfin, il convient d'insister sur le déficit plus réel qu'apparent de leur intelligence et sur les dangers auxquels ils peuvent être exposés plus encore que d'autres aphasiques. Ils croient comprendre, ils interprètent, inventent et peuvent être entraînés à accepter certaines choses fausses, à se faire tromper, duper. Ils ont besoin d'être protégés et, s'ils ne sont entourés, ils ne peuvent s'occuper de leurs intérêts et de l'administration de leurs biens.

Il faut enfin se rappeler que les troubles psychiques confusionnels surajoutés peuvent masquer la cécité verbale.

Le traitement à instituer chez ces malades doit être celui de la cause des lésions cérébrales : artério-sclérose, brightisme, syphilis. Il faut y associer la rééducation psychique qui portera sur les troubles de l'attention, de la mémoire et du caractère ; rééducation patiente et prolongée qui ne doit pas exclure les moyens de protection indispensables pour la sauvegarde de ces infirmes.

Leçon recueillie par le Dr Fribourg-Blanc.

LA COCAINE, SES EFFETS THÉRAPEUTIQUES ET SES ACCIDENTS (1).

Par M. JOURNÉ.

II

Accidents d'intoxication.

L'administration de la cocaïne peut, comme celle de tous les médicaments, donner lieu à des accidents soit que les doses prescristes aient été trop fortes, soit surtout que le malade présente une susceptibilité particulière vis-à-vis du médicament.

Le médecin désireux d'éviter des inconvénients à son malade doit prendre des précautions. Il est bon d'examiner le malade aux points de vue cardiaque, neurologique, de s'efforcer de déceler des réactions psycho-motrices anormales... avant de faire procéder aux premières prises qu'on commence à donner à faibles doses progressives et en présence du malade. Si les réactions sont normales, on laisse le sujet utiliser l'alcaloïde suivant les indications précises mentionnées sur l'ordonnance et des recommandations supplémentaires consignées par écrit, au besoin. Il vaut mieux ne pas prescrire la cocaïne aux enfants et aux sujets jeunes, mais cette indication ne doit pas être considérée comme une prohibition.

Les accidents du cocaïnisme sont rares en thérapeutique courante et pour ainsi dire exceptionnels lorsqu'on se renferme dans les doses du Codex, qu'on examine avec soin les malades avant d'ordonner le médicament et que l'on prend la précaution de faire procéder en sa présence aux premières prises du médicament, pour juger de ses effets.

J'ai ordonné l'alcaloïde sous les formes les plus variées ; pulvérisations naso-pharyngées, applications locales sur les muqueuses, injection, spar voie gastrique, par voie rectale, instillations oculaires, injections *urétrales* malgré l'épouvantail qu'on a fait dans certaines observations d'accidents graves qui seraient survenus à la suite d'injections intra-uréthrales de doses minimes, (par exemple injection de *un centigramme* d'une solution de cocaïne à 1 %, c'est-à-dire d'une solution qui contient 50 centigrammes de chlorydrate de cocaïne pour 50 grammes d'eau). Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer, à part quelques malaises légers, un seul incident un peu impressionnant, sur des centaines de cas où j'ai pu constater en ma présence les suites possibles de la prise du médicament.

Les accidents d'intoxication relevant de la cocaïne sont aigus ou chroniques.

A. Intoxication aiguë.

En principe la cocaïne et ses sels, lorsque ces produits ne sont pas de synthèse, administrés aux doses du Codex, ne donnent lieu à aucun accident sérieux, scientifiquement démontré.

I. *Accidents légers.* — L'intoxication légère, qui est la seule qu'on observe, en thérapeutique courante, se manifeste chez les prédisposés, aussitôt après la prise de doses même minimes de l'alcaloïde, par de la tachycardie, de l'excitation psychique, des sueurs, un peu de céphalée, un peu de malaise. Ces accidents rétrocèdent vite.

Il ne faut pas confondre la lipothymie, ou la syncope émotive avec des accidents du cocaïnisme : la syncope est un accident d'ordre névropathique que tout médecin a eu l'occasion d'observer à l'occasion des traitements les plus simples, pendant les préparatifs, avant même que l'introduction du médicament ait eu lieu, ce qui permet de rejeter son action.

Les névropathes, les éthyliques peuvent présenter des réactions psychomotrices violentes, des mouvements toniques et cloniques à l'occasion d'injections de doses faibles de un à quelques centigrammes de chlorydrate de cocaïne en solution. Il faut éviter de confondre les accidents du cocaïnisme avec des accidents convulsifs (ancien delirium tremens) qui peuvent se déclancher chez les éthyliques sous la simple influence de l'émotion pendant l'attente et la préparation de l'injection ou même coïncider avec l'introduction de l'alcaloïde dans l'organisme du malade.

II. *Accidents moyens.* — Les accidents moyens se produisent quand les malades ont dépassé les doses prescrites. Dans les cas moyens, le cocaïnisme aigu se manifeste, chez un certain nombre de sujets prédisposés, après une phase plus ou moins nette d'excitation motrice, par de la tachycardie, des malaises, des sueurs, succédant à un stade de chaleur, un peu de parésie des membres, du refroidissement du corps, du trismus, de la congestion cérébrale légère, avec une élévation de température de quelques dixièmes ; il n'y a pas d'excitation psychique. Chez d'autres sujets, l'intoxication se traduit par de l'excitation cérébrale avec logorrhée, par de l'émotivité, par du tremblement des mains. La vaso-constriction provoquée par la cocaïne explique la pâleur de la face et les sensations de froid qu'on observe chez les intoxiqués. L'intoxication moyenne peut se traduire encore par une élévation de la pression artérielle après un abaissement passager au début. Le cœur, accéléré d'abord, présente, avec les doses exagérées, quelques intermittences. L'action de la cocaïne sur le cœur est en général assez nette et elle explique que des *doses très fortes* (50 centigrammes, un gramme et

(1) V. *Concours médical* n° 14 du 5 avril 1925.

plus) administrées d'emblée ou successivement puissent déterminer une syncope mortelle.

III. *Accidents graves.* — Les accidents graves s'observent dans deux circonstances : 1° chez les toxicomanes et chez les sujets (cas rare) qui, par erreur, ou dans un but de suicide ont pris des quantités élevées de cocaïne : un gramme, dix grammes et plus (Traité de médecine, édition Masson : *Intoxication par la cocaïne*) ; 2° chez les opérés au cours de l'anesthésie régionale par la cocaïne. Les accidents graves et même mortels qui surviennent dans la pratique chirurgicale présentent d'ailleurs une symptomatologie tout à fait différente de celle des intoxiqués de la première catégorie. Si on laisse de côté les cas douteux, les cas où il y a eu des fautes de technique, où la cocaïne a été associée à d'autres poisons comme l'adrénaline, les faits de coïncidence de mort subite qui n'ont aucune relation avec une intoxication par la cocaïne, on constate que les accidents observés chez les opérés sont rares et ne surviennent que chez les *prédisposés* qui présentent une inconcevable susceptibilité vis-à-vis de certains médicaments.

a) *Accidents provoqués par les doses massives.* — Ces accidents surviennent chez les sujets qui ont absorbé soit par la voie nasale (par prises nasales) soit par la voie gastrique, soit en injections sous-cutanées ou intra-musculaires des doses considérables de chlorydrate de cocaïne. Nous sommes ici en dehors du domaine de la thérapeutique. Je résume les signes d'intoxication qui permettent de montrer la différence des symptômes avec ceux de l'intoxication légère ou moyenne à la suite de doses thérapeutiques. De plus la symptomatologie de l'intoxication grave montre bien, par l'intensité et l'amplification des manifestations, l'action de la cocaïne et de ses sels sur l'organisme.

L'intoxication grave se traduit, après des doses fortes et dans un délai de temps variable, par de la pâleur de la face qui prend un aspect décomposé, des sueurs, des troubles respiratoires avec rythme respiratoire anormal ou ébauche de Cheyne-Stokes, des tendances syncopales, et malaises intenses, des hallucinations visuelles, des mouvements cloniques, des troubles moteurs des membres inférieurs, des tremblements, plus rarement par des vomissements. La mort peut survenir par syncope du fait de l'atteinte des centres bulbaires. La dilatation de la pupille n'est pas un signe d'intoxication puisqu'elle se manifeste avec des doses minimes, par exemple à la suite de l'instillation dans l'œil de quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne à un pour cent.

L'intoxication aiguë grave évolue en deux phases assez distinctes qui se succèdent : une *phase d'excitation*, puis une *phase de collapsus.* La *phase d'excitation* survient un temps variable après la prise ou l'injection d'une dose forte de cocaïne. Le sujet pris d'agitation, de loquacité, éprouve rapidement une angoisse intense, avec pâleur de la face, battements du cœur tumultueux, accélération considérable du pouls, refroidissement, sueurs abondantes. On constate en même temps des troubles moteurs consistant en tremblements des mains, myoclonies, engourdissements, parésies des membres inférieurs, accès tétaniformes. La *phase de collapsus* résulte d'une intoxication des centres bulbo-protubérantiels. Les troubles respiratoires dus à l'action de la cocaïne sur le centre bulbaire annoncent la phase terminale de collapsus. Les troubles respiratoires consistent en modifications du système respiratoire, ébauche de Cheyne-Stokes, périodes d'apnée. L'anxiété s'accentue, le corps se couvre de sueurs et se refroidit, le malade entre en syncope et la scène se termine souvent par la mort (Guérin, Thèse Paris, 1921).

b) *Accidents graves survenant au cours de l'anesthésie locale ou régionale.* — La pratique chirurgicale emploie plusieurs procédés d'anesthésie :

L'anesthésie *locale* par des *badigeonnages* de solutions cocaïnées et des *pulvérisations* de poudres cocaïnées ;

L'anesthésie *locale* par injections cutanée, muqueuse ou musculaire ;

L'anesthésie *régionale paravertébrale* ;

L'anesthésie *régionale splanchnique* ;

L'anesthésie *régionale intra-rachidienne* ;

L'anesthésie *régionale épidurale.*

L'*anesthésie paravertébrale* atteint les troncs nerveux à leur sortie des trous de conjugaison et nécessite un grand nombre de piqûres, s'il faut anesthésier tout l'abdomen. Elle est utilisée surtout dans les interventions par voie latérale d'étendue limitée, celles qui s'attaquent par exemple à une tuberculose cæcale.

L'*anesthésie splanchnique*, après anesthésie pariétale, peut être réalisée soit par l'infiltration directe des mésos, soit par l'anesthésie des nerfs splanchniques atteints à travers la paroi lombaire dans la région cœliaque latérale. Cette méthode n'offre à peu près aucun danger, mais présente quelque difficulté technique. Elle rend des services en chirurgie intestinale quand l'anesthésie générale est contre-indiquée et qu'on ne veut pas faire de rachi-anesthésie pour une intervention de quelque durée.

L'anesthésie épidurale est surtout utilisée pour l'anesthésie des régions périnéale et génito-urinaire.

L'anesthésie régionale, habilement combinée avec des alcaloïdes toniques ou euphoriques, comme la morphine ou le pantopon en injections sous-cutanées, le chlorydrate de cocaïne en pulvérisations intra-nasales (si la législation autorisait les médecins à employer le chlorydrate de cocaïne en nature) permet de faire sans souf-

◆◆◆◆

francés et avec le minimum de risque les opérations les plus graves.

Les procédés de l'anesthésie régionale par la cocaïne, avec association d'opium et de cocaïne, donnent le moyen, en dehors des applications chirurgicales, de supprimer les souffrances des incurables et d'adoucir l'amertume de leurs longs jours de souffrances. Mais la législation rend difficile aux médecins l'emploi des alcaloïdes ou peut les exposer à des risques judiciaires.

L'anesthésie régionale est une remarquable tentative de perfectionnement de l'anesthésie générale par le chloroforme et par l'éther qui a été longtemps seule utilisée. Le nom de *Reclus* s'inscrit en tête de l'histoire de l'anesthésie régionale qui supprime pour les opérés les affres du chloroforme et de l'éther avant et après l'opération.

L'intoxication grave est rare dans la pratique de l'anesthésie locale. L'anesthésie rachidienne du fait du mode d'introduction de l'alcaloïde au niveau même des centres nerveux est celle qui pourrait causer le plus d'appréhension.

Cependant le nombre des opérations faites sous rachi-cocaïnisation, sans accidents notables, prouve que les accidents de la rachi-cocaïnisation ne sont pas plus fréquents qu'avec le chloroforme et l'éther.

Une des preuves manifestes du peu de danger de la cocaïne, c'est que les cocaïnomanes prennent sans accidents et pendant des années régulièrement, des doses massives de un gramme, cinq, dix grammes de cocaïne et plus (Traité de médecine, édition Masson. *Intoxication par la cocaïne*).

Malgré tout, on a fait un épouvantail des accidents à redouter à la suite d'injections de quantités minimes de solutions de cocaïne même à titre faible, à un pour cent, par exemple, soit un centigramme de cocaïne pour un gramme d'eau distillée.

Je rappelle que les dentistes pratiquent couramment des injections de cocaïne dans la muqueuse gingivale : le total de ces injections s'élève à des milliers pour chaque praticien et le nombre des incidents un peu sérieux est minime. On note surtout des syncopes émotives qui surviennent si le patient est averti qu'on va lui faire une injection de cocaïne, mais qui disparaissent si le dentiste fait l'injection de cocaïne en affirmant qu'il pratique une injection anesthésiante qui comporte un autre produit. Il faut tenir compte de coïncidences dans la survenance des accidents : il est arrivé à tout médecin de voir son malade faire une syncope avant une petite intervention ou l'application d'un toxique ; si l'accident syncopal survient au moment de l'application, c'est évidemment une erreur de l'attribuer toujours au médicament.

De temps à autre, on voit publier des cas d'accidents mortels qui seraient dus à la cocaïne. Souvent ces cas sont mal relatés, l'étiologie des accidents et leur pathogénie est mal dégagée et il ne reste que l'effet impressionnant de la publication d'une mort coïncidant avec l'emploi de la cocaïne. En réalité, il n'y a pas un médicament à l'actif duquel on ne pourrait publier des cas de morts subites. Les cas de mort dus au chloroforme sont bien plus fréquents qu'on ne le dit, souvent parce que la cause de la mort est attribuée à tort à des tares organiques ou fonctionnelles.

La fréquence relative des accidents graves dus à la cocaïnisation tient à ce qu'on publie à peu près tous les cas.

M. Legueu a rapporté, en 1924, le cas d'un lithiasique de 50 ans, ayant une éraillure légère de l'urètre, à qui l'on fit, avant une cystoscopie, une injection urétrale de 6 grammes d'une solution de cocaïne à 2 pour 100, c'est-à-dire contenant 20 centigrammes de cocaïne pour 10 grammes d'eau. Il reçut donc dans l'urèthre 12 centigrammes de chlorydrate de cocaïne qui furent maintenus dans le canal par un élastique durant quelques minutes. Le malade succomba rapidement après une crise de convulsions épileptiformes. La dose de 12 centigrammes de chlorydrate de cocaïne même introduite d'emblée dans l'urèthre était évidemment trop faible, même chez un sujet dont on n'avait pas tâté la susceptibilité à la cocaïne, pour déterminer des accidents mortels.

M. Marion a fait observer qu'une injection de cocaïne, faite en de telles conditions, pénètre dans le tissu spongieux et équivaut à une injection intra-veineuse ; faut-il n'injecter que 2 cmc de la solution de cocaïne, c'est-à-dire 4 centigrammes de cocaïne ? Mais avant d'attribuer la mort à la cocaïne, à des doses aussi infimes, ce qui paraît très peu probable, il faudrait pouvoir déterminer si le malade n'a pas succombé à une crise urémique, à une syncope cardiaque, à une embolie, à une hémorragie cérébrale. Les convulsions épileptiformes signalées dans le cocaïnisme apparaissent surtout chez les alcooliques: une simple injection de un centigramme peut déclancher chez eux des phénomènes convulsifs. De nombreux chirurgiens ou médecins emploient largement la cocaïne, depuis de nombreuses années et la plupart n'ont jamais noté un incident.

De plus la cocaïne en solution aqueuse perd une partie de son action physiologique : l'alcaloïde altéré dans une certaine mesure, au contact de l'eau, ne conserve plus guère que des propriétés analgésiques et perd une certaine partie de ses propriétés.

On a proposé de remplacer la cocaïne, dans la pratique chirurgicale, par des alcaloïdes de synthèse. Mais en réalité et quoi qu'on en ait dit, les injections de novocaïne, de stovaïne surtout peuvent déclancher dans la même proportion,

sinon plus, des accidents. On a soutenu, par exemple, que la toxicité de l'eucaïne est moindre que celle de la cocaïne (près de 4 fois), que la syncope est moins à redouter chez les malades dans la station verticale, mais on ajoute que si les accidents cardiaques se déclarent, ils peuvent survenir plus brusquement, sans prodromes et qu'on peut réduire l'action vaso-dilatatrice de l'eucaïne en ajoutant à ses solutions dela cocaïne !

De plus, dans les accidents relatés, on ne dit pas si des alcaloïdes de synthèse n'ont pas été substitués par erreur à la cocaïne et on ne s'est pas toujours assuré de la qualité de la cocaïne ; on a pu utiliser des solutions préparées d'avance et qui s'altèrent.

On a signalé également des accidents mortels occasionnés par la cocaïne en solutions employées, notamment en badigeonnages en vue de l'ablation des amygdales, mais on associe souvent et à tort aux solutions de cocaïne, le chlorydrate d'adrénaline qui est un toxique convulsivant au premier chef. Il est possible que des accidents mortels attribués à la cocaïne soient sous la dépendance de doses beaucoup trop fortes d'adrénaline.

La seule injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de chlorydrate d'adrénaline en solution dans un gramme d'eau, peut provoquer immédiatement des malaises et du tremblement intense des membres, même chez des sujets qui supportent bien la cocaïne seule.

L'anesthésie régionale à la cocaïne a pu donner lieu à quelques accidents graves : mais ceux-ci comportent des modifications de la technique et non le renoncement au perfectionnement d'une admirable méthode d'anesthésie vulgarisée autrefois par Reclus.

M. Spick a rapporté le cas d'une syncope mortelle survenue après une rachi-stovaïnisation. Je la cite ici pour mettre à l'abri contre la prétendue innocuité de la stovaïne qui est plus dangereuse que la cocaïne. M. Spick avait à opérer un jeune homme de 20 ans, atteint d'une ostéite du cou-de-pied, suite de plaie par balle. L'état général était bon. On fait une rachi-stovaïnisation en ponctionnant 15 cmc. de liquide céphalo-rachidien et en injectant 14 cmc de solution de stovaïne à 1/200 après absorption de 100 gr. de café. L'opéré est couché. Au moment où on va injecter une ampoule d'adrénaline, une syncope cardiaque se déclare avec disparition des bruits du cœur en quelques secondes. Les injections de caféine, d'adrénaline, d'éther, la respiration artificielle sont inutiles, comme dans la plupart de ces cas et la syncope est définitive.

M. Spick a pensé judicieusement qu'il avait eu affaire à une mort subite par syncope cardiaque et que le même accident se serait produit avec n'importe quel anesthésique.

Malgré tout l'intoxication grave par la cocaïne même à la suite de la rachi-cocaïnisation ou d'injections régionales de doses moyennes est rare. On peut dire avec M. Schwartz que l'anesthésie locale bien employée n'expose à aucun danger sous réserve des accidents impossibles à prévoir même avec les précautions prises. La mort par le chloroforme par exemple surprend les donneurs d'anesthésie les plus attentifs. De même l'accident grave peut survenir avec des anesthésiques locaux quelconques chez des sujets dont il est impossible de prévoir l'incompréhensible intolérance : cette intolérance se constate d'ailleurs très rarement, sous réserve des syncopes émotives qu'il ne faut pas confondre avec l'intoxication.

Certains sujets présentent une idiosyncrasie ou des accidents d'anaphylaxie et de colloïdoclasie à l'occasion de doses minimes de médicaments les plus inoffensifs (aspirine, antipyrine, ipéca) : cette susceptibilité s'exerce même vis-à-vis des aliments naturels comme le pain, le lait, les œufs. La cocaïne n'échappe pas à la règle, elle est au contraire moins dangereuse que les alcaloïdes de synthèse, comme la novocaïne, la stovaïne... par lesquels certains veulent la remplacer.

Les ophtalmologistes ont rapporté le cas de malades qui à la suite d'une instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à un pour cent (trente centigrammes de chlorydrate de cocaïne pour trente grammes d'eau distillée) dans la conjonctive, ont présenté du gonflement des paupières, de l'exophtalmie, et inspiré les plus grandes inquiétudes au médecin. Chez certains, l'idiosyncrasie est telle que les gouttes de la solution qui coulent sur la joue marquent leurs passage par des phlyctènes. On peut évidemment se demander ce qu'il adviendrait de ces sujets s'ils avaient à subir une rachi-cocaïnisation. Mais ces mêmes accidents, d'ailleurs peu graves, peuvent se présenter avec la prise de l'antipyrine par exemple.

Il faut donc savoir que l'accident est toujours possible et le prévoir. Il faut tâter la susceptibilité du sujet et réduire au minimum les doses anesthésiques par l'emploi de solutions soigneusement contrôlées. D'ailleurs comme avec le chloroforme, une première anesthésie peut être bénigne et une deuxième anesthésie pratiquée à quelque temps de là donner des accidents. Il y a donc un domaine variable suivant les sujets, où nous sommes dans une certaine imprécision. Il ne faut pas dire que, si des médecins ont des accidents dus à l'anesthésie locale, c'est qu'ils n'ont pas obéi aux règles élémentaires de la méthode, car cette règle entraînerait des condamnations pénales et civiles imméritées qui aboutiraient à l'abstention pure et simple de tout traitement efficace, sous prétexte qu'un accident peut se produire sur quelques milliers de cas.

Les chirurgiens et les médecins feront bien de

ne pas dépasser les doses du Codex et de suivre les préceptes classiques même s'ils les trouvent trop étroits car, si pour une cause ou une autre (idiosyncrasie, insuffisance hépatique, urémie, instabilité cardiaque), des accidents d'intoxication grave se produisaient après prescription de cocaïne et de ses sels, à des doses dépassant celles du Codex, les experts qui seraient commis reprocheraient peut-être au médecin une *faute lourde* et les tribunaux, qui décident d'après le rapport de l'expert, condamneraient le médecin.

Il faut retenir la symptomatologie très spéciale des accidents graves qui peuvent survenir ou coïncider avec des doses de cocaïne de dix centigrammes par exemple (et souvent beaucoup moindres) chez des personnes soumises à une anesthésie locale ou régionale. L'allure des accidents n'est pas la même qu'avec les doses massives. Le sujet entre brusquement en syncope par une crise convulsive plus ou moins nette. L'*idiosyncrasie* du sujet fait toute la gravité du cas, elle est rare, elle peut se produire avec n'importe quel médicament actif et il faut toujours savoir faire sa part quand il ne s'agit pas d'une coïncidence de mort subite (syncope, hémorragie cérébrale, insuffisance rénale, hépatique...) d'autant plus probable chez des opérés qu'il s'agit souvent de sujets présentant des affections ou des tares de plus ou moins longue date (végétations adénoïdes, occlusion intestinale, cancer...)

B. Intoxication chronique.

L'intoxication chronique peut apparaître chez des malades atteints d'herpès de la cornée, d'ozène, de rhinite, de sinusite, de gastrite rebelle, de colite douloureuse... qui sont astreints pour calmer leurs souffrances à prendre le médicament d'une façon suivie. L'intoxication, assez rare en réalité, survient surtout chez ceux qui dépassent les doses prescrites. Les symptômes de l'intoxication chronique consistent en troubles du caractère, irritabilité, anorexie, amaigrissement, céphalée, congestion encéphalique, insomnie, tachycardie, tremblements, myoclonies, mouvements convulsifs ou cloniques.

Traitement des accidents.

Le traitement de l'intoxication légère consiste dans le repos *en position assise* et non couchée comme on le préconise. La position couchée est utile dans les syncopes pour faciliter la circulation cérébrale, elle est nuisible lorsqu'on suspecte une intoxication par la cocaïne, car elle exagère la congestion cérébrale et par suite les troubles.

L'intoxication moyenne comporte la station assise ; les injections d'huile camphrée, de caféine, d'adrénaline, sont nuisibles. Si les manifestations sont par trop pénibles, on les calme avec une injection de cinq milligrammes de morphine ou d'héroïne, ou par l'absorption de grogs, de vingt gouttes de laudanum. L'intoxication légère rétrocède *facilement* : il ne faut pas la confondre avec la lipothymie émotive.

Le traitement de l'intoxication aiguë grave est aléatoire à cause de la brutalité des accidents. Si la syncope survient à la suite de hautes doses, les centres nerveux sont troublés profondément ou annihilés et les injections de substances stimulantes, les manœuvres intempestives de respiration artificielle, ne font qu'accélérer l'issue fatale. Si la syncope survient à l'occasion de doses thérapeutiques, au cours de l'anesthésie chirurgicale, elle est d'autant plus au-dessus des ressources de l'art que l'intoxication par la cocaïne est le plus souvent hors de cause.

J'estime que dans les intoxications graves relevant sûrement de la cocaïne, le meilleur traitement consiste à pratiquer 2 à 3 injections de un centigramme de morphine par 24 heures, à réchauffer le malade, à le placer dans un lit, en position demi-assise, dans les meilleures conditions pour respirer. L'emploi du ballon d'oxygène, en donnant des doses faibles, peut atténuer les troubles respiratoires. L'inhalation d'éther et surtout de chloroforme me paraît nettement contre-indiquée. On fera prendre des boissons chaudes alcooliques dès qu'on le pourra.

Le nitrite d'amyle en inhalations, si souvent cause de manifestations congestives, est particulièrement à rejeter : il exagère les troubles.

Les hypnotiques dérivés de la malonylurée tels que le somnifène, les dérivés de l'acide barbiturique comme le véronal, le sulfonal, les calmants comme le dial sont utiles dans les manifestations spasmodiques. Le somnifène a l'avantage de pouvoir être donné en injections qui agissent plus vite.

Les troubles respiratoires consistent parfois dans la bradypnée avec abolition de la respiration automatique et conservation de la respiration volontaire provoquée. Le malade oublie de respirer, mais il ne pense pas que le trouble qu'il ressent *provient de cet oubli*. Il faut alors inciter l'intoxiqué à respirer.

Le traitement de l'intoxication chronique consiste dans la suspension momentanée ou définitive du médicament ou dans la diminution des doses.

M. JOURNÉ.

L'HYDROLOGIE DU PRATICIEN

Les cures thermales dans le traitement de la paralysie infantile,

Par le docteur Raymond MOLINÉRY.

Dans un congrès récent, la Société d'hydrologie et de climatologie de Toulouse avait mis à l'ordre du jour de l'une de ses séances *le traitement hydrominéral de la paralysie infantile.*

Ayant eu, il y a quelques années, à soigner à Barèges un certain nombre de cas de paralysies infantiles et ayant eu depuis à diriger à Luchon le traitement physiothérapique de plusieurs de ce petits malades, il nous a paru intéressant pour le praticien de connaître les conditions dans lesquelles la cure thermale pouvait être utilisée. Dans ces quelques notes il sera passé en revue fort brièvement le choix de l'heure thermale, le choix de la station, la possibilité de l'association des cures ; comment contrôler les résultats de la cure thermale, comment il faut associer la rééducation des mouvements au traitement thermal. Le traitement chirurgical de la P. I. doit-il précéder ou suivre la cure ? Comment pratiquer l'électroionisation et l'héliothérapie et le traitement en piscine dans la P. I. ; enfin quelle est l'action de la cure thermale dans les manifestations cutanées trophonévrotiques de la P. I.: tels sont les points à envisager.

Nos confrères Saint-Béat, de Salies-du-Salat ; Pierre Fourment, de Barèges ; David, de Salies-de-Béarn, ont consacré à cette question de thérapeutique divers mémoires que nous signalons aux lecteurs du *Concours médical.*

Légion sont les pauvres petits que la paralysie infantile a frappés et pour l'amélioration desquels il reste *toujours* quelque chose à faire.

1° Il nous paraît que le choix de l'HEURE THERMALE pour le traitement de la paralysie infantile, auprès de nos stations, doit retenir l'attention du praticien.

La paralysie est devenue définitive quand la contractilité faradique n'est pas reparue après deux mois. On note que cette paralysie est toujours flasque, ne présente jamais de raideur ni de contracture ; les réflexes sont abolis et la sensibilité est normale. On ne signale, peut-on dire, jamais de troubles de l'intelligence. Il faut donc se méfier de toute autre affection étiquetée P. I. qui présenterait des signes autres que ceux, qu'avec Ball, nous rappelons ici. L'atrophie frappe d'abord les muscles, puis les os et les tendons et enfin la peau.

C'est donc au début de la période de la maladie que les pédiatres appellent « *la quatrième période* » que l'on doit amener les enfants à la station choisie.

2° *Faut-il toujours commencer par les chlorurées ?*

L'an denrier, au Congrès de Bordeaux, où fut traitée la question des chlorurées et des sulfurées sodiques en chirurgie, l'assemblée voulut bien reconnaître que les chlorurées devaient être choisies *les premières* quand l'état général avait été particulièrement touché, mais que les sulfurées pouvaient d'emblée être ordonnées quand l'état général semblait normal. Donc, étant donnée cette différenciation concernant l'état général, les chlorurées et les sulfurées pourront être indifféremment choisies quand l'état général du petit malade sera bon.

3° *Faut-il associer les cures chlorurées et les sulfurées ?*

En thèse générale, cela ne fait aucun doute : le traitement de la P. I. est long ... de nombreux mois, de longues années. Il est donc bon de préconiser les alternances des sulfurées avec les chlorurées qui, chacune, ajoutera ses effets à l'autre, surtout quand certains sujets présenteront une hérédité syphilitique en même temps que les stigmates de leur P. I. (cas étudié par les Drs Saint-Béat et Molinéry en 1918 et 1919).

Nous croyons aussi que l'*association de la cure arsenicale* à la cure sulfurée et à la cure chlorurée sera indiquée chaque fois que l'enfant présentera quelques signes de lymphadénie, parallèlement à son amyotrophie. Le sel, le soufre et l'arsenic restant l'une des triades de base de la médication infantile ; l'iode, le sel, et le soufre en constituant la seconde.

4° *Au cours de la même année, quelle doit être la durée d'une cure thermale* ? Il faut affirmer que le traitement de trois mois, alterné de repos de huit à dix jours, donnera le maximum de résultats possibles dans une même station.

Il faut affirmer, car les faits sont là, qu'un traitement de trois mois (deux mois aux salines, séparées par un traitement d'un mois aux sulfurées ou aux arsenicales) donnera mieux encore.

Il faut faire l'éducation des parents. A Berck ne garde-t-on pas les enfants un, deux, quatre et quelquefois cinq ans ?

Les praticiens doivent donc ne pas craindre de le dire aux parents : la continuité de la cure, au cours de la même année fait gagner beaucoup de temps. Les objections ? d'abord, je le crois du moins, les objections tombent vite à l'examen d'une vie entière d'un enfant, vie qui peut être gâchée par insuffisance de soins. Mais si

✦✦✦✦✦

cette insuffisance de soins est fonction, comme il arrive, d'insuffisance de ressources, il faut que des sanatoriums d'enfants, type Berck, soient installés à Salies-de-Salat, Salies-de-Béarn, Salins-de-Mouillères, etc., et déjà un grand pas n'a-t-il pas été réalisé dans ce sens ?

Il faut donc prévoir, pour les premières années, 3 ans de cures consécutives, de trois mois chacune. Puis, on peut alterner ce traitement thermal une année entre autres.

5° *Comment contrôler les résultats de la cure ?* Par les relevés de la tension artérielle, de la numération des globules ; par les courbes ergographiques (type Langlois), par l'examen au dynamomètre (type Bidou) ; par le contrôle électrique et, naturellement, par les mensurations métriques, longitudinales et circulaires.

Il est aussi un contrôle très facile à réaliser : celui de la recherche de la coordination des mouvements de la marche. Tracez sur le sable des ronds ou des carrés ou, plus facilement, encore, utilisez les dessins d'une mosaïque, d'un linoléum et l'enfant étant nu, faites le marcher en l'obligeant à placer ses pieds au centre même de chacun des dessins.

Pour augmenter sa stabilité, faites-lui placer, au bas des reins, une canne qu'il appuiera fortement sur la partie la plus saillante des muscles fessiers (et non sur les crêtes iliaques).

6° Et ceci m'amène à dire un mot de la *rééducation des mouvements par la volonté.* Il faut que *médecin, enfant et parents soient bien convaincus* qu'à moins d'une destruction définitive des centres médullaires spinaux, il reste une quantité suffisante de cellules vivantes pour ramener l'influx nerveux aux muscles paralysés et que cet influx sera souvent en fonction de la volonté mise en œuvre avec une inlassable patience pour poursuivre cette rééducation. Il faut aider cette rééducation par une mécanothérapie active et par un appareillage physiologiquement étudié : en particulier, dans la scoliose consécutive à la P. I.

Aussi, je dois signaler ici les résultats obtenus à la colonie de Saint-Fargeau, près de Melun, où Mlle Poidatz, s'est dévouée à la rééducation de tous ces petits paralysés pour lesquels trop souvent on a dit, même (hélas !) des médecins : « il n'y a plus rien à faire ».

De Champtassin a imaginé une sorte de trottoir-roulant appelé la *Champtassinette* qui permet à l'enfant de s'exercer à la marche, le pelvis, au début, étant suspendu.

Les opérations chirurgicales seront, naturellement, pratiquées quand il s'agira de ténotomies ou d'ostéotomies.

Et c'est ici que se pose la question de l'*opportunité, du choix* de l'HEURE THERMALE. Faut-il envoyer l'enfant aux Eaux « avant ou après » l'opération ? Question d'espèces que nous demandons la permission de traiter d'un mot : encore et toujours, *ceci est conditionné par l'état général.* L'enfant est-il bien : opérez et la cure thermale suivra. L'enfant est-il dans un état général déficient, commencez par la cure thermale : l'opération en sera facilitée. Il en sera de même pour l'appareillage.

En effet, nous avons été les témoins d'enfants présentant tous les signes précoces de la luxation de la hanche, provoquée par la laxité des muscles et des ligaments et par la modification ostéotrophique du sourcil cotyloïdien qui, après une cure sulfurée ou saline, ont vu ce processus être enrayé. Nous avons vu des enfants dont l'incurvation antérieure du fémur ou l'incurvation en parenthèse du tibia a été jugulée par la cure thermale. Donc question d'espèce qui doit être tranchée pour chaque cas.

Mais cette question de rééducation, d'appareillage doit être étudiée *en parallélisme de la cure thermale.* D'où, dans nos stations d'enfants spécialisées, poursuivre la réalisation d'organisations pratiques qui permettront pour le plus grand bien de nos petits la coexistence de ces divers moyens de cure.

7° *Un mot de l'électroionisation* : les eaux sulfurées fortes, les eaux chlorurées se prêtent à l'électroionisation. Cependant l'électricité n'est-elle pas une arme à deux tranchants dans le traitement de la P. I. ? Il conviendra, pour son application d'avoir recours aux connaissances du spécialiste. Le regretté Dr Cruzel avait, à Barèges, poursuivi sur ce sujet d'intéressantes études continuées par le Dr Fourment.

8° L'*héliothérapie* doit être sagement ordonnée contre la P. I., parallèlement à la cure thermale et parallèlement à tous les autres moyens mis simultanément en œuvre pour soigner le malade. Mais cette héliothérapie se pratiquera, surtout, en supprimant le maximum de vêtements à l'enfant, se rappelant que *la peau est un admirable piège à radiations solaires,* donc à énergie (Nogier). Ceci n'exclurait pas la méthode nouvelle que le Dr Boyer, de Cauterets, veut codifier : l'*orothérapie* ou utilisation spéciale de la montagne en vue de certains traitements.

9° *Piscine et P. I.* :

La polyomyélite étant à forme épidémique il est bien évident que l'enfant qui en a été atteint ne pourra, non seulement en station thermale, mais encore en ville, user de la piscine tant qu'il pourrait être considéré comme porteur de germe bien que nous soyons mal fixés sur l'étiologie de l'affection. En tous cas, cette réserve a peu d'importance puisque le traitement thermal ne peut commencer que vers le deuxième mois, au moment où toute pyrexie a disparu.

Le traitement en piscine a le très grand avantage : 1° de faire faire, en même temps que

le bain, du *humage*, qui est un moyen parfait de pénétration des principes actifs de l'eau ; 2º de permettre l'utilisation d'une grande quantité d'eau courante, donc augmenter la valeur curatrice de cette eau ; 3º enfin de permettre la natation qui est la forme la plus heureuse de mécanothérapie active car l'enfant voit l'eau faciliter ses mouvements (surtout l'eau si dense des salines) et cette facilité lui donne confiance ; l'effort qu'il a fourni pour vaincre la résistance de l'eau exerce, en même temps que ses muscles, sa volonté ; l'émulation que le baigneur peut créer, entre enfants faisant le même traitement, stimule les uns et les autres.

Une organisation technique, facile à adapter partout, peut permettre, en même temps, soit la douche sous-marine qui constitue un excellent massage, soit la douche ordinaire immédiatement après la séance de natation qui, croyons-nous, doit, rarement, tout au moins au début, dépasser 8 à 10 minutes.

10º Il est encore une manifestation de la P. I. contre laquelle les cures thermales chlorurées ou sulfurées sont éminemment actives : ce sont les tropho-névroses cutanées (consécutives le plus souvent aux trophonévroses vasculaires), ces ulcérations désespérantes du membre inférieur, en particulier. On peut encore ranger dans le même cas les acrocyaniques et les enfants paralysés atteints, si fréquemment, d'engelures interminables.

11º Les stations spécialisées, les professeurs d'hydrologie doivent appeler l'attention des pédiatres, des praticiens, des étudiants et aussi du grand public, sur l'utilisation beaucoup plus fréquente et beaucoup plus prolongée qu'il n'est fait actuelement des cures thermales et climatiques pour le traitement de la paralysie infantile.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Formes cliniques des néphrites chroniques. Leur traitement.

Après avoir montré que la classification des néphrites, si commode pour l'enseignement, ne correspond pas aux réalités cliniques, M. A. Damas (de Paris) expose la caractéristique des quatre formes habituelles de néphrites chroniques : *la néphrite albumineuse simple, la néphrile chronique hypertensive, la néphrite hydropigène, la néphrtie avec azotémie*. Cette dernière a pris dans la pathologie actuelle une importance considérable et « on devra toujours y penser chez les malades dont le rein est lésé. »

L'auteur expose ensuite le traitement des néphrites. Il est de deux sortes : le régime alimentaire, la médication proprement dite, celle-ci fort importante. « Elle consiste, avant tout, dans le maintien de la diurèse et de la tonicité cardiaque. La digitale et la théobromine sont parfois mal supportées et ne peuvent être longtemps utilisées. On leur adjoint aujourd'hui, ou on leur préfère le Scillarène, glucoside cristallisé, principe actif isolé du bulbe de la scille, dont les propriétés cardiotoniques et diurétiques sont indiquées pour le traitement des affections rénales. Ce médicament est sans inconvénient pour le rein et l'estomac, et comme il est facilement éliminé, il représente le cardio-rénal pour le traitement prolongé des cardiopathies chroniques et des néphrites.

Le professeur Gabriel Perrin (1) et le docteur Calac (2) ont montré l'action diurétique, à la fois indirecte et directe de ce médicament. Joz (3) dans sa thèse inaugurale, travail du service de M. le professeur Carnot, a publié des cas de néphrites chroniques, avec oligurie et œdèmes, fort améliorés par le glucoside de la scille. Le professeur Harvier (4), dans son cours de thérapeutique expose l'utilité de ce diurétique en dehors de la digitale ; Tilmant, après Pic et Bonamour, annonce dans ses observations cliniques contrôlées par le laboratoire la diminution progressive de l'urée sanguine chez les azotémiques auxquels il injecte le glucoside de la scille, et l'abaissement de l'hypertension. Dans certains cas même, le coma a disparu sous l'influence du médicament utilisé par la voie intra-veineuse.

Pour obtenir ces résultats, la posologie classique est la suivante :4 comprimés de scillarène par jour, ou 4 fois XV gouttes de la solution à 1/2 milligr. par cc. (*Bulletin médical*, 11 février 1925.)

(1) *La Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1923.
(2) *Thèse* de Toulouse, 1923.
(3) *Thèse* de Paris, 1924.
(4) Cours de la Faculté de Paris 1924 et *la Médecine*, 20 mars 1924.

De la guérison de maladies associées à la morphinomanie par la désintoxication rapide.

On connaît déjà l'heureuse influence que les réactions de la démorphinisation peuvent avoir sur d'autres maladies diverses, tantôt antérieures à l'intoxication qu'elles ont souvent même déterminée, tantôt survenues au cours de l'intoxication, et sans relations directes avec elle. C'est ainsi que M. P. Sollier et D. Morat ont rapporté des guérisons ou fortes améliorations de : sciatique rebelle, asthme, rhumatisme, troubles médullaires, dyspepsie avec douleurs hépatiques, contractures douloureuses, etc.

Aujourd'hui ils relatent quatre observations nouvelles de ce genre ayant trait à une arthrite vertébrale, avec fistulisation et élimination de séquestre, à une dermatite herpétiforme de Duhring, à un psoriasis, à un syndrome inflammatoire péritonéo-intestinal, diagnostiqué tuberculose abdominale.

Ces observations détaillées, choisies entre d'autres, montrent une fois de plus combien la méthode de désintoxication rapide, préconisée par les auteurs, est le procédé de choix dans le traitement des intoxications. C'est la seule capable de créer une réaction intense intéressant toutes les fonctions organiques, digestives, fonctions glandulaires, sanguines, — réaction marquée par la desquamation des muqueuses, l'apparition du choc hémoclasique, l'élimination des cellules imprégnées par la morphine, par l'hypersécrétion de toutes les glandes, et plus spécialement du tube digestif, glandes salivaires, foie, glandes intestinales. Les modifications hématologiques confirment également la valeur de cette méthode rapide. Les trois stades successifs, qui caractérisent l'évolution de la formule hémoleucocytaire des malades en état de désintoxication, polynucléose, mononucléose, éosinophilie, rappellent exactement les trois phases de la réaction leucocytaire dans la plupart des infections aiguës. Au cours de la désintoxication comme des maladies infectieuses, mêmes réactions hématopoiétiques et chimiotactiques destinées à lutter contre tout agent microbien ou toxique nuisible à l'organisme; Dans la démorphinisation, l'organisme profite de cette poussée réactionnelle pour lutter efficacement contre les germes infectieux de tout ordre qu'il peut avoir emmagasinés d'autre part, et contre lesquels il n'a pas pu réagir jusque-là. (*La Presse médicale*, 29 novembre 1924.)

La forme angineuse de la colique hépatique.

Le syndrome d'angine de poitrine biliaire est surtout connu comme complication d'un accès de colique hépatique avec migration complète ou d'une colique vésiculaire. Mais, d'après quelques observations personnelles, MM. C. Lian, R. J. Weissenbach et G. Parturier démontrent l'existence assez fréquente de cas où le syndrome angineux est au premier plan, et où restent dans l'ombre les manifestations vésiculaires, que seul un examen minutieux fait découvrir.

Le tableau clinique est le même que celui de l'angor pectoris ; toutefois les crises ont souvent des tendances à se prolonger et parfois se répètent, deviennent subintrantes au point de créer un véritable état de mal angineux. Seul l'examen complet permet de faire le diagnostic, pour lequel il faut tenir compte d'une particularité caractéristique, quoique non pathognomonique, que sont les nausées, accompagnant la crise et conséquence d'une colique hépatique fruste. Quelquefois aussi la crise est précédée ou accompagnée d'une selle bilieuse, ou d'une recrudescence des troubles gastriques préexistants. Pas de signes importants dans le système cardio-vasculaire, mais, au contraire les symptômes locaux de la lithiase biliaire (défense abdominale à droite, etc.). Enfin le nitrite d'amyle et la trinitrine restent inactifs ; par contre, les applications locales chaudes ou froides, l'opium et parfois la belladone donnent généralement une accalmie presque immédiate.

Les difficultés du diagnostic rentrent dans quatre grands groupes :

A) Le tableau clinique rappelle à peu près point par point celui de la forme angineuse de la lithiase vésiculaire ; le diagnostic est souvent facile ; cependant il faut compter avec l'état de mal cardio-gastro-angineux des infarctus du myocarde.

B) Chez un lithiasique avéré, il faut savoir préciser si les crises d'angor sont exclusivement sous la dépendance de la lithiase, où dépendent à la fois de la lithiase et d'une affection cardio-vasculaire.

C) Chez un sujet cardiaque ou aortique avéré, il faut savoir reconnaître si une lithiase biliaire fruste n'intervient pas dans la genèse des crises angineuses.

D) Enfin, chez un sujet dont l'angor paraît cliniquement résumer tout l'ensemble symptomatique, au lieu de se laisser aller trop facilement à incriminer une aortite latente, il faut compter avec la forme angineuse de la colique hépatique.

En somme, parmi les affections susceptibles de causer un sérieux retentissement cardiaque, s'étageant depuis les simples palpitations et l'arythmie extra-systolique jusqu'à l'angor pectoris et à l'insuffisance cardiaque, la lithiase biliaire tient une place plus importante que celle qui lui avait été concédée jusqu'à présent. (*La Presse médicale*, 29 décembre 1924.)

Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches.

Le traitement des rétrodéviations utérines est d'ordre médical ou chirurgical. Dans le premier cas, on a recours au redressement, aux massages, à la pose d'un pessaire, à certaines cures thermales, et il faut bien dire que le résultat est souvent négatif.

Aussi, lui préfère-t-on l'intervention chirurgicale, qui fut longtemps l'hystéropexie, et qui, actuellement, est la ligamentopexie, pendant l'activité génitale des femmes rétrodéviées.

MM. Eparvier et L. Michon ont examiné, à la lueur des faits, les rapports de cette opération avec la fécondation, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. La rétrodéviation entraîne la stérilité tantôt par des causes vaginales, tantôt par des causes utérines. Or, de même que la pose correcte d'un pessaire a été suivie rapidement d'une grossesse, de même la ligamentopexie a eu pour conséquence à bref délai une fécondation.

L'influence sur la grossesse paraît négligeable. Il se fait une adaptation des ligaments ronds au développement progressif de l'utérus, qui arrive au terme sans avoir été gêné par l'intervention précédente. Quant à l'accouchement, il n'est nullement gêné par celle-ci. Enfin, dans les suites de couches, on a pu se rendre compte que, les ligaments ronds revenant sur eux-mêmes, la rétrodéviation restait habituellement corrigée.

1° En ce qui concerne les rapports de la ligamentopexie avec la fécondation, cette opération peut être suivie à bref délai d'une grossesse chez une femme jusqu'alors stérile. Toutefois, l'opération ne paraît pas nettement supérieure à la pose d'un pessaire qui peut donner les mêmes résultats sans intervention comme traitement de la stérilité.

2° En ce qui concerne les rapports de la ligamentopexie avec la grossesse et l'accouchement, cette opération est excellente et elle ne change rien aux conditions physiologiques, fait d'ailleurs bien établi et que nous ne faisons que confirmer.

3° E n ce qui concerne les rapports de la ligamentopexie avec les suites de couches, nous croyons pouvoir affirmer que les résultats de cette intervention restent définitivement acquis et que ce procédé ne permet pas plus qu'un autre la récidive de la rétrodéviation. (*Lyon méd.*, 22 février 1925.)

L'évolution des idées en endocrinologie clinique.

Dans une rapide revue, M. Léopold-Lévi envisage les débuts de l'endocrinologie, avec Brown-Séquard, les grands syndromes endocriniens : crétinisme, goitre exophtalmique, maladie bronzée, acromégalie, gigantisme..., dont la découverte des propriétés des glandes endocrines a permis de préciser la vraie nature ; les formes frustes atténuées dissociées.

Il rappelle qu'il a décrit l'instabilité thyroïdienne dont il rapproche d'autres instabilités glandulaires. Il arrive ensuite aux syndromes pluriglandulaires et étudie les rapports du système sympathique avec les glandes endocrines.

Des tests ont été découverts pour mesurer le fonctionnement endocrinologique : ils n'ont pas toujours tenu les promesses qu'on leur avait prêtées. Mais la physiologie et la pathologie générales ont largement bénéficié des données nouvelles émanant de la physiologie et de la pathologie des endocrines.

Cependant, d'après l'auteur, on note actuellement une vague de réaction contre les exagérations dans lesquelles on est tombé, par une extension démesurée du domaine de l'endocrinologie, dont cependant la Thérapeutique a su tirer un réel parti.

En résumé, l'étude des glandes endocrines et de tout ce qui s'y rattache doit être poursuivie sérieusement en se tenant aussi loin des enthousiasmes irréfléchis que des critiques systématiques. Car, ces glandes ne sont que des régulateurs dominés par l'hérédité, les lois de l'ontogénèse, de la phylogénèse, les états préalables, les prédispositions locales.

« Malgré ces réserves, qu'il est prudent de faire, il ne s'ensuit pas moins que les études, concernant les glandes endocrines, ont produit, suivant le mot de M. Gley, une révolution en biologie, et l'on doit ajouter, en clinique et en thérapeutique. » (*L'Evolution médico-chirurg.*, février 1925.)

Nouvelle méthode d'examen de l'oreille.

Il s'agit de l'épreuve du verre, décrite par M. Van Meenen comme suit :

On place un verre d'eau de forme cylindrique devant le pavillon de l'oreille, à quelques millimètres de la peau ; le malade accuse alors, ou non, un bourdonnement ; les enfants eux-mêmes sont capables de distinguer leurs perceptions et de les noter. Si le malade entend le bourdonnement, l'épreuve est positive, et on en peut conclure que la chaine des osselets et l'oreille interne sont à peu près normales.

Avec un tympan scléreux, la surdité est la règle, mais l'épreuve du verre est encore positive.

Par contre, elle est négative quand l'oreille interne est lésée ou que la chaine des osselets est ankylosée, pronostic sombre en pareil cas. (*Le Scalpel*, 14 février 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le diagnostic électrique du rachitisme.

(MM. Gillot et Bure. — *Académie de médecine* ; 3-3-1925.)

Il semble étrange de diagnostiquer le rachitisme par l'électricité. Et cependant, c'est l'exploration de l'excitabilité électrique que préconisent MM. Gillot et Bure pour dépister le rachitisme débutant, le rachitisme *incipiens*.

Les auteurs sont partis de l'idée suivante : dans le rachitisme, il y a hypocalcémie — hypocalcémie qui se retrouve dans la spasmophilie et qui relie les deux états morbides. Dès lors chez le rachitique on devra trouver une excitabilité des nerfs exagérée, que révèlera l'exploration au courant continu. MM. Gillot et Bure font cette recherche au niveau des orbiculaires des paupières où elle est plus facile à observer chez les nourrissons.

Anémie et leucémie mortelles provoquées par la manipulation de substances radio-actives.

(MM. P. Emile-Weil et A. Lacassagne. — *Académie de médecine* ; 3-3-1925.)

M. P. Emile-Weil a observé deux sujets, sensiblement du même âge, tous deux robustes, indemnes de maladie et de tare organique, ayant travaillé ensemble pendant deux à trois ans à la manipulation de substances radio-actives de l'ordre du thorium, qui moururent l'un et l'autre à quelques jours de distance, d'une maladie du système sanguin. Dans un cas, il s'est agi d'anémie pernicieuse aplasique ; dans l'autre, de leucémie myéloïde.

On connaît des observations antérieures montrant que l'action à dose faible, mais prolongée, des radiations, peut entraîner, à un moment donné, une brusque déficience des tissus sanguiformateurs, réalisant un syndrome d'anémie.

La seconde observation confirme l'existence, qui était seulement soupçonnée jusqu'alors, d'une leucémie provoquée par les radiations. Cette notion suscite une comparaison avec les effets des rayons à doses faibles et prolongées sur la peau. On sait que deux ordres de lésions cutanées peuvent se rencontrer chez les radiologistes : des ulcérations radiodermiques résultant d'un processus destructeur, et des lésions végétantes, qui conduisent si souvent à l'épithélioma et qui semblent relever d'un processus irritatif.

Injection intra-veineuse de somnifène dans un cas d'hyperagitation fébrile. Mort de la malade.

(MM. Ravina et L. Girot. — *Société médicale des hôpitaux* ; 6-3 1925.)

Si le somnifène est un médicament actif, appelé à rendre de précieux services en thérapeutique, il est évident que son activité ne va pas sans inconvénients possibles dans certaines circonstances. MM. Ravina et Girot viennent d'observer à l'hôpital Saint-Antoine, une malade de 38 ans, admise pour des troubles du système nerveux fébriles et de l'agitation intense. On lui fit une injection intra-veineuse calmante de 10 cent. c. de somnifène. La femme s'endormit aussitôt et son sommeil continua, calme et régulier. Le lendemain à 5 h. du matin on prit sa température qui donna 40° 2. La respiration et le facies s'altérèrent alors et à 6 h. la mort survint. A l'autopsie, aucune lésion organique apparente.

M. Chauffard, qui présente l'observation de MM. Ravina et Girot, pense qu'il est difficile de ne pas établir un rapport entre l'injection intra-veineuse de somnifène et la mort rapide avec hyperthermie ; toutefois un doute persiste du fait de l'imprécision du diagnostic clinique. Une certaine prudence doit s'imposer dans l'administration des doses assez fortes de somnifène, par voie veineuse principalement.

— M. Flandin ajoute qu'à côté des accidents aigus susceptibles d'être provoqués par le somnifène, l'usage très prolongé de cette substance peut amener des phénomènes toxiques chroniques caractérisés par des troubles de la mémoire et de l'intelligence, des vertiges, des altérations de l'équilibre. L'auteur en a rencontré un exemple chez un blessé qui prenait depuis plusieurs mois soixante gouttes de somnifène tous les soirs. La suppression du médicament fut suivie dans l'espace de 15 jours du retour complet à l'état normal.

Les lésions rénales des cancéreux.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 30-1-1925.)

M. Maurice Renaud a fait une étude des lésions rénales chez près de 200 malades atteints de cancer.

Les cancéreux ont, en principe — mis à part les néphrites antérieures — un rein dont le fonctionnement est normal. La présence de troubles néphriiques (révélés par l'analyse des urines ou les épreues d'exploration rénale) indique que le cancer est ntré dans la période des complications qui relèvent d'une double source :

1° Un syndrome infectieux ;

2° Un syndrome de compression de l'uretère.

En réalité, en dehors du syndrome de compression, les troubles rénaux dans le cancer sont tardifs. Ils dépendent de causes accidentelles surajoutées, et ne sont qu'indirectement provoqués par le développement de la tumeur. Il n'y a pas à proprement parler de néphrite cancéreuse.

Sur les lois d'hérédité mendélienne.

(M. APERT. — *Soc. méd. des hôp.*; 16-1-1925.)

La loi de Mendel, qui concerne l'hérédité de certains états morbides, est une loi de fréquence. Elle permet de prévoir plus ou moins la proportion de sujets atteints dans une descendance pathologique. M. Bénard, récemment, proposa deux autres lois (loi d'aînesse, loi d'alternement) qui, selon lui, permettraient de prévoir l'ordre de succession des sujets normaux et pathologiques dans une génération atteinte. M. Apert présente une critique de l'opinion de M. Bénard, dont il n'admet pas le bien fondé.

Cancer secondaire du cœur.

(MM. Ch. ACHARD et MOUZON. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 23-1-1925.)

M. Achard rapporte l'observation d'un cas de cancer viscéral dont le foyer primitif est resté mal précisé, mais dont les foyers secondaires ont été nombreux ; le cœur et l'aorte offraient différents noyaux néoplasiques.

Le cancer secondaire du cœur est relativement rare. Laënnec en avait rencontré deux exemples. Cornil, à la Société de Biologie, en 1887, déclarait qu'il en voyait deux ou trois par an. Pic et Bret, en 1891, avaient pu en rassembler 86 observations. C'est un des cancers secondaires les moins fréquents et un des plus silencieux. On ne c te guère que le cas de Nicereau où il n'ait pas constitué une surprise d'autopsie. Cependant, dans quelques observations, on trouve noté la mention de phénomènes cardiaques, tachyarythmie avec asystolie, bradycardie, etc.

Maladie de Paget.

(MM. J. HALLÉ et Jacques DECOURT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-1-1925.)

M. J. Hallé et Jacques Decourt relatent l'histoire d'un malade atteint de maladie de Paget, localisée au tibia gauche, qui comportait la coexistence des quatre troubles locaux suivants : l'hyperthermie, de la pigmentation, des poussées vésiculeuses et une augmentation de l'indice oscillométrique — particularités intéressantes à noter dans l'ignorance où l'on est encore de la nature de cette affection.

Anévrysme de l'artère sous-clavière.

(MM. LECHELLE, MARQUÉZY et PÉRISSON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-1-1925.)

M. Léchelle a traité un anévrisme de l'artère sous-clavière droite, reconnu par la radiographie et ayant provoqué de vives douleurs, que calmèrent la cure spécifique (quinby, cyanure de mercure, novarsénobenzol). L'auteur pense que les douleurs étaient le résultat d'un processus inflammatoire péri-anévrysmal que le traitement a amendé.

Traitement de l'anémie pernicieuse progressive par les transfusions de sang répétées.

(MM. P. EMILE WEIL, ISCH-WALL, POLLET et LAMY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-1-1925.)

Les auteurs apportent une statistique de 12cas d'anémie grave cryptogénétique dans lesquels ils ont employé les transfusions répétées de sang. Ils ont éliminé de leur étude toutes les anémies pernicieuses relevant d'une cause établie, les anémies déterminées par les toxiques (benzol, arsénobenzol), les infections (streptocoques hémolytiques, parasites animaux), les néoplasies (cancer, leucémies, maladie de Hodgkin), certains agents physiques (radium, rayons X à doses trop fortes), les hémorrhagies répétées, etc.

Dans ces 12 cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, les transfusions sanguines multipliées ont procuré deux guérisons et huit rémissions prolongées.

Formes frustes de la mélitococcie.

(MM. DARGENS et DORÉ, de Toulon. — *Société médicale des hôpitaux* ; 21-3-1925.)

La fièvre méditerranéenne ne revêt pas toujours l'allure ondulante classique connue. Elle peut se présenter sous des aspects frustes. MM. Dargens et Doré ont suivi deux malades ayant eu des poussées fébriles rappelant le paludisme et chez lesquels le diagnostic de fièvre méditerranéenne fut posé par le laboratoire.

Chez les malades en question l'origine de l'affection semble avoir été due à un fromage particulier, dit « fromage cervelle », très prisé par la population toulonnaise, surtout par l'élément corse qui le reçoit directement de l'île.

Hyperkératose sous-onguéale douloureuse professionnelle.

(MM. SPILLMANN et MOUGOLLE.— *Soc. dermatologique* de Nancy ; 20-12-1925.)

MM. Spillmann et Mougolle ont rencontré deux fois, chez un oculiste et chez un dentiste, une hyperkératose sous-onguéale douloureuse, gênant l'exercice professionnel et d'origine professionnelle elle-même. Elle était provoquée par le contact des doigts avec des collyres cocaïnés ou des solutions de novocaïne. La suppression de la cause amena une guérison rapide des troubles pathologiques. M. Spillmann a vu à Nancy un cas analogue chez un ouvrier manipulant la naphtaline.

Adénite tuberculeuse fistulisée et collo-vaccin.

(M. A. GRIMBERG. — *Société de médecine de Paris* ; 13-2-1925.)

M. Grimberg présente une jeune malade, atteinte d'adénite tuberculeuse fistulisée qu'il a traitée par

le collo-vaccin anti-. Après dix injections (une par semaine), la cicatrisation a été obtenue.

La radiothérapie et l'électrothérapie dans la maladie de Basedow.

(M. FRAIKIN, de Neuilly. — *Soc. d'électrothérapie*; janvier 1925.)

La radiothérapie constitue un des trois grands modes de traitement du goitre exophtalmique. Elle a toutefois ses échecs. En pareil cas, faut-il s'en tenir aux moyens médicamenteux et à la chirurgie, et abandonner toute thérapeutique électrique? M. Fraikin, comme M. Delherm, ne le pense pas, et il cite un cas où, après un essai non couronné de succès des rayons X il obtint une grosse amélioration avec la galvano-faradisation.

Le traitement physique des algies.

(M. FRAIKIN. — *Société d'électrothérapie* ; janvier 1925.)

Aux traitements physiothérapiques anciens des algies (électricité statique, hydrothérapie, chaleur radiante ou obscure, massage, etc.) sont venus s'ajouter, dans ces dernières années, des méthodes nouvelles, diathermie, rayons infra-rouges, radiothérapie. M. Fraikin montre que s'il faut user souvent des derniers, il ne faut pas négliger les premiers. Il y a avantage à associer, selon les circonstances, les deux groupes de moyens physiothérapiques.

A propos de la « propriété scientifique ».

(M. FOVEAU DE COURMELLES. — *Société médicale des praticiens* ; 20-2-1925.)

M. Foveau de Courmelles fait une communication sur la propriété scientifique, dont s'occupe actuellement la C. T. I. (Confédération des travailleurs intellectuels). Maintes découvertes de produits et de procédés ne sont pas brevetables. Elles ne profitent jamais ni à leurs auteurs, ni au pays, enrichissant souvent des applicateurs, des industriels, qui n'y ont nullement travaillé. Il y aurait là, sans doute, une injustice à reparer, dans des formes qui resteraient à déterminer.

Cures thermales chez les vieillards.

(M. DU PASQUIER. — *Soc. médicale des praticiens* ; 20-2-1925.)

Le médecin hésite fréquemment à prescrire une cure thermale active à un malade d'âge avancé. M. du Pasquier signale les effets favorables de la cure de St-Honoré chez les vieillards même très âgés atteints de catarrhe bronchique. Prudemment conduite, la thérapeutique thermale de cette station est toujours bien supportée.

P. L.

Toulouse.

Société de médecine.

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.

M. LEFÈBVRE apporte une nouvelle preuve de l'utilité de la vaccinothérapie dans les infections chirurgicales. Un enfant de 8 ans, atteint d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur droit avec un retentissement articulaire habituel (épanchement séreux) fut traité par la trépanation de la collection osseuse faite en suivant la voie trochantérienne et par la vaccinothérapie avec le vaccin de Delbet puis auto-vaccin. La guérison s'effectua sans incidents en 25 jours ; les suites actuelles, près de 3 ans après l'intervention, sont parfaites, et il ne reste en dehors de la cicatrice aucune trace anatomique ou fonctionnelle de la lésion.

Contribution à l'étude des eaux minérales de Barèges.

M. PINAT, après avoir indiqué les caractères climatiques et thermaux de Barèges, passe en revue l'action physiologique et les modifications que les traitements suivis à cette station sont susceptibles de faire subir à la formule sanguine. Il rapporte ensuite un certain nombre d'observations cliniques relatives à des cas d'ostéites, d'ostéomyélites et de reliquats de traumatismes osseux dans lesquels le traitement de Barèges a exercé une action sédative et curative qui ne saurait être mise en doute.

Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque.

MM. J. P. TOURNEUX et R. SOREL rapportent l'observation d'un homme âgé de 59 ans, qui après avoir ressenti pendant quelques mois de la gêne, puis une sorte de tension douloureuse dans la région antérieure de la cuisse gauche, avait vu apparaître en cette région, au-dessous de l'articulation, et en dehors du paquet vasculo-nerveux, une petite tumeur ovoïde, offrant les dimensions d'un œuf de poule, à siège profond, immobile, résistante, non fluctuante et légèrement douloureuse au toucher. La radiographie fut négative ainsi que la réaction de Bordet-Wassermann.

L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque, communiquant avec la capsule articulaire par une ouverture rétrécie et contenant une sorte d'épaisse gelée. Les suites opératoires furent normales.

Quelques cas d'empoisonnement par l'arsenic.

M. SOREL signale et analyse trois cas d'empoisonnement arsenical par ingestion de vin contenant une dose élevée d'acide arsénieux : dans ces trois observations, il y eut suspicion de crime, mais l'enquête de justice permit de conclure à des faits d'ordre accidentel.

Les trois sujets appartenaient à une même famille,

la symptomatologie consista en troubles gastro-intestinaux de gravité variable mais surtout pour un d'eux en accidents d'ordre sensitif sur le trajet des nerfs périphériques et pour un autre en paralysie motrice à forme de pseudo-tabès.

Un cas d'origine différente est celui d'un homme âgé de 32 ans, qui ayant avalé par mégarde dans l'obscurité de la liqueur de Fowler à doses massives, en partie rejetée par vomissements, fut atteint d'accidents graves de l'appareil digestif, et plus tard, de polynévrite des membres inférieurs et supérieurs.

L'auteur termine en insistant sur la nocivité des produits arsenicaux employés en viticulture et sur la nécessité d'appliquer dans sa rigueur, le décret du 14 septembre 1916.

Phénomènes asphyxiques chez un nourrisson par un liquide de boisson.

M. Delon rapporte l'observation d'un enfant de 13 mois, qui pendant l'absorption d'une infusion de tilleul donnée à la tasse, présenta soudain des symptômes asphyxiques se traduisant par la lividité du visage, des sueurs visqueuses, l'arrêt progressif de la respiration et la faiblesse du pouls. A l'auscultation le murmure vésiculaire est à peine perceptible, quelques râles crépitants à fines bulles sont perçues à la partie moyenne du poumon droit.

L'enfant n'a eu ni toux convulsive, ni autres signes de défense. Il est traité comme un noyé : tête basse, tractions rythmées de la langue, frictions, huile camphrée. Peu à peu, l'enfant revint de son asphyxie et se remit complètement.

Dédoublement de l'acide salicylique et de ses éthers.

M. Murat rappelle que l'acide salicylique porté à haute température se dédouble en phénol et en acide carbonique : le phénol qui prend ainsi naissance réagit sur l'acide salicylique non décomposé pour donner du salol et un peu de xanthome. Il était intéressant de savoir si les catalyseurs activaient ce dédoublement, auquel cas on aurait eu un nouveau procédé de préparation du salol.

Les catalyseurs ont été l'alumine et l'oxyde de thorium : le produit de la réaction fut un mélange d'eau, de phénol, et surtout d'oxyde de phyényle et d'oxyde de phénylène : en aucun cas, on n'a trouvé trace de salol ou de xanthome.

Ces recherches montrent que l'action des catalyseurs a orienté dans une autre voie le dédoublement de l'acide salicylique.

Contribution à l'étude des œdèmes bicarbonatés.

M. Serr et Mme Fache, après avoir rappelé que l'ingestion de bicarbonate de soude est susceptible de provoquer des œdèmes, en particulier chez des diabétiques, des brightiques, des dyspeptiques et des hépatiques, envisagent la question de savoir si cette notion ne peut pas donner des préoccupations lorsqu'on jugera utile de prescrire des cures hydro-minérales bicarbonatées à des hépatiques. Il ne paraît pas qu'on ait à redouter beaucoup la production de semblables œdèmes au cours des cures si on tient compte de certaines contre-indications (cachexie hépatique, dégénérescence du foie, néphrites), des contre-indications à toute cure hydro-minérale, de la prudence avec laquelle les traitements sont conduits par les médecins des stations, des propriétés diurétiques de ces eaux, de leur teneur en bicarbonate soude et en substances salines, qui n'a rien de comparable aux fortes doses de ce médicament données dans la plupart des cas où ces œdèmes se sont produits.

L'apparition de semblables œdèmes, au cours d'une cure hydro-minérale bicarbonatée, ne constituent vraisemblablement dans ces cas qu'un incident thérapeutique : elle commanderait, si ces œdèmes persistaient et s'accroissaient, l'interruption du traitement hydro-minéral.

Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse.

Grossesse extra-utérine.

MM. Laurentié et Moussali rapportent un cas de grossesse extra-utérine, apparue consécutivement à une épreuve positive de perméabilité tubaire chez une femme âgée de 30 ans, ayant eu 13 ans auparavant de l'infection puerpérale à la suite d'un accouchement. Au cours de l'intervention, on reconnut que la trompe gauche s'était rompue dans le ligament large. Les suites furent normales.

Oligo-amnios et noyaux hémorragiques placentaires.

M. Laurentié communique l'observation d'une primipare de 26 ans chez laquelle, au moment de l'accouchement, la poche des eaux était à peine perceptible, quand les bruits du cœur fœtal disparurent subitement. On pratiqua alors la rupture de la poche, qui ne s'accompagna que de l'expulsion de quelques gouttes de liquide, et l'extraction d'un enfant de pâleur cadavérique qui ne put être ranimé. Le placenta était bourré de noyaux hémorragiques. La malade n'avait jamais eu d'albumine, mais avait présenté de la polyurie dans les derniers mois de sa grossesse.

Salpingite et grossesse.

M. Laurentié a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 30 ans, se plaignant de douleurs abdominales et dont l'utérus légèrement augmenté de volume était repoussé à gauche par une salpingite droite. Lors de l'intervention qui consista en une salpingectomie, on constata l'existence d'une grossesse d'environ deux mois, qui se poursuivit sans incidents.

Grossesse nodulo-tubaire.

M. Fournier relate l'histoire d'une secondipare ayant présenté, à la suite d'une absence de règles,

des douleurs abdominales, des petites pertes sanguines continues, ainsi qu'une altération marquée de l'état général ; on sentait une grosse masse adhérente à l'utérus. Lors de l'intervention, qui fut pratiquée d'urgence par suite de l'aggravation de l'état général, on vit qu'il s'agissait de la rupture d'une grossesse interstitielle à variété nodulo-tubaire.

Accidents dans les suites de couches par sphacèle d'un fibrome du col.

M. Baux a été appelé auprès d'une primipare récemment accouchée, qui présentait des accidents d'infection puerpérale. L'examen montra, qu'il existait dans la paroi utérine une tumeur saillant en partie dans la cavité, qu'il fut possible d'énucléer, et qui n'était autre chose qu'un noyau fibromateux en partie sphacélé. La malade guérit sans autres complications.

Grossesse tubo-abdominale.

M. Fournier relate l'histoire d'une primipare, qui ayant eu un retard d'un mois, présentait depuis une quinzaine de jours un suintement sanguin : l'utérus était dévié à droite par suite de la présence du côté des annexes gauches d'un gros empâtement diffus. L'intervention chirurgicale montra, en plus de gros paquets variqueux, la présence d'une grossesse tubo-abdominale prête à se rompre.

Grossesse et hépato-salpinx.

M. Fournier a eu l'occasion d'observer au cours d'une intervention pour fibrome enclavé dans le petit bassin, un hémato-salpinx droit, ainsi qu'une hématocèle rétro-utérine.

Péricardite chez un nouveau-né.

MM. Rascol et Thomas rapportent le cas d'un enfant mâle du poids de 2.880 gr. qui mourut subitement le lendemain de sa naissance. La grossesse avait été régulière, l'accouchement à terme par forceps. L'autopsie montra en plus d'emphysème médiastinal, l'existence d'un épanchement séreux d'environ 40 cc. dans le péricarde.

Hémorragie rétro-placentaire ; mort par choc obstétrical.

M. Baux communique le cas d'une primipare, dont on n'avait jamais examiné les urines et qui accoucha prématurément au 8e mois : l'enfant était mort, et le placenta était doublé d'un volumineux caillot sanguin.

Environ 4 heures après l'accouchement, la malade présenta des signes de choc obstétrical auquel elle succomba. L'examen des urines, fait à ce moment, ayant montré l'existence d'une albuminurie considérable, s'élevant à 10 gr. par litre, il est à présumer que dans ce cas, les accidents de choc doivent être mis sur le compte de l'albuminurie gravidique.

A propos d'un autre cas de choc obstétrical.

M. Baux a eu l'occasion d'observer un autre cas de choc, chez une primipare de 20 ans, environ une demi-heure après un accouchement au forceps sans déchirure. Grâce au traitement, les accidents purent se dissiper. L'examen des urines montra, comme dans le cas précédent, la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Un cas de pyohémie.

MM. Audibert et Rascol rapportent l'histoire d'une secondipare de 22 ans, dont la grossesse avait été normale, dont l'accouchement avait eu lieu en deux heures, 25 jours avant le terme, qui, après être restée apyrétique pendant les 13 premiers jours, présenta de la fièvre à grandes oscillations et succomba à des accidents de pyohémie le 27e jour avec une température de 41°.

L'autopsie montra les lésions habituelles de la pyohémie, au niveau des divers organes, rate, poumons, reins et cœur : il existait dans l'utérus un débris placentaire du volume d'une petite noiseltte.

J.-P. Tourneux.

Les Livres

Le Médecin de service, annuaire gratuit.

Le Médecin de théâtre, un ouvrage : 5 fr.

Rectification. — Nous avons annoncé l'apparition de l'annuaire : *Le médecin de service* 1924-25, en indiquant par erreur le prix de 5 fr. Cet annuaire est un répertoire que le Dr O' Followell a en réalité remis gratuitement à ses confrères. C'est le *Médecin de théâtre*, ouvrage du même auteur, traitant des questions médico-théâtrales, qui est en vente au prix de 5 frs.

Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Professeur Maurice D'Halluin, de Lille. — **Le problème du cancer.** 1 vol. 74 p., 1924.

Dans cette intéressante brochure, le professeur d'Halluin envisage successivement les différentes faces du problème, si grave, du cancer : l'étiologie, le traitement chirurgical, la thérapeutique par les radiations, les médications internes adjuvantes et il conclut :

Le cancer est devenu une affection aussi meutrière que la tuberculose ; il faut à tout prix combattre ce fléau.

Les difficultés budgétaires énormes paralysent l'activité des laboratoires. Il est de l'intérêt de la collectivité de favoriser les recherches susceptibles de jeter le plus rapidement possible toute la lumière désirable sur des points encore bien obscurs. Mais nous pouvons dès à présent entrer dans la voie des réalisations pratiques.

Si la technique chirurgicale donne actuellement un maximum de rendement, pas toujours satisfaisant, des méthodes nouvelles apportent un sérieux appoint dans la lutte contre le cancer. Ces méthodes sortent à peine des tâtonnements inévitables à tout début. Elles ont malgré les circonstances défavorables de leur utilisation, donné des résultats remarquables et la connaissance de leur mode d'action semble démontrer dès à présent leur supériorité. Attendons le contrôle du temps, et les faits, espérons-le, confirmeront le bien-fondé des espérances.

Malheureusement, l'utilisation des rayons X et du radium est d'un prix de revient élevé. Il faut que des groupements philanthropiques rendent cette thérapeutique accessible aux petites bourses et aux indigents. Imitons ce qui a été fait dans divers pays. Les bonnes volontés, les compétences, ne manquent pas, il suffit de les encourager. Le succès ne peut manquer de récompenser les efforts persévérants.

Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

P. Verdun, professeur à la Faculté de médecine de Lille et A.-H. Mandoul, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux. **Précis de parasitologie humaine (parasites animaux et végétaux, les bactéries exceptées).** (Un volume de 950 pages, avec 434 figures et 4 planches en couleur hors texte, 3e édition *in* « Collection Testut ». Prix, cartonné toile 46 fr. 50.

Ecrit à l'usage des étudiants et des praticiens, ce précis est débarrassé d'une érudition indigeste. Cette troisième édition a été mise au point par le Prof. Mandoul. Malgré les retouches et les remaniements nécessités par les progrès réalisés en parasitologie, l'architecture générale de l'ouvrage a été respectée.

A la division généralement adoptée dans les ouvrages classiques : étiologie, symptomatologie, pathogénie, diagnostic, prophylaxie, traitement, etc., l'auteur a préféré une manière plus vivante et plus conforme aux idées parasitologiques de présenter les faits. Tout l'intérêt de la description se concentre sur le parasite ; tous les phénomènes pathologiques gravitent autour de ce dernier, acteur principal du drame, qui se joue au sein de l'organisme humain. Mensuré, bertillonné, fixé dans ses traits es entiels, le parasite est suivi pas à pas dans sa marche à travers les tissus. On assiste aux péripéties du conflit entre celui-ci et l'hôte. Toutes les manifestations du premier, toutes les réactions du second, sont examinées dans l'ordre chronologique depuis l'agression parasitaire jusqu'à la constitution de la lésion spécifique. C'est ensuite la revanche de la victime, la lutte de l'homme contre son agresseur, le parasite. A ce dernier, le premier oppose les mesures que lui dicte la connaissance scientifique de la pratique propre de son adversaire. A ce point de vue, citons : la lutte contre les mouches et les moustiques, la désinsectisation et la dératisation, sujets d'actualité, qui sont largement traités.

Les techniques, réduites à un petit nombre, judicieusement choisies, viennent se ranger tout naturellement à côté des groupes de parasites, auxquels elles se rapportent.

De nouvelles figures et de belles planches en couleur, reproduction d'aquarelles, représentant des lésions parasitaires, peintes aux armées par un artiste de talent, illustrent brillamment le texte de cet ouvrage.

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. J. Weissenbach. — **Les syndromes anémiques.** *in* « Bibliothèque des grands syndromes ». Un vol. in-8° de 376 pages. Prix : 25 francs.

Ce livre, écrit avant tout pour les praticiens, est un précis de diagnostic et de traitement des anémies.

Le médecin y trouvera une étude complète, quoique concise, des diverses formes cliniques des anémies avec les particularités propres aux différentes formes étiologiques. Les anémies de l'enfance et de l'adolescence, les anémies par carence alimentaire, les anémies dues aux troubles de fonctionnement des glandes endocrines, les anémies de la grossesse, les anémies syphilitiques, les anémies parasitaires, y sont, en particulier, décrites avec les développements que comporte leur importance dans la pratique.

Les chapitres de traitement mettent au point avec clarté et précision les indications, les contre-indications, les résultats et le mode d'emploi des médications et médicaments efficaces, anciens et récents, à opposer aux anémies. Les diverses méthodes de transfusion du sang y sont décrites avec détail et spécialement, le procédé de l'auteur, la transfusion sous-cutanée du sang citraté, d'un emploi des plus intéressants dans la pratique journalière.

L'hématologiste trouvera dans ce livre une synthèse des notions hématologiques concernant les anémies. Deux chapitres mettent au point toutes les acquisitions récentes sur les propriétés biologiques du sérum et des hématies dans les états anémiques et le rôle de ces propriétés dans la genèse des anémies.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA SCIENCE MÉDICALE ET SA VALEUR

Par L. PRON

(Un volume in-8° de 248 pages. Prix : 15 fr. Maloine, éditeur, Paris.)

Quand on dénombre les théories et les doctrines qui ont un beau jour pris naissance, sous l'impulsion de quelque chef d'école, se sont développées, ont grandi, dans une ascension, lente ou rapide, vers une apogée, plus où moins durable, après quoi elles ont peu à peu perdu de leur apparente autorité, pour finir par sombrer dans l'oubli ; quand on voit des Maîtres, des Patrons, émettre, dans le même temps, des idées nettement opposées les unes aux autres sur la genèse, la nature, l'interprétation d'un fait ; quand on constate que le même remède, appliqué à deux malades semblant atteints de la même façon, produit des effets contraires, on est en droit de se demander, ainsi que le fait M. L. PRON : *Que vaut la science médicale* ?

C'est pour répondre à cette question qu'il publie cet ouvrage, qui représente un effort monumental et puissant de recherche, d'érudition, de confrontation, de critique, et tout ensemble, une spéculation d'une haute portée philosophique.

Sa lecture présente un intérêt ininterrompu. Mais combien décevante, au premier abord ? Car la première impression qui s'en dégage est toute de découragement, de désespérance. La médecine est-elle vraiment si peu de chose, et quand on en a exploré profondément toutes les arcanes, se peut-il qu'il n'en reste pour ainsi dire rien ? Et puis, l'on s'aperçoit que si la médecine est l'ensemble des notions qui permettent d'arriver à la connaissance des maladies, et à l'étude du malade pour eux-mêmes, en général, et pour le bien que l'on peut faire à celui-ci en particulier, les méthodes employées pour parvenir à la possession de ces notions laissent souvent à désirer, et que le raisonnement se trouve souvent faussé par l'intervention d'un dogmatisme incompatible avec la véritable nature de la matière vivante, sa véritable manière d'être, et toutes ses réactions.

D'ailleurs, l'auteur ne s'y est pas trompé, et il ne se fait aucune illusion sur les conséquences possibles de sa publication :

« Le présent ouvrage est l'aboutissant d'observations et de notes, faites et colligées pendant une quinzaine d'années. Loin d'être une thèse, consacrée à la défense de quelque idée, il est le simple exposé d'une situation et la résultante d'une expérience suffisamment prolongée. *Je n'ignore pas qu'en le publiant, je m'attirerai des critiques et des antipathies*. Je n'ai pourtant pas hésité dans mon geste, car j'ai pensé que certaines choses devaient être dites » (p. 9). « Faiblesse dans les constituantes de la science médicale, faiblesse encore plus marquée dans son expression : ainsi pourraient se résumer les chapitres précédents. Les ennemis et les détracteurs de la médecine pourront se croire fondés à intensifier leurs attaques et à brandir dans la lutte les armes qu'un médecin paraîtra leur avoir forgées ». (p. 233).

Pour le courage qu'il montre en répandant des idées qui peuvent lui valoir critiques et inimitiés, M. Pron mérite d'être loué. Quant au parti que pourront tirer de son livre les détracteurs de la médecine, qu'il n'en ait cure. La preuve est faite et bien faite qu'à part quelques rares exceptions, le mépris, le dédain, la haine même du médecin et de la médecine sont l'apanage de l'homme bien portant, ou qui se croit tel. Vienne la maladie, vienne la souffrance, haine, dédain, mépris, tout cela fait place aux appels au secours à nous adressés, et avec quelle impatience, quelle hâte d'être entendus et satisfaits ! !

Par l'énumération des différents chapitres de l'ouvrage de M. Pron, nos lecteurs se rendront compte du plan et des matières dont il est bâti :

Introduction : La médecine est une science : sa pratique est un art. Etendue et difficulté de la médecine. La méthode inductive et ses faiblesses. La relativité de la science médicale : relativité essentielle et relativité contingente. — *La compétence en médecine* : La compétence en médecine générale. Les faiblesses de l'enseignement et de la littérature médicale. La spécialisation. La compétence dans les spécialités. — *La relativité essentielle de la science médicale* : L'observation et les difficultés d'interprétation des phénomènes. L'expérimentation, ses aléas et ses difficultés. Sciences exactes et médecine. Les examens de laboratoire. Leur abus. Limitation de leurs moyens. Danger de l'absolu de leurs con-

clusions. La non spécificité en thérapeutique. — *La relativité contingente de la science médicale* : Les fautes de mentalité. Les fautes en observation et en expérimentation. Les erreurs de jugement et de raisonnement. L'abus des nouveaux médicaments et la facilité des idées nouvelles ou hasardées en thérapeutique. Le dogme et la foi en médecine. Les modes, les faillites et les réhabilitations. L'honnêteté et la conscience en science médicale. — *Conclusion* : La valeur de la science médicale peut être accrue dans de grandes proportions.

Pour M. Pron, l'enseignement de la médecine est mal compris. Ce n'est pas nous qui le contredirons Pas davantage, quand il déplore l'absence d'originalité des cours magistraux, dont l'utilité, d'ailleurs, demeure pour nous des plus contestables.

Et à ce propos, quelques formules lapidaires :

« Un professeur de pathologie ou de clinique n'a pas le temps de travailler scientifiquement, s'il fait de la clientèle » (p. 26). « Le candidat passe dix, quinze, et quelquefois vingt ans de la période optime de son existence à lire ce qui s'écrit en pathologie et à l'emmagasiner passivement, sans avoir les moyens, ni le droit d'en apprécier le vrai et le faux. Une fois nommé agrégé, c'est-à-dire vers l'âge de 40 ans en moyenne dans les sections de pathologie, il trouve, avec raison, qu'il a fourni, depuis le début de ses études, un effort suffisant, et il aspire à quelque repos cérébral » (p. 29).

Le recrutement, et surtout l'affectation du personnel enseignant méritent des reproches :

« Je pourrais citer le nom de tel agrégé de pathologie interne qui, après avoir été chargé du cours de *médecine légale*, a été nommé professeur de dermatologie, puis professeur de clinique médicale infantile, le tout en une dizaine d'années » (p. 31).

La spécialisation a sa raison d'être, un cerveau humain étant dans l'impossibilité absolue de posséder toute l'étendue des sciences médicales. Mais elle ne vaut pratiquement que si le spécialiste a réellement étudié d'une façon toute particulière sa spécialité, s'il évite la spécialisation dans la spécialité, et s'il a des connaissances suffisantes en médecine générale.

« Il devra, aussi bien que le médecin « général », savoir ausculter un cœur et une poitrine et faire un toucher vaginal. La condition idéale, pour lui, est d'avoir pratiqué pendant quelques années la médecine générale, avant de se consacrer à une spécialité » (p. 40).

Le médecin doit éviter de pousser trop loin l'analyse dans une observation conduite à l'extrême ; de même se gardera-t-il de se laisser dominer par ses impressions personnelles et de tout voir et tout entendre « à travers le prisme des habitudes ou de la direction familière » (p. 57).

L'expérimentation peut rendre de grands services, à la condition de ne pas oublier que l'organisme ne saurait être en rien comparable à une cornue de laboratoire ; que les réactions observées *in vitro* ne se répètent pas fatalement *in vivo* ; que les animaux réagissent autrement que l'homme.

C'est également risquer de tomber dans l'erreur que d'attribuer aux sciences exactes, appliquées à la mesure du fonctionnement d'un organe, une importance exagérée. Les rigoureuses formules mathématiques, qui prétendent traduire certains phénomènes biologiques, risquent de fausser l'interprétation de ceux-ci. Telle la fameuse constante uréo-sécrétoire, dite constante d'Ambard.

« La médecine commet l'erreur, fondamentale et grosse de conséquences, d'assimiler, en tout et à propos de tout, le corps humain à un laboratoire, composé de vases à réactions, de membranes filtrantes, de pompe, etc., dans lequel s'effectuent des phénomènes d'osmose, de pression, de tension, de chimisme, etc.... En supposant même que les phénomènes de physiologie normale ou morbide pussent être ramenés à des équations chimiques, il est un facteur puissant, qui viendrait annihiler la valeur des formules établies : c'est l'état psychique » (P. P. 103-105).

Si les examens de laboratoire ont leur utilité, il faut savoir ne leur demander que ce qu'ils peuvent donner, éviter d'en abuser, et n'attacher à leurs conclusions, exprimées d'une façon trop absolue, que la valeur qu'elles méritent, sous peine de courir de grands dangers. Et l'auteur de prendre à partie la réaction de Wassermann, les analyses quantitatives d'urine, les analyses de matières fécales, envisagées comme l'expression exacte du travail digestif, etc.

Les méthodes thérapeutiques, dérivées des expériences de laboratoire, conduisent à des exagérations regrettables ou nuisibles, ou même à des erreurs, telle la suppression radicale de tous matériaux hydrocarbonés dans le régime des diabétiques, sous prétexte que ces matériaux donnent naissance à du glucose, telle la stérilisation du lait par peur des microbes, aboutissant à l'avitaminose.

La bactériothérapie, la vaccinothérapie, actuellement si hautement en faveur, sont-elles exemptes d'inconvénients, à plus ou moins longue échéance ? Ne modifient-elles pas un organisme et ne le perturbent-elles pas pour toute l'existence ? Comment ne pas se poser la question, quand une injection de sérum antitétani-

que peut provoquer un choc mortel chez un sujet qui aura reçu, dix ou vingt ans plus tôt, une seule injection d'un autre sérum organique ?

« La clinique d'abord, le laboratoire ensuite. » (p. 150).

Tout cela, qui ne donne qu'une faible idée de l'argumentation de M. Pron, comme tout ce qui suit, et sur l'intransigeance des enseigneurs, d'où dérive un dogmatisme étroit, et sur les dangers de la foi aveugle en ces dogmes, et sur le mépris des générations pour celles qui les ont précédées, aussi bien que des écoles entre elles, et sur les modes, etc., toute cette longue exposition, nourrie d'une profusion de faits indiscutables, et étayée par des références de premier ordre, est vraie, et M. Pron a raison quand il réclame de la part du médecin de la conscience, de la probité et de l'Impartialité, dans la pratique de son art, qui n'est que la mise en application de la science médicale. Il a raison quand il s'élève contre le parti pris, et contre l'esprit de coterie, et le fétichisme de la caste et du grade.

Mais toutes ces faiblesses, dont une grande partie est imputable à la déficience des personnalités, ne sont pas sans remède.

« Il dépend de la volonté et surtout de la conscience de chacun de supprimer les vices de forme : ce serait alors un pas immense fait vers la valorisation de la science médicale. Le jour où le corps enseignant n'aura qu'un but : enseigner et qu'il tournera là toutes ses activités, sans être effleuré par le désir de tirer un profit pécuniaire de ses titres ; le jour où règneront l'honnêteté et l'impartialité dans l'étude, l'effort désintéressé vers le progrès et la vérité — et l'amour de la science pour elle seule — la relativité conditionnelle, c'est-à-dire consentie et créée, pourrait-on dire, de la science médicale sera supprimée. Il ne restera plus que la relativité inhérente à toute science biologique » (p. 234).

Celle-ci peut même être considérablement diminuée si l'on change de méthode et d'orientation. Donner la suprématie à la méthode inductive, mais en recourant à l'observation avant tout et en reléguant au second plan tout ce qui est expérimentation, raisonnement, hypothèse, remplacer le dogmatisme par le pragmatisme, donner le pas aux faits sur la théorie, tels sont les desiderata formulés par M. Pron.

Si j'ai bien suivi l'auteur dans le développement de sa thèse, et si j'ai discerné la véritable directive à laquelle il a obéi, il semble bien que c'est surtout le procès de l'enseignement de la médecine tel qu'il est donné actuellement, qu'il a voulu entreprendre, et aussi le procès de la mentalité de certains enseigneurs. Car les théories, les dogmes, les modes, ce ne sont pas les modestes praticiens qui leur donnent naissance, mais bien au contraire ceux que nous appelons les Maîtres.

La masse les suit-elle toujours aveuglément ? Je n'hésite pas à répondre négativement. Et c'est sur cette pensée que je désire terminer, que la dévalorisation de la science médicale doit être prise en un certain sens ; qu'elle n'entraîne pas nécessairement une dévalorisation de l'ensemble du Corps médical ; qu'il existe un grand nombre de praticiens qui, à l'exemple de M. Pron, ont su s'affranchir du dogmatisme de l'Ecole, se débarrasser de tout le fatras inutile et encombrant des notions superfétatoires, et se constituer, par la grâce de leur expérience et de leur observation, un bagage scientifique dont ils usent avec probité et conscience, et qui s'efforcent de suivre leur route en faisant pour le mieux, afin d'être assurés d'avoir bien fait.

G. DUCHESNE.

CLIMATOLOGIE

En décembre dernier, à la réunion du 25e anniversaire de la Société médicale du Littoral méditerranéen, nous eûmes le plaisir d'entendre une curieuse causerie de M. Pierre ISNARD, *exposant les effets du climat de la Côte d'Azur sur les espèces animales — introduction naturelle à l'étude de la même action climatologique chez l'homme. C'est cette très intéressante causerie que, grâce à l'amabilité de son auteur, qui a bien voulu nous en réserver la primeur, nous publions ci-après.* P. L.

Influence du climat de la Côte d'Azur sur la faune de cette région (1)

Par Pierre ISNARD,

Président de l'Association des Naturalistes de Nice et des Alpes-Maritimes.

La Côte-d'Azur, et plus particulièrement cette portion du département des Alpes-Maritimes qui constituait l'ancien Comté de Nice, est formée de plusieurs séries successives de collines et de montagnes s'étageant progressivement en demi-cercle et en gradins jusqu'à plus de 3.000 mètres

(1) Conférence faite dans les salons de l'Hôtel Ruhl, à Nice, le 28 décembre 1924, à la réception donnée par la Société médicale du Littoral Méditerranéen, à l'occasion de son 25e anniversaire.

d'altitude, autour du rivage, de la mer qu'elles protègent admirablement contre les vents froids du nord, de l'est et de l'ouest, contribuant à rendre le climat de cette région le plus doux que l'on puisse trouver sur notre globe à pareille distance de l'Equateur.

Précisément à cause de cette configuration du sol, elle donne asile à la faune la plus riche et la plus variée que l'on puisse rêver et qui se compose:

Des espèces des pays froids, qui ne vivent que sur les plus hautes montagnes, tout près des neiges éternelles, comme par exemple la Marmotte (*Arctomys, marmotta* L.) le Chamois (*Rupicapra rupicapra* L.) le Lagopède alpin (*Lagopus mutus* MARTIN).

Des espèces des pays tempérés de l'Europe occidentale qui sont répandues un peu partout, comme le Renard (*Vulpes vulgaris* BRISS), l'Ecureuil (*Sciurus vulgaris* L.) la Chauve-souris (*Rhinolophus ferrumequinum* SCHREB).

Et enfin des espèces propres aux climats chauds du Midi de l'Europe et du nord de l'Afrique, telles que le Gecko (*Tarentola mauritanica* LUC.), le Seps (*Chalcides lineatus* LEUCK), la Luciole (*Luciola lusitanica* CHARP.) qui vivent tout près des brûlants rivages de la mer, à côté d'un certain nombre d'animaux exotiques qui s'y sont acclimatés.

En outre, dans la Méditerranée, les espèces locales excessivement nombreuses voisinent avec les animaux pélagiques les plus rares et les plus curieux.

La plus grande partie de la faune spéciale des hautes montagnes des Alpes-Maritimes passe la période froide de l'année dans l'engourdissement. Quelques-uns seulement de ses représentants, comme les Aigles, viennent exceptionnellement sur le littoral, pendant les hivers très rigoureux, dans le but d'y rechercher des proies qui manquent chez eux, plutôt que pour y goûter la douceur du climat.

Par contre, les animaux des régions tempérées, qui vivent sédentaires ou qui passent simplement l'hiver sur le littoral, y subissent nettement l'influence de la température plus élevée, comme, très certainement aussi, celle du climat stimulant du voisinage de la mer. Influence qui se manifeste surtout, par une activité plus grande que n'ont ces mêmes êtres, à pareille époque, dans des régions moins tempérées.

Pour un grand nombre d'entre eux, principalement des insectes, des reptiles, des mollusques, comme aussi pour certains animaux à sang chaud tels que les loirs, les marmottes, les chauves-souris, l'hiver est une période de ralentissement de l'énergie vitale.

Cette énergie est toujours en rapport direct avec la température de leur sang qui suit ellemême, avec une certaine exactitude la température de l'air.

Or, cette dernière est presque toujours suffisamment élevée, sur la Côte d'Azur, pour empêcher très souvent l'hibernation et même le simple engourdissement.

Dans ce pays privilégié, l'Abeille continue à quitter sa ruche, le Lézard va s'étendre au soleil et la Chauve-souris se montre au crépuscule tout comme au printemps et en été. Il est vrai que, comme au printemps aussi, la première trouve tout près d'elle la fleur qui recèle le miel et que les deux autres rencontrent les insectes dont ils font leur nourriture.

On voit, en effet, très communément courir ou voltiger pendant tout l'hiver, dans les jardins et dans les campagnes, un très grand nombre d'insectes divers qui partout ailleurs sont, à ce moment, à l'état de larve et très profondément enfouis sous la terre.

Parmi les espèces que l'on rencontre le plus fréquemment, on peut citer : chez les Coléoptères : *Capnodis tenebrionis* L., *Chalcophora mariana* LAP., *Cicindela campestris* L., *Timarcha coriaria* FABRE ; chez les Lépidoptères : *Pyrameis atalanta* L., *Vanessa urticæ* L., *Euchlœ cardamines* L., *Pararge mœra* L., *Epinephele jurtina* L., *Polyommatus phlœas* L., *Pieris rapæ* L., *Pieris brassicæ* L., *Gonopteryx cleopatra* L., *Plusia gamma* L., *Macroglossa stellatarum* .

On rencontre aussi de nombreux Diptères, Hyménoptères, Orthoptères dont le *Riviera Scientifique* a souvent publié de longues listes (1) que des observations journalières et suivies pourraient encore enrichir.

Enfin, une foule de larves de toutes sortes grouillent partout sous le moindre amas de feuilles mortes.

Le besoin d'hiberner lui-même se trouve très atténué, sinon éteint complètement, chez les animaux qui le possèdent.

Ainsi, tandis que dans les autres régions tempérées ces espèces, à l'approche de l'hiver, se préparent à se blottir au fond de trous obscurs pratiqués dans le sol, dans de vieux murs ou dans des troncs d'arbres qu'ils tapissent soigneusement de feuilles mortes, de débris de mousse, de plumes et de poils, sur la Côte d'Azur, ils ne prennent aucune précaution.

Quelques millimètres de terreau humide autour d'un arbre (2), le moindre tas de détritus vé-

---

(1) BOUCHARD. — Précocité du printemps 1920, *Riviera scientifique*, 7e année, n° 1 (1er trimestre 1920). p. 185.

Pierre ISNARD. — Apparition précoce de Lépidoptères pendant l'hiver 1917-1918. *Riviera scientifique*, 5e année, n° 2 (2e trimestre 1918) p. 64 et suiv.

X.... — Observations de divers membres de la Société (des Naturalistes de Nice) favorisées par l'hiver particulièrement doux de 1911-1912. *Bulletin mensuel des Naturalistes des A.-M.*, mars 1912, n° 4, p. 14.

(2) En tamisant le terreau humide pris au pied des arbres , on peut recueillir en plein hiver de rares espèces

gétaux au pied d'un mur, suffisent presque toujours à les abriter contre les intempéries hivernales et ils en sortent dès que les premiers rayons de soleil réchauffent l'atmosphère à un degré qui leur permette d'exercer leur activité.

Nous avons pu observer et capturer récemment, au cours de cet hiver, de gros Xylocopes, (*Xylocopa violacea* L.) des Moustiques (*Culex pipiens* L.) et de nombreuses espèces de Mouches. Le 27 décembre 1924, deux Vers luisants (*Phausis Délarousei* DUVAL) répandaient comme en été leur pâle clarté sur la mousse au bas d'un talus au Mont-Boron à Nice (1). On sait que la partie supérieure de l'abdomen de la femelle de cet insecte est photogène et que cette lumière qui constitue «le flambeau de l'amour » selon la pittoresque et poétique expression de GADEAU DE KERVILLE est destinée à attirer les mâles qui, sur la Côte d'Azur, paraissent s'accoupler avec elles aussi bien en hiver qu'en été.

Trompés par cette tiédeur de l'hiver, les Escargots eux-mêmes oublient souvent de s'enfoncer dans la terre, aussi arrive-t-il quelquefois que leur imprévoyance leur est fatale, car, si par hasard la température vient à baisser, même légèrement, ils périssent impitoyablement.

C'est pour cette raison qu'à Tende (Province de Coni (Italie), par exemple, où ils se prémunisent contre le froid, on en voit un grand nombre, ainsi que l'a constaté MORTILLET, supporter la neige et les rigueurs de l'hiver et fournir une nouvelle carrière au printemps, alors que leurs congénères de la Côte d'Azur sont victimes d'un froid bien moins vif.

Quelques espèces toutefois, comme les *Helix pisana* MÜLLER, très répandues près de l'embouchure du Var et qui passent pour être frileuses, ne s'enfouissent jamais dans la terre. Elles supportent très bien les rares vagues de froid qui se font quelquefois sentir sur ce point moins abrité que les autres à cause du voisinage de la vallée du Var.

Cependant certains animaux ne peuvent pas, semble-t-il, se passer du besoin d'hiberner; aussi ne peuvent-ils pas non plus vivre sur le littoral où la chaleur paraît les gêner.

Il est à présumer que c'est un des motifs pour lesquels il n'y a point de vipères à moins de 1.000 mètres d'altitude, sur le versant méridional des Alpes. Bien que ces Ophidiens puissent être accidentellement charriés et entraînés dans la plaine par les crues des torrents ou transportés involontairement par des montagnards au milieu de fagots de bois, ils n'ont jamais pu, fort heureusement, s'y acclimater.

d'insectes, entre autres de nombreux Hypogés dont la liste a été donnée par le baron BUCHET, dans le *Bulletin mensuel des Naturalistes des Alpes-Maritimes* de mars 1912, n° 4, p. 15.

(1) M. OLLIVIER.

Un autre effet bienfaisant — pour les animaux celui-là — de cette douceur de la température hivernale, est *la prolongation anormale de l'existence de certains insectes.* Par exemple, les Sauterelles et les Libellules qui, sous d'autres cieux moins cléments succombent dès les premiers froids, continuent à vivre sur la Côte-d'Azur, souvent jusqu'au printemps suivant. C'est ainsi que M. PROOST, directeur général de l'Agriculture et des Travaux publics de Belgique, qui, au cours d'un séjour qu'il fit à Nice pendant l'hiver 1911-1912, avait capturé quelques-unes de ces bestioles, au quartier des Beaumettes, éprouva le plus vif étonnement de les voir encore vivantes à la fin du mois de décembre.

Enfin l'éclosion de certains animaux, qui n'a lieu généralement qu'au printemps, se trouve ici devancée de plusieurs semaines et très souvent même se produit en plein hiver.

Des Abeilles et d'autres hyménoptères essaiment quelque fois en cette saison.

Il n'est pas rare non plus de voir voltiger en décembre, janvier et février, des papillons parés de vives et fraîches couleurs qui témoignent de la date récente de leur naissance. Parmi les nombreuses espèces qui se montrent à cette époque de l'année et que nous avons eu déjà l'occasion de citer, la Piéride du choux (*Piéris brassicæ* L.) si répandue partout et malheureusement si connue par les dommages que sa chenille cause aux agriculteurs, mérite une mention spéciale.

Ce papillon, qui n'apparaît jamais avant la fin de mars dans le reste du Midi de la France où il est cependant plus précoce que partout ailleurs, se rencontre communément dans les campagnes niçoises pendant toute la saison froide, et ses diverses métamorphoses ont lieu ici en plein hiver aussi bien qu'au printemps et qu'en été.

On a pu constater en janvier notamment, époque cependant peu propice à une pareille transformation, la métamorphose en chrysalide de chenilles de Piérides, ce qui permet de placer la pariade vers la fin de novembre, ou au début de décembre.

Un fait beaucoup plus caractéristique encore de la douceur du climat hivernal de la région comprise entre Nice et Menton, qui est la plus chaude et la mieux abritée de toute la Côte-d'Azur, est certainement l'éclosion que j'ai pu observer à Nice en janvier 1923 d'un certain nombre de geckos (*Tarentola mauritanica* LUC.) qui sont des lézards frileux appartenant à la faune du Midi de l'Europe et dont l'éclosion n'a lieu ordinairement qu'en été.

La douceur de la température attire dès l'automne, sur le littoral niçois, un grand nombre d'animaux des régions moins tempérées, particulièrement des oiseaux et des poissons qui viennent régulièrement y passer l'hiver avec leur-

congénères indigènes. C'est ainsi, par exemple, que les premiers froids amènent dans ces parages, des Pouillots (*Phylloscopus trochilus* L. ; *Ph. rufus* BECHST) des Tariers (*Pratincola rubicola* L.) des Rouges-gorges (*Erithacus rubicola* L.) des Bergeronnettes (*Motacilla flava* L., *M. cinerea* TUNSTALL) et une infinité d'autres espèces qui ne les quittent plus jusqu'au printemps suivant.

Parmi les hôtes d'hiver, les plus fidèles, il faut citer les innombrables Mouettes (*Rissa tridactyla* L., *Larus ridibundus* L.) qui prennent leurs ébats sur le rivage à l'embouchure du Paillon, tout près de la Promenade des Anglais à Nice.

Certaines espèces migratrices prolongent souvent leur séjour sur la Côte-d'Azur et s'y attardent longtemps, avant de poursuivre leur voyage vers le Sud. Il arrive même fréquemment que trompés dans leur instinct migrateur et retenus par la douceur du climat qui leur procure au surplus une abondante nourriture de graines, d'insectes et de vermisseaux, un certain nombre de Cailles (*Coturnix communis* BONNAT.), de chardonnerets (*Carduelis carduelis* L.), de Tarins (*Spinus spinus* L.) et d'autres oiseaux appartenant à des espèces de passage, quittent la caravane migratrice pour s'installer dans la région, s'y accoupler, y nicher et y demeurer jusqu'à la fin du printemps (1).

Les mêmes faits se produisent au sein de la Méditerranée où de nombreux animaux aquatiques viennent régulièrement dans le golfe de Nice lorsque la température baisse dans les autres parties de la mer.

Le Thon (*Thynnus vulgaris* CUV. et VAL.) par exemple est d'après M. ROULE (2), le savant professeur au Muséum national d'Histoire Naturelle, un poisson « sténotherme et sténohalin qui recherche les zones marines portant des degrés thermiques et salins élevés et qui s'écarte des autres. Il suit dans ses déplacements les exigences de sa sensibilité halo-thermique qui s'accroît encore au moment de la reproduction lorsque après son existence erratique, il devient génétique Sa sténothermie, dans la Méditerranée, le conduit à fréquenter les eaux dont la température approche le plus de 20 degrés qui paraît représenter pour lui l'optimum thermique, le minimum étant de 13 degrés ; et sa sténohalinité l'astreint à se tenir surtout dans les eaux dont la proportion de sel dissous approche de 38 grammes par litre, conditions que la Méditerranée, entre Nice et Menton où l'on pêche un grand nombre de ces poissons, remplit parfaitement en hiver.

(1) RISSO. — *Histoire naturelle des principales productions de l'Europe méridionale et particulièrement de celle des environs de Nice et des Alpes-Maritimes*, Paris, 1826, t. III.

(2) Louis ROULE. — *Les poissons migrateurs, leur vie et leur pêche (un important problème d'histoire naturelle océanographique et économique*. Paris, 1922 (E. FLAMMARION, édit.), chap. V, parag. VI, p. 116.

Les Espadons (*Xiphias gladius* L.) qui sont également erratiques et frileux viennent aussi goûter la tiédeur des eaux de la Côte-d'Azur et s'y reproduisent même quelquefois.

On pourrait multiplier à l'infini les exemples propres à démontrer le degré élevé pendant l'hiver de la température de la mer sur les rivages niçois. Nul ne l'établit cependant d'une façon meilleure que la présence dans la rade de Villefranche-sur-Mer, des éponges et du Corail rouge qui ne vivent que dans les régions chaudes de la Méditerranée (1).

Cette douceur de la température permet enfin à un grand nombre d'espèces subtropicales et même tropicales de vivre pendant toute l'année sur le littoral de la Côte-d'Azur et de s'y acclimater.

Certains insectes exotiques y ont été importés accidentellement et s'y sont développés rapidement, constituant un véritable danger pour l'agriculture. On peut citer au nombre de ces espèces nuisibles une cochenille australienne du nom de *Icerya purchasi* qui s'est multipliée dangereusement au Cap-Ferrat. Les plantes étaient menacées d'une destruction certaine, mais grâce au climat, on a pu fort heureusement acclimater avec succès une coccinelle d'origine australienne aussi ; le *Novius cardinalis* qui se nourrit exclusivement d'*Icerya purchasi* et qui, maintenant a suivi la cochenille partout où elle apparaît et la jugule d'une façon remarquable.

A la faveur de ce climat qui peut être considéré comme subtropical, on a tenté, également avec succès, l'acclimatation d'insectes auxiliaires pour lutter par la voie biologique contre d'autres insectes nuisibles à l'agriculture. Des essais sont notamment en cours pour arriver à multiplier dans les oliverais, un hyménoptère, tunisien l'*Opius concolor* qui vit aux dépens de la Mouche de l'Olive (*Dacus oleæ*) qui occasionne de terribles dégâts aux récoltes d'olives (2).

Parmi les oiseaux, un très grand nombre d'espèces exotiques (perroquets, perruches, colibris, cardinaux, merles de Chine, etc.), vivent sur le littoral dans des volières souvent établies en plein air, sans abris ou à peine abritées. Pendant plusieurs années, on a pratiqué avec succès à Nice, au quartier du Var, l'élevage d'Autruches pour la récolte et le commerce des plumes. Ces animaux au nombre d'une centaine étaient parqués en plein air et s'y reproduisaient normalement.

(1) Le corail rouge se pêche sur les côtes d'Afrique. Au début du XIX[e] siècle, plusieurs bateaux se livraient à cette pêche en face du phare de Villefranche-sur-Mer.

(2) Ces heureux effets du climat privilégié de la Côte d'Azur m'ont été très aimablement communiqués par M. Poutiers, inspecteur phytopathologique, directeur de l'Insectorium de Menton, à qui j'adresse mes meilleurs remerciements.

Des Chimpanzés vivent actuellement en plein air, dans une villa du Lazaret, à Nice. Des Sauriens exotiques se sont fort bien acclimatés dans la région. C'est ainsi par exemple qu'au début du siècle dernier un crocodile, échappé sans doute d'une ménagerie, a pu vivre en liberté pendant plusieurs années à Cimiez répandant la terreur parmi les habitants des campagnes qui couvraient alors cette célèbre colline de Nice (1). Ce crocodile fut enfin capturé et empaillé. On a pu le voir pendant très longtemps suspendu en guise d'*ex-voto* aux voûtes de l'église de ce quartier (2). Un fait analogue s'est produit, il y a quelques années à peine, mais, dans le quartier de Saint-Augustin du Var cette fois, et la chronique locale des journaux de Nice a été souvent alimentée pendant la récente guerre, des exploits d'un jeune Caïman qui effrayait les cultivateurs des bords du Var (3).

Un lézard d'Australie (*Moloch horridus*) venu on ne sait comment, a pu vivre pendant plusieurs années dans les rochers qui se trouvent au pied de la colline du Château de Nice, entre le quai de Rauba-Capeu et la mer, où il a été capturé le 14 mai 1924 et placé dans les collections du Musée d'Histoire Naturelle de Nice.

On pourrait citer aussi les nombreux cas d'acclimatation et de reproduction d'animaux exotiques au Jardin Zoologique de Cimiez aujourd'hui disparu, comme aussi ceux signalés à la station zoologique du Cros-de-Cagnes, où de superbes spécimens d'espèces subtropicales et tropicales vivent pendant toute l'année en plein air, grâce à l'absence des vents froids et des longues périodes de pluies qui leur sont si nuisibles; mais il faut nous borner.

Si maintenant de l'animal nous passons à l'homme, nous rappellerons seulement que, grâce à la douceur incomparable de son climat, la Côte-d'Azur a pu abriter et abrite encore des troupes de couleur, des Sénégalais surtout, qui s'y sont admirablement bien acclimatés. Acclimatation qui, pendant la guerre de 1914-1918 a épargné à la France les frais élevés et surtout les dangers de transports sur la Côte africaine.

Il résulte de cet ensemble de faits que le climat de la Côte-d'Azur produit sur la faune de cette région les effets suivants dus surtout à la douceur de la température et au très grand nombre de journées ensoleillées pendant l'hiver.

Atténuation et suppression plus ou moins complète de l'hibernation et de l'instinct qui la précède.

Maintien d'une énergie vitale suffisante à l'exercice des diverses fonctions de la vie.

Prolongation de la durée de l'existence.

Précocité des éclosions et des métamorphoses qui ont lieu même en plein hiver.

Arrêt et séjour prolongé sur le littoral des espèces subtropicales et de quelques espèces tropicales.

S'il fallait enfin définir et résumer d'un seul mot tous ces effets, c'est le mot : *vie* qu'il faudrait employer. Vie douce et facile, vie active, vie intense et prolongée que la Côte-d'Azur, grâce à son climat idéal, offre en toutes saisons à ses habitants et à ses hôtes.

(1) A. Lacaste et G. Piétri. — Nice pratique et pittoresque (Guide bleu). Nice 1891, Ch. V., p. 104.

(2) Il y a une trentaine d'années on a remisé cet animal dans une pièce attenant à l'église (côté gauche), où il se trouve encore actuellement.

(3) La chronique a donné à ce Caïman le nom de Charlot.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET MÉTHODES NOUVELLES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

Dans les poursuites qui, depuis quelque temps, sont dirigées contre nos confrères, nous relevons des imputations nouvelles, faisant grief au médecin d'avoir omis une méthode d'investigation, ou de traitement, bien que connue depuis peu de temps.

En matière de diagnostic.

a) Radioscopie et radiographie.

Un procès récent (celui d'Evreux), nous a démontré que les conseillers de la Cour d'appel de Rouen faisaient le reproche au docteur de ne pas avoir employé les rayons X, pour établir le diagnostic entre une grossesse et un fibrome utérin.

« Attendu, dit l'arrêt de Rouen (21 avril 1923, *Concours médical*, 1923, p. 2131), qu'il est permis de relever le devoir que le Dr V. avait, en l'état actuel de la science radiologique, que tout homme de l'art doit nécessairement connaître, de ne pas négliger de recourir à cet efficace procédé de diagnostic qu'est la radiographie, dans les cas douteux ; que si le professeur J.-L. Faure a pu dire, devant le tribunal, ainsi que l'a constaté le jugement , que l'emploi de ce mode d'exploration, en semblable conjecture, lui paraissait discutable, il est impossible de méconnaître que c'est là un moyen d'investigation qui se vulgarise de plus en plus et il ressort des documents autorisés, produits par la partie civile, notamment de travaux du professeur Potocki, des docteurs Delherm et Laquerrière et d'autres radiologues des plus qualifiés, qu'en ce qui concerne spécialement la recherche du fœtus *in utero*, si la radiographie ne donne pas de résultats tangibles, dans les premiers mois de la grossesse, elle

permet, grâce aux procédés opératoires, en cours depuis nombre d'années déjà, d'obtenir une image fœtale à partir du cinquième mois, où le squelette du fœtus peut être reproduit avec une très grande netteté dans la plupart de ses détails. Que l'objection du docteur V., quant aux dangers que la radiographie présenterait quelquefois pour la mère et l'enfant, ne se trouve pas confirmée par les documents qu'il a produits, en vue de la justifier ; qu'il s'agit, en effet, de la communication faite à la Société de chirurgie de Paris, au sujet de fibromes traités par la radiothérapie, procédé de traitement qui comporte souvent des séances multiples et plus ou moins prolongées et qu'il ne faut aucunement confondre avec la simple prise d'une épreuve radiographique. »

En matière de fracture, le « Sou médical » a dû s'occuper, il y a quelques années, d'un de ses adhérents, auquel une compagnie d'assurances faisait le reproche de ne pas avoir fait radiographier un membre brisé.

Actuellement encore, le « Sou médical » assiste un de nos confrères, dont le client refuse non seulement de payer les honoraires, mais réclame des dommages-intérêts, pour solder les frais d'une maison de santé, parce que la radiographie a été pratiquée, quelque temps après l'accident, lorsque le médecin s'est aperçu que la consolidation ne se faisait pas. Une intervention sanglante fut nécessaire pour faire une suture osseuse. Et le client d'émettre la prétention de se faire rembourser les frais de maison de santé, ainsi que les honoraires afférents à cette intervention, sous le prétexte qu'une radiographie, faite dès le début du traitement, aurait pu démontrer la non-coaptation des fragments osseux.

Nous venons de publier (*Concours médical*, 1924, page 2473) un jugement du tribunal civil du Havre, du 22 mars 1924, condamnant un médecin, qui aurait négligé de faire radiographier la main d'une malade, se plaignant d'avoir une écharde. La radio, ultérieurement faite, démontra la présence d'une aiguille.

Ne pourrions-nous, dès lors, ne pas croire éloigné le jour où il sera reproché à un médecin d'avoir négligé de faire radioscoper un tuberculeux pulmonaire, ou un néoplasique de l'estomac ou de l'intestin ?

b) Examens de laboratoire.

Dans le *Concours médical* 1921, page 3163, nous avons publié un arrêt de Cassation, chambre criminelle, du 16 avril 1921, condamnant un médecin, pour avoir pratiqué des injections intraveineuses d'arsénobenzol (suivies de mort) alorsqu'il n'aurait été pratiqué, au préalable, ni examen des urines, ni réaction de Bordet-Wassermann.

Serions-nous reprochables si nous omettions de faire faire un examen du sang d'un paludéen, ou un sérodiagnostic chez un typhique ?

Sommes-nous de même dans l'obligation de faire analyser les crachats d'un tousseur suspect de tuberculose, d'un pus quelconque, etc. ? N'irait-on pas jusqu'à rendre le docteur responsable de ne pas avoir pratiqué la biopsie d'une tumeur, pour en faire faire l'analyse anatomo-pathologique ?

Cependant, laboratoire et clinique sont fréquemment en désaccord : le bon clinicien préfère souvent le résultat de son expérience personnelle aux examens, si précis soient-ils, d'un laboratoire. Ces dernières pratiques, fort utiles, ne sont pas obligatoires. Mais le client, mécontent d'avoir une maladie non guérissable par les procédés actuels de la science moderne, s'en prend à son docteur, pour ne pas à avoir à lui payer d'honoraires.

En matière de traitement.

Le cas suivant est typique. Un enfant présentait des symptômes d'une angine douteuse, que le médecin ne reconnut pas d'emblée comme étant de nature diphtéritique. Ce ne fut que quelques jours plus tard que le docteur se décida à faire des injections de sérum antidiphtéritique ; mais trop tard, car l'enfant succomba.

Poursuivi en responsabilité professionnelle, le médecin fut acquitté par le Tribunal de la Seine (23 février 1914). Le jugement se base sur cette considération qu'en cas de doute sur la nature de l'angine, le traitement par injection de sérum ne constituait pas, en l'état actuel de la science, une pratique hors de discussion.

A la suite de la plaidoirie de Me Nattan-Larrier, notre avocat conseil, le « Sou médical » a gagné, en première instance, un procès en responsabilité professionnelle, dans lequel il était reproché à un médecin de ne pas avoir fait un traitement antisyphilitique par piqûres.

Bientôt, nous recherchera-t-on pour ne pas avoir tenté la radiothérapie profonde, ou les émanations du radium dans des cas de néoplasme, ou de nævus.

Cependant, si le traitement a été tenté, mais a provoqué un accident quelconque, vite le client se retourne contre son docteur. Nous assistons ainsi, au « Sou médical », un de nos confrères, qui a soigné un cancéreux, par radiothérapie profonde, a guéri ce malade, mais lui a provoqué une petite brûlure radiodermique. Bien entendu, le client ne reconnaît pas le service rendu et demande des dommages-intérêts pour la petite lésion qui a remplacé la maladie mortelle dont il était atteint (1).

Méthodes employées.

Dans un procès, qui n'a pas abouti, il était reproché au médecin de ne pas avoir fait usage de

(1) Ce procès a été gagné par le « Sou Médical ». Par jugement du 20 janvier 1925 (qui sera publié ultérieurement), le Tribunal civil de Nantes a débouté le malade de sa demande en dommages-intérêts.

gants en caoutchouc, pour pratiquer un toucher vaginal, chez une parturiente.

Pourquoi ces méthodes nouvelles ne sont-elles pas toujours employées ?

Leur prix, d'abord, est un gros obstacle. Beaucoup de malades renoncent à recourir à un examen sérologique, surtout si cette expérience doit être souvent renouvelée, au cours du traitement, vu les prix demandés. Il en est de même pour une exploration radiologique.

Aussi les malades sont-ils souvent les premiers à demander à leur médecin traitant si un tel examen spécial est bien indispensable et parfaitement indiqué.

Si l'on aborde maintenant la question traitement, beaucoup de praticiens reculent devant le coût d'une thérapeutique, telle que la radiothérapie profonde, d'autant que, si les résultats ne sont pas satisfaisants, le malade, ou son entourage, aura vite fait d'accuser le docteur d'avoir conseillé une méthode inefficace. Bienheureux encore si le praticien n'est pas soupçonné de rabattage, vis-à-vis du spécialiste et même accusé d'avoir touché une commission sur le traitement qu'il a conseillé et qui n'a pas donné les résultats attendus.

Disons encore que, si dans les grandes villes, le praticien a la possibilité de recourir au spécialiste, qui vérifiera un diagnostic, par des instruments spéciaux, ou par une analyse de laboratoire, ou qui pourra instituer un traitement, il n'en est pas de même dans la majorité des cas de clientèle de campagne. Aux honoraires, que le client devra payer, pour un examen, ou un traitement spécialisé, il faudra ajouter les frais de déplacement, voire même de séjour dans une clinique, ou maison de santé.

Et le médecin praticien hésite à faire engager toutes ces dépenses, alors qu'il sait que les méthodes de diagnostic ou de traitement sont fréquemment peu certaines.

Que de fois, en effet, un résultat de laboratoire a été en opposition avec les données de la clinique. La réaction de Wassermann positive est-elle à coup sûr la révélation d'une syphilis ?

Cette réaction est-elle négative, ainsi que toutes autres plus sensibles, s'ensuivra-t-il que le médecin traitant ne sera pas en droit de tenter un traitement spécifique, si son expérience personnelle l'incite à le faire ?

Il en est de même pour bien des cas, dans lesquels la radioscopie est négative, alors que le praticien verra se dérouler toute la marche d'une infection tuberculeuse pulmonaire. *A contrario*, des malades, à radioscopie peu rassurante, ne font jamais de tuberculisation.

En matière de traitement, discussions entre chirurgiens et radiologues au sujet du traitement des fibromes. Le praticien, qui aura conseillé la radiothérapie et qui verra la malade succomber ensuite à une généralisation cancéreuse, sera-t-il répréhensible, pour ne pas avoir fait opérer d'emblée sa malade ?

Nous pourrions citer à l'infini des cas nombreux, qui prouvent que le médecin traitant est souvent en droit d'hésiter avant de conseiller à son client l'emploi de méthodes nouvelles de diagnostic ou de traitement, soit à cause du prix, ajouté aux frais de déplacement, soit en raison de l'incertitude de ces procédés.

N'oublions pas que l'interposition d'un tiers payant entre médecin et malade, complique encore la question. Ne faut-il pas obtenir une permission spéciale d'une assurance pour faire radiographier un blessé du travail ?

Soucieux de ménager les deniers d'un tiers, le docteur n'a pas entière liberté pour proposer à son client, qui ne doit rien payer, un examen, ou un traitement par des procédés spéciaux et nouveaux.

Pourquoi des poursuites sont-elles engagées ?

La vulgarisation de la science, principalement dans les journaux et revues, laisse croire à la clientèle médicale que l'art de guérir est simple. Ne s'embarrassant pas des détails, le public croit sincèrement qu'un diagnostic doit être posé, d'une manière définitive, sans erreur possible, soit par examen clinique, soit par des procédés spéciaux ou de laboratoire.

Aussi, devant un échec thérapeutique, le malade croit que son docteur a commis une négligence en n'utilisant pas tel ou tel procédé d'investigation : d'où l'introduction d'une action en justice.

Au surplus, les agences d'affaires sont toujours à l'affût de ces mauvaises querelles et sont les premières à inciter le malade, non seulement à refuser de régler les honoraires du médecin, mais encore à réclamer des dommages-intérêts à ce dernier, pour négligence ou omission.

Cette vulgarisation scientifique permet parfois aux magistrats de soutenir des controverses scientifiques avec l'une des parties, citées devant le prétoire. Nous l'avons vu au cours d'un procès en responsabilité (celui d'Evreux).

Accusons enfin l'*invidia medicorum*. Que de poursuites en responsabilité professionnelle ont pour point de départ un débinage par le médecin appelé en remplacement du confrère qui l'a précédé ! Ce sont des propos désobligeants, des réflexions intempestives et très souvent injustifiées, qui sont retenues par le client et opposées au premier médecin.

Le « Sou médical » a dû parfois renvoyer, devant le conseil de famille du Syndicat local, l'accusation portée par un docteur contre un confrère, dont les propos inconsidérés, malveillants et maladroits ont été le *primum movens* d'un procès en responsabilité professionnelle.

Il est si facile, pour celui qui remplace un

confrère, appelé avant soi, de critiquer le traitement déjà ordonné, ou de reprocher de ne pas avoir employé telle ou telle méthode de diagnostic.

On croit ainsi faire remarquer sa supériorité scientifique, par le client ou son entourage, alors que ce débinage intempestif habituera les malades à se montrer exigeants, jusqu'au jour, où, devant la note à payer, ils refuseront tout honoraire, sous le prétexte d'une malfaçon professionnelle.

Aussi, que dans leur clientèle, les médecins soient très prudents dans leurs propos. Qu'ils n'oublient pas l'adage : *Hodie tibi, cras mihi.*

Dr Paul Boudin.

R. H. M. S. 5160.

AUTOUR DES THÉATRES

Au *Gymnase*, M. Henry Bernstein a fait représenter, avec un très grand succès, « La Galerie des Glaces », qui est certainement une des plus fouillées parmi les productions de cet éminent psychologue.

Le titre, un peu obscur, aurait besoin d'une explication que l'auteur, volontairement, néglige de donner, et qu'on peut traduire brièvement comme suit : quelqu'un, aux différents âges de son existence psychique, se regarde dans une galerie de ces glaces mystiques qui ne reflètent que les âmes ; quel sera le résultat de cet auto-examen ?...

Il dépendra certainement de la disposition des glaces et il n'est pas possible de dire qu'on le devine aisément, puisqu'au contraire l'auteur se donne la plus large marge d'invention qui se puisse, mais dès qu'il a posé les prémisses et que ressort l'idée de la variabilité du moi, on s'y retrouve ; c'est l'idée du « doute », de l' « à quoi bon » qui va dominer.

Le peintre Charles Bergé (M. Charles Boyer) doute à la fois et de son talent de peintre et de l'amour que lui déclare la belle Agnès (Mme Madeleine Lély), femme de son vieil ami Vasseur, à tel point qu'il décide de la fuir. Agnès affolée, se confesse à son mari qui l'adore et qui, malgré sa peine, se décide à lui permettre de divorcer pour se fiancer avec celui qu'elle aime tant.

Quoique fiancé, le peintre ne peut croire qu'Agnès agisse autrement que par un fol orgueil, il ne peut le croire même après le réconfort que lui donne la venue d'une ancienne petite maîtresse qui lui annonce son mariage et lui dit en même temps combien elle l'aimait, et combien il l'a détaché de lui par son doute perpétuel.

La vue du désarroi de Vasseur, cependant beau et séduisant, ranime encore un doute qu'Agnès tente de dissiper par le don immédiat de sa personne : Le geste, accompli, est suivi d'un grand voyage d'où l'artiste rapporte une série de chefs-d'œuvre, fruits de la confiance et de l'amour ; mais le doute au retour reparaît bien vite : Vasseur vient d'être vicitime d'un accident mortel et comme Agnès n'en paraît pas même aussi affectée qu'il l'est lui-même, Charles Bergé ne peut s'empêcher de penser que l'amour s'est bien vite effacé chez elle et qu'il en serait sans doute de même si c'était lui qui était mort. Il faut qu'à nouveau Agnès se montre infiniment tendre pour panser la nouvelle plaie et c'est ici qu'on pense que la galerie des glaces doit correspondre à l'infinité des images que deux glaces placées l'une vis-à-vis de l'autre donnent, par les images successives de leurs cadres s'éloignant en conformité des lois de la perspective ; c'est l'impression d'une galerie sans fin, l'image reflétée dans la nouvelle glace, s'éloignant à son tour sans qu'il soit possible de prévoir qu'il puisse y avoir une fin. Sentiments à mouvement pendulaire oscillant autour d'un état d'équilibre qui ne sera jamais réalisé ; c'est de cette façon que je comprends le mieux le sens exact du titre de cette admirable pièce interprétée de la plus magistrale manière.

Au Théâtre Michel, « Elle aussi », trois actes de trois auteurs gais, Tristan Bernard, Yves Mirande et Gustave Quinson.

Comédie gaie dans laquelle, autour du Patron, riche architecte fat et prétentieux, certain de l'impossibilité d'être trompé par sa femme, rôde un secrétaire aigri, auteur véritable de tous les travaux, que le grand homme ne fait que signer. Or, l'architecte a une maîtresse avec laquelle il a passé la journée juste le jour où sa femme, rentrant en retard pour dîner, se sert de ladite maîtresse avec laquelle elle affirme avoir passé son temps, pour ne pas dire à son mari ce qu'elle a fait réellement.

Quiproquo, et comme le mari de l'amie s'aperçoit également qu'il a dû être trompé, on fait intervenir un ministre qui décore les deux maris. Alors tout s'arrange parce que la vraie cause du retard était due aux cheveux de la femme de l'architecte, cheveux qu'elle voulait se faire couper à l'insu de son mari... Et ceci est évidemment cause que, malgré quelques complications (ou à cause d'elles), la pièce est infiniment amusante, sans que rien y soit tiré par les cheveux.

Gros succès pour Jane Chérel, Blanche Bilbao, Baron fils et Géo Leclerc.

Au Cinéma, après les Répétitions générales et quelques représentations de gala données à

l'*Opéra*, et comme afin de donner une consécration officielle à ce grand film d'histoire, voici que le *Théâtre Marivaux* a repris, de façon continue et en exclusivité, le MIRACLE DES LOUPS, film de propagande française à l'étranger.

L'action se passe au temps de Louis XI et se caractérise par des séries d'ensembles dont la caractéristique est de rester décoratives dans le mouvement. Faut-il analyser ce film qui, après avoir évoqué la guerre de Cent Ans, la mort de Charles VII, entre de plain pied dans les luttes de Louis XI contre Charles le Téméraire ? — C'est Jeanne Fouquet, filleule du Roi, qui sert de liaison anecdotique aux différents tableaux, et donne la note amoureuse indispensable au succès d'un film même historique et quand il s'agit de remettre aux habitants de Liège une lettre du Roi, les exhortant au calme, Jeanne échappera miraculeusement à ses ennemis, grâce à l'intervention d'une troupe de loups féroces : je dirai seulement que c'est Charles Dullin qui a rempli le rôle de Louis XI, Vanni-Marcoux celui de Charles le Téméraire ; quant à Mlle Yvonne Sergyl, elle a délicieusement donné au caractère de Jeanne Fouquet les notes graves, hardies et tendres qu'il comportait.

Ce film tient certainement l'affiche de solide façon, il paraît devoir marquer une étape qui ne sera pas dépassée de longtemps... à moins que la nouvelle réalisation de MM. VANDAL et Charles DELAC, sous le couvert de M. Louis AUBERT, d'après le Scénario de Pierre HAMP, et qui porte le simple et grand titre « PARIS », ne vienne trop vite réclamer sa place au soleil après le magnifique succès que vient de remporter sa première présentation à *Gaumont-Palace*.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Commission consultative médicale pour l'attribution des pensions militaires

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 15 avril 1924.

Monsieur le Président,

Jusqu'au mois de mars 1916, les dossiers de proposition de pension n'étaient soumis pour avis au comité consultatif de santé, qu'en cas de désaccord entre l'opinion des médecins visiteurs et celle des médecins chargés de la vérification.

Cette procédure a paru défectueuse en raison de l'expérience insuffisante des médecins experts, dont les estimations variaient dans une large mesure pour des cas de nature et de gravité cependant comparables.

En conséquence, par décret du 5 mars 1916, a été constituée la commission consultative médicale chargée, sous l'autorité du comité consultatif de santé, de vérifier indistinctement, au point de vue médico-légal, tous les dossiers de proposition de pension.

Le décret du 15 octobre 1920 a rendu la commission consultative médicale indépendante du comité consultatif médical de santé et lui a dévolu les attributions de ce comité dans la procédure de liquidation des pensions.

Les médecins experts des centres de réforme et les commissions de réforme ayant acquis une expérience suffisante des barèmes d'invalidité, et la jurisprudence s'étant unifiée, l'envoi systématique de tous les dossiers à la commission consultative médicale ne paraît plus s'imposer.

Il paraît donc rationnel de revenir à la procédure antérieure et de ne soumettre désormais à la commission consultative médicale que les dossiers de pension comportant soit un désaccord des experts entre eux, soit un désaccord entre les experts et la commission de réforme.

Cette procédure aura le double avantage de rendre plus rapide la liquidation des pensions d'invalidité et de faire l'économie de dépenses devenues inutiles.

En tout état de cause, les divers départements ministériels intéressés pourront toujours réclamer du ministre des pensions que soient soumis, à l'appréciation de la commission consultative médicale, les dossiers au sujet desquels l'avis de cette commission paraîtra désirable.

Tel est l'objet du présent décret ; si vous en approuvez la teneur, nous vous prions de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

Le ministre de la marine,
BOKANOWSKI.

Le ministre des colonies,
J. FABRY.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la guerre et des pensions, du ministre de la marine et du ministre des colonies,

Décrète :

Art. 1er. — Le second alinéa de l'article 1er du décret du 15 octobre 1920 est modifié de la façon suivante :

« Le procès-verbal de la commission de réforme, accompagné de toutes les pièces du dossier, est ensuite transmis au ministre des pensions, en vue de la liquidation de la pension. Celui-ci prend l'avis de la commission consultative médicale :

« *a*) Obligatoirement dans les cas, soit de désaccord des experts entre eux, soit de désaccord entre les experts et la commission de réforme ;

« *b*) Dans tous les autres cas, s'il le juge utile. »

Art. 2. — Les ministres de la guerre et des pensions, de la marine et des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 15 avril 1924.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

Le ministre de la marine,
BOKANOWSKI.

Le ministre des colonies,
J. FABRY.

INSTRUCTION

POUR L'APPLICATION DU DÉCRET DU 15 AVRIL 1924, MODIFIANT LA COMPÉTENCE DE LA COMMISSION CONSULTATIVE MÉDICALE POUR L'ATTRIBUTION DES PENSIONS.

Paris, le 16 avril 1924.

Art. 1er. — La commission consultative médicale, dont la compétence a été modifiée par le décret du 15 avril 1924, est composée comme suit :

1° Un président, médecin inspecteur ou médecin principal de l'armée active ;

2° Un vice-président, médecin principal ou médecin-major de 1re classe de l'armée active ;

3° Des membres en nombre variable, selon les besoins, comprenant ;

a) Des médecins militaires de l'armée active, de la guerre ou de la marine. Les uns et les autres étant plus spécialement chargés des questions relatives au personnel relevant de leur département ;

b) Eventuellement, des médecins civils, vacateurs, pourvus soit de titres universitaires ou hospitaliers acquis au concours, soit du titre de médecin expert près les tribunaux civils, soit du diplôme de l'institut de médecine légale de Paris ou ayant dix ans de pratique médicale ;

4° Un officier d'administration du service de santé de l'armée active, gestionnaire, et des comptables civils en nombre variable, selon les besoins ;

5° Du personnel civil du bureau (secrétaires, copistes, dactylographes) et d'exploitation, en nombre variable, selon les besoins.

Les désignations des médecins de l'armée active et de l'officier d'administration sont effectuées par les ministres de la guerre et de la marine, après entente avec le ministre des pensions.

Le personnel civil, médical et autre, est nommé par le ministre des pensions.

Art. 2. — La commission consultative médicale remplit auprès de l'administration centrale le rôle de conseil technique, Ses attributions consistent à examiner ou contrôler, sur pièces, au point de vue médical et médico-légal, toutes les questions d'ordre technique que le ministre lui soumet.

Art. 3. — En matière de pensions d'infirmités, elle apprécie les propositions faites par les médecins experts et les commissions de réforme toutes les fois qu'il y a désaccord, soit entre les experts du centre de réforme, soit entre les experts et la commission de réforme. Elle donne également son appréciation sur tous les dossiers de propositions qui lui sont transmis pour avis par l'administration centrale.

Elle s'attache à vérifier :

1° Si l'invalidité a été causée ou aggravée ou si elle peut être présumée avoir été causée ou aggravée, médicalement parlant, par les fatigues, dangers ou accidents éprouvés par le fait ou à l'occasion du service.

2° Si l'évaluation des invalidités est bien déterminée d'après les barèmes règlementaires ;

3° S'il y a lieu à pension temporaire ou définitive ;

4° S'il y a lieu d'appliquer les dispositions de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919.

Elle demande au ministre, le cas échéant, de faire procéder aux compléments d'enquête qui paraissent nécessaires.

Elle a qualité pour proposer au ministre soit le taux le plus élevé parmi ceux qui sont proposés par les experts et la commission de réforme, soit une augmentation de ce taux, mais jamais elle ne pro pose un abaissement de pourcentage sans qu'il ait été procédé à un nouvel examen médical et sans appuyer son avis sur des motifs précis.

Art. 4. — En matière de pension de veuve ou d'orphelin et d'allocation d'ascendant, la commission consultative médicale est appelée à émettre un avis dans tous les cas où il y a lieu d'établir une filiation médicale entre le décès et l'affection imputable ou présumée imputable au service.

Art. 5. — Elle émet un avis sur le degré d'invalidité et le caractère d'incurabilité afférent aux infirmités invoquées par les ascendants qui demandent à bénéficier d'une allocation avant de remplir les conditions d'âge requises par la loi.

Art. 6. — Elle émet un avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre, notam-

ment en ce qui concerne l'application de la loi du 26 juillet 1915 (morts pour la France), la loi du 26 décembre 1914 (exonération des droits de succession), la loi du 27 juillet 1917 (pupilles de la nation), la loi du 24 juin 1919 (victimes civiles de la guerre).

Art. 7. — Les avis de la commission consultative médicale sont toujours purement consultatifs ; le pouvoir de décision appartient au ministre seul, et c'est contre la décision du ministre que peuvent s'exercer les recours contentieux des intéressés.

Art. 8. — La commission consultative médicale est à la disposition des ministres de la guerre, de la marine et des colonies, pour l'étude de toutes les questions médico-légales qu'ils jugent à propos de lui soumettre et, en particulier, pour l'examen des dossiers de mise en non-activité ou à la retraite, de mise hors cadres ou de radiation des cadres des officiers et des dossiers d'accidents du travail survenus dans les établissements de la guerre ou de la marine.

L'instruction du 1er janvier 1921 est abrogée.

Le ministre de la guerre et des pensions,
MAGINOT.

(*J.O.*, 19 *avril* 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale annuelle.* — Cette Assemblée aura lieu le dimanche 26 *avril* 1925 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au Palais d'Orsay. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.) à M. le Dr Jules BONGRAND, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (8e), avant le 22 avril.

— **Les incidents du Quartier latin.** — Nous recevons de l'Association corporative des étudiants en médecine la communication suivante :

« L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris se serait gardée de jamais intervenir dans le différend qui a surgi entre M. Scelle et les étudiants en droit. C'était là une question purement corporative et seuls, par conséquent, les étudiants en droit devaient agir. Mais, aujourd'hui, il y a un fait nouveau, un fait grave : M. Berthélémy, Doyen de la Faculté de Droit, est suspendu pour avoir refusé de livrer *ses* étudiants aux brutalités policières. Cette mesure est intolérable, et tous, professeurs et étudiants, se doivent de protester. C'est contre cette décision du Ministère que nous élevons une voix libre, indépendante.

Nous devons, à la vérité de dire que prochainement, les chahuts de la Faculté de Droit se reproduiront à la Faculté de médecine si M. Weill-Hallé est nommé professeur. Nous espérons très sincèrement que nous ne serons pas dans l'obligation d'intervenir, et que de pénibles incidents seront évités. »

Le secrétaire : J. MEYSENG.

— **Une place d'interne en médecine** est actuellement vacante à la Maison de santé départementale de Ste-Gemmes-sur-Loire, près Angers, Maine-et-Loire.

Les internes sont nommés pour trois ans. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés. Ils reçoivent en outre un traitement fixé ainsi qu'il suit : 1re année : 1.500 fr. ; 2e année : 2.000 fr. ; 3e année : 2.400 fr. ; 3.000 fr. pour les internes docteurs.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à M. le directeur médecin-chef de la Maison de santé de Ste-Gemmes-sur-Loire.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de l'Est.** — Le Comité actif de la Société a fixé, dans sa dernière réunion, conformément au vœu général des médecins des stations, aux vendredi 22 et samedi 23 mai l'Assemblée générale en séance annuelle des membres de la Société pour l'année 1925.

La séance sera suivie d'une visite des Brasseries de Champigneulles.

Les membres qui désireraient honorer la réunion d'une ou deux communications sont priés de bien vouloir envoyer sans délai le titre de leurs communications au secrétaire. Celles-ci seront inscrites, pour la séance, dans l'ordre de leur arrivée au secrétariat.

Le texte en sera publié dans la *Revue médicale de l'Est*, aux frais de la Société jusqu'à la limite de deux pages de la *Revue*. Le surplus sera imprimé aux frais des auteurs, dans des conditions qui seront indiquées ultérieurement.

Adresser les cotisations au trésorier, le Dr A. Remy, 26, quai Claude-le-Lorrain, à Nancy. Compte chèques-postaux : Nancy 87.42.

— **Memorandum des Congrès médicaux.** — Auront lieu en mai 1925.

Du 7 au 10 mai. — VIe Congrès italien de radiologie médicale, à Trieste.

11 au 14 mai. — XXXVIIIe Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, Bruxelles. Secrétaire général, M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris, VIIe.

25 au 28 mai. — Congrès de Médecine légale, le premier jour, à Lille, les deux autres jours, à Paris. Secrétaire général : M. Etienne Martin, 10, rue du Plat, Lyon.

28 mai au 2 juin. — XXIXe Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, à Paris. Secrétaire général : M. Dupain, 5, boulevard Saint-Michel, Paris, Ve.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

mément au tarif... » laissant à la charge de l'ouvrier tout ce qui excède la somme ainsi fixée.

Il est vrai qu'en pratique, il est rare que le médecin se fasse payer par l'ouvrier blessé, mais c'est là un simple usage qui n'a pu abolir le droit écrit.

Si vous voulez poursuivre votre client, vous devrez le citer devant le juge de paix de son domicile (si votre créance ne dépasse pas 600 francs) et non pas devant le juge de paix du lieu de l'accident, comme lorsque la poursuite est exercée contre le patron. Vous ne pourrez non plus bénéficier de l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement accordée aux actions intentées en vertu de la loi du 9 avril 1898.

---

857. — Un cantonnier auxiliaire est assujetti à la législation sur les accidents du travail.

Un cantonnier *auxiliaire* se blesse au cours de son travail. L'Etat, qui l'emploie, est-il assujetti à la loi des accidents du travail ?

Cet auxiliaire est un ouvrier que le cantonnier titulaire prend à la journée pour l'aider. Il n'a pas de contrat avec l'Etat, est payé à la journée, vient quand il veut, sans avoir de comptes à rendre.

D^r C.

Réponse.

Du moment que le cantonnier blessé n'est pas un fonctionnaire, soumis au régime de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, c'est-à-dire appelé à bénéficier d'une retraite constituée par une retenue sur son salaire et des versements de l'Etat, après un certain nombre d'années de service, c'est un simple salarié lié à l'administration par un contrat de louage d'ouvrage comme il le serait envers n'importe quel patron.

Dans ces conditions, votre client a droit aux indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

---

847. — Accident du travail ; chef d'entreprise en liquidation judiciaire

1° Le 18 septembre 1924, j'ai donné des soins à un nommé G., ouvrier de M. B., et j'ai envoyé à la Compagnie d'assurances « Le P. », comme l'indique mon livre, la note de mes honoraires, le 30 septembre 1924. A cette date, la Compagnie ne m'a pas objecté que le patron B. n'avait pas déclaré l'accident ;

2° Le 31 octobre 1924, j'ai donné des soins à un deuxième ouvrier de M. B., nommé M. J'ai envoyé la note de mes honoraires, pour ce sinistre, le 7 novembre 1924. La Compagnie n'a pas encore cette fois, objecté de non déclaration d'accident.

Le 20 janvier 1925, la Compagnie, pour la première fois, a déclaré à mon associé qui lui manifestait son étonnement du retard de paiement de ces notes, que ces accidents ne lui avaient pas été déclarés. Cette absence de déclaration ne m'a point inquiété, car la négligence du patron, à cet égard, est connue.

J'ai simplement profité de cet avertissement pour réclamer directement les honoraires au patron qui m'a écrit deux lettres, dans lesquelles il proteste de son désir de payer. Puis le 6 mars 1925, B. est déclaré en liquidation judiciaire. La question que j'ai l'honneur de vous poser est donc la suivante :

La Compagnie a-t-elle le droit de refuser le paiement de ces deux notes (G. : 85 fr. ; M. : 545 fr.), en se basant sur la non-déclaration d'accident, étant donné qu'elle ne nous a prévenus de cette non-déclaration que six mois après avoir reçu ma note d'honoraires.

Dr R.

Réponse.

La loi du 9 avril 1898 vous donne une action directe contre le patron dont vous avez soigné les ouvriers victimes d'accidents du travail, mais non pas contre l'assurance qui couvre le patron. Il en résulte que, quelle que soit la raison invoquée par la Compagnie pour ne pas vous payer, vous n'avez contre elle aucun moyen de contrainte. C'est au patron qu'il appartiendra de se retourner contre son assurance, lorsqu'il aura été obligé de vous payer, et c'est entre lui et sa compagnie que la question se posera de savoir si le défaut de déclaration des accidents entraîne déchéance des droits de l'assuré.

Pour le moment, puisque votre débiteur est en état de liquidation judiciaire, toutes les actions individuelles de ses créanciers contre lui se trouvent suspendues. Votre seule ressource est de produire votre créance entre les mains du liquidateur judiciaire et de demander à être payé par privilège, avant les autres créanciers, par application des articles 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du Code civil, étant donné que votre créance a pour cause des soins donnés à des blessés du travail.

La taxe de séjour à Nice et les médecins.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me faire connaître si les médecins et leur famille sont exonérés de la taxe de séjour à Nice.

Dr X.

Réponse.

Nous avons posé la question à un de nos abonnés de Nice, qui nous répond que la Municipalité fait des difficultés pour dispenser les médecins et leurs familles du paiement de la taxe de séjour. Cependant, en adressant une demande à l'Office de Renseignements Climatiques et en s'y faisant inscrire dès son arrivée, on a toute chance d'obtenir le dégrèvement souhaitable.

844. — Point de départ du demi-salaire d'un accidenté du travail

A partir de quelle date est due l'indemnité journalière pour les accidentés du travail : du jour de l'accident ou du lendemain ? Jusqu'ici, me basant sur le petit exposé de Louis André (paru chez Larousse), je croyais que cette indemnité courait du *jour même de l'accident*. Or, un ouvrier vient de venir me trouver parce que l'assurance ne lui compte que dix jours et ne lui offre que six jours d'indemnité ayant refusé de compter le jour de l'accident.

Un autre ouvrier accidenté m'a dit qu'une autre compagnie procédait de même.

Ces Compagnies ont-elles raison ?

D^r^ T.

Réponse.

Pour le jour même de l'accident, l'ouvrier a droit à son plein salaire (avis de la Commission consultative des Assurances, du 19 décembre 1900). La durée de l'incapacité temporaire doit donc être comptée seulement du lendemain de l'accident, ainsi qu'il résulte d'ailleurs du texte de l'article 3, § 4, de la loi du 9 avril 1898, qui est ainsi conçu : « L'incapacité est due à partir du cinquième jour *après celui de l'accident* ; toutefois, elle est due à partir du 1er jour si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours. »

Aucune contestation ne paraît avoir été élevée sur cette interprétation de la loi, qui est d'ailleurs favorable aux ouvriers puisqu'ils touchent leur plein salaire au lieu du demi-salaire pour le jour de l'accident, car aucune jurisprudence y relative n'est citée dans les ouvrages sur les accidents du travail que nous possédons.

Si le Comité consultatif des assurances a été appelé à donner un avis sur la question, en 1920, c'est certainement parce que le premier texte de la loi du 9 avril 1898 ne contenait pas le passage cité plus haut, qui n'a été introduit dans la loi de 1898 que par celle du 31 mars 1905.

764 — Impôts dus pour un cycle-car.

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli une feuille d'avertissement que vient de recevoir mon fils, externe des hôpitaux de Paris.

Par cette feuille, il lui est réclamé, à titre de taxe municipale de remplacement des droits d'octroi, et pour l'année 1924, une somme de 40 francs pour une voiture automobile de 6 chevaux.

Mon fils était possesseur en 1924 d'un cycle-car de 6 CV. (cycle-car et non voiturette) pour lequel il a payé, en 1924, trois trimestres d'impôt à 25 francs chacun, plus le double décime. Ce cycle-car, qui a été vendu au début de juillet 1924, n'a pas été remplacé.

Je croyais savoir que l'impôt déjà payé (100 francs par an plus le double décime payable par trimestre et

d'avance, était le seul impôt frappant les cycles-cars, et je suppose que la taxe réclamée ne s'applique pas à cette catégorie de véhicules.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire examiner cette feuille d'avertissement par votre conseiller fiscal, et de me dire, après examen, si la somme réclamée est réellement due.

Il est à remarquer que d'autres propriétaires de cycles-cars et de voiturettes de même force, habitant Paris et appartenant au Corps médical, n'ont pas reçu semblable avertissement.

Dr Z.

Réponse.

La taxe de la ville de Paris frappe les mêmes éléments que ceux donnant lieu à la taxe d'Etat sur les voitures automobiles antérieurement à la loi du 25 juin 1920.

La catégorie des « cycles-cars » étant de création récente, il n'existe point de jurisprudence sur ce point. Cependant, un arrêt du Conseil d'Etat déjà ancien a fait abstraction du poids des véhicules et a retenu le fait de l'existence d'une carrosserie pour maintenir un cycle-car à la taxe des prestations. Mais l'assiette de ces deux taxes étant fixée par des lois différentes, cet arrêt n'a qu'une valeur restreinte.

Nous vous conseillons de présenter une pétition au préfet, rédigée sur timbre.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

N. D. L. R. — Suivant une réponse du Ministre des Finances, que nous avons publiée (no 10, p. 604), les cycles-cars doivent être rangés dans la catégorie des voitures et sont passibles de la taxe sur les prestations.

590. — Promotion au grade de médecin aide-major de 1re classe.

Nommé au grade d'aide-major de réserve le 24 mars 1922, je désirerais savoir à quelle date je puis passer au grade supérieur (A. M. de 1re classe) et si je dois pour cela remplir quelques formalités.

Dr B.

Réponse.

Vous serez promu médecin aide-major de 1re classe lorsque vous compterez quatre années de grade de médecin aide-major de 2e classe, et, ajoute l'article 25 de la loi du 8 janvier 1925, « si vous avez accompli une période d'instruction avec ce grade ».

Nous ne croyons cependant pas que l'on puisse faire état de cette dernière condition puisque les périodes d'instruction n'ont pas été reprises.

Cette promotion doit se faire à l'ancienneté, mais vous pourrez cependant adresser une demande motivée à votre Directeur du Service de Santé en mars 1926.

Application du Tarif Breton.

797. — Le nouveau tarif de radiologie.

Je lis dans le dernier *Concours* qu'un arrêté ministériel a décidé une augmentation de 20 % pour les radiologistes, tarif Breton. Seriez-vous assez aimable pour me renseigner à ce sujet.

Bien que faisant la médecine générale, j'ai une installation de rayons X, et je serais heureux de savoir si toutes les radios sont augmentées en bloc de 20 % pour tous les médecins.

D^r^ B.

Réponse.

Le tarif de radiologie vient d'être augmenté *en bloc* de 20 %, à cause de l'élévation notable du prix des appareils et de leur entretien ou remplacement de pièces. Et cela dans tous les cas où il y a lieu de payer une radio. Il n'y a pas, il n'y a jamais eu deux tarifs différents : l'un pour les spécialistes, l'autre pour les non spécialistes. Pour être considéré comme vraiment radiologues, quand il s'agit de ces derniers, le tout est de savoir s'ils possèdent un outillage *suffisant* pour faire de la radiographie *utile* et apte à rendre les services qu'on est en droit de lui demander.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 *mars.*

Services d'hygiène en Alsace-Lorraine.

Par décret du 21 mars 1925, sont allouées les indemnités annuelles suivantes ;

1.200 fr. au professeur de la Faculté de médecine chargé, en dehors de ses fonctions, de la *direction de l'école des sages-femmes à Strasbourg.*

3.000 fr. au professeur et au chargé de cours de la Faculté de médecine, qui remplissent respectivement les fonctions de *directeur et de sous-directeur du laboratoire régional de bactériologie de Strasbourg.*

Cette mesure aura son effet à dater du 1er novembre 1923.

26 *mars.*

Lutte antituberculeuse.

La *Filiale d'Alger de l'Œuvre Grancher*, protection de l'enfance contre la tuberculose, est reconnue comme *établissement d'utilité publique*, par décret du 17 mars 1925.

Brevet d'infirmières.

Infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

En application d'un arrêté ministériel en date

du 30 janvier 1925, les notations pour l'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance sont les suivantes :

1° *Examen sur titres. — Livret de scolarité.*

Impression d'ensemble donnée par une note (0 à 20).
Eliminatoire : au-dessous de 10.
Communiqué aux examinateurs pour faciliter leur jugement et remédier aux dangers de l'émotivité.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

Epreuves sur 10.

		COEFFICIENT
Pratiques	Hygiène infantile :	
	Anté-natale	1
	Nourrisson	1
	2e et 3e âge	1
	Travail social mère et enfant	1

Pour l'admissibilité, minimum : 35.

Ecrites	Hygiène infantile et assistance sociale	2
	Tuberculose	1

3° *Oral.*

		COEFFICIENT
Hygiène infantile	Anté-natale	1
	nourrisson	1
	2e et 3e âge	1
Tuberculose		1
Hygiène générale		1
Assistance sociale		2

Notation : 0 à 10.

Pour l'obtention du diplôme d'Etat : minimum de 70 points donné par les épreuves 2 et 3.

Notation des épreuves.

Epreuves sur titres : 0 à 20.
Epreuves d'admissibilité et oral :

10 parfait.
9 très bien.
8 et 7 bien.
6 assez bien.
5 passable.
4 médiocre.
3 mauvais.
2 et 1 très mauvais.
0 nul.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Le service des chèques-postaux et la dispense du timbre-quittance.

6786. — M. Antony RATIER, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si le verse-

ment au crédit d'un compte de chèques postaux est un mode de payement bénéficiant de la dispense de timbre-quittance accordée par l'article 8 de la loi du 31 décembre 1924, bien que cet article n'énonce que le chèque postal et le virement postal, et, dans l'affirmative, s'il suffit de mentionner dans la quittance la date du versement, le numéro du compte postal auquel il a été fait et le bureau qui tient ce compte. (*Question du 24 février* 1925.)

Réponse. — Dans le cas envisagé par l'honorable sénateur, le payement n'a lieu ni par voie de chèque, ni par virement, et la quittance ne peut, dès lors, bénéficier de l'exemption de timbre prévue par l'article 8 de la loi du 31 décembre 1924.

(*J. O.*, 25 mars 1925.)

Commentaire.

La réponse du Ministre est conforme à la loi, mais alors c'est la loi qui n'est pas logique, car elle donne un avantage à celui qui met des billets de banque en circulation en tirant ou en encaissant un chèque-postal, alors qu'elle le refuse à celui qui retire des billets de banque de la circulation en versant une somme d'argent à un compte postal ou en permettant à son débiteur ce versement dans une caisse de l'Etat.

Il faut, en effet, envisager les deux parties, le tireur et le bénéficiaire, d'une part, celui qui verse et celui pour le compte duquel la poste reçoit, de l'autre, car ce sera tantôt l'un, tantôt l'autre qui bénéficiera de l'exemption de timbre. En principe, il est entendu que c'est le débiteur qui doit supporter les frais du paiement, donc le coût du timbre-quittance. Mais, en fait, c'est souvent le créancier, surtout lorsqu'il a à envoyer sa quittance et qu'il serait peu pratique et souvent inutile qu'il réclamé à son débiteur de lui tenir compte du coût du timbre.

C'est pourquoi, à défaut, par le débiteur, d'avoir ajouté à sa dette le prix du timbre-quittance, le créancier payé par chèque ou virement sera tenté de ne pas accuser réception, lorsqu'il ne pourra légalement bénéficier de l'exemption du timbre.

Afin de faire connaître aux titulaires de comptes courants postaux les formalités nécessaires pour bénéficier de l'exemption du timbre-quittance, le Service des postes leur a adressé un avis si obscur que *Le Matin* du 27 mars prétend que la lecture en est susceptible de déterminer une méningite.

Il est donc préférable d'essayer de le traduire en langage plus clair, que de le reproduire *in extenso*. Il peut intéresser, non seulement les titulaires de comptes postaux, mais les bénéficiaires de chèques postaux.

L'avis commence par rappeler que l'exemp-

tion de timbre n'est acquise qu'à la condition de mentionner, sur la quittance :

Si le règlement a lieu par chèque postal, la date et le numéro du chèque, le numéro du compte postal et l'indication du Bureau de chèques postaux qui tient ce compte ;

Si le règlement a lieu par virement postal, la date et le numéro du chèque de virement, le numéro du compte postal débité, la date du débit et l'indication du bureau de chèques qui tient ce compte.

Comme les chèques et bons de virement postaux, au contraire des chèques bancaires, ne parviennent pas entre les mains des bénéficiaires, à qui l'administration envoie seulement un coupon ou avis, détaché du titre établi par le titulaire du compte, l'Administration prévient ses clients (si l'on peut employer un terme aussi peu noble, quand il s'agit des administrés de cette haute personne morale) qu'elle va faire imprimer sur les coupons et avis le numéro du chèque correspondant et faire réserver un emplacement pour l'indication, par le tireur, de la date du chèque.

En attendant la mise en circulation des nouvelles formules, elle va faire procéder, au moyen d'une griffe, à l'application sur les formules actuelles de l'indication : « Chèque n°..... du... », au verso des coupons et avis.

Il appartiendra aux débiteurs qui désireront recevoir une quittance d'y inscrire les indications qui conviennent (numéro et date d'émission du chèque).

Pour les virements, l'empreinte du timbre à date du bureau de chèques postaux indiquera la date du débit.

Pour les formules qui sont en la possession des titulaires de comptes, l'Administration ne peut indiquer que la date du débit. Il appartient aux tireurs de faire figurer eux-mêmes sur les coupons ou avis les indications de date d'émission et de numéro du chèque exigées par la loi.

J. D.

Allocations aux œuvres d'hygiène sociale sur les prélèvements effectués sur les cercles.

6758. — M. Daraignez, sénateur, demande à M. le ministre du travail et de l'hygiène : 1° à quelle somme se sont élevés, en 1924, les prélèvements de 40 p. 100 effectués sur les taxes qui frappent les cercles et attribués par la loi du 30 juin 1923 aux dispensaires d'hygiène sociale et aux œuvres antituberculeuses, anticancéreuses et antisyphilitiques ; 2° comment l'attribution de ces prélèvements est aménagée au budget de 1925. (*Question du 17 février 1925.*)

2e *réponse.* — 1° Il résulte des renseignements fournis par le ministère des finances que la part du produit de cette taxe revenant au département du travail et de l'hygiène peut être évaluée pour 1924, à 8.350.000 fr., chiffre provisoire. Le chiffre définitif ne pourra être connu qu'après la clôture des opérations de comptabilité de la 2e partie de l'exercice ;

2° Dès qu'elle aura été rattachée au budget, à titre de fonds de concours, cette somme sera répartie après avis d'une commission spéciale par analogie avec le mode suivi pour les fonds du pari mutuel et des jeux. (*J.O.*, 18 *mars* 1925.)

Droits d'une infirmière militaire à un congé de convalescence pour maladie contractée en service.

2953. — M. Mallarmé, député, demande à M. le Ministre de la Guerre si une infirmière militaire permanente, ayant obtenu un congé de convalescence pour maladie contractée en service, n'a pas droit aux frais de déplacement occasionnés par ce congé de convalescence, ainsi que tout médecin, tout officier et tout soldat placé dans la même situation. (*Question du* 12 *février* 1925.)

Réponse. — Les infirmières des hôpitaux militaires, qui obtiennent un congé de convalescence à la suite d'un séjour à l'hôpital pour affection imputable au service, reçoivent pour le voyage qu'elles ont à effectuer, aller et retour, une indemnité kilométrique, et, le cas échéant, suivant la longueur du trajet, une indemnité journalière.

(*J. O.*, 25 mars 1925.)

Stage militaire pour nomination au grade de médecin auxiliaire.

6833. — M. Valette, sénateur, demande à M. le Ministre de la Guerre si un étudiant en médecine, de la classe 1920, interne des hôpitaux d'une ville de faculté, titulaire de dix-huit inscriptions et ayant accompli trois mois de service en 1918 comme engagé volontaire, peut faire compter ces trois mois dans les six mois exigés comme soldat de 2e classe avant sa nomination au grade de médecin auxiliaire. (*Question du* 17 *mars* 1925.)

Réponse. — Réponse affirmative, mais l'intéressé doit subir avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire pour pouvoir accéder à ce grade.

(*J. O.*, 28 mars 1925.

Quarante septième année — N° 16 — 19 Avril 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 934-IV)

(Suite du Sommaire)

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr MISTRAL, de Briatexte (Tarn), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N°175. — 8 CV., Renault 2 cyl. récem. revue mot. parf. garanti, amortis., 6 r. garnies, tr. bon phare Besnard nº 825 ; carb. Zénith tr. diffus. Porte 500 kgr., 2 ress. rechange. Ess. ttes dist. Au plus offrant à part. 3.000 fr.

Nº 176. — Gde banl. demi-heure de Paris. A céd. tr. int. client. méd. proph. en plein rap. Pas de sage-femme, ni dentiste. S'adresser M. Bessé, 144, rue de Rivoli, Paris.

Nº 177. — Paris. Quart. commerc. client. rapp. 40.000 fr. à augment. appart. 4 p. dépend. aff. à augm. cess. urgente. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 178. — Centre. Seul propharm. Recet. 40.000. Gr. mais. dépend. Excell. poste fac. à dévelop. à céd. de suite, 5.000 fr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

FAITS CLINIQUES

Une forme hypothermique de la grippe.

Dans le petit article intitulé « Une forme hypothermique de la grippe » du 22 mars, il s'est glissé une erreur de date, qu'il est bon, je crois, de rectifier. C'est en fin décembre 1889, et non 1919, que je place l'invasion de la grippe en question ; c'est en octobre 1890 que j'ai subi la forme algide. La proximité du début de cette grande invasion a pu jouer son rôle dans l'action du microbe.

Dr Paul MORET.

(Bordj Beni Indel.)

La documentation interconfraternelle

Tuberculose et ulcère de l'estomac.

M. Roger Petit, interne des hôpitaux de Grenoble, 6, rue Cornélie-Gémond, Grenoble, prépare sa thèse sur les *Rapports de la tuberculose et de l'ulcère de l'estomac.*

Il serait reconnaissant aux professeurs, médecins des hôpitaux et confrères qui pourraient lui communiquer des observations sur ce sujet.

CORRESPONDANCE

A propos de la fièvre de quarante jours.

Je lis dans le numéro du *Concours médical* du 25 janvier sous la signature du Dr Moret, une demande d'enquête sur « une maladie méconnue : la fièvre de quarante jours. »

Le contenu de cet article m'a rappelé une petite malade soignée récemment. Elle vient de garder la *fièvre, du* 18 *octobre au* 28 *novembre* 1924, *pendant exactement quarante jours*, aux environ de 40°.

Malgré une observation attentive, de tous les instants, plusieurs examens de laboratoire, aucun diagnostic précis n'a pu être posé.

D'ailleurs voici le résumé de son observation, et la copie du graphique de sa courbe thermique.

Lucienne A., âgée de 5 ans et demi. Antécédents : Il y a plus d'un an : petite plaie infectée de la queue du sourcil gauche, a amené adénite du ganglion situé en avant du tragus. Suppuration. Incision. Fistulisation, qui a nécessité curettage. Enfant plutôt chétive.

Appelé le 19 octobre, je vois une malade qui, brusquement, a eu une température élevée depuis la veille, près de 40°

A l'examen : langue saburrale, légère amygdalite, quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite, pouls rapide.

Dans les jours suivants, les mêmes phénomènes persistent, accompagnés d'assez violentes douleurs de tête. Jamais ni vomissements, ni kernig.

La malade a une selle tous les jours, quelquefois plusieurs, parfois un peu de diarrhée. Divers antithermiques sont donnés : pyramidon, cryogénine, quinine, antipyrine, etc. Ils ne paraissent avoir aucune influence sur la température.

La petite malade boit bien ; ses urines sont abondantes.

Les examens de sang ne révèlent rien ; des séroréactions pratiquées les 25 octobre et 2 novembre, par les soins des docteurs Ranque et Senez, sont négatives, pour l'Eberth, les paratyphoïdes A. et B. le melitocoque. Ni sucre ni albumine, ni pus dans les urines.

Malgré ses températures élevées, la petite malade a faim, s'amuse, remue ses jouets, passe son temps à regarder des journaux illustrés, ou des livres. Jamais de délire, ni de gros abattement.

Vers le 8 novembre petite toux, mais persistante. A l'auscultation, quelques râles disséminés.

Puis, brusquement, le 28 novembre la température a baissé. Comme thérapeutique, à part les antithermiques, un peu d'urotropine, des lotions froides, du lait méthodiquement, des boissons abondantes.

La jeune malade avait maigri énormément. Réduite à sa plus simple expression, elle était arrivée à ne peser plus que douze kilogrammes. Elle a repris très vite ; le 15 janvier dernier, elle en pesait 25.

Le graphique de la courbe thermique, à lui seul, décrira mieux l'évolution de la fièvre que tous les détails de l'observation.

Dr T. Barbarroux.
(Marseille.)

---

850. — Certificats de décès.

En possession de votre intéressante consultation au sujet de la rédaction des certificats de décès, voici comment le syndicat a résolu l a question.

Nous avons fait établir des carnets à souche (dont une feuille ci-jointe), qui sont distribués gratuitement à tous les médecins syndiqués ou non. La feuille à enlever est donnée à la mairie ; les souches seront collationnées à la fin de chaque année par le syndict, elles fourniront les éléments du travail de statistique annuelle que nous donnerons nous-mêmes à l'administration.

Ainsi sera respecté le secret professionnel, et je pense que nous aurons trouvé une solution au problème posé à la Commission instituée l'année dernière au Ministère de l'hygiène.

Ce système fonctionne depuis près d'un mois, j'ai prévenu le Préfet, et il ne peut qu'approuver, car il sait qu'il aura de cette façon une statistique sincère.

Dr Becus,
Secrétaire général
du Syndicat médical de l'Aube.

N°........	*N°*........
Commune d	***CERTIFICAT DE DÉCÈS***
Diagnostic :	*Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir visité aujourd'hui M*........, *âgé de*........
	domicilié à........, *rue*........
Sexe :........	*décédé le*........, *à*........ *heure*
Age :........	*et avoir constaté que la mort était certaine.*
Observations :	
	A........, *le*........ 19........

901. — Autopsie d'un accidenté du travail.

Je suis demandé par une compagnie d'assurances pour faire l'autopsie d'un homme décédé à la suite d'un accident de travail.

Quelle somme dois-je prendre ?

Quelle somme doit prendre mon aide ? (un autre confrère).

Dr E.

Réponse.

Si vous avez été chargé de faire l'autopsie de la victime de l'accident à la demande de la Compagnie d'assurances, vous pouvez demander à celle-ci, pour vous et pour votre aide, tels honoraires qui vous paraîtront convenables.

Si, comme il est plus vraisemblable, vous avez été commis à cet effet par une décision de justice (juge de paix, président du Tribunal ou Tribunal civil), vous auriez droit, en vertu de l'article 26 du décret sur les frais de justice criminelle, applicable en matière d'accidents du travail, à un honoraire de 60 francs au cas où l'autopsie aurait eu lieu avant l'inhumation et de 90 francs dans le cas contraire. Ce décret ne prévoit pas l'assistance d'un aide, mais le dernier alinéa de l'article 26 permet au magistrat taxateur d'allouer des honoraires plus élevés lorsque l'expertise présente des difficultés particulières. Vous pourriez peut-être vous baser sur cette disposition pour demander un honoraire plus élevé vous

permettant de rétribuer votre aide, en fournissant bien entendu toutes les explications nécessaires.

---

919. — Accidents du travail. Chef d'entreprise en faillite.

J'ai donné mes soins en 1924 d'avril à novembre aux ouvriers blessés d'un entrepreneur, qui dernièrement a fait faillite, et me laisse avec 300 fr. de notes impayées.

Ces notes avaient été envoyées fin 1924 à la Cie Z, qui m'avait été désignée par l'entrepreneur comme étant sa Cie d'assurances.

Cette dernière me les a renvoyées, en me disant qu'elle n'était pas assureur de M. F. pour ses sinistres, et en me demandant de les faire parvenir à l'entrepreneur lui-même, ce que j'ai fait.

Or, l'entrepreneur m'a répondu de les transmettre à sa compagnie d'assurances.

Depuis, plus de nouvelles, sinon ces derniers temps, que l'annonce que l'entrepreneur était en faillite.

Que dois-je faire ?

Assigner l'entrepreneur seul ?

Assigner solidairement l'entrepreneur et la Cie ?

J'ai, en effet, des lettres de la Cie me demandant des renseignements sur un au moins des ouvriers blessés, ce qui semble bien indiquer qu'à ce moment elle reconnaissait assurer l'entrepreneur.

D'autre part, un des ouvriers blessés ayant eu une petite rente, ce doit bien être la Cie qui a versé les fonds nécessaires, ce qui paraît bien constituer une preuve.

Dr C.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail vous donne une action directe contre le chef d'entreprise pour le paiement des soins donnés à ses ouvriers blessés, mais non pas contre sa compagnie d'assurances, qui n'a de la sorte aucun lien de droit avec vous.

Les lettres que vous avez reçues de la Compagnie ne peuvent constituer qu'une reconnaissance de la dette du patron envers vous, mais n'engagent pas la Compagnie directement, car la Compagnie n'agit que comme mandataire de son assuré.

D'autre part, la déclaration de faillite de votre débiteur a eu pour effet de suspendre, *ipso facto*, toutes les actions personnelles de ses créanciers contre lui. Ne pouvant plus le citer en justice, votre seule ressource est de produire votre créance entre les mains du syndic de la faillite, en demandant votre admission au passif par privilège (article 23 de la loi du 9 avril 1898 et 2.101 du Code civil), ce qui vous permettra de vous faire payer par préférence aux autres créanciers, sans que vous ayez à subir la loi du concours. C'est seulement au cas où le syndic refuserait de vous admettre au passif ou contesterait votre privilège que vous devriez le citer devant le juge de paix du lieu de l'accident.

898. — Rente d'un accidenté du travail.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire quelle serait la rente d'un ouvrier gagnant onze mille francs par an, porteur d'une invalidité de 30 % ?

Où pourrai-je me procurer un barême des incapacités pour les A.T. ?

D[r] B.

Réponse.

Les accidentés du travail atteints d'une incapacité permanente ont droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à leur salaire, jusqu'à concurrence, d'un salaire de 4.500 francs et au huitième seulement pour la portion du salaire allant de 4.500 à 15.000 francs.

La rente de votre client calculée sur un salaire de 11.000 francs et une invalidité de 30 % sera donc de :

$$\frac{\frac{(4.500)}{2} \times \frac{(6.500)}{8} \times 30}{100} = 918,75.$$

Il n'existe pas de barême pour les invalidités accidents du travail, mais en pratique, on se réfère souvent au Guide-barême des invalidités institué par le décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires.

Ce barême a été publié dans l'Agenda-memento du *Concours*, édition 1923, actuellement épuisée. Peut-être pourriez-vous vous le procurer en vous adressant à la Librairie militaire Lavauzelle, 124, boul. Saint-Germain, Paris, 6[e].

---

858. — Calcul d'impôt sur le revenu.

Pourrais-je savoir les impôts que j'aurais à payer avec la déclaration suivante :

Bénéfices professionnels..............	33.000
Revenus personnels.................	5.287
— —	329
A déduire impôts payés en 1924........	1.278

Je suis pensionné de guerre définitif à 50 %.

D[r] A.

Réponse.

Bénéfice professionnel :

Bénéfice 33.000

Bénéfice imposable : 33.000 — 7.000 = ... 26.000

$$\frac{26.000 \times 7,20}{100} = 1.872 \text{ fr.}$$

Impôt général sur le revenu :

Revenu total : 33.000 + 5.287 + 329 = ... 38.616

Vous ne dites pas, dans votre note, si vous êtes

marié et si vous avez des personnes à votre charge.

Nous faisons le calcul de l'impôt en tenant compte que vous êtes marié sans avoir personne à votre charge.

Revenu net : 38.616 — 1.278 = 37.338.

Revenu imposable : 37.300 — 3.000 = 34.300.

34.300 × 0,06 — 1120 = ...	938
Majoration de 2 décimes.........	189,60
Total	1.127,60

Le montant de votre pension ne doit pas être compris dans votre revenu. Il en est de même pour les intérêts des bons du Trésor et de la défense nationale à échéance d'un an au plus.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

---

741. — Réforme pour albuminurie.

J'ai vu ces jours-ci un jeune client réformé temporairement du service militaire pour albuminurie (cette constatation ayant été faite à l'occasion de la vaccination antityphoïdique qu'on n'a pas pu pratiquer). Actuellement, une analyse sérieuse ne révèle aucune présence d'albumine. Le jeune homme est très ennuyé de cette réforme qui est venue contrarier ses plans. Y a-t-il possibilité de rentrer au service, si cette albuminurie n'existe plus. Si oui quelle serait la marche à suivre ?

Dr H.

Réponse.

Si l'albuminurie n'existe plus, l'intéressé peut demander, au général commandant la subdivision de région dont il dépend, l'autorisation d'être soumis aussitôt à une Commission de réforme, avant l'expiration de son année de réforme temporaire, dans le but de reprendre du service militaire actif.

Il pourra joindre à sa demande une attestation médicale indiquant son état de santé actuel.

760.—Tableau de concours pour la Légion d'Honneur.

Je désire connaître la date à laquelle paraîtra le tableau de concours de la Légion d'honneur des officiers de réserve pour l'année 1925.

Dr D.

Réponse.

Le tableau de concours de la Légion d'honneur pour les officiers de réserve est le premier tableau qui doive paraître. Cependant il se peut qu'il soit encore retardé de quelques semaines, peut être même jusqu'après les élections municipales.

(*Voir la suite page XLVII-979*)

PROPOS DU JOUR

Le Droit de tuer et l'Euthanasie.

L'acte déjà ancien de cette jeune polonaise qui, bouleversée par les souffrances de son fiancé, atteint d'un cancer inopérable, mit un terme à son martyre en lui brûlant la cervelle et qui fut acquittée par le jury de la Seine après un remarquable réquisitoire et d'émouvantes plaidoiries, a mis à l'ordre du jour le droit de tuer et l'euthanasie. M. Gaston Danville, dans un article du *Mercure de France* (15 mars) et le Pr E. Forgue dans un article de la *Revue de Paris* du 1er mars, ont abordé l'étude de cette palpitante question.

Le meurtre charitable, commis par la jeune polonaise, a été suivi peu après d'un événement semblable : une pauvre couturière parisienne, cédant aux prières de sa sœur, atteinte de tuberculose osseuse et qui souffrait horriblement sans espoir de guérison, la tua à coups de révolver.

Ces meurtres par pitié sont probablement moins rares qu'on pourrait le croire ; il en est sans doute beaucoup qui, opérés moins dramatiquement, restent ignorés.

Montaigne relate un fait tout à fait analogue. Voici ce passage des *Essais* (livre II. chap. XXV) qui est un extrait d'une lettre de Pline le jeune (Epit. VI, 24) mais conté en un style savoureux :

« Pline le ieune avoit, prez d'une sienne maison en Italie, un voisin merveilleusement tormenté de quelques ulcères qui lui estoient survenues ez parties honteuses. Sa femme, le voyant si longuement languir, le pria de permettre qu'elle veist à loisir et de prez l'estat de son mal, et qu'elle luy diroit plus franchement qu'aulcun autre ce qu'il avait à en espérer. Aprez avoir obtenu cela de luy et l'avoir curieusement considéré, elle trouva qu'il estoit impossible qu'il en peust guarir, et que tout ce qu'il avoit à attendre, c'estoit de traisner fort long temps une vie douloureuse et languissante : si luy conseilla pour le plus seur et souverain remède, de se tuer ; et le trouvant un peu mol à une si rude entreprise : « Ne pense poinct, luy dict-elle, mon amy, que les douleurs que ie te veois souffrir ne me touchent autant qu'à toy, et que pour m'en délivrer il ne veuille me servir moy mesme de cette médecine que ie t'ordonne. Ie te veulx accompagner à la guarison, comme i'ay faict à la maladie : oste cette crainte, et pense que nous n'aurons que plaisir en ce passage qui nous doibt délivrer de tels torments : nous nous en irons heureusement ensemble. » Cela dict, et ayant réchauffé le courage de son mary, elle résolut qu'ils se précipiteroient en la mer par une fenestre de leur logis qui y correspondoient. Et pour maintenir iusques à sa fin cette loyale et véhémente affection de quoy elle l'avoit embrassé pendant sa vie, elle voulut encores qu'il mourust entre ses bras : mais la peur qu'ils ne lui faillissent, et que les estreinctes de ses enlacements ne veinssent à se relascher par la cheute et la crainte, elle se feit lier et attacher bien estroictement avecques luy par le fauls du corps ; et abandonna ainsi sa vie pour le repos de celle de son mary. Celle là estoit de bas lieu ; et parmi telle condition de gents, il n'est pas si nouveau d'y veoir quelque traict de rare bonté :

Extrema per illos
Iustitia excedens terris vestigia fecit ».

Le meurtre par pitié n'est donc pas une innovation de nos mentalités modernes.

Dans son article sur le *Droit de tuer*, M. Gaston Danville s'efforce de démontrer que même dans les cas qui paraissent les plus désespérés la guérison est possible. Tous les médecins ont à leur actif de ces guérisons miraculeuses qui proviennent d'un diagnostic erroné ou incomplet. Il n'est plus besoin de faire intervenir, avec M. G. Danville, le diacre Pâris, Mesmer, le zouave Jacob, le Père Antoine, M. Coué, les Christian Scientists, la piscine de Lourdes, Liébault et Bernheim, M. Marcel Boll, le Pr Ch. Richet, etc. etc. pour démontrer la possibilité des guérisons miraculeuses des affections les plus incurables et désespérées en apparence. Charcot, il y a un demi siècle, l'avait admirablement établi dans la *Foi qui guérit*, cela ne se discute plus. Nous acceptons la conclusion de M. G. Danville bien qu'elle ne se rapporte qu'incomplètement au développement de la thèse qu'il a exposée : « Nul n'est fondé à s'arroger le droit de devancer une heure, qui peut *ne pas sonner*. »

Autrement intéressant est l'article du Pr Emile Forgue dans la *Revue de Paris* où il aborde l'étude de l'*Euthanasie*, c'est-à-dire le droit de tuer pour abréger les souffrances d'un incurable.

M. Forgue répond *non* puisque nous ne pouvons et nous ne pourrons jamais affirmer en aucun cas et d'une façon absolue la certitude qu'une maladie est incurable et doit se terminer par la mort. Une autre réponse nous aurait surpris, venant d'un homme aussi prudent et aussi expérimenté que le savant professeur de Montpellier. Il n'est guère de médecins français qui ne partagent cette opinion. Mais à l'étranger, nous apprend l'article de M. Forgue, il n'en fut pas toujours ainsi. Nobel tenta sous le ministère Crispi de fonder en Italie des établissements d'euthanasie pour les désespérés de la vie. Il y a une vingtaine d'années, une proposition de loi qui fut d'ailleurs rejetée, fut présentée au Landtag de Saxe. Elle avait pour but d'accorder aux médecins l'autorisation de donner aux incurables une mort prompte et douce. Plus tard une proposition plus singulière fut faite au Reichstag. Tout incurable aurait droit à l'euthanasie après jugement d'un tribunal, rendu sur la demande du malade, appuyée par l'approbation de trois médecins légistes. Binding reprend la question dans un traité du psychiatre Hoche, de Fribourg, en un chapitre sur « la licence de détruire les vies qui ne valent pas la peine d'être vécues. » Le conseiller Burckhardt, évoquant les mœurs spartiates, propose dans une gazette allemande de droit pénal l'autorisation de supprimer les idiots incurables.

En Amérique, la New-York State medical Association mit à son ordre du jour l'étude du droit de tuer les cancéreux, dont la tumeur opérée a récidivé et les paraplégiques incurables à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale. En 1906, le Dr Gregory déposa au Parlement de l'Etat de Iowa une proposition de loi autorisant le médecin de débarrasser de l'existence par l'administration d'un anesthésique, les malades désespérés. M. Grégory prétendait que cette pratique était coutumière chez beaucoup de ses confrères américains ??

M. le Pr Forgue objecte, avec des observations à l'appui, que l'on ne peut jamais avoir la certitude d'un diagnostic, ni d'un pronostic. Nous avons suivi nous-mêmes un de nos clients qui, atteint d'une énorme tumeur du fémur, fut examiné par les chirurgiens de Paris les plus distingués. Le diagnostic d'ostéosarcome inopérable fut porté. Cela date de 10 ans, notre client est vivant, bien vivant, travaille et se porte fort bien, la tumeur a plutôt diminué. Nous ne saurions, nous médecins, accepter le droit de tuer, nous nous bornons à réclamer le droit de ne pas être gêné par des règlements tracassiers et des formalités excessives quand, en présence d'un malade, présumé incurable et qui souffre horriblement, nous avons la mission et le devoir de le soulager.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES NOUVEAUX MOYENS DE LUTTE CONTRE LA DIPHTÉRIE

Par le Dr Paul Hauduroy,

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

La diphtérie est une des maladies que nous connaissons le mieux au point de vue clinique et c'est une infection contre laquelle nous avons des moyens de lutte extraordinairement puissants.

Le laboratoire nous permet de faire un diagnostic rapide et la sérothérapie nous fournit une arme admirable. Il semblait jusqu'à ces dernières années qu'il n'y eut plus grande nouveauté à trouver : et, cependant, toute une série de découvertes a été faite qui change, à l'heure actuelle, d'une façon totale, nos idées sur le problème de la prophylaxie de la maladie.

Les applications pratiques ont été commencées ; elles ont donné d'excellents résultats et déjà on peut entrevoir le moment où la diphtérie, si crainte autrefois, aura à peu près disparu.

Ce sont ces notions nouvelles, que je voudrais exposer. Aucune d'elles — jusqu'ici — n'intéresse le *traitement* de la maladie. Le sérum rapidement administré et à haute dose reste toujours la thérapeutique obligatoire.

Mais l'esprit des savants a cherché à résoudre les problèmes suivants : est-il possible d'établir par une méthode sûre si un individu apparamment sain peut prendre la diphtérie ou s'il ne le peut pas ? Est-il possible de vacciner préventivement contre elle ?

Nous examinerons séparément ces deux questions.

I. — *Est-il possible de savoir si un individu est sensible ou non à la diphtérie ?*

Sans entrer dans l'historique de cette question, il est possible de dire que, depuis longtemps on savait, soit par l'expérience clinique, soit par quelques essais de laboratoire que certains individus possédaient une immunité vis-à-vis de la diphtérie. Un certain nombre d'auteurs avaient cherché à préciser les conditions de cette immunité. Mais les méthodes qu'ils employaient étaient trop délicates et trop complexes pour avoir la moindre application pratique.

C'est en 1913 seulement qu'un Américain, Schick, proposa une réaction (la réaction de Schick) qui, tant par sa relative simplicité que par les excellents résultats qu'elle donne, ne tarda pas à acquérir droit de cité et à être largement appliquée.

La réaction de Schick est basée sur les faits suivants. Abel, Wassermann, Marx surtout, avaient réussi à montrer qu'un certain nombre d'individus possédaient normalement dans leur sérum de l'antitoxine diphtérique — et crurent voir une relation entre ce fait et leur résistance à l'infection. Behring, d'autre part, avait prouvé qu'un individu dont le sérum contenait 0,01 à à 0,02 cmc. d'unité antitoxique ne prenait sûrement par la maladie.

Schick se demanda si en injectant à un homme une toute petite dose de toxine diphtérique, sous ou dans la peau, on ne pourrait pas, en quelque sorte, titrer la quantité d'antitoxine contenue dans son sérum d'après la réaction qui se produirait.

Il procéda de la façon suivante : il injecta à 50 individus adultes une dilution de toxine diphtérique, à petite dose. Il constata que les uns faisaient une réaction au point d'injection, que les autres ne faisaient rien. Il titra l'antitoxine contenu dans les sérums : les individus qui réagissaient n'avaient pas d'antitoxine ou en avaient moins de 0,01 cmc. ; ceux qui ne réagissaient pas avaient plus de 0,01 cmc.

Schick avait trouvé le moyen de séparer d'une façon très simple les individus ayant dans leur sérum une quantité d'antitoxine suffisante pour être réfractaires à l'infection, de ceux qui n'en ont pas assez et qui, par suite, sont sensibles.

Depuis son premier essai, Schick, puis Park et Zingher ont modifié et amélioré la technique première et ont fait porter leurs essais sur des milliers de cas. A l'heure actuelle, on procède de la façon suivante : on injecte *dans* LE DERME de la peau du bras, au tiers supérieur, 1/10e de cmc. d'une toxine diphtérique diluée. A l'autre bras, on injecte la même dose de la même dilution de toxine, mais chauffée 10 minutes à 75° au bain-marie de façon à la détruire.

Si la réaction est positive (côté toxine non chauffée) on la voit apparaître après 24 heures ou 48 heures.

Elle atteint son maximum vers la 72e heure et persiste pendant 7 à 8 jours. Elle est caractérisée par une zone de rougeur de 1 à 2 cm. de diamètre accompagnée d'une zone d'infiltration légère qui parfois est assez intense pour former une saillie papuleuse. Quand la rougeur disparaît, on voit une légère desquamation, puis une pigmentation brunâtre qui peut durer 3 ou 4 semaines.

Habituellement, il n'y a pas de réaction du côté où l'on a injecté la toxine chauffée. Quand il y en a une (fausse réaction), elle se montre en 24 heures : c'est une zone de rougeur diffuse qui disparaît vers le deuxième jour.

Pour l'interprétation, il faut toujours comparer les deux injections pratiquées. Quatre alternatives peuvent se produire.

1° La réaction faisant défaut au bras gauche (toxine chauffée), toute réaction même légère apparaissant au bras droit (toxine non chauffée) est une réaction positive ; le sujet ne possède pas d'immunité.

2° Il se produit au bras gauche (toxine chauffée) une réaction qui disparaît en trois jours, au bras droit (toxine non chauffée) une réaction qui augmente jusqu'au troisième jour et disparaît lentement avec desquamation et pigmentation : réaction positive ; le sujet ne possède pas d'immunité.

3° Il se produit aux deux bras une réaction semblable (rougeur et infiltration) apparaissant rapidement et disparaissant de même, sans desquamation au bras droit (toxine non chauffée). On doit conclure à une fausse réaction des deux côtés, due à la sensibilité du sujet aux produits protéiques contenus aussi bien dans la toxine chauffée que dans la toxine non chauffée : le sujet possède l'immunité vis-à-vis de la diphtérie.

4° Il ne se produit aucune réaction des deux côtés : le sujet est réfractaire à la diphtérie.

L'interprétation est, en général, assez facile. Il est des cas cependant où elle est extrêmement délicate.

Munis de cette méthode, simple, pratique, Schick, et bien d'autres après lui, étudièrent l'immunité vis-à-vis de la diphtérie.

Les faits observés peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Le pourcentage des individus réceptifs est de :

15 % à 3 mois ;
60 % de 6 mois à un an ;
70 % de 1 an à 2 ans ;
60 % de 2 à 3 ans ;
30 % de 5 à 10 ans ;
20 % de 10 à 15 ans ;
15 % au-dessus de 20 ans.

Le simple examen de ce tableau montre tout de suite que le nombre des individus sensibles à la diphtérie est très petit dans les trois premiers mois de la vie, qu'il augmente ensuite pour revenir à un chiffre inférieur aux environs de la vingtième année.

L'immunité constatée chez les nourrissons est incontestablement due à la mère. L'enfant conserve pendant un certain temps dans ses humeurs « le souvenir » de la non-réceptivité que possédait sa mère. Puis, peu à peu, vivant plus par lui-même, il perd son immunité (passive en quelque sorte).

Au fur et à mesure de sa croissance, la réaction de Schick nous montre qu'il l'acquiert à nouveau.

Par quel processus ? De toute une série de travaux récents, il ressort que la multiplicité des contacts interhumains crée des *« épidémies bénignes »* **qui ne se manifestent pas par des symptômes cliniques mais qui conduisent à l'immunisation.**

L'enfant fait une angine légère à bacilles de Löffler. Il n'a pas de diphtérie (au sens clinique du mot) mais son organisme est cependant suffisamment touché pour acquérir l'immunité qui lui permettra de résister à une infection massive par exemple.

Cette immunisation spontanée se fait surtout bien dans les villes, elle se fait mal à la campagne où les contacts sont moins fréquents.

On voit de quelle importance a été la découverte de Schick et à quelles constatations intéressantes elle conduit. Jusqu'alors nous connaissions mal tout ce côté du problème de la diphtérie : il s'éclaire aujourd'hui d'un jour tout nouveau.

Mais il est encore un fait sur lequel je voudrais attirer l'attention. Si jusqu'ici la réaction de Schick nous a instruits c'est surtout dans le domaine de la pathologie générale et on ne voit guère d'applications pratiques immédiates. Je crois qu'il serait possible d'en faire et voici dans quelles conditions. Prenons l'exemple d'une collectivité, d'un pensionnat par exemple. Nous savons que 20 à 30 % des individus pourront contracter la diphtérie si l'épidémie éclate. Mais quels sont-ils ? Seule la réaction de Schick peut les mettre en évidence. Il est sûr que ce n'est pas après l'éclosion du premier cas que nous pourrons faire ces recherches. A ce moment, nous ferons de l'isolement et de la sérothérapie préventive.

C'est *avant* une épidémie hypothétique qu'il faut être renseigné et la conduite à suivre devrait être la suivante. Une année, à la rentrée des enfants par exemple, on ferait le Schick systématiquement : sur100 individus, on en trouve 25 de réceptifs.

Nous sommes sûrs que si la diphtérie apparaît, ce sera parmi eux et que la sérothérapie préventive ne devra s'adresser qu'à eux.

L'année suivante, on recommencera la même opération sur les nouveaux venus et sur les 25 % sensibles de l'année précédente.

Il me semble que la réaction de Schick appliquée de cette façon pourrait avoir une portée pratique considérable.

II. — Est-il possible de vacciner contre l'infection diphtérique ?

C'est le second problème que se sont posé beaucoup de savants : créer chez l'individu sensible une immunité active, qui dure plusieurs années, bien différente par conséquent de l'immunité passive conférée par le sérum et qui, elle, ne dure que 8 à 15 jours.

Behring, Babes, Park, Smith, Rohmer et Lévy, Jules Renault et Pierre-Paul Lévy s'y sont appliqués. Renault et Lévy en particulier, ont essayé à Paris la vaccination à l'aide d'un mélange toxine-antitoxine, et ont obtenu de bons résultats.

Mais une découverte est survenue semblant apporter une méthode simple, facilement applicable et très sûre : c'est celle de l'anatoxine de Ramon. Ce savant a constaté que si l'on ajoute 3 à 4 % de formol à de la toxine diphtérique, qu'on laisse séjourner le mélange un mois à l'étuve, on obtient un produit, l'anatoxine, qui a perdu tout pouvoir pathogène, mais a *conservé des propriétés immunisantes.*

Par exemple, une toxine tue le cobaye à la dose de 0,001 cc. On prépare avec elle l'anatoxine ; 5 cc. du nouveau produit ne tuent pas l'animal et 1 cc. suffit à le vacciner en 15 jours contre plusieurs doses mortelles.

M. Ramon à la suite de ces essais tenta la vaccination chez l'homme. Une réaction de Schick pratiquée avant et après permettait de contrôler la valeur du procédé. La vaccination comporte deux injections sous-cutanées d'anatoxine aux doses de 0 cc. 5 et de 1 cc. La deuxième inoculation n'a lieu que deux à trois semaines après la première.

Le petit enfant fait souvent des réactions légères.

Entre 2 et 5 ans, âge paraissant le plus favorable, il n'y a que très peu de réactions et l'immunité apparaît très rapidement. A l'âge adulte, on peut observer des réactions — sans danger d'ail-

leurs. Il est même assez curieux de voir que ces phénomènes apparaissent chez les porteurs de bacilles ou chez les individus sensibilisés par une infection récente. Ce fait permet de penser qu'ils ressortent d'un état allergique.

La réaction de Schick a permis de contrôler que 100 % des individus sensibles et soumis à la vaccination devenaient réfractaires.

Il semble à l'heure actuelle que les bases expérimentales de la vaccination par l'anatoxine sont suffisantes pour qu'on puisse entrer franchement dans la voie de la réalisation pratique.

Nous voyons donc quel aspect nouveau prend le problème de la diphtérie et quels armes admirables nous possédons maintenant pour lutter contre cette maladie. Nous savons reconnaître l'individu sensible, nous pouvons le vacciner. Si la maladie se déclare, le laboratoire nous permet de faire un diagnostic rapide et la sérothérapie dans une proportion considérable de cas l'arrête et abaisse la mortalité. Ce n'est pas, je crois, faire preuve d'un optimisme exagéré en disant qu'on peut entrevoir le moment où la diphtérie deviendra une curiosité clinique comme l'est devenue la variole après la découverte de Jenner.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Des traumatismes fœtaux dans l'accouchement par le siège,

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1).

Laissant de côté les causes de mort venant de la lenteur du travail, de la strangulation par le cordon, etc., je ne parlerai que des accidents produits au cours de *l'extraction podalique* ; le fœtus ayant d'ailleurs pu se présenter par le siège ou autrement, et qu'on ait été obligé de faire une version, le résultat est le même, c'est toujours l'extraction du fœtus par les pieds. C'est au cours de ces manœuvres que se produisent ces traumatismes. Ces accidents ne se voient pas dans l'accouchement naturel par le siège. Ils correspondent aux divers temps de l'extraction podalique du fœtus. C'est d'abord au moment de l'extraction des *membres inférieurs* ; à cet égard, il importe de distinguer le mode complet dans lequel les jambes se présentent à vous tout naturellement, et le mode décomplété, mode des fesses, où les jambes semblent vous fuir, se dissimulent dans l'utérus, le fœtus présentant simplement son massif fessier. En raison de sa fréquence beaucoup plus grande, c'est par lui que je commencerai.

Les traumatismes peuvent exister au cours des manœuvres instrumentales ou simplement manuelles. Les *manœuvres instrumentales* sont aujourd'hui condamnées, mais pas encore assez peut-être : ce sont ces manœuvres dans lesquelles on essaye d'extraire un fœtus soit à l'aide d'un crochet métallique, soit à l'aide de lacs.

Dans ces extractions, on a autrefois produit des lésions très graves, depuis la simple ulcération et la section de la peau jusqu'à la section des muscles et des vaisseaux amenant la mort par hémorragie ; on produit aisément la rupture du fémur. C'est pourquoi toutes ces manœuvres instrumentales sont à peu près complètement abolies.

Les *manœuvres manuelles* sont de deux ordres, suivant qu'on cherche un point d'application sur le siège ou dans les plis inguinaux. Certains auteurs ont fait une manœuvre dite rectale, dans laquelle un doigt était introduit dans l'anus fœtal, manœuvre déplorable, à jamais condamnée, qui déterminait des dilacérations du sphincter, des ruptures complètes du périnée de l'enfant.

Quant aux manœuvres portant sur le fémur, elles sont autrement importantes. Supposons un siège décomplété mode des fesses dans l'excavation : le forceps ne réussit presque jamais, il faut donc aller chercher une jambe. Plusieurs manœuvres ont été proposées, celle de Mantel, notamment, dans laquelle on porte en *abduction* la cuisse du fœtus, mais si on met le doigt trop verticalement, il en résulte une fracture diaphysaire du fémur. Ceci assombrit le pronostic. On sait qu'il est absolument impossible chez l'enfant de faire une bonne juxtaposition des fragments fémoraux et d'user des appareils à traction continue qu'on peut employer chez l'adulte. La consolidation angulaire est presque fatale. L'enfant restera boîteux.

Je passe à l'extraction du *siège complet*. Ici, il y a d'abord à vous signaler quelques lésions exceptionnelles comme la dislocation du genou, simple curiosité. Mais ce qui peut se voir, c'est le décollement de l'épiphyse inférieure du fémur : cet accident peut résulter d'une traction qui, au lieu d'être rectiligne, ce qui est peu dangereux, imprimerait au membre inférieur des mouvements de torsion : cette manœuvre est tout à fait condamnable.

Les membres inférieurs sont à l'extérieur ; il

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, recueillie par le Dr LAPORTE.

faut extraire le *tronc.* Il faut pour cela de toute nécessité exercer des tractions le plus bas possible, Il suffit de se rappeler la direction des axes de la filière pelvienne pour le comprendre. En second lieu, il faut imprimer un minimum de mouvements au fœtus, ne pas quitter la voie droite, ne pas faire des mouvements de levier. Enfin pour prendre les cuisses vous devez vous servir du coussinet des fesses, mais ne jamais prendre à pleines mains le bassin du fœtus, et encore moins son tronc.

Toutes les lésions du côté du tronc vont être les conséquences directes et quasi-inéluctables d'une faute de technique. C'est parce que vous n'aurez pas tiré droit, c'est parce que vous aurez trop remué le fœtus, parce que vous lui aurez imprimé des mouvements de levier, parce que vous l'aurez tordu, parce que vous aurez oublié ce grand précepte de ne jamais toucher le bassin ou le tronc, que vous causerez des lésions. Ces lésions peuvent être divisées en deux groupes dont l'étiologie est très différente. Ce sont, d'une part, les *lésions viscérales*, et de l'autre, les *lésions rachidiennes.*

Les lésions viscérales ne sont pas très rares. Ce sont tout d'abord celles du *foie.* Ces lésions hépatiques sont incompatibles avec la vie ou d'une exceptionnelle gravité : ce peut être des déchirures du foie, des sortes d'éclatement de cet organe congestionné, des décollements de sa capsule avec hémorragies sous-capsulaires. Comment produit-on ces lésions ? D'abord par oubli de cette précaution élémentaire : ne pas toucher le ventre ; puis, par les tractions qui refoulent le foie contre les fausses côtes ; c'est aussi le refoulement par un col insuffisamment dilaté qui fait subir au fœtus une sorte de laminage.

La *rate* peut se rompre, mais c'est beaucoup plus rare.

Les *capsules surrénales* peuvent se rompre, car chez le fœtus, ce sont de gros organes ; il en résulte des hémorragies considérables inondant le péritoine.

Enfin, on a vu des hémorragies pleurales, péricardiques, médiastinales, mais ce sont des raretés.

Les *lésions rachidiennes* se voient essentiellement dans les accouchements par le siège avec incomplète dilatation du col, quand on exerce de mauvaises tractions, parce que trop fortes ou mal dirigées. On doit d'abord tirer en bas, puis horizontalement, et, à la vulve, tirer en haut. Ces accidents sont dus également à ce qu'on imprime au fœtus des mouvements de levier de pompe, lorsqu'on tire dans tous les sens, ou des mouvements de torsion. Tous les cas ne sont pas également graves parce qu'il faut tenir compte des résistances individuelles. Il y a trois variétés de lésions : 1° des lésions médullaires sans lésions rachidiennes évidentes ; 2° des lésions rachidiennes avec lésion de la moelle ; 3° l'arrachement du tronc.

La première de ces lésions est l'*hémato-rachis*, qui amène une compression de la moelle et des troubles nerveux généralement momentanés, résorbables spontanément ou par la ponction lombaire. Celle-ci est d'ailleurs indispensable au diagnostic. La moelle elle-même peut subir une déchirure et être le siège de ce qu'on appelle une *hématomyélie*, accident grave, guérissable toutefois avec le temps. On peut voir l'élongation de la moelle, la section de la moelle. Les conséquences de ces lésions sont variables d'après leur siège et leur étendue. Ce peut être une *paraplégie*, comme chez cet enfant que nous soignons actuellement dans le service. Voici les photographies d'un autre enfant qui eut à la suite d'une extraction par le siège une paralysie de la région cervicale ; il a survécu 3 mois.

Les *lésions rachidiennes* (ces lésions, bien entendu, entraînent *ipso facto* des lésions de la moelle) sont d'abord la simple entorse des ligaments vertébraux, essentiellement curable. Certaines extractions ont été jusqu'à la dislocation des corps vertébraux. Voici la photographie d'un fœtus de poids moyen, 4.400, extrait après version avec une parfaite facilité (le bassin était normal) ; on remarquait qu'il était un peu flasque ; la colonne vertébrale était disloquée, un intervalle considérable existait entre la 5e et la 6e cervicales. Il succomba sur l'heure.

L'*arrachement du tronc*, cette sorte de décapitation par traction du fœtus, se présente en clinique sous deux aspects différents. Dans le premier, la tête n'est pas totalement séparée du tronc, mais elle ne lui adhère plus que par le manchon cutané. La survie est impossible. Dans le deuxième cas, la tête est complètement séparée du tronc ; on voit sous elle pendre une sorte de moignon constitué par les vertèbres cervicales les plus hautes avec des débris musculaires formant comme une pendeloque de chairs. Elle reste dans la cavité utérine alors que le corps du fœtus est complètement extrait.

Quelles sont les conditions étiologiques propres à ces lésions ? On les a cherchées pendant longtemps dans la force des tractions : les uns ont voulu fixer la limite dangereuse à 50 k., d'autres à 20 k.

L'essentiel est de tirer droit devant vous, de ne pas imprimer au fœtus des oscillations. C'est ainsi que se produisent ces accidents fréquents autrefois, mais qu'on ne voit maintenant presque plus.

J'insisterai aussi sur le rôle de la rétraction utérine.

L'extraction des *membres supérieurs* peut être cause de traumatisme, du fait que les bras se relèvent, glissent de bas en haut et viennent se mettre au-dessus de la tête.

On a vu des lésions exceptionnelles, invraisemblables : la fracture de la tête du radius, la luxation du coude, la fracture de l'acromion, le décollement de l'épiphyse sterno-claviculaire. Pratiquement, on verra : 1° des lésions de l'humérus, soit un décollement de son épiphyse supérieure, soit beaucoup plus souvent la fracture de l'humérus ; 2° une lésion longtemps ignorée, mais bien fréquente depuis qu'on l'a cherchée, la *fracture de la clavicule* ; parmi ses causes multiples, je ne veux retenir ici que les fautes de technique dans la *manœuvre de Mauriceau* ; 3° la paralysie radiculaire du plexus brachial par tiraillement et arrachement de ses racines ; dans la majorité des cas, heureusement, cette paralysie guérit, mais elle peut quelquefois laisser l'enfant infirme.

L'extraction de la tête dernière est riche en incidents et en traumatismes. C'est souvent à cette occasion que se produisent ces graves lésions rachidiennes dont j'ai parlé, et les paralysies radiculaires.

L'*hématome du sterno-mastoïdien* est une petite lésion qui inquiète les familles, cause un peu de torticolis, mais guérit sans laisser de traces.

J'insisterai sur les lésions produites dans la manœuvre de Mauriceau. Vous savez les dangers de la main extérieure, ce sont les fractures de la clavicule. Vous devez connaître les dangers de la main ou du doigt buccal ; lorsqu'au lieu de reposer sur le coussinet de la langue, il a glissé au-dessous, il produit l'effondrement du plancher buccal, d'où un phlegmon qui ne tardera pas à tuer l'enfant. Bar a signalé la déchirure de la ranine suivie de mort. On peut encore, en portant les doigts trop en avant, provoquer une fracture du maxillaire, ou pour mieux dire une disjonction des deux pièces du maxillaire inférieur, surtout chez un prématuré.

Je me bornerai à citer les enfoncements crâniens, qui ne se voient guère sans bassin rétréci. L'hémorragie méningée n'est malheureusement pas un accident rare après l'extraction par le siège ; elle n'est point fatale pour tous les enfants: les uns meurent, d'autres restent idiots, d'autres guérissent fort bien.

Trois conclusions ressortent de cette leçon :

1° Ne jamais tenter une extraction podalique avant la dilatation complète ; 2° sauf les cas de cause majeure, tels que la souffrance du fœtus, son état de mort imminente, ne jamais tirer sur un siège, se contenter de regarder sortir le fœtus jusqu'au moment de pratiquer l'extraction de la tête dernière par la *manœuvre de Mauriceau* ; 3° quand on est acculé aux tractions, il faut les faire toujours dans l'axe, toujours douces, toujours dans la continuité, sans à-coups, sans oscillations.

LE SURMENAGE OCULAIRE, OU LES TROUBLES A DISTANCE DE L'ASTHENOPIE

(Observation de vertige grave),

Par le Dr Raymond PENEL, d'Ajaccio.

L'expression « *surmenage oculaire* », traduction infidèle du terme anglais désormais classique « *Eye-Strain* », paraît faire double emploi avec celle d'asthénopie. Toutefois le mot asthénopie évoque dans notre esprit plutôt les troubles locaux de la fatigue oculaire, ceux qui ont frappé en premier lieu l'attention, et dont l'étiologie est la plus évidente. Tandis que nous avons tendance à assembler sous le terme de surmenage oculaire un ensemble de troubles réflexes imprévus et disparates dont la pathogénie est beaucoup moins claire et dont le point de départ oculaire n'a commencé à être connu que depuis une cinquantaine d'années.

Quoi qu'il en soit, nous ne nous occuperons ici que des troubles à distance de la fatigue oculaire. Encore ne parlerons-nous que des troubles consécutifs aux amétropies, négligeant l'action de la fatigue rétinienne, et l'action de la fatigue des muscles extrinsèques le plus souvent consécutive à l'amétropie elle-même.

Méconnue sinon inconnue, cette question du surmenage oculaire est la Cendrillon de la pathologie générale. Or, non seulement tout oculiste, mais encore et surtout tout névrologue, tout psychiatre, tout gastrologue, et d'un mot tout praticien devrait ne jamais la perdre de vue. Théoriquement, l'on ne saurait dire qu'elle soit ignorée, elle a même le privilège d'un acte de naissance précis : les communications de Weir Mitchell en 1874, 1875 et 1876. Dans le troisième volume de notre « Encyclopédie Française d'Ophtalmologie » consacré à la réfraction, et sorti en 1904, nous trouvons aux trente pages du chapitre intitulé : « Les symptômes associés de l'astigmie » une revue déjà presque complète des troubles à distance actuellement connus, même les plus surprenants. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que, réserve faite des articles déjà anciens de Martin, de Bordeaux (1888), toute la littérature du sujet est étrangère, autant dire entièrement de langue anglaise.

Les quatre symptômes cardinaux englobant la presque totalité des réflexes à distance du surme-

nage oculaire sont : — 1° *les maux de tête* — 2° *les troubles gastriques* — 3° *les vertiges* — 4° *les troubles du sommeil.* Tous les autres symptômes peuvent être plus ou moins directement ramenés soit à l'excitation soit à l'épuisement du système nerveux. Plus ces troubles se présentent isolés, plus ils déroutent le diagnostic étiologique, mais le plus souvent on les rencontre associés dans des proportions variables, ou se passant la main au cours d'une biographie médicale.

Les preuves et épreuves qui confirment l'étiologie de ces réflexes ne manquent pas : *a*) bien que la relation soit rarement remarquée par le malade lui-même, l'interrogatoire établit souvent que les réflexes sont en proportion directe du travail de vision rapprochée imposé aux organes de la vue, — *b*) si les troubles ne sont pas trop invétérés, ils cèdent rapidement au repos oculaire, — *c*) ils cèdent pour la même raison à l'épreuve d'une cure d'atropine paralysant l'accommodation, excellente pierre de touche, — *d*) ils cèdent enfin très souvent, parfois immédiatement au port *constant* de verres soigneusement choisis, — *e*) enfin aux esprits prudents que ne contenterait pas cet ensemble de preuves l'on peut recommander l'expérience suivante : faites porter d'une façon tant soit peu prolongée à un emmétrope sain des verres qui le rendent légèrement amétrope (de préférence qui lui donnent un peu d'astigmie, surtout hyperopique, simple ou composée), et demandez-lui ce qu'il ressent, ou simplement ce qu'il va ressentir. Les réponses seront toujours les mêmes, et données en général dans le même ordre : maux de tête, vertiges, nausées, et même vomissements si vous avez la cruauté de prolonger l'expérience. Le plus souvent, il n'est pas même besoin de la commencer : il suffit de la proposer, fût-ce à un enfant, pour obtenir les réponses escomptées. Quoi de plus éloquent ?

Quoi de moins surprenant si l'on veut bien songer que la seule hypertension du globe, affection oculaire parfaitement localisée, entraîne précisément les mêmes réactions, échelonnées selon le degré d'acuité du mal : céphalées toujours, nausées le plus souvent, et quelquefois vertiges. Si la pathogénie des symptômes à distance du glaucome nous échappe, du moins leur point de départ oculaire est-il d'une évidence aussi immédiate que nous pouvons le désirer.

Aucun de ces troubles ne se présente avec des caractères pathognomoniques. Les maux de tête n'ont pas de localisation déterminée. Ils débutent souvent autour ou au-dessus des yeux, mais les irradiations sont si variées et si lointaines et se substituent si souvent à la douleur initiale, que l'on se laisserait constamment égarer si l'on attribuait une importance quelconque à la topographie de ces localisations. De même, pour le mode de la souffrance, qui comporte toute la gamme des plaintes humaines. Les troubles gastriques, parfois gastro-intestinaux, ne se présentent pas davantage avec des traits distinctifs. Ce sont des troubles fonctionnels variables, à tendance périodique, et parfois alternés, qui suffisent à miner complètement un organisme. Les vertiges sont le plus souvent liés à des troubles gastriques, de sorte que les malades rapportent presque toujours leurs vertiges au mauvais fonctionnement de leur estomac. Enfin, les troubles du sommeil vont de la simple agitation à l'insomnie la plus crucifiante, mais ils peuvent aussi se manifester par de la somnolence, surtout chez l'enfant, entraînant de la paresse scolaire par inaptitude au travail.

L'on pourrait dire que le principal caractère de ces réflexes est leur absence de caractère : essentiellement atypiques, mais avec tendance à la périodicité (accumulation, paroxysme, décharge), de sorte que si l'on tenait à les grouper de force sous l'un de ces vocables commodes qui servent de cadre d'attente aux connaissances médicales encore confuses, l'on pourrait recourir au terme de « migraine », pris, non dans son sens étymologique, mais au sens le plus large : migraines à prédominance tantôt céphalique, tantôt gastrique, de périodicité variable, et tendant à la subintrance par rapprochement des crises.

L'amétropie agit-elle comme une cause déterminante ou comme une cause simplement favorisante ? — Il paraît difficile de répondre à la question ainsi posée, peut-être même cela n'est-il pas très utile. Sans doute notre esprit se familiarisera-t-il plus aisément avec ces notions s'il minimise le rôle de l'œil et considère l'amétropie comme une cause favorisante agissant sur des tempéraments prédisposés. Et qui de nous, participant aux bienfaits de nos civilisations urbaines, qui semblent être des machines à marteler les nerfs, peut affirmer qu'il n'offre pas lui-même un terrain névropathique héréditaire ou acquis ? Il ne serait toutefois pas judicieux de se trop reposer sur cette idée. Si l'on réfléchit à ce qu'est pour la majorité de nos citadins cette vie sédentaire artificielle, avec activité exclusive des organes céphaliques, réserve faite de quelques doigts, et plus particulièrement cette activité continue de l'œil, contracté toute une journée en accommodation forcée pour la vision rapprochée, sans autre détente que celle du sommeil, l'adjuvance du terrain ne paraîtra plus aussi nécessaire, ni même peut-être celle de l'amétropie.

Beaucoup pensent qu'il est plus simple de rattacher au surmenage cérébral ces méfaits attribués à l'asthénopie. Il ne semble pas que ce soit une vue exacte des choses, bien que la discrimination ne soit pas toujours facile. Parmi les victimes du surmenage oculaire nous trouvons proportionnellement autant de couturières que de

professeurs et plus de bureaucrates que d'hommes de génie. Les statistiques montrent que le grand coefficient est celui du travail rapproché. Gould a examiné à ce point de vue la « biographie clinique » d'une vingtaine de personnalités célèbres dans des études tout à fait captivantes. Nous ne saurions nous étendre sur ce point. Que chacun observe autour de lui et dresse ses propres statistiques. Les personnes d'âge mûr qui ont le sommeil léger constateront aisément sur elles-mêmes que les plus mauvaises nuits succèdent non pas aux lectures vespérales sérieuses, mais aux lectures hâtives parceque faciles et surtout au feuilletage des Revues.

Une donnée capitale éclaire toute la question :

Les amétropies qui surmènent l'œil sont celles qui entraînent le plus d'effort de l'accommodation, l'effort le plus prolongé, et surtout l'effort le plus inégal. D'où les conséquences suivantes, conformes à l'expérience comme à la théorie :

1º Les myopes réguliers sont rares parmi les surmenés. Lorsque le surmenage se présente, il est habituellement dû à la fatigue de la musculature extrinsèque. L'intellectuel légèrement myope est un favorisé du sort.

2º Les hypéropes, manifestes ou non, donnent un fort contingent de surmenés.

3º Les astigmes donnent le plus fort contingent, en raison de l'inégalité de leurs efforts d'accommodation.

4º L'anisométropie est un facteur considérable d'aggravation.

5º *Ce sont les petites amétropies, et surtout les légers degrés d'astigmie qui entraînent le maximum de surmenage* : pour la majorité, ce sont des astigmies de 0,25 (et même de 0,12) à 0,75d, celles précisément que l'on a tendance à négliger (Snell). Cela s'explique aisément si l'on veut bien considérer que les amétropes forts renoncent rapidement à des efforts durables d'une accommodation qui n'est pas capable de relever utilement leur vision. Ceux qui fatiguent sont ceux qui compensent efficacement leur amétropie : la migraine, au sens large où nous avons pris ce mot, est une crise d'asystolie de l'accommodation qui contraint malgré lui le malade au repos oculaire total, en le précipitant dans l'oisiveté et souvent dans l'obscurité.

6º Il suit immédiatement que *c'est une erreur grave de considérer qu'un malade ne saurait être un surmené parce que sa vision est normale.* Cette erreur est cependant constante : les malades y tombent toujours, les médecins presque toujours et souvent les oculistes eux-mêmes. L'on peut presque dire que la proposition inverse serait moins éloignée de la vérité. L'examen courant de la vision à 6 mètres donne la vision de l'œil anatomique plus la vision de l'œil physiologique. Dans cette somme, la seconde inconnue est impossible à déterminer avec précision. La première, au contraire, peut être fixée d'une façon presque mathématique par la paralysie de l'accommodation. C'est donc la vision statique qu'il importe de connaître au point de départ. La conclusion à en tirer est de toute première importance dans la pratique : il n'est possible d'établir avec sécurité le diagnostic étiologique et le traitement du surmenage oculaire chez un malade que lorsque l'on a examiné son œil abstraction faite de son accommodation, c'est-à-dire sous mydriase artificielle.

Observation. — L. V., 47 ans, m'est adressée le 14 septembre 1923 par les confrères Seta et da Passano, d'Ajaccio, pour un syndrome vertigineux qu'ils inclinent à rattacher à la maladie de Ménière. Avant d'entreprendre un traitement, ils désirent avoir mon opinion sur l'influence éventuelle d'un vice de réfraction dans l'étiologie du mal.

Père « myope », mort parkinsonien à l'âge de 68 ans après 10 ans de maladie. Rien de particulier du côté de la mère. Fille unique.

Affections banales de l'enfance. Caractère nerveux, vif, sociable, aimant le jeu et beaucoup l'étude. Esprit d'émulation et de domination. Dort peu et d'un sommeil léger, mais sans insomnies pénibles et ne présente aucun des signes de déséquilibre ou de déchéance du système nerveux de l'enfant tels que tics, terreurs nocturnes ou incontinence.

Dysenterie vers huit ans. De cette époque datent les premiers maux de tête (traitement électrique). A dix ans, l'on s'aperçoit que l'enfant a moins bonne vue que ses condisciples. Elle est incommodée surtout pour la lecture de la musique. Des verres lui sont prescrits en pince-nez japonais, donc sans cylindres, verres concaves de chiffre inconnu (Examen fait sans mydriase). Cette prescription n'est portée que pour la musique. Les maux de tête ne faisant que s'accroître la petite malade est retirée de l'école pour un an : école buissonnière et instruction orale, c'est-à-dire repos de la vue à la suite duquel elle se trouve beaucoup mieux. A la reprise des classes les maux de tête reprennent. A 16 ans elle quitte définitivement l'école, malgré son goût prononcé de l'étude — sans résultat d'ailleurs : l'école buissonnière n'est plus de son âge et elle continue à se livrer à des travaux rapprochés, lecture et musique de préférence, avec ardeur sinon avec excès.

Caractère des céphalées : douleur très vive siégeant principalement au sommet de la tête, au-dessus des yeux ou aux tempes, — souvent accompagnée de photophobie, — s'irradiant parfois entre les épaules, et descendant presque jusqu'aux lombes. Se manifestent de préférence au milieu de la journée, mais peuvent durer plusieurs jours, surtout pendant la période prémenstruelle. Plus courtes crises, dépassant rarement 24 heures, pendant la période post-

menstruelle, mais dans l'ensemble pas de périodicité bien fixée.

A vingt ans commence à souffrir de nausées et vomissements, vomissements surtout matinaux, indolores, après faible nausée.

Sauf pendant la période de dysenterie signalée plus haut l'état général s'est toujours maintenu bon.

Mariée à 21 ans, pas d'enfants, pas de fausses couches. Pas d'antécédents connus ni d'anamnèse personnelle de spécificité. (Wassermann négatif en octobre 1923). Le mariage a amélioré le sommeil, et d'une façon générale les troubles réflexes se sont atténués ou espacés.

Depuis le moment où elle a quitté l'école jusqu'en 1910 elle n'a pas porté de verres, même pour la musique. En 1910, prescription par un oculiste du Midi (sans mydriase) :

O. D. : 3,50 (— 1,75 axe 180°).
O. G. : 3,50 (—1 axe 180°).

En 1915, bourdonnements de l'oreille gauche avec diminution de l'acuité auditive qui s'est maintenue.

En 1918, commencent les vertiges. Ils débutent d'une façon assez grave en février, mais avec intermittence. Ils cèdent tout d'abord au repos, à la médication (bromures, pilules collargol), au régime alimentaire. Quelques rechutes suivies d'accalmies de 1918 à février 1923, où les crises reprennent avec intensité et se rapprochent au point de devenir subintrantes et rebelles au traitement, même au bromure qui semble ne plus agir qu'en émoussant les maux de tête.

Le vertige est décrit comme une sensation de verser à droite, de tomber dans un gouffre, même lorsque la malade est assise ou couchée. Impression de plonger plutôt que de basculer. Une seule fois la malade a fait une chute brusque étant debout, sans perte de connaissance. Pendant la crise, vomissements, angoisse, tremblements nerveux, horreur, du mouvement, de la lumière et du bruit. En général une selle précède la crise. En moyenne deux crises par jour et parfois une autre dans la nuit. Depuis février les nuits sont très mauvaises. Autre symptôme : une hyperesthésie olfactive, avec aversion pour toute espèce d'odeur, qui tourne à l'obsession. Les bourdonnements sont en diminution marquée depuis 1921, toutefois c'est ce symptôme qui, joint au vertige avec chute, a fait penser en 1923 à la maladie de Ménière.

Etat actuel : la malade présente le tableau accompli de l'effondrement nerveux. Une véritable loque morale, « à charge, dit-elle, aux siens et à elle-même ». La faculté d'attention est rapidement épuisée, le moindre effort intellectuel retombe immédiatement. Dans ces conditions l'examen est difficile et demande à être fractionné. Toutefois, connaissance faite de la malade, l'on se rend compte assez vite que l'on ne se trouve pas en face d'un sujet déséquilibré, détraqué, ou d'une épuisée constitutionnelle : c'est un être rendu et misérable, qui a abandonné la lutte. Bien au contraire, elle paraît remarquablement douée au point de vue de la volonté, et semble s'être défendue jusqu'à la limite du possible. Elle se déclare prête à tout pour sortir de l'état présent.

Etant cultivée, musicienne, et vivant isolée à la campagne, elle fuit dans les occupations intellectuelles et la musique autant que sa vue le lui permet. Elle n'a pas d'elle-même établi une relation entre les excès de travail rapproché et les exacerbations de son mal, mais l'idée que cela puisse être ne paraît pas la surprendre. Elle remarque parfois le soir des malaises visuels : mouches volantes, araignées, etc.

Pas encore de ménopause : époques un peu moins abondantes, mais un peu plus rapprochées (26 jours).

Examen des yeux : l'examen skiascopique indique une astigmie myopique composée conforme à la règle très accentuée :

V. O. D. = 0,1 à peine, 0,3 avec trou sténopéique.
V. O. G. = inférieure à 0,1, 0,3 avec trou.

Réflexes normaux. Les fondus ne présentent pas de lésions myopiques nettes, au moins à gauche; à droite la papille est légèrement nacrée, un peu tirée sur le champ nasal. Les champs visuels sont quelque peu rétrécis concentriquement, entre 70 et 40°, d'une façon plus marquée à droite. Tension normale.

Je me trouvais assez embarrassé. Les confrères qui vous adressent un malade, et les malades eux-mêmes, aiment .... recevoir une réponse péremptoire. Cette biographie médicale présentait un tableau clinique caractéristique et assez complet de la succession puis de l'association des principaux réflexes types du surmenage oculaire. Par ailleurs je me laissais malgré tout impressionner par la violence de cet effondrement, par cette coïncidence de vertiges graves avec des troubles de l'audition. L'on sait d'autre part que les myopes ne fatiguent pas, ni, en principe, les astigmes forts. Je réserve donc mon diagnostic étiologique et demande à la malade de se soumettre à l'épreuve d'une cure de repos oculaire par paralysie de l'accommodation. Mais elle désire retourner chez elle pour régler quelques affaires, et nous remettons à plus tard cette épreuve qui, à son âge, ne saurait être entreprise hors du contrôle médical. A l'exclusion de tout autre traitement, je lui prescris en attendant de suspendre toute occupation de vision rapprochée, et de prendre l'habitude de ne pas fixer son regard, de regarder dans le vague.

Elle me revient le 10 octobre accusant une légère amélioration. La cure d'atropine (une goutte matin et soir de collyre au deux centièmes), commencée le même jour, entraîne une disparition immédiate des symptômes vertigineux et des vomissements associés. Première bonne nuit depuis des mois. Je puis alors promettre à la malade la guérison si elle veut bien se livrer avec une confiance et une docilité absolues, c'est-à-dire s'engager à porter ma prescription en permanence, quelles que soient les réactions

immédiates, et accepter le cas échéant des changements de verres aussi rapprochés et aussi nombreux que je le jugerais utile.

Je profite de la mydriase actuelle pour faire, le cinquième et le sixième jour, l'examen approfondi au Donders, une séance pour chaque œil, tant la malade est encore affaissée. J'obtiens :

V. O. D. — 3,75 (—3,50 axe 180°) = 0,6.
V. O. G. — 3,75 (— 3,50 axe 180°) = 0,6.

Donc pas d'anisométropie, ce qui est exceptionnel et un bon élément de succès. Cette correction accuse une légère hypercorrection à la skiascopie. Je lui commande la correction pleine, sphère et cylindre, et la malade retourne aux champs.

Je la revois le 13 *décembre*. Elle me raconte qu'entre sa cure d'atropine et l'arrivée de ses verres elle a goûté une période de calme relatif, avec quelques à-coups mais sans véritable crise (Elle avait continué à s'abstenir de tout travail de près). L'accoutumance aux verres a été très difficile : maux de tête, pleurs même, mais pas de découragement. Grâce à son obstination à les porter en permanence — elle ne les a posés que par moments les premiers jours — l'adaptation s'est faite complètement. (J'avais cru faciliter cette adaptation en simplifiant le problème par obturation de l'œil gauche les premières semaines ; l'expérience a montré que ce fut une fausse manœuvre, la libération du second œil ayant apporté du soulagement). Durant ces deux mois la malade n'a eu qu'une crise après une partie de cartes prolongée, vertiges et vomissements, que son mari a attribués à une « interruption de la digestion ». Remarquer qu'elle a joué avec la prescription pour vision de loin, car je m'étais abstenu d'une prescription de lecture pour bien m'assurer contre la reprise prématurée des travaux rapprochés. Je prescris alors pour la vision de près, une diminution d'une dioptrie sur les sphères, soit O. D. O. G. — 2,75 et les cylindres. Actuellement la malade « dort comme une souche » ; elle paraît pratiquement guérie de ses troubles de fatigue oculaire, bien que l'état général reste encore passablement déprimé.

27 *mars* 1924. — Complètement transformée, pleine de vivacité, d'allant et d'entrain. C'est une véritable résurrection. Mon ancienne malade est d'une exubérance qui tranche d'une façon saisissante, sur son attitude antérieure. Elle me dit avec enjouement qu'elle n'a qu'un reproche à me faire, c'est qu'on lui relevant la vision je l'ai laissée découvrir que le monde n'est pas beau. Sur chaque visage elle remarque des défauts jusqu'alors insoupçonnés, et toutes les silhouettes qui jusqu'alors lui avaient paru si élancées — du fait de son astigmie — sont maintenant devenues trapues et alourdies. Elle reconnaît que ce n'est pas payer trop cher la disparition de ses vertiges.

Aucun incident depuis décembre. Elle porte en permanence sa prescription de lecture qui, dès le début, lui a paru plus agréable, même pour la distance. Elle dit fatiguer rapidement à la lecture. C'est tout. Un nouvel examen sous mydriase donne exactement le même résultat que six mois auparavant. L'étude de la vision binoculaire et de l'équilibre musculaire, négligée à dessein en octobre pour ne pas lasser la malade, ne permet pas de conclusion certaine : le Maddox, est normal ; au diploscope tendance à la divergence, les anaglyphes ne donnent pas la sensation de relief. Je n'insiste pas, la pratique de la vision monoculaire étant au fond une garantie de repos. Les seuls signes restants de surmenage oculaire sont la céphalée facile et l'inaptitude au travail rapproché prolongé.

En *mai* : elle me dit avoir eu le dimanche des Rameaux une rechute isolée de vertige à la suite de séances prolongées de repassage.

En *juillet* : se plaint d'une franche rechute de quelques semaines , vertiges et vomissements. L'interrogatoire montre que cette rechute est consécutive à une atteinte de l'état général par les fièvres paludéennes (quinine). Son médecin traitant rattache cet accident à une intoxication intestinale. J'augmente de 0,50 la soustraction de lecture, soit O. D. O. G. — 2,25 et les cylindres.

30 *décembre* 1924 : la rechute de juillet n'a pas duré. Situation excellente au physique et au moral. Notre ancienne malade ne quitte jamais ses verres, sauf le temps de la toilette, encore se trouve-t-elle incommodée si la toilette se prolonge.

Quelques commentaires sur cette observation :

1° Le facteur terrain n'est pas apparent, mais le facteur état général très manifeste : les premiers maux de tête coïncident avec une crise prolongée de dysenterie, la dernière rechute coïncide avec un choc paludéen.

2° *Maux de tête de l'enfant, maux de tête scolaires.* L'on peut dire que les yeux sont en cause chez tout enfant qui souffre de la tête pendant la période scolaire, qu'un examen spécial s'impose, sous mydriase toujours, ainsi que le port constant de verres le plus souvent. L'on ne risque rien en donnant à cette précaution la valeur d'un impératif catégorique. Se méfier encore au point de vue oculaire de tout écolier qui présente des troubles gastriques durables et inexplicables

3° La première fois que la malade, enfant, a été retirée de l'école , l'amélioration s'est produite : plein air et enseignement oral. La seconde fois, jeune fille, elle a prolongé à domicile ses habitudes d'activité intellectuelle et n'a pas guéri. Le repos doit être un repos oculaire. *C'est l'oubli de cette vérité si simple qui est à la base de l'échec de tant de « cures de repos »* chez les nerveux.

4° Absence presque complète de signes proprement oculaires : un peu de photophobie, quelques mouches volantes. C'est conforme à l'observation courante : une sorte de suppléance ou parfois de chassé-croisé s'établit entre les localisa-

◆◆◆◆

tions oculaires et les troubles à distance. Ils se présentent rarement simultanément.

5° Les crises des dernières années, avec leur caractère initial de périodicité, les troubles gastriques, la crainte de toute excitation sensorielle (lumière, bruit, odeurs) aboutissant à la nécessité du repos absolu dans l'obscurité et le silence, ont bien le caractère de migraines où le symptôme étymologique aurait passé au dernier plan.

6° La ménopause n'est pas encore établie : dût-on la considérer comme ébauchée, du moins l'apparition des symptômes décisifs de vertige est-elle antérieure de plusieurs années même à cette ébauche. Il est certain que trop souvent la ménopause est envisagée comme le bouc émissaire chargé de tous les péchés de la physiologie nerveuse entre quarantaine et cinquantaine. En réalité, elle devrait, pour une grande part, partager ce rôle expiatoire avec la déchéance de l'accommodation que l'on appelle la presbytie. Le début de la presbytie pratique coïncide très exactement avec le début de la ménopause (44 ans environ) et les troubles d'irritation ou de fatigue nerveuse qu'elle entraîne sont traditionnellement rattachés à la rupture de l'équilibre génital. Les surmenés oculaires subissent presque toujours une aggravation de leur état à cette époque de la vie. Pour la même raison, avec la disparition complète de l'accommodation, vers les 65 ans, s'installent la détente et la guérison définitive. Ne trouverait-on pas là l'explication du fait mystérieux de la disparition de la migraine vers le même âge ?

7° Plusieurs auteurs américains recommandent de ne pas faire de réduction sur la formule mydriatique dans les cas de myopie. Il ne faudrait pas trop généraliser cette pratique, et surtout ne jamais perdre de vue la profession du malade. Chez les ménagères, en particulier, soit la presque totalité des femmes, le regard se fixe le plus souvent sur des distances inférieures non pas même à six mais à deux mètres. Dans le cas présent la correction totale en ce qui concerne les sphères paraît avoir été une erreur. Il n'en est pas de même pour les cylindres : chez les surmenés, *il faut toujours prescrire le cylindre plein.* En cas d'hésitation sur le chiffre d'un cylindre, elle ne porte que rarement sur des états supérieurs à 0,25, prescrire le cylindre qui s'écarte le moins de l'astigmie physiologique. Cette pratique est contraire à nos habitudes, parce que nous nous laissons intimider par les difficultés qu'éprouve au début le malade à s'apprivoiser à la correction entière et que nous sacrifions ainsi le lointain à l'immédiat. Mais le repos durable de l'œil, sinon toujours le relèvement optimum de la vision comporte cette nécessité). La prescription qui guérit le surmenage oculaire peut être une prescription qui, au début, abaisse la vision).

C'est ici qu'intervient la question de psychologie, qui est d'importance primordiale chez ces surmenés toujours nerveux et volontiers rétifs. Il faut choisir ses malades : des malades qui ne soient pas pusillanimes, dont la confiance et la docilité soient entières, et la persévérance probable. Préparer moralement son sujet et ne jamais entreprendre une cure chez une personne qui ne soit pas formellement décidée au port permanent des verres prescrits. Surtout chez les femmes. Une grande dame disait : « Plutôt la migraine que des lunettes ! » Que de petites dames sont grandes sur ce point !

Pour qui a eu l'attention éveillée d'une façon suffisamment suivie sur ces troubles du surmenage oculaire, leur étiologie ne fait plus aucun doute. Cette notion doit devenir une des notions fondamentales de la pathologie générale et repasser dans notre esprit au moins aussi souvent que celles que nous groupons sous les termes faciles de neuro-arthritisme, de neurasthénie, d'hystérie, etc. Leur pathogénie reste tout à fait obscure, mais nous n'avons pas besoin de la connaître avec précision pour intervenir efficacement. Il est fort probable que la solution nous sera donnée par l'étude encore jeune, mais déjà envahissante, des problèmes de la sympathico et de la vagotonie. Il est certain que le jour où cette pathogénie nous deviendra plus claire notre conviction sur l'étiologie sera plus facile à entraîner. Mais encore une fois, il n'est pas besoin pour cela que nous tenions en main la lanterne de la théorie : nous sommes avant tout des praticiens, et c'est précisément pour cela qu'en médecine l'empirisme a presque toujours devancé ou commandé la spéculation.

Pour terminer, nous ne saurions trop insister auprès de nos confrères, avant tout auprès des psychiatres, des neurologues, des gastrologues, et de tous les spécialistes qui ont affaire aux enfants, pour qu'ils s'informent toujours du schéma oculaire de leurs patients. Chez les gastropathes fonctionnels, chez les agités, les persécutés, les mélancoliques, et toute la gamme des déséquilibrés ou des épuisés du système nerveux, chez les tarés moraux de l'enfance et de l'âge adulte, en particulier les toxicomanes, il y a une foule de statistiques oculaires du plus haut intérêt à établir pour mettre en évidence certaines relations pathologiques. Jusqu'à présent ces statistiques n'ont été tentées, à ma connaissance, que pour les migraineux, les enfants arriérés, les scoliotiques, les épileptiques et les criminels.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Faut-il croire au danger des inhumations prématurées ?

Un certain nombre de faits d'inhumation prématurée ont été relatés par les chroniqueurs et les journaux. Aucun, à la vérité, n'a résisté au contrôle médico-légal, ce qui ne veut pas dire que la possibilité d'inhumation prématurée doive être niée. Il y a là un problème qui reste intéressant à étudier. M. D'HALLUIN, de Lille, l'a abordé en faisant la critique des différents procédés proposés pour certifier la mort et il apporte une contribution personnelle intéressante sur ce sujet.

L'injection sous-cutanée de fluorescéine, préconisée par Icard, de Marseille, n'a pas une valeur absolue. M. d'Halluin l'a essayée chez des moribonds au moment où la circulation était très ralentie quoique encore perceptible, et la coloration des téguments ne s'est pas produite, comme si la mort avait été réelle à ce moment. Toutefois, la cause d'erreur est évitée quand on fait l'injection dans la veine : l'épreuve de la fluorescéine reste alors un bon moyen de diagnostic de la mort.

Le prof. d'Halluin recommande personnellement la méthode suivante. Il pratique la cardiopuncture en piquant du côté de la pointe du cœur. Les moindres mouvements du myocarde sont transmis dans ces conditions à l'instrument et deviennent apparents. On peut d'ailleurs, pour répondre aux objections visant les inconvénients de la piqûre du cœur, faire l'exploration avec un stylet mousse poussé simplement au contact du cœur dont il reçoit les impulsions quand il y a lieu. (*Revue des questions scientifiques*, janvier 1925.)

Quelques considérations sur les côtes cervicales.

Le Pr André LÉRI a voulu, en partant d'un point de vue très différent de celui qui a été jusqu'ici la base de nombreux travaux et en s'appuyant sur la radiographie, préciser les variétés anatomiques et cliniques des côtes cervicales. La radiographie, au besoin en multipliant les épreuves et en variant les incidences, est aujourd'hui susceptible de nous renseigner à cet égard, et de fournir par suite d'utiles indications opératoires.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les côtes courtes et les côtes longues, et ces anomalies déterminent peu de troubles vasculaires, mais surtout des troubles nerveux, faciles à expliquer si l'on songe aux rapports des côtes cervicales avec les branches du plexus brachial.

Les côtes courtes se manifestent par des troubles dans le domaine du plexus brachial inférieur, c'est-à-dire des 7e et 8e racines cervicales et 1re dorsale : ils consistent en phénomènes soit sensitifs, soit moteurs, soit trophiques, différemment associés ; ils sont souvent accompagnés de troubles des réflexes tendineux dépendant des 7e et 8e segments cervicaux, et parfois d'un syndrome oculaire de Claude Bernard-Horner, relevant des fibres oculo-sympathiques, qui partent des racines inférieures du plexus brachial.

Quand la côte est longue, c'est-à-dire quand elle dépasse sensiblement l'extrémité de l'apophyse transverse, les troubles radiculaires affectent plutôt le domaine du plexus supérieur, ou bien ils sont à la fois supérieurs et inférieurs : sensations douloureuses sur tout le membre ou surtout sur son côté externe, hypoesthésie portant sur l'épaule ou sur le côté radial du bras, amyotrophie périscapulaire, ou atrophie des muscles du groupe Duchenne-Erb, accessoirement muscles de la main et radiaux. Ce sont donc là des troubles plus graves, et ce sont souvent les côtes longues que l'on hésiterait le plus à enlever en raison de leur apparente étendue. Or, il n'est pas sans intérêt que l'auteur nous apprenne que ces côtes sont parfois dépourvues de leur partie interne, tête et col, de cette partie, qui constituerait une des principales difficultés et des dangers importants de la résection. (*La Presse médicale*, 1er novembre 1924.)

Les signes physiques des épanchements pleuraux chez les jeunes enfants.

Tous ces signes tiennent à des conditions mécaniques et physiques en rapport avec l'épanchement, qui se trouvent modifiées chez l'enfant, parce qu'elles varient avec la capacité de la cavité pleurale, avec le volume des organes en rapport avec elle, avec l'épaisseur de la paroi thoracique.

C'est ainsi que, chez l'enfant, le souffle pleurétique manque souvent, et cela d'autant plus que l'enfant est plus petit ; au-dessous de cinq ans cette absence est la règle. Si, en effet, le souffle ne s'entend qu'à la partie supérieure de l'épanchement, dans l'étendue où celui-ci s'insinue en lame mince entre le poumon et la paroi, dans un petit thorax d'enfant, cette zone spéciale n'existe pas en raison d'un poumon très mobile et facilement refoulable. Même observation pour l'égophonie et la pectoriloquie aphone. La disparition du murmure vésiculaire échappe facilement chez le jeune enfant, car, dans un tout petit

thorax, la transmission du murmure vésiculaire, qui continue à exister du côté opposé, est la règle.

Mais, dit le Dr E. Apert, c'est la *matité* qui souvent est le seul signe de l'épanchement pleural chez le jeune enfant ; cependant, il faut percuter doucement, assez doucement pour que le son obtenu ne s'entende pas à distance, mais seulement en approchant l'oreille ; alors, on peut déceler des matités même très limitées. D'ailleurs les broncho-pneumonies ne donnent pas une matité aussi franche.

Le signe du dénivellement (Pitres) serait plus facile à constater chez l'enfant que chez l'adulte (déplacement du liquide correspondant au déplacement du corps).

Ces considérations se rapportent à l'épanchement séro-fibrineux libre dans la cavité pleurale, et non pas aux épanchements enkystés en divers points de la cavité thoracique. (*Paris médical*, 1er novembre 1924.)

Les terres rares en thérapeutique.

Ce sont les oxydes d'un certain nombre de métaux, classés dans le groupe cérique et le groupe yttrique. Dans des dermatoses du genre lupus ou eczéma, les docteurs Lemay et Morel ont employé avec succès un complexe de sels de terres rares avec prédominance de cérium et de thorium, et de sels de chaux, à l'intérieur sous forme de gouttes, à raison de 40 gouttes par jour ; localement sous forme de poudre, délayée dans l'eau à consistance de crème, celle-ci étant appliquée en laissant sécher, et en faisant tomber l'excès avec un coton ou un linge sec.

Un cas est particulièrement intéressant : c'est celui d'une femme de 35 ans, atteinte depuis 5 ans d'un lupus du nez de la variété érythémato-tuberculeuse ; toutes les pommades avaient été employées ; elle fit des applications tous les soirs, gardant l'emplâtre pour la nuit. Après une dizaine d'applications, elle vit apparaître sur le dos du nez des petits placards de peau d'apparence normale ; puis de proche en proche l'érythème s'atténua et tous les points s'effacèrent en deux mois. Depuis un an, la guérison se maintient.

Avec le même succès ont été traités des eczémas divers, des psoriasis, sycosis, des érythèmes fessiers et des impétigos chez des nourrissons, l'eczéma tenace des blanchisseuses. (*Journal des Praticiens*, 1er novembre 1924.)

Les endocardites aiguës.

Les formes principales d'endocardites aiguës sont l'endocardite aiguë plastique, dont l'endocardite rhumatismale est le type, et l'endocardite aiguë ulcéro-végétante, que l'on observe dans les grandes septicémies ; leur dénomination traduit presque les lésions anatomiques qui leur sont propres.

Cliniquement, la première est simple, bénigne, tandis que l'autre est maligne (grandes septicémies et pyohémies streptococciques, pneumococciques ou gonococciques), avec signes locaux et généraux.

Le traitement des endocardites malignes, dit R. Lutembacher, est décevant ; c'est en vain que l'on recourt aux métaux colloïdaux, aux sérums, aux vaccins. Quelques auteurs auraient obtenu de bons résultats avec le sérum antistreptococcique. Récemment, on a proposé les injections intra-veineuses de cacodylate de soude.

L'endocardite plastique rhumatismale est, par contre, très bien modifiée par le traitement salicylé, mais sous certaines conditions : pas de médication hésitante, parcimonieuse, qui laisse évoluer la maladie. Le salicylate agit non seulement sur l'arthrite, mais sur toutes les manifestations de la septicémie rhumatismale ; sans doute, il ne fera pas disparaître une lésion valvulaire constituée, mais il évitera de nouveaux dégâts. Dans les dernières périodes de la pancardite rhumatismale avec dégénérescence des reins, le salicylate sera seulement contre-indiqué ; ce qui ne veut pas dire qu'il faille le supprimer dès qu'un louche apparaît dans le tube d'Esbach ou que les bruits du cœur s'assourdissent. Bien noter que la vraie dose utile doit s'élever à 6 ou 8 gr. chez l'adolescent et l'adulte de 20 à 30 ans. Plus tard, il faut surveiller l'élimination rénale et régler les doses en conséquence. Pour maintenir l'imprégnation de l'organisme avec ce médicament qui s'élimine très vite, il faut donner des doses fractionnées non seulement le jour, mais la nuit. Pas d'intolérance gastrique à redouter avec un salicylate très pur dans une eau alcaline froide ou glacée, ou alors prescrire des injections intra-veineuses. S'il y a des accidents toxiques (bourdonnements d'oreille, etc.), suspendre, limiter le traitement, mais ne pas le supprimer. Faire un traitement prolongé, comme dans la syphilis. Pendant les 12 à 18 mois qui suivent les poussées aiguës donner chaque mois, durant dix jours, 3 gr. de salicylate.

Dans tout rhumatisme d'une certaine intensité l'auteur conseille les injections intra-veineuses pour injecter progressivement 3 gr. de salicylate, et renouveler même l'injection deux fois par 24 heures. Le traitement est mixte : le matin 1 à 3 gr. dans les veines, et 3 à 5 gr. par la bouche dans la deuxième partie de la journée. Les solutions à injecter doivent être diluées au 1/20 pour être mieux supportées ; ceci oblige évidemment à injecter 60 cmc. ; mais il suffit de préparer à l'avance trois seringues de 20 cc. que l'on pousse lentement. Les injections sont poursuivies pendant 15 à 25 jours suivant l'importance des accidents.

Ne pas négliger le traitement local : vessie de glace en permanence, puis badigeonnages iodés. Après une endocardite, les malades doivent garder un repos prolongé. (*Le Bulletin médical*, 3-6 décembre 1924.)

Des complications urinaires de l'appendicite.

L'hématurie est une complication qui peut s'observer dans l'appendicite aiguë, aussi bien que dans l'appendicite chronique. Les cas connus sont peu nombreux. M. LEPOUTRE en rapporte un très instructif. Les signes appendiculaires se montrent tout d'abord. Puis, survient l'hématurie qui appelle l'attention sur le rein et peut faire hésiter le diagnostic.

Dans l'appendicite chronique, le danger est de rapporter à une affection rénale, à une crise de coliques néphrétiques par exemple, ce qui n'est imputable qu'à l'appendice. En l'absence de signes caractéristiques de l'appendicite, on pensera à l'appendicite en éliminant par la radiographie et l'examen des urines la lithiase, la tuberculose, l'hydronéphrose.

A quoi sont dues ces hématuries ? Infarctus du rein, disent certains auteurs. Plus vraisemblablement, néphrite aiguë toxique.

Les complications vésicales de l'appendicite, dues au contact pris par un appendice bas situé avec la vessie, sont la dysurie, la rétention d'urine, et même un abcès appendiculaire ouvert dans la vessie.

En cas de dysurie, on pourrait prendre pour une appendicite un calcul de l'uretère, du bassinet, une hydronéphrose douloureuse. Les examens spéciaux actuellement pratiqués, fixeront les idées.

L'ouverture d'une collection purulente dans la vessie est une complication grave. Plus grave encore est l'établissement, à la faveur d'un abcès, d'une fistule appendiculo-vésicale ou intestino-vésicale, par ouverture du foyer dans les deux viscères. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 15 février 1925.)

Névrodermites et prurits. Traitement.

Pour M. LORTAT-JACOB, il existe un prurit primitif, symptôme subjectif d'altérations neurodermiques nommées névrodermites ou neurodermatoses ; des prurits provoqués par une irritation spéciale, et des prurits secondaires, liés à une éruption locale.

Dans les prurits primitifs, il existe des causes prédisposantes qu'il faut connaître, la race, les saisons. L'auteur décrit un prurit émotif, un prurit de la P.G., un prurit dit essentiel, un prurit toxique, ayant pour cause l'usage ou l'abus du thé ou du café ; un prurit auto-toxique, d'origine rénale ; un prurit dû à la pyorrhée alvéolodentaire. Des prurits sont dus à des altérations sanguines (leucémies, lymphadénies...) ; à des troubles endocrinologiques.

Le traitement de ces prurits est souvent décevant. Aussi est-il pratiquement intéressant d'enregistrer celui que préconise M. Lortat-Jacob. Dans les prurits généralisés liés à des névrodermites, on prescrira du gardénal. C'est le remède des prurits auto-toxiques ou toxiques, des rénaux, des vieillards. On donne, les trois premiers jours, un comprimé de 0,10 matin et soir, et les trois jours suivants, un comprimé de gardénal de 0,10 seulement le soir en se couchant.

Les douches tièdes chez les vieillards renforcent l'action sédative du gardénal.

Dans les prurits localisés, si les pâtes mentholées, les poudres inertes, la suppression des écoulements vaginaux, restent sans effet, on aura recours à la cryothérapie. On applique pendant 20 secondes la pointe du cryocautère avec une pression de un kilogramme sur la lésion de manière à obtenir la formation d'une bulle qu'on perce le soir même ou le lendemain, et d'où s'écoule du liquide citrin, par un mécanisme d'exosérose qui paraît être ici l'élément actif du traitement.

On peut d'ailleurs récidiver en cas de réapparition du prurit. (*La Médecine*, février 1925.)

Le mariage des tuberculeuses.

L'évolution de la vie génitale exerce une influence certaine sur la femme atteinte de tuberculose. Aussi la question demeure-t-elle toujours d'actualité, de préciser dans quelle mesure une tuberculeuse présumée guérie pourra être autorisée à se marier. Par voie de conséquence, quelle conduite doit-on tenir en présence d'une tuberculeuse en état de grossesse ?

M. VAN LAETHEM, qui a dirigé un sanatorium, expose longuement les résultats de son expérience.

Il met en garde le médecin contre la responsabilité dont on pourrait le charger s'il avait autorisé un mariage à la suite duquel des ennuis de santé seraient survenus chez la femme.

Il autorise le mariage de personnes ayant souffert autrefois de tuberculose, à la condition qu'elles aient guéri en quelques mois ; qu'elles aient récupéré l'apparence de la santé, avec retour à leur poids primitif ; et qu'elles n'aient pas eu de rechute depuis deux ans.

Par contre, il le déconseille aux femmes ayant souffert de longs mois de tuberculose pulmonaire, restées fatigables, ayant conservé une expectoration, même muqueuse, chez lesquelles les examens stéthoscopiques et bactériologiques ne sont pas négatifs depuis au moins deux ans.

De même, l'interdira-t-on aux jeunes filles présentant des signes d'imprégnation tuberculeuse chronique, peu résistantes, trop maigres, ne supportant pas la fatigue.

◆◆◆◆◆

La femme tuberculeuse enceinte sera soignée, et en même temps, préparée à se séparer de son enfant. On n'interrompra pas la grossesse, le pronostic n'en est pas amélioré, sauf dans les toutes premières semaines. (*Le Scalpel*, 7 février 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La syphilis du lama sera étudiée à Paris, à l'Institut Pasteur.

(M. Doléris. — *Académie de médecine* ; 10-3-1925.

Nous avons analysé, il y a quelque temps, une première communication de M. Doléris concernant les des travaux Dr Jauregui et Lancelotti, de Buenos-Aires, sur la syphilis du lama. Depuis ce moment, les deux auteurs argentins sont venus à Paris pour y poursuivre leurs intéressantes recherches et ils ont été accueillis à l'Institut Pasteur où M. Roux a mis à leur disposition deux places dans un des laboratoires de l'Institut. Nos deux confrères pourront, dans cette illustre maison, toujours accueillante aux chercheurs consciencieux, compléter leurs études, et préciser notamment les applications à la pathologie humaine de la sérothérapie déjà expérimentée sur le lama.

M. Doléris communique à ce propos un second mémoire de MM. Jauregui et Lancelotti où se trouvent condensées les premières données déjà acquises par ces auteurs.

On sait que les tentatives poursuivies jusqu'à ce jour de syphilis expérimentale comportent encore nombre de points incomplets. Si l'on a obtenu, dans certaines espèces animales, chez les singes supérieurs en particulier, la production de chancres syphilitiques, la généralisation de l'infection — période secondaire et tertiaire — n'a pas été produite, d'une façon générale.

Les auteurs argentins ont montré que les conditions diffèrent totalement quand on s'adresse à un animal, commun dans l'Amérique du Sud, de l'espèce des camélidés : le lama. L'élevage du lama, comme bête de somme usuelle, se fait au Pérou depuis un temps immémorial. Or, de temps immémorial aussi, la syphilis naturelle est connue et signalée chez le lama. Ainsi, la *loi des Incas* (anciens rois du Pérou) condamne à la pendaison et au bûcher tout berger convaincu de sodomie et d'accouplement avec les bêtes, pour éviter la propagation des maladies. Le vice de bestialité, fréquent en effet jadis chez les bergers péruviens, aboutissait à la propagation de la syphilis (*huanti*) dans les familles humaines.

Le lama se syphilise naturellement et la maladie évolue chez lui comme chez l'homme, mais avec une succession plus rapide des accidents. Au chancre, succède des syphilides secondaires avec séro-réaction positive, et une période tertiaire aboutissant à la paralysie générale en trois années, comme moyenne.

Avec cet animal, qui est un *réactif parfait* de la syphilis, MM. Jauregui et Lancelotti ont pu aborder en détail la question de la syphilis expérimentale. En employant le procédé de la dilution fractionnée combiné avec la méthode anaérobie de Noguchi, ils sont parvenus à obtenir des cultures pures de spirochète, dont l'inoculation au lama a reproduit une infection syphilitique typique. Ce spirochète a jusqu'à ce jour supporté 150 passages successifs et conservé sa virulence, comme l'a démontré un accident de laboratoire. Un employé ayant brisé un tube de culture se blessa et inocula ainsi sa plaie, qu'il négligea de désinfecter. Il s'ensuivit un chancre : or, il s'agissait de spirochète du lama.

Les auteurs ont poursuivi leurs études en préparant par la méthode de l'atténuation de la virulence, un vaccin antisyphilitique qui s'est montré efficace chez le lama et a été essayé également chez l'homme, avec succès aussi, semble-t-il. Une culture maintenue à 38° est à une virulence normale. En élevant la température, la virulence du tréponème pâle s'atténue, la limite extrême de l'atténuation étant au-dessus de 41° C. Abaissant la température, on obtient un retour à la virulence normale. Les colonies qui ont subi ces variations ont même, une fois ramenées à 38°, une activité exaltée.

Dans la vaccination des lamas, les auteurs commencent par inoculer des spirochètes atténués. Puis ils injectent des cultures progressivement plus actives, en terminant par celles de virulence maximum. L'animal, par cette technique bien connue, est immunisé, du moins temporairement. Le sérum du lama ainsi immunisé, appliqué au traitement de lamas syphilitiques a guéri ces derniers de leur maladie : certains survivent depuis 7 ans, alors que la syphilis chez le lama aboutit à la mort en général vers la troisième année. Le même sérum a été appliqué chez l'homme, à l'hôpital San Isidro, et à l'hôpital Rawson, de Buenos-Aires, par les Dr Lancelotti et Seminario.

Telles sont les importantes recherches que MM. Jauregui et Lancelotti viennent poursuivre à l'Institut Pasteur, à Paris. Elles ouvrent, on le voit, des horizons nouveaux à la syphiligraphie et à la syphilithérapie.

— M. Jeanselme souligne le haut intérêt des travaux des auteurs argentins : cultures de tréponème pâle, syphilis expérimentale du lama, sérum curatif, autant de données qui tiendront une grande place dans le problème de la syphilis, si les résultats des

médecins de Buenos-Aires sont confirmés par des expériences de contrôle.

Zona et varicelle.

(MM. Lesné et de Gennes. — *Soc. médic. des hôp.* ; 13-2-1925.)

M. Lesné croit à la dualité de nature des deux maladies : varicelle et zona. Aux arguments présentés par M. Comby, il en ajoute un autre. La varicelle est souvent inoculable. Cette méthode de vaccination a été employée par Kling à l'hôpital des enfants à Stockholm. M. Lesné y a eu recours chez les petits malades d'une salle de Trousseau, qui n'avaient pas eu la varicelle. Huit à douze jours après l'inoculation intra-dermique du contenu d'une vésicule de varicelle, on observe une fois sur deux au moins, sans réaction générale, une éruption discrète de vésicules autour du point inoculé, sans tendance à la généralisation. Cette varicelle provoquée, très limitée, guérit rapidement et donne l'immunité. Elle est réinoculable en série chez d'autres sujets non immunisés. Or, l'inoculation est positive chez des enfants atteints de zona : celui-ci n'immunise donc pas contre la varicelle.

— M. Sicard a eu l'occasion, dans un but thérapeutique, d'inoculer la sérosité des vésicules de zona à des encéphalitiques épidémiques, et chez ces sujets, qui n'accusaient pas d'infection varicellique antérieure, aucune éruption de type zostérien ou varicelleux n'est survenue. Or, on sait combien l'inoculation de la sérosité des vésicules varicelliques est à peu près toujours suivie, chez les sujets indemnes d'anamnèse de varicelle, de l'éclosion de cette maladie.

— M. Netter répond que ces arguments sont inopérants en face des faits — des cas nombreux de varicelle contractée auprès de malades atteints de zona.

Le drainage abdominal à la Mikulicz.

(M. Thévenard. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-2-1925.)

La question du drainage à la Mikulicz a été évoquée à la Société des chirurgiens de Paris par une communication de M. Huguier. M. Thévenard y revient.

J'ai connu, dit-il, l'époque où le drainage abdominal et le Mikulicz étaient largement employés. Puis avec l'asepsie, Terrier et Quénu supprimèrent tout drainage, frappant d'ostracisme le Mikulicz. Depuis un an, ajoute l'auteur, impressionné et à la fin convaincu par les travaux de J.-L. Faure, je suis revenu à la pratique de cette méthode et l'ai utilisée avec avantage onze fois.

Les principaux reproches adressés au Mikulicz sont les suivants : c'est un pansement sale ; l'ablation des mèches est souvent très douloureuse ; l'ablation du sac ne l'est pas moins et comporterait parfois quelques dangers par suite des adhérences qu'il a pu contracter avec l'intestin. A la vérité, ces inconvénients sont aujourd'hui notablement atténués. Les mèches sont placées sans tassement et on commence leur ablation dès les premiers jours. Du septième au dixième jour, il ne reste plus que le sac à enlever : on y procède par humectation à l'eau oxygénée qui facilite son exérèse.

— M. Dartigues approuve hautement le prof. Faure de préconiser à nouveau le Mikulicz dans les cas graves de chirurgie pelvienne et en particulier dans les hystérectomies larges pour cancer. Ce drainage a sauvé nombre d'opérées et il en sauvera beaucoup d'autres. Le tout est d'en user comme il convient, et sans en abuser. Ancien élève de Pozzi, Dartigues rappelle que c'est au chirurgien de l'hôpital Broca que l'on doit l'introduction du Mikulicz en France. Le Mikulicz qu'appliquait Pozzi, il y a trente ans, est d'ailleurs le même que celui que l'on qualifie aujourd'hui de « modernisé » : même numérotage des mèches, même retrait. Rien n'a été changé.

— M. Peugniez apporte son tribut d'éloges à cette méthode remise en honneur par J.-L. Faure. Lorsqu'en 1905, Mikulicz mourut, il laissait une œuvre assez considérable dans laquelle son procédé de tamponnement tenait la première place. Décrit en 1888 et appliqué en France pour la première fois par Pozzi, il obtint dans notre pays un succès qui, par un curieux retour, contribua à sa diffusion en Allemagne. Ses indications sont actuellement en nombre beaucoup moins grand, mais l'abandonner serait se priver d'un moyen héroïque de limiter certaines grandes infections.

— M. Eug. Delaunay, qui a appris le Mikulicz de son maître Pozzi, comme Dartigues, et M. Petit de la Villéon proclament, eux aussi, les bienfaits de cette méthode de drainage abdominal.

Sur le traitement de la maladie de Little.

(M. Rœderer. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-2-1925.)

Contre la maladie de Little, on a mis en œuvre des procédés divers : gymnastique et rééducation, interventions orthopédiques (ténotomies, ostéotomies, plâtres), opérations neurologiques sur la moelle (opérations de Forster, de Jehucklen).

M. Rœderer ne croit pas que la chirurgie nerveuse ait été ici suivie de résultats heureux. L'orthopédie, d'autre part, ne doit pas être le traitement principal : elle n'a à intervenir qu'à titre accessoire, quant à présent, dans cette affection. L'effort principal est à demander à la gymnastique et à la rééducation.

Transmission de la gonococcie du chien à l'homme

(M. A. Grimberg. — *Soc. de pathologie comparée* ; 10-2-1925.)

Je me rappelle jadis, avoir plusieurs fois entendu le professeur R. Blanchard, qui était alors agrégé,

dire dans son cours de parasitologie à la Faculté de médecine que « tous les chiens avaient la chaude-pisse ou du moins un écoulement plus ou moins uréthral ». Eh bien, cette uréthrite du chien peut-elle se transmettre à l'homme, ou à la femme selon les circonstances ?

M. Grimberg rapporte, à ce sujet, une observation recueillie par M. Zadok et par lui-même. Elle concerne un malade qui avait l'habitude de faire coucher dans son lit sa petite chienne. Or, une nuit, il se serait réveillé surprenant l'animal se livrant sur lui à des attouchements quelque peu libidineux. Le lendemain il constata le début d'un écoulement uréthral. Soumis ainsi que la chienne à l'examen de laboratoire de M. Grimberg, on découvrit dans les deux sécrétions (uréthrale du malade et vaginale de la chienne), des diplocoques donnant toute l'apparence et les réactions du gonocoque, avec une taille un peu plus grande que d'habitude. C'est là un mode de contagion qui ne semble pas commun ou qui, du moins, a été cité très rarement.

— M. Taskin se souvient d'un chien soigné en 1913 à l'Ecole d'Alfort dans le service du Pr Cadiot, pour une uréthrite. On découvrit dans l'écoulement des gonocoques identiques à ceux de l'homme. Toutefois, en général, il n'y a pas d'uréthrite vraie chez le chien. Ce que l'on trouve communément chez cet animal, ce sont des posthites dues à des germes d'ordre banal sans intervention de gonocoque.

— M. Brocq-Rousseu ajoute que chez le chien la gonococcie n'est effectivement pas connue. L'auteur croit que l'histoire racontée par le malade de M. Grimberg est plus imaginative que relevant de la pathologie comparée.

Abcès froids des cartilages costaux.

M. Dujarier. — *Société de chirurgie* ; 28-1-1925.)

Existe-t-il des abcès froids thoraciques d'origine chondrale ? M. Dujarier en a présenté un exemple auquel on a fait une objection d'impossibilité, le cartilage costal n'ayant pas, pour les anatomistes, de vaisseaux. M. Dujarier apporte à l'appui de son observation un document étranger qui mentionne les travaux de Linberg sur la vascularisation des cartilages costaux jusqu'à l'âge de dix ans ; les vaisseaux y seraient grêles et surtout développés près de la limite de l'os et du cartilage. A partir de dix ans on trouverait une artériole et deux veinules pénétrant jusqu'au centre du cartilage. Telle pourrait être la porte d'entrée du bacille.

— M. Souligoux estime qu'il serait bon de prier un histologiste français particulièrement compétent de vouloir bien donner son avis sur cette question des vaisseaux des cartilages costaux.

La céphalée de l'anesthésie rachidienne.

(M. Ch. Dujarier. — *Soc. de chirurgie* ; 28-1-1925.)

Pour expliquer les céphalées observées dans les troubles céphalo-rachidiens, c'est à l'hypertension que l'on a pensé tout d'abord. Leriche est venu montrer que dans les maux de tête consécutifs aux fractures du crâne, aux ponctions lombaires et aux rachi-anesthésies, c'était souvent au contraire l'hypopression qu'il fallait accuser.

Pour calmer les céphalées qui succèdent aux anesthésies rachidiennes, on a d'abord essayé la ponction décompressive. Dans nombre de cas, M. Dujarier a eu recours avec succès à la méthode de Leriche : l'injection intra-veineuse d'eau distillée (10 centim. cubes). Le résultat est souvent surprenant, la guérison étant quelquefois même immédiate. Sur 11 cas, l'auteur a obtenu 3 guérisons dans les premières heures, 6 disparitions des maux de tête dans les vingt-quatre heures.

Il est bon également de faire la ponction lombaire avec une aiguille fine. Plus le trou de la dure-mère sera petit, moins le liquide s'écoulera facilement après l'intervention : il est probable en effet que nombre de fois le liquide céphalo-rachidien continue à filtrer dans les tissus, sans sortir à l'extérieur, après le retrait de l'aiguille à rachicentèse.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Tumeur récidivée de l'aisselle et du bras gauches.

M. Creyssel relate, au nom de M. Bérard, l'observation d'une femme de 66 ans opérée antérieurement pour une « tumeur » de l'aisselle et entrée à l'hôpital pour des douleurs violentes du membre supérieur gauche, qui est impotent et déformé par une tuméfaction dure, avec peau rosée, chaude et vernissée. Etat général cachectique. Un traitement spécifique resta sans résultat. La radiographie ne donne pas de renseignements précis. On pensa à une tumeur maligne, et la malade demandant à être délivrée de ses douleurs, on décida de pratiquer la désarticulation de l'épaule. La cicatrisation fut obtenue sans accident. L'examen de la pièce ne décela aucune lésion néoplasique, mais seulement des lésions inflammatoires d'ordre banal.

Double kyste hématique latent de l'ovaire coïncidant avec un utérus fibromateux.

M. Creyssel montre, au nom de M. Bérard, les pièces opératoires d'une malade entrée à l'hôpital pour métrorrhagies en vue d'un traitement radiumthérapique, et chez qui l'intervention, décidée en raison de la fixité de l'utérus, révéla la coexistence avec un utérus fibromateux d'une double tumeur kystique des ovaires à contenu hématique. Tout, chez cette malade, faisait cependant penser à un fibrome simple : il n'y avait ni douleurs, ni troubles de compression et le toucher montrait seulement une mobilité un peu diminuée du col.

Atrophie testiculaire bilatérale et troubles de la croissance.

M. BONAFÉ expose le cas d'un jeune homme de 25 ans, atteint d'atrophie testiculaire bilatérale avec développement exagéré des membres inférieurs et absence des caractères sexuels secondaires ; il y a par contre conservation des désirs sexuels. L'étiologie est inconnue ; la syphilis ne peut être incriminée.

Mésosigmoïdite rétractile et torsion incomplète de l'anse sigmoïde. Résection.

M. MALLET-GUY signale, au nom de M. Delore, l'histoire d'un malade entré à l'hôpital pour des troubles intestinaux : douleurs, vomissements, constipation ; quand celle-ci dure plusieurs jours, on constate une distension abdominale, surtout marquée dans la fosse iliaque droite, avec, à ce niveau, une masse élastique étendue. Intervention : on trouve un côlon pelvien volumineux avec mésosigmoïdite rétractile et torsion incomplète d'un demi-tour environ. On pratique la résection avec anastomose bout à bout. Les suites furent simples. M. Delore insiste sur la nécessité de ne pratiquer, en pareil cas, la résection qu'en dehors des périodes de subocclusion.

Gigantisme.

M. LAROYENNE a observé un jeune homme de 16 ans, mesurant 1 m. 92, taille due surtout à la longueur des membres inférieurs. Les parents avaient remarqué, dès l'âge de 3 ans, la croissance rapide de leur enfant. Cet état s'accompagne de faiblesse et d'instabilité. Thorax étroit, bassin large, exagération des courbures dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, pieds plats. Intelligence un peu fruste. Corps thyroïde non perceptible : testicules du volume d'une noix. Actuellement après un traitement opothérapique de trois mois (extraits thyroïdien, hypophysaire et orchidien) la santé générale s'est améliorée et la croissance paraît s'être arrêtée, sans qu'on puisse dire, en ce qui concerne celle-ci, quelle part revient à la médication et à l'évolution naturelle de la dystrophie.

Ulcère géant de l'estomac.

M. MALLET-GUY montre, au nom de M. DELORE, un malade de 65 ans, à passé gastrique ancien.

Depuis 1921, crises douloureuses épigastriques avec irradiations dans le dos. Vomissements alimentaires périodiques, pas d'hématémèse. Weber positif. A l'examen, léger clapotage à jeun, tension intermittente de l'estomac, induration mal définie à droite de la ligne médiane. Radioscopie (Dr Cade) : léger retard à l'évacuation, estomac légèrement dilaté, tache lacunaire à la partie moyenne de la petite courbure. Intervention : ulcus calleux de la petite courbure s'étendant du pylore presque jusqu'au cardia, adhérant au foie et au péritoine pariétal postérieur. Exérèse très difficile ; elle put néanmoins être pratiquée ; on fit en outre une gastro-entérostomie antérieure, la postérieure étant impossible à cause des adhérences. Les suites furent simples.

Ulcère duodénal compliqué.

M. MALLET-GUY présente, au nom de M. Delore, un malade opéré une première fois, en 1921, pour un ulcus duodénal (gastro-entérostomie postérieure transmésocolique avec exclusion du duodénum). Amélioration complète pendant six mois et demi, puis le malade recommence à souffrir violemment une heure et demie à deux heures et demi après les repas. *Deuxième intervention* (3 février 1922) : on constate au niveau de l'anastomose une induration manifeste (ulcère peptique) ; on fait la résection, non sans difficultés. Suites parfaites et bonne santé jusqu'en juillet 1924 où le malade se remet à souffrir. *Troisième intervention* : on trouve sur la petite courbure, très haut vers le cardia, un ulcère calleux fixé au pancréas et au foie, qu'on résèque. Suites bonnes. Revu le 6 octobre 1924, le malade digère très bien et n'éprouve aucune douleur ; il a repris plus de deux kilos. Cette observation montre qu'il ne faut jamais reculer devant une réintervention chez un opéré gastrique. Elle montre en outre que certains sujets présentent une véritable diathèse ulcéreuse et sont voués aux ulcères à répétition. Notons enfin que ce malade présente des signes d'induration d'un sommet et a été soigné antérieurement pour bronchite.

Radiographie à l'huile iodée d'un énorme cholestéatome de l'oreille.

MM. Robert RENDU et JAPIOT présentent des clichés radiographiques d'une malade acromégalique chez laquelle une intervention pour un écoulement d'oreille compliqué de douleurs préauriculaires fit découvrir une immense cavité osseuse creusée dans la région occipito-mastoïdienne, qui était le siège d'une saillie volumineuse. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un cholestéatome évoluant sournoisement depuis longtemps. Cette cavité fut largement évidée ; mais, en raison de la longueur de l'opération, on remit à plus tard l'ouverture du prolongement occipital. Avant de réintervenir il parut intéressant de se rendre compte par la radiographie de la forme, de la direction et des dimensions de cette cavité. Une première radiographie n'ayant pas donné grand résultat, on décida d'injecter les cavités à l'huile iodée. Les clichés ainsi obtenus sont extrêmement nets.

Lithiase bilatérale. Double pyélotomie.

MM. WERTHEIMER, LABRY et CREYSSEL rapportent l'observation d'une malade de 35 ans, scoliotique, souffrant depuis une dizaine d'années de douleurs lombaires à peu près permanentes avec crises paroxystiques suivies de débâcles urinaires parfois

hémorrhagiques. La malade entre à l'hôpital à la suite d'une crise particulièrement violente. Abondante hématurie peu après l'entrée. Radiographie : à gauche, volumineux calcul ramifié du bassinet avec petits calculs urétéraux et pyéliques ; à droite calcul solitaire du bassinet paraissant du volume d'une amande. Une première intervention, à gauche, permet d'extraire un volumineux calcul ramifié et d'autres plus petits et moins consistants situés dans les calices. Suites bonnes. Deuxième intervention, deux mois après : à droite, le calcul est extrait sans peine. Actuellement la malade va aussi bien que possible : plus de douleurs, urines claires, état général très amélioré.

Cholécystite aiguë suppurée ; cholécystectomie.

MM. Cotte et Dechaume présentent une vésicule enlevée le matin pour cholécystite lithiasique. Le choix de l'intervention dans les cholécystites aiguës soulève des discussions, les uns préconisent la cholécystectomie, les autres la cholécystostomie. M. Cotte se range à l'avis des premiers, à condition, bien entendu, que l'état général du malade permette une intervention radicale.

Tuberculose annexielle. Héliothérapie, puis intervention conservatrice.

M. Violet rapporte le cas d'une femme atteinte de tuberculose annexielle avec état général grave ne permettant pas de poser une indication opératoire satisfaisante. On conseille l'héliothérapie qui amena une amélioration considérable de l'état général et permit une intervention qui consista en l'ablation des annexes droites et de la trompe gauche avec conservation de l'ovaire de ce côté ainsi que de l'utérus.

Société médicale des hôpitaux.

Tuberculose unilatérale chez le nourrisson.

MM. Mouriquand et Sautereau montrent deux poumons provenant de l'autopsie de nourrissons tuberculeux. L'intérêt de ces pièces réside dans l'unilatéralité des lésions et leur limitation au lobe supérieur dans un cas, à une partie seulement de ce lobe dans l'autre ; les auteurs insistent au contraire sur la tendance extensive des lésions bacillaires au cours des premiers mois.

Rôle de l'artérite dans la pathogénie de la maladie de Raynaud.

MM. Gallavardin et Bernheim exposent l'observation d'une femme de 68 ans atteinte depuis 4 ans de syndrome de Raynaud avec gangrène étendue du petit doigt de la main droite. Les troubles présentés au niveau des doigts avaient ceci de particulier qu'ils étaient parcellaires, atteignant tantôt un doigt, tantôt un autre. Au doigt atteint, la succession des phénomènes fut toujours la même : le doigt devenait blanc, douloureux, puis survenait une période d'asphyxie avec doigt violet. La malade prenait en outre fréquemment de petits panaris à répétition. On confia la malade au Dr Leriche qui pratiqua une sympathectomie péri-artérielle humérale gauche sur six centimètres environ et désarticula le petit doigt gangrené. Cette intervention a donné un bon résultat : la malade, revue trois mois et demi après, ne présente plus de cyanose des extrémités. L'examen histologique des artères collatérales prélevées sur le doigt désarticulé montra de grosses lésions d'endartérite avec prolifération de l'endartère et oblitération à peu près complète des vaisseaux. L'existence de semblables lésions a été signalée d'ailleurs par divers auteurs et la théorie de l'angiospasme pur, soutenue par Raynaud, ne peut plus être admise aujourd'hui. L'angiospasme est bien la cause provocatrice des accès de syncope et d'asphyxie locale, mais il est secondaire. Quant à la cause de l'artérite, il est des cas où la syphilis est en cause, mais d'autres où l'étiologie nous échappe. Cependant, dans certains cas, la tuberculose, le paludisme, le rhumatisme articulaire aigu, peuvent être incriminés.

Maladie de Raynaud avec dermite pigmentaire aréolaire.

MM. Gallavardin et Bernheim relatent un autre exemple de syndrome de Raynaud. Il s'agit d'une malade de 26 ans chez laquelle les accidents remontent à six ans environ ; ils présentent les caractères classiques : syncope locale, puis vaso-dilatation et cyanose. La particularité offerte par cette malade est la présence, sur la peau de la face antéro-externe de la jambe et du cou-de-pied droit, d'une large zone irrégulièrement pigmentée. M. Leriche pratiqua chez cette malade une sympathectomie fémorale, puis humérale qui amenèrent une guérison parfaite et la disparition de la pigmentation cutanée.

Evolution post-opératoire d'un cas de tumeur cérébrale.

MM. Bériel et Bernheim rapportent la suite de l'observation d'un malade déjà présenté à la Société quatre mois auparavant : syndrome cérébelleux et spasmodique avec rigidité des membres inférieurs, simulant la maladie de Little ; les signes associés d'hypertension intracrânienne faisaient porter le diagnostic de tumeur et le malade fut soumis à une trépanation décompressive (Dr Desgouttes). Le résultat a été nettement favorable : disparition des céphalées, des vomissements et de l'œdème papillaire, diminution progressive de la spasmodicité. Actuellement, la marche est normale, il n'y a plus de trépidation épileptoïde, le réflexe plantaire est en flexion. La transformation du malade est nettement visible sur les films cinématographiques que les auteurs présentent à la société.

Démonstration cinématographique sur les réflexes du coude.

MM. Bériel et Bernheim. — On sait que si l'on percute la face postérieure de l'olécrâne au-dessous des insertions du tendon du triceps on obtient un mouvement de *flexion* de l'avant-bras (réflexe olécrânien), alors que la percussion du tendon du triceps donne lieu à l'*extension* de l'avant-bras (réflexe tricipital). A l'ordinaire on ne recherche que ce dernier et on est parfois étonné de voir que la percussion du tendon tricipital détermine la *flexion* de l'avant-bras. Ce phénomène est dit : inversion du réflexe tricipital. Or il s'agit en réalité, ainsi que l'ont déjà indiqué divers neurologues et que le démontrent les films présentés par M. Bériel, d'une *abolition* du réflexe tricipital, avec toute la significa tion q le comporte une abolition de réflexe tendineux

Tumeurs intra-rachidiennes.

M. Bériel présente trois observations de tumeurs intra-rachidiennes. Elles concernent toutes trois des tumeurs malignes sarcomateuses ayant envahi le rachis par les trous de conjugaison et amené la mort à la suite de la compression radiculo-médullaire. Parmi les signes différentiels de ces tumeurs, le caractère des douleurs paraît un élément majeur de diagnostic. Dans un de ces cas la douleur est restée le seul symptôme ; dans un autre, elle est apparue un an avant toute autre manifestation, plusieurs années dans le dernier cas. M. Bériel tire de ces faits les conclusions pratiques suivantes : 1° si l'on est appelé à examiner un malade présentant des symptômes complexes faisant penser à une tumeur rachidienne, on devra tenir compte de l'ancienneté des douleurs : celle-ci sera en faveur d'une sarcomatose lente secondairement intra-rachidienne ; 2° si on est appelé auprès d'un malade exclusivement douloureux il y a lieu de penser, sur ce seul symptôme, à la possibilité d'une tumeur intra-rachidienne et si les douleurs sont anciennes, à une tumeur maligne.

A. G.

Les Congrès

1er Congrès annuel de Stomatologie

Paris, 20-25 *octobre* 1924.

Le premier Congrès annuel de stomatologie a été ouvert solennellement le 20 octobre 1924 sous la présidence d'honneur de M. François Albert, ministre de l'Instruction publique, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. Chompret, président du Congrès, a, dans son discours, retracé l'évolution de la stomatologie depuis ses modestes origines jusqu'à nos jours.

M. L'Hirondel, secrétaire général, après avoir décrit l'existence professionnelle du stomatologiste, a adressé ses remerciements aux 206 congressistes inscrits et particulièrement aux 25 confrères étrangers.

Premier rapport : **La carie dentaire. Problèmes, faits, hypothèses.** — P. Fargin-Fayolle (rapporteur).

D'un exposé où, après avoir envisagé l'état des connaissances médicales en histologie et en physiologie dentaires, il passe en revue de nombreux faits cliniques, M. Fargin-Fayolle conclut que la *théorie chimico-parasitaire de la carie* est dépassée par les faits, et que si elle peut rendre compte de certains d'entre eux, elle est incapable de les expliquer tous.

Cette théorie est également devenue stérile ; les hypothèses auxquelles elle a donné naissance — et qui se sont traduites par des modifications heureuses, en partie du moins, de la technique opératoire et par des progrès qui sont incontestables, bien que limités, dans le domaine de la prophylaxie — ont épuisé leurs conséquences.

Fargin-Fayolle trace ensuite un plan des recherches qui seraient nécessaires pour résoudre les nombreux problèmes que pose la carie dentaire et montre la complexité de ceux-ci.

Il expose une conception personnelle de la carie qui, expliquant les faits cliniques observés, précise le rôle du terrain et de ses modifications dans l'évolution de cette affection.

Il divise les caries de la façon suivante :

1° **Caries de cause primitivement interne** (pour lesquelles il propose le terme d'*odontites*).

A l'origine de ces odontites est une altération de la cellule odontoblastique ; secondairement, cette altération détermine des modifications des tissus durs de la dent qui en permettent l'envahissement par les microorganismes. Pour ces lésions, il invoque une théorie trophomicrobienne.

2° **Caries de cause primitivement externe.** — Dans ces caries, les premières altérations des tissus durs sont d'origine externe, mais, par l'intermédiaire des fibres de Tomes, elles retentissent sur les odontoblastes, et ceux-ci deviennent, sous cette influence, le siège de troubles qui provoquent eux-mêmes des altérations des tissus durs comme dans l'odontite. L'action chimico-parasitaire et l'action tropho-microbienne s'y associent dans une proportion variable qui détermine en partie la diversité des formes cliniques observées. A lésion secondaire grave de l'odonblaste correspondraient des caries dont le tableau clinique serait superposable à celui des

odontites. A lésion secondaire plus légère succéderaient les caries des types le plus fréquemment observés et dont les différences viendraient vraisemblablement de la résistance plus ou moins grande de la cellule.

3° **Caries de cause uniquement externe.** — Ce sont celles des dents dépulpées. La théorie chimico-parasitaire leur est intégralement applicable.

Dans cette conception, — mises à part les caries des dents dépulpées, — les lésions résultent toujours d'un même et double processus, microbien puis trophique dans les unes, trophique puis microbien dans les autres.

Le pronostic serait d'autant plus grave que le facteur interne jouerait un rôle plus prépondérant.

S'agissant du traitement local, la constance relative des résultats durables obtenus dans les lésions d'origine externe s'oppose à la tendance aux récidives qui caractérise les odontites.

C'est surtout au point de vue prophylactique que la distinction entre les caries d'origine différente est essentielle. Tout progrès dans la connaissance des facteurs internes de la carie permettra un progrès parallèle de la prophylaxie.

Fargin-Fayolle envisage l'hypothèse d'une action possible par voie sanguine de caries en évolution, et même de lésions péridentaires, telles que les foyers para-apexiens, sur d'autres dents, la carie et ses complications devenant ainsi une cause de caries nouvelles.

Discussion.

M. Bozo (de Paris) accepte les conclusions de M. Fargin-Fayolle, tout en critiquant le terme d'odontite, à la place duquel il aurait préféré odondoblastite.

M. Rousseau-Decelle (de Paris), dont les idées ont été largement citées par le rapporteur, ne peut qu'approuver ce dernier. Il constate, à nouveau, l'insuffisance de la théorie chimico-parasitaire et la nécessité de reprendre par la base l'étude de la carie dentaire en reconnaissant l'existence de carie de cause externe et de carie de cause interne.

Ces idées nouvelles modifieront certainement nos conceptions thérapeutiques en nous faisant chercher un traitement prophylactique au lieu de limiter notre action à un traitement curatif.

M. Tellier (de Lyon) trouve le rapport remarquable par sa valeur symbolique, car la carie dentaire étudiée à ce nouveau point de vue peut avoir une répercussion sur la médecine générale.

M. de Nevrèze (de Paris) pense que les caries de cause interne seraient dues à des toxines déminéralisantes. Il rapporte l'observation d'un enfant ayant eu une rougeole et dont les premières prémolaires supérieures, indemnes de carie et extraites au cours d'un traitement orthodontique, présentaient des vacuoles de l'ivoire.

M. Piperno (de Rome) a institué un traitement prophylactique de la carie en soumettant à la reminéralisation des enfants à son dispensaire de chirurgie dentaire à Rome.

MM. Worms et Bercher (du Val-de-Grâce) : **Complications oculaires d'origine dentaire.** — MM. G. Worms et Bercher ont recherché dans quelles proportions les dents sont responsables d'états pathologiques oculaires, question sur laquelle les opinions les plus diverses et les plus contradictoires sont émises.

Sans admettre que le domaine de ces complications s'étende jusqu'aux limites que lui assignent les auteurs américains, ils croient que des faits de cette nature sont loin d'être exceptionnels.

M. Rousseau-Decelle (de Paris) : **Quelques considérations sur le rôle du système endocrino-sympathique dans la pathologie buccó-dentaire. Influences utéro-ovariennes.** — Rousseau-Decelle montre le rôle considérable du sympathique qui domine la pathologie tout entière, mais regrette de ne pas trouver dans les travaux actuels l'exemple de l'action du système sympathique sur le système dentaire. En particulier, il y a des relations évidentes entre les troubles gingivo-dentaires et l'ovaire.

MM. Chompret et L'Hirondel : **Un accident muqueux de la dent de sagesse : l'abcès migrateur du vestibule inférieur ou buccinato-maxillaire.** — MM. Chompret et L'Hirondel décrivent un abcès né du sac péricoronaire et fusant très en avant et en dehors dans le vestibule.

Cette migration de l'abcès en avant puis secondairement sa fixation au niveau des prémolaires sont conditionnées par diverses dispositions anatomiques, sur lesquelles nous ne pouvons nous étendre et dont la principale serait la gouttière formée d'un côté par le maxillaire et de l'autre par le buccinateur qui vient s'insérer sur la ligne oblique externe, d'où encore ce nom donné par les auteurs à cette lésion inflammatoire : d'abcès buccinato-maxillaire.

M. Béliard (de Paris) : **Traitement prothétique des pyorrhées.** — Le traitement prothétique des pyorrhées appartient à la prothèse de contention, sœur cadette de la prothèse fixe.

En considérant la carence des méthodes que la thérapeutique oppose à la pyorrhée alvéolaire, qui détermine l'ébranlement et la chute des dents, la prothèse représente le terme ultime et inéluctable de son traitement. La prothèse mobile n'est qu'un palliatif. Seule la prothèse fixe est conservatrice et curative.

M. Lebedinsky (de Paris) : **La pyophagie.** — Lebedinsky étudie l'action du pus de la pyorrhée sur l'organisme. Le pus dégluti trouble le chimisme stomacal et intestinal, il provoque des lésions des parois du tube digestif, il est déversé dans le torrent circulatoire, il atteint le foie, le pancréas, etc.

Lebedinsky est l'adversaire du traitement par les arsénobenzols. Il préfère le traitement biologique

qui renforce la résistance locale des gencives et la résistance de notre organisme.

M. Tellier (de Lyon) : **Le périodonte, tissu mixte conjonctivo-épithélial : considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques.** — Pour Tellier, le périodonte doit être considéré comme un tissu à la fois conjonctif et épithélial, tissu mixte, tissu couplé, dont l'action réciproque des deux éléments l'un sur l'autre pourrait s'expliquer par des corrélations d'ordre chimique (substances versées par les organes dans le milieu intérieur). Ces notions nouvelles font rechercher les méthodes thérapeutiques. Après avoir signalé l'emploi de la magnésie, des sels de cuivre, du sélénium, des courants de haute fréquence et des substances radio-actives, Tellier donne la préférence aux méthodes chirurgicales.

M. Lemaitre : **Conduite à tenir en présence des tumeurs des mâchoires à leur début.**— Le clinicien doit résoudre un problème d'ordre diagnostique et un problème d'ordre thérapeutique.

L'examen doit être clinique d'abord. Il portera sur le vestibule buccal, sur le rebord gingival, ou sur l'alvéole où peuvent siéger les lésions.

L'examen radiologique indique l'extension en surface (forme lymphophile) ou l'extension en profondeur (forme térébrante) et fixe la nature de l'intervention.

La biopsie fixe la nature histologique.

Le traitement s'adresse à la chirurgie, aux agents physiques (rayons X ou radium), à la prothèse (contention du maxillaire inférieur pré-opératoire en cas de fracture au cours de l'intervention).

Deuxième rapport : **De l'expansion maxillaire transversale en orthopédie dento-faciale**, par le Dr Izard. — Il nous paraît inutile de présenter ici un résumé détaillé de ce long rapport, qui traite la question de l'expansion maxillaire surtout au point de vue technique. Cependant quelques points peuvent intéresser le praticien de médecine générale, qui est appelé à suivre le développement de la denture chez ses jeunes malades, et peut diriger un traitement préventif en surveillant l'apparition des causes d'atrésie, générales ou locales, en particulier la respiration buccale.

Il est important de rappeler que l'atrésie maxillaire apparaît souvent dès la troisième année. A cet âge, des diastèmes doivent se former entre les dents antérieures ; leur absence à cinq ans est un signe positif d'atrésie.

Il en résulte qu'il ne faut pas attendre l'âge de douze ans pour traiter les déformations maxillo-faciales, car certaines d'entre elles sont alors définitives.

En intervenant dès la sixième année, le traitement est plus facile, plus complet, et ses résultats sont plus constants.

M. Izard préconise les appareils fixes pour le traitement de l'atrésie, considérant les appareils mobiles comme plus gênants et moins efficaces. Il faut adjoindre au traitement mécanique le traitement des lésions causales et du terrain ; des exercices musculaires maxillo-faciaux accompagneront le traitement mécanique.

Discussion.

M. Robin expose les principes de la méthode eumorphique. Il envisage non les dents, mais le massif cranio-vertébral dans ses fonctions psychiques, respiratoires et masticatoires. Il regrette que le rapporteur n'ait pas présenté de résultats cliniques.

M. Bozo constate que l'ajustage des bagues en bouche est assez difficile à réaliser chez de jeunes enfants (cinq à six ans). Pour obtenir une expansion maxillaire chez ces derniers, le monobloc de P. Robin est très intéressant.

M. Thiego-Marquez (de Lisbonne) insiste sur la nécessité de traiter les adénoïdes et les amygdales avant de procéder à l'expansion-maxillaire.

M. de Nevrèze accepte les conclusions du rapporteur, mais fait remarquer que l'ingression est obtenue plus facilement avec un arc lingual qu'avec un arc vestibulaire.

M. Delguel (de Bordeaux) critique les procédés d'orthodontie par appareils fixes et fait l'éloge de la méthode de P. Robin qui est, par sa simplicité, à la portée de tous les praticiens, et qui lui a donné d'excellents résultats.

M. Frey : **Rachitisme. Maxillaires et dents.** — Indépendamment des malocclusions et des malpositions dentaires dues au rachitisme des maxillaires, la dent elle-même peut être touchée dans son évolution (éruption retardée, irrégulière, quelquefois accélérée), dans sa genèse (agénésie de certaines dents par atrophie totale du germe dans sa morphologie générale et sa structure profonde), microdontie, nanisme, rarement gigantisme, prédisposition à la carie par déficience calcaire.

Devant une manifestation du rachitisme sur les maxillaires et les dents, il faut :

1° Rechercher la cause du rachitisme et la traiter s'il en est temps encore ;

2° Favoriser la nutrition générale par l'hygiène, un bon fonctionnement gastro-entéro-hépatique, la lumière ultra-violette, les préparations phospho-calciques, l'huile de foie de morue si riche en vitamine antirachitique, et par l'adrénaline ;

3° Remédier aux lésions installées, en rétablissant la respiration nasale, en traitant, aussitôt que possible, les malocclusions par nos méthodes d'orthodontie, en surveillant minutieusement les dents.

Ici donc le spécialiste doit avoir des connaissances médicales, mais le médecin de son côté, dans ce syndrome aussi polymorphe que le rachitisme, ne doit rien ignorer de ses manifestations maxillaires et dentaires.

M. Ch. L'Hirondel : **Trois nouveaux cas d'actinomycose gingivo-jugale.** — L'Hirondel apporte *quatre*

observations d'actinomycose faciale. Anatomiquement l'une était temporo-maxillaire, les trois autres gingivo-jugales.

Symptomatologiquement, toutes étaient des formes atténuées et frustes aussi bien au point de vue physique que fonctionnel.

Dans les quatre observations, le noyau actinomycosique facial était relié à une dent cariée par une bride fibreuse.

L'origine bucco-dentaire de l'actinomycose est aussi vraisemblable que l'origine végétale.

Revue générale sur le traitement des caries pénétrantes (M. Ruppe, rapporteur). — Le traitement des pulpites exige une asepsie rigoureuse et doit éviter de léser les tissus apicaux et péri-apicaux, dont la vitalité est la sauvegarde de la dent sans pulpe.

En conséquence, l'extirpation doit atteindre l'union du tiers apical de la pulpe. L'anesthésie est préférable aux applications d'acide arsénieux. L'obturation des canaux doit être immédiate ; elle doit être faite avec une pâte antiseptique, mais non irritante ; elle n'occupera que les deux tiers de la longueur du canal.

Le traitement des gangrènes pulpaires exige une antisepsie minutieuse et longue. L'alésage mécanique à l'aide des forets de Beutelrock est indiqué pour les canaux droits, larges et bien accessibles. L'alésage chimique, par le sodium-potassium ou l'acide sulfurique, est préférable dans les canaux fins et normalement incurvés. La désinfection des canalicules de la dentine sera obtenue à l'aide du formol, crésol, thymol, associés de façon judicieuse pour augmenter leur pouvoir bactéricide, tout en diminuant leur action irritante. L'obturation du canal sera faite à l'aide de la pâte de Robin.

Discussion.

M. Fargin-Fayolle regrette l'absence de résultats cliniques et critiques des termes de 3e et 4e degrés, employés par le rapporteur.

M. Bozo trouve que l'alésage chimique est aveugle et lui préfère l'alésage mécanique. Il partage l'opinion du rapporteur qui rejette l'emploi des cônes de gutta-percha pour l'obturation des canaux.

M. Robin expose les principes de la méthode fixatrice et sclérogène. Il préfère ouvrir l'apex et bourrer le canal de pâte rose.

M. Paulus (de Bruxelles) partage les idées du rapporteur au sujet de l'intégrité de l'apex. Il préfère la pulpotomie qui sera pratiquée à l'aide d'une sonde de Donaldson à crochet et non pas avec un tire-nerf. Il obture le canal dans une séance suivante pour le désinfecter et pour permettre au moignon pulpaire de se cicatriser.

Les lésions apicales sont justiciables du traitement chirurgical, le traitement médical est problématique.

Dr Lacronique : **Considérations sur le traitement chirurgical des foyers infectieux péri-apicaux.** — Ce traitement chirurgical consiste dans le curettage du foyer infectieux : granulome simple, ostéite plus ou moins étendue, kyste, entourant l'apex de la dent. Cette lésion, dont le point de départ est la dent infectée, est devenue maxillaire : c'est la suppression chirurgicale de ce foyer maxillaire qu'il faut réaliser ; la résection de l'apex de la dent n'est alors qu'un temps ou un complément de l'opération, elle ne doit pas être un but opératoire. L'acte chirurgical consiste donc dans le *curettage péri-apical complété ou non par l'amputation de l'apex.*

MM. Delater et Bercher : **Des complications tumorales des foyers septiques paradentaires.** — Dans cette revue d'ensemble de leurs travaux antérieurs, les auteurs précisent l'unité pathogénique des granulomes, des kystes paradentaires, des épithéliomas adamantins, des épulis sarcomateuses, en leur assignant à tous une première phase dans une étape de prolifération épithéliale et de réaction granulomateuse du tissu conjonctif voisin.

M. Darcissac : **Physiologie mandibulaire et dents artificielles.** — Technique originale et instrumentation permettant l'adaptation précise des différentes prothèses aux rapports individuels d'articulé.

L'adaptation des dents artificielles à la physiologie mandibulaire individuelle offre un intérêt capital en prothèse fonctionnelle : de cette adaptation précise dépendent à la fois *la stabilité et le rendement fonctionnel du dentier.* L'impossibilité absolue où l'on se trouvait jusqu'ici de la réaliser, constituait donc une très grosse lacune qui persistait malgré les importants travaux parus sur cette question, tant en France qu'à l'étranger, depuis Bonwill, c'est-à-dire depuis soixante ans environ.

Grâce à cette nouvelle technique, il est facile de substituer au montage des dents artificielles (montage fatalement empirique, puisqu'il est effectué d'après les seuls rapports d'occlusion), un montage précis, correspondant exactement à l'articulé individuel : la valeur fonctionnelle de la prothèse s'en trouvera nécessairement très améliorée.

M. Darcissac : **Le traitement prothétique des fractures horizontales du maxillaire supérieur.** — L'auteur décrit l'appareillage qu'il a pu mettre au point au cours de la guerre, et qui assure une excellente contention de la fracture. La construction de cette prothèse a le gros avantage d'être à la portée de tout spécialiste. En raison de la fréquence de plus en plus grande de ces fractures dont l'aviation et l'automobilisme sont les grandes pourvoyeuses, il importe que tout stomatologiste soit à même d'appliquer rapidement le traitement prothétique approprié.

Cet appareillage, qui est amovo-inamovible et qui s'applique aux trois variétés de fracture, comprend :

1° *Un appui cranio-facial* en tarlatane plâtrée, renforcée au moyen de toile collée avec une colle à

base de caséine que l'on trouve dans le commerce, et qui est adapté par un laçage à agrafes. Ce casque, d'une préparation rapide et très simple, se caractérise en outre par son excellente adaptation et, par suite, sa stabilité très supérieure à celle des différents casques proposés jusqu'ici ;

2° *Une gouttière intrabuccale* solidement ancrée aux dents de l'arcade supérieure, et à laquelle s'adaptent des tiges intrabuccales qui contournent les commissures ;

3° *Un dispositif à verrou*, fixé au casque, et qui en assure la solidarisation aux tiges intrabuccales de la gouttière.

Une démonstration pratique de la technique d'application de cet appareillage sur un sujet, complète la description de l'auteur.

Les Thèses

Mtp. — Dr Louis Raux. — **Le syndrome tétanique. Contribution à sa pathogénie et à son anatomie pathologique.**

Le syndrome tétanique est provoqué par une intoxication « totius substantiæ ». Tous les appareils ou systèmes, tous les organes sont donc lésés, mais évidemment à des degrés divers : les fixations électives de certains poisons sont indéniables.

Lintoxication tétanique altère surtout le système nerveux. Certains éléments de ce système sont atteints plus sévèrement que d'autres. Malgré ce, des théories anatomo-pathologiques incriminant exclusivement soit les lésions du cerveau, soit les lésions de la moelle, soit les lésions des nerfs... l'auteur n'en accepte aucune. L'éclectisme est ici de rigueur. Ce ne sont pas les seules lésions des noyaux gris centraux, ce ne sont pas les seules lésions de la corticalité, ce ne sont pas les seules lésions de la moelle ou des nerfs périphériques, qui provoquent l'ensemble de la symptomatologie tétanique. Non, tous ces éléments sont lésés, et, à des degrés divers, concourent à la production des symptômes.

Toutefois, certains éléments peuvent jouer un rôle prédominant. Il paraît logique de rejeter les théories antérieurement émises et de situer dans les noyaux gris centraux la localisation la plus importante du substratum anatomique des signes pathognomoniques du syndrome tétanique.

Mtp. — Dr J. Poujol. — **Les formes cloisonnées et les localisations cérébrales de l'infection méningococcique. Diagnostic et traitement.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

La sérothérapie rachidienne basse, très efficace dans la plupart des cas, ne parvient pas à guérir toutes les atteintes ; non seulement lui résistent les localisations extraméningées de l'infection, telles que localisations articulaires, pleuro-pulmonaires, orchi-épididymaires, mais aussi les localisations cérébrales et les formes cloisonnées de l'affection.

Dans ce dernier cas il est de toute nécessité de porter le sérum au contact direct des lésions. Diverses méthodes permettent d'arriver à ce résultat.

Si le méningocoque ne résiste guère à l'action du sérum, encore faut-il savoir où injecter ce sérum, pour qu'il arrive au contact du germe et puisse le détruire. De là l'obligation de suivre avec une attention et une vigilance de tous les instants l'évolution de la maladie, et de ne pas hésiter à intervenir de telle ou telle manière, selon la forme de l'affection et les complications qui peuvent survenir, susceptibles de faire modifier parfois du tout au tout la conduite à tenir.

Malgré l'emploi de ces divers modes de traitement, le pronostic doit encore être assez réservé, car l'aspect clinique de cette affection est loin d'être uniforme non seulement d'un malade à l'autre, mais aussi chez le même sujet, d'un jour à l'autre. C'est assez dire la difficulté de la tâche du médecin, à qui incombe, en réalité, le soin de traiter des malades, et non une maladie.

Mtp. — Dr Achille Enjalbert. — **L'ethmoïde antérieur et le sinus frontal. Déductions opératoires pour la cure radicale de la sinusite frontale chronique.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

Un fait capital domine la question de la cure radicale de la sinusite frontale chronique : c'est la disposition anatomique du labyrinthe éthmoïdal et du sinus frontal qui en dérive.

Cette disposition anatomique limite toujours l'élargissement de la communication fronto-nasale pour éviter les récidives et fait qu'il n'existe pas de procédé idéal de cure radicale.

La desstruction intégrale de toutes les parties malades et l'établissement d'un large drainage fronto-nasal permanent sont les deux conditions essentielles pour le succès de l'intervention. A cet effet l'opérateur devra non seulement nettoyer la cavité sinusale et ses recessus, mais encore curetter toute la masse latérale de l'éthmoïde, souvent jusque et y compris le sinus sphénoïdal. Les prolongements éthmoïdaux dans la voûte de l'orbite, le long de l'angle dièdre cérébro-orbitaire du sinus devront particulièrement retenir son attention.

Pour obtenir l'établissement d'une communication fronto-nasale permanente, on devra, en principe, respecter la voûte de l'orbite et la paroi externe de la masse latérale de l'éthmoïde (os unguis et os planum). On évitera ainsi la procidence des tissus mous périoculaires vers la fosse nasale et le rétrécissement post-opératoire de la communication fronto-nasale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

UN NOUVEAU CAS DE MISIATRIE

Le corps médical a de notoires amis dont j'ai eu l'occasion de signaler et d'apprécier ici les procédés d'une courtoisie à toute épreuve : Gustave Téry, dit le Rigollot, Jules Romains, G. de Pawloski, etc.

Ces gendelettres, qui dans le journal, qui au théâtre, qui dans le roman, ont, parfois avec talent, formulé de violentes et le plus souvent injustes critiques contre les médecins ; et la mesure fut par eux dépassée, qui borne à 24 heures le délai imparti à tout condamné pour maudire ses juges, et à quelques jours, le temps que s'accorde tout malade pour maudire le médecin dont il n'est pas satisfait.

J'ai décrit la maladie dont ces gendelettres furent atteints, et à laquelle j'ai donné le nom de Misiatrie. Cette curieuse affection, qui semblait surtout à sévir à Paris, vient de gagner la province où elle a fait une nouvelle victime.

Mme Magdeleine Chaumont, dont il serait regrettable que le cas demeurât ignoré, vient, en effet, de payer son tribut à la Misiatrie, nous en avons observé le maître symptôme dans la *Dépêche* du 11 février dernier.

L'événement qui a fait éclater la crise, chez Mme Magdeleine Chaumont, est la récente et insignifiante condamnation de Béziat, le guérisseur d'Avignonet, pour exercice illégal de la médecine. Et voici le couplet, très galamment troussé, que notre misiatre toulousaine a sécrété à ce propos.

Si l'on demandait aux femmes leurs impressions, il y a bien des cas dans lesquels la politique ou la justice s'orienteraient différemment. Car les femmes ont cette lumière intérieure qu'on appelle le cœur, et leur bon sens est indéniable.

Donc, nous venons de connaître l'étonnement le plus complet du fait de la condamnation de Jean Béziat, justement surnommé « le guérisseur ».

Par la persuasion, par la volonté, il en était arrivé à arrêter le mal le plus affreux, à combattre les contagions, à résorber les cancers. Pitoyable aux misères physiques, il a rendu l'espoir, la confiance, la victoire de vivre à ceux qui l'imploraient.

Il a donc soigné les âmes, les volontés, tout comme le fait un directeur de conscience. S'inspirant peut-être de la méthode Christian Scientist, il a vaincu le mal en le niant, il a ramené de pauvres égarés dans la voie du bonheur...

Il a guéri !... Il est répréhensible, dangereux, il est condamné !

En parallèle nous mettons ceux qu'on appelle docteurs.

Il y a parmi eux les sincères, les dévoués, les charitables, les naïfs. Ils soignent pour rien, par sacerdoce, et non contents de donner leurs conseils, y ajoutent les médicaments qui guériront ... par efficacité ou par persuasion. Mais il y a de même ceux qui ne découvrent pas le mal et l'entretiennent par une erreur. Il y a ceux qui n'ont leur situation qu'en faisant naître la maladie ... par persuasion ; ceux qui coupent, tranchent, recousent et « suivent » le patient pour la nécessité de leurs revenus.. ou parce qu'ils sont des ignorants.

Ceux-là, on les laisse libres d'agir et s'ils ont assassiné, pour ne pas entacher les mérites de la Science, on étouffe leur crime ... Image de la vie : les docteurs, le guérisseur, les uns positifs ou trompeurs, l'autre l'illusion peut-être, mais le bonheur.

Nous femmes qui savons toute la part de joie, toute la consolation que nous devons à l'illusion, comment ne défendrions-nous ce guérisseur ? Le principal, n'est-ce pas d'être heureux ?

Magdeleine Chaumont.

Mme Chaumont exalte les mérites de Béziat, injustement condamné, prétend-elle, entrant ainsi en révolte ouverte contre les lois de son pays : c'est affaire à elle, et elle vient même bien tard, car tout a été dit depuis qu'il existe des charlatans, thaumaturges et autres guérisseurs, dont la crédulité humaine, aussi incommensurable et aussi éternelle que la bêtise, fait la fortune. La foi est un levier d'une puissance inouïe, et dans le domaine de la suggestion et de ses effets, bien des étrangetés deviennent possibles.

Mais, elle ne s'en tient pas à Béziat et à ses dons quasi surnaturels. Pour mieux les glorifier, pour leur donner un relief plus vif, elle éprouve le besoin de leur opposer les médecins et leurs procédés.

Et vous avez ce tableautin, délicatement brossé, dont vous ne manquerez certainement pas d'admirer les touches d'une exquise sensibilité.

Les médecins ? Il en est de deux espèces. Les uns, minorité sans doute, se reconnaissent à ce qu'ils soignent pour rien les malades auxquels,

par dessus le marché, ils donnent les médicaments. Les autres — par contre — sont le nombre ; ignorants, malfaiteurs, assassins — (oui, ma chère !!!), — ils ne découvrent pas le mal, ou ils l'entretiennent par erreur ; ils le font durer, pour augmenter leurs revenus, quand ils ne le font pas naître... S'ils ont assassiné, on étouffe leur crime.

Magdeleine, Magdeleine, tout de même, vous allez un peu fort... vos grands confrères parisiens avaient dit peut-être quelque chose d'analogue, mais en y mettant plus de formes, et non sans talent parfois. Mais vous, vous n'y allez pas de main morte, et vous assénez le coup de massue, dont vous attendez quoi ? Car, enfin, j'imagine que vous avez eu un but, en écrivant de pareilles aménités sur le compte des médecins ?

Voulez-vous dire que les assassinats que les médecins ont sur la conscience sont, ou le résultat d'opérations meurtrières, ou la conséquence de médications inopportunes, proprement d'empoisonnements ? Si, d'après vous, il existe des médecins qui tuent en empoisonnant leurs malades, vous admettrez bien qu'il est exceptionnel qu'ils le fassent volontairement ; à vous entendre, ce sont surtout des ignorants.

Eh bien ! à ces empoisonneurs par ignorance, permettez-moi d'opposer d'autres empoisonneurs conscients, et même organisés, qui, ceux-là, savent parfaitement ce qu'ils font, et qui tirent de jolis profits de leur industrie. Empoisonneurs de l'esprit, et peut-être aussi meurtriers, par les conséquences et les répercussions possibles de leurs gestes.

Ces empoisonneurs de l'esprit, ce sont les mauvais écrivains comme vous qui, pour se tailler un succès aisé auprès de leur clientèle, font des gorges chaudes faciles aux dépens d'une profession qui représente une puissance, et dont il est d'autant mieux de bon ton de médire quand on n'a pas besoin d'y recourir, qu'on s'aplatira plus bas devant elle le jour — ou la nuit, car cela se passe aussi dans les ténèbres — où il faudra se soumettre à ses arrêts.

Seuls, les bien portants se moquent du médecin et de la médecine. Mais il faut si peu de choses pour qu'un bien portant se mue en malade ! Au vrai, Knock l'a déclaré sous cette forme lapidaire : *Un bien portant, c'est un malade qui s'ignore.*

Prenez-y garde, Magdeleine. Vous vous croyiez bien portante, sans doute, le jour où vous distillâtes, d'une plume rageuse, le venin de votre misiatrie. Mais ce n'était qu'une apparence ! Surement aviez-vous déjà en vous le germe de l'affection qui depuis... Si vous n'avez pas appelé Béziat, comme c'est probable, vous avez manqué à tous vos devoirs, et votre papier de la *Dépêche* n'est que verbiage sans consistance. Et si, comme c'est non moins probable, vous vous êtes confiée à l'un de nous, nous triomphons à notre tour, et nous sommes vengés !

Un mot encore : tout cela n'est qu'hypothèse, et ce que je suppose au passé n'est certainement que pure imagination. Mais peu importe. Je ne demande pas mieux que de transposer mes présomptions au futur. Car, en vérité, je vous le dis, Magdeleine, un jour viendra, ou une nuit, où vous vous sentirez à votre tour la gorge chaude, où vous vous inquiéterez, et où vous manderez auprès de vous un de ces médicastres qui....

Et je n'ai rien à retirer à ce que je viens de vaticiner : ce jour là, nous serons vengés. Mais nous ne nous vengerons pas. Car des injures comme celles dont vous nous gratifiez ne sont que risibles. On les relève pour s'en moquer. Puis, on les oublie....

G. DUCHESNE.

L'INSPECTION DES ÉCOLES DANS LES DÉPARTEMENTS RURAUX

Dr Ch. BOBRIE, La Rochelle.

La question de l'inspection médicale des écoles a fait déjà couler beaucoup d'encre ; avant de la discuter à mon tour, je crois devoir poser un principe sur lequel tout le monde sera d'accord ; c'est que, quel que soit le projet auquel on s'arrêtera, il est inutile de prévoir des sanctions pour l'imposer comme une obligation légale. L'expérience de l'obligation scolaire nous apprend qu'elles seraient sans effet et qu'il ne faut compter qu'avec la bonne volonté des familles. Mais j'ai la conviction que, contrairement à ce qu'a avancé l'administration, le nombre de celles qui ont le souci de la santé de leurs enfants et qui accepteront volontiers ce nouvel organisme scolaire sera beaucoup plus grand qu'on ne pense, si l'on sait se borner à un projet simple et pratique.

Ceci dit, quelle est, sur cette question, la manière de voir du corps médical et quelle est celle de l'administration ?

Le corps médical reconnaît volontiers, qu'en regard de l'obligation scolaire, il doit y avoir une surveillance de la santé de l'enfant et une évaluation de ses aptitudes qui lui permette de retirer de sa fréquentation de l'école le maximum de profit, mais il prétend que les investigations

médicales à faire sur cet enfant, réservées au seul médecin de famille, ne doivent pas sortir de ces limites scolaires.

L'administration voit beaucoup plus grand : le médecin inspecteur qu'elle conçoit n'aura sans doute pas qualité pour donner aucun soin, mais après avoir pris connaissance de l'état de l'enfant par une visite individuelle, il fera savoir aux familles par l'instituteur ou par l'infirmière-visiteuse qu'il y a intérêt à conduire l'enfant soit au médecin, soit au dispensaire, au chirurgien ou au spécialiste. « Ce rôle, qui semble mo-« deste, est essentiel, dit-elle, parce que c'est « grâce au médecin scolaire qu'il sera possible « de faire l'éducation des familles et d'assurer « aux générations futures une jeunesse plus saine « et à notre race un renouveau de force et de « vigueur...... » « Je n'ignore point, poursuit « l'administration, que c'est étendre le rôle de « l'Etat et empiéter sur celui de la famille, mais « il faut tenir compte de la négligence coupable « des parents, de leur ignorance, de leurs res-« sources souvent modestes. » Et dans ses instructions, le Ministre précise que ce service ne doit pas être examiné de façon à aboutir à des « initiatives éphémères ou à une organisation de façade. »

Dans la critique que je vais faire de la conception administrative, je laisserai volontairement de côté le point, qui pourtant n'est pas négligeable, de savoir s'il appartient à l'Etat de se substituer au médecin de famille dans le rôle d'éducateur d'hygiène. Je ne chercherai pas non plus à savoir si le principe du libre choix du médecin n'est pas violé par l'obligation imposée aux familles de soumettre leurs enfants aux visites du médecin-inspecteur, le principe du libre choix ne s'appliquant pas seulement au choix du médecin qui aura à prescrire des remèdes, mais surtout au libre choix de celui devant lequel nous pourrons avoir à étaler les tares et les infirmités de nos enfants. Je ne retiendrai même pas les fréquentes occasions de conflit auxquelles donneront lieu les divergences de diagnostic entre le médecin de famille et le médecin-inspecteur de l'école. Je me bornerai à signaler ce qui apparaît comme matériellement impossible dans le projet administratif : à savoir, l'obligation pour le médecin-inspecteur de faire chaque année deux visites à chacun des mille écoliers de sa circonscription, car il est expressément dit dans le projet que la visite doit être individuelle. Or, une visite individuelle, faite sérieusement, ne peut pas demander moins de dix minutes, y compris le déshabillage et le temps nécessaire à remplir la fiche. Dans ces conditions, chacune des deux visites annuelles exigerait, à quatre heures d'examen par jour, un minimum de deux mois. Quelle rémunération faudra-t-il envisager pour le médecin-inspecteur si on lui impose un pareil travail, et, si on ne le lui impose pas, ne retombe-t-on pas fatalement dans l'organisation de façade dont le Ministre s'est si catégoriquement défendu ?

Pour toutes ces raisons, qui montrent que le projet administratif est pratiquement inapplicable, nous inspirant de l'expérience d'autres lois scolaires qui a démontré l'inanité des sanctions de pure forme, nous proposerons une formule sans doute incomplète, mais qui aura du moins l'avantage de faire faire un premier pas à la question, en respectant à la fois les intérêts de l'Etat, la liberté des familles et l'indépendance du corps médical.

Pour nous, le collaborateur tout indiqué du médecin de famille est l'instituteur qui peut et doit être en même temps l'instructeur et l'éducateur de l'écolier si on lui en donne le moyen, en évitant le surpeuplement des classes. Entre le médecin et l'instituteur pourra s'interposer, dans les centres plus importants, comportant un minimum de mille enfants, un médecin-inspecteur des écoles qui, en même temps qu'il veillera à l'hygiène générale, aura un regard sur les fiches et sur l'interprétation qu'il conviendra d'en faire à l'instituteur, mais les visites que fera à l'école ce médecin-fonctionnaire seront trop rares pour qu'il puisse exercer sur les enfants une surveillance efficace. Et, d'ailleurs, dans des départements ruraux comme le nôtre, il n'y aura, le plus souvent, aucun intermédiaire entre l'instituteur et le médecin de famille. Si l'instituteur n'a pas une classe surpeuplée, il pourra s'occuper de ses élèves comme le ferait un père de ses enfants : il s'assurera, par une inspection rapide, de la propreté corporelle de chacun d'eux et, au moyen de lavabos qui ne doivent jamais manquer dans une école, il leur fera prendre, quand il y aura lieu, les mesures nécessaires. A des époques déterminées, il fera pour chaque écolier la mensuration de la taille et de la circonférence de poitrine ainsi que la pesée et en inscrira les résultats sur un graphique ; il s'intéressera à leurs jeux, inspectera les cantines scolaires, et communiquera, le cas échéant, aux parents son impression sur l'état de santé de leur enfant.

Nous reconnaissons volontiers que c'est étendre beaucoup le rôle actuel de l'instituteur, mais nous estimons que celui-ci doit être à la fois instructeur et éducateur, et que c'est là la base qu'il faut donner à l'inspection des écoles si l'on veut aboutir à un résultat pratique. C'est par ce moyen, et par ce moyen seul, que le maître prendra sur l'écolier et sur sa famille l'autorité morale nécessaire pour faire accepter les mesures envisagées et l'expérience du passé est là pour nous apprendre que, quel que soit le projet adopté, aussi bien le projet administratif que celui beaucoup plus simple que nous envisa-

geons, sa réussite dépendra entièrement et exclusivement de la bonne volonté des familles et de la confiance qu'on aura su leur inspirer.

Voici les grandes lignes du projet que nous présentons :

1° Un enfant qui entre à l'école pour la première fois devra présenter, détachée de son carnet de santé, une fiche établie par le médecin de famille avec tous les renseignements nécessaires à son état d'écolier (vue, ouïe, déviations rachidiennes, etc.). Cette première visite est une sorte de visite d'*incorporation* qui pourra n'être suivie d'aucune autre si l'état de l'enfant ne le nécessite pas.

Elle est à la charge de la famille, ainsi que toutes celles dont pourrait avoir besoin l'écolier par la suite.

2° Chaque trimestre, le poids, la taille et la circonférence thoracique seront relevés par l'instituteur et portés sur le graphique de chaque enfant.

3° Si la courbe ainsi formée s'accuse au-dessous de la normale, la famille sera avisée que l'état de l'enfant paraît nécessiter un examen du médecin : elle pourra l'être encore quand l'instituteur constatera chez un de ses élèves des troubles pouvant faire penser à l'imminence d'une maladie, tels que : l'indifférence dans son travail et dans ses jeux ou tout autre signe qui aura retenu l'attention du maître.

Le défaut de ce projet est que les indifférents ne tiendront aucun compte des avis qui leur seront donnés. Mais, puisqu'il est établi que ce n'est ni par des réprimandes ni par des sanctions qu'on pourra faire appliquer la loi projetée, l'Etat aura fait son devoir en donnant un avis, et la famille prévenue restera responsable de ce qui pourra arriver par la suite. J'estime que cette responsabilité, qui constitue pour la famille un devoir en même temps qu'un privilège, ne peut pas lui être enlevée sans porter atteinte à sa dignité et à sa légitime autorité. Serait-il d'ailleurs logique de voir l'Etat se substituer à la famille pour la direction de l'hygiène de l'enfant pendant la période scolaire, alors qu'il lui fait confiance pour la direction de cette hygiène pendant la première enfance et après la sortie de l'école !

L'objection, la plus sérieuse en apparence, qui pourra nous être opposée, est la question financière. L'administration, reprenant une vieille formule qui a déjà trop servi, au grand dommage de nos budgets passés et présents, ne manquera pas de nous dire qu'il ne peut pas y avoir obligation sans gratuité, que si l'on impose aux familles une visite semestrielle ou même annuelle des enfants fréquentant les écoles primaires, il faudra que l'Etat en fasse les frais, et qu'au prix actuel des visites médicales, il serait absolument impossible de demander au Conseil général un pareil effort. Il nous semble qu'il y a là un principe faux et que l'équation : obligation = gratuité, devrait être complétée ainsi : « Quand l'obligation devient une gêne pour celui à qui elle est imposée », et il est regrettable, pour les finances de notre pays, que ce principe ainsi modifié n'ait pas été appliqué dès le début de l'obligation scolaire.

Ce principe, d'ailleurs, n'est pas immuable. L'Etat impose aux familles l'obligation de fournir un certificat de vaccine quand l'enfant entre à l'école pour la première fois et il ne prend pas à sa charge les frais de ce certificat : il exige des candidats aux différentes écoles une série de pièces qui ne sont pas gratuites. La désinfection des locaux, après maladie contagieuse, est obligatoire et n'est pas gratuite. Sans doute la commune en fait d'ordinaire totalement ou partiellement les frais quand les ressources de l'intéressé lui paraissent insuffisantes, mais il en sera de même dans notre projet. Les familles inscrites à l'assistance médicale gratuite ou à une mutualité se trouveront, de ce fait, exonérées du prix de ces visites, et dans la loi de demain sur les assurances sociales, qui englobera sans doute 70 % de la population, les frais en seront supportés par les caisses. Cette objection ne saurait donc être retenue contre le projet que nous présentons.

Dans notre projet, l'emploi d'infirmière visiteuse n'a pas été envisagé parce qu'il n'a pas la moindre justification si l'on se borne à faire de l'Inspection des écoles ce qu'elle doit être : l'inspection des enfants en tant qu'écoliers.

Par contre, le projet administratif lui réserve une place de tout premier plan : mais alors, comme elle ne peut agir qu'à titre d'assistante et d'exécutrice des prescriptions du médecin-inspecteur, il faudrait que les visites de celui-ci fussent très fréquentes et l'administration n'a prévu pour lui que deux visites annuelles, en sorte qu'entre ces deux visites annuelles, la direction médicale et hygiénique de l'Ecole serait détenue par l'infirmière visiteuse !

En dehors de son incompétence pour remplir un tel rôle, ce serait une occasion constante de conflits avec l'Instituteur qui, par définition, est initié à l'hygiène qui lui a été enseignée à l'Ecole normale, et qui n'accepterait sans doute pas sans les discuter les directives de l'infirmière-visiteuse.

D'autre part, le rôle prévu pour elle d'aller éduquer les familles sur leurs devoirs d'hygiène est à écarter parce qu'il dépasse le cadre de l'inspection des écoles. L'enfant malade ou contagieux est renvoyé à sa famille qui, de ce moment, fait le nécessaire sous la direction de son médecin. — Le corps médical ne peut accepter d'être suspecté par cette organisation d'être incapable de remplir son rôle normal et il ne peut permettre qu'on essaye d'enlever aux familles pour la remettre à l'école la tutelle de l'enfant malade.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Escroqueries. Complicité du médecin. Accident simulé. Plaie artificielle.

COUR D'APPEL DE RENNES (Ch. correct.)

30 juin 1924.

En ce qui concerne le docteur C.

Considérant que le docteur C., qui a exposé devant le tribunal civil de Brest que l'amnistie déclarée applicable aux inculpés B..., M..., P..., L... et L..., avait eu pour effet, en anéantissant l'action principale, de rendre impossible l'action publique à l'égard du complice, ne paraît pas maintenir ses conclusions devant la Cour ;

Qu'il y a lieu, néanmoins, à toutes fins utiles, de confirmer sur ce point, en adoptant les motifs exposés au jugement, la décision des premiers juges ;

Au fond :

Considérant qu'il résulte des déclarations du docteur R..., médecin expert près le tribunal correctionnel de Brest, entendu comme témoin à l'audience de la Cour, qui a contre-visité à la demande de la compagnie « La P. » de nombreux accidents du travail et notamment tous les inculpés qui ont fait l'objet de l'information actuellement soumise à la Cour, qu'à Brest des accidents du travail se sont produits à différentes époques en nombre surprenant ;

Qu'il a constaté maintes fois que des blessures légères, appelées à guérir en quelques jours à raison de leur nature, avaient exigé pour leur guérison un temps interminable ;

Que des blessures, qui fort souvent ne correspondaient pas au genre de travail des accidentés et étaient suspectes de ce fait, revêtaient, suivant les époques, les mêmes apparences quant à leur origine ;

Qu'à telle époque elles étaient dues à des coups de charbon, à telle autre à des coups de rasoir, à telle autre même à des caustiques ;

Que ces causes variaient dès que l'attention des médecins contre-visiteurs était attirée sur le caractère suspect de ces blessures ;

Qu'enfin ces accidents du travail artificiels diminuaient dès que les Compagnies d'assurances recouraient aux contre-visites ;

Que le caractère suspect, artificiel, d'un grand nombre de ces blessures ne pouvait échapper, à raison des circonstances qui viennent d'être rappelées, à l'attention des médecins appelés à délivrer les certificats exigés par la loi du 9 avril 1898 et spécialement à celle de ceux auxquels les accidentés s'adressaient de préférence ;

Qu'à cet égard le docteur C., délivrait de nombreux certificats :

Considérant qu'il résulte de la déposition du docteur G..., que les blessures qui ont fait l'objet de son rapport avaient toutes un caractère artificiel ou simulé « qu'elles se ressemblaient comme des sœurs », et ne provenaient pas d'accidents du travail ;

Que les médecins traitants, qui peuvent commettre une erreur à l'examen d'une blessure, ne doivent plus la commettre « à raison de l'air de famille de ces lésions, lors de l'examen d'une cinquième plaie ou d'une sixième » ;

Considérant que le docteur L..., qui a examiné comme expert quelques inculpés a fait connaître dans une déposition au cours de l'information que plusieurs blessures semblaient avoir été faites avec un instrument tranchant, tel un rasoir, et se ressemblaient étrangement ;

Considérant que les observations de M. le professeur B..., qui n'a pas examiné les inculpés et n'a pu exprimer qu'un avis théorique dans le mémoire qu'il a remis au docteur C. ont été contredites par les docteurs R..., et G..., qui ont maintenu leurs affirmations ;

Que M. le professeur Bodin a dû admettre, en présence des explications de ces deux contradicteurs, que ses observations avaient été peut-être trop absolues ;

Considérant que les opinions émises par les auteurs et professeurs produites par la défense ne constituent qu'un avis ;

Que la Cour, en présence des déclarations si affirmatives des docteurs R... et G..., ne peut les retenir ;

Considérant que le docteur C. déclare que le médecin traitant n'a pas à se préoccuper de l'origine de la blessure de l'accidenté et qu'il appartient au patron de faire contrôler les indications du certificat par des médecins contre-visiteurs ;

Que la Cour se refuse à admettre ce moyen de défense ;

Considérant que le médecin traitant, dont l'attention est appelée sur le caractère suspect, artificiel ou simulé de la blessure qui lui est soumise, n'ignore pas que le certificat qu'il est appelé à délivrer servira à l'accidenté malhonnête pour réclamer des demi-salaires ou des rentes ;

Qu'en délivrant en connaissance de cause le certificat demandé, le médecin peut se rendre complice d'un acte malhonnête et dolosif ;

Qu'il lui appartient en conséquence de refuser le certificat sollicité ;

Considérant qu'en consentant à délivrer :

1° A B., le certificat du 19 janvier 1921, où il constate que le blessé porte à la main gauche des plaies profondes ;

2° A G., le certificat du 18 janvier 1921, où il cons-

tate que celui-ci porte une plaie de la face externe de la jambe droite ;

3° A Le B., le certificat du 12 novembre 1920, où il constate que celui-ci porte une plaie assez forte à la face dorsale de la main gauche ;

4° A P., le certificat du 27 août 1920, où il constate que celui-ci porte au genou gauche une plaie (qui n'a pas laissé de trace) ;

5° A L., le certificat du 28 octobre 1920, où il constate que celui-ci porte une plaie anfractueuse avec perte de substance à la face dorsale de la main droite;

6° A L., le certificat du 9 novembre 1920, où il constate que celui-ci porte une plaie profonde de la main gauche.

Tous certificats destinés à être produits par les intéressés pour obtenir des demi-salaires alors que les blessures constatées étaient manifestement artificielles, dues à des coups de rasoir ou à des instruments tranchants, à des caustiques, et ne pouvaient être attribuées à des accidents du travail, le docteur C. qui a une grande expérience des blessures causées par des accidents et ne s'est pas mépris sur l'origine frauduleuse des blessures constatées, s'est sciemment fait le complice par aide et assistance des six inculpés ci-dessus énumérés ;

Considérant qu'il y a lieu de tenir compte, pour l'application de la peine, de la gravité des actes accomplis par C. et de la situation qu'il occupe ;

Qu'il y a lieu de tenir compte également de la mesure grave qui a déjà été prise à son encontre au cours de la guerre, alors qu'étant aide-major de deuxième classe, il a été cassé de son grade et remis simple soldat, mesure qu'il reconnaît et dont il n'a pas fait connaître la cause ;

Considérant qu'à raison de la gravité et de la nature des actes accomplis par C., il y a lieu de lui faire application, en sus des peines prévues par le Code pénal, de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Considérant que les faits relevés par l'ordonnance du juge d'instruction à la charge de J. et M. n'étant pas retenus par la Cour comme suffisamment établis, il y a lieu de relaxer C. complice pour ces mêmes faits;

Considérant, en ce qui concerne les escroqueries commises par B., que la participation de C. comme complice du fait retenu n'apparaît pas comme suffisamment établie ;

Qu'il y a lieu de le renvoyer des fins de la poursuite.

Sur les conclusions de la partie civile.

....

....

Considérant que les actes retenus par la Cour à la charge de Le B., G., P., et C. ont causé à la Compagnie d'assurances « La P. » qui a été appelée à payer aux lieu et place des entreprises Le B. et C., des demi-salaires et frais divers, un dommage dont il lui est dû réparation ;

Qu'il y a lieu de lui allouer les sommes payées pour ces trois affaires en frais taxés et déboursés et celles versées à titre de demi-salaire aux inculpés G. et P., et une somme qui sera ci-après déterminée à raison du préjudice subi ;

Qu'il y a lieu de faire droit aux conclusions de « La P. » et de condamner en conséquence conjointement et solidairement les inculpés ci-dessus nommés à lui payer les sommes qui vont être allouées ;

Dit toutefois que l'accord entre les inculpés d'une part et C. d'autre part n'ayant pas été établi et le présent arrêt ne le disant pas, la solidarité ne peut être prononcée qu'entre C. et chacun des trois inculpés pris séparément ; que la solidarité générale ne peut-être reconnue.

En ce qui concerne les actes retenus à la charge de C. comme complice de L., P. et L.

Considérant que ces actes ayant causé à la Compagnie un dommage, il y a lieu en conséquence de condamner C., à rembourser à la Compagnie « La P. » les sommes qui lui ont été versées ;

....

....

PAR CES MOTIFS,

Confirme le jugement du tribunal correctionnel de Brest en date du 1er février 1924 en ce qu'il a rejeté les conclusions de C. tendant à faire dire que l'action publique était éteinte à son égard, en raison de l'amnistie.

Confirme, pour les motifs du présent arrêt, le dit jugement en ce qu'il a acquitté les inculpés J., M. et C. pour les faits J., M. et B.

Et réformant le jugement pour le surplus.

Vu les articles 452, 64, 183 et 55 du Code pénal, 194 du Code d'instruction criminelle, 9 de la loi du 22 juillet 1867 et l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 lus à l'audience par Monsieur le président,

Condamne P., Le B. et G chacun à la peine de 6 mois d'emprisonnement et C., pour les faits retenus, à la peine de six mois d'emprisonnement et à un an de suspension à partir de l'expiration de l'exécution de la peine.

....

Condamne Le B., P. et C. à rembourser les sommes à eux versées en raison des faits retenus à leur charge et les frais de première instance taxés et les honoraires des médecins.

Condamne en outre P. à payer à titre de dommages-intérêts la somme de 100 francs, G., la somme de 100 francs, le B. la somme de 100 francs, C., la somme de 100 francs.

Les condamne conjointement et solidairement dans la même mesure qui vient d'être précisée au paiement des dommages-intérêts, au remboursement des sommes payées à tous les condamnés, aux frais taxés de première instance et aux déboursés ci-dessus désignés.

Les condamne au même titre aux dépens d'appel dans lesquels seront compris les frais de Me K..., avoué, dont le ministère a été nécessaire à la cause.

Déboute la partie civile du surplus de ses demandes, fins et conclusions.

Commentaires

L'arrêt ci-dessus est soumis à la Cour de Cassation. Aussi nous garderons-nous de discuter le point de fait, pour n'envisager que le côté médico-juridique.

Aujourd'hui, la médecine des accidents du travail et celle des réformés de guerre, demain celle des assurances sociales mettent le médecin dans une situation toute particulière.

Jadis, placé en face de son seul malade, le docteur n'avait affaire qu'à celui-ci, tant pour la nature et la durée des soins, que pour la note d'honoraires à payer.

Aujourd'hui, un tiers s'est interposé entre eux deux, tiers qui, parce qu'il supporte les charges pécuniaires du traitement, a le droit de regard, le devoir de contrôler.

En effet, c'est ce tiers payant qui subira les conséquences, soit d'une collusion entre malade et médecin, soit d'une tromperie du client, qui simule, ou entretient son affection, soit d'une altération du sens déontologique du docteur, qui marque quelques visites de plus, ou des opérations qu'il n'a pas pratiquées, etc.

Ce droit au contrôle a été reconnu par les lois sur les accidents du travail, comme par celle sur les pensionnés et réformés de guerre, voire même par celle sur l'assistance médicale gratuite.

Mais ce contrôle doit rester dans ses justes limites et ce n'est pas parce que, malheureusement, quelques rares médecins ont, par des procédés scandaleux, jeté la suspicion sur le fonctionnement des services sociaux, qu'il faut englober tout le corps médical dans la même réprobation.

Dans le cas particulier qui nous occupe, laissant de côté la personnalité du Dr C., car il nous faudrait avoir sous les yeux toutes les pièces du dossier, nous tenons simplement à faire les réflexions suivantes, parce qu'elles concernent tous les confrères, qui, peu ou prou, s'occupent de médecine collective.

Un blessé du travail se présente, dans le cabinet du médecin, porteur d'un bulletin à lui remis par son patron, déclarant que l'ouvrier prétend avoir été victime d'un accident du travail.

Le docteur a donc entre les mains un accréditif, qui, au point de vue juridique pur, n'a pas grande valeur, mais qui n'en constitue pas moins une présomption morale, pour que les dires du blessé soient accueillis comme vrais lorsqu'il prétend que son traumatisme est bien le fait de son travail.

Par conséquent, en vertu de la jurisprudence de la Cour de cassation, qui reconnaît, comme bénéficiant de la législation de 1898, toute lésion survenue pendant et à l'occasion du travail, le rôle du médecin traitant ne consistera qu'en la certification de l'existence matérielle de la blessure, de ses caractères ; il doit en faire la description et en indiquer le pronostic.

Par suite, dans les cas douteux, c'est au chef d'entreprise, s'il veut contester l'origine de la blessure, de vérifier les dires du blessé, ainsi que les déclarations des témoins de l'accident ; c'est au patron de défendre ses propres intérêts pécuniaires, par tous les moyens que la loi met à sa disposition.

Choisi par la victime, le médecin doit-il se préoccuper de l'origine de la blessure ? Doit-il, à son tour, par un interrogatoire serré, vérifier non seulement les déclarations du blessé, mais encore la valeur du bulletin d'avis d'accident, que le blessé lui a remis de la part de son patron ?

Peut-on, en particulier, reprocher au docteur de ne pas avoir recherché quelles étaient les causes véritables du traumatisme ? Peut-on lui faire grief de ne pas s'être aperçu qu'il s'agissait d'une plaie artificielle ?

Par conséquent, peut-il être accusé ou d'avoir rédigé son certificat initial avec légèreté et négligence, ou de s'être fait le complice conscient de l'ouvrier, qui essaye de frauder, en simulant un accident du travail ?

Tout d'abord, que faut-il entendre par « plaie artificielle » ?

J'ai déjà eu l'occasion de critiquer des rapports de médecins experts, rapports qui m'ont souvent beaucoup donné à réfléchir. J'ai lu, dans ces mémoires, destinés à éclairer la justice, que le docteur de l'ouvrier était coupable de ne pas s'être aperçu immédiatement que la plaie contestée avait été artificiellement provoquée par le blessé lui-même.

Vraiment ! Pour ma part, je me déclare absolument incapable d'avoir une prescience pareille à celle de ces experts, si l'ouvrier ne m'aide pas par ses confidences.

Est-ce l'aspect extérieur qui fera porter le diagnostic de la fraude ? Il est bien difficile, sinon impossible, de différencier, par son apparence externe, une plaie accidentelle d'une plaie volontairement provoquée.

Tout d'abord, lors de la première visite, la lésion se présente à l'examen souillée, siégeant la plupart du temps sur une peau plus ou moins sale, malpropre, brunie par le soleil, ou altérée par le travail.

Pourra-t-on également s'appuyer sur les caractères physiques ? Les médecins experts précités font grief au médecin traitant de ne pas avoir remarqué que toute plaie artificielle a des rebords nets, précis. Pour un peu, uniquement en regardant les contours de la plaie, ils décriraient la forme du rasoir, ou du couteau, avec lequel l'ouvrier s'est volontairement blessé.

Cependant, les auteurs, comme ma pratique personnelle, m'ont appris que des plaies, qualifiées de contuses, parce que provoquées par instrument contondant ou par contusion, ont des rebords tellement nets et réguliers qu'on pourrait les croire dues à un instrument tranchant.

Il faut dire que les médecins experts ou contrôleurs auxquels je fais allusion sont chargés de la mission constante, de la part de compagnies d'assurances, ou des grandes entreprises, dont ils peuvent être les employés médicaux, de dépister toutes les tromperies. Ils arrivent à leurs conclusions, parce que sur un certain nombre de blessures contemporaines, qu'ils ont à contrôler simultanément, ou à peu de distance, ils sont frappés par l'abondance des mêmes plaies, ayant même aspect, parfois les mêmes sièges, lorsqu'il s'agit de quelques ouvriers de la même entreprise.

Ces blessures, qui revêtent des caractères semblables, ne correspondent pas au genre de travail des blesssés. Elles ont « un air de famille », et surtout sont interminables à guérir.

Mais, reprenant la situation juridique du médecin traitant, celui-ci doit-il rechercher l'origine de la blessure et s'assurer, par son interrogatoire, que la lésion est bien le fait d'un travail normal, ou qu'en tout cas, elle n'est pas le résultat d'une intention frauduleuse de la part du blessé ?

On nous dira que le certificat initial présente une très grosse importance, au regard des intérêts du patron : c'est cette pièce qui décide de l'applicabilité de la loi sur les accidents du travail.

Nullement ! Que de fois, malgré son certificat initial, invoquant la loi de 1898, malgré l'avis d'accident délivré par le chef d'entreprise, le médecin ne se voit-il pas ultérieurement opposer un refus, à sa demande d'honoraires, parce que le patron, ou l'assurance de celui-ci n'a pas reconnu l'accident, comme devant bénéficier des dispositions légales. Ce n'est donc pas le certificat médical initial, qui déclanchera l'applicabilité de la loi de 1898 : ce sont les dires de l'ouvrier, les attestations de ses camarades, qui ont été témoins du traumatisme, et surtout la déclaration faite à la mairie, soit par le chef d'entreprise, ou ses préposés (article 11, § 1), soit par la victime elle-même, ou ses représentants (§ 4).

Le maire en dresse procès-verbal et en délivre récépissé. Aux termes du paragraphe 2, la déclaration et le procès-verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les nom, qualité et adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Ce n'est que plus tard, si la victime n'a pas repris son travail dans les quatre jours, qu'intervient le certificat du médecin (§ 3). Cette pièce n'est donc fournie qu'à titre indicatif de la gravité de la blessure ; mais ce n'est pas elle qui fait ou non la preuve que le traumatisme, invoqué par l'ouvrier, est bien le résultat d'un accident du travail.

Lisant les textes législatifs *stricto sensu*, on peut dire que l'élément important, dans une déclaration **d'accident** du travail, réside dans les déclarations du chef d'entreprise, de la victime et des témoins de l'accident.

Le rôle du médecin ne consiste qu'à décrire la lésion, ses caractéristiques et ses suites probables. Ce certificat médical initial ne diffère des attestations de droit commun qu'uniquement en ce fait qu'il est délivré sur papier libre (loi de 1898) et non sur papier timbré. Mais, dans l'un et l'autre cas, la description de la matérialité de la blessure doit être la même.

Aussi considérons-nous personnellement comme une erreur d'interprétation des textes législatifs et règlementaires, le fait d'affirmer, comme l'ont indiqué dans leur livre MM. Forgue et Jeanbrau, que le certificat initial constitue une véritable expertise : c'est méconnaître le véritable rôle du médecin traitant.

Deux intérêts se trouvent en présence : celui de la victime de l'accident, celui du responsable, le chef d'entreprise.

Le législateur a voulu que le blessé puisse choisir librement son médecin et son pharmacien, parce que le facteur-confiance joue un très grand rôle pour la guérison.

Mais les intérêts du chef d'entreprise sont sauvegardés par les dispositions du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 : c'est la possibilité, pour le patron, de se faire renseigner hebdomadairement par le médecin, qu'il choisit lui-même, médecin contrôleur, dont la mission est de constater tout ce qui paraît anormal, non seulement dans la conduite du traitement institué, mais aussi sur l'origine, ou la marche de l'affection.

A ce praticien de signaler à son mandant les caractères suspects que présente la blessure, quant à son origine. Le chef d'entreprise, dûment averti, se livrera à une nouvelle enquête, dans son chantier, usine, ou magasin, pour vérifier l'exactitude des déclarations diverses, qu'il a reçues, de suite après l'accident, tant de la victime que des témoins.

Quant au médecin traitant, quelle est sa situation juridique ?

Ou bien il ne s'est pas aperçu, ni douté que la plaie pouvait être l'œuvre du blessé lui-même : il s'est borné à rédiger un certificat descriptif, sans interprétation quelconque. Il ne peut pas s'être rendu coupable de négligence, s'il a fait une description exacte de ce qu'il a constaté.

Au médecin contrôleur d'enquêter, s'il a des doutes.

Ou bien le médecin traitant a, d'emblée, une suspicion sur l'origine de la blessure et, par son interrogatoire, obtient les aveux de son client. Doit-il dénoncer la fraude ? Non, car il est lié par le secret professionnel.

Il peut dire au blessé d'aller se faire pendre ailleurs, ou il peut lui donner des soins, contre paiement immédiat et direct, moyennant un reçu, pour que la victime se fasse rembourser à ses risques et périls. Mais j'estime personnellement que le médecin traitant n'a pas le droit de dénoncer son client. Ce praticien ne saurait être rendu responsable de ce silence, imposé par l'article 378 du Code pénal, que s'il se rendait complice, en toute connaissance de cause, des tentatives frauduleuses de son client.

C'est rappeler l'arrêt de Cassation (Ch. crim.) du 6 août 1924 (*Gaz. Trib.*, 31 oct. 1924) ; *Concours médical* 1923, 153) relaxant un médecin, parce qu'il n'avait pas connu l'usage frauduleux auquel était destiné son certificat.

Il est vrai que ces histoires malencontreuses ne surviennent souvent que dans des cliniques spécialisées pour les soins à donner aux blessés du travail. Beaucoup de sinistrés sont traités et ne sont visités que par des infirmiers, le docteur se bornant fréquemment à signer un certificat rédigé d'avance et à prescrire les soins que le personnel secondaire donnera.

Malheureusement, les employés sulbalternes de grandes collectivités, en particulier ceux de certaines compagnies d'assurances, considèrent, à l'insu de leurs chefs, les médecins qui donnent leurs soins aux blessés du travail, comme étant tous plus ou moins capables de commettre des abus.

D'où une suspicion *a priori* qui pèse sur le corps médical.

Pour ma part, essayant de considérer la sauvegarde des intérêts légitimes qui se trouvent en présence, j'estime qu'il faut prouver la mauvaise foi du docteur, avant de jeter l'anathème sur sa conduite professionnelle.

Les experts, me dira-t-on, décideront. Personnellement, tout en m'inclinant devant le zèle et la conscience de beaucoup d'experts, j'ai cependant une certaine méfiance à l'endroit de leur sagacité.

Ces confrères sont presque toujours les mêmes à être désignés, soit parce que leurs relations, dans le monde du Palais, ou de la justice de paix, les ont fait nommer médecins experts titulaires, soit parce que ces mêmes relations incitent le juge à choisir constamment le même docteur, avec lequel il a des relations d'amitié.

Nous laissons de côté les bruits que certains essayent de faire courir, disant que quelques experts doivent se montrer ménagers des deniers des puissantes firmes industrielles ou commerciales, voire également des compagnies d'assurances contre les accidents, car ils risqueraient de se voir retirer cette source d'expertises.

Parce que revêtus d'une mission, quelques experts croient être des sursavants. Ils donnent trop facilement leur opinion personnelle, tant sur le traitement qui a été suivi, ou qu'on aurait dû suivre, que sur l'aspect que présentait la plaie le jour de l'accident, alors qu'ils n'étaient pas présents pour l'examiner.

J'ai eu très fréquemment à commenter des rapports d'expertise, et j'ai été frappé de cette tendance d'esprit qu'ont des médecins très honorables, certes, mais qui sont très surpris lorsqu'on leur démontre que ce n'est pas parce qu'ils ont été chargés d'une mission d'expertise qu'ils doivent se croire supérieurs à leurs confrères, soit comme science soit comme pratique médicale.

Parce qu'il est muni du diplôme de docteur en médecine, chaque praticien a toute indépendance pour soigner ses malades, tant avec sa science et son expérience personnelles qu'avec son bon sens et son dévouement. Mais il n'existe aucun surdocteur, qui puisse prétendre substituer sa pratique et ses conceptions scientifiques à celles d'un confrère. Les grands maîtres eux-mêmes sont sujets à l'erreur, parce qu'hommes.

Quelques experts appuyent leur argumentation sur des textes, des citations de livres ; mais certains auteurs, écoutés aujourd'hui, ne le seront plus demain. Le criterium de la vérité scientifique n'existe pas en médecine.

D'un autre côté, cette habitude de faire des expertises nombreuses incite à leur insu certains experts à juger comme des magistrats. Au lieu de se borner au rôle d'auxiliaires de la justice, ces médecins se substituent au tribunal, en déclarant coupables des praticiens, parce qu'ils ont employé tel traitement plutôt que tel autre, ou parce qu'une lésion n'a pas été guérie selon une durée moyenne, etc.

Quelques-uns vont plus loin, en ne croyant comme vrai que ce qu'ils voient. C'est ainsi qu'à l'occasion d'un procès assez récent, je fus chargé, par le « Sou Médical » d'aller dans une grande ville de province, pour éclaircir une question de principe, posée par un rapport d'expertise. J'eus toutes les peines du monde à faire admettre, par un honorable médecin expert, que la plaie incriminée pouvait, le jour même de l'accident, ou le lendemain, avoir un aspect tout autre que celui qu'elle présentait dix jours après, lors de la visite du médecin contrôleur de l'assurance !

Conclusions.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les considérations suivantes :

1° Le problème de la réforme de l'expertise

médicale est toujours à l'ordre du jour (et il l'est depuis de nombreuses années) ;

2° Plus confraternels devraient être les rapports entre médecin traitant et médecin contrôleur. Je sais bien que ces missions de contre-visites sont très délicates à remplir et que ces postes sont souvent donnés à d'anciens médecins militaires, retraités ou démissionnaires de l'armée, habitués au commandement et à une certaine rudesse de soldat.

Ces docteurs ont parfois la tendance fâcheuse de considérer le médecin, dont ils visitent le blessé, moins comme un égal, un confrère, que comme un praticien susceptible, *a priori*, d'être de connivence avec le blessé, pour aider celui-ci dans une tromperie possible. Les habitudes de l'armée, qui font suspecter tout soldat de carotte, de fricotage, sont ainsi transportées dans la médecine civile, dans celle des accidents du travail en particulier.

Cependant, bien que représentant des intérêts opposés, ces deux médecins ne devraient pas se considérer comme des frères ennemis ; mais bien au contraire collaborer à la meilleure guérison possible du blessé, tout en sauvegardant le légitime intérêt de celui qui payera la note d'honoraires.

J'entrevois aussi une autre solution. Certains ouvriers sont soupçonnés d'avoir provoqué leur accident, ou de s'être volontairement blessés. D'autres sont suspects, parce que leur lésion ne guérit pas, pour le plus grand bien de leur paresse et des vacances qu'ils s'octroient aux frais de leur patron.

Pourquoi ne pas faire savoir aux chefs d'entreprise que la jurisprudence admet que, lorsqu'un ouvrier a été victime d'un accident, son incapacité de travail peut ne pas être complète. Par conséquent, si l'état de la lésion le permet, le blessé peut être employé dans la même entreprise, à un travail moins pénible, tout en continuant à recevoir les soins nécessaires à son état.

Les chefs d'entreprise (ou leurs assurances) feraient ainsi l'économie de tout ou partie du demi-salaire, cependant que l'ouvrier ne serait pas tenté de provoquer une blessure légère, ni d'entretenir son affection, au cas où la paresse serait, chez lui, supérieure au désir de gagner un plein salaire.

Il se verrait dans l'obligation de faire un autre travail, si son docteur le lui permet et lui en donne l'autorisation, car il y a des cas, dans lesquels une occupation, même peu pénible, n'est pas compatible avec la guérison rapide et normale de la blessure.

Mais, par grâce, qu'on ne vienne pas *a priori* suspecter la bonne foi d'un médecin, parce qu'un ouvrier l'a induit en erreur et a obtenu du praticien un certificat destiné à duper le chef d'entreprise. Quelque peu bousculé par sa clientèle, le docteur peut, parfois, ne pas accorder toute l'attention voulue à son diagnostic : négligence, peut-être, mais culpabilité, compérage, complicité, non !

Hic fecit cui prodest. Les docteurs, spécialisés en accidents du travail, sont suspects d'attirer, dans leurs cliniques et dispensaires, les blessés en leur donnant des ristournes en argent, ou en leur facilitant l'application de la loi de 1898.

S'ils sont pris en faute, qu'ils soient sévèrement punis. Que les assurances se préoccupent du concours que leur apporteraient les syndicats médicaux, pour réprimer ces abus, que les médecins consciencieux réprouvent.

Mais qu'on ne considère pas comme un malhonnête homme le praticien, parce qu'il a soigné un blessé du travail, lequel a été surpris en flagrant délit de fraude, ou d'escroquerie. La preuve de la complicité du docteur doit reposer sur d'autres bases que sur l'opinion d'un seul expert, car, bien qu'expert, celui-ci se trompe tout autant que ses confrères, sinon plus, s'il est un habitué des expertises, à cause de la déformation d'esprit bien connue chez l'homme par trop spécialisé dans une fonction.

L'opinion scientifique et professionnelle du syndicat médical local aurait beaucoup plus d'autorité et présenterait plus d'impartialité que celle d'un expert unique.

Je serais heureux si des médecins praticiens, des médecins experts, voire même des chefs de contentieux de compagnies d'assurances, voulaient bien me donner, sur ce point, leur manière de voir.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Coup-d'œil dans les départements (1).

(*Suite*).

Mais, en revanche, dans la Loire-Inférieure sur 40 participants, il a suffi de 2 chroniques pour peser très lourdement sur la situation. Ce sont le n° 137, malade chronique depuis près de 8 années, après avoir eu 157 jours d'arrêt au plein tarif et le n° 549, qui, pour 20 années de participation, a déjà touché 133 jours au plein tarif, et plus de 12 années de chronicité. Si j'ajoute le n° 17, le n° 800, le n° 1452 qui ont déjà touché chacun plus de 3.000 fr. pour 9 ans, 4 ans et 6 ans de sociétariat, cela représente dans ce seul coin de la France 5 grands malades sur 40.

Heureusement — pour eux et pour nous — 9 sociétaires de ce département n'ont pas encore été malades. Mais 26 autres ont déjà reçu de telles sommes d'indemnités à 10 fr. que, nous le verrons plus loin, la Loire-Inférieure est actuellement pour la M.F., un département fortement déficitaire.

La Seine n'est pas beaucoup mieux partagée.

Le n° 80, pour 30 années de sociétariat, a déjà 24 ans et demi de chronicité.

Le n° 357, pour 28 années de sociétariat, a près de 9 ans de chronicité.

Le n° 749 a 16 ans de sociétariat, avec 7 ans de chronicité.

Le n° 770 a 20 ans de sociétariat et 9 ans de chronicité.

Le n° 29 a déjà été malade plus de 450 jours.
Le n° 273, 320 jours.
Le n° 292, 375 jours.
Le n° 420, 1050 jours.
Le n° 688, 1550 jours.
Le n° 855, 250 jours.
Le n° 910, 1260 jours.
Le n° 1140, 275 jours.
Le n° 1860, 465 jours.

En revanche, 32 sociétaires de la Seine n'ont jamais encore été malades. C'est le plus gros pourcentage de bien portants que j'aie relevé jusqu'ici, et c'est grâce à lui que Paris et sa banlieue n'ont pas à la M.F. une page déficitaire comme celle de la Loire-Inférieure.

Dans l'Isère, je ne trouve qu'un seul grand chronique : c'est le n° 311 qui, pour 29 années de participation a déjà été malade pendant 330 jours à plein tarif et pendant plus de 9 ans à la chronicité.

Par contre, 10 Isérois n'ont jamais touché d'indemnité, et les 34 autres se sont partagé les 34.000 fr. qui leur ont été versés jusqu'à présent.

Dans le Nord, un seul grand chronique, le n° 837 qui, pour 22 ans de participation, a été malade pendant plus de 7 années. J'y ajouterai pourtant le n° 373, qui a participé à la caisse pendant 16 ans, et a été malade près de 6 ans.

Dix sociétaires sur 53 n'ont pas encore été malades, 8 d'entre eux sont entrés à la M.F. depuis moins de 4 ans. Donc 43 se sont partagé les 51.300 fr. qui ont été payés dans le département.

Si nous résumons comment se sont composé nos sociétaires dans ces six départements, nous obtenons le tableau suivant :

Départements	Sociétaires	Grands chroniques (1)	Autres malades	Jamais malades
Seine	104	4	68	32
Gironde	62	2	47	13
Nord	53	2	21	10
Isère	45	1	34	10
Loire-Inférieure	40	2	29	9
B.-du-Rhône	34	1	27	6

Et si nous faisons ici une comparaison entre nos aigus et nos chroniques, nous verrons :

1° Que les 221.220 fr. d'indemnités à 10 fr. par jour ont été partagés entre les 194 sociétaires ayant été malades chaque fois moins de 3 mois (car, pour simplifier, je compte dans les aigus ceux qui n'ont dépassé que de peu leurs 60 jours).

2° Que les 177.700 fr. restant ont été versés à 64 sociétaires seulement.

3° Et que sur ce chiffre de 177.700 fr., nos 12 grands chroniques ont absorbé à eux seuls la somme de 158.000 fr.

On le voit par ces simples chiffres, c'est aux malades chroniques que la M. F. rend le plus de services ; ce sont eux qui grèvent le plus lourdement son budget. Ajoutons aussi que souvent ce sont eux les plus intéressants et les plus malheureux.

Enfin, remarquons que sur 4 sociétaires, 3 ont été malades et indemnisés, donc qu'en 30 années d'exercice, chaque médecin a 3 chances sur 4 d'être malade ; que nos 338 sociétaires l'ont été 888 fois, soit environ 3 fois chacun en moyenne.

***

Jetons maintenant un coup d'œil sur la colonne des indemnités.

Il serait vain et bien inutile de chercher à

(1) Voir n° 13 bis, page 812.

(1) J'appelle grands chroniques ceux qui ont déjà touché plus de 7.000 fr.

établir ici des moyennes ; chaque sociétaire reçoit la somme à laquelle il a droit, et nul, en adhérant, ne peut ni ne doit baser son adhésion sur la chance (ou la malchance) qu'il aura de recevoir une moyenne d'indemnité de x francs. Moins il recevra, mieux cela vaudra pour lui. Ce n'est pas pour récupérer tout ou partie des cotisations qu'on doit adhérer ; mais uniquement pour trouver le secours de l'indemnité légitimement acquise, au malheureux jour de la maladie.

Je comparerai donc ici seulement les indemnités versées avec les cotisations encaissées dans chaque département.

Il est bien évident que notre Société doit faire des réserves (1) car, comme je l'ai montré plus haut, plus les sociétaires vieillissent, plus leur morbidité augmente.

Qu'on ne s'étonne donc pas de trouver dans ma dernière colonne du 1er tableau une certaine somme de « boni ».

Non seulement elle est nécessaire. Mais à ne considérer que nos 6 départements, je la trouve très faible et j'ai joué de malheur dans le choix de mes régions. Je trouverai sans doute des bonis plus sérieux ailleurs dans mon travail général.

Ici, la Loire-Inférieure est en fort mauvaise posture, avec plus de 13.000 fr. de déficit. Heureusement la Gironde la compense largement avec 18.700 fr. de boni. Cela c'est le jeu normal des Mutuelles et il se peut fort bien que dans 30 ans, mon successeur, refaisant mon travail, trouve dans la Loire-Inférieure un boni compensant un déficit Girondin.

La Seine ne laisse pas grand chose. Si beaucoup de Parisiens n'ont pas été malades, ceux qui le furent ont beaucoup touché. Il semblerait donc que les maladies sont plus longues à Paris qu'ailleurs. Nous le chercherons dans mon prochain travail.

Malgré la guerre, le Nord reste en bonne posture. L'Isère se défend, et les Bouches-du-Rhône font tout juste la balance à cause du grand nombre des maladies aiguës dans ce département. En effet, nous y avons moitié moins d'adhérents que dans la Gironde, et nous y avons presque autant de journées de maladies à 10 fr. Est-ce qu'à Marseille la morbidité médicale serait plus intense qu'à Bordeaux ?

***

Je ne veux pas abuser de l'espace que m'offre le *Concours*. J'espère que cet article un peu aride au premier abord aura pourtant intéressé plus d'un lecteur.

Dans une prochaine étude, j'aborderai le côté plus spécialement pathologique de la question.

En attendant je souhaiterais que certains sociétaires ne craignent pas de me répondre dans le Journal, soit pour éclairer certains points, soit pour insister sur d'autres et nous soumettre d'utiles suggestions.

En tous cas, vous le voyez, amis lecteurs, la Mutualité Familiale n'est pas une œuvre banale. Elle présente une sérieuse surface. Elle est digne de votre confiance ; elle vous tend les bras... N'attendez pas les années ni la maladie pour venir à elle !

H. MIGNON.

(1) Les réserves sont constituées par l'excédent des cotisations et les intérêts du portefeuille.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Légion d'honneur.** — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre distingué ami, le Dr CABANÈS. Est-il nécessaire de rappeler, aux lecteurs du *Concours médical*, l'œuvre de Cabanès, de cet inépuisable érudit, qui s'est fait une spécialité d'éclairer l'histoire aux lumières de la clinique et a réussi ainsi à modifier plus d'un jugement préconçu, et à détruire plus d'une légende ? Nous sommes persuadés qu'en apprenant la décoration du médecin-homme de lettres si connu et si apprécié, l'étonnement sera général. Comment n'était-il pas déjà depuis longtemps décoré ?

J.N.

— **Nécrologie.** — Le Dr TREILLE, de Lavaveix-les-Mines. — Nous avons le regret d'annoncer le décès du Dr Treille de Lavaveix-les-Mines (Creuse) à l'âge de 79 ans. Quelques jours avant sa mort, le Dr Treille avait présidé le syndicat dont il était le fondateur et rien ne paraissait faire présumer la fin de ce vieillard alerte dont nous avions admiré la verdeur et la bonne humeur, il y a un an, au banquet de l'Association des médecins de France. Avec le Dr Treille disparaît un vétéran du syndicalisme. Rappelons en effet que, la même année 1881, furent fondés à quelques mois d'intervalle les trois premiers syndicats médicaux français : à Montaigu en Vendée par le Dr Mignen, à Brioude (Hte-Loire) par le Dr Noir, et à Aubusson (Creuse), par le Dr Treille.

Le *Concours médical* adresse ses respectueux adieux à ce regretté confrère, un de ses premiers adhérents, membre de notre *Mutualité familiale*, du « Sou Médical » et qui compta toujours parmi ses meilleurs amis.

J.N.

— **Journées médicales Parisienne.** — Un Comité vient de se constituer sous les auspices de la *Revue médicale française*, pour organiser à la fin du mois de

septembre 1926 des *Journées médicales parisienne*, suivant l'heureuse formule qui a donné à Bruxelles de si brillants résultats.

Le Comité s'adresse aux médecins praticiens français et étrangers et se propose, grâce à la collaboration des professeurs de la Faculté de médecine, des chefs de service des hôpitaux et des chefs d'établissements d'enseignement privé, de leur donner le moyen de s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique.

Le professeur Balthazard a été désigné pour remplir les fonctions de Commissaire général et le docteur Dujarric de la Rivière celles de secrétaire général.

— **La taxe de séjour à Alger.** — Par arrêté du 20 février et sur l'avis exprimé par la Chambre Climatique, le Maire a procédé au classement par catégories des hôtels et villas de la ville d'Alger.

La taxe de séjour perçue depuis le 1er mars 1925 est la suivante :

Hôtels et appartements de luxe, 2 fr. par personne et par jour, plus 0 fr. 30 de taxe additionnelle ;

Hôtels et appartements de première catégorie, 1 fr. 30 par personne et par jour, plus 0 fr. 25 de taxe additionnelle ;

Hôtels et appartements de deuxième catégorie, 1 fr. par personne et par jour, plus 0 fr. 15 de taxe additionnelle ;

Hôtels et appartements de troisième catégorie 0 fr. 60 par personne et par jour, plus 0 fr. 10 de taxe additionnelle.

— **Hôtel-Dieu.** — Les jeudis 7, 14, 21 et 28 mai, M, G. Leven fera, à 11 h., à l'amphithéâtre Dupuytren. des leçons sur le Traitement de l'aérophagie, de l'obésité et de la maigreur.

— **Un vœu du Congrès d'hygiène sur la prophylaxie anti-tuberculeuse.** — Le Congrès d'hygiène de 1924 a émis le vœu suivant, sur la proposition de M. le Pr Mauclaire :

« Pour prévenir l'afflux dans les grandes villes des campagnards prédisposés à la tuberculose, il serait utile d'afficher le tract suivant dans toutes les mairies rurales et dans les écoles primaires :

« *Si vous êtes de faible constitution, n'allez pas habiter la ville, car vous y deviendriez rapidement tuberculeux.* »

Si ce tract bien mis en vue dans les salles de la mairie et dans les écoles primaires, était lu, même par un tiers seulement des habitants ruraux, ce serait un grand résultat pour l'hygiène préventive de la tuberculose. Les frais de cet affichage, qui serait souvent renouvelé, devraient être faits par le Ministère de l'Hygiène.

— **Hôpital Saint-Louis.** — M. Gougerot, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, fera, à la clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, les lundis à 13 h., à la consultation de la Porte, des présentations de malades (diagnostic et traitements) et à 14 h., à l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté, des conférences sur les actualités dermato-vénéréologiques avec présentation de malades, moulages et projections.

4 mai. — Notions nouvelles sur les sarcoïdes : classification et étiologie. Formes nouvelles : sarcoïdes par corps étrangers, sarcoïdes massives, etc.

11 mai. — Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses recto-génitales et bucco-linguales : formes, diagnostic et traitement. Discussion du syphilome ano-rectal.

18 mai. — Etat actuel du traitement général des tuberculoses cutanées : vaccinothérapie, chimiothérapie.

25 mai. — Diagnostic étiologique des bubons inguinaux et leur traitement.

8 juin. — Dermo-épidermites strepto-staphylococciques : formes nouvelles et traitement.

15 juin. — Nouveaux traitements des pyodermites : antiseptiques, vaccins, bactériophages.

22 juin. — Nouvelles formes des épidermo-mycoses et discussion des déphidioses, traitements actuels.

29 juin. — Les nævi : notions nouvelles, conception du nævus néoplasic bénigne pouvant évoluer, terrain hérédo-syphilitique, etc. Conséquences thérapeutiques. Les formes nouvelles de l'herpès.

6 juillet. — Lucites et états précancéreux : eroderma pigmentosum, leur traitement. Prophylaxie des cancers cutanés.

M. Gougerot fera, les mardis et vendredis, à 20 h. 45, la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine (sauf les jours fériés). Diagnostics et traitements dermato-vénéréologiques.

En septembre 1925, cours de vacances et, en novembre 1925, actualités syphiligraphiques.

— **Amphithéâtre des hôpitaux.** *Cours de technique opératoire.* — Un cours en 10 leçons sur la chirurgie d'urgence et la pratique courante de la technique opératoire sera fait à l'amphithéâtre des hôpitaux, à partir du lundi 4 mai, par M. Jean Braine, prosecteur. Les leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Droit d'inscription : 200 fr. Lieu d'inscription : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris, Ve.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Programme du cours. — I. Traitement des plaies : excision, suture primitive et secondaire, suture des tendons et des nerfs. Plaies des vaisseaux. Découverte large des vaisseaux profonds. — II. Suppurations des membres : panaris, phlegmons de la main et de l'aisselle. Phlegmons diffus. Arthrites suppurées. Traitement de l'ostéomyélite aiguë, de la gangrène gazeuse. — III. Fractures compliquées des membres : traitement conservateur, amputations, ostéosynthèse. Plaies articulaires. Les amputations dans la pratique. — IV. Fractures du crâne : trépanations, opération de Cushing. Plaies du poumon, plaies du cœur, pleurésies purulentes. — V. Traitement des hernies étranglées crurales, inguinales, ombilicales. Gangrène herniaire. Hernie par glissement. — VI. Traumatisme de l'abdomen : sutures, résections et anastomoses intestinales, splénectomie, plaies du foie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — VII. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. Traitement des péritonites aiguës : appendiculaires, par perforation des ulcères gastro-duodénaux, par cholécystite. — VIII. Les occlusions intestinales : entérostomie, fistule cæcale. Colostomie temporaire et définitive. Invagination. — IX. Infiltration d'urine, abcès de la prostate. Ruptures traumatiques de l'urètre. Cystostomie, urétrorraphie. — X. Colpotomie. Hystérectomie vaginale. Hématocèles pelviennes. Traitement des abcès, des adénomes et du cancer du sein.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Application du Tarif Breton.

I

891A. — Contention de fracture avec ou sans plâtre.

Permettez-moi, comme abonné au *Concours médical*, d'avoir recours à vos lumières.

J'ai soigné comme accidenté du travail un blessé atteint de fracture de clavicule à la partie moyenne. Trait de fracture perpendiculaire à l'os sans biseau, d'où chevauchement complet des fragments.

L'écharpe de Mayor ne permettait pas de maintenir la coaptation des fragments, le chevauchement se reproduisant immédiatement.

J'ai dû alors appliquer un appareil plâtré, de Le Dentu et le blessé a parfaitement guéri avec cal normal.

Ayant dû appliquer un appareil plâtré, j'ai cru pouvoir compter — en l'expliquant sur la note d'honoraires — par analogie avec une fracture de l'humérus : 90 fr. La compagnie l'A. me refuse ma note, n'acceptant que 37 fr. 50.

Cependant quand je soigne une fracture de la tête de l'humérus, si je ne fais pas d'appareil plâtré, je ne le compte pas.

Pensez-vous que je sois en droit de maintenir mes prétentions ?

Dr G.

Réponse.

1° La réduction et contention de la fracture de la clavicule est tarifée 50 francs (en 1re catég.) quel que soit le mode de contention employé ;

2° Une fracture de la tête humérale = fracture de l'humérus : donc tarifée 120 francs (1re catég.), également quel que soit le mode de contention employé, avec ou sans plâtre. Dès lors, votre phrase : « Si je ne fais pas d'appareil plâtré, je ne le compte pas » ne s'explique pas, par rapport au tarif, puisque vous n'avez jamais à compter *à part* un appareil plâtré, sauf en cas de « répétition » (Art. 18, *in fine*).

F. D.

II

818. — Ventouses scarifiées.

Je soumets à votre décision l'établissement d'une note d'honoraires où, en plus d'une visite, j'ai fait des ventouses scarifiées : accident du travail : traumatisme du thorax avec contusion et fortes douleurs. Sur le tarif Breton je vois que les ventouses sont comprises dans le prix de la visite, je n'ai pas vu mention de ventouses scarifiées.

Celles-ci me semblent mériter une rémunération supplémentaire au prix de la visite, soit 8 fr. D'autre part, je vois sur le tarif : saignée 30 fr. ce prix me semble excessif pour des ventouses scarifiées. Je



serais heureux d'avoir votre appréciation pour la soumettre à l'assurance. Dr L.

Réponse.

Les ventouses, qu'elles soient simples ou scarifiées (puisque l'article 16 porte seulement le mot général « ventouses », sont comprises dans le prix de la visite ou consultation. Que les scarifiées « méritent une rémunération supplémentaire », je n'ai pas à l'apprécier ici, puisque le tarif *seul* doit me dicter mes réponses. Quant à la « saignée » c'est une autre histoire qui n'a rien de commun avec celle-ci.

F.D.

Application du Tarif Maginot

835. — Spécialiste ou non ?

La commission de contrôle des soins aux mutilés de guerre de la X. refuse de me payer mes honoraires au tarif des spécialistes (je ne fais pas du tout de médecine générale).

Or, je lis dans le rapport de M. le Dr H. L., secrétaire de la Commission de la Z., communiqué à la **Fédération** des Syndicats médicaux de la Z. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 sept. 1924, p. 756. *Carnet médical français*, oct. 1924, page 482).

« *Les seules spécialités reconnues par le tarif* sont l'oculistique, l'oto-rhino-laryngologie, l'urologie, la kinésithérapie, la stomatologie, l'électro-radiologie. *Nous avons soumis au ministre des pensions le cas des médecins* s'occupant exclusivement de « *dermatologie* » et de « *neurologie* » et *nous avons eu la satisfaction de recevoir l'autorisation d'établir les mémoires de ces médecins au tarif des spécialistes.* »

Y a-t-il deux poids et deux mesures ? Pourquoi MM. les habitants de la Z. sont-ils plus favorisés que les autres ? Que se passe-t-il dans la Seine ? et les autres départements ?

Ne suis-je pas fondé à adresser une réclamation et à qui dois-je l'adresser ? Dr N.

Réponse.

1° Je ne comprends pas la communication du secrétaire de la Commission de contrôle. Le ministère n'a aucune « autorisation » à accorder en la matière et il ne l'a certes pas donnée sous la forme indiquée.

2° Il n'y a pas « deux poids et deux mesures », le tarif étant commun à toute la France.

3° La *seule* façon de fixer la jurisprudence sur ce point est, pour vous, de faire appel de la décision de votre commission départementale (dans les deux mois de la notification) devant la Commission supérieure.

Adressez cet appel à M. le Président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris. F. D.

JURISPRUDENCE

PENSIONS ET TRAITEMENTS. — PENSIONS MILITAIRES. — LOI DU 31 MARS 1919. — INTOXICATION PAR LES GAZ. — DÉCÈS PAR TUBERCULOSE. — PREUVE D'UNE BLESSURE DUE AU SERVICE. — ABSENCE DE PRÉDISPOSITION AVANT L'INTOXICATION. — TUBERCULOSE ÉVEILLÉE DEUX ANS APRÈS. — RÉCLAMATION (ABSENCE DE). — REJET DE LA DEMANDE.

TRIBUNAL DES PENSIONS DE LA SEINE (3e sect.).

9 janvier 1925.

Gaz. Pal., 1er avril 1925.

Ne fait point la preuve que la tuberculose dont son mari était atteint et dont il est mort, a eu pour cause l'intoxication par les gaz, subie par le fait du service, la veuve d'un militaire qui ne rapporte pas la preuve de l'existence d'une prédisposition à la tuberculose avant l'époque de l'intoxication.

En tous cas, cette hypothèse ne peut cadrer avec l'explosion d'une tuberculose, ainsi éveillée seulement deux ans après, alors surtout qu'entre l'époque de l'intoxication et l'apparition des premiers symptômes de la tuberculose, le militaire n'a, à aucun moment, appelé l'attention sur les désordres de son appareil respiratoire.

Le Tribunal,

Attendu que la dame veuve C., agissant comme ayant des droits dans la communauté ayant existé entre elle et son défunt mari et aussi à raison des avantages conférés à l'époux survivant par l'art. 676 C. civ., a formé un recours régulier en la forme contre la décision du ministre des Pensions accordant à son mari, l'ex-soldat Marius C. du 14e régiment d'infanterie, une pension liquidée sur le taux de 10 % du 24 mars 1922 au 23 mars 1923 ;

Attendu que le ministre prétend que la Commission de réforme du 24 mars 1922 a constaté que C. présentait : 1° une cicatrice de plaie de la région temporale droite ; 2° une légère insuffisance respiratoire du poumon droit ; qu'il soutient que cette deuxième infirmité n'ayant pas été constatée dans les conditions prévues par les art. 3 et 5 de la loi du 31 mars 1919, ne peut être considérée comme ayant été contractée ou aggravée par le fait ou à l'occasion du service et qu'en conséquence elle ne peut ouvrir droit à pension au titre de ladite loi ;

Attendu que le dossier contient un certificat du sieur P., compagnon d'armes et camarade de combat de Ch., attestant qu'à plusieurs reprises ce dernier a été fortement intoxiqué par les gaz ;

Attendu que la veuve C. entend trouver dans ce document, ainsi que dans le certificat du médecin expert Logre, en date du 21 octobre 1921, la preuve que la tuberculose dont son mari était atteint et

dont il est mort a eu pour cause l'intoxication par les gaz subie par le fait du service ;

Mais attendu qu'il résulte des données les plus récentes de la science médicale, et notamment du traité de pathologie médicale et de thérapeutique comparée de Sergent, que l'action des gaz asphyxiants en matière de tuberculose, agit tout spécialement comme le ferait tout autre traumatisme des voies respiratoires chez d'anciens prédisposés à la tuberculose et peut déterminer dans ces cas une explosion plus ou moins rapide d'une tuberculose grave et mortelle ;

Attendu que, hormis ces cas, le développement d'une tuberculose, à titre de séquelle d'une intoxication par les gaz asphyxiants, est exceptionnelle et qu'en tout cas une telle évolution ne saurait se manifester après plusieurs années sans que, dans l'intervalle, et surtout au moment du traumatisme ou quelques jours après, des symptômes pulmonaires aient été observés ;

Attendu même que, selon les références scientifiques, un certain antagonisme existerait entre l'intoxication par les gaz et le développement de la tuberculose chez des sujets sains ;

Sur le premier point :

Attendu qu'aucun élément du dossier ne permet de soupçonner chez C. l'existence d'une prédisposition à la tuberculose avant l'époque où il affirme avoir subi l'atteinte des gaz et qu'en tout cas cette hypothèse ne saurait cadrer avec l'explosion d'une tuberculose ainsi éveillée seulement deux années après ;

Sur les deux autres points :

Attendu qu'entre l'époque où eut lieu l'atteinte supposée par les gaz et l'apparition des premiers symptômes de tuberculose, il s'est écoulé deux années, sans que, ni au début de ladite intoxication, ni dans l'intervalle du traumatisme et de l'explosion de la tuberculose, C. ait appelé l'attention sur les désordres de son appareil respiratoire ;

Attendu, en conséquence, qu'il n'y a point lieu de rattacher scientifiquement la tuberculose à laquelle C. a succombé à l'intoxication alléguée par les gaz ;

Par ces motifs,

Déclare la dame C. mal fondée en sa demande, l'en déboute et la condamne en tous les dépens.

Commentaires

Deux points sont à considérer, dans le jugement ci-dessus.

D'abord celui qui prétend avoir droit à une pension, pour infirmité contractée pendant la guerre, doit faire la preuve que sa maladie a eu pour cause le service militaire, soit pour son origine, soit pour son aggravation.

Il y a présomption que cette lésion morbide est bien due à l'incorporation du malade, lorsque ce dernier fait valoir ses droits, dans un délai de six mois depuis la rentrée dans ses foyers. Deux arrêts du Conseil d'Etat ont été rendus en

ce sens (18 octobre 1922 et 8 novembre 1922 ; *Gaz. Pal.* 1923, 1, table v° pensions et traitements, n° 4).

Dans le cas présent, le malade n'avait déclaré sa tuberculose qu'après deux années. Il avait donc le devoir d'établir la relation de cause à effet entre sa lésion bacillaire et l'absorption de gaz toxiques.

Or, et c'est le second point, les auteurs ne considèrent pas l'absorption de gaz toxiques comme étant une prédisposition à la tuberculose pulmonaire. Tout au plus, cette absorption peut-elle jouer le rôle d'agent traumatisant du poumon et donner un coup de fouet à une lésion bacillaire déjà existante.

Le tribunal, pour rendre sa décision, s'appuie sur le livre de Sergent, pour décider que la maladie du demandeur, survenue plus de deux ans après l'intoxication gazeuse, ne peut être attribuée à celle-ci et par suite ne peut donner lieu à l'octroi d'une pension. Il n'y a pas eu de relation de cause à effet entre les deux affections, dans ce cas particulier.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *mars*.

Taxe additionnelle de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme.

Arrêté du 19 *mars* 1925 :

Art. 1er. — La taxe additionnelle à percevoir, en sus de la taxe de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, en exécution des articles 18 et 19 de la loi du 24 septembre 1919, est fixée, pour l'année 1925, aux taux ci-après.

10 p. 100 dans les stations suivantes, où le produit net de la taxe principale n'a pas dépassé 20.000 fr. pendant l'année 1924 :

Aix-en-Provence, Allos, Annemasse, Argelès-Gazost, Audinac-les-Bains, Avon, Bains-les-Bains, Bastia, Betpouey, Barèges, Binic, Bormes, Bréhat, Briançon, Bussang, Capvern, Chaudesaigues, Condat-en-Feniers, Durtol, Eaux-Bonnes, Enghien-les-Bains, Etables, Gréoux-les-Bains, Lacaune, Le Lavandou, La Nouvelle, Lyons-la-Forêt, Marly-le-Roi, Martigny-les-Bains, Menthon-Saint-Bernard, Montlouis, Murat, Odeillo-Via, Passy, Pralognan, La Roche-Posay, Salies-du-Salat, Salins, Sallanches, So-

deuxième année d'études pour laquelle la date d'application est fixée au 1er novembre 1926.

Art. 2. — Les étudiants de deuxième année subiront à la fin de l'année scolaire 1925-1926 les épreuves du deuxième examen suivant l'ancien régime ; ils subiront, en outre, les épreuves pratiques et orales de bactériologie.

Les étudiants entrant en troisième année au 1er novembre 1925 devront à la fin de cette troisième année, outre les épreuves prévues pour le nouveau régime, subir également les épreuves orales et pratiques de bactériologie.

Les étudiants qui entreront en quatrième année au 1er novembre 1925 auront à subir, outre les épreuves du quatrième examen, nouveau régime, les épreuves pratiques et orales d'anatomie pathologique.

Art. 3. — Les candidats qui ont bénéficié de l'autorisation de faire leurs études médicales suivant le régime du décret du 31 juillet 1893 continueront à poursuivre leur scolarité et à subir les examens ou épreuves suivant ce régime.

Avis de vacance de chaires à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Les chaires de : *a*) bactériologie, parasitologie, hygiène ;

b) Anatomie chirurgicale et médecine opératoire ;

c) Médecine légale et psychiatrie,

sont déclarées vacantes à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires de ces chaires dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1913.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er septembre 1925, au plus tard.

4 *avril.*

Asiles d'aliénés.

M. le Dr Frey est nommé *médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire* (Dordogne), en remplacement de M. le Dr Perret, précédemment nommé directeur-médecin de cet établissement.

Enseignement de la médecine.

Par décrets du 26 mars 1925, la *section de médecine vétérinaire, annexée à l'Ecole de médecine de l'Afrique occidentale française*, est transformée en *école vétérinaire autonome* et une *section de pharmacie* est ouverte à l'école de médecine de l'Afrique Occidentale Française.

7 avril.

Soins gratuits aux pensionnés de guerre.

Décret du 2 avril 1925 modifiant le décret du 30 mai 1924 relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Ce décret sera publié en son entier ultérieurement.

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour l'emploi de chef de travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 6 avril 1925 :

L'ouverture du concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, fixée au 28 septembre 1925 par l'arrêté du 23 mars 1925, est reportée au lundi 26 octobre 1925.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Honoraires des médecins experts chargés de l'examen des candidats aux emplois réservés.

6827. — M. Coyrard, sénateur, demande à M. le ministre des pensions de vouloir bien faire hâter le règlement des honoraires des médecins experts chargés de l'examen médical des candidats aux emplois réservés, règlement attendu depuis longtemps par les intéressés. (*Question du 13 mars* 1925.)

Réponse. — Les instructions en vue du règlement des honoraires des médecins civils, membres des commissions médicales chargées de l'examen des candidats aux emplois réservés, ont été données par circulaire du 3 janvier 1925 aux autorités militaires et aux préfets des départements. (*J.O.*, 1er *avril* 1925.)

N.D.L.R. — Les honoraires dont il s'agit ont été fixés par l'article 1er du décret du 5 janvier 1925, ainsi conçu :

Art. 1er. — Les médecins civils désignés par

les Préfets pour examiner les candidats et postulants aux emplois réservés par les tableaux A, B, C, D, E, F et G de la loi du 30 janvier 1923 reçoivent une indemnité dont le maximum ne peut excéder 5 fr. par personne examinée et, s'il y a lieu, le remboursement des frais réels de voyage par chemin de fer.

Coût de la copie d'un rapport de médecin expert.

3444. — M. Simon Reynaud, député, demande à M. le ministre de la justice d'indiquer dans quelles conditions doit être délivrée la copie du rapport d'un médecin expert, si cette copie doit être délivrée gratuitement, et, dans le cas de la négativité, quel est le tarif appliqué en pareil cas. (*Question du* 10 *mars* 1925.)

Réponse. — La délivrance gratuite d'une copie de rapport d'expert n'est prévue par la loi, en matière civile, qu'en faveur de l'assisté judiciaire. Dans les autres cas, le greffier a droit, par chaque rôle d'expédition, à un émolument de 1 fr., par application de l'article 1er, alinéa 2, du décret du 29 décembre 1919. (*J.O.*, 1er *avril* 1925.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

La Fistule.

Un paysan de l'Angoumois,
Qui souffre depuis quelques mois
D'une fistule fort traîtresse,
Vient consulter la Doctoresse.
La dame fait poser l'habit
Du client, et puis sans répit
Graissant largement sa main fine
D'une odorante vaseline,
Introduit dans le postérieur,
Très avant, son indicateur,
Qui va, vient, gentiment farfouille,
Entre, ressort et fait chatouille
Au vieux, d'abord s'ébahissant
D'un jeu si peu divertissant :
Mais le bonhomme est bien ficelle.
Il voit l'erreur et dit : Ma belle !
Si vous voulez vous amuser,
Continuez, mais sans abuser,
Autrement laissez mon derrière,
Car ma fistule est salivaire.

Dr Blondeau,
22 mars 1925. de Mamers.

Quarante septième année N° 17 26 Avril 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 988-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 179. — Conf. dés. acquérir client. demi-repos, banl. Paris.

N° 180. — Conf. dés. acquér. client. méd. génér. Paris ou banl. immédiate. Ecr. à M. Navion, 14, rue Fontaine à Paris, qui fera suivre.

N° 181. — Paris. On dem. assoc. par moitié pour aff. para-médic. ancienne. Gr. produits, apport. 75.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 182. — Une demi-heure de Paris, seul propharm. mais. agréab., excel. aff. à céd. de suite, 22.000 fr. compt. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 183. — Pour cause de décès à céder immédiatement très bonne clientèle agréable en Seine-et-Marne, 70 km. de Paris sur grande ligne, facile à desservir. Conviendrait à jeune médecin actif.

CORRESPONDANCE

851. — Honoraires de radiothérapie pour l'A.M.G. Contrat avec un hôpital. Assurance contre les risques à l'hôpital.

Un confrère m'adresse pour traitement d'urgence par la *radiothérapie* une indigente chez laquelle l'opération d'un fibrome n'est pas possible. En S. et-L ; la radiothérapie n'est pas portée sur le tarif A.M.G., mais la question est à l'étude ; aussi, avant de commencer, ai-je demandé au Préfet d'autoriser par écrit ce traitement et de s'engager à payer une indemnité à un taux convenu, ce qu'il a fait. Or, la mairie refuse de délivrer la feuille de soins. En a-t-elle droit ? Si oui, la Préfecture sera donc tenue de me régler directement ?

Autre question : je vais être obligé de signer un contrat de louage de services avec l'hôpital qui me demande d'assurer le service de radiologie ; pourriez-vous me donner quelques conseils pour la rédaction de ce contrat ou auriez-vous un modèle ?

L'administrateur me demande quelles assurances il y a lieu d'établir : je pense qu'il y a lieu d'assurer moi-même et mon personnel contre tous les risques, et aussi les malades ; voyez-vous autre chose ?

Dr D.

Réponse.

En vertu de l'article 26 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, les honoraires des médecins sont supportés par les communes, le département et l'Etat, suivant une proportion fixée par les articles suivants de la loi.

Il en résulte que le tarif des honoraires médicaux, arrêté par le préfet après avis du conseil général, doit être considéré comme énonciatif et non comme limitatif, puisque cet article 26 parle des honoraires médicaux, sans limitation.

D'ailleurs, l'article 4 de ladite loi spécifie que le conseil général a seul qualité pour délibérer sur l'organisation du service d'assistance. Le maire d'une commune ne peut que s'incliner, ou porter le conflit devant le conseil de préfecture, s'il estime que le préfet a dépassé ses droits, en autorisant des dépenses médicales, non prévues par le tarif départemental.

Pour vous, vous avez bien agi, en demandant au préfet l'autorisation de soigner votre malade aux rayons X et de vous fixer d'avance le prix de vos séances. Vous serez payé par le département comme pour toutes les autres dépenses médicales.

Si le maire de la commune se refuse, plus tard, à rembourser le département, de la part qui lui incombe, le conseil de préfecture statuera en

premier ressort, le Conseil d'Etat, en appel ; mais vous n'avez pas à vous soucier de cette procédure : elle se passera en dehors de vous.

En ce qui concerne le contrat de louage de services avec un hôpital, reportez-vous au projet que j'ai publié dans le *Concours médical* de 1920, p. 1885. Lisez-le et donnez-moi ensuite vos suggestions pour le cas particulier qui vous occupe : je pourrai ainsi essayer de vous rendre service.

Quant à l'assurance, elle est de deux sortes : une pour vous et votre personnel, en cas d'accident ; l'autre en ce qui concerne les malades, pour lésions ou accidents consécutifs à un traitement.

Or, les assurances à des compagnies privées coûtent cher. Pourquoi la commission administrative de l'hôpital ne s'adresserait-elle pas aux hospices civils de Lyon, pour demander au président de la Fédération interhospitalière du Sud-Est, M. Brizon, où en est la question de l'assurance entre hôpitaux. Des mutuelles interhospitalières sont en projet pour que les hôpitaux deviennent leurs propres assureurs, tant pour la responsabilité civile que pour l'incendie, etc.

Dr Paul BOUDIN.

---

951. — Pourcentage d'incapacité permanente d'un accidenté du travail pour perte d'un œil.

Quelle est l'indemnité maximum à laquelle peut prétendre un accidenté du travail pour perte totale de l'œil droit ?

En cas d'arrangement à l'amiable avec l'assurance, à quelle indemnité minimum doit-on descendre ? Dr R.

Réponse.

D'après le traité d'Imbert, Oddo et Chavernac sur l'évaluation des incapacités résultant d'accidents du travail, l'invalidité consécutive à la perte totale d'un œil peut être fixée à 25 ou 30 %.

Pour pouvoir vous dire à quelle rente aura droit votre client en raison de cette incapacité, il aurait été nécessaire que vous nous fassiez connaître le chiffre de son salaire annuel.

Pour le calcul de la rente, on doit prendre la moitié du salaire gagné par l'ouvrier jusqu'à 4.500 francs et le huitième seulement de la partie de son salaire dépassant 4.500 francs jusqu'à 15.000 francs. A la somme ainsi obtenue, on applique le pourcentage d'invalidité et le résultat de cette opération donne le chiffre de la rente.

Comme il y a incapacité permanente, l'accord

amiable entre l'ouvrier et l'assurance devra être constaté par procès-verbal de conciliation devant le Président du Tribunal civil.

---

929. — Soins donnés à la victime d'un accident sportif.

Le dimanche 21 décembre 1924 à 8 h. du soir, j'étais appelé à visiter dans un hôtel de la ville un membre d'un club athlétique de Paris qui avait été blessé au cours d'un match. Le lendemain, il venait me consulter et me demandait un certificat constatant qu'il ne pourrait reprendre son service que le lendemain.

J'ai adressé au Président du club une note d'honoraires : 20 fr. (visite du dimanche) + 10 fr. (consultation et certificat).

La Cie d'assurance réduit ma note à 19 fr., invoquant son contrat avec le club.

J'ai refusé ce règlement, attendu que le tarif Breton n'est pas applicable aux accidents de sport.

Veuillez me conseiller dans cette affaire. J'estime que ce serait un précédent dangereux que d'accepter un règlement selon le tarif Breton.

Dr F.

Réponse.

Dans cette affaire, comme il ne s'agit pas d'un accident du travail, vous n'avez comme débiteur que le blessé que vous avez soigné. Entre lui et vous il n'existe que des rapports de droit commun ; par conséquent, vous avez parfaitement le droit de lui réclamer vos honoraires suivant le tarif que vous pratiquez habituellement en clientèle.

Peu importe que le club dont fait partie le blessé ait assuré ses membres contre les accidents en stipulant que les frais médicaux seraient supportés par la Compagnie sur les bases du tarif Breton. Cette convention, valable entre les parties contractantes, ne vous est pas opposable. Il appartient au blessé, après avoir payé votre note, de se faire rembourser par l'assurance suivant les conditions de la police.

Peut-être auriez-vous pu accepter la somme qui vous était offerte par la compagnie en faisant des réserves expresses de vos droits pour le solde de votre note contre le blessé, mais vous aviez aussi le droit de refuser un règlement partiel.

Maintenant, il va vous falloir poursuivre le blessé devant le juge de paix de son domicile, c'est-à-dire, sans doute, à Paris.

---

383. — Dommages subis par l'auto d'un médecin par suite d'un accident causé par un tiers.

Mon auto a été heurtée, il y a 20 jours, par un camion qui l'a très fortement endommagée. Le camionneur était manifestement dans son tort. Or, atteint d'éventration par suite de blessure de guerre, je ne puis faire de bicyclette sans grande fatigue. J'ai donc demandé à mon garagiste de me louer une voiture, et j'ai adressé aussitôt une lettre recommandée à mon assureur et au propriétaire du camion pour les informer de l'accident et de la location d'auto nécessaire. Or, l'accident s'est produit le 21 mars, l'expert de l'assurance (qui se trouve être le même pour le camionneur et moi) n'est venu qu'aujourd'hui 6 avril voir la voiture. L'accord sur les réparations nécessaires s'est fait sans grandes différences sur le devis du garagiste, mais l'expert prétend ne me consentir une location de voiture que pendant les 12 jours que doivent durer les réparations (qui commencent demain) et au prix maximum de 30 fr. par jour. Ainsi, moi qui suis lésé sans qu'aucun tort puisse être relevé à ma charge, devrais payer le taxi pendant tout le temps que l'assureur a perdu à se mettre en branle, et en outre la différence entre 30 fr. et les 60 fr. environ que marque journellement le taxi, pendant ces 12 jours. Sans compter la grande incommodité qu'il y a pour moi à dépendre des heures de liberté de la voiture, et la privation d'auto la nuit.

Dr X.

Réponse.

Vous avez le droit de réclamer à l'auteur responsable de l'accident le montant intégral du préjudice que vous avez subi du fait de l'accident causé par sa faute. Ce préjudice comprend, outre les frais de réparation de la voiture, les frais de location d'une autre voiture pour la remplacer depuis le moment où elle a été rendue inutilisable jusqu'au jour où elle sera remise en service. Vous n'êtes donc pas obligé d'accepter le règlement que vous propose l'assurance, si celle-ci ne veut tenir compte de tous les frais que vous avez exposés.

Au cas où un accord amiable serait impossible, il vous faudrait assigner le propriétaire du camion devant le Tribunal Civil.

Mais alors, se pose la question de savoir si votre assurance ne s'est pas réservé le droit de poursuivre en votre lieu et place les tiers responsables et quelle conduite vous devez tenir vis-à-vis d'elle. Pour pouvoir vous fixer sur ce point, il faudrait que vous nous communiquiez votre police.

---

384. — Rapport à une Compagnie d'assurance sur l'état d'un blessé de droit commun.

Une Cie d'assurance-accident me demande un rapport sur l'état actuel d'un blessé qui ne rentre

pas dans la catégorie accident du Travail (c'est un accident d'automobile). Dois-je faire ce rapport sur papier timbré ou spécifier qu'il est établi sur papier libre pour la Cie, à l'exclusion de toute formalité judiciaire.

Dr B.

Réponse.

D'après votre lettre, nous comprenons qu'il ne s'agit pas simplement d'un certificat délivré à l'occasion d'un accident (dans ce cas, le certificat doit être établi sur timbre) mais d'un rapport destiné à servir à l'édification personnelle de la Cie d'assurances. Tandis que le « certificat » est un écrit légal, le « rapport » n'a aucun caractère juridique, il est simplement la relation faite par un expert de constatations techniques, destinée à un particulier qui désire être éclairé sur un point scientifique (droit, médecine, etc.). Donc, si le rapport est destiné à rester dans les archives de la Cie d'assurances, il peut être établi sur papier libre ; la Cie pourra se servir de tout ce qui y est dit pour soutenir une action en justice, par exemple, sans produire matériellement le rapport (en fait le papier sur lequel il est écrit). Si, au contraire, le document lui-même doit être versé au dossier, il appartient alors à la Cie d'en avertir le médecin qui le rédigera suivant les formes légales : papier timbré remboursé par la Cie, qui, s'il en est besoin, le fera enregistrer.

Dans l'espèce visée par le Dr B., il est précisé qu'il s'agit d'un accident d'automobile.

Le rapport dont il est chargé ne sera peut-être jamais produit en justice si la Cie se met d'accord avec l'accidenté.

Tant qu'il n'y a pas procès, ce rapport ne constitue pas un acte soumis aux formalités de timbre et d'enregistrement, pas plus que le rapport d'un expert-comptable sur un bilan, d'un juriste sur un point de droit, d'un témoin sur les causes d'un accident.

En cas de désaccord entre l'accidenté et la Cie d'assurances, le procès serait un procès de droit commun et la Cie d'assurances prendrait ses précautions pour être en règle avec le fisc.

On conçoit d'ailleurs que la Cie puisse faire état de toutes constatations relevées dans le rapport et même citer le nom du praticien lui-même.

Si, au contraire, le document lui-même était produit, il subirait le sort de tous ceux qui, par leur nature même, ne sont pas soumis au droit de timbre et qui lors de leur production en justice sont « visés pour timbre ».

Comme nous vous l'indiquons plus haut, aucune disposition légale n'astreint à la formalité du timbre le rapport fait d'un particulier à un autre particulier : ce rapport est un document privé, tandis que le certificat délivré à l'occasion d'un accident de travail est un document légal

dont la production est prévue par la loi sur les accidents de travail.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

---

830. — Evaluation de la valeur locative d'un immeuble.

Je suis propriétaire d'un immeuble de rapport dont j'occupe la valeur d'un étage. A une demande de déclaration faite par l'Etat en 1924 à tous les propriétaires, j'ai répondu par une déclaration mentionnant le prix de chaque location. Le total s'élevait à la somme de 3.659 fr. qui constitue donc le revenu brut de l'immeuble. Mais dans ce total n'est pas comprise la valeur de la location que j'occupe actuellement et qui était en 1923 de 950 fr.

Je viens de recevoir la feuille de la nouvelle évaluation de la valeur locative de mon immeuble. Cette évaluation est de 4.700 fr., somme supérieure au revenu brut indiqué ci-dessus : 3.659 fr., et qui n'est que le revenu brut duquel il faut déduire les impôts, les frais, etc.

J'ai donc demandé le détail à la direction des contributions directes qui m'a répondu qu'elle donne le détail par immeuble sans plus, et que ces renseignements devaient me suffire.

Pour la clarté de mon affaire, je vous communique les lettres reçues de la Direction des Contributions directes et que je vous prierai de vouloir bien me les retourner avec votre réponse.

A-t-on voulu, par ce chiffre supérieur à ma déclaration, apprécier la valeur de ma location personnelle ?

Donc, veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir ce que je dois faire pour faire ramener la valeur locative de mon immeuble à sa réelle valeur.

Existe-t-il un moyen de contraindre les contributions directes à me donner l'explication de ce chiffre, car la réponse que j'ai reçue et que je vous communique reste dans le vague ?

Dr X.

Réponse.

La valeur locative de votre immeuble est fixée, par l'administration, à 4.700 fr. Or, il résulte de votre lettre que la valeur totale des appartements mis en location est de . 3.659 fr.

Celle de l'appartement que vous occupez	950 »
Soit au total	4.609 »

La somme indiquée par l'administration ne présente donc pas une grande différence avec celle-ci. Nous vous faisons remarquer que la valeur locative indiquée sera réduite dans une certaine proportion pour former le revenu net qui servira de base à la contribution foncière.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

866. — Pension militaire pour bronchopleurite.

Un de mes malades, réformé de guerre pour bronchopleurite prédominante au poumon gauche (50 %) a présenté il y a quelques mois des hémoptysies ayant persisté plusieurs jours.

J'ai fait un certificat d'aggravation et mon malade a été récemment réexaminé. Ni bacilles dans ses crachats, ni signes de tuberculose n'ont été, paraît-il, constatés et la pension de 50 % fut maintenue.

Appel peut-il être fait de cette décision ? Quel en est le temps et peut-on espérer une décision autre ?

Actuellement l'état général est satisfaisant : en dehors des frottements pleuraux généralisés, il persiste au niveau de la lésion évolutive constatée au moment des hémoptysies, un souffle avec frottements pleuraux plus intenses. Dr R.

Réponse.

En raison de l'état général, des signes locaux et de l'absence de bacilles, on ne peut guère espérer un meilleur pourcentage.

Mais l'intéressé peut adresser une réclamation au Ministre des Pensions, service des réclamations, 37, rue de Bellechasse, Paris, (7e), et demander une nouvelle visite.

Il peut aussi, quand son rejet d'aggravation lui aura été notifié, et dans les six mois qui suivront, se mettre en instance devant le Tribunal des Pensions de sa région.

293. — Maladie. Imputation au service militaire.

Une loi vient d'être votée à la Chambre et le sera prochainement au Sénat. La date limite du 4 septembre 1924 sera prorogée.

Je crois être utile aux confrères en vous communiquant cette réponse.

Dr L.

Réponse.

Nous vous remercions de votre indication. Il y a en effet, un projet de loi ayant pour objet de proroger la date limite actuelle.

Mais quand sera-t-il voté ??

Application du Tarif Breton.

I

873. — Luxation vertébrale.

Je suis embarrassé pour le tarif à appliquer dans un cas assez rare. Il s'agit d'un maçon tombé d'un échafaudage de 5 m. de hauteur, debout sur ses pieds.

Il existait une luxation en arrière de la 12e dorsale, dont l'apophyse épineuse faisait une saillie d'environ deux centimètres, et qui a pu être réduite immédiatement.

(Voir la suite page LI-1039)

PROPOS DU JOUR

Encore la lutte antituberculeuse.

La lutte antituberculeuse continue à être menée sans trêve ni merci.

Bien que nous ne nous en apercevions guère dans les milieux où nous exerçons, elle donnerait à Paris, nous affirme-t-on, des résultafs appréciables. Nous voulons bien croire que le grand effort accompli ne l'a pas été en vain ; le contraire serait navrant. Mais comment le constater et surtout l'apprécier ? Les statistiques de la mortalité parisienne sont à peu près les seuls documents précis, bien qu'il y ait dans les constatations des décès et les diagnostics rétrospectifs des médecins de l'Etat Civil parisien bien des causes d'erreurs. Or, nul n'ignore avec quelle rapidité la banlieue et même ce qu'il est convenu d'appeler la grande banlieue parisienne, se construisent et se peuplent et ce que nous savons très bien, c'est le nombre de tuberculeux qui vont s'y fixer, espérant y trouver de meilleures conditions d'hygiène que dans les taudis du Vieux Paris. Les malheureux vont y vivre et surtout y mourir, et leur exode suffit à fausser les statistiques de la mortalité tuberculeuse dans la capitale. Mais ne chicanons pas sur ces points obscurs d'hypothétiques résultats.

Les protagonistes de la lutte contre la tuberculose continuent leur campagne, multiplient les conférences. Nous ne le leur reprocherons pas, puisque nous avons en maintes occasions proclamé que nous avions foi dans l'éducation hygiénique du peuple surtout lorsqu'elle se fait à l'école.

Nous avons déjà indiqué ici même tout l'intérêt avec lequel nous avions suivi les conférences faites dans nos écoles par des personnes intelligentes et instruites, qui savaient parler aux enfants le langage simple qui convient, se faire comprendre et intéresser même les plus petits. Aujourd'hui, nous publions le compte rendu de la Conférence d'un Maître en phtisiologie, de M. le Dr Rist, que nous avons regretté vivement de ne pas avoir pu entendre nous-même, mais à laquelle notre fidèle secrétaire de rédaction, le Dr Paul Lacroix, a assisté et qu'il a analysée. Il l'a fait avec la clarté, la conscience, la probité que connaissent bien nos lecteurs qui savent apprécier la rédaction des nombreuses leçons cliniques qu'il recueille depuis bien des années pour le *Concours médical*.

M. le Dr Rist est un médecin savant, consciencieux et d'une bonne foi absolue. Il a le courage de défendre ses opinions qui ne sont pas toujours les nôtres. Il a une conviction sincère et mérite à ce point de vue là notre considération et notre respect. Sur bien des points, nous partageons ses idées et, le plus souvent, si nous ne pouvons le suivre dans ses doctrines, c'est qu'il parle avec une telle conviction, une telle foi, une telle autorité qu'il nous donne l'impression d'un croyant qui est persuadé qu'il détient la Vérité absolue. Nous, moins croyant, nous pensons qu'en médecine et surtout en phtisiologie, la vérité absolue est un mystère et les quelques affirmations que l'on donne comme des vérités, sont simplement conjecturales et trop souvent éphémères.

Le dogmatisme phtisiologique de M. le Dr Rist ne nous inquiéterait pas beaucoup s'il ne s'adressait qu'à des médecins. Tous ceux qui ont exercé notre art pendant quelques années savent qu'il ne faut pas prendre tout ce qui se dit et se publie en médecine, même avec de nombreuses observations et expériences à l'appui, au pied de la lettre.

Mais M. le Dr Rist s'adresse à un public non médical, et, comme il jouit d'une grande réputation, que nous considérons d'ailleurs comme bien méritée, ce qu'il dit devient un peu pour les profanes des paroles d'Evangile. Or, il n'est pas toujours sans danger, au point de vue social de lancer témérairement des affirmations, même dubitatives, dans un public tout disposé à croire sans discussion et sans examen critique.

Ainsi, M. le Dr Rist ne croit pas que l'alcoolisme crée une prédisposition à la tuberculose ni provoque une aggravation dans l'état des tuberculeux. Notre propre expérience nous permet d'affirmer que, dans quelques cas, M. Rist a raison, mais nous nous garderons de généraliser et sans apprécier comme un dogme la phrase lapi-

daire de feu le Pr Landouzy : « L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose », nous n'oserions rayer l'alcool des facteurs étiologiques de la phtisie surtout au point de vue social.

Dans des milieux médicaux, pareille opinion pourrait être discutée, avec intérêt, il est peut-être téméraire de l'affirmer en public dans l'incertitude actuelle de nos connaissances.

Et de même nous trouvons aussi téméraire l'exposé des idées de M. le Dr Rist au sujet du traitement médicamenteux de la tuberculose. Qu'il n'y ait pas de spécifique contre la maladie, qu'aucune substance, aucun sérum, aucun vaccin ne soit absolument et constamment efficace, il n'y a pas lieu de le discuter, tout le monde en est malheureusement convaincu.

Mais il est excessif d'affirmer qu'aucun traitement médicamenteux, judicieusement choisi et appliqué selon la forme clinique de la maladie et selon l'état du malade, ne puisse faciliter la guérison. M. Rist a eu des devanciers, des maîtres, des collègues et des élèves dont l'honnêteté, la science, la prudence et la bonne foi ont égalé ou égalent la sienne, qui ont soigné, médicamenté et guéri des tuberculeux, car il est des tuberculeux qui guérissent, même en usant de médicaments, même sans avoir recours à la cure sanatoriale ou à son équivalent.

Evidemment, M. Rist veut réagir contre l'abus des drogues nocives qui, administrées à tort et à travers, fatiguent l'estomac, irritent l'intestin et achèvent le malade en ruinant sa famille. Mais si les médecins interprètent ainsi ses affirmations, le public et surtout le public à demi instruit qui suit les conférences, en jugera tout autrement. Le résultat sera inhumain ; on négligera le traitement des symptômes, celui des complications sous prétexte que l'on ne peut rien contre la cause ; on laissera tousser les malades, ils grelotteront de fièvre sans qu'on songe à les soulager ; on respectera des diarrhées épuisantes et, ce qui est encore plus grave, pour nous chez qui le diplôme de docteur en médecine n'a pas détruit ce qu'il est convenu d'appeler humain dans nos sentiments, on aura détruit l'espoir en la guérison chez des malades qu'il est parfois si facile de bercer de douces illusions jusqu'à la dernière heure. M. le Dr Rist paraît oublier dans sa droiture rigide qu'un des plus beaux rôles du médecin praticien est celui de consolateur.

M. le Dr Rist n'admet comme traitement de la tuberculose que la cure sanatoriale ou son équivalent. Evidemment, cette cure est la meilleure, non seulement pour la tuberculose, mais pour la plupart des maladies.

Tous les malades ne peuvent que gagner au repos en plein air, dans un établissement bien orienté, bien chauffé, bien organisé, sous une surveillance médicale étroite qui empêche toute imprudence, avec une alimentation de choix. Le résultat de cette cure quand elle peut être vraiment effectuée et suffisamment prolongée, ne peut évidemment qu'être favorable. Mais, puisqu'ici nous faisons de la médecine sociale, peut-on considérer le sanatorium comme un agent sérieux de la lutte antituberculeuse ? M. Rist répond lui-même. Il y a en France 3.000 lits de sanatorium pour 400.000 tuberculeux !!

Et aurait-on les milliards nécessaires pour augmenter considérablement les lits de sanatorium, il conviendrait d'y entretenir les malades, de faire vivre leur famille pendant leur absence, de leur assurer, une fois sortis du sanatorium avec les *apparences* de la guérison, des occupations dans des conditions hygiéniques telles que la cure sanatoriale fût complétée, et fût en quelque sorte renforcée pendant des mois et des années. Le budget de la France n'y pourrait suffire.

Si donc, seulement 3.000 tuberculeux sur 400.000 peuvent être efficacement traités en France, que fera M. Rist des 397.000 autres pour lesquels on ne saurait faire médicalement œuvre utile ? De la prophylaxie ! C'est déjà quelque chose, mais comment ?

M. Rist préconise l'intervention du Dispensaire antituberculeux. Nous ne sommes pas adversaire de l'organisation de ces dispensaires, bien au contraire. Ils peuvent être utiles, très utiles mais, il ne faudrait pas cependant exagérer leur efficacité.

L'avantage du dispensaire est d'abord de permettre de poser un diagnostic certain. Pour M. Rist, le diplôme de docteur en médecine est insuffisant pour reconnaître la tuberculose et le distingué médecin de l'Hôpital qui porte, sans doute ironiquement, le nom de Laënnec, fait le procès de la clinique. L'auscultation, comme tous les moyens d'investigation humaine, donne lieu à des erreurs. Il est des malades qu'elle révèle tuberculeux et qui ne le sont pas et d'autres qui, à l'auscultation, paraissent sains et qui sont tuberculeux. Il faut pour être certain du diagnostic avoir recours à la radioscopie et aux analyses de laboratoire. Nous sommes de notre siècle et nous sommes très convaincu de l'utilité de la radioscopie et du laboratoire. Mais l'on peut leur adresser les mêmes reproches qu'à la clinique.

Dans un livre de critique scientifique très documenté, *La Science médicale et sa valeur*, écrit par M. L. Pron, livre dont nous conseillons la lecture à tous nos confrères pour qu'ils y prennent une leçon de réserve et de prudence dans l'établissement de leurs diagnostics et de leurs pronostics, et aussi à tous nos maîtres pour qu'ils y prennent une leçon de modestie et de méditation avant de lancer des doctrines, nous trouvons la page suivante consacrée à la radioscopie thoracique :

« Dans le diagnostic des affections pulmonaires, la radioscopie est sujette aux mêmes erreurs qu'en pathologie intestinale.

Relativement aux adénopathies trachéo-bronchiques de la seconde enfance, le professeur Bernard et Vitry reconnaissent que, outre l'inconstance des signes stéthacoustiques, « les ombres hilaires sont souvent interprétées avec une complaisance excessive... l'analyse des signes radiologiques doit être révisée ». Le professeur Marfan a été encore plus catégorique : « On peut dire que les signes stéthacoustiques n'ont pas de valeur et que les signes radiologiques n'ont qu'une valeur médiocre. Ils n'en ont aucune pour le diagnostic de la tuberculose. »

Combien de diagnostics cliniques pourtant sont démolis à tort par les rayons X, chaque jour !

« Tous les jours, dit Jousset, je montre à mes élèves des sujets manifestement atteints de corticalites aiguës, qui ne fournissent aucun signe à l'écran ou à la plaque. »

« De l'examen radioscopique du thorax, exempt de lésions décelables à l'écran, il ne faut pas conclure à l'intégrité du parenchyme », disent Mantoux et Maingot.

Ne négligeons pas la radiologie, ni les recherches de laboratoire, mais n'oublions pas la bonne, la vieille clinique, c'est elle qui a fait et fait encore la valeur de la médecine française. Croit-on qu'en prenant exemple sur la médecine d'Outre-Rhin on posera de meilleurs diagnostics, en sacrifiant l'auscultation et l'examen clinique aux recherches de laboratoires qui, nous le voyons, sont aussi sujettes à l'erreur ?

Nous craignons aussi que M. Rist ne s'illusionne quand, dans le fonctionnement du dispensaire antituberculeux, il fonde un espoir excessif sur le rôle de l'infirmière-visiteuse. Sans doute, si cette infirmière est une femme à la fois instruite, prudente, bien élevée, douée de tact, de maîtrise de soi, de dévouement, capable de se plier à une discipline, et d'éviter toute initiative déplacée, elle pourra rendre d'inappréciables services.

Mais combien trouvera-t-on de femmes, douées de toutes ces qualités, qui voudront accepter les situations précaires faites aux infirmières-visiteuses ? Nous ne croyons pas que dans la hiérarchie des fonctionnaires municipaux ou départementaux de la Seine, elles jouissent d'une situation égale aux balayeuses des rues ou aux femmes d'ouvrages attachées aux écoles publiques ?

Et même quand il disposerait de cette infirmière-visiteuse parfaite, M. Rist croit-il sérieusement, qu'elle pourra, comme il le dit, remédier aux défectuosités du foyer où vit le tuberculeux. Nous avons, depuis 32 ans, fréquenté bien des taudis où vivent des tuberculeux dans les rues Galande, Zacharie, de la Huchette, de la Bûcherie, Maître-Albert, de Bièvre, Saint-Médard, Mouffetard, pour ne citer que quelques coins que nous connaissons bien, nous engagerons M. le Dr Rist à les visiter, à y envoyer ses meilleures infirmières -visiteuses et nous verrons comment les malheureuses s'y prendront pour *remédier aux défectuosités du foyer* !

Créer des sanatoriums, c'est peu. Organiser des dispensaires antituberculeux, c'est bien. Mais remplacer les taudis par des maisons saines, propres, bien aérées, c'est mieux, et c'est peut-être ce qui préoccupe le moins ceux qui prétendent lutter efficacement contre la tuberculose.

J. Noir.

R. H. M. S. 7029.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(*Hôpital des Enfants-Malades*)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Les néphrites œdémateuses chez les enfants (1)

Ce jeune garçon est né à terme le 26 janvier 1911, de parents bien portants. Son histoire ne présente rien d'intéressant jusqu'au moment où, en septembre dernier, il a eu les *oreillons*, qui ont évolué de façon régulière et ont très bien guéri.

Peu après, vers le 20 novembre, il éprouve quelques douleurs abdominales, qui ne l'empêchent pas d'ailleurs de continuer son travail chez le pâtissier où il est occupé. Comme les douleurs persistent et qu'est apparue une légère bouffissure des paupières, il vient consulter à l'hôpital, le 8 décembre. L'état ne s'améliore pas ; l'enfant s'essouffle au moindre effort ; ses urines, sont peu abondantes (il n'a que deux petites mictions par jour), et contiennent de l'albumine. Finalement, il entre dans le service le 12 décembre.

Cet enfant de 14 ans est petit pour son âge ; il ne mesure que 143 cm. Il ne présente aucun signe de puberté. Par contre, il pèse 47 kg. 800, au lieu de 35 kg. et de 39 kg., poids moyen de son âge qui serait le poids moyen pour sa taille. Il n'est cependant pas obèse ; cet excès de poids est dû à une anasarque généralisée. Le visage, surtout les paupières, le tronc, les membres, surtout les inférieurs, sont très œdématiés ; ce n'est pas un œdème mou, les téguments sont assez fermes, tendus ; quand on cherche à les déprimer avec le doigt on ne provoque qu'un godet à peine marqué.

L'abdomen n'est pas douloureux et ne présente rien de spécial. Le foie et la rate sont normaux. L'intestin fonctionne régulièrement.

Le cœur est légèrement augmenté de volume, ses bruits sont faibles ; il n'y a pas de bruit de galop.

La pression artérielle est un peu forte, de 17-13 avec l'appareil Vaquez-Laubry.

Les poumons sont normaux.

Les urines, assez abondantes (1.300 cmc.), foncées et troubles, contiennent une très forte quantité d'albumine, impossible à doser avec le tube d'Esbach ; dans le dépôt de centrifugation, on trouve des leucocytes et des cellules épithéliales en petit nombre.

On ne constate sur la peau aucune éruption, aucune trace de desquamation pouvant faire penser à une scarlatine ; le malade n'en a d'ailleurs présenté aucun symptôme.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Il n'y a aucun stigmate de syphilis. Le Bordet-Wassermann qui fut cherché à deux reprises, le 26 décembre et le 25 janvier, est négatif (H7).

Enfin l'urée du sang est de 0 gr. 24 par litre.

Le malade est mis à la diète hydrique restreinte ; on lui donne, du 12 au 18 décembre de l'eau lactosée à la dose de 500 cmc., puis 750 cmc., puis un litre. Du 19 au 24, on institue un régime déchloruré comprenant un litre, puis un demi-litre de lait.

Le poids s'abaisse assez rapidement, mais relativement peu, de 2 kg. 850 en neuf jours ; l'œdème devient plus mou. La diurèse augmente, jusqu'à 1.300 cmc. le neuvième jour (21 décembre). Cependant apparaît un phénomène nouveau. Le 16 décembre, on constate à la base droite, sur une hauteur de trois travers de doigt, une bande de matité. M. Janet pratique une ponction de la plèvre ; il retire 100 cmc. d'un liquide clair contenant de nombreuses cellules endothéliales et des lymphocytes ; la réaction de Rivalta est négative. Il s'agit d'un liquide d'hydrothorax et non de pleurésie.

A partir du 22 décembre, le poids s'élève, l'œdème augmente ; des signes d'ascite se manifestent, accompagnés d'une circulation veineuse apparente sur la paroi abdominale ; le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal ; les urines reviennent à 600 cmc.

On prescrit trois gouttes par jour de la solution de digitaline cristallisée au millième, du 26 au 30 décembre ; puis le 31, de la théobromine à la dose quotidienne de 0 gr. 50 que l'on continue jusqu'au 2 janvier ; enfin du chlorure de calcium,

(1) Leçon du 7 février 1925.

6 gr. par jour, du 4 au 6 janvier. Aucun de ces médicaments n'a d'effet appréciable.

A partir du 8 janvier, on revient à l'eau lactosée ; du 10 au 16, on donne de nouveau de la théobromine aux mêmes doses. Puis, on utilise un régime comprenant 200 gr. de lait, des pommes de terre et des fruits.

Néanmoins, le poids augmente de 2 kg. en 6 jours, atteint 49 kg. 300 le 22 janvier ; l'œdème et l'ascite progressent. On pratique une ponction du péritoine, qui retire 2 lit. 500 d'un liquide séreux contenant des lymphocytes et des mononucléaires (une quinzaine par champ du microscope). En outre, on ponctionne les plèvres et on retire à droite 60 cmc., à gauche 160 cmc. d'un liquide présentant les mêmes caractères que précédemment.

Du 20 au 25 janvier, on prescrit 40 gouttes par jour de teinture de scille, qui ne donne aucun résultat.

L'albuminurie a toujours été abondante ; en décembre et au début de janvier, elle a diminué de 12 gr. à 2 ou 4 gr. par litre ; ensuite, elle est remontée à 10 ou 14 gr.

Les urines contiennent des cylindres granuleux et quelques leucocytes.

Dans le sérum sanguin, l'urée, qui était de 0 gr. 24 par litre le 13 décembre et encore au même taux le 7 janvier (plusieurs dosages ont été faits entre temps), est montée le 20 janvier à 0 gr. 756.

Le sang, examiné le 28 janvier, par M. Mathieu contient 4.850.000 hématies, et 13.000 leucocytes, avec une formule leucocytaire normale. Le 5 février, d'après les analyses de MM. Bidot et Saroglu, la cholestérine y est de 2 gr. 75 par litre, le glucose de 0 gr. 94, l'albumine de 6 gr. 26.

La pression sanguine mesurée avec l'appareil Vaquez-Laubry, était de 17-13 le 12 décembre ; elle s'est abaissée légèrement à 15 ou 14 pour la maxima, à 12 ou 11 pour la minima. La maxima est sensiblement normale, la minima élevée, aussi la pression différentielle est réduite à 3 ou 4.

Sur les orthodiagrammes, nous constatons que le cœur s'élargit ; les bruits restent normaux.

Aujourd'hui, deux mois après son entrée à l'hôpital, cet enfant pèse 49 kg. 300 ; il est toujours très œdématié. L'œdème est généralisé ; le scrotum est énorme. Nous avons été obligés de pratiquer des mouchetures.

Il existe un épanchement ascitique abondant ; la circulation collatérale s'accuse de plus en plus sur l'abdomen ; il est impossible de délimiter le foie et la rate.

Il existe de l'hydrothorax des deux côtes, surtout à gauche. Le cœur est gros ; ses bruits sont normaux. La pression artérielle est de 15,5-12 avec l'appareil de Vaquez-Laubry.

Les urines sont peu abondantes (900 cmc.) ; elles contiennent 22 gr. d'albumine par litre, de nombreuses cellules et des cylindres granuleux.

Somme toute, aucune amélioration ne s'est produite et rien ne permet, pour le moment, de prévoir une évolution favorable.

***

L'œdème est un symptôme trop manifeste pour qu'il n'ait pas retenu de tout temps l'attention des médecins, mais pendant longtemps on n'a eu que des données très insuffisantes sur l'étiologie et la pathogénie de ce phénomène.

En ce qui concerne les enfants, il suffit, pour s'en rendre compte, de lire le *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, publié en 1843 par Rilliet et Barthez. Ils y écrivent que l'anasarque relève de causes multiples, parmi lesquelles les affections des reins constituent une « des plus fréquentes et des plus efficaces ».

L'œdème n'est pas toujours dû à une néphrite, mais il n'en est pas moins vrai qu'il faut d'abord penser à son intervention et la rechercher systématiquement.

Chez les enfants, comme les adultes, l'œdème n'existe pas dans toutes les néphrites ; il y a des néphrites qui évoluent depuis le commencement jusqu'à la fin sans qu'il y ait trace d'œdème. L'œdème caractérise un type clinique spécial : la *néphrite avec anasarque*, la *néphrite œdémateuse* ou *hydropigène*.

Cette néphrite a été individualisée à la suite des travaux de Bright et de Rayer. Rilliet et Barthez, comparant aux descriptions de ce dernier les observations recueillies chez l'enfant, décrivent une *néphrite albumineuse*, caractérisée par une « anasarque plus ou moins intense, avec urines albumineuses ». Elle « se présente chez les enfants sous la forme aiguë ou chronique. La forme aiguë est elle-même fébrile ou non fébrile, et la forme chronique est d'emblée chronique ou succède à une néphrite aiguë ou subaiguë ».

Je n'entreprendrai pas l'historique de ce type de néphrite. Je rappellerai seulement les leçons que le professeur Hutinel a données ici-même sur les *néphrites de l'enfance*, leçons reproduites par le *Bulletin médical* des 29 janvier, 5 et 16 février 1910.

Actuellement, la pathogénie des néphrites œdémateuses est bien connue. Le professeur Widal et ses élèves, principalement M. Lemierre, ont démontré que l'anasarque est la conséquence de la rétention dans les tissus du chlorure de sodium non éliminé par les reins et de la fixation consécutive d'eau. La néphrite hydropigène est une *néphrite chlorurémique.* En même temps, il peut y avoir une rétention de l'urée, de l'azotémie, la néphrite est dite alors *néphrite combinée*.

Pour ma part, j'ai depuis longtemps poursuivi l'étude de ces néphrites chez l'enfant. J'en ai rapporté de nombreux exemples dans un mémoire publié avec mon ami le professeur Merklen (de Strasbourg), dans les *Archives de médecine des Enfants*, en septembre 1911, sur *les fonctions rénales au cours des néphrites de l'enfance.* Plus récemment, à l'*Académie de médecine*, le 20 mai 1919, j'ai exposé le résultat de mes recherches srur la *rétention des chlorures* et de l'*urée dans les néphrites des enfants.*

Dans les néphrites de l'enfant, l'ŒDÈME se présente sous des aspects variables : tantôt il reste léger, localisé ; tantôt, il s'étend à la totalité du tissu cellulaire et même aux séreuses.

A son degré le plus minime, l'œdème n'apparaît pas extérieurement, il existe à l'état occulte ; il reste, suivant l'expression du professeur Widal, au stade de *préœdème* ; il n'est décelable que par la balance qui accuse une augmentation du poids des malades.

L'œdème léger se localise de préférence au niveau du visage, surtout des paupières, du scrotum ou des grandes lèvres, du dos du pied ou dans les parties déclives, dans la région dorso-lombaire quand l'enfant est couché.

L'œdème généralisé, l'anasarque envahit le visage, le thorax, surtout dans sa partie inférieure, la paroi abdominale, les bourses, les grandes lèvres, la région lombaire, les fesses, les membres inférieurs, et à un moindre degré, les membres supérieurs.

Tantôt, c'est un œdème assez ferme où la pression du doigt ne provoque pas la formation d'un godet ; tantôt, c'est un œdème mou. Le même malade peut présenter tour à tour de l'œdème dur et de l'œdème mou, suivant le degré de distension des téguments.

Les œdèmes profonds sont au moins aussi importants que les œdèmes superficiels.

L'œdème n'est d'ailleurs pas toujours localisé au tissu cellulaire. Il peut envahir les séreuses, donnant lieu à de l'ascite, à des hydrothorax, quelquefois à de l'hydro-péricarde.

On peut observer l'œdème des muqueuses pharyngo-laryngées, avec la symptomatologie de l'œdème de la glotte, ou l'œdème pulmonaire. On invoque également pour expliquer certains troubles digestifs, vomissements et diarrhée, l'œdème du tube digestif. On attribue à l'œdème cérébral et à l'hydropisie ventriculaire, la céphalée, le coma, le Cheyne-Stoke, l'amaurose, l'éclampsie.

Ces symptômes sont, du reste, assez rares au cours des néphrites œdémateuses des enfants.

La pathogénie de certains d'entre eux, comme l'amaurose et l'éclampsie, soulèvent des discussions.

A l'œdème sont associés d'AUTRES SYMPTOMES.

Parmi les plus importants sont les modifications des *urines*.

Dans un premier type, l'urine est rare ; son volume tombe à un demi-litre, à 200 cmc., à 100 cmc. ; quelquefois même, il y a de l'anurie. Elle est trouble, foncée, couleur de bouillon sale, et laisse un dépôt abondant contenant des débris épithéliaux, des leucocytes, des cylindres granuleux, parfois quelques globules rouges. Le taux du chlorure de sodium est faible. L'albumine est très abondante ; elle atteint par litre 8, 10, 20 gr. et plus.

Dans le deuxième type, les urines sont moins rares, moins troubles, moins foncées ; assez souvent leur teinte rose ou rouge indique la présence du sang ; le taux de l'albumine y est moins élevé que dans le type précédent.

Comme le fait remarquer le professeur Hutinel, les urines du premier type correspondent généralement à des « néphrites à gros œdèmes et à rétention chlorurée accentuée » ; celles du second type à des œdèmes modérés.

Dans les néphrites à gros œdème, il est rare que les urines soient franchement sanglantes. Les *néphrites hématuriques*, si fréquentes dans l'enfance, ne s'accompagnent généralement pas d'œdème ou entraînent seulement un œdème léger.

Toutefois, il faut se garder de formules trop schématiques. Comme je l'ai écrit avec M. Merklen, l'œdème et la rétention chlorurée sont indépendants, dans une large mesure, de la quantité d'albumine, de la présence ou de l'absence des cylindres, des leucocytes, des hématies, de l'évolution subaiguë, chronique ou aiguë.

Les modifications de l'appareil circulatoire et du foie, celles-ci liées dans une certaine mesure à celles-là, entraînent des symptômes qui varient suivant les formes cliniques évolutives, aiguës, subaiguës et chroniques. Je les ai analysées dans un mémoire publié avec M. Roger Voisin dans les *Archives de médecine des Enfants* de décembre 1909 et plus récemment dans le *Journal de médecine de Paris* de juin 1919.

Le *sang* présente assez souvent des modifications et notamment une diminution du nombre des hématies contenues dans un millimètre cube. Interviennent, pour déterminer cette diminution, la dilution sanguine, les hématuries, etc. Parfois, on décèle un véritable état chloro-anémique, bien étudié par MM. Paisseau et Tixier, en octobre 1918 à la *Société de Pédiatrie*, chez un garçon de 10 ans.

L'*azotémie* fait généralement défaut, ou est légère et passagère ; assez souvent, son taux s'élève et il en résulte une néphrite combinée. Il est bien rare qu'elle entraîne des symptômes caractéristiques.

***

Les néphrites œdémateuses peuvent réaliser les divers TYPES ÉVOLUTIFS des néphrites. Il existe des néphrites œdémateuses, *aiguës*, *subaiguës* ou *chroniques*.

LA NÉPHRITE AIGUE ŒDÉMATEUSE débute par l'œdème : aussi ne passe-t-elle pas inaperçue comme d'autres types à symptômes moins apparents. L'œdème augmente d'une façon progressive ou rapidement. Tantôt, il reste localisé, tantôt, il se généralise. Parfois, c'est en quelques heures que tout le corps de l'enfant devient bouffi.

Les urines deviennent rares et troubles ou restent relativement assez abondantes et claires.

Il peut se produire quelques troubles digestifs, des vomissements, de la diarrhée ; mais ces troubles ne sont pas, en général, très marqués. Les symptômes circulatoires et les symptômes nerveux méritent de retenir l'attention, car ils soulèvent quelques problèmes de pathogénie intéressants à préciser.

Voyons d'abord les *symptômes circulatoires*. En général, le pouls est régulier. Comme je l'ai constaté avec M. Voisin, « la pression artérielle, prise dès le début, est généralement un peu supérieure aux moyennes des mêmes âges ; elle est, d'autre part, plus élevée dans les premiers temps de la maladie que pendant la phase de régression et après la disparition de l'albuminurie, s'il y a guérison. » C'est l'opinion que partagent la plupart des auteurs. Dans l'*American Journal of diseases of Children*, en 1917 : MM. Hight, K. Berkley et John M. Lee écrivent que dans les néphrites œdémateuses, la pression artérielle est légèrement supérieure à la normale, et en 1919, M. Hill émet l'opinion que presque toujours elle est modérément élevée.

La percussion méthodique de la région précordiale, que j'ai pratiquée avec M. Voisin, montre qu'au début le volume du cœur reste normal ou est un peu augmenté ; les bruits du cœur restent normaux ; il n'y a pas de galop.

Dans certains cas, les troubles circulatoires sont plus manifestes ; on constate de l'hypertension, de l'arythmie, de la dilatation cardiaque, parfois du bruit de galop. Ces modifications peuvent être assez importantes pour justifier la description d'une *forme cardiaque* de la néphrite œdémateuse.

Cette forme cardiaque a été observée en 1889 par le professeur Hutinel dans la néphrite scarlatineuse. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits semblables, qui m'ont permis d'en préciser la pathogénie. J'en ai parlé notamment dans une leçon sur les *syndromes cardio-hépatiques aigus*, publiée dans le *Journal des Praticiens* du 14 janvier 1922.

Un enfant présente des œdèmes qui deviennent rapidement volumineux, un pouls fréquent, petit, parfois irrégulier, un cœur et un foie gros, un bruit de galop. On pense qu'il s'agit d'une asystolie apparue au cours d'une cardiopathie. Mais l'intensité de l'œdème fait penser à une néphrite, diagnostic que vérifie la constatation d'urines rares, colorées, albumineuses.

Deux facteurs interviennent pour réaliser ce tableau clinique.

D'une part, un facteur cardiaque : la fibre cardiaque perd sa tonicité et son élasticité sous l'influence de l'infection cause de la néphrite et des produits que les reins n'éliminent plus.

D'autre part, un facteur vasculaire : l'hypertension rapide.

L'hypertension est passagère ; elle disparaît quand le cœur se dilate.

J'ai cité dans la leçon que je viens de rappeler, l'observation d'une fillette de 8 ans, que je vais rappeler brièvement.

Cette enfant entre à l'hôpital avec de la cyanose, de l'œdème, du subictère. La respiration est rapide et superficielle, le pouls petit, incomptable, la pression, au Pachon, de 11,5-8. La matité précordiale et hépatique sont agrandies : l'orthodiagramme montre que cette augmentation du volume porte sur les cavités droites et gauches.

Les urines sont rares, très albumineuses, et contiennent des cylindres épithéliaux.

On pratique une saignée, on donne V gouttes de digitaline pendant quatre jours. Le poids diminue de 3 kilos 400 en dix jours, la diurèse augmente. L'état de l'enfant s'améliore.

L'hypertension est associée à l'œdème, elle ne lui est pas subordonnée. Comme je l'ai constaté avec M. Voisin, il existe assez souvent des variations parallèles du poids et du volume du cœur, plus rarement des variations parallèles du poids et de la pression artérielle. Mais les véritables néphrites hypertensives ne s'accompagnent pas d'œdème ou s'accompagnent seulement de préœdème. « Si la rétention chlorurée et l'hydrémie qui lui est liée sont susceptibles dans une certaine mesure d'augmenter la pression et d'amener la dilatation du cœur, il ne faut pas leur attribuer les fortes hypertensions que l'on observe parfois. »

La dilatation cardiaque qui survient dans ces conditions est en quelque sorte un phénomène providentiel ; elle empêche l'apparition d'accidents nerveux graves, tels que l'amaurose et l'éclampsie.

Dans une leçon sur l'*éclampsie dans les néphrites des enfants*, parue dans le *Progrès médical* du 11 février 1924, j'ai étudié ces *symptômes nerveux* qui peuvent marquer le début d'une néphrite. Je ne m'y arrêterai donc pas. Rilliet et Bailly les attribuaient à l'hydropisie ventriculaire, qu'ils n'avaient d'ailleurs pas toujours constatée.

MM. Widal et Lemierre les considèrent comme des accidents d'origine chlorurémique.

Dans la leçon que je viens de rappeler, je concluais ainsi : « Retenons donc que deux facteurs peuvent jouer un rôle dans la production des accès d'éclampsie au cours des néphrites aiguës : la rétention hydro-chlorurée et l'hypertension. Les avis sont partagés sur leur rôle respectif. Peut-être y a-t-il, comme l'écrit M. Lemierre « intrication de l'hypertension artérielle et de la chlorurémie ». Pour ma part, je pense que l'hypertension joue le rôle le plus important. »

L'*azotémie*, d'après la statistique que j'ai communiquée en 1919 à l'*Académie de médecine*, se rencontre six fois sur dix cas de néphrite aiguë avec œdème ; elle est peu élevée, comprise entre 0 gr. 50 et 2 gr., et généralement passagère.

L'*évolution* des néphrites aiguës œdémateuses varie d'un cas à l'autre.

Rarement la maladie est rapidement mortelle.

Souvent l'œdème se résorbe ; l'enfant perd un quart, un cinquième, un sixième de son poids, tandis que le volume des urines et le taux des chlorures urinaires augmente.

La résorption peut se produire *rapidement*, en huit à dix jours. Voici l'observation d'un garçon de 9 ans que j'ai étudié avec M. Merklen ; les courbes sont reproduites dans mon *Précis de médecine des Enfants*. Il entre le quatrième jour d'une anasarque généralisée. Avec la diète hydrique, puis un régime lacté restreint, en neuf jours, il perd le quart de son poids, les urines montent de 600 cmc. à 3 litres. Les chlorures urinaires s'élèvent de 1 gr. à 8 gr. par 24 heures ; pour 1 gr. 50 de chlorure de sodium ingéré, l'élimination atteint 3 gr. Parallèlement l'albuminurie diminue. En quinze jours, l'enfant paraît guéri ; la guérison se confirme au bout de six semaines, quand il quitte l'hôpital.

Chez d'autres malades la résorption de l'œdème est plus lente ; elle se fait en vingt ou trente jours.

Par exemple, un garçon de 12 ans, que j'ai observé également avec M. Merklen, entre au cinquième jour de sa néphrite œdémateuse, avec une albuminurie de 14 gr. Il perd en dix-sept jours un sixième du poids ; pour 8 gr. de chlorures ingéré pendant ce temps, il en urine 72 gr. D'ailleurs, l'albuminurie persiste, l'œdème reparaît et persiste encore, cinq mois plus tard, à la sortie de l'hôpital. L'enfant meurt quelques semaines après sa sortie. Il s'agissait d'une néphrite subaiguë à début aigu.

Chez d'autres malades enfin, l'œdème ne se modifie pas ; il persiste au-delà de trente ou quarante jours : la néphrite devient subaiguë.

La NÉPHRITE SUBAIGUË OU CHRONIQUE ŒDÉMATEUSE peut débuter d'une façon aiguë, ou d'une manière insidieuse.

Quand le début est aigu, plusieurs modalités se présentent. Tantôt l'œdème se résorbe plus ou moins rapidement, puis il reparaît soit au bout de quelques jours, soit au bout de plusieurs mois. La réapparition peut être passagère, être le fait d'une poussée aiguë.

On observe des enfants chez qui les œdèmes disparaissent, puis reparaissent à intervalles plus ou moins rapprochés, œdèmes intermittents, réveillés par une rhino-pharyngite, une erreur de régime, etc. : ce sont ces faits que M. Hutinel a qualifiés de néphrites intermittentes.

Dans d'autres cas, quand l'œdème reparaît, il devient définitif.

Tantôt l'œdème apparu rapidement, persiste pendant longtemps sans subir de modifications appréciables.

Quand le début est insidieux, la néphrite est véritablement *chronique d'emblée*. Ce type a été décrit par le professeur Marfan en 1901 et en 1910. J'en ai présenté un bel exemple dans une leçon reproduite dans le *Monde médical* de mai 1920. On l'observe surtout chez les grands enfants. Le début en est insidieux : l'enfant est d'abord légèrement bouffi, il a un peu d'œdème des paupières, puis progressivement l'œdème se généralise. Les urines diminuent de quantité ; l'albuminurie est abondante et peut atteindre 6 à 8 grammes par litre. Cette première phase est la *phase de néphrite hydropigène*.

Dans une deuxième période, que M. Marfan appelle *phase d'arrêt* ou de *rémission*, l'œdème disparaît, les urines deviennent plus abondantes, l'albumine diminue, tombe à 1 gr. environ.

Puis arrive une troisième période qui correspond à une *néphrite du type interstitiel*. Elle peut ne se manifester que pendant la jeunesse ou même à l'âge adulte.

La néphrite subaiguë ou chronique œdémateuse n'est donc pas toujours individualisée pendant toute son évolution. Il existe des faits de transition entre les formes hydropigènes et les formes albumineuses simples, chez un même malade, les deux modalités peuvent se succéder.

Les *symptômes* des néphrites subaiguës et chroniques œdémateuses sont l'œdème, les modifications des urines. Il y a souvent de la pâleur, de l'anémie, de l'anorexie.

D'une façon générale, il n'y a pas de grandes modifications de la pression sanguine ; elle est, en général, égale ou inférieure aux moyennes normales des enfants des mêmes âges ; si elle a été élevée au début de la néphrite, on assiste souvent à son abaissement progressif. Elle peut augmenter au moment des poussées aiguës, et assez souvent, elle s'élève pendant la dernière phase.

Le cœur conserve un volume normal ou se dilate ; l'augmentation de volume, par dilatation et hypertrophie, s'observent à une phase avancée.

Somme toute, les néphrites œdémateuses sont rarement très hypertensives, les néphrites hypertensives ne sont guère œdémateuses. L'enfant que j'ai signalé tout à l'heure était toutefois un bel exemple de néphrite hypertensive et œdémateuse.

L'*azotémie* est assez rare. Quand elle existe, elle est presque toujours modérée, ne dépasse pas un gramme. Elle se montre au moment des épisodes aigus ou à la phase terminale. Chez les garçons dont je viens de parler elle s'estélevée progressivement, en huit mois, à 0 gr. 60, 1 gr. et 2 gr.

***

Les néphrites œdémateuses se rencontrent à tout âge, même chez le nourrisson, mais surtout pendant la moyenne et la grande enfance. Leurs CAUSES sont celles de toutes les variétés de néphrites ; toutes ne réalisent pas ce type avec la même fréquence.

Les *néphrites aiguës œdémateuses* sont causées par des *infections*. Les infections pharyngées en sont une cause fréquente. La scarlatine les réalise moins habituellement ; je dirai tout à l'heure pourquoi. On les voit encore dans les pneumococcies, dans les infections cutanées, plus rarementdans les affections gastro-intestinales. Elles sont rares dans le purpura qui s'accompagne plutôt de néphrite hématurique. Elles peuvent apparaître dans les oreillons.

Les *néphrites subaiguës* et *chroniques* qui ont un début aigu, reconnaissent les mêmes causes que les néphrites aiguës ; il faut retenir plus particulièrement le rôle des infections pharyngées. Quand elles sont chroniques d'emblée, il arrive souvent qu'on ne trouve pas de cause avérée. On invoque l'intervention des infections pharyngées entretenues par l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, la tuberculose et la syphilis.

D'après M. Marfan, la tuberculose serait une cause de néphrite chronique. S'il s'agit de tuberculose occulte, son intervention est difficile à démontrer. S'il s'agit de tuberculose avérée, de tuberculose cavitaire des poumons, il faut penser à la dégénérescence amyloïde. L'atteinte des reins peut d'ailleurs dépendre des infections secondaires et non du bacille lui-même.

On sait avec quelle fréquence, la syphilis atteint les reins pendant la vie fœtale et chez les nouveaux-nés ; pendant la petite enfance, une néphrite chronique œdémateuse doit faire penser à son intervention ; pendant la moyenne et la grande enfance, les faits sont complexes. Comme l'a écrit M. Hutinel, la syphilis est surtout responsable des scléroses, des atrophies et des aplasies des reins. « Les œdèmes, dit-il, sont peu marqués ou font défaut. » Pour les formes œdémateuses, il est difficile de faire le départ de la syphilis et des facteurs associés. Il y a des cas où elle semble bien responsable de néphrites chroniques œdémateuses. Le garçon dont j'ai parlé, qui avait une néphrite hypertensive chlorurémique, azotémique et hypertensive était syphilitique et avait un Bordet-Wassermann positif ; il est mort à 16 ans et demi ; à l'autopsie, nous avons trouvé, avec M. Tixier, un rein blanc de volume normal, une sclérose très développée, une diminution très caractérisée du nombre des glomérules et des tubes.

Aux causes des néphrites peuvent s'associer d'autres facteurs, qui interviennent dans la production de l'œdème ; ce sont notamment le froid et l'alimentation. Le professeur Hutinel explique la rareté des néphrites scarlatineuses avec œdème observées dans le pavillon de la scarlatine, et leur fréquence dans les salles communes par le fait que les scarlatineux soignés à l'hôpital sont « maintenus au lit et au lait .... soustraits à l'influence du froid », tandis que les autres, dont la scarlatine est souvent ignorée, ne prennent aucune précaution. Alors, « en quelques heures, une anasarque considérable se déclare et le patient est gonflé comme un ballon », ce qui témoigne « de la suppression fonctionnelle d'un rein brutalement sidéré. »

***

Le PRONOSTIC des néphrites aiguës œdémateuses est difficile à fixer : l'intensité de l'œdème ne signifie nullement de sa gravité et de sa durée ; une anasarque considérable peut se résorber en quelques jours et l'albuminurie disparaître rapidement. La mort est une terminaison rare.

Quand la néphrite se prolonge, prend une évolution subaiguë ou chronique, le pronostic est encore assez variable. L'affection peut durer quelques semaines, quelques mois ou des années.

La disparition de l'œdème ne signifie pas guérison, même si l'albuminurie disparaît ; il faut avant de conclure, explorer les fonctions des reins et pratiquer les épreuves de la chloruration alimentaire et de l'azotémie provoquée.

Quand la néphrite se termine par la mort, celle-ci peut être causée par la cachexie, par des troubles digestifs, des troubles cardiaques ; souvent les malades meurent d'une infection intercurrente : scarlatine, rougeole, pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, péricardite purulente, méningite, voir même péritonite purulente. Le point de départ de ces infections est souvent dans le pharynx, qu'il faut toujours surveiller avec une grande attention.

Mais il ne faut pas toujours se hâter de porter un pronostic fatal. On peut voir, même au bout de plusieurs mois, l'œdème se résorber, l'albuminurie diminuer et la néphrite rétrocéder. Chez les enfants, les lésions des reins se réparent avec une facilité qu'on ne rencontre pas au même degré chez les adultes.

***

Le TRAITEMENT emprunte à l'existence de l'œdème et à la rétention chlorurée des indications particulières.

A la *phase aiguë*, il faut supprimer le sel, et même le lait qui contient une certaine quantité de chlorure de sodium, instituer la diète hydrique en sucrant l'eau avec du lactose ou du sucre de canne. Il faut, en outre, réduire le volume du liquide ingéré, jusqu'à ce que la diurèse se trouve amorcée.

Quand l'évolution est favorable, on augmente la quantité de liquide ingéré, on donne du lait à doses progressives et, plus tard, on instituera un régime déchloruré composé de lait, de féculents et de farineux. Il est utile de ne pas trop retarder la reprise de la viande pour agir contre l'anémie qui n'est pas rare.

Quand l'œdème persiste, on continue ce même régime, en réduisant au besoin le lait, pour supprimer la petite quantité de sel qu'il contient.

Dans bien des cas, il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux médicaments diurétiques et cardiaques : digitaline cristallisée au millième, à la dose de deux à cinq gouttes par jour jusqu'à vingt gouttes au total ; théobromine, à la dose moyenne de 0 gr. 10 centigrammes par année d'âge, sans dépasser un gramme, pendant une dizaine de jours seulement. La scille, le chlorure de calcium sont quelquefois utilisés.

Les *soins hygiéniques* doivent être minutieusement indiqués. A la phase aiguë, il faut laisser l'enfant au lit et éviter les refroidissements. On conseille d'autre part, des lotions tièdes, la propreté de la peau, la désinfection du pharynx, les médications utiles pour assurer les fonctions digestives.

Pour diminuer la distension cutanée, on peut pratiquer des mouchetures, en prenant toutes les précautions pour éviter l'infection cutanée. Les ponctions du péritoine et des plèvres sont parfois nécessaires.

***

Notre malade a une *néphrite œdémateuse* à début rapide, qui persiste depuis deux mois. Il a donc une *néphrite subaiguë*. Jusqu'à présent, l'œdème s'est montré irréductible, de même que l'ascite et hydrothorax double, qu'il a fallu ponctionner. L'ascite accompagnée d'une circulation superficielle importante et d'un gros foie sans splénomégalie, soulève une question de diagnostic. S'agit-il d'une hépatite ou d'un foie cardiaque ? Notons que le cœur se dilate, que la pression sanguine, un peu forte au début s'est abaissée légèrement, mais que la minima reste élevée. Mais le syndrome cardio-hépatique des néphrites ne comporte pas habituellement une telle ascite. Les urines sont toujours peu abondantes, troubles et très albumineuses.

Le pronostic nous paraît très sérieux car, depuis deux mois, l'état s'est plutôt aggravé.

La *cause* de cette néphrite est difficile à préciser. Faut-il la rattacher aux oreillons que l'enfant a eu quelque temps auparavant ? Mais la néphrite chronique d'origine ourlienne n'est pas fréquente.

S'agit-il de tuberculose ? Rien ne permet de le penser. La syphilis ? Il n'y a aucun antécédent familial. L'enfant lui-même ne présente aucun stigmate et a eu une réaction de Bordet-Wassermann négative à deux reprises. Rien ne permet de suspecter la syphilis. Néanmoins, nous devons songer à l'épreuve du traitement spécifique. Ici, l'embarras commence : prescrirons-nous le mercure, l'arsenic ou le bismuth ?

Les avis sont partagés à cet égard et on n'aura guère chez un tel malade, à introduire dans l'organisme des médicaments susceptibles d'aggraver les altérations des reins, alors que leur indication n'est pas formelle.

(*Leçon recueillie par* le Dr LAPORTE).

VOIES URINAIRES

Les lésions du veru montanum,

Par M. le docteur René Le Fur (de Paris).

Des milliers d'uréthroscopies m'ont permis d'acquérir sur l'état normal et pathologique du *veru montanum* un certain nombre de notions assez précises que je vais exposer ici.

Instrumentation

En général, je me sers de l'*urétroscope de Luys*, et je crois que celui-ci, bien manié, peut suffire dans la très grande majorité des cas.

Sans parler de sa simplicité et de son prix moins élevé, il facilite énormément toutes les applications thérapeutiques et les cautérisations uréthroscopiques.

Symptomatologie de l'inflammation et des lésions du veru montanum

Existe-t-il une symptomatologie spéciale des affections du veru montanum, depuis l'inflammation simple (veru-montanite et utriculite) que l'on peut reconnaître nettement par l'uréthroscopie, jusqu'aux lésions entretenues par une inflammation longtemps prolongée (végétations, ulcérations, infiltration, œdème bulleux, suppuration, abcès, sclérose) ou évoluant même en dehors de toute inflammation (polypes, papillomes, tuberculose, etc.) ? On peut dire que l'inflammation et les lésions du veru montanum présentent, en général, une symptomatologie particulière, qui doit attirer l'attention du clinicien averti, et l'inciter à faire pratiquer un examen minutieux de l'urèthre postérieur et du veru à l'uréthroscope par un spécialiste autorisé. Voici quels sont les symptômes que nous avons observés le plus souvent et que nous allons décrire succinctement :

1° *Pollakiurie*. — Celle-ci est ordinairement diurne, parfois même nocturne, et s'accompagnant alors d'érections pénibles. Parfois peu marquée (toutes les heures), elle présente souvent une grande intensité (toutes les demi-heures ou les quarts d'heure). Le malade sent alors des besoins continuels d'uriner qui ne lui laissent aucun repos ; la miction même ne le soulage pas.

2° *Brûlures profondes au niveau du périnée, des testicules, de l'anus, du rectum ou de la prostate, parfois du sacrum et du coccyx*. — Les douleurs, à siège variable, peuvent aussi revêtir des formes variables : *sensation de fer chaud, congestion et sensation de chaleur permanente, picotements et démangeaisons*. Elles peuvent exister seulement après la miction, ou, au contraire, devenir permanentes. Le malade se plaint alors de souffrir un véritable martyre ; un *ténesme perpétuel* lui ôte toute tranquillité, surtout quand, à ce dernier, s'associent la pollakiurie et les érections ;

3° *Troubles de la miction*. — Ceux-ci manquent souvent. Ils se caractérisent, en dehors de la pollakiurie, par des douleurs pendant ou après la miction, parfois par une impossibilité de vider complètement la vessie. Mais il s'agit bien plus ici d'une sensation éprouvée par le malade qui a l'impression de ne pas pouvoir vider sa vessie. La rétention vraie est rare.

4° *Aspect des urines*. — Les urines renferment assez souvent des filaments, ou bien elles sont troubles dans le premier et le troisième verre. Parfois, on constate de l'hématurie, le plus souvent terminale, quelquefois initiale.

5° *Goutte et écoulement uréthral*. — Certains malades atteints d'uréthrite chronique ancienne présentent soit une goutte matinale, soit un écoulement uréthral, dans lesquels on peut retrouver soit du gonocoque, soit, le plus souvent, des microbes associés (staphylocoque, streptocoque, entérocoque, coli-bacille). Parfois, il n'existe ni goutte, ni écoulement uréthral, et cependant l'uréthroscope n'en révèle pas moins des lésions du veru montanum.

6° *Troubles génitaux*. — Ce sont les plus fréquents. On constate :

a) *Troubles de l'érection*. — L'érection peut être *incomplète, insuffisante, douloureuse* ;

b) *Troubles de l'éjaculation*. — Souvent, l'éjaculation est *prématurée*. Parfois il existe une *impossibilité d'éjaculer*. Enfin, le malade se plaint souvent *d'éjaculation douloureuse* (sensation de brûlure ou de *fer chaud* pendant l'éjaculation, avec parfois *irradiations* aux testicules, au périnée, au sacrum et aux fesses).

L'éjaculation est souvent aussi modifiée en *quantité* (quantité moindre ordinairement) ou en *qualité* (modifications de composition et d'aspect du sperme, qui devient *plus clair, grumeleux*, aspect de grains de sagou).

c) *Hémospermie*. — L'éjaculation sanglante est un des symptômes qui effraie le plus le malade et le porte le plus à venir consulter. Mais elle peut passer inaperçue.

d) *Priapisme*. — Assez rare, bien que nous en ayons constaté deux cas. Mais les *érections nocturnes* sont fréquent s et dues à la congestion de

tout l'urèthre profond et du carrefour génito-urinaire.

e) *Pertes séminales (spermatorrhée).* — Celles-ci, dont les malades se plaignent fréquemment, peuvent exister, la nuit notamment, et sont dues à un trouble du réflexe génital. Leur répétition fatigue le malade et provoque chez lui des troubles nerveux. Mais le plus souvent, les pertes séminales observées le jour sont caractérisées par de *l'urétrorrhée ou de la prostatorrhée*, et nullement par l'émission de sperme.

f) *Impuissance génitale.* — Celle-ci est *très fréquente.* Nous avons déjà, depuis longtemps, insisté sur sa fréquence et son importance dans les lésions de l'urèthre postérieur et du veru montanum, au point que *presque tous les malades atteints de pareilles lésions évoluent vers l'impuissance génitale, soit partielle, soit complète.* Mais cette impuissance est symptomatique, *le traitement et la disparition des lésions locales entraînent aussi la guérison de l'impuissance.*

Orlowski a publié une statistique, de laquelle il ressort que sur 310 cas d'impuissance génitale, 261 fois, il existait des lésions du veru montanum, et toujours, sauf dans 16 cas, la guérison de l'impuissance a été obtenue par le traitement des lésions du veru. Ma statistique personnelle confirme cette opinion. Je n'ai pu réunir les très nombreux cas d'impuissance que j'ai eu l'occasion d'examiner ou de traiter depuis de nombreuses années. Mais sur 128 observations que j'ai pu retrouver, j'en compte 111 qui présentaient des lésions du veru montanum et de l'urèthre postérieur, et sur ces 111 cas, 96 ont été guéris ou améliorés de leur impuissance par le traitement de leurs lésions locales.

7° *Troubles nerveux et psychiques. Neurasthénie génitale.* — On sait combien l'impuissance génitale, causée et entretenue par les affections ou lésions du veru, conduit fréquemment à la *neurasthénie génitale*, ou bien à une série de *troubles nerveux, psychiques et mentaux* qui font, de la vie de ces malheureux malades, un véritable enfer, et les conduisent parfois au suicide. Le point délicat est de savoir quelle est l'affection qui a commencé et qui domine la situation : affection génitale ou état neurasthénique ? Car, de la réponse à cette question, dépend la direction de la conduite thérapeutique. Autrefois, on avait une tendance trop marquée à considérer ces malades comme des mentaux ou des neurasthéniques essentiels, relevant de la neurologie ; c'étaient des obsédés qui localisaient leur obsession sur la sphère génito-urinaire. Une étude plus attentive que nous avons faite de nombre de ces malades nous a permis de réformer cette conception. Parmi eux, en effet, un grand nombre sont des sujets *atteints de lésions génitales primitives*, ordinairement localisées à la région du veru montanum et de l'urèthre postérieur, versant peu à peu dans l'impuissance génitale, et *devenant secondairement des neurasthéniques génitaux ou des mentaux.* Il suffit de guérir leurs lésions génitales pour voir s'améliorer et disparaître leur état neurasthénique ou mental.

On conçoit l'importance de cette notion, car avec les moyens thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui pour soigner les lésions du veru montanum, on peut ainsi rendre à une vie normale des malheureux dont l'existence était un véritable martyre, rayés de la vie sociale et familiale. Chez ces malades, qui présentent évidemment un terrain nerveux très prédisposé, mais aussi des lésions locales, l'urologue doit tendre la main au neurologue et au psychiatre, pour le plus grand bien de ces pauvres êtres qui étaient jusqu'à présent, suivant l'expression très juste de l'un d'entre eux, « les véritables parias de la médecine. »

8° *Parfois il n'existe aucun symptôme génital ou urinaire* chez ces malades atteints d'affections et de lésions du veru montanum. Il ne faudrait pas croire, en effet, après la longue énumération des symptômes que nous venons d'exposer, et dont quelques-uns peuvent prendre, ainsi que nous venons de le voir, une grande acuité, que la symptomatologie soit toujours aussi marquée et aussi riche. Parfois, la *symptomatologie reste muette*, ou tout au moins les symptômes passent inaperçus. Les lésions du veru sont alors une *trouvaille d'uréthroscopie.* C'est pourquoi l'uréthroscopie s'impose dans tous les cas.

Diagnostic des lésions du veru montanum par l'uréthroscopie.

En réalité, le diagnostic des lésions du veru peut se faire *seulement* par l'uréthroscopie. La symptomatologie que nous venons d'étudier peut conduire le clinicien à soupçonner un état pathologique du veru montanum, mais seule l'uréthroscopie pratiquée par un spécialiste expérimenté permettra de poser nettement et de certifier le diagnostic. Seule, elle permettra aussi, en cas de lésions constatées, de réaliser la thérapeutique appropriée.

En ce qui concerne le diagnostic, avant de pouvoir affirmer une altération du veru, il faut d'abord savoir bien reconnaître un veru normal, qui peut présenter d'ailleurs un aspect très variable, sans compter les modifications congénitales qu'on est à même d'observer.

I. Le veru normal et ses variétés.

La *couleur* normale du veru est rosée, parfois un peu plus rouge et foncée, d'autant plus que la congestion est plus marquée ;

Le *volume* en est très variable, même à l'état normal, suivant les individus, plus gros en général chez les arthritiques, les constipés, les pros-

tatiques jeunes, les masturbateurs et chez tous ceux qui présentent de la congestion chronique du carrefour génito-urinaire. Rarement, il est *atrophié* et aplati. Sa coloration est alors anémique, blanc jaunâtre.

L'*aspect du veru* est de même très variable, parfois hypertrophié ou déformé, mais, présentant surtout des modifications congénitales nombreuses : veru en forme de pénis, phallus, scaphandre, canon de fusil, champignon, massue, gourde, de col utérin, de pis de vache (Le Fur).

En général, le veru se présente sous forme d'une saillie légèrement ovalaire, prolongée surtout en avant par des plis qui sont les freins du veru montanum. Cette saillie présente trois orifices : un central plus important, formé par l'utricule ; deux latéraux, plus petits, qui sont les orifices des canaux éjaculateurs. Telle est la disposition classique, peut-on dire, mais l'aspect des orifices du veru peut varier à l'infini : orifice de l'utricule seul visible, orifices éjaculateurs (1) (O. E.) situés dans le fond de l'utricule, — O. E. s'ouvrant à des hauteurs différentes sur la saillie du veru, — O. E. absent d'un côté ou invisible d'un côté, soit le droit, soit le gauche, etc.

Pratiquement, on peut dire que les deux O. E. sont ou nettement visibles, ou bien invisibles ; mais dans ce dernier cas, cela ne veut pas dire qu'ils n'existent pas. Il faut alors, en cas de cathétérisme des O. E., les chercher au jugé avec le cathéter ; on y arrive par tâtonnement.

Nature et fonctions du veru montanum. — Les anciens faisaient surtout du veru un *organe érectile*, qui entrait en érection lors du coït. Maintenant, on s'accorde plutôt à en faire un *organe glandulaire et musculaire.* Ses fonctions me semblent de trois sortes :

1° Il est le *centre de certains réflexes génitaux importants* dans l'érection et l'éjaculation, d'où les troubles génitaux et l'impuissance en cas de lésions du veru ;

2° Il s'oppose, par son augmentation de volume et sa saillie, au *reflux du sperme dans la vessie*, ce qui explique ce reflux en cas de destruction du veru dans la prostatectomie transvésicale ;

3° Il *brasse le sperme*, grâce à ses contractions et à celles des freins du veru (*danse du veru* constatée par Papin).

II. Le veru pathologique.

Celui-ci peut revêtir bien des aspects différents, suivant les lésions qu'il présente et que l'urétroscope est appelé à constater.

Voici une série d'aspects pathologiques du veru qu'il nous a été donné d'observer depuis que nous faisons systématiquement son examen, en cas d'existence des symptômes décrits précédemment :

1° *Augmentation de volume simple.*

2° *Hypertrophie et déformation du veru.*

3° *Verumontanite et utriculite.* — L'inflammation diffuse du veru montanum donne naissance à la *verumontanite.* Mais, en réalité, celle-ci coïncide toujours avec l'*utriculite* ou inflammation de l'utricule, qui est la lésion principale et essentielle. La verumontanite, qui se confond donc avec l'utriculite, peut être *soit aiguë*, d'origine blennorrhagique le plus souvent, *soit chronique.* Au point de vue *étiologique*, elle est causée et entretenue soit par le *gonocoque*, soit par les *microbes associés* de la blennorrhagie (principalement staphylocoque, entérocoque, diplocoques divers).

Certaines verumontanites sont d'*origine colibacillaire*, et dues alors soit à des *affections rénales* (pyélites, pyélonéphrites), soit à des *affections intestinales* (hémorrhoïdes, rectites, entéro-colites). Ce sont là des infections par voie *descendante* qu'on peut opposer aux infections *ascendantes* d'origine uréthrale.

Nous insistons sur l'*importance de l'état de l'intestin* et des infections parties du tractus intestinal qui peuvent se propager directement à la vessie et à la prostate, puis au veru montanum par la voie circulatoire ou lymphatique — c'est ce que nous avons appelé le *petit circuit intestino-prostatique* ou *intestino-vésico-prostatique* — ou bien remonter au rein ; les microbes, filtrés au niveau du rein suivent alors le cours de l'urine et arrivent au veru montanum — c'est le grand *circuit intestino-réno-vésico-prostatique* (1).

Dans les deux cas, les microbes, en contact presque constant avec la muqueuse du veru, grâce à l'urine qui leur sert de vecteur et qui baigne fréquemment cet organe, finissent par l'infecter et par provoquer ainsi de la verumontanite, d'autant plus qu'à cette infection s'associe souvent de la congestion du veru causée par la constipation ou la masturbation. Enfin, aux causes précédentes, engendrant la verumontanite, il convient d'ajouter les *causes d'ordre mécanique* : irritation du veru par des *calculs* prostatiques ou vésico-prostatiques, des graviers ou du sable, des *sédiments urinaires uratiques* et *surtout oxaliques* (oxalurie). On sait combien les cristaux d'oxalate acérés et coupants, déjà irritants pour les muqueuses urinaires, peuvent le devenir davantage encore au niveau du veru montanum et aggravent ainsi leurs méfaits.

A l'uréthroscope, la verumontanite se reconnaît à une augmentation de volume du veru, dont la muqueuse est rouge et congestionnée, saigne

(1) Par abréviation, nous désignerons les orifices éjaculateurs par les initiales O. E.

(1) Le Fur. — Maladies des organes génito-urinaires du *Nouveau Traité de médecine*, de Gilbert et Carnot, fascicule XXII, page 122.

facilement et présente surtout un *dépoli caractéristique.*

On observe aussi, souvent, en pareil cas, une ou plusieurs des lésions suivantes, qui caractérisent, au point de vue anatomo-pathologique, certaines formes de veru-montanite ;

4° *Infiltration molle (forme infiltrée).*

5° *Infiltration dure (forme sèche et atrophique).*

6° *Forme granuleuse, verruqueuse, ou infiltration en plaques.*

7° *Lésions destructives (forme ulcéreuse).*

8° *Lésions proliferatives.* — On peut observer :

a) *Des végétations.*

b) *Des papillomes.*

c) *Des polypes.*

d) *Des kystes.*

9° *Calculs de l'utricule et du veru montanum.* — J'ai observé un cas très intéressant de *calcul de l'utricule,* que j'ai pu saisir et broyer avec une pince uréthroscopique. Il m'a été donné aussi de constater plusieurs cas de concrétions du veru montanum un peu analogues à des concrétions prostatiques, ou sympexions de Robin.

10° *Tuberculose du veru.* — J'ai eu l'occasion d'observer 4 cas de lésions tuberculeuses du veru montanum.

11° *Epithéliome du veru.*

12° *Veru des masturbateurs.* — C'est un veru gros et congestionné, souvent hypertrophié et déformé, parfois turgescent et boursouflé. Son aspect est très caractéristique, et parfois, à première vue de l'organe, l'on peut porter le diagnostic de masturbation chez certains malades.

C'est ordinairement le même aspect que l'on observe dans les *aberrations sexuelles* (coït interrompu, prolongé, modifié) chez les malades soumis aux *excès vénériens* ou chez les *excités génitaux* présentant du *priapisme* ;

14° *Veru des impuissants.* — Celui-ci présente souvent une *diminution de volume* (veru *plat* des impuissants). Il est plaqué contre la paroi uréthrale prostatique ; sa coloration est pâle, anémique. Il semble que, par suite de la diminution et souvent de la suppression de la fonction génitale, le veru, qui doit être normalement le siège d'importants réflexes génitaux, se soit affaissé et comme rétracté.

III. Les lésions voisines.

1° *Lésions des orifices et canaux éjaculateurs.* — Celles-ci accompagnent fréquemment la verumontanite et les affections du veru montanum.

a) *Les orifices éjaculateurs* peuvent être rouges, éversés, ulcérés ;

b) Il peut exister du *rétrécissement et de la sclérose,* soit des O. E., soit des canaux éjaculateurs ;

c) *La vésiculite* est fréquente et se reconnaît ordinairement à l'altération de l'O. E. correspondant. Parfois celui-ci baigne dans le pus, ou bien une éjaculation purulente se produit à son niveau, révélant une vésiculite correspondante. Parfois, une pression sur la vésicule séminale exercée par un doigt rectal, pendant l'examen uréthroscopique, permet de constater un jet de pus par l'O. E. du même côté.

Toute inflammation des vésicules séminales entraîne une altération du veru, et cela est facile à comprendre, puisque toutes les sécrétions infectées des vésicules séminales se répandent sur le veru qu'elles contaminent. Aussi, peut-on dire que *le veru est le miroir des vésicules séminales* (Luys) ;

2° *Gouttières du veru et glandes paramontanales.* — Toutes les glandes prostatiques paramontanales viennent se déverser dans les gouttières du veru. C'est dire, qu'en cas d'inflammation du veru, ces glandes et leurs orifices glandulaires seront atteints et pourront donner à la région un aspect particulier. On peut ainsi constater soit l'aspect de *frai de grenouille* dû à l'inflammation de la muqueuse et des glandes, soit l'*aspect de passoire* dû à la suppuration des orifices glandulaires qui forment chacun un véritable petit cratère. Parfois, on observe des *cavités d'abcès véritables* qui se sont ouverts dans les gouttières du veru.

3° *Fossette sus-montanale.* — L'on constate souvent à ce niveau des *saillies constituées* par de *petits adénomes prostatiques* ou des *kystes prostatiques.*

Traitement des lésions du veru montanum par les courants de haute fréquence.

Autrefois, nous traitions les lésions du veru par les cautérisations chimiques au nitrate d'argent (de 5 à 10 %), ou au galvano-cautère. Depuis que nous employons les courants de haute fréquence en urologie, c'est presque toujours à ceux-ci que nous avons maintenant recours.

Il existe trois formes de haute fréquence qu'on peut utiliser dans les lésions du veru montanum : l'étincelage, l'électro-coagulation, la diathermie :

1° *L'étincelage,* ainsi nommé par Heitz-Boyer, consiste dans l'application à distance de l'électrode uréthrale, de façon à provoquer une série d'étincelles qui modifient et font disparaître les lésions sans causer de destruction profonde ni de sphacèle ; il s'agit sans doute ici d'une action par choc cellulaire qui détruit les cellules pathologiques moins résistantes sans atteindre les cellules saines qui résistent mieux au courant. Nous nous servons le plus souvent d'une *intensité* de courant variant de 100 à 200 milliampères, pendant une *durée* de trente à soixante secondes ; parfois quelques minutes d'application sont nécessaires en cas de lésions plus profondes. Dans la pratique, nous nous en rapportons plutôt à la *coloration de la muqueuse* plutôt qu'aux indications du galvanomètre ; dès qu'on constate à

l'étincelage une coloration blanchâtre de la muqueuse qui persiste, le but se trouve le plus souvent atteint. Les *séances doivent être répétées* tous les huit ou quinze jours, parfois seulement au bout de trois semaines : toute réaction de la muqueuse du veru doit avoir disparu. C'est à *l'étincelage* que nous avons recours dans la grande majorité des lésions du veru montanum ; il suffit presque toujours et ne laisse aucune trace fâcheuse ;

2° *L'électro-coagulation* est produite par passage direct des courants de haute fréquence sur la muqueuse ; l'électrode uréthrale est laissée *au contact* du veru pendant plusieurs secondes, parfois même une minute. C'est un moyen de destruction puissant et intense que nous réservons à certaines lésions du veru qu'il faut détruire profondément, comme les lésions tuberculeuses, néoplasiques, ou encore certaines formes de polypes épais et sessiles que l'étincelage ne suffit pas à détruire. Mais ce procédé d'application a un inconvénient : il produit des escharres parfois profondes, et dans une région aussi délicate que celle du veru, il demande à être manié très prudemment. Pour notre part, nous avons observé quelques cas de destruction et de fonte complète du veru causées par des séances d'électro-coagulation trop intenses ou trop prolongées ; il peut en résulter des troubles génitaux, des rétrécissements ou obstructions des orifices éjaculateurs. Nous ne dépassons jamais sur le veru une intensité de plus de 200 milliampères.

3° *La diathermie* peut aussi être utilisée dans les lésions du veru en employant une électrode uréthrale, à large surface (extrémité d'un Béniqué, olive métallique).

Ce procédé produit une action *calorifique*, et aussi, sans doute, de *vitalisation cellulaire*, et nous a donné dans certains cas, de bons résultats. Sans employer une instrumentation aussi compliquée que celle de Roucayrol, on peut recourir à l'appareil fort simple que nous employons.

Chacune de ces formes de la haute fréquence a ses indications respectives. Nous renvoyons pour leur exposé à notre communication faite à l'*Association française d'Urologie* (octobre 1923).

Comme conclusion, nous insistons sur la *grande fréquence des lésions du veru montanum* qui passent souvent inaperçues, de l'*impuissance génitale* qui leur fait suite, et sur la possibilité qui existe en pareil cas, de guérir ces affections soit par des applications locales de *courants de haute fréquence* (*étincelage* associé à la *diathermie*, rarement *électrocoagulation*), soit même par des applications de radium placé au niveau des lésions, grâce à l'urétroscope.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET NÉVRAXITE SPASMODIQUE

Glycosides cyanogénés et virus filtrants provenant du *Bacillus radicicola* du *Phaseolus lunatus* et du *Lathirus cicera*

Par le Dr Albert VEILLARD, de Meung-sur-Loire (Loiret).

Des intoxications alimentaires d'origine cyanogénée. Loi de la formation du cyanogène dans les végétaux. Alcaloïdes et glycosides, virus filtrants et émanations polléniques d'origine géomicrobienne et géo-mycélienne.

J'ai montré précédemment que l'encéphalite dite épidémique n'était pas une ; — que l'encéphalite léthargique était le résultat d'une intoxication par le *Phaseolus lunatus*, la névraxite spasmodique par le *Lathyrus cicera* (gesse chiche), que le maïs avarié venait compliquer ces intoxications par sa toxine spéciale s'attaquant, elle aussi, à l'axe cérébro-spinal ; — que ces intoxications avaient tout naturellement frappé la population française soumise de 1917 à 1922 à un régime de succédanés panifiables qui avaient atteint 45 pour cent ; — que ces succédanés, officiellement seigle et maïs, n'avaient été trop souvent que des haricots de Java ou de Birmanie et des pois du Japon (*Lathyrus cicera*).

A ces succédanés officiels il faut ajouter aujourd'hui le manioc, qui, depuis 1924, doit entrer dans la proportion de 8 pour 100 dans le mélange des farines panifiables. Le manioc peut être consommé sans danger, à condition d'être préparé avec les plus grands soins ; sinon il peut renfermer de très fortes quantités d'acide cyanhydrique. Son emploi exige donc des précautions et doit être surveillé.

La publication prochaine de reproduction expérimentale de l'encéphalite dissipera, je l'espère, les derniers doutes des incrédules. Evidente pour moi cliniquement, l'étiologie végétale est prouvée par des travaux de laboratoire qui démontrent d'autre part, ce que je n'ai pas cessé de proclamer depuis plusieurs années, la dualité de l'encéphalite et du lathyrisme, qui ne sont pas deux formes d'une même maladie, mais bien deux maladies distinctes causées chacune par une graine différente.

Mais d'où provenaient ces graines néfastes ?

Ces marchandises, d'un prix de revient infime, servaient à compléter le fret des bateaux venant directement de Java apporter les extraits de diverses euphorbiacées destinés à la fabrication du caoutchouc. Les premiers foyers d'encéphalite léthargi-

que correspondaient si exactement au voisinage de ces usines que je crus un moment qu'il fallait accuser les émanations dues à cette fabrication, mais c'est bien du côté du pain qu'il fallait chercher...

J'ai raconté dans un numéro précédent l'histoire abracadabrante des livraisons de haricots de Java faites aux magasins militaires, histoire vaudevillesque qui malheureusement pour beaucoup s'est terminée au cimetière, dans un asile d'aliénés ou au quartier des gâteux. Après réception dans ces magasins, des haricots achetés par les Offices de ravitaillement, ces haricots furent refusés par les experts de l'Armée, parce qu'ils renfermaient une trop forte proportion d'acide cyanhydrique. Les fournisseurs furent donc invités à reprendre leur marchandise, — ce qu'ils firent, et allèrent tranquillement la porter aux moulins qui travaillaient pour la population civile. Ainsi s'explique ce fait que l'encéphalite frappa surtout la population civile et les soldats des services de l'arrière ayant le même ravitaillement de cette population.

Mais ce n'est pas tout : ces farines de haricot de Java et de pois du Japon s'avarient très rapidement et deviennent inutilisables pour la boulangerie. On en fait alors de la pâtée ou du barbotage pour les animaux et ceux-ci, à leur tour, sont frappés d'encéphalite ou de lathyrisme.

Et ce n'est pas tout : cela sent si mauvais que les animaux refusent cette nourriture. Des milliers et des milliers de quintaux ont alors été convertis en engrais, excellent d'ailleurs pour une végétation vigoureuse, car il renferme une très forte proportion d'azote, comme tout ce qui provient d'une légumineuse. Mais cet engrais contient aussi des produits cianogénés qui sont absorbés par les racines des blés et des orges. Et voilà pourquoi nos sociétés savantes entendent des communications sur les accidents anaphylactiques causés par du pain blanc fabriqué avec de la farine de pur froment de France : accidents anaphylactiques qui ne sont en réalité que des intoxications cyanogénées par des blés ayant reçu comme engrais des farines avariées de haricot de Java.

On ne se contente donc pas de nous empoisonner, nous et nos animaux domestiques ; on empoisonne maintenant jusqu'à notre bon blé de France.

Et on ne fait ainsi qu'exécuter un ordre ministériel : « Toute farine présentant un degré d'avarie est mise en vente pour la consommation du bétail ou pour des usages industriels » Voir cette circulaire *in extenso*, *Concours médical*, 1924, n° 36, page 2.069.

Phaseolus lunatus et *Lathyrus cicera* sont toxiques par le cyanogène qu'ils renferment, ainsi que je le rappelais pour la phaséolunatine, glycoside azoté du haricot de Java ou de Birmanie, et pour la lathyrine ; ces deux plantes appartiennent à la famille des légumineuses.

En 1896, c'est-à-dire voilà vingt-neuf ans, je m'étais préoccupé déjà de l'origine des alcaloïdes ou des glycosides dans les légumineuses.

J'étais alors arrivé à cette conclusion : que l'alcaloïde ou glycoside, dans les légumineuses, n'était que la ptomaïne du *Bacillus radicicola* qui vivait dans les poches microbiennes des racines ; qu'il y avait là le point de départ d'études intéressantes dans le domaine de l'alcaloïdothérapie et de la vaccinothérapie.

Une note que je fis paraître à ce sujet en septembre 1900 ne rencontra pas d'écho.

Les recherches que j'ai faites depuis trois ans ont confirmé entièrement mes premières observations. La toxine végétale est bien le résultat des excrétions des microbes qui vivent dans les poches des racines.

Et j'ajoute aujourd'hui : cette toxine renferme toujours du cyanogène ou de l'acide cyanhydrique quand la plante n'utilise pas la totalité du corps azoté fourni par le géo-microbe.

Pour quelle raison ?

En vain j'ai consulté les travaux des auteurs les plus modernes sur la cause de la présence du cyanogène dans certaines plantes plutôt que dans certaines autres ; ils indiquent bien que le cyanogène ou l'acide cyanhydrique existe dans de nombreux végétaux, arbres et arbustes, mais en dehors des arbres appartenant à la famille des amygdalacées, rosacées (abricotier, prunier, cerisier, amandier, pêcher) rien ne permet de s'y reconnaître.

Frappé de la fréquence des plantes cyanogénées dans la famille des légumineuses (*phaseolus lunatus*, *lathyrus cicera*, *cystisus laburnum*, certaines vesces, etc.), je me demandai quel lien commun pouvait les rattacher aux arbres que je viens de mentionner, arbres qui sont dépourvus de poches à microbes.

C'est qu'eux aussi prennent directement l'azote atmosphérique par l'intermédiaire de leurs racines ; mais ce n'est pas le *Bac radicicola* qui fait alors l'office de fixateur d'azote, mais bien le mycélium de leurs mycorhizes.

Depuis longtemps je soupçonnais deux plantes d'être la cause directe de deux maladies que l'on classe aujourd'hui dans les infections par virus filtrants. Elles me déroutaient, car elles n'avaient ni poches à microbes, ni mycorhizes ; des recherches dans les traités de microbiologie végétale me montrèrent qu'elles tiraient directement l'azote de l'air par l'intermédiaire de microbes en symbiose avec les algues.

Dès lors ma doctrine me parut solidement édifiée. Je pouvais établir une classification identique aux têtes de chapitre telles qu'elles existent actuellement dans les traités classiques de microbiologie végétale, (Kayser, *Microbiologie agricole*, pages 196 et suiv. ; G. André, *Chimie agricole*, *Chimie végétale*, pages 104 et suiv., pages 180 et suiv.).

1° La plante tire son azote directement de l'atmosphère par symbiose avec le *Bacillus radicicola*. (poches à microbes des légumineuses) ;

2° La plante se procure l'azote atmosphérique par l'intermédiaire d'un géo-microbe vivant en symbiose avec les algues ;

3° Les racines sont enveloppées de mycélium (mycorhizes). Le mycélium absorbe l'azote atmosphérique qui, par le mycélium pénétrant les racines, passe ensuite dans le végétal ;

4° Il y a symbiose entre un microbe anaérobie et généralement deux microbes aérobies : ces deux derniers organismes ne peuvent pas vivre sans une combinaison azotée.

A ma connaissance, il n'a jamais été énoncé de *loi générale sur la formation du cyanogène ou de l'acide cyanhydrique dans les végétaux*. Cette loi, je la formulerai ainsi :

1° *Tout végétal tirant directement la totalité de son azote de l'azote atmosphérique par l'intermédiaire d'un géo-microbe ou d'un géo-mycélium (le mycélium n'est en réalité qu'un microbe géant) peut former du cyanogène ou des produits plus ou moins complexes (alcaloïdes, glycosides, essences) qui, par fermentation ou hydrolyse, donnent de l'acide cyanhydrique ;*

2° Tout végétal tirant directement la totalité de son azote de l'azote atmosphérique renferme, non seulement dans ses racines, mais aussi dans son organisme et particulièrement dans son pollen et dans sa graine, des émanations de ses géo-microbes fixateurs d'azote, émanations qui ne sont en réalité que les ultra-sporules, invisibles au microscope et filtrantes, de ces géo-microbes ou géo-myceliums ;

3° Toute plante cyanogénée et porteuse de virus filtrants perdra tout à la fois son cyanogène et sa virulence quand on substituera une culture par engrais azotés (plante domestiquée et fournie d'engrais par les soins de l'homme) à l'état de nature (plante sauvage ayant comme seule ressource l'azote de l'air).

4° Les virus filtrants d'origine végétale (ultra-sporules émanées des géo-microbes ou géo-mycéliums vivant en symbiose avec une plante) conservent toujours un caractère symbiotique, c'est-à-dire spécifique de telle ou telle plante recevant par les géo-microbes l'azote atmosphérique.

Depuis que j'ai établi ces tableaux, plusieurs plantes que je ne connaissais pas m'ont été signalées comme fortement cyanogénées et très toxiques ; elles aussi avaient des géo-microbes fixateurs de l'azote atmosphérique.

Je crois donc que ma formule est de portée générale et appelée à rendre des services à ceux qui voudront étudier les plantes cyanogénées toxiques dont l'histoire est intimement liée à celle des infections par virus filtrants et aussi à celle de la colloïdoclasie, comme je vais l'esquisser tout à l'heure.

Pourquoi les plantes qui reçoivent leur azote de l'azote atmosphérique par l'intermédiaire d'un microbe renferment-elles aussi souvent du cyanogène ?

Dès que l'ultra-sporule se trouve dans les conditions de germer, elle cherche dans les milieux ambiants les aliments nécessaires ; l'hydrate de carbone lui est fourni par la graine, puis par la plantule. Mais cela ne lui suffit pas ; très avide d'azote, elle n'en a pas suffisamment dans la plante et le prend dans le sol, dont les parties superficielles renferment de l'azote atmosphérique.

Pour rendre ma démonstration plus claire, j'appellerai l'hydrate de carbone du carbone hydraté ; l'ultra-sporule germée et passée à l'état de bacille ajoute l'azote atmosphérique au carbone hydraté qu'elle a reçu de la plante et en fait un azoture de carbone hydraté. Mais qu'est-ce que de l'azoture de carbone ? c'est du cyanogène.

L'azoture de carbone ou cyanogène, nous enseigne la chimie, est toujours le premier stade, stade obligatoire, du passage de l'azote minéral ou atmosphérique aux composés azotés plus complexes.

C'est pour cette raison, à mon avis, que l'on trouvera aussi souvent les composés cyanogénés ou l'acide cyanhydrique dans les végétaux qui reçoivent leur azote directement de l'azote atmosphérique, que ce soit par l'intermédiaire du *Bacillus radicicola* des légumineuses, du Bac. symbiotique des algues, des symbioses interbacillaires ou des mycorhizes des amentacées et autres végétaux.

Inversement, quand la nutrition azotée des végétaux se fera aux dépens de substances organiques, de l'azote nitreux ou nitrique, de l'ammoniaque gazeux, nous ne verrons plus l'action des géo-microbes fixateurs de l'azote atmosphérique ; ce sont d'autres microbes qui agiront. Des corps azotés complexes passeront directement dans la plante, corps azotés plus ou moins éloignés déjà du premier stade constitué par le cyanogène, beaucoup plus fixes et soumis à de nombreuses modifications avant d'être rendus à l'état minéral.

Dans la suite de ce travail j'emploierai souvent les expressions de plantes toxiques, sauvages ou exotiques, de plantes bonnes pour l'alimentation, domestiquées, indigènes, modifiées par la culture, et les engrais rationnels.

C'est qu'en effet toutes les plantes qui reçoivent leur azote par l'intermédiaire d'un Bac. radicicola, d'un Bac. symbiotique d'une algue, d'un mycorhize sont en réalité des plantes sauvages, venant par les seules ressources de la nature ; du jour où elles reçoivent des engrais azotés, on voit le nombre des poches à microbes diminuer, et en même temps leur cyanogène et leur virulence disparaître.

Il en est ainsi des haricots, des pois, de notre pays ; ils peuvent être consommés sans danger. Mais les haricots et les pois des régions exotiques où la culture est rudimentaire, pour ne pas dire nulle, sont plus ou moins toxiques. Le sarrasin, l'orge, le maïs sont dans les mêmes conditions ; venant dans des terrains arides et pierreux ou succédant à des légumineuses infectées de cyanogène, ils deviennent dangereux dans l'alimentation de l'homme et des animaux.

Dans nos régions tempérées à végétation pondérée qui ne connaît pas la rapidité brutale de la végétation des pays intertropicaux, cette cyanogénation

est toute théorique ; en réalité dans le végétal, azote et carbone sont tout d'abord côte à côte, à l'état d'ions indépendants ; la plante les absorbe et les assimile entièrement, sans laisser de résidu, résidu qui, en l'espèce, serait du cyanogène.

Dans les pays chauds, au contraire, où un soleil ardent suractive les fonctions géo-microbiennes en même temps qu'il déshydrate la plante au-dessus du sol, azote et carbone tendent à s'unir, à faire un seul élément, un azoture de carbone ou cyanogène à l'état naissant. Si nos haricots indigènes de France, primitivement originaires des pays chauds, ne contiennent plus de cyanogène, par contre leurs similaires, restés dans leur pays d'origine, en renferment toujours une plus ou moins forte proportion.

Si à l'influence du climat on ajoute celle de la culture, on voit une nouvelle cause de renforcement de la cyanogénation dans les pays chauds où les plantes viennent par les seules forces de la nature, sans engrais azotés qui modèrent le nombre et la puissance des géo-microbes fixateurs de l'azote atmosphérique.

Nous acceptons un haricot sans nous préoccuper de son origine indigène ou exotique, et cependant, sous le même aspect, l'un peut être consommé sans danger alors que l'autre est très toxique.

Parmi nos plantes à usage thérapeutique ne voyons-nous pas les différences qui existent entre les digitales et les aconits, par exemple, suivant que ces plantes sont venues à l'état sauvage ou au contraire bien soignées et entretenues dans nos jardins ? Les premières, levées spontanément et sans aucune culture dans un terrain rocailleux et arides, eront riches en digitaline et aconitine ; les secondes, plus belles peut-être extérieurement, renfermeront moins de principes actifs.

Dans un prochain article sur l'étude expérimentale de l'encéphalite j'exposerai les faits sur lesquels je m'appuie pour prouver l'existence de la sporulation du *Bacillus radicicola*, sporulation qui a été niée, la réalité du passage de l'ultra-sporule, devenue invisible au microscope et filtrable dans la plante et dans sa graine.

Je pose en principe que toutes les plantes classées dans une des divisions suivantes sont en même temps susceptibles d'être toxiques par leur cyanogène et de devenir infectieuses pour l'homme et les animaux par les virus filtrants d'origine géo-microbienne ou géo-mycélienne qu'elles renferment toutes.

1° La plante tire son azote directement de l'atmosphère par symbiose avec le *Bacillus radicicola* (poches à microbes des légumineuses) : (*Lathyrus cicera* (névraxite spasmodique), *Phaseolus lunatus* (encéphalite léthargique), *Faba vulgaris* toxique (fabisme), vesce toxique (paralysie des pigeons, des chevaux), *Robinia pseudo-acaccia*, *Cytisus laburnum*, plusieurs autres légumineuses actuellement à l'étude et donnant des accidents comparables à ceux provoqués par le *Phaseolus lunatus*. Je suis d'ailleurs convaincu que toutes les légumineuses des pays chauds sont plus ou moins toxiques, pour les raisons que je vais exposer tout à l'heure ;

2° La plante se procure l'azote atmosphérique par l'intermédiaire d'un géo-microbe vivant en symbiose avec les algues (sarrasin toxique, orge toxique). Je développerai ce sujet particulièrement dans le chapitre sur l'étude expérimentale de l'encéphalite léthargique ;

3° Les racines sont enveloppées de mycélium (mycorhizes). C'est ce mycélium qui absorbe l'azote atmosphérique et le cède ensuite au végétal. Arbres à noyaux à acide cyanhydrique (amandier, abricotier, prunier, pêcher, cerisier). Beaucoup de plantes de la famille des rosacées (*Rubus fructicosus*, mûre des haies), fraise des bois, etc., des orchidées, des euphorbiacées (manioc), le *Sambucus nigra* (sureau), dont on retire un glycoside, la sambunigrine renfermant de l'acide cyanhydrique, ce qui justifie l'emploi du sureau dans le traitement de l'érysipèle), certaines composées et renonculacées ont des racines à mycélium fixateur de l'azote atmosphérique. Le chêne, le saule (salicine), l'aulne, le peuplier, les conifères, le charme sont pourvus de mycorhizes. Il en est de même du lierre, du cornouiller et de nombreuses plantes de la famille des rubiacées (quinine, ipéca, caille-lait, aspérule odorante (coumarine), etc.).

A une époque où l'on parle beaucoup d'anaphylaxie et de colloïdoclasie, il serait intéressant de se mettre à l'étude des plantes à mycorhizes, car celles-ci nous donneraient la clé de bien des phénomènes que l'on a rattachés jusqu'ici aux causes les plus fantastiques. Comme tout ce qui est naturel cela doit être très simple. Le mycélium de ces racines a des spores qui sont des plus fines ; que celles-ci sporulent à leur tour et l'on aura des ultra-sporules qui passeront dans la plante, dans le pollen et jusque dans la graine. A l'époque de la floraison les conifères, les aulnes, les peupliers et bien d'autres arbres ou arbustes ayant des mycorhizes, certaines Renonculacées et primulacées émettront des poussières de pollen renfermant les émanations (ultra-sporules) ou virus filtrants du mycélium des mycorhizes. Ces émanations au contact chaud et humide des fosses nasales se mettent à germer et leur diastase pénètre dans la circulation sanguine. Or cette diastase est une présure très énergique (voyez G. André, *Chimie végétale*, page 236. Cet auteur justement signale que cette présure existe dans la sécrétion de certaines mucédinées). Le premier effet du contact de cette sporule du mycélium avec le sang sera de produire la coagulation des albuminoïdes et de provoquer ainsi le choc colloïdoclasique.

Il est à remarquer que l'ipéca, le caille-lait, l'aspérule odorante appartiennent à la famille des rubiacées, plantes à racines garnies de mycélium, et jouissent aussi de propriétés colloïdoclasiques.

Il faudrait donc considérer les maladies d'origine

pollénique (fièvre et asthme des foins) comme de véritables infections par virus filtrants, émanation du mycélium des mycorhizes des conifères, des rubiacées et autres plantes à déterminer.

C'est ici qu'il y a lieu de parler de l'herpès fébrile. M. Levaditi s'est donné la tâche d'identifier l'herpès fébrile avec l'encéphalite léthargique ; je pense qu'il ne pourra pas réussir.

L'encéphalite léthargique est causée par le virus filtrant ou sporule émanée du *Bacillus radicicola* symbiosé avec le *Phaseolus lunatus* ; le *Bacillus radicicola* est toujours à spore unique ; il sporule par segmentation longitudinale (Kayser, Micr. vég., p. 22).

Or l'herpès fébrile paraît avoir une grande affinité avec toutes les maladies d'origine microbienne diplococcique (pneumonie franche, méningite cérébro-spinale, angine herpétique) ; ancien élève de Fernet, je recherche toujours avec soin la moindre trace d'herpès fébrile ; je ne l'ai jamais observé chez les malades atteints d'encéphalite qu'il m'a été donné d'examiner et je ne le vois pas particulièrement noté dans les auteurs qui ont écrit sur l'encéphalite.

D'un autre côté je puis donner l'observation suivante : je connais une personne qui ne peut pas résister à l'envie de manger quelques mûres des haies lors de ses promenades d'été dans la campagne ; et régulièrement chaque fois elle est prise de légers frissons, de malaises ; dans les 24 heures, apparition d'herpès fébrile aux lèvres ou à l'aile du nez ; 4 ou 5 jours après, non moins régulièrement, poussée hémorrhoïdaire.

Franchement on ne peut pas dire que cette personne ait été menacée d'une encéphalite léthargique pour avoir mangé quatre ou cinq mûres des haies ; mais il peut très bien se faire que ces mûres portent des ultra-sporules émanées du mycorhize du *Rubus fruticosus* ; ces ultra-sporules pénètrent dans la circulation sanguine, agissent par leur présure sur les protéines qu'elles coagulent légèrement, provoquant ainsi une intoxication générale qui se manifeste par des frissons, une fièvre légère, par l'apparition de l'herpès et d'une poussée hémorrhoïdaire.

Autrement dit l'herpès fébrile paraît se rattacher à une infection mycélienne ou diplococcique plutôt qu'à une infection radicicolaire ; il est la manifestation d'un choc colloïdoclasique par ultra-sporule à présure coagulante comme toute ultra-sporule provenant d'un végétal à mycorhizes.

Cette ultra-sporule ou virus filtrable continue à vivre dans le sang, comme le tréponème dans la syphilis ou le protozoaire dans la malaria ; chez le porteur de ce germe tout est prétexte à récidive : un courant d'air, une émotion, l'époque menstruelle, la saison de pousse (printemps) et la saison de maturation des fruits (automne) où il y a toujours un redoublement de la forme ultra-sporulaire (comme nous leverrons plus loin à propos des saisons de prédilection des maladies par infection par virus filtrants d'origine géo-microbienne) sont autant de causes banales de l'herpès fébrile.

Les plantes qui doivent tirer directement l'azote de l'atmosphère sont aidées par des géo-microbes ; ceux-ci ne sont pas des parasites, comme on l'a cru pendant longtemps ; ils vivent en symbiose avec ces plantes, c'est-à-dire que celles-ci cèdent à ces géo-microbes leurs hydrates de carbone et en échange ces géo-microbes leur donnent l'azote indispensable.

Ces géo-microbes, de forme bacillaire, ne pénètrent pas dans la plante, mais ils ne peuvent pas s'en éloigner. Vivant en symbiose avec les algues, ils sont pris dans une matière visqueuse qui les retient contre les racines ; vivant en symbiose avec les conifères et les rosacées, le mycélium est entrelacé autour des racines ; vivant en symbiose avec les légumineuses, ils sont emprisonnés dans des poches faisant corps avec la racine.

Dès l'année 1896, je faisais la remarque que le contenu de ces poches passait dans la racine et que l'alcaloïde ou le glucoside des légumineuses n'était que la ptomaïne plus ou moins modifiée du *Bacillus radicicola* ; je constatais en même temps la sporulation de ce bacille.

Un coup d'œil d'ensemble sur toutes ces plantes, vivant en symbiose avec ces géo-microbes radiculaires, m'a amené à faire cette constatation que beaucoup d'entre elles étaient cyanogénées, ce qui peut s'expliquer facilement par la formation d'azoture de carbone résultant d'une conjonction directe du carbone de la plante avec l'azote atmosphérique, contrairement aux autres plantes qui prennent dans le sol des corps quaternaires (azote, carbone, hydrogène, oxygène) existant depuis longtemps et par conséquent déjà éloignés du premier stade constitué par le cyanogène.

Nous avons vu que les végétaux à mycorhizes conifères, bétulacées, rubiacées, etc.) provoquaient facilement des accidents asthmatiformes par leur pollen et j'ai émis l'hypothèse que celui-ci renfermait les ultra-sporules invisibles du mycélium symbiotique ; je montrerai dans un prochain article que l'intoxication par le *Phaseolus* et les fèves toxiques peut se produire non seulement par l'inhalation des fleurs mais aussi par l'inhalation de la farine de leurs graines. La marche évolutive à longue échéance de cette intoxication prouve qu'il ne s'agit pas uniquement d'un empoisonnement par un corps cyanogéné, mais bien d'une réaction contre une ultra-sporule faisant fonction d'antigène et qui n'est autre que l'émanation du *Bac. radicicola* symbiotique du *Phaseolus lunatus* s'il s'agit de l'encéphalite léthargique, l'émanation du *Bac. radicicola* symbiotique du *Lathyrus cicera* s'il s'agit de la névraxite myoclonique.

Que le *Bac. radicicola* soit sous forme de bacille dans la poche à microbes, qu'il soit sous forme d'ultra-sporule ou émanation dans le pollen ou dans la graine, sous forme de virus filtrant dans le sang de l'homme ou des animaux, il ne faut pas oublier qu'il est toujours spécifique de la plante avec laquelle il était en symbiose, mais à des degrés divers.

Le tableau clinique de l'intoxication par le *Lathyrus cicera* (névraxite spasmodique) est bien différent de celui donné par l'intoxication du *Phaseolus lunatus* (encéphalite léthargique) ; en supposant que la matière première fournie par le *Bac radicicola* soit la même pour les deux plantes, il est indéniable qu'il faut considérer chaque variété de plantes comme une usine outillée différemment, qui travaille une même matière première, chacune à sa façon, et en fait des produits dissemblables, de la lathyrine dans un cas, de la phaséolunatine dans l'autre.

Le *Bac. radicicola* vit dans sa loge, en dehors de la plante, mais il reçoit ses hydrates de carbone de cette plante ; il doit donc se sélectionner très rapidement.

La sélection doit être plus prononcée pour la spore qui pénètre dans le végétal, plus prononcée encore pour l'ultra-sporule intimement liée à la vie de sa graine.

Autrement dit, il est très probable que le virus filtrant ou ultra-sporule émanée du *Bac. radicicola* possède des propriétés différentes de celles du *Bac. radicicola*, celui-ci pouvant être saprogène et l'ultra-sporule très toxique, parce que symbiotique d'un élément cyanogéné.

Tout ce que j'ai dit des géo-microbes et des géo-mycéliums fixateurs d'azote atmosphérique s'applique également aux microbes fixateurs d'azote atmosphérique qui vivent dans la mer et dans les eaux. Toutes les algues à fonction chlorophyllienne ont leur hydrate de carbone propre, mais l'azote leur est fourni par un microbe fixateur d'azote atmosphérique ; très riches en principes azotés, elles contribuent à nourrir moules et homards qui vivent dans la mer près des points d'attache de ces algues. Les conferves sont en abondance dans les mares et les étangs où habitent carpes, tanches, anguilles ; on en voit jusque dans certaines eaux minérales superficielles.

Comme pour les géo-microbes, leur caractéristique est d'être toxique par leur principe azoto-carboné c'est-à-dire cyanogéné à l'état naissant et par leurs ultra-sporules conservatrices de l'espèce microbienne fixatrice d'azote.

De telle sorte que toutes ces causes, en apparence si disparates que l'on a assignées à la sensibilisation aux toxines se manifestant par des troubles cutanés divers (érythèmes, eczéma, urticaire, etc.), des troubles respiratoires (fièvre, rhinite, asthme), des troubles digestifs (vomissements, entérites infectieuses), des troubles nerveux allant de l'encéphalite mortelle à la simple tétanie, ne sont, à vrai dire, que des degrés divers d'une intoxication cyanogénée due à un microbe fixateur d'azote atmosphérique et facteur indirect, dans certaines conditions, d'un produit cyanogéné plus ou moins complexe, quelquefois simple cyanogène, quelquefois acide cyanhydrique, quelquefois même alcaloïdes ou glycosides azotés donnant par la fermentation ou l'hydrolyse de l'acide cyanhydrique.

En se reportant aux tableaux que j'ai donnés plus haut, chacun pourra donc classer facilement l'agent intoxiquant :

1° *Bacillus radicicola* avec ses dérivés cyanogéniques souvent redoutables (encéphalite léthargique, névraxite spasmodique, fabisme, vicisme, etc.) ;

2° Mycéliums des mycorhizes avec leurs pollens toxiques (conifères, etc.), leurs essences et glycosides (amandes amères, noyaux à acide cyanhydrique), alcaloïdes des rubiacées (quinine, caféine, émétine, yohimbine, etc.), suc des euphorbiacées (manioc, etc.) ;

3° Plantes, crustacés, poissons vivant dans des milieux où pullulent des produits résultant de la symbiose d'une algue avec un géo-microbe fixateur d'azote atmosphérique (sarrasin toxique, orge toxique, moule, homard, carpe d'étangs, etc.).

A ces toxiques, produits de la nature, il y a lieu d'ajouter ceux des sérums de laboratoire qui renferment des dérivés de toxines d'origine microbienne; il ne faudra pas oublier que beaucoup d'animaux autour de nous sont porteurs de sporules immunisantes pour eux-mêmes ; mais leur sérum, injecté à l'homme, pourra produire des accidents anaphylactiques ou colloïdoclasiques graves. Tant que la véritable cause de l'immunité n'aura pas été démontrée, il sera impossible de dire au juste ce qu'est l'anaphylaxie, car j'ai vu souvent, depuis quelques années, des accidents, dits anaphylactiques, succéder à ma première injection de sérum.

J'en suis arrivé à penser que, depuis sept à huit ans, nous avons tous été soumis, plus ou moins, à un régime cyanogéné (pois du Japon, haricot de Java, manioc, maïs et orge toxiques), que notre sérum est vecteur d'ultra-sporules en rapport avec ces intoxications et que, pour ces raisons, nous réagissons aux sérums antitoxiques tout autrement qu'avant la guerre.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les mastoïdites latentes au cours des otites moyennes aiguës.

Pour faire le diagnostic de mastoïdite à opérer, il ne faut pas se contenter de constater deux ou trois signes réputés classiques de longue date, tel notamment le point douloureux mastoïdien, qui peut manquer alors que la mastoïde pleine de pus menace son porteur des pires complications. Par des observations cliniques, le Pr Bertein le démontre, et il a en vue, ces otites moyennes aiguës courantes, ayant évolué dès l'abord banalement, bien drainées en apparence, et au décours immédiat desquelles l'apparition d'accidents généraux, d'abord discrets, doit faire soupçonner, à l'exclusion de tout signe mastoïdien local, une mastoïdite et imposer l'intervention d'urgence. Plutôt qu'à une infection nouvelle, grippe ou paludisme chez un indigène, il faut penser à une suppuration mastoïdienne même si la mastoïde est cliniquement muette. Ces accidents, dont la radiographie est susceptible d'attester la nature, ne relèvent nullement du traitement médical et commandent l'intervention exploratrice, qui sera habituellement curatrice. (*La Presse médicale*, 25 octobre 1924.)

Le molimen cataménial : hygiène et thérapeutique

Des personnes très vigoureuses, dit M. Dalché, se trouveraient cependant bien, même indemnes de tout passé pathologique, de prendre des précautions, d'éviter le surmenage physique, au moment où elles « préparent » leurs règles. Il faut, surtout, si la femme a déjà présenté des troubles dysménorrhéiques ou ménorrhagiques, conseiller le repos au lit pendant un ou deux jours avant l'apparition des règles.

On doit se montrer d'autant plus attentif à la puberté et à la ménopause. La puberté notamment est une époque à redouter ; ce peut être l'origine de dysménorrhées, qui empoisonnent l'existence de la femme. En présence de molimen un peu pénible et douloureux, conseiller des lotions tièdes à l'éponge sur toute la surface du corps, quelquefois même la douche en pluie tiède, comme un bon moyen sédatif et régulateur des menstruations difficiles. Le cas échéant, prescrire un bain tiède, mais s'en tenir généralement à l'hydrothérapie tiède.

Les femmes, la veille des règles, ne doivent pas se purger (purgations salines, drastiques), mais prendre un très léger laxatif, un léger lavement.

Le molimen cataménial s'accompagne souvent, surtout après 35 ou 40 ans, d'un molimen hémorroïdaire, avec mal de tête, étourdissements, ballonnement du ventre : se garder surtout à la ménopause, de prescrire des hémostatiques ; la poussée des règles, même lorsqu'elle est considérable, est la détente naturelle.

Les phénomènes les plus importants du molimen ressortissant à l'anaphylaxie et au choc colloïdoclasique, on a conseillé l'autosérothérapie ou l'autohémothérapie ; cette dernière peut réussir dans les métrorragies ; de même, on a essayé les peptones, le chlorure de calcium, le citrate de soude. Mieux vaudrait employer l'opothérapie, puisqu'il s'agit de combattre des troubles glandulo-sympathiques : s'il s'agit de manifestations à refréner, ce seront l'hypophyse, la mamelle, la surrénale ; si ce sont, au contraire, des phénomènes à exciter, on prescrira l'ovaire, la thyroïde. L'ovaire et l'hypophyse peuvent être prescrits durant des mois consécutifs ; il n'en est pas de même de la thyroïde, et encore moins de la surrénale.

Signalons l'heureux emploi du cannabis indica et surtout du gardénal, contre les douleurs diverses associées au molimen cataménial. Faire des émissions sanguines (sangsues) chez certaines phlétoriques. Presque toutes les femmes souffrent de la région lombaire, et même avec un rein normal, ont leurs urines diminuées ; favoriser la débâcle urinaire avec de la tisane de queues de cerises et de l'eau de Vittel lactosée.

Le séjour marin est généralement mauvais pour la nerveuse, facilement excitable ; l'excitation marine réveille ou provoque l'intoxication thyroïdienne ; la torpide, la lymphatique, la strumeuse, en bénéficieront plus volontiers. (*Journal des Praticiens*, 18 octobre 1924.)

Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins.

Maurice Cazin nous expose, d'après le 33e Congrès de chirurgie, ce qu'il faut retenir au point de vue pratique.

La physiothérapie n'a pas tenu ses promesses au point de vue des résultats, et trop nombreux sont les cas dans lesquels son emploi peut être très dangereux ; guérir une femme de ses hémorragies ne permet pas de promettre une guérison définitive de son fibrome. D'autre part, la physiothérapie est aveugle, et la fréquence de la dégénérescence sarcomateuse, si difficile à reconnaître cliniquement, constitue un des arguments les plus impressionnants contre l'emploi de la physiothérapie dans le traitement des fibromes,

La chirurgie reste donc le traitement de choix des fibromes utérins, s'il n'y a pas de contre-indication opératoire (pas de troubles notamment de la fonction rénale), tout en employant le radium comme acte préopératoire pour arrêter les hémorragies, si la malade est saignée à blanc.

Dans un grand nombre de cas, la chirurgie peut rester conservatrice chez les jeunes femmes, grâce à la myomectomie, que l'on doit, au-dessous de 40 ans, pratiquer chaque fois qu'elle est réalisable (nombre des fibromes pas trop grand, volume par trop considérable).

Quant aux indications opératoires au cours de la grossesse, voici les conclusions de M. Labey :

1° Les fibromes, pendant la grossesse, ne doivent être opérés que si des accidents sérieux menacent la vie de la mère, ou si la situation du fibrome fait prévoir qu'il sera à peu près certainement un obstacle à l'accouchement.

2° La myomectomie est l'opération de choix chaque fois qu'elle est possible, et ce sont les cas les plus fréquents ;

3° C'est uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie ;

4° Lorsque le fœtus est arrivé à la période de viabilité, l'opération, quelle qu'elle soit, doit être précédée de la césarienne. (*Paris chirurgical*, octobre-novembre 1924.)

La courbe oscillométrique avec l'appareil de Pachon-Gallavardin.

La modification proposée par M. Gallavardin à l'appareil Pachon (double brassard à dispositif spécial) a rendu les plus grands services à la méthode oscillométrique, en faisant disparaître les oscillations supra-maximales qui, jusqu'ici, rendaient difficile et souvent inexacte l'appréciation de la pression systolique.

Des études faites par MM. Ch. Aubertin et O. Pascano, il résulte que la courbe oscillométrique, obtenue avec l'appareil Pachon-Gallavardin, présente sur l'ancienne courbe l'avantage d'être plus nette et plus claire par suite de la suppression des oscillations supra-maximales. Avec elle, on voit que certaines particularités de l'ancienne courbe ont disparu, alors que d'autres ont persisté ou même se sont accentuées : or, ce sont ces dernières, qui sont essentielles.

De plus, cet appareil présente le grand avantage de donner des chiffres très voisins de ceux donnés par la méthode de Riva-Rocci, plus généralement employée hors de France, d'où il résulte un grand pas vers l'unification tant désirée des mesures sphygmométriques. (*La Presse médicale*, 6 décembre 1924.)

Traitement préventif des crises d'angine de poitrine par le gardénal.

Quand, dans l'angine de poitrine, le facteur étiologique échappe aux recherches cliniques ou humorales les plus minutieuses, la thérapeutique ne peut que se borner aux médications symptomatiques dont l'action est si appréciable au moment même où éclatent les crises angoissantes. Les inhalations de nitrite d'amyle, les injections de morphine atténuent l'intensité de la douleur et abrègent la durée de la crise ; mais ces médications ne sont utilisables qu'à l'occasion même des accidents.

Le Dr Sézary s'est demandé si, chez des sujets souffrant de crises fréquentes, répétées plusieurs fois par jour ou par semaine, il ne serait possible au traitement symptomatique de prévenir les paroxysmes douloureux, d'empêcher leur retour, ou au moins d'atténuer leur intensité et de diminuer leur nombre. Le nitrite d'amyle et la morphine ne pouvant être employés d'une façon prolongée, l'auteur s'est adressé au gardénal, qui a déjà donné des résultats intéressants dans le traitement de certaines algies viscérales. Les observations recueillies ont montré que ce médicament répondait parfaitement au but poursuivi.

Le gardénal a une action symptomatique souvent rapide, quelquefois lente, sur le nombre et l'intensité des crises ; cette action est indéniable, car la suppression du médicament pendant quelques jours est toujours suivie de la recrudescence des douleurs cardiaques.

La dose à employer est variable ; elle doit être déterminée par tâtonnements chez chaque sujet ; chez certains malades, 5 centigr. suffisent ; chez d'autres, 20 cent. sont nécessaires (ne pas dépasser 30 cent. par jour). Le moment de la prise a son importance ; comme les crises se répètent à heure fixe, prescrire la prise une ou deux heures avant le moment habituel d'apparition des douleurs.

Lorsqu'on a obtenu un résultat satisfaisant, on doit tenter de le maintenir en réduisant la dose au strict minimum, en faisant un traitement symptomatique d'entretien. Il serait même désirable de suspendre de temps en temps le gardénal pendant quelques jours. Quand il faut agir vite et avec intensité, on pourrait utiliser les injections sous-cutanées de gardénal sodique. (*Le Progrès médical*, 18 octobre 1924.)

Péritonites biliaires sans perforation évidente des voies biliaires.

Jusqu'à présent, on éliminait de la catégorie des perforations évidentes, pour les ranger dans les « sans perforation », les perforations vésiculaires proprement dites, les perforations duodénales et surtout les cas chroniques ou subaigus, où l'ascite est teintée en jaune. Mais, de nouvelles observations publiées, ainsi que d'un travail de M. Meyer-May, il résulte qu'il n'existe pas de péritonites biliaires sans perforation.

Les symptômes sont d'ailleurs ceux d'une péritonite aiguë par perforation, et, pour peu que

l'on sache la localisation dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen, et surtout que le patient soit opéré rapidement, la minutie du diagnostic causal avant la laparotomie est sans intérêt.

Les péritonites biliaires sont dues : *a*)à un état poreux de la vésicule ; *b*) à l'hypertension biliaire.

Leur étiologie est étendue ; dans tous les cas d'infection de la vésicule, s'il survient une occlusion brutale du cholédoque, elles peuvent se produire.

Il faut les traiter par l'intervention chirurgicale précoce et faire, suivant les cas, la cholécystectomie ou le drainage des voies biliaires. (*La Presse médicale*, 8 novembre 1924.)

Les différentes variétés de métatarsalgies.

La tarsalgie des adolescents est due à l'effondrement de la voûte antéro-postérieure du pied. Il existe, en outre, une voûte transversale, occupant l'avant-pied et dont les piliers sont la tête du premier métatarsien en dedans, et la tête et le corps du 5e en dehors. C'est à l'effondrement de cette voûte que l'on a donné longtemps le nom de métatarsalgie ou maladie de Morton.

Au dire de M. FRŒLICH, cette affection reconnaît d'autres origines. C'est d'abord l'effondrement de la voûte transversale dont il vient d'être parlé : on y remédiera en repoussant en haut avec les doigts la tête métatarsienne luxée en bas et en la maintenant remontée par une bande Velpeau ou une lanière de leucoplaste. On décrit ensuite une métatarsalgie goutteuse, survenant tardivement (après 40 ans), avec douleur tenace mais migratrice, qu'on traite par le massage et les bains chauds, en dehors du traitement général de la goutte. Une autre forme de métatarsalgie coïncide avec le pied creux et est due à une légère paralysie infantile, ayant détruit les interosseux. Traitement : sectionnement de l'aponévrose plantaire et allongement des extenseurs des orteils. L'inflammation des articulations métatarso-phalangiennes ou ostéochondrite peut nécessiter la résection d'une tête métatarsienne. L'auteur mentionne aussi la périostite spontanée des métatarsiens comme cause de métatarsalgie, surtout chez les femmes. Affection comparable au pied forcé, et que le repos ainsi que le port de chaussures larges et à semelles épaisses guérit. Enfin, une lésion du sésamoïde du gros orteil peut engendrer un syndrome douloureux de métatarsalgie, qui se traite par l'ablation de ce sésamoïde. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 décembre 1924.)

Cancers et traitements palliatifs.

Il s'agit de cancers inopérables, en apparence désespérés, auxquels il est cependant possible, actuellement, de porter palliativement remède, grâce aux agents dont nous disposons maintenant.

Ces agents, dit M. JEANNENEY, ce sont de petites interventions chirurgicales, telles que le curettage dans les épithéliomas du col. Ce sont les applications radiothérapiques qui, en certains cas, amènent une régression de longue durée. L'auteur en rapporte un exemple suggestif, dans un cas de cancer du sein.

Ailleurs, c'est en combinant l'acte opératoire à la radiothérapie que l'on obtient un résultat des plus remarquables.

« . . . . . Les moyens physiques dont nous disposons sont venus permettre à la chirurgie de s'attaquer aux cas jusqu'ici considérés comme contre-indiquant tout acte chirurgical. Quant aux moyens médicaux, maniés avec science et avec patience, ils nous permettent de lutter utilement contre l'infection, les hémorragies, les troubles généraux, à telles enseignes que l'on peut prolonger la vie de ces malheureux cancéreux, et que l'on doit dans cette tâche ingrate attendre de bons résultats des qualités maîtresses qui font le vrai médecin : le savoir et le cœur. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 février 1925.)

Contusions abdominales opérées tardivement.

Il existe des cas dans lesquels, avec une lésion grave causée par une contusion abdominale, la symptomatologie demeure relativement rassurante. Un processus péritonéal aigu peut même évoluer silencieusement. Il en résulte, disent MM. DELORE et CERYSSEL, que les signes et symptômes observés dans ces circonstances, sont infidèles dans une certaine mesure, et qu'il serait imprudent de se fier à leur absence pour rester dans l'expectative, même armée.

Aussi les auteurs, qui ont recueilli deux observations de ce genre, sont-ils d'avis, ainsi qu'ils l'ont d'ailleurs mis en pratique, qu'en présence d'un traumatisme abdominal important, il faut, même sans symptômes, recourir à la laparotomie exploratrice, dont les indications doivent être étendues au maximum.

L'intervention étant tardive, au lieu de la mener complètement, en pratiquant une laparotomie médiane, avec exploration méthodique des anses et des organes, on réduira au minimum les manœuvres exploratrices à une période où elles sont dangereuses : incision au point contus, et si l'exploration est positive, mise en place d'un drain. Si l'on a découvert un abcès pyostercoral, il se forme fatalement une fistule, qui se ferme habituellement toute seule. S'il en était autrement, on la traiterait dans un second temps, sans danger et sans peine. (*Lyon médical*, 8 mars 1925.)

La rétention chronique d'urine chez la femme.

La rétention d'urine de cette nature se rencontre généralement chez les vieilles femmes qui

accusent des symptômes comparables à ceux du prostatisme chez l'homme. Ces malades se plaignent surtout de malaises généraux, de dyspepsie, d'amaigrissement, etc. Si l'on pense à une origine vésicale possible, on découvre que ces malades souffrent de pollakiurie nocturne, puis diurne, de besoins impérieux demandant à être satisfaits immédiatement, sensation de pesanteur au bas-ventre et au périnée. Sur ce fond se greffent parfois des crises d'infection déterminant de la douleur, des brûlures à la miction.

Il faut examiner ces malades, les faire uriner à fond, puis les sonder. On peut alors mesurer la quantité d'urine résiduelle demeurant dans la vessie.

Le traitement, dit M. Gayet, consiste d'abord à pratiquer un cathétérisme méthodique et régulier. Au début, cela suffit généralement à rendre à la fibre musculaire assez de tonicité pour qu'elle assure ensuite l'évacuation de l'organe.

Des lavages modificateurs au cas de complications septiques, les préparations strychnées, l'électricité, rendront des services.

« Il ne faut pas écouter d'une oreille distraite les plaintes des femmes âgées au sujet de leurs ennuis vésicaux ; il ne faut pas s'en désintéresser et faire une ordonnance banale de lavages et de capsules de térébenthine ; mais il faut les examiner, rechercher le résidu, s'efforcer de supprimer le résidu par des sondages réguliers lorsqu'il existe, et même apprendre aux malades à se sonder dans les cas, heureusement rares, où la rétention est devenue définitive. » (*Lyon médical*, mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur les assurances sociales.

(M. Balthazard. — *Académie de médecine* ; 17-3-1925.)

Au nom d'une commission composée de MM. Chauffard, Roger, Weiss, Tuffier, Sergent, Legendre et Wallich, M. Balthazard présente un rapport sur les assurances sociales envisagées dans leurs relations avec l'exercice de la médecine.

Le professeur Balthazard, comme l'avait fait M. Weiss, critique le système alsacien dont il montre les graves défauts quant à la qualité des soins, au secret professionnel, à la dignité du médecin. Il montre aussi la répercussion qu'aurait un tel système sur l'enseignement clinique des Facultés, les caisses préférant envoyer leurs malades dans des maisons de santé à bas prix plutôt que de les faire admettre à l'hôpital, plus coûteux.

L'avant-projet du Dr Chauveau, rapporteur de la commission du Sénat, a déjà tenu compte de ces défauts des assurances alsaciennes. Il n'admet pas les caisses comme tiers payants ; il proclame le respect du secret professionnel et il assure le libre choix avec quelques restrictions inspirées des abus constatés pour les accidents du travail.

M. Balthazard propose à l'Académie, comme conclusion, d'adopter le vœu ci-après :

« Pour ne pas constituer un recul au lieu d'un progrès, la loi sur les assurances sociales obligatoires doit respecter les principes suivants, *nécessaires* au maintien de la tradition médicale française dans ce qu'elle a de meilleur et de plus utile, sans l'observation desquels le corps médical ne saurait apporter un concours loyal et dévoué au fonctionnement de la loi :

« 1° Libre choix du médecin par l'assuré et rapports directs entre le médecin et l'assuré, sans interposition des caisses ;

« 2° Respect absolu du secret professionnel ;

« 3° Contrôle organisé par les caisses sur l'assuré, le médecin traitant n'intervenant qu'à titre de défenseur de son malade ;

« 4° obligation pour les caisses d'utiliser les organisations hospitalières existant dans les villes où siègent des Facultés et écoles de médecine, les frais d'hospitalisation étant fixés par des commissions arbitrales ».

Le médecin ne connaîtrait ainsi les caisses que par les signatures qu'il apposerait sur les feuilles de maladie, attestant qu'il y a maladie, sans en préciser la nature.

Le rapport du professeur Balthazard sera discuté par l'Académie dans une prochaine séance.

Prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant par l'élevage en placement familial.

(MM. Léon Bernard, Robert Debré et M. Lelong. — *Académie de médecine* ; 17-3-1925.)

M. Léon Bernard a étendu, on le sait, aux nourrissons, l'œuvre de protection antituberculeuse de l'enfance fondée il y a déjà assez longtemps par Grancher. Partant d'un principe semblable et puisant ses éléments à la crèche de l'hôpital Laënnec et à l'œuvre de placement familial des Tout-Petits, il a pu depuis cinq années poursuivre une organisation prophylactique de la tuberculose chez l'enfant en bas âge. Quels sont les résultats obtenus à ce jour ?

Les enfants qui ont été ainsi séparés d'un parent contagieux (la mère le plus souvent) soit dès la naissance, soit un temps variable après la venue au monde mais avant toute contamination atteignent le nombre

de 265. La croissance de ces nourrissons a été sensiblement normale. Les troubles digestifs furent chez eux fréquents mais peu intenses. La mortalité précoce, celle des trois premiers mois de la vie, a été relativement importante, ce que M. Léon Bernard attribue non à une hypothétique hérédité de graine, mais à l'allaitement artificiel et à la privation des soins maternels. Après le troisième mois, le taux de la mortalité n'a pas dépassé le chiffre habituel.

Le placement familial des Tout-Petits a élevé également 171 enfants déjà contaminés pendant leur séjour au foyer. Séparés de leurs parents contagieux, ces nourrissons (qui avaient été sélectionnés, ceux dont la tuberculose paraissait importante étant exclus) ont vu leur affection entrer en sommeil, leur lésion bacillaire devenant latente.

L'auteur conclut à l'importance de la séparation du nourrisson d'avec ses parents tuberculeux, dès la naissance ou le plus tôt possible après la venue au monde.

Un nouvel accident de l'électricité domestique.

(M. Zimmern. — *Académie de médecine* ; 17-3-1925.)

M. Zimmern a recueilli ces temps derniers un nouveau cas d'accident de l'électricité, assez particulier en raison de l'innocuité apparente de l'appareil qui en fut la cause.

L'accident a été déterminé par un petit appareil pour chauffage de fer à friser, branché sur un circuit à 220 volts. La victime constatant que le fer ne s'échauffait pas en rechercha la cause et s'apercevant qu'une pièce était dévissée à l'intérieur y porta la main droite, alors qu'elle tenait la masse de l'appareil de la main gauche. Mise ainsi en circuit sur la tension, cette femme fut prise d'une violente contraction des muscles fléchisseurs de la main et de l'avant-bras, au point qu'il se produisit une fracture du poignet, constatée à la radiographie.

Consécutivement à l'accident, on nota des brûlures au 3e degré de l'extrémité des doigts. La malade accusa enfin des douleurs vives aux deux épaules dues peut-être à des phénomènes de névrite ou plutôt à une arthrite traumatique dont il subsiste aujourd'hui encore des séquelles.

Traitement du pied bot varus équin congénital par la réduction sanglante de l'astragale.

(MM. Raphaël Massart et Majnoni d'Intignano. — *Société de chirurgie* ; 11-2-1925.)

M. Paul Mathieu présente un rapport sur un travail original de MM. Raphaël Massart et Majnoni d'Intignano.

Les auteurs, reprenant les travaux de Farabeuf sur le traitement des pieds bots, montrent que chez l'enfant, c'est dans les articulations de l'astragale avec le tibia d'une part, avec le calcanéum d'autre part, que siègent les anomalies de position qui conditionnent le pied bot congénital. *Il y a là une véritable sub-luxation de l'astragale.*

C'est cette sub-luxation que MM. Massart et d'Intignano traitent chirurgicalement. Les mauvais résultats donnés par les opérations orthopédiques actuelles (astragalectomie, extirpation des noyaux, ostéotomies cunéiformes, opération d'Albee, opération de Phelps-Kirmisson) les ont amenés à essayer la *reposition sanglante de l'astragale.*

Cette intervention, véritable arthroplastie, dont ils donnent la technique, a été exécutée par eux quatre fois, avec des résultats satisfaisants sur des sujets dont les pieds bots avaient été rebelles au traitement orthopédique.

La phrénicotomie dans la dilatation bronchique.

(MM. Chauffard et Ravina. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-2-1925.)

M. Chauffard a fait pratiquer par M. Maurer une phrénicectomie chez un malade de son service atteint de dilatation bronchique. Le résultat a été très bon, les troubles s'étant notablement amendés (l'expectoration est tombée de 200 gr. à 28 gr. par jour), sans qu'on puisse parler évidemment de guérison anatomique de l'affection.

M. Chauffard pense que la phrénicectomie est probablement appelée à occuper une place dans le traitement des dilatations bronchiques. Pour les bronchiectasies du lobe inférieur, elle paraît devoir être préférée au pneumothorax, que les adhérences de la base, si fréquentes en pareil cas, rendent souvent difficile.

— M. Hallé a eu recours à la phrénicectomie dans un cas de gangrène pulmonaire, après emploi du pneumothorax artificiel dont le résultat avait été insuffisant. Il estime, comme M. Chauffard, que l'opération sur le phrénique pourra être quelquefois un complément du pneumothorax artificiel.

Insuffisance surrénale et hérédo-syphilis.

(M. Pautrier. — *Société méd. des hôp.* ; 13-2-1925.)

L'hérédo-syphilis des glandes endocrines n'a été étudiée que dans ces dernières années. L'importance des sécrétions internes de ces glandes donne à leur altération tréponémique pendant la vie intra-utérine un grand intérêt pratique.

Les observations dans lesquelles le rôle de l'hérédo-syphilis a pu être établi, comme cause de troubles endocriniens, ne sont pas très nombreuses et la complexité du problème l'explique. M. Pautrier a pu en recueillir deux exemples, concernant des syndromes d'insuffisance surrénale, avec syphilis des générateurs connue, qui ont été notablement améliorés par la cure spécifique. Le premier malade, jeune homme de 28 ans, a vu sa tension remonter, ses forces revenir, sa fatigue s'amender. Le deuxième cas est analogue.

— M. Flandin remarque que le travail de M. Pautrier attire l'attention sur la possibilité, pour la syphilis, de créer des syndromes n'ayant aucun caractère spécifique. M. Dufour a déjà signalé le rhumatisme syphilitique. On a parlé du diabète syphilitique, etc. Pour M. Flandin, c'est là un processus général qui n'est pas spécial au tréponème. Toute infection ou intoxication chronique peut, en vieillissant, être susceptible de produire des lésions et des troubles sans caractère de spécificité. L'auteur a individualisé ce processus en l'appelant *apéidose* (ἀπο, en s'éloignant de, et εἶδος, forme spécifique). Les observations d'insuffisance surrénale rapportées par M. Pautrier, rentreraient pour M. Flandin, dans le cadre de l'apéidose. Au point de vue thérapeutique, ces états comportent un traitement double : symptomatique d'abord (les extraits glandulaires, ici), pathogénique ensuite (cure antisyphilitique).

Kala-azar d'origine française.

(MM. d'Œlsnitz, Daumas, Liotard et Puech, de Nice. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 6-2-1925.)

Depuis 1918, un certain nombre de cas de kala-azar ont été signalés en France, sur le littoral méditerranéen et aussi à Paris, par MM. Marcel Labbé, Klippel, Carnot, d'Œlsnitz, Balestre, Jules Renault, etc. Dans une thèse de Montpellier (1923), Zucarelli en a réuni 7 cas autochtones observés dans la région marseillaise.

MM. d'Œlsnitz, Daumas, Liotard et Puech relatent aujourd'hui quatre nouveaux exemples de cette maladie, traités à Nice et dans les Alpes-Maritimes. Il apparaîtrait donc que la leishmaniose viscérale serait moins rare en France qu'on a pu le croire, d'autant qu'elle doit passer quelquefois inaperçue, l'attention n'étant pas toujours attirée sur cette affection infantile.

La maladie est régulièrement caractérisée par une anémie splénomégalique fébrile. La température est irrégulière, sans systématisation. L'augmentation du volume de la rate est toujours notable et marquante. L'anémie se traduit par une teinte blanc laiteux des téguments et l'état général est cachectique. Les frottis de pulpe splénique prélevée par ponction capillaire de la rate, colorés par le bleu de Leishman, révèlent les corpuscules de Leishman-Donovan, soit isolés, soit dans les cellules. Dans le sang, la découverte du parasite est possible, mais exceptionnelle.

Le kala-azar est une maladie très grave. Son pronostic, toutefois a été heureusement modifié par la mise en œuvre des injections stibiées. L'*émétique de soude* (stibyl), en injections intra-veineuses ou intramusculaires (un demi- centigr. au plus par kilogr. corporel, chez le jeune enfant) a une action qui paraît spécifique sur le parasite. On admet l'origine canine de la maladie.

Diabète infantile post-ourlien.

(MM. P. Lereboullet et Lelong. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 16-12-1924.)

La pancréatite est une complication connue des oreillons mais la glycosurie ou le diabète n'ont été qu'exceptionnellement signalés dans cet état morbide. Aux quelques exemples antérieurement rapportés, M. Lereboullet en ajoute un autre. Il concerne une petite malade de 13 ans qui eut, à la suite d'une atteinte d'oreillons, des symptômes de diabète, de la glycosurie et du coma, dont elle guérit par un traitement insulinique énergique.

— M. Robert Debré a soigné un jeune homme qui souffrit, à l'âge de 18 ans, d'une pancréatite ourlienne caractéristique. Dix-huit mois plus tard, une érosion balano-préputiale fit soupçonner l'existence d'une glycémie et l'analyse des urines révéla 4 gr. de glucose par litre.

Les mélanges toxine et antitoxine diphtériques hyperneutralisés en thérapeutique.

(MM. J. Renault, Pierre-Paul Lévy et Bethoux. — *Soc. de Pédiatrie* ; 16-12-1924.)

MM. J. Rehault et P.P. Lévy ont préconisé, on le sait, pour la vaccination anti-diphtérique le mélange toxine antitoxine hyperneutralisé. Ils ont employé ce mélange également, dans d'autres circonstances. C'est ainsi qu'ils relatent cinq cas de paralysie diphtérique traités avec avantage par le même produit. Les résultats ne sont certes pas constants dans tous les cas, mais il semble que l'action du mélange en question se produise même après fixation de la toxine sur les tissus, alors que le sérum n'agit guère que sur la toxine non fixée.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Gastropylorectomie pour ulcère récidivant de la petite courbure.

M. Mallet-Guy présente, au nom de M. Delore, l'observation d'un homme de 61 ans opéré une première fois en juin 1923 pour ulcus gastrique ; l'affection remontait alors à cinq ou six ans : douleurs très vives à siège épigastrique, s'irradiant dans le dos, pas de vomissements ; on enlève un ulcère calleux de la petite courbure adhérant au méso-côlon transverse. Suites excellentes. L'examen histologique montra des lésions classiques de l'ulcère. Le malade revient en août 1924 ; il s'est très bien porté pendant onze mois ; mais depuis le milieu de mai, ont réapparu des douleurs et des vomissements. Anorexie. Amaigrissement. Subictère des conjonctives. Deuxième intervention : ulcère calleux de la petite cour-

bure adhérant au pancréas et au foie. L'exérèse en est assez pénible. Cependant les suites furent bonnes et depuis le malade n'a plus souffert. Il semble que la nouvelle lésion se soit développée sur la cicatrice opératoire, fait très rare, puisque M. Delore ne l'avait jusqu'alors jamais observé.

Hémopéricarde et hémothorax par plaie de poitrine. Péricardite consécutive.

MM. A. Dumas et A. Chaix présentent un cœur provenant de l'autopsie d'un vieillard de 77 ans, paraplégique, qui fut frappé d'un coup de couteau dans la région précordiale par son voisin de lit. A l'autopsie on trouva un hémothorax abondant, ainsi qu'un épanchement de sang intra-péricardique ; celui-ci ne paraît pas seulement traumatique, mais surtout secondaire à la péricardite. Le malade succomba au bout de quinze jours. M. Dumas demande aux chirurgiens leur avis au sujet d'une intervention, s'il se fut agi d'un malade en état de la supporter.

M. Durand répond qu'en pareil cas il faut intervenir et cite une observation personnelle à l'appui de cette opinion.

Calcul de l'uretère pelvien.

M. Guiliani montre un calcul de l'uretère pelvien, situé tout près de la vessie et extrait par voie iliaque sous-péritonéale. La malade avait eu des crises douloureuses légères, mais pas de véritables coliques néphrétiques. Le calcul arrêtait toutes les sondes, mais laissait passer une urine plus riche en urée que celle du côté sain ; tous ces caractères sont curieux et anormaux.

Emploi des lampes demi-watt à grande puissance en photothérapie.

M. Nogier préconise l'emploi de ces lampes qui ont un spectre identique à celui du soleil et qui sont à recommander lorsqu'on veut un traitement absolument semblable à celui que donne la lumière solaire. Deux lampes de 400 bougies placées l'une devant, l'autre derrière un sujet debout, réalisent une irradiation très intense et active dans le rachitisme, l'anémie, le rhumatisme chronique, les douleurs articulaires et chez les candidats à la tuberculose.

Nouvelles recherches sur les eaux thermales de Sail-les-Bains (Loire).

M. Nogier rapporte le résultat de ces recherches. La radioactivité des sources du groupe du Hamel est voisine de 11.47 millimicrocuries par litre au griffon ; celle des sources du groupe des Romains atteint 67.09 millimicrocuries.

Insuffisance aortique d'origine endocarditique avec thrill et souffle musical.

MM. Roubier et Pétouraud présentent l'observation d'un malade âgé de 25 ans ayant eu il y a quatre ans une crise violente de rhumatisme articulaire aigu. Pas d'autres maladies ; pas de syphilis. Cœur : choc en dôme, thrill diastolique extrêmement intense sur toute la région précordiale se prolongeant jusque sur les carotides et correspondant, à l'auscultation, à un souffle diastolique très fort, à timbre musical, se propageant fort loin, puisqu'on l'entend au creux sus-sternal, dans l'aisselle, à l'olécrâne et au poignet gauches, et jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Pouls un peu bondissant. Double souffle de Durozier. Pas de pouls capillaire. Tension : 14.5/8. Radioscopie : gros cœur d'insuffisance aortique. Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est la présence du thrill et du souffle musical dans une endocardite, alors que dans la presque totalité des cas où de tels signes sont observés, il s'agit d'aortite spécifique ou athéromateuse. En l'absence de contrôle anatomique, il paraît vraisemblable de supposer qu'une végétation accrochée par le courant sanguin joue le rôle d'anche vibrante et détermine la production du souffle. A noter le jeune âge du malade, ce qui est habituel, la production de ces souffles semblant nécessiter un cœur vigoureux.

Anévrysme de la totalité de l'aorte.

MM. Pallasse et René Chaix rapportent l'histoire d'un homme de 42 ans, n'ayant présenté d'autres symptômes que de la dyspnée, un gros cœur, avec souffle systolique en jet de vapeur ; tension 19,5/12. L'examen radioscopique n'avait pu être pratiqué. A l'autopsie, ectasie de la presque totalité de l'aorte, avec parois aortiques très épaissies, fissurées au niveau de la partie moyenne de l'œsophage dans lequel une hémorrhagie abondante s'était produite.

Deux cas de lipomatose.

MM. A. Devic et Bourrat présentent des clichés de deux malades : 1° un homme atteint d'adéno-lipomatose symétrique, chez lequel les masses sont localisées au cou et à la nuque ; 2° une femme atteinte de maladie de Dercum, avec adipose énorme de la cuisse et des fesses, et douleurs paroxystiques. Il s'agit de deux cas d'ordre très différent.

Syndrome aigu de sclérose en plaques.

MM. A. Devic et Bernheim présentent l'observation d'un syndrome de sclérose en plaques revêtant l'aspect d'astasie-abasie et qui, au début, en imposait pour des troubles purement fonctionnels. Seule une abolition des réflexes cutanés abdominaux faisait penser à une lésion oragnique, diagnostic que confirma plus tard l'apparition du signe de Babinski, de la trépidation épileptoïde, de l'exagération des réflexes tendineux.

A. C.

Les Thèses

Mtp. — Dr Robert JOULLIÉ. — **Statistique ophtalmologique de la XVIe région militaire à Montpellier** 1914-1918. (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

Mtp.— Dr Maurice GONIN. — **Quelques observations de kystes liquides rétropéritonéaux. (Diagnostic, traitement).** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1724.)

P. — Dr Marcelle HENRY. — **Sur un cas de fièvre aseptique d'origine encéphalopathique. La régulation thermique et la fièvre.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, 1925.)

L'hypothèse plus d'une fois contestée de l'existence des centres thermo-régulateurs reste encore discutable. Elle n'a pas reçu de confirmation au cours de cette étude.

L'importance des phénomènes biochimiques, humoraux et organo-végétatifs semblent permettre de conclure à une action régulatrice issue de synergies fonctionnelles indissociables, sans qu'il soit indispensable d'attribuer au système nerveux une prédominance fonctionnelle particulière en dehors de son rôle de transmission.

Il existe des fièvres aseptiques, sans qu'on puisse leur attribuer un mécanisme précis.

Des théories récentes s'accordent pour faire jouer aux ferments oxydants un rôle essentiel dans la thermogénèse. Toutefois leur action ne peut être qu'intercalée entre la cause primitive (hétérogénéité de pénétration envisagée dans son sens le plus large : substances protéiques colloïdales et autres ou corps microbiens) et le trouble thermogénétique.

P. — Dr Ch. DESCAMPS. — **Vitamines et avitaminoses.** (Paris, librairie Marcel Vigne, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13., 1924.)

Mtp. — Dr Yvan DANINOS. — **A propos d'un cas de maladie de Hutinel.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

L'étiologie de la cirrhose cardio-tuberculeuse, maladie de Hutinel, ne doit plus être considérée comme une. En présence de semblables maladies, il faut toujours rechercher les causes adjuvantes dont l'action est quelquefois prépondérante et semble même dominer le tableau. C'est du reste un phénomène généralement admis maintenant dans l'histoire des cirrhoses de l'adulte, dont beaucoup, sont, en définitive, des cirrhoses mixtes.

Les formes atypiques ici décrites doivent être bien connues. En effet, surtout chez l'enfant, l'ignorance d'une symphyse du péricarde peut amener à des grossières erreurs, touchant en particulier le pronostic de l'affection. Il est nécessaire de pratiquer les examens de laboratoire indispensables, en particulier la radioscopie et l'examen hématologique.

Ly. — G. ESTIVAL. — **Traitement de la douleur et de l'insomnie par l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (Allonal)** (1924).

L'expérimentation pharmacologique et physiologique de l'allonal (cf. travaux POUCHET, *Progrès médical*, 21 juin 1924) avait permis d'espérer que l'on aurait désormais à sa disposition un médicament, qui, par son action analgésique, sédative et hypnogène, pourrait rendre de réels services aux médecins dans leur pratique journalière. Les nombreux travaux cliniques publiés sur ce médicament, et notamment ceux de MM. COMBEMALE, COURTEVILLE, NAYRAC, TELLIER, BEYSSAC, MALLEIN-GERIN, PETITEAU, etc., ont démontré que cet isopropylpénylbarbiturate d'amidopyrine (allonal) était susceptible de rendre les plus grands services aux médecins praticiens, car c'est un véritable analgésique renforcé, et comme, d'autre part, c'est un corps parfaitement défini, toujours identique à lui-même, facile à prendre, et parfaitement toléré (1 à 3 comprimés par jour), il trouve son application dans les cas si nombreux où prédomine l'élément douleur, aussi bien en stomatologie qu'en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie qu'en gynécologie, en urologie qu'en médecine générale. Toutes les fois qu'il y a douleur, il semble qu'on puisse à coup sûr administrer l'allonal, car, comme le fait remarquer M. Estival, le produit est atoxique aux doses thérapeutiques, sa zone maniable est très étendue, et il ne semble produire aucun effet nocif, ni sur le cœur, ni sur la circulation, ni sur les reins, ni sur les poumons.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX

Une conférence du Dr Rist.

Nous donnons, dans les lignes qui suivent, le compte rendu d'une conférence faite le lundi 23 mars, à la salle d'Hulst, rue de Varenne, par le Dr RIST, *médecin du dispensaire Léon-Bourgeois, sur le rôle des Dispensaires dans la lutte anti-tuberculeuse. C'est un exposé doctrinal d'une question à l'ordre du jour : il nous a paru intéressant de le recueillir à titre documentaire.*

P. L.

M. Ambroise Rendu, conseiller municipal du VIIe arrondissement, qui préside la réunion, ouvre la séance en donnant quelques renseignements sur les maisons insalubres et bacillifères de l'agglomération parisienne. Il y a, à Paris, d'après les statistiques établies par M. Jullierat, 4.500 maisons où l'on meurt dix fois plus que dans les immeubles sains. Elles abritent 160.000 habitants, plus ou moins condamnés à la contagion. M. Rendu rappelle qu'à Londres, au cours d'un voyage qu'il fit en Angleterre vers 1900, le Directeur de la police sanitaire lui annonça qu'il avait réussi à faire abattre un groupe d'îlots de maisons insalubres d'une valeur de quinze cent millions. Ayant complété cette mesure par une importation de viande frigorifiée destinée à l'alimentation des habitants peu fortunés, il avait vu déjà la mortalité par tuberculose diminuer de 5 à 6 %.

M. Rendu insiste sur l'utilité qu'il y aurait à ralentir l'exode des ruraux vers les grands centres (52 % de la population habite actuellement les grandes villes) et à faire l'éducation hygiénique des citadins en matière de prophylaxie anti-tuberculeuse, signalant en particulier les deux bases essentielles de cette prophylaxie : l'habitation saine et l'alimentation convenable. Combien de jeunes ouvrières, dans les villes notamment, se condamnent à la germination bacillaire parce qu'elles réduisent leur alimentation au profit de leur toilette !

***

M. Guillon, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, entame alors la question des dispensaires anti-tuberculeux. Le dispensaire, dit-il, est à la base de l'édifice de la lutte contre la tuberculose. Qu'il s'agisse de sanatoriums, de préventoriums, de placements à la campagne, ceux-ci ne sont appelés à entrer en action que si le dispensaire a pu, avec le concours des médecins, faire le dépistage de la maladie.

L'*Office public d'hygiène sociale* se tient en contact avec les œuvres privées. Dans le département de la Seine, il gère 41 dispensaires et 13 organismes privés qui acceptent son contrôle. Au 1er janvier 1925, les dispensaires avaient reçu 43.000 personnes dont 25.000 tuberculeux (16.000 adultes parmi lesquels 7.000 contagieux, et 8.000 enfants).

***

M. Rist aborde à son tour le rôle du dispensaire.

Jadis, on considérait la tuberculose comme une tare héréditaire. Aujourd'hui, la genèse et la diffusion de la maladie sont expliquées par la contagion seule. L'Œuvre Grancher, de protection de l'enfance, en est une preuve. Elle a montré que les enfants, nés de générateurs tuberculeux, quand ils sont éloignés de leurs parents et mis à la campagne, deviennent plus rarement tuberculeux que les enfants nés de père et mère non bacillaires et restés à la ville. Le placement familial des tout petits, qui a étendu les bienfaits de l'Œuvre Grancher aux nourrissons et qu'a développé M. Léon Bernard, en est une autre preuve.

Si les habitants des villes, des grands centres principalement, ont tous plus ou moins donné asile dans leurs poumons à des bacilles de Koch, il faut, pour être atteint de tuberculose-maladie, quelque chose de plus, des absorptions bacillaires multiples ou massives, des circonstances occasionnelles, quelques-unes connues (la rougeole, la grippe, la grossesse, quelquefois ; l'alimentation insuffisante), d'autres inconnues encore. M. Rist ne croit pas que l'alcoolisme crée une prédisposition ou provoque une aggravation, dans la tuberculose,

Quel est le nombre des tuberculeux en France ? Quelques statistiques permettent de l'apprécier approximativement. En 1884, à Paris,

la mortalité par tuberculose s'élevait par an à 40 pour 10.000 habitants, soit, pour une population d'environ 3 millions, à 12.000. On admet que chaque décès correspond à 5 tuberculeux vivants, ce qui donne (12.000 × 5) 60.000 tuberculeux existant alors dans l'agglomération parisienne. Depuis, la tuberculose a diminué et la mortalité bacillaire est aujourd'hui de 23 pour 10.000, ce qui amène au chiffre de 34.500 tuberculeux à Paris. Pour la France entière, les statistiques (moins précises) aboutissent aux données approximatives suivantes : 85 à 90.000 décès par tuberculose, chaque année, et 400 à 450.000 tuberculeux vivants. La mortalité et la morbidité tuberculeuses sont donc considérables. Evaluées au point de vue économique (incapacité de travail) elles coûtent peut-être deux milliards à notre pays annuellement.

Comment combattre la tuberculose ? Nous ne possédons pas de spécifique, pas de sérum, pas de vaccin, pas de chimiothérapie. La plupart des médicaments prônés de divers côtés, dit M. Rist, sont inefficaces, nuisibles même, par leur toxicité ou leur action gastrique ; ils donnent une confiance illusoire aux malades et les détournent de chercher la guérison du côté où elle est. Le seul traitement est la cure sanatoriale ou son équivalent, qui comprend le repos absolu et l'alimentation. C'est un moyen lent, difficile à mettre en œuvre dans la population pauvre, qui ne s'adresse pas d'ailleurs à tous les cas, ni à toutes les formes de tuberculose. Elle n'a chance de donner un résultat favorable que dans les affections prises au début, d'où l'importance du diagnostic précoce. Malheureusement : il y a 3.000 lits de sanatorium en France et il existe plus de 400.000 tuberculeux !

Si l'on ne peut pas guérir tous les tuberculeux, il faut chercher à en diminuer le nombre, faire de la prophylaxie, empêcher les contagieux, les cracheurs de bacilles, de répandre leur maladie. M. Rist déclare qu'il est impossible que l'action individuelle du médecin suffise à cette tâche. La tuberculose ayant des répercussions sociales, ajoute-t-il, doit être combattue par un organisme médico-social, où interviennent des médecins et des agents d'assistance : cet instrument est le Dispensaire.

L'idée du Dispensaire anti-tuberculeux est déjà ancienne. Elle appartient à un médecin anglais, sir Philipp, qui organisa il y a 30 ans à Edimbourg, une œuvre anti-tuberculeuse, avec au centre le Dispensaire, et, rayonnant autour, le sanatorium, le preventorium, la colonie agricole, l'hôpital. Le Dispensaire fut importé en France par Calmette, à Lille, et en Belgique par Malvoz. Il est maintenant répandu sur tout le territoire.

Le Dispensaire est tout d'abord un *centre de triage*, outillé en vue du diagnostic. Depuis les laboratoires et les rayons X, le diagnostic de la tuberculose s'est précisé. On a vu que la seule clinique laisse échapper des cas assez nombreux et fait aussi croire parfois faussement à des tuberculoses non existantes. Tout dispensaire anti-tuberculeux doit posséder une installation radiographique, un laboratoire de bactériologie, et une consultation rhino-laryngologique. Parmi les suspectés de tuberculose, il y a un pourcentage important de non tuberculeux. Il importe de les reconnaître pour ne pas les immobiliser et ne pas faire à leur égard des frais inutiles. M. Rist estime que le diplôme de docteur en médecine est insuffisant pour ce triage, qu'il faut une spécialisation, et qu'il convient de « former » les médecins de dispensaires.

Une autre fonction du dispensaire est le *dépistage*. Pour cela, assure le conférencier, le médecin ne suffit plus. Une collaboratrice, l'infirmière-visiteuse, est nécessaire. Quand un nouveau malade arrive au Dispensaire, l'infirmière-visiteuse se rend à son domicile et s'efforce de faire venir à la consultation, le mari, la femme, les enfants, l'entourage familial en un mot, pour dépister les contagions qui auraient pu déjà s'être produites autour du malade. L'infirmière-visiteuse, en outre, voit le foyer, le logement, se rend compte de l'effort à faire, de l'assistance à accorder, la protection s'étendant ainsi à l'entourage, aux voisins, à la maison. L'infirmière organise, s'il y a lieu, les locaux, recommande la chambre à part, le crachoir désinfecté, s'occupe du placement, des enfants, etc.

L'enseignement des mesures de prophylaxie peut permettre quelquefois de garder sans trop d'inconvénient le tuberculeux dans sa famille. On évite ainsi la dislocation du foyer quand c'est le père ou la mère qui sont malades. Une expérience de ce genre a été tentée dans un immeuble de la rue du Château-des-Rentiers, à Paris. On y a créé 15 logements-sanatoriums pour familles nombreuses. Une infirmière-visiteuse habite l'immeuble et le malade vit avec sa famille sous sa surveillance. Aucun cas de contagion n'aurait été constaté jusqu'à ce jour.

Le Dispensaire, enfin, est un organisme de *placement* des malades. C'est lui qui propose, après sélection, les candidats aux sanatoriums.

En 1918, il existait en France 70 dispensaires anti-tuberculeux répartis sur 30 départements. En 1925, le nombre en est de 530 et 10 départements seulement en sont dépourvus.

P. Lacroix.

R. H. M. S. 7029.

JURISPRUDENCE

Société de secours mutuels. — Contrat collectif. — Brusque renvoi d'un médecin.

Le fait, pour une société de secours mutuels, d'empêcher ses adhérents d'avoir recours à un médecin, sans que ce dernier ait pu présenter sa défense, constitue un dommage, aux termes de l'article 1382 du code civil.

Lorsqu'une convention médico-mutualiste prévoit la connaissance des cas litigieux par une commission mixte d'arbitrage, une société de secours mutuels, adhérente à la dite convention, a le devoir d'en respecter les articles.

TRIBUNAL CIVIL DE BÉZIERS

8 *janvier* 1925.

Attendu que le 12 janvier 1924, la société de secours mutuels des anciens militaires de C. décidait de suspendre pendant six mois, les bons de visite à délivrer au docteur B., enlevant ainsi à ses membres le droit de s'adresser, pour être soignés, au médecin de leur choix ; attendu que cette décision a été prise par la société des anciens militaires sans que le docteur B. en fût averti, sans qu'il en connût les motifs, sans être appelé à s'expliquer et à se défendre ; qu'ayant connu cette décision par la rumeur publique, le docteur B. a signalé aussitôt l'attitude de la société à M. le président du syndicat des médecins et à M. le Président de l'Union des sociétés de secours mutuels, afin qu'ils interviennent pour faire respecter, par la société de secours mutuels « les anciens militaires » les termes de la convention médico-mutualiste liant tant la société des anciens militaires-affiliée à l'Union, que lui-même, médecin syndiqué, en violation de laquelle avait été prise la décision précitée.

Attendu que l'article 1er de la convention mutualiste intervenue le 1er juillet 1923, précise que les mutualistes ont le droit de choisir leur médecin, chirurgien ou spécialiste parmi ceux ayant adhéré à la convention ; que le fait de suspendre la délivrance des bons de visite au nom du docteur B. violait l'article 1er, puisqu'il enlevait aux sociétaires le droit de choisir leur médecin ;

Attendu que la décision dont s'agit violait en outre l'article 5 de la convention mutualiste qui spécifie que les cas litigieux devront être soumis à la commission médico-mutualiste par l'intermédiaire de son président, et que cette commission, après avoir entendu les intéressés, donnera les avertissements ou prononcera l'exclusion ; que par suite, si pour un motif quelconque, la société des anciens militaires avait à se plaindre du docteur B., elle devait soumettre, avant de prendre une décision, le cas litigieux à l'appréciation de la commission médico-mutualiste en vertu dudit article 5 ;

Attendu que la commission médico-mutualiste, saisie par le docteur B., a fait rapporter la décision illégalement prise par la société des anciens militaires en violation de la convention médico-mutualiste ;

Attendu qu'à bon droit le docteur B. demande à la société des anciens militaires la réparation du dommage qu'il prétend avoir subi du fait que la société a prononcé pour six mois la suspension en dehors de toute décision de la commission médico-mutualiste ; qu'il justifie qu'en fait, il a été suspendu du 12 janvier 1924, dès la décison dudit jour, au cinq avril 1924, date où elle a été rapportée par la société des anciens militaires à la suite de la décision de la commission médico-mutualiste ; qu'il établit ainsi, tenant les conditions de la suspension effective, une faute à l'égard de la société des anciens militaires, génératrice des dommages dont il demande réparation ; que vainement la société des anciens militaires opposerait que la demande du docteur B. est irrecevable au motif que la commission médico-mutualiste réunie le 22 février 1924 a annulé la décision du 12 janvier 1924 de la société des anciens militaires, que, par suite ladite société a rapporté, le 5 avril 1924, sa première décision et a permis à nouveau à ses membres de choisir le docteur B. comme médecin et de demander des bons de visite à son nom ; qu'en effet, si l'article 5 de la convention médico-mutualiste, qui réserve à la commission médico-mutualiste l'examen des cas litigieux et par application duquel a été rendue la décision du 22 février 1924, prévoit seulement deux sanctions, l'avertissement et l'exclusion, il ne saurait exclure, par l'application de ces sanctions, toute demande de dommages-intérêts devant le tribunal s'il se dégage des faits tel le cas de l'espèce, une faute génératrice de préjudice sur laquelle au demeurant, il n'a pas été statué par la commission médico-mutualiste ; que de plus le docteur B. observe qu'il a toujours fait des réserves pour demander au tribunal compétent et seul compétent la juste réparation du préjudice que lui a causé la décision illégalement prise et la suspension effective dont il a été l'objet et qui s'en est suivie, en vertu de l'article 1382 du code civil.

Attendu que les motifs ci-dessus justifient suffisamment l'action en dommages-intérêts formée par le docteur B. ; qu'il est dès lors superflu d'examiner si sa demande en dommages serait justifiée en vertu de l'article 1780 du code civil.

Attendu, en ce qui concerne la campagne de dénigrement et de diffamation alléguée par le docteur B., qu'il ne produit à cet égard aucune justification et qu'il ne formule aucune offre en preuve ; qu'il convient dès lors de limiter la demande de dommages-intérêts au préjudice subi par le docteur B. pour suspension abusive du 12 janvier 1924 au 5 avril 1924 ; que tenant compte des circonstances de la

cause et de tous les éléments du préjudice, l'allocation, à titre de dommages-intérêts, de la somme de trois cents francs sera une juste et suffisante réparation du préjudice à lui inféré.

Attendu, en ce qui concerne la publication demandée par le docteur B., que la décision prise par la société des anciens militaires n'ayant pas été publiée par la voie de la presse et ne faisant pas, d'autre part, la preuve de diffamation qu'il allègue, il n'y a pas lieu d'ordonner la publicité sollicitée.

Attendu que les dépens suivent le sort du principal.

Par ces motifs,

Le tribunal jugeant publiquement, en matière ordinaire et en premier ressort, condamne la société des anciens militaires de C. en la personne de son directeur, à payer au docteur B. la somme de trois cents francs avec intérêts de droit, à titre de dommages-intérêts, pour les causes sus-énoncées.

Dit n'y avoir lieu d'ordonner la publicité demandée.

Condamne la société des anciens militaires aux entiers dépens, au besoin à titre de supplément de dommages intérêts.

Commentaires.

Ce jugement, obtenu par le « Sou Médical », présente, comme intérêt corporatif, les points suivants :

1° Le temps est passé, où les Sociétés de Secours mutuels et autres collectivités se croyaient en droit de pouvoir casser aux gages leurs employés-médecins.

Le brusque renvoi n'est plus admis : tout d'abord, le jugement reconnaît que le droit de la défense a été violé, car le Dr B. a été frappé, sans qu'il ait été mis à même de présenter ses observations, en réponse aux griefs qui lui étaient imputés.

Nous sommes heureux que notre Ligue de défense professionnelle, le « Sou médical », puisse ainsi faire reconnaître, tant devant les tribunaux civils, que devant la juridiction administrative, la possibilité, pour tout docteur, de présenter sa défense, au lieu de subir les effets de la guillotine sèche de la révocation brusque et sans délai, due à l'omnipotence de certains dirigeants.

2° Le contrat collectif, passé entre une collectivité privée et un syndicat médical, n'est pas lettre morte : les termes de la convention doivent être respectés par chacune des deux parties. Le jugement ci-dessus l'indique d'une manière très précise.

Ainsi, les médecins, qui, en adhérant au syndicat, abandonnent une parcelle de leur liberté d'action individuelle, au profit de la collectivité corporative, reçoivent, en retour, une protection de leurs droits d'exercice de la médecine, lorsqu'une convention collective de travail a été passée en leur nom par le syndicat, avec une ou, plusieurs collectivités.

Un médecin ne saurait être suspendu de ses fonctions, sans avoir été, au préalable, entendu dans ses moyens de défense, par la commission mixte d'arbitrage, prévue dans la convention. Les révocations brusques, du fait du prince, ne sont ainsi plus possibles.

3° La Société de secours mutuels croyait qu'en rapportant la décision de révocation du médecin, cela suffirait à ce dernier, comme réparation du dommage moral et matériel.

Il n'en est rien, car le jugement de Béziers reconnaît que cette révocation a été génératrice d'un dommage pécuniaire, aux termes de l'article 1382 du code civil.

Le dommage pécuniaire, occasionné par la non délivrance de bulletins de visite au nom du Dr B., est réparé par une somme d'argent, allouée à ce dernier.

Quant au préjudice moral, le tribunal l'estime non existant, car il n'y avait eu aucune publicité donnée à cette révocation. C'est pour ce motif que les juges ne croient pas devoir ordonner l'insertion du jugement, dans les journaux locaux.

Cependant, la publicité n'en a pas moins existé : les malades se le sont répété, que le Dr B. ne pouvait plus les soigner. C'est bien, d'ailleurs, par la rumeur publique que le praticien a appris qu'il était révoqué de ses fonctions de médecin traitant.

4° Ce dommage doit être réparé en vertu de l'article 1382 du code civil, sans qu'il soit besoin d'invoquer les termes de l'article 1780, d'après le jugement. La décision intempestive du bureau de la Société de secours mutuels a été, à elle seule, génératrice du préjudice ; il n'est donc point utile de rechercher, si ce dommage a été également engendré par la violation des termes de l'article 1780 du code civil, qui a trait au louage de services et à la résiliation du contrat par la brusque volonté d'une des parties.

Le tribunal estime que le fait de congédier un médecin, sans qu'il ait pu présenter sa défense, constitue à lui seul le dommage ; point n'est besoin de rechercher si cette décision de la Société de secours mutuels a été prise en violation du contrat collectif de travail passé avec le Syndicat médical de Béziers.

Ce moyen aurait été retenu, au cas où l'article 1382 n'eût pas été applicable au conflit.

A la veille des assurances sociales, il est intéressant de constater que les contrats collectifs syndicaux ne doivent pas être considérés comme des chiffons de papier, par ceux qui, jusqu'ici, ont été habitués à n'avoir, en face d'eux, que des médecins isolés, sans défense, divisés par une absurde concurrence.

Le Syndicat montre qu'il entend réglementer les conditions générales du travail médical général, cependant que le « Sou médical » entend faire respecter, par tous, les droits de ses adhérents.

Dr Paul Boudin.

LÉGISLATION SANITAIRE URBAINE

Leçon professée par M. HONORAT,

Professeur à l'Institut technique sanitaire (Arts et métiers).
Directeur à la Préfecture de la Seine.

D'abord M. Honorat expose brièvement les origines historiques de la question et les textes précédant la grande loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Le savant professeur est ainsi amené à citer l'arrêté du 10 août 1848 sur la création d'un comité consultatif d'hygiène et les textes sur la police sanitaire (loi du 3 mars 1822, 24 décembre 1850). Puis, il passe à l'examen des textes récents concernant la législation sanitaire urbaine.

....

Les textes que nous venons de signaler ont inspiré la loi du 15 février 1902. Cette loi a été en application pendant 15 ans. Elle a été appliquée très peu pendant la guerre. Depuis 1919, elle reprend sa place timidement. On s'est aperçu qu'elle ne répondait plus aux besoins collectifs. Un projet de M. Strauss avait été déposé. Malheureusement, les élections ont arrêté son développement. Il est à espérer qu'il sera repris.

Revenons à la loi de 1902.

Le principe de la loi de 1902, c'est que le pouvoir de prendre des mesures appartient au maire de la commune. Il est combattu par les hygiénistes actuels, qui disent que le maire, qui tient ses pouvoirs de la confiance des électeurs, sera trop porté à ménager les intérêts de ses administrés. Il faudrait que ce soit un pouvoir indépendant du Corps législatif.

On dit aussi que ce devrait être le préfet. Tout cela est vrai, mais il faut reconnaître que, dans cette question d'hygiène, il y a une question financière et il n'est pas mauvais que ce soit la même autorité, qui décide les dépenses, qui prenne les mesures.

Le professeur Léon Bernard a dit qu'il faudrait que cette autorité soit indépendante du maire et qu'il faudrait un corps spécial d'hygiénistes, des inspecteurs régionaux qui relèveraient du ministère. Les mêmes objections se présentent. Il faut payer et qui pourra parler avec persuasion au Conseil municipal ou au Conseil général ? Beaucoup mieux le préfet et le maire. Sans cela, on risque fort de se voir refuser les crédits.

Le Conseil municipal ou général paralyserait les efforts. On a dit aussi qu'il fallait inscrire d'office les crédits. Ce n'est pas une bonne solution. On ajoutait que ces inspecteurs devraient être des médecins. Ce n'est pas notre avis. D'autres personnes sont aussi qualifiées, car il y a toutes sortes de questions (constructions, administration, etc.) étrangères à la médecine. Il faut laisser à l'administration le soin de prendre des mesures.

La loi de 1902, dans son article 1er, dit : « Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer après avis du conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire : 1° les précautions à prendre en exécution de l'art. 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies tansmissibles, visées à l'art. 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion ;

« 2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées. »

On voit que c'est bien là le maire qui est responsable.

Le plus important ce sont les mesures de désinfection, et ce n'est pas toujours facile. Il y a résistance du Corps législatif et du Corps médical. La déclaration du médecin est difficile à faire comprendre. Mais maintenant, depuis la guerre, les gens ont plus mauvais caractère et les voisins se plaignent lorsqu'une cause quelconque anti-hygiénique gêne dans un immeuble.

Dans son titre 1er, des mesures sanitaires générales, la loi du 15 février 1902 traite d'abord de mesures sanitaires générales, dont nous avons signalé les données principales : autorité et pouvoirs compétents. Les articles 2 à 10 de ce titre fixent la procédure à suivre et les mesures à prendre. Ils n'ont plus toujours une grande importance, car la vaccination et d'autres progrès médicaux ont fait disparaître de France, certaines épidémies et maladies.

Arrivons au chapitre II, du titre 1er : les mesures sanitaires relatives aux immeubles. Il s'agit ici de découvrir les immeubles insalubres et les causes d'insalubrité.

Dans les agglomérations de plus de 20.000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que les conditions de salubrité sont remplies (art. 2).

Lorsqu'un immeuble est dangereux pour la santé publique, pour les occupants ou les voisins, le maire ou à son défaut le préfet invite la Commission sanitaire prévue par l'article 20 à

donner son avis. Les propriétaires et usufruitiers sont avisés lorsque la commission a conclu sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble. Les propriétaires présentent leurs observations. L'avis de la Commission sanitaire fixe le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés. Dans le cas où l'avis de la Commission n'a pas été contesté, le maire prend un arrêté (art. 12). L'arrêté, portant interdiction d'habiter, devra être revêtu de l'approbation du préfet.

Il n'est pas toujours simple d'obtenir un résultat, car il y a les voies de recours, qui peuvent suspendre indéfiniment l'exécution de l'arrêté du maire.

En effet, un recours peut être porté devant le Conseil de préfecture dans un délai d'un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif (Art. 13.)

L'article 14 qui a trait à l'exécution de l'arrêté au cas où il n'y a pas eu de recours a été complété par une loi du 17 juin 1915 et s'exprime ainsi en ce qui concerne les pénalités encourues au cas où l'arrêté demeure sans effet : « les intéressés sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, § 15 du Code pénal. » M. Honorat raille avec esprit ces pénalités terribles ! 15 à 500 qui permettent à des propriétaires d'immeubles insalubres de suspendre pour quelques centaines de francs l'arrêté du maire. La loi de 1915 est venue modifier le régime de l'expropriation lorsqu'il y a dans les immeubles expropriés des immeubles condamnés par la commission sanitaire. C'est ainsi que l'art. 18 *quater* dit que, à l'égard des groupes d'immeubles expropriés pour cause d'insalubrité, il n'y a pas à opérer de déduction pour cause d'assainissement. Quant aux locataires, l'indemnité leur est allouée conformément à la loi du 3 mai 1841.

Avant de terminer, il convient de parler de lois toutes récentes, notamment la loi du 14 mars 1919 sur les lotissements. Cette loi, qui s'occupe des plans d'extension et de l'aménagement des villes, part d'une idée et d'un principe excellents, mais elle est très mal faite.

Aux termes de cette loi, toute ville de plus de 10.000 habitants est tenue d'avoir un plan d'aménagement, d'extension et d'embellissement. Une commission de 140 membres y est prévue à l'art. 5. Elle se réunit au ministère de l'Intérieur. Ces plans devaient être faits en 1923 pour la Seine. Un arrêté préfectoral est venu proroger de trois ans. Cette loi a été complétée par une loi du 19 juillet 1924. Elle modifie l'art. 1er, § 3, de la loi de 1919 ainsi que les art. suivants. Cette loi a eu pour but d'éviter les spéculations qui s'étaient produites sur les terrains avoisinants. Il s'était produit ce fait, que des spéculateurs avaient revendu les terrains à de petites gens, sans que rien n'eût été encore fait. Ainsi ces petits épargnants se voyaient un jour en présence de l'obligation de participer aux travaux de voirie, car ils n'avaient ni l'eau, ni l'électricité, ni le gaz, etc. On a donc décidé que l'autorisation de construire ne serait donnée que lorsque le programme présenterait toutes les garanties au point de vue de l'édilité (art. 11). Cette loi ne fait qu'entrer en vigueur. On ne peut encore la juger.

En tous cas, il faut se rappeler que lorsqu'on entreprend une œuvre collective et sociale, il ne faut pas hésiter à porter atteinte au principe sacro-saint de la propriété privée. Il faut que l'individu se soumette au corps social.

Leçon recueillie et rédigée par M. Priou.

SECRET PROFESSIONNEL ET FISC (1)

Par Me Jean-Letort,

Avocat à la Cour de Paris.

Il s'agit de l'article que le docteur Foveau de Courmelles a publié dans le numéro du 15 août de la *Gazette*.

Déjà, dans le numéro du 15 janvier 1923, il avait poussé un cri d'alarme devant les empiètements du fisc et surtout devant les assauts de plus en plus inquiétants que subit la muraille sainte du secret professionnel.

Il rappelait que M. Perreau, professeur de droit de la faculté de Toulouse, avait publié sur la question une consciencieuse étude, et il écrivait ceci : « Il a souvent été jugé que les personnes ayant reçu d'un médecin communication légitime des secrets de leur clientèle étaient absolument tenues d'en garder la confidence. Pareille solution serait certainement donnée par les tribunaux quant aux découvertes des représentants du Trésor dans les écritures des médecins ou pharmaciens. »

Son dernier article donne une note moins optimiste ; elle lui est fournie par deux arrêts, l'un de la Cour de cassation, l'autre de la cour de Nancy. Ces arrêts concernent la taxe sur le chiffre d'affaires et disent que les agents du fisc préposés à son recouvrement ne sont pas astreints au secret professionnel.

(1) *Gazette médicale du Centre*, 20 janvier 1925.

***

En quoi ces arrêts intéressent-ils les médecins, puisque ces derniers ne sont pas commerçants, n'ont pas de chiffre d'affaires à déclarer et ne ressortissent pas de cette taxe ?

« Sans doute, s'écrie le docteur Foveau de Courmelles, mais jusques à quand en resteront-ils exempts ? Peut-on nous garantir, et comment le pourrait-on, que jamais on ne nous assimilera à des commerçants ? » Et l'éminent collaborateur de la *Gazette* de montrer que précisément cette préoccupation a écarté le corps médical de réclamer en matière locative la *propriété commerciale*.

La question est plus large et nous avons pensé à y apporter, pour les lecteurs de la *Gazette*, notre modeste contribution.

En dehors de toute préoccupation fiscale, les praticiens sont émus à l'idée d'avoir à révéler à un agent du fisc non seulement leurs propres secrets, mais ceux de leurs clients : les noms de ces derniers, la nature des soins qu'ils ont reçus. Deux raisons justifient leur préoccupation : la première, c'est que l'article 378 du Code pénal interdit aux médecins de faire cette révélation à quiconque, même en justice ; la seconde, c'est l'incertitude où ils sont de la discrétion des agents du Trésor à qui ils feraient cette révélation.

Commençons par examiner dans quelle mesure les agents du fisc sont ou ne sont pas tenus à la discrétion.

***

Ces fonctionnaires sont amenés à connaître des secrets du médecin à l'occasion de l'impôt cédulaire et de l'impôt général sur le revenu. Ils le sont aussi en matière successorale, avec un droit d'investigation dans les archives du défunt : le coffre-fort de ce dernier, depuis une loi récente, ne peut plus être ouvert qu'après invitation formelle à l'administration de l'enregistrement de faire assister un de ses représentants à l'opération. Les secrets des médecins ont même été l'objet de la curiosité du fisc à l'occasion de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre, mais la période d'application de cette contribution a pris fin le 30 juin 1920. Quant à la taxe sur le chiffre d'affaires, elle n'est applicable qu'aux commerçants. Il en est de même pour les contributions indirectes. Le fisc a également des pouvoirs d'investigation en ce qui concerne les droits d'enregistrement. Mais, en dehors des taxes successorales, la perception de ces droits (sociétés, ventes d'immeubles, louage de services, etc.) ne paraît pas devoir mettre en jeu les secrets de clientèle du médecin.

La loi astreint-elle à la discrétion tout agent du fisc qui, dans l'un des cas ci-dessus énumérés, est entré en connaissance des secrets professionnels du médecin ?

A relire l'article 378 du Code pénal, qui constitue le droit commun en matière de secret professionnel, il semble bien que cet article leur est automatiquement applicable. Il commence par ébaucher une énumération des personnes tenues au secret, notamment les médecins, puis à ce commencement d'énumération fait place une formule générale, très large, et par conséquent plus complète par sa généralité même, et le législateur enjoint le secret à « toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie ». Les agents du fisc ne figurent pas dans l'énumération. Doit-on les comprendre dans la formule générale, et ce, pour tous les secrets, tant du contribuable sur le compte de qui ils enquêtent, que des tiers dont ils découvrent les secrets chez ce contribuable ? *Ne sont-ils pas des personnes dépositaires, par leur état ou profession, des secrets du médecin ou de sa clientèle* ?

Il semble que la réponse s'impose affirmative.

Il n'en est rien cependant.

La jurisprudence de la Cour de cassation, accepte d'appliquer l'article 378 aux secrétaires de mairie, aux inspecteurs de la sûreté, aux ministres de la religion, aux personnes engagées dans le service des enfants assistés, aux inspecteurs du travail, aux inspecteurs des établissements dangereux, insalubres et incommodes, etc... mais non aux agents du fisc !

Nous faisons ici allusion à un arrêt de la Cour de cassation du 11 décembre 1919 et à un autre arrêt du 18 mai 1923, ce dernier visé par le docteur Foveau de Courmelles.

Et quel est l'argument que ces arrêts font valoir ?

Interprètent-ils l'article 378 du Code pénal ?

Nullement.

Le premier concerne la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre. Des agents des contributions indirectes avaient été chargés de procéder, sur mandat de la commission de taxation des bénéfices de guerre, à la vérification de la déclaration d'un marchand de vins, et ils avaient profité de la communication faite par ce négociant de ses livres de commerce, pour y relever la trace d'infractions aux lois sur les contributions indirectes, en dresser procès-verbal et mettre leur administration à même d'exercer des poursuites. La Cour de cassation le leur a interdit, mais nullement en vertu de l'article 378. Elle a dit qu'ils n'avaient pas le droit de révéler à l'administration des contributions indirectes les secrets en possession desquels ils n'étaient entrés qu'en raison des pouvoirs d'investigation que leur donnait la recherche des bénéfices de guerre. Elle a dit qu'ils n'avaient le droit d'utiliser que les secrets concernant ces bénéfices de

guerre. Tout le reste devait rester pour eux lettre morte. Mais pourquoi ? Uniquement parce que la loi du 1er juillet 1916, instituant la taxation des bénéfices exceptionnels de guerre, a « assimilé les membres de la commission de taxation aux personnes visées par l'article 378 du Code pénal... » afin « d'assurer au contribuable la garantie que les documents soumis à l'examen de la commission ne seraient pas divulgués. »

Voici d'ailleurs comment s'exprime la loi du 1er juillet 1916, dans son article 18 :

« Est tenue au secret professionnel, dans les termes de l'article 378 du Code pénal, et passible des peines prévues audit article, toute personne appelée, à l'occasion de ses fonctions ou attributions, à intervenir dans l'établissement, la perception ou le contentieux de l'impôt. »

Que conclure de l'arrêt de la Cour, sinon qu'en l'absence du texte de loi ci-dessus du 1er juillet 1916, la Cour n'aurait pas « assimilé les agents du fisc aux personnes visées par l'article 378 ? »

Une seconde occasion de constater que la Cour de cassation refuse de considérer les agents du fisc comme rentrant dans le droit commun de l'article 378, auquel sont tenues les personnes dépositaires du secret d'un tiers par état ou profession, nous est fournie par l'étude du second arrêt de la Cour de cassation en date du 18 mai 1923 que vise le docteur Foveau de Courmelles.

Cet arrêt concerne la taxe sur le chiffre d'affaires. Au cours d'une vérification de comptabilité opérée en vue de l'établissement de cet impôt, un inspecteur de la régie avait, comme dans le cas précédent, découvert une contravention aux lois sur les contributions indirectes et en avait dressé procès-verbal.

Cette fois, la Cour de cassation déclara que rien ne s'y opposait et qu'il n'y avait pas eu, en particulier, violation de secret professionnel et détournement de pouvoir.

Et la raison qu'elle donna pour statuer différemment de ce qu'elle avait fait dans le cas précédent fut « que la loi du 25 juin 1920, qui a institué, dans son article 59, l'impôt sur le chiffre d'affaires, n'a pas imposé aux agents du Trésor chargés de l'établissement de cet impôt l'obligation du secret professionnel ».

Voici donc une notion bien établie : au regard de la Cour de cassation, malgré l'avis contraire de plusieurs cours et tribunaux, les agents du fisc ne sont pas astreints au secret professionnel de l'article 378, tant qu'un texte formel et spécial quant à la catégorie d'impôt pour laquelle ils ont à opérer ne les a pas, pour les opérations exécutées à l'occasion de l'établissement de cet impôt, expressément rattachés à l'article 378.

En présence de ces arrêts et d'autres analogues, force nous est donc de prendre notre parti et de rechercher si, en matière d'impôt général sur le revenu, d'impôt cédulaire et de taxe successorale, des lois spéciales rattachent les agents du fisc à l'article 378 (1).

Aucun texte de loi spéciale ne rattache les investigations relatives aux taxes successorales à l'article 378.

Il en est différemment en ce qui concerne l'impôt général sur le revenu et l'impôt cédulaire.

Le premier a été institué par la loi du 15 juillet 1914, et son article 24, paragraphe 3, s'exprime ainsi : « Est tenue au secret professionnel, dans les termes de l'article 378 du Code pénal, et passible des peines prévues audit article, toute personne appelée, à l'occasion de ses fonctions ou attributions, à intervenir dans l'établissement, la perception ou le contentieux de l'impôt. »

---

(1) Voici, en ce qui concerne l'enregistrement, ce qu'on lit dans le *Repertoire fiscal* de Maguéro au mot *Secret professionnel* : « Les agents de l'enregistrement sont tenus au secret professionnel de même que ceux des contributions directes » » (c'est-à-dire pour ce qui est des impôts sur le revenu, car les autres impôts directs ont toujours eu un caractère public, et les matrices cadastrales, générales et des patentes, déposées dans les mairies, permettent à tout venant d'en avoir communication.) M. Maguéro nous dit alors que le secret professionnel des agents de l'enregistrement réside en ce que « l'article 58 de la loi du 22 frimaire an VII ne les autorise à délivrer d'extraits de leurs registres qu'aux parties contractantes ou aux ayants cause de celles-ci, ce qui implique que toute communication à d'autres personnes leur est interdite ». Il ajoute qu' « il est, de par une lettre ministérielle (ou directoriale ?) du 9 mai 1867, interdit également aux préposés de l'enregistrement de communiquer les documents administratifs aux personnes étrangères à l'administration ».

Mais la loi de frimaire an VII permet de s'adresser aux juges de paix pour en obtenir des « ordonnances de compulsoire », afin de se faire délivrer extrait des registres sans être ni les parties contractantes, ni leurs ayants cause, mais en justifiant seulement d'un intérêt légitime. Que devient alors le secret ?

En outre, le caractère « implicite » d'interdiction présenté par la loi est-il suffisant pour mettre en mouvement l'article 378, l'action pénale ? La jurisprudence de la Cour de cassation que nous avons rappelée nous en fait douter.

Enfin, une lettre directoriale ou ministérielle n'a pas force de loi.

Sauf donc un texte inconnu de nous, et nous nous en excusons à l'avance (ils sont tant !), et sauf une jurisprudence différente spéciale à la matière et que nous ne connaissons pas, nous maintenons provisoirement notre préoccupation inquiète : pas de texte permettant en matière d'enregistrement de recourir à l'article 378.

En matière de jurisprudence, nous connaissons un jugement du tribunal civil de la Seine du 7 juin 1910 (*Revue de l'enregistrement*, art 5179) qui, à propos de la communication de registre de délibérations d'un conseil d'administration, reconnaît que celles-ci ont un caractère confidentiel, mais fait un devoir aux agents du fisc de se faire représenter de nombreux documents confidentiels, étant d'ailleurs « tenus au secret professionnel ». Mais, par un jugement du 17 novembre 1893 intervenu dans un cas identique à propos de la même société, le tribunal civil de la Seine avait refusé cette communication à l'administration, notamment parce que le contenu d'un tel registre a un caractère confidentiel ».

Le second date de la loi du 31 juillet 1917. Son article 51 adopte pour l'impôt cédulaire les dispositions ci-dessus de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1914 relative à l'impôt général sur le revenu.

***

Voici les médecins théoriquement rassurés : *de leur vivant*, leurs secrets, surpris par les agents du fisc dans les seuls cas où ceux-ci sont actuellement en droit de les pénétrer (impôt général sur le revenu, impôt cédulaire), sont protégés par les dispositions de l'article 378. Aucune des personnes appelées à intervenir dans l'établissement, la perception ou le contentieux de l'impôt ne pourra, soit à l'égard d'une autre branche de l'administration fiscale, soit à l'égard du public, trahir le secret, c'est-à-dire aller délibérément le colporter. Mais nous allons voir que dans certains cas elle est autorisée, il lui est même enjoint de se le laisser surprendre.

C'est ainsi que le ministre des Finances a répondu à une question écrite d'un député (*Officiel* du 2 septembre 1924, p. 3211) que les agents de l'enregistrement étaient en droit, pour vérifier la sincérité des déclarations de mutation par décès, de se faire donner, par leurs collègues des contributions directes, communication des déclarations faites par les contribuables pour l'impôt général sur le revenu.

Et en cela le ministre n'a fait que reproduire l'article 31 de la loi de budget du 31 juillet 1920, ainsi conçu :

« En aucun cas, les administrations de l'Etat, des départements et des communes, ainsi que les entreprises concédées ou contrôlées par l'Etat, les départements et les communes, ne pourront opposer le secret professionnel aux agents de l'administration des finances ayant au moins le grade de contrôleur ou d'inspecteur adjoint qui, pour établir les impôts institués par les lois existantes, leur demanderont communication des documents de service qu'elles détiennent. Dans le cas d'information ouverte par l'autorité judiciaire, celle-ci devra donner connaissance à l'administration des finances de toute indication qu'elle pourrait recueillir au cours de la procédure et de nature à faire présumer une fraude commise en matière fiscale, ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant eu pour résultat de frauder ou de compromettre un impôt. »

Telle est donc la situation pour l'impôt général sur le revenu et l'impôt cédulaire. En matière de taxe successorale, par contre, pas de secret professionnel. Eh bien ! cela est très grave. Car non seulement les agents de l'enregistrement sont alors admis à faire toutes dénonciations à leurs collègues des autres administrations fiscales, mais aucun texte pénal ne réprime les divulgations qu'ils pourraient faire à n'importe qui dans le public.

Du moins, c'est la conséquence même des arrêts de la Cour de cassation. C'est un *to be or not to be* : article 378 ou pas d'article 378.

Toutefois les décisions de la Cour de cassation que nous avons citées ne concernaient que des cas de dénonciation d'une administration à une autre, et non de cas de divulgation au public Mais on sait que la Cour de cassation tranche *en droit* et non *en fait*. Or, elle a dit que le *droit* c'était la non application de l'article 378 toutes les fois qu'une loi spéciale ne l'avait pas déclaré applicable. Comme l'article 378 a une portée générale, lorsqu'il ne joue pas, le contribuable n'est protégé contre aucun genre d'indiscrétion.

L'interprétation administrative de l'article 378 est d'ailleurs regrettablement large. C'est ainsi que le ministre couvre ceux de ses agents qui ont cherché des collaborations au dehors du personnel de l'administration à laquelle ils appartiennent (réponse à la question écrite d'un député (*Officiel* du 10 septembre 1924, p. 3221).

C'est ainsi également que les archives de l'impôt sur le revenu sont encore conservées aux archives des préfectures ou des sous-préfectures, qu'elles ne pourront prendre place que courant 1925 dans les cartons plus sûrs des trésoreries générales et des recettes des finances, et que les mesures destinées à assurer le secret de ce dépôt ne sont qu'à l'étude (réponse à la question écrite d'un député, *Officiel* du 22 janvier 1924.)

***

Examinons maintenant comment la jurisprudence concilie les révélations que le fisc exige des médecins avec l'impératif catégorique de l'article 378 à l'égard de ces derniers.

Les médecins ne peuvent-ils vraiment pas, en vertu de cette interdiction de l'article 378, refuser aux agents du fisc toute communication qui serait de nature à découvrir le secret qu'ils doivent à leurs malades ? Le ministre des Finances a bien déclaré à propos de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre (réponse à une question écrite, *Officiel* du 25 décembre 1918) que les médecins pouvaient, sans violer le secret professionnel, communiquer leurs carnets de visites aux agents du fisc, simple déplacement du secret qui passe d'un confident à un autre également tenu à la même discrétion.

Telle est également la thèse du Conseil d'Etat, qui, par un arrêt du 30 janvier 1920 dont nous avons déjà parlé dans la *Gazette*, a déclaré les médecins assujettis à la contribution sur les bénéfices de guerre.

Le cas vaudrait cependant d'être soumis à la Cour de cassation, au moment où l'actuel ministre des Finances déclare devant les commissions

parlementaires, sans succès d'ailleurs, son intention de faire voter pour le médecin, — comme pour l'avocat du reste, — l'obligation de tenir un livre de recettes et des dépenses.

Le docteur Foveau de Courmelles écrivait, dans un de ses articles de la *Gazette* d'il y a un an ou deux, qu'il ne communiquait aux contrôleurs du fisc que les totaux de sa comptabilité, et il n'apparaît pas qu'il ait été inquiété. Dans le *Scalpel* du 2 août dernier, nous relevons dans un vœu que la *Société belge de Dermatologie-Syphiligraphie* a adressé au ministre relativement à cet important sujet, cette déclaration énergique :

« Il n'est pas possible au médecin, surtout au médecin dermato-syphiligraphe, de livrer aux agents du fisc le nom et l'adresse d'un seul malade. »

A notre avis, cette attitude devrait être celle de tous les syndicats médicaux aussi bien que de tous les ordres d'avocats de notre pays : le secret professionnel n'a pas à connaître de « déplacement », de « prolongation ». L'article 378 est formel. Il n'entre pas dans les subtilités. Le prestige moral de nos professions en dépend ; actuellement, une opinion publique mal renseignée nous bat en brèche à toute occasion. Ne lui en fournissons pas sur le terrain du secret professionnel.

A ce propos, et sans prendre parti dans cette affaire mystérieuse de Lannion qui fait surtout du bruit parce qu'il s'agit de gens titrés, j'estime qu'il ne faut pas laisser prendre corps au reproche que l'opinion fait au médecin rédacteur du certificat de décès de n'y avoir fait figurer que la cause dernière de la mort. Avocats, médecins, nous ne sommes pas des dénonciateurs, et le secret dont nous sommes faits confidents, fût-il celui d'un crime, doit, quelles que soient les pressions dont nous serions l'objet, demeurer notre secret. Nous ne pouvons même pas laisser apercevoir que nous sommes porteurs d'un secret, de peur que notre silence ne puisse être interprété comme une charge.

R. H. M. S. 4419.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Concours pour les emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'Assistance publique.

Conditions et programme.

La date des concours est fixée par un arrêté publié au *Journal Officiel* deux mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Les épreuves écrites et les épreuves orales sont passées à Paris, au ministère de l'intérieur.

Sont seules admises à concourir les personnes qui rempliront, au 1er janvier consécutif à la date du concours ou dans les douze mois suivants, les conditions d'âge, de services, d'emploi ou d'ancienneté de grade exigées par les articles 3 et 7 du décret du 28 juillet 1906, modifié par les décrets du 21 août 1909 et du 20 mars 1925, et par l'article 2 de l'arrêté du 12 novembre 1909, pour être nommées, soit inspecteurs, soit sous-inspecteurs ou sous-inspectrices de l'assistance publique.

A. — *Pour l'emploi d'inspecteur.*

1° Les sous-préfets, secrétaires généraux de préfecture, conseillers de préfecture comptant au moins six ans de fonctions ;

2° Les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 10.000 habitants ;

3° Les employés du ministère chargés de l'hygiène et de l'assistance compris dans le cadre des rédacteurs et comptant au minimum six années de services en cette qualité et les chefs de division de préfecture ayant plus de six années de services.

Les candidats doivent être âgés de trente ans au moins et de quarante ans au plus et justifier d'un nombre d'années de services publics admis à compter pour la retraite de l'Etat, qui, ajoutées aux années restant à accomplir, puissent parfaire, à l'âge de cinquante-cinq ans, les vingt-cinq années ouvrant droit à pension, conformément aux dispositions de l'article 86 de la loi de finances du 8 avril 1910.

B. — *Pour l'emploi de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice.*

1° Les commis d'inspection ayant au moins trois ans d'exercice, les agents de placement et de surveillance du service des enfants assistés, les directeurs d'écoles professionnelles départementales d'enfants assistés comprenant au moins cent élèves, les employés du ministère chargé de l'hygiène et de l'assistance, les chefs de bureau de préfecture, les secrétaires de sous-préfecture, les rédacteurs de préfecture et de sous-préfecture comptant au moins trois années de services dans cet emploi, les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 5.000 habitants, les conseillers généraux et les conseillers d'arrondissement exerçant leur mandat depuis trois ans au moins, les candidats réunissant les

conditions prévues par les dispositions relatives au concours des inspecteurs ;

2° Les titulaires du diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie, du diplôme de pharmacien, les licenciés en droit, ès sciences ou ès lettres, les titulaires du certificat d'aptitude au professorat des écoles normales primaires et des primaires supérieures, et les personnes visées par l'article 2 de l'arrêté du 12 novembre 1909, qui sont : les candidats pourvus du diplôme de l'école des chartes, de l'école des hautes études commerciales, de l'institut national agronomique, de l'école forestière, ou produisant le certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie de l'école polytechnique, de l'école nationale des mines, de l'école nationale des ponts et chaussées, de l'école centrale des arts et manufactures, de l'école spéciale militaire, de l'école navale, soit un brevet d'officier des armées de terre et de mer ;

3° Les personnes ayant exercé pendant six ans les fonctions de membres de commissions administratives d'hospices dans une ville d'au moins 50.000 habitants.

Les candidats doivent être Français et être âgés de vingt-cinq ans au moins et de trente ans au plus. Les candidats hommes doivent, en outre, avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif.

Le limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs, civils ou militaires, ouvrant des droits à la retraite de l'Etat, sans pouvoir toutefois dépasser quarante ans au 1er janvier de l'année du concours. La totalité des services accomplis ou restant à accomplir doit pouvoir parfaire à l'âge de cinquante-cinq ans les vingt-cinq années ouvrant droit à la retraite de l'Etat, conformément aux prescriptions de l'article 86 de la loi de finances du 8 avril 1910.

A titre transitoire, seront admises à se présenter au premier concours pour l'emploi de sous-inspectrice qui suivra la publication du décret du 20 mars 1925 :

1° Les infirmières ayant obtenu le diplôme d'Etat, conformément au décret du 27 juin 1922, modifié par les décrets du 19 février 1923, et du 18 juillet 1924 et au décret du 25 novembre 1924;

2° Les infirmières qui justifieront avoir exercé leurs fonctions dans les formations du service de santé militaire pendant au moins quatre ans au cours de la durée légale des hostilités ;

3° Les infirmières qui ont été déléguées par une décision ministérielle dans les fonctions d'inspectrice des départements des régions libérées et qui les ont exercées pendant au moins deux ans.

Pour les infirmières ayant servi dans les formations du service de santé militaire, la limite d'âge fixée par l'article 2 du décret du 28 juillet 1906, modifié par les décrets du 21 août 1909 et du 20 mars 1925, est reculée d'un temps égal à la durée de leurs services dans ces formations.

Les candidats et candidates aux emplois de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'assistance publique doivent adresser au ministère du travail et de l'hygiène, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 2e bureau :

1° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ;

3° Des états de services, diplômes, certificats qui auraient pu leur être délivrés ou des copies de ces documents dûment certifiées ;

4° Un certificat médical dûment légalisé, délivré par un médecin assermenté, établissant que le candidat ou la candidate est de constitution robuste et apte à remplir un service actif ;

5° En ce qui concerne les candidats hommes, un état signalétique des services militaires, délivré par le bureau de recrutement.

Ces pièces doivent être parvenues au 2e bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, un mois au moins avant l'ouverture des épreuves du concours.

La liste des candidats et des candidates est arrêtée par le ministre du travail et de l'hygiène.

Pour déterminer le résultat des épreuves, le nombre des points, variant de 0 à 20, obtenu par chaque candidat, est multiplié par les coefficients ci-après :

Epreuves écrites.

1° Services de l'enfance	20
2° Eléments d'hygiène	10
3° Notions de droit	10
	40

Epreuves orales.

Services de l'enfance	5 5
Assistance aux adultes	5 5
Eléments d'hygiène	5
Notions générales de droit	5
	30

Le candidat qui n'a pas obtenu 560 points à l'écrit n'est pas admis à subir les épreuves orales.

Pour être admis à titre définitif, les candidats doivent avoir obtenu, pour l'ensemble de leurs épreuves écrites et orales, au minimum 980 points et n'avoir eu pour aucune matière de note inférieure à 8.

Programme.

TITRE 1er

Services de l'enfance.

§ 1er. — La loi organique du 27 juin 1904, sur

le service des enfants assistés ; disposition des lois des 24 juillet 1889 et 19 avril 1898 relatives à ce service.

Notions sur l'historique du service des enfants assistés en France.

§ 2. — Pupilles difficiles et vicieux ; loi du 28 juin 1904.

§ 3. — Loi du 23 décembre 1874 (loi Roussel) sur la protection des enfants du premier âge. Surveillance des enfants en nourrice. Protection des enfants des nourriciers.

Crèches.

Orphelinats annexés aux hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance.

§ 4. — Lois du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, et du 24 octobre 1919 sur les primes d'allaitement.

§ 5. — Loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses.

§ 6. — Loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses.

Titre II

Assistance aux adultes.

§ 1er. — Assistance médicale gratuite, loi du 15 juillet 1893.

Assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables, loi du 14 juillet 1905.

§ 2. — Hôpitaux et hospices.

§. 3. — Notions sur la législation relative aux aliénés. Dépôts de mendicité.

Titre III

Hygiène.

§ 1er. — Maladies infectieuses.

a) Notions sommaires sur les maladies infectieuses et contagieuses. Des microbes, causes des maladies infectieuses. Pasteur. Spécificité des maladies infectieuses. Immunité acquise, immunité naturelle.

b) Notions sommaires :

1° Sur la fièvre typhoïde. — Son étiologie, transmission directe et indirecte, désinfection des selles ;

2° Sur la dysenterie en France ;

3° Sur la diphtérie. — Etiologie. Contagion. Modes de propagation. Rhinite diphtérique. Croup. Persistance du bacille diphtérique chez les convalescents. — Sérum antidiphtérique : injections préventives ;

4° Sur la tuberculose pulmonaire. — Fréquence de la maladie. Bacilles tuberculeux dans les crachats, danger des crachats, leur désinfection. Danger du lait des vaches tuberculeuses, nécessité de faire bouillir le lait ;

5° Sur la variole. — Incubation. Mode de propagation, vaccin jennérien, vaccination et revaccination obligatoires ;

6° Sur la rougeole. — Iucubation. Bronchopneumonie dans la rougeole. Isolement des rubéoleux ;

7° Sur la scarlatine. — Incubation, desquamation, durée de l'isolement ;

8° Sur la coqueluche. — Isolement ;

9° Sur les oreillons. — Incubation, isolement ;

10° Sur la rage. — Caractères de la rage chez le chien, le chat et les animaux domestiques. — Surveillance des chiens, suppression des chiens errants. Traitement pastorien antirabique ;

11° Sur les teignes ;

12° Fièvre aphteuse du bétail. — Transmission à l'homme par le lait ;

13° Plaies et blessures. — Pansements antiseptiques et aseptiques. — Principales complications des plaies, suppuration, tétanos.

c) Rôle des animaux et des insectes dans la transmission de certaines maladies. — Rôle des insectes piqueurs dans la transmission de certaines maladies infectieuses.

§ 2. — Hygiène générale.

Eaux potables. — Caractères des eaux potables. — Microbes dans les eaux.

Eaux de pluie. — Citernes, leur entretien.

Eaux de rivières, cause de pollution.

Eaux de source, pollution, captation et adduction.

Purification des eaux. — Epuration en grand, épuration à domicile.

Hygiène de l'habitation. — Orientation. Aération. Chauffage. Eclairage. Evacuation des matières usées.

Logements insalubres.

Hygiène des villes. — Service des eaux, des égouts ; épuration des eaux d'égouts. Abattoirs. Marchés.

Hygiène des campagnes. — Contamination des eaux. Ecuries, étables, fosses à fumier, immondices, lavoirs, puits perdus.

Hygiène individuelle. — Vêtement, soins de propreté pour le corps.

Loi du 15 février 1902, relative à la profection de la santé publique.

Déclaration des maladies transmissibles.

Désinfection au cours de la maladie, désinfection après décès.

Principaux modes de désinfection. Décret du 10 juillet 1906.

Vaccination et revaccination, décret du 27 juillet 1903.

Règlements sanitaires. — Bureaux d'hygiène. — Commissions sanitaires. — Conseils d'hygiène. — Inspection.

§ 3. — Hygiène de l'enfance.

Nouveau-nés, nourrissons. — Berceaux, bains, habillement, premières sorties.

Allaitement au sein ; par la mère, par une

nourrice mercenaire. Hygiène de la femme qui nourrit.

Allaitement mixte.

Allaitement artificiel.

Lait des animaux. Lait de vache.

Lait cru ; ses dangers.

Pasteurisation du lait.

Stérilisation du lait.

Alimentation de l'enfant pendant la première année. Nombre de tétées. Biberons. Qualité de lait, coupé ou non, suivant l'âge. Emploi des farines.

Accroissement de l'enfant pendant la première année : sa courbe normale.

Sommeil. Sorties. Dentition.

Suralimentation. Ses dangers. Gastro-entérite. Choléra infantile. Influence des saisons.

Alimentation de l'enfant pendant la seconde année. Sevrage.

Accroissement normal de l'enfant pendant sa seconde année. Sa courbe.

Habillements. Premiers pas. Exercices physiques.

Puériculture, Consultations de nourrissons, but, organisation, résultats.

Notions sur l'hygiène scolaire.

Enfants anormaux.

§ 4. — Notions générales de démographie.

Mouvement de la population en France. Morbidité et mortalité générales. Morbidité et mortalité infantiles. Comparaison de la morbidité et de la mortalité en France et dans les principaux pays.

Titre IV

Notions générales de droit.

§ 1er. — Droit administratif.

Principes généraux du droit public. Lois constitutionnelles de la République.

Organisation, attributions et rapports des pouvoirs publics.

La séparation des pouvoirs, le Parlement et le Gouvernement. La séparation des autorités. L'autorité judiciaire et l'autorité administrative. Les conflits. Le contentieux administratif et le contentieux judiciaire. Le recours pour excès de pouvoir.

La loi. Le règlement. L'acte d'administration. Le jugement. Le décret. La décision. La circulaire. Les actes d'autorité et les actes de gestion. Le domaine public et le domaine privé.

Théorie générale de la personnalité morale. Groupements personnifiés et groupements sans personnalité. La tutelle administrative, sa caractéristique et ses effets. La police, ce qu'il faut entendre par ce mot.

L'organisation administrative de la France. Loi fondamentale du 28 pluviôse an VIII et lois de décentralisation qui ont suivi. Les diverses étapes de cette décentralisation.

L'Etat. Le Président de la République. Les ministres. Les administrations centrales. Le conseil d'Etat. Le préfet et les maires.

Le département. Le préfet. Le conseil général. La commission départementale. Le conseil de préfecture. Les conférences interdépartementales. Les établissements publics départementaux

L'arrondissement. Le sous-préfet et le conseil d'arrondissement.

La commune. Organisation et administration municipale. Les syndicats de communes. Les établissements publics municipaux.

Le budget de l'Etat, du département, de la commune et des établissements publics. Recettes et dépenses. Notions générales sur les impôts et les taxes spéciales. Les règles de la comptabilité publique. La distinction des ordonnateurs et des comptables. La gestion et l'exercice. La spécialité des crédits. Les dépenses obligatoires. La comptabilité-matière. La comptabilité occulte. Le conseil de préfecture et la cour des comptes. Le contrôle des ordonnateurs.

§ 2. — Législation civile et pénale.

A. — Le titre préliminaire du code civil. De la publication, des effets et de l'application des lois en général (art. 1er à 6).

Livre 1er. — Titre 1er. — De la jouissance des droits civils (art. 7 à 21).

Titre II. — Actes de l'état civil (art. 34 à 87 et 99 à 101).

Titre V. — Du mariage (art. 144 à 171).

Titre VII. — De la paternité et de la filiation (art. 312 à 342).

Titre VIII. — Adoption et tutelle officieuse (art. 343 à 370).

Titre IX. — Puissance paternelle (art. 371 à 387).

Titre X. — Minorité, tutelle, émancipation (art. 388 à 426 et 450 à 487).

Titre XI. — Majorité (art. 488).

Livre III. — Titre IV. — Des délits et quasi-délits (art. 1382 à 1384). Dommages causés à autrui.

Règles spéciales à la tutelle et à la puissance paternelle exercée par l'administration sur les enfants assistés. Nature et étendue des droits de l'administration à l'égard de chacune des catégories d'enfants. Comment cette tutelle s'ouvre et prend fin. Conflits des règles du code civil et des règles exceptionnelles établies par des lois spéciales.

Vente des valeurs mobilières des mineurs.

Mariage des indigents. Légitimation de leurs enfants naturels et retrait de leurs enfants placés dans les hospices.

B. — De la distinction des peines (art. 1er à 8). Peines principales et peines accessoires. Des tribunaux appelés à les juger. Tribunaux de simple police. Tribunaux correctionnels. Cour d'assises. La contravention. Le délit. Le crime.

Les articles du code pénal relatifs à :

Secret professionnel (art. 378) ;

Crimes et délits commis par des mineurs de moins de seize ans (art. 66 à 69). Loi du 16 avril 1898. Loi du 12 avril 1906 (art. 1er). Loi du 22 juillet 1912 ;

Crimes et délits envers l'enfant et enlèvement des mineurs (art. 345 à 357 et loi du 5 décembre 1901). Loi du 19 avril 1898 ;

Infanticide et avortement (art. 300, 302, 317);

Mendicité et vagabondage (art. 269 à 282) ;

Attentat aux mœurs (art. 300 à 335) ;

Justice de paix. Tribunaux d'arrondissement. Cour d'appel. Cour d'assises. Cour de cassation.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Institut médico-légal. Section de police scientifique.** — L'enseignement de la section de police scientifique de l'Institut de criminologie aura lieu à l'Institut médico-légal de fin avril au 23 mai.

Cet enseignement comprendra les cours suivants :

Droit pénal général (10 conférences). — M. Donnedieu de Vabres, professeur à la Faculté de Droit : tous les jours, à 5 h.

Organisation et technique policières (10 conférences). — M. Faralicq, commissaire à la direction des recherches : tous les jours, à 5 h.

Médecine légale générale (10 conférences). — M. Balthazard, professeur à la Faculté de médecine: tous les jours, à 6 h.

Médecine légale psychiatrique (10 conférences). — M. Claude, professeur à la Faculté de médecine : tous les jours, à 6 h.

Police scientifique (10 conférences). — M. Bayle, chef du service d'identification judiciaire à la préfecture de police : tous les jours, à 6 h.

— **Faculté de médecine de Lyon. Cours d'électro-radiologie.** — Le cours de perfectionnement d'électro-radiologie, dirigé par M. le professeur Cluzet, commencera le 1er mai à 2 heures, au laboratoire de physique biologique, radiologie et physiothérapie.

Cet enseignement, qui sera effectué avec la collaboration de MM. Nogier, Arcelin, Badolle, Coste, Malot et Kofman, aura une durée d'un mois et demi environ.

Les inscriptions sont reçues au secréatriat de la Faculté jusqu'au 20 avril.

— **Radiologie du cœur et électrocardiographie.** — Sous la direction de M. le professeur Vaquez, MM. Bordet et Géraudel, chefs de laboratoire, commenceront à la clinique thérapeutique de la Pitié, le 11 mai 1925, à 10 h., des leçons avec exercices pratiques et examens de malades sur la radiologie du cœur et l'électrocardiographie.

Vingt leçons théoriques et autant d'exercices pratiques seront consacrés à ces matières.

Le nombre des assistants est limité. Le droit d'inscription est de 150 fr.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis, vendredis, de 15 à 17 h. (guichet n° 4).

PROGRAMME DU COURS. — *Radiologie du cœur*, par M. BORDET. — 1° Technique de l'orthodiagraphie. — 2° L'ombre du cœur à l'état normal. — 3° L'ombre du cœur à l'état pathologique. — 4° Affections valvulaires. — 5° Affections congénitales. Gros cœur sans lésions valvulaires. Péricardite. Symphyse. — 6° La dilatation du cœur. — 7° Le pédicule cardiaque normal. — 8° Les aortites. — 9° Anévrismes de l'aorte. — 10° Artère pulmonaire. Veine cave.

Dix séances seront consacrées à l'examen des malades et à la prise d'orthodiagrammes.

Electrocardiographie, par M. GÉRAUDEL. — 1° L'électrocardiographie. Sa technique. — 2° L'électrocardiogramme normal. — 3° Les modifications du complexe ventriculaire. — 4° Les extrasystoles. — 5° Le blocage du cœur. — 6° Les tachycardies paroxystiques. — 7° Le Flutter. — 8° La fibrillation auriculaire. — 9° Troubles sinusaux et alternances. — 10° L'électrocardiogramme dans les affections valvulaires, les cardiopathies congénitales, l'hypertension.

Chaque séance comportera après la leçon théorique des exercices pratiques consacrés à la manipulation de l'appareil, à l'analyse des électrocardiogrammes et à la rédaction des diagnostics électrocardiographiques.

— **Le Centenaire de Charcot.** — Les 25, 26 et 27 mai prochain, auront lieu à Paris les fêtes commémoratives de la naissance de Charcot.

Le 26 mai, à 9 h., séance exceptionnelle de la Société de neurologie, au siège habituel de ses séances, rue de Seine pour la commémoration de son 25e anniversaire. La séance sera consacrée aux communications des membres étrangers ou des invités de la Société.

A 15 h., séance de l'Académie de médecine où l'éloge de Charcot sera prononcé par M. le professeur Pierre Marie. Quelques neurologistes étrangers seront invités par le bureau de l'Académie pour exposer l'influence de Charcot sur le développement de la neurologie dans leurs pays.

A 21 h., séance au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le président de la République. Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire de Charcot. Adresses des délégués officiels des gouvernements. Discours de M. le doyen de la Faculté de médecine. Discours des représentants de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Société de neurlogie, de la Société de biologie et de la Société académique, de la Société médicale des Hôpitaux, etc.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Les luxations des vertèbres ne sont pas prévues dans le tarif Breton. Puis-je par analogie la tarifer comme une luxation du poignet : soit 56 fr. 25 en 2e catégorie ? Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me répondre à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

A défaut de tarification dans le tarif Breton pour réduction de luxation vertébrale, il me semble assez équitable de compter cette intervention, non pas comme le propose le confrère en se basant sur luxation du poignet qui n'est pas dans le tarif, mais par analogie avec « Réduction de luxation de l'épaule : 75 fr. » en première catégorie.

Et je prends cette suggestion en note, en vue de nouveaux *Avis* à proposer au Ministre et dont j'ai déjà un stock assez sérieux.

F.D.

II

894. — Electrothérapie par un non spécialiste.

En réponse à l'envoi d'une note d'honoraires, le Syndicat général de garantie m'écrit que ma note doit être réduite à 295 fr. « considérant la nature de « la blessure (fracture de l'extrémité du radius) et « faisant état du tarif ministériel du 8 juillet 1920 « ainsi que de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, « car vous ne devez compter que 8 fr. au lieu de « 12 fr. les séances de faradisation. »

Que faut-il penser de cette prétention ?

Je sais bien que le tarif Breton dit « séances d'électrisation par un *spécialiste* ».

Alors, quelle somme un médecin praticien peut-il réclamer ?

Dr C.

Réponse.

L'article 26, chapitre VI, porte en note « Tout acte d'*électrothérapie* ou d'électrodiagnostic ne pourra être fait par le médecin électrologiste qu'après *avis conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Dans ces conditions, je ne vois pas comment un médecin traitant pourrait, de son propre chef, réclamer des honoraires pour des séances d'électrothérapie : *a*) s'il n'en est pas convenu avec le médecin patronal ; *b*) s'il n'est pas, en outre, agréé comme électrothérapeute et non plus comme médecin traitant seulement. Il ne s'agit plus, en effet, de l'*avis*, qui doit être donné, d'après l'article 7, mais ici d'un *avis conforme*, ce qui est une autre histoire...

F.D.

La publicité médico pharmaceutique et la grande presse.

J'ai déjà eu l'occasion de signaler au *Concours médical* (dont je commence à être un des vieux abonnés et fervent lecteur) l'insolence de plus en plus criarde des faiseurs d'annonces médico-pharmaceutiques dans la presse politique et, chose plus ahurissante, dans la presse médicale, quelquefois.

Cela ne suffit pas encore à mon bonheur. Je voudrais que le *Concours* rappelât de temps en temps à ses lecteurs qu'ils doivent à leurs malades et qu'ils se doivent à eux-mêmes de boycotter tous les produits annoncés au public et toutes les maisons de produits pharmaceutiques quelles qu'elles soient, qui se livrent à ces réclames charlatanesques.

Lorsque j'avais l'honneur d'être président du Syndicat des Urologistes français, j'avais fait voter par mes confrères une série de mesures destinées dans mon esprit à réagir contre la réclame médico-pharmaceutique des journaux politiques et l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens. Voici ces mesures :

1° Exercice illégal par les pharmaciens.

Moyens d'action :

a) Adresser les clients aux pharmaciens qui ne font pas de réclame pour le traitement des malades ;

b) Avoir le courage de boycotter les pharmacies qui font appel directement au public ou qui consentent à prêter leur nom aux réclames faites à la quatrième page des journaux politiques ;

c) Décider que le Syndicat soutiendra un confrère qui serait poursuivi pour ce boycottage. Demander à l'Union des Syndicats médicaux et aux Syndicats locaux d'apporter au confrère poursuivi pour ce fait, leur soutien pécuniaire et moral.

2° Exercice illégal par la 4e page des journaux.

a) Essayer d'empêcher les clients de se faire duper par les annonces des produits en question.

b) Demander aux journaux médicaux de refuser toute insertion de réclame aux annonciers utilisant les journaux politiques. Au besoin, boycotter les journaux médicaux qui passeraient outre et refuseraient de donner satisfaction sur ce point à leurs lecteurs.

c) Essayer d'agir auprès des pouvoirs publics pour obtenir l'interdiction des réclames médicales de la quatrième page. En tous les cas, rendre moralement et pécuniairement responsables les directeurs des journaux solidairement avec les annonciers auxquels ils ouvrent les colonnes de leurs publications ;

d) Favoriser les publications qui s'engagent à ne pas accepter d'annonces médico-pharmaceutiques à allure charlatanesque.

e) Créer, si possible, ou favoriser la création d'un journal quotidien d'informations qui renoncerait aux réclames charlatanesques de la 4e page.

f) Adresser une note syndicale à la Commission de prophylaxie antisyphilitique pour lui rappeler que, dans la lutte entreprise par les médecins contre la réclame charlatanesque, l'intérêt public est lié à l'intérêt du Corps médical.

g) Demander aux pouvoirs publics de faire interdire les réclames qui revêtent les parois des vespasiennes.

h) Amorcer une campagne dans les divers journaux médicaux et, si possible, politiques, pour obtenir la réalisation des desiderata ci-dessus.

Ne pensez-vous pas, mon cher confrère, qu'il serait bon que le *Concours médical* prît la tête de ce mouvement et qu'il voulût bien rappeler de temps en temps au Corps médical que s'il est de son intérêt de s'occuper activement de la question, il est de son devoir de s'en soucier parce qu'il a la sauvegarde de la santé publique ?

A trop l'oublier, à trop laisser le public livré à lui-même, le Corps médical ne craint-il pas de se déconsidérer un peu plus chaque jour, en attendant trop tard pour réagir contre un si déplorable état de choses.

Dr A. MORAN (Brest).

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 *mars*.

Enseiguement de la médecine.

M. PATEL, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, à compter du 1er avril 1925, *professeur de chirurgie opératoire* à ladite Faculté (chaire vacante par suite du transfert de M. Villar dans la chaire de clinique gynécologique).

Assistance publique.

Décret du 20 *mars* 1925 *modifiant le décret du* 28 *juillet* 1906 *relatif au personnel de l'inspection départementale de l'Assistance publique et admettant les femmes à concourir pour l'emploi de sous-inspectrice.*

Art. 1er. — L'article 1er du décret du 28 juillet 1906 est ainsi modifié :

« Le service de l'inspection départementale de l'assistance publique, autre que celui de la Seine, comprend, dans chaque département :

« Un inspecteur.

« Un ou plusieurs sous-inspecteurs ou sous-inspectrices.

« Un ou plusieurs commis d'inspection de l'un ou de l'autre sexe.

« Le nombre des sous-inspecteurs ou sous-inspectrices est déterminé au maximum ainsi qu'il suit, d'après l'effectif des enfants assistés :

« Quand l'effectif n'est pas supérieur à 3.000, un sous-inspecteur ou une sous-inspectrice.

« Quand l'effectif est compris entre 3.000 et 5.000, deux sous-inspecteurs ou sous-inspectrices.

« Quand l'effectif est de 5.000 et au-dessus, trois sous-inspecteurs ou sous-inspectrices.

« Il y a, dans chaque département, un commis d'inspection de l'un ou de l'autre sexe. Quand l'effectif des enfants est supérieur à 6.000, il est nommé un second commis.

« Lorsque les besoins du service l'exigent, le nombre des sous-inspecteurs ou sous-inspectrices et celui des commis d'inspection peut être augmenté dans un département par un décret en forme de règlement d'administration publique, rendu sur le rapport du ministre chargé de l'hygiène et de l'assistance et du ministre des finances. »

Art. 2. — Le paragraphe 3 de l'article 3 du décret du 28 juillet 1906, modifié par le décret du 21 août 1909, est remplacé par le suivant :

« Les sous-inspecteurs et sous-inspectrices sont recrutés au concours. »

Les paragraphes 10 et suivants du même article sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Peuvent seuls être admis à concourir pour l'emploi de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice :

« 1° Les commis d'inspection ayant au moins trois ans d'exercice, les agents de placement et de surveillance du service des enfants assistés, les directeurs d'écoles professionnelles départementales d'enfants assistés comprenant au moins 100 élèves, les employés du ministère chargé de l'hygiène et de l'assistance, les chefs de bureau de préfecture, les secrétaires de sous-préfectures, les rédacteurs de préfecture et de sous-préfecture comptant au moins trois années de service dans cet emploi, les personnes ayant exercé pendant six ans au moins les fonctions de maire dans une ville de plus de 5.000 habitants, les conseillers généraux et les conseillers d'arrondissement exerçant leur mandat depuis trois ans, au moins, les candidats réunissant les conditions prévues par les dispositions relatives au concours des inspecteurs ;

« 2° Les titulaires du diplôme de docteur en médecine ou en pharmacie, du diplôme de pharmacien, les licenciés en droit, ès sciences ou ès lettres, les titulaires du certificat d'aptitude au professorat des écoles normales primaires et primaires supérieures, et, d'une façon générale, tous les titulaires des diplômes ou des certificats de fin d'études d'enseignement supérieur déterminés par arrêté du ministre chargé de l'hygiène

et de l'assistance, pris après avis de la commission du conseil supérieur prévue à l'article 10, paragraphe 2, 2°, du décret du 28 juillet 1906, modifié par le décret du 21 août 1909 ;

« 3° Les personnes ayant exercé pendant six ans les fonctions de membres de commissions administratives d'hospice dans une ville d'au moins 50.000 habitants.

« Les candidats doivent être Français et être âgés de vingt-cinq ans au moins et de trente ans au plus. Les candidats hommes doivent, en outre, avoir satisfait à la loi sur le recrutement en ce qui concerne le service actif.

« La limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite de l'Etat, sans pouvoir, toutefois, dépasser quarante ans au 1er janvier de l'année du concours. »

Art. 3. — Le mot « sous-inspecteur » est remplacé par l'expression « sous-inspecteur ou sous-inspectrice » dans les articles 4, 6, 7, 9 et 10 du décret du 28 juillet 1906, modifié par les décrets du 26 juin 1918 et du 21 août 1909.

Art. 4 — A titre transitoire, seront admises à se présenter au premier concours, pour l'emploi de sous-inspectrice de l'assistance publique, qui suivra la publication du présent décret :

1° Les infirmières ayant obtenu le diplôme d'Etat conformément au décret du 17 juin 1922, modifié par les décrets du 19 février 1923 et du 18 juillet 1924, et au décret du 25 novembre 1924 ;

2° Les infirmières qui justifieront avoir exercé leurs fonctions dans les formations du service de santé militaire pendant au moins quatre ans au cours de la durée légale des hostilités ;

3° Les infirmières qui ont été déléguées par une décision ministérielle dans les fonctions d'inspectrice des départements des régions libérées et qui les ont exercées pendant au moins deux ans.

Pour les infirmières ayant servi dans les formations du service de santé militaire, la limite d'âge fixée par l'article 2 du décret du 28 juillet 1906, modifié par le décret du 21 août 1909 et par le présent décret, est reculée d'un temps égal à la durée de leurs services dans ces formations.

28 mars

Maladies professionnelles.

Décret du 19 mars 1925, rendant applicables à l'Algérie, les dispositions du décret du 31 décembre 1920 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 4 de la loi du 25 octobre 1919 sur les *maladies d'origine professionnelle.*

L'article 4 de la loi vise la déclaration, par un industriel, que ses procédés de travail ne comportent plus l'usage des substances susceptilbles

de provoquer les maladies professionnelles visées par ladite loi.

29 mars

Assistance publique.

Sont mises au concours quinze places de sous-inspecteur ou de sous-inspectrice de l'Assistance publique.

L'ouverture des épreuves du concours est fixée au 16 juin 1925.

Les conditions et le programme du concours sont publiés dans le corps dujournal.

Enseignement de la médecine.

Des concours s'ouvriront :

Le lundi 26 octobre 1925, devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de *professeur suppléant de la chaire de physique à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes* ;

Le 27 octobre 1925, pour l'emploi de *chef de travaux d'histoire naturelle à l école de médecine et de pharmacie de Dijon*, au siège de ladite école ;

Le 29 octobre 1925, pour l'emploi de *chef de travaux de physiologie, à l'école de médecine et de pharmacie de Dijon*, au siège de ladite école ;

Le 28 octobre 1925, pour l'emploi de *chef de travaux de physique et chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon*, au siège de ladite école.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture des concours.

10 avril.

Assistance publique.

Loi du avril 1925 ayant pour objet l'organisation de services départementaux de contrôle des lois d'assistance.

Article unique. — Le service de l'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources, celui de l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, celui de l'assistance aux familles nombreuses et celui de l'assistance aux femmes en couches pendant leur repos, organisés dans chaque département par le conseil général délibérant dans les conditions prévues à l'article 48 de la loi du 10 août 1871, doivent comprendre un contrôle sur pièces et sur place.

Ce contrôle sera exercé dans chaque département par un fonctionnaire spécialisé, qui pourra être chargé, en outre, d'un ou plusieurs autres contrôles départementaux. La dépense occasionnée par le fonctionnement du contrôle des lois d'assistance obligatoire sera supportée par les départements et l'Etat, conformément aux arti-

cles 29 de la loi du 15 juillet 1893, 29 de la loi du 14 juillet 1905, 9 de la loi du 14 juillet 1913 et 72 de la loi du 30 juillet 1913.

La surveillance supérieure des services de contrôle départemental est confiée, sous l'autorité du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et dans la limite des cadres existants, au corps de l'inspection générale des services administratifs. L'inspection générale des finances pourra être également chargée, par décision concertée entre le ministre des finances et le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, de toutes enquêtes sur le fonctionnement des lois d'assistance.

11 *avril*,

Conseil national économique.

Arrêtés du Président du Conseil du 9 avril 1925, déterminant les *conditions de fonctionnement du Conseil national économique* et désignant les organisations appelées à déléguer des représentants à ce Conseil.

Dans la section : Travail intellectuel et enseignement, la Confédération du travail intellectuel (C.T.I.) est appelée à désigner deux délégués et 4 suppléants.

Commission d'hygiène dentaire.

Par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène en date du 10 avril 1925, il est institué une Commission d'hygiène dentaire, composée ainsi qu'il suit :

Président : M. le ministre du travail et de l'hygiène.

Vice-présidents : MM. Strauss, Lancien, sénateurs ; Cayrel, Marquet, députés.

Membres : MM. Blatter, président de la société de l'école et du dispensaire dentaires de Paris. Brodhurst, président de l'association générale syndicale des dentistes de France. Le Dr Boudon, ancien chef de clinique à l'école dentaire de Paris, médecin inspecteur des écoles. De Croës, président du groupement fédéral des syndicats dentaires de France. Le Dr Dreyfus, professeur à l'école dentaire de Paris. Ferrand, rapporteur à la commission d'hygiène et de la fédération dentaire internationale. Fourquet, directeur adjoint de l'école odontotechnique. Le Dr Frison, directeur de l'école odontotechnique. Le Dr Frey, chargé de cours à la faculté de médecine de Paris. le Dr Friteau, rédacteur en chef de la *Presse dentaire*. Haloua, dentiste inspecteur du lycée Louis-le-Grand. Le Dr Hamman, directeur de la clinique dentaire scolaire de Strasbourg. Le Beau, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques. Le Dr Pont, directeur de l'école dentaire de Lyon. Raton, professeur à l'école dentaire de Lyon. Le Dr M. Roy, professeur à l'école

dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux. Le Pr Sébileau, professeur à la faculté de médecine, membre de l'académie de médecine. Le Dr Solas, professeur suppléant à l'école dentaire de Paris. G. Viau, président honoraire de l'école dentaire de Paris. G. Villain, président de la fédé dentaire nationale. H. Villain, président de la société d'odontologie de Paris.

Secrétaires : MM. Chaleix, chef de bureau à la direction de l'hygiène et de l'assistance publiques. Pujo, sous-chef de bureau, chargé du secrétariat administratif du ministère du travail et de l'hygiène.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Assistance médicale partielle.

3575. — M. Camille-Bénassy, député, demande à M. le Ministre du Travail : 1° sur quel texte se base une municipalité pour admettre à moitié frais une personne sur la liste de l'assistance médicale ; 2° quels moyens a la municipalité pour faire payer à l'assisté sa part de frais. (*Question du* 13 *mars* 1925.)

Réponse. — 1° Aucun texte législatif ne donne formellement à une municipalité le droit d'accorder l'assistance médicale gratuite partielle, mais le conseil supérieur de l'assistance publique a reconnu que la loi du 15 juillet 1893 ne contenait aucune disposition qui l'interdise absolument. Les circulaires du ministre de l'hygiène en date des 10 octobre 1922 et 20 octobre 1923 recommandent aux conseils généraux et aux conseils municipaux l'organisation de cette forme d'assistance ; 2° la municipalité ne dispose d'aucun moyen pour faire payer à l'assisté sa part de frais et ne peut agir sur lui que par persuasion.

(*J. O.*, 28 mars 1925.)

Accident survenu à un cantonnier travaillant pour un tiers.

3751. — M. Calmon, député, demande à M. le ministre du travail : 1° si un cantonnier départemental, travaillant pendant son congé régulier pour le compte d'un tiers, et victime d'un accident au cours de son travail, est fondé à intenter une action judiciaire contre son employeur occasionnel ; 2° dans le cas de l'affirmative, s'il peut invoquer le bénéfice de la loi éten-

dant aux ouvriers agricoles le bénéfice de la loi sur les accidents du travail dans l'industrie. (*Question du* 25 *mars* 1925.)

Réponse. — Sur le premier point, réponse affirmative. Sur le deuxième point, réponse affirmative dans le cas où le chef de l'exploitation agricole est assujetti à la loi du 15 décembre 1922 soit obligatoirement, soit à raison d'une adhésion volontaire souscrite en faveur de ses collaborateurs occasionnels. S'il n'y a pas assujettissement du chef de l'exploitation agricole à la législation sur les accidents du travail, le travailleur, victime d'un accident, ne pourrait qu'invoquer contre son patron, le cas échéant, le bénéfice des dispositions des articles 1382 et suivants du code civil, s'il est à même de faire la preuve que l'accident est dû à une faute, une négligence ou une imprudence de son employeur. (*J.O.*, 2 *avril* 1925.)

Un docteur en médecine de nationalité étrangère peut-il remplir un emploi de médecin vaccinateur ou de médecin inspecteur des enfants du premier age.

3533. — M. Grinda, député, demande à M. le ministre du travail si un étranger, titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et ayant, comme tel, le droit d'exercer la médecine en France, peut remplir les emplois qui n'ont pas, il est vrai, le caractère de fonctions publiques, pour lesquelles la qualité de citoyen français est exigée, mais dont les titulaires, nommés par l'Etat, les départements ou les communes, participent à l'application des lots sociales et remplissent, par suite, un rôle dans la gestion de la chose publique, par exemple, les emplois suivants : médecin inspecteur des écoles, des enfants du premier âge, médecin vaccinateur, médecin assermenté, etc. (*Question du* 12 *mars* 1925.)

Réponse. — Aucun texte de loi n'interdit de confier à des étrangers, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et ayant, comme tels, le droit d'exercer la médecine en France, l'un des emplois de médecin vaccinateur ou de médecin inspecteur des enfants du premier âge. (*J.O.*, 10 *avril* 1925.)

N.D.L.R. — Le ministre ne répond que partiellement à la question d'ordre général que nous avons prié M. le Dr Grinda de lui poser.

Il élude la réponse en ce qui concerne les médecins inspecteurs des écoles, qui ne sont prévus par aucune loi et les médecins assermentés, que la loi a simplement indiqués, mais qui n'ont aucun statut légal.

Quarante septième année — N° 18 — 3 Mai 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1048-IV)

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos lecteurs qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES.

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 184. — T. S. F. app. galène, joli coffret neuf, régl. fac. manette condens. var. 4 écout. S'adr. Dr Codur, av. Santa-Fior à Nice.

N° 185. — A vend. Ford 4 pl. cond. int. carross. franç. écl. et démar. électr. mot. revu, nomb. access. 12.000 fr. Dr Lamare, Saint-Germain-en-Laye.

N° 186. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 187. — Ford. cond. int. 2 pl. carross. franç. (2 ans) éclair. démarr. parf. état. 7.000 fr.

N° 188. — Conf. jeune, actif, ch. poste gros rapp., seul méd. non propharm., si possible méd. du ch. de fer, près gr. ligne.

N° 189. — Dans pays agricole Est, poste seul méd. pro-pharm. l on rapp. Install. compl. et auto à céder. Cond. intér. Cause maladie. Urgence.

N° 190. — Jeune homme, 22 ans, sérieux, dés. pl. chauffeur dans sanat. ou mais. santé ; préfér. non rég. du Midi. S'ad. Doubre (Paul), St-Vérain (Nièvre).

N° 191. — Dr en méd. marié, prendr. volont. en pension, jeunes filles ou femmes non tubercul. pour sais. d'été.

N° 192. — Elég. cond. int. Panhard 10 CV, type X-19, 2 pl. et 2 strap. éclair. démarr. électr. nomb. access. parf. état, à vend. cause double emploi, 17, avenue Herbillon, Saint-Mandé.

N° 193. — Côte-d'Azur. A céd. poste de méd. génér. dans jolie ville en plein essor.

N° 194. — Grande banlieue. Poste pro-pharm. rapp. 38.000, fixes, belle propriété. Indem. intéress. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 195. — Centre. Excell. poste-pro-pharm. possib. d'extens. jolie villa, 11 kil. ville, très pressé. S'ad. Breitle et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. 36-46.

N° 196. — Exploitation cotonnière du Soudan demande médecin de 30 à 35 ans. Appointements de début 37.000 fr. plus avantages matériels.

Docteur, vos algies rebelles, sciatiques, zonas, lumbagos, tabes, rhumatisme articulaire aigu, névralgies intercostales ne résisteront pas à une cure de Nalodine. N'oubliez pas que l'atoxicité absolue de ce nouvel analgésique a même permis d'obtenir la démorphinisation totale de toxicomanes invétérés, prouvant ainsi la haute valeur pharmacodynamique de la Nalodine. (Injections intra-musculaires absolument indolores.)
Ampoules d'essai : 30, rue de Chaillot, Paris.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, **en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,

CONVALESCENCES,

ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose.

2 à 4 cuillerées à potage par jour.

Littérature, Échantillons : LANCOSME, 71, Av. Victor-Emmanuel-III, PARIS (8e)

CORRESPONDANCE

927. — Par qui est dû le salaire du jour de l'accident ?

Je vois dans votre numéro du *Concours* du 12-IV-25, à la page 927, une réponse à une question posée par le Dr T., réponse qui me paraît de nature à provoquer une confusion.

Ce renseignement, se basant sur un avis de la Commission consultative du 19 décembre 1900, indique que, pour le jour de l'accident, la victime a droit à son *plein salaire*. On peut interpréter cette affirmation en ce sens que l'accidenté doit recevoir pour cette journée le montant de ce qu'il gagne en une journée normale de travail. Or, la Cour de Cassation s'est prononcée sur cette question, particulièrement dans une affaire Brunet-Massard. L'arrêt qu'elle a rendu en l'occurrence précise ce qu'elle entend par ces mots « plein salaire ».

Il y est dit que lorsque l'ouvrier était payé à tant par jour, on lui doit le montant du salaire journalier, mais s'il est rétribué à tant l'heure, on ne lui doit que les heures de travail effectuées jusqu'au moment de l'accident. La victime Brunet n'avait fait que trois heures de travail le jour où il fut accidenté ; pour ce jour, il fut jugé qu'on ne lui devait que le salaire convenu pour trois heures.

J'ai cru devoir vous signaler cela afin d'éviter toute erreur.

E. Quillent.

951. — Les certificats de décès dans les hôpitaux.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article du *Concours médical* concernant les certificats de décès. Je n'ai cependant pas pu y discerner la conduite que doivent tenir les médecins des hôpitaux.

A priori, il semble que nous soyons liés par le secret professionnel pour tout ce qui concerne ceux que nous soignons à l'hôpital ; il ne me paraît donc pas que nous puissions indiquer la cause de mort sur un certificat de décès.

Cependant, je lis : article 80 (p. 753) : « En cas de décès dans les hôpitaux... les directeurs... devront en donner avis dans les vingt-quatre heures à l'officier d'état civil ou à celui qui en remplit les fonctions. »

D'autre part, un peu plus loin, vous dites qu'une circulaire du préfet de la Seine du 18 mars 1881 charge les médecins des hôpitaux de Paris de constater les décès survenus dans leurs services.

Je viens vous demander de bien vouloir me dire :

1° Si, dans ces conditions, les M. H. de Paris font fonctions de médecin de l'état civil et doivent indiquer sur le certificat de décès la cause du décès.

2° Dans l'affirmative si, dans les hôpitaux de province, il en doit être de même.

Dr L.

Réponse.

C'est parce que les maires, les administrateurs d'ordres divers ne connaissent pas les lois, ou ne jugent pas nécessaire d'en consulter les textes, qu'on commet chaque jour des erreurs et des irrégularités, qui passent ensuite à l'état d'habitude.

La loi du 7 août 1851 sur les hospices et hôpitaux, étant muette, en ce qui concerne la déclaration des décès, nous devons nous reporter au modèle de règlement, publié par le Ministre du Travail et de l'Hygiène, après étude et avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le règlement modèle du 30 juin 1921, reproduisant, en cette matière des décès, le règlement du 25 décembre 1899, est ainsi conçu :

Article 43 : « Les décès dans les hôpitaux sont constatés conformément aux dispositions de l'article 80 du code civil et immédiatement notifiés aux familles. »

Or, l'article 80, que j'ai reproduit dans mon article (*Concours* 1925, p. 753), décide qu'avis du décès est donné par l'administrateur de l'hôpital, à l'officier de l'état civil, lequel doit se transporter pour s'assurer du décès et en dresser l'acte.

De la lecture de ces textes, il résulte que tout se passe en dehors du médecin traitant, lequel n'a jamais à intervenir. L'administrateur de l'hôpital avise l'officier de l'état-civil d'un décès survenu à l'hôpital ; le maire, ou son délégué, se transporte à l'établissement pour constater la réalité de la mort. S'il a des doutes sur la certitude du décès, ou s'il présume que la mort peut être due à des violences, à un crime, ou à toute autre cause, il devra commettre un médecin, chargé de le renseigner.

Or, comme le docteur qui a soigné le défunt est lié par les termes de l'article 378 du code pénal, ce n'est pas lui qui peut être désigné par l'officier de l'état-civil, mais un autre praticien, qui n'a pas soigné le malade.

Mais, il est toujours permis au médecin traitant de délivrer, sans violer le secret professionnel, un certificat disant que M. X. est mort, sans indiquer la cause du décès. A l'officier de l'état-civil de voir si cette attestation de la réalité de la mort lui paraît suffisante ou s'il doit commettre un autre docteur, pour vérifier si la mort est bien due à une cause naturelle.

Une circulaire du préfet de la Seine, du 18 mars 1881, charge les médecins des hôpitaux de constater les décès survenus dans leurs services.

Mais cette circulaire ne peut pas modifier le code pénal ; il en résulte qu'il faut interpréter cette circulaire comme demandant aux médecins des hôpitaux de constater la matérialité des décès survenus dans leurs services, sans néanmoins dévoiler le diagnostic exact de la maladie, qui a provoqué la mort. Le secret professionnel s'impose aux médecins des hôpitaux, quels que soient les termes de leur contrat qui les lie à l'administration hospitalière.

Mais, pourra-t-on me dire, ce secret est celui de polichinelle : dans les hôpitaux, on inscrit le diagnostic à la tête des lits ; tout le monde voit et peut connaître quelle est la maladie de son voisin. Aussi, pourquoi faire tant d'histoires et ne pas admettre que le médecin chef de service peut indiquer le diagnostic exact sur la feuille de décès d'un hospitalisé ?

Parfait ; mais si jamais un malade faisait un procès au médecin d'hôpital et à l'administration, pour violation du secret professionnel, en dévoilant ainsi le diagnostic sur les pancartes des lits, le médecin et l'administration seraient bel et bien condamnés en police correctionnelle.

Error communis facit jus, à la condition que les lois et les codes soient respectés.

D'ailleurs, combien d'internes falsifient ces cartes, en mettant, par exemple : péritonite ou appendicite, au lieu d'avortement : ne serait-ce que pour les parents et les amis de la malade, qui viennent lui rendre visite ?

J'en conclus que, pas plus à Paris qu'ailleurs, le médecin d'hôpital ne peut faire autre chose que de déclarer : « Je soussigné certifie que M. X. est mort et que j'ai constaté la réalité de son décès ».

Toute autre mention est illicite, même si les règlements de l'hôpital ou si une circulaire du préfet exigeaient le diagnostic exact.

C'est la loi : il faut obéir, tant qu'une autre loi n'aura pas modifié les termes de l'article 378 du code pénal.

Dr Paul BOUDIN.

---

973. — Opération de la hernie accident du travail.

Je viens d'avoir en consultation un ouvrier qui, dans un effort s'est fait une hernie inguinale. J'ai fait délivrer un bandage. C'est l'assurance qui le paye. Bien, mais les obligations de la Compagnie s'arrêtent-elles là ? L'ouvrier, jeune, ne voudrait pas conserver cette infirmité et préfèrerait se faire opérer. La Compagnie payera-t-elle ? Ou bien, donnera-t-elle une indemnité pour incurabilité ? Et si, un jour ou l'autre, la hernie venait à s'étrangler, quelle serait la responsabilité de la Compagnie et pendant combien de temps ?

Dr D.

Réponse.

Nous supposons, d'après les termes de votre lettre, que la Compagnie d'assurances ne conteste pas que la hernie soit due à un accident du travail. S'il en est bien ainsi, il n'est pas douteux que la Compagnie acceptera volontiers que le blessé se fasse opérer, plutôt que de se trouver dans l'obligation de lui payer une rente pour incapacité permanente. Puisque votre blessé est décidé à subir l'opération, vous devez, d'après l'article 9 du tarif Breton, en aviser par lettre recommandée le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué et lui demander de vous donner son accord. Une fois cet accord obtenu, votre blessé pourra s'adresser au chirurgien de son choix. Au cas où il y aurait divergence de vue entre vous et le médecin de l'assurance au sujet de la nécessité de l'opération, il y aurait lieu de soumettre le différend à un troisième médecin, choisi d'un commun accord, avec mission de vous départager.

La question de savoir dans quels cas la hernie peut être considérée comme un accident du travail est très délicate et très controversée. Nous vous signalons à ce sujet un article de M. le Dr Boudin publié dans le numéro spécial du mercredi 4 mars 1925, à la page 531, dans lequel la question est traitée d'une façon complète, avec de nombreuses références de jurisprudence.

961. — Les médecins ne sont pas obligés de soigner les mutilés de guerre.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître s'il existe une loi ou un décret ministériel qui oblige les médecins de donner leurs soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Je crois que, dans le courant de l'année 1924, il y a eu une interpellation à la Chambre sur cette question. Etant le seul médecin dans la localité, ai-je le droit de refuser les soins à quelques-uns de ces mutilés qui, par leur attitude exigeante (surtout au point de vue des prescriptions pharmaceutiques et nombre de visites) et, par une conduite grossière envers moi, m'ont forcé de leur refuser tous soins médicaux ?

Dr X.

Réponse.

Les médecins ne sont pas des fonctionnaires publics, mais des particuliers exerçant une profession libérale. Ils ont donc le droit de donner leurs soins à qui ils veulent et de les refuser si bon leur semble, sans avoir de compte à rendre à personne. Par suite, ni la loi sur les pensions, ni les décrets qui l'ont suivie n'ont pu faire, ni n'ont fait effectivement une obligation aux médecins de soigner les mutilés et réformés.

Vous êtes donc parfaitement en droit de ne plus continuer à soigner les mutilés dont vous avez à vous plaindre, sauf, bien entendu, les cas où un devoir d'humanité s'imposerait à vous.

962. — Soins à un blessé de droit commun. Prescription.

J'ai soigné de janvier à mai 1924 un blessé atteint d'une fracture de jambe dans un accident d'automobile. Je n'ai pas encore été payé, et le blessé — non solvable — est en procès avec le propriétaire de l'automobile.

Que dois-je faire pour éviter la prescription de deux ans ? Une lettre de la victime reconnaissant sa dette serait-elle suffisante pour me permettre d'attendre un règlement de compte avec l'assurance, ou dois-je citer le débiteur devant le juge de paix ?

Dr F.

Réponse.

Si votre client refuse de vous payer, vous pouvez le poursuivre dès maintenant sans avoir à attendre l'issue de son procès contre son écraseur. En effet, votre créance ne procède pas des mêmes causes que celles de votre client et s'en trouve tout à fait indépendante. Une fois que vous aurez obtenu jugement contre lui, vous pourrez former opposition entre les mains du propriétaire de l'automobile pour sûreté de votre créance.

Mais vous pouvez aussi demander à votre client une reconnaissance écrite de sa dette. Il y aura de la sorte novation dans votre créance et ce sera la prescription trentenaire et non plus la prescription de deux ans qui sera applicable.

Vous pourriez également écrire à l'automobiliste et à son assurance pour les aviser que vous n'avez pas été réglé des soins que vous avez donnés au blessé et les prier de ne pas régler eux-mêmes avec le blessé sans que vous ayez été désintéressé ou que vous soyez au moins appelé au règlement. Si, comme il est probable, l'assurance accepte de tenir compte de votre opposition officieuse, et si, d'autre part, votre client vous signe une reconnaissance de dette, vous pourrez attendre l'issue du procès actuellement pendant sans avoir à intenter une action et à former une saisie-arrêt, toutes procédures qui vous forceraient à exposer des frais.

Enfin, au cas où il serait reconnu que l'automobiliste n'est pas responsable de l'accident, vous seriez toujours à même d'entamer les poursuites contre votre client.

1003. — Exercice de la propharmacie.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner d'une façon aussi détaillée que possible les conditions de l'exercice de la propharmacie et les textes de lois sur lesquels il s'appuie.

Dr C.

Réponse.

L'exercice de la pharmacie par les médecins est régi par la loi du 21 Germinal an XI, dans son article 27, ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, « villages ou communes où il n'y aurait pas de « pharmacien ayant officine ouverte, pourront, « nonobstant les articles précédents, fournir des « médicaments simples ou composés aux person- « nes près desquelles ils seront appelés, mais sans « avoir le droit de tenir une officine ouverte ».

D'après ce texte, la seule condition nécessaire pour qu'un médecin puisse faire de la propharmacie est qu'il n'y ait aucun pharmacien installé dans la commune ou le village où il réside. Peu importe que d'autres médecins y fassent déjà de la propharmacie ; ils n'ont aucun monopole en raison de leur priorité.

Mais le médecin propharmacien ne peut avoir une boutique ouverte. Il a seulement le droit de vendre des médicaments à ses malades, mais non pas à tout venant.

Les médecins propharmaciens ne sont pas considérés comme des commerçants. Par conséquent, ils n'ont pas à se faire inscrire au registre du commerce, ne payent pas la taxe sur le chiffre d'affaires et ne sont pas imposables à la cédule des professions commerciales.

Les médecins propharmaciens sont soumis aux mêmes obligations que les pharmaciens en ce qui concerne l'inspection des pharmacies, la vérification des poids et mesures, l'interdiction de vendre des remèdes secrets et enfin l a détention et la vente des substances vénéneuses.

D'après la loi et le décret de 1916 sur la vente des substances vénéneuses, toute personne qui détient et vend ces produits doit en faire la déclaration à la mairie. En outre, le propharmacien est obligé de tenir un registre sur lequel il inscrit, au fur et à mesure, et avec un numéro d'ordre, ses propres ordonnances, un registre de commande des poisons et la comptabilité spéciale des substance vénéneuses.

Aucune autre formalité n'est nécessaire pour exercer la propharmacie.

---

960. — Constatation d'un suicide. Visite d'un prisonnier.

1° Requis par le maire pour une constatation de suicide, comment établir mes honoraires et quel tarif. Je crois qu'il faut double exemplaire (peut-être un sur timbre ?) Je pense compter : visite **8 fr.**, rapport, 5 fr.

2° J'ai été appelé par la gendarmerie pour visiter un prisonnier malade. Comment me faire rétribuer ?

Je n'ai pas de réquisition, suis-je en droit d'en demander une ? et à qui ? Le brigadier de gendarmerie me dit que cela regarde le maire. Le maire me fait savoir qu'une fois entre les mains des gendarmes, le prisonnier ne le concerne plus. Que faire ?

Dr Z.

Réponse.

1° S'il ne s'agissait que de constater un suicide et s'il n'y avait pas présomption de crime ou de délit, il est à craindre que le mémoire d'honoraires que vous présenterez ne soit pas admis au titre des frais de justice criminelle.

Vous pouvez cependant en produire un, basé sur le tarif criminel, soit 15 francs, pour la visite judiciaire, y compris le rapport, en deux exemplaires. Le mémoire sera établi sur papier libre, le papier timbré n'étant obligatoire que pour les mémoires qui dépassent 50 francs (pour un exemplaire seulement).

2° Si vous avez été appelé par la gendarmerie pour visiter un prisonnier malade, en vue de constater l'impossibilité de le transférer à pied, la réquisition par le chef d'escorte ou de brigade est valable, en l'absence de tout magistrat de l'ordre judiciaire ou administratif. Si le maire était présent, c'était à lui de vous requérir (art. 242 du décret du 20 mai 1903 sur la gendarmerie)

Le brigadier n'aurait donc pas tort de demander au maire une réquisition en règle.

S'il s'agissait de donner des soins à un prisonnier malade, il semble que vos honoraires devraient être à la charge de ce dernier.

---

944. — Bénéfices professionnels. Justification.

Fidèle abonné du journal, j'ai l'honneur de porter à la connaissance et à l'appréciation des hommes compétents de votre administration, le fait suivant que je considère comme d'un arbitraire et d'une indiscrétion inouïs : je reçois du contrôleur des contributions directes de ma région, auquel j'ai d'ailleurs fait ma déclaration en temps et lieu, en bonne et due forme, sur imprimé *ad hoc*, un questionnaire ainsi libellé : « *Je vous serais obligé de vouloir bien me faire connaître approximativement le nombre de kilomètres parcourus par vous en 1924, pour visiter votre clientèle ; quelle est l'indemnité kilométrique que vous demandez à vos clients ?*

Je copie textuellement.

Dois-je répondre à cette grotesque inquisition autrement que par le silence ? C'est, je crois, ce qu'il y aurait de mieux à faire.

Dr F.

Réponse.

D'après l'article 35 de la loi du 31 juillet 1917, « le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre de bénéfices déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact. Dans ce dernier cas, il peut le rectifier, mais il fait alors connaître à l'intéressé le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de

(*Voir la suite page XLVII-1095*)

PROPOS DU JOUR

Le IIe Congrès médical franco-polonais. Au soldat inconnu. — Au Collège de France. — L'ouverture du Congrès.

Le deuxième Congrès médical franco-polonais s'est tenu à Paris du 20 au 25 avril. Les médecins de Pologne dont un grand nombre, désireux de faire un plus long séjour à Paris, avaient devancé la date officielle de l'arrivée, ont été reçus par leurs confrères français avec enthousiasme. D'ailleurs ce Congrès s'est tenu dans une telle atmosphère d'intimité, de cordialité, d'affectueuse sympathie, qu'on ne saurait en rien le comparer aux froides réunions internationales où règne une courtoisie de commande et où s'échangent simplement des témoignages de politesse entre gens bien élevés de même profession s'adonnant aux mêmes études et aux mêmes recherches.

Le Congrès médical franco-polonais ne fut pas à proprement parler un Congrès. Ce fut une visite rendue par les médecins de Pologne à leurs confrères de France, si heureux de les recevoir, se souvenant de l'accueil somptueux, enthousiaste et touchant fait à Varsovie, à Posman et à Cracovie en 1921 et dont ils avaient tous gardé le merveilleux souvenir.

***

La première manifestation que tinrent à faire les médecins de Pologne en arrivant à Paris, fut de rendre hommage à nos héros.

Ils se rendirent tout d'abord à l'Arc de Triom phe de l'Etoile sur la tombe du Soldat Inconnu qui symbolise le dévouement et la vaillance anonymes, les deux plus belles qualités dont firent preuve nos valeureux soldats de la grande guerre. Ils furent reçus par le Gouverneur de Paris, le grand mutilé, le général Gouraud, qui, fils d'un médecin des hôpitaux de Paris, était bien désigné pour faire les honneurs de la tombe légendaire aux médecins de Pologne.

De là nos confrères furent au Panthéon élevé *aux Grands hommes par la Patrie reconnaissante.*

Après avoir vu ainsi saluer les héros de la France, il était du devoir des membres français du Congrès de se souvenir des héros de la Pologne. Tout près s'élève le Collège de France qui est bien lui le véritable Panthéon de l'esprit français dans les sciences comme dans les lettres. Au Collège de France, en 1843, un génie polonais, le grand poète et le grand patriote, Adam Mickiewicz, avait été accueilli et avait brillamment occupé la chaire de littérature slave, émerveillant ses deux collègues et amis : Jules Michelet et Edgard Quinet. M. le Pr Gley, l'éminent biologiste, vice-président du Comité d'organisation du Congrès, avait eu l'heureuse et pieuse idée d'organiser une réception des médecins polonais au Collège de France.

Dans un des Amphithéâtres de cette illustre maison quatre fois centenaire, M. l'administrateur, M. Croizet, accueillit nos hôtes en faisant l'éloge éloquent de leur héroïque Patrie. Puis M. Mazon, professeur de littérature slave, évoqua en termes exquis la grande figure d'Adam Mickiewicz, son enseignement au Collège de France, ses relations si cordiales avec Michelet et Edgard Quinet, formant ainsi une géniale Trinité qui porta si haut la renommée du Collège de France.

Enfin, M. le Pr Gley, se souvenant que les visiteurs faisaient partie d'un Congrès médical, rappela que le Collège de France, après avoir été un brillant foyer d'études anatomiques, devint avec Magendie et surtout Claude Bernard le berceau de la biologie médicale moderne, de la médecine expérimentale.

La soirée se termina par une cordiale réception chez une grande dame polonaise, devenue française et duchesse de Doudeauville, née princesse Radziwill.

***

Mardi matin, à 10 h., dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Justin Godart, ancien ministre du Travail, en présence de M. l'Ambassadeur de Pologne, de Chlapowski, eut lieu l'ouverture solennelle du Congrès.

La *Marche* que chantaient les Légions polonaises de Dombrowski durant la campagne d'Italie sous les ordres de Bonaparte, devenue l'Hymne national de la Nouvelle Pologne, alternant avec notre *Marseillaise*, brillamment exécutée par l'Orchestre des Etudiants, fut écoutée debout et longuement applaudie.

M. le doyen Henri Roger, dans un très beau discours, simple, distingué, cordial et touchant, évoqua les morts de la grande guerre tant en France qu'en Pologne, remerciant les médecins polonais d'avoir songé d'abord à eux en arrivant à Paris. Puis il salua nos hôtes au nom de la Faculté et de tout le corps médical parisien. M. Mazurkiewicz, professeur de psychiatrie à Varsovie, président du Comité franco-polonais qui compte plus de 800 membres, M. Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins en Pologne et M. le Recteur de l'Université de Varsovie, prirent tour à tour la parole, et, en un français très correct et très pur, remercièrent de l'accueil fait à leurs compatriotes. M. le Pr agrégé, Ockinczyc, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire général du Comité d'organisation, sut avec une rare distinction et en termes touchants rappeler ses origines polonaises et souhaiter la bienvenue à nos confrères de Pologne au nom du Comité.

Nous eûmes ensuite la parole et, comme délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France, et vice-président du Comité d'organisation, nous adressâmes aux médecins polonais le salut du corps médical français en ces termes :

Monsieur le Ministre, Monsieur l'Ambassadeur, mes chers Confrères de Pologne, Mesdames, Messieurs,

C'est comme délégué de l'Union des Syndicats médicaux de France, qui comprend la presque totalité des médecnis de ce pays, que je suis chargé de l'agréable mission de souhaiter la bienvenue à nos confrères de Pologne au nom du Corps médical français.

Nous savons qu'en Pologne comme en France, notre profession, si elle ne manque pas de grandeur, souffre aussi de cruelles misères, et est menacée des mêmes épreuves. Nous savons que la marche rapide de l'evolution sociale pose pour les médecins praticiens dans nos deux pays les mêmes angoissants problèmes et que, peut-être, grâce à l'initiative d'un de nos plus distingués confrères de Varsovie, M. le Dr Przyborowski, président de la Chambre médicale, nous nous efforcerons, de concert, de résoudre pratiquement ces problèmes tant pour sauvegarder l'intérêt des malades que pour maintenir l'indépendance et la dignité des médecins.

Nous vous remercions donc, confrères de Pologne, de la précieuse collaboration que vous venez nous offrir.

Fils d'un médecin de campagne, membre d'une famille qui a compté ou compte de nombreux médecins, exerçant depuis de longues années la médecine populaire dans un des plus vieux quartiers de notre ville, ces titres ont paru suffisants à mes amis de l'Union des Syndicats médicaux pour me confier l'honneur de les représenter ici, bien qu'à l'heure actuelle je n'occupe aucune fonction dans leur Conseil.

Mais je soupçonne qu'un autre motif, à la délicatesse duquel je rends hommage, a déterminé leur choix.

C'est qu'ils savent l'amour ardent que j'ai pour la Pologne. Ils savent que je fus le gendre d'un proscrit polonais, insurgé de 1863, devenu médecin français après avoir combattu pour la France en 1870.

Pour moi je ne saurais jamais oublier que le généreux sang polonais coule dans les veines de mes enfants. Aussi est-ce avec une émotion profonde et sincère que j'adresse aux médecins polonais le salut fraternel des praticiens de France et que je fais des vœux pour l'avenir et la prospérité du noble et vaillant Peuple Polonais, qui fut toujours le plus fidèle ami de la France.

Le secrétaire général adjoint, Dr Hufnagel lut les dépêches d'excuses des médecins de Lwow qui n'avaient pu entreprendre le voyage.

Enfin, M. le Président, Justin Godart, termina la séance en exposant avec quelques chiffres saisissants l'effort fait par le corps médical pendant la grande guerre, effort dont il pouvait être bon juge, ayant pendant une longue période de la guerre assumé la lourde charge de sous-secrétaire d'Etat du service de santé. Il termina en proclamant l'ouverture du Congrès.

***

Nous ne décrirons pas aujourd'hui les séances de travail du Congrès, les réceptions à l'Hôtel-de-Ville, à l'Académie de médecine, chez Madame la baronne de Rothschild, les visites au Val-de-Grâce, à l'Institut Pasteur, à l'Institut Curie, dans nos grands services hospitaliers, le banquet fraternel où les discours se prolongèrent bien après minuit, les excursions au Bourget, à Versailles, etc., etc. Nous y reviendrons sous peu, car ce Congrès, comme nous l'avons fait remarquer au début, n'est pas un Congrès ordinaire, c'est une prise de contact cordiale avec nos confrères de Pologne qui doit avoir un lendemain, plus peut-être au point de vue professionnel qu'au point de vue scientifique, car la nouvelle organisation polonaise, qui s'élabore au point de vue médical, pourra en nous empruntant ce qui sera jugé bon chez nous, compléter ce qui nous manque et nous servir avant peu de modèle.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Une manifestation médicale franco-espagnole

Conférence du Pr ARQUELLADA, chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Madrid, à la Société des Chirurgiens de Paris

QUELQUES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX ESPAGNOLS DANS L'ENCÉPHALOCÈLE, LE SPINA BIFIDA, LA MICROSTOMIE, LE BEC-DE-LIÈVRE ET LA SECTION DU FREIN DE LA LANGUE

A la demande de l'U. M. F. I. A. qui ne perd aucune occasion de resserrer les liens des médecins français avec leurs confrères de langue espagnole, une conférence a été faite à la Société des chirurgiens de Paris *par le très distingué professeur* Aurelio M. Arquellada, *chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, président de la Sociedad de pediatria de Madrid, le* 3 *avril* 1925.

*Une centaine de chirurgiens et de médecins, parmi lesquels le D*r *Dartigues et le D*r *Bandelac de Pariente, président et vice-président de l'U. M. F. I. A., organisateurs de la conférence, assistaient à la séance.*

*Le D*r *Desjardins, chirurgien de l'hôpital Rothschild, président de la Société des chirurgiens de Paris, après avoir souhaité une cordiale bienvenue au Maître espagnol et l'avoir chaleureusement remercié d'avoir fait le long voyage de Madrid à Paris pour contribuer à resserrer les liens de confraternité entre les médecins français et espagnols, a donné la parole au professeur Arquellada qui s'est exprimé en ces termes* (1) :

Messieurs et très chers confrères,

Le IIe Congrès espagnol de Sciences médicales se célébrait à Séville.

Ayant pratiqué la séance opératoire à laquelle j'avais été prié par le professeur de Pediatria de l'Université, docteur Meneses, et la tâche scientifique du jour étant achevée, nous visitâmes, avec quelques confrères, l'incomparable capitale andalouse.

La maison Pilatos, la Cathédrale, la Giralda, l'Alcazar, autant de merveilles qui, à elles seules, suffiraient à rendre inégalable la Ville du Bétis.

Je me souviens encore que, dans le quartier type de Santa Cruz, contemplant une de ces magnifiques cours andalouses remplies de fleurs et de soleil, le très distingué docteur Bandelac m'invita à vous donner cette conférence.

(1) La conférence était illustrée par de très belles projections.

L'ambiance chaude et sympathique du moment, la douce insistance de notre bon ami ... j'acceptai sans hésiter.

Bientôt cependant, je me rendis compte de la responsabilité encourue et seulement je pus me tranquilliser à l'idée du soin et de l'amour que j'apporterais à réaliser ce qui, pour moi, signifiait moins une tâche qu'un honneur. Je n'aurais su y prétendre en d'autres circonstances, mais je ne pouvais plus m'y soustraire.

Ce sera en quelque sorte l'excuse à ce que je pourrais appeler ma témérité de venir vous exposer, moi qui ignore tant, la petitesse de mon savoir.

Que puis-je vous apprendre de nouveau à vous qui formez l'avant-garde de la science, vous qui constituez l'aristocratie de la médecine, figures éminentes et glorieuses de la Chirurgie française.

Me voici cependant. Pardonnez mon audace : elle est soutenue par mon désir de complaire à mon très distingué ami le docteur Bandelac et par la profonde admiration que je ressens pour vous, médecins français. Aussi, mon premier devoir, du haut de cette tribune, sera de vous rendre l'hommage de sympathie et d'affection qu'éprouvent pour vous, et avec moi, tous les confrères de mon hôpital. Ce m'est un agréable devoir et un honneur que de vous apporter leur plus effusif et fraternel salut. (*Applaudissements.*)

Vous avez su me démontrer la proverbiale hospitalité qui vous caractérise et m'en faire apprécier toute la valeur. Vous avez su me combler d'attentions ; mais vous avez aussi su me démontrer jusque dans les plus petits détails quel est votre constant labeur, sans cesse prodigué par amour à l'humanité, amour qui enrichit votre esprit comme il agrandit votre cœur, et qui a toujours été un des plus fermes soutiens qui vous ont conduits à la grandeur scientifique incomparable dont vous pouvez à juste titre vous enorgueillir.

Puisque je suis chez vous, et j'y suis si bien,

un seul moyen m'est offert de vous montrer toute ma gratitude ; c'est de vous faire participer un peu à nos modestes succès ; ils sont aussi les vôtres, car ils procèdent de notre Mère commune la Science médicale, par laquelle nous sommes tous frères, ni races ni frontières ne pouvant nous séparer. (*Applaudissements.*)

Je vais donc vous montrer à grands traits ce qu'est notre hôpital de l'Enfant Jésus de Madrid. Je pourrais l'appeler la maison de mes amours, car j'y entrai au lendemain d'obtenir mon titre de médecin, y travaillant depuis, sans cesse, avec une ardeur jamais démentie. C'est en ses salles et ses amphithéâtres que j'ai acquis le modeste bagage scientifique que je possède aujourd'hui.

Cet hôpital est exclusivement destiné aux enfants. Toutes les spécialités sont à la charge de professeurs.

A chaque lit correspond un espace libre de 53 mètres cubes. Ce seul détail vous fera comprendre quelle magnificence a présidé à l'installation de cet hôpital, le reste y est à l'avenant. Il est placé sous le patronage du Conseil Provincial de Bienfaisance de Madrid, dont le délégué auprès de nous est Monsieur Santos Lopez Pelegrin.

Puisque vous savez qui je suis et d'où je viens je vais vous faire connaître, le plus brièvement possible, car le temps dont nous disposons est court, quelques-uns des procédés opératoires espagnols. Ils me sont doublement intéressants car, tous ont été « incubés » dans l'hôpital auquel j'appartiens, et parce qu'à présent ils sont employés avec le plus grand succès.

Votre culture médicale n'ayant pas besoin de minutieuses explications de détails, et pour ne pas vous fatiguer, je vais vous rapporter, toujours schématiquement, les cas suivants : Encéphalocèle, spina bifida, microstomie, bec-de-lièvre et sectionnement du frein de la langue.

Encéphalocèle. — Les statistiques de tous les auteurs montrent combien peu fréquente est cette difformité congénitale ; les nôtres, en Espagne, démontrent pleinement que nous ne formons pas exception à cette règle.

En effet, malgré le nombre considérable de malades qui nous sont amenés tous les jours à l'hôpital d'enfants de Madrid, nous avons eu à traiter, dans les vingt dernières années, uniquement quatorze cas cliniques. Nous conservons avec soin des dessins, photographies, et modèles de chacun de ces cas dans notre musée anatomique.

Dès les premières observations nous pûmes nous rendre compte de deux grands périls présentés par l'intervention chirurgicale. La perte du liquide céphalo-rachidien est l'immédiat premier danger. L'hydrocéphalie constitue le second, mais à plus longue échéance.

L'hydrocéphalie peut uniquement être prévenue par le traitement antisyphilitique appliqué avant et après l'intervention, la syphilis héréditaire étant, à mon avis, la cause originelle de cette difformité.

Une technique opératoire soigneuse et nette peut seule éviter la perte du liquide céphalo-rachidien.

Dans le discours que, comme président de la Société de pédiatrie de Madrid, je prononçai à la séance d'ouverture du cours académique de 1921-1922, je traitai précisément de la difformité qui nous occupe, et me rapportant à son traitement, je divisai en trois parties les méthodes suivies.

En premier lieu, j'examinai ce qui fut fait par divers auteurs dans la période antérieure aux vingt dernières années. Je traitai ensuite des procédés employés par moi pendant la dite période et je terminai en exposant la ligne de conduite que je m'étais imposée par la suite.

Outre ces antécédents des séances cliniques du corps médical de l'hôpital de l'Enfant Jésus de Madrid, je présentai un cas congénital de manque de la partie centrale droite du frontal, avec proéminence de méninges, guéri par une intervention chirurgicale dans laquelle je pratiquai la transplantation de la moitié antérieure de la rotule.

Postérieurement, et toujours au cours de séances cliniques du dit hôpital, je présentai un cas d'encéphalocèle opéré ainsi que je vais exposer en détail.

Après tous les soins d'asepsie sur lesquels il est inutile d'insister, l'enfant fut anesthésié par le chloroforme ; le petit malade fut ensuite placé le cou sur un oreiller cylindrique, afin que la tête étant en déclinaison, le liquide céphalo-rachidien puisse s'accumuler dans la cavité crânienne.

Je pratiquai alors une incision elliptique qui, entourant le pédicule arriva jusqu'aux méninges et, afin de ne pas blesser ces dernières, les lambeaux furent soigneusement disséqués, évitant ainsi la perte du liquide céphalo-rachidien.

Les lambeaux disséqués et séparés au moyen de deux crins je plaçai au niveau de l'os et comprimant le pédicule, une pince à pression continue. A ce moment j'observai l'interruption du pouls et des mouvements respiratoires qui, d'ailleurs, reparurent peu de secondes après. Je pratiquai alors une incision entre la tumeur et la pince, suturant sur le champ les méninges au-dessous de cette dernière.

Pour pratiquer l'autoplastie osseuse après avoir séparé les lambeaux de peau autour de l'orifice osseux, je fis une incision au périoste que je disséquai excentriquement afin d'éviter

la grave complication de la déchirure du sinus, accident possible si l'incision pratiquée eût été concentrique.

A ce moment et pour réaliser l'autoplastie osseuse je procédai de la manière suivante, selon la méthode du docteur Olivares :

Quand la rotule fut à découvert je séparai, au moyen d'un petit couteau, la moitié antérieure de l'os, chose facile pendant le premier âge où cet os est encore cartilagineux.

Je plaçai cette partie antérieure de la rotule sur le moignon formé par le pédicule et la fixai par quelques points de suture au périoste disséqué d'avance ; les parties molles suturées à leur tour, je terminai l'intervention.

Dans le cas présent, comme lors de toutes les interventions ultérieures où je suivis la même technique, le résultat fut parfait. (*Applaudissements*).

Spina bifida. — Quoique rare, cette difformité congénitale est cependant plus fréquente que l'encéphalocèle ; je ne détaillerai pas ici toutes les indications opératoires, pas plus que celles qui ont trait à l'âge où l'intervention est à recommander ; je ne traiterai pas non plus des résultats obtenus. Les travaux publiés sur ces points particuliers pouvant être cités : *Premier Congrès espagnol de Pédiatrie* (avril 1913) et *Pediatria Espanola* (mars 1913). Notre pensée y est exposée en même temps que j'y fais connaître la méthode opératoire de mon inoubliable maître le docteur Ribera, dont la disparition prématurée causa une perte irréparable à la chirurgie espagnole à laquelle il n'eût pas manqué d'apporter encore une plus grande gloire.

Voici le procédé que, sur l'indication du docteur Ribera, j'eus l'honneur de faire connaître par une communication au IIe Congrès espagnol de chirurgie, en mai 1908 :

On place le petit malade le bassin reposant sur un oreiller, étant en élévation en une sorte de position de Trendelenburg inversée, grâce à laquelle le liquide céphalo-rachidien afflue à la cavité cranienne, évitant ainsi son écoulement dans celle de la région lombaire ce qui, comme l'on sait, est extrêmement fréquent.

Nous traçons alors deux incisions semi-elliptiques en direction du plus grand axe de la difformité et en laissant entre elles un lambeau de peau. Si celui-ci est ulcéré nous faisons les incisions en dehors de la partie ulcérée, car il est nécessaire de faire les lambeaux autoplastiques, et nous arrivons jusqu'aux méninges que l'on dissèque sur une assez grande étendue et sur tout le trajet des incisions.

Quand les méninges sont à découvert on y pratique une incision d'environ deux centimètres par laquelle on explore le contenu du sac ; on procède à l'extraction de tout ce qui est compris entre les deux incisions sans blesser la partie saine de la moelle ou de ses terminaisons nerveuses et laissant amplement à découvert l'orifice et la sortie des filets nerveux.

La perte de liquide céphalo-rachidien se réduit à celui que contenait le sac.

Ceci fait, on trace une incision circulaire autour de l'orifice de communication à deux centimètres de celui-ci, qui comprend les méninges, les disséquant concentriquement jusqu'auprès de l'orifice anormal et nous avons un lambeau de méninges qui, suturé, forme un premier plan d'occlusion de l'orifice. On dissèque ensuite excentriquement les méninges et nous obtenons un nouveau plan de suture au-dessus du précédent ; il ne reste plus alors qu'à opérer la suture des muscles et de la peau.

De cette façon on ferme complètement l'orifice et l'on évite la sortie du liquide céphalo-rachidien qui constitue, de même que dans l'encéphalocèle, la complication immédiate la plus à redouter. La complication lointaine, l'hydrocéphalie, est évitée par l'application du traitement antisyphilitique. (*Applaudissements.*)

Microstomie. — La microstomie congénitale ou acquise est une difformité aussi peu fréquente que difficile à corriger par la tendance qu'elle a à cicatriser la région affectée si l'on ne couvre pas toutes les surfaces sanglantes et surtout si l'on ne fait pas très soigneusement la commissure.

Ceci posé, et m'en tenant aux méthodes opératoires employées dans le traitement de la syndactylie, je procède de la façon suivante, selon les indications du docteur Ribéra :

L'anesthésie obtenue avec l'éther par la voie rectale, je taille des deux côtés de la bouche deux lambeaux de peau un peu plus grands, ensemble, que l'ouverture que je me propose de donner à la cavité buccale.

Je dissèque ces lambeaux de peau, laissant à découvert le tissu musculaire que je coupe sur la même extension que le lambeau de peau.

Ensuite je suture les lambeaux de peau tout en formant soigneusement les deux commissures. Je termine en suturant à la peau les deux lambeaux musculaires, étant bien assuré que l'adaptation est parfaite.

Ayant observé que la cicatrice des lambeaux diminue un peu l'ouverture buccale je laisse toujours celle-ci un peu plus grande que la normale.

Bec-de-lièvre. — L'opération du bec-de-lièvre ne présente pas de graves difficultés techniques. Il est néanmoins nécessaire d'apporter un soin particulier aux trois points suivants ;

1° L'autoplastie sera réalisée aussi parfaitement que possible,

2° Les sutures opèreront la jointure parfaite des tissus, et

3° Les parties molles resteront en relâchement

afin d'éviter que les contractions musculaires produites par les pleurs du malade ou par toute autre cause, distendent les tissus suturés en produisant des déchirures ou laissant la possibilité de l'infection des points.

Je vais détailler la technique qui me permet de réaliser l'ensemble des trois conditions précédentes :

Bec-de-lièvre simple. — Le malade anesthésié avec de l'éther et par la voie rectale, je trace un lambeau à la manière de « Mirault », dans toute l'épaisseur de la lèvre. Aussitôt je coupe, en approfondissant la coupure d'un demi centimètre environ.

Après, je coupe également jusqu'à moitié de son épaisseur le premier lambeau obtenu. On a ainsi deux lambeaux : l'un, antérieur et l'autre, postérieur.

On suture le postérieur par des points entrecoupés. Quand la suture du lambeau postérieur est faite, je suture le lambeau antérieur cutané, après quoi, l'intervention est terminée.

Pour obtenir que les parties molles restent en relâchement, j'emploie l'appareil de Brophy. Il consiste en un pont métallique avec une rainure aux extrémités ; par celle-ci passe une bandelette de sparadrap dont l'extrémité adhère à la joue du malade ; on tire par l'extrémité opposée jusqu'à ce que l'on ait obtenu le relâchement désiré.

Bec-de-lièvre double. — La technique opératoire est, ici, en tout semblable à celle antérieurement décrite. Une seule différence est celle de l'incision du mamelon central.

Je dois vous dire que cette technique opératoire m'a donné de si excellents résultats qu'une seconde intervention n'a jamais été nécessaire.

SECTION DU FREIN DE LA LANGUE. — Je terminerai cette conférence par la description de la méthode employée par mon cher collègue le docteur Sarabia, doyen de notre hôpital d'enfants, pour la section du frein de la langue.

Ce procédé extrêmement simple se pratique sans instruments ni hémostatique d'aucune sorte. Il unit en outre, à cette simplicité l'important avantage d'éloigner le péril de complications produites par hémorragie ou infection locale.

Le procédé simple, rapide et efficace que pratique le docteur Sarabia consiste en un sectionnement avulsif du frein au moyen de l'index.

Les fonctions d'appareil élévateur de la langue et de sectionneur du frein sont remplies avantageusement par l'index de l'opérateur placé convenablement afin de pouvoir déchirer l'insertion inférieure du frein.

On opère de la façon suivante : l'enfant étant placé face à l'opérateur, celui-ci lui appose la main droite sur la figure en introduisant l'index dans la bouche et sous la langue ; la figure de l'enfant est soutenue par les autres doigts, le pouce d'un côté et les trois derniers doigts, de l'autre, appuyés sur le maxillaire inférieur.

L'index, par le toucher, fera connaître plus sûrement que ne le ferait la vue les conditions du frein, s'il est charnu ou fibreux et quels sont ses points d'insertion dans la langue et dans la muqueuse de la base de la bouche.

Ainsi orienté, l'opérateur procède au sectionnement par un mouvement d'avant en arrière et de bas en haut sur le point d'insertion inférieur du frein procédant comme s'il s'agissait de séparer des tissus avec le bout du doigt. A la rupture de la muqueuse on perçoit une légère sensation de déchirure indicatrice que le frein est sectionné.

Une goutte de sang, jamais une hémorragie, est l'unique accident, conséquence de l'opération qui a été pratiquée.

En employant ce moyen il n'est pas possible de sectionner les ranines et l'hémostase est complète ainsi qu'elle l'est dans toute blessure avulsive.

Il serait vain de vouloir sectionner le frein dans son milieu en employant ce procédé ; sa grande flexibilité rendrait inutile tout effort fait dans ce sens.

Je terminerai ici cette trop modeste conférence. Et cependant je ne veux pas abandonner cette tribune sans vous réitérer, mes chers collègues, la reconnaissance que je garde à la Société des chirurgiens de Paris qui, par son distingué président, Monsieur le docteur Desjardins, a eu l'amabilité de me présenter à vous.

Correspondant à cette attention imméritée, je me fais un plaisir, au nom de tous mes collègues d'hôpital et au mien propre, de vous inviter tous à venir, dans cette maison, qui d'ores et déjà est la vôtre, donner autant de conférences que vous voudrez bien nous faire l'honneur de nous dédier.

Ces échanges d'idées, ces exposés de connaissances, nous permettront de resserrer encore les liens étroits qui nous lient, ils aideront aussi à l'amélioration de nos méthodes, pour le soulagement de nos chers petits assistés qui sauront vous en être reconnaissants.

Nous sommes assurés que vous daignerez répondre à notre sincère invitation, car vous savez que notre accueil le plus cordial vous est réservé. (*Applaudissements prolongés et répétés.*)

Le Président, M. DESJARDINS, *a remercié et félicité* M. le Prof. ARQUELLADA *de l'honneur qu'il venait de faire à la Société des chirurgiens de Paris dont il est membre correspondant. Il espère que l'aimable invitation qu'il fait aux chirurgiens français de venir prendre la parole à son bel hôpital, sera acceptée par ceux de nos confrères*

qui connaissent la langue espagnole et, avec l'approbation unanime, il a montré tout l'intérêt de cet interéchange d'idées d'où naît le progrès et des amitiés réciproquement utiles et durables.

Le Concours Médical, *qui avait été invité à la conférence, y était représenté par son rédacteur en chef, membre honoraire de l'U. M. F. I. A. Il se joint à la Société des chirurgiens de Paris pour adresser au distingué professeur Arguellada et au Corps médical espagnol l'expression de ses meilleurs sentiments confraternels et l'espoir de voir se développer et prospérer l'œuvre déjà féconde de l'Union médicale franco-ibéro-américaine qui, sous la direction active, intelligente et dévouée d'hommes comme les Drs Dartigues et Bandelac de Pariente, atteindra certainement le noble but qu'elle poursuit.*

J. Noir.

CLINIQUE MÉDICALE

Symptômes et causes des compressions de la veine cave supérieure.

M. le professeur Chauffard,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les tumeurs produisent des réactions différentes non seulement suivant les organes qu'elles avoisinent mais aussi suivant la cavité où elles se développent. Prenez une tumeur abdominale. Il est rare qu'elle provoque des phénomènes de compression notables, sauf volume excessif, car elle trouve dans l'abdomen un libre jeu d'expansion. Si au lieu de siéger dans la grande cavité abdominale, elle siège dans la cavité pelvienne, annexe close de l'abdomen, les accidents de compression deviennent beaucoup plus fréquents.

Le type des tumeurs compressives est la tumeur de la cavité cranienne. Là n'existe aucun point propre à l'expansion. Pour le thorax, deux cas se présentent. Dans les néoplasies de la cavité pleurale, un certain jeu se trouve du fait de l'élasticité pulmonaire et du refoulement possible du diaphragme. E n revanche, pour le médiastin, la compréssion est très commune.

Je vais vous parler d'un malade atteint de compression de la veine cave supérieure par lésion du médiastin.

La région médiastinale comprend, en avant, le médiastin antérieur, et en arrière le médiastin postérieur, limités l'un et l'autre par les deux plèvres médiastinales, latéralement par le plastron costal en avant et le rachis en arrière. Dans ce médiastin passent et se trouvent de nombreux organes : la crosse de l'aorte, la veine cave supérieure, la veine azygos, qui se jette dans cette dernière, le phrénique, le pneumogastrique, des ganglions lymphatiques.

Notre malade est un homme de 50 ans, sans antécédents notables, mais bronchitique. Pas de syphilis, Wassermann **négatif**. Son affection a débuté apparemment il y a deux mois, époque à laquelle le patient s'est aperçu que la partie supérieure de son corps devenait gonflée, œdémateuse. Trois semaines plus tard, se montra de l'œdème du cou et de la face, plus apparent au moment des repas. Le malade ne pouvait plus mettre ses faux-cols. Je me rappelle un sujet atteint de compression de la veine cave supérieure avec œdème du cou qui, s'étant mis un jour dans une colère violente, fit éclater le col de sa chemise.

Aujourd'hui, quinze jours après son entrée à l'hôpital et du fait du traitement, le patient est déjà un peu amélioré. Le revêtement du thorax en avant est tuméfié, les veines y sont dilatées, la mammaire interne, l'épigastrique, la sous-cutanée abdominale, qui ramènent le sang du réseau veineux profond par dérivation sont gonflées et l'étaient plus encore ces jours derniers. On trouve à la partie droite du sternum une saillie mate, sans pulsations, sans souffle à l'auscultation. On note, en arrière, un petit hydrothorax. Aux membres supérieurs, les veines sont dures, cyanosées. Le pouls gauche donnait au sphygmomètre 14-8, alors que le pouls droit était à peine perceptible.

Analysons maintenant ces divers symptômes. Ce qui domine, c'est la compression de la veine cave supérieure avec dérivation ramenant le sang de cette veine à la veine cave inférieure. Il y a compression aussi sur le tronc artériel brachio-céphalique, ce qui explique la différence des deux pouls.

Donc, deux compressions vasculaires : une veineuse (veine cave supérieure), une artérielle (tronc brachio-céphalique). De plus, compression du phrénique droit entraînant une diminution de la motilité du diaphragme. L'examen laryngoscopique, enfin, décèle un œdème pharyngo-laryngé et une paralysie incomplète de la corde vocale droite.

Comment sont supportés ces accidents ? A la vérité, pas trop mal. Il y a bien eu de l'œdème de la face antérieure de la poitrine, mais pas de grand phénomène d'intolérance, pas de signe d'œdème cérébral.

Il était intéressant de voir ce que devenait la tension veineuse. Elle se mesure, vous le savez, en ponctionnant et reliant la veine à un manomètre de Claude et se chiffre en centimètres d'eau (alors que la pression artérielle se chiffre en centimètres de mercure). Tandis qu'à l'état normal (Villaret), la tension veineuse est de 13 à 14 — à peu près ce qu'est, mais en centimètres de mercure, la tension artérielle —, nous avons noté ici le chiffre énorme de 50 à 51. La compression de la veine cave supérieure semble seule capable d'amener une tension veineuse aussi accentuée. Or, chose curieuse, cette forte tension n'expose pas à la rupture des veines, si celles-ci sont saines.

Autre conséquence assez singulière. Il n'y a pas seulement différence de tension, mais aussi différence de composition biologique du sang. Nous avons mesuré les globules et l'hémoglobine, aux doigts et aux orteils . Au doigt, nous avons trouvé 5.800.000 globules rouges et 100 % d'hémoglobine ; à l'orteil 4.400.000 globules rouges et 80 % d'hémoglobine. Il y a donc polyglobulie et pourcentage exagéré d'hémoglobine dans le sang de la veine cave supérieure.

L'œdème est d'un type spécial. Il faut admettre ici un œdème transsudatif, mécanique. De même pour le petit épanchement (hydrothorax), de la base thoracique droite et l'œdème pharyngo-laryngé.

Reste la grosse question étiologique à résoudre. Voilà une compression de la veine cave supérieure et des organes voisins. A quoi est-elle due ; quelle est la nature de l'agent comprimant ?

En matière de tumeurs du médiastin, une subdivision doit être faite, selon que la masse comprimante s'est développée aux dépens d'organes normaux ou au contraire de tissus nouveaux.

Dans le premier groupe, il faut placer d'abord l'anévrysme de l'aorte à évolution postéro-externe, arrivant sur la veine cave supérieure, sans compter la zone de péri-aortite qui peut intervenir dans cette circonstance. Nous n'avons, chez ce malade, aucun signe d'anévrysme, ni pulsations, ni souffle, ni indice radiologique. De plus, le séro-diagnostic de Bordet-Wassermann est négatif.

Avons-nous des raisons d'admettre une tumeur ganglionnaire. En général, en pareil cas (ganglions tuberculeux, lymphome ganglionnaire, lympho-sarcome), on constate des réactions de voisinage, dans les chaînes ganglionnaires, axillaires et cervicales.

Par exclusion, nous arrivons au groupe des néoformations intra-médiastinales. Dans cette catégorie, se place le syphilome médiastinal, bien étudié par Dieulafoy. Il n'est pas très rare et donne tous les signes de compression de la veine cave supérieure. Dans ce syphilome infiltré du médiastin antérieur, la réaction de Wassermann est toujours positive et le traitement spécifique d'épreuve donne d'excellents résultats. Chez notre malade, nous n'avons aucun motif de croire à la syphilis.

Reste un dernier diagnostic, celui de néoplasme du médiastin. Je me suis rallié à ce diagnostic non pas simplement par exclusion, mais pour d'autres raisons. En examinant complètement le patient, nous avons trouvé trois petites tumeurs sous-cutanées, à l'abdomen, à la clavicule, à la région sus-épineuse. Ces trois nodules sont suspects. C'est un grand signe de carcinose. Nous avons prélevé chirurgicalement le nodule siégeant au-dessous de l'ombilic et nous en avons fait faire l'examen histologique.

Nous pensions que la néoplasie médiastinale à laquelle nous avions affaire était une masse sarcomateuse, peut-être à point de départ dans le thymus. La biopsie nous a fourni un résultat un peu différent, plus grave encore. Elle a constaté un épithéliome cylindrique, tumeur essentiellement maligne. En outre, le caractère cylindrique nous orientait vers les organes à muqueuse de ce genre, voies digestives ou bronches. Pas d'antécédents digestifs, mais, par contre, le malade est un tousseur, un cracheur ancien. L'origine bronchique de la néoplasie semble assez probable.

Notre diagnostic s'établit donc ainsi : tumeur du médiastin de nature épithéliomateuse, à départ bronchique probable, ayant comprimé la veine cave supérieure.

Du diagnostic découle le pronostic. Autant un syphilome médiastinal offre un pronostic favorable, autant nous sommes mal armés contre l'épithélioma de cette région. Tout d'abord, il n'y faut pas toucher chirurgicalement. Reste la ressource radiothérapique, la radiothérapie profonde. Le malade a eu, à ce jour deux séances de radiothérapie profonde. Il n'est pas douteux qu'elle a amené une amélioration, que la compression est moindre. La tension veineuse, qui était de 50-51, est tombée à 11-7. De même, les voies artérielles se sont perméabilisées, car le pouls est devenu perceptible à droite.

Le traitement radiothérapique conduira-t-il à la guérison ? C'est peut-être beaucoup demander. Nous ne pouvons qu'être satisfaits des résultats déjà obtenus, en formulant des réserves sur l'avenir. Dans la radiothérapie profonde, nous avons en pareil cas, une arme active — dangereuse, parfois même — mais qui ouvre, ou entr'ouvre tout au moins, la porte de l'espérance.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. LACROIX.

RECHERCHE DU POIDS SPÉCIFIQUE MOYEN DU CORPS HUMAIN

Dr LAMBOLEZ,

Licencié ès sciences, préparateur à la Faculté (Nancy).

Parmi les mesures anthropométriques médicales, la plus importante est celle du poids spécifique moyen du corps humain.

Cette recherche est particulièrement liée à celle de l'obésité, due à une surcharge nuisible de graisse apparaissant dans la texture des tissus et dans le sang.

Les poids spécifiques moyens des tissus ont pu être déterminés facilement.

Imbert, en particulier, a obtenu des nombres variant entre 1,975 pour les os et 0,94 pour la graisse. On a posé en règle générale que le juste embonpoint fait place à l'obésité dès que le poids de l'individu dépasse en kilogrammes le nombre de centimètres de sa taille exprimée en mètres, un homme de 1 m. 70 doit peser 70 kilogs ; on comprend que cette règle est très approximative, elle ne s'applique pas à l'enfant chez lequel l'obésité est fréquente, soit à la naissance, soit après sevrage ou dès 6, 7 ans.

Les 70 kilogs d'un individu comprennent environ 3 kilogrammes de matières minérales, 45 kilogrammes d'eau et 12 kgr. 5 (18 pour 100 du poids total) de graisse.

Ce sont évidemment les variations de ces 12 kg. 5 qui influeront le plus sur la valeur du poids spécifique moyen chez les obèses, le pourcentage en graisse pouvant plus que doubler.

Le poids spécifique moyen s'obtient en divisant le poids P du corps par son volume V ; pour un même poids, volume et poids spécifique varient en sens inverse (graphiquement l'expression Vs = P représente une branche d'hyperbole équilatère). L'étude d'une de ces grandeurs P, V, seule, ne saurait conduire à aucune conclusion pratique ; il n'en sera pas de même de l'étude de deux d'entre elles et, en particulier de

$$\frac{P}{V} = s.$$

La pesée médicale est sujette à de nombreuses causes d'erreurs physiologiques ne permettant pas d'obtenir le poids du corps avec une bien grande approximation.

Le mieux est de faire une série de pesées journalières, toutes conditions restant autant que possible identiques, la moyenne des résultats représentera le poids le plus probable de l'individu dans l'intervalle de temps t (10 jours par exemple), considéré ; on peut compter que les erreurs commises sur une suite de moyennes en t, 2 t, 3 t, ... sont très voisines et, par suite, suivre avec une exactitude suffisante les variations de poids chez un même individu.

Pour mesurer le volume du corps, on détermine le volume qu'il déplace lorsqu'il est immergé dans une baignoire contenant de l'eau. Cette immersion peut être contre-indiquée, la tête devant plonger sous l'eau ; la respiration est maintenue par un tube de caoutchouc de l'orifice buccal à l'atmosphère. Le volume déterminé soit par évaluation du volume du trop plein, soit par différence de poids de l'eau ; contenue dans l'appareil avant et après immersion est sujet à de nombreuses différences. On mesure le volume extérieur et nonle volume des tissus constituant l'individu ; le volume est plus petit dans l'expiration que dans l'inspiration, il dépend de l'état de réplétion de l'appareil digestif surtout au point de vue des gaz, qui s'ils sont négligeables en tant que poids, ne le sont pas en tant que volume ; une pesée étant faite à 20 grammes près par exemple, le volume correspondant introduit est une forte cause d'erreur.

A notre avis, il y a lieu de rechercher le volume du corps indépendamment des gaz interposés, contenus dans les organes. Nous avons songé à la méthode générale de recherche du volume d'une cavité quelconque, en simplifiant la méthode d'évaluation décrite par F. Heckel (Soc. de Biologie, mars 1918). Imaginons une chambre de V mc. de capacité, en tôle munie de portes, hublots étanches pouvant être mise en communication par le jeu d'un robinet à trois voies, soit avec l'atmosphère et un manomètre, soit avec un système de vases (5 ou 6) communicants de 10 litres remplis d'eau et le même manomètre ; la chambre est en relation avec une série de tubes absorbants de CO^2 et de vapeur d'eau produits lors de la respiration du sujet.

Soit x le volume du corps humain placé dans l), chambre ; le robinet R étant dans la position (1a les vases V' étant remplis d'eau, fermé, un régime permanent s'établit, de l'air peut pénétrer dans la chambre, le gaz occupe un volume V — x à la pression atmosphérique H mesurée au manomètre M.

Plaçons le robinet R dans la position (2) et ouvrons r, en négligeant le volume des tubes de communication c, le volume du gaz devient V — x + V' à une pression h lue au manomètre, r ayant été fermé quand V' d'eau s'est écoulé.

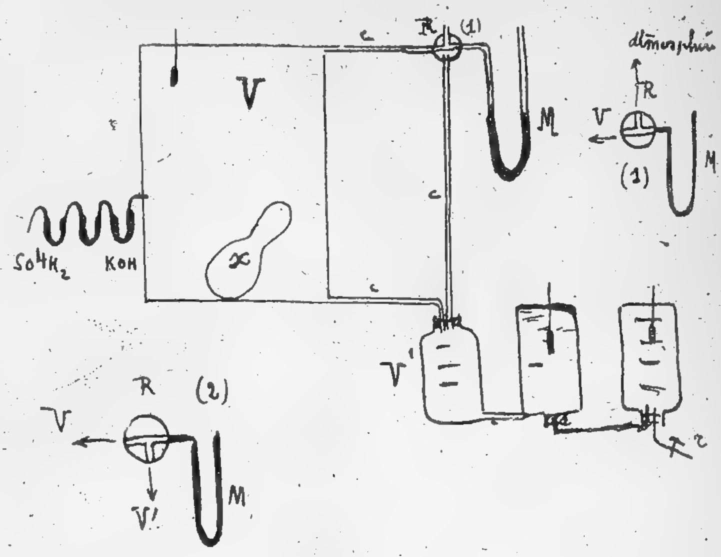
Si nous supposons — et cela est facile à réaliser pratiquement — que les températures restent constantes pendant la durée, d'ailleurs très courte, de l'expérience, on aura :

$$(V - x) H = (V - x + V') h$$

$$\text{d'où } x = V - \frac{V' h}{H - h}$$

Pour un individu de volume 75 litres, une chambre V de 5 mc. et un volume V' = 50 litres, on trouve que la pression h est 742 mm. si H = 750 millimètres, ce qui indique la possibilité de mesurer h ; cependant, nous devons remarquer que l'expression $\frac{V' h}{H - h}$ doit être évaluée avec au moins 4 chiffres exacts car V = 5.000 à 4 chiffres, c'est-à-dire que V'h et H — h doivent avoir 5 ou 6 chiffres exacts, ce qui exige que H et h soient évalués en dixièmes ou centièmes de millimètre ; à cet effet, on pourra employer un manomètre différentiel (type Kretz).

Il ne nous a pas été permis de réaliser cet appareil, mais nous avons pensé qu'il n'était pas inutile d'attirer l'attention sur la possibilité d'une mesure exacte du volume du corps humain, qui reliée à celle du poids permettrait de se rendre parfaitement compte de la valeur du poids spécifique moyen au cours de suralimentation par exemple et par là, de savoir quel tissu doit être plus particulièrement influencé par le traitement.



LA GREFFE DE REVITALISATION HUMAINE

Sa portée, son avenir, ses résultats (1).

Lorsqu'en 1889, Brown-Séquard, âgé alors de 72 ans, affirma que le testicule secrétait « des principes qui donnent de l'énergie au système nerveux et probablement aussi aux muscles » et qu'il proposa l'opothérapie orchitique, ce fut par de grosses plaisanteries, par des quolibets de mauvais goût que des gens qui se croyaient intelligents et savants accueillirent la découverte du génial vieillard. Aujourd'hui, 35 ans après, il ne vient à l'idée de personne de discuter l'opothérapie, on en use, on en abuse même et cependant nombre de produits prétendus opothérapiques, sont morts et sans doute peu actifs.

Quand Voronoff après avoir repris sur de grands animaux (béliers, boucs, étalons, taureaux) les expériences de greffes testiculaires déjà tentées par Steinach, sur les lapins et les cobayes et par Pézard sur les coqs, essaya sur l'homme l'endocrinothérapie sexuelle en empruntant les greffons aux singes anthropoïdes qui se rapprochent le plus de l'homme, les mêmes plaisanteries furent rééditées. Sans tenter de contre-expériences, sans obéir à la seule méthode biologique scientifique qui est celle de Claude Bernard, il y eut un mouvement de négation systématique *a priori* qui n'avait rien de commun avec le doute scientifique et S. Voronoff, bien qu'il eut fait ses recherches au Collège de France dans le laboratoire de Chirurgie expérimentale, faillit voir étouffer par l'incrédulité générale le résultat de son patient labeur. Si cela était arrivé, l'endocrinothérapie chirurgicale serait revenue en France de l'étranger quelques années plus

(1) Gaston Doin, éditeur, Paris, 8, place de l'Odéon, 1925.

tard et, pour peu que les expériences rééditées eussent été signées d'un professeur de Berlin, d'Iéna ou de toute autre Université d'outre-Rhin, les contempteurs de Voronoff auraient bruyamment applaudi la nouvelle découverte. Heureusement, il est encore en France, des esprits combatifs et hardis qui ne s'effrayent pas du ridicule.

Pourvus du véritable esprit scientifique, ils veulent expérimenter eux-mêmes avant de conclure. Quand, après ces expérimentations, ils ont acquis une conviction, ils savent avec vigueur la défendre jusqu'à la faire triompher. Au premier rang de ces esprits scientifiques, hardis et fougueux, parmi les plus enthousiastes qui contrôlèrent les expériences de S. Voronoff et se firent les vaillants champions de ses découvertes, nous devons citer notre ami, le chirurgien L. Dartigues.

L. Dartigues a fait mieux que de défendre l'endocrinothérapie sexuelle, dans une belle communication aux *Journées médicales de Bruxelles*, il a traité en détails devant un public d'élite, la question de la greffe de revitalisation humaine et a montré quelle est sa portée, quel sera son avenir et les résultats qui ont été déjà obtenus. Un grand nombre de projections ont documenté ce brillant exposé. Dartigues ne s'en est pas tenu là. Il a publié sa communication en un livre luxueusement édité de plus de 300 pages, illustré de très nombreuses photographies et figures.

Dartigues ne veut pas envisager la greffe testiculaire comme un simple moyen de redonner à quelques vieux messieurs un regain de vigueur, pouvant leur accorder encore pendant quelques années la jouissance de plaisirs qui ne sont plus de leur âge. Son but est de considérer la question de beaucoup plus haut, et pour cela, il la définit la revitalisation humaine.

Dartigues considère que trois directives d'ordre pratique doivent dominer la biologie médicale : 1° la culture physique, myogénique et plastique ; 2° la désintoxication organique ; 3° l'endocrinothérapie compensatrice. Car, de l'avis de Dartigues, nous devenons vieux d'une façon anticipée : 1° par sédentarité et insuffisance d'exercice ; 2° par intoxication due surtout à la suralimentation improportionnelle et parfois à l'exagération du travail physique dans la torpeur intellectuelle ; 3° par insuffisance endocrinienne qui résulte souvent des deux causes précédentes et aussi de l'évolution fatale de la vie.

Il conclut que le plus beau programme de l'activité scientifique doit être de rajeunir la vie, de prolonger la vie. « L'Homme doit donc durer voilà le grand problème *palpitant, proclame* Dartigues, mais il faut qu'il dure dans la santé, la force, l'intelligence, afin d'arriver à donner l'extrait de son effort et la quintessence de sa pensée. Les glandes endocrines jouent, à ce sujet, le rôle principal. »

Le savant chirurgien expose en détails le rôle des glandes endocrines en général, le rôle particulier des glandes génitales. Il pose le problème de la revitalisation. Il décrit en détail la méthode de Voronoff et démontre que ce savant a réussi où les autres ont échoué à cause du siège d'élection des greffons, de la préparation de leur nidation, de leur fragmentation, de leur répartition, de leur transfert immédiat, du choix de l'animal donneur, toutes conditions qui assurent leur vitalité.

Dartigues cite les nombreux chirurgiens qui, tant en France qu'à l'étranger, ont pratiqué l'expérience de Voronoff, montre les résultats obtenus, qui sont saisissants. Citant une consultation juridique du Dr Boudin, notre collaborateur dont l'autorité en fait de droit médical n'est guère contestée, il regrette que la loi française ne permette pas de tenter la greffe de l'homme à l'homme et que l'on se borne à voir dans la greffe de revitalisation le tout petit côté de la question, le réveil du désir vénérien, alors qu'elle a une toute autre portée empreinte de la plus haute moralité.

Dans une conclusion d'une grande élévation spirituelle, Dartigues montre que la brièveté de notre vie et la sénilité trop précoce empêchent le savant de donner toute sa mesure et arrêtent trop souvent son labeur au moment même où il allait dévoiler une vérité insoupçonnée.

« Nous pouvons espérer désormais, termine-t-il, que la méthode des greffes rajeunira, prolongera, décuplera la puissance des grands cerveaux utilisables, grâce à l'animalité profonde, issue des forêts ancestrales, qui leur apportera toute la vitalité virtuelle surgie des sources intarissables de la nature.

« Grâce au don de sacrifice partiel de frères inférieurs, mais de frères cependant, le cerveau de l'homme pourra amplifier sa connaissance et son pouvoir de synthèse, afin de posséder les vérités ultimes et d'assurer plus de bonheur, plus de joie matérielle et spirituelle sur la terre. »

Nous sommes loin, bien loin, des satisfactions sexuelles que quelques vieux marcheurs chercheraient à obtenir à prix d'or, tristes limites dans lesquelles quelques esprits étroits et mal avisés voudraient encercler la méthode de Voronoff et ses réalisations par Dartigues !

J. NOIR.

L'Actualité Scientifique

La Presse

De l'œdème aigu du poumon, manifestation viscérale de l'épilepsie.

A l'occasion d'une observation personnelle (crises épileptiques se compliquant régulièrement d'un accès d'œdème aigu du poumon), le Dr Langeron étudie cette complication rare de la crise épileptique, dont elle aggrave considérablement le pronostic.

Les symptômes et son traitement ne présentent rien de particulier ; seule est intéressante la question « pathogénie ».

Or, dans les conditions étiologiques, on ne retrouve aucun argument pour admettre comme mécanisme pathogénique, soit une insuffisance cardiaque mécanique, soit un facteur toxique. Il paraît à l'auteur plus logique d'invoquer un ébranlement des cellules bulbo-médullaires, racines du sympathique vaso-moteur, aboutissant à la vaso-dilatation intense et à l'œdème aigu du poumon. Cet ébranlement est dû à une extension, pour des raisons qui nous échappent, de l'excitation corticale cause des manifestations motrices de l'épilepsie.

Par analogie d'autres manifestations vasomotrices semblables (migraine, angor, diarrhée, troubles sudoraux et pilo-moteurs), on est autorisé à parler d'épilepsie sympathique à manifestations viscérales, par extension de l'épilepsie corticale à manifestations motrices.

L'intérêt de ces faits est double ; connaissance d'une manifestation rare de l'épilepsie ; application aux mécanismes pathogéniques de l'œdème aigu du poumon, dans l'étude duquel il ne faut pas, au profit du facteur mécanique cardiaque admis un peu trop exclusivement aujourd'hui, négliger complètement le rôle du système nerveux vaso-moteur dont l'excitation, périphérique ou centrale, peut réaliser certainement le syndrome anatomo-clinique de l'œdème aigu du poumon. (*La Presse médicale*, 17 janvier 1925.)

Le rachitisme.

Rappelant la conception qu'il a développée du rachitisme, le professeur Marfan, expose que celle-ci comprend trois parties, anatomique, clinique et étiologique.

1° La décalcification ou la non-calcification de l'os n'est pas, comme on l'affirme généralement, le fait primitif et essentiel, mais un fait secondaire, résultat d'un processus irritatif qui le précède et l'accompagne. Après une période initiale d'irritation, les lésions de l'os rachitique sont constituées, à la période d'état, par une sorte de *chondromyélite fibreuse* avec raréfaction et décalcification ou non calcification des travées osseuses ; on doit donc considérer les altérations de la moelle osseuse comme faisant partie intégrante du processus rachitique.

2° Les lésions rachitiques ne sont pas limitées aux os ; il y a participation des organes lymphoïdes, avec anémie générale, et hypotonie musculaire.

3° Enfin, le rachitisme peut être produit par toutes les infections ou intoxications chroniques, pourvu qu'elles agissent à la période active de l'ossification, période qui va des derniers mois de la vie intra-utérine jusqu'à l'âge de la soudure des épiphyses, qui a lieu vers 18 ans : syphilis, scrofule, bronchopneumonie prolongée, subaiguë et à rechutes multiples, pyodermites étendues, auto-intoxications résultant d'une alimentation défectueuse ou de troubles digestifs prolongés, allaitement artificiel institué dès la naissance ou peu après. (*La Presse médicale*, 3 janvier 1925.)

Les troubles nerveux cardiaques.

Ils peuvent se produire quand sur une lésion organique se superpose un état nerveux ; c'est l'histoire de certaines arythmies extra-systoliques de l'insuffisance aortique ou du rétrécissement mitral alors que les lésions valvulaires sont bien compensées.

1° *Trouble s de fréquence.* — La tachycardie se rencontre dans les états émotifs, les convalescences, les anémies, les troubles gastriques, les infections, les intoxications ; il faut instituer le traitement causal ; dans la maladie de Basedow notamment, une médication toujours efficace, c'est la faradisation de la tumeur thyroïdienne, l'électrode immobile étant appliquée à la nuque, dix minutes matin et soir. Vers la cinquantaine cependant, il faut se méfier de toute tachycardie, car, dit Ch. Fiessinger, accompagnée d'hypertension artérielle, elle traduit la première fatigue du cœur avant l'apparition du galop cardiaque ; on doit donc se garder d'imputer à des désordres nerveux les accélérations de cet ordre. Le plus souvent le traitement causal fait céder la tachycardie ; mais parfois le malade réclame un médicament cardiaque ; prescrire la spartéine, le crataegus, le passiflore, la convallaria maïalis, mais non la digitaline, ni le strophantus, souvent nuisibles.

Les ralentissements du cœur reconnaissent également des causes nerveuses et gastriques.

Traitement causal, et caféine, mais à petites doses (0,10). Si l'estomac est ballonné, poudres magnéso-bismuthées et belladone à certains moments.

2° *Troubles du rythme.* — Mêmes conditions d'apparition : même traitement.

3° *Manifestations douloureuses.* — La gri.:e rétrosternale peut exister chez les dyspeptiques ou nerveux. Mais il faut faire un examen attentif d u cœur et de l'aorte, rechercher la syphilis dans les antécédents, avant de penser, en cas de résultat négatif, à une angine de poitrine réflexe chez un stomacal ou un nerveux ; et encore ce dernier diagnostic ne doit-il être porté qu'avec les plus extrêmes réserves chez un sujet âgé. Enfin, les nitrites, qui agissent merveilleusement contre les crises organiques, réussissent mal chez les angineux névrosiques. En ce dernier cas, on recommande les poudres bismuthées, la valériane, la belladone, avec un cautère à la pâte de Vienne au bras. (*Journal des Praticiens*, 10 janvier 1925.)

Des idées directrices de la thérapeutique anticancéreuse.

Les traitements de choix du cancer sont d'une part la curie et la rœntgenthérapie, d'autre part la chirurgie. Or, il a été signalé que la curiethérapie post-opératoire ne diminuait pas, mais augmentait les risques de récidive. Réciproquement l'exérèse chirurgicale pratiquée trop peu de temps après la curiethérapie a pu être suivie de mort. Les chocs opératoires et radiothérapiques, dit H. Rubens-Duval, peuvent s'additionner et leur superposition est dangereuse.

Les progrès réalisés en chirurgie et en radiothérapie ne sauraient être ni contestés, ni mésestimés. La radiothérapie profonde, notamment, constitue une méthode thérapeutique d'une haute valeur.

La chirurgie et la radiothérapie sont bonnes en elles-mêmes, mais les abus que les progrès mêmes ont rendus possibles sont mauvais. Il y a abus dès lors que la thérapeutique cesse de se faire l'auxiliaire de l'organisme. Ce n'est pas en augmentant l'importance des exérèses chirurgicales, la puissance et l'étendue des irradiations, en les faisant agir coup sur coup, de manière à opérer à tout prix la destruction de la totalité des cellules cancéreuses, que l'on y parviendra. Loin d'augmenter les chances de succès, on accroîtra seulement les risques de récidive et d'aggravation de la maladie.

Il importe de proportionner les interventions chirurgicales et radiothérapiques aux besoins de l'organisme, d'adapter la thérapeutique à chaque cas particulier. Sans l'appoint des réactions de l'organisme (hormis le cas des petits cancers bien localisés qui peuvent être supprimés en totalité), toute thérapeutique anticancéreuse échouera. Mais si l'on parvient à les développer, tous les espoirs sont permis. (*Paris chirurgical*, janvier 1925.)

Thérapeutique des raideurs articulaires consécutives aux fractures.

Ces raideurs, dit le Dr Desfosses, sont dues à des obstacles osseux, à des contractions musculaires, ou à des obstacles fibreux (induration, rétraction, épaississement de tous les tissus fibreux et conjonctifs de la région, avec atrophie et impotence de tous les muscles moteurs de la jointure).

Leur traitement doit être avant tout préventif : immobilisation bien faite et pas trop prolongée, mobilisation prudente et précoce de l'article.

Quant au traitement curatif, il comprend la *balnéation*, qui, sous forme de douches chaudes ou mieux de bains chauds locaux prolongés, est efficace.

C'est aussi l'*ionisation* à raison de trois séances par semaine, pour le traitement des articulations superficielles : doigts, poignet, coude, genoux, chevilles. L'action de sclérolyse se manifestant sous la cathode, pôle négatif, c'est celle qu'il faut mettre en rapport avec l'articulation atteinte ; les électrolytes de choix paraissent être les solutions de chlorure de sodium à 1 p. 100 ou de salicylate de soude à 2 p. 100. L'intensité moyenne doit être de 70 à 80 milliampères, avec séances longues (1/2 heure à 1 heure).

Le *massage*, la *mobilisation*, sont également très utiles.

Dans les raideurs peu prononcées, il faut aux mouvements volontaires restants joindre les mouvements passifs méthodiques, qui feront gagner du terrain que les mouvements volontaires devront conserver. On doit régler ce mouvement communiqué en s'arrêtant à la limite marquée par la douleur, et en s'y arrêtant longuement pour *mettre en tension* les ligaments rétractés. Cette action manuelle du médecin s'impose à l'exclusion des machines de mécanothérapie, dont l'action est brutale et aveugle.

Dans les raideurs très prononcées, on doit faire de la mobilisation forcée, puisque sans cela la jointure ne peut être débloquée, et cela sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie pour le membre inférieur, en une séance ou tout au moins en un nombre restreint de séances.

Les dangers de cette méthode sont les ruptures de la peau, des muscles, des ligaments, des os, et les décollements épiphysaires. Il faut procéder avec la plus grande prudence. A la suite de ces manœuvres, on applique un bandage ouaté légèrement compressif autour de l'articulation maintenue en bonne position. Pendant plusieurs jours, la région gonflée, ecchymotique est très douloureuse ; on pourra avec avantage la bai-

gner longuement, et il ne faudra pas tarder à faire exécuter des petits mouvements passifs ou actifs, bref, à recourir au traitement des petites raideurs. (*La Presse médicale*, 17 décembre 1924.)

Traitement des accidents sériques par l'autohémothérapie.

Les accidents sériques les plus habituels sont bien connus et d'observation courante : ils surviennent dans les jours qui suivent la ou les injections et se caractérisent surtout par des éruptions, le plus souvent urticariennes, accompagnées de très vives démangeaisons, des arthralgies, de la fièvre.

MM. Didier et Mathieu, dans quatre cas de ce genre, les sérums responsables étant l'antidysentérique, l'antitétanique, l'antipneumococcique, ont eu l'idée de pratiquer aux malades des injections de 15 à 20 cmc. de leur propre sang. Ils ont obtenu la disparition des accidents en quelques heures, six en moyenne.

« Si la méthode semble intéressante dans les petits accidents de la sérothérapie, son intérêt serait encore plus considérable, si elle se montrait efficace à l'encontre des accidents graves : néphrite, accidents névritiques pour le traitement desquels nous sommes à peu près désarmés jusqu'à présent. » (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janvier 1925.)

L'hémorrhagie méningée et la syphilis chez l'adulte.

Les hémorragies méningées sont tantôt sous-durales, chirurgicales, tantôt sous-arachnoïdiennes, médicales, avec présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien. De celles-ci, deux types sont à considérer : l'hémorrhagie primitive, relativement bénigne ; l'hémorrhagie secondaire à une hémorrhagie cérébrale épanchée ensuite dans les méninges.

Ces deux types, selon M. Laurentier, peuvent être engendrés par la syphilis.

On les distingue l'un de l'autre en ce que l'hémorrhagie cérébro-méningée a un début brusque, par rapport à l'hémorrhagie méningée primitive dont les manifestations cliniques apparaissent progressivement. Dans la première de ces affections, les phénomènes convulsifs précoces bilatéraux sont absents tandis que le coma est plus profond, l'hémiplégie complète et définitive.

Dans l'un et l'autre cas, on recherchera la syphilis, par l'interrogatoire du malade et de sa famille, par son inspection (cicatrices, pigmentations) ; par la présence habituelle, dans les jours qui précèdent le raptus hémorrhagique, d'une céphalée rebelle, souvent nocturne, et la parésie ou la paralysie de la troisième paire. Enfin, on pratiquera les réactions sérologiques sur le sang et le liquide céphalo-rachidien. Elles seront peut-être négatives, même avec une syphilis certaine ; elles deviendront ensuite positives, sous l'influence de la réactivation.

Pour l'auteur, la cause des hémorrhagies méningées est la vascularite infectieuse, l'hypertension, les dyscrasies sanguines. Or, pratiquement, on peut admettre que l'hémorrhagie méningée est due à une vascularite infectieuse ou toxique. Et comme la syphilis est bien la plus fréquente des maladies infectieuses, qu'elle a une prédilection particulière pour les artères, le rôle de la syphilis paraît des plus importants. « Du chancre à la gomme, tout syphilitique est sous la menace possible d'un raptus hémorrhagique méningé. »

Le pronostic est bénin dans la forme primitive; sombre au contraire dans la cérébro-méningée. Le traitement sera symptomatique (ponctions lombaires répétées dans le décubitus latéral) et spécifique. (*Bruxelles médical*, 8 mars 1925.)

L'insufflation des trompes.

Cette méthode est recommandée par MM. Laurentié et Moussalli, dans le but de reconnaître si les trompes sont perméables, et d'en déduire que la stérilité peut être la conséquence de leur imperméabilité ; puis, de faire disparaître certaines de ces imperméabilités, celles qui sont causées par des bouchons muqueux, et de rendre possibles des grossesses ultérieures ; enfin de constituer le traitement complémentaire de la salpingostomie.

Les contre-indications sont les cardiopathies et le nervosisme, les lésions inflammatoires aiguës ou subaiguës utéro-annexielles, la période menstruelle.

Avec un dispositif ingénieux, les auteurs insufflent de l'oxygène sous une pression qui ne doit jamais dépasser 22 cmc. de mercure, dans l'utérus, d'où il passe dans les trompes.

Les auteurs ont utilisé cette méthode dans 76 cas : 43 fois, le passage du gaz a été positif. Les accidents n'ont été impressionnants que deux fois : il y avait eu une trop brusque augmentation de pression dans un cas ; dans l'autre, la grossesse se révéla aussitôt et fut extra-utérine.

« A condition qu'elle soit employée prudemment et avec une technique aussi rigoureuse que possible, l'insufflation tubaire est capable de rendre de grands services dans le domaine de la stérilité. » (*Rev. franç. de gynécol. et d'obstétr.*, 25 février 1925.)

La selle asthéniante des constipés ptosiques.

Au lieu de la sensation de bien-être habituellement ressentie par les constipés d'habitude après une évacuation, les malades dont s'occupe ici M. Matignon ressentent, pendant quelques minutes, une demi-heure, même une heure, une im-

pression de lassitude, d'abattement, de défaillance.

Si l'on prend soin de les examiner soigneusement, on constate que ce sont des ptosiques, chez lesquels on observe la douleur signal de Leven ; la masse fécale accumulée dans l'anse sigmoïde et le rectum forme une sorte de coussin qui soutient le paquet intestinal. Dès qu'elle a été expulsée, le paquet intestinal tombe et tiraille le plexus solaire, d'où les sensations d'asthénie signalées ici par l'auteur.

En pareil cas, la prescription d'une bonne sangle intestinale s'impose. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 22 mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la résorption des sels de bismuth.

(MM. Levaditi et Nicolau, et Mlle Schoen. — *Académie de médecine* ; 24-3-1925.)

Utilisant une méthode histo-chimique, dérivée de la technique de Léger-Aubry, qui permet de caractériser le métal dans les tissus, M. Levaditi a recherché quel était le mode de résorption des sels bismuthiques injectés dans le muscle chez le lapin.

Le tartro-bismuthate insoluble donne les résultats suivants. Le bismuth est décelable du premier au vingt-cinquième jour. Dès les premiers jours, il y a nécrose des fibres musculaires puis, au bout d'une semaine, régénération de ces fibres. Les organes, le rein en particulier, ne sont pas lésés.

Le même sel, sous forme soluble (tartro-bismuthate sodico-potassique) agit différemment. On constate une imprégnation bismuthique diffuse des tissus, une partie minime seulement du bismuth introduit étant précipitée en grains amorphes. On a l'impression que le métal, après s'être associé aux matières protéiques tissulaires, est assimilé rapidement. L'absorption et l'élimination étant massives, le filtre rénal s'en ressent et réagit (avec des doses assez élevées) par des lésions glomérulo-tubulaires.

M. Levaditi termine en concluant que :

1° La résorption du bismuth administré par voie intra-musculaire est fonction de sa solubilité. Alors que les dérivés insolubles persistent pendant fort longtemps dans le muscle et ne se résorbent que lentement, les composés solubles sont assimilés rapidement. L'élimination brutale de ces dérivés solubles peut provoquer des altérations rénales, absentes chez les animaux traités par les sels insolubles.

2° Les préparations insolubles du bismuth pénètrent dans la circulation après solubilisation et formation de composés protéo-bismuthiques. C'est sous cette forme dissimulée que le métal circule dans l'organisme.

3° Le dépôt bismuthique à la formation duquel doivent contribuer les phagocytes, très abondant pour les sels insolubles, est retenu de longs mois dans les muscles et éliminé très lentement en petites quantités. Or ces quantités minimes suffisent pour assurer à chaque instant la destruction du tréponème (Levaditi et Girard).

L'insuline dans la cure du diabète.

(MM. Chabanier, Lebert et Lobo-Onell. — *Académie de médecine* ; 24-3-1925.)

Les indications de l'insuline dans le traitement du diabète ne sont pas comprises de la même façon par tous les auteurs. Certains voient dans l'insuline une médication à réserver aux accidents graves du diabète, à l'acidose, au coma diabétique, aux cas chirurgicaux, etc., une médication symptomatique en un mot. D'autres, et M. Chabanier en particulier, estiment que l'insuline peut et doit constituer un traitement de fond, une cure générale du diabète. tout au moins des formes sérieuses de cette maladie,

L'auteur applique l'insuline sous forme de cures effectuées régulièrement, à doses assez élevées. De plus, profitant de ce que le médicament transforme le diabétique en un sujet voisin de la normale, il en profite pour lui donner la plus grande quantité possible d'hydrates de carbone. Pour lui, l'insuline constitue la base de la thérapeutique du diabète, la restriction hydrocarbonée du régime n'étant que secondaire.

On a fait à cette méthode une objection : la nécessité de mettre en jeu des quantités notables d'insuline, d'où un prix élevé du traitement. M. Chabanier, pour répondre à cette difficulté, a préparé et emploie un extrait pancréatique total dont l'activité lui a paru au moins aussi grande que celle des insulines du type purifié et dont le coût est beaucoup moins élevé.

L'auteur expose aujourd'hui les résultats qu'il a obtenus en ayant recours à cette méthode dans 160 cas, dont 157 diabètes et 3 acidoses chez des sujets non diabétiques.

Le traitement de fond du diabète grave par l'insuline donne à l'habitude des rémissions, quelquefois des arrêts de l'évolution de la maladie. Il est,

dans ces conditions, bien des fois nécessaire de recourir à des cures répétées, tous les trois mois, par exemple, chez les enfants principalement, le diabète infantile étant, d'une façon générale, plus grave que le diabète de l'adulte. M. Chabanier pense même que, chez l'enfant, il est préférable de recourir d'emblée à l'insuline dès l'apparition des premiers symptômes sans pour ainsi dire faire l'essai du traitement de restriction.

Chez les diabétiques qui ont à subir une intervention chirurgicale, dans les acidoses non diabétiques, l'insuline est nettement indiquée.

L'iode dans l'air de la pleine mer.

(MM. A. Loir et Legangneux, du Havre. — *Académie de médecine* ; 24-3-1925.)

Il faut différencier l'air de la pleine mer de l'air du bord de la mer, le climat du large et le climat côtier. Celui-ci se caractérise par son inconstance, alors que le climat marin possède une grande égalité au point de vue thermométrique, barométrique et hygrométrique.

Mais là ne se borne pas la différence. Tous ceux qui ont écrit sur l'air du large et ses effets insistent sur certaines propriétés de cet air que l'on a attribuées à la pureté de l'atmosphère, à la présence d'ozone, d'oxygène condensé, à des corps chimiques.

MM. Loir et Legangneux ont fait une étude de l'iode de l'eau de mer et de l'air marin. La dose d'iode contenue dans l'eau de mer n'est pas identique partout. Elle est très élevée au-dessus des champs d'algues, végétaux qui condensent cette substance à leur niveau. Pour ce qui concerne l'air de la pleine mer, il renferme une quantité d'iode organique (fixé aux cellules des êtres microscopiques, infusoires et algues, emportés par les vents), treize fois plus grande que dans l'atmosphère de la ville.

Cette forte proportion d'iode, disent les auteurs, que l'on troouve dans l'air marin du large concourt sans doute à donner à l'atmosphère marine les qualités toniques qui lui sont propres. De plus, il faut songer que cet iode est apporté à l'être humain à l'état organique, facilement assimilable.

Corps étrangers, d'origine traumatique, de l'articulation du coude.

(MM. Pigeon, Bernard et Jonathan, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 4-2-1925.)

MM. Pigeon, Bernard et Jonathan ont traité six malades, à l'hôpital militaire d'Alger, atteints de corps étrangers du coude d'origine traumatique, ayant pris naissance à la suite d'une fracture partielle du condyle huméral. La symptomatologie était peu considérable et consistait en limitation des mouvements articulaires de flexion et d'extension. La palpation permit, chez trois malades, de sentir les corps étrangers qui, par ailleurs, furent reconnus par la radiographie. Quatre fois, l'opération fut nécessaire et confirma le diagnostic.

L'examen des cholécystites chroniques.

(M. Lauwers, de Courtrai. — *Société de chirurgie* ; 11-2-1925.)

M. Proust présente un rapport sur un travail de M. Lauwers, de Courtrai, concernant 129 interventions chirurgicales pour lithiase biliaire.

Dans le diagnostic des cholécystites chroniques, l'auteur recommande une méthode qu'il a soigneusement réglée et qui consiste à comparer et à superposer les diverses radiographies du carrefour sous-hépatique prises au cours d'un repas baryté. On observe ainsi que l'estomac, le duodénum et l'angle hépatique du côlon présentent des petits diverticules de traction convergeant vers le même point vésiculaire.

Le Dr Lauwers insiste d'autre part sur les procédés actuels d'exploration des voies biliaires, l'épreuve de l'indigo-carmin et celle de la phénolphtaléine tétrachlorée. M. Proust rappelle à ce propos que Rowntree a montré qu'une des propriétés de la phénol-phtaléine tétrachlorée était de s'éliminer presque entièrement par la bile. Héliodoro Mogena a fait très justement remarquer que les phtaléines s'éliminaient différemment selon les variétés de leur formule chimique. Ainsi la phénolphtaléine s'élimine à la fois par l'urine et par la bile. La phénol-*sulfo*-phtaléine est éliminée presque exclusivement par le rein alors que la phénol-*chloro*-phtaléine s'élimine au contraire à peu près entièrement par la bile. De même, pour la phénolphtaléiné bromée ou iodée dont l'accumulation dans la vésicule biliaire donne à celle-ci une visibilité radiographique toute particulière.

Acidose et coma chloroformique. Guérison par l'insuline.

(M. J. Lafourcade, de Bayonne. — *Société de chirurgie* ; 11-2-1925.)

M. Lafourcade a opéré une jeune femme de vingt-sept ans qui présenta, consécutivement à l'anesthésie chloroformique, des accidents hépatiques graves (ictère, coma) qu'il traita par des injections d'insuline. La guérison fut rapide.

— M. Paul Thiéry appelle à ce propos l'attention sur la disparition du sucre dans les urines après l'administration de l'insuline, ce qui, dans certains cas médico-légaux, est intéressant. Ainsi, chez un accidenté du travail qui avait succombé à une arthrite traumatique purulente, M. Thiéry, commis comme expert, allait conclure à une mort par septicémie : les urines ne contenaient pas de sucre. En réalité il s'agissait d'un diabétique traité par l'insuline, le résultat négatif de l'analyse d'urine ayant été dû au traitement.

Orchites aiguës et subaiguës primitives de l'enfance.

(M. Albert Mouchet. — *Société de Pédiatrie de Paris.* 16-12-1924.)

A côté des orchites secondaires à une affection uréthrale, des orchites dues à une maladie infectieuse (oreillons, variole, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.), il existe un groupe d'orchites de l'enfance qualifiées de primitives qui étaient attribuées autrefois au traumatisme ou à la tuberculose (Broca). Ombrédanne montra en 1913 qu'un bon nombre de ces orchites sont dues à des torsions du cordon spermatique, soit intra, soit extra-vaginales. M. Albert Mouchet pense qu'il faut faire une place aussi à des orchites relevant de la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni. Pour lui, dans ces orchites dites primitives de l'enfance, on doit distinguer deux formes : une aiguë, causée par des torsions du cordon et une subaiguë due à des torsions de l'hydatide de Morgagni. En présence de l'un ou l'autre syndrome, d'ailleurs, il convient d'opérer : l'enfant a tout à gagner ; il a même à sauver son testicule.

La fièvre de Malte à Paris.

(MM. Pierre Paul Lévy et A. Baranger. — *Soc. de Pédiatrie* ; 16-12-1924.)

MM. Pierre-Paul Lévy et Baranger signalent à nouveau l'existence de la fièvre méditerranéenne à Paris. Ils estiment que cette affection est dans la région parisienne beaucoup moins rare qu'on ne l'imagine et que l'on impute à tort, quelquefois, à d'autres états morbides (fièvre typhoïde, rhumatisme, tuberculose, ostéomyélite, etc.), les signes cliniques d'une mélitococcie méconnue.

Calcul biliaire géant (volume d'un œuf de dinde).

(M. Victor Pauchet. — *Société de médecine de Paris* ; 13-2-1925.)

M. Victor Pauchet montre un calcul géant de la vésicule biliaire, le plus gros calcul qu'il lui a été donné de voir : il atteint le volume d'un œuf de dinde et pèse 100 grammes.

Le malade était soigné pour troubles psychiques depuis plusieurs années. Il accusait une constipation chronique et de la stase intestinale. On sait le rôle que fait jouer Lane à la stercorémie dans la genèse des états psychopathiques. Un chirurgien américain, Cotton, opérant dans un asile d'aliénés et de nerveux, a pu améliorer et guérir un certain nombre de ces malades en intervenant sur leur intestin et en modifiant la stase stercorémique.

Traitement chirurgical des « poches » sous les yeux

(M. Bourguet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 13-2-1925.)

M. Bourguet attribue les « poches » sous les yeux à des hernies graisseuses de l'orbite, à la saillie de ces masses de graisse entre les muscles de l'œil. Il traite cette défectuosité de l'esthétique faciale par la résection des dites hernies, faite par voie conjonctivale.

— M. Félix Regnault estime que les poches sous les yeux, bien connues des médecins, dérivent surtout de fatigues excessives, d'une mauvaise alimentation, de l'état des urines. Quand on modifie l'hygiène, elles rétrocèdent généralement, en laissant souvent il est vrai des rides.

— M. Natier pense également qu'en restaurant l'état physique général, les paupières reviennent à l'état normal, chez les sujets jeunes tout au moins.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Deux cas de sclérose latérale amyotrophique.

MM. Bériel et Branche présentent deux observations de sclérose latérale amyotrophique offrant cette particularité clinique de montrer, à côté de symptômes classiques, une paralysie d'un pied avec abolition du réflexe achilléen et steppage. Les auteurs attribuent cette anomalie à une extension du processus à un point limité des cornes antérieures du segment sacré de la moelle.

Néphrites hématuriques. Deux cas guéris par le traitement chirurgical.

M. Giuliani rapporte deux cas de néphrite hématurique, affection dont les caractères cliniques sont assez nets, mais la cause assez obscure. L'hématurie est le seul symptôme ; elle est le plus souvent unilatérale, intermittente, abondante. La durée est très longue, et le sang ne coagule pas : ce dernier caractère serait très important. On ne trouve parfois aucune lésion rénale, mais le plus souvent il y a de la sclérose parcellaire. Le traitement chirurgical de ces néphrites donne des résultats remarquables : néphrotomie ou décapsulation. Les deux malades de M. Giuliani ont été guéris par l'intervention.

Deux cas de leucémie myéloïde traités par la radiothérapie seule.

M. Nogier a traité avec succès deux malades atteints de leucémie myéloïde par la radiothérapie. Le premier de ces malades avait avant le traitement 3.500.000 globules rouges et 300.000 globules blancs ; après le traitement, 5.100.000 hématies et 20.000 leucocytes. Il avait en outre engraissé de 7 kil. 500. Le second malade vit sa formule passer de 3.200.000 à 4.800.000 hématies et de 418.000 à 10.000 leucocytes. Le gain de poids fut de 9 kil.

Importance de l'orientation du malade en héliothérapie.

M. Nogier fait observer qu'une des lois fondamentales de la photométrie, la loi de Lambert, est souvent méconnue en héliothérapie. Cette loi montre que l'efficacité d'un traitement par le soleil est considérablement diminuée si le soleil éclaire la peau obliquement. Il faudrait donc disposer le malade sur un lit incliné de telle sorte que les rayons solaires l'atteignent normalement. A défaut d'un tel lit, on doit disposer le malade de manière à ce que les rayons le frappent de flanc. Que l'on adopte l'une ou l'autre position, il faut, le soleil n'étant pas fixe, la corriger souvent : pour cela, M. Nogier a imaginé un appareil appelé indicateur de zénith, simple tige montée perpendiculairement sur un disque de bois et qui placée sur la peau du malade ne doit donner aucune ombre.

Fistule urétérale guérie au lendemain d'un cathétérisme urétéral.

M. Creyssel présente, au nom de MM. Wertheimer, Labry et au sien, une observation que nous résumerons ainsi : femme de 46 ans, opérée en mai 1924 pour cancer du corps utérin ; quinze jours après établissement d'une fistule urétéro-vaginale droite. Cathétérisme des uretères facile à gauche, difficile à droite, où l'on ne recueille pas d'urine. Le lendemain, la malade ne perd plus d'urine. Une nouvelle tentative de cathétérisme pratiquée six mois après montre que la sonde bute à quelques centimètres de la vessie ; l'uretère droit est donc oblitéré. Le pronostic dans de tels cas doit être réservé.

Intervention itérative pour ulcéro-cancer.

M. Creyssel relate, au nom de MM. Delore et Rougemont et au sien, l'histoire d'un patient opéré en octobre 1919 pour ulcus gastrique datant de dix ans. L'ulcère n'avait pas alors paru suspect de dégénérescence et on avait fait une gastro-entéro-anastomose postérieure. Le malade revient cinq mois après avec des douleurs, des vomissements, des hématémèses, de l'amaigrissement. La laparotomie montra qu'il existait un néoplasme très adhérent de la région prépylorique. Toute exérèse étant impossible, on dut se borner à faire une deuxième gastro-entérostomie antérieure. Cette observation est un argument en faveur de la résection des ulcères gastriques, toutes les fois qu'elle est possible.

La radiographie de la colonne dorsale chez l'adulte en positions obliques.

M. Badolle, rappelant que l'on a récemment reproché à la radiographie de laisser passer souvent inaperçues des lésions de la colonne vertébrale, pense que cela est dû à une insuffisance de technique tenant à ce que l'on se contente le plus souvent d'une radiographie antéro-postérieure. Or, celle-ci donne des images souvent insuffisantes ou même trompeuses. D'autre part la radiographie de profil est pratiquement impossible. C'est donc à la radiographie en position oblique que M. Badolle recommande d'avoir recours, et il en indique longuement la technique.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Vachey présente un malade du service du professeur Bérard qui avait avalé son râtelier. L'œsophagoscopie ne permit pas de découvrir le corps étranger accroché dans la muqueuse œsophagienne. La radioscopie put seule le localiser. L'intervention fut très simple et permit d'extraire rapidement le corps. On ne ferma pas complètement la plaie par laquelle on fit pénétrer dans l'œsophage une sonde servant à la fois à l'alimentation et au drainage.

Ectropion consécutif à une fistule palpébrale d'origine sinusienne.

M. Robert Rendu montre un malade atteint *depuis une trentaine d'années* de sinusite fronto-maxillaire évoluant d'une façon indolore, et compliquée il y a six mois d'un abcès palpébral dont la fistulisation amena un ectropion très accusé. Une cure radicale de la sinusite tarit complètement la fistule. L'ectropion persiste bien qu'atténué, et l'on pense le faire disparaître par une blépharoplastie partielle.

Société médicale des hôpitaux.

Insuffisance aortique fonctionnelle dans un cas d'aortite chronique.

MM. Bouchut et Bourrat rapportent le cas d'un homme de 56 ans, ayant eu la syphilis à 26 ans, incomplètement soignée, venu à l'hôpital pour de la bronchite. On découvre chez lui une insuffisance aortique typique : choc de la pointe brusque et étalé, souffle diastolique maximum entre la pointe et l'appendice xiphoïde, s'entendant aussi à la base et tout le long du sternum. Signes périphériques au complet. Mort presque subite dix jours après l'entrée. A l'autopsie, aortite étendue sans aucune lésion des valvules sigmoïdes ; gros cœur. Dans ce cas, il était impossible cliniquement de ne pas porter le diagnostic d'insuffisance aortique organique par aortite spécifique. Il est en effet exceptionnel de rencontrer, dans les insuffisances fonctionnelles, les signes périphériques avec autant de netteté.

M. Gallavardin, à propos de la communication ci-dessus, remarque que l'insuffisance aortique fonctionnelle lui apparaît comme beaucoup plus fréquente qu'il ne le pensait autrefois ; elle peut se

voir dans l'aortite syphilitique. Pour M. Gallavardin, la dilatation de l'aorte est le facteur essentiel de l'insuffisance fonctionnelle, contrairement à l'opinion de MM. Laubry et Doumer qui la font dépendre de la dilatation du ventricule. Un autre intérêt de l'observation de MM. Bouchut et Bourrat réside dans ce fait qu'il existait chez leur malade une hypotension diastolique marquée (5 1/2 pour 15 de tension systolique), ce qui entraînait toute la série des signes périphériques.

Gangrène pulmonaire avec métastases gangréneuses.

MM. Bouchut et J. Dechaume exposent l'observation d'un homme de 51 ans, entré à l'hôpital pour de la toux, de la fièvre et de l'amaigrissement. A l'entrée on constatait les signes d'une hépatisation du tiers supérieur du poumon gauche, confirmée par la radioscopie et pouvant faire penser à une tuberculose de type pneumonique. Mais l'expectoration et l'haleine fétides, l'absence de B. de Koch dans l'expectoration qui renfermait au contraire de nombreux anaérobies (B. ramosus, lithoïdes, fusiformis) fit porter le diagnostic de gangrène pulmonaire. Un pneumothorax thérapeutique fut institué, puis successivement furent pratiquées des injections de néosalvarsan, un abcès de fixation, un traitement sérothérapique (sérum antiperfringens, antivibrion, anti-œdématiens), le tout sans résultat.

Quinze jours environ après l'entrée, l'état général restant mauvais, la température oscillant entre 39 et 40°, on vit apparaître une zone inflammatoire rouge au niveau du thorax, puis une autre sur le bord externe du pied gauche ; ces points se transforment rapidement en placard œdémateux d'où la ponction retire un liquide puriforme très fétide. Ces foyers sont incisés. L'examen bactériologique montra dans leur contenu les mêmes anaérobies que dans l'expectoration. Le malade mourut le lendemain de l'intervention et l'autopsie confirma le diagnostic de gangrène pulmonaire avec métastases.

Cheiromégalie syringomyélique avec arthropathie et troubles sympathiques associés.

MM. Froment, Japiot et A. Josserand ont observé un homme de 44 ans qui depuis plus de vingt ans a vu apparaître les signes d'une syringomyélie (panaris, thermo-anesthésie, hémosudation). Actuellement il présente une arthropathie énorme de l'épaule droite et des mains massives, trapues, boudinées, en battoir. La face et les pieds sont indemnes, ce qui élimine l'acromégalie. On note une hémosudation très exagérée à droite, un réflexe pilo-moteur à peine ébauché sur la face interne du bras droit, mais un peu plus marqué à gauche. Enfin l'examen au Pachon montre des oscillations plus fortes à droite, du côté de l'arthropathie. Un traitement radiothérapique a amené en quelques jours une amélioration considérable tant de l'arthropathie que la cheiromégalie.

Rétrécissement mitral d'origine athéromateuse.

MM. A. Dumas et Brochier montrent un cœur dont l'orifice mitral est *obstrué* par des plaques athéromateuses et non véritablement rétréci comme dans la sténose endocarditique. Cliniquement il n'y avait qu'une ébauche de rythme mitral, avec une vibration un peu dure de la mitrale sans frémissement.

Dilatation des bronches. Lipiodol.

M. Pallasse présente l'observation d'une femme atteinte de cancer du sein inopérable et ayant en même temps des symptômes pulmonaires : toux, expectoration purulente, matité, souffle cavitaire, râles humides, retentissement de la voix et de la toux à la base gauche. Pas de B. de Koch. Wassermann négatif. La radioscopie ne montrait pas de signes cavitaires. La radiographie (Dr Badolle) faite après injection de lipiodol montra une dilatation cylindroïde des bronches, ce qui fut confirmé par l'autopsie.

M. Badolle souligne le progrès que la pratique des injections de lipiodol a fait faire, ces derniers temps, au diagnostic de la bronchectasie. Celle-ci, en effet, ne donne à la simple radioscopie que des images peu caractéristiques.

Coexistence chez le même malade d'un rein complètement atrophique et d'un rein atteint de lésions aiguës.

MM. Bard, Bocca et J. Barbier présentent les reins d'un malade entré à l'hôpital avec de la dyspnée, de l'hypertension (25/17), des urines pâles, très fortement albumineuses, 1 gr. 75 d'urée par litre dans le sang.

Ces accidents étant de date récente, on pouvait penser à une néphrite aiguë, mais les urines pâles, la forte hypertension, firent pencher le diagnostic vers celui de poussée aiguë survenue sur un fond de néphrite chronique. A l'autopsie, on trouva en effet un rein réduit à un moignon fibreux ne renfermant plus aucune substance rénale ; l'autre présente un aspect rappelant celui de la néphrite aiguë. A noter que l'atrophie rénale unilatérale était restée cliniquement latente.

L'athrepsie par carence.

MM. Mouriquand, P. Michel, Bertoye et Bernheim ont réalisé expérimentalement chez le jeune cobaye un véritable « état athrepsique » : perte de poids, fonte presque complète du tissu adipeux, ratatinement de l'intestin, diminution de volume du foie et de la rate. Les cobayes en expérience avaient été soumis au régime du scorbut aigu.

Accoutumance aux eaux minérales.

MM. Mouriquand, P. Michel et Milhaud ont montré, dans des publications antérieures, que l'eau de Challes, en injection ou en ingestion, précipite nettement l'apparition des signes du scorbut chez les cobayes soumis à une alimentation dépourvue de vitamine C ; même chez les animaux soumis à un régime équilibré, traités par la même eau, on voit apparaître un syndrome du type scorbutique. Mais cette action de l'eau de Challes n'est que passagère : malgré que son administration soit continuée, les accidents s'atténuent et finissent par disparaître ; il se fait une sorte d'*accoutumance*.

Ces faits expérimentaux paraissent devoir être rapprochés de ceux connus depuis longtemps en clinique hydrologique sous le nom de poussée thermale ou fièvre thermale, manifestations anormales survenant au cours de la cure thermale (notamment dans les stations sulfureuses) : céphalée, fièvre, éréthisme cardio-vasculaire, éruptions cutanées, etc. Ces accidents sont également passagers et ensuite s'établit un état d'accoutumance.

Monoplégie crurale d'origine cérébrale.

MM. Bouchut et Dechaume ont observé une femme de 54 ans, qui à la suite d'un ictus avec perte de connaissance ayant duré quatorze heures, conserva une monoplégie crurale droite avec anesthésie de type radiculaire et abolition des réflexes tendineux, sans réaction de dégénérescence. Les auteurs pensent à une lésion corticale.

Endocardite infectieuse à forme typhoïde chez l'enfant.

MM. J. Chalier et Mollon relatent l'histoire d'une fillette de 12 ans entrée à l'hôpital comme suspecte de fièvre typhoïde. Malade depuis huit jours, elle présentait : du météorisme, un foie et une rate énormes, de la submatité de la base droite, de la bronchite, une température de 40° ; par contre il n'y avait ni tuphos, ni taches rosées. La pâleur caractéristique de l'enfant orienta vers le diagnostic d'endocardite infectieuse que confirma la constatation de signes de rétrécissement mitral. Hémoculture négative. L'enfant mourut trois jours après son entrée après avoir fait un ictus suivi d'hémiplégie gauche. Autopsie : végétations saillantes, molles, ulcérées de la mitrale, zone d'endocardite pariétale au niveau du ventricule droit sur la cloison interventriculaire, avec caillot puriforme. L'endocardite infectieuse est exceptionnelle chez l'enfant.

Maladie de Landry dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

MM. J. Chalier, Ducroux et Mlle Schoen relatent l'observation d'une femme de 28 ans, ayant eu une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, et chez laquelle, après quatre jours d'apyrexie, s'installa brusquement une parésie des membres inférieurs. Le lendemain, la paraplégie est complète ; puis les membres supérieurs se paralysent à leur tour. Puis survient de la dyspnée et la malade meurt dans un accès de suffocation 48 heures après le début des accidents. L'examen histologique des centres nerveux (Dr Bériel) montra une chromatolyse des cornes antérieures et des noyaux bulbaires. Il s'agit donc d'un cas typique de maladie de Landry, au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne, éventualité rare.

Néphrite aiguë azotémique dans l'érysipèle de la face.

MM. J. Chalier et Ducroux rapportent une observation d'un homme de 24 ans, atteint pour la troisième fois d'érysipèle de la face : température 41°, dyspnée, angoisse, urines rares, brunâtres, fortement albumineuses, léger œdème malléolaire, bruit de galop, hypertension, urée sanguine : 3 gr. 58, cylindres granuleux et épithéliaux en abondance. Par la suite tous les signes s'amendèrent, malgré deux nouvelles rechutes de l'érysipèle et le malade ne conserva que quelques traces d'albumine.

L'euphorie thermique.

MM. Weill et Bertoye ont vu des nourrissons qui non seulement n'étaient pas affectés par leur hyperthermie, mais qui présentaient, au moment du maximum, une euphorie contrastant avec leur abattement au cours des températures normales. Cette euphorie thermique ne se voit que chez des nourrissons ayant dépassé la première année. Elle accompagne les fièvres rémittentes à grandes oscillations. Elle indique une période d'amélioration dans le cours de la maladie.

Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique.

MM. Bériel et A. Devic attirent l'attention de la société sur une forme de l'encéphalite épidémique à laquelle ils donnent le nom de forme périphérique, le virus paraissant se fixer, en pareil cas, sur les neurones périphériques. Ces formes se caractérisent cliniquement par des symptômes rappelant les polynévrites auxquels viennent s'ajouter au bout de quelque temps de la somnolence, de la confusion mentale, de la diplopie, etc.

Spirochétose ictérigène à forme méningée.

MM. Froment, Gaté et Ravault présentent l'observation d'un malade de 23 ans entré à l'hôpital avec un ictère assez foncé accompagné de signes méningés : raideur de la nuque, signe de Kernig, Brudzinski négatif. L'examen bactériologique des urines montrait la présence des spirochètes d'Inada et Ido. On retrouvait aussi des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait donc d'une spirochétose ictérique avec atteinte méningée, qui eut d'ailleurs une évolution bénigne. A. C.

Les Congrès

I

Le congrès franco-polonais.
Le congrès international de médecine et de pharmacie militaire.

Deux Congrès ont eu lieu, à Paris, la semaine dernière, qui ont, à des titres divers, présenté l'un et l'autre un puissant intérêt. Du Congrès franco-polonais, Noir, qui fut l'un des vice-présidents du comité d'organisation, parle aujourd'hui dans son « Propos du jour ».

Le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaire a été tout particulièrement réussi. Il a groupé en effet plus de 2.000 adhérents, et 46 nations y étaient représentées.

Il a débuté le lundi 20 avril par une séance inaugurale qui avait pour cadre le grandiose amphithéâtre de la Sorbonne, et qui fut présidée par M. le médecin inspecteur général Vincent, en présence de M. G. Doumergue, Président de la République. Le Gouvernement avait délégué M. Ossola, sous-secrétaire d'Etat à la guerre. Le professeur Tuffier, président d'honneur, était assis auprès du président de la République. Sur l'estrade, nous avons reconnu le ministre du commerce, le maréchal Foch, le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecin de Paris, etc.

Le médecin inspecteur général Vincent a prononcé un discours magistral dans lequel il a montré quel est le rôle complexe du médecin dans l'armée ; il a également mis en relief l'importance primordiale des laboratoires, « instruments indispensables de la lutte contre les maladies et contre les complications septiques des plaies ». J'ai remarqué tout spécialement quelques propositions, énoncées comme d'heureuses formules à retenir. « Pour le médecin, il n'existe pas, à vrai dire, de période de paix... Les germes pathogènes, ces ennemis silencieux, ainsi qu'on les a appelés, ne connaissent guère de trêve ; ils ne désarment jamais... » Appliquée par le médecin inspecteur Vincent au médecin militaire, cette formule est tout aussi rigoureusement vraie pour tous les praticiens, à quelque milieu qu'ils appartiennent. « Ce sont les lois de la clinique et de la prophylaxie qui conditionnent à sa base le fonctionnement du Service de Santé des armées en temps de guerre. Ce sont les mêmes lois qui régissent essentiellement ses principes en temps de paix ».

Quand il a rappelé que, contrarement à tous les précédents, la grande guerre avait vu une lutte victorieuse menée contre les maladies infectieuses en général, et contre la fièvre typhoïde en particulier, une véritable ovation l'a salué, comme l'inventeur des vaccins antityphoïdiques qui furent l'arme essentielle de cette lutte.

Le général della Valle, président du IIe Congrès de 1923, à Rome, et M. Ossola, au nom du Gouvernement, ont prononcé des allocutions que saluèrent de chaleureux applaudissements.

En dehors des séances de travail qui se tinrent le matin au Val-de-Grâce, en dehors des démonstrations techniques de l'après-midi, toute une série de manifestations se déroulèrent qui furent particulièrement goûtées des congressistes. Le lundi soir, une soirée artistique à la Sorbonne, suivie d'une brillante réception du Président du Congrès. Le mardi, une non moins brillante réception à l'Hôtel de Ville et une splendide soirée de gala à l'Opéra, avec *Samson et Dalila,* et la *Nuit Ensorcelée,* au programme. Le mercredi, une excursion à Versailles. Le vendredi, au Bourget, une démonstration d'aviation sanitaire. Le samedi, une visite à l'hôpital Percy, à Issy-les-Moulineaux, et le soir, un grand banquet de clôture.

Nous reviendrons en détails sur les différents travaux du Congrès ainsi que sur l'Exposition industrielle qui y était annexée.

J'ai voulu, sans plus attendre, en souligner ici le succès. Ce succès a été dû, en très grande partie, à une organisation remarquable qui fit notre admiration à tous, où rien n'avait été laissé au hasard. Gouverner, c'est prévoir, dit-on couramment. Prévoir, c'est aussi la condition primordiale de la réussite de toutes les entreprises. Le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires fut, à cet égard, un chef-d'œuvre de prévision.

Il faut en rendre hommage au Commissaire Général du Congrès, M. le médecin principal Uzac, de la direction du service de santé au ministère de la guerre, aidé par le médecin-major Vincent, et d'autres collaborateurs parmi lesquels il m'est particulièrement agréable de citer mon bon camarade et ami, le médecin major de 1re classe Magnoux, de la section technique du Service de santé.

Ce n'est que justice.

G. Duchesne.

II

Groupement des oculistes du Nord et du Pas-de-Calais (1)

Un cas de décollement rétinien guéri par la sclérectomie non perforante.

Dr Vitou (de Roubaix). — Mme D..., 58 ans, se présente à ma consultation pour la première fois le 15 septembre. Elle a perdu presque complètement la vue de l'œil droit, sans raison appréciable, depuis deux ou trois jours. Elle est myope, son œil gauche est dans son état normal.

De l'œil droit elle ne voit rien ni en face ni dans la partie interne du champ visuel. Je constate un décollement dans les parties correspondantes de la rétine.

Mme D... est soumise à un traitement médical sans modification appréciable de son état jusque vers le 10 novembre.

A cette date elle entre à l'hôpital de Watrelos où le Dr Bettremieux est appelé à l'examiner le 14 de ce mois. Le lendemain il lui fait une sclérectomie péricornéenne non perforante. Les suites de l'opération furent des plus simples.

Le 21 novembre j'ai revu Mme D... avec le Dr Bettremieux, j'ai constaté qu'elle voit dans toute l'étendue du champ visuel.

Le 12 décembre, il y avait depuis quelques jours des signes de moins bien se traduisant objectivement par un soulèvement léger d'une partie de la rétine, subjectivement par une hésitation dans la bonne perception des objets au point correspondant du champ visuel. Il fut procédé à une deuxième sclérectomie : la première avait été faite le long du bord inférieure de la cornée, celle-ci fut pratiquée tangentiellement au bord supérieur.

Le résultat fut très satisfaisant comme cela s'était produit dans les quelques cas où un décollement ayant été guéri par la sclérectomie péricornéenne non perforante, une seconde opération, de renfort pour ainsi dire, a été pratiquée dans les semaines ou les mois qui ont suivi.

M. Bettremieux rappelle qu'il y a un an il a présenté trois cas de décollement rétinien guéris par la sclérectomie, un ancien et deux récents. Il est heureux de constater que l'observation de M. Vitou montre une fois de plus l'efficacité de cette opération si simple, si constamment inoffensive, contre une affection qui passe pour presque toujours incurable.

A une demande de M. Vanhoutte relative au pourcentage de guérison, il répond que, sans rien affirmer, il croit que, pour les cas récents, le chiffre indiqué par M. Wibo (de Bruxelles), 50 %, n'est pas exagéré.

Il ne croit pas que la sclérectomie équatoriale de Wicherkiwicz, dont parle M. Vanhoutte, puisse avoir une efficacité comparable à celle de la sclérectomie péricornéenne parce que le cercle veineux péricornéen est un affluent des voies de la circulation sanguine de retour de l'œil qui n'a pas son équivalent dans aucune autre partie de la sclérotique.

A la demande de M. Cuvillier, M. Bettremieux rappelle la technique qu'il emploie : après instillations d'adrénaline et de cocaïne, dissection de la conjonctive à partir du limbe cornéen à la partie inférieure de l'œil sur une longueur d'environ 15 à 18 millimètres bien à ras de la sclérotique ; fixation avec un fin crochet à chalazion ou mieux une pince spéciale à sclérectomie de petits copeaux superficiels de sclérotique qu'on excise avec un fin couteau de Graefe coupant bien, de façon à créer une rainure longue de 10 à 12 millimètres. Après une incision de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival aux deux extrémités de la dissection initiale, application de deux sutures ramenant soigneusement la conjonctive et le tissu sous-conjonctival de façon qu'ils recouvrent largement l'incision sclérale.

A une question de M. Cuvillier, M. Bettremieux répond qu'il croit cette manière de disséquer le lambeau conjonctival préférable à celle qui consisterait à disséquer la conjonctive et le tissu sous-conjonctival en sens inverse en les laissant adhérents au limbe cornéen.

Accident de travail et état antérieur

Dr Bettremieux. — J'avais demandé à vous dire quelques mots de l'état antérieur dans la question des accidents du travail quand j'ai lu dans le numéro de novembre du *Concours médical* un travail très documenté sur cette question, signé par le Dr Paul Boudin.

Notre confrère rappelle qu'il y a deux thèses : celle suivant laquelle le médecin doit mentionner dans son certificat initial tout ce qu'il sait comme s'il était un expert et celle qui considère que le médecin, lié par le secret professionnel, doit se borner à décrire la matérialité du traumatisme sans mentionner les maladies ou lésions coexistantes, les diathèses, etc. Il ne paraît pas douteux que nous n'avons pas le droit, comme médecin traitant, de révéler à un patron les tares dont peut être atteint son ouvrier ; nous risquerions de lui faire perdre son travail. Le patron, s'il craint que ses intérêts ne soient pas sauvegardés, a la ressource de la contrevisite et le médecin du blessé pour se tenir prêt à répondre à un moment donné sur des questions relatives à l'état antérieur peut prendre des notes sur la fiche qui reste entre ses mains.

Dans le plus grand nombre des cas, le sinistre aboutit à une reprise pure et simple du travail et, toute divulgation d'un état antérieur aurait été une indiscrétion inutile.

Si au contraire, lors de la consolidation, le blessé se plaint d'une incapacité permanente, il est presque

(1) Réunion du 23 novembre 1924.

toujours visité par un médecin contrôleur, ou un expert ; son bilan pathologique n'est plus un secret et à ce moment, je crois, le médecin du blessé peut dire tout ce qu'il sait.

Le Dr Boudin est d'avis, que le médecin du blessé dans son certificat initial ne doit pas tenir compte de l'état antérieur, mais il admet que dans certains cas, en raison d'une constatation quelconque il puisse se croire obligé de faire mention dans son certificat d'une lésion préexistante. A mon avis le secret professionnel s'accommode mal d'une formule comme celle-là. Elle revient à dire, si je comprends bien, que le médecin peut à son gré révéler ou non dans le certificat initial ce qui a trait à l'état antérieur.

Il est à souhaiter que nous suivions une ligne de conduite uniforme ; celle que je crois la meilleure consiste à respecter complètement et toujours le secret professionnel au moment de la rédaction du certificat initial et pendant toute la durée du traitement et à nous considérer comme pouvant dire tout ce que nous savons au moment de la rédaction du certificat final si le blessé se croit atteint d'une incapacité permanente.

Une longue discussion s'engage d'où il résulte que l'opinion générale est en faveur du respect absolu du secret professionnel au cours du traitement tandis que les avis diffèrent en ce qui concerne le droit du médecin traitant de dire tout ce qu'il sait dans le certificat final.

Plusieurs confrères souhaitent que la question soit discutée à nouveau devant une autre société.

Les Livres

A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris, 6e.

Dr Durupt. — **Microméthodes et semi-microméthodes appliquées aux analyses chimiques du sang et des humeurs.** (Un volume in-32 de 288 pages avec 22 figures. Prix : 15 francs.)

Jusqu'à maintenant les littératures allemande et américaine étaient à peu près les seules à posséder des recueils de techniques microchimiques ; encore, ne trouvait-on pas réunies en un même manuel toutes celles qui intéressent le médecin.

L'auteur nous présente un véritable précis d'analyse chimique quantitative appliquée aux petites quantités de sang ou de liquides organiques. L'intérêt de ces techniques ne peut échapper à aucun médecin et la possibilité de doser les azotes, le sucre, l'ammoniaque, les chlorures, l'alcalinité, les graisses, la cholestérine, l'acide urique et l'eau du sang avec 2 ou 3 gouttes de ce liquide est susceptible de faire faire à la clinique des progrès importants.

Les micro-méthodes offrent autant d'exactitude que les macrométhodes ; elles ne nécessitent pas un personnel d'élite ni un matériel de haute précision. Elles ne demandent que l'observation de nombreux détails auxquels nous sommes initiés après la lecture du premier chapitre, concernant les règles générales de la micro-analyse.

Après l'exposé de toutes les micro-méthodes vraies, l'auteur place un chapitre concernant les semi-microméthodes, qui procèdent des mêmes principes que l'analyse chimique ordinaire, mais qui s'appliquent aux petites quantités de liquides organiques ou de sang.

Enfin, l'analyse des gaz du sang, qui semble être de la dernière actualité, est traitée avec des méthodes à la portée de tous.

Ce manuel est présenté en un format de poche, qui semble être le format de l'avenir.

Imprimerie R. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris.

Dr R. Martial. — **Conférence programme pour les élèves des écoles normales d'instituteurs** (une brochure, 30 pages).

L'auteur étudie, par une description très succincte, mais suffisante, la syphilis, la blennorrhagie, le chancre mou, pour en faire connaître toutes les redoutables conséquences personnelles, héréditaires et sociales. Il mentionne également certaines maladies parasitaires, comme la gale et les phtiriases.

Gaston Doin, éditeur, Paris.

Serge Voronoff. — **Greffe animale. Applications utilitaires au cheptel.** (Un volume 100 pages, illustré de 59 figures, 1925.)

Cet intéressant ouvrage est à lire en entier. Il comprend trois chapitres : greffe animale ; applications utilitaires de la greffe au cheptel ; procédé opératoire.

C'est le compte rendu *in extenso* d'une conférence faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences à Liège, le 24 juillet 1924.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'EMPLOI DES SÉRUMS, BOUILLONS-VACCINS, ETC... POUR LES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

Au début de février, je recevais, de notre confrère M... (de T...), une lettre me demandant avis sur l'emploi des sérums, bouillons-vaccins, immunizols, etc... en médecine d'accidents du travail. Au surplus, le plus simple est de transcrire tout bonnement cette lettre. La voici :

Mon cher confrère,

J'ai l'occasion actuellement d'employer fréquemment des *bouillons vaccins*, en l'espèce immunizols Grémy, pour des suppurations suites d'*accidents du travail* ; certains pharmaciens répugnent à livrer le produit, craignant qu'on ne le leur rembourse pas, comme étant une *spécialité*.

Je voudrais savoir s'il y a une jurisprudence d'établie à ce sujet ; si elle est favorable à ma thèse, je vous serais obligé de me la transmettre. S'il n'y a rien de fait, le *Sou* serait-il prêt à appuyer une action destinée à faire trancher le cas ? Les pharmaciens que j'ai prévenus, seraient consentants à engager une action ou à me la laisser engager en leur nom, ce qui pourrait se soutenir puisque je serais lésé dans mon droit de recourir au moyen de traitement le plus efficace, et que mon blessé ne peut pas recevoir les soins les meilleurs (et souvent les plus économiques) auxquels il a droit.

Dr M.

Engager une action, c'est parfait et le « Sou » y est toujours prêt, quand c'est désirable. Mais, auparavant, j'ai pensé que la première des actions à engager était de se renseigner sur ce que, nous médecins praticiens, nous étions en droit de faire (avec paiement patronal assuré) au point de vue pharmaceutique, dès maintenant, en l'état actuel des choses.

J'adressai donc la lettre du confrère à notre excellent président à la Sous-Commission du tarif Breton. Il me répondit aussitôt que la Sous-Commission pharmaceutique devant bientôt être réunie, il lui poserait la question et m'aviserait aussitôt après du résultat.

C'est ainsi que le 2 avril dernier, je reçus la lettre suivante qui fixe nettement les choses.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIÈNE
—
CONTROLE DES ASSURANCES PRIVÉES
—
CONTROLE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—
Paris le 2 avril 1925.

Monsieur le Dr Decourt, à Mitry-Mory.

Vous avez bien voulu me communiquer une lettre par laquelle M. le docteur M., à T., signale l'hésitation de certains pharmaciens à délivrer des produits pharmaceutiques utilisés pour le traitement des blessés du travail, tels que des bouillons vaccins, immunizols Grémy, parce qu'ils craignent que ces produits, considérés comme des spécialités, ne leur soient pas remboursés par les patrons.

L'article 1er de l'arrêté du 21 juin 1922 sur les frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail dispose, dans son deuxième alinéa, que « tous produits ne figurant pas dans ledit tarif seront taxés aux prix indiqués au tarif, dressé par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France ».

Or, toute une série de sérums de l'Institut Pasteur, ainsi que certains sérums, vaccins, etc... visés par la loi du 25 avril 1895, dont les fabricants ont été autorisés dans les conditions prescrites par l'article premier de cette loi, sont inscrits au tarif de ladite association. Le dixième bulletin de variations du même tarif contient aussi des sérums et des vaccins sans nom d'auteur, à l'exception toutefois du sérum polyvalent de Leclainche et Vallée.

J'estime, dans ces conditions, que les sérums et vaccins figurant dans les tarifs de ladite Association générale seraient fournis au compte patronal.

Je vous retourne ci-incluse la lettre de M. le docteur M.

Veuillez agréer...

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Par autorisation :

Le Conseiller d'Etat, Directeur,
SUMIEN.

***

Naturellement, j'ai fait envoyer aussitôt, par les soins du « Sou », copie de la réponse ministérielle au confrère intéressé. Mais j'ai pensé, en outre, qu'il serait bon de faire connaître, à tous nos confrères, la dite réponse et c'est pourquoi je la publie dans le *Concours*.

Je veux toutefois y ajouter une précision pratique. Pour se procurer le tarif de l'*Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France*, ainsi que les Bulletins de variations périodiquement publiés (et utiles à connaître pour nos confrères propharmaciens), s'adresser à cette Association, 13, rue Ballu, Paris, 9e.

Un dernier mot. Cette manière de faire, indiquée dans la lettre ministérielle, correspond, de façon assez étroite (pour l'octroi au compte de l'Etat des sérums, vaccins, etc..., ainsi que pour quelques spécialités *non remplaçables*) à ce qui fut décidé, il y a quelques mois, à la *Commission supérieure* de contrôle des soins aux Pensionnés de guerre. Je crois intéressant de le noter en terminant.

Dr Fernand DECOURT.

CONTRAT COLLECTIF SYNDICAL

Un syndicat médical peut-il et doit-il ne contracter collectivement que pour ses seuls adhérents ?

L'application éventuelle, plus ou moins proche, de la loi sur les assurances sociales, pousse les syndicats à prévoir les modalités d'un contrat collectif, passé avec les caisses locales d'assurances.

Un de nos abonnés nous demande si un syndicat médical a le droit de stipuler uniquement pour les membres du groupe ; peut-il, par exemple, décider, avec les caisses locales d'assurances, que seuls les médecins syndiqués pourront soigner les malades assurés, à l'exclusion des médecins non syndiqués ?

Oui, un syndicat a parfaitement le droit de passer un contrat collectif de travail ne concernant que les adhérents au groupe. La question a même donné lieu à pas mal de controverses, en doctrine juridique. Parmi les auteurs, les uns ont soutenu que le syndicat ne peut se porter garant que de ses seuls adhérents ; il ne peut pas stipuler pour autrui, c'est-à-dire prendre des engagements au nom des non-syndiqués.

Les autres ont déclaré que le syndicat représente les intérêts, non seulement du groupe, mais encore de toute la corporation. Par suite, le contrat collectif doit s'éloigner des règles de droit commun sur les contrats et obligations et, au nom de la profession, un syndicat peut parfaitement discuter des conditions de travail, qui seront applicables non seulement aux syndiqués, mais aussi à tout travailleur, qui acceptera les dites stipulations collectives.

Il en est ainsi pour les médecins et le projet de loi sur les assurances sociales prévoit que les syndicats médicaux auront à établir, par contrat collectif de travail, les conditions et le mode des soins, qui seront donnés, non seulement par les adhérents au groupe syndical, mais encore par tous les médecins de la région, qui donneront leur adhésion à ce contrat collectif.

Donc, premier point à souligner, le législateur de demain entend que les non syndiqués puissent coopérer au travail médical, c'est-à-dire aux soins à donner aux assurés ; mais les conditions de ce travail seront arrêtées par les seuls syndicats médicaux, par accords avec les caisses d'assurances.

Mais, en supposant que le législateur raye, de la loi, ce qui est écrit dans le projet, à savoir que les non syndiqués pourront adhérer aux contrats collectifs, serait-il néanmoins habile, de la part des syndicats médicaux, de ne contracter qu'au profit des seuls adhérents au groupe ?

Je ne le crois pas et ce, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'exemple de l'Alsace : seuls les médecins syndiqués peuvent soigner les bénéficiaires des caisses d'assurances. Un docteur ne peut donc plus exercer la médecine, comme bon lui semble : le syndicat devient indirectement, pratiquement, obligatoire et c'est ce que n'a pas voulu admettre le législateur de 1884.

De plus, cette obligation d'adhésion n'est pas compatible avec notre mentalité de travailleurs français : nous aimons notre indépendance. Nous voulons avoir le droit de démissionner du syndicat, si bon nous semble.

Le syndicat obligatoire force le groupe corporatif à recevoir dans son sein certains confrères, qu'on voudrait bien laisser en dehors, ou leur faire subir un stage. De même que, pour ne pas retirer le pain de la bouche d'un praticien, on hésitera à le chasser du groupe, car ce serait lui supprimer toute une clientèle, réservée aux seuls syndiqués. C'est justement là une des faiblesses des fameux Ordres des médecins : la trop grande facilité, pour l'admission ; la grande difficulté de la radiation.

Le syndicat actuel a plus de souplesse, surtout si on le rend indispensable par intérêt. Libre-

ment, on se présente au groupe, si on y trouve avantage ; librement, on y est accepté, ou refusé ; librement, on en sort, ou on en est exclus ; mais le droit au travail, à pouvoir gagner sa vie, reste intact.

N'aurait-on pas à craindre la tyrannie syndicale de quelques-uns, des chefs qui détiennent le pouvoir, ou qui ont l'oreille de l'assemblée, s'il n'est pas possible de vivre de sa profession, en dehors du groupe professionnel, corporatif obligatoire ?

D'autre part, dans bien des endroits, la majorité des médecins, groupés en syndicat, est telle, que presque tous les praticiens sont syndiqués.

Mais, dans d'autres, surtout dans les grandes villes cosmopolites, comme Paris, dans lesquelles ont entend parler presque plus de langues étrangères que notre bon français, le syndicalisme ne pourra jamais devenir obligatoire, en pratique.

Spécifier que seuls les syndiqués auront le droit de soigner les assurés peut provoquer une coalition des non syndiqués, qui, à leur tour, demanderont leur part du gâteau.

Comment les tiers, les étrangers à notre profession, sauront-ils que tel groupe est orthodoxe, comme syndicalisme, alors que tel autre n'a de syndicat que le nom et a été créé pour contrebalancer l'action du groupe voisin ?

Je sais bien que l'estampille est donnée par l'adhésion à l'Union des Syndicats médicaux de France ; mais ici encore, régime de liberté ; on a le droit de ne pas faire adhérer son syndicat à l'Union ; celle-ci a le droit de ne pas accepter, dans son sein, un syndicat, qui ne lui présente pas toutes garanties utiles ; le droit de démission, ou d'exclusion est reconnu par la loi du 12 mars 1920. Donc, encore régime de liberté.

Allant plus loin, si le législateur ne reconnaît pas aux syndicats l'obligation de contracter pour tous les médecins d'une région, pour les soins à donner aux caisses locales, tout praticien aura le droit de faire de la sous-enchère pour se faire accepter seul, à d'autres conditions, moins onéreuses pour la caisse, que celles qui sont stipulées par le syndicat pour les syndiqués.

Il ne faut pas se le dissimuler : jamais, en France, une loi ne voudra déclarer le syndicat obligatoire, soit par un texte précis, soit d'une manière détournée : ce serait contraire aux principes de la liberté du travail, inscrits dans la déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen.

Le contrat collectif, passé par le syndicat, au nom de la corporation tout entière, permet de traiter de puissance à puissance et empêche l'écrasement des faibles, des isolés. Mais, par contre, en stipulant pour les non syndiqués, sur les mêmes bases que pour les syndiqués, le groupe professionnel empêche la basse concurrence, l'accaparement par les égoïstes, ou les défaillances, les trahisons, dont le point de départ est la lutte pour la vie, ou le besoin impérieux de manger.

N'est-ce pas parce que les collectivités publiques ou privées n'ont eu longtemps devant elles que des individualités médicales, jalouses les unes des autres, qu'on a pu nous imposer, pendant de longues années, des contrats unilatéraux qu'il fallait accepter, ou refuser en bloc, sans pouvoir jamais les discuter ?

N'oublions pas enfin que cette question des honoraires, de leur taux, ou du mode de leur paiement n'est qu'un bien petit côté de la question. Si la loi des assurances sociales est votée (et elle le sera), au bout de quelque dix à vingt années d'application, après bien des résistances, il faudra l'organiser, comme cela s'est produit pour la loi du 9 avril 1898.

Cette dernière législation a été vivement combattue, avant son vote, surtout par les industriels ; on lui avait prédit une vie bien courte.

Et cependant, en 1925, les industries, commerces, louages de services quelconques, voire même agricoles ou domestiques, y sont assujetis. Les bénéficiaires, les salariés, en profitent ; les patrons y trouvent leur compte, comme tranquillité et sécurité ; les assurances font de belles fortunes et ont des portefeuilles et des réserves considérables ; les médecins et pharmaciens sont payés, alors qu'ils ne l'auraient pas souvent été en droit commun et le public, le consommateur ne s'est pas aperçu qu'en fin de compte, c'est lui qui paye les primes de ces assurances sur le travail, mais que, par ailleurs, il en bénéficie également, en sa qualité de travailleur.

Aussi, dans quelques années, lorsque les passions se seront calmées et que la loi fonctionnera tant bien que mal, selon les régions, les syndicats médicaux seront amenés à discuter avec les caisses locales des modalités selon lesquelles les soins doivent être donnés, tant pour abréger le nombre de journées d'incapacité de travail à demi-salaire, que pour prévenir les maladies, en même temps qu'on devra étudier le problème de l'augmentation de la longévité humaine et celui de la sénescence.

Le syndicat pourra-t-il laisser de côté les non syndiqués, dans cette besogne sociale de la préservation de la santé publique ?

Je conclus donc que, si un syndicat a le droit de ne contracter que pour ses membres, il commettrait, ce faisant, une erreur qui pourrait lui porter préjudice.

Au reste, tout médecin, syndiqué ou non, qui voudra participer aux soins à donner aux assurés, devra adhérer par écrit aux conditions stipulées par le contrat collectif, passé par le syndicat. Sous peine de sanctions prévues à l'avance, (*nulla pœna sine lege*), ne devra-t-il pas se soumettre tant aux tarifs d'honoraires consentis

qu'à une certaine probité professionnelle minima ? Ses engagements seront valables, tant devant les commissions de contrôle, que devant les tribunaux de droit commun et le non syndiqué, qui violerait ces engagements, serait passible de dommages-intérêts envers le syndicat, bien qu'il n'en soit pas membre.

N'aura-t-il pas, dès lors, avantage à demander son admission au syndicat, pour discuter des termes de ces contrats collectifs, pour élire les membres des commissions de contrôle, ses juges, pour faire modifier les sanctions prévues ? Ce sera le syndicat indispensable par intérêt, appellation qui m'est bien chère et, qui, je crois, est la véritable formule de l'avenir.

Aux syndicats de rendre leur syndicat utile, nécessaire et indispensable à tous les médecins de la même région.

Dr Paul Boudin.

R. H. S. M. : 6660.

LA LÉGISLATION SANITAIRE DU TRAVAIL DANS LES INDUSTRIES

Leçon de M. Picquenard,

Professeur à l'Institut technique sanitaire (Arts et Métiers).

Dans le programme sanitaire, on a voulu qu'à côté des leçons de méthode et de procédés techniques, destinés à assurer l'hygiène des habitations, on exposât la législation qui a pour but l'assainissement des usines.

C'est une matière très aride que la législation des usines et magasins au point de vue de l'hygiène des travailleurs qui sont occupés dans ces établissements.

Nous indiquerons d'abord les textes législatifs, leur origine et l'esprit dans lequel ils ont été rédigés ; ensuite, nous verrons la façon dont ils sont appliqués, les résultats qu'on a obtenus et les lacunes à combler. Ces questions sont très importantes pour les ingénieurs, les architectes et les médecins.

Les textes législatifs proprement dits sont très courts. Ils se résument dans les articles 15 et suivants qui se trouvent dans le Code du travail (livre II). Ces textes législatifs sont développés et complétés par un très grand nombre de règlements dont le nombre s'accroît d'année en année. Les textes législatifs ne sont pas très anciens. Les plus anciens remontent à la loi du 12 janvier 1893. Ils ont donc à peine 32 ans. Ces prescriptions se bornent seulement à interdire l'emploi des enfants et des femmes pour certains travaux. Les adultes, par conséquent, pouvaient continuer à être employés et exposés aux dangers. Une loi du 12 juin 1893, à la différence des lois précédentes, qui ne visaient que le travail des femmes, ne fait plus de distinctions ; elle exige l'assainissement des usines et des ateliers. Les dispositions du code de travail relatives à l'hygiène, ont repris à la fois les dispositions qui se trouvaient dans la loi de 1893 et celles qui se trouvaient dans la loi de 1892 sur le travail des enfants et des femmes.

Ces textes, qui sont dans le code du travail, contiennent deux sortes de prescriptions : d'une part, le travail est interdit aux enfants et aux femmes, d'autre part, les prescriptions tendant à aménager les locaux et à réglementer les méthodes et les procédés de travail de façon à assurer l'hygiène des travailleurs qui sont groupés. Ces dispositions intéressent la technique sanitaire et c'est sur elles que nous insisterons.

Champ d'application. — Ces prescriptions s'appliquent aux usines, magasins et bureaux, c'est-à-dire à peu près l'ensemble des établissements industriels et commerciaux.

Seules, les exploitations agricoles n'y sont pas soumises. On sait, en effet que la réglementation du travail ne s'est pas étendue jusqu'ici à l'agriculture. La Chambre des députés vient de voter cependant une proposition de loi supprimant le couchage à la paille ; c'est un premier pas vers la règlementation de l'agriculture. Mais les discussions qu'elle a soulevées font prévoir son échec.

Echappent à la réglementation dont nous venons de parler, les ateliers de famille. On retrouve là le point de vue individualiste qui préside à la législation... Libre donc à l'artisan de travailler dans des locaux malpropres et dans une atmosphère intoxiquée. Ce principe ne reste cependant point intangible. Il y a une exception qui est prévue, lorsque le travail de ces ateliers de famille a lieu à l'aide de machine à vapeur.

Un projet tendant à supprimer l'emploi de la céruse est actuellement en état. En effet, la céruse est bien interdite aux ouvriers, mais pas au patron. On étudie également, s'il n'y aurait pas lieu d'imposer des conditions d'hygiène dans les ateliers de famille où se confectionnent les denrées de consommation.

Etude des textes. Les textes législatifs concernant ce sujet sont très courts. Il y a d'abord le § 1 de l'art. 66 du Livre II du Code Travail, « qui pose le principe ».

Les établissements (visés à l'article précédent) doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel. « On

voit qu'il s'agit là, moins d'une prescription que d'une déclaration de principe. Il n'y a aucune sanction à ce texte. Cet article 66 est complété par l'article 67 qui est ainsi conçu » :

« Des règlements d'administration déterminent :

1° Les mesures générales de protection et de salubrité applicables à tous les établissements assujettis, notamment en ce qui concerne l'éclairage, l'aération ou la ventilation, les eaux potables, les fosses d'aisance, l'évacuation des poussières et les précautions à prendre contre les incendies, le couchage du personnel, etc.

2° Au fur et à mesure des nécessités constatées, les prescriptions particulières relatives, soit à certaines professions, soit à certains modes de travail ;

C'est dans des règlements pris conformément à cet article 57 que se trouvent à peu près toutes les prescriptions concernant l'hygiène des travailleurs.

Nous disons : à peu près, car il y a également les articles 78 et 79 qui disent : « Dans les ateliers, chantiers, bâtiments en construction ou en réparation et généralement dans tout lieu de travail où s'exécutent des travaux de peinture en bâtiment, les chefs d'industrie directeurs ou gérants sont tenus, indépendamment des mesures prescrites en vertu du chapitre I du présent titre, de se conformer aux prescriptions suivantes.

Art. 79. — A partir du 1er janvier 1915, l'emploi de la céruse, de l'huile de lin plombifère et de tout produit spécialisé, renfermant de la céruse est interdit dans tous les travaux de peinture, de quelque nature qu'ils soient, exécutés par les ouvriers peintres, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de bâtiments. »

Mais cela n'empêche pas que cette réglementation est remarquable par sa simplicité. Elle est simple surtout parce qu'elle est développée par voie de règlement. Or, le procédé du décret est simple et pratique, car l'Administration s'entoure de toutes les compétences nécessaires afin de faire d'utiles réglements. Il n'en est pas toujours ainsi des lois qui peuvent voir dans leur texte un amendement inséré par surprise et qui n'est pas toujours empreint d'une saine législation.

Nous savons qu'il y a deux sortes de décrets, les décrets généraux et les décrets particuliers, les uns applicables à toutes les industries, les autres applicables à des industries particulières.

Des décrets généraux ont été pris, l'un en 1894, relative à la propreté des locaux, aux cabinets d'aisance, à l'aération, au chauffage, à l'éclairage des locaux, à l'évacuation des poussières, gaz et vapeurs. L'autre décret concerne le couchage, lorsque le couchage est assuré par l'employeur.

Une seconde catégorie de décrets vise des cas particuliers, des modes de travail déterminés. Ce sont des règlements spéciaux. L'élaboration de ces décrets s'échelonne de 1875 à 1913. Ils ont tous été révisés en 1913 et portent la date du 1er octobre 1913. Ils visent toutes sortes de décrets contre l'intoxication, contre l'emploi de la céruse. Un troisième vise l'opération de pompage dans la poterie. Il y en a d'autres qui visent l'insalubrité particulière à certaines industries. Pour la rédaction de ces règlements, on apporte tout le soin nécessaire et qu'il me soit permis ici de rendre hommage au concours particulièrement brillant qu'apporte M. le professeur Heim et son laboratoire d'hygiène à l'Administration du Travail, ainsi qu'à toutes les sommités de la science qui collaborent. Ainsi toutes les garanties nécessaires sont prises. Mais on ne peut agir par voie d'interdiction absolue. Ce serait supprimer l'industrie. Il faut trouver des succédanés. Le règlement indique le but à atteindre beaucoup plus que les moyens et procédés à employer.

Les règlements, surtout les règlements généraux, ne sont pas toujours impératifs. Ils indiquent généralement le but à atteindre, laissant le choix des moyens. Ainsi l'article 4 du décret de 18 juillet 1913 porte que les cabinets d'aisance seront aménagés de façon à ne dégager aucune odeur. Voilà le but à atteindre. C'est à l'industriel de trouver le moyen. Et ainsi pour les autres prescriptions de cet article 4 concernant l'aération, l'élévation de température, l'éclairage, les modes de chauffage. L'article 6 de ce décret est dans le même sens. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Ainsi l'article 1er du décret général ci-dessus cité dit que le nettoyage du sol doit avoir lieu à l'aide de brosses ou de linges humides. Cela veut-il dire qu'il faut employer ces moyens à l'exclusion d'autres. Evidemment non. Il est certain que si un industriel se sert du nettoyage par le vide, il ne sera pas en faute. Donc, dans la plupart des cas, le décret pose des problèmes à résoudre. Il appartient aux industriels de chercher ce qui s'adapte le mieux. Les moyens diffèrent bien entendu selon les industries.

L'application de ces décrets ne s'impose pas de façon automatique, en dehors des deux prescriptions qui sont dans la loi. Il y a d'abord la mise en demeure. Un industriel qui ignore les prescriptions ou qui, par suite d'économies financières, n'en tient pas compte. sera-t-il tout de suite poursuivi dès que l'inspecteur du travail aura constaté la chose et signalé à l'intéressé ? Non. La mise en demeure existe afin de donner plus de force à l'avertisssement, que l'inspecteur pourrait estimer dans certains cas, insuffisant.

La mise en demeure est faite par écrit sur un registre. Elle indique la contravention constatée et elle fixe un délai à l'expiration duquel la contravention devra disparaître. La loi n'a pas fixé

de délai pour chacune de ses prescriptions. L'inspecteur a toute latitude. Toutefois, il y a un minimum au-dessous duquel il ne doit pas descendre. En fait, les inspecteurs peuvent accorder des délais beaucoup plus prolongés, six mois, un an, deux ans. Mais, en général, ils ne dépassent pas 18 mois. Si l'industriel obtempère à la mise en demeure, tout va bien ! S'il n'accepte pas, il a le droit d'adresser une demande au ministre. Elle est suspensive. Aucun procès-verbal ne peut être dressé, tant que le ministre n'a pas statué sur la réclamation. Lorsque la mise en demeure nécessite des transformations dans le gros œuvre de l'établissement, il est accordé un délai, qui ne dépassera pas 18 mois. Là encore, on applique le règlement avec garanties.

Cette souplesse des règlements n'a pas cependant pour résultat de les rendre inopérants. Je peux affirmer que les règlements concernant l'hygiène du travail sont encore ceux qui sont les mieux ou les moins mal observés. On en trouve la preuve dans les statistiques fournies par l'inspection du travail. Ainsi chaque année, le nombre des mises en demeure signifiées dépasse 8.000. Aucune réclamation n'a été portée devant le Comité des Arts et Manufactures. Cela ne veut pas dire que lorsque les mises en demeure ne sont pas exécutées, les inspecteurs du travail restent inactifs. Il y a ainsi des procès-verbaux, qui s'élèvent à 120 par an. Ces procès verbaux amènent les contrevenants devant les tribunaux. Généralement, les industriels s'exécutent. S'ils ne le faisaient pas, ils risqueraient de voir leurs établissements fermés. Cel a n'est pas arrivé.

Si les règlements du travail sont bien observés, cela tient à ce que le contrôle de leur exécution est confié à un corps d'agents indépendants et spécialisés. Ce sont les inspecteurs du travail. Ils sont uniquement chargés de l'application. Ils n'ont pas d'autres missions, comme les officiers de police qui ont à s'occuper de tout. Les inspecteurs du travail sont nommés par le ministre. Ils ne relèvent que du ministre. Ils échappent donc à toute emprise des autorités locales. La loi, d'autre part, a donné aux inspecteurs du travail des pouvoirs très étendus. Ils ont droit d'entrer dans les établissements commerciaux et industriels le jour et la nuit... On ne saurait leur objecter qu'il s'agit du secret de la fabrication. Leurs procès-verbaux font foi et sont transmis directement au Parquet. Le ministre lui-même n'a pas le pouvoir d'arrêter le procès-verbal. Les inspecteurs du travail sont particulièrement nombreux. Ils ont depuis plusieurs années un nouveau moyen d'investigation, ce sont les déclarations des maladies professionnelles qui leur sont connues. En effet, aux termes de la loi du 25 octobre 1919, les travailleurs atteints de saturnisme, d'hydrargyrisme ont droit à réparation en faisant une déclaration à la mairie. D'autre part, les médecins sont tenus de déclarer au ministère du travail, tous les cas de saturnisme et d'hydrargyrisme qu'ils ont à soigner.

Toutes ces déclarations sont communiquées aux Inspecteurs du Travail. Certes, il y a encore beaucoup à améliorer pour ces déclarations. Mais elles sont en augmentation. Grâce à elles, les Inspecteurs du Travail peuvent mieux surveiller les établissements où l'hygiène est défectueuse.

Donc, il y a lieu de constater avec plaisir ces résultats favorables. Mais, malgré cette marque indéniable de progrès, il y a encore beaucoup à faire.

Des projets sont en préparation sur diverses branches (fabriques de celluloïd, de soies artificielles, de produits radioactifs, etc.). Il faut qu'il y ait perpétuellement des améliorations et de nouveaux textes, car chaque jour voit naître une nouvelle industrie et les transformations de la vie économique appellent la création de règlements nouveaux. Il faut de plus la législation existante. Ainsi la réglementation actuelle n'a aucun caractère impératif. Ce n'est que lorsqu'une infraction est constatée que l'inspecteur peut intervenir ; un premier progrès a été réalisé par une loi de 1916 sur les établissements classés (cette loi est étudiée dans une leçon de M. Honorat). Il y a aussi une loi sur les maladies professionnelles du 25 octobre 1919. (*Id.*). M. le professeur Heim a été chargé d'apporter une série d'additions à la loi.

Enfin, il faut faire appel à la collaboration et au bon vouloir de tous pour l'application de cette réglementation : les architectes lorsqu'ils construisent une usine, les médecins, lorsqu'ils sont dans le cas de faire des déclarations facilitant la besogne des Inspecteurs du Travail, les patrons pour se prêter à un contrôle inspiré par l'humanitarisme le plus louable.

Les ouvriers qui travaillent dans des locaux sains et qui voient observer les règles de l'hygiène, prennent l'habitude de pratiques hygiéniques. Peu à peu, ces idées font leur chemin, car l ouvrier les rapporte chez lui. Il fait l'éducation de sa femme et de ses enfants et il y a là une source de progrès considérable.

(*Leçon recueillie et rédigée* par M. PRIOU.)

LES FORMALITÉS DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DES PENSIONS

Monsieur le Préfet,

J'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien me faire envoyer les imprimés nécessaires à l'établissement de mon Mémoire pour soins médicaux aux *victimes militaires* de la Guerre pendant le 3e trimestre 1924, et, éventuellement, pour le 4e trimestre.

Accessoirement, je vous demande s'il n'y aurait pas intérêt (simplification) à ce que ces deux mémoires soient fondus en un seul à établir à la fin de l'année ?

Ma lettre pourrait s'arrêter ici, mais je me fais un devoir de vous rappeler, Monsieur le Préfet, ce qui s'est passé pour le 2e trimestre et qui fait (je le crains du moins) que, malgré ma demande antérieure, je n'ai pas encore été pourvu des imprimés qui eussent été indispensables pour que je pusse, dans la première quinzaine d'octobre, établir mon Mémoire pour le 3e trimestre.

J'avais fourni, en temps utile (1re quinzaine de juillet) le Mémoire relatif au 2e trimestre — établi sur les papiers *ancien* modèle (ce détail importe fort comme il sera montré plus loin). Vos services m'ont retourné ce Mémoire et fourni des papiers *nouveau modèle* : 18 colonnes sur chaque feuille au lieu de 15 ; une grande feuille pour chacune des cinq communes qui m'intéressent, au lieu d'une seule page commune à toutes ces communes — soit un bénéfice net de 75 colonnes.

Je me suis exécuté ! mais j'ai dû m'embrouiller, car les papiers me sont revenus.

Dans l'intervalle, j'ai appris, *par les journaux*, que l'usage des papiers *nouveau* modèle était remis à des temps meilleurs (après, vraisemblablement, la création d'une Chaire de comptabilité fiscale ou anti-fiscale, à la Faculté de médecine) et, effectivement, j'ai finalement reçu une lettre, établie en votre nom, par la Commission départementale de contrôle, — établie, cette lettre, suivant les errements *anciens* (29 octobre 1924).

Dans sa partie essentielle, votre lettre me fait savoir qu'on ne m'accordera que deux cent huit francs quatre-vingt-douze centimes (208.92) sur les cent quatre-vingt-six francs (186 fr.) que je demandais (1).

Motifs de la décision :

1° La commission refuse de payer deux visites à M. L. (à R.) soit 36.80 — parce que j'ai fourni, en cette occasion, des billets prélevés sur un carnet *ancien* modèle ;

2°...3°... des additions viennent compenser, et au-delà cette soustraction.

Ne pouvant décemment réclamer contre ces additions-ci, je subirais sans broncher cette soustraction-là, n'était le motif de ce motif :

« J'ai utilisé des billets prélevés sur un carnet *ancien* modèle. »

Mais alors, ces Carnétards avaient donc le bon droit pour eux, qui considéraient que ce qui importe, dans les relations entre les victimes (militaires) de la guerre et les médecins, ce ne sont ni les soins, ni les déplacements, mais seulement l'usage — et le remplissage — opportuns, d'un billet — sans autre condition que celle-ci : ne pas se tromper de modèle.

Une telle idée, quoique parfaitement insupportable, s'impose, car la Commission départementale n'hésite pas — elle ne met en doute ni mes visites à L., ni les kilomètres parcourus, elle ne m'invite pas à réduire mes évaluations — même elle tarife 36 fr. 80 (j'aime ces centimes) ce pourquoi j'avais demandé 30 francs.

La Commission précise : « Les anciens carnets ne sont plus (2) valables depuis le 1er avril 1923 ».

Les actes ne sont pas du tout intéressants ; seuls les papiers méritent quelque considération.

Cela me paraît énorme. Je sais, Monsieur le Préfet, que j'ai, dans vos bureaux, la fâcheuse réputation d'être un *rouspéteur* ; c'est évidemment une situation bien désagréable pour moi et qui, dès lors que je la connais, devrait m'inspirer, de Conrard, le silence prudent !

Mais là, vraiment, je ne peux pas ! Par les projets, à l'étude, d'assurances sociales, je suis menacé dans ma vieillesse, de me voir transformé, bon gré mal gré, en *auto inspecteur* des services administratifs. Je demande donc, à ce titre, à être pourvu des pouvoirs nécessaires pour obliger — en les désobligeant — MM. les Maires et autres Secrétaires de Mairie à fournir à ces victimes (3) nouvelles, et éventuellement aux actuelles, des carnets nouveau modèle, dès que *nouveau* modèle il y aura.

Car, voyez où m'entraîne ma malchance. En août-septembre, l'administration oscille de l'ancien modèle des mémoires, au nouveau modèle, pour régler finalement mes comptes à l'ancien mode.

Puis elle oublie de me mettre à même de pro-

(1) Je précise que là où je demandais 186 francs, la Commission m'attribue 208 fr. 92.

(2) L. est un gazé. Insuffisance respiratoire constante qui fait du moindre rhume un incident quasi-dramatique. Deux visites, ou trois, par trimestre. On a accepté mes vieux billets jusques et y compris avril 1924.

(3) Je veux dire les bénéficiaires des assurances sociales.

duire dans le délai légal en octobre, ne me pourvoyant ni de papiers nouveaux, ni d'anciens papiers.

Et ensuite j'apprends que ce qui est bon pour les Mémoires — à savoir l'ancien modèle — est tout à fait inadmissible pour les billets.

M'étant relu, je m'aperçois qu'il faut conclure, ce que je fais ainsi :

J'ai l'honneur, par copie séparée, de demander à la Commission supérieure de contrôle des soins médicaux aux victimes militaires de la guerre d'*annuler* — comme essentiellement immoral et contraire au bien public — le refus de paiement de la somme de 36,80 (30 fr. pour mon compte à moi) qui m'est opposé sur la pièce sus-décrite (dont copie jointe) avec cette soi-disant justification : *billets d'ancien carnet.*

Il importe très peu, d'ailleurs, que ce *revenant bon* me soit effectivement mandaté ou non, puisque le mandat (annoncé explicitement par la lettre du 29 octobre) m'assurera une rentrée, supérieure à ma demande de 22 fr. 92 centimes.

D[r] C.

COPIE

Département de	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
SOINS MÉDICAUX AUX VICTIMES MILITAIRES DE LA GUERRE	le 29 octobre 1924.
Loi du 31 mars 1919. — Art. 64 *Décret du 25 octobre 1922*	
Commission Départementale de contrôle	Le Préfet de à M. le docteur C.,

J'ai l'honneur de vous informer que votre mémoire concernant les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et afférent au deuxième trimestre 1924 a été soumis à la Commission départementale de contrôle dans sa dernière séance.

La Commission a estimé que ce mémoire s'élevant à la somme de cent quatre-vingt-six francs (186) devait, après vérification et pour les motifs ci-après, être arrêté à la somme de deux cents huit francs 92 centimes (208.92).

Je crois devoir vous faire connaître pour le cas où vous désireriez être entendu par la Commission départementale de contrôle, conformément aux dispositions de l'article 33 du décret du 25 octobre 1922, que la prochaine séance de cette assemblée aura lieu à la préfecture, salle des commisisons, le 17 novembre à 15 heures.

Si vous ne vous présentez pas à cette séance ou si à cette date vous n'avez pas adressé d'observations par écrit, la présente décision sera CONSIDÉRÉE COMME ACCEPTÉE PAR VOUS.

Motifs de la décision.

2 visites à L., à R. Billets d'*ancien* carnet. *Refus* de paiement de la somme de 36.80. Les anciens carnets ne sont plus valables depuis le 1[er] avril 1923.

1 visite à M. D. à S., erreur indemnité kilométrique. Il faut 119.09 (1) au lieu de 72. Total exact du bordereau récapitulatif :

208.92 au lieu de 186.00.

Sc. de M. le Maire. *Le Préfet,*

Président de la Commission.

CHRONIQUE AUTOMOBILE.

Comment éviter les accidents de la route

Les événements nous obligent malheureusement à revenir sur les causes les plus fréquentes des accidents d'automobiles. Il devient en effet impossible d'ouvrir un journal sans y trouver la relation d'un ou de plusieurs accidents. Il nous semble que d'examiner la meilleure manière d'éviter ces catastrophes ne peut être que profitable.

La vitesse joue évidemment un rôle prépondérant, mais à notre avis, ce n'est pas le principal. Il peut être normal de rouler vite et dangereux de rouler à 30 km. à l'heure.

La grande formule du Code de la Route est très sensée qui dit : « que le conducteur doit toujours rester maître de sa vitesse ». C'est là tout le secret de la sagesse.

Tout dépend de la puissance de la voiture et de ses aptitudes à l'arrêt brusque volontaire.

Une 40 HP pesant 2000 kilog., marchant à 100 km. à l'heure, mais munie de freins sur les 4 roues, bien réglés, est moins dangereuse qu'un cyclecar de 350 kgr. roulant à 50 à l'heure.

Tout automobiliste sera d'accord avec nous sur ce point.

La conclusion de cette première observation sera donc que la vérification de l'état des freins devrait être faite très souvent, et que le service des mines devrait en contrôler l'efficacité à la réception des véhicules.

Nous osons même dire que les constructeurs ne devraient plus être autorisés à sortir des voitures non munies de freins sur les 4 roues, puisque c'est là un perfectionnement qui peut être taxé d'utilité publique.

La lecture des journaux qui, décidément, est

(1) Il faut lire 119.04, erreur du copiste, car le total (208,92) est exact.

parfois instructive, nous montre aussi le trop grand nombre d'accidents causés par la rupture des directions et des fusées de roues.

C'est là une chose si grave qu'il nous semble nécessaire de nous y arrêter plus longuement.

Pourquoi le service des mines — toujours lui — ne vérifie-t-il pas la qualité des aciers employés pour ces organes, comme il vérifie la résistance des chaudières et des autoclaves ? Des prélèvements faits dans les usines à des dates naturellement non fixées d'avance obligeraient les constructeurs à ne s'approvisionner qu'avec des matériaux de bonne qualité. Ne trouvez-vous pas surprenant que le premier petit mécanicien venu ait le droit de construire une voiture sans pratiquement aucun contrôle de la résistance des métaux employés pour des pièces dont la rupture entraîne presque toujours une mort d'homme ?

Nous voudrions aussi suggérer ici aux techniciens d'étudier la possibilité de munir les voitures de dispositifs de sûreté, qui joueraient en cas de rupture principalement des directions et des fusées.

Il paraît assez simple par exemple de doubler la tige de direction d'un fourreau d'acier. Nous avons été nous-même très récemment victime d'une rupture complète de la tige de direction de notre voiture, et c'est cet accident qui nous a incité à parler de la question.

Poursuivons la lecture des journaux.

Nous trouvons le récit d'accidents causés par des éclatements de pneus.

Ah ! les pauvres pneus ! De combien de méfaits ne les accuse-t-on pas? Alors que presque toujours le déjantage ou l'éclatement est la conséquence et non pas la cause de l'accident, le conducteur peu averti a vite fait, en voyant son pneu à 20 mètres de sa voiture, de lui attribuer la responsabilité de son malheur.

Il faut éviter avec soin :

1° D'avoir des roues non parallèles ou ayant du jeu ;

2° De rouler avec des pneus par trop usagés :

3° De ne pas gonfler suffisamment surtout des pneus à basse pression que beaucoup arrivent à ne plus gonfler du tout, sous prétexte qu'ils sont faits pour ça.

Le jeu des roues est particulièrement important. Il n'est pas rare en effet qu'un pneu *neuf* soit complètement hors d'usage après 250 ou 300 km. s'il est monté sur une roue ayant beaucoup de jeu.

Avec les pneus à basse pression, il faut également avoir la prudence d'aborder les virages accentués à une allure ralentie.

Il est facile à comprendre en effet que ces pneus qui s'écrasent déjà beaucoup normalement et qui sont fortement « balancés » par les mouvements de la voiture, ont une grande tendance à quitter la jante dans des virages pris en vitesse.

En résumé, la vigilance des constructeurs et la prudence des conducteurs devraient réduire presque à néant les accidents d'automobiles dont la recrudescence devient actuellement inquiétante.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

La répression des fraudes sur le lait et les produits de la laiterie

CIRCULAIRE 68

AUX AGENTS DU SERVICE DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES.

(Application du décret du 25 mars 1924 concernant le lait et les produits de la laiterie.) (*Journal officiel* du 30 mars 1924.)

Paris, le 25 septembre 1924,

Au moment où les dispositions du décret du 25 mars 1924, portant règlement pour l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, en ce qui concerne le lait et les produits de la laiterie vont entrer en application, il me paraît nécessaire de préciser la portée de certaines de ces dispositions.

Définition du lait.

Le congrès international de la répression des fraudes, qui s'est tenu à Paris en 1909, a ainsi défini le lait : « Le lait est le produit intégral de la traite totale et ininterrompue d'une femelle laitière bien portante, bien nourrie et non surmenée. Il doit être recueilli proprement et ne pas contenir de colostrum. »

Cette définition acceptée par tous est à la base du décret dont il s'agit, mais elle y revêt une forme différente, plus juridique et un peu plus précise.

Le nouveau texte déclare impropre à la consommation le produit de la traite d'un animal malade, le lait souillé parce que recueilli malproprement ou provenant d'une traite faite trop tôt après le vêlage, et considère comme une tromperie, aux termes de l'article 1er de la loi du 1er août 1905, le fait de vendre ce produit sous le nom de « lait ».

Parmi les clauses qui rendent un lait impropre à la consommation, l'article 2 énumère les principales. Elles ne peuvent échapper au producteur.

Celui qui vend un lait impropre à la consommation

et ayant les caractères d'un lait falsifié ne pourra plus recourir au système habituel de défense, consistant à soutenir que les anomalies de composition relevées sont dues à ce que le lait incriminé provient d'animaux malades, mal nourris ou surmenés, ayant récemment vêlé, etc., et ne résultant nullement de manœuvres frauduleuses qu'il se défend d'avoir pratiquées.

Si le tribunal admettait, en effet, que le vendeur n'a pas falsifié le lait, mais qu'il n'ignorait précisément pas livrer à la consommation un lait anormal et, par suite, impropre à cet usage, une condamnation pourrait intervenir. Le fait retenu serait alors, non pas la falsification, mais la tromperie en vertu de l'article 2 du nouveau décret, alors que, en l'absence de texte en la matière, le délit de falsification n'étant pas retenu, l'acquittement aurait été certain.

Il n'a malheureusement pas été possible de préciser davantage les causes d'insalubrité du lait. Le texte laisse aux tribunaux une très grande marge d'appréciation et, en fait, le service ne devra s'appuyer sur l'article 2 que lorsque les circonstances seront telles que, ne pouvant ignorer livrer à la consommation un lait impropre à cet usage, la mauvaise foi du vendeur apparaîtra comme évidente.

Aucun exploitant n'ignore que le lait obtenu au début de la traite est beaucoup moins riche en beurre que celui de la fin. Aussi, certains éleveurs, peu scrupuleux, n'hésitent-ils pas à livrer le premier au public et réservent à la ferme la partie la plus riche, pour l'engraissement des veaux. Grâce aux dispositions de l'article 3, ce fait ne restera plus impuni.

Le détaillant qui laisse intentionnellement monter la crème dans les récipients, afin de réserver ce qu'on appelle le « dessus de pot » à des clients de choix, au détriment de ceux qui n'auront que le fond, commet un délit identique, car le lait livré à ces derniers est un lait écrémé, semblable à celui qu'aurait donné une traite incomplète.

La loyauté exige que le fournisseur prenne soin de mélanger aussi bien que possible le produit des diverses traites des animaux de son exploitation et que le détaillant, à son tour, opère toujours un mélange suffisant du contenu du récipient en débit, au moment de servir chacun de ses clients.

Lait demi-écrémé et écrémé.

Article 3.

Les définitions des termes « lait demi-écrémé », « lait écrémé » données par l'article 3 sont précises et se passent de commentaire.

Un lait écrémé qui renfermera encore plus de 20 p. 1.000 de matières grasses pourra être dénommé « lait demi-écrémé ». Le « lait écrémé » est celui qui contient 20 grammes ou moins de matières grasses.

Pratiquement le lait écrémé est le lait sortant des « écrémeuses centrifuges » et qui ne contient plus qu'une quantité de beurre insignifiante ; le lait « demi-écrémé » est celui qu'on obtient en écrémant à la main le lait de la traite de la veille avant d'y ajouter celui de la traite qui vient d'être faite le matin et qui, encore chaud, n'a pu être écrémé.

Les laits demi-écrémés et les laits écrémés ne pourront être mis en vente que dans des récipients munis d'inscriptions appropriées à la nature du lait qu'ils renfermeront.

En ce qui concerne la forme et la dimension de ces inscriptions, trois cas sont à considérer :

1° Le vendeur débite simultanément du lait et du lait écrémé ou demi-écrémé.

Les récipients, qu'ils soient placés dans un établissement de vente ou sur une voiture servant au transport en vue de la vente, doivent être munis d'une étiquette portant, suivant le cas, les dénominations « lait », « lait demi-écrémé », « lait écrémé ». Mais, pour qu'aucune confusion ne puisse se produire au détriment du consommateur entre les récipients qui contiennent ces différentes sortes de lait, le texte réglementaire impose des étiquettes de couleur différente et des caractères de couleur blanche de dimensions déterminées ;

2° Le décret n'a pas prévu le cas d'un établissement dans lequel on débiterait seulement des laits écrémés. Cependant, il résulte des dispositions du paragraphe 3 que les récipients renfermant du lait écrémé destiné à la vente, qu'ils soient placés dans une boutique ou sur un véhicule servant au transport en vue de la vente, devront être munis d'une étiquette portant, en caractères *très apparents*, suivant le cas, les mots : « lait écrémé », ou « lait demi-écrémé » ; aucune obligation spéciale ne s'y trouve concernant la dimension des caractères et la couleur de l'étiquette ;

3° De même le cas, qui est le plus fréquent, des établissements où l'on ne débite que du lait, n'a pas été prévu par le décret.

De l'ensemble des dispositions de l'article 3, il résulte nettement que les prescriptions visant les établissements de vente simultanée de lait et de lait écrémé ne leur sont pas applicables et qu'aucune inscription ne leur est imposée, sur les récipients servant au transport et au débit du lait.

Ces dispositions se substituent à celles des arrêtés municipaux ou préfectoraux actuellement en vigueur en diverses régions, et le fait de trouver un lait écrémé ou demi-écrémé dans un bidon ne portant pas les inscriptions réglementaires ne doit pas être considéré comme simple contravention à l'un desdits arrêtés, mais comme une infraction aux paragraphes 5 et 6 de l'article 3 du décret du 25 mars 1924. Si cependant, il était établi que c'est dans l'intention de tromper l'acheteur que les inscriptions réglementaires ont été omises, l'infraction à retenir serait le délit de tentative de tromperie, puni et réprimé par l'article 1er de la loi du 1er août 1905.

Lait pasteurisé.

Le lait pasteurisé ne doit pas être confondu avec le lait stérilisé.

Lait stérilisé.

Le lait *stérilisé* doit être stérile dans l'état même où il est vendu. Ce serait une tromperie d'appliquer cette dénomination à un lait qui aurait été stérilisé, puis mis ensuite en bouteilles ; à moins cependant que celles-ci, bouchons compris, n'aient été stérilisées elles-mêmes et qu'il ait été procédé à l'embouteillage avec toutes les précaution s d'asepsie nécessaires.

En fait, la dénomination ne s'applique guère qu'à des laits stérilisés dans le flacon de vente et, par conséquent, d'une conservation à peu près indéfinie. Dans le cas où l'emploi de la dénomination « lait stérilisé » paraîtrait abusif, il conviendrait de prélever 4 flacons dans l'état même où ils sont présentés pour la vente, en se gardant même de toucher au bouchon.

Le lait *pasteurisé* est un lait simplement chauffé à une température et pendant un temps suffisant pour détruire ceux des microbes pathogènes qu'il renfermait. Il n'est donc pas stérile. Néanmoins, s'il y a lieu à prélèvement, il sera préférable de procéder comme dans le cas précédent. Toutefois, on devra s'assurer préalablement que le service administratif pourra placer les échantillons destinés le cas échéant aux experts, dans un frigorifique, car, bien entendu, il ne saurait être question d'y ajouter du bichromate de potasse pour assurer leur conservation.

D'ailleurs, le conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui va être appelé à définir les procédés susceptibles de produire la pasteurisation, indiquera, sans doute, le moyen de reconnaître, sur place, si, au sens du règlement, un lait est ou n'est pas pasteurisé, Les résultats de la constatation pourront faire alors l'objet d'un procès-verbal, sans qu'il y ait lieu à prélèvement.

Conservation du lait.

Article 4.

Il est interdit d'ajouter quoi que ce soit au lait, et notamment des substances antiseptiques, telles que l'eau oxygénée ou le formol, ou des produits dits conservateurs, tels que le bicarbonate de soude. Du moins, en sera-t-il ainsi tant qu'un arrêté pris sur avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ne sera pas intervenu, faisant une exception à cette règle en faveur d'un produit déterminé.

Mais cette interdiction n'a pas pour conséquence d'empêcher la détention dans les laiteries du carbonate de soude (ou cristaux de soude), de l'eau de Javel, du chlorure de chaux, du formol et de l'eau oxygénée, puisque l'article 5 autorise expressément leur emploi au nettoyage et à la désinfection des appareils et des récipients.

Cet emploi est même hautement recommandable, mais on devra s'assurer que le nettoyage n'est pas un moyen détourné d'introduire du formol ou de l'eau oxygénée par exemple, dans le lait. Ainsi que le prescrit expressément l'article 5, les appareils et récipients doivent être soigneusement rincés et l'inobservation de cette précaution ne saurait servir d'excuse si la présence de l'un de ces antiseptiques dans le lait venait à être constatée.

La présence de bichromate de potasse étant de nature à gêner la recherche de certains antiseptiques, vous voudrez bien, en cas de prélèvement opéré dans le but de rechercher leur présence, procéder comme dans le cas des laits pasteurisés.

Laits concentrés.

TITRE II

Les dénominations « lait concentré », « lait écrémé concentré », etc., s'appliquent au produit résultant de la concentration du lait de vache. Les laits de vache concentrés sont, du reste, les seuls qu'on rencontre habituellement dans le commerce. Dans le cas où un lait de brebis concentré, par exemple, serait mis en vente, il devrait, conformément aux dispositions des articles 1er et 6 du texte réglementaire, être dénommé « lait de *brebis* concentré ».

Les récipients contenant des laits concentrés ne peuvent être mis en vente que revêtus d'étiquettes (le décret ne leur assigne aucune couleur) portant les indications prescrites par l'article 7, au sujet desquelles il y a lieu de faire les remarques suivantes :

Pour les produits importés, l'indication du lieu même de fabrication peut être donnée par le nom du pays où le produit est fabriqué.

La date de fabrication qui doit figurer sur l'étiquette peut y être inscrite au moyen d'un tampon ou imprimée sur un papillon collé sur l'étiquette, sous une forme telle que la suivante : « 3e trimestre 1924 », avec adjonction facultative de lettres de série. L'inscription de cette date par perforage de l'étiquette n'est pas interdite, mais elle n'est pas à conseiller, car elle risque de n'être pas suffisamment visible et d'exposer ainsi le vendeur à contrevenir aux dispositions règlementaires.

La formule destinée à renseigner l'acheteur sur le degré de concentration du produit doit être exactement l'une de celles indiquées à l'article 7.

La quantité d'eau bouillie à ajouter au produit concentré pour reconstituer le lait est nécessairement égale à la quantité d'eau qui a été enlevée par évaporation au lait soumis à la concentration. Ainsi, si 1.000 litres de lait de densité 1032, soit 1.032 kilogr., ont été mis en fabrication et réduits à 350 kilogr., la quantité d'eau bouillie à restituer pour reconstituer le lait est de (1.032 — 350) = 682 kilogr., à répartir suivant la contenance des boîtes.

En supposant qu'il s'agisse de boîtes renfermant 350 grammes, la formule serait : *en ajoutant au contenu de cette boîte* 682 *grammes d'eau bouillie on obtient un litre de lait.*

Le compte s'établirait de la même façon s'il s'agissait de lait sucré ou de lait écrémé sucré ou non.

Reprenant l'exemple précédent, supposons qu'il soit entré en fabrication 1.000 litres de lait (soit 1.032

kilogr.), et 100 kilogr. de sucre. La concentration étant amenée au même point, on aura 450 kilogr. de produit (350 kilogr. de lait concentré, plus 100 kilogr. de sucre) à répartir dans les boîtes.

La formule pour une boîte de 450 grammes sera : *en ajoutant au contenu de cette boîte* 682 *grammes d'eau bouillie, on obtient un litre de lait sucré à* 100 *grammes par litre.*

Les prescriptions relatives aux dimensions et à l'apparence typographique des caractères employés pour les indications de dénomination et de poids doivent être interprétées comme visant l'ensemble de l'étiquette et non chacune de ses parties prises séparément. Ces prescriptions doivent être appliquées à la lettre, en ce qui concerne la dénomination du produit, mais une certaine tolérance peut être accordée quant à la dimension des caractères indiquant le poids.

En somme, la disposition générale de l'étiquette, la dimension des caractères et leur aspect doivent être tels que la dénomination de vente et le poids du produit apparaissent immédiatement aux yeux de l'acheteur.

Laits en poudre.

TITRE III — ARTICLE 8.

Dispositions communes aux laits concentrés et aux laits en poudre.

Les observations qui précèdent, concernant les laits concentrés, s'appliquent aux laits en poudre.

L'obligation de faire figurer sur l'étiquette des laits écrémés, concentrés ou en poudre, sucrés ou non, la mention « à ne donner aux jeunes enfants et aux malades que sur l'indication du médecin » a été insérée dans le règlement à la demande expresse du conseil supérieur d'hygiène publique de France et de l'académie de médecine. L'attention des mères, notamment, se trouve ainsi attirée sur le danger d'employer inconsidérément à l'alimentation des enfants un lait privé de sa matière grasse et des éléments que celle-ci renferme et qui sont indispensables à la croissance (lécithines et vitamines).

La même précaution n'était pas indispensable pour les laits concentrés ou en poudre sucrés ou non, préparés avec du lait non écrémé. Cependant, il a paru nécessaire d'empêcher que, tout au moins pour les enfants et les malades, ces produits ne fussent présentés comme préférables au lait frais. L'article 11 interdit donc de faire figurer sur l'étiquette de ces produits aucune indication les recommandant pour l'alimentation des enfants en bas âge et des malades. Il appartient, dès lors, aux médecins de juger dans chaque cas particulier, s'ils doivent proscrire ou prescrire les laits concentrés et d'indiquer aux intéressés la dilution.

ARTICLE 12.

On n'aurait pas compris qu'entourant la vente des laits concentrés ou en poudre de précautions de salubrité et de loyauté très rigoureuses, ces garanties ne fussent prises qu'à l'égard de ceux de ces produits qui sont fabriqués en France.

Aussi, si rien ne s'oppose à ce que les produits de fabrication étrangère qui sont importés conservent leur étiquette en langue étrangère, c'est à la condition expresse qu'ils porteront les indications réglementaires en langue française, sur une étiquette autant que possible distincte de la précédente, ou, à la rigueur, sur cette dernière, mais à la condition que les indications réglementaires en langue française se détachent nettement pour que la lecture en soit facile.

Le délai de six mois prévu à l'article 28 pour permettre aux intéressés de se conformer aux prescriptions ci-dessus rappelées expire le 30 septembre 1924. En conséquence, à partir de cette date, les laits concentrés ou en poudre fabriqués ou importés devront être pourvus des étiquettes réglementaires.

Quant à ceux qui ont été fabriqués ou importés avant cette date, j'estime qu'un nouveau délai de six mois est suffisant pour permettre leur écoulement. Il s'agit d'ailleurs d'une mesure de tolérance car les termes de l'article 28 permettraient d'interdire leur vente dès le 1er octobre.

Crème.

TITRE V

Le deuxième paragraphe de l'article 16 laisse au ministre le droit d'autoriser, par arrêté, l'addition à la crème d'un produit conservateur. Aucun arrêté n'ayant été pris et aucune mesure dans ce sens n'étant même envisagée, il s'ensuit que l'interdiction d'ajouter à la crème une substance quelconque, en vue de sa conservation, reste entière comme pour le lait et ne comporte aucune exception.

Je vous signale que la crème étant une substance altérable, il y aura lieu lorsque vous opérerez des prélèvements de ce produit, de placer les quatre échantillons dans des bocaux propres et secs. En outre, ces échantillons devront être additionnés de bichromate en ayant soin de pulvériser la pastille et de répartir le conservateur dans toute la masse.

Beurre.

ARTICLE 18.

En vue d'éviter les interprétations divergentes auxquelles peuvent donner lieu les dispositions de l'article 19 concernant le beurre salé et demi-salé, vous voudrez bien donner aux termes dudit article la signification suivante :

Un beurre salé à 10 p. 100 résulte du mélange de 90 parties de beurre avec 10 parties de sel commercialement pur.

Le beurre, tel qu'il est défini à l'article 17, pouvant renfermer jusqu'à 18 p. 100 de matière non grasse, un beurre salé à 10 p. 100 devra en renfermer au plus 26,2 p. 100 sel compris.

Le même calcul indique qu'un beurre demi-sel de-

vra renfermer au plus 22.1 p. 100 de matières non grasses.

Les poids de 5 grammes et 10 grammes de sel commercialement pur fixés par le décret s'appliquent au poids du sel dans l'état où il est employé, c'est-à-dire plus ou moins humide et additionné, le cas échéant, de sucre et de salpêtre comme le permet le quatrième paragraphe de l'article 18.

En ce qui concerne la conservation des beurres, l'emploi de l'acide borique continue à être toléré à la dose maxima de 5 grammes par kilo. Mais cette décision sera vraisemblablement rapportée dès que les conditions économiques le permettront. C'est pourquoi le décret du 25 mars 1924 ne fait pas mention de cette tolérance d'ordre purement administratif.

Fromage.

TITRE VI.

Le texte réglementaire donne des indications générales qui peuvent s'appliquer à tous les fromages. Il a eu pour but d'interdire, notamment, l'emploi de qualificatif tels que « gras », « à pâte grasse », « double crème », pour désigner des fromages qui ne contiendraient pas une quantité de matières grasses suffisante pour justifier le qualificatif employé.

Cependant, j'appelle votre attention sur le second paragraphe de l'article 22 qu'il conviendra d'interpréter ainsi :

Parmi les fromages à pâte molle, seuls, ont droit aux dénominations « fromages gras », « fromage à pâte grasse », ceux qui renferment au moins 40 grammes de matières grasses pour 100 de fromage supposé complètement desséché.

Cette interprétation s'impose, car si l'on s'en tenait à la lettre même de ce paragraphe , on devrait s'opposer à ce que les fromages à pâte dure (hollande, Gruyère, etc.), soient dénommés fromages gras, alors qu'ils renfermeraient plus de 40 grammes de matière grasse pour 100 de matière sèche.

Une telle prohibition serait inadmissible.

Le décret n'a pu donner la définition de chacun des divers types de fromages consommés en France en raison de leur trop grand nombre. Il s'est borné à fixer des règles générales applicables à l'ensemble. Il conviendra, dès lors, de se baser sur les usages loyaux et constants pour s'opposer à ce qu'un fromage portant l'appellation Camembert, par exemple, renferme moins de 36 p. 100 de matière grasse et qu'un fromage portant l'appellation Roquefort, dans la préparation duquel le lait de brebis doit seul intervenir, contienne les éléments du lait de vache.

S'appuyant dans ces deux cas sur la loi du 1er août 1905, on peut dire qu'il y aurait tromperie sur la nature du produit, car un fromage renfermant moins de 36 p. 100 de matière grasse ne peut être un camembert, de même qu'un fromage renfermant les éléments d'un lait autre que celui du lait de brebis ne peut être un roquefort. Ce serait contraire aux usages loyaux, locaux et constants.

Est-ce à dire qu'il suffise qu'un fromage ait l'aspect et la composition d'un camembert ou d'un roquefort pour admettre qu'il a, de ce fait, droit à l'une ou l'autre de ces appellations ? Evidemment non. L'emploi des appellations d'origine relève d'une autre législation, la loi du 6 mai 1919, restée en dehors des prévisions du décret actuel.

Il n'appartient qu'aux tribunaux de statuer à cet égard et le service de la répression des fraudes, hormis le cas où la tromperie est manifeste, ne doit provoquer des poursuites pour fraude sur l'origine que lorsqu'une décision judiciaire définitive étant intervenue, un produit est mis en vente portant une dénomination géographique contrairement à cette décision.

De même, il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire et non à l'administration de se prononcer sur la question de savoir si telle appellation géographique est ou non tombée dans le domaine public, devenant ainsi une appellation spécifique au lieu d'être indicative de l'origine du produit.

La loi du 6 mai 1919 donne d'ailleurs aux intéressés le moyen de provoquer les décisions destinées à fixer leur droit.

Vous voudrez bien, en conséquence, dans les cas de l'espèce, en référer au service central de la répression des fraudes, dont la section des appellations d'origine est chargée de centraliser et de publier toutes les décisions judiciaires intéressant l'application de la loi du 6 mai 1919 précitée.

La salubrité du lait présente une telle importance qu'on ne saurait trop encourager la création d'établissements où, sous la surveillance de médecins et de vétérinaires, le lait recueilli avec la plus grande propreté proviendrait d'animaux prafaitement sains.

Aussi doit-on protéger les propriétaires qui veulent bien entrer dans cette voie et se montrer impitoyable à l'égard de ceux qui trompent le consommateur en lui livrant, souvent à prix élevé, un lait d'origine quelconque en lui laissant croire qu'il provient d'une exploitation déterminée et, en raison des conditions dans lesquelles il y serait produit, présente d'exceptionnelles garanties de salubrité.

Les dispositions de l'article 27 permettent de réprimer les tromperies de cette nature. Elles sont d'autant plus dangereuses qu'elles donnent à l'acheteur une fausse sécurité et l'incitent à se dispenser des précautions essentielles dont il faut entourer l'allaitement artificiel des nouveau-nés.

Vous voudrez bien appliquer rigoureusement les dispositions de cet article. Toutefois, comme certains producteurs et vendeurs de lait ont pu, de bonne foi, placer dans leurs magasins de débit des panneaux, pancartes et écriteaux de toutes sortes portant l'indication de régions productrices renommées ou de fermes parfois inexistantes, et dont, en tout cas, le lait débité ne provient pas, j'estime que, préalablement à toute poursuite, il y aura lieu de donner aux intéressés l'avertissement formel de supprimer toutes les indications tendancieuses pla-

cées dans les endroits où ils mettent du lait en vente, qu'il s'agisse de magasins ou de voitures de livraison. La même remarque s'applique évidemment aux papiers de commerce, factures, prospectus, etc.

D'ailleurs, vous voudrez bien m'en référer dans tous les cas où l'infraction à l'article 27 vous paraîtra douteuse.

Le ministre de l'agriculture,

H. QUEUILLE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Médecine et Music-hall. La « Revue » de l'A. G. des Etudiants (section de médecine). — C'est le samedi soir 9 mai, à 20 heures 30, qu'aura lieu la représentation de la grande Revue médicale « On dit..... sec », deux actes de MM. C. Beveraggi et R. Girard que présente la section de médecine de l'A. G. des étudiants à la salle Adyar, 4, square Rapp.

Tous les médecins et étudiants en médecine ne manqueront pas de venir nombreux à ce spectacle qui évoquera devant eux les faiblesses, les malices et aussi les charmes de la grande famille médicale. Prix des places : 15 et 10 fr. Pour les membres de l'A. 6 fr. Il est prudent de louer ses places à la section de médecine de l'A. de 14 heures 30 à 18 heures 30 tous les jours, 13, rue de la Bûcherie.

— Dispensaire antisyphilitique de Creil. — Un concours pour la nomination à une place de médecin-chef de dispensaire, une place de médecin-adjoint, une place de chef de laboratoire et une place de chef de laboratoire-adjoint au dispensaire de Creil, sera ouvert le lundi 18 mai 1925, à 9 h. 30, dans la salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

— Institut du radium.— *Conférences de radiologie.* — M. A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, fait tous les jours à 9 h. du matin, et jusqu'au 16 mai, au Dispensaire de la fondation Curie, 26, rue d'Ulm, Ve, une conférence sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef M. Salomon ; le droit d'inscription pour ces exercices, est de 150 fr., à acquitter entre les mains de M. Salomon.

— Faculté de médecine de Paris. — *Médecine opératoire d'urgence.* — M. d'Allaines, prosecteur, fera, à partir du 7 mai, un cours sur les opérations d'urgence et de pratique courante.

Programme des leçons :

I. Traitement des étranglements herniaires. — Kélotomie et cure radicale. — Hernies inguinale, crurale, ombilicale. — Hernie diaphragmatique étranglée. — Gangrènes herniaires.

II. Traitement des péritonites. — Appendicite. — Perforation des ulcères de l'estomac et du duodénum. — La gastro-entérostomie dans les cas d'urgence. — Cholécystites. — Cholécystostomies et cholécystectomies « à chaud ». — Pancréatites aiguës. — Péritonites localisées.

III. Occlusions intestinales. — Anus cæcal. — Fistulisation du grêle (procédé de Witzel). — Brides. — Volvulus. — Invagination.

IV. Anurie calculeuse. — Phlegmons périnéphrétiques. — Traitement des rétentions aiguës. — Traitement des complications des fractures du bassin. — Cystostomie. — Ruptures traumatiques de l'urètre. — Infiltration d'urine.

V. Abcès péri-ano-rectaux. — Abcès de la prostate. — Colpotomie. — Rupture de grossesse extra-utérine. — Torsion des kystes de l'ovaire. — Traitement d'urgence de l'infection puerpérale. — Indications de l'hystérectomie vaginale.

Les cours auront lieu tous les jours. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le nombre des élèves est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet no 3), de midi à 3 h., les lundis, mercredis et vendredis.

— Le Conseil de l'Association pour le développement des Relations médicales (A. D. R. M.) s'est réuni mercredi 11 février.

L'A. D. R. M. s'est occupée de pourparlers au point de vue de l'édification par les Américains d'une maison dans la Cité universitaire. M. le Recteur et M. Siegfried ont été mis en rapport avec le Dr Gros, médecin-chef de l'Hôpital américain.

Une convention a été passée avec le professeur ARAYA, doyen de la Faculté de Rosario (Argentine). L'A. D. R. M. se chargera d'échanges de publications avec cette Faculté. La Faculté de Rosario créera une bourse dite « bourse de Paris » pour envoyer chaque année un médecin argentin dans notre Faculté.

Par l'intermédiaire de l'A. D. R. M. qui est intervenue auprès du Doyen, le professeur JACOBAEUS, de Stockholm a fait à la Faculté, une conférence avec projections sur : « La thorascopie et ses applications à la cautérisation des adhérences, au cours du pneumothorax artificiel », et le lendemain, une démonstration pratique dans le service du professeur Léon Bernard à l'hôpital Laënnec.

L'A. D. R. M. ayant été chargée par M. le Doyen de l'organisation du Congrès médical franco-polonais, la séance du conseil a été suivie d'une réunion à laquelle assistaient de nombreuses notabilités. Au cours de cette réunion, le bureau définitif du Congrès a été constitué : président : M. le Pr Roger, doyen ; vice-présidents : MM. Achard, Babinski, Gley, Hartmann, Letulle et Noir ; secrétaires généraux : MM. Lemierre et Okinczyc ; secrétaires : M. Hufnagel et Mme Sosnowska ; trésorier : M. Pierre Masson ; trésorier-adjoint : M. Fribourg-Blanc.

— Société amicale des médecins de Toulouse à Paris. — La Société Amicale des Médecins de Toulouse, à Paris, *le premier groupement médical régionaliste à Paris* (1920), qui compte actuellement près de 100 adhérents et qui, depuis sa création, s'est réuni d'une façon à peu près ininterrompue tous les mois, a donné son premier banquet de l'année, le 11 février dernier, à la *Taverne du Gymnase*.

Etaient présents : les docteurs Marcorelles, Mala-

vialle, Bourguet, David de Prades, Caujol, Privat, Bory, Clavel, Reinflet, d'Ayrenx, Moliněry, Lévy-Lebhar, Malleterre, Terson, Azema, Thomas, Sauveplane, Groc, Esclavissat, Armengaud, Gorse, Fourcade, Laborde, Nicod, Digeon, Durand, Doazan, Lab ugle, Montagne, Nigoul-Foussal, Chapel, Ganup, Mont-Refet.

S'étaient excusés : les docteurs Dartigues, Roulé, Fau, Delherm, Péribère, Lierre, Ducor, Mazet.

Après avoir procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1925 (Président : Dr Bory ; vice-présidents : docteurs Molinéry et David de Prades ; trésorier : Dr Digeon ; secrétaire général : Dr Groc) ; il a été décidé à l'unanimité d'accueillir désormais dans la S. A. M. T. P., non seulement les médecins qui ont fait tout ou partie de leurs études à la Faculté de Toulouse, mais aussi tous les confrères installés à Paris, originaires de la région toulousaine.

Envoyer les adhésions ou demander tous renseignements au Secrétaire général : Dr Groc, 40, rue d'Enghien, Paris, tél. Bergère 37-13.

— **Association pour le développement des Relations médicales (A.D.R.M.).** — A la réunion du mercredi 11 février, en dehors de l'expédition des affaires courantes, le Conseil a entendu MM. Gros et Heitz-Boyer venus pour exposer à l'A. D. R. M. la constitution et le but d'une nouvelle association Pasteur-Amérique qui vient d'être fondée pour resserrer les liens entre le Corps médical français et le Corps médical des États-Unis. Cette Association, dont le siège est en Amérique, poursuit les mêmes buts que l'A. D. R. M. et sera heureuse d'entretenir avec elle des rapports étroits.

14 nouveaux membres ont été admis : MM. Alcan, d'Allaines, Bastos (du Portugal), Blanc, Carones (Rép - Argentine), Doin, Foveau de Courmelles, Gautrelet, Gouverneur, Huber, Hufnagel, Lacat, Maloine, Vigot.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. le professeur Jeanselme a commencé ses cliniques le vendredi 6 mars, à 10 h. 1/2, et les continue les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la clinique : Leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentations de malades.

Les lundis, à 9 h., examen des malades, à la policlinique, au pavillon Bazin. Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin. Les mercredis, à 9 h., examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

Les jeudis, à 9 h. 1/4. Examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique. Opérations dermatologiques à la policlinique.

Leçons de dermatologie, par MM. Schulmann, chef de clinique ; Hufnagel, et Fouet, chefs de clinique adjoints ; Giraudeau, Georges Lévy, chefs de laboratoire ; Sézary, et Touraine, médecins des hôpitaux ; P. Chevallier et Burnier, anciens chefs de clinique.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique, leçon avec projections et présentation de malades.

Lésions élémentaires et syndromes cutanés. — Mardi 12 mai, M. Touraine. Les syndromes tuberculeux. — Mardi 19 mai, M. G. Lévy. Nodules et gommes.— Mardi 26 mai, M. Giraudeau. Lésions élémentaires et agents physiques.

Mardi 9 juin, M. Schulmann. Les syndromes gangréneux. — Mardi 16 juin, M. Sézary. Les dyschromies. — Mardi 23 juin, M. Hufnagel. Les atrophies et dystrophies cutanées. — Mardi 30 juin, M. Chevallier. Les lésions végétantes.

Mardi 7 juillet, M. Giraudeau. Lésions élémentaires et agents physiques.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — (Hôpital Tenon). — *Cours spécial de curiethérapie et de radiothérapie pénétrante.* — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer et de Nabias, commencera le lundi 18 mai 1925, à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq), et continuera les jours suivants à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant : la Curiethérapie et la Radiothérapie pénétrante.

Programme du cours. — 1re *leçon.* Lundi 18 mai, M. Proust : Principes généraux de la curiethérapie ; 2e *leçon.* Mardi 19 mai, M. Proust : Principes généraux de la radiothérapie pénétrante ; 3e *leçon.* Mercredi 20 mai, M. Mallet : Propriétés radioactives du radium, extraction et utilisation de l'émanation ; 4e *leçon.* Vendredi 22 mai, M. Mallet : Appareils et notation en curiethérapie, détermination ionométrique du rayonnement Gamma dans les tissus, technique générale des applications thérapeutiques ; 5e *leçon.* Samedi 23 mai, M. Coliez : Les sources de courant à haute tension en radiothérapie pénétrante ; 6e *leçon.* Lundi 25 mai, M. Coliez : Les appareils de radiothérapie pénétrante ; 7e *leçon.* Mardi 26 mai, M. Mallet : Ampoules à gaz, étude du faisceau cathodique, ampoules à vide, étude des phénomènes thermo-ioniques ; 8e *leçon.* Mercredi 27 mai, M. Mallet : Propriétés physiques des rayons X, étude spectrale du rayonnement ; 9e *leçon.* Jeudi 28 mai, M. Coliez : Etude des lois de la répartition du rayonnement X dans les tissus ; 10e *leçon.* Vendredi 29 mai, M. Coliez : De la mesure pratique du rayonnement X et de son absorption, ionométrie, technique générale des applications thérapeutiques ; 11e *leçon.* Samedi 30 mai, M. Hufnagel : Technique générale des biopsies ; 12e *leçon.* Mardi 2 juin, M. Hufnagel : Les examens de laboratoire dans le diagnostic et le traitement des tumeurs ; 13e *leçon.* Mercredi 3 juin. M. de Nabias : Curiethérapie du cancer du col de l'utérus ; 14e *leçon.* Jeudi 4 juin, M. Houdard : Technique de l'application abdominale du radium dans le cancer du col de l'utérus ; 15e *leçon.* Vendredi 5 juin, M. Coliez : Radiothérapie du cancer du col, bases physiques de l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie ; 16e *leçon.* Samedi 6 juin. MM. Proust et de Nabias : Curiethérapie du cancer du rectum ; 17e *leçon.* Lundi 8 juin, M. Maurer : Les indications du traitement curiethérapique dans le cancer de la prostate et de la vessie ; 18e *leçon.* Mardi 9 juin, M. de Nabias : Traitement du cancer de la langue ; 19e *leçon.* Mercredi 10 juin, MM. Mallet et Psaume : Technique des appareils moulés pour curiethérapie à foyers multiples ; 20e *leçon.* Jeudi 1 juin, M. Proust : Radiothérapie et curiethérapie dans le traitement du cancer du sein ; 21e *leçon.* Vendredi 12 juin, M. Proust ; Radiothérapie des sarcomes ; 22e *leçon.* Samedi 13 juin, M. Mallet : La radiothérapie et la curiethérapie des chéloïdes et des angiomes ; 23e *leçon.* Lundi 15 juin, M. Darbois : Traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus ; 24e *leçon.* Mardi 16 juin, M. Proust : Les indications de la radiothérapie dans les tumeurs de la tête et du cou, dans la maladie de Basedow et dans les adénopathies et les tuberculoses chirurgicales.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 francs. Se faire inscrire le matin au Laboratoire de Curiethérapie de l'hôpital Tenon (salle Duflocq).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie, R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

la déclaration en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement, dans un délai de 20 jours. »

La demande du contrôleur ne paraît donc pas permise par la loi instituant l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales (loi du 31 juillet 1917), cependant si vous êtes passible de l'impôt général sur le revenu, le contrôleur a le droit, en vertu de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1914, de « vérifier votre déclaration et de vous demander des éclaircissements ». Sa demande, dans ce cas, serait donc légale et vous ne pouvez vous dispenser d'y répondre sans vous exposer au régime de la taxation d'office.

Nous ne pouvons donc vous conseiller de vous abstenir.

Si le contrôleur vous a posé cette question, c'est que vous avez fourni dans votre déclaration le détail de vos dépenses ; la loi n'exige pas cette précision et il vous suffisait d'indiquer simplement le chiffre de votre bénéfice net.

Parmi ces dépenses, le contrôleur a trouvé que celles relatives à vos déplacements sont trop élevées sans doute. Vous ne sauriez refuser, non pas de répondre exactement à sa question, mais de fournir des éléments de justification de ces frais.

A. M.

888. — Bénéfices professionnels. Déduction des frais.

Puis-je demander conseil au service juridique du « Sou » pour une question de contributions ?

Le contrôleur m'ayant demandé de lui établir un tableau de mes recettes et de mes dépenses, je l'ai fait aussi exactement que possible, en me conformant aux indications que j'ai trouvées à ce sujet dans mes journaux médicaux. Or, voici la réponse que j'ai reçue :

« Les dépenses professionnelles ne sont pas en rapport avec les recettes (nul ne le regrette plus que moi) et, à moins de justifications de votre part, je me propose de ne pas considérer comme charges de votre profession : les frais de domesticité et d'automobile et de réduire de moitié les amortissements des appareils à rayons X ainsi que les frais de bureau. Veuillez, d'autre part, me faire connaître la nature et le montant de vos revenus autres que celui que vous procure l'exercice de votre profession ; dans le cas de diminution de ces revenus, justifier cette diminution. »

Je demande si, par un ukase de ce genre, le contrôleur des contributions peut en supprimant la moitié de mes frais — sur ses papiers — augmenter d'autant mes bénéfices. S'il peut, par exemple, décréter que mon auto Citroën 2 pl. qui ne me sert qu'à ma clientèle, n'est pas une dépense professionnelle, etc.

Dr B.



Réponse.

Dès lors que vous prouvez que les frais indiqués dans votre déclaration sont bien des dépenses professionnelles, le contrôleur ne peut les réintégrer dans votre bénéfice.

En ce qui concerne l'automobile, qui sert exclusivement à l'exercice de votre profession, les frais qu'elle vous occasionne doivent être déduits de votre bénéfice.

Il est probable que le contrôleur a jugé les frais de bureau excessifs. Il a dû considérer de même les frais de domesticité.

En ce qui concerne les premiers, si les chiffres donnés par vous sont réels, il vous est facile de les prouver.

Les appointements et la nourriture du domestique ne devraient être compris que pour moitié, dans les frais professionnels, car il est probable que le domestique n'est pas employé uniquement pour l'entretien de votre cabinet.

Dès lors que l'amortissement des appareils est bien calculé en raison de la durée desdits appareils, le contrôleur ne doit pas le réduire de moitié.

Si la taxation est établie sans tenir compte de votre réclamation, vous aurez un mois à dater de la publication du rôle, pour réclamer auprès du contrôleur et trois mois pour adresser une pétition au Préfet.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

871. — Maladie contractée par un militaire. Imputabilité au service.

Un jeune militaire de la classe 1924 est incorporé en novembre et expédié en Allemagne occupée. Là, il contracte la rougeole dès son arrivée et celle-ci se complique d'une pleurésie droite. Au bout de trois mois de traitement, il est réformé temporairement.

A son arrivée ici, je le trouve avec du liquide dans sa plèvre droite et des signes de sommet droit qui ne permettent guère le doute, bien que, dit mon malade, la radioscopie pulmonaire et l'examen des crachats pratiqués avant son départ de l'hôpital militaire, aient été négatifs.

Or, les parents disent : « Notre fils est parti bien portant. Va-t-il rester à notre charge ... ? »

Il s'agit de petits propriétaires peu fortunés et il sera difficile au jeune malade de suivre chez lui les règles d'hygiène et le traitement applicable en pareil cas.

Que faire dès lors ? N'y aurait-il pas possibilité d'une part de faire entrer ce jeune homme dans un sanatorium militaire ? Ne serait-il pas possible, puisque la preuve est faite de l'affection contractée en cours de service, de faire admettre ce jeune militaire (s'il y a lieu) à une réforme définitive avec un certain taux de pension ?

Dr G.

Réponse.

A notre avis, cette maladie est imputable au service.

Que le jeune homme adresse donc au Directeur du Service de Santé de la région, dont il dépend, une demande, par lettre recommandée, pour être soumis à l'examen d'une Commission de réforme à l'effet d'obtenir une indemnisation pour son infirmité.

Une fois l'origine en service reconnue, il sollicitera par la même voie l'hospitalisation sur place, ou bien l'admission dans un sanatorium militaire.

Application du Tarif Breton.

I

952. — Irrigations de Carrel.

J'ai donné mes soins à un blessé atteint de phlegmon de la main et auquel j'ai pratiqué pendant quinze jours consécutifs des irrigations continues suivant la méthode Carrel. J'ai compté ces irrigations 20 fr. chacune.

La Compagnie refuse de me payer. Mon tarif est-il trop élevé ?

Je serais heureux d'avoir votre avis et vous en remercie d'avance.

Dr D.

Réponse.

La tarification spéciale par des « irrigations continues par la méthode de Carrel pour plaies graves et profondes » a été ajoutée au tarif Breton, à ma propre demande (voir la fin du tableau terminal de l'arrêté ministériel du 26 juin 1921). Elles sont tarifées 20 francs, mais il est bien spécifié pour « chaque installation » et non chaque séance de pansement. Avez-vous été obligé 15 fois en 15 jours de pratiquer la dite « installation » ? Toute la question est là.

F. D.

II

957. — Blessures multiples.

Puis-je sur une note d'honoraires adressée à la « P... » inscrire pour le même accident :

1º Sutures multiples du cuir chevelu	18	75
2º Pansement de plaie contuse main gauche	8	»
3º Injection de sérum antitétanique	15	»
Total	41	75

La « P... » me conteste le pansement de la mai n gauche qui ne peut, dit-elle, se cumuler avec les interventions.

Or, il s'agit là d'un cas de blessures multiples pour lesquelles je suis en droit, comme vous le dites souvent et pour employer vos propres termes, de compter « les soins donnés pour chacun des pansements ou chacune des interventions, même si ces dernières sont comprises dans le prix de la visite ou consultation

Je n'ai pas voulu chicaner l'assurance sur la modique somme de 8 francs.

Mais je tiens à marquer le coup et à lui faire savoir que dorénavant je ne tolèrerai aucun manquement à mon droit. Dr N.

Réponse.

Vous êtes parfaitement en droit de compter le pansement de la main gauche en même temps que les sutures du cuir chevelu, attendu qu'il y a là non pas une blessure unique, mais bien deux blessures. Vous tombez donc dans le cas de l'article 14 sur les « blessures multiples », où il est dit que « les soins sont tarifés pour chacun des *pansements* ou chacune des interventions ». Mais vous avez eu tort de ne pas « chicaner l'assurance », fût-ce pour un centime, alors qu'il s'agit d'une question de principe. F. D.

JURISPRUDENCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — LIEU ET TEMPS DU TRAVAIL. — FORCES DE LA NATURE. — CHARRETIER. — INSOLATION.

TRIBUNAL CIVIL DE MONTPELLIER (1re CH.). 6 mars 1924.

(*Gazette du Palais*, 29 avril 1924.)

L'article 1er de la loi du 9 avril 1898 dispose que l'accident de travail est celui qui survient par le fait ou à l'occasion du travail, et tout accident qui se produit sur le lieu et au temps du travail est un accident survenu à l'occasion du travail.

Rien dans la loi ne permet d'en exclure les accidents qui, présentant ces caractères, sont dus à l'action des forces de la nature.

Spécialement une insolation, dont se trouve frappé un charretier, qui se produit au temps et au lieu du travail, se produit par là même à l'occasion de son travail, et se trouve protégée par la loi de 1898.

Le Tribunal,

Attendu que la dame Vve Vergne a assigné la dame Vve Blandinières et lui réclame une pension annuelle et viagère par application de la loi du 9 avril 1898 ; qu'il est reconnu par toutes parties que le 11 août 1923, vers 4 heueres 1 /2 du soir, le sieur Vergne, mari de la demanderesse, travaillant au service de la Vve Blandinières, conduisait quai de la République, à Cette, sa charrette vide, attelée de deux chevaux, lorsqu'il fut frappé d'une insolation qui amena son décès quelques heures après ; que la dame Blandinières soutient que la loi de 1898 n'est pas applicable aux accidents dus à l'action des forces de la nature, si ce travail n'a pas mis ces forces en mouvement ou n'en a pas augmenté les effets ;

Mais attendu que cette doctrine ne saurait être admise, malgré l'autorité de la jurisprudence qui l'a adoptée ; qu'il convient de se rallier à la jurisprudence

dence toute récente de la Cour de Nancy (1[er] juillet 1922, *Gaz. Pal.*, 1922.2.418. — D. 1922.2.121) ;

Attendu que l'opinion contraire établit une distinction arbitraire et qui ne résulte en aucune façon des termes de la loi ; qu'en effet, l'art. 1[er] de la loi de 1898 dispose que l'accident du travail est celui qui survient par le fait ou à l'occasion du travail ; que la jurisprudence décide que l'accident qui se produit sur le lieu de travail et au temps du travail est un accident survenu à l'occasion du travail ; que rien dans la loi ne permet d'en exclure les accidents qui, présentant ces caractères, sont dus à l'action des forces de la nature ; que la loi, en effet, n'écarte en aucune manière les accidents dus à un cas de force majeure ; qu'il importe peu que l'accident de force majeure soit étranger à l'exploitation, puisque la loi ne vise pas seulement les accidents provoqués par le fait du travail, mais aussi ceux survenus à l'occasion du travail, que c'est ainsi que la jurisprudence comprend comme accidents du travail, ceux dus à un fait complètement étranger au travail, tels que, rixes entre ouvriers, ou faute d'un tiers, qu'il est donc peu logique d'en exclure les accidents dus à une force de la nature, alors que cette distinction n'est fondée sur aucun argument de textes ;

Attendu qu'une insolation qui se produit au temps et au lieu du travail, se produit par là même à l'occasion de son travail ; que c'est son travail qui l'obligeait de prendre cette voie à l'exclusion de rues étroites et nombreuses mais moins carrossables, sans même que retenu par la nécessité de conduire ses chevaux, il ait pu profiter des pans d'ombre que pouvaient présenter les trottoirs ou les bords de la voie ;

Par ces motifs ,

Rejetant toutes autres conclusions des parties, fixe le montant du salaire de base à 6.000 fr., qui doit être réduit du quart au-dessus de 4.500 fr. ;

Condamne, en conséquence, la dame Blandinières à payer à la dame Vergne à partir du jour du décès une rente annuelle et viagère de 20 % sur une somme de 5.375 fr., la rente s'élevant en conséquence à la somme annuelle de 1.075 fr.

Condamne la dame Blandinières en tous les dépens.

Commentaires

Un de nos adhérents nous avait posé la question de savoir si l'insolation pouvait être considérée comme un accident du travail, parce que l'assurance se refusait à payer la note des frais médicaux.

Dans le *Concours médical*, 1924, page 2169, nous avions répondu à notre confrère et je suis heureux de lui montrer, par le jugement d'appel ci-dessus, que la jurisprudence devient plus humaine à l'égard des ouvriers, en mettant à la charge du chef d'entreprise les frais médicaux et le demi-salaire, dans des cas de plus en plus nombreux.

Il n'en a pas toujours été ainsi, en ce qui con-

cerne l'insolation et, d'une manière plus générale, les accidents dus à l'action des forces de la nature.

Un arrêt de Cassation, chambre des Requêtes, du 9 mai 1922 (*Gazette du Palais*, 19 septembre 1922) consacre la jurisprudence antérieure : il s'agissait d'un ouvrier, mort victime d'une congestion, survenue au cours d'un travail exécuté par un temps très rigoureux.

« Attendu, dit l'arrêt de Cassation, que si la « loi du 9 avril 1898 dispose que tout accident, « survenu sur le lieu et à l'heure du travail, « donne droit à l'indemnité fixée par la loi, en fa- « veur de l'ouvrier, qui en a été victime, ce prin- « cipe n'est pas applicable aux accidents dus à « l'action des forces de la nature ; qu'il n'en est « autrement que si le travail a mis ces forces en « mouvement ou en a augmenté les effets ».

Par conséquence, le travail de l'ouvrier en question, n'ayant pas aggravé les dangers que pouvait faire courir la température, ne devait pas en faire supporter les accidents au patron.

Cette jurisprudence rigoureuse avait déjà été consacrée par quelques textes : Cassation, 10 décembre 1902 (*Gaz. Pal.*, 1903, 1,1) ; 2 mars 1904 (S. 1905, 1, 399 ; D. 1904, 1, 553), Cour de Poitiers, 19 février 1912 (*Gaz. Pal.*, 1912, 1, 667), Cour de Nancy, 30 mars 1912 (Rec. Nancy, 1912, 139), Cour d'Amiens, 28 juin 1912 (*Gaz. Pal.*, *cod. loc.*, 1755 ; *Gaz. Trib.*, 20 novembre 1912) Cour de Pau, 6 mai 1914 (S. 1914, 2, 184). Voir également Sachet, Traité de la législation sur les accidents du travail, 6e édit., t. 1, p. 184, n° 298).

Faisant application de ces principes, la cour de Riom (23 janvier 1919 ; Revue générale des accidents du travail, janvier 1920, p. 20) décidait que « les fluxions de poitrine mortelles, aux- « quelles sont exposés les ouvriers, par suite, « des brusques changements de température, « qu'ils subissent dans l'exercice de leur profes- « sion, volontairement pratiquée, ne peuvent « être considérées comme des accidents du tra- « vail. »

Un arrêt de la Cour de Nancy, du 1er juillet 1922 (*Gaz. Pal.* 1922. 2.418 ; D. 1922, 2, 120) revient sur cette jurisprudence, en faisant observer que la loi ne fait aucune distinction et que, sur le lieu et à l'heure du travail, elle couvre même les faits de force majeure, ou les cas fortuits.

Il s'agissait d'un bûcheron, écrasé par la chute d'un arbre brisé par le vent au cours d'une violente tempête. « Attendu qu'il importe peu que « ce soit le vent seul, qui ait déterminé la chute « de l'arbre ; qu'en l'espèce, il s'agit bien d'un « accident survenu pendant le temps, sur le lieu « et à l'occasion du travail ; qu'en effet, le risque « professionnel le plus dangereux, couru par un « ouvrier bûcheron, est bien celui provenant de

« la chute des arbres ; qu'il est indifférent que « cette chute soit provoquée par le travail même « ou par la force majeure, ou par un cas fortuit ; « qu'on ne saurait donc prétendre qu'Etienne « n'a été victime que d'un risque humain, n'ayant « aucune relation avec le travail ; »

Cet arrêt se rapproche d'une décision de la Cour de Cassation (14 février 1921) et d'un arrêt de la Cour de Dijon (28 octobre 1920) décidant que, « dans le cas d'un accident survenu sur le « lieu et à l'heure du travail, il n'est point néces« saire, pour le mettre à la charge du chef d'en« treprise, qu'il soit en corrélation étroite avec « la tâche assignée à l'ouvrier : il suffit que le tra« vail en ait été l'occasion ».

Le jugement du tribunal civil de Montpellier, que nous rapportons ci-dessus, remet en question la solution contraire, jusqu'ici consacrée par la Cour suprême.

En conséquence, nous conseillons à notre confrère d'inviter l'ouvrier auquel il a donné ses soins pour une insolation, de poursuivre, à l'aide de son syndicat professionnel et avec le secours de l'assistance judiciaire, qui est de droit, le recouvrement de son indemnité de demi-salaire, devant le juge de paix du lieu où s'est produit l'accident.

Si le juge de paix reconnaît, avec la jurisprudence nouvelle ci-dessus mentionnée, qu'il s'agit bien d'un accident du travail, notre confrère pourra ultérieurement faire admettre son droit aux honoraires.

Si le juge de paix décide au contraire que l'insolation ne constitue pas un accident du travail, le syndicat ouvrier pourra inciter son adhérent à aller en appel, ou en cassation, selon le montant de la demande principale.

Et le « Sou Médical » ne se désintéressera pas du procès, du moment où, à côté des droits légitimes de la victime, sera posé, pour notre confrère, le point de savoir qui lui payera ses honoraires et selon quel tarif.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *avril.*

Remplacement des chirurgiens-dentistes.

Projet de loi, autorisant les étudiants en chirurgie dentaire pourvus de 12 inscriptions à remplacer les chirurgiens dentistes, déposé par le Gouvernement à la première séance du 21 novembre 1924 de la Session extraordinaire de la Chambre des Députés (Annexe n° 710).

Exposé des motifs.

Messieurs, la loi du 30 novembre 1892 sur

l'exercice de la médecine, par son article 6, a autorisé les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Par contre, le remplacement des chirurgiens-dentistes n'est pas autorisé par la loi. Cette mesure serait cependant désirable.

Si le législateur autorisait les étudiants en chirurgie dentaire, munis d'un certain nombre d'inscriptions, à remplacer les chirurgiens-dentistes, ceux-ci, en cas de maladie ou d'absence, pourraient continuer à faire assurer les soins nécessaires à leur clientèle, ce qui leur est presque impossible, actuellement, dans les petits localités ne comptant qu'un seul praticien.

Quant aux étudiants, les bénéfices qu'il s retireraient de cette mesure seraient multiples. Ce serait d'abord la faculté de se procurer un gain souvent indispensable, qu'ils sont fréquemment obligés de demander à des occupations manuelles.

Cette autorisation serait accordée à l'étudiant en chirurgie dentaire pourvu de douze inscriptions. L'étudiant en chirurgie dentaire prend, en effet, au total douze inscriptions ; lorsqu'il signe la douzième inscription, il est à la fin de la cinquième et dernière année d'études et il ne lui reste plus qu'à obtenir le diplôme d'Etat.

La fédération dentaire nationale a donné un avis favorable à cette proposition.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts demande d'accueillir favorablement cette proposition.

Projet de loi.

Article unique. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 est complété ainsi qu'il suit :

« Les étudiants en chirurgie dentaire, dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer l'art dentaire à titre de remplaçants des chirurgiens-dentistes.

« Cette autorisation délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Appels téléphoniques en cas de sinistres, demandes de médecins, etc.

6793. — M. Pasqual, sénateur, demande à

M. le ministre du commerce s'il existe des circulaires précises concernant les appels téléphoniques en cas de sinistre. (*Question du 28 février 1925.*)

Réponse. — Aux termes de l'instruction sur le service téléphonique, les communications téléphoniques se rapportant à des avis de sinistre (incendies, inondations, naufrages, etc.) et aux demandes de secours correspondantes sont établies par priorité absolue.

Les receveurs ou gérants sont tenus de donner suite, pendant les heures de fermeture du service, à toute demande de communication présentée à partir de la cabine et qui a pour objet soit un avis de sinistre, d'accident, soit une demande de secours.

De même, les bureaux correspondants peuvent être appelés à toute heure de jour ou de nuit pour l'établissement de ces communications.

En outre, à quelque moment de la journée qu'elles soient demandées, lesdites communications doivent bénéficier d'un droit de priorité sur les communications officielles ou ordinaires.

Doivent être assimilées aux demandes de secours les communications téléphoniques ayant pour objet de réclamer l'envoi d'un médecin, d'une sage-femme, d'une ambulance, d'un vétérinaire.

Par « demande de communication », il convient d'entendre : demande de mise en relation avec un poste d'abonnement téléphonique pour l'échange d'une conversation. En conséquence, il ne peut être donné suite aux appels destinés à des autorités ou particuliers non abonnés au téléphone.

Toutefois, en pareil cas, il y a lieu d'admettre l'envoi de messages téléphonés. Pendant la nuit, la distribution de ces messages doit être assurée dans le lieu d'arrivée.

Dans les bureaux qui ne sont pas siège de chef-lieu de canton, l'application de ces dispositions est suspendue le dimanche, de 11 heures à 21 heures. Elle est maintenue les jours de fête légale qui ne tombent pas un dimanche. (*J.O.*, 4 *avril* 1925.)

Assistance maternelle aux femmes des jeunes soldats.

621. — M. Tranchand, député, signale à M. le ministre de la guerre qu'il y a dans l'armée, de jeunes soldats qui, pères de famille ou sur le point de le devenir, sont souvent anxieux de savoir leur femme seule à la maison, quelquefois sans ressources et sans soutien, et lui demande s'il ne serait pas possible de faire connaître aux chefs de corps les organisations sociales

qui s'occupent des futures mamans, les recueillent et leur donnent tous les soins que nécessite leur état. (*Question du* 29 *juillet* 1924.)

2e *réponse*. — Le *Journal officiel* publie — et pour 1924, le numéro du 6 août 1924 a publié, pages 7192 et suivantes — la liste des œuvres d'assistance maternelle qui semblent devoir retenir l'attention à raison de l'encouragement que le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, leur accorde sous forme de subventions. En particulier, la Mutualité maternelle de Paris, 39, rue des Petits-Champs, qui comprend un grand nombre de sections à Paris, en banlieue et en province, a déjà été signalée à l'attention des chefs de corps par une circulaire du ministère de la guerre, en date du 22 mai 1910. Afin de répondre au désir exprimé par l'honorable député, les indications rappelées ci-dessus figureront au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre. (*J.O.*, 9 *avril* 1925.)

Les meubles professionnels pouvant être utilisés par des médecins ou des dentistes ne sont pas assujettis à la taxe de luxe.

3362. — M. Franklin-Bouillon, député, expose à M. le ministre des finances que le décret du 26 juin 1920, relatif à la loi du 25 juin 1920 portant création de nouvelles ressources fiscales, énumère les marchandises ou objets classés comme étant de luxe et demande si les meubles, tables d'opérations, lavabos, etc., employés par les médecins et les chirurgiens ; les fauteuils, lavabos, crachoirs, etc., employés par les dentistes peuvent être classés dans les tableaux A ou B annexés au décret, ou bien, au contraire, si ces objets, du fait de leur destination ne sont pas exempts de la taxe de luxe, quel que soit leur prix. (*Question du* 10 *mars* 1925.)

Réponse. — Les décrets de classement des articles de luxe des 26 juin 1920 et 7 septembre 1923 ne visent que les meubles fabriqués en vue de l'âmeublement des appartements ou des locaux destinés à l'habitation. Dans ces conditions, si les meubles en question présentent des caractères particuliers tels qu'ils ne puissent manifestement être utilisés que par des chirurgiens ou des dentistes, ils ne sont pas assujettis à la taxe de luxe. Dans le cas contraire, cette taxe se trouve applicable suivant le droit commun. (*J.O.*, 12 *avril* 1925.)

Quarante septième année N° 19 10 Mai 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 1150-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

Jurisprudence

A Travers l'Officie

Documents Officiels

Anthologie Médicale

AVIS

—

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**
***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr MULLER, de Rilly-la-Montagne (Marne), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.
Allevard-les-Bains. Boël.
Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix
Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.
Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.
Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.
Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.
Barèges. Fourment, Pinat, Robine.
Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.
Biarritz. Clavel, Lacour.
Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.
Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.
Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.
Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.
Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.
Capvern. Pouy.
Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.
Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Mazeran, Ribérolles.
Contrexéville. J. Thiéry.
Divonne-les-Bains. Ballivet.
Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.
Enghien-les-Bains. Beyrand.
Escouloubre-les-Bains Dr Sarda
Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.
Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.
Forges-les-Eaux. Bernardicou.
Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.
Hendaye. Th. Casenave.
La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.
La Motte-les-Bains. De Langenhagen.
Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.
La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.
Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.
Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.
Martigny. Payen.
Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux, Verrier.
Néris. Ducros. Jossand.
Plombières-les-Bains. Bernard, Giffot, de Langenhagen. Truelle
Pougues-les-Eaux. Hyvert.
Préchac-les-Bains. Degos.
Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.
Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.
Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.
Salins-Moutiers. Gonthier.
Salies-du-Salat. Barbé.
Sail-sous-Couzan. François
Saint-Didier. (Vau.) Masquin.
Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.
St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.
St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy.
Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.
Thonon-les-Bains. Vuillaume.
Uriage. Barbier, A. Bouteiller.
Ussat (Ariège). Pujol.
Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.
Vernet-les-Bains. Ponson.
Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.
Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 197. — Exploitation cotonnière du Soudan demande médecin de 30 à 35 ans. Appointements de début 37.000 fr. plus avantages matériels.

N° 198. — Côte normande, plage sable fin, séjour tranquille, chasse, pêches variées, villa confort. sur mer, à louer pour sept., Dr Didier, 4, av. Alphand, Paris. Tél. Passy 63-13.

N° 199. — Pour rais. santé, à céd. sur Côte d'Azur, mais. rep. compr. 24 p. chauff. centr. eau cour. chaude et froide. Jardin de 6.000 m. S'ad. Mme Bernardy, Villa Marie-Renée, av. de la Lanterne à Nice.

N° 200. — Dr 54 ans, enc. vigour. mais vue fatiguée, dem. pr novembre, ds gr. ville Midi, poste demi-rep. ou sit. paraméd., direct. ou adj. clinique méd. acc. du tr., mais. conval. etc. Dispos. cap. pour assoc.

N° 201. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 202. — A vendre machine à écrire Remington n° 10, état de neuf.

N° 203. — Doct. marié, cherche bon poste médic. fais. minim. 70.000 fr., dans ville import. ou proxim. de ville, pour éduc. enfant.

N° 204. — Le Dr la Bonnardière, à Hyères (Var), serait reconn. à confr. qui indiq. mais. de repos pour dame âgée, non malade, dans rég. Midi ou S.E.

N° 205. — Ville d'eaux du Centre client. de 25.000 fr. fac. extens. Loyer 2.000 fr. Bail 7 ans, 2 étag. A repr. de s. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 206. — Paris. Exc. quart. client. peu pouss., rapp. 30.000 fr. appart. 4 p. tt. conf. aff. à développ. S'adr. Cabin. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

1057. — Accident survenu à un bûcheron travaillant aux pièces

X. s'est entendu avec Y. fermier, pour abattre et débiter un certain nombre de pommiers appartenant à ce dernier. Le travail est payé *aux pièces*, tant la « corde ». En faisant sauter une souche à la dynamite, X se brûle assez grièvement à la face.

X. doit-il être considéré comme entrepreneur travaillant à son compte ou comme ouvrier au service de Y ?

Je vous serais obligé de me répondre le plus tôt possible, afin que je puisse, le cas échéant, opposer votre avis à celui du représentant de l'assurance.

Dr D.

Réponse.

L'abatage d'arbres dans une propriété est, par lui-même, un travail agricole. L'accident devrait donc être considéré comme un accident du travail, aux termes de la loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux accidents agricoles la législation sur les accidents du travail, si le blessé était l'ouvrier ou le domestique du propriétaire des arbres.

Mais, d'après votre lettre, il ne paraît pas en être ainsi. Le blessé était non pas l'ouvrier du propriétaire, mais un petit entrepreneur ayant entrepris, moyennant une rétribution à la tâche, l'abatage des arbres. Dans l'exécution de son travail le blessé était entièrement libre et n'avait pas à recevoir d'ordres et de conseils du propriétaire qui l'employait. Entre le propriétaire et le blessé existait un contrat, mais aucun lien de subordination, condition essentielle pour que la responsabilité du propriétaire puisse être engagée.

Nous estimons donc qu'il n'y a pas accident du travail et que le propriétaire ne peut être rendu responsable de l'accident, à moins de faute de sa part, conformément au droit commun (article 1,382 du Code civil)

1036. — Rente de la veuve d'une victime du travail

Comment calcule-t-on la rente que doit toucher la veuve d'un ouvrier mort victime d'un accident du travail ?

Dans le cas particulier, il s'agit d'un charretier de scierie qui gagnait 13 fr. par jour. Il était âgé de 63 ans.

Sa femme âgée de 60 ans est atteinte d'une insuffisance aortique qui l'oblige de garder le repos et peut à peine s'occuper de son ménage.

Dr D.

Réponse.

Le conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps de la victime d'un accident du travail décédée des suites de ses blessures a droit à une rente égale à 20 % du salaire annuel de la victime Si ce salaire dépasse 4.500 francs, le conjoint n'a droit qu'à une rente égale à 5 % du salaire pour la portion comprise entre 4.500 et 15.000 francs. Le salaire qui doit servir de base au calcul est le salaire effectivement touché par la victime dans l'année qui a précédé l'accident, ou, si elle était occupée dans l'entreprise depuis moins de douze mois, le salaire qu'ont touché les ouvriers de la même catégorie pendant les douze mois précédant l'accident.

Dans l'affaire qui vous intéresse, la victime, dites-vous, gagnait 13 francs par jour. En sup-



posant qu'elle travaillait 300 jours par an, son salaire annuel s'élevait à 3.900 francs.

La veuve a donc droit à une rente égale à $\frac{3.900 \times 20}{100}$, soit : 780 *francs.*

1033. — Contestation d'honoraires de droit commun

Les 10, 11, 12 octobre dernier, je fais 3 visites à un malade atteint d'un phlegmon érysipélateux du thorax, creux axillaire et bras ; il s'agit d'un homme âgé qui fut opéré par un chirurgien le 11 octobre (je fis l'anesthésie) et qui est décédé le 12 au soir après ma visite. La famille ou plutôt sa veuve me donne l'adresse d'un de ses fils à qui elle me prie d'envoyer ma note, qui se monte à 75 fr. (chiffre arrondi).

10 octobre	visite	....	3 fr.
11 »	anesthésie générale	....	50 fr.
12 »	visite	....	13 fr.

(Notre tarif syndical indique pour les interventions : tarif Breton 1re catégorie).

Sans nouvelle de ma note jusqu'à ce jour, je reçois ce matin un mandat de 39 fr. (que je conserve sans le toucher) venant dudit fils accompagné de la lettre suivante :

« Je vous adresse ci-joint un mandat-poste de frs. 39, montant des 3 visites faites au coup d'œil, chez mon père.

Agréez, etc.

Ce monsieur a donc l'intention de me régler une anesthésie générale au même tarif qu'une visite ordinaire ; lui qui est fourreur, je doute qu'il accepte une pareille réduction sur la note d'un client ? Je lui réponds donc par le même courrier :

Je vous accuse réception de votre mandat de 39 fr acompte sur ma note d'honoraires de 75 fr. précédemment envoyée. (Ici détail de la note) ; cette note étant due depuis plus de six mois, je vous prie de me solder le reste, soit 36 fr. avant la fin du mois courant. Sans réponse de votre part, passé le 1er mai, j'en ferai opérer le recouvrement augmenté des frais.

Recevez, etc.

Sans réponse au 1er mai, j'ai l'intention d'en confier le recouvrement à l'huissier. Est-ce ce que vous me conseillez ? Vous pouvez publier dans le *Concours.*

Dr L.

Réponse.

Vous avez tout à fait raison de ne pas vouloir accepter la réduction arbitraire que le fils de votre client voudrait faire subir à votre note et d'exiger le paiement intégral de ce qui vous est dû, puisque votre note est conforme à votre tarif syndical.

Bien que vous ne puissiez être contraint d'accepter un paiement partiel, c'est à bon droit que vous avez conservé à titre d'acompte le mandat que vous avez reçu et que vous pouvez

encaisser dès maintenant pour éviter la péremption.

Quant au solde, si vous n'avez pas obtenu satisfaction à la date indiquée dans votre lettre, il ne vous restera qu'à en poursuivre le recouvrement en justice. Le tribunal compétent est la justice de paix du canton dans lequel se trouve domicilié votre débiteur. Vous pourrez charger de ce recouvrement un huissier de ce canton.

1005. — Taxes fiscales dues par la succession

Une personne vivante au premier janvier de l'année 1925, qui décède le 15 février de la même année, est-elle responsable dans la personne de ses héritiers des taxes afférentes à la valeur locative de l'appartement, qu'elle habitait.

On doit noter que cette personne est décédée sans héritier direct à la date du 15 février, et que l'appartement qu'elle habitait a été laissé libre de toute location le 15 mars et qu'il est actuellement loué, par les soins du propriétaire, à une personne qui l'occupe depuis la date sus-indiquée.

Dr C.

Réponse.

Les taxes afférentes à la valeur locative d'un appartement sont établies d'après les faits existant au 1er janvier de l'imposition (en l'espèce occupation au 1er janvier) et restent dues pour l'année entière nonobstant le décès du contribuable postérieurement au 1er janvier, même antérieurement à la publication du rôle.

Les héritiers sont donc responsables du payement de ces taxes.

Il n'existe d'exception que pour la patente, sur laquelle les héritiers pourraient obtenir une réduction des 21/24 (10 mois 1/2) à condition d'en faire la demande au préfet.

A. M.

1008. — Vente d une voiture d'occasion par un particulier

Je vous serais reconnaissant de demander à M. Martinot si réellement la taxe de 1 fr. 30 % est due pour la vente des automobiles d'occasion entre médecins, personnes non inscrites au registre du commerce et non sujettes habituellement au chiffre d'affaires.

Par une lettre du 4 février, vous m'avez déjà donné l'opinion du conseiller fiscal : la taxe était due. Dans le numéro du 15 février, en réponse à la question 3.111, vous affirmez également cette opinion.

Dans le numéro du 10 avril, question 522, vous admettez l'affirmation du confrère correspondant qu'un particulier ne devait pas la taxe de 1 fr. 30 %.

Le receveur particulier des indirectes consulté est d'avis que la taxe est due.

Quelle conclusion tirer de ces diverses affirmations ? Vous seriez bien aimable de me faire connaître ce que doit faire mon confrère, acheteur de mon auto usagée ; il veut bien s'incliner devant la loi, mais ne pas payer indûment. Si les lois étaient établies plus clairement, leur interprétation ne porterait pas à discussion ; ce cas n'est pas le seul.

Dr K.

Réponse.

Il résulte des renseignements pris à la direction des contributions indirectes, que la vente, par un particulier, d'une voiture d'occasion, ne doit pas être soumise à la taxe sur le chiffre d'affaires.

Nous avons répondu, il y a quelque temps, dans ce sens, à une question qui nous a été posée par un abonné du *Concours*.

La prétention des receveurs des indirectes de percevoir la dite taxe est injustifiée. Depuis la mise en vigueur de la loi du 30 mars 1923, le particulier qui vend une automobile ne doit plus de taxe, puisqu'il ne fait pas acte de commerce.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1009. — Plaie grave et profonde suturée sous anesthésie

Une compagnie d'assurances « la D. » conteste une de mes notes et me dit s'en remettre à votre arbitrage.

En mars 1924, un ouvrier agricole est traîné par trois chevaux sur un parcours de plus de cent mètres et m'est transporté immédiatement.

Il présentait une plaie profonde de la face interne du genou droit, large de sept centimètres, longue de six centimètres, plaie mettant à nu son vaste interne déchiqueté. Un de mes confrères appelé aussitôt vint lui donner le chloroforme et je l'opérai.

Je dus régulariser, éplucher, faire des sutures musculaires et tendineuses, pratiquer l'hémostase.

Sept points de suture superficiels vous diront assez l'étendue de cette blessure.

Deux points superficiels lâchèrent après suppuration. Pour éviter un envahissement possible de l'articulation du genou, je dus faire sauter ces deux points, d'où nécessairement réunion par seconde intention d'une partie de la plaie ; cautérisation au nitrate d'argent.

Opéré le 25 mars, mon blessé reprenait son travail le 15 mai.

Ma note d'honoraires porte :

25 mars, certificat..................	5 fr.
Injection de sérum antitétanique.....	15 fr.
Régularisation, épluchage et suture plaie profonde sous chloroforme....	75 fr.
Visites : 26, 27, 28, 29, 30 mars, 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 21, 24, 28 avril 8 × 15.	120 fr.
Consultation : 2, 6, 7, 12, 15 mai 7 × 5.	35 fr.
	250 fr.

Soit un total de 250 fr.

Dois-je accepter la réduction que l'on me propose, sous prétexte qu'il n'y a pas eu réunion par première intention ? Je ne le crois pas, puisque mon intervention a été longue et assez difficile et que mon blessé est parfaitement guéri.

La réduction d'honoraires porte sur une somme de quarante francs.

Veuillez s'il vous plaît me dire ce que je dois faire. la compagnie d'assurances s'en remettant à vous.

Dr V.

Réponse.

Il s'agit ici d'une plaie *profonde* où vous avez eu à faire, dites-vous, des sutures musculaires et tendineuses, plaie si *grave* que vous n'avez pu opérer que sous chloroforme. De plus, il devait y avoir des tissus mortifiés et des « régularisations » à faire, pour un malade traîné par des chevaux sur un parcours de plus de cent mètres. Aussi, malgré la non-réunion totale par première intention, il m'apparaît légitime de compter ici un « épluchage », comme vous l'aviez fait et de ne rien diminuer de votre note.

F. D.

II

1038. — Fracture du tarse. Rapport détaillé

Que dois-je compter pour :

Fracture du tarse avec déformation de la voûte plantaire, plâtre.

Rapport très détaillé demandé par la compagnie avec évaluation de l'incapacité permanente.

Dr G.

Réponse.

1° La réduction et contention de la fracture du tarse ne sont pas tarifées. On pourrait, par analogie avec la réduction et contention de fracture d'un seul os de l'avant-bras, compter 60 fr. en première catégorie (art. 18).

2° Le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave donne droit à une indemnité spéciale de 10 fr. (art. 29).

F. D.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Qui doit payer un certificat médical demandé en cours de traitement ?

JUSTICE DE PAIX DE MALESHERBES

3 *décembre* 1924.

Attendu que, suivant citation du 25 novembre 1924, enregistrée, le docteur C. demande à MM. S. et G., défendeurs, une somme de 50 francs pour honoraires des soins donnés au sieur L., victime d'un accident du travail au service des dits défendeurs et ce par application de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'en réponse à cette demande les défendeurs ont expliqué que, dans ladite somme, se trouve compris le coût d'un certificat de prolongation non demandé par eux ou par leur assureur et, par conséquent, ne donnant lieu à rémunération suivant les termes de l'article 29 du tarif officiel du 8 juillet 1920 (4e alinéa) ;

Qu'ils ont alors offert réellement au demandeur la somme de 45 francs qu'ils reconnaissent lui devoir en raison des soins donnés au sieur L. nous demandant de déclarer la dite offre suffisante et libératoire ;

Attendu que le docteur C. a refusé la dite offre en soutenant que les termes de l'arrêté du 8 juillet 1920 n'étaient limitatifs qu'en ce qui concerne les certificats tarifés 10 francs ;

Que dans le certificat initial il avait indiqué la durée probable de l'incapacité temporaire, mais qu'à l'expiration du délai indiqué, le blessé n'étant pas guéri, il avait, pour lui permettre de continuer à toucher le demi-salaire, fourni un certificat indiquant la persistance de l'incapacité et que, faute du dit certificat, l'assurance aurait été fondée à ne plus payer le demi-salaire ou aurait dû demander elle-même un certificat tarifé 10 francs ;

Attendu que les certificats médicaux sont un accessoire du traitement et que leur coût doit être compris dans les frais médicaux ;

Attendu que l'article 29, par. 4, de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, s'il énumère limitativement les certificats tarifés 10 francs, ne déclare pas qu'il ne peut y avoir lieu à d'autres certificats non compris dans cette énumération, ou que ces autres certificats ne doivent pas être tarifés ;

Attendu, d'autre part, que la Cour de Cassation, par arrêté du 16 mai 1911 (*Gazette Dalloz*, 1911-1-652) a décidé que l'arrêté ministériel n'énumère pas limitativement les frais médicaux à la charge du patron ; elle estime que toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé sur la proposition du médecin doivent être supportées par le chef d'entreprise et qu'il appartient souverainement au juge du fond

(*Voir la suite page XLVII-1153*)

PROPOS DU JOUR

Le Congrès médical franco-polonais et la médecine professionnelle.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'exposé de l'organisation nouvelle du corps médical en Pologne par M. le Dr BACZKIEWICZ, président de la Chambre supérieure des médecins en Pologne. La défense professionnelle ; projet de bureau international d'organisation professionnelle par M. le Dr PRZYBOROWSKI, président de la Chambre médicale de Varsovie.

Nous avons dans notre dernier *Propos* fait remarquer que les médecins polonais avaient tenu à donner dans le Congrès une part à la médecine professionnelle. Leurs communications à ce sujet tinrent une place importante à la séance du jeudi 23 avril, réservée par l'Académie de médecine aux membres du Congrès.

Nous ne ferons que mentionner les très intéressantes communications de Mme CURIE-SKLODOWSKA et de M. le Dr BABINSKI, tous les deux membres de l'Académie et originaires de Pologne : la première *sur la préparation de divers radio-éléments jusqu'à présent peu ou point utilisés en médecine* ; la seconde sur un *syndrome cérébelleux. Etude clinique et anatomique avec films cinématographiques et coupes histologiques.* Nous regrettons de ne pouvoir analyser l'*Esquisse historique et critique de la pathologie du cœur et des vaisseaux* qu'exposa M. le Dr PAWINSKI, membre correspondant de l'Académie. Nous déplorâmes la maladie subite du professeur WROCZINSKI qui devait exposer l'*organisation du service de la santé publique en Pologne.*

Mais nous eûmes l'avantage d'entendre le Président de la Chambre supérieure des médecins de Pologne, M. le Dr BACZKIEWICZ, nous faire connaître l'organisation du corps médical polonais.

En Pologne tout était à organiser après la libération. Le corps médical, tout en respectant les Sociétés savantes et confraternelles déjà existantes, obtint du gouvernement la réalisation d'une constitution professionnelle qu'il avait étudiée.

Sous l'autorité du ministre de l'Intérieur furent créées des Chambres médicales dont devaient faire partie obligatoirement tous les médecins exerçant leur profession. Ces Chambres jouissaient de la plus grande autonomie. Elles furent chargées de veiller à l'exécution des lois concernant l'exercice de la médecine, à la protection des praticiens et au maintien de la dignité professionnelle. Un tribunal, véritable conseil de famille, devait juger les délits et les conflits.

Chaque Chambre médicale avait au préalable rédigé ses statuts et pouvait les modifier à son gré.

Une Chambre supérieure à Varsovie devait servir d'organisme central aux Chambres éloignées de la capitale. Son tribunal devait être une Cour d'appel, devant laquelle seraient jugés tous les délits qui entraîneraient la privation temporaire ou définitive du droit d'exercer la médecine. Ce tribunal supérieur comprendrait quatre médecins de la Chambre supérieure et deux magistrats de la Haute Cour de Justice pour donner plus de garantie, si possible, à l'impartialité des décisions prises. Mais magistrats et médecins seraient absolument égaux dans le tribunal.

A la suite de la très intéressante communication de M. le président BACZKIEWICZ, M. le Dr PRZYBOROWSKI, président de la Chambre médicale de Varsovie, fit un exposé très intéressant sur *la défense professionnelle et un projet de bureau international d'organisation professionnelle*, que nous sommes heureux de pouvoir reproduire en entier :

***

La défense professionnelle par le Dr PRZYBOROWSKI :

Messieurs,

Il faut que je m'adresse à votre indulgence, si dans un congrès, où tant de questions scientifiques de tout premier ordre sont annoncées par de brillants représentants de notre profession et orateurs, — je me permets dans un communiqué bien court de fixer votre attention sur un problème professionnel, dont j'espère pourtant, que vous jugerez vous-même l'importance.

Le Corps médical de tous les pays, Messieurs, se rend compte que les conditions pour l'existence de notre profession, sa position, ses relations envers les autres éléments de la société, y compris l'Etat avec ses autorités, deviennent de plus en plus compliquées et qu'il devient de

plus en plus difficile à un médecin de conserver son indépendance et sa dignité.

Le progrès de l'industrie et le développement de toutes sortes d'administrations publiques et privées, dont le nombre augmente toujours, a depuis longtemps déjà fait surgir de nouveaux problèmes pour la profession médicale. Les fonctions de médecins de collectivités sont devenues une partie importante de l'exercice de la médecine. Elles tendent à supprimer le médecin de famille et, si l'on ne s'y oppose pas, elles transformeront une profession libérale en un métier de fonctionnaires à la solde d'administrations publiques ou d'organisations privées.

Beaucoup de vos compatriotes ont lutté et luttent contre ce mal et vos syndicats sont parvenus à en émousser les plus fâcheux préjudices, en mettant une barrière à une concurrence sans limite et sans frein.

Dans les différents pays, l'état actuel de la cause diffère, mais les principes auxquels le Corps médical obéit ou voudrait obéir, sont pareils ; les médecins sont avertis, comprennent le danger et prêtent plus d'attention à leur solidarité par l'organisation.

Mon distingué collègue et ami, le Dr Baczkiewicz, vient de vous dire, comment le Corps médical s'organise en Pologne ; vous avez vu que nous avons réalisé un progrès considérable.

Les relations avec les collectivités, regardées comme un mal nécessaire par le Corps médical de tous les pays, commençaient à peine à devenir une cause plus ou moins reçue et stabilisée, qu'un nouveau problème est venu se poser devant la profession médicale, — l'assurance sociale et surtout son anneau le plus préconisé et en même temps le plus contesté — l'assurance-maladie.

Vous connaissez tous, Messieurs, l'histoire de cette assurance, dont l'application pratique en Allemagne date de plus de 40 années remplies de lutte continuelle et implacable des trois facteurs essentiels des Caisses : l'administration des Caisses, les médecins et les assurés qui se combattent mutuellement. Il faut que la situation soit grave et presque incurable dans le pays classique des assurances sociales même, si le socialiste allemand Karl Kollwitz dans un article sur l'assurance-maladie en Allemagne (*Sozialistische Monatshefte*, décembre 1923, cité par M. Jayle dans la *Presse médicale*) arrive à la conclusion qu'il faut renverser tout l'édifice des Caisses pour reconstruire l'assurance-maladie sur des principes nouveaux.

Dans ce court exposé, je ne peux pas entrer dans les détails ; permettez-moi seulement d'attirer votre attention, Messieurs, sur ce fait étonnant et sur ce spectacle unique auquel nous assistons, — qu'une législation soit-disant salutaire, mais évidemment imparfaite et défectueuse, puisqu'elle s'oppose à une existence paisible et puisque sa valeur est contestée par ceux mêmes qui devraient en retirer tous les bienfaits — trouve dans sa forme actuelle si facilement des défenseurs, assez idéalistes ou assez doctrinaires, pour fermer les yeux sur les vérités qui gênent et pour suivre un courant d'opinion actuellement formé en faveur des assurances sociales plus ou moins calquées sur le modèle allemand.

Ce courant d'opinion a fait qu'en Pologne, au lendemain de l'indépendance recouvrée, l'assurance-maladie d'après le modèle allemand fut installée dans l'ancien Royaume de Pologne à la hâte par un décret du chef d'Etat, à l'insu du ministre de la Santé qui occupait déjà son poste et en cachette du Corps médical. Maintenant, les Caisses fonctionnent en Pologne, mais elles sont entourées de la méfiance, des soucis et du mécontentement généraux.

Le Corps médical français n'a été ni brusqué, ni pris à l'improviste. En effet, il a eu tout le loisir d'examiner mûrement pendant quatre ans un problème nouveau pour lui. Il était très intéressant de suivre la bonne volonté et la précision que le Corps médical français mettait à l'analyse du projet avant de se prononcer définitivement à la fin de l'année passée sur les conditions qui lui permettront de collaborer avec l'assurance maladie.

Messieurs, il faut que l'Etat, les collectivités et le public comprennent que les directives du Corps médical ne sont pas inspirées de motifs égoïstes, s'il combat des principes qu'il croit impossibles à accepter pour la profession médicale. Le Corps médical est le seul compétent à juger les concessions à faire.

Mais, il y a certaines limites qu'il lui est interdit de franchir, s'il ne veut pas compromettre la dignité de la profession, la valeur des services qu'il rend et le sort de l'homme malade.

Je n'ai que légèrement touché les points principaux des difficultés qui se présentent à la profession médicale et des dangers qui la menacent. Le Corps médical est obligé d'ajouter un grand effort à tout ce qu'il a fait déjà pour résoudre ces difficultés, — en prenant en considération les exigences de la loi ainsi que le mouvement social qui en est actuellement le point de départ. Cet effort doit fournir dans tous les pays les directives qui — permettez-moi de citer M. H.

Jayle — « ne seront autre chose que l'application des principes fondamentaux de la pratique honnête de l'art médical ».

Les médecins de tous les pays comprennent de mieux en mieux que le Corps médical se trouve dans la nécessité absolue d'être solidaire et de se grouper pour la défense professionnelle.

Nous nous intéressons beaucoup au progrès que le Corps médical français fait dans l'organisation professionnelle ; j'ai personnellement suivi avec attention les étapes de la défense professionnelle en France et j'en ai retiré beaucoup de profit pour mes confrères polonais. Nous avons écouté avec un intérêt très vif l'excellent communiqué que M. Fernand Decourt a bien voulu nous donner à Varsovie en 1921 sur le Syndicalisme médical français. Je me rappelle aussi avec plaisir le travail de M. Victor Parant et le Code déontologique mis à jour du Syndicat de Toulouse. Grâce à vos grandes qualités de bon sens, vous avez su dernièrement avec une lucidité et une précision admirables donner des directives acceptables pour tous et apportant le moins de préjudices et de risques.

Ainsi, Messieurs, la défense professionnelle des droits du médecin a déjà franchi chez vous une époque bien difficile : la définition du mal et de ses sources et les indications pour le combattre, mais il faut se rendre compte qu'il faut conduire à un bon résultat final la lutte engagée.

Je constate qu'en Pologne, nous avons trouvé plus de difficultés et que nous sommes moins avancés ; mais vos opinions trouvent chez nous une sympathie générale.

Cette défense des droits professionnels du médecin sera plus facile et plus efficace lorsque les médecins des différents pays reconnaîtront que cette cause, c'est leur cause commune. L'étude des graves questions professionnelles se répandrait, l'opinion générale des médecins serait mise en accord sur de nouveaux problèmes de déontologie et sur les limites des concessions possibles.

Ainsi, je viens à la conclusion de ma communication, en vous proposant l'organisation d'un Bureau International d'organisation professionnelle médicale.

Permettez-moi, Messieurs, d'espérer qu'un Bureau pareil, ayant son siège à Paris, rendrait des services très précieux à l'ensemble du Corps médical. L'échange des opinions leur donnerait plus de fond, le sentiment de solidarité du Corps médical augmenterait, on ne voterait que des mesures absolument nécessaires pour conserver au Corps médical l'indispensable niveau de dignité et pour conserver la valeur des services qu'il rend à l'homme malade.

On peut espérer que les travaux d'un Bureau International fixeraient des principes qui souvent et dans beaucoup de pays faciliteraient les relations correctes et la confiance entre les pouvoirs administratifs de l'Etat et des collectivités et le Corps médical. On éviterait beaucoup de récriminations et d'amertumes. Enfin, on peut espérer qu'une opinion loyale, pondérée et générale serait finalement prise en considération par le législateur.

Le Bureau d'Organisation Professionnelle serait surtout utile aux pays dont les Corps médicaux sont moins avancés et pour le cas particulier des assurances aux pays où celles-ci n'existent pas et, si installées, fonctionnent mal ou défectueusement.

Le Bureau qui travaillerait en accord avec des délégués des différents pays aurait des questions générales de déontologie à examiner, il mettrait en accord les nouveaux chapitres du code sur les devoirs du médecin envers les collectivités et envers les organisations médicales, sur les limites du secret professionnel, enfin, sur le nouveau et grand problème de l'enseignement médical. Et encore, n'oublions pas qu'aujourd'hui, ce sont les assurances qui sont à l'ordre du jour et priment tout, mais nous ne pouvons pas savoir quels nouveaux problèmes peuvent se présenter à l'avenir.

Vous direz, peut-être, Messieurs, que le tableau sur le rôle du Bureau que je viens de tracer est illusoire et trop beau ; il faudra alors que je me résigne. Si pourtant l'idée que j'ai conçue et que je viens de vous soumettre ne tombe pas dans le vide absolu, si vous croyez qu'elle présente des côtés réalisables, — je vous prie de la soumettre à un examen plus détaillé dans vos organisations médicales.

***

M. Barrier, président de l'Académie de médecine, remercia nos confrères polonais, tout en leur faisant remarquer que les questions qu'ils venaient de traiter, auraient un retentissement plus grand dans les organisations professionnelles du corps médical français qu'à l'Académie de médecine.

Notons d'ailleurs, que le Président et le Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France avaient déjà conféré avec M. le Dr Przyborowski sur son intéressant projet de Bureau international que nous nous efforcerons de réaliser.

Le banquet offert le 22 avril aux médecins de Pologne, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. l'ambassadeur Josserand, avait été des plus brillants, grâce au généreux concours de la *Bienvenue française*. Nos confrères polonais nous dépassèrent ; ils tinrent à offrir aux médecins français un dîner qui eut lieu le 24 avril à l'Hôtel Continental sous la présidence de M. l'Ambassadeur de Pologne de Chaplowski. Ce dîner qui réunissait plus de 400 convives dont une centaine de dames, comptait parmi les invités les généraux Archinard et Niessel, le médecin-inspecteur Gauthier, qui sont restés populaires en Pologne. Onze discours avaient été prononcés le 22 avril ; quatorze discours furent applaudis avec enthousiasme le 24 avril.

Le dimanche 26 avril, à midi à la gare de Lyon, le Comité d'organisation et le Comité des dames firent leurs adieux à nos amis de Pologne, partant pour Vichy-Lyon, la Côte d'Azur et Nancy et une dernière fois les cris de « Vive la Pologne » — « Vive la France » furent échangés, en y ajoutant un sincère : AU REVOIR.

R. H. M. S. 0640 J. NOIR.

A l'Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France. — Hommage aux services rendus par M. Maillard. — L'assurance au décès — Contre la restriction de l'enseignement de l'Anatomie. La suppression du P.C.N.

L'Assemblée générale annuelle des médecins de France s'est tenue le dimanche, 26 avril, à deux heures au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la Présidence du Dr Bellencontre, le dévoué Président de l'A. G.

Après une courte allocution du président, le Dr Thierry, secrétaire général, a annoncé la retraite de M. Maillard, directeur des services de l'A. G. En excellents termes, le Dr Thierry a exposé les services rendus par M. Maillard qui peut être considéré comme un véritable bienfaiteur de notre Association. Grâce à lui, grâce à une étude et une surveillance avisée du portefeuille de l'A. G. M. Maillard est parvenu à accroître considérablement ses revenus et de nombreux confrères lui doivent les pensions dont ils bénéficient. Aux applaudissements unanimes de l'Assemblée M. Thierry remet à M. Maillard une plaquette en témoignage de la reconnaissance du corps médical et lui donne l'accolade. L'Assemblée vote ensuite à l'unanimité une trop modeste retraite à l'homme dévoué, laborieux, intelligent et probe qui, pendant près d'un demi-siècle, a dirigé à la satisfaction de tous, les services de l'A. G. Nous souhaitons que l'élève qu'il a formé et qui lui succède, M. Norguet, marche sur ses traces.

Les comptes du trésorier, le Dr Bongrand, encore un des grands serviteurs aussi dévoués que modestes du Corps médical et le rapport du secrétaire général approuvés, l'Assemblée écouta avec un réel plaisir le remarquable exposé que fit le Dr Levassort de la situation de l'Association. A la Caisse des retraites de droit créée en servant d'intermédiaire à la Caisse nationale des retraites, le président Bellencontre propose d'adjoindre une Caisse d'indemnité au décès, toujours en ayant recours à la Caisse nationale.

M. Guillaume fait savoir que la Société de la Haute-Marne assure tous ses membres pour une indemnité à leurs ayant droit en cas de décès. M. Puge, le distingué actuaire de l'A. G. met en garde nos confrères contre les sociétés dites du franc au décès et donne les raisons qui font que mathématiquement leur avenir éloigné doit être catastrophique. Les assurances faites à la Caisse nationale offrent des garanties qui permettent de les adapter à l'A. G.

MM. Charbonnier, du Calvados, Zipfel, de la Côte d'Or, font voter un vœu au sujet de la déplorable restriction de l'enseignement de l'anatomie du fait du dernier décret réorganisant les études médicales. Ils réclament le retour du *statu quo ante*.

M. Vacher (du Loiret) fait judicieusement remarquer que la suppression du P. C. N. donnerait aux étudiants une année de plus, leur permettant de continuer de faire des études sérieuses d'anatomie, sans négliger les autres sciences biologiques qui doivent prendre une place importante dans la formation du jeune médecin. Un vœu demandant la suppression du P. C. N. est voté par acclamation. Nous reviendrons sur cette question de l'enseignement de l'anatomie et du P. C. N. dont le corps médical ne doit pas se désintéresser. Nous avons été hreureux de constater quel succès avait obtenu, le Dr Zipfel, professeur d'anatomie à Dijon, vice-président de l'A. G. quand il a évoqué la grande mémoire de notre maître Farabeuf dont le souvenir est resté populaire dans le corps médical.

Le soir, le banquet traditionnel au Palais d'Orsay, présidé par le sénateur Chauveau, a cloturé les assises annuelles de l'Association.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PRÉSERVATION DE L'ENFANT DU PREMIER AGE CONTRE LA TUBERCULOSE

De la difficulté d'éloigner l'enfant, dès la naissance, du milieu familial tuberculeux, lorsque le père est contagieux,

Par M. Georges SCHREIBER.

La prophylaxie antituberculeuse consiste surtout à préserver de la contagion les sujets bien portants. Grancher a eu le mérite de mettre ce principe en application en faisant retirer du foyer familial contaminé les enfants citadins, apparemment indemnes, et en les plaçant à la campagne dans un milieu sain. L'œuvre qu'il a fondée rend les plus grands services, mais, comme nous l'avons montré avec le Pr Nobécourt (1), en 1913, son intervention bienfaisante, dans de nombreux cas, est trop tardive.

Les données cliniques, biologiques et anatomopathologiques établissent qu'à trois ans — âge d'admission des enfants à l'Œuvre Grancher — un tiers d'entre eux sont déjà tuberculeux. Il nous a paru indispensable, en conséquence, d'éloigner les enfants exposés à la contagion tuberculeuse familiale d'une façon plus précoce et si possible, dès la naissance. « Il faut, écrivions-nous, compléter l'Œuvre de préservation des enfants contre la tuberculose, fondée par Grancher, par une *Œuvre de placement des nourrissons exposés à la contagion tuberculeuse.* Cette œuvre aura pour tâche d'assurer dans les villes le recrutement des nourrissons nés dans les milieux infectés, de les placer à la campagne et d'exercer sur eux une surveillance constante. Elle pourra avoir recours au *placement libre,* en choisissant des nourrices avec le plus grand soin et en les réunissant dans des *centres d'élevage,* faciles à inspecter médicalement. »

Nous avons eu la satisfaction de voir cette idée réalisée en 1920. Le *placement familial des Tout-Petits,* créé par le Pr Léon Bernard avec le concours de Mmes Arnold Seligmann et Alfred Sussmann, a ouvert successivement des centres d'élevage spécialisés au point de vue de leur recrutement, à Salbris dans le Loir-et-Cher, à Saint-Viâtre, à Nouan-le-Fuzelier, etc. Les résultats très satisfaisants, obtenus dans ces divers foyers, montrent que leur multiplication doit être poursuivie dans la plus large mesure possible.

On pouvait se demander si les parents se prêteraient à une séparation précoce et craindre qu'une œuvre de ce genre ne fût vouée à l'insuccès pour des raisons sentimentales. Dans notre rapport de 1913 nous estimions déjà que cette objection n'était pas valable et nous pensions que les parents tuberculeux instruits des dangers auxquels ils exposent leurs enfants en les conservant près d'eux, accepteraient la séparation favorablement et même avec reconnaissance.

Les faits nous ont donné raison dans l'ensemble, en ce sens qu'il est aisé de recruter des nourrissons exposés dans leur famille à la contagion tuberculeuse, mais aussi imprévu que cela puisse paraître, la séparation assez facile à obtenir lorsque la mère est tuberculeuse, est souvent très difficile à imposer lorsque le père est lui-même malade.

A la réflexion, cette différence s'explique assez bien. Lorsque la mère paraît seule atteinte, le médecin fait volontiers le sacrifice du sein maternel ; les jeunes tuberculeuses sont de médiocres ou de déplorables nourrices et l'allaitement aggrave habituellement leur état. D'autre part, la promiscuité dans laquelle vivent la mère et l'enfant rend très évidents les dangers de contagion pour ce dernier.

Lorsque le père est seul frappé par la tuberculose, la décision est beaucoup plus difficile à prendre. L'idéal serait d'éloigner la mère et l'enfant pour que celui-ci puisse bénéficier du sein, mais dans la pratique journalière les choses ne se passent pas ainsi. On hésite à laisser seul, souvent sans soins et en tout cas privé de la présence des êtres qui lui sont le plus chers, le pauvre tuberculeux dont le moral est déjà très bas. On craint d'ajouter à ses maux et on se montre d'autant plus pitoyable que le malheureux présente des lésions plus avancées et — hélas ! — plus dangereusement contagieuses.

Faute de mieux, on devrait se résoudre à séparer l'enfant de sa mère, mais cette décision

(1) P. NOBÉCOURT et G. SCHREIBER. — Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose. De la nécessité d'éloigner l'enfant, dès la naissance, du milieu familial tuberculeux. *Congrès du Royal Institute of public Health,* Paris, 15-19 mai 1913 et *Archives de médecine des enfants,* avril 1914.

même paraît trop pénible. Cette femme sait que son mari est perdu, ou le craint. Va-t-on lui arracher son enfant ? Elle ne demande qu'à lui donner le sein, à l'entourer de sa maternelle sollicitude. Peut-on risquer de confier ce nouveau-né, si délicat, à des soins mercenaires ? Enfin, dès lors que l'on sait où sied le danger, n'y a-t-il pas moyen de prendre à la maison toutes les précautions qui permettront de préserver le nourrisson et d'obtenir du père qu'il s'observe de tous les instants pour ne pas embrasser son enfant, pour ne pas même s'en approcher, pour mettre sa main ou son mouchoir devant la bouche toutes les fois qu'il tousse ou qu'il éternue, pour expectorer dans un crachoir spécial, pour avoir ses objets de toilette et de table particuliers, etc., etc ? Si grand et si naturel est le désir des parents de garder leur petit, si sincère leur promesse de se plier à toutes les exigences de la prophylaxie ; si pénible et si inhumaine — en apparence — la séparation brutale — pour le père, peut-être définitive — que le médecin finit par céder et ce faisant, il devient l'inconscient complice de la Mort. Témoin la dramatique histoire suivante :

Un jeune architecte, après avoir été soigné deux mois par erreur, pour une fièvre typhoïde et soumis de ce fait à un régime débilitant, est reconnu atteint, le 29 novembre 1923, d'une tuberculose ulcéreuse et cavitaire du poumon gauche, confirmée par la présence de très nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Une alimentation plus substantielle lui fait regagner trois kilos en deux mois, mais les lésions pulmonaires, suivies à l'écran, continuent à progresser. On envisage un pneumothorax artificiel, mais on n'ose le pratiquer, le côté droit paraissant lui-même atteint.

La situation est considérée comme sévère. On s'efforce de la dissimuler à la femme du malade, enceinte de huit mois et très fatiguée par cette grossesse qui évolue dans des conditions fort émouvantes.

Le 15 mai 1924, la jeune femme met au monde, dans une maternité privée, un garçon très bien constitué, pesant 3 k. 710. Après trois semaines d'allaitement exclusif au sein, on institue l'allaitement mixte, très bien supporté. La mère songe à quitter la maison de santé et à rejoindre son mari, auquel on s'est résolu — entre temps — à pratiquer un pneumothorax, en désespoir de cause.

Que doit faire le médecin ? Doit-il laisser la mère réintégrer le foyer conjugal avec son enfant et exposer ce dernier aux dangers de la contagion tuberculeuse ? Doit-il l'éloigner seul, le séparer de sa mère et le priver du sein, alors que les grandes chaleurs meurtrières sont prochaines ? Doit-il préconiser l'éloignement simultané de la mère et de l'enfant et conseiller de laisser seul le pauvre père cloué sur son lit et condamné ?

Le père se résignerait à la séparation, mais la mère n'a pas le courage de la lui imposer ; elle veut rester auprès de son compagnon meurtri. A quoi bon insister ? Le médecin espère que les mesures de prophylaxie qu'il prescrit seront rigoureusement appliquées par les parents, consciencieux et instruits. Il laisse faire et espère que le destin ne sera pas implacable.....

Quatre mois plus tard. Le père est toujours alité, la fièvre persiste ; les insufflations pleurales, poursuivies régulièrement, paraissent avoir enrayé la marche des lésions pulmonaires. Le bébé s'est développé de la façon la plus satisfaisante, son poids est supérieur à la normale, mais depuis quelques jours il a moins d'appétit, il a eu des vomissements et la mère demande conseil au docteur. L'examen ne révèle rien de particulier, l'enfant n'a pas de fièvre, mais il est abattu et l'atteinte de son état général contraste avec l'absence de symptômes locaux. L'impression n'est pas bonne mais on ne peut rien dire. Il faudra le revoir.

Quelques jours plus tard, l'enfant est toujours dans le même état. Le médecin le trouve très fatigué, sa respiration et son pouls sont irréguliers ; il semble bien qu'il ait un peu de raideur de la nuque. Alors, la méningite ? Cette incertitude ne peut pas durer. Une ponction lombaire est pratiquée.

Le laboratoire répond : « lymphocytose abondante, hyperalbuminose notable. Recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien *positive*. On trouve un bacille tous les vingt champs en moyenne. »

La tragédie, l'horrible tragédie commence. La mère ne se doute de rien, elle est pleine d'espoir. Les vomissements ont cessé, l'enfant reste abattu, mais il n'a pas de fièvre. Pourquoi le médecin a-t-il l'air si préoccupé ? Il vient tous les jours, examine le petit malade, formule une prescription, prononce quelques paroles et part en disant : « Je reviendrai demain. »

A qui peut-il dire la vérité ou la faire soupçonner ? Au père ? Le malheureux ! A la mère ? C'est impossible !

Un soir, la température, basse jusque-là, monte brusquement à 40°. Le père est sur son lit, inquiet, silencieux. La mère ne quitte pas des yeux le médecin, ils échangent un regard, elle a compris. « Je serai courageuse pour deux, murmure-t-elle, dans un sanglot ». Trois heures plus tard, elle fermait les yeux de son pauvre petit...

J'ai vécu ce drame si émouvant. J'ai cru devoir le rapporter ici pour insuffler aux confrères qui se trouveraient dans des circonstances analogues, le courage nécessaire pour éloigner du foyer familial contaminé les pauvres bébés dont le père est tuberculeux — même au prix d'une séparation avec la mère.

CLINIQUE CHIRURGICALE

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Les hémorroïdes.

La présence actuelle, dans nos salles, d'une malade atteinte d'hémorroïdes volumineuses, va me fournir l'occasion de vous donner quelques notions pratiques utiles pour le diagnostic et le traitement de cette affection extrêmement fréquente et que vous aurez l'occasion de rencontrer bien souvent au cours de votre carrière médicale.

Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, exerçant la profession de repasseuse, entrée le 24 décembre dernier à la salle Sainte-Marthe, où elle est couchée au n° 9, et dont les antécédents, tant héréditaires et consanguins que personnels, ne présentent qu'un intérêt très relatif. Réglée à 13 ans, elle s'est mariée 8 ans plus tard, et a eu 4 grossesses à terme : à l'exception d'une congestion pulmonaire de moyenne intensité survenue au début de cette année, elle n'a jamais fait de véritable maladie et a toujours par conséquent joui d'une excellente santé.

Pour ce qui concerne son affection hémorroïdaire, il y a environ 5 à 6 ans que, tout à fait fortuitement, notre malade a remarqué au niveau de la région anale l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, non douloureuse, apparaissant à l'extérieur, au moment de la défécation, et rentrant aussitôt après. Cet état de choses a persisté sans aucune modification jusqu'au commencement de l'année dernière, époque où une seconde tumeur, en tous points semblables à la première, fit son apparition, et ultérieurement, l'affection se compléta par la formation d'un bourrelet entier autour de l'orifice anal, bourrelet qui sortait au moment des selles, mais qui pouvait être facilement repoussé et réduit à l'aide des doigts. La plupart du temps, l'issue des hémorroïdes à l'extérieur ne s'accompagnait d'aucun phénomène douloureux, mais il n'en était pas de même à la suite des fatigues et des travaux pénibles, où les douleurs apparaissaient alors, soit spontanément, soit lorsque la malade se mettait à s'asseoir. Il convient également d'ajouter que depuis quelques mois, chaque garde-robe est accompagnée d'un petit suintement sanguin, et qu'enfin, la chemise de la malade est assez fréquemment souillée par un écoulement muco-purulent, ou muco-sanguinolent.

Au début du mois de mars dernier, la malade, atteinte de congestion pulmonaire, a dû garder le lit pendant près de six semaines, et sous l'influence de ce repos forcé, elle a vu s'améliorer les divers accidents causés par les hémorroïdes. Malheureusement, cet état ne fut que transitoire, car aussitôt qu'elle a recommencé à travailler, ces accidents ont reparu avec plus d'intensité qu'auparavant, à tel point même que tout travail est devenu presqu'impossible depuis un mois, et dans cette nouvelle phase d'acuité, les accidents dont elle souffre sont les suivants : douleurs continuelles devenant excessives au moment des garde-robes, écoulement abondant de muco-pus et de sang, pendant ou dans les intervalles des selles, saillie constante du bourrelet anal, qui est devenu douloureux au toucher.

L'examen de la malade, auquel j'ai procédé devant vous, m'a permis de faire les constatations suivantes : l'orifice anal est entouré dans sa totalité par un gros bourrelet d'une coloration rouge violacé, de forme irrégulière, et qui est composé d'un certain nombre de petits lobes séparés les uns des autres par des sillons profonds et étroits. Ces lobes qui offrent le volume d'une noisette sont revêtus par la muqueuse anale tendue et luisante, et présentent à leur surface un certain nombre d'excoriations donnant lieu à un écoulement de liquide muco-purulent teinté en rose par du sang. En écartant les saillies hémorroïdales du pourtour de l'anus, on ne constate la présence d'aucune fissure, et le toucher rectal, qui cause à la malade de très vives douleurs ne révèle aucune altération, soit dans le canal anal, soit au niveau de l'ampoule rectale. La réduction complète de ce bourrelet hémorroïdaire s'opère assez facilement par une pression lente et méthodique, mais au moindre mouvement, et même parfois spontanément, le bourrelet se reproduit avec les caractères qui viennent de vous être décrits.

Pour compléter l'examen, j'ai passé successivement en revue les divers appareils de l'économie, et mon exploration ne m'a fourni que des résultats négatifs : le foie et la rate sont normaux, la cavité abdominale ne présente rien de particulier, on ne sent aucune tumeur sur le trajet des veines mésentériques, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, le cœur est sain et les urines sont normales.

Quant aux phénomènes fonctionnels si intenses qu'accusait notre malade avant son admission dans notre service, ils se sont de par le repos auquel elle est condamnée depuis son hospitalisation, fortement amendés, les douleurs spontanées ont disparu, mais il persiste toujours de la souffrance au moment de la défécation.

Le diagnostic, dans le cas présent, doit répondre à un double but : il convient en effet de reconnaître tout d'abord la maladie et de la distinguer des maladies qui sont suceptibles de lui ressembler, et en second lieu de chercher à en élucider la cause.

La première partie du problème n'offre pas de bien grandes difficultés, et seules, quelques lésions de la région anale, telles que les polypes, les condylomes, les végétations, le prolapsus et certaines tumeurs méritent d'être mentionnées, bien qu'aucune de ces affections ne présente à vrai dire les caractères des hémorroïdes.

Les polypes muqueux, presque toujours uniques, traversent bien, lorsqu'ils sont pédiculés, l'orifice anal au moment de la défécation, mais, par le toucher rectal, il est des plus faciles de parvenir à se rendre compte de leur mode d'implantation, ce qui permet de les différencier. Les végétations et les condylomes envahissent plus exactement le pourtour de l'anus, que l'anus lui-même, car ils représentent des productions dermiques et non des formations muqueuses : les premières possèdent une apparence de chou-fleur bien caractéristique, et les seconds, avec leurs attributs de tumeurs non congestives, sans aucune relation avec le système vasculaire, accompagnent ordinairement les plaques muqueuses anales. Le prolapsus est représenté par un bourrelet bien circulaire, affectant la forme d'une sorte de cône pourvu à son sommet tronqué d'un orifice régulier et non celle de paquets multiples et irréguliers séparés par des sillons. Enfin, les épithéliomas, soit sous leur forme végétante, soit sous leur forme bourgeonnante, à la fois durs et friables, ne possédent ni rénitence, ni rougeur, ni réductibilité, symptômes qui sont la caractéristique des productions hémorroïdaires et que nous avons pu constater chez notre sujet.

Il s'agit donc bien ici, d'hémorroïdes, et à proprement parler, d'hémorroïdes internes, car les dilatations variqueuses du système veineux peuvent venir se manifester soit au niveau de la muqueuse anale, soit au contraire au niveau de la muqueuse rectale. Dans le premier cas, elles sont alors perceptibles dès le début de l'affection sous la forme de petites tumeurs peu volumineuses, bien isolées les unes des autres, siègeant autour et en dehors de l'anus ; mais dans le second, elles restent cachées pendant un temps plus ou moins long et ce n'est qu'assez tardivement qu'elles se montrent à l'extérieur, c'est-à-dire deviennent procidentes.

Au point de vue pathogénique, ces varices rectales peuvent être divisées en deux grandes classes, les hémorroïdes idiopathiques, constitutionnelles ou plus simplement primitives, et les hémorroïdes symptomatiques ou secondaires. Les hémorroïdes primitives, qui apparaissent surtout de 30 à 50 ans, appartiennent à certains états diathésiques tels que l'arthritisme, le rhumatisme, la goutte : l'affection peut survenir sans cause apparente, mais elle est généralement favorisée par différentes causes, par les excès d'alimentation, par la constipation habituelle, par les abus des purgatifs, par les habitudes sédentaires, ainsi que par certaines professions nécessitant la station debout ou des efforts violents. Il se fait alors, soit à la suite de troubles de la nutrition générale, de la phlébo-sclérose, soit à la suite d'infection locale une altération des parois veineuses permettant ultérieurement l'ectasie, qui se produit sous l'influence de phénomènes congestifs, ainsi que de modifications de pression dues à l'insuffisance vasculaire.

Quant aux hémorroïdes secondaires, elles sont sous la dépendance d'affections de voisinage ou de siège plus ou moins éloigné. La plupart des maladies du rectum et en particulier le rétrécissement et le cancer s'accompagnent souvent d'hémorroïdes, aussi convient-il de ne jamais omettre de pratiquer le toucher chez tout sujet souffrant de l'anus ou du rectum. Cette conduite est en effet d'une importance capitale, car on risquerait, en se bornant à constater la présence d'hémorroïdes apparentes à l'extérieur, à méconnaître un rétrécissement ou un cancer dont le toucher révèlerait l'existence. Quelques affections des voies urinaires, et en particulier celles qui nécessitent des efforts continus pour l'accomplissement de la miction, tels que l'hypertrophie prostatique ou le rétrécissement de l'urètre, se compliquent fréquemment d'hémorroïdes : leur diagnostic est en général des plus faciles, car le malade ne manque jamais d'attirer l'attention de ce côté. Enfin, les hémorroïdes symptomatiques d'une affection à siège éloigné sont la conséquence d'une gêne apportée soit à la circulation veineuse générale, soit à la circulation porte : en première ligne se placent les maladies du foie et de la rate, ainsi que les tumeurs de l'abdomen, plus rarement les affections de la cage thoracique portant sur le poumon ou sur le cœur.

J'ai procédé chez notre malade à l'examen successif des divers systèmes fonctionnels et j'ai pu me convaincre qu'ils n'étaient nullement en cause : il s'agit donc bien d'hémorroïdes primitives et en outre d'hémorroïdes non compliquées car elles ne sont pas devenues irréductibles, soit à la suite de lésions inflammatoires, soit à la suite d'étranglement causé par la contracture du sphincter, et ne sont pas accompagnées de fissures.

Il n'en est pas malheureusement toujours de même, et bien souvent, l'évolution normale des hémorroïdes est aggravée par l'apparition de

diverses complications. La première est représentée par l'hémorragie, qui est d'ordinaire peu marquée et qui consiste seulement en quelques petits filets sanguins accompagnant les garde-robes, mais qui, dans bon nombre de cas, par suite de l'abondance de la circulation rectale, se traduit par des écoulements de sang en forme de jets véritables provenant, soit de la rupture des hémorroïdes elles-mêmes sous l'influence de l'excès de pression engendrée par l'effort, soit du fait d'ulcérations, et se produisant au moment même de la défécation ou tout à fait en dehors. L'hémorragie peut alors devenir aussi dangereuse par son abondance que par sa répétition, les malades perdent leurs forces, se décolorent, prennent l'aspect de cancéreux cachectiques, ce qui pourrait donner lieu à de graves erreurs de diagnostic.

Les hémorroïdes sont souvent le siège d'inflammations : dans la majeure partie des cas, tout se borne à une simple phlébite hémorroïdaire, se traduisant pas de faux besoins, par des épreintes, par des battements, par une douleur très vive exaspérée par les mouvements et les efforts, pendant que les paquets variqueux deviennent plus volumineux, de coloration violacée et de consistance ferme et résistante. La crise se termine en général par résolution au bout d'une huitaine de jours : tout s'affaisse et rentre en ordre, ou bien, si l'inflammation a été très vive, produisant une oblitération des veines, l'hémorroïde se transforme en une masse fibreuse, en une marisque. Mais dans certains cas, cette issue favorable ne s'observe pas et les hémorroïdes tendues à l'excès se rompent en laissant échapper un caillot noirâtre, qui est quelquefois baigné de pus : l'inflammation est alors devenue suppurée, il s'est constitué des abcès hémorroïdaires, qui peuvent être l'origine d'accidents infectieux très graves, mais heureusement exceptionnels.

En raison de la laxité de la muqueuse, les hémorroïdes arrivent à un moment donné à se pédiculiser et par suite à devenir procidentes. Au début, elles sortent de temps en temps hors de l'anus au moment de la défécation et rentrent ensuite spontanément. Plus tard, elles arrivent à demeurer en dehors, à moins que l'on exerce sur elles une pression pour les réduire, et enfin, lorsque le sphincter est relâché, elles finissent par entraîner la muqueuse voisine et par créer un prolapsus hémorroïdaire permanent. Ce prolapsus reste longtemps facilement réductible, mais, tôt ou tard, survient d'abord de la difficulté de réduction, puis de l'irréductibilité : il est en effet le siège de traumatismes répétés par le bol fécal, qui causent des accidents infectieux faciles à concevoir et entraînent par suite des poussées fluxionnaires. D'un autre côté, le sphincter, irrité par la présence de cette sorte de corps étranger, tend à réagir, et se contracture sur l'hémorroïde procidente en étranglant son pédicule, et dans l'apparition de ces phénomènes, il est bien difficile de faire la part exacte des choses, car l'inflammation réagit sur la contracture et la contracture sur l'inflammation. Quoi qu'il en soit, dans les premiers temps, les crises, qui se traduisent par une exaspération des phénomènes douloureux, et par la turgescence des paquets variqueux, ne font que s'ébaucher, et les hémorroïdes finissent par se réduire : mais, petit à petit, les crises se répètent plus souvent, et, en même temps que les accidents inflammatoires, après avoir produit des ulcérations intra-sphinctériennes, des fissures anales, remontent vers le rectum, déterminent ainsi de la rectite chronique, le bourrelet ne parvient plus à être réduit, et l'on se trouve en présence d'hémorroïdes étranglées.

Parfois, sous l'influence de l'augmentation de pression, les hémorroïdes étranglées éclatent et se vident, ce qui en permet la réduction, mais le plus souvent, elles se sphacèlent. La gangrène qui se développe peut n'être que partielle, ne portant que sur quelques paquets et même sur quelques points de certains paquets, mais elle peut également être complète, et frapper toute la masse étranglée. Il se produit alors une réaction vive sur la santé générale en même temps qu'apparaissent quelquefois des accidents infectieux graves, tels qu'abcès du foie, et thrombophlébite mésentérique. En général, la guérison survient au bout d'un temps plus ou moins long, lorsque les escarres ont fini de s'éliminer sous forme de lambeaux successifs mêlés de caillots et de pus.

Le pronostic général des hémorroïdes, en dehors de toute complication, n'est pas bien grave, car elles constituent à peine une infirmité, et ce n'est que lorsque surviennent ces accidents dont je viens de vous parler, qu'elles prennent les proportions d'une véritable maladie. Grâce à un bon régime alimentaire et à quelques prescriptions hygiéniques, la plupart des malades supportent avec beaucoup de patience leurs hémorroïdes ; il en est même qui à aucun prix ne voudraient s'en séparer, les considérant comme salutaires. Bien des gens, ainsi que l'écrit Delbet, partagent encore l'antique croyance sur le rôle d'émonctoire bienfaisant des hémorroïdes et répètent que le flux hémorroïdaire assure en quelque sorte la conservation de la santé. Conception étrange qui consiste à regarder une maladie comme un bienfait, car on ne peut cependant considérer comme salutaires des accidents d'origine nettement inflammatoires susceptibles de provoquer de graves dangers, et il est au moins singulier de regarder comme bienfaisante une hémorragie qui, par son abondance ou par sa

répétition, peut entraîner une anémie notable.

De tout ce que je viens de vous exposer, il s'ensuit naturellement qu'il convient de traiter les hémorroïdes, soit médicalement, soit plutôt chirurgicalement toutes les fois que la chose sera possible. Je n'insisterai pas longuement sur le traitement médical, qui comprend toute une série de pratiques locales et de médications internes : joint à une hygiène appropriée, il peut dans bon nombre de cas rendre des services signalés, non pas en guérissant les hémorroïdes, ce qui n'arrive jamais, mais en les rendant supportables. Cette thérapeutique me paraît particulièrement indiquée, soit au début de l'affection, soit dans les contre-indications de l'intervention chirurgicale. Indépendamment, en effet, des contre-indications générales applicables à tout acte opératoire quel qu'il soit, il existe ici un certain nombre de contre-indications spéciales qu'il faut connaître : on ne doit jamais intervenir dans les cas d'hémorroïdes symptomatiques, soit d'une maladie locale, soit d'une affection éloignée ou générale, car dans le premier cas, l'opération peut être inutile ou dangereuse, et dans le second, la guérison peut être obtenue par des moyens indirects agissant sur la cause véritable.

La cure des hémorroïdes a donné naissance à un grand nombre de procédés opératoires, ayant tous à leur actif des cas de guérison : il me serait tout à fait impossible de vous les signaler tous, aussi me bornerai-je à vous donner quelques indications sur les trois principaux groupes de procédés dont dispose le traitement chirurgical, et qui sont la dilatation, les méthodes modificatrices et la destruction.

En dehors de la dilatation par les bougies, complètement tombée en désuétude, on ne compte plus aujourd'hui que la dilatation forcée et extemporanée. Imaginée par Récamier et par Maisonneuve pour le traitement des fissures anales, elle a été étendue à celui des hémorroïdes par Fontan et surtout par Verneuil. Elle fut longtemps considérée comme étant le traitement de choix, car on croyait qu'elle fournissait une guérison complète et durable, comme pouvait le faire espérer en effet la théorie pathogénique de Duret. On ne tarda pas cependant à s'apercevoir, plus tard, que cette guérison n'étaitpas définitive et que les récidives étaient fréquentes : la dilatation agit bien pourtant, mais elle n'est pas curative, elle ne constitue qu'un palliatif de premier ordre dont les résultats immédiats sont excellents, car elle supprime pour un temps, parfois fort long, tous les accidents et en particulier les hémorragies.

Les méthodes modificatrices, très prônées à une période, ne sont plus guère en vogue de nos jours ; elles ont pour objet d'amener dans les hémorroïdes une réaction inflammatoire aseptique, qui produit la thrombose et l'oblitération des veines. Elle comprend quatre procédés principaux, les attouchements en surface, les injections interstitielles, l'électrolyse et l'ignipuncture.

Les attouchements se font au moyen de liquides divers, glycérine phéniquée, sulfate ferreux, ichtyol, acide nitrique : le traitement est toujours très long, car les badigeonnages doivent être renouvelés un grand nombre de fois, il est de plus très douloureux, et même dangereux, car il produit des escarres qui peuvent s'infecter.

Les solutions dont on peut injecter quelques gouttes dans l'intérieur de chaque hémorroïde sont extrêmement variées : sulfate de fer, perchlorure de fer, chlorure de zinc, créosote, ergotine, glycérine phéniquée, ont toute été successivement utilisés, et l'on peut faire à cette méthode à peu près les mêmes reproches qu'à la précédente : comme elle, elle n'est plus employée.

L'éléctrolyse se pratique pour les hémorroïdes de la même manière que pour les angiomes, elle a rendu assurément des services, mais expose à l'infection ; l'ignipuncture profonde serait peut-être plus efficace, mais à vrai dire, ces deux méthodes donnent des résultats moins sûrs et moins radicaux que ceux obtenus par les méthodes destructives.

Ces dernières comprennent également de nombreux procédés ; certains, comme les caustiques chimiques, l'écraseur linéaire, et la ligature, sont tombés dans unj uste oubli, de même que la cautérisation de Richet par le fer rouge : seules, la résection des paquets hémorroïdaires, et l'ablation de la totalité de la muqueuse ano-rectale sont usitées de nos jours.

La résection des paquets hémorroïdaires peut s'effectuer de diverses façons : c'est ainsi que l'on peut circonscrire le pédicule de l'hémorroïde par deux incisions curvilignes que l'on rapproche ensuite par une suture, ou bien, après avoir transfixé chaque hémorroïde par un fil de catgut que l'on noue à sa base, faire l'ablation de la tumeur au bistouri, ou mieux au moyen du thermo-cautère. La résection ainsi pratiquée donne d'excellents résultats dans la plupart des cas ; bien que, suivant certains, la plaie présente l'inconvénient d'être intra-anale et par conséquent difficile à surveiller ; la réparation complète se fait cependant assez rapidement, car on a eu soin de ménager entre les parties détruites, des ponts de muqueuse intacte, ce qui assure une cicatrisation sans rétrécissements.

Plus radicale, et plus séduisante, paraît *a priori* l'ablation de la totalité de la muqueuse anale, car elle rend toute récidive impossible. Cette opération, décrite par Whitehead, dont elle porte le nom, donne de très bons résultats : elle ne s'est pourtant pas généralisée comme elle aurait dû, parce qu'elle présente quelques difficultés techniques, et demande à être exécutée avec une

extrême précision, sous peine d'entraîner des complications désagréables. Quand on veut exécuter ce procédé, il ne faut intervenir qu'en dehors de toute crise inflammatoire et se bien garder de dilater l'anus, ce qui écraserait et déchirerait la muqueuse, et délacèrerait le sphincter qui s'infiltrerait de sang. L'incision doit être faite à l'union de la peau et de la muqueuse, puis, il faut rechercher l'espace clivable situé juste en dedans du sphincter, et libérer ensuite la muqueuse sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. On la sectionne alors au niveau de la limite toujours très apparente entre la zone hémorroïdaire et la zone saine, puis après avoir passé 4 fils cardinaux d'appui, on réalise l'affrontement par un surjet à points séparés. Au cours de l'intervention, il faut bien prendre soin de réaliser une hémostase soignée de la région, en pinçant et en liant tous les petits vaisseaux qui saignent, car ils sont trop mobiles pour être compris dans les sutures, et produiraient de petits hématomes sous-muqueux qui compromettraient le bon résultat.

Il convient en outre de ne pas oublier que les soins postopératoires sont extrêmement importants, et que, bien que le malade ait été constipé, il importe de panser journellement la plaie. L'oubli de ces principes, expose, comme je vous l'ai déjà signalé, à des complications désagréables, car les suffusions sanguines et les petits hématomes ne demandent qu'à suppurer, ce qui entraîne la désunion de la suture et par suite la rétraction de la muqueuse abaissée : il s'ensuit qu'il existe sur une hauteur d'un centimètre à un centimètre et demi une surface cruentée dépourvue de muqueuse, qui se recouvre bien à la vérité d'un épithélium, mais qui constituera un rétrécissement souvent très serré.

Il existe encore un autre procédé de cure radicale, procédé dû à Quénu, que je dois vous signaler, et qui consiste à éplucher la muqueuse décollée au lieu de la réséquer, de manière à la dépouiller de toute la couche cellulaire comprenant les paquets variqueux ; puis on la réapplique et on la maintient par quelques points de suture. Par ce procédé, on évite assurément toute traction, mais comme il y a tout lieu de redouter que la muqueuse ainsi disséquée ne se sphacèle, cette technique n'a pas eu jusqu'ici beaucoup d'approbateurs.

Peut-on et doit-on appliquer indifféremment à n'importe quel cas d'hémorroïdes, l'un des deux procédés opératoires dont je viens de vous parler ? Assurément non et chacun d'eux comporte ses indications bien précises. Il convient de réserver l'excision aux paquets hémorroïdiens peu nombreux, bien limités et bien séparés les uns des autres : dans ces cas, l'ablation des hémorroïdes après ligature à leur base donne d'excellents résultats, car par suite de l'existence de ponts de muqueuse saine la cicatrisation s'effectuera dans de très bonnes conditions.

Quant au procédé de Whitehead, on doit le réserver aux cas plus complexes, dans lesquels il ne s'agit plus seulement de l'issue hors de l'anus de 3 ou 4 paquets variqueux, mais de la procidence d'un bourrelet complet, comprenant toute la périphérie du canal ano-rectal, ainsi qu'il en est chez notre malade. Dans un pareil cas, les excisions limitées ne sauraient nous procurer de résultat satisfaisant : aussi, est-ce l'ablation totale de la muqueuse ano-rectale que j'ai l'intention d'effectuer dans quelques jours.

LES ENFANTS DES RAYONS X

Par le Dr Foveau de Courmelles.

Nombreux sont maintenant les enfants nés après irradiation de fibromes, chez des femmes n'ayant pas voulu — à tort ou à raison — être opérées, et qui préférèrent les rayons X ; ceux-ci furent, selon les phases ordinaires des découvertes scientifiques, ignorés, volontairement ou non; puis, accusés de quelques méfaits, brûlures, adhérences, difficultés opératoires plus grandes quand l'opération, en général nécessaire quand même, était faite ; puis, c'est l'époque actuelle, les rayons X donnent le cancer, des enfants anormaux, etc....

Précisons et appliquons, car nous voulons la lumière :

Dans tous les pays, la radiothérapie des fibromes, datant de vingt et un ans (1), est aujourd'hui classique, ou tout au moins très fréquemment employée, concurremment à l'intervention chirurgicale, souvent malgré le radiologue, trouvant le fibrome trop ancien, trop gros...

Elle peut se faire sans la stérilisation des ovaires, par conséquent sans nuire à la fécondation, et le prouvent maints exemples de femmes devenues enceintes pendant ou après les irradiations aux rayons X (2) ; les Allemands qui, en 1906 et

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *La radiothérapie, moyen de diagnostic et de thérapeutique de certains fibromes*, Académie des sciences, 11 janvier 1904.

(2) Dr Ménard, Académie des sciences, 13 juin, et Dr Foveau de Courmelles, 13e *Année électrique*, jan-

1907, préconisaient les radiations de Roentgen pour l'avortement provoqué, devenaient au contraire en 1922, bien après nous-même, les apôtres de « la radiothérapie contre la stérilité ». En effet, nombreux sont maintenant connus les enfants normaux et sains nés chez des fibromateuses irradiées ; encore est-il probable que ces enfants « n'ayant pas d'histoire » sont souvent ignorés, alors qu'au contraire les autres, les quelques enfants *tarés*, nés chez certaines femmes irradiées, sont mis en évidence, exagérément peut-être. Précisons :

Dès 1912, j'ai pu signaler le fait d'une fibromateuse de 38 ans, réglée très abondamment mais régulièrement. Elle reçut à un mois d'intervalle deux fois six séances de rayons X aux intensités d'alors, considérées comme relativement fortes : 20 centimètres d'étincelle dans le tube, 2 milliampères, 15 minutes et 18 centimètres de distance de l'anticathode à la peau. Les règles s'étant retardées, le traitement fut arrêté. Un enfant naissait à terme de poids inférieur (2 kgr.) et ne vécut que quelques heures. Le médecin de la famille qui me donna ces détails, me parla d'une syphilis grave chez le père, et ni lui, ni moi, ne pensâmes à incriminer les radiations, mais seulement la spécificité du père. Je n'en retins que la possibilité de grossesse par diminution du volume de la tumeur utérine permettant la conception et l'évolution du fœtus, car c'est, à notre connaissance, le premier cas publié de grossesse après radiothérapie de fibrome.

Puis, en 1920, j'eus mon second cas défavorable, avec également père syphilitique, portant sur une femme de 45 ans, grasse, à gros fibrome, mère d'un enfant de neuf ans, et ayant fait plusieurs fausses couches, réglée irrégulièrement ; elle avait été déjà irradiée, mais le ventre continuant de grossir, la patiente était venue me trouver. Je la radiographiai et trouvai un enfant presque à terme. En effet, l'accouchement survint peu après : c'était un garçon de 1.500 gr. qui évolua lentement, à petite tête, et qui, à 7 mois, ne pesait que 4 kilogrammes. J'attribuai, comme pour le premier cas, la lenteur d'évolution à la syphilis du père.

Depuis 1920, à côté de six autres cas heureux que je pus suivre, des dix cas présentés par M. Ménard, à l'Académie des Sciences, en 1923, d'autres, dus à MM. Zimmern, Lacaille, de Keating-Hart, de nombreux cas publiés outre-Rhin, voici quelques autres cas anormaux attribués aux radiations, mais sur lesquels on ne nous dit rien des antécédents familiaux, ni des procédés et doses d'irradiations.

Le premier fait signalé est de MM. Apert et Kermorgant : il s'agit d'une femme jusque-là volontairement stérile, irradiée pour son fibrome, conséquence probable, dit Pinard. Elle croit les rayons X anti-conceptionnels, d'après les dires de l'infirmière radiologue, aussi ne prend-elle plus de précautions : elle devient enceinte, accueille cependant bien l'enfant qui bientôt zézaye, bredouille, est inexpressif, garde la bouche ouverte sans avoir de végétations adénoïdes, a des brides mongoliennes aux grands angles des yeux, un crâne petit, arrondi et sans bosses, avec maintes pigmentations sur le corps, au cou, à la nuque, au ventre. M. Brindeau a cité un enfant mal conformé et idiot, né d'une femme irradiée aux deux premiers mois de la grossesse ; MM. Stettner et Verner, de même, des enfants nés prématurément, microcéphales et croissant lentement. Enfin, M. Schwab, une malade irradiée, 15 séances, pendant les quatre premiers mois de sa grossesse, où l'enfant né pesait 1.620 grammes, comme si c'était un fœtus de 6 mois et demi, microcéphale ; l'enfant croît lentement, pèse 2.040 gr. à 3 mois et 20 jours, mine assez éveillée et strabisme convergent.

Voici un autre fait, d'après *La Presse médicale* du 22 novembre 1924, dernier cas publié à ma connaissance :

« HANS ABEL. *Arrêts de développement chez un neuveau-né sous l'influence des rayons X appliqués pendant la période fœtale* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XXXVII, nº 36, 4 septembre 1924). — Une femme de 34 ans, de constitution débile, qui avait eu déjà 3 grossesses normales, souffrait de métrorragies depuis plusieurs mois. Du 8 au 10 août, puis du 8 au 10 septembre, elle a 2 périodes menstruelles bien caractérisées, malgré des pertes rouges dans l'intervalle. Cependant elle a l'impression nette qu'elle est enceinte. Un « médecin de caisse » attribue les pertes à un myome utérin, et adresse cette femme au radiologue, qui pratique les 24, 25 et 26 septembre 1923, 3 irradiations de 30 à 45 minutes chacune, avec un champ abdominal et un sacré, ampoules Coolidge, 30 cm. de distance du foyer, à la dose de 8 doses d'érythème filtrées par 0,5 de cuivre. La grossesse se poursuit dès lors dans des conditions à peu près normales.

« Le 11 avril l'accouchement a lieu : l'enfant ne se présente pas comme un prématuré, mais il est peu développé ; il mesure 41 cm. 5, pèse 1.950 gr., a un crâne déformé rappelant celui des microcéphales, un peu de rigidité des membres inférieurs, et une microphtalmie bilatérale, avec microcornée, occlusion permanente des paupières, étroitesse extrême de la fente palpébrale. D'autre part la radiographie montre l'existence d'épaississements périostés sur la plupart des os longs. La réaction de Bordet-Wassermann est négative chez la mère comme chez l'enfant. Le développement se fait dans des conditions relativement satisfaisantes lors des semaines suivantes.

vier 1913, et Rapport au XVII[e] Congrès international des sciences médicales de Londres, août 1913 : *Les rayons X et le radium en thérapeutique gynécologique.*

« A. ne retrouve à rapprocher de son cas, dans la littérature de langue allemande, qu'une observation d'Aschenheim (garçon de 3 ans 1/2 atteint de microcéphalie, microphtalmie, amblyopie et syndrome de Little ; sa mère a été soumise à la radiothérapie au début de la grossesse, pour myome utérin et une de Werner, moins caractéristique. Ces faits sont à rapprocher des résultats obtenus expérimentalement chez les lapines (avortements, cataractes chez les survivants, quelquefois microphtalmie ou coloboma. Hippel et Pagenstecher), chez les axolotls (graves lésions du cerveau, de la moelle et de la rétine, Schmidt, Lewy) ou chez les poulets (arrêts de développement, du système nerveux central et de l'appareil oculaire, Colwell, Gladstone et Wakeley). J. MOUZON. »

Là encore, nous manquons de renseignements sur les ascendants. Doit-on attribuer forcément aux rayons X ces anomalies par leur action sur les cellules jeunes (loi de Bergonié-Tribondeau) ; cette action d'autant plus grande que ces cellules jeunes sont inutiles, cette seconde condition n'étant pas réalisée ici, on s'explique le petit nombre de réactions néfastes sur les enfants conçus, grâce vraisemblablement aux rayons X. D'autre part, le Dr J. Belot et moi-même (1) avons cité beaucoup d'infirmières radiologues ayant eu de nombreux et beaux enfants. On ne peut nier cependant ces réactions qui sont évidemment fonction des doses trop souvent massives préconisées par quelques auteurs, fonction également de la grossesse, de l'ancienneté de la nature du fibrome interposé entre le tube de Crookes et l'enfant *in utero*. Ces éléments sont assez difficiles à évaluer.

Le diagnostic de la grossesse à son début est impossible, mais on connaît également les progrès du radio-diagnostic gynécologique que je préconise systématiquement depuis juillet 1921 (*Strasbourg médical*) : pour la grossesse, il est possible, maintenant, dès le quatrième mois ; aussi, ces accidents « des enfants des rayons X », comme on les a appelés, seront-ils évitables, *et tout retard des règles doit arrêter les irradiations* au moins le temps nécessaire pour être fixé, tout en tenant compte de l'âge des patientes. Mais insistons sur ce point : les accidents, d'ailleurs évitables, sont bien peu nombreux, par rapport aux conceptions avec enfants sains et dont la quantité connue est certainement inférieure à la réalité, aussi convient-il d'être très prudent et de noter tous les éléments en radiothérapie antifibromateuse : mesures, doses, filtration, durée, distance de la région irradiée à l'anticathode et direction des rayons X ; n'oublions pas non plus le *choc radiant* que je signalai, sans l'appellation, dès 1904, et sur lequel les faits de sir H. Rolleston, les théories de floculation de A. Lemière, insistent, car il peut réagir sur la femme et sur l'enfant (2). Nous demandons aussi que les antécédents des parents des « enfants des rayons X » anormaux soient publiés.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET NÉVRAXITE SPASMODIQUE (*)

Par le Dr Albert VEILLARD (de Meung-sur-Loire (Loiret).

II

Bacillus radicicola et glycosides cyanogénés des légumineuses

Continuant l'étude de la formation de la Phaséolunatine et de la Lathyrine, j'ai été amené ainsi à une conclusion inattendue que j'étais loin de prévoir, quand, il y a quatre ans, je commençai ces recherches.

Voici cette conclusion : l'encéphalite léthargique et la névraxite spasmodique sont dues à des toxines d'origine géo-microbienne.

De même que la paralysie diphtérique est causée par la toxine du bacille diphtérique, de même que le tétanos est causé par la toxine du bacille tétanique, le botulisme par la toxine du Bacillus botalinus, de même l'encéphalite léthargique a pour cause une toxine d'origine microbienne.

Mais si dans la diphtérie, le tétanos, le botulisme, le microbe reste à la porte de l'organisme humain et ne fait pénétrer dans celui-ci que sa toxine, dans l'encéphalite et la névraxite, le bacille reste à la porte de la plante, mais fait pénétrer dans cette plante sa ptomaïne et ses ultra-sporules, qui, absorbées par l'homme, provoqueront la réaction des centres nerveux infectés. La légumineuse sert donc d'intermédiaire, d'agent de liaison, entre le géo-microbe et l'organisme humain ou animal.

La toxine est excrétée par un bacille qui ne peut se développer normalement ni dans le corps des animaux, ni dans les organismes végétaux. Vivant dans les poches radiculaires ou dans les canaux des racines de certains végétaux, principalement des légumineuses, ce bacille verse ses produits excrémentitiels

(1) Dr J. BELOT. — *La Presse médicale*, 21 juillet 1923 et Dr FOVEAU DE COURMELLES, *Revue d'andrologie et de gynécologie*, 13 mai 1924.

(*) Voir *Concours médical*, no 17 du 26 avril 1925.

(2) Dr FOVEAU DE COURMELLES. — *De la superposition des chocs*, Académie des sciences, 11 juin 1923.

ou ptomaïnes dans ces végétaux, mais n'y pénètre pas, du moins sous la forme de bacille.

Cette ptomaïne, substance quaternaire azotée, sert à l'entretien et au développement de la plante et son résidu, non utilisé, constitue l'alcaloïde ou le glucoside. Le glucoside extrait du Phaséolus lunatus a été désigné sous le nom de Phaséolunatine ; il a donné par la fermentation de l'acétone, du glucose et de l'acide cyanhydrique ; c'est donc une substance éminemment xhyporotique, s'attaquant au système nerveux central et pathogène de l'encéphalite léthargique.

Même mécanisme dans l'étiologie de la névraxite médullaire spasmodique ; mais celle-ci est causée par un autre glucoside, la Lathyrine.

Ainsi que j'ai pu le vérifier, le Bacillus radicicola du Phaséolus et le Bacillus radicicola du Lathyrus ont une vie et une prolifération extrêmement actives pendant la majeure partie de la végétation de la plante ; mais ils ne peuvent vivre et proliférer qu'à la condition de se débarrasser de toutes leurs ptomaïnes. Celles-ci, renfermées dans les poches où vivent les microbes radicicoles, poches recevant du dehors par osmose les sels minéraux, l'azote du sol et les hydrates de carbone, n'ont des issues de sortie que dans les canaux radiculaires d'absorption. Tous les produits microbiens passent donc dans la plante ; sans le Bac. radicicola, la Phaséolunatine et la Lathyrine auraient été dans l'impossibilité de se former ; ces glucosides azotés ne sont que des ptomaïnes ayant subi une transformation moléculaire par suite du travail de la plante.

L'encéphalite léthargique et la névraxite spasmodique sont donc la conséquence d'une intoxication par une toxine soluble dérivée de la ptomaïne du Bac. radicicola, source principale sinon unique de l'azote de ces deux légumineuses.

A ma connaissance, on n'a jamais abordé l'étude des relations qui peuvent exister entre les bacilles radiculaires et la pathologie humaine et animale. De mes premières recherches, il résulte que cette influence est extrêmement importante ; de très nombreuses maladies n'ont pas d'autre origine que l'intoxication par les toxines solubles directes ou dérivées des ptomaïnes de ces microbes ou par les réactions d'anticorps contre des formes jusqu'à présent méconnues de ces microbes faisant fonction d'antigènes ; enfin l'histoire de la formation des alcaloïdes et des glucosides est intimement liée à cette microbiologie du sous-sol, la plante n'étant plus considérée comme le facteur du principe actif, mais comme un laboratoire recevant la matière première d'un autre organisme ayant le rôle fondamental.

Les suites de ce travail vont montrer que dans l'encéphalite léthargique, et autres maladies de même étiologie, c'est bien le géo-microbe qui doit être incriminé ; le Phaséolus sera un bon aliment ou sera toxique suivant la région de production, suivant la culture, suivant les conditions météologiques et dans toutes ces modalités, on constatera que le Bac. radicicola joue le rôle principal.

En 1896.

La question n'est pas nouvelle pour moi. En 1896, ayant lu quelque part que la culture du *Bac. pyogène* avait donné naissance à de la coumarine, je me demandai quelle relation pouvait exister entre cette production de coumarine et la coumarine que l'on retirait du mélilot, de la fève Tonka, de l'aspérule odorante, etc. C'est alors qu'examinant un mélilot et ses poches radiculaires, je fis une série de recherches microscopiques qui m'amenèrent à conclure que la coumarine du mélilot n'était, en réalité, que la ptomaïne de son bacille radicicole, analogue à la coumarine de la culture du bacille pyogène.

Je vis là une observation pouvant être le point de départ de recherches fécondes dans le domaine de la bactériologie et de la thérapeutique. Je m'en ouvris successivement à plusieurs professeurs de faculté ; mais la question ne parut pas les intéresser beaucoup. Pour eux, l'existence des poches des légumineuses était accidentelle et ne pouvait avoir aucune influence dans la formation des alcaloïdes.

Je ne fus pas plus heureux près de la Presse médicale. Evidemment, je venais avant l'heure ; la plupart de ceux à qui je m'adressais ignoraient même l'existence des poches radiculaires des légumineuses, comme ils ignoraient le rôle des microbes du sol, agents de toutes les transformations des matières organiques.

Quelque temps après je rencontrai mon ami Toussaint (d'Argenteuil), un vieux camarade de volontariat, qui venait d'être chargé de la rédaction de la *Revue dosimétrique*. Il me dit : « Puisqu'il s'agit d'une question d'alcaloïde, passe-moi ta copie. Nous tirons chaque numéro à plusieurs dizaines de mille exemplaires. Ton article a chance de tomber sous les yeux de quelque confrère qu'il intéressera » C'est ainsi que la *Revue dosimétrique* de septembre 1900 publiait la courte note qui suit. A vingt-cinq ans de distance, je la donne telle qu'elle parut alors, sans y changer un mot tant dans le titre que dans le corps de l'article.

Communication du Dr VEILLARD (*de Paris*).

Le bacille de mélilot officinal. — Certains alcaloïdes végétaux ne sont que des ptomaïnes d'origine microbienne. — Identité de la sérothérapie microbienne et de l'alcaloïdothérapie.

Des travaux antérieurs de Schlesing et Müntz, de Winogradsky, Hellrieyel et Wilfrath, Schlesing fils et Em. Laurent ont démontré l'influence de certains microbes sur la fixation de l'azote atmosphérique par les légumineuses fourragères.

Vers le milieu de mai 1896, j'eus la curiosité de vérifier les mêmes faits sur une plante officinale de la même famille, le mélilotus, qui renferme un principe volatil, la coumarine, analogue au principe volatil de la fève Tonka.

Je pus constater sur le chevelu de cette plante de-

très nombreuses petites poches que l'on pourrait comparer, comme aspect et comme grosseur, à des lentes.

Ecrasant plusieurs de ces grains, j'en préparai des plaques par plusieurs procédés (bleu de méthylène, fuchsine, bleu de Roux) ; je pus observer alors (Nachet, objectif 1/12 à immersion) un grand nombre de microbes de forme bacillaire : microbes allongés, quelques-uns à extrémité un peu renflée, d'autres en forme d'y grec (Y) ; quelques-uns en forme d'une virgule (,). Dans certaines préparations, disparition rapide des bacilles et sporulation abondante.

Voilà donc des microbes par millions renfermés dans des poches attenant aux racines. Produisent-ils seulement de l'azote servant à la vie, au développement de la plante ? Fixent-ils simplement l'azote atmosphérique qui passera ensuite dans le suc nutritif, ainsi que le pensent les auteurs cités plus haut ?

Je ne crois pas que là se borne le rôle de ces microbes ; non seulement les légumineuses se développent presque entièrement aux dépens de l'azote atmosphérique par l'intermédiaire des microbes des racines, mais ces microbes fournissent directement des principes actifs (alcaloïdes, glucosides, essences, etc.). Des expériences ont démontré que les bacilles pyogènes produisaient de la coumarine en notable proportion ; et nous trouvons aussi que le mélilotus officinalis et la fève Tonka, produite elle aussi par une légumineuse, ont un principe odorant analogue.

Par des coupes nombreuses, j'ai pu constater que ces poches à microbes des racines communiquaient directement avec le chevelu ; la partie liquide renfermée dans les poches est donc versée dans la circulation de la plante.

Mais nous savons que le microbe, organisme vivant, a des excrétions que l'on a désignées sous le nom de toxines ou ptomaïnes ; nous savons aussi que l'on a cherché à montrer (Sahli, Brouardel), les caractères chimiques qui pouvaient différencier les alcaloïdes des ptomaïnes et que la plupart du temps on n'a pu y parvenir.

Rien d'étonnant puisque dans certaines plantes, l'alcaloïde ne paraît être constitué que par la ptomaïne d'un microbe ; autrement dit il y a identité absolue entre la ptomaïne et l'alcaloïde.

Le bacillus pyogène et le mélilot produisent un glucoside analogue, la coumarine ; celle-ci, dans ces deux cas, est produite par un microbe. Ce microbe est-il lui-même identique, qu'il s'agisse du microbe du pus ou de celui du mélilot. Voilà ce que des expériences ultérieures auront à démontrer.

Mais qu'est-ce qu'un sérum-vaccin ? c'est la dilution d'une ptomaïne ou toxine microbienne. Dans la plante officinale que j'ai étudiée, le principe actif est constitué également par le suc de cette plante imprégné du produit d'excrétion des microbes renfermés dans les poches des racines. Dans le premier cas, ptomaïnothérapie ou sérothérapie ; dans le second cas, ptomaïnothérapie ou alcaloïdothérapie ; pour moi, les deux choses sont identiques ; le suc de la plante est un sérum naturel dont la partie active est constituée par une excrétion de microbes (ptomaïne ou alcaloïde).

Mais voici un autre fait, au premier abord bizarre ; il est une plante, le lythurm salicaria, poussant dans des endroits marécageux, et ayant une valeur réelle dans le traitement de la dysentérie, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par moi-même. Des personnes atteintes de dysentérie, après avoir bu d'une eau croupie, étaient guéries par une infusion de salicaire croissant dans cette même eau corrompue. Les expériences faites avec le mélilot expliquent, je crois, ce phénomène.

Les micro-organismes, producteurs de la dysentérie, fournissent des ptomaïnes qui sont absorbées par les plantes ayant leurs racines dans ce milieu. *La ptomaïne de l'un devient l'alcaloïde de l'autre.* Ces micro-organismes, emprisonnés par leurs propres ptomaïnes, s'arrêteraient bientôt dans leur pullulation, si les racines ambiantes n'absorbaient au fur et à mesure leurs produits d'excrétion. Les plantes de marais sont donc chargées naturellement des vaccins des germes qui vivent dans ces marais.

Ainsi s'expliquerait le vieux dicton — que la nature a toujours placé le remède à côté du mal. Les pays à dysenterie produiraient aussi des plantes antidysentériques (ipéca), les pays à fièvres paludéennes des plantes fébrifuges (quinquina, salicine, centaurée), les pays à choléra (le riz) ; la partie active de ces plantes ne serait que la ptomaïne du microbe pathogène. Les indigènes ne seraient-ils pas indemnes de ces maladies si meurtrières pour les étrangers que parce qu'ils vivent de plantes saturées de vaccin naturel, la ptomaïne étant un poison pour le microbe qui l'a excrétée.

Lors de la discussion sur les terrains d'épandage, n'a-t-on pas fait la réflexion que l'on ne voyait pas d'épidémie de fièvre typhoïde sur les personnes vivant de légumes produits dans ces terrains ? N'y aurait-il pas lieu d'examiner si certaines plantes ne jouissent pas de la propriété d'absorber les ptomaïnes des bacilles d'Eberth ? Les observations précédentes tendraient à le faire croire.

Telles sont les réflexions auxquelles m'a entraîné l'étude d'une plante chargée de poches à microbes paraissant en rapport intime avec la production de la coumarine. Le rôle des microbes, évident pour toute une catégorie de plantes, n'a certainement pas été assez étudié jusqu'à ce jour dans la production des alcaloïdes.

Ma conclusion dernière sera : — que l'on a trop négligé depuis longtemps l'étude des plantes officinales pour la thérapeutique chimique, puis pour la sérothérapie animale ; la vie des microbes aquatiques, telluriques ou aériens paraît intimement liée à l'existence des plantes qui les environnent ; le traitement par les alcaloïdes n'est peut-être pas aussi éloigné qu'on le croit du traitement par les toxines ou sérothérapie ; une étude sérieuse en ce sens conduirait sans doute à des résultats nouveaux et féconds en applications thérapeutiques.

Et conformément aux prévisions de l'ami Toussaint, je reçus quelques demandes de renseignements complémentaires d'un médecin espagnol et d'un médecin brésilien.

L'article fut accompagné de commentaires bienveillants de MM. Bordas, chimiste, et Viaud, vétérinaire, tous deux attachés à la rédaction de la *Revue*, mais en alcaloïdistes fervents, ils paraissaient étonnés que je fisse de l'alcaloïde, — substance noble, — un produit excrémentitiel, une ptomaïne plus ou moins transformée des bacilles qui vivaient dans les poches des racines ou dans le milieu où plongeaient les racines.

Quelques années après, je voyais apparaître une spécialité pharmaceutique avec sa littérature vantant les bienfaits de la salicaire dans le traitement de la dysentérie et un produit allemand lancé à grand renfort d'annonces et destiné à propager les bons microbes radicicoles et à détruire les mauvais. Mais les expériences faites de différents côtés montrèrent qu'il était impossible de distinguer ces microbes, les uns des autres, et je ne crois pas que ce sérum polyvalent contre les toxines des microbes nuisibles à l'agriculture, soit encore employé. Je montrerai d'ailleurs plus loin qu'il existe un moyen très simple d'empêcher l'action nocive du *Bacillus radicicola*.

Je signalais donc dès cette époque la corrélation constante qui existait entre les ptomaïnes des bacilles vivant dans le sol ou les eaux et les alcaloïdes des plantes dont les racines prenaient nourriture dans ces milieux pleins de toxines.

Mes occupations professionnelles ne me permettaient pas de poursuivre cette étude, mais de nombreux faits au hasard de la vie journalière venaient confirmer ma manière de voir.

Me promenant un jour dans un cimetière non entretenu où toutes les plantes poussaient à leur gré sans être gênées par aucune culture, je remarquai que la flore consistait presque entièrement en saponaires, sauges, thyms, menthes crépues, marjolaines. Etait-ce vraiment le hasard qui avait réuni là toutes ces plantes à principes appartenant à la série aromatique ; phénol, thymol, menthol, camphre ? N'était-ce pas tout simplement que le terrain saturé de ptomaïnes provenant des microbes de la putréfaction, était particulièrement apte à favoriser la venue et le développement de plantes qui réclament précisément ces produits excrémentiels pour leur évolution normale ? De même qu'entre deux marées on voit le pou de plage débarrasser les bords de la mer de tous les corps putrescibles, de même ces plantes absorbent dans le sol toutes les ptomaïnes qui empoisonneraient les microbes et empêcheraient ceux-ci de jouer leur rôle d'assainissement. Quelle est la loi naturelle jusqu'à présent pour nous mystérieuse, qui fait que dans les forêts les flores se succèdent à longue échéance, dans un ordre toujours le même ? Une plante appelle toujours à sa suite une autre plante, un terrain attire une flore spéciale et ne convient pas aux autres espèces.

Dans la 6e édition de mon Formulaire pour les Maladies des enfants (1912), préface page VI, j'écrivais :

« J'ai toujours été persuadé que l'étude plus approfondie de ces plantes que l'on appelle avec dédain *des simples* nous réservait des surprises et qu'on retirerait peut-être un jour de ces plantes, dédaignées aujourd'hui, des vaccins énergiques contre certaines des maladies infectieuses les plus funestes aux êtres vivants.

« Ce noyer de Beauce dont les racines puissantes tirent leur nourriture du sol tout infecté par des centaines de cadavres de moutons morts du charbon ; cette tanaisie qui paraît prospérer là où pullule le bacille tétanique ; toutes ces plantes des marais avec leurs racines absorbantes dans des eaux pestilentielles qui engendrent chez l'homme la dysenterie ou le choléra ; les uns et les autres ne renfermeraient-ils pas des sérums naturels, des vaccins énergiques contre ces bacilles qui paraissent concourir à leur prospérité luxuriante ? »

Je faisais là allusion aux cas de pustules charbonneuses guéries par Raimbert (de Châteaudun), par l'emploi d'embrocations de feuilles de noyer et au cas de tétanos signalé guéri par Pertrot (de Libourne) à la suite d'un traitement par la tanaisie.

Ne faut-il pas rapprocher de ce dernier fait les expériences classiques sur les cochons d'Inde par les injections d'extraits d'absinthe ? Les accès tétaniformes provoqués ne sont-ils pas le résultat de l'intoxication par la ptomaïne du bacille du tétanos qui vit si souvent dans les endroits où se plaisent les diverses sortes d'absinthes ?

Quel peut être le microbe générateur de la ptomaïne, qui, plus ou moins modifiée, devient pathogène de l'encéphalite léthargique ?

Mes observations m'ayant fait constater que l'encéphalite léthargique était toujours en relation directe avec la consommation du pain fabriqué avec de la farine de Phaseolus lunatus dont le principe toxique est un glucoside azoté, la Phaséolunatine, j'étais amené tout naturellement par mes études antérieures datant de 1896 à me poser la question suivante : quel peut être le microbe générateur de la toxine qui provoque l'encéphalite léthargique ?

Je puis écrire que reprenant, en 1924, l'étude des rapports possibles des ptomaïnes et des alcaloïdes je la trouve au point où je l'avais laissée en 1900, c'est-à-dire : rien sur ce sujet dans nos ouvrages médicaux et thérapeutiques.

A ceux de mes confrères qui veulent se mettre au courant des acquisitions scientifiques sur la microbiologie du sol je conseille la lecture des auteurs suivants :

L. Lutz. — *Les microorganismes fixateurs d'azote, Paris* 1904.

E. Kayser, maître de conférences de microbiologie à l'Institut national agronomique. — *Microbiologie agricole, Paris* 1911.

G. André, professeur à l'Institut agronomique, agrégé de la Faculté de médecine. — *Chimie agricole. Chimie végétale, Paris* 1909.

G. André. — *Propriétés générales des sols en agriculture, Paris* 1923.

Ces ouvrages eux-mêmes sont muets sur le sujet qui m'occupe, mais bien au point et très clairs sur la microbiologie du sol et la chimie végétale. Je les prendrai donc comme guides dans mes recherches d'une liaison possible entre la toxicité des microbes souterrains et la toxicité des plantes et poserai ici quelques jalons qui serviront de points de repère à ceux qui voudraient entreprendre des travaux de laboratoire dans cet ordre d'idées. Je suis convaincu que ce serait là une mine féconde de découvertes, tant dans le domaine de la pathologie générale que dans le domaine de la thérapeutique.

FAITS CLINIQUES

Influence de l'opothérapie placentaire sur la sécrétion lactée.

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation dont le principal mérite est qu'elle a été minutieusement relevée par les intéressés, et qui met en valeur l'influence des cachets de Placenta sur la sécrétion lactée. Peu familier de cette médication, je n'ai pu manquer d'être frappé des résultats obtenus qui peut-être n'ont rien d'extraordinaire ; je la donne pour ce qu'elle vaut, en raison surtout de la minutie avec laquelle elle a été prise.

R., secondipare. — Enfant né prématuré, débile (6 mois et demi à 7 mois de gestation), pesant un kilog. 875 gr. Alimenté au sein maternel et *pesé avant et après chaque tétée.* Accroissement de poids régulier jusque 6 semaines, puis amaigrissement progressif et apparence d'un enfant athrepsique *par suite d'insuffisance de la sécrétion lactée maternelle* (lait soumis à l'analyse et reconnu de composition normale). Injections de sérum de Quinton à l'enfant, nourrice adjointe à la mère pour compléter l'alimentation de l'enfant, mère soumise à l'*opothérapie placentaire, élévation très rapide de la sécrétion lactée maternelle de* 160 *à* 400 *gr.*

Date	Traitement subi par l'enfant	Traitement subi par la mère	Quantité de lait maternel par 24 heures	Poids de l'enfant
23 octobre 1924	Naissance.			1 kgr. 875
31 — —				1 kgr. 925
7 novembre —				2 kgr. 035
14 — —				2 kgr. 160
21 — —				2 kgr. 250
28 — —				2 kgr. 300
5 décembre —				2 kgr. 350
12 — —				2 kgr. 300
19 — —				2 kgr. 230
26 — —				2 kgr. 265
2 janvier 1925				2 kgr. 200
9 — —	Du 9 au 19 janvier, 6 injections de 10 cmc. de sérum de Quinton.			2 kgr. 180
16 — —				2 kgr. 190
19 — —		Analyse du lait maternel : composition normale, mais quantité insuffisante. Nourrice adjointe à la mère.	160 grs.	
23 — —				
30 — —			150 grs.	2 kgr. 375
6 février —			160 grs.	2 kgr. 565
8 — —		Cachets de placenta à 0 gr. 10 (2 par jour).		2 kgr. 750
9 — —				
10 — —			190 grs.	
11 — —			195 grs.	
12 — —			215 grs.	
13 — —			230 grs.	
14 — —			255 grs.	3 kgr. 000
15 — —			290 grs.	
16 — —			290 grs.	
17 — —			310 grs.	
18 — —			315 grs.	
19 — —			325 grs.	
20 — —			380 grs.	
			405 grs.	3 kgr. 160
			380 400	
			375 grs.	
			400 400	

Docteur Breucq, à Solesmes (Nord).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les manifestations gastriques de la syphilis.

L'histoire de la syphilis gastrique héréditaire est encore fort mal établie, disent MM. Raoul BENSAUDE et Lucien RIVET ; ses manifestations sont habituellement précoces. Plus intéressantes et surtout mieux connues sont les manifestations gastriques de la syphilis acquise, secondaire ou tertiaire : gastrite, ulcère syphilitique rappelant cliniquement le tableau de l'ulcère rond ; syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse, ou à forme de linite (infiltration hyperplasique) ; formes sténosantes du pylore, médiogastrique (estomac biloculaire d'origine syphilitique), du cardia, syphilis de l'estomac et crises gastriques du tabes.

Toutes ces formes de la syphilis gastrique n'ont aucun caractère pathognomonique, les symptômes étant dus au siège et aux caractères anatomiques des lésions bien plus qu'à leur nature. Aussi doit-on, pour faire leur diagnostic, recourir aux éléments suivants :

1° Notion des antécédents spécifiques, ou coexistence d'autres manifestations spécifiques en évolution ;

2° Réaction de Bordet-Wassermann ;

3° Observation clinique attentive, réactions de Weber, chimisme, radioscopie, etc. ; penser à la syphilis si ces éléments sont discordants et ne permettent pas de faire un diagnostic avec certitude ; la constatation d'une image radiologique très anormale et inusitée semble également plaider en faveur de la syphilis.

4° L'épreuve thérapeutique, qui doit être instituée méthodiquement dans tous les cas suspects. Pour que celle-ci ait cependant toute sa valeur, il faut néanmoins : 1° qu'elle ait été précédée de l'échec du régime et des médications gastriques usuelles ; 2° qu'elle donne des résultats bien objectifs et rapides.

Quant au traitement, les diverses modalités du traitement ont été employées par les auteurs avec un égal succès. Cependant, le traitement mixte est indiqué de préférence ; contre toute attente, mercure et iodure sont généralement facilement acceptés par l'estomac des sujets, même en cas de lésions ulcéreuses, et ce fait différencie les lésions spécifiques des lésions de gastrite banale.

Cependant, il faut agir prudemment. Pour l'iodure, par exemple, il faut l'administrer en solutions diluées, de préférence dans du lait et par doses très fractionnées ; au moindre signe d'intolérance gastrique, on l'administrera en lavements ; il semble inutile de dépasser 2 à 4 grammes par jour.

Le mercure a été souvent prescrit par voie buccale, mais le mieux est de l'administrer par voie externe, en frictions ou en injections, avec naturellement, tous les adjuvants habituels du traitement spécifique.

L'arsénobenzol est également indiqué, notamment après une cure mixte préalable ; il faut l'instituer prudemment dans les formes ulcéreuses ; d'une façon générale, son action paraît plus rapide et plus complète que celle du mercure et de l'iodure.

Le traitement chirurgical garde ses droits en cas de lésions compliquées, ou d'échec du traitement spécifique. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1924.)

La trilogie tuberculeuse de la vessie.

Il est classique aujourd'hui de dire qu'en matière de tuberculose urinaire le rein est tout et que la vessie n'est rien ; mais, dit le Dr CATHELIN, les faits d'observation nous obligent à reconnaître que, dans certains cas, il peut y avoir infection primitive de la vessie.

En schématisant, on peut dire que sur 100 cas de tuberculose vésicale, 80 cas sont d'origine rénale, 15 cas sont d'origine génitale et 5 d'*origine primitive.*

Toute tuberculose vésicale qui disparaît complètement après néphrectomie, est une tuberculose secondaire d'origine rénale.

Toute tuberculose vésicale qui ne disparaît pas après néphrectomie et où l'on trouve des lésions concomitantes testiculo-épididymaires ou internes, prostato-vésiculaires, est d'origine vésicale.

Toute tuberculose vésicale qui ne disparaît pas après néphrectomie et chez laquelle on ne trouve cliniquement aucun signe d'envahissement génital doit être regardée comme primitive ; celle-ci est caractérisée par peu de cystite et, par ce fait, que les reins, à la division des urines, ne se montrent pas déficients, avec bonne concentration uréique. (*Le Progrès médical*, 20 décembre 1924).

Sur l'évolution de la courbe thermique dans quatre cas d'infection streptococcique. Action de la rétention azotée sur la fièvre.

On sait depuis longtemps que l'insuffisance rénale, au cours des infections, est capable d'entraîner un abaissement de la température. Mais il

n'était pas toujours aisé de dépister l'insuffisance rénale compliquant un état infectieux grave, même lorsque le fléchissement de la courbe thermique, ne coïncidant avec aucune amélioration, mais bien, au contraire avec une aggravation de l'état général, permettait de soupçonner cette insuffisance. Les lésions rénales qui se constituent en pareille circonstance ne s'accompagnent en général pas d'œdèmes, pas de modifications importantes des urines ; l'albuminurie peut rester légère et ne pas dépasser ce que l'on voit habituellement au cours des maladies fébriles. La céphalalgie, la dépression nerveuse, la sécheresse de la langue, peuvent être mises sur le compte de l'affection causale. *Seuls*, les troubles digestifs apparaissant en même temps que la chute de la température, vomissements et diarrhée, sont plus significatifs ; encore font-ils souvent défaut et ne sont-ils pas pathognomoniques.

Actuellement, rien n'est plus facile que de mettre en lumière cette insuffisance rénale.

MM. Lemierre, E. Bernard et P. Roux ont prouvé, d'après des observations répétées, que c'est l'azotémie, et l'azotémie seule qui est responsable des abaissements thermiques parfois considérables qui surviennent chez les infectés atteints de complications rénales. Le dosage de l'urée sanguine permet donc du même coup et d'établir l'existence de ces complications et la raison de l'abaissement thermique. C'est là une éventualité qui est loin d'être rare, bien que toutes les azotémies survenant chez les infectés ne doivent pas nécessairement modifier la marche de la température, et qu'il existe d'autres facteurs capables d'engendrer chez eux des abaissements thermiques de mauvais aloi.

Enfin, il n'y a pas un parallélisme étroit entre le degré de l'azotémie et le chiffre de la température, et, malgré la persistance et même une légère accentuation de l'urémie, l'abaissement thermique peut ne pas se maintenir et faire place à une forte fièvre aux approches de la mort. (*La Gazette des Hôpitaux*, 9 et 11 décembre 1924.)

Glycosurie et diabète au cours de la gestation.

Ce sont deux cas bien distincts ; la glycosurie simple (lactose ou glucose, sans autres signes cliniques appréciables) est fréquente ; elle est même, par certains, considérée comme physiologique, et ne présente aucune gravité. Quant au diabète vrai, plus grave, il est aussi plus rare. Le diagnostic des cas typiques n'est pas difficile, mais il existe des diabètes légers, incipients ou latents jusque-là, qui se révèlent à l'occasion de la gestation, qu'il importe de dépister et de ne pas confondre avec la glycosurie gravidique.

Voici, d'après MM. H. Vignes et Barbaro, sur quels signes on peut affirmer l'existence d'une glycosurie simple : 1° quand la différenciation chimique est possible, elle montre la présence du lactose ; 2° contrairement à ce qui se passe pour le diabète vrai, le taux de l'élimination sucrée est toujours moins considérable, et on n'observe ni polydipsie, ni polyphagie, polyurie, etc. ; 3° il n'y a pas d'hyperglycémie ; 4° l'ingestion d'hydrates de carbone n'augmente pas sensiblement, ni la glycosurie, ni la polyurie ; 5° le jeûne hydrocarboné n'amène pas l'acidose comme chez la femme diabétique.

Enfin, il faut faire quelques réserves sur la bénignité générale du pronostic, car la nature et la pathogénie de cette glycosurie sont encore mal connues.

Malheureusement, le diabète vrai est, de beaucoup, plus grave ; mais il constitue une complication relativement peu fréquente de la gestation. Le diabète préexiste, ou bien il se révèle au cours de la gestation, ou encore il débute après l'accouchement, pendant l'allaitement. Le diabète secondaire paraît d'un pronostic en général moins grave pour les mères que le diabète préexistant.

Il détermine dans un tiers des cas l'interruption de la grossesse au 6e ou 8e mois ; on ne sait, d'autre part, si les enfants nés de mères diabétiques présentent les signes de l'affection maternelle, des cas de glycosurie chez ces nouveau-nés étant exceptionnellement observés.

A noter que, tout comme la syphilis, le diabète peut faire de gros œufs (hydramnios dans 20 % des cas).

Le plus souvent, la grossesse exerce une influence défavorable sur l'évolution du diabète ; 19 morts sur 34 (d'après Vinay).

Enfin, à côté des cas très graves, à côté des cas d'amélioration, il en est d'autres où l'action de la gestation se fait à peine sentir sur l'évolution du diabète. (*La Presse médicale*, 20 décembre 1924.)

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose.

Il advient parfois qu'après la néphrectomie, la cystite tuberculeuse persiste, quoique diminuée d'intensité, ou même s'exacerbe, rendant impossible l'existence du malade. Le plus souvent, dit M. de Berne-Lagarde, livré à lui-même, le praticien ne sait comment traiter les malades confiés à ses soins, loin de tout milieu spécialisé. Voici, d'après Thévenot (de Lyon) un schéma pour la conduite à tenir dans certains cas, qui résument à peu près tous les autres.

Dans la *cystite persistante non tuberculeuse*, il faut préférer aux lavages les instillations, qui ne mettent pas la vessie en tension et font agir sur la muqueuse vésicale une petite quantité d'un topique à dose concentrée. On y procède trois fois par semaine, à vessie vide, au moyen d'une petite sonde ou mieux d'un instillateur à boule olivaire de Guyon. L'huile goménolée à 10 ou 20 % donne d'excellents résultats. Le nitrate

d'argent en solution au centième agit favorablement sur les lésions banales, mais il exaspère les symptômes au cas de lésions bacillaires.

Quant à la *cystite tuberculeuse persistante, sans autre lésion surajoutée*, il convient avant tout de recourir au traitement général, sans prescrire les antiseptiques urinaires habituels (uroformine ou helmitol) mal tolérés par ces vessies hypersensibles. Le bleu de méthylène est préférable, car il possède une action calmante qu'on ne doit pas manquer de mettre à profit. Voici, d'autre part, pour le traitement local : si la capacité vésicale est restreinte, on ne peut guère recourir qu'aux instillations (huile goménolée, gaïacolée, eugénolée, iodoformée à 5 %), qui seront longtemps prolongées pour obtenir un résultat. Quand la capacité vésicale est bonne, ou si elle s'est améliorée par les instillations au point de permettre une cystoscopie, il est indiqué de recourir aux étincelles de haute fréquence ; agir prudemment et détruire peu à peu l'ulcération bacillaire ainsi que la zone immédiatement adjacente de muqueuse vésicale, sous anesthésie générale, rachidienne ou épidurale. Dans la plupart des cas, les résultats sont excellents.

La cystite peut être entretenue également par *des lésions de l'uretère* (ablation du moignon, qui suppure), par des *lésions du rein restant* (supprimer la douleur, en réalisant l'exclusion de la vessie, en abouchant l'uretère dans l'intestin ou mieux à la peau des lombes), ou *par des lésions génitales* (nouvelle intervention).

La conclusion générale, c'est que la cystite tuberculeuse doit être dépistée dès les premiers symptômes, et que le meilleur traitement est la néphrectomie précoce. (*L'Hôpital* , décembre 1924-B.)

Les symptômes oculaires de l'hypertension.

Symptômes importants à connaître, tant pour l'omnipraticien que pour le spécialiste, car ils permettent souvent de découvrir une hypertension jusque-là ignorée, et d'autre part, ils dénoncent les menaces de complications oculaires redoutables ainsi que d'apparition d'accidents analogues du côté des centres nerveux.

Ne pas confondre, dit M. Bailliart, l'hypertension artérielle des vaisseaux rétiniens avec la tension oculaire génératrice du glaucome. A noter cependant que le glaucome chronique s'observe volontiers chez les hypertendus.

L'hypertension dans l'artère centrale de la rétine peut être mesurée et se montre dans le rapport de 0,45 à 1, comparée avec l'hypertension dans l'humérale.

Les signes subjectifs sont les mouches volantes, « quand elles vont et viennent, quand elles apparaissent et disparaissent, sous forme de points que le malade voit, puis ne voit plus, absolument indépendants des mouvements du globe. » Ce sont aussi, à la périphérie du champ visuel, des points brillants, des globes de feu, semblant circuler à l'intérieur de l'œil, apparaissant et disparaissant soudainement. C'est encore une sorte de brouillard transparent au travers duquel le malade voit les objets. A l'examen du champ visuel et du fond de l'œil, on ne découvre rien d'anormal. Seule, la mesure de la pression artérielle rétinienne donne la clé de ce trouble et permet d'y remédier. Ce sont encore des accès de cécité passagère, dus à des spasmes artériels soit du côté de la rétine, soit du côté des centres.

Objectivement, l'examen du fond de l'œil montrera parfois de petites hémorragies rétiniennes, n'ayant pas intéressé la macula, et étant passées inaperçues du patient. Les œdèmes de la rétine, fonction d'hypertension, sont dénoncés par l'ophtalmoscopie.

Enfin, l'hypertension artérielle peut engendrer l'oblitération par thrombose des vaisseaux rétiniens, artère et veine, oblitération partielle ou totale entraînant des troubles plus ou moins marqués de la vision. (*La Pratique médic. franç.*, mars 1925 A).

Conduite à tenir dans le placenta prævia.

Si l'insertion basse du placenta s'accompagne parfois d'infection et même de rupture du segment inférieur, à la faveur des manœuvres destinées à terminer rapidement l'accouchement, la complication la plus habituelle, la plus grave, celle qui commande une intervention urgente est l'hémorragie, capable de tuer la femme en quelques instants, soit par son abondance, soit parce que, au moment du travail, la perte de sang se produit chez une femme qui a été fort anémiée par les hémorrhagies répétées des trois derniers mois de la grossesse.

Ceci étant connu, M. Couinaud distingue entre les primipares et les multipares.

Dans le premier cas, il ne faut pas perdre son temps à chercher à terminer l'accouchement par les voies naturelles. On fera une césarienne abdominale classique.

Dans le second cas, on peut obtenir la dilatation rapide du col. Mais, préalablement, on pourra commencer par percer les membranes, après quoi il arrivera que le sang s'arrêtera de couler. Pour dilater le col, on repoussera les moyens instrumentaux : les dilatateurs métalliques font courir les pires risques. Les ballons agissent efficacement, mais comportent de grands dangers d'infection. On pourra utiliser le fœtus comme agent de dilatation. Par la manœuvre de Braxton Hiks (version mixte), on abaissera un pied, le siège du fœtus faisant office de ballon.

La dilatation manuelle, selon le procédé de Bonnaire, est le procédé de choix. Dès qu'elle est

obtenue, on termine rapidement l'accouchement par un procédé quelconque.

La délivrance est généralement immédiate, le placenta étant à peu près décollé complètement.

On vérifiera ensuite l'état du col et du segment inférieur pour s'assurer qu'il n'existe pas de rupture de la paroi.

On surveillera l'accouchée menacée d'infection et aussi de phlegmatia. Pendant l'intervention, on n'omettra pas de pratiquer des injections intra-veineuses de sérum artificiel et de recourir au besoin à la transfusion. (*La Consultation*, mars 1925.)

Les formes actuelles de la grippe chez les enfants.

On distinguera, selon M. Lesage, la grippe des nourrissons de celle des enfants de la seconde enfance.

Chez les nourrissons, on observe une forme qui débute par des signes respiratoires (rhino-pharyngite, bronchite, congestion pulmonaire fugace) vite éteints et suivis de troubles digestifs très intenses, avec hyperthermie pouvant faire penser à la fièvre typhoïde. En certains cas, il s'agit d'un véritable choléra infantile grippal, de courte durée (48 h.) et mortel. En d'autres, l'affection se prolonge, évoluant comme une pneumococcie, avec des complications auriculaires. La paracentèse du tympan, remet tout en ordre. Parfois cependant, l'otite ne se révèle pas bruyamment et la douleur en est très atténuée. Il faut la rechercher systématiquement.

Dans la seconde enfance, après un début rhino-pharyngé, et des épistaxis abondantes à répétition, apparaissent des vomissements subintrants durant de deux heures à deux jours, suivis souvent d'un ictère classique qui évolue en deux ou trois semaines.

Ces formes sont habituellement bénignes et la thérapeutique habituelle de la grippe suffit à juguler les accidents. (*La Médecine infantile*, mars 1925.)

Un cas d'anurie par double intoxication traité par le scillarène.

Il s'agit d'un malade dit le Pr Gabriel Perrin (de Royat), qui à la suite d'un excès alimentaire, portant sur des viandes de charcuterie avariées (présence de moisissures) et renfermées dans des boîtes de conserves, présenta les symptômes graves d'une double intoxication par les ptomaïnes, et par le sulfure de plomb, avec tout un cortège symptomatique grave et un état général des plus inquiétant : il existait une anurie complète depuis plusieurs jours.

Il fallait, à tout prix, rétablir la diurèse et vaincre le barrage rénal.

La théobromine, essayée, peut-être à tort, n'amena aucune amélioration ; bien plus, à partir de ce moment, le rein fut complètement bloqué. Le professeur Gabriel Perrin établit alors le traitement suivant : ventouses scarifiées à la région lombaire, sangsues sur le triangle de J.-L. Petit, saignée, sérum physiologique caféiné.

Aucune amélioration ne se produisit ; l'état général devenait tout à fait alarmant, avec hypertension élevée, douleurs abdominales excessives, et toujours anurie complète.

L'auteur s'adresse alors au scillarène et administre, par la voie intra-musculaire, dans les 24 heures, 3 ampoules de 0 milli. 17 de ce cardio-rénal (une ampoule toutes les 4 heures).

Apparition, dès la troisième injection, de quelques gouttes d'urine ; puis, véritable débâcle urinaire. Au bout de 24 heures, cinq litres d'urine avaient été émis.

A l'analyse, la toxicité urinaire apparut considérable ; les jours suivants, deux injections d'une ampoule de scillarène furent faites et la diurèse persista dans les meilleures conditions.

Le professeur Gabriel Perrin donne à cette observation la conclusion suivante :

« Ce qu'il importe de retenir dans cette observation fort instructive, c'est que, dans les cas de néphrite aiguë par intoxication ou autre cause, lorsqu'il y a rétention urinaire ou plutôt insuffisance rénale, il faut utiliser le glucoside de la scille. Grâce à ce puissant diurétique, dépourvu d'inconvénients, la perméabilité rénale est réveillée, souvent même dans les cas plus graves d'anurie, et cela représente un véritable progrès en thérapeutique ». (*Les Sciences médicales*, 31 mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La loi sur les assurances sociales.

(M. Emile Sergent. — *Académie de médecine* ; 31-3-1925.)

M. Emile Sergent aborde la discussion du rapport de M. Balthazard concernant le projet de loi relatif aux assurances sociales et ses répercussions sur l'organisation hospitalière.

Le projet, dit-il, institue le principe du libre choix du médecin par l'assuré. Dès lors, lorsque la nature de l'affection nécessitera le transport à l'hôpital, le malade pourra exiger les soins du médecin de son

choix ; il deviendra possible de voir, dans une même salle hospitalière, trente ou quarante médecins traitants, d'où une complexité extrême de direction et de traitement.

— M. Mesureur répond qu'une telle conception du libre choix n'a jamais été, semble-t-il, défendue par personne. Personne n'a demandé, quant à présent, le libre choix à l'hôpital et l'objection de M. Sergent paraît ainsi être faite à côté de la question. Le régime des hôpitaux, à Paris en particulier, ne se prête pas à une semblable organisation.

La toxicité des hypophosphites.

(M. Pompéani. — *Académie de médecine* ; 31-3-1925.)

M. Pouchet présente, au nom de M. Pompéani, une note sur la toxicité des hypophosphites.

Les hypophosphites de magnésium et de sodium se montrent peu toxiques. Le cobaye en supporte 2 gr. 50 et plus, par kilogr., sans troubles appréciables. C'est seulement à 3 gr. (pour le sel sodique) et à 4 gr. (pour le sel magnésien) que commence l'intoxication. L'hypophosphite de calcium donne quelques accidents à partir de 3 gr. par kilogr. A la dose de 4 milligrammes par kilogr., *pour ce qui concerne le cobaye du moins*, l'hypophosphite de strychnine n'est pas mortel.

Tous ces sels déterminent chez les animaux, comme chez l'homme, une stimulation des phénomènes intimes de la nutrition, se traduisant par une augmentation de l'appétit et du poids. On observe aussi, pour l'homme, un accroissement de l'activité mentale et de la puissance musculaire.

La réduction des crédits affectés à l'hygiène.

(M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 31-3-1925.)

La Commission des Finances du Sénat a proposé sur le budget de 1925 une réduction de 132 millions intéressant les crédits affectés à l'hygiène. M. Léon Bernard élève une protestation à ce sujet et il soumet à l'Académie le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie de médecine, émue de la réduction envisagée de 132 millions de francs sur les crédits affectés à l'hygiène, estime de son devoir d'appeler énergiquement l'attention des Pouvoirs publics sur les conséquences désastreuses qu'entraînerait une pareille mesure, dont l'effet serait de ruiner les initiatives et les organisations publiques et privées qui ont engagé avec un succès déjà tangible la lutte contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile. Cette prétendue économie se chiffrerait en réalité par une lourde perte de vies humaines et l'accélération de la dépopulation de la France. »

Le traitement de la paralysie générale par la malaria.

(MM. Marinesco et Draganesco. — *Académie de médecine* ; 31-3-1925.)

Wagner von Juaregg a proposé de traiter la paralysie générale par l'inoculation de la malaria. Injectant au malade du sang de malarique prélevé à la période de frisson, on provoque l'éclosion d'accès intermittents plus ou moins violents que l'on peut modérer d'ailleurs, s'il y a lieu, par l'administration de la quinine.

Le mécanisme d'action de ce traitement n'est pas complètement établi. La fièvre a des propriétés immobilisantes sur les spirochètes. La lymphocytose, les anticorps qui prennent naissance à ce moment sont aussi de nature à stimuler les moyens de défense de l'organisme. Quoiqu'il en soit, cette méthode a soulevé un certain enthousiasme parmi les neurologistes de Vienne et de Hambourg, qui ont publié des statistiques assez impressionnantes à son sujet.

M. Marinesco a eu recours à cette médication chez six paralytiques généraux et il a obtenu non pas des guérisons complètes, ni surtout des guérisons anatomiques, mais du moins quelques améliorations cliniques non négligeables. Il estime que, sans se laisser aller à une espérance qui serait jusqu'à présent injustifiée, le scepticisme n'est pas un moyen de faire avancer la thérapeutique de la paralysie générale. La méthode de Wagner von Juaregg mérite, selon M. Marinesco, d'être essayée.

Prévention de l'orchite ourlienne par l'injection de sérum de convalescents.

(MM. de Lavergne et Florentin. — *Académie de médecine* ; 31-3-1925.)

Les sérums de convalescents sont à l'ordre du jour. Pour ce qui concerne les oreillons, Debré et Joannon ont montré que par l'injection de sérum de convalescents, on pouvait empêcher l'apparition de la parotidite. MM. de Lavergne et Florentin se sont proposé un autre but : prévenir la complication testiculaire, l'orchite ourlienne.

Au cours d'une épidémie importante, ils ont expérimenté la méthode chez 113 malades. Sur ce groupe, 5 seulement eurent une orchite et 2 une réaction méningée clinique, alors que sur 107 autres malades atteints d'oreillons non soumis au sérum, le nombre des orchites fut de 25 et celui des réactions méningées cliniques, de 9. Les auteurs pensent qu'il serait possible d'obtenir des effets plus nets encore, en employant des mélanges de sérums et des doses plus fortes (20 cent. cubes au minimum). Le moment de la convalescence, dans les oreillons, n'est pas toujours facile à fixer, et l'activité du sérum employé offre, dès lors, un certain degré d'incertitude. D'où l'utilité d'accroître la dose et de mélanger plusieurs sérums.

— M. Teissier rappelle qu'il a fait, en 1923-1924, des recherches similaires, qui ont d'ailleurs abouti à des résultats à peu près analogues. La prophylaxie par le sérum de convalescents, appliquée aux oreillons, peut légitimement acquérir droit de cité dans l'ensemble des mesures qui visent à prévenir le développement de cette maladie ou à préserver de l'orchite ourlienne.

Aérophagie et rhino-pharyngite.

(MM. P. AMEUILLE et J. TARNEAUD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-2-1925.)

M. Ameuille, après d'autres auteurs, appelle l'attention sur le rôle de la rhino-pharyngite comme cause fréquente d'aérophagie. Il en présente, d'abord, une observation caractéristique. Elle concerne une femme atteinte de sinusite maxillaire dont l'aérophagie guérit rapidement une fois la sinusite traitée. Il n'est pas besoin, pour produire les troubles aérophagiques, d'une sécrétion abondante partie des sinus. La présence dans le cavum et sur la paroi postérieure du pharynx de muco-pus d'origine nasale ou naso-pharyngée suffit à déclancher la déglutition de l'air. A l'analyse, on trouve une sensation de corps étranger qui serait placé derrière le voile du palais et provoque le besoin répété de déglutir. L'auteur conclut en disant que l'existence d'une rhino-pharyngite mérite d'être recherchée dans tous les cas d'aérophagie, non seulement parce qu'elle peut permettre d'expliquer le mécanisme de production de celle-ci, mais aussi parce qu'elle comporte une sanction thérapeutique souvent efficace.

— M. LE NOIR ne manque jamais de rechercher les lésions du naso-pharynx chez les sujets aérophages. Toutefois, il est nombre d'autres causes qui peuvent déterminer cet état morbide, en particulier, comme l'a montré M. Hayem, la sialorrhée et la sialophagie. Il faut, en outre, un élément spasmodique et nerveux. On s'attachera à supprimer les causes provocatrices et à agir sur l'élément névropathique.

Le drainage médical des voies biliaires par le tube d'Einhorn, en thérapeutique.

(M. René GAULTIER. — *Société de médecine de Paris* ; 13-2-1925.)

Utilisant la sonde duodénale d'Einhorn, Vincent Lyon a préconisé en 1919 un drainage médical des voies biliaires qui se pratique selon la technique suivante : le malade étant à jeun, couché sur le côté droit, avale le tube d'Einhorn et le laisse filer sans effort de déglutition. Quant, au bout de trois quarts d'heure à une heure et demie (temps variable, selon les sujets) on s'est assuré par les épreuves habituelles que l'olive terminale du tube est bien à sa place dans la deuxième portion du duodénum, on injecte 25 à 50 cent. cubes d'une solution saturée de sulfate de magnésie, tiédie à 35°. Dans des tubes à expériences, on recueille goutte à goutte, ou mieux à l'aide d'une seringue, le liquide duodénal.

Chez un sujet normal, on constate d'abord l'arrivée d'un suc clair, qui se fonce, pour s'éclaircir à nouveau : ce sont les trois biles A, B, C, de Vincent Lyon, que cet auteur attribue à la bile extra-hépatique (A), à la bile vésiculaire (B) et à la bile intra-hépatique (C.). Ce schéma des trois biles n'est pas admis dans son intégralité par la majorité des entérologues, mais il n'en offre pas moins un réel intérêt.

L'épreuve, en tout cas, aboutit à un véritable drainage médical des voies biliaires, utilisable en thérapeutique dans différents cas de cholédocites et de cholécystites infectées. On laisse alors la sonde en place pendant plusieurs jours.

M. René Gaultier a eu recours à ce traitement avec avantage chez plusieurs malades. Quelquefois, certaines difficultés viennent rendre la méthode inefficace.

— M. Victor PAUCHET s'adresse dans une large mesure à ce procédé pour le diagnostic et le traitement des affections biliaires.

— M. René GAULTIER ajoute que ce mode de drainage, quand il est mis en œuvre judicieusement, peut éviter l'opération quelquefois. Mais, l'intervention opératoire est nécessaire dans d'autres cas. L'un et l'autre traitements ont leurs indications et se complètent.

Céphalées d'origine nasale.

(M. MAURICE. — *Société médicale des praticiens* ; 20-3-1925.)

M. Maurice fait une communication, accompagnée de projections, sur les céphalées d'origine naso-sinusienne. Ces céphalées, qui se localisent selon les cas au front, au vertex, ou à l'occiput, tiennent à des états plus ou moins bien définis, congestifs, des sinus et des cornets. Le traitement reste souvent du domaine médical : adrénaline, cocaïne, cautère, opération désobstruante ou décompressive.

La thiosinamine dans les rétrécissements uréthraux.

(M. LÉVY-WEISSMANN. — *Société médicale des praticiens* ; 20-3-1925.)

M. Lévy-Weissmann expose l'action de la thiosinamine sur les rétrécissements infranchissables de l'urèthre. L'auteur rapporte deux observations où l'introduction d'une bougie filiforme devint possible après quelques injections hypodermiques de ce produit. Le traitement par dilatations progressives a pu alors être entrepris et l'uréthrotomie externe évitée. Cet effet de la thiosinamine est dû à une propriété résolutive sur les fibres conjonctives jeunes : c'est là une action transitoire qui doit être seulement considérée comme préparant le traitement mécanique.

M. Lévy-Weissmann emploie une solution aqueuse de thiosinamine à 4 %. Trois à cinq injections de 8 à 20 centigrammes suffisent habituellement.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

L'utérus s'abaisse-t-il vers la fin de la grossesse ?

MM. GUÉRIN-VALMALE et LORIOT. — Les auteurs, dans leurs recherches antérieures, ont montré que,

mesurée au mètre ruban, la hauteur du fond utérin s'accroît jusqu'à l'accouchement. Mais, on pouvait dire que la voussure de la paroi antérieure de l'utérus compense l'abaissement du fond et que celui-ci était totalement masqué. De nouvelles recherches portant sur plus de 400 cas ont été faites, la hauteur utérine étant mesurée au compas, du fond de l'organe au bord supérieur du pubis. Les auteurs donnent des chiffres qui prouvent que cette hauteur s'accroît jusqu'à l'accouchement.

Donc, le fond de l'utérus ne s'abaisse pas vers la fin de la grossesse comme le disent les classiques.

Cette opinion des auteurs classiques a été causée par la sensation de chute du ventre accusée par les femmes. Celle-ci est due au dégagement de la partie supérieure de l'abdomen, non pas par la descente de l'organe, mais par son inclinaison en avant.

Cette inclinaison est due elle-même à la projection en avant de l'utérus qui s'érige sur la saillie de la colonne vertébrale lorsque ses parois tendues au maximum par l'accroissement de leur contenu tendent vers la sphère et effacent la gouttière creusée par la colonne vertébrale sur la face postérieure de l'utérus.

Anémie grave par hémorragies utérines, kyste de l'ovaire coexistant avec un fibrome sous-muqueux pédiculé.

MM. de Rouville et Madon. — Une malade, entrée à l'hôpital pour des hémorragies utérines et un état d'anémie grave (2.500.000 globules rouges) coexistant avec une tumeur abdominale paraissant faire corps avec l'utérus, est opérée après un traitement symptomatique dirigé contre l'anémie et malgré de nombreuses hésitations. La laparotomie met l'opérateur en présence d'un kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus à tel point que l'hystérectomie est décidée. Au moment de la section de l'isthme, on constate la présence d'un polype fibreux enclavé dans le col. Une transfusion avait été pratiquée avant l'opération. L'intervention a été bien supportée et la malade va quitter le service. Son état général s'améliore de jour en jour.

Discussion. — M. Tédenat rappelle que, si un palper attentif permet le plus souvent de dépister le kyste, il est par contre des cas où seule la ponction permet le diagnostic tant la dureté de la masse peut constituer une cause d'erreur.

M. Coll de Carrera souligne combien, au cas d'anémies graves, sont exceptionnelles des leucocytoses aussi intenses que celle ici observée.

M. de Rouville estime que, dans des faits de cet ordre, nulle hystérectomie ne devrait être entreprise sans être précédée de l'exploration digitale intra-utérine.

Kyste végétant, très adhérent, de l'ovaire.

M E. Godlewski. — Rompue dans la cavité péritonéale, cette masse, pour des raisons majeures, fut marsupialisée. Deux ans après, le kyste avait grossi à nouveau, et constituait de nouvelles poches. Malgré la fistule, l'extirpation entière de la masse kystique a pu être réalisée, donnant ainsi une guérison complète.

Coccygodynie.

MM. Tédenat et Albert Simesael. — Douleur de la région du coccyx et des plans fibro-musculaires qui s'y attachent, la coccygodynie est exceptionnelle chez l'homme. L'accouchement en est un facteur fréquent ; on a accusé aussi le froid, les traumatismes. Très fréquemment, des ostéites érosives ou massives, des ostéo-arthrites en sont l'origine.

Comme autres lésions : kystes dermoïdes congénitaux, très rares. Occlusion par suite d'érosion orificielle, d'une fossette coccygienne. Névrite du plexus coccygien.

L'excision du coccyx s'impose ordinairement dans les cas d'ostéite.

Discussion : M. Godlewski, dans les trois cas qu'il a observés, l'un de nature syphilitique, l'autre lié à de l'ostéite tuberculeuse, le troisième, conséquence d'une mobilité exagérée du coccyx, a été frappé de l'influence de ce symptôme sur le développement d'états neurasthéniques.

A propos de l'accouchement indolore par les composés uréiques.

MM. Paul Delmas et Roume. — Emus de l'engouement inconsidéré du public pour divers hypnotiques, dérivés de la malonylurée, les auteurs, à la suite du vote de l'Académie de médecine et de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, font adopter par la réunion le vœu que les hypnotiques barbituriques soient classés parmi les substances vénéneuses, dans l'un des tableaux prévus par les décrets des 19 et 20 septembre 1916 pour n'être délivrés que sur ordonnance médicale.

A propos du traitement de l'avortement.

MM. de Rouville et Madon. — De l'examen d'un nombre assez considérable de cas d'avortements observés en un laps de temps restreint, cette conclusion paraît devoir être retenue : dans un avortement précoce, deuxième mois par exemple, des fragments de caduque persistent en général ; dans un avortement du 3e ou 4e mois, des fragments placentaires ou déciduaux sont aussi presque constamment retenus. En présence des complications que peuvent entraîner ces rétentions : infection, hémorragie, transformation en tumeurs d'origine placentaire, bénignes ou malignes, les auteurs estiment que le curettage instrumental, de préférence au curage digital, devrait être pratiqué dans tous les cas d'avortement.

Discussion : M. Tédenat, dix mois après un accouchement, a vu se produire une hémorragie des plus graves, due à la rétention jusque-là silencieuse d'un gros cotylédon placentaire.

M. L. Vallois, après avoir souligné que c'est sur-

tout en milieu hospitalier que sont observées les complications de l'avortement, en dehors desquelles la femme reste chez elle, rappelle les grandes lignes de la conduite thérapeutique à laquelle il s'est arrêté. Après observation attentive, il n'intervient qu'au cas d'indication nette, préférant alors le curettage instrumental au curage digital.

M. de Rouville pense que, dans les conditions plus haut précisées, le curettage systématique est une mesure prophylactique intéressante qui mettrait, en outre, à l'abri de bien des stérilités secondaires et de certaines rétroversions.

M. Coll rapporte un cas d'épithélioma adénoïde de Masson dont l'origine lui paraît devoir être recherchée dans la rétention d'une caduque, lors d'un avortement antérieur.

Mme Gaussel-Zieglemann trouve trop absolue l'opinion des auteurs de la communication et craint que le curettage systématique n'aboutisse parfois à détruire un œuf que l'on aurait cru expulsé.

Grossesse normale chez une femme ayant présenté une anémie pernicieuse lors d'une grossesse antérieure.

MM. Vallois et Coll de Carrera. — Observation de grossesse normale survenue chez une femme qui, deux ans auparavant, avait présenté une anémie pernicieuse de la grossesse avec déglobulisation intense à 800.000 globules rouges par millimètre cube.

A ce fait, d'observation exceptionnelle, les auteurs joignent un certain nombre de considérations d'ordre clinique et pathogénique qui paraissent en découler.

Angiome de la grande lèvre.

MM. de Rouville. — Femme de 45 ans, présentant une tumeur siégeant dans le tiers supérieur de la grande lèvre gauche. L'examen anatomo-pathologique a démontré la nature purement angiomateuse de cette tumeur.

Discussion. — M. Tédenat. — Dans un cas de lipome télangiectasique de la grande lèvre a observé d'énormes varices des veines du bas de la paroi abdominale dont la cause ne peut être précisée.

Kyste du vagin et puerpéralité.

MM. Paul Delmas et Roume. — Histoire d'une primigeste chez laquelle un kyste du vagin, découvert à l'occasion d'un examen obstétrical, a subi après l'accouchement une augmentation rapide qui a nécessité son ablation.

L'examen anatomo-pathologique de cette poche a montré un kyste développé aux dépens de ces débris du canal de Volff que l'on trouve à la partie supérieure du vagin. Il est vraisemblable que, dans ce cas, c'est le traumatisme de l'accouchement qui a déclanché la prolifération épithéliale et l'hypertension intra-kystique génératrice de l'accroissement rapide du volume de cette poche.

Paul Delmas.

Les Livres

Editions de la Revue de l'Université,
193, rue de l'Université, Paris.

Dr Pierre Vachet. — **Lourdes et ses mystères.** Un volume in-18° de 150 pages. Prix : 5 fr.

Trois chapitres dont les titres indiquent suffisamment la matière : Lourdes a-t-il le monopole des guérisons miraculeuses ? — Miracles et miraculés. — L'explication des guérisons.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Dr Robert Bazelis, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital de Saint-Germain. — **Traitement des varices particulièrement par les injections phlébosclérosantes.** Un vol. in-16, 1925. Prix : 15 fr.

Dans une étude minutieusement condensée, l'auteur donne un aperçu des différentes méthodes préconisées dans le traitement des varices qui ont, de tous temps, préoccupé les maîtres les plus éminents, et insiste plus particulièrement sur celle des injections intravariqueuses sclérosantes.

Grâce à une expérience personnelle, consommée par plusieurs années tant d'internat que de clientèle, où il a fait plus de 1.000 injections phlébosclérosantes, l'auteur dissocie, parmi les diverses variétés de traitement, celle qui, d'un point de vue clinique et thérapeutique, mérite d'être universellement connue.

Il met en relief la méthode merveilleuse qu'il a employée avec le plus grand succès. De ses nombreuses observations personnelles dont il en publie 14, illustrées de figures, dans l'ouvrage, se dégage cette notion réconfortante que la guérison des varices est maintenant assurée, dans la plus large proportion, par les injections phlébosclérosantes. Celles-ci sont à présent perfectionnées tant au point de vue des substances employées qu'à celui de la technique très modernisée.

L'ouvrage du docteur Robert Bazelis, excellemment construit, met en présence les traitements d'autrefois et ceux qui, depuis peu d'années, ont triomphé dans des cas que l'on eût pu considérer comme incurables.

Aux objections qui ont été timidement opposées à la phlébosclérose, il répond avec l'autorité de l'expérience d'une longue pratique.

La posologie des éléments curatifs employés fait

l'objet d'un chapitre particulièrement démonstratif, ainsi que, par ailleurs, l'examen des résultats cliniques.

Une bibliographie très documentée et fouillée donne à ce travail une grande valeur scientifique et il sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la question des varices.

A juste titre l'auteur conclut : « Tous les médecins doivent connaître les injections phlébosclérosantes qui depuis cinq ans ont pris une extension considérable dans tous les milieux.

« Tout praticien, ayant quelque peu l'habitude des injections intra-veineuses, *peut* et *doit*, en conscience, *guérir* les phlébectasies qu'il rencontre. La guérison complète de plus d'une centaine de malades nous permet d'affirmer que ce traitement est d'une innocuité absolue, d'une rare facilité d'exécution, d'une réalisation ambulatoire d'un bout à l'autre, d'une analgésie totale ».

Cette affirmation, *pleinement authentiquée par les faits*, donne enfin un démenti magistral au fameux alexandrin de Voltaire : « Dans ses veines lui-même, il portait son trépas ! »

R. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris.

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, méd. des Hôp. — Préface du prof. E. Sergent, 4e année. 1 vol. in-16, 527 pages, 11 fig. Prix : 20 francs.

Les médecins qui ne connaissent pas encore l'*Année médicale pratique* auront la grande satisfaction, en lisant ce volume (4e année), de constater combien il est agréable de trouver toutes les données nouvelles et pratiques exposées en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.). Ils se réjouiront également de rencontrer dans ce petit livre les notions nouvelles en législation médicale (loi, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

Quant aux fidèles lecteurs de l'*Année médicale pratique*, ils apprendront avec plaisir par cette note la récente publication du volume qu'ils attendent chaque année avec une légitime impatience, car ils se sont nettement rendu compte qu'il est impossible de bien connaître et d'appliquer facilement les nouveautés médicales, si l'on n'a pas tous les ans sur son bureau le dernier volume de l'*Année médicale pratique*.

Nul doute que le 4e volume ne soit rapidement épuisé en librairie comme l'ont été ceux des trois années précédentes.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

3e *édition* (1925) *du* **Formulaire Astier**. 1 volume in-18 raisin, 1.300 pages, reliure souple. Prix : 30 fr.

La troisième édition du « *Formulaire Astier* » n'est pas une pure et simple réimpression de l'édition de 1922, car elle comporte d'importants changements.

Les éditeurs ont trop le respect du public instruit auquel ils s'adressent et qui leur a toujours témoigné tant de sympathie, pour lui soumettre un travail qui ne soit pas au courant des derniers progrès de la science.

Il s'agit donc d'une œuvre entièrement nouvelle. Oh ! sans doute, les cadres n'ont pas changé ! Car de quoi parler en ce *Formulaire* si ce n'est des médications et des maladies ? Mais chacun des chapitres a été remanié : à celui-ci, on a fait d'importantes additions ; celui-là a été abrégé ; cet autre, enfin, a été supprimé et remplacé par ce nouveau.

Notons, au hasard, quelques modifications.

Dans la Pharmocologie, beaucoup de suppressions, concernent de vieux produits tombés en désuétude ; quelques articles développés sont consacrés aux médicaments à la mode : préparations bismuthiques, ouabaïne, quinidine, etc ; l'indication, pour chaque substance, de sa place éventuelle dans les fameux tableaux A. B. et C. ; un petit chapitre, qui manque à peu près partout, sur « l'heure à laquelle il convient de prendre les divers remèdes ».

Les médications physiques comprennent toutes les notions nécessaires au médecin soit pour noter certaines indications : thorium et curiethérapie, par exemple, soit pour pratiquer certaines méthodes thérapeutiques très en faveur : culture physique, gymnastique respiratoire.

Le chapitre des médications biologiques a été également revu avec soin. Signalons parmi les additions, la bactériophagie, certaines pratiques nouvelles relatives à la vaccino ou à la sérothérapie.

Dans le traitement des maladies, plusieurs modifications importantes : l'article dermatologie a été entièrement refondu ; nouveaux, aussi, les articles de spécialités relatifs à la stomatologie et à l'urologie d'urgence. La chirurgie générale d'urgence a également été remise au point, en tenant compte des discussions du tout dernier congrès. Dans les médications d'urgence, on trouvera la méthode de Sylvestre, pour lutter contre l'asphyxie, et, exposée avec tous les détails nécessaires, la méthode de MM. Legendre et Nicloux, pour combattre l'intoxication oxycarbonée.

A la législation, a été ajouté le tableau des poids et mesures en usage dans les pays de langue anglaise.

Par ce simple aperçu, il est aisé de voir que la troisième édition du « *Formulaire Astier* » n'a rien d'une réimpression. Elle a tenu le plus grand compte de toutes les suggestions soumises par les lecteurs de la précédente édition, et elle s'est efforcée, sans augmenter de beaucoup le nombre de pages de cette dernière, d'exposer, dans un ordre logique toutes les considérations nécessaires au traitement. Grâce à elle, le praticien pourra, dans un minimum de temps, assurer à son malade les meilleurs soins et le faire bénéficier des découvertes les plus récentes.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

NOS MÉDECINS

Roman

Maurice Duplay

(Anthème Fayard et Cie, Éditeurs, Paris.)

L'auteur est le fils du Pr Simon Duplay, à la mémoire duquel il a dédié cet ouvrage, intéressant à plus d'un titre : d'abord par l'intrigue en elle-même ; ensuite, par les différents types de médecins qui y sont décrits ; enfin, par une étude sur le cancer, ce minotaure moderne qui joue un rôle de premier plan dans la trame même du roman.

L'intrigue. — Daruel, professeur et chirurgien des hôpitaux, est un jeune savant d'une probité professionnelle indiscutable, mais chez qui la science n'est pas doublée d'une sensibilité qui le rende en même temps humain. Il est le plus souvent distant, caustique, déchaîné ; il a, ce n'est pas rare, d'effrayantes colères, au cours desquelles il lance au visage de l'aide hésitant le bistouri qui ne taille pas assez vite, la pince qui ne serre pas assez fort (1). Dès les premières lignes, nous entrons avec lui dans son service d'hôpital et nous assistons à sa visite. C'est ainsi que nous notons la brutalité avec laquelle il invective un élève qui a eu le malheur de commettre une erreur de diagnostic :

Vous êtes un idiot. Plaquez donc la médecine et établissez-vous maréchal ferrant. Ça vaudra mieux pour vous et pour vos semblables. Je frémis quand je pense à l'arme meurtrière qu'un diplôme de docteur sera entre vos mains. Vous serez, monsieur, un des innombrables assassins légaux que des jurys criminellement indulgents déversent, chaque année, sur le monde.

Il le criera plus tard, dans une sorte de profession de foi :

« L'humanité ? Je la déteste, l'humanité. Je n'ai jamais éprouvé une très vive tendresse pour les exploiteurs et les exploités qui la composent. Mais, appartenant à l'espèce des forts, j'ai longtemps profité de la faiblesse à ma manière... Je n'ai ouvert tant de ventres ou de têtes, scié tant de tibias ou d'humérus que par curiosité et divertissement scientifiques et que par ambition... Le gibier d'hôpital m'intéressait dans la stricte mesure où il servait à mes fins personnelles... »

Il est riche ; il est célibataire. Les scrupules de la morale courante ne l'étouffent pas. Il couche volontiers avec ses clientes, même quand ce sont des têtes couronnées ; à l'occasion aussi, avec les femmes de ses collègues.

Mais il s'est attaqué au problème du cancer, et il possède un laboratoire dans lequel il étudie des singes qu'il s'efforce de rendre artificiellement cancéreux, avec l'espoir d'en tirer le remède spécifique de cette affection.

Oui, je présume qu'avant d'être abattu définitivement, il sera rendu anodin comme la syphilis, et qu'un sérum ou un vaccin anti-cancéreux représentera le coup de grâce au monstre exténué... La vérité d'aujourd'hui, la fumeuse et vacillante vérité d'aujourd'hui nous montre le cancer comme une cellule indisciplinée, en révolte contre l'organisme et qui le gagne peu à peu à son anarchie.

Chez un de ses amis, romancier célèbre, philosophe lyrique, qu'une énorme fortune rend indépendant, ce qui lui permet de faire, de dire et d'écrire à peu près tout ce qui lui plaît, Subrane, il rencontre une jeune et jolie fille, cousine de celui-ci, et peintre de talent. Affranchie en outre, pour avoir poussé assez loin des fiançailles nouées avec un peintre de Ciboure, dans le pays basque.

« L'indépendante, l'intransigeante Maitena dit que l'essai l'a détournée de ce mariage. »

Vous devinez que cette Maitena deviendra bientôt la maîtresse de Daruel, qui s'éprend d'elle comme il ne l'a jamais encore été d'aucune femme, qui la fait venir à Paris, mais dont l'amour ne va pas tout d'abord jusqu'à l'épouser.

(1) Ce sont gestes qu'on retrouve parfois dans la réalité, et que certains chirurgiens ont tendance à volontiers accomplir.

Et voilà qu'un beau dimanche, un peu avant le crépuscule, dans l'atelier que baignait une lumière affaiblie, Daruel qui caressait la gorge de Maitena, rencontre un noyau d'induration présentant une adhérence intime avec la peau. Horreur ! Catastrophe ! C'est un cancer du sein. Et il n'a pas encore découvert, malgré ses recherches, le fameux remède dont il poursuit l'invention. Mais s'il se trompait ??

Modeste pour la première fois depuis qu'il exerçait, il se raccrochait à ce leurre d'entendre Hartmann, Pierre Delbet, Bazy, Jean-Louis Faure, Gosset, infirmer son diagnostic et, en confondant le chirurgien, soulager l'amoureux. »

Mais malheureusement, il a vu juste. Deux collègues confirment le diagnostic. Il n'y a plus qu'à opérer. Et c'est ce que fait Daruel lui-même, amputant largement le sein, curant l'aisselle où siègeaient des ganglions. L'opération réussit. Mais la récidive est proche.

Daruel coupa une autre livre de chair, qu'il jeta au créancier féroce... Ce fut un duel serré, une lutte sévère, une âpre bataille sur un corps de femme. Hélas ! le cancer, qui était le plus fort, dévorait sa proie sous les yeux du chirurgien. »

Il l'avait épousée à la suite de la première intervention.

Maitena succomba. Et c'est, pour Daruel, un effondrement, un anéantissement, une révolte de tout son être.

Jusqu'ici, Daruel, ce privilégié, n'avait pas reçu de la vie une égratignure ! Il passait au-dessus de la mêlée dans un vol superbe. Il percevait, — et mieux que quiconque —, les pleurs et les grincements de dents des maudits terrestres, mais ne s'apitoyait jamais : il s'estimait invulnérable. Or, c'est la crainte de subir nous-mêmes l'épreuve du prochain, qui nous la rend sensible. Mais si un Daruel est atteint, il souffre d'autant plus qu'il ne possède aucune pratique de l'infortune, et que le coup l'a nécessairement surpris.

Tout d'abord, en même temps qu'il se montre plus coléreux, plus intraitable que devant, il se désintéresse de ses travaux sur le cancer.

Deux de ses élèves, une juive, une roumaine, l'une et l'autre très riches et très éprises, essayent bien de se faire épouser par lui, pour pouvoir mettre à sa disposition leurs ressources incommensurables, et lui fournir ainsi les moyens de continuer ses recherches sans être arrêté par aucune considération. Mais il s'y refuse. Il a perdu le goût du diagnostic et de l'acte opératoire. Il déserte son laboratoire. Il pratique correctement son métier, sans plus. Ayant échoué dans la préparation d'un huitième sérum anticancéreux, il décrète la faillite de la science.

Mais le temps fait son œuvre apaisante. Daruel se ressaisit. L'appétit intellectuel lui revient. En même temps, il s'humanise peu à peu. Des années ont passé, au cours desquelles il a encouragé Ellen Flopesco, son élève, à créer, dans la banlieue parisienne, un institut anticancéreux. Il s'intéresse à une jeune malade de son service, Line Poitou, qu'il a opérée d'une appendicite, au point d'accepter de dîner chez ses parents, qui ne verraient aucun inconvénient à ce que leur fille devînt, à défaut d'une épouse légitime, la maîtresse du grand chirurgien. Mais lui s'y refuse, se contentant de trouver bon d'être bon.

Et la transformation est telle que ses élèves eux-mêmes ne le reconnaissent plus ;

Le maître renouait les belles traditions hospitalières des Verneuil, des Potain, des Tillaux, des Terrier et des Claude Manceaux, prolongeait leur pitié tendre ou bourrue pour la chair pantelante, pour la créature terrassée et sacrée. Qui l'avait changé ainsi ? Par quelle voie l'humanité avait-elle pénétré dans sa poitrine de centurion ? Peut-être par une blessure ? Sans doute, le chagrin avait déterminé cette assomption morale. La bonté est si souvent fille de la douleur. ! »

Il va opérer, et l'on observe, dans son attitude, quelque chose de religieux.

***

Voyons maintenant les autres types de médecins portraicturés. Et d'abord, Claude Manceaux, le maître vénéré de Daruel, à qui il en impose tout autant qu'à l'époque où il lui apprenait la chirurgie.

En ce temps-là, Claude Manceaux avait une face pleine auréolée d'une courte et fine barbe blonde, un œil bleu faïence, le corps grand et droit, solide. Son aspect était majestueux et débonnaire. Il descendait de l'Olympe vers la souffrance humaine. Ses malades qui, pour lui, n'étaient point des cas, des numéros, il les laissait attendris et réconfortés. Avec les plus déshérités ou les plus tremblants, sa voix trouvait jusqu'à des inflexions maternelles.

Claude Manceaux appartenait à cette phalange de savants qui élèvent la chirurgie et la médecine au-dessus de négoces, au-dessus de métiers. Il avait été l'ami de Pasteur, de Charcot, de Potain, cet apôtre, de Dieulafoy, cet aristocrate, et de Farabeuf, un extravagant de génie qui ressemblait à Offenbach, cet endiablé musicien ; il avait été l'émule cordial et affectueux de Terrier, sensible sous son scepticisme et sa hargne, de Tillaux, bon colosse rabelaisien, de Guyon et de Reclus . Un peuple de traités et de mémoires, un arsenal d'instruments et nombre de pro-

cédés inventés ou perfectionnés par lui, soutiendraient son nom devant la postérité.

J'ai tenu à reproduire cette page tout entière. C'est un hymne d'ardent amour filial, car ceux de ma génération auront reconnu, dans Claude Manceaux, Simon Duplay, le père de l'auteur. Nous le reverrons dans différentes scènes, et jusque sur son lit de mort, et chaque fois, nous retrouverons cette constance dans la tendresse, dans l'admiration et dans l'hommage pour ce grand chirurgien, qui fut aussi un caractère, et par-dessus tout, un homme.

Daruel va souvent à Sainte-Anne : il s'est demandé si certaines interventions qui décomprimeraient les centres encéphaliques, qui détruiraient des adhérences, ne pourraient pas guérir certaines folies. Et il opère dans le service d'un aliéniste à la consultation duquel nous assistons, voyant défiler devant nous une persécutée persécutrice, un délire érotique, une démence précoce, une cocaïnomane, tous ces malades peints avec des couleurs d'une exactitude remarquable.

Torsini est un chirurgien habile et renommé, mais dénué de scrupules, et prêt à toutes les besognes, même les plus louches. Il a épousé une danseuse et chanteuse excentrique de music-hall, qui lui coûte les yeux de la tête, tout en le trompant sans la moindre vergogne. Pour satisfaire tous les caprices de sa femme, pour céder à toutes ses volontés, il fait des opérations de complaisance, et ne recule pas même devant un avortement, pratiqué sous couleur de laparotomie pour une tumeur abdominale, sans aide, sans autre témoin que la mère, complice de la jeune fille, dans le silence d'une chambre d'hôtel.

Si j'ajoute cette description précise :

Nez busqué, œil cajoleur et dominateur, peau de safran, barbiche teinte en noir ébène, ongles longs comme des griffes, Torsini était un sorcier de l'Orient habillé à l'européenne....

n'aurez-vous pas l'impression du déjà vu ?

Le doyen Lunule postule pour un fauteuil à l'Institut. Il donne de grands dîners dans lesquels la doyenne exhibe des décolletés rosâtres et douceâtres de fraises à la crème, et y traite royalement, en même temps que ses collègues de la Faculté et des Hôpitaux, un membre de l'Institut sénile et gâteux, qui mange avec le secours de son domestique.

Madame Lunule veillait à ce que le serviteur remplît correctement sa mission délicate. Elle poussait le zèle jusqu'à triturer de sa main les aliments du macrobe. Non moins attentionné, le professeur Lunule guettait, pour les applaudir, les fades propos qui dégouttaient des lèvres molles.

Le professeur de Benesme est de haute taille ; son visage est un singulier mélange de servilité et de morgue ; on se le représente fort bien en livrée : c'est le médecin habituel des cours et des aristocraties.

Le célèbre accoucheur Seneuze, membre de l'Académie de Médecine, fort embéguiné de repopulation, que nous identifions avec la plus grande aisance, refuse sa voix à Daruel qui pose sa candidature au fauteuil parce qu'il n'est pas marié, qu'il n'a pas rendu mère son amie, et qu'il ne se connaît aucun enfant naturel : c'est un personnage épisodique qu'on sent intervenir uniquement pour rappeler la marotte de notre grand Puériculteur national.

Jude est un jeune et brillant collègue de Daruel, Nez et moustache en crocs, le regard sardonique, les épaules carrées et la face rubiconde, c'est un Méphisto haut en couleur.

Le professeur Vissot, leur maître commun, est un chirurgien sans envergure, mais un praticien habile, intègre et pondéré. Jude et Vissot ont été appelés par Daruel auprès de Maitena, et ont confirmé son diagnostic de cancer du sein.

Le docteur Bignol se tient dans les bas fonds médicaux. Il fait partie d'une équipe composée de deux médecins, de deux chirurgiens, d'un accoucheur et de deux apothicaires. Un médiocre consortium financier les a pris à sa solde pour assurer le service médical d'une clinique, près de la gare du Nord. En dehors de leurs appointements, les médecins, chirurgiens, accoucheurs et apothicaires ont une part sur les bénéfices. Aussi droguent-ils et tranchent-ils le plus qu'ils peuvent. Or, Bignol a opéré pour une appendicite une jeune fille qui est morte des suites de l'opération. Plainte des parents. Expertise. Daruel est nommé expert et fait l'autopsie. L'appendice enlevé est là, dans un bocal. O surprise ! Daruel découvre dans le ventre du cadavre un appendice gangréné et perforé. Bignol, dépassé par un cas difficile, a refermé le ventre sans rien extirper. Mais, pour ne pas perdre le bénéfice de son intervention, il a remis à la famille l'appendice d'un autre malade. Nous en avons connu d'autres qui, ouvrant des vésicules biliaires pour cholécystite calculeuse, avaient toujours dans quelque poche un calcul « de sûreté », qu'ils exhibaient au malade et à sa famille, au cas où il n'en auraient pas trouvé dans la vésicule.

Le rapport de l'expert est un dur réquisitoire contre ces morticoles aux doigts desquels le bistouri semble un surin.

***

Je m'arrête, m'excusant d'avoir été aussi long.

Mais, je n'ai pu résister au désir d'entrer dans de tels détails, parce que je suis maintenant à mon aise, ayant dit l'intérêt que j'avais pris à la lecture de ce roman, pour formuler une critique.

Nos médecins, tel est le titre du roman de Maurice Duplay. Nos médecins ! Si j'en excepte la belle figure de Claude Manceaux :

Savant considérable, stoïcien sublime, harmonie d'une intelligence et d'un caractère, accord parfait d'une carrière et d'une vie, rare exemple, édifiant spectacle, homme qui relève, qui rédime l'humanité, »

les autres personnages sont des arrivistes, des fantoches, ou des gredins. Daruel lui-même, figure de tout premier plan, en dépit de brillantes qualités,ne devient sympathique qu'après qu'une grande douleur morale a réveillé en lui l'homme, avec sa sensibilité, sa pitié.

Sauf Bignol, ils appartiennent tous à la Faculté ou aux Hôpitaux.

Ce ne sont pas *Nos médecins* ; ce sont *Des médecins*, et non pas des êtres imaginaires, sortis de pied en cape du cerveau de l'auteur, mais cela saute aux yeux, des types pris sur le vif et dont il ne faudrait pas aller chercher bien loin la clé de leurs pseudonymes, et des médecins appartenant, sauf un, à un milieu très défini, la Faculté de Paris.

Nos médecins, c'est, à une centaine d'exceptions près, et à côté des professeurs, — minorité, — le simple et modeste praticien de petite ville ou de quartier de grande ville, comme j'en connais de nombreux types, et dont le modèle demeure encore très répandu, de ces confrères instruits et dévoués, qui poursuivent une carrière toute d'honneur et d'abnégation. C'est le médecin de campagne, dont la tâche obscure demeure pleine de noblesse, et qui mérite d'être cité en exemple.

L'auteur est un écrivain de race, un observateur scrupuleux, un peintre exact, un affabulateur ingénieux. Son roman retient et captive l'attention ; il est d'une lecture intéressante, et il mérite d'être signalé et recommandé, dans un journal médical, à la condition qu'il soit bien entendu que ce sont quelques médecins définis qu'il a voulu peindre, et non l'ensemble du corps médical : portraits ressemblants, j'en conviens, mœurs un peu spéciales. Au demeurant, types exceptionnels, choisis à dessein, et sur lesquels il serait dangereux et faux de modeler toute une corporation.

G. Duchesne.

LES HONORAIRES MÉDICAUX

Un de nos correspondants nous ayant demandé de traiter la question des honoraires médicaux au point de vue juridique, le Dr P. Boudin *a, sur ce sujet, rédigé la consultation suivante :*

Nature juridique du contrat entre malade et médecin.

Sur cette question, la jurisprudence et les auteurs sont très divisés.

Certains affirment qu'il ne peut exister aucun contrat entre le médecin et son malade, en raison de la nature spéciale des services qui sont rendus à ce dernier. De plus, les actes intellectuels ne peuvent, par eux-mêmes et directement, former l'objet d'un contrat, en ce sens que celui qui les a promis, n'est pas civilement contraignable à l'exécution de sa promesse, sauf, le cas échéant, la mise en cause de la responsabilité professionnelle, en vertu des articles 1382, 83 et 84 du code civil.

Cette théorie est abandonnée par la majorité des auteurs et par la jurisprudence : il est de plus en plus unanimement admis qu'il intervient entre le médecin et le malade (ou avec un tiers) un contrat, qui oblige les deux parties, par le seul fait de son existence. Mais tous ne sont pas d'accord sur la nature de ce contrat. Les uns y voient un mandat ; d'autres un louage de services.

Nous ne discuterons pas ici ce point de doctrine : disons seulement que la théorie du mandat, si elle était adoptée, aurait des conséquences très dures pour le médecin : on arriverait à ce résultat bizarre que, tout en plaçant sa fonction à un niveau plus élevé que celui de n'importe quelle fonction salariée, on permettrait que le docteur soit en butte à des procédés qu'on n'admet pas pour un ouvrier, ou pour un domestique.

C'est ainsi qu'a été rendu un arrêt de la Cour de Besançon (1re chambre) du 8 avril 1903, qui, faisant application de la théorie du mandat, refuse toute indemnité à un médecin, brusquement remercié par une société de secours mutuels : la cour reconnaît que le mandat prenant fin par la révocation du mandataire, le client peut, à son gré, remercier un médecin, du jour au lendemain, sans encourir aucune responsabilité et se priver de ses services quand bon lui semble. Heureusement cet arrêt n'a pas fait jurisprudence et les décisions ultérieures sont rendues dans le sens opposé.

Ainsi la plupart des auteurs modernes estiment-ils que le médecin est lié, vis-à-vis de son malade, par un contrat de louage de services, ou d'en-

treprise, selon la façon dont est calculée la rétribution, au temps, ou à forfait.

D'ailleurs, l'usage s'établit de plus en pius de voir fixer, par des tarifs obigatoires et discutés de part et d'autre, la rémunération légitime due pour les services médicaux.

Ce contrat de louage de services est analogue aux autres contrats du Code du travail ; mais il comporte des obligations plus strictes que les autres et une responsabilité plus grande, en raison de ce que celui qui rend ces services, tient celui qui les reçoit à sa merci scientifique, incapable qu'est le malade, en général, de se rendre compte de la valeur et de l'efficacité du service qui lui est rendu.

Conditions de validité du contrat.

L'acte générateur des honoraires médicaux est constitué par l'accord de deux volontés : celle du médecin, qui promet ses soins et celle du malade, ou de son représentant, qui s'engage à payer une rémunération proportionnelle au service rendu.

Aucune formalité n'est exigée pour la formation d'un tel contrat.

Les quatre conditions essentielles à la validité des conventions sont exigées ici comme ailleurs : le consentement des parties, leur capacité de contracter, un objet certain, qui forme la matière de l'engagement et une cause licite dans l'obligation (article 1.108 du Code civil).

En particulier, la violence morale entacherait de nullité relative toutes ces conventions. Certains ont prétendu que le malade, obligé d'avoir recours au docteur, n'a pas sa liberté entière pour discuter, placé qu'il est sous une sorte de terreur, occasionnée par la maladie. Aussi, revenu à la santé, peut-il protester contre les promesses qu'on lui aurait arrachées, en lui promettant la guérison.

Dans l'immense majorité des cas, cette violence n'existe pas, même en apparence, surtout dans les affections ordinaires, ou dans les cas chroniques. Le conflit est souvent soulevé à la suite d'interventions chirurgicales, qui doivent être pratiquées d'urgence. Le danger passé, le débiteur se révèle récalcitrant, oubliant toute reconnaissance.

Au moment de payer le succès de l'opération, le malade peut-il prétendre qu'il n'avait pas toute sa liberté d'esprit, à cause du caractère d'urgence de l'intervention et de l'appréhension, dans laquelle se trouvait le client, devant une issue qu'il redoutait fatale ? Aussi, que vaudrait un engagement, fût-il même passé par écrit, en ce qui concerne le quantum des honoraires ?

Peut-on invoquer les termes de l'article 1143 du code civil, spécifiant qu'il n'y a pas de consentement valable, si le consentement a été extorqué par la violence, ou la contrainte morale ?

Un certain nombre de décisions de jurisprudence tiennent comme valables toutes ces conventions ; en présence d'un contrat, qui lui est présenté, le juge ne peut pas substituer sa volonté à celle des parties : un tribunal peut interpréter une convention, mais jamais la transformer.

Aussi, un magistrat, qui se trouve en présence d'une convention, dont le chiffre lui paraît manifestement exagéré, peut toutefois employer le moyen suivant : annuler la convention, comme entachée de violence et fixer le chiffre qu'il estime légitimement dû, le tout en vertu de son pouvoir souverain d'appréciation.

C'est ainsi qu'a jugé le *tribunal civil du Havre* 16 janvier 1897 ; Pand. 1898, 2,75 et *tribunal civil de la Seine* (5e chambre) 10 *février* 1894. (*Gaz. Pal.* 94, 1, 376).

Preuve.

La nature particulière de l'exercice de sa profession met le médecin dans l'impossibilité de se procurer une preuve écrite de ses visites. Quand il en réclame paiement il se trouve donc, aux termes mêmes de l'article 1348 du code civil, dispensé de rapporter cette preuve écrite. La jurisprudence est bien établie en ce sens.

La *Cour de Cassation, chambre des requêtes* (27 *mars* 1907) rejetant un pourvoi contre un arrêt de la *cour de Paris*, du 15 *mars* 1905, reproduit un attendu de cette cour : « attendu qu'un usage fondé sur la nécessité et sur l'intérêt des malades, en même temps que sur le respect et la dignité du médecin, ou du chirurgien, s'oppose à ce qu'il exige de ses clients, ou des personnes qui requièrent l'assistance de son art, l'engagement écrit de payer ses honoraires ; qu'il résulte de là l'impossibilité dans le sens de l'article 1348 du code civil ».

Il est évident que si cet article du code civil était applicable aux docteurs, le praticien ferait nécessairement de deux choses l'une : tantôt il ne consentirait à commencer le traitement qu'une fois muni d'un titre régulier, ou d'un commencement de preuve par écrit, pouvant donner ouverture à la preuve par témoins ; tantôt il entreprendrait la cure, mais refuserait de la continuer jusqu'à ce que l'acte fût fait.

Or, ces procédés sont incompatibles avec les règles déontologiques de la profession médicale : le médecin qui arrive au chevet d'un malade doit soigner ce dernier toute affaire cessante et sans interruption. Il encourrait une réprobation bien méritée s'il disait au patient : « réglons d'abord mes intérêts, puis je m'occuperai de vous soigner ».

Une semblable conduite, par le retard qu'elle pourrait entraîner, mettrait certainement en jeu la responsabilité civile et même pénale du

docteur, qui aurait laissé aggraver la maladie, faute de soins donnés à temps, ou continués jusqu'au bout.

Les livres du médecin.

Aussi, pour faire la preuve de ce qui lui est dû, le praticien est-il admis à présenter ses livres au tribunal.

Les décisions de jurisprudence sont nombreuse, admettant que le client qui ne paye pas comptant les visites de son médecin, est présumé s'en être rapporté aux notes de celui-ci, pour constater le nombre des visites faites ; en sorte que, si le client conteste ce nombre, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve.

Si le livre de comptabilité du docteur est tenu régulièrement, il fournira un témoignage suffisant de la créance du praticien, sans qu'il y ait lieu de recourir à des preuves complémentaires. Ce carnet offre ainsi des caractères suffisants de sincérité et point n'est besoin de recourir à la délation du serment décisoire.

Il en serait autrement si les livres étaient mal tenus, ou révélaient des surcharges, des ajoutures ou une exagération évidente.

De même, si les honoraires ont été convenus à forfait, pour une opération, par exemple, le chirurgien doit être autorisé à faire la preuve par témoin que la personne, à qui il réclame le paiement de ses honoraires, a pris l'engagement de les payer.

Mais rappelons qu'il est interdit au médecin de faire mention de tout fait, dont la divulgation serait contraire au secret professionnel. Il n'aurait donc pas le droit de réclamer son dû, si la preuve était à ce prix.

Aussi, si la production de ses livres pouvait en quelque sorte provoquer une violation du secret professionnel, comme d'autre part la loi n'oblige pas le praticien à une comptabilité, comme elle l'impose aux commerçants, le médecin sera autoriser à légitimer sa demande en justice par tous autres moyens à sa disposition : lettres, témoignages, etc.

Détermination du quantum des honoraires.

1er *cas* : il existe une convention entre le malade et son médecin.

Jadis, beaucoup de familles se faisaient soigner, moyennant un prix forfaitaire et annuel. Ces coutumes ont disparu ; mais elles se retrouvent néanmoins dans les conventions préalables à une opération, ou à un accouchement.

Le chirurgien, ou l'accoucheur, propose un prix pour l'intervention et pour les soins ultérieurs.

Malheureusement, comme aucun écrit n'est passé, des contestations peuvent s'élever, soit parce que, le danger passé, le malade et sa famille sont oublieux du service rendu et se prétendent victimes d'une violence morale ; ou bien parce que le résultat n'a pas été celui escompté, le malade est mort ou doit subir une nouvelle intervention et se refuse à payer tout ou partie du prix précédemment convenu.

En règle générale, la convention fait la loi des parties : l'une ne saurait réclamer plus, ni l'autre offrir moins.

En dehors des cas très rares de charlatanisme, ou de pression morale exercée sur un malade, qui se trouve dans un état de faiblesse très grande ou d'exagération manifeste des difficultés et des dangers d'une opération, le client doit exécuter la convention qu'il a librement consentie.

2e *cas* : il n'existe aucune trace de convention. C'est ce qui se produit le plus souvent, soit que le médecin et son malade n'aient pas fixé de prix pour chaque acte médical, visites, consultations, interventions, soit que le client nie s'être engagé vis-à-vis du docteur à lui verser la somme qu'il réclame.

Ce sera aux tribunaux qu'il appartiendra de fixer le chiffre des honoraires dus.

Nous n'énumérerons pas ici les nombreuses décisions qui ont été rendues sur ce point. Disons seulement que la jurisprudence est définitivement établie en ce sens que, dans cette fixation des honoraires, les juges devront tenir compte :

1° De la situation du médecin, notamment de la notoriété qu'il a su acquérir du fait de ses travaux, ou de ses découvertes ;

2° De la situation de fortune du client. Mais ici interviendra parfois non pas la situation de fortune du client lui-même, mais celle de la personne, soit responsable des frais médicaux, soit de celle qui s'est engagée à payer, qui a mis en œuvre le docteur, etc.

Il est évident qu'il n'est pas question ici de faire une distinction entre une médecine pour riches et une pour pauvres. Les premiers n'ont pas droit à plus de zèle, ni à plus d'obéissance à leurs caprices.

Mais les traditions humanitaires, en usage et en honneur depuis toujours dans la profession médicale, ont habitué le praticien à ne réclamer que des honoraires modiques dans les familles modestes, pour exiger d'autres tarifs plus larges lorsque la situation de fortune et le train de maison du client le permettent.

3° De l'importance du service rendu, c'est-à-dire de la gravité de l'opération et des difficultés qu'elle présentait, de la nature du traitement et des soins donnés, de la perte de temps occasionnée, par exemple par suite de l'éloignement de la localité où réside le médecin, du fait que certaines visites ont eu lieu, la nuit, ou le dimanche, ou d'urgence, etc.

Comment apprécier le service rendu ? Cela paraît très difficile, sinon impossible. Dans les décisions de jurisprudence, qui s'appuient sur le service rendu, nous ne constatons souvent qu'une simple manifestation platonique, car les attendus ne se fondent pas sur des motifs précis pour apprécier la valeur du travail médical.

Souvent, le service rendu équivaut à une vie humaine. Que vaut cette dernière ? A-t-elle le même prix pour un pauvre indigent, que pour un millionnaire ? pour une mère de famille, que pour un cercleux célibataire ? pour un terrassier que pour un homme de science et de laboratoire ? Il faudrait donc évaluer la vie d'un homme, d'après ce qu'il gagne et d'après le profit que tirent de son gain les personnes qui en vivent. Ensuite, il faudrait apprécier si ce gain avait des chances de durée, de stabilité.

Enfin, il faudrait tenir compte de la souffrance épargnée, ainsi que des considérations d'affection, facteurs sur lesquels un tribunal est dans l'impossibilité de se faire une opinion certaine.

D'autre part, ce facteur du service rendu, impossible à apprécier par des tiers, nous reporte à l'ancienne conception de l'honoraire : le cadeau fait à une personne, en reconnaissance d'une obligeance, lorsque ce service est, de sa nature, inappréciable en argent.

Si le code civil a sanctionné le droit aux honoraires, il n'a pas eu évidemment pour but de forcer la reconnaissance des gens ; il a tout simplement voulu, en vertu de ce principe que toute peine mérite salaire, donner une action, notamment au médecin, pour la rémunération de sa peine ; mais le législateur n'a certainement voulu entendre le terme honoraire que comme synonyme de rémunération et un tribunal n'a pas le droit d'étendre le sens du terme.

La somme allouée doit donc être honorable, pour le médecin, mais eu égard à la situation de fortune du client.

4° Le résultat obtenu.

On dit couramment qu'un médecin, qui a sauvé son malade, a droit à plus que celui qui, moins heureux, le voit mourir.

Ceci est inexact. Le médecin, qui accepte de soigner un malade, prend par là même l'engagement de déployer toutes les ressources de son art, pour le guérir. Les malades qui meurent, ont été en principe soignés avec autant de dévouement que ceux qui guérissent. Pourquoi, alors, faire des degrés dans la rémunération ?

Que le malade guéri gratifie son médecin d'un honoraire élevé, c'est fort bien ; mais sur quoi se baserait un tribunal, pour dire que le traitement du malade, qui a guéri, a donné plus de peine au médecin que celui qui est mort ?

Il n'y a qu'un cas où l'importance du service rendu devrait être prise en considération par un tribunal : c'est celui où un malade, regrettant sa générosité, réclamerait au médecin une partie de ce qu'il lui aurait donné, ou voudrait faire réduire un engagement qu'il aurait pris par écrit, ou devant témoins.

Ayant pleins pouvoirs pour apprécier si le don a été fait librement ou non et si l'engagement n'a pas été vicié par suite de violence morale, le tribunal devra tenir compte des sentiments, qui animaient le malade, au moment où il a donné ou pris l'engagement de le faire.

De cette notion du service rendu découle encore l'explication d'un reproche, qui est souven adressé aux magistrats. Les juges, qui sont nos clients, ont la fréquente habitude de prendre le parti du malade et d'apprécier en bloc l'évaluation des honoraires du médecin.

Malgré l'usage, qui s'établit de plus en plus, et qui consiste à calculer la rémunération du docteur à tant par visite, souvent les juges considèrent au contraire que le médecin a droit à une rémunération pour l'ensemble de la cure : le docteur a une créance plutôt unique, résultant du traitement effectué et non autant de créances qu'il a fait de visites, ou d'actes médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. 5330.

VARIÉTÉS

La pratique chirurgicale au XVIIIe siècle

Dans un mémoire imprimé au moment de la grande lutte entre les chirurgiens et les docteurs régents de la Faculté de médecine de Paris, nous trouvons le passage suivant qui nous donne quelques indications sur la pratique chirurgicale avant cette époque. L'exercice de cet art se faisait dans des boutiques sur rue, comme actuellement dans nos cliniques d'accidents de travail. Elles remplissaient le rôle de permanence médicale pour les blessés sur la voie publique, idée que notre ami Pamart avait tenté de rénover. Le sieur de la Peyronie, premier chirurgien du Roi et chirurgien du royaume, avait supprimé l'exercice de la chirurgie dans les boutiques.

« La conduite de M. de la Peyronie, dit l'auteur, depuis la déclaration de 1743 prouve encore plus évidemment qu'il ne l'a jamais demandée en vue du bien public et pour les progrès de la chirurgie puisque l'usage qu'il en a fait est très contraire à l'un et à l'autre. En effet, dès qu'il

l'a eu obtenue, il a obligé les chirurgiens à quitter leur boutique. Or, il est prouvé que rien n'est si contraire au bien public, que l'abolition des boutiques, car le citoyen pauvre ou riche à qui il arrivait un accident dans les rues, y trouvait un secours prompt et convenable. La décoration extérieure de la boutique et leurs enseignes faisaient connaître dans l'instant où il y avait un chirurgien. La situation de cette boutique permettait qu'on y fît entrer aisément le malheureux blessé ; il trouvait du secours ou de la part du maître, ou de la part de quelque garçon instruit qui tâchait de le secourir, tandis que les autres couraient chercher leur maître, s'il était absent; ainsi le citoyen était secouru, aussi promptement et aussi convenablement qu'il pouvait l'être. On a privé les citoyens de ces secours en abolissant les boutiques, car le blessé attend souvent longtemps avant qu'on ait trouvé la demeure d'un chirurgien. On ne peut le transporter à un premier ou second étage, où l'on ne trouve souvent personne : ainsi le blessé demeure sans secours, comme l'a fait connaître la Faculté dans ses mémoires. Or, si M. de la Peyronie avait eu le bien public comme objet, lorsqu'il a demandé la déclaration de 1743, le premier usage qu'il en aurait fait n'aurait pas été de supprimer les boutiques des chirurgiens et de priver par là les citoyens d'un secours aussi nécessaire à leur conservation, d'autant plus qu'il en connaissait toute l'utilité. Aussi est-il démontré par cette première démarche de M. de la Peyronnie qu'il n'a jamais eu en vue le bien public quand il a demandé la Déclaration de 1743.

M. de la Peyronnie n'ignorait pas non plus que l'abolition des boutiques était très contraire au progrès de la chirurgie ; il savait que les jeunes gens des provinces nés sans fortune n'avaient nul autre moyen de s'instruire dans la chirurgie ; il savait qu'il en arrivait à Paris tous les ans un très grand nombre étant sûrs de trouver promptement une boutique, parce que les barbes et quelques saignées qu'ils faisaient dédommageaient le maître de ce que leur nourriture pouvait lui coûter, et leur fournissaient même quelque chose pour leur entretien. Pendant qu'ils étaient dans ces boutiques, ils pouvaient aller les uns après les autres aux cours de chirurgie et d'anatomie qu'on fait tous les ans au Jardin du Roi, à la Faculté de Paris et à l'amphithéâtre de Saint-Côme ; ainsi ces jeunes gens s'instruisaient dans la chirurgie sans être obligés à des dépenses qu'ils n'auraient pu soutenir et qui les auraient empêchés de venir à Paris s'ils n'avaient pas été sûrs de trouver promptement un asile dans ces boutiques.

Or, il est certain que ce sont ces jeunes gens venus des provinces qui ont été les plus grands chirurgiens de Paris, des Provinces, et des Armées ; vous savez bien même, Monsieur, que ce sont eux qui ont rempli les premières places de la chirurgie. Ainsi vous ne pouvez pas disconvenir que M. de la Peyronie ne prive Paris et les Provinces de ces Grands Sujets en abolissant les Boutiques. »

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

7 *Avril* 1925.

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, MIGNON, GASSOT, NOIR, DUCHESNE, LEVASSORT, PAMART, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire.*

Excusés : MM. DE LA ROCHEFORDIÈRE et HUGUENIN.

Le Conseil adresse ses vifs remerciements à M. le Dr DARRAS, pour le travail documentaire sur les médecins exerçant dans la région de Bordeaux qu'il a gracieusement offert à la Mutualité Familiale.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons A et B.

3	GASSOT	Loiret	10 jours	100 »
11	DEMARQUE	Charente-Inférieure	6 jours	60 »
24	BÉGUÉ	Seine-et-Marne	39 jours.	390 »
34	PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
66	MOULINIÉ	Dordogne	3 jours + un mois et 24 jours chr.	209 90
79	NAUDET	Loiret	5 jours	50 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
			A reporter	1.409 90

		Report	1.409	90
81 Treille	Creuse	2 mois et 20 jours chr.	266	60
93 Prentout	Calvados	30 jours	300	»
97 Heurteau	Loiret	3 mois	300	»
100 Coqueret	Aube	3 mois	300	»
106 Roger	Ille-et-Vilaine	6 jours chr.	20	»
108 Laumet	Aube	26 jours	260	»
140 Desfarges	Allier	8 jours (1/2)	40	»
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
154 Poirson	Jura	3 mois	300	»
162 Bilhaut	Paris	3 mois	300	»
164 de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300	»
912 Houdart	Finistère	3 mois	300	»
196 Michalski	Yonne	33 jours	330	»
219 Delattre	Loiret	3 mois	300	»
228 Tacheron	Aube	3 mois	300	»
255 Demmler	Oise	3 mois	300	»
256 Jouve	Eure	4 jours	40	»
260 Jacquot	Oise	3 mois	300	»
307 Manoel	Var	24 jours + 11 jours chr.	276	65
311 Rouvier	Isère	3 mois	300	»
326 Vergnet	Loire-Inférieure	12 jours	120	»
341 Chabanon	Lozère	3 mois	300	»
348 Miltas	Creuse	3 mois	300	»
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300	»
379 Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300	»
383 Deney	Gironde	34 jours + un mois et 8 jours chr.	466	65
411 Sarda	Ardèche	32 jours	320	»
412 Duros	Manche	21 jours + 2 mois et 9 jours chr.	439	95
465 Baudron	Loiret	28 jours.	280	»
488 Hamant	Basses-Pyrénées	60 jours + 1 mois et 4 jours chr.	713	30
490 Vincens	Alpes-Maritimes	6 mois	600	»
520 La Bonnardière	Var	28 jours	280	»
524 Fraikin	Seine	10 jours	100	»
534 Epron	Vendée	15 jours + 2 mois et 15 jours chr.	600	»
535 Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300	»
592 Lecoq	Nord	un mois et 16 jours chr.	153	30
608 Leter	Seine-et-Oise	8 jours	80	»
638 Campuzan	Lot-et-Garonne	36 jours et 20 jours	560	»
650 Lochon	Haute-Savoie	54 jours	540	»
656 Gélain	Nord	36 jours	360	»
659 Bonnel	Hérault	28 jours	280	»
688 Monmarson	Manche	3 mois	300	»
691 Robert	Paris	47 jours	470	»
700 Rey	Haute-Garonne	3 mois	300	»
709 Sabatier	Bouches-du-Rhône	38 jours	38	»
744 Simonnot	Somme	15 jours et 11 jours	260	»
751 Barde	Gironde	43 jours	430	»
786 Manhaviale	Tarn-et-Garonne	14 jours	140	»
790 Conçoix	Creuse	26 jours	360	»
833 Pilliere	Ardennes	6 mois	600	»
834 Mohamed	Mayenne	3 mois	300	»
837 Bécour	Nord	3 mois	300	»
839 Girodolle	Corrèze	3 mois	300	»
861 Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
869 Toussaint	Somme	25 jours	250	»
884 Bourdicaud-Damay	Corrèze	2 mois + 12 jours chr.	239	95
900 Duclos	Paris	3 mois	300	»
934 Girard	Paris	14 jours	140	»
993 Boutard	Eure	3 mois	300	»
1025 Ramond	Seine-et-Marne	3 mois	300	»
1036 Fourier	Paris	42 jours	420	»
1056 Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300	»
1057 Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300	»
1072 Perrin	Seine-et-Oise	7 jours	70	»
1085 Vial	Allier	10 jours	100	»
1087 Bonifas	Hérault	12 jours	120	»
1112 Mikoff	Saône-et-Loire	15 jours chr.	50	»
1116 Bouilly	Seine-et-Marne	11 jours	110	»
1140 Cabanés	Paris	57 jours	570	»
1191 Eyraud	Ain	2 jours + 2 mois et 24 jours chr.	299	90
1198 Mouras	Ardennes	11 jours	110	»
1213 Etienne	Ardennes	un mois et 22 jours chr.	173	25
		A reporter	21.829	40

			Report.	21.829 40
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1252	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Finistère	3 mois	300 »
1299	Dircksen	Seine	31 jours	310 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1370	Coste	Drôme	11 jours	110 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	3 mois	300 »
1388	Viannay	Loire	10 jours	100 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1472	Fileux	Nièvre	10 jours	100 »
1551	Roques	Ariège	13 jours + 22 jours chr	203 25
1563	Saint-Pau	Tarn-et-Garonne	7 jours chr.	23 30
1573	Lecouillard	Manche	6 mois	600 »
1591	Hadot	Vosges	11 jours	110 »
1603	Arin	Maine-et-Loire	5 jours	50 »
1614	Perrier	Isère	18 jours	180 »
1616	Bonhommet	Loire-Inférieure	14 jours	140 »
1668	Maurat	Lozère	3 mois	300 »
1711	Huot	Côte-d'Or	17 jours	170 »
1714	Daubret	Seine	44 jours	440 »
1769	Charlin	Doubs	17 jours	170 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1832	Leulier	Seine-et-Oise	14 jours	140 »
1896	Roure	Ardèche	60 jours + 25 jours chr	683 25
1929	Faure	Alpes-Maritimes	12 jours	120 »
1970	Perchepied	Seine-Inférieure	10 jours	100 »
			Total	28.579 25

Combinaison MAD.

11	Demarque	Charente-Inférieure	6 jours (1/2)	60 »
28	Brachet	Savoie	60 jours + 26 jours chr	1.373 15
31	Soulagne	Aude	17 jours	340 »
83	Courtot	Belfort	29 jours	580 »
191	Barrier	Hérault	17 jours	340 »
210	Balleydier	Isère	11 jours	220 »
247	Breteille	Paris	39 jours	780 »
259	Thomas	Nord	60 jours + 7 jours chr	1.246 65
308	Laby	Aisne	15 jours	300 »
325	Verguet	Loire-Inférieure	12 jours	240 »
524	Fraikin	Seine	10 jours (1/2)	100 »
656	Gélain	Nord	36 jours	720 »
709	Sabatier	Bouches-du-Rhône	38 jours (1/2)	380 »
744	Simonnot	Somme	26 jours (1/2)	260 »
1085	Vial	Allier	10 jours (1/2)	100 »
1112	Mikoff	Saône-et-Loire	15 jours chr. (1/2)	50 »
1198	Mouras	Ardennes	11 jours (1/2)	110 »
1213	Etienne	Ardennes	un mois et 22 jours chr. (1/2)	173 25
1370	Coste	Drôme	11 jours (1/2)	110 »
1472	Fileux	Nièvre	10 jours (1/2)	100 »
1551	Rogues	Ariège	13 jours + 22 jours chr (1/2)	203 25
1591	Hadot	Vosges	11 jours (1/2)	110 »
1769	Charlin	Doubs	17 jours (1/2)	170 »
			Total	8.066 30

Le Dr Viannay (1388) fait don de son indemnité à la Caisse auxiliaire : le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du 1er trimestre 1925, à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Madame Gillette, Calvados	150 »
43	Veuve Chevreux, Paris	150 »
45	Veuve Valot, Haute-Saône	60 »
51	Veuve Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
	Total	760 »

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. Breteille, Meunier, Bonnin, Guichard, Béquain, Coirint, Miriel, Séguin, Martin, Camus et Oblin.

Combinaison MAD :

MM. Bruslé, Alméras, Meunier, Bonnin, Lengrand, Robert, Miriel, Goniondsky, Séguin, Ducret, Gallichon, Gauthier et Oblin.

Passage de 1/2 MAD à MAD :

MM. Satre et Guittard.

Admissions provisoires :

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
BARTHE, de Saint-Agnant (Charente-Inférieure).
AYGUESPARSSE, de Podensac (Gironde).
AGRON, de Dijon.
DUCHAMP, de Ham (Somme).
FORGERON, de Saint-Florentin (Yonne).
POULAIN, d'Ereac (Côtes-du-Nord).
GIRAUD, de Montpellier.
DANCOURT, de Cambrai (Nord).
DEFLINNE, de Valenciennes (Nord).
TEMPORAL, de Saint-Rambert-en-Bugey (Ain).
Mme JANICOT, de Paris.

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
BARTHE, de Saint-Agnant, (Charente-Inférieure).
GIROD, de Carentoir (Morbihan).
CHEYNEL, de Saint-Agrève (Ardèche).
DUDRAND, de Limoges.
AYGUESPARSSE, de Podensac (Gironde).
DURIEUX, de la Rochette (Savoie).
AGRON, de Dijon.
LAVIGNE, de Nœud-les-Mines (Pas-de-Calais).
DUCHAMP, de Ham (Somme).
FORGERON, de Saint-Florentin (Yonne).
GIRAUD, de Montpellier.
DANCOURT, de Cambrai (Nord).
MONNIÉ, de Bordeaux.
CHATELAIN, de Maiche (Doubs).
TEMPORAL, de Saint-Rambert-en-Bugey (Ain).
SAZIAS, de Cronat (Saône-et-Loire).
Mme JANICOT, de Paris.

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin juin.

Admissions :

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

M. le docteur MONNIÉ, de Bordeaux.

Combinaison R :

MM. les docteurs :
PRÉPIN, de Betz (Morbihan).
BARTHE, de Saint-Agnant (Charente-Inférieure).

M. MIGNON entretient le Conseil d'un travail qu'il a commencé sur la morbidité médicale telle qu'elle ressort des résultats fournis par la Mutualité Familiale. Il publie, en ce moment même, dans le *Concours médical*, un aperçu de la question, mais il a l'intention de faire porter son étude sur toute la France et comparer les données fournies par les villes et les campagnes, les pays de plaine et ceux de montagne, etc... Il croit que ce travail sera extrêmement intéressant.

Le Conseil adresse ses félicitations au Dr Mignon et l'engage à poursuivre son travail qui constituera un document unique.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. — *Le président,* A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital Necker.** — *Cours de stomatologie.* — M. le Dr Pitsch, chef du service de stomatologie, fait, le mardi et le samedi à 9 h. 1/2, une leçon sur l'obturation des dents, avec présentation de malades et opérations.

— **Les Journées médicales belges de** 1925. — Son Excellence le très honorable sir George Graham, ambassadeur de Grande-Bretagne, a accepté de faire partie du Comité d'honneur de la Ve session.

Il y aura cette année encore un *Salon des Médecins artistes* adjoint à l'Exposition des Journées médicales. Et tout fait prévoir qu'il sera très important, de nombreuses demandes de Belgique et de France étant déjà parvenues. Les Drs Lemmens et Duivepart ont été nommés commissaires-généraux de ce salon, et les médecins désireux d'y prendre part sont priés de bien vouloir adresser leur correspondance, 273, avenue d'Auderghem.

C'est M. le professeur Brachet, recteur, qui représentera officiellement l'Université libre à la Ve session des Journées médicales

M. Poullet, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, qui présida l'an dernier à l'inauguration des J. M. ; Son Excellence M. Maurice Herbette, ambassadeur de la République française, Son Excellence M. Catargi, ministre de Roumanie et le comte Gaston d'Ansembourg, chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg, ont accordé leur patronage aux J. M. de 1925.

Parmi les collaborateurs scientifiques de la Ve session nous pouvons ajouter aux noms précédemment parus : M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; M. le professeur Beco, de la Faculté de médecine de Liège ; M. le professeur Vernieuwe, de la Faculté de Gand, et M. le professeur Jean Demoor, de la Faculté de Bruxelles.

— **Association amicale des anciens médecins des corps combattants.** *Assemblée générale.* — L'assemblée générale de cette association a eu lieu le 28 mars à l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. Marcel Pinard. L'assemblée y a renouvelé son bureau et décidé de la création d'une section nouvelle « Les Amis de l'Association ».

Bureau pour 1925-16 : président, Marcel PINARD ; vice-président, Clovis VINCENT ; secrétaire général, Jacques FORESTIER ; trésorier, COTTARD ; secrétaire adjoint, M. R. JEUDON. Membres du bureau : BERNARD CLAUDE, GENTIL, LANDOLT, LEROUX, MARINGER, MÉNÉTREL.

L'assemblée générale a été suivie d'un brillant dîner auquel assistaient de nombreux confrères de province et qui fut présidé par le Médecin inspecteur général TOUBERT, directeur du Service de santé au ministère de la guerre. La bienvenue lui a été adressée par M. Marcel PINARD qui a rappelé les éminents services rendus à la cause médicale par le directeur du Service de Santé.

Celui-ci en un discours très applaudi et très documenté, a montré les efforts réalisés par le service de santé pour assurer la collaboration de la médecine civile et de la médecine militaire et a félicité les membres de l'association, pour leur idéal élevé et leur esprit de camaraderie né de la vie aux tranchées pendant la guerre.

L'Association amicale des anciens médecins des corps combattants cherche à grouper tous les médecins ou étudiants qui ont servi dans les corps combattants pendant la guerre.

Pour tous renseignement s'adresser à M. R. JEUDON, secrétaire adjoint, 132, avenue d'Orléans, Paris (14e).

— **Conférences de gastro-entérologie pratique.** — Le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera une série de cinq conférences de gastro-entérologie pratique le mardi 9 juin à 10 heures 1/2, salle Aran, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Sujet des conférences : l'hyperchlorhydrie, ses modalités, ses complications et son traitement.

— **Dispensaires anti-tuberculeux de l'Orne.** — L'Association antituberculeuse de l'Orne a décidé la nomination d'un médecin spécialisé, n'exerçant pas en clientèle et assurant le service de ses dispensaires.

Les demandes et les titres des candidats devront être adressés au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, VIe à la date du 1er juin 1925.

— **L'Association générale des médecins de France** a tenu son *assemblée générale annuelle* le dimanche 26 avril dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine sous la présidence du Dr Bellencontre. De nombreux présidents et délégués des Sociétés départementales assistaient à la séance.

L'Assemblée a réélu membres du Conseil général : MM. Constans (Tarn-et-Garonne), Decourt (Seine-et-Marne), Delpierre (Oise), Noël Fiessinger, Doizy et Philippeau (Société Centrale). Elle a élu MM. Pochon et Vignes (Société Centrale) et Choyau (Vendée).

Le soir, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le Dr Chauveau, sénateur, président du groupe médical parlementaire et rapporteur de la loi des assurances sociales, a eu lieu un banquet auquel assistaient M. le Pr Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Delpierre, sénateur de l'Oise, M. le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats Médicaux de France, M. Bloch, président de la section de médecine de l'Association générale des étudiants et de nombreuses personnalités médicales.

Des discours fort applaudis furent prononcés par MM. les docteurs Bellencontre, Delpierre, Decourt, Roger, et Chauveau.

— **Hôtel-Dieu d'Orléans. Concours pour l'internat.** — Le lundi 29 juin 1925, à deux heures et demie, aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (salle de la Bibliothèque), un concours pour deux places d'internes titulaires.

Les épreuves de ce concours consistent : 1° en une composition écrite sur un sujet d'anatomie, tiré au sort ; 2° en l'examen de deux malades, l'un de médecine, l'autre de chirurgie ; chaque examen, d'une durée de vingt minutes, suivi, après vingt minutes de réflexion, d'une exposition orale d'une durée de dix minutes. Une heure est accordée pour la composition écrite.

Seront seuls titularisés les candidats qui auront obtenu le nombre de points fixé par le jury. Les candidats qui n'auront pas obtenu le minimum de points nécessaire, pourront être admis à titre provisoire par l'Administration, d'après le rang obtenu au concours. Ils auront les mêmes avantages matériels que ceux accordés aux internes titulaires ; mais ils ne jouiront ni du titre d'interne, ni des prérogatives qui s'y rattachent c'est-à-dire : prix, exemption du stage de spécialités. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er octobre 1925.

Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de mille huit cents francs (1.800 fr.). De plus, un prix spécial de 200 francs sera accordé à chacun des candidats ayant obtenu les deux tiers du maximum des points au concours, à la condition qu'ils aient donné toutes satisfactions à leurs chefs de service et à l'Administration pendant leur première année d'internat.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans. Ils ne doivent faire aucun remplacement médical, sous peine de renvoi.

Sont admis au concours : tous les étudiants et étudiantes en médecine, Français ou naturalisés Français, ayant au moins huit inscriptions. En cas d'insuffisance du nombre de candidats français, les étudiants et étudiantes étrangers, élèves d'une faculté française, pourront être admis à concourir dans la limite où l'Administration croira devoir le décider.

Toutes les facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire. Les internes changent de service tous les six mois, d'après un roulement établi par l'Administration. Pendant la durée des vacances des élèves sages-femmes, les internes peuvent être appelés à tour de rôle à assurer le service de la Maternité.

Nota. — En dehors des avantages matériels qui leur sont offerts, les internes ont, aux hospices d'Orléans, de très grandes ressources professionnelles. Cet établissement contient : cinq cents lits de malades aigus ; deux services de médecine générale ; trois services de chirurgie générale ; un service de gynécologie ; une maternité ; un service de chirurgie enfant et un autre de médecine enfant ; un service de maladies vénériennes ; un service d'yeux ; un service d'oto-rhino-laryngologie ; un laboratoire ; un service de radiologie et de physiothérapie ; un service de contagieux ; plusieurs services de vieillards ; une crèche ; une bibliothèque très bien montée ; un amphithéâtre ; une consultation externe des maladies de peau ; une consultation de médecine ; une consultation de chirurgie, etc.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au Directeur des Hospices d'Orléans.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

d'en évaluer le montant, lorsqu'ils ne sont pas prévus au tarif ;

Attendu que la durée de l'incapacité donnant lieu à indemnité temporaire est une question de fait, qu'elle est établie par les certificats médicaux produits par l'ouvrier ou le patron, qu'on ne saurait, par exemple, refuser à la victime le droit de se faire délivrer un certificat établissant la période d'invalidité pendant laquelle elle a droit à l'indemnité journalière, pour, en cas de contestation, démontrer le bien-fondé de sa demande ;

Attendu, en l'espèce, que dans le certificat initial, la durée probable de l'incapacité de travail avait été indiquée, mais qu'à l'expiration de cette durée le blessé n'était pas guéri ; qu'en délivrant un second certificat indiquant la continuation de l'incapacité pour permettre à la victime de continuer à toucher son demi-salaire, et, en cas de contestation, de justifier sa demande, le docteur C. n'a commis aucun abus et qu'il y a lieu en conséquence de lui allouer la somme de cinq francs pour le coût du dit certificat;

Attendu que, par suite, la demande étant justifiée, il y a lieu de déclarer les offres réelles nulles, comme étant insuffisantes ;

Attendu que partie la qui succombe supporte les frais ;

PAR CES MOTIFS,

Et par jugement contradictoire et en dernier ressort :

Déclarons nulle comme insuffisante l'offre de la somme de 45 francs faite par MM. S. et M. à M. le docteur C. et condamnons les défendeurs à payer au demandeur la somme de 50 francs, pour les causes sus-énoncées ;

Les condamnons en outre aux intérêts de droit et aux dépens, taxés et liquidés à ....

Commentaires.

A notre avis, le juge de paix a fait une fausse application de la loi et son jugement est erroné.

La loi du 9 avril 1898 ne contient, en matière de certificat que deux obligations : la première concerne la déclaration initiale de l'accident. Article 11, § 3 : « Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Si le chef d'entreprise omet le dépôt de ce certificat médical pour tout accident ayant duré plus de quatre jours, il est passible d'une amende de 1 à 15 francs (article 14).

La seconde obligation est contenue dans le deuxième paragraphe de l'article 12 et concerne le certificat « transmis ultérieurement par la

victime, à la justice de paix » pour faire constater une incapacité permanente partielle de travail.

Il en résulte que la loi sur les accidents du travail n'a prévu que deux certificats : l'initial, si l'incapacité de travail dure plus de quatre jours, certificat imposé au chef d'entreprise, et le terminal, laissé à la charge de la victime.

Lisons maintenant le texte de l'article 29 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, dit tarif Breton. Nous y voyons que le tarif ne met à la charge du chef d'entreprise que : 1° le certificat initial ; 2° le certificat descriptif délivré, lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat descriptif terminal, dans le cas d'incapacité permanente partielle. De plus, sera laissé à la charge du patron tout certificat qu'il demandera au cours du traitement.

Il en résulte que, dans le cas du jugement de Malesherbes, le chef d'entreprise avait raison de se refuser à payer un certificat délivré au cours du traitement et qu'il n'avait pas demandé.

Mais qui doit payer un tel certificat ?

Un arrêt de Cassation (chambre des requêtes, 2 mars 1924, *Concours médical* 1924, 2044) décide que le coût du certificat initial, demandé au médecin, non pas par le chef d'entreprise, mais par la victime, qui entend faire elle-même la déclaration de son accident, doit être laissé à la charge de celui à qui ce certificat profite, c'est-à-dire de l'ouvrier.

Cela ne veut pas dire que le patron défaillant ne soit pas passible de l'amende de 1 à 15 francs prévue par l'article 14 de la loi du 9 avril 1898, pour n'avoir pas fourni ce certificat, lorsque l'incapacité de travail dure plus de quatre jours.

A fortiori, doit être laissé à la charge de la victime le coût d'un certificat délivré au cours du traitement et déclarant que le blessé ne peut pas encore reprendre son travail.

Au surplus, le paragraphe 4 de l'article 29 du tarif Breton dit : « ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri ».

Il en résulte que c'est l'ouvrier qui doit payer à son médecin toute attestation qu'il demande lui-même pour son propre intérêt.

La question serait très simple si le corps médical n'avait pas pris la fâcheuse habitude de remettre sa note d'honoraires au tiers payant (le chef d'entreprise, ou son assurance) au lieu de la présenter à son débiteur immédiat : l'ouvrier blessé.

Ce dernier payerait le docteur et se ferait rembourser par son patron la part qui incombe à ce dernier, d'après le tarif ministériel. Les con-

testations seraient portées devant le juge de paix ; mais le médecin resterait complètement étranger au procès.

Mais par bonté d'âme, surtout parce qu'il sait que, ne touchant que son demi-salaire, l'ouvrier blessé ne sera pas capable de le payer immédiatement, le docteur use de l'action directe que lui confère l'article 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898 et adresse sa note d'honoraires au chef d'entreprise, ou à l'assurance de ce dernier.

D'où les conflits, parce que ces compagnies n'entendent pas payer la part de l'ouvrier ou tous les actes médicaux qui doivent rester à la charge de ce dernier.

Mais, pourrait-on dire, d'après la thèse du juge de paix de Malesherbes, le certificat délivré en cours de traitement était destiné à compléter l'initial, du moment où le travail n'avait pas été repris dans les délais primitivement prévus. Par conséquent, ce certificat supplémentaire faisait partie du traitement et devait incomber au chef d'entreprise.

Non, il s'agit encore d'une erreur habituelle au corps médical. La loi ne demande pas de préjuger la durée de l'incapacité de travail, mais simplement de dire à quelle époque il sera possible de préciser les conséquences de l'accident.

Le législateur semble n'avoir eu en vue que l'incapacité permanente partielle, parfois impossible à prévoir dès le début du traitement. La meilleure preuve est que, lorsque le certificat initial indique qu'il existera sûrement une incapacité permanente partielle, le juge de paix doit commencer son enquête, prescrite par l'article 12.

Si le médecin ne prédisait pas l'avenir, s'il n'indiquait pas dans son certificat initial que l'incapacité temporaire du reratant de jours, s'il se contentait de dire que d'ores et déjà, il peut affirmer qu'il n'y aura pas incapacité permanente partielle ou, au contraire, qu'il ne pourra se prononcer sur l'existence de cette dernière que dans quelques jours, le blessé n'aurait pas besoin de certificat intermédiaire et resterait en incapacité partielle, tant qu'il ne recevrait pas de son docteur le certificat de reprise de travail.

Si le chef d'entreprise avait des doutes, il userait de la faculté que lui laisse l'article 4, § 5 de la loi du 31 mars 1905, à savoir de faire examiner hebdomadairement son blessé par le médecin qu'il désignerait.

Mais combien peu connaissent la loi, ou se reportent au texte lui-même.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 *avril.*

Assistance médicale gratuite.

Arrêté du ministre du travail et de l'hygiène, du 9 avril 1925, instituant une Commission chargée de dresser la liste des spécialités pharmaceutiques qui doivent figurer dans la momenclature des médicaments admis pour le service de l'assistance médicale gratuite.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Vu la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ;

Vu la délibération du conseil supérieur de l'assistance publique en date du 29 janvier 1925 ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Il est institué une commission chargée de dresser et de tenir à jour, à titre d'indication, pour les conseils généraux, la liste des spécialités pharmaceutiques qui semblent devoir figurer dans les nomenclatures de médicaments admis pour le service de l'assistance médicale gratuite.

Art. 2. — Cette commission est ainsi composée :

MM. :

Radais, doyen de la faculté de pharmacie de Paris.

Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Le secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le docteur Jules Renault, membre de l'académie de médecine et délégué du conseil supérieur de l'hygiène publique de France.

Les docteurs Bellencontre et Rinuy, membres du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le professeur Sartory, de la faculté de pharmacie de Strasbourg, 11, rue Cujas, à Paris.

Le docteurs Billon et Paul Boudin, secrétaires rapporteurs du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le président du conseil général d'administration des hospices civils de Lyon.

Le directeur de la mutualité au ministère du travail.

Léon Robelin, délégué du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels au conseil supérieur de l'assistance publique.

Plytas, inspecteur général des services admi-

nistratifs, membre du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le docteur Henri Martin, membre du conseil supérieur de l'assistance publique, président du syndicat général des pharmaciens.

Le docteur Bailly, président du syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies.

Jean Faure, président de la chambre syndicale des produits pharmaceutiques.

Le docteur Lesage, médecin des hôpitaux de Paris, membre du conseil supérieur de l'assistance publique.

Constantin et le docteur Chevallereau, conseillers généraux, membres du conseil supérieur de l'assistance publique.

Brebion, inspecteur de l'assistance publique, directeur des services départementaux d'assistance de Seine-et-Oise.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, le directeur de la mutualité, le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris et le président du conseil général d'administration des hospices civils des Lyon auront la faculté de se faire représenter par des fonctionnaires placés sous leurs ordres.

Art. 3. — M. Radais remplira les fonctions de président. Le secrétariat sera assuré par le secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

Art. 4. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

25 *avril.*

Loyers.

Loi du 24 avril 1925 modifiant et complétant la loi du 2 août 1924.

Cette loi sera commentée ultérieurement, ainsi que la circulaire ministérielle qui l'interprète et que publie le *Journal Officiel* du 26 avril.

26 *avril.*

Agrégation de médecine.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen de l'agrégation des Facultés de médecine. (Session de janvier 1925).

1re division. — *Morphologie.*

Section A. — ANATOMIE.

Académie d'Alger. — M. Ribet, 33 points.
Académie de Lyon. — M. Gabrielle, 38 points.

Section B. — HISTOLOGIE.

Académie de Paris. — M. Millot, 35 points.

Section C. — HISTOIRE NATURELLE, MÉDICALE ET PARASITOLOGIE.

Académie de Paris. — M. Larousse, 38 points ; M. Lavier, 38 points.

2e division. — *Physiologie.*

Section A. — PHYSIOLOGIE.

Académie d'Aix. — M. Périot, 32 points.

Académie de Bordeaux. — MM. Fabre et Petiteau, 34 points.

Académie de Toulouse. — M. Bouisset, 33 points ; M. Delas, 36 points.

Section B. — CHIMIE.

Académie de Montpellier. — M. Cristol, 33 points.

Section C. — PHYSIQUE.

Académie de Paris. — M. Malassez, 32 points.

5e division. — *Pharmacie.*

Section A. — HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE.

Académie de Bordeaux. — M. Dourment, 33 points.

N. B. — Les résultats de la 3e division (médecine) et de la 4e division (chirurgie et obstétrique) seront publiés ultérieurement.

27 et 28 avril.

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de *chef de travaux pratiques d'anatomie pathologique à l'école de médecine et de pharmacie de Nantes* s'ouvrira au siège de ladite école, le 5 novembre 1925.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Crientation professionnelle.

Sont nommés *membres de la Commisseon d'orientation professionnelle* : MM. les Dr Laufer, directeur de l'Institut d'orientation professionnelle et Toulouse, directeur des laboratoires à l'école des Hautes Etudes.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Le secret professionnel dans les soins aux pensionnés de guerre.

1980. — M. DELORY, député, expose à M. le Ministre du Travail, comme suite à la réponse faite à la question écrite n° 1332 (*Journal officiel* du 20 novembre 1924), que pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 le ministre des pensions prescrit aux médecins traitants d'envoyer aux préfectures des bulletins de visite, où le médecin doit indiquer les raisons d'ordre médical ou chirurgical qui motivent la visite, et demande si le fait pour un médecin traitant de déli-

vrer ainsi à l'administration un bulletin indiquant les raisons médicales ou chirurgicales de son intervention auprès d'une victime de guerre ne constitue pas une violation de secret médical tombant sous le coup de l'article 378 du code pénal ; et si le médecin traitant n'est pas en droit de refuser de donner ces raisons et s'il ne doit pas suffire à l'administration que ce médecin certifie que les soins par lui donnés sont nécessités par la blessure ou la maladie ayant motivé la pension. (*Question du* 13 *décembre* 1924.)

Réponse. — L'Etat s'est obligé par les articles 1er et 64 de la loi du 31 mars 1919 à réparer les dommages infligés aux militaires par les infirmités résultant de la guerre et il a obligé ceux qui voudront user du droit à réparation : 1° à faire constater le lien qui existe entre leur blessure ou leur maladie et le service ; 2° à justifier et à préciser, par des documents administratifs, la nature des blessures ou des maladies donnant droit à pension et, par suite, aux soins, après l'inscription dans les listes légales. L'Etat a donc établi un document propre à chaque invalide, qui constitue pour celui-ci la charte de son droit aux soins et qui marque l'étendue des droits en spécifiant la nature et parfois la cause des invalidités. Quels que soient les effets de la procédure instituée par l'Etat, le médecin n'a pas à en répondre au regard du secret professionnel.

(*J. O.*, 8 avril 1925.)

Commentaires

La réponse du Ministre n'est pas d'une clarté bien nette. Il semble en ressortir ce point que, une fois le malade inscrit sur les listes des bénéficiaires de la loi des pensions, le médecin traitant ne viole pas le secret professionnel, en apportant, par son diagnostic, la preuve que l'affection pour laquelle il donne ses soins a une relation directe avec la maladie, ou la blessure, pour laquelle le titulaire d'une pension a bénéficié de la loi du 31 mars 1919.

Il n'y aurait pas à faire application de l'article 378 du code pénal, tant que le médecin traitant reste dans les limites du diagnostic arrêté par la commission de réforme, pour le malade qu'il a à soigner.

Mais, si nous relisons attentivement l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, nous aboutissons à cette constatation que cette médecine spéciale est en opposition avec le code pénal.

En effet, le paragraphe 3 de l'article 64 est ainsi rédigé : « Cette inscription donnera le droit à la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, mais exclusivement pour les accidents ou complications résultant de la blessure, ou de la maladie, qui aura donné lieu à pension. »

Il en résulte que c'est au malade à prouver, certificat médical en mains, que sa maladie actuelle lui donne droit au bénéfice de la loi et non au médecin à envoyer directement à la commis-

sion de contrôle ladite attestation, lors de la première visite.

Chinoiserie, me dira-t-on, le résultat est le même.

Pardon, si nous voulons rester dans la légalité, nous devons constater que l'article 64 de la loi de 1919 n'a nullement relevé le médecin du secret professionnel, en quoi que ce soit.

Régulièrement, le docteur ne devrait avoir affaire qu'à son seul malade ; c'est à ce dernier qu'il remettrait le bulletin, constatant le diagnostic exact. Au malade de faire de ce papier l'usage qui lui conviendrait : ou l'envoyer lui-même à la commission de contrôle, pour que celle-ci puisse faire examiner le bien fondé de la demande du réformé, ou déchirer cette feuille, ne tenant nullement à faire connaître le diagnostic à quiconque.

Le médecin devrait rester en dehors de tout, se contentant de donner à son malade l'attestation réclamée par ce dernier et jugeant s'il doit, ou non, faire crédit à son client, soit pour le faire payer à chaque visite, soit pour présenter sa note ultérieurement à la commission de contrôle.

Mais toute cette médecine administrative, plus ou moins sociale, nous fait perdre de vue les obligations professionnelles de droit commun.

Il en résulte que le ministre peut parfaitement répondre que le diagnostic de la commission de réforme établit la charte du bénéficiaire aux soins gratuits ; mais il ne s'en suit pas, comme il le prétend, que le médecin soit relevé du secret professionnel.

Ici, c'est la même situation juridique qu'en matière d'accidents du travail. Le docteur reste lié par le secret professionnel, vis-à-vis de son client et c'est à ce dernier seul, ou à ses représentants, qu'il doit remettre le certificat initial et le terminal, pour que la victime du travail fasse de ces pièces tel usage qui lui semblera bon.

Dr Paul Boudin.

Obligations militaires d'un médecin père de famille.

6816. — M. Emile Sari, sénateur, demande à M. le ministre de la guerre à quelle date se trouve dégagé de toute obligation militaire un médecin aide-major de 1re classe de réserve, appartenant à la classe 1899 et père de deux enfants mineurs, et s'il doit bénéficier des dispositions de la loi du 1er avril 1923 prescrivant que tout homme des réserves passe de droit, à la naissance d'un enfant, dans la classe de mobilisation dont le millésime est inférieur de deux unités à celui de sa classe de mobilisation du moment. (*Question du 10 mars 1925.*)

Réponse. — Les dispositions de l'article 58 de la loi du 1er avril 1923 sont applicables aux officiers de réserve comme aux hommes de troupe. Par suite, un médecin aide-major appartenant à la classe 1899 et père de deux enfants, qu'ils soient mineurs ou majeurs, est rattaché, s'il a fait sa déclaration de charges de famille à la mairie de sa résidence, à la classe 1896, c'est-à-dire à la classe la plus ancienne. Les dispositions de l'article 58 n'ont pas cependant pour effet de réduire la durée des obligations militaires des hommes des réserves. L'intéressé ne sera donc dégagé de toute obligation militaire qu'après 28 années de service, c'est-à-dire le 10 novembre 1928. Il est ajouté que la loi du 8 janvier 1925, relative au statut des officiers de réserve, prévoit que ceux-ci sont tenus, à l'expiration de ces 28 années de service, de demander au ministre leur maintien dans les cadres ou leur radiation. (*J.O.*, 8 *avril* 1925.)

Paiement des allocations aux femmes en couches.

4128. — M. Saint-Venant, député, expose à M. le ministre du travail que le décret du 20 mars 1925, concernant l'assistance aux femmes en couches, stipule : *a*) « le payement des allocations a lieu à terme échu » (art. 6) ; *b*) « les allocations mensuelles sont payées... » (art. 7) ; et demande au ministre : 1° de préciser ce qu'il faut entendre par « terme échu », c'est-à-dire à quel moment, pour la période d'avant-couche et pour la période d'après-couche, l'intéressée pourra effectivement percevoir l'allocation qui lui revient ; 2° quelles « allocations mensuelles » ce décret vise, la loi du 17 juin 1913 ne faisant mention que d'allocations « journalières ». (*Question du 22 avril* 1925.)

Réponse. — 1° Le décret du 20 mars 1925, qui remplace, dans certaines de ses dispositions, le décret modificatif du 9 mai 1922 et, par voie de conséquence, le décret initial du 26 décembre 1913, est relatif à la comptabilité du service de l'assistance aux femmes en couches et intéresse plus spécialement les agents responsables de cette comptabilité. L'intervention de ce décret répond, d'ailleurs, à un besoin de simplification des écritures des comptables. Il résulte des nouvelles dispositions règlementaires, combinées avec celles qui existaient antérieurement et qui sont toujours en vigueur, que le payement des allocations d'assistance est effectué au moins en deux fois, qui correspondent aux deux périodes normales de cette assistance de quatre semaines chacune : 1° celle qui précède les couches ; 2° celle qui suit l'accouchement. L'expression « à terme échu » signifie donc théori-

quement que le premier payement ne doit être effectué qu'à l'expiration de la première période, c'est-à-dire, au plus tôt le jour de l'accouchement ; le second, à l'expiration de la quatrième semaine qui suit l'accouchement. Dans la pratique et en observant les conditions qui précèdent, les payements sont effectués mensuellement. Il y a lieu de faire remarquer que les allocations d'assistance aux femmes en couches ne peuvent être versées qu'à terme échu en raison des considérations suivantes : *a*) aux termes de l'article 6 de la loi du 17 juin 1913, l'attribution de ces allocations est subordonnée à l'observation, par l'assistée, des prescriptions de repos et d'hygiène nécessaires pour elle-même et pour son enfant, observation contrôlée par la dame visiteuse déléguée par le bureau d'assistance pendant toute la période d'assistance ; *b*) pour la période qui suit les couches, le premier mandatement de l'allocation ne peut être effectué que sur la justification de l'accouchement ; 2° les allocations visées à l'article 7 du décret du 20 mars 1925 sont celles qui sont prévues par la loi du 17 juin 1913. Elles sont dites « mensuelles », parce qu'elles sont payées mensuellement, mais la somme à verser est fixée d'après le décompte des journées donnant droit chacune à une allocation dont le taux varie de 0,50 à 1,50. Sur ce point, l'allocation est donc journalière. (*J.O.*, 3 *mai* 1925.)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Sonnet du Revers

(Sonnet du câblé, souple corde, etc.)

(*Imité du Sonnet d'Arvers*)

Mon câble a son secret, ma corde à son mystère,
Pour l'usage éternel, m'avait-on bien conçu ?
Mon usure rapide empêche de me taire,
Mais celui qui m'a fait n'en a jamais rien cru.

De l'entoilé, hélas ! bien trop tôt disparu,
Pourquoi n'ai-je épousé la trame solidaire
Et j'aurais jusqu'au bout fait mon temps sur la terre
En dédaigneux des clous que j'aurais peu reçus.

Sur la route que Dieu a faite douce et tendre
Je poursuis mon chemin distrait et sans entendre
Ce murmure de fuite élevé sous mes pas.

Et l'austère chauffeur à la panne fidèle
Dira, voyant ses pneus pleins de pointes jumelles:
Quelle est donc cette trame » et ne comprendra »
(pas.

Dr MICHELEAU.

(Coutras).

Quarante-septième année. N° 19 *bis.* 13 Mai 1925.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS

SERVICE de PROPAGANDE
du « CONCOURS »

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal, le présent numéro ne représentant pas le *Concours Médical* dans sa physionomie habituelle (voir le Bulletin page XXXVII-1205).

NOTRE OFFICE DE RENSEIGNEMENTS

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

AVIS

Agenda-Memento du Praticien 1926.

Confrères, qui désirez recevoir notre *Agenda Memento*, adressez-nous sans retard votre bulletin de souscription (voir page 1202).

La valeur propre du Sou Médical

— Je suis assuré contre les risques professionnels à une puissante Compagnie. Quel intérêt trouverai-je à faire partie, en outre, du « Sou Médical » ?

Question qui nous est posée assez fréquemment.

Quel intérêt ??? — Jugez-en par des faits.

Deux confrères, membres de notre Ligue, opèrent dans une maison de santé qui leur appartient, et où les malades payent, d'une part, des frais d'hospitalisation, et d'autre part, et en dehors de ces frais, les honoraires médicaux qui leur sont dus.

Or, le fisc ne se contente pas de percevoir l'impôt sur le chiffre d'affaires calculé sur les recettes imputables aux frais d'hospitalisation proprement dite. Le fisc émet la prétention de comprendre, dans les recettes de la maison de santé, les honoraires des chirurgiens propriétaires ; il en exige la déclaration à ce titre, et menace nos confrères de leur intenter des poursuites s'ils ne s'exécutent pas.

Le « Sou Médical » trouvant injuste et inique la prétention du fisc, a répondu à ses adhérents

qui lui demandaient ce qu'ils devaient faire : « Laissez-vous poursuivre. Je suis derrière vous, et je vous donne tout mon appui, moral et pécuniaire, pour vous défendre devant toutes les juridictions où il vous faudra aller pour obtenir justice. »

Connaissez-vous des Compagnies d'assurances, si puissantes soient-elles, qui en fassent autant ? — NON.

Un autre de nos sociétaires a été ignoblement diffamé. Le « Sou Médical » l'aida de tout son pouvoir à poursuivre et faire punir sévèrement ses diffamateurs.

Existe-t-il un type de police d'assurances qui défende le médecin contre la diffamation ? — NON.

Voilà ce qui fait la valeur propre du « Sou Médical », qui n'en garantit pas moins ses adhérents contre les risques professionnels jusqu'à concurrence de 50.000 francs.

Et c'est pourquoi nous vous crions, à vous qui n'avez pas encore trouvé le temps de nous envoyer votre adhésion et votre cotisation annuelle de 25 francs — VINGT-CINQ FRANCS !!! — : Venez à nous ! Soyez des nôtres ! Nous sommes déjà 4.500. Grossissez notre phalange, et donnez-nous le nombre, qui nous rendra plus forts encore et nous permettra d'assurer votre protection, de la façon la plus efficace, quand vos intérêts, TOUS VOS INTÉRETS PROFESSIONNELS seront menacés.

Le Secrétaire Général.

Quelques succès amiables obtenus grâce au « Sou Médical »

Le Dr P., oculiste, après avoir examiné dans son cabinet l'ouvrier M., blessé au cours de son travail, avait estimé que ce blessé devait être hospitalisé et l'avait fait entrer dans une maison de santé, qui lui sert de clinique. La Compagnie d'assurances, avisée de ce fait, n'avait rien répondu. A la sortie du blessé, la maison de santé envoya sa note pour hospitalisation et fut payée. De son côté, le Dr P. envoya sa note d'honoraires, à laquelle la Compagnie opposa le « tout compris ». Etait-elle dans son droit, étant donné que l'oculiste de l'hôpital était en congé et que personne ne le remplaçait ?

A cette question, le « Sou Médical » répondit en donnant l'appui pécuniaire à son adhérent, étant donné qu'il pouvait être soutenu avec beaucoup de chances de succès, que l'on se trouvait dans l'un des cas exceptionnels prévus par l'Arrêt de Cassation du 5 décembre 1923, qui

sont l'urgence et la nature exceptionnelle de la région.

Le Dr P. fit connaître cette décision de notre Ligue de défense professionnelle à la Compagnie, avant d'intenter une action. Celle-ci lui donna satisfaction sans attendre le procès, tout en couvrant sa retraite par une lettre dont voici le texte :

Monsieur le Docteur,

Nous venons de recevoir sur cette affaire les renseignements connus de vous sans doute et qu'il eût été bien de nous donner lorsque nous avons refusé de payer vos honoraires pour les soins que vous avez donnés au blessé pendant son séjour à la clinique ; nous vous aurions donné satisfaction.

Le fait de nous avoir informés le 12 août que vous aviez examiné le blessé et que vous l'aviez fait entrer à votre clinique n'impliquait nullement pour nous l'obligation d'assumer le paiement des frais qui pourraient en résulter ; le blessé a des droits que nous nous gardons toujours de contester, nous bornant au paiement de ce que la loi met à la charge du patron.

Or, nous étions fondés à croire que M. avait pris l'initiative de quitter M. où il était soigné par M. le Dr B. et par M. le Dr Be., oculiste. Nous apprenons en effet seulement aujourd'hui qu'il n'y a à M. aucun oculiste et que M. le Dr Be. s'y trouvait en villégiature, c'est-à-dire temporairement.

C'est au départ de celui-ci que M. le Dr B. a envoyé son blessé à l'hôpital d'A. ce dont il a omis de nous informer, et l'oculiste se trouvant absent, M. est allé sans doute vous demander des soins, ce qui tout bien considéré était normal.

Il n'a pu être conduit à la clinique par son patron, comme vous paraissez l'avoir écrit au *Concours médical*, et il n'y avait peut-être pas là le cas d'urgence, la nature exceptionnelle de la lésion, qui constituent la réserve faite par l'arrêt de Cassation du 5 décembre 1923 pour l'application du « tout compris » ; néanmoins, tenant compte du chiffre très convenable des honoraires demandés et aussi en raison de nos bons rapports nous allons vous donner satisfaction.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, etc.

Le Chef de service :

(Illisible).

Le Dr P. fut d'avis que l'adage suivant lequel la crainte du « Sou » est le commencement de la sagesse se vérifiait ainsi une fois de plus et en reporta au « Sou », auquel il adressait ses remerciements, son succès amiable.

N'avait-il pas raison ?

* * *

Le Dr R. avait obtenu, sans l'appui du « Sou Médical » qu'il n'avait pas même demandé, puisqu'il s'agissait d'un recouvrement d'honoraires, la condamnation d'anciens clients, mari

et femme, à lui payer douze cents francs d'honoraires.

Les adversaires firent appel du jugement, rendu par le Tribunal civil de Draguignan le 19 juillet 1924 et, suivant une habitude acquise, le Conseil du « Sou Médical » accorda à son adhérent l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel. Mais les adversaires n'allèrent pas jusqu'au bout et, vers le milieu du mois de mars dernier, firent signifier à notre adhérent un désistement pur et simple de leur appel.

« Je ne doute pas, nous écrit le Dr R. en nous faisant part de cette solution, que cet acte n'ait été inspiré pour beaucoup par le fait de l'appui moral que m'a prêté notre Association et lui en exprime encore toute ma gratitude. »

***

Le Dr R. avait soigné le fils d'un cultivateur « brave homme, dit-il, très à l'aise, mais assuré à une Compagnie contre les accidents ». Le jeune homme avait eu la jambe prise dans une faucheuse pendant son travail, travail agricole, antérieurement à l'application à l'agriculture de la législation sur les accidents du travail.

Le blessé guéri, le médecin, après plusieurs réclamations à la Compagnie d'assurances, reçut de celle-ci une offre de 750 fr., au lieu des 1064 demandés.

Le Dr R. n'accepta pas cette offre et saisit le « Sou », qui lui accorda l'appui pécuniaire pour poursuivre le père et patron du blessé, en laissant de côté la Compagnie récalcitrante, avec laquelle il n'avait pas de lien de droit.

L'affaire fut engagée devant le Tribunal civil, puisqu'il s'agissait d'un accident de droit commun, mais elle ne fut pas non plus plaidée et se termina récemment par le paiement par la Compagnie des honoraires de 1064 fr. demandés et des frais.

« Je ne comprends pas, nous écrit le Dr R. pourquoi la Cie n'a pas accepté d'emblée cette note ». Serait-il trop présomptueux, de la part du « Sou Médical », de penser que son intervention a eu une influence morale suffisante pour déterminer la Compagnie à proposer un règlement qu'elle avait refusé à un médecin qu'elle pouvait croire isolé ?

Dans tous les cas, notre adhérent a agi comme s'il le croyait lui-même, car, sur les 120 francs réclamés par son avoué pour frais et honoraires, il a prié le « Sou » de garder en gage de remerciements la somme de 20 francs, ce dont le « Sou » l'a remercié à son tour.

CORRESPONDANCE

Secret médical et conscience

Un homme me demande d'examiner son « amie » qui souffre de la gorge et il ajoute : si c'est grave ne lui dites rien.

J'ignore depuis quand date leur liaison.

Rendez-vous est pris, il accompagne son amie.

Du premier coup d'œil, le diagnostic Σ est posé : roséole typique en voie d'effacement et plaques muqueuses pharyngées et buccales.

Que dire ? 1° à la femme ? qui n'est pas une vertu ; 2° à l'homme qui m'interroge du regard ?

J'ai seulement dit qu'un traitement général qui devrait être continué pendant longtemps était nécessaire.

Que faire ? Je ne pouvais conseiller un traitement moderne (injections intraveineuses, de novarsénobenzol, etc.) c'était implicitement indiquer le diagnostic.

J'ai prescrit un ancien traitement (hectine, pilules de sublimé, gargarismes, etc.)

Commentaires. — Il est certain que si l'homme n'est pas le coupable, il sera la victime.

Si l'homme est le coupable, c'est la femme, la victime.

Je crois qu'en l'absence de données certaines, il ne fallait rien dire.

Cependant, si dans quelques semaines, cet homme venait me montrer un chancre, quelle serait ma situation vis-à-vis de lui ?

Les mêmes questions se poseraient à nouveau : Que dire ? Que faire ?

P. N.

Réponse.

La question est très délicate : sa solution dépend surtout de circonstances de fait et le médecin doit se laisser guider par son bon sens, son habileté, sa diplomatie même.

On ne peut pas dire que le médecin ait été uniquement mis en œuvre par le Monsieur ; qu'agissant tel un médecin expert, ou un médecin contrôleur, il doit la vérité à son mandant, au su ou à l'insu de la malade.

En effet, rien ne prouve que cette dernière aurait consenti à se laisser examiner, si elle avait pu se douter que le docteur révèlerait le diagnostic au Monsieur.

Au contraire, le candidat à une assurance-vie, qui se laisse examiner par un médecin, sait parfaitement que ce dernier dira tout ce qu'il a pu apprendre, surprendre et constater à la compagnie qui l'a envoyé.

Ici la situation n'est pas la même et le Monsieur, qui est venu faire appel au médecin, n'a sûrement pas prévenu son amie que le docteur lui révèlerait ensuite la vérité entière.

Mais si le médecin ne doit rien dire au Monsieur, doit-il conserver le même mutisme vis-à-vis de la malade ? Au praticien de savoir s'il peut parler devant le Monsieur, ou s'il doit demander à la malade un entretien particulier pour lui révéler la vérité, ou s'il ne doit révéler cette dernière qu'avec ménagements et précautions.

Mais, en admettant que le médecin ne juge pas opportun de diagnostiquer ouvertement la syphilis, doit-il masquer son traitement ? Personnellement, je ne le crois pas. Il ne faut pas que la malade perde le bénéfice des traitements intensifs actuels.

Au praticien d'entourer ses phrases de circonlocutions, de périphrases, pour laisser entrevoir la vérité, s'il est interrogé quant au traitement.

Quant au Monseïeur, il peut être prévenu, devant la malade, que ce mal de gorge peut être contagieux, sans dire la nature exacte de l'agent pathogène.

Que les deux amants se débrouillent ensuite : le médecin aura fait son devoir en ne disant du diagnostic que ce qu'il peut en dire, mais en appliquant le véritable traitement.

C'est affaire de tact, de prudence et de délicatesse.

Dr Paul BOUDIN.

1066. — Limite des prorogations professionnelles

Un locataire ayant un bail commercial d'avant-guerre (remontant à 1906), bail expirant le 1er juillet 1930, a-t-il le droit d'exiger une prorogation égale à la durée de la guerre, en invoquant l'art. 56 de la loi du 9 mars 1918 ?

Et dans la négative, que peut valoir la signification qu'il a faite par huissier, à laquelle le propriétaire n'a pas répondu ? Dr C.

Réponse.

Tout occupant d'avant-guerre de locaux à usage commercial a droit à une prorogation égale à la durée de la guerre (5 ans et 84 jours) à la condition de notifier au propriétaire son intention d'en bénéficier, trois mois au moins avant l'expiration du bail, par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. Mais la loi du 31 mars 1922 a décidé que cette prorogation ne pouvait avoir pour effet de prolonger le bail au-delà d'un délai de quinze ans à dater de la cessation des hostilités, c'est-à-dire du 24 octobre 1919. Toutes les prorogations de guerre prendront donc fin le 24 octobre 1934, ou plus exactement à Paris, où le terme est le 1er janvier, le 1er janvier 1935, puisque toutes les prorogations doivent être prolongées du délai nécessaire pour achever le terme en cours au moment de leur expiration.

1019. — Accident survenu à un marin

Connaissant votre compétence et votre empressement dévoué pour tous les points de droit touchant à notre profession, je vous serais obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant qui peut intéresser un assez grand nombre de confrères.

Les marins embarqués pour la grande et petite pêche (morue, maquereaux, harengs, marée fraîche, etc.), reçoivent gratuitement les soins médicaux et pharmaceutiques en cas de blessure et en cas de maladie. Ces frais sont à la charge des armateurs qui presque toujours sont assurés contre ces risques.

Je pense que c'est un droit absolu plus qu'une coutume pour les matelots, qu'ils soient blessés ou malades, d'être soignés aux frais de l'armateur. Mais celui-ci a-t-il le droit d'imposer un médecin et un pharmacien ? Le bulletin où il est dit de se rendre chez tel ou tel a-t-il une valeur ?

Ces marins, inscrits maritimes, ne sont-ils pas assujettis à la loi sur les accidents du travail pour les cas de blessures au moins ? Et quand bien même, malades ou blessés n'ont-ils pas le droit de choisir et de changer leur médecin ou pharmacien tout comme les accidentés du travail d'une entreprise quelconque ?

Il est inutile de vous dire l'intérêt que présente la question pour bon nombre de confrères du littoral et je vous remercie à l'avance des renseignements que vous voudrez bien me donner.

Dr I.

Réponse.

Aux termes de l'article 62 du Code de Commerce, modifié par la loi du 12 août 1885, le matelot est traité et pansé aux frais du navire, s'il tombe malade pendant le voyage où s'il est blessé au service du navire. La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable aux entreprises de transport par mer et lorsque le marin est embarqué, c'est seulement le Code de commerce qui s'applique.

Il n'y a donc pas lieu à l'application de la loi de 1898 et, par suite, le droit de choisir librement leur médecin n'est pas acquis aux marins. Le patron, ou la Compagnie d'assurances qui le garantit, est en droit d'indiquer au marin malade ou blessé en service maritime, un médecin pour lui donner ses soins.

En cas de blessure ou de maladie ayant leur cause directe dans un accident ou un risque de leur profession, survenu pendant la durée d'un embarquement sur un navire français ou s'y rattachant étroitement, la Caisse de Prévoyance des marins français, fonctionnant conformément à la loi du 29 décembre 1905, alloue aux marins une pension viagère ou une indemnité journalière. Mais cette Caisse ne garantit pas les soins médicaux et ceux-ci restent à la charge des ar-

Voir la suite page XXXV-1203

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES (PNEUMOCOCCIES) DANS LA PREMIÈRE ENFANCE. FORMES CLINIQUES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

Par le Dr Germain BLECHMANN,

Ex-chef de Clinique de la Faculté à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Un quart environ des nourrissons qui meurent au cours de la première année succombe à la broncho-pneumonie. Celle-ci survient au cours d'une maladie qui lèse l'épithélium bronchique, telles la grippe épidémique, la rougeole, la coqueluche ou la diphtérie ;

Chez un enfant porteur d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse,

Chez des débiles, des hérédo-syphilitiques, des athrepsiques,

Chez des nourrissons présentant des troubles digestifs graves,

Ou bien, elle est primitive en apparence chez un enfant atteint d'une rhino-pharyngite banale.

Contrairement à ce qu'écrivent les classiques, le streptocoque et les autres microbes (Pfeiffer, pneumobacille, etc.) ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de la broncho-pneumonie : le pneumocoque est le germe pathogène habituel.

Le jeune enfant est infiniment plus sensible que l'adulte au pneumocoque et ce microbe est responsable de la plupart des rhino-pharyngites, des angines, des otites, des bronchites, broncho-pneumonies, des pleurésies purulentes (Nobécourt et Paraf).

La première étape du pneumocoque dans l'organisme est donc habituellement rhino-pharyngée ; par extension, l'infection se propage aux bronches et aux alvéoles pulmonaires.

Chez le nourrisson, le pneumocoque crée de préférence une « broncho-alvéolite » avec *présence de pus dans les petites bronches*, parfois une pneumonie franche, aiguë, *fibrineuse*.

Le rôle prédominant du pneumocoque commande la prophylaxie et intervient pour régler certaines modalités du traitement (1).

Etude clinique.

Je serai bref sur la symptomatologie commune des broncho-pneumonies infantiles. Je m'étendrai davantage sur les particularités cliniques mises en lumière par les travaux récents : la pneumonie sans souffle, les pneumococcies prolongées de l'enfance, etc.

(1) Pour la bibliographie, se référer à mes articles *Broncho-pneumonie* et *Pneumococcémies* de l'*Année Médicale Pratique*, années 1922, 23, 24, 25.

A. — La broncho-pneumonie classique.

I. — FORME SURAIGUE : *bronchite capillaire* ou *catarrhe suffocant.*

Au cours d'une grippe qui n'avait révélé à l'auscultation que quelques ronchus, la température s'élève rapidement à plus de 40° et, en quelques heures, le facies se transforme : visage angoissé, dyspnée et tirage formidables, toux incessante. A l'examen des poumons, sonorité conservée, absence de souffle, mais des râles ronflants, sibilants, *muqueux* (1) (à bulles moyennes et à bulles fines) disséminés partout. L'inflammation bronchique a atteint d'*emblée* les plus fines bronches (à calibre capillaire), d'où l'impressionnante rapidité d'apparition des phénomènes asphyxiques.

On connaît l'extrême gravité du pronostic ; parfois un traitement énergique transforme cette bronchite capillaire en broncho-pneumonie à noyaux disséminés.

Diagnostic. — La ⚲ pulmonaire aiguë granulique revêt le masque de la bronchite capillaire.

II. FORME AIGUE : *broncho-pneumonie à foyers disséminés.*

C'est la broncho d'hôpital qui emporte trop souvent les petits rougeoleux, les petits diphtériques ; c'est fréquemment celle des adénoïdites du nourrisson.

En pleine défervescence de rougeole, la température fait un clocher à 40° ; l'enfant se met à tousser péniblement et le tirage, avec les battements des ailes du nez, apparaît. Aux poumons : *ni souffle, ni matité*, mais, disséminés en avant, en arrière, des foyers de râles muqueux, à bulles fines. D'autres fois, le début est insidieux.

L'évolution est irrégulière, procédant par poussées successives.

Quand cette broncho-pneumonie guérit, elle se transforme en forme subaiguë ; quand l'issue est fatale, la mort survient avec des phénomènes

(1) Suivant la terminologie du Pr MARFAN, *les râles muqueux à bulles fines*, que l'on appelle improprement *râles sous-crépitants*, sont les râles caractéristiques de la broncho-pneumonie ; ils s'entendent à l'inspiration et à l'expiration.

asphyxiques (œdème pulmonaire terminal) ou septicémiques.

III. Forme aigue : *broncho-pneumonie pseudo-lobaire avec souffle.*

a) *Forme congestive.* — Elle est rare chez le nourrisson. Légèrement grippé, il fait subitement 39°5 et 40°, il est oppressé, agité, son pouls est rapide. A l'auscultation, outre des râles de bronchite à la base ou au sommet, on découvre un foyer de râles muqueux assez fins avec souffle. Habituellement, la maladie cède en 3 ou 4 jours au traitement.

Diagnostic. — M. Marfan insiste sur les difficultés du diagnostic avec l'asthme : un enfant enrhumé, sans fièvre, présente en quelques heures une température plus ou moins élevée, s'accompagnant d'une dyspnée croissante, qui devient formidable, avec, à l'auscultation, des râles de toute nature et parfois du souffle. Après 2 ou 3 jours, la température s'abaisse et l'on constate que des râles sibilants prédominent à l'expiration qui devient prolongée...

b) *Forme condensante.* — Un début souvent brusque, qui peut être marqué par des convulsions. Une température élevée en plateau, de la submatité, parfois *une matité étendue*, des râles muqueux avec un gros souffle tubaire, précoce. L'état général paraît souvent altéré ; il existe une réaction méningée ; les urines sont albumineuses. Cette forme se termine fréquemment par la mort après ébauche de défervescence ou par évolution suraiguë, hyperthermique.

Diagnostic. — La broncho-pneumonie n'est-elle pas souvent confondue avec la pneumonie lobaire ? C'est ce que nous verrons plus loin.

IV. Forme a) subaigue et b) trainante.

a) Un enfant de 20 à 30 mois traité pour une coqueluche sévère, avec bronchite persistante, présente des sautes thermiques, 38°5, 39°5, coïncidant avec l'apparition de foyers de râles à bulles fines, qui évoluent par poussées successives.

b) Chez cet autre coquelucheux, l'état devient cachectique avec expectoration muco-purulente (1) et s'accompagne de râles muqueux en foyers migrateurs. On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats et la cuti-réaction à la tuberculine est négative : les signes de la broncho-pneumonie subaiguë et traînante *non tuberculeuse* s'intriquent avec ceux de la dilatation des bronches. (Voir Pneumococcémies prolongées). Dans nombre de cas, un catarrhe persistant du cavum entretient les poussées broncho-pneumoniques.

(1) Un jeune enfant ne crache que lorsqu'il a la coqueluche ou de la dilatation des bronches ou une tuberculose ulcéreuse évolutive.

V. Forme latente.

Sur la feuille de température d'un athrepsique, d'un « couveux » où permanent les 37°, les 37°1, parfois une minime élévation à 38° incite à l'auscultation pulmonaire : malgré l'absence de signes fonctionnels, on trouve à la base, en arrière, un petit foyer de râles muqueux à bulles fines. A l'autopsie, vous trouverez du pus dans les plus fines bronches. C'est une véritable forme froide de la broncho-pneumonie.

* * *

A côté de cette symptomatologie bien connue, on ne doit plus ignorer certaines formes de pneumopathies aiguës de l'enfance sur lesquelles les descriptions classiques n'ont pas insisté avec une netteté suffisante.

B. — La pneumonie du nourrisson.

Sa fréquence est discutée et après Parrot, le professeur Marfan considère que la pneumonie franche n'existe pas avant un an. Par contre, Weill, Mouriquand et Gardère estiment que cette opinion est en contradiction avec les *données de la radioscopie.*

Chez le nourrisson plus grand, le diagnostic est facile dans certains cas, mais dans d'autres, l'analogie clinique est grande entre la broncho-pneumonie pseudo-lobaire et la pneumonie franche. Comme l'a écrit Hutinel, « la confusion reste possible même à l'autopsie, et parfois, pièces en mains, il faut attendre pour trancher la question l'examen microscopique ».

Comment les choses se présentent-elles cliniquement ? Cette distinction a-t-elle une portée pratique et s'agit-il seulement d'une querelle de mots ?

Clinique et radioscopie. — Le début, la courbe thermique, les signes fonctionnels peuvent être identiques dans les broncho-pneumonies pseudo-lobaires et dans la pneumonie du nourrisson (Weill et Gardère).

Par contre, la radioscopie donne un élément capital du diagnostic : elle montre dans la pneumonie un foyer d'hépatisation pneumonique sous forme d'*une ombre à forme générale triangulaire* et à localisation variable (Weill et Mouriquand), au lobe supérieur droit, dans 50 % des cas. La radiologie peut même révéler un foyer d'hépatisation pneumonique en l'absence de tout signe stéthoscopique (pneumonie silencieuse de Weill et Mouriquand).

Les examens radiologiques pratiqués systématiquement démontrent que la pneumonie du nourrisson est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, qu'elle soit primitive ou secondaire (comme complication d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une grippe, etc.).

Valeur pronostique. — A la mortalité élevée de la broncho-pneumonie s'oppose la bénignité relative de la pneumonie qui guérit le plus souvent (Mouriquand). Mais comment, dans la pratique de ville, recourir avec l'assentiment des familles à cet examen radiologique si précieux ?

C. — **Les pneumococcies prolongées.**

Dans ces dernières années, on a beaucoup insisté sur les pneumococcies prolongées où il existe une prolongation de la maladie qui semble due à ce que l'immunité de l'organisme vis-à-vis du pneumocoque s'établit plus lentement.

Des infections broncho-pulmonaires prolongées ont été à tort qualifiées de tuberculeuses, alors qu'il s'agissait simplement de pneumococcie. Elles sont intéressantes au point de vue thérapeutique, parce qu'on peut, dans une large mesure, modifier ces infections pneumococciques traînantes par certaines médications, soit par la sérothérapie, soit par la vaccination anti-pneumococcique (Lereboullet).

Weill et Gardère admettent trois types. Ou bien, il y a une fièvre à *grandes oscillations* fort bien supportée, retentissant peu sur l'état général ; elle est symptomatique d'un foyer pulmonaire qu'on peut dépister par la clinique et que la radioscopie peut contribuer à localiser.

Dans d'autres cas, il y a *pneumonie du sommet* se prolongeant *au-delà* de la date normale ; la présence des râles et du souffle joints à la fièvre fait porter le diagnostic de tuberculose aiguë. Parfois, on peut redresser le diagnostic par l'examen radioscopique, la recherche de la cuti-réaction ; celle-ci cependant pourrait être négative lors de tuberculose aiguë et n'a par suite pas de valeur absolue.

Dans un troisième ordre de cas, c'est une série de *petits foyers de congestion pulmonaire* qui font penser à une broncho-pneumonie tuberculeuse, surtout quand l'enfant présente un mauvais état général. Weill et Gardère insistent sur l'utilité de la radiographie et de la cuti-réaction pour éclairer le diagnostic. La radioscopie montre des ombres pulmonaires transitoires et variables qui n'ont nullement la persistance et la fixité des ombres dues à la tuberculose.

D. — **Complications. — La pneumococcémie.**

Comme le poumon, la PLÈVRE est le lieu d'élection des infections à pneumocoques. Il faudra suivre l'évolution de toutes les pneumopathies infantiles « l'aiguille à la main » prêt à ponctionner, malgré l'absence de signes d'auscultation chez le nourrisson. Le seul signe liquidien sur lequel on puisse vraiment compter est la *matité*. (Marfan, Apert).

La première étape du pneumocoque étant habituellement rhino-pharyngée, on conçoit l'extrême fréquence des OTITES moyennes, souvent méconnues quand elles coexistent avec les lésions pulmonaires. La septicémie pneumococcique crée des foyers purulents au niveau du péricarde, des articulations, des méninges, etc.

Je ne crains pas de sortir un peu du cadre de cet article en disant quelques mots de la PNEUMOCOCCÉMIE à évolution suraiguë où la mort survient avec des symptômes généraux d'intoxication. A l'autopsie, le poumon ne montre macroscopiquement rien que de la congestion pulmonaire avec œdème, tandis que l'examen histologique révèle dans tous les organes (foie, poumons, reins, etc.), la présence du pneumocoque.

Du pronostic.

Les pneumopathies du nourrisson sont d'autant plus graves que le sujet est plus jeune, puisque, d'après la statistique d'Emmett Holt, dans la première année, la mort survient dans 66 % des cas ! Cliniquement, est-il possible d'établir un pronostic basé soit sur les symptômes fonctionnels, soit sur les signes d'auscultation ? Avec M. Marfan, vous considérerez que *les signes stéthoscopiques conditionnent beaucoup moins le pronostic* que l'élévation de température et la dyspnée ; un rachitisme marqué favorise le tirage. Un foie gros constitue un symptôme défavorable.

Il faudra se montrer toujours réservé chez les tout petits : qui ne s'est pas senti lourdement angoissé de trouver, un matin, un nourrisson dyspnéique, cyanosé, avec un pouls extrêmement fréquent et refusant de boire quand, la veille, le sommeil était calme, le pouls ferme, la polypnée concordant avec la température ?

Prophylaxie.

I. LES PORTEURS DE GERMES. — Dans son service de la Maternité, M. Nobécourt a montré que chez les mères et les nourrices des enfants atteints d'une affection à pneumocoque, le cavum était vecteur du même microbe. Des sujets, enfants et adultes, atteints de rhino-pharyngite simple ont pu présenter ultérieurement des formes graves de pneumococcie : l'*isolement individuel des nourrissons hospitalisés* réclamé par tous les pédiatres s'impose donc formellement.

Dans les familles, on évitera de laisser, dans la même chambre, un nourrisson sain à côté d'un enfant ou d'un adulte présentant une température élevée et un catarrhe rhino-pharyngé bénin en apparence.

II. CONTAGION PAR LES SELLES.

Pour Ribadeau-Dumas, la véritable voie d'élimination des pneumocoques est, chez les enfants, le tube digestif. On retrouve dans les selles des pneumoniques, des broncho-pneumoniques, et des enfants atteints de rhino-pharyngite, des

pneumocoques virulents. L'infection par l'atmosphère et la projection des particules salivaires seraient beaucoup moins importantes que la transmission du germe par les *mains des personnes soignantes*.

Donc, si la bonne aération reste toujours indispensable, si l'augmentation du cubage d'air et l'espace largement assuré permettent de réaliser à eux seuls un isolement à peu près suffisant, le danger de contagion ne sera néanmoins pas supprimé tant que des mains septiques transporteront directement d'enfant à enfant les germes pathogènes.

Traitement.

La thérapeutique des affections broncho-pulmonaires de la première enfance est complexe. En dehors des soins hygiéniques et diététiques, il faut mettre en œuvre une médication révulsive et antithermique, antiasphyxique, stimulante, expectorante et enfin spécifique, sans oublier la médication de choc ! Mais chaque forme du traitement est à plusieurs fins : le bain chaud est à la fois révulsif, antithermique et stimulant ; le vaccin agit, sans doute, par choc et peut-être comme spécifique, etc...

Ces différentes modalités thérapeutiques passées en revue, nous essayerons de schématiser leur emploi dans les diverses formes que nous avons décrites.

A. — Les modalités du traitement.

1° Hygiene et alimentation.

Température de la chambre : 17° à 18°, un peu plus élevée quand on donne les bains ou les enveloppements. Aération et évaporation d'eau sur un réchaud. M. Marfan interdit les vapeurs d'eucalyptus plus ou moins irritantes. L'alimentation sera réglée suivant l'âge ; quand la fièvre est élevée, on coupera le lait avec son volume d'eau.

M. Marfan recommande de promener l'enfant de temps en temps dans les bras, de le tenir verticalement, de le coucher la tête haute en le changeant de place. Nettoyer la bouche à l'eau de Vichy, badigeonner les ulcérations, les fissures des lèvres avec une solution au bleu de méthylène à 1 p. 60. La désinfection nasale devra être pratiquée avec une solution de sels d'argent (argyrol, protargol, collargol) à 1 %. S'il existe du coryza purulent, instiller, quelques minutes auparavant, quelques gouttes d'une solution légèrement adrénalinée.

2° Médication révulsive et antithermique

En présence d'un enfant qui présente une broncho-pneumonie sérieuse, il faut associer la balnéation chaude à la révulsion sinapisée.

a) *Balnéation chaude* (méthode de Renaut, de Lyon). — La balnéation chaude est une méthode qui rend d'inappréciables services, à la condition qu'elle soit bien appliquée ; la température du bain chaud doit être de 38°, sa durée de 8 à 10 minutes.

Si l'enfant supporte mal le bain, on le voit s'agiter, crier : sa face devient rouge, parfois violacée ou un peu cyanosée et son front se couvre de sueur. Dans ce cas, conseille M. Jules Renault, faire passer à plusieurs reprises sur le visage une serviette trempée dans de l'eau à la température de la chambre ; cela souvent suffit à le calmer et il est bon de ne pas oublier d'avoir toujours une cuvette d'eau fraîche à sa disposition à côté de la baignoire.

Le bain doit être renouvelé toutes les trois ou quatre heures.

b) *Sinapisation.* — Il est regrettable que des médecins prescrivent encore des cataplasmes sinapisés. Trop souvent, on nous présente de jeunes enfants qui portent sur le dos et la poitrine des cicatrices disgracieuses de brûlures dues à cette pratique. On n'est jamais certain de ne pas causer de brûlure avec un cataplasme sinapisé, même appliqué soigneusement, puisqu'il peut être extrêmement chaud bien que refroidi à la surface.

Enveloppement sinapisé. — Pour faire un enveloppement sinapisé, on prend une serviette-éponge pliée en deux ou 14 à 16 doubles de tarlatane, d'une longueur assez grande pour faire une fois et quart le tour de la poitrine de l'enfant.

On prépare l'eau sinapisée en mettant dans une demi-cuvette d'eau tiède (JAMAIS CHAUDE) un nouet renfermant de la farine de moutarde (une bonne poignée) ; on le laisse cinq minutes dans l'eau (1), on l'exprime, et quand l'eau prend une teinte jaune, on y trempe la tarlatane ou la serviette. Essorer légèrement, entourer le dos et la poitrine, puis envelopper avec une couverture de laine qui servira d'imperméable. Laisser en place de 12 à 25 minutes. Puis friction avec de l'ouate imbibée d'alcool.

Dans les formes graves, le *grand enveloppement sinapisé*, systématisé par Heubner et par M. Marfan, prendra l'enfant depuis les aisselles jusqu'aux mollets, pénétrant partout, entre le bras et le corps.

Enveloppement tiède. — L'enfant ne supporte pas toujours le bain chaud qui, souvent, n'exerce aucune action hypothermisante. C'est dans ce cas qu'on usera de l'enveloppement tiède. Une serviette éponge (pliée en deux et bâtie), trempée dans de l'eau *tiède*, exprimée légèrement, recouvre l'enfant depuis les aisselles jusqu'aux genoux ; entourer avec une couverture de laine (*sans taffetas gommé*), les bras en dehors dans

(1) A laquelle on ajoutera parfois un peu d'alcool à 90° pour donner un peu plus de mordant.

une camisole. L'enfant restera dans cet enveloppement environ une heure et demie à deux heures.

Après l'enveloppement, bien sécher avec une serviette éponge chaude et poudrer avec du talc. Pour éviter la macération de l'épiderme qui favorise l'éclosion de pyodermites, frictionner après un enveloppement sur deux avec de l'eau de cologne un peu forte.

Bain chaud sinapisé. — Une poignée de farine de moutarde sera triturée dans un peu d'eau tiède au fond de la baignoire, puis on ajoute de l'eau à 38°. On alterne le bain sinapisé avec le bain chaud simple ; on n'y laissera l'enfant que 4 à 8 minutes, en cherchant à lui protéger le visage contre les vapeurs de farine de moutarde. Le bain sinapisé, répété 3 ou 4 fois dans les 24 heures, constitue une arme puissante qu'on n'utilisera que dans les cas où l'enfant commence à suffoquer. Contre-indication : collapsus cardiaque.

C'est un bon signe quand l'enfant crie pendant qu'on lui donne le bain.

Bains froids et médication antithermique. — Avec M. Jules Renault, j'estime que le bain froid est une *médication dangereuse* et exceptionnelle (voir plus loin). Les médicaments antithermiques sont rarement utiles et l'on ne saurait trop répéter que l'action de l'antipyrine ou de l'aspirine est un trompe l'œil : déprimants, *ils ne guérissent pas*. Quant aux suppositoires de quinine, ils n'ont jamais fait baisser réellement la température d'une broncho-pneumonie. (Voir : *médications héroïques* et *incidences favorables*).

3° Médication stimulante.

M. Marfan la réalise par les injections d'huile éthéro-camphrée. Voici sa formule :

Camphre..........	0.50 centigrammes.
Ether sulfurique....	2 cmc.
Huile d'olives stérilisée............	8 cmc.

à laquelle M. Marfan ajoute souvent 0,50 centigrammes de gaïacol (avant 6 mois, 2 à 3 injections par jour de 1 cmc. de cette solution ; de 6 mois à 18 mois, 2 à 3 injections de 2 cmc. par jour).

On peut se servir d'ampoules d'huile camphrée à 5 % en ajoutant 20 % d'éther extemporanément. J'ai obtenu de bons résultats en associant le goménol à l'huile éthéro-camphrée (1), m'inspirant des directives données par Carrière (de Lille) pour le traitement de la coqueluche. Se servir d'huile goménolée à 5 % : 1 cc. par injection au-dessous d'un an, 2 cmc. par injection d'un an à trente mois.

(1) Delcourt (de Bruxelles) injecte l'éther à doses doubles de celles-ci.

Ne pas cependant abuser de l'huile camphrée. — Une réaction se produit actuellement contre l'abus des injections de cette drogue et, à juste titre, on l'accuse, à doses élevées, d'augmenter l'excitation cérébrale et de bloquer les reins.

On sera également ménager de la digitale (digitaline ou teinture de digitale), des injections de caféine. Quant à l'adrénaline en ingestion, elle fait maintenant partie intégrante de la « polypharmacopée » des broncho-pneumonies. Mais, dans les formes aiguës avec foyers congestifs et œdémateux étendus, son emploi est-il bien justifié ?

4° Médication antiasphyxique (l'oxygène).

Le bain chaud. — Après quelques bains chauds, il y a une détente générale, dit mon maître Marfan : le faciès est meilleur, la dyspnée s'amoindrit, les foyers de râles sont moins étendus...

L'oxygène. — Delcourt insiste à juste titre sur les *admirables* résultats qu'on obtient avec des inhalations abondantes d'oxygène.

Il faut avoir recours à l'oxygène le plus tôt possible, dit Delcourt, sans attendre que les localisations pulmonaires soient déclarées, du moment que l'élévation de la température, la dyspnée avec expiration saccadée si caractéristique, font prévoir l'imminence de la broncho-pneumonie.

Plus vite on agira, et plus vite la maladie sera jugulée.

Il faut employer l'oxygène, abondamment, *largement*, de façon à faire vivre le malade, en quelque sorte, dans une atmosphère saturée d'oxygène. On interposera, entre la bonbonne et les voies respiratoires de l'enfant, un flacon laveur. L'oxygène, en passant dans l'eau du flacon, se charge d'humidité et ne détermine pas de toux.

Tous les quarts d'heure, toutes les dix minutes même, l'enfant respirera de l'oxygène pendant cinq minutes, l'entonnoir placé le plus près possible de la bouche et du nez.

On arrivera à faire ainsi respirer au malade une quantité variant entre 800 et 1.000 litres d'oxygène en vingt-quatre heures ; à mesure que les symptômes deviendront moins inquiétants, on espacera les inhalations (1).

Ce traitement *cher* n'est malheureusement pas à la portée de toutes les bourses.

« Les heureux effets de l'oxygène sont si manifestes que les mères hospitalisées à la Maternité, avec leur nourrisson, demandent que l'on répète les séances », écrivent Ribadeau-Dumas, Jean Meyer et de Merlhiac qui emploient une sorte de caisse à oxygène dans laquelle l'enfant est couché, enveloppé dans ses langes, un mano-

(1) Lian et Navarre ont fait construire un appareil ingénieux, le pneumo-oxygénateur qui permet de réaliser aisément cette large oxygénisation.

détendeur étant réglé de façon à débiter trois litres par minute.

5° MÉDICATION DITE EXPECTORANTE.

L'acétate d'ammoniaque « stimulant diffusible » est de prescription courante et chaque praticien possède une formule qui lui est familière. M. Marfan recommande ergotine et strychnine (qui agissent sur les muscles de Reissessen et sur ceux des parois vasculaires).

Ergotine Bonjean...	un gramme
Sulfate de strychnine	trois à cinq milligr.
Sirop d'écorces d'oranges amères....	50 grammes
Eau distillée ....q. s.	pour 120 cc.

Avant 6 mois, deux cuillers à café par 24 heures ; de 6 mois à 2 ans, 3 cuillers à café par 24 heures ; après deux ans, 4 à 5 cuillers à café par 24 heures.

Exceptionnellement, vous aurez recours à la potion d'ipéca administrée avec beaucoup de prudence. Les injections d'émétine ont été abandonnées dans le service du professeur Marfan.

Après la défervescence, M. Marfan prescrit : benzoate de soude et terpine.

Quand les signes d'auscultation traînent un peu, associées à l'adrénaline au 1/1.000^{e}, de petites doses de sirop de thiocol m'ont donné de bons résultats.

6° MÉDICATION ANTITOXIQUE.

Sera fort mal considéré tout médecin qui ne pratiquera pas, au cours d'une broncho-pneumonie grave, des injections intramusculaires d'un colloïde (argent, or, etc...), ou d'un produit dérivé de l'hexaméthylène-tétramine. Oserai-je avancer que je ne suis pas extrêmement convaincu de leur efficacité, que les seuls résultats, vraiment impressionnants, que j'ai obtenus, je les ai observés avec des injections intraveineuses de collargol *fraîchement préparé*. Devenu plus timoré, je me contente d'onctions avec la pommade au collargol ou de lavements préparés avec un colloïde (spécialisé ou non).

7° MÉDICATION SPÉCIFIQUE (?)

Si l'on admet le rôle prépondérant du pneumocoque dans les affections broncho-plulmonaires du nourrisson, peut-on les combattre par une médication spécifique ? La question reste débattue.

A. — **Sérothérapie.**

a) *Sous-cutanée.* — Rocaz s'est bien trouvé de l'emploi du sérum antipneumococcique de l'Institut Pasteur (sérum de Truche, pneumocoque type II) en injections sous-cutanées de 10 cmc. au moins avant 18 mois, et de 20 cmc. au-dessus de 18 mois, l'injection pouvant être répétée si les résultats de la première n'étaient pas satisfaisants. Effets immédiats sur la température, qui s'abaisse, et sur le pouls, qui se ralentit. Quand le pouls reste rapide avec une température qui baisse, le pronostic demeure sombre.

« Les foyers existant au moment de l'injection ne paraissent pas se résorber beaucoup plus vite chez les sujets traités par le sérum. Mais, en revanche, aucun foyer nouveau n'apparaît. »

Les accidents sériques se voient dans 25 % des cas. Comme il est difficile de distinguer *à priori* les broncho-pneumonies à pneumocoques de celles à streptocoques, il semble logique, dit l'auteur, « de soumettre toutes les broncho-pneumonies des nourrissons à la sérothérapie antipneumococcique, toujours inoffensive et souvent efficace. C'est la conduite que je tiens actuellement et les résultats qu'elle m'a donnés m'engagent à y rester fidèle. »

b) *Par instillations nasales.* — Depuis plusieurs années, j'emploie systématiquement le sérum antipneumococcique par instillations nasales dans toutes les affections infantiles où le pneumocoque paraît en cause.

J'ai rapporté plusieurs observations d'accidents sériques, consécutifs à cette instillation nasale chez des enfants non sensibilisés au sérum de cheval.

M. Apert a montré que, contrairement au sérum antidiphtérique, le sérum antipneumococcique est préparé par injections, *non plus de toxines mais de corps microbiens*. Ce n'est pas un sérum antitoxique, agissant en neutralisant une toxine qui diffuse dans tout le corps, c'est un sérum bactériolytique, qui agit sur le microbe, là même où il se trouve. Quand le microbe se trouve dans des foyers infectieux plus ou moins indépendants du circulus lympho-sanguin, l'injection sous-cutanée ou même intraveineuse n'a pas d'action ; il faut porter le sérum *in loco*, au foyer même du mal.

Doses. — Cinq à huit fois par jour, nous instillons dans chaque narine, mélangées à I ou II gouttes d'une solution d'argent colloïdal, huit à dix gouttes de sérum, sans réveiller l'enfant s'il dort. (Conserver le sérum au frais.)

L'observation clinique a montré que le sérum ainsi administré, seul ou mélangé au sérum antistreptococcique, paraissait donner des résultats aussi favorables que les injections sous-cutanées, sans en présenter les inconvénients.

B. — **Vaccinothérapie.**

Tous ceux qui ont pratiqué systématiquement les injections de vaccin dans la cure des broncho-pneumonies estiment que leur action ne peut être niée. *Pour ma part, j'y ai recours chaque fois que la vie est en danger.* Les divers vac-

cins qui sont dans le commerce (celui de l'Institut Pasteur, de Minet, de Grémy, etc.,) ont chacun leurs fidèles. J'utilise habituellement le vaccin de Dufourt (de Lyon), qui, dans des cas paraissant désespérés, m'a donné de VÉRITABLES RÉSURRECTIONS.

Le vaccin mixte de Dufourt. — Dufourt attache *un rôle important à la présence d'entérocoques* dans la flore des broncho-pneumonies : ce ne sont pas de simples saprophytes, car ils sont *virulents.*

Dufourt compose son vaccin avec un tiers de pneumocoques I, II et III, un tiers de diverses races d'entérocoques et un tiers d'un mélange de staphylocoques et de tétragènes, sans streptocoques, car les essais de vaccination contre les streptococcies (qu'il s'agisse d'érysipèle, d'infection puerpérale ou autres) n'ont jamais abouti qu'à des échecs. D'ailleurs, il est rare d'avoir affaire à des broncho-pneumonies relevant de ce microbe.

L'emploi du vaccin. — Les injections se font sous la peau. Chez les tous jeunes enfants, on commencera le premier jour par un quart ou un tiers de cc. Le jour suivant, on fera 1 /2 cc. Puis, on passera à 1 cc. par jour tant que durera la maladie. En général, il faut de 6 à 12 injections.

Chez le grand enfant, 1 /2 cc. le premier jour et un cc. les jours suivants.

Il faut être plus prudent dans l'administration du vaccin au début des broncho-pneumonies, que lorsqu'on les prend en pleine période d'état. Il est nécessaire surtout d'aller lentement dans les broncho-pneumonies post-rubéoliques, où l'immunisation se fait péniblement, à cause de l'état général d'anergie.

Pas plus que Dufourt, je n'ai observé de réactions focales. Quant aux réactions locales et gérales, à part quelques cas d'urticaire, elles sont nulles.

Résultats. — Dufourt a publié sa statistique avec 85 % de guérisons chez des enfants extrêmement jeunes : mes résultats concordent avec les siens. Comme on le voit, Dufourt accorde un rôle qui est loin d'être secondaire à la présence de l'entérocoque dans son vaccin. Celui-ci agit-il vraiment par un mode spécifique ? N'exerce-t-il pas plutôt une action de choc ? Il ne me paraît pas possible de répondre actuellement à ces questions (dont l'objet est bien théorique d'ailleurs).

C. — Sérovaccinothérapie associée.

D'Œlsnitz et Colle (Nice) indiquent qu'ils ont associé l'effet immédiat des sérums spécifiques à l'action plus tardive, mais plus durable, des vaccins.

L'injection du sérum se fait suivant les cas, sous la peau ou dans les muscles : 20 cc. pour les enfants et 10 cc. pour les nourrissons. Cette dose *est répétée* généralement le 2e et le 3e jour. Les sérums utilisés ont été tantôt le sérum antipneumococcique polyvalent, tantôt un sérum plurivalent antipneumo-strepto-staphylococcique. Les *résultats* obtenus ont paru sensiblement équivalents et ont semblé dépendre bien plus de la *dose de sérum*, de la *précocité*, de la *répétition des injections*, que de la *nature du sérum* lui-même.

Simultanément, le jour de la première injection de sérum, ou au plus tard, le jour de la deuxième injection, les auteurs appliquent la première dose de stock-vaccin iodé.

La première dose, dose d'essai, était suivie les jours suivants de doses plus ou moins rapidement progressives.

Dans l'ensemble, la maladie a été moins grave, plus courte, cette thérapeutique devant être appliquée prudemment « sous les contrôle des réactions leucocytaires ».

Quelques schémas de traitement.

Forme congestive. — Deux enveloppements sinapisés par 24 heures ; trois bains chauds si la température dépasse 39° ; désinfection nasale : potion stimulante et expectorante.

Broncho-pneumonie à foyers disséminés. — *a)* Le facies est pâle, les lèvres un peu cyanosées, le pouls rapide : instillations nasales de sérum antipneumococcique ; 3 à 4 enveloppements sinapisés par vingt-quatre heures, suivis *immédiatement* du bain chaud à 38° qui, ainsi, produira son maximum d'effet révulsif, une piqûre d'huile éthéro-camphrée matin et soir.

b) La dyspnée est un peu plus marquée : commencer sans tarder les inhalations d'oxygène.

c) La température oscille depuis plusieurs jours autour de 40°. L'entourage se désespère de ne pas la voir céder avec les bains : prendre la température toutes les trois heures environ et deux fois la nuit et chaque fois qu'elle dépasse 39°, employer alternativement le bain chaud à 38°, et l'enveloppement tiède.

On appliquera de grands enveloppements sinapisés s'étendant depuis les aisselles jusqu'aux mollets, et incluant même les bras.

Injection d'huile éthéro-camphrée goménolée toutes les 8 ou 12 heures ; onction au collargol ; vaccin.

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire. — Parfois, la dyspnée est absente malgré l'étendue du bloc d'hépatisation qui s'est développé en quarante-huit heures, après un début brusque. Appliquer trois à quatre enveloppements sinapisés par 24 heures, suivis d'un bain chaud. Huile éthéro-camphrée goménolée dès le début. Injecter le vaccin vers le 3e ou le 4e jour. Sérum antipneumo et antistrepto sous-cutané (?). Lavements d'argent colloïdal.

La dyspnée s'ébauche-t-elle, faire inhaler l'oxygène sans plus attendre ; grands enveloppements sinapisés.

Pneumonie du nourrisson. — Si les signes physiques permettent un diagnostic précoce, la traiter comme une broncho-pneumonie pseudolobaire. La soupçonne-t-on, tenter de préciser le diagnostic par la radio.

Broncho-pneumonie à foyers disséminés avec menace d'asphyxie. Bronchite capillaire. — En quelques heures, le tableau devient dramatique. Il faut faire donner le « grand jeu ». Enveloppements sinapisés, *bains chauds sinapisés,* oxygène sans arrêt, même en injections sous-cutanées (l'auscultation alors importe peu), huile éthéro-camphrée, caféine, café noir. Quand j'étais interne de M. Aviragnet, au pavillon de la diphtérie, j'ai vu rescaper un tubé atteint de broncho-pneumonie que l'on sortait d'un bain froid pour le tremper dans un bain chaud sinapisé...

Forme subaiguë. — Révulsion sinapisée ou à l'alcool camphré ; injecter de l'huile camphrée avec goménol, gaïacol ou eucalyptol.

Forme traînante ; pneumococcémie prolongée. — Quand après la radio, on pense à une véritable pneumococcie prolongée (C. R. à la tuberculine négative), tenter le traitement par le vaccin sérum.

Forme latente des athrepsiques. — La sinapisation, les bains chauds légèrement sinapisés et courts, quelques gouttes d'huile camphrée en injection, arrêtent parfois une évolution le plus souvent fatale.

C. — Quelques réflexions thérapeutiques.

La « polypharmacopée » préventive. Médications héroïques et incidences favorables. — A parcourir ces colonnes consacrées aux médications stimulantes, révulsives, spécifiques, etc., il semble bien que nous soyons admirablement armés contre une maladie aussi meurtrière. Il est vrai qu'en dehors des milieux hospitaliers, si l'on ne se trouve point en présence d'une de ces formes d'allure toxique, qui, malgré une thérapeutique de la première heure, vide la place en deux jours, on guérit nombre de petits malades qui paraissaient en danger de mort. A ce propos, nous nous permettrons d'émettre de timides remarques. Quelquefois, ces nourrissons sont soumis à des purgations au calomel, à des badigeonnages de gorge, des frictions, des injections combien nombreuses ! toutes les heures, toutes les deux heures, même la nuit, ils passent de bain en enveloppement. Et souvent, pour éviter les complications meurtrières, c'est PRÉVENTIVEMENT que l'on verse la glycérine phéniquée dans les oreilles, que l'on prescrit la teinture de digitale et que l'on bourre l'organisme d'huile camphrée.

Premier principe. — Il faut grouper les interventions thérapeutiques le mieux possible, suivant un horaire bien déterminé pour laisser reposer l'enfant dans l'intervalle des soins.

Deuxième principe. — Sauf dans les cas extrêmement graves, respectons le sommeil du petit malade, il n'est pas de médication plus réparatrice.

Troisième principe. — Ne pas abuser des injections, dont le produit ne se résorbe pas toujours facilement, qui, trop fréquentes, choquent et créent même, chez les tout petits, un état d'appréhension nuisible. C'est à ce sujet qu'il convient de dire quelques mots des « incidences favorables ».

Il n'est point de praticien qui n'ait observé d'impressionnantes défervescences consécutives à la mise en œuvre d'une médication héroïque, sérum, vaccin, colloïde vanté, etc. Mais, les pneumopathies infantiles présentent *souvent une allure cyclique abortive.* D'autre part, une enquête discrète révèle que, dans certains cas où la maladie tourne court heureusement, la drogue prescrite n'a point été donnée, la piqûre ne fut pas faite... On ne saurait être trop circonspect avant d'émettre des conclusions favorables quand une nouvelle méthode thérapeutique est à l'essai.

RADIOLOGIE

Trois ans de pratique de la radiothérapie prostatique.

Par le Dr GUILBERT,

Radiologiste des Hôpitaux.

Dans le *Concours médical* du 15 avril 1923, nous avons publié les premiers résultats obtenus dans le traitement de l'hypertrophie prostatique par l'irradiation intensive de la prostate.

La radiothérapie profonde permet, sans lésion des téguments, de donner, nous l'avons dit, de très fortes doses sur la glande par six champs concentriques.

Nous sommes heureux aujourd'hui de pouvoir publier dans le même journal, les résultats de trois ans de pratique. De cette série de 31 observations, il nous est possible de tirer quelques conclusions qui ont une assez grande importance pratique.

OBSERVATION I. — M. G., 61 ans. Rétention, résidu trouble. Hypertrophie considérable. Résidu urinaire 320 grammes. Urine purulente, lavages. Sonde à demeure.

Traitement radiothérapique le 21 octobre 1921. Le 8 novembre, miction facile, résidu 10 gr. Prostate normale.

A eu une menace de récidive en 1924, sans suite. La prostate a légèrement augmenté.

OBSERVATION II. — M. C., 62 ans. Troubles en avril 1920. Prostate de la grosseur d'un abricot. Résidu 90 grammes. En 1921, rétention et température. Hématuries, trois cathétérismes quotidiens. Résidu 250 grammes.

Traitement radiothérapique le 3 novembre 1921. Le 1er décembre, résidu de quelques grammes. Prostate normale.

OBSERVATION III. — M. W., 66 ans. Dysurie, pollakyurie. Crise de rétention le 15 mars. Sondage. Prostate grosse, douloureuse. Résidu 90 grammes.

Traitement radiothérapique le 11 avril 1922.

Le 28 mai, la prostate fait une saillie légère. Le malade n'a eu que quelques épreintes. Disparition de tous les phénomènes subjectifs.

OBSERVATION IV. — M. J., 67 ans. Depuis plusieurs années, dysurie, pollakyurie, pesanteur périnéale et constipation. Prostate énorme, donnant la sensation d'une tête fœtale, rénitente. Urine résiduelle 600 grammes.

Traitement radiothérapique le 30 juin 1922. Sonde à demeure. La régression commence le 10e jour. Le 17e jour, la sonde est enlevée. Le 30e jour, la prostate a diminué des deux tiers, normale après six semaines. Résidu 10 grammes.

OBSERVATION V. — M. R. pléthorique. Poids 120 kgr. Grosse prostate du volume d'une mandarine. Résidu urinaire 39 gr. Pollakyurie nocturne. Sensation de pesanteur du périnée.

Traitement radiothérapique le 28 juillet 1922. Résultat très satisfaisant, d'après son médecin traitant. Pas de troubles urinaires. Légère pesanteur du périnée, mais plutôt due à l'état hémorroïdaire.

Traitement complémentaire le 12 janvier 1923. Ce traitement a été nécessité par l'épaisseur du sujet.

OBSERVATION VI. — M. L. 59 ans. Pollakyurie, dysurie, pus dans les urines, épreintes et hématuries avec fièvre. Rétention aiguë. 400 gr. urine résiduelle. Prostate de 6 cm. allongée, développée à gauche. Sonde à demeure. Lavages vésicaux. Auto-vaccin.

Traitement radiothérapique le 10 août 1922. Epreintes et ténesme le quatrième jour. Au bout de 17 jours, miction spontanée. Urine résiduelle 100 gr. Après six semaines, il reste un peu d'hypertrophie des lobes latéraux. La prostate est restée un peu volumineuse.

Traitement complémentaire le 30 octobre. Le 15 novembre l'urine résiduelle est de 10 centimètres cubes. Prostate normale.

Nota. — Lors de la première application, une diminution du voltage du secteur n'a pas permis un dosage suffisant.

OBSERVATION VII. — M. C., 70 ans. Le 3 octobre 1922, rétention aiguë. Très grosse prostate régulière. Infection vésicale. Cystostomie, drainages, lavages.

Traitement radiothérapique le 27 octobre 1922. Le 5 novembre, sonde à demeure no 18. Fin novembre, la prostate a considérablement diminué. Sonde no 20. Fin décembre, l'orifice de la cystostomie est oblitéré. Il se produit une légère fistule et on doit remettre une sonde à demeure. Après une période de parésie vésicale, combattue par application de courant galvanique, le malade urine spontanément.

En 1924, le malade fait une légère crise de rétention. Traitement radiothérapique le 14 octobre 1924. Après cette nouvelle application, pas d'autre accident.

OBSERVATION VIII. — M. S., 50 ans. Première rétention en 1920. Pollakyurie diurne et nocturne, les crises de rétention se répétant toutes les semaines, puis deux et trois fois par semaine. Prostate augmentée, résistante, régulière.

Traitement radiothérapique le 31 octobre 1922. Epreintes et ténesme. Après 15 jours, diminution de la prostate. Les crises de rétention ont disparu. Deux mois après, le malade accuse une disparition complète de tous les signes subjectifs. Prostate très diminuée.

En septembre 1923, a présenté des crises d'hématurie avec arrêt brusque de la miction, et on a découvert une série de calculs vésicaux. Ces calculs ont été enlevés en 1924 à l'hôpital Lariboisière où l'on a déclaré que la prostate était normale.

Observation IX. — Dr L. 84 ans. Première crises de rétention en juillet 1923. Le malade se sonde lui-même sans précaution. Crises de cystite, urines purulentes. Résidu urinaire 70 grammes. Prostate lisse de la grosseur d'une petite mandarine.

Traitement radiothérapique le 6 août 1923. Ténesme très violent pendant trois semaines. Lavages vésicaux. Très bon état général. Retourne à Bordeaux. Etat local très satisfaisant. Plus de crise de rétention, mais cystite continue, avec résidu purulent.

En décembre, crises de rétention qui font réclamer par le malade une cystostomie, puis une prostatectomie. Le chirurgien écrit qu'il n'a pas retrouvé de prostate hypertrophiée et il reste un anneau fibreux près du col. Suites opératoires funestes.

A notre avis, il eût été préférable de soigner médicalement ce malade par une désinfection énergique de la vessie et une sonde à demeure, sans cystostomie.

Observation X. — M. W., 79 ans, rhumatisant. Premiers troubles urinaires remontant à un an, deux crises de rétention. Quatre mictions nocturnes, résidu 160 grammes. Très grosse prostate, augmentée surtout du côté des lobes latéraux.

Traitement radiothérapique le 7 mars 1923. Après 27 jours, la prostate est réduite d'un gros tiers. Une seule miction nocturne. Les selles sont encore aplaties. Le résidu urinaire n'est plus que de 50 grammes. Après deux mois, le malade écrit que ses nuits sont satisfaisantes, qu'il vide sa vessie complètement, que les selles sont redevenues normales.

Ensuite, plus d'autres nouvelles.

Observation XI. — M. D., 65 ans. Dysurie et pollakyurie, 10 à 15 mictions nocturnes. Le 19 août 1923, crise de rétention, urines sanglantes et purulentes. Le 1er septembre, évacuation de pus et de sang. Prostate énorme, molle, sensible au palper au-dessus du pubis. Urée sanguine 0.35 ‰. Cystostomie, drainage.

Traitement radiothérapique le 20 septembre 1923. Le 10 octobre, sonde à demeure. Cystostomie fermée en 15 jours. En novembre, urines claires, mictions abondantes, et peu fréquentes. Une seule miction nocturne. Prostate normale.

Observation XII. — M. B., 75 ans. Pollakyurie depuis sept ans. Rétention et sondages depuis six ans. Infection vésicale très ancienne. Prostate lisse, non bosselée, largement étalée, 7 à 8 cm.

Traitement radiothérapique le 10 octobre 1923. Le 1er décembre, le malade, cependant amélioré, se décide à une intervention.

Observation XIII. — M. H., 82 ans. Rétention brusque en 1921, sans troubles antérieurs. Rétention passagère tous les deux ou trois jours. Grosse prostate, molle, grosse mandarine, plus hypertrophiée à droite. Infection vésicale, petits calculs. Lavages, malheureusement intermittents.

Traitement radiothérapique le 26 octobre 1923. Le 21 novembre, ténesme vésical. Cesse de se sonder en janvier. Reste de la cystite et des calculs qui sont traités. Le 30 mai 1924, le malade se considère guéri. Le retard dans la guérison et le ténesme sont dus à l'état vésical.

Observation XIV. — M. G. 60 ans, obèse, 97 kgr. Pollakyurie nocturne. Résidu 100 grammes. Prostate 6 centimètres.

Traitement radiothérapique le 20 décembre 1923 (six champs).

Après amélioration du début, état stationnaire. Restent deux mictions nocturnes et résidu 50 gr.

Traitement complémentaire le 5 août 1924 (six champs plus demi-champ périnéal), nécessité par l'épaisseur du sujet.

Après ce deuxième traitement, guérison presque complète. Pas de résidu. Deux mictions nocturnes, jet normal.

Observation XV. — M. F., 65 ans, névropathe, syphilis ancienne, présente des troubles nerveux. Première difficulté d'uriner en juillet 1923. Pesanteur périnéale et rectale. Prostate de la largeur de quatre travers de doigt, hypertrophiée surtout dans les lobes latéraux Résidu urinaire 100 grammes.

Traitement radiothérapique le 23 octobre 1923.

Fin novembre, la prostate a diminué de volume d'un bon tiers. Le malade ressent encore quelques épreintes rectales. Le résidu urinaire est de 30 grammes.

L'observation s'arrête à cette époque, le malade n'a plus été revu médicalement et son état de santé paraît florissant.

Observation XVI. — M. G., 75 ans. Blennorrhagie syphilitique. Dysurie et pollakyurie depuis 10 ans. Rétention brusque et sondage toutes les deux heures depuis huit jours. Grosse prostate molle, du volume d'une mandarine, plus grosse à droite. Résidu urinaire 150 grammes.

Traitement radiothérapique le 22 décembre 1923. Après huit jours, le malade ne se sonde plus. Le 21 janvier, les mictions restent fréquentes. Résidu urinaire 75 grammes. Le 15 février, retour à l'état normal, prostate un peu grosse. Le malade se déclarant guéri n'a pas été revu.

Les nouvelles qu'il a données par lettre continuent à être très satisfaisantes depuis lors.

Observation XVII. — M. F., 65 ans. Depuis un an, jet sans force. Deux mictions nocturnes. Pas de crise de rétention, très grosse prostate molle, du volume d'une orange.

Traitement radiothérapique le 21 janvier 1924.

Le 8 février, épreintes. Le 20 février, mictions plus faciles, mais douloureuses. Prostate diminuée, volume d'une mandarine. Le 26 mars, prostate comme un œuf de poule. Les mictions restent impérieuses et interrompues. Ces troubles sont attribués à des calculs intra-vésicaux. Le 16 avril, ablation d'une quinzaine de calculs par cystostomie. La sonde à demeure est retirée trop tôt et la fistule reste ouverte. Le malade est réexaminé avec le chirurgien. La prostate est large de deux travers de doigt, elle fait une saillie de 1 cm. Nous conseillons sonde à demeure et attente. Malheureusement, pour des raisons économiques (ce malade étant peu fortuné) ce traitement est considéré par lui comme impossible. Prostatectomie.

Observation XVIII. — M. G., 65 ans. Pollakyurie nocturne depuis 17 mois. Urines claires. Prostate haut située, de la grosseur d'une mandarine, dure, très bien limitée.

Sondages, lavages de la vessie.

Traitement radiothérapique le 12 février 1924. Le 29 février, ténesme vésical qui dure 10 jours. Le 22 mars mictions faciles, sans interruption, avec jet normal. Prostate de volume normal.

Observation XIX. — Dr R. 48 ans. Pollakyurie. Mictions incomplètes (résidu) quand elles sont retardées. Prostate de 4 à 5 centim. Dépression générale.

Traitement radiothérapique le 20 mai 1924. Le 22 juillet, diminution notable de la prostate. Le 30 octobre disparition des troubles urinaires. Le malade n'accuse qu'une pesanteur périnéale due à un état hémorroïdaire. Bon état général.

Observation XX. — M. C., 66 ans, présente les troubles ordinaires de miction exagérée depuis deux mois. Pas de résidu. Grosse prostate, bosselée avec péri-prostatite.

Traitement radiothérapique le 10 juin 1924. Après deux mois, prostate diminuée, lisse. Troubles diminués. En septembre, le médecin traitant le considère comme guéri.

Observation XXI. — M. C., 58 ans, premiers troubles en 1921. Crise de subrétention, pollakyurie légère. Jet normal. Résidu variable. Gros lobe droit. Volume de demi-mandarine.

Traitement radiothérapique le 19 juillet 1924. Le 8 octobre très amélioré. Etat général déprimé. Le 23 octobre, prostate réduite de moitié, résidu nul. Le 10 novembre état local et général excellents.

Observation XXII. — M. C., 64 ans. Troubles urinaires en 1921. Rétention en 1923 et juin 1924. Prostate comme une mandarine, plus grosse à droite. Pollakyurie, résidu 40 grammes. Dépression générale.

Traitement radiothérapique le 25 juillet 1924. Le 24 septembre deux mictions nocturnes. Largeur de la prostate deux travers de doigt, sensible. Pas de résidu.

Observation XXIII. — M. B. 57 ans. Prostate dure, 6 cm. de diamètre. Jet sans force. Résidu 60 grammes. Calculs vésicaux, cystite.

Traitement radiothérapique le 1er août 1924. Le 28 novembre miction normale. Pas de résidu. Prostate très réduite.

Observation XXIV. — M. B., 78 ans, grande rétention. Prostate très dure, petite mandarine. Diminution du jet. Résidu 150 grammes.

Traitement radiothérapique le 7 août 1924. Le 28 novembre prostate normale, pas de troubles subjectifs.

Observation XXV. — M. H. 60 ans. Pollakyurie, dysurie, avec résidu urinaire minime, trois crises de rétention. Prostate du diamètre d'une mandarine. Lobe droit très hypertrophié. Contours nets.

Traitement radiothérapique le 12 août 1924. Le 7 octobre, amélioration très sensible. Prostate diminuée de volume. Le 9 décembre, prostate de la grosseur d'une demi-mandarine. Le malade n'a plus de mictions nocturnes.

Observation XXVI. — M. B. Rétention complète. Prostate comme le poing, haut située. Mauvais état général. Cystostomie, drainage vésical.

Traitement radiothérapique le 29 octobre 1924. En novembre, la prostate a beaucoup diminué. Décharge urinaire. Etat général meilleur. En décembre, le drainage est remplacé par la sonde à demeure. En janvier, la sonde à demeure est enlevée.

Observation XXVII. — M. W., 72 ans. En mars 1918, premières crises de rétention qui se sont renouvelées quatre fois depuis, la dernière le 12 novembre. Mictions toutes les 2 heures, quatre mictions nocturnes. Pas d'urine résiduelle. Très grosse prostate, du volume d'une grosse orange, lisse, avec deux petits noyaux fibromateux à la partie supérieure du lobe droit. Urée sanguine 13.

Traitement radiothérapique le 17 novembre 1924. Deux crises de rétention, le lendemain du traitement et trois jours après. Le 3 décembre, mictions faciles, abondantes. Le 10 décembre très bon état local et général. Décharge urinaire, jet puissant.

Le 29 décembre, légère alerte, sans suite. Cette alerte a été provoquée par un purgatif drastique. Prostate du volume d'une petite mandarine. Le malade retourne chez lui et se considère comme guéri.

Observation XXVIII. — M. L. Pas d'antécédents. En novembre 1924, rétention complète. Sonde à demeure. Prostate de la grosseur d'une orange, assez dure, mais régulière.

Traitement radiothérapique le 27 novembre 1924. Fin décembre, la sonde à demeure est retirée. Le malade a encore 5 ou 6 mictions nocturnes, quelques spasmes dus probablement à l'irritation de la vessie par la sonde à demeure. Le 15 février, la prostate est de la grosseur d'une noix avec légère prédominance du lobe droit. Le malade a repris sa vie normale.

Observation XXIX. — M. Q., 69 ans. A ressenti des troubles subjectifs il y a quatre ans, pesanteur et douleur à la miction d'une façon intermittente. Deux mictions nocturnes. Pas de résidu urinaire. Très grosse prostate, lisse, souple, très nettement délimitée (9 cm. de diamètre), hypertrophiée surtout sur les deux lobes.

Traitement radiothérapique le 16 décembre 1924. Au moment de commencer le traitement, le malade est pris brusquement d'une crise de rétention. Le malade est mis au lit avec sonde à demeure.

Le traitement est repris huit jours après quand la fièvre est tombée. Etant donnée l'importance de la tumeur prostatique, nous avons décidé de faire une dose un peu plus forte en employant une distance focale de 30 cm. au lieu de 23 cm. et en faisant un demi-champ périnéal.

La sonde est enlevée vers le 5 janvier. Le malade éprouve depuis quelque temps de la douleur à la fin de la miction due à l'irritation vésicale consécutive à la sonde à demeure. Le 10 janvier, la prostate est diminuée de moitié. Les mictions nocturnes sont de 4 ou 5. En février, la prostate est du volume d'une très petite mandarine. Les mictions un peu sensibles sont abondantes et peu fréquentes.

Observation XXX. — M. D., 64 ans. Depuis 1920, le malade présente des crises de rétention tous les huit jours environ. Il a du pus dans les urines et un résidu urinaire de 80 grammes. La prostate est de la grosseur d'une petite mandarine. Le lobe droit est plus accentué. La prostate remonte plus haut, elle est dure mais régulière.

Traitement radiothérapique le 22 décembre 1924. Le 26 décembre, le malade commence à présenter du ténesme et a dû reprendre les sondages. Le deux janvier il suspend les sondages, mais il a encore des crises de ténesme et la miction reste douloureuse. Le 2 février, le malade ne se sonde plus, les mictions sont abondantes, plus fréquentes. Résidu urinaire 20 grammes. Deux mictions nocturnes. La prostate est affaissée, les deux lobes sont nettement séparés par le raphé. La prostate ne fait plus qu'un relief d'une demi-mandarine du côté du rectum. Grosseur de chaque lobe : à peu près une demi-prune.

Observation XXXI. — M. B., 61 ans. On a constaté un résidu urinaire en 1917 avec un peu d'hypertrophie. La miction est retardée, pesanteur périnéale. Il n'y a pas de résidu urinaire. La prostate est de la grosseur d'une demi-mandarine bombant d'un travers de doigt, surtout à droite.

Traitement radiothérapique le 3 janvier 1925. Le 12 février les douleurs ont disparu, pas de mictions nocturnes Il reste une très légère pesanteur périnéale. La prostate a diminué de plus de moitié.

Conclusions.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un prostatique est et reste toujours un urinaire, c'est-à-dire *un malade dont le muscle vésical est déficient* et dont la muqueuse vésicale est souvent lésée.

1° Par conséquent, il importe d'abord, afin de prévoir les événements, de se rendre compte si le malade a de la cystite ou des calculs. Dans l'un ou l'autre de ces cas, le malade présentera presque à coup sûr du ténesme consécutivement à l'irradiation. Il faut donc, avant d'entreprendre le traitement faire un examen complet de la vessie, désinfecter celle-ci par des lavages méthodiques s'il y a de la cystite ; la débarrasser des calculs, non pas par cystostomie, mais seulement par lithotritie. Cette dernière réserve peut paraître inutile, mais si l'on réfléchit qu'un prostatique est un urinaire dont le sphincter vésical, spasmodique, n'est contrebalancé que par une vessie dilatée, déficiente au point de vue musculaire, on comprendra qu'il y a intérêt à ne pas laisser le muscle vésical s'atrophier par le repos absolu de la cystostomie.

Du reste, dans un cas (ob. 17) où nous avons pu prévoir les événements, une cystostomie a amené une asthénie de la vessie, malgré une grosse diminution de la prostate, asthénie que des circonstances extra-médicales n'ont pas permis de traiter autrement que chirurgicalement.

2° Les doses que nous avons préconisées (100 à 110 % de la dose d'érythème) paraissent nécessaires. Dans tous les cas où nous avons eu un malade obèse dont le poids atteignait ou dépassait 100 kgr. et chez lesquels la dose profonde par les six champs ne pouvait par suite atteindre le minimum de 110 %, il a été nécessaire de recommencer un second traitement (obs. V, XIV).

Dans ce cas, il nous a paru nécessaire — et à l'heure actuelle nous le faisons systématiquement — d'ajouter un champ périnéal, mais pour lequel la dose à la peau n'est que la moitié de la dose d'érythème. Le périnée ne nous semble pas devoir supporter une réaction plus importante.

3° Quand un malade présente, consécutivement à un traitement radiothérapique, des troubles vésicaux allant même jusqu'à la rétention par ténesme ou spasme du sphincter (obs. I, IV, VII, IX, XI), il est nécessaire d'éviter à celui-ci toute cause d'irritation et de le mettre au repos par une sonde à demeure afin de lutter contre l'élément spasmodique. Ce repos par la sonde à demeure n'est pas, à notre avis, comparable à celui de la cystostomie, car dans ce cas, la sonde maintient le sphincter ouvert et lutte utilement contre le spasme. Il est évident qu'après la sonde à demeure, les mictions restent fréquentes un peu plus longtemps à cause de la rétraction vésicale et de l'irritation de la muqueuse.

4° *Une question importante était à résoudre : le traitement radiothérapique permet-il, en cas*

d'insuccès, l'intervention chirurgicale ? Deux malades (Observations IX et XII) ont été opérés ; les chirurgiens n'ont signalé, ni dans l'un ni dans l'autre cas, de complications opératoires dues à l'application des rayons X.

Avec la série des observations ci-dessus, il nous paraît démontré que le traitement radiothérapique de l'hypertrophie de la prostate, à dose suffisante est, dans tous les cas, parfaitement efficace et sans aucun danger pour le malade, quel que soit son âge.

Il nous paraît démontré également que ce malade doit être traité au point de vue urinaire. Enfin il est certain qu'un malade traité radiologiquement par la méthode que nous avons indiquée peut, si le besoin s'en faisait sentir, être opéré par la suite. Il ne reste, ainsi que l'ont démontré les deux observations des malades opérés à la suite du traitement radiothérapique, (obs. IX, XII) aucune adhérence ni dégénérescence qui puisse faire obstacle à l'acte chirurgical.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les erreurs en radiologie thoracique.

En dehors de la pathologie osseuse, il n'est pas de domaine où l'emploi des rayons ne soit reconnu comme aussi régulièrement démonstratif qu'en pathologie pulmonaire. Cependant, des erreurs sont ici possible, que dévoile le Dr P. Ameuille, soit qu'on voie des apparences de lésions, qui sont inexistantses, soit que l'on passe à côté de lésions très réelles sans les apercevoir.

Tout d'abord, on a attaché une importance exagérée à la dyssymétrie des mouvements diaphragmatiques, le côté atteint se révélant par une insuffisance de l'incursion phrénique. Si ce signe accompagne, en effet, des lésions pulmonaires patentes, on ne le note qu'à titre de phénomène secondaire, et on n'a pas besoin de le constater pour poser un diagnostic ; si, d'autre part, il existe seul, il est dépourvu de toute signification.

Quant aux ombres hilaires, neuf fois sur dix, elles sont présentées, dans les protocoles d'examens radiologiques, sous le nom d'adénopathies hilaires, et presque toujours considérées comme pathologiques. Or, il est établi que les ganglions trachéo-bronchiques et bronchiques ne prennent, pour ainsi dire, aucune part à la formation de ces images ; et que, chez l'adulte, ils se révèlent seulement par la tache opaque que fournissent leurs parties calcifiées ; que, presque jamais ils ne sont augmentés de volume chez l'adulte tuberculeux ; que, seules, les adénopathies néoplasiques peuvent avoir une expression radiologique ; enfin, que chez l'enfant, un grand nombre d'adénopathies médiastinales importantes échappent complètement à l'examen radiologique. Au contraire, les ombres hilaires sont, de manière irréfutable, la projection des branches des vaisseaux pulmonaires, surtout de l'artère.

Les « voiles des sommets » sont, dans 95 % des cas, dus à une faute de technique. Il est telle position de l'ampoule (haute en incidence dorsale, basse en incidence ventrale) qui rapproche les uns des autres tous les éléments squelettiques du sommet du thorax, de façon à en faire une carapace opaque, au travers de laquelle on ne saurait rien distinguer du parenchyme pulmonaire. En radiologie thoracique, le voile véritable est pour ainsi dire inexistant ; il ne peut correspondre qu'à de très gros épaississements pleuraux, car ceux-ci, en-dessous de 15 mm. d'épaisseur, ne donnent guère de diminution de la transparence pulmonaire.

Quant aux erreurs par défaut, la radioscopie, seule, peut laisser échapper un certain nombre d'images pathologiques ; mais, en revanche, un bon cliché confère une sécurité presque absolue sous réserve que des ombres normales, squelettiques ou médiastinales, peuvent masquer des images pathologiques, et que des images pathologiques ne sont pas toujours reconnues comme telles, faute d'attention ou d'expérience. (*La Pratique médicale française*, décembre 1924-A.)

Le traitement du rachitisme par les rayons ultra-violets.

Se basant sur l'expérimentation et sur la clinique, MM. Lesné et de Gennes démontrent que les résultats du traitement lumineux ne sont pas moins nets dans le rachitisme humain que dans le rachitisme expérimental.

On observe la disparition rapide de la pâleur des téguments et des muqueuses ; mais, tandis que les anémies légères (qui constituent la règle dans le rachitisme) sont grandement améliorées et que souvent, on voit le chiffre globulaire s'élever jusqu'au voisinage de la normale, les anémies du second degré sont moins constamment et moins rapidement influencées ; quant aux anémies pseudo-leucémiques, elles restent inchangées.

L'élévation du taux du calcium, chez les malades traités, est rapide, à condition que ce taux soit initialement abaissé au dessous des chiffres normaux. Plus constante et plus précoce que celle du calcium, est celle du phosphore (dès la 4e séance d'irradiation) ; mais elle ne lui est pas toujours parallèle, et elle peut exister sans elle.

Les stigmates radiologiques du rachitisme (décalcification osseuse, persistance des fontanelles, chapelets costaux, etc.) se modifient dès la 5e séance ; dans deux observations publiées, la guérison était complète après quarante séances d'une durée moyenne de dix minutes.

Quant à l'état général, après quelques séances, l'enfant devient gai, retrouve son appétit, augmente de poids, marche, et on voit apparaître les dents, dont l'éruption avait été retardée par le rachitisme.

L'application de ce traitement est simple et sans danger.

Cette méthode, qui n'exclut pas la nécessité d'un régime alimentaire convenablement constitué et d'une bonne hygiène générale, offre un moyen infiniment plus rapide et plus puissant que tous ceux employés jusqu'ici dans la cure du rachitisme de la première enfance. (*Paris Médical*, 20 décembre 1924.)

Mécanisme de l'immunisation spontanée occulte contre la diphtérie.

MM. P. Lereboullet et Joannon ont rapporté récemment tout un ensemble de faits observés aux Enfants-Malades, mettant hors de doute la réalité de l'immunisation spontanée en milieu hospitalier et montrant comment elle s'opère peu à peu par l'ancienneté de séjour, accélérée parfois par certaines autres conditions, et notamment par des épisodes angineux peu graves, qui passent à peu près inaperçus et qui représentent vraisemblablement des diphtéries atténuées, immunisantes. Ces auteurs étudient aujourd'hui le mécanisme de cette auto-vaccination.

Il faut d'abord préciser la réceptivité de l'espèce humaine vis-à-vis de la diphtérie : 1° de zéro à six mois, la rareté des formes pseudo-membraneuses est reconnue par tous les auteurs ; la diphtérie larvée, est au cours des premiers mois de la vie, plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; il s'agit d'une immunité héréditaire transitoire. Au-delà de la première année seulement, la réceptivité devient sensiblement uniforme. Mais c'est une réceptivité à seuil, en ce sens qu'une dose infectante minime ne suffit pas à déterminer la maladie ; il y a, dans la majorité des cas, une ébauche d'immunité naturelle qui préserve l'organisme des méfaits de contaminations discrètes ; et celles-ci, restant au-dessous du seuil de tolérance et n'ayant donc pas de conséquences funestes, sont cependant utiles, car elles augmentent le seuil de réceptivité, donnant à l'organisme la faculté de résister ultérieurement à une dose plus grande de virus. Ce seuil varie non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez le même individu ; certaines circonstances (froid, surmenage) l'abaissent sûrement ; il se peut aussi qu'un certain renouvellement des contages soit nécessaire pour le maintenir élevé.

Les contaminations discrètes subliminaires (au-dessous du seuil) favorisent d'autant mieux l'immunisation spontanée que la souche microbienne est atténuée ; elles agissent aussi suivant la densité du contage (quantité ou fréquence), suivant la résistance des muqueuses, portes d'entrée.

L'immunisation antidiphtérique aux Enfants-Malades est cependant un peu différente.

L'âge qui, dans les conditions ordinaires de la vie, est le facteur le plus important, devient au contraire, secondaire. Par contre, le temps de séjour est capital, car il représente, pour les petits hospitalisés, beaucoup plus sûrement que l'âge la somme des occasions de vaccination que les circonstances spéciales de leur vie en commun leur ont offertes : les enfants les plus anciens sont, la réaction de Schick le prouve, réfractaires à la diphtérie, quel que soit leur âge. La diphtérie ne se déclare que chez les hospitalisés depuis un temps relativement court. Une moindre ration d'air et de lumière paraît défavoriser, pour l'acquisition de l'immunité, les enfants des lits proches des angles.

L'auto-vaccination contre la diphtérie n'est qu'un des exemples, le mieux connu, de l'immunisation spontanée occulte. Celle-ci, nulle ou négligeable vis-à-vis des maladies à l'égard desquelles la réceptivité de l'espèce humaine est pratiquement absolue (rougeole, variole), est, au contraire, très marquée vis-à-vis des maladies à l'égard desquelles la réceptivité n'est que relative (diphtérie, scarlatine, coqueluche, etc.) ; elle constitue un phénomène d'ordre général, dont l'importance et la portée méritent d'être mis en valeur. (*Paris médical*, 27 décembre 1924.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA CLIENTÈLE MODERNE DES HOPITAUX

A première vue, cette étude ne paraît pas être d'un grand intérêt. Que n'a-t-on pas écrit sur l'admission des malades dans le shôpitaux ! Que de fois ne s'est-on disputé sur le droit que peut réclamer le corps médical hospitalier, de se faire payer par qui peut payer, lorsque l'hospitalisé n'est pas un indigent !

Cependant, nous nous placerons à un tout autre point de vue et, jetant un coup d'œil rapide sur l'ancienne clientèle des hôpitaux : indigents, miséreux, nous allons surtout nous demander pourquoi les personnes de condition modeste, voire même les gens aisés, se font admettre, en payant, dans l'asile des pauvres, pour enfin envisager le problème de demain : que seront les hôpitaux, que deviendront-ils le jour où entrera en application la loi sur les assurances sociales ?

Nous assistons, en effet, à une transformation de la mentalité de nos malades, transformation qui va de pair avec les progrès de la science. Nos clients entendent être bien soignés, surtout être examinés complètement, être guéris dans le minimum de temps possible et ce, avec tous les perfectionnements de traitements, que la technique médicale moderne met à leur disposition.

Hier asile des pauvres, maison de secours, abri contre la misère et la maladie ; aujourd'hui maison de santé quasi-gratuite ; demain maison de cure et de diagnostic.

Les textes législatifs et règlementaires.

La loi organique des hôpitaux (car, dans cette étude, nous laisserons complètement de côté les hospices, qui n'abritent que des vieillards) date du 7 août 1851. Je n'ai pas besoin de dire que cette loi aurait besoin de subir de grandes transformations, car elle n'est plus conforme à nos habitudes modernes.

Elle laisse aux commissions administratives hospitalières toute latitude et toute autonomie, sous la tutelle administrative du préfet.

Ce dernier a, pour guide, un modèle de règlement que le ministre du travail et de l'hygiène (jadis, le ministre de l'Intérieur) publie, par circulaire, après avis et vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le règlement modèle actuel date du 30 juin 1921, se substituant à celui du 25 décembre 1899.

Ce texte ne s'impose pas aux commissions administratives, qui sont libres de continuer à s'administrer selon d'anciens errements ; mais, si autorisation est demandée au préfet, pour modifier le règlement d'un établissement hospitalier, ce magistrat ne peut approuver que si les modifications sont conformes au type que lui a transmis le ministre.

Il en résulte de grandes diversités dans les règlements particuliers des hôpitaux de France, sans compter que Paris et Lyon ont une organisation qui leur est propre.

Ajoutons que cette tutelle préfectorale empêche beaucoup d'hôpitaux d'avoir des initiatives propres.

Disons enfin que l'élément politique pénètre au sein de ces commissions, qui sont composées du maire, de deux membres élus par le conseil municipal, et de quatre membres nommés par le préfet. Le maire est président de droit.

Aussi les changements d'orientation politique d'un conseil municipal ont-ils leur répercussion dans l'hôpital.

Au contraire, des résistances inexplicables se rencontrent pour faire pénétrer, au sein de ces commissions administratives, des compétences techniques, comme des médecins, par exemple.

Clientèle de jadis.

Sans remonter à l'ancien régime, dont les historiens nous prouvent, documents en mains, que le clergé recevait des dons et legs, pour recueillir, assister et soigner les pauvres, nous constatons que la loi de 1851 sur les hôpitaux met à la charge de ces établissements l'admission gratuite de tout individu, privé de ressources, qui tombe malade dans une commune, où il existe un hôpital.

La loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, stipule dans son article 24, les conditions selon lesquelles un indigent sera admis dans un hôpital, aux frais de la commune, lorsque, dans celle-ci, n'existe pas d'établissement hospitalier.

Pendant de très nombreuses années, l'hôpital n'a été qu'un asile temporaire, recueillant les indigents malades, qui étaient soignés grâce à la charité publique, grâce au désintéressement du corps médical, qui, à titre gracieux, mettait sa science et son dévouement au service des miséreux, grâce enfin à l'esprit de bienfaisance et d'altruisme de personnes de bonne volonté, qui, comme administrateurs, géraient gratuitement ce bien des pauvres, provenant de dons, legs et fondations.

Transformation progressive de la clientèle hospitalière.

Mais, l'anesthésie et l'antisepsie créèrent la chirurgie moderne. Les découvertes pasteuriennes révolutionnèrent la science opératoire, en lui accordant un essor inconnu et insoupçonné jusqu'alors.

Avec l'antisepsie, l'hygiène pénétra partout. Ainsi, les médecins de ma génération peuvent encore se rappeler les anciennes salles hospitalières et faire la comparaison avec les hôpitaux modernes. Ils disparaissent peu à peu, ces anciens monuments, aux façades imposantes, construits en grosses pierres de taille, semblant défier le temps, cependant qu'à l'intérieur, les salles étaient obscures, sans air, encombrées de malades pêle-mêle, sans souci des contagiosités.

En se modernisant, l'hôpital est devenu plus agréable : il n'est plus l'ancien objet de terreur, où venaient mourir les ratés, les vaincus de la vie, les miséreux.

S'est également transformé le mobilier médico-chirurgical. Les salles d'opération se sont créées, les unes rudimentaires, les autres munies des perfectionnements les plus modernes ; les chirurgiens, les spécialistes, se sont décentralisés : beaucoup, abandonnant la grande ville, se sont installés dans des localités secondaires, organisant, à l'hôpital, une salle d'opération ou d'examen spécial. Ainsi, nombreux sont les établissements actuellement dotés d'un matériel de radiologie.

Aussi, avec les pauvres, les indigents, pénétrèrent à l'hôpital les nécessiteux, tous ceux que l'arrêt du travail plonge dans une misère momentanée.

A leur suite, les mutualistes arguèrent de subventions allouées à l'hôpital, ou du but philanthropique de leur organisation, pour faire soigner leurs adhérents, soit gratuitement, soit au tarif de l'assistance médicale gratuite.

Les riches compagnies d'assurances contre les accidents, s'abritant derrière la condition modeste des blessés du travail, obtinrent du législateur de 1905, de faire soigner à l'hôpital leurs assurés, au tarif des indigents, quelque peu majoré.

Entraînés par l'exemple, les malades aisés n'eurent plus de scrupule à se faire admettre, en payant, à l'hôpital. On y est soigné à bon compte, par les médecins les plus réputés : d'où grosses économies pour des gens, oublieux du but primitif de l'hôpital, et ne cherchant pas à savoir qu'établissement public, l'hôpital ne peut faire aucun bénéfice.

Cette situation s'accentua au moment de la guerre ; mais ce cataclysme mondial eut une conséquence et une répercussion profondes sur la gestion hospitalière. Beaucoup d'établissements ne peuvent plus boucler leur budget : les fondations, dont les revenus vont sans cesse en baissant, ne sont plus suffisantes pour hospitaliser les pauvres ; aussi la présence des non indigents aggrave-t-elle le déficit.

Cependant, la cherté de la vie actuelle provoque cette situation qu'il faut être ou très riche, ou très pauvre, pour pouvoir être soigné, opéré : riche, c'est la maison de santé chère, avec les honoraires médicaux élevés ; pauvre, c'est l'hôpital gratuit.

Mais la classe moyenne, où se fera-t-elle soigner, opérer ?

Quant au corps médical, il a bien accepté de donner gratuitement son temps et sa science aux miséreux ; mais il n'entend pas faire les mêmes faveurs aux hospitalisés qui peuvent l'honorer, pour les soins et opérations.

Voici donc des problèmes que nous allons envisager tour à tour.

Clientèle moderne de l'hôpital.

A) Les malades admis gratuitement.

En vertu de la loi du 7 août 1851, les malades privés de ressources sont admis à l'hôpital, lorsqu'il existe un établissement de ce genre dans la commune.

Sinon, ces indigents seront dirigés sur un hôpital, où ils seront soignés aux frais de leur domicile de secours (loi du 15 juillet 1893). Je n'insiste pas sur ce point connu de tous.

B) Les malades payants.

Deux grandes distinctions sont à faire parmi ces malades : ce sont ceux pour qui l'on paye et ceux qui payent personnellement.

a) *Ceux pour qui l'on paye.*

Les bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 :

Lorsque, dans la commune de leur domicile de secours n'existe pas d'hôpital, ou lorsqu'ils tombent malades dans une localité dépourvue d'hôpital, ces malades indigents sont hospitalisés, s'ils ne peuvent pas recevoir à domicile les soins nécessaires à leur état et la mairie de leur domicile de secours, rembourse l'hôpital, en vertu de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

Les militaires :

Par suite de conventions avec l'autorité militaire, certains hôpitaux, dits mixtes, reçoivent les malades d'une garnison. Ici, les salles militaires sont indépendantes des salles civiles ; là, les soldats sont reçus dans la salle commune et soignés par des médecins civils.

L'autorité militaire doit rembourser à l'hôpital le prix de journée ; mais des plaintes sont adressées au ministère de la guerre qui fait la sourde oreille. Combien de fois, au Conseil supérieur de l'assistance publique, n'avons-nous pas entendu formuler des réclamations, écouté la

lecture de rapports, assisté à des adresses remises en mains propres au ministre du travail et de l'hygiène, pour qu'il les transmette à son collègue de la guerre. Rien n'y fait.

Les mutualistes ; les bénéficiaires de fondations.

Certains hôpitaux doivent hospitaliser, dans un ou plusieurs lits, des malades, qui sont adressés par des sociétés de secours mutuels locales, ou désignés par certaines œuvres, voire même par des particuliers.

Lors de sa fondation, ou au cours des temps, l'administration hospitalière a reçu des legs ou des subventions, lui permettant de fonder un ou plusieurs lits, à charge que ces derniers seraient attribués à des malades appartenant aux dites mutualités, ou désignés par les familles donatrices.

Les blessés du travail.

Bénéficiant du « tout compris » de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, les compagnies d'assurances contre les accidents du travail font admettre dans les hôpitaux leurs blessés les plus graves, pour que ceux-ci puissent recevoir les soins qu'ils ne pourraient pas avoir chez eux, pour un motif quelconque.

Cette clientèle de blessés du travail va être accrue du fait de l'applicabilité de la loi de 1898 aux blessés agricoles.

b) *Malades qui payent eux-mêmes.*

A l'hôpital, asile des pauvres, on rencontre, parmi les malades payants directs, des gens de conditions diverses, depuis le demi nécessiteux, jusqu'au personnage très riche, ayant automobile et bijoux de prix. Je sais bien que les commissions administratives des hôpitaux protestent toujours contre cette affirmation ; mais elles sont trompées par des gens peu scrupuleux qui s'affublent d'un faux état civil, celui d'un de leurs domestiques par exemple, pour se faire opérer à bon compte et se payer un bijou avec les économies ainsi réalisées au détriment du patrimoine des déshérités de la vie.

Ces malades payants directs sont ainsi catalogués dans le règlement modèle du 30 juin 1921 :

Article 28 (note) : « l'hôpital ou l'hospice étant par définition affecté aux pauvres, il n'est permis de réserver des lits aux malades et aux hospitalisés payants qu'à titre exceptionnel seulement et dans une faible proportion.

« Il ne s'agit que des malades payants à l'hôpital proprement dit, et non dans une clinique séparée, qui pourrait y être annexée.

« De plus, le terme pauvre doit être entendu largement : il y a des malades qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élevés d'une clinique ou d'un traitement ou d'une opération à leur domicile et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital ; de même qu'il y a des vieillards, qui n'ont pas assez de bien pour satisfaire, sans être secourus, aux exigences de la vie isolée et qui en ont assez ou presque assez, pour survenir aux dépenses de la vie en commun, dans un établissement hospitalier.

« Sont seuls admis, à titre exceptionnel, dans les hôpitaux proprement dits, les malades payants rentrant dans l'une des quatre catégories suivantes :

1° Malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes, ou sans péril pour autrui.

2° Malades étrangers, de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas dans la commune de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés à leur domicile, ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

3° Malades n'ayant pas dans leur commune de résidence de maison de santé, ou ne pouvant pas être transportés dans une maison de santé voisine facilement et sans danger pour eux, ou n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé et seulement dans le cas où le traitement à domicile sera possible dans des conditions satisfaisantes ;

4° Malades dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé ».

Que fait payer l'hôpital ?

1° *Aux indigents* (loi du 15 juillet 1993).

Il est bien entendu que les hospitalisés en vertu de la loi du 7 août 1851 sont à la charge entière de l'établissement hospitalier.

Pour les malades hospitalisés en vertu de la loi du 15 juillet 1893, les communes responsables payeront à l'hôpital un prix de journée établi selon les prescriptions de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, et de la loi du 28 juin 1918, modifiée par celle du 14 février 1921.

Ce prix de journée doit être calculé de telle manière que, faisant le total des dépenses d'ordre divers et des ressources des fondations, dons et legs, l'hôpital ne fasse ni perte, ni bénéfice, en se faisant rembourser, par les communes débitrices, le prix fixé par le préfet, pour chaque journée d'hospitalisation dans un établissement déterminé.

2° *Aux malades payants proprement dits.*

a) Aux blessés du travail, l'hôpital ne peut réclamer que le prix ci-dessus, majoré de 30 % au maximum (lois du 31 mars 1905, du 5 mars 1917, du 6 juillet 1920).

Ajoutons que ce n'est pas le blessé lui-même qui paye, mais son patron, ou plutôt l'assurance de ce dernier.

b) Aux malades payants directs.

Le règlement modèle de 1921 s'exprime ainsi (article 28, note) :

« Les malades payants et rentrant dans l'une des quatre exceptions ci-dessus appartiendront à l'une des trois séries suivantes et payeront :

Série inférieure : le prix de journée de l'assistance médicale gratuite, pour toutes charges, si leurs ressources sont très limitées ;

Série moyenne : le prix de journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré, pour toute charge, si leur condition est modeste ;

Série supérieure : le prix de journée de l'assistance médicale avec une majoration, plus des frais de salle, d'opération, de pansement, des frais médicaux et pharmaceutiques et tous les autres que déciderait la commission administrative, si leur condition est plus aisée ; ou bien ils payeront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires médicaux et chirurgicaux seront compris ou non dans les prix ci-dessus.

« La commission administrative, libre de ces admissions exceptionnelles, est également libre de décider, après enquête, dans quelle série entrera le malade payant.

« Ces honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés sur un tarif établi d'accord entre la commission administrative et après avis du corps médical de l'établissement.

« Il appartient à chaque commission administrative de prévoir, dans son règlement, si tous les médecins et chirurgiens doivent être admis à donner leurs soins aux malades payants. Il lui appartient également de prévoir dans quelles salles et dans quels locaux seront placés les malades payants de chacune des trois séries, selon les disponibilités et l'installation des hôpitaux et de leurs annexes ».

Le prix de journée est-il rémunérateur ou déficitaire pour l'établissement ?

Si les économes ou receveurs divers d'hopitaux connaissaient et les textes de lois et la comptabilité parfaite, le prix de journée, réclamé comme base, pour l'assistance médicale gratuite, devrait rembourser exactement la dépense faite pour chaque malade indigent hospitalisé.

Bien entendu, nous laissons de côté la charge considérable que le législateur de 1851 a laissée aux hôpitaux, d'avoir à hospitaliser gratuitement tous les malades indigents de la commune, dans laquelle est situé l'établissement hospitalier.

Il en résulte que les dépenses occasionnées par ces derniers hospitalisés (loi de 1851), celles de la loi de 1893, qui ne sont pas remboursées intégralement, jointes à la diminution énorme du revenu de la dotation de l'hôpital, depuis la guerre, mettent les hôpitaux en fâcheuse posture, pour boucler le budget annuel.

Ce ne sont que plaintes et lamentations, de la part de ces hommes philanthropes, qui gèrent le bien des pauvres : certains se voient même forcés à demander le retrait de charges établies par fondations, en renonçant à des legs.

Mais, dira-t-on, l'hôpital peut se rattraper sur les malades payants et faire débourser par ces derniers un prix suffisamment rémunérateur pour que l'équilibre budgétaire de l'établissement soit sauvegardé.

Il n'en est rien : d'une part, les établissements publics ne peuvent pas faire ni commerce, ni bénéfices. Hospitaliser des malades payants et retirer de ces derniers une source de revenus transformerait peu ou prou l'hôpital en établissement commercial, puisque la tendance actuelle de l'administration des finances est de considérer les maisons de santé et cliniques comme de véritables sociétés commerciales.

D'autre part, les administrateurs d'hôpitaux n'ont pas encore compris que les temps ne sont plus où seuls les indigents étaient admis. Ces gestionnaires du patrimoine des pauvres ne veulent pas admettre ou qu'ils sont exploités par de faux pauvres, qui spéculent sur l'assistance publique, pour se faire soigner à très bon compte, ou qu'il est nécessaire, vu la dureté des temps, de transformer l'orientation hospitalière et de considérer l'hôpital comme pouvant, dans certaines circonstances, faire fonction de maison de santé à bon marché.

Je ne parle pas du prix de journée, celui de l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 % au maximum, que payent les riches compagnies d'assurances contre les accidents du travail.

Pourquoi les malades payants se font ils hospitaliser ?

Question d'argent, d'abord : dans les grandes villes principalement, il est si aisé de se présenter avec un faux certificat, ou un faux état-civil et d'occuper indûment une place de pauvre. Les exemples sont nombreux. Il est également très facile d'obtenir son admission, en utilisant une recommandation quelconque du médecin chef d'un service hospitalier, d'un directeur d'hôpital, d'une infirmière gradée, d'un interne etc., etc.

A bon marché, à l'hôpital, on se fera opérer par des maîtres du bistouri qui, en ville, auraient pris des sommes considérables. On peut également subir des examens d'ordre divers, le tout à bon compte, radiologie, recherches de laboratoire, etc.

A l'hôpital, le malade n'est pas une source

de gêne pour sa propre famille, qu'on n'empêche pas de vaquer aux occupations habituelles ; on est soigné par un personnel infirmier de métier et, principalement pour les accouchements, on préfère l'hôpital à sa maison.

Mais, me direz-vous, pourquoi ne pas aller dans une maison de santé ?

D'abord parce que ces dernières n'existent que dans les grands centres. En second lieu, parce qu'elles sont chères.

Ensuite, la plupart des maisons de santé ne reçoivent que des malades de chirurgie : bien peu sont destinées aux malades de médecine. Il n'en existe pas pour contagieux.

Enfin, à la maison de santé, il faut payer son médecin, son chirurgien, les examens divers qu'on subit.

A l'hôpital, au contraire, étant donnés les errements du passé, on paye un prix forfaitaire, assez modique, et la plupart du temps, on ne paye ni médecin, ni chirurgien, ni spécialistes.

Mais, pourra-t-on encore m'objecter, il n'est pas agréable, pour certains, de se trouver dans la salle commune : la promiscuité des pauvres bougres peut déplaire aux gens fortunés, qui, parce que riches, se croient d'essence supérieure.

On voit mourir ses voisins, on dort mal la nuit, dans des grands dortoirs parfois surpeuplés ; on sert de sujet d'étude pour les élèves en médecine, qui vous examinent, sans parfois ménager la pudeur des patients.

Quant au secret professionnel, il est violé à jet continu : c'est à croire que l'article 378 du code pénal est inconnu dans les hôpitaux. Le diagnostic est souvent crûment inscrit sur la pancarte, au pied, ou à la tête du lit ; en faisant son cours ou sa visite, le médecin chef de service et ses internes, externes, ne se gênent pas pour parler à voix haute des différents diagnostics, des antécédents héréditaires, ou personnels des hospitalisés.

Quant aux soins, malgré la police que doit faire la commission administrative, souvent le chef de service se repose sur un de ses assistants, du travail médical proprement dit. Le grand maître plane dans les hauteurs scientifiques, ne discute que les diagnostics intéressants ; les soins sont donnés par des assistants, ou souvent par des internes, des externes fort respectables certes, mais qui n'ont pas le droit légal d'exercer la médecine.

Si le public savait beaucoup de ces détails, s'il savait que bien fréquemment les pansements sont faits par de simples infirmières expertes certes, mais non surveillées, si ce public ne s'imaginait pas que tout étudiant revêtu d'un sarreau est pour le moins un interne, s'il savait la vérité, il préfèrerait les soins d'un docteur en médecine, soins plus chers il est vrai, mais plus scientifiques.

Mais l'appât du bon marché est plus fort que tout.

A l'hôpital, avec de l'argent, on obtient ce qu'on veut. Certes tous les règlements hospitaliers reproduisent le troisième paragraphe de l'article 20 du règlement modèle : « il est interdit à toutes les personnes attachées au service hospitalier de recevoir aucune rémunération des malades ; — article 58, § 4 : tout infirmier ou servant qui aura accepté un pourboire, ou une gratification, sera immédiatement renvoyé ».

Cependant, tout le monde sait, hormis les administrateurs des hôpitaux, que tout s'achète à l'hôpital, soit avec de l'argent, soit par des cadeaux : le tout est de le faire avec la manière, et, pour le personnel, de savoir accepter, sans se faire prendre. Aux subalternes, l'argent ; au personnel infirmier supérieur, cadeaux divers.

Aussi, les payants sont-ils souvent dans une chambre particulière, ou tout au bout d'une rangée ; ils ont des faveurs, des douceurs, que ne connaissent pas les autres pauvres bougres, soignés comme des indigents.

A l'hôpital, ce qui laisse beaucoup à désirer, c'est la nourriture : les prix de l'alimentation sont trop élevés et la surveillance culinaire parfois illusoire. Les malades payants laisseront cette pâture grossière aux indigents pour absorber les mets qu'on leur apporte du dehors.

Disons enfin qu'à côté de ces exploiteurs de la charité publique, il existe une très nombreuse catégorie de malades, qui sont socialement très intéressants. Ce sont ceux appartenant aux classes moyennes, à cette petite bourgeoisie, qui est en train de disparaître, vu la dureté des temps.

Employés, artisans, petits patrons ou modestes commerçants, voire même professions libérales, légion sont ceux qui ne sont pas assez miséreux pour se faire inscrire à l'assistance médicale gratuite et pouvoir, comme tels, entrer gratuitement à l'hôpital.

Mais, ils sont trop pauvres pour faire les frais d'une maison de santé et y payer les honoraires élevés d'un médecin, ou surtout d'un chirurgien. Ce sont ceux-là qui sont intéressants, lorsqu'ils viennent frapper à la porte de l'hôpital.

Pour eux, l'établissement hospitalier peut faire fonction de maison de santé à bon marché. Nous reviendrons plus loin sur ce problème social.

Pourquoi existe-t-il si peu de maisons de santé à bon marché ?

Les cliniques privées sont dans l'obligation de demander des prix de journée assez élevés.

Tout d'abord, un capital doit être engagé : ce capital doit donc retirer rémunération de l'exploitation de la maison.

Je sais bien que beaucoup de chirurgiens organisent à leurs frais une petite clinique, qui est leur propriété, où ils opèrent leurs malades.

Quelques médecins s'installent à frais commun, l'un faisant de la chirurgie, l'autre une spécialité. Cependant les initiatives privées ne sont pas assez nombreuses ; elles sont timides et de trop petite envergure.

Mais, en somme, cette maison de santé n'est qu'un accessoire dans l'exercice de la profession ; les propriétaires-médecins ne cherchent pas à en tirer un bénéfice commercial, puisque la clinique ne leur sert qu'à hospitaliser leurs malades, qu'ils peuvent ainsi mieux soigner.

Cependant, il est obligatoire de demander un prix de journée assez élevé, même si ce prix n'est pas rémunérateur pour le capital engagé.

Les taxes et impôts divers frappent la clinique, alors qu'ils sont épargnés à l'hôpital, parce qu'établissement public. Les assurances, les frais d'entretien, d'amortissement des appareils, la location de l'immeuble, les appointements des infirmières, le prix d'achat des denrées alimentaires, qu'on ne peut pas faire en grande quantité comme dans les hôpitaux, les frais généraux de toutes sortes : bref, les cliniques privées sont grevées très lourdement et ce sont nécessairement les malades qui doivent payer tous ces frais.

Je ne parle pas, bien entendu, de ces maisons luxueuses, à l'usage de gens très riches ; je ne considère que les maisons abordables aux bourses modestes.

Une autre raison, qui entrave l'essor des maisons de santé, c'est la concurrence, consciente, ou involontaire que leur font les hôpitaux du lieu. J'ai déjà traité cette question, dans le *Concours médical* 1923, 2531 : l'admission des malades payants, dans les hôpitaux, peut-elle être considérée comme un acte de concurrence déloyale vis-à-vis des maisons de santé et cliniques privées ?

Pour augmenter leurs ressources, beaucoup d'hôpitaux prennent l'habitude de recevoir des malades payants, qui déboursent un prix de journée rémunérateur pour l'hôpital. L'administration donne le droit de choisir le médecin, parmi le corps médico-chirurgical de l'établissement et d'honorer directement le praticien.

Il en résulte que la clientèle se fait nombreuse, parce que l'hôpital peut faire fonction de maison de santé, à des prix inférieurs à ceux de la clinique privée, sans léser les droits des médecins d'hôpitaux, qui peuvent toucher une rémunération de qui peut payer.

Mais il en découle aussi une concurrence pour les médecins qui ne font pas partie de l'hôpital et qui voient leurs clients être accaparés par le corps médical hospitalier.

Lorsque le titre de médecin des hôpitaux est donné au concours, on peut discuter le point de vue déontologique ; mais lorsque ce titre est donné à la faveur, à la recommandation, comme cela se fait pour nombre d'hôpitaux de province, les autres docteurs de l'endroit ont parfaitement raison de protester, lorsqu'ils voient leur clientèle être détournée au profit des titulaires de l'hôpital.

En outre, n'oublions pas que l'hôpital est un centre d'enseignement. Bien souvent, un chef de service fait entrer un malade, dans ses salles, parce qu'intéressant.

Que de fois, dans notre clientèle, n'entendons-nous pas des malades, ayant auto, se vanter d'avoir été opérés à l'hôpital, grâce à la recommandation d'un directeur, d'un économe, d'une infirmière-chef, ou du médecin du service. Ces clients ont payé le prix de journée, gratifié de manières diverses le personnel subalterne, honoré plus ou moins ouvertement le chirurgien ou lui ont fait un cadeau. Ils seraient donc fort surpris si on venait à leur démontrer que leur place n'était pas à l'hôpital, mais dans une clinique privée. Mais, pour obtenir que l'hôpital ne soit réservé qu'aux pauvres, aux nécessiteux et aux personnes de conditions modestes, il faudrait réformer la mentalité des administrateurs des hôpitaux et celle du corps médico-chirurgical de ces établissements.

D'autre part, et ici, n'en déplaise à mes confrères, je suis obligé d'avoir une franchise que d'aucuns trouveront quelque peu brutale : ces maisons de santé à bon marché sont l'apanage, ou de médecins et chirurgiens de villes secondaires, ou, dans les grandes villes, de chirurgiens n'ayant pas de titres officiels.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux voient souvent d'un mauvais œil ces cliniques à bon marché. Pour ces maîtres, hors de leur clientèle (au sens romain du mot) point de salut. Eux, ou leurs élèves, opèreront, ou dans une maison de santé luxueuse, ou à l'hôpital.

Et cependant, ils sont nombreux ceux qui ne demandent qu'à vivre honorablement de leur profession, ceux dont le bistouri est aussi bien conduit que par une main titrée, ceux qui réussissent beaucoup d'opérations chez les gens de condition modeste, en se contentant d'honoraires modestes.

C'est question de déontologie que le corps médico-chirurgical des hôpitaux sera obligé, un jour, de discuter, en toute franchise, avec ceux, qui, sans titre officiel, sont désignés sous le vocable de praticiens.

Orientation scientifique des hôpitaux modernes.

Qu'elles le veuillent, ou s'y refusent, les commissions hospitalières sont conduites à se plier aux directives de la science moderne. Il faut reconnaître que des efforts merveilleux ont été faits, surtout dans les hôpitaux de grande ville. Certains établissements hospitaliers sont actuel-

lement dotés des installations les plus modernes, tant chirurgicales que spéciales.

Malheureusement, sont nombreux aussi les endroits où l'hôpital n'a qu'une installation rudimentaire, soit pauvreté du budget hospitalier, soit manque d'initiative, ou craintes exagérées des membres de la commission administrative.

Voici le véritable nœud de la situation actuelle : l'hôpital n'est plus fait uniquement pour servir d'hôtellerie aux pauvres et aux malades. Ceux-ci doivent être soignés et guéris avec toutes les ressources actuelles de la science médicale ; les clients payants frappent à la porte de l'établissement, demandant d'y trouver le retour à la santé. Les commissions administratives sont bien obligées de moderniser leurs salles et de créer des installations de spécialités.

Mais, où prendre l'argent, alors qu'on a toutes les peines du monde à ne pas avoir des déficits annuels trop considérables ?

Dans une enquête faite par M. Cros Mayrevieille, dont le nom fait autorité en matière hospitalière, nous relevons les cris d'alarme des commissions administratives des hôpitaux (*Revue philanthropique*, 15 février 1921). Le vice-président de la commission d'Orléans pose très nettement le problème, lorsqu'il déclare : « Les perfectionnements de la science obligent les commissions administratives à apporter certaines améliorations et à procéder à des installations modernes ; la guerre a fait apparaître la supériorité de certaines méthodes de chirurgie ; la radiologie a fait des progrès sensibles ; l'ophtalmologie est pratiquée maintenant avec des appareils et des procédés nouveaux ; la vénéréologie fait l'objet de toute l'attention des pouvoirs publics ; des dispensaires ont été créés dans la plupart des hôpitaux, etc. Les charges et les besoins des hôpitaux sont donc devenus plus nombreux et le deviendront plus encore dans la suite. En face d'une situation nouvelle, il y a lieu de recourir à des moyens nouveaux. »

Et M. Cros-Mayrevieille conclut son travail, en montrant la détresse actuelle des hôpitaux, qui, non seulement ne peuvent pas se transformer et se moderniser, mais ne sont même plus capables d'entretenir ce qui existait avant la guerre.

« Ce qui paraît s'imposer immédiatement, c'est la possibilité, pour les hôpitaux, de récupérer de leurs débiteurs (communes, département, Etat, service de santé militaire, compagnies d'assurances contre les accidents du travail, particuliers non indigents), le montant intégral des dépenses engagées pour subvenir aux besoins des assistés, en y comprenant les frais généraux d'entretien et de perfectionnement. »

Cependant, nombreuses sont les communications et publications qui rapportent la richesse d'installation des hôpitaux rhénans. Ces établissements sont dotés de tous les perfectionnements modernes tant pour le confort que pour le côté technique et médical.

Est-il donc impossible de faire autant, sinon mieux, en France ?

A cela, il faut répondre que dans notre pays, l'hospitalisation est laissée, depuis toujours, à l'initiative privée. La charité individuelle, la bienfaisance privée a suppléé à la carence de l'assistance d'Etat. On peut dire que l'anarchie la plus absolue existe, en ce qui concerne cette manière d'hospitalisation : chaque établissement est autonome et s'organise, s'administre comme il le veut, ou comme il le peut. La tutelle préfectorale est plus une gêne, une entrave, qu'une garantie pour le public.

Ne conviendrait-il pas, dès lors, de faire table rase des errements passés, et d'envisager hardiment le problème de l'hospitalisation sur les bases de la science et de la sociologie actuelles ?

Conclusions.

L'intérêt supérieur des malades exige que ceux-ci puissent recevoir les soins nécessaires à leur état, quelque puisse être leur situation de fortune.

En second lieu, l'économie politique moderne impose des traitements énergiques, adéquats aux données de la science moderne, parce que le travailleur ne doit pas rester longtemps invalide, puisqu'il est un facteur de la production nationale.

L'hôpital, où doivent être soignés les indigents, doit être à même de traiter ces derniers, avec tous les perfectionnements scientifiques. Ce sont donc des transformations profondes à prévoir, tant en outillage qu'en constructions de pavillons et salles de malades.

Vivant dans des conditions d'hygiène déplorable, chez eux, dans leurs taudis, ces indigents sont fréquemment des porteurs de germes et, au siècle où l'on se targue de faire de l'hygiène, il ne faudrait pas qu'on puisse continuer à dire, avec Archembaut : « Les malades ne meurent pas toujours de l'affection, pour laquelle ils sont entrés à l'hôpital, mais trop souvent de celle qu'ils y ont contractée. »

N'est-ce pas hélas, la vérité, pour les hôpitaux d'enfants ? L'idéal serait la construction de box pour isolement individuel pendant les premiers jours, comme cela se pratique à l'hôpital Pasteur, à Paris.

Dans le même ordre d'idées, comme le fait remarquer le Dr Hougardy, de Liège (*Le Scalpel*, 27 août 1921), il ne faut pas oublier que l'hôpital est un centre d'enseignement, tant pour les étudiants, futurs propagandistes des notions d'hygiène, que pour les infirmières hospitalières, ou futures visiteuses d'hygiène.

Si l'on veut que ces notions soient observées par les populations, il faut que le bon exemple soit donné par le corps médical et que de bonnes habitudes soient prises au centre d'enseignement pratique, c'est-à-dire à l'hôpital.

D'autre part, avec les indigents doivent être reçus à l'hôpital des demi-pauvres, des nécessiteux. Toutes autres personnes doivent rester en dehors de l'hôpital et doivent être reçues dans les maisons de santé.

Si celles-ci sont trop chères, qu'un certain nombre d'entre elles, contractant avec les communes, ou avec l'Etat, soient dégrevées d'impôts, et autres taxes et puissent, de concert avec l'hôpital, bénéficier d'achats en commun, ou autres.

Moyennant ces avantages, ces maisons de santé à bon marché pourront recevoir facilement les gens de condition moyenne.

Aux termes de la loi du 7 août 1851 et du règlement modèle des hospices et hôpitaux, ces établissements publics ne peuvent recevoir de malades payants (en dehors des demi-pauvres) que s'il n'existe pas de maisons de santé dans la commune, ou s'il y a impossibilité de transporter le malade dans une clinique.

Cependant, je sais que bien des hôpitaux retirent un certain profit de l'admission des malades payants. Pourquoi ne pas établir franchement et ouvertement un *modus vivendi*, qui respecterait les intérêts en présence : celui des malades pauvres ou riches, celui des commissions hospitalières, celui des médecins ?

Après entente avec le corps médical local, je verrais fort bien l'organisation, à l'hôpital, d'une maison de santé, à prix variables selon le confort et le luxe, dans laquelle seraient reçus les malades payants, comme dans une clinique privée. Ces malades auraient le libre choix de leur médecin et rémunèreraient celui-ci selon les règles habituelles des maisons de santé.

Dans les petites localités, l'hôpital fait fonction de maison de santé, depuis quelques années ; un règlement modèle arrêté par le ministre du Travail, après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, consacrerait cet état de choses.

Dans les grandes villes une partie, ou un hôpital entier peut être désaffecté et consacré aux malades payants.

Utopie, m'a-t-on dit, en 1920, lorsque j'ai fait pareille proposition au Conseil supérieur et dans le *Concours*. Cette utopie sera la vérité de demain, lorsqu'à la suite du vote de la loi sur les assurances sociales, l'admission des indigents sera devenue la minorité à l'hôpital et que l'établissement devra servir en qualité de maison de cure et de diagnostic.

Dans l'intérêt supérieur des malades, il importe de faciliter l'hospitalisation de tout malade, quelle que soit sa situation de fortune. Si l'Etat, le département, ou la commune ne veut pas s'en charger directement et, respectueux de la loi et des règlements, entend n'hospitaliser que les pauvres et les nécessiteux, que la collectivité encourage et favorise l'initiative privée, en diminuant les charges qui grèvent le budget des maisons de santé à bon marché.

En d'autres termes, faut-il, dès à présent, prévoir la transformation scientifique, professionnelle et sociale que provoqueront les futures assurances, faut-il s'en préoccuper et en discuter l'organisation ? Faut-il, au contraire, attendre, se maintenir dans les errements actuels et se laisser surprendre par la marche toujours incessante d'un peuple vers le progrès ?

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en médecine
Docteur en droit.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La morbidité dans le Corps médical (1).

(Suite)

Je vais aborder aujourd'hui plus spécialement l'examen des diverses maladies qui, depuis trente ans, ont frappé et arrêté, dans l'exercice de leur profession, nos sociétaires de la Seine, du Nord, de l'Isère, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde et de la Loire-Inférieure.

Cette étude, je l'ai dit, sera forcément très incomplète puisqu'elle ne portera que sur 338 membres de la M.F., soit 104 de la Seine, 62 de la Gironde, 53 du Nord, 45 de l'Isère, 40 de la Loire-Inférieure et 34 des Bouches-du-Rhône. Je n'ai pas compté ici ceux qui ont dû démissionner après un temps très court de sociétariat ; mais si je note qu'au moins 672 cas d'incapacité de travail ont été inscrits et indemnisés, d'autre part, je constate que 68 de ces sociétaires n'ont pas encore été malades. Et cette première constatation me permet de faire remarquer que 80 % de nos membres ont payé leur tribut à la maladie au cours de 30 années d'exercice.

Que ce pourcentage fasse réfléchir ceux qui croient que le médecin n'est jamais malade et n'a pas à se préoccuper de ce risque !

Cela dit, et avant d'aller plus loin, je ferai une autre remarque. Presque tous les sociétaires qui ont été malades, l'ont été plusieurs fois. J'ai noté 672 incapacités de travail ; j'aurais pu en inscrire davantage. Mais j'ai dû laisser de côté près de

(1) *Concours Médical*, nos 13 bis et 16.

deux cents cas pour lesquels le diagnostic fourni était d'un hermétisme désespérant. Certains de nos confrères ont un tel souci de sauvegarder le secret professionnel, ou ont si peu confiance en notre discrétion, qu'ils évitent avec le plus grand soin le moindre détail sur ce qu'ils ont. J'ai donc dû éliminer un certain nombre de cas trop vagues pour que je puisse en faire état et je me suis borné à relever ceux qui me semblaient assez clairs et assez précis.

Il est évident que des observations semblables sont trop restreintes pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives et mon étude n'offrira tout son intérêt que lorsqu'elle portera sur la totalité de notre effectif présent et passé. Cependant ce premier coup de sonde va nous donner d'ores et déjà des indications précieuses sur la façon dont le médecin français réagit à la maladie, quand c'est sur lui qu'elle s'abat.

***

Pour la commodité de l'exposition, j'ai classé les différentes maladies en 32 catégories nosologiques, les unes très définies, comme la scarlatine ou l'appendicite, les autres plus compréhensives, plus arbitraires peut-être, comme les abcès, les accidents, les cardiopathies, etc. ; mais il m'a semblé que cette catégorisation s'imposait, sous peine de m'entraîner à étudier chaque cas particulier, ce qui, non seulement eût donné à mon travail une extension énorme, mais surtout ne m'eût pas permis d'envisager des indications d'ensemble, seules intéressantes ici.

Je vais donc, tout d'abord, dresser un tableau récapitulatif, donnant par département et par catégorie le nombre des cas déclarés, et les indemnités versées, aiguës à 10 fr. par jour, et chroniques à 100 fr. par mois, dans chaque département. Pour simplifier, je négligerai les francs et les centimes. Ce tableau permettra de saisir d'un seul coup d'œil l'ensemble de la situation. Il ne me restera plus qu'à l'analyser.

Observons en passant que le total des indemnités à 10 fr. par jour se monte à 200.000 fr., et que celui des indemnités à 3 fr. 33 atteint 173.000 francs. C'est montrer une fois de plus quel rôle important la chronicité joue dans notre affaire.

***

Analysons maintenant le tableau en détail : Sous la rubrique *abcès*, j'ai compris toutes les espèces de suppurations ou d'infections locales relevées dans mes dossiers ; ce sont surtout des furoncles ou de la furonculose, des piqûres septiques, des anthrax, des panaris, des phlegmons, des lymphangites, des périostites alvéolo-dentaires. En tout j'en compte 60 cas, c'est-à-dire près du dixième du total des incapacités constatées. Mais ils ne nous ont coûté que 15.000 fr., soit 4 % seulement du total de nos indemnités.

Les abcès divers sont donc une cause d'incapacité relativement fréquente mais d'assez courte durée ; sur mes 60 cas, 3 seulement ont dépassé 60 jours. Et je n'ai rien relevé d'autre méritant d'être signalé à ce sujet.

La catégorie *accidents* comprend les cas les plus variés, piqûres, coupures, brûlures, chutes, contusions, entorses, luxations, fractures, et ne présente en somme rien de spécial à noter chez nos sociétaires.

J'ai seulement recherché quel rôle pouvaient jouer ici les divers moyens de locomotion. Sur 93 sinistres, j'ai relevé une douzaine d'accidents d'automobile, autant d'accidents de bicyclette, et cela principalement chez nos confrères les plus jeunes, en général ; les aînés sont plutôt victimes d'accidents de voiture, de tramways (dans les villes), de coups de pieds de chevaux, (à la campagne) ; mais il faut nous attendre à voir le premier groupe remplacer de plus en plus le second. Les entorses, les fractures sont assez fréquentes ; j'ai remarqué le caractère récidivant des entorses : un de nos adhérents en a déjà eu 6 pour sa propre part : les fractures du poignet par retour de manivelle sont au nombre de 12 ; la mise en marche par magnéto les raréfie ces dernières années. Je note 8 chutes, 5 brûlures, 10 fractures de côtes, bras ou jambes ; la majorité de ces derniers accidents se montre entre 40 et 50 ans : leur nombre s'égalise entre chaque région, en tenant compte du nombre des adhérents dans chaque département. Une douzaine de sinistres ont duré plus de 60 jours ; le plus grave, une fracture de jambe, a duré 4 mois et demi ; aucune fracture du col du fémur à noter. En somme, malgré le nombre des accidents déclarés, je ne constate rien de bien particulier au corps médical ; les 30.000 fr. qu'ils nous ont coûtés s'expliquent par la fréquence des sinistres plutôt que par leur gravité ; nous avons en moyenne un accident pour sept maladies ; ce rapport vaut d'être noté, quoique l'enquête fufure sur toute la France puisse le modifier.

Les *angines* me donnent 27 incapacités avec un total de 482 journées au plein tarif, et sans un seul jour de chronicité. C'est le département des Bouches-du-Rhône qui m'en fournit le plus ; 10 cas sur 27, et sur 34 adhérents relevés dans ce département.

Les affections de la *région anale* ont été rares ; 7 cas seulement dont 5 pour fistules ; le plus long n'a duré que 27 jours.

L'*appendicite* donne 9 arrêts, dont une mort et 2 interventions suivies de guérison ; les autres cas n'ont duré que quelques jours. La Loire-Inférieure et les Bouches-du-Rhône ne fournissent aucun sinistre de ce genre.

Les *arthrites et rhumatismes* ont arrêté 41 sociétaires, surtout des Parisiens et des Nantais ; 2 seulement ont été malades plus de 60

TABLEAU RÉCAPITULATIF

de la morbidité médicale dans les départements ci-dessous.

MALADIES	Seine			Gironde			Nord			Isère			Loire-Inférieure			Bouches-du-Rhône			Totaux		
	Nombre de cas	Indemnités aiguës	chron.	Cas	aigus	chron.	Cas	aigus	chron.	Cas	aigus	chron	Cas	aigus	chron.	Cas	aigus	chron	Cas	aigus	chron.
Abcès	26	6.270	»	5	1.150	»	10	2.770	»	8	1.320	400	6	2.070	100	5	1.080	»	60	14.660	500
Accidents	20	6.940	340	16	5.660	430	16	4.340	200	24	5.550	260	6	960	»	11	5.010	130	93	28.410	1.360
Angines	6	680	»	4	1.090	»	3	490	»	3	680	»	1	170	»	10	1.710	»	27	4.820	»
Région anale	2	420	»	»	»	»	1	110	»	»	»	»	3	620	»	1	210	»	7	1.360	»
Appendicites	2	360	»	2	1.120	»	3	540	»	2	200	»	»	»	»	»	»	»	9	2.220	
Arthritisme et rhumatismes	18	6.720	»	8	2.310	150	6	2.060	»	2	210	»	6	1.250	30	1	430	»	41	12.900	180
Asthénies	7	3.600	11.000	»	»	»	2	740	300	»	»	»	1	400	»	1	190	»	11	4.930	11.300
Asthme	1	440	»	5	1.400	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1.840	»
Bronchites	8	2.050	110	7	1.860	»	2	740	»	1	280	»	8	3.630	»	3	1.080	»	29	9.640	410
Cancers	»	»	»	1	460	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	550	»	2	1.010	»
Cardiopathies	2	1.290	12.000	1	1.800	14.200	1	600	3.600	2	1.200	440	3	11.90	14.400	1	600	1.800	12	6.680	46.440
Cerveau et moelle	5	3.000	6.140	»	»	»	1	440	»	1	600	500	2	750	1.500	»	»	»	9	4.790	8.140
Diphtérie	1	600	360	1	200	»	»	»	»	1	260	»	1	130	»	1	240	»	5	1.430	360
Entérites	5	1.880	»	3	1.330	1.700	5	1.190	»	6	1.620	»	»	»	»	3	920	240	22	7.540	1.940
Erysipèle	2	430	»	»	»	»	1	540	»	1	80	»	1	340	»	»	»	»	5	1.390	»
Estomac	1	600	100	4	920	80	»	»	»	3	1.120	»	»	»	»	1	50	»	9	2.650	80
Foie	5	2.350	340	1	120	»	3	1.100	200	3	380	»	5	1.780	2.700	1	530	»	18	6.260	3.240
Organes génitaux	2	520	»	3	1.030	100	1	210	»	1	510	»	»	»	»	»	»	»	7	2.270	100
Grippe	58	14.600	»	40	8.330	»	24	4.780	300	9	2.190	200	20	4.610	300	21	4.380	»	172	38.920	800
Intoxications	1	80	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	80	»
Névrites et sciatiques	7	1.750	200	1	90	»	3	1.200	200	7	2.100	»	2	320	»	2	670	»	22	6.130	400
Œil	5	2.170	8.800	3	780	»	1	120	»	7	930	»	1	600	12.000	2	970	2.400	19	5.570	32.200
Oreilles	1	600	30.000	1	150	»	1	600	4.800	»	»	»	1	600	50	»	»	»	4	1.950	34.850
Paludisme	»	»	»	1	635	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	635	»
Parotidites	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	130	»	1	240	»	»	»	»	2	370	»
Peau	2	580	»	1	300	»	»	»	»	4	1.920	»	1	370	»	»	»	»	8	3.170	»
Phlébites	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	250	»	1	80	»	2	330	»
Poumons	5	1.770	500	8	2.870	500	4	2.180	1.800	3	1.860	2.400	6	2.710	1.600	11	5.320	8.700	37	16.710	15.500
Reins et vessie	5	1.600	200	5	1.970	10.800	1	150	»	3	1.800	12.050	3	1.320	»	1	600	150	18	7.440	23.200
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	630	»	»	»	»	1	410	»	3	1.040	»
Sinusites	»	»	»	»	»	»	1	200	»	1	530	»	1	90	»	»	»	»	3	820	»
Fièvre typhoïde	1	350	»	1	210	»	1	505	»	2	910	»	1	600	100	2	1.200	400	8	3.820	500

jours et cependant ces maladies nous ont coûté plus de 13.000 fr.

Dans les *asthénies*, j'ai rangé les dépressions simples, la neurasthénie normale et les états mélancoliques (je n'ai relevé aucun cas de psychasthénie). Je trouve 11 cas, 1 de dépression banale, 2 de neurasthénie, 8 de mélancolie ; tous évoluent de 45 à 60 ans. Mais toutes les mélancolies ont duré plus de 60 jours. L'un de ces malades est devenu chronique et est à la charge de notre société depuis plus de 8 ans. C'est Paris qui paye à la mélancolie le plus lourd tribut ; nous avons déjà payé 14.600 fr. rien que pour la Seine sur les 16.230 fr. versés pour l'ensemble de nos 6 départements.

L'*asthme* n'a sérieusement touché que 2 sociétaires, un Parisien et un Girondin ; ce dernier a déjà été malade 140 jours en 5 fois. J'ai donc ici 6 cas avec 1.840 fr. d'indemnités.

Les *trachéo-bronchites* simples ont atteint 25 sociétaires, dont l'un a eu 3 crises et un autre 2, soit en tout 29 cas, 964 jours à 10 fr., 4 mois et 3 jours chroniques, soit un total dépassant 10.000 fr. La Loire-Inférieure est ici le département le plus touché ; l'Isère ne donne qu'un seul cas.

Les *cancers* semblent rares à la Mutualité Familiale ; je n'en relève que 2 cas, un de la peau, un de l'œsophage, avec en tout 101 jours d'arrêt.

Quant aux *cardiopathies*, crises d'asystolie, aortites, affections mitrales, myocardites, etc., si leur nombre n'est pas élevé, 12 seulement, la durée de leur évolution est telle qu'elle fait de ces affections notre risque le plus lourd, Sur ces 12 sociétaires, 10 ont été de nos chroniques, de 8 mois à 12 ans. Aussi trouvé-je pour 668 jours d'indemnités à 10 fr., 38 ans et 8 mois de chronicité, avec 53.120 fr. versés à 12 sociétaires seulement. Cette constatation doit rendre notre Conseil d'administration très circonspect dans ses admissions quand le cœur d'un candidat lui semble suspect ; et je ne saurais trop attirer sur ce point l'attention de nos examinateurs. Il peut paraître bien sévère de refuser un confrère qui ne présente qu'un simple souffle à la base ; mais mon enquête, dès maintenant, justifie et légitime cette sévérité ; on ne meurt pas fatalement d'une affection cardiaque ; mais on en reste vite et longtemps infirme. Les cardiopathies à elles seules nous coûtent ici le septième du total des indemnités versées.

Comme affections *cérébrales* et *médullaires*, nous rencontrons 5 cas dans la Seine, 1 dans le Nord et l'Isère, 2 dans la Loire-Inférieure, aucune ni dans les Bouches-du-Rhône, ni dans la Gironde : on a sans doute la tête solide à Marseille et à Bordeaux ! Ces 9 cas se répartissent ainsi ; 6 hémorragies cérébrales, une myélite, une encéphalite, une maladie de Parkinson ; mais la durée des hémiplégies fut naturellement longue, de 14 à 30 mois et le total des indemnités versées pour ces 9 cas se monte à près de 13.000 francs. On le voit, il s'agit encore ici d'un risque fort lourd. Tous ces malades ont de 50 à 60 ans. Je ne saurais donc trop recommander à nos examinateurs l'examen des réflexes et de la tension artérielle chez les candidats que nous leur envoyons, surtout quand ces derniers atteignent ou dépassent la quarantaine.

La *diphtérie* est rare chez nous, 5 cas seulement ont émargé à notre caisse et pour la faible somme de 1790 fr. Un seul de nos adhérents fut sérieusement atteint à l'âge de 28 ans ; il fut malade près de 6 mois.

Les *entérites* ont causé 22 incapacités, dont 3 seulement ont dépassé 60 jours ; il s'agissait alors d'obstructions intestinales avec interventions chirurgicales. Les autres cas, survenant un peu à tous les âges, n'ont eu qu'une durée assez courte, et les indemnités versées ne se montent qu'à 9.480 fr.

L'*érysipèle* est rare : 5 cas, 139 jours d'arrêt ; 1390 fr. d'indemnités : Marseille et Bordeaux en sont encore indemnes.

Les maladies de l'*estomac*, embarras gastriques, gastrites, dyspepsies, ulcères, etc., ne donnent que 9 cas, d'âges variés, d'incapacités de 4 à 6 semaines, pour une somme globale de 2.530 francs.

Les affections du *foie*, coliques hépatiques, ictères, cirrhoses, diabètes, etc., fournissent 18 cas dont 4 pour le diabète : 3 de ces derniers furent sérieux : un de nos malades fut enlevé en 10 jours ; un autre fut malade 5 mois ; un autre plus de 2 ans. Les ictères, les coliques hépatiques eurent une durée moyenne de 3 à 4 semaines ; mais je dois y ajouter les cures thermales qu'elles entraînent et qui, nous l'espérons, restreignent les récidives ; c'est surtout de 50 à 60 ans que nos confrères sont atteints de ces affections hépatiques. Elles ne semblent cependant pas constituer pour nous un risque très sérieux, puisque ces 18 cas n'ont coûté à notre Caisse que 9.500 fr. y compris les 2 ans de chronicité de notre diabétique.

Dans le cadre des affections des *organes génitaux*, orchites, hydrocèles, uréthrites, etc., j'ai incorporé les *hernies*. Or, je ne trouve dans mes dossiers que 4 cures radicales de hernies, 1 orchite, et 1 accouchement, soit en tout 7 incapacités ayant coûté 2.770 francs.

Arrivons à la *grippe* :

Par grippe, j'entends tout ce que nos confrères ont réuni sous ce vocable assez généralisateur, rhumes, rhino-pharyngites, laryngites catarrhales, états fébriles généraux avec leurs multiples manifestations respiratoires, circulatoires, digestives ou nerveuses. Il m'eût été fort difficile d'envisager en groupes distincts ces mani-

festations, car les renseignements fournis par mes correspondants sont, à ce point de vue, d'un vague désespérant. « Grippe » cela peut tout dire et aussi tout cacher, même des tuberculoses qu'on ne veut avouer à personne, ni à soi-même souvent. Quoi qu'il en soit, c'est la grippe, qui est notre grand fléau ; c'est elle qui, chaque jour, met sur le flanc le plus grand nombre de nos confrères. Heureusement pour eux, il est rare qu'elle dure longtemps ; peu de cas dépassent 6 semaines ; la plupart se jugulent en 3 à 4 semaines ; 3 confrères seulement ont été malades plus de 150 jours, sans doute à cause de complications qu'on n'a pas cru devoir me préciser.

Je relève dans nos 6 départements 172 arrêts de travail pour grippe avec près de 40.000 fr. d'indemnités, dont 800 fr. seulement de chronicité.

Au point de vue Caisse mutuelle, la grippe nous coûte donc moins cher que les cardiopathies. Mais au point de vue professionnel et social, c'est évidemment elle qui cause le plus gros préjudice à l'exercice médical ; elle représente à elle seule le quart des incapacités déclarées.

Le paragraphe des *toxicomanies* sera court ; un seul cas de cocaïnisme avec seulement 8 jours d'arrêt. Mais j'ai de fortes raisons pour dire qu'il ne faut pas s'illusionner sur ce chiffre : on est loin de tout m'avouer ; d'ailleurs l'usage des toxiques, si fréquent dans le corps médical, entraîne rarement la cessation de travail. Donc, à la M.F., nous n'aurions de raisons d'en entendre parler qu'à l'occasion de cures de sevrage. Or, jusqu'à présent aucun de nos adhérents ne nous a jamais rien demandé à cette fin. C'est tout ce que je puis en dire.

J'ai réuni dans un même groupe les *névrites*, les *névralgies*, les *lumbagos* et les *sciatiques*. Peut-être, nosologiquement parlant, va-t-on trouver la chose un peu osée ; mais je cherche à simplifier le plus possible ma classification. Je note ici 22 incapacités, dont 10 lumbagos, 7 sciatiques et le reste en névralgies diverses. A deux exceptions près, tous ces malades tournent autour de la cinquantaine. Pour 613 journées aiguës et 4 mois de chronicité, ils nous ont coûté 6.530 fr. C'est ici l'Isère qui fournit le plus gros pourcentage.

Les affections de l'*œil* se classent ainsi : 3 conjonctivites, 4 kératites, 2 glaucomes, 2 rétinites, 1 cataracte, 7 iritis, 2 amauroses ; mais là, 4 cas de chronicité alourdissent gravement notre risque. Pour 19 malades, 4 ont suffi pour accumuler 19 années de chronicité et les maladies des yeux nous ont coûté jusqu'ici dans ces 6 départements seulement 28.770 fr.

J'en dirai davantage encore des affections de l'*oreille*. 4 cas seulement, 2 otites et 2 surdités se trouvent dans mon relevé. Mais un de nos sourds, vieillard de 78 ans, est chronique depuis 4 ans, et l'autre, sourd à 40 ans, est à notre charge depuis 25 années. Ces 4 malades nous coûtent actuellement 36.800 fr., presque autant à eux 4 que mes 172 grippés !

Aussi ne saurais-je trop insister près de nos examinateurs pour les prier de veiller avec soin à l'intégrité des organes de la vision et de l'audition. On peut garder une excellente santé en devenant sourd ou aveugle, mais on ne peut plus exercer la médecine. Le pauvre confrère sourd depuis 25 ans, a actuellement reçu de la M.F., près de 30.000 fr. contre ses 1.855 fr. de cotisations. Nous avons été trop heureux de pouvoir lui rendre un tel service ; mais faut-il encore que de pareilles charges soient exceptionnelles ; et voilà pourquoi le Conseil est si sévère pour tout candidat ayant fait de l'otite moyenne.

Le *paludisme* inquiète souvent certains membres du Conseil. Je n'en relève ici, en 30 ans, qu'un seul cas, avec 70 jours d'incapacité. Il est vrai que nous ne prenons les paludéens que sous les plus expresses réserves.

Les *parotidites*, les oreillons, sont rares également. 2 cas avec 37 jours d'arrêt m'ont seuls été déclarés.

Les maladies de la *peau*, eczémas, pelades, etc., donnent 8 cas avec 317 jours d'arrêt, soit 3.170 fr. d'indemnités. Un confrère de l'Isère, avec 4 crises successives, a touché à lui seul plus de 1.900 fr.

Deux cas seulement de *phlébites*, avec en tout 33 jours d'arrêt.

Et j'arrive aux affections des *poumons*.

J'y ai compris les pleurésies et pleurites, les congestions pulmonaires, les broncho-pneumonies et la tuberculose. Je n'étonnerai personne en disant que ces maladies frappent lourdement le médecin.

Ce sont les départements des Bouches-du-Rhône et de la Gironde qui ont en cette catégorie le plus de malades. Marseille et Bordeaux ont plus de tête que de souffle, sans doute ! Sur 37 cas signalés, la Gironde en a 8 et les Bouches-du-Rhône 11. Ce sont les congestions pulmonaires et les broncho-pneumonies qui dominent avec 22 cas. La tuberculose ne m'est signalée que dans 5 cas ; mais je dois y ajouter 3 pleurésies qui pourraient bien être de même nature. Malgré tout, la tuberculose ne donne pas le pourcentage auquel on aurait pu s'attendre, au moins dans nos départements, et les broncho-pneumonies, grippales sans doute, y sont nettement plus fréquentes.

Comme durée, nous avons évidemment affaire à des maladies longues : nos tuberculoses ont arrêté les patients de 5 à 20 mois ; l'une d'elles a duré près de 8 ans. Naturellement, au point de vue pécuniaire, ces maladies sont lourdes pour nos malades et pour nous, puisque pour 37 cas,

je note 13 ans de chronicité et 32.200 fr. d'indemnités. Et encore, il s'agit de départements assez favorisés ; n'avons-nous pas eu dans un autre département du Midi, un bacillaire qui, à lui seul, nous a coûté plus de 22.000 fr. ?

L'état pulmonaire de nos candidats doit donc être étudié avec le plus grand soin : il suffit de très peu de mauvaises recrues pour obérer fortement notre Caisse.

J'en dirai autant des affections des *reins* et de la *vessie*. On devient facilement chronique avec de mauvais reins ; 18 cas seulement nous ont coûté 30.600 fr., avec plus de 19 ans de chronicité. Les plus onéreux sont les albuminuriques et les prostatiques : au contraire, les coliques néphrétiques sont en général de courte durée. A lui seul un de nos prostatiques a déjà reçu près de 18.000 fr.

La *scarlatine* n'a à son actif que 3 cas avec 104 jours d'incapacité.

3 cas également avec 82 jours d'arrêt pour les *sinusites*.

Enfin, la *fièvre typhoïde* ne nous fournit que 8 malades avec 382 journées à plein tarif et 5 mois de chronicité, soit 4.340 fr. d'indemnités.

***

Telles sont les maladies bien déterminées que j'ai relevées depuis 30 ans dans nos six départements.

Il ne faudrait pas tirer des chiffres que je viens de donner des conclusions hâtives : le travail que je viens d'esquisser n'est qu'un essai très limité et il se peut que dans d'autres régions je trouve une répartition des manifestations pathologiques et des pourcentages tout à fait différents de ceux que je viens de donner. J'ai cependant l'impression que ce coup de sonde autour de la France me fournit une moyenne qui ne doit pas être très éloignée de celle que je tirerai de mon enquête sur l'ensemble de notre effectif. C'est là le travail qui m'attend ; il va, je le sais, me demander de longs mois de recherches ; j'aurai à établir plus de 2.500 fiches avant de commencer mes calculs, mes relevés et ma rédaction ; je vais y consacrer tous les loisirs que me laissera la direction des intérêts dont j'ai la charge par ailleurs.

J'espère, en attendant, que cet article présentera pour nos lecteurs un certain intérêt. Il nous montre déjà ce qu'est la morbidité médicale dans des régions tout à fait variées de notre pays ; il montre aussi le rôle respectif joué par les maladies en cause, le mal qu'elles font au médecin qui en est victime, l'entrave qu'elles apportent à l'exercice de la profession, les dépenses qu'elles imposent à nos Caisses, la nécessité évidente et flagrante dans laquelle elles mettent tout médecin soucieux de son avenir de se garantir contre les risques qu'elles lui font courir.

Notre actuaire pourra y trouver des éléments intéressants pour ses inventaires ;

Nos confrères examinateurs auront d'ores et déjà leur attention attirée sur les manifestations morbides qui nous font le plus de mal ;

Notre Conseil y puisera des enseignements plus précis, tant pour les admissions des candidats que pour l'administration générale de notre société.

Enfin, scientifiquement parlant, cette enquête préliminaire montre déjà comment le médecin réagit pour son propre compte contre la maladie, et laisse entrevoir tout l'intérêt que pourra présenter le travail complet que le Conseil de direction de la Mutualité Familiale a chargé son secrétaire général d'entreprendre.

Dr H. Mignon.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 3, 17 *et* 31 *mars* 1925.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.755 Le Paumier, Neuilly-en-Thelle (Oise), Syndicat Médical de l'Oise.
6.756 Miot, Ancey (Côte-d'Or), Syndicat des Médecins de Dijon.
6.757 Desvallées, Saint-Jean-de-Daye (Manche), Syndicat Médical de l'arrondissement de Saint-Lô.
6.758 Girod, Carentoir (Morbihan), Parrain : Dr Vimont.
6.759 Adam, 69, rue de Chabrol, Paris. Parrains : Drs Boudin et Duchesne.
6.760 Estivals, Castets (Landes), Syndicat médical des Landes.
6.761 Persin, Salon-de-Provence (Bouches-du-Rhône) Parrains : Drs Souquet et Devaux.
6.762 Monnié, Bordeaux (Gironde), Syndicat médical de Bordeaux.
6.763 Gauvry, Bernay (Eure), Parrain : Dr Mesnil.
6.764 Cadenat, Toulouse (Haute-Garonne). Parrains : Drs Bardin et Mariani.
6.765 Serre, Savonnières (Indre-et-Loire), Syndicat Médical de Tours.
6.766 Richez, Berck-Plage (Pas-de-Calais), Syndicat Médical de Montreuil-Saint-Pol.
6.767 Meizonnet, Mallemort (Bouches-du-Rhône) Parrains : Drs Souquet et Devaux.

6.768 MALOUVIER, Beauvais (Oise), Association des médecins de Beauvais.
6.769 OVIZE, Paris, Syndicat des Stomatologistes français.
6.771 BOUQUIER, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Parrains : Drs Lafontaine et Perin.
6.772 PSAUMÉ, 60, rue de Rennes, Paris, Syndicat des Stomatologistes français.
6.773 DONECHE, Queyrac (Gironde), Syndicat médical du Médoc.
6.774 BOURON, Saint-Jean-d'Angély (Charente-Infér.), Syndicat de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély.
6.775 MOREL, Boulogne (Seine), Parrains : Drs Duchesne et Rey.
6.776 FERRIOT, Saïda (Oran), Syndicat Médical d'Oran.
6.777 L'HIRONDEL, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.778 LENGRAND, Vertain (Nord), Syndicat de Cambrai.
6.779 HÉRIQUE, Gondrecourt-le-Château (Meuse), Parrains : Drs Lapierre et Desjardin.
6.780 MARTIN, Darnieulles (Vosges), Syndicat médical des Vosges.
6.781 BARRAL, Sanvignes (Saône-et-Loire), Syndicat médical de Chalon-sur-Saône.
6.782 BAUDOT, Raon-l'Etape (Vosges), Syndicat des Médecins des Vosges.
6.783 MAQUART, Coincy-l'Abbaye (Aisne), Syndicat Médical de Château-Thierry.
6.784 BOREY, Saulnes (Meurthe-et-Moselle), Syndicat des Médecins de Meurthe-et-Moselle.
6.785 CARREZ, Montret (Saône-et-Loire), Syndicat du Louhannais.
6.786 FAURE-MARGUERIT, Les Abrets (Isère), Syndicat de la Tour-du-Pin.
6.787 CHALMETTE, Troyes (Aube), Syndicat Médical de l'Aube.
6.788 ARMBRUSTER, Troyes (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.789 ALVERGNAT, Vauchassis (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.790 GOUGIS, Romilly-sur-Seine (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.791 MELOIR, Savières (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.792 PIERRE, Troyes (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.793 PICHOT, Brienne-le-Château (Aube), Syndicat médical de l'Aube.
6.794 FORGERON, Saint-Florentin (Yonne), Société des Médecins de l'Yonne.
6.795 AUBERGE, Coubert (Seine-et-Marne), Syndicat médical de Seine-et-Marne.
6.796 DANCOURT, Cambrai (Nord), Président du Syndicat de Cambrai.
6.797 DEFAYE, Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), Syndicat de Villefranche.
6.798 HERBAUX, Saint-André-lez-Lille (Nord), Syndicat médical de Lille.
6.799 QUESNEL, Saint-Pierre-Eglise (Manche), Syndicat médical de l'arrondissement de Cherbourg.
6.800 BÉAL, 140, faubourg Saint-Honoré, Paris, Syndicat des Stomatologistes français.
6.801 DE COOPMAN, Lille (Nord), Syndicat médical de Lille.
6.802 ARNAUD, Bagnols-sur-Cèze (Gard), Syndicat de l'arrondissement de Nîmes.
6.803 C RETTE, Vis-à-Marles (Pas-de-Calais), Syndicat médical de Béthune.
6.804 EVESQUE, Châlons-sur-Marne (Marne), Syndicat médical de Châlons-sur-Marne.
6.805 JEANNENEY, Bordeaux (Gironde), Syndicat des Médecins de Bordeaux.
6.806 JOSEPH-LAFOSSE, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche), Syndicat médical de l'arrondissement de Valognes.
6.807 VALADE, Ansauvillers (Oise), Syndicat des médecins de l'Oise.
6.808 ALLOTTE DE LA FUYE, Châteaubriant (Loire-Inférieure), Parrains : Drs Tissier et Laurans.
6.670 HUBERT, 5, rue d'Edimbourg, Paris, Syndicat des médecins de Saint-Mandé.
6.809 RENEVEY, Janville (Eure-et-Loir), Syndicat médical de Châteaudun.
6.810 GIULIANI, 61, Cours de la Liberté, Lyon, Syndicat des médecins du Rhône.
6.811 EYMARD, Ambert (Puy-de-Dôme), Syndicat médical d'Ambert.
6.812 LE GOURRIEREC, Bagnoles (Orne), Parrains : Drs Peyré et Boignard.
6.813 THIRIET, Rainville (Vosges), Syndicat des médecins des Vosges.
6.814 HUMBERT, Besançon (Doubs), Union Syndicale des médecins du Doubs.
6.815 COUDERC, Catus (Lot), Syndicat médical du département du Lot.
6.816 ROUGEULLE, Evreux (Eure), Syndicat médical de l'Eure.
6.817 REMY, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
8.618 BUSSARD, Bellevue (Seine-et-Oise), Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.
6.819 LEHERISSEY, Villers-sur-Mer (Calvados), Syndicat de Pont-l'Evêque.
6.820 LOZE, Berck-Plage (Pas-de-Calais), Syndicat des médecins du Pas-de-Calais.
6.821 FEIGE, Albertville (Savoie), Syndicat médical de la Savoie.
6.822 MAHÉ, Pléhédel (Côtes-du-Nord), Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Brieuc.
6.823 RAYNAL, Albi (Tarn), Association générale des médecins de France.
6.824 THOMAS, Pamproux (Deux-Sèvres), Syndicat médical des Deux-Sèvres.
6.825 POMMADE, Illats (Gironde), Syndicat médical suburbain de Bordeaux.
6.826 MARTIN-SISTERON, Grenoble (Isère), Syndicat médical de l'Isère.
6.827 VERDIER, Montech (Tarn-et-Garonne), Syndicat de Tarn-et-Garonne.
6.828 BEAUDONNET, Vichy (Allier), Syndicat médical de l'Allier.
6.829 GIRAUD, Montpellier (Hérault), Syndicat médical de Montpellier.
6.830 BURILL, Neuilly-sur-Seine (Seine). Parrains : Drs Boudin et Fraikin.
6.831 COUDERT, Vihiers (Maine-et-Loire), Syndicat de Saumur.
6.832 DE SABOULIN, Marseille, Syndicat médical de Marseille.
6.833 VILLAR, 9, rue Castillon, Bordeaux, Syndicat médical de Bordeaux.
6.834 MARTIN, Grenoble (Isère), Syndicat médical de l'Isère.
6.835 LE MARCHAND, Courdemanche (Sarthe), Syndicat médical du Mans.
6.836 MAC, Le Mans (Sarthe), Parrains : Drs Jousse et Bardon.
6.837 CHARDIN, Saint-Dizier (Haute-Marne), Association des médecins de la Haute-Marne.
6.838 LESCAUX, Lille (Nord), Syndicat médical de Lille.
6.839 MANDROUX, Jarzé (Maine-et-Loire), Association des médecins de Maine-et-Loire.
6.840 PERRIN, Argenteuil (Seine-et-Oise), Syndicat de la banlieue-Ouest.
6.841 THINESSE, Epinal (Vosges), Association Syndicale des médecins des Vosges.

6.842 PASTRE, Saint-Pons (Hérault), Syndicat médical de l'Hérault.
6.843 VOISIN, Sainte-Maure-de-Touraine (Indre-et-Loire), Syndicat médical d'Indre-et-Loire.
6.844 BOULLE, 74, boul. Saint-Germain, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
6.845 LE GAC, Callac (Côtes-du-Nord), Parrains : Drs Trégoat et Le Couëdic.
6.846 SIRAUDEAU, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire), Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saumur.
6.847 AUDUBERT, Tulle (Corrèze), Syndicat des médecins de l'arrondissement de Tulle.
6.848 CAILLET, Amboise (Indre-et-Loire), Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr B. (Loire-Inférieure), ayant gagné le procès en responsabilité qui lui avait été intenté par un client, atteint de radiodermite à la suite d'un traitement par les rayons X, le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat (600 fr. pour deux plaidoiries) et de son avoué (150 fr.).

Le Dr X. est inculpé de complicité de tentative d'avortement, sans aucune preuve que la déclaration de l'inculpé, qui l'accuse d'avoir délivré de l'huile de ricin et des capsules d'apiol.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour se défendre, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr T. (Vosges) est menacé d'une plainte en escroquerie par le patron d'un blessé du travail, qui prétend que la fracture de la jambe dont son ouvrier a été atteint a été simulée, avec la complicité du médecin traitant.

Dans le cas où le Dr T. serait inquiété pour cette affaire, il aurait droit à l'appui pécuniaire et à la garantie de la Caisse spéciale.

Par jugement du Tribunal de la Seine, rendu après plaidoirie de Me Nattan-Larrier, le Dr A. a été mis hors de cause et une enquête a été ordonnée, en vue d'établir éventuellement la responsabilité civile du Dr C., sur une demande en dommages-intérêts formée par la veuve d'un client, qui attribue le décès de son mari à une ponction de la vessie faite inopportunément. Le Dr A. seul bénéficiant de l'appui pécuniaire et de la garantie de la Caisse spéciale, le rôle du « Sou » au point de vue financier se trouve terminé par cette décision, sauf appel. Mais le « Sou » continue son appui moral au Dr C., qui a adhéré postérieurement aux faits incriminés.

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) a gagné en appel, comme en première instance, le procès en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle qui lui avait été intenté par les parents d'un jeune homme relevé inanimé sur la voie publique et qu'il avait soigné dans une chambre où la municipalité l'avait fait conduire.

Honoraires de droit commun.

Le Dr B. (Charente) a obtenu à l'amiable, la veille du jour où le jugement devait être rendu, le paiement de ses honoraires, contestés avec menace de mise en cause de sa responsabilité civile (1).

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 300 fr.

Le Dr E. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour obtenir, dans une faillite, le paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés au failli, à sa femme et à son beau-père.

Avant de prendre une décision, le Conseil désire être renseigné plus complètement, notamment sur la situation de la faillite.

Le Dr B. (Seine-et-Marne), ayant fait un certain nombre de visites et d'injections intramusculaires à une cliente, qui depuis a changé de domicile, voit opposer une fin de non recevoir à sa demande de paiement, sous prétexte que ces injections auraient été inutiles et n'auraient été faites que pour soutirer de l'argent aux clients.

Le Conseil, étant donné la mauvaise foi des clients et le prétexte inacceptable invoqué par eux pour se dérober, accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Les docteurs B. (Seine-et-Marne), H. (Charente), A. (Saône-et-Loire), L. Manche), B. (Seine-et-Oise) et L. (Nord), ayant soigné des personnes blessées dans des accidents d'automobiles, n'ont pu, malgré les promesses qui leur ont été faites par les auteurs des accidents, obtenir le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement, la participation du « Sou » dans les honoraires des avocats étant limitée suivant l'importance des affaires (2).

Le Dr B. (Morbihan) a obtenu gain de cause dans une affaire de recouvrement d'honoraires, dans laquelle l'adversaire avait formé contre lui une demande reconventionnelle motivée par un prétendu abus de citation en justice.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui sont de 200 fr.

Par l'intermédiaire de M. Audebert, le Dr B. (Loire-Inférieure), a obtenu amiablement le ré-

(1) Voir no 13 *bis* du 1er avril, page 778.
(2) Les docteurs L. (Nord) et L. (Manche), ont obtenu amiablement le paiement de leurs honoraires, par la seule action de la crainte d'un procès.

glement des honoraires qui lui étaient dus par un automobiliste qui l'avait appelé pour soigner la victime d'un accident qu'il avait causé.

L'appui pécuniaire ayant été accordé pour cette affaire au Dr B., le Conseil ordonnance le paiement des honoraires et frais de M. Audebert, qui s'élèvent à 95 fr.

Le Dr F. (Ille-et-Vilaine), ayant poursuivi l'héritier d'une tante de sa femme pour soins donnés à celle-ci, l'avocat de son adversaire émet la prétention d'obtenir communication de ses livres journaliers, de son livre journal et des souches de ses carnets de reçus, pour prouver qu'il avait l'intention de faire payer ses honoraires.

Le Conseil, estimant cette prétention inadmissible, attendu que le médecin n'est nullement obligé de tenir une comptabilité, ni, s'il en tient une, de la communiquer, accorde au Dr F. l'appui pécuniaire dans cette affaire, qui pose actuellement une question de principe, en limitant à 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr P. (Oise) demande l'appui pécuniaire pour faire appel d'un jugement de justice de paix qui lui a refusé le paiement d'honoraires pour assistance à une opération, prétendant qu'il avait touché une rémunération du chirurgien opérateur.

Ce dernier ayant délivré à son confrère une attestation, de laquelle il résulte que les honoraires touchés par lui ne comprenaient pas ceux dus au Dr P., le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Suivant la demande de l'avoué d'appel, le Conseil l'autorise à conserver, à titre d'honoraires, la provision de 300 fr. qui lui avait été versée dans l'affaire du Dr M. (Oise). (Voir no 13 *bis*, page 816).

Le Dr F. (Alpes-Maritimes) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un Belge, descendu dans un hôtel de premier ordre, qui lui a offert le paiement de ses honoraires à raison de 10 fr. par visite, au lieu de 40 demandés.

Le Conseil, étant donnés la difficulté d'agir judiciairement en Belgique et les frais à exposer, accorde au Dr F. l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr B. (Seine-et-Oise), ayant pratiqué un accouchement, se voit, après paiement d'un acompte, objecter que, comme il s'agit d'une famille nombreuse, l'accouchement doit être fait au compte de l'assistance médicale gratuite.

Comme il n'apparaît pas que l'accouchée ait été admise au bénéfice de l'A. M. G. avant l'accouchement, l'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour recouvrer ses honoraires.

Le Dr R. (Var) annonce que ses adversaires se sont désistés de l'appel qu'ils avaient interjeté contre un jugement de Tribunal civil rendu en sa faveur dans une affaire de recouvrement d'honoraires. L'appui pécuniaire lui avait été accordé pour défendre à cet appel.

Accidents du travail.

Le Dr D. (Jura) a, dans trois cas, soigné et opéré, dans sa clinique, des accidentés du travail. Dans deux cas, les Compagnies ont payé les honoraires et refusent de payer les frais de séjour. Dans le troisième, la Compagnie oppose le « tout compris » à la demande de paiement des honoraires, bien que l'admission à la clinique ait été occasionnée par l'urgence.

Comme, dans ces espèces, il peut y avoir lieu à application de l'exception au « tout compris » admise par la Cour de Cassation, le Conseil donne au Dr D. l'appui pécuniaire pour recouvrer les sommes qui lui sont dues.

Le Dr K. (Bouches-du-Rhône) a soigné un blessé du travail qui, avant sa guérison complète, a recommencé à travailler chez un autre patron, et n'a pu obtenir le paiement des honoraires qui lui sont dus pour les soins postérieurs à cette reprise du travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre en justice de paix le recouvrement de ces honoraires.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme), ayant soigné le fils d'un cultivateur, victime d'un accident du travail, se voit offrir le paiement de ses honoraires dans les limites du tarif Breton, bien qu'il ait donné ses soins sans qu'il ait même été prévenu qu'il s'agissait d'un accident garanti par la législation spéciale, fait qui est, d'ailleurs douteux.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre en paiement de ses honoraires calculés selon le droit commun.

Le Dr F. (Charente-Inférieure) a été diffamé, dans une lettre adressée par une Compagnie d'assurances à un tiers, à l'occasion des soins donnés à un accidenté.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et intenter à la Compagnie d'assurances une action en dommages intérêts.

Exercice illégal.

Sur leur demande, le Conseil accorde au Dr B. (Nord) et au Syndicat des Médecins de Cambrai (à ce dernier dans la proportion du nombre de ceux de ses membres qui sont adhérents au « Sou Médical » au nombre total de ses membres, soit dix-huit cinquante cinquièmes), l'appui pécuniaire pour poursuivre deux matrones qui

exercent d'une façon habituelle l'art des accouchements dans la région.

Diffamation.

Le Dr M. (Seine) a dû abandonner le procès en diffamation contre un maire, pour lequel il avait obtenu l'appui pécuniaire, les faits étant couverts par l'amnistie.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais exposés dans cette affaire, qui s'élèvent à 197 fr. 20.

Impôts.

Après l'audition des docteurs Hervé et Tarrius, président et trésorier du « Syndicat des médecins directeurs d'établissements médicaux », le Conseil décide que le « Sou » viendra en aide, dans une proportion à déterminer, audit Syndicat, dans les procès qui seraient suivis par lui d'accord avec les Conseils juridiques du « Sou », pour lutter contre les prétentions du fisc, qui veut faire payer l'impôt sur le chiffre d'affaires, dans les cliniques et établissements médicaux, non seulement sur la partie non médicale (nourriture, logement, etc.), mais encore sur la partie qui représente les honoraires médicaux des directeurs et médecins desdits établissements.

Le Dr J. (Loiret) explique que l'Administration fiscale lui demande, en vue de lui appliquer l'impôt sur le chiffre d'affaires, la déclaration du montant des honoraires qu'il touche, pour soins donnés et opérations pratiquées dans une clinique appartenant à une Société, qui paye de son côté l'impôt sur le chiffre d'affaires sur les frais de séjour.

Le Conseil, estimant que cet impôt ne saurait être dû sur les honoraires médicaux, engage le Dr J. à refuser de faire la déclaration qui lui est demandée et lui accorde éventuellement l'appui pécuniaire pour le cas où des poursuites seraient engagées contre lui.

Divers.

Le Dr B. (Rhône) a gagné son procès contre son confrère et associé, qui a été débouté de sa demande et condamné à lui payer 2.000 fr. de dommages intérêts.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr B. des honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 500 fr.

L'avoué, qui avait reçu, dans l'affaire du Dr P. (Seine) (demande en dommages-intérêts contre un remplaçant qui s'était installé dans la localité contrairement à l'engagement pris), des provisions s'élevant à 800 fr., retourne au « Sou » 550 fr., proposant de fixer ses honoraires à 250 fr. ce qui est accepté par le Conseil.

Le Dr C. (Haute-Garonne) a été victime du détournement de la clientèle des bénéficiaires de l'A. M. G. Ceux-ci choisissant, en principe, au début de chaque année, le médecin auquel ils désirent s'adresser, il n'a reçu aucune liste de noms, alors qu'il résulte d'attestations qu'un certain nombre d'assistés qui l'avaient choisi l'année d'avant n'ont nullement eu l'intention de le quitter cette année.

Comme le Dr C. paraît avoir été victime, en l'espèce, d'agissements illégaux, le Conseil lui accorde en principe l'appui pécuniaire, le soin de déterminer la procédure à suivre étant confié à l'examen de Me Auger.

Sur la demande de la C. T. I. (Confédération des Travailleurs Intellectuels), le Conseil accepte de doubler la cotisation du « Sou », ainsi que l'ont fait la plupart des Sociétés affiliées à ce Groupement dont les ressources pécuniaires sont insuffisantes.

Le Conseil examine un certain nombre d'autres affaires, qui ne sauraient être livrées à la publicité, tout au moins actuellement, sans inconvénient pour les intérêts des adhérents qu'il s'agit de défendre.

L'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1926

Chaque année, à cette époque, nous annonçons l'édition de l'année suivante de l' « Agenda Memento du praticien ». Chaque année, nous insistons auprès de nos lecteurs pour qu'ils nous adressent leur souscription au plus tôt. Chaque année enfin, nous prenons la précaution de faire imprimer quelques « Agendas » en plus du nombre des souscriptions reçues, et ceux-ci sont rapidement enlevés par des retardataires, dont la totalité ne peut d'ailleurs pas recevoir satisfaction, l'édition se trouvant totalement épuisée en quelques jours.

Il ne nous est pas possible de trouver de meilleur argument en faveur de l'intérêt que présente l' « Agenda Memento » pour le praticien. Il ne nous est pas possible d'être mieux encouragés à continuer. C'est ce que nous allons de nouveau nous efforcer de faire, en mettant au programme de l'édition 1926 des matières entièrement inédites, et que le médecin trouvera maintes fois l'occasion de consulter.

Parmi ces matières, nous citerons tout d'abord tout ce qui concerne l'*Assistance médicale* : Assistance médicale gratuite, Assistance hospitalière, Protection des enfants du premier âge, Enfants assistés, etc.

Les lois, règlements, circulaires, entièrement revus et mis à jour, seront publiés et commentés dans leur application à la pratique quotidienne. La jurisprudence propre au sujet, envisagé dans ses différentes parties, sera exposée.

D'autre part, la question des *honoraires médicaux*, traitée sous toutes ses faces, fera l'objet d'une importante publication. Là encore, le côté juridique, étayé sur les principales décisions de justice, sera amplement développé.

Nous continuerons à donner une place de premier plan aux consultations du Dr Decourt sur l'interprétation et l'application des tarifs officiels (Tarif Breton, tarif Maginot).

La législation relative aux impôts trouvera sa place dans cette édition, de même que tous les documents officiels parus ou à paraître, concernant la pratique de la médecine et tout ce qui s'y rattache.

Par ce rapide exposé, tous ceux qui estiment que l' « Agenda Memento » doit se trouver sur leur bureau se rendront compte de nos efforts pour leur rendre service. Et ceux qui n'ont pas encore jugé à propos de souscrire, trouveront peut-être que le moment est venu, pour eux, de se munir de ce compendium de documentation médico-professionnelle, dans lequel les uns et les autres seront assurés de trouver la solution de la plupart des difficultés qui se dressent journellement en face du praticien.

Les uns et les autres se hâteront de nous adresser leur bulletin de souscription ci-dessous sans attendre la date limite du 15 juillet prochain.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

Le soussigné *(nom et prénoms)* ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, ***médecin à*** ....

dépt .... ***désire recevoir*** l'Agenda-Memento du Praticien, ***édition*** 1926.

(1)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.*
- *Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A.................................. *le*.................................. 1925

(1). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie,
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

mateurs qui, comme vous le dites, s'assurent généralement contre ce risque.

Lorsque le matelot, même inscrit maritime, n'est pas embarqué légalement et lorsque l'accident dont il a été victime dans son travail ne se rattache pas étroitement à un embarquement qui vient de se terminer ou qui est sur le point de l'être, la loi de 1898 sur les accidents du travail peut lui être applicable et il bénéficie alors du droit de choisir librement son médecin.

Un jugement rendu le 6 décembre 1924 par le Tribunal civil du Havre (*Gazette des Tribunaux*, 6 et 7 avril 1925) a décidé, par exemple, que l'accident survenu à un inscrit, débarqué le 3 juin 1922 d'un navire sur lequel il avait exercé les fonctions de maître d'équipage, et placé comme gardien sur un vapeur désarmé amarré sur un quai, bénéficiait de la loi sur les accidents du travail et non de la Caisse de prévoyance des marins français. Il y avait, en l'espèce, quand même risque professionnel, mais non risque d'embarquement. Le marin en question aurait eu le droit de choisir son médecin et son pharmacien.

---

907. — Patentes de médecins exerçant dans le même immeuble

Vieil abonné du *Concours médical*, je voudrais avoir votre avis sur une question de patente qui paraît présenter un intérêt général, à savoir sur quelles bases doit être établie la patente lorsque plusieurs médecins exercent dans le même immeuble.

J'exerce ma profession depuis plus de 25 ans dans un immeuble qui m'appartient et que j'occupe en entier.

Sans enfant, j'ai un neveu le Dr B. qui habite chez moi depuis une douzaine d'années et qui depuis l'année dernière exerce la médecine dans mon immeuble à côté de moi.

Célibataire, il occupe personnellement 2 ou 3 pièces, le reste de l'immeuble restant commun.

C'est ainsi que nous avons un cabinet de consultation et deux salles d'attente en *commun*. Nous faisons nos consultations chacun alternativement 3 fois par semaine.

Le Dr B. vient de recevoir une feuille de patente médecin tableau D (12e sur val. locative de 4.800), soit 2.654 fr. 64.

Moi-même, j'avais déjà reçu une feuille semblable (Patente méd. tabl. D, 12e sur val. locative de 4.800), soit 2.654 fr. 64, qui, avec la C. de pers. mobil. pour un loyer de 4.000 fr. augmente ma patente de 1885.04 et la porte à 4.539,68.

Est-ce légal ? Y a-t-il matière à réclamation ? Et dans ce cas, quelle est la procédure à suivre ?

Dr A.

Réponse.

La patente de M. B. ne saurait porter sur la

totalité de la valeur locative de votre immeuble. Des divers arrêts du Conseil d'Etat, il ressort que vos deux patentes devraient avoir pour base une fraction du loyer déterminée comme suit pour chacun de vous.

Nous supposons le loyer total de 4.800 se répartissant comme suit :

1° Valeur des locaux professionnels. (Cabinet de consultation, salles d'attente.)	1.200
2° Valeur locative des locaux d'habitation occupés personnellement par M. A. (Chambres et bureaux.)	1.800
3° Valeur locative des locaux d'habitation occupés personnellement par M. B	1.000
4° Valeur locative des locaux d'habitation d'usage commercial (salle à manger, cuisine, etc.)	800
Total	4.800

A. Valeur locative devant servir de base à la patente de M. A.

1/2 de celle du § 1er	600
Totalité de celle du § 2	1.800
1/2 de celle du § 4	400
	2.800

B. Valeur locative devant servir de base à la patente de M. B.

1/2 de celle du § 1er	600
Totalité de celle du § 3	1.000
1/2 de celle du § 4	400
	2.000

Nous vous conseillons de voir le contrôleur des contributions directes. Au cas où ce dernier ne vous accorderait pas satisfaction, M. B. pourrait présenter une réclamation devant le Conseil de Préfecture.

En ce qui concerne votre imposition, le délai de réclamation est expiré et seul le contrôleur peut proposer un dégrèvement d'office.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

1° Le médecin « loueur de voiture » 2° Consultation avec radiographe

Le confrère demande s'il peut compter 180 francs pour avoir conduit son blessé chez le radiographe, puis compter en plus une « consultation entre confrères » (3 visites) pour sa présence chez ledit radiographe. Il ajoute enfin, que le blessé a payé sa radio-

graphie lui-même sur une note qu'on lui a remise à part.

Réponse.

1° L'art. 2 porte, en toutes lettres, à propos des *indemnités kilométriques* : « Cette indemnité s'étendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade. » Il ne s'agit donc *jamais* d'un *transport de malade*. Voici, sur ce point, ce que je répondais dans le *Concours* du 18 février 23, p. 584 : « Ceci n'entre plus en ligne de compte des « frais médicaux », n'est donc plus du ressort du tarif Breton et ne saurait paraître sur une note légale d'honoraires... Ce transport ne pourrait faire l'objet que d'une note annexe à titre de loueur d'auto improvisé, par suite d'urgence par exemple, auquel cas je décline toute compétence au sujet de conseils à donner.

2° La consultation avec le radiographe n'est pas à compter, car elle est *déjà payée* dans le prix de la radio. L'art. 26, ch. V, dit, en effet : « Le médecin radiologue devra fournir *pour les prix ci-dessus*, deux exemplaires des épreuves.... avec leur *commentaire détaillé*.... » et ce commentaire n'est autre que la consultation demandée par le médecin traitant au radiographe.

3° Par contre, la radiographie n'avait nullement à être payée par le blessé, mais bien par le patron ou son assureur substitué.

En somme, vous demandez le paiement de ce que vous ne pouvez exiger, en tant que médecin, et vous faites payer par le blessé ce que légalement, tarif en main, vous êtes en droit absolu de faire payer par le patron ou l'assurance.

F. D.

LÉGISLATION SPÉCIALE SUR LES LOYERS

I

La nouvelle loi sur les loyers

Sous le titre modeste de « Loi modifiant et complétant la loi du 2 août 1924 », le Parlement vient de voter, le Président de la République, de promulguer à la date du 24 avril et le *Journal Officiel* du lendemain de publier une nouvelle loi, la vingt et unième, sur les loyers, loi de circonstance, comme les vingt qui la précèdent et celles, en nombre indéterminé, qui la suivront presque certainement.

La loi nouvelle, qui a fait l'objet d'une circulaire du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, aux Premiers Présidents et Procureurs généraux, publiée par le *Journal Officiel* du 26 avril, ne modifie que sur des points secondaires la législation antérieure.

SERVICE DE PROPAGANDE

Le Docteur (Nom et prénoms) ______________________

demeurant à ______________ *Rue* ______________ *N°* ______

dépt de ______________________

demande à recevoir **gracieusement**, *quatre numéros consécutifs du* " *Concours Médical* ".

A ______________ *le* ______________ 1925.

Détacher ce bulletin et le renvoyer à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*
132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (Xe).

La loi du 2 août 1924, dans le paragraphe 3 de son article 1er, avait imparti, pour les demandes de prorogation formées en application de ses dispositions, un délai expirant trois mois après la date de sa promulgation. La loi du 24 avril 1925 accorde un nouveau délai, pour lesdites demandes de prorogation, allant jusqu'au 1er juillet 1925. Par suite, les locataires qui, par ignorance ou autrement, ont omis de former leur demande de prorogation avant le 3 novembre 1924 sont relevés de la forclusion qu'ils avaient encourue et peuvent former cette demande jusqu'au 1er juillet prochain.

En outre, suivant l'avis du Garde des Sceaux, la généralité des termes employés par la loi nouvelle rend recevable « toute nouvelle demande de prorogation qui, d'ici au 1er juillet 1925, serait formée par des locataires ou occupants de bonne foi soit de locaux d'habitation, soit de locaux commerciaux, industriels ou professionnels, alors même que les demandeurs à la prorogation auraient déjà formé une précédente demande rejetée par les tribunaux pour des raisons de fait ou de droit. Il est possible, en effet, que les circonstances de fait qui ont motivé le rejet de la première demande de prorogation se trouvent changées au moment où, dans les limites du nouveau délai octroyé, vient à se produire une seconde demande de prorogation. Il est également possible que les raisons de droit qui ont imposé le rejet de la première demande se trouvent elles-mêmes modifiées désormais par les dispositions de la loi nouvelle, et tel est, effectivement, l'objet des articles 2 et 3 de cette loi. »

L'article 2 spécifie que la prorogation déjà accordée peut être renouvelée jusqu'au 1er janvier 1926, alors même que le terme d'usage serait antérieur à cette date.

La jurisprudence s'était formée en ce sens que la prorogation de la loi du 2 août 1924 ne pouvait être accordée que jusqu'au terme d'usage, antérieur au 1er janvier 1926, dans les régions où ce terme d'usage est unique dans l'année. Par exemple, si le seul terme d'usage annuel était le 1er novembre, la prorogation n'aurait pu être accordée que jusqu'au 1er novembre 1925. L'article 2 de la loi nouvelle autorise le juge, en dépit de l'usage, à accorder dans tous les cas la prorogation jusqu'au 1er janvier 1926.

L'article 3 de la loi nouvelle, modifiant l'article 1er, § 6, de la loi du 2 août 1924, précise que le propriétaire victime de la guerre ne peut opposer une fin de non recevoir à la demande de prorogation du locataire que s'il déclare exercer le droit de reprise en vue de son habitation personnelle ou de celle de ses ascendants ou descendants, dans les termes et sous les conditions de l'article 13 de la loi du 31 mars 1922.

L'article 4 dispose que les locataires des maisons construites ou réparées, reconstruites ou

achevées en fonction de la loi sur les dommages de guerre, jouiront d'un nouveau délai de trois mois, à partir de la promulgation de la loi, pour introduire des demandes en revision des prix des loyers.

L'article 5 dit que les étrangers, même admis à domicile, ne peuvent prétendre au bénéfice des prorogations de la nouvelle loi, quand le propriétaire de l'immeuble, de nationalité française, le réclamera pour l'occuper personnellement. Cette restriction ne figurait pas dans l'article 4 de la loi du 2 août 1924, qui accordait aux étrangers admis à domicile le bénéfice de ladite loi.

La loi nouvelle fixe également le régime des expulsions des locataires ou occupants de bonne foi, en précisant qu'il sera sursis à l'expulsion sur la justification qu'il a été formé par l'intéressé une demande de prorogation et jusqu'à ce qu'il ait été statué par la juridiction compétente sur cette demande.

Même dans le cas où la demande nouvelle n'a pas été formée, le locataire ou occupant de bonne foi pourra la former pendant un délai spécial de trois jours francs, que le juge des référés, saisi d'une demande d'expulsion, devra lui accorder à cet effet.

Cependant, l'expulsion devra être autorisée si elle a été ordonnée par application des articles 9 et 13 de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire, ainsi que le précise la Circulaire Ministérielle, si elle a été motivée pour l'une ou l'autre des raisons de droit ci-après :

1° Nationalité du locataire : étranger non admis à domicile et n'ayant d'ailleurs pas combattu ni servi dans les armées alliées ;

2° Locataire de locaux de plaisance ;

3° Locataire ayant deux habitations ;

4° Occupant pour lequel le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de services ;

5° Exercice par le propriétaire du droit de reprise en vue de son occupation personnelle, de celle de ses ascendants ou descendants.

Il est d'ailleurs toujours loisible au juge des référés d'accorder au locataire ou occupant dont l'expulsion est requise, par application du droit commun, un délai de grâce que des circonstances de fait peuvent lui paraître justifier.

La Circulaire Ministérielle rappelle, en terminant, la définition de l'occupant de bonne foi. C'est celui dont l'occupation (ou celle de ses auteurs) originairement fondée sur un titre juridique actuellement expiré, s'est, en fait, continuée sans qu'il cessât de remplir les obligations que son titre initial, l'usage ou la loi mettent à la charge d'un locataire.

***

II

Transformation en locaux commerciaux de locaux servant à l'exercice de la médecine.

La *Gazette des Tribunaux* du 16 avril dernier publie la décision suivante :

COUR DE CASSATION (Ch. crim.)
Présidence de M. Bard, président.

Audience du 20 février 1925.

La transformation en locaux commerciaux d'un appartement précédemment occupé par un médecin, constitue une infraction à l'article 25 de la loi du 31 mars 1922.

Il est sans importance que les pièces ainsi transformées aient été la salle d'attente et le salon de réception destinés aux clients du médecin.

Sur le pourvoi de Mme Schariri, Vve de Boistel, contre un jugement du Tribunal correctionnel d'Angers du 6 décembre 1924, la chambre criminelle, après avoir entendu M. le conseiller Emile Bourdon en son rapport, Me Millet, avocat à la Cour, en ses observations, et M. l'avocat général Mornet, en ses conclusions, a statué en ces termes :

« La Cour,

« Sur le moyen unique pris de la violation des articles 15 de la loi du 31 mars 1922, 3 de la loi du 2 août 1924, 471, § 15 du Code pénal et 7 de la loi du 20 avril 1810 pour défaut et contradiction de motifs et manque de base légale, en ce que le jugement attaqué a condamné Gabrielle de Boistel pour avoir soi-disant transformé un immeuble d'habitation en immeuble commercial, alors qu'habitant ledit immeuble elle s'est bornée à affecter accessoirement à son habitation quelques pièces à l'exercice de son commerce, lesquelles n'avaient pas été occupées antérieurement comme locaux d'habitation et qu'en tout état de cause, le porche vestibule, le garage et le hangar, dans lesquels elle a placé des meubles à vendre, ne sauraient à aucun point de vue être considérés comme des locaux d'habitation et, par suite, le jugement attaqué ne pouvait ordonner la réaffectation desdits locaux en locaux d'habitation :

« Attendu que Gabrielle Schariri, épouse de Boistel a été traduite devant le Tribunal de simple police pour avoir transformé en locaux commerciaux un appartement précédemment occupé par un docteur en médecine et comprenant un vestibule d'entrée, un garage, un hangar et enfin deux chambres où le médecin avait installé son cabinet de consultation et le salon d'attente des clients ;

« Attendu qu'il est constaté par le jugement attaqué que la demanderesse, qui fait le commerce des meubles, a déposé ceux-ci et les a exposés en vente dans les pièces qui formaient le cabinet de consul-

tation, la salle d'attente et le vestibule dudit appartement dont elle a pris possession ;

« Attendu qu'en l'état de ces constatations, le juge de police a fait application à bon droit à la demanderesse des dispositions de l'article 15 de la loi du 31 mars 1922 et l'a condamnée à remettre, en leur état primitif, le cabinet de consultation, le salon d'attente et le vestibule ci-dessus spécifiés ;

« Qu'il est vainement prétendu au moyen que ces trois pièces étaient plutôt utilisées, par le précédent locataire, pour un usage professionnel que pour l'habitation ; mais que la distinction ainsi proposée est purement arbitraire ;

« Attendu que le jugement est régulier ;

« Par ces motifs ;

« Rejette... »

Observations. — Voir dans le même sens : C. de cassation (ch. crim.), 26 janvier 1924. (*Dalloz hebdomadaire*, 1924, p. 144.)

NOTE

Si la Cour de Cassation a souvent eu beaucoup de peine à résoudre harmonieusement les difficultés que soulève l'application des lois spéciales sur les loyers, en matière civile, dans les sections de la Commission spéciale qui a été créée à cet effet, quelles ne sont pas les dissonances qui peuvent apparaître entre les décisions de la Commission supérieure des loyers et celles de la Chambre criminelle de la Cour suprême, lorsque cette dernière doit se prononcer sur l'application des pénalités établies par cette déjà copieuse législation ! Un exemple de ces dissonances est fourni par l'arrêt qui précède.

Puisque le cabinet de consultation, la salle d'attente et le vestibule d'un médecin ne peuvent, sans violation de l'article 15 de la loi du 31 mars 1922, qui interdit la transformation en local commercial d'« aucun local affecté à l'habitation », être transformés en locaux commerciaux, comment expliquer que la limitation du prix du loyer, faisant l'objet de la loi du 29 décembre 1923, puisse ne pas s'appliquer, dans certains cas, aux locaux professionnels du médecin, alors que l'article 1er de la loi précitée dispose que les « baux à loyer pour les locaux à usage d'habitation » sont régis par ladite loi ?

La distinction proposée, dit la Chambre criminelle, est purement arbitraire. Le local professionnel d'un médecin, au moins quand il ne s'agit que du cabinet de consultation, de la salle d'attente et du vestibule conserve donc juridiquement le caractère d'un local d'habitation. Il serait donc inutile, contrairement à ce que la Commission supérieure des loyers a décidé dans son arrêt du 15 janvier 1925 (Voir *Concours médical* du 4 mars 1925, page 546) de se demander, pour que la limitation du prix du loyer puisse être appliquée à la location d'un médecin,

s'il est nécessaire que soit déterminée la valeur respective de location des locaux professionnels et des locaux d'habitation, puisque tous les locaux conservent ce dernier caractère.

Il y a là, à notre avis, une situation toute spéciale, qui résulte du caractère des locaux médicaux. Ils sont professionnels, non pas par leur nature ou leur aménagement, mais par leur destination. Le cabinet d'un médecin devient, du jour au lendemain, le cabinet de travail (?) d'un magistrat, d'un administrateur de sociétés anonymes, d'un propriétaire ou d'un rentier, sans qu'il soit besoin de faire subir aucune transformation quelconque à son installation ou à son ameublement. De même, la salle d'attente d'un médecin devient, en admettant qu'elle ait cessé de l'être, le salon de Madame, sans qu'aucun changement y soit nécessaire.

De là vient la quasi impossibilité de définir d'une façon juridique la distinction nécessaire entre local d'habitation et local professionnel et par suite les conditions d'application de la limitation du taux du loyer, sans risquer de tomber dans l'arbitraire.

Il y a lieu de remarquer, d'ailleurs, pour expliquer l'arrêt du 15 janvier, qu'il s'agissait, non pas d'un local médical ordinaire, mais d'un cabinet de radiologue, comportant, sans doute, une installation d'appareils qui donnait à ce local un caractère plus nettement professionnel et se rapprochant davantage du local industriel ou commercial, le rendant moins facile à transformer sans aucune modification en local d'habitation. Peut-être, si la Chambre criminelle s'était trouvée en présence d'un local professionnel médical de cette espèce, eût-elle admis que sa transformation en local commercial n'était pas délictueuse, surtout alors qu'il s'agissait d'y exposer en vente des meubles, ce qui pouvait être considéré comme le minimum d'une transformation, en local commercial, d'un local d'habitation qui, par essence, est destiné à recevoir des meubles. Car il est assez fréquent que le droit soit influencé par le fait.

Par contre, on peut supposer sans invraisemblance que la limitation du prix du loyer serait admise pour un local utilisé professionnellement, en partie, ou même en totalité, par un médecin, dès lors que ce local ne se distinguerait d'un local d'habitation que par sa destination actuelle. Ce serait dans la logique de l'arrêt de la Chambre criminelle du 20 février et aussi, peut-être, dans celle de l'arrêt de la Commission supérieure du 15 janvier.

J. DUMESNY.

Quarante-septième année N° 20 17 Mai 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1212-IV*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**

***Sou Médical*, Paris, 182-31.**

***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

AVIS

MM. les docteurs sollicités par les Sociétés de Secours mutuels de Perpignan, pour venir s'installer dans cette ville comme médecins des Sociétés, sont priés de se méfier des offres « avantageuses » qui leur sont faites et avant toute décision de s'adresser au secrétaire du Syndicat médical des Pyrénées-Orientales pour tous renseignements. — Docteur Maurice PAYE, secrétaire du Syndicat médical, 5, rue Lazare-Escarguel, Perpignan.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatelaillon. Barraud.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 207. — Dr 54 ans, enc. vigour. mais vue fatiguée, dem. pr novembre, ds gr. ville Midi, poste demi-rep. ou sit. paraméd., direct. ou adj. clinique méd. acc. du tr., mais. conval. etc. Dispos. cap. pour assoc.

N° 208. — Suis achet. ouvr. et grav. anc. relat. aux dents. Bouland, 15, rue Collette, Paris, 17e.

N° 209. — Renault 1921, torp. 10/12 C. V., carb. Solex parf. ét. de m. et d'entr., écl. et dém. élect., 35.000 kil., 10.000 frs compt. Dr Bosc, à Melun (S.-et-M.)

N° 210. — Médec. seul ser. reconn. à confr. qui lui procur. bonne sér. de 30 à 50 ans pour tenir son intér.

N° 211. — A vendre, cause double empl., une torp. de Dion, 4 pl., 9 C. V. et une Vermorel torp. 2 pl., 10 C. V. ttes deux en parf. ét. Dr Ribon, Liancourt (Oise).

N° 212. — M.-et-L. Bon poste de méd.-proph. à céd. imméd. Conv. à méd. jeune et act. Log. assu. Dr Danès, à Parçay-les-Pins, arrond. de Baugé (M.-et-L.).

N° 213. — Torp. 4 pl., 11 C. V. Grégoire, écl. et dém. électr., 5 roues Rudge, etc., éta. neuf. Prix 13.000 fr.

N° 214. — Delage, 11 C. V., 1923, torp. fr. roues av., écl. et dém., remise à neuf ; 23.000 fr. Dr Galliot, 74, rue de Rome, Paris.

N° 215. — Médec. résidant faisant fonct admin. est demandé pour sanator. privé. Dr Chevrolet, 107, avenue de Villiers, Paris, 17e.

N° 216. — Pour cause déc. à céd. de suite Bonne client. ds rég. agréable sur gr. ligne (70 klm. de Paris. Poste conv. à médec. actif. S'adr. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 217. — 200 klm. de Paris, médec. seul, import. poste rapp. 60.000 fr. client. facile. Belle maison conf. médec. du ch. de fer. Auc. compt. n'est exigé. S'adr. Cabinet. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

1058. — Qui doit aviser le blessé du travail de la contre-visite du médecin du patron ?

Le Juge de paix du canton ouest d'A. vient, dans une conversation avec moi, en dehors des audiences, de prononcer des paroles qui m'ont inquiété. D'après ce juge, ce serait au médecin traitant de l'accidenté du travail qu'il incomberait de prévenir le blessé de la date et de l'heure de la visite du médecin patronal. J'ai de suite protesté. Mais, après avoir examiné le texte de la loi, je suis forcé de constater que, dans la loi, il n'est fait aucune mention relative à la façon dont le blessé doit être prévenu qu'il sera contre-visité par le médecin patronal. La loi déclare seulement que le médecin traitant doit être avisé par lettre reommandée. Si pareille façon de voir était adoptée, ce serait vraiment inadmissible que le médecin traitant serve de commissionnaire aux Compagnies d'assurances et aux patrons, car non seulement ce serait déplorable au point de vue moral, au point de vue considération, mais en cas d'omission de la part du médecin, il y aurait là une source de nouvelles calamités pour lui.

Que pensez-vous de cette question et que devrai-je répondre à ce sujet si le juge de paix persistant dans sa façon de voir rendait un jugement dans ce sens ?

Il s'agit en l'espèce d'ouvriers accidentés qui n'ayant pas été prévenus ont fait défaut à la visite patronale, et se sont vus de ce fait supprimer leur demi-salaire.

N'étant pas guéris, ils ont intenté une action judiciaire pour être payés de leur demi-salaire. C'est à ce sujet que le juge est venu me trouver et m'a exprimé sa façon de voir.

Dr N.

Réponse.

Le docteur N. nous indique que différents ou-

vriers, victimes d'accidents du travail, n'ayant pas été avisés du jour où aurait lieu la visite du médecin contrôleur, organisée par l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, ne se sont pas trouvés présents au moment où le médecin contrôleur s'est présenté, se sont vus supprimer leur demi-salaire et ont dû intenter une action pour en être payés ; que le juge de paix saisi de cette question a exprimé l'avis qu'il appartenait au médecin traitant de prévenir l'ouvrier de la date et de l'heure de la visite de contrôle et qu'en ne le faisant pas il engageait sa responsabilité.

Cette manière de voir nous paraît complètement erronée.

L'article 4 décide, en effet, que faute par la victime de l'accident de se prêter à la visite de contrôle, le paiement de l'indemnité journalière sera suspendu par décision du Juge de paix, qui convoquera la victime par simple lettre recommandée. Mais la jurisprudence de la Cour de Cassation est formelle : la suspension de l'indemnité ne peut être prononcée que dans le cas de refus ou de résistance injustifiée de la part de l'ouvrier. Voir un arrêt récent de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 5 décembre 1923, qui s'est formellement prononcée à cet égard.

Dans ces conditions, si on ne relève aucune faute de la part de l'ouvrier, la suspension de l'indemnité journalière ne peut être ordonnée et, par conséquent, si l'ouvrier n'a pas été prévenu, il ne peut lui être fait grief de son absence.

C'est donc au médecin contrôleur, ou tout au moins au patron et à la compagnie d'assurances qu'il appartient, pour mettre l'ouvrier en défaut, de l'aviser du jour et de l'heure de la visite.

Au surplus, comme le remarque le docteur N., l'article 4 dans son paragraphe 5 dit bien que le médecin traitant devra être prévenu par le médecin contrôleur, mais il n'impose aucune obligation au médecin traitant à l'égard de l'ouvrier et on ne peut suppléer au silence de la loi.

Sans doute, il arrive souvent que la Compagnie d'assurances suspend, de son propre mouvement, le paiement de l'indemnité journalière parce que l'ouvrier ne s'est pas prêté à la visite.

Il y a là une pratique défectueuse en contradiction avec les termes formels du paragraphe 6 : la suspension doit être ordonnée par le Juge de paix ; celui-ci doit convoquer l'ouvrier ; il doit, par conséquent, entendre ses explications et c'est seulement s'il relève une faute de la part de ce dernier, qu'il doit suspendre le paiement de l'indemnité. Cette suspension n'est d'ailleurs que passagère et dès que l'ouvrier s'est mis en règle, le paiement de l'indemnité journalière doit être repris.

L'arrêt de la Cour de Cassation que nous relevons plus haut est particulièrement intéressant.

Il est intervenu dans les conditions suivantes :

Un ouvrier, nommé Lemaître, victime d'un accident du travail, chez ses patrons, les frères André, s'était fait soigner par le docteur Guilhon. Les patrons, usant du droit que leur conférait l'article 4, avaient fait désigner le docteur Chevalier pour les renseigner sur l'état du blessé.

D'après les constatations du jugement, le Dr Chevalier s'était présenté chez Lemaître, le 16 septembre 1921 et celui-ci avait déclaré qu'il avait reçu de son médecin traitant, le Dr Guilhon, défense formelle de toucher à son pansement et qu'il laissait en conséquence au Dr Chevalier le soin de défaire et de refaire le pansement si bon lui semblait. Le docteur Chevalier n'avait pas cru pouvoir lui-même toucher au pansement et violer une défense du médecin responsable du traitement, en dépassant sa mission de contrôle et dans ces conditions, le Juge de paix avait suspendu l'indemnité.

La Chambre civile a cassé la décision rendue, en décidant que si le docteur Chevalier n'avait pu accomplir sa mission, c'est à raison de l'absence du Dr Guilhon, médecin traitant et de la défense faite par ce dernier de toucher au pansement, mais que le jugement ne relevait aucun fait impliquant une résistance de Lemaître et que, s'il semble supposer l'existence d'une collution frauduleuse entre l'ouvrier et le médecin traitant, il ne la considère pas comme établie.

Evidemment, on peut imaginer des cas où l'absence de l'ouvrier pourra déterminer le Juge de paix à suspendre le paiement de l'indemnité ; il en serait ainsi, par exemple, dans le cas où l'ouvrier blessé gravement au pied, d'après les déclarations faites, aurait quitté la maison où il est soigné, et prouvé ainsi qu'il était guéri.

Mais, dans un cas de cette nature, pourra-t-on reprocher au médecin traitant de ne pas avoir prévenu son client ? Il ne le semble pas. Il nous paraît même, au contraire, que si le médecin traitant, en prévenant l'ouvrier, avait rendu le contrôle inefficace, on pourrait lui reprocher de l'avoir avisé, du moins s'il avait agi volontairement et consciemment.

P. Nattan-Larrier,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'Appel.

---

987. — Droits de mutation sur une indemnité d'assurance-vie

Je me permets de poser encore une question au service de renseignements du « Sou », auquel j'ai déjà eu bien souvent recours. Il s'agit d'une question paramédicale.

Sur le point de contracter une assurance-vie, je

voudrais savoir si, en cas de décès, le bénéficiaire (en l'espèce ma femme ou ma fille et enfants à venir) doit payer les droits de succession sur la prime que l'assurance verserait alors.

Dernièrement, un de mes clients qui avait contracté une assurance-vie en faveur de l'un de ses frères, est décédé : le bénéficiaire doit payer les droits.

On m'assure qu'il n'en est pas de même si le bénéficiaire est un héritier en ligne directe. Est-ce vrai ? Ces dispositions ont-elles des chances d'être maintenues ?

Je vous remercie des conseils que vous m'avez donnés au sujet d'un accident (panaris successifs) que la Cie d'assurances ne voulait pas admettre. Je les ai suivis et ai obtenu satisfaction entière.

Dr F.

Réponse.

Les sommes, rentes ou émoluments quelconques dus par l'assureur à raison du décès de l'assuré sont considérés pour la perception du droit de mutation par décès, comme faisant partie de la succession de l'assuré, sous la réserve des droits de communauté, s'il en existe une.

Lorsque le bénéficiaire à titre gratuit d'une assurance sur la vie recueille le capital assuré, le droit de mutation par décès est dû sur ce capital. Le tarif est déterminé par le degré de parenté existant entre le bénéficiaire et l'assuré.

Lorsque les conjoints sont mariés sous le régime de la communauté, si l'assurance a été contractée par le mari sur sa tête au profit de sa femme et de ses enfants nés ou à naître, le capital touché de l'assureur est réputé faire partie de la communauté et, par conséquent, revient après imputation des reprises pour 1/2 à la femme commune en biens et pour l'autre 1/2 aux enfants du défunt. Cette dernière moitié donne ouverture aux droits de mutation par décès.

Dans le cas de régime dotal avec communauté d'acquêts, même règle que ci-dessus.

Dans le cas du régime dotal sans communauté ou séparation de biens le conjoint bénéficiaire de l'assurance reçoit une libéralité passible du droit de mutation par décès.

A. M.

1101. — Contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

Il y a quelques semaines, M. le préfet de mon département m'a désigné d'office pour assurer le contrôle médical des bénéficiaires de l'article 64 dans mon arrondissement.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire répondre par un membre du *Concours* au courant de la question, pour me dire en quoi consistent exacte-

ment mes nouvelles fonctions, si elles entraînent pour moi un ou plusieurs déplacements, si elles sont absorbantes ou difficiles, si elles sont rétribuées et si j'ai le droit de les décliner.

Dr X.

Réponse.

Les médecins contrôleurs des soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des Pensions militaires sont désignés annuellement par le Préfet sur une liste établie par les soins de la Commission de contrôle, par arrondissement et par spécialité (art. 56 du décret du 25 octobre 1922.)

Le contrôle consiste dans l'examen du malade par le médecin contrôleur. Cet examen est ordonné exclusivement par la Commission de contrôle ou par son secrétaire, agissant au nom de la Commission. Le médecin traitant peut assister à l'examen du médecin contrôleur et doit être prévenu vingt-quatre heures à l'avance.

Comme vous êtes appelé à aller contrôler des malades dans tout l'arrondissement, ces fonctions entraîneront pour vous, bien entendu, des déplacements. Elles seront plus ou moins absorbantes, suivant qu'il y aura plus ou moins de bénéficiaires de l'article 64, malades dans l'arrondissement et suivant que la Commission de contrôle ou son secrétaire jugeront devoir plus ou moins souvent faire procéder au contrôle.

Quant à la difficulté, elle variera suivant les cas et la nature de la maladie qui aura nécessité le contrôle.

Le médecin contrôleur reçoit une allocation calculée d'après les dispositions de l'article 62 du décret précité (prix de la visite majoré de 50 %), à laquelle peuvent s'ajouter l'indemnité kilométrique allouée par le même décret (art. 64) et une indemnité de 10 francs pour certificat détaillé.

Il n'existe aucune obligation pour vous d'accepter ces fonctions. Comme elles ne sont données par le préfet que sur la proposition de la Commission de contrôle, il est surprenant que vous n'ayez pas été pressenti par celle-ci avant l'établissement de la liste de proposition.

1098. — Accident survenu à un cantonnier

Je soigne, depuis trois mois, un accidenté du travail ; celui-ci, cantonnier du service vicinal, dépend de l'agent voyer cantonal qui est un ami personnel ; je lui ai demandé sur quel tarif je devais établir ma note d'honoraires ; celui-ci m'a répondu de l'établir sur le tarif A. M. G. et non Breton.

Puisque l'Etat est patron et qu'il y a accident du travail, il me semble que l'Etat doit se soumettre à la loi commune. Quel est votre avis ? En cas de contestations, que dois-je faire ?

Je n'ai en main aucune déclaration d'accident, je n'ai soigné ce blessé que sur sa demande et sur la demande *orale* de l'agent-voyer.

Le fait que cet employé touche sa demi-journée ne constitue-t-il pas une preuve établissant l'accident ?

Dr F.

Réponse.

Dès lors que le cantonnier que vous avez soigné n'était pas un fonctionnaire, mais un ouvrier travaillant pour le compte de la commune à des travaux de vicinalité, il doit être considéré comme couvert par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, au même titre que s'il avait travaillé pour le compte d'un patron quelconque. En effet, sauf les exceptions portées à l'article 32 de la loi de 1898, l'Etat, les départements, les communes et les établissements publics sont responsables des accidents survenus au personnel ouvrier qu'ils emploient directement dans les cas où le seraient des chefs d'entreprise.

Le fait que le blessé touche son demi-salaire semble bien établir que la commune a reconnu et sa responsabilité et l'applicabilité, en l'espèce, de la loi sur les accidents du travail.

Comme l'ouvrier était employé par la commune, c'est elle qui est responsable de vos honoraires. C'est donc au maire que vous devez adresser votre note calculée non pas d'après le tarif de l'A. M. G., mais bien d'après le tarif Breton.

Nous vous signalons un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 9 décembre 1908, qui a reconnu que la loi sur les accidents du travail était applicable à un cantonnier victime d'un accident du travail, alors qu'il travaillait à des travaux de vicinalité pour le compte d'une commune.

1108. — Prorogation de bail.

X., loge depuis 1911, sans bail écrit, dans un local faisant partie d'une maison dont Y., habitait le restant. En 1924, Y. achète toute la maison, avec l'intention de l'occuper en entier. Jusqu'ici X. a bénéficié de prorogations successives ; a-t-il droit, d'après la dernière loi, à une prorogation jusqu'en janvier 1926, ou bien, Y. peut-il lui donner congé avant cette date ? La localité compte moins de 2.000 habitants.

Dr L.

Réponse.

Les prorogations accordées par les lois des 29 décembre 1923 et 2 août 1924 ne sont pas acquises de plein droit aux locataires. Il faut que ceux-ci en fassent la demande au propriétaire. En cas de refus, le juge de paix ou le tribunal civil, suivant l'importance du loyer, sont libres de l'accorder ou non ; mais en pratique, ils l'accordent presque toujours.

Dans le cas de location verbale, le propriétaire, pour expulser son locataire, doit d'abord lui donner congé, en respectant les délais d'usage. Dans les vingt jours du congé, le locataire doit former, sous peine de forclusion, sa demande de prorogation. En cas de contestation, il appartient à la partie la plus diligente de saisir le juge compétent et le propriétaire ne peut expulser son locataire tant qu'il n'a pas été statué sur la demande de prorogation.

Une loi nouvelle, du 24 avril 1925, vient de proroger jusqu'au 1er juillet 1925, le délai pour former les demandes de prorogation. Si le locataire, en l'espèce actuelle, recevait congé maintenant, il aurait donc jusqu'au 1er juillet pour faire sa demande.

1130. — Privilège du médecin pour frais de dernière maladie.

En cas de saisie ou de vente judiciaire, le médecin doit-il être payé avant ou après le boulanger ? Il est dû à ce dernier la somme de 500 fr. ; quant à moi, ma note d'honoraires s'élève à 80 fr. (frais de dernière maladie.) L'huissier refuse de me payer, sous prétexte que le produit de la vente n'est pas suffisant pour désintéresser le créancier saisissant, à savoir le boulanger.

Dr C.

Réponse.

Le privilège que vous voulez exercer pour le recouvrement de votre créance et le privilège que veut exercer de son côté le boulanger sont tous deux des privilèges généraux sur les meubles du débiteur (article 2.101 du Code civil). Si ces privilèges sont de même qualité, il n'en reste pas moins qu'aux termes de l'article 2.101, votre privilège doit s'exercer avant celui du boulanger. En effet, la loi a pris soin de déterminer dans quel ordre doivent s'exercer les privilèges généraux ; vient d'abord celui accordé pour les frais de justice, c'est-à-dire les frais faits pour la réalisation du gage, puis ensuite les frais funéraires, les frais de dernière maladie, les salaires des gens de service et les fournitures de subsistances faites au débiteur et à sa famille, dans l'ordre.

Dans votre affaire, il y a donc lieu de prélever tout d'abord, sur le prix de la vente, le montant des frais de poursuite, de saisie et de vente, ensuite le montant de vos honoraires pour soins donnés pendant la dernière maladie et enfin le boulanger devra se contenter de ce qui restera. En effet, sa qualité de premier saisissant ne lui confère aucun privilège particulier.

(*Voir la suite page XLVII-1259*)

PROPOS DU JOUR

La réforme des Etudes médicales.

A l'Assemblée générale des médecins de France : vœux en faveur de l'enseignement de l'anatomie et pour la suppression du P.C.N. — Les modifications inévitables qu'apportera à l'enseignement de la médecine l'instauration des assurances sociales.

Le distingué vice-président de l'Association générale des médecins de France, le Dr Zipfel, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Dijon, convaincu que le décret du 10 septembre 1924 sur la réorganisation des études médicales porterait un préjudice considérable à la valeur professionnelle des médecins praticiens en bornant à la première année l'enseignement théorique et pratique de l'anatomie et de l'histologie, a convoqué à Paris, le 26 avril, les professeurs d'anatomie des Facultés et Ecoles de médecine de France pour discuter et étudier cette question qu'il jugeait primordiale.

M. le Dr Legrand, professeur d'anatomie à l'Ecole de Rouen, avait déjà jeté le cri d'alarme dans une note intitulée : « *La disparition de l'anatomie dans les études médicales* ». Mais sans l'énergique initiative du Dr Zipfel, la protestation avait toutes les chances de rester lettre morte.

Un certain nombre de professeurs d'anatomie répondirent à l'appel du Dr Zipfel ; d'autres, qui ne purent venir à Paris, lui donnèrent leur approbation par lettre et le vœu suivant fut adopté :

Les professeurs d'anatomie soussignés prient Monsieur le Ministre de l'Instruction publique de vouloir bien prendre en considération le vœu suivant :

Considérant : *que* l'anatomie est la base fondamentale des études médicales ; *que* cet enseignement tel qu'il a été créé, principalement au point de vue pratique par le Pr Farabœuf, constitue la plus belle école d'anatomie qui soit au monde ; *que* cet enseignement a rendu d'inappréciables services à la science et à plus de 30 générations de médecins ;

Emettent le vœu :

Que le décret du 10 septembre 1924 ne soit pas appliqué :

Que le *statu quo* soit maintenu en perfectionnant et en adaptant le mode d'enseignement aux nouvelles données scientifiques.

M. le Dr Charbonnier, professeur d'anatomie à Caen, lut ce vœu à l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France. Après les éloquents commentaires qu'en fit le Dr Zipfel, évoquant la grande figure de notre maître, le Pr Farabœuf, dont l'enseignement si populaire, est resté vivant dans la mémoire de tous ceux qui ont eu le grand avantage d'en profiter, l'Assemblée générale de l'Association des médecins de France adopta le vœu à l'unanimité, décida de le transmettre à l'Union des Syndicats médicaux de France, aux Associations d'étudiants en médecine, de faire appel au groupe médical parlementaire et à la presse médicale.

Est-il nécessaire de défendre ici l'utilité de l'enseignement de l'anatomie qui est la base même de nos études médicales ? Est-il nécessaire de montrer combien il est difficile d'acquérir en quelques mois d'hiver d'une seule année des connaissances anatomiques complètes, si non en les simplifiant et en les réduisant au point de les borner à des notions sommaires et insuffisantes à un médecin ?

Nous prévoyons les objections suivantes : Les sciences médicales, nous dira-t-on, ont pris un essor tel que l'étudiant d'aujourd'hui a un programme qui dépasse de beaucoup celui qui nous était enseigné, il y a trente ans. On ne peut indéfiniment prolonger les études qui, avec le P.C.N., exigent actuellement plus de six années, ce qui est pour les étudiants et leurs familles une charge accablante dans les conditions économiques présentes. On est donc tenu de comprimer les matières du programme. Et sans nier l'importance primordiale de l'anatomie, il paraît naturel que cette science morte cède en partie le pas aux sciences biologiques vivantes : physiologie, électro-radiologie, physique médicale, chimie biologique et pathologique, bactériologie, sérologie, etc., etc., toutes sciences jadis peu développées et qui ont pris une importance considérable en médecine.

Nous ne nions pas la valeur de ces objections, mais l'anatomie est-elle vraiment une science morte ? Farabœuf a démontré que, bien qu'enseignée sur le cadavre, on pouvait la rendre singulièrement vivante et les résultats des connaissances sérieuses des praticiens français en anatomie ont été appréciés durant la guerre. Ne pourrait-on pas organiser l'enseignement médical de telle façon qu'on puisse donner à la fois à l'anatomie et aux sciences biologiques le temps nécessaire à un senseignement suffisant ?

Le Dr Vacher, d'Orléans, a trouvé la solution

du problème en faisant voter à l'unanimité par l'Assemblée générale de l'Association un vœu réclamant la suppression du P.C.N.

Il n'est pas un médecin véritable (nous ne disons pas un docteur en médecine), il n'est pas un étudiant en médecine qui se propose d'exercer, qui ne considère l'année de P.C.N. comme une année perdue au point de vue médical.

Sans doute, l'on nous parlera de la nécessité de donner aux futurs médecins des connaissances générales sur les sciences physiques, chimiques et naturelles. Ceci est très beau et très bien évidemment. Mais il est plus profitable à un futur médecin de disséquer des hommes que de disséquer des écrevisses et des sangsues. L'anatomie humaine est le pain quotidien de l'enseignement médical, l'anatomie comparée en est la philosophie. Nous ne nions pas l'intérêt de l'anatomie philosophique, mais ici s'applique bien l'adage : *Primum vivere, deinde philosophari.*

Le but principal de l'enseignement médical est de faire de bons médecins. Pour faire un bon médecin, il faut, dès le début de ses études, faire prendre à l'étudiant contact avec le malade et l'obliger à fréquenter l'hôpital. C'est, dans la suite et, s'il en a le loisir, que le médecin pourra orner son esprit de connaissances philosophiques et générales ; mais il a tant à apprendre pour arriver à connaître suffisamment son métier, qu'il est coupable à l'heure actuelle de distraire une année à ses études qui doivent être entièrement consacrées aux matières si nombreuses qui concernent uniquement sa profession. Songeons qu'au cours de la carrière d'un médecin l'ignorance relative et fatale de certaines connaissances peut causer parmi les malades plus d'une victime.

Le P.C.N., institué non dans l'intérêt de l'enseignement médical mais pour permettre aux Facultés des sciences, de vivre en leur fournissant les élèves qui leur manquaient, surtout dans les petites facultés de province, n'est défendu que par les professeurs des Facultés des sciences qui ignorent les difficultés et la complexité de l'enseignement médical. D'ailleurs, les Facultés des sciences qui se sont annexées nombre d'Instituts scientifiques et techniques, n'ont plus besoin du P.C.N. pour vivre. Dans l'intérêt de la santé publique qui doit tout primer, le P.C.N. doit donc être supprimé.

Mais la suppression du P.C.N. ne suffira pas à réorganiser avec le décret du 10 septembre 1924, l'enseignement médical. Songe-t-on à la perturbation profonde que l'instauration des assurances sociales va apporter dans l'enseignement de la médecine ? L'institution de l'assurance maladie obligatoire va exiger la création de grands hôpitaux, de maisons de cure, de sanatoriums dans tous les centres de quelque importance, et la clientèle de ces établissements, sachant bien qu'elle les paye et les entretient, ne se contentera plus de l'organisation quelque peu sommaire de la médecine pour pauvres de nos hôpitaux actuels. Il faudra pourvoir ces établissements, non seulement de médecins, de chirurgiens et de spécialistes, mais d'assistants, d'internes et d'aides. Une décentralisation de l'enseignement médical s'en suivra fatalement, surtout vers la fin des études. Il est probable qu'après avoir commencé souvent ses études dans une école de province, les avoir poursuivies dans une Faculté, l'étudiant sera tenu d'aller les terminer comme interne ou assistant dans un centre hospitalier départemental ou régional. La force des choses, la nécessité de doter d'un personnel suffisamment instruit ces centres de traitement obligeront d'organiser ce que nous avons jadis proposé sous le nom d'*internat obligatoire*, projet que nous avons développé ici il y a une quinzaine d'années et qui nous a valu d'acerbes critiques de confrères qui nous ont lu à la hâte et ne nous ont pas compris. J. Noir.

La Société d'Anthropologie de Paris.

Prix à décerner. — La Société d'anthropologie de Paris nous prie de faire savoir qu'elle doit attribuer : en 1925, le prix Bertillon (500 fr.) au meilleur travail envoyé sur une matière concernant l'anthropologie et notamment la démographie ; en 1926 les prix Godard, Broca, Fauvelle.

Le prix Godard (500 fr.) sera donné à un mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie, le prix Broca (1.500 fr.) à un travail d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie, le prix Fauvelle (2.000 fr.) à un sujet d'anatomie ou de physiologie du système nerveux.

En 1927, la Société d'anthropologie de Paris décernera, pour la première fois, le prix Joséphine Juglar d'une valeur de 8.000 fr. environ au meilleur ouvrage d'anthropologie publié en langue française dans les cinq dernières années.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au secrétariat de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Nous engageons vivement tous nos lecteurs qui s'intéressent à l'anthropologie et à la préhistoire d'adhérer à la Société d'anthropologie de Paris qui fut fondée par Broca et possède une bibliothèque et un Musée où sont accumulés les documents les plus précieux et les plus intéressants. En adhérant à la Société l'on facilite en outre la publication de son *Bulletin* qui insère les communications et les travaux lus et discutés à ses séances.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ÉTUDE EN SÉRIE DE LA FORMULE SANGUINE AU COURS DES APPENDICITES

Importance de ces variations au point de vue médico-chirurgical,

Par MM. les docteurs Edouard ANTOINE et Thierry DE MARTEL.

Il est aujourd'hui admis par la plupart des chirurgiens qu'une appendicite aiguë, non opérée dans les 36 premières heures, doit subir la cure de refroidissement. La durée du refroidissement d'une appendicite est variable et bien souvent difficile à préciser dans la pratique courante.

Sur quel critérium clinique peut-on s'appuyer pour affirmer qu'une appendicite a atteint le stade de refroidissement complet et peut être opérée sans danger ? On peut dire que cette durée de la période de refroidissement est essentiellement variable suivant les appendicites, suivant les malades et aussi suivant... les chirurgiens ! Quelques-uns pensent qu'on doit opérer les appendicites vers le 15e jour après le retour de la température à la normale ! (1) il nous a semblé que *dans de nombreux cas, la disparition clinique des signes pathologiques ne cadre pas avec la réalité anatomique et inflammatoire* et nous rapportons ici-même plusieurs observations de malades atteints d'appendicites refroidies complètement au point de vue clinique, n'ayant plus de fièvre depuis plusieurs semaines et même plusieurs mois, et chez lesquels l'opération a mis en évidence des lésions péritonéales encore en évolution (2), ce qui rendait l'intervention très difficile et même périlleuse pour le malade.

L'appendicectomie pratiquée chez des malades incomplètement refroidis n'est pas sans danger, comme nous avons pu le voir autrefois dans plusieurs services hospitaliers et comme nous avons pu le contrôler dans plusieurs cas personnels.

Il semble que nous n'ayons pas été les seuls à constater de semblables faits. Bazy, de Nabias (Soc. de Chirurgie, 18 juin 1924) ont récemment cherché dans l'intradermo-réaction coli-bacillaire le moyen de refroidir les appendicites et la certitude de les opérer sans avoir à redouter des complications.

De Nabias, dans une série de cas, a pu en se basant sur une intradermo-réaction positive, différer l'intervention jusqu'à ce que, sous l'influence de vaccins coli-bacillaires, l'intradermo-réaction fût devenue nulle. Et dans tous ces cas, malgré des interventions parfois très difficiles, la guérison aurait été obtenue sans aucun incident post-opératoire.

Depuis plusieurs années, nous avons cherché s'il existait un critérium, permettant de préciser rigoureusement le moment où l'appendicite est vraiment refroidie. *Depuis plus de quatre ans nous suivons nos malades, non seulement avec leur courbe de température et du pouls, mais aussi avec leur* **formule hématologique** *et nous avons trouvé dans cette dernière étude une base solide pour déterminer le moment où une appendicite est vraiment refroidie, et par conséquent opérable sans danger.*

Déjà l'étude de la formule sanguine au cours des appendicites aiguës peut donner les renseignements les plus précieux. Ces faits aujourd'hui bien connus depuis les travaux de Cazin, Auschmann, Silhol, Julliard, etc., peuvent ainsi se résumer :

1) Appendicite aiguë sans suppuration : leucocytose ne dépassant pas 18 à 20.000 avec forte polynucléose ;

2) Suppuration certaine : leucocytose de plus de 25.000 ;

3) Enfin la péritonite généralisée est à craindre quand on observe une élévation brusque de la leucocytose.

L'examen en série de la formule sanguine au cours des appendicites en voie de refroidissement et au cours des appendicites chroniques permet de même de faire des constatations du plus grand intérêt.

(1) Pr DELBET. — *Journal des Praticiens*, 1923, n° 15.

(2) N'avons-nous pas trouvé chez un de nos malades, cliniquement refroidi (ventre souple et indolore, apyrexie depuis plusieurs semaines) des abcès péri-appendiculaires.

I. — Les faits.

Tous les malades, suivis pour appendicite, étaient au point de vue clinique dans un état de refroidissement complet en apparence. La température était à 37° depuis plusieurs semaines ; ils ne présentaient plus aucune réaction de défense dans la fosse iliaque droite. De ces malades, les uns avaient une formule sanguine normale et ils ont été opérés sans incident. Chez les autres, qui avaient une formule sanguine anormale, l'opération a révélé des lésions encore en évolution de la fosse iliaque droite (cæcum rouge et enflammé, adhérent ; masse de fausses membranes au milieu desquelles l'appendice était introuvable ; abcès péritonéaux, etc.). Chez un certain nombre de ces malades, l'appendicectomie a été cependant pratiquée ; elle a été suivie de complications parfois très graves. Chez les autres, on a fermé purement et simplement, en se contentant de faire une laparotomie exploratrice. Ces derniers malades, remis à la cure du refroidissement jusqu'à ce que le sang soit redevenu normal, ont été réopérés à ce moment. Cette seconde opération a montré la disparition de tous les signes inflammatoires de la fosse iliaque droite, un cæcum libre, un appendice non adhérent et facile à enlever. *Les lésions anatomiques ainsi constatées ont donc toujours été en corrélation étroite avec l'état de la formule sanguine.*

A. Ier GROUPE. — MALADES, CLINIQUEMENT REFROIDIS, APPENDICECTOMISÉS MALGRÉ UNE FORMULE SANGUINE ANORMALE, ET AYANT PRÉSENTÉ DES COMPLICATIONS A LA SUITE DE L'OPÉRATION.

Malgré un refroidissement clinique complet, la formule sanguine révélait chez ces malades de la leucocytose avec polynucléose. Sur les vives instances des malades ou de leur entourage, l'appendicectomie a été pratiquée d'ailleurs avec de grandes difficultés. Les suites opératoires ont été marquées par des complications souvent très graves.

En voici quelques exemples :

Observation I. — M. X., très grosse crise d'appendicite avec plastron. Refroidissement progressif. Mais six semaines après la chute de la température, il persiste encore une leucocytose dépassant 10.000 avec polynucléose. L'un de nous demande à retarder l'opération ; on passe outre à son conseil, à cause de l'insistance de l'entourage.

A l'opération on trouve un appendice rouge et friable, adhérent. Appendicectomie avec enfouissement. Le soir même de l'opération, la température monte à 40°, dyspnée extrême, pouls à 130. Une double broncho-pneumonie s'installe, qui met le malade en grand danger. Deux mois après l'opération, le malade finit par guérir.

Observation II. — Mlle de K., petite crise d'appendicite sans vomissements ; accès de fièvre à 40°, un soir seulement. Le lendemain, la température est à 37° et reste normale. Tous les symptômes ont disparu et cependant 25 jours encore après le début de l'apyrexie, on trouve dans le sang 20.000 globules blancs avec 84 % de polynucléaires... L'opération est pratiquée sur l'insistance de la famille. On trouve un appendice long, rouge et friable, plein de pus, se déchirant à la moindre traction. Drainage. La guérison est très lente, accompagnée de fièvre, de troubles infectieux prolongés, dont l'enfant se remet péniblement.

Observation III. — M. K. avait eu une petite crise d'appendicite banale avec maximum de fièvre à 38°5. Cure de refroidissement classique. Un mois après la chute de la température, on opère le malade, alors qu'il ne présente plus aucun symptôme (le ventre est souple, la région appendiculaire indolore, le malade mène une vie normale et vaque à ses affaires sans la moindre réaction fébrile). A l'ouverture de l'abdomen on trouve un appendice très malade, friable, profondément situé contre la vessie, et sa libération fait ouvrir successivement deux abcès péritonéaux contenant du pus épais abondant. Enfouissement soigné et drainage. Les suites opératoires mirent le malade dans le plus grand danger : il eut successivement hématome suppuré, abcès sous-phrénique droit, pleurésie purulente diaphragmatique, vomique. Après de nombreuses complications ce malade est aujourd'hui parfaitement guéri. L'absence totale de tout signe clinique d'ordre inflammatoire avait, dans ce cas, autorisé une intervention prématurée et pleine de dangers. Le refroidissement anatomique était incomplet et l'opération devait être retardée jusqu'à ce que la formule sanguine soit devenue normale.

Observation IV. — V. Madeleine : plusieurs petites crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avec 37°8, sans vomissements. Point douloureux de Mac Burney très net. Le 2 mars on trouve la formule sanguine suivante :

G.B.	3.600	
Polys	66	70 %
Eosino	4	
Grands monos	17	30 %
Lymphocytes	13	

On trouve à l'opération un appendice rétrocæcal, très difficile à enlever, tordu et plein de pus ; drainage. A la suite de l'opération, il persiste une fièvre élevée pendant plusieurs semaines et la malade fut très lente à se rétablir.

Observation V. — S. Marthe, pas de crise appendiculaire nette, douleur, nausées, pas de fièvre. La formule sanguine est :

Leucocytes	6.200	
Polys	70	73 %
Eosinophiles	3	
Grands monos	16	27 %
Lymphocytes	11	

A l'opération, on trouve un cæcum fixé par des adhérences et le grand épiploon grenu et épaissi est réséqué. Les suites opératoires furent marquées par une fièvre persistante au-dessus de 38° pendant 10 jours.

Observation VI. — Mme D., 29 ans. Très petite crise 3 mois avant.

L'examen du sang montre le 9 mars :

Leucocytes	8.800	
Polys	48	61 %
Eosinos	13	
Grands monos	14	39 %
Lymphocytes	25	

A l'opération, pratiquée quelques jours après, on trouve un appendice rétro-cæcal, en zig-zag ; l'épiploon est épaissi et grenu. Appendicectomie et résection de l'épiploon.

Après l'opération, il persiste une température entre 38° et 39° pendant 3 semaines.

Le 24 mars (une dizaine de jours après l'opération), la formule sanguine s'est modifiée :

Leucocytes	6.200	
Polys	59	63 %
Eosinos	4	
Grands monos	12	37 %
Lymphocytes	25	

Il est curieux de constater que l'éosinophilie est tombée après l'opération de 13 % à 4 %.

B. IIe GROUPE. — Malades atteints d'appendicite cliniquement refroidie et laparotomisés malgré une formule sanguine anormale. Devant l'étendue des lésions péritonéales encore en activité, on referme pour attendre. Une deuxieme opération pratiquée quand le sang est redevenu normal, montre une guérison anatomique complète et permet une appendicectomie simple.

Observation VII. — Mlle R., grosse crise d'appendicite avec vomissements, température oscillant entre 38°5 et 39°5 pendant 10 jours. Six semaines après le retour de la température à la normale, l'examen du sang montre encore 19.000 globules blancs avec une polynucléose de 82 %. Le malade et la famille ne voulant pas attendre plus longtemps, l'un de nous a la main forcée pour opérer. On trouve un appendice rouge et très adhérent qu'on laisse en place. On referme simplement.

Deux mois après, la formule sanguine est redevenue normale. *Au cours d'une nouvelle opération, on peut enlever alors un appendice libre qui présente un aspect absolument sain.* Les suites opératoires sont sans incident.

Observation VIII. — Mlle C., appendicite aiguë avec température à 40°, et polynucléose de 92 %. Au cours d'une consultation avec le Dr Veau, de Martel constate l'existence d'un gros plastron étendu très haut jusque sous le foie. Une incision est pratiquée et permet d'évacuer un gros abcès.

Six mois après, la température est normale, on ne trouve plus à l'examen du sang que 63 % de polynucléaires.

Une deuxième opération est alors pratiquée et permet d'enlever un appendice en position ascendante, d'aspect absolument sain et dont la pointe répondait au centre même de l'abcès incisé lors de la première opération.

Observation IX. — L. Bernard, Crise au début de novembre avec 39°. Opération pratiquée à la fin de janvier alors que la température est normale depuis plusieurs semaines. La formule sanguine est encore à ce moment :

Globules blancs	6.400	
Polys	70	71 %
Eosinophiles	1	
Grands monos	6	29 %
Petits monos	23	

A l'opération, on trouve un cæcum très rouge, enflammé ; l'appendice perdu au milieu d'adhérences, est absolument introuvable. On referme simplement.

Le malade est renvoyé chez lui pour compléter sa cure de refroidissement. Le 18 avril (plus de 5 mois après le début de la crise) le taux des polynucléaires est enfin redevenu normal :

G.B.	4.400	
Polys	63	66 %
Eosinos	3	
G.M.	24	34 %
P.M.	10	

Une deuxième opération est pratiquée le 20 avril : *on trouve l'appendice libre et facilement enlevable.* Mais on voit encore la trace nette de la crise de novembre ; l'appendice est gros, rouge, étranglé à sa base. Ablation sans enfouissement. Suites opératoires sans incident.

Observation X. — P. Sylvain, crise appendiculaire le 15 mai 1923. La formule sanguine est ainsi composée à la date du 24 juin :

Leucocytes	7.200	
Polys	74	75 %
Eosinos	1	
Grands monos	8	25 %
Lymphocytes	17	

Opération le 25 juin (pratiquée alors que nous

ne connaissions pas encore toute l'importance de la formule leucocytaire) ; appendice extrêmement rouge, adhérent, perdu dans un amas de fausses membranes. On referme sans l'enlever Le malade est remis à la glace. Le 11 octobre suivant (cinq mois après la crise), la formule est enfin devenue bien meilleure :

Leucocytes	7.000	
Polys	58	62 %
Eosinos	4	
Grands monos	1	38 %
Lymphocytes	23	
Moyens monos	13	
F. de passage	1	

Le 18 octobre, au cours d'une deuxième opération, on trouve un appendice libre, facile à enlever. Le cæcum est complètement libre mais il est encore vascularisé et saignotant. Le refroidissement n'était donc pas absolument complet (il y avait encore d'ailleurs 7.000 G.B.)

Observation XI. — P. Marc. Crise appendiculaire le 1er janvier. Cure de refroidissement normale avec apyrexie. Le 1er février, la formule sanguine est :

Leucocytes	9.600	
Polys	80	**85** %
Eosinos	5	
Grands monos	5	15 %
Lymphocytes	10	

Au cours de l'opération (2 février) (pratiquée alors que nous ne connaissions pas encore l'importance de l'examen du sang), on trouve un peu de pus sous la paroi. Le doigt pénètre dans une masse d'adhérences. On se contente de drainer.

Le 17 juillet (près de 7 mois après le début), la formule sanguine s'est complètement modifiée (1):

Leucocytes	5.000	
Polys	62	%
Grands monos	4	%
Lymphocytes	34	

Au cours d'une deuxième opération (18 juillet) on constate que le péritoine de la fosse iliaque droite est redevenu absolument libre et l'appendice est enlevé très facilement. Suites opératoires sans incident.

Observation XII. — N. Lucie, crise subaiguë le 29 août avec 39° un jour. En quelques semaines tout rentre dans l'ordre.

La malade est opérée à la fin de novembre, sans qu'on ait fait l'examen du sang. L'appendice est absolument adhérent et entouré de fausses membranes. On referme sans pouvoir l'enlever. Au mois de mai suivant (8 mois après la crise) la formule sanguine est enfin devenue normale (1) :

Leucocytes	5.200
Polys	64
Grands monos	7
Lymphocytes	29

On pratique alors une deuxième opération, qui montre un appendice complètement libre. Il ne reste plus aucune trace d'adhérences. Suites opératoires normales sans incident.

C. IIIe GROUPE. — MALADES OPÉRÉS SEULEMENT AVEC UNE FORMULE HÉMATOLOGIQUE NORMALE. OPÉRATION SIMPLE. SUITES OPÉRATOIRES SANS INCIDENTS.

Nous prenons au hasard quelques observations parmi plusieurs centaines que nous possédons à l'heure actuelle :

Observation XIII. — Ch. Maurice, grosse crise au début d'octobre, avec vomissements, gros foie, température à 39°.

Le 10 décembre, la formule sanguine est devenue :

Leucocytes	5.850	
Polys	60	62 %
Eosinophiles	2	
Grands monos	4	38 %
Lymphocytes	34	

A l'opération (14 décembre), l'appendice est absolument libre. Suites opératoires sans incidents.

Observation XIV. — Mme B. En août, crise d'appendicite avec fièvre.

Le 18 octobre, la formule sanguine est la suivante :

Leucocytes	5.555	
Polys	50	52 %
Eosinos	2	
Lymphocytes	34	48 %
Grands monos	1	
Moyens monos	10	
F. de passage	3	

L'opération pratiquée au début de novembre, montre un appendice libre, facile à enlever. Suites sans incidents.

Observation XV. — Mlle de P. Petite crise d'appendicite en mai avec 38° et vomissements. Diète et glace.

Le 10 juin, la formule sanguine est devenue :

G.B.	5.400	
Polys	49.5	54 %
Eosinophiles	4.5	
Lymphocytes	36	46 %
Grands monos	8.5	
Basophiles	1.5	

(1) Pendant ces quelques mois de refroidissement, l'examen du sang pratiqué tous les mois a montré un retour progressif de tous les éléments vers le chiffre normal.

L'opération, pratiquée le 22 juin, montre un appendice libre, fortement coudé, étranglé en deux points avec du pus entre les deux rétrécissements. Suites opératoires sans incidents.

D. Appendicites chroniques d'emblée.

Le sang de tous nos malades suspects d'avoir une appendicite chronique a été examiné systématiquement. Bien entendu, il s'agit de malades n'ayant jamais eu de crise appendiculaire, mais présentant des troubles douloureux de la fosse iliaque droite. Nous avons cherché s'il n'y avait pas, dans l'étude de la formule sanguine, un moyen de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'appendicite chronique.

La présence d'une mononucléose très nette, avec ou sans leucocytose, chez un malade qui souffre de la fosse iliaque droite, en dehors d'une autre maladie chronique, est en faveur d'une appendicite chronique. Au contraire, une formule sanguine absolument normale doit faire écarter complètement le diagnostic d'appendicite chronique.

En voici quelques exemples pris parmi des centaines d'observations :

Observation XVI. — Mme B. Alice. 39 ans. Nausées, migraines, amaigrissement, élancements dans la fosse iliaque droite. Douleur localisée cliniquement et radiologiquement au niveau de l'appendice. Dans le sang on trouve une forte mononucléose :

Leucocytes	4.200	
Polys	46	51.5 %
Eosinos	5.5	
Lymphos et moyens monos	41	48.5 %
Grands monos	5.5	

Observation XVII. — Mme G. Germaine, 24 ans. Douleur dans la fosse iliaque droite avec congestion hépatique. L'examen du sang montre une mononucléose nette :

Leucocytes	6.800	
Polys	45.5	47.5 %
Eosinos	2	
Lymphos	41	52.5 %
Grands monos	11.5	

Observation XVIII. — Mlle A. Marie-Louise, 30 ans. Signes d'appendicite chronique avec congestion hépatique. Mononucléose sanguine ; à l'opération, appendicite chronique :

Leucocytes	5.200	
Polys	56	60 %
Eosinos	4	
Lymphos	33	40 %
Grands monos	7	

Observation XIX. — Mme Fr. Lucienne, 32 ans. Signes d'appendicite chronique simple avec forte mononucléose :

Leucocytes	4.650	
Polys	43.5	44 %
Eosinos	0.5	
Lymphos	49	56 %
Grands monos	7	

II. — **Constatations hématologiques.**

Les renseignements fournis par l'hématologie nous ont donc paru d'une haute portée pour suivre l'évolution d'une appendicite en voie de refroidissement, aussi bien que pour poser le diagnostic d'appendicite chronique d'emblée. Mais pour éviter les erreurs, il faut faire cet examen toujours dans les mêmes conditions : *le malade étant à jeun, le matin, en dehors de toute maladie concomittante* (grippe, bronchite, tuberculose, pleurésie, salpingite, métrite, péritonite tuberculeuse, cholécystite, etc.), *en dehors de la période des règles chez la femme.*

Dans tout examen hématologique (nous ne saurions trop insister) *il faut considérer à la fois le nombre des globules blancs et la formule leucocytaire.* En tenant compte seulement d'un seul de ces éléments, on s'exposerait à des erreurs grossières. Contrairement à l'opinion de quelques-uns, nous avons été frappés par la *constance de la formule sanguine* chez l'individu sain : *leucocytose au-dessous de* 6.000 *et* 66 % *de polynucléaires* (1).

Les résultats sont différents suivant que le malade a été atteint d'une crise aiguë ou subaiguë, ou qu'il est atteint d'une appendicite chronique d'emblée sans complications.

1° *Malades en voie de refroidissement après une crise d'importance variable* : Chez ces malades, on trouve au début le trépied classique : *leucocytose augmentée, polynucléose plus ou moins élevée, diminution de la mononucléose.* Puis peu à peu, le nombre des leucocytes diminue et tend à atteindre le chiffre normal de 6.000 et même à descendre au-dessous de ce chiffre. De même la polynucléose tend à revenir au taux de 66 % et même souvent elle descend au-dessous de ce chiffre. Si dans quelques cas, la courbe de la leucocytose et la courbe de la polynucléose apparaissent irrégulières et désordonnées, chez la plupart des malades, elle est nettement et régulièrement descendante.

Il est donc possible de suivre pas à pas la marche

(1) Et surtout qu'on ne nous objecte pas qu'il s'agit là en somme de quelques centaines de leucocytes en plus ou en moins, ou de quelques polys ou monos en plus ou en moins dans la formule. C'est là une objection un peu trop simpliste, que nous avons entendue cependant. En présence d'une courbe de température, il n'est jamais venu à l'idée de personne de dire qu'il s'agit en somme de quelques degrés ou de quelques dixièmes de degré en plus ou en moins !!!

régressive de l'inflammation appendiculaire, depuis la période aiguë ou subaiguë jusqu'à la phase de refroidissement complet, en passant par tous les « *cas limites encore tièdes* ». La durée du refroidissement hématologique est essentiellement variable d'un malade à l'autre. *On peut constater parfois des cas dissociés, une leucocytose normale avec polynucléose élevée persistante, ou réciproquement une leucocytose élevée avec une formule absolument normale. Tous ces malades sont encore incomplètement refroidis.*

Pour pouvoir affirmer qu'une appendicite est bien refroidie et par conséquent opérable sans danger, il faut donc constater à la fois une leucocytose autour de 6.000 *et une polynucléose autour ou au dessous de* 66 %.

Méconnaître ces faits, c'est exposer les opérés à un danger, qui n'est pas négligeable, comme dans les observations apportées au début de ce travail.

2° *La formule hématologique de l'appendicite chronique d'emblée.* Le nombre des leucocytes, en général normal, peut parfois osciller entre 6.000 et 10.000. Mais ce qui prédomine dans ce cas, c'est une modification de la formule sanguine, avec diminution de la polynucléose et augmentation compensatrice de la mononucléose. Dans des cas extrêmes, nous avons pu même constater une véritable inversion de la formule leucocytaire, par exemple :

Observ. XIX = 56 % de mononucléaires et 44 % de polys.

Observ. XVII = 52,5 % de monos pour 47,5 % de polys.

Cette augmentation porte tantôt sur le nombre des grands monos, tantôt sur celui des lymphocytes, ou sur les deux variétés à la fois.

En résumé, en dehors des causes d'erreur déjà signalées, nous considérons comme très importante l'existence d'une mononucléose nette pour confirmer le diagnostic d'appendicite chronique, *à tel point que nous rejetons ce diagnostic en présence de symptômes douloureux abdominaux chaque fois que la formule sanguine est restée normale.*

L'opinion inverse ne saurait être vraie dans tous les cas, l'hypermononucléose peut coexister avec des infections atténuées à allure chronique, autres que l'appendicite. *La coexistence de la douleur dans la région appendiculaire, contrôlée à la radioscopie, et de la mononucléose, permet d'affirmer le diagnostic d'appendicite chronique.*

Que doit-on penser de l'**éosinophilie sanguine** que l'on observe dans quelques cas ? D'après Loeper, certaines appendicites font apparaître une éosinophilie sanguine qui est en relation avec la présence de nombre d'éosinophiles sur les coupes d'appendices. Pour d'autres, l'éosinophilie est un signe d'épiploïte concomitante et nous avons pu parfois constater des faits semblables. Dans certains cas, elle révèle la présence de vers intestinaux (oxyures, ascaris...)

Bezançon a constaté à la fin des poussées évolutives de la tuberculose polmonaire chronique l'apparition d'éosinophilie sanguine, signe d'évolution vers la convalescence. Ces faits se rapprochent de ceux observés par Loeper et demandent des recherches ultérieures.

Conclusions.

L'expérience nous a montré que la clinique, à elle seule, est insuffisante pour préciser le moment où une appendicite est complètement refroidie, et par suite quand on peut l'opérer sans danger après une crise. Les réactions cliniques manquent de sensibilité ; un malade peut n'avoir plus de fièvre, ni de douleur locale et pourtant avoir une appendicite encore tiède et inopérable. Les observations rapportées nous l'ont appris.

L'*examen du sang* (numération des globules blancs et étude de la formule leucocytaire), *pratiqué en série, permet de suivre les malades pas à pas au cours de leur cure de refroidissement* et le retour complet de la formule sanguine à la normale permet d'affirmer le refroidissement total de l'appendicite et autorise l'intervention chirurgicale. Ces observations s'appuient sur toute une série de cas où le contrôle anatomique, pratiqué au cours de laparotomies exploratrices, a confirmé la justesse des renseignements fournis par l'hématologie :

Leucocytose augmentée, polynucléose = appendicites non totalement refroidies (1) ;

Mononucléose ou formule normale = appendicite chronique refroidie.

C'est en suivant cette ligne de conduite que nous n'avons opéré que des appendices absolument et anatomiquement refroidis, et que les incidents et complications post-opératoires souvent graves sont tombés à zéro.

Enfin l'examen du sang peut aussi rendre les plus grands services *dans le diagnostic de l'appendicite chronique d'emblée. Toute douleur de la région appendiculaire (contrôlée à la radioscopie), qui s'accompagne de mononucléose sanguine* chez un sujet ne présentant par ailleurs aucun signe d'une autre infection, *peut être légitimement rapportée à l'existence certaine d'une appendicite chronique d'emblée.*

(1) Dans quelques rares cas, on pourrait objecter que la polynucléose observée existe avec un appendice vraiment refroidi. Dans ce cas, il peut s'agir d'une erreur de laboratoire (nulle, si l'on s'adresse à un laboratoire sérieux, le malade étant à jeun depuis 12 heures); ou bien il peut s'agir d'un malade atteint d'une maladie intercurrente d'une infection passée inaperçue ou même latente. Et dans ce cas on ne regrettera jamais d'avoir retardé l'opération chez un sujet infecté apte plus que tout autre à faire une complication post-opératoire (phlébite, embolie, bronchopneumonies, etc.)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

L'examen général de la femme enceinte

D'après une leçon du Pr JEANNIN (1).

L'examen général du corps est capital en obstétrique. Presqu'en même temps que vous faites l'interrogatoire, vous devez prendre connaissance de la morphologie totale, c'est-à-dire de l'ensemble des formes et proportions. La femme doit être examinée nue et successivement dans les positions debout, couchée et pendant la marche.

Commençons par l'*examen de la femme couchée.* Elle doit avoir la taille complètement libérée ; rappelez-vous que le mot enceinte a été formé du latin *in cincta,* non ceinte. Vous commencez par l'examen de la *tête.* Paraît-elle particulièrement volumineuse, ou au contraire gracile ? Semble-t-elle irrégulière ? En prenant ainsi une notion de sa forme, de ses dimensions et de son aspect général, votre diagnostic pourra s'orienter vers une lésion rare. Vous saurez reconnaître ainsi une *achondroplasie,* dont la figure est bien différente de celle d'une rachitique, et plus encore de celle que présente une bossue. Regardez le crâne pour constater sa forme, sa symétrie ou son asymétrie ; rappelez-vous que maintes lésions de la colonne vertébrale retentissent sur les vertèbres craniennes.

Passons à la face, et notons son expression : il y a des faces stupides, il y a des faces tourmentées, il y a des faces moyennes, des faces intelligentes. Certaines déformations graves du bassin n'entraînent pas de déformation de la face. Une achondroplase avec bassin vicié et même porteuse d'un enfant monstrueux peut avoir des traits réguliers et même assez seyants.

Il est très fréquent de voir des faces asymétriques, soit dans leur totalité, soit dans certaines parties comme la région frontale. L'asymétrie porte surtout sur le nez, qui peut être dévié en auvent, sur les yeux qui peuvent être inégaux et strabiques. L'examen extérieur des narines peut faire constater, au lieu du schéma normal constituant deux fentes oblongues faisant entre elles un angle aigu, une tendance de l'une des fentes à l'horizontalité, ou même des deux narines qui en même temps s'élargissent par leur extrémité. Les yeux peuvent aussi présenter l'aspect mongol ou asiatique.

Du côté des mâchoires on peut constater le prognathisme qui peut toucher les deux maxillaires et donner à la partie inférieure de la figure l'aspect du mufle des carnassiers, ou n'intéresser que l'inférieur, ce qu'on appelle la bouche en bénitier.

Vous rechercherez au niveau des arcades dentaires des lésions souvent discrètes : dans nombre de cas la fente interincisive est déviée, indice de scoliose ayant porté sur le maxillaire. Il faut rechercher et noter l'absence de certaines dents, leur forme, leur mode d'implantation régulière ou leur chevauchement, leur atrophie, la présence de dents pointues, dites dents de loup, ou de dents du type dit dent d'Hutchinson. Voyez si la voûte palatine présente la disposition ogivale, ou mieux lancéolée, et s'il y a des perforations et déviations du voile.

On peut dire que l'examen de la tête permet de reconnaître la classe dans laquelle rentre la malade, de savoir si c'est une rachitique ou une achondroplasique, ou si c'est simplement une bossue.

Le cou peut être anormal par sa brièveté, qui peut être telle que la tête semble reposer directement sur le plan des épaules. Ceci est fréquent chez les achondroplases ; c'est constant chez les bossues, parce qu'elles rapprochent les épaules et semblent avoir fait chevaucher leurs vertèbres les unes sur les autres.

Ne quittez pas la région cervicale sans avoir étudié la mobilité de la tête sur le cou et cherché s'il y a une limitation dans les mouvements d'inclinaison et de rotation.

Pour bien étudier le *rachis* la femme sera *debout.* Le sternum et les côtes peuvent se projeter en avant. Ce peut être une bossue ou une rachitique, ayant son sternum saillant comme celui des oiseaux : c'est ce qu'on appelle le sternum en bréchet. A droite et à gauche du sternum vous rechercherez les chapelets rachitiques et l'évasement des dernières côtes qui dénote également le rachitisme.

Passons à l'examen des membres. Dans une série de cas vous constaterez la brièveté des bras par rapport à la taille : la femme ayant la taille d'adulte semble avoir des bras d'enfant. D'autres présentent la proportion inverse qui les a fait comparer aux araignées faucheuses.

Normalement, dans la position du soldat sans armes, l'extrémité des doigts arrive seulement au-dessous de la moitié des la cuisse, mais n'atteint pas la rotule. Certaines femmes, les bossues, particulièrement, atteignent leurs genoux ; par contre, les achondroplases ont leurs mains au niveau de la région trochantérienne. Il faut aussi mesurer segment par segment ; normalement

(1) Leçon faite le 6 novembre 1924 à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, et recueillie par le Dr LAPORTE.

nous devons avoir l'avant-bras plus court que le bras ; chez les achondroplases ce rapport est inversé.

Voyez enfin si les membres sont égaux, s'ils sont atteints d'une malformation congénitale, absence ou raccourcissement. Inutile d'insister sur ces raretés.

Arrivez à la main, voyez quelle est sa forme. La main rachitique est courtaude, pattue, dit-on; la bossue a une main très longue ; l'achondroplase a ce qu'on appelle une main en trident.

Examinez maintenant le *bassin*. Dans la scoliose, le ventre est complètement dyssymétrique.

Regardez l'aspect général, la femme peut réaliser soit le type féminin, soit le type masculin. Dans le *type féminin*, même sans aucun artifice tel qu'une ceinture, le thorax étroit par sa base forme une taille mince grâce au large évasement des hanches. Certaines femmes exagèrent leur type normal, certaines rachitiques ont des hanches encore plus évasées.

A l'inverse de ce type, il y a le *type masculin*, le type garçonnet ou éphèbe, dans lequel les hanches sont trop étroites, si bien qu'en l'absence des organes génitaux on hésiterait sur le sexe.

Cherchez la notion de gracilité ; il y a des bassins grêles, légers, inconsistants, comme les bassins ostéomalaciques qui sont moins denses que l'eau. Il y en a de trapus et « mastocs ». Les bassins trop faibles peuvent ressortir au rachitisme ou à la paralysie infantile. Les gros bassins peuvent aussi appartenir au rachitisme pseudo-hypertrophique. Pour juger de l'épaisseur des os du bassin sur la femme vivante, on prendra avec deux doigts, à droite et à gauche, les épines iliaques antérieures et la crête iliaque. Complétez cet examen par la pelvimétrie externe vérifiez si le diamètre bisiliaque antérieur a 24 cent., le médian 27, et le bitrochantérien 31.

Une notion corollaire est celle de l'ouverture du grand bassin. Il y a des bassins dans lesquels on atteint les épines avec la fourchette des doigts; c'est parfois un signe de rachitisme ; mais ce serait une erreur de croire que tout bassin dans lequel les deux épines sont plus rapprochées sur la ligne médiane est rétréci ; ces caractères peuvent être ethniques, en tout cas individuels.

Le *pubis* normalement ne doit pas se projeter en avant et faire une forte saillie ; il y a des cas cependant où l'on a l'impression de toucher, suivant la comparaison admise, une sorte de bec de canard. Ceci appartient soit au bassin ostéomalacique, — si rare dans nos régions —, soit à certains bassins rachitiques dits à type pseudo-ostéomalacique. Cela rend le détroit supérieur impropre à l'accouchement.

La femme étant normalement étendue sur son lit, les deux épines antéro-supérieures doivent être de même plan, dans le sens non seulement frontal, mais sagittal. Si une épine passe au-dessus du plan de l'autre, c'est qu'il y a distorsion et rétropulsion du bassin et ceci appartient à la *coxalgie*.

Voyez en outre si les deux membres inférieurs sont parallèles ou divergents, ou trop rapprochés et même croisés l'un sur l'autre, ou s'il existe ce qu'on appelle la parenthèse tibio-fémorale, déformation dite en jambes de cavalier.

Après avoir pris la notion de l'attitude des membres pelviens, attachez-vous à bien connaître leurs dimensions, non seulement en longueur, ce qui est la notion la plus usuelle, mais en épaisseur : pour peu qu'il y ait une asymétrie pelvienne et qu'on suppose une lésion, il faut mesurer l'épaisseur des différents segments; par exemple au milieu de la cuisse et au milieu du mollet.

Vous savez que la cuisse doit être plus longue que la jambe. Il y a atrophie du premier segment chez les achondroplases. Mais sachez distinguer la brièveté apparente et la brièveté réelle. Une femme atteinte de luxation double des deux hanches, vue extérieurement, semble manquer de cuisses, mais ce n'est qu'une apparence ; si avec le ruban métrique vous mesurez la longueur totale des fémurs, vous vous apercevrez qu'elle est normale.

Enfin cherchez la mobilité des membres inférieurs ou l'*ankylose*. Le cas courant, classique, est la coxalgie, où il y a un mouvement de sonnette bien connu. Cherchez la limitation de la mobilité. Chez une femme normale, d'âge moyen, le plan extérieur de la cuisse peut être amené sur le plan du lit ; le mouvement d'abduction est toujours plus ou moins limité chez la femme atteinte de luxation congénitale.

Chez certaines femmes vous remarquerez des cuisses « costaudes », trapues et manifestement au-dessous de leur longueur normale. Chez les achondroplases, il y a de vastes plis cutanéo-adipeux, si bien que le squelette est trop petit par rapport aux parties molles.

Regardez s'il y a une déviation des jambes, un *genu valgum*, si les tibias présentent une crête en lame de yatagan, signe de rachitisme. Le pied peut présenter une brièveté anormale chez certaines rachitiques.

Il faut chercher à mesurer la taille de la femme. Sans la toiser, on peut juger si sa taille est moyenne, petite, ou dépassant la moyenne. Le gigantisme n'intéresse pas l'obstétrique. Le nanisme vrai, c'est-à-dire l'atrophie de toutes les parties du squelette avec conservation de leurs rapports et caractère familial, doit être distingué d'avec les pseudo-nanismes des femmes qui sont simplement tordues, qui ont perdu de leur hauteur, mais qui, si elles étaient bien faites, auraient une hauteur suffisante.

Le tronc est-il plus ou moins long par rapport aux membres inférieurs ? Pour le savoir, faites

asseoir la femme, et dissimulez les membres inférieurs avec une alèze ; de cette façon vous jugerez mieux, vous verrez que les membres inférieurs sont trop petits, ne touchent pas à terre, mais que le dos n'est pas celui d'une naine. Inversement, une cyphotique a le thorax tout petit, monté sur de véritables échasses.

La notion d'aspect, c'est-à-dire de proportions, permet de distinguer quatre types : 1° la femme normale, paraissant parfaitement constituée : en conclurez-vous qu'elle a un bassin normal ? Non. Vous pouvez voir des bassins rétrécis, ayant nécessité jusqu'à des césariennes parfaitement indiquées, et même des bassins asymétriques, chez des femmes parfaitement normales d'extérieur.

2° Le deuxième type est ce qu'on a appelé le type en miniature ; c'est une femme beaucoup plus petite que la normale, mais gardant ses proportions ; elle est bien faite. Mais le bassin est souvent mauvais. Mieux vaudrait un bassin déformé, mais ayant de l'ampleur.

3° Le troisième type est la femme *distordue*. Ce peut être une rachitique. Ce peut être surtout une scoliotique.

4° Le quatrième type est celui de la femme qui n'est pas distordue, mais qui est disproportionnée, soit par l'absence apparente de jambes, comme l'achondroplase, soit par l'absence apparente du tronc, comme la femme-araignée, c'est-à-dire la bossue.

Chez la plupart des femmes mal faites quant au squelette, le ventre se porte en dehors : l'*antéversion* est en effet l'attitude la plus fréquente et réalise soit le ventre en obusier, soit le ventre en bissac, soit le *venter in propatulis* des anciens.

Voyez si à la région pubienne les poils sont régulièrement en triangle, si les deux plis inguinaux sont pareils en profondeur et longueur.

J'arrive à l'examen du *dos*. Il présente trois régions différentes : le rachis, la région de Michaëlis, la région des fesses.

Sur le rachis, cherchez les courbures anormales, la scoliose, la cyphose ou même la lordose. Méfiez-vous des cyphoses apparentes chez de simples scoliotiques que vous reconnaitrez en recherchant avec le doigt ou un stylo la trace des apophyses épineuses, pour voir si elles sont sur la même ligne, si elles bombent en avant, ou font un angle latéral. Regardez s'il y a quelques cicatrices, indices d'un ancien mal de Pott. Rappelez-vous que les cyphoses graves retentissant sur le bassin sont discrètes et siègent bas.

Le losange de Michaëlis a une valeur presque nulle. Ses dimensions et les rapports de ses différentes parties peuvent être réguliers ou irréguliers, sans permettre d'en rien conclure.

Le plus important est l'étude du massif fessier pour voir si la dimension des fesses se trouve exagérée, comme dans les cas de luxation congénitale de la hanche, si le sillon interfessier est médian et rectiligne, et les plis sous-fessiers réguliers et symétriques.

J'arrive à l'examen de la femme vue marchant. Il s'agit de chercher la boiterie. Trois questions se posent : Boite-t-elle ? Comment ? Comment corrige-t-elle sa boiterie ?

Il est très rare qu'une boiterie soit corrigée à ce point qu'on ne voie pas qu'il y a une inégalité des membres dans la marche. Il faut chercher si la boiterie est uni ou bilatérale, et si elle est égale ou plus marquée d'un côté ; n'oubliez pas le signe du maquignon.

Il y a la femme maladroite ou négligente qui tombe sur son pied, qui pilonne et déforme son bassin à l'extrême ; il y a la femme adroite qui, à l'aide d'un certain balancement, transforme un des membres inférieurs en un ressort souple, et réduit sa boiterie à une légère ondulation qui parfois ne manque pas de grâce et qui est beaucoup moins dangereuse. Pour dépister ces boiteries imperceptibles, il faut faire marcher la malade en cachant ses membres inférieurs par un drap tendu et en regardant seulement la tête et la partie supérieure du tronc.

J'ai tenu à insister sur cet examen général, car dans le corps humain tout se tient ; il est difficile d'admettre qu'une vraie lésion du bassin ne se manifeste pas, sauf dans des cas exceptionnels, par des modifications portant sur d'autres parties du squelette.

Pr J.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le poumon cardiaque.

MM. D. Routier et P. Oury font une étude clinique des troubles fonctionnels et organiques au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche. Le poumon, disent-ils, interposé entre les deux cœurs, droit et gauche, pâtit du mauvais fonctionnement de l'un, le cœur gauche, et semblerait devoir commander la résistance de l'autre, le cœur droit.

Les troubles pulmonaires consécutifs à la cardiopathie gauche évoluent sous forme d'acci-

dents paroxystiques, ou d'une manière insidieuse et continue.

Les accidents pulmonaires non paroxystiques sont la dyspnée, puis les pleurésies cardiaques, l'œdème pulmonaire chronique (le poumon des insuffisants ventriculaires gauches étant avant tout un poumon œdémateux). Mais il existe encore des accidents non encore décrits et qui sont les pneumopathies pseudo-chroniques.

Cette forme de poumon cardiaque revêt l'aspect de pneumopathies chroniques d'apparence primitives ; les symptômes cardiaques sont latents ou du second plan, les malades se présentent comme de vieux tousseurs, bronchiteux chroniques, emphysémateux, scléreux pulmonaires. Un interrogatoire plus minutieux met en évidence de la dyspnée au moindre effort, de la dyspnée en décubitus, des crises d'oppression avec pesanteur, constricture thoracique, l'incapacité d'exécuter le plus léger travail, de l'œdème plus ou moins fugace des chevilles. A l'auscultation des poumons on est frappé par la richesse des signes stéthoscopiques. Pas de température. Enfin, l'auscultation du cœur, si elle n'est pas faite avec grand soin, peut ne pas donner de grands renseignements ; cependant, il existe un assourdissement des bruits, sans souffles, ni troubles du rythme ; mais celui-ci est important, et il doit faire rechercher attentivement l'existence du galop ou du souffle systolique mitral. Combien de malades de ce genre ont été traités pour des pulmonaires chroniques.

Ce stade pulmonaire existe seul pendant un certain temps, et si aucune thérapeutique cardiaque raisonnée n'intervient, l'insuffisance ventriculaire ne va pas tarder à se confirmer et à déterminer la stase circulatoire avec les congestions viscérales et les œdèmes périphériques. Ce n'est pas le cœur droit, qui se dilate, mais bien le cœur gauche qui accentue sa défaillance.

Quant aux accidents pulmonaires paroxystiques, ce sont l'œdème aigu du poumon et l'asthme cardiaque. Pour ceux-ci une thérapeutique spéciale, immédiate, s'impose par son efficacité ; pour l'œdème aigu, la saignée large, l'injection de morphine et l'injection intraveineuse d'ouabaïne ; pour l'asthme cardiaque, la trinitrine.

Quant aux manifestations pulmonaires non paroxystiques, elles ne comportent pas de traitement spécial ; par les toni-cardiaques, on a prise sur elles, sûrement et rapidement, tout au moins dans les premières périodes de l'insuffisance ventriculaire gauche. A la période terminale, lorsque la thérapeutique n'agit plus sur le cœur, elle est impuissante également sur le poumon. (*Le Bulletin médical*, 24-27 décembre 1924.)

La tuberculose conjugale.

Le Dr Técon a étudié et observé 482 ménages tuberculeux, dans lesquels un des conjoints était tuberculeux avec bacilles de Koch présents dans les crachats. Dans 57 p. 100 des cas, il a rencontré le tableau type suivant : un des époux vivant avec sa tuberculose et faisant plus ou moins bon ménage avec elle ; lit commun sans contamination du conjoint ; contamination émotionnante des enfants par sa fréquence et souvent par sa gravité.

A noter que la contagion du conjoint sain n'était pas fonction de l'étendue, de la gravité des lésions pulmonaires du conjoint tuberculeux, de l'abondance de son expectoration bacillifère. On peut, en effet, être porteur d'un foyer peu étendu, avec une expectoration rare, mais très riche en bacilles de Koch ; de tels malades sont dangereux, car souvent, leur état général est excellent, avec une toux et une expectoration presque nulles, qui n'éveillent pas l'attention. De même, il faut noter la fréquence, 2 à 10 ans auparavant, d'antécédents pleurétiques chez les tuberculeux ; des précautions d'hygiène, de prudence, s'imposent donc chez les jeunes filles à passé pleural pour lesquelles se posera la question du mariage.

A ce propos, comment devons-nous répondre quand on nous interroge, en pareils cas, sur la possibilité du mariage ?

Un examen clinique minutieux et répété le plus souvent, appuyé par un examen radiologique (écran et radiologie) seront naturellement notre base indispensable. Ou bien, le résultat de celui-ci sera la révélation d'une tuberculose encore active et contagieuse, et notre réponse sera négative ; ou bien nous arriverons à la conclusion qu'il s'agit d'un foyer ancien, certainement tuberculeux, paraissant actuellement éteint. Dans ce dernier cas, on s'efforcera naturellement de fixer l'âge du foyer et la durée de sa période de silence. Si c'est un homme, une observation médicale régulière s'impose en même temps que la reprise d'une existence de travail, d'activité normales. Et si, au bout de quelques années (une à trois suivant les cas) et durant celles-ci, aucun incident n'est venu marquer un retour offensif du foyer tuberculeux « guéri », le jeune homme peut affronter la vie conjugale avec un minimum de risques pour lui et son épouse.

Si c'est une jeune fille, l'auteur estime qu'il faut être au moins aussi prudent.

Ces règles ne sont que des indications générales ; chaque cas pose un problème particulier et un cas d'espèce. (*Paris médical*, 3 janvier 1925.)

L'insuffisance cardiaque chez les vieillards.

L'insuffisance cardiaque des vieillards, qu'ils soient atteints de myocardite sénile avec ou sans lésions valvulaires, n'est pas d'un pronostic aussi sérieux qu'on pourrait croire. L'échéance fatale est reculée pendant de longues années.

La première condition pour qu'un cardiaque en état d'hyposystolie chronique avec crises d'insuffisance aiguë du ventricule droit puisse vivre plusieurs années, c'est le repos et la réduction de l'effort physique. Pendant les crises, repos au lit, régime de réduction lacto-hydrique (1 litre de liquide dans les 24 heures), théobromine (2 cachets de 0 gr. 50 par jour), pilules de Lancereaux (3 par jour pendant cinq jours), ou bien digitaline (solution crist. au 1/1000) à petites doses : VIII gouttes par jour, pendant dix jours ou X gouttes (V gouttes matin et soir pendant cinq jours. La solution d'ouabaïne Arnaud à 1/1000 alterne avec la digitaline : XV à XX gouttes par jour pendant cinq à dix jours.

Après la cure digitalique, le malade est laissé sans tonicardiaque pendant trois, quatre, cinq jours ; vient ensuite la cure d'ouabaïne, puis nouveau repos de quelques jours.

Les auteurs préfèrent l'administration séparée de la digitaline et de l'ouabaïne. L'ouabaïne et le strophantus sont d'excellents toni-cardiaques, surtout chez les vieillards. Mais un de leurs effets les plus remarquables est encore la réactivation de la digitaline. C'est pourquoi nous les prescrivons l'un après l'autre, sans intervalle. Soit cinq à dix jours de digitaline à faibles doses, deux à trois jours de strophantus ou d'ouabaïne, puis retour immédiat de la digitaline. Surtout quand la tension artérielle est élevée, l'intervalle digitalique ne peut être élargi au-delà de deux à trois jours. (*Jour. des Pratic.*, n° 13, 1925. C. F.)

Thérapeutique intra-utérine dans l'infection puerpérale.

Chez une accouchée récente, on constate de la fièvre, et une accélération du pouls qui ne peuvent être attribuées à une cause médicale : angine, grippe, paludisme... et dont on ne trouve l'explication ni du côté des seins, ni du côté de l'intestin. L'utérus reste seul incriminable. Il est gros, mollasse, sensible même. Les lochies ont changé d'aspect, devenant purulentes, fétides, à moins qu'elles ne soient supprimées. Le col est, au toucher, anormalement perméable. Après une injection détersive à l'eau salée, celui-ci est exposé ; l'accoucheur commence par recueillir, au fond de l'utérus, les lochies qui seront envoyées au laboratoire pour identification des germes pathogènes et la fabrication éventuelle d'auto-vaccins. Puis, il essaye de pratiquer l'exploration, la révision digitale de la cavité utérine. Celle-ci n'est parfois pas possible, mais un redressement de l'utérus fait écouler du liquide lochial ; il s'agit de lochiométrie, dont un ou plusieurs lavages intra-utérins à la liqueur de Labarraque viendront à bout, pratiqués dans une cavité demeurée perméable grâce au drain de Mouchotte. Si le doigt pénètre dans l'utérus, il y reconnaîtra des débris ovulaires, des cotylédons, des fragments de membranes, une caduque irrégulièrement épaissie.

Le problème clinique étant ainsi posé par M. P. Delmas, que doit-on faire ? Nettoyer l'organe, à condition que l'intervention n'ait pas lieu avant le quatrième jour, ni après le huitième.

Ce nettoyage sera fait au doigt (curage digital), à la curette tranchante, ou à l'écouvillon, selon les circonstances. Si rien ne peut être extrait et que l'utérus contienne du placenta, l'hystérectomie vaginale s'impose. Si l'utérus est vide et que l'infection ait franchi l'endomètre et envahi l'économie tout entière, c'est une thérapeutique générale qui doit être instituée.

Mais l'utérus a pu être vidé : on l'immobilisera au maximum en appliquant une vessie de glace sur l'abdomen et en administrant de l'ergot de seigle pendant les deux ou trois premiers jours ; on le maintiendra béant au moyen du drain de Mouchotte. Puis, on s'efforcera de stériliser l'organe. Laissant de côté les antiseptiques, qui présentent de grands inconvénients, on procédera à un simple lavage à la solution isotonique chaude ou à la solution de chlorure de magnésium ; puis, on fera un pansement sérothérapique au moyen du drain de Mouchotte entouré de tours de bande d'une gaze imbibée de sérum polyvalent.

Enfin, dès que le laboratoire aura identifié les germes nocifs, et préparé un auto-vaccin, on remplacera les pansements au sérum, par des pansements locaux à l'auto-vaccin, à moins que l'éloignement de tout centre bactériologique ne permette que d'utiliser les vaccins polyvalents, ou les bouillons-vaccins. (*Languedoc Médical*, 10 mars 1925.)

Anaphylaxie et injections de lait.

Les injections de lait sont actuellement en faveur chez les oculistes, comme traitement de certaines affections de l'œil. Or, M. Jocqs cite deux cas, dont un personnel, dans lesquels des accidents d'anaphylaxie ont été observés, caractérisés surtout par l'apparition d'une urticaire très pénible, dès que les malades absorbaient certains aliments.

A son avis, ces faits demeurent extrêmement rares et ils ne doivent pas faire du tort à la méthode. A la vérité, on peut les expliquer par une répétition excessive des injections, dont il a été fait jusqu'à 15. Si la méthode doit agir, c'est au prix de trois à cinq injections au maximum. Si alors le résultat est négatif, il est parfaitement inutile d'insister.

La médication demeure en effet, au dire de l'auteur, souveraine contre certaines affections bien déterminées : ulcère serpigineux, iritis, conjonctivite gonococcique. (*La Clinique ophtalmologique*, février 1925.)

Abces gangréneux du poumon.

MM. Baudet et Roques relatent le cas d'un jeune homme de 18 ans chez lequel, après avoir longtemps hésité, en raison de l'absence de signes cliniques suffisants, ils finirent, après une expectoration d'odeur infecte du malade, et la confirmation d'une exploration radiographique, par diagnostiquer et situer un abcès du poumon.

Le traitement médical étant demeuré inefficace et l'état du malade allant en empirant jusqu'à être considéré comme désespéré, les auteurs ayant vainement cherché à pratiquer un pneumo-artificiel, se décidèrent à intervenir chirurgicalement.

Ils purent parvenir jusqu'au centre de l'abcès qu'ils ouvrirent et drainèrent largement et obtinrent une guérison complète.

Ils tirent de ce cas certaines conclusions intéressantes pratiquement : le pneumo artificiel, quand il s'agit d'un abcès central communiquant avec les bronches, n'est possible que s'il est effectué précocement, avant la formation d'adhérences pleurales. Or, le diagnostic n'est pas toujours possible à ce moment.

On facilitera ce diagnostic en recourant à l'examen radiologique qu'il faut songer à réclamer.

Le pronostic est variable selon les cas, bon ou mauvais. Il est bon quand l'abcès est unique, circonscrit, et sans connexion avec la plèvre.

Enfin l'opération elle-même réussira plus volontiers si on incise sur des adhérences pleurales qui empêchent la production d'un pneumothorax et l'infection de la cavité pleurale. Malheureusement, il n'existe aucun signe de certitude de l'existence de ces adhérences. (*Toulouse Médical*, 1er mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La conférence de l'opium, à Genève.

(M. Emile Perrot. — *Académie de médecine* ; 7-4-1925.)

La conférence internationale de l'opium, réunie à Genève le 3 novembre dernier, sous les auspices de la Société des Nations, vient de clore ses travaux. Quels résultats a-t-elle donnés ?

On sait que déjà en 1909 à Changhaï et en 1912 à la Haye, quelques conventions internationales avaient été élaborées, insuffisantes il est vrai pour aboutir au but souhaité. A la conférence récente de Genève, deux questions se posaient : celle de l'opium à fumer, qui intéresse surtout les pays d'Extrême-Orient, et celle de l'opium, de la coca et de leurs alcaloïdes.

Un premier point fut soulevé par les délégués des Etats-Unis. En Amérique du Nord, l'usage des alcaloïdes de l'opium, de l'héroïne en particulier, a pris une telle extension, que les représentants de ce pays sont allés jusqu'à demander la fermeture des usines fabriquant l'alcaloïde en question. La délégation américaine montra une intransigeance telle qu'elle faillit amener la rupture de la conférence, où étaient représentées quarante et une nations. La délégation des Etats-Unis se retira d'ailleurs.

La conférence s'est préoccupée de limiter la culture du pavot producteur d'opium et cela en la réduisant d'une manière progressive, jusqu'à ce que seules les quantités nécessaires aux usages médicaux et scientifiques soient autorisées. Une enquête préalable sera faite, qui a été confiée à la Société des Nations et sera terminée dans un délai de trois ans.

Pour ce qui concerne le trafic illicite des stupéfiants, il fera l'objet de mesures internationales. Le commerce de ces produits sera soumis aux obligations très sévères du certificat d'exportation, accompagné de l'autorisation d'importation.

Les Puissances contractantes s'engagent, enfin, à fournir des statistiques précises de leurs importations, de leurs exportations et de leur consommation intérieure. Il y aura là des bases pour arriver à la limitation des cultures aux besoins médicaux.

Les affections causales des ombres radiographiques circulaires du poumon.

(MM. Babonneix, M. Lévy et Pollet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-3-1925.)

On admet couramment, en radioscopie pulmonaire, la formule suivante : ombre circulaire dans un champ pulmonaire égale kyste hydatique du poumon. En réalité, cette formule est trop rigide. D'une part, l'ombre d'un kyste hydatique peut être déformée, atypique D'autre part, la forme circulaire s'observe parfois dans des affections indépendantes du kyste hydatique : kyste hématique, certaines pleurésies int r-lobaires, certaines symphyses pleurales, certains abcès froids, certains néoplasmes pleuro-pulmonaires, et surtout pleurésies enkystées. C'est un cas de ce genre que rapporte M. Babonneix : une pleurésie purulente enkystée se traduisant, à la radiographie, par une ombre circulaire.

Hyperélasticité des ligaments articulaires et de la peau

(MM. A. Gilbert, Villaret et Grellety-Bosviel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-2-1925.)

MM. Gilbert, Villaret et Grellety-Bosviel présen-

tent un malade qui offre une hyperélasticité congénitale des ligaments articulaires et de la peau. Le sujet arrive à luxer les phalanges du pouce sur le métacarpe et il peut imprimer des mouvements très étendus à son 5e orteil. C'est surtout dans les mouvements provoqués qu'on se rend compte de cette laxité articulaire. On parvient facilement à obtenir la luxation des phalangettes sur les phalanges et la luxation des phalanges sur le métacarpe. La traction de la peau permet de la détacher des plans sous-jacents et de l'étirer à une grande distance. Ainsi, la peau de la face postérieure du coude peut être allongée de 7 centimètres (normale 3 centim.), celle du genou de 6 centim. (normale 2 centim.), celle de la face dorsale de la main de 3 centim. (normale un centimètre).

La pathogénie reste obscure. L'affection est congénitale et elle s'accompagne d'acrocyanose. Rien ne permet de suspecter la syphilis, ou un trouble endocrinien, ou un autre état morbide défini.

Dans les traités de chirurgie, les auteurs signalent que certaines articulations, comme l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ou celle du coude, offrent quelquefois un certain degré de laxité, mais une hyperélasticité intéressant un aussi grand nombre d'articulations et s'accompagnant d'hyperélasticité cutanée n'a guère été signalée.

Syndrome adiposo-génital lié à une encéphalite.

(MM. Rivet, Rouques et Jany. — *Soc. méd. des hôp.*; 27-2-1925.)

D'assez nombreux cas d'obésité consécutive à une encéphalite léthargique ont été relatés, notamment par M. Meige, M. Livet, par le professeur Nobécourt, MM. Roger et Aymès. L'un des faits de M. Livet rappelle le syndrome adiposo-génital. La polyurie a été signalée aussi plusieurs fois. Des exemples de syndrome adiposo-génital complet ont été rapportés également mais en petit nombre encore. M. Rivet y ajoute une observation nouvelle.

Ostéo-arthrite coxo-fémorale d'origine typhique.

(MM. Caussade et A. Tardieu. — *Soc. méd. des hôp.*; 27-2-1925.)

Les complications d'ostéo-arthrite coxo-fémorale sont relativement rares dans la fièvre typhoïde, en particulier chez l'adulte. MM. Caussade et Tardieu en ont recueilli trois cas. Les altérations articulaires survinrent au cours de la convalescence ou plus tardivement.

Leur évolution fut insidieuse, l'arthrite étant demeurée latente pendant plusieurs semaines. Le pronostic, néanmoins, se montra sérieux, la maladie s'étant terminée par une impotence fonctionnelle importante, une ankylose plus ou moins complète de l'article.

Du point de vue clinique et thérapeutique, l'ostéo-arthropathie coxo-fémorale post-typhique est une complication aussi redoutable que l'ostéo-périostite et la spondylite. Au décours de la fièvre typhoïde, toute douleur d'un membre inférieur, même peu considérable, même lorsque le sujet n'attire pas l'attention sur la hanche, doit inciter à la recherche systématique de l'arthrite coxo-fémorale éberthienne, dont les seuls éléments de diagnostic certains sont la radiographie et la ponction exploratrice. Ce dernier procédé ne saurait être négligé, puisque c'est sur les renseignements qu'il est capable de fournir que se poseront les indications de la vaccinothérapie.

— M. Lesné remarque que cette complication est plus commune chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte.

L'ostéo-arthrite suppurée typhique offre, en général, chez l'enfant, les caractères suivants : début insidieux, absence de douleur souvent, et évolution vers la luxation spontanée. La rareté de cette complication ne doit pas la faire méconnaître. Il faut y penser et savoir la rechercher. Peut-être un diagnostic précoce permettrait-il d'obtenir par la vaccinothérapie une action efficace et d'éviter l'ankylose et la luxation.

L'hyperpnée expérimentale, moyen de diagnostic.

(MM. Georges Guillain, Alajouanine et Thévenard. — *Soc. méd. des hôp.*; 27-2-1925.)

Losque l'on fait exécuter à un sujet normal durant quinze à trente minutes des respirations aussi profondes qu'il est possible, à la cadence de 12 à 15 à la minute, on provoque des phénomènes de tétanie dans les muscles de la face et des membres. Chez les sujets atteints d'affections du système nerveux, ce test clinique permet d'aboutir à une exagération de certains signes, rendant ceux-ci plus appréciables.

Chez un malade atteint de crises d'épilepsie jacksonienne, M. Guillain a vu, en s'adressant au test de l'hyperpnée volontaire, se produire de l'hypertonie, de l'exagération de la réflectivité tendineuse et des mouvements convulsifs localisés au membre supérieur droit où, d'ailleurs, dans les crises spontanées, débutait le « signal symptom ».

Cette épreuve de l'hyperpnée semble avoir une importance réelle dans certains cas d'épilepsie jacksonienne pour préciser le diagnostic. Bien des malades viennent consulter pour des phénomènes convulsifs, à crises rares, se produisant la nuit et n'étant pas observées par le médecin. On comprend combien il peut être utile de pouvoir les provoquer presque expérimentalement.

Radio-lipiodol de l'abcès froid migrateur.

(MM. Sicard et Forestier. — *Soc. méd. des hôp.*; 27-2-1925.)

M. Sicard appelle l'attention sur l'intérêt de l'exploration au lipiodol de l'abcès froid migrateur. Chez un de ses malades, l'injection de 10 c. cubes de lipiodol en pleine poche purulente a permis, avec

◆◆◆◆◆

une précision inconnue jusqu'alors, de déterminer les dimensions de l'abcès, sa forme et surtout son point de départ — en radiographiant le malade en des positions variées.

La sclérose en plaques est-elle d'origine syphilitique.

(MM. Dufour et Ferru — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-2-1925.)

M. Dufour, partant de deux observations nouvelles de sclérose en plaques chez deux syphilitiques, met en avant la théorie de l'origine syphilitique de la sclérose en plaques. Il tend à considérer cette maladie comme dominée par le facteur spécifique.

— M. Sézary déclare ne pas se ranger à l'avis de M. Dufour. Cliniquement, dit-il, il existe des pseudo-scléroses en plaques, dont quelques-unes sont de nature syphilitique. Anatomiquement, il n'y a pas d'argument en faveur de l'origine syphilitique de la sclérose en plaques.

Traitement anti-syphilitique des poches anévrysmales.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 20-2-1925.)

M. Maurice Renaud croit à l'inefficacité du traitement anti-syphilitique dans l'anévrysme et il s'appuie, pour étayer son opinion, sur la structure des poches anévrysmales. La cure spécifique, dit l'auteur, ne conduit jamais à la guérison et n'empêche pas la maladie d'évoluer. Tout au plus peut-on lui faire l'honneur de l'atténuation de certains symptômes.

Au point de vue anatomo-pathologique, le mode d'extension de l'anévrysme se montre analogue à celui d'un hématome et non à celui d'une lésion inflammatoire scléro-gommeuse. Du moins, en était-il ainsi dans trois cas d'anévrysmes observés par l'auteur.

— M. Milian répond que dans les trois cas de M. Maurice Renaud, il s'agissait d'anévrysmes anciens, où tout processus actif était éteint. Dans les états plus récents, la cure spécifique peut être utile et agir sur la périaortite, et calmer les douleurs (rétro-sternales ou dorsales) de celle-ci.

Septicémie à streptocoques avec endocardite maligne

(Mlle Bass, MM. Gay-Bonnet et Lévy-Weissmann — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-3-1925.)

Dans un cas de septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne, les auteurs ont obtenu de l'injection intra-veineuse d'un filtrat streptococcique de Besredka un bon résultat thérapeutique. L'emploi intra-veineux de 60 centimètres cubes de ce filtrat a suffi à rendre l'hémoculture négative.

Un nouveau traitement (protéinique) du diabète insipide.

(MM. J. Hatzieganu et M. Hanganutiu. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-3-1925.)

Les résultats obtenus avec les injections de protéines dans le diabète sucré (Singer) et dans certaines maladies endocrines (Lorant) ont suggéré à MM. Hatzieganu et Hanganutiu d'essayer ce traitement dans le diabète insipide.

On a observé quelques exemples de guérison du diabète insipide à la suite d'une médication antisyphilitique, ou après radiothérapie ou cure chirurgicale, au cas de tumeurs hypophysaires. La plupart du temps, il est vrai, la maladie est rebelle au traitement curatif et force est de s'en tenir à l'opothérapie hypophysaire, excellente médication symptomatique, mais qu'il faut employer tous les jours et indéfiniment. Dans ces conditions toute thérapeutique nouvelle doit être bien accueillie, si elle paraît offrir quelque efficacité.

Les auteurs ont eu recours chez deux malades à la protéinothérapie sous forme d'injections de lait stérilisé, à la dose de 10 centimètres cubes, tous les deux ou trois jours. Elle leur a procuré de bons effets, chez le premier malade principalement. Ce résultat leur permet de recommander cette médication, tout au moins de préconiser un essai plus large de la protéinothérapie dans le diabète insipide.

P. L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Méningite cérébro-spinale. Sérothérapie et bactériothérapie associées.

MM. Froment et P. Ravault présentent l'observation d'une méningite cérébro-spinale typique, à méningocoque C. Ils font remarquer toutefois que les signes de Brudzinski faisaient défaut, et déclarent qu'ils n'accordent pas, du reste, grande confiance à ces signes : les manœuvres destinées à les produire leur paraissent provoquer des réactions motrices revêtant le caractère de mouvements plus ou moins conscients dus à la douleur, plutôt que de véritables réflexes. L'intérêt de l'observation présentée est surtout d'ordre thérapeutique : le malade reçut d'abord du sérum antiméningococcique polyvalent : 365 cmc. en 7 jours, dont 295 cmc. dans les espaces sous-arachnoïdiens et 70 cmc. intra-veineux. Il y eut amélioration de l'état général et abaissement de la température. Mais la raideur de la nuque et du tronc persistaient et des accidents sériques internes apparurent. On fit alors des injections à doses progressives d'auto-vaccin qui amenèrent la guérison définitive. Si donc la sérothérapie doit rester la thérapeutique principale de la méningite cérébro-spinale, il est des cas où les autovaccins doivent lui être associés avec avantage.

Réflexes par compression du nerf sus-orbitaire.

M. Petzetakis (d'Alexandrie) étudie depuis longtemps les effets de la compression des branches du trijumeau au niveau des trous de leur sortie des os du

crâne. « D'une façon générale, la compression de n'importe quel tronc important du trijumeau ou même de ses rameaux a un retentissement par voie réflexe, si petit qu'il soit, d'une part sur le cœur, et d'autre part sur l'acte respiratoire et sur le tonus vasculaire. » Parmi ces résultats, ceux obtenus par la compression du nerf sus-orbitaire au niveau du trou ou de l'échancrure sus-orbitaire sont les plus importants. Ils se font sentir : 1° sur le cœur, *réflexe orbito-cardiaque*, se traduisant par un ralentissement du pouls ; 2° sur la respiration, *réflexe orbito-pnéique* : modifications du rythme et de l'intensité des mouvements respiratoires ; 3° enfin, sur la circulation périphérique, *réflexe orbito-vasculaire*, consistant d'une manière générale en une augmentation de la pression systolique au moment de la compression.

Lésions ulcéreuses dans la cystite amibienne.

MM. Petzetakis et Mylonas attirent l'attention de la Société sur des lésions ulcéreuses de la vessie, observées par eux au cystoscope dans la cystite amibienne. Ils rappellent à ce propos la présence fréquente des amibes dans les urines au cours de la dysenterie aiguë ou chronique.

Thrombose ventriculaire droite, abcès des poumons.

MM A. Dumas et Condamin présentent l'observation d'une femme de 85 ans entrée à l'hospice du Perron pour sénilité, sans rien autre de particulier qu'une tension à 19/8. Cinq mois après son entrée, elle fait une poussée fébrile avec congestion des bases, dyspnée et cyanose modérées, *tension à* 13,5/9.5. Par la suite l'état pulmonaire s'améliore, mais la malade se cachectise, présente du subictère et meurt.

A l'autopsie, on trouva un abcès dans chacun des deux poumons et, dans le ventricule droit, près de la pointe, un magma de caillots organisés en voie de nécrose, point de départ non douteux des embolies pulmonaires. Près de ces caillots, dans la paroi du ventricule, se trouvait un infarctus du myocarde. M. Dumas y voit la cause de l'abaissement tensionnel présenté par la malade.

Enurésis et spina bifida occulta.

MM. Mouriquand, Chassard et Sédaillon présentent deux observations de spina bifida occulta s'accompagnant d'énurésis. Les relations de l'incontinence essentielle d'urine avec la malformation vertébrale sont encore discutées. M. Mouriquand ne se prononce pas sur cette question, mais remarque que les travaux allemands signalent une proportion de 83 % de spina bifida occulta dans l'énurésis.

Adrénaline et absorption.

M Douglas, de ses recherches faites dans le laboratoire de M. Doyon, conclut que l'adrénaline, par suite de son action vaso-motrice, exerce une action empêchante ou retardante sur l'absorption, par les capillaires, de poisons, tels que : strychnine, nicotine, hydrochlorate de cocaïne, strophantine, etc.

Myopathie acquise d'origine infectieuse.

MM. Bériel et Branche présentent l'observation d'un homme de 43 ans qui eut en 1916, en Orient, du paludisme et une paratyphoïde. Depuis 1919, ses forces ont diminué et des troubles de la démarche et de la station debout sont apparus, accompagnés de douleurs, dans les jambes. A l'entrée, on constate de la faiblesse marquée des muscles de la racine des membres et du tronc et, en somme, tous les signes habituels aux myopathies de l'adolescence. Une biopsie montra des lésions musculaires beaucoup plus avancées que ne le laissait supposer l'examen clinique. Au point de vue étiologique, les auteurs pensent pouvoir rattacher cette affection à la paratyphoïde dont le malade fut atteint en 1916 : la faiblesse des jambes paraît bien, en effet, avoir débuté dès la fin de cette infection. C'est là un cas qui apporte une contribution intéressante à la pathologie, encore fort peu connue, des muscles.

Il semble bien qu'il existe, chez l'adulte, des affections diffuses et progressives des muscles qui sont acquises et probablement d'origine inflammatoire. Ce qui semble paradoxal, disent MM. Bériel et Branche, c'est de penser qu'une altération infectieuse accidentelle puisse aboutir à une maladie progressive alors que les causes ont disparu depuis longtemps ; pour le comprendre, on peut se demander si le système musculaire, comme le système nerveux central, ne doit pas à sa formule biologique même (activité fonctionnelle continue, même à l'état statique, et sans rénovation, pendant toute la vie de l'individu) de porter en lui sa propre déchéance lorsqu'il a été une fois atteint par des processsus pathologiques.

Remarques sur le diagnostic des myopathies acquises et des polynévrites.

MM. Bériel et Devic exposent l'observation d'un homme, éthylique, qui, depuis 1923, se plaint de dérobement des jambes. A l'entrée, abolition des réflexes achilléens ; rotuliens normaux ; les membres inférieurs offrent une faiblesse marquée au niveau des muscles de la racine des membres ; le malade, mis à genoux, se relève comme un malade atteint de myopathie. C'est ce diagnostic qui fut porté, mais l'évolution ultérieure vint l'infirmer, ou tout au moins le pronostic que ce diagnostic semblait comporter, car le malade revu plusieurs mois après était guéri. Les auteurs se demandent donc s'ils ont eu affaire à une myopathie curable due à une polynévrite à localisation de myopathie, deux faits aussi contraires l'un que l'autre aux données classiques, de sorte que MM. Bériel et Devic sont amenés à reprendre l'étude critique des signes sur lesquels se base le diagnostic entre myopathie et polynévrite et à conclure qu'aucun de ces signes n'est pathognomonique.

Un cas de tumeur rare de la base de l'encéphale.

MM. BÉRIEL et BERNHEIM présentent l'observation d'un malade de 16 ans ayant depuis quelques mois de la céphalée et des vomissements, et chez lequel se développe un syndrome d'hypertension intracranienne. A l'entrée : œdème papillaire, tension du L. C. R. : 52 au manomètre de Claude. On pensa à un gliome. Des accès de raideur de la nuque avec céphalée et parfois vomissements évoquaient l'idée d'une lésion cérébelleuse, et on demanda à M. Desgouttes de faire une large trépanation décompressive portant sur la fosse cérébrale postérieure. Le malade succomba de choc bulbaire sur la table d'opération, et à l'autopsie, on trouva au milieu de la base une sorte de kyste qui se prolongeait à l'intérieur du cerveau entre les deux couches optiques. Il s'agissait certainement d'une tumeur des plexus choroïdes.

Syndrome de Landry à forme polynévritique.

MM. DUMAS et BERNHEIM ont observé un homme de 40 ans qui, à la suite d'un érysipèle de la face, présenta une paraplégie flasque, puis de la paralysie des membres supérieurs, enfin une paralysie faciale gauche, les troubles de la parole et de la déglutition. Le Wassermann du sang étant positif, on fit un traitement spécifique. Les auteurs ne croient cependant pas à la nature syphilitique de cette affection, cette étiologie étant tout à fait exceptionnelle dans la maladie de Landry. Le malade est actuellement guéri.

Société d'ophtalmologie

Eclat de verre intra-oculaire.

MM. JACQUEAU et BUJADOUX ont traité un homme qui, assistant au bris d'un vitrage alors qu'il s'en trouvait à deux mètres environ, avait reçu un éclat de verre dans l'œil gauche. On put intervenir quelques jours après l'accident et extraire le corps étranger. Les suites furent des plus simples. De tels corps étrangers peuvent être longtemps tolérés, jusqu'à trois ans, dit M. Rollet.

Gomme hérédo-syphilitique du sac lacrymal.

MM. ROLLET et COLRAT présentent un enfant de neuf ans entré à l'hôpital pour une péridacryocystite d'allure inflammatoire avec fistulisation cutanée. Une incision évacua une collection purulente, vaste cavité limitée par la paroi de l'orbite. Le sac avait complètement disparu. On trouvait des antécédents spécifiques : polylèthalité infantile chez la mère, kératite interstitielle chez l'enfant ; dents d'Hutchinson, Wassermann positif. Le traitement spécifique institué (KI et cyanure intra-veineux) amena la guérison.

Pseudo-tumeur cérébrale : œdème papillaire pur chez une azotémique.

MM. ROLLET et COLRAT rapportent le cas d'une femme entrée à l'hôpital pour de la baisse de l'acuité : céphalée depuis six mois. Crises épileptiformes depuis trois mois. Œdème papillaire pur bilatéral, absolument semblable à celui que l'on voit dans les tumeurs cérébrales. Albuminurie abondante ; tension : 23/17. Gros cœur ; légère azotémie. Deux saignées successives furent pratiquées ; diète hydrique, purgations répétées. Les céphalées disparurent et la diurèse augmenta notablement par ce traitement. L'examen ophtalmoscopique pratiqué de nouveau vingt jours après le début des accidents montra que l'œdème papillaire persistait toujours. Il s'agit donc vraisemblablement d'un œdème papillaire au cours d'une néphrite.

Irido-choroïdites suppurées métastatiques.

MM. BONNAMOUR et GENET présentent deux observations d'irido-choroïdites suppurées consécutives l'une, à une angine herpétique banale, compliquée en outre de septicémie avec phlegmon du mollet gauche et de pleurésie purulente gauche ; l'autre à une infection à début de rhumatisme articulaire aigu qui évolua ultérieurement sous forme de septicémie mortelle avec streptocoques dans le sang.

Spasmes intermittents des mouvements oculaires associées d'élévation, d'origine encéphalitique.

M. AURAND relate l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une encéphalite épidémique, présente du spasme des mouvements d'élévation des yeux : pendant le spasme, les globes sont violemment révulsés en haut et les paupières relevées au maximum.

A. C.

Les Congrès

Le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Le 3e Congrès de médecine et de pharmacie militaires s'est tenu à Paris du 20 au 25 avril 1925. Il a été couronné d'un brillant succès, juste récompense de l'effort de ses organisateurs.

Ce Congrès est venu faire suite au 1er Congrès international qui eut lieu à Bruxelles en juillet 1921 et au deuxième qui siégea à Rome en mai 1923. C'est pendant la guerre qu'est apparue la nécessité d'une collaboration des médecins et des chirurgiens des diverses nations en vue du perfectionnement des méthodes de traitement des malades et des blessés. Dès 1916, M. Justin Godart, alors sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, avait confié à M. le professeur Tuffier les fonctions de chirurgien con-

sultant aux armées. Ce dernier eut le grand mérite d'entreprendre la synthèse des efforts et des initiatives isolées en organisant les conférences chirurgicales interalliées où la plupart des grands problèmes d'intérêt pratique immédiat furent mis à l'étude pour le plus grand bien des victimes de la guerre.

Il importait de poursuivre ce large effort de collaboration humanitaire dans la période de paix. Les Congrès de médecine et de pharmacie militaires qui réunissent les représentants de nations de plus en plus nombreuses se consacrent à cette grande tâche.

L'intérêt qu'ils suscitent s'accroît à chaque réunion. Les chiffres le démontrent d'une manière éloquente : au Congrès de Bruxelles, en 1921, 27 nations étaient représentées, réunissant 300 congressistes A Rome, en 1923, 33 puissances avaient délégué leurs représentants qui atteignaient le nombre de 800. Le Congrès qui vient de se tenir à Paris a réuni les délégations de 41 nations et plus de 2.500 congressistes dont 917 étrangers. Parmi ces nations étrangères c'est la Pologne qui avait envoyé le plus grand nombre d'adhérents : 198 ; venait ensuite la Belgique : 189 ; l'Italie : 140 ; la Roumanie : 122 ; l'Espagne : 39 ; la Suisse : 39 ; la Grande-Bretagne : 33 ; l'Esthonie : 11.

Le Congrès était présidé par M. le médecin Inspecteur général Vincent, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine.

Les présidents d'honneur étaient : M. le professeur Tuffier, M. le médecin inspecteur général du Servicr de santé de l'armée belge Wibin, M. le maggior gee neral medico Della Valle, directeur général du Service de santé de l'armée italienne.

Le comité du Congrès était constitué par les personnalités les plus éminentes de la médecine militaire et civile : au titre de l'armée active. M. le médecin inspecteur général Vincent (président), les médecins inspecteurs Dopter, Gastinel, Emily, Sacquépée, Cadiot, le pharmacien inspecteur Gautier. Le médecin en chef de 5e classe de la marine Defressine. Les médecins principaux de 1re classe Visbecq, Rouvillois, Duguet, Abattuci. Le pharmacien principal de 2e classe Chaput. Le médecin major de 1re classe Maisonnet (secrétaire). L'officier d'administration principal Lamontagne. L'officier d'administration de 2e classe Raimond (trésorier). Au titre de la réserve : le médecin inspecteur général Sieur.

Au titre de médecins de complément, professeurs et professeurs agrégés chargés de missions aux armées : MM. les professeurs Achard, Hartmann, J.-L. Faure, Lejars, Nobécourt, Pierre Teissier, Walther. MM. les Dr Grégoire, Lenormant, Desfosses, Stodel, Tollemer. MM. les pharmaciens Faure, Hérissye. M. l'officier d'administration général Marc Honnorat. Enfin, les Commissaires actifs du Congrès auxquels était dévolue la lourde tâche d'organiser et de préparer dans ses moindres détails cette imposante réunion médicale étaient : le médecin principal de 1re classe Uzac, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre, commissaire général du Congrès. Le médecin principal de complément Auvray, professeur agrégé, secrétaire général du Congrès de chirurgie. Le médecin major Pasteau, secrétaire général du Congrès d'urologie et le médecin major de 1re classe Arnaud Vincent. C'est à eux que revient l'honneur de l'admirable organisation du Congrès et de l'ordre parfait qui a présidé à toutes les fêtes et à toutes les séances de travail.

Le lundi 20 avril à 10 heures, le Congrès était ouvert au grand amphithéâtre de la Sorbonne par une séance inaugurale dont le Dr Duchesne a parlé dans le numéro 18 du 3 mai dernier.

Après la cérémonie de la Sorbonne, une délégation du Congrès se rendit à l'Arc de triomphe pour y déposer des fleurs sur la tombe du soldat inconnu. De très nombreux médecins étrangers avaient tenu à prendre part à ce pieux hommage.

L'après-midi fut remplie par l'inauguration de l'*exposition des industries médico-chirurgicales* installée dans les jardins et les cours de l'hôpital du Val-de-Grâce et par la visite officielle du « *Salon du blessé* » organisé dans les vastes salles spécialement aménagées au rez-de-chaussée du pavillon des officiers.

Il faudrait de très longues pages pour décrire tout ce que les congressistes ont pu admirer dans les très nombreux stands de l'exposition, si remarquablement organisée par M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de spécialités pharmaceutiques. Ils purent y voir tout ce que l'industrie française est capable de fournir actuellement à la médecine, à la chirurgie, à la thérapeutique, à l'hygiène et aux laboratoires.

L'exposition comportait 12 groupes subdivisés en 40 classes. Chaque groupe était présidé par l'une des personnalités les plus qualifiées du monde médical et scientifique français :

1er *Groupe* : Médecine. Président : M. le Pr Achard. Instrumentation technique médicale, enseignement.
Bactériologie, sérum, vaccins.
Toxicologie, Institut médico-légal, anthropométrie.

2e *Groupe* : Chirurgie. Président : M. le Pr Walther.
Chirurgie générale, urologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, art dentaire, instruments de chirurgie en métal, en gomme, mobilier chirurgical, salle et matériel d'opérations, salle d'asepsie, salle d'examen.

3e *Groupe* : Pharmacie et chimie. Président : M. le Pr Moureu.
Produits pharmaceutiques, pansements, ligatures, sutures et drains, produits chimiques, essences et parfums, plantes et droguerie médicinales.

4e *Groupe* : Electricité médicale. Président : M. le Pr d'Arsonval.
Radiologie, radiothérapie, radiumthérapie, radioscopie, radiographie, thermothérapie, photothérapie.
Mécanothérapie, massothérapie, rééducation.

5e *Groupe* : Instruments de précision et de recherches scientifiques. Président : M. le Pr Brillouin.
Instruments de précision.
Photographie, cinématographie, films.
Installations de laboratoire et verrerie graduée.

6e *Groupe* : Hygiène générale. Président : M. le Pr Delépine.

Hygiène individuelle et corporelle.
Hygiène de l'alimentation, stérilisation, pasteurisation.
Hygiène de l'habitation et des villes.
Désinfection.

7e *Groupe* : Organes et appareils techniques. Transport de blessés. Président : M. le Dr TUFFIER.
Appareils de transports.
Appareils et voitures techniques.
Voitures de transports.
Avions pour transports de blessés.
Bâteaux-hôpitaux.

8e *Groupe* : Appareils et prothèse des mutilés. Président : M. le Dr DUJARIER.
Prothèse et orthopédie. chaussures orthopédiques, appareils acoustiques, yeux artificiels, voiturettes.
Bandages herniaires et appareils en tissu élastique.
Appareils de mutilés.

9e *Groupe* : Stations thermales, climatiques, balnéaires, minérales. Président : M. le Pr BORDAS.
Eaux minérales, équipement et matériel des stations.
Stations balnéaires, héliothérapie, thalassothérapie.
Publicité des chemins de fer.

10e *Groupe* : Hospitalisation. Président : M. le Dr DELAUNAY.
Matériel d'hospitalisation, tentes et abris.
Maisons de santé, cliniques et hôpitaux privés.

11e *Groupe* : Alimentation liquide et solide de régimes. Président : M. Charles HEUDEBERT.

12e *Groupe* : Librairie et presse médicale, art publicitaire.

Cette simple énumération suffit à donner un aperçu de l'extrême variété des stands de l'exposition où plus de cinq cents exposants avaient tenu à présenter leurs produits, leur instrumentation, leurs appareils les plus nouveaux, les plus originaux et les plus pratiques.

Il serait bien difficile de faire un choix dans l'énumération des mille objets présentés à l'appréciation des congressistes. Chaque chose mériterait un éloge spécial. Au reste les visiteurs s'attardèrent, chacun suivant sa spécialisation ou son goût personnel, à l'examen de tel ou tel stand.

Signalons seulement en parcourant les 40 classes indiquées tout à l'heure : dans la classe d'*instrumentation technique médicale et enseignement* : les remarquables planches d'anatomie normale ou pathologique des professeurs Letulle, Cunéo, Sergent, Roussy, Sicard. Les tableaux de parasitologie de Brumpt, les images microscopiques de Leroux.

En *bactériologie, sérums et vaccins* : la belle exposition du Laboratoire de vaccination du Val-de-Grâce, celle du service de vaccine de l'Académie de médecine, le matériel scientifique de l'Institut Pasteur et des laboratoires de bactériologie de Strasbourg, Lyon, Montpellier, Marseille. Les produits des laboratoires Darrasse, Fournier, etc.

En *toxicologie*, l'instrumentation moderne pour autopsies du Professeur Balthazard, pour expertises chimiques de Kohn-Abrest et Ogier.

En *chirurgie générale et spéciales* : l'exposition du professeur Legueu de l'hôpital Necker, du professeur Sébileau pour la chirurgie faciale. Les instruments des maisons Collin, Guyot, de la Croix, Aubry, Gentille, Luer, etc. Les appareillages français devenus enfin à la hauteur des exigences modernes pour les soins dentaires.

Les *appareils de stérilisation* pour instruments et matériaux de pansement des établissements Adnet, Grangean, Flicoteaux, Bellanger, Simal, Dupont, etc.

Le 3e groupe : *Pharmacie et chimie* occupait à lui seul six grandes tentes et comptait une centaine d'exposants. On y trouvait tous les produits de la spécialisation pharmaceutique française dont la renommée est si justement acquise chez nous et au delà de nos frontières.

Pour le *matériel de pansements* citons les principales maisons bien connues : Corbière, Brunet, Delfins, Fages et Renoux, Froger, Froget, Carrion, Robert et Carrière, etc., et pour les *produits chimiques* : Poulenc, Landrin, etc.

L'*électricité médicale et la radiothérapie* présentaient les appareils les plus perfectionnés des établissements Drault et Raulot-Lapointe, Gaiffe-Gallot, Pilon, Gallois, Massiot, Régnier et Render, etc.

L'*hygiène de l'habitation et des villes*, la *désinfection* étaient revrésentées par les appareillages Geneste et Herscher, Lequeur, Gonin.

Parmi les *appareils de prothèse et d'appareillage des mutilés* on remarquait spécialement les ingénieuses inventions des maisons Lacroix, Mayet, Rainal, Terle, Trialoux, Wickham, etc.

Les *stations thermales et climatiques* attiraient l'attention d'une façon imagée par des photographies des paysages en relief, des croquis lumineux.

Les *installations hospitalières et les cliniques privées* avaient fait installer des lits, des chambres entières de malades où l'on pouvait voir comment la clarté, l'asepsie, l'élégance et le confort peuvent être associés pour le bien être des malades.

Les *produits alimentaires et de régime* avaient groupé dans leurs stands les préparations les mieux choisies des établissements renommés tels qu'Heudebert, Charasse, du Bourg, Dupas, Miguet, les Vitaliments coloniaux, etc.

Les congressistes firent en ce premier jour de la semaine et tous les jours qui suivirent de longs arrêts devant les objets exposés et le vif intérêt qu'ils témoignèrent à cette démonstration pratique fait le plus grand honneur à l'industrie française.

Mais parmi les groupes de l'exposition, le plus nouveau et le plus original était, sans contredit, celui de l'*aviation sanitaire*. Sous de vastes hangars Bessonneau étaient installés les principaux types d'avions sanitaires actuellement en service dans nos colonies, en particulier au Maroc et à l'armée du Levant où ils ont permis d'effectuer, au cours de ces dernières années, des milliers d'évacuations de malades et de blessés dans des conditions de rapidité inespérées et sans le moindre accident.

L'avion de transport moyen, le plus couramment employé, était représenté par l'avion Bréguet 14-T *bis* limousine, avec moteur Renault de 300 chevaux, simple adaptation de l'avion Bréguet de type cou

rant dans notre armée, permettant de transporter deux blessés couchés.

La maison Bréguet présentait un second type d'avion sanitaire d'un nouveau modèle, type XIX T, à cabine beaucoup plus vaste, pouvant effectuer des vols plus rapides (190 à 200 km. à l'heure) et sur un rayon d'action de plus de 600 km. C'est l'avion qui fut utilisé dans les raids célèbres de Pelletier d'Oisy : Paris-Tokio, et de Lemaitre et Arrachart : Paris-Dakar-Tombouctou.

Comme type d'avion lourd, les congressistes purent admirer le dispositif très ingénieux de l'avion Dewoitine, modification des grands appareils qui transportent 6 passagers sur les lignes commerciales, permettant d'évacuer deux blessés couchés, un infirmier et un médecin, avec armoires à instruments médicaux, lavabo, obus à oxygène, etc.

Les avions légers, destinés au transport d'un seu blessé, couché, étaient représentés par deux modèles : L. G. L. 23 T. S. Loire, Gourdon, Leseurre, avions de grandes vitesses et de hautes altitudes, favorables aux évacuations rapides à longue distance, et l'avion Hanriot plus lent mais ayant l'avantage de pouvoir atterrir sur presque tous les terrains.

Les avions sanitaires ont fait l'admiration de tous et l'on peut dire qu'ils ont été le « clou » de l'exposition.

Tous les amateurs d'art — et quel est le médecin qui n'est pas un artiste — ont été heureux de promener leurs yeux sur les œuvres exposées au « *Salon du blessé* » que le Comité d'organisation avait eu la bonne inspiration de créer.

Nulle part encore on n'avait vu un salon uniquement consacré à la vie, aux souffrances et la mort du soldat. Le 3e Congrès de médecine et de pharmacie militaires a rendu un touchant hommage, en rassemblant ces images de la douleur, à l'héroïsme si souvent méconnu du blessé dont la souffrance n'est plus dissipée par l'ardeur du combat, du médecin qui se dévoue à une tâche souvent obscure, du brancardier qui sait mourir sans armes pour sauver un des siens.

Une section de l'admirable musée du Val-de-Grâce trop ignoré encore du public, et même du public médical parisien, la section Dujardin-Beaumetz, contenait déjà des œuvres remarquables célébrant en peintures, dessins et maquettes les gloires de la médecine d'armée. Le « Salon du blessé » n'est-ce pas la reproduction amplifiée et mise au jour de cette collection si rare d'œuvres d'art que trop d'entre nous ignorent ?

M. le médecin major de 3e classe Monéry, le distingué médecin chef du Musée du Val-de-Grâce, dont la mort récente est venue endeuiller le vieux cloître d'Anne-d'Autriche, s'était employé jusqu'au dernier moment, avec toute son activité et son sens artistique avisé, à l'organisation du Salon du blessé. Un pastel délicat de son illustre ami Paul Prévot, exposé à ce salon, l'a fait du moins participer à l'hommage rendu par les congressistes à tous ceux qui sont morts en se dévouant.

Dans les deux grandes salles rapidement improvisées on a pu voir rassemblée une très riche collection d'œuvres remarquables.

C'étaient des toiles de grands artistes ou de simples amateurs harmonieusement disposées entre les croquis à la plume, les dessins, les eaux-fortes, les pastels, les gouaches, les fusains, les naïves compositions d'artistes occasionnels. Toutes ces œuvres étaient là pour évoquer les souvenirs de la grande guerre, depuis les épisodes amusants de la vie aux tranchées, au cantonnement où à l'hôpital, jusqu'aux grandes scènes douloureuses où l'endurance du blessé, l'abnégation du médecin, du brancardier, de l'infirmière sont pieusement retracés.

Les grands tableaux de Paul Prévot et notamment sa belle toile du brancardier inconnu, acquise par le ministère de la guerre, ont été très admirés. Le beau talent de Georges Leroux, de Gorguet était rappelé par des peintures émouvantes. A côté des œuvres d'un sombre réalisme de Freida et de Géo Michel on trouvait les croquis pleins d'humour de Julien Lefort, les gouaches amusantes de Miarko, les jolies esquisses de Poupargues. Des scènes d'hôpital finement dessinées par Drevil, par Gribouval. Des miniatures exquises de Salles et de Bouchor.

Hervé avait exposé un remarquable tableau des « blessés au poste de secours » où il semble que l'on perçoive le cri de douleur s'échappant des lèvres des moribonds.

Ceux qui ont vu Verdun et son paysage massacré auront compris toute la beauté des paysages de Tatin.

De fort belles sculptures ornaient les grandes salles et personne n'a pu rester indifférent aux œuvres du grand maître Broquet et passer à côté de ce soldat mort, la main crispée sur son fusil, la face dans la boue, sans éprouver une profonde émotion.

Une petite réplique en bronze du monument de Broquet « Dans les boues de la Somme », monument que le Val-de-Grâce a l'immense fortune de posséder en garde dans sa cour Broussais et dont l'image figurait sur les cartes des congressistes, a été vivement appréciée.

Toutes ces productions pleines d'originalité ont fortement saisi tous ceux qui ont vécu les douleurs de la guerre, par le sentiment de vérité, l'impression de choses vues et prises tout entières sur le vif, qui se dégagent de ces œuvres si diverses et si attachantes.

Le Salon du blessé restera gravé dans le souvenir des congressistes comme une noble évocation du sacrifice humain pour le triomphe de l'idéal.

A côté du Salon du blessé la Direction du service de santé du ministère des colonies avait organisé d'une façon fort originale une salle évoquant en raccourci l'immense effort fait par le corps médical dans nos possessions d'outre-mer. Un remarquable brûle-parfums monumental indo-chinois et quelques jolies œuvres d'art coloniales mettaient dans cette salle une note attrayante au milieu des graphiques

des plans d'hôpitaux, des tableaux statistiques et des photographies, traduisant en un langage concis les résultats obtenus par nos camarades coloniaux dans la lutte opiniâtre contre les maladies endémoépidémiques.

Tandis que les congressistes s'attardaient à la visite de tant de belles choses M. Gaston DOUMERGUE recevait au palais de l'Elysée une délégation du Comité d'organisation du Congrès et les membres officiels des nations étrangères. Cette attention de M. le Président de la République fut appréciée à sa juste valeur.

De leur côté, les dames congressistes se rendaient au Cercle interallié où Mme Vincent et Mme Tuffier, présidentes du comité des dames, leur offraient un thé d'honneur.

Une belle soirée, artistique, précédée d'un dîner qui réunissait les délégués officiels étrangers, fut donnée au grand amphithéâtre de la Sorbonne. L'originalité et la variété des costumes militaires et des toilettes féminines donnait à cette réunion un éclat incomparable. La musique de la Garde Républicaine fut très vivement applaudie et les assistants surent apprécier les artistes de la Comédie-Française qui avaient prêté leur talent à cette fête en déclamant quelques beaux poèmes et en jouant avec verve « Les fourberies de Scapin ».

Cette journée si bien remplie se termina par une réception des congressistes par M. le médecin inspecteur général Vincent dans les splendides salons de la Sorbonne.

La matinée du mardi 21 avril fut consacrée au travail. La première question mise à l'étude était: « La spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé aux armées ».

Unissant agréablement les fêtes et le travail, le comité d'organisation avait convié dans l'après-midi les congressistes à une réception du Conseil municipal de la Ville de Paris à l'Hôtel-de-Ville. Ils s'y trouvèrent réunis avec les membres du Congrès médical Franco-polonais, Congrès qui s'est tenu à Paris en même temps que le Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. M. Quentin, le si distingué président du Conseil municipal de Paris traduisit en paroles éloquentes des sentiments très élevés à l'égard de toutes les nations que notre capitale était heureuse d'accueillir. M. le professeur Vincent, M. le doyen Roger, M. le professeur Danbrowski, député à la Diète polonaise, célébrèrent à leur tour l'union des peuples par l'idéal commun de la science. Un concert très choisi fit passer deux heures des plus agréables à la très nombreuse assistance dans les magnifiques salons de l'Hôtel-de-Ville.

Le soir, à l'Opéra, c'était une splendide soirée de gala. On avait réservé aux congressistes un programme très attrayant: «Samson et Dalila»,de Saint-Saëns, et «La Nuit ensorcelée », ballet en deux tableaux, musique de Chopin. Au cours des entr'actes, l'aspect du grand escalier, des galeries et du foyer rappelait les plus belles fêtes qui aient jamais été données dans notre grand théâtre national, et certains auront goûté ce merveilleux spectacle autant que celui de la scène.

Le lendemain mercredi, après une matinée de travail au Val-de-Grâce, c'était un autre délassement, d'autres sensations d'art qui attendaient les congressistes à Versailles. Guidés par M. Ferate, conservateur du château, nos hôtes purent apprécier, dans tous leurs détails, les splendeurs des galeries, des salons, des mille œuvres d'art de ce palais que bien des peuples nous envient. Ils parcoururent les allées du parc aux perspectives grandioses pour se rendre au grand Trianon, où sous la gracieuse galerie centrale, un goûter leur fut offert, agrémenté d'une musique militaire. Et le soir, en regagnant Paris, ils emportaient une image de plus des grandeurs de la France qui vivra dans leur souvenir.

Le jeudi 23 avril fut tout entier consacré, au Val-de-Grâce, à l'étude d'importantes questions d'ordre médical et militaire. Le matin, c'était l'exposé des rapports sur l'étiologie et le traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles. L'après-midi était rempli par des séances cinématographiques et des démonstrations de formations sanitaires de campagne et de matériel technique du service de santé. Dans le même ordre d'idées, l'Union fédérative des médecins de complément avait organisé une séance d'instruction comme elle l'a fait mensuellement à Paris par la mise au point des grandes questions du Service de santé en campagne. Cette conférence, faite par M. le médecin principal Spire, professeur à l'Ecole supérieure de guerre, eut un très grand succès car M. Spire avait su lui donner un tour très original. Ce fut un dialogue vivant entre le conférencier qui tenait le rôle de directeur du Service de santé d'une armée et ses adjoints qui l'entouraient et auxquels il avait soumis un thème tactique à résoudre. Sous cette forme animée les auditeurs ont pu se rendre compte de l'importance capitale des questions d'organisation dans le fonctionnement du Service de santé aux armées et des qualités de clairvoyance, de méthode, d'esprit de décision et de largeur de vues que nécessite cette organisation de la part des chefs qui sont à la fois médecins et militaires.

Le vendredi 24 avril les travaux du Congrès continuaient par l'exposé et la discussion de la quatrième question mise à l'étude : « Analyse du matériel de pansements et de sutures. » L'après-midi du vendredi, les congressistes assistaient au camp d'aviation du Bourget à la démonstration pratique des avions sanitaires dont ils avaient déjà admiré les modèles à l'exposition du Val-de-Grâce. La fête du Bourget était présidée par M. Laurent Eynac, sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens. Cinq avions Bréguet du type limousine 14 T *bis* furent présentés par des moniteurs tout particulièrement qualifiés parmi lesquels le professeur Picqué et le médecin principal Epaulard, célèbre dans les annales de l'aviation sanitaire. Après la démonstra-

tion de la construction des appareils, de leur fonctionnement et de leur chargement, il fut possible à une cinquantaine des très nombreux congressistes qui en firent la demande de prendre place sur les brancards de l'avion piloté par Gorgel et de voler pendant quelques minutes au dessus des milliers de têtes qui se pressaient aux abords de la piste. Ce fut pour la plupart de ces blessés fictifs le baptême de l'air. Tous regagnèrent le sol enthousiasmés de leur court voyage aérien. Le résultat de cette démonstration pratique fut de convaincre tous les assistants, même les plus sceptiques, de la sécurité absolue des appareils et des immenses services qu'on peut leur demander. Pendant ce temps une escadrille du 34e régiment d'aviation exécutait dans le ciel un vol en groupes d'avions de chasse et d'avions d'observation dans un ordre impeccable qui confirma brillamment la renommée mondiale de notre aviation militaire. Se rendant ensuite au port aérien civil du Bourget les congressistes visitèrent les nombreux avions de transport de passagers des diverses marques et notamment les grands avions commerciaux Farman, Dewoitine et Latécoère qui font journellement les transports à travers l'Europe et dont la plupart seraient transformables en cas de besoin en avions sanitaires. Ils y retrouvèrent et ils virent évoluer les appareils Hanriot et Loire, Gourdon-Leseurre dont ils avaient pu étudier les détails à l'exposition du Val-de-Grâce. Enfin pour clore cet inoubliable après-midi, Fronva, le célèbre pilote, véritable acrobate de l'air, exécuta, aux yeux émerveillés de la foule, les tours de force les plus audacieux, loopings, voltes en tout sens, descentes en vrilles, vols la tête en bas, arabesques étonnantes. En face de tant de maîtrise, d'une telle sécurité dans l'admirable application de la science aux transports aériens, comment les congressistes auraient-ils pu quitter le Bourget sans être convertis en faveur de l'avenir de l'aviation sanitaire. Ce fut là, on peut le dire sans exagération, une très grande journée. Elle aura des conséquences lointaines et fructueuses pour le sort des malades et des blessés, pour la France aussi qui tient à garder la tête de tous les progrès.

Mais la dernière journée de ce remarquable congrès était déjà venue. Le samedi matin les congressistes visitaient l'hôpital militaire Percy, à Issy-les-Moulineaux, formation toute moderne dont le gouvernement militaire de Paris est justement fier et où les excellentes conditions d'hygiène et d'exposition permettent la cure des tuberculoses osseuses et péritonéales avec des résultats comparables à ceux de Berck.

L'Assemblée générale du Congrès eut lieu l'après-midi au Val-de-Grâce. Après discussion finale et vote des conclusions des diverses questions posées au Congrès, cette imposante consultation médicale qui avait duré six jours fut officiellement close.

Le prochain Congrès aura lieu dans deux ans à Varsovie.

Avant de se quitter, les congressistes se trouvaient réunis le soir à Luna Park en un banquet de 1.400 convives. La chaude cordialité qui avait régné entre tous dans chaque réunion de la semaine se manifesta plus intimement encore dans cette dernière soirée. C'est la physionomie générale de tout le Congrès qui apparut vivante et joyeusement animée dans ce grand hall tout bourdonnant de voix amies. Les discours du président, M. le médecin inspecteur général Vincent, des délégués officiels étrangers : MM. Della Valle (Italie), Bainbridge (Etats-Unis), Kennedy (Grande-Bretagne) résumèrent éloquemment le sens de la grandiose manifestation internationale du 3e Congrès de médecine et de pharmacie militaires. Manifestation d'ardente sympathie, de vaste compréhension entre les peuples unis dans le même effort pour le soulagement des misères humaines.

Une note très originale avait été ajoutée à ce Congrès par l'exposition médicale du Val-de-Grâce. M. Jean Faure, le si distingué président de cette exposition, sut admirablement en dégager le sens dans l'allocution qu'il prononça en ce banquet final et dont nous rapportons les dernières paroles comme conclusion la meilleure :

« Admirable soirée qui clôture glorieusement notre exposition et qui atteste comme un symbole l'union indéfectible de la science et de l'industrie. Elles vivent côte à côte et associent leurs efforts pour le bien commun ; elles attestent une fois de plus leur vivant accord, riche en initiatives heureuses et fécond en découvertes et en bienfaits.

« Au nom de tous les exposants qui m'ont accordé leur confiance et dont je suis l'interprète comme président, je tiens à remercier les éminents représentants des nations étrangères dont la présence ici, ce soir, rehausse d'un nouvel éclat cette solennité. Puisse cette exposition porter au loin son enseignement et que le succès qu'elle vient, grâce à vous, de remporter, soit un gage d'espoir pour l'avenir et une exhortation à maintenir toujours unies la science et l'industrie pour la gloire de la France, et, puisque le dévouement est pour tous notre raison d'être et notre devise, pour le bien de l'Humanité tout entière ».

Dr FRIBOURG-BLANC.

Les Livres

Æsculape. Grande Revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la médecine. Abonnement : 25 francs (étranger : 30 francs). — Le numéro : 4 francs., 15, rue Froidevaux, Paris (XIVe).

Sommaire du numéro spécial de mars 1925. — Ce numéro spécial est consacré à la peau dans l'art, les sciences médicales, l'histoire et la littérature. Il est luxueusement présenté, orné d'une centaine de reproductions magnifiques de vieilles gravures, d'œuvres d'art des temps anciens et modernes, riche d'un texte émanant d'écrivains médicaux appréciés et de maîtres autorisés des Facultés. Voici un aperçu des articles :

La cure de la syphilis au XVIe siècle (6 ill.), par le prof. Jeanselme. — « Ça ne pousse pas ! », dessin de Daumier (1 ill.), — La lèpre en Catalogne au temps jadis et de nos jours (8 ill.), par le prof. J. Sabrazès — Le vieillard au rhinophyma (1 ill.). — Murger à l'hôpital Saint-Louis (5 ill.), par le Dr Victor Doiteau. — Les femmes à barbe (5 ill.), par le prof.-agrégé Laignel-Lavastine. — Un maître de la dermatologie française ; le baron Alibert (5 ill.), par le Dr François Debat. — La courtisane chez l'apothicaire (1 ill.). — Les lépreux en Bas-Limousin (5 ill.), par le prof. Guiart et le Dr Jean Mazeyrie. — Nègres blancs et nègres pies (5 ill.), par le prof.-agrégé Neveu- Lemaire. — Phtirius Pubis (1 ill.), par le Dr Georges Camuset. — La maladie de Job (6 ill.), par le prof. Rollet. — Un régal pour les punaises (1 ill.). — Supplément (17 ill.).

Ce numéro spécial est vendu : 10 francs.

THÉRAPEUTHIQUE APPLIQUÉE

I

La calcithérapie intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire

Sous ce titre dans la *Presse Médicale*, M. Cheinisse (1) a donné dans un « Mouvement thérapeutique » l'analyse d'un livre du Pr Rosen de Moscou.

Cet auteur, depuis plus de 15 ans, s'occupe de la calcithérapie de la tuberculose qu'il a expérimentée sous toutes ses formes.

Il est arrivé après de multiples essais à injecter dans les veines des quantités importantes de chlorure de calcium, mais à un degré de concentration très faible.

Les résultats obtenus par ce traitement sont des plus satisfaisants. Dans les formes du début avec signes objectifs peu accentués, fièvre légère, quelques bacilles dans les crachats, la calcithérapie, dit le Pr Rosen, donne des « résultats tout aussi parfaits et réguliers que l'opération à froid dans l'appendicite ».

Dans les tuberculoses actives à marche extenso-progressive avec fièvre élevée irrégulière, amaigrissement, présence constante dans les crachats et lésions pulmonaires plus ou moins étendues, cet auteur a vu un accroissement du poids dès la seconde semaine du traitement, accroissement qui va en s'accentuant vers la 4e, 5e, 6e semaine et continue même après que l'on a cessé la calcithérapie. La température cède, surtout si elle est à type continu, Les sueurs profuses diminuent avant que l'abaissement de température soit très marqué. La toux devient moins pénible, l'expectoration semble augmenter dès les premières injections pour diminuer ensuite. Les bacilles de Koch subissent certaines modifications. Au cours de la 5e, 6e, 7e semaine du traitement, leur épaisseur se trouve réduite de moitié ou des deux tiers. Dans la suite, ils se fragmentent et disparaissent complètement ou bien subsistent sous une forme granuleuse. Les signes d'auscultation et de percussion rétrocèdent plus lentement que les autres manifestations. En somme ce traitement a donné des résultats encourageants, et ils ont été obtenus sur deux cents cas de tuberculose active suivis personnellement par l'auteur dans les hôpitaux de Moscou et de Kiew.

Y a-t-il des contre-indications à ce traitement ? Tout d'abord le Pr Rosen ne se sert que de solutions ne dépassant pas 1,5 pour 100. L'expérimentation lui a montré que ce titre de solution était mieux toléré que les solutions plus concentrées, et que l'on pouvait, à ce taux, impunément injecter de grandes quantités et renouveler souvent l'injection. La tolérance de l'organisme dépend surtout de l'état du myocarde. Un tuberculeux dont le cœur n'a pas subi de dégénérescence supporte bien l'injection.

Il faut injecter très lentement et on peut injecter jusqu'à 200 ou 300 cent. d'une solution

(1) Cheinisse. — La calcithérapie intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire. Mouvement thérapeutique *Presse médicale*, 20 septembre 1924, n° 7.

de chlorure de calcium à 1,5 pour 100. Après introduction de 50 cent. de cette solution dans les veines, on assiste à un ralentissement du pouls qui passe de 130 à 90 pulsations et qui devient plus ample et plus fort. Si l'injection provoque une nausée, il faut arrêter l'injection. On doit du reste tâter progressivement la tolérance du sujet soit en injectant une moins grande quantité, soit en diminuant la concentration de la solution. Le soir de l'injection, il y a souvent une légère augmentation de température.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire avancée avec infection associée ou altération des autres viscères : laryngite, péritonite, tuberculose intestinale, l'injection est mal tolérée. Le malade se plaint de dyspepsie, de sensation de chaleur, de nausées, et on doit arrêter le traitement.

Les solutions doivent être préparées avec du chlorure de calcium cristallisé chimiquement pur et de l'eau soigneusement distillée. Elles doivent être neutres — on neutralise si besoin en est avec de l'hydrate de calcium. Les solutions doivent être stérilisées mais fraîchement préparées.

Le traitement comprend habituellement deux cures de 15 injections chacune avec un intervalle de dix jours de repos entre les deux semaines. Les injections se font tous les deux jours, mais on peut les espacer si le sujet est très sensible.

Enfin le Pr Rosen préconise en même temps que cette calcithérapie intraveineuse, une alimentation riche en chaux : légumes verts, lait et pour saturer l'organisme de calcium un traitement reminéralisateur complémentaire par la bouche, traitement qui n'est pas contre-indiqué par les phénomènes dyspeptiques. C'est ainsi qu'il donne à ses malades une poudre à base de phosphate de chaux.

La Tricalcine qui a réuni dans une heureuse formule des sels de chaux assimilables est indiquée comme l'adjuvant de cette calcithérapie intraveineuse. Ce traitement poursuivi après les deux séries d'injections prolongera les effets heureux de cette récalcification intensive.

II

Le mercure jugé par les médecins

Le professeur Gaucher a dit : « le mercure est toujours debout ». Les paroles du maître sont confirmées actuellement par de nombreux médecins et il n'est pas exagéré d'ajouter que le mercure est indispensable dans le traitement de la syphilis.

Le docteur P. Barbier, dans le *Courrier médical* du 4 janvier 1925, écrit que « le mercure reste le traitement de base de la syphilis et qu'il constitue le meilleur agent préventif des accidents tertiaires ».

Les docteurs Marfan et Lestoquoy, dans le *Journal des praticiens* du 27 décembre 1924, préconisent l'emploi de l'iodure de potassium avec le mercure pour l'administration *per os*.

Dans les discussions qui ont suivi le rapport du docteur Tixier, au dernier Congrès de Pédiatrie, il a été dit que le « mercure restait l'agent de choix chez les hérédos-syphilitiques porteurs de lésions viscérales et qu'on devait l'utiliser à petites doses ». Le traitement de la syphilis héréditaire étant un traitement de longue haleine, il faut savoir rester attaché aux vieilles thérapeutiques et aux voies simples d'administration des médicaments, c'est-à-dire ne pas méconnaître la valeur du mercure, véritable agent thérapeutique de fond dans une cure qui doit durer plusieurs années ».

Le docteur Malherbe, dans le *Concours médical* du 4 janvier 1925, cite deux cas de manifestations syphilitiques rebelles ayant cédé sous l'action de doses fractionnées de mercure.

Le docteur Carle, dans le *Journal de médecine de Lyon* du 8 octobre 1924, préconise surtout les frictions mercurielles tant à la naissance, qu'au cours des premières semaines et dans les hérédos-syphilis tardives. Il conclut en disant qu'on pourra constituer le meilleur des traitements de fond avec les frictions et les hypodermiques de novarsénobenzènes, soit en cures alternées, soit conjuguées : deux injections par semaine séparées par des frictions quotidiennes, le tout poursuivi pendant un mois constitue le traitement le mieux supporté et, en même temps le plus efficace que l'on puisse proposer au praticien.

Enfin, après avis favorable émis par la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes instituée auprès du Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le Ministre vient d'autoriser l'emploi du gambéol sous ses diverses formes. — Cachets, suppositoires pour adultes et enfants, cartouches de pommade pour frictions, ampoules — dans les dispensaires antivénériens de France.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

Un dogmatisme regrettable. Une vigoureuse contre-offensive

Longtemps on a eu l'impression, dans les milieux médicaux, qu'il existait un fossé très profond entre ceux que l'on désigne communément sous le titre d'officiels, d'une part, et les simples praticiens, de l'autre.

C'est surtout à Paris que ce fossé s'était creusé. Car nous savions qu'en province, dans les autres Facultés, il en était tout autrement, et qu'au contraire et d'une façon générale, on n'observait pas seulement une véritable cordialité de rapports entre le personnel enseignant des écoles et hôpitaux, et l'ensemble du corps médical régional, mais que l'union régnait entre eux assez étroitement pour que les officiels n'hésitent pas à se mêler au mouvement professionnel, quand ils n'étaient pas à sa tête.

A Paris, certains symptômes nous avaient donné à croire que le fossé devenait moins profond, qu'un rapprochement s'effectuait, qui devait porter des fruits salutaires, et que quelques esprits, mieux avertis et plus conscients des réalités de l'heure, sentaient la nécessité de combler cette malencontreuse tranchée.

Nous avions vu, avec une vive satisfaction, le doyen, si sympathique à tous, M. le professeur Roger, proclamer dans toutes les occasions qui lui étaient offertes son souci de supprimer d'inutiles et vétustes barrières dressées maladroitement entre deux catégories de médecins, et d'être un actif propagandiste de la meilleure concorde, *optima concordia*. Nous avions vu des professeurs proclamer la légitimité et la nécessité du Syndicalisme médical et s'y rallier avec ardeur.

Et nous pensions, de bonne foi, qu'une ère nouvelle allait peut être s'ouvrir, où toutes les classes seraient confondues et ne se combattraient plus.

Nous avions compté sans les savants phtisiologues de Paris, ceux qui, sous prétexte de prêcher la bonne parole, s'occupent de creuser plus profondément que jamais le fossé que nous aurions tant souhaité voir disparaître, en commettant des actes qui ne sont pas seulement regrettables, mais qui, par certains côtés, nous apparaissent comme inhumains.

Sur ce point, notre opinion est faite et bien faite, et les uns et les autres, nous nous sommes parfaitement expliqués sans ambages.

Aussi, n'y reviendrons-nous pas de nouveau, préférant laisser la parole au professeur LEMOINE de Lille, dont nous sommes particulièrement heureux de reproduire le véritable réquisitoire contre le dogmatisme malsain des tuberculologues parisiens.

Nous noterons en même temps la vigoureuse défense que ce maître prend de ces praticiens, si vilipendés ailleurs, mais qu'il a vus à l'œuvre et dont il peut proclamer sciemment toutes les qualités.

En opposant cette méthode à celle que nous déplorons de voir fleurir à Paris, dans un certain milieu qui n'est au demeurant qu'une chapelle, pour ne pas dire, une coterie, il nous est agréable de trouver, chez un professeur, une conception aussi noble de son rôle et de sa mission.

C'est d'un excellent exemple. Sans compter que nos savants phtisiologues ont de quoi en prendre pour leur grade !

G. DUCHESNE.

Pour les Praticiens français (1)

par M. le professeur G. LEMOINE.

S'il faut en croire certaines « indiscrétions » parues depuis quelques mois dans divers organes de la presse médicale, les membres du Comité National pour la Défense contre la tuberculose auraient émis, en séance, sur le compte des praticiens français, des appréciations rien moins que flatteuses.

Si donc nous croyons les membres de cet aréopage scientifique, le corps des praticiens français en serait encore, du moins en ce qui concerne la tuberculose, à l'âge des cavernes. Son éducation médicale serait préhistorique, autant dire qu'elle serait nulle. Car les maîtres qui dénient aux médecins de campagne, et même de villes, la faculté de diagnostiquer la tuberculose, doivent être convaincus qu'ils possèdent encore moins celle de diagnostiquer une affection cardiaque ou médullaire.

Pour qui sait lire entre les lignes, c'est un véritable

(1) *Gazette des Praticiens*, 15 février 1925.

certificat d'incapacité qui est ainsi décerné à tout notre corps médical. Et cela, dans le but d'arriver à l'évincer des formations sanitaires anti-tuberculeuses, de lui ravir le droit et l'honneur de collaborer à la lutte contre la grande infection, et de le remplacer en tous lieux par des médecins fonctionnaires aux ordres du Comité. Si aucune voix ne s'est élevée contre une pareille injustice, je désire faire entendre la mienne ; elle sera sans doute étouffée par celles qui ont claironné la faillite des praticiens et qui disposent pour cela des cent voix de la renommée, mais je croirais faillir à mon devoir en ne protestant pas.

Depuis trente-cinq ans que je suis à la tête d'une clinique médicale de la Faculté de Lille, j'ai été amené, dans ma vie professionnelle, à me trouver en contact avec la majorité des praticiens de nos départements du Nord. Or, souvent appelé par eux dans des circonstances difficiles, j'ai pu me rendre compte de la haute valeur professionnelle de la très grande majorité d'entre eux et, le plus souvent, mon rôle de consultant s'est réduit à leur prêter l'appui de mon autorité morale beaucoup plus qu'à réformer leur diagnostic. J'ai même eu la satisfaction de constater combien certains d'entre eux possédaient un instinct médical fortement aiguisé, dû à une longue pratique et aussi à ce fait qu'au lieu de borner leur horizon à une spécialisation quelconque, ils étaient vraiment les médecins du malade. J'oserai donc dire que ce qui différencie bien des médecins de campagne de nos grands cerveaux médicaux, c'est qu'ils sont obligés, de par les nécessités professionnelles, de projeter la lumière sur l'ensemble des organes au lieu d'en examiner un seul, et certes, c'est souvent là le meilleur moyen de faire de la bonne clinique. Et je connais bien des professeurs, moi le premier, qui seraient parfaitement incapables de tenir la place d'un humble médecin de village si le hasard voulait que nous soyons appelés à le remplacer au pied levé.

En particulier, en ce qui concerne la tuberculose qui, comme on le sait, ne sévit que trop dans la région du Nord, j'ai souvent été amené à constater combien le praticien de cette région avait son attention attirée sur les phénomènes de début de cette affection, et combien il savait la dépister non seulement à la période des cavernes, mais même à celles où le spécialiste ne la constate encore que dans la « zone d'alarme ». J'estime donc, pour l'avoir vu à l'œuvre, qu'il possède toutes les qualités nécessaires pour prendre part à la lutte antituberculeuse et apporter le concours le plus précieux au Comité de défense contre la tuberculose. Or, je ferais injure aux praticiens des autres régions de la France en supposant que leur éducation médicale n'est pas à la hauteur de celle des praticiens du Nord ; souvent aussi, j'ai eu l'occasion de me trouver avec eux et de constater que la valeur est égale partout.

C'est un cliché dont il faudrait cesser de tirer des épreuves que de parler de l'infériorité de notre corps médical.

Bien au contraire, j'estime qu'il est infiniment supérieur à l'ensemble des médecins de certains pays étrangers, et en particulier, au corps médical allemand dont on nous a tant chanté les louanges avant 1914. Sur ce point, je suis certain que tous les médecins français qui ont vu les confrères boches à l'œuvre ne me démentiront pas.

Cette supériorité tient à ce que chez nous l'étudiant passe sa vie à l'hôpital dès sa première année jusqu'à sa thèse. Il est constamment en contact avec les malades ; il peut les examiner avec les externes, puis avec les internes, puis avec tout le personnel que la Faculté met à sa disposition. Progressivement, et en quelque sorte par la force même de l'ambiance, il est amené à s'instruire. A l'étranger, au contraire, l'étudiant pénètre à peine dans les salles d'hôpital, il ne voit les malades que dans la salle de cours, et il lui arrive trop souvent de n'avoir à ausculter que par l'intermédiaire d'un camarade plus favorisé que lui.

D'autre part, en France, nous possédons ces admirables corps de l'internat et de l'externat des hôpitaux qui forment une pléiade de travailleurs dont l'instruction se poursuit bien souvent pendant plusieurs années supplémentaires à celles des études normales et qui constituent non seulement un ensemble désireux de s'instruire, mais encore d'excellents moniteurs pour tous les étudiants moins favorisés par le concours.

Certes, en France, comme partout, le Corps médical présente une tête, un corps et une queue, mais nulle part la queue n'est aussi courte et le corps n'est plus développé. Ceci revient à dire qu'il y a certainement des non-valeurs, mais qu'elles sont infiniment moins nombreuses que chez les voisins et qu'inversement, la moyenne constitue une masse énorme de médecins bien en possession de leur art et parfaitement capables de résoudre les difficultés qui se présentent à eux, et en particulier celles de la tuberculose. Quant à la tête, je n'en parlerai pas sinon pour dire que certains de ses membres ont tort d'accuser le corps dont elle fait partie et qu'après tout, c'était peut-être à eux de mieux instruire ceux qu'ils accusent d'ignorance.

Mais au fond, toute cette campagne n'a qu'un but : celui de démontrer qu'il est nécessaire d'avoir des médecins nouveaux pour occuper des postes nouveaux et de posséder ainsi des fonctionnaires souples. C'est dans le même but que l'on a prétendu que le médecin ne devait pas prescrire de médicaments aux tuberculeux, sous prétexte de leur inutilité, et que seuls les dispensaires et sanatoria étaient capables de distribuer la guérison aux élus. C'est dans le même but encore que l'on commence à dénier aux praticiens le droit de soigner le cancer, de façon à diriger tous les cancéreux vers des instituts monopolisés et où le traitement officiel leur sera distribué par longueurs d'onde. Tout ce travail peu recommandable ne constitue qu'une des multiples façons par lesquelles l'Etat cherche à domestiquer le corps médical. Ce n'est certes pas cette façon de faire qui aboutira à augmenter la science des médecins ni à relever l'ho-

norabilité de notre profession. C'est là un travail de désagrégation et de démolition, inspiré par de vils motifs, et j'estime qu'il est du devoir des maîtres qui président à l'enseignement des générations médicales futures de le repousser dédaigneusement du pied.

ACCIDENT DU TRAVAIL. — TARIF BRETON

Corps étranger et Radio

On me communique la note suivante adressée au *Concours* (au sujet d'une de mes réponses sur l'*application du tarif Breton*) par le Dr Fiévez, ancien chef de clinique et prosecteur de Lille. Comme la question des « corps étrangers » se présente souvent et qu'elle est fort difficile à débrouiller, dans chaque cas d'espèce, je trouve intéressant de publier l'avis du confrère, prêt à en faire mon profit, à l'occasion, avec quelques réserves toutefois que je vais faire, à la suite. Voici donc la note du Dr Fiévez :

Dans le *Concours médical* du 22 février dernier, sous le titre « corps étrangers semi-superficiels décelés par radio », le Dr F. Decourt revient sur une interprétation du tarif Breton qu'il avait déjà donnée — dans un sens différent, il est vrai — en réponse à une question que je lui avais posée moi-même. (Voir *Concours médical*, du 4 mai 1924, n° 1048.)

Qu'il me soit permis de discuter l'opinion du Dr Decourt.

Le mot « superficiel » a un sens anatomique précis et classique ; si on change le sens de ce mot, on va à l'aventure.

Est « superficiel » tout organe (ou tout corps étranger, par extension) qui se trouve en deçà de l'aponévrose « superficielle » ; et l'aponévrose « superficielle » est la première aponévrose qu'on rencontre en partant de la peau.

Peu importe, on le voit, la profondeur mesurée au décimètre ! Voci un sujet gras, avec un pannicule de quatre doigts (c'est loin d'être rare !) : un corps étranger dans ce pannicule sera donc profond ?

Voici un sujet maigre : un éclat intramyocardique sera à moins de deux centimètres de la peau ; sera-t-il superficiel ?

Non. L'aponévrose fait bien la distinction entre la superficie et la profondeur, entre ce qui s'enlève facilement et ce qui ne s'enlève qu'avec des risques opératoires notables.

A mon sens, la solution de cette question de tarif, assez fréquemment posée, n'est pas dans la création de corps étrangers « semi-superficiels », expression qu'il est impossible de délimiter.

Que dit l'article 28 ? Il distingue l'extirpation de corps étranger profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique (50 fr.), de la même intervention nécessitant la localisation radiologique (300 fr.).

N'ayant pas en mains l'histoire de l'établissement du tarif Breton, je ne puis être absolument affirmatif ; mais il me semble évident que la deuxième intervention, tarifée 300 fr., est l'extraction des corps étrangers sous écran, c'est-à-dire une opération radio-chirurgicale qui..... vaut bien çà !

Qu'un corps étranger ait été *au préalable* repéré radiologiquement ne majore pas le prix de l'intervention ; il faut que radio et chirurgie constituent une seule et même intervention, toujours délicate, et mettant en œuvre un matériel important.

Maintenant, pour peu que le corps étranger soit petit (fragment d'aiguille, v. g.), qu'il soit entré dans une région d'abord difficile (main, v. g.), ou assez épaisse (mollet, v. g.), je ne conseille pas au chirurgien de s'embarquer dans une extraction sans avoir l'écran radiologique à portée, ni aux Compagnies d'assurances de lésiner sur le prix de ces extractions : un bout d'aiguille laissé dans la main, et qui fera un beau phlegmon des gaines, grèvera bien plus leur budget. Il reste : 1° qu'on peut catégoriser à part les corps étrangers des doigts ; 2° que 50 francs pour l'extraction d'un corps étranger profond..., ce n'est pas cher !

Dr Joseph Fiévez.

Je relèverai tout d'abord une erreur d'appréciation de faits.

Le Dr Fiévez dit que je lui avais donné, le 4 mai 1924, une réponse différente de celle que je fis le 22 février 25. Il s'agit là de deux *espèces* diverses. Dans le premier cas, j'avais affaire à un corps étranger (aiguille) disparu dans l'intérieur d'une *main*. Je concluais :

« On peut répondre que, vu la complexité des muscles de la main et le danger des interventions qui en résulte, au point de vue de l'incapacité fonctionnelle consécutive et, par suite, de la responsabilité de l'opérateur, la région de la main, pour la recherche de corps étrangers, peut être assimilée à toute région « *profonde* ». Je parle de la main et non des doigts que je ne range plus dans la même catégorie, ainsi que je l'ai déjà répondu, ni des corps étrangers de la main restés dans le tissu sous-cutané, cela va de soi ». (*Concours* du 4 mai 1924, page 1.099).

Dans le second cas, il s'agissait d'un morceau de verre situé à deux centimètres de profondeur, au bord interne de la plante du *pied* et qui ne fut décelé que par la localisation radiologique. Là, je concluais :

« Vous n'avez pas eu, en effet, affaire à un « corps étranger profond » alors qu'il se trouvait à deux centimètres de profondeur. Ce n'est pas non plus le simple « corps étranger superficiel » puisqu'il a fallu la localisation radiologique pour le découvrir Dans des cas de ce genre, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, il y a une lacune dans le tarif. Pour la combler, je proposerais une rubrique spéciale : « *Extraction de corps étranger semi-superficiel ayant nécessité la localisation radiologique* : 100 *francs* ». Et je me basais pour cela, comme analogie d'importance technique sur « épluchage d'une plaie contuse étendue et profonde : 100 francs ». (Art. 17) ». (*Concours* du 22 février 1925, page 435).

N'y a-t-il pas là deux cas bien distincts et nécessitant deux réponses « d'un sens différent »? Est-ce même chose que de chercher une aiguille dans la main, aux muscles complexes et redoutables à manier — ou à la plante du pied ?

Le Dr Fiévez donne des exemples supposés, comme un éclat myocardique et demande s'il est profond ou superficiel ? C'est là de l'humour, et du bon ; mais c'est aussi la preuve que toutes ces questions ne sont que d'*espèce* et non susceptibles de réponse générale et de classifications précises.

D'autre part, le confrère dit qu'un corps étranger « *au préalable* repéré radiologiquement, *ne majore pas* le prix de l'intervention » la tarification n'existant que pour les extractions effectuées *sous écran*. Ce serait là une interprétation nouvelle que je ne saurais approuver. Le fait même qu'une radio soit nécessaire, démontre qu'il y a dans cette extraction une *difficulté technique spéciale* qui justifie une majoration de prix. Entre 50 francs et 300 francs, il y a de la marge, c'est pourquoi, dans *certains cas*, comme celui cité plus haut, je trouve équitable de combler cette marge en proposant un prix de *cent francs* quand se présente cette difficulté technique et que le corps étranger n'est pas directement sous la peau.

Je doute fort que la proposition du Dr Fiévez de ne majorer les prix d'extraction que pour les interventions sous écran, soit goûtée des confrères... Il arrive souvent, en effet, qu'on fasse faire une radiographie, chez le radiologue, *avant* de faire une extraction délicate. Je dirais même que dans les cas d'extraction avec radio pour lesquels on m'a demandé avis, il en fut presque toujours ainsi. Témoin celle même citée plus haut (du 22 février) où le confrère m'écrivait : « On fait la radiographie... L'épreuve montre ... J'ai fait l'extraction sous cocaïne ... »

J'avais, dans tous ces cas, trois réponses possibles :

a) Allais-je conseiller de demander 300 francs. C'est ce que j'avais fait pour le premier cas, mais non pas pour le deuxième, alors que le confrère lui-même, disait « ceci me paraît un peu cher ».

b) Allais-je conseiller de demander 50 francs comme pour « corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique » (Art. 28) et cela malgré la radio? (Oui, dira le Dr Fiévez, puisqu'il n'y a pas eu extraction sous écran).

c) Ai-je eu raison de chercher une rubrique nouvelle précisément pour ces cas de corps étrangers pas très profondément situés mais *difficiles* à trouver et nécessitant une radio ?

Sans aucun amour-propre d'auteur, il me semble que je n'ai pas eu tort.

L'*aponévrose superficielle* proposée par notre excellent confrère comme ligne de partage, sinon des eaux, du moins des plans, c'est parfait. Je me servirai même de cette heureuse division quand elle sera de mise. Mais elle ne le sera pas, le plus souvent. Là, comme toujours, ce sont des questions non pas *anatomiques* mais de *technique pratique*, dont la difficulté diffère suivant les *régions*.

Voyons, confrère : réclamer 300 francs pour extraire un bout de verre de la plante du pied, fût-il placé en-dessous de l'aponévrose superficielle, cela vous semble, ainsi qu'à moi, « un peu cher », comme disait le confrère D... qui m'interrogeait sur ce point. D'autre part, 50 francs, c'est bien maigre, n'est-ce pas ? ... Alors ne seriez-vous pas, tout comme moi, d'avis qu'il ne faut pas nous cantonner dans des cadres rigides et qu'il est préférable de les assouplir, en proposant des *intermédiaires qui pourraient servir en certains cas* ? C'est précisément ce que je me suis efforcé de faire.

Je prie mes amis du *Concours* de m'excuser de m'être appesanti si longtemps sur ce sujet qui ne repose, c'est le cas de dire, que sur une pointe d'aiguille ... mais il m'a semblé utile de montrer une fois par hasard (je n'en abuse pas) que je cherche toujours à concilier le tarif Breton avec l'équité et que, malgré cela, il est toujours aussi difficile de contenter tout le monde... et son confrère.

Dr Fernand Decourt.

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE

Projet de loi tendant à rendre obligatoire la déclaration des cas des décès par tuberculose

Présenté au nom de M. Gaston DOUMERGUE.
Président de la République française,

Par M. Justin GODART,
Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

Le décret du 13 octobre 1923 qui énumère les maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire ou facultative n'a pas compris la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire. Il en résulte que, lorsqu'un cas de tuberculose est diagnostiqué, le médecin reste libre d'en faire ou non la déclaration à l'autorité publique. La désinfection n'est donc pratiquée que dans un nombre de cas limité et cette absence de mesures prophylactiques n'est pas sans danger pour l'entourage du malade ou pour les personnes qui lui succèderont dans les locaux qu'il habite, surtout s'il existe des enfants en bas-âge.

Mon intention n'est pas de reprendre, pour le moment, le grave problème de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Mais il m'est apparu que, sans viser à une réforme aussi importante de notre réglementation sanitaire, il y aurait déjà un grand progrès d'accompli dans la lutte antituberculeuse si les décès par tuberculose étaient obligatoirement déclarés à l'autorité publique, de façon à lui permettre de prendre les dispositions propres à prévenir la contagion.

L'utilité de cette mesure ne saurait être mise en doute. Alors que la désinfection, au cours de la tuberculose, est une opération compliquée, appelée à se renouveler indéfiniment pendant toute l'existence du malade, elle devient une opération des plus simples si son application est restreinte aux seuls cas de décès. Dans ce cas, en effet, elle ne se produira qu'une seule fois, à un moment où elle sera particulièrement efficace, puisqu'elle n'aura lieu qu'après la disparition du malade, source de la contagion. De leur côté, les familles accepteront, vraisemblablement sans difficulté, une opération dont la nécessité s'impose à tous les esprits et qui leur permettra d'occuper, sans danger, les locaux contaminés.

Le présent projet de loi, tendant à rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose en cas de décès, s'inspire de ces considérations. La question avait été examinée de savoir si le résultat recherché ne pouvait être atteint en introduisant une disposition spéciale dans le décret du 10 octobre 1923, qui détermine les maladies à déclaration obligatoire. Mais comme ce décret, de même que la loi de 1902, en exécution de laquelle il a été pris, vise surtout la morbidité par maladies contagieuses et non spécialement les cas de décès, il a semblé préférable, en vue de prévenir toutes difficultés sur ce point, de procéder par la voie législative.

Bien que la désinfection en cas de décès par tuberculose soit notre principal objectif, elle ne constitue pas le seul avantage du projet. La déclaration faite à l'autorité publique permettra, en effet, de déceler les foyers de tuberculose qui auront échappé aux services d'hygiène et notamment aux dispensaires antituberculeux. Malgré le développement remarquable des dispensaires au cours de ces dernières années, il faut reconnaître que de nombreux cas de tuberculose échappent encore à leurs investigations. D'autre part, tout le territoire n'est pas desservi par des dispensaires, et quelques départements , rares il est vrai, en sont complètement dépourvus. En signalant à l'autorité publique de nouveaux foyers de tuberculose, on lui permettra de prendre à l'égard des familles les mesures d'assistance et de prophylaxie nécessaires (conseils d'hygiène, placements dans les préventoriums, dans les œuvres de protection de l'enfance, œuvres Grancher, etc.).

Enfin, l'adoption du projet aura pour conséquence de fournir des renseignements statistiques précis sur la mortalité par tuberculose, alors que les statistiques actuelles n'ont qu'une valeur incertaine, étant données les conditions dans lesquelles elles sont établies. Il est évident qu'en matière de tuberculose, les déclarations faites à l'officier de l'état civil sont sujettes à caution et que le médecin de l'état civil lui-même, appelé dans les grandes villes à constater un décès de tuberculeux ne pourra, le plus souvent, poser un diagnostic précis et devra se contenter des renseignements fournis par la famille.

C'est pour cette raison que l'article premier confie exclusivement au médecin traitant le soin de faire la déclaration. Seul, il est en situation de savoir si le malade est décédé par suite de tuberculose et s'il était contagieux. Ce dernier point est particulièrement important, car il serait inutile et onéreux de pratiquer systématiquement la désinfection, même dans les cas où les malades ne sont pas contagieux. Cette limitation des cas où la désinfection est obligatoire résulte du paragraphe premier de l'article 2.

Pour tout le reste, le projet ne fait que se référer aux dispositions édictées, au sujet de la déclaration des maladies contagieuses et de la désinfection, par la loi du 15 février 1902 et les textes qui en règlent l'application. Il a paru impossible, pour l'instant, de sortir du cadre de cette loi et d'établir notamment une procédure nouvelle de déclaration, dans le genre de celle prévue au projet de modification de la loi du 15 février 1902, actuellement en instance devant le Parlement.

C'est dans ces conditions que j'ai l'honneur de vous soumettre le présent projet de loi. Sans doute, il n'a pas la prétention d'avoir résolu le problème antituberculeux. Mais contre un fléau qui constitue en France le principal facteur de mortalité et qui choisit ses victimes précisément à l'âge où l'individu constitue une valeur sociale, il faut lutter par tous les moyens. Celui que je vous propose est de nature à renforcer utilement notre armement antituberculeux. Il permettra, en outre, de connaître l'étendue des ravages causés par la tuberculose et de mesurer l'effort que les pouvoirs publics ont encore à accomplir pour lutter contre cette maladie.

PROJET DE LOI

Le Président de la République française

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion ;

Article premier.

Tout décès par tuberculose doit être déclaré à l'autorité publique par le médecin traitant.

L'autorité qualifiée pour recevoir cette déclaration, ainsi que le mode de déclaration, sont déterminés conformément à l'arrêté ministériel du 10 février 1903.

Article 2.

La désinfection est obligatoire pour tous les cas de décès par tuberculose déclarés en exécution de l'article précédent, à moins que le médecin traitant ne l'ait reconnue inutile.

Il y sera procédé conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

Article 3.

Les dépenses d'application de la présente loi seront comprises dans celles de la loi du 15 février 1902.

Article 4.

Les pénalités édictées par l'article 27 de la loi du 15 février 1902 seront applicables à quiconque aura commis une contravention aux articles 1 et 2 ci-dessus.

Commentaires.

Antérieurement au texte ci-dessus, un projet de loi annexé au procès-verbal de la séance du 5 novembre 1912, à la Chambre des Députés, modifiait, de la manière suivante, l'article 7 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique :

« Article 7 : La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies déclarés en exécution des articles 4 et 5.

« A défaut de déclaration, il est procédé de droit à la désinfection, après tout décès survenu au-dessus d'un an et au-dessous de 60 ans, s'il n'est justifié par la production d'un certificat médical, que le défunt n'était atteint d'aucune des maladies transmissibles, énumérées dans le décret visé à l'article 4 » ;

En opposant, tout d'abord, le texte de ces deux projets de lois, nous constatons que, dans un but de prophylaxie plus étendue, on peut concevoir, avec le projet de loi de 1912, l'utilité de la désinfection après chaque décès.

Mais si, dans un cas, la désinfection n'est obligatoire que lorsque le médecin traitant aura déclaré que la mort est due à une affection transmissible, la tuberculose en particulier, dans l'autre système, la désinfection est ordonnée après tout décès, sauf si le médecin traitant donne une attestation, déclarant non transmissible la maladie, qui a provoqué la mort.

Si véritablement, on veut faire quelque chose d'utile pour la santé publique, il n'y a qu'à décréter que la désinfection sera obligatoire après chaque décès, de quelque cause que ce dernier se soit produit.

La présence d'un cadavre dans un appartement est, en soi-même, quelque chose de malsain.

En second lieu, le décès est un motif tout trouvé pour désinfecter, de temps à autre, les logis d'habitation, cependant qu'en obligeant les services d'hygiène à pénétrer partout, pour pratiquer la désinfection, il sera facile de se rendre compte, de visu, des taudis immondes, dans lesquels vivent, croupissent, s'infectent et meurent des êtres humains.

En 1925, comme en 1913 (*Concours médical* 1913, 83), notre opinion reste toujours la même : à notre avis, l'article 7 de la loi du 15 février 1902 devrait être rédigé de la manière suivante :

« La désinfection est obligatoire après tout décès, comme après tout déménagement et changement de locataire dans les locaux d'habitation ».

Que de maladies transmissibles évoluent, sans qu'on ait fait appel au médecin. Beaucoup de mères de famille font l'économie des visites du docteur et soignent elles-mêmes, avec les directives des commères du voisinage, rougeole, diphtérie, oreillons, tuberculose, etc.

Ainsi se disséminent dans l'appartement, dans la pièce et dans le voisinage tous les germes infectieux, que recueilleront les familles, qui, ultérieurement viendront se succéder dans ce logis, non assaini.

Une désinfection, automatique après chaque décès, comme à chaque déménagement, donnera de bien meilleurs résultats pratiques, que si l'on attend les déclarations, positives ou négatives, demandées au médecin traitant.

Déclarations et secret professionnel.

N'oublions pas que les lois ne sont que la consécration des mœurs. Dans un but d'ordre et de paix publiques, les rédacteurs du code pénal ont voulu, par l'article 378 du code pénal, cristalliser une habitude d'individualisme, fortement ancrée dans les mentalités françaises. Le secret professionnel a été imposé aux médecins : ces praticiens doivent se taire, sinon ils sont correctionnellement punis, parce que les familles ne veulent pas que leurs petites histoires morbides, leurs tares soient divulguées. Un malade entend pouvoir se confier, en toute liberté, à son docteur, du moment où sa vie est peut-être en cause. Il n'aura toute franchise qu'autant qu'il sera certain du mutisme du praticien.

Aussi, devant cette injonction d'ordre public, le médecin doit-il se taire, moins par crainte de la loi, que par devoir, par conscience. Cela est si vrai que personne, pas même le malade lui-

même, ne peut relever le docteur de l'obligation du secret professionnel.

Nous ne reviendrons pas sur ce point, que nous avons maintes fois exposé et discuté juridiquement.

Disons seulement, en ce qui concerne le cas particulier qui nous est soumis, que, si les lois sociales sont mal appliquées, et souvent même pas appliquées du tout, c'est à cause des cloisons étanches, qui existent entre les pouvoirs législatifs et exécutifs d'une part, et ceux qui pourraient donner d'utiles conseils de pratique.

Plus que jamais, je défends les idées que j'ai développées, en 1919, dans ma thèse de doctorat en droit : le syndicalisme doit devenir, non plus uniquement le défenseur d'intérêts plus ou moins égoïstes d'une corporation, mais le représentant des conceptions et connaissances techniques de chaque groupe de travailleurs et être considéré comme conseiller d'Etat.

Puisqu'il n'y a possibilité de discuter ses idées que par le canal du *Concours médical*, qui est très lu dans les milieux administratifs et gouvernementaux, nous dirons que nos textes législatifs et règlementaires sont mal appliqués en France, d'abord parce qu'on n'enseigne pas la « clinique sociale et médico-juridique » à nos jeunes étudiants. Ces médecins demain ne connaissent pas du tout les lois, ni la manière d'interpréter les textes, lorsque demain ils seront docteurs en médecine et qu'ils auront à les appliquer.

Nous dirons ensuite à l'administration que, si ses règlements ne sont pas applicables, ou se heurtent à la résistance du corps médical, c'est qu'il existe, à la base, une erreur considérable.

Le médecin traitant ne peut pas être autre chose que le défenseur des seuls intérets de son client. Il a un rôle d'ordre privé et ne se doit qu'à son malade et uniquement à lui.

C'est donc une erreur et même une faute, en sociologie, que de vouloir affubler cet homme, de droit privé, d'un mandat de droit administratif, ou de droit public. En particulier, le docteur de famille ne peut pas, en même temps, être l'agent délégué par la société pour remplir une mission d'ordre collectif.

S'il défend la santé d'un individu, il ne peut pas, sans manquer à la confiance qu'on lui a témoignée, se transformer en défenseur de la santé publique.

Un homme, quel qu'il soit, ne doit jamais être obligé de choisir entre son devoir social et son intérêt immédiat. On ne peut pas demander à un docteur de dénoncer, pour un intérêt social, l'intérêt privé, dont il est le dépositaire, alors que le praticien sait fort bien que, ce faisant, il perdra la confiance ultérieure de son client et peut-être même sa pratique.

Nous aboutissons toujours aux mêmes conclusions : pas de confusion de fonctions et, si la collectivité a besoin de médecins sociaux, ceux-ci ne doivent jamais vis-à-vis du malade en cause, en être le médecin traitant.

Que faut-il entendre par « décès par tuberculose » ?

Un grand spécialiste déclarait, un jour, que nous sommes tous, ou avons été, peu ou prou, infectés par la tuberculose. Certains anatomo-pathologistes prétendent trouver aux autopsies beaucoup de vestiges de tuberculoses guéries.

Sans aller aussi loin, il semble que l'obligation de déclaration, prévue par le présent projet de loi, viserait principalement la tuberculose transmissible, la tuberculose pulmonaire au premier chef.

Tout d'abord, ne doivent pas être passées sous silence à cause de l'établissement de statistiques exactes et complètes, les tuberculoses osseuses, articulaires, tumeurs blanches ou autres lésions qui sont de nature nettement bacillaire.

Ensuite, toutes les infections viscérales tuberculeuses : méningites, péritonites, pleurésies, et autres doivent être classées dans la même catégorie d'infection.

Ce sont enfin les autres manifestations scrofulo-tuberculeuses, ganglionnaires, déformations, qui bien que chroniques, font cependant partie de la grande famille bacillaire.

Si nous nous plaçons uniquement dans le domaine désinfection, seules ne devraient être déclarées que les lésions infectantes : tuberculoses pulmonaires, dites ouvertes, alors que les porteurs de lésions fermées sont, en principe, inoffensifs, au point de vue contagiosité.

Si, au contraire, nous considérons le côté statistique et géographique, en ce qui concerne les foyers tuberculeux, toute lésion bacillaire doit être déclarée, contagieuse ou non, torpide, bâtarde, ou franche et aiguë.

Mais alors, l'embarras du médecin praticien est extrême. Combien de tuberculoses larvées ? Combien d'abâtardissement dans la marche de l'affection ?

Comment préciser un diagnostic, alors que le médecin de campagne n'a pas, à sa disposition, de laboratoire, ni d'installation de radiologie ?

On fait beaucoup de bruit autour des dispensaires anti-tuberculeux. Certains les défendent, parce qu'ils y trouvent honneur et profit.

Mais le modeste médecin praticien, qui n'entrevoit que l'intérêt de son malade, préfèrerait que fût mis à sa disposition un laboratoire de dispensaire pour qu'il soit aisé de faire faire des diagnostics microbiologiques, pour qu'il puisse demander une consultation à un spécialiste, tout en continuant à avoir la direction absolue du traitement de ses malades.

Ce diagnostic sera légalement nécessaire et obligatoire : cependant le praticien est parfois bien embarrassé pour affirmer la nature tuberculeuse d'une affection, s'il ne peut faire faire des prélèvements, aux fins d'analyses et d'ensemencements.

Qu'arrivera-t-il en cas d'erreur de diagnostic ? Le médecin ne croit pas à la nature tuberculeuse d'une affection.

Le malade mort, il attribue le décès à tout autre maladie. S'il est reconnu ultérieurement qu'il a fait un diagnostic erroné, sera-t-il poursuivi pour ne pas avoir déclaré une affection tuberculeuse ?

En sens contraire, malgré la famille, qui se scandalise du vocable de maladie tuberculeuse, le médecin traitant déclare un décès comme ayant été provoqué par une affection bacillaire. Il est reconnu, par la suite, que l'affection n'était pas tuberculeuse et les parents poursuivent le médecin « pour erreur de diagnostic et préjudice causé ». L'administration publique viendra-t-elle au secours de ce praticien, pour le défendre devant les tribunaux civils ?

Que dire enfin des fluctuations de la science ? Tantôt presque toutes les affections morbides sont attribuées à la tuberculose, tantôt à la syphilis, tantôt à tout autre germe. Certains, avec Savoire et Creuzé, se demandent si quelques maladies à mycélium ne seraient pas des manifestations pré-tubercuseuses, puisque certaines cultures, ou certains examens microscopiques permettent de supposer que le mycélium arrivé à un stade de son développement se transforme en bacilles acido-résistants ?

Un dernier point : un tuberculeux chronique, un osseux articulaire, meurt d'une affection intercurrente non spécifique : pneumonie, accident. Que doit déclarer le médecin ? La cause immédiate de la mort, ou bien la concomitance de la tuberculose torpide ?

Que dire également des morts, survenues chez des particuliers, qui n'ont pas fait appel à un médecin ? Comment établir le diagnostic rétrospectif de lésion tuberculeuse, chez un chronique, qui se soignait tout seul, ou avec l'aide d'un rebouteur, ou grâce à la réclame charlatanesque des journaux politiques ?

Au surplus, ne sera-t-il pas utile d'établir un service de contrôle, surtout dans les cas où un médecin traitant serait soupçonné, pour ne pas déplaire à sa clientèle, de ne jamais déclarer la vérité, pour les décès survenus par tuberculose ?

Qui dit contrôle dit souvent vexations, délation, suspicion. Un médecin consciencieux n'a jamais redouté le contrôle : il le souhaite même. Les syndicats médicaux ont été les premiers à réclamer des moyens de justification, en ce qui concerne les notes d'honoraires, pour soins donnés aux mutilés et réformés de guerre.

Un praticien honnête ne s'effarouche nullement de la venue du médecin contrôleur, en matière d'accidents du travail.

Mais, si le contrôle ne fait pas peur, c'est souvent le contrôleur qui n'est pas à la hauteur de sa tâche, soit qu'il s'imagine être un super-docteur, soit qu'il se croit affublé d'un képi de gendarme, pour, systématiquement, trouver des fraudeurs parmi ses confrères. En cette matière, l'a-priorisme est dangereux, lorsqu'on est persuadé que la mauvaise foi est prédominante parmi les médecins praticiens.

A quoi servira la déclaration obligatoire ?

Théoriquement, j'accepte très volontiers l'argumentation du ministre du travail et de l'hygiène, lorsque, suivant l'avis de ses bureaux, il pense pouvoir arriver à une désinfection utile, à la suite de tous les décès par tuberculose, puis posséder une statistique de la mortalité par ce terrible fléau.

Pratiquement, je n'ai pas le même enthousiasme et si le ministre avait pris conseil de praticiens autorisés, il aurait connu une contre-partie.

En premier lieu, inutile d'insister sur la pauvreté, la misère des budgets d'hygiène sociale. Nos législateurs s'hypnotisent sur le problème de la destruction de l'homme par l'homme et votent des milliards pour les budgets de la guerre et de la marine, cependant que les économies les plus sordides et les réductions de crédits les plus inattendues sont imposées au budget, qui doit donner des enfants à la France et augmenter la longévité humaine, partant la production nationale.

Défendons-nous d'abord contre l'ennemi du dedans : le microbe, le taudis, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose : notre véritable sécurité résidera surtout dans la robustesse physique des futurs défenseurs de la patrie et non pas dans la construction de canons, de cuirassés et autres engins de destruction, qui, avant de servir contre des êtres humains, commencent par faire la fortune de ceux, qui sont assez puissants pour obtenir les commandes et se les partager entre quelques-uns seulement.

Quant aux budgets départementaux et communaux, ils sont absorbés par des gouffres électoraux, utiles à assurer des réélections : qu'on ne vienne pas parler d'hygiène : on n'a plus le sou.

Les maires et leurs collègues municipaux sont de braves gens, plus experts en combinaisons politiques qu'en défense sanitaire. Celui qui tolère les tas de fumier ne comprendra jamais la contagiosité de la typhoïde ; celui qui redoute, pour sa popularité, l'institution d'un centime additionnel, ne voudra jamais admettre l'utilité d'une dépense en vue de l'hygiène publique.

« Nos parents ont toujours vécu ainsi, pourquoi changer ; cela fera crier le pays ». Et le « *carpe diem* » politique continuera à sévir.

Supposons un département, une commune, ayant à sa tête un médecin administratif, savant, plein de zèle. Cet homme de l'art aura-t-il à sa disposition tous les crédits suffisants pour faire des désinfections utiles ? Aura-t-il l'autorité nécessaire pour vaincre la résistance des maires et même celle du préfet ?

N'oublions pas que l'hygiéniste départemental ou urbain reste sous la dépendance des pouvoirs locaux : pas d'histoire, si l'on veut conserver son poste.

Il faudrait, une bonne fois pour toutes, que les pouvoirs publics sachent bien qu'on ne fait pas de bonne hygiène sans argent, qu'on ne pourra jamais faire respecter les lois et règlements tant que leur exécution sera confiée à des hommes, dépendant, comme les maires, du suffrage universel, tant que les représentants de la collectivité (les médecins inspecteurs d'hygiène, ou directeurs de bureaux d'hygiène) seront sous la dépendance des pouvoirs locaux, au lieu de dépendre uniquement du ministre de l'hygiène, tant que la mentalité publique restera aussi arriérée qu'elle l'est actuellement, en ce qui concerne les notions les plus élémentaires d'épidémiologie et de lutte contre les fléaux sociaux.

Avant d'armer un peuple contre les habitants d'au-delà les frontières, qu'on l'arme contre les dangers du dedans et, en place d'un fusil, qu'on lui donne une solide instruction, lui permettant d'avoir une vie plus rationnelle et physiquement plus fortifiante.

Contre la tuberculose, que la nation aborde franchement le problème de l'habitation, pour éviter le surpeuplement actuel des logis ; qu'on lutte contre le taudis, qu'on fasse pénétrer l'air, la lumière, l'électricité dans toutes les demeures, qu'on lutte contre la vermine, qui couvre encore pas mal d'enfants des écoles, etc., etc.

Enfin, supposons l'argent trouvé pour faire toutes ces désinfections après décès par tuberculose. Qui fera ces désinfections ? Quelles équipes d'hommes sachant ce qu'ils ont à faire et surtout ce qu'ils ne doivent pas faire ?

Par qui ces hommes seront-ils dirigés ? Seront-ils placés sous la direction du médecin traitant habitant la localité, connaissant leurs mœurs et leurs coutumes ?

Tant que nous n'aurons pas obtenu la collaboration étroite entre les pouvoirs administratifs et le corps des médecins, on pourra voter des lois et arrêter des règlements : tout cela restera, dans la pratique, lettre morte et ne fera qu'augmenter la pile des textes législatifs ou règlementaires qui, bien que n'étant pas abrogés, restent néanmoins inappliqués, parce qu'inapplicables.

Conclusion.

Rendons hommage aux pouvoirs publics animés de bonnes intentions ; mais constatons une fois de plus qu'ils sont mal renseignés.

Nous assistons au heurt de deux grandes conceptions sociales : d'une part, la méthode d'autorité, de concentration : une loi, un règlement, ordonnent et doivent s'imposer.

D'autre part, la conception corporative, désireuse de collaborer à la chose publique, à titre de conseiller technique et pratique.

Un professeur de Faculté, conseiller du ministre, ne connaît pas la vie du praticien de campagne ; il exerce une médecine pour riches ; il se préoccupe de sa clientèle (au sens romain du mot), de son influence scientifique : en cela, il a parfaitement raison.

Mais à côté de ce savant, le ministre ne devrait-il pas écouter les avis des collectivités médicales professionnelles, qui vivant d'une clientèle modeste, dans un milieu modeste ; connaissant les résistances locales dues à l'ignorance et à la routine, envisageant les difficultés pratiques d'application et les conflits d'attribution, elles indiqueront la marche à suivre pour arriver au même but.

Soutenu par les syndicats médicaux, le ministre de l'hygiène aura plus d'autorité pour réclamer, du Parlement, les crédits nécessaires, cependant que les médecins, propagandistes et éducateurs au premier chef, se mettront à la tête des sages-femmes et des visiteuses-infirmières diverses, pour en faire des collaboratrices, allant enseigner la lutte contre la maladie.

Que le ministre commence par utiliser ce qui existe, avant de créer des organismes nouveaux, ou d'élaborer de nouveaux textes de lois, ou de règlements.

Qu'on s'assure d'abord de la collaboration du corps médical, avant d'organiser à grands frais des phalanges de demi-savantes, qui, en fait d'éducation sociale, feront de l'exercice illégal de la médecine, pour le plus grand dommage des populations et le plus grand bien des médecins. Leur médication intempestive, d'une maladie bénigne fera souvent une maladie grave, ce qui donnera du travail aux docteurs. Mais, comme ceux-ci savent que l'intérêt du public doit passer au-dessus de toutes les considérations, ils proposent une fois de plus leur collaboration, pour que, en attendant une loi, pratique et souple, la lutte contre la tuberculose puisse être organisée, en souhaitant que les passions politiques, quelque peu apaisées, permettent au Parlement de se préoccuper de la protection de la santé publique.

Dr Paul Boudin.

R.H.M.S. 7070

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Pièces justificatives à produire à l'appui des mandats de payement des soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 2 avril 1925,

Monsieur le Président,

Le décret du 30 mai 1924 fixe, par son article 1er, la nomenclature des pièces justificatives qu'il convient de mettre à l'appui des mandats émis pour remboursement de soins délivrés au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. Il est apparu, à l'usage, que les pièces justificatives qui doivent être fournies par les médecins et par les pharmaciens pouvaient, sans inconvénient, être réduites dans leur nombre et simplifiées dans leur forme.

Le présent décret a pour objet de réaliser ces réductions et simplifications. Si vous en approuvez la teneur, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le ministre des pensions,
BOVIER-LAPIERRE.

Le ministre des finances,
CLÉMENTEL.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions et du ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'article 881 du décret du 31 mai 1862 ;

Vu le décret du 26 septembre 1919, titre II ;

Vu le décret du 6 mars 1921 ;

Vu le décret du 18 juillet 1921 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922 ;

Vu le décret du 30 mai 1924 ;

Vu le décret du 8 juillet 1924,

Décrète :

Art. 1er. — Les mandats émis pour le remboursement des frais occasionnés par les soins donnés gratuitement aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 devront, suivant le cas, être appuyés des justifications ci-après :

A. — Remboursement des frais médicaux et chirurgicaux, état des sommes dues aux médecins pour honoraires et frais de déplacements, établi conformément au modèle n° 1 annexé au présent décret.

B. — Remboursement des frais pharmaceutiques ; mémoire des fournitures pharmaceutiques établi conformément au modèle 2 annexé au présent décret.

C. — Hospitalisation dans un établissement public :

1° Mémoire dressé par l'économe ou gestionnaire de l'établissement et visé par le directeur.

Ce mémoire comportera les renseignements suivants :

a) Nom et prénoms de l'hospitalisé ;

b) Commune où il est inscrit sur la liste spéciale ;

c) Numéro d'inscription sur la liste, avec indication de la liste (permanente ou provisoire) sur laquelle il est inscrit ;

d) Date d'entrée à l'hôpital et date de sortie ;

e) Nombre de journées d'hospitalisation ;

f) Prix de la journée d'hospitalisation ;

2° Avis d'hospitalisation notifiés à la commission départementale (ces avis seront rattachés par les services de la préfecture).

D. — Hospitalisation dans un établissement privé :

1° Copie certifiée de la décision par laquelle l'établissement a été agréé (ou certificat de référence) ;

2° Mémoire du directeur de l'établissement visé par le préfet, qui certifiera la date à laquelle a été approuvée la demande d'hospitalisation et la conformité du décompte des frais de séjour avec le prix des salles civiles de l'hôpital public où le malade aurait pu être hospitalisé s'il l'avait désiré.

Ce mémoire comportera les renseignements suivants :

a) Nom et prénoms de l'hospitalisé ;

b) Commune où il est inscrit sur la liste spéciale ;

c) Numéro d'inscription sur la liste avec indication de la liste (permanente ou provisoire) sur laquelle il est inscrit ;

d) Date d'entrée à l'hôpital et date de sortie ;

e) Nombre de journées d'hospitalisation ;

f) Prix de la journée d'hospitalisation ;

g) Nature, nombre et prix de chaque intervention pratiquée d'après la nomenclature du décret du 25 octobre 1922 ;

3° Avis d'hospitalisation notifiés à la commission départementale (ces avis seront rattachés par les services de la préfecture).

E. — Frais de déplacement avancés par les mutilés :

1° Demande de remboursement conforme au modèle 3 annexé au présent décret adressée au préfet du département ;

2° Selon les cas où les modes de transport utilisés :

Addendum au Journal officiel du 7 avril 1925, pages 3494 et 3495 :

« Tableaux annexés au décret du 2 avril 1925, modifiant le décret du 30 mai 1924, relatif aux justifications à produire à l'appui des mandats émis au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. »

NOTA. — Les tableaux seront imprimés à la diligence des préfets. Les tableaux 1 et 2 doivent être tirés sur papier format commercial 27 × 42 plié. Les indications générales et observations relatives à ces deux états seront portées sur le recto de la première demi-feuille ; le verso sera entièrement réservé aux colonnes numérotées.

DÉPARTEMENT

d..............

SERVICE DES SOINS GRATUITS

(Art. 64 de la loi du 31 mars 1919).

..e trimestre 19...

MODÈLE N° 1
Format commercial
27 × 42 plié.

ETAT GÉNÉRAL des sommes dues à M..............................

docteur (qualité) .... à ....

pour soins donnés aux victimes de la guerre, bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919, *au cours du* .... *trimestre* 19......

NOTA. — 1° Ce mémoire doit être établi en double expédition et adressé à la préfecture dans la quinzaine qui suit l'expiration de chaque trimestre ;

2° Classer les bénéficiaires par commune et inscrire en fin de notes d'honoraires, par commune, ceux qui n'appartiendraient pas au département où est situé le cabinet du médecin (indiquer alors le département dans la colonne « Observations ») ;

3° En cas de visite dans un hameau ou un lieu dit, désigner celui-ci entre parenthèses au-dessous du nom de la commune ;

4° Les consultations entre médecins (art. 62) et les visites de nuit seront signalées numériquement dans la colonne « Observations » ;

5° Lorsque le déplacement ne sera pas spécial au pensionné, il donnera lieu à une indemnité inférieure à celle qui résulterait de l'application du tarif (art. 64 du décret du 25 octobre 1922).

Observations. — En même temps que le présent état, seront transmis à la préfecture les bulletins extraits du carnet, classés par commune et par bénéficiaire dans l'ordre de date pour chaque bénéficiaire. — Mention sera faite dans la colonne « Observations » des bulletins précédemment adressés en cours de trimestre à la préfecture à l'occasion d'une première visite ou d'une première consultation.

Dans la colonne 5 inscrire les consultations et les visites sur deux lignes différentes.

1	2	3	4	5				6		7	8	9	10	11	12
NUMÉRO d'inscription sur la liste spéciale	NOMS et prénoms des malades classés par communes.	LIEU de résidence du bénéficiaire par commune. Commune.	DISTANCE kilométrique du médecin le plus rapproché.	ARTICLE 60				ARTICLE 70 A 80		INDEMNITÉ kilométrique réclamée.	TOTAL des sommes réclamées par malade.	OBSERVATIONS	A REMPLIR PAR LA COMMISSION		
				Consultation (nombre par malade)	Visites (nombre par malade)	Prix de l'unité d'après la catégorie.	Sommes réclamées.	Désignation de l'acte médical accompli: Prix de l'intervention.	Interventions.				TOTAL des sommes allouées par la commission de contrôle.	TOTAL par commune.	TOTAL par département.
A reporter......															
					Total.	......									

Certifié exact et arrêté par le médecin soussigné à la somme de .... (en toutes lettres), dont je demande le payement par : (....................................).

A ...., le .... 19....

(*Signature.*)

Vu et approuvé : *Le Préfet.*

Vu et arrêté après contrôle à la somme de ....

A ...., le .... 19....

Le médecin secrétaire de la commission.

DÉPARTEMENT

d ....

SERVICE DES SOINS GRATUITS

(Art. 64 de la loi du 31 mars 1919).

..° trimestre 19...

MODÈLE N° 1
Format commercial
27 × 42 plié.

MÉMOIRE des fournitures pharmaceutiques, délivrées par M.......... pharmacien à .... aux bénéficiaires de l'article 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919. *au cours du .... trimestre* 19...

NOTA. — 1° Ce mémoire doit être établi en double exemplaire, et adressé à la préfecture, dans la quinzaine qui suit l'expiration de chaque trimestre ;

2° Classer les feuilles d'ordonnances par médecin traitant et, pour chaque médecin traitant, par bénéficiaire.

Observations. — En même temps que le présent mémoire seront transmises à la préfecture les feuilles d'ordonnances extraites du carnet à souche.

1	2	3	4	5	6	7		8	9	10
NUMÉRO de l'ordre de l'ordonnance.	DATE de la fourniture	NOM DU MÉDECIN qui a délivré l'ordonnance.	COMMUNE ET DÉPARTEMENT ou arrondissement de Paris où les bénéficiaires sont incrits sur les listes.	NUMÉRO de l'inscription du malade sur la liste départementale.	NOMS ET PRÉNOMS des titulaires du carnet des soins gratuits classés par médecins traitants.	MONTANT par ordonnance de chaque fourniture.		TOTAL des fournitures par médecin.	OBSERVATIONS.	TOTAL des sommes allouées par la commission de contrôle
						Non réductible.	Réductible			
A reporter.......										
					Total........	....	....	....		

A réduire pour { réduction de ... p. 100 / remise de ... p. 100 } Ensemble ..... p. 100.

Certifié exact et arrêté par le pharmacien soussigné, à la somme de .... (en toutes lettres), dont je demande le payement par (.............................).

A ...., le .... 19...

(Signature).

Vu et approuvé :

Le Préfet.

Vu et arrêté après contrôle à la somme de ....

A ...., le .... 19...

Le médecin secrétaire de la commission,

Récépissé du billet de chemin de fer délivré par la gare d'arrivée.

Ticket ou récépissé de voiture publique.

Facture acquittée du loueur de voiture.

F. — Avances aux mutilés de leurs frais de déplacement :

1° Demande d'avances conforme au modèle 4 annexé au présent décret, adressée au préfet par l'intéressé ;

2° Etat décompté et arrêté par le préfet mentionnant les conditions dans lesquelles l'avance a été calculée, en tenant compte des prescriptions de l'article 85 du décret du 25 octobre 1922.

A ces documents seront annexés ultérieurement :

3° Lettre du mutilé modèle 5 annonçant l'envoi des justifications d'emploi de l'avance reçue :

4° Selon le cas et les modes de transport utilisés :

Récépissé du billet de chemin de fer délivré par la gare d'arrivée ;

Ticket ou récépissé de voiture publique ;

Facture acquittée du loueur de voiture.

G. — Transport des corps des bénéficiaires décédés dans un établissement hospitalier :

1° Demande de transfert gratuit, formulée conformément au modèle 6 ci-annexé au présent décret par le plus proche des ayants droit, indiqués à l'article 86 du décret du 25 octobre 1922, revêtue par le médecin de l'hôpital de la certification relative à la relation existant entre le décès et la maladie ou blessure donnant droit à pension et comportant un ordre de transfert donné par le préfet au gestionnaire de l'établissement.

Selon que le gestionnaire aura ou non besoin d'une avance :

2° Demande d'avance (modèle 7) contenant l'indication détaillée des sommes nécessaires, pour assurer le transfert, signée par le gestionnaire et le directeur de l'établissement ultérieurement et dans le délai maximum d'un mois ;	2° Facture des fournitures ou transports prévus par l'article 90 du décret du 25 octobre 1922;
3° Facture des fournitures ou transports prévus par l'article 90 du décret du 25 octobre 1922;	3° Bordereau détaillé des dépenses effectuées, signé par le gestionnaire et le directeur de l'établissement.
4° Bordereau détaillé des dépenses effectuées, signé par le gestionnaire et le directeur de l'établissement ;	
5° Le cas échéant, récépissé constatant le reversement des sommes restées sans emploi.	

H. — Soins assurés par les sociétés de secours mutuels ;

1° Copie certifiée de la délibération de l'assemblée générale contenant engagement par la société de faire donner les soins et d'assurer les fournitures, prévu par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, indiquant sommairement les conditions générales de fonctionnement du nouveau service et les noms des administrateurs chargés spécialement de sa gestion (ou certificat de référence) ;

2° Ampliation de l'arrêté ministériel d'admission (ou certificat de référence) ;

3° Etat conforme au modèle prévu par l'instruction du ministère du travail en date du 18 octobre 1919.

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent entreront en vigueur un mois après la promulgation du présent décret.

Art. 3. — Le décret du 30 mai 1924 est abrogé.

Art. 4. — Le ministre des pensions et le ministre des finances sont chargés de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 avril 1925.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le ministre des pensions,
BOVIER-LAPIERRE.

Le ministre des finances,
CLÉMENTEL.

(*J. O.*, 7 avril 1925.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **La photographie médicale à la Foire de Paris** (Porte de Versailles, du 10 au 24 mai). — NOXA y expose et démontre son modèle spécial pour réduction de radiographie, photographie de pièces, reproduction de documents, pages de livres, agrandissement de coupes.

Stands : Boutiques 295, 297, 299.

— **Le IIIe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française** se tiendra à Bruxelles, du *dimanche* 25 *au* 28 *juillet* 1926.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° Tuberculides, nature et traitement ; 2° herpès et zona, leur étiologie ; 3° les purpuras ; 4° réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, superinfection ; 5° des troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique ; 6° de l'état actuel de la thérapeutique du lupus.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès : Dr L. DEKEYSER, 9, rue des Sablons, Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

1065. — Orchite traumatique. Taux de l'incapacité.

J'ai soigné un ouvrier (orchi-épididymite traumatique). Deux mois de traitement. L'orchite existe toujours sans amélioration. J'ai consolidé le blessé et l'assurance me demande de fixer le taux d'invalidité. Seriez-vous assez bon pour me dire combien ?

Dr C.

Réponse.

D'après le Guide-barême des Pensions militaires, qui est souvent employé en matière d'accidents du travail et qu'il est même question, suivant un projet déposé par le Gouvernement, de rendre obligatoire en cette matière, l'hématocèle traumatique est évaluée de 10 à 15 %.

Dans leur ouvrage (évaluation des incapacités), Imbert, Oddo et Chavernac estiment que cette moyenne est équitable (page 735).

---

939. — Délai d'une demande de pension militaire.

Je viens de voir un ancien blessé de guerre. Fracture omoplate par éclat d'obus, ni pensionné, ni réformé.

Il présente un abcès au niveau de sa blessure duquel j'ai retiré une esquille et un fragment métallique

Je désirerais une radio pour savoir s'il y en a d'autres, car la poche est assez grande.

A-t-il droit aux soins gratuits, et à la radio gratuite après avis au contrôle ? Je le pense forclos, car il y a plus de 5 ans.

Quelles démarches doit-il faire ?

Dr H.

Réponse.

Votre blessé est forclos depuis le 4 septembre 1924. Cependant, qu'il adresse une demande de visite pour son infirmité au Directeur du Service de Santé de la région (lettre recommandée). Il est probable qu'il sera néanmoins examiné, puisqu'une loi est en instance devant le Sénat, afin de prolonger les délais de demande pour pensions militaires.

Il n'aura droit aux soins gratuits qu'après examen et reconnaissance de ses droits à pension par une Commission de réforme.

---

993. — Soins à un militaire en convalescence.

Un militaire faisant un service actif, vient (après hospitalisation) en convalescence dans sa famille.

Soigné pour la maladie qui a motivé la convales-

cence a-t-il droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits ?

Si oui, quel tarif appliquer ? A qui s'adresser pour le payement ?

D[r] V.

Réponse.

Ce malade n'a pas droit aux soins gratuits, puisque ses droits à pension n'ont pas été reconnus par une commission de réforme.

S'il ne peut se faire soigner par ses propres moyens, il doit se faire visiter par un médecin militaire (demande au Commandant d'armes de la place voisine dont il dépend), afin de se faire hospitaliser dans l'hôpital militaire le plus proche.

On n'envoie en convalescence que les militaires qui attestent qu'ils pourront d'eux-mêmes subvenir à leurs soins durant cette convalescence.

1016. — Promotion de grade et Légion d'honneur.

Veuillez être assez aimable pour me donner les deux renseignements suivants au sujet de l'avancement en grade et dans la Légion d'honneur au titre militaire.

Je suis médecin major de 2e classe, nommé à ce grade quelques mois avant l'armistice. Je suis titulaire de la Croix de guerre, pour citation à l'ordre de la 10e D. I.

1° A quelle date puis-je avoir les annuités suffisantes pour être susceptible d'obtenir le 4e galon à titre de réserve ?

2° Quelles sont de même les conditions à remplir pour être susceptible d'être proposé pour la Légion d'honneur ?

Bien entendu, je suis trop éloigné d'un centre militaire pour pouvoir assister aux réunions d'officiers de réserve.

S'il y a des démarches à faire pour l'une ou l'autre de ces deux questions, quelles sont ces démarches ?

Est-il utile de les faire appuyer par des hommes politiques, tels que ministres ?

D[r] X.

Réponse.

1° Pour la proposition du grade, il faut actuellement avoir été promu médecin major de deuxième classe avant le 31 décembre 1918 ;

2° Pour la croix, 27 annuités sont nécessaires. Faites connaître vos desiderata au Directeur du Service de santé de votre région. Le moment venu, il ne sera pas inutile pour vous d'être appuyé dans vos demandes à la Région, puis au Ministère.

Application du Tarif Breton.

I

Rendez-vous manqués ou erronés.

Je serais heureux de vous soumettre les deux affaires suivantes :

1° Convoqué par un médecin d'assurance, pour assister à la contre-visite d'un blessé du travail, j'ai, avec le blessé, attendu, à mon cabinet, lieu du rendez-vous, pendant une heure un quart. Le médecin de l'assurance n'est pas venu.

Le prix de la visite majoré de 50 % m'est-il quand même dû ?

2° Dans un autre cas, je suis convoqué, à mon cabinet, pour assister à la contre-visite d'un blessé du travail, trop tard pour prévenir le médecin d'assurance, qui aurait d'ailleurs dû le savoir, que le blessé, atteint de brûlures aux deux pieds, ne pouvait se déplacer.

J'attends donc chez moi le médecin contre-visiteur et me rends avec lui au domicile du blessé.

Que m'est-il dû, pour ce double dérangement ?

En outre, j'ai, au domicile du blessé, défait et refait les deux pansements de brûlures des pieds. Ne suis-je pas en droit, au lieu de la visite majorée de 50 %, de compter deux pansements de brûlures, qui donnent droit à une rémunération plus élevée ?

Ne pourrais-je, en l'espèce, compter :

Visite majorée de 50 % (à mon cabinet).
Pansements de brûlures (au domicile du blessé) ?

Dr S.

Réponse.

Ce sont là des cas d'espèce, bien difficiles à généraliser. Essayons de les raisonner tout simplement, mais sans rien affirmer.

Premier cas. — Il me semble que, si le médecin de l'assurance donne rendez-vous et ne vient pas (dans le cas où ledit rendez-vous est au *cabinet* même du médecin traitant), la visite majorée est due . . . mais seulement si ce dernier a été gêné dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire si l'heure fixée n'*était pas au moment des heures de consultation.*

Second cas. — Je ne vois pas là le « double dérangement » signalé, que le confrère soit allé de chez lui chez le blessé, seul ou en compagnie du médecin de l'assurance, à l'heure fixée pour le rendez-vous. Quant aux pansements, l'article 13 sur le cumul ne vous permet que, ou bien de compter ceux-ci, mais sans la visite majorée, ou bien cette dernière seule. Mais je ne vois pas comment justifier la combinaison proposée de compter une visite majorée au cabinet alors qu'elle n'a pas eu lieu.

F. D.

II

1044. — Gros adénophlegmon de l'aisselle.

La Compagnie X, me réduit à 115 fr. une note d'honoraires de 195 fr. présentée par moi pour soins donnés à un ouvrier atteint d'un adéno-phlegmon de l'aisselle, suite d'une plaie d'un doigt.

J'ai demandé à deux reprises et vainement (certaines compagnies sont toujours aussi muffles !) sur quel point portait cette réduction. La différence de 80 fr. me laisse à penser que cette réduction pourrait venir de ce que la Compagnie aurait réduit à 20 fr. le prix de l'incision que j'avais compté 100 fr. (abcès profonds non viscéraux). Etais-je en droit de faire cette dernière pour une collection nettement sous-aponévrotique, laquelle j'ai dû inciser suivant les règles le long du bord du grand pectoral, après anesthésie locale et avec drainage ?

Excusez-moi d'ajouter à votre fastidieuse besogne de réponses aux questions posées par des confrères. Mais la Compagnie ne répondant pas, j'ai l'intention, si votre réponse m'est favorable, d'aller en justice sans plus attendre.

Dr L.

Réponse.

Un gros adénophlegmon de l'aisselle, quand il s'agit d'une importante intervention, comme celle que vous décrivez, me paraît équitablement pouvoir être compté comme « abcès profond non viscéral ». Je ne puis donc que vous conseiller de ne pas accepter sur ce point le moindre rabais.

F. D.

III

1055. — Injections hypodermiques de sérums particuliers.

Je soigne actuellement un ouvrier qui, à la suite d'une blessure de la cornée de l'œil droit, a fait de l'irido-cyclite. Sur les conseils de l'oculiste, auquel j'ai adressé le malade, je lui ai fait d'abord quelques injections intraveineuses de néosalvarsan.

Maintenant, l'oculiste a ordonné quelques injections intra-musculaires de lait, injections qui seront suivies d'une série de piqûres de « Quinby ».

Pour les injections intraveineuses de néosalvarsan, elles sont au tarif, je n'ai qu'à m'y reporter ; mais, pour les injections de lait, qui demandent une ébullition prolongée — et plus tard, pour les injections de « Quinby », faut-il les compter comme injections de sérum antitoxique sous-cutanées à 15 fr., 2e catégorie.

Je pense bien toutefois qu'elles ne peuvent être comprises dans le prix de la consultation à 7 fr.

Vous seriez bien aimable de me répondre par la voie du *Concours*, car d'autres confrères seront peut-être utilement renseignés par votre avis.

Dr L.

Réponse.

1° Les injections intramusculaires ne sont pas l'objet d'une tarification spéciale. Elles sont donc comprises dans le prix de la visite ou consultation.

2° Quant aux injections hypodermiques de « Quinby » ou analogues, il me paraît en être de même, dans l'état actuel coutumier. Vous me parlez d'en poursuivre le paiement à tarif spécial, comme « injection de sérum antitétanique ». Ce serait le moyen de fixer une bonne fois cette question. J'y verrais même un certain intérêt. Mais, jusqu'à jugement conforme, je ne saurais vous donner espoir de voir admettre cette proposition.

F. D.

IV

1037. — Luxation de vertèbres

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien demander au Dr Decourt quel serait le tarif applicable dans le cas suivant : *réduction de luxation des dernières vertèbres cervicales.*

J'ai vainement cherché dans le tarif Breton. Il s'agit d'une assurance individuelle agricole.

Dr B.

Réponse.

La « réduction et contention de luxation de vertèbre » n'est pas dans le tarif Breton, mais me paraît pouvoir équitablement être assimilée, comme tarification, à une réduction et contention de luxation de la clavicule, ou du poignet, qui furent déjà assimilées à la réduction de luxation de l'épaule, soit 75 francs (56,25 pour vous en deuxième catégorie).

F. D.

V

1004. — Injection antitétanique décrétée inutile par l'assurance

J'ai donné mes soins du 29 décembre 1924 au 18 janvier 1925 à un apprenti serrurier blessé le 27-12-24. Cet accidenté de travail présentait :

« Une plaie superficielle mettant le derme à nu sur la presque totalité de la face dorsale des 2e et 3e phalanges de l'auriculaire droit ».

Les mains de cet accidenté blessé par une meule en affutant un outil étaient notoirement « sales ». J'ai cru devoir pratiquer une injection de sérum antitétanique (les parents de cet apprenti de 15 ans 1/2 m'ont donné par écrit leur assentiment en date du 29-12-24).

L'enfant a fait des accidents sériques demandant son séjour au lit pendant deux jours.

La Cie d'assurances conteste la nécessité de l'injection de sérum antitétanique arguant :

1° Que la plaie n'était pas de nature à demander une piqûre de sérum ;

2° Que la piqûre faite le 3e jour de l'accident n'avait plus de raison d'être (à remarquer en dehors de l'hérésie scientifique indiquée que l'accidenté

blessé le 27, s'est présenté le 29 à mon cabinet, que l'ordonnance de sérum faite le 29 a été exécutée le 30 décembre 1924).

Cette Cie d'assurances m'offre :

8 fr. pour l'injection de sérum antitétanique ;

8 fr. par visite nécessitée à l'occasion des accidents sériques ;

8 fr. pour une visite de contrôle au domicile du blessé, où j'ai attendu inutilement le médecin contrôleur pendant une demi heure.

Je vous demanderai ce que vous me conseillez de faire ; *me donneriez-vous l'appui pécuniaire ?*

J'ajouterai que dans ma carrière médicale, ou du fait de la guerre j'ai vu mourir quinze tétaniques et dernièrement un jeune homme de vingt-trois ans pour une simple éraflure ! Ce qui fait qu'à l'heure actuelle notre « responsabilité professionnelle » est si souvent mise en cause comme le constate notre excellent confrère, le Dr Paul Boudin, dans son article « Responsabilité professionnelle et méthodes nouvelles de diagnostic et de traitement » du 12 avril 1925.

Je compte faire du cas précédent une question de principe. Dr B.

Réponse.

Les prétentions de la Compagnie sont inadmissibles et nul ne saurait reprocher à un médecin de faire une injection de sérum antitétanique. Vous avez à poursuivre le paiement intégral de votre note en citant le chef d'entreprise devant le juge de paix du lieu de l'accident. Les frais à exposer sont insignifiants, car la loi accorde l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement à toutes les actions introduites en vertu de la loi sur les accidents du travail. Je ne pense pas, *a priori*, que le « Sou » vous refuse ensuite l'appui pécuniaire pour poursuivre l'affaire plus loin, s'il y avait lieu de le faire. F.D.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Ouvrier maçon. — Brulures par la poussière de chaux. — Applicabilité de la loi du 9 avril 1898.

I

JUSTICE DE PAIX D'ORGON (B.-du-R.). 22 *mars* 1924.

Attendu que, par exploit de Me Blanchin, huissier à Orgon, en date du dix-neuf février mil neuf cent vingt-quatre, enregistré, le docteur G. a fait assigner par devant le Tribunal de Paix du canton d'Orgon, le sieur N. pour, ce dernier, s'entendre condamner à payer au requérant, la somme de soixante-sept francs dix centimes, montant des honoraires à lui dus, pour soins donnés à la suite d'un accident de travail au nommé Jean-Baptiste G., ouvrier, employé par ledit Monsieur N. sur les ordres de ce dernier, et de divers médicaments fournis ;

Attendu que le défendeur ne conteste pas l'accident survenu au sieur G, mais qu'il prétend que ce dernier, qui exerce la profession de maçon, a été atteint de brûlures de la région dorsale, que ces brûlures se sont déclarées à la longue par suite du contact prolongé des sacs de chaux avec l'épiderme, qu'aux termes de la loi et de la jurisprudence, l'accident est l'événement subit et soudain qui crée la lésion, que le traumatisme n'ayant pas existé en l'espèce, la loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable ;

En droit :

Attendu que tout accident survenu à l'heure et au lieu du travail à un ouvrier qui est en action de travail doit être considéré comme un accident du travail et donne droit à celui qui en est la victime à une indemnité de la part du patron assujetti à la loi.

En fait :

Attendu qu'il résulte des éléments de la cause et qu'il n'est pas contredit par le défendeur que G. était bien au service de N., lorsque les rougeurs se sont produites sur le dos, et que celles-ci ne sont que la conséquence du transport de manipulation des sacs de chaux ; qu'il résulte de la jurisprudence actuellement établie qu'il suffit qu'il y ait un rapport de cause à effet entre le travail et la blessure pour que la loi du 9 avril 1898 soit applicable ;

Attendu que tout patron assujetti à la loi de 1898 est tenu au paiement des honoraires du médecin appelé pour donner des soins à son ouvrier victime d'un accident de travail ; que, par suite, ce patron doit garantir et indemniser son ouvrier ;

Attendu que le montant des honoraires et les fournitures des diverses marchandises réclamées ne sont pas contestées, qu'il y a lieu de faire droit à la demande du docteur G.

Par ces motifs :

Nous, Juge de paix, statuant contradictoirement en dernier ressort.

Condamnons le sieur N. à payer au docteur G. la somme de soixante-sept francs dix centimes pour les causes sus énoncées, et ce, avec intérêts tels que de droit et dépens.

II

JUGEMENT D'APPEL

TRIBUNAL CIVIL DE TARASCON

12 *décembre* 1924.

Attendu que, par exploit en date du 5 avril 1924, le sieur N., entrepreneur maçon, domicilié à S., a déclaré interjeter appel d'un jugement de Monsieur le Juge de paix d'O., en date du 22 mars dernier, et fait donner assignation au sieur G., docteur en médecine, aux fins d'entendre prononcer la réformation ;

Attendu que l'instance avait pour objet la demande en paiement d'une somme de 67 fr. pour soins donnés à l'ouvrier G., victime d'un accident de travail étant au service de l'appelant ;

Attendu que l'application, dans le cas de cet ou-

vrier, de la loi du 9 avril 1898, étant contestée, le premier juge n'a statué, bien qu'il s'agit de frais médicaux, qu'en premier ressort ; qu'à cet égard, les parties sont d'accord ;

Attendu, en fait, que l'ouvrier G. était occupé chez N., au transport de sacs de chaux, que, pour effectuer ce transport, il lés plaçait sur son dos ; et qu'il s'en est suivi de l'érythème, des érosions, ou des brûlures de l'épiderme ; que ces manifestations ont été le fait du temps, et non d'une action soudaine et immédiate étant résultée du contact de ce produit corrosif avec la peau ;

Attendu qu'il est hors de contestation que l'ouvrier était dans le travail, et que les blessures sont dues à la tâche qu'il accomplissait ; que si, d'autre part, dans la grande majorité des cas, la manifestation de la blessure a le caractère de soudaineté, il ne s'ensuit pas qu'une concomitance absolue soit exigée pour qu'il y ait accident du travail ; qu'il faut seulement qu'à un certain moment, et par le fait ou, à l'occasion du travail, l'ouvrier ressente quelque chose, de façon telle qu'il doive arrêter son travail, que s'il en était ainsi, il y aurait place à l'arbitraire, baril deviendrait impossible, dans beaucoup d'espèces, de saisir l'instant, où ont agi, simultanément et la cause et son effet ; que d'ailleurs, on ne peut faire grief à l'ouvrier d'attendre, et de continuer son travail, tant que la douleur ressentie est légère, supportable, et qu'il peut croire qu'elle sera toute momentanée et sans conséquence sérieuse.

Par ces motifs :

Le Tribunal, le Ministère public entendu, jugeant publiquement, contradictoirement, en matière sommaire, et en dernier ressort, confirme la décision dont est appel ; condamne l'appelant à l'amende et aux dépens.

Rejette toutes autres demandes des parties.

Commentaires.

Il est parfois bien difficile de faire la part du traumatisme et du métier. L'action soudaine et brusque, qui caractérise l'accident, est souvent bien hypothétique, alors cependant qu'il n'est pas douteux qu'en prenant son travail, l'ouvrier n'avait aucune lésion et qu'au bout de quelques heures de labeur, il a accusé une blessure.

Le tribunal civil, jugeant en appel, a sagement déclaré que ce serait ouvrir la porte à l'arbitraire que de rechercher soigneusement la preuve du traumatisme brutal et soudain.

D'ailleurs, la jurisprudence de la Cour de Cassation se montre de plus en plus large, à l'endroit de la réparation de l'accident et de ses conséquences. Le doute doit bénéficier à l'ouvrier.

Mais, je le répète encore une fois, qu'on n'hésite pas à se montrer sévère et à appliquer la rigueur du code pénal à tout médecin, qui, sciemment, se sera rendu complice d'une escroquerie à l'accident du travail.

Cependant, je déplore personnellement l'étroitesse d'esprit de certaines compagnies d'assurances, qui ne craignent pas de faire des procès pour 67 francs d'honoraires médicaux. Il n'y avait pas, dans l'espèce, une question de principe, mais plutôt l'appréciation d'un cas particulier.

Ces conflits juridiques aigrissent le Corps médical honnête (et Dieu merci, il est très nombreux), qui voit ses honoraires lui être âprement disputés par de riches compagnies qui font de gros bénéfices annuels.

Disons cependant, à la défense de ces dernières, que les véritables coupables sont souvent des employés subalternes, maladroits, ou mal élevés, alors que les dirigeants des compagnies, lorsqu'ils sont au courant de ces histoires mesquines, apportent la plus grande bienveillance, pour les régler à l'amiable.

Ce sont également ces cas, dans lesquels il est difficile de faire la part exacte du traumatisme et du métier habituel, qui feront la transition entre les accidents du travail proprement dits et les futures maladies, garanties par les assurances sociales. Sources de conflits sans nombre ; l'assureur du chef d'entreprise cherchera à se décharger sur la caisse d'assurance locale de tous ces cas mal définis.

Aussi, le médecin fera bien de rester en dehors de ces batailles d'argent, en obtenant le droit de traiter directement avec son client, quitte à ce dernier à se faire rembourser par qui de droit.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

2 *mai.*

Assistance publique.

Avis de concours pour l'emploi de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'assistance publique.

Un concours est ouvert pour quinze places de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'assistance publique. Les épreuves sont fixées au 16 juin 1925.

Les demandes d'admission au concours accompagnées des pièces exigées des candidats suivant les indications du programme publié au *Journal officiel* du 29 mars 1925, sont reçues au bureau des services de l'enfance, 7, rue Cambacérès, jusqu'au 16 mai 1925.

Voir les conditions et le programme du concours dans le numéro du 26 avril, page 1034.

3 *mai.*

Bureau d'hygiène.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les per-

sonnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Maisons-Alfort (Seine).

Le traitement alloué est de 6.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

4 et 5 mai.

Soins aux pensionnés de guerre.

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1925, comme membres titulaires :

M. Veraguth, directeur adjoint à la comptabilité publique, en remplacement de M. Guérin. (Représentant de l'administration.)

M. Osmont, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre, en remplacement de M. Marcel Héraud. (Représentant des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.)

Comme membre suppléant :

M. Salet, membre de la Fédération nationale des Associations françaises des mutilés et veuves de guerre, en remplacement de M. Cauet. (Représentant des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.)

Quarante-septième année — N° 21 — 24 Mai 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1270-IV)

AVIS

—

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**

***Sou Médical*, Paris, 182-31.**

***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

***Caisse des pensions de retraites du Corps médical français*, Paris, 271-46.**

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos

Royat. Heitz, Mougeot, Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 218. — A vend. contre remb., port à charge achet., vingt années (1040 numéros) de 1894 à 1913 inclus du *Cosmos* ; Sciences et leurs applications, 120 fr. S'ad. Dr Sauvage, à Lorient.

N° 219. — Poste méd. pro-ph. à céd. Cond. : ach. de la mais., comport. 20 p. dont 10 pour pensionn. Dern. prix, 150.000 fr. Pr. rens. écr. Dr Coyaud, à Oudon (L.-Inf.).

N° 220. — Inf. logée, nourrie, blanch. 300 fr. est demandée clin. chirurg. province.

N° 221. — Dr 54 ans, enc. vigour. mais vue fatiguée, dem. pr novembre, ds gr. ville Midi, poste demi-rep. ou sit. paraméd., direct. ou adj. clinique méd. acc. du tr., mais. conval. etc. Dispos. cap. pour assoc.

N° 222. — Pour rais. santé, à céd. sur Côte d'Azur, mais. rep. compr. 24 p. chauff. centr. eau cour. chaude et froide. Jardin de 6.000 m. S'ad. Mme Bernardy, Villa Marie-Renée, av. de la Lanterne à Nice.

N° 223. — Chasse offerte à méd. Paris ou banl. chassant ts les dimanches ou irrégulièr.

N° 224. — A vend. Centrifugeuse électr. Cogit état neuf ; étuve électr. Cogit état neuf ; bain-marie pour Wassermann Cogit. S'ad. Dr Adam, 69, rue de Chabrol de 2 à 5 h.

N° 225. — Centre. Ds gr. bourg sur gr. ligne anc. poste rapport. 33.000, à bicycl. méd. seul, mais. agréab.; en rais. d'urgence, prix 6.000 S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 226. — 25 km. de Paris, excell. poste à céd. d'extr. urgence, seul pro-pharm. rapport 54.000. Villa 7 p. indemnité 11.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

CORRESPONDANCE

A propos d'encéphalite léthargique d'origine alimentaire,

Article dédié au Dr Albert Veillard.

J'ai lu en 1924, une étude de Dr Etienne Sainte-Marie, datant de cent ans « Hygiène publique, Paris, juillet 1824 », d'où je détache textuellement ce qui suit (4e lecture, p. 24 et s.),

« Le seigle doit être surveillé, car il est nuisible : 1° quand il est ergoté ; 2° quand il est nécrosé ; 3° quand il est mêlé à d'autres graines nuisibles ; 4° et aussi quand il est humide lors de sa transformation en farine. Les étrangers qui arrivent en Livonie, malgré l'assèchement de cette farine de seigle, sont sujets à une espèce d'ivresse et d'étourdissement avec coliques et diarrhée....

« Il paraît que cet effet est commun à plusieurs autres farineux, et par exemple, je me rappelle fort bien que dans l'hiver 1794-95, époque où le pain était rare en France et même manquait absolument dans plusieurs villes, on nous servait à dîner, dans une pension de Montpellier, où je mangeais, un énorme potage au riz, après lequel nous éprouvions (mes commensaux et moi) de l'*abattement*, de la langueur, un embarras de tête, et une *disposition au sommeil*, dont nous avions la plus grande peine à nous défendre », p. 43.

Quant à moi, je tire de cette citation, deux conclusions : 1° *nil novi sub sole* ; 2° on mangeait aussi mal à Montpellier vers 1795 que de nos jours.

Mai 1925. Dr A. (R.-B.)

1193. — Triomphe de la discipline syndicale.

Il y a quelques mois (janvier) je vous avais demandé des renseignements au sujet d'un différend que j'avais avec l'autorité préfectorale. On me retirait vaccination et inspection des écoles parce que je n'acceptais pas l'inspection des enfants du premier âge. Le préfet avait dit au Président du Syndicat qu'il n'admettait pas qu'on choisît entre les services ceux qui rapportaient, pour refuser ceux qui ne rapportaient pas.

Je me mis en rapport avec les confrères voisins nommés à ma place qui tous (sauf un, conseiller général) refusèrent de me remplacer pour la vaccination.

La Préfecture m'a rendu la vaccination.

Ceci pour vous mettre au courant de la fin de cet incident, comme je vous avais mis au courant du début.

Dr H.

1173. — Un médecin d'hôpital peut être membre de la Commission administrative.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir demander à votre conseil judiciaire et nous faire dire s'il est possible pour un chirurgien des hôpitaux d'une ville de province, nommé conseiller municipal, d'entrer dans la Commission administrative hospitalière comme délégué du Conseil municipal. Nous croyons savoir que la lettre d'un règlement d'administration publique semble s'y opposer, mais qu'en fait plusieurs précédents se sont produits sans qu'il y ait eu d'opposition préfectorale.

Dr Z.

Réponse.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 3 avril 1908 (Dalloz 1909. 1. 118 ; Sirey, 1910.3.86 ; *Concours médical*, 1911, p. 140) a décidé qu'il n'y avait pas incompatibilité entre les fonctions de président de la Commission administrative d'un hospice et celle de médecin rétribué de l'établissement. Le maire, président de droit de la Commission administrative, peut donc être en même temps médecin de l'hôpital.

Une circulaire ministérielle du 20 avril 1920 suggère aux Commissions administratives d'avoir en leur sein un médecin. Elle ne dit pas explicitement que ce médecin devra être un des médecins de l'hôpital, mais il ne paraît pas douteux que tel soit son esprit.

Enfin, une réponse à une question posée à l'*Officiel* (Sénat, séance du 18 mai 1920) faite par le ministre de l'hygiène à un député, précise qu'il n'y a aucune incompatibilité entre les fonctions de médecin rétribué et celles d'administrateur d'un hôpital. « C'est avec faveur, dit le Ministre, que l'on peut voir un Conseil municipal désigner un médecin même rétribué par un hospice, pour siéger au sein de la Commission administrative dudit hospice. »

Vous trouverez sur cette question, dans le *Concours médical* du 25 septembre 1921, page 2647, un article du Dr Paul Boudin, relatant notamment la circulaire ministérielle du 20 avril 1920.

1159. — Réduction pour familles nombreuses sur les chemins de fer.

Une famille de trois enfants mineurs a recueilli un neveu orphelin de père et de mère mineur également.

A-t-elle droit, sur les chemins de fer, comme réduction pour familles nombreuses, à 30 % ou 40 %.

A lire les indications du tarif, il semble que la question n'a pas été prévue, et la gare se refuse à accorder 40 %.

Dr N.

Réponse.

L'article 8 de la loi du 29 octobre 1921, relative au nouveau régime des chemins de fer, qui accorde une réduction de tarifs aux membres des familles nombreuses, ne vise que les « familles comptant trois enfants de moins de dix-huit ans ou davantage ».

C'est donc simplement le nombre des enfants qui doit être envisagé et un neveu orphelin recueilli par la famille, à titre bénévole, ne saurait être compté comme un enfant pour l'application de la réduction de tarifs.

Les membres de la famille dont il s'agit n'ont donc droit qu'à une réduction de 30 pour 100.

1121. — Conditions d'admission comme Pupille de la Nation.

Quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour avoir le titre de « pupille de la Nation ? » Quelle demande à formuler et auprès de qui ?

Dr M.

Réponse.

La loi du 27 juillet 1917 qui a institué les Pupilles de la Nation dispose que la France adopte les orphelins dont le père, la mère, ou le soutien de famille a péri, au cours de la guerre de 1914, victime militaire ou civile de l'ennemi. Sont assimilés aux orphelins les enfants nés ou conçus avant la fin des hostilités, dont le père, la mère ou le soutien de famille sont dans l'incapacité de gagner leur vie par le travail, à raison de blessures reçues ou de maladies contractées ou aggravées par suite de la guerre.

Sur la demande du représentant légal de l'enfant, à ce autorisé par une délibération du conseil de famille, et, à son défaut, à la diligence du Procureur de la République, le Tribunal, réuni en chambre du Conseil, vérifie si l'enfant réunit les conditions nécessaires pour être dit Pupille de la Nation et rend un jugement qui est notifié au représentant légal de l'enfant par le greffier du tribunal, par lettre recommandée.

1178. — Attributions des chambres d'industrie climatique.

Pouvez-vous me renseigner sur les attributions des chambres d'industrie des stations climatiques ? Voilà tantôt 2 ans que je fais partie de la chambre de X, et je ne puis encore me rendre compte de ses devoirs et de ses droits, que je n'ai pu lire nulle part en détail. Il y a des choses qui me choquent dans ses rapports avec le Conseil municipal, mais comme son président est le maire de la commune, la discussion n'est pas facile. Nous avons un budget à voter, il me semble donc que le produit de la taxe de séjour devrait être administré par nous. Or, je lis aujourd'hui dans le compte rendu de la dernière séance du Conseil municipal qu'il a décidé divers travaux de voirie à effectuer à l'aide du produit de la taxe de séjour.

Donc voilà des travaux votés, une décision prise pour les fonds qui paieront ces travaux... le maire va passer les marchés.. et la chambre climatique dans tout cela ? Personnellement je pense qu'il y a pour l'hygiène de la station des travaux plus urgents. et bien que commune et station ne fassent qu'un, ces travaux ont plus trait à la commune qu'à la station, et devraient être payés sur ses fonds propres.

Pouvez-vous me renseigner ?

Dr Y.

Réponse.

La Chambre d'industrie climatique est appe-

lée à donner son avis sur les projets de travaux d'assainissement ou d'embellissement faits pour favoriser la fréquentation de la station ou son développement, entrepris par la Commune, sur les demandes tendant à l'établissement de la taxe et sur les emprunts qui doivent être gagés sur cette taxe (art. 7 de la loi du 24 septembre 1919).

Elle veille à ce que le produit des taxes de séjour reçoive une affectation conforme à leur destination légale et suit notamment l'exécution des travaux effectués à l'aide du produit des taxes, en vue de s'assurer de leur conformité avec les projets régulièrement votés et approuvés. Elle fait part au Préfet des observations utiles qu'elle recueille dans l'exercice de ce contrôle (art. 37 du Décret du 4 mai 1920).

Mais elle n'a aucune qualité pour décider les travaux ou l'emploi des fonds provenant de la taxe de séjour.

Comme elle doit être réunie au moins tous les mois pendant la saison et tous les trois mois, durant le reste de l'année et que le Préfet est tenu de la convoquer dans le délai de huit jours lorsque la demande lui en est faite par le tiers de ses membres ou sur la demande de tous les représentants d'une même catégorie de professions, la Chambre d'industrie climatique peut, avant que les projets de travaux aient été soumis au Conseil municipal, exiger qu'il lui soit donné connaissance de ces projets et faire, en temps utile, au Préfet, qui doit approuver les décisions du Conseil municipal, toutes observations qu'elle croit devoir présenter dans l'intérêt de la station.

---

964. — Droit d'un réformé pour maladie aux soins gratuits.

J'ai donné mes soins, le 24 mars 1924, à un soldat en permission de six jours, retour du Maroc, et libérable le 7 mai 1924, pour une pleurésie très grave.

Ce soldat contre-visité par l'autorité militaire, fut jugé intransportable à l'hôpital militaire le plus voisin : je continuai donc mes soins. Sa pleurésie se transforme en pleurésie purulente qui nécessite un empyème, etc. Visité et contre-visité sur place il fut réformé avec pension d'invalidité à 80 % à dater du 22 janvier 1925.

La famille demande le remboursement des frais médicaux du 24 mars 1924 au 22 janvier 1925. La Commission départementale de contrôle des soins aux réformés de guerre qui a été, par erreur selon moi, désignée par le Préfet pour statuer sur cette demande, refuse catégoriquement.

Etant donné que le malade était soldat, qu'il était intransportable à l'hôpital militaire le plus voisin, qu'il a été visité chez lui par un médecin militaire, quelques jours seulement après son arrivée en per-



mission, la famille n'a-t-elle point droit au remboursement des frais médicaux, calculés en prenant pour base le prix de la journée à l'hôpital militaire le plus voisin ?

Quelle est l'autorité nécessaire et suffisante pour faire décréter le droit de la famille et le remboursement des frais ?

Je m'excuse de vous poser pareilles questions.... d'ordre para-médical, mais la famille est réellement digne d'intérêt et incapable de se défendre.

Dr G.

Réponse.

Il faut vous adresser en appel à la Commission supérieure de contrôle des soins gratuits, qui siège au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris (7e). Elle seule pourra vous faire obtenir satisfaction.

En principe, ce malade n'a droit aux soins gratuits que du jour du passage devant une commission de réforme, qui a reconnu l'infirmité dont il est atteint, imputable aux fatigues du service.

1017 — Modification d'un motif de réforme.

Un jeune homme de ma clientèle a été réformé du service militaire pour « névrose post-traumatique (chute de cheval !)... » ; l'avis de réforme et le titre de psension portent le diagnostic : « Névrose post-traumatique chez *un névropathe héréditaire* ». La famille m'informe de la chose et me demande de quelle manière on pourrait protester contre la remarque *névropathe héréditaire*, qui est en état de nuire à ce jeune homme et à sa famille. Il paraîtrait que cette remarque serait due à une enquête de la gendarmerie locale qui a recueilli des renseignements chez Pierre et Paul, etc... Il paraît qu'il n'y a aucun antécédent névropathique dans la famille.

Voyez l'émotion dans ce village : le jeune homme passe pour être fou ; on le regarde avec pitié ou moquerie ; toute la famille en souffre.

La famille désirerait faire changer ce diagnostic, elle demande la radiation pure et simple de ces mots choquants : *chez un névropathe héréditaire*.

Quelle serait la marche à suivre dans cette curieuse affaire ?

Je ne puis que donner raison à cette famille.

Dr S.

Réponse.

Il suffirait de demander au Directeur du Service de santé de la région que l'intéressé soit soumis à l'examen d'une nouvelle commission de réforme, car, seule, celle-ci pourrait modifier le libellé du diagnostic posé par une commission antérieure. En expliquant le cas au médecin chef du centre de réforme, lorsque l'intéressé sera.

examiné par les experts, il semble facile à admettre que celui-ci transmettra les desiderata aux experts, puis au Président de la Commission de réforme et qu'ainsi satisfaction soit obtenue.

1046. — Demande d'éclaircissements par le contrôleur de l'impôt sur le revenu.

Je viens de recevoir du contrôleur de la région, la note ci-dessous :

« Les revenus de la profession paraissent au-dessous de la réalité. Je prie le Dr X. de m'envoyer le montant de ses recettes brutes, visites d'une part, consultations de l'autre... »

Un contrôleur est-il en droit d'exiger semblables renseignements ? Les professions libérales seraient donc assimilées aux professions commerciales.

Je n'ai voulu donner aucune réponse avant d'avoir l'avis de personnes compétentes.

Dr X.

Réponse.

D'après l'article 35 de la loi du 31 juillet 1917, le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre des bénéfices déclarés à moins qu'il ne le reconnaisse inexact. Dans ce dernier cas, il peut le rectifier, mais il fait alors connaître à l'intéressé le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration en indiquant les motifs qui paraissent justifier le redressement ; il invite, en même temps, l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de 20 jours. »

La demande du contrôleur ne paraît donc pas permise par la loi instituant l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales (loi du 31 juillet 1917), mais si vous êtes passible de l'impôt général sur le revenu, ou simplement si vous avez souscrit la déclaration prévue par la loi du 15 juillet 1914, le contrôleur a le droit, en vertu de l'article 17 de ladite loi, « de vérifier votre déclaration et de vous demander des éclaircissements ».

La demande, dans ce cas, serait donc légale et vous ne pouvez vous dispenser d'y répondre sans vous exposer aux rigueurs de la taxation d'office. Cependant, il ne saurait exiger la discrimination des recettes, visites et consultations, car cette discrimination n'est pas toujours facile à établir suivant la manière dont la comptabilité est tenue.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

(*Voir la suite page XLIII-1313*).

PROPOS DU JOUR

Un Centenaire.

J. M. CHARCOT

Le centenaire de la naissance de Charcot sera célébré demain. Ses élèves, qui sont presque tous devenus des maîtres, vont donner à cette cérémonie une véritable solennité. L'hommage que l'on va rendre au célèbre neurologiste ne dépassera certes pas la réputation mondiale dont il a joui, ni l'importance de ses travaux.

Les médecins des nouvelles générations ne peuvent se rendre un compte exact de ce que fut Charcot. Ceux qui, comme nous, ont eu l'avantage de compter parmi ses auditeurs aux fameuses leçons du mardi à la Salpêtrière il y a plus de 30 ans, ont conservé l'image du maître toujours vivante dans leur souvenir.

Ayant eu l'honneur de collaborer assez longtemps, comme secrétaire de la rédaction, à deux publications : le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie*, dont Charcot fut l'inspirateur, ayant fréquenté dans notre jeunesse plusieurs de ses élèves préférés, nous avions avec eux voué une sorte de culte à ce maître que nos camarades appelaient, d'un ton mi-plaisant, mi-sérieux : le Dieu Charcot.

Nous le voyons encore très nettement sur la scène de l'Amphithéâtre de la Salpêtrière, entouré d'un véritable état-major d'assistants d'internes et d'élèves, assis à droite, les mains reposant sur les bras de son fauteuil, la tête légèrement tendue en avant, son fin profil se détachant nettement comme sur la médaille de Vernon, ou l'eau-forte de son élève Paul Richer. Ses cheveux étaient rejetés en arrière, son visage glabre était singulièrement expressif; le regard perçant scrutait la malade, amenée devant lui, et tout cela donnait à cette scène quelque chose de mystérieux, de surhumain.

Le maître parlait d'une voix nettement timbrée, mais sans éclat. Son éloquence était indiscutable mais sans recherche, toute de clarté et de simplicité. Et, chose étrange, malgré cette sobriété de parole, cette gravité du milieu qui restait médical et clinique, un auditoire des plus mêlés s'entassait sur les bancs de la salle : mondaines, journalistes, hommes de lettres, psychologues, étudiants, médecins, de tous les pays, parlant toutes les langues, se pressaient pêle-mêle et écoutaient religieusement celui dont la réputation avait franchi nos frontières et qui, par ses travaux, avait relevé dans le monde le prestige de la clinique médicale française.

***

Mais pour conquérir cette gloire, il fallut que Charcot doublât son intelligence géniale d'une volonté opiniâtre et d'une puissance de travail peu commune. Son existence, toute de labeur, est le plus bel exemple que l'on puisse donner de la vie d'un savant.

***

Jean-Martin Charcot naquit à Paris le 29 novembre 1825, d'une famille honorable mais d'assez modeste aisance. Un de ses biographes raconte que son père, carrossier de profession, ne pouvant faire faire des études secondaires à ses trois fils, décida qu'il destinerait à une profession libérale celui qui travaillerait le plus, que l'autre ferait un soldat et que le troisième lui succèderait comme carrossier. Cette décision fut réalisée et Jean-Martin, intellectuellement le mieux doué et le plus travailleur, fut au lycée Saint-Louis qu'il quitta pour la Faculté de médecine

Reçu interne en 1848, J.-M. Charcot passa en 1853 sa thèse de doctorat, intitulée : *Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosité des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive)*.

Interne laborieux, Charcot avait su conquérir l'affection et l'estime de ses maîtres ; aussi, Rayer lui confia la mission d'accompagner en Italie un de ses riches clients. Ce fut avec les honoraires que lui donna ce dernier que le jeune docteur put s'installer Cité Trévise.

Voulant à tout prix réussir, mais sans être trop à charge à sa famille, Charcot donna des leçons pour vivre, tout en préparant les concours. Sa carrière fut rapide. Chef de clinique de 1853 à 1855, il devenait, en 1856, médecin des hôpitaux (Bureau Central) ; en 1857, il se présentait une première fois à l'agrégation avec une thèse ayant pour sujet : *De l'expectation en médecine*, et échouait, car, paraît-il, il avait une certaine difficulté à s'exprimer, inconvénient qu'il sut surmonter dans la suite. Il fut reçu

agrégé à son second concours, en 1860, avec une thèse remarquable sur la *Pneumonie chronique*.

En 1862, il était nommé médecin à l'hospice de la Salpêtrière, établissement où se déroula toute sa carrière de clinicien et de savant. Il commença à professer en 1866 dans une salle de malades de la Salpêtrière, sommairement aménagée, pour y recevoir ses auditeurs. Ses leçons eurent d'abord pour sujet les maladies des vieillards, mais fatalement, il devait être amené à aborder l'étude des maladies nerveuses.

En 1870, la nécessité d'un nouvel aménagement dans certains bâtiments de la Salpêtrière obligea l'administration à dédoubler le service des épileptiques et des hystériques. Celles qui étaient considérées comme des aliénées furent confiées à Baillarger. Les épileptiques et hystériques non aliénées formèrent un nouveau service qu'accepta Charcot. Il eut là un nouveau champ d'investigation dont il sut, on le sait, tirer partie et qui donna une nouvelle orientation à ses recherches.

Charcot, pendant la guerre, fit son devoir en toute simplicité et durant le siège de Paris et la Commune, tout en continuant d'assurer son service normal, il donna ses soins aux varioleux et aux militaires fiévreux comme il avait quelques années auparavant soigné les cholériques. Elu membre de l'Académie de médecine en 1872, il fut, la même année, nommé professeur d'anatomie pathologique en remplacement de Vulpian, et sans négliger son cours, il continua ses leçons à la Salpêtrière. En 1882, la création de la clinique des maladies du système nerveux donna à Charcot, à la Faculté de médecine, la place qui lui convenait. L'année suivante, il entrait à l'Institut comme membre de l'Académie des sciences.

L'enseignement clinique de Charcot fut de plus en plus réputé ; toutes les Académies, toutes les Universités, toutes les grandes Sociétés de l'étranger, tinrent à compter le maître parmi leurs membres correspondants ou honoraires. Il avait atteint le faîte de la gloire quand il mourut. C'était en août 1893 : ayant besoin de repos, il partit en excursion avec ses amis les professeurs Debove et Strauss. Très gai, avec l'apparence d'une parfaite santé, il résolut de séjourner aux bords du lac des Settons (Nièvre). Dans la nuit du mercredi 16 août, il fut brutalement pris d'une crise d'angine de poitrine et expira dans les bras de ses amis.

Ses obsèques furent célébrées dans l'église de la Salpêtrière et il fut inhumé à Montmartre.

***

L'œuvre de Charcot. — Le Professeur. — Le Savant. — Le Clinicien. — L'Artiste

Lorsque Charcot fut, en 1862, à la tête d'un service de chroniques de la Salpêtrière, il se mit tout aussitôt au travail. Ses collègues, pour la plupart, considéraient les vieillards et les chroniques comme des malades peu intéressants. Charcot, et son ami Vulpian, entreprirent de les étudier. Ils recueillirent les observations de toutes les séniles, de toutes les infirmes, les complétèrent lorsqu'un épisode aigu faisait admettre ces malades chroniques à l'Infirmerie et finalement, en cas de décès, ajoutaient à chaque observation les résultats de l'autopsie. Ces études furent publiées dans les *Archives médicales de la Salpêtrière* que fondèrent Charcot et Vulpian et dans la *Gazette hebdomadaire* (1857-1869) ; les résultats de leurs travaux furent encore l'objet de très intéressantes communications à la *Société de biologie*. C'est ainsi que nos connaissances sur l'endocardite ulcéreuse, les embolies pulmonaires, la maladie de Basedow, les gangrènes viscérales, furent considérablement précisées et étendues.

Les premières leçons cliniques de Charcot en 1866 eurent trait à la pneumonie des vieillards, au rhumatisme chronique et à la goutte. Elles furent recueillies par son élève Benjamin Ball.

Pendant l'année 1867, Charcot fit ses leçons à l'école pratique ; il débuta par un exposé philosophique : Le parallèle entre la médecine empirique et la médecine scientifique, puis étudia l'hémorragie et le ramollissement du cerveau.

Reprenant, en 1868, ses leçons cliniques à la Salpêtrière, leçons qu'il devait y continuer sans interruption jusqu'à sa mort, il s'attacha à différencier la sclérose en plaques de la paralysie agitante jusqu'alors confondues, et à démêler le diagnostic des scléroses de la moelle, notamment des scléroses primitives des cordons latéraux (leçons publiées par Bourneville dans la *Gazette des hôpitaux*).

En 1869, Charcot consacra d'abord son enseignement à la thermométrie. Gavarret, Andral, H. Roger avaient déjà appliqué le thermomètre à la clinique ; puis cet instrument précieux avait été abandonné.

Wunderlich et d'autres s'en servirent ensuite en Allemagne. Charcot fit alors des leçons sur l'importance de la thermométrie dans la clinique des maladies des vieillards, et lui et ses élèves, notamment Bourneville, contribuèrent à préconiser la prise régulière de la température des malades, malgré les moqueries de leurs collègues qui les traitaient de maniaques du thermomètre.

Ce fut cette année que Charcot décrivit les arthropathies des ataxiques, auxquelles les Anglais donnèrent aussitôt le nom de *Charcot's joint disease*, et qu'il fonda avec Vulpian et Brown-Séquard les *Archives de physiologie*. En 1870, il étudia les troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière.

Après la guerre, le maître consentit à laisser son ancien interne, Bourneville, publier ses leçons sur les maladies du système nerveux. Mais jamais satisfait, il les remaniait sans cesse. Il est probable que sans l'intervention de Mme Charcot, jamais les leçons du grand neurologiste n'auraient été imprimées. Le premier volume des Leçons sur les maladies du système nerveux ne parut qu'en 1872 (1).

Pendant dix ans, (1872-1881), Charcot fut professeur d'anatomie pathologique ; il s'efforça d'intéresser les étudiants à l'étude de cette science peu attrayante et il y réussit. Il multiplia pour cela les planches murales, qu'il fit dessiner sur ses indications et s'ingénia à montrer toujours à l'appui de ce qu'il enseignait des pièces anatomiques. Il mit pour cela à contribution la Société anatomique dont il resta président pendant les dix années qu'il enseigna l'anatomie pathologique. Il engagea les internes des hôpitaux à apporter toutes les pièces intéressantes des autopsies de leurs services et fut ainsi constamment pourvu de documents pour ses cours. Il étudia successivement les lésions des maladies des poumons, du foie et des reins, les conditions pathogéniques de l'albuminurie, les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière. Tandis que dans les leçons libres qu'il continuait de faire à la Salpêtrière, il décrivait les anomalies de l'ataxie locomotrice, la compression lente de la moelle épinière, les amyotrophies spinales, les paraplégies, l'hémichorée posthémiplégique, l'épilepsie partielle d'origine syphilitique, le tabes dorsal spasmodique, l'athétose, etc.

Pendant cette période, il encouragea son élève Bourneville à publier le *Progrès médical* en 1873, journal qu'il inspira pendant vingt ans ; il contribua à la création de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* en 1877, et fonda en 1880 les *Archives de neurologie* que dirigea encore le Dr Bourneville.

En 1876, Charcot avait repris les recherches de Burq sur la métalloscopie et la métallothérapie; il étudia en même temps les effets des aimants, des solénoïdes, de l'électricité statique, des vibrations des corps sonores sur certains sujets et fit des constatations qui le conduisirent à aborder en 1878 l'examen des phénomènes étranges de la grande hystérie et de l'hypnotisme. Il s'engagea prudemment dans cette voie, passant des faits les plus simples aux plus complexes. Ses leçons eurent un immense retentissement. Elles furent exploitées dans des milieux qui n'avaient rien de scientifique et Charcot, se rendant compte qu'il servirait à légitimer le charlatanisme de nombre de gens peu recommandables, n'ayant nulle envie de marcher sur les traces des Mesmer et des Cagliostro, eut le courage d'abandonner ses leçons. Il fut attaqué du reste avec violence : ceux-là même qui lui reprochaient de se livrer à l'étude de la magie et des sciences « occultes » et s'en servaient pour combattre au profit de leurs amis la candidature de Charcot à l'Institut, attribuèrent à la jalousie l'attitude du maître, prétendant qu'il était simplement guidé par le dépit de voir d'autres chercheurs cultiver un champ de connaissances qu'il considérait comme son domaine exclusif. Est-il besoin de défendre le grand neurologiste contre pareilles accusations ? L'inauguration de la chaire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière fut le triomphe de Charcot. Il put dès lors donner à son enseignement et à ses études favorites toute leur ampleur. L'*Ecole de la Salpêtrière* était fondée et *la méthode anatomoclinique*, la méthode de Charcot, donna, à dater de ce jour, une abondante moisson de découvertes en pathologie nerveuse.

Le maître définissait sa méthode anatomoclinique : « l'intervention largement acceptée des sciences anatomiques et physiologiques comme condition essentielle du progrès » en neurologie et il démontrait chaque jour que « les investigations microscopiques et les principes anatomiques et physiologiques, qui régissent la pathologie en général, sont aussi applicables aux névroses ».

Ce fut alors qu'il enseigna avec un talent et un succès sans pareils les méthodes d'examen, la séméiologie et le diagnostic des affections nerveuses ; que, dans ses cliniques de 1887 à 1891, il traita de l'aphasie, de l'hystéro-traumatisme, de l'épilepsie, de la cécité verbale, des amyotrophies. Il aborda même la psychiatrie, examina les effets de la suggestion et publia dans une revue anglaise un admirable mémoire : *La foi qui guérit*, où il montra combien de faits prétendus merveilleux pouvaient entrer dans le cadre

(1) Nous empruntons à notre maître Bourneville, l'élève et l'ami de Charcot, ce renseignement comme d'ailleurs la plupart des éléments de cet article.

des constatations purement scientifiques. Ce mémoire, qu'il écrivit en langue anglaise, langue dont il savait admirablement se servir, fut traduit en français par lui-même et eut un immense retentissement.

Toute une pléiade d'élèves entouraient alors Charcot. Nous ne saurions les citer, car tous les grands neurologistes de nos Facultés de médecine françaises et même de nombreuses Facultés étrangères étaient honorés de pouvoir s'intituler élèves de Charcot et d'avoir fait partie de l'Ecole de la Salpêtrière.

***

Nous venons de résumer la carrière scientifique du professeur et son œuvre considérable d'anatomo-pathologiste, de neurologiste et de clinicien. Pour conquérir une renommée aussi universelle, il fallait que Charcot fût un esprit d'élite. Si le savant primait, il y avait encore en lui le philosophe et surtout l'artiste.

Artiste, Charcot l'était dans toute l'acception du mot, mais il cultivait les arts en dilettante, n'oubliant jamais qu'il était avant tout un savant. Aucun art ne lui était étranger et dans chacun il manifestait ses préférences. En peinture, il nourrissait la plus grande admiration pour Delacroix ; Glück, Beethoven et Weber étaient les musiciens de génie qu'il préférait et, en littérature, Shakespeare, Dante et Rabelais étaient ses auteurs favoris.

Il savait peindre lui-même et consacrait ses trop rares loisirs à la copie des émaux de Léonard Limousin ou d'eaux-fortes d'Albert Dürer qui, reproduites par lui en émail sur cuivre ou sur faïence, contribuèrent à embellir sa demeure de Neuilly ou son hôtel du boulevard Saint-Germain dont il avait fait de véritables musées disposés avec un goût des plus sûrs.

Il était un critique d'art d'autant plus avisé qu'il savait dans ce but utiliser ses connaissances d'anatomiste et de neurologiste.

Le sculpteur médecin Paul Richer, de l'Académie de médecine, trouva, alors qu'il était interne de Charcot et sous son inspiration, sa voie artistique. Il relate le fait dans l'introduction de son bel ouvrage : *L'art et la médecine.* « Un jour, écrit Paul Richer, notre illustre et regretté maître, le Pr Charcot, visitant à Gênes l'Eglise Saint-Ambroise, s'arrêtait à la vue d'une peinture de Rubens représentant une scène d'exorcisme. Il était frappé du spectacle que lui offrait la possédée, tableau criant de vérité et paraissant emprunté trait pour trait aux scènes convulsives qui se passaient journellement dans son service de la Salpêtrière. J'avais à ce moment l'honneur d'être son interne. Tel fut le point de départ de nos communes recherches médico-artistiques sur la « grande névrose ». Elles furent consignées dans un ouvrage spécial : *Les démoniaques dans l'art.* Plus tard, nous étendîmes nos investigations à l'interprétation artistique des autres maladies et des difformités en général. Ce fut l'objet d'un second volume : *Les malades et les difformes dans l'art.* »

Charcot étudia en outre les marbres antiques au point de vue anatomique, la danse de Saint-Guy dans les tableaux de P. Brenghel, comme les démoniaques dans le tableau et les esquisses de Rubens.

Paul Richer nous raconte encore que Charcot, visitant un jour à Venise l'eglise Santa Maria Formosa, fut frappé d'admiration devant un mascaron grotesque appartenant à l'art de la décadence italienne et représentant les symptômes de la paralysie glosso-labiée qu'il avait décrite quelques jours auparavant dans une de ses cliniques de la Salpêtrière. Cette figure d'un réalisme étonnant attira aussi l'attention de John Ruskin qui la décrit dans son ouvrage, les Pierres de Venise. Ces deux anecdotes nous montrent comment Charcot savait apprécier en artiste les œuvres les plus belles sans oublier qu'il était un savant.

***

Les quelques détails que nous venons de donner sur Charcot et son œuvre, bien que fort sommaires et empruntés pour la plupart aux articles de Bourneville qui fut un des élèves préféré du grand clinicien et pénétra dans son intimité, suffisent pour légitimer la solennité du centenaire que l'on célèbre aujourd'hui. Nous ne croyons pas qu'au cours du siècle dernier, il fut un clinicien ayant joui d'une renommée aussi grande et aussi méritée.

Le 4 décembre 1898, le ministre G. Leygues et le doyen Brouardel inaugurèrent la statue de Charcot, œuvre de Falguière, érigée non loin de la statue de Pinel à droite de la porte monumentale de la Salpêtrière. Une place symétrique, à gauche de l'entrée, paraît attendre le monument d'un émule du grand neurologiste. Souhaitons que le vingtième siècle voie professer à la Salpêtrière un clinicien de pareille envergure et qu'une statue nouvelle rétablisse l'harmonie de l'entrée du vieil hospice, illustré au dix-neuvième siècle par le génie de Charcot.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE (*)

Par Albert VAUDREMER,

Maître de conférences aux Hautes-Etudes.

III

Bacillose non folliculaire (Léon BERNARD et SALOMON)

Il existe, en effet, de multiples manifestations bacillaires, auxquelles l'épithète de « *tuberculeuses* » ne convient pas. Leur élément caractéristique n'est « ni macroscopiquement, le tubercule ; ni microscopiquement, le follicule ».

Cette notion, les anciens auteurs l'avaient eue ; nous avons vu qu'ils s'étaient appuyés sur elle pour nier l'unité de la tuberculose ; de la connaissance même qu'ils en avaient, était née la confusion du dualisme.

Or, en 1880, Landouzy montra que l'absence des lésions considérées depuis Laënnec comme pathognomoniques de la tuberculose ne permettait pas de nier l'existence de cette maladie : on ne pouvait donc pas baser un diagnostic sur la présence ou l'absence de manifestations inconstantes. Landouzy exposa cette théorie (qu'il était alors seul à soutenir) dans les termes suivants reproduits par Gougerot (1) : « C'est alors, il y a vingt-cinq ans, en France, *à Paris*, (je souligne le mot, car les Français semblent l'ignorer), que certains cliniciens et anatomo-pathologistes viennent dire qu'il était des tuberculeux qui réagissaient au bacille de Koch autrement que les classiques ne l'avaient indiqué ; qu'il était des lésions tuberculeuses, où, cependant, manquait le tubercule et même microscopiquement le follicule tuberculeux. L'examen histologique ne saurait reconnaître qu'il s'agit de tuberculose. C'est à ce moment que certains décrivent des tuberculoses qu'ils appellent larvées parce qu'elle prennent le masque d'autres affections tuberculeuses atypiques, parce qu'elles sont contraires au type anatomique, tel que viennent de le fixer les derniers travaux de Grancher. »

Et en effet, dans certaines pleurésies, dont l'inoculation au cobaye avait été positive, on ne trouvait pas de granulations à l'examen du feuillet pleural, pas plus qu'on ne trouvait de follicules à l'examen microscopique des coupes. On sait aujourd'hui qu'il en est ainsi dans un grand nombre de manifestations morbides tributaires de l'infection bacillaire. Ces manifestations peuvent revêtir les caractères d'une infection fébrile, que Landouzy appelait la typho-bacillose, désignation d'ailleurs discutable. Elles peuvent provoquer des splénopneumonies d'un type particulier et qui guérissent. Les articulations, le foie, les reins, la peau, le système nerveux, réagissent également à l'infection bacillaire sans formation du follicule.

Il faut remarquer que les premiers travaux de Landouzy sur les formes dénommées alors « atypiques » de la tuberculose, sont antérieures de deux ans à la découverte du bacille. Il fallait être doué de qualité d'observation et d'un sens analytique exceptionnels, pour démêler, sans fil conducteur, les conséquences de l'infection tuberculeuse, sans que le tubercule, signature anatomique de la maladie, existât. On ne sera donc pas surpris d'apprendre que les idées de Landouzy soulevèrent une vive résistance. Celle-ci alla pourtant en s'effaçant, sous la poussée des travaux de plus en plus nombreux publiés sur : les dermatoses tuberculeuses (Besnier et Beck) ; les manifestations hépatiques (Hutinel, Hanot, Gilbert, Lauth) ; les lésions pulmonaires (Cornil, Thaon, Auclair) ; les altérations cutanées (Hallopeau, Darier, Jadassohn, Haury, Leredde, Milian, Pautrier) ; les endocardites (Lion, Londe et Petit, Leyden, Cornil et Aguesse, Teissier, Ferrand et Rathery, Braillon et Jousset, Œttinger, Vaquez, Léon Bernard et Salomon) ; les troubles rénaux (Jousset, Léon Bernard et Salomon) ; les arthropathies (Poncet); les syndromes encéphalo-médullaires (Philippe et Cestan, Klippel, Claude, Alquier, Lhermitte) etc.

Pendant onze ans, les auteurs précités dont on pourrait trouver, s'il en était besoin, la bibliographie dans le mémoire remarquable de Gougerot, accumulèrent les preuves : leurs efforts eurent enfin pour résultat de faire admettre le point de doctrine initialement posé par Landouzy. Entre

(*) Voir *Concours Médical*, n°s 5 du 1er février et 13 du 29 mars 1925.

(1) GOUGEROT. — Bacillo-tuberculose non folliculaire, 1907-1908.

1901 et 1905, Landouzy et Labbé, puis Mosny et Léon Bernard, firent une mise au point de la doctrine de leur maître dans les deux éditions du Traité de médecine de Brouardel et Gilbert. En 1907, Gougerot publia son important mémoire sur la bacillo-tuberculose non folliculaire. Ce travail considérable mettait fin à toute controverse sur la question ; nous aurons à y revenir.

En 1908, la partie était gagnée et Landouzy au Congrès de Washington pouvait dire : « Toutes ces idées, toutes ces recherches, sont d'hier, et pourtant, dans l'évolution de la phtisiologie, un nouveau mouvement se dessine, dont les premières étapes sont déjà franchies, et qui semble devoir transformer dans nos esprits, avec la physionomie même de la maladie, les idées que nous nous faisons, aussi bien de ses manifestations symptomatiques (tuberculoses aiguës et subaiguës, généralisées et localisées) que de ses déterminations fonctionnelles et organiques. Nous voyons le domaine de la tuberculose, tout en se précisant, s'élargir ; autrefois nous ne connaissions guère que les phtisiques ; puis, en se fondant dans la conception moderne de la tuberculose, la phtisie hippocratique a singulièrement débordé ses frontières ; l'état qu'elle définissait fut reconnu comme l'aboutissement extrême et d'ailleurs inconstant de la tuberculose ; ainsi apprit-on à reconnaître maints tuberculeux qui n'étaient, ni ne devenaient des phtisiques.

« Nous allons plus loin aujourd'hui : Naguère le tubercule paraissait contenir toute l'histoire anatomique de la tuberculose ; nous savons maintenant que le follicule tuberculeux n'est nullement la seule lésion dont soit responsable le bacille de Koch. Nous savons qu'il existe des malades bacillaires qui, au sens histo-anatomopathologique, ne sont pas des tuberculeux, soit, parce qu'ils ne sont pas encore tuberculomateux; soit, parce que le bacille engendre chez eux des altérations qui ne sont pas des tubercules. Nous savons reconnaître des bacillaires sous le masque de malades qu'on se contentait hier, de cataloguer pleurétiques, néphrétiques, hépatiques, dermopathiques, rhumatisants, chlorotiques, asthmatiques. Aussi, en même temps que se multiplie le polymorphisme de la maladie, s'augmente la valeur spécifique du bacille.

« C'est lui qui dans tout litige de tuberculose, se constitue à la fois coupable et témoin. Coupable, puisque sans bacille, il n'y a ni effet actionnel, ni effet réactionnel : témoin, puisque, par sa présence, il permet de porter au compte de la bacillose telles ou telles affections, que, hier, on se serait refusé à considérer comme phymateuses, sous prétexte qu'y manquerait le follicule tuberculeux.

« Ainsi, pendant que le domaine clinique de la tuberculose s'enrichit des formes frustes et larvées, le chapitre de la maladie s'accroît de la connaissance de ces lésions non folliculaires, dont la nature est attestée, à l'origine des unes et des autres, par la présence du bacille.

« Dans cette voie où, sans rien aliéner des traditions de la clinique, s'oriente, armée de l'expérimentation, toute une jeune école française, les mêmes discussions qui arrêtèrent l'élan des anatomo-pathologistes du siècle dernier ne peuvent plus sévir ; car nous possédons le critérium de la nature et de la qualité tuberculeuses de tel ou tel désordre, soit organique, soit fonctionnel ; ce critérium c'est le bacille, agent spécifique de la maladie. »

Or, le chapitre ouvert par l'école de l'hôpital Laënnec il y a plus de quarante ans est demeuré ouvert depuis ce temps, comme le montrent les travaux sans cesse publiés depuis lors.

Ce n'est donc pas sortir de notre cadre que de rappeler les caractères principaux des *bacilloses non folliculaires.*

Ce terme créé par Léon Bernard et Salomon est d'une clarté telle qu'il est tout à la fois un nom et une définition. La bacillose peut exister sans le follicule : nous rappellerons avec Gougerot que le follicule peut se présenter schématiquement sous deux aspects ; l'un complet, l'autre incomplet. Dans le follicule complet on voit au centre la cellule géante, autour de celle-ci et en contact avec elle, la zone de cellules dites « épithéloïdes » (1), entourée elle-même d'une zone de cellules lymphoïdes ; dans le follicule incomplet la cellule géante manque, la fonte caséeuse ne s'est pas encore produite. Or, comme nous l'avons signalé, tous les appareils peuvent présenter des manifestations morbides dans lesquels on trouve le bacille de Koch, sans qu'on y puisse déceler l'existence de l'une ou l'autre des deux lésions folliculaires qui viennent d'être rappelées.

Seules apparaissent des traces d'hyperhémie ou des réactions cellulaires ; ce qu'en langage banal on désigne sous le nom d'*inflammation*, terme employé par Poncet, il y a vingt-cinq ans quand il décrivit le rhumatisme bacillaire inflammatoire.

Pour éclairer le lecteur sur les caractères principaux des lésions bacillaires non folliculaires, il importe de reprendre les descriptions que le professeur Letulle a faites dans son très important ouvrage intitulé : « La tuberculose pleuro-pulmonaire ».

Ce travail a été résumé par M. Letulle avec la collaboration du professeur Bezançon *le* 11 *février* 1925, dans le numéro 12 de la *Presse médicale.*

Ces auteurs montrent que les pneumonies caséeuses, « terme désuet, mais qui mérite d'être conservé », sont des bronchiopneumonies tuber-

(1) Terme que le Pr Letulle estime mal choisi.

culeuses ou mieux bacillaires. « L'étude histopathologique de cette lésion pulmonaire permet de décrire, « la bacillose aiguë pneumonique, *non folliculaire* », dans laquelle est réalisé un processus vraiment pneumonique fibrino-leucocytaire, à côté de la bronchiopneumonie proprement dite. »

L'examen comparatif des lésions montre que celles-ci correspondent à trois types différents qui sont : *la bronchiopneumonie bacillaire* : *la pneumonie fibrineuse* ; *la splénisation.*

La bronchiopneumonie « revêt l'aspect d'un nodule plus ou moins nettement centré par une cavité aérienne », celle-ci peut être une bronchiole, un appareil vestibulaire ou un canalicule, ou même un conduit aérien d'un ordre plus élevé. « La lumière du conduit aérien est obstruée et distendue par une matière opaque et friable » dans laquelle les éléments cellulaires ont perdu leur caractère. Cette masse amorphe sera maintenue pendant quelque temps par le tissu élastique pariétal qui sous la distension progressive à laquelle il est soumis, finira par céder à son tour.

En résumé, on constate une réaction bronchique de défense « commune à n'importe quelle bronchopathie infectieuse ».

Ce fait justifie la résistance opposée par Léon Bernard à la définition de Poncet, qui décrivant le rhumatisme tuberculeux, avait cru pouvoir caractériser cette manifestation sous le nom de rhumatisme inflammatoire. Accepter, dans ce cas, l'épithète inflammatoire, ne se pouvait, sans laisser supposer que la bacillose n'engendrait pas de lésions inflammatoires. Une telle acception entraînerait « une erreur de doctrine ».

Toutefois la réaction inflammatoire de la pneumonie caséeuse revêt un caractère destructif particulier, qui est la tendance à la nécrobiose des éléments parenchymateux.

Les vaisseaux artériels et veineux subissent une destruction analogue à celle du système bronchioalvéolaire. Cependant, Letulle et Bezançon nous apprennent que, dans la pneumonie caséeuse, les signes d'artérite bacillaire surviennent après l'altération préalable de la bronche voisine. On constate habituellement une oblitération de la lumière du vaisseau par la matière caséeuse, fait qu'avait vu Grancher. Toutefois cette oblitération, qui est secondaire à la caséification, des acini, n'entraîne pas, pour cette raison, l'apoplexie pulmonaire. Dans cette forme de bacillose on observe souvent des signes de bronchite bacillaire ascendante mais il est exceptionnel de rencontrer des lésions d'artérite ascendante.

Le système veineux pulmonaire n'échappe pas à l'infection, plus que ne lui échappera le système lymphatique, mais tandis que dans le système veineux on peut suivre la marche de la « thrombophlébite caséeuse » on ne peut apprécier nettement les altérations lymphatiques, autour des bronches et des vaisseaux caséifiés.

La pneumonie fibrineuse aiguë tuberculeuse. (alvéolite fibrino-leucocytaire bacillaire de Letulle et Bezançon.)

A côté des lésions que nous venons de décrire, dont certaines appartiennent en propre au bacille tuberculeux et dont certaines autres sont communes à toutes les infections pulmonaires aiguës, on en trouve d'une autre espèce qui ne permettent pas de déterminer leur nature bacillaire. Ces lésions revêtent les caractères des alvéolites fibrineuses, que le bacille tuberculeux peut provoquer aussi bien que les autres germes pathogènes du poumon.

Les observations ont montré à Letulle et à Bezançon que « *le molimen exsudatif pneumonique* parsème de ses vastes champs d'hépatisation rouge le tissu pulmonaire : il le dispose souvent d'une façon quasi ordonnée assez caractéristique et spécifiée par les réseaux de fibrine, fibrillaire ou lamelliforme, qui remplissent les cavités aériennes et tuméfient les cloisons interstitielles, à la façon de la pneumonie caséeuse. L'îlot pneumonique tuberculeux semble, tantôt entourer la surface du nodule bronchiopneumonique, et tantôt, s'écraser entre les blocs de matière caséeuse découpée en carte de géographie. On pourrait estimer que, en ces plages, les cavités aériennes englobées dans *la zone d'extension* du foyer bronchiopneumonique se sont efforcées d'immobiliser parmi leurs mailles fibrineuses *les germes spécifiques doués d'une virulence amoindrie.*

« On est autorisé à admettre que l'alvéolite fibrineuse péricaséeuse en question est susceptible de devenir le centre d'une organisation conjonctive vasculaire active, cicatricielle, de tous points identique à ce qui survient à la suite de la pneumonie pneumococcique ». « Ainsi, au cours de la bacillose aiguë non folliculaire, les traits de la pneumonie fibrineuse pure s'inscrivent par places d'une manière pathognomonique. »

La splénisation aiguë bacillaire. — L'îlot nodulaire bronchiopneumonique et la pneumonie fibrineuse aiguë bacillaire, sont complétés par un troisième élément.

Letulle et Bezançon lui ont donné le nom de « splénisation aiguë bacillaire ».

Cette splénisation est due à un œdème alvéolaire aigu.

Celui-ci n'appartient pas en propre à la pneumonie caséeuse ; il lui est commun avec les autres bronchiopneumonies infectieuses aiguës.

Dans la « pneumonie caséeuse », l'alvéolite œdémateuse s'associe en proportions variables à l'alvéolite dite *catarrhale* ou *macrophagique* : parfois aussi l'alvéolite leucocytaire, le plus souvent *lymphocytaire* et l'*alvéolite séro-fibrineuse* se

partagent, avec l'œdème aigu, les damiers des champs pulmonaires intercalaires. »

En résumé : « Les différentes variétés de la splénisation bacillaire péripneumonique comptent parmi les complications les plus redoutables de l'infection aiguë tuberculeuse du poumon, par ce fait capital que vouées à la dégénérescence, elles paraissent inaccessibles au moindre enkystement cicatriciel. »

Le travail que nous venons de reproduire résume l'évolution doctrinale de la bacillose pulmonaire, non folliculaire depuis 1880.

On ne s'étonne plus, ces faits une fois connus, des hésitations et de la confusion que le problème de la tuberculose a soulevées dans un temps où la contagion de la tuberculose était ignorée et où le bacille était inconnu.

L'étude des lésions produites par l'infection bacillaire sur tous les autres organes qui peuvent être envahis par elle explique tout autant les hésitations des anciens auteurs. Ces lésions n'ont parfois aucun caractère spécifique et seule la présence du bacille permet de préciser leur nature. Cette ressemblance peut être si accusée que le diagnostic différentiel anatomo-pathologique devient impossible si les recherches les plus attentives n'ont pas décélé la présence du bacille. Or il faut savoir que cela arrive plus souvent qu'on est accoutumé à le croire. Nous en trouvons la preuve concrète dans un travail très intéressant de Yvan Bertrand et Médakovitch (1). Ceux-ci avec leur maître, le Dr Souques, ont présenté à la Société de Neurologie un tubercule cérébral, qui pouvait être confondu avec un fibro-sarcome méningé. Les difficultés rencontrées par les auteurs pour trouver le bacille de Koch avaient été telles qu'ils en sont arrivés depuis à modifier leur technique de coloration des bacilles pour permettre de les chercher plus utilement.

Dans l'exposé qu'ils ont fait de leurs études sur la tuberculose des centres nerveux, Bertrand et Médakovitch, ont montré que « l'identification de tuberculoses si atypiques est encore gênée par le polymorphisme extrême des réactions histologiques ». « L'appareil vasculaire, la trame névroglique, les éléments microgliques eux-mêmes, participent aux productions tuberculeuses et viennent compliquer les réactions hématogènes.

On peut dire que *c'est au niveau des centres nerveux qu'on observe avec le plus de fréquence, les tuberculoses non folliculaires.*

Celles-ci sont à peu près la règle dans la bacillose méningée. La méningo-encéphalite diffuse et la forme nécrosante sont de réactions non folliculaires. Leur fréquence est encore très grande dans les « tubercules cérébraux », que les auteurs divisent en deux groupes : celui des formes cortico-méningées et celui des formes exclusivement centrales.

Dans les formes cortico-méningées, on peut décrire : les placards cortico-méningés pseudo-gommeux.

Les tubercules corticaux multiples,

Le tubercule sous-cortical abortif.

La forme fibreuse pseudo-sarcomateuse.

Dans les formes exclusivement centrales on distingue : l'encéphalite diffuse,

L'abcès purulent à réaction banale,

La forme centrale fibro-caséeuse.

Les altérations non folliculaires engendrées par le bacille de Koch sont suffisamment établies par les exemples que nous venons de citer pour qu'il devienne superflu d'insister davantage. Ces altérations, on les rencontre dans le foie, au niveau des téguments cutanés et des muqueuses ; on admet même aujourd'hui que certains ulcères gastro-duodénaux reconnaissent pour origine la tuberculose inflammatoire non folliculaire. Celle-ci peut être rencontrée encore au niveau des synoviales articulaires et des gaines tendineuses. On la trouve, enfin, au niveau des lésions osseuses où elle conserve un pouvoir redoutable de décalcification, annonciateur des plus graves destructions à tendance extensive.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

La lèpre ; ses sources de contagion.

M. le Pr Jeanselme,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

La lèpre est une maladie infectieuse, contagieuse, exclusivement humaine, produite par un agent spécifique, le bacille de Hansen.

Hansen était un léprologue norvégien. Le bacille en question est acido-résistant, mais il se distingue des autres microbes de ce groupe par son caractère d'être congloméré et non dispersé, de former des zooglées, des réunions en masses, de 40 à 50 bacilles (paquets de cigares des Allemands)

(1) Études anatomiques sur la tuberculose des centres nerveux, *Ann. de méd.*, 2, XV, n° 5, mai 1924.

Au point de vue morphologique, la lèpre se traduit par des taches, des macules, et des tubercules du derme et de l'hypoderme. Ces tubercules contiennent un nombre considérable de bacilles, peut être un quart de leur volume. Dans cette forme tégumentaire de la maladie, aux éléments dermiques se superpose une anesthésie qui est une particularité importante.

La peau n'est pas l'unique habitat du germe lépreux. Celui-ci trouve un autre centre de colonisation dans le système nerveux périphérique. Par contre, les centres nerveux sont presque toujours respectés — différence très tranchée avec l'infection syphilitique. M. Marie et moi, avons cependant pu réunir cinq cas de sclérose des cordons postérieurs dans la lèpre, mais c'est là l'exception.

Ces polynévrites lépreuses provoquent des troubles sensitifs (anesthésies), trophiques, vaso-moteurs.

La lèpre est une maladie à évolution lente, offrant des poussées successives ; elle peut avoir des trêves donnant parfois l'impression d'une guérison. Les dites guérisons ont été constatées à l'autopsie, autant qu'il est possible d'affirmer une guérison dans les maladies chroniques de ce genre.

Il existe des foyers lépreux dans toutes les parties du monde. Les plus importants se trouvent en Asie, dans les Indes. Dans l'Inde, 130.000 lépreux sont inscrits aux services d'assistance : le nombre total est probablement le double, environ. En Indo-Chine, dans une enquête que j'ai faite sur place, il y a vingt-cinq ans, je suis arrivé au chiffre global de 25.000 lépreux. Ils sont également nombreux sur les côtes chinoises et au Japon.

En Amérique, les ravages de la maladie se font sentir aux Antilles, au Vénézuéla, en Colombie, dans les Guyanes, le Nord du Brésil, l'Argentine. Par contre, le Pérou, le Chili sont peu atteints.

L'Europe n'est pas épargnée. Les cas sont assez nombreux en Islande, en Norvège, en Russie, le long de la Baltique et du Caucase, en Serbie, Bosnie, Roumanie, en Grèce. Il y en a quelques foyers en Sicile, en Espagne (Valence, Alicante), au Portugal. En France, nous en trouvons des vestiges en Bretagne et sur la Riviera. Je ne parle pas de la lèpre du Moyen-Age, qui fut importante en Europe.

Voici quelques photographies de lépreux et de lésions lépreuses : tubercules lépreux sur la face, pavillon de l'oreille volumineux, sourcils et cils plus ou moins disparus, la chevelure restant souvent luxuriante (comme chez certains tuberculeux), nez épaté, élargi par destruction de la cloison cartilagineuse, nez en lorgnette. Dans un pays à lèpre, en présence d'un nez en lorgnette, on pense non pas à l'hérédo-syphilis, mais au bacille de Hansen.

Voici des déformations dues aux polynévrites, des mains en griffe tenant à une diminution des masses musculaires, les antagonistes entraînant des rétractions ; des résorptions osseuses, des doigts, des orteils, pouvant détruire les phalanges, les métacarpiens, les métatarsiens, sans éliminations osseuses.

Je vais passer en revue maintenant les voies d'émission et de pénétration du germe morbide et discuter la notions de contagion et celle de l'hérédité.

Lorsqu'on examine les tubercules lépreux, on y trouve des bouillies bacillaires, des bacilles en quantité innombrable. Sont-ils vivants ? Nous ne le savons pas parce que jusqu'à présent on n'a pu ni cultiver, ni inoculer à aucun animal le bacille de Hansen. On a cru quelquefois cultiver ce microbe, sur albumine de l'œuf en particulier, mais en réalité le bacille a simplement continué à vivre sur la parcelle de léprome ayant servi à l'ensemencement. Jamais on n'est parvenu à repiquer la culture. De même, pour les inoculations qui parurent positives faites par Nicolle de Tunis, chez les singes.

On ne peut donc pas dire si les bacilles trouvés dans les tubercules sont virulents. Toutefois, quand on colore ces bacilles, on en trouve deux groupes : l'un, coloré en rouge uniformément, l'autre offrant des ponctués rouges seulement. Il semble que ceux-ci doivent être altérés dans leur vitalité, mais c'est une simple impression.

La peau, lorsqu'elle est le siège de tubercules ulcérés, est une source de projection de bacilles. Les muqueuses sont une autre source. Parmi ces muqueuses, citons d'abord la conjonctive.

Chez les lépreux, les conjonctivites sont fréquentes et tenaces, avec ou sans kératite du type interstitiel et iritis, si bien que la plupart des lépreux finissent par devenir plus ou moins aveugles. Il était intéressant de rechercher si l'œil pouvait être une source de diffusion du bacille. On n'a rencontré le bacille, en pareil cas, qu'une fois sur dix dans les larmes. Ce n'est donc pas là une voie très importante de contagion.

La salive est bacillifère plus fréquemment. Il existe des tubercules lépreux, sur la langue, la voûte palatine, ressemblant à des plaques muqueuses hypertrophiques (ayant le caractère d'insensibilité des lépromes). La salive, dans ces conditions, peut devenir virulente.

A la vérité, de toutes les muqueuses celle qui offre le plus d'intérêt dans la pathogénie de la lèpre, c'est la pituitaire. Dès le début, l'affection est caractérisée par un coryza tenace, et des petites épistaxis bacillifères. Même sans lésion extérieure, on voit souvent sur la cloison des infiltrations qui, au frottis, révèlent fréquemment la présence de bacilles de Hansen. Aujourd'hui, je fais cette recherche par un petit curetage qui donne une véritable biopsie. Sur 7 ma-

lades lépreux de notre service, nous avons décelé six fois des bacilles dans le nez. Aussi, ai-je pu dire dès 1896 que cette méthode est capitale pour le diagnostic de la lèpre. Elle n'est pas moins importante au point de vue étiologique et prophylactique. La pituitaire est une des voies d'émission principale du germe de la lèpre.

Je passe aux muqueuses génitales. J'ai vécu en Extrême-Orient, en Birmanie, dans des léproseries. Nombre de femmes y sont atteintes de mammite lépreuse. Si les mammites tuberculeuse et syphilitique sont rares, il n'en est pas de même de la mammite à bacilles de Hansen. On a pu dépister chez ces femmes, des bacilles dans le lait, fait important pour l'allaitement.

Chez l'homme, les organes génitaux peuvent être une voie d'émission des germes lépreux. Les vésicules séminales et la prostate ne sont pas atteintes habituellement, à l'inverse de ce qui se passe dans la tuberculose. Les testicules le sont, au contraire, fréquemment. S'il y a des bacilles dans les canaux seminifères, il doit y en avoir dans le sperme. On en découvre, en effet, et ceci offre un intérêt considérable dans la question de la lèpre héréditaire.

Les organes génitaux, d'ailleurs, peuvent être une voie d'ensemencement, soit par des gouttelettes uréthrales bourrées de globies bacillaires (ce qui est assez rare, n'en ayant vu que deux cas), soit par des nodules ulcérés du gland et du prépuce. Je ne fais pas état de certaines recherches poursuivies à Madagascar, dans lesquelles on découvrit des bacilles dans le vagin, sans lésions — car il faudrait établir s'il s'agissait de simples bacilles acido-résistants ou de globies bacillaires lépreuses véritables.

Donc, il existe trois voies principales d'émission des bacilles de la lèpre : les tubercules ulcérés, les muqueuses et les organes génitaux. Il est une autre voie, un peu hypothétique, la mue de l'épiderme. On rencontre quelquefois aussi dans la lèpre, des néphrites. Y a-t-il des bacilles éliminés par l'urine ? La chose est possible. On a rencontré encore des troubles dysentériformes avec élimination de bacilles de Hansen. Du côté des voies respiratoires, la lèpre pulmonaire est une curiosité.

J'arrive aux points de pénétration des bacilles lépreux. Ils sont mal connus. Le chaînon nous manque et nous restons un peu dans l'hypothèse. La pituitaire est sans doute un organe de pénétration, mais non unique. La voie génitale est possible. On a parlé de la voie cutanée, sans argument bien sérieux.

La période d'incubation est longue, se compte par années. Les premiers signes de lèpre s'observent, par exemple, 8, 10, 20 ans après l'arrivée d'un lépreux dans un pays.

Nous sommes assez désarmés pour donner la démonstration de la contagiosité de la lèpre. Le laboratoire n'est ici d'aucune utilité. C'est par des arguments cliniques et épidémiologiques que nous y arrivons. En 1861, les îles Hawaï furent envahies par une main-d'œuvre étrangère, chinoise, japonaise, norvégienne, tous peuples léprigènes. La lèpre, inconnue jusque-là à Hawaï, s'y montra. Vers 1865, ces mêmes faits se produisirent en Nouvelle-Calédonie, avec une particularité qui montre bien la notion de contagion. Dans la population pénale de la Nouvelle-Calédonie tous les cas de lèpre observés le furent chez les forçats et les libérés, c'est-à-dire chez ceux travaillant dans les fermes et au contact des indigènes. Parmi les relégués, tenus enfermés et hors des contacts extérieurs, il n'y eut pas de lèpre.

A l'île Rodriguez, un lépreux vint un jour habiter, il y a quarante ans. Actuellement, cet îlot comprend 23 lépreux, la plupart parents ou amis du malade initial.

Dans les pays où la population est à densité faible, on a pu suivre la marche de l'affection. Au Laos, où le chiffre des habitants n'est que de 1,5 au kilomètre, un étranger qui arrive ne saurait passer inaperçu. Ainsi, dans un village de 60 habitants, un chinois lépreux a contaminé quatre indigènes.

Nous avons donc la preuve de la contagiosité de la maladie. Il faut tâcher de rechercher les conditions qui favorisent la contagion. Des raisons déterminantes interviennent. Dans un ménage, par exemple, un conjoint sera atteint et l'autre restera indemne. La contagion obéit à certaines règles : 1° la loi de densité. C'est là où la densité de la population est forte (estuaires des fleuves, bord de la mer, bords des grandes rivières) que l'on voit des lépreux ; 2° loi de la non adhérence. La lèpre n'est pas attachée au sol — contrairement au paludisme — et sa carte topographique doit être remaniée à chaque instant. Elle suit les grandes voies de trafic, les grands passages humains.

Tous les lépreux ne sont pas contagionnants au même degré. La forme tégumentaire de la lèpre est plus nocive que la forme nerveuse. Certaines professions y exposent plus, et certains groupes sont plus dangereux à ce point de vue. Les Chinois qui exercent souvent les professions de cuisiniers, tailleurs d'habits, sont plus exposés et exposent plus à la contagion. C'est le contraire pour les canaques qui travaillent dans la brousse, dans les plantations. Les individus qui prennent des soins d'hygiène sont mieux défendus. Aucune race toutefois n'est réfractaire et la maladie se voit sous toutes les latitudes. Elle n'est nullement liée au régime alimentaire.

La transmission de l'affection est-elle directe ou se fait-elle par des vecteurs, des intermédiaires. On a pensé aux moustiques, à d'autres insectes : on n'a rien pu établir sur ce point. Chez le

rat, existe un bacille acido-résistant qui fait de grands ravages et produit des tubercules. On a dit que cette lèpre murcine pouvait être une voie de transmission, mais cela reste très hypothétique.

Kitasato a montré que chez des sujets sains vivant au milieu de lépreux le mucus nasal pouvait contenir des globies bacillaires, d'où est née une théorie des porteurs de germes de la lèpre. J'observe en ce moment une malade atteinte de forme maculeuse de la lèpre. Elle n'a jamais quitté Paris, mais est mariée depuis 20 ans à un homme qui a vécu pendant huit années auparavant en Indo-Chine et à Madagascar. On peut se demander si le mari n'est pas précisément un porteur de germes. Il serait fort intéressant de savoir — et je vais le rechercher — si on ne trouve pas chez lui dans les fosses nasales, des bacilles de Hansen.

Tandis que l'idée de contagion, en matière de lèpre, est bien assise, la notion d'hérédité a perdu du terrain. La plupart des cas d'hérédité sont ici, comme pour la tuberculose, des cas de maladie familiale. Néanmoins, il n'y a pas lieu d'exclure l'hérédité ; l'hérédité de prédisposition existe et il existe aussi certains cas d'hérédité de graine. Je vous en reparlerai ultérieurement.

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie par le Dr P. Lacroix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Nodules vocaux.

Ce sont, dit le Dr E. Feldstein, de véritables durillons des cordes vocales, imputables au surmenage et surtout au malmenage vocal (enfants, professionnels de la voix chantée ou parlée, chanteuses). Chez les chanteuses, en particulier, elles résultent du mauvais classement de la voix, d'une méthode de chant illogique, de l'abus du registre de poitrine, et surtout de rôles, qui ne conviennent pas à leurs moyens vocaux.

Ils se traduisent par la raucité de la voix, l'enrouement, l'obligation de « pousser », les passages difficiles, le coulage, plus tard par l'atteinte de l'aigu et l'affaiblissement du médium.

L'examen dénote sur le bord libre des cordes vocales, à l'union du 1/3 antérieur et du 1/3 moyen une saillie grosse comme une tête d'épingle ou un grain de mil, tantôt arrondie, tantôt allongée ; deux nodules apposés s'interposent entre les cordes vocales et troublent l'émission des sons.

Il faut reposer la voix, puis la reclasser.

Si les nodules sont jeunes, ces mesures suffisent à les faire disparaître ; on peut aussi conseiller contre l'élément catarrhal surajouté des inhalations avec :

Colophane violon......	5 grammes
Teinture de benjoin....	20 grammes
Goudron de norvège....	4 grammes
Essence de térébenthine	15 grammes
Alcool à 60° q.s.p.......	120 cmc.

Une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau bouillante.

Si le nodule date de longtemps, s'il a résisté au repos, on pratique son ablation ou sa destruction sur place (galvanocautère, pince spéciale, râpe de Garel). Dans les cas heureux, la voix *peut* revenir en quelques jours. (*Journ. des Praticiens*, 6 décembre 1924.)

L'aortite abdominale atténuée à forme gastralgique.

MM. R. A. Gutman et D. Routier estiment que dans le diagnostic des douleurs de l'étage supérieur de l'abdomen il faut faire à l'aortite abdominale une place plus grande que celle qu'on lui a réservée jusqu'ici. A côté de la grande aortite abdominale du type Potain-Teissier, caractérisée par des crises gastriques à grand fracas, ou par des troubles intestinaux comme ceux décrits par Loeper, il existe, en effet, une aortite à type gastralgique atténuée, maladie relativement fréquente, justiciable d'un traitement médical et parfois, dans les cas tenaces, d'une intervention palliative.

Voici quelques signes qui permettent d'y penser : la constatation d'une résistance localisée épigastrique gauche, indique bien l'existence d'un processus douloureux inflammatoire, mais sans origine ; la douleur à la pression doit être recherchée avec soin, et son acuité est plus grande que dans d'autres cas ; battante et électivement douloureuse, l'aorte peut être dans certains cas élargie et mobile latéralement ; à l'auscultation on peut percevoir, non pas le bruit d'une aorte normale, mais un souffle ; ensuite la méthode graphique décèle le signe de la précession du pouls fémoral, puis l'examen radiographique vient compléter ces recherches cliniques à la condition de rendre l'abdomen transparent soit par pneumo-péritoine, soit plutôt par insufflation du côlon par voie rectale.

Dans le diagnostic on doit éliminer d'abord toutes les lésions douloureuses de l'étage supérieur de l'abdomen, gastriques, duodénales, vésiculaires, les colites des angles, la périviscérite, voire la pancréatite, la lithiase rénale ou l'hydronéphrose. Les examens clinique et radioscopique, l'étude attentive des radiographies en série permettront d'affirmer l'intégrité de l'estomac et du duodénum, organes le plus habituellement incriminés. L'inefficacité complète des traitements digestifs est une raison accessoire de plus pour penser au bout d'un certain temps qu'il faut chercher ailleurs.

L'angine de poitrine à type classique ne peut guère prêter à confusion. Mais il y a des crises d'angor atypiques dont la douleur rétrosternale basse irradie vers l'épigastre. Dans ces cas, il s'agit presque toujours d'aortite syphilitique thoracique ou thoraco-abdominale et l'examen cardio-aortique par l'auscultation et la radioscopie des médiastins permet de retrouver la vraie cause. Il faut savoir surtout que toute crise d'angor, typique ou non, pouvant être déclanchée par la distension gastrique, est susceptible de présenter une relation horaire avec les repas et d'égarer ainsi le diagnostic vers le tube digestif.

Quant à l'étiologie, il y a évidemment des aortites abdominales syphilitiques, mais dans les cas observés par les auteurs, l'aorte était touchée comme un organe abdominal au cours d'infections abdominales de voisinage. (*La Presse médicale*, 7 janvier 1925.)

L'homme en lutte contre les agents extérieurs.

Dans une très intéressante et très longue étude, le Pr Mercklen nous fait connaître les progrès accomplis par nos connaissances en cette matière et dont l'évolution ne s'est pas déroulée au hasard.

Tout d'abord se sont dévoilés les agents qui s'attaquent à la presque totalité des individus : climats, froid, poisons, alimentation viciée ; entre la plupart des organismes lésés, les différences dans les atteintes ne sont que de détails.

Contre les agents animés, découverts beaucoup plus tard, nous luttons les uns et les autres bien plus inégalement ; dans une épidémie les individus sont frappés à des degrés fort variables et le plus grand nombre demeure indemne. D'autre part l'homme bien portant et l'homme malade sont inégalement armés pour se défendre ; le second livre bataille,handicapé par son affection, il est menacé d'avance et a bien des raisonsde succomber ; ici toute la notion des infections secondaires ou terminales serait à évoquer.

En ces dernières années on a beaucoup étudié l'action sur l'économie des divers courants électriques, des rayons X et du radium, on a découvert les conséquences fâcheuses du manque de vitamines dans l'alimentation et les variétés d'alimentation carencée.

Enfin il est un groupe d'agents extérieurs bien spéciaux, caractérisés par leur intervention sous forme de choc ; une sensibilisation toute spéciale est nécessaire pour devenir la victime de ces impondérables, qui nous assaillent en pleine santé par une attaque brusquée, à laquelle nous répondons par une crise ; asthme, coryza spasmodique, hémoglobinurie paroxystique, urticaire, migraine, herpès, eczéma, etc. Cette sensibilisation résulte d'un déséquilibre vasculo-sanguin et plasmatique, appelé hémo ou colloïdoclasie. Les agents générateurs du choc sont parfois d'ordre tout différent ; le froid dans l'hémoglobinurie paroxystique ; les ingesta avec leurs propriétés toxiques aggravées souvent par une tachyphagie (urticaire disparaissant par l'ingestion alimentaire lente) ; les agents animés (hématozoaires dans le paludisme) ; les traumatismes, broiements, etc. par résorption tissulaire ; la radiothérapie ; les médicaments, les transfusions.

A propos de l'anaphylaxie, l'auteur fait très justement remarquer que toute sensibilisation n'est pas anaphylaxie, et ne peut être présumée telle que chez les sujets, qui, après avoir été exposés sans dommages à l'inhalation de protéines, subissent un choc à l'occasion d'une nouvelle et récente inhalation.

Il est à remarquer, enfin, que la prophylaxie et la thérapeutique jouissent contre les maladies d'origine externe d'une efficacité plus grande que contre toutes les autres ; et celle-ci ne peut aller qu'en croissant.

Une grande espérance nous permet d'entrevoir le jour où, mieux abrité contre les périls qui l'environnent, l'homme poursuivra son existence dans une santé plus stable et moins sujette à fluctuations. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, 25 décembre 1924.)

La réserve alcaline. Acidose diabétique et acidose rénale.

La réserve alcaline, facteur de l'équilibre acido-alcalin du sang, est représentée surtout par les bicarbonates du sang ; en effet l'acide carbonique se trouve dans l'organisme dans une concentration telle qu'il convertit automatiquement en bicarbonates toutes les bases non fixées par d'autres acides. Les bicarbonates représentent donc l'excès de base, qui subsiste après que tous les acides fixes, non volatils, ont été neutralisés, et ils peuvent servir pour la neutralisation immédiate d'autres acides éventuels.

La réserve alcaline constitue donc la provision dans laquelle puise le sang, lorsqu'il a besoin de bases pour se défendre contre les acides.

Grâce à un appareil commode, basé sur la méthode de Van Slyke, et construit par le Dr

Delore, il est possible de déterminer facilement en quelques minutes cette réserve alcaline par extraction du CO^2 total du sang veineux (dans le vide et par acidification). Elle s'exprime par le nombre de centimètres cubes de CO^2 dégagé par 100 cmc. de plasma . Sa valeur pour un adulte normal au repos varie de 53 à 77 volumes pour 100, en moyenne 65 ; au-dessus de ces chiffres, c'est l'alcalose ; au-dessous l'acidose.

De la sorte, dit le Dr Delore, on peut réduire le terme acidose à une signification aussi définie que la tachycardie ou la fièvre.

Le terme d'acidose peut s'appliquer à tous les états dans lesquels l'équilibre acide, base du sang, est altéré dans le sens d'une diminution de l'alcalinité.

La *réserve alcaline* est d'autant plus intéressante pour le diagnostic de l'acidose qu'aucun des signes classiques de celle-ci n'est pathognomonique ; c'est le moyen le plus sûr de déterminer l'acidose par un diagnostic ferme et à tous les degrés, depuis le plus grave jusqu'au plus minime (acidose latente) ; elle comporte une valeur pronostique qu'on peut rapprocher de celle de l'urée sanguine et conduit à des médications thérapeutiques, qui sont d'autant plus efficaces que l'acidose est moins ancienne, et par suite plus précocement décelée.

Dans l'*acidose diabétique*, elle est un moyen sûr pour diriger le traitement, elle semble le meilleur moyen pour prévenir et étudier le coma diabétique. D'ailleurs la thérapeutique alcaline, appliquée à la période prémonitoire du coma, dès l'apparition des troubles respiratoires, a toujours réussi à conjurer le coma ; et l'insuline ne saurait dispenser du bicarbonate de soude.

Acidose rénale. Absente en cas d'origine cardiaque, l'acidose semble, chez les cardio-rénaux, être surtout en rapport avec la prédominance du facteur rénal. Dans l'ensemble il y a concordance entre elle et l'azotémie, mais leur parallélisme n'est pas absolu.

Au cours des néphrites, l'acidose a paru au Dr Delore avoir une très réelle valeur pronostique. Dans tous les cas mortels de néphrite avec rétention uréique, il y a acidose le plus souvent sévère ; il y a une relation très nette entre la baisse de la réserve alcaline et l'aggravation clinique ; plus l'acidose augmente, plus il faut craindre une urémie sévère et une issue fatale rapprochée ; par contre on note sans exception la survie chez les malades avec une réserve alcaline normale. Celle-ci explique aussi les cas paradoxaux : survie de 15 mois avec 4 gr. 50 d'urée sanguine, survie de 8 ans avec 3 gr. 50 d'urée, grâce à une réserve alcaline normale.

La valeur pronostique de l'azotémie avec acidose est plus importante que celle de l'azotémie seule. Ces faits s'explique car le rein, par la formation de l'ammoniaque urinaire, joue un rôle primordial dans le maintien de l'équilibre acide, base du sang.

Malheureusement, dans les néphrites chroniques l'efficacité des alcalins s'est montrée inconstante ou nulle : gravité de l'acidose ou ancienneté, action nocive des alcalins sur les cellules rénales déjà malades. (*La Presse médicale*, 14 janvier 1925.)

Protéino et colloïdothérapie.

Ainsi que l'expose Noël Fiessinger, la protéino et la colloïdothérapie, chapitres modernes de la thérapeutique, sont des plus intéressantes.

Un colloïde est un milieu aqueux, dans lequel se trouve une substance à un état intermédiaire entre la solution et la suspension, sorte de suspension permanente qui ne peut pas être centrifugée et qui ne dialyse pas. Le colloïde, au microscope, est formé d'éléments arrondis, séparés, les micelles, en suspension permanente dans une atmosphère secondaire, qui à leur partie périphérique établit l'équilibre colloïdal ; il existe entre cette partie périphérique et les micelles, une différence de charge électrique, qui établit la permanence de l'équilibre. Lorsque celui-ci disparaît les micelles augmentent de volume, se déposent : c'est la floculation.

Les protéines sont des colloïdes ; la suspension d'albumine d'œuf dans l'eau est une suspension colloïdale.

Ces substances colloïdales, pour garder leur personnalité, doivent être introduites dans l'organisme par voie parentérale, et d'une manière brutale. Il se produira un phénomène de floculation immédiate du colloïde, lequel n'agira que par sa masse, sans caractères spécifiques. Tel est le mécanisme de toute la thérapeutique colloïdale.

Si le liquide introduit ne peut être floculé, s'il s'agit, par exemple, d'une solution hypertonique de glucose, d'une solution de novarsénobenzol, on provoque par la même voie la floculation de certains milieux organiques, et on obtient la même réaction. Les floculats agissent par choc sur les centres bulbaires, vagotoniques, d'où la réaction immédiate connue (plus rapide par voie veineuse, dans les 2 heures ; plus lente par la voie musculaire) : frisson, malaise, quintes de toux, diarrhée, etc.

Plus tard s'observent les effets curatifs. Ceux-ci sont particuliers, car ils constituent la réaction de guérison que la colloïdothérapie a pour but de demander à l'organisme, sans introduire dans l'organisme une substance curable. Cette réaction est d'autant plus salutaire qu'elle peut être supportée violente ; mais il faut que l'organisme soit encore capable de la supporter aussi violente pour mettre (sans danger pour lui) en jeu toutes ses défenses : leucocytoses, chutes

leucocytaires, modifications de tension, de coagulation nécessaires.

C'est donc le malade qui traite sa maladie, et la colloïdothérapie ne doit pas être employée avec un enthousiasme aveugle ; le choc peut être suivi d'une mort rapide ; on ne doit y recourir que si, au cours d'une maladie infectieuse, on a la notion que l'évolution spontanée vers la guérison ne se produit pas et ne peut pas se produire.

L'employer dans les infections aiguës du type streptococcique (puerpéralité), dans les petites septicémies, dans certains rhumatismes infectieux, gonococciques, dans certains états méningococciques ne réagissant pas à la vaccinothérapie, dans la grippe, dans les infections localisées (une fois les collections purulentes évacuées), dans certains états diathésiques, dans les états hémorragipares.

Il existe des contre-indications formelles : toutes les formes de tuberculoses, les complications cardiaques, les endocardites aiguës (on demande à l'organisme une réaction aiguë, et le cœur est malade), les vieilles suppurations, les cachexies.

Donner la préférence aux colloïdes métalliques plus stables (électrargol), qui agissent moins brutalement et non pas aux préparations moins stables (collobiases) d'une suspension imparfaite, qui agissent trop énergiquement.

Les protéines (peptone, lait) sont beaucoup plus simples à employer ; elles se trouvent facilement, et n'ont pas l'inconvénient de l'instabilité des métaux quand ils ne sont pas stabilisés, et sont par suite floculés.

Comme substances hétérogènes, on utilise aussi les émulsions bactériennes (action non spécifique) l'auto-hémothérapie, et l'hétéro-hémothérapie.

Enfin, il est préférable, si possible, d'employer la voie intra-musculaire plutôt que la voie veineuse. (*Journal des Praticiens*, 3 janvier 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la vivisection.

(M. Balthazard. — *Académie de médecine*; 14-4-1925.)

M. Balthazard, en réponse à une question posée à l'Académie par M. Desvaux, rappelle les conclusions de la commission de vivisection, à savoir que le meilleur surveillant des expériences de vivisection est le chef de laboratoire dans lequel ont lieu les expériences, parce qu'il est compétent, parce qu'il est toujours présent et qu'il a l'autorité nécessaire pour veiller à ce que les animaux soient traités sans cruautés.

Quant aux officines clandestines dont parle M. Desvaux, la Commission, ajoute M. Balthazard, ne les connaît pas, et elle estime que c'est à M. le Préfet de police de les rechercher.

Le conflit de la Commission académique des sérums et du Conseil d'Etat.

(*Académie de médecine* ; 14-4-1925.)

Nous avons signalé l'an dernier le conflit qui s'était élevé entre la Commission des sérums de l'Académie et le Conseil d'Etat sur l'interprétation à donner à l'art. 1 de la loi du 25 avril 1895 qui réglemente la vente des sérums et produits similaires. La Commission estimait qu'elle devait baser son avis non seulement sur la régularité des conditions de préparation de ces produits, mais aussi, dans la mesure convenable, sur leur valeur. Le Conseil d'Etat émettait une opinion différente et déclarait que l'Académie n'avait pas ici à se faire juge de l'efficacité thérapeutique ou prophylactique du sérum ou vaccin à autoriser. L'Académie, ayant été saisie par le ministre de cette délibération du Conseil d'Etat, décida de surseoir à tous nouveaux examens de demandes d'autorisation, la Commission des sérums suspendant ainsi ses travaux.

Elle vient de les reprendre sur les instances du ministre, le refus de statuer de la part de l'Académie mettant pratiquement en échec la loi de 1895. Après examen des différents dossiers faits sur des bases analogues à celles du passé, elle propose d'émettre un avis favorable à la préparation et à la vente des produits suivants :

1° Extrait bacillaire colloïdal du Dr Grimberg.

Cet extrait est préparé avec des bacilles tuberculeux débarrassés de la tuberculine qu'ils contiennent par action de la glycérine, puis lavés, broyés avec de la limaille de fer dans un champ magnétique.

Le liquide ainsi obtenu est injecté dans des cas de tuberculose chirurgicale, où il aurait donné certains résultats, rapportés à la Société de chirurgie, par MM. Baudet et Chevrier. Il ne s'applique pas au traitement de la tuberculose pulmonaire.

2° Sérum antituberculeux du professeur Jousset.

Le sérum du professeur Jousset est obtenu par injection à des chevaux de poisons extraits de bacilles morts. Les résultats cliniques observés tant par M. Jousset que par plusieurs médecins des hôpitaux, montrent que seules les formes aiguës ou sub-

aiguës récentes sont en principe justiciables de cette sérothérapie. Les lecteurs du *Concours médical* connaissent bien déjà, d'ailleurs, le sérum du professeur Jousset, ce maître en phtisiologie ayant publié dans nos colonnes une série d'articles sur ce sujet.

3° Antitoxine diphtérique et anatoxine tétanique.

M. G. Ramon a remarqué qu'une toxine diphtérique, additionnée de traces de formol et conservée à l'étuve à 35°, perd peu à peu son pouvoir toxique, devient inoffensive, tout en conservant ses propriétés d'antigène. Cette *anatoxine*, injectée aux animaux, leur confère une immunité active, et elle a donné également des résultats concluants chez l'homme. Deux à trois injections d'anatoxine (1) à des doses de 1/2 cent. cube à 1 cent. cube 1/2, immunisent les sujets au bout de quelques semaines, contre la diphtérie, dans la proportion de 98 %.

Le même procédé convient pour la toxine tétanique, la toxine botulinique, la toxine dysentérique, les toxines des microbes de la gangrène gazeuse, le venin de cobra et l'abrine.

4° Entérovaccin Lumière et rhéantine Lumière.

L'entéro-vaccin Lumière est destiné à l'immunisation par voie buccale contre la fièvre typhoïde. La rhéantine est fabriquée de même contre la blennorrhagie. L'Académie adopte les conclusions proposées par la Commission : avis favorable sous diverses conditions à mentionner sur les étiquettes.

Le B. 205 dans le traitement de la trypanosomiase.

(MM. L. Tanon et E. Jamot. — *Académie de médecine* ; 14-4-1925.)

MM. Tanon et Jamot ont expérimenté au Cameroun, dans le traitement de la trypanasomiase humaine, le B. 205, médicament préconisé il y a quelques années par les Allemands. Malgré l'opinion de ses partisans et celle de Kleine et Schmidt, qui l'ont essayé au Congo belge, le B. 205 ne paraît pas, selon MM. Tanon et Jamot, mériter la faveur dont il a joui au début. Il se montre un bon trypanosomicide et semble au premier abord peu toxique — et par cela même très maniable — mais il ne guérit pas la trypanosomiase humaine à trypanosoma gambiense et offre des dangers à cause des lésions qu'il détermine ultérieurement au niveau du rein.

Appendicite et néoplasies du cæcum : diagnostic.

(M. Pierre Lombard, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 25-2-1925.)

Le diagnostic de l'appendicite et des néoplasies du cæcum chez les sujets âgés est souvent fort délicat. M. Cadenat présente au nom de M. Pierre Lombard, un cas d'appendicite à forme néoplasique. L'auteur a appuyé son diagnostic sur l'absence de troubles intestinaux (ni constipation, ni selles diarrhéiques) et sur l'absence de sang dans les selles — malgré l'âge du malade, la tumeur iliaque, le défaut de fièvre, qui plaidaient en faveur du néoplasme.

— M. Tuffier croit que dans les cas de ce genre, l'hématologie est susceptible de rendre des services. Une fois, chez un patient considéré par plusieurs cliniciens compétents comme atteint de néoplasme, les recherches de laboratoire permirent d'affirmer qu'il s'agissait d'une suppuration et l'opération montra la véracité de ce dernier diagnostic.

(1) Préparation de l'Institut Pasteur.

Traitement du pied bot varus équin congénital.

(M. Ombrédanne. — *Société de chirurgie* ; 25-2-1925.)

A propos de la communication, que nous avons analysée récemment, de MM. Massart et d'Intignano, M. Ombrédanne soumet quelques remarques concernant le traitement du pied bot varus équin congénital.

En matière de pied bot varus équin, dit-il, il ne faut pas trop se presser d'intervenir. Pendant longtemps, les interventions les plus économiques, les plus ménagères des points d'ossification, seront les meilleures ; les vraiment bonnes ostéoplasties seront celles pratiquées vers l'âge minimum de huit ou dix ans, âge d'élection des arthrodèses. M. Ombrédanne pense que plus l'ostéoplastie sera tardive, plus elle aura de chances d'être définitive dans ses résultats.

L'auteur ajoute qu'à son avis l'intéressante intervention de MM. Massart et d'Intignano sera indiquée de préférence au cas de pieds déformés surtout en équin et à la période où l'irréductibilité astragalienne n'est pas encore absolue, où le pied bot n'est pas rigoureusement invétéré.

Sur le traitement du cancer de l'utérus.

(M. J. Gagey. — *Société de médecine de Paris* ; 13-2-1925.)

M. Gagey fait une communication concernant le traitement du cancer de l'utérus. Pour les cas inopérables, la radiumthérapie et les rayons X pénétrants trouvent leurs indications. Toutefois, l'auteur estime qu'il vaut mieux s'en abstenir chez les malades cachectiques et dans les lésions locales trop avancées, intéressant les cloisons recto-vaginale ou vésico-vaginale.

Pour les cas opérables, les opinions se montrent divergentes. Faut-il faire du radium avant, après l'opération ou pas du tout ? A l'heure actuelle, on a une préférence marquée en faveur de l'irradiation pré-opératoire. M. J.-L. Faure, il est vrai, déclare le radium inutile avant l'opération parce qu'il est possible de désinfecter l'utérus autrement et que le radium lui a semblé favoriser les métastases.

M. Gagey, s'appuyant sur près d'un millier d'observations, ne croit pas fondé le reproche fait à la curiethérapie de favoriser les métastases. De plus,

✦✦✦✦✦

l'application de radium est un des moyens les plus avantageux de désinfecter le col : elle laisse, dit l'auteur, l'utérus non seulement débarrassé de ses microbes, mais encore de son cancer. Pourquoi alors, enlever ensuite l'utérus, demandera-t-on ? Parce qu'il peut persister parfois quelques cellules néoplasiques et que l'on augmente, par l'intervention, les chances de guérison définitive.

— M. Petit de la Villéon partage la même manière de voir. Le radium amène bien souvent la disparition de toute apparence de cancer. Il faut enlever l'utérus néanmoins parce qu'il peut rester quelques éléments cellulaires néoplasiques. Nous sommes encore, il ne faut pas l'oublier, sur cette question, à la phase d'études. On n'est autorisé à formuler que des conclusions provisoires.

— M. Robert Dupont estime aussi que c'est la chirurgie associée au radium qui donne les meilleurs résultats — immédiats du moins, puisqu'on ne saurait parler encore que de ceux-là. M. J.-L. Faure n'accepte pas le radium avant l'hystérectomie. Par contre, M. Gosset s'est rallié à la curiethérapie pré-opératoire.

— M. Degrais ne croit pas le radium contre-indiqué dans les cas où les cloisons recto-vaginale ou vésico-vaginale sont envahies. Toutefois la technique de son application est délicate et demande le recours aux doses fractionnées, grâce auxquelles on n'obtiendra pas de perforation de ces cloisons.

Sur le traitement du cancer de la langue.

(M. Robert Dupont. — *Société de médecine de Paris* ; 13-3-1925.)

Le traitement du cancer de la langue, comme celui du cancer de l'utérus et d'autres organes également, est en période d'évolution et de recherches. Il a été voué longtemps uniquement à la chirurgie et considéré comme rebelle à toutes applications radiumthérapiques par sa structure histologique habituelle. Aujourd'hui à l'Institut du radium, on combine les applications d'aiguilles de radium dans la langue malade, à l'exérèse chirurgicale des ganglions

M. Robert Dupont, comme contribution à l'étude de cette question, présente un malade qu'il a opéré en juillet 1922 par voie buccale d'un épithélioma lingual (hémiglossectomie, sous-anesthésie locale, suivie d'un curage ganglionnaire deux mois plus tard). Le patient est dans un excellent état actuel. La chirurgie peut donc, en pareil cas, être efficace, sans avoir toujours recours aux grosses opérations.

— M. Bourguet croit l'intervention par la voie buccale préférable à celle par la voie sus-hyoïdienne.

— M. Petit de la Villéon signale les progrès de la thérapeutique du cancer lingual par le radium.

— M. Degrais pense qu'il ne faut pas s'arrêter à la formule histologique d'un épithélioma pour le traiter ou non par le radium. On sait que, pour la langue en particulier, cette formule histologique a été souvent considérée comme une contre-indication à la radiumthérapie.

Ostéite tuberculeuse de l'olécrâne traitée par les rayons ultra-violets.

(MM. Fraikin et Burill. — *Société d'électrothérapie et de radiologie* ; 24-3-1925.)

MM. Fraikin et Burill ont soumis aux rayons ultra-violets un malade atteint de nécrose de l'olécrâne avec fistulisation et élimination de séquestres, lésion ancienne, datant de deux ans. Malgré un nombre restreint de séances, ils ont obtenu une forte amélioration avec réfection osseuse, constatée par les radiographies. Le malade, sujet âgé, fut revu deux ans après la cessation du traitement. L'amélioration, établie par une nouvelle radiographie, s'est encore accentuée.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

Pied plat et semelles de correction.

M. Vital-Bordère, après avoir rappelé la complexité architecturale de la voûte plantaire, étudie au point de vue pathogénique les déviations squelettiques du tarse dans les différentes formes de pieds plats. A l'effondrement congénital, il oppose le pied plat par éversement, où il s'agit d'un changement de position dans l'équilibre transversal du bloc calcanéo-astragalien, beaucoup plus que d'un véritable affaissement vertical.

La semelle correctrice de Whitmann et tous ses dérivés luttent bien contre l'effondrement, mais n'agissent pas contre l'éversement en limitant le déplacement du calcanéum en dehors et en arrière et celui de l'astragale en dedans et en avant. L'auteur présente une semelle en aluminium, qui soutient la voûte plantaire, et qui est limitée au talon et en dehors par un rebord saillant qui ramène la grosse tubérosité calcanéenne et l'empêche de fuir en arrière. De plus, elle se relève en dedans par un rebord résistant qui refoule l'astragale et lutte contre sa déviation latérale.

Syndrome latéro-protubérantiel.

MM. Pérès et Calmette présentent un cas de ce syndrome intéressant les V, VI, VII et VIII[e] nerfs crâniens droits, ainsi que le faisceau cérébelleux direct. Ces symptômes ont apparu brusquement pendant la nuit, chez un homme de 50 ans, qui présentait depuis deux ans des troubles démentiels progressifs :

1° Hyperesthésie dans le territoire de la V[e] paire à droite.

2° Parésie de la VIe paire droite avec strabisme convergent et diplopie homonyme.

3° Paralysie faciale droite à type périphérique.

4° Abolition de l'audition à droite.

5° Démarche ébrieuse irrégulière à type cérébelleux.

6° Hypotonie des membres à droite.

Le diagnostic de siège de la lésion a été fait en éliminant successivement une atteinte au niveau du rocher, au niveau de la base, et d'autre part au-dessus des noyaux protubérantiels. La brusque apparition du syndrome écarte l'hypothèse d'une tumeur et fait croire à une lésion vasculaire, probablement de l'artère cérébelleuse antéro-inférieure, branche du tronc basilaire.

L'Institut de puériculture de Toulouse.

M. Bézy expose l'état actuel de cet Institut, fondé en 1913, comme école de puériculture par la Ligue contre la mortalité infantile, et qui s'est transformé en Institut sous le patronage de la Faculté de médecine, grâce au nombre croissant de ses élèves et aux larges dotations du département, de la ville et du pari mutuel.

La ville lui a donné un vaste local situé au Jardin des Plantes et un terrain sur le même jardin où va être élevé le pavillon de physiothérapie annexe de l'Institut.

Le but de cet institut est triple : diffuser les notions de puériculture par des cours et des exercices pratiques dans le public et spécialement parmi les élèves des écoles ; donner un diplôme aux auditrices qui suivent l'enseignement du second degré, et diriger les étudiants et les docteurs en médecine qui veulent se perfectionner en puériculture.

Sur un cas d'acromégalie.

MM. Péris et Calmette présentent une malade chez laquelle les premières déformations squelettiques, au niveau des extrémités, ont apparu il y a déjà six ans. Actuellement, elle offre le type caractéristique de l'acromégalique : le nez, les pommettes, les rebords alvéolaires sont hypertrophiés, les lèvres et la langue augmentées de volume, le menton est déformé en galoche, et en palpant le crâne, on constate un ressaut lambdoïdien très marqué. Le thorax est globuleux, le rachis un peu cyphotique, les mains et les pieds considérablement épaissis et élargis.

Une radiographie de la base du crâne montre l'augmentation de volume des sinus frontaux et sphénoïdaux, ainsi qu'un élargissement de la selle turcique. Il n'existe pas de troubles de l'appareil circulatoire, pas de signes d'hypertension, d'hémaniopsie, ni de névrite optique. Il s'agit donc, dans ce cas, d'acromégalie par lésion hypophysaire, sans atteinte des organes voisins. L'absence de troubles visuels, de troubles polyuriques et glycosuriques prouve notamment l'intégrité des voies optiques et des centres infundibulotubérines.

Mycosis fongoïde, essai de radiothérapie.

MM. Daunée et Marie rapportent l'observation d'une femme de 37 ans, très robuste, présentant depuis un an tous les signes cliniques du mycosis fongoïde (éruptions diverses très prurigineuses, grosses adénopathies inguinales et axillaires, tumeurs au niveau du front et de la joue) ; une biopsie confirma le diagnostic.

Le traitement radiothérapique consista en 12 séances d'irradiation (600 R, 30 minutes, 2 milliampères, 30 centimètres d'étincelle, avec filtrage de 8 millimètres d'aluminium) en 15 jours, dans des zones toujours difficiles.

L'action locale eut d'abord des résultats rapides : les tumeurs rétrocédèrent, pendant que les adénopathies disparaissaient en 48 heures. Mais bientôt apparurent des adénopathies cervicales avec cou proconsulaire. Ces dernières rétrocédèrent également après une séance d'irradiation, mais l'état général de la malade devint mauvais, la température monta à 39°5, puis à 40°2 ; la formule sanguine jusque-là normale, se modifia car un examen du sang montra la présence de cellules de Rieder et d'hématies nuclées. La malade quitta l'hôpital le 11 janvier, et succomba à son domicile le 14.

Cette mort rapide paraît devoir être attribuée à une intoxication aiguë par des phénomènes de choc anaphylactique (destruction de substances albuminoïdes, qui jouent le rôle d'albumines étrangères).

L'irradiation semble donc devoir être conduite avec la plus grande prudence, en espaçant les séances, en surveillant la température et en vérifiant fréquemment la formule sanguine.

Société de gynécologie et d'obstétrique.

Torsion d'un kyste du parovaire.

MM. Dambrin et Bernardbey ont eu l'occasion d'intervenir chez une jeune femme de 24 ans, présentant depuis plusieurs mois de vives douleurs abdominales. Au toucher, on sentait que le col utérin était déjeté à droite par une tumeur occupant la fosse iliaque gauche. L'aggravation des symptômes, recrudescence des phénomènes douloureux, augmentation du volume de la tumeur, et l'apparition de vomissemnets firent intervenir d'urgence : il s'agissait d'un kyste du parovaire gauche à pédicule tordu qui fut extirpé.

Pyorrhée au cours d'un épithélioma du corps utérin.

MM. Dambrin et Bernardbey communiquent le cas d'une femme de 28 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu pour fibrome utérin, et qui depuis deux ans avait vu apparaître des métrorragies que n'avaient pas calmées l'expulsion d'un petit polype. L'utérus était gros, avec un col volumineux, mou et béant, qui laissait échapper des pertes purulentes très abondantes.

On pratiqua une hystérectomie, qui montra qu'il

s'agissait d'un utérus fibromateux, compliqué de de cancer, dont les bourgeons obstruant en partie le canal cervical avaient déterminé de la pyométrie.

Hydrocéphalie et spina bifida.

MM. AUDEBERT et GAY relatent l'histoire d'une IIpare, chez laquelle l'examen, pratiqué pendant le huitième mois de sa seconde grossesse, fit porter le diagnostic d'hydrocéphalie grâce à la recherche de l'épaule et à la mensuration de la distance acromio-pubienne qui répondait à 19 cm. pour une hauteur utérine de 37. L'accouchement se déroula normalement jusqu'à la dilatation complète : à ce moment, on pratiqua la perforation du crâne qui s'accompagna de l'écoulement d'environ 1.000 cmc. deliquide céphalo-rachidien. Quelques instants pluts tard eut lieu l'expulsion du fœtus qui présentait un spina-bifida sacré.

Coexistence de kystes de l'ovaire et du parovaire.

MM. J. P. TOURNEUX et R. SOREL rapportent l'observation d'une femme âgée de 40 ans, présentant depuis un an environ une tumeur abdominale en évolution, s'accompagnant de phénomènes dysuriques marqués, ainsi que de vives douleurs dans le petit bassin.

La tumeur, très tendue, non mobilisable,rénitente, occupait toute la partie gauche de l'hypocondre gauche et débordait largement la ligne médiane : la vessie s'étalait au devant d'elle quant au col utérin, il était refoulé très haut, à bout de doigt. La laparotomie fit constater qu'il y avait une double lésion, car en arrière d'un kyste parovarien occupant tout le ligament large, et ayant envoyé un vaste prolongement rétrovésical, se trouvait un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Accidents consécutifs à des laminaires.

M. MARTIN communique l'observation d'une jeune femme, mariée depuis 4 à 5 ans, sans enfants, à laquelle on avait, en vue de faire cesser sa stérilité, à 15 jours d'intervalle, posé successivement trois laminaires, sans prendre aucune des précautions d'usage. La malade fit une pelvi-péritonite suppurée qui s'ouvrit dans la vessie, et ultérieurement une annexite après une saison à Saint-Sauveur.

J. P. TOURNEUX.

Les Congrès

IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires (1)

(*Suite*)

Spécialisation technique comme base du fonctionnement du service sanitaire. Son application aux divers échelons du service de santé.

Par M. le professeur JEANBRAU et le médecin principal SPIRE.

L'ensemble médical des connaissances scientifiques actuelles offre aujourd'hui une étendue et une complexité telles qu'il n'est plus aucun cerveau humain, quelle qu'en soit la puissance de travail et d'assimilation, qui puisse prétendre les posséder toutes dans le détail.

La spécialisation s'impose donc ; le Service de santé militaire étant, par essence, un service technique, doit admettre la spécialisation comme elle a été admise, et au même titre, dans le milieu civil.

Restent à examiner et à discutèr les conditions et les modes d'application de telle spécialisation.

En temps de paix, d'abord, le Service de santé doit posséder tant dans la métropole qu'aux colonies ou sur les théâtres extérieurs d'opérations, des spécialistes capables de donner aux hommes sous les drapeaux les soins que réclame leur santé, de sauvegarder par la précocité et la précision du diagnostic les finances de l'Etat contre la présomption d'origine, de pratiquer enfin des examens qualifiés des incorporés, des militaires à aptitude physique spéciale (aviation, etc.).

En temps de guerre,la spécialisation doit s'exercer plus particulièrement sur la collectivité , son devoir principal étant de participer, dans toute la mesure du possible, à la conservation des effectifs. De plus, le technicien peut et doit s'adapter aux circonstances, et ses qualités doivent se doubler de celles de l'organisateur, pourvu d'initiative et d'endurance physique en vue des énormes efforts à fournir. Enfin, l'unité de doctrine s'impose, non pas pour restreindre les initiatives individuelles, mais pour les orienter, et coordonner, dans le but d'intérêt général, les méthodes ayant fait leurs preuves (utilité des conseillers techniques).

L'œuvre de spécialisation s'applique aux besoins particuliers du Service de santé en temps de guerre. Ces besoins correspondent d'abord à une action de préservation de la collectivité militaire (hygiène, épidémiologie), puis à une action thérapeutique d'abord préparatoire au traitement (triage, premiers soins), ensuite au traitement lui-même, envisagé aux échelons successifs (régiment, division, etc.). Ce traitement comporte des modalités différentes, selon que la blessure ou la maladie relèvent de la chirurgie

(1) Voir *Concours Médical*, nº 20, du 17 mai 1925.

(chirurgie viscérale, osseuse, tuberculose chirurgicale, chirurgie réparatrice de la tête et du cou, stomatologie) ou de la médecine (neurologie, psychiatrie, tuberculose, dermato-vénéréologie, cardiologie, gastro-entérologie) ou enfin des spécialisations mixtes, telles que l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, l'urologie, la radiologie, la médecine légale, la bactériologie.

C'est ensuite l'action d'évacuation qui comporte une part d'entretien et d'approvisionnement des médicaments et objets de pansement, et une part administrative. L'action d'organisation et de direction comprend la coordination générale des fonctions sanitaires avec les nécessités militaires de la bataille et les ordres du commandement. Cette spécialisation exige des médecins une préparation militaire très poussée, capables d'établir le lien entre le commandement et les exécutants : ce sont les directeurs aux différents échelons et leurs adjoints, les médecins affectés aux états-majors, les médecins-chefs des grandes unités, les médecins-chefs des gares régulatrices.

On conçoit que des règles précises doivent présider à la répartition de ces spécialisations Ces règles ont pour objet de fixer les aptitudes nécessaires, de classer le personnel technique grâce à une documentation détaillée sur tous les officiers du Service de santé établie dès le temps de paix, et d'après la compétence, l'âge, les obligations militaires : enfin, la répartition de ce personnel aux différents échelons.

La documentation sur le personnel s'obtient par une juste appréciation des titres hospitaliers ou scientifiques, et de la notoriété réelle de chacun des intéressés. Quant à la répartition, elle obéit à des principes généraux basés sur les aptitudes nécessaires d'abord, sur les compétences, ensuite. C'est dire que *tout spécialiste n'est pas, du fait même de sa spécialisation, forcément et uniquement utilisé comme spécialiste.*

L'armée française comporte, comme on sait, différents échelons, depuis l'extrême avant jusqu'au grand quartier général.

Voyons rapidement les aptitudes nécessaires au personnel médical affecté à chacun de ces échelons :

Au régiment, extrême avant, seront affectés des médecins, pharmaciens et dentistes, jeunes, actifs, pleins d'allant, de santé robuste, ayant des connaissances générales sans spécialisation.

A l'échelon divisionnaire, le directeur sera actif, organisateur, doué d'esprit de décision et de réalisation. Les médecins, bien que non spécialisés, seront choisis autant que possible parmi les internes en chirurgie, en raison de la nature des soins à donner aux blessés (examens et triage, soins d'extrême urgence, hémostase, pose d'appareils à fractures). Les pharmaciens seront qualifiés pour diriger le laboratoire de toxicologie (chefs de travaux ou préparateurs de chimie dans les Facultés ou Ecoles, internes des hôpitaux ou pharmaciens d'hôpitaux ayant la pratique du laboratoire).

Le chirurgien dentiste doit posséder les mêmes qualités que ceux des corps de troupe.

Au corps d'armée, le directeur, doué de connaissances militaires étendues, aura sous ses ordres un médecin-chef du groupe sanitaire de ravitaillement, actif, organisateur, ayant beaucoup d'autorité et de solides qualités de commandement, des médecins en sous-ordre non spécialisés, un pharmacien apte au laboratoire de toxicologie et un chirurgien-dentiste qualifié.

L'ambulance chirurgicale légère de corps d'armée aura comme médecin-chef un chirurgien jeune, pondéré, possédant une grande expérience de la chirurgie des traumatismes et de la chirurgie viscérale, assisté d'aides compétents, d'âge autant que possible uniforme, pour éviter la dissociation rapide du personnel, du fait de la différence des classes de mobilisation. L'équipe sera homogène, en un mot, et ses membres seront, autant que possible, connus du chef d'équipe, en vue de leur meilleure utilisation.

Radiologues et pharmaciens seront réellement qualifiés par leurs fonctions du temps de paix en vue d'une collaboration étroite avec l'œuvre chirurgicale (examens de la flore bactérienne des plaies).

L'ambulance médicale de corps d'armée sera recrutée avec un soin égal, et son médecin-chef devra être très au courant de la technique du traitement des gazés.

A l'échelon de l'armée, un directeur très averti des choses militaires a autour de lui un état-major de médecins adjoints actifs, organisateurs, à aptitudes médico-militaires, et un chirurgien et un médecin consultants, relativement jeunes et d'une haute autorité scientifique, ainsi qu'un pharmacien expert.

Le premier adjoint du directeur aura accompli un stage à l'Ecole de guerre ; il en sera de même pour le médecin du 4e bureau, spécialisé dans les questions d'état-major.

Quant aux diverses formations de réception, de triage, de traitement et d'évacuation de l'armée, elles exigent, de même que celles du corps d'armée, étudiées plus haut, une spécialisation très poussée, et les raisons qui la motivent sont d'un ordre identique.

La gare régulatrice a dans ses attributions l'exécution des évacuations par voie ferrée. C'est un acte essentiellement technique, nécessitant un médecin ayant de solides connaissances médico-militaires, de l'active ou ancien médecin militaire, actif, vigoureux, plein de décision, placé auprès du commissaire régulateur qui représente l'autorité militaire. Les adjoints de ce médecin, médecins et pharmaciens, seront sans spécialisation.

Nous arrivons enfin au terme ultime, le Grand Quartier, direction suprême de l'armée. « Le directeur général du Service de santé, de longtemps attaché aux questions d'organisation et de perfectionnement, sera entouré d'un état-major de spécialistes médico-militaires, rompus, dès le temps de paix, aux études tactiques, organisateurs, doués de qualités essentielles de travail, d'initiative et de décision. »

Cet échelon suprême aura, en effet, à connaître de tout ce qui touche aux hôpitaux d'évacuation se-

condaire, importantes formations de traitement qui forment la *barrière chirurgicale des armées.*

Quant à l'échelon de l'intérieur, il représente le terme ultime de traitement ; c'est dire son rôle essentiellement technique. On y trouvera donc des spécialistes plus âgés ou inaptes momentanément à faire campagne, qualifiés dans les différents centres hospitaliers, et, auprès des directeurs régionaux, seront placés d'autres adjoints techniques choisis parmi les notoriétés scientifiques incontestées.

Parvenus au terme de cette énumération qui englobe en un rapide coup d'œil toutes les forces vives de cet immense organisme qu'est le Service de santé militaire, les auteurs insistent à nouveau sur la nature essentiellement technique, et, reprenant la parole du médecin inspecteur général Toubert, concluent que, sans préjuger de la nature d'une nouvelle guerre qui peut différer de celle de 1914-1918 autant que celle-ci différait des précédentes, on peut affirmer que l'organisation sanitaire sera clinique, ou elle n'existera pas. Or, une organisation clinique doit être spécialisée, et c'est le sens des conclusions qui terminent ce rapport.

Sélection du contingent et tuberculose.

Médecin colonel RUDZKI et médecin colonel SOKOLOWSKI.

Les armées modernes du temps de paix sont généralement considérées comme des cadres de mobilisation de la nation armée.

La revision d'une classe n'a d'autre but que de déterminer l'aptitude totale ou partielle des conscrits au service militaire, et de les ranger, d'après cette aptitude, dans différentes catégories qui, tout en portant des noms différents, sont cependant très comparables dans chaque pays.

Or, on doit se poser d'abord la question de savoir si telle ou telle maladie ou infériorité physique entraîne toujours pour l'homme qui en est atteint le classement dans la même catégorie, autrement dit si les considérations d'ordre militaire, politique, financier même, ne sont pas de nature à influer sur ce classement.

L'examen des lois et réglementations qui régissent les deux principales armées européennes, l'armée française et l'armée allemande, montre clairement l'évolution des idées en matière de recrutement, de l'époque avoisinant par exemple la date de 1888 jusqu'à nos jours.

On constate que le pourcentage d'aptes a augmenté progressivement dans l'armée allemande en même temps que s'élevait le chiffre des effectifs, et que, parallèlement, le pourcentage d'inaptes tombait de 26,2 p. 100 en 1876 à 6,1 p. 100 en 1910.

En France, et pour des raisons un peu différentes (natalité moindre, chiffre moins élevé dela population masculine), on constate que la conception d'aptitude physique n'a pas non plus une valeur fixe et bien définie, et varie suivant l'importance de l'effectif et du contingent dont on dispose. Est-il donc possible, « en modifiant cette conception de l'aptitude physique au service, d'augmenter à volonté, pour ainsi dire, le nombre des hommes à incorporer ? »

Cette question ainsi posée touche de très près aux intérêts vitaux d'une nation ; la grande guerre a montré que certains pays ont consenti des sacrifices considérables, au point de compromettre leur vitalité même ; le rôle du médecin est d'empêcher que l'incorporation aggrave l'état de certains sujets malingres et débiles, et constitue un danger pour les autres recrues. Ce rôle trouve son utilité pleine et entière dans la protection de l'armée contre les tuberculeux.

A ce point de son rapport, l'auteur entre dans le vif de son sujet.

Il expose d'abord la fréquence de la tuberculose chez les jeunes gens à l'âge du service militaire, montrant que, des recherches anatomo-pathologiques bien connues de Naegeli, il résulte que 96 p. 100 des hommes de vingt ans présentent des lésions tuberculeuses. Ce chiffre énorme est très généralement confirmé par les auteurs de tous les pays ; mais il y a lieu de constater que la majorité des cas est représentée par des atteintes ganglionnaires, pleurales ou pulmonaires localisées, fibreuses, qui confèrent à l'individu une certaine allergie plus ou moins temporaire.

Quant aux formes actives, on les estime à environ 10 p. 1.000 du nombre total ; c'est précisément ces tuberculeux dispersant autour d'eux les bacilles vivants que l'armée se doit d'éliminer de ses rangs.

Pour cela, le crible du conseil de revision, malgré les conditions en général imparfaites dans lesquelles il fonctionne, permettra une première sélection ; il en résultera un classement des conscrits dans l'une ou l'autre des catégories d'aptitude, et la fiche d'examen portera les constatations faites ainsi que l'affectation aux différentes armes.

Ceux des sujets reconnus suspects de tuberculose seront dirigés vers l'hôpital pour examen plus complet, à l'aide de tout l'outillage moderne et de toutes les méthodes d'investigation connues. Un séjour de quatre à huit jours est en moyenne suffisant pour rétablir ou réfuter le diagnostic de tuberculose ; ce n'est qu'exceptionnellement que la durée d'observation dépasse une semaine, car une décision rapide est nécessaire pour éviter l'encombrement pendant cette période du recrutement.

Quoi qu'il en soit, le certificat d'examen aboutit à l'une des conclusions suivantes : aptitude au service (catégorie A) ; ajournement à un an (catégorie B) ; service auxiliaire (catégorie C) ; affectation au service militaire non armé (catégorie D) ; inaptitude complète (catégorie E). Les conscrits pourvus de la fiche d'examen de l'hôpital reparaissent devant le conseil de revision qui prononce alors les décisions définitives (incorporation, ajournement ou réforme).

Telles sont les mesures prises en Pologne pour éviter l'introduction des tuberculeux dans l'armée.

Voyons maintenant comment on procède pour *éliminer les soldats tuberculeux des rangs* où ils ont pu

se glisser si la revision a précédé d'assez loin l'incorporation, par exemple du printemps à l'automne, intervalle suffisant pour que se développe une tuberculose pulmonaire grave et très contaminante.

Les seuls sujets de la catégorie A (tout à fait indemnes) sont d'abord seuls incorporés ; le médecin du corps de troupe est tenu d'examiner toutes les recrues dans un délai de trois semaines, et dirige sur la commission médicale permanente de l'hôpital celles qui paraissent susceptibles de changer de catégorie. Le corps libère immédiatement, sans autre formalité, les jeunes gens reconnus inaptes temporairement ou définitivement, à condition que le séjour au corps ne dépasse pas trois semaines ; dans le cas contraire, c'est la réforme qui est prononcée de la manière habituelle.

La responsabilité de l'Etat n'est engagée qu'à partir du troisième mois qui suit l'incorporation.

Ces mesures sont celles du temps de paix ; elles sont modifiées selon les besoins militaires pendant le temps de guerre, où la nation tout entière doit prendre part à la défense du pays.

Quant aux méthodes mises en œuvre pour l'examen des conscrits en général, elles s'inspirent de tous les procédés connus d'évaluation : mensurations diverses, rapports réciproques du poids, de la taille et du périmètre, épreuve de Pirquet, formules de Pignet et Meyet, coefficient de nutrition de Pirquet, formule de Broer et d'autres encore. Ces méthodes n'ont qu'une valeur relative que les faits et le temps passé sous les drapeaux se chargent souvent de controuver ; aussi la surveillance médicale continue des soldats et des réservistes s'impose-t-elle pendant toute la durée du service, et, l'aptitude pouvant se modifier au cours de la vie militaire, peut-elle entraîner un classement nouveau dans telle ou telle catégorie.

Le rapporteur exprime le vœu que cette surveillance devienne effective, de façon à pouvoir tenir à jour le degré d'aptitude réel d'une classe mobilisée, et éviter de faux calculs basés sur l'effectif fictif des réserves.

Suivent les conclusions du rapport et les desiderata que motive la situation actuelle du contingent et de la population en Pologne. *(A suivre.)*

Les Livres

— Dr A. Thé. — **Traitement du rhumatisme chronique à Préchacq-les-Bains (Landes).**

La station de Préchacq-les-Bains, très ancienne, puisque Michel de Montaigne la fréquentait déjà, vient d'être l'objet d'une étude particulière par le docteur André Thé, de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

L'auteur montre tout l'intérêt qu'il y aurait pour les malades et les médecins à connaître les indications spéciales de chacune de nos grandes stations hydro-minérales qui s'attaquent aux divers rhumatismes chroniques.

Aucune station ne peut prétendre les guérir tous ou les améliorer. A Préchacq-les-Bains, qui appartient au groupe supérieur des sources de la région daxoise, on traite les rhumatisants par les boues et l'eau sulfatée calcique hyperthermale. C'est là, en effet, que le fleuve chaud souterrain, qui gagne Dax à 11 kilomètres, commence à manifester son existence.

Mais l'intérêt thérapeutique de Préchacq réside en ce fait unique, qu'il existe à côté de l'eau sulfatée calcique et des boues végéto-minérales, une source d'eau sulfureuse froide. La station devient ainsi un groupe hydrologique complet comprenant les eaux diurétiques de lavage, une thermalité énorme (60°), les boues végéto-minérales naturelles et l'eau sulfureuse. Le praticie n qui sait les multiples variétés du rhumatisme chronique, comment elles peuvent s'associer chez le même malade, et la difficulté souvent d'une indication thérapeutique nulle comprendra tout le bien qu'il peut retirer pour ses malades d'une cure à Préchacq. Ajoutons que l'Etablissement thermal, depuis longtemps spécialisé, possède tout l'outillage qu'exige l'organisation des moyens thérapeutiques accessoires, mais indispensables tels que systèmes de douches, de bains de caisson, d'air chaud, etc...

Les principales affections traitées à Préchacq sont : le rhumatisme chronique déformant, terrible maladie si rebelle aux autres thérapeutiques. Il est toujours amélioré et fixé dans son évolution.

Les séquelles des rhumatismes infectieux aigus : rhumatisme articulaire aigu, blennorragique, etc.

La névralgie sciatique de nature rhumatismale.

Tout le groupe confus des rhumatismes chroniques si souvent observés en clientèle et si rebelle à notre action : le rhumatisme chronique partiel des grandes articulations, *morbus coxæ senilis*, arthrite sèche, rhumatisme fibreux de Jaccoud, rhumatisme sénile, etc., etc.

Une seule contre-indication en dehors des états d'insuffisance viscérale grave (cardiaques, rénaux, hépatiques, tuberculeux pulmonaires) : la phase aiguë d'une arthrite rhumatismale. C'est pourquoi la station ne reçoit pas les goutteux récents et les convalescents d'une crise de rhumatisme articulaire aiguë qui ne remonterait pas à deux ou trois mois.

R. D.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement des infections urinaires.

Le traitement des infections uréthro-vésicales a subi un progrès, c'est-à-dire, comme il est fréquent, un retour scientifiquement réglé aux vieilles méthodes empiriques. La méthode des lavages uréthraux avait détrôné les anciennes médications, l'opiat cubèbe-copahu, la potion de Choppart, qui atteignaient encore plus les fonctions digestives du malade que son uréthrite. Elle constituait le traitement unique de la blennorragie. Cependant, elle comporte des inconvénients réels, dont un, capital, la prolongation infinie de l'écoulement. De nombreuses observations montrent que, dans beaucoup de cas, le traitement classique par les lavages au permanganate est illusoire : outre qu'ils irritent, congestionnent la muqueuse, ils ouvrent la porte aux infections secondaires.

Le Dr A. Weill a écrit, il y a quelques années :

« Dans tous les cas où l'on établit scientifi-
« quement le diagnostic d'uréthrite à gonocoques
« vrais, une seule médication a une action réelle :
« la médication interne.

« Comment doit-on comprendre cette médi-
« cation ? Il faut faire de l'antisepsie de dedans
« en dehors et non l'inverse.

« A quel antiseptique nous adressons-nous ?
« Le salol ? L'urotropine ? Seuls, ils n'ont que
« peu d'action. Les vrais antiseptiques spéci-
« fiques du gonocoque sont les balsamiques et,
« en première ligne, le santal et spécialement
« son principe actif, le santalol. Ils passent par
« les glandes de l'urèthre et agissent ainsi au
« point infecté ».

Mais ce traitement doit être à la fois dosé et réglé. En effet, le gonocoque a une tendance naturelle à vivre à l'état latent. Il y a une période terminale de la blennorragie que l'on devrait appeler la période occulte, où le gonocoque ne manifeste sa présence par aucun signe et où, pourtant, il existe à l'intérieur de la muqueuse uréthrale. C'est alors qu'il faut agir et agir patiemment.

La période d'attente que l'on observait anciennement n'est plus nécessaire depuis que aux balsamiques on associe des médicaments capables d'effectuer l'antisepsie urinaire, tels que l'urotropine et le salol. Ces antiseptiques réalisent, non plus avant, mais pendant que s'exerce l'action spécifique du santal, l'antisepsie générale des voies urinaires. La durée du traitement en est d'autant plus raccourcie.

Cette combinaison des antiseptiques est réalisée par l'eumictine, dont l'expérience démontre chaque jour l'efficacité. Mais il est nécessaire, au cours d'un traitement qui peut être prolongé, de ménager les voies digestives. En capsules glutinisées, l'eumictine traverse l'estomac et ne commence à être absorbée qu'en arrivant dans l'intestin. Elle évite ainsi les troubles gastriques qui entravaient si souvent le traitement de la blennorragie par les balsamiques. C'est donc à juste titre qu'on l'a nommée le spécifique de la blennorragie.

Mais l'eumictine n'agit pas seulement sur l'uréthrite blennorragique. Elle est également efficace contre les cystites, les pyélo-néphrites qui viennent souvent la compliquer et même contre celles qui ne sont nullement dues au gonocoque. Son action se fait sentir sur tout l'arbre urinaire, quelle que soit l'infection dont il est atteint.

Mais même si la cystite est due à d'autres microbes que le gonocoque, même si la pyélonéphrite est d'origine gravidique et provoquée par l'infection coli-bacillaire, c'est encore à l'eumictine qu'il faudra recourir. En effet, c'est dans le rein même que l'urotropine donne l'aldéhyde formique ; c'est par le rein que passent l'acide salicylique et l'acide phénique nés du dédoublement du salol dans l'intestin. Ainsi, l'action antiseptique de l'eumictine s'exerce sur tout le tractus urinaire, depuis le rein jusqu'à la partie terminale de l'urèthre ; le santalol, s'il est particulièrement actif sur le gonocoque, n'en est pas moins doué d'une certaine action sur les autres microbes ; élément principal contre la blennorragie, il constitue un adjuvant utile contre les autres infections.

On comprend ainsi quelle place prépondérante l'eumictine a conquise dans la thérapeutique urinaire. Elle en résume presque toutes les indications médicales, et, en prévenant les complications des affections rénales, uréthrales et vésicales, préserve dans une certaine mesure contre l'intervention chirurgicale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

Caisse des pensions de retraite du Corps médical français.

Ancienne Caisse Lande.

I

Nécessité de sa liquidation.

Il nous revient que des bruits courent, en certains milieux, que le *Concours médical* procéderait à la liquidation des œuvres qu'il a créées et en particulier, de la Mutualité familiale.

Or, ces bruits ont pour point de départ les décisions que seront amenés à prendre les 179 membres de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français, fondée par Lande, de Bordeaux, et qui, ne se recrutant plus depuis de longues années, se trouve dans l'obligation de se modifier profondément.

Expliquons-nous donc pour couper les ailes aux canards dont on nous annonce l'éclosion.

Cette Caisse des pensions de retraite du corps médical français, — qu'il ne faut pas confondre avec la *Mutualité familiale et professionnelle du corps médical français*, seule société de prévoyance mutuelle fondée par le *Concours*, — dans son assemblée générale du 26 avril dernier, a été amenée à envisager l'éventualité de sa dissolution et de la liquidation de son actif.

Fondée en 1884 par le Dr Lande, de Bordeaux, avec un groupe de ses amis, la Caisse des pensions reposait sur les principes suivants :

A) Les adhérents payaient une cotisation annuelle déterminée par leur âge d'entrée ; le droit à la pension s'ouvrait à 60 ans après une participation minimum de dix années.

B) Les fonds étaient répartis en trois comptes distincts : 1° le capital inaliénable ; 2° la Caisse de réserve ; 3° la Caisse auxiliaire.

C) Pendant les dix premières années, la totalité des recettes, c'est-à-dire les cotisations et les intérêts du portefeuille, après prélèvement de 1 % pour la Caisse auxiliaire et de la somme exigée par les frais d'administration, était versée au capital inaliénable. A partir de la onzième année (1er janvier 1894) les recettes, après les mêmes prélèvements, étaient partagées entre les ayant droits jusqu'à concurrence d'un maximum de 1.200 francs, le surplus étant versé, savoir : 25 % au capital inaliénable et 75 % à la Caisse de réserve. Les recettes annuelles venaient-elles à être insuffisantes pour le service des pensions, la Caisse de réserve comblait le déficit ; mais, en aucun cas, il ne pouvait être touché au capital inaliénable. La Caisse auxiliaire était destinée à l'assistance.

Le chiffre de 1.200 francs, prévu pour la retraite type, n'était donc aucunement garanti, les statuts ne l'indiquaient que comme un maximum. Si les recettes annuelles venaient à être insuffisantes et si la Caisse de réserve ne pouvait faire le complément nécessaire, les retraites devaient forcément subir une réduction que les fondateurs estimaient ne devoir être que temporaire par suite de la permanence du capital inaliénable.

L'œuvre était nouvelle : elle fut bien accueillie ; mais les difficultés commencèrent bientôt.

En 1895, le taux de l'argent ayant diminué, les cotisations annuelles durent être relevées de 25 %.

En 1900, la loi sur les Sociétés de secours mutuels étant intervenue, le ministre de l'Intérieur mit la Société en demeure de se transformer et de mettre ses statuts en conformité avec la loi de 1898. L'Assemblée générale de 1901 modifia donc les statuts et transforma la Caisse des pensions en *Société de secours mutuels approuvée.* Il n'y eut plus de capital inaliénable, plus de Caisse de réserve, plus de Caisse auxiliaire : tous les fonds furent versés au même compte général, la participation obligatoire fut portée à 15 années et le chiffre de la pension fixé d'une manière ferme à 1.200 francs. La question du tarif, dont la révision était pareillement exigée, fut ajournée jusqu'au moment où le ministère publierait ses tables de mortalité alors en préparation.

En 1904, cette revision eut lieu : les cotisations furent encore relevées de 25 % et les pensions

pour les ayant droit furent abaissées à 800francs.

Mais faculté fut laissée à tous les adhérents de démissionner et de retirer la totalité des cotisations qu'ils avaient versées, capitalisées à 2 %.

Un grand nombre de sociétaires usèrent de ce droit : le nombre des participants se trouva sérieusement réduit et, chose plus grave, le recrutement des nouveaux membres fut tari du même coup.

Il est fâcheux qu'alors la dissolution et la liquidation de la Société n'aient pas été prononcées, car elles eussent pu se faire dans des conditions relativement satisfaisantes, tandis que de nouveaux et plus sérieux déboires attendaient les sociétaires restants.

Il n'existe pas de table de mortalité médicale et les tables qui successivement furent utilisées pour le calcul des inventaires furent toutes trop rapides. D'autre part, le loyer de l'argent commença à baisser d'une façon peut-être peu sensible au début mais cependant progressive, si bien qu'en 1913, les pensions durent encore une fois être réduites.

La Caisse marchait pourtant en végétant, mais la guerre arriva et, après, elle l'effondrement du cours des valeurs en bourse, si bien que le portefeuille que les prix d'achat fixaient supérieur à 900.000 francs fut, au dernier inventaire, évalué 450.000 francs. D'autre part, la Caisse ne se recrutant plus, chaque année voyait augmenter le chiffre des pensions à verser alors que les recettes allaient en diminuant ; la mort des vieux pensionnés ne comblait pas le trou creusé par les nouveaux arrivants.

La situation actuelle est donc celle-ci : en 1926, les recettes normales seront insuffisantes pour assurer le service des pensions et force sera de vendre des titres ; mais alors que le remboursement normal de ces titres, s'il avait pu être atteint, assurait à la Caisse une plus value appréciable, leur vente se soldera par une perte de 50 % au moins.

Il faut aviser, car il est impossible, pour tenir les engagements vis-à-vis des sociétaires plus âgés, de spolier les plus jeunes, ce qui arriverait fatalement si la Caisse continuait à fonctionner sans modifications.

Et la mesure la meilleure est sans conteste la liquidation, puisque celle-ci ménagera dans une certaine mesure les droits des retraités tout en assurant un remboursement partiel à ceux qui ne le sont pas encore.

La Caisse des pensions n'a pas été créée par le *Concours médical* et la majorité de ses adhérents n'ont même jamais fait partie du *Concours*. Cependant celui-ci, ami de toutes les initiatives et considérant que l'œuvre de Lande, sous sa forme initiale, pouvait marcher, lui donna son patronage.

Plus tard et à divers reprises, quand les difficultés commencèrent, il chercha à la sauver sans malheureusement pouvoir y parvenir.

Faut-il rappeler qu'en 1911, lors de la transformation de l'*Amicale maladie* en Mutualité familiale du corps médical français, il fit voter la fusion de cette dernière avec la Caisse des pensions de retraite, mesure qui eût pu éviter les difficultés actuelles, mais que l'autorisation — nécessaire pour une Société approuvée — fut refusée par le ministère et que la Caisse des pensions dut conserver son autonomie et rester ce qu'elle était, c'est à dire une société infime, ne se recrutant plus, voyant chaque année ses recettes diminuer et ses charges augmenter, et ne parvenant même pas, lors de ses assemblées annuelles, à grouper une poignée de sociétaires.

La Caisse des pensions de retraites avait été conçue sur des données fausses dont la première a été d'admettre que les médecins mouraient relativement jeunes, et dont la seconde a été de supposer que des membres nouveaux remplaceraient toujours ceux qui atteindraient l'âge de la retraite.

Une autre erreur a été de transformer l'œuvre en société de secours mutuels approuvée : elle ne pouvait entrer dans le cadre trop étroit des sociétés de secours mutuels telles que les comprenait la loi : du moment que, sur l'injonction ministérielle, il fallait renoncer au fonctionnement prévu lors de la fondation, fonctionnement qui pouvait certainement amener des désillusions mais qui pourtant était possible, il eût fallu liquider.

Le Conseil d'administration d'alors voulut espérer quand même et accepta la transformation, aujourd'hui nous pouvons dire que ce fut une erreur ; mais nous devons reconnaître qu'il eut la loyauté de permettre de se retirer à tous ceux qui l'ont voulu (1).

A. Gassot.

(1) Voir ci-après l'appréciation d'un des vieux membres de cette Caisse, le Dr J. Camescasse, de Saint-Arnoult (S.-et-O.).

II

La liquidation de la Caisse Lande

Le coup est dur, mais mon avis — et je ne crois pas être le seul à penser ainsi — est qu'il faut tout de même qu'on en parle.

Nous nous sommes réunis — nous étions deux douzaines en tout — le dimanche 26 avril 1925 : Conseil des Censeurs d'abord, Assemblée générale ordinaire ensuite, enfin Assemblée générale extraordinaire.

Le Conseil des Censeurs a facilement constaté que les titres énumérés au bilan existent et sont en lieu sûr.

L'Assemblée ordinaire a approuvé les actes des administrateurs, reçu et approuvé les comptes à elle soumis et remercié ceux qui se donnent tant de peine pour nous.

Ces *remerciements* n'étaient point, ce dimanche d'avril 1925, une banale manifestation. Tous ceux qui étaient présents savaient où nous en étions et cependant, tous ont remercié les hommes de dévouement venus nous rendre compte de ce fait qu'*ils n'ont pas pu* être plus forts que les événements.

La caisse Lande doit liquider.

Il y a à cela deux raisons :

La raison actuelle, mais efficiente, c'est la chute des cours des valeurs en bourse, la raison profonde — la vraie raison — c'est que,partis sur des données vagues, non contrôlées par les compétences, *nous n'avons jamais pu recruter* un nombre sérieux d'adhérents. Actuellement nous sommes deux cents, alors qu'il y a 20.000 médecins en France ! Or 200, cela ne constitue pas un grand nombre.

Pour ruiner une caisse des retraites, il suffit que quelques-uns de ces deux cents s'entêtent à survivre après l'âge moyen.

Au cours de l'Assemblée extraordinaire, il a été dit que nous n'avions pas eu la chance, qu'aucun de nos titres amortissables avec prime n'était sorti aux tirages, mais notre vraie malchance n'est pas là : notre malchance — je veux dire celle de la caisse — c'est que des rentiers vivent encore au moment où les futurs rentiers font valoir leurs droits.

Mea culpa pour débuts maladroits !

Mea culpa pour défaut de recrutement !

Mea culpa pour... survie intempestive !

Et puis vient la chute des valeurs qui détermine la date de la liquidation, le reste étant largement suffisant pour nous amener fatalement à cette liquidation un jour ou l'autre.

Où en sont les choses matérielles ? C'est brutal mais simple.

Jusqu'en 1925, le revenu du portefeuille augmenté de la part disponible des rentrées avait suffi pour payer les pensions des rentiers qualifiés (1), la situation était donc, sinon satisfaisante, du moins régulière.

A partir de 1926, de nouveaux rentiers venant de droit, il faudrait vendre quelques uns des titres contenus dans le portefeuille. La première conséquence de cette vente, c'est que le revenu disponible pour l'année suivante sera diminué de la valeur des coupons des titres vendus et que, l'année prochaine, il faudra vendre un plus grand nombre des titres restants.

C'est exactement l'opération inverse de celle qui assure la construction d'une « boule de neige » : nous allons détruire et détruire de plus en plus vite, et notre cas, il faut finir par préciser, est singulièrement aggravé par la dépréciation des valeurs françaises.

Notre portefeuille qui nous a coûté quelque neuf cent mille francs ne valait guère que quatre cent cinquante mille francs au 31 décembre dernier. Nous sommes de ce fait lancés sur la pente de la destruction avec une vitesse originelle multipliée par le coefficient *deux*.

Nous partons trop tôt et nous allons trop vite.

Que faire en cette occurrence ?

La proposition la plus modérée fut de réduire les rentes, servies ou à servir, de 30 % et de charger le Conseil d'administration de modifier la composition de notre portefeuille, de manière à en obtenir un meilleur rendement. Ce n'est pas une solution, cela ne servirait qu'à reculer la catastrophe.

Donc, à l'unanimité, moins une voix, des membres présents nous avons décidé en principe la liquidation.

A la vérité, cette assemblée extraordinaire n'a pas pu achever son œuvre : les statuts exigent un *quorum* qui n'était pas du tout atteint. Il faudra convoquer une nouvelle assemblée.

Par ailleurs, une autre difficulté se présente, qu'il faudra examiner de près : la liquidation d'une *société de secours mutuels approuvée* est loin d'être simple, il faut des autorisations et des approbations de toutes sortes.

J'aurais bien eu une solution à proposer, solution qui, selon moi, eût concilié tous les intérêts, mais à quoi bon la développer si elle se heurte au veto du ministère ?

Donc il faut se réunir à nouveau et soumettre à l'approbation ministérielle les résolutions que nous aurons prises.

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que, dès le premier inventaire, il avait été nécessaire de diminuer d'un tiers chacune des rentes constituées.

Tout cela n'est pas gai, mais cela comporte une morale : pour qu'une mutualité puisse vivre, et survivre, il lui faut de très nombreuses adhésions et, après guerre, il nous les eût fallu de suite. Nous ne serions pas si mal en point, ni même endommagés sérieusement, si nous pouvions nous autres, pauvres vieux, passer notre portefeuille à de jeunes co-sociétaires aptes, eux, à attendre de longues années sans avoir besoin de réaliser.

Dr Jean CAMESCASSE.

LE MÉDECIN DE L'ÉTAT-CIVIL DANS LES COMMUNES RURALES

Encore la façade !

Dans un bon nombre de communes rurales, le service de l'état civil, comme celui des épidémies, est confié au médecin ou à un des médecins de la localité.

Cette fonction consiste, simplement, à la fin de chaque trimestre, à signer un certain nombre de fiches statistiques relatives aux naissances et aux décès.

Ces fiches trimestrielles, qui sont comme celles à multiples compartiments dont on a gratifié les hôpitaux militaires, en 1915, donnent toutes sortes de renseignements sur le nombre d'enfants, l'âge, la profession des parents, l'âge du père et de la mère au moment de la naissance, l'indication de la présence d'un médecin ou d'une sage-femme, au moment de l'accouchement, l'âge du dernier époux survivant.

Elles permettent de faire une statistique variée et intéressante, mais dont le principal élément, qui est la précision du diagnostic, fait le plus souvent défaut.

Ceci pour plusieurs raisons, certains médecins omettent de signaler le diagnostic exact, par bienveillance pour la famille, d'autres par doute, scrupule, pusillanimité ou par système.

Toutes les opinions peuvent se défendre. Il est des cas, où ce serait regrettable d'officialiser un suicide pénible et discret, où on aurait tort de reprocher une étiquette qui serait amèrement discutée à son auteur. Ces erreurs, qui émanent d'une bonne intention, sont encore augmentées par celles des médecins, qui forts de leur droit, se retranchent derrière le secret professionnel, même lorsqu'il est connu de tous et faussent à tel point les statistiques que la presse, qui ne demande pas de contrôle, en arrive à tromper le public, première victime d'une fausse sécurité.

Si certains décès sont parés d'une velléité de diagnostic, d'autres restent dans des termes vagues, et rendent, de ce fait, la tâche du médecin départemental des épidémies, plutôt ardue en l'empêchant de classer utilement des entités d'ordre essentiellement fantaisiste.

On peut affirmer que la plupart des statistiques officielles médicales sont erronées.

En voici des preuves :

Un grand hôpital privé, qui, comme tel, relevait du contrôle administratif, devait toutes les semaines fournir la liste de diagnostics de ses entrants.

Naturellement, l'interne de garde, ne voyant là qu'un travail supplémentaire et inutile, établissait une liste approximative.

Un vieil adage latin prétend qu'il n'est pas permis de mentir, même en plaisantant et il n'a pas tort, car un jour la police enquêtait sur un malheureux vieillard cachectique, auquel sa torpeur sénile avait ironiquement et peu charitablement, il faut l'avouer, procuré l'étiquette de *folie érotique*.

Il s'agissait de savoir, s'il ne serait pas bon de placer dans un asile d'aliénés un priapique susceptible d'occasionner du désordre, dans un service hospitalier !

L'affaire s'arrangea, le malade, moins agité que jamais, passa pour un délirant sur le diagnostic duquel on avait fait erreur et la leçon porta, mais pour combien de temps ?

La question de la déclaration des maladies en cas de décès est toujours à résoudre. Nous restons partagés entre notre conscience, qui nous enjoint de réserver des diagnostics qui ne regardent personne, et l'intérêt général, qui souffre de cette fausse situation.

Aussi, la presse, prévenue par comptes rendus des rapports ministériels, induite en erreur, dit que la tuberculose diminue, alors que nous savons tous, au contraire, qu'elle augmente.

Comment en serait-il autrement, en voyant des certificats de décès de tuberculeux avérés, porter les mentions, *bronchite*, *anémie pernicieuse*, *entérite*, *congestion pulmonaire*, ou autres, à l'avenant.

La campagne actuelle contre le cancer a des chances de rester aussi vaine, faute d'un exact dénombrement, et là encore on rencontre le même écueil, avec des termes plus vagues, d'affection chronique ou de cachexie, etc.

Parfois aussi, on a des étonnements. A l'époque de la guerre du Transwaal, un confrère, médecin des Enfants-Assistés, hanté par la résistance héroïque des Boërs, faisait mourir un petit nègre de « *persistance du trou de Botha* » (sic) ; un autre, libellé suicide, par pendaison volontaire, un troisième signale qu'un mort-né a respiré 5 minutes ; une mairie refuse d'accep-

ter des déclarations de prématurés, légalement viables, et les considère comme mort-nés, ce qui lui permet de n'établir qu'un acte de l'état civil.

Il n'en est pas moins vrai que la plupart de ces erreurs, généralement dues à une distraction ou à la fatigue professionnelle d'un médecin surmené, sont fréquentes, et autorisent à n'avoir aucune confiance dans les statistiques.

Le contrôle des mairies est incompatible avec le secret professionnel. Les membres de la Commission d'A. M. G. qui constatent que les fiches de telle malade portent un tarif supplémentaire pour cautérisation utériné ne manquent pas d'épiloguer sur la nature ou la durée de la métrite...

Un périodique citait un jour un fragment de conversation entre bureaucrates de sous-préfecture curieux de savoir de qui était un enfant anonymement déclaré par l'accoucheur et né... rue des Violettes.

Or, la rue des Violettes ne possède qu'une maison habitée par trois sœurs célibataires !

On peut ainsi juger de la sécurité du secret.

Personne ne discutera la nécessité de l'établissement, dans l'intérêt général, d'une statistique normale, et les objections des partisans les plus irréductibles du secret professionnel n'ont de valeur que parce que chacun sait que, dans les conditions actuelles, même avec le maximum de précautions, celui-ci n'est qu'un mythe.

Les causes d'erreur se renouvelleront d'autant plus fatalement que le médecin aura de plus en plus tendance à s'insurger contre l'idée des caisses allemandes, qui méconnaissent le malade individuel, pour ne voir en lui qu'un rouage social, interchangeable et commercial.

Le mal étant uniquement la conséquence du conflit médico-administratif, il importe, au premier chef, de modifier la situation.

Tel que les circonstances obligent à faire le service actuel, il est à supprimer et à remplacer par un autre qui ne sera effectif qu'en donnant à la fois satisfaction au corps médical et aux pouvoirs publics.

Sans nous laisser embrigader par une réglementation administrative de médecin fonctionnaire aussi désastreuse pour la fraction de la corporation qui se laissera faire que pour la collectivité, on pourrait très bien arriver à une entente amiable dont l'expérience serait facile à tenter.

Une fonction régulièrement organisée entraîne forcément une sanction. Jusqu'ici, la plupart de ces services ne vivent que du concours bénévole du médecin, contre lequel, qu'il soit récalcitrant, fantaisiste ou inerte, l'Etat n'a aucun recours, pas même le droit de blâme.

Mais qui dit sanction dit parallèlement reconnaissance financière. Quand un service émarge au budget, l'Etat qui le paye est en droit d'en exiger la correction, tant qu'il ne demande pas quoique ce soit de contraire à la liberté médicale.

Avec les mœurs allemandes, l'étatisme prime l'individualité et cette habitude qui ne saurait cadrer avec notre mentalité en est prise maintenant.

La conception française est tout autre, et partant de l'idée de la liberté individuelle, émanant elle-même de la « Déclaration des Droits de l'homme », énonce implicitement que le médecin et l'administration doivent être séparés par des cloisons étanches.

Ce n'est vraiment pas la peine d'avoir fait trois révolutions pour qu'à chaque instant, sous un prétexte d'économie budgétaire, les bureaucrates soient avisés des tares pathologiques des indigents, tares qu'ils tiendraient secrètes s'ils en étaient victimes.

Le côté médical devra rester la propriété exclusive du médecin qui, spontanément alors, n'aura plus de raison de s'écarter du principe ibsénien de la vérité absolue.

Quant au côté administratif, il peut et doit être modifié.

Ce que la Société a besoin de connaître, c'est la nosologie d'une région, mais ce qu'elle doit absolument ignorer, ce sont les éléments constitutifs et personnels qui la composent. L'essentiel pour elle est de posséder des chiffres exacts, rien de plus !

La seule chose intéressante est la cause de la mort. Il importe de savoir si elle est ou non naturelle.

Est-elle provoquée ? Il y a crime ou suicide.

Dans l'évidence, ou même le doute, étant bien convenu que le médecin qui ne se considère pas comme un auxiliaire de la police fera toujours ses réserves, il lui sera loisible de refuser le certificat, ce qui permettra au maire de ne pas laisser inhumer, et à la justice d'instruire.

Restent les autres cas, qui sont la presque généralité.

Chaque médecin pourvu d'un carnet individuel, personnel, analogue à celui trop peu utilisé des épidémies, établira sous pli fermé deux certificats de décès, l'un constatant seulement que le malade, désigné par son nom, a succombé naturellement, l'autre muni du même numéro pourra être la fiche établie pour la mairie et qu'il adressera, lui-même, en ajoutant le diagnostic, au service départemental centralisateur.

Là, un confrère, élu par le Corps médical de l'arrondissement, concentrera les fiches anonymes et établira sa statistique.

Ainsi compris, ce service restant l'apanage exclusif des médecins ne peut être que précis et discret.

Il se fera automatiquement et l'envoi unilatéral d'une seule fiche nécessitera au besoin le rappel de la seconde, exceptionnellement absente.

Chacun gardera la responsabilité de ses malades et on devra tenir compte que si certains médecins n'aiment pas voir la communication de leurs diagnostics à leurs confrères, ceux-ci, par contre, préfèreraient ne pas avoir à signer machinalement des situations qu'ils savent fausses.

La rétribution équitable de ce travail sera une question à discuter entre les groupements professionnels et l'administration préfectorale.

La médaille de l'hygiène, dont le décret du 16 septembre 1924 vient de déterminer le modèle, est une des faveurs avec lesquelles l'Etat pense honorer ses médecins.

Quand ceux-ci sont âgés, ils sont moins sensibles à ce genre de collection ; jeunes et riches de notre expérience, ils préfèreraient quelque chose de plus substantiel. L'idée est équitable, mais ne résout pas le problème.

Dr HOUSSAY
(Pont-Levoy)

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La carrosserie.

La période des brusques changements de température nous amène à considérer à nouveau l'importante question de la carrosserie. En attendant que Messieurs les constructeurs veuillent bien nous doter de types spéciaux, adaptés à des professions déterminées, il nous faut, en effet, nous accommoder des modèles qui existent et que l'on trouve couramment.

La lutte est âpre, actuellement, entre trois grandes catégories de carrosseries : la conduite intérieure, le cabriolet décapotable et la torpédo.

A son apparition, il sembla que le cabriolet dût l'emporter. En théorie, c'est en effet, le type idéal, qui permet d'être à l'abri quand il fait mauvais temps, et à l'air quand il fait beau et chaud.

Malheureusement, les automobilistes apprirent rapidement par expérience que la théorie et la pratique sont deux choses bien distinctes. Sans doute, parce que les carrossiers, effrayés par le prix de revient, n'osèrent pas employer des matières premières de qualité, le cabriolet se révéla comme l'instrument rêvé pour donner des attaques de nerfs aux gens les plus placides, après un très court usage.

Ouvert, on ne peut plus le fermer. Fermé, on ne peut plus l'ouvrir. La capote ne rejoint plus les glaces, et laisse passer des courants d'air néfastes.

Les glaces sont animées d'un mouvement perpétuel, mais non silencieux, qui ne tarde pas à fausser leurs montants et leurs charnières.

Nous devons à la vérité de dire que certains carrossiers ont su éviter ces graves désagréments, mais hélas ! ils sont rares. Surtout les cabriolets livrés en série sont sujets aux reproches énumérés ci-dessus évidemment, mais il semble bien cependant qu'il n'en existe pas de vraiment parfaits à l'heure actuelle.

Nous sommes pourtant persuadé que le cabriolet retrouverait facilement la faveur du public, si sa construction devenait assez soignée pour ne pas subir le « déglingage » suivant le terme peu académique, mais consacré par l'usage.

En attendant, la torpédo étant de moins en moins en vogue, au fur et à mesure que l'automobile devient plus un instrument de travail que de plaisir, c'est la conduite intérieure qui recueille tous les suffrages.

Il faut reconnaître que sa construction est plus facile et se prête à plus de solidité.

Mais là encore, que d'erreurs commettent nos carrossiers. Parfois, on se demande si ces derniers sont jamais montés dans l'une de leurs « créations » !

Il ne s'agit pas, en effet, de faire une carrosserie confortable et pratique, mais uniquement une voiture qui, extérieurement, ait de la ligne.

Résultat : le conducteur a une crampe dans la jambe après 5 minutes de marche. Son voisin a les genoux sous le menton, et les invités, à l'arrière, se fendent le crâne sur le toit de la carrosserie à chaque secousse un peu forte.

Et pour entrer et sortir de la voiture, il faut, au préalable suivre un régime amaigrissant et assouplissant. Inutile d'ajouter que rien n'est prévu pour les bagages à main, et que l'on ne sait même pas où poser une canne ou un chapeau.

Tableau exagéré, direz-vous ? Malheureusement non, car en supprimant l'ironie, il reste, hélas ! le fait absolument réel que dans grand nombre de voitures de « ligne moderne » le manque de confort est notoire.

Les Américains — toujours eux — sont en cette matière, nos maîtres, comme en tout ce qui touche l'automobile. Leurs voitures, depuis le Run-about Ford, jusqu'aux luxueuses Chrysler, sont d'un accès extraordinairement facile, mais il est juste d'ajouter qu'elles manquent peut-être d'élégance.

Pourquoi les carrossiers français, dont le goût est si sûr, ne cherchent-ils pas à concilier la beauté de la voiture et son confort ? Ils rallieraient alors tous les suffrages.

Que les automobilistes pensent qu'après tout, ils sont capables d'obtenir ce beau résultat, puisqu'ils peuvent s'abstenir d'acheter les voitures mal étudiées ! Et les carrossiers comprendront très vite qu'ils doivent essayer longuement leurs modèles avant de les mettre en vente.

Dr M. T.

LES ASSURANCES SOCIALES

Le conflit entre médecins et caisses de malades en Alsace [1]

Un conflit vient d'éclater en Alsace entre les médecins et les caisses locales d'assurance-maladie. C'est le pendant exact de celui qui a commencé fin 1923 en Allemagne, qui a provoqué une longue grève des médecins, et qui n'est pas encore réglé aujourd'hui. Les caisses des malades s'efforcent de socialiser la médecine. Les médecins résistent et ne veulent pas être réduits à n'être plus que des fonctionnaires des caisses.

Le 31 décembre dernier, expirait le contrat entre le syndicat des médecins et l'union des caisses locales des malades. Les médecins étaient jusque-là payés à forfait, c'est-à-dire qu'ils touchaient tant par malade et par trimestre, quel que fût le nombre des visites. Ils demandèrent à être payés proportionnellement au nombre des visites et des consultations, et à un taux convenable.

Les caisses locales refusèrent. Elles proposèrent seulement, au mois de janvier, d'augmenter de 30 % la somme forfaitaire. En même temps elles laissèrent voir leur intention de restreindre le libre choix des médecins.

Les médecins de quelques caisses acceptèrent. Ceux de Strasbourg refusèrent.

Les médecins proposèrent de soumettre le conflit au ministre du travail ou à un autre arbitre, à condition qu'on s'engageât à se soumettre à la décision quelle qu'elle fût. Les caisses refusèrent. Une tentative de médiation faite le 14 mars par le ministre du travail échoua devant l'opposition des caisses.

Le 18 mars, l'assemblée générale des délégués des caisses locales se prononça pour la lutte. Elle décida de retirer l'offre d'augmentation de 30 %. Elle invita les caisses à établir la liste des médecins qui seraient seuls admis à soigner les assurés.

« Avant tout, dit la résolution qu'elle vota à cette occasion, seront rayés sur la liste des médecins accrédités tous ceux dont l'admission ultérieure n'apparaît pas opportune. On devra, par la suite, n'admettre qu'un nombre restreint de médecins ». En conséquence, un certain nombre de médecins furent exclus des listes des caisses de Strasbourg.

Devant ces mesures, le syndicat des médecins de Strasbourg décida, le 19 mars, une sorte de grève, c'est-à-dire, comme en Allemagne, les médecins ne traitèrent plus les membres des caisses que comme des malades ordinaires, et leur demandèrent le paiement comptant de leurs honoraires.

Les caisses locales prirent les mêmes mesures que celles d'Allemagne. Elles tentèrent d'embaucher ou plutôt de débaucher quelques médecins. Dans les journaux parurent des annonces promettant un traitement minimum de 40.000 francs. A la place des soins médicaux, une indemnité en espèces fut payée aux assurés en cas de maladie.

Le conflit en est là. Ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement la question des honoraires, mais comme en Allemagne, celle de l'indépendance des médecins et des malades eux-mêmes.

Le syndicat des médecins définissait en ces termes la nature du conflit (journaux de Strasbourg du 24 mars) :

« Ce que souhaitent les médecins, c'est d'avoir, avec leurs malades des caisses, les mêmes rapports à tous les points de vue qu'avec leurs autres malades, la seule différence résidant en des honoraires plus modestes.

« Ce que paraissent souhaiter les caisses, c'est un service médical assuré par des fonctionnaires, à l'instar de la visite médicale règimentaire ».

L'exclusion par les caisses d'un certain nombre de médecins révèle leurs tendances à réduire le libre choix des médecins par les malades.

Le syndicat des médecins de Strasbourg a pu signaler au préfet que la caisse locale de Strasbourg violait la loi des pensions qui assure aux pensionnaires de guerre le libre choix du médecin.

« Non seulement, dit-il, elle a mis en distribution auprès de ses assurés une brochure qui indique seulement certains médecins comme seuls chargés de son service médical, sans y mettre aucun avis relatif aux mutilés de guerre, mais encore nous connaissons des malades à qui la caisse a refusé le droit d'aller voir les médecins de leur choix pour le traitement de leurs anciennes blessures ».

« Le nombre des médecins admis actuellement pour le traitement médical est fixé par la liste émise par la caisse locale des malades, qui fixe à 7 le nombre de médecins spécialistes, à 14 celui des médecins pour les soins généraux des malades à Strasbourg, intramuros.

(1) *Bulletin d'informations économiques*, 4 avril 1925.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

L'ORGANISATION DU CORPS MÉDICAL EN POLOGNE (1)

Par M. le Dr Jean BACZKIEWICZ,

Président de la Chambre supérieure des Médecins en Pologne.

En franchissant le seuil de cette glorieuse institution qu'est l'Académie de Médecine, je me suis rappelé une devise inscrite sur l'édifice de l'Université de Washington : *In litteris libertas* — dans les sciences la liberté.

Ces deux mots : la science et la liberté sont deux puissantes idées du développement intellectuel de l'humanité. On ne peut imaginer la dignité de l'homme sans science ni liberté.

On doit reconnaître que l'humanité dans ses aspirations vers la liberté a suivi toujours une route éclairée par les flambeaux de la science.

Le peuple français marchait en tête de ces peuples qui, dans le cortège de la civilisation, tendaient vers la réalisation de ces idées.

Nous, Polonais, nous avons été toujours épris de liberté et de science — nous l'avons prouvé dans notre histoire — nous sommes infiniment sensibles au prestige de ces idées, nous le sommes d'autant plus ici dans la capitale de la France, ce pays classique des grands progrès de la science et de la liberté.

Nous, médecins polonais, accueillis dans ce sanctuaire de la science médicale, nous nous sentons rehaussés devant les éminents représentants de la science et de la culture françaises.

Qu'il me soit permis au nom des médecins polonais de présenter ici nos hommages à la science médicale française.

A présent, permettez-moi, Messieurs, de passer à ma communication, qui, vu le peu de temps dont nous disposons, doit se borner à un simple exposé de faits.

D'après l'organisation et l'activité de chaque profession, on peut juger non seulement de son niveau, mais encore de son rôle dans la société et de la façon dont elle répond aux besoins du pays.

Toutes nos institutions médicales polonaises avant la guerre, sous la domination étrangère, tendaient vers deux buts : garder les places des médecins dans les mains polonaises, et en même temps, conserver aux institutions polonaises médicales leur caractère polonais.

Au moment où nous avons reçu notre indépendance après la guerre, nous avons été forcés de nous organiser dans tous les domaines de la vie politique et sociale, et le corps médical commença à se constituer suivant sa volonté ou suivant les lois édictées par le corps législatif.

Je dois vous prévenir, Messieurs, que dans ma communication, je ne parlerai point de nos nombreuses Sociétés de médecine, qui ont un but exclusivement scientifique, comme par exemple la Société de Médecine de Varsovie, qui existe depuis plus de cent ans, ou celles de Cracovie, Lwow, Poznan et de Lublin qui, l'année passée, a fêté son cinquantenaire, ni de l'Académie de Médecine, récemment créée ; elles ressemblent aux sociétés qui existent dans les autres pays.

Permettez-moi, Messieurs, de vous présenter dans cette courte esquisse d'autres organisations des médecins polonais qui embrassent la Pologne entière et qui se sont organisées après la guerre.

Le premier signal pour s'organiser fut donné par l'événement suivant :

Au commencement de l'année 1919, on présenta à la Diète un projet de loi d'assurance contre la maladie, un projet conçu sur des bases qui ne pouvaient satisfaire tous les médecins.

Dans ces circonstances, on éprouva le besoin de s'entendre et, en raison de ces considérations, suivant ma proposition, l'Association des médecins polonais de Varsovie fit motion de convoquer un Congrès de représentants de toutes les Associations et Sociétés médicales de la Pologne unie pour connaître l'opinion générale. Le Congrès a eu lieu à Varsovie en avril 1919, et on a résolu :

1° De soutenir toutes les anciennes organisations médicales, scientifiques et sociales ;

2° De créer une organisation générale — l'Union des Médecins — pour sauvegarder les intérêts matériels, et, en même temps, de créer des Chambres médicales, représentantes officielles et autonomes du corps médical, destinées à sauvegarder les intérêts moraux et matériels des médecins ;

3° Dans la question des secours médicaux aux Caisses des malades, la solution idéale était : de distribuer aux assurés des secours en argent, avec lesquels ils pourraient être soignés par les médecins choisis par eux suivant leur confiance, ou au moins chez des médecins qui consentiraient à soigner les assurés avec des honoraires réduits ; en tout cas, dans la loi d'assurance contre la maladie, de limiter l'obligation d'appar-

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, 23 avril 1925.

tenir aux Caisses, imposée à presque tous les citoyens, mais en ne dépassant pas un certain niveau de salaires.

A la suite de ces résolutions, en 1919, s'organisa l'Union des Médecins de l'Etat polonais et, en 1921, la loi des Chambres médicales fut votée à la Diète.

La structure de l'organisation de l'Union des Médecins ressemble à celle de l'organisation politique du pays.

La Pologne est divisée en voievodies qui répondent aux départements français, la voievodie est divisée en starosties qui répondent aux arrondissements français.

De même manière, les médecins qui habitent la même starostie forment un cercle (okreg), cette cellule primitive de l'organisation de l'Union des Médecins.

Les médecins de ce cercle choisissent leur bureau, et en même temps ils choisissent les délégués à l'assemblée de la voievodie à raison de un pour vingt personnes.

L'assemblée de ces délégués représente l'arrondissement de voievodie (obwod) et élit son bureau.

En tête de ces organes se trouve le Bureau général, élu par l'assemblée générale ; sur quinze membres au Bureau, cinq doivent habiter la capitale de la République et former le Comité général de l'Administration.

L'Assemblée générale se compose de tous les délégués, de tous les bureaux ainsi que du bureau général et de la Commission générale de revision.

L'assemblée générale de l'Union des Médecins décide toutes les affaires les plus importantes et donne des indications au Bureau général.

L'Union des Médecins se développe de plus en plus et compte à l'heure actuelle environ trois mille membres.

Son action principale est d'acquérir et d'améliorer les conditions du travail des médecins dans les Caisses des Malades.

Maintenant, nous passons à l'organisation des Chambres médicales.

La législation intéressant les médecins dans chaque partie de la Pologne d'avant-guerre était différente et on a ressenti le besoin d'unifier et de mettre en ordre ce domaine de la vie médicale.

En conséquence, le Gouvernement a remis à la Diète un projet de loi concernant l'exercice de la médecine et en même temps un autre projet de loi sur les Chambres médicales, organes officiels légaux, autonomes, de la corporation, dont tous les médecins praticiens sont obligatoirement membres.

A ce propos, je dois mentionner que le nombre des médecins en Pologne tend vers huit mille (8.000).

Voici le fonctionnement des Chambres médicales : les médecins de chaque voievodie constituent la Chambre locale. Chaque Chambre élit deux organes : le Conseil et le Comité d'administration : l'un législatif, directif, l'autre exécutif, représentatif.

Le Conseil se compose de délégués élus pour trois années. Si le nombre des membres dans une Chambre quelconque ne dépasse pas deux cents, le Conseil se compose de vingt personnes ; dans les Chambres qui dépassent ce nombre, le Conseil s'accroît dans la proportion d'un membre par groupe de cinquante votants.

Le Conseil constitué de cette manière élit parmi ses membres le Comité d'administration, qui se compose de neuf membres ; ceux-ci élisent entre eux le président, les vice-présidents, le secrétaire et le trésorier.

A la tête de toutes les Chambres locales se trouve la Chambre supérieure, principale, représentante du corps médical en Pologne.

Pour composer la Chambre supérieure, chaque Chambre locale élit ses délégués à raison de un pour deux cents confrères ; ceux-ci choisissent le Comité d'administration, composé de neuf membres, qui ensuite élisent entre eux : le président, le vice-président, le secrétaire et le trésorier.

Chaque Chambre locale a son tribunal ; le tribunal de la Chambre supérieure par rapport aux tribunaux locaux est la Cour suprême des Appels.

Les Chambres sont instituées : pour règler de façon autonome les affaires qui concernent les intérêts et l'existence du corps médical, ses buts et ses tâches pendant l'exercice de ses devoirs médicaux envers la société ; pour règler les relations entre médecins et de même pour sauvegarder leurs droits, leur dignité et leur probité ; de plus, pour collaborer avec le Gouvernement et les municipalités dans l'intérêt de la santé publique.

Enfin, les Chambres sont obligées de collaborer avec le Gouvernement en vue d'exécuter les lois touchant l'exercice de la médecine en se conformant à la loi sur les Chambres médicales.

Cette loi dit que les Chambres auprès des autorités ont le droit de surveiller l'exercice de la médecine, elles doivent avoir soin que la médecine soit exercée seulement par des médecins y ayant droit, elles doivent démasquer les charlatans et les rebouteurs.

Chaque médecin qui, en raison de son diplôme, veut pratiquer, doit s'inscrire non seulement dans un bureau administratif, mais aussi à la Chambre ; de même il est obligé de déclarer quand il veut cesser d'exercer.

La loi sur l'exercice de la médecine prescrit le secret professionnel, oblige le médecin à donner ses soins en cas de maladies subites, déter-

mine les relations des médecins avec le malade, tranche la question des honoraires, des tarifs médicaux, donne des instructions sur les certificats médicaux.

Les Chambres ont la garde de toutes ces prescriptions. Quant aux intérêts matériels des médecins, elles exécutent la loi des Chambres qui leur en donne le droit.

Les Chambres ont le droit de fonder et de diriger les institutions ayant pour but d'assurer les médecins contre la maladie, la vieillesse, l'incapacité au travail et dans les cas nécessitant un secours urgent, et, en même temps, d'assurer les veuves et les orphelins des médecins.

Les Chambres ne sont pas seulement tutrices des médecins au point de vue matériel, mais en même temps elles contrôlent leurs actes, prenant souci de leur dignité ; dans ce but, elles ont des tribunaux

Le tribunal de chaque chambre est un organe disciplinaire pour tous les médecins qui dépendent de cette Chambre.

Le tribunal exprime son opinion en cas de différends entre médecins et, suivant la volonté des parties, le tribunal peut se transformer en cour d'honneur.

Le tribunal a le droit d'imposer des peines morales (avertissements, admonition, blâme et publication) et des peines d'amende et même d'ôter le droit d'exercer la médecine pour un temps déterminé, ou indéfiniment, c'est-à-dire de condamner à une mort juridique ; dans ce dernier cas, l'arrêt doit être confirmé par la Cour d'appel de la Chambre supérieure.

Nous voyons que les droits disciplinaires des Chambres sont sévères, mais aussi la tutelle des Chambres peut être bienfaisante.

Nous devons ajouter quelques mots d'explication touchant le rôle de la Chambre supérieure, ses droits et leur mise en pratique.

La Chambre supérieure, suivant le droit, est la représentante de toutes les Chambres locales d'Etat, elle confirme leurs règlements et les votes obligatoires concernant les assurances mutuelles. Elle est l'institution d'appel dans les différends entre les médecins et les Chambres locales, entre ces Chambres et aussi dans les questions d'éthique professionnelle.

La Chambre supérieure doit patronner devant les autorités les affaires générales du corps médical et être la médiatrice dans les affaires qui concernent les Chambres locales.

En concluant, au sujet des Chambres médicales, je dois convenir qu'elles sont formées depuis très peu de temps, qu'elles s'organisent encore et que leur développement, leur utilité pour le pays et pour les médecins dépend d'un côté d'une juste compréhension des droits des médecins, de la manière de profiter de ces droits et d'autre part de la façon dont se manifestera la vocation médicale et dont s'opérera la collaboration avec le Gouvernement et les Municipalités dans le domaine de la santé publique.

Permettez-moi, Messieurs, d'attirer encore votre attention sur la loi d'assurance contre la maladie ; cette loi entre dans le domaine de l'assurance sociale, mais, vu son action et son droit de s'occuper du traitement de la population presque entière, il faudrait la considérer plus comme une loi concernant les affaires médicales que les intérêts sociaux, parce que le traitement, selon l'opinion moderne, est étroitement lié à la prophylaxie et aux problèmes de la santé publique.

Cette loi dans sa conception n'a jamais satisfait ni les médecins, ni les malades. Conformément à cette loi, les Caisses des malades agissent déjà depuis trois années et embrassent de plus en plus de vastes cercles de la population, parce que tous les citoyens, qui reçoivent des gages et des salaires, sont obligés d'appartenir aux Caisses et de leur payer des cotisations.

De cette façon, prochainement, presque 75 p. 100 de la population devra appartenir aux Caisses, et, si nous ne comptons pas les indigents, dont les Caisses ne s'occupent pas, il ne restera plus qu'un faible pourcentage pour la pratique libre ou, pour mieux dire, la médecine libre n'existera plus.

Les Caisses ont organisé leur traitement sur le système des ambulances, des hôpitaux et, en outre, des médecins de quartiers, qui soignent les malades à domicile sans libre choix et sans tarif à la visite.

Dans des conditions pareilles, presque tous les médecins deviendront des employés payés en gros : la concurrence généreuse disparaîtra et nous assisterons au désintéressement pour la science et la pratique.

Au surplus, puisque les Caisses pendant la maladie payent des secours, le médecin doit apparaître devant le malade non pas comme un ami, auquel on peut se confier, mais comme un contrôleur, ou au moins comme un surveillant obligé. C'est une mission qui n'est pas agréable.

Le souci de sa vie et de sa santé est un privilège individuel et on ne peut pas le confier à une organisation sociale pareille. Ces sentiments si vifs et si délicats ne doivent pas être satisfaits par des soins fondés sur des idées rudes et basés sur une organisation qui semble être industrielle ou tout au moins bureaucratique. Pour la population moins intelligente et moins riche, on pourrait créer une organisation de secours, mais basée sur le principe du libre choix du médecin et du tarif à la visite.

Il n'est pas étonnant que les assurés et les médecins, les uns et les autres, manifestent de temps en temps leur mécontentement. Dans de pareilles conditions, c'est précisément l'Union des

médecins qui doit protéger les intérêts médicaux en prenant en même temps en considération les besoins des malades.

Les fréquents symptômes de mécontentement aussi bien du côté des assurés que du côté des médecins ont provoqué à la Diète une motion tendant à la revision de cette loi et le Gouvernement s'en occupe.

Toutes les chambres ont présenté à la Chambre supérieure leurs observations tendant à une meilleure rédaction de la loi d'assurance sociale.

En raison de ces remarques et de ses propres vues la Chambre supérieure a présenté au Gouvernement un rapport. Avec le plus grand plaisir, je dois annoncer que nos idées, dans cette affaire, sont en accord avec les avis présentés à l'Académie de Médecine à la séance du 17 mars de l'année courante, par M. le professeur Balthazard, rapporteur de la commission, sous la présidence de M. le professeur Chauffard.

Nous désirons le libre choix du médecin et le tarif à la visite. Nos avis en ce qui concerne le secret professionnel sont complètement en accord avec ceux adoptés par la commission, parce que jusqu'à présent, dans la pratique des Caisses, il ne peut pas être respecté. Nous agissons dans cette affaire en vertu de notre ancienne tradition médicale, et nous ne désirons pas que le médecin polonais soit descendu de son piédestal de représentant de la science et d'ami intime du malade.

Telle est, Messieurs, la communication que j'ai eu l'honneur de vous présenter au sujet de nos principales organisations médicales.

Dans ce court exposé, je ne veux pas entrer dans les détails des nouvelles conditions qui se présentent au Corps médical dans les nouvelles relations de la vie sociale. Mon cher confrère, M. le Dr Pryborowski, président de la Chambre médicale de Varsovie, vous présentera, Messieurs, dans sa communication les dangers qui nous menacent et les moyens pour les combattre.

Permettez-moi, Messieurs, de toucher encore un point.

On pourrait se demander : s'il y a en Pologne deux organisations qui embrassent tout le pays, c'est-à-dire les Chambres et l'Union des Médecins qui protègent les intérêts matériels et moraux des médecins, pourquoi le monde médical polonais crée-t-il encore des Associations locales ayant des buts sociaux, comme par exemple l'Association des médecins polonais à Varsovie ?.

Tandis que l'Union et les Chambres agissent toutes les deux uniquement par leurs délégués, les Associations appellent à la collaboration tous leurs membres ; leurs assemblées, les discours, les discussions forment l'opinion médicole, facilitent aussi aux jeunes confrères leur développement au point de vue social. Les Associations ressemblent aux cliniques, parce qu'elles préparent à la vie médicale et sociale.

Nous sommes convaincu que la collaboration des Associations, d'une part, de l'Union et des Chambres médicales, d'autre part, nous permettra de remplir nos devoirs envers nous-mêmes et notre patrie. (*Applaudissements.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Exposition internationale de la houille blanche et du tourisme.* — L'inauguration de l'Exposition internationale de la houille blanche et du tourisme à Grenoble est fixée au 21 mai prochain.

Les fêtes de la Pentecôte ayant lieu cette année les 31 mai et 1er juin, on ne saurait trop engager tous ceux qui s'intéressent à cette importante manifestation à profiter de ces journées pour la visiter.

Grenoble est le point de départ de nombreux services automobiles organisés par la compagnie P. L. M. qui permettent de découvrir à cette époque de l'année les Alpes encore en fleurs.

Nous citerons plus particulièrement le circuit de la Grande Chartreuse (25 francs), le Service Grenoble-Le Lautaret-Grenoble (45 francs), qui ont lieu tous les jours ; les excursions de l'après-midi : de Grenoble à Saint-Nizier (20 francs), à Vizille-Uriage (15 francs), à St-Eynard (15 francs), aux Petites Roches (20 francs).

Sur ces prix, une réduction de 20 % est accordée aux porteurs de bons de l'Exposition.

— **Visite à Vichy des membres du Congrès franco-polonais et du IIIe Congrès international de médecine militaire.** — Après avoir clôturé leurs travaux à Paris les membres du IIe Congrès médical franco-polonais et ceux du IIIe Congrès international de médecine militaire, sont allés, au nombre de plus de deux cents, faire à Vichy un voyage d'intérêt scientifique.

Arrivés le dimanche 26 avril dans la grande station thermale française, ils ont été conviés le soir même, au Grand Casino, à un brillant concert donné en leur honneur.

Le lendemain, ils ont visité le grand établissement thermal, les sources de l'Etat, et ont entendu une remarquable conférence du docteur Durand-Fardel sur la station thermale de Vichy.

A l'issue du banquet donné dans la magnifique salle du « Majestic », M. Fère, président du Conseil d'administration de la Compagnie fermière de Vichy, en un toast chaleureux, salua les membres des deux Congrès représentants de nations qui toutes étroitement unies, avec la France, ont traversé la tourmente dont le souvenir reste si profond dans notre mémoire.

Le Dr Durand-Fardel, au nom de la Société des sciences médicales de Vichy, souhaita la bienvenue à ses confrères étrangers.

Le Dr Sava Goiou, médecin général de l'armée roumaine, le Dr Polak, président de la Société d'hygiène de Varsovie, le professeur Pavinski, membre correspondant de l'Académie de médecine, Mme la doctoresse Vanda Szezawinska, le Dr Bellia, médecin principal de l'armée grecque, et le Dr Tarlikinski, évoquèrent tour à tour l'amitié qui unit leurs pays au nôtre, et exprimèrent leur satisfaction d'avoir pu se rendre compte des ressources et des beautés de Vichy, en même temps que leur admiration pour la science médicale française.

Après la visite de la Pastillerie et des Ateliers d'embouteillage, les Congressistes quittèrent Vichy en exprimant, d'un vœu unanime, leurs regrets d'être obligés de s'éloigner aussi tôt de la grande station thermale française.

— **Cours de perfectionnement sur la tuberculose.** — Ce cours sera fait à la Charité sous la direction du professeur Emile Sergent avec la collaboration de MM. Armand-Delille, Babonneix, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, M. Durand, Evrot, Génévrier, Mme Gouin, MM. Guillon d'Heucqueville, Kuss, Laurens Lortat-Jacob, Louste, Mignot, Pignot, P. Pruvost, Ribadeau-Dumas. Ce cours commencera le lundi 15 juin à 9 h. 30 à la Charité (service du Pr Sergent) et se terminera le samedi soir 11 juillet.

Il comprendra des conférences qui seront faites à la fin de l'après-midi et des stages et exercices pratiques qui auront lieu le matin et au début de l'après-midi.

Le programme détaillé sera affiché ultérieurement.

Droit d'inscription : 150 fr. S'adresser au secrétariat de la Faculté.

Quelques bourses seront accordées. S'adresser au Comité national de Défense contre la tuberculose 66 *bis*, rue N.-D. des Champs.

— **Assemblée générale de l'Association française de chirurgiens-dentistes.** — L'Association française de chirurgiens-dentistes s'est réunie en assemblée générale, le 19 avril 1925, à la Faculté de médecine de Paris à l'issue de la séance, l'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

« L'Association française des chirrgiens-dentistes, réunie en Assemblée générale le 19 avril 1925 à la Faculté de médecine de Paris, après avoir pris connaissance d'un nouveau projet autonomiste en vue de la réforme des études dentaires, y oppose :

1° Que l'ensemble des connaissances représenté par le doctorat en médecine est aussi nécessaire au praticien de l'art dentaire qu'à tous ceux qui veulent exercer une branche quelconque de l'art de guérir.

2° Que l'intérêt de la santé publique réside plus dans la qualité que dans le nombre des praticiens.

3° Que la pléthore professionnelle est de nature à abaisser la conscience, la dignité et la valeur corporatives.

4° Que la culture purement technique du futur praticien peut, dans sa plus grande partie, être acquise au cours de la scolarité médicale.

5° Qu'il est urgent de supprimer la pluralité des titres d'exercice professionnel, « l'égalité du malade devant la science étant un droit démocratique élémentaire » (Chevandier, *J. O.* du 18 mars 1891).

Constate que l'introduction du baccalauréat comme diplôme obligatoire à la base des études dentaires est implicitement exprimée dans la déclaration de principes de l'A. F. C. D. et, fermement décidée à poursuivre la réalisation de l'ensemble seul capable d'assurer l'unification de tous les praticiens de l'art dentaire, donne mandat à son conseil d'administration d'achever l'œuvre commencée et lui renouvelle sa confiance. »

Le soir, à l'hôtel Lutetia, un dîner réunissait les membres de l'Association, en présence du Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, du Dr Fargin-Fayolle, vice-président du Syndicat des stomatologistes français et du Dr Paul Boudin, conseiller médico-juridique de l'A. F. C. D.

Les déclarations importantes faites par ces différentes personnalités ont fait ressortir la solidarité complète de l'A. F. C. D. et du corps médical contre un doctorat en chirurgie dentaire et pour le doctorat en médecine à la base de notre exercice professionnel.

— **Journées médicales de Toulouse** (11, 12, 13, 14 juillet). — Liste des conférences :

Bordet, professeur à l'Université libre et directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles : *La lyse microbienne.*

Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid : *Biologie de la radiothérapie gynécologique.*

Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome : *La pathogénie des soi-disant infections intestinales.*

Dartigues, président de la Société de médecine de Paris et de l'U. M. F. I. A. : *Directions actuelles et destinées de la chirurgie.*

J.-L. Faure, professeur à la Faculté de Paris : *Traitement du cancer du col de l'utérus.*

Jacob, médecin inspecteur général, chef supérieur du Service de santé des armées du Rhin : *Le Service de santé en Allemagne occupée.*

Levaditi, chef de service à l'Institut Pasteur : *Considérations générales sur la bismuthothérapie de la syphilis. Nouvelles recherches sur le mode d'action et de résorption du bismuth.*

Regaud, directeur de l'Institut du radium de l'Université de Paris : *La part de la chirurgie, de la curiethérapie et de la rœntgenthérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus.*

Renon, ancien membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France : *Du syndicalisme vis-à-vis des collectivités. Ce qu'il est, ce qu'il devrait être.*

Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris : *Les fonctions internes du poumon.*

— **Clinique ophtalmologique.** — M. le professeur F. Terrien fait ses leçons cliniques les vendredis, à 10 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren).

Ordre du service. — Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Conférences à la policlinique Panas. Les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. : Opérations.

Cours de perfectionnement. — Ce cours technique, avec examens cliniques, travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire, aura lieu en mai et juin 1925.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Application du Tarif Breton.

I.

1106. — Anesthésie par l'opérateur.

1° Luxation de l'épaule. Je donne moi-même l'anesthésie au chloroforme, puis lorsque la résolution musculaire est complète, je confie la tête à un aide et opère la réduction. Puis-je cumuler le prix d'une anesthésie et celui de la réduction ?

2° Et si la luxation avait été double comme le cas vient de se produire récemment ?

Dr P.

Réponse.

1° Vous ne pouvez cumuler l'opération et la chloroformisation, puisque c'est non pas cette dernière qui est tarifée, mais l'aide anesthésiste (article 11 et 12).

2° Si vous aviez eu à réduire deux luxations, vous auriez eu à compter chacune séparément, en additionnant « chacune des interventions », ainsi qu'il est dit à l'article 14.

F. D.

II

1095. — Surveillance prolongée.

Je vois un blessé atteint de contusion abdominale grave. Etant donnée la possibilité de complications graves pouvant nécessiter une intervention chirurgicale rapide, je fais transporter le blessé dans une clinique et je suis forcé de l'accompagner.

En plus de la visite, j'ai passé auprès du blessé cinq heures : de 16 h. 1/2 à 21 h. 1/2.

Je lis dans l'Agenda du Praticien, édité par le *Concours*, page 93 : « ceci n'entre plus en ligne de compte des frais médicaux ».

Et cependant, j'ai laissé ma clientèle tout entière pendant 5 heures pour me consacrer à ce blessé.

Si ce temps n'est pas payé au médecin, il y a là vraiment une injustice, un oubli à réparer.

Dr P.

Réponse.

Relisez l'Agenda, page 93, je vous prie. J'ai dit : « vous pouvez fort bien réclamer *le temps passé* auprès d'un malade, même pour le conduire à l'hôpital », soit, dans votre cas, « le maximum de cinq visites » (article 6), alors que vous craigniez des « complications menaçant la vie (*ibidem*) ». Ce qui « n'entre pas en ligne de compte », ce sont *les frais d'auto* qui relèvent d'une note de « loueur de voitures » et non plus du tarif Breton, tarif de soins médicaux.

F. D.

III

1076. — Dimensions de brûlures diverses et tarification.

Je vous serais très obligé de m'indiquer la façon d'établir ma note d'honoraires à la Compagnie d'as-

surances, à propos de pansements de brûlures du 2e degré comprenant le cou de pied, toute la partie interne et postérieure des deux jambes, jusqu'au creux poplité d'un côté et un peu au-dessus de l'autre.

Y a-t-il lieu de tarifer d'après l'art. 26 pour chaque séance de pansement. Grande brûlure : un membre ou surface correspondante à 37.50 ou bien deux membres à 56.25.

2° Combien demander pour visites postérieures n'ayant nécessité que le pansement d'une seule jambe.

Soit au total .

Six visites avec pansement double ; deux visites avec pansement d'une seule jambe.

Dr B.

Réponse.

1° Il n'y a d'atteint, de chaque côté, qu'*un* des *trois* segments du membre inférieur (pour les « segments », voir l'arrêté ministériel du 28-6-21, article 14). Je compterais donc en bloc, pour « les surfaces additionnées » (Voir *idem* arrêté, article 28, 2°) comme pour « grande brûlure d'un membre », soit 50 francs en première catégorie.

2° Là, vous n'avez plus à panser qu'un seul segment, d'un seul membre, moyenne brûlure 15 francs.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

1069. — Paiement d'honoraires sans inscription ni carnet.

Je suis appelé le 28 mars, pour soigner un jeune homme qui venait d'être pris, dans un magasin où il faisait une emplette, d'une hémoptysie formidable.

Je l'ai revu le 29, le 1er avril, le 3, le 4, le 6. Ce soir-là une nouvelle hémoptysie le foudroyait, je le trouvai mort.

J'avais appris que, réformé pour bronchite spécifique et ne se croyant pas sérieusement malade, il n'avait pas réclamé de carnet de soins.

Sur mon conseil, il en demanda un, mais je n'eus pas le temps de le voir, vu la terminaison brusque de la maladie.

Mais quelques jours après, on me communiquait une lettre de la Préfecture réclamant le carnet (on en avait donc entre temps délivré un) et ajoutant que, *par exception*, on consentait à payer les soins donnés *après le 1er avril*, date de l'inscription sur la liste.

Comme j'aime les choses régulières et pas les paiements ainsi faits *par exception ou par gracieuseté*, je demandai à la Préfecture : oui ou non, avait-il le droit aux soins d'après l'article 64 ?

On me répond que « conformément aux dispositions légales en vigueur, le droit au bénéfice de l'art. 64, est *impérativement subordonné* à l'inscrip-

tion sur les listes spéciales établies à cet effet dans chaque mairie. » C'est la Préfecture qui souligne.

Eh bien, moi, je trouve que le droit doit découler *de la maladie* et non de l'inscription sur une liste. Dans un cas d'urgence comme celui-ci, il me paraît au moins choquant, qu'on ergote pour le paiement de deux malheureux jours de traitement, alors que ces deux jours ont été nécessaires pour faire comprendre au malade la nécessité de se soigner.

Qu'en pensez-vous ?

D[r] D.

Réponse.

a) D'après l'article 1[er] du Décret du 25 octobre 1922 (celui même qui comprend le tarif des soins) on ne peut régulièrement faire payer par l'Etat que les soins donnés *après inscription* sur la liste. Tout réformé avec pension de plus de 10 % a donc le devoir, en vue des soins possibles à réclamer plus tard, de se faire inscrire sur les listes spéciales, s'il veut jouir du droit de faire payer les dits soins par l'Etat.

b) Tout médecin ne peut se faire payer ses honoraires pour soins donnés au titre de l'article 64, *que sur présentation des bons de visite* extraits du carnet que peut demander chaque bénéficiaire dès qu'il s'est fait inscrire sur la liste.

c) Conclusion. — Puisque vous « aimez les choses régulières et pas les paiements faits par exception et à titre gracieux », concluez vous-même, je vous prie. Pour moi, je pense que la Préfecture n'a pas « ergoté pour le paiement », puisqu'elle a accepté de payer (par exception) ; j'ajouterais même : « au contraire.... »

F. D.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. — Honoraires de visites médicales. — Malade hors d'état de se transporter — Cause étrangère à l'accident.

COUR DE CASSATION (Ch. Civile).
9 *février* 1925.
(*Gazette du Palais*, 21 mars 1925.)

En allouant au médecin traitant (dans les villes de moins de 100.000 habitants, ou dans les campagnes) 8 fr. pour prix de la visite, au lieu de 7 fr., prix de la consultation dans son cabinet, lorsque le blessé auprès duquel il se transporte ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, art. 1[er], n'exige pas que l'affection qui met obstacle au déplacement du malade soit imputable à l'accident du travail lui-même.

Le D[r] R. s'est pourvu en cassation d'un jugement

du juge de paix de P. . . . G. . . . , rendu le 21 avril au profit de M. C.

Il a invoqué à l'appui de son pourvoi les deux moyens suivants :

« 1° Violation de l'art. 1er de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, en ce que la sentence attaquée a refusé de mettre à la charge du chef d'entreprise les frais de déplacement du médecin appelé à soigner un ouvrier victime d'un accident du travail et mis par des infirmités antérieures hors d'état de se rendre au cabinet de son médecin, par le motif que lesdits frais n'étaient dus que si le blessé ne pouvait, à cause de l'accident, se présenter à la consultation, alors que, le texte susvisé ne faisant pas de distinction, les frais de déplacement sont dus par le chef d'entreprise dès que, pour une raison quelconque, le blessé est hors d'état de se rendre au cabinet du médecin sans inconvénient pour sa santé.

2° Violation de l'art. 27, § 2 A, 2e alinéa de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, manque de base légale, en ce que la sentence attaquée a réduit à 11 fr. 25 les honoraires d'extraction d'un corps étranger implanté dans la cornée, alors que, d'après le texte susvisé cette opération est tarifée à 15 fr., le prix de 11 fr. 25 représentant seulement les honoraires d'extraction d'un corps superficiel, et sans s'expliquer sur les circonstances de fait qui l'ont décidé à cette réduction. »

Arrêt :

La Cour,

Sur le second moyen ;

Attendu que, d'après le pourvoi, le jugement attaqué aurait, à tort, réduit à 11 fr. 25 les honoraires d'un médecin pour extraction d'un corps étranger implanté dans la cornée, alors que, d'après l'art. 27, § 2 A, 2e alinéa, de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, cette opération serait taxée 15 fr.

Mais attendu que l'art. 27, § 3 A, de l'arrêté ministériel précité, combiné avec l'art. 13 du même arrêté, fait une distinction entre l'extraction d'un corps étranger superficiel de la cornée et l'extraction d'un corps étranger profondément implanté ; qu'il taxe à 11 fr. 25 la première opération et à 15 fr., la seconde pour les villes de moins de 100.000 habitants et les campagnes ; que, d'après les termes du moyen non contredits par les autres éléments de la procédure, le Dr R. réclamait 15 fr. d'honoraires pour extraction d'un corps implanté dans la cornée, sans spécifier que ce corps y fût implanté profondément ;

Attendu qu'en l'absence de cette précision, exigée par l'al. 2 du § 3A de l'art. 27 pour la fixation des honoraires à 15 fr. le jugement a appliqué, à bon droit, l'al. 1er relatif à l'extraction d'un corps superficiel.

Rejette le second moyen ;

Mais sur le premier moyen ;

Vu l'art. 1er de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 ;

Attendu qu'en allouant au médecin traitant 8 fr., pour le prix de la visite, au lieu de 7 fr., prix d'une consultation dans son cabinet, lorsque le blessé auprès de qui il se transporte ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, l'art. 1er de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 n'exige pas que l'affection mettant obstacle au déplacement du blessé soit imputable à l'accident du travail dont il a été victime ;

Attendu que, pour abaisser de 8 à 7 fr., le prix de plusieurs visites faites par le Dr R. à Le B., ouvrier, victime d'un accident du travail, le jugement attaqué déclare, à tort, « que les frais de voyage ne sont dus au médecin que si le blessé ne peut par suite de l'accident dont il a été victime, se présenter à la consultation médicale » ; qu'il constate en outre, « que tel n'est pas le cas présent puisqu'il résulte des éléments de la cause que Le B. a été seulement victime de l'introduction d'un corps étranger dans la cornée droite » ;

Mais attendu que le jugement devait s'expliquer sur le point de savoir si, comme le prétendait le Dr R., l'ouvrier Le B. n'avait pas été empêché par une autre affection de se rendre à la consultation médicale ; qu'en omettant de le faire, le jugement attaqué n'a pas légalement justifié sa décision ;

Par ces motifs ;

Casse et annule, mais seulement en ce qui concerne le prix de la visite médicale, le jugement... et renvoie...

Commentaires.

L'article premier du tarif ministériel du 8 juillet 1920, dit tarif Breton, est ainsi conçu : « le prix de la visite, faite au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation, *sans inconvénient pour sa santé*.... »

La compagnie d'assurances soutenait, dans le procès ci-dessus, que l'obstacle au déplacement de l'ouvrier devait avoir une relation directe avec l'accident et être une dépendance de celui-ci.

Le médecin prétendait au contraire que, du moment où, pour une raison de santé quelconque, le malade ne peut pas venir à son cabinet, le déplacement du praticien doit lui être compté.

En l'espèce, il s'agissait d'un ouvrier qui avait un pied bot et ne pouvait que difficilement se déplacer de plusieurs kilomètres, pour se rendre chez le docteur de son choix.

La Cour de cassation applique *stricto sensu* les termes de l'arrêté ministériel et décide que quelle que soit la cause, qui, susceptible de compromettre la santé du blessé, l'empêche de se rendre chez le médecin, le déplacement de ce dernier doit lui être payé.

Il va de soi que l'assurance, ou le chef d'entreprise responsable, a toujours le droit d'user de la faculté de contrôle, accordée par le 5e paragra-

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, au prix de 15 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement, le prix sera porté à 18 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926 (1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.*
- *Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1925

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

phe de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 : le médecin contrôleur, défendant les intérêts du patron, aura à vérifier si vraiment le blessé ne peut pas se déplacer, sans inconvénient pour sa santé.

Cet arrêt de cassation a été obtenu avec l'aide du « Sou Médical ».

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *mai.*

Agrégation de médecine.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen (Session de janvier 1925).

4e Division. — *Chirurgie et obstétrique.*

Section A. — *Chirurgie* : MM. Quénu et Richard (Paris), Michon et Richer (Lyon) et Roux (Montpellier).

Section B. — *Obstétrique* : MM. Portes (Paris), Houël (Alger), Gaucherand (Lyon) et Vermelin (Nancy).

Les résultats de la 3e Division (médecine) seront publiés ultérieurement.

7 *mai*

Médecine publique.

Par décret du 28 avril 1925, les honoraires du médecin de l'Ecole Nationale d'arts et métiers de Paris sont portés de 1.200 à 2.000 fr. par an à compter du 1er janvier 1925.

Ecoles d'infirmières.

Par arrêté en date du 4 avril 1925, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, a approuvé, conformément aux dispositions du décret du 27 juin 1922, et notamment son article 4, et les délibérations du conseil de perfectionnement en date des 29 septembre, 13 octobre, 27 octobre, 10 novembre, 6 décembre 1924, 12 janvier et 9 mars 1925, les *règlements des écoles d'infirmières hospitalières* ci-après désignées et dont le texte est annexé au dit arrêté :

1° Ecole régionale des hospices civils de Rennes, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières hospitalières ;

2° Ecole d'infirmières hospitalières du comité de Saint-Brieuc de la société de secours aux blessés militaires, à Saint-Brieuc, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières

hospitalières et à titre provisoire jusqu'à ce que les deux années de fonctionnement requises se soient écoulées ;

3° Ecole d'infirmières hospitalières des hospices civils et du comité de l'association des Dames françaises à Saint-Germain-en-Laye, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières hospitalières et à titre provisoire jusqu'à ce que les deux années de fonctionnement requises se soient écoulées ;

4° Ecole d'infirmières hospitalières Ambroise-Paré, 1, avenue Emile-Zola, à Lille, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les infirmières hospitalières ;

5° Ecole d'infirmiers hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, sous réserve que cette école se conformera au programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmiers hospitaliers et à titre provisoire jusqu'à ce que les deux années de fonctionnement requises se soient écoulées ;

6° Ecole d'infirmières hospitalières du comité de la société de secours aux blessés militaires à la Rochelle, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières hospitalières ;

7° Ecole d'infirmières hospitalières du comité de la société de secours aux blessés militaires à Nîmes, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières hospitalières.

Art. 2. — Sont approuvés les règlements, des écoles d'infirmières visiteuses ci-après désignées et dont le texte est annexé au présent arrêté :

8° Ecole Florence-Nightingale, rue Cassignol à Bordeaux, section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, sans réserve : section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose ;

9° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance des comités de l'association des Dames françaises et de la société de secours aux blessés militaires réunis à Bordeaux, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance ;

10° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose à Rennes, sous réserve d'application stricte du programme actuellement en vigueur pour les études d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose.

Hygiène publique.

Par décret du 15 *avril* 1925, ont été attribués au Ministère du Travail et de l'Hygiène, par

prélèvement sur le *produit net de la taxe des cercles de jeux*, les crédits suivants :

Subventions pour création, aménagement, agrandissement de *centres régionaux antituberculeux* 400.000

Aménagement, agrandissement ou réfection de *sanatoriums publics* et dépenses d'entretien.................. 40.000

Subventions pour création, aménagement ou agrandissement des *dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse*.................. 475.000

Subventions pour création, aménagement ou agrandissement de *préventoriums antituberculeux*.............433.476,19

Prophylaxie des maladies vénériennes............................ 15.000

13 *mai*

Pharmacie.

Arrêté du 2 *mai* 1925 *du ministre de l'Instruction publique, portant additions et modifications au Codex pharmaceutique.*

Ces additions et modifications seront publiées en partie dans un prochain numéro.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Taxe des rapports d'expertises accidents du travail

3848. — M. Grinda, député, demande à M. Ministre du Travail si le président d'un tribunal civil est en droit de taxer d'office les rapports d'expertises d'accidents du travail, sans que cette taxation ait été requise par les parties, et même dans le cas où les honoraires des experts ont déjà été payés par la partie qui a été condamnée aux dépens. (*Question du* 31 *mars* 1925.)

Réponse. — Les frais d'expertise, en matière d'accidents du travail étant, dans tous les cas et quel que soit le sort du procès et des dépens, avancés par le Trésor, doivent être taxés sur mémoires établis par les parties prenantes par le président du tribunal qui, conformément au décret du 27 décembre 1920, doit tenir compte de l'importance des opérations et du travail fourni.

(*J. O.*, 29 avril 1925.)

Note. — Si la réponse du Ministre à la question que, pour renseigner un de nos correspondants, nous lui avons fait poser, est conforme aux principes, s'il est exact que les frais, en matière d'assistance judiciaire, doivent être taxés

sur mémoires établis par les parties prenantes par le Président du Tribunal, il est inexact, en fait, qu'il en soit toujours ainsi et lorsque la partie, qui n'a pas l'assistance judiciaire, condamnée aux dépens, paye sans attendre la taxe, comme il arrive souvent, notamment en matière d'accidents du travail, où c'est le patron qui est la plupart du temps condamné aux dépens et l'assurance qui paye pour éviter les frais, la taxation par le Président ne semble pas strictement obligatoire et dans beaucoup de tribunaux, le Président ne manifeste pas un zèle aussi grand que celui dont se plaignait notre abonné.

Dispenses en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.

3424. — M. Mallarmé, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique si une personne née en Italie, diplômée du brevet élémentaire et de celui de sage-femme de 1re classe délivrés dans son pays, mariée à un Français et devenue, par suite, Française, peut, après avoir fait un stage de deux années dans un hôpital français, après avoir obtenu un certificat d'aptitude à l'emploi de sage-femme de 2e classe, être classée au rang des sages-femmes de 1re classe. (*Question du* 10 *mars* 1925.)

Réponse. — Les sages-femmes reçues à l'étranger peuvent obtenir, après avis de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public, dispense partielle ou totale de la scolarité en vue du diplôme de sage-femme institué par la loi du 5 août 1916. Ce diplôme permet, comme l'ancien diplôme de 1re classe, d'exercer sur tout le territoire français. (*J.O.*, 4 *avril* 1925.)

Les prestations sont dues pour toutes les automobiles possédées par un médecin.

3786. — M. René Lafarge, député, demande à M. le Ministre des finances, si les médecins ou vétérinaires, possesseurs de deux automobiles pour les besoins de leur clientèle, qui n'ont pas d'aide ou de chauffeur à leur disposition, par conséquent dont les deux voitures ne peuvent circuler en même temps, sont astreints à la taxe des prestations en nature pour leurs deux voitures. (*Question du* 27 *mars* 1925.)

Réponse. — Conformément à l'article 7 de la loi du 10 juillet 1901, chaque contribuable est passible de la taxe des prestations à raison des voitures automobiles qu'il possède, sous la seule condition qu'elles soient en état de fonctionner, aucune disposition n'ayant par ailleurs prévu d'exception à cette règle lorsque les diverses voitures du contribuable ne sont pas utilisée simultanément. (*J. O.*, 3 mai 1925.)

Quarante-septième année | N° 22 | 31 Mai 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 1322-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

—

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 227. — Confrère recherche clientèle médecine générale, banlieue immédiate de Paris.

N° 228. — A vend. faut. roulant hygién. roues caoutch. rembour. marq. Kloz, ay. coûté 900 fr., ét. neuf : 600 fr. Dr Bardou, Le Porge (Gironde).

N° 229. — A vend. Citroen 10 CV. cond. intér. 3 pl. ach. en mai 1923. Prix 11.000. Dr Toulouse, à Saint-Pierre-Eglise (Manche).

N° 230. — A céd. cause malad., vallée de la Saône, sur ligne P.L.M. exc. poste méd. avec pro-ph. facultat. Fait 50.000. Prix à déb.

N° 231. — Exc. poste de montagne, avec fixes intéres. Rég. Centre.

N° 232. — Dr Verrier, Villa Beau-Site, Le Mont-Dore (P.-de-D.) offre appartem. et chambres à louer, pour cures thermales et climatiques.

N° 233. — Conf. jeune, actif, ch. poste gros rapp., seul méd. non propharm., si possible méd. du ch. de fer, près gr. ligne.

N° 234. — Dr 54 ans, enc. vigour. mais vue fatiguée. dem. pr. novembre, ds gr. ville Midi, poste demi-rep. ou sit. paraméd., direct. ou adj. clinique méd. acc. du fr., mais. conval. etc. Dispos. cap. pour assoc.

N° 235. — Rég. Centre, loc. sur gr. ligne, seul propharm. rapp. 33.000, à bicyclette, gr. mais. agréab. Prix : 6.000. Urg. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 236. — Paris, quartier aristocr. méd. génér. rapp. 30.000. Long bail, appart. 6 p. Prix à débat. Très press. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

FAITS CLINIQUES

Corps étrangers de l'œsophage

Veuillez me permettre, à propos de corps étranger dans l'œsophage, page 1074 du *Concours médical*, de vous en rapporter deux cas, observés pendant le cours de ma navigation et qui se sont terminés très simplement.

Le premier a trait à une femme de 38 ans, qui, pendant la nuit, avala son râtelier. Prévenu aussitôt, j'explorai, avec soin, l'œsophage, sans résultat ; seule, la douleur existait assez vive, en un point déterminé. N'ayant rien pu découvrir, j'en conclus, malgré les affirmations contraires de la malade, que le ratelier était descendu. La respiration était bonne. Je les renvoyai, en recommandant à sa fille, qui l'accompagnait, de me prévenir de suite, s'il survenait quelque chose. J'engageai la patiente à se servir d'un vase contenant de l'eau, si elle éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe et lui fis prendre une pilule d'opium pour calmer la douleur. Le reste de la nuit se passe bien, le lendemain également. Seule la douleur persistait toujours.

36 heures après l'avoir avalé, elle rendit son dentier, en allant à la selle ; je supposai que la douleur qu'elle ressentait encore venait d'une

déchirure produite par le crochet qui maintenait le dentier et qui s'était redressé, en le replaçant après nettoyage.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 43 ans, qui, en mangeant avec avidité, avala un os de viande bouillie, que je pus facilement reconnaître et toucher du bout du doigt. Ne pouvant réussir à l'accrocher, je voulus me servir du panier de Græfe, instrument dangereux et brutal. Le panier engagé, je ne pus obtenir aucun résultat et eus toutes les peines du monde à le dégager. Les menaces de suffocation devenaient inquiétantes. N'ayant pu attirer l'os placé en travers de l'œsophage, je voulus, avant de patiquer l'œsophagotomie, essayer de faire basculer, si possible, le corps étranger. Je pris la tige de Græfe et enfonçai le bout opposé au panier, en pressant, avec précaution, sur l'os. Le résultat fut immédiat, le corps étranger bascula et descendit, le soulagement fut complet la respiration redevint normale. Le malade put avaler sans difficulté de la purée de pommes de terre et de la mie de pain qu'on lui présenta.

Dr Papail.
(Rennes, Ille-et-Vilaine).

CORRESPONDANCE

1217. — Affranchissement postal des certificats d'accidents du travail.

Les certificats des blessés du travail : constatation ou guérison, doivent-ils être affranchis à 0 fr. 20 comme papiers d'affaires ou à 0 fr. 25 ?

Mon receveur dit 0.20 : celui du centre voisin dit 0.25 ? ?

Dr A.

Réponse.

Les taxes et conditions d'admission des papiers de commerce et d'affaires sont les mêmes que celles des lettres et paquets clos.

Par exception, sont admis au tarif de 20 centimes jusqu'à 20 grammes : 1° les factures, relevés de comptes ou de factures, bordereaux d'expéditions ou notes d'honoraires, expédiés sous bande, sous enveloppe ouverte ou sur carte à découvert et ne comportant pas d'indications manuscrites autres que celles afférentes à la date, au nom et à l'adresse du débiteur et du créancier, au numéro de la facture et à la date et au numéro de la commande et du bon de livraison, à la nature des marchandises, à leur qualité, à leur prix, au mode d'expédition, à la nature

PEPTO-FER

DU DR JAILLET

Tonique, Digestif et Reconstituant

contre

***ANÉMIE** digestive,*
***ANÉMIE** d'origine respiratoire,*
***ANÉMIE** consomptive,*
***ANÉMIE** par excès de travail intellectuel ou corporel,*
***ANÉMIE** des convalescents,*
***ANÉMIE** des pays chauds.*

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE, VENTE EN GROS :

DARRASSE Frères, 13, Rue Pavée, 13 -- PARIS (IVe)

Détail : **Toutes Pharmacies** R. C. Seine 43.416

N° 3 *pour* 15m³ : ***6 fr. 50***

N° 4 *pour* 20m³ : ***8 fr.***

Conditions spéciales aux médecins s'adressant directement à nous



ETABLISSEMENTS *GONIN*
60, rue Saussure
PARIS 17e

Téléphone :
Wagram : 17-23

Chèques postaux : Paris 208-12
Reg. du Com. Seine n° 160.287

LE FUMIGATOR GONIN DESINFECTE

et au montant des honoraires, à la date, au lieu et mode de paiement ; 2° les certificats de vie et les quittances concernant l'exécution de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes, expédiés sous pli ouvert.

Les certificats d'accidents du travail, n'étant pas compris dans cette émunération restrictive, sont soumis, à notre avis, au tarif des lettres, soit 25 centimes jusqu'à 20 grammes.

1210. — Incapacités de travail partielles et absolues.

Je vous prie de bien vouloir me renseigner au sujet des différentes sortes d'incapacités prévues par la loi de 1898 dans les accidents du travail.

Je croyais qu'on les divisait en : temporaire, partielle et permanente, absolue et permanente.

Une compagnie d'assurances fait une distinction dans l'incapacité temporaire en absolue et partielle. Cette dictinction est-elle fondée ; sur quelle loi ou jurisprudence se base-t-elle ? Dr F.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, il n'existe pas d'incapacité temporaire partielle. Lorsqu'un ouvrier est blessé au cours de son travail, il a droit, jusqu'à la consolidation de sa blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où il se trouve soit complètement guéri, soit définitivement atteint d'une incapacité permanente, au paiement de son demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques.

La thèse de l'assurance est donc mal fondée et ne repose sur aucune réalité juridique.

1216. — Réquisition par un maire.

Réquisionné par le maire de L. à l'effet de visiter deux enfants maltraités par leur belle-mère et d'établir un rapport à ce sujet,

1° A qui dois-je adresser la note de mes honoraires?

2° Quel est le tarif à employer pour visite et rapport ?

3° Dans quelle forme établir mon mémoire ?

Dr C.

Réponse.

Aux termes de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920, vous avez droit à un honoraire de quinze francs pour chacun des enfants examinés, y compris la rédaction du rapport. Si vous avez eu à vous déplacer au-delà de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit en outre à une indemnité de déplacement de 0.60 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

Vous devez adresser votre mémoire en deux exemplaires sur papier libre (si la somme totale

réclamée n'excède pas 50 francs ; dans le cas contraire un des deux exemplaires devrait être sur timbre) au procureur de la République près le tribunal de votre arrondissement. Ce magistrat fera viser votre mémoire par le procureur général, le fera ensuite taxer par le président du tribunal et vous serez enfin payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

1199. — Bris de dents dans un accident du travail.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire si un ouvrier qui a 4 dents brisées dans un accident peut-être pensionné par ce fait ?

Notez que le patron a fait placer les dents à son ouvrier.

Dr C.

Réponse.

D'après le guide-barème pour les pensions militaires, qu'on applique ordinairement par analogie aux accidents du travail, la perte complète ou presque complète, en haut et en bas, des dents et de leurs alvéoles, la prothèse n'étant pas supportée, occasionne une invalidité de 10 à 30 %. En cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle constatée, l'invalidité est réduite de 0 à 10 %.

Il résulte des taux ainsi adoptés pour la perte totale des dents que la perte de quatre dents ne peut donner lieu à aucune incapacité, surtout lorsque le patron a pris à sa charge le coût de l'appareil de prothèse qui remplace les dents perdues.

C'est là d'ailleurs l'avis exprimé dans les ouvrages de Sachet et d'Imbert, Oddo et Chavernac.

---

959. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre.

Je viens faire appel à votre obligeance en vous demandant un renseignement concernant la veuve d'un malade de la guerre :

a) Ce client réformé en juin 1920 avec 55 % (dont 50 pour pleurésie et 5 % pour otite moyenne suppurée).

b) Nouvelle visite en 1922 ; incapacité ramenée à 50 % pour la pleurésie, le cas de l'oreille ayant été écarté.

c) En juin 1924, 3e visite ramenant l'incapacité à 35 % pour la pleurésie.

d) Après avoir fait appel de la décision précédente, le malade qui sur ces entrefaites avait dû se faire placer un corset plâtré pour mal de Pott, a présenté

une hémoptysie en novembre 1924 et a été visité à son domicile où on a estimé son incapacité à 100 % pour tuberculose pulmonaire, affection des suites de laquelle il est décédé en mars dernier.

Il était marié depuis juin 1922.

Dans ces conditions, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire :

1° Si la veuve peut faire valoir le droit à pension ;

2° Dans l'affirmative, comment formuler cette demande et constituer le dossier ;

3° A qui et par quel intermédiaire adresser la demande.

Dr V.

Réponse.

La veuve devra adresser sa demande de pension au sous-intendant militaire, chef de la section régionale des pensions, dont elle dépend. Celui-ci lui fera connaître les pièces à fournir et se chargera de constituer son dossier.

La veuve indiquera dans sa demande que son mari est décédé des suites d'une affection contractée au service et pour laquelle il était pensionné.

A noter que, le mariage étant postérieur à la cessation du service militaire, la veuve n'a pas droit à pension de par la loi. Cependant, un arrêt du Conseil d'Etat rendu en 1924 (arrêt veuve Marioud) permettra de lui donner satisfaction puisqu'au moment du mariage l'état de santé de son mari n'était pas tel que l'on pût prévoir une issue fatale à brève échéance.

1117. — Pension d'un tuberculeux de guerre.

Un réformé pour pleurésie présentant des hémoptysies et des bacilles de Koch dans ses crachats se voit proposer un relèvement de pension de 20 à 50 %.

Est-ce qu'un décret récent ne spécifie pas que tout malade, quels que soient les signes cliniques présentés par lui, a droit au maximum de la pension 100 pour 100, s'il expectore des bacilles de Koch.

Dr B.

Réponse.

Il s'agit, en effet, de l'application du décret du 8 août 1924.

Que votre client en demande le bénéfice au médecin-chef du centre de réforme qui l'a expertisé, et le nécessaire sera fait à la suite d'une nouvelle visite par des surexperts.

907. — Patente de médecins exerçant dans le même immeuble. Erratum.

En parcourant le numéro 19 *bis* du *Concours médical*, nous nous apercevons d'une coquille

dans notre réponse à la demande n° 907. Patente de médecins exerçant dans le même immeuble.

Il est écrit :

4° Valeur locative des locaux d'habitation d'usage *commercial* (salle à manger, cuisine, etc.).

C'est d'usage *commun* qu'il fallait.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1150. — Déduction du bénéfice brut des frais d'installation.

A la suite de ma déclaration sur les bénéfices professionnels, le contrôleur des contributions directes m'a demandé de lui fournir le détail de mes dépenses professionnelles. Je viens de recevoir une note de lui m'avisant que la somme de 2.500 fr. portée à titre d'intérêts de frais d'établissement ne peut être admise. Il me semble pourtant que j'ai le droit de déduire, de mes bénéfices professionnels, les intérêts d'un capital que j'ai dépensé pour pouvoir exercer précisément cette profession. Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire :

1° Si je serais dans mes droits en réclamant que cette déduction soit maintenue.

2° Quelle réponse dois-je faire au contrôleur ? Quelle est la procédure à suivre pour que nos droits soient respectés ?

Je voudrais surtout savoir si je puis déduire de mes frais professionnels les intérêts de frais d'établissement, si dans ces frais d'établissement je puis compter les réparations que j'ai dû faire subir à ma maison, l'achat de celle-ci et non seulement l'achat et les réparations des locaux servant à l'exercice de la profession, une maison me semblant indispensable pour celui qui exerce une profession.

Dr C.

Réponse.

Si vous avez déjà déduit de votre bénéfice brut (c'est-à-dire du montant de vos recettes), l'amortissement de vos frais d'installation, vous ne pouvez déduire en sus l'intérêt à 6 % du capital représentant ces frais.

Partant de ce principe que tout revenu doit supporter un impôt cédulaire, vous ne pouvez soustraire de vos revenus professionnels la fraction desdits revenus qui correspond à un intérêt non assujetti à un autre impôt cédulaire.

En tout état de cause vos frais d'établissement ne peuvent comprendre que ceux afférents à votre profession et par conséquent, uniquement le montant d'achat et de réparation des locaux professionnels et non des locaux d'habitation.

A. M.

(*Voir la suite page XLIII*-1363)

PROPOS DU JOUR

L'importance de l'anatomie dans les progrès de la médecine et de la chirurgie. Un brillant exemple : l'Ecole de Tours de Bretonneau à Le Double.

Au moment où les professeurs d'anatomie protestent contre le décret qui réduit si fâcheusement les études anatomiques, le Centenaire de Charcot est venu démontrer, et avec quelle éloquence, ce que la clinique neurologique devait à l'anatomie des centres nerveux.

Nous avons eu en même temps la bonne fortune de recevoir deux ouvrages de M. le Dr Dubreuil-Chambardel, le savant président de la Société d'anthropologie de Paris, chef des travaux à l'Institut anatomique de l'école de médecine de Tours, un sur les *Variations du Rachis*, l'autre sur les *Variations des artères du pelvis et du membre inférieur*. Nous ferons plus tard le compte rendu de ces recherches patientes, utiles et très intéressantes tant au point de vue pratique qu'au point de vue philosophique, ce qui nous retiendra aujourd'hui c'est le début du mémoire de M. Dubreuil-Chambardel sur les Variations du rachis, où l'anatomiste tourangeau trace en quelques pages un brillant tableau de la tradition anatomique à l'Ecole de médecine de Tours au XIXe siècle, tableau qui donne une suite de beaux exemples de l'influence des études anatomiques sur les progrès de la médecine

M. Dubreuil-Chambardel fait remonter à Bretonneau l'origine de la tradition anatomique qui a fait la réputation de l'Ecole de médecine de Tours comme centre d'enseignement. Ce fut au début du XIXe siècle que Bretonneau, entouré d'élèves qui devaient s'illustrer à leur tour et qui s'appelaient Velpeau, Baillarger, Trousseau, Gouraud, Moreau, faisait ses célèbres découvertes sur la diphtérie et la dothiénentérie et prouvait la spécificité des maladies infectieuses. Or Bretonneau n'arriva à établir le bien fondé de ses recherches qu'en passant autant de temps dans la salle de dissection et d'autopsie que dans son service clinique de l'hôpital général de Tours. Pour s'éclairer sur les lésions de la fièvre typhoïde, Bretonneau examina sur trois cents cadavres le système lymphoïde normal de l'intestin et ce fut, après une longue série d'études anatomiques sur les premières voies aériennes, qu'il établit avec précision le procédé opératoire de la trachéotomie. Bretonneau poussa encore plus loin les recherches anatomiques, il les poursuivit chez les animaux.

Trousseau et Gouraud n'oublièrent pas les leçons de leur maître. Leurs connaissances cliniques s'appuyèrent toujours sur de patientes et minutieuses autopsies.

Velpeau, tout en étant un grand chirurgien, fut un grand anatomiste. On sait l'influence qu'eurent sur les progrès de la chirurgie moderne ses Traités d'anatomie chirurgicale. Ce fut à Tours qu'il prit goût à l'anatomie. Baillarger commença aussi à Tours, sous la direction de Bretonneau, ses études sur le cerveau. Mais ces gloires de la médecine et de la chirurgie s'épanouirent à Paris. Il ne faut pas croire qu'il ne resta pas à Tours d'anatomistes de valeur pour entretenir la tradition.

Parmi les élèves de Bretonneau un des plus distingués, bien que très modeste, enseigna l'anatomie à Tours vers le milieu du XIXe siècle, c'était Saturnin Thomas qui publia en 1865 un remarquable traité d'ostéologie, plein d'aperçus nouveaux et de constatations intéressantes.

Alors qu'à la Faculté de médecine de Paris, Cruveilhier, puis Sappey s'acharnaient à enseigner une anatomie sèche et aride qui devenait pour les étudiants une consommation scientifique singulièrement indigeste, Saturnin Thomas, dans son amphithéâtre exigu de Tours, s'efforçait de rendre par l'anatomie comparée l'enseignement de l'anatomie descriptive vivant et passionnant. Il recherchait la signification d'organes mal étudiés jusqu'alors, l'appareil hyoïde par exemple et allait jusqu'à soulever une foule de problèmes, à bases anatomiques sur la nature et l'origine de l'homme. Il donna le goût de l'anatomie à ses élèves et parmi eux à Vidal, à Labbé, à Lorrain qui devinrent à Paris des célébrités scientifiques.

Son successeur, Giraudet, homme d'une grande culture générale, s'appliqua à convaincre les étudiants qu'on ne peut faire de bonne clinique sans une sérieuse connaissance de l'anatomie.

Mais les deux élèves de Saturnin Thomas, pour lesquels M. Dubreuil-Chambardel conserve

une toute particulière admiration, furent Renaut et Félix Anatole Le Double.

J. Renaut devint le grand histologiste de la Faculté de Lyon, mais il ne cessa de proclamer que ce fut auprès de ses maîtres de Tours qu'il sut acquérir le goût et la méthode des études biologiques auxquelles il devait faire faire de si grands progrès.

Félix-Anatole Le Double resta à Tours où pendant un demi-siècle, jusqu'en 1913, époque de sa mort, il enseigna l'anatomie.

Le Double, par un labeur acharné, avec une persévérance admirable, passa sa vie à étudier les variations des organes dans l'anatomie humaine : Muscles, rachis, os du crâne et de la face, peau, organes génitaux furent l'objet de recherches publiées en de gros volumes. Il y démontra que l'homme est en évolution constante, qu'il cherche à s'adapter au milieu où il vit et que les variations anatomiques qu'on se plaisait à qualifier des jeux de la nature, *lusi naturæ*, sont les témoins de cette évolution et marquent les stades de cette adaptation. Certaines variations anatomiques sont ataviques ou régressives et font revivre un état primitif ou antérieur de l'évolution des organes de l'homme ; d'autres variations sont progressives et devancent l'évolution normale.

Ces variations se constatent dans les races humaines : par exemple, l'Arabe nomade de l'Afrique du Nord, grand marcheur, a le calcanéum allongé, les muscles de la jambe étirés en de longs tendons, les artères nourricières se divisent en de multiples branches, tandis que le paysan tourangeau dont l'existence est plus stable et qui travaille sur place pour cultiver le blé ou la vigne, a les muscles de la jambe moins dissociés, les tendons plus courts, les os plus épais, le calcanéum moins long, les artères plus tardivement divisées en collatérales moins nombreuses. Le Double a donc bien établi que la variation est un facteur de l'adaptation. Mais le savant anatomiste a en outre défini une loi que M. Dubreuil-Chambardel qualifie avec raison « une des grandes acquisitions de la science médicale moderne ».

Cette loi que tous les chirurgiens et les médecins admettent, mais dont on a, d'abord systématiquement par orgueil, puis par ignorance, oublié l'auteur, modeste professeur d'une école préparatoire de province, cette *loi de Le Double* peut se définir ainsi :

« La variation qui s'écarte du type normal de façon insolite est une cause de faiblesse pour l'homme qui en est atteint. La variation est un lieu de moindre résistance, un point faible et pour l'organe lui-même présentant cette disposition et pour les organes voisins. »

Et Le Double, ce petit anatomiste de Tours que l'on dédaigne de citer, a montré combien l'ectopie testiculaire prédisposait l'organe, anormalement situé, au cancer, à la tuberculose, à tous les processus infectieux. Il a fait la même constatation pour l'ectopie rénale, les anomalies mammaires, les lobes thyroïdiens accessoires, le diverticule de Meckel. Il a insisté sur les accidents pathologiques auxquels sont prédisposés les utérus doubles, les uretères bifides, les vestiges d'arcs viscéraux, les dents supplémentaires ou hétérotopiques.

On s'est moqué d'abord de ce maniaque de cet « Homme de variations », puis peu à peu la vérité s'est imposée et, partout en médecine, en chirurgie, en neurologie, en pédiatrie, en orthopédie, l'on dût admettre l'importance que la Loi de Le Double avait dans l'explication de maints problèmes pathologiques.

Le Double, esprit très cultivé, se reposait de ses dissections en expliquant à la lumière de l'anatomie, des passages en apparence obscurs de Rabelais, de Descartes, de Bossuet. Nous nous souvenons de l'intérêt que nous prîmes à feuilleter les pages où il montrait avec quelle justesse l'auteur de Pantagruel avait comparé les divers organes du corps humain à des ustensiles d'un usage courant et le dessin de l'organe mis à côté de celui de l'ustensile ne permettait pas de douter des connaissances anatomiques précises de Rabelais.

Le Double a donc par ses études sur les variations des organes, études d'apparence abstraites, paraissant de simples spéculations de laboratoire, démontré que l'homme vivant à des époques diverses et dans des milieux différents devait adapter ses organes à ces milieux et aux conditions de son existence.

Puis, unissant l'anatomie à la médecine générale, le maître de Tours expliquait par les variations la pathogénie de nombreuses affections et permettait ainsi d'arriver plus sûrement à les prévenir et à les guérir.

M. Dubreuil-Chambardel termine son panégyrique de l'Ecole anatomique tourangelle par cette citation du professeur J. Renant :

« En effet, si l'on a pu dire avec grande raison, que l'école de Tours fut dans la première moitié du siècle dernier, avec Bretonneau et ses grands disciples, l'école de la clinique par excellence,

il ne faudrait pas croire que l'anatomie y fut pour rien. Si l'« esprit anatomique » n'y eût pas soufflé, Bretonneau n'eût pas eu l'idée de rechercher par cette voie la lésion qui caractérise et pour jamais dégagea du chaos des fièvres, la dothiénentérie. Il n'eût pas su règler presque parfaitement son admirable opération de la trachéotomie. Peut-être bien aussi, son pupille Velpeau n'aurait pas eu l'idée de l'anatomie topographique, alors que d'agrégé en *médecine* qu'il était d'abord, il entendit devenir chirurgien. De fait, à l'école de Tours, les maîtres qui se sont succédé jusques et y compris ceux dont j'ai été moi-même l'élève, n'ont jamais consenti à séparer l'anatomie de la médecine générale. Ils m'ont fait penser comme eux et Le Double aussi. »

Nous sommes heureux de constater que la tradition anatomique de l'école tourangelle, tradition qui consiste à utiliser les recherches anatomiques, pour le progrès de la médecine et de la chirurgie est loin d'être perdue, puisque le Dr Dubreuil-Chambardel à son tour, a saisi le flambeau des mains de son maître Le Double.

***

Aussi avons-nous lu avec une singulière satisfaction ces pages sur l'histoire de l'école de médecine de Tours qui nous apporte à point l'expérience d'un siècle de travaux et d'illustrations comme argument irréfutable de la nécessité d'études anatomiques sérieuses pour la formation de chirurgiens et de médecins de valeur.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE

Par Paul DALCHÉ,

Médecin des Hôpitaux.

Messieurs (1),

Arrivés en ce point de l'étude, peut-être un peu trop longue, *des Maladies de l'Ovulation*, après les considérations si diverses que nous avons envisagées, nous ne pouvons manquer d'être saisis d'incertitude et même de doute, lorsqu'il s'agit du traitement de l'aménorrhée.

***

Devons-nous traiter l'aménorrhée ?
Quelles malades devons-nous traiter ?
Comment les traiter ?

***

Chacune de ces questions nous laisse pleins d'hésitations.

Avons-nous d'abord toujours intérêt à rappeler les règles ? Pourquoi et dans quelles conditions ?

Puis, derrière la fonction menstruelle se trouvent d'autres fonctions ovariennes, et nous ne sommes jamais certains d'exciter et de forcer cette fonction menstruelle isolément, sans toucher plus ou moins à d'autres fonctions, de tout premier ordre, au risque de les troubler et de leur être nuisibles.

Dans quels cas devons-nous exciter cette fonction menstruelle isolément, dans quels cas devons-nous exciter toutes les fonctions ovariennes et *comment le faire* à leur bénéfice exclusif et sans leur causer le moindre dommage ?

Malgré une bien longue expérience, et sans doute à cause d'elle, je n'ose plus maintenant formuler une réponse.

Considérons les *maladies de l'ovulation*.

Sommes-nous sûrs qu'en excitant une ovulation paresseuse au moyen de procédés divers, certains d'entre eux tout au moins ne la troublent pas au point de la rendre défectueuse, et que ce travail artificiel ne prenne pas les caractères d'une maladie de l'ovulation ? Ainsi forcée, cette ovulation ne parvient-elle pas quelquefois à son terme, dénaturée et avec des propriétés anorma-

(1) Leçon extraite d'un livre en préparation : *Maladies de l'Ovulation*, chez Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

les ? Dans quelles conditions cet ovisac, qui ne voulait pas partir, a-t-il accompli son évolution sous des influences peut-être trop pressantes, d'une manière impondérée, et *quel ovule va-t-il élaborer* ?

L'ovaire ne pouvant pas commencer l'ovulation, nous lui avons apporté une excitation factice, mais nous ignorons si elle est suffisante pour remédier complètement à sa faiblesse et si la mise en œuvre de la fonction va être suivie d'une marche naturelle ou incomplète.

D'autre part, n'avons-nous pas mis en activité un ovule défectueux ou anormal qui était arrêté dans son évolution ?

N'avons-nous pas créé une maladie de l'ovulation ?

Laissez-moi vous rappeler les considérations que j'ai exposées dans la première de ces leçons sur les rayons X et les emménagogues.

Les rayons X, *à hautes doses*, arrêtent la menstruation et ils détruisent le plus grand nombre des ovisacs ; quelques-uns survivent et si leurs ovules sont fécondés, cette fécondation évolue d'une manière anormale.

A faibles doses, les rayons X excitent la menstruation ; ils n'en ont pas moins touché les ovisacs, et alors dans quelles conditions se feront les fécondations de leurs ovules ? Les expériences et les observations cliniques ne sont pas encore suffisantes pour m'apporter toute tranquillité.

D'autres expériences nous ont montré des chiennes de chasse, dont les feux avaient été provoqués par le gynocrinol, donner naissance à de petits chiens tout à fait dégénérés. Ces résultats ne sont sans doute pas propres au seul gynocrinol, ils risquent d'appartenir à tous les *emménagogues*.

Un ovule, qui, sans doute était déjà de qualité inférieure puisqu'il ne pouvait pas aboutir, et de *plus ainsi forcé dans son évolution*, s'il est fécondé, donnera-t-il un produit normal et dans de *bonnes conditions* ? C'est peu probable, cette hypo-activité a beau être excitée, je crains fort qu'elle ne le soit pas au point de devenir complètement naturelle.

Nous trouvons déjà quelques indications de réserve dans l'emploi, indifférent trop souvent, des *emménagogues*.

***

Je suis souvent consulté par des femmes qui s'inquiètent de ne pas avoir leurs règles et leur insistance est grande pour qu'une médication emménagogue soit instituée.

Je leur demande alors quels sont les malaises qu'elles éprouvent et souvent aussi elles me répondent qu'elles ne ressentent rien de particulier, mais, qu'à leur avis, cette suppression menstruelle ne peut être que périlleuse. C'est la crainte de devenir malades, plutôt que la certitude de l'être, qui les pousse à réclamer un traitement. D'autres sont chagrines de l'infécondité qui accompagne l'aménorrhée, et qu'elles lui attribuent, à tort bien fréquemment. Beaucoup sont peinées de la sorte d'infériorité qu'elles éprouvent à ne pas être comme les autres femmes, et qu'elles ne trouvent pas naturelle.

Mais pour les premières, supposons une aménorrhée de tuberculeuse, de dyspeptique, etc., relevant d'un *état général grave* ; bien évidemment, nous n'avons aucun intérêt à provoquer la venue des règles.

Le problème est loin de rester toujours aussi simple. Supposons au contraire un cas de *débilité glandulaire*.

La malade a toujours été bien réglée, puis à la suite d'une grossesse, par exemple, l'ovaire fatigué, dont les forces sont épuisées, ne peut plus faire face aux exigences de son travail accoutumé, les règles se sont suspendues. La femme ne signale aucun accident, il n'existe pas une ébauche de molimen. Si elle n'a pas ses règles, c'est que son ovaire est trop faible, et si nous provoquons les règles allons-nous augmenter cette faiblesse ou, au contraire, la stimulation sera-t-elle favorable ? Quand un homme fatigué par une trop longue marche ne peut plus avancer, pour le guérir vous n'allez pas lui conseiller de faire quelques kilomètres de plus.

Je viens de signaler en outre les risques de la ponte d'un ovule défectueux.

Il faudrait donc d'abord songer à *l'état général*. La médication de l'état général, si elle est utile quelquefois, demeure vaine dans d'autres cas, car cette débilité ovarienne peut résulter d'un vice congénital localisé, comparable à un bec-de-lièvre ou à un pied bot d'origine congénitale.

La malade n'est pas seulement une *aménorrhéique*, elle est atteinte d'une *insuffisance ovarienne* prise dans son sens le plus large, et son traitement, très surveillé, discret, progressif, aura surtout pour base l'*opothérapie*. Elle sera homo-stimulatrice ou combinée, à doses moyennes, longtemps prolongée avant d'arriver à des procédés plus violents.

Il n'importe, s'il n'y avait pas la question de l'infécondité que nous devons combattre, pour une femme qui se porte bien et n'éprouve aucun dommage de la suppression des règles, nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si elle a toujours intérêt à tenter des médications, incertaines dans leurs résultats, et qui peuvent être critiques.

Il n'en est pas de même lorsque l'aménorrhée résulte d'une *inhibition*. Il est rare du reste, que la malade ne nous accuse pas des symptômes qui lui sont pénibles.

Prenons pour exemple une *aménorrhée accidentelle*. Sous l'influence d'un choc émotionnel,

d'un traumatisme, etc., les règles se sont brusquement suspendues au moment où elles allaient paraître ou pendant leur écoulement. Tout de suite, il s'est manifesté des signes de congestion utérine, des douleurs pelviennes, etc. Nous nous efforçons de les calmer, de rappeler le flux sanguin, par des bains de siège chauds, par des tisanes chaudes (armoise), par des potions stimulantes contenant de l'acétate d'ammoniaque et de la liqueur d'Hoffmann.

Dans la période intercalaire, la patiente se plaint de bouffées de chaleur, de céphalées, des accidents que j'ai énumérés et qui s'exaspèrent à mesure qu'elle s'approche de la période des règles prochaines. Et à cette époque, comme aux époques suivantes, si la menstruation ne s'établit pas, nous sommes autorisés à instituer une médication emménagogue.

Nous le sommes aussi en face de l'aménorrhée hystérique.

Notre grande préoccupation doit être l'*état antérieur* de l'ovaire, l'étude de ses fonctions avant l'aménorrhée ; nous y trouverons des indications du traitement.

Mais, si par exemple, encore, la jeune femme n'a jamais été réglée, ou l'a été à peine et de la façon la plus misérable :

Vous vous rappelez les deux éventualités :

La première, cette jeune fille plate, maigre, n'ayant aucun des attributs de la sexualité féminine, chez laquelle votre examen ne vous a montré qu'un utérus infantile, un rudiment d'appareil utéro-ovarien. Votre médication échouera.

La seconde, au contraire, floride, ayant des bouffées de chaleur, des céphalées, des coliques périodiques, en un mot, les symptômes d'un molimen cataménial qui n'aboutit pas, mais qui cherche sa voie naturelle. Pour celle-là, vous multiplierez vos tentatives. A coup sûr, vous n'êtes pas certains du succès, mais vous avez le droit d'espérer que le retard utéro-ovarien terminera son évolution. Elle a des ovaires qui fonctionnent et tout dépend en grande partie du plus ou moins de développeement de la matrice.

Comment traiter nos malades ?

Certaines médications ont avantage à être poursuivies d'une manière indiscontinue pendant toute la durée du mois ; pour d'autres, au contraire, il est préférable d'instituer leurs effets d'une manière périodique à l'époque correspondant à la venue des règles pour peu qu'elles soient ébauchées, ou de façon à provoquer une sorte de molimen périodique lorsqu'il n'existe pas.

Les premières, continues, sont celles qui s'adressent à l'état général et, en même temps, à la débilité glandulaire ovarienne. Ce sera, par exemple, l'opothérapie combinée, ovaro-thyroïdienne, ovaro-hypophysaire, qui s'efforce de compléter un développement en retard, les pratiques hydrothérapiques, l'action excitante des rayons X à faible dose, la gymnastique raisonnée, les séjours dans une ville d'eaux, etc., etc.

Les secondes, au contraire, qui seront instituées d'une manière périodique, chaque mois, sont celles qui ont une action plus nettement fluxionnaire, qui agissent sur la circulation utéro-ovarienne de façon à amener une congestion préliminaire des règles. Mais nous n'avons pas intérêt à maintenir l'appareil utéro-ovarien en congestion permanente, il suffit qu'il le soit une fois par mois.

Gubler disait que, dans le traitement de l'aménorrhée, un des principaux buts que nous devons nous proposer consiste à amener « une congestion de l'appareil génital éminemment propre à favoriser l'ovulation. »

Cette congestion favorise-t-elle l'ovulation, c'est probable, mais je n'en suis pas absolument certain ; je sais, au contraire, que certaines congestions empêchent l'ovulation, et j'ai tout lieu de croire aussi que d'autres fluxions sont la conséquence de l'ovulation beaucoup plus que sa cause.

L'ovulation produite dans ces conditions de congestion forcée et artificielle reste-t-elle normale ou défectueuse, je l'ignore encore plus.

Ce que je désirerais, c'est un *stimulant ovarique*. « Existe-t-il, dit Bossoreil, des stimulants ovariques proprement dits ?..... C'est infiniment probable et beaucoup de prétendus médicaments emménagogues ne provoquent l'écoulement du flux menstruel que par une stimulation préalable de l'ovaire. »

Jusqu'au jour où je connaîtrai ce stimulant ovarique proprement dit, je m'efforcerai d'agir sur certaines fonctions par l'opothérapie par exemple, sur d'autres par des médicaments fluxionnaires, sur l'état général par un traitement approprié, et de combiner tous ces soins dans une *médication* emménagogue. Mais c'est œuvre de tâtonnement et d'expérience clinique en face de chaque malade.

Quoi qu'il en soit, ces secondes médications fluxionnaires *périodiques* sont le complément des premières *continues*. Et, selon les cas, nous pouvons les associer ou les faire se succéder.

Ces médications, dont les propriétés fluxionnaires souvent ne sont pas les seules et dépendent souvent aussi de la façon dont elles sont prescrites, seront d'abord les médicaments emménagogues, la rue, la sabine, l'armoise, etc., que je vais vous énumérer tout à l'heure ; certaines opothérapies, ovariennes, à lipoïdes, à lutéamine ; certaines pratiques hydrothérapiques, etc.

Je me borne ici à vous exposer la méthode pour entrer tout à l'heure dans plus de détails à propos de chaque intervention.

Contre l'*aménorrhée,* je voudrais m'efforcer en un mot de combattre la débilité glandulaire, et tout en soutenant les fonctions ovariennes en général, d'en solliciter une d'une manière plus particulière une fois par mois, lorsque je le crois indiqué, *la menstruation.* Mais je me rappelle aussi que le traitement de l'aménorrhée n'est pas le traitement de toutes les dysovaries, et, en particulier n'est pas celui de toutes les maladies de l'ovulation.

***

Car nous devons considérer (1) :

des **médicaments**
et des **médications emménagogues.**

Pour Dujardin-Beaumetz « l'on comprend facilement qu'il ne puisse exister des médicaments, mais seulement des médications emménagogues ». Les médicaments emménagogues n'agiraient donc qu'à la façon des stimulants généraux.

Je ne partage pas cette opinion, et retournant la phrase de Beaumetz, je dirais plutôt « il est des médicaments emménagogues d'autant plus efficaces qu'ils font partie d'une médication emménagogue. »

Par exemple, le lipoïde homo-stimulant de l'ovaire, isolé par Iscovesco et Naphilyan, provoque sur les femelles de lapin jeunes « l'augmentation de volume de l'ovaire et de l'utérus, en même temps qu'une congestion intense du réseau vasculaire de ces organes ». Le même lipoïde injecté à des chiennes de chasse stimule leurs feux (Barbadault) mais, il est vrai, semble troubler leur ovulation.

Il ne s'agit pas là d'une action sur l'économie générale, elle paraît bien localisée aux organes génitaux. La *rue*, la *sabine*,produisent la congestion des trompes et des ovaires sans inflammation gastro-intestinale susceptible de se propager à l'utérus (Hamelin, Siredey). Les vertus abortives de ces plantes, vérifiées sur des lapins (Hamelin) semblent bien démontrer aussi une action directe. Cependant leur absorption à doses trop élevées irritent le tube digestif et provoquent des phénomènes nerveux convulsifs, etc.

Faut-il croire, comme l'avance Bossoreil, qu'il n'existe pas jusqu'à présent de médicaments possédant une électivité particulière sur les vaisseaux utérins ? « les emménagogues n'agissent comme congestionnants de l'utérus que parce qu'ils déterminent en même temps une vaso-dilatation soit active, soit passive, sur tous les organes du petit bassin. »

(1) Albert Robin et Paul Dalché. — *Traitement Médical des Maladies des Femmes* Cinquième édition, page 219.

Il me paraîtrait beaucoup plus juste de dire, « certains emménagogues n'agissent qu'ainsi », mais d'autres, comme le *lipoïde* cité plus haut, par exemple, n'interviennent que sur le système utéro-ovarien.

La conclusion que je tirerais, c'est que si nous ne connaissons pas d'une façon certaine le *stimulant ovarique proprement dit,* il ne faut pas le nier : plus tard d'autres le trouveront.

Ce n'est du reste pas le seul point en médecine sur lequel nous devons confesser notre ignorance sans avoir le droit de nous avancer en affirmations ou en négations trop prématurées.

D'autres considérations doivent aussi être remarquées.

La question de *doses* est tout à fait capitale. C'est ainsi par exemple que l'*ergot de seigle,* vaso-constricteur et anti-métrorrhagique à *doses élevées,* est, au contraire stimulant, fluxionnaire et considéré comme emménagogue *à faibles doses.* De Beau ordonnait la *rue* et la *sabine* comme anti-métrorragiques.

Cela n'a rien qui puisse nous surprendre. Ne voyons-nous pas aujourd'hui les rayons X, possédant sur l'ovaire une influence neutralisante indiscutable à *hautes doses,* recommandés à *faibles doses* radio-actives, comme excitants pour obtenir la stimulation des glandes à sécrétion interne lorsque celles-ci sont insuffisantes.

Le bicarbonate de soude n'est-il pas un saturant de l'estomac à hautes doses, et un excitant des fonctions de la muqueuse gastrique à faibles doses ?

Qu'ils neutralisent ou excitent l'ovaire, c'est par action directe sur l'organe qu'interviennent les rayons X.

De même l'*ergotine.* Lorsqu'elle arrête une hémoptysie, c'est bien par action directe sur le poumon. Lorsqu'elle arrête une métrorragie, c'est bien par action directe sur l'appareil utéro-ovarien.

Pourquoi lui refuser cette action directe lors qu'elle devient excitante ?

De même pour la *rue* et la *sabine.*

De ce qu'un médicament n'agit pas que sur l'utérus, mais sur d'autres organes, il ne faut pas conclure qu'il n'agit sur l'utérus que par l'intermédiaire d'autres organes. Car alors la proposition inverse pourrait aussi bien être défendue.

Il est des médicaments qui agissent sur l'utérus, nous les connaissons mal, ou peu, c'est possible.

Et suivant les doses employées, fortes ou faibles, ils sont neutralisants ou, au contraire, excitants.

Cette loi de thérapeutique physiologique ne s'applique pas au seul appareil génital.

En ce qui concerne l'ergotine, par exemple,

son action quand elle est trop faible pour arriver à une vive contraction des vaisseaux et des fibres musculaires du système utéro-ovarien se borne quelquefois à les exciter légèrement. Et, dans les deux cas, le résultat est tout à fait différent.

***

Des idées nouvelles méritent d'être signalées (Pierra et Jouve).

Nous connaissions l'amélioration des symptômes chlorotiques par le mariage, ou simplement par des médications orchitiques. Diverses expériences ont conduit à considérer « que l'élément mâle provenant des cellules séminifères exerce sur l'organisme de la femme une action dynamogénique et équilibrante..... La sécrétion interne de l'ovaire n'est point suffisante à elle seule, pour assurer à la femme son plein équilibre organique ; elle a besoin pour le réaliser entièrement d'une autre substance provenant du sexe opposé, qui lui apporte un *complément* utile et même nécessaire. » (Pierra et Jouve (1). Cet extrait complémentaire est indiqué dans les pubertés tardives, les oligoménorrhées, les aménorrhées même, les troubles ménopausiques, etc.

***

Je ne veux pas entreprendre ici la description de chaque emménagogue en particulier et la matière médicale ; je l'ai déjà fait dans un autre travail.

Restons dans la *Clinique Thérapeutique*, et efforçons-nous de procéder avec ordre, en suivant la femme dès la puberté.

1° Le premier exemple qui se présente à nous est celui de la jeune fille, possédant les caractères extérieurs de la sexualité féminine, plus ou moins accentués, mais les possédant, et qui n'est pas réglée, ou l'est dans des conditions tout à fait misérables.

Nous avons le droit de soupçonner un *retard* dans l'évolution de l'appareil génital, et si l'examen nous a été permis, nous avons constaté un utérus *pubescent*, petit, à col conique, à orifice singulièrement rétréci.

Nous lui donnerons tout le long du mois des préparations *opothérapiques*, qui auront pour but de hâter le développement des organes :

Extrait total ovarien : dix centigrammes.

Pour un cachet (2). Prendre trois cachets par jour, avant les repas.

(1) *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 10 novembre 1924.

(2) Si les préparations injectables sont plus actives, elles sont beaucoup moins pratiques, et les circonstances même, les rendent comme impossibles pour des soins aussi prolongés.

Ou dans une opothérapie associée ;

Extrait thyroïdien : vingt-cinq milligrammes. à midi.

Extrait ovarien : dix centigrammes, matin et soir.

ou encore :

Extrait ovarien : dix centigrammes, le matin.

Extrait thyroïdien : vingt cinq milligrammes, à midi.

Extrait total hypophysaire : dix centigrammes, le soir.

Une fois par mois, à l'époque où se manifestent des ébauches de molimen n'aboutissant pas, ou bien s'il n'en existe pas de manifestations, en m'efforçant d'appeler une époque de molimen, je tâche alors, pendant six, huit ou dix jours de provoquer une poussée fluxionnaire, soit par des *lipoïdes* congestifs, soit par des *lutéamines*.

C'est à ce moment aussi que nous pouvons avoir recours aux anciens emménagogues :

Ergot de seigle : dix centigrammes.

Extrait de gossypium herbaceum : de trois à cinq centigrammes.

F. S. A. une pilule. En prendre deux par jour.

Nous trouverons encore l'*apiol*, la *rue*, la *sabine*, l'*aloès*, le *safran*, *l'armoise*, l'*absinthe*, etc., dans des préparations et avec une posologie appropriées.

L'*hydrothérapie* est prescrite suivant la facilité que les circonstances permettent aux familles de la pratiquer.

Un moyen simple et à la portée de tout le monde est l'immersion tous les matins dans un *bain de siège froid*, pendant un temps qui varie de quinze à trente secondes, et immédiatement suivie d'une friction sèche.

Si la jeune fille névralgique, endolorie du ventre, redoute le froid, le bain de siège sera *très chaud*.

Dans une ville, où les ressources hydrothérapiques sont plus larges, nous songerons *au bain de siège à courant continu* avec flagellation par des pertuis dorsaux et latéraux et *douche périnéale*, et suivant notre appréciation froid, frais ou chaud.

La douche *lombaire*, froide et courte, la douche *hypogastrique*, froide et courte, parfois très actives, ne veulent être données que par des personnes très expérimentées.

Beni-Barde recommande un procédé dont j'apprécie la valeur : douche chaude, à percussion assez forte, sur la face dorsale des pieds, la face antérieure des jambes, et la face interne des cuisses.

Ces douches seront d'autant plus actives qu'elles seront données aux approches du molimen.

A cette époque, les applications de sinapismes à la face interne et supérieure des cuisses, et de

ventouses sèches sur les reins, le siège et le haut des cuisses ne sont pas à dédaigner.

Le *traitement kinésique* nécessite une instruction et une pratique tout à fait particulières si l'on veut employer la méthode de BRANDT et les massages dans toute leur rigueur ; mais, en suivant les conseils de STAPFER, le mouvement passif, *très doux*, de circumduction fémorale contribuera souvent à provoquer les règles.

Méfiez-vous (STAPFER) des mouvements actifs et forts capables d'amener une congestion vive, trop vive même, car elle n'aboutit pas à l'éruption du sang.

Les rayons X, à faibles doses, sont recommandés pour leurs propriétés excitantes. Leur usage comme celui de *l'électricité* et notamment de l'électricité *statique*, dont j'ai observé d'utiles résultats, exige des connaissances tout à fait spéciales.

Nous songerons encore à la *cure solaire* dont PIERRA vient de publier de bons effets dans des cas d'hypotrophie.

Il l'associe à la cure thermale, conseille, de préférence, deux heures après le bain, une insolation générale, ou tout au moins largement régionale, d'une durée lentement progressive de 10 minutes, puis 15, 20, 25 minutes, trois quarts d'heure, une heure et jusqu'à deux heures.

Enfin, suivant les cas, nous enverrons nos malades à des eaux sulfureuses comme *Saint-Sauveur* (sulfurées sodiques), *Bagnères-de-Bigorre* (sulfatées calciques) ou à des chlorurées sodiques comme *Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins-du-Jura*, ou bien encore à *Luxeuil, Royat, Bussang, Forges-les-Eaux*, etc.

Nous n'oublierons pas une bonne *hygiène*, une *alimentation* appropriée, et quelques *exercices*, qui n'arriveront pas cependant aux prouesses des sports, comme la marche, l'équitation, la bicyclette, le tennis, etc.

2° La jeune femme, au contraire, qui porte un utérus *infantile*, n'ayant pas subi le moindre travail évolutif, se manifestant au toucher par un simple petit tubercule au fond du vagin, ne tirera aucun bénéfice de ces médications emménagogues.

Mais deux éventualités peuvent se produire. Elle n'a pas d'ovaires, ou n'a que des ovaires rudimentaires, et alors elle n'éprouve aucun symptôme de molimen.

Mais si elle porte des ovaires suffisamment développés pour qu'une ovulation s'effectue de temps à autre ou même d'une façon périodique, elle peut éprouver les plus vives douleurs dysménorrhéiques, que nous combattrons comme je vous l'exposerai dans une leçon ultérieure sur la *dysménorrhée*.

Bien plus, elle est susceptible d'éprouver des céphalées, des lumbalgies, des accidents de règles déviées, que nous aurons encore à traiter.

3° Les deux états peuvent amener des interventions chirurgicales.

L'utérus pubescent, incomplètement développé, avec flexion de l'organe, rétrécissement des orifices, spasme etc., réclame souvent une dilatation avec redressement et curettage. La simple dilatation à la laminaire n'apporte pas de modifications suffisantes, en particulier sur la contracture des orifices ; l'infécondité persiste et au bout de quelques mois les douleurs recommencent.

Les autres malformations deviennent l'occasion d'accidents qui nécessitent une opération.

Je dois ici me borner à signaler cette éventualité.

4° La femme adulte, en pleine puissance génitale, qui présente une aménorrhée par fatigue exagérée de l'organe au cours d'une débilité glandulaire à la suite d'une grossesse, d'un curettage, etc., demandera les mêmes soins, mais d'une façon progressive et prudente pour éviter qu'une stimulation trop vigoureuse n'abatte complètement les fonctions ovariennes.

Je conseille volontiers dans ce cas des séries d'injections sous-cutanées de *cacodylate de soude* qui est un reconstituant et un emménagogue.

L'*extrait surrénal*, bien surveillé, rendra des services, mais il faut éviter son action vaso-constrictive et, pour cela, l'associer à la poudre d'ovaires et à la poudre de thyroïde, ou l'administrer à doses peu élevées.

L'aménorrhée *hystérique* nécessite en plus une *psychothérapie* dans laquelle la *contre-suggestion* jouera le plus grand rôle.

Les *fausses grossesses* sont un remarquable exemple des effets de la suggestion. L'ardent désir d'avoir un enfant, comme la crainte de se trouver enceinte, suffisent à supprimer les règles chez une femme à constitution émotive. Dans la plupart de ces cas que vous examinez au septième ou huitième mois, il ne vous est pas difficile d'affirmer l'impossibilité de la grossesse.

Je vous ai déjà parlé de l'aménorrhée par *choc émotionnel* et de son traitement au moment de la suspension des règles, puis à l'époque probable de leur retour.

Je tiens à ajouter l'emploi des *émissions sanguines*. Pour éviter ou atténuer les accidents congestifs qui éclatent à la suite de la suppression brusque du sang, à moins que la femme ne

soit une anémique invétérée, il m'est souvent arrivé de prescrire l'application de dix à douze sangsues sur la région hypogastrique.

Ces émissions sanguines sont un moyen *trop oublié* en gynécologie médicale.

Dans des aménorrhées persistantes et rebelles, de pareilles applications de sangsues, à la date probable de l'apparition des règles qui se refusent à venir, constituent un appel quelquefois des plus favorables. N'hésitez pas à les prescrire si vous observez surtout une tendance à des poussées congestives qui tendent à diffuser sur tout l'organisme et n'arrivent pas à se localiser sur le bassin et les organes génitaux.

Et dans ce cas, les sangsues sont bien supérieures aux ventouses scarifiées.

Les *émissions sanguines* deviennent encore plus indiquées, dans les cas d'*aménorrhée congestive,* lorsqu'une phlegmasie utérine ou périutérine inhibe les fonctions ovariennes.

Et, de plus, dans ces *phlegmasies utérines* ou *péri-utérines, aiguës ou chroniques,* il est beaucoup de cas où il serait imprudent d'instituer une médication fluxionnaire se proposant de rappeler les règles, l'aménorrhée passe au second plan et son traitement par les emménagogues reste inutile et même dangereux.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Rétrécissements traumatiques de l'urèthre,

D'après une leçon du professeur LEGUEU (1).

Il s'agit de deux grandes résections pour urètres traumatisés. Les deux malades posent une question de chirurgie de l'urètre plutôt rare ; des indications nouvelles se présentent lorsque l'on se trouve en présence de cas de ce genre.

Voici la première observation. C'est un sujet de 17 ans qui, en 1919, à Constantinople, a été renversé par une automobile. Il fut relevé dans le coma et transporté à l'infirmerie où il urina un verre de sang pur, puis à l'hôpital, où l'on fit une tentative de sondage demeurée infructueuse. Urétrorrhagie, imperméabilité de l'urètre, cela suffit pour caractériser une grande rupture de l'urètre. Le lendemain matin, un médecin des troupes d'occupation lui fait une *cystostomie* ; il la conservera jusqu'en janvier 1920 ; à ce moment, on traite le rétrécissement traumatique qui s'est constitué par une urétrotomie externe et on lui met une sonde à demeure. Au bout de deux mois, il urine, à la fois par la verge et par une fistule périnéale. On dilate son urètre jusqu'au n° 40 ; en janvier 1921, il sort de l'hôpital.

Quand le malade se présente à la clinique de Necker, en 1924, il a une fistule périnéale avec des mictions imparfaites par la verge. On constate au niveau du périnée l'existence d'un gros rétrécissement calleux. On porte le diagnostic de rétrécissement traumatique au périnée, correspondant à une ancienne rupture de l'urètre. Il est opéré le 14 janvier. L'intervention a consisté dans une *résection* du noyau périnéal et dans l'établissement d'une *urétrostomie postérieure.*

Cette opération était particulièrement difficile, parce qu'il s'agissait d'une rupture de l'urètre par disjonction de la symphyse. Dans les cas semblables, en effet, on peut penser soit à une fracture du bassin, soit à une disjonction de la symphyse, cet enfant n'étant pas tombé à califourchon. Ce n'est pas une fracture du bassin, parce que le blessé n'a présenté aucune impotence des membres inférieurs. Ce ne pouvait donc être qu'une disjonction ; la radiographie montre en effet un écart entre les deux bords de la symphyse, qui paraît de quelques millimètres supérieur à la normale.

En pareil cas, la rupture se présente dans des conditions particulièrement désavantageuses, parce que le bout postérieur est retenu dans les aponévroses et ne peut être abouché à la peau ; on est obligé d'y mettre une sonde, que le malade garde pendant des semaines et des mois, jusqu'au moment où l'on pratique les interventions complémentaires dont il sera question plus loin

Le deuxième malade est à un stade un peu plus avancé de la même lésion.

C'est un garçon de 16 ans qui, lui, est tombé à califourchon sur une plaque de tôle, et a eu l'urètre écrasé contre la symphyse. Ce cas est beaucoup moins défavorable que le premier, parce qu'on trouve un bout postérieur en avant des aponévroses, plus ou moins mobilisable.

Aussitôt après le traumatisme, ce malade a eu une urétrorrhagie légère, une impossibilité d'uriner dans la suite ; il a été opéré d'urgence après diagnostic d'une rupture de l'urètre.

On lui met un drain périnéal et une sonde à demeure. Finalement, il sortit de l'hôpital, urinant par la verge, mais avec une très grande dysurie. C'est dans ces conditions qu'il est venu, quelque temps après, dans le service d'urologie. L'urètre était imperméable aux bougies filiformes. Il présentait un rétrécissement cicatriciel très accentué.

On lui a d'abord pratiqué une *cystostomie* de

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker.

dérivation, puis une double *urétrostomie* périnéale. Les deux bouts de l'urètre ont pu être abouchés à la peau. Quand la cystostomie fut fermée, on lui permit de quitter l'hôpital. Il devait revenir plus tôt, pour subir les autoplasties nécessaires, mais il a préféré garder son infirmité pendant quatre années.

***

Ces deux observations peuvent être rapprochées l'une de l'autre. Il s'agit des mêmes lésions, à deux stades simplement un peu différents. Chez ces deux malades, il y a eu une sclérose urétrale, pour laquelle on a fait une résection et une urétrostomie périnéale. Il reste à pratiquer une autoplastie.

Ces multiples interventions sont la conséquence d'un rétrécissement traumatique de l'urètre.

Une sclérose urétrale est aujourd'hui chose rare. Ce n'est pas que les traumatismes de l'urètre soient moins fréquents qu'autrefois, ils sont tout aussi fréquents, sinon plus ; mais, si la sclérose est infiniment plus rare qu'autrefois, c'est en raison des modifications très importantes qui se sont introduites dans la chirurgie de l'urètre. Aujourd'hui, lorsqu'un individu a eu l'urètre complètement rompu après être tombé à califourchon ou sur une chaise, ou sur un banc, sur un corps étranger quelconque, avec un gros hématome urétropérinéal, il ne peut pas uriner, il va à l'hôpital, quelquefois dans un service de chirurgie générale, et on lui fait la suture de l'urètre. Une première condition pour une bonne suture des deux bouts, c'est qu'ils soient nettement avivés et convenablement réséqués. Si l'on faisait la suture de tissus contus, on irait au devant de l'échec certain. Si l'écart est trop considérable, — par exemple au-delà de 3 cm. — pour permettre une suture, on a recours à l'urétrostomie périnéale, qu'il faut considérer comme une innovation très heureuse : cette intervention fera perdre du temps, mais donnera les meilleurs résultats, si en même temps, on y ajoute la dérivation hypogastrique qui constitue la grande amélioration apportée au traitement des ruptures traumatiques de l'urètre : de ce chef, il y a eu une diminution frappante du pourcentage des incapacités permanentes et partielles des accidentés du travail qui, en vingt ans, est tombé de 50 % à 15 % pour les traumatismes des bourses. Ceci est dû à l'emploi de la dérivation hypogastrique temporaire.

Cependant, même avec la dérivation, il y a des échecs, parce qu'il y a des cas où le périnée est trop gravement traumatisé, trop profondément contus et détérioré par l'hématome pour permettre une cicatrisation favorable ; alors, six mois à deux ans plus tard, après cette rupture traumatique de l'urètre, malgré qu'elle ait été opérée immédiatement, le problème se pose à nouveau : il faut refaire une résection et une urétrostomie. C'est ce qui a été pratiqué chez les deux malades actuels. Il y a donc des cas où la résection itérative doit être faite.

A la suite de ces interventions itératives, il y a volontiers des pertes de substance étendues qui rendent impossible la réalisation d'un abouchement du bout antérieur de l'urètre à la peau ou d'une urétrostomie du bout postérieur. On peut également recommencer les mêmes tentatives. Peu importe l'écart laissé entre les deux orifices ; l'essentiel est que les deux bouts de l'urètre, l'antérieur et le postérieur, soient chacun d'eux exactement abouchés à la peau, avec une perméabilité immédiate facile, gage nécessaire d'une perméabilité facile ultérieure. Après quelques semaines, on vérifiera l'état des deux urétrostomies, au besoin on les améliorera par une opération itérative de façon à empêcher l'existence d'un rétrécissement.

A partir de ce moment, il n'est pas nécessaire de laisser ouverte la cystostomie, qui constitue une grosse infirmité.

Entre l'urétrostomie périnéale et l'*autoplastie*, un long intervalle, de six mois au moins, est nécessaire.

En effet, à quel moment, dans quelles conditions, doit-on faire cette autoplastie ? Il faut la pratiquer quand la région périnéale ne présente plus aucun signe d'inflammation. De plus, il est indispensable que la perméabilité des deux portions de l'urètre soit facile et parfaite, qu'il n'existe aucune sclérose, aucun rétrécissement cicatriciel. On doit avec un béniqué n° 40 passer aussi facilement d'avant en arrière vers la vessie, que d'arrière en avant vers le gland. S'il faut longtemps pour atteindre cet état, on attendra le temps nécessaire.

Les conditions favorables pour l'autoplastie dépendent des conditions indiquées plus haut. Le choix de l'autoplastie dépend essentiellement de la longueur de l'espace interuréthral. Quand on a une grande perte de substance, c'est le cas d'utiliser les *autoplasties veineuses, muqueuses* et *artérielles*. L'autoplastie veineuse a, notamment, parfaitement réussi dans un cas de ce genre.

Quand il y a un très faible écart entre les deux orifices, — par exemple, d'un travers de doigt et demi, comme chez l'un des malades dont il vient d'être question, —, ce qu'il y a de plus simple, car cela n'expose à aucune des incertitudes que comporte une autoplastie ou artérielle, ou muqueuse, ou veineuse, c'est l'*autoplastie cutanée*, méthode excellente dont le professeur Guyon, à la fin de sa carrière, eut l'idée première, bien que le procédé soit connu aujourd'hui sous un autre nom.

Si la distance entre les deux orifices urétraux est trop considérable, il faut renoncer à cette intervention et ne pas être trop audacieux, car

dans un cas semblable, on a vu se développer un urétrocèle.

L'autoplastie cutanée, imaginée par Guyon, se pratique assez facilement en taillant des lambeaux suivant une technique spéciale. Le point le plus important consiste à épiler au préalable la surface épidermique qui doit constituer la paroi interne du canal. La présence de poils entraînerait en effet des concrétions calculeuses. Il ne faut donc faire cette opération que lorsqu'on a assuré l'épilation de la région périurétrostomique. L'*électropuncture* est un moyen d'épilation efficace en pareil cas.

Avec cette opération, le malade sera guéri presque en une séance. S'il reste une fistulette, on peut faire une autoplastie secondaire.

A noter qu'il est préférable de pratiquer l'autoplastie sous une cystostomie temporaire que de mettre la sonde à demeure ; toutefois, même sans cystostomie, on peut réussir, à condition de ne recourir à l'autoplastie que sur des urètres nettement perméables vers la vessie et vers le gland.

Donc, lorsque le problème posé par une rupture urétrale n'a pu être résolu immédiatement après le traumatisme, il devient très complexe. Il ne faut pas s'efforcer de suturer les bouts de l'urètre, quand ils sont contus. L'opération en deux temps, dont le premier est l'urétrostomie périnéale, est une méthode plus sûre, par conséquent elle rend le traitement, somme toute, plus rapide, puisqu'elle évite les opérations itératives multiples que nécessite une tentative de suture infructueuse ; il faut savoir y recourir quelquefois.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE).

PROPOS HYDROLOGIQUES

Les « *Propos hydrologiques* », de notre ami, le Dr R. Molinéry, viennent d'être présentés à l'Académie de médecine, à la séance du 17 mars, en les termes suivants, par M. le Pr A. Desgrez :

Lors des premières *Journées Médicales françaises* tenues, au cours de l'été dernier, à la Faculté de Médecine de Toulouse, M. le Pr Abelous, doyen de cette Faculté, demanda à M. le Dr R. Molinéry de développer, au cours de la séance inaugurale de la Société d'Hydrologie de cette Université, ce qu'il considérait comme devoir être l'organisation du Thermalisme français. Ce fut l'occasion, pour l'auteur, de dégager ses conceptions personnelles sur ce qu'il a appelé « *une politique thermale et climatique* ».

Après avoir souligné l'importance de la création de l'Institut d'Hydrologie de Paris et des Instituts de province, Instituts dont le rôle technique doit être, non seulement de centraliser toutes les recherches scientifiques, mais encore de fixer le protocole de ces recherches (de telle sorte qu'elles puissent être comparables entre elles), M. Molinéry rend hommage à Garrigou, Landouzy, Carron de la Carrière, qui ont véritablement créé les Voyages d'Etudes aux Eaux minérales, voyages qui ont tant contribué, depuis vingt-cinq ans, à faire connaître les ressources thérapeutiques de nos stations françaises.

L'auteur, après avoir exposé comment il a réalisé, à Luchon, l'enseignement du personnel subalterne, s'élève contre un certain esprit *stationnal*, uniquement imbu de politique locale, à tel point qu'il semblerait que certaines de nos stations, heureusement de plus en plus rares, ne soient préoccupées que d'intérêts électoraux. Cette constatation faisait dire au regretté Bardet que les querelles stérilisantes de clocher avaient, au cours de ces trente dernières années, enrayé tout mouvement en avant. « Aussi, continue M. Molinéry, faut-il féliciter bien haut cette phalange de maires-médecins qui, dans nos Pyrénées, luttent pour une rénovation thermale, sachant se placer nettement au-dessus des partis : Fourment à Barèges, Flurin à Cauterets, Germès à Luchon, Barbé à Salies-du-Salat, Gomma à Ax-les-Thermes, Cauvy à La Malou, etc... » Il faut le répéter ; dans une ville de santé (suivant la belle expression de M. Lalesque) la seule politique de mise est une politique thermale et climatique. Celle-ci est féconde et réalisatrice ; l'autre est anémiante, stérilisante, fautrice de discussions sans fin ; elle amoncelle les ruines et empêche la construction de l'édifice. Chemin faisant, M. Molinéry nous expose comment il conçoit que des inspecteurs thermaux, dégagés de tout souci de clientèle, indépendants, en union avec les Instituts d'Hydrologie et la *Fédération Nationale Thermale et Climatique*, du point de vue scientifique, administratif et économique, pourraient donner des directives générales que les intérêts individuels ne pourraient contrarier. Pour mener à bien l'évolution de nos villes d'eaux, l'auteur préconise la création d'une *Banque thermale*, d'un *Crédit Thermal français*, qui permettrait de moderniser, dans le plus petit laps de temps possible, vingt à trente stations choisies parmi les plus efficaces. M. Molinéry, avec MM. Montcorgé et Lequime, demande à l'Etat que soit donné en gage une certaine partie du produit des jeux, tout comme le Pari Mutuel donne chaque année des sommes importantes pour des établissements d'hygiène ou de Bienfaisance.

L'auteur, à qui déjà l'Académie a décerné sa Médaille d'or des Eaux Minérales, a modestement intitulé le travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie : *Propos hydrologiques* en 1924. Il nous livre ample matière à réflexions : je demande que cet important mémoire soit renvoyé à al Commission des Eaux Ménérales.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement et prophylaxie du véronalisme.

D'après A. Tardieu, l'intoxication aiguë par le véronal, ou par les autres dérivés de la malonylurée est d'observation presque courante ; la dose toxique du véronal oscille entre 1 et 14 grammes, avec une bien plus grande fréquence au-dessus de 5 grammes ; elle est plus élevée avec le diallylmalonylurée (Dial). Quant à la suscepti bilité individuelle elle est régie par l'état de la fonction hépato-rénale.

Quand on se trouve en présence d'un sujet tombé brusquement dans le coma, sans origine traumatique, toutes les causes organiques ayant été successivement éliminées, il faut penser à une intoxication par le véronal.

Le coma s'accompagne encore de phénomènes nerveux et urinaires.

Il est intéressant d'intervenir aussitôt que possible.

1° Si la prise de l'hypnagogue ne remonte pas à plus de huit heures faire un lavage minutieux de l'estomac ;

2° Les états comateux menaçants justifient une saignée abondante de 5 à 600 grammes, susceptible dans les premières heures de donner des résultats très rapides. Contrairement au lavage, la saignée s'applique à tous les cas, même après 24 ou 48 heures ; elle abrège le coma et met à l'abri des complications pulmonaires.

3° Pendant la durée du coma, alimenter artificiellement l'intoxiqué : sonde œsophagienne ou rectale ; injection de sérum saccharosé ;

4° Contre l'état dépressif, injections de strychnine, 5 milligr. à 2 centigr. *pro die* ; caféine, toni-cardiaques ;

5° Dès le second jour, éviter que l'oligurie ne se prolonge : théobromine, injections salines. Sonder la vessie en cas de rétention ;

6° Pour éviter les complications pulmonaires, maintenir le sujet en position demi-assise. Oxygène en inhalations ou en injections sous-cutanées ;

7° Si le second jour on note de l'insuffisance hépatique, cholalogues habituels.

Certains auteurs font de la prophylaxie du véronalisme en administrant en même temps que le véronal pur de la phénacétine et de la codéine, qui en atténueraient les effets toxiques, sans en diminuer le pouvoir hypnotique.

D'après Cimbal :

Véronal	0 gr. 30
Phénacétine	0 gr. 20
Phosphate de codéine......	0 gr. 025
Poudre d'ipéca cuanha	0 gr. 10 à 0 gr. 15

pour un paquet. A prendre une heure avant le coucher dans une abondante infusion chaude. (*Journal des Praticiens*, 17 janvier 1925.)

Les fractures fermées du crâne. Quand les trépaner ? Quand faire la ponction lombaire ?

Il s'agit des fractures, qui ne s'accompagnent pas d'une plaie du cuir chevelu ; pour les autres, aucune discussion n'est possible.

1° A l'arrivée du blessé, le pronostic, affirme F. M. Cadenat, dépend toujours du premier pansement : désinfection soigneuse des cavités nasale et buccale, ainsi que du conduit auditif externe : huile goménolée pour le nez, glycérine phéniquée dans les oreilles, grands lavages de la bouche à l'eau oxygénée.

Dans le diagnostic éviter les erreurs classiques dues à l'hématome du cuir chevelu, et au centre déprimé d'une veine donnant la sensation de fissure.

2° Dans les heures et jours qui suivent, même si le blessé ne donne immédiatement aucune inquiétude : repos absolu ; toutes les 2 heures, prendre et enregistrer le pouls (un ralentissement progressif du nombre des pulsations cardiaques est le meilleur signe de compression cérébrale et doit mettre en garde contre l'éventualité d'une hémorragie de l'artère méningée moyenne) ; il est plus facile à constater qu'un ralentissement respiratoire, et moins sujet à caution que les troubles subjectifs correspondants.

Quand l'intervalle libre a été aussi net, il y a presque certainement une rupture de la méningée moyenne : il faut trépaner et lier.

Moins nette est la conduite à suivre quand le blessé est amené dans un état comateux, sans aucun signe de localisation, avec membres inertes et pupilles également dilatées.

Tout dépend de la tension intra-cranienne, et il ne faut pas, comme jusqu'à présent, pratiquer, envers et contre tout la ponction lombaire.

Elle est formellement contre-indiquée chez les hypotendus, et ceux-ci ne se distinguent en rien des autres au point de vue clinique, sinon la présence sur l'oreiller de taches suspectes par écoulement de liquide céphalo-rachidien.

a) Chez les hypertendus : 30 à 40 cmc. d'un liquide céphalo-rachidien ensanglanté sont enlevés chaque jour, et les symptômes s'amendent progressivement à mesure que le liquide devient non sanglant.

Ce sont aussi les solutions hypertoniques (glucose à 40 p. cent) soit en injection intra-intraveineuse, soit en ingestion (80 cmc.) ; puis en cas

d'insuccès, la trépanation temporale, uni ou bi-latérale.

b) Chez les hypotendus : injections sous-cutanées de sérum physiologique ou intra-veineuses de 40 à 50 cc. d'eau distillée. Le résultat est immédiat ; le malade sort de sa torpeur et l'écoulement de l'oreille qui s'était tari recommence en jet.

Toutes ces considérations s'appliquent au traumatisme avant l'infection. (*L'Hôpital*, janvier 1925-A.)

Le traitement de l'encéphalite épidémique par le salicylate de soude.

Grâce à ce médicament, des résultats très encourageants ont été obtenus ; mais, disent MM. Courcoux et Meignant, si la voie intra-veineuse est la voie de choix, il faut préférer la voie intra-musculaire, que l'on n'a encore point préconisée. Plus lente, elle permet d'éviter les thromboses veineuses.

On ne doit employer qu'un salicylate parfaitement pur ; la dilution de la solution a une importance capitale ; les auteurs recommandent la solution à 4 % ; n'employant que des solutions récemment préparées, ils conseillent de faire préparer de petites ampoules stérilisées d'une solution mère concentrée, qu'on dilue au moment de l'emploi dans la quantité de sérum physiologique nécessaire.

La quantité de salicylate à injecter doit être fixée ; les auteurs n'ont guère dépassé la dose quotidienne de 3 à 5 gr. (par exemple 100 cmc. de la solution à 4 %, soit 4 gr.).

La durée du traitement est variable, suivant les cas, mais il a toujours fallu un traitement prolongé.

Bien que cette médication ne soit pas spécifique de l'encéphalite épidémique, son action est réelle, et elle paraît être celle qui a donné le plus de résultats favorables, au moins dans les épisodes aigus, à la condition de prolonger le traitement.

Elle ne semble pas avoir été essayée contre les séquelles. La tentative cependant mériterait d'être faite, étant données, d'une part, l'inefficacité des thérapeutiques opposées au parkinsonisme par exemple, d'autre part cette notion de plus en plus vérifiée que les troubles appelés séquelles ne sont en réalité que des reprises témoignant d'une activité persistante du virus, susceptibles d'épisodes fébriles et de contagion. (*Le Bulletin médical*, 7-10 janvier 1925.)

Les enseignements de la réaction de Bordet-Wassermann au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis.

D'après MM. H. Lemaire et M. Lévy, beaucoup trop de médecins sont encore imprégnés de cette notion qu'une réaction négative signifie, à coup sûr, absence de syphilis ; une interprétation aussi absolue peut avoir des conséquences funestes pour la prophylaxie et le traitement de l'hérédo-syphilis. Sur 330 réactions pratiquées, les auteurs n'ont obtenu que 41 résultats positifs, et ceci parce que les recherches ont porté le plus souvent sur des cas d'hérédo-syphilis, dite latente.

Ici des signes de suspicion ou de probabilité doivent faire poser un diagnostic précoce, qui permette d'instituer un traitement également précoce, règle essentielle d'une bonne prophylaxie.

Ceux-ci consistent en :

a) Signes obstétricaux ;

b) Manifestations morbides présentées par les collatéraux, telles que : crises de cyanose avec suffocation, liées à une hypertrophie thymique ayant entraîné la mort ; morti-natalité ; morts précoces inexpliquées ;

c) Manifestations morbides survenues chez l'enfant même : convulsions essentielles ; crises de cyanose avec suffocation ; arriération ; retard complexe portant sur l'intelligence, la motilité, la croissance ;

d) Enfin, signes de suspicion et même de certitude propres à la première enfance et que seul peut révéler un examen complet, que l'on est malheureusement peu accoutumé à pratiquer.

Seul un traitement précoce peut empêcher l'apparition de lésions graves, nerveuses, endocriniennes ou osseuses, qui semblent être particulièrement le fait d'hérédo-syphilis non traitées.

Si le praticien est mis en éveil par les signes de présomption, il doit faire confirmer ses soupçons par la sérologie, et au besoin tous les six mois, après les réactivations nécessaires, en raison de l'infidélité des résultats.

Les auteurs envisagent comme une nécessité absolue la surveillance des enfants issus de parents eux-mêmes hérédo-syphilitiques afin de les traiter précocement pour éviter l'apparition d'accidents plus ou moins tardifs, parfois très graves. (*Paris médical*, 10 janvier 1925.)

Le syndrome « délire aigu » en clinique. Sa thérapeutique par le « choc colloïdal ».

En clinique, le délire aigu est un syndrome d'une exceptionnelle gravité, caractérisé, apparemment, par l'explosion d'un délire et d'une agitation intenses, et, essentiellement, par des phénomènes généraux toxi-infectieux sous-jacents d'une extrême sévérité (état saburral, urines rares, fréquemment albumineuses), amenant presque fatalement et en peu de jours la mort en hyperthermie.

Il a pour substratum anatomo-pathologique une encéphalite suraiguë.

Les conditions de son apparition sont assez diverses : infections et intoxications multiples,

surmenés, pléthoriques, insuffisants hépatiques, encéphalite épidémique, rage, accès pernicieux du paludisme, délirium tremens, délires aigus au cours des psychoses.

Par des mesures prophylactiques, dit le Pr Porot, on peut éviter un certain nombre de délires secondaires, ou les empêcher de s'aiguiser, quand on assure au malade, infecté ou psychopathe, les soins généraux et particuliers minutieux que commande son état spécial : balnéation précoce à la moindre élévation thermique, surveillance des fonctions digestives et soins de la bouche.

Mais lorsque le délire aigu éclate, il faut, d'après cet auteur, recourir sans hésiter, et avec énergie, au choc thérapeutique.

Sous toutes ses formes (vaccinal, sérique, colloïdal, protéinique, térébenthinique), il a donné des résultats inespérés, et il convient de recourir au choc colloïdal intraveineux pour gagner de vitesse une infection à marche très rapide.

Deux exemples du Pr Porot montrent qu'il faut l'employer le plus précocement possible, le répéter aussi souvent qu'il paraît nécessaire et surtout ne pas s'attarder aux petites doses. C'est 20 à 40 cent. cubes d'électrargol qu'il faut injecter à la fois, en prenant, bien entendu, toutes les précautions d'usage pour parer au violent frisson, à la cyanose et aux menaces de collapsus, qui accompagnent de tels chocs.

Cette thérapeutique précoce est à la portée de tous les praticiens ; elle est plus utile que la camisole de force ou l'expectative en attendant le transfert à l'asile . (*Paris médical*, 13 décembre 1924.)

Contagion syphilitique au passage.

Une femme, paraissant indemne de toute syphilis (R. B. W. négative), accouche d'un enfant d'apparence normale, qui se développe en suite régulièrement et qui a présenté, un mois après sa naissance, au sommet de la tête, deux petites érosions prises pour du pemphigus avorté.

Cinquante jours après son accouchement, cette femme est en pleine période de syphilis secondaire (plaques muqueuses, roséole), en même temps que l'enfant présente, à la place des érosions observées précédemment, deux ulcérations ayant le caractère de chancres spécifiques et, dans la sérosité desquelles on découvre de nombreux tréponèmes.

Cette curieuse observation, recueillie par M. Bonnet, sert de base à l'auteur pour une interprétation aussi serrée que possible de semblables faits.

Les inoculations syphilitiques de la mère à l'enfant, au cours de l'accouchement, sont très rares. On les a niées longtemps, après les avoir crues banales. A vrai dire, elles sont exceptionnelles.

Pour qu'elles se produisent, il faut que l'enfant ne soit pas encore immunisé par sa mère, et qu'en conséquence, celle-ci se trouve dans la période d'extrême début de sa syphilis, alors qu'elle-même n'est pas encore immunisée. Cette période comprend au maximum les dix premiers jours du chancre initial.

Les commémoratifs du cas rapporté par M. Bonnet, la confrontation des dates des accidents successifs, permettent d'affirmer qu'au moment où cette femme accoucha, elle devait porter un chancre du vagin ou de l'utérus de date récente.

Concluons, avec l'auteur : « 1° On peut voir parfois une femme contaminer son enfant pendant l'accouchement (syphilis au passage) ; mais cela est tout à fait rare ; 2° pour que le fait soit possible, il faut qu'au moment de l'accouchement, la mère soit déjà porteur d'un accident contagieux, et que cependant l'enfant ne soit pas encore syphilisé ou immunisé ; 3° ces conditions sont certainement réalisées quand l'accouchement a lieu pendant les dix ou douze premiers jours du chancre. L'organisme maternel n'étant pas encore lui-même immunisé, celui de l'enfant ne saurait l'être ; 4° la durée de la période de possibilité est donc au moins de dix à douze jours... Il semble qu'elle puisse parfois être d'au moins dix-huit jours. Mais une durée de trente-cinq jours paraît sujette à caution. » (*Lyon médical*, 19 avril 1925.)

La ponction lombaire sur le fœtus vivant pendant l'extraction par le siège.

D'après M. Novare, qui a pratiqué cette ponction une dizaine de fois, elle serait indiquée toutes les fois qu'on doit pratiquer l'extraction du siège, et qu'on présume qu'il y aura des difficultés au moment de l'extraction de la tête, dues soit à la résistance des parties molles, soit à un bassin rétréci.

Sur les dix fœtus ainsi ponctionnés par l'auteur, et qui naquirent vivants, deux ne purent être ranimés.

La technique serait des plus simples : le tronc étant hors des voies génitales, on le courbe pour faire saillir la colonne vertébrale, on enfonce l'aiguille de moyenne dimension (Pravaz) entre la 4e et la 5e lombaire, on la laisse en place, et on procède à l'extraction de la tête : c'est au moment où elle est comprimée que le liquide jaillit, déterminant une réduction sensible du diamètre bipariétal. (*Rev. de gynécologie et d'obstétrique*, 25 mars 1925.)

La grande pitié des petits séparés.

Petits séparés, ce sont les enfants du tout premier âge qui sont tenus prématurément et plus ou moins séparés de leur mère. On les a encore appelés des orphelins temporaires.

M. Fruhinsholz, faisant état de statistiques

impressionnantes, proclame que toute séparation est plus ou moins meurtrière, la mortalité ne procédant pas seulement du défaut du lait maternel, mais aussi de l'absence ou de l'insuffisance de la surveillance maternelle.

Les séparés sont sous la protection de la loi Roussel, qui constitua un progrès certain sur l'état de choses antérieur, mais qui mérite encore cependant des critiques sérieuses, et qui devrait être amendée.

Les pouponnières, les centres d'élevage, sont, pour l'auteur, des organismes qui offrent des avantages, mais ont l'inconvénient de faciliter le renouvellement indéfini et de moins en moins conscient du geste séparateur.

Pour M. Fruhinsholz, il faut encourager la multiplication des maisons maternelles qui recueillent les filles-mères, les assistent au moment de leur accouchement, et assurent ultérieurement la protection des enfants. Quant aux femmes mariées, celles qui travaillent devraient recevoir une indemnité compensatrice du manque à gagner qu'elles s'imposeront pour garder leur enfant.

« A mon sens, la mère au foyer représente un stade social plus évolué que celui de la mère à l'usine : je n'accepte pas d'autre séparation que celle des fonctions physiologiques, l'homme à son établi et la femme auprès de son petit. » (*Rev. méd. de l'Est*, 1er février 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les étapes médico-chirurgicales de la constipation droite et de la stase. Indications thérapeutiques. Utilité de la cure d'épreuve de Châtel-Guyon pour la détermination opératoire.

(M. Alexandre Mazeran, de Châtel-Guyon. — *Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris* ; 16-2-1925.)

Comme beaucoup d'autres affections la constipation droite, cæco-ascendante, jadis du domaine de la médecine, tend à franchir la barricade pour s'installer du côté chirurgical.

En réalité la maladie de Lane est-elle une affection chirurgicale ? Oui répond M. Pauchet, qui consacra tout son talent et son activité à l'étude de la stase intestinale chronique ; mais elle est, en même temps, ajoute-t-il, une affection justiciable de la médecine, car il n'est pas possible de guérir cette maladie avec la chirurgie seule.

Donc, d'emblée, le problème se pose. Pour le grand chirurgien, la chirurgie toujours, avec quelques concessions à la médecine. Et l'idée chirurgicale s'est affirmée de plus en plus, soutenue par des maîtres éminents : Pauchet, Duval, Grégoire, Lardennois, de Martel, pour ne citer que les principaux. A l'heure actuelle on peut entrevoir le jour ou stase cæco-ascendante et intervention opératoire (cæco ou iléo sigmoïdostomie, colofyse ou colectomie) seront inséparables. Il en sera bientôt de cette affection comme de l'appendicite : dans le doute d'un diagnostic hésitant, la décision chirurgicale sera plus facile à prendre que celle de la non-intervention.

Tout en admirant sans réserves les efforts qui ont été tentés, la maîtrise des opérateurs et certains résultats remarquables, force nous est bien de constater que ces interventions sont graves et n'ont pas toujours donné les satisfactions que l'on pouvait attendre.

Il nous a semblé que, dans cette question de brûlante actualité, il appartenait au médecin de formuler son opinion et d'être le frein qui prévient les exagérations sur la pente parfois dangereuse de l'intervention.

Placé, comme nous le sommes, dans un champ d'observations aussi vaste que celui de Châtel-Guyon, nous estimons, qu'à défaut d'autorité, notre parole doit avoir une portée suffisante pour mériter quelque crédit.

Comme l'ont bien spécifié MM. Desmarest et Mercier, quand après l'ingestion de gelobarine et après la dix-huitième heure, tout ou partie de la substance ingérée occupe encore le cæco-ascendant, on est en droit de dire qu'il y a *retard* dans l'évacuation. Lorsque la rétention barytée dépasse trente heures, *la stase cæcale est réalisée.*

Ce séjour du bol alimentaire ou de la bouillie bismuthée dans le cæcum est donc très variable. Il constitue dans ses modalités autant d'états physio-pathologiques qu'il est nécessaire d'envisager.

Et d'abord il existe une *stase physiologique normale.* Le cæcum a la constitution d'un réservoir qui recueille les aliments élaborés, comme l'estomac les reçoit avant l'acte digestif ; il est, de plus, un organe de digestion où s'opère le métabolisme de la cellulose et où s'achève la désintégration incomplète des hydrates de carbone. Pour que ces mutations s'accomplissent, il faut un séjour suffisant dans le cæcum. Cela est tellement vrai qu'un transit trop précipité réalise un *syndrome d'insuffisance cæcale,* bien établi par les travaux de notre collègue Goiffon : selles molles avec présence de bilirubine au lieu de la stercobiline normale, présence de grains d'amidon avec leurs enveloppes cellulosiques, réaction acide intense, prédominance de bactéries et levures à Graham positif.

◆◆◆◆◆

Stases pathologiques. — 1° *La stase compensée.* — Entre dix-huit et trente heures, un séjour de la bouillie bismuthée dans le cæcum constitue un retard dans l'évacuation. C'est la première étape pathologique des stases. Nous l'appelons : *la stase compensée*, dans laquelle la constipation est tolérée. Là, comme ailleurs, les efforts de la nature, tendent à permettre à l'organe de s'adapter à l'ambiance. Voilà pourquoi, au cours des interventions, on trouve d'ordinaire dans les stases de 24 ou 30 heures un cæcum à parois épaissies et très contractiles, comme si le muscle, luttant contre un obstacle, s'hypertrophiait. La compensation s'affirmera aussi grâce aux sécrétions glandulaires, à la flore microbienne, qui s'opposeront au développement du processus typhlocolitique et autotoxique. Les malades qui rentrent dans cette catégorie constituent un groupe très important parmi ceux qui se rendent à Châtel-Guyon. Ils se plaignent surtout de malaises digestifs : gêne abdominale, gonflement, constipation invétérée. A l'examen direct, on constate un peu de voussure dans la fosse iliaque droite, tandis que la palpation révèle un cæcum globuleux avec ou sans agglomérat de matières en imposant parfois pour une tumeur.

Rarement on observe des poussées inflammatoires, il arrive cependant que par suite d'évacuations trop retardées, il se déclanche une crise avec fièvre, réalisant la *poussée de typhlite aiguë*, qui cède rapidement à l'administration d'un purgatif. La conception ancienne de la typhlite nous a paru mériter une place à part dans le cadre nosologique, à côté des poussées d'appendicites chroniques.

Ce type de malade nous semble concorder avec les *typhlatoniques de Fischler.*

Au delà de 40 h., la stase devient inquiétante et constitue pour l'organisme une véritable épine pathologique. Le premier incident en date qui va modifier le tableau clinique, c'est l'apparition des phénomènes d'auto-intoxication.

2° *Stase cæco-ascendante avec auto-intoxication.* — Sous l'influence de la stase prolongée, le cæcum qui avait fait preuve de résistance se relâche ; il se distend. Ses parois s'anémient, s'amincissent, faisant saillie à la façon d'un ballon distendu, « le muscle semble forcé ». En même temps l'angle colo-hépatique tiraillé, tend à se couder et à modifier son calibre : le cæcum devient réservoir à conduit excréteur réduit. Les micro-organismes trouvent dans ce milieu plus ou moins clos un élément favorable de développement, ils se multiplient et sécrètent en abondance leurs toxines : l'auto-intoxication est réalisée. Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie si connue de l'intoxication intestinale, car cette parenthèse ouverte nous ferait perdre la suite logique de l'évolution des stases. Nous laisserons pour la fin de cet article l'analyse succincte des symptômes-types pour nos déductions diagnostiques.

3° *Stase cæco-ascendante et auto-infection.* — Le stasique simplement intoxiqué peut s'éterniser à ce stade de la maladie, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le contact prolongé des matières, l'exaspération de la virulence bactérienne, les déformations cæco-ascendantes vont créer la *phlegmasie cæcale* ; la typhlocolite d'abord, la colite totale ensuite, vont s'établir d'une façon définitive. Et à la faveur du traumatisme muqueux, malgré l'intestin qui « lutte à coup de mucus », la porte de l'infection va s'ouvrir et de locale qu'elle était la stase va devenir maladie générale. Les agents microbiens, coli-bacilles et autres, les toxines solubilisées, vont pénétrer dans le torrent circulatoire pour se fixer quelque part au point faible de l'organisme tandis que le tableau clinique se compliquera étrangement du fait de ce *processus métastatique*. La tuberculose, la fièvre de Malte, l'appendicite, la cholécystite, les infections génito-urinaires seront incriminées et conduiront à des diagnostics erronés, si le point de départ intestinal n'a pas été recherché. A cette période évolutive de la stase, si rien ne vient s'opposer à la régression des phénomènes morbides, on assiste à l'installation définitive de lésions qui vont constituer la dernière étape dite :

4° *Stase cæco-ascendante du type chirurgical.*

Cette étape de la stase cæcale est caractérisée d'une part par des *déformations* qui vont porter sur toute l'étendue de l'intestin et, d'autre part, par l'apparition des adhérences qui vont lui faire perdre et sa mobilité et son indépendance.

a) Les déformations intestinales. — A. Lane considère ces déformations comme la conséquence plus ou moins directe de la stase chronique. Pour cet auteur, il faut considérer deux éventualités suivant qu'on se trouve en présence de ventre fort ou de ventre faible.

Dans le premier cas (ventre fort), l'accumulation des matières dans le côlon droit, détermine, par réaction compensatrice, la formation de bandes péritonéales destinées à soutenir et à fixer le côlon. Ultérieurement ces néo-formations, par leurs rétractions amènent des coudures et la torsion de l'intestin. Ces productions péritonéales sont aujourd'hui considérées comme des complications de la stase. Les plus connues sont : la bande néoformée, dite de première et dernière coudure, intéressant l'angle colo-iliaque ; la néo-membrane de Jackson (qui soutient l'angle hépatique), la bande de Lane (déterminant la coudure de l'iléon), etc.

Pauchet a fort bien décrit les accidents qui sont la conséquence de ces obstacles mécaniques : c'est ainsi qu'il attire l'attention sur les *distensions du duodénum*, pouvant simuler un ulcus, une cholécystite, ou une lésion rénale, la *distension de l'iléon terminal*, affectant l'allure d'appendicite, la *distension de l'estomac*, avec le caractère de la gastrite, de l'hyperchlorhydrie, de la stase pylorique.

Dans le 2e cas (ventre faible), il y a absence totale de défense de l'organisme pour s'opposer à l'allongement et au prolapsus du gros intestin, donc aucune

néo-membrane, mais des intestins ptosés, allongés (dolichocolon), élargis (mégacolon).

De plus, alors que pour les ventres forts ce sont les accidents mécaniques (obstruction, douleurs, coliques, etc., pour les ventres faibles ce sont les troubles d'auto-intoxication seuls qui dominent le tableau clinique. Nous verrons, dans un instant, au chapitre thérapeutique, les déductions importantes que nous pouvons tirer de cette distinction.

b) Les adhérences. — Il ne s'agit point là des bandes néo-formées que nous venons de signaler mais bien d'un processus inflammatoire de péricolite dont l'origine peut être intra- ou extra-intestinale.

Lorsque le point de départ *est intrinsèque*, il est la conséquence de cet élément colitique si bien exposé par MM. Baraduc et Aine.

M. Lardennois, un des premiers, avait signalé l'importance de la colite et de la péricolite dans la genèse de ces adhérences. MM. P. Duval et J.-C. Roux ont insisté sur la fréquence de lésions passagères et superficielles qui, par stades successifs, altèrent la paroi, atteignent le péritoine et créent la péritonite adhésive chronique. En même temps M. Lœper décrivait ces *entéro-névrites* qui, intéressant les terminaisons nerveuses de l'intestin, déterminent des troubles dans l'automatisme et la nutrition de la paroi intestinale. Tous ces faits ont été relatés dans un travail de notre collègue Baumann.

Si l'inflammation part des organes voisins, *elle est extrinsèque ou extra-intestinale* ; elle se propage par contiguïté à la faveur de la voie séreuse ou bien, éventualité plus rare, la voie sous-péritonéale, comme c'est le cas dans les processus de péricolite diffuse ou exubérante si fréquemment constatés dans les lésions utéro-annexielles (Abadie, d'Oran).

Mais cette variété d'adhérences sort un peu de notre cadre, car la stase au lieu d'être le phénomène primitif, devient *accident secondaire* à l'altération du voisinage. Il en est de même de ces cas si fréquents de *processus inflammatoire péritonéal primitif* si bien étudiés par M. Savy (de Lyon), qui relèvent d'une péritonite plastique tuberculeuse, s'établissant d'emblée en dehors de toute infection digestive initiale.

Telles sont très schématisées, les diverses étapes que franchit un malade atteint de constipation droite compliquée de stase. C'est en somme un drame pathologique en quatre actes : typhlatonie, colite et auto-intoxication, auto-infection et métastase, déformations et adhérences. Les scènes sont plus ou moins longues, elles se superposent souvent, mais le dénouement est invariable.

Caractérisons donc maintenant cliniquement chacune de ces étapes pour préciser un diagnostic qui nous permettra d'en tirer les déductions thérapeutiques.

1° *La typhlatonie* : constipation droite cæco-ascendante avec les particularités suivantes :

Coprologie : selles dures, pauvres en résidus alimentaires, en bactéries et en eau. De réaction neutre ou légèrement alcaline, avec présence d'hydrobilinurie. Jusque-là rien ne la différencie d'une constipation procto-sigmoïdienne ; MM. J.-Ch. Roux et Goiffon ont apporté un signe type, c'est la présence en excès des acides gras volatils.

Radiologie. Persistance de la bouillie bismuthée plus de 30 heures après l'ingestion.

Abaissement du cæcum pouvant descendre jusqu'au plancher pelvien au-devant du rectum.

L'ingestion de produits colorants (carmin ,charbon) accusant une élimination lente, retardée, prolongée plusieurs jours de suite.

L'examen local révèle un cæcum volumineux, sensible, mobile, avec ou sans tumeur fécale. Gêne abdominale.

Pas de symptômes généraux Pas de fièvre. Peu de douleur.

2° *L'auto-intoxication* caractérise la stase cæco-ascendante. La constipation existe, mais n'est plus absolue, il peut y avoir de la *diarrhée*, et surtout de la *fausse diarrhée*. MM. Roux et Duval ont établi que la *colite muqueuse* est une complication qui se surajoute à la stase stercorale.

De même, M. Gallart-Monès (de Barcelone) signale la colite muqueuse, la colite muco-membraneuse, la colite de putréfaction, parmi les syndromes relevant directement de la stase intestinale et d'un processus catarrhal chronique. Ces affirmations sont justifiées par les nombreux examens radiologiques pratiqués par ce maître espagnol, qui lui ont toujours révélé un séjour prolongé de la bouillie bismuthée dans le cæcum.

Mais à côté de ces types coprologiques, *les signes d'auto-intoxication* tiennent la première place. Ils sont trop connus et ont été si souvent décrits qu'il serait superflu d'y insister. Contentons-nous de rappeler : la céphalée, les vomissements, l'inaptitude au travail, les troubles vaso-moteurs, dont le refroidissement des extrémités, les troubles digestifs, la neurasthénie, l'agénésie, etc.

3° *Constipation avec auto-infection.* — Autant la rétention fécale gauche, procto-sigmoïdienne, a peu d'importance au point de vue du développement de l'infection, autant la stase cæco-ascendante, avec sa flore microbienne abondante et suractivée, joue un rôle primordial dans la genèse de cette complication, suivant les idées de MM. Duval et J.-C. Roux. Tant que les phénomènes d'infection restent localisés dans le cæcum, le danger est limité, l'auto-intoxication seule se révèle intense, mais il arrive un moment, où, sous l'influence des putréfactions, de l'exaspération microbienne et aussi à l'occasion du traumatisme muqueux ou du décapage de la muqueuse par les grands lavages, on assiste à l'évasion du microbe. Celui-ci, par l'intermédiaire de la voie sanguine, va faire, au loin, de *la métastase.*

On constate alors l'apparition de troubles à distance, affectant tel ou tel organe de l'économie. La maladie prend une allure hétéroclite, nécessitant

de la part de l'observateur un examen minutieux pour remonter à la cause initiale. C'est dans ces conditions que s'établissent les *syndromes mixtes intestinaux viscéraux*, si abondamment étudiés, ces dernières années. Le cadre nosologique s'est adapté à ces processus mixtes, mettant un radical originel et intestinal à la manifestation viscérale secondaire et l'on a créé les syndromes entéro-rénaux, entéro-hépatiques, entéro-annexiels, etc. On conçoit que, sous ce nouvel aspect, la symptomatologie se soit largement développée et surtout compliquée. Qu'il suffise d'être prévenu du point de départ cæcal pour demander à la radioscopie la confirmation d'un diagnostic susceptible de donner laváritable signification des phénomènes.

4° *Les stases mécaniques avec troubles de la statique et processus adhérentiel.* — Voici évidemment le chapitre le plus impressionnant à décrire, car il ne s'agit plus d'individus, qui tant bien que mal, supportent, en y remédiant dans la mesure du possible, un état pénible, mais de véritables malades dont la vie est devenue intolérable.

Les PHÉNOMÈNES D'AUTO-INTOXICATION atteignent leur paroxysme, ils se traduisent par une *céphalée intense*, persistante, que calment peu les analgésiques, mais remarquablement atténuée par la libération intestinale ;

Des vomissements à caractères toxiques accompagnant la céphalée et comme elle cessant en même temps que la rétention fécale.

Des troubles de l'état général avec amaigrissement progressif, asthénie profonde et évolution cachectique.

En même temps s'installent LES SIGNES CHIRURGICAUX.

L'examen de l'abdomen révèle un gros cæcum, presque toujours immobilisé à cette période, généralement couché sur le plancher pelvien avec voussure abdominale.

On constate de la *tension intermittente cæco-ascendante*, traduisant l'effort de l'organe pour se soustraire à l'obstacle qui le bride et l'obture.

La douleur est vive non point localisée comme dans les manifestations appendiculaires, mais étendue à toute la fosse iliaque, avec des points de prédilection : bord interne du cæcum, angle colo-hépatique. C'est une douleur de distension, avec parfois des crises paroxystiques à début brusque s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements, mais sans élévation thermique.

On note, en outre, de l'*entéroptose*, avec ce caractère un peu particulier que la réduction en est douloureuse.

Par l'examen radiologique, en dehors de l'appréciation de la stase, on met en évidence les brides oblitérantes qui se traduisent par des coudures, des réductions de calibre de l'intestin, des viciations de position, des accolements anormaux (accolement des côlons en canon de fusil), la péricolite, tous éléments d'une importance capitale lorsqu'il s'agira de préciser la nature de l'intervention.

Telles sont très rapidement exposées les particularités de la stase cæcale considérée dans ses différents stades évolutifs. Dans la réalité la délimitation symptomatique ne revêt pas une aussi rigoureuse ordonnance ; les troubles d'auto-intoxication et d'auto-infection, les phénomènes mécaniques peuvent se superposer ou au contraire conserver leur indépendance. C'est ainsi qu'à dessein nous avons décrit au dernier chapitre les signes de la grande intoxication qui peuvent en réalité se manifester alors que les lésions anatomo-pathologiques sont à peine ébauchées ; toutefois c'est là l'exception et nous estimons que lorsqu'ils revêtent cette grande intensité, la participation de l'élément mécanique et sténosant est presque constante.

Nous voilà bien placés, maintenant, pour ouvrir le chapitre de la thérapeutique hydrominérale des stases. Opposerons-nous le traitement médical à l'intervention chirurgicale ? Loin de nous un absolutisme semblable. Notre tâche se bornera à dégager, par une minutieuse interprétation des symptômes et des troubles fonctionnels, les éléments susceptibles d'établir notre fiche crénothérapique à côté de l'indication opératoire.

En présence d'un malade atteint de constipation droite la première question pratique qui se pose est de savoir si *celle-ci est ou n'est pas tolérée.*

1° LA CONSTIPATION ET LA STASE SONT TOLÉRÉES. — C'est le cas des nombreux malades que nous avons rangés sous la dénomination de *typhlatoniques.* Constipés banals ils assurent par les procédés classiques artificiels leur mauvais drainage intestinal. La cure de Châtel-Guyon trouve ici son indication principale. La typhlatonie en effet, n'est que l'expression locale d'un état d'atonie digestive caractérisé par le tryptique symptomatique suivant : troubles de l'évacuation, de la sustentation, de l'assimilation. Il n'est qu'un cas où une possibilité opératoire peut être envisagée, c'est lorsque se produisent périodiquement ces poussées de typhlite, que Okinczic considère comme relevant de l'appendicite génératrice de la stase.

Les stasiques compliqués d'auto-intoxication tolèrent relativement leur constipation. Nous disons relativement, car par les procédés médicaux usuels, il est possible de supprimer les phénomènes auto-toxiques. D'ailleurs dans ces stases dynamiques, il est rare que les troubles atteignent une grande intensité et, de plus, l'intoxication est le plus souvent épisodique, intermittente, se manifestant à l'occasion d'un excès ou d'une fatigue. La cure châtel-guyonnaise transforme ces malades. Nous avons tous, mes collègues et moi, enregistré dans nos observations, les nombreux malades qui nous reviennent après une première cure, complètement transformés ; la constipation peut persister, mais

elle est tolérée, car les troubles toxiques ont été d'emblée supprimés.

La stase avec auto-infection est généralement tolérée, mais l'indication est beaucoup moins précise. Dans un certain nombre de cas l'infection colibacillaire ou autre ne donne lieu qu'à des troubles parfaitement justiciables d'un traitement médical : antiseptiques intestinaux, biliaires ou urinaires, vaccinothérapie, tous éléments d'attente de la cure hydrominérale.

Celle-ci sera variable, suivant la métastase viscérale : aux entéro-rénaux, les eaux diurétiques et décongestionnantes de Vittel, Contrexéville, Martigny, Evian, La Preste.

Aux entéro-hépatiques : Vichy, Pougues, Royat.

Aux entéro-annexiels : Luxeuil, Salies-de-Béarn.

Lorsque par un traitement convenablement suivi dans ces stations, l'élément infectieux de localisation viscérale aura cédé en partie, alors seulement la cure modificative de Châtel-Guyon trouvera son indication. C'est un exemple typique, une application des plus heureuses de ces cures hydrominérales associées qui donnent de si beaux résultats.

Mais d'autres fois, malgré la mise en œuvre de tout l'arsenal médico-thermal, l'affection se montrera rebelle, s'aggravera à un point tel que le secours chirurgical sera réclamé.

Perrier (de Genève) rapporte l'observation d'une femme souffrant depuis 1907 de stase avec colite accompagnée de ptose et d'infection, chez laquelle il obtint un résultat excellent par la résection et l'anastomose latéro-latérale de l'iléon dans le côlon descendant. François (d'Anvers), au Congrès d'urologie de 1923, rapporte l'observation d'une malade de cette catégorie chez laquelle il pratiqua avec la cæcostomie, de grands lavages, qui amenèrent la guérison, jusque-là rebelle à tout traitement.

C'est dans le même ordre d'idées que Gauthier, après Einhorn, préconise le grand lavage de haut en bas à l'aide de la sonde duodénale à segments renforcés.

3° LA CONSTIPATION N'EST PAS TOLÉRÉE. — Les cas mixtes précédents nous amènent par une transition naturelle aux cas de stase qui relèvent directement de la chirurgie. Les stases mécaniques avec déformation et adhérences en constituent les indications essentielles. Peut-on dire, d'une façon absolue, que toutes sont justiciables de l'intervention ? Ici encore nous sommes obligés de faire des distinctions.

Nous considérons :

a) *La 2e forme de stase intestinale chronique de Lane*, celle dite des ventres faibles, dans laquelle le processus adhérentiel n'existe pas et où le trouble anatomique est caractérisé par la ptose, l'allongement du segment intestinal (dolichocôlon) ou son élargissement (mégacôlon) ; tandis que sont réalisés au maximum les accidents auto-toxiques.

Pour les malades rentrant dans cette catégorie, nous estimons que la cure de Châtel-Guyon s'impose d'une façon absolue.

En effet, plusieurs de nos patients sont venus dans notre station à la veille de l'intervention ; essayez Châtel-Guyon, leur avait-on dit non sans scepticisme, et nous verrons après.

Après ... l'intervention fut différée, car le malade présentait une telle amélioration, qu'il n'était plus question d'opérer.

Certainement il n'y avait pas guérison ; mais les accidents si pénibles de l'intoxication avaient disparu : plus de céphalée, plus de vomissements, augmentation du poids, modification de l'état général et de l'état nerveux, constipation très amendée. J'ai même constaté à plusieurs reprises des modifications remarquables du cliché radiographique : régression partielle de la ptose, réduction parfois considérable de la poche réservoir où s'accumulaient les matières. Je suis persuadé que la plupart de mes collègues de Châtel-Guyon ont fait les mêmes constatations.

b) *La 1re forme de la stase intestinale chronique de Lane*, dite des ventres forts, caractérisée par un type anatomique comportant brides, coudures, adhérences. Il nous arrive journellement de voir des malades de ce genre qui, malgré l'existence de brides et d'adhérences, jouissent d'une santé relativement satisfaisante. La radiologie nous a souvent stupéfaits en nous révélant des complexités de tractus intestinal insoupçonnées ; la plupart du temps c'étaient des individus qui avaient subi antérieurement de multiples interventions (appendicectomie, cholécystectomie, ovariotomie) et chez lesquels l'élément adhérentiel avait pris des proportions invraisemblables.

Il s'était créé, dans ces ventres d'infirmes, des *adaptations nouvelles* : relâchement de brides, modification des ptoses, assouplissement des membranes péricolitiques, augmentation de la tonicité pariétale de l'intestin, qui permettaient aux fonctions de s'opérer et à l'état général de se maintenir.

La cure de Châtel-Guyon ne faisait qu'accentuer cette heureuse disposition et justifiait cette tentative de thérapeutique thermale.

c) 3e *cas*. Mais il faut bien le dire, à part ces cas exceptionnels, la stase intestinale chronique avec ses complications mécaniques et inflammatoires relève bien plus de l'acte chirurgical.

A notre avis quatre symptômes cardinaux doivent nous guider dans notre décision opératoire :

La céphalée si intense, si accablante pour le malade. Cette céphalée que n'atténue pas les analgésiques, qui cède au début par l'exonération, et qui devient permanente à partir du moment où le cæcum ne se vide plus.

Les vomissements à allure toxique répétés, spontanés, marchant de pair avec la plénitude cæcale et s'opposant à toute alimentation.

La douleur abdominale, de distension ou de tor-

sion, réalisant à chaque instant une ébauche d'obstruction.

Enfin l'altération remarquable de l'état général qui conduit rapidement le malade à la période cachectique.

Le retour au Mikulicz.

(M. Maurice PÉRAIRE, M. Victor PAUCHET, M. Alphonse HUGUIER. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-3-1925.)

A la Société des chirurgiens de Paris, comme à la Société nationale de chirurgie, le retour au Mikulicz est définitivement consacré. Mis une nouvelle fois en parallèle avec sa concurrente longtemps triomphante, la péritonisation, le « drainage au sac » l'emporte.

Nous avons marqué à plusieurs reprises, dans ces comptes rendus, les étapes de ce retour. Les objections faites jadis au Mikulicz par M. Quénu et par M. Pierre Delbet, avaient, semblait-il, définitivement banni ce pansement de la pratique chirurgicale. Comme il arrive assez souvent en médecine — ce qu'oublient trop nos dogmatiques super-savants ! — un revirement complet s'est produit. Sous la patiente insistance du professeur J.-L. Faure, le vieux drainage au sac, de Mikulicz, légèrement modernisé, a retrouvé une vogue plus grande qu'il y a trente ans. La plupart des membres de la Société de chirurgie se sont déclarés partisans du Mikulicz, dans les grandes opérations gynécologiques. Il en a été de même à la Société des chirurgiens de Paris.

Ce procédé, dit M. Victor PAUCHET, qui s'adresse à des cas toujours sérieux, sauve un nombre considérable de malades. On reproche au Mikulicz de faire perdre plusieurs semaines à la femme chez qui on le pratique. Or, il vaut mieux perdre un mois, ajoute l'auteur, que perdre la vie. Si on objecte que la malade risque l'éventration, on répondra « tant mieux, cela prouve qu'elle est guérie ».

— M. Maurice PÉRAIRE s'est également rallié au Mikulicz seconde manière. Il enlève le sac abdominal au bout du huitième jour. Il pratique les lavages à travers le drain avec de l'eau iodée ou du sérum physiologique, et non à l'eau oxygénée qui a l'inconvénient de dissoudre le catgut.

— M. Alphonse HUGUIER résume la discussion qu'il a soulevée à la Société des chirurgiens de Paris sur le drainage abdominal à la Mikulicz. Il constate l'accord établi entre la majorité des chirurgiens sur ce sujet. Abordant certains points de détail, il considère que le vaselinage du sac n'est pas un perfectionnement. L'ablation, sans vaseline, est facile si l'on sait attendre. De plus la vaseline, imperméabilisant la gaze, diminue son pouvoir absorbant.

Kystes hydatiques du poumon.

(M. BRESSOT, de Constantine. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-3-1925.)

M. Bressot, dans un mémoire présenté par M. Petit de la Villéon, fait un exposé clinique de l'histoire des kystes hydatiques du poumon, dont il relate dix observations personnelles avec sept opérations.

Les kystes hydatiques du poumon comportent des signes de possibilité (hémoptysie, fréquente et de caractères particuliers ; douleurs ; dyspnée d'effort ; épanchement pleural, parfois), et des signes de certitude qui sont : les caractères radiologiques (disque opaque comme tracé au compas, entouré de toutes parts d'une zone claire) ; les réactions de laboratoire (examen des crachats, des vésicules dans les kystes ouverts ; pour les kystes fermés, les trois réactions, de Weinberg, cuti-réaction, éosinophilie).

L'auteur condamne la ponction exploratrice, qui peut inoculer la plèvre. Avant l'opération, il recommande au chirurgien d'assister lui-même à l'examen radiologique pour se fixer dans l'œil l'objet de son intervention. Il repousse le formolage de la poche, susceptible de causer des accidents de suffocation.

Choc traumatique et enlèvement du garrot.

(M. BRESSOT, de Constantine. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 6-3-1925.)

L'enlèvement d'un garrot, en amenant une résorption massive des produits toxiques élaborés dans le foyer traumatique, est souvent l'occasion du développement de phénomènes de choc traumatique.

M. PEUGNIEZ en rapporte un nouvel exemple adressé par M. Bressot, de Constantine.

Un tirailleur algérien est victime d'un accident de chemin de fer à dix heures du matin. Il a la jambe gauche broyée et une fracture des deux cuisses. On lui pose un garrot au tiers supérieur de la cuisse gauche. Il arrive dans le service de M. Bressot dans un état de choc intense que calme une transfusion de sang. A neuf heures du soir on se prépare à l'opérer et l'infirmière enlève le garrot. Dix minutes plus tard, le blessé retombe dans sa torpeur et meurt quelques instants après.

Cette observation comporte deux enseignements. Le résultat heureux de la transfusion du sang chez un blessé en état de shock grave. Pauchet, au VI[e] Congrès de chirurgie, à Londres, a bien montré les avantages de la transfusion en pareille circonstance. L'autre enseignement a trait aux dangers du déplacement d'un garrot dans les grands traumatismes des membres. On se rappelle l'observation princeps de Quénu présentée à la Société de Biologie. Un blessé, le pied broyé, arrive à l'hôpital avec un garrot à la jarretière. Son état général est excellent. On l'opère et on supprime le garrot. Trois heures après, le pouls est à 120, imperceptible, la respiration courte, la torpeur complète et la mort imminente.

Quand on pose un garrot, il faut le placer le plus près possible de la périphérie. Quand un garrot est appliqué depuis plusieurs heures, il faut amputer *avant de l'enlever* et amputer au-dessous de lui.

L'exploration radioscopique de l'intestin à l'aide de boules opaques.

(M. Chaton. — *Société de chirurgie* ; 25-2-1925.)

Au cours d'une opération pour cancer du côlon avec état d'occlusion intestinale, M. Chaton trouva un jour, en amont du rétrécissement cancéreux et jouant le rôle de clapet obturateur, trois fruits rouges d'églantier. Le malade avait eu déjà antérieurement une crise d'occlusion intestinale similaire, relevant peut-être de la même origine. On attribue, en effet, dans la région de Besançon, où exerce M. Chaton, des propriétés curatives dans les affections de tube digestif aux fruits d'églantier et le patient avait dû les ingérer dans un but thérapeutique.

Cette observation, en dehors de son intérêt propre, donna à l'auteur l'idée d'employer des boules barytées opaques que le malade prend par la bouche, qui vont s'arrêter au niveau de la sténose néoplasique et permettre de localiser celle-ci au moyen des rayons X lorsque l'examen avec les bouillies usuelles reste négatif. Pour que ces boules ne soient pas désagrégées par l'action des sucs gastriques et intestinaux, l'auteur, sur le conseil de M. Jouffroy, son collaborateur, les enrobe dans la gélatine sur laquelle on fait agir du formol. Les boules opaques en question ont un diamètre de 8 à 10 millimètres.

Ce mode d'exploration ne comporte-t-il pas de dangers ? Il est évident que le patient qui vient d'ingérer un tel corps étranger doit rester sous la surveillance du chirurgien, celui-ci se tenant prêt à intervenir s'il survient des accidents d'occlusion. Le cancer est ainsi, d'ailleurs, opéré de plus bonne heure, ce qui offre tout avantage. Une précaution, toutefois, est à prendre : s'assurer, par l'exploration radiologique, qu'il n'existe pas de rétrécissement de l'œsophage, au niveau duquel la boule pourrait s'arrêter et provoquer des accidents.

Nouvelles recherches sur l'anesthésie au somnifène.

(MM. Pierre Fredet et René Fabre. — *Société de chirurgie* ; 25-2-1925.)

M. Pierre Fredet qui est, on le sait, le père de ce nouveau mode d'anesthésie générale (l'anesthésie au somnifène) a poursuivi tant cliniquement qu'expérimentalement ses recherches sur cette intéressante méthode.

Actuellement, son expérience clinique porte sur 106 cas, comportant des opérations toutes importantes, dont 79 laparotomies. Cette petite statistique a fourni 4 décès, indépendants de l'anesthésie, mortalité d'ailleurs inférieure aux chiffres habituels pour des interventions de ce genre. L'auteur se croit autorisé à dire, comme il le faisait dans sa communication de 1924, que le somnifène, associé à la morphine et à la scopolamine, permet de réaliser une anesthésie générale suffisante pour exécuter toutes les grandes opérations portant sur l'abdomen et les membres, et que, dans les conditions et aux doses indiquées, cet agent paraît inoffensif pour le rein, le foie, les centres cardiaque et respiratoire.

Un point méritait d'être élucidé. Le somnifène est un mélange de deux hypnotiques : l'allylisopropyl-malonylurée et la diéthyl-malonylurée. Y a-t-il intérêt à conserver ces deux corps associés, pour l'anesthésie générale ; sinon, quel est celui qui offre le plus d'avantages? M. Pierre Fredet a cherché à résoudre ce problème expérimentalement, chez l'animal. Il a constaté que l'allylisopropyl-malonylurée se localisait en grande partie (comme il fallait s'y attendre) dans les centres nerveux, puis dans le sang. Elle est éliminée en nature, par les urines, mais l'élimination, après une décharge immédiate assez forte, est longue à s'achever. Pour la diéthyl-malonylurée, même accumulation dans les centres nerveux, avec une action hypnotique beaucoup moindre toutefois. L'auteur conclut, quant à présent, à la supériorité de l'allyl sur la diéthyl-malonylurée, et aussi sur le somnifène, et il se sert actuellement, jusqu'à nouvel ordre, car la question est loin d'être, à son avis, solutionnée, de l'allylisopropyl-malonylurée.

— M. Maurice Chevassu met en relief le défaut de ce mode d'anesthésie : la lenteur d'élimination de l'anesthésique. Avec le chloroforme et l'éther, c'est en quelques heures ; avec le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote, c'est en quelques minutes, que les opérés se débarrassent du toxique. Avec le somnifène, c'est par jours que se compte le temps d'élimination. Bien plus, dans la première journée, la quantité persistant dans l'organisme est proche de la dose anesthésique. Lorsque cette quantité s'abaisse, elle reste quelque temps suffisante pour exercer une action excitante, d'où l'agitation prolongée si souvent observée chez les opérés après l'intervention.

Idées modernes sur la carie dentaire.

(M. Boissier. — *Société médicale des praticiens* 17-4-1925.)

M. Boissier parle des idées nouvelles sur la carie dentaire, véritable chaos où sont confondues des affections diverses.

On doit distinguer, à côté des caries de causes externes (traumatiques, chimiques, microbiennes), des caries trophiques. L'odontoblaste est frappé en premier et c'est lui qui détermine des lésions secondaires des tissus durs. C'est la carie des états infectieux, de la grossesse, des avitaminoses et des troubles endocriniens. Ces caries trophiques nécessitent, il va sans dire, un traitement étiologique médical, différent du traitement purement opératoire des caries externes.

Mesure des températures dans la diathermie.

(M. Grunspan de Brancas. — *Soc. d'électro-radiologie* ; 24-3-1925.)

L'auteur pense que pour faire les mesures de tem-

pérature au cours des applications de diathermie, un appareil délicat est nécessaire, permettant d'explorer en même temps plusieurs points de la région traitée, car la température n'est pas uniformément répartie partout.

Traitement électrique de certaines gonococcies.

(M. Portret. — *Société française d'électro-radiologie* ; 24-3-1925.)

Dans certaines infections gonococciques localisées, lorsque les moyens thérapeutiques habituels ont échoué, M. Portret s'adresse au traitement électrique, qui lui a procuré quelquefois la guérison des malades. L'appareil employé est celui de haute fréquence, méthode dite unipolaire, complétée ou non par la fulguration et la galvanisation.

Calcul géant de l'uretère.

(MM. Belot, Nadal et Talon. — *Société française d'électro-radiologie* ; 24-3-1925.)

MM. Belot, Nadal et Talon relatent l'observation d'un malade offrant une volumineuse tumeur de la fosse iliaque droite, ayant quelques caractères du néoplasme cæcal. La radiographie montra qu'il s'agissait d'un énorme calcul de la portion terminale de l'uretère. L'intervention permit d'extraire une masse calculeuse ovoïde mesurant 6 centimètres de longueur sur 3 cm. 6 de diamètre. Elle avait déterminé une pyonéphrose avec disparition de tout le tissu noble du rein.

P. L.

Les Congrès

IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires (1)

(*Suite*)

Méthode de sélection du contingent.

Par MM. Lévy,
médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

et Jeandidier,
médecin principal de 2e classe, médecin des hôpitaux militaires.

La sélection du contingent, dans les temps modernes, où les nations armées doivent, sous peine de leur existence même, armer les bras du plus grand nombre possible de leurs fils, consiste, non plus comme jadis, à choisir un nombre restreint de sujets réunissant au maximum les conditions d'aptitude au service, mais bien à éliminer seulement les conscrits indiscutablement inaptes au métier des armes. En un mot, il ne s'agit plus du choix des meilleurs, mais de l'élimination des incapables. Ceci est surtout vrai pour les pays à faible natalité, et pour accomplir cette tâche difficile deux triages successifs sont mis en œuvre : le conseil de revision, et la visite d'incorporation.

L'instruction sur l'aptitude physique au service militaire représente le code d'après lequel s'effectuent les deux triages précités ; il va sans dire qu'elle ne constitue pas une suite de prescriptions impératives, mais bien plutôt un guide pour l'expert, dans les cas « limite » aux frontières de la maladie, tandis que les cas bien nets ne laissent place à aucun doute sur la conduite à suivre.

Or, dans l'ensemble de la pathologie, deux rubriques soulèvent à elles seules plus de difficultés d'application que tout le reste de la nomenclature nosologique : ce sont la tuberculose, d'une part, et la faiblesse de constitution, d'autre part.

Les auteurs passent en revue les multiples critères, auxquels on a successivement cru pouvoir s'arrêter en ce qui concerne la tuberculose, et dont aucun n'a résisté à l'usage : tuberculino-réactions, bacilloscopie, études des formes cliniques, torpides ou évolutives, fébriles ou apyrétiques, méthodes radiologiques, stéréocodiologiques, réactions de fixation, méthodes biologiques, etc., ont apporté à la solution du problème du diagnostic ferme de la tuberculose des clartés précieuses, sans doute, mais la prescription de l'instruction sur l'aptitude physique, formulant catégoriquement pour le tuberculeux l'inaptitude au service, laisse le plus souvent, dans la pratique, l'expert aux prises avec de sérieuses difficultés.

Il en est encore ainsi pour la faiblesse de constitution, qui, malgré l'imprécision de la dénomination, répond, pour le médecin militaire, à une entité bien caractéristique, et dont les rapports avec la tuberculose, n'en déplaise à des opinions autorisées, se révèlent dans les rangs de l'armée, en raison des conditions particulières des fatigues de la vie militaire, qui, normales et salutaires pour l'homme robuste, peuvent conduire le faible au surmenage chronique, et de là, trop souvent, à la tuberculose.

L'influence des causes secondes, longtemps écartée du premier plan, reparaît ici avec toute sa valeur. Le soldat sortant de l'armée tuberculeux y est entré bacillaire, disait Kelsch, il y a plus de vingt ans ; il ajoutait : *Nous sommes tous plus ou moins bacillifères; ce sont les causes secondes qui nous rendent bacillisables*. De belles études modernes, celles de Debré en

(1) Voir *Concours médical*, nos 20 et 21, des 17 et 24 mai 1925.

particulier, confirment cette assertion et, réserve faite pour quelques cas exceptionnels, personne ne croit plus guère aujourd'hui à la contagion entre adultes.

Aussi, bien que l'hygiène militaire soit loin d'être si défectueuse qu'elle favorise le développement de la tuberculose dans les conditions normales du temps de paix, il n'en reste pas moins acquis que les sujets faibles de constitution doivent être écartés du milieu militaire ; c'est le desideratum formulé par l'instruction sur l'aptitude physique ; mais ici encore, les critériums les plus variés n'ont pu apporter qu'un faible secours à l'expert : leur multiplicité même est l'aveu de leur insuffisance.

Rien ne vaudra le coup d'œil médical de l'expert exercé, la mise en œuvre sagace de l'exploration clinique ; « les indications du ruban métrique et de la bascule doivent céder le pas à l'expérience et à la pratique, guidées par le sens médical et la rectitude du jugement » (Kelsch).

Or, on se rend compte que les difficultés ne sont pas seulement d'ordre médical ; des éliminations pour « faiblesse » insuffisamment justifiées se répercutent d'une façon inadmissible sur le maintien des effectifs, et, malheureusement, l'expert est impuissant à discerner d'avance, parmi les jeunes gens de constitution faible ou douteuse, ceux dont l'état de santé (le fait est constant) s'améliorera au service, et ceux, par contre, qui feront des formes évolutives de gravité variable.

Donc, la question du diagnostic de la tuberculose sera résolue par l'expert en mettant en œuvre toutes les ressources scientifiques actuellement possibles ; quant à l'appréciation de la constitution, il appellera à son aide toutes ses qualités personnelles de coup d'œil, de pratique, d'expérience et de conscience médicales. Ces procédés scientifiques, ces qualités individuelles, vont pouvoir s'exercer au cours des opérations du recrutement dont nous allons pénétrer maintenant le mécanisme.

Le conseil de revision constitue le premier des deux triages dont il a été parlé plus haut.

Il prête à des critiques justifiées et déjà anciennes auxquelles il est fort difficile de remédier, en raison des conditions matérielles légales dans lesquelles se déroulent les opérations d'expertise. Des dispositions modernes s'efforcent de rendre moins ardue la tâche de l'expert, en le mettant à même d'être renseigné sur l'état physique du conscrit examiné, grâce à des documents, médicaux ou administratifs (dossier sanitaire, certificats médicaux), établis par une commission médicale qui, avant le conseil de revision, examine séparément les gens qui en font la demande. Cette commission retient les sujets douteux pour un examen pratiqué par des experts spécialistes, civils ou militaires, agréés par le ministre de la Guerre. En fin d'expertise, le spécialiste consulté adresse au président de la commission les rapports qu'il a établis, et les décisions au sujet des conscrits intéressés sont renvoyées à la séance finale du conseil.

Ces dispositions marquent un progrès évident : examen à loisir dans le calme et le silence, huis-clos pour les déclarations médicales, renvoi au spécialiste, hospitalisation pour complément d'observation, jugement sur pièces, sont des améliorations de valeur, mais qui, malheureusement ne profitent qu'à un petit nombre, et qu'il serait impossible d'appliquer à la totalité des conscrits. En particulier, pour la tuberculose, la commission ne pourra se prononcer, tout comme l'aurait fait le simple expert, que sur les cas évidents ; et pour les faibles de constitution, le doute demeure quant à leur avenir possible ; le seul choix, après ajournements successifs, s'offre à l'arbitre entre l'élimination définitive et l'incorporation.

C'est alors qu'il convient d'étudier le mécanisme d'après lequel fonctionne cette deuxième sélection réalisée par la visite d'incorporation. Elle est dominée par la loi du 31 mars 1919, dite de la présomption, d'après les termes de laquelle toutes les maladies constatées chez un militaire ou marin, pendant la période où il a été incorporé, ou pendant les six mois qui ont suivi son retour dans ses foyers, sont présumées, sauf preuve du contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents de service.

L'incorporation devient donc un véritable constat médico-légal, point de départ, le cas échéant, de la preuve contraire admise par la loi.

La loi du 1er avril 1923 fixe rationnellement les conditions de temps dans lesquelles joue la présomption ; elle date du jour de la visite d'incorporation qui devra avoir lieu dans les trois mois au plus tard de l'arrivée au corps.

Une méthode judicieuse doit donc guider le médecin dans la marche des opérations multiples, complexes et délicate s auxquelles il doit se livrer pendant cette période, que le nombre des jeunes soldats, la pénurie de personnel subalterne, rendent encore plus pénible et dont ils aggravent les difficultés. On conçoit en effet, qu'il est nécessaire de décrire e n détail, d'enregistrer d'une façon constante et systématique toutes les infirmités, défectuosités et tares même légères, constatées à l'arrivée de la recrue, et qu'il faut tenir à jour, par la suite, tous ces renseignements soigneusement reproduits sur le livret médical de l'homme ainsi que sur le registre d'incorporation.

L'attention du médecin sera « attirée spécialement sur la recherche des signes cliniques de la tuberculose » ; avec une grande minutie, la loi prescrit toutes les investigations ; les examens radiologiques, sous leurs formes les plus perfectionnées, la recherche persévérante du bacille, l'inoculation au cobaye, bref, toutes les mesures qui permettront à l'expert, dans le plus grand nombre des cas, de formuler une opinion nettement établie.

Pour l'appréciation de la robustesse, au contraire, l'expert ne peut compter que sur son jugement et son expérience ; et comme la loi ne permet plus la mise en observation que dans des limites de temps fort restreintes, tous les douteux, *en principe*, sont à éliminer pour sauvegarder les intérêts de l'Etat.

En résumé, s'il est toujours possible, à peu d'exceptions près, de diagnostiquer la tuberculose constituée, dans les délais voulus, grâce aux moyens actuels d'investigation ; on voit que le problème demeure beaucoup plus difficile à résoudre en ce qui a trait à la constitution.

Comme une loi de fréquence peut seule nous fournir quelques probabilités sur l'avenir des faibles de constitution, en faisant ressortir que le plus grand nombre des cas de tuberculose se manifesteront parmi les sujets de constitution peu robuste, l'élimination de tous ces sujets « en bonne logique, devrait être la règle ». Mais, en fait, elle aboutirait à réduire, dans des proportions inacceptables, les sources du recrutement.

Quant au temps de guerre, il va de soi que les dispositions légales, pendant la paix, ne sont plus valables, et que la collectivité a pris à son compte, comme contractées ou aggravées en service, toutes les tares physiques dont étaient porteurs la plupart des récupérés des dernières levées de la guerre.

Aussi, les auteurs estiment-ils qu'on pourrait concevoir pour l'avenir un système de recrutement basé sur un principe différent de celui aujourd'hui en vigueur. Ce système, que nous pourrions appeler « d'aptitudes restreintes », tiendrait compte, non plus de la valeur physique en général, qui permet au soldat d'être employé à toutes les fonctions du métier des armes, mais bien de l'aptitude physique particulière grâce à laquelle, à côté du combattant vrai, pourraient être utilisés tous les individus, l'obèse, le goutteux, le dyspeptique, le cardiaque compensé, que leur infirmité relative n'empêche pas d'occuper avec avantage à l'un quelconque des emplois spécialisés si nombreux dans une armée moderne.

Une semblable instruction ministérielle sur les emplois réservés indique, d'ores et déjà, dans le détail, quelles sont les infirmités compatibles avec les emplois les plus divers : peut-être serait-il possible d'envisager une instruction sur l'aptitude militaire où seraient « cataloguées les défectuosités compatibles avec les différents emplois de l'armée ».

« Le nombre des éliminations serait ainsi considéralblemnt réduit, et cette opération économique, mieux que le nom de sélection, mériterait celui de classement du contingent ».

(*A suivre.*)

Les Livres

L'histoire de la Nature Vivante d'après l'Œuvre des Grands Naturalistes français, par Louis Roule, professeur au Muséum national d'histoire naturelle II. — *Daubenton et l'exploitation de la nature.* Un volume in-18 jésus. Prix : 7 fr. 95. (Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.)

Cette série de volumes consacrée à montrer la haute importance de la pensée française dans l'essor actuel des sciences biologiques, ayant commencé par Buffon, précurseur génial, continue aujourd'hui par Daubenton.

Bien que ce nom de naturaliste soit en partie oublié, celui qui l'a porté a joui en son temps d'une renommée éclatante et justifiée. Collaborateur de Buffon, il a préparé à lui seul et rédigé toute la partie anatomique de la célèbre « Histoire Naturelle ». Plus tard, il s'est occupé de l'élevage du bétail, en a établi les méthodes, et se place au premier rang de ceux qui ont fondé la zootechnie moderne. Entre temps, il s'est montré vulgarisateur émérite et professeur réputé. Il a créé les collections naissantes du Muséum, et il a établi les règles que l'on suit dans le monde entier pour l'établissement des grands Musées d'histoire naturelle.

Sa longue vie, inlassablement consacrée à la recherche scientifique et à la diffusion de ses résultats dans le public pour enseigner comment on doit exploiter rationnellement la nature vivante afin d'utiliser ses produits, a été un véritable apostolat, qui a fini en apothéose, en honneurs funèbres rendus comme à un héros et à un bienfaiteur de l'humanité. Ce fut une grande figure, qui mérite qu'on la sorte de son demi-oubli ; remise en place dans la société d'avant la Révolution et de la période révolutionnaire jusqu'au Consulat, elle exprime pleinement, à cette époque, les pensées et les aspirations des savants et des intellectuels.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1924.

C. Daussat. — **L'invalidité-maladie. Législation. Evaluation. Etiologie générale. Pensions militaires. accidents du travail, assurances sociales.** (Un vol, in-16 carré de 176 pages, Prix : 10 francs.)

L'auteur étudie l'invalidité-maladie, c'est-à-dire la diminution de capacité de travail consécutive à une affection des organes internes. Ayant vu appliquer la loi d'assurances en Alsace-Lorraine, et s'appuyant sur une riche documentation, il s'est proposé de rassembler le résultat de ses observations et de son expérience personnelle pour faciliter aux médecins experts et aux magistrats l'étude de ces importantes et souvent complexes questions.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE PROJET DES ASSURANCES SOCIALES

Dans l'article premier du projet de loi sur les assurances sociales, parmi les risques couverts, je relève ceci : chômage involontaire par manque de travail.

Je comprends fort bien que le chômage, conséquence de la maladie, soit couvert par l'assurance, mais le chômage en dehors de la maladie est chose plus discutable.

Où commence et où finit le chômage involontaire? Il y a là une porte ouverte à tous les abus, c'est couvrir le chômage en cas de lock-out patronal par surenchère électorale. C'est l'étendre aux grèves.

Une œuvre de solidarité sociale deviendra ainsi un instrument politique.

Mais, me direz-vous, en quoi la question de chômage peut-elle intéresser les médecins ?

Beaucoup plus que ne le pensez. Car, on va recommencer les abus de la Mutualité. Au début, on avait fixé une cotisation pour couvrir les frais de maladie, puis peu à peu, sans augmenter d'un centime la cotisation, on offrit aux sociétaires de nouveaux avantages, des retraites, des frais funéraires, des indemnités pour chômage, maladie, etc.

Cette extension des services mutualistes se fit aux dépens des médecins ; on rogna tant et plus sur leurs honoraires, on finit par leur attribuer des salaires de famine. Le service médical qui, dans les intentions des fondateurs, devait être tout, finit par devenir une chose presqu'accessoire, on assura les soins médicaux en nature, chose presque sans valeur, tandis que pour le reste les sociétaires touchaient de l'argent.

Les mêmes abus vont se renouveler pour les assurances sociales, si nous n'y prenons garde. La cotisation est de 10 % sur les salaires. Mais, pour flatter la clientèle des assurances on élargira chaque jour le cercle des avantages accordés. Après tous les services, maladies et retraites, on fera des colonies scolaires, des maisons de convalescence, des traitements thermaux, etc., choses utiles, il est vrai, et quand on aura bien dépensé de toute façon, on diminuera la part revenant aux honoraires médicaux, la caisse étant vide.

Si on a des données de probabilités sur la morbidité et la mortalité, on entre dans le régime de l'inconnu lorsqu'il s'agit chômage. Les causes de chômage sont tellement multiples, elles dépendent de telles données économiques, politiques et sociales, qu'il est impossible de créer des statistiques rationnelles pouvant servir à établir des données actuarielles.

On doit, par suite, craindre que la somme à attribuer au service chômage dépasse de beaucoup les prévisions des auteurs de la loi et n'empiète sérieusement sur les indemnités prévues pour les services maladies.

Le service chômage ne pourrait se justifier que s'il était basé sur une cotisation spécialement affectée à ce risque, ce qui n'est pas. C'est là le danger, il n'y a aucune cloison entre les divers risques et les chiffres fournis ne sont qu'une discrimination possible entre les diverses caisses.

Je reconnais que le chômage est un des fléaux sociaux que tout gouvernement a le devoir d'atténuer. Mais l'indemnité chômage répondrait-elle bien à ce but ? Le principal, ce serait de créer du travail pour absorber les chômeurs au moins provisoirement, en attendant le redressement de l'industrie défaillante.

Si on distribue une indemnité en argent, ne créera-t-on pas le chômage ou bien ne le cultivera-t-on pas ?

Car l'ouvrier oisif doit occuper son temps et il aura souvent la tentation de porter une partie de son salaire au bistro, où il trouvera asile dans ses longues journées de repos forcé, où il pourra faire la partie des amis, causer avec eux de leurs affaires.

Dans ces conditions, l'ouvrier, et cela est humain et plus excusable chez lui que chez les intellectuels, n'aura-t-il pas tendance à prolonger son chômage ?

S'il ne fréquente pas assiduement son bistro, il s'occupera chez lui, ou cherchera à aller travailler chez un autre patron, sans signaler sa reprise de travail et touchera son indemnité jusqu'au jour où le chômage de son premier patron viendra à cesser. Dans ces conditions, il cumulera ses deux salaires et bénira dans son cœur le chômage involontaire prévu par la loi.

Si l'ouvrier est moins courageux, il n'essayera pas de s'embaucher ailleurs, ce qui pourrait supprimer son indemnité, il se laissera vivre tranquillement. L'indemnité de chômage sera donc productrice de chômage. En tout cas, je crains fort que les médecins fassent une partie des frais

occasionnés par l'assurance de ce dernier risque.

Il existe à mon sens une autre fissure dans le projet de loi sur les assurances sociales.

L'assujetti fait partie de la caisse jusqu'à l'âge de 60 ans, âge auquel il a droit à sa retraite : cependant si l'ouvrier veut continuer à travailler, il peut différer la liquidation de ses droits jusqu'à 65 ans, mais dans ce cas, *il est exonéré de la retenue de* 5 %.

Nous savons par expérience, et nôtre Mutualité familiale nous en fournit la preuve, que la morbidité augmente avec l'âge et qu'elle devient plus importante à partir de 60 ans.

La logique voudrait que la cotisation continuât à être payée à cette époque ; au contraire, elle est supprimée. Le risque sera donc à la charge des autres assujettis et je crois, encore à la charge des médecins. Car la masse médicale serait diminuée d'autant, alors que le nombre de vacations augmenterait.

Logiquement, de ce fait, les honoraires médicaux seront diminués.

C'est donc aux médecins à étudier tous les détails de la loi s'ils veulent défendre en temps utile leur droit à l'existence.

Dr M. VIMONT.

R. H. M. S. 0640.

LES MÉDECINS DE SANATORIA PEUVENT-ILS FAIRE DE LA CLIENTÈLE

Cette question a déjà été étudiée dans le *Concours médical*, à l'occasion d'une question écrite, posée au Ministre de l'Hygiène, par le Dr Grinda, député. Nous avions commenté le cas (*Concours médical*, 1923, 3414) et fait remarquer que la réponse du ministre n'était pas précise. Il semblait en résulter que les médecins de sanatoria pouvaient être autorisés à répondre à l'appel direct de clients qui, ne résident pas au sanatorium et ce, pour des maladies quelconques non tuberculeuses.

Pour notre part, nous estimions que celui qui avait rédigé la réponse, au nom du Ministre, n'avait pas fait une juste application des textes législatifs et réglementaires.

Quelques mois plus tard (*Concours médical*, 1923, 3843), nous revenions sur la question, à la demande d'un de nos lecteurs et nous concluions que des ententes locales entre syndicats médicaux et administrations de sanatorium pourraient établir un *modus vivendi*, au mieux des intérêts des malades et des médecins.

Nous donnons ci-après un extrait du rapport de l'Inspection générale des services administratifs (Ministère de l'Intérieur, du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales et de la justice (services pénitentiaires). (*Journal officiel*, annexe, 28 septembre 1924, 692).

PERSONNEL DES MÉDECINS DIRECTEURS.

Aux termes de l'article 4 de la loi du 7 septembre 1919 et des articles 26 et suivants du décret du 10 août 1920, les médecins directeurs sont recrutés après un concours sur titres subi devant une commission spéciale dont la composition est prévue par l'article 28 du décret du 10 août 1920. Jusqu'à présent, les postes vacants ont pu être comblés, les candidats ayant été en nombre, à peu près égal à celui des postes à pourvoir. Le concours est, dans ces conditions, ramené tout au plus, à un examen, et la carrière de médecin directeur, si elle est brillamment suivie par les médecins en exercice dans les sanatoriums, ne semble pas, à en juger par le peu d'empressement des candidats, bénéficier de beaucoup d'attraits auprès du corps médical. Cependant, les médecins des sanatoriums se plaisent à reconnaître tout l'intérêt que présentent leurs fonctions dont le double caractère médical et administratif, joint à l'autorité et à la responsabilité qu'elles comportent, sont de nature à satisfaire des hommes épris d'action et de dévouement. Néanmoins, on ne saurait méconnaître qu'il existe encore maintenant une certaine désaffection pour la carrière de médecin de sanatorium. La cause en est peut-être tout d'abord, dans la crainte de l'avenir que présente l'entrée dans tout corps de fondation récente. Cependant, les décrets des 29 septembre 1922 et 15 juin 1923 devraient donner aux candidats des assurances suffisantes. C'est plutôt dans la modicité des traitements qu'il faut trouver le motif de l'indifférence dont pourront souffrir, si les circonstances ne se modifient pas, les sanatoriums, en ce qui concerne le recrutement du personnel des médecins.

La question a une importance primordiale et il n'est pas exagéré de dire qu'elle met en jeu l'avenir et le succès de la lutte contre la tuberculose.

Les traitements et les classes des médecins des sanatoriums sont fixés par le décret du 29 septembre 1922 à des chiffres variant de 12.000 à 16.000 fr. pour les médecins directeurs, et 8 à 11.000 fr. pour les médecins adjoints, plus le logement, le chauffage et l'éclairage. Peut-on espérer recruter des médecins spécialisés, c'est-à-dire ayant fait des stages, des études particulières en leur offrant un traitement de début de 8.000 fr. ?

Si l'on considère qu'actuellement, il y a dans les sanatoriums des médecins adjoints, mariés, pères de famille, recevant ce traitement minime eu égard aux connaissances techniques exigées, on conçoit que la carrière de médecin des sanatoriums, du moins dans les premières années, n'est nullement en rapport avec les longues années d'études médicales et les frais qu'elles représentent.

Les fonctions de médecins adjoints, si l'on s'en tient à leur rémunération, paraissent être l'apanage des seuls praticiens auxquels leur fortune personnelle permettrait de nourrir leur famille en mettant leur capacités professionnelles au service de la lutte antituberculeuse. Il ne faut d'ailleurs pas se dissimuler que cette situation n'est pas spéciale au corps des médecins des sanatoriums et, dans cet ordre d'idées, on peut signaler qu'on assiste depuis plusieurs années à une diminution progressive et inquiétante du nombre des candidats de médecins des asiles d'aliénés.

Quoi qu'il en soit, et sans méconnaître en rien la nécessité des réductions de dépenses qui s'imposent dans tous les services, il n'a pas paru possible de ne pas signaler ici une situation qui peut devenir inquiétante pour l'intérêt général et la santé publique.

Plusieurs médecins de sanatoriums ont trouvé — dans une certaine mesure — un remède à la modicité de leurs émoluments en mettant à la disposition du public leur technicité spéciale et en donnant des consultations particulières. La loi du 7 septembre est muette sur la régularité de cette pratique, mais si on se reporte aux débats parlementaires (Chambre des députés, 2e séance du 6 mars 1919, *Journal officiel*, débats parlementaires, p. 1030), on constate que cette question n'a pas été sans préoccuper le législateur. Le commissaire du Gouvernement a notamment précisé :

« En outre, si nous estimons indispensable que le médecin n'ait pas le droit de faire de la clientèle au dehors, ni d'avoir un établissement privé, nous admettons fort bien qu'il puisse être au sanatorium un médecin consultant.

« Je veux dire que des médecins ayant au sanatorium tous les moyens de recherches bactériologiques ou radiographiques désirables, pourront mettre ces moyens et leur science à la disposition des malades qui viendront les consulter à l'établissement, soit qu'ils y viennent de leur propre chef, soit qu'ils y soient envoyés par les médecins traitants.

« Ils auront le droit de toucher des honoraires. Ce que nous ne voulons pas, c'est qu'ils quittent le sanatorium ou se fassent une clientèle au dehors. Le sanatorium deviendra un centre de consultations tout à fait intéressant et pour les malades et pour les médecins eux-mêmes. »

L'article 23 du décret du 10 août 1920 dispose :

« Les médecins chefs et les médecins adjoints devront résider dans l'établissement ; ils ne feront pas de clientèle au dehors, sauf autorisation exceptionnelle révocable laissée à l'appréciation de la commission prévue à l'article 28, qui pourra les autoriser à répondre aux demandes de consultation des médecins de la région. »

L'interprétation de ce texte n'a pas été sans soulever un peu d'inquiétude, et des médecins de sanatoriums se sont demandés si la commission spéciale ne pourrait pas, en vertu de l'article 23 précité, leur interdire de donner des consultations même à l'intérieur de l'établissement.

Cette crainte est injustifiée. A la vérité, il n'y a pas d'ambiguïté dans l'article 23 et, si besoin était, les déclarations très nettes du commissaire du Gouvernement à la Chambre permettraient de déterminer très rigoureusement quels sont les droits des médecins des sanatoriums publics en ce qui concerne les honoraires privés qu'ils peuvent recevoir :

1° Les médecins de sanatoriums ne peuvent pas faire de clientèle, c'est-à-dire exercer la médecine générale ;

2° Ils ont le droit de donner à l'établissement des consultations payantes à des malades venant du dehors ;

3° La commission spéciale prévue à l'article 28 du décret peut leur donner l'autorisation générale et révocable de se transporter hors de l'établissement pour y répondre à des demandes de consultations au domicile des malades.

Il semble que ces trois principes concilient heureusement l'intérêt de la lutte antituberculeuse et les intérêts des médecins des sanatoriums sans négliger les droits très légitimes des médecins traitants D'une part, le médecin de sanatorium fait profiter les malades aisés de sa spécialité technique et des moyens matériels dont il dispose à l'établissement; d'autre part, il lui est interdit de pratiquer la médecine générale, ce qu'il ferait au préjudice de ses confrères et au détriment des malades de l'établissement dont il serait en fait presque toujours éloigné.

En ce qui concerne les attributions administratives des médecins directeurs, on pourrait se demander si, en principe, les médecins directeurs sont bien préparés à cette partie de leurs fonctions. Sauf peut-être dans un seul cas, il n'a pas été constaté que l'administration des médecins directeurs laissât à désirer. Les médecins directeurs actuellement en fonctions, pour la plupart anciens médecins des stations sanitaires, ont acquis dans ces établissements l'expérience nécessaire. Pour l'avenir, il convient de remarquer que les médecins directeurs devant être choisis parmi les médecins adjoints inscrits sur la liste d'aptitude établie par la commission chargée des examens sur titres pour l'entrée dans la carrière, auront pu, notamment à l'occasion des congés de leur médecin directeur, se familiariser avec la partie administrative de leurs attributions. L'inscription sur la liste d'aptitude pourrait d'ailleurs être subordonnée à l'appréciation des connaissances administratives du candidat. Si cette suggestion devait être retenue, son application serait facile à réaliser et il suffirait d'inviter les préfets, en transmettant les dossiers des intéressés, à y joindre leur appréciation à ce sujet.

Nous remarquons une certaine crainte, de la part des Inspecteurs généraux. Devant la modicité du traitement de début (8.000 francs), malgré le logement, le chauffage et l'éclairage, les postes de médecins adjoints des sanatoria com-

portent peu de candidats. Arriver plus tard aux fonctions de directeur, aux appointements de 12 à 16.000 francs, cela est peu alléchant.

De plus, comme médecin adjoint, il faut être sous la direction d'un confrère directeur de l'établissement et l'on sait combien le médecin aime son indépendance et s'en montre jaloux.

Aussi, pour augmenter les ressources du docteur, lui accorde-t-on le droit de faire de la clientèle, non pas en dehors de l'établissement, mais à l'intérieur seulement, pour les malades venus en consultation.

Le médecin du sanatorium a le droit de se servir de l'installation, qu'il a à sa portée et de réclamer des honoraires.

Déjà certains confrères se sont plaints, car, disent-ils, on détourne ainsi la destination des appareils et de l'installation technique, qui, en principe, ne doivent servir que pour les indigents hospitalisés.

Pareils errements provoquent l'usure du matériel et des dépenses, qui, ensuite, incombent à la masse des contribuables.

Ce à quoi répondent les administrateurs : on met ainsi à la disposition des malades des appareils, des installations spéciales, cependant que les examens sont faits et pratiqués par des médecins spécialistes.

C'est donc une excellente gestion pour la santé publique.

En même temps, il est utile de donner des avantages au personnel médical de ces établissements spéciaux, car les demandes sont peu nombreuses, pour affronter le concours de médecin adjoint.

Personnellement, j'estime que l'Etat a le tort de mal payer ses fonctionnaires. Cela me fait de la peine de voir les facteurs mendier des étrennes en fin d'année, alors que l'administration des P. T. T. fait entrer ces générosités en ligne de compte.

De même, j'estime que les médecins de sanatoria ne devraient pas, en dehors des malades qu'ils ont à traiter, dans l'établissement, faire de la médecine de consultation externe, qu'en accord avec les syndicats médicaux locaux.

Un praticien sera toujours heureux de faire appel à la compétence d'un spécialiste, et fera le nécessaire pour que ce confrère soit rémunéré par le client ; mais il ne veut pas que ledit spécialiste lui prenne sa clientèle payante et dirige des traitements, sauf dans des cas particuliers.

Toutes ces questions de déontologie n'existeraient pas si le législateur avait pensé à introduire dans la loi du 7 septembre 1919 un article spécifiant que des accords locaux, passés entre l'administration du sanatorium et les syndicats médicaux locaux, détermineraient l'exercice de la médecine, en ce qui concerne le traitement, le diagnostic de la tuberculose.

Etablissements et laboratoires ne doivent être que le prolongement de la pratique médicale courante : le médecin praticien aura recours à son confrère spécialiste pour décider et de la diagnose et du traitement, ce dernier étant dirigé soit par le médecin traitant, soit par le médecin du sanatorium, soit par les deux confrères, mais marchant toujours en parfait accord, grâce à l'entente syndicale.

Dr Paul Boudin.

A LA C.T.I.

Le 18 février, avait lieu à la mairie de la rue Drouot, sous la présidence de M. Frantz Jourdan, l'Assemblée générale de la C.T.I. (Confédération générale des travailleurs intellectuels) à laquelle j'assistais comme délégué du « Sou Médical », qui est adhérent à ce groupement.

En effet, nous avons jugé qu'il fallait que nous soyons présents dans toute société où l'on défendait les droits et intérêts du médecin, où l'on se préoccupait de l'amélioration de son sort.

Le secrétaire général, M. Sainte-Laguë, dans son rapport très étudié et approuvé à l'unanimité, a fait ressortir la prospérité toujours croissante de la C.T.I. Elle groupait en 1924, 168.700 membres, son effectif en 1925 est de 172.643, avec 12 groupements nouveaux. Elle a pris sa place dans tous les grands conseils où se défend l'avenir de la vie sociale des intellectuels. Elle a des représentants au Congrès du Livre, au Conseil supérieur des Beaux-Arts, au Conseil supérieur des Lettres, à la Commission de l'Ecole unique, au Comité des Congrès et Conférences de l'exposition des Arts décoratifs. Prochainement, selon les promesses faites, elle serait représentée au Conseil supérieur du Travail.

Sans adhérer à tel ou tel parti politique, elle a pu faire défendre les intérêts des intellectuels au Parlement sur un certain nombre de questions.

Enfin, le groupe sénatorial de défense des travailleurs intellectuels est en voie de réorganisation, grâce aux efforts de MM. Henri de Jouvenel et Pottevin. Ce groupe ne pourra, dans certains cas, qu'être un auxiliaire utile à notre groupe médical parlementaire.

Enfin la C.T.I. a pris une place prépondérante dans la création des C.T.I. étrangères.

Ce qui entrave l'essor de ce jeune groupe, c'est l'insuffisance de ses ressources budgétaires et l'obligation, par suite ,de limiter ses moyens d'action. Une discussion s'engage à ce sujet : le

principe de l'augmentation des recettes a été adopté, on envisagera les moyens proposés, carte obligatoire pour tous les sociétaires ou timbre à prix limite, ou bien paiement global des cotisations par les associations . Il ne faut pas perdre de vue que la C.T.I. est le groupement de tous les intellectuels et qu'elle poursuit surtout des revendications communes à toutes les professions libérales ; c'est ainsi qu'on est déjà occupé des loyers des intellectuels et de la propriété des découvertes dans toutes les branches de l'activité humaine.

Dr M. VIMONT.

PROTECTION DU PREMIER AGE ET MORTALITÉ INFANTILE

Le rapport annuel de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance de l'Académie de médecine présenté cette année par le prof. Nobécourt est intéressant à plus d'un titre et mériterait mieux qu'une analyse succincte.

La partie statistique n'est pas la moins attachante. Elle nous apprend que la mortalité des enfants protégés de 0 à un an, dont le nombre est de 66.000 environ, n'a été approximativement que de 7,8 pour 100 en 1923 ; mortalité donc égale, sinon légèrement inférieure à la mortalité infantile générale ; et ceci confirme singulièrement les idées que j'émettais récemment (*Concours médical*, 1924, n° 47) sans connaître aucune statistique officielle.

Les enfants protégés ne meurent donc pas plus que les enfants élevés par leurs parents ; et il est faux de dire d'un enfant en nourrice qu'il est en danger de mort « comme on s'est plu à le propager dans la presse ».

Quant aux enfants assistés de 0 à un an (au nombre de 10.000 environ), leur mortalité, ainsi que je l'avais présumé également, a été beaucoup plus considérable ; elle a atteint le taux de 26,20 %, qui ne saurait nous surprendre, étant donné la forte proportion parmi ces enfants de prématurés et de tarés qui succombent au cours du premier mois. Ce pourcentage de décès s'est élevé d'autre part à plus de 50 % dans trois départements. Voilà bien l'explication des chiffres formidables jetés du haut des tribunes officielles et qui ont semé la confusion dans l'opinion publique ; heureusement ce pourcentage déplorable ne s'applique qu'à 600 nourrissons et il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

Si nous abordons la question de l'application de la loi de 1874, nous découvrons avec stupéfaction que c'est la « pagaie » la plus complète.

« Dans plusieurs départements, la surveillance médicale est pratiquement inexistante ». Un exemple typique, la Haute-Marne alloue près de 9.000 fr. aux médecins inspecteurs pour 390 enfants, alors que les Basses-Pyrénées ne dépensent que 242 fr. pour le même nombre de protégés.

Dans ce dernier département, 12 pour 100 des enfants ont été visités alors que tous l'ont été dans l'autre. Dans la Haute-Loire, chaque enfant a été visité une fois dans l'année, alors qu'il l'a été 8 fois dans d'autres.

La visite du médecin inspecteur revient à 17 fr. dans le Lot et à 2 fr. dans l'Indre ! Aussi, que l'on ne s'étonne plus si *la mortalité varie de 17 à 2 % suivant les départements.*

Comme le dit le prof. Nobécourt : « il est permis de penser que l'insuffisance de la surveillance médicale des protégés est liée à l'insuffisance des crédits accordés par les conseils généraux » ; aussi il demande au ministre d'insister auprès des préfets et des assemblées à l'effet d'obtenir partout une rémunération médicale suffisante, et on ne saurait qu'appuyer sur ce point capital.

Les vœux exprimés par les inspecteurs départementaux méritent également d'être relevés ; beaucoup *signalent la nécessité d'étendre la surveillance médicale aux enfants élevés par leurs familles* ; ceci me paraît également capital ; c'est, en tous cas, le résultat d'une observation banale ; à savoir que l'*enfant élevé par sa famille est souvent dans de plus mauvaises conditions d'hygiène que celui qui en est séparé.*

La conclusion de tout ceci, c'est d'abord qu'il faut assurer l'application plus stricte et plus uniforme de la loi Roussel ; c'est aussi qu'il convient d'enseigner l'hygiène et la puériculture aux jeunes mères et futures mères, propager les consultations de nourrissons dans les villes etcréer pour les campagnes un service de surveillance médicale s'étendant **à tous les enfants sans exception.**

La mortalité des enfants en bas-âge est de 8 % en France jusqu'à un an ; cette proportion est certainement un peu trop élevée ; mais ce ne sont pas les enfants protégés qui grèvent spécialement les statistiques de mortalité, comme on se plaît à le proclamer *urbi et orbi*.

Toutefois, je dois le répéter, ce n'est pas en réduisant cette mortalité infantile pas plus que la mortalité générale qu'on résoudra le problème de la dépopulation, comme l'a prétendu M. Loucheur ; ce n'est qu'en encourageant pécuniairement la natalité et en facilitant l'assimilation des immigrés qu'on obtiendra quelques résultats appréciables.

Dr LETINOIS.

UNE SUREXPERTISE

— Docteur, comme vous me l'avez conseillé, j'ai refusé, devant la Commission de Contrôle, la diminution de pension proposée par les experts et je suis convoqué le ..... à l'hôpital Y... devant un surexpert, le docteur X... Voudriez-vous m'accompagner ?

— C'est parfaitement inutile. Le Docteur X... est un « phtisiologue » éminent qui fera certainement droit à votre juste réclamation.

Malgré l'insistance de mon client, j'étais bien décidé à persister dans mon refus, lorsque je réfléchis qu'il pourrait être intéressant pour moi d'assister à une *surexpertise*.

Donc, à l'heure indiquée par la convocation (heure militaire puisqu'il s'agissait d'une convocation militaire), je me trouvai à l'hôpital Z... Après plus d'une heure d'attente, le surexpert arrive. Quelques longues minutes d'entretien avec ses élèves et le maître nous fait introduire. Je me présente et m'excuse. Légère inclinaison de tête et petit sourire ironique du maître. L'auscultation commence et après quelques minutes, Monsieur le Surexpert se redresse et me dit brièvement : il n'y a rien. Comme je ne peux m'empêcher de manifester ma surprise, il ajoute aussitôt : « Eh bien, nous allons le passer à la radio ». Nous voici dans la salle de radio. Le réformé se présente devant l'écran, mais brusquement il est arrêté par un aide en blouse blanche : « Halte-là, mon vieux, tu passeras après les pneumo ». (N'oublions pas qu'il avait été convoqué par l'autorité militaire pour 4 heures, et qu'il en était près de six !) Enfin, tous les « pneumo » passés, les explications données, notre tour arrive. Un déclic, quelques secondes d'éclairement de l'écran et c'est fini. Triomphant, le Docteur X... me répète : « Il n'y a rien ». Hélas, était-ce une nouvelle erreur de mes sens abusés ? Si le Surexpert n'avait rien vu, si bref qu'avait été l'exament, moi, j'avais vu ou, du moins, cru voir quelque chose. Une ombre, des opacités, des points noirs, etc... Grande perplexité. Un des élèves du Maître, lui-même surexpert dans un département du Nord, voulut bien me donner l'opinion de « la Maison » : les bruits perçus à l'auscultation étaient dus au déplissement des alvéoles pulmonaires et à de la « « rhino-bronchite descendante ». Mais, je me demandais si cette fameuse « rhino-bronchite descendante » ne pourrait pas être tout aussi bien de la broncho-rhinite ascendante ». (Le malade affirmait respirer très bien par le nez, n'avoir jamais eu de rhinite, ni même d'écoulement nasal). Pour en avoir « le cœur net », avec l'autorisation de l'autorité compétente, je fis radiographier le malade et voici l'interprétation faite par le médecin radiologue lui-même, de la radiographie :

Sommets : un peu gris tous deux ; *champs* : le droit est gris ; *bases* : transparence un peu diminuée des deux côtés ; *sinus* : clairs ; *médiastin* : normal ; *hiles* : quelques calcifications des deux côtés ; *expansion diaphragmatique* : presque nulle à droite, normale à gauche.

En résumé, aspect gris général, sauf dans le champ gauche, avec des calcifications hilaires.

(Lésions pleuro-corticales étendues probables)

Dr A...

Ass. d'El. R. des hôpitaux.

Tout cela, pour le Dr X. = 0 !

Maintenant, comment conclure ? La chose est malaisée puisque le docteur X... est persuadé que, seuls, quelques grands maîtres et leurs élèves, sont capables de bien examiner un poumon. Nous ne voyons que deux alternatives : 1° « Si grands que soient les Rois........ » ; l'auscultation étant avant tout une question de pratique médicale et non d'érudition ou de science ; 2° il me paraît difficile d'admettre que le Docteur X... n'ait « ni rien entendu, ni rien vu ». Mais alors, la loi est injuste qui remet le sort d'un réformé aux caprices d'un surexpert, et cela presque sans appel, car la plupart reculent toujours devant les difficultés, les longueurs, les ennuis, les frais d'un appel devant le Tribunal des Pensions ; 3° puisque, dit-on, l'exactitude est la politesse des Rois, serait-ce trop exiger des surexperts que de les prier d'être exacts aux convocations dont ils ont fixé eux-mêmes le jour et l'heure ; 4° le malentendu persiste toujours entre le grand médecin phtisiologue et ..... les autres. Autrefois, on reprochait à ces derniers de laisser passer bien des tuberculoses au début ou peu avancées ; aujourd'hui, grâce à la « rhino-bronchite descendante », c'est le contraire. Toujours le même malentendu.

Mais, qui en pâtit le plus ?

Dr E.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

(*Suite.*)

Responsabilité civile.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avoué du Dr C. (Eure) d'une provision de 200 fr. dans l'affaire de responsabilité civile pour laquelle il a été admis à la garantie du « Sou ».

Diffamation.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avocat qui a plaidé en correctionnelle l'affaire de diffamation des Dr A. et C. (Calvados) contre la personne avec laquelle ils sont d'autre part en procès pour prétendue responsabilité professionnelle (300 fr.).

Le Dr V. (Oise), accusé par une lettre anonyme d'avoir délivré un certificat de complaisance à la suite d'un décès par accident, obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre en dommages intérêts l'auteur de cette lettre, qui est connu ; la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 300 fr.

Contrats médicaux.

Le Dr B. (Hérault), a obtenu la condamnation à 300 fr. de dommages-intérêts d'une Société de secours mutuels qui l'avait révoqué de ses fonctions de médecin de la Société sans avoir saisi la Commission médico-mutualiste, comme le prévoyait le contrat.

Les 300 fr. d'honoraires demandés par son avocat et la provision de 200 fr. demandée par son avoué, ayant été ordonnancés par le Conseil du « Sou », le Dr B. a remboursé la somme de 173,75 qui lui a été restituée sur la provision et fait don, en outre, de 20 fr. pour bons offices du « Sou ». Le Conseil lui en exprime ses remerciements.

Le pourvoi formé devant la Cour de Cassation par le Dr V. (Bouches-du-Rhône) contre un arrêt qui a refusé de lui accorder des dommages-intérêts à la suite de la rupture, par un industriel, du contrat passé pour le service médical de son personnel, ayant été admis par la Chambre des Requêtes, le Conseil ordonnance le versement d'une provision de mille francs pour suivre l'affaire devant la Chambre civile.

Exercice illégal.

Le Syndicat de l'Aube, dont tous les membres sont membres du « Sou médical », demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le sieur X, qui sans être docteur en médecine, a réussi à exercer la médecine dans deux départements, et notamment dans l'Aube. Le Syndicat s'était porté partie civile au procès qui devait avoir lieu en correctionnelle. Mais l'amnistie couvre actuellement, paraît-il, les faits reprochés à X. et il semble qu'une action civile puisse seule être suivie contre lui.

Le Conseil décide que si une action judiciaire est intentée, le « Sou » participera aux frais qu'elle pourra occasionner, concurremment avec le Syndicat de l'Aube et l'Union des Syndicats

Puis il annule purement et simplement l'admission au « Sou », obtenue par fraude par le sieur X., alors qu'il n'avait aucune qualité pour en faire partie et s'y était présenté comme membre d'un syndicat médical, qui l'avait admis dans les mêmes conditions.

Remplacement.

Le Dr P. (Seine) a obtenu, après plaidoirie de Me Nattan-Larrier, la condamnation de son ancien remplaçant, qui s'était installé dans sa localité, malgré un engagement formel, au paiement de l'indemnité de dix mille francs prévue dans l'engagement. Les honoraires de Me Nattan-Larrier, qui sont de 500 fr., sont ordonnancés par le Conseil.

Loyer médical.

Le Dr A. (Isère) est assigné en résiliation de bail par son propriétaire, qui, n'ayant pu obtenir de lui l'augmentation de loyer à laquelle il prétendait, lui reproche d'avoir installé dans l'appartement loué des appareils radiographiques, qui troubleraient les autres locataires, alors que le Dr A. pratique la radiographie et a des appareils dans l'appartement depuis son entrée en jouissance, soit depuis plus de vingt ans.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande et limite à 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Réglement concernant la lutte antivénérienne dans le département du Loiret.

Art. 1. — Un service destiné à la prophylaxie et au traitement des maladies vénériennes, est institué, avec le concours des médecins du département du Loiret, sous l'autorité du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (Service de prophylaxie des maladies vénériennes), par les soins de l'administration préfectorale.

Art. 2. — Ce service s'adresse aux syphilitiques contagieux ou susceptibles de le redevenir, aux femmes enceintes et aux enfants hérédo-syphilitiques.

Tout malade indigent ou de situation modeste peut être traité dans les conditions prévues au présent règlement.

TITRE PREMIER

Service médical.

Art. 3. — Les médecins qui acceptent de se conformer à ce règlement participent au fonctionnement du service, sauf avis contraire de la Commission technique prévue à l'article 11.

Art. 4. — Chacun de ces médecins est muni d'un carnet à souche comportant des talons restant en la possession du médecin et des coupons détachables.

Les mêmes mentions doivent être portées sur talons et coupons, sauf l'indication du nom du malade qui est inscrite seulement sur le talon, ce sont ;

1° Un numéro d'ordre attribué à chaque malade:

2° La catégorie dans laquelle est classé le malade, conformément à l'article 7.

Catégorie A, malades non nécessiteux.

Catégorie B, nécessiteux.

3° Le diagnostic : syphilis primaire, secondaire, etc.

4° L'indication de tout acte médical accompli par le médecin.

A) Simple examen médical.

B) La nature des injections pratiquées (sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses), la nature et la dose des médicaments utilisés, les interventions telles que prise de sang, ponction lombaire, etc.

Au fur et à mesure des actes médicaux accomplis, le médecin remplit talons et coupons, les talons restent adhérents au carnet ; le coupon est adressé directement au médecin inspecteur d'hygiène, à la préfecture, du 1er au 5 de chaque mois. Toutefois, lors de la première consultation, le médecin fait parvenir de suite un premier coupon en indiquant le diagnostic.

Art. 5. — A Orléans, et à Gien, les malades auxquels s'applique le présent règlement sont normalement soignés, aux dispensaires antévénériens, à moins qu'ils n'aient été autorisés par l'inspecteur départemental d'hygiène à être traités par un médecin de la ville. Cette autorisation peut également être donnée directement au médecin.

Art. 6. — Le laboratoire départemental de bactériologie, situé à l'hôpital d'Orléans, est mis à la disposition des médecins du service pour tous examens concernant les maladies vénériennes, en particulier les examens sérologiques en vue desquels le matériel nécessaire leur est fourni sur simple demande.

Ces examens étant effectués gratuitement, aucun honoraire ne peut être réclamé aux malades ; leurs résultats sont adressés en double au médecin traitant et à l'inspecteur d'hygiène, qui les joint aux bulletins concernant le malade.

Art. 7. — Les malades bénéficiaires du service sont répartis en deux catégories suivant l'appréciation des médecins eux-mêmes.

A) Les malades non nécessiteux, qui, tout en bénéficiant comme il est indiqué plus loin, de la fourniture gratuite des médicaments, honorent eux-mêmes leurs médecins.

B) Les malades nécessiteux, qu'ils soient ou non inscrits à l'assistance médicale gratuite.

Pour ces derniers, les honoraires dus aux médecins sont réglés par la préfecture (Inspection d'hygiène) sur le tarif de l'Assistance médicale gratuite pour visites au domicile du médecin. A titre exceptionnel et pour raison spéciale, le médecin inspecteur d'hygiène peut autoriser un médecin à soigner un malade au domicile de celui ci ; cette autorisation est donnée par écrit.

Le règlement des honoraires est effectué tous les trois mois sur production par le médecin d'un relevé contrôlé par la préfecture, au moyen des coupons envoyés au cours du trimestre. Pour les visites au domicile du malade et les frais de déplacement qu'elles peuvent entraîner (réglés également au tarif de l'Assistance médicale gratuite), l'autorisation donnée est jointe au mémoire.

TITRE II

Délivrance des médicaments.

Art. 8. — Les malades soignés ont droit à la gratuité des médicaments dont les uns sont fournis par le Ministère, et les autres acquis sur place ; ces médicaments sont délivrés par les pharmaciens du département qui ont accepté de participer au service, sur remise d'un bon de commande du médecin.

Art. 9. — L'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France désigne un pharmacien du département chargé de recevoir les médicaments fournis par le ministère aux dispensaires antivénériens (principales préparations arsenicales, bismuthiques, mercurielles), ce pharmacien est chargé de répartir lesdits médicaments entre ceux de ses confrères (ainsi qu'aux médecins propharmaciens) qui participent au service dans le département, cette parti-

cipation devant être demandée aux pharmaciens par l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France.

Il justifie du débit des produits à lui confiés par la production des bons de commande des médecins. Il dresse un inventaire trimestriel de son stock et le fait parvenir au ministère avec les justifications utiles.

Pour exécution de ce travail, le ministère lui verse une rémunération forfaitaire, dont il remet une partie aux pharmaciens locaux.

Art. 10. — Les produits que le ministère ne fournit pas lui-même sont envoyés aux médecins par les pharmaciens locaux sur remise par le médecin au pharmacien du bon de commande. Ces produits sont exclusivement destinés au traitement des syphilitiques.

Les pharmaciens reçoivent payement des médicaments ainsi fournis conformément au tarif départemental de l'assistance médicale gratuite sur production de mémoires adressés à la préfecture (inspection d'hygiène). Les bons de commande des médecins servant de pièces comptables doivent être joints aux mémoires.

TITRE III

INSPECTION ET CONTROLE.

Art. 11. — Le contrôle est assuré par une Commission technique comprenant le médecin inspecteur départemental d'hygiène et un médecin désigné par la fédération des syndicats médicaux du département.

Ce médecin peut être éventuellement remplacé par un médecin suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Art. 12. — Dans le cas où une enquête est jugée nécessaire, toutes justifications utiles et en particulier les livres à souche doivent être présentés sur place à la Commission technique.

Art. 13. — Chaque année, l'inspecteur départemental transmet, sous forme de rapport au préfet, les renseignements et résultats obtenus par l'organisation antivénérienne fonctionnant dans le département. Il adresse copie de ce rapport au Comité de propagande pour la lutte antivénérienne.

Art. 14. — Les sanctions applicables aux médecins et aux fournisseurs du service sont conformes au règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite. Elles sont proposées par la Commission technique et par l'intermédiaire du préfet, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, qui les prononce.

TITRE IV

ORDONNANCEMENT DES DÉPENSES.

Art. 15. — Les dépenses relatives au fonctionnement de la lutte antisyphilitique prévue dans le présent règlement, sont supportées par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et mandatées par le préfet.

Art. 16. — Le service auquel s'applique le présent règlement est créé à titre d'essai. Il sera, après un an de fonctionnement, continué, modifié ou supprimé, sur décision du ministre du travail, de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Annexe.

SERVICE DE PROPHYLAXIE
DES MALADIES VÉNÉRIENNES
4, rue St-Romain.

3 septembre 1924.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales

A Monsieur le Préfet du Loiret,

En réponse à votre lettre concernant le règlement du service de prophylaxie antivénérienne créé dans votre département en application de ma lettre du 5 juillet, j'ai l'honneur de vous informer qu'il ne me paraît pas possible de modifier maintenant les termes de ce règlement.

Toutefois, les demandes présentées par M. le Dr CAILLAUD, président de la Fédération des syndicats médicaux du Loiret, tendent à n'apporter de modifications que dans la lettre et non dans l'esprit du règlement.

Je vous autorise, en conséquence, à appliquer celui-ci dans le sens des demandes de M. le Dr CAILLAUD, soit :

1° Article 5. — Il est évident qu'il s'agit des malades « nécessiteux » puisque, comme vous voulez bien me le faire remarquer, les malades non nécessiteux honorent eux-mêmes leur médecin, ne bénéficiant que de la gratuité des médicaments, qu'ils s'adressent au dispensaire ou à leur médecin.

2° Article 7, 4e alinéa. — Il va de soi que les différents actes médicaux indiqués d'ailleurs art. 4 (§ 4) donnent droit à honoraires.

3° Article 10. — Il est entendu que les médicaments non fournis par le ministère sont délivrés de préférence « aux médecins » par les pharmaciens locaux, mais il n'y a pas d'inconvénient à ce que, si cela est nécessaire, et pour éviter des difficultés pratiques, le médecin remette le bon signé de lui au malade, afin de permettre à ce dernier de se fournir des médicaments chez le pharmacien.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir communiquer copie de cette lettre à M. le Dr CAILLAUD.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 2 juin. Comme les années précédentes, la direction de l'établissement mettra gracieusement ses différents services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Une Journée médicale bourguignonne.** — Tous les médecins bourguignons sont invités à assister à la JOURNÉE MÉDICALE BOURGUIGNONNE, organisée à Auxerre le samedi 6 juin prochain, sous la présidence du Dr Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, par la section de médecine du 3e congrès de l'Association bourguignonne des Sociétés Savantes.

Les principales questions médicales d'actualité seront exposées dans toute une série de conférences, au cours de la matinée et de l'après-midi du 6 juin, par les médecins bourguignons. Une conférence sera consacrée aux intérêts professionnels.

Les médecins inscrits à la JOURNÉE MÉDICALE seront considérés comme adhérents au Congrès de l'Association bourguignonne des Sociétés Savantes, et pourront participer aux manifestations de ce Congrès : vendredi à 14 heures, séance d'archéologie et d'histoire ; à 20 h. 30 conférence sur Alésia et soirée musicale. Samedi matin et l'après-midi, séances d'archéologie et d'histoire ; à 16 heures, visite archéologique de la ville ; à 19 heures 30 banquet ; dimanche, excursion à Vézelay.

Les dames des médecins seront reçues par un Comité de dames, sous la présidence de Mme Billaudet, présidente de l'Union des Femmes de France. Elles sont également invitées à prendre part à toutes les manifestations du Congrès et de la Journée médicale.

Les adhésions à la Journée médicale, et s'il y a lieu au banquet (25 francs,) et à l'excursion (déjeuner 10 fr.; train et autocars 18 fr.) devront être adressées avant le 1er juin si possible, au Dr Paul HOUDE, 8, rue Chantepinot, à Auxerre.

Programme des Conférences de la Journée médicale Bourguignonne (salle Soufflot, passage Soufflot). — Matinée : 10 h. 3/4 à 11 h. 1/4, C. LIAN, prof. agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. — Le traitement médical et chirurgical des angines de poitrine ; 11 h. 1/2 à 12 h., P. MOCQUOT, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin. — Les tendances conservatrices de la chirurgie gynécologique. — Après-midi : 2 h. à 2 h. 1/2, TASSIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Beaune : l'anesthésie régionale ; 2 h. à 3 h., F. RATHERY, prof. agrégé, médecin de l'hôpital Tenon : l'insuline dans le traitement du diabète ; 3 h. 1/4 à 3 h. 3/4, CHOCHON-LATOUCHE, ancien interne des hôpitaux de Paris (Autun): la prostatectomie hypogastrique : ses indications, ses résultats ; 3 h. 3/4 à 4 h. 1/4. Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Broussais les myocardies ; 4 h. 1/2 à 5 h., LECLERC, directeur de l'école de médecine de Dijon, prof. de clinique chirurgicale : l'intervention à chaud dans les affections aiguës de l'abdomen ; 5 h. à 5 h. 1/2, Ch. FLANDRIN, médecin des hôpitaux de Paris : le traitement de la syphilis par la voie buccale ; 5 h. 3/4 à 6 h. 1/2, BOUDIN, rédacteur du *Concours médical* : le projet de loi sur les assurances sociales.

— **Le Xe banquet du « Nord Médical ».** aura lieu le jeudi 4 juin, à 8 heures précises au Club de la Renaissance Française, 12, rue de Poitiers, à Paris, (derrière la gaze d'Orsay), sous la présidence du professeur Terrien.

A l'issue du banquet aura lieu une soirée musicale organisée par M. de Casteras (Castelly de l'Opéra).

Les confrères de la région du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Ardennes), de passage à Paris sont invités à ce banquet.

Un nouvel annuaire étant en formation, les confrères qui désireraient y figurer sont priés d'envoyer leur adhésion avec les indications nécessaires.

Les étudiants originaires de ces départements sont également invités à faire partie de la Société.

A la dernière Assemblée générale a eu lieu l'élection du bureau qui se compose comme suit : président : docteur Paul ; vice-présidents : docteurs Farez et Gallois ; secrétaire général : docteur Ronnaux ; secrétaire adjoint : docteur Richez ; trésorier : docteur Quivy ; trésorier adjoint : docteur Renaudeaux.

Pour tous renseignements concernant la Société, s'adresser au docteur Ronnaux, secrétaire général, 24, avenue Mac-Mahon (17e). Tél. Wagram 42-16.

— **Jubilé du prof. Tuffier.** — Le 23 avril, au Cercle interallié, a eu lieu un banquet sous la présidence du maréchal Joffre, en l'honneur du Jubilé du prof. Tuffier. Les professeurs de la Faculté de Médecine de Paris, de nombreux médecins et chirurgiens de Paris, de province et de l'étranger, avaient tenu à apporter au Maître, l'hommage de leur gratitude et de leur sympathie.

Le banquet était composé de 250 convives, tant hommes que dames. Au dessert, aux toasts qui lui étaient adressés, M. Tuffier répondit par une allocution pleine de finesse et de cœur. Les richesses de sensibilité et les aptitudes intellectuelles de l'homme, développa-t-il comme thème, ne lui méritent aucun éloge. C'est en naissant qu'il a apporté ces dons avec lui ; et si plus tard ces qualités épanouissent, il en est une qui devra toujours dominer les autres : *la bonté*.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Exposition de la houille blanche et du tourisme à Grenoble** (Mai-octobre 1925). — Il est rappelé que les porteurs de bons de l'Exposition effectuant, pendant la période du 24 mai au 11 octobre 1925, un voyage aller et retour d'une gare quelconque du réseau P.-L.-M. à Grenoble et comportant un parcours simple d'au moins 200 km., bénéficieront des réductions suivantes sur les prix du tarif général :

30 % si le parcours simple est compris entre 200 et 500 km.

33 % si le parcours simple est supérieur à 500 km.

Ces réductions ne pourront, en aucun cas, se cumuler avec celles qui seront consenties à un autre titre (familles nombreuses, etc...).

Les billets, qui ne seront délivrés que sur présentation du bon de l'Exposition, comporteront une validité de 10 jours dans le premier cas et de 15 jours dans le deuxième cas. La durée de validité ne pourra pas être prolongée.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

Application du Tarif Breton.

I

1154. — Intervention double.

Je vous serais reconnaissant de me dire comment tarifer fracture et luxation de la première phalange du gros orteil. ?

Dr B.

Réponse.

S'il y a eu, à la fois, deux interventions à pratiquer, j'ai toujours pensé et dit qu'il me semblait légitime de compter la première intervention en totalité et la seconde par moitié, les à-côtés de chaque intervention (préparatifs, champs opératoires, désinfection, etc.) n'étant pas mis en œuvre deux fois. Je compterais donc, dans votre cas où il s'agit de deux petites interventions à la fois : 25 francs (luxation), plus 10 francs (demi-tarif fracture), au total : 35 francs.

F. D.

II

1136. — La minoration de 25 % existe pour tous soins donnés dans une localité de deuxième catégorie.

J'ai l'honneur de vous demander conseil au sujet du règlement d'honoraires dus par une compagnie d'assurances, en matière d'accident du travail.

Exerçant comme médecin, *non chirurgien, non spécialiste*, dans une ville de moins de 100.000 âmes, j'ai demandé comme honoraires pour l'ouverture d'abcès la somme de 20 fr. et une autre fois pour « réduction de fracture de la clavicule et appareil de contention » la somme de 50 fr. (sans adjonction de prix de visite, naturellement), me basant sur le § *deux* de l'art. 15 (tarif Breton), ainsi conçu : « Les « soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de « spécialité, *s'ils sont donnés par des médecins de la* « *campagne ou de la ville* EN CE QUI CONCERNE LA « PRATIQUE COURANTE, seront rémunérés au tarif « où ils sont inscrits dans chacune des catégories « techniques ».

Cet alinéa ne m'est-il pas applicable ? et moi, *médecin*, n'ai-je pas le droit de demander à être rémunéré pour des actes chirurgicaux ou spécialité du « tarif où ces actes sont inscrits dans chacune des « catégories techniques ».

Mon interprétation n'est pas acceptée par la compagnie d'assurances, qui prétend qu'habitant une ville de moins de 100.000, je dois *fatalement* faire la réduction de 25 % sur toute demande d'honoraires.

En d'autres termes, elle paraît n'appliquer que le premier alinéa de l'art. 15, paraissant n'avoir pas lu et ne pas vouloir lire le deuxième alinéa du même article, qui modifie en partie le premier.

N'ai-je pourtant pas raison ?

Dr P.

Réponse.

Dans une ville de moins de 100.000 habitants, vous êtes frappé de la minoration de 25 % marquée au tarif Breton pour soins donnés aux accidentés du travail dans cette localité de *deuxième catégorie locale.* Le paragraphe 2 de l'article 15, que vous invoquez, n'infirme en rien cette disposition. Il a été mis afin que, n'étant ni spécialiste, ni chirurgien, vous soyez cependant payé pour toutes interventions inscrites dans les *catégories techniques* de spécialistes ou de chirurgiens.

Mais seriez-vous l'un ou l'autre, vous n'en seriez pas moins minoré de 25 % pour toute intervention pratiquée dans une localité de deuxième catégorie.

F. D.

Application du Tarif Maginot

1161. — Perte des bulletins de visite.

N'ayant pas reçu à temps, les imprimés nécessaires pour l'établissement de ma note d'honoraires pour soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 (loi du 31 mars 1919) j'envoyai *avec les bulletins*, des imprimés d'un modèle ancien. Dès que je fus en possession des nouveaux, je les retourne à la Préfecture, en signalant que les bulletins avaient été joints aux premiers imprimés. Or le secrétaire de la commission de contrôle m'avise aujourd'hui que les bulletins ne lui sont pas parvenus. Ils sont sans doute égarés, soit à la préfecture soit à la poste. N'étant pas recommandés, je ne puis réclamer à cette dernière. Comment devrais-je faire pour être payé ? La souche du carnet et la feuille d'ordonnance peuvent prouver que le bulletin correspondant a bien été rempli.

Dr L.

Réponse.

Je ne vois qu'une façon de résoudre cette difficulté, dans ce cas de force majeure qui est la perte des bulletins. C'est : 1° que le secrétaire de la commission se réfère aux *ordonnances* qui font preuve de la visite effectuée ; 2° pour les visites sans ordonnances, que vous fassiez la preuve par la production des souches, c'est-à-dire des carnets (envoyés en communication).

Sans doute, tout cela n'est pas régulier, puisqu'on ne doit payer que sur présentation de bulletins de visite. Mais c'est là un cas spécial et il ne me paraîtrait guère équitable que vous soyez privé de vos honoraires parce que la poste a égaré votre envoi.

F. D.

JURISPRUDENCE

HONORAIRES MÉDICAUX. — RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE.

TRIBUNAL CIVIL DE PAU
10 *janvier* 1924.

Attendu qu'il est constant en fait qu'en octobre 1921, le sieur T., qui était alors menacé d'une cataracte double, vint s'adresser à M. le Dr L. qui lui proposa un traitement qui comportait plusieurs opérations ;

Que tout d'abord il fut procédé à l'opération de l'iridectomie et ensuite à la discision de l'œil gauche pour hâter la maturation de la cataracte ; mais qu'à la suite de diverses complications qui se produisirent et après de longs soins qui furent donnés au sieur T. de mai à novembre 1922, l'énucléation de l'œil devint nécessaire ;

Attendu que le sieur T. qui le 3 novembre 1922 se présenta de nouveau chez le Dr L. et avec lequel il fut question du prix des deux opérations qu'il était appelé à subir, lui adressa le même jour une lettre dans laquelle, après lui avoir rappelé leurs observations du matin et lui avoir reproché de lui avoir fait une réponse évasive qui ne l'avait pas du tout renseigné, lui faisait connaître les conditions du prix que lui avait fait le professeur Lagrange auquel en effet il s'adressa et qui plus tard procéda à ces opérations ;

Attendu que c'est à la suite de ces faits que le Dr L. ayant vainement demandé au sieur T. le paiement de ses honoraires, l'a ensuite assigné devant le tribunal en paiement de la somme de mille francs pour soins et opérations et de celle de 75 frs pour séjour à la clinique pendant 3 jours ;

Attendu que le sieur T. repousse cette demande et soutient que lors de la visite qu'il lui fit le 3 novembre 1922, le Dr L. lui déclara qu'il lui faisait remise de tout ce qu'il lui devait jusqu'à ce jour, ce qui est formellement dénié par le Dr L., et qui en effet ne résulte pas de la correspondance échangée,

Que si l'on se réfère à la lettre que le 3 novembre 1922 le sieur T. adressait à M. le Dr L. on y voit qu'au cours de leur entretien qui eut lieu dans la matinée de ce même jour, il fut surtout question des conditions qui lui seraient faites pour les deux opérations et qu'il désirait connaître avant de s'engager définitivement vis-à-vis du Dr Lagrange ;

Que sans doute dans sa réponse du 5 novembre 1922 le Dr L. reconnaît que cédant à un sentiment de bienveillance et de libéralité il se laissa aller à lui dire, tout en observant que les soins déjà donnés à l'œil gauche n'étaient pas négligeables, qu'ils se confondraient avec les nouveaux soins de cet œil.

Mais qu'il est certain que dans sa pensée il n'y renonçait qu'à cette condition que pour la continuation des soins qui lui étaient encore nécessaires et les

nouvelles opérations auxquelles il fallait procéder le sieur T. ne s'adresserait pas à un autre praticien,

Que l'ayant donc quitté il n'est pas contestable que le Dr L. n'a fait qu'user d'un droit fort légitime en réclamant au sieur T. le montant des honoraires à lui dus pour les soins antérieurement donnés ;

Attendu que la somme de mille francs qui est réclamée pour deux opérations et soins donnés pour la période du temps compris entre le mois d'octobre 1921 et novembre 1922, au cours de laquelle T. aurait fait 80 visites environ au Dr L. n'est nullement exagérée et qu'il y a lieu en conséquence de condamner le sieur T. à payer au Dr L. la somme de 1.075 fr. avec les intérêts légitimes ;

Attendu que le sieur T. a conclu reconventionnellement à des dommages-intérêts, motifs pris de ce que le Dr L. aurait commis une grave imprudence, en lui permettant de faire avec lui un voyage en automobile à Orthez à la date du 18 octobre 1921, c'est-à-dire trois jours après avoir subi une deuxième opération, ce qui aurait eu pour effet d'amener une aggravation dans l'état de son œil ;

Attendu que les parties sont en désaccord sur le point de savoir si ce fut sur les instances très pressantes de T. que le Dr L. consentit à le prendre dans sa voiture et si au contraire l'offre lui en fut faite par ce dernier ; qu'il eût été sans doute préférable que T. ne fit pas ce voyage ;

Que si la responsabilité des docteurs en médecine peut être engagée à raison de faits étrangers à l'art médical lui-même, il convient aussi d'observer que pour justifier une demande en dommages-intérêts fondée sur l'article 1382, il ne suffit pas d'invoquer un préjudice et attribuer une cause déterminée à ce préjudice ;

Qu'il est en outre nécessaire d'établir que la cause invoquée a une relation effective avec le préjudice subi ;

Or attendu que T. ne prouve pas et n'offre pas de prouver que l'aggravation dont il se plaint soit due au fait qu'il invoque et qu'il impute cette faute au Dr L ;

Qu'il y a lieu par suite de le déclarer mal fondé dans sa demande reconventionnelle en dommages intérêts et de l'en débouter ;

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal, jugeant publiquement en matière ordinaire et en premier ressort, après en avoir délibéré conformément à la loi, rejetant toutes autres conclusions des parties,

Condamne le sieur T. à payer à M. le Dr L. :

1° La somme de mille francs pour soins et opérations ;

2° Celle de 75 fr. pour frais de séjour à la clinique pendant trois jours, et ce, avec les intérêts de ces deux sommes depuis le jour de la demande ;

Déclare le sieur T. mal fondé dans sa demande reconventionnelle en dommages-intérêts ; l'en déboute

de même que de toute autre demande subsidiaire et le condamne aux entiers dépens ;

Commentaires.

Ce jugement, obtenu par le « Sou médical » prouve une fois de plus que nos confrères ne doivent pas se laisser intimider par les menaces en responsabilité professionnelle.

Le client qui ne veut pas payer les honoraires de son médecin, cherche toujours toutes les histoires possibles pour se dérober. Conseillé par des hommes d'affaires, le débiteur invoque la malfaçon, la négligence, ou la guérison incomplète.

Or, les juges, qui ne sont pas tendres pour les médecins, ne veulent cependant admettre que les fautes qui sont véritables. Faute lourde, erreur scientifique, maladresse opératoire : ce sont les experts qui décideront, car le tribunal sait le droit, mais se réfère à des techniciens pour déterminer le point scientifique en litige.

Faute légère, banale, non scientifique, si cette faute émanant de l'homme et non du savant a provoqué un dommage. Encore faut-il qu'il soit démontré que le dommage invoqué soit en relation directe avec la cause incriminée.

Dans le cas présent, le docteur L., avait eu la gentillesse, se rendant à Orthez, en auto, de prendre son malade dans sa voiture, pour lui éviter un voyage en chemin de fer. En guise de remerciements, le malade vient prétendre que c'est ce voyage en auto fermée qui est la cause de sa rechute. Médecin, soyez donc complaisants ! Oignez vilain, il vous poindra.

Aussi, demandons-nous toujours à nos adhérents du « Sou médical » de nous informer dès qu'ils sont en butte à une menace quelconque. Cette menace est souvent la conséquence de l'envoi d'une note d'honoraires.

Notre Ligue n'hésite pas à assister son adhérent, à l'encourager à recouvrer les honoraires qui lui sont dus, en lui affirmant que, si l'adversaire va devant les tribunaux, en invoquant la responsabilité professionnelle du médecin, nous nous placerons aux côtes de notre adhérent.

Et nous sommes heureux de faire triompher le bon droit, comme dans le cas-ci-dessus.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

14 *mai.*

Hôpitaux et hospices.

Décret du 29 *avril* 1925 *modifiant et complétant le décret du* 9 *février* 1922 *relatif aux prix de journée dans les hôpitaux et hospices.*

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hy-

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, au prix de 15 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement, le prix sera porté à 18 francs.

Le soussigné (nom et prénoms) ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926 (1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.*
- *Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A.............................. *le*..............................1925

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er août 1925, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

giène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et du ministre de l'intérieur,

Vu la loi du 14 février 1921, relative à la fixation des prix de journée dans les hôpitaux et hospices ;

Vu la loi du 10 février 1925, prorogeant de cinq années les dispositions de la loi du 14 février 1921 ;

Vu le décret du 9 février 1922, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 14 février 1921 ;

Vu l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'assistance publique en date du 27 février 1925 ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles 18 à 21 du décret du 9 février 1922 sont abrogés.

Art. 2. — Le décret du 9 février 1922 est complété par les dispositions suivantes :

TITRE III

CONTENTIEUX DE LA FIXATION DES PRIX DE JOURNÉE.

Art. 18. — Le délai d'un mois imparti par la loi du 14 février 1921, pour former un recours devant la section permanente du Conseil supérieur de l'assistance publique contre les arrêtés préfectoraux fixant les prix de journée dans les hospices ou hôpitaux, part, pour l'Etat, du jour de la réception de la décision attaquée au ministère chargé de l'assistance — pour les départements et les établissements hospitaliers, de sa notification — et, pour les autres intéressés, de son insertion au *Recueil* des actes administratifs du département.

Art. 19. — Les recours sont adressés au ministre chargé de l'assistance, qui les transmet sans délai au secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

Ils sont mentionnés sur un registre tenu au secrétariat général avec indication de leur date d'arrivée au secrétariat général, ainsi que des diverses phases de la procédure.

Art. 20. — Le secrétaire général communique les recours suivant les cas, soit au préfet, soit, par l'entremise de ce dernier, aux établissements ou autres intéressés, en leur donnant un délai d'un mois pour présenter leurs observations écrites.

Celles-ci sont transmises au secrétaire général, par le préfet, avec son avis motivé.

Art. 21. — Le président du conseil supérieur de l'assistance publique désigne un rapporteur parmi les membres de la section permanente ou les secrétaires rapporteurs du conseil supérieur.

Art. 22. — Le dossier du recours, accompagné

d'un projet de décision rédigé par le rapporteur, est transmis, avant l'inscription de l'affaire au rôle de la section permanente, au commissaire du Gouvernement désigné par le ministre chargé de l'assistance.

Art. 23. — La section permanente ne peut délibérer valablement en matière contentieuse que si dix de ses membres au minimum sont présents.

Art. 24. — Le commissaire du gouvernement donne ses conclusions sur toutes les affaires.

Art. 25. — Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 26. — La section permanente peut ordonner, avant de statuer, tous suppléments d'instruction qu'elle juge nécessaire. Il y est procédé par les soins du secrétaire général.

Art. 27. — Les décisions contiennent notamment les conclusions des parties et le visa des textes dont il est fait application ; elles sont motivées ; elles mentionnent le nom des membres de la section ayant pris part à la délibération, ainsi que celui du rapporteur et l'intervention du commissaire du gouvernement.

La minute des décisions est signée par le président, le rapporteur et le secrétaire général. Elle est conservée au secrétariat général.

Art. 28. — Une expédition des décisions, certifiée conforme par le secrétaire général, est transmise au ministre chargé de l'assistance et au préfet, lequel les notifie intégralement aux intéressés et adresse au secrétaire général le récépissé de ces notifications.

Art 29. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre de l'intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

Soins thermaux au personnel colonial.

Par 3 arrêtés du ministre des colonies, en date du 7 mai 1925, sont ajoutées à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement, les stations thermales du Mont-Dore et de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) et de Miers (Lot).

16 *mai.*

Enseignement de la médecine.

Un *concours* s'ouvrira le jeudi 26 novembre

1925, devant la Faculté de Lille, pour l'emploi de *suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.*

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

17 *mai.*

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Arcachon (Gironde).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

19 *et* 20 *mai.*

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour deux postes de médecins directeurs des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour deux emplois de médecins directeurs des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de doc-

teur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 4 juin à midi, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 12.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 fr., atteindre 16.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les droits des médecins des asiles publics d'aliénés aux bonifications d'ancienneté pour services militaires.

3914. — M. Balanant, député, expose à M. le Ministre des Finances : 1° que l'administration des finances refuse aux médecins des asiles publics d'aliénés le bénéfice de l'article 7 de la loi du 1er avril 1923 ainsi que de la loi du 17 avril 1924, sous prétexte que ces médecins sont des fonctionnaires départementaux ; 2° que les conseils généraux qui ont appliqué les dispositions des lois précitées à leurs fonctionnaires départementaux ont déclaré ne pas pouvoir en faire bénéficier ces médecins, qui sont nommés par le ministre et dont le traitement est fixé par décret, et demande qu'il soit mis fin, par tous moyens appropriés, à une situation aussi injuste. (*Question du 7 avril* 1925.)

Réponse. — Les dispositions légales relatives aux bonifications d'ancienneté pour services militaires concernent exclusivement les fonctionnaires, agents et ouvriers de l'Etat et ne s'appliquent nullement aux agents des départements, quel que soit leur mode de rémunération ou de nomination. Mais rien ne s'oppose à ce que les autorités départementales accordent à leur personnel, avec imputation de la dépense sur les ressources dont elles disposent, des avantages de carrière analogues à ceux que l'Etat consent en faveur de ses propres agents.

(*J. O.*, 3 mai 1925.)

Quarante-septième année — N° 23 — 7 Juin 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1372-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Lilaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers**. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Gauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvért.

Préchac-les-Bains. Degos

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Sigurct, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr L. ARDOUIN, de Fort-de-l'Eau (Algérie), la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du **Concours Médical,** ***Paris* 167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 237. — Vaucluse. Bon poste pro-ph. pas de s. f. gr. rap. fixes import., à céd. contre faible ind. Ecr. Babeur, 7, rue Jacquemont, Paris.

N° 238. — S.-et-O., 8 kil. de Paris, import. poste, seul méd., Rapp. 1924, 110.000 fr. Client. ouvr. Pavil. 8 p., gar. auto, jard. tél., bail 10 ans, 14 à 1.800 fr. A céder 60.000 dont 40.000 compt. Urg. cause santé.

N° 239. — A louer, app. pr. sais., 100 m. de la plage, composé de cuis. salle à m., 4 ch. à couch., gaz, eau, élec.w. c., deux entr., dont une indép. S'adr. Dr Lefrançois, 78, rue Clemenceau, à Granville (Manche).

N° 240. — A vend. mono Zèbre, ent. revis. parf. ét. méc. au pl. offr. à part. de 3.500. Dr Aurégan, Guerlesquin (Finistère).

N° 241. — Côte d'Azur, près Hôtel des Bains, à vend. ou à louer, prix mod., une ou deux villas.

N° 242. — Belle cond. int. 6 pl. sur de Dion 12 × 16, carr. 1922, tr. bon ét., pe u roulé, pn. neufs, ess. et photo sur dem. Dr Beugnon à Montesson (S.-et-O.).

N° 243. — Centre, 4 h. de Paris, à vend. ap. décès, pharm. fais. très beau chiff. d'aff. Conv. à jeune pharm. célib. dés. s'établ.

N° 244. — Confrère recherche clientèle médecine générale, banlieue immédiate de Paris.

N° 245. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 246. — Dr en méd. marié, prendr. volont. en pension, jeunes filles ou femmes non tubercul. pour sais. d'été.

N° 247. — 100 kil. de Paris. Poste de pro-ph. rapp. 80.000, exc.. rég. Prix : 25.000 compt. tr. press. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 248. — S.-O. Ch. l. de cant. anc. poste. rapp. 40.000, à augm. méd. du ch. de f. Pêche et chasse, à 2 heures de gr. ville. Urg. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e),. Tél. Gob. 36-46.

N° 249. — Fabricant de spéc. pharmac. déjà connue et d'emploi très fréquent, cherche, pour rég. Lille et Marseille, deux visiteurs médicaux, de préfér. médecins ou de bonne culture génér. (licenciés ès sciences, etc.). Traitem. fixe et commiss. suivant dévelop. des affaires. Références exigées.

Documentation interconfraternelle

Paralysies du plexus brachial et fractures de la clavicule.

« M. Félix Marty, 5, rue des Arts, Bordeaux, prépare sa thèse sur les paralysies du plexus brachial associées aux fractures de la clavicule. Il serait reconnaissant aux professeurs, médecins des hôpitaux et confrères qui pourraient lui communiquer des observations sur ce sujet.

CORRESPONDANCE

1260. — Complication pouvant provenir de l'état antérieur d'un accidenté du travail.

Une ouvrière reçoit pendant son travail, un coup de navette sur le dos de la main droite.

Je pense à une contusion ecchymotique simple et fais un certificat prévoyant 14 jours d'arrêt.

Il se déclare une ostéite du 2e métacarpien, d'où abcès et grattage.

Je considère que l'assurance est responsable de la totalité des suites de l'accident.

Ai-je raison ? Dr M.

Réponse

Il est de jurisprudence qu'il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime d'un accident du travail pour l'allocation des indemnités auxquelles elle peut prétendre en vertu de la loi. De même toute complication ayant pour cause initiale la lésion résultant de l'accident du travail doit être considérée comme une suite de l'accident et donne droit aux indemnités.

Si vous estimez que la complication dont a été atteinte votre cliente est bien une conséquence de la lésion primitive, vous devez lui remettre un certificat dans ce sens. Munie de votre certificat, votre cliente demandera à l'assurance le paiement de son demi-salaire. En cas de refus, elle devra citer son patron (et non l'assurance avec laquelle elle n'a pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident qui, sans doute, nommera un expert médecin. Suivant la solution qui sera donnée au procès, vous aurez ou non action contre le patron pour le paiement de vos honoraires.

1215. — Timbre des certificats d'accidents du travail agricole.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis au sujet du certificat d'accident du travail, dans les trois cas suivants :

1° Le cultivateur est propriétaire de sa ferme, et a deux assurances : l'une individuelle pour lui et sa femme ; l'autre collective pour ses enfants et ses domestiques.

2° Le cultivateur est locataire de sa ferme et a les deux mêmes assurances.

3° Le cultivateur est à colonie partiaire et a encore les deux mêmes assurances.

Lorsqu'il s'agit d'accidents du travail survenus aux domestiques, il est certain que le certificat doit être exempt de timbre, dans les trois cas.

Mais en est-il de même, lorsqu'il s'agit d'accidents survenus, dans ces trois cas, au cultivateur ou à sa femme d'une part, à ses enfants de l'autre?

Dr H.

Réponse.

Aux termes de la loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, les exploitants assujettis à la loi, aussi bien que ceux qui ont seulement la faculté d'y adhérer volontairement, peuvent se placer eux-mêmes et placer également leur famille sous le bénéfice de la dite législation, à la seule condition de contracter une assurance. Par le mot « exploitant », la loi a entendu viser d'une façon très large tout cultivateur se trouvant à la tête d'une exploitation, soit en qualité de propriétaire, soit en qualité de fermier ou de métayer. Quand un exploitant a usé de la faculté que lui accorde la loi, il a droit, en cas d'accident, à tous les avantages de la loi sur les accidents du travail et notamment à l'exemption des droits de timbre pour les certificats médicaux.

1201. — Recouvrement postal des honoraires médicaux.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien m'indiquer, aussi exactement que possible, de quelle façon peut être utilisé le recouvrement *postal* des honoraires médicaux. L'envoi d'un borderau, fourni par la poste à cet usage, rempli suivant les indications données, est-il suffisant ou bien doit-on joindre à cette pièce *un reçu* ou *une note* équivalant à une quittance, comme pour un service commercial ?

Dr R.

Réponse.

L'envoi d'un bordereau rempli ne suffit pas pour les recouvrements postaux. Il est de toute nécessité de joindre au bordereau une note acquittée, un reçu muni du timbre de quittance, oblitéré conformément à la loi. Cette pièce est destinée à être remise par la poste au débiteur.

1241. — Assujettissement d'un voyageur de commerce à la législation sur les accidents du travail.

Je soigne un Monsieur pour entorse du genou avec fracture du tiers supérieur du péroné, accident survenu alors qu'il faisait une course en bicyclette par ordre de son patron, au compte duquel il travaille comme voyageur de commerce « à la commission » c'est-à-dire qu'il n'a pas un fixe mensuel, mais seulement un tant pour cent sur les affaires qu'il traite.

Son patron, qui serait assuré pour d'autres employés, lui a écrit que son assurance prétend ne pas assurer ce genre de salarié. Je voudrais savoir si, à défaut de l'assurance, le patron n'est pas responsable de l'accident de son employé « à la commission. »

Dr G.

Réponse.

Pour savoir si un voyageur de commerce doit bénéficier de la loi sur les accidents du travail, il est indispensable de connaître exactement la nature du contrat qui le lie au chef d'entreprise. S'il s'agit, en effet, d'un employé se trouvant sous la dépendance absolue de son patron, recevant de lui la liste des localités et des clients à visiter, devant tout son temps et son activité à la même entreprise, quel que soit le mode de rémunération employé entre les parties, fixe et commissions ou commissions seules, il y a contrat de louage d'ouvrage ou de services et le voyageur est couvert en vertu de la loi contre tous les accidents dont il peut être victime par le fait ou à l'occasion de son travail. Mais s'il s'agit d'un représentant de commerce, travaillant pour le compte de plusieurs maisons, sur sa seule initiative, composant ses tournées à sa guise, n'étant subordonné à aucun patron pour l'exécution de son travail, il n'y a plus louage de services, mais mandat rémunéré et la loi de 1898 cesse d'être applicable.

En tout cas, en matière d'accidents du travail, c'est toujours le patron qui est responsable envers la victime et jamais l'assurance, qui n'a pas de lien de droit avec elle. Si, d'ordinaire, les assurances interviennent dans le règlement des sinistres, c'est en qualité de mandataires de leurs assurés, mais jamais en vertu d'un droit propre.

1301. — Etablissement d'une tuerie particulière.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me donner quelques renseignements concernant la loi sur les établissements insalubres.

1° Dans un bourg de 370 habitants, un boucher a-t-il le droit, sans avis préalable et enquête de *commodo* et *incommodo*, d'établir une tuerie à proximité des habitations ? Pour le fait actuel, toucherait deux

maisons habitées, serait à soixante mètres d'une école de jeunes filles, et à 150 mètres environ de mon habitation particulière. Les travaux étant en cours, ce boucher paraît vouloir nous placer en face du fait accompli.

2° Ledit boucher a tenté la même installation, il y a quelques années. Il ne l'a pu, vu l'opposition des voisins. Mais la loi n'a-t-elle pas changé ?

J'ai pensé que cette question d'hygiène qui m'intéresse pourrait être utile aux lecteurs du *Concours.*

Dr A.C.

Réponse.

Les tueries et échaudoirs particuliers, qui peuvent exister dans les localités où il n'y a pas d'abattoir public, sont des établissements dangereux et incommodes de deuxième classe.

L'autorisation doit donc être obtenue pour ouvrir une tuerie. La demande en autorisation doit être adressée au préfet ou sous-préfet, avec un plan descriptif et il doit être procédé à une enquête *de commodo et incommodo* dans la commune où l'établissement doit être installé. Le maire, en transmettant les procès-verbaux d'enquête, le sous-préfet, le Conseil d'hygiène, doivent donner leur avis.

L'éloignement des habitations n'est pas rigoureusement nécessaire, mais l'autorisation ne doit être donnée que lorsque l'on a acquis la certitude que les opérations pratiquées dans l'établissement sont exécutées de manière à ne pas incommoder les propriétaires du voisinage, ni à leur causer des dommages.

Les intéressés peuvent faire opposition à l'arrêté d'autorisation devant le Conseil de préfecture, dont la décision peut être déférée au Conseil d'Etat.

Les tiers lésés peuvent également demander des indemnités à raison des dommages que leur fait éprouver le fonctionnement de l'établissement. Cette demande doit alors être formée devant les tribunaux judiciaires, suivant le droit commun.

1315. — Droits des sages-femmes à la délivrance de certificats.

A notre dernière réunion syndicale, un de nos adhérents a demandé si les sages-femmes pouvaient délivrer des certificats, entre autres des certificats de vaccination, et si ces certificats avaient quelque valeur.

Nous avons recours à votre compétence pour pouvoir répondre, lors de notre prochaine réunion, au confrère intéressé.

Dr S.

Réponse.

L'article 4 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine autorise les sages-femmes à pratiquer, outre l'art des accouche-

ments, les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

Dès lors que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ces vaccinations, elles sont autorisées *ipso facto* à certifier par écrit les avoir pratiquées, lorsque leurs clients leur réclament un certificat. En effet, un certificat n'est pas un acte médical, mais seulement la constatation d'un acte médical. Il suffit donc d'avoir qualité pour faire l'acte médical pour avoir le droit de délivrer le certificat le constatant.

1160. — Réforme d'un médecin aide-major pour maladie.

Je suis médecin aide-major de 1re classe à T. D., cl. 1909. Je suis malade, et serais assez disposé à demander ma réforme.

Pouvez-vous me dire quelle démarche je dois faire et à qui m'adresser ? Dr M.

Réponse.

Adressez à votre Directeur du Service de Santé une demande à l'effet d'être mis hors cadres, ou rayé des cadres pour raisons de santé.

Vous serez soumis à une expertise médicale, et le Ministre décidera.

Au cas où vous estimeriez que vous avez droit à une pension pour indemniser vos infirmités, il vous suffira de le mentionner dans votre demande, et l'examen médical que vous subirez conclura aussi sur ce point particulier.

1169. — Radiation des cadres de l'armée.

Né le 30 mars 1875, j'ai adressé à la Direction du Service de Santé de la ne Région, à laquelle j'appartiens, une demande de radiation des cadres qui reste sans réponse de la part du Ministère de la Guerre, tout au moins, car le Service de Santé a bien voulu me répondre que le Ministère seul était responsable du retard. Ma demande a été faite pour la première fois, il y a bientôt deux ans, elle était à ce moment anticipée, elle a été renouvelée dans les délais normaux. Je vous serai obligé de vouloir bien me faire savoir, soit directement, soit par la voie du *Concours* (dont je suis un vieil abonné comme aussi du « Sou »), si la radiation constitue un droit et si, en l'absence de réponse, je puis me considérer comme libéré et exempt de toutes obligations militaires ; si je puis, par exemple, en cas de mobilisation, considérer comme lettre morte le feuillet qui est encore en ma possession, ou si je dois, pour être en règle, effectuer une démarche nouvelle, au ministère de la guerre, cette fois. Je continue à recevoir de la Direction du Service de santé des questionnaires, des convocations pour des conférences... jusqu'ici je réponds aux uns et ne me rends pas aux autres, je voudrais une situation nette et vous serai vivement obligé de m'indiquer les moyens de l'obtenir.

Dr R.

Réponse.

La loi du 8 janvier 1925 spécifie qu'après leurs

28 années de service accomplies, les officiers de complément doivent solliciter de la part du Ministre leur radiation des cadres. Cette demande entraîne naturellement une réponse ministérielle d'acceptation ou de refus.

Dans votre cas, vous ne pouvez pas vous considérer comme dégagé de toute obligation militaire sans avoir reçu de réponse. Au besoin, renouvelez une troisième fois cette demande, adressée au Ministre par la voie hiérarchique (Direction du Service de Santé).

JURISPRUDENCE

Honoraires médicaux. — Intermédiaire. — Gendre. — Radiographie.

JUSTICE DE PAIX DU CANTON SUD DE SENS

13 *mars* 1925.

Attendu que le Dr B., demande à N., le paiement d'une somme de soixante francs pour honoraires d'examen radioscopique d'une dame qui venait d'être accidentée chez lui à une jambe le deux janvier mil neuf cent vingt-deux ;

Attendu que N. repousse cette demande sous prétexte qu'il n'a fait que se charger du transport de la blessée qui était logée momentanément chez lui avec son mari et qu'il n'a fait aucune demande ni pris aucun engagement envers le Dr B., dont l'intervention a été provoquée et sollicitée par le Dr D., à qui la blessée avait été confiée et par le mari présent, G., qui en a assumé le paiement ;

Que de plus, le Dr B. a reconnu Madame ou Monsieur G. pour son débiteur direct, puisqu'il lui a réclamé ses honoraires à différentes reprises ;

Attendu que le Dr B. soutient que N., après avoir été le trouver pour prendre rendez-vous, a amené chez lui la dame qu'il ne connaissait pas ;

Qu'aussitôt l'examen, il l'a reconduite chez lui, sans qu'il lui ait fait connaître qu'il aurait exclusivement affaire à la malade ;

Que le calque de radiodiagnostic qu'il a déposé chez N. ne contient pas l'indication du nom de la blessée ;

Qu'à plusieurs reprises, il lui a réclamé amiablement le paiement de ce qui lui était dû, sans qu'il ait pris aucune décision ;

Et que ce n'est que tardivement qu'il a connu le nom de la blessée qui est, en réalité, la belle-mère de N...

Qu'il a remis d'abord la note de ses honoraires au domicile de ce dernier sans obtenir de réponse et qu'il s'est adressé ensuite directement à G., sans résultat ;

Attendu qu'il résulte des débats qu'il n'est pas douteux que N., en raison des motifs spéciaux qu'il avait de s'intéresser à la malade, a pris l'initiative,

(*Voir la suite page XLIII-1419*)

PROPOS DU JOUR

La chirurgie de l'avenir. — L'éducation du chirurgien. — Le mieux est souvent l'ennemi du bien.

Dans une belle leçon d'ouverture, faite le 13 mai 1925 à la Faculté de médecine de Strasbourg, leçon que nous lisons dans la *Presse médicale* du 16 mai, M. le professeur René Leriche envisage l'avenir de la chirurgie et aborde l'intéressante question de l'éducation du chirurgien.

L'avenir de la chirurgie est encore brillant. Son domaine est appelé à s'étendre. Mais jusqu'ici les chirurgiens de tous les pays se sont bornés à travailler en empiriques supérieurs sans chercher à se rendre compte des résultats physiologiques de leurs interventions : Ils ont agi sans discipline et sans méthode. Et cependant la chirurgie devrait permettre de nous éclairer plus complètement sur la physiologie de l'homme normal et vivant. En sortant des rêves de l'imagination il est possible d'entrevoir des objectifs thérapeutiques nouveaux que la chirurgie peut se proposer de rechercher aujourd'hui même. Se basant sur les expériences physiologiques, M. R. Leriche prévoit qu'un jour viendra où, par la section d'un filet nerveux bien repéré du vague ou du sympathique, l'on pourra déterminer des modifications vaso-motrices, capables d'enrayer et même de guérir certaines maladies réputées incurables. Ces sections et leurs effets circulatoires seront vraisemblablement détrônés à leur tour par les progrès de la pharmacodynamie ; ce que le chirurgien savant verra sans amertume.

Peut-être, pourrions-nous ajouter que les greffes de tissus et d'organes que Carrel a démontrés possibles, que Voronoff et Dartigues ont réalisées pour le testicule, créeront une chirurgie autrement utile et d'une portée plus grande que la chirurgie mutilante et même la chirurgie des sections nerveuses.

Après avoir montré qu'un bon chirurgien ne doit pas borner ses connaissances à la clinique, et qu'en chirurgie on ne doit pas établir de différence entre le savant et le praticien, le professeur R. Leriche conclut que le « divorce entre la pratique et la science, entre la recherche du bien des malades et la vérité biologique ne peut exister ; il est (ce divorce) entre les esprits justes et les esprits faux. Il n'y a pas de raison pour que les savants soient tous d'un côté et les cliniciens tous de l'autre . »

Nous ne croyons pas que M. le Professeur Leriche trouve à l'heure actuelle beaucoup de contradicteurs. Ce sophisme, que le savant chirurgien croit exister encore chez beaucoup de médecins, a pu régner autrefois mais n'est guère aujourd'hui soutenu par personne et il n'est plus nécessaire de le démasquer. Tout le monde reconnaît que le maître qui généralise des théories et enseigne des doctrines sans les appuyer sur des observations cliniques bien faites et des expériences bien conduites, est un mauvais biologiste et un mauvais savant, que de même est également mauvais le praticien qui, sans connaissances scientifiques préalables et sans méthode, prétend poser des diagnostics et traiter des malades. Depuis de très longues années, tous les médecins, professeurs et praticiens sont d'accord pour substituer *toutes les fois que cela est possible*, à l'empirisme ancien la méthode scientifique expérimentale et, si chez les professeurs comme chez les praticiens, les uns y réussissent et les autres n'y parviennent pas, c'est que, comme le dit M. Leriche, les uns sont des esprits justes et les autres des esprits faux.

Nous ne saurions désapprouver le savant professeur de Strasbourg quand il réclame la collaboration constante entre les chirurgiens, les médecins, les biologistes, les hommes de laboratoire ; nous avons, il y a bien longtemps, défendu ici-même ces idées et montré que l'organisation de la médecine dans l'avenir, organisation qui s'imposera tôt ou tard, consistera dans la création de ce que nous avons appelé la *Maison médicale* où tous les perfectionnements techniques seront réunis dans un même établissement et mis à la disposition du médecin tant pour l'établissement du diagnostic que pour

l'institution du traitement, où le médecin traitant pourra à tout instant faire appel aux connaissances de spécialistes et de biologistes pour l'éclairer et le guider dans l'examen et le traitement du malade.

De timides tentatives ont été faites dans ce but en France, tentatives qui font honneur à ceux qui les ont osées. Elles ont eu un inégal succès : toutes n'ont pas peut-être eu pour souci principal la guérison rapide du malade, mais nous ne devons pas pour cela désespérer de l'avenir ; des réformes de cette ampleur ne se réalisent pas en quelques années ; elles s'imposent peu à peu et la nécessité amènera leur triomphe, comme celui de tous les grands progrès.

Nous partageons encore absolument l'opinion du professeur Leriche quand il se plaint du flot d'observations, de statistiques d'opérations, de redites, de rebâchages qui submerge les séances des Sociétés savantes et envahissent la littérature chirurgicale (il aurait pu dire médico-chirurgicale). Comme lui, nous trouvons aussi que nos journaux médicaux gagneraient beaucoup à être réduits en nombre et fusionnés. Malheureusement, il serait fort difficile de désigner ceux qui doivent disparaître et encore plus difficile, une fois désignés, de les convaincre de leur inutilité et de les décider à se sacrifier.

Nous arrivons à la dermière partie de la leçon, celle qui a trait à l'éducation du chirurgien et, sur ce point, nous ne pouvons nous accorder complètement avec M. le professeur R. Leriche.

Qu'il n'y ait pas à l'heure actuelle de méthode ni de régularité suffisante dans l'enseignement de la chirurgie, ce n'est guère discutable, et, l'on pourrait en dire autant pour l'enseignement de toutes les branches de la médecine. Le projet de réforme de M. Leriche remédiera-t-il à cette situation ? Nous ne le pensons pas. Mais avant de le critiquer, il convient de l'exposer et le mieux est de le reproduire textuellement :

Personnellement, dit M. le Professeur R. Leriche, je pense que, le doctorat terminé, l'aspirant en chirurgie devrait consacrer au moins deux ou trois ans à apprendre tout ce qui peut lui être utile dans un établissement spécialisé pour cela. Il pourrait y avoir dans chaque pays deux ou trois de ces écoles supérieures où des hommes particulièrement qualifiés enseigneraient systématiquement tout ce qu'un chirurgien doit savoir. On apprendrait ainsi non seulement les éléments mêmes du métier, la technique, la clinique et l'anatomie pathologique, mais encore et surtout à travailler avec méthode, à observer avec fruit, à expérimenter avec rigueur. L'étudiant chirurgien prendrait contact avec l'esprit de la physiologie, de la chimie et de la physique ; il verrait ainsi se poser pour lui des problèmes actuels dont nous ignorons tout. J'ai trop souvent déploré les lacunes de ma propre instruction pour ne pas penser qu'il y aurait là une source d'immense progrès.

Au sortir de cette école, après un voyage à l'étranger obligatoire, on obtiendrait le diplôme de chirurgien et nul n'aurait le droit légal de faire de la chirurgie en dehors de ceux qui auraient eu cette formation, que leur destinée se poursuivît dans le cadre des concours ou sous le régime de la liberté.

....

Le rétablissement de l'ancien diplôme de maître-juré en chirurgie est une nécessité du temps présent ; les gouvernements ont le devoir de ne pas se désintéresser de la formation de ceux qui ont droit de vie et de mort sur leurs concitoyens..................

....

Chacun, quelle que soit son origine, doit pouvoir accéder à tout : c'est certain. Mais il ne devrait pouvoir le faire qu'en suivant les règles du jeu et en donnant à un moment déterminé la preuve de sa compétence. Je me refuse à admettre que tout médecin puisse du jour au lendemain s'improviser chirurgien sans de sérieuses études préalables. Pour pouvoir opérer comme il convient, en toutes circonstances, il faut avoir une discipline de l'esprit et une collection de réflexes qui ne s'improvisent pas. Il est criminel de penser que, sous le couvert de l'asepsie, chacun peut opérer qui veut bien se confier à lui, car les malades sont des mineurs qui n'ont pas la liberté du choix. Tout homme adroit et la plupart des femmes peuvent faire correctement une suture gastrique ou intestinale, mais connaître une technique n'est pas connaître la chirurgie. La technique est le côté servile du travail chirurgical ; l'œuvre des mains dans notre métier a moins d'importance qu'on ne le croit communément. C'est la maîtrise équilibrée de soi-même, fruit d'un tempérament spécial développé par une forte éducation, c'est la rare faculté de choisir, en toute indépendance d'esprit et d'un cœur serein, la meilleure décision à tout instant et en toutes circonstances, qui seules permettent de faire vraiment de la chirurgie. Et par-dessus tout cela, c'est le cerveau et c'est la pensée qui font le chirurgien.

Je pense donc que notre art ne doit pas être démocratisé. Dans l'intérêt de tous, ceux qui ont la charge des intérêts généraux, en tous pays, doivent comprendre, aujourd'hui qu'il est nécessaire de l'aristocratiser au maximum. »

Avec le système que propose M. Leriche, on créerait une élite chirurgicale qui serait formée en deux ou trois ans d'études supplémentaires dans des écoles supérieures, où des hommes de première valeur enseigneraient aux futurs chirurgiens tout ce qu'ils doivent savoir, non seule-

ment la technique, la clinique et l'anatomie pathologique, mais aussi la méthode qui fait observer avec fruit et expérimenter avec rigueur et les futurs chirurgiens s'imprégneraient de l'esprit de la physiologie, de la chimie et de la physique. Nous craignons bien qu'un programme aussi étendu de sciences aussi diverses qui nécessitent en outre pour la chimie et la physique, le souvenir de connaissances mathématiques assez précises, bien oubliées depuis le baccalauréat, ne soit très difficilement rempli par les maîtres et assimilé par les étudiants chirurgiens même les mieux doués. En outre comme il existe toujours et partout (M. Leriche l'a fait très judicieusement remarquer) des esprits justes et des esprits faux, il sortira de ces écoles supérieures parmi les chirurgiens, vraisemblablement très instruits ; des gens qui auront l'esprit juste et feront d'excellents chirurgiens, d'autres qui auront l'esprit faux et qui en feront de déplorables. Chose plus grave, faisant tous partie d'une élite, ils se croiront excellents et en toute conscience et bonne foi, ils s'efforceront encore de le faire croire. Il n'y aura, par suite, guère d'amélioration dans l'élite chirurgicale, car, à l'heure actuelle, les jeunes gens qui veulent se destiner à la chirurgie et devenir de vrais chirurgiens, savent très bien chez quels maîtres ils doivent se rendre. Dans toutes nos Facultés, dans tous nos grands hôpitaux, tant à Paris qu'en province, il est des services de chirurgie, pourvus de laboratoires, dirigés par des chirurgiens de grande valeur, secondés d'assistants, de chefs de clinique, de chefs de laboratoire et d'internes, où ceux qui veulent sérieusement devenir de bons chirurgiens peuvent faire leur éducation. Nous préférons cette liberté au programme strictement observé que paraît préconiser M. Leriche. Cette liberté permet au jeune chirurgien de se spécialiser d'assez bonne heure, ce qui devient de plus en plus nécessaire au fur et à mesure que les progrès techniques étendent le champ de la chirurgie. Le chirurgien orthopédiste ne doit pas faire le même apprentissage que le gynécologue, et celui de ce dernier différera notablement de l'éducation de l'urologiste. Certains préféreront se cantonner dans la chirurgie du système nerveux, d'autres s'adonneront plutôt à la chirurgie de l'estomac, de l'intestin, du foie. C'est affaire de goût, de vocation qu'il serait fâcheux de vouloir contrarier. Le docteur en chirurgie sortant de l'école supérieure qui voudrait se spécialiser serait tenu à faire un nouveau stage dans une autre école supérieure spéciale et pour peu que se prolonge son séjour obligatoire à l'étranger, nous nous demandons à quel âge, il aura fini ses études.

Mais là n'est pas encore à notre avis, le principal danger de la conception du professeur de Strasbourg. « Il est criminel, dit-il, de penser que sous le couvert de l'asepsie, chacun peut opérer qui veut bien se confier à lui. » Et le maître conclut que dans l'intérêt de tous, la chirurgie doit être aristocratisée au maximum. M. Leriche a-t-il songé à ce qu'il adviendrait dans un pays où une *aristocratie* de chirurgiens, aurait seule le droit d'opérer ? Toutes les régions de France et même des autres pays ne sont pas pourvues de centres chirurgicaux, dotés de tout le matériel nécessaire, où des chirurgiens de grande valeur peuvent répondre à toutes les opérations urgentes et à toute heure du jour et de la nuit. Peu nombreux sont les centres où l'on peut transporter avec rapidité et avec les précautions indispensables, les malades et les blessés qui ne peuvent attendre. Si les grandes villes sont en mesure de répondre à peu près à ces exigences, la plus grande partie du territoire est dans l'impossibilité topographique et matérielle de bénéficier de ces avantages. Il faut donc que, dans les cas urgents, le simple praticien, *chirurgien démocratisé*, soit à même de pouvoir intervenir et sauver, tant bien que mal, une vie en danger. Que fera ce praticien, sachant que pour faire acte chirurgical, il faut être pourvu d'un diplôme spécial et qu'il peut être poursuivi, même en dehors de toute faute lourde, si, sans être maître chirurgien-juré, il a été invité intervenir dans un cas dont l'urgence pourra être plus tard discutée. Il s'abstiendra et le malade mourra en attendant de prendre contact avec le chirurgien aristocratisé.

Pareille réforme aurait le déplorable résultat d'éloigner les médecins praticiens de l'étude de la chirurgie et de laisser souvent dans les petites villes et les campagnes les malades et les blessés sans soins.

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec des médecins et des officiers étrangers sur la valeur des secours donnés aux blessés pendant la grande guerre. Tous nous ont fait un éloge enthousiaste du praticien français et ce n'était pas par flatterie, car nos interlocuteurs ne se gênaient nullement pour nous adresser sur plus d'un point des critiques sévères.

Le médecin français, surtout le praticien de campagne, était apprécié parce qu'il savait rendre des services en toutes circonstances, parce

◆◆

qu'il savait agir utilement dans toutes les nécessités urgentes et était rarement pris de court quel que fût le malade ou le blessé qu'il était appelé à soigner.

Parmi les chirurgiens alliés, me contait un confrère, il existait des équipes qui savaient admirablement appliquer des appareils de fracture, mais qui étaient absolument incapables de diagnostiquer une complication ou une maladie intercurrente et qui laissaient froidement mourir ou se contagionner les blessés qu'ils avaient si habilement pansés et qu'ils ne savaient pas soigner. Ces faits furent si frappants qu'il y a quelques mois, une Université Nord-Américaine avait projeté d'envoyer en France un groupe de jeunes étudiants pour leur faire donner dans une ville de province l'éducation du simple praticien français.

Que cette éducation soit parfaite, nous sommes loin de le prétendre et, depuis que nous écrivons, nous ne cessons de réclamer sa réforme et son amélioration. Mais nous nous sommes toujours opposé à la création de diplômes restreignant la compétence et les connaissances du médecin praticien.

Sans doute, il existe et il existera toujours des médecins charlatans, des inconscients ou des criminels qui n'hésitent pas, dans un but purement lucratif, de tenter des opérations difficiles sans avoir l'habileté et la science nécessaires pour les mener à bien. Mais le nombre de ces gens sans conscience, de ces criminels, est infime et celui de leurs victimes est insignifiant en regard de la liste des malheureux qui resteraient sans secours si une loi enlevait aux praticiens le droit d'opérer.

Pour que l'aristocratie chirurgicale pût utilement et complétement remplir le rôle que M. le professeur Leriche lui destine, il conviendrait de bouleverser notre organisation économique et nos mœurs. Il faudrait élever dans chaque département un centre chirurgical, le doter d'une équipe de chirurgiens d'un désintéressement prodigieux, car la plupart des malades ne pourraient que très modestement les rétribuer, et cependant la durée, les difficultés de leurs études et les frais qu'elles auraient entraînées rendraient légitimes leur prétention à des honoraires élevés. Il faudrait encore que tous les bourgs, tous les villages, tous les hameaux fussent reliés au Centre chirurgical par le téléphone ou la télégraphie sans fil, que des escadrilles d'avions sanitaires et des groupes d'ambulances automobiles soient prêts de jour et de nuit à voler en hâte auprès des blessés signalés ou des malades urgents pour les ramener rapidement au Centre chirurgical. Il faudrait en somme qu'un *service rural de prompt secours* fût d'abord organisé à la campagne alors qu'on n'a pu encore réussir à créer à Paris *un service prompt de secours urbain*. Toute cette organisation demanderait des centaines de milliards et nous n'entrevoyons pas, hélas ! l'époque où la France pourra faire les frais de cette coûteuse organisation. Sans doute, s'il en était ainsi ce serait mieux, mais en attendant, contentons-nous d'améliorer ce qui répond aux besoins des réalités les plus urgentes. Gardons-nous de déprécier la valeur chirurgicale de nos médecins français.

La démocratisation de la chirurgie actuelle est bien, son aristocratisation serait sans doute mieux, mais la sagesse des Nations nous a appris que souvent le *mieux est l'ennemi du bien*.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

VOLVULUS DU COLON PELVIEN PAR MALADIE DE HIRSCHPRUNG, SUIVI DE MÉSO-SIGMOIDITE RÉTRACTILE

Par le docteur RICOLFI,
Chirurgien des hôpitaux de Nice.

Nous avons dû intervenir il y a quelque temps chez un homme âgé, pour un cas d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du côlon pelvien atteint de maladie de Hirschprung (méga-côlon), compliqué de méso-sigmoïdite rétractile.

A ce propos, nous désirons attirer l'attention des praticiens sur ces lésions du côlon pelvien, qu'ils auront, il est vrai, peu souvent l'occasion de rencontrer, mais qu'ils ne doivent pas ignorer afin de mettre leur malade à même de profiter des ressources de la chirurgie pour les débarrasser d'une lésion à caractère chronique pénible ou pour les sauver en cas de crise aiguë.

Le 13 décembre 1922, un cultivateur âgé de 63 ans mais très vigoureux, est pris subitement en faisant un effort au cours de son travail habituel, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite s'irradiant dans tout l'abdomen. Obligé de rentrer chez lui et de s'aliter, il est en proie à de vives coliques. L'entourage essaye les cataplasmes qui soulagent un peu la douleur, mais les lavements sont rejetés immédiatement sans entraîner de matières fécales : une purgation malencontreuse vient encore aggraver la situation, car depuis le début de la crise il y a arrêt complet des gaz et des matières.

L'abdomen devient énorme, ballonné, distendu : des vomissements alimentaires, puis biliaires et enfin fécaloïdes font leur apparition et le lendemain le patient est admis dans notre service hospitalier.

Homme de 63 ans, mais robuste et bien musclé, faciès terreux, yeux excavés, langue sèche, température 37,3, pouls à 90 ; assez bon état général ; arrêt complet des gaz et des matières ; l'abdomen est distendu surtout vers le flanc gauche, le tympanisme est généralisé, plus marqué à gauche ; des mouvements péristaltiques se dessinent sous la peau ; rien à signaler vers les orifices herniaires, ce qui permet d'écarter le diagnostic de hernie étranglée ; le toucher rectal est négatif ; la miction est normale ; l'examen de tous les autres organes n'apporte aucun élément de diagnostic.

En présence de ces symptômes : début brusque, arrêt des gaz et des matières remontant à trois jours, vomissements fécaloïdes, météorisme abdominal, nous ne pouvions que penser à une crise d'occlusion intestinale aiguë dont il nous fallait rechercher la cause.

L'interrogatoire nous apprit que cet homme depuis son jeune âge, présentait des troubles de la fonction intestinale d'évacuation, consistant en crises de constipation opiniâtre durant trois à quatre jours, assez fréquentes, suivies de débâcles intestinales ou ne cédant qu'aux purgatifs répétés ou aux lavements abondants sans que le malade ait jamais observé de diarrhée muco-membraneuse ou sanguinolente.

Ces temps derniers, le malade, qui, par ailleurs avait toujours eu une santé excellente, ressentait de la tension dans la fosse iliaque gauche, en même temps que sa constipation devenait plus opiniâtre et ce n'est qu'au cours de son travail, en faisant un effort, qu'il fut pris d'une violente et atroce douleur dans le bas-ventre.

A cause du siège du début de la douleur, le diagnostic d'occlusion aiguë intestinale par volvulus du côlon pelvien s'imposait ; il est d'abord le plus fréquent ; le volvulus du cæcum survient en général après plusieurs crises aiguës douloureuses et atteint des sujets jeunes : le volvulus de l'intestin grêle ne s'accompagne pas de vomissements fécaloïdes ; d'ailleurs, les antécédents de notre malade, la symptomatologie typique : début brutal chez un homme âgé, dans la fosse iliaque gauche, arrêt des gaz et des matières, météorisme et tympanisme généralisé mais surtout excessif dans le bas-ventre et le flanc gauche, absence de crise antérieure et d'hémorragie intestinale, imposait le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du côlon pelvien.

Intervention immédiate ; anesthésie à l'éther ; laparotomie allant de l'appendice xiphoïde au pubis ; à l'incision du péritoine une anse intestinale énorme de 0,15 de diamètre et de 0,40 cm. de longueur fait hernie comme une volumineuse chambre à air de pneumatique à travers l'incision ; nous reconnaissons qu'il s'agit, du côlon pelvien grâce aux bandelettes et au siège d'implantation de ce segment intestinal distendu d'une façon démesurée par les gaz.

Après extériorisation complète de cette anse qui occupait tout le bas-ventre et le flanc gauche nous découvrons rapidement la racine de cette anse vers la

symphyse sacro-iliaque gauche, ayant subi sur elle-même une triple torsion ; la détorsion fut facile mais il n'y eut ni affaissement de l'anse ni émission de gaz par l'anus ; il n'y avait pas de plaque de sphacèle, pas de liquide louche dans le petit bassin ; la portion terminale du côlon descendant et la partie haute du rectum étaient presque accolées ; le méso pelvien, resserré à sa base, s'épanouissait ensuite en un large éventail, mais il ne présentait ni brides ni rétraction ; nous nous trouvions par conséquent en présence d'un cas de méga-côlon pelvien distendu par les gaz et matières et ayant subi sous l'influence d'un effort une torsion subite vers ses points d'attache.

Quelle était la conduite à tenir ? Nous avons dû d'abord évacuer les gaz par une petite ponction au trocart fin, et enfouir le point de ponction. Une colopexie dans la fosse iliaque droite ne nous aurait donné aucun résultat durable ; nous aurions évité, il est vrai, la possibilité d'un nouveau volvulus, mais les racines du côlon pelvien étaient trop rapprochées, le côlon pelvien trop long, trop flasque, trop distendu, pour pouvoir espérer rétablir la circulation intestinale par une simple colopexie pariétale ; nous n'avons pas voulu pratiquer sur le champ la résection intestinale et l'anastomose recto-colique parce que d'un pronostic trop grave vu l'âge du sujet et son état général ; nous n'avons pas voulu sectionner le côlon descendant et l'établir en anus artificiel définitif en enfouissant le bout rectal parce que nous pensions pouvoir faire mieux plus tard.

Nous incisons rapidement la paroi abdominale dans la fosse iliaque gauche et nous établissons un anus temporaire sur le côlon descendant à quelques centimètres au-dessus de la racine du méga-côlon, n'ayant en vue à ce moment que la vie du malade à sauver de son occlusion aiguë ; suture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont excellentes ; l'anus artificiel fonctionne bien et nous avons le plaisir vers le dixième jour de constater que les gaz et les matières recommencent à passer par l'anus naturel ; l'opéré retrouve rapidement un appétit normal, en même temps que l'état général se remonte, l'anus artificiel se ferme, et grâce à un régime sévère, à l'huile de paraffine, à la belladone, à la sonde rectale à demeure, les fonctions intestinales se rétablissent normalement.

Nous pensions que nous pourrions peut-être éviter de donner à notre opération la suite qu'elle comportait, mais vers le début de février 1923 l'anus artificiel se rouvre en même temps que l'anus naturel se referme progressivement ; on assiste à la formation dans la fosse iliaque gauche et dans l'hypocondre gauche d'une tumeur oblongue à consistance pâteuse qui emplira bientôt tout le petit bassin et tout le flanc gauche ; l'appétit est malgré tout conservé. A la fin février le patient ne va plus du tout à la selle, il n'y a pas de météorisme, pas de vomissements, pas de température ; un teint terreux, une langue saburrale, des céphalées, indiquent seulement un léger degré de stercorémie.

Le 3 mars, nous intervenons à nouveau ; anesthésie à l'éther, laparotomie médiane totale ; le côlon pelvien forme une énorme tumeur en boucle boudinée adhérente au péritoine pariétal et occupant tout l'hypocondre gauche, la fosse iliaque et une partie du bassin, mesurant dans son ensemble 0 m. 70 de longueur, 0 m. 15 de diamètre, 0 m. 30 de circonférence ; nous le libérons de ses adhérences intestinales et pariétales et nous parvenons à l'extérioriser.

Le méso-côlon qui, lors de la première intervention était souple et large, est très épaissi, rétracté, parcouru par des cordons fibreux que nous devons sectionner les uns après les autres pour redonner au méso son allure primitive. Nous sectionnons le côlon descendant au-dessus de l'anus artificiel et le côlon pelvien au niveau de son insertion rectale. Par suite de la rétraction du méso les deux racines du côlon sont presque en contact. Après ligature du méso nous extirpons la masse qui formait un énorme stercorome de 2 kgr. 300 ; nettoyage minutieux de la zone opératoire ; fermeture et ablation de l'anus artificiel selon la technique habituelle. Après décollement pariétal du côlon descendant nous pratiquons une anastomose recto-colique termino-terminale au collargut et nous suspendons la région anastomosée à la paroi abdominale en un point correspondant à l'anus artificiel extirpé ; pour éviter de nouvelles adhérences, nous versons dans la cavité 150 cc. d'huile camphrée stérilisée et nous drainons pendant 48 heures le pelvis, la région sous-hépatique, l'hypocondre gauche ; suture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. Les suites opératoires sont bonnes, une fistulette stercorale au point de suspension de l'anastomose se ferme spontanément au bout de quelques jours ; l'anus naturel se remet à fonctionner normalement au 8e jour et notre opéré sort en juin complètement rétabli.

Mais il reprenait ses occupations trop rapidement et en juillet nous étions obligé de l'opérer à nouveau pour une éventration ; le résultat fut parfait.

Nous avons revu notre opéré en octobre 1923 et en octobre 1924 ; son état général était excellent ; il ne présentait aucun trouble digestif, ses selles étaient normales, journalières, régulières ; il avait repris un bon embonpoint et il se livrait à sa grande satisfaction à tous les travaux pénibles de la campagne.

Nous nous sommes par conséquent trouvé en présence d'un cas de maladie de Hirschprung localisée au côlon pelvien. Sans revenir sur toutes les discussions provoquées par la première étude d'ensemble de cette affection en 1888 par Hirschprung, de Copenhague, tendant à faire de cette affection, soit une maladie congénitale, soit un syndrome, notre cas vient démontrer qu'elle peut se manifester tardivement, même chez le vieillard, et soit être due à une dilatation primitive du gros intestin, soit être secondaire à une constipation congénitale ou acquise, soit être liée à l'allongement du méso ou à sa rétraction.

Les meilleures études récentes de cette maladie sont dues à Bensaude et Hillemand, dans les *Annales de médecine de Paris*, et à Hallez dans la *Gazette des hôpitaux* (mars 1923.).

La maladie de Hirschprung se manifeste chez l'enfant comme chez l'adulte par de la constipation opiniâtre, de la distension abdominale et souvent par la présence d'une tumeur abdominale animée de mouvements péristaltiques : le toucher rectal permettra de reconnaître, la plupart du temps, la vacuité du rectum ; ces malades, tel le nôtre, arrivent à supporter de volumineux stercoromes ou l'administration de lavements de 2 à 3 litres d'eau.

La rectoscopie permettra de vérifier parfois la présence d'un obstacle haut situé ; la radiographie localisera le mégacôlon. Il est bon de noter que le mégacôlon gauche ne s'accompagne presque pas de symptômes d'intoxication, tandis que le mégocæcum ou du transverse produit toujours de la stercorémie.

Selon Bensaude et Hillemand, il y a lieu de distinguer :

a) Un syndrome de Hirschprung à manifestation précoce et grave, survenant chez les enfants, à évolution fatale.

b) Une forme à manifestation tardive et à marche chronique que l'on peut observer chez des enfants du deuxième âge, chez des adultes et même chez des vieillards.

Chez les adultes, on observe :

a) Une forme généralisée ou localisée à un segment ;

b) Une forme fruste ou latente, trouvaille d'examen radioscopique ou radiographique ou encore au cours d'une intervention chirurgicale ;

c) Une forme stercorale ;

d) Une forme avec occlusion chronique ou aiguë.

Notre cas est une forme localisée, ayant évolué d'une façon latente pour arriver à la forme avec occlusion aiguë et se terminer par la forme stercorale.

Chez l'enfant, l'évolution se fait par poussées ; l'état général devient précaire ; la mort s'ensuit par cachexie, par inanition, par intoxication ; chez l'adulte, la complication la plus fréquente est l'occlusion intestinale ou la colite ulcéreuse avec perforation, péritonite ou abcès phlegmoneux.

Dans tous les cas, dès que le traitement médical ne donne plus, dès qu'il y a complication, l'intervention chirurgicale s'impose ; elle donne 52 à 90 % de guérisons, le traitement médical donnant 88 à 93 % de morts.

Grâce à notre intervention, nous avons pu saisir sur le vif le passage de la forme occlusion aiguë à la forme stercorale par méso-sigmoïdite rétractile. Virchow a décrit le premier cette affection qu'il considérait comme le résultat d'une péritonite localisée au mésocôlon, ce qui est confirmé par notre cas. Nous avons vu que le méso, primitivement souple et large, s'était rétracté à sa base au point d'accoler la racine côlon descendant et la racine côlon rectum du côlon pelvien, tandis que vers ses attaches coliques, il ne formait plus qu'un cordon épais et dur, de telle sorte que le côlon rattaché par un pédicule étroit à la paroi pelvienne formait deux segments parallèles accolés en canons de fusil dont une extrémité allait se loger dans l'angle spléno-colique et dont l'autre extrémité plongeait dans le bassin ; toute la portion médiane, adhérente, occupant l'hypocondre gauche en entier ; malgré cette rétraction causée par des brides de néo-formation, les feuillets pariétaux restent longtemps indemnes.

Une complication fréquente de cette méso-sigmoïdite rétractile est le volvulus, mais la plupart du temps l'anse colique elle-même devient adhérente ; les matières fécales arrivant dans cette poche intestinale dilatée et coudée à ses extrémités y stagnent et forment un stercorome.

Qu'il s'agisse de syndrome de Hirschprung compliqué ou non, qu'il s'agisse de méso-sigmoïdite rétractile, nous pensons que la colopexie pariétale ou la simple section des brides parent au danger du volvulus ou de la colite ulcéreuse, mais ne peuvent être un traitement curatif.

En cas de crise grave ou menaçante, le mieux est de détordre le volvulus ; s'il n'y a pas trop de météorisme, si les gaz passent, si le mégacôlon siège sur le cæco-côlon, le transverse, le descendant, nous pratiquons une iléo-sigmoïdostomie. Si la lésion siège sur le sigmoïde, nous nous bornons à l'anus iliaque gauche temporaire.

Lorsque la crise est jugulée ou en dehors de toute crise, rien ne vaut la colectomie partielle ou totale avec iléo-sigmoïdostomie ou avec anastomose recto-colique.

Ce n'est qu'en cas d'impossibilité absolue d'abaisser par décollement pariétal le côlon descendant que nous nous résignerions, à contre-cœur, à l'opération de Madelung (oblitération du bout rectal et anus iliaque gauche définitif).

Nous pensons que la lecture de cette observation et de ses commentaires incitera les praticiens à faire examiner minutieusement leurs gros constipés chroniques adultes, les bébés et les enfants, à constipation opiniâtre : examen clinique minutieux, rectoscopie, radiographie, permettront de poser un diagnostic précis et précieux. En cas d'accident aigu, ils devront toujours y penser.

La stase intestinale fait vieillir avant le temps ; attachez-vous à en dépister la cause et lorsque vous le jugerez utile et nécessaire, ayez recours sans attendre les accidents graves, qui alors vous forcerons la main, à la chirurgie intestinale.

Sans recourir à des interventions plus com-

pliquées, rappelez-vous qu'une simple iléo-sigmoïdostomie faite à temps et dans de bonnes conditions à un constipé chronique invétéré, amaigri, à ventre ballonné, à teint terreux, à peau sèche, anorexique, lui fera retrouver un fonctionnement intestinal régulier, la santé, la fraîcheur de teint, la bonne humeur et tout l'allant nécessaire à la lutte pour la vie !

Il n'est plus permis, à l'heure actuelle, d'avoir la main forcée par les évènements ; dans tout acte chirurgical la précocité et la rapidité de l'intervention sont garants du succès.

CONFÉRENCE CHIRURGICALE ET ANATOMIQUE

Par le Dr José Izquierdo,

Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Caracas.
Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Caracas.

Le Dr Dartigues, président de l'U.M.F.I.A., avec un dévouement que nous souhaitons voir imiter, s'efforce de resserrer les liens entre les médecins étrangers et les médecins français. Naguère il obtenait du Professeur espagnol Arquellada une communication à la Société des chirurgiens de Paris; il y a quelques jours il priait le Dr José Izquierdo, de faire une conférence médico-anatomique à la même société. Ce jeune et distingué professeur qui parle et écrit le français avec une correction remarquable et que nous avons écouté avec le plus grand intérêt, a bien voulu résumer lui-même pour le *Concours médical* les sujets de sa conférence. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les belles planches qui l'ont illustrée.

J. N.

***

I. — Nouvelle théorie sur l'hypertrophie prostatique.

Selon l'anatomie pathologique, la plupart des cas d'hypertrophie sénile de la prostate relèvent d'une prolifération myomateuse ; cependant, on entend partout répéter que ce qu'on extirpe en faisant la prostatectomie est un adénome et il a fallu localiser cet adénome dans le groupe des glandes rétrocervicales pour expliquer les faits suivants que l'on constate après la prostatectomie :

1° Dans la périphérie de la masse extirpée, on remarque qu'il existe des fibres lisses ;

2° Les éléments glandulaires normaux restent dans les parois de la loge prostatique ;

3° Les canaux éjaculateurs ne sont pas arrachés.

Un fibromyome développé dans l'utricule, ou utérus masculin, explique tous ces faits, sauf la présence des fibres lisses, si, comme on peut le supposer, ces fibres proviennent du sphincter interne. Mais il faut encore se souvenir qu'il y a dans la partie postérieure de la prostate un demi-cercle de fibres lisses, ou que ces fibres peuvent dériver de la capsule ou de l'estrome prostatique.

II. — Prostatectomie sus-pubienne extra vésicale.

Voici les temps de cette opération :

1° Incision comme pour la taille hypogastrique ;

2° On coupe les ligaments pubio-vésicaux ;

3° On passe un béniqué jusque dans la vessie pour repérer l'urèthre, on refoule la vessie en arrière et le doigt d'un aide introduit par le rectum pousse en haut la prostate ;

4° On fait une incision longitudinale de chaque côté du béniqué à travers la capsule de la tumeur. Par ces incisions, on pratique l'énucléation en une seule masse ou par morcellement.

On peut aussi couper transversalement l'urèthre et introduire un désenclaveur par le bout proximal, ce qui rend plus facile la mise à nu de la tumeur et son énucléation.

III. — Sphincter périnéal artificiel.

Pour arriver à la constitution de ce sphincter l'on doit procéder de la façon suivante :

1° Incision circulaire autour de l'anus à un centimètre de la ligne muco-cutanée ;

2° On dissèque la peau du côté périnéal pour découvrir le muscle grand fessier en arrière et le releveur de l'anus en avant ;

3° On dissèque le rectum sur une étendue de cinq centimètres ;

4° On isole de chaque côté un faisceau du muscle releveur et on croise les deux faisceaux dans la ligne médiane d'où il résulte une boutonnière ou sphincter ;

5° Le rectum est passé par la boutonnière musculaire et les bords périnéal et périanal de l'incision sont suturés par des points séparés.

IV. Le syndrome de Gradenigo.

Ce syndrome observé pendant les otites moyennes consiste en une douleur fronto-pariétale accompagnée de la parésie de la VIe paire et de diplopie.

J'apporte pour ce syndrome l'explication sui-

vante basée sur l'étude du sympathique céphalique : « Le syndrome serait dû à une interruption de l'arc réflexe sensitif cérébello-moteur des yeux. » Cette interruption relève de l'irritation du plexus sympathique qui entoure la carotide interne. L'irritation atteindrait le plexus directement ou par le nerf facial. Tout l'écheveau d'anastomoses entre le système sympathique, le facial, le trijumeau et le moteur oculaire externe revient aux trois interprétations suivantes :

1° Du facial on passe au trijumeau directement ou à travers le plexus carotidien et le ganglion otique et sphénopalatin ;

2° Du facial, on peut passer au moteur oculaire externe à travers le plexus carotidien et le ganglion otique et sphénopalatin ;

3° Du plexus carotidien, on passe au moteur oculaire externe directement et au moyen des ganglions otique et sphénopalatin ;

4° Il y a des anastomoses entre le trijumeau et le facial justement dans la zone frontopariétale.

Le mécanisme de l'accommodation visuelle est d'ordre réflexe, par conséquent la VIe paire doit contenir des fibres centripètes qui apportent au cervelet les incitations nécessaires pour la mise en action des fonctions régulatrices de cet organe. C'est-à-dire que le muscle droit externe a son sens musculaire.

Les fibres centripètes de la VIe paire doivent être sympathiques.

Quant aux connexions du cervelet avec la VIe paire, elles sont démontrées comme pour tous les nerfs moteurs.

Pendant une otite l'inflammation s'attaquerait aux fibres centripètes qui, à travers le plexus carotidien, les nerfs pétreux superficiels ou même le tronc du facial conduiraient le courant ascendant du muscle droit externe.

TOXICOMANIES

Par M. Journé.

Les toxicomanies désignent les troubles qui résultent de l'habitude invétérée de prendre, à des doses parfois énormes, des substances médicamenteuses, dites stupéfiantes et toxiques, qui sont détournées de leur but thérapeutique et consommées presque uniquement pour déterminer chez la victime des effets d'exaltation psychique, sensorielle, des états d'ivresse ou simplement d'euphorie, en dehors de tout conseil médical.

Les toxicomanies doivent être distinguées des *toxicothérapies*, terme qui permet de désigner la nécessité pathologique dans laquelle se trouvent certains malades de prendre, à des intervalles plus ou moins réguliers, des médicaments dits stupéfiants et toxiques, légitimement délivrés par les pharmaciens sur ordonnances des médecins, pour éviter des souffrances, ou parer à des insuffisances fonctionnelles des organes.

Il faut encore distinguer les toxicomanies des *consommations en quelque sorte nationales* portant avec modération sur les stupéfiants, sur les toxiques et sur les boissons alcooliques.

Parmi les nombreux produits des plantes qui servent à alimenter l'arsenal thérapeutique, les toxicomanes de l'Asie, de l'Amérique, de l'Europe ont obéi à leurs attractions toxicomaniaques en fixant leur choix sur trois produits principaux : 1° l'*opium* et ses *dérivés*, comme la morphine et l'héroïne ; 2° la *cocaïne* ; 3° le *chanvre indien* qui sert à la préparation du haschich.

Le *chanvre* est le produit préféré des peuples du Proche-Orient (Turquie, Perse, Inde). L'*opium* est le produit préféré des peuples de l'Extrême-Orient (Chine, Indo-Chine) : son usage régulier n'entraîne pas chez eux de graves inconvénients, car ils sont particulièrement accoutumés à l'opium. L'Asie centrale prend du *haschich* qui est un mélange de chanvre et d'opium. Le Pérou et la Bolivie prennent la *coca*. La *morphine* et la *cocaïne* se partagent les faveurs de l'Europe et de l'Amérique.

Le vin et les *boissons alcooliques* pris aux doses qui provoquent l'ivresse sont une variété de toxicomanie assez répandue en Europe, en Amérique et même dans les pays d'outre-mer colonisés par les nations qui consomment l'alcool.

La consommation immodérée de médicaments calmants, euphoriques ou hypnotiques, comme l'aspirine, le véronal, la malonylurée et ses dérivés..., entraîne des troubles différents de ceux des toxicomanies. Ces troubles doivent être étudiés à part ainsi que ceux d'ailleurs qui sont déterminés par l'alcool, le café, le thé, ..., bien que sur certains points et pour certaines catégories de malades, l'alcoolisme et la médicamentomanie aient des points communs avec les toxicomanies.

Les toxicomanies, les médicamentomanies, les excès d'alcool, de café, de thé, de médicaments peuvent, le plus souvent, s'expliquer par des considérations d'ordre pathologique ou d'ordre moral. Il est même possible que certaines toxicomanies aient parfois une justification particulière : il s'agit par exemple et pour certains dé-

séquilibrés de lutter contre des tendances antisociales comme l'exhibitionnisme, les attentats aux mœurs, le vol, les violences, le suicide, le meurtre même...

Étiologie et pathogénie.

L'étiologie des toxicomanies est rarement d'origine thérapeutique.

Les toxicomanies supposent des *aptitudes organiques* : un individu n'est pas toxicomane à volonté. Les toxicomanies se propagent surtout chez les prédisposés par le prosélytisme des adeptes, par le snobisme. La publicité inconsidérée qu'on fait dans les journaux, sous la rubrique « faits divers », dans les pièces de théâtre, dans les cinémas, dans les music-halls, dans les salons et un peu partout depuis la guerre de 1914-1918, joue un rôle dans la dissémination des toxicomanies. La réclame faite autour des toxicomanies neutralise jusqu'à un certain point l'effort des services de police qui se proposent de lutter contre le danger des toxicomanies.

On a créé autour des toxicomanies une atmosphère de curiosité et de conceptions erronées. Il en résulte que des toxiques dont le nom même et l'usage étaient à peine soupçonnés avant la guerre, sont devenus l'objet de sujets de conversations courantes dans les réunions d'hommes ou de femmes. On voit des toxicomanes partout et des gens qui paraissent sensés attribuent inconsidérément, à des personnes de leurs relations, des habitudes toxicomaniaques, pour expliquer des malaises ou des variations de caractère.

Les toxicomanes se rencontrent principalement dans les capitales et dans les grandes villes. D'après les statistiques fournies à la Préfecture de Police par le service des garnis et de la répression du trafic des stupéfiants (ancienne brigade mondaine), il résulterait qu'il a été opéré 21 arrestations de trafiquants de cocaïne en 1916 ; 52 en 1917 ; 82 en 1918 ; 54 en 1920 ; 212 en 1922 .....Le chiffre élevé des arrestations s'explique parce qu'il comprend les vendeurs et les rabatteurs, les complices divers, les intoxiqués et peut-être aussi des gens quelconques dont on fait, sous l'empire de l'obsession actuelle, des prévenus de toxicomanie.

Les sanctions prévues par la loi du 12 juillet 1916, aggravées par la loi de 1922, sont sévères : les trafiquants et leurs clients s'exposent à des pénalités allant de trois mois à deux ans de prison et de 1.000 à 10.000 francs d'amende, à l'interdiction de séjour de cinq ans et à la privation des droits civiques. Cependant, il paraît que les cabarets de nuit, les dancings, grands cafés, les « bistros » de la place Pigalle, de la place Blanche, de la place Clichy, les établissements de nuit du quartier des Halles, les brasseries du quartier Latin, les bars de Montparnasse, les palaces cosmopolites des Champs-Elysées, presque tous les lieux de réunion ne connaissent plus que des toxicomanes. Il n'y a pas de doute qu'on a versé dans l'exagération en croyant voir des toxicomanes partout, alors qu'il s'agit le plus souvent de buveurs, de désœuvrés, de déséquilibrés, de dévoyés, d'inoccupés et pour la plus grosse part d'étrangers à change favorable qui se sont malheureusement abattus en trop grand nombre sur la France depuis la guerre.

La constitution organique du sujet est le facteur principal dans l'éclosion des toxicomanies

La morphinomanie, notamment, est constitutionnelle : elle préexiste à la morphinisation qui ne fait que révéler une disposition latente.

L'aptitude toxicomaniaque peut être parfois soupçonnée par le médecin qui se trouve en présence de cas où il est indiqué de prescrire le chlorhydrate de morphine. La soif des poisons, la morphinomanie, se rencontrent de préférence chez certaines femmes, ou bien dans la grande catégorie des déséquilibrés qu'on appelait autrefois des hystériques, ou bien chez ceux qui présentent des troubles fonctionnels du système nerveux cérébro-spinal, du système sympathique et des glandes endocrines.

En ce qui concerne la *morphine*, qui est le toxique le plus à redouter au point de vue toxicomaniaque, on peut voir dans des cas, heureusement peu fréquents, des malades entrer dans la morphinomanie dès la première injection : la dose de un centigramme de chlorhydrate de morphine a suffi pour placer le sujet dans un état de mieux-être, stimuler ses fonctions organiques de telle façon que la morphine devient une nécessité journalière. L'état de besoin est créé et pour le satisfaire, ces malades qui s'accoutument vite à la morphine sont obligés d'augmenter les doses. La morphine ne leur procure pas de bien-être ; elle les empêche d'être en proie à des malaises parfois intenses. On comprend comment ces malades, s'ils ne sont pas avertis et surveillés, peuvent verser dans la morphinomanie.

Les malades à constitution normale peuvent au contraire recevoir pendant longtemps les injections régulières de morphine, qui sont nécessaires pendant la durée d'un traitement, sans que la toxicomanie fasse chez eux son apparition.

Les manifestations toxicomaniaques varient suivant le terrain individuel et suivant les toxiques. Elles présentent le maximum de fréquence avec la morphine : elles sont, au contraire, beaucoup moindres avec la cocaïne, avec le chanvre indien, avec le haschich.

De même que des personnes qui boivent du vin ou des boissons alcooliques en quantité modérée ou même exagérée ne deviennent pas alcooliques (on pourrait presque dire alcoolomanes) et peuvent abandonner leurs habitudes à volonté, de même l'on voit des malades qui pren-

nent des toxiques dans un but thérapeutique, pendant un temps variable, et qui en cessent l'emploi dès qu'ils n'en ont plus besoin.

M. LIVET a rapporté le cas d'Arabes, fumeurs de *Kif*, qui ne sont nullement esclaves de cette pratiques ; ils fument par désœuvrement, pendant des périodes de chômage, et quand le travail reprend, le chanvre est aussitôt abandonné. Seuls, les prédisposés succombent au penchant avec plus ou moins de mesure. De même en Extrême-Orient, presque tous les indigènes fument modérément l'opium ou en absorbent des quantités moyennes quotidiennement, comme les Européens consomment les boissons alcooliques, sans présenter de symptômes anormaux.

En définitive, la toxicomanie réside dans des états constitutionnels de déséquilibre mental et de déséquilibre endocrino-vago-sympathique. Le déséquilibre psychique se traduit parfois par de l'anxiété, de l'hyper-émotivité, de la mythomanie. Le déséquilibre vago-sympathique ou l'hypervagotonie se manifeste par des tremblements, des spasmes, des troubles vaso-moteurs, de la moiteur des mains, de la fatigabilité rapide... Les troubles endocriniens sont le plus souvent associés aux troubles nerveux. Les troubles mentaux ont leur part : il est même présumable que si la morphine, la cocaïne... n'étaient pas soumises à la rigoureuse réglementation actuelle, le nombre des adeptes des drogues ne serait peut-être pas plus élevé. En tous cas, on peut affirmer que, d'une façon générale, la restriction déchaîne des désirs qui ne se seraient pas manifestés sans cette circonstance. On l'a vu à l'occasion des diverses restrictions de la guerre de 1914-1918 portant sur le sucre, les pâtisseries. On a pu faire des constatations semblables en Amérique, sous le régime de l'interdiction absolue des boissons, du régime sec. (L'accoutumance aux toxiques, par M. Louis LIVET, médecin des Asiles publics, *Revue générale de médecine et de chirurgie*, 1924.)

Les toxicomaniaques demandent aux toxiques, au prix de leur santé physique et assez souvent de l'amoindrissement de leurs facultés intellectuelles, des satisfactions que ne leur procure pas la vie, ou l'oubli de leurs tristesses et de leurs déboires, ou des moyens de vaincre des obsessions (vol, suicide, attentat aux mœurs, meurtres), une excitation psychique factice suppléant ainsi l'équilibre normal qui résulte du travail, des occupations, d'un foyer et surtout de la bonne santé.

Les toxicomanes, bien qu'ils se recrutent dans des milieux plus restreints que ceux qui fournissent des alcooliques, s'en rapprochent par certains côtés : c'est la même absence du contrôle de la volonté, la même incapacité de s'intéresser à des occupations, la même recherche de sensations artificielles, le même état de besoin constitué au bout d'un certain temps, la même aptitude organique qui enchaîne la victime au poison, la même fatalité qui pousse l'homme à chercher un oubli de quelques instants.

Le facteur misères morales, déceptions sentimentales, ambitions déçues, douleurs physiques, dégoût de la profession... a son rôle. Le riche comme le pauvre subissent le même destin. Mais, on ne saurait trop le répéter, la toxicomanie à manifestation isolée ou polymorphe ne peut pas s'installer chez la plupart des gens de mentalité normale et bien portants. Les toxiques pris aux doses parfois énormes auxquels les absorbent les toxicomanes provoquent chez les sujets normaux des réflexes de dégoût, des malaises si intenses que les individus qui se sont malencontreusement laissé entraîner à se soumettre aux effets du toxique, en conservent un souvenir ineffaçable, comme celui qui s'associe aux nausées provoquées par la fumée d'un cigare ou à la consommation immodérée d'une boisson alcoolique.

Les toxicomanes sont forcément peu nombreux parce qu'il faut réunir des conditions multiples pour faire un toxicomane : aptitudes toxicomaniaques, jouissance de revenus élevés pour acheter les doses quotidiennes de la drogue que les vendeurs cèdent à des prix exorbitants, absence d'occupation professionnelle puisque l'usage des stupéfiants supprime bientôt la possibilité de tout effort et nécessite une inactivité presque absolue dans les longues périodes de malaises qui suivent les courts instants de mieux être que le stupéfiant a pu procurer.

Le toxicomane est un déséquilibré rare qui donnerait une fortune pour se procurer le toxique, alors qu'un homme normal refuserait au prix d'une fortune de vivre la vie des toxicomanes.

Les toxicomanes ne s'approvisionnent évidemment pas chez les pharmaciens, d'une manière illégale, à l'aide d'ordonnances de complaisance des médecins : aucun médecin, semble-t'il n'accepterait de jouer ce rôle. Ils achètent les quantités énormes de drogues qui leur sont nécessaires à des intermédiaires de contrebande qui leur font payer cher les risques de leur dangereux métier. Les intermédiaires sont souvent recrutés parmi des repris de justice incapables de gagner leur vie et qui risquent, tout, même la prison, pour alimenter les toxicomanes. Lorsque la police capture ces intermédiaires, elle les trouve généralement porteurs de quantités énormes de toxiques, quantités se chiffrant par kilos. Le prix élevé des drogues, joint à l'impossibilité de se livrer à un travail régulier, est un frein naturel qui limite automatiquement la toxicomanie, dans les villes cosmopolites comme Paris, et autres villes du monde où se donne rendez-vous un monde hétéroclite enrichi et désœu-

◆◆◆◆

vré, venu de tous les points de la terre. Paris doit compter au plus quelques centaines de toxicomanes dont la plus grosse partie sont des étrangers riches, arrivés à Paris au hasard de leur vie de vagabondage à travers les capitales. Paris est d'ailleurs loin d'avoir le monopole des toxicomanies.

La publicité organisée autour des toxicomanies fait que le public voit des toxicomanes partout, mais si on juge sainement et qu'on fasse la part de l'exagération, la toxicomanie est heureusement une affliction rare.

Symptômes.

Suivant les cas, les toxicomanes absorbent un seul toxique (opium, morphine, cocaïne...) ou combinent l'usage de deux ou plusieurs toxiques. Les toxicomanes se doublent parfois d'alcooliques, mais les alcooliques, par contre, adonnés à une ou plusieurs boissons préférées, ont généralement le dégoût des toxiques. Je rappelle que les toxicomanes recherchent dans les toxiques une excitation psychique, motrice, sensorielle, parfois l'oubli de douleurs physiques ou morales, ou un moyen de lutter contre des obsessions, mais à cause de l'accoutumance assez rapide de l'organisme, ils doivent augmenter les doses pour obtenir des effets décroissants. Certains toxicomanes arrivent à absorber, pendant des années, des doses quotidiennes de plusieurs grammes de toxiques qui ne sont administrés en thérapeutique, suivant les indications du Codex, qu'à des doses de quelques centigrammes ou moins : cependant les accidents graves sont relativement rares chez les toxicomanes, alors qu'on attribue (sans preuves d'ailleurs) en thérapeutique courante, des accidents mortels à des prises infimes de ces mêmes médicaments, qui sont absorbés journellement à des doses massives par les toxicomanes.

Les symptômes des toxicomanies sont variables suivant le toxique qui exerce son attraction sur la victime : opium, morphine, cocaïne ..... Dans les polytoxicomanies, les symptômes s'imbriquent et perdent de leur précision.

Opium. — Les opiomanes comprennent : les *mangeurs d'opium* qui consomment l'opium par la voie buccale, sous forme d'opium brut, d'extrait d'opium, les *buveurs d'opium* qui utilisent le laudanum, les *fumeurs d'opium* qui brûlent dans des pipes l'opium qui a subi une préparation assez minutieuse et en absorbent la fumée. Les mangeurs d'opium sont, en général, plus rapidement atteints dans leur santé que les fumeurs d'opium.

Les fumeries d'opium sont devenues bien rares en Europe et celles qui fonctionnent sont vraisemblablement tolérées par les services de police, dans les pays divers. Les fumeries d'opium ne subsistent plus que dans les pays d'Orient.

La consommation de l'opium paraît assez restreinte en Europe. Les quantités nécessaires aux opiomanes sont élevées, par suite de l'accoutumance. Les doses thérapeutiques de un à cinq centigrammes seraient sans intérêt pour les adeptes qui arrivent à consommer un à plusieurs grammes d'opium par jour.

La quantité d'opium contenue dans le laudanum est minime, voire même insuffisante en thérapeutique, depuis la dernière modification du Codex. Les buveurs de laudanum doivent boire le laudanum (de l'ancien Codex) par demi-verre et même par verre.

Les opiomanes ne peuvent s'alimenter en toxique qu'en contrebande.

Les symptômes de l'intoxication par l'opium pris à hautes doses sont à peu près analogues à ceux de l'intoxication par la morphine. Les opiomanes, en dehors des troubles divers, présentent de l'amaigrissement, une teinte jaune, une démarche hésitante, des pupilles contractées, de l'affaiblissement de l'intelligence. L'anorexie, la constipation, l'asthénie sont marquées. Le sommeil est entrecoupé de cauchemars. La suppression du poison est suivie d'états de malaise physique et d'anxiété morale, difficiles à décrire.

Morphine. — La morphine (chlorhydrate de morphine) est absorbée par les morphinomanes en *solutions concentrées* (de plusieurs grammes) par la voie des injections sous-cutanées.

Dans la liste des toxiques, c'est la morphine qui crée le plus rapidement *l'état de besoin*, pour peu qu'une prédisposition psychopathique favorise la toxicomanie. L'opium, qui renferme de nombreux alcaloïdes dont les effets se neutralisent, est moins nocif que la morphine, d'où l'indication de prescrire de préférence l'opium injectable (pantopon), lorsque ce médicament peut donner le même résultat thérapeutique que la morphine.

Le chlorhydrate de morphine est presque exclusivement pris par les morphinomanes sous formes d'injections sous-cutanées. Les doses thérapeutiques sont de cinq milligrammes à un centigramme de chlorhydrate de morphine pour une ampoule de un gramme d'eau distillée : les morphinomanes arrivent à s'injecter la morphine par 2 grammes, 5 grammes et plus même par 24 heures.

Le *morphinisme chronique* comporte des signes de déchéance multiples.

L'ivresse morphinique épuise assez rapidement le système nerveux. L'affaiblissement des facultés intellectuelles, la diminution progressive de la mémoire, la perte de la volonté, l'altération du caractère, l'irrégularité du sommeil ca-

ractérisent le morphinomane à la période d'état. Le sommeil des intoxiqués est irrégulier et troublé par des hallucinations nocturnes de la vue et de l'ouïe, hallucinations qui rappellent celles des alcooliques. Les phénomènes morbides sont plus ou moins marqués suivant la réceptivité du sujet, les doses consommées, le genre de vie des individus. En tous cas, les fonctions de nutrition sont assez rapidement atteintes : les malades, car les morphinomanes sont des malades, présentent de l'anorexie, de la constipation, de la frigidité génitale et de l'impuissance. A une période plus avancée, la maigreur, la contraction des pupilles, la pâleur de la face, la décomposition des traits, l'aspect atone du regard, la déchéance intellectuelle marquent la *cachexie morphinique.* A ce stade et chez les grands intoxiqués, la morphine ne procure plus de mieux-être, mais sa privation cause des tourments atroces, comme on l'a dit, « le piège s'est refermé sur la victime. »

La mort survient souvent du fait d'une affection intercurrente évoluant dans un organisme affaibli.

Le morphinisme aigu n'est souvent chez les morphinomanes qu'un épisode au cours du morphinisme chronique.

Lorsque les toxicomanes se sont laissés aller à des consommations excessives de la drogue, ils présentent des accidents de gravité variable. Tantôt, après une phase d'excitation généralement courte, c'est un sommeil comateux d'où le malade sort avec état nauséeux, vomissements, diarrhée, sueurs profuses. Le malade offre des signes d'empoisonnement avec lassitude, anorexie, état de malaise intense, pouls filiforme, respiration superficielle. Le retour à l'état normal est plus ou moins long. Tantôt, l'intoxication aiguë, à la suite de doses massives (cinq grammes par exemple de chlorhydrate de morphine en solution) détermine une phase d'agitation intense bientôt suivie d'une phase de collapsus : la mort survient du fait d'accidents bulbaires, respiratoires.

Le *chlorhydrate d'héroïne,* dérivé de la morphine, détermine des effets analogues à ceux de la morphine ; cependant les effets soporifiques paraissent plus intenses et les manifestations nauséeuses moins marquées.

COCAÏNE. — Le chlorhydrate de cocaïne est absorbé par les cocaïnomanes , soit en *poudre* par prises nasales, soit en *solutions concentrées* et de consistance presque sirupeuse (solution de plusieurs grammes de cocaïne dans quelques grammes d'eau) par injections sous-cutanées.

Les quantités thérapeutiques de chlorhydrate de cocaïne sont de cinq centigrammes par doses avec maximum habituel de quinze centigrammes par 24 heures. Les cocaïnomanes absorbent régulièrement des doses de cinquante centigrammes, un gramme ou plusieurs grammes. Si l'on tient compte que le gramme de cocaïne, qui vaut en gros environ 4 fr. le gramme, est vendu peut-être de 40 à 50 francs le gramme aux intoxiqués, qui ont besoin de doses énormes, on voit quels sont les revenus élevés dont doivent disposer les victimes pour s'adonner à leur intoxication favorite.

Les cocaïnomanes se recrutent dans des milieux spéciaux. Il s'agit le plus souvent de femmes, parfois d'hommes vivant dans des cénacles de désœuvrés qui sont enrôlés dans le cocaïnisme par esprit d'imitation. La cocaïne, à la différence de la morphine, ne crée pas un état de besoin organique. Le cocaïnomane recherche évidemment le toxique, mais la privation temporaire ou définitive ne détermine pas forcément des troubles organiques comparables à ceux de la morphine. Le cocaïnomane privé de son toxique est inquiet, anxieux, mais il se résigne avec plus ou moins de peine à la déception que lui donne l'impossibilité de se procurer l'alcaloïde.

Les conséquences de la cocaïnomanie moyenne (quelques grammes par semaine) consistent dans des modifications du caractère, irritabilité surtout, dans les troubles digestifs, dans l'anorexie, dans l'inaptitude au travail, dans la déchéance intellectuelle et morale plus ou moins rapide, avec apparition possible de crises furieuses. La suppression du sommeil, le tremblement, les troubles cardiaques sont fréquents.

Le *cocaïnisme chronique* se traduit généralement par des troubles de la sensibilité : fourmillements, sensations de démangeaisons, de piqûres sous la peau, plaques d'anesthésie, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les troubles moteurs consistent dans des secousses musculaires, des myoclonies, des parésies, des crampes douloureuses, des convulsions. Les troubles intellectuels sont fréquents et se traduisent par l'affaiblissement progressif de la mémoire, de la volonté, de l'intelligence. Les malades ont de la dyspnée, des palpitations, des syncopes, des sueurs profuses, de l'insomnie. Les troubles digestifs consistent dans l'anorexie, la langue saburrale... Le subictère peut révéler une atteinte du foie.

La cachexie cocaïnique peut aboutir à la mort au bout d'un temps variable de quelques mois à plusieurs années. L'anaphrodisie et l'impuissance génitale sont fréquents dans le cocaïnisme chronique. Les lésions de la muqueuse nasale peuvent aboutir dans les cas graves à la perforation de la cloison. L'hydrorrhée nasale, des épistaxis graves ont été signalés.

Le cocaïnisme aigu est, comme le morphinisme aigu, un épisode au cours du cocaïnisme chroniqeue.

Dans certains cas, après absorption des doses habituelles, les intoxiqués présentent des phéno-

mènes d'excitation : fourmillements dans les extrémités, tintement d'oreilles, agitation, myoclonies, délire. Dans d'autres cas, les intoxiqués ont de la loquacité extrême, des accès de fureur, se terminant souvent par une crise nerveuse. On observe une faiblesse générale avec malaise, sueurs froides , pâleur, nausées et irrégularité du pouls, dyspnée. Dans les cas graves, on constate des convulsions toniques et cloniques, et la mort survient par asphyxie.

Le cocaïnisme aigu, après absorption de doses moyennes, se traduit encore par de la dilatation énorme des pupilles, des frissons, une sensation de froid. Les nausées et la céphalée sont des phénomènes moins fréquents. La congestion cérébrale peut être intense. Les intoxiqués sont en sueur, présentent une insomnie rebelle, de l'agitation. L'anorexie peut être absolue avec langue saburrale. La température s'élève peu.

Les solutions de chlorhydrate de cocaïne concentrées (un gramme et plus pour quelques grammes d'eau), introduites en une seule fois par injection sous-cutanée, intra-musculaire, peuvent provoquer après une phase d'excitation ou de tachycardie, des phénomènes de torpeur avec parésie des membres, malaise intense, état lipothymique ou syncope. (*Cocaïnisme*. Traité de médecine, édition Masson.)

Les effets de la cocaïne sont généralement de courte durée ; aussi pour prolonger l'excitation psychique, les sensations d'ivresse ou d'euphorie, les cocaïnomanes, au cours de certains excès de cocaïne (analogues à ceux des buveurs) sont amenés plus ou moins inconsciemment à augmenter les doses et à les renouveler pour se maintenir dans les états recherchés. Dans certains cas, comme dans l'ivresse de l'alcool où l'intoxiqué perd tout contrôle, et prend tout le toxique qu'il a sous la main, il y a un moment où le cocaïnomane, en état d'inconscience, prend le toxique par doses successives et c'est le sommeil profond ou le coma qui met fin à la consommation maniaque du poison. Les réveils qui suivent l'ivresse cocaïnique, qui a pu se prolonger plusieurs heures, sont horribles. Le malheureux intoxiqué, refroidi, titubant dès qu'il essaye de se lever, est en proie à un malaise intense, indescriptible. Des convulsions cloniques peuvent apparaître. En général, après l'orgie de dépense nerveuse, l'intoxiqué entre dans un sommeil comateux qui peut se prolonger plusieurs jours. Le malade sort de son coma dans un abattement profond. Si l'intoxication a été trop massive, le malade ne se réveille plus et le sommeil conduit à la mort. Enfin, la mort peut survenir subitement au cours de doses anormalement élevées, prises en une seule fois ou à des intervalles trop rapprochés.

Des *symptômes mentaux* variés peuvent apparaître chez les cocaïnomanes. Suivant certains auteurs le cocaïnisme pourrait créer ou mieux déclancher chez les prédisposés toutes les affections décrites en psychiatrie.

Les effets de la cocaïne sont variables suivant qu'il s'agit d'un premier essai ou au contraire d'une habitude invétérée.

Dans l'*intoxication première*, on observe des troubles décrits sous le nom de cocaïnisme aigu ou d'ivresse cocaïnique. Le cocaïnisme aigu commence assez souvent par une phase d'excitation, une phase délirante, parfois accompagnée d'impulsions violentes et suivie d'une phase de coma. Le cocaïnisme entraîne en même temps du tremblement des muscles : les réflexes tendineux sont exagérés : la sensibilité est affaiblie. La dyschromatopsie, les troubles de la vision, sont fréquents.

Dans l'*intoxication chronique*, les troubles intellectuels sont lentement progressifs. Dans une première période, ils se manifestent par une activité exagérée, par de la loquacité. Dans une deuxième période, la déchéance intellectuelle devient assez profonde. Le malade présente des hallucinations, des idées délirantes, des impulsions, des tics qui le conduisent à des actes érotiques, destructeurs, parfois au vol ou au meurtre. (F. SABATUCCI « syndromes neuropsychiques chez les cocaïnomanes ».)

Diagnostic.

Le diagnostic des toxicomanies repose, en dehors des symptômes d'intoxication propres à chaque toxique, sur les commémoratifs, l'habitus si spécial du malade, les cicatrices habituelles d'abcès consécutifs à des injections faites sans précautions aseptiques. La présence des toxiques, des seringues à injection... plus ou moins bien dissimulés dans la chambre où dans l'endroit où se trouve l'intoxiqué, lève les doutes.

Prophylaxie.

La prophylaxie de la toxicomanie consiste dans la réglementation de la délivrance des substances toxiques qui, d'ailleurs, n'est pas toujours opérante à l'égard des toxicomanes parce que s'ils y mettent le prix, ils parviennent assez souvent à se procurer les toxiques dont ils ne peuvent plus se passer. Heureusement que le dégoût et des sursauts de la volonté arrêtent un certain nombre de toxicomanes au seuil de l'abîme.

La législation très rigoureuse sur la délivrance des substances toxiques gêne donc les médecins dans le traitement des affections qui relèvent des médicaments toxiques, pris à doses thérapeutiques et est une source d'ennuis pour les pharmaciens qui donnent le médicament.

La révision du décret du 14 septembre 1916, complétant l'ordonnance de 1845 concernant les toxiques est à l'étude depuis un certain temps.

La loi du 13 juillet 1922 complétant celle du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses déjà modifiée par la loi du 12 juillet 1916,

concernant l'importation, la détention et l'usage des substances vénéneuses, permet aux services de police de perquisitionner en tout temps dans les locaux où l'on use en société des stupéfiants. La loi du 13 juillet 1922 a élevé les peines encourues par les individus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage desdites substances, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

La *Convention de La Haye* prévoit des mesures destinées à restreindre la production de l'opium brut pour l'usage de l'opium à fumer.

En ce qui concerne l'opium, la *Conférence de Genève,* qui a tenu ses réunions en 1925, a délibéré sur la suppression graduelle de l'usage de l'opium à fumer.

La discussion a porté sur la date d'où doit partir le délai de 15 ans à la fin duquel on se propose d'obtenir la suppression graduelle de la fabrication, du commerce extérieur et de l'usage de l'opium préparé. M. Bazil Backett, délégué anglais, a justement fait remarquer que la consommation de l'opium dans l'Inde n'est pas plus un abus que celle de l'alcool dans certains autres pays : elle est tellement liée aux traditions sociales et religieuses du pays que le problème de sa suppression y prend un aspect qu'il n'a pas ailleurs.

Les Etats-Unis demandaient la détermination précise de la date à partir de laquelle le délai de quinze ans prévu pour la suppression totale de l'usage de l'opium à fumer commencerait à courir. La France et la Grande-Bretagne n'ont pas pu se rallier à cette demande.

Une conférence pour le contrôle international du trafic des stupéfiants a été organisée à Genève en février 1925, sous les aupices de la Société des Nations.

La question des stupéfiants intéresse beaucoup de pays. L'Extrême-Orient fume l'opium, l'Asie Centrale prend du haschich, le Pérou et la Bolivie de la coca, l'Europe et l'Amérique du Nord comptent un certain nombre de toxicomanes adonnés à des alcaloïdes comme la morphine, la cocaïne, l'héroïne.

La prohibition des cultures de plantes stupéfiantes ou l'interdiction d'extraire de celles-ci des alcaloïdes n'est pas une mesure applicable. L'usage de l'opium et de la coca est répandu dans certains pays comme la consommation des boissons alcooliques en Europe. D'ailleurs, les alcaloïdes sont de trop précieux médicaments pour qu'on puisse interdire la culture et ordonner la fermeture des usines qui les fabriquent. La mesure prophylactique la meilleure paraît consister dans un accord international permettant de suivre les toxiques des usines aux pharmacies. Mais cet accord doit être conçu dans un esprit assez large qui saurait faire la part d'habitudes séculaires invétérées dans les pays d'Orient et aussi la part des toxicomanes inguérissables dans les pays d'Europe.

L'interdiction absolue agit comme un attrait invincible sur certains individus et la publicité inconsidérée faite autour des toxicomanies assure des recrues à un mal que les services de police cherchent à enrayer.

La réglementation avec ses sanctions pénales aboutit parfois à des résultats pénibles. Elle entraîne la réclusion de plusieurs mois de condamnés qui sont des malades qui relèvent des services médicaux et non des services pénitentiaires. Dans certains cas, les condamnations sont prononcées contre des individus qui usent de la drogue à doses thérapeutiques, mais qui se sont procuré le toxique irrégulièrement.

En mars 1925, un tribunal correctionnel de la région Ouest de la France a condamné à un an de prison un malade qui, pour des raisons que nous ignorons, s'était procuré des ampoules de morphine de un centigramme, d'une façon illégale, en falsifiant des ordonnances de médecins. Je ne puis m'empêcher de penser qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un acte vraiment inhumain, accompli sous une forme juridictionnelle, par des juges de bonne foi, qui ont cru bien faire en faisant emprisonner un malade qui sera soumis à la terrible existence des prisons, alors qu'il relevait de l'hôpital ou de l'asile.

Je résume les dispositions essentielles du *décret des* 19 *et* 20 *septembre* 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

Les *substances vénéneuses* sont classées par le décret en trois tableaux A. B. C.

Le *tableau A* concerne les substances *très toxiques* comme l'atropine, par exemple.

Le *tableau B* concerne les toxiques *stupéfiants* comme la morphine et la cocaïne.

Le *tableau C* concerne les substances *faiblement toxiques* comme la teinture de digitale, par exemple.

Je rapporte les articles essentiels du décret de 1916 relatifs à la délivrance des toxiques stupéfiants du tableau B.

TABLEAU B.

Toxiques stupéfiants

Alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), leurs sels et leurs dérivés.

Cocaïne, ses sels et ses dérivés.

Diacétylmorphine et ses sels.

Extraits d'opium.

Haschich et ses préparations.

Morphine et ses sels.

Opium brut et officinal.

Art. 38. — Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B, soit *en nature,* soit *sous forme*

de solutions, destinées à des injections sous-cutanées.

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des *poudres* à base de cocaïne ou de ses sels et de ses dérivés et renfermant ces substances dans une proportion égale ou supérieure au centième, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être *absorbées par la voie stomacale* et contenant, à une dose quelconque, des substances du tableau B.

Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 12 centigrammes d'extrait d'opium, ni plus de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine, de diacétylmorphine ou de cocaïne.

Art. 39. — Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une *période supérieure à sept jours*, les substances du tableau B lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdiction édictées par l'article précédent.

Art. 40. — Les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins, aux vétérinaires, aux chirurgiens dentistes et aux sages-femmes les substances du tableau B *nécessaires à l'exercice de leur profession* dans les conditions et sous les réserves fixées aux articles 27 et 28 (demande du médecin écrite, datée et signée, interdiction de céder les substances aux malades à titre onéreux ou gratuit...)

Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës, lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine.

Il est interdit aux pharmaciens de délivrer à ces praticiens aucune de ces substances en *nature*.

Les pharmaciens doivent conserver pendant trois ans, pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente, les demandes émanant des médecins, des vétérinaires, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, et en adresser un relevé à la fin de chaque trimestre, au préfet de leur département.

Traitement

Le traitement est variable suivant les circonstances.

L'opium et la morphine deviennent chez certains sujets un besoin organique. Dès qu'ils cherchent à supprimer la ration habituelle, ils éprouvent des malaises prémonitoires, tels que frissons, bâillements, lassitude des muscles..., puis survient une impression de fatigue intense, un malaise indéfinissable, une inaptitude absolue au travail, symptômes qui peuvent en imposer pour une neurasthénie essentielle.

La morphinomanie est plus difficile à traiter que la cocaïnomanie.

Dans certains cas, les toxicomanes s'aperçoivent à temps qu'ils approchent de l'abîme, la raison reprend ses droits et la guérison peut être obtenue.

D'autres malades sont dans la nécessité de recourir aux soins du médecin parce qu'ils ne peuvent plus se procurer la drogue qui leur est indispensable. Le médecin peut alors faire des repêchages providentiels.

Dès les premiers jours, la suppression de la morphine produit chez certains malades des sensations atrocement pénibles : l'état de besoin est constitué, une sensation angoissante, comparée à celle de la faim, appelle à heure fixe la piqûre. Le morphinomane vit dans l'attente et dans le regret de la piqûre. Il y a des cas où il est impossible de supprimer une certaine dose réduite de morphine, par exemple une ou deux injections de un centigramme de morphine par vingt-quatre heures. Le médecin doit alors avoir la sagesse de ne pas insister et son devoir professionnel lui impose de délivrer régulièrement au malade la dose sans laquelle il ne peut plus vivre qu'avec des souffrances, s'il ne risque pas la mort à brève échéance, après de longs jours d'agonie (1).

La suppression de la cocaïne est plus facile à réaliser : la cocaïne ne crée pas, comme la morphine, un besoin organique. Les calmants, les toniques, la balnéation, les massages, la psychothérapie, le repos prolongé au lit... permettent d'atteindre le but souhaité.

Les *accidents aigus graves* survenant chez les toxicomanes sont souvent au-dessus des ressources de l'art. Il faut s'abstenir d'injections de chlorhydrate d'adrénaline, d'inhalation de nitrite d'amyle... qui aggravent l'intoxication dans certains cas, et savoir attendre le terme d'un sommeil comateux dont le malade sort indemne, assez souvent. La **saignée** a des indications (2).

Lorsque les accidents aigus ont une tendance à s'amender, on donne des toniques comme le rhum, le vin de champagne, les grogs chauds...

Dans quelques cas, les accès délirants peuvent nécessiter un internement provisoire, à défaut de la possibilité d'une surveillance étroite.

La suppression d'emblée du poison n'a que des inconvénients, elle peut entraîner la mort par suppression du toxique auquel s'est accoutumé l'organisme. La suppression progressive et graduelle n'a que des avantages.

---

(1) Ces cas seraient exceptionnels. Je tiens du Dr Duchesne, qui a été l'interne du Dr SOLLIER, pendant deux ans et a collaboré à appliquer sa méthode à un grand nombre de morphinomanes qu'il n'en a jamais vu qu'on n'ait pas réussi à sevrer complètement. La vérité, c'est que les récidives sont très fréquentes.

(2) Dans le cocaïnisme aigu il faut placer les malades *en position demi-couchée, s'abstenir de café noir* à faire en résumé *le contraire* de ce qui est prescrit habituellement.

Le médecin traitant réduit donc graduellement la dose de toxique ; il suspend le toxique un certain temps pour le reprendre si des manifestations trop douloureuses ou trop alarmantes accompagnent la suppression.

On peut substituer aux injections de morphine le pantopon, le laudanum, puis des stimulants comme la caféine, la strychnine, ou des calmants comme l'aspirine à hautes doses, le somnifène, le dial, ou des toniques comme le champagne ou les vins généreux.

Suivant M. Bonnange, la première phase consiste dans la suppression de la morphine et son remplacement pendant trente-six heures par la dionine, laquelle à son tour est remplacée dans les quarante-huit heures par la caféine, qui elle-même est supprimée après une période égale. On remplace ainsi la morphine par un produit de même nature, mais de toxicité plus faible pour arriver au bromure de codéine, de toxicité pratiquement nulle et ne déterminant pas l'accoutumance.

Le traitement ne peut être efficace qu'avec la bonne volonté du malade qui comprend les dangers qu'il court : mais certains malades, malgré leurs efforts réels, sont incapables de suivre les résolutions prises. Le médecin devra alors se résigner à prescrire la morphine, aux doses les plus basses possibles, en suivant de près son malade.

L'isolement dans une maison de santé peut être indiqué, dans certains cas, pour mener à bien la cure de désintoxication.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La schizophrénie.

Le terme de schizophrénie, proposé par Bleuler pour désigner la démence précoce, veut dire dissociation psychique : les différentes facultés psychiques, conservées individuellement, n'ont plus entre elles la synergie qui assure leur jeu normal et régulier. On est donc loin du sens que mérite la démence en tant qu'affaiblissement intellectuel définitif. Bleuler ne considère donc plus la démence précoce comme une démence vraie ; de plus, le schizophrène, a-t-il remarqué, ne répond pas ou répond mal aux incitations venues du dehors.

Ce dernier point est très important, dit A. Borel, car il a permis à l'école française, sous la direction du Pr Henri Claude, de ramener à de justes proportions la schizophrénie, qui, sous sa conception première, devait englober presque la moitié des affections étudiées en psychiatrie. En effet, il s'agit de déterminer si la perte de contact avec l'extérieur est une conséquence, un aboutissement, ou bien si elle est l'élément primitif dont dépendent ensuite toutes les manifestations.

Dans le premier cas, il s'agit de la démence précoce vraie ; la perte de contact avec la réalité résulte d'un déficit psychique ; Kreepelin, puis Morel, en ont décrit trois formes : hébéphrénie, catatonie, D. paranoïde. L'affection est rapidement progressive et survient dès l'adolescence ou la jeunesse ; elle relèverait d'auto-intoxication ou d'une hérédité chargée.

Dans le deuxième cas, il s'agit des malades que, seuls, H. Claude dénomme « schizophréniques » ; ils ont, dès l'enfance, une tendance à fuir la réalité au profit de la vie intérieure ; et la vie intellectuelle, dissociée en ses éléments, a perdu toute synergie des fonctions psychiques. Que cette discordance soit modérée et tout se réduit à un simple travers le caractère ; nous avons affaire à un schizoïde, l'individu peut vivre dans la société un rôle effacé. Mais si l'état s'accentue, il devient pathologique et nous avons le schizomaniaque ; puis, si la dissociation psychique devient une véritable dislocation, c'est l'étape ultime, la schizophrénie.

Il s'agit donc là d'un véritable démembrement de la démence précoce dont on retire la schizophrénie qui n'a jamais été un affaiblissement intellectuel vrai. Et ce démembrement n'est sans doute encore qu'à son début. (*Le Progrès médical.* 24 janvier 1925.)

L'arythmie de tension et les anisophonosphygmies.

Il résulte d'une intéressante étude du Pr C. Lian, qu'en auscultant soigneusement les bruits artériels huméraux, tandis que le brassard brachial est maintenu gonflé sous une pression égale à la pression maxima, le médecin recueille souvent des renseignements d'une importance considérable pour le diagnostic et le pronostic de l'insuffisance cardiaque ; il peut constater l'inégalité ou la disparition de certains bruits artériels chez des sujets dont les contractions cardiaques sont cependant régulières. Ce phénomène peut être qualifié d'anisophonosphygmie et il présente trois grandes variétés : l'A. respiratoire, l'A. alternante, et l'A. désordonnée.

Et tout d'abord, l'A. est un phénomène *physiologique,* quand elle se produit à l'inspiration et consiste seulement en une *diminution* d'intensité et non en une disparition de certains bruits. Elle peut aider le médecin dans la mesure de la

pression minima. En la constatant, on se rend compte qu'on est tout près de la Mn et en dégonflant encore un peu le brassard on arrive à trouver que la diminution d'intensité porte sur tous les bruits artériels, aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration : on est alors à la minima.

Dans l'*a. pathologique* (disparition de certains bruits artériels), diverses éventualités sont à envisager.

1° La plus simple, assez fréquente, est l'*a. alternante*, traduction auscultatoire du pouls alternant (grande surcharge du ventricule gauche, survie maxima de 5 ans) ;

2° Assez rare est l'*A. désordonnée*, se faisant de façon désordonnée ; elle témoigne d'un trouble de contractilité du myocarde ventriculaire gauche (surcharge moyenne du cœur gauche) ;

3° D'interprétation un peu délicate, mais de constatation très fréquente est l'*A. respiratoire pathologique*. Dans certains cas, elle coïncide avec la disparition du pouls radial à chaque inspiration (pouls paradoxal de la péricardite avec épanchement). D'autres fois, elle est inspiratoire sans disparition du pouls radial, et s'observe soit dans les affections broncho-pulmonaires avec grande dyspnée (gêne respiratoire, mais non cardiaque), — soit dans l'arythmie sinusale à type respiratoire, — soit dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

Ainsi donc, de même que la méthode oscillatoire tire des renseignements intéressants de l'oscillométrie, de même la méthode auscultatoire ne permet pas seulement la mesure de Mx et de Mn, mais elle peut, par la phonométrie, faire découvrir au clinicien des signes d'une importance capitale pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque. (*La Pratique médicale française*, janvier 1925-A.)

Traumatismes et syphilides cutanées. Etude médico-légale.

Depuis longtemps, dit le Dr G. THIBIERGE, les auteurs ont attribué à la syphilis une influence sur la marche et les suites des traumatismes, et aux traumatismes, une influence sur la marche et les manifestations de la syphilis, et signalé l'apparition de celles-ci au niveau des plaies.

Au cours d'une pratique déjà longue, au cours d'une enquête étendue, jamais l'auteur n'a rencontré d'exemples de lésions cutanées syphilitiques consécutives à des traumatismes, tout au moins à des traumatismes uniques, comparables aux accidents du travail.

D'autre part, lorsqu'une plaie tarde à se cicatriser chez un syphilitique, c'est qu'elle est mal pansée, ou plus ou moins inconsciemment entretenue.

Hors le cas où la syphilis a atteint gravement l'état général du blessé et détermine une cachexie (et elle n'agit pas, alors à titre de maladie spécifique), celle-ci n'entrave pas la guérison des blessures.

De plus, au point de vue médico-légal, la critique des observations publiées comme exemples des manifestations syphilitiques cutanées provoquées par un traumatisme amène à rejeter dans le plus grand nombre d'entre elles, soit le diagnostic de lésions syphilitiques, soit la relation avec un traumatisme réel ou supposé, soit le siège exclusivement dermo-hypodermique. Il faut donc, en médecine légale, pour admettre la relation de causalité, dans un cas donné, apporter des preuves plus précises encore que s'il s'agissait de faits d'observation courante.

L'expert aura à résoudre les questions suivantes :

Y a-t-il eu traumatisme réel, quelle est sa nature ?

La lésion, qui est imputée au traumatisme, est-elle une lésion syphilitique (caractères cliniques, antécédents, sérologie, résultats du traitement).

Le traumatisme a-t-il précédé le début de la lésion ; ou, s'il l'a suivi, l'a-t-il modifiée, aggravée ?

Le traumatisme a-t-il été tel (nature, importance, répétition, accident du travail) qu'il puisse expliquer le développement de la lésion, dont il est incriminé ?

Dans certains cas, faute surtout de données certaines sur la marche des lésions et leur chronologie, l'expert ne pourra poser de conclusions fermes ; alors le juge appréciera d'après les apparences, les possibilités rationnelles.

En résumé, si l'action provocatrice du traumatisme sur les syphilides est réelle, elle ne s'exerce que d'une façon tout à fait exceptionnelle. (*Gazette des hôpitaux*, 17 janvier 1925.)

Les hémoptysies bronchectasiques.

La dilatation anévrysmatique des bronches, qu'il faut distinguer de la dilatation cylindrique, disent MM. F. BEZANÇON et R. AZOULAY, est une maladie hautement hémoptoïque.

Dans une première période, sèche, de latence, les bronchectasies méconnues ne donnent lieu à aucune modification clinique ou fonctionnelle importante, et surtout ne s'accompagnent d'aucune expectoration ; à ce moment, l'hémoptysie prend une importance capitale, révélatrice ; avec l'hémoptysie, les signes cavitaires se révèlent.

Ce syndrome cavitaire est transitoire, contemporain de l'hémoptysie, disparaît avec elle, et permet le diagnostic de caverne, sans le secours de la radiologie.

Ensuite, les bronchectasies se compliquent d'expectoration intermittente puis continue, et, dès lors, les hémoptysies sont plus fréquentes ; le diagnostic doit éliminer la pleurésie purulente enkystée, et certaines formes de gangrène pulmonaire.

Le *traitement* peut être antisyphilitique, ainsi qu'il résulte de l'étiologie de cette affection. Les sels bismuthiques semblent les plus recommandables par leur action, et par leur élimination lente, lorsqu'on emploie les sels insolubles.

Le mercure peut être aussi employé par alternance, sous forme de frictions cutanées thoraciques, ou d'injections. Se méfier des arsenicaux et de l'iodure de potassium, qui ont parfois déclenché de graves hémoptysies.

Le traitement est aussi celui des hémoptysies : injection de morphine, vaso-constricteurs (ergotine), vaso-dilatateurs (ipéca-émétine), coagulants (citrate de soude à 30 p. 100, mais non chlorure de calcium ; transfusion du sang).

D'autres formes d'hémoptysies bronchectasiques doivent avoir un traitement particulier. H. cataméniales (extraits ovariens, hypotenseurs : gui, nitrites) ; H. des cardiaques droits secondaires (purgation, digitaline, etc.) ; H. des hypertendus ; H. par gangrène associée.

Atrophies des nerfs optiques consécutives à des spasmes des artères centrales de la rétine.

Pour M. Abadie, le spasme de l'artère centrale de la rétine est bien plus fréquent qu'on le croit habituellement. On le confond trop souvent avec l'embolie de l'artère centrale. Or, celle-ci serait très rare, et s'observerait chez des sujets âgés, porteurs de tares cardio-vasculaires. Dans ce cas aussi, la perte de la vision est complète, tandis que, dans le spasme, la perception lumineuse persiste. Le spasme durant, l'atrophie du nerf optique se produit et la vision se perd complètement.

Cette affection est donc intéressante à connaître, car on peut y porter remède.

L'auteur rapporte des observations qu'il a recueillies, et établit le diagnostic différentiel entre l'atrophie spasmodique et l'atrophie tabétique.

Il rapproche ce spasme de la maladie de Raynaud, qui ne serait autre qu'un angiospasme, et de l'angine de poitrine par spasme des coronaires.

On constate d'ailleurs la coexistence, chez le même malade, du spasme de l'artère centrale de la rétine, du doigt mort et des crises angineuses.

Le traitement consiste dans l'emploi des antispasmodiques puissants, atropine injectée au fond de l'orbite et prise également *per os* ; gardénal, diathermie ; et au besoin, sympathectomie péri-artérielle. (*La Clinique Ophtalmologique*, mars 1925).

Hydrorrhée amniotique. Hydramnios. Circulaires.

L'intérêt des deux observations rapportées par M. Guérin-Valmale réside dans le nombre exceptionnel de circulaires qu'il décompta autour des fœtus. Dans le premier cas (hydrorrhée amniotique ayant duré 108 jours), cinq circulaires autour du cou, deux autour de la cuisse droite, une autour de la cuisse gauche ; huit au total. Dans le second, huit également, dont cinq circulaires autour du cou, deux autour du bras droit et une autour du tronc (hydramnios).

Si le nombre des circulaires s'explique dans le second cas par l'hydramnios et la longueur du cordon (157 cm.), il est moins explicable, dans le premier cas, l'utérus ayant été entièrement vidé de son eau et ayant réalisé le fœtus compressus. (*Rev. de gynéc. et d'obstét.*, 10 mars 1925.)

Un cas de sodoku chez un enfant jeune.

Ce cas concerne un jeune enfant de 26 mois soigné par M. R. Gaillard pour des accidents, ayant succédé, à trois semaines d'intervalle, à une morsure du pavillon de l'oreille par un rat.

C'est pour l'auteur l'occasion de faire une revue d'ensemble de cette affection, dont la symptomatologie se compose surtout de trois éléments : fièvre, tuméfaction locale avec adénite, exanthème plus ou moins discret, avec une incubation silencieuse assez longue.

L'affection procède par poussées successives, et dure plus ou moins longtemps. Le diagnostic est facile dans les cas typiques où l'étiologie accuse la morsure infectante. En d'autres circonstances, il est moins aisé, et les recherches, dans le sang, du spirochète, cause du sodoku, sont souvent négatives.

Le traitement arsenical doit être mené comme pour la syphilis.

En résumé, « le sodoku est une spirochétose dont le mode de contage habituel pour l'homme est la morsure d'un rat porteur de germes. C'est une infection relativement fréquente au Japon, assez exceptionnelle en Europe, bien que le nombre des observations, en France notamment, se soit multiplié depuis la guerre. Mais il est possible que quelques cas, les plus bénins, passent inaperçus chaque année dans nos pays, faute d'une attention suffisante accordée à cette maladie..... Le traitement arsenical, selon les méthodes antisyphilitiques, paraît être jusqu'ici notre meilleure arme thérapeutique. » (*Lyon médical*, 5 avril 1925.)

Traumatisme et lésions pulmonaires.

Il est exceptionnel que le traumatisme crée de toutes pièces une tuberculose pulmonaire. Mais il peut rendre apparentes des lésions antérieurement latentes et silencieuses. Ce n'est que par une analyse minutieuse de l'état de santé antérieur des sujets traumatisés qu'il sera possible de faire la part qui revient à ce traumatisme, comme créateur ou seulement comme révélateur de la tuberculose.

MM. Leuret et Lamothe rapportent l'histoire de deux accidentés du travail : chez le premier, une chute brutale sur le dos, dans un escalier, provoque une vaste ecchymose costale et lombaire droite, et est suivie, deux jours après,

d'une abondante hémoptysie qui se renouvelle à plusieurs reprises. Il s'est produit un infarctus pulmonaire post-traumatique, sur lequel, malgré une cure sanatoriale et la création d'un pneumo-artificiel, se greffe un abcès putride par sphacèle secondaire de la région traumatisée. Chez le second, une chute du haut d'un poteau télégraphique brisé est suivie d'une douleur dans le côté gauche du thorax. Un peu plus tard, on découvre là une pleurésie séro-fibrineuse, accompagnée des signes cliniques de cette affection. Une cure sanatoriale, l'épanchement s'étant résorbé, ramène un état général très florissant, mais le blessé souffre toujours dans la région traumatisée. A noter que sa femme était atteinte d'une tuberculose lobaire à laquelle elle a succombé.

A l'occasion de ces deux observations, les auteurs font une revue complète de la question. Il est très difficile de faire la part de l'état antérieur, quand, avant le traumatisme, l'intéressé n'avait jamais présenté de manifestations d'un trouble quelconque de la santé. Mais, d'autre part, s'il est exact que 95 % des sujets parvenus à l'âge adulte ont été tuberculisés, on conçoit que le trauma, aussi bien qu'une maladie ou de déplorables conditions hygiéniques d'existence, réveillent une tuberculose assoupie. Cependant, la relation de cause à effet entre l'accident et la tuberculose réveillée apparaîtra si les premières manifestations, et surtout les hémoptysies, se montrent dans les quelques jours qui suivent, et si l'évolution est continue.

On sera donc autorisé à conclure à la tuberculose pleuro-pulmonaire traumatique, si l'on établit : l'état de bonne santé antérieure, un traumatisme localisé à la poitrine ; l'apparition précoce d'une hémoptysie ou d'une réaction traumatique de la plèvre ; consécutivement et précocement aussi, l'apparition des signes de tuberculisation et d'infection avec maximum des lésions au niveau du point traumatisé.

En ce cas, le bénéfice de la loi de 1898 doit être accordé aux accidentés. L'incapacité est très difficile à fixer. Il est nécessaire, en conséquence, de conclure à une forte incapacité permanente, révisable au bout de trois ans, en cas d'aggravation ou d'amélioration . (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 25 mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La thérapeutique cardiaque depuis Harvey.

(M. Pawinski. — *Académie de médecine* ; 23-4-1925.)

L'Académie de médecine ayant consacré sa séance du 23 avril aux communications des médecins venus à Paris assister au IIe Congrès franco-polonais, nous donnons ci-après un compte rendu de deux de ces communications, d'ordre scientifique : celle de M. Pawinski, sur les progrès de la médecine dans le domaine de la cardiologie depuis la découverte d'Harvey jusqu'à nos jours, et celle de Mme Curie sur les radioéléments encore peu ou point utilisés en médecine.

C'est longtemps après la découverte d'Harvey qu'ont eu lieu les premières tentatives de thérapeutique proprement dite des maladies du cœur. En 1872, Beneke, de Marbourg, préconisa les bains carbo-gazeux, à Nauheim. M. Pawinski parle, ensuite, des avantages du régime lacté, du rôle du chlorure de sodium, mis en lumière par Widal, des injections intra-veineuses hypertoniques de sérum glucosé, proposées par Büdingen, de Constance, contre l'insuffisance cardiaque. Cet auteur fonde son opinion sur le fait que la quantité de sucre du sang, qui est la source de la force musculaire, est diminuée dans les cas morbides en question. L'opinion de Büdingen se semble pas, il est vrai, avoir été confirmée jusqu'à présent.

Les médicaments de la thérapeutique cardio-circulatoire sont maintenant nombreux : la digitale en tête, la strophantine, l'ouabaïne, l'adonis vernalis, le muguet, la spartéine, les sédatifs (morphine, codéine), les diurétiques (théobromine, théocine, caféine...), le calomel (diurétique spécial), les hypotenseurs (amylnitrite, trinitrine, tétranitrol, érytrol), les iodures, la quinidine (Frey, 1918) dans l'arythmie complète, la sympathicotomie (Jonesco), dans l'angine de poitrine, etc.

Les radioéléments jusqu'à présent peu ou point utilisés en médecine.

(Madame Curie. — *Académie de médecine* ; 23-4-25.)

On connaît près de 40 radioéléments qui ont comme propriété commune d'émettre des rayons de trois espèces : rayons α, les plus absorbables, rayons β, plus pénétrants, et rayons γ, plus pénétrants encore.

Parmi ces radioéléments, le plus connu est le radium ; vient ensuite le mésothorium, sous-produit de la fabrication du thorium. Les autres radioéléments, jusqu'à présent peu ou point utilisés en médecine, ne sortent guère encore du domaine des laboratoires de physique et des techniciens, mais peut-être y aura-t-il un jour utilité à en développer la préparation. Le radium, par exemple, émet les trois variétés de rayons, α,β,γ. Par filtration des rayons absorbables α et β, on parvient à obtenir des rayons γ isolés, mais, ne pouvant éliminer ces derniers, on n'a

pas — avec le radium — le moyen d'appliquer les rayons α et β seuls. Or, il est des radioéléments, l'ionium en particulier (famille de l'uranium X) qui n'émet pratiquement que des rayons α. L'uranium X, émet surtout des rayons β, etc. On voit par là l'intérêt des radioéléments autres que le radium.

On a coutume de classer les radioéléments sous trois familles : famille de l'uranium-radium, famille de l'actinium, famille du thorium. Ils dérivent des minéraux d'urane et de thorium. Madame Curie présente des tableaux de ces divers éléments : uranium$_1$, uranium$_2$, ionium, ionium-thorium, radium, radon, radium D, radium E, polonium, thorium, mésothorium, thorium X, actinium et protactinium difficile à préparer).

Les assurances sociales.

(M. Mesureur. — *Académie de médecine* ; 28-4-1925.)

M. Mesureur est partisan du libre choix du médecin en matière d'assurances sociales, mais il voudrait qu'il fût limité aux médecins de nationalité française, qui en feraient la demande, et qui recevraient une sorte d'investiture d'une Faculté de médecine dans le but d'éloigner les indésirables qui tenteraient d'exploiter les assurances, comme l'ont été quelquefois les accidents du travail). Le libre choix cesserait pour l'hôpital.

— M. Emile Sergent demande que ce dernier point, passé sous silence dans le projet Grinda, soit [illegible] dans les projets nouveaux.

L'Académie, clôturant la discussion, adopte finalement les conclusions du rapport de M. Balthazard, ainsi conçues :

1° Libre choix du médecin par l'assuré et rapports directs entre le médecin et l'assuré, sans interposition des caisses ;

2° Respect absolu du secret professionnel ;

3° Les caisses ne peuvent exercer aucun contrôle sur les actes du médecin librement choisi par l'assuré ;

4° Obligation pour les caisses de laisser le malade utiliser les organisations hospitalières avec leur personnel médical existant, si tel est son désir ou celui de son médecin traitant, ces frais d'hospitalisation étant fixés par des commissions arbitrales.

Les épithéliomes mammaires sécrétants : leur gravité moindre.

(MM. Pierre Delbet et Mendaro. — *Académie de médecine* ; 28-4-1925.)

Nous avons plusieurs fois déjà, dans des leçons cliniques que nous avons recueillies et publiées dans le *Concours*, exposé quelques-unes des intéressantes conceptions du Pr Pierre Delbet sur le cancer. Aujourd'hui, M. Delbet présente une notion nouvelle sur les épithéliomes mammaires : celle de l'épithéliome à cellules sécrétantes, dont le gros intérêt pratique serait sa moindre gravité.

Le caractère cytologique en question (propriété sécrétoire de la cellule néoplasique) constituerait un facteur — ou un témoin — de bénignité. Les sécrétions révélatrices de cette bénignité sont albumineuses ou mucoïdes, teintées par les colorants du cytoplasme ou par le muci-carmin. Sur 50 cancers du sein opérés par l'auteur, les résultats étaient au bout de quatre ans : pas de mortalité pour les épithéliomes sécrétants (au nombre de 21) et mortalité de 50 % pour les autres (au nombre de 29).

Les épithéliomas ayant envahi directement les vaisseaux sanguins sont généralement très graves. Or, si ce caractère coïncide avec un épithélioma sécrétant, on voit ce facteur de gravité persister bien entendu, mais se trouver amendé.

Les caractères évolutifs particuliers des épithéliomes sécrétants sont la faible toxicité, la lenteur d'évolution, le peu de tendance à l'envahissement ganglionnaire et à la généralisation. Toutefois, localement, l'allure est souvent d'apparence sérieuse (grosse tumeur, envahissement de la peau, des muscles). La clinique, alors, ferait porter un mauvais pronostic : seule, la constatation des sécrétions permet de reconnaître la bénignité.

M. Pierre Delbet conclut que dans tous les cas de cancer du sein, il faut chercher par des techniques appropriées les sécrétions albumineuses et muqueuses. Quand on en trouve, on peut porter un pronostic favorable. En présence d'un cancer à la limite de l'opérabilité, si la sécrétion est décelable, on doit opérer.

Considérations sur la coqueluche.

(M. Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 28-4-1925.)

C'est une erreur, dit M. Rousseau Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des Enfants, de Bordeaux, de considérer qu'il faut, pour qu'il y ait coqueluche, la *reprise*, le fameux « chant du coq ». La reprise, en réalité, manque dans 25 p. 100 des cas. On se rappellera que toute toux tenace, à caractère spécial, sans phénomènes stéthoscopiques, se montrant surtout la nuit, suivie de vomissements ou d'expuition de matières filantes, chez un enfant devenu maussade, nerveux, avec perte d'appétit, doit être tenue pour suspecte et réclame l'isolement.

A côté des coqueluches moyennes et fortes, il y a des coqueluches incomplètes ou frustes. On a le plus grand intérêt à les dépister. Une pression exercée sur la région crico-thyroïdienne ou sur la trachée peut provoquer une quinte plus caractéristique. L'analyse des crachats (recherche du microbe de Bordet-Gengou) pourrait aussi lever les doutes.

Les coquelucheux doivent être auscultés régulièrement, les complications de la maladie étant bien des fois insidieuses. On évitera de les laisser en contact avec des tuberculeux cracheurs de bacilles.

Interventions abdominales au cours de la grossesse

(M. Maurice Péraire. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-?-1925.)

M. Maurice Péraire estime qu'à la condition d'intervenir avec une asepsie absolue, l'utérus gravide offre une réelle tolérance opératoire. L'auteur a opéré deux femmes enceintes, l'une de salpingo-ovarite suppurée avec appendicite, l'autre d'hydrosalpinx. Toutes deux ont eu un accouchement normal et à terme.

— M. Raymond Petit fait quelques réserves à ce propos. Dans deux cas récents d'appendicite aiguë avec grossesse, il a vu un avortement consécutif et une continuation de la grossesse. Cela ne change pas les indications opératoires dans l'appendicite, mais laisse un aléa quant aux suites de la gestation.

Traitement esthétique des seins flasques.

(M. Dufourmentel. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-3-1925.)

Les ptoses mammaires accentuées, les seins flasques, font souvent la désolation des femmes qui en sont porteuses. Est-il possible, esthétiquement, d'y remédier ? M. Dufourmentel signale une opération, qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer avec succès en pareil cas, qui consiste à réséquer une bande de peau au-dessous du mamelon, à transposer celui-ci en haut, et à suturer. D'un sein ballant, on fait ainsi un sein bien planté, parfaitement apte au décolleté. L'inconvénient réside dans les cicatrices, la cicatrice cutanée inférieure en particulier : on atténuera leur visibilité, autant que possible, par les sutures intra-dermiques et les sutures marginales à points très ténus.

— M. Dartigues a vu, en 1912, à sa consultation, une jeune femme chez laquelle M. Villandre avait pratiqué cette transposition du mamelon. Le résultat était très bon : on ne remarquait que la cicatrice sous-mammaire, un peu trop visible et chéloïdienne.

— M. Villandre a fait trois fois depuis 1911 l'opération dont vient de parler M. Dufourmentel. Il n'a rien publié sur ce sujet pensant qu'il s'agissait là d'une intervention connue. L'opération a été effectuée pour chute de gros seins douloureux, et non pas seulement dans un but esthétique.

Corps étrangers de l'estomac chez les nourrissons.

(M. J. Laurence. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-3-1925.)

La question des corps étrangers des voies digestives chez les nourrissons a été discutée il y a deux ans à la Société de chirurgie. Elle vient d'être envisagée à nouveau devant la Société des chirurgiens de Paris, à l'occasion d'une observation de M. Laurence.

Le cas de M. Laurence concerne un bébé de six mois et demi qui,ayant décroché sa broche à bavette, l'avala. L'enfant fut aussitôt conduit au Dr Chéron, radiologiste de l'hôpital américain qui décela sous l'écran la broche dans l'estomac, broche ouverte et la pointe dirigée vers le pylore. Une heure après, M. Laurence intervint, fit une laparotomie (anesthésie générale au chloroforme) et, ayant fait saillir la pointe de la broche au travers la paroi stomacale, incisa celle-ci et enleva le corps étranger. Guérison sans incident.

Le professeur Broca, dans son livre de chirurgie infantile, conseille l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, mais, pour les corps étrangers déglutis, il montre que leur expulsion naturelle par les selles, après un temps variable, est l'habitude. C'est seulement au cas de corps piquants et fixés qu'il recommande la laparotomie. Même opinion à la Société de chirurgie : Dujarier, Veau, Mouchet, P. Bazy citèrent plusieurs observations dans lesquelles un corps dangereux (épingle de nourrice) avait passé sans inconvénient. L'enfant vu par M. Bazy rendit son épingle au bout de 72 jours. Il ne faudrait pas, disait M. Veau, que les chirurgiens aient la main forcée pour intervenir chaque fois qu'un enfant a avalé une épingle de nourrice ouverte.

Bien que la broche déglutie par son petit malade ne fut pas fixée, M. Laurence a préféré l'extraction chirurgicale. Dans l'estomac, la broche était facilement accessible, et l'on pouvait craindre qu'elle vînt s'arrêter dans le duodénum où l'opération eût été plus dangereuse. L'auteur estime qu'en matière de corps étrangers du tube digestif chez le tout jeune enfant, une formule thérapeutique unique ne saurait convenir à tous les cas. Pour les corps étrangers de l'œsophage, pas de discussion : il faut les extraire. Pour ceux de l'intestin, il vaut mieux s'abstenir, à moins que des radiographies successives ne montrent la fixité immuable du corps étranger. Pour les corps étrangers de l'estomac, s'inspirer des conditions. Une opération précoce est souvent bénigne.

— M. Petit de la Villéon approuve M. Laurence d'avoir pris le bistouri. Il pense, néanmoins, que dans la grande généralité des cas, il est préférable de rester dans l'expectative, une fois le corps étranger dans l'estomac. Il est étonnant de voir comment cheminent dans les voies digestives sous-diaphragmatiques les objets les plus hétéroclites, avec pointes et aspérités agressives même. Il faut le plus ordinairement être patient et savoir attendre.

P.L.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris 6e.

L. Marchadier, directeur du Laboratoire municipal du Mans, et A. Goujon, ingénieur agronome. — **Notions pratiques de toxicologie végétale indigène.** Préface de L. Guignard, membre de l'Institut. (Un volume in-8 de 284 pages avec 66 figures dans le texte. Prix : 22 francs.)

Cet ouvrage est indispensable aux étudiants en médecine et en pharmacie ; il sera utile aux élèves des Ecoles vétérinaires et d'agriculture, car les descriptions d'intoxications alimentaires chez les animaux y sont nombreuses et très clairement exposées.

Rompant avec l'usage, qui consiste à réunir par famille les plantes toxiques, les auteurs ont très heureusement classé ces dernières d'après la nature de leur principe actif.

Ils ont également mis en lumière la question des poisons fluorescents, qui est à l'ordre du jour.

Enfin, ils ont enrichi leur ouvrage de nombreuses gravures, dont plusieurs hors texte, soigneusement tirées.

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1924.

Ch. Fiessinger. — **Les défauts, réaction de défense.** (un volume in-8, 328 pages.)

L'homme se défend avec ses qualités, mais aussi avec ses défauts. Certains esprits se frayent la voie à l'aide des infériorités même qui les diminuent ; les médiocres ambitieux se défendent par la méchanceté, les faibles par la bouderie, les sots par l'entêtement, les jaloux par la calomnie. Ces défauts sont attachés à la nature comme les symptômes à la maladie ; c'est dire que, comme le malade se défend par les signes de son affection, le médiocre se défend par la mise en œuvre de ses défauts. La fièvre est l'arme contre l'infection, comme l'envie contre le succès d'autrui. Rien ne sert d'abaisser la fièvre par des moyens médicamenteux ; il faut s'en prendre à la cause de la fièvre elle-même. De même faire un discours à un envieux serait sans résultat.

Notons en passant qu'une hygiène défectueuse ouvre la porte aux maladies, comme une éducation mal comprise donne échappée aux défauts.

Les mentalités et les caractères sont réglés par les deux systèmes nerveux : le cerveau avec sa faculté d'associer les idées, de comparer, de juger, de conclure, et le sympathique neuro-glandulaire avec ses propriétés de sentir et de vibrer. Aussi peut-on classer les défauts en trois catégories : 1° à prédominance organique ; 2° à prédominance intellectuelle ; 3° à prédominance affective.

L'étude des défauts apprendra à mieux connaître nos semblables, dont ils sont les réactions de défense, à pénétrer leurs faiblesses, nous assurera quand la maladie sera venue, des diagnostics complets qui superposeront sur la connaissance précise de l'affection morbide l'image exacte du caractère propre au sujet et de sa mentalité.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Louis Ramond. — **Conférences de clinique médicale pratique**, 3e série. (Un vol. in-8° raisin de 388 pages avec 36 figures. 20 francs.)

L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon ; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et de traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation » ; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements, qui ont fait leur preuve. Des schémas démonstratifs aident à faire comprendre, quand c'est nécessaire, la raison d'être des symptômes cliniques.

Voici les questions traitées dans cette troisième série.

I. La gangrène sénile. — II. A propos du zona. — III. La pneumonie du sommet. — IV. Le diagnostic du cancer de l'estomac. — V. La varicelle. — VI. Le diagnostic du tabes. — VII. La granulie, ses formes cliniques et son diagnostic. — VIII. Les pneumonies tuberculeuses. — IX. paralysie radiale. — X. Le diabète bronzé. — XI. Les kystes hydatiques du poumon. — XII. Albuminurie orthostatique : diagnostic des albuminuries intermittentes. — XIII. Les accidents sériques : la maladie du sérum. — XIV. Les tumeurs du médiastin. — XV. L'insuffisance ventriculaire gauche.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

L'organisation de la lutte antivénérienne dans le Nord a révélé une difficulté qui n'est pas particulière à cette région.

La syphilis est fréquente chez les étrangers si nombreux qui inondent la France depuis la guerre et qui constituent de puissants moyens de contamination. Or, beaucoup d'entre eux, étant nomades, ne se soumettent — quand ils s'y soumettent ! — que d'une façon passagère au traitement spécifique qui ne peut être efficace que s'il est prolongé et sérieusement suivi.

Il m'a semblé utile d'appeler l'attention des médecins et des administrateurs sur cette situation provenant d'indésirables qui, à divers points de vue, constituent une source de dangers pour le pays qui leur donne si généreusement l'hospitalité et leur procure des ressources qu'ils ne peuvent trouver chez eux. N'y a-t-il pas lieu de prendre contre eux, au point de vue sanitaire, des mesures coercitives, comme on est parfois obligé d'en prendre en matière politique ?

Dr J. VANVERTS (Lille).

LES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE. LE CONTROLE

On se souvient du fameux décret du 30 mai 1924 qui instituait une procédure abracadabrante relative aux justifications à produire par les médecins, appelés à donner leurs soins aux pensionnés de guerre, au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

A peine publié, ce décret avait, en effet, suscité un véritable tolle de protestations de la part des milieux médicaux. Aussi, son application fut-elle différée jusqu'à nouvel ordre, et il vient d'être modifié par le décret du 7 avril dernier que nous avons publié dans le numéro 20 du *Concours médical.*

L'état général à fournir par les médecins ne comporte plus que douze colonnes, dont neuf seulement sont à remplir par eux. Il est établi en double exemplaire, et adressé à la préfecture dans la quinzaine qui suit l'expiration de chaque trimestre.

C'est évidemment une simplification.

Quelque opinion que l'on professe sur le tiers payant, — et la mienne n'est pas douteuse, — il faut bien convenir que, partout où ce tiers payant fonctionne, et surtout quand c'est l'Etat, des justifications sont indispensables, de même qu'un contrôle est nécessaire.

Le contrôle sur le bénéficiaire des soins médicaux, dans toute organisation sanitaire, quelle qu'elle soit, est tout ce qu'il a de plus légitime : celui qui paye a le droit absolu de savoir quel usage est fait de son argent. Le contrôle sur le médecin traitant est plus discutable. Il est une conséquence du tiers payant : d'aucuns le considèrent comme un mal ; ce n'en est pas moins un mal nécessaire. Et il faut bien reconnaître que, d'une façon générale, tel qu'il fonctionne avec les Commissions tripartites, il est encore sans doute ainsi le plus acceptable.

Le principe des justifications et du contrôle étant admis, dans l'état actuel de la législation, les praticiens demandent que l'on s'efforce de réduire les formalités le plus possible. Ils consentent très volontiers à donner leurs soins aux pensionnés de guerre ; ils se plient moins facilement aux besognes bureaucratiques que la loi et les règlements leur imposent.

Mais surtout, si j'en crois quelques confrères dont j'ai enregistré les doléances, ce qu'ils demandent, c'est que les Commissions de contrôle ne renchérissent pas sur les textes officiels, en voulant imposer à leurs ressortissants d'autres formalités que celles que la loi a prévues et exige.

L'article 17 du décret d'administration publique prescrit au médecin qui voit un malade pour la première fois d'adresser immédiatement à la Commission de contrôle le bulletin de visite détaché du carnet à souches, qu'il soit le premier appelé, ou qu'il succède à un confrère, en cours de traitement. Rien de plus naturel ; il faut bien, pour que le contrôle puisse être effectué éventuellement, que la Commission soit prévenue que le pensionné A est soigné par le Dr X.

L'article 18 prescrit au médecin qui estime nécessaire une consultation, ou l'intervention d'un spécialiste, ou un examen radiologique ou de laboratoire, ou une série de plus de cinq inter-

ventions à tarif spécial, d'en donner avis dans les vingt-quatre heures à la Commission de contrôle. Rien encore là que de parfaitement légitime, si l'on veut que le contrôle puisse jouer.

A noter, toutefois, que *le médecin est tenu de donner avis*, mais qu'il n'est dit nulle part qu'il doit attendre une autorisation quelconque avant d'accomplir l'acte médical ou la série d'actes médicaux qu'il juge indispensables.

Or, dans le département de la Seine, les Commissions de contrôle exigeraient que, trimestriellement, le médecin leur adresse le bulletin de la première visite faite dans le cours de ce trimestre à tout pensionné de guerre, même si ce n'est pas la première fois qu'il le visite.

Elles iraient même plus loin, et frapperaient d'une pénalité représentée par une retenue de 10 % sur le montant de leurs mémoires, les médecins qui ne se soumettraient pas à cette exigence.

L'un des confrères qui est venu me confier ses doléances me demandait si c'était légal. Et force me fut bien de lui répondre, avis pris auprès de mes collègues du contentieux du « Sou Médical », que ce n'était pas légal.

Rien n'autorise, jusqu'à présent, les Commissions à outrepasser leurs droits, et à imposer aux praticiens, sous peine d'amende, une obligation à laquelle ils ne sont pas tenus.

C'est, semble-t-il, une prétention à laquelle elles feraient bien de renoncer.

Le but du contrôle est, notamment, de lutter contre les abus et surtout les abus numériques. Pourquoi ne pas élargir, dès lors, l'article 17, en demandant aux médecins qui prévoient qu'ils auront plus de cinq visites à faire à un pensionné, d'en donner avis à la Commission de contrôle, sans faire de distinction entre les visites simples et les interventions à tarif spécial ? Si l'on trouve que ce nombre maximum de cinq actes médicaux n'entraînant pas d'avis préalable est trop faible, et partant trop rigoureux, rien ne s'oppose à ce qu'il soit augmenté et porté à 6, 8 et même 10 visites. Ainsi prévenue que le Dr X prévoit qu'il devra faire au pensionné A plus de 5, ou 6 ou 8, ou 10 visites consécutives, la Commission pourrait déclancher le contrôle direct qui rentre dans ses attributions.

Cette solution me paraît assez heureuse, et je la livre aux réflexions de ceux qui cherchent à améliorer le fonctionnement du contrôle, tant en efficacité que par rapport aux médecins qui y sont soumis.

G. DUCHESNE.

P. S. — Je viens d'apprendre que les cinq Commissions tripartites de la Seine formulent le vœu que les médecins traitants envoient un bulletin d'avis à la Commission dont ils dépendent toutes les fois qu'ils estiment devoir faire plus de X visites consécutives au même pensionné. C'est parfait.

JURISPRUDENCE

1° MÉDECIN. — RESPONSABILITÉ. — TRAITEMENT RADIOGRAPHIQUE. — PRÉCAUTIONS NÉCESSAIRES. — ÉMISSIONS PARASITES IMPRÉVISIBLES. — RADIODERMITE. — FAUTE (ABSENCE DE).
2° RESPONSABILITÉ CIVILE. — CHOSES INANIMÉES. — C. CIV. ART. 1384 INAPPLICABLE.

TRIBUNAL CIVIL DE NANTES

20 janvier 1925.

Gazette du Palais, 14 mars 1925.

1° *Lorsque le traitement radiothérapique a causé des brûlures sur la peau du malade, aucune faute ne saurait être relevée contre le médecin traitant si ce traitement, justifié par la nature et la gravité de l'affection, qu'il a d'ailleurs entravée dans son développement, a été appliqué avec toutes les précautions usitées alors, à une époque où l'état de la science ne permettait pas de soupçonner et de conjurer les émissions parasites qui ont provoqué la radiodermite.*

2° *Le médecin dont le traitement radiothérapique a provoqué de la radiodermite sur le malade ne doit pas en être considéré comme responsable en vertu de l'article 1384 C. civ., les brûlures n'ayant pas eu pour cause la chose même dont le docteur avait la garde, mais l'application par celui-ci de cette chose.*

D'ailleurs, des radiations nocives fortuites, insoupçonnées à l'époque du traitement (1922) par les plus illustres radiologistes, et que le médecin ne pouvait prévoir dans l'emploi d'une méthode reconnue idoine par la science médicale d'alors, constituent par elles-mêmes des cas fortuits et de force majeure.

Le Tribunal,

Attendu qu'il a été procédé aux enquêtes ordonnées par jugement interlocutoire de ce siège en date du 28 février 1923 ;

Que, lors de ce jugement, G. soutenait que le docteur B... avait commis une faute en faisant application de rayons X à grande pénétration et puissance, sans prendre les précautions nécessaires,

notamment sans renforcer le masque qui abrite le malade et sans employer un mode de protection plus efficace que ceux usités pour les rayons X de puissance ordinaire, et que de ce fait est résulté pour G. un état grave de brûlures radiodermites ; que le docteur B... de son côté, prétendait avoir eu recours à ce traitement parce que la vie de G. était en péril, qu'il l'a sauvé et a employé à cet effet les méthodes et les instruments reconnus idoines par la science médicale à l'époque où il l'a opéré, et soutenait par suite n'avoir encouru aucune responsabilité ;

Attendu que le docteur Béclère, membre de l'Académie de médecine de Paris, expert chargé par le tribunal de vérifier les allégations respectives des parties, a déposé un rapport de ses opérations le 28 juin 1923 ; qu'il résulte de ce rapport : 1° que la nature et la gravité de l'affection de G. justifiaient pleinement la tentative de traitement du docteur B... ; 2° que lorsque G. a eu recours au docteur B..., sa vie était en danger ; que le traitement a entravé l'évolution de la maladie et a amélioré l'état du malade ; 3° que le docteur B... a eu recours à une ampoule Coolidge et a pris toutes les précautions en usage, c'est-à-dire légitimement considérées comme suffisantes à cette époque ; 4° qu'au moment de l'opération, la possibilité d'une émission parasite de rayons X par les prolongements cylindriques de l'ampoule n'était pas soupçonnée et était scientifiquement inconnue par les plus grands praticiens ; 5° que cette émission parasite est une des conditions déterminantes de la radiodermite de B. ; mais qu'étant ignorée en 1922 par tout le monde médical et par tous les médecins radiologistes, le docteur B... ne pouvait la prévoir ;

Attendu que des constatations ci-dessus il résulte que G., en danger de mort, a accepté le seul traitement qui pouvait entraver l'évolution de la maladie et améliorer son état ; que le docteur B... a appliqué ce traitement tout nouveau, qui comportait, avec des avantages primordiaux, quelques inconvénients secondaires, qu'il l'a fait avec toutes les précautions usitées alors, sans commettre la moindre faute, omission ou erreur ; que, s'il n'a pas prévu l'émission parasite de rayons X par les prolongements cylindriques de l'ampoule, c'est parce que la science d'alors et les plus grands savants et praticiens en la matière ne soupçonnaient pas leur existence ; qu'au surplus, ce traitement, qui a sauvé la vie de G. n'a provoqué, par des effets insoupçonnés, que les brûlures qui sont à présent guéries ou presque guéries ;

Attendu, dans ces conditions, que le docteur B... ne doit pas être considéré comme civilement responsable de la radiodermite en litige en vertu de l'art. 1382 C. civ. ; qu'il ne doit pas non plus en être considéré comme responsable en vertu de l'art. 1384 du même Code, d'abord parce que les brûlures dont s'agit n'ont pas eu pour cause la chose par elle-même dont le docteur B... avait la garde, c'est-à-dire les ampoules et les rayons, mais l'application de cette chose par le docteur ; que, dès lors, lesdites brûlures ne sauraient normalement résulter que d'une d'une faute ou d'un cas fortuit ou de force majeure ; qu'il a été établi ci-dessus qu'il n'y a pas eu de faute du praticien, défendeur ; que des radiations nocives, fortuites, insoupçonnées par les plus illustres radiologistes en 1922, que le docteur B... ne pouvait prévoir dans l'emploi d'une méthode reconnue idoine par la science médicale d'alors, constituent par elles-mêmes des cas fortuits et des cas de force majeure ; que, par suite, il n'y a pas de faute du défendeur, permettant d'appliquer l'art. 1382 précité et il y a cas fortuit et force majeure, rendant inapplicable l'art. 1384 ; que, par conséquent, le docteur B... n'a encouru aucune responsabilité et que G. doit être débouté de ses demandes, fins et conclusions ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens, lesquels comprendront tous les frais, droits et amendes quelconques résultant de la présente instance ;

Par ces motifs,

Homologue le rapport du docteur B... ;

Déboute G. de toutes ses demandes, fins et conclusions ;

Le condamne, en outre, aux dépens, lesquels comprendront, au besoin, à titre de dommages-intérêts, tous les frais, droits et amendes qui pourraient être perçus à l'occasion du présent jugement ;

NOTE. — I. et II. — Sur deux points : On sait que la jurisprudence tend à distinguer, en ce qui concerne la responsabilité des médecins et chirurgiens, entre la faute de droit commun et la faute proprement médicale, celle-ci n'étant retenue que si elle constitue une infraction — non pas lourde mais caractérisée — aux principes incontestés de cet art, le juge n'ayant pas à s'ingérer dans les controverses techniques. V. not. Paris 20 novembre 1924 (*Gaz. Pal.* 1925. 1. 146) et la note. A plus forte raison la responsabilité du praticien ne peut-elle être retenue lorsque le traitement qui a provoqué le préjudice dont se plaint le malade a été appliqué utilement et avec toutes les précautions d'usage, sans qu'alors l'état de la science permît de prévoir, donc de conjurer, l'effet nocif dû à son application.

Les décisions qui ont relevé la faute du médecin au cas où l'application par celui-ci du traitement radioscopique a provoqué chez le malade de la radiodermite sont fondées sur une disproportion entre la bénignité du mal ainsi soigné (légère imperfection physique) et la gravité relative des accidents secondaires dus au traitement. V. Paris 22 janvier 1913 (*Gaz. Pal.* 1913. 1. 260) ; Cass. civ. 29 novembre 1920 (*Gaz. Pal.* 1921. 1. 68 — Rec. assur. 1921. 178) et les notes. Il n'y a donc aucune contradiction entre ces décisions et celle que nous rapportons ci-dessus. L'origine des radiations nocives, parasitiques, émises par les prolongements cylindriques de l'ampoule,

dont la découverte est toute récente, était encore ignorée à l'époque du traitement incriminé : on ne pouvait donc reprocher au médecin de l'avoir ignorée.

La décision ci-dessus refuse également d'appliquer la présomption de responsabilité édictée par l'art. 1384 C. civ., contre le gardien de la chose, à ces émissions, qui sont le fait de l'homme, du moins de l'emploi par l'homme d'une force plus ou moins dangereuse en soi. C'est, à notre connaissance, la première fois que l'art. 1384 était invoqué en justice dans une espèce de cet ordre. On voit sans peine où son application conduirait en matière médicale ou chirurgicale !

Commentaires.

Ce jugement, obtenu avec appui du « Sou Médical », est intéressant à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, il est conforme à la jurisprudence, qui décide que le tribunal n'a pas qualité pour se faire juge de l'indication du traitement. C'est ainsi qu'en matière de radiographie, un jugement du tribunal de la Seine (5 janvier 1901 (Pand fr. 02.2.216) décidait qu'il n'appartient pas aux juges de résoudre le point de savoir si l'emploi de la radiothérapie est indiqué pour le traitement d'une névralgie faciale.

Mais, d'autre part, les tribunaux se reconnaissent le droit d'apprécier si les dangers, que fait courir un traitement, sont proportionnés à la gravité du mal, dont le client est atteint.

C'est ainsi que la Cour de Paris, 23 janvier 1913 et la Cour de Cassation, 29 novembre 1920 (*Gaz. Pal.*, 9 janvier 1921 ; *Concours médical* 1921, 997) ont eu à juger si le pouvoir souverain du médecin, à l'effet d'instituer un traitement radiographique, était tel qu'il pût recourir à des procédés curatifs présentant des risques hors de proportion avec le mal qu'il s'agissait de guérir. Pour faire disparaître des poils disgracieux du visage, le radiographe avait provoqué des radiodermites profondes.

La Cour de Paris et la Cour de Cassation ont estimé que le praticien ne pouvait pas ainsi user d'un droit exempt de contrôle et que si le médecin expose le patient à des dangers hors de proportion avec le mal, il commet une imprudence grave.

Dans le cas présent, jugé par le tribunal de Nantes, le médecin s'est cru en droit de recourir à une thérapeutique très puissante, en raison de la gravité de la maladie qui lui était soumise. Il a donc utilisé un tube très puissant.

Malheureusement, il n'avait pas été prévenu, par le constructeur, que des radiations parasites pouvaient filtrer par des points que le fabricant n'avait pas cru devoir protéger. Ce n'est qu'à l'apparition des premières lésions de radiodermite qu'il prit toutes les précautions d'usage.

De son côté, oublieux du service rendu, au lieu de considérer que son médecin lui avait rendu un service très important, en enrayant les ravages d'une affection qui devait devenir rapidement mortelle, le malade préféra invoquer cette radiodermite et exciper de cette lésion pour ne pas payer les honoraires convenus à son sauveur. D'où le procès en responsabilité professionnelle.

Les juges avaient alors un triple problème à élucider :

1° Le traitement, ayant provoqué des lésions secondaires, était-il hors de proportion avec la maladie initiale ?

C'est une question d'ordre scientifique, que les magistrats ont confiée à un expert, le Dr Béclère. Ce savant radiologue a conclu que la nature et la gravité de l'affeection justifiaient pleinement le traitement. Il en eût été autrement si le médecin expert avait estimé non justifié l'emploi des rayons X, ce qui aurait provoqué la radiodermite (Trib. civ. Nice, 23 juin 1905 ; S. 1909, 2.321).

Dans le cas particulier, le malade avait la vie sauve et ses lésions de radiodermite sont guéries, ou presque. Le traitement était donc parfaitement indiqué ;

2° Y avait-il eu erreur de technique ?

Non, dit l'expert, car le radiographe avait pris toutes les précautions d'usage, mais ne pouvait pas soupçonner l'existence de rayons parasites, alors que le fabricant ne l'avait pas prévenu et que le constructeur n'avait pas cru devoir protéger certaines parties du tube Coolidge.

Y aurait-il eu cependant faute, ou erreur de technique, que le patient serait encore le bénéficiaire du traitement, car, sans cette thérapeutique énergique, il devrait être mort à l'heure actuelle, et même depuis longtemps.

Aurait été déclaré coupable de négligence le médecin qui n'aurait pas pris les précautions d'usage. Dans un arrêt du 22 octobre 1906 (D. 1907, 2,41 ; *Gaz. Trib.*, 1906, 22 nov.), la cour d'Aix a reconnu la responsabilité du radiographe, qui ne se doutait pas de la puissance nocive des rayons X et avait multiplié les séances de poses, augmenté la durée et n'avait pas fait attention au degré de dureté ou de mollesse des rayons émis par le tube.

De même ont jugé dans un pareil sens : tribunal civil de la Seine, 29 mars 1899 (*Gaz. Pal.*, 1899, 1, 668) ; trib. civ. Seine, 8 mars 1901 (Pand. fr. 02. 2. 204).

3° Le médecin devait-il être rendu responsable des dommages causés par son appareil en mauvais état ?

Un jugement du tribunal civil de la Seine, du 8 mars 1901 (le *Droit*, 21 mars 1901 ; Pand fr., 02.2.204) a condamné un médecin, qui, en outre de l'emploi d'un appareil défectueux, avait imposé à son malade des poses de durée exa-

gérée, alors surtout que le médecin avait agi, non comme un praticien, mais comme un industriel d'un ordre particulier responsable de tout fait causant à autrui un préjudice.

Dans le jugement de Nantes, c'est à bon droit que le tribunal se refuse à appliquer l'article 1384 du code civil ; ce n'est pas la chose, le tube, propriété du docteur, qui a provoqué le dommage, mais l'utilisation scientifique de cette chose, de ce tube. Ce sont les rayons X, qui, par leur irradiation, ont provoqué les brûlures et non le tube lui-même.

Lorsqu'un médecin emploie un instrument, ce n'est pas la qualité de cet instrument, ou sa propriété, qu'il faut invoquer, pour déterminer la responsabilité d'un dommage, mais plutôt la manière dont le praticien a utilisé le dit instrument.

Que deviendrait l'exercice de notre art, si nos clients incriminaient également nos instruments divers, notre installation professionnelle, sous le prétexte que, propriétaires de ces choses, nous en sommes responsables, en vertu de l'article 1384 du code civil ?

C'est déjà bien assez que, mal conseillés par des agents d'affaires peu scrupuleux, qui ne vivent que de procès, les malades oublient que l'honoraire versé au médecin n'est que le témoignage de leur reconnaissance pour le service rendu.

Au contraire, aux yeux de beaucoup, l'honoraire est devenu synonyme de salaire et, pour s'éviter de payer, les clients invoquent toutes sortes de mauvaises raisons, pour mettre en cause la responsabilité professionnelle du docteur.

Heureusement que le « Sou Médical » met tout en œuvre, pour que ses adhérents puissent exercer librement et paisiblement leur profession, se sachant conseillés et soutenus en cas de conflit.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS

Pourquoi la Maladie d'Hercule put être guérie par le Pied d'Elan.

Dr Marcel Baudouin,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Plusieurs confrères m'ont demandé ce que venait faire Hercule (1) dans l'histoire de l'*Elan-Totem, constellation polaire* !

J'avais cru utile, pour ne pas trop allonger ma première note sur ce sujet scabreux, de laisser de côté tout ce qui a trait à l'Elan grec, craignant de soulever des tonnerres d'imprécations dans le monde des hellénisants et de m'attirer les foudres des plus classiques de mes lecteurs ...

Aujourd'hui que le premier morceau a passé, sans trop de difficultés et sans la résistance à laquelle je m'attendais, je vais m'expliquer et essayer de faire comprendre comment Hercule et ses relations immédiates de famille sont du même genre que l'Elan totem préhistorique ! D'où l'intervention, en la matière, de sa géniale *Epilepsie*, et de la façon dont on a compris jadis sa thérapeutique.

* * *

I. L'Elan totem chez les Grecs. — Si l'on ouvre un dictionnaire grec, par exemple, celui, très classique et ancien, d'Alexandre, on y trouve, en ordre de bataille, les mots suivants, bien alignés, mais peu expliqués, jusqu'à présent, du moins, par les hellénistes.

1° « Ἀλκή, ῆς (ἡ), Elan, animal (2). R. ἀλκή, force ? »

L'auteur a bien fait de mettre un point d'interrogation, après cette étymologie simpliste ! — Remarquons d'ailleurs qu'Ἀλκή (ῆς) (ἡ), nom commun dans le sens de « *force* », n'est qu'un mot *poétique*, très rare en prose. — Alexandre le fait venir d'Ἀλέξω, ce qui reste discutable ; car, il ne faut pas l'oublier, c'est un terme poétique, c'est-à-dire un mot de la langue religieuse et symbolique des vieux Grecs qui, en réalité, au début a voulu dire : Divinité. Elan = Force, parce que *Divinité* simplement.

2° Plus haut, on lisait d'ailleurs :

« Ἀλκαία, ας (ἡ), *Poét.*, Queue de Lion » (d'où *queue* en général). — R. de ἄλκιμος vaillant ; c'est-à-dire d'ἀλκή, *force* encore ! Ici cela dépasse la mesure ... Voilà, n'est-il pas vrai, des rapprochements bizarres ! Que viennent faire, dans la force, la *Queue du Lion* et l'Elan ! Le *Lion*, passe encore ! Mais pourquoi cette *queue* ?

Certes on finirait par deviner de quoi il s'agissait alors, si, dans ce *Dict. d'Alexandre*, on trouvait, au voisinage (mais le mot n'y est pas !) le terme grec : « Ἀλκείδης » !

3° Et, pour découvrir ce dernier, il faut recourir au *Gradus*, latin, de Quicherat, et se reporter au mot Alcides (œ), Alcide, surnom *donné à* Hercule.

Enfin, nous y voilà !

Hercule (Alcide) = Alcide = Hercule, la Queue de Lion, l'Ἀλκή (Elan) : tout cela se tient intimement ! Et il va être facile de le prouver, maintenant que nous sommes fixé sur le *Totémisme* de l'Elan et le *Symbolisme* de cet animal ! Cela, sans faire intervenir la Force.

---

(1) Marcel Baudouin. — Le symbolisme de l'Elan et l'origine de ses vertus thérapeutiques. — *Le Concours médical*, Par., 15 février 1925, p. 370-372.

(2) A noter qu'en grec cet animal est exclusivement féminin. — Il en est de même en latin.

4° Mais, avant d'aller plus loin, consultons encore notre *Gradus*, le meilleur guide pour les *Latinistes* qui font de la Préhistoire, car. qui dit « *Préhistoire des Cultes,* » dit « POÉSIE PRIMITIVE », c'est-à-dire TRADITION ÉCRITE des Rites païens stellosolaires évolués... — Quicherat, dans son « *ad Parnassum* » dit en effet :

« ALCES, *is*, f., ELAN, animal... — Il cite un vers latin de Calpurnius, où ce terme est employé par ce poète bucolique du temps de Dioclétien...

Nous sommes toujours sur la bonne route, puisque c'est la route des Poètes : celle d'Homère, d'Anacréon, voire d'Hésiode, etc., etc.

On remarquera cet ALCES, encore *féminin*, qui est bien l'animal terrestre, celui des forêts, celui de *Mantichorée* .. pour Calpurnius ! Mais cette persistance du *sexe féminin* (3) fait songer, là comme ailleurs, à l'ELAN CÉLESTE, au demeurant ; et, en réalité, à la GRANDE-OURSE, à la MÈRE et la GRAND-MÈRE du CLAN de l'ELAN ! Et, de suite, nous devinons qu'ALCIDE n'est qu'un HOMME-ELAN, un Homme semblable à l'ELAN en Grec ('Αλκή, *Elan* ; εἶδος, *figure*, visage de, etc.). Si *Alcide* est un HOMME-ELAN, cela veut dire — puisque c'est un surnom d'HERCULE — qu'Hercule n'est qu'un Soleil anthropomorphisé, un Homme caché sous une PEAU D'ELAN (Zoodorisation des Constellations), quelque chose d'analogue à CHIRON (Homme-Cheval) et aux CENTAURES ; et que ce héros n'est qu'une forme du DIEU classique préchrétien : POLE (Grande-Ourse : ELAN) — SOLEIL !

Alors pourquoi 'Αλκαία veut-il dire « *Queue de Lion* » puisque 'Αλκή est *Elan* ? D'ailleurs chacun sait que l'*Elan Terrestre* n'a pas de queue ! Et nous avons montré déjà que l'ELAN CELESTE (*La Grande-Ourse*) n'en avait pas non plus !

D'où vient donc cet 'Αλκαία ? Tout simplement de ce fait que l'ELAN-ALCIDE (HERCULE) était, en outre, sinon recouvert, du moins porteur d'une PEAU DE LION (4), celle du LION DE NÉMÉE bien connu (5), qu'il avait tué dans le but que nous allons dire ! — Dès lors cet ELAN-HERCULE, Alcide, avait bien une QUEUE, et même assez longue, qu'il *traînait derrière lui*. Mais c'était celle de cette peau ! 'Αλκαία, au début, n'a donc été qu'un qualificatif, qui signifiait, en somme, Elan porteur d'une Queue, adventice, indiquant la Force, et, en réalité, une QUEUE (Peau) de LION, s'étant transformée en fausse QUEUE d'ELAN par le mythe indiqué ci-dessus !

LA MÈRE D'HERCULE. — Nous allons retrouver surtout l'*Elan* dans la mère d'Hercule, femme d'Amphitryon, devenue la maîtresse de Jupiter. Elle s'appelait en effet Alcmena (de 'Αλκή, Elan) (6) et était au demeurant petite-fille de PELOPS (L'Homme-Cheval). Donc, si Hercule fut un Homme-Elan, c'est précisément parce que sa mère était une FEMME ELAN, c'est-à-dire la Grande-Ourse (Pôle) anthropomorphisée. — Et, s'il fut un *Soleil*, ce n'est, bien entendu, que grâce à son père, JUPITER !

Au demeurant, cette ALCMENA, d'abord ALCUMENA (forme archaïque), était une fille d'ELECTRE, la célèbre *Pléïade*, morte et passée au pôle, comme nous l'a appris Ovide. — Plaute (*Amphitryon*, prol. 99) a dit :

« *Quicum Alcumena est nupta*, ELECTRI *filia*.

Les relations d'Alcmène (7) avec la Grande-Ourse sont au demeurant indiquées par Properce (II, 22, 25), lui-même :

« *Jupiter Alcmenæ geminas requieverat Arctos* ».

LES NOMS D'HERCULE. — Comme on le constate une fois de plus, tout se tient : *Elan*, *Cheval*, et *Ourse*, même en Grèce pour Hercule. On va voir la *Vache* se mêler au concert !

a) *Le premier nom d'Hercule.* — Diodore a écrit, en outre :

« Hercule avait été d'abord nommé ALCÉE (c'est-à-dire l'ELAN) (8). — Mais les Grecs lui donnèrent le nom d''Ηρακλης, parce que c'était de Junon (c'est-à-dire de *Héra-Boopis*) qu'il tirait toute sa gloire ! »

Rien de plus net. Le mot HERCULE rappellerait donc son père *Jupiter* par l'intermédiaire de sa fausse mère (La *Vache* sauvage (*Urus*) Grande-Ourse : *Héra*). *Clès* voudrait dire, d'après Court de Gebelin, *Gloire*. — D'où la « *Gloire d'Héra* », explication assez plausible, au demeurant.

b) *Le nom d'Héraclès.* — Quant à Hercule lui-même, son nom d'*Héraclès*, en Grec, dérive certainement d'HERA, c'est-à-dire d'*Héra Boopis*, la Déesse à la tête de Vache (βοός, bœuf ; ὤψ, figure, œil). En effet Hera était une femme de Jupiter, le Dieu, à tête de Taureau, avant d'être complètement *anthropomorphisé*.

Cela veut dire simplement que la *Vache* a été en Grèce, et cela au Néolithique, avant le Cheval et l'Elan, la Grande-Ourse Totem.

Un des nombreux Hercule connus d'ailleurs aurait eu pour père un *Europs*. Or c'est là le même mot, au masculin, qu'*Europe*, et Europe n'est qu'une Femme à tête de Vache sauvage, parce que *Eura* est le féminin d'*Urus*, bœuf sauvage (l'Aurochs) ! On sait au demeurant que Jupiter fut encore l'amant d'Europe. Qui se ressemble — par la tête ... animale — se rassemble ...

HÉRACLÈS JUMEAU. — Autre chose. On notera qu'Hercule est un jumeau (9) et un *jumeau de même*

---

(3) En effet, il y a des *mâles* dans les forêts !

(4) D'ailleurs toutes les statues grecques archaïques d'Hercule le prouvent.....

(5) D'autres mots, tels *Alcesimus* ('Αλκησιμος) Plaute, Cas, III, 1,1), *Alcestis*, etc. se rapportent certainement aussi à des Hommes *Elans* !

(6) D'après d'autres EURYMÈDE de *Eura*, vache sauvage), mariée à ELECTRION. Ce qui revient au même.

(7) On a donné pour mère à Hercule ASTERIE, qui signifie l'ETOILE type. C'est évidemment l'Etoile polaire d'alors, de la *Grande-Ourse*.

(8) *Alcéide* ou *Alcide* ne veut pas dire petit-fils d'*Alcée*, mai à *tête d'Elan*. — Ce qui le prouve c'est Hera Boopis & Minerva Glaucopis !

(9) *Alcmène* la femme *Elan*, a donc enfanté deux jumeaux de même sexe.

sexe que l'autre enfant. C'est donc l'ancêtre des Dioscures (10)

Comme pour Castor et Pollux, son autre frère ne doit pas être négligé. Pour les uns, il s'appelait *Iphillus* (c'est-à-dire le petit cheval : ἵππος ; ἰλ, petit (aryen) ou *Iphicles* (même racine *Clès* (11) que dans Hera-Clès) ; pour les autres *Eurysthée* (Γυρα : Urus).

Dès lors, rien d'étonnant à ce que Junon ait voulu le faire disparaître. Mais, ici, quoique Eurysthée soit né le premier, parce que Homme Bœuf sauvage, ou Homme Cheval (Iphiclès), c'est Hercule qui l'emporta, c'est-à-dire devint Dieu et ne fut jamais que roi d'Argos, en raison de l'affaire des deux serpents.

La vie d'Hercule. — Pour terminer, disons seulement en quelques mots pourquoi, le jeune Soleil Hercule, qui avait absorbé l'*Elan* (son ancêtre polaire), qui dut tuer le *Dragon* astronomique, à sa naissance, avait dû plus tard tuer un Lion ! — C'est tout simplement du Lion de Chaldée (*Petite-Ourse*) (12) qu'il s'agit ; et c'est parce qu'à ce moment précis le Pôle du monde entrait dans la *Petite-Ourse* (phénomène de la précession des Equinoxes), que le Dieu Soleil nouveau, pour régner en maître, dut commencer par tuer le nouveau Pôle qui le gênait par ses théories (Mythe de la Lutte du Soleil contre les Pôles, caractéristique de la Mythologie grecque).

Alors Hercule est devenu le Dieu-*Soleil*-Pole (Petite-Ourse : *Lion*), vainqueur de tous les pôles en ses longs travaux connus et exposés partout, et régna jusqu'à Jésus-Christ.

***

L'Elan en Gaule. — Maintenant, revenons à l'*Elan*. Il devait être encore Grande-Ourse dans le centre de l'Europe à l'époque de Jules César. En effet, ce dernier (VI, 27) cite l'*Elan de la Forêt hercynienne* (13) ; et l'on connaît le nom gaulois de l'Elan, qui était encore Alce (comme en Grec), puisqu'un nom propre gaulois commence par Alco (14) et signifie « un Homme du Clan-Elan ! »

Relations de l'Elan et du Cheval en Grèce. — Nous savons par le Folklore que l'*Elan* a été un Cheval bleu, c'est-à-dire un Cheval *céleste* ! — Nous avons dit que cela prouvait que le Cheval avait été la *Grande-Ourse*, avant l'Elan, en Grèce et ailleurs.

Cela est certain et nous allons en donner d'autres preuves, plus littéraires.

1° On connaît Pélias, qui fut un Homme-Cheval, c'est-à-dire un Homme d'un Clan Cheval, puisque Pelion et Pelias dérivent de πελα, qui a voulu dire autrefois « *Peau de Cheval* ».

Or cet homme a eu une fille, qui s'appela Alceste. Ce qui veut dire que la fille cessa d'être du Clan-Cheval pour passer au Clan Elan ('Αλκή), sans doute par suite du changement de totem de sa famille !

Or cette Alceste devint la femme d'Admette. Et c'est précisément elle qui fut ramenée des Enfers par Hercule, l'Homme-Dieu Elan, qui ne voulait rien perdre de sa famille d'origine...

2° D'autre part Alcathous (15) ('Αλκαθοός) (16), le chef des Elans, fondateur de Mégare, était un *Homme-Elan*. Or il était le fils de Pelops (Homme à tête de Cheval (πελα, peau de cheval ; et ωψ, visage) (17)

3° Alcathoe, es (f.) (en Grec 'Αλκαθοή), était d'ailleurs, la ville de la Femme-Elan ou de la *Déesse* (18) *Elan* ('Αλκή), puisque ce n'était que Mégare (19), la ville fondée par *Alcathous*, près de l'isthme de Corinthe.

Il faut en conclure que Mégare était la capitale du Clan des Hommes-Elans non de Sicile, mais de *Grèce*, à l'origine.

4° Chose bizarre, précisément, la Femme d'Hercule s'est appelée Μεγάρα ! Elle était fille de Créon (20).

---

a) *Heraclès*, un Homme *Elan-Bœuf*, étant donné son père *bœuf*.

b) *Iphiclès*, un Homme Elan *Cheval*, de par sa mère, fille d'un Homme-Cheval (Pelops).

Si l'on admet que le deuxième fils est *Eurysthée*, il s'agit alors d'un second Homme Elan-Bœuf sauvage (*Urus* = Aurochs), toujours en raison de Jupiter et d'Europe. Hera doit être d'ailleurs le même mot que *Eura* (Ηρα = Ευρα).

(10) Marcel Baudouin. — Influence des grossesses gemellaires et triples de même sexe sur les Divinités païennes : Le culte des jumeaux. — *Nouveau journal de Médecine*, Par., 1924, V, n° 12, 20 déc., p. 381-382 ; VI, 1923, n° 1, 20 janv., p. 30.

(11) *Clès*, d'après Court de Gebelin, signifierait Gloire, on l'a vu.

(12) L'Elan femelle, avec Hercule, n'est pas seulement devenu une *Lionne* ; il est même devenu une *Chienne*, tout simplement par la Lionne de Chaldée (Petite Ourse) est devenue une *Chienne* (Κύνος, Petite Ourse des Phéniciens).

Ovide l'a écrit (*Met.*, III, 217).

(13) Voici le texte de Cœsar, qui est à méditer :

« Hujus Hercyniœ silvœ. (Bêtes fauves qu'on ne voit pas ailleurs) :

« VI. N° XXVII. Sunt item quœ appellantur Alces. Harum est consimilis *Capreis* figura (Chevreuil) et varietas pellium. Sed magnitudine paullo antecedunt mutilœque sunt cornibus et crura sine nodis articulisque habent... » — C'est un peu fantastique.

La description des célèbres *Urus* (Aurochs) suit. Celle de l'animal dit « *Cerf à forme de bœuf.* » précède.

« Est Bos cervi figura, cujus a media fronte inter aures unum cornu existit. » (*Cervus megacerôs*).

Il y a certainement un peu de Mythologie, c'est-à-dire de Religion totémique, en ces descriptions bizarres... !

(14) *Ad-Arc*, en islandais, signifie Corne.

(15) Θοος = Θεος, Dieu.

(16) Le Dieu *Hippothous*, allaité par une Cavale, prouve que Θοὸς ou Θοός en grec, est pour Θεος, dieu, en réalité ; et non pas Θόος, rapide, malgré les apparences.

(17) Telle *Minerve Glaucopis* et *Hera Boopis* !

(18) Θοη = Θεη, déesse ; et non Θο̃ος (l'*Elan rapide* !)

(19) Il serait intéressant de découvrir l'étymologie de Μέγαρα, *Mégare*.

Le nom d'origine de Μέγαρα est évidemment 'Αλκαθοή. — *Megara* n'est qu'un deuxième nom.

(20) *Lycos*, c'est-à-dire le chef des Hommes Loups (Petite Ourse), voulut épouser Mégare en l'absence d'Hercule ; mais, bien entendu, l'*Homme-Elan-Lion* le tua !

5° Autre bizarrerie. Le petit-fils de *Neptune*, el Dieu Cheval marin, s'appelait MÉGARÉE.

6° Continuons. Le fils de *Mégarée* (l'Homme Elan) s'est appelé HIPPOMÈNE (c'est-à-dire l'Homme-Cheval).

On constate, par ces quelques remarques, combien le culte de l'ELAN a été mélangé à celui du CHEVAL !

On va encore le voir par les faits suivants.

En effet, on connaît le nom de femme ALCIPPE, ès (en latin), cité encore par le dit poëte Calpurnius avec *Phyllida*. Or cette femme était une *Femme Elan* (Ἀλκή) (21), qui d'abord avait été une *Femme Cheval* (ἵππος, cheval !), c'est-à-dire Femme Jument.

LA VIE GÉNITALE D'HERCULE. — Hercule a été d'ailleurs le père d'EPIONE (ἵππος, cheval), qui est la même personnalité que la *Divinité* qui porta plus tard le nom d'*Epone*. On sait, au demeurant, qu'*Epione* devint la femme d'*Esculape* (Ap : Eπ = cheval) !

HERCULE, qui a donc été le père d'*Epione*, a de plus a reçu le surnom d'OVILLUS ou MELLUS (22), qui veut dire qu'il a été recouvert par une *peau de Centaure* !

Cela indique nettement qu'avant d'être la Divinité du Clan ELAN, il faisait partie de celles du Clan CHEVAL.

C'est encore là une preuve que le totem du CHEVAL est plus ancien que celui de l'ELAN, en Grèce.

La fameuse tunique de *Nessus* est aussi relative au *Centaure* ! Et ce fait confirme ce qui précède.

En réalité Hercule a été une Divinité non seulement en Grèce, mais plus tard en Thrace, en Phénicie, voire même chez les Indiens ! Bien entendu, en ces pays, il s'est transformé peu à peu.

Après avoir été *Cheval*, puis *Elan*, il est devenu LION et LOUP (d'où le surnom de *Lycoon*, en Arcadie)! Mais il est certain aujourd'hui que ses origines sont le CHEVAL et surtout l'ELAN.

A.—Parmi les *maîtresses* d'Hercule, on cite :

a) *Alcippe*, dont nous avons parlé .

b) *Alciope*, à la tête d'Elan (ὤψ, figure).

c) *Alcyone*, une des Pléïades Atlantides.

d) *Augée*, mari de Leucippe, déjà citée.

e) *Iolé*, f. *Malie*.

B.—Ses épouses sont au nombre de six au moins.

1° *Astydamie*, mère de Ctésippe.

2° *Omphale*. — Les Héraclides (n° III).

3° *Mégare*.

4° *Déjanire* (d'où les Héraclides n° I).

5° *Les Thespiades*, qui étaient cependant plus d'une et même de deux.

6° *Hébé*.

C. — Parmi ses filles, citons *Hippolochée* (Idée Cheval) en dehors d'*Epione*.

Il a eu cinquante fils. Citons parmi ces 50 fils :

ALCÉE (L'Elan), de *Malie* (Idée Cheval Malet).

Clésippe ou *Etésippe*, de Déjanire.

Erasippe, de Lysippe.

Hippeus, d'une Thespiade.

Hippodromus, d'Hippodromé (une Thespiade).

Homolippe, de Xanthis.

Leucippe I, d'Augée.

Leucippe II, de Marsé ou Eurytèle.

Ménippe, de Endeis (Thespiade).

Onésippe, de Chryséis (Thespiade).

Hippotès, etc.

Là l'idée *Cheval* est partout évidente ! *Teléphe* est encore un fils d'Hercule. Ce qui prouve que la *Biche* fut Grande-Ourse après l'Elan, ou au temps même d'Hercule.

LES GRECS DU CLAN ELAN. — Je crois que les noms grecs : 'Αλκον, *Alcon* ; *Alcamène*, "Αλκαμένης, οος ; *Alcandre*, "Αλκανδρός, ου ; *Alceste*, "Αλκηστις ; voire même *Alcibiade*, 'Αλκιβιάδης, ου ; et *Alcméon* Αλκμαίων, ονος ; et surtout celui d'*Alcinus*, 'Αλκιμος surnom d'Hercule ; ALCÉE, 'Αλκαιός, ου (on en connaît trois), ont pour radical le terme 'Αλκή (Elan, f.) et se rapportent tous à des HOMMES-ELANS (23).

a) LES ALCÉE. — 1°) Certes le poète Alcée est du VIIe S. avant J. C. et était né à Mitylène. Mais cela ne prouve rien. Le titre de poète et de poète émérite (c'est l'inventeur des vers dit *alcaïque*) est une raison de plus pour qu'il s'agisse d'un chef de clan.

2°) D'ailleurs un autre *Alcée* est aussi un fils de PERSÉE, le Dieu Soleil, père d'Amphitryon et aïeul d'*Hercule* ! Celui-là est, indiscutablement, de par sa lignée, un Homme et un chef du Clan de l'Elan.

3°) De même le fils d'Hercule, qui s'appelait lui-même *Alcée* : fait encore plus typique !.

b) ALCESTE. — C'est la fille de Pelias, fille d'un homme du clan *Cheval*, passée au clan Elan.

c) ALCANDRE. — L'Homme-Elan type (ἀνδρός, homme). Il devint un *Homme-Loup* (*Lycien*), tué par Ulysse à Troie. Jupiter le changea avec toute sa famille en Oiseaux ! — Ce qui fait songer aux *Alcyons* (24) et le rapproche bien de l'Elan.

---

(21) D'*Alcippe*, il faut rapprocher les trois sœurs : LEUCIPPE (La *Jument blanche*, λευκος, blanche) ; LEUCONOE (L'Esprit *blanc*) et ALCITHOÉ (la femme Elan), fille de *Minyas*, roi des Hommes *Bœufs*, chef des *Argonautes*, les Hommes *Chevaux* blancs.

Ces 3 femmes furent changées en *Chauves-souris*, pour avoir offensé Bacchus ! — Ce sont donc des Pléiades, passées au pôle *Dragon*.

Leucippe, c'est l'anthropomorphisation de la Jument blanche des Légendes françaises (Chasse Gallery, etc.). En grec, λευκιππος veut dire « *Cavalière sur jument blanche* ». *Leuconoe*, c'est notre « Dame blanche ! ».

(22) *Mellus* est à rapprocher de *Mallus*, qui veut dire toison, peau, de *mouton blanc*. — Le *Cheval Malet* est le *Cheval blanc* polaire.

(23) En Espagne, il existe une ville d'*Alce*, aujourd'hui Alcazar de Jt-Juan (Celtiberie), à 70 km. de Cixdal-Real.

En Sicile existe *Alcamo*, ville qui, d'ailleurs, paraît récente. — Il se pourrait que ces noms soient *anciens* et par suite intéressants.

(24) La mer des Alcyons est l'*Alcyonus Sinus* du Golfe de Corinthe.

L'*Alcyonus Lacus*, en Argolide, est lié à Bacchus. Rien d'étonant, puisque les *Alcyons*, symboles comme lui de l'équinoxe d'automne, sont liés à son culte et à son époque.

d) ALCON (*Homme-Cheval-Loup*). — Fils d'*Hippocoon* tué par Hercule, qui était un compagnon d'Hercule fut au demeurant l'un des chasseurs de Calydon !

Une fois de plus tout cela se tient : Cheval (Grande Ourse) et Elan (Hercule) ; Lion, Chien et Loup *Cuon* = *Coon* (Petite Ourse).

e) ALCTER est un surnom d'ESCULAPE, lequel était un Homme-Cheval (Απ : Επ : Ἵππος).

f) ALCINEON eut parfois *Hippocrate* et Alcibiade est bien de sa descendance.

g) ALCIMUS, surnom d'Hercule, ne veut pas dire puissant, comme on l'a cru ; mais un descendant (μος) de l'Elan ('Αλκη).

ORIGINE DES HOMMES ELAN DE GRECE. — Il est peu probable que l'Elan totem soit *Grec* d'origine !

En effet cet animal même à la Glaciation néolithique, n'a pas dû descendre jusqu'au 38° de latitude, qui correspond à la *Mégaride*, le pays des *Mégariens*.

Ce mythe vient donc du Nord et il a dû être *importé* dans l'Isthme de Corinthe !

C'est donc que les fondateurs de Mégare furent des étrangers, arrivés de pays plus *septentrionaux* et qui imposèrent leur nouveau Culte et leur Totem spécial aux vieux *Hommes-Chevaux* de Grèce et du Péloponèse ....

Les Elans-Garous. — Les *Hommes-Elans* ne sont pas une imagination de notre part. En effet, on trouve trace de l'*Elan-Garou* (*Gwar*, homme) aux Etats-Unis chez les *Denès* (Baie d'Hudson) ou *Denné-Dindjéis* !

Une race de leurs magiciens, qui se transformaient pendant la nuit (25) en *Chiens-Garous* (Cf. les Loups Garous de France), se recouvraient d'une *peau d'Elan* autrefois. Le point mort du Ciel ayant passé dans la *Petite-Ourse* (Chien, Κυνος), ces peuplades ont changé leur culte polaire et remplacé une constellation par l'autre. Mais ce fait prouve que l'*Elan Grande-Ourse* est bien là-bas de la mentalité de la Pierre ou du Cuivre, puisque ces peuplades n'ont jamais connu le Bronze.

L'ELAN ET L'ALCYON. — Il doit y avoir une relation entre l'ELAN et l'*Alcyon* !

En effet Mégare, capitale de la Mégaride, le pays des Hommes-Elans, avait deux ports, dont l'un *Pégée* (26), qui fait songer à *Pégase* et au Cheval sauvage (Ase), était sur la mer d'*Alcyon* ('Αλκή, Elan) (27).

On a vu plus haut que la femme-Elan Grande Ourse *Alcumena* était la fille de la Pléïade ELECTRE !

Or les Alcyons sont des oiseaux, qui pondent *sur l'eau*, et symbolisèrent les Pléïades à un moment donné.

Ils doivent donc avoir représenté les étoiles des Pléïades, quand la Grande-Ourse était un *Elan*, en Grèce. D'ailleurs l'une des Pléïades s'appelle Alcyone et était la *sœur* d'ELECTRE, grand'mère d'Hercule (28) !

C'était une fille d'*Eole*, c'est-à-dire du Vent du Nord (du Pôle Grande-Ourse) à l'origine. Ce ne fut qu'à une seconde génération qu'elle est devenue une fille d'*Atlas* !

LA MALADIE D'HERCULE. — Nous en sommes arrivé maintenant au point où, pour pouvoir conclure, nous allons retrouver Hercule, le Dieu à base d'*Elan* totem, dont la Grand'mère fut la Grande-Ourse Elan ! Ce jeune Soleil, comme on le sait, pour arriver à son but, c'est-à-dire détrôner son propre père, le célèbre JUPITER (*Pôle Soleil de l'Equinoxe de Printemps*) et prendre sa place dans l'Olympe, sous forme de *Pôle-Soleil des Solstices*, puisqu'à sa naissance le Pôle était encore dans le *Dragon* (Règne des Solstices), a dû mener une vie des plus *agitées*.

En effet, il lui a fallu d'abord tuer à son arrivée au monde le Pôle d'alors, c'est-à-dire le Dragon sous forme de *Serpents* ; puis exécuter ses célèbres travaux, au nombre de douze, qui ne sont que des batailles contre les vieilles GRANDES-OURSES (Les *Vaches* de Geryon ; le Centaure ; Les Chevaux de Diomède ; les Vaches des Ecuries d'Augias ; le *Sanglier* d'Eurymanthe ; le *Taureau*, la *Biche* aux pieds d'airain, etc.) ; contre les vieux DRAGONS (L'*Hydre de Lerne*, etc.), les Vieilles EQUINOXES, (Les *Oiseaux* de Stymphale (Cygnes), etc. ; et enfin contre la PETITE-OURSE (*Lion* de Nemée) naissante.

Franchement, à un tel métier, on pouvait le prendre pour un *Epileptique* ! — La confusion était possible pour les « Médecins d'Herbes » d'alors. Les hommes sensés de l'époque finirent par le considérer comme un véritable malade ... Tel Napoléon... et d'autres.

L'*Epilepsie* d'Hercule daterait de l'ordre qu'il reçut d'Eurysthée, de Jupiter et de Junon, à propos de ses travaux !

On dit que la *Folie* s'empara même à ce moment de son cerveau et qu'il devint furieux, si bien qu'il tua les enfants de sa femme Mégare ! Il y avait vraiment de quoi...

C'est son mariage qui le fixa chez les Minyens.

* * *

THÉRAPEUTIQUE. — Restait à guérir ce pauvre Hercule !

a) *L'Elan*. — Le meilleur remède était évidemment le recours à la *Terre*, c'est-à-dire à sa vieille *Grand' Mère*, l'ELAN, l''Αλκή, féminin, des Anciens Grecs ; la vieille *Divinité totémique*, redescendue sur terre, sous la forme de l'Animal des Forêts.

b) *Son pied*. — Le *Pied* étant la marque de la toute puissance des *Dieux du Soleil anthropomorphisés* (témoins les fameuses sculptures néolithiques sur rochers de *Pieds humains*) (29) on choisit une *patte*

(25) La nuit, parce que les Constellations ne brillent au ciel qu'après le coucher du soleil.

(26) Πηγη, *Source*, eau sacrée.

(27) La mer des Alcyons était, en effet, la Méditerranée.

(28) Un des géants s'appelait *Alcyoneus* ! Or les géants dépendent de la Grande Ourse, comme les Titans.

(29) Marcel BAUDOUIN. — Les sculptures et gravures de pieds humains sur rochers. — Paris, 1924, in-8°.

postérieure de l'Elan (parce qu'une antérieure aurait correspondu alors à une *main* du Dieu nouveau !).

c) *Pied gauche.* — Et on s'en tint au pied *gauche*, le *plus agile* (30) (en effet c'est le moins *lourd*, l'homme étant droitier) (31), le plus facile à manier, celui avec lequel l'animal se gratte le plus commodément l'oreille (c'est-à-dire le *Cerveau*, siège de l'Epilepsie) !

Ne sait-on pas que désormais, quand on marche, il faut partir du *pied gauche*, pour la même raison physiologique !

CONCLUSIONS. — Les conclusions à tirer de cet exposé supplémentaire de faits *linguistiques*, relatifs à l'Elan en Grèce, sont intéressantes au point de vue *thérapeutique*.

Elles confirment ce qui a trait à l'*Origine de la Thérapeutique* et à son essence mythologique, ou plus exactement *cultuelle païenne*, comme je le soutiens depuis longtemps (32).

Elles montrent l'origine de la Légende d'Hercule, de ses travaux et de sa puissance, en même temps qu'elles prouvent l'existence réelle d'un *Chef religieux* et *valeureux*, du Clan de la tribu grecque de l'Elan !

Elles signalent aussi que ce grand homme, dont on fit un héros d'abord, et plus tard un *Dieu*, et plus antique encore qu'on le soupçonnait, fut atteint d'un mal terrible, peut-être d'ailleurs d'origine traumatique et que, plus tard, pour le guérir, on ne songea en réalité à utiliser que *son Maître à lui-même*, c'est-à-dire la DIVINITÉ, qui protégeait par définition SON CLAN et dont il n'était que le fils le plus glorieux, la GRANDE-OURSE ELAN !

AUTOUR DES THÉATRES

Le record de l'actualité, à la suite du très grand succès de Henri IV, inaugurant une série tout à fait inattendue et d'une psychologie confinant à la psychiatrie, est détenu par le *Théâtre des Arts*, avec la « Sainte-Jeanne » de Bernard Shaw.

Sainte-Jeanne et Bernard Shaw, voilà une singulière association de noms !

La si belle légende de l'héroïne française sous la plume de l'humoriste anglais, peut réserver des surprises à la scène ; et, en effet, elle en réserve une, mais complète, celle de la Pucelle présentée dans une auréole nouvelle de Gloire, mystique comme jamais, entourée du respect, de la vénération de son panégyriste si occasionnel.

La Sainte est un vigoureux relief de simplicité, de ferveur, de candide honnêteté et de foi, au milieu des personnages qui se meuvent autour d'elle, richement dotés de six siècles, pour les rapprocher sans effort ni trop d'invraisemblance, du nôtre.

Ces capitaines sans énergie, ces religieux à la conscience exagérément élastique, ces conseillers du Roi, avides des dépouilles qu'une fin de guerre peut apporter, sont bien près de nous, et nous sommes accoutumés au langage que leur prête Bernard Shaw, première manière.

Rien que de pitoyable chez les personnages du drame, veules ou terrifiants, bien dignes de constituer un milieu homogène pour ce Dauphin-roi insignifiant et falot que M. Georges Pitoeff a campé d'une troublante façon.

On a discuté l'artiste, critiqué l'interprétation du rôle. L'énorme majorité du public a donné raison à M. Pitoeff qui nous a présenté un Charles VII tel que les événements et l'histoire, quasi-légendaire, de son siècle, nous le laissent entrevoir.

Et puis n'est-ce pas un acte de vénération de Shaw à l'égard de Jeanne, que cet encerclement par des gens dont les siècles ont condamné toutes les attitudes, tous les sentiments, et dont l'histoire rectifiera difficilement les mémoires ?

Que dire de Madame Ludmilla Pitoeff, sinon qu'elle fut une Jeanne admirable de candeur, de résolution et de faiblesse, douloureuse dans sa Foi, inquiète de cette prison perpétuelle qu'on lui tend un moment, à laquelle elle préfère la mort dans la seule épouvante qu'on lui connaîtra.

La salle vit avec l'artiste, partage cette émotion qu'elle fait naître sans effort, par le jeu merveilleux de sa compréhension de Jeanne, de sa voix prenante, de son geste poignant de femme apeurée.

Applaudissements, rappels répétés à chaque tableau, Madame Ludmilla Pitoeff les eut de l'enthousiasme d'un public qui comprenait son grand art.

Il serait profondément injuste de ne pas associer aux deux interprètes principaux, les parfaits artistes que furent Messieurs FAVIÈRES, Jean D'YD, Henri GAULTIER, CARPENTIER, Henry VERNEUIL.

---

(30) On a vu plus haut que le qualificatif grec habituel de l'Elan était le mot θοος, qui veut dire par extension, *Agile*.

Cela rappelle Achille, πόδας ωκυς Αχιλλευς, un descendant des Hommes des Clans-Chevaux au demeurant.

(31) Marcel BAUDOUIN. — Démonstration anatomique de l'existence de la Droiterie à l'époque préhistorique, (Pierre Polie). — *Le Moniteur médical*, Paris, 1919, XXX, n° 48, numéro du 25 novembre, p. 2.

(32) Marcel BAUDOUIN. — La goutte, les bêtes et leurs mystères. — *Monit. méd.*, Par., 1918, t. 29, 26 février, n° 9. — Les origines de la thérapeut. — *Monit. méd.*, Par., 1917, t. 28, 10 novembre, n° 47.

Costumes d'une scrupuleuse reconstitution. Décors..... genre Shaw de deux manières.....

Succès bien affirmé, complet pour une pièce curieuse, à effet nouveau. L'auteur eut pu l'écourter dans le tableau du procès de Jeanne et dans le final, où le reporter pontifical apparaît un peu bien long dans l'exposition d'un scepticisme que nous connaissons depuis trois heures déjà, mais c'est peut-être à cause de ces longueurs que le caractère spécial et quasi d'étude médicalement approfondie de la pièce, ressort aussi complètement. On dirait une très belle « observation » rédigée par un Maître de la Médecine, avec tout le pittoresque que peut lui donner le talent d'un grand écrivain.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunion plénière du 21 avril 1925.

Présents : MM. MAURAT, GASSOT, NOIR, VIMONT, BOUDIN, DUCHESNE, MOLINÉRY, LEVASSORT, NOLLET, DECOURT, CHAPON, PAMART, QUIVY, NATTAN-LARRIER, DUMESNY et MEILLET.

Admission.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.849 BRIDIER, Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), Syndicat d u Puy-de-Dôme.
6.850 MOUGEOLLE, Troyes (Aube), Syndicat de l'Aube.
6.851 AMOR, Bône (Algérie), Association des Médecins de Bône.
6.852 BONNEL, Montpellier (Hérault), Syndicat de l'arrondissement de Montpellier.
6.853 DUCLERQ, La Flocellière (Vendée), Syndicat de la Vendée.
6.854 ROCHER, Rablay (Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers-Campagne.
6.855 SAUVEZ, 17, rue de Pétrograd, Paris, Syndicat des Médecins stomatologistes.
6.856 DUCROT, Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire), Syndicat de Saône-et-Loire.
6.857 BAZIN, Vihiers (Maine-et-Loire), Syndicat de Saumur.
6.688 BOIRAC, Auvers-sur-Oise (Seine-et-Oise), Syndicat de l'arrondissement de Pontoise.
6.859 BENEDIC, Brienne-le-Château (Aube), Syndicat de l'Aube.
6.860 CLERCQ, La Capelle (Aisne), Syndicat de Laon.
6.861 LEVADOUX, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), Syndicat du Mont-Dore.
6.863 DRAVET, La Seyne (Var), Association Générale des Médecins de France.
6.864 CLERGET, Dormans (Marne), Syndicat d'Epernay.
6.865 DAVID DE PRADES, 27, rue Demours, Paris, Syndicat des Electro-Radiologistes.
6.866 CHEZE, Peyrelevade (Corrèze), Syndicat de la Corrèze.
6.868 GAMALÉIA, Nancy (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
6.869 BOURDIN, Le Pré-Saint-Gervais (Seine), Association des Médecins de Pantin.
6.870 PARMENTIER, Clermont (Oise), Société de Prévoyance et de Secours Mutuels de l'Oise.
6.871 AYMES, Marseille (B.-du-R.), Syndicat de Marseille.
6.872 LEROY, Saint-Remy-de-Provence (B.-du-R.), Syndicat d'Arles-sur-Rhône.
6.873 ODIC-BELLOT, 22, rue Mencey, Paris, Syndicat général des Oculistes.
6.874 CAPART, Malakoff (Seine), Syndicat de la Seine.
6.875 PERRAMOND, Martigues (B.-du-R.), Syndicat de l'arrondissement d'Aix.
6.876 CORNET, Sens (Yonne), Syndicat de l'arrondissement de Sens.
6.877 VIALETTES, Montargis (Loiret), Syndicat de Montargis.
6.878 CLAOUE, Bordeaux (Gironde), Syndicat de Bordeaux.
6.879 MALFUSON, Sancerre (Cher), Syndicat du Cher.
6.880 THOMAS, Vimy (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
6.881 STREHAIANO, Mazamet (Tarn), Syndicat des arrondissements de Castres et Lavaur.
6.882 MARTIGNY, 41, Cours Gambetta, Lyon. Parrains : Drs Tussau et Fay.
6.883 ORDIONI, 13, rue de l'Arsenal, Paris, Société Médicale de l'Hôtel-de-Ville.
6.884 FERRE, 1, quai de la Pêcherie, Lyon. Parrains : Drs Tussau et Fay.
6.885 DELIGNY, Fruges (Pas-de-Calais), Syndicat de l'arrondissement de Montreuil.

Accidents du travail.

Le Dr R. (Aveyron) est appelé en garantie d'une demande en paiement, par un pharmacien, de fournitures pharmaceutiques à des accidentés du travail, le chef d'entreprise prétendant qu'il a fait des prescriptions abusives.

L'appui pécuniaire lui est accordé en principe dans cette affaire, sous réserve qu'il donnera tous renseignements complémentaires et la copie de la citation.

Le Dr M. (Rhône) a obtenu la condamnation d'un patron à 500 francs de dommages-intérêts pour l'avoir cité en garantie d'une demande en paiement de fournitures pharmaceutiques prétendues abusives à des blessés du travail, malgré le désistement de ses adversaires.

Ceux-ci faisant appel, l'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel, la participation

du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr K. (Bouches-du-Rhône) annonce qu'il a été payé amiablement des honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à un blessé du travail, qui, avant guérison complète, avait recommencé à travailler chez un autre patron. L'appui pécuniaire lui avait été accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr B. (Somme), ayant poursuivi un patron en paiement d'une grosse note d'honoraires accidents, cette note a été réduite, d'abord en justice de paix, puis en appel, d'une somme globale, sans qu'aucune explication ait été donnée sur le calcul de cette somme et l'application du tarif légal.

Un pourvoi en cassation ayant, suivant l'avis de Me Auger, des chances d'être admis, le conseil, après discussion, accorde au Dr B., l'appui pécuniaire à cet effet et ordonnance le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr A. (Gironde) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier blessé pendant le travail dans une rixe avec un autre ouvrier.

Le Conseil, considérant qu'il a été jugé que la rixe survenue à l'occasion du travail est un accident du travail et qu'il n'y a là, par suite, aucune question de principe à faire trancher, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé, le « Sou » restant d'ailleurs à la disposition du Dr A. pour tous renseignements et conseils.

Le Dr B. (Isère) a soigné, comme blessé du travail, un ouvrier étranger dont l'affection a été considérée par un expert comme n'ayant pas eu pour cause un accident du travail.

Comme il ne semble pas exister de preuve que le Dr B. ait été mis en œuvre par le patron, il devra poursuivre l'ouvrier lui-même, sauf à celui-ci à se retourner contre son patron, s'il estime avoir des droits. L'appui pécuniaire lui est accordé à cet effet.

Le Dr C. (Nord), ayant opéré un mineur, blessé du travail, dont les parents avaient promis de payer ses honoraires au tarif de droit commun, n'a pu obtenir ce paiement, sous prétexte qu'il s'agit d'un accident du travail et que, par suite, l'ouvrier ne doit rien.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer en justice de paix, en droit commun, le père du blessé mineur.

Honoraires de droit commun.

Le Dr R. (Oise) a obtenu amiablement le paiement des honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à un blessé agricole, fils d'un patron, avant l'assujettissement des agriculteurs à la législation sur les accidents du travail.

Son avoué demande pour frais et honoraires 120 fr, sur lesquels le Dr R. abandonne 20 fr. à titre de don au « Sou Médical ». Le Conseil le remercie et ordonnance le paiement des 100 francs restant dus.

Le Dr B. (Yonne), ayant envoyé la copie d'un jugement intéressant rendu dans une affaire de recouvrement d'honoraires, le Conseil ordonnance le remboursement des frais de cette copie, soit 9,45

Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le fils d'une cliente, qui n'est pas elle-même en situation de lui payer ses honoraires.

Le Conseil, estimant qu'il ne s'agit que d'une affaire de recouvrement, ne soulevant aucune question de principe, décide de ne pas accorder l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr P. (Oise) annonce que, dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé, dans la dernière réunion, pour interjeter appel (honoraires d'assistance à une opération), l'adversaire a consenti amiablement à lui payer la somme qu'il demandait, bien qu'il ait obtenu un jugement le condamnant à payer une somme moins élevée.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) demande le recouvrement de divers honoraires d'huissier et d'avocat dans une affaire de recouvrement d'honoraires qu'il a gagnée.

Le Conseil, considérant que l'appui pécuniaire qu'il avait demandé avant d'engager l'affaire n'a pas été accordé, attendu qu'il ne s'agissait que d'un recouvrement, regrette de ne pouvoir donner satisfaction à sa demande actuelle.

Le Dr L. (Manche) signale qu'il a obtenu amiablement le paiement de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, dans l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lu avait été accordé.

Les docteurs O. (Mayenne) et B. (Nord), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobiles, n'ont pu obtenir des auteurs des accidents, qui les avaient mis en œuvre, le paiement de leurs honoraires.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Divers.

Le Dr S. (Vosges), inculpé de violation du secret professionnel, a obtenu un non-lieu, le fait étant couvert par l'amnistie.

Les honoraires de son avocat (100 fr.) lui seront remboursés.

Le Dr F. (Charente-Inférieure) a été dénigré par une Compagnie d'assurances dans une lettre adressée par elle à son assuré.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour intenter à la Compagnie une demande de dommages-intérêts.

Le Dr R. (Haute-Garonne) est menacé de poursuites fiscales s'il ne déclare pas, en vue du calcul de l'impôt sur le chiffre d'affaires, le montant des honoraires médicaux qu'il a touchés pour les opérations faites et les soins donnés dans sa clinique.

L'appui pécuniaire lui est éventuellement accordé pour se défendre.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat du pays de Retz.

Mort du Dr Hervy. — Le président prononce quelques mots de regret pour notre excellent confrère HERVY, de Saint-Brevin, décédé le 18 avril, et demande au secrétaire d'être l'interprète du Syndicat pour présenter à Madame Hervy les condoléances très sincères de tous ses confrères. Une couronne fut déposée sur sa tombe au nom du Syndicat.

Statuts. — Le président lit les statuts qui sont approuvés sans discussion. Le secrétaire est chargé de les faire imprimer.

A.M.G. — Le Dr MELOCHE, au nom de la Fédération, a écrit au Préfet pour demander une augmentation de tarif (5 fr. pour la consultation et 6 fr. pour la visite).

Le Syndicat approuve ces propositions.

Assurances sociales. — Aucune décision nouvelle n'est prise à ce sujet.

Vaccination. — Les nominations ayant été faites en 1923 pour 3 ans et venant à expiration cette année, les confrères qui voudront alterner leur poste s'arrangeront entre eux. Le tarif de la vaccination est de 0 fr. 75 par sujet. L'indemnité kilométrique est de 1 fr. par kilomètre parcouru.

Pupilles. — Le Syndicat émet le vœu que les visites soient individuelles et faites par le médecin du pupille.

Réformés de guerre. — Le Syndicat émet le vœu que la 3e catégorie dans le tarif soit supprimée, ainsi d'ailleurs que le Dr MELOCHE l'a exposé à l'Union des Syndicats.

Et le Syndicat est unanime à protester contre les nouveaux mémoires qui sont très difficiles à remplir.

Le Dr MELOCHE, président de la Fédération, proteste contre la nomination toute politique d'un médecin au Sanatorium de Mindin.

Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche.

Réunion du 10 mai 1925.

Présents : Rochette, président, Bouzol, Cadet, *Abel, Bouvat, Armandon, Dehan, Delarbre, Brun,* Cambon, Arnaud Charra, secrétaire.

Excusés : Chazallet, Cheynel, Michel, Favre, Chazal, Astier.

Absents sans excuses : Tourasse, Palayer.

Les décisions suivantes sont prises à l'unanimité.

1° Le Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche réuni à Lamastre le 10 mai 1925, approuve l'attitude énergique du confrère Bouvat, son délégué, à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats de 1924

2° Assistance médicale gratuite.

Demande sera faite par l'intermédiaire du Dr Dupin, président de la Fédération de l'Ardèche, à l'autorité préfectorale, pour que le prix de l'acte médical simple soit porté de 3 à 5 francs et par analogie à ce qui s'est passé dans un département voisin, le tarif de la petite chirurgie et de l'obstétrique soit augmenté après entente des médecins désignés par les Syndicats avec la préfecture. Les délégués des Syndicats s'inspireront des prix établis par le *tarif des blessés de guerre.*

3° Honoraires.

Les médecins appartenant au Syndicat feront paraître dans les journaux locaux de façon à assurer une publicité suffisante l'avis suivant :

Les médecins du Canton de   , conformément aux décisions prises par l'Union des Syndicats et particulièrement par le Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche, ont élevé le prix de la visite ou de la consultation à 15 francs, à partir du 1er juillet 1925.

Comme autres modifications au tarif, le prix de l'accouchement simple est élevé à 200 fr., avec forceps à 300 fr.

On rappelle que le prix de la consultation du dimanche est doublé.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Banquet du Syndicat des Médecins de la Seine. — Mardi 5 mai, dans les Salons de l'Hôtel Lutetia, eut lieu le banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine. Une centaine de convives se pressaient autour du président du Syndicat, le Dr Fanton d'Andon. Mais le banquet lui-même avait été mis sous la présidence du Dr Marcel Labbé, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Que d'amicales causeries avant, pendant et après cette agape confraternelle ! Plaisir de se retrouver ensemble, alors que la vie parisienne si tourmentée empêche de bons amis de se voir souvent.

Au dessert, le Dr Le Fur, ancien président, lut les nombreuses lettres d'excuses de confrères, retenus par le devoir professionnel. Le Doyen de la Faculté de médecine, le sympathique professeur Roger, nous exprima, par lettre, son regret de ne pas pouvoir être des nôtres.

Le Dr Fanton d'Andon, président du syndicat, célébra l'*optima medicorum concordia*, cependant qu'il saluait les hôtes et principalement les dames, qui avaient accompagné leur mari. La femme du médecin est souvent à la peine : elle doit être associée à nos joies et à nos plaisirs.

Puis le Dr Marcel Labbé parla de l'entente cordiale entre officiels et praticiens, démontrant que l'antique barrière était tombée et que, désormais, sous l'égide du syndicat, tous les confrères devaient être réunis, mus par le même mobile : la défense des intérêts professionnels et celle de la santé publique.

Le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux, prouva combien l'entente était désirable : que de fois, devant les pouvoirs publics, n'entend-on pas s'opposer la réponse quelque peu ironique : « Commencez par vous mettre d'accord, Messieurs les médecins, car ce que vous demandez aujourd'hui, au nom du Corps Médical, a été combattu, hier, par une autre délégation, se prétendant également mandatée pour parler au nom de la profession. »

Decourt fit un appel à la discipline : discutons, dans nos assemblées corporatives, chamaillons-nous même : mais une fois le vote acquis, la minorité doit s'effacer devant la majorité, lorsqu'il s'agit de parler aux pouvoirs publics. Sinon, ces derniers, ne comprenant rien à nos discordes intestines, ne nous écoutent pas et nous placent ensuite devant des lois, ou des règlements, que, bon gré, ou malgré, nous devons subir.

Le banquet terminé, une charmante soirée se déroula : des flots d'harmonie, avec une sélection de l'Orchestre médical, sous la direction de notre artiste et bien aimable confrère Destouches ; des voix charmantes féminines, masculines se firent entendre. De gracieuses artistes étaient venues apporter leur concours à cette fête confraternelle. Notre ami Duchesne avait, une fois de plus, prouvé son goût artistique, que tout le monde apprécie, car, chargé de l'organisation de la partie musicale de la fête, il avait su réunir, chez les artistes, la grâce et le talent.

Bonne soirée syndicale, réconfortante et utile pour la concorde confraternelle. Merci aux organisateurs. Le *Concours médical* fut heureux de s'associer à cette fête, qui aura sûrement de nombreux lendemains.

Dr Paul Boudin.

— Faculté de médecine. — *Chaire de clinique médicale propédeutique* (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 15 juin au 11 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Armand-Delille, Babonneix, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Guillon, Haas, d'Heucqueville, Kuss, Laurens, Lortat-Jacob, Louste, Mignot, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas et Viguerie.

Conférences a l'hopital de la Charité : *Lundi 15 juin*, à 9h. 30, M. Sergent : Principes et bases de l'organisation de la lutte antituberculeuse. — *Lundi 15 juin*, à 17 heures, M. H. Durand : Exposé général d'anatomie pathologique. — *Mardi 16 juin*, à 17 heures, M. Sergent : Exposé général sur l'évolution clinique. — *Mercredi 17 juin*, à 15 h. 30, M. Pruvost : Moyens de diagnostic de laboratoire. — *Mercredi 17 juin* à 17 heures, M. H. Durand : Techniques de laboratoire. — *Jeudi 18 juin*, à 17 heures, M. F. Bordet : Bactériologie et expérimentation. — *Vendredi 19 juin* à 17 heures, M. Ribadeau-Dumas : Tuberculose de la première enfance. — *Samedi 20 juin*, à 17 heures, M. Sergent : Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Eléments généraux du diagnostic. — *Lundi 22 juin*, à 15 h. 30, M. Sergent : Les signes fonctionnels de la tuberculose. — *Lundi 22 juin*, à 17 heures, M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose de la deuxième enfance et de l'adolescence. — *Mardi 23 juin*, à 17 *heures*, M. Pignot : Signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — *Mercredi 24 juin*, à 15 h. 30 M. Laurens : Tuberculose des voies aériennes supérieures et du pharynx. — *Mercredi 24 juin*, à 17 heures, M. d'Heucqueville : Mesure de la capacité respiratoire. — *Jeudi 25 juin*, à 17 heures, M. Bordet : Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — *Vendredi 26 juin*, à 15 h. 30, M. Courcoux : La tuberculose pleurale. — *Vendredi 26 juin*, à 17 heures, M. d'Heucqueville : Mesure de la capacité respiratoire (*suite*). — *Samedi 27 juin*, à 17 heures, M. Courcoux: Tuberculose des séreuses. — *Lundi 29 juin*, à 17 heures, M. Sergent : Les signes généraux. Les signes d'évolution. Les éléments du pronostic. — *Mardi 30 juin*, à 15 h. 30. — M. Bordet : Le cœur des tuberculeux. — *Mardi 30 juin*, à 17 heures, M. Kuss : *Le rôle du médecin dans un dispensaire.* — *Mercredi 1er juillet*, à 17 heures. M. Sergent : Les signes radiologiques. — *Jeudi 2 juillet*, à 15 h. 30, M. Guillon : Le statut juridique des différents organismes de lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale. — *Jeudi 2 juillet*, à 17 heures, M. Babonneix : Le système nerveux des tuberculeux. — *Vendredi 3 juillet*, à 15 h. 30, M. Evrot : Organisation départementale des dispensaires. — *Vendredi 3 juillet*, à 17 heures, M. Louste : tuberculose ganglionnaire et cutanée. — *Samedi 4 juillet*, à 15 h. 30, M. Pruvost : Les réactions humorales. La cuti- et l'intradermo-réaction. — *Samedi 4 juillet*, à 17 heures, M. Courcoux : Le tube digestif des tuberculeux. — *Lundi 6 juillet*, visite au préventorium de Plessis-Robinson. — *Mardi 7 juillet*, à 15 h. 30. Mme Gouin : L'infirmière-visiteuse et l'œuvre sociale du dispensaire. — *Mardi 7 juillet*, à 17 heures, M. Pignot : Principes généraux d'hygiène. — *Mercredi 8 juillet*, visite au sanatorium de Bligny. — *Jeudi 9 juillet*, à 17 heures, M. Cottenot : Technique radiologique. — *Vendredi 10 juillet*, à 15 h. 30, M. Courcoux : Le pneumothorax tuberculeux. — *Vendredi 10 juillet*, à 17 heures, M. Bertier : Le pneumothorax artificiel. — *Samedi 11 juillet*, à 15 h. 30, M. Mignot : Le traite-

ment médicamenteux. Le traitement spécifique. — *Samedi* 11 *juillet*, à 17 heures, M. BERTIER : Traitement des complications.

EXERCICES PRATIQUES (*l'après-midi*) : Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny). — STAGE HOSPITALIER (*le matin*) : répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques. — *N. B.* Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers du Comité national de défense contre la tuberculose (s'adresser 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs. — Les droits d'inscription sont de 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 15 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

— Une adresse de sympathie au peuple polonais. — On nous fait parvenir, avec prière d'insérer, la communication suivante :

Devant les efforts de la propagande allemande en Angleterre et même en France pour persuader les Alliés que la Nation polonaise est un obstacle à la paix et pour arriver à lui ôter l'accès à la mer indispensable à son indépendance, l'Union française et belge des « Amis de la Pologne » a décidé de présenter au gouvernement et au peuple polonais une adresse de sympathie ainsi conçue :

« Les Français et les Françaises soussignés, en présence de l'action diplomatique menée par le Reich tendant à la révision des frontières orientales de l'Allemagne fixées par le traité de paix, adressent au gouvernement et au Peuple polonais l'expression de leur inaltérable amitié et les assurent de leur indéfectible fidélité à l'Alliance franco-polnaise. »

Les « Amis de la Pologne » font appel à tous les Français soucieux de justice, sans distinction de parti. Des feuilles seront envoyées sur demande (26, rue de Grammont, Paris, 2e. Bureaux ouverts de 2 h. à 5 h.). On peut aussi reproduire ce texte et le retourner, signé, aux « Amis de la Pologne ».

— Congrès de pédiatrie de Saragosse. — Le *IIIe Congrès national espagnol de pédiatrie* se réunira à Saragosse en octobre 1925, sous la présidence du Dr Borodio, assisté des docteurs Garcia del Diestro et Jordan, vice-présidents ; du Dr Noailles, trésorier ; et du Dr Vidal Jordana, secrétaire général. Une exposition infantile aura lieu en même temps.

Adresser la correspondance au secrétariat général : Sagasta, 19, Saragosse (Espagne).

— Subventions de l'Office du Tourisme aux voyages d'études aux eaux minérales. — L'office national du Tourisme a ainsi réparti, pour l'année 1925, le fonds commun des subventions (fonds constitué en moitié par l'Institut d'hydrologie et l'O.N.T.) pour les voyages d'études aux stations thermales.

Grand V. E. M. (prof. CARNOT) : 10.000 fr. ; voyage d'étudiants commun pour les Facultés de Paris, Lille et Montpellier : 16.000 fr. ; voyage des Facultés : Lyon : 4.500 fr. ; Strasbourg : 6.000 fr. ; Bordeaux : 10.000 fr. ; Toulouse : 3.000 fr. ; Nancy : 2.500 fr. ; voyage des étudiants de la Faculté de pharmacie de Paris : 1.500 fr.

— Les médecins de Toulouse à Paris. — Lundi, 18 mai, a eu lieu, au Buffet de la Gare de Lyon, la réunion trimestrielle de la Société amicale des médecins de Toulouse, à Paris ; étaient présents : les docteurs Digeon, Malavialle, Armengaud, Bory, Lévy-Lebhar, Esclavissat, Groc, David de Prades, Montsarrat, Azema, Terson, Privat, Roule, Dartigues, d'Ayrenx, Peribère, Verdier, Canjole, Pegot, Clavel, Fourcade, Reinflet, Cazal-Gamelsy, Montagne. S'étaient excusés : les docteurs Maleterre, Millas, Cany, Delherm, Buvat, Lafont, Moliméry, Laborde, David. Au champagne, tour à tour les docteurs Bory, Terson, Roule, Dartigues, Privat, et d'Ayrenx ont prononcé des speechs où l'esprit et la bonne humeur le disputaient à l'intérêt professionnel littéraire ou scientifique. Un échange de vues s'établit ensuite au sujet des mesures à adopter dans un prochain avenir pour accroitre davantage encore l'intérêt et la prospérité du groupement médical toulousain de Paris. Notons une suggestion du Dr d'Ayrenx concernant l'extension possible de la Société des Médecins de Toulouse à Paris en une association de mutualité confraternelle avec le sérieux avantages pratiques. La prochaine réunion aura lieu fin octobre. Tout médecin, ayant fait tout ou partie de ses études à Toulouse, est cordialement invité à envoyer son adhésion sans tarder au secrétaire général de la Société : Dr Groc, 40, rue d'Enghien, Paris Xe (Tél. : Bergère 37-13.

— Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.). — Le Conseil d'administration s'est réuni le jeudi 14 mai, salle Béclard.

A la suite d'un exposé fait par le professeur Sirotinine de Petrograd et le Dr Brainos, le conseil décide de mettre à l'étude le projet d'un Congrès médical franco-russe et désigne MM. Achard, Mouchet et Roubinovitch pour s'occuper de la question.

La Société clinique de Bruxelles demande un conférencier parisien.

Aux demandes de plusieurs des membres de l'Association désireux de participer à la réception de l'Interstate Post-Graduate Assembly, qui doit venir à Paris le 22 juin prochain, M. Hartmann conseille de s'adresser au docteur Tuffier spécialement chargé de l'organisation de cette réception.

L'Ecole de médecine du Caire demande un professeur de physique.

Sont nommés membres de l'Association MM. Apert, de la Calle, A. Cauchoix, Chiray, Courtois-Suffit, N. Fiessinger, Hallet, Rouvière, H. Sosnowska.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Train spécial à prix réduits pour Fontainebleau, Thomery et Moret.* — Pour favoriser les excursions dans la région de Fontainebleau, la Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée mettra en marche tous les dimanches, du 7 juin au 20 septembre 1925, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret.

Aller : Paris, dép. 7 h. 31 ; Fontainebleau, arr. 8 h. 36 ; Thomery, arr. 8 h. 46 ; Moret, arr. 8 h. 52. — Retour : Par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires. — Prix des billets (aller et retour) : Paris-Fontainebleau, 2e cl. 12 fr. ; 3e cl. 7 fr. 50 ; Paris-Thomery, Moret, 2e cl. 13 fr. ; 3e cl. 8 fr.

Le nombre des places est limité. Le train spécial donnera, à la gare de Fontainebleau la correspondance avec le Service automobile P.L.M. d'excursions en forêt.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

sur les conseils du Dr D., d'appeler le Dr B., afin de donner un radiodiagnostic pour les soins à donner à Madame G., sa belle-mère, qui n'est pas de la localité, mais qui était soignée chez lui ;

Attendu que le Dr B., qui connaît parfaitement N., lui a fait entière confiance ;

Et que celui-ci ne lui a pas fait connaître qu'il aurait exclusivement affaire à la malade ;

Attendu, en raison même de l'affinité acquise, qu'il ne peut être question que N. ait agi par pure humanité ;

Mais, au contraire, il doit être considéré comme ayant pris l'engagement tacite, soit personnellement et d'une façon exclusive, soit solidairement avec sa belle-mère, de payer les honoraires qui seraient ultérieurement réclamés ;

Attendu qu'il est de jurisprudence constante que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade peut être tenu au paiement des honoraires du médecin quand les circonstances de fait militent en faveur de l'admission de la responsabilité de l'intermédiaire, comme dans le cas présent ;

Attendu que par conclusions subsidiaires et pour le cas où la demande du Dr B. serait jugée recevable, N., qui prétend que le radiodiagnostic, établi par le Dr B., était inexact et non conforme à la réalité, demande que les documents soient soumis à un expert compétent, chargé de faire un rapport sur les faits articulés et sur leurs conséquences ;

Et qu'il lui soit donné acte de ce qu'il prend des conclusions reconventionnelles, tendant à l'allocation de dommages-intérêts à libeller suivant état pour le préjudice matériel et moral résultant pour lui des erreurs et agissements du Dr B.

Desquels dommages-intérêts, compte ser a fourni suivant les résultats de l'expertise ;

Attendu que la demande subsidiaire reconventionnelle en dommages-intérêts de N. ne réunit pas les conditions essentielles à l'exercice de l'action en responsabilité puisqu'il n'a éprouvé aucun préjudice même indirectement ;

Et que le fait préjudiciable qu'il invoque est personnel à Madame G ;

Que, dès lors, il y a lieu de le débouter.

Par ces motifs :

Statuant publiquemetnt, contradictoirement et en premier ressort :

Recevons le Dr B. dans son action.

En conséquence, déclarons qu'en raison des circonstances de la cause, N., intermédiaire, se trouve être responsable du règlement de ses honoraires ;

Condamnons N., à payer au Dr B. la somme de soixante francs, pour honoraires d'examen radioscopique de la dame G ;

Déboutons N. de sa demande subsidiaire reconventionnelle et le condamnons en tous les dépens.

Commentaires.

Ce jugement est conforme à la jurisprudence et en particulier à l'arrêt de Cassation, Req.

4 décembre 1872 qui décide que « l'intermédiaire qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'une malade, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement avec le mari de cette malade au paiement des honoraires de l'homme de l'art. »

D'ailleurs, dans le jugement du J. P. de Sens, un autre élément se surajoute, c'est que la malade était la propre belle-mère de N., le Dr B. était donc en droit de considérer N. comme solidairement responsable des honoraires médicaux. (Cour de Lyon, 15 novembre 1898, J. P. Saint-Quentin, 20 mars 1909).

De plus, si N. avait réellement eu l'intention de ne pas être considéré comme responsable des honoraires du Dr B., il aurait dû faire connaître d'avance à celui-ci qu'il entendait que la note ne soit présentée qu'à M. et Mme G. (en ce sens, Trib. civ. Gannat, 1er avril 1909).

Notons, en passant, l'abus que nos clients font de la responsabilité professionnelle. Pour ne pas payer 60 francs, N. va jusqu'à invoquer une prétendue erreur du Dr B. dans son radio-diagnostic. Heureusement que le Juge de paix ne s'est pas laissé prendre à ce piège grossier et a décidé que si quelqu'un était qualifié pour demander réparation d'un préjudice quelconque, c'était la malade elle-même et non pas N., simple intermédiaire.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *mai.*

Pensions militaires.

Décret du 19 mai 1925 complétant le Guide-Barème des Pensions.

Art. 1er. — Le guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919, modifié par le décret du 28 février 1925, pour l'application de la loi du 31 mars 1919, est complété en sa section « III (face) » par l'adjonction de la rubrique suivante :

Défiguration.

« Défiguration, selon le degré d'importance, 10 à 60 p. 100. »

Art. 2. — Une instruction ministérielle déterminera les conditions d'application du présent décret.

24 *mai.*

Service de santé militaire.

Création d'une Section « médecine, troupes coloniales », à l'Ecole du Service de Santé militaire.

(Le décret créant cette section et la circulaire relative à l'admission dans cette section en 1925 seront publiés ultérieurement).

25 *et* 26 *mai*.

Service de santé militaire.

Concours d'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe du service de santé militaire.

Arrêté du 7 *mai* 1925

Un concours sera ouvert le 9 décembre 1925, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1925, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1896 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale a u temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

A. — Pour les docteurs en médecine.

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène .

B. — Pour les pharmaciens.

....

Majoration des points.

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° A ceux pourvus du diplôme supérieur de pharmacien ;

3° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine ou de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le

diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux docteurs en pharmacie ;

3° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur.

4° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

5° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations, qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury une pièce officielle constatant leurs titres.

Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour leur tenir compte du dommage résultant de l'interruption de leurs études et de la durée de leur présence sous les drapeaux pendant les hostilités, d'après le barême ci-après :

1 point par mois de présence aux armées ou dans la zone des armées comptant pour l'obtention des brisques.

5 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade.

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée.

15 points par citation à l'ordre de l'armée.

30 points si le candidat est décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire, sans cumul avec la citation qui entraîne l'inscription au tableau pour ces distinctions).

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

Pièces à produire.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel) avant le 1er novembre 1925 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° *a*) Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine, ou de pharmacien indiquant le régime d'études terminales. (Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active ;

7° Etat des services indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à majoration ;

8° L'indication par ordre de préférence des villes, sièges de faculté, où le candidat désirerait être affecté, à partir du 31 décembre 1925, jusqu'au 1er novembre 1926, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'école d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

NOTA. — Les candidats admis seront nommés médecins ou pharmaciens aides-majors de 2e classe à dater du 31 décembre 1925 et pourvus, à cette date, d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville siège de faculté de médecine ou de pharmacie ; leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1925 et d'après l'ordre de classement des candidats, dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Les candidats qui ont servi pendant la guerre et qui, en cas de nomination au grade d'aide-major de 2e classe, désireraient bénéficier des majorations d'ancienneté dans ce grade accordées par la loi du 6 janvier 1923, devront joindre à leur demande un certificat constatant leur degré de scolarité le 2 août 1914 ou au moment de leur mobilisation.

Les candidatss ayant accompli leurs obligations militaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recru-

tement de l'armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accomplis comme médecin ou pharmacien auxiliaire ou comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (art. 39 de la loi du 1er avril 1923.)

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Production de la comptabilité du médecin aux agents du fisc pour l'application de la loi sur les bénéfices de guerre.

3345. — M. Léon Barèty, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si, en ce qui concerne l'application de la loi sur les bénéfices de guerre, un docteur en médecine est tenu, en tant que patenté, de faire connaître sa comptabilité aux agents du fisc comme un commerçant ou un industriel ; 2° dans le cas où il refuserait et où il serait taxé d'office pour un bénéfice évalué nettement de façon exagérée, quels moyens il a de faire réduire au bénéfice réel l'imposition dont il est menacé. (*Question du* 10 *mars* 1925.)

Réponse. — 1° Aux termes de l'article 1er de la loi du 1er juillet 1916, la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre est applicable à toutes les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices, au cours de chacune des périodes d'imposition, ont été en excédent sur le bénéfice normal. D'autre part, l'article 8 de la même loi dispose que les commissions du premier degré peuvent se faire communiquer, par les redevables de la contribution extraordinaire, « tous les documents nécessaires pour établir les bases d'imposition », et faire procéder, par les agents des services financiers, à l'examen sur place desdits documents. Les médecins, étant patentés, se trouvent dès lors susceptibles d'être soumis, le cas échéant, à la contribution extraordinaire et, en vue de l'établissement de leur imposition, ils sont, comme les autres contribuables, tenus de représenter leurs livres de comptabilité, les agents appelés à les examiner étant, d'ailleurs, astreints au secret professionnel ; 2° dans le cas où s'étant refusé à représenter sa comptabilité, il aurait été taxé d'office, le médecin visé dans la question pourrait contester cette taxation par voie de recours adressé à la commission supérieure dans le délai d'un mois à

partir du jour où il aurait reçu notification de ladite taxation, mais, conformément à l'article 10 de la loi du 1er juillet 1916, il ne pourrait éventuellement obtenir une réduction de sa cotisation qu'en apportant toutes les justifications de nature à faire la preuve du chiffre exact de ses bénéfices supplémentaires. (*J. O.*, 3 mai 1925.)

Note. — Nous faisons toutes réserves sur cette réponse, sans qu'il soit besoin de développer, une fois de plus, les motifs pour lesquels le médecin est en droit de ne pas produire ses livres, et qui sont : le défaut d'obligation, pour lui, de tenir des livres de comptes et, partant, l'impossibilité de les montrer, s'il n'en possède pas et l'obligation au secret professionnel, qui peut être pour lui un empêchement absolu de communiquer ses livres, s'il estime que cette communication violerait le secret qu'il doit garder.

A qui peut être confié le contrôle des lois d'assistance.

3576. — M. Gadaud, député, demande à M. le Ministre du Travail, si le contrôle sur place des lois d'assistance peut être retiré, dans un département, à l'inspecteur de l'assistance publique pour être donné à un autre fonctionnaire départemental, notamment à un inspecteur d'hygiène. (*Question du* 17 *mars* 1925.)

Réponse. — Aux termes du projet de loi, adopté par le Sénat et actuellement en instance devant la Chambre des députés, organisant les services départementaux de contrôle des lois d'assistance, « ce contrôle sera exercé dans chaque département par un fonctionnaire spécialisé, qui pourra être chargé, en outre, d'un ou plusieurs contrôles départementaux ». Pratiquement, ce service sera, en général, confié à l'inspecteur de l'assistance publique ainsi qu'il est déjà fait dans de nombreux départements, mais il appartiendra au conseil général, délibérant dans les conditions prévues à l'article 48 de la loi du 10 août 1871, et par application des articles 4 de la loi du 15 juillet 1893 et 6 de la loi du 14 juillet 1905, d'en régler l'organisation.

(*J. O.*, 22 avril 1925.)

Les opérations des comptes de chèques postaux.

6.883. — M. de Fontaines, sénateur, demande à M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie quel a été, en ce qui concerne les chèques postaux, de 1918 à 1924 et par année, le nombre des titulaires de comptes courants, ainsi que le montant global des opérations effectuées. (*Question du* 8 *avril* 1925.)

Réponse.

Années	Nombre des titulaires de comptes courants postaux	Montant total des opérations inscrites au crédit	Montant total des opérations inscrites au débit
1918	9.012	962.283.346 24	774.639.250 68
1919	41.803	7.878.026.785 38	7.771.441.733 »
1920	73.559	28.551.170.605 12	28.347.398.317 70
1921	112.648	38.096.753.701 67	37.980.388.680 59
1922	154.580	47.893.426.169 32	47.754.009.455 18
1923	187.411	56.645.848.335 54	56.564.180.078 55
1924	216.145	72.595.102.028 33	72.157.179.294 68

(*J. O.*, 25 avril 1925.)

N. B. — Cette statistique montre le développement croissant des opérations des bureaux de chèques postaux. Nous ne pouvons qu'engager ceux de nos lecteurs qui ne sont pas titulaires d'un compte à s'en faire ouvrir un, ce qui n'entraîne qu'à un minimum de formalités, sans aucun frais.

Fourniture d'un appareil de prothèse à un mutilé du travail.

4009. — M. Nouelle, député, demande à M. le Ministre du Travail, si une compagnie d'assurances est en droit de refuser à un mutilé du travail un appareil de prothèse, une fois la consolidation de la blessure reconnue, ajoutant qu'en l'espèce il s'agit d'un amputé d'une jambe auquel la compagnie d'assurances refuse le payement d'un pilon ou d'une jambe artificielle. (*Question du* 8 *avril* 1925.)

Réponse. — Le chef d'entreprise, ou son assureur substitué, n'est pas tenu, après la consolidation de la blessure, de la fourniture des appareils de prothèse, et, s'il accepte de la faire, ce ne peut être, dans l'état actuel de la législation sur les accidents du travail, qu'une mesure bienveillante de sa part. L'honorable député est prié de faire connaître au département du travail la compagnie d'assurances visée en l'espèce.

(*J. O.*, 22 avril 1925.)

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'artério-sclérose par le silicate de soude.

Empêchant les fermentations gastriques et intestinales qui donnent naissance à des toxines sclérogènes, augmentant par sa diminution dans l'organisme le taux de la cholestérine et

l'accumulation de la chaux, la silice s'oppose, au premier chef à la production de l'artério-sclérose. Donc anémie silicieuse = artério-sclérose, que l'on traitera par le silicate de soude.

Médication inoffensive. Après trois à quatre semaines, abaissement de la tension artérielle en général assez durable, atténuation de la céphalée et de la dyspnée d'effort, relèvement des forces.

Voie buccale. — 1 à 3 grammes par jour (adulte), avant les repas, soit par comprimés de 0,25 centigrammes, soit :

Silicate de soude sirupeux à 35°	10 à 20 gr.
Elixir parégorique	3 à 5 gr.
Eau distillée	500 cc.

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

Trois semaines par mois.

Voie intraveineuse (forme cérébrale). — Solution pure, stable, délicate à préparer, à 0,005 milligrammes par c. c. D'abord 1, puis jusqu'à 4 cc. Dix injections, à intervalles de deux jours ou davantage. Reprendre après une dizaine de jours d'interruption.

(SCHEFFLER et A. SARTORY, in *Gazette médicale de Strasbourg.*)

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Les âges de la vie

Trente à Cinquante

L'homme a fixé sa tente et son foyer reluit
Du regard circonspect d'une épouse fidèle,
Souriante à l'aurore et gaie à la chandelle,
Elle fait court le jour et trop courte la nuit.

Voilà que, peu à peu, s'échappe du déduit
Un vol de nouveau-nés, aux doux froissements (d'ailes.
Et la nichée ouvrant l'aileron, pêle-mêle,
Remplit le cœur de joie et la maison de bruit...

C'est l'heure de l'étape où l'homme se repose ;
Et le couple sourit à la floraison rose
Que leurs sens ont semée en l'éternel sentier.

Car voilà de beaux jets et de fières boutures,
Aux bourgeons prometteurs pour les races futures!
L'homme qui les planta ne meurt pas tout entier!

Dr G. LOUVEL,
La Ferté-Macé.

Quarante-septième année — N° 24 — 14 Juin 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1428-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc..

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr ESCOFFIER, d'Annonay (Ardèche), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Coilcu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 250. — Midi. Excel. poste seul propharm. Clinm. agréabl. Belle mais. conf. Long bail.

N° 251. — Bordeaux. A enlever, torpedo Ford tout dern. mod. n'ayant pas encore roulé. Dr Pareau, à Castres (Gironde).

N° 252. — Près Fécamp, plage de famil., à louer mais bord mer, sal., s. à m., cuis., 4 ch. à c. lits 2 pers., cab. toil., w. c. Pelouses 2.500 mq. Sans linge, saison : 2.000 fr.

N° 253. — Dr recomm. dame habit bord mer, qui prendr. pension. tte l'année, ayant besoin de climat marin, prix tr. mod. Mme Cadou, St-Gilles-sur-Vic (Vendée).

N° 254. — Adjudication après décès le 19 juin 1925 à 14 h., à St-Nazaire, place de la gare, salle des ventes, de matériel en bloc d'un cabinet dentaire et instruments de médecine générale et petite chirurgie. Vente au détail de ce matériel, à défaut d'enchères. S'ad. pour renseign. à Maître Labour, notaire à St-Nazaire.

N° 255. — Sur la mer, belle villa, av. 5 ch. à c. garnies, à louer 1.600 fr. pour saison. S'ad. Dr Top, Loon-Plage (Nord).

N° 256. — Dés. acheter prix avantag. étuve paraffine complète et très bon microtome. Dr Briois, rue du Wé, à St-Quentin.

N° 257. — Somme. Tr. belle propriété bourg. Electr. téléph. Potager, dépend., parc magnifiq. avec rivière. Pays idéal, chasse, pêche, gare gr. ligne express. Libre de suite, à vend. 75.000.

N° 258. — Ingénieur chimiste, licencié ès sciences, libre actuell. demande place.

N° 259. — Hôtel particulier dans le 12e, sur avenue, près bois de Vincennes, 7 p., salle de bains, jardin. Libre actuell. Entièrem. mis à neuf. Prix 250.000 fr. S'ad. G. Pusset, 47, boulevard St-Marcel, Paris, 13e.

N° 260. — Dame habitant banl. à 20 minutes Paris, prendrait en pension, enf. au-dessus de 2 ans (bonne éducat.).

N° 261. — Conf. ch. poste gr. rapp. long présent. méd. générale, pet. comptant.

N° 262. — Veuve de méd., 49 a., dés. pl. de gérante dans clin. mais. de fam., etc., dans ville de préf. Midi.

N° 263. — Conf. reçoit malad., convalesc. non contag. ds pet. clinique. Alt. 500 m. climat. tr. sain. Dr Ciamin à St-Sauveur (Alpes-Marit.).

N° 264. — Nord. Ds local, agricole. Méd. seul propharm. rapp. 35.000, fixes import. mais. 7 p. aff. de tout repos. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 265. — Pet. stat. balnéaire de la Manche, rapp. fac. à augment., très jolie habit. Faible indemn. présent. sérieuse. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

CORRESPONDANCE

A propos de la lèpre (contagion et hérédité).

Je viens de lire avec un vif intérêt, dans le *Concours médical* la leçon magistrale du professeur Jeanselme sur « la lèpre et ses sources de contagion ». Mon attention a été particulièrement attirée sur le passage où le professeur Jeanselme se déclare « désarmé pour donner la démonstration de la contagiosité de la lèpre ». C'est la conclusion à laquelle je suis arrivé moi-même dans les divers travaux que j'ai eu l'occasion de publier sur cette terrible maladie. Pendant les années 1899 et 1900, j'ai donné régulièrement mes soins à la colonie de lépreux de Siloë, voisine de Jérusalem : mes observations, avec les photographies prises à l'appui, ont été présentées à cette époque, à la Société nationale de médecine de Lyon, par l'éminent orientaliste qu'était le regretté professeur Lortet, doyen de la Faculté de médecine. Trois de ces photogra-

phies étaient particulièrement intéressantes : l'une représentait les jambes d'une lépreuse de quarante ans, avec l'articulation du genou complètement mise à nu comme une pièce anatomique ; — la seconde était celle de son fils, superbe jeune homme de vingt ans, portefaix à Jérusalem, d'une vigueur athlétique et d'une force herculéenne, absolument sain et intact sur toute la surface de son corps ; — la troisième photographie était celle du même sujet, prise six mois plus tard, alors qu'il était déjà miné par la lèpre, qui lui avait enlevé toutes ses forces. Or, ce jeune homme habitait la ville de Jérusalem, *et avait été isolé depuis de longues années de la colonie et de sa mère.*

J'avais assisté moi-même à l'invasion *apparente* de la lèpre, par une simple tache de l'avant-bras droit, puis à sa marche progressive et foudroyante. Faut-il donc conclure, dans ces conditions, avec le professeur Jeanselme que « tandis que l'idée de contagion, en matière de lèpre, est bien assise, la notion d'hérédité a perdu du terrain » ? Le cas de ce malade, élevé jusqu'à 20 ans en dehors de la colonie, puis brusquement atteint et terrassé, n'est-il pas une preuve certaine d'hérédité, en dehors de toute possibilité de contagion ?

Je pense donc que, si l'on ne peut pas arriver, pour la lèpre, à faire prévaloir l'importance de l'hérédité sur celle de la contagion (ce qui était mon impression peut-être exagérée il y a 25 ans) il n'y a pas lieu d'exclure en tout cas l'hérédité de son étiologie, et je me félicite de voir l'éminent médecin de Saint-Louis donner à cette conclusion l'appui de sa haute autorité.

Dr La Bonnardière.
(d'Hyères).
Ancien médecin du Gouvernement
français en Palestine.

1191. — Etablissement d'un « hospice de fait ».

Permettez-moi de solliciter de votre amabilité et de votre compétence un renseignement.

Une maison a été donnée à la commune en vue de l'établissement d'une maison de soins et d'assistance. Comme les démarches et formalités pour faire un hôpital seraient très longues, et que de plus la commune n'a pas l'argent nécessaire pour cela, le maire voudrait commencer en petit d'abord en mettant quelques vieux. J'organiserais ensuite une salle pour les accouchées des fermes éloignées et je pourrais obtenir des usines des subsides pour organiser une petite salle d'opérations pour accidents, etc. des opérations minimes s'entend. Aussi, vous demanderai-je s'il n'y aurait pas un moyen d'ouvrir cette maison, en l'appelant d'un nom quelconque, sans qu'il soit besoin d'avoir d'autorisation du ministère, ou un moyen de pouvoir commencer à bref délai.

Dr X.

Réponse.

M. Rondel, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à qui nous avons communiqué cette lettre, a bien voulu y répondre comme suit :

L'entreprise envisagée par votre confrère, le Dr X.. est classique. Il s'agit d'installer un « hospice de fait » en attendant l'établissement d'un hospice régulier. La question a été examinée sur l'ensemble de la France par l'inspection générale des services administratifs et j'ai été chargé du rapport commun qui paraîtra prochainement.

Ma conclusion est qu'il faudrait habiliter législativement les bureaux d'assistance à posséder ces formations hospitalières et à les gérer au nom de la commune.

En attendant, c'est le maire qui administre directement au nom des pauvres les biens qui, étant destinés à ceux-ci, n'ont pas encore de cadre d'organisation, et la comptabilité est rattachée au budget municipal.

Ce n'est qu'une situation provisoire, mais elle arrive à durer très longtemps, et, si elle peut parfois donner lieu à des abus, par contre elle est souvent l'origine d'institutions sérieuses. L'hôpital-hospice de Trouville-sur-Mer n'a pas commencé autrement.

RONDEL.

1332. — Accident du travail. Etat antérieur.

Une de mes clientes (dont le patron est assuré à une assurance agricole locale) s'est blessée en menant une brouette pleine de bois. Un morceau de bois lui a atteint la jambe gauche occasionnant l'ouverture d'une varice. Cette femme est enceinte d'environ sept mois. Elle n'a pas pu reprendre son travail depuis. L'assurance est-elle responsable ? Le professeur d'agriculture qui est à la tête de la dite assurance m'écrit pour me dire que l'assurance n'était pas responsable de tous les accidents occasionnés par les varices. Qu'y a-t-il de vrai dans cette assertion ?

Dr S.

Réponse.

D'après la jurisprudence, en matière d'accidents du travail, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime pour l'allocation des indemnités prévues par la loi. Il suffit qu'il y ait une relation de cause à effet entre le travail et le traumatisme invoqué pour que le blessé ait droit aux soins médicaux jusqu'à guérison ou consolidation de sa blessure, même dans le cas où cette blessure n'a pris un caractère de gravité et la guérison n'a été retardée que par suite d'une affection dont était antérieurement atteinte la victime de l'accident. Dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, s'il n'est pas contesté que la blessure soit due à un accident

du travail, les complications résultant de l'état variqueux de la blessée doivent être mises à la charge du patron par application des principes admis par la jurisprudence.

Au cas où l'assurance refuserait de payer vos honoraires, il faudrait que vous assigniez le patron (et non l'assurance avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) devant le juge de paix du lieu de l'accident. Ces instances sont dispensées de droits de timbre et d'enregistrement.

Quelle doit-être la rédaction d'un certificat de décès ?

Un de nos abonnés nous pose la question suivante :

« Un confrère a été pris à partie il y a quelque temps, par la presse locale, parce qu'il n'avait pas spécifié la cause d'un décès sur un certificat et que, par la suite, il avait fallu faire une autopsie.

« Le confrère a eu raison de se retrancher derrière le secret professionnel, pour ne pas alimenter une campagne de presse. Mais, pour éviter le retour d'incidents semblables, nous vous prions d'établir un modèle de certificat de décès, que nous ferons imprimer pour tous les membres de notre syndicat, certificat qui soit absolument légal et ne viole nullement l'article 378 du Code pénal.

« Bien entendu, ce certificat ne servirait qu'aux confrères, qui ne sont pas médecins de l'état civil. »

Comme je l'ai démontré, dans le *Concours médical*, l'article 378 du code pénal est absolu et interdit au médecin traitant une divulgation quelconque, en faveur de qui que ce soit, en ce qui concerne la maladie, qui a provoqué le décès de son client.

Le confrère a donc parfaitement bien agi, en se refusant à dévoiler la cause du décès, non seulement à la mairie, mais encore pour se défendre personnellement, contre les attaques de la presse.

Sollicité de délivrer un certificat, pour obtenir le permis d'inhumation, le médecin traitant doit se borner à signer la déclaration suivante : Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir visité aujourd'hui, à Z heures, M. X. domicilié ...... et avoir constaté que la mort était certaine.

Le docteur, qui a soigné le malade, n'a même pas le droit d'indiquer que le décès est dû à une cause naturelle ; car, si la cause de la mort était suspecte, le fait serait dévoilé *ipso facto* par la rédaction même du certificat, qui ne comporterait pas cette mention de « cause naturelle ».

En aucun cas, le médecin ne doit se transformer en dénonciateur.

Rappelons le procès fameux, au cours duquel

un médecin fut condamné pour avoir violé le secret professionnel, afin de sauvegarder la réputation de son malade, qui avait été injustement attaquée. Le Dr Watelet se crut autorisé à divulguer, dans un article de journal, les causes de la mort du peintre Bastien Lepage, pour faire respecter la mémoire de son client. Il fut condamné par le Tribunal de la Seine, le 11 mars 1886, jugement confirmé par la cour de Cassation le 19 décembre 1886.

Aux mairies à organiser leur service de médecin de l'état civil ; sinon, les officiers de l'état civil n'ont qu'à obéir aux prescriptions de l'article 77 du code civil. qui les oblige à constater par eux-mêmes le décès d'un de leurs administrés.

Dr Paul Boudin.

Application du Tarif Breton.

I

1221. — Seul, le déplacement du médecin est tarifé.

Une femme, servante de ferme, se blesse aux deux jambes. Par suite de l'état spécial de la blessée, les plaies ne se cicatrisent que très lentement.

Après de nombreux voyages à domicile pour pansements, j'ai jugé que la blessée pouvait être transportée en voiture à mon cabinet au moins deux fois par semaine. Tout d'abord le patron (assuré) n'a pas fait de difficultés pour transporter avec son cheval et sa voiture la blessée à mon cabinet. Devant la longueur envisagée du traitement, et se récusant sur ce qu'il a maintenant trop de travail, le même patron refuse de conduire cette blessée à mon cabinet.

Cette dernière, insolvable, refuse également d'aller à l'hôpital.

A qui incombe, dans ce cas particulier, le transport à mon cabinet ? Jugeant que cette blessée peut être transportée à mon cabinet, je ne puis reprendre les voyages à domicile sans m'exposer à voir refuser le paiement par la Compagnie d'assurance, et encore une fois, la blessée est insolvable.

Dr P.

Réponse.

Quand « le blessé ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé » (début de l'article 1), c'est-à-dire ne peut s'y rendre de *lui-même*, c'est au médecin à faire la *visite* à domicile. Et, dans ce cas, le tarif Breton donne précisément : *a*) le prix de la visite (article 1er) ; *b*) le prix du déplacement *du médecin* (article 2). Mais nulle part n'est tarifé le déplacement du malade.

Si vos visites sont utiles à la guérison de la blessée, je ne vois pas de quel droit l'assurance (représentant le patron), pourrait *refuser* le paiement des visites. D'ailleurs, il vous est toujours

facile de la prévenir de ce cas spécial, en vue d'un examen de la malade qu'elle pourrait faire faire, si elle en sentait le besoin.

II

1279. — Ne pas confondre le cas de blessure unique et de blessures multiples

L'article 957 du *Concours* du 3 mai 1925 (blessures multiples) prouve qu'il existe dans le tarif une lacune au sujet des pansements.

Le pansement simple n'est pas tarifé, parce que compris dans le prix de la visite.

Mais quand la visite n'est pas comptée parce qu'il y a d'autres interventions (sutures, sérums, etc.), que devient le pansement ?

Les pansements multiples sur un même segment de membre sont prévus :

Article 17. — 15 ou 11,25 suivant catégorie.

Les pansements multiples sur différentes parties du corps ne le sont pas.

L'article 14 dit bien que, pour blessures multiples, les soins sont tarifés pour « chacun des pansements... etc. ». Il me semble que le prix à appliquer à chaque pansement ne figure nulle part... ?

Il me semble aussi qu'il y a une contradiction entre l'article 13 et l'article 14, le premier défendant le cumul d'interventions *non tarifées spécialement* ; l'article 14 indiquant que pour chaque blessure, elles sont tarifées à part. Sont-elles tarifées, ou ne le sont-elles pas ?

Je suppose, par exemple, pour une blessure au pied :

Visite = zéro, parce que comprise dans : injection antitétanique 20 fr.

Jusque-là, tous d'accord. Mais le pansement fait au pied, est-il compris dans le prix de la visite elle-même comprise dans l'injection de sérum ?

Et si, avec ou sans sérum, il y a :

Pansement au pied droit ;
Pansement à la main gauche ;
Pansement à la tête ;
Massage d'une épaule ;
Pointes de feu à l'autre...

Tout cela pour le même ! C'est beaucoup, mais pas impossible. *Aucune de ces interventions, d'après l'article* 13, *ne peut être cumulée*. Chacune doit être comptée à part d'après l'article 14, les blessures étant multiples. Alors quel tarif appliquer ?

Dans le doute, je m'abstiens. Beaucoup de confrères font probablement de même ; c'est pour quoi la P. est suffoquée quand le docteur N lui réclame 8 fr. pour un pansement.

Dr B.

(*Voir la suite page XLVII*-1473)

PROPOS DU JOUR

A propos de la prophylaxie des maladies contagieuses à l'Ecole.

Il est de règle dans les écoles communales, en cas d'absence suffisamment prolongée d'un enfant pour cause de maladie, de demander à la famille de produire un certificat médical indiquant que, l'affection n'étant pas transmissible, l'écolier peut retourner sans inconvénient en classe.

Le maire d'Alfortville (Seine) a adressé à ce sujet, le 3 avril 1925, la circulaire suivante aux directeurs et directrices des écoles de sa commune.

Prière de vouloir bien, en demandant un certificat médical pour justification d'absence, spécifier aux enfants que ce certificat leur sera délivré gratuitement par le médecin du dispensaire où les consultations ont lieu les :

Mardi à 11 heures,
Jeudi à 18 heures,
Samedi à 10 heures 30.

Le Maire,

M. le Dr Serfaty, d'Alfortville, qui nous communique les documents de cette affaire, dans une lettre du 5 avril 1925 à M. le maire d'Alfortville, lui adressa au sujet de la circulaire les observations suivantes :

J'attire votre attention sur votre dernière circulaire du 3 avril 1925, envoyée aux directeurs et directrices d'écoles sur la délivrance par les médecins des dispensaires des certificats pour justification d'absence. Pour bien vous démontrer les inconvénients graves de votre mesure, prenons un exemple.

Un enfant, atteint d'oreillons ou de coqueluche (maladies dont la déclaration n'est pas obligatoire, mais néanmoins épidémiques) soigné par un docteur étranger au dispensaire, a reçu de son médecin traitant le conseil de ne pas se rendre en classe pendant le délai d'éviction réglementaire. La famille, pour de multiples raisons, ne désire pas tenir compte de ce délai et obtient, en donnant de faux renseignements, des confrères du dispensaire, le certificat exigé. Que peut-il advenir ? Ne croyez-vous pas qu'une épidémie risque d'être la conséquence de votre circulaire ?

Le 9 avril, M. le maire d'Alfortville, répondant à la lettre du Dr Serfaty, répliquait :

Il en est de même pour les certificats de maladie exigés, suivant le règlement de l'Instruction publique, des enfants ayant manqué l'école. Il va de soi que les parents ont la faculté de demander ce certificat à leur docteur habituel. Mais, si j'ai invité les intéressés à se présenter au dispensaire pour avoir cette pièce gratuitement, sans en faire une obligation ainsi que vous semblez le croire, c'est à la suite de réclamations qui me sont parvenues de la part de gens peu fortunés obligés de payer pour avoir le certificat exigé.

Le 27 mai 1925, M. le maire d'Alfortville adressa au Dr Serfaty la lettre suivante :

Monsieur le Docteur,

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître par un prochain courrier, s'il est dans votre habitude de percevoir des honoraires pour l'établissement d'un certificat médical qui vous est demandé par une famille pour justifier d'une absence pour raison de maladie, d'un enfant à l'école.

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, etc.

Le Maire.

Le lendemain même le Dr Serfaty répondait :

Monsieur le Maire,

Je suppose que, comme conséquence de votre lettre du 27 mai 1925, adressée aux médecins de votre ville, vous voulez parvenir à faire établir le *principe de la gratuité* de la délivrance du certificat médical demandé par les familles comme justification d'une absence à l'école par un enfant pour raison de maladie.

Appartenant à des groupements professionnels, je ne désire pas discuter, seul, *ce principe*, lui-même.

Aussi, dès aujourd'hui, je m'empresserai de soumettre votre lettre à une de nos sociétés. Dès que je recevrai une réponse, je me ferai un devoir de vous la communiquer.

En attendant, je vous prie d'agréer, etc.

Dr Serfaty.

Nous avons cru intéressant de publier cette correspondance, car il est des enseignements à en tirer :

1° Sur l'incompétence des maires en matière d'hygiène et de prophylaxie. M. le maire d'Alfortville paraît convaincu qu'un médecin de

dispensaire qui n'a pas soigné un malade, peut, en l'examinant après guérison, poser un diagnostic rétrospectif et déclarer que le malade n'est plus contagieux. Cela prouve que toutes les fois qu'un maire a la prétention de prendre une mesure en matière d'hygiène, il serait prudent qu'il demandât avis à un conseiller technique médical. Il éviterait ainsi de rédiger des circulaires dangereuses pour la santé publique et qui pourraient engager sa responsabilité tout au moins morale ;

2° Sur la nécessité d'une collaboration constante et courtoise entre le corps des médecins traitants, l'inspection médicale des écoles et la municipalité, si tous désirent, dans la mesure du possible, assurer efficacement, dans une ville, la prophylaxie des maladies de l'enfance ;

3° Sur les tendances qu'ont certains maires dans un but de popularité ou simplement pensant naïvement défendre les intérêts de leurs administrés, de s'ingérer dans des questions qui ne rentrent pas dans leurs attribution. Un maire n'a pas à s'occuper du prix qu'exige un médecin pour délivrer un certificat, ce dernier fût-il destiné à la rentrée d'un enfant à l'école.

Ceci est affaire entre le médecin et son client qui, ayant librement choisi le premier, doit pouvoir, s'il n'est pas satisfait des procédés dont il use à son égard, le quitter librement et s'adresser à un autre.

Le Dr Serfaty a eu raison de ne pas laisser, sans protestation, passer le principe de la gratuité d'un acte médical, le certificat en l'espèce. Il n'est pas douteux que le plus souvent le certificat destiné à permettre à un écolier de retourner à l'école après une maladie transmissible, est délivré sans honoraires spéciaux à la suite d'une dernière visite ou d'une consultation. Mais nous ne saurions admettre la proclamation du principe de la gratuité de cet acte médical, si infime fût-il. Il pourrait en résulter de graves abus et ce serait un précédent fâcheux qui pourrait avoir de funestes répercussions.

Le fait que des personnes peu fortunées auraient été obligées d'honorer leur médecin pour la délivrance d'un de ces certificats, est un argument sans valeur. Il y a à Alfortville, du moins nous le supposons, comme un peu partout en France, une assistance médicale gratuite organisée, à laquelle peuvent s'adresser les gens indigents et nécessiteux pour obtenir gratuitement les actes médicaux dont ils ont besoin.

M. le Dr Serfaty a eu raison de ne pas vouloir répondre personnellement à la question indiscrète de M. le maire d'Alfortville. Cette réponse doit être donnée par le Syndicat médical de la région. C'est d'ailleurs le Syndicat médical, s'il existe réellement et comprend son devoir et son rôle, qui doit entrer en rapport avec la municipalité d'Alfortville, éclairer le maire sur ces questions et prendre les mesures qu'il jugera nécessaires pour concilier la protection de la santé publique avec l'intérêt des médecins praticiens, tout en sauvegardant l'indépendance et la dignité de la profession médicale.

J. Noir.

L'éducation des assistantes scolaires.

Nous avons toujours été parmi ceux qui jugent que l'inspection médicale des écoles dans une ville ne pourra rendre tous les services qu'on est en droit de lui demander que le jour où des assistantes scolaires seront mises à la dispositiondes médecins pour les seconder.

Nous avons toujours repoussé le concours des assistantes bénévoles, car nous n'avons pas confiance dans la régularité des services assurés par des amateurs. Il faut que l'assistante scolaire soit disciplinée, qu'elle obéisse à la fois au médecin et aux directeurs et directrices des écoles. Les assistantes sont destinées à seconder le médecin, à enquêter sous sa direction, à opérer des mensurations, à dresser des fiches sous sa dictée, à transmettre aux parents, avec tact et réserve, les observations et les conseils que le médecin juge utiles à la santé des écoliers. Pour remplir cette besogne délicate, il faut évidemment des femmes intelligentes et instruites. Dans le but de les éduquer, il a été ouvert à Paris des cours à l'hôpital des Enfants-Malades où, après deux ans d'études et un stage hospitalier, on délivre, si les examens semestriels et définitifs ont été passés avec succès, un brevet d'assistante d'hygiène scolaire.

Un de nos lecteurs, confrère qui paraît très exactement renseigné, nous adresse la liste des questions posées à un récent examen semestriel à une des candidates. Voici, prises au hasard quelques-unes de ces questions :

Maladie de Basedow. — La diphtérie dans une angine au début. — Comment dépister la chorée ? — Comment dépister la méningite ?

— Quel est l'état des scarlatineux au 20e jour de la maladie ? — A quelle maladie doit-on penser en présence d'un coryza et d'yeux larmoyants ? (C'était selon l'examinateur à une méningite !) — Erysipèle. — Spina bifida. — Spina ventosa. — Ampoule de Vater et canal cholédoque. — Fonctions du corps thyroïde. — Causes et symptômes du rachitisme, etc., etc.

Nous prions les membres du jury qui posent ces questions de bien vouloir nous faire savoir s'ils ont l'intention d'instruire ainsi des assistantes scolaires ou de futurs docteurs en médecine.

En 1892, le législateur a jugé prudent de supprimer les officiers de santé. Ces derniers faisaient cependant quatre années d'études spéciales avec stages hospitaliers qui ne différaient guère de celles des docteurs en médecine. A-t-on l'intention de rétablir ces médecins de deuxième ordre après deux ans d'études sous le titre d'*assistante d'hygiène scolaire* ? Nous préférerions qu'on apprît à nos futures assistantes, l'hygiène de la chevelure et la destruction des parasites, l'hygiène de la peau, celle de la bouche, la propreté et l'hygiène des vêtements que les signes des spina ventosa, spina bifida, maladie de Basedow, les fonctions du corps thyroïde et les dernières recherches sur l'utilité des vitamines.

Nous n'ajouterons aucune autre réflexion, laissant à nos lecteurs qui s'intéressent à l'inspection médicale des écoles et aux assistantes d'hygiène scolaire le soin d'apprécier ce programme d'enseignement.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ENTÉRITES INFECTIEUSES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Par P. ROHMER,

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A une époque, qui n'est pas encore bien reculée, on désignait toutes les affections gastro-intestinales du nourrisson, qui se traduisent par des vomissements et des diarrhées, du nom de « gastro-entérites ». Nous avons vu, dans les leçons que j'ai faites l'année dernière, que dans la majorité de ces cas, ce terme est impropre, dans ce sens que nous ne trouvons anatomiquement, dans la plupart des troubles digestifs aigus, depuis la dyspepsie aiguë simple et bénigne jusqu'au choléra le plus grave, aucune altération notable de la muqueuse gastrique ou intestinale ; il n'y a ni « gastrite », ni « entérite ». *Nous réservons donc le nom d'entérite aux maladies intestinales où il y a une infection de la paroi intestinale, avec réaction inflammatoire consécutive.*

Commençons par délimiter les entérites ainsi définies, en les distinguant des maladies dont les images cliniques présentent une certaine ressemblance avec elles. Du point de vue clinique, ce n'est pas toujours facile ! Nous avons vu, par exemple, que des troubles digestifs purement fonctionnels comme le choléra infantile, peuvent déterminer, outre une réaction intense du côté de l'estomac ou des intestins, des symptômes généraux très graves, et en particulier une fièvre élevée, qui peuvent parfaitement ressembler à une affection infectieuse aiguë du tube digestif, et cependant nous trouvons dans ces cas la muqueuse intestinale tout à fait intacte. D'autre part, nous avons appris à connaître les dyspepsies secondaires ; ce sont les diarrhées aiguës, accompagnées de vomissements, que nous rencontrons si souvent dans le décours d'une maladie infectieuse parfois très banale, telle que les simples angines, rhino-pharyngites, otites, pyélo-cystites, etc. On peut s'imaginer que l'infection, qui a son siège en dehors du tube digestif, exerce dans ces cas sur ce dernier une action débilitante, qui a pour conséquence la viciation des fonctions digestives, avec vomissements et diarrhées ; il est aussi possible que ces dernières soient provoquées par l'élimination intestinale de produits toxiques. Mais ni dans l'un ni dans l'autre cas, nous ne pouvons parler d' « entérite infectieuse » !

Ces troubles digestifs *fonctionnels*, qui évoluent sans participation notable de la paroi intestinale, constituent sans contredit la grande majorité des affections gastro-intestinales aiguës

du nourrisson ; il importe de les distinguer des entérites vraies, dues à une infection microbienne de la muqueuse intestinale, bien que les symptômes des deux catégories peuvent se confondre en clinique, de sorte que la distinction est quelquefois délicate à faire.

En règle générale, l'infection de la muqueuse intestinale se caractérise par des selles muco-purulo-sanguinolentes, accompagnées de fièvre. La forme la plus fréquente en est celle que nous appellerons, avec Marfan, *l'entéro-colite dysentériforme du premier âge*. Contrairement à ce que dit cet auteur, qui l'a observée surtout dans la deuxième ou troisième année, nous l'avons le plus souvent rencontrée dans la première année, tantôt sous forme sporadique, souvent sous celle de petites épidémies. L'image clinique de l'affection est classique. Son début est brusque ou insidieux, avec beaucoup ou peu de température. Les selles commencent par être dyspeptiques, puis présentent bientôt de grands amas de glaires, mélangés avec du pus et striés de sang. Souvent les déjections alvines prennent la forme que nous connaissons de la dysentérie grave de l'adulte : des émissions petites, mais extrêmement fréquentes, consistant uniquement dans du muco-pus sanguinolent sans résidus alimentaires, des épreintes douloureuses, l'ouverture anale béante, avec écoulement permanent de matières liquides ou glaireuses. L'enfant souffre visiblement de ténesmes douloureux ; on palpe quelquefois à travers la paroi intestinale le côlon descendant contracté comme une corde. L'enfant maigrit rapidement ; la peau perd sa résistance normale aux infections etse couvre souvent de furoncles. La figure amaigrie exprime la souffrance ; la langue et la muqueuse de la bouche se couvrent de muguet. L'enfant est agité et pousse constamment de faibles cris plaintifs ; l'abdomen est déprimé et flasque, ou ballonné ; souvent il se produit à chaque défécation un prolapsus du rectum. Cet état peut se prolonger pendant plusieurs semaines ; il se termine souvent par la mort ; les guérisons ne sont cependant pas trop rares. La mort survient quelquefois à la suite de complications, parmi lesquelles nous citerons en premier lieu la bronchopneumonie et la pyélite.

L'image clinique peut varier. Quelquefois les diarrhées dysentériformes s'accompagnent de symptômes toxiques, qui reproduisent parfaitement l'aspect d'un choléra infantile. Nous avons soigné tout récemment dans notre service un cas où les selles elles-mêmes n'étaient pas caractéristiques, et où nous avons maintenu jusqu'à la mort le diagnostic de choléra infantile ; ce ne fut que l'autopsie qui révéla la véritable nature de l'affection. Cet état cholériforme peut être la suite immédiate de l'infection, mais le syndrome cholériforme se greffe aussi fréquemment secondairement sur l'entérite infectieuse ; si l'on institue, dans ce dernier cas, le traitement alimentaire du choléra infantile, l'état comateux disparaît souvent, tandis que les symptômes dus à l'infection intestinale persistent.

L'entéro-colite dysentériforme est toujours contagieuse. Nous avons observé, dans les dernières années, deux petites épidémies, dont la première a donné lieu à quelques contaminations dans le service même, malgré les précautions sévères qu'on avait prises immédiatement. Le début de cette épidémie fut causé par un enfant de six mois, qui entra dans les salles le 15 juillet 1920 avec une entéro-colite atténuée dont la première partie avait déjà évolué avant son admission, de sorte que le vrai caractère de la maladie ne fut pas reconnu immédiatement. Le 25 juillet l'enfant fit une rechute et fut alors immédiatement isolé ; cette rechute dura jusqu'au 28 août. Cet enfant contamina pendant les dix jours où il séjourna dans la salle commune trois autres nourrissons, dont deux tombèrent malades le 21 juillet et le troisième le 26 juillet ; deux infirmières prirent la même maladie. L'éveil étant ainsi donné, on organisa un service spécial où tous ces enfants purent être isolés ; il y eut dans les mois d'août, de septembre et d'octobre encore un certain nombre de nouvelles admissions, puis la petite épidémie s'éteignit. Ni par l'examen des selles, ni par l'agglutination nous ne pûmes déceler une infection spécifique, notamment dysentérique ou paratyphoïdique. Dans les cas qui vinrent à l'autopsie, on trouva l'image classique de la colite folliculaire, qu'on observe toujours dans l'entéro-colite dysentériforme : les follicules solitaires sont proéminents, hyperémiés et le plus souvent ulcérés ; parfois toute la surface du côlon est parsemée de petites érosions cratériformes qui répondent à des follicules ulcérés. Quelquefois on observe, outre cette folliculite, une inflammation diffuse de la muqueuse intestinale, et très souvent ces lésions s'étendent aux dernières parties de l'iléon, — d'où le nom d'entéro-colite, que Marfan a très correctement donné à cette affection.

L'entéro-colite dysentériforme, qu'on a aussi appelée « colite folliculaire », est sans contredit la forme la plus répandue des entérites infectieuses du premier âge, et aussi celle qui est la plus spéciale à cet âge. En dehors d'elle on observe chez les enfants du premier âge des entérites et colites très variées. Quelquefois un enfant tombe malade avec une élévation thermique plus ou moins marquée, avec quelques vomissements et des selles dyspeptiques ou aqueuses qui deviennent dans les jours suivants glaireuses et peuvent contenir plus ou moins de sang ou de pus ; la température s'abaisse le lendemain ou le surlendemain, reste subfébrile pendant plusieurs jours

encore, puis devient normale ; en même temps les selles s'amendent, et vers la fin de la première semaine la guérison est complète. Depuis cette forme bénigne jusqu'aux formes graves et mortelles que j'ai décrites plus haut, on observe toutes les transitions. Quelquefois, après une invasion très brusque, l'état s'améliore très rapidement et guérit au bout de quelques jours. Dans d'autres cas, une fièvre très élevée persiste pendant plusieurs semaines, et l'enfant peut prendre d'emblée l'aspect intoxiqué du choléra infantile ; ou bien il présente les vomissements intenses et les diarrhées profuses et aqueuses de la gastro-entérite aiguë. Les selles peuvent être simplement dyspeptiques, de sorte que rien ne révèle leur nature infectieuse, que l'on ne découvre que par leur contagiosité ou parce qu'on les observe pendant une épidémie. Il existe aussi des formes subaiguës et même chroniques, qui peuvent faire des rechutes.

L'*étiologie* de toutes ces formes d'entérite est très discutée. Il y a, dans leur nombre, des cas de dysentérie et de fièvre paratyphoïdique qui sont quelquefois difficiles à reconnaître, et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure. Certains auteurs leur attribuent *toutes* les entérites et entéro-colites du premier âge, ce qui est inexact ; nous croyons même qu'ils n'entrent en ligne de compte que pour une minorité de cas. Ceci établi, il faut reconnaître que nous ne savons rien de précis sur la bactériologie des autres entérites. On a primitivement cherché à les classer d'après la flore qu'on trouvait souvent en culture pure dans les selles des malades. C'est ainsi qu'on a accusé le proteus, le bacille perfringens, le bacille pyocyanicus, le staphylocoque, et surtout le strepto-entérocoque et le colibacille. On a supposé que ces germes parviennent dans le tube digestif du nourrisson par le lait, provenant soit d'une mastite des vaches, soit d'une souillure par les matières fécales de cette dernière, soit d'une contamination fortuite que le lait a pu subir. Cependant il n'existe aucune preuve certaine de l'action pathogène de ces germes, qui est plus que douteuse. Elle ne se discute plus, au fond, que pour le colibacille, dont nous connaissons les très nombreuses variétés qui peuvent très bien prendre un caractère pathogène. C'est ainsi qu'on a provoqué une entérite très grave par l'ingestion de colibacilles faite dans un but thérapeutique ; d'autre part, un auteur allemand (Finkelstein) relate qu'il a déterminé des diarrhées purulo-sanguinolentes sur des jeunes veaux auxquels il avait fait ingérer les cultures de colibacilles provenant de selles de nourrissons humains bien portants et élevés exclusivement au sein. C'est au colibacille qu'on a en effet attribué avec le plus de vraisemblance l'entéro-colite dysentériforme, qu'on a souvent appelée coli-colite ; on ne sait cependant rien de précis à ce sujet.

A côté de l'entéro-colite dysentériforme, il nous reste à mettre en relief, dans le grand nombre un peu confus des entérites infectieuses, quelques formes cliniques plus ou moins bien différenciées. C'est ainsi que nous observons quelquefois *des entérites dans le décours de la rougeole, de la pneumonie et d'autres maladies infectieuses.* Il peut s'agir dans ces cas d'une infection hématogène, due au germe qui a provoqué la maladie primitive, mais il y a souvent aussi infection secondaire ; c'est ainsi qu'on a décrit de petites endémies d'entérites survenues pendant une épidémie de rougeole, qui étaient dues au bacille dysentérique.

Il existe une *entérite septicémique*, et Czerny décrit une *gastro-entérite septicémique primitive*, qui frappe les enfants des premières semaines et serait due au streptocoque, pneumocoque ou bacille de Friedländer, serait contagieuse, se présenterait cliniquement avec des signes de diarrhées violentes, de pétéchies et de collapsus, et anatomiquement avec des lésions intestinales profondes et très étendues ; son pronostic est très sombre.

On connaît aussi l'*entérite grippale* ou grippe intestinale, évoluant seule ou étant précédée ou accompagnée de catarrhe des voies aériennes. Bernheim-Karrer (de Zurich) relate une petite endémie de ce genre, dans laquelle les enfants eurent pendant plusieurs jours des selles glaireuses, avec du pus et du sang, comme dans la dysentérie. Tout récemment (Soc. de Pédiatrie de Paris, 16 décembre 1924) Ribareau-Dumas a décrit une épidémie de grippe qui a pris chez les nourrissons l'aspect du choléra d'été. On a aussi rencontré une association entre la grippe et la dysentérie. Dans d'autres cas, la grippe intestinale se présente sous la forme d'une dyspepsie subaiguë.

Il nous reste à mentionner les grandes infections spécifiques du tube digestif à étiologie connue. Nous ne nous arrêterons pas à la description du *vrai choléra* qu'on ne rencontrera que pendant les épidémies et qui sera diagnostiqué et traité d'après les règles générales.

La *fièvre typhoïde* est rare. Quelquefois elle ne se manifeste que par de la fièvre, sans autres symptômes cliniques, et même, paraît-il, éventuellement sans lésions anatomiques. Dans d'autres cas il y a des troubles digestifs, des tuméfactions de la rate, des taches rosées (qu'on trouve d'après Marfan dans 50 p. cent des cas) ; on rencontre des selles muco-hémorrhagiques, des

accidents cholériformes, des réactions méningées; la perforation et les hémorrhagies intestinales sont extrêmement rares. D'après les auteurs, le pronostic serait grave. Il me semble probable qu'il le devient principalement à la suite de la sous-alimentation thérapeutique qu'on a l'habitude d'instituer dans ces cas, et qu'on l'améliorera beaucoup en garantissant à ces enfants une alimentation rationnelle et suffisante.

L'*infection paratyphique* doit toujours être recherchée. Elle peut revêtir l'allure d'une gastro-entérite aiguë, d'une entérite cholériforme, d'une fièvre typhoïde ordinaire et quelquefois d'une septicémie.

A titre d'exemple, je citerai le cas d'un enfant de 15 mois, atteint de cette maladie, que nous soignons en ce moment dans notre service. La maladie débuta dix jours avant l'admission, avec une fièvre insidieuse, de l'anorexie et quelques selles glaireuses. Il y eut une amélioration passagère, puis trois jours avant l'admission, la fièvre remonta brusquement et resta élevée. Les selles devinrent liquides.

A l'admission, l'aspect général de l'enfant fit plutôt songer à une méningite. Mais la ponction lombaire ramena un liquide normal, puis — le quatorzième jour de la maladie — des taches rosées apparurent, le sang agglutina le paratyphus B à 1 : 200 — plus tard, à 1 : 2000 ; l'hémoculture y démontra le même bacille, tandis que l'examen des selles et de l'urine fut négatif. Après une semaine de fièvre en plateau et d'une somnolence assez marquée, l'état s'améliora ; la fièvre tomba lentement, avec de grandes rémissions, et dix jours plus tard, le vingt-sixième jour de la maladie, la température fut normale.

La *dysentérie du nourrisson* forme un chapitre des maladies infectieuses du tube digestif du premier âge, qui est encore insuffisamment travaillé. Il y a déjà longtemps que des auteurs américains attribuaient à la dysentérie le plus grand nombre des cas de diarrhée estivale du nourrisson. La question a été reprise en Allemgne pendant la guerre, où des épidémies de dysentérie régnaient en beaucoup d'endroits et ont pu être étudiées dans un grand nombre de services cliniques. Le diagnostic n'est pas facile, étant donnée la difficulté avec laquelle on dépiste les bacilles dysentérique ; il paraît cependant que le résultat des recherches bactériologiques est beaucoup meilleur là où l'on dispose d'un outillage bactériologique approprié dans le service même, qui permet de pratiquer les ensemencements immédiatement après l'émission des selles ; dans ces conditions, on a obtenu jusqu'à 75 p. cent de résultats positifs. L'agglutination, qu'on peut rechercher à partir de la fin de la première semaine, ne s'obtient qu'irrégulièrement chez le nourrisson. Un auteur l'a déjà rencontrée chez des enfants de 9 et 11 semaines et prétend qu'après 6 mois les nourrissons forment des agglutinines au même titre que les adultes. D'autres ne l'ont cependant obtenue que dans 10 p. cent des cas, et généralement on se fie peu à cette recherche, qui donne des résultats trop inconstants. Dans ces conditions on est réduit à s'en tenir aux symptômes cliniques d'une partet à la contagiosité des cas de l'autre, ce qui est peu satisfaisant quand on admet qu'il existe d'autres entéro-colites contagieuses qui ne sont pas de nature dysentériforme. L'affection peut d'ailleurs aussi prendre l'allure clinique de toutes les autres formes d'entérite et de colite que nous avons décrites, et peut notamment aussi évoluer comme une simple dyspepsie fébrile, avec des selles hachées ne contenant ni amas de glaires, ni pus, ni sang. Dans ces cas ce n'est que la persistance de la fièvre et surtout la contagiosité qui mettront sur la bonne piste et inciteront à faire les recherches bactériologiques nécessaires.

Certains auteurs n'hésitent pas à réclamer pour la dysentérie toute l'entéro-colite folliculaire du premier âge. A tort, à mon avis ! Nous avons bien rencontré pendant les dernières années dans nos services des cas sporadiques de dysentérie, mais dans nos nombreux cas d'entéro-colite dysentériforme nous n'avons jamais trouvé de bacilles dysentériques, et l'agglutination est toujours restée négative, également chez les deux infirmières qui se sont infectées dans le service. Je crois donc que la dysentérie est plutôt rare, du moins dans notre région — et en dehors des épidémies. L'image anatomique, si je m'en rapporte aux protocoles d'autopsie qui ont été publiés, diffère d'ailleurs sensiblement de l'image si nette et régulière de la colite folliculaire. Les follicules solitaires et les plaques de Peyer peuvent bien être affectés à des degrés différents, mais aussi être tout à fait indemnes. On rencontre tous les degrés d'une inflammation diffuse, partielle ou générale, de la muqueuse du gros intestin et de la dernière partie de l'iléon, depuis la simple hyperémie, les petites hémorrhagies, les ulcérations superficielles jusqu'aux ulcères nécrotisants, profonds et très étendus. Il n'y a d'ailleurs aucun parallélisme entre les lésions anatomiques et l'allure clinique de l'affection.

***

Le *traitement* est sensiblement pareil pour toutes les formes d'entérite et de colite ; nous n'en indiquerons que les lignes générales. Il faut évacuer l'intestin, puis faire la réalimentation avec une nourriture *suffisante*, demandant au tube digestif un minimum de travail et com-

battant la putréfaction intestinale par la production de selles acides. On satisfait à la première de ces indications en mettant les enfants à la diète hydrique pendant le premier jour et en facilitant l'évacuation de l'intestin par des doses répétées d'huile de ricin (plusieurs fois, pendant le premier jour, une cuillerée à café) ou de sulfate de soude (à raison de 4 fois 0 gr. 25 pour un enfant de 15 mois d'après MARFAN). Je ne vois pas l'utilité d'un lavage de l'estomac et je proscris catégoriquement les lavages d'intestin recommandés par la plupart des auteurs, après les avoir pratiqués assez longtemps pour m'être convaincu de leur inefficacité. Quant à la réalimentation, je ne puis assez recommander, du moins pour les enfants relativement jeunes ou affaiblis par des troubles digestifs précédents, l'emploi de lait de femme, qui nous a donné des résultats incomparablement supérieurs à tous les autres traitements. On en augmentera les doses assez vite pour arriver à une quantité suffisante vers le quatrième jour du traitement. Dans les cas très graves, on peut rcommencer par du lait de femme écrémé.

Quant à la réalimentation artificielle, aucune méthode ne donne des résultats satisfaisants. L'ancien procédé classique consistait à donner les premiers jours après la diète hydrique des décoctions farineuses à l'eau ; on les faisait suivre de doses croissantes de bouillies maltées — (pour obtenir des selles acides) ou de babeurre (pour éviter la graisse). En Allemagne FINKELSTEIN recommande de donner son lait albumineux, d'après les mêmes règles que dans la dyspepsie aiguë, c'est-à-dire en montant en quelques jours jusqu'à la ration totale. GOEPPERT préconise depuis longtemps un mélange d'une décoction de riz ou d'avoine avec du petit lait, à parties égales. Il commence avec 400 gr., monte en quelques jours à 800 gr., puis augmente les hydrates de carbone et remplace finalement le petit lait par du lait ordinaire. On aura des échecs avec chacun de ces systèmes. Le point capital est celui-ci, que, tout en tenant compte de la réaction intestinale, *il faut arriver à tout prix au bout de quelques jours à une alimentation suffisante ; rien n'est plus funeste que la sous-alimentation et l'inanition prolongées.*

Dans les dernières années nous avons employé, contre la fièvre paratyphoïde, des applications de bactériophage. Des deux cas que nous avons traités avec succès par cette méthode, je citerai le suivant qui est extrait de la thèse de Mlle BERG.

Balsi (Georges). Enfant de 4 ans, atteint de paratyphus B. Températures élevées, remontant chaque soir à 40°. Au début, l'état général est bon, mais le treizième jour de son hospitalisation l'enfant est devenu somnolent. Trois jours après, le 24e jour de la maladie, l'enfant, tout en étant moins somnolent, présente 39°5 le soir. On administre à l'enfant :

1 cmc. *per os*,
0.1 cmc. par voie sous-cutanée,

de bactériophage antiparatyphique. Le lendemain matin la température tombe à 37°2. L'enfant reste sans fièvre à partir de ce jour. Quitte le service complètement rétabli trois semaines plus tard.

Mais l'action heureuse du bactériophage est loin d'être constante.

Le traitement symptomatique ne présente rien de particulier et se fera d'après les règles connues. On combattra la dessiccation par l'ingestion ou l'injection de solution physiologique ou de solution de Ringer ; on calmera l'intestin par des doses croissantes d'atropine (4 à 5 gouttes d'une solution au millième, montant progressivement jusqu'à 5 gouttes et au-delà) ; on peut employer l'opium ou la papavérine par ingestion ou par suppositoire ; on donnera des astringents, des calmants et au besoin des cardiaques.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Sur l'emploi de la sonde à demeure.

D'après une leçon du professeur LEGUEU (1).

Par le fait du progrès, la sonde à demeure, qui était autrefois une panacée, a aujourd'hui des indications restreintes ; de plus, elle doit être employée avec des précautions nouvelles.

La sonde à demeure exerce d'abord une action de drainage, puisqu'avec elle cesse la stagnation et que les éléments septiques sortent facilement à l'extérieur. Puis, c'est un élément de protection pour le canal à la suite d'une plaie uréthrale ou d'une uréthrotomie interne, ou d'une plaie traumatique. C'est enfin un élément de décongestion prostatique, ou plutôt périprostatique puisque l'adénome est avasculaire. L'expérimentation prouve qu'une rétention d'urine ne saurait exister sans une congestion pelvienne. La sonde fait cesser la rétention et la congestion.

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker.

Enfin, — et surtout autrefois cette action était recherchée comme utile, — la sonde à demeure exerce une action analgésiante dans les cystites douloureuses qu'on ne voit plus aujourd'hui parce qu'on interrompt leur cours par une néphrectomie précoce.

Bien entendu, la sonde à demeure ne réalise ses bienfaits que dans certaines conditions. Elle doit être mise au point, et par conséquent surveillée par un infirmier ou une infirmière qui sache replacer la sonde lorsqu'elle s'est déplacée ; c'est pour cette raison que l'emploi à domicile de la sonde à demeure est généralement défectueux.

Cette sonde de drainage devient une sonde d'obstruction dans bien des cas.

La conde à demeure a des inconvénients et des avantages. Elle a beaucoup d'inconvénients, et de très sérieux. On doit l'incriminer dans la production des orchites après la prostatectomie. Si l'on supprime la sonde à demeure, ou si on l'annihile dans une large mesure, on voit les orchites disparaître, sans être obligé de faire cette ligature des canaux déférents qu'il faut toujours éviter dans la prostatectomie.

La sonde à demeure est capable de produire l'ulcération de l'angle de la verge, surtout les sondes dures qu'on employait autrefois.

Quand on laisse la sonde trop longtemps, il y a de la périuréthrite phlegmoneuse diffuse, puis la perforation de la peau et, comme conséquence, une fistule urinaire, ouverte en avant du scrotum, en arrière de la verge. Quelquefois même, il y a une perte de substance, qui nécessitera plus tard une autoplastie réparatrice. Cette question est fort bien étudiée dans le mémoire de M. Angel, paru en 1922, sur les *lésions de l'urètre* provoquées par la sonde à demeure.

C'est la grande lésion inconnue — ou méconnue parce que très souvent elle n'aboutit pas à l'ulcération — qui résulte de l'emploi de la sonde à demeure.

La sonde à demeure a encore l'inconvénient de pouvoir constituer dans certaines circonstances, non pas l'élément de drainage et de désinfection que l'on espère, mais au contraire une cause d'infection. La sonde est aseptique, mais l'urèthre n'est pas toujours aseptique. Dans les opérations gynécologiques, il ne faut pas employer la sonde à demeure.

Il convient de signaler également, parmi les conséquences fâcheuses imputables à la sonde à demeure, la production des incrustations intravésicales, des calculs. Voici le cas d'un malade qui a gardé une sonde à demeure pendant sept années. Il se servait d'une sonde molle qu'il changeait tous les huit ou quinze jours. Finalement ce drainage cessa de fonctionner ; on dut ouvrir la vessie, qui contenait trois énormes calculs. La lithotritie avait été au préalable tentée, mais il avait fallu y renoncer.

La sonde à demeure a perdu dans ces dernières années une partie de ses indications. Il y a des conditions dans lesquelles elles n'est plus légitime à l'heure actuelle. Ce sont d'abord les *infections urinaires*. Dans ce cas, le malade a de la fièvre, que l'on attribue à la résorption d'une substance urinaire ou microbienne. Alors, on pote une sonde à demeure, qui a une action de drainage ; la température tombe. C'est là une des premières indications de la sonde à demeure. Eh bien, à l'heure actuelle, on connaît la genèse de ces faits. Il est démontré que la plupart, sinon la totalité, de ces infections sont des poussées de staphylococcie dans le tissu de l'adénome prostatique. Au lieu de mettre une sonde à demeure, on pratique la cystostomie qui améliore immédiatement l'état du malade, et qui en même temps réalise le premier temps de la prostatectomie. En mettant une sonde à demeure, on retarde la solution du problème pathologique qui ne peut se trouver que dans la prostatectomie.

La sonde à demeure a perdu également les fausses-routes prostatiques, incident dramatique s'accompagnant d'uréthrorrhagie et de rétention. Dans ces cas on met encore une sonde à demeure. Il faudra désormais s'abstenir et de sonde à demeure et de ponction hypogastrique, et l'on pratiquera une cystostomie immédiate, inévitable, du reste, qu'il faudrait pratiquer quelques jours plus tard si on tentait un autre moyen ; il est donc préférable de faire la cystostomie d'urgence.

La sonde à demeure a perdu son emploi dans les *autoplasties uréthrales*. Les pertes de substance de l'urèthre peuvent se réparer avec de la peau, ou avec la muqueuse vaginale, ou avec l'aorte du chien, ou la saphène ou la jugulaire externe. Dans ce cas il faut se garder de mettre une sonde à demeure, parce que ce serait condamner l'autoplastie à un résultat déficient, défectueux ; il faut pratiquer une cystostomie.

Il ne faut plus employer la sonde à demeure dans les rétentions incomplètes avec distension. Même le sondage est répréhensible en pareille circonstance. Il faut une cystostomie.

La sonde à demeure ne doit plus servir dans les opérations gynécologiques, telles qu'une hystérectomie. Exception est faite pour les périnées, parce que l'urine peut s'insinuer dans la suture.

En somme, il faut supprimer la sonde à demeure quand elle n'est pas indispensable. Néanmoins, il lui reste des *indications*.

Des *indications uréthrales* : ce sont les grandes uréthrorrhagies causées par des petites lésions pour lesquelles on ne peut pratiquer une suture : rupture du coït, par exemple. Prendre un cystoscope et faire une cautérisation n'est pas toujours possible. Dans ce cas, la sonde à de-

meure n'est pas l'idéal comme asepsie, mais c'est la bouchon sauveur.

Après l'*uréthrotomie interne*, la sonde à demeure est nécessaire, pendant quelques jours ou heures, pour prévenir le frisson et la fièvre qui s'allume lorsque l'urine verse dans la plaie quelques éléments microbiens.

Il en est de même pour la préparation des uréthrotomies complémentaires. Une sonde à demeure laissée un jour ou deux diminuera la résistance du rétrécissement et permettra une dilatation.

Les *calculs de l'urèthre* constituent encore une indication de la sonde à demeure. Dans ces cas il est excessif de faire une uréthrotosmie périnéale pour un petit calcul que l'on sent par la palpation extérieure. Mettez une sonde à demeure, pendant 48 ou 36 heures ; au moment où vous retirerez la sonde, le malade urinera son calcul. Ici, la sonde à demeure évite une opération.

Des *indications vésicales* : après ou avant la *cystoscopie*, la sonde à demeure est nécessaire, pendant un jour et demi à deux ou trois jours ; pour ramollir et élargir le canal et permettre l'introduction aisée de l'instrument.

Après la *lithotritie*, il est imprudent de ne pas mettre une sonde à demeure.

Une autre indication vésicale de la sonde à demeure, ce sont les *hématuries de cause interne*. Par le fait de la décongestion, la sonde à demeure arrête l'hématurie, quelle qu'en soit la cause.

La grande indication de la sonde à demeure, c'est la *prostatectomie* ; avec la sonde à demeure, la plaie peut se fermer au quatorzième jour.

Pour prévenir les accidents, pour supprimer les inconvénients de la sonde à demeure, il faut, d'une manière générale, employer des sondes molles. La sonde doit être stérilisée à l'autoclave ou à l'eau bouillie. Tout autre procédé, notamment la stérilisation par le formol, est prohibée.

En employant une sonde molle, on se heurtera à une difficulté, parce que la sonde molle ne tient pas, se déplace : il faut plusieurs fois dans la journée la remettre en place. C'est une défectuosité, un inconvénient, mais une partie des grands inconvénients sera palliée par ce fait que ce n'est pas une sonde dure, mais une sonde molle.

Quand on est obligé de mettre une sonde dure, elle doit être de courte durée. On peut mettre une sonde dure pendant la nuit, mais il faut la retirer de midi à six heures.

Somme toute, après la prostatectomie, nécessité d'une sonde à demeure, impossibilité de guérir le malade vite sans cela, mais employer une sonde bouillie et molle, le plus souvent, ou des sondes dures pendant la durée la plus courte.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

L'HÉLIOTHÉRAPIE ENVISAGÉE COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE DE DÉSINTOXICATION TUBERCULEUSE.

Par M. OLIVIER,

Médecin assistant du Sanatorium des Escaldes,

et LEGRU

Interne du service.

La question de l'héliothérapie en matière de tuberculose pulmonaire a occupé plus particulièrement les auteurs durant les années qui ont précédé la guerre.

Il ne s'est trouvé, à cette époque, que peu de « dissidents » pour nier la valeur del'équation posée :

Héliothérapie naturelle : congestion du poumon tuberculisé.

Le visiteur, qui sans crainte de la contagion, osait s'aventurer dans les sanatoria, a gardé le souvenir de ces « pauvres malades » ! regagnant journellement leur cure nantis de ces trois armes défensives : la pélerine, les sabots et l'ombrelle !

Depuis, si tous les praticiens reconnaissent volontiers que l'humidité reste un danger pour le poumon tuberculeux, deux écoles bien différentes discutent encore « l'efficacité » ou la « non efficacité » des rayons solaires en matière de tuberculose pulmonaire.

Nous n'avons pas la prétention dans ce modeste travail, de vouloir trancher le « différend » qui subsiste encore entre ces deux écoles. Notre maître le docteur Hervé, médecin-directeur du sanatorium des Pins et de la station climatique des Escaldes, a, dans de nombreux ouvrages fort étudiés, défendu la cause de l'héliothérapie. Son dernier rapport au Congrès d'hydrologie de Bordeaux (1924), en collaboration avec notre collègue Roussel, a donné, comme il le fallait, toute l'ampleur voulue à cette intéressante question. Nous nous bornerons à exposer aujourd'hui, aussi clairement que possible, les résultats obtenus par le soleil *comme moyen thérapeutique de désintoxication tuberculeuse.*

Nous avons tenu à porter nos moyens d'investigation sur des cas de tuberculose pulmonaire unilatérale pneumothoracisée complètement, ou partiellement ; en éliminant bien entendu tous ceux chez qui le simple collapsus du

poumon a suffi pour marquer un grand pas dans l'arrêt du processus évolutif. Nous terminerons cet aperçu de la question par des observations de tuberculeux pulmonaires à lésions bilatérales, chez lesquels nous n'avions jusqu'à ce jour comme moyen de défense que la cure hygiéno-diététique stricte.

Nous ne rappellerons pas que la durée du bain solaire doit suivre une progression prudente. Les divers auteurs qui se sont occupés de la question ont déjà exposé en détail toute la technique et toute la conduite de la cure. Nous affirmerons seulement que ni l'élévation forte de la température, ni les différents signes d'une profonde intoxication (cachexie, teint surrénalien, albuminurie, entérite, insomnies, sueurs nocturnes, etc.) ne nous ont fait reculer devant l'exposition même prolongée aux rayons solaires. Nous contredirons enfin cette fable qui prétend que « soleil et altitude » sont deux générateurs d'hémoptysies tuberculeuses, car nous avons constaté ici par comparaison (précédemment sanatoria de Gorbio et de Feuillas), aux diverses périodes de la maladie, la rareté, pour ne pas dire l'absence, d'accidents hémoptoïques.

Les observations qui vont suivre et que nous avons tenu à faire aussi détaillées que possible, donneront les divers résultats obtenus, individuellement, car il est plutôt difficile d'en dresser un tableau général, tout, en tuberculose, étant « cas particulier ».

I. — Observations de malades à pneumothorax complet.

A. Observation I. — Monsieur Fi .. (Paul), âgé de 27 ans. Tuberculose droite rapide à forme broncho-pneumonique.

Brusquement en mars 1924, le malade s'alite avec forte température ; expectoration muco-purulente abondante ; pas d'hémoptysie.

L'analyse des crachats ainsi que les signes d'auscultation permettent cependant de poser un diagnostic certain.

Entré au sanatorium des Pins, le 24 avril 1924. Le pneumothorax artificiel droit est pratiqué le jour même. L'insufflation poussée activement permet un collapsus complet du poumon tuberculisé. Malgré tout, la température se maintient très élevée, 38°5 le matin et 39°4 le soir. Céphalalgie, rachialgie, lumbago, rhumatismes articulaires ; urines rares sans traces d'albumine.

Le processus évolutif s'étant fait rapidement et la plèvre étant particulièrement irritée, le malade fait une crise de liquide d'emblée, sur le compte de laquelle on incrimine la persistance de la température Mais bientôt, il faut abandonner cette idée, car le niveau du liquide reste stationnaire et le malade n'accuse plus la moindre douleur pleurale.

La cure solaire progressive est instituée et cela encore une fois, malgré la température très élevée. Jamais il ne nous a été permis, mieux que dans le cas présent, de constater une chute « progressive » de celle-ci : si bien qu'après trois mois d'héliothérapie la courbe thermique est tombée de 38° le matin et 39° 5 le soir à 36° 7 le matin et 37°1 le soir. Notons en passant que le poids initial était de 65 kilogs.

Le malade fait un séjour aux Escaldes du 17 novembre 1924 au 14 avril 1925, sans que le moindre incident ne vienne entraver la crise héliothérapique régulière. Pour nous qui l'avons connu au début de sa maladie et qui l'avons vu partir, il n'est pas trop osé de parler d'une véritable « résurrection ».

Poids au départ 73 kil. 500. Tension à l'oscillomètre de Pachon 9-15. Température stable 36°7 le matin et 37° le soir. Peu ou presque pas d'essoufflement. En un mot, état général et local des plus satisfaisants.

Nous tenons à insister particulièrement sur cette observation fort intéressante ; dans laquelle l'amélioration obtenue nous permet de tailler la plus large part à l'héliothérapie ; car trois mois après la réussite d'un pneumothorax complet le malade se trouvait encore sous le coup d'une profonde et durable intoxication.

B. Observation II. — Monsieur C..., âgé de 26 ans. Il faut remonter en 1917 pour trouver le début de la maladie par une pleurésie séro-fibrineuse gauche, qui cède après ponction évacuatrice de 800 grammes de liquide.

Trois ans après, en 1920, une hémoptysie abondante se déclare. La recherche du B. K. pratiquée sur les crachats est positive. C'est d'ailleurs après cet examen que le malade entre au sanatorium des Pins en décembre de la même année.

Quatre jours après, son cas semblant redevable d'une cure en haute altitude, il part pour le sanatorium des Escaldes.

Après six mois de cure hygiéno-diététique, les lésions en évolution constatées à son poumon droit semblent ne s'être amendées que médiocrement et brusquement le malade fait un pneumothorax « spontané » droit avec épanchement consécutif rapide et abondant. Température 40°. Un première ponction est pratiquée. On retire six litres d'un liquide louche que l'on remplace par de l'azote.

On soumet alors le malade à la cure scolaire progressive. Celle-ci a pour premier effet de faire encore augmenter la température. Devant cette alternative, l'obligation d'une insolation journalière devient pénible au malade qui se refuse à la continuer. Sur les conseils du docteur Hervé, il s'y résout cependant. La pigmentation se fait rapidement.

Le liquide s'étant reproduit et ayant empli à nouveau la cavité pleurale (février 1922), une deuxième ponction est pratiquée. On constate cette fois, la présence d'un liquide purulent (donnant après examen bactériologique, un Gram négatif et deux réactions de Spengler et de Cépède positives tant qu'à la recherche du B. K.). La température toujours très éle-

vée, 39°5 le soir, les ponctions presque mensuelles (en particulier 28 janvier 1923, analyse bactériologique : réaction de Gram, néant ; réaction de Spengler : nombreux splitters : et février 1923 : réaction de Spengler : négative, et réaction de Gram : nombreux cocci) ; l'état du malade étant enfin toujours précaire, on s'en tient uniquement comme thérapeutique à la cure solaire intensive.

Les forces reviennent rapidement : l'appétit, d'abord nul, devient capricieux, puis normal ; le poids s'améliore et à sa sortie du sanatorium des Escaldes (6 mai 1925) on note : à l'auscultation, à droite un pneumothorax complet avec niveau de liquide non purulent stationnaire; donnant comme dernier examen bactériologique une réaction de Spengler et une réaction de Gram négatives. A gauche : légère induration du sommet et frottements à la base, vestiges de la pleurésie ancienne. Enfin, l'état général très satisfaisant prouve aisément la disparition totale de l'intoxication initiale.

II. — Observation d'un malade à pneumothorax partiel.

C. OBSERVATION III. — Monsieur D..., âgé de 20 ans. Début de la maladie en 1922, par pleurésies séro-fibrineuse droite, puis gauche. En juin 1923 : première hémoptysie ; amaigrissement, perte de l'appétit, légère fièvre vespérale, qui obligent le malade à une cure estivale en Limousin d'une durée de 4 mois. Une amélioration notable dans son état lui permet de rentrer chez lui au début de l'automne.

En mars 1924, une deuxième hémoptysie plus abondante que la première l'oblige à s'aliter et, à partir de cette époque, le malade voit ses forces décliner journellement et les symptômes d'intoxication apparaître.

Il entre au Sanatorium des Pins le 10 juin 1924. Là, malgré l'ancienne pleurésie double et pour enrayer surtout le processus évolutif rapide, on tente un pneumothorax artificiel gauche le 15 juin 1924. Les adhérences pleuro-pulmonaires nombreuses et tenaces ne permettent que la création d'une poche localisée à la base, entretenue cependant jusqu'au 16 juillet 1924 (le malade garde encore longtemps son gaz après l'abandon des insufflations).

Une légère amélioration est alors constatée : cependant le malade alité conserve le soir une température sensiblement supérieure à 38°. Durant les mois d'été au sanatorium des Pins, on le soumet, comme la plupart des malades, à la cure solaire progressive et l'on constate chez lui petit à petit des progrès très sensibles. A son départ du sanatorium des Pins, le poids (5 kil. de gain) prouve évidemment que l'appétit a suivi également une marche ascendante.

Séjour au sanatorium des Escaldes du 28 décembre 1924 au 13 avril 1925. L'amélioration dans l'état de santé du malade continue à se faire sentir. Pas un seul de ces « soi-disant » accidents dus à l'héliothérapie (congestion des lésions, hémoptysie, etc.). Bien au contraire, à son départ, on a pu établir de lui la fiche suivante :

A l'auscultation, à gauche : souffle cavitaire très localisé dans le lobe inférieur du poumon avec couronne périphérique de râles humides. A droite : quelques frottements pleuraux sous le sein.

Poids à l'arrivée, 68 kil. 150. Poids au départ, 70 kil. 900. Tension à l'oscillomètre Pachon : Arrivée : 9-16 ; Départ : 9-15. Température : matin 36°6 ; soir : 36°8.

Dans ce cas particulier, nous serons moins affirmatifs quant à la certitude du « seul » effet désintoxiquant de l'héliothérapie. Cependant, nous croyons fermement que l'action combinée des deux éléments (insufflation et soleil), a permis, en somme, de mettre sur pieds un malade pour lequel nous avions posé à son arrivée parmi nous un pronostic fatal.

III. — Observation d'un malade à lésions bilatérales sans pneumothorax.

D. OBSERVATION IV. — Monsieur de S....., âgé de 43 ans. Entre au sanatorium des Escaldes le 1er avril 1924 pour lésions pulmonaires diffuses bilatérales avec pertes de substance. Expectoration abondante (recherche du B. K. positive, 12 bacilles par champ microscopique). Asthénie. Courbature générale ; entérite rebelle. Amaigrissement progressif. Poids à l'arrivée : 56 kilogs. Température subfébrile, matin 37°, soir 38°.

Pour acclimater le malade à la haute altitude, on lui fait garder le lit durant une semaine. Huit jours après, on commence à pratiquer sur lui la cure solaire « progressive ».

La détente se fait attendre : l'amaigrissement est toujours marqué, car le malade n'accuse plus à la bascule médicale que 54 kilogs. Pas de chute de température, qui reste aux environs de 37 mais qui, contrairement à ce que nous avons constaté chez certains malades en traitement, en ce début de cure, ne monte même pas de quelques dixièmes de degré. C'est pourquoi l'héliothérapie est continuée d'une manière intensive. Au bout de trente jours, le malade insole tout le corps. La pigmentation se fait d'ailleurs rapidement.

Quatre mois après son arrivée, le malade a repris six kilogs. Les phénomènes d'entérite ont complètement disparu. Il mange maintenant au régime ordinaire et n'a jamais eu de ce côté là la moindre rechute. Poids 62 kg.. Température 36°8-37°4.

Les signes cliniques et radiologiques ont été plus longs à s'amender ; cependant, à l'heure où le malade quitte le sanatorium des Escaldes (15 juin 1925), on ne trouve plus qu'un seul foyer en évolution, en avant sous la clavicule gauche : foyer qui explique la persistance de l'expectoration pourtant moins abondante et ne contenant plus que « un B. K. tous le 25 champs microscopiques. »

Quatre à cinq heures d'insolation journalière ont permis au malade d'arriver u poids de 68 kilogs, à une température stable de 36°7 le matin e 37°2 le

✦✦✦✦

soir, et de laisser loin derrière lui tous les signes généraux ou locaux qui étaient pour nous à son arrivée au sanatorium la véritable signature d'une profonde intoxication bacillaire.

Quelles conclusions tirer de ce bref exposé d'un chapitre très restreint sur l'importance question de l'héliothérapie en matière de tuberculose pulmonaire ?

Les malades aux observations précitées, le cas échéant, pourront témoigner des bienfaits d'une pratique rigoureuse du bain solaire.

Pour nous qui les avons suivis et guidés, nous constaterons qu'il n'existe pas qu'un seul moyen thérapeutique efficace dans la lutte contre une maladie malheureusement trop fréquente et que le résultat appréciable, quelquefois longuement attendu, est subordonné à l'action combinée de plusieurs éléments.

Si le pneumothorax artificiel a permis à la tuberculose pulmonaire d'accomplir un grand pas dans la voie du progrès, il n'a pas pour cela détrôné la vieille thérapeutique hygiéno-diététique toujours d'actualité. Nous ne pensons pas qu'il puisse venir à l'idée d'un seul médecin phtisiologue de pratiquer cette intervention chirurgicale de longue haleine en vase « clos » et nous disons avec tous, que pour conserver intact ou même pour améliorer le poumon non collabé, sain ou suspect, il faut de l'air, beaucoup d'air. Nous ajouterons enfin que pour vaincre une intoxication bacillaire, si tenace parfois, c'est encore dans les rayons solaires que nous avons puisé le médicament le plus efficace.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications.

Le chancre mou, écrivent Ch. Nicolle et P. Durand , n'est pas un accident négligeable ; par ses complications ganglionnaires, en effet, il oblige souvent le malade à de longs séjours au lit, et son diagnostic n'est point aisé, à part le procédé barbare et dangereux de la réinoculation.

Cependant, des progrès manifestes ont été réalisés en ces temps derniers dans les méthodes d'isolement, de culture, comme dans le diagnostic et le traitement.

Les auteurs préconisent comme milieu leur gélose molle au sang déchloruré de lapin ; le bacille de Ducrey peut y vivre, non pas 48 heures comme dans les autres milieux, mais un mois et demi ; il est bon cependant de repiquer toutes les trois semaines.

L'intradermo-réaction de Reenstierna permet aux quelques gouttes d'émulsion du streptobacille de faire le *diagnostic* ; la réaction est spécifique, constante, pourvu que la lésion compte un certain nombre de jours d'existence ; elle est généralement d'autant plus nette que la lésion est plus ancienne.

Elle est précoce (les auteurs l'ont observée au 8e jour) et permet le diagnostic rétrospectif, même après dix années et plus.

Cette méthode est donc plus commode que les autres moyens de diagnostic ; elle doit entrer dans la pratique.

Quant au *traitement*, Reenstierna a utilisé le *sérum* de moutons ayant reçu dans les veines et à doses croissantes des émulsions d'abord mortes, puis vivantes de streptobacilles de plusieurs origines. L'immunisation, qui n'est pas exempte de dangers en raison des dernières doses très fortes, demande six semaines ; neuf jours après la dernière inoculation, l'animal est saigné à blanc. A ce sérum (anticorps spécifiques), l'auteur ajoute, à titre d'adjuvant, des émulsions de corps bacillaires typhiques, qui agissent comme pyrétogènes. Ce sérum complexe a l'inconvénient de déterminer, à la fois, la réaction fébrile forte que recherche l'auteur et une réaction locale, souvent violente. Ses effets thérapeutiques sont éclatants. Deux inoculations, faites à 3 ou 5 jours d'intervalle, permettent, dans presque tous les cas, d'obtenir en 5 ou 10 jours la guérison des bubons non incisés ou non ouverts spontanément.

Ch. Nicolle et P. Durand ont inoculé, par voie veineuse, un *vaccin* anti-streptobacillaire, et cela avec d'excellents résultats ; guérison en 12 jours pour des chances simples, en 17 jours pour des chancres accompagnés de bubons (ouverts ou non). Il y a une réaction générale constante, qui dure quelques heures. L'action du vaccin est surtout éclatante sur les bubons enflammés, même fluctuants, et non ouverts ; elle n'a pas empêché ceux des malades que la gravité de leurs lésions n'obligeait pas au repos, de poursuivre leurs occupations. Dès la première inoculation, les phénomènes inflammatoires s'amendent et rapidement, le bubon se résorbe, sans jamais s'ouvrir.

Il faut employer d'emblée des doses assez fortes (un cmc. à un cmc. de l'émulsion des auteurs) et monter à des doses fortes (2 et 3 cmc). Les inoculations seront pratiquées tous les deux ou trois jours ; trois à six seront généralement suffi-

santes. Sous peine de rechute, il faut prolonger le traitement jusqu'à guérison complète. (*La Presse médicale*, 27 décembre 1924.)

Les hémorrhagies intestinales chez le nouveau-né et leur traitement par la transfusion.

D'après le Dr Vignes, on observe quelquefois des nouveau-nés qui rejettent du sang par la bouche et par l'anus au cours de la première quinzaine qui suit la naissance. Tantôt ces hémorragies sont le seul accident qui se produise ; tantôt elles s'accompagnent d'hémorragies par le nez, les voies urinaires, l'ombilic, ou encore sous la peau.

L'hérédo-syphilis passe pour être une cause fréquente de cette affection ; mais, dans la plupart des cas cependant, la cause nous échappe.

Les lésions au niveau desquelles se produit le saignement, sont tantôt une hyperémie gastro-intestinale, tantôt une ulcération et plus spécialement une ulcération duodénale.

La description clinique de ces hémorragies tient en peu de mots : hématémèse, melæna, anémie, cachexie. La fréquence et l'importance des hémorragies sont variables ; certains cas tournent court, d'autres se prolongent, l'état s'aggrave avec mortalité. Celle-ci au total est de 50 %.

Dans les cas bénins, tenir l'enfant au chaud, diète hydrique, et frictions mercurielles même s'il n'y a pas de signe certain de syphilis. Pour les cas graves, sans essayer les médications hémostatiques, on aura recours à la transfusion sanguine. S'il y a gravité immédiate, l'injection sera pratiquée dans le sinus longitudinal supérieur, avec indication expresse de ne pas s'écarter de la ligne médiane, à l'angle postérieur de la fontanelle antérieure ; ne pas injecter plus de 20 cmc., et injecter lentement pour éviter une rupture des veines cérébrales supérieures à leur embouchure dans le sinus, dans la zone où, réduites à une simple couche endothéliale, elles sont particulièrement fragiles. Sur 10 cas de transfusion dans les 50 % graves, deux morts *in extremis.*

Dans les cas de moyenne gravité, la transfusion sous-cutanée ou intra-musculaire a été constamment suivie de succès.

En règle générale, choisir la mère comme *donor.* (*Journal des Praticiens*, 27 décembre 1924.)

Traitement de la coqueluche par les injections associées d'éther et de vaccin anticoquelucheux.

Le traitement de la coqueluche par les injections d'éther a été préconisé par Audrain, de Caen. Dans la clientèle privée, et sur un nombre suffisant de cas traités, il semble, selon M. Chevrel, que l'on observe environ 40 % d'insuccès notoires. Le vaccin anticoquelucheux donne également des résultats inconstants et qui ne sont favorables que dans 60 % des cas.

L'auteur, ayant expérimenté séparément l'un et l'autre traitement, a eu l'idée de les conjuguer et il se déclare très satisfait des effets obtenus.

Chez trois enfants pris au milieu de la période catarrhale, avant l'apparition des quintes, celles-ci ont été peu intenses, peu nombreuses (12 par 24 heures), et n'ont duré que dix jours. Sur quinze enfants pris au début des quintes, il a fallu de deux à cinq injections pour déterminer la guérison. Sur quarante enfants atteints de coqueluche intense et pris entre le dixième et le quinzième jour des quintes, l'auteur a enregistré 37 succès. Dix-sept enfants atteints de formes traînantes ont fourni autant de succès. Enfin, trois cas de coqueluche compliquée (pleurésie une fois, broncho-pneumonie, deux fois), ont également été guéris.

M. Chevrel injecte l'éther profondément à la dose unique d'un cmc., sauf chez les jeunes nourrissons (1/2 cmc.). Il injecte en même temps, mais dans un autre lieu, le vaccin à la dose d'une ampoule pour le néo-dmétys, et à des doses initiales moindres, mais progressivement croissantes pour le vaccin I. O. D. de Ranque et Senez. Ces injections sont pratiquées tous les deux jours.

« Je crois pouvoir dire que l'association des injections d'éther et des injections de vaccin constitue à l'heure actuelle le traitement le plus efficace contre la coqueluche. C'est la méthode qui jugule le plus rapidement la toux spasmodique et les vomissements. En quelques jours, elle stimule l'appétit, permet le sommeil et relève l'état général. Elle prévient les redoutables complications pulmonaires, et, si ces complications existent, elle constitue le meilleur moyen de les combattre. A tous ces titres, elle mérite d'être largement appliquée et je la recommande en toute confiance. » (*Gaz. méd. du Centre*, 15 mars 1925.)

Les accidents cardiaques de la lithiase biliaire et des cholécystites non calculeuses.

Pour M. Lian, la fréquence, la variété et l'importance des complications cardiaques de la lithiase biliaire ne sont pas appréciées actuellement à leur juste valeur.

Ces complications sont d'abord les syncopes et même le collapsus cardiaque, avec cette particularité que l'état lipothymique ou syncopal, au lieu d'être simplement bref et passager, peut constituer un véritable état de collapsus cardiaque très prolongé. On notera que la syncope n'est pas ici déterminée banalement par la souffrance, car elle s'observe dans des cas où la migration du calcul est silencieuse et le syndrome clinique de la lithiase assez peu marqué pour que des erreurs de diagnostic aient pu être commises.

On observe également des crises angineuses

qui occupent la première place dans le tableau clinique : là encore, le diagnostic causal ne s'impose pas. On le précisera en observant que les signes cardio-vasculaires sont absents ; qu'il existe un point vésiculaire et un point phrénique cervical droit douloureux ; que les urines peuvent contenir de l'urobiline, des sels et des pigments biliaires ; qu'un léger subictère apparaît dans les jours qui suivent la crise angineuse. Ces crises résistent à la trinitrine et au nitrite d'amyle ; elles cèdent aux applications chaudes sur la région vésiculaire, à la belladone et surtout à l'opium.

La lithiase biliaire peut encore être le point de départ du syndrome du cœur irritable, de tachycardie paroxystique, d'extrasystoles.

Enfin, l'insuffisance cardiaque peut exceptionnellement être la conséquence de la lithiase biliaire ou des cholécystites calculeuses.

Pour l'auteur, l'explication de ces faits doit être cherchée dans un mécanisme réflexe partant de l'irritation des nerfs vésiculaires et déterminant un ébranlement vagotonique, avec retentissement électif et intense sur l'appareil cardio-vasculaire.

« Quelles que soient les obscurités encore importantes dans cette question, il apparaît dès maintenant avec netteté que le rôle étiologique de la lithiase biliaire est trop souvent sous estimé ou méconnu chez les sujets qui consultent pour des troubles cardiaques. C'est là une erreur d'autant plus regrettable que le pronostic en est faussé, et qu'on se prive des excellents résultats susceptibles d'être fournis par les prescriptions thérapeutiques dirigées contre la lithiase biliaire » (*La Consultation*, mars 1925.)

Influence des injections sous-cutanées d'extrait splénique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.

Poursuivant ses recherches sur l'emploi des extraits spléniques dans la tuberculose, M. Bayle, de Cannes, a traité une série d'animaux (cobayes) par des injections hypermassives d'extrait de rate. L'auteur a constaté que : 1° les animaux traités sont morts toujours beaucoup plus tard que les témoins ; 2° l'amaigrissement des traités a été beaucoup moins rapide ; 3° le nombre des hématies des traités s'est maintenu très au-dessus de celui des témoins (parfois le double) ; 4° le taux de l'hémoglobine a été toujours supérieur chez les traités ; 5° chez les traités les lésions présentent du tissu fibreux tandis que chez les témoins elles sont caséeuses ; 6° dans les lésions des traités, les bacilles ont été beaucoup moins nombreux que chez les témoins.

L'auteur conclut que ces donné s expérimentales sont en plein accord avec les résultats cliniques qu'il a obtenus chez l'homme par le traitement splénique (rate de porc) dans toutes les formes de la tuberculose et en parfait accord aussi avec les expériences de Schröder. (*Archives internationales de médecine expér.*, Bruxelles, mars 1925.)

L'ulcère simple du grêle.

Parmi les causes souvent insoupçonnées de la péritonite aiguë, il faut citer la perforation de l'ulcère simple du grêle.

Cette affection aurait fait l'objet, au dire de MM. Oudard et Jean, de 56 observations légitimes.

L'ulcère siège habituellement sur la portion terminale du segment iléal de l'intestin grêle, assez loin du bord mésentérique, et préférentiellement sur le bord libre ; il est en général unique. Anatomiquement, les auteurs distinguent l'ulcère récent, aigu ; l'ulcère chronique ; et l'ulcère cicatrisé ou en voie de cicatrisation.

Cliniquement, l'ulcère non perforé naît et se développe sans se manifester par aucun symptôme propre. Dans 17 % des cas, on nota cependant quelques vagues signes abdominaux : douleurs localisées dans la fosse iliaque droite, pouvant provoquer l'idée d'une appendicite chronique ; ces douleurs surviennent quelques heures après les repas et s'irradient dans la région lombaire. On a noté parfois aussi de la diarrhée, de la constipation, une alternance de l'une et de l'autre. Des signes gastriques accompagnent habituellement les symptômes abdominaux : anorexie, dyspepsie.

Mais la perforation en péritoine libre détermine une très grave péritonite à évolution extrêmement brève, si l'on n'intervient pas. L'opération au cours de laquelle l'ulcère a été découvert et reconnu a donné 50 % de succès.

En d'autres circonstances, la symptomatologie est celle de l'occlusion intestinale aiguë.

Quelle est la pathogénie de l'ulcère du grêle ? Les avis diffèrent et rien de précis n'est actuellement acquis à ce sujet. On invoque le traumatisme : aucune observation n'apporte la preuve de cette cause. On cite encore l'irritation chimique par les sucs digestifs, explication peu vraisemblable quand l'ulcère siège à la fin de l'iléon. Egalement des troubles trophiques d'origine neuro-végétative : là encore, aucune preuve n'est apportée. Pas plus prouvée la théorie vasculaire (embolie artérielle, thrombose veineuse, stase circulatoire par rétrécissement de l'intestin ; dyscrasie sanguine). Les anomalies épithéliales de la muqueuse jouissent de quelque crédit. Mais c'est incontestablement la théorie inflammatoire qui rallie le plus grand nombre de suffrages.

Il est donc difficile de diagnostiquer un ulcère du grêle avant sa perforation, et ce ne sera qu'une découverte fortuite au cours d'une laparotomie exploratrice. La péritonite reconnue, sa

cause repérée, la meilleure technique paraît être l'excision de l'anse malade, préférable à la suture de l'ulcération ou à la fermeture du péritoine après toilette complète. Dans les cas désespérés, on extériorisera l'anse perforée. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, mars 1925.)

Péritonite aiguë généralisée.

Les mêmes auteurs, MM. Oudard et Jean, étudient pourquoi l'on meurt de péritonite aiguë généralisée, et comment on doit conséquemment traiter cette redoutable affection.

On meurt de péritonite parce que la génération médicale possède encore des notions complètement erronées sur la péritonite, représentée comme caractérisée cliniquement par la période préagonique : facies péritonéal, ventre de bois, vomissements porracés, dissociation du pouls et de la température. On meurt de péritonite parce que, sans diagnostic, on a mis en œuvre une thérapeutique médicale intempestive, telle que la purgation au début d'une appendicite méconnue... On meurt de péritonite parce que la thérapeutique nécessaire est mise en œuvre trop tard... On meurt de péritonite enfin parce que la technique opératoire est défectueuse.

Pour faire le diagnostic dès l'apparition de la maladie, on recherchera soigneusement la douleur abdominale brusque, marquant le début de la maladie, dramatique, syncopale, en coup de poignard, contemporaine de la perforation. Elle peut être moins violente mais ne fait jamais défaut. On vérifiera par l'inspection de l'abdomen que le malade est incapable de faire danser son ventre. La palpation révélera l'état de défense de la paroi toujours plus accentuée dans la zone la plus récemment envahie. Le signe du cri du péritoine ou signe de Jacob, douleur aiguë au moment où, la main ayant pu être enfoncée progressivement et sans douleur dans la paroi, on la retire brusquement. La percussion de la fosse iliaque gauche, de la région sus-pubienne, et de la région du foie, peut fournir des renseignements intéressants, si elle est faite légèrement, à main levée, l'oreille tout contre la main qui frappe. Le toucher rectal ne doit pas être négligé : il permet de reconnaître la douleur du Douglas.

Les vomissements sont constants, la constipation habituelle avec arrêt même des gaz, la dysurie habituelle quand le petit bassin est envahi. La fièvre, peu élevée, est en concordance avec le pouls.

Suivant les auteurs, on doit poser le diagnostic sur la trilogie : douleur initiale, contracture localisée avec défense, signe du cri du péritoine.

La péritonite chirurgicale est presque toujours d'origine appendiculaire ou résulte de la perforation d'un ulcus. Le diagnostic est à faire avec l'occlusion intestinale aiguë, les crises abdominales d'angor, les crises abdominales nerveuses (tabès), la colique hépatique, la pancréatite aiguë, la colique néphrétique, l'abcès sous-phrénique, les faux syndromes abdominaux au cours des affections thoraciques, les inflammations aiguës de l'ulcus gastrique.

Le traitement doit être chirurgical précocement. Pas de traitement médical qui fait perdre du temps. En cours d'opération, aucun lavage du péritoine, sauf le lavage mécanique au sérum physiologique pour chasser de nombreux et gros débris alimentaires ou fécaux. Il faut rechercher la cause de la péritonite et la traiter. L'opération correctement faite, on placera le malade en position de Fowler, on fera des instillations rectales à la Murphy de sérum glucosé ou salé, des injections d'huile camphrée et de strychnine.

La diète s'impose les premiers jours. En outre, soins de la bouche, bouillottes chaudes, calme absolu, lavages d'estomac chez les opérés qui vomissent ou font de la fièvre. (*Arch. de méd. navale*, 1925, n° 1.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les doses d'insuline

(MM. A. Desgrez, Bierry et Rathery. — *Académie de médecine* ; 5-5-1925.)

Une des difficultés de l'emploi de l'insuline en thérapeutique réside dans le dosage. Les auteurs américains ont proposé une *unité* physiologique, puis clinique, appréciée d'après le pouvoir hypoglycémiant de la substance chez le lapin.

MM. Desgrez, Bierry et Rathery estiment qu'il faut chercher à se rapprocher du dosage *en poids*, qui est celui d'usage courant en médecine. Ils font une critique de la titration par unités et ils proposent — pour la seconde fois, car ils ont déjà fait une communication antérieure sur ce sujet — d'homologuer la posologie de l'insuline à celle des autres médicaments. Selon eux, à la dose de 10 milligrammes déjà, une insuline doit être susceptible d'amener une baisse appréciable de la glycémie chez le diabétique.

Il existe, chez le diabétique, une dose *optima* d'insuline. Elle a besoin d'être déterminée de temps à autre, car elle varie un peu par suite des changements dans le régime et aussi des quantités d'insuline prises jusque-là par le malade.

Dans les cas de coma ou d'acidose grave, il faut donner assez largement le médicament.

Au début du traitement, en raison du rôle des facteurs individuels, il est sage de tâter la « réceptivité » des patients et de ne prescrire que de faibles quantités d'insuline.

La cachexie hémorroïdaire.

(M. Pierre MORNARD. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 3-4-1925.)

M. PAUCHET présente, au nom de M. Pierre Mornard, trois observations concernant des malades atteints d'hémorrhoïdes avec hémorrhagies répétées et abondantes. La multiplication des pertes sanguines avait entraîné chez ces sujets un état de cachexie générale accusé avec teinte jaune-paille des téguments, œdèmes, donnant l'aspect d'une tumeur intestinale maligne. L'opération des hémorrhoïdes (deux fois un White-head, une fois la ligature) amena la guérison au bout de peu de temps.

L'auteur conclut qu'il peut exister une cachexie hémorrhoïdaire capable de simuler la cachexie cancéreuse la plus avancée. Il importe de savoir la reconnaître, le diagnostic étiologique étant facile si l'on fait un examen complet du malade.

Les hémorrhoïdes saignent d'une manière différente des tumeurs. Le saignement y est une hémorrhagie de la défécation. Le sang part avec le passage du bol fécal, continue après ce passage, mais il n'y a pas de saignement en dehors de la défécation, ou de l'effort, si celui-ci détermine un prolapsus. Le saignement dans les tumeurs est une selle de sang. Le besoin d'aller à la garde-robe se fait sentir et le patient ne rend que du sang plus ou moins mêlé de glaires et presque sans matières.

Les hémorrhoïdes, même importantes, ne sont pas perceptibles au toucher ; on ne les sent que si elles sont enflammées ou thrombosées. L'anoscopie (appareil de Bensaude) permet de s'assurer de leur existence.

L'opération de choix est la ligature et, dans les formes graves, le White-Head. S'il y a anémie intense, faire la transfusion du sang.

L'avenir des trépanés.

(M. BÉRAUD, de Blida. — *Société de chirurgie* ; 18-2-1925.)

M. T. DE MARTEL, communique un rapport sur un travail de M. Béraud intitulé : 72 trépanations pour blessures de guerre traitées par la suture primitive ; résultats neuf ans après.

L'auteur conclut que le pronostic immédiat des blessures cranio-cérébrales lui paraît moins grave qu'on ne l'admet généralement. De même, le pronostic lointain, « l'avenir des trépanés » serait moins sombre qu'on ne l'a cru et qu'on ne le croit encore. Pour obtenir des résultats favorables, il faudrait un acte chirurgical précoce et complet, où la suture primitive tiendrait une place importante.

M. de Martel déclare partager une bonne partie des idées émises par M. Béraud, mais il estime que la statistique de ce dernier est trop faible pour que les conclusions tirées soient indiscutables. Il est possible que l'avenir des trépanés pour blessures profondes du cerveau ait moins de gravité qu'on ne l'a dit ; M. de Martel voit néanmoins, tous les ans, mourir des suites de leur blessure cérébrale des hommes qui semblaient revenus à une parfaite santé. La fermeture des plaies sans drainage n'évite pas de pareils accidents.

Comme Cushing et Sargent, M. de Martel pense qu'en chirurgie de guerre, ce n'est pas dans les formations de l'avant qu'il faut opérer ces traumatismes, hâtivement. C'est, au contraire, dans les hôpitaux spéciaux que les opérations cranio-cérébrales doivent être faites et par des chirurgiens ayant la pratique de la chirurgie cérébrale.

La cyphose douloureuse et l'épiphysite vertébrale de croissance.

(MM. Paul MATHIEU, MASSART et DUCROQUET. — *Société de chirurgie* ; 18-2-1925.)

Au nom de MM. Massart et Ducroquet et au sien, M. Paul Mathieu relate 8 observations de cyphose douloureuse, offrant la symptomatologie de la lésion décrite par Delahaye, dans sa thèse inspirée par Sorel, sous le nom d'épiphysite vertébrale de croissance. La radiographie donne des images qui se rapprochent de celles du mal de Pott et c'est, en effet, avec cette affection que l'épiphysite est souvent confondue.

— M. Etienne SOREL remarque que la plupart des malades qu'il a étudiés avec M. Delahaye et qui leur ont permis d'isoler l'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents avaient été envoyés dans leur service avec le diagnostic de mal de Pott. Actuellement encore, ces faits ne sont pas très connus et la même confusion se reproduit fréquemment.

Les lésions de l'épiphysite sont surtout marquées au niveau des lames épiphysaires. La cause du ramollissement osseux reste inconnue.

L'anesthésie au somnifène.

(M. SAVARIAUD. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1925.)

M. Savariaud a eu recours à l'anesthésie au somnifène dans une vingtaine de cas. Les avantages en sont réels ; malheureusement l'auteur a eu deux décès par congestion pulmonaire, que l'état de sommeil dans lequel sont plongés les malades après l'opération semble favoriser. Les inconvénients de ce mode d'anesthésie sont connus : agitation des opérés, qui commence vers la huitième heure, abolition de la conscience durant cet état post-anesthésique, prédisposition peut-être à la congestion pulmonaire. La question a donc besoin d'être étudiée plus à fond. Un autre inconvénient est lié à l'injection de scopolamine, faite préalablement à l'injection de somni-

fène. La scopolamine est très congestionnante et prédispose aux hémorrhagies.

— M. Anselme SCHWARTZ reproche principalement au somnifène la somnolence post-opératoire qui dure deux ou trois jours, empêchant d'apprécier nettement l'état de l'opéré.

La localisation des tumeurs cérébrales par les injections colorées intra-ventriculaires.

(M. DE MARTEL. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1925.)

Lorsque la localisation d'une tumeur cérébrale n'a pas été possible par les moyens cliniques et la radiographie, M. de Martel montre que l'on pourra se servir utilement quelquefois de l'injection de liquide coloré dans les ventricules, méthode proposée par Dandy.

En voici un exemple. Chez une malade atteinte de phénomènes d'hypertension intra-cranienne sans aucun symptôme de localisation, M. de Martel pratique une ponction du ventricule latéral droit. Le liquide s'échappe en jet et on en retire facilement 30 cent. c., d'où la conclusion que ce ventricule est grand et distendu et qu'il ne doit pas exister de tumeur dans le côté cérébral droit. Après injection de bleu de méthylène mèlé à du liquide céphalo-rachidien dans le ventricule droit, on ponctionne le ventricule latéral gauche qui est trouvé également distendu. Le liquide retiré est coloré, d'où cette seconde conclusion que les ventricules communiquent et qu'il n'y a probablement pas de tumeur cérébrale gauche. La ponction lombaire donne un liquide sans pression et incolore, amenant à une troisième conclusion, confirmée par l'examen anatomique : tumeur de l'étage inférieur du crâne.

Sérothérapie et vaccinothérapie de l'anthrax.

(M. ALGLAVE. — *Société de chirurgie* ; 4-3-1925.)

M. Alglave rapporte une observation d'anthrax des lèvres guéri à la suite d'une seule injection de sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. Depuis 5 ans, l'auteur a vu déjà un nombre assez important de cas dans lesquels la sérothérapie en question a amené la guérison rapide d'anthrax. Le sérum de Leclainche et Vallée est injecté à la dose de 10 cent. c., deux ou trois fois, s'il y a lieu, à quarante-huit heures d'intervalle. On y associe seulement le pansement humide simple ou collargolé, après nettoyage des téguments.

La sérothérapie a, sur la vaccinothérapie, l'avantage de ne provoquer ni malaise, ni réaction fébrile.

— M. AUVRAY est resté fidèle au vaccin de Delbet dans le traitement des anthrax. Il l'a employé chez les diabétiques et les résultats qu'il en a obtenus ont été excellents. Dans son service, depuis qu'il use de la vaccination systématiquement, il n'opère pour ainsi dire plus d'anthrax. Le traitement, il est vrai, entraîne souvent une douleur assez désagréable au point de la piqûre et parfois des réactions générales assez violentes, sans suites sérieuses. M. Auvray est tout disposé, d'ailleurs, à essayer le sérum de Leclainche et Vallée, s'il donne des réactions moins vives.

— M. BRÉCHOT a recours de préférence actuellement, dans les cas ordinaires, à des sérums et vaccins à réactions plus modérées que celles déterminées par le vaccin de Delbet.

Sur le traitement de l'obésité.

(M. FRANCIS HECKEL. — *Société de pathologie comparée* ; 10-3-1925.)

M. Heckel présente une étude sur le traitement de l'obésité et il insiste en particulier sur les préjugés qui ont cours, à son avis, en cette matière.

L'exercice, qui est habituellement recommandé aux obèses, lui paraît, au contraire, contre-indiqué, pendant la première période de la cure, durant la phase d'amaigrissement. Les gras ont généralement des troubles du foie et de la circulation et des troubles de l'élimination urinaire, qui s'opposent à l'exercice. A la fin de la période d'amaigrissement, ce moyen peut devenir utile, sous des formes déterminées (sports, bicyclette, provoquant une certaine fatigue générale, sans surmenage toutefois). L'auteur rejette le massage qui ferait plutôt engraisser que maigrir, sauf un peu de massage esthétique, de la face par exemple : il n'amaigrit pas, mais est susceptible de donner quelques réactions circulatoires favorables. La thyroïdine est utile, même dans l'obésité non thyroïdienne et, s'il est bon de surveiller ces effets, il ne faut pas la redouter.

M. Heckel montre que les obèses maigrissent surtout par le régime. Seuls, les régimes alimentaires médicalement choisis, combinés avec le repos et plus tard l'exercice, restent les armes efficaces auxquelles ne résiste dans la pratique aucun type d'obésité.

Le régime doit être suivi tous les jours avec rigueur, tant que dure la cure. Il sera principalement carné et l'on ne craindra pas de donner de la viande aux deux repas chez ces sujets dits arthritiques. Pour guérir un trouble dont les origines tiennent avant tout à un excès de bien-être, de gourmandise et de paresse, il faut s'imposer autant de sacrifices qu'on a eu d'agréments pour engraisser. Il est bon de demander à l'obèse de faire lui-même une courbe de son poids en inscrivant son alimentation journalière en face des résultats obtenus : il lui sera plus facile alors de se laisser convaincre. On variera le régime assez fréquemment pour ne pas le rendre décourageant, et le médecin le surveillera régulièrement. Les maisons de régime ont leur utilité, principalement pour les sujets dont la volonté est insuffisante.

L'hygiène en France.

(M. RENÉ MARTIAL. — *Société de médecine de Paris* ; 28-2-1925.)

M. Mosny a lancé un jour cette boutade, que l'hy-

giène en France est une façade. M. René Martial, plus sévère encore, déclare que derrière cette façade, il y a bien quelque chose. Quoi ? Le néant, le chaos.

L'auteur rappelle les trois projets de réforme de l'hygiène les plus récents : celui de M. P. Strauss, celui de l'Académie, celui de M. René Martial publié dans le *Concours médical*, tous trois datant de 1921. Le projet Strauss est combattu par une bonne partie des techniciens de l'hygiène. Le projet de l'Académie, trop coûteux, ne paraît pas absolument complet. Le projet de l'auteur, on se le rappelle, est régionaliste et présente le schéma suivant : cellule départementale avec, à la base, le syndicat médical départemental.

P. L.

Les Congrès

IIIe Congrès International de médecine et de pharmacie militaires

(*Suite*) (1)

Evolution et traitement des arthrites traumatiques.

Cet important travail comprend deux grandes subdivisions qui, après entente préalable des rapporteurs, ont été traitées de la façon suivante :

1° *Evolution et traitement de s arthrites traumatiques succédant aux traumatismes fermés* (DERACHE et VONCKEN) ;

2° *Evolution et traitement des arthrites traumatiques succédant aux plaies articulaires.* (ROUVILLOIS et MAISONNET).

Nous allons résumer d'abord le travail français, qui comprend quatre chapitres principaux : historique, évolution, traitement et adaptation de ce traitement aux conditions du transport et des évacuations.

Le premier chapitre, consacré à l'histoire des arthrites traumatiques, nous fait faire un rapide retour à l'époque préantiseptique, qu'illustrent les noms de Percy, Moreau, Larrey, Dupuytren, Baudens, qui durent leurs succès à leur magnifique virtuosité opératoire, mais pour qui l'amputation restait trop souvent la ressource suprême, l'*ultima ratio* contre l'affection articulaire.

La résection, vers la deuxième partie du XIXe siècle, entra dans la pratique de la chirurgie de guerre, à la suite des travaux de Baudens et des efforts que fit Percy pour la vulgariser.

Elle jouit d'une vogue considérable chez les chirurgiens allemands et américains (guerre de Sécession, guerre de 1870-71) ; mais déjà les opérateurs français, suivant les sages conseils de Legouest, Gaujot, Spillmann et Sédillot, se montraient plus discrets dans leurs interventions : les insuccès trop fréquents étaient dus à l'ignorance où on se trouvait encore des causes véritables de l'infection, et ce n'est que pendant la guerre russo-turque de 1877-1878 que, l'antisepsie ayant pris naissance et étant appliquée d'une manière correcte et systématique, fut franchie cette étape décisive qui nous amène à l'ère chirurgicale moderne.

On vécut jusqu'en 1914 sur la notion de la bénignité relative des plaies produites par les projectiles de guerre de petit calibre (la balle humanitaire), et il fallut les enseignements de la grande guerre pour estimer à leur valeur les redoutables complications avec lesquelles les chirurgiens du XVIIIe siècle avaient lutté infructueusement et dont la réapparition soudaine et massive faillit ramener le règne de l'amputation primitive.

Heureusement, on fit bientôt la distinction fondamentale entre les blessures par balles et par éclats d'obus et, pour ces derniers, l'arthrotomie primitive de Baudens, secourue cette fois par une asepsie rigoureuse et la technique d'Ollier, apporta des résultats satisfaisants, jusqu'au jour où la méthode nouvelle de l'Ecole française, de l'excision des tissus contus, avec extraction des corps étrangers, et toilette de la plaie et du squelette, permit enfin, selon les cas, la fermeture de la synoviale et des plans superficiels sans drainage.

On revint ainsi à une chirurgie plus conservatrice ; et les plaies articulaires, mises à l'abri de l'infection, demeurèrent seulement soumises aux complications d'ordre mécanique et réactionnel qui entraînent les séquelles plus ou moins importantes régies par l'évolution biologique commune à toutes les plaies.

Cette évolution générale fait l'objet du second chapitre, consacré à la description des trois périodes qu'on peut envisager dans le cycle d'une plaie articulaire, depuis la blessure jusqu'à sa guérison plus ou moins parfaite.

C'est d'abord la période primaire, correspondant aux premières heures après le traumatisme, où la mortification des tissus et des parois de la plaie intéressant les parties molles, la capsule articulaire, la synoviale et le squelette, peut, dans des cas exceptionnels, évoluer spontanément vers la guérison avec élimination des tissus mortifiés, mais, dans la presque totalité des cas, donne lieu à des complications redoutables, variables suivant la résistance des tissus atteints et la virulence des germes infectieux.

Ces germes aérobies et anaérobies, entraînés en effet par les aspérités du projectile, vont, après les quelques heures de latence qui constituent précisément la première période aseptique, se développer

(1) Voir *Concours médical* nos 20, 21 et 22 des 17, 24 et 31 mai 1925.

dans la plaie grâce aux conditions favorables réunies pour leur multiplication. L'infection prend donc naissance dans le milieu de culture idéal, et va gagner successivement en profondeur les parties molles d'abord, puis la synoviale, et enfin le squelette. L'arthrite est ainsi constituée, et l'épanchement articulaire lui-même consécutif au traumatisme va s'infecter à son tour, après avoir été le siège de phénomènes biochimiques du plus haut intérêt, bien étudiés par Leriche et Policard, Delbet et Fiessinger, Duval et Vaucher, etc.

La seconde période, de septicité, se déroule ainsi, et les auteurs étudient successivement le mécanisme intime de la pénétration des germes dans la cavité synoviale, le développement des deux formes cliniques principales d'infection : l'arthrite septique suraiguë qui n'est à proprement parler qu'une des formes de la gangrène gazeuse, et l'arthrite et ostéo-arthrite suppurée, due habituellement aux aérobies de la suppuration banale, à évolution insidieuse o u rapide, et susceptible, comme la précédente, d'amener des complications souvent mortelles.

Cette issue fatale peut être heureusement conjurée par un traitement chirurgical approprié. Infectée ou demeurée septique , la plaie articulaire peut, en effet guérir anatomiquement et fonctionnellement, soit d'une façon complète, soit le plus souvent avec des séquelles plus o u moins graves dont la constitution progressive remplit la troisième période évolutive.

Au cours de cette période, les auteurs envisagent successivement : 1° les réactions pathologiques tardives des tissus articulaires vis-à-vis du traumatisme et de l'infection ; 2° la formation des séquelles qui en est la conséquence (raideurs et ankyloses, articulations relâchées ou ballantes). Ces diverses réactions intéressent, bien entendu, aussi bien la synoviale que la surface articulaire elle-même et les tissus intermédiaires.

Quant aux séquelles, elles se rangent sous deux chefs : les raideurs et ankyloses, et les articulations relâchées et ballantes.

Les premières sont justiciables de la physiothérapie ou bien nécessitent une intervention chirurgicale ; elles ont été classées ainsi d'après la localisation anatomique, ou l'anatomie pathologique des lésions (Leriche et Policard) que l'examen clinique, aidé de la radiographie, permettra de préciser.

Les secondes constituent les véritables séquelles des plaies articulaires, et se traduisent par un excès de mobilité survenant après la résection, d'où le nom de résections ballantes que leur a donné Tavernier. Elles tiennent surtout à l'importance des dégâts osseux et musculaires, à des défauts de technique opératoire, ou enfin à l'insuffisance des soins post-opératoires. Elles présentent une gamme de formes cliniques allant de la simple laxité jusqu'à l'état ballant complet ; les auteurs précisent avec raison ces différentes formes pour nous permettre de comprendre le traitement qui peut être opposé à ces lésions.

Le troisième chapitre est consacré au traitement général de ces arthrites traumatiques consécutives aux plaies articulaires.

Il comporte des modalités différentes, appropriées aux trois périodes évolutives étudiées plus haut.

C'est d'abord la période primaire, le traitement prophylactique, de l'infection non encore déclarée. Les indications opératoires et le choix du procédé varient, bien entendu, d'après la nature et l'importance des lésions, selon qu'elles intéressent seulement l'articulation à l'exclusion du squelette, ou bien l'articulation et l'épiphyse seule, ou enfin l'articulation, l'épiphyse et la diaphyse.

On voit, que, pour traiter logiquement une blessure articulaire, l'arthrotomie simple ou avec esquillectomie intra-articulaire, la résection, ou l'amputation s'offrent au choix de l'opérateur. Ces trois sortes d'interventions s'appuient naturellement sur des principes généraux, tant pour la technique opératoire que pour les soins post-opératoires.

L'ARTHROTOMIE est le temps préliminaire de toute thérapeutique articulaire active : elle a pour but de permettre la toilette complète de la cavité articulaire, l'ablation des corps étrangers, l'hémostase parfaite de la surface cruentée, l'esquillectomie intra articulaire, enfin la suture minutieuse et hermétique de la synoviale, du surtout aponévrotique et des téguments. La tactique à observer au point de vue des réactions microbiennes sera exposée ultérieurement. La méthode de Willems, de la *mobilisation active immédiate*, constitue le complément précieux de cet ensemble thérapeutique, et les résultats obtenus grâce à lui comptent parmi les plus beaux enregistrés à la suite de l'application de la chirurgie articulaire des plaies de guerre.

La *résection primitive*, exécutée en suivant le plus fidèlement possible les préceptes d'Ollier, comporte des indications que l'expérience du chirurgien et la nature de chaque cas peuvent seules préciser. Cette opération a donné, comme on sait, des résultats assez beaux pour avoir droit de cité, non seulement parmi les opérations de nécessité, mais encore parmi les procédés de choix.

Quant aux *amputations primitives*, on ne les considère que comme interventions d'urgence, destinées à sauver la vie du blessé ; aussi ne sont-elles ici citées que pour mémoire, puisqu'elles ne rentrent pas dans le cadre des opérations préventives articulaires.

La seconde modalité du traitement curatif s'adresse à l'infection articulaire, et comporte, comme précédemment, des indications opératoires et le choix d'un procédé, suivant le type clinique observé ; et une technique appliquée suivant des principes généraux, ainsi que des soins post-opératoires.

Ici encore, les indications seront fournies par la nature même de l'infection. L'amputation d'urgence, en cas d'arthrite septique à allure suraiguë, ne suffira pas seule, le plus souvent, à sauver le blessé ; débridements larges au bistouri et au thermocautère, sé-

rothérapie à haute dose devront être employés systématiquement.

Ne s'agit-il que d'une arthrite suppurée, des mesures moins radicales s'imposeront alors, et l'arthrotomie, la résection, permettront d'obtenir un résultat le plus souvent satisfaisant : ce sont autant de cas d'espèce dont la complexité échappe à une analyse d'ensemble, et qui inspireront au chirurgien une conduite différente, suivant par exemple qu'il s'agit du membre supérieur ou inférieur (mobilité ou solidité surtout désirable), et qu'on a affaire à un travailleur manuel ou intellectuel dont les besoins physiques sont bien distincts. Amputation, arthrotomie, résection, constituent donc un trépied curatif aussi bien que préventif ; elles procèdent ici encore des mêmes directions, s'appliquent à juguler l'infection déclarée, à ménager au maximum l'appareil articulaire, musculaire et ligamenteux, en vue d'éviter l'impotence fonctionnelle ultérieure, les raideurs, les ankyloses, et les articulations ballantes.

Ces complications représentent en effet les véritables séquelles : un traitement systématique, appliqué judicieusement à chacune d'elles, doit leur être opposé.

Tout raccourci du présent rapport aurait le défaut de trahir la pensée précise des auteurs ; un rapide coup d'œil sur les indications et le choix des procédés va nous permettre d'estimer la complexité du problème.

D'abord, jamais de mobilisation tant qu'il persiste de l'inflammation dans la jointure ou son voisinage ; jamais non plus s'il existe des arrachements osseux ou périostés, des saillies périarticulaires qui limitent les déplacements normaux des leviers osseux. Par contre, la mobilisation restera à la base du traitement des raideurs articulaires, et on y adjoindra des moyens accessoires, tels que la balnéation chaude, l'air chaud, les bains de lumière, l'héliothérapie, les eaux thermales, les boues hydrominérales, l'électrisation, l'ionothérapie électrique, etc., etc.

Mobilisation progressive ou brusque, redressement brusque sous anesthésie, redressement par appareils plâtrés successifs, constituent la méthode assez longue et pénible, à laquelle on a donc recours pour vaincre les raideurs en position normale ou en position vicieuse. Quant aux ankyloses, complètes ou partielles, elles reconnaissent une cause telle qu'aucun procédé de mobilisation n'en saurait venir à bout ; il s'agit ici, en effet, de lésions à prédominance intra-articulaire contre lesquelles l'intervention seule peut avoir chance de succès. Les indications de l'intervention seront tirées de l'âge, de la situation personnelle, de la profession du patient, de l'état de ses muscles, vaisseaux, nerfs, téguments, de son état général. L'appréciation du déficit fonctionnel a une grande importance, d'autant qu'elle doit varier avec les sujets (position du membre ankylosé) ; deux éventualités pourtant constituent une indication opératoire formelle : l'ankylose de la mâchoire et l'ankylose bilatérale de la hanche. Pour le reste, chercher la mobilité au membre supérieur, la solidité au membre inférieur, respecter en général une ankylose en bonne position, et redresser l'ankylose vicieuse en bonne position.

Ce résultat désirable sera obtenu opératoirement par la résection classique, ou bien la résection avec interposition, ou enfin la résection suivie de greffe articulaire.

La première de ces interventions est aujourd'hui parfaitement précisée quant à ses indications ; les beaux travaux d'Ollier en ont fixé les possibilités, et elle ne se montre inefficace que dans certains cas où la disposition du périoste et des surtouts ligamenteux, la forme et le volume des épiphyses ne permettent pas d'obtenir une parfaite régénération et une solidité suffisante (hanche, épaule, genou). L'arthroplastie permet alors de remédier à certains de ces inconvénients et d'obtenir une véritable pseudarthrose dont les mouvements représentent ceux de l'articulation primitive. La nature même de la lésion, le doute qui peut exister sur l'asepsie du foyer, la localisation de l'ankylose guideront alors l'opérateur dans le choix du procédé d'élection.

Le chirurgien, au cours de son intervention, aura toujours en vue deux écueils à éviter : d'une part, une résection trop large, enlevant à l'article sa solidité, d'autre part, une résection trop économique, après laquelle la jointure reste solide, mais ne retrouve pas ses mouvements.

L'arthroplastie n'a encore été que relativement peu utilisée en France ; par contre, les chirurgiens américains et italiens en ont une expérience beaucoup plus étendue. Les auteurs la considèrent comme un procédé d'exception, mais qui offre une ressource précieuse dans certains cas bien déterminés et entre les mains d'opérateurs ayant une grande pratique de la chirurgie ostéo-articulaire.

Les articulations ballantes comportent des indications que les auteurs vont préciser maintenant et qui varient selon qu'il s'agit du membre thoracique ou abdominal.

Les articulations flottantes actives et accommodables du membre supérieur ne relèvent qu'exceptionnellement d'un traitement opératoire ; non accommodables, elles sont souvent susceptibles d'une retouche ; enfin, flottantes et passives, elles imposent toujours l'acte chirurgical.

Pour le membre inférieur, où l'obligation de la solidité est dominante, les indications opératoires sont toujours beaucoup plus étendues.

Quant à l'appareillage, il a pour effet soit de maintenir en rapport normal les segments osseux auxquels la contraction musculaire communiquera des mouvements physiologiques, ou, au contraire, d'immobiliser solidement l'articulation dans la position la plus favorable. Les appareils ont tous le même inconvénient de favoriser l'atrophie musculaire et d'être lourds, fragiles, gênants.

On doit donc, chaque fois que c'est possible, s'adresser de préférence aux méthodes chirurgicales, rangées sous deux chefs principaux : les plasties liga-

menteuses et musculaires : l'ostéosynthèse et la greffe osseuse d'autre part.

Les méthodes intéressant les parties molles sont pratiquées sous la forme des raccourcissements ligamenteux (Ollier) ou de la réfection capsulo-périostique de Vallas, et peuvent se compléter par des restaurations musculaires plus ou moins complexes, glissements, résections de cicatrices, transplantations, désinsertions, etc.

Les méthodes osseuses, l'ostéosynthèse en particulier, se réalisent par un fil métallique, l'enchevillement ou le vissage, selon le cas. La greffe sera entière, épiphysaire, restauratrice, ou bien ankylosante, destinée en principe, soit à procurer une néarthrose mobile, soit une ankylose incomplète ;ses résultats sont d'autant meilleurs que les indications en sont plus précises.

Ce sont là, du reste, des procédés parfois difficiles, donnant des résultats encourageants quand surtout les lésions sont peu accentuées ; la combinaison des différents procédés permet d'obtenir de cette chirurgie délicate le maximum de rendement.

Le chapitre IV de ce rapport étudie l'adaptation du traitement des plaies articulaires, de leurs complications et de leurs séquelles, aux conditions particulières de la chirurgie de guerre, c'est-à-dire au transport et à l'évacuation des blessés dans les formations chirurgicales de la zone des armées et de l'intérieur.

Ce transport inéluctable du blessé de guerre comporte des inconvénients préjudiciables au traitement et qu'il importe de réduire au minimum.

Ici encore les trois périodes primaire, secondaire et tertiaire précédemment décrites posent des indications précises et bien distinctes.

La nécessité du transport du champ de bataille à la première formation chirurgicale ne se discute pas, à condition d'être aussi rapide, confortable et sûre que possible. Muni d'un appareil adapté à sa blessure, le blessé articulaire arrive à la formation où, dans la presque totalité des cas, l'intervention chirurgicale immédiate s'impose ; elle sera efficace si la période aseptique n'a pas été encore dépassée, et si la synoviale a pu être hermétiquement fermée : nous avons vu en effet que la plaie articulaire n'est pas justiciable, comme la plaie des parties molles, du procédé de la suture primitive retardée ou secondaire. Une surveillance d'une dizaine de jours, exercée par le même chirurgien, la protection de la blessure par un bon appareil d'immobilisation interdisent donc l'évacuation précoce à longue distance.

Dès l'ouverture de la période secondaire, ces mêmes desiderata deviennent plus impérieux encore ; tout transport à longue distance n'est qu'un pis-aller et peut présenter les plus dangereux inconvénients.

Quant à la période tertiaire, elle se déroule dans les formations chirurgicales de l'intérieur du territoire et peut évoluer avec les garanties nécessaires, si le chirurgien traitant est bien en possession des documents cliniques de toute nature le renseignant avec précision sur la nature et l'évolution de la blessure ainsi que les différents traitements mis en œuvre jusque-là.

Ainsi se démontrent l'importance d'une véritable liaison chirurgicale entre tous les services de l'armée, la nécessité de confier le traitement des séquelles des arthrites traumatiques à des chirurgiens notoirement qualifiés, enfin le besoin de la création de centres de prothèse orthopédique et réparatrice dont une telle catégorie de blessés est appelée à tirer le plus grand profit.

(A suivre.)

Les Livres

Masson et Cie, éditeurs
Boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr Louis Dubreuil-Chambardel, président de la Société d'anthropologie de Paris.— **Traité des variations du système artériel. Variations des artères du pelvis et du membre inférieur**. (Un vol., Paris 1825.)

Continuant l'œuvre de son maître Le Double, M. Dubreuil-Chambardel, chef des travaux à l'Institut anatomique de l'Ecole de médecine de Tours, a entrepris l'étude et l'explication scientifique des variations du système artériel.

Il a dû pour cela se livrer à un travail patient et ingrat. Comme le fait remarquer le Pr A. Nicolas dans la préface du livre, les variations artérielles ne sont pas des anomalies ou ne sont tout au moins que des anomalies relatives que, jusqu'alors, on s'était contenté d'expliquer par des hypothèses au goût du jour. Le Chef des travaux anatomiques de Tours dans son étude a réalisé « une œuvre précieuse non seulement pour les anatomistes et les chirurgiens, qui y trouveront à côté des détails d'ordre systématique des avertissements suggestifs, mais encore pour ceux qui curieux de dépasser les faits, y chercheront matière à spéculation sur l'origine des variations ». Cette appréciation d'un maître de la compétence du Pr Nicolas, donne déjà une idée de la valeur de l'ouvrage.

Aux siècles derniers, l'étude des variations artérielles était nécessaire pour faciliter les interventions des chirurgiens et leur éviter de désagréables surprises. Winslow, Haller, Tiedmann, Scarpa, Lauth, Blandin, Malgaigne, Allan Burns, Monro, Cooper, Velpeau, R. Quain, J.-M. Dubrueil firent tour à tour sur pareil sujet de patientes recherches.

Depuis que les découvertes de Pasteur ont transformé la chirurgie, l'étude des vaisseaux a eu un

autre but, c'est de bien connaître les voies de suppléance possible des rameaux anastomotiques pour assurer, après une opération, la nutrition et le fonctionnement d'un organe et surtout d'un organe glandulaire.

Mais il ne suffit pas de classer les variations vasculaires, il convient d'en découvrir les causes.

L'influence des idées transformistes a fait rechercher au siècle dernier les origines des variations artérielles dans les différentes espèces zoologiques, plus ou moins voisines de l'homme.

Les anatomistes étaient persuadés que ces variations étaient une sorte de retour atavique. Ces idées firent faire de grands progrès à l'anatomie comparée mais n'expliquèrent guère l'origine des variations artérielles.

En outre, les animaux dont on étudiait le système vasculaire présentaient eux-mêmes des variations encore plus fréquentes que l'homme.

C'est l'embryologie qui a permis d'expliquer le plus grand nombre de variations artérielles. L'embryon a un système circulatoire au début très différent de celui de l'homme et ce système ne devient définitif qu'en passant par une série de transformations.

C'est l'arrêt à un de ces stades évolutifs qui, le plus souvent explique la variation artérielle. Ainsi la variation artérielle est le témoin, pour ainsi dire, des transformations que subit aux différentes périodes de la vie le système vasculaire.

L'hérédité joue un rôle dans les variations. Chez les jumeaux univitellins l'on a pu constater les mêmes variations dans le système artériel de l'un et de l'autre.

Il y a encore de nombreuses et intéressantes recherches à faire sur ce sujet, par exemple la fréquence des diverses variations artérielles selon les races.

Le Pr Le Double avaient, en de beaux traités, exposé les variations des muscles, les variations des os du crâne, de la face et du rachis. M. Dubreuil-Chambardel à l'instigation de ce maître, a entrepris depuis 1902 de poursuivre son œuvre en étudiant à l'Institut anatomique de Tours les variations des artères. Ce sont des centaines de cadavres qu'il a dû disséquer pour poursuivre ces recherches, et le volume qu'il vient de publier est le début d'un travail qu'il compte pouvoir compléter.

Nous ne pouvons ici même que simplement énumérer les variations étudiées par M. Dubreuil-Chambardel : ce sont celles de l'artère ombilicale, de l'artère iliaque et de ses branches, des artères du membre inférieur.

En parcourant les 271 pages de ce volume, l'on se rend compte du travail considérable qu'il a demandé à l'auteur non seulement par les dissections qu'il a dû faire mais aussi par l'accumulation, l'examen et la critique des documents bibliographiques.

Pareille entreprise laborieuse fait le plus grand honneur à l'Institut anatomique de l'Ecole de Tours où M. Dubreuil-Chambardel continue brillamment la tradition des Bretonneau, des Saturnin Thomas et des Le Double.

J. Noir.

Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Henri Leclerc. — **Les Fruits de France. Historique, diététique et thérapeutique.** Un vol. de 275 pages. Prix : 12 fr.

Parmi les auteurs contemporains, le Dr Henri Leclerc s'est réservé une spécialité à laquelle il est possible de dire que son nom est attaché : la phytothérapie, c'est-à-dire la place que tiennent, dans la thérapeutique, les plantes et leurs différentes parties.

Il semble que c'est pour lui que Verlaine a écrit le premier vers du sonnet bien connu :

Voici des fruits, des fleurs, des feuilles et des branches

De ces fruits, de ces fleurs, de ces feuilles... dites-nous quel parti, nous médecins, nous pouvons tirer.

Et comme Henri Leclerc est tout à la fois un praticien expérimenté, un érudit de marque, un fin lettré, comme vibre en lui une âme de poète, il use d'une langue charmante, agrémentée de citations puisées aux bonnes sources et d'anecdotes amusantes, pour nous apprendre tout ce que nous pouvons demander aux vertus trop peu connues des « simples ».

Le nouvel ouvrage qu'il vient de publier est consacré aux Fruits de France. Il les absoudra, ainsi que l'auteur l'indique dans sa Préface, des méfaits qu'on leur imputait et convaincra que, si beaucoup ont une capacité nutritive minime, aucun n'est susceptible bien au contraire, de nuire à l'organisme.

Et nous voyons défiler la Cerise, la Fraise, la Framboise, la Mûre sauvage, les Groseilles, la Prune, la Pêche, l'Abricot, le Melon, la Pomme, la Poire, la Noix, etc., etc., dont l'auteur nous apprend la composition, les vertus diététiques et les propriétés thérapeutiques, en même temps qu'il nous donne d'excellentes recettes pour les préparer *secundum artem.*

J'ai été fort intéressé par la lecture attrayante de ce livre, et j'y ai appris, je le reconnais, force notions que j'ignorais jusqu'alors.

Et puis, l'auteur l'a dédié à mon cher ami Louis Destouches, et ce m'est une raison de plus pour le tenir en particulière sympathie.

G. Duchesne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ASSURANCE-MALADIE, LES HOPITAUX ET L'ENSEIGNEMENT

Par le Dr Fernand Decourt.

La future loi d'Assurance-maladie pose d'infinis problèmes qui en font un véritable « *tournant dangereux* » pour l'art médical, la science médicale, l'exercice de la médecine — et par suite, la santé publique. Je voudrais examiner les données de l'un de ces problèmes qui me semble gros d'importance pour l'avenir : le résultat de la mise en œuvre de l'assurance-maladie sur les services hospitaliers, en fonction de l'enseignement de la médeine.

Voyons, tout d'abord, ce qui se passe à ce point de vue, à l'heure actuelle.

Pour cela, commençons par faire une distinctions, qui est primordiale à mes yeux pour pouvoir juger sainement des faits. De même que, dans les études secondaires, couronnées par le bachot, on distingue deux cycles : les classes de grammaire et les classes supérieures, de la 3e à la 1re — de même, dans les études pratiques que doit faire le futur médecin, on pourrait distinguer la clinique élémentaire, c'est-à-dire l'étude des éléments de diagnostic qui forment la base même de l'art médical et la clinique appliquée (je donne ce mot à tout hasard, peu importe), c'est-à-dire le cycle ou l'étudiant bien pourvu des éléments devient capable de s'élever aux finesses de diagnostic et aux derniers progrès enseignés, comme mode d'investigation médicale, de façon à devenir un médecin qui soit vraiment à la hauteur de sa tâche.

Or, je ne crois pas être démenti par beaucoup de praticiens, en disant que la clinique *élémentaire* est enseignée avec fruit en raison *inverse* de l'importance des centres hospitaliers et universitaires où se trouvent les jeunes étudiants qui débutent. D'où il ressort que c'est à Paris que ces derniers ont le plus de peine à s'instruire.

Dès la première année, en effet, ils doivent faire et avec raison, un *stage* dans les hôpitaux. Mais ce stage les « parque » oserais-je dire, dans quelques services seulement, ainsi que moutons au pré, tant est grande la foule de ces stagiaires infortunés, dont le nombre dépasse parfois la centaine dans un seul service de clinique. Là, sont censés les instruire, à la pratique médicale, des professeurs illustres que nos jeunes gens ne peuvent guère apercevoir que de loin, derrière la rangée de dos et de nuques constituée par les assistants, les chefs de clinique, les internes et les externes du service, plus les médecins venus en visite, les candidats aux concours des hôpitaux faisant leur cour à leur ancien patron, plus les étrangers, tous ceux que les jeunes stagiaires appellent irrévérencieusement les « métèques », etc... Que voulez-vous que fasse dans cette cohue la phalange des stagiaires obligatoirement enrôlés dans cette armée compacte dont ils sont les voltigeurs, n'osant pénétrer dans le gros des bataillons. Ceux qui veulent — quand même — travailler s'efforcent, avant et après la visite, de demander l'aide des externes, pour être initiés aux rudiments d'auscultation ou de palpation. Ils ont même parfois la chance d'avoir des conseils, des avis, de courtes leçons pratiques de l'interne de la salle, quand il arrive à celui-ci d'avoir un peu de temps de libre. Les stagiaires travailleurs parviennent ainsi à accrocher des bribes de science, de pratique médicale: ils apprennent non pas *parce que*, mais *malgré*... Les autres ? Ils font leur stage, c'est entendu : ils signent les feuilles de présence qui leur donnent droit aux « inscriptions » puis aux examens. Quant à la pratique médicale, hélas ! trop souvent il est à craindre, dans les débuts tout au moins, qu'il y ait de nombreux mois de perdus.

Par contre, dans les centres plus modestes (et il en serait de même à Paris si *tous* les services hospitaliers pouvaient recevoir des stagiaires, quitte à ce que les professeurs aient une cour moins importante), le stagiaire, dès le premier jour est pris en charge, pour ainsi dire, par le professeur de l'école et par les cliniciens des hôpitaux de la ville. A moins d'être d'une paresse crasse ou d'une inintelligence incurable, il est *forcé* d'apprendre les éléments du diagnostic, ainsi préparé, à faire, ou non, plus tard, un excellent médecin, suivant ses capacités personnelles.

Il ne faudrait pourtant pas tirer de ces prémisses des conclusions pessimistes. La plupart des jeunes stagiaires, en bons Français, pratiquent à merveille le système D et même, dans les gros services, savent se débrouiller pour apprendre quand même. Et cela par instruction *mutuelle*.

C'est celui qui est depuis plusieurs mois initié aux gestes primordiaux d'examens de malade qui montre au « bleu » la manière de faire. Et l'enseignement hospitalier s'installe peu à peu. Puis, le stagiaire travailleur devient externe ; il a son coin de service, ses malades à lui : il est sauvé. Désormais, il va pouvoir commencer à faire de la vraie clinique et profiter des leçons d'un « patron » parce que n'*étant plus stagiaire*, il passera dans un petit service où l'encombrement n'existe plus et où, le plus souvent *en dehors de la Faculté et de ses professeurs*, il pourra — enfin — étudier la pratique médicale.

En brossant rapidement ce tableau, qui ne m'apparaît que trop réel, je ne veux faire nullement ici la critique de nos maîtres de la Faculté. Ils ne peuvent guère faire davantage ; ils ne peuvent même faire quelque chose, avec les institutions actuelles. Ce n'est pas leur faute s'ils sont submergés par des flots montants de stagiaires dont ils ne peuvent — matériellement — s'occuper, en quoi que ce soit. Ce n'est donc pas les hommes qu'il faut ici blâmer, mais simplement les institutions et réclamer une véritable révolution dans les errements actuels de l'enseignement de la médecine à l'hôpital.

Et précisément cette révolution souhaitable, l'assurance-maladie, avec ses créations nouvelles de centres hospitaliers nombreux, essaimés peu à peu sur tout le territoire français, va la rendre possible, nécessaire même.

***

On compte sur une dizaine de millions d'inscrits à l'assurance-maladie. Avec les femmes et les enfants de chaque assuré, je crois que l'on peut tabler sur un tout autre chiffre, et que ces dix millions, mis en exergue dans le projet de loi, ne correspondent en rien à la réalité ni aux besoins à prévoir, au point de vue des services hospitaliers dont nous nous occupons ici spécialement. Quoi qu'il en soit, avec les progrès constants de la science, avec l'investigation clinique qui devient de plus en plus fonction de laboratoires (examens de liquides organiques, radios, réactions diverses, etc.) il va falloir que des *hôpitaux avec centres de diagnostic annexés* soient établis, pour le moins, dans chaque département, sans compter les sanatoriums, préventoriums et tout ce qui sera, peu à peu, reconnu utile en cet ordre d'idées. Il appartiendra donc aux Caisses d'assurances, non pas à chacune en particulier, mais aux *Unions de Caisses*, de créer ces centres techniques suivant l'importance de leurs ressources. Et ceci est d'ailleurs, expressément prévu déjà, dans le projet de loi (Chauveau) qui dit : Art. 26 « Les Caisses d'assurances peuvent effectuer leurs placements ... 2e ...... c) : en acquisition de terrains ou d'immeubles soit pour la construction ou l'aménagement d'*établissements de prévention ou de cure*, soit ...

Sans doute, de prime abord, on pourrait dire que, un peu partout déjà, existent des hôpitaux locaux ou régionaux où les Caisses peuvent, dès le début de leur fonctionnement, trouver les ressources techniques nécessaires pour les soins à donner à leurs malades. Elles pourraient même, au besoin, les subventionner, sous forme de prix de journée rémunérateurs, de façon à ce que ces centres se perfectionnent de plus en plus. Mais, dans tous ces cas, on ne songe pas au *personnel technique* qui devra être incorporé au fonctionnement rationnel de l'hôpital, si l'on veut que les soins donnés puissent, matériellement, être toujours à la hauteur de la science moderne et de ses perfectionnement incessants.

C'est ce qu'a fait magistralement remarquer notre ami Lenglet, dans un rapport détaillé qu'il vient de faire devant la *Commission de médecine pratique* de l'*Union des syndicats médicaux* dont il est le dévoué et infatigable secrétaire général. Je ne saurais mieux faire que d'extraire, de ce rapport, les remarques qu'il a faites sur ce point particulier. Je suis certain de lier ainsi une gerbe d'idées aussi précieuses qu'utiles à connaître, pour chacun de nous, alors que jusqu'ici on paraît ne s'être nullement préoccupé de cette question, et alors que, par contre, on jetait feu et flamme sur d'autres ...

Donc, disais-je plus haut, on ne songe pas assez, dans le fonctionnement de ces hôpitaux, à prévoir, dans un avenir proche, le personnel technique qui devra leur être assuré. Et cela, parce qu'à l'heure actuelle, ce personnel existe *de lui-même*, dans tous les grands hôpitaux qui sont, d'ordinaire, situés dans un centre universitaire. C'est ce que fait judicieusement remarquer Lenglet :

« En effet, dit-il, si les hôpitaux de très grandes villes paraissent actuellement satisfaire à l'idée qu'on se fait de leur fonction, ils le doivent au nombre considérable, exagéré, des aides de tout rang, de toute spécialité, qui apportent leur concours de jeunesse, d'énergie et d'enthousiasme professionnel aux chefs de service excédés par les besognes multiples qui les accaparent hors de l'hôpital. Enlevez à ces chefs de service la phalange qui les entoure et qui assure l'éclat de leur renommée, il ne restera d'eux que ce qui reste de tout praticien écrasé par sa besogne et incapable d'y satisfaire. »

Supposons que, dans les futurs services hospitaliers disséminés sur tout le territoire nous supprimions par la pensée (comme le fait le projet de loi qui ne songe nullement à ces contingences) les *étudiants*, que nous sommes habi-

tués à rencontrer autour des chefs de service et qui assurent les soins techniques journaliers, tant en ce qui concerne les observations de chaque malade, que pour les examens particuliers ou les interventions usuelles, telles qu'une injection intra-veineuse par exemple. Quelle sera alors l'existence du médecin d'hôpital dépourvu de tout personnel médical qui puisse le seconder dans son action technique journalière ? Ce n'est pas aux médecins qui, eux, ont *tous*, plus ou moins longtemps, vécu la vie d'hôpital qu'il faut poser une telle question. Nous savons trop bien que le confrère chargé d'une semblable fonction ne saurait la remplir, même s'il n'a qu'un nombre normal de lits dans son service hospitalier.

« Tout chef de serviece, dit Lenglet, doit être secondé par un personnel médical attaché à l'hôpital, expérimenté et ayant déjà une culture médicale importante. Que les personnes qui composeront ce personnel soient dotées du titre d'internes ou d'assistants ; qu'elles soient ou non pourvues du doctorat en médecine, importe peu pourvu qu'on les choisisse capables d'exercer une telle fonction. Il y aura donc un corps d'adjoints, internes ou assistants, ayant fourni des preuves de scolarité et de compétence, qui remplira, dans toute la France, cette fonction hospitalière spéciale. Cela représente, pour toute la France, 3 à 4 *mille futurs praticiens* attachés au service et s'instruisant au lit du malade dans des hôpitaux pourvus de toutes les ressources indispensables.

« Cette nécessité de l'existence d'un corps d'assistants appropriés à des fonctions nouvelles et précises, modifie toutes les bases de l'enseignement médical. »

On ne saurait mieux et plus nettement définir le problème nouveau que pose le fonctionnement de la loi assurance-maladie, par rapport à l'enseignement de la médecine.

***

Et maintenant, sur ces données qui semblent devoir se réaliser, peu à peu, avec l'extension de l'assurance et des fondations hospitalières qu'elle aura à créer, voyons un peu ce qui pourrait en résulter en ce qui concerne les futurs étudiants en médecine.

Il semble, dès maintenant, que seraient totalement changées leurs « conditions d'apprentissage », si je puis dire, par la *décentralisation* que cela permet de supposer.

Dans chacun des centres hospitaliers, départementaux ou régionaux, disséminés dans toute la France, on doit donc prévoir, à côté des *chefs de service*, des *assistants*, déjà munis de tout le bagage de cette « clinique élémentaire » dont je parlais au début de cet article, pour l'opposer, à ce que j'appelais la « clinique appliquée »; afin de diversifier, d'une part, les premières études cliniques qui forment la base même de l'art médical et, de l'autre, le cycle où l'étudiant s'élève aux finesses de diagnostic et aux modes les plus récents d'investigation médicale. Ces assistants apparaissent à Lenglet, et avec raison semble-t-il, « comme le terme de transition entre l'étudiant et le praticien ». Et il en déduit que « les *centres de scolarité primordiale* ont pour *prolongement* naturel ces hôpitaux de toute la France qui deviennent des *centres d'application* ».

J'irai plus loin. Je ne vois pas seulement là un « prolongement » des « centres de scolarité primordiale », j'y verrai même le meilleur centre possible pour la clinique *élémentaire*. En effet, si chaque centre hospitalier, d'ordinaire situé près d'une ville, comprend des chefs de service entourés d'assistants, ne voit-on pas aussitôt combien il serait pratique de mettre, sous la direction de ceux-ci, de jeunes étudiants qui, loin de la foule et de la cohue, dont je parlais plus haut, dans nos services encombrés, apprendraient si bien ces éléments de clinique qu'ils sont aujourd'hui forcés d'attraper par bribes, au hasard, presque en dehors des règlements et malgré ceux-ci ?

Et, par une conséquence qui saute au yeux, au lieu de trop rares et trop denses Facultés majestueuses, on voit très bien, dans les villes voisines de ces centres hospitaliers, des *écoles préparatoires* pour les jeunes étudiants qui passeraient aisément ainsi du cours théorique — exclusivement et pratiquement fait pour eux — à l'examen au lit du malade. De plus, au lieu d'être comme aujourd'hui, par trop livré à lui-même dans la promiscuité des grandes villes, le jeune étudiant serait aidé, guidé, dans ces *stages* hospitaliers, par les assistants, sorte de « moniteurs » bienveillants qui les instruiraient sous la direction des maîtres. Ajoutez à cela des examens théoriques et pratiques assez nombreux pour tenir le jeune étudiant en haleine et il me semble que les premières années seraient aussi fécondes en résultat. Ce ne serait, d'ailleurs, que la *généralisation* de ce qui se fait déjà dans un certain nombre d'écoles régionales dont l'utilité n'est plus à démontrer.

A côté, ou plus justement au-dessus de ces *écoles*, n'en resteraient pas moins nos grandes *Facultés* de médecine avec leurs phalanges de professeurs et leurs cours magistraux. Mais ces cours pourraient alors ne plus être comme aujourd'hui, des manifestations intéressantes de la pensée scientifique faites, en théorie pour les étudiants, mais où en pratique, les 9/10e de ceux-ci ne vont pas, parce qu'ils n'en perçoivent nullement l'utilité. Ce serait des cours magistraux, sur les grandes questions médicales, où viendraient se perfectionner des étudiants déjà

instruits des choses de la médecine — en même temps que, dans les cliniques professorales des hôpitaux des grandes villes, ils viendraient se mettre au courant des dernières nouveautés de la science médicale ou chirurgicale, auprès des grands maîtres, dont la renommée mondiale attire dans leurs services les médecins français et étrangers ...

***

Tout cela, bien entendu, n'est qu'une simple vue de l'esprit, mais présentée comme une des conséquences possibles, probables même, de cette nouvelle médecine sociale que généraliserait la mise en pratique de la future loi Assurance-maladie. Cette esquisse du problème de l'enseignement médical, en face de l'assurance projetée, n'est qu'un des nombreux points de cette grave question, aux multiples facettes, de l'exercice de la médecine dans l'avenir.

Si j'ai pensé utile d'en entretenir nos confrères du *Concours*, c'est que, sous prétexte que « nous n'en sommes pas encore là », il ne faudrait pas nous laisser surprendre par les évènements. Et dans cette « révolution » possible dans l'enseignement médical, il faut, comme en tout ce qui concerne notre profession, que le *praticien* ait voix au chapitre.

Or, si les Caisses, ou plutôt les Unions de Caisses fondent des hôpitaux et, par suite, interviennent dans le fonctionnement même de ceux-ci, il faut que, dans l'intérêt même des assurés, *le côté technique soit assuré par des techniciens*, à côté des représentants des membres de la Caisse. Il faut donc, dans l'intérêt public, que le Corps médical participe à la gestion des fonds des Caisses, afin que ceux-ci, avec la meilleure volonté de ses administrateurs, ne soient pas utilisés dans de mauvaises conditions et par suite *gâchés*, par une malencontreuse organisation des centres hospitaliers. Ce ne serait pas là, hélàs ! chose nouvelle et peut-être, un jour, devrons-nous revenir sur ce point, en vue d'améliorer l'avenir. Il est donc utile, nécessaire, et même naturel, rationnel, que les praticiens, intéressés, à de multiples titres, au bon fonctionnement des Caisses, aient accès, un accès officiel quelconque dans les *organismes de gestion des Caisses*, ce qui n'existe pas dans le projet actuel.

En résumé, on voit, d'après ce bref et rapide aperçu, combien est sérieux le problème que je posais en commençant, à savoir : quel sera le résultat de la mise en œuvre de l'Assurance-maladie sur les services hospitaliers, en fonction de l'enseignement de la médecine ?

Quelles que soient nos idées sur la loi générale; quels que soient les rapports individuels que nous désirons entre le malade et son médecin traitant ; quelle que soit la façon dont nous envisageons le paiement de nos honoraires, par la Caisse ou par le malade — plus on examine de près la loi en gestation, plus on en pèse les résultats possibles, plus il apparaît que nous devons également porter toute notre attention tous nos efforts, et aussi tout le poids de notre Union des Syndicats médicaux de France, sur ce problème de l'enseignement qui compte parmi les plus graves, les plus angoissants, que nous pose la loi Assurance-maladie. Et cela, non seulement pour le corps médical, mais aussi pour les futurs assurés, en vue de la *qualité des soins* qu'ils auront à recevoir dans les hôpitaux et, en général, dans toutes les « maisons de cures » fondées par les Caisses, ainsi que les y invitera la loi.

D[r] Fernand DECOURT.

JURISPRUDENCE

Accidents du travail. Paiement de pansements ou de massages non exécutés par le médecin traitant.

Un médecin fait panser un blessé par un infirmier ; ou bien il ordonne une série de massages, exécutés par un masseur de profession. Qui doit payer ces frais ? le chef d'entreprise ? ou l'ouvrier ?

A première vue, sans entrer dans le détail, on pourrait dire que, d'après l'article 30 du tarif Breton, le chef d'entreprise ne doit payer que les pansements et massages faits par le médecin traitant lui-même.

En conséquence, l'infirmier, le masseur n'auraient recours que contre la victime, pour récupérer le paiement de leur travail.

Il est évident que si, dès l'application de la loi de 1898, le médecin avait entendu rester étranger à cette législation qui, d'ailleurs, ne précise que les rapports entre le blessé et son employeur, si le docteur avait considéré l'ouvrier comme étant son seul débiteur, quitte à la victime de l'accident à se faire rembourser par son patron la part qui incombe à ce dernier, beaucoup de difficultés juridiques seraient, de ce chef, évitées.

Mais l'habitude est prise d'accepter le « tiers payant » en matière d'accident du travail. Le médecin estime que le blessé est trop pauvre pour payer comptant chaque acte médical ; de plus, la coutume philanthropique du corps

médical a conduit ce dernier à se contenter des prix marqués au tarif Dubief-Breton et à ne jamais réclamer à la victime le complément, qui lui incombe.

Aussi, l'infirmier, le masseur, mis en œuvre par le médecin traitant, hésiteront à se faire payer par le blessé, considérant que ces pansements, ou ces massages, font partie du traitement médical ; mais il n'oseront pas non plus se retourner vers le docteur, qui leur a donné des ordres et leur a fait exécuter un travail, parce que le médecin n'a pas agi comme entrepreneur de soins vis-à-vis de l'infirmier, ou du masseur, qui n'est ni son employé, ni son préposé.

Nous allons examiner tour à tour chaque côté de la question.

1° *Les pansements, ou massages doivent être exécutés selon une ordonnance écrite du médecin traitant et sous la surveillance de ce dernier.*

Proprio motu, le blessé s'adresserait-il, de sa seule autorité, à un infirmier, pour se faire panser, ou masser, que l'infirmier pourrait dans certains cas, se rendre coupable du délit d'exercice illégal de la médecine.

2° Mais, supposons le cas, dans lequel le médecin traitant, par ordonnance écrite, fait exécuter une série de pansements, ou de massages. Je vais même plus loin : pour faciliter au chef d'entreprise son droit de contrôle, le médecin traitant prévient l'employeur qu'il confie son blessé à tel infirmier, pour les pansements, ou les massages, à seule fin que le médecin contrôleur du patron puisse se rendre compte, s'il le juge à propos, que les pansements, ou massages sont exécutés *secundum artem.*

Dans ces cas qui doit payer ces frais ?

Au début, la jurisprudence a commencé par déclarer que le chef d'entreprise n'est pas tenu de payer les frais médicaux, pour massages faits par une personne n'ayant pas le droit d'exercer la médecine, ces frais, d'après le tarif ministériel, ne devant être payés que si les pansements, ou massages ont été exécutés par le médecin traitant lui-même.

Ainsi ont jugé :

Trib. paix Lagny, 17 mars 1906 (*Rec. acc. trav.* 1906,43) ; trib. civ. Marseille, 3 janvier 1908, *Rec. Min. trav.*, X, 16 ; trib. civ. Seine, 27 juin 1908, *Rec. Min. trav.*, X, 38 ; cour d'appel de Paris, 26 janvier 1909 (*id.* XII, 100) ; cour de cassation, chambre des requêtes, 21 décembre 1909 (*ibid* XIII, 140) ; just. paix Nogent-sur-Marne, 24 février 1911 (*ibid.* XIV, 38) ; trib. civ. Seine, 5 mars 1912 (*ibid.* XV, 121).

Un revirement se produisit dans la jurisprudence à la suite d'un arrêt de cassation, du 16 mai 1911, décidant « que toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent demeurer à la charge du chef d'entreprise ; qu'il appartient au juge du fond d'en fixer souverainement le montant, lorsqu'elles ne sont pas prévues au tarif établi par l'arrêté ministériel ».

Tout récemment, ont été rendus deux jugements d'appel, que nous donnons ci-après, mais qui, cependant soulèvent quelques critiques.

I.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e CHAMBRE).

26 *février* 1924.

Le Tribunal,

Jugeant en *dernier ressort*, attendu, que P. H. et C., industriels à Saint-Ouen sont appelants d'un jugement du Tribunal de Paix de Saint-Ouen du 17 février 1922 qui les a condamnés à payer au docteur P. pour soins médicaux donnés à leur ouvrier L., victime d'un accident de travail, la somme de 776 fr. *En la forme* : Attendu que l'appel est régulier et partant recevable. *Au fond* : attendu que les appelants font offre par leurs conclusions comme ils l'ont fait devant le premier juge de la somme de 470 francs correspondant au prix selon le tarif admis de soixante pansements ou consultations. Attendu au surplus qu'ils contestent devant le Tribunal ainsi qu'ils l'ont fait en première instance au docteur P., que les pansements et l'ensemble des soins aient été donnés par le docteur lui-même et prétendent en conséquence qu'aux termes de l'article 30, paragraphe 10 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail « le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ». Attendu qu'ils concluent subsidiairement à une enquête tendant à établir que tous les pansements n'ont pas été faits à l'ouvrier L. par le sieur P. lui-même. Mais attendu que pareille interprétation de ce texte ne saurait être admise. Qu'elle serait, en effet, contraire aux dispositions mêmes de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 12 avril 1922 qui stipule en son article 4 que « le chef d'entreprise supporte, en outre, les « frais médicaux et pharmaceutiques » que les pansements constituent de toute évidence les soins les plus usuels donnés aux accidentés du travail, qu'ils donnent lieu à des frais médicaux et pharmaceutiques, qui sont donc nécessairement dus par les chefs d'entreprise au médecin qui donne des soins au blessé ; qu'on ne concevrait pas, en effet, qu'ils puissent être dus aux infirmiers, qui ne font que les exécuter sur les instructions, sous la surveillance et sous la responsabilité du médecin traitant dont ils ne sont que les employés. Attendu que l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 prévoit toutes les interventions de spécialistes en matière d'accidents du travail, interventions qui sont le plus souvent provoquées sur l'initiative du médecin traitant, que le rédacteur de l'arrêté précise alors en son article 30 qu'en ce cas ce dernier ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a don-

nés lui-même et non pour ceux qu'ont donnés ses confrères qu'il a cru devoir faire intervenir. Que c'est donc à tort que les appelants prétendent faire échec à la demande formée par le Dr P. en lui opposant les dispositions de l'article 30 *in fine* de l'arrêté ministéériel précité, lesquelles n'ont aucune application en l'espèce actuellement soumise au Tribunal, qu'il n'y a pas lieu dès lors d'ordonner l'enquête qu'ils sollicitent et qui ne saurait avoir aucune influence sur l'issue de l'instance. Attendu en ce qui concerne le montant des honoraires qu'ils ont été condamnés par le jugement attaqué à payer au Dr P., qu'il y a lieu et par les motifs invoqués audit jugement de le maintenir.

Par ces motifs : En la forme reçoit P. H. et C. appelants du jugement rendu par le Tribunal de paix de Saint-Ouen le 17 février 1922 sus rappelé. *Au fond* : Les déclare mal fondés en leur appel. Confirme le jugement attaqué. Dit qu'il sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon ses formes et teneur. Condamne, en conséquence P. H. et C. à payer au Dr P., la somme de 776 francs pour les causes sus énoncées. Les condamne au paiement de l'amende de 6 fr. 25 pour fol appel et en tous les dépens de première instance et d'appel.

II

TRIBUNAL DE LA SEINE (7e CHAMBRE).

2 février 1925.

L'article 30 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, fixant le montant des frais médicaux dus par le patron d'un accidenté du travail, stipule que le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même. Il faut entendre par là qu'il ne peut réclamer d'honoraires pour des soins donnés par ses confrères.

L'arrêté n'a pas entendu que les soins de pratique courante, tels que pansements, pose de ventouses, et massages, soient pratiqués par le médecin lui-même qui les a prescrits. Il suffit qu'ils le soient sous sa direction et sous sa surveillance par le personnel infirmier qu'il a sous ses ordres.

Le Tribunal,

Attendu que R. est appelant d'un jugement du Tribunal de paix du 16e arrondissement de Paris du 9 mars 1923 qui l'a condamné à payer au docteur L. la somme de 528 francs pour soins donnés à G., lequel a été victime d'un accident du travail étant au service de R. ;

Attendu, en la forme, que l'appel est recevable :

Attendu, au fond, que la somme de 528 francs réclamée en dernière analyse par le docteur L. et au paiement de laquelle R. a été condamné par le premier juge comprend d'une part 511 fr. pour 73 massages à 7 francs chaque ; d'autre part, 7 francs pour deux visites de contrôle faites par le médecin et enfin 10 francs pour certificat détaillé ;

Attendu que sur ce dernier article du compte, R. n'élève aucune protestation, ses contestations portant seulement sur les massages et visites de contrôle ;

Attendu qu'il prétend en effet que c'est à tort que le premier juge a compté à raison de 7 francs chaque les 73 massages qui ont été faits à G., dans la clinique du docteur L., le docteur n'ayant pratiqué personnellement que 11 massages, les 62 autres ayant été faits par son personnel infirmier ;

Attendu que R. paraît baser sa contestation sur l'interprétation qu'il donne à l'article 30 de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, aux termes duquel le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ;

Attendu que R. prétend, en effet, que le docteur L. n'aurait en conséquence droit au tarif de 7 francs que pour les onze massages qu'il a pratiqués lui-même, les soixante-deux autres effectués par son personnel infirmier ne pouvant être rétribués qu'à un taux inférieur qu'il fixe à 4 francs chacun ;

Attendu, en conséquence, qu'il fait par conclusions à l'audience offre au docteur L. de la somme de 77 fr. pour onze massages et de 248 francs pour les soixante-deux autres ;

Mais attendu qu'on ne saurait interpréter l'article 30 ainsi qu'il le fait ;

Attendu, en effet, que l'arrêté du 8 juillet 1920 prévoit toutes les interventions de médecins spécialistes accessoirement aux soins du médecin traitant ;

Attendu que c'est après avoir fixé dans les articles précédents le tarif de chacune de ces interventions que l'article 30 stipule que le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même, ce qui veut dire que chaque médecin ayant donné des soins au blessé ne peut réclamer des honoraires que pour les soins donnés par lui et non pour ceux donnés par ses confrères ;

Qu'on ne saurait, en effet, admettre que le rédacteur de l'arrêté ait entendu que les soins de pratique courante tels que pansements, pose de ventouses et massages soient pratiqués par le médecin lui-même qui les a prescrits ; qu'il suffit qu'ils le soient sous sa direction et sous sa surveillance par le personnel infirmier qu'il a sous ses ordres ;

Qu'en décider autrement serait astreindre les médecins des victimes d'accidents du travail sans profit pour personne à des travaux dont s'acquitteraient aussi bien des subalternes, et ce, au détriment parfois de leurs autres devoirs professionnels ;

Attendu au surplus que l'appelant paraît l'avoir si bien compris lui-même qu'il ne conteste pas devoir au docteur L. un droit à des honoraires, même pour les massages dont il ne conteste d'ailleurs pas la nécessité, exécutés par ses infirmiers, honoraires qu'il fixe arbitrairement à 4 francs au lieu de 7 francs, prix prévu au tarif déterminé par l'arrêté, alors que pour être logique avec lui-même il eût dû lui refuser

tout droit à une rétribution quelconque à ce titre ;

Attendu, en conséquence, qu'il échet de déclarer R. mal fondé en la contestation qu'il a élevée de ce chef ;

Qu'il en doit être décidé de même en ce qui concerne celle qui est relative aux honoraires des deux visites de contrôle ;

Attendu, en effet, que dans la somme totale de 528 francs allouée par le premier juge, ces deux visites ne sont comptées ensemble que pour 7 francs, conformément aux prescriptions de l'article 3 de l'arrêté ministériel susvisé ;

Qu'il y a lieu de confirmer le jugement attaqué ;

Par ces motifs :

Déclare R., en la forme, recevable en son appel, mal fondé au fond ;

Confirme le jugement du Tribunal de paix du 16e arrondissement du 9 mars 1923, dit qu'il sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon ses forme et teneur.

Ces deux jugements comportent quelques réflexions. Ils sont en opposition avec les termes mêmes de l'article 30 du tarif ministériel.

Je ne crois pas que les rédacteurs de cet article aient eu l'intention de refuser au médecin traitant le droit de présenter une note commune, avec ses confrères, docteurs en médecine, qui avec lui ont donné leurs soins aux blessés. La meilleure preuve en est dans le fait que le chirurgien présente la note de ses honoraires et celle de ses aides ou anesthésistes (art. 11 et 12 du tarif Breton) et qu'aucune difficulté n'a été soulevée sur cette manière de faire.

Je pense au contraire que les membres de la commission entendaient mettre un frein à l'industrialisation de la médecine des accidents du travail. Certaines officines, qui ne soignent que des blessés, ont un médecin, propriétaire, ou employé, qui fait les diagnostics et signe les feuilles ; mais pansements, massages et autres soins sont donnés par des infirmiers et très souvent hors la présence du médecin, attaché à l'établissement et nullement sous sa direction et sa surveillance.

Pareils agissements sont préjudiciables à la santé des blessés, car des personnes, non qualifiées, n'ayant pas le diplôme de docteur en médecine, soignent en fait les victimes du travail.

Ils sont aussi préjudiciables à l'intérêt des chefs d'entreprise, parce que, mal soignés, les blessés restent plus longtemps en incapacité temporaire, s'il ne survient pas, par la suite, une incapacité permanente, provoquée par des soins défectueux.

Ils sont également contraires aux intérêts des médecins honnêtes, qui voient leurs cabinets être désertés par les blessés du travail, ces derniers étant attirés par des ristournes d'ordres divers vers ces cliniques spéciales.

Aussi pour éviter autant que possible pareils agissements, fut-il spécifié que seuls seraient payés les soins donnés par le médecin traitant lui-même.

3° Mais ces deux jugements posent aussi un second problème : les *infirmiers peuvent-ils réclamer leur note directement au chef d'entreprise ou doivent-ils passer par l'intermédiaire du médecin traitant* ?

Un arrêt récent de cassation refuse l'action directe contre l'employeur à une masseuse.

COUR DE CASSATION (Ch. Civile)

2 février 1925.

(*Gazette du Palais*, 11 mars 1925.)

Si les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent toutes les dépenses nécessitées par le traitement de la victime d'un accident, ils n'en sont pas moins un des éléments de l'indemnité, laquelle est due, en vertu du contrat de louage de services, par le chef d'entreprise à l'ouvrier blessé seul, ou, en cas d'accident mortel, à ses représentants ; dès lors en permettant aux médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers, d'exercer, pour le recouvrement de ces frais, une action directe contre le chef d'entreprise, l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898 a institué en leur faveur une procédure exceptionnelle qu'aucune autre catégorie de personnes, agissant comme créanciers de frais médicaux ou pharmaceutiques, n'est autorisée à employer. Par suite, l'action directe exercée par un masseur est irrecevable.

Le Tribunal civil de la Seine avait rendu le 20 avril 1918, le jugement suivant :

Le Tribunal,

Attendu que Mlle L., masseuse attachée à l'hôpital Beaujon, est appelante d'un jugement du Tribunal de Paix de Courbevoie, en date du 6 avril 1917, qui l'a déboutée d'une demande en paiement d'une somme de 425 francs pour massages faits à P., victime d'un accident du travail survenu le 22 janvier 1916, au service de la Compagnie l'Ouest-Lumière ;

Attendu que l'action directe de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 est une action exceptionnelle qui n'est accordée qu'à des catégories de personnes limitativement désignées, médecins, pharmaciens, établissements hospitaliers ; que cette limitation s'explique à la fois par le souci d'assurer le meilleur traitement possible aux ouvriers victimes d'accidents du travail et par l'opportunité d'exiger des personnes ou établissements auxquels l'action est accordée des garanties sérieuses d'honorabilité professionnelle ou de désintéressement de nature à assurer l'efficacité et la réelle utilité des soins donnés ;

Attendu que peu importe, comme en l'espèce, que les massages aient été recommandés par un médecin traitant (ou par ses suppléants, appartenant à un

établissement hospitalier) et exécutés par une masseuse faisant partie du personnel du même établissement ; que celle-ci agit en son nom personnel, et que le coût des séances de massage auxquelles elle a procédé ne peut être considéré comme faisant corps avec les honoraires médicaux ;

Attendu, en conséquence, que la demoiselle L., ne peut bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ;

Adoptant au surplus les motifs du premier juge, par ces motifs,

Confirme....

Mlle L. s'est pourvue en cassation de ce jugement.

Moyen unique du pourvoi : « Violation de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905, en ce que le jugement attaqué a refusé à une personne qui avait fait des massages à un ouvrier victime d'un accident du travail, sur les prescriptions du médecin traitant, le droit d'agir directement pour le paiement de ses honoraires contre le patron de l'ouvrier blessé.

Arrêt :

La Cour,

Sur le moyen unique :

Attendu que P., ouvrier au service de la Société l'Ouest-Lumière, ayant été victime d'un accident de travail, a été traité à l'hôpital Beaujon ; que la demoiselle L., masseuse, attachée à cet établissement, a intenté devant le juge de paix, contre la Société l'Ouest-Lumière, l'action directe de l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898, en vue d'obtenir le paiement d'une somme de 425 francs, représentant la rémunération de massages qu'elle aurait, conformément à des prescriptions médicales, pratiqués sur P., comme soins complémentaires de la blessure occasionnée par l'accident du travail ;

Attendu que le jugement attaqué déclare à bon droit cette action irrecevable ; qu'en effet, si les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent, comme le soutient le pourvoi, toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé, ils n'en sont pas moins un des éléments de l'indemnité, laquelle est due, en exécution du contrat de louage de services, par le chef d'entreprise à l'ouvrier seul ou en cas d'accident mortel, à ses représentants ; que dès lors, en permettant aux médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers d'exercer pour le recouvrement de ces frais, une action directe contre le chef de l'entreprise, l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898 a institué en leur faveur une procédure exceptionnelle qu'aucune autre catégorie de personnes agissant comme créanciers de frais médicaux et pharmaceutiques n'est autorisée à suivre ; d'où il suit que le jugement n'a violé aucun des textes de la loi visés par le pourvoi ;

Par ces motifs :

Rejette...

***

N'ayant pas l'action directe pour se faire payer par le chef d'entreprise, l'infirmier, ou masseur peut s'adresser soit à l'ouvrier, soit au médecin qui l'a mis en œuvre.

Appelé en justice, l'ouvrier se retournera contre son patron, qui doit le garantir des frais médicaux et pharmaceutiques.

Dans certains cas, si le masseur ne connaît pas l'adresse de l'ouvrier, ou si ce dernier a quitté la localité, l'infirmier pourra employer l'action oblique de l'article 1166 du code civil et poursuivre le patron, au lieu et place de la victime absente (voir Cour de cassation, ch. civ., 31 décembre 1917 ; *Concours médical* 1922, 2392).

Mais ces actions en justice comportent pas mal d'ennuis : il faut s'adresser à un mandataire, ou à un avocat, faire des frais et ... ne pas être certain, en fin de compte, d'être payé.

A mon avis, un autre procédé est préférable.

Lorsque, pour des motifs divers, le médecin traitant ne juge pas à propos de faire lui-même soit pansements, soit massages, et rédige une ordonnance, aux termes de laquelle un infirmier diplômé d'Etat ou d'une école inconnue par l'État fera le nécessaire, lorsque ledit médecin pourra, si besoin en est, faire la preuve qu'il n'a pas abandonné son malade, mais qu'il a suivi les effets du traitement et que l'infirmier n'a exécuté son travail technique que sous la direction du docteur, ce dernier doit apostiller et contresigner la note de l'infirmier, note d'honoraires qui sera présentée soit directement par l'infirmier au patron (frais nécessités par le traitement, arrêt de cassation de 1911), soit par le médecin traitant, avec sa propre note adressée au chef d'entreprise, ou à l'assurance de ce dernier (comme cela se passe en matière d'opérations, pour les honoraires des aides et anesthésistes, art. 11 et 21 du tarif Breton).

Plusieurs décisions de jurisprudence ont décidé que si le patron n'est pas tenu de payer les frais d'un traitement, qu'il a plu à l'ouvrier de suivre, de son propre gré, sans ordonnance médicale, il doit au contraire le prix des massages faits par un infirmier, si ce dernier justifie, par une ordonnance de médecin, qu'ils étaient indispensables pour amener la guérison du blessé.

Just. Paix Paris, 22 octobre 1902 (*La Loi*, 23 octobre 1902) ; trib. paix Paris, 18 novembre 1903 (*Rec. acc. trav.*, 1904 375) ; trib. paix Tourcoing, 9 avril 1904 (*Rec. J. Paix* 1905.258) ; trib. paix Ivry-sur-Seine, 10 janvier 1907 (*La Loi*, 2 mars 1907) ; trib. paix Clichy, 23 juillet 1907 (*La Loi*, 18 septembre 1907).

Ces jugements reconnaissent le droit aux honoraires pour le masseur, à la condition qu'il soit prouvé que les massages ont été exécutés d'après ordonnance et sous le contrôle du médecin traitant.

Une décision du juge de paix d'Arles, du 15

novembre 1907 (*Rev. J. Paix*, 1908, 86) spécifie que les honoraires du masseur doivent être compris dans le mémoire d'honoraires du médecin traitant, sinon l'action directe du masseur contre le chef d'entreprise doit être déclarée irrecevable.

Conclusions.

Le diplômé d'Etat, infirmier ou masseur, ne doit faire des pansements, ou des massages, à une victime du travail, que d'après une ordonnance écrite du médecin traitant. Le personnel infirmier des cliniques d'accidents du travail devra également montrer ces ordonnances au médecin contrôleur, à moins que le médecin traitant ne justifie que tous ces soins ne sont donnés qu'en sa présence, ou sous sa surveillance et sa direction.

La note d'honoraires de l'infirmier, ou du masseur, sera, après visa du médecin traitant, soit présentée directement au chef d'entreprise, soit, mieux, adressée par le médecin traitant conjointement avec sa propre note.

Un addendum à l'article 30 de l'arrêté du 8 juillet 1920 serait peut-être nécessaire.

Il serait ainsi conçu, *in fine* de l'article :

« Il devra contresigner la note, présentée par un infirmier ou un masseur, diplômé d'Etat, ou d'une école reconnue par l'Etat, pour les soins donnés par ce dernier, sur l'ordre et sous la direction suivie du praticien ».

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Le risque maladie.

C'est un fait constant — et assez curieux — qu'en France le médecin n'est pas prévoyant pour lui-même, et encore moins s'il s'agit de se protéger contre la maladie que contre tout autre risque. Il s'assure volontiers contre l'incendie, le plus rare de tous les risques, de nos jours. Il s'assure bien sur la vie, car la mort est le risque inéluctable. Il s'assure bien aussi contre tous les risques judiciaires de responsabilité civile, car son expérience lui montre le peu de tendresse et même d'équité que lui manifeste souvent dame Thémis.

Mais s'il s'agit de se protéger contre la maladie. Oh ! là, il n'y a plus personne ! et rares sont ceux qui comprennent la lourdeur et la fréquence de ce risque.

Si j'en crois ma correspondance quotidienne et les conversations que je me plais à avoir sur ce sujet avec mes confrères, je crois pouvoir rapporter cette mentalité et cette négligence à deux facteurs principaux :

1° La méconnaissance du risque ;

2° La méconnaissance des moyens de protection.

Voyons d'abord le premier facteur.

***

La méconnaissance du risque.

Le médecin est tellement habitué à vivre au milieu des malades, il voit si peu de gens bien portants, qu'il finit inconsciemment par considérer l'état de maladie comme un état presque inéluctable et il s'y adapte tellement que la maladie des autres non seulement ne lui cause aucune appréhension pour lui, mais le cuirasse en ce qui le concerne, d'une indifférence absolue. Il est tellement accoutumé à vivre et à évoluer au milieu de ce danger permanent que toute notion de danger lui échappe.

A chaque instant je reçois des lettres ainsi conçues :

« J'ai bien reçu les dossiers que vous m'avez envoyés : mais je ne suis pas décidé à m'assurer contre la maladie, car je me sens très bien portant et je ne crains rien de ce côté-là. Les combinaisons retraite m'intéressent davantage, etc. ».

L'autre jour, un confrère avec qui je parlais des œuvres du *Concours*, me disait :

« Moi, je suis du « Sou ». Mais votre Mutualité familiale ne m'intéresse pas. Avec une santé comme la mienne, on n'a pas peur de la maladie. A quoi bon s'assurer ?... »

Chacun de nous s'étonne que le voisin puisse raisonner ainsi ; et pourtant chacun raisonne ainsi en ce qui le concerne.

En effet, tant qu'on est bien portant, on ne croit pas, on ne peut pas croire qu'un jour viendra où l'on sera pincé à son tour : c'est une tournure d'esprit, un état psychologique fort heureux, en soi, mais qui ne laisse pas d'avoir certains inconvénients. Il est assez remarquable qu'il nous faut l'aiguillon bienfaisant de la douleur pour nous rappeler à l'ordre et à la réalité. Il faut sentir les approches du mal pour s'apercevoir qu'on n'est pas invulnérable. Il faut devenir malade pour admettre qu'en effet la maladie peut nous atteindre. Oh ! ce jour-là, on se rend à l'évidence ! Et alors, devant elle, on se prend à réfléchir ; et si on lit le *Concours*, on se rappelle qu'il existe une œuvre médicale fondée exprès pour assurer une indemnité en cas de maladie : vite, on m'écrit, on me demande des renseignements, on remplit un dossier, on passe un exa-

men médical ... et souvent alors, la maladie récente qui a averti le candidat de son imprévoyance est telle que le Conseil d'administration se voit obligé de refuser ou tout au moins d'ajourner l'admission du récent malade.

En effet, ce n'est pas quand la maison brûle qu'il faut s'assurer contre le feu ; ce n'est pas quand une néphrite ou une cardiopathie évolue qu'une compagnie quelconque accepte une assurance sur la vie ; ce n'est donc pas quand le confrère devient malade que notre M. F. peut le faire entrer dans ses rangs.

Pour qui veut s'assurer une indemnité en cas de maladie, la première des conditions est d'abord d'être bien portant au moment de la candidature : et comme on ne songe pas à cette candidature tant qu'on est bien portant ... Voilà la vraie raison pour laquelle nos sociétés de prévoyance se recrutent si lentement, pour laquelle l'assurance contre la maladie fait de si lents progrès dans notre corps médical.

Et savez-vous, chers confrères trop fiers de votre belle santé et trop insouciants de votre lendemain, savez-vous combien, à l'heure où je vous écris, combien de médecins en France sont arrêtés dans leurs fonctions par la maladie ? D'après les renseignements très précis que je possède, je puis vous dire qu'il y en a environ quinze cents, 1.500 chaque jour immobilisés par le mal, et dès que quelques-uns d'entre-eux sont guéris et reprennent leur service, autant d'autres sont immobilisés et frappés à leur tour ; et sachez que cette moyenne est stable et se maintient à ce taux depuis 30 ans que je l'observe.

Sachez que chez nous, à notre Mutualité familiale, j'ai en permanence 130 malades en moyenne, un peu moins à l'automne, un peu plus au printemps, sur moins de 1.800 inscrits aux diverses combinaisons d'indemnité-maladie.

A lui seul, ce pourcentage devrait donner à réfléchir aux plus insouciants.

Car enfin, pour le médecin plus que pour tout autre, la santé est le plus sûr des gagne-pain. Aujourd'hui il n'est pas d'ouvrier qui ne soit, ou inscrit à l'A. M. G. ou à une mutualité quelconque. Est-ce que le médecin peut plus que l'ouvrier se passer d'une bonne santé pour travailler ? Quand il est malade à son tour, le pauvre médecin, ou bien il doit tenir jusqu'au bout pour courir de tous côtés soigner ses malades, au risque de sa propre vie, ou bien il doit s'arrêter, donner le mauvais exemple d'un médecin malade à son tour, ce dont se gausse facilement la clientèle, cesser ses visites, et prendre un remplaçant s'il veut au moins ne pas y perdre tous ses clients. Or, un remplaçant coûte cher, aujourd'hui ; je dirai même outrageusement cher, car nos jeunes étudiants, et confrères remplaceurs ne se doutent pas assez qu'ils écrasent le budget de nos pauvres médecins malades, quand ils exigent par jour, en plus de la nourriture et du logement, des 50 fr. d'honoraires, alors que bien souvent il ne reste comme bénéfice qu'une dizaine de francs nets au bout de la journée au modeste praticien de petite ville (et même de grande) ou de campagne.

Oui, pour le médecin praticien, la maladie est un lourd, un très lourd risque, si j'en crois toutes les lettres que je reçois, si j'en crois les marques de reconnaissance de tous ceux de nos membres qui ont été trop heureux de nous trouver au jour de chômage forcé, après avoir été longtemps insouciants d'eux-mêmes avant de venir à nous.

Combien ne sont entrés à la M. F. que par pure solidarité, avec la conviction que leur santé ou leur fortune leur permettraient toujours de ne pas frapper à notre Caisse, et qui ont été un jour forcés par le mal ou la ruine de leurs fortunes de crier au secours !

Car s'il y a deux choses fragiles sur la terre, deux choses aléatoires et fugitives, c'est bien la fortune et la santé.

Confrères, ne comptez pas sur elles, si vous êtes sages, et assurez-vous vite et jeunes contre le risque de l'incapacité professionnelle de cause pathologique.

***

La méconnaissance des moyens de protection.

« Je veux bien admettre, me disait récemment un jeune confrère, que nous avons tort d'être aussi imprévoyants. Mais nous avons bien une excuse. Où est la société d'assurances capable de nous venir en aide ? Les assurances sociales futures ne sont pas faites pour nous, elles se borneront à nous gruger. Les compagnies d'assurances refusent d'ouvrir un service d'indemnités maladie, sous prétexte qu'elles manquent de statistiques et de moyens de contrôle. Les œuvres professionnelles existantes nous offrent si peu que le jeu n'en veut guère la chandelle. Alors ...... ? »

Je n'ai rien à dire ici des futures assurances sociales, si ce n'est que le médecin n'a pas à compter sur elles quand il sera malade. Il est réel d'autre part que pour diverses raisons les grandes compagnies d'assurances n'ont pas cru devoir jusqu'ici se lancer dans la lutte contre un risque aussi répandu que la maladie : elles veulent bien s'occuper de l'accident : mais jusqu'à présent la maladie n'est pas de leur ressort.

Quant aux œuvres professionnelles, c'est autre chose.

Je veux bien admettre que la plupart de celles qui se sont créées ont été régionales ou locales, restreintes, limitées. Je veux bien admettre aussi que jusqu'à ces derniers temps l'indemnité type était restée à 10 fr. par jour, chiffre ridi-

culement insuffisant à l'heure actuelle. Je ne veux pas parler ici des sociétés dont je ne connais pas le fonctionnement intime. Mais il en existe une que je connais bien, puisque j'en suis la marche journalière depuis 30 ans, et qui, j'en ai conscience, ne mérite plus le reproche de notre confrère.

La Mutualité familiale du Corps médical français assure à ses adhérents un maximum de 30 fr. d'indemnité quotidienne pendant 60 jours et de 300 fr. d'indemnité mensuelle si la maladie se prolonge au delà de ces 60 jours, jusqu'à guérison. Elle exige naturellement de ses nouveaux adhérents une santé normale à l'entrée et le paiement régulier des cotisations.

En quoi ces principes fondamentaux peuvent ils être en contradiction avec l'intérêt bien entendu des praticiens ?

Il est évident, je le répète, qu'une bonne santé à l'entrée s'impose. Aucune société mutuelle ne pourrait vivre si elle devait secourir tous ses membres et si elle devait assurer à tous, ou presque tous, 3.600 fr. par an pour 200 fr. de prime. Pour qu'une Mutuelle de médecins puisse garantir à ses membres un service d'indemnité-maladie, il faut donc qu'elle se recrute surtout parmi les jeunes confrères et uniquement parmi ceux dont la santé est encore normale. C'est ce que nous exigeons à la Mutualité familiale, dans le seul intérêt de ses membres.

Pourquoi le *Concours* a-t-il préféré la forme « Mutuelle » à une forme « Assurances ordinaires ». C'est : 1° que ces dernières sociétés ont besoin d'énormes capitaux pour marcher ; 2° qu'une société établie par des confrères, pour des confrères, dirigée par des camarades qui n'émargent pas un sou à la Caisse, débarrassée de tout capital à intéresser et à amortir, peut assurer un même service a bien meilleur marché qu'une compagnie d'assurances, et avec des garanties de sécurité morale au moins aussi grandes si des inventaires sont dressés fréquemment, et si tous les comptes sont surveillés et contrôlés par un actuaire de valeur. C'est justement dans ces conditions que fonctionne la Mutualité familiale.

Pourquoi cette dernière société a-t-elle limité l'indemnité pleine à 60 jours et ne donne-t-elle ensuite qu'un tiers d'indemnité ?

Les fondateurs, aidés en cela et conseillés par l'actuaire, ont pensé que le risque de la maladie chronique est beaucoup plus lourd que celui d'une maladie aiguë ; que quand la maladie se prolonge le médecin est vite amené à envisager la cessation de sa clientèle et une autre façon de vivre ; et que s'il fallait assurer aux malades chroniques la même indemnité qu'aux malades aigus, il faudrait non seulement un nombre d'adhérents beaucoup plus grand, mais surtout une élévation des primes qui risquerait de les rendre prohibitives.

On nous a dit souvent que le chronique est plus intéressant que l'aigu : je ne veux pas ici faire de comparaisons qui pourraient être blessantes pour l'une ou l'autre des parties : d'ailleurs les conditions sont très différentes. Ce que nous avons surtout envisagé, c'est d'aider le confrère malade pendant qu'il est obligé de « suspendre » l'exercice de sa profession, et là, nous avons cru qu'il était nécessaire de donner une indemnité plus importante pendant la suspension, que pendant la cessation définitive de la clientèle : d'où cette division un peu artificielle entre aigus et chroniques.

Pour donner satisfaction à certaines objections, on pourrait envisager de prolonger les indemnités aiguës jusqu'à 90 jours par exemple. Mais cela c'est l'œuvre de l'avenir. Tout dépendra des inventaires et les inventaires seront d'autant meilleurs que le nombre des adhérents sera plus grand : cela, c'est la loi des Mutuelles ; quand on n'a pas de nombreux millions de capital, il faut un certain nombre de milliers d'adhérents pour faire de grandes choses.

Quant aux cotisations, elles doivent être proportionnées aux risques et elles doivent suivre les oscillations indiquées par les inventaires. C'est encore la règle que nous appliquons à la Mutualité familiale.

Toute sa vie, en somme, dépend des inventaires ; meilleurs ils seront, plus elle pourra faire. A nos confrères d'y veiller en venant très nombreux se ranger sous notre bannière.

Je crois, en effet, et je le dis en toute assurance, sans fausse honte, et sans crainte d'avoir l'air de plaider *pro domo*, je crois qu'à l'heure actuelle le médecin français :

1° Se doit à lui-même, doit à sa famille et doit à sa clientèle de s'assurer contre le risque maladie pour traverser dans les meilleures conditions possibles, matérielles et morales, la mauvaise passe ;

2° Qu'il doit, pour cette assurance, donner toute sa confiance aux œuvres fondées sous le système mutuel, par des camarades, des médecins comme lui ;

3° Que, de toutes celles qui existent, la Mutualité familiale du Corps médical français, est la plus universelle puisqu'elle se recrute dans toute la France, l'Algérie et la Tunisie, la plus solide, tant par son encaisse et son recrutement régulier que par la sévérité de son administration financière, la plus amicale, oserai-je dire, à cause des personnalités qui la dirigent et du *Concours médical* qui l'a mise au monde et la patronne.

Jeunes confrères, vous n'avez plus le droit d'être imprévoyants, sachant où est votre devoir et sachant qui nous sommes.

J'attends avec confiance vos nombreux bulletins d'adhésion.

Le secrétaire général,

H. MIGNON.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Les assurances sociales au Sénat.

Rapport présenté par M. le Professeur Balthazard, Président de la Fédération Corporative des médecins de la région parisienne, à l'Asssemblée générale du 27 février 1925.

Mes chers Confrères,

Depuis la dernière assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, trois événements importants sont survenus dans l'histoire des assurances sociales. Tout d'abord, la Chambre des députés a voté hâtivement le projet de loi Grinda, contre lequel nous avions formulé de si sérieuses objections. Puis, l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France a adopté, comme une modalité possible d'application de la loi, l'organisation que vous aviez unanimement proposée ; je dirai même qu'elle l'a considérée comme la modalité la plus désirable, puisque par 10.000 voix sur 12.500 elle s'est prononcée pour l'entente directe entre le médecin et l'assuré. Enfin, le rapporteur de la commission d'Hygiène du Sénat, notre confrère, le docteur Chauveau, a élaboré un avant-projet, qui tient compte dans une large mesure des vœux formulés par le corps médical dans l'intérêt primordial de la médecine et des malades.

Je me propose de vous esposer sommairement l'économie de l'avant-projet Chauveau.

***

Tout d'abord, l'avant-projet sépare nettement l'assurance facultative de l'assurance obligatoire, constituant même pour la première une gestion distincte qui en fait une assurance mutuelle, ne comportant aucune participation de l'Etat.

Pour les assurés obligatoires, seuls sont admis au bénéfice de l'assurance les salariés gagnant moins de 10.000 fr. par an (plus majoration de 2.000 fr. par enfant de moins de seize ans) ; lorsque le salaire vient à s'élever au-dessus de 12.000 fr., l'assuré cesse de participer à l'assurance maladie.

Ne peuvent bénéficier de l'assurance facultative, après visite médicale, que les non salariés vivant du produit de leur travail, âgés de moins de 50 ans et gagnant moins de 12.000 fr. par an (plus majoration de 2.000 fr. par enfant de moins de seize ans).

Tous ceux d'entre nous qui pensent que les assurances sociales sont un mal, mal nécessaire paraît-il, approuveront des dispositions qui sont de nature à limiter le nombre des assurés et à le ramener au-dessous de 10 millions, alors que, d'après le projet Grinda, il pouvait être évalué à plus de 13 millions.

L'avant-projet Chauveau conserve les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès : il en ajoute même un nouveau, le risque chômage involontaire, au sujet duquel il ne fournit d'ailleurs aucune précision. Mais ces divers risques sont couverts d'une façon limitative, plus étroite que dans le projet Grinda. Ce dernier promettait aux assurés monts et merveilles, quitte à ne pas pouvoir tenir les promesses. Le projet Chauveau procède plus sagement : il promet moins et se réserve d'augmenter les avantages consentis aux assurés lorsque la prospérité des Caisses sera constatée.

Les prestations en nature et les allocations sont limitées à six mois à partir du début de la maladie. Les prestations en nature (soins médicaux et pharmaceutiques, traitement dans les dispensaires et établissements de cure) sont dues dès le premier jour de la maladie, ce qui permet une prophylaxie active des complications et aggravations possibles ; mais, pour éviter l'abus des petits risques, les allocations en argent, correspondant à la moitié du salaire, ne sont dues qu'à partir du neuvième jour. Toute rechute survenant moins d'un mois après la fin de la maladie est considérée comme une continuation de la maladie. Les prestations en nature sont dues non seulement à l'assuré, mais à son conjoint et à ses enfants âgés de moins de seize ans, non salariés.

Au bout de six mois de maladie, l'assuré est considéré comme un chronique, atteint d'invalidité prématurée. Cette invalidité est-elle supérieure aux deux tiers, il est alloué à l'assuré une pension qui correspond environ à quarante pour cent de son salaire annuel. Si l'invalidité est inférieure aux deux tiers, l'assuré n'a droit ni aux soins médicaux, ni aux allocations, tant qu'il est âgé de moins de soixante ans.

L'avant-projet du docteur Chauveau ne couvre donc pas tous les risques d'une façon illimitée ; ainsi sont réduites les charges des Caisses qui pourront tenir leurs engagements et procurer aux assurés des soins médico-chirurgicaux réels et efficaces, dans la limite indiquée. Les Caisses n'auront pas tendance à compenser les charges excessives que leur imposait le projet Grinda, ainsi que je le montrais l'an dernier, par un abaissement des honoraires médicaux qui rendrait illusoires les soins médico-chirurgicaux.

***

En ce qui concerne l'organisation des soins médicaux, l'avant-projet édicte les mesures suivantes :

1° Libre choix sur une liste de médecins, syndiqués ou non, établie d'un commun accord entre les Caisses et les Syndicats médicaux affiliés à l'Union nationale. Cette restriction au libre choix présenterait l'avantage d'éliminer les médecins peu scrupuleux,

qui menaceraient d'exploiter les assurances sociales comme ils ont exploité les accidents du travail et les soins aux mutilés. Elle comporte, comme contre-partie, des garanties pour les médecins exclus abusivement par les syndicats et pour les syndicats dont l'Union refuserait l'affiliation sans motifs graves.

2° Suppression du tiers payant, l'assuré restant en rapport direct avec son médecin et l'honorant en vertu des conventions particulières qui existent entre eux.

3° Contrats collectifs établis après entente entre les Caisses et les Syndicats médicaux, précisant la nature des certificats que les médecins, qui acceptent de soigner les assurés, devront remettre à leurs clients, et fixant les tarifs locaux suivant lesquels les prestations en nature devront être remboursées aux malades par les Caisses. Il est admis que le remboursement sera effectué sur le taux de 85 % du tarif, quand il s'agira de soins donnés à l'assuré lui-même, de 80 % pour les soins donnés au conjoint et aux enfants de moins de seize ans non salariés.

Un article déclare les allocations et les pensions insaisissables, mais autorise les Caisses à retenir une somme allant jusqu'à 1.000 fr. pour couvrir les frais médicaux et pharmaceutiques, dans le cas où l'assuré aurait omis de les payer.

4° Le contrôle est exercé par le Syndicat, parallèlement à la Caisse ; il est effectué sur le malade, qui a le droit de se faire assister de son médecin traitant, son défenseur naturel.

5° Les litiges d'ordre médical sont soumis à la Commission départementale des assurances sociales, composée par tiers des représentants des assurés, des Caisses et des syndicats professionnels intéressés au fonctionnement de la loi. Ces commissions auront donc à connaître de tous les abus relevés contre les assurés, des complicités médicales qui auraient permis ces abus, des différends relatifs à la durée de la maladie ou au taux de l'invalidité. Il pourra être fait appel devant une section permanente de la Commission supérieure des Assurances sociales, siégeant à Paris.

6° Un article spécial interdit les ristournes que médecins et pharmaciens pourraient être tentés de remettre aux assurés pour les attirer dans leur cabinet leur clinique ou leur officine ; des pénalités sérieuses sont prévues.

***

En résumé, l'avant-projet Chauveau est beaucoup plus clair et plus simple que le projet Grinda dont il a supprimé les six catégories d'assurés, se bornant à accorder aux assurés des avantages proportionnels aux sommes versées.

Il tient compte des conditions que vous avez posées pour apporter votre concours sincère au fonctionnement des assurances sociales et sans lesquelles on aboutirait à la suppression de l'indépendance et de la dignité de la profession médicale, à l'avilissement de soins médico-chirurgicaux.

Le libre choix est admis et les restrictions adoptées pour permettre l'élimination des médecins incorrects n'est pas de nature à déplaire à l'immense majorité du Corps médical.

Il n'est plus parlé à chaque instant, comme dans le projet Grinda, de la violation du secret professionnel. C'est entre médecins, représentant l'assuré, d'une part, la Caisse, d'autre part, que les litiges sont discutés, et les Caisses n'ont nul besoin d'être mises au courant des diagnostics. Mais, l'avant-projet prévoyant des décrets portant règlement d'administration publique pour la mise en pratique des assurances sociales, nous aimerions à voir le principe du respect du secret professionnel inséré dans la loi.

L'avant-projet admet le tarif par acte médical, sans tiers payant. Le contrôle s'exerce non pas sur les actes du médecin, mais sur le malade, se bornant à constater la réalité de la maladie et la nécessité des soins médico-chirurgicaux.

Ce sont là des satisfactions importantes données à la conscience médicale et nous espérons que le Parlement les ratifiera sans hésitation. Je vous demande de m'autoriser à présenter à M. le docteur Chauveau l'expression de votre reconnaissance pour l'effort qu'il a réalisé dans l'intérêt des médecins et des malades.

En terminant une conférence, faite le 8 février 1923 sous les auspices de la Société des Amis de la Faculté de médecine de Paris, j'émettais cette idée que, pour assurer le fonctionnement des lois sociales, l'Etat a besoin de trouver en face de lui un corps médical uni et bien organisé, capable de signer avec lui des traités valables. Aussi prévoyais-je l'extension du syndicalisme médical parallèlement au développement des lois sociales. L'événement me donne raison.

Le législateur doit se rendre compte que le succès des assurances sociales dépend avant tout du corps médical ; s'il impose de lourdes responsabilités aux syndicats médicaux, il faut qu'il accroisse en échange leur prestige et leur puissance.

La majorité des médecins de la région parisienne est restée jusqu'ici à l'écart du mouvement syndical. Il importe que les groupements, qui font partie de la Fédération corporative, prennent la forme syndicale chaque fois que la chose est possible et qu'ils s'affilient à l'Union ; il importe que chacun de nous se fasse inscrire à un syndicat existant : Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris, Syndicats de la banlieue Nord-Ouest et Sud-Est, Syndicats de spécialistes. Pour ma part, j'ai seulement attendu le terme de mes fonctions de président de la Fédération pour donner l'exemple.

Lorsqu'à bref délai, je l'espère, sera terminée cette évolution nécessaire et fatale, la Fédération corporative se transformera tout naturellement en une Fédération des Syndicats de la région parisienne, plus forte et mieux qualifiée que les syndicats isolés pour réaliser, dans l'intérêt de tous, avec nos Caisses

régionales d'assurances sociales, les contrats collectifs prévus par la loi.

Votre Conseil d'administration vous propose d'adopter les deux vœux suivants, modifiant sur deux points l'avant-projet du docteur Chauveau :

1° Art. 7. — « Les Syndicats professionnels contrôlent eux-mêmes parallèlement avec la Caisse d'assurances »....., ajouter : *dans des conditions qui assu-« rent le respect absolu du secret professionnel.* »

2° Art. 65 (qui fixe la composition de la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales). « La Fédération corporative des médecins de la région parisienne émet le vœu que *la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales, juridiction d'appel des commissions départementales, ait la même composition que ces dernières et comprenne par suite un tiers de représentants des Syndicats professionnels.* »

(Ces vœux ont été adoptés à l'unanimité.)

Décret du 16 avril 1924 règlementant l'exercice de la médecine en Indochine

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 16 avril 1924.

Monsieur le Président,

L'article 16 du décret du 17 août 1897 portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, a prévu que, dans les colonies où le besoin en sera reconnu, l'exercice de la médecine indigène pourra être autorisé par décret rendu sur la proposition du ministre des colonies, après avis du conseil supérieur de santé des colonies, et que des écoles spéciales pour le recrutement de ces médecins indigènes seront établies dans les mêmes conditions.

Les prescriptions de ce décret furent sans retard observées et exécutées par le gouverneur général de l'Indochine.

Le 8 janvier 1902, un arrêté du gouverneur général créait à Hanoï une école de médecine qui fut, le 25 octobre 1904, transformée en école de médecine de l'Indochine ; enfin le décret du 18 mai 1921 instituait, en Indochine, une école de médecine de plein exercice ; quant à l'exercice de la médecine indigène, il fut règlementé au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos, par un arrêté pris le 27 octobre 1904, et, en Cochinchine, par un décret rendu le 1er août 1905. A l'heure actuelle, presque toutes les provinces de l'Indochine sont pourvues de médecins ou de sages-femmes indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine.

C'est grâce à leur collaboration que l'assistance médicale a déjà pu acquérir une extension vraiment remarquable ; la morbidité et la mortalité dans les provinces indochinoises ont subi une baisse très sensible, grâce surtout au développement de l'hygiène et à la lutte constante entreprise contre la mortalité infantile.

Il reste toutefois à règlementer d'une façon uniforme pour toute l'Indochine les conditions dans lesquelles doivent s'exercer le contrôle et la surveillance de ces praticiens et praticiennes indigènes par les médecins du corps de santé des colonies, ainsi qu'il est prescrit à l'article 15, paragraphe 3, du décret du 17 août 1897.

Tel est l'objet du projet de décret ci-joint, que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président l'hommage de mon profond respect.

Le ministre des colonies,

J. Fabry.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des colonies,

Vu le décret du 17 août 1897, portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, notamment en son article 15 ;

Vu le décret du 12 août 1905, portant application au Tonkin, en Annam, au Cambodge et au Laos, de la loi du 30 novembre 1892 sur exercice de la médecine, notamment en son article 12 ;

Vu le décret du 12 août 1905 réglementant l'exercice de la médecine indigène en Cochinchine ;

Vu le décret du 27 juin 1914 sur l'organisation des services médicaux ;

Vu les décrets du 20 octobre 1911, portant fixation des pouvoirs du gouverneur général et organisation administrative et financière de l'Indochine ;

Vu le décret du 18 mai 1921 instituant en Indochine une école de médecine de plein exercice, ensemble le décret du 28 juin 1913 sur l'école de médecine de l'Indochine ;

Après avis du conseil supérieur de santé des colonies,

Décrète :

Art. 1er. — Le contrôle et la surveillance des médecins et des sages-femmes indigènes seront exercés en Indochine, conformément aux dispositions qui suivent :

1° Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine et les sages-femmes diplômées d'une des écoles de sages-femmes, existant ou qui seront ultérieurement créées dans les divers pays de l'Union indochinoise, fonctionnaires et agents des

services médicaux locaux, sont régis pour tout ce qui concerne la discipline, leurs obligations professionnelles, leur contrôle et leur surveillance, par les arrêtés règlementaires du gouverneur général règlant le fonctionnement desdits services ;

2º Les mêmes praticiens et praticiennes ayant cessé d'appartenir aux services médicaux de la colonie ou qui, pour raison de santé, n'auront pas été admis dans le personnel de l'assistance médicale, à leur sortie de l'école, ne peuvent exercer leur art, à titre privé, qu'après avoir obtenu préalablement une autorisation de l'autorité administrative. Le gouverneur général déterminera, par arrêté, les conditions dans lesquelles cette autorisation sera délivrée.

Les médecins et sages-femmes indigènes, régulièrement autorisés à exercer leur art, comme il est dit ci-dessus, demeurent placés, au point de vue technique et professionnel, sous le contrôle et la surveillance du directeur local de la santé ou du chef du service de l'assistance médicale du pays dans lequel ils exercent.

Le retrait de l'autorisation à eux accordée ne pourra être prononcé que sur la proposition motivée du directeur local de la santé dont ils relèvent.

Art. 2. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de Hanoï pourront être autorisés à donner des soins médicaux aux Européens dans les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français, ou lorsque les difficultés de communication ne permettraient pas d'en faire venir en temps opportun. Ils ne pourront, cependant, procéder qu'aux interventions de petite chirurgie, à l'exclusion des opérations de grande chirurgie. Les listes de ces deux catégories d'opérations seront établies par le gouverneur général.

L'autorisation, « valable pour une période d'une année et renouvelable », sera donnée par le chef d'administration locale, sur la proposition du directeur local de la santé ou du chef du service de l'assistance médicale. Cette autorisation est révocable à tout moment.

Toutefois, en cas d'urgence, les médecins indigènes diplômés, non pourvus de ladite autorisation, peuvent donner leurs soins aux Européens, mais à la condition d'en référer immédiatement au chef du service médical, dont ils relèvent directement.

Les mêmes règles sont applicables aux sages-femmes indigènes diplômées d'une des écoles officielles de sages-femmes de l'Indochine.

Art. 3. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine devront déférer à toutes les réquisitions des autorités administratives ou judiciaires que celles-ci, en l'absence du médecin légiste ou de l'expert français, croiront devoir leur adresser pour procéder à des constatations médico-légales. Leurs rapports seront remis, dès leur arrivée, aux médecins français, seuls qualifiés, aux termes des décrets des 17 août 1897 et 12 août 1905, pour servir d'experts devant les tribunaux français.

En aucun cas, ces médecins indigènes ne pourront être commis pour pratiquer des autopsies dans une affaire ressortissant à la juridiction française.

Art. 4. — Les médecins indigènes diplômés de l'école de médecine de l'Indochine peuvent être autorisés à avoir, pour les besoins des malades, au lieu de leur résidence, un approvisionnement de médicaments, dont la nomenclature est fixée par arrêté du gouverneur général, sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux, directeur de la santé en Indochine.

Art. 5. — L'application des articles 16 et 17 du décret du 17 août 1897 est étendue à tout le territoire de l'Indochine.

L'interdiction absolue de l'exercice de leur art sur le territoire de l'Indochine, faite aux médecins et sages-femmes indigènes, ne pourra toutefois être prononcée que par décision du gouverneur général, sur la proposition concertée du chef d'administration locale du pays où exerce l'intéressé et de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Art. 6. — Le présent règlement n'est pas applicable aux indigènes non diplômés pratiquant l'exercice de la médecine sino-annamite traditionnelle, qui demeure autorisée provisoirement dans les conditions que le gouverneur général de l'Indochine est laissé libre de fixer par voie d'arrêté.

Art. 7. — Sont abrogés le décret du 12 août 1905, règlementant l'exercice de la médecine indigène en Cochinchine et, d'une façon générale, tous les textes contraires au présent règlement.

Art. 8. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet, le 16 avril 1924.

A. Millerand.

Par le Président de la République ;

Le ministre des colonies,

J. Fabry. (*J.O.*, 18 *avril* 1924.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— ***Le Centenaire de Charcot.*** — *Il y a déjà* quelques jours eut lieu à la Sorbonne une cérémonie, où de nombreux orateurs vinrent célébrer la mémoire de celui qui fut considéré comme le créateur de la neurologie. C'est devant une salle comble que le professeur Babinski donna un aperçu de toutes les acquisitions dont la science médicale est redevable à Charcot : et elles sont si nombreuses que, dépassant largement le cadre des maladies nerveuses, on les rencontre un peu partout dans la pathologie. Ayant justement fait remarquer que « le prix d'un travail scientifique ne se mesure pas aux avantages immédiats qui en dérivent, mais est proportionné à sa nouveauté, aux changements heureux qui peuvent en résulter dans l'orientation de la pensée », Babinski montra comment Charcot avait été un initiateur dans l'étude de l'ataxie, du rhumatisme chronique, de la claudication intermittente, du goitre exophtalmique, des arthropathies tabétiques, etc., et que ses conceptions et son ardeur avaient entraîné une foule de travailleurs à sa suite. Il fit voir ensuite Charcot véritable créateur dans le domaine de la sclérose médullaire latérale avec atrophie musculaire, dans celui de la sclérose en plaques, des névroses, de l'hystérie. Si tous ces travaux sont quelquefois aujourd'hui discutés, il n'en est pas moins vrai que Charcot a très souvent donné l'élan initial nécessaire pour lancer des travailleurs sur un sujet inconnu, et cela est suffisant pour que son nom reste toujours attaché à celui de la Salpêtrière dont il créa la brillante école.

Après M. Marinesco, au nom des délégués étrangers, M. Van Claef au nom des universités étrangères et M. Sinclair, qui lut une adresse de la Société Royale de Londres, vint M. Lallemand, représentant l'Académie des sciences, qui montra l'importance que donnait Charcot à l'influence du moral sur les maux physiques, idée que quelques-uns ont repris en créant les traitements par suggestion. Puis M. Calmette, de l'Institut Pasteur, raconta comment Charcot, d'instinct partisan de Pasteur, vint un jour trouver le savant dans son laboratoire, se fit expliquer ses découvertes, et fut ensuite l'un de ses plus chauds défenseurs devant l'Académie de médecine. Le professeur Guillain, au nom de la Société de neurologie, dont il est le président, reconnut en Charcot le grand initiateur de la neurologie moderne et, comme lui, montra la nécessité d'une alliance perpétuelle de la clinique avec les disciplines anatomiques et physiologiques.

M. Rist parla ensuite au nom de la société médicale des hôpitaux de Paris, et M. Roussy au nom de la Société anatomique. Puis ce fut le défilé des délégués de dix-sept nations venant joindre leur hommage à celui des savants français. Enfin, M. de Monzie, ministre de l'instruction publique, clôtura cette grandiose cérémonie. Il montra comment Charcot, ne s'enfermant pas dans cette neurologie qu'il avait créée, sut élargir son influence, non seulement sur le reste de la médecine, mais aussi sur les arts et jusque sur la littérature contemporaine ; il rappela comment les Marcel Proust, les Pirandello, les Lenormand ont subi l'influence de ce maître incontesté, et termina en apportant le salut de la France entière à ce grand médecin.

Voici maintenant terminée une cérémonie qui glorifia un des plus beaux cerveaux de notre siècle ; les travaux de Charcot peuvent être discutés, ses théories même abandonnées, il fera toujours figure d'un maître, d'un savant grand entraîneur, à qui le « *Concours médical* » apporte le témoignage de son respect et de son admiration.

Georges Boudin.

— **La Station thermale de Lamalou-les-Bains et le Centenaire de Charcot.** — A l'occasion du centenaire de Charcot, M. le Dr Cauvy, maire de Lamalou, a adressé à l'Académie de médecine un message, au nom du Conseil municipal, pour s'associer à l'hommage rendu au maître de la Salpêtrière par ses élèves.

Charcot eut, on le sait, une prédilection marquée pour les Eaux de Lamalou qu'il apprit à connaître tout d'abord par les observations médicales de Privat et de Duchenne de Boulogne, qui mirent en relief l'action toni-sédative de ces Eaux chez les nerveux et, en particulier, chez les médullaires.

Grâce à cette action, de nombreux et illustres malades, sur les conseils même de Charcot, dont la renommée était mondiale, vinrent chercher dans les piscines bienfaisantes de Lamalou, la sédation de leurs douleurs et le relèvement de leur état général.

Ainsi, peu à peu, cette cure née de l'empirisme fut bientôt appelée à l'honneur de devenir une thérapeutique classique.

Si la ville de Lamalou rend aujourd'hui un nouvel hommage au souvenir du grand neurologiste qui exerça sur son développement une haute influence, nous devons ajouter que, depuis longtemps déjà, elle a su honorer sa mémoire en donnant à sa plus belle avenue le nom d'avenue Charcot, au milieu de laquelle se dresse la « Fontaine Charcot » dominée par le buste du Maître.

L'inauguration de ce monument eut lieu le 20 septembre 1903 sous la présidence d'un membre du Gouvernement, assisté de représentants de l'Académie de médecine et de nombreux professeurs de Facultés.

A l'occasion de cette inauguration, le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, associa en termes éloquents, la gloire de Charcot et la vertu des Eaux de Lamalou :

« Quel éclat fut jeté sur la médecine française par « Charcot, dit le professeur Landouzy, quand brilla sur « la Salpêtrière l'étoile qui, des deux Mondes, conduisit « en foule vers Paris, médecins et malades assoiffés de « connaître et de guérir ; parmi ceux-ci combien descen- « dirent vers Lamalou s'en revenant, hier comme au- « jourd'hui, réconfortés, soulagés, guéris. »

— **Diplôme universitaire de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.** — Un cours destiné aux médecins français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité, candidats au diplôme de puériculture s'ouvrira le 22 juin, à 4 heures, à l'Ecole de Puériculture

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

1° Le « pansement » n'a pas à être tarifé à part, puisqu'il fait corps, en réalité, avec la visite dont il est, le plus souvent, *en cas d'accident*, la cause et le but. Par contre, s'il s'agit de *blessures multiples*, c'est comme s'il y avait à soigner une blessure à deux ou trois blessés et alors vous comptez autant de consultations ou de visites que vous avez eu de *blessures* à panser.

2° Il n'y a aucune contradiction entre les articles 13 et 14, puisque le *cumul*, entre la visite et un acte opératoire quelconque, est toujours défendu *pour chaque blessure*.

3° Prenons l'exemple que vous m'offrez : je compterais : un pansement au pied, un autre à la main, un autre à la tête, soit *trois pansements* de blessures *différentes* ou trois visites ou consultations (article 14). Par contre, je ne pourrais compter le massage ni les pointes de feu dont vous parlez parce que ceux-ci ne figurent point à l'article 14, ni comme les « pansements » qui y sont nommément désignés, ni dans aucune autre des « interventions » à prix spécial notées dans le tarif.

Conclusion. — Votre « embarras » provient de ce que vous confondez le cas de blessure *unique* (avec défense de cumul) et le cas de *blessures multiples qui forment autant de cas divers à tarifer*, mais dont chacun des cas est toujours sous la même loi de non cumul.

F. D.

III

1253. — Sutures multiples.

Quel est le tarif à appliquer pour les plaies suivantes (accidents du travail : 1re catégorie) ?

1° Sutures multiples à la paupière supérieure et sutures multiples à la paupière inférieure d'un même côté.

Faut-il mettre 25 fr. ou 50 fr ?

2° Cas de deux plaies, à un même doigt, ayant nécessité, chacune, des sutures multiples.

Faut-il tarifer 25 fr. pour chaque plaie : c'est-à-dire : 50 fr.

Dr M.

Réponse.

Dans les deux cas, il s'agit de « sutures multiples sur une seule blessure » et on les appelle « multiples » précisément parce qu'il y en a plus d'une pour *chaque* blessure, à savoir : blessure d'*un œil*, dans le premier cas ; blessure *d'un* doigt, dans le second. Vous avez donc à compter 25 francs dans chaque cas, mais pas 50. . . . .

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

1188. — L'Etat ne paye que les soins et non les examens, certificats, etc.

Je suis appelé à 7 heures du matin auprès d'un bacillaire, victime de la guerre, agonisant. Je rédige une ordonnance pour soulager ses derniers moments et détache une fiche pour prix de ma visite.

Deux heures après, le malade étant mort, on me demande de venir constater le décès, je me rends à domicile et délivre le certificat de décès : puis-je compter à l'Etat cette deuxième visite au cours de laquelle j'ai rédigé le certificat de décès ?

Dr B.

Réponse.

L'article 64 accorde aux Pensionnés de guerre les soins gratuits, mais non les examens, rapports, certificats, etc... Il en a été déjà jugé ainsi maintes fois. Votre deuxième visite ne peut donc être mise au compte de l'Etat, et vous n'avez pas à détacher un bulletin de visite, alors que vous ne faites pas œuvre de médecin traitant, donneur de soins, mais de médecin de l'état civil.

F. D.

II

1176. — 1° Ponction d'abcès pottique. 2° Pas de cumul de visite et d'intervention.

En ma qualité d'abonné au *Concours*, je me permets de vous demander le renseignement suivant :

En ce qui concerne *les blessés de guerre*, quels honoraires peut-on demander pour une ponction d'abcès pottique volumineux faisant saillie à la face antéro-interne de la cuisse. Peut-on l'assimiler à une ponction du genou (60 fr.), ou à un abcès profond non viscéral (100 fr.).

De plus, le prix de la visite est-il compris dans l'acte opératoire, ou, comme il me semble résulter de l'article 72, peut-on l'ajouter à celui-ci ?

Dr F.

Réponse.

1° Je ne vois pas d'assimilation technique possible autre qu'avec « ponction de la vaginale : 30 francs » (article 74). Vous n'avez ici ni une ponction intraarticulaire, ni une incision d'abcès profond, comme vous le proposez, puisque vous ponctionnez sur « une saillie de la peau ».

2° Le prix de la visite concomitante est compris dans l'acte opératoire. Seules ne sont pas comprises « les visites ou consultations consécutives à cet acte » (article 72). F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *mai.*

Sociétés Savantes.

Le 59e *Congrès des délégués des Sociétés savantes* de Paris et des départements s'ouvrira à Poitiers, le mardi 6 avril 1926.

Les journées des 6, 7, 8 et 9 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale de clôture aura lieu le samedi 10 avril 1926, à deux heures.

30 *mai.*

Service de santé des troupes coloniales.

Concours pour le corps de santé des troupes coloniales.

Arrêté du 29 *mai* 1925.

Conformément aux dispositions de l'article 3, paragraphe 2, du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales et de l'instruction du 21 juillet 1924, un concours sera ouvert le 1er décembre 1925, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Pour être admis à faire acte de candidature, les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier 1925, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1893 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire, pré-

cédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens.*

....

Notes.

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites ou orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Une majoration de vingt points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ou de pharmacie ou une faculté mixte de médecine et de pharmacie ;

2° Aux candidats pourvus du diplôme supérieur de pharmacien ;

3° Aux licenciés ès sciences, dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études upérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Une majoration de dix points est accordée :

1° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements ;

2° Aux anciens internes des hôpitaux nommés au concours dans les villes, siège d'une école de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

3° Aux docteurs en pharmacie ;

4° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine ou de pharmacie et des facultés mixtes ;

5° Aux licenciés ès sciences dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles.

Ces majorations sont d'ordre technique et ne peuvent être cumulées.

Il est en outre accordé, à titre exceptionnel, pour les candidats ayant pris part à la campagne contre l'Allemagne, une majoration de :

1 point par mois de présence aux armées ;

5 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade ;

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée ;

15 points par citation à l'ordre de l'armée ;

30 points pour les candidats décorés de la médaille militaire ou de la Légion d'honneur (sans cumul, avec la citation qui a entraîné l'inscription au tableau pour ces distinctions) ;

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

Pièces à produire.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 novembre 1925.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance, sur papier libre, dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe indiquant le régime d'études terminales (cette pièce pourra être produite jusqu'au 1er décembre) ; le candidat indiquera, dans sa demande, s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe ;

3° S'il y a lieu, certificat dûment légalisé permettant de constater les titres universitaires spéciaux donnant droit à des majorations de points ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, établi l'année de l'admission, constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service armé. Cette aptitude, ainsi que celle au service colonial, sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 1re classe au moins ;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

6° Etat des services conforme au modèle ci-après, indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à majoration ;

7° Indication du domicile où doit leur être adressée en cas d'admission la lettre de service ;

8° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve ;

9° Engagement, dans la forme indiquée ci-après, de servir effectivement pendant six ans au moins dans l'armée active à partir de l'admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens dont l'admission a été prononcée sont nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1925. Ils vont suivre à Marseille, pendant huit mois, les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant de l'école principale du service de santé de la

marine, Ils prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté, dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major dans l'ordre du classement de sortie et deviennent disponibles pour le service colonial.

NOTA. — Les candidats ayant accompli leurs obligations millitaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1[er] avril 1923 sur le recrutement de l'armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2[e] classe, sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accomplis comme médecin ou pharmacien auxiliaire ou comme médecin ou pharmacien aide-major de 2[e] classe (art. 39 de la loi du 1[er] avril 1923).

Paris, le 29 mai 1925.

Paul PAINLEVÉ.

Médecine coloniale.

Décret du 27 mai 1925, réglementant les obligations professionnelles des *médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'école de médecine de Dakar.*

(Ce décret sera publié ultérieurement).

31 *mai.*

Puériculture.

Par décret du 28 mai 1925, l'*Institut de puériculture de Toulouse* est rattaché à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, conformément à la convention intervenue entre le Doyen de cette faculté et le directeur dudit Institut.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions parlementaires.

Compatibilité entre les fonctions de médecin expert au tribunal des pensions et celles de médecin vacateur du centre de réforme.

3729. — M. SAINT-VENANT, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° jusqu'à quel point il est régulier que, soit à la conciliation, soit à l'audience du tribunal des pensions, soit

désigné comme expert le médecin qui a examiné l'intéressé au titre de médecin vacateur du centre spécial de réforme ; 2° si, pour assurer aux victimes de guerre, en instance devant le tribunal des pensions, le maximum de garanties morales, il n'y aurait pas lieu de décider qu'il y a incompatibilité entre la situation du médecin vacateur des centres spéciaux de réforme et celle du médecin expert près les tribunaux des pensions. (*Question du* 24 *mars* 1925.)

Réponse. — 1° Aux termes de l'article 40, paragraphe 3, de la loi du 31 mars 1919, lorsque le tribunal des pensions ordonne une vérification médicale complémentaire, cette vérification doit être faite « par un ou trois experts choisis par le tribunal sur une liste établie par lui au commencement de chaque année judiciaire ». Ce texte ne prévoit aucune incompatibilité entre les fonctions de médecin expert et celles de médecin vacateur au centre spécial de réforme ; mais les parties peuvent, bien entendu, proposer toutes récusations qu'elles jugent utiles, dans les conditions prévues par les articles 308 et 310 du code de procédure civile ; 2° d'une part, l'intéressé a le droit de récusation précité ; d'autre part aux termes du paragraphe 5 de l'article 40 susvisé, « s'il y a contradiction formelle entre l'avis des médecins experts et celui du médecin de l'intéressé, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise qui sera confiée à trois médecins désignés, l'un par le ministre compétent, l'autre par le demandeur, le troisième par le tribunal ». Il apparaît que, dans ces conditions, toutes les garanties nécessaires sont assurées aux intéressés.

(*J.O.*, 29 *mai* 1925.)

Les médecins des dispensaires antituberculeux et la patente.

6803. — M. Villette Gaté, sénateur, demande à M. le ministre des finances si les médecins des dispensaires antituberculeux, salariés pour remplir ces fonctions et ne devant pas, en conséquence, faire de clientèle, sont soumis à l'impôt de la patente. (*Question du* 5 *mars* 1925.)

Réponse. — Les médecins qui font partie du personnel des établissements de l'Etat, des départements ou des communes et qui, étant rémunérés par des collectivités, sont des fonctionnaires salariés de l'administration, se trouvent affranchis de la contribution des patentes par application de l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880, à condition, bien entendu, de ne pas exercer la médecine en dehors de l'établissement auquel ils sont affectés.

Par contre, les médecins qui sont rétribués

par des établissements privés restent passibles de la patente, conformément à la **jurisprudence du Conseil** d'Etat, alors même qu'ils n'**auraient pas de clientèle particulière.** La situation des médecins de dispensaires, au regard de la contribution des patentes, doit être réglée, conformément aux indications qui précèdent.

(*J. O.*, 26 mai 1925).

NOTE DE PRATIQUE

De l'emploi abusif des pansements humides,

Par le Dr Ed. Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

A mon avis, et d'après une expérience déjà longue, on a singulièrement dépassé le but de la diminution des symptômes inflammatoires locaux par l'emploi *intensif*, *ininterrompu* et *prolongé* de la méthode classique des *pansements humides.*

La simple logique devrait faire prévoir que s'il importe de calmer la douleur provoquée par la distension des tissus enflammés et infiltrés, à la suite d'une blessure *superficielle* ou simplement d'un *traumatisme* sans érosion des téguments, il faudrait éviter les conséquences d'un contact trop *prolongé* et *continu* de ces derniers avec l'eau des pansements humides, antiseptiques ou simplement aseptiques, et ayant pour résultat de *dépasser le but.* Il est facile de comprendre que si l'on maintient les tissus *même sains*, en contact avec de l'eau, celle-ci, par *endosmose*, pénètre ces derniers, les *distend* d'abord, et si le contact se prolonge encore, les *macère* et les met en état de moindre résistance.

Voici ma règle *invariable* et *sans exception* qui m'a toujours donné des résultats satisfaisants. Au début du traitement, j'applique le pansement *humide* additionné d'un *antiseptique léger*, s'il y a *érosion* ou *plaie superficielle*, en le maintenant pendant 12 heures, environ. Puis le pansement humide est maintenu pendant une heure et accompagné d'un pansement *ouaté* hydrophile, pendant 6 heures, avec badigeonnage préalable de *glycérine*, et ainsi pendant 2 ou 3 jours. Ensuite, pansement uniforme *ouaté* et *glycériné déshydratant.* Pour terminer, enveloppement *ouaté* et *massages légers*, par *effleurement*, dans la direction de la racine du membre, le cas échéant.

Quarante-septième année — N° 25 — 21 Juin 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1482-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret. Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 266. — Ds ch.-lieu de cant. 45 km. de Paris, bon poste à céd. cause mariag. 3.000 par mois faits, en augm. Prix 25.000 compt. Cess. auto à vol. Prix avantag. Ec. Dr L., 7, rue Hôtel-de-Ville à Briare (Loiret).

N° 267. — Dr marié prendr. à Carnac (Morbihan) adult. ou enf. ay. bes. séjour bords mer. Vie en famille.

N° 268. — A vend. à Canet-Plage, sup. constr. pl. corps de bâtim. pouv. serv. de préventorium ou solarium, ou établ. pr cures hélio-marines, sur bords méditerran. face mer, 13 km. Perpignan (serv. de trams). Renseig. Dr Panis, Banyuls-sur-Mer (P.-O.). T. p. r.

N° 269. — Bourgogne. Ds ch.-l. de cant., poste rapp. 40.000, plus fixes, appart. 4 gr. p. Jol. contrée, pêche, chasse. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 270. — 200 km. Paris. Client. rapp. 35.000 sans pharm. Mais. 5 p. et dépend, jard. Prix, y compris habit., 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 271. — A céder dans grande ville régions libérées, à 2 h. de Paris, clinique voies urin. et méd. génér. laiss. 80.000 fr. bénéfices nets. Peu de frais. Bel immeuble. Long bail.

Sanatoriums. Maisons de convalescence

Une maison médicale pour convalescents d'affections des voies respiratoires à Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées).

Le Dr Portes croit devoir signaler aux nombreux praticiens, lecteurs du *Concours médical*, la création, à Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), d'une Maison médicale spéciale aux convalescents d'affections des bronches, poumon, plèvre, dont l'état nécessite, pour parachever la guérison, une cure d'air à une altitude moyenne de 800 mètres, combinée ou non, suivant les cas, à une cure sulfureuse.

Un établissement de ce genre convient spécialement aux malades que les parents ne peuvent pas accompagner pour des raisons diverses pendant une cure nécessairement un peu longue pour être d'une efficacité réelle.

Il s'agit, en somme, d'une pension de famille, mais avec cette particularité qui mérite d'être connue des praticiens, qu'elle est dirigée par

un médecin y résidant, spécialisé dans ce genre d'affections et où les règles de l'hygiène et de la diététique sont rigoureusement appliquées et surveillées.

La maison ne reçoit que des malades du sexe masculin et fonctionne du 1er juin à fin octobre.

Le Dr Portes se tient à la disposition des confrères qui désireraient des renseignements complémentaires.

VACCINS ET SÉRUMS

Vaccin de Dufourt.

Ayant déjà reçu plusieurs demandes de renseignements par l'intermédiaire de votre journal, je vous informe que mon vaccin est fabriqué par l'Institut bactériologique de Lyon, rue Pasteur.

Cet Institut est *officiel* et la vente des produits vaccins au commerce va aux dispensaires antituberculeux de Lyon.

Dr André Dufourt, (de Lyon.)

Attributions des Chambres d'industrie climatique.

Sous ce titre, nous avons publié dans le numéro du 24 mai, page 1275, une lettre et une réponse que *La Presse Thermale et Climatique* du 1er juin reproduit intégralement, en les faisant précéder de l'aimable préambule que voici :

Le *Concours Médical*, lu par la grande majorité des médecins français, ouvre régulièrement ses colonnes aux questions qui embarrassent ses lecteurs, et indique la réponse appropriée à chacune des demandes qui lui sont posées.

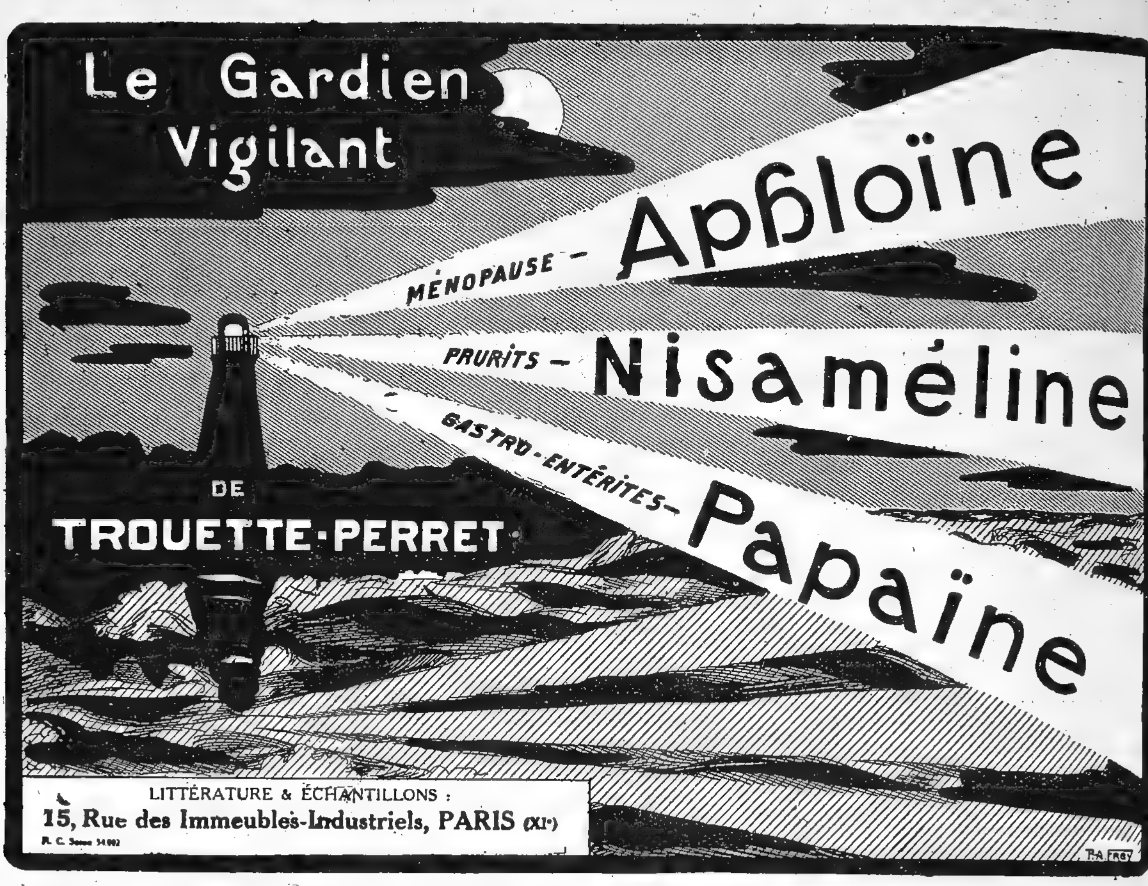
C'est ainsi que dans son numéro du 24 mai 1925, il publie une lettre dans laquelle l'intéressé demande quelques éclaircissements sur le rôle des Chambres d'industrie climatique et sur les relations que ces organismes doivent entretenir avec les municipalités.

La Presse Thermale et Climatique commente dans les termes suivants notre réponse :

La réponse faite par le rédacteur du journal est de tous points conforme aux prescriptions de la loi du 24 septembre 1919 et au règlement d'administration publique du 4 mai 1920. Elle ne peut que constater l'insuffisance des moyens d'action mis par les textes législatifs ci-dessus désignés à la disposition des Chambres d'industrie.

Mais cependant elle ne nous paraît pas tout à fait exacte, car elle ne tient pas compte des dispositions du règlement d'administration publique du 30 mai 1923 qui a modifié ou complété celui du 4 mai 1920.

Le *Concours Médical* est une tribune retentissante d'où la voix de ses rédacteurs est entendue de la presque totalité de nos confrères. Plusieurs d'entre eux, après la lecture du document ci-dessus, pourraient se faire de la Chambre d'industrie et de ses


Le Gardien Vigilant
DE
TROUETTE-PERRET
MÉNOPAUSE — Apβloïne
PRURITS — Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES — Papaïne
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

attributions, une idée un peu erronée actuellement ; qu'il nous soit donc permis ici d'apporter quelques précisions de détail. Le *Concours Médical* ne verra certainement pas dans notre intervention autre chose, que le désir de collaborer avec lui, puisque l'occasion nous en est offerte, à l'éducation du public médical sur une question qu'il connaît fort peu en général.

Donc le décret du 30 mai 1923 précise dans son article 18 que « les états de prévision des recettes et des dépenses relatifs à l'emploi de la taxe *sont préparés par les maires, soumis pour avis à la Chambre d'industrie thermale ou climatique appelée à délibérer dans une réunion qui doit obligatoirement être tenue au cours de la saison et ensuite votés par le conseil municipal.* Ils sont transmis, avec l'avis de la Chambre d'industrie, au préfet, lequel ne doit les approuver qu'autant que le produit de la taxe de séjour est intégralement affecté à des dépenses rentrant dans les prévisions de l'article 1er, § 3, de la loi du 24 septembre 1919. »

Il en résulte donc que la Chambre d'industrie « *doit* » et non pas qu'elle « *peut* » être consultée avant que les projets de travaux aient été soumis au vote du conseil municipal.

Cette précision a bien son importance, elle n'existait pas dans le règlement de 1920 ; aussi beaucoup de municipalités mettaient la Chambre d'industrie devant le fait accompli en lui soumettant le projet de budget de la taxe de séjour après le vote du conseil municipal. Souvent même, il faut bien le dire, le conseil municipal ne soumettait même rien du tout à la Chambre d'industrie.

C'est à des interprétations différentes du texte ancien que le texte nouveau a voulu mettre un terme. Si bien que, sous le régime nouveau, un projet de budget de la taxe voté par le conseil municipal avant consultation de la Chambre d'industrie, *ne doit et ne peut pas être approuvé* par le préfet.

Ce dernier, d'ailleurs, occupe de droit le fauteuil présidentiel dans lequel le rédacteur du *Concours Médical* fait indûment asseoir M. le Maire.

On voudra, d'autre part, bien remarquer que le règlement ancien, de même que le nouveau, oblige le préfet à réunir dans les huit jours la Chambre d'industrie lorsque la demande lui en est faite par le tiers des membres de la Chambre ou par tous les représentants d'une même catégorie de profession. La Chambre d'industrie est donc très suffisamment armée pour faire reconnaître ses prérogatives si elles venaient à être méconnues.

Mais elles ne le seront certainement pas, les municipalités ont partout, et c'est l'intérêt de la station, les relations les plus cordiales et les plus déférentes avec les Chambres d'industrie. Il faut cependant bien que celles-ci connaissent toute l'étendue des moyens d'action dont elles pourraient disposer si, par impossible, quelque municipalité égarée ou négligente se dérobait aux obligations que lui impose la loi sur la taxe de séjour.

V. G.

***

Nous avons, en effet, eu le tort de nous arrêter au Décret du 4 mai 1920 et de ne pas continuer plus loin les recherches que nous avons faites spécialement sur cette matière qui ne nous est pas familière. Les lois et les règlements sont faits actuellement avec une désinvolture qui n'a d'égale que leur profusion et c'est un tort de ne pas penser qu'une disposition, même assez récente, a pu être modifiée.

Le Décret du 30 mai 1923 modifie 13 articles sur les 87 qui composent celui du 4 mai 1920. Il précise certains points et notamment indique que l'emploi de la taxe est soumis pour avis à la Chambre d'industrie, alors qu'antérieurement son avis devait bien être donné au Préfet avant l'approbation, mais il n'apparaissait pas si nettement que les projets devaient obligatoirement être soumis à la Chambre d'industrie.

Nous remercions *La Presse Thermale et Climatique* d'avoir ainsi mis au point notre réponse, qui avait négligé le Décret le plus récent. Nous ferons cependant une légère observation : c'est que nous n'avons nullement fait asseoir le maire dans le fauteuil présidentiel de la Chambre d'Industrie. Il n'est question, ni dans la demande, ni dans la réponse, de cette présidence.

G. D.

CORRESPONDANCE

1331. — Recouvrement d'honoraires d'accident du travail.

Le 15 septembre 1924, j'ai adressé ma note pour soins et fournitures s'élevant à 98 francs. Pas de réponse. J'ai rappelé cette même note le 12 mars 1925. Toujours pas de réponse.

Avant-hier, j'ai donc écrit au patron de l'ouvrier pour le prévenir que si d'ici le 10 juin prochain, je n'étais pas réglé, je m'adresserais au juge de paix pour obtenir le paiement.

N'ayant jamais eu d'ennuis de ce genre, je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre et les formalités à remplir.

Dr C.

Réponse.

Le juge compétent pour connaître des demandes en paiement d'honoraires introduites par les médecins contre les patrons pour soins donnés à leurs ouvriers, victimes d'accidents du travail, est le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever. Ces demandes sont exemptes des frais de timbre et d'enregistrement.

La procédure devant le juge de paix est la même que celle du droit commun. L'affaire doit donc être précédée d'un préliminaire de conci-

liation. En cas de conciliation, le juge en dresse procès-verbal, et, en cas de non conciliation ou de non comparution du défendeur, il délivre au demandeur un permis de citer en vertu duquel le demandeur doit faire citer son adversaire à comparaître à l'audience par exploit d'huissier. Pour la tentative de conciliation, les parties sont convoquées directement par le greffier sur réquisition du demandeur.

Vous pouvez vous présenter vous-même en justice de paix, en conciliation et à l'audience, mais si vous préférez vous faire représenter, vous pouvez confier votre affaire à un mandataire quelconque, de préférence un huissier.

1218. — Frais professionnels à déduire des recettes brutes.

Je reçois ce matin même du fisc une lettre m'invitant à fournir dans les 8 jours « le détail des frais que j'ai déduits pour la détermination des bénéfices professionnels ».

Abonné au *Concours* depuis plus de 20 ans, je vous serais reconnaissant de me dire si je dois déférer à cette invitation et dans l'affirmative de m'indiquer sommairement les diverses catégories de dépenses que je dois défalquer. A ce propos, le syndicat m'avait adressé en 1919 une notice dans laquelle il était recommandé de déduire une somme annuelle pour amortissement des frais d'études et de dépenses d'installation. Est-ce exact et dans ce cas combien compter pour cela ?

D'autre part, j'ai une bonne uniquement en raison de ma profession médicale. Pendant la guerre, lorsque de retour à l'intérieur j'ai pu vivre en famille, je n'en ai pas eu et je m'en passerais encore si je pouvais vivre de mes rentes, seul avec ma femme.

A titre de renseignements, je vous informe que j'ai déclaré 16.400 francs de bénéfices professionnels nets.

Je fais mon service avec 2 petites autos et je fais 30 à 35.000 km. par an sur très mauvaises routes. Que dois-je compter approximativement pour cela ? Je ne puis arriver à me faire donner mes notes de réparations par mon garagiste, de sorte que j'évalue très à peu près mes dépenses d'auto.

Dr X.

Réponse.

Les diverses catégories de dépenses à déduire des honoraires sont les suivantes :

Frais :

Pharmacie ....
Instruments ....
Loyer ....
Contribution, patente ....
Assurances ....
Téléphone ....
Timbres, fournitures de bureau, imprimés ....



Chauffage ....
Eclairage ....
Auto, huile, essence, pièces ....
Auto taxe ....
Auto réparation ....
Auto garage ....
Abonnements, journaux, livres, cotisations ....
Salaires du personnel ....
Déplacements, voyages professionnels ....
Pourboires divers ....
Amortissement mobilier professionnel ....

Il est difficile de vous donner une évaluation de vos dépenses d'automobiles et vous savez mieux que quiconque le montant approximatif de vos dépenses d'huile, d'essence, de pièces et de réparations, dépenses très variables suivant la force de la voiture et les conditions d'utilisation.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1334. — Contrôle des bénéfices de guerre.

1° J'ai été contrôlé le 25 novembre 1923 par un contrôleur spécial des bénéfices de guerre ;

2° Je n'ai jamais reçu de notification de la décision de la Commission ;

A-t-on le droit de me contrôler une seconde fois, ce dont je suis menacé ?

Dr Z.

Réponse.

La commission du 1er degré peut vérifier vos déclarations jusqu'au 30 juin 1925 (sous réserve des nouvelles dispositions légales à l'état de projet) mais en fait, comme avant de fixer les bases d'imposition, elle doit vous les notifier et vous accorder un délai d'un mois pour présenter vos observations, cette vérification devrait être effectuée au plus tard pour le 30 mai.

A.M.

1213. — Demande par un pensionné de guerre pour une saison d'eaux minérales.

1° Jusqu'à qu'elle date un pensionné de guerre à 50 % peut-il faire une demande pour une saison d'eaux minérales à Vichy et à Bagnoles ?

2° La demande doit-elle être faite au Directeur du Service de Santé de la région du domicile du malade ou à celui de la région dans laquelle se trouve la station thermale ?

3° A quel traitement a droit la malade qui est une ancienne infirmière-major ? Dr G.

(*Voir la suite page XLVII-1527*)

PROPOS DU JOUR

En l'honneur des médecins et des étudiants de la Faculté de médecine morts pour la Patrie.

Le dimanche 14 juin, à 10 heures 1/2 du matin, a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris, dans la salle des Pas-Perdus, l'inauguration du monument élevé en commémoration des médecins et des étudiants de la Faculté, morts pour la Patrie.

Le Président de la République assistait à la cérémonie, que présidait M. Durafour, ministre du travail et de l'hygiène.

La Société des Amis de la Faculté de médecine que préside M. Léon Bourgeois et dont le professeur Chauffard est secrétaire général, avait pris l'initiative d'une souscription pour l'érection de ce monument et en avait confié la réalisation au sculpteur Raoul Binard.

L'œuvre du statuaire est simple et émouvante. Appliqué contre le mur sous la voûte de l'escalier de la bibliothèque, le monument a l'allure d'un cénotaphe, élevé dans une sorte de crypte sombre et recueillie. Le bas-relief figure à droite un jeune médecin en tenue de campagne, assis sur un tertre, qui contemple gravement aux rayons du soleil couchant un paysage ravagé par la guerre.

Les traits fins et réguliers de son visage donnent à sa physionomie méditative une expression indéfinissable de tristesse et de sang-froid d'une poignante poésie. Devant lui se déroule un paysage de guerre. Des brancardiers, portant un blessé sur une civière, disparaissent dans un boyau qui conduit au poste de secours, et les contrées d'alentour laissent apparaître, çà et là, les ruines bouleversées et le ravage des obus.

Près de cinq cents noms de martyrs sont alignés au-dessus de ce funèbre tableau. A l'angle gauche de la pierre on peut lire l'inscription : FACULTAS PARISIENSIS EREXIT, SUORUM MEMOR, 1914-1918.

C'est la garde de ce monument que, dans une allocution sobre et émue, M. le Professeur Chauffard confia à la Faculté de Paris au nom de la Société que constituent ses amis.

M. le doyen Roger le remplaça à la tribune. Il remercia au nom de l'École de médecine de Paris les donateurs en acceptant le monument. Dans un langage d'une grande élévation, il évoqua le souvenir de ces trop nombreux médecins et étudiants qui, avec une simplicité héroïque, firent à la Patrie et à l'humanité le sacrifice de leur vie. Puis, retenant ses sanglots et arrachant à ses auditeurs des larmes, M. le doyen Roger, qui est encore sous le coup de la perte récente et cruelle d'une charmante enfant, fit le tableau poignant de la tristesse de la maison familiale où la mort a laissé une place vide. Ce serait, dit-il, désespérer à jamais de la civilisation si pareille catastrophe venait à se renouveler.

L'émotion, provoquée par ce discours d'une si sincère éloquence, se traduisit par d'unanimes applaudissements.

M. le Dr Mourier, directeur général de l'Assistance de Paris, vint aussi apporter l'hommage de son administration à ces morts qui furent pour la plupart des élèves de nos hôpitaux parisiens. Il rappela qu'ancien sous-secrétaire d'Etat au service de santé pendant les dernières années de la guerre, il avait pu apprécier les services rendus par les médecins aux armées et était plus qualifié que tout autre pour glorifier ces victimes.

Le Président du Conseil municipal, au nom de la ville de Paris, le médecin inspecteur Fourgalle, directeur du service de santé militaire de Paris, M. Beau, au nom des étudiants en médecine, vinrent tour à tour honorer les morts et exprimer les sentiments que leur souvenir et leur conduite doivent inspirer à tous. Puis Mademoiselle Madeleine Roch déclama une très belle poésie du professeur Charles Richet.

Le ministre du travail et de l'hygiène clôtura la série des discours. Au nom du Gouvernement il salua la mémoire de ceux qui resteront pour les générations futures de grands exemples que l'on ne saurait oublier et fit l'éloge de la Faculté et des maîtres qui avaient contribué à l'éducation de ces héros.

La musique militaire qui avait concouru à donner à cette cérémonie une solennité plus grande, sonna aux champs et aux accents de la *Marseillaise*, précédé du massier de la Faculté, escorté du doyen et d'un groupe de professeurs

en robes rouges, M. le Président de la République gagna les portes de la Faculté.

***

En revenant de cette émouvante cérémonie, nous trouvâmes dans notre courrier une lettre qui prouve que le culte du souvenir est toujours vivace en France, lettre que son auteur nous pardonnera de publier.

Achy, par Marseille-en-Beauvaisis (Oise).

Docteur,

Je prépare un ouvrage à la mémoire des médecins morts pour la France. Je sais qu'il existe un livre d'Or, mais c'est une liste qui a la sécheresse d'un annuaire. Je veux essayer de faire une œuvre vivante, émouvante.

Soyez assez bon pour me documenter. Avec mes vifs remerciements, veuillez agréer, docteur, l'expression de mes sentiments distingués.

A. René-Brouillhet.
Veuve d'un médecin-auxiliaire mort pour la France.

Nous nous efforcerons de compléter la documentation de cette jeune femme de cœur qui est un auteur déjà connu et distingué. Elle compose un livre : « *A la Gloire du Caducée* » où elle relate les hauts faits de nos confrères, victimes de leur dévouement aux blessés, aux malades et à la patrie. Nous avons eu le plaisir de lire une de ces anecdotes glorieuses parue sous son nom dans le *Figaro*. Nous engageons vivement nos lecteurs à augmenter la série de Madame René Brouillhet.

A une époque où une crise de conscience professionnelle sévit dans le Corps médical, beaucoup moins cependant que dans les autres professions, où à l'occasion de quelques défaillances déplorables et que nous ne saurions trop condamner, on traîne chaque jour dans les journaux, les romans, et au théâtre le médecin sur la claie, n'est-ce pas le meilleur moyen de relever le prestige du corps médical et de défendre son honneur que de faire connaître au public, trop vite oublieux, les services qu'il a rendus pendant la guerre et les actes d'héroïsme dont nos confrères ont été victimes ?

C'est pourquoi nous remercions respectueusement Madame A. René Brouillhet de son initiative et que nous ne doutons pas des efforts que feront nos lecteurs pour la documenter.

J. Noir.

La rééducation des aveugles.

Mademoiselle le Dr Lipinska, doctoresse en médecine française, de nationalité polonaise, lauréate de l'Académie de médecine de Paris, dont nous avons, il y a deux ans, publié ici le compte rendu d'une intéressante conférence sur les *Rêves dans les maladies*, a été atteinte de cécité, il y a 4 ou 5 ans, à la suite d'un glaucome d'origine rhumatismale. Femme intelligente et d'une grande énergie, Mlle Lipinska résolut de consacrer son activité à l'étude de la cécité et aux moyens d'améliorer le pénible sort des aveugles, convaincue que sa propre infirmité lui permettait de faire d'utiles observations. Elle décida de se rendre pour cela en Amérique où les établissements d'éducation des aveugles, dans lesquels on fait d'intéressantes recherches et on réalise de sérieux progrès, sont très nombreux.

Déléguée de plusieurs sociétés philanthropiques et savantes, telles que la Société des médecins oculistes de Varsovie, l'établissement d'éducation des enfants aveugles de Lwow, l'Association Valentin Haüy, l'école de psychologie de Paris, l'Union des Soldats aveugles de France, la Ligue Braille, etc., Mademoiselle le Dr Mélanie Lipinska obtint de pouvoir séjourner aux Etats-Unis, grâce à la protection de l'Ambassadeur de France, M. Jusserand, et cela malgré la loi qui interdit l'entrée du territoire des Etats de l'Union américaine, aux infirmes, en général, et aux aveugles en particulier.

Pendant un séjour de deux ans aux Etats-Unis où elle reçut l'accueil que méritait le noble but qu'elle cherchait à atteindre, elle étudia toutes les méthodes d'éducation des aveugles appliquées en Amérique, fit part aux personnes compétentes de ses idées originales, reçut des encouragements et parvint à réaliser des conceptions personnelles sur la guérison relative de certaines formes de cécité, dont la sienne. Quand la perception de la lumière n'est pas absolument abolie, l'aveugle peut par une rééducation complexe des muscles accommodateurs et surtout du subconscient, parvenir à obtenir avec netteté la représentation plastique d'objets qui, auparavant, ne donnaient à son cerveau que des impressions vagues, et absolument diffuses. Il convient aux aveugles de réaliser une nouvelle

adaptation de leur psychisme remédiant aux moyens altérés de la perception sensorielle.

Mademoiselle le Dr Lipinska paraît avoir réussi sur elle. Il y a deux ans, avant son départ pour l'Amérique, elle ne pouvait se conduire sans le secours d'un guide. Il y a quelques jours, elle est venue *seule* de fort loin nous rendre visite et a pu se conduire dans les rues encombrées de Paris, malgré sa cécité qui, cliniquement, ne s'est pas modifiée !

Dans une conférence qu'elle fera le *vendredi 3 juillet à 20 heures, à la Société de géographie*, Mlle Lipinska exposera ses idées sur la rééducation physique, intellectuelle et morale des aveugles. Notre confrère compte ensuite soumettre les résultats qu'elle obtient par sa méthode à une Commission de physiologistes, de psychologues et d'ophtalmologistes qui en appréciera la valeur et leur donnera une consécration officielle.

Nous ne saurions que féliciter Mlle le Dr Mélanie Lipinska, du courage, de l'énergie, de l'intelligence et des sentiments de noble altruisme qu'elle a dû mettre en œuvre pour faire servir sa cruelle infirmité à l'amélioration des aveugles, ses frères d'infortune.

Nous espérons qu'elle trouvera à Paris d'aussi chaudes sympathies et d'aussi précieux encouragements que ceux qu'elle vient de recevoir à Bruxelles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'AMIBIASE HÉPATIQUE

Par Jacques Decourt,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nul n'ignore la fréquence actuelle de la dysenterie amibienne dans nos pays. La guerre, en mélangeant les races, a disséminé chez nous l'amibe, et à côté des dysenteries chroniques que traînent encore nombre de sujets qui ont fait un séjour plus ou moins prolongé aux colonies, il est des dysenteries autochtones qui bien souvent, sans le secours du laboratoire et du traitement d'épreuve émétinique, risqueraient d'être méconnues. On sait, en effet, que l'amibiase intestinale peut se masquer sous les apparences d'une entérite ou d'une diarrhée banales sans symptômes dysentériques, qu'elle peut même rester entièrement latente. Elle n'en menace pas moins le foie, et les hépatites amibiennes sont loin d'être rares en France.

Elles apparaissent fréquemment à une période très tardive, des années après la poussée initiale de dysenterie.

Au même titre que les dysenteries coloniales les plus typiques, elles compliquent les dysenteries autochtones, les dysenteries très frustes passées inaperçues, les simples amibiases intestinales sans dysenterie.

Par leur polymorphisme clinique elles soulèvent de grandes difficultés diagnostiques.

Il est pourtant du plus haut intérêt de les dépister précocement, puisque nous avons contre elles une arme puissante : l'émétine, qui, employée à temps, est capable d'enrayer l'évolution des hépatites amibiennes les plus graves, et de les guérir radicalement.

Leur histoire gravite autour de celle de l'abcès du foie. Mais outre que celui-ci n'a pas toujours la forme tropicale classique, mais des formes subaiguës plus ou moins larvées et beaucoup plus intéressantes pour nous, nous verrons qu'il est des hépatites purement congestives n'aboutissant pas à la suppuration, et des hépatites chroniques d'aspects très variés.

Hépatites aiguës.

Les hépatites aiguës ne se voient guère en France. Les plus anciennement connues, elles répondent à la description classique de l'abcès dit tropical du foie. Mais on sait aujourd'hui que par une thérapeutique précoce ces hépatites aiguës sont capables de n'atteindre point la phase d'abcès proprement dit. Elles peuvent en quelque sorte avorter à la phase d'hépatite simple.

I. — Hépatite aiguë simple.

Il s'agit le plus souvent d'un Européen arrivé depuis peu aux colonies, et qui vient d'avoir une crise de dysenterie amibienne. Il en souffre encore, ou bien elle est terminée, quand brusquement apparaissent deux symptômes inso-

lites : une douleur dans l'hypochondre droit et de la fièvre.

La *douleur* est généralement vive, véritable point de côté hépatique, rappelant celui de l'embolie pulmonaire, exagérée par les moindres mouvements, la respiration, et irradiant à l'épaule droite. Parfois elle est plus sourde, le malade « sent » simplement son foie. Même dans ces cas, l'apparition de la *fièvre*, phénomène anormal au cours de la dysenterie amibienne, doit faire songer immédiatement à l'hépatite. C'est d'emblée une poussée à 39° ou 40°, accompagnée de frissons, de vomissements bilieux.

A l'examen, le foie est gros, douloureux à la pression. On note un léger subictère.

Les jours suivants, la fièvre prend un type oscillant, à grands crochets quotidiens, l'état général s'altère vite, l'amaigrissement est rapide, l'anorexie complète, la langue saburrale.

L'*évolution* dépend entièrement de la thérapeutique.

a) Si dès les premiers symptômes le malade est soumis à la médication émétinique, en une semaine on voit la douleur hépatique disparaître, la fièvre tomber, le foie reprendre progressivement ses dimensions normales ; et en deux ou trois semaines le malade ayant repris des forces est sur pied.

C'est une *hépatite abortive*, une simple poussée congestive à laquelle le traitement n'a pas laissé le temps d'évoluer.

Le malade devra d'ailleurs être encore surveillé, se soumettre à nouveau au traitement, s'il veut éviter à coup sûr des rechutes.

b) En l'absence de traitement, il est sans doute possible de voir les accidents rétrocéder spontanément. Ce n'est même pas très exceptionnel. Mais de nouvelles poussées surviendront qui tôt ou tard aboutiront à l'abcès.

Le plus souvent, on voit les symptômes persister et s'aggraver ; en 10 ou 15 jours l'abcès est constitué.

II. — **Hépatite suppurée.**

C'est alors le tableau classique de l'*abcès tropical*.

Signes généraux.

La température est élevée, très oscillante, à type rémittent, chaque poussée vespérale à 40° s'accompagnant de frissons, de sueurs abondantes.

Le facies, blême, émacié, plus terreux que subictérique, est celui des grands infectés. L'amaigrissement est rapide. La langue est saburrale, rouge sur les bords. Les urines sont rares, foncées, urobilinuriques.

Signes fonctionnels.

La douleur hépatique est intense, continue, lancinante, irradiant à l'épaule en bretelle. Elle entraîne une dyspnée très vive, une respiration superficielle à type costal supérieur. Des quintes de toux l'exaspèrent.

Anorexie, vomissements, diarrhée, complètent le tableau clinique.

Signes physiques.

L'inspection révèle parfois une voussure de l'hypochondre droit, avec soulèvement et élargissement des espaces intercostaux. Cette région est immobile.

La palpation est douloureuse, et souvent une contracture musculaire la rend malaisée.

Le bord inférieur du foie est très abaissé, tandis que sa matité supérieure est élevée. Sa surface est tantôt lisse, tantôt bosselée par une saillie où la pression d'un seul doigt réveille une douleur exquise, très localisée.

Il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale, ni grosse rate.

L'auscultation révèle, à la base droite, de la submatité, une diminution du murmure vésiculaire, quelques frottements, parfois une lame de liquide.

La *radioscopie* montre nettement l'hépatomégalie, parfois une dénivellation très nette du bord supérieur du foie.

L'examen du sang révèle une *polynucléose* accentuée, une disparition de l'éosinophilie habituelle des dysentériques, et une anémie parfois considérable.

Mais point n'est besoin de telles recherches chez ce colonial pour affirmer l'abcès du foie dysentérique.

Une *ponction exploratrice* pourra être pratiquée, capable qu'elle est de donner d'utiles indications pour la conduite à tenir.

Pratiquée à l'aide d'une longue et grosse aiguille, en pleine tumeur si l'on en sent une, sinon au niveau du point maximum de la douleur, elle n'a de valeur que si elle est positive, permettant d'affirmer la suppuration.

Tantôt elle ramène un pus épais, chocolat ou rouge brique, de consistance pulpeuse, se coagulant rapidement, formé de leucocytes bien conservés, et où l'on peut retrouver des amibes : c'est un véritable *pus vivant* qui peut faire espérer encore une guérison par le seul traitement médical émétinique.

Tantôt c'est déjà un *pus mort*, bien lié, jaunâtre ou teinté de bile, formé de leucocytes très altérés. La ponction n'est alors que le premier temps de l'ouverture chirurgicale.

Evolution.

a) Traité par ouverture chirurgicale et drai-

nage, l'abcès du foie guérit le plus souvent, et d'une façon assez rapide, en 15 à 20 jours.

Pourtant certains malades profondément infectés succombent au choc opératoire ; ou bien l'existence de plusieurs collections suppurées rend malaisé le drainage ; ou bien une hémorragie, une cholerragie ou surtout une fistule interminable compliquent l'évolution.

b) Non traité, l'abcès évolue vers la mort. Parfois celle-ci survient en 8 à 15 jours dans un tableau ataxo-adynamique.

Plus souvent elle tarde 5 ou 6 semaines. L'amaigrissement est considérable. La cachexie et l'hecticité progressent. Et le pus s'ouvre une voie spontanée, soit vers la peau qui rougit et s'ulcère, soit à travers le poumon par vomique, soit dans le péritoine où il détermine une péritonite généralisée ou localisée, soit enfin, évolution moins défavorable, dans le côlon, ou l'estomac. Nous n'insistons pas sur ces terminaisons actuellement exceptionnelles. Dans tous les cas la mort est à peu près fatale.

III. — **Formes suraiguës.**

Il est des formes plus graves encore, véritables hépatites suraiguës qui tuent en quelques jours dans un état de cachexie galopante, où les symptômes intestinaux sont souvent au premier plan, réalisant le tableau typhoïde ou toxique des dysentéries graves, grâce à l'association d'amibiase intestinale et hépatique.

Il s'agit souvent, dans ces cas, d'abcès multiples contre lesquels la chirurgie reste assez désarmée. Dans d'autres cas il s'agit d'abcès gangréneux, dus à l'association d'anaérobies.

Hépatites subaiguës

Mais beaucoup plus intéressants pour nous sont les abcès à évolution subaiguë, qui sont les formes habituellement observées en Europe.

I. — **Hépatite suppurée à évolution subaiguë.**

Le malade est un ancien dysentérique, mais non toujours un ancien colonial. Sa dysenterie a pu être très fruste, méconnue, réduite à quelques selles pâteuses, et depuis longtemps oubliée du malade.

Début.

Le début est habituellement très insidieux, et le sujet vient consulter pour des troubles très divers.

Souvent c'est pour des *troubles gastro-intestinaux* : anorexie, alternative de diarrhée et de constipation, état saburral, et parfois vomissements. En même temps le malade maigrit, perd ses forces, prend un teint pâle et subictérique.

Parfois ce sont des *signes pulmonaires* qui dominent : de la dyspnée, une toux sèche, un point de côté de la base droite, avec quelques frottements pleuraux, parfois une névralgie phrénique. Cela joint à l'amaigrissement, à des poussées fébriles, fait croire à une tuberculose.

Parfois la *fièvre* est le seul symptôme, quelquefois continue, le plus souvent rémittente ou intermittente, accompagnée de frissons, de sueurs ; et si le malade est un ancien colonial c'est au paludisme que l'on songe ; et pourtant la quinine est sans effet.

Dans d'autres cas l'attention est plus directement attirée vers le foie par des *douleurs* de l'hypochondre droit, douleurs continues, avec des paroxysmes, irradiant à l'épaule droite, parfois réduite à une sensation très spéciale de bretelle trop serrée.

Dans certains cas enfin, l'état général n'est nullement altéré. Ni fièvre, ni amaigrissement notable, ni douleurs, et le malade n'est inquiété que par une *tumeur* progressivement développée dans son côté droit.

Etat.

Le diagnostic peut rester longtemps en suspens, si rien n'amène à songer à l'amibiase hépatique. Des mois souvent se passent avant que les signes d'abcès du foie se précisent.

Celui-ci constitué, la fièvre prend ordinairement le type rémittent, montant à 39° le soir pour redescendre à 37° le matin, entrecoupée parfois de périodes plus ou moins prolongées où elle reste subcontinue, ou bien redescend à la normale. Il faut savoir d'ailleurs qu'il est des cas où elle manque complètement. Parfois des frissons, et surtout des sueurs profuses l'accompagnent, trempant, la nuit, la chemise et les draps. L'amaigrissement est progressif.

Les troubles digestifs sont constants. La douleur s'accentue, tenace, lancinante, gênant les mouvements de l'épaule. La respiration est troublée et souvent le malade tousse.

A l'examen, on est frappé par le *teint* à la fois pâle et subictérique, terreux, du malade.

L'inspection de la région hépatique, pratiquée à jour frisant, révèle parfois une *voussure* légère de l'hypochondre droit. Les fausses côtes sont soulevées, rejetées en dehors. L'ampliation thoracique est diminuée. Parfois existe à ce niveau une légère circulation collatérale.

La palpation peut noter une contracture localisée des muscles abdominaux, des froissements de périhépatite (plus nets à l'auscultation). Mais surtout elle révèle un symptôme capital : une *douleur localisée,* douleur vive sous laquelle se dérobe le malade. Parfois cependant il faut une commotion brusque pour réveiller cette douleur.

Palpation et percussion révèlent un *gros foie,* dont la limite supérieure est souvent très remontée, et dont le bord inférieur déborde au-dessous des fausses côtes.

Souvent sa surface est lisse et de consistance normale. Parfois y apparaît une bosselure arrondie, plus ou moins nette, d'une dureté élastique. Il est exceptionnel en tous cas qu'il s'agisse d'un abcès assez superficiel pour donner de la fluctuation.

L'examen de la *base droite* révèle presque toujours de la submatité, des frottements, parfois un peu de liquide surajouté à l'hypertrophie du foie vers le haut.

Il faut s'aider de la radioscopie et des recherches de laboratoire.

La radioscopie confirme et met mieux en évidence l'hépatomégalie. Il est exceptionnel qu'un abcès central se dessine comme une ombre plus sombre au milieu de l'ombre hépatique. Mais le plus souvent l'abcès évolue vers le thorax et le bord supérieur du foie apparaît voussuré, surélevé. On sait que normalement, sur un sujet debout, l'hémidiaphragme droit s'élève 2 cm. plus haut que le gauche. Cette dénivellation peut atteindre, en cas d'abcès du foie, 6 à 10 cm. Les mouvements du diaphragme sont très diminués, et souvent le cul-de-sac est obstrué par des adhérences, ou par un petit épanchement qui gêne l'exploration. Dans d'autres cas, c'est vers le bas que l'abcès évolue, dessinant plus ou moins nettement sa voussure sombre sur le champ clair de l'estomac distendu par une potion de Rivière.

L'examen du sang révèle un signe d'importance primordiale : une hyperleucocytose accentuée avec prédominance très nette des polynucléaires. Plus accessoirement il peut montrer une anémie assez prononcée, une diminution des éosinophiles.

L'exploration des fonctions hépatiques les montre généralement inaltérées, sauf la présence fréquente d'urobilinurie, et la diminution de l'excrétion uréique.

L'examen soigneux des selles, la rectosigmoïdoscopie au besoin, compléteront l'examen du malade. Nous y reviendrons.

Evolution.

L'affection évolue *par poussées*.

Sous l'influence de fatigues, d'affections intercurrentes, ou sans raison apparente, on voit les douleurs hépatiques augmenter, la fièvre s'élever, l'asthénie, l'amaigrissement, s'accentuer, et le foie subit une augmentation de volume qui persiste.

Ici encore l'intervention thérapeutique commande l'évolution.

a) Si grâce à un diagnostic suffisamment précoce, ou grâce à une simple présomption clinique, on a institué un *traitement d'épreuve* émétinique on peut assister à une véritable résurrection du malade. De jour en jour les symptômes rétrocèdent. Douleurs, fièvre, polynucléose s'atténuent, puis disparaissent. Une crise urinaire peut survenir. Le foie régresse, mais lentement, en plusieurs mois.

Un foie qui reste gros, des douleurs qui persistent sont l'indice de fausses guérisons et commandent la thérapeutique chirurgicale.

b) Abandonné à lui-même, l'abcès mène tôt ou tard le malade à la mort.

Parfois c'est au milieu d'une cachexie progressive, véritable *phtisie hépatique*, qui peut être hâtée par des affections intercurrentes.

Le plus souvent l'*abcès s'ouvre* spontanément. Cette ouverture se fait habituellement vers le haut, dans le poumon, à travers des adhérences pleurales de la base qui protègent la plèvre. Plus ou moins brutalement se fait une vomique de pus brunâtre ou chocolat, à odeur de marmelade de prunes. La vomique peut être massive, dramatique et typique. Parfois elle est fractionnée, simulant une expectoration bacillaire. Elle laisse après elle des signes cavitaires à la base droite. Elle a rarement une évolution favorable, souvent survient une amélioration passagère, mais secondairement le poumon s'infecte, se sème de bronchopneumonie ou de gangrène qui emportent le malade dans l'hecticité. Pourtant, à ce stade encore, le traitement émétinique a pu provoquer de véritables résurrections.

Parfois c'est à la peau que s'ouvre l'abcès, créant une fistule interminable. Parfois enfin, c'est dans le péritoine ou dans le côlon transverse.

Ces ouvertures spontanées sont d'ailleurs exceptionnelles de nos jours.

Il est pourtant des formes latentes d'abcès du foie, qui torpides et non diagnostiquées, ne viennent se démasquer que brutalement par une vomique subite ou une péritonite.

II. — Hépatites subaiguës non suppurées.

(Boidin et Dujarric de la Rivière ; — Ravaut et Charpin).

A côté de l'abcès à évolution subaiguë, on connaît aujourd'hui l'existence d'hépatites subaiguës non suppurées.

Après un début parfois assez brusque, c'est à peu de chose près le tableau précédent, mais avec des phases de rémissions et des poussées paroxystiques qui mènent le malade à la cachexie sans qu'aucune suppuration apparaisse.

Il faut connaître ces formes, qui surviennent souvent en dehors de toute poussée dysentérique, et au cours desquelles l'examen des selles reste habituellement infructueux.

Le traitement d'épreuve est le meilleur moyen de diagnostic, puisqu'il améliore rapidement ces malades, et les guérit souvent complètement.

Hépatites chroniques

L'amibiase hépatique peut enfin donner lieu à des manifestations chroniques, d'aspects très

divers, mais que l'on peut schématiser en deux types principaux.

I. Le premier type réalise une **hépatite nodulaire hypertrophique avec cirrhose** (Achard et Foix).

Cette forme se caractérise anatomiquement par des foyers nodulaires multiples, limités par une intense réaction scléreuse défensive aboutissant à une véritable cirrhose, et s'accompagnant d'altérations du parenchyme hépatique. Parfois les nodules sont entièrement fibreux : ce sont les abcès fibreux de Kelsch et Kiener.

Cliniquement cette forme évolue d'une façon chronique, avec des poussées aiguës, que séparent des périodes de latence où le malade reste pâle, fatigué, subictérique.

A l'examen on trouve un *gros foie* tout entier *dur, irrégulier, bosselé.*

Contrairement aux autres formes d'hépatite amibienne, celle-ci s'accompagne, au moment des poussées, d'ictère et de signes d'insuffisance hépatique.

II. Dans l'**hépatite chronique simple** (Paisseau et Hutinel), c'est la même histoire de poussées aiguës, séparées de phases intercalaires parfois très longues. Mais il n'y a jamais de suppuration; il ne se forme pas de nodules.

Les poussées se marquent par des douleurs hépatiques vagues, des signes de réaction pleuro-pulmonaire de la base droite, des douleurs scapulaires, une névralgie phrénique, tous signes qui ont une grosse importance diagnostique.

Le foie est peu hypertrophié, débordant à peine les fausses côtes. Il n'est pas déformé.

Ici encore, quoiqu'il ait moins de prise que sur les formes aiguës ou subaiguës, le traitement d'épreuve conserve sa valeur.

On a décrit aussi une **cirrhose amibienne** dont le tableau et l'évolution sont ceux d'une cirrhose banale avec hypertension portale.

Formes associées.

On conçoit enfin que l'amibiase puisse s'associer à d'autres affections pour léser le foie.

L'association à la *dysenterie bacillaire* conférerait une gravité spéciale à l'hépatite amibienne, bien que le bacille de Shiga n'entre pour rien dans la genèse de l'abcès.

L'association au *paludisme* complique souvent le diagnostic, d'autant que le paludisme peut donner, à lui seul des manifestations intestinales à type dysentériforme.

Survenant *chez un tuberculeux*, l'hépatite amibienne voit son pronostic très assombri. On a dans certains cas trouvé le bacille de Koch dans le pus des abcès dysentériques.

Des microbes *pyogènes vulgaires* peuvent enfin contaminer l'abcès. Contrairement à l'opinion classique cette infection secondaire est rare avant la rupture. Quand elle survient (par voie sanguine) elle hâte la rupture. Elle est fréquente au contraire quand l'abcès s'est ouvert et fistulisé.

On peut se demander si ces diverses associations pathologiques, auxquelles il faut joindre encore la *syphilis, l'alcoolisme,* ne jouent pas un rôle important dans les formes chroniques de l'amibiase hépatique, et en particulier dans les formes nodulaires et scléreuses.

Telles sont, étudiées à la lumière des travaux récents, les principales formes de l'amibiase hépatique. Il importe de remarquer que *ces différents types, schématiquement scindés, sont en réalité beaucoup moins des entités distinctes que des stades différents, des modalités évolutives d'une même affection.*

Pronostic.

A l'heure actuelle, ce qui domine ces modes évolutifs, ce qui domine le pronostic, c'est la date d'institution du traitement émétinique. Hors certaines formes suraiguës que l'on n'observe guère qu'aux colonies, il n'est pas une de ces hépatites qui ne régresse sous l'influence du traitement s'il est appliqué à temps, et qui ne soit à l'abri des récidives s'il est poursuivi assez longtemps, avec assez de méthode et de persévérance.

Aux colonies, où l'on pense d'emblée à l'amibiase en présence de manifestations hépatiques, le pronostic n'est qu'une question de traitement.

Dans nos pays, on peut dire qu'il est une question de diagnostic.

Diagnostic.

I. — Diagnostic positif.

Il est facile si l'on a la notion de la dysenterie. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

1° Il faut *savoir songer à l'amibiase,* fouiller les antécédents des sujets, se rappeler qu'il n'est pas besoin d'être ancien colonial pour être amibien, que les antécédents dysentériques peuvent avoir été très frustes, voir nuls.

2° Il faut pratiquer *un examen soigneux des selles.* S'il s'agit d'un dysentérique évident, elles peuvent avoir, au moment d'une poussée, l'aspect typique du crachat dysentérique muco-sanglant. Beaucoup plus souvent elles seront en apparence peu modifiées, ou bien abondantes, pâteuses, « bouse de vache ». Il faut chercher avec soin des parcelles de mucus. Souvent il s'étale à leur surface en une mince couche qui leur donne un aspect luisant, vernissé, très caractéristique. Il est de la première importance d'examiner des selles fraîchement émises, non souillées par l'urine, et recueillies de préférence dans un vase tiède, pour assurer la vitalité de l'amibe. En outre la recherche doit être faite avant tout traitement émétinique.

Un fragment de mucus, dilué au besoin dans

une goutte de sérum physiologique tiède, est porté entre lame et lamelle et examiné au microscope.

Au cours d'une poussée aiguë de dysenterie on trouvera parfois l'amibe sous sa forme typique dite *entamœba histolytica* : masse protoplasmique de 25 à 40 μ (c'est-àdire plus grande qu'un leucocyte), très mobile, très réfringente, présentant un ectoplasme clair et un endoplasme granuleux. Le noyau est petit et peu visible. On recherchera avec le plus grand soin la présence d'hématies incluses dans le protoplasme, car cette hématophagie est caractéristique de l'amibe dysentérique.

Mais dans les dysentéries peu intenses à selles pâteuses qui accompagnent généralement l'hépatite, on trouvera plus souvent l'amibe sous sa forme dite *entamœba tetragena*, plus petite, moins mobile, et aux inclusions hématiques plus rares.

Le diagnostic est alors difficile avec la vulgaire amibe du côlon, non pathogène. Mais celle-ci est homogène, son protoplasma est uniforme, il contient de grandes vacuoles claires et ne renferme jamais d'inclusions hématiques.

Si l'on ne trouve pas d'amibes, ou si l'on n'en voit que de douteuses, on recherchera les *kystes* qui représentent la forme de résistance du protozoaire.

Ils sont plus nets sur un fragment de selles émulsionné dans quelques gouttes de solution de Lugol. Ils sont petits, présentent un double contour net. Ils contiennent au maximum quatre noyaux, et en outre un bâtonnet réfringent dit chromidium. Les kystes de l'amœba coli sont plus grands ; ils ont 8, 12, 16 noyaux et plus, et sont dépourvus de chromidium.

De tels examens devront être répétés, et c'est parfois seulement au 10e, au 20e, que la constatation d'amibes ou de kystes caractéristiques viendra confirmer un diagnostic incertain.

On recourra au besoin aux procédés d'enrichissement : administration d'un lavement purgatif salin, ou injection intra-veineuse de cyanure de mercure, qui réveillent la recto-colite.

On se rappellera en tous cas que, même après des examens répétés, on ne trouve guère l'amibe ou ses kystes que dans la moitié environ des cas d'hépatites amibiennes. Nous n'insisterons pas sur le procédé peu pratique de l'inoculation des selles dans le rectum du chat, dans le but de provoquer une dysenterie expérimentale.

3° La *rectosigmoïdoscopie* ne saurait à elle seule faire poser un diagnostic de dysenterie amibienne. Elle peut cependant permettre de prélever une parcelle de mucus au niveau d'une ulcération, en vue d'un examen microscopique.

4° On n'omettra pas en tous cas de recourir à la *radioscopie*. Nous avons vu les renseignements précieux qu'elle peut fournir.

5° Nous avons vu également l'intérêt de l'*examen du sang*, en vue de la recherche de l'hyperleucocytose sanguine ; sans compter les renseignements négatifs qu'il peut fournir : absence d'hématozoaires si l'on hésite avec le paludisme, hémoculture négative si l'on hésite avec une septicémie.

6° Enfin si l'on soupçonne une hépatite suppurée, on peut être autorisé à pratiquer une *ponction du foie*. L'asepsie, bien entendu, doit être rigoureuse. Il faut une aiguille longue et de gros calibre ; et si l'on fait plusieurs ponctions, il faudra changer chaque fois d'aiguille pour éviter les risques d'inoculation septique du péritoine. On pique au point le plus saillant de la voussure, ou, en son absence, au point maximum de la douleur provoquée. Une ponction blanche ne devra pas faire éliminer le diagnostic d'abcès du foie. Là encore les résultats positifs entrent seuls en ligne de compte.

Si l'on ramène du pus, on étudiera son aspect qui peut être celui du « pus mort » ou du « pus vivant » décrits plus haut. A moins d'infection secondaire, c'est un pus stérile à la culture et l'on y trouve souvent des amibes.

7° Enfin si le doute persiste, le dernier mot restera aux résultats du *traitement d'épreuve* par l'émétine qui reste un très gros facteur de diagnostic puisqu'il amène constamment une amélioration très notable de toutes les hépatites amibiennes.

II. — **Diagnostic différentiel.**

Toutes ces recherches constituent les plus sûres données du diagnostic de l'amibiase hépatique.

Nous ne ferons qu'effleurer son diagnostic différentiel, qui se pose dans des conditions très variables.

A.) Hépatites aigues.

Le diagnostic des hépatites aiguës est souvent assez facile car elles sont surtout le fait de coloniaux chez qui la dysenterie est évidente ou assez récente.

Pourtant il faut éviter l'erreur avec le *gros foie douloureux du paludisme aigu*, où c'est le même type de fièvre, le même subictère, la même hypertrophie douloureuse du foie, le même amaigrissement, la même anémie. Mais dans le paludisme la rate est grosse, la courbe fébrile est influencée par la quinine, la formule sanguine est caractérisée par la leucopénie avec mononucléose, et l'on peut déceler l'hématozoaire, la mélanémie. On songera d'ailleurs à l'association possible des deux affections.

La *dysenterie bacillaire* ne détermine jamais d'abcès du foie. C'est bien accessoirement qu'elle peut s'accompagner d'un certain degré de congestion hépatique, mais qui ne domine jamais

le tableau clinique, et où l'examen soigneux des selles résout le diagnostic.

Dans les formes suraiguës où dominent les signes généraux, il faut éviter l'erreur avec les *hépatites infectieuses* de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la scarlatine, avec l'ictère grave, la spirochétose ictéro-hémorragique.

L'hépatite amibienne reconnue, le problème se pose de savoir si elle est encore à la phase congestive simple, ou si elle est déjà suppurée. Il n'est pas de signe clinique de valeur absolue. L'accentuation des phénomènes locaux et généraux, de l'hyperleucocytose sanguine, les résultats du traitement sont des présomptions. Mais seule la ponction exploratrice peut affirmer la présence du pus quand elle est positive.

B.) Hépatites subaiguës.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic de ces hépatites subaiguës, de ces abcès à évolution chronique qui sont les formes habituelles de nos pays et peuvent survenir chez des malades dont les antécédents dysentériques sont peu nets.

La fièvre, la douleur, l'amaigrissement, la leucocytose font porter le diagnostic d'une collection suppurée de l'hypochondre droit. C'est l'histoire du malade, l'examen clinique minutieux, la radioscopie qui élimineront la *pleurésie purulente diaphragmatique*, les *abcès sous-phréniques* ou *périnéphrétiques*, la *cholécystite suppurée*.

La suppuration hépatique reconnue, le diagnostic est très malaisé avec le *kyste hydatique suppuré*. A part l'histoire du malade, seule l'épreuve du traitement peut l'éclairer ; et si elle n'a pas d'effet, l'intervention chirurgicale s'impose dans l'un et l'autre cas.

Quant aux abcès du foie non dysentériques, ils prêtent rarement à erreur, car ce sont de petits abcès d'allure très différente. Seuls certains *abcès d'origine appendiculaire* peuvent réaliser un type analogue, et l'on y songera par les antécédents appendiculaires du malade.

Ici se pose le *diagnostic de localisation de l'abcès* en vue du traitement chirurgical. C'est par la radioscopie et, guidée par elle, la ponction exploratrice, que le chirurgien sera amené à déterminer la technique de son intervention.

C.) **Hépatites chroniques.**

Quant aux hépatites chroniques, elles posent le diagnostic souvent si difficile des gros foies : *foie cardiaque, cancer massif* ou *nodulaire, kyste hydatique, cirrhoses hypertrophiques* alcooliques, tuberculeuses ou syphilitiques, etc.

On se basera sur l'*existence des poussées aiguës* qui ne manquent jamais, et qui, jointes au passé du malade, feront soupçonner l'amibiase et pratiquer le traitement d'épreuve, car l'examen des selles et du sang reste souvent peu concluant.

On songera pourtant au *foie paludéen*, mais qui réagit à la quinine et non à l'émétine, et qui s'accompagne d'une grosse rate, d'une formule sanguine spéciale.

Ces hépatites chroniques, d'ailleurs rares, sont d'un diagnostic d'autant plus difficile que l'intrication d'étiologies diverses n'est pas rare.

Traitement

Il devrait être avant tout *prophylactique*. C'est par le dépistage soigneux et le traitement suffisamment suivi de la recto-colite amibienne que l'on doit s'efforcer de prévenir l'éclosion de ses complications hépatiques. Nous ne pouvons nous étendre ici sur ce sujet.

Pourtant un amibien apparemment guéri par l'émétine associée aux arsenicaux et à la pâte bismuth-charbon-ipéca de Ravaut, reste exposé aux hépatites tardives s'il ne poursuit pas son traitement avec assez de persévérance.

Comme la syphilis, l'amibiase est une affection à rechutes qu'il importe de traiter longtemps par des cures d'entretien. De même qu'un syphilitique, même soumis à un traitement convenable, ne doit jamais se considérer comme sûrement à l'abri de toute manifestation ultérieure de sa syphilis, de même un ancien dysentérique doit songer à la possibilité de réveils tardifs de son amibiase.

I. — Traitement médical.

Mis à part certains cas exceptionnels d'abcès du foie à évolution suraiguë, on peut dire que le traitement médical serait toujours suffisant s'il était toujours employé à temps. Nous avons suffisamment indiqué en cours de route son efficacité remarquable, puisqu'il constitue un des meilleurs éléments du diagnostic de toutes les formes d'amibiase hépatique, et puisque de sa précocité dépend l'évolution même de l'hépatite.

A) C'est l'*émétine*, alcaloïde de l'ipéca, qui depuis les beaux travaux de Rogers (1913) constitue la médication quasi-spécifique de l'amibiase hépatique comme de l'amibiase intestinale.

On utilise exclusivement les solutions de chlorhydrate d'émétine en injections sous-cutanées. L'injection intra-veineuse a été peu employée jusqu'à ce jour et ne paraît pas sans dangers.

Dans les hépatites subaiguës la dose à employer est de 4 à 8 centigrammes par jour, en une seule ou en deux injections.

Dans les formes suraiguës on peut atteindre la dose de 10 ou même 12 centigrammes (Chauffard, Ravaut). Chez la femme pourtant, et en particulier au moment des règles, il vaut mieux ne pas dépasser 8 centigrammes.

On renouvelle la dose tous les jours pendant 8 ou 10 jours. Mais il ne faudra jamais dépasser la dose totale de 80 centigrammes, 1 gramme au maximum, sous peine de voir survenir des acci-

dents d'accumulation dans l'organisme. Cette dose totale obtenue, il faut laisser le malade au repos pendant 1 mois. Au bout de ce temps on pourra recommencer la série.

Françon et Hutinel proposent les deux schémas suivants qu'on modifiera au gré des circonstances.

a) Formes aiguës : 7 injections, les deux premières à 8 cgr. (exceptionnellement à 10 ou 12 cgr.), les suivantes à 6 cgr. ; 15 jours de repos; 7 piqûres à 6 cgr. ; 3 semaines de repos ; 7 piqûres à 6 cgr. ou à 4 cgr.

b) Formes chroniques : 6 injections à 8 cgr. ; un mois de repos ; 5 piqûres à 6 cgr. ; puis tous les deux mois 8 jours à 6 cgr.

Chez l'enfant, Mattéi recommande comme dose *totale*, coupée en deux séries rapprochées, 5 cgr. avant un an, 10 cgr. de 1 à 2 ans, 20 cgr. de 3 à 5 ans, 30 cgr. de 6 à 9 ans, 40 cgr. de 10 à 13 ans ; on ne pourra répéter ce traitement qu'après un repos d'au moins 3 semaines.

Les accidents de la médication émétinique (hors certains cas exceptionnels d'idiosyncrasie) sont des *accidents d'accumulation* qui surviennent lorsque l'on a dépassé la dose globale de 1 gramme en un mois. Ils s'annoncent par des vertiges, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la faiblesse du pouls, et pourraient conduire à la mort dans le collapsus cardiaque si l'on continuait la médication. Ils seront à redouter surtout chez les rénaux et les cardiaques. Chez la femme enceinte il y aurait à craindre l'avortement.

Ces accidents peuvent survenir quelque temps après la fin du traitement. Il faut donc suivre les malades. S'ils surviennent, il faut évidemment suspendre la médication, et prescrire du tanin, des toni-cardiaques (adrénaline, huile camphrée).

B) Actuellement, à l'émétine on associe le *novarsénobenzol*, aux mêmes doses à peu près que dans la syphilis.

Ravaut fait une injection intraveineuse de 30 cgr. de novarsénobenzol tous les 4 jours jusqu'à concurrence de 10 injections. Dans les intervalles de 3 jours qui séparent les quatre premières injections il fait des doses croissantes d'émétine : 4-6-8 cgr. Il cesse ensuite l'émétine, et la reprend en 3 séries identiques entre les trois dernières injections de novar. Le malade reçoit ainsi en 40 jours 1 gr. 04 d'émétine et 3 gr. de novar.

Les dangers du novar. ne sont pas plus grands chez les amibiens que chez les syphilitiques. Ravaut conseille toutefois de ne pas dépasser la dose de 0.30 cgr. par injection.

C) Nous n'insisterons pas sur les médications adjuvantes : repos, régime, laxatifs, révulsion locale. Chez les coloniaux le rapatriement doit être vivement conseillé.

II. — Traitement chirurgical.

Il ne concerne bien entendu que l'abcès du foie collecté. Mais quand faut-il intervenir ?

Dans l'abcès tropical classique, quand les symptômes sont très accusés, l'état général compromis, la marche rapide, l'intervention chirurgicale s'impose d'urgence.

Elle s'impose encore quand la ponction exploratrice a montré un pus mort ou infecté secondairement.

Si au contraire l'état général reste assez satisfaisant, si la ponction a retiré un pus vivant, rouge-brique ou chocolat, aux polynucléaires peu altérés, il est indiqué de tenter d'abord un traitement médical intensif pendant 5 ou 6 jours. Si après cette épreuve les signes généraux gardent leur acuité, si même après suppression de la fièvre le volume du foie n'a pas régressé, cliniquement, ni radioscopiquement, il faut opérer sans plus tarder. Dans ces cas le traitement médical préliminaire aura pu dans une certaine mesure « refroidir » en quelque sorte l'abcès.

Les ponctions évacuatrices par aspiration paraissent insuffisantes et dangereuses. Rogers pourtant y reste fidèle.

En pratique il faut recourir à l'ouverture large suivie de drainage, soit par voie abdominale, soit par voie thoracique transpleuro-diaphragmatique selon le siège de l'abcès. Nous ne pouvons entrer dans les détails de technique qui ne sont pas de notre compétence.

Les complications post-opératoires sont celles de toutes les interventions sur le foie : hémorragie, cholérragie, infection de la plèvre ou du poumon.

Le traitement émétino-arsenical sera toujours associé au traitement chirurgical, et longtemps poursuivi après lui.

III. — Avenir du malade.

Il dépend essentiellement de la continuation du traitement. L'hépatite guérie, le malade reste exposé aux récidives si des cures d'entretien ne s'efforcent pas de lutter contre l'amibiase intestinale si souvent persistante. C'est encore la cure émétino-arsenicale prolongée qui reste le fonds du traitement dont la mise en pratique a si bien été indiquée par Ravaut (1)

Au total, si la guerre a disséminé chez nous l'amibiase, elle nous a permis aussi d'approfondir son étude et de régler sa thérapeutique, grâce à laquelle la fréquence, la gravité et l'évolution des hépatites amibiennes ont été entièrement modifiées de nos jours.

---

(1) Ravaut. — Syphilis, paludisme, amibiase. Traitement initial et cure de blanchiement. Masson, 1922 (2e édit.).

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI. — Dysentérie amibienne. *In* Traité Sergent, T. XIV, 1921.

BRULÉ. — Abcès du foie. *In* Traité Sergent, T. XII, 1921.

CHARPIN. — L'amibiase chronique en France. Thèse Paris, 1919.

FRANÇON. — Les hépatites amibiennes aiguës abortives. Thèse Paris, 1919.

FRANÇON et HUTINEL. — Les hépatites amibiennes et leur traitement. Un vol. Gauthier-Villars, 1923.

Journal médical français, août 1919 et mai 1921. — (Articles de RAVAUT et CHARPIN, CARLES, CASTAIGNE et FRANÇON, GUY-LAROCHE, PAILLARD).

PAISSEAU. — Les hépatites amibiennes non suppurées. *Paris médical*, 2 avril 1921.

VALASSOPOULO et PETRIDIS. — Les hépatites dysentériques et leur traitement. Un volume Masson, 1924.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — CLINIQUE DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Une leçon du Professeur MORQUIO, de Montevideo,

SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU POUMON CHEZ L'ENFANT

Le samedi 6 juin, le Dr Morquio, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Montevideo (Uruguay) a fait, à l'hôpital des Enfants-Malades et devant un auditoire vivement intéressé, une leçon sur les kystes hydatiques du poumon dans l'enfance. Le professeur uruguayen, disons-le tout d'abord, parle notre langue avec une clarté et une netteté remarquables. La simplicité de son exposé a été d'autant plus appréciée qu'en Amérique et en Europe, grande est l'autorité de ce maître en pédiatrie (1).

***

M. le Pr Nobécourt, introduisant M. Morquio, exprime le plaisir qu'il ressent à assister à cette leçon. Le Maître uruguayen est un représentant des Républiques américaines, grandes amies de la France. L'Uruguay, en particulier, a manifesté en maintes circonstances, son affection pour notre pays. Notre gratitude doit aller à tous les citoyens de la République amie et aux médecins uruguayens principalement qui ont joué un grand rôle dans la génèse de cette amitié (2).

Le professeur Morquio, ajoute M. Nobécourt, nous est connu par ses beaux travaux de médecine infantile. Il a séjourné en France à plusieurs reprises déjà et son passage à la clinique du professeur Hutinel, en 1907-1908, n'est pas oublié.

***

Le Pr Morquio commence sa leçon en rappelant qu'il s'honore d'être un disciple de l'Ecole française de Pédiatrie. « J'ai fait mes premiers pas en médecine infantile, dit-il, dans cette clinique même de l'hôpital des Enfants-Malades, à l'époque où enseignait le Pr Marfan, alors agrégé. J'y suis revenu plus tard et le Pr Hutinel m'a ouvert toutes grandes les portes de son service : j'y ai connu M. Nobécourt, que je retrouve aujourd'hui ayant en mains, avec d'autres maîtres, le drapeau et le flambeau de la Pédiatrie française... »

Le Pr Morquio parle des kystes hydatiques du poumon chez les enfants d'après son expérience personnelle qui porte, actuellement, sur près de 130 cas. Il s'agit là d'une localisation importante de la maladie hydatique. Pour la dépister, il faut y penser, non pas seulement chez les sujets qui en offrent des indices, mais dans toutes les affections pulmonaires ne faisant pas la preuve de leur nature.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'origine, bien connue, des kystes hydatiques. Ils ont pour point de départ le petit tœnia échinocoque, hôte de l'intestin du chien, qui élimine des œufs que vont ingérer les animaux et l'homme, l'enfant principalement. L'embryon, arrivé et mis en liberté dans le tube digestif du récepteur, est charrié par la veine porte. Il fait étape et se développe dans le foie mais, en raison de ses faibles dimensions, il peut aussi traverser les capillaires hépatiques, gagner le poumon et de là la circulation générale. Une localisation relativement fréquente est celle du cerveau. L'enfant peut également se contaminer en vivant au contact direct des chiens, en caressant ces animaux.

Dans l'organisme, l'embryon se transforme, devient une vésicule, de dimensions variables, avec des variétés, une membrane, un contenu spécial, etc.

Ces conditions étiologiques font comprendre pourquoi l'échinococcose est une maladie beaucoup plus rurale qu'urbaine. On la rencontre chez

(1) Nous remercions vivement l'U. M. F. I. A. et son président, notre ami Dartigues, d'avoir bien voulu prévenir le *Concours médical* de la date de la leçon du professeur Morquio. N. D. L. R.

(2) Nous ne saurions oublier la très généreuse contribution des médecins uruguayens à notre caisse pour venir en aide aux familles médicales victimes de la guerre, ni la cordiale et chaleureuse réception du *Concours médical* de la Mission uruguayenne le 21 février 1918 à l'époque la plus critique de la guerre. J. N.

les habitants de la campagne ou chez les citadins ayant vécu antérieurement, quelquefois plusieurs années auparavant, à la campagne. Les garçons sont atteints plus souvent que les filles, et le maximum de fréquence dans l'enfance est entre 8 et 12 ans. On n'en voit pas avant 4 ans, et après 11 ans, l'affection est plus rare.

On considère, en général, que la localisation hépatique des kystes hydatiques dépasse de beaucoup, comme pourcentage, la localisation pulmonaire (70 % pour le foie, et 10 % pour le poumon). Les observations de M. Morquio lui ont montré, au contraire, en clinique infantile, dans l'Uruguay, une proportion égale, peut-être plus forte même pour les kystes hydatiques pulmonaires. Ces kystes du poumon accompagnent quelquefois les kystes hydatiques du foie, mais dans la plupart des cas, ils sont primitifs, exclusifs. On en trouve ou un seul, ou deux, ou plus, dans le même poumon, ou dans les deux, au même stade de développement ou à des stades différents. Ceci fait penser à la possibilité d'une infection par voie respiratoire, par inhalation, fait dont on ne possède pas la preuve, toutefois.

Les kystes hydatiques du poumon apparaissent donc comme une maladie assez fréquente. Cette fréquence doit être élargie si l'on tient compte des cas ignorés, des malades qui guérissent spontanément et ne sont pas observés par le médecin. A la campagne, il doit en être assez communément ainsi.

La maladie se manifeste cliniquement par des symptômes fonctionnels et des signes physiques qui peuvent se grouper de façons diverses et constituer des formes de l'affection. Voici quelques mots sur les modalités les plus habituelles.

1° *Forme obscure, latente.*

Pour découvrir les kystes hydatiques latents du poumon, qui ne déterminent ni troubles fonctionnels ni indice physique, il faut — comme c'est l'habitude dans le service du Pr Morquio — y penser, chez les enfants de la campagne en particulier, et recourir à la radiographie. On a quelquefois la surprise de rencontrer des kystes, petits ou centraux, qui n'ont pas de symptomatologie clinique. Ce peuvent être des kystes au début ou de vieux kystes ne progressant pas en raison de la diminution de la vitalité du germe.

2° *Forme avec des signes physiques et peu ou pas de signes fonctionnels.*

Il s'agit de malades se plaignant de troubles variés, vagues, quelques douleurs thoraciques, un peu de bronchite. En les examinant, on note des signes stéthacoustiques, matité, diminution du murmure vésiculaire. La radioscopie établit le diagnostic.

3° *Forme avec signes physiques et fonctionnels nets.*

Cette forme est la plus ordinaire. Elle comporte des symptômes assez précis, voire caractéristiques, de la toux, de la dyspnée, de l'expectoration, des douleurs et aussi — très fréquemment — des hémoptysies. L'hémoptysie est un signe important chez ces petits malades. Chez l'enfant qui a de la toux, parfois quinteuse, coqueluchoïde, d'autres fois de la dyspnée, des sibilances (rapportées à l'asthme), d'autres fois des hémoptysies, il importe de ne pas oublier le kyste hydatique du poumon. On en reconnaît les indices physiques, la matité circulaire, la diminution du murmure vésiculaire.

4° *Formes compliquées.*

Dans les variétés précédentes, l'état général reste bon, sans fièvre. Ici, la température s'élève, le petit patient maigrit. La toux, l'hémoptysie font volontiers suspecter la tuberculose, d'autant que les altérations étant diffuses, on ne trouve plus la matité circulaire, limitée.

Il s'y adjoint quelquefois des épanchements pleuraux (liquide clair, en petite quantité) ou, exceptionnellement, des complications plus graves, infiltrations pulmonaires, etc.

5° *Forme ouverte, kyste ouvert.*

L'ouverture du kyste est une particularité de grand intérêt pratique.

Le diagnostic du kyste hydatique du poumon se fait, en général, facilement, contrairement à l'opinion qui le considère comme difficile. La première condition est d'y penser. On le recherchera d'autant plus qu'il s'agira d'un enfant de la campagne ou ayant vécu à la campagne, même plusieurs années auparavant, car l'évolution du kyste est lente.

Un symptôme intéressant pour le diagnostic est l'hémoptysie. Elle a une réelle valeur, car on la rencontre dans la moitié des cas au moins. L'hémoptysie est variable comme quantité et comme forme. Elle peut n'exister qu'une fois, ou se répéter plus ou moins fréquemment. Elle se voit dans la rupture du kyste, quoique celle-ci soit indépendante du crachement de sang : on observe des hémoptysies renouvelées avec des kystes fermés. Cet accident n'est pas grave, en règle générale, bien que son intensité soit parfois assez accusée.

Quand on constate chez un enfant des crachements de sang, surtout s'il y a de la fièvre et de l'expectoration, on soulève aussitôt, à l'habitude, l'hypothèse de tuberculose. Eh bien, dit M. Morquio, à la clinique de Montevideo, c'est plutôt du côté kyste hydatique que l'on dirige les investigations.

A l'examen du malade, on peut trouver des signes physiques. De la voussure, dans les grands kystes, assez superficiels. De la matité à la percussion, qui permet quelquefois à elle seule de faire le diagnostic, en délimitant une zone bien arrondie. M. Morquio rappelle qu'il a signalé

l'existence, dans certains cas, de skodisme au devant du foie ou du cœur (caractère servant au diagnostic différentiel avec la pleurésie), tenant au refoulement du poumon par un kyste volumineux.

La radioscopie est une aide précieuse pour le diagnostic. Rien n'est plus net que l'ombre d'un kyste quand elle est pure. Il peut arriver, il est vrai, des circonstances où le kyste est enveloppé de tissu malade et l'infiltration périkystique donne à la radio une image diffuse. Dans quelques cas aussi, une ombre circulaire appartient à une affection autre que le kyste (ganglions, p eurésie enkystée, etc.). La radioscopie n'en reste pas moins une méthode de premier ordre pour reconnaître le kyste hydatique du poumon.

Le laboratoire donne également des renseignements très importants. Il faut distinguer cependant. On parle toujours de l'éosinophilie. Elle est à rechercher pour le kyste du foie principalement. Dans le kyste hydatique du poumon ou du cerveau, elle reste presque toujours négative.

La réaction de fixation, indiscutable au point de vue scientifique, n'est guère utilisable en pratique. Elle comporte des difficultés.

En revanche, il est une méthode de laboratoire qui donne cliniquement toute satisfaction : c'est l'intra-dermo-réaction. Elle consiste à prendre du liquide hydatique retiré d'un kyste chez l'animal ou l'homme, à le filtrer ; on en injecte un demi-centimètre cube dans le derme. Dans le cas de réaction positive, il se forme au bout d'un quart d'heure une papule rouge, qui continue à se développer jusqu'à atteindre plusieurs centimètres, avec de l'œdème, du prurit, de la chaleur locale, sans réaction générale. Tout cela diminue et disparaît après quelques jours. Si la réaction est négative, il ne se produit rien.

La réaction est positive 90 fois sur 100 dans le kyste hydatique en général et dans le kyste du poumon en particulier. Pour celui-ci, un fait à noter est le suivant : la réaction, lorsqu'elle est négative, devient positive quand le kyste est ouvert, spontanément ou chirurgicalement ; il faut pour cela un laps de temps qui n'est pas inférieur à 15 jours. Quoi qu'il en soit, l'intra-dermo-réaction permet souvent d'affirmer ou d'éliminer le kyste hydatique du poumon.

Un dernier moyen est la ponction exploratrice. Elle a été critiquée en raison de certains de ses inconvénients. On l'applique moins, actuellement, parce que l'on possède des procédés de diagnostic plus simples, mais elle conserve encore quelques indications.

Tels sont les éléments de diagnostic des kystes hydatiques du poumon. Au point de vue différentiel, deux maladies surtout peuvent prêter à confusion : la tuberculose et la pleurésie.

Pour la tuberculose, les éventualités les plus embarrassantes se rapportent au kyste du sommet et au kyste compliqué, avec fièvre, expectoration, hémoptysie. Dans le premier cas, la radioscopie et l'intra-dermo-réaction lèveront les doutes. Dans le deuxième, l'ombre radioscopique est fréquemment vague et c'est l'intra-dermo-réaction, parfois la ponction exploratrice, qui so utionneront le problème.

La pleurésie soulève des difficultés quand il s'agit d'un grand kyste de la base, allant jusqu'au diaphragme ; quelquefois même le kyste se complique de pleurésie. La radio montre les bords circulaires de la lésion et la liberté des fonds de sacs costaux. Le son skodique pré-cardiaque ou pré-hépatique pourra être un indice. Dans d'autres faits pathologiques plus complexes encore, la radio, la ponction, guideront le clinicien.

Un incident important dans l'évolution du kyste hydatique du poumon, c'est la vomique. Le kyste a une tendance à la guérison spontanée par vomique. Celle-ci peut présenter une forme bénigne, sans manifestations, et l'on est surpris de voir, un jour, à la radio, que l'ombre a disparu, le malade racontant qu'il a eu quelques rejets muqueux par les voies respiratoires.

D'autres fois, la vomique s'annonce par quelques troubles, des douleurs, de la dyspnée, une expectoration de mucosités et de concrétions plus ou moins membraniformes. La fièvre, les hémoptysies s'observent également. On a signalé des cas de mort, mais M. Morquio n'en a jamais vu : sur 50 de ses malades ayant eu des vomiques, tous ont guéri. Il regarde cet incident comme favorable, l'ouverture spontanée étant à son avis plus sûre que l'ouverture chirurgicale, dans ses suites. Dans les publications de M. Devé, le professeur de l'Ecole de Rouen qui a si bien étudié les kystes hydatiques, les guérisons après vomique sont de 90 %. Elles sont de 100 % dans la statistique de M. Morquio.

Le professeur uruguayen conclut en disant que, sans méconnaître les progrès de la chirurgie, il considère avec sympathie la vomique dans le kyste hydatique du poumon. Elle est curative et v ent confirmer cette phrase de Trousseau : en dehors d'indications thérapeutiques précises, « il est parfois sage de savoir s'abstenir et de suivre — en les aidant — les efforts de la nature... »

L'intéressante leçon du professeur Morquio fut longuement applaudie et le maître uruguayen très vivement félicité.

Dr P. Lacroix.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE

Les corsets (1)

Corset corsetière ou corset bandagiste,

Par Carle RŒDERER et René LEDENT.

Le corset. — C'est une bien vieille querelle qui oppose, dans le traitement de la scoliose, le corset à la gymnastique.

Faire un plâtre, ordonner un corset orthopédique, apparaît comme une action tellement plus simple que de prescrire une séance de gymnastique, de faire un choix judicieux de mouvements, de s'astreindre à en surveiller l'exécution, d'imposer à la famille une dépense renouvelée, une modification du programme de vie et de soumettre l'enfant à une fatigue bi-quotidienne ! On conçoit tout l'attrait du corset pour certains médecins et en tous cas l'attirance qu'il exerce sur certaines familles. Il faut souvent toute son énergie, toute sa foi, pour s'opposer au port de cet appareillage.

Le corset de maintien est, en effet, un déplorable instrument. Il atrophie les muscles auxquels justement on veut demander un effort, il enserre la poitrine, s'oppose à son expansion par la gêne de l'hématose et précisément vient arrêter le développement d'un enfant souvent anémique, toujours déprimé.

Il est des cas pourtant (infiniment rares si on considère l'ensemble des déviations de la colonne vertébrale) où il devient une nécessité.

Quels sont ces cas.

Tout d'abord le corset ne saurait jamais être mis en question dans l'attitude scoliotique. Il est également à proscrire dans la scoliose au début, dans la scoliose souple qui se corrige spontanément et même dans la scoliose confirmée avec rotation commençante.

Il peut être discuté, seulement, si l'on a affaire à une enfant molle, efflanquée, peu énergique, aux muscles réellement déficients, qui continue ses études, et quand une première période de gymnastique a montré qu'il fallait absolument un tuteur.

Dans ces cas, quel corset choisir ? Corset de couturière, ou de bandagiste ? et lequel ?

Le corset de corsetière.— La plupart sont fort mal compris. Ils compriment la poitrine, réduisent l'expansion respiratoire, voûtent le dos. La taille est serrée, les organes abdominaux abaissés.

Pour apprécier celui qu'on vous présente, faites placer le sujet bras en croix contre le mur et vous verrez sauter les boutons du corset, se tendre au minimum les épaulières, ce qui prouve que l'appareillage est trop étroit.

Faut-il supprimer le corset ? Nous ne croyons pas qu'il faille entrer en lutte avec les idées reçues, la civilisation, les habitudes, et d'ailleurs le corset ne pourra être supprimé que le jour où nos jeunes filles auront conquis par l'éducation physique un système musculaire assez développé pour assurer une attitude normale sans soutien artificiel.

Quelles sont les qualités d'un bon corset ? Si la taille ne doit pas être serrée, il faut d'autre part, un bon appui sur les reins et les hanches. Le ventre est bien emboîté, sans abaissement, sans aplatissement; en d'autres termes, le corset ne doit pas être trop droit.

Observons que l'on rencontre très habituellement les *défauts* suivants : devant trop étroit, dos trop large, ce qui entraîne l'aplatissement de la poitrine et la cyphose ; épaulettes trop courtes, d'où cyphose ; épaulettes mal fixées, celles d'arrière trop en dehors, celles d'avant trop en dedans.

Le bon corset ne sera pas trop grand, car il n'est plus un soutien. Il sera large de poitrine, moins large du dos, montant en arrière, bien appliqué contre l'omoplate et avec assez de rigidité. C'est pour cela que nous demanderons que les buscs du devant soient souples et ceux du derrière rigides.

Le corset bandagiste. — Mais nous voilà en présence d'une forme plus grave, d'une scoliose avec une gibbosité accentuée. Une épaule retombe, la colonne s'affaisse ; il faut passer à un degré de contention véritable, non plus soutenir, mais réduire et maintenir réduit.

Le nombre de corsets qui se proposent ce but est légion. Depuis deux cents ans, les bandagistes le recherchent, chaque fabricant a le sien, les catalogues sont remplis de modèles. Sur lequel arrêter notre choix.

Mais que tout d'abord on comprenne combien le problème est ardu.

Réduire, maintenir réduit, ce n'est certes pas chose aisée. En arrière, encore, on peut appuyer la colonne vertébrale directement sur un dossier rigide. Mais ce dossier, pour être utilisable et ne se point dérober, doit s'élever au-dessus d'une surface fixe, faire corps avec notre seul point d'appui orthopédique qui est le bassin. Or, quelque bien faite que soit une ceinture du bassin, quelque soigneusement qu'elle enserre les ailes iliaques et épouse le resserrement sus-trochantérien, qu'elle se moule sur le sacrum, qu'elle s'appuie

(1) Extrait d'un ouvrage en cours d'impression chez l'éditeur Doin.

sur le pubis, on ne peut l'empêcher de glisser tant soit peu d'arrière en avant et aussi dans une certaine mesure de tourner sur elle-même. Il existe sans doute des ceintures si énergiquement ajustées que ces mouvements de nutation et de rotation sont réduits au minimum, presque supprimés ; mais alors quelle abominable contrainte !

Supposons pourtant le problème résolu. Nous possédons un dossier bien assujetti et qui ne se dérobe point. C'est sur cette base que va s'établir notre instrumentation orthopédique. On va lui demander, d'abord, de donner un appui au dos, sur la ligne médiane. C'est chose faite tant que l'enfant sera rigoureusement redressé en arrière. Il est difficile de demander, en outre, à ce support rigide de continuer son action quand l'enfant se penche en avant, fût-ce à peine. Le mieux est de supprimer ces mouvements. On les supprime donc en fixant la poitrine contre ce dossier et en le saisissant par les moignons d'épaule ; à l'aide d'épaulières, l'enfant est immobilisé.

On demande plus au corset, d'agir latéralement, de comprimer la région convexe, d'empêcher l'inflexion, de redresser l'inclinaison du tronc. Des montants latéraux établis sur la base de la ceinture vont monter sur les côtes des flancs et du thorax. Malheureusement, ce n'est pas sur la colonne vertébrale directement qu'ils agissent, mais sur les côtes. De nombreux organes flexibles et mous sont interposés entre la tige rachidienne déviée et la compression qui doit la corriger. Voilà de nouveau de l'à peu près, comme pour la correction gymnastique.

Il est vrai qu'on peut encore faire remonter ces montants jusque sous les aisselles et suspendre l'enfant sur des béquillons. Mais c'est encore un appui bien approximatif, et qui se dérobe, car l'aisselle fixée, les muscles qui suspendent l'épaule se distendent. Cette épaule demeure bien maintenue ; elle reste en l'air, mais le tronc suspendu à elle par des liens trop lâches s'affaisse à nouveau. La gibbosité sous-jacente continue à s'accroître, si la colonne est soulevée du poids des bras, ce qui est déjà quelque chose, elle ne l'est pas du poids des viscères et de la charge de la tête.

Sans doute, si un cylindre engaine bien le cylindre du tronc, c'est-à-dire si le corset est très exact, très rigide et très serré, il existera un obstacle momentané à cet effondrement mais, encore une fois, combien cet engainement est insupportable s'il est énergique. Devient-il moindre, le télescopage du tronc s'opère aussitôt.

Un corset orthopédique de maintien utile sera donc uniquement un appareil fait d'après un rigoureux moulage plâtré opéré dans une correction ni trop poussée, ce qui rendrait l'appareil intolérable, ni insuffisamment poussée, ce qui, de prime abord le rendrait inutile. Le juste milieu est très difficile à trouver. Aussi la plupart des fabricants s'abstiennent ils soigneusement d'essayer une correction pour ne pas s'exposer à entreprendre ces luttes avec l'enfant et la famille dont nous avons nous-mêmes tant de peine à sortir vainqueurs. Ils se contentent souvent de masquer la déviation, en comblant la partie concave et en construisant des cache-misère.

Un corset orthopédique de maintien utile sera uniquement celui qui prend sur le bassin un appui circonférentiel, absolument stable et tel qu'on puisse partir de cette base pour l'établissement des points d'appui situés plus haut. Un corset qui ne transmet pas les appuis au bassin ou qui les transmet mal, ne sert à rien.

Ces appuis supérieurs, thoraciques et dorsaux, *doivent être opérés selon des surfaces aussi larges que possible.*

Ils doivent être modifiables en hauteur suivant les besoins.

Ils doivent aussi pouvoir être modifiables en force, mais c'est là un problème bien ardu.

Ils devraient, enfin, pouvoir être modifiables en direction. D'une manière générale, la direction des forces de répulsion doit être très oblique ou mieux perpendiculaire à la direction générale des côtes, selon laquelle pousse la déviation. Lorsque cette dernière s'est modifiée, lorsque la côte de melon, par exemple, a tourné d'avant en arrière, ce qui s'accompagne d'une obliquité plus grande des côtes, il faudrait que l'appui se présente selon un plan et une orientation nouvelle. L'orthopédie instrumentale est presque désarmée à ce point de vue (exception faite du corset Lacroix) (voir plus loin).

En règle générale, s'il est déjà très difficile d'opposer un contre-appui de bas en haut à la force pressant de haut en bas qui tend à télescoper un torse, il est encore plus difficile de mettre obstacle à la force tangentielle qui tend à enrouler ce même thorax comme une vrille, à porter une gibbosité de plus en plus loin en arrière.

Pour empêcher cette rotation, la contre-pression doit se transmettre en porte à faux. Le problème est quasi insoluble.

Pour repousser la côte de melon, il faudrait prendre un point d'appui hors du sujet, mais celui que l'on prend sur le bassin est lointain et mal assuré. Presque fatalement, c'est la gibbosité qui repousse le corset et non le corset qui repousse la gibbosité.

Il y a quelques exceptions. Deux ou trois modèles, à notre avis, sont arrivés par de véritables chefs-d'œuvre de mécanique, à produire un certain effet de pression. De ce nombre, les corsets dans lesquels, sur une ceinture du bassin, strictement moulée et correctement serrée, sont établis des montants latéraux et un postérieur médian de grande fixité, donnant appui à de forts ressorts faisant pression sur les côtes qu'ils rencontrent selon les incidences modifiables pour chacun d'eux. Ce sont des corsets réducteurs, physiologiques, actifs, munis des organes mécaniques indispensables pour vaincre l'action des forces anormales qui détruisent l'architecture vertébro-costale. Ces corsets exigent une telle maîtrise de la part de celui qui les adapte, qu'en fait, ce moyen de

correction, et nous le regrettons fort pour les cas graves, ne doit pas entrer en ligne de compte pour la majorité des scoliotiques.

En règle générale, on se contentera donc, dans les cas où il faut absolument soutenir une scoliose qui s'effondre, soit entre les séances de gymnastique, soit après que ce traitement a donné son maximum d'effet, d'un appareil cuirasse de celluloïd plus léger et plus agréable, ou de cuir, plus lourd, moins hygiénique, et qui exige pour être tenu dans la forme une armature métallique importante, lourde et d'indélicat contact pour le linge et les vêtements. Du moins cette cuirasse (dont avant tout, répétons-le encore, la partie du bassin doit être particulièrement soignée et ajustée), possèdera-t-elle une fenêtre largement ouverte en avant par laquelle les mouvements de respiration abdominaux et du plan antérieur du thorax pourront à loisir s'accomplir dans leur amplitude normale.

Quand il s'agit de demander au corset une correction véritable, ce n'est pas du corset de bandagiste qu'il faut faire appel, mais au corset plâtré.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Hernie transdiaphragmatique de l'estomac non traumatique.

Ce cas a été observé par MM. Antoine et Bisson, et le diagnostic fut posé, grâce à la radioscopie. Il n'existe pas, en effet, de signes cliniques pathognomoniques de cette curieuse affection.

Habituellement, les hernies transdiaphragmatiques sont d'ordre traumatique. Il semble que chez la malade observée par les auteurs, il se soit agi d'une malformation congénitale ayant déterminé, non une hernie à proprement parler, mais une éviscération de l'estomac à travers le diaphragme.

L'éviscération peut être totale ou partielle. Si l'on cherche l'explication embryologique de cette malformation, on peut concevoir que les deux bourgeons diaphragmatiques antérieur et postérieur, au lieu de se réunir au-dessus de l'estomac, l'ont divisé en deux parties, le cœur et les organes abdominaux (foie et rate restant dans leur position normale).

A retenir que l'examen radioscopique doit compléter l'examen clinique dans tous les cas de troubles digestifs dont la véritable nature reste discutable, et qui résistent au traitement classique. Cet examen radioscopique révèlera souvent la cause de l'affection et orientera à l'occasion le traitement dans une bonne voie. (*Archives des mal. de l'appareil digestif*, février 1925.)

Traitement des névralgies et des névrites par les rayons ultra-violets.

M. Lichnitzki a pu appliquer ce traitement à 18 malades, souffrant de névralgies ou de névrites, d'origines fort différentes, à des formes légères comme à des cas fort graves et rebelles. A côté des sciatiques récentes et des névralgies bénignes, dites *a frigore* ou arthritiques, figurent des névralgies et des névrites anciennes, datant de trois, de quatre, de neuf et même de seize ans, des névrites alcooliques graves ainsi que du zona. Jamais, il n'y eut d'échec. Dans la majorité des cas, l'auteur constata l a sédation des douleurs dès le début du traitement, souvent après la première ou la deuxième séance. Lorsque des cas rebelles se présentaient, il fut obligé parfois de faire varier le mode d'application des rayons et de faire tantôt des séances prolongées ou plus fréquentes, tantôt des irradiations à une distance plus rapprochée. Plusieurs fois, dans les cas où l'amélioration fut plutôt lente, il dut provoquer une réaction cutanée assez forte, occasionnant de véritables brûlures superficielles, quoique généralement la réaction locale dépasse rarement l'érythème simple, qui disparaît rapidement.

En résumé, tous les malades traités ont obtenu sinon une guérison complète ou une grande amélioration, du moins une diminution de la douleur, résultats d'autant plus encourageants que la technique des radiations est encore loin d'atteindre la perfection.

Les rayons ultra-violets ne le cèdent en thérapeutique qu'aux injections d'alcool et à l'application des rayons X. Leur action analgésiante et calmante est, en tous cas, netteement supérieure à l'action du courant galvanique. (*Paris médical*, 20 décembre 1924.)

Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux, qui guérissent par le drainage médical biliaire.

Bien que les rapports de la stase biliaire et de

l'état migraineux ne soient pas d'une interprétation facile, M. CHIRAY et F. TRIBOULET rapportent à ce sujet quelques faits intéressants.

Parmi les états migraineux d'origines si diverses, il est des cas de céphalées tenaces, qui cèdent à l'action des tubages duodénaux. Ceux-ci ont, en général, des caractères migraineux moins nets. Les céphalées surviennent par accès, séparés par des périodes de rémission quelquefois prolongées ; elles sont habituellement localisées à une moitié de la tête, assez souvent à la région rétro-orbitaire, et s'accompagnent, d'une manière presque constante, de troubles vaso-moteurs tels que pâleur ou congestion de la face, soit localisés à un côté, soit généralisés. Elles sont associées à des troubles digestifs importants, sensation de pesanteur à l'hypocondre droit, état nauséeux, etc. Des vomissements extrêmement abondants et fortement colorés démontrent la stase de la bile dans les voies biliaires extra-hépatiques. En dehors des crises, il y a de la constipation opiniâtre, et parfois des selles sans coloration.

Le tubage apporte un argument nouveau et d'incontestable valeur en faveur de l'origine biliaire de la maladie. La bile « B », recueillie par l'épreuve de Meltzer-Lyon, présente les caractères d'une bile de stase, puisqu'elle est foncée et noirâtre, elle est riche en pigments biliaires et en cholestérine.

Le soulagement consécutif au tubage duodénal apparaît dans des délais assez variables ; souvent dans les premières 24 heures il y a exacerbation, mais après 2 ou 3 jours apparaît habituellement une amélioration évidente.

Bref, les rapports de la stase cholécystique avec les états migraineux se trouvent largement démontrés, tant par la coexistence fréquente des deux phénomènes que par l'heureuse action exercée sur les états migraineux par le drainage médical, qui combat la stase. (*La Presse médicale*, 11 mars 1925.)

La thoracectomie chez les tuberculeux et l'opinion médicale française.

Le Pr BÉRARD la fit, en 1913 pour la première fois, en réséquant, par la voie antérieure, un segment des quatre premières côtes ,chez un tuberculeux atteint d'une caverne du sommet droit : cet homme, après onze ans écoulés, est guéri, marié et père de famille.

Actuellement, en dehors des chirurgiens de carrière, dans nombre de sanatoriums étrangers, les médecins phtisiologues pratiquent eux-mêmes la thoracectomie : soit précoce et à froid, lorsque dans une tuberculose unilatérale, ils n'ont pas pu réaliser ou entretenir le pneumothorax artificiel, soit, plus ou moins tardive et d'urgence, quand des hémoptysies à répétition, un pneumothorax spontané ou un pyo-pneumothorax, consécutif aux injections d'azote, ont déterminé des accidents aigus, menaçants pour la vie, et qu'il n'y a plus au malade qu'une chance de salut : l'évacuation préalable de la plèvre par ponction, puis la résection aussi étendue que possible des côtes de l'hémithorax correspondant.

En France, ne se sont jusqu'à présent ralliés à ce procédé, qu'un petit nombre de médecins phtisiologues ; les autres le considèrent comme illogique, trop dangereux immédiatement et sans résultat durable.

Or, la thoracectomie large et *précoce* dans la tuberculose pulmonaire unilatérale donne plus de 60 à 70 p. 100 de guérisons confirmées après plusieurs années, sans mutilation gênante, et avec la récupération presque intégrale de la capacité fonctionnelle; les morts post-opératoires immédiates ou rapides sont à peine de 3 à 10 p. 100.

Dans un avenir prochain la thoracoplastie extrapleurale sera discutée d'emblée et conseillée par les médecins eux-mêmes chez les tuberculeux unilatéraux avec réaction pleurale à tendance symphysaire (la moitié des tuberculoses unilatérales, soit 5 p. 100 de la totalité des tuberculoses pulmonaires), encore résistants, de la classe laborieuse, qui n'ont ni le temps, ni les moyens de se soumettre aux épreuves répétées et aux aléas d'un pneumothorax, les condamnant trop souvent à l'inaction pour des années. (*La Presse médicale*, 18 mars 1925.)

La vaccinothérapie dans la blennorragie.

Elle est, dit le Dr LE FUR, de plus en plus employée dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. Mais pour l'utiliser avec le maximum de chances de succès, il faut retenir certains points importants, qui sont les suivants :

Il existe d'assez nombreuses urétrites primitives non gonococciques, dues en général au staphylocoque, à l'entérocoque, à des cocci divers. D'autre part dans la gonococcie latente la culture du sperme ne nous révèle des gonocoques que dans un tiers des cas environ. Ce polymicrobisme de la blennorragie doit donc faire préférer aux stock-vaccins, des auto-vaccins répondant à la flore microbienne du malade, ou tout au moins des stocks-vaccins polyvalents. On emploie généralement la voie sous-cutanée ou intra-musculaire, laissant de côté la voie buccale, et la voie urétrale (vaccination locale) encore peu étudiée.

Une injection est faite tous les deux jours, puis après une série de 8 injections à doses progressivement croissantes, on donne un repos de huit jours ; puis on recommence une deuxième série, si la guérison n'est pas obtenue.

Dans l'urétrite, la douleur cède rapidement et l'écoulement, après une légère recrudescence,

devient vite moins abondant, moins épais, moins coloré. Les complications guérissent d'une manière remarquable ; elles sont aussi moins fréquentes avec la vaccinothérapie.

Bref, les vaccins activent nettement et favorisent la guérison de la blennorragie, dont ils diminuent la durée, qu'il s'agisse de l'affection aiguë, chronique ou de ses complications.

Le triomphe de la vaccinothérapie est surtout réservé à la gonococcie génitale latente (spermoculture positive, porteurs de germes méconnus). Les vaccins semblent surtout indiqués, quand l'organisme n'est pas encore imprégné par les toxines du gonocoque et des microbes associés. Les sérums, par contre, doivent être plutôt utilisés quand l'état général du malade se trouve sérieusement atteint (complications graves, septicémie blennorragique).

A noter que le traitement local doit toujours être employé parallèlement aux vaccins, sous forme de lavages au début et, plus tard, de dilatation, instillations, massages de la prostate, cautérisations urétroscopiques, notamment aux courants de haute fréquence. (*Paris médical*, 7 mars 1925.)

Les moyens adjuvants dans le traitement de l'attaque de glaucome.

Le glaucome aigu, dans sa forme la plus intense, lorsqu'il s'accompagne de douleurs atroces, et de perte de la vision, réclame l'iridectomie immédiate. La forme chronique est justiciable de la sclérecto-iridectomie.

Mais l'opération n'est pas toujours immédiatement réalisable, et d'autre part, les formes moins sévères peuvent tirer quelque profit de moyens adjuvants qui diminuent le tonus, calment les symptômes qui en dérivent et permettent à l'opération d'être ensuite pratiquée dans de meilleures conditions.

Ce sont ces moyens adjuvants que M. Terrien décrit successivement. D'abord les myotiques : nitrate de pilocarpine en solution aqueuse à 2 % et la solution huileuse d'ésérine au centième, instillées trois ou quatre fois dans la journée. L'application de deux ou trois sangsues à la tempe, en ayant soin de laisser saigner les plaies après que les sangsues seront tombées. Une piqûre de morphine également à la tempe.

Si l'on assimile le glaucome aigu, avec la brusquerie de son apparition, au choc colloïdoclasique, procédant de certaines excitations portant sur le système nerveux végétatif, on comprend que les médicaments qui ont une action efficace sur le sympathique et le parasympathique puissent donner ici de bons résultats.

Bien que d'apparence paradoxale, l'adrénaline en injections sous-conjonctivales ou même en simples instillations dans le cul-de-sac conjonctival diminue l'hypertonie du globe et provoque la mydriase, facilitant ainsi le diagnostic. L'injection dans le cône rétro-oculaire de 3 cmc. d'une solution de novocaïne à 2 % contenant 10 % d'adrénaline en solution au millième peut aussi enrayer rapidement une attaque de glaucome.

Enfin, l'instillation de solutions de dionine à 5 et à 10 % agit sur le tonus qu'elle diminue, et atténue sensiblement les symptômes concomitants.

« .... Si le traitement chirurgical, réalisé par l'admirable iridectomie, associée ou non à la sclérectomie, demeure toujours le traitement spécifique du glaucome, le temps n'est peut-être pas éloigné où nos connaissances de physiologie oculaire et de physio-pathologie générale nous permettront d'instituer un traitement prophylactique capable de prévenir cette redoutable affection. Déjà de nombreux moyens adjuvants permettent d en atténuer la gravité et ceci nous montre une fois de plus l'importance des connaissances de médecine générale dans les matières qui nous occupent. » (*Bruxelles médical*, 19 avril 25.)

La tuberculose rénale.

M. Sourdille, se basant sur sept observations complétées par une étude anatomo-pathologique des reins tuberculeux enlevés, se prononce en faveur de la néphrectomie aussi précoce que possible. Le rein malade déverse en effet dans la circulation des poisons qui s'éliminent par le rein sain, qu'ils fatiguent et irritent, cependant que les BK qui se déversent dans l'uretère et la vessie, ainsi que dans l'organisme par les veines et les lymphatiques, produisent d'irrémédiables lésions à distance, notamment dans la vessie.

Aussi importe-t-il de poser le diagnostic le plus tôt possible. On se souviendra que toute cystite spontanée est presque toujours tuberculeuse, et c'est le rein qui, primitivement touché, a généralement infecté la vessie secondairement, sauf lorsqu'il existe des lésions génitales concomitantes. On se souviendra que la tuberculose s'installe sournoisement, sans fièvre, sans réactions notables, laissant le rein indolent dans 95 % des cas. L'attention éveillée appelle un examen minutieux, et la cystoscopie révélera souvent, aux abords d'un uretère, des granulations signataires de l'affection.

« Toute cystite spontanée doit être suspecte et entraîner une observation minutieuse pour aboutir rapidement à un diagnostic ferme. Et si celui-ci est positif, la néphrectomie sera proposée au plus vite. C'est, par la précocité de la néphrectomie, et seulement par ce moyen, que les malades seront mis à l'abri des graves accidents qui les menacent du fait de la tuberculose rénale. » (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 avril 25.)

Les petits signes des cholécystites.

C'est d'abord, d'après M. Mallie, la douleur lombaire droite, qu'il appelle le signe de Buizard. « Cette douleur est nettement lombaire ; elle siège dans les muscles sacro-lombaires ; elle peut y être diffuse, mais le plus souvent, il y a un maximum vers le bord externe de la masse musculaire, à 2 cm. au-dessous des côtes ou bien à 2 cm. au-dessus de la crête iliaque. » On ne la confondra pas avec le lumbago, habituellement bilatéral ni avec la névralgie lombo-abdominale.

C'est aussi la percussion dorsale du foie. « Le malade assis ou debout, mais surtout incliné en avant, on percute de haut en bas, depuis la 6e ou 7e dorsale, toute la région dorso-lombaire droite avec le bord cubital de la main. On compare ensuite avec les effets de la percussion à gauche... Au cours des poussées aiguës de cholécystites... la percussion est très nettement douloureuse ou du moins sensible. » (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 10 avril 25.)

L'invagination intestinale.

Dans une excellente étude appuyée sur quatre cas personnels, M. Grimault s'étend surtout sur l'invagination intestinale du nourrisson. Il termine par les conclusions suivantes qui sont à retenir :

« L'invagination intestinale peut revêtir des formes variées et son diagnostic est parfois difficile. Le melæna est un signe souvent tardif qu'il ne faut pas attendre pour recommander l'opération. Il faut penser à l'invagination quand un nourrisson présente des vomissements et des douleurs abdominales violentes, et il doit être envoyé à l'hôpital ou mis sous une surveillance étroite. L'intervention précoce offre seule des chances de guérison.

« Il y aurait lieu de prévenir les jeunes mères et les nourrices de l'importance qu'il y a de montrer immédiatement à un médecin tout enfant bien portant qui, brusquement se met à vomir et à souffrir de douleurs abdominales. » (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv. 25.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'auscultation par téléphone et par T. S. F.

(M. R. Lutembacher. — *Académie de médecine* ; 12-5-1925.)

Avec un appareil microphonique amplificateur appliqué sur la poitrine du malade et des écouteurs à haute impédance, il devient possible d'entendre les bruits normaux ou anormaux du cœur par le téléphone ou même, à une très grande distance, par T.S.F. Un médecin dans son cabinet à Paris pourrait ainsi ausculter le cœur d'un malade se trouvant à Marseille, par exemple.

M. Lutembacher procède devant l'Académie à une séance de télé-auscultation. Les malades étaient placés aux Buttes-Chaumont, aux établissements Gaumont. Les bruits transmis furent les souffles aortiques d'une maladie de Hogdson, une arythmie complète, etc. L'auteur ajoute que le 5 avril dernier, il a organisé une expérience de téléauscultation par radiophonie et que les bruits cardiaques furent perçus par des médecins à plus de 700 kilomètres.

L'intérêt de ces recherches est surtout didactique. Le diagnostic complet d'une cardiopathie ne saurait, en effet, être posé à distance et tout au plus pourrait-on ainsi suivre un malade, momentanément obligé de s'absenter. Mais, pour l'enseignement, la possibilité de faire entendre à tout un auditoire les bruits anormaux d'une cardiopathie mérite de retenir l'attention. On aurait également avec cette méthode le moyen d'enregistrer acoustiquement d'une façon définitive certains signes rares d'auscultation.

L'alimentation par le poisson.

(M. Desgrez. — *Académie de médecine* ; 12-5-1925.)

L'Académie ayant été consultée sur le rôle à accorder au poisson dans l'alimentation normale, une commission fut nommée (composée de MM. Martel, Hallion, Bernard, Labbé, Renault), au nom de laquelle M. Desgrez présente aujourd'hui un rapport.

Plusieurs particularités distinguent la chair du poisson de la viande de boucherie ; ce sont : la moindre abondance des bases puriques (génératrices d'acide urique), une proportion plus forte d'eau, des corps gras spéciaux (composés d'oléine surtout, plus riches en phosphore), un pourcentage de matières albuminoïdes légèrement inférieur. Les poissons sont dits les uns maigres (moins de 4 % de substances grasses, le cabillaud n'ayant que 0,3 %), les autres gras (plus de 8 à 9 % de substances grasses, 27 % chez l'anguille de rivière).

Le poisson, en raison du taux élevé de sa teneur en eau et en graisse, est plus apte à la putréfaction que la viande. Il a l'avantage d'être peu chargé en éléments générateurs d'acide urique et sa chair est parfaitement apte à l'alimentation. Certains peuples, les Japonais par exemple, vivent des produits de la pêche et s'abstiennent presque complètement de viande.

La Commission académique, en résumé, se montre très favorable à l'alimentation par le poisson. Si celui-ci n'a pas le remontant momentané de la viande (dû aux principes extractifs puriques), il est nourris

sant et, de plus, moins irritant pour l'émonctoire rénal. Il est important, toutefois, qu'il soit consommé à l'état frais, ce que permettent les transports frigorifiques.

Les associations microbiennes dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Paul COURMONT et BOISSEL, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 12-5-1925.)

Examinant l'expectoration par la méthode des crachats frais et lavés, MM. Paul Courmont et Boissel ont trouvé, chez 279 tuberculeux, 59 cas d'associations microbiennes. Le type le plus fréquent est l'association simple et durable d'autres microbes au bacille de Koch. Le pronostic de la tuberculose se trouve de ce fait aggravé.

Dans certaines circonstances, le bacille de Koch diminue ou même disparaît quand les microbes d'association se montrent. Il y a tantôt une substitution momentanée, tantôt une substitution prolongée, véritable. On pourrait objecter aux auteurs qu'il s'est agi là de cas dans lesquels les crachats contenaient peu de bacilles sans qu'un rôle ait été joué à ce point de vue par les autres microbes. M. Courmont répond par avance que l'infection associée semble bien intervenir, car elle est rapidement suivie parfois de la disparition du bacille tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, MM. Courmont et Boissel concluent que chez les tuberculeux pulmonaires, on peut observer toutes les modalités d'infections associées ou substituées, ajoutées ou alternant avec le bacille de Koch, ou se substituant à celui-ci d'une façon prolongée. Le pronostic paraît lié à la nature du microbe d'association. Le bacillus cutis commune serait d'un mauvais pronostic. Moins grave se trouverait la constatation du pneumocoque, de l'entérocoque, du bacille de Pfeiffer. L'absence de bacille de Koch, en pareille circonstance (s'il y a des microbes d'association), doit amener à répéter les analyses de l'expectoration et à prendre toutes les précautions habituelles de prophylaxie, lorsque le patient a l'apparence d'un tuberculeux.

Valeur pronostique de l'acidose chez les urinaires.

(MM. Léon BLUM et VAN CAULAERT. — *Académie de médecine* ; 12-5-1925.)

Une des préoccupations du chirurgien, avant d'intervenir chez un malade atteint d'affection des voies urinaires, est de connaître l'état de résistance rénale du sujet. On s'adresse, dans ce but, à la recherche de l'azotémie, de l'azote résiduel, de la constante d'Ambard, des éliminations rénales, etc.

M. Léon Blum pense que l'on pourrait tirer d'utiles indications de l'étude de l'acidose. Quand on examine chez les urinaires l'état de la réserve alcaline, on la trouve ou normale ou modifiée. Les modifications sont quelquefois parallèles à celles de l'azotémie, mais pas toujours, si bien que l'acidose peut donner des renseignements qui lui sont parfois particuliers. Un malade dont la réserve alcaline est normale, avec une azotémie un peu élevée, pourra peut-être malgré cela être opéré. M. Léon Blum le pense, *a priori* du moins, et il se propose d'aborder plus largement le problème.

Une acidose prononcée chez un urinaire indique une intoxication grave avec insuffisance des moyens de défense. L'anesthésie générale est alors particulièrement dangereuse, car elle renforce l'acidose.

La réserve alcaline, fournira donc des renseignements intéressants pour décider d'une opération urinaire.

Dilatation bronchique et injection de lipiodol.

(MM. COYON, MARTY et AIMÉ, — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 27-2-1925.)

MM. Coyon, Marty et Aimé ont confirmé par une injection intra-trachéale de lipiodol le diagnostic de dilatation bronchique chez une jeune fille de 15 ans. Ils posent la question du traitement : thérapeutique de vigilance (balsamiques, cure thermale sulfureuse), pneumothorax, phrénicectomie.

— M. RIST serait assez enclin à tenter, chez cette enfant, une collapsothérapie par pneumothorax artificiel.

— M. CAUSSADE a étudié les conditions de visibilité aux rayons X du lipiodol dans les tubes capillaires. Dans ces tubes (et dans les bronchioles capillaires par conséquent) l'épaisseur de la couche de lipiodol est insuffisante pour donner une opacité appréciable. Il y a là un point intéressant dans cette épreuve radiologique.

Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile.

(MM. ARMAND-DELILLE, R. LÉVY et J. MARIE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-3-1925.)

M. Armand-Delille formule, sur cette question du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile, les conclusions suivantes :

Considérant l'évolution habituelle de la tuberculose pulmonaire de l'enfant et les résultats obtenus par le pneumothorax artificiel au cas de lésions unilatérales, cette thérapeutique doit être tentée, et d'une façon précoce, chaque fois que les indications s'en trouvent réalisées. Ce traitement représente à l'heure actuelle la seule méthode capable d'arrêter, nombre de fois tout au moins, l'évolution des lésions pulmonaires tuberculeuses de l'enfant.

Traitement de la diarrhée des tuberculeux par les arsenicaux (stovarsol et tréparsol).

(MM. Léon BERNARD, SALOMON et THOMAS. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-3-1925.)

M. Rist a préconisé les injections intra-veineuses de chlorure de calcium en solution concentrée (1 à 2

c.c. de la préparation à 50 %) comme traitement de la diarrhée bacillaire.

M. Léon Bernard recommande aujourd'hui, contre les mêmes diarrhées des bacillaires, l'emploi des arsenicaux pentavalents (stovarsol et tréparsol) en comprimés.

Un grand nombre de tuberculeux présentent de la diarrhée. Celle-ci ne relève pas nécessairement d'ulcérations intestinales spécifiques ; elle peut être banale, tenir à des causes diverses, à des protozoaires même (balantidium coli, lamblia). Il n'est pas toujours facile cliniquement de faire la discrimination, d'autant que les autopsies montrent que si la tuberculose intestinale est fréquente chez les phtisiques (50 % et plus), elle ne s'accompagne pas constamment de symptômes locaux.

Au point de vue thérapeutique, les arsenicaux se sont montrés efficaces entre les mains de MM. Léon Bernard, Salomon et Thomas, quelle que soit la variété de diarrhée observée chez les tuberculeux. S'il s'agit de diarrhée simple, on peut en obtenir la guérison. Si elle est spécifique, bacillaire, le traitement doit alors être continué, presque indéfiniment, les troubles réapparaissant quand on cesse la médication.

Les auteurs prescrivent les arsenicaux *per os*, en comprimés, à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 par jour en 3, 4 ou 6 prises, pour le stovarsol, à dose un peu plus forte pour le tréparsol (3 à 4 comprimés de 0 gr. 25 par jour).

En dehors de leur action antidiarrhéique, le stovarsol et le tréparsol n'ont pas paru avoir d'influence sur l'état général, ni d'inconvénient. Leur administration pourrait être continuée très longtemps, permettant aux tuberculeux entéritiques de se maintenir dans un état meilleur, de mieux s'alimenter et de conserver jusqu'à la fin une certaine euphorie.

Rougeole sans exanthème.

(MM. Apert, Janet et Azerad. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 20-1-1925.)

Si l'on connaît bien les rougeoles graves d'emblée, survenant surtout chez les nourrissons, dont l'éruption « sort mal » selon l'expression consacrée, et semble quelquefois absente, il n'est pas commun par contre, de voir des rougeoles bénignes, normales en tant qu'évolution thermique, ne s'accompagner d'aucune éruption, si minime soit-elle.

Il en fut ainsi chez un petit malade de 28 mois traité par MM. Apert, Janet et Azerad. L'enfant fut admis dans le service du professeur Nobécourt pour une affection fébrile indéterminée, sans autre signe de localisation qu'une rhino-pharyngite. Le 8e jour, apparut sur la face interne des joues une éruption typique de points de Koplick. Envoyé dans le service d'isolement, la fièvre continua suivant le rythme habituel de la rougeole et l'enfant sortit au bout de trois semaines sans avoir présenté aucune trace d'éruption.

Ces faits, de rougeole sans exanthème, étaient connus des anciens auteurs sous le nom de *morbilli sine morbillis*. Ici, le diagnostic fut porté par la constatation du signe de Koplick. Il fut démontré, d'ailleurs, par cette particularité que le petit patient, admis au pavillon de rougeole, ne contracta pas la maladie.

— M. Robert Debré pense que c'est dans l'immunité transmise par la mère au nourrisson qu'il faut rechercher la cause de ces rougeoles sans exanthème. L'immunité en question paraît absolue dans les trois premiers mois de la vie, et elle diminue ensuite. C'est à cette période que l'on peut observer surtout les rougeoles où manque l'éruption.

Traitement des anémies des nourrissons par les rayons ultra-violets.

(M. R. Mathieu et Mme Feldzer. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 20-1-1925.)

L'action des rayons ultra-violets sur la formule hémoleucocytaire a été étudiée récemment par divers auteurs. L'irradiation provoque généralement une augmentation du taux de l'hémoglobine et du nombre des hématies, mais ces effets favorables ne sont pas constants.

M. R. Mathieu et Mme Feldzer ont traité par les rayons U. V. cinq nourrissons atteints d'anémie et ils ont obtenu des résultats intéressants dans leur ensemble.

— M. Marfan rappelle les observations de M. Dorlencourt établissant la régénération du sang par les irradiations ultra-violettes.

— M. Lesné remarque que les rayons ultra-violets ne réussissent pas dans tous les cas d'anémie. Il en est qui sont réfractaires.

P. L.

Les Congrès

IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires (1)

(*Suite*).

Arthrites traumatiques

Rapport belge.

DERACHE et VONCKEUN.

Les auteurs de ce travail, après en avoir conféré avec leurs collègues français, se sont réservé l'étude de l'évolution et du traitement des arthrites traumatiques, consécutives aux traumatismes fermés, les arthrites qui succèdent aux plaies articulaires faisant l'objet de l'étude de MM. Rouvillois et Maisonnet. Par conséquent, le facteur infection doit être éliminé *à priori*, et seuls les phénomènes mécaniques et réactionnels qui apparaissent à la suite d'un traumatisme articulaire ou para-articulaire retiendront l'attention.

Les épanchements de sang extravasé, avec tuméfaction et hémarthrose, constituent d'abord un élément d'irritation capable de provoquer, par sa seule présence, une réaction locale du côté de la séreuse articulaire ; la quantité du sang épanché peut avoir aussi une grande importance (genou, épaule, coude), au point de vue de l'impotence fonctionnelle.

L'entorse constitue un degré plus avancé de la lésion anatomique ; à l'épanchement sanguin s'ajoute alors la déchirure ligamentaire, avec son cortège de lésions du tissu cellulaire sous-cutané, déchirures vasculaires ou lymphatiques, infiltration et ecchymoses.

La lésion des gaines tendineuses peut assombrir le pronostic, et on sait, depuis les études radiographiques et les travaux de Destot, combien sont fréquentes les lésions tissulaires dans les entorses réputées simples, ainsi que les lésions à distance. Certaines articulations, celle du genou par exemple, méritent une mention, en raison de leur symptomatologie toute spéciale et de la présence des ménisques et des ligaments croisés.

La luxation, elle aussi, est une source de séquelles nombreuses, facilement explicables par les arrachements capsulaires et périostés, les fissures concomitantes au niveau des épiphyses et des cartilages diarthrodiaux qui entrent en jeu.

Quant à la fracture intra-articulaire, il serait superflu d'insister sur la gravité des dégâts qu'elle peut causer, par les altérations de forme des surfaces en contact, et qui s'ajoutent aux causes précédentes pour entraver d'une façon considérable le jeu articulaire.

Mais, en outre de ces lésions locales, on doit faire encore mention des traumatismes à distance, susceptibles de produire des épanchements dans les articulations voisines, d'amener des troubles fonctionnels par suite d'amyotrophies, de rétractions tendineuses, de l'immobilisation trop prolongée, etc. Il n'est pas enfin jusqu'aux traumatismes légers et répétés qui ne puissent provoquer des séquelles parfois hors de proportion apparente avec la cause déterminante.

Passant maintenant en revue les diverses modalités que peuvent revêtir, pour chacun des organes constitutifs de l'articulation, les phénomènes d'irritation, de réaction, de cicatrisation ou de guérison qu'on y observe, les auteurs étudient d'abord les lésions articulaires, et, en premier lieu, le liquide intra-articulaire dont la présence traduit toujours la blessure et la réaction de la séreuse ; puis, ils montrent qu'à l'hémarthrose pure du début, succède l'hydarthrose résultant de la sécrétion irritative de la séreuse : le sang épanché se coagule ; le sérum issu de la coagulation se résorbe rapidement, et l'exsudation synoviale abondante qui suit cette résorption peut, dans certains cas, se coaguler *in vitro*. Les ponctions évacuatrices ramènent un liquide de moins en moins hématique jusqu'à guérison par assèchement, ou passage à la chronicité. C'est l'hydarthrose pure, caractérisée par ses alternatives de rémission et de rechutes. l'articulation atteinte une fois l'hydarthrose semblant sensibilisée au traumatisme et devenue capable de réagir avec plus de violence à toute irritation nouvelle. Les corps étrangers sont capables, eux aussi, de provoquer l'irritation exsudative ; une subluxation d'un ménisque du genou, une fissure même de ce cartilage, des ostéophytes au niveau d'un léger trait de fracture le peuvent également.

Mais la cause exacte de la production du liquide nous échappe encore ; on ne possède pas davantage de précisions sur l'origine et la nature de certains épanchements puriformes demeurés entièrement stériles, et dont Oudart et Jean ont montré la areté et rassemblé la courte bibliographie.

Après le contenu articulaire, les auteurs étudient l'appareil de revêtement de l'articulation, et les lésions aiguës ou chroniques de la synoviale et de la capsule présentent un intérêt général qui justifie leur description.

Parmi les lésions péri-articulaires, on distingue les épaississements qui sont susceptibles d'intéresser tous les plans depuis la peau (signe du pli de la peau) jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, les ostéomes juxta-articulaires qui sont une complication fréquente, assez indépendante de la gravité de la lésion articulaire ; l'atrophie musculaire, dont l'origine est encore mystérieuse, dont le développement est extrêmement brusque, et qui, à la fois effet et cause, crée un véritable cercle vicieux empêchant la prompte guérison fonctionnelle. Les troubles vaso-moteurs

(1) Voir *Concours médical*, nos 20, 21, 22 et 24, des 17, 24, 31 mai et 14 juin 1925.

sont à la base de cette amyotrophie ; ils seraient conditionnés par le déséquilibre du système vaso-régulateur et les altérations réflexes du cylindraxe : de nombreux auteurs ont invoqué cette pathogénie, et elle explique l'action favorable rapide de la sympathectomie péri-artérielle sur cette catégorie d'accidents post-traumatiques.

Ces faits permettent dès à présent d'envisager, au point de vue thérapeutique, les deux principes généraux suivants :

Eviter soigneusement toute irritation possible de la synoviale par du sang, un corps étranger quelconque, un défaut de statique ;

Entretenir le tonus et la puissance musculaire dès le début, et lutter énergiquement contre l'atrophie et l'impotence qui en résulte.

L'ostéoporose enfin peut apparaître à la suite des traumatismes osseux même sans délabrements importants : il semble que la vitalité est compromise et que la substance osseuse s'éclaircit et tend à disparaître. L'atrophie musculaire survient ensuite et l'ankylose qui en résulte est d'un pronostic très réservé.

Envisageant maintenant les conséquences qui peuvent résulter des lésions observées, les auteurs les classent sous trois chefs : gêne fonctionnelle persistante, avec son cortège d'accidents tendant à la chronicité et aux récidives ; épanchements à répétition, faiblesse et prompte fatigue du membre, amyotrophies, épaississements péri-articulaires, arthrophytes ; relâchements articulaires succédant aux lésions des ligaments et des tendons, à l'atrophie des muscles, raideurs et limitation des mouvements, allant heureusement rarement jusqu'à l'ankylose totale qui est plutôt le fait de l'arthrite suppurée traumatique.

Deux auteurs lyonnais, Leriche et Blicard, ont écrit que tout, dans une articulation, est fait en vue du mouvement, et c'est le mouvement qui entretient les dispositions anatomiques nécessaires.

On conçoit, dès lors, la fréquence avec laquelle s'observent les raideurs, même lorsque les surfaces articulaires sont indemnes, si les tissus péri-articulaires sont infiltrés, épaissis, si les muscles sont atrophiés, les ligaments rétractés et fibreux : *à fortiori*, si la mortaise osseuse est effondrée, si un ostéome s'est développé dans l'épaisseur d'un muscle, si enfin des ostéophytes ou des arthrophytes ont pris naissance dans la capsule.

Douleurs, troubles mécaniques et dynamiques concourent à l'immobilisation.

Le traitement aura pour but de prévenir cette impotence fonctionnelle.

Trois principes doivent être à la base de toute intervention :

Eviter l'irritation de la synoviale ;

Rétablir la statique normale de l'articulation ;

Entretenir le tonus musculaire et la motilité articulaire.

S'agit-il de lésions récentes, l'hémarthrose doit être évacuée aussi rapidement que possible ; plus précoce sera la ponction, moins longue sera l'irritation synoviale et moins nombreux les risques d'hydarthrose rebelle et récidivante. Mouvements actifs, marche immédiate, sont prescrits par les auteurs, suivant en cela la pratique de Willems. Mêmes prescriptions pour les lésions plus importantes, avec luxations et fractures : la mobilisation active très précoce vise au maintien de la statique et de la mécanique articulaires normales.

Si la lésion passe à la chronicité, la mobilisation demeure encore le pilier de la thérapeutique. Mais ici, certaines précautions s'imposent : l'hydarthrose récidivante du genou comportera par exemple, après évacuation, un enveloppement compressif très serré, avec repos au lit, et mouvements lents d'élévation volontaire du membre tenu en extension au-dessus du plan du lit : des poids de 1 à 3 kilogrammes permettront de graduer l'effort musculaire ; c'est la méthode cinétique de Thooris légèrement modifiée.

Les injections d'éther ou d'air ont donné parfois de bons résultats ; la synovectomie est une grave et brutale intervention que l'arthrotomie exploratrice permettra d'éviter en décelant, en bien des cas, l'épine irritable, ménisque, corps étranger, frange synoviale, etc.

La ménisectomie, l'ablation chirurigicale d'une frange synoviale, la réfection enfin des ligaments croisés ont donné des résultats au sujet desquels certaines réserves ont été faites quant au point de vue fonctionnel. Enfin, les lésions juxta-articulaires sont justiciables surtout des méthodes physio-thérapeutiques prudemment mises en œuvre. La laxité articulaire, de même que les raideurs et ankyloses nécessitent soit une rééducation du système musculaire, par la mécanothérapie, soit des interventions chirurgicales telles que la syndesmorraphie ou la capsulorraphie directe dont il est fait déjà mention plus haut. Il sera tenu grand compte de la constatation dans les antécédents d'un processus infectieux qui comporte toujours un élément de gravité ou d'insuccès.

Enfin, dans l'état actuel de la chirurgie, on peut fonder de sérieux espoirs sur les techniques nouvelles et adopter l'affirmation de Leriche qui exprime cette conviction qu'on a, maintenant, la possibilité d'offrir mieux qu'une ankylose à un ankylosé du genou.

Les agents physiques dans le traitement des arthrites traumatiques.

Communication faite au Congrès par le

Dr Foveau de Courmelles,

Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie de Médecine.

Les arthrites traumatiques sont longues à guérir, et compliquées, exigeant maints tâtonnements thérapeutiques, passibles parfois des divers traitements physiothérapiques, variables avec leur siège

leurs complications inflammatoires ou névritiques, leur état douloureux ou non.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle est indiquée pour les états de déminéralisation des os. On constate d'abord cet état par la radiographie, et l'on peut suivre peu à peu aux rayons X la reminéralisation, comme on le fait depuis quelque temps pour le rachitisme de l'enfant.

Selon la région et la saison, le soleil pourra être utilisé, sinon l'on recourra aux diverses lampes actuelles, notamment à vapeur de mercure, riches, plus riches que le soleil en rayons ultra-violets. Dès 1900, quand j'avais réalisé la première simplification de la lampe à arc voltaïque de Finsen, j'appliquai près de la région arthropathique par traumatisme, l'arc dépourvu de sa chaleur, ou, loin de la région, en dirigeant sur elle les rayons parallèles de lumière et de chaleur directement réfléchis par l'arc placé au foyer d'un miroir parabolique. En évitant les brûlures, soit par la circulation d'eau, soit par la distance suffisante, on voyait céder la douleur et l'épanchement souvent coexistant dans la région traumatisée. Il en est de même avec les lampes actuelles à vapeur de mercure.

Dans le cas d'épanchement simple, les anciens et simples courants continus sont possibles à appliquer partout, chez le malade même non pourvu du courant de secteur d'éclairage, et leurs succès sont indéniables pour aider à la résolution des liquides environnant l'articulation et que les rayons X ont également pu déceler. La douleur cède au pôle positif du courant continu. On peut recourir à l'électrolyse médicamenteuse, en faisant pénétrer l'ioncocaïne par le pôle positif, ou en cas d'atrophie musculaire avoisinante, l'ionsalicylique par l'électrode négative largement étendue sur la région malade ; l'action polaire négative tonifie, excite la nutrition de la région, mais se défier en son emploi de l'eschare possible.

Quand il n'y a pas d'épanchement, qu'il y a simplement peu de douleur, mais surtout gêne des mouvements, on peut recourir à la faradisation faible, aux étincelles d'électricité statique et de haute fréquence, mais seulement quand il n'y a nul liquide autour de l'articulation.

Souvent le traumatisme a produit de la névralgie et même de la névrite, dans le voisinage ; alors les rayons X faibles ou du radium, prudemment employés, peuvent calmer cette douleur, de même que le soleil ou les ultra-violets artificiels, voire la lampe à incandescence bleue ou rouge selon l'excitation ou l'atonie de la région (chromothérapie). Mais la névrite surtout est parfois longue à faire disparaître.

Le bain local, en général de lumière bleue, est à conseiller dans le cas où plusieurs articulations ont été traumatisées et sont restées douloureuses.

La diathermie, avec les deux électrodes entourant l'articulation et pouvant la chauffer plus ou moins, rend également de grands services, en aidant à fondre les exsudats ou résorber les épanchements.

(A suivre.)

Les Livres

EDITIONS DE LA NOUVELLE REVUE FRANÇAISE,
3, rue de Grenelle, Paris.

LUC DURTAIN. — **Ma Kimbell**, roman : 7 fr. 50.

L'auteur de LA SOURCE ROUGE, dont nous avons publié des extraits, et qui obtint, l'an dernier, le prix Charles Richet, ne s'endort pas sur ses lauriers. Il vient de publier un nouveau roman dont le titre, énigmatique pour des profanes en automobilisme, s'inspire d'une marque de motocyclette américaine.

Roman ? Tout juste ce qu'il faut pour corser, du piment d'une intrigue amoureuse, l'intérêt du récit d'un voyage, tout le long des routes du Var et des Basses-Alpes, accompli par un jeune employé du Comptoir français des Tracteurs, qui, ayant acheté, sur ses commissions, cette Kimbell, pérégrinera pendant 15 jours en Provence, un peu au gré de sa fantaisie, décrivant les lieux qu'il visite ; relatant ses impressions au hasard des rencontres, des incidents, des pannes, de l'aventure... ; détaillant toutes les phases d'une liaison qui débute par un caprice, une fantaisie et se mue peu à peu en un sentiment infiniment plus tendre et plus profond. Heureux mélange de réalité et de fiction. Claude, c'est le nom du motocycliste voyageur, reviendra finalement vers cette Marie-Laure qu'il avait d'abord voulu fuir, et l'on pressent la conclusion vraisemblable qu'il donnera à cette histoire d'amour : béguin éphémère d'abord ; union durable ensuite.

La langue de Luc Durtain est d'une saveur particulière. Alerte, vive, elle vaut par son originalité, par sa richesse, par sa couleur, par ses images souvent audacieuses, par ses comparaisons parfois étranges ; poétique lorsqu'elle peint un site, un paysage, un monument, elle devient truculente pour raconter un repas, une collation, un rafraîchissement.

Quelques extraits que j'ai retenus, pour illustrer mon appréciation :

« A six heures du matin, que le vent est délicieux ! Un jour frais et pur forme la substance de l'air. On dirait un souffle qui passe entre de jeunes lèvres *couleur de baiser*..... ».

....

« Une largeur qui vous part de l'estomac, qui, au loin, se rétrécit et pointe, comme si vous la dardiez, qui tourne, qui monte, qui vous emporte : la route, voilà la vie ! »

....

« Le riz, sec et aride comme un désert jonché de cailloux, les masses de la viande qu'estompe la vapeur du suint, vous dessinent dans la bouche un paysage recom-

mandable. Maintenant, quelques rasades de côtes de Bormes. Un vin rugueux ».

. . . .

« La vie, même lorsque l'on reste immobile, est toujours une espèce de marche ».

. . . .

« L'Académie (française) ? Un syndicat de talents pareil à celui que forment les agents de change : la fortune des uns répond pour la faillite des autres. »

. . . .

« La serviette qui nous servira de nappe se déploie sur le sol : ainsi un nuage blanc sur le ciel annonce le beau temps. Un saucisson, fait non de gras et de maigre, mais d'ombre et de soleil, à la façon d'un dessous d'arbre. La cathédrale du vin avec ses échos ; les tranches de porc, l'une après l'autre ; la chair des pêches, pur amour. »

. . . .

« C'est un fort homme d'un certain âge, rouge, décoré, agité, l'homme important du groupe, qui vient de m'interpeller.... Les *moi*, les *je* vont et viennent dans ses discours comme des navettes sur le métier du tisseran. »

. . . .

En ai-je assez dit pour vous donner envie de lire *Ma Kimbell* ? Oui sans doute, sans même qu'il soit besoin que j'ajoute que l'auteur cache, sous le pseudonyme de Luc Durtain, l'un des membres les plus distingués de la grande famille médicale.

G. Duchesne.

Librairie médicale A. Maloine,
Norbert Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

M. Le Fur. — **L'urologie en clientèle.** (Un vol. in-8. Prix : 30 francs).

L'*Urologie en clientèle*, de M. Le Fur, est, comme le dit l'auteur, « un vrai livre de *pratique urologique* s'adressant à la fois à l'étudiant qui termine ses études, au médecin praticien qui désire se familiariser avec l'urologie courante, au spécialiste qui veut connaître et pratiquer la technique de toute l'urologie non chirurgicale. »

L'ouvrage se divise en deux parties distinctes : la première comprend la description des *instruments d'urologie courante* et de tout le matériel nécessaire pour l'examen et le traitement des urinaires ; la seconde traite de la *technique urologique proprement dite* ; *technique d'exploration* d'abord, montrant la manière d'examiner complètement un urinaire, de façon à établir un diagnostic précis (exploration de l'urètre, de la prostate, de la vessie, des reins, des organes génitaux), *technique thérapeutique* ensuite (différentes sortes de cathétérismes, lavages de l'urètre et de la vessie, instillations, dilatations, urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères et séparation des urines, électrolyse, ionisation, courants de haute fréquence, ponction hypogastrique, etc...).

Le livre se termine par trois chapitres ayant fait l'objet de travaux spéciaux de la part de l'auteur : *la vaccinothérapie et la sérothérapie en urologie*, particulièrement dans la blennorrhagie, l'*anesthésie chez les urinaires*, *le traitement de certaines formes d'impuissance génitale par la cure locale des lésions du veru montanum*, notamment aux courants de haute fréquence. Les lecteurs du *Concours Médical* se souviennent, d'ailleurs, d'un article de M. Le Fur, sur cette question, publié récemment dans nos colonnes.

C'est, en somme, le résumé de l'enseignement urologique donné depuis de nombreuses années par M. Le Fur à sa clinique. Ecrit dans un style clair et facile, avec la compétence et l'autorité qui s'attachent au nom de l'auteur en urologie, ce livre est destiné à rendre de grands services au public médical et a sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin praticien et de tout urologue.

Les Thèses

Mtp. — Dr Henri Lasseigne. — **La vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale.** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, 1924.)

Avant de pratiquer la vaccinothérapie intra-utérine, on procède à un nettoyage mécanique de cette cavité : soit par curage digital, soit par curettage en employant la curette mousse de Wallich suivie d'un écouvillonnage ; une injection intra-utérine complétant l'intervention dans l'un ou l'autre cas.

Cette révision de l'organe sera précédée d'un prélèvement de lochies, nécessaire à l'isolement des germes et à la préparation du bouillon spécifique.

On se servira, pour appliquer le pansement intra-utérin, du drain de Mouchotte entouré de gaze imbibée de bouillon vaccin. On fera comme une sorte de poupée qui sera introduite dans la cavité, une fois le col bien mis à nu à l'aide d'une valve ou d'un spéculum.

L'action de contact sera ainsi combinée au drainage.

Le pansement ne doit pas rester en place plus de douze heures. Il est renouvelé au bout de ce temps-là jusqu'au jour où l'utérus récupère sa contractilité et fait son involution.

Il faut se garder de faire usage d'antiseptiques quels qu'ils soient ; ils pourraient contrarier l'action du vaccin. De simples lavages au sérum physiologique seront utilisés.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE ROLE DES DISPENSAIRES

Dans la lutte contre les maladies sociales en général, et contre la tuberculose plus spécialement, le monde officiel, qui est à la tête du mouvement, a mis sur pied une vaste organisation dont le rouage principal est le dispensaire.

Or, le dispensaire n'est pas aussi bien vu des médecins praticiens que les officiels le souhaiteraient. De là à prêter à nos confrères des sentiments peu honorables, il n'y a qu'un pas, et ce pas a été parfois aisément franchi. Le moins que l'on dise d'eux, c'est qu'ils n'ont pas appris à utiliser le dispensaire dont ils méconnaissent l'importance du rôle prophylactique.

Ce n'est pas tout à fait exact. Ou pour mieux dire, à côté de quelques praticiens qui, en effet, d'esprit misonéiste et épris de routine, méritent le grief que je viens d'énoncer, il en est d'autres, en plus grand nombre, infiniment, dont la défiance envers le dispensaire est parfaitement raisonnée.

Ils reprochent à ce rouage, tout d'abord, son nom. Qu'est-ce qu'un dispensaire, au sens le plus simpliste du mot, sinon un lieu où l'on *dispense* quelque chose ? Et que peut-on bien dispenser avant tout aux malades qui s'y présentent, sinon des soins ?

Ils reprochent encore au dispensaire d'être bien effectivement le lieu où se dispensent, gratuitement, les traitements médicaux. Et ils ont de bonnes raisons de le faire.

Ils reprochent aussi au dispensaire d'être un centre de technique médicale dans lequel la confraternité n'est pas toujours scrupuleusement respectée.

Ils lui reprochent enfin d'utiliser les services d'auxiliaires dénommées infirmières visiteuses, qui ne sont pas toujours suffisamment pénétrées de la nature exacte de leur rôle et qui ont tendance à en sortir volontiers pour empiéter sur le terrain du médecin traitant dont, pour employer une expression imagée encore que populaire, elles piétinent les plates-bandes.

Que faudrait-il donc pour que les préventions du corps médical, à l'encontre du dispensaire, s'évanouissent et pour qu'il en accepte et même en recherche la collaboration ?

Que le dispensaire soit surtout un *centre d'examen.*

Pour en préciser plus exactement le rôle, je n'ai qu'à me reporter au contrat qui vient d'être passé entre l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace.

J'y lis ce paragraphe qui a le mérite de mettre bien les choses au pont :

« Aucun traitement médical n'est effectué au dispensaire, sauf le cas de réinsufflation de pneumothorax expressément demandée par le médecin traitant habituel...

Et plus loin :

« Le Dispensaire est un centre d'examen qui facilite le diagnostic des médecins praticiens exerçant dans la circonscription...

« Le Dispensaire est un centre de triage pour les malades et pour les personnes de leur entourage dont l'*envoi* dans un sanatorium ou dans un établissement quelconque aura été *proposé par le médecin traitant.* Ce triage est confié au médecin chef. Tout désaccord à ce sujet entre le médecin chef et le médecin traitant est soumis à la décision d'un arbitre techniquement qualifié et choisi par les parties...

« Le Dispensaire est un centre de propagande et d'éducation anti-tuberculeuse... Pour cette propagande sont utilisées les directives données par une *commission mixte* composée de trois représentants de l'Association contre la tuberculose, et *de trois représentants de la Fédération*... (1).

Tels sont les articles principaux qui définissent, précisent et limitent l'action du dispensaire.

Le personnel se compose d'un médecin chef, de médecins adjoints techniques et d'infirmières visiteuses. Le médecin chef est nommé par le bureau de l'Association, après accord avec le comité local, *sur une liste proposée par la Fédération.*

La besogne de l'infirmière visiteuse est également explicitement tracée. Elle ne doit en aucun cas s'occuper personnellement des soins à donner.

Il s'agit donc bien d'une collaboration entre le dispensaire et tous les médecins praticiens qui

(1) *Le Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 16 janvier 1925.

exercent dans la circonscription. Ceux-ci ont pour principale mission d'assurer les soins aux malades tuberculeux, *dans les conditions habituelles de la pratique médicale.*

Cette formule me paraît particulièrement heureuse. Des accords analogues ont été passés dans certains départements entre les syndicats médicaux et les administrations intéressées. Ces accords sont proprement des contrats collectifs.

La généralisation de cette méthode est des plus désirables. Le jour où le praticien saura qu'au lieu de trouver au dispensaire une concurrence inadmissible, il y rencontrera des collaborateurs capables de l'aider de leurs aptitudes personnelles et de le suppléer dans l'emploi de certains appareils qu'il a le droit de ne pas posséder, ou de certaines techniques qui demandent une expérience qu'il est excusable de ne pas avoir ; ce jour-là, loin de se passer de ses services, il les recherchera, et le bien public ne s'en trouvera que mieux.

R. H. M. S. 7029 G. DUCHESNE.

DANS QUELLES CONDITIONS UN MÉCANICIEN DENTISTE PEUT-IL EXERCER L'ART DENTAIRE ?

Commet le délit d'exercice illégal de l'art dentaire tout individu qui exerce cet art sans être muni du diplôme soit de docteur en médecine, soit de chirurgien dentiste, ou sans justifier avoir été inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1892, en qualité de dentiste. Plusieurs jugements ont été rendus en ce sens ; et notamment un arrêt de la cour de Rennes (3e chambre) 5 novembre 1906 (Rec. Rennes, 1906, 178.)

Mais un mécanicien dentiste, qui, sous la surveillance d'un diplômé, arracherait des dents, prendrait des empreintes, etc., pourrait-il être poursuivi pour exercice illégal de l'art dentaire ?

Il y a exercice illégal de l'art dentaire, de la part de celui qui, non muni du diplôme de chirurgien dentiste, pratique des opérations dentaires, sous la surveillance d'un médecin, ou d'un dentiste diplômé, si les faits qui lui sont reprochés consistent, non en simples actes d'aide ou d'assistance donnée au médecin, ou dentiste diplômé, mais en opérations pratiquées en la présence du médecin ou du dentiste diplômé, exigeant une habileté manuelle, une pratique et des connaissances auxquelles ne saurait suppléer la surveillance d'un tiers.

Doit être retenu comme complice du délit d'exercice illégal de l'art dentaire l'individu qui, chargé de la direction, au point de vue médical, de l'établissement dentaire, et ayant pour mission notamment de choisir les opérateurs, a engagé le prévenu, alors qu'il le savait dépourvu de diplôme et qui n'a d'ailleurs pas ignoré la nature des opérations auxquelles le prévenu se livrait dans l'établissement.

Doit être également retenu comme complice du même délit le propriétaire gérant de l'établissement dentaire, alors qu'il est établi qu'à diverses reprises, il a conduit des clients pour être opérés au cabinet du prévenu, qu'il savait ne pas être muni du diplôme de chirurgien dentiste. Cour de Paris (9e chambre) 29 octobre 1904 (S. 1907, 2, 7).

Il résulte de cet arrêt, qui, d'ailleurs, est conforme à la jurisprudence rendue en matière d'exercice illégal de la médecine, que le fait, pour un médecin, ou un chirurgien dentiste diplômé, d'être présent dans la pièce dans laquelle opère un non diplômé, constitue le délit de complicité d'exercice illégal. Un diplômé peut se faire aider, mais non remplacer pour les traitements et opérations, qu'il peut seul pratiquer, en vertu de la loi du 30 novembre 1892.

Mais, d'autre part, pour que le délit d'exercice illégal soit caractérisé, il faut qu'il y ait habitude et non pas intervention, dans un cas isolé, fortuit. Ainsi, ne serait pas coupable, le mécanicien dentiste, qui, dans un cas d'urgence, a extrait une dent. Ainsi s'exprime l'arrêt suivant de Cassation, crim. 4 janvier 1907 (D. 1907, 1.368) :

Le fait, par une personne non diplômée, d'avoir *accidentellement* opéré des extractions de dents, ne constitue pas le délit d'exercice illégal de l'art dentaire (C. inst. crim. art. 1er ; L. 30 nov. 1892, art. 16, 17, 18).

On ne doit pas davantage considérer comme délictueux le fait d'avoir pratiqué l'insensibilisation locale des gencives, préalable à l'extraction des dents, si la preuve de l'habitude n'est pas rapportée.

Mais un arrêt doit être cassé pour défaut de motifs s'il prononce le relaxe d'un individu, prévenu d'avoir effectué des extractions de dent sans énoncer les circonstances de fait dans lesquelles le prévenu s'est livré à ces opérations, la Cour de Cassation se trouvant alors dans l'impossibliité de vérifier si les extractions ont été seulement accidentelles.

Cet arrêt de Cassation insiste donc bien sur ce point qu'un non diplômé n'a pas le droit, en dehors des cas, dans lesquels l'humanité nous fait un devoir à tous de soulager le prochain, de pratiquer une intervention dentaire quelconque. Dans une ville, un mécanicien dentiste ne saurait invoquer ce motif de l'urgence, puisqu'il y à d'autres dentistes diplômés, dans la localité, pour soulager le patient.

Il en est de même pour la prise des empreintes et de la pose des appareils de prothèse par un non diplômé, sans être placé sous la surveillance et la direction suivie d'un diplômé (Cassation crim., 15 novembre 1906 ; D. 1910, 1, 174).

Mais, de ce dernier arrêt, il ne faudrait pas conclure qu'un mécanicien dentiste serait déclaré non coupable si, d'une manière habituelle et suivie, il se livrait à la prise des empreintes et à la pose des appareils dentaires, même en la présence, dans tous les cas, d'un diplômé. Que ces actes soient accidentels et fortuits, soit ! Par exemple, le dentiste diplômé a mal à la main et se fait remplacer par son mécanicien, qu'il dirige et guide ; mais ce cas accidentel ne doit pas passer à l'état d'habitude, sinon le mécanicien serait poursuivi pour exercice illégal et son patron comme complice.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. 5830.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat médical de Seine-et-Marne.

C'est un tout nouveau syndicat puisqu'il n'a même pas encore un an d'existence. Jusqu'en 1924, en effet, il y avait *huit* syndicats locaux, en Seine-et-Marne, qui, en 1919, à la diligence du Dr Decourt, président du syndicat de Meaux, avaient été réunis en une *Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Marne*, laquelle fit d'assez bonne besogne, dans sa sphère d'action, c'est-à-dire pour tout ce qui concerne le cadre départemental.

Néanmoins, en confrontant la vie des divers syndicats et leur action propre, il était, chaque année, aisé de s'apercevoir que, s'il en était de vivants, d'actifs, de puissants, d'autres étaient vraiment par trop « en sommeil ». Et ceux-ci venaient, par suite, gêner — étrangement parfois — l'action de la Fédération. C'est alors que le créateur même de la Fédération, démolissant son propre ouvrage, demanda à ses confrères de Seine-et-Marne de supprimer les huit syndicats existants, ainsi que leur Fédération, et de remplacer le tout par un syndicat départemental unique.

Cette proposition, acceptée d'abord individuellement, dans un *referendum*, fut ensuite entérinée, en quelque sorte, dans l'Assemblée constitutive du 6 juillet 1924, qui fonda le *syndicat médical de Seine-et-Marne*, auquel adhèrent, à l'heure actuelle, les 4/5e des praticiens du département.

Or, l'Assemblée générale du nouveau syndicat, ayant eu lieu le 21 décembre 24, divers ordres du jour furent votés, parmi lesquels deux d'intérêt *général*. Nous ne croyons donc pas inutile d'en donner connaissance à nos confrères du *Concours*.

1° ORDRE DU JOUR
SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Le Syndicat médical de Seine-et-Marne, dans son assemblée générale du 21 décembre 1924, déclare, au sujet de la Loi assurance maladie projetée, être d'avis que le Corps médical syndiqué fasse, localement, avec les caisses d'Assurance, des contrats collectifs, d'après les principes suivants : Libre choix réciproque ; respect absolu du secret professionnel ; tarif à la visite mais avec paiement direct du médecin par le malade et sans que les honoraires puissent, en aucun cas, être déterminés par les sommes que le malade aura reçu ou devra recevoir de la Caisse. Enfin, dans l'intérêt même du bon fonctionnement de la Loi, il estime indispensable la suppression du « petit risque » c'est-à-dire la mise en œuvre de l'Assurance seulement à partir du quatrième jour et sans rétroactivité dans aucun cas, pour les quatre premiers jours.

Nous devons ajouter que cet ordre du jour fut adopté *à l'unanimité*.

Le deuxième ordre du jour concerne les rapports entre les médecins et les Sociétés mutuelles en Seine-et-Marne. Déjà, depuis le 1er janvier 1924, la situation était réglée dans l'arrondissement de Meaux où les mutualistes étaient traités comme des clients ordinaires. Mais il s'agissait d'étendre cette situation à tout le département et des pourparlers n'ayant pas abouti entre le syndicat médical et l'Union mutualiste départemental, l'ordre du jour suivant fut pris :

2° ORDRE DU JOUR
CONCERNANT LES RAPPORTS MÉDICO-MUTUALISTES

Le Syndicat médical de Seine-et-Marne, réuni en Assemblée générale le 21 *décembre* 1924 ;

Après avoir pris connaissance de la Résolution *votée par l'Union des Sociétés de Secours Mutuels de Seine-et-Marne, en son Assemblée générale du* 22 *juin* 1924, *résolution* rejetant la Convention *proposée par les médecins de Seine-et-Marne* ;

S'associant à la protestation élevée par son Président, le 4 *octobre* 1924, *dans sa lettre à M. le Président de l'Union Mutualiste, contre l'*unique considérant *de la résolution motivant le rejet et qui était basé sur une inexactitude ; prenant officiellement acte du rejet pur et simple des propositions médicales qui n'étaient qu'un plan d'étude, un projet de convention modifiable au gré des*

parties, mais où déjà, il était aisé de reconnaître que la plupart des articles avaient été proposés en vue d'un exercice normal de la médecine, avec un contrôle sérieux établi dans l'intérêt même des Sociétés mutuelles,

Prenant également acte du fait que le rejet des pourparlers provient, non du Corps médical, mais de l'Union des Sociétés mutuelles,

Décide à l'unanimité *d'étendre tout simplement à tout le département, la décision prise le* 21 *octobre* 1923 *par le syndicat médical de l'arrondissement de Meaux, où elle est en vigueur depuis, et en la reportant au* 1er *janvier* 1925, *à savoir* :

« *A partir du* 1er *janvier* 1925, *le tarif ordinaire « de clientèle sera appliqué aux adhérents des « Sociétés de secours mutuels,* sans réduction « aucune.

« La totalité *des honoraires sera payée, soit « par le malade lui-même, soit par le trésorier de « la société, suivant accord entre les médecins lo- « caux et les sociétés.* »

Le Bureau du syndicat est chargé de prévenir de cette décision les Présidents de toutes les Sociétés mutuelles de Seine-et-Marne, sauf ceux de l'arrondissement de Meaux, déjà prévenus depuis un an.

De plus, en vue de la circulaire à envoyer à tous les Présidents mutualistes, il fut convenu que tous les confrères du département (sauf arrondissement de Meaux) recevraient avis d'avoir à envoyer d'urgence au bureau du syndicat les noms et adresses des Présidents de sociétés mutuelles auxquelles ils avaient affaire. C'est ce qui fut fait : et 164 présidents de mutualités, c'est-à-dire tous ceux du département (sauf arrondissement de Meaux) reçurent avis officiel de la décision du corps médical de Seine-et-Marne.

Et à propos des rapports *médico-mutualistes,* il est intéressant d'extraire les lignes suivantes du *Bulletin officiel* du syndicat (avril 1925) :

A ce sujet, nous devons signaler un fait intéressant et instructif à tous égards. Dans l'arrondissement de Meaux, fonctionne, depuis un an, le système qui vient d'être étendu dans tout le département. Or, à Chelles, où sont des Mutualités assez importantes, celles-ci avaient refusé de payer, pour 1924, les médecins au tarif de clientèle ordinaire, prétendant leur imposer des prix réduits que leur consentait un confrère — non adhérent au syndicat. Malgré de multiples interventions du président, le confrère persista dans sa résolution et, par suite, les Mutualités dans la leur..., ou plutôt les bureaux de ces Mutualités, laissant donc ainsi les notes d'honoraires impayées. Les confrères déclarèrent qu'ils ne pourraient naturellement continuer ainsi pour 1925...

Et voilà que, tout dernièrement, en assemblée générale, les mutualistes décidèrent qu'il n'y aurait pas un médecin unique, obligatoire et que, malgré les rabais consentis par celui-ci, ils préféraient payer le prix ordinaire et avoir le libre choix de leurs médecins. Les prix demandés de 8 francs, la consultation et 10 francs la visite, furent donc votés et tous les médecins reconnus comme médecins traitants.

A l'Union des syndicats médicaux, on l'a souvent dit : ce n'est pas aux « Etats-Majors » que nous devons nous adresser, et cela aussi bien pour les questions médico-mutualistes que pour celles de médecine sociale. C'est à ceux qui sont les principaux, on pourrait même dire les *seuls* vraiment intéressés, c'est-à-dire à ceux qui *recevront les soins.* Et ceux-là ne seront pas longs à comprendre que, là comme partout, on en a toujours pour son argent et que, nous praticiens, nous ne voulons plus de catégories de médecine : médecine pour pauvres, médecine pour mutualistes, médecine pour clientèle payante. Nous voulons pour tous, de la médecine... tout court, de la médecine qui s'efforce de guérir, simplement — et qui soit à même, dans ce but, de se servir de tous les procédés nouveaux que la science peut mettre à sa disposition. Il s'ensuit donc, qu'en Seine-et-Marne, nous ne voulons plus, désormais, qu'on fasse une différence entre un client mutualiste et un client quelconque. Et c'est précisément ce que nous avons proclamé dans l'ordre du jour de notre syndicat.

Le Président du syndicat médical de Seine-et-Marne,

Dr Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

IVe Congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles.

(Septembre 1925.)

Le Comité permanent International des accidents du travail réuni à Amsterdam le 21 décembre 1924 a fixé au mois de septembre prochain, la date du quatrième Congrès international médical.

De nombreuses personnalités médicales de tous les pays d'Europe constituent ce Comité permanent : Dr C. KAUFMANN (Suisse) et Sir THOMAS OLIVER (Angleterre), présidents d'honneur ; Dr P.-H. VAN EDEN

(Hollande), président ; prof. LINIGER (Allemagne) et Dr QUIVY (France), vice-présidents ; prof. AKERMAN (Suède), secrétaire général ; Dr GLIBERT (Belgique), secrétaire.

Membres : Belgique : Dr GLIBERT, Dr MOREAU, prof. QUERTON ; Danemark : Dr P.-N. HANSEN ; Allemagne : prof. LEHMANN, prof. LINIGER, Dr TELEKY ; Angleterre : Sir OLIVER, prof. COLLIS ; Finlande : prof. LONNQUIST ; France : prof. agrégé LENORMANT, prof. POTTEVIN, Dr QUIVY ; Italie : prof. DEVOTO, prof. PISENTI ; Hollande : Dr BROCX, Dr VAN EDEN, Dr DE HARTOGH, Dr HEYERMANS, Dr KRANENBURG, Dr SCHŒMAKER ; Norvège : Dr BODTKER ; Autriche : prof. WITTEK ; Russie : prof. WAEGNER ; Espagne : Dr A. OLLER ; Tcecho-Slovakie : Dr J. LOWY ; Suède : prof. AKERMAN ; Suisse : Dr JAEGER, JULLIARD, POMETTA, ZOLLINGER.

Le Comité National Français dont certains membres font également partie du Comité permanent international a été constitué de la façon suivante, au cours de deux séances d'organisation tenues à Paris en janvier et février 1925.

Président d'honneur : Monsieur le Ministre du Travail ; président : Monsieur le professeur B. CUNÉO ; vice-présidents : M. le Dr POTTEVIN, sénateur, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers, M. le prof. agrégé LENORMANT ; secrétaire général : Dr QUIVY, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, radiologiste des hôpitaux ; secrétaire adjoint : M. N...

Membres : MM. les professeurs CROUZON, de Paris ; IMBERT, de Marseille ; LECLERC, de Lille ; MM. les docteurs : CAILLAUD, d'Orléans ; FRAPPAZ, de Lyon, président de la Commission des accidents du travail à la Société des Praticiens ; GIRY, de Briey; LECAT, de Billy-Montigny ; NOIR, de Paris ; RENON, de Niort, chirurgien des hôpitaux.

Ce Comité a essentiellement pour mission de préparer la participation française au Congrès international qui se tiendra à Amsterdam du 7 au 21 septembre 1925.

Congrès exclusivement technique où seules les questions d'ordre médical seront étudiées et mises au point. Son programme a été dans ses grandes lignes arrêté de la façon suivante :

Lundi 7 *septembre* 1925 : ouverture officielle.

Mardi 8 *septembre* 1925 : séance plénière.

Accidents et maladie du point de vue médical (France)

Diagnose et limitation des maladies professionnelles (Allemagne).

Accident et maladie du point de vue légal (Angleterre).

Placement des ouvriers partiellement invalides (Hollande).

Accident et tuberculose (Suisse).

SECTIONS : 1° *Accident du travail* : accident et tuberculose (Allemagne) ; traitement d'urgence des plaies (suture) (France) ; 2° *Maladies professionnelles* : pneumoconioses (Angleterre et Hollande) ; travail dans l'air chaud et humide (Angleterre et Espagne).

CONFÉRENCES LIBRES. *Mercredi* 9 *septembre* 1925 : SÉANCE PLÉNIÈRE.

Un thème des accidents du travail (Allemagne).

Un thème des maladies professionnelles (France).

Un thème des maladies professionnelles (Angleterre).

Un thème des accidents du travail (Autriche).

Un thème des accidents du travail (Italie).

Démonstrations.

SECTIONS : 1° *Accidents du travail* : ostéosynthèse (fractures) (Angleterre et France) ; rachat et petites invalidités (Allemagne et Suisse) ; l'influence des lois d'assurances sociales sur l'enseignement dans la chirurgie (Hollande). — 2° *Maladies professionnelles* : l'intoxication par les gaz (Allemagne et Italie) ; maladies nerveuses professionnelles (France et Finlande).

Jeudi 10 *septembre* 1925. SECTIONS : 1° *Accidents du travail* : arthrite traumatique (Allemagne) ; traumatismes abdominaux (Hollande et Russie) ; — 2° *Maladies professionnelles* : psychotechnique ; maladies professionnelles des yeux (France).

Vendredi 11 *septembre* 1925 : SÉANCE PLÉNIÈRE.

La fatigue (Autriche).

Un thème des accidents du travail (Belgique).

Un thème des maladies professionnelles (Italie).

Un thème des accidents du travail (Scandinavie).

Un thème des maladies professionnelles (Amérique).

Un thème des accidents du travail (Espagne).

Samedi 12 *septembre* 1925 : EXCURSIONS. Dîner officiel à Scheveningue (La Haye).

Projeté : Lundi 7 septembre : réunion officieuse. — Mardi 8 septembre : réception officielle par la Municipalité d'Amsterdam. — Mercredi 9 septembre : visite aux ports d'Amsterdam. — Jeudi 10 septembre : excursions dans les environs d'Amsterdam. — Vendredi 11 septembre : excursions à Rotterdam. — Samedi 12 septembre : excursions à la Haye.

Réception officielle par le Ministre du Travail, Commerce et Industrie et par la Municipalité de La Haye.

***

Les questions proposées à la Délégation française sont parmi les plus importantes. La répartition des rapports a été d'un commun accord prévue comme il suit :

M. le professeur CUNÉO, président, prendra la parole au nom du Comité Français le 7 septembre, jour de l'ouverture officielle du Congrès.

Le 8 septembre (séance plénière), M. le professeur CUNÉO traitera le sujet des « accidents et maladies du point de vue médical ».

Le 8 septembre, M. le professeur agrégé LENORMANT et le Dr MOURE exposeront le « traitement d'urgence des plaies (suture) ».

Le 9 septembre, M. le professeur IMBERT fera un rapport avec son chef de clinique, le Dr COTTALORDA, sur « l'ostéosynthèse ».

Le 10 septembre, M. le professeur agrégé CROUZON, prendra la parole sur « les maladies nerveuses professionnelles ».

Le 11 septembre, au cours de la dernière réunion (séance plénière), M. le professeur POTTEVIN traitera des « maladies professionnelles ».

Enfin au cours d'une des conférences libres d'après-midi, le Dr LAGRANGE fera une conférence sur « Lésions des membranes profondes de l'œil au cours des traumatismes faciaux (application des lois de Félix Lagrange). »

Il convient de souligner que tous les praticiens français pourront au cours de séances libres se faire entendre sur un sujet quelconque se rapportant aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, à condition toutefois que la question envisagée soit exclusivement d'ordre technique.

Ces questions devront faire l'objet de rapports écrits qui devront être adressés par les auteurs d'urgence au Secrétaire général du Comité français.

Il n'échappera pas au Corps médical tout entier qu'il y a le plus gros intérêt à ce que les travaux de ce Congrès soient suivis avec attention au moment où les lois sociales retentissent si profondément sur la profession médicale.

Les adhésions au Congrès sont reçues à l'Union des Syndicats Médicaux de France (siège social, 25, rue Louis-le-Grand, Paris, 2e). Chaque médecin peut devenir membre actif. La cotisation est pour la France de 30 fr.

Chaque personne intéressée peut être « membre passif ». La cotisation est la même que pour les membres actifs.

En outre, moyennant le paiement d'avance d'une somme supplémentaire de 20 fr., le compte rendu officiel est obtenu. Le prix de ce compte rendu sera sensiblement majoré à la clôture du Congrès.

Les dames qui accompagneront un membre peuvent obtenir une carte de participation pour le prix de 20 francs.

Il s'est formé sous la présidence de Madame VLUGTFLENTROP, femme du bourgmestre d'Amsterdam, un Comité de dames qui se feront un plaisir de montrer les curiosités d'Amsterdam aux personnes qui accompagneront les membres participants au Congrès.

Les droits peuvent être versés au compte du « IVe Congrès International pour les accidents du Travail et des Maladies professionnelles », « Invasso-Bank, Heerengracht 531, Amsterdam » ou à la « Westminter Foreign Bank Ltd », à Paris.

Le bureau s'offre de procurer des chambres dans les hôtels, pensions ou chez les particuliers. Les prix des chambres varient de 4 à 8 florins hollandais.

Plusieurs habitants d'Amsterdam ont l'intention d'offrir l'hospitalité aux participants du Congrès. Ceux qui en veulent profiter devront adresser leur demande sans retard au Siège du Comité National Français (Union des Syndicats médicaux, 25, rue Louis-le-Grand, Paris).

Les membres du Congrès qui voudraient prendre part aux excursions des 11 et 12 septembre voudront bien aviser le Bureau afin qu'on retienne des chambres (le prix fixé pour les deux nuits avec les deux déjeûners à la Haye est de Florins 10).

Le Secrétaire général du Comité Français ;
Vice-président du Comité permanent international du IVe Congrès médical des accidents du Travail et des Maladies professionnelles,

Dr QUIVY,
10 rue de l'Isly, Paris, 8e

Circulaire relative aux postes d'inspecteur d'hygiène départementale

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets.

Paris, le 18 août 1924.

Monsieur le préfet,

Dans un grand nombre de départements, un poste d'inspecteur d'hygiène départementale a été créé ; mais les conditions dans lesquelles ce poste doit fonctionner, les attributions à donner à l'inspecteur d'hygiène sont ou mal limitées ou incomplètement définies. A de très rares exceptions, l'importance des fonctions de l'inspecteur d'hygiène n'est pas suffisamment comprise et il n'est établi aucun programme de ses fonctions et de ses devoirs.

Par contre, dans chaque département existe un inspecteur de l'assistance publique à qui, parfois, sont confiées en totalité ou en partie des fonctions d'inspecteur d'hygiène ; dans quelques départements, par contre, l'inspecteur d'hygiène est chargé des services de puériculture qui sont de la compétence de l'inspecteur de l'assistance publique. Il y a là une confusion de compétence et d'attribution qu'il y a lieu de faire cesser en établissant nettement dans quelles conditions doivent être assurés dans le département les services de l'inspection de l'assistance publique et ceux de l'inspection d'hygiène. Aussi, m'a-t-il paru utile de vous adresser ci-dessous un règlement type sur lequel vous pourrez baser dans votre département l'organisation des services de protection de la maternité et de l'enfance et ceux d'hygiène.

Au reste, l'extrait ci-joint du rapport de M. Gadaud, député, rapporteur à la Chambre des députés

du projet de loi portant modification de la loi de 1902, vous indiquera les considérations qui ont inspiré les présentes instructions dont je vous prie de m'accuser réception, en ayant soin de me faire connaître les mesures prises par vous, en vue d'adapter vos services aux directives contenues dans la présente circulaire.

Justin GODART.

Extrait du rapport de M. Gadaud, député, sur les modifications à apporter à la loi de 1902.

En dehors du service des enfants assistés, l'inspecteur départemental de l'assistance publique est chargé de l'administration et du contrôle du service de la protection des enfants du premier âge, institué par la loi Roussel.

Les attributions de contrôle de l'inspecteur départemental sont naturellement étendues aux consultations de nourrissons qui permettent de rendre effectives la protection des enfants du premier âge de la loi Roussel et celle des enfants secourus par application de la loi du 27 juin 1904.

L'inspecteur départemental doit exercer également sa surveillance sur les maternités et les crèches annexées aux établissements dépositaires.

Le rôle de l'inspecteur de l'assistance publique apparaît bien comme un rôle d'assistance morale et de contrôle d'assistance matérielle à la maternité, à la première enfance, aux pupilles de l'assistance publique L'énoncé de ce critérium n'est nullement arbitraire. Il ressort d'abord du rôle fondamental qui est assigné à chacun des inspecteurs, mais aussi des intentions précises du législateur. L'accession des femmes aux emplois de sous-inspectrices de l'assistance publique, que vient de permettre la loi du 20 juillet 1923, est une des plus caractéristiques à cet égard. Elle signifie, et le rapport qui accompagnait le projet de loi confirme cette opinion, que l'inspecteur de l'assistance publique aura désormais des collaboratrices chargées tout particulièrement de coordonner et de compléter l'œuvre des consultations prénatales, des maisons maternelles, des consultations de nourrissons, crèches et pouponnières en faisant l'éducation hygiénique et maternelle de la femme enceinte, de l'accouchée et de la nourrice.

L'action de l'inspecteur de l'assistance publique est prolongée jusqu'à l'âge d'homme pour les enfants assistés soumis à sa tutelle. Il doit à ceux-ci une protection plus complète ; son rôle à leur égard déborde le champ de l'assistance matérielle et morale, car il assure vis-à-vis de ses pupilles le devoir d'éducateur qui s'impose au père vis-à-vis de son enfant. A vrai dire, c'est ce mot d'éducateur qui résume la mission essentielle de l'inspecteur de l'assistance publique, il doit être de plus en plus l'éducateur de la mère et de la nourrice, grâce à son action sur les œuvres et par les œuvres de protection maternelle et infantile, et il est l'éducateur de l'enfant et de l'adolescent en ce qui concerne les pupilles de l'assistance publique,

Tout autre est le rôle assigné à l'inspecteur d'hygiène : c'est vis-à-vis des mères, des enfants, des pupilles, un rôle médical, un souci d'organisation et de contrôle des soins médicaux. C'est dire, évidemment, que les deux fonctions ont des points de contact, qu'elles sont connexes, qu'elles ne peuvent se passer l'une de l'autre, mais à aucun moment elles n'ont une similitude absolue.

Les deux fonctions se complètent, se grandissent l'une l'autre, mais ne se confondent pas.

I. — Attributions de l'inspecteur de l'assistance publique.

En attendant que le Parlement ait réalisé le vote de la loi sur les assurances sociales qui permettra au pays d'accomplir entièrement son devoir de solidarité nationale, le champ d'application de toutes les lois d'assistance écloses sous la troisième République est assez grand et assez généreux pour nécessiter l'intervention de fonctionnaires compétents, particulièrement qualifiés par leur préparation intellectuelle. autant que par la pratique constante d'une tâche entre toutes délicate.

Le 27 juin 1904, en promulguant la nouvelle loi sur la protection des enfants assistés, on a décerné à celui qui s'occupait de leur sort, qui a la lourde mission de les élever, de les éduquer et d'en faire de bons citoyens, le titre d'inspecteur de l'assistance publique. Ce jour-là, le législateur a entendu que le tuteur des pupilles aurait à s'occuper non seulement de ce rôle primordial, mais encore qu'il aurait pour devoir d'assurer l'application des lois d'assistance, dont plusieurs étaient déjà votées et dont le magnifique réseau allait se compléter et s'étendre dans les années qui suivirent pour aboutir aujourd'hui aux lois qui forment la charte de l'assistance et de l'hygiène publiques.

En principe donc, toutes les lois d'assistance doivent être confiées pour leur application à l'inspecteur de l'assistance publique. Son titre même détermine nettement ses fonctions, et c'est pourquoi le concours qui assure le recrutement des inspecteurs, concours particulièrement difficile et ouvert seulement aux titulaires d'une licence ou diplômés d'une école supérieure, porte sur la connaissance approfondie de toutes les lois d'assistance.

Mais, en ces dernières années, devant la nécessité de reconstituer notre race appauvrie par la guerre, en présence du déficit de notre natalité, une attention plus particulièrement soutenue s'est portée sur les conditions dans lesquelles la mère devait être protégée, avant, pendant et après la naissance de l'enfant, et aussi sur l'impérieuse obligation de protéger la santé de l'enfant lui-même : des œuvres nombreuses se sont fondées ; celles qui existaient déjà se sont développées ; un admirable effort a été fait, groupant autour de lui des dévouements remarquables.

Mais il importe que cet effort soit dirigé, coordonné, groupé ; il faut que, sur place, un directeur constate

les conditions de fonctionnement, le rendement, l'utilité de l'œuvre créée ; il faut que les collectivités, départements ou communes, aient un conseiller, un arbitre qui se rende sur place, qui intervienne par ses encouragements ou ses conseils et assure les améliorations et les progrès nécessaires ; ce délégué du préfet, chef actif de cette lutte contre la dépopulation, ce doit être l'inspecteur de l'assistance publique, fonctionnaire mobile en rapport constant avec les municipalités, et averti par son propre service sur toutes les questions intéressant la mère et l'enfant. C'est lui qui doit s'occuper de tout ce qui a trait à la protection du premier âge ; consultations de nourrissons, centres d'élevage, gouttes de lait, crèches, pouponnières, dispensaires d'enfants, etc.

Enfin, depuis qu'on a compris la nécessité non seulement de veiller sur l'enfant déjà né, en vue de diminuer la redoutable mortalité infantile, mais encore de protéger cet enfant dès sa conception et de diminuer ainsi la morti-natalité, l'inspecteur de l'assistance publique organise les consultations pré-natales, les maisons maternelles et surveille leur fonctionnement.

C'est lui qui doit assurer l'administration même des services qui sont absolument inséparables les uns des autres, c'est-à-dire de tous ceux qui ont trait à la protection de la mère et de l'enfant.

Il est, en effet, de toute évidence que si la collectivité attribue des secours aux mères de famille, c'est au profit même de l'enfant.

De même que la loi du 27 juin 1904 a créé des secours temporaires perçus par la mère ou la nourrice, mais « accordés à l'enfant », selon le texte même ; que la loi du 27 juin 1913 accorde aux mères l'assistance aux femmes en couches pour leur permettre de se reposer avant et après les couches, et donner le jour à l'enfant dans les meilleures conditions possibles ; de même encore, la loi du 24 octobre 1919 a créé des primes d'allaitement pour assurer au nouveau-né l'allaitement au sein de sa mère : dans toutes ces lois, l'assistance s'adresse à l'enfant lui-même.

L'inspecteur de l'assistance publique qui est nominativement désigné pour s'occuper de la protection du premier âge, sera donc chargé d'appliquer toutes les lois de protection maternelle et infantile. Je les rappelle ici :

Loi du 27 juin 1904 sur les enfants assistés ;

Loi du 23 décembre 1874 sur la protection du premier âge ;

Loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches ;

Loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses ;

Loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement natio nal aux familles nombreuses.

Service des primes à la natalité.

Consultations pré-natales ; consultations de nourrissons ; crèches, gouttes de lait, pouponnières, mu tualités maternelles, etc.

Les consultations de nourrissons, qui constituent un des moyens de lutte les plus efficaces contre la mortalité infantile, ne pourraient que péricliter et disparaître, si l'inspecteur de l'assistance publique n'avait pas l'administration de toutes les lois d'assistance maternelle, puisque les bénéficiaires de ces lois sont assujettis à y assister régulièrement. Tous les règlements préfectoraux prévoient cette obligation et pour les bénéficiaires de la prime d'allaitement, des instructions ministérielles précises et formelles les contraignent à fréquenter la consultation de nourrissons, s'il en existe une dans la commune

C'est également à l'inspecteur de l'assistance publique qu'incombe le devoir d'être un organe de liaison et de coordination entre l'administration et toutes les œuvres privées qui s'occupent de protéger la mère et l'enfant. Il ne doit pas exister des cloisons étanches entre l'assistance publique et la bienfaisance privée. Dans de nombreux départements a été réalisée l'union la plus heureuse et la plus féconde entre les organismes publics et les groupements privés qui s'entr'aident mutuellement, unifient les méthodes de progagande et d'action pour tendre au but unique : sauver des enfants.

Enfin, il ne vous échappera pas que l'inspecteur de l'assistance publique, s'il n'est pas chargé de l'administration des services d'assistance aux adultes (assistance médicale gratuite et aux vieillards), est qualifié, en raison de ses déplacements fréquents, pour effectuer le contrôle sur place de ces services.

En effet, l'Etat qui paye la plus grosse part des dépenses occasionnées par le fonctionnement de ces services a le droit — et c'est aussi son intérêt bien compris — de faire effectuer le contrôle par un de ses fonctionnaires, présentant toute garantie de compétence. Ce fonctionnaire peut, par conséquent, réprimer tous les abus, exercer tous les recours utiles, en fin de compte, faire respecter le droit de tous les intéressés aux bénéfices des lois d'assistance, tout en sauvegardant les finances des diverses collectivités auxquelles incombent les charges pécuniaires.

Il ne saurait y avoir de confusion entre les attributions de l'inspecteur d'hygiène et celles de l'inspecteur de l'assistance publique.

Les inspecteurs d'hygiène pourront apporter leur concours technique aux inspecteurs de l'assistance publique dans certains cas déterminés. Ils fourniront des renseignements autorisés sur les conditions hygiéniques des locaux utilisés pour des consultations prénatales ou des consultations de nourrissons, sur les maisons insalubres que leurs fonctions les ont mis en situation de connaître et qu'ils pourront avec fruit signaler à l'inspecteur pour y éviter le placement de pupilles, etc.

Par contre-partie, si l'inspecteur d'hygiène peut utilement s'occuper de la lutte antituberculeuse au point de vue médical, au point de vue purement technique, il va de soi que l'inspecteur de l'assistance publique doit être également associé de très près à la marche de ce service. En effet, dans tous les cas, la lutte contre la tuberculose aboutit à des

mesures d'assistance pure, comme l'envoi dans les préventoriums et des sanatoriums ou hôpitaux et l'admission temporaire des enfants à l'assistance publique, à l'attribution de secours au conjoint ou aux enfants du tuberculeux entré dans un établissement et mis ainsi dans l'impossibilité de pourvoir à la vie des siens. L'inspecteur de l'assistance publique comme l'inspecteur d'hygiène devra faire partie de ces organisations antituberculeuses départementales.

En résumé, la mission minima des inspecteurs de l'assistance publique doit être d'assurer obligatoirement l'application de toutes les lois de protection maternelle et infantile, d'administrer ces services et d'effectuer, en outre, le contrôle sur place de toutes les lois d'assistance aux adultes.

La diminution de la natalité commande impérieusement de ne négliger aucun moyen de protection de l'enfance. L'inspecteur de l'assistance publique doit avoir réunis entre ses mains tous les moyens d'assumer cette tâche, certes délicate, mais qu'il peut seul mener à bien pour permettre au pays de garder ses fils.

II. — Fonctions des médecins inspecteurs départementaux d'hygiène.

Le développement important des services publics d'hygiène, le caractère intensif pris dans de nombreux départements et communes par la lutte contre les fléaux sociaux, l'accroissement du nombre des œuvres privées s'occupant d'hygiène, rendent de plus en plus nécessaire le bon fonctionnement dans chaque département des inspections départementales d'hygiène prévues par la loi du 15 février 1902.

Il apparaît tout d'abord indispensable de demander une nouvelle fois aux conseils généraux des départements qui en sont dépourvus la création d'inspections départementales d'hygiène, en leur indiquant l'intérêt tout spécial que mon administration porte à cette question. Vous voudrez bien me communiquer pour examen et avis les rapports qui seront présentés par vos soins aux assemblées départementales au cours de la prochaine session.

D'autre part, il est également nécessaire d'améliorer le fonctionnement des inspections départementales d'hygiène déjà existantes.

Sans doute, il n'est pas dans les intentions de l'administration de codifier par des instructions revêtant un caractère obligatoire le fonctionnement des inspections ni les attributions précises des médecins inspecteurs départementaux d'hygiène.

Une telle méthode présenterait les plus graves inconvénients, l'uniformité n'est pas toujours un bien et les différences existant actuellement entre les inspections permettent de mettre utilement à l'essai des organisations différentes ; de plus, des instructions trop précises risqueraient de diminuer le rendement des inspections d'hygiène bien organisées tout en restant impuissantes dans le cas où leur fonctionnement reste forcément insuffisant par suite des décisions prises par le conseil général et du caractère facultatif de la loi du 15 février 1902.

Toutefois, dans un grand nombre de départements, les inspections départementales d'hygiène sont susceptibles d'être améliorées et je crois utile de vous indiquer comment dans ses grandes lignes peut être organisée une inspection départementale d'hygiène sinon modèle, du moins capable de rendre les services que l'on est en droit d'attendre d'elle.

Personnel. — Il est désirable que lors de vacances de postes anciens ou de création de postes nouveaux, les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène soient désignés par concours sur titres entre médecins hygiénistes occupant des fonctions analogues dans d'autres départements ; puis, à défaut de candidats de cet ordre, par concours sur épreuve ouverts à tous les médecins.

Mon administration devra être informée en conséquence de toute vacance ou création de poste. Aussi estimerez-vous utile de ne présenter de propositions au conseil général qu'après mon assentiment.

Il importe aussi que les médecins inspecteurs départementaux soient des médecins spécialisés donnant tout leur temps à leurs fonctions, et, par conséquent, il y a lieu de leur assurer une rémunération suffisante qui ne doit pas être inférieure à 18.000 francs comme traitement de début.

En effet, par suite de leur spécialisation et afin de ne pas entrer en concurrence directe ou indirecte avec les médecins praticiens dont ils doivent être les conseillers techniques en matière d'hygiène, ils ne doivent en aucune façon faire de la clientèle.

Dans tous les cas où vous le jugerez utile, vous pourrez présenter aux conseils généraux des demandes de relèvement de traitement basées sur le chiffre indiqué ci-dessus en faveur des médecins inspecteurs départementaux d'hygiène qui vous en paraîtraient dignes.

Vous voudrez bien également appuyer auprès des conseils généraux les demandes d'inscription aux caisses départementales d'hygiène qui seraient adressées par les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène.

Quant au personnel secondaire de l'inspection départementale d'hygiène, il ne peut être fixé *a priori* ; il dépend naturellement des services assurés par celle-ci et de leur importance. Toutefois, il apparaît indispensable de le fixer au minimum à un rédacteur et à une dactylographe.

Locaux. — Il importe que la disposition et l'installation des locaux soit identique à celle des autres chefs de service du département.

Deux pièces au minimum doivent être réservées, l'une au médecin inspecteur départemental d'hygiène, l'autre à son personnel, un poste téléphonique est indispensable. Il n'est pas nécessaire que ces locaux soient dans la préfecture, car dans de nombreux cas il peut être préférable que l'inspection départementale d'hygiène soit à portée immédiate du laboratoire départemental de bactériologie, du

poste central de désinfection ou du dispensaire d'hygiène sociale du chef-lieu.

Fonctionnement général. — Deux modalités peuvent être appliquées. Dans le premier cas, le médecin inspecteur départemental d'hygiène se borne à recevoir du préfet, par l'intermédiaire d'une division, des demandes de renseignements, d'enquête, de rapports techniques et à leur répondre. Ce mode de fonctionnement ne semble devoir être utilisé que dans les inspections départementales d'hygiène non dotées d'un médecin inspecteur d'hygiène spécialisé donnant tout son temps au service et par conséquent dans les seuls départements peu importants ou insuffisamment organisés au point de vue de l'hygiène.

Dans le deuxième cas, au contraire, l'inspection d'hygiène doit autant que possible garder son autonomie ; la correspondance concernant toutes questions d'hygiène est remise par le préfet non à une division, mais à l'inspection d'hygiène. Le médecin inspecteur départemental d'hygiène, après en avoir, s'il y a lieu, verbalement référé au préfet, met à la signature de celui-ci les lettres de réponse. Il prépare également au nom du préfet les rapports à adresser par exemple au conseil général. Ce mode de fonctionnement est celui qui doit être appliqué dans tous les cas où les possibilités financières de l'inspection départementale d'hygiène le permettent. Il réduit au minimum les transmissions nécessaires, et il a d'ailleurs fait ses preuves en étant appliqué dans presque toutes les inspections d'hygiène à grand rendement.

Déplacements. — Le médecin inspecteur d'hygiène doit être considéré comme étant mobile de par ses fonctions. Son action ne peut se borner à recevoir des visites et à agir par correspondance. Il doit se déplacer fréquemment, étudier les questions sur place, voir les maires, les œuvres privées, etc.

Il est donc indispensable qu'il ait les moyens de se déplacer soit par chemin de fer, soit de préférence en automobile. Une modalité excellente, adoptée dans un certain nombre de départements, consiste dans l'allocation de frais de déplacements calculés à des taux kilométriques différents par chemin de fer et par automobile de façon à ce que l'inspecteur départemental puisse, suivant le cas, utiliser le chemin de fer ou une automobile lui appartenant pour ses déplacements de service.

Dans le cas où le service départemental de désinfection comprend des voitures automobiles, une voiture touriste peut également être ajoutée aux camionnettes et être mise à la disposition du médecin inspecteur.

Vous n'ignorez pas, d'autre part, combien il est utile que les inspecteurs d'hygiène puissent assister aux principaux congrès intéressant la santé publique et particulièrement au congrès d'hygiène qui se tient chaque année à l'Institut Pasteur. Il y aurait intérêt à ce que des crédits spéciaux soient prévus à cet effet.

Lutte contre les épidémies.

Réception des déclarations de maladies contagieuses.

Service départemental de désinfection.

Sans qu'il y ait lieu d'indiquer ici les modalités de détail à appliquer, en particulier en ce qui concerne les médecins des épidémies, c'est le médecin inspecteur départemental d'hygiène, qui doit être seul responsable vis-à-vis du préfet.

La réception des déclarations des maladies contagieuses doit lui être confiée directement, au moins pour celles parvenant à la préfecture. Pour celles parvenant aux sous-préfectures, il vous appartient d'examiner le meilleur mode d'application, celui-ci dépendant pratiquement de l'organisation du service départemental de désinfection.

Celui-ci doit, sauf impossibilité matérielle, ne pas être simplement contrôlé par l'inspection départementale d'hygiène, mais la charge de son fonctionnement doit lui être confiée et les agents désinfecteurs, au moins dans le cas si désirable où ils sont spécialisés, doivent être sous ses seuls ordres. La nomination des agents est naturellement confiée au préfet, sur proposition du médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Service de la statistique sanitaire. — Afin de permettre au médecin inspecteur départemental d'hygiène d'être tenu au courant de façon immédiate de la situation sanitaire du département, il y a le plus grand intérêt à ce que le service de la statistique sanitaire soit confié à l'inspection départementale.

Service départemental de la vaccine. — Le service départemental de la vaccine devrait également de préférence être confié à l'inspection départementale d'hygiène responsable directement vis-à-vis du préfet.

Laboratoire départemental de bactériologie. — Il est nécessaire que chaque département soit doté d'un laboratoire départemental de bactériologie, et le médecin inspecteur d'hygiène doit en provoquer la création dans les départements qui en sont encore dépourvus.

Ce laboratoire doit, dans les départements importants, être confié à un directeur spécialisé ; dans les départements peu importants et à titre transitoire, dans les départements d'importance moyenne, l'inspecteur départemental d'hygiène peut cumuler les deux fonctions.

Lutte contre le cancer. — J'attacherai du prix à ce que le service départemental chargé de s'occuper des questions relatives à la lutte contre le cancer soit l'inspection d'hygiène.

Inspection médicale des écoles. — L'inspecteur d'hygiène devra s'employer à la création de services départementaux d'inspection médicale des écoles, il devra agir naturellement en liaison et entente étroite avec l'inspecteur d'académie, conformément aux exemples donnés par le Doubs, l'Hérault et l'Aisne.

Lutte contre les maladies vénériennes. — Il doit entrer dans les attributions du médecin inspecteur d'hygiène de s'occuper activement de cette question,

soit en organisant cette lutte, soit en assumant au nom du préfet la surveillance et le contrôle des organisations qui en sont déjà chargées.

Lutte contre la tuberculose. — La lutte antituberculeuse étant en pratique confiée à des commissions, associations, ou offices d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, le rôle du médecin inspecteur d'hygiène devra varier suivant les cas.

Il est désirable que, comme cela existe déjà dans de nombreux départements, il ait une part active dans l'organisation antituberculeuse. Il serait bon qu'il fasse partie, avec l'inspecteur de l'assistance publique, de son conseil d'administration, de façon à pouvoir, en tant que représentant au nom du préfet les intérêts du département et de l'Etat, veiller à la bonne utilisation des subventions versées.

Vous pourrez, d'autre part, désigner le médecin inspecteur d'hygiène pour vous représenter en même temps que l'inspecteur de l'assistance publique dans la surveillance des préventoria, sanatoria, écoles de plein air et toutes les œuvres d'assistance privée subventionnées par le département ou par l'Etat.

Protection de la maternité et de l'enfance. — Rapports du médecin inspecteur départemental d'hygiène et de l'inspecteur départemental de l'assistance publique. — La protection de la maternité et de l'enfance incombe à l'inspecteur départemental de l'assistance publique, à la commission départementale de la natalité et de la protection de l'enfance et également à des œuvres privées.

Le médecin inspecteur d'hygiène doit s'associer à ces organisations afin de leur apporter l'aide de son concours technique.

D'accord avec l'inspecteur de l'assistance publique, il veillera aux conditions hygiéniques de l'installation matérielle des consultations prénatales, des maternités, des maisons maternelles, des consultations de nourrissons, il lui évitera le placement de ses pupilles sains dans les maisons insalubres, il lui offrira pour ses pupilles malades les sanatoriums, hôpitaux ou asiles avec leur aménagement spécial en vue d'une cure rationnelle, de l'isolement et de la prophylaxie.

Office départemental des pupilles de la nation. — Il est désirable que le médecin inspecteur d'hygiène soit membre de l'office départemental des pupilles de la nation afin d'apporter à cet office son concours technique dans la protection de la santé des pupilles.

Hygiène générale et rapports avec les conseils départementaux d'hygiène. — La loi du 15 février 1902 rendant obligatoire les conseils d'hygiène, mais non les inspections, cette loi et les lois ultérieures ont dû régulièrement confier aux conseils d'hygiène et non aux inspections la surveillance de l'hygiène générale. Il nous suffira de citer ici les enquêtes que le conseil d'hygiène doit faire sur les conditions sanitaires des communes lorsque pendant trois années consécutives le nombre des décès a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France ; l'avis que le conseil d'hygiène doit donner lors d'acquisition par une commune d'une source d'eau potable, etc. Dans tous ces cas et dans tous les cas analogues, s'il ne peut être question ici de modifier des dispositions législatives, il apparaît toutefois nécessaire que le médecin inspecteur d'hygiène soit membre du conseil d'hygiène. S'il n'y a pas de vacance, il devra en attendant sa nomination définitive être nommé membre adjoint. Il serait désirable que le secrétariat du conseil lui soit confié, ce qui lui permettrait d'étudier à l'avance chacune des questions soumises à l'assemblée. Si cette disposition ne peut être dès à présent réalisée, je vous serais obligé de prendre les mesures nécessaires, afin que les dossiers soient remis aux médecins inspecteurs d'hygiène au moins une semaine avant la réunion du conseil.

Il est d'autre part un très grand nombre de questions concernant l'hygiène générale qui ne relèvent pas nécessairement toutes du conseil d'hygiène, et qui peuvent être traitées par vos soins ; plaintes concernant telle ou telle petite cause d'insalubrité locale et qui demandent l'application du règlement sanitaire communal. J'attacherai du prix à ce que ces plaintes soient instruites régulièrement par les soins du médecin inspecteur d'hygiène qui, au besoin après enquête sur place, doit vous proposer la solution à adopter.

De toute façon, le médecin inspecteur d'hygiène ne doit dans aucun cas rester ignorant des questions traitées à la préfecture et qui concernent l'hygiène générale ; travaux d'assainissement, protection des eaux potables et des parcs à coquillages, immeubles insalubres, etc.

Rapport avec les communes et les bureaux municipaux d'hygiène. — Des rapports constants doivent être établis entre l'inspection départementale et les bureaux d'hygiène.

Sans que l'on puisse en aucune façon admettre la moindre subordination du directeur du bureau d'hygiène vis-à-vis de l'inspecteur départemental, l'entente qui doit régner entre eux doit tenir compte de ce que l'inspecteur d'hygiène représentant le préfet, doit dans la mesure où le préfet a le droit et le devoir de contrôler le maire, s'occuper des questions d'hygiène concernant la commune. Il en est de même à plus forte raison dans les communes qui ne possèdent pas de bureau d'hygiène.

En conséquence même du rôle de l'inspecteur départemental vis-à-vis des maires, il y a intérêt à ce que dans les villes chefs-lieux de département possédant un bureau d'hygiène, l'inspecteur départemental ne puisse être nommé directeur de ce service municipal.

Rapport avec les œuvres privées. — J'attache une importance capitale à ce que l'inspection d'hygiène soit un organe actif de liaison et de coopération entre l'administration et toutes les œuvres privées s'occupant de la protection de la santé publique. Le médecin inspecteur d'hygiène doit se tenir au courant de l'activité de chaque œuvre ainsi que de ses besoins ; il doit être à même de savoir dans quelle me-

sure les subventions de l'Etat et du département doivent leur être accordées ; il doit également être leur conseiller technique ; il doit au besoin provoquer la création de nouvelles œuvres, diriger l'action des œuvres existantes soit sur telle et telle forme d'activité, soit dans telle et telle région du département ; la carte de toutes les organisations s'occupant d'hygiène dans son département doit être constamment tenue à jour par l'inspecteur d'hygiène qui est ainsi à même de vous renseigner de façon complète lorsque cela vous est utile.

Il va de soi que son action doit tenir compte de l'action analogue que doit avoir l'inspecteur de l'assistance publique vis-à-vis des œuvres privées en rapport avec ses services ; là encore, le rôle des deux inspections se complète mutuellement.

En résumé, l'organisation des inspections d'hygiène peut être représentée par le schéma suivant :

Le médecin inspecteur d'hygiène doit :

1° Avoir la direction effective :

Du service administratif de l'inspection d'hygiène (personnel de ses bureaux, statistique sanitaire, étude des questions d'hygiène générale, etc.).

Du service départemental de désinfection et de la lutte contre les épidémies.

Du service départemental de la vaccine.

Du laboratoire départemental de bactériologie (sans, de préférence, en être le chef).

Du service anticancéreux.

De l'inspection médicale des écoles.

2° Avoir la direction effective de la lutte antivénérienne ou représenter le préfet auprès de l'organisation qui en est chargée ;

3° Apporter son concours technique ;

1. A l'inspecteur de l'assistance publique dans la protection de la maternité et de l'enfance.

2. A l'office départemental des pupilles de la nation;

4° Etre en liaison effective avec le conseil départemental d'hygiène et les divisions de la préfecture traitant des questions se rapportant à l'hygiène ;

5° Représenter le préfet dans les rapports sanitaires avec les communes dotées ou non de bureaux municipaux d'hygiène ;

6° Etre un élément actif de liaison et de coordination entre l'administration et les œuvres de protection de la santé publique.

Si, de préférence, les inspections départementales d'hygiène doivent être organisées conformément à ces directions, il va toutefois de soi que, dans le cas où une inspection d'hygiène, tout en possédant une organisation différente, rend tous les services nécessaires, il est inutile d'envisager un remaniement d'ensemble de son organisation.

Dans le cas contraire, vous voudrez bien m'en rendre compte et m'informer des mesures qu'il vous appartient de prendre vis-à-vis du conseil général afin de remédier à cette situation et de réaliser l'organisation nécessaire à une protection efficace de la santé publique.

(*J. O.*, 23 août 1924.) Justin GODART.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Office départemental antituberculeux d'Ille-et-Vilaine.** — *Poste vacant de médecin spécialisé.* Traitement annuel 20.000 francs, frais de déplacement en sus. Concours sur titres clos le 20 juillet 1925. S'adresser : Siège Central, 3, rue Cochardière, Rennes.

— **Le Comité départemental d'hygiène sociale de l'Yonne,** nous informe qu'un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires de l'Yonne, est ouvert.

Les candidats devront adresser leur dossier au Comité National de Défense contre la tuberculose : 68 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, avant le 10 juillet.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Leçons sur les maladies du tube digestif.* — Du 22 au 30 juin, M. Félix Ramond, avec la collaboration de MM. Ch. Jacquelin, Ravina, Darquier, Corman, Hirchberg, Zizine et Borcesco, fera, dans son service, à l'usage des médecins praticiens, une série de conférences cliniques, accompagnées de travaux pratiques, sur les maladies de l'estomac et du duodénum, tous les matins, à 10 h., et les après-midi, à 15 heures.

— **Hôpital Laënnec** (*dispensaire Léon-Bourgeois*) ; *Conférences sur la tuberculose.* — Lundi 22 juin, M. J. Rolland : le mécanisme de guérison de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — Jeudi 25 juin, M. Coulaud : études expérimentales sur la réinfection tuberculeuse.

Lundi 29 juin, M. E. Brissaud : diagnostic de l'emphysème. — Jeudi 2 juillet, Mme de Retz : le rôle de l'infirmière visiteuse au dispensaire antituberculeux.

Lundi 6 juillet, M. M. Weiss : l'organisation de la prophylaxie antituberculeuse à domicile ; les logements sanatoria. — Jeudi 9 juillet, M. P. Ameuille : climatologie et tuberculose.

Lundi 13 juillet, M. E. Rist : charlatanisme et tuberculose.

— **Maladies des yeux.** — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombreure, fait les mardis, jeudis et samedis, à 13 h. 1/2 à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Semblables séries en novembre 1925, février et juin 1926. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Chirurgie orthopédique chez l'adulte.* Cours de révision (10 leçons). — M. MAUCLAIRE, agrégé, commencera ce cours le mercredi 24 juin à trois heures à la Faculté de Médecine et

il le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Programme. — Historique de l'orthopédie. Classification des appareils, greffes aponévrotiques, tendineuses, nerveuses, cartilagineuses, osseuses, articulaires. Epaules élevées, ailées. Cubitus varus et valgus. Poignet varus ou valgus. Mains botes. Rhumatisme ossifiant du rachis. Mal de Pott. Malformations congénitales du rachis, sacralisations, spina bifida occulta. Scolioses invétérées. Coxa valga, vara, plana. Arthrites sèches de la hanche. Sacrocoxalgie. Genoux en flexion. Pieds bots invétérés. Arthrites déformantes des mains et des pieds.

Présentation de nombreuses photographies et radiographies.

Ce cours est gratuit. Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

— **Journées médicales de Toulouse** (*programme provisoire*), 11, 12, 13, 14 juillet. — Samedi 11 juillet : *Matin.* Hommage à la mémoire du professeur Tourneux. Inauguration de l'exposition des produits pharmaceutiques, mobiliers et instruments de chirurgie et d'art dentaire. Visite du stand du Service de santé militaire. Séance d'ouverture des Journées médicales. — *Après-midi.* Conférences de MM. Roger, Recasens, Jacob. — *Soir.* Réception officielle des délégués et congressistes au Capitole par M. le Maire et la municipalité de Toulouse.

Dimanche 12 juillet : *Matin* (*Hôtel-Dieu*). *Médecine* : Démonstrations et manipulations cliniques par MM. Rémond, Baylac dans leurs services respectifs. — *Chirurgie*: 1° séance opératoire par M. J.-L. Faure, dans les services chirurgicaux de MM. Dambrin et Mériel ; 2° séance opératoire par M. Baudet dans son service. — *Ophtalmologie* : Conférence de M. Frenkel dans son service ophtalmologique. — *Après-midi.* Réunion de la Société de chirurgie. Conférences de MM. Sanarelli, Dartigues, J.-L. Faure. — *Soir.* Soirée de Gala au Théâtre du Capitole : représentation d'*Amoureuse* avec le concours de Mademoiselle Gabrielle Robinne et de M. Alexandre, sociétaires de la Comédie-Française.

Lundi 13 juillet : *Matin. Hôtel-Dieu. Chirurgie* : Séances opératoires dans leurs services respectifs par MM. Dambrin et Mériel. — *Hospice de la Grave. Oto-rhino-laryngologie* : leçon clinique de M. Escat dans son service. — *Urologie* : conférence de M. Martin dans son service. *Obstétrique* : démonstration clinique par M. Audebert dans son service. — *Maternité* : visite du service et démonstration par M. Garipuy. — *Centre anti-cancéreux* : conférence de M. Marie, directeur et communication de MM. Nux et Marie. — *Après midi.* Communication de M. Argaud. Conférences de MM. Regaud, Bordet, Levaditi. — *Soir.* Banquet officiel.

Mardi 14 juillet : *Matin.* Institut de puériculture : visite et démonstration par M. Bézy. Conférence de M. Rénon. — *Après-midi* : Excursion à Carcassonne. Réception par la municipalité. — *Soir* : embrasement de la Cité.

Visites dans Toulouse. — Sous la direction de personnalités compétentes des groupes seront organisés pendant la durée des Journées médicales pour la visite des Musées, monuments et églises.

Le programme réservé aux Dames comporte une série de réceptions qui leur seront offertes à l'Hôtel de la Préfecture, à la Villa des Sources (Lardenne) et à la Maison des Etudiantes.

Cotisations : 20 fr. pour les Messieurs ; 10 fr. pour les Dames et les Etudiants.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Bardier, secrétaire général des Journées médicales, 10, rue Saint-Etienne.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Station thermale de Saint-Nectaire.* — Services automobiles P. L. M. au départ d'Issoire et de Clermont-Ferrand. — Les Services automobiles que la Compagnie P. L. M. organise pour la desserte de la station thermale de Saint-Nectaire fonctionneront, cette année, du 1er juin au 30 septembre, au départ de Clermont-Ferrand et du 1er juin au 25 septembre, au départ d'Issoire.

Ils comporteront un voyage aller et retour, chaque jour, entre :

Clermont-Fernand et Saint-Nectaire, d'une part ; correspondance à Clermont avec les trains de et pour Paris ; à partir du 5 juin, voitures directes ; lits-salon, couchettes, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris et Clermont ;

Issoire Saint-Nectaire, Murols et Besse, d'autre part. Correspondance à Issoire avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Marseille, Montpellier, Cette ; à partir du 5 juin, voitures directes ; lits-salon, 1re, 2e et 3e classes entre Paris et Issoire. Du 1er juillet au 31 août, le Service automobile desservira également le Lac Chambon, par Murols à l'aller et au retour.

Des billets directs (chemin de fer et autocars) permettant l'enregistrement direct des bagages seront délivrés par les gares de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy pour Saint-Nectaire, Murols et Besse.

— **Vichy : Voyages d'Etudes médicales.** — Vichy a été, du 20 au 24 mai, le but de deux importants voyages d'Etudes médicales : le V.E.M. de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction des professeurs Le Noir et Bensaude, puis celui de la Faculté de Lyon, sous la direction du professeur Piéry.

Les médecins et étudiants participant à ces V.E.M., après avoir écouté des conférences documentées de M. le docteur Willemin, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, sur les moyens thérapeutiques de la grande station française, ont visité en détail l'Etablissement Thermal de la Compagnie Fermière, les sources et les installations techniques.

Ce fut, en fait, l'occasion de deux cours pratiques complets sur la thérapeutique hydrominérale. Tel est d'ailleurs le but essentiel des V.E.M.

Le 22 mai, les médecins et étudiants participant au V.E.M. de l'hôpital Saint-Antoine furent conviés par la Compagnie Fermière à un banquet amical, servi à l'Hôtel du Parc, qui, eu égard aux allocutions prononcées par des orateurs autorisés, prit les proportions d'une significative réunion scientifique.

M. Baugnies, administrateur délégué de la Compagnie, qui présidait, fit un exposé historique de la mise en valeur des richesses thermales de Vichy depuis 1853, date à laquelle la Compagnie de Vichy prit à ferme le domaine de l'Etat.

M. le docteur Willemin et le professeur Le Noir, qui parlèrent ensuite, furent aussi très applaudis.

Au banquet offert par la Compagnie Fermière aux membres du V.E.M. de la Faculté de Lyon, prirent la parole : le docteur Haller, médecin chef de l'Etablissement Thermal, qui présidait, le docteur Willemin et le professeur Piéry.

En quittant Vichy, médecins et étudiants exprimèrent leur admiration pour la parfaite organisation de notre grande station thermale.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

Réponse.

Pour Vichy, les dossiers des intéressés, instruits par les soins du Général Commandant la subdivision de région et le Service de Santé, doivent, suivant les saisons thermales demandées, parvenir au Ministre de la Guerre, les 1er mars, 1er mai, 25 juin et 20 août ; pour Bagnoles-de-l'Orne, les 1er avril et 1er juin.

C'est donc un mois environ avant ces dates que les postulants doivent faire et adresser leurs demandes au général commandant la subdivision dont ils dépendent.

Chaque demande est accompagnée :

1° D'un certificat délivré par un médecin de la localité et visé par la mairie ;

2° D'une copie (certifiée conforme par le maire) du congé, de l'état de service ou de toute autre pièce établissant la qualité du pétitionnaire et l'origine en service de ses infirmités ou blessures.

Les infirmières militaires ont droit au bénéfice de ce traitement, comme à l'article 64 (soins gratuits), en vertu de l'article 36 de la loi de Finances du 1er août 1924.

1435. — Réductions pour familles nombreuses sur les chemins de fer.

Vous avez fait paraître dans le *Concours Médical* du 24 mai derinier (1) ma demande et la réponse de votre conseil pour une question de réduction sur les chemins de fer (familles nombreuses).

J'avais écrit en même temps à la gare de R., qui, ainsi que vous en jugerez par la pièce ci-jointe a fait une réponse toute différente.

Après fourniture des pièces demandées, la réduction de 40 % a été obtenue sans aucune difficulté.

Dr N.

Chemins de fer de l'Etat

Gare de R, le 12 *mai* 1925.

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 9 mai et de vous informer que les orphelins recueillis par un chef de famille sont assimilés à ses propres enfants. Vous aurez à mentionner leur qualité d'orphelins sur la demande et à fournir à l'appui de cette demande l'acte de décès des parents. De plus le certificat de vie des orphelins devra porter attestation du maire qu'ils ont été recueillis par le chef de famille et sont entièrement à sa charge.

Moyennant ces formalités, vous pourriez bénéficier du taux de réduction correspondant au nombre d'enfants à votre charge.

Recevez, Monsieur, mes salutations empressées,

Pour l'Inspecteur chargé de la Gare de R,
Signé : *Illisible.*

(1) Page 1274.

1198. — Assujetissement des agriculteurs à la législation spéciale des accidents du travail.

1° J'ai radiographié, il y a quelques mois, une dame qui m'a dit être assurée personnellement. Sa police comprend les frais médicaux et pharmaceutiques. Je fais parvenir ma note d'honoraires à l'assureur, en appliquant un tarif de clientèle, soit : une main, face et profil, 70 fr. L'assureur me répond que sa compagnie ne m'offre que 50 fr. d'honoraires (tarif Breton), sous prétexte que la blessée a adhéré à la loi du 15 décembre 1922... Qu'est-ce que cette loi ? et le tarif Breton doit-il s'appliquer dans le cas d'une assurance personnelle de ce genre ?

2° L'augmentation de 20 % sur le tarif des accidents du travail dit tarif Breton, pour les électro-radiologistes, est-elle en vigueur, et depuis quelle date ?

Dr W.

Réponse.

1° La loi du 15 décembre 1922 est celle qui a étendu aux accidents agricoles la législation sur les accidents du travail. Peuvent bénéficier de cette loi, non seulement les ouvriers agricoles, mais encore les exploitants qui ont adhé é eux-mêmes à cette loi. En conséquence, lorsque ceux-ci sont victimes d'un accident du travail, ils peuvent se faire payer un demi-salaire et se faire rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques par leur assurance au même titre qu'un ouvrier. Bien entendu l'assurance ne rembourse les frais médicaux que sur les bases du tarif Breton; mais la police, valable entre les parties, c'est-à-dire l'assurance et l'assuré, n'est aucunement opposable au médecin qui reste libre de se faire payer par son client selon son tarif habituel de clientèle. S'il existe une différence entre ce tarif et le tarif Breton, elle doit rester à la charge de l'assuré.

Dans votre cas particulier, vous pouvez donc, ou bien refuser purement et simplement les offres de l'assurance et poursuivre votre cliente pour le tout devant le juge de paix de son domicile, ou bien accepter l'offre de l'assurance à titre d'acompte sur le montant de votre note, en faisant des réserves de vos droits pour le solde contre votre cliente, et poursuivre celle-ci pour la différence.

2° L'augmentation de 20 % sur le tarif d'électro-radiologie en matière d'accidents du travail est applicable depuis le 1er janvier 1925.

1284. — Patente d'un médecin rétribué par un confrère et logé en meublé.

Abonné du *Concours médical*, je viens soumettre à votre conseiller fiscal ma feuille d'impôts pour 1925. Voici quelques renseignements complémentaires, pour le cas où ils pourraient vous être de quelque utilité :

1° Je suis marié ;

2° Je suis l'assistant d'un médecin surchargé qui me rétribue mensuellement. Je ne fais aucune clientèle à mon compte. Je n'ai pas de cabinet de consultation ;

3° Je loge à l'hôtel où j'occupe une seule chambre payée 100 francs par mois (chambre meublée).

Voudriez-vous être assez aimable pour me dire si le chiffre de 600 francs comme valeur locative n'est pas trop élevé ? Je sais bien que ma seule chambre me coûte 1200 francs par an, mais si je la meublais moi-même elle serait à un prix beaucoup plus bas. D'autre part je n'exerce pas ma profession dans un local à moi.

Dr X.

Réponse.

Bien que rétribué mensuellement, vous exercez néanmoins la profession de médecin ; d'autre part vous n'êtes pas fonctionnaire, donc vous êtes régulièrement imposé à la patente.

La valeur locative de 600 francs nous paraît un peu exagérée, si vous ne payez que 100 francs par mois pour la location d'une chambre meublée, car la base du droit proportionnel de patente doit être la valeur locative des « locaux non meublés » et généralement cette valeur locative est estimée au 1 /3 du pr x total.

Voyez le contrôleur des contribut ons directes et solilcitez une réduction.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1322. — Collaboration d'un radiologiste et d'un chirurgien.

Permettez-moi de vous demander votre sentiment sur le point suivant d'application du tarif radiologique Breton.

Ce tarif prévoit des rémunérations pour la localisation des corps étrangers, mais je n'ai pu y trouver d'indication au sujet de la collaboration du radiologiste avec le chirurgien pour l'extraction de ces corps étrangers sous écran, ou tout au moins pour les multiples reprises d'éclairage radiologique dont le chirurgien a parfois besoin pour des opérations d'extraction souvent longues et délicates.

Estimez-vous que dans ce cas le radiologiste doive recevoir les 50 fr. d'un aide ordinaire d'intervention, peut-il les cumuler avec le taux de la localisation radiologique pré-opératoire ou non, peut-il au contraire demander une autre rémunération par analogie ?

Dr R.

Réponse.

Pour répondre avec la compétence nécessaire à votre lettre, j'ai pensé que le mieux était de s'adresser au Dr Quivy, radiologue, mon ami et collègue à la Commission du tarif Breton. Voici

cette intéressante réponse qu'il me paraît utile de publier dans le *Concours* :

« Le plus souvent, en cas de corps étranger, « il y a lieu de procéder à deux interventions « successives et tout à fait distinctes du radio- « logiste.

« Dans un premier temps, des radiographies « sont prises en plusieurs positions. Ce docu- « ment est une pièce indispensable : 1° pour « éviter toute difficulté entre assurance, blessé « et médecins ; 2° pour préciser le diagnostic et « poser l'indication d'extraction sous écran ou « non.

« Dans le second temps, lorsqu'il paraît né- « cessaire au chirurgien, le radiologiste fait « fonctionner ses appareils et procède à l'exa- « men pour localisation prévu au tarif Breton, « pendant que le chirurgien opère.

« Si ces deux actes ont été exécutés, il suffit « de se reporter au tarif radiologique pour éta- « blir sa note. Si l'un seulement a été pratiqué, « il convient d'appliquer le tarif radiologique « pour l'acte correspondant.

« Rappelons que l'acte radiologique ne subit « pas la minoration de 25 %, quelle que soit la « résidence du médecin et que, depuis le 1er « janvier 1925, à cause de l'augmentation con- « sidérable de l'outillage et des accessoires pho- « tographiques, le tarif Breton est majoré de « 20 %.

« En résumé, l'assistance d'un radiologiste « est justiciable du tarif radiologique *et non* du « tarif chirurgical ».

F. D.

II

1372. — Spécialités pharmaceutiques.

Inscrit au « Sou Médical », j'ai l'honneur de vous demander à titre de renseignement :

Si les accidentés du travail ont droit aux spécialités pharmaceutiques ;

Si une Compagnie d'assurances est en droit de refuser à un pharmacien le paiement d'un collyre huileux Clin et d'un tube de pommade Blache que j'ai prescrits à un de ses accidentés et qui ont été fournis par le dit pharmacien, en substituant aux spécialités inscrites sur mon ordonnance :

1° Alcaloïde (base)............... x gr.
Huile d'olive................ y gr.
2) Poléocouline.................. x gr.
Vaseline...................... y gr.

Comme j'ai toujours prescrit ces mêmes spécialités aux accidentés du travail depuis que j'exerce et qu'il n'est pas à ma connaissance qu'aucun pharmacien ait jamais eu d'ennui au sujet de leur paiement avec aucune Compagnie d'assurance, je suis un peu surpris du refus catégorique de cette Compagnie, la X., et je tiendrais essentiellement à savoir

si elle est en droit d'agir comme elle le fait, question de principe. Dr E.

Réponse.

Les accidentés du travail n'ont pas « droit » aux spécialités pharmaceutiques quelconques (de même que dans toute médecine sociale avec tiers payant). Ne pour aient être acceptées que des spécialités non remplaçables, non formulables. Auquel cas ces dernières « seraient taxées aux prix indiqués au tarif dressé par l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France ». Cette phrase, dont je crois pouvoir me servir par analogie, est tirée de la lettre qui me fut écrite du Ministère du Travail, le 2 août dernier, à propos de *sérums*, et que vous pouvez trouver dans le *Concours* du 3 mai 1925, page 1.080 (que je vous fais adresser par le même courrier).

Néanmoins, dans le cas d'espèce que vous me signalez, je ne cro s pas que vous puissiez « obliger » l'assurance à payer les deux spécialités de collyre et de pommade qui sont formulables directement.

F. D.

III

1277. — 1° Radiologiste et libre choix. 2° Visites multiples de contrôle concomitantes.

Le 15 novembre 1924, un Algérien se présente à mon cabinet, blessé en déchargeant un wagon. Plaies multiples et fracture de la phalange pouce droit. Le blessé très pusillanime accepte les pansements, mais il m'est impossible de palper le pouce. Par lettre recommandée, je demande à la compagnie d'assurances, la P., l'autorisation de faire radiographier. Pas de réponse. Au bout de 48 heures, je fais faire une radio, épreuves tirées et remises conformément à la loi. La Cie me demande de quel droit je n'ai pas envoyé mon blessé se faire radiographier à son dispensaire. Le 27 novembre, la fracture étant réduite et immobilisée avec un appareil de fortune, le blessé refusait un plâtre. Contre-visite du médecin de la Compagnie qui me conseille étant donnée la nationalité et la mentalité du blessé de le surveiller tous les deux jours. Le 12 janvier, la fracture est à peine consolidée. Deuxième contre-visite et d'accord avec le médecin contrôleur, je commence des massages très légers et quotidiens, recommandant au malade de mobiliser ses articulations. Le 3 février la fonction du pouce est à peu près normale. La flexion de la phalangette sur la phalange se fait environ à 45°. Le blessé, croyant à une incapacité permanente, me demande dans ce sens un certificat que je refuse et je donne avec ma note un certificat descriptif à la Compagnie d'assurances que le blessé cessait ses soins.

De cet exposé un peu long, dont je m'excuse, il ressort :

1° Le blessé a-t-il le libre choix du radiologiste ;



BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, au prix de 15 francs.
A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement (1), le prix sera porté à 18 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926.

(2) *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.*
Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95
Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A.............................. *le*.............................. 1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 15 juillet 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

2° La compagnie consent à me payer ma note si j'accepte une réduction de 92 fr. sur un total de 492, trouvant les pansements et massages trop fréquents. A-t-elle le droit de contester ma note, m'ayant fait contrôler deux fois ;

3° La compagnie refuse de payer le certificat descriptif, adressé au moment où le blessé cessait de lui-même tout traitement ;

4° Le blessé m'amène un de ses camarades présentent des plaies multiples. Contre-visite à mon cabinet le même jour à la même heure. Je compte deux fois 15 francs, la Compagnie m'offre 15 + 8.

Dr P.

Réponse.

1° N'ayant pas reçu réponse à votre lettre recommandée, en vue d'une radio nécessaire, vous étiez en *droit*, ce me semble, de faire pratique la radio, en vertu de l'adage « Qui ne dit mot consent », et vous aviez le *devoir* de le faire, sans attendre plus longtemps, dans l'intérêt du malade qui doit primer toute autre considération.

2° Vous n'avez, ni le malade non plus, en vertu du libre choix, aucun lien d'obligation avec le dispensaire ou le radiologue d'une compagnie quelconque et pouviez prendre tout radiologue acceptant le prix du tarif Breton.

3° Je ne m'immisce jamais dans les discussions sur visites trop nombreuses, ce qui est une question de *fait* et non plus de tarif.

4° Si votre certificat terminal est descriptif, il est tarifé 10 francs ; s'il ne l'est pas, il n'est pas tarifable à part (voir article 29). C'est encore là une question de *fait*.

5° L'article 2 de l'arrêté du 20 décembre 1924 porte : « L'article 3 de l'arrêté précité du 8 juillet 1920 est complété ainsi que suit :

« Lorsque plusieurs des *visites* susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 %, le prix des autres restant celui de la *consultation*, sans majoration ». « Les « visites susvisées » sont les visites de contrôle dont vous parlez.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

1321. — 1° Pansements spéciaux. 2° Cumul.

Je donne mes soins à un mutilé de guerre atteint de gros abcès de la région de l'épaule consécutif à une blessure de guerre et qui a été ouvert par un chirurgien sous anesthésie générale. Cet abcès nécessite des pansements longs et compliqués. Quel tarif dois-je appliquer pour ces pansements ? Le prix de la visite est-il compris dans le tarif chirurgical ou s'ajoute-t-il au tarif chirurgical ? Je n'ai trouvé dans

le décret relatif aux soins à donner aux mutilés aucun article précisant ce dernier point, alors que pour les accidents du travail la question est très nettement établie (pas d'adjonction de prix de visite).

Dr V.

Réponse.

1° Vous trouverez, article 74 « Pansements spéciaux, prolongés, très compliqués (à soumettre à l'appréciation de la commission de contrôle), de 10 à 30 francs ».

2° L'article 72 spécifie bien que « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou les consultations ou *interventions* consécutives à cet acte. » Il s'ensuit que la visite *concomitante* est comprise puisqu'on a pris la peine de spécifier le contraire pour les autres seulement.

Néanmoins je suis de votre avis et l'ai déjà écrit : il est regrettable qu'on ne l'ait pas nettement dit dans un article spécial comme on l'a fait dans le tarif Breton. Cela aurait enlevé toute hésitation aux confrères.

F. D.

II

1261. — Confrères, mettez-vous au courant des lois et réglements vous concernant.

J'ai reçu hier à midi une lettre du Préfet de la Seine m'informant que la sous-commission de contrôle aux victimes de la guerre proposait sur mon mémoire une réduction de 10 % (soit 15 fr. 40) pour le 1er trimestre 1925. On me donne trois jours pour répondre et m'expliquer par écrit si je ne veux pas me présenter moi-même mercredi. J'ai donc rempli la feuille de réponse, disant que je refuse la réduction et j'y ai joint l'explication dont je vous donne le texte ci-dessous, sans avoir eu le temps de vous consulter sur sa rédaction :

A MM. les membres de la Commission
de Contrôle,

1° Je n'ai pas envoyé de bulletins de visite ou de consultation parce que les réformés vus par moi, surtout en consultation, une, deux ou trois fois par trimestre n'étaient pas alités et continuaient leur travail habituel. S'il y en a un qui s'est alité trois jours au plus, c'est tout. Dans ces conditions quel contrôle auriez-vous pu exercer ?

2° Même en cas de maladie immobilisant le malade, j'hésiterais à vous en envoyer le premier bulletin, car ce n'est pas vous qui me mandatez auprès du malade, c'est celui-ci qui m'appelle à lui et je suis tenu envers lui au secret professionnel. Ce dernier est établi par la loi et, je pense, ne peut être biffé par un décret. C'est à vous à organiser votre contrôle sans vous mettre en contradiction avec la loi.

3° Votre lettre du 15 mai, je la reçois hier 16 à midi, c'est-à-dire à la fin de la matinée d'un samedi, et avec un délai de trois jours pour y répondre.

Donc, si je veux consulter un juriste avant de répondre à votre menace de réduction d'honoraires, je ne puis le faire, le samedi après-midi et le dimanche les juristes n'étant, pas plus que vous, je crois, à leur bureau et ma réponse devant être parvenue le lundi. Il y a là une manière administrative d'agir que je vous suppose assez de lettres pour pouvoir la qualifier vous-mêmes.

Le 17 *mai* 1925.

Dr R. B.

Je vous serais obligé, mon cher confrère, de bien vouloir me dire si j'ai eu raison de refuser cette diminution et de m'indiquer la marche à suivre pour le cas où l'affaire devrait se poursuivre.

Dr B.

Réponse

Vous ne me dites pas les *causes* invoquées par la sous-commission ; je ne puis que les deviner d'après vos réponses... qui me montrent qu'avant de soigner des pensionnés de guerre et de réclamer vos honoraires de l'Etat, vous n'avez pas suffisamment lu la loi et le décret qui réglementent ces questions. Voyons donc vos trois réponses :

1° Vous ne pouvez toucher d'honoraires que sur présentation des bulletins de visite ou consultation, d'après l'article 15-c). Ce sont *vos* pièces justificatives qui n'ont aucun rapport avec une interruption de travail du malade.

2° Le premier bulletin doit être envoyé (article 17) et cela non pour être mandaté auprès du malade (qui a le libre choix), mais, comme plus haut, si vous voulez être payé par l'Etat et non par le malade.

3° Là, vous avez raison. On aurait pu et dû vous prévenir plus de trois jours à l'avance, alors qu'il n'y avait rien d'urgent. F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *juin.*

Enseignement de la médecine.

Sont nommés : M. Costantini, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger ; M. Leblanc, professeur d'anatomie à la même Faculté ; M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et parasitolog.e à la m me Facu té ; M. Stroh , professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris (chaire du Dr André Broca) ; M. Riche, profess ur sans chaire à la Faculté de médecine de Montpellier.

7 *juin.*

Assistance publique.

Le chef de l'administration de l'Assistance

publique à Paris prendra désormais le titre de directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris.

8 *et* 9 *juin*.

Soins aux mutilés de guerre.

Arrêté du 8 *juin* 1925 *modifiant l'article* 3 *de l'arrêté du* 31 *mai* 1924 *fixant les indemnités auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1925.

Le ministre des pensions,
Le ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'arrêté interministériel du 31 mai 1924,

Arrêtent :

Art. 1er. — Les dispositions des articles 1er et 2 de l'arrêté interministériel du 31 mai 1924 sont applicables pendant l'année 1925.

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté interministériel du 31 mai 1924 est modifié comme suit :

« Un arrêté préfectoral déterminera dans chaque département les communes qui doivent être considérées comme étant en région de plaine ou de montagne.

« En ce qui concerne les communes des régions dévastées, leur énumération est fixée par les listes publiées semestriellement au *Journal officiel* par les soins du ministère des finances, en application de la loi du 30 mars 1919 et des décrets des 29 mars, 5 juin, 20 novembre 1920 et 30 septembre 1922, qui déterminent les taux et conditions d'attribution des indemnités spéciales aux fonctionnaires des régions dévastées. »

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Pour éviter l'action offensante de l'aspirine sur le tube digestif.

La réaction acide de l'aspirine (acide acétylsalicylique) est cause d'une action offensante exercée par ce médicament sur la muqueuse gastrique et intestinale et particulièrement ressentie par certains sujets.

L'adjonction de magnésie calcinée à l'aspirine empêche douleur gastrique et constipation. Le mélange suivant (dans cette proportion) est de conservation indéfinie :

Aspirine.	0.50 centigrammes
Magnésie calcinée . . .	0.20 centigrammes

pour un cachet.

A. LEGRAND.

Quarante-septième année N° 26 28 Juin 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 1536-IV)

(Suite du Sommaire)

Demi-Colonnes

Correspondance

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du **Concours Médical**, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 272. — A louer à Coutainville-Plage (Manche) pr sais. 1º Pet. Chalet rustique compr. s. à m., 2 ch., cuis., w.c., jard et terr. Prix : 1.400. 2º Logem. compr. 2 ch., cuis., prix : juill. 200, août 480, sept. 200.

Nº 273. — Phobies, impuls. obsess. psychoses toxiq., cures d'isolement et de rééducation, Institut Liébault, Loches (I.-et-L.).

Nº 274. — Centre. Poste avenir, pet. montagne, conv. à jne conf. cath. Tr. faib. ind. Pressé.

Nº 275. — Conf. expér. repr. pr sept. dans ray. 50 km. Paris, pays agr., client. 60.000 minim. av. mais. conf. et gr. jard. (en locat. ou achat).

Nº 276. — A céd. poste seul médec. à 2 h. Paris, rapp. 35.000. Fixes 15,000, auc. fr. de locom. Prix dem. 15.000, aff. très sér.

Nº 277. — A vend. Citroen 10 CV, torp. luxe 4 pl. sort. 1923, roulé 6.000 km. Técal., parf. état sans auc. jeu. Dr Robin, Argenteuil.

Nº 278. — On dés. : 1º ach. d'occas. une cupule pr pied Drault ; 2º vend. compl. ét. n., grd bain de lumière arc et incand. 110 volt. continu.

N° 279. — Office départ. antituberc. d'I.-et-V. Poste vacant de médec. spécialisé. Trait. annuel, 20.000, frais de déplac. en sus. Concours sur titres clos le 20 juill. 1925. S'ad. Siège Central, 3, rue Cochardière à Rennes.

N° 280. — Une heure Paris, cab. méd. génér. et v.u. en ville, rapport 82.000, ds bel immeub. aff. bien située en développ. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 281. — 155 km. Paris, poste camp. 12 km. ville, seul propharm. rapp. 30.000, belle propriété confort. à céder, client. peu poussée. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

CORRESPONDANCE

1183. — Création d'une maison de retraite pour vieillards.

Je ne sais si je n'abuse pas de votre obligeance en vous demandant des renseignements sur une affaire qui ne regarde que d'un peu loin la profession médicale.

Une veuve âgée et sans héritiers voudrait affecter sa maison et ses capitaux à la création d'une maison de retraite pour les personnes de la région ayant eu une certaine aisance et que les malheurs de la vie auraient, arrivées à un certain âge, réduites à ne posséder rien ou presque rien, personnes qui, par conséquent, n'apporteraient à l'œuvre ou rien ou peu de chose (revenus, retraite ou autre).

En somme, ce serait une œuvre d'initiative privée, quelque chose comme la « Maison du médecin ». Mais les œuvres de ce genre, et il doit y en avoir un certain nombre en France, doivent être régies par un texte de loi.

Pourriez-vous me donner quelques très brèves indications pour le testament ?

Assurément la dame devrait s'adresser à un notaire ; elle m'a donné des raisons personnelles qui s'y opposeraient.

Dr X.

Réponse.

M. Rondel, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a bien voulu faire la réponse suivante à cette lettre, que nous lui avons communiquée :

La création d'une maison de retraite en faveur d'une certaine catégorie de personnes peu aisées répond évidemment à un besoin d'actualité, et, s'il était nécessaire d'encourager la bienfaitrice dont M. le Dr X. vous révèle les intentions, il suffirait de lui transmettre l'exemplaire ci-joint du rapport de M. Verdet-Kléber.

Quant à la façon de réaliser cette création, le Conseil supérieur a naturellement envisagé par préférence la forme « institution publique », dans laquelle les auteurs des dons et legs trouvent naturellement l'avantage d'asseoir leurs libéralités sur une base plus solide et de leur assurer ainsi plus de chance de pérennité.

Mais la forme privée que la personne en question semble vouloir donner à sa générosité est parfaitement possible, quoique présentement plus difficile. Lorsque sera voté la projet de loi sur les fondations charitables délibéré par notre Conseil supérieur et déposé par le gouvernement devant les Chambres, cela permettra aux bienfaiteurs de créer directement, soit de leur vivant, soit par disposition testamentaire, une institution de bienfaisance ou d'assistance, dont ils règleront eux-mêmes la constitution et le fonctionnement.

Je me propose de faire établir alors par la société d'étude des questions d'assistance un ou plusieurs modèles de formules à cet effet, sans préjudice des conseils et des précisions qui pourront être fournis aux intéressés par la permanence, 49, rue de Miromesnil.

En attendant, le juriste que vous êtes, comprendra que, sous l'empire de la législation actuelle, deux moyens s'offrent pour réaliser des intentions charitables de cette sorte :

1° Créer effectivement, à la faveur de la loi de 1901, une association dont l'objet sera celui prévu par la bienfaitrice, faire la déclaration de cette association et lui léguer le nécessaire sous la condition que l'œuvre soit reconnue d'utilité publique.

La reconnaissance d'utilité publique sera accordée par le Conseil d'Etat, si cette assemblée constate que l'œuvre ainsi formée présente financièrement les garanties d'avenir indispensables ;

2° Léguer l'immeuble et, éventuellement, une somme d'argent, à une association déjà reconnue d'utilité publique, en y mettant comme condition expresse la réalisation de l'objet déterminé.

S'il s'agit d'une fondation profitable au corps

médical, vous trouverez sans doute une formation professionnelle jouissant actuellement de la personnalité civile, susceptible d'être l'intermédiaire dans ce but.

On peut encore faire le legs, sous la même condition, au nom d'une institution de bienfaisance déjà reconnue d'utilité publique, ou le faire, sous pareille condition, à un hospice existant.

En ce qui concerne le texte du testament, il est bon de préciser que le legs sera net de toute charge, car autrement les droits de mutation peuvent en absorber une partie et conséquemment en empêcher la réalisation pratique ou la retarder indéfiniment.

Enfin, vous remarquerez qu'à la prochaine réunion de la section permanente, je dois présenter un rapport, qu'il pourra être utile de consulter à ce propos, sur les moyens recommandés aux auteurs de libéralités pour garantir l'affectation spéciale qu'ils désirent imposer.

RONDEL.

Les certificats de décès dans les hôpitaux.

Je vous remercie beaucoup de l'étude approfondie que vous avez faite de la question des certificats de décès (1) et j'ai communiqué votre réponse à l'administration de l'hôpital. Voici la réponse du Préfet. Je la livre à votre sagacité :

Il me semble :

1° Que cet avis ne vise que le cas d'une personne morte « à la suite » d'une opération ;

2° Que cet arrêt nous ferait un devoir de livrer le diagnostic exact à un membre de la famille du défunt.

D'autre part, il ne me semble pas que le certificat d'admission à l'hôpital puisse être assimilé au certificat de décès, puisque le premier est délivré au malade lui-même, ce qui nous est permis, et que le second ne peut pas l'être et pour cause.

Je me demande si cette question n'aurait pas intérêt à être mise au point d'une façon définitive par les pouvoirs publics.

Dr L.

Préfecture de Seine-et-Oise

—

ASSISTANCE ET HYGIÈNE PUBLIQUES — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—

INSPECTION — Versailles, le 4 mai 1925.

Le Préfet de Seine-et-Oise
à M. le Maire de.....

Vous m'avez informé que les docteurs attachés à l'hôpital de ..... avaient décidé de ne plus indiquer sur les certificats de constatation le diagnostic de la

(1) Voir n° du 3 mai, n° 1050.

maladie cause du décès et qu'ainsi l'établissement de la statistique sanitaire devenait impossible.

La Cour de Cassation, dans un arrêt du 30 avril 1907, prononce ainsi :

« Les causes de la mort d'une personne décédée « dans un hôpital à la suite d'une opération ne sont « nullement des faits secrets de leur nature par « rapport à la famille de la personne défunte. Ils « sont légitimement portés à la connaissance de la « famille par l'administration hospitalière et le chi- « rurgien chef de service a le droit et même le devoir « de s'expliquer dans un certificat et la déclaration « complémentaire par lui délivrée à la sœur de la « défunte, sur la relation de cause à effet ayant existé « entre la maladie dont souffrait celle-ci et sa mort. »

Il semble bien qu'ainsi les médecins d'un hêpital n'ont pas à se retrancher derrière le secret professionnel pour éviter d'indiquer, pour une administration dont ils dépendent, et qui comme eux est liée par le secret, les causes du décès des malades traités dans l'établissement.

Sans doute les honorables praticiens attachés à l'hôpital de ..... renonceront-ils, cet arrêt leur étant connu, à refuser de faire connaître les causes des décès survenus à l'hôpital de personnes dont le diagnostic était déjà indiqué par le médecin traitant pour, précisément, justifier leur admission dans l'établissement.

Je vous rappelle que par ailleurs les médecins sont tenus de déclarer les cas de certaines maladies transmissibles qu'ils auraient été appelés à constater.

Le Préfet,

Signé : BONNEFOY-SIBAUR.

Réponse.

Je regrette beaucoup de ne pas partager l'avis de M. le Préfet de Seine-et-Oise ; mais l'arrêt de Cassation, qu'il cite, du 30 avril 1907 et publié dans la *Gazette du Palais* du 6 juin 1907 ne fait pas jurisprudence en cette matière.

Cet arrêt ne préjuge pas des caractères secrets, qui peuvent coexister avec un fait connu de tout le monde. Il n'y a pas de secret lorsque le fait est de notoriété publique. C'est ainsi que la cour de Cassation a jugé (16 mars 1893 ; D. 1894.1.137) que le fait d'avoir été admis dans un hospice, où sont soignés les indigents, atteints de diverses maladies, ne rentre pas dans la classe des faits dont l'article 378 du code pénal interdit la révélation.

Mais un arrêt de Cassation du 14 mars 1895 (*La Loi*, 2 avril 1895, avec note) décide que « si le directeur d'un hôpital ne peut, en principe, s'abriter derrière l'article 378 du code pénal, pour éviter de déposer en justice, il est cependant tenu d'observer le secret professionnel, dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles. »

Ceci revient à dire qu'il y a des faits que le directeur d'un hôpital est en droit d'indiquer ; mais qu'il en est d'autres, pour lesquels il a le devoir de se taire, lié qu'il est par le secret professionnel.

Le médecin, plus que tout autre, est lié par les injonctions contenues dans l'article 378 du code pénal. Cependant, la jurisprudence admet que « c'est au docteur lui-même qu'incombe le droit d'apprécier, en son âme et conscience, s'il doit se taire, ou parler, sans avoir à donner les raisons précises de son silence, sur certains points qu'il juge être secrets, ni avoir à dire pourquoi le secret est engagé » (Cassation, 26 mars 1862 ; D.P. 62.1.545 ; trib. Besançon, 17 février 1887 ; S. 87.2.94).

Mais le praticien doit se montrer d'une prudence extrême et ne pas se laisser aller à déclarer, ou certifier des faits qu'il ne croit pas devoir considérer comme secrets de leur nature. « Attendu que cesser de faire du secret professionnel une obligation absolue pour le convertir en une obligation relative, c'est le détruire, en ouvrant la porte aux appréciations les plus arbitraires des cas, où sa violation serait permise parce qu'elle serait utile ou opportune » (Cour d'assises du Lot-et-Garonne ; 15 décembre 1887 ; *Gaz. Pal.* 1888.1.129).

Allant même plus loin, on peut dire que même pour un cas de notoriété publique, attesté par d'autres témoins, le médecin fera toujours bien de ne pas, par son certificat, ou son témoignage, « transformer en un fait certain et avéré ce qui n'avait été jusqu'alors qu'un fait divulgué peut-être, mais livré à la controverse » (Rapport de M. le Conseiller Tanon, sous Cassation, 19 décembre 1885 ; S. 1886.1.86).

Je ne répète pas la nombreuse jurisprudence, que j'ai déjà citée dans des articles sur le secret professionnel, ou sur la rédaction des certificats. A maintes reprises, la Cour de cassation a déclaré que le médecin est lié par la loi du silence et qu'il ne peut même pas en être délié par son client lui-même.

Allant plus loin, un arrêt de Cassation, civ. du 13 juillet 1897 (D. 1900.1.43) a décidé que les lettres, adressées par un docteur à la femme de son client et donnant ainsi des indications sur la maladie de celui-ci, ne peuvent pas être prises en considération, en justi e.

Rappellerai-je aussi la jurisprudence que j'ai citée dans ma consultation sur les certificats de décès (*Concours médical*, 1925, 755), décidant qu'en matière d'assurances sur la vie, les compagnies d'assurance ne sont pas en droit d'exiger la production d'un certificat médical, mentionnant la cause du décès.

Même l'autorisation qu'aurait donnée le client, au moment de la si nature de sa pol ce d'assurance, ne serait pas suffisante pour permettre au

médecin traitant de rédiger un certificat de décès, relatant les causes de la mort, certificat destiné à l'assurance.

Enfin, lorsqu'au ministère de l'hygiène, nous avons étudié, en commission spéciale, s'il y aurait possibilité d'indiquer les causes réelles de la mort au médecin inspecteur départemental d'hygiène, ou directeur du bureau d'hygiène, par conséquent lié lui-même par le secret professionnel, le Garde des sceaux nous a fait savoir officiellement qu'en l'état actuel de la législation, serait poursuivi pour violation de l'article 378 du code pénal le docteur, dont la lettre, adressée au confrère précité, se serait égarée et aurait été connue de tiers.

Aussi, vous engageons-nous à ne pas considérer la lettre du Préfet de Seine-et-Oise comme étant suffisante, pour que, violant l'article 378 du code pénal, vous puissiez certifier les causes des décès survenus dans l'hôpital, dont vous êtes médecin.

Seule une loi peut abroger ce qu'une loi précédente ordonne. Il en est ainsi pour la déclaration des maladies contagieuses.

Mais tant qu'une loi ne sera pas intervenue pour nous ordonner d'indiquer exactement la cause des décès de nos clients, nous devons résister à tout ordre, de quelque autorité administrative qu'il vienne, car personne ne peut violer la loi.

Seul, le médecin de l'état civil, délégué par l'officier de l'état civil, peut rendre compte à son mandant, le maire, des causes du décès, qu'il a constatées.

Le médecin traitant doit se taire et si un arrêté préfectoral, ou un règlement d'hôpital intervenait pour donner, au personnel médical, l'ordre de certifier la cause des décès des malades hospitalisés, ce texte réglementaire devrait être porté à la connaissance du Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir et violation de la loi.

Dr Paul BOUDIN.

1158. — Pension militaire. Nouveau cas de réforme.

Un mien client, M. P., réformé Art. 64 pour emphysème pulmonaire avec reliquats de bronchite, présente depuis un certain temps, une tuméfaction de la région parotidienne et sous-parotidienne droite. Cette tumeur ayant augmenté de volume, de dureté, et devenant douloureuse, je conseille à M. P. de se présenter de nouveau devant la Commission de réforme. Deuxième cas de réforme. Adénite vraisemblablement de nature bacillaire. Ponctions exploratrices profondes négatives. Tumeur très adhérente et très douloureuse. Une radio indique qu'elle n'est

(*Voir la suite page XLVII-1589*)

PROPOS DU JOUR

La lutte antituberculeuse en province et la collaboration des médecins praticiens. — Dans l'Oise et dans les Vosges. — Les doléances des médecins des sanatoriums et des dispensaires.

Fatalement on y viendra, à la collaboration des médecins praticiens à la lutte antituberculeuse ; on y viendra parce que le bon sens y oblige et parce qu'en France, le bon sens finit toujours par triompher.

Nous trouvons la preuve de tentatives de cette collaboration dans deux documents officiels dont nous venons de prendre connaissance : l'un est le compte rendu de la dernière Assemblée générale de l'*Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Oise* ; l'autre intitulé : *Les premiers efforts de la Société d'hygiène sociale de Remiremont contre la tuberculose*, est dû à M. le Dr L. Triollet, médecin des dispensaires de la Fédération vosgienne d'hygiène sociale. Il ne faut pas encore s'émerveiller, car les renseignements que nous avons manquent de clarté et de précision et nous sommes fort peu éclairés sur les modes qu'affecte cette collaboration. Néanmoins, il est évident qu'une certaine bonne volonté s'affirme de part et d'autre, et qu'avec quelque effort, on pourrait aboutir.

Dans l'*Oise*, la lutte antituberculeuse paraît être assez bien organisée parce que l'argent ne fait pas défaut. Comme partout et dans la lutte antituberculeuse surtout, l'argent est le nerf de la guerre. Les ressources du budget de 1923 de l'Office de ce département s'élevaient à 503.441 fr. 15 dont 289.894 fr. 10 provenaient de subventions privées. Avec un demi-million, l'on peut évidemment faire quelque chose et l'Office de l'Oise a borné prudemment ses dépenses à 409.815 fr. 81.

Quatorze dispensaires antituberculeux, dont le service est assuré par 6 médecins, quelques spécialistes (otorhinolaryngologistes), des examens radiologiques, un laboratoire bien outillé à Beauvais constituent l'armement antituberculeux. Les placements dans les hôpitaux, dans les sanatoriums et les préventoriums, s'effectuent en grand nombre. Notons que le nombre de lits mis à la disposition des tuberculeux est à peu près suffisant dans l'heureux pays de l'Oise ; il n'en est pas de même, hélas ! dans le reste de la France, ni à Paris.

Deux innovations sont à signaler pour la préservation de l'enfance : 1° la Crèche Léon-Bernard, qui recueille jusqu'à 3 ans les jeunes enfants dont les parents sont tuberculeux ; 2° la prolongation du séjour des enfants au préventorium jusqu'à 16 ans.

La tuberculose est loin d'être rare dans l'Oise puisque 783 tuberculeux nouveaux, dont 361 bacillifères, ont été enregistrés dans la seule année 1923 par l'Office. M. le Dr Paul Labesse, conseiller technique, qui, dans un intéressant rapport, donne ces renseignements, indique ce qu'il conviendrait de réaliser au plus tôt si l'on veut donner à la lutte antituberculeuse toute son efficacité ; voici la liste de ces réalisations nécessaires : l'après-sanatorium, l'hygiène du logement du tuberculeux, la création de multiples écoles de plein air, l'intensification de la propagande éducatrice à l'école. C'est par l'école que l'aide sera donnée à l'enseignement populaire de l'hygiène des visiteuses de la manière la plus efficace, ajoute le Dr Labesse.

Nous sommes heureux de voir qu'un médecin spécialisé et qui a l'expérience de la lutte antituberculeuse, partage les idées que nous avons fréquemment défendues dans le *Concours médical*:

1° Continuation de la surveillance du malade sortant du sanatorium avec les apparences de la guérison et son maintien à la campagne au grand air ; sans cela, la cure sanatoriale est 90 fois sur 100 inefficace et sans résultat social ;

2° Hygiène de l'habitation qui, à notre avis, aurait dû être la première préoccupation de ceux qui s'occupent de lutte antituberculeuse et à laquelle ils commencent à peine à vouloir s'intéresser.

3° Propagande éducative à l'école dont nous avons signalé ici l'efficacité il y a quelques mois à peine.

Mais, dans tout cela, on ne voit pas apparaître la collaboration des médecins praticiens. Elle est désirée cependant, puisque M. le Dr Chenier fait partie du Conseil d'administration de l'Office au titre de Président du Syndicat des médecins de l'Oise. Elle s'organise, puisqu'une sous-commission de trois médecins fait sur ce sujet un rapport qui a été approuvé par le Conseil de l'Office et par le Syndicat des médecins de l'Oise,

qui groupe la très grande majorité des praticiens de ce département.

Nous serions heureux de savoir avec quelques précisions de quelle façon se fera dans l'Oise la collaboration décidée et désirée.

Sur ce sujet, nous avons eu le plaisir de lire, dans le compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Office, le discours de M. le professeur Léon Bernard qui présidait l'Assemblée. Nous y relevons le passage suivant, qui nous fait présumer que ce distingué maître a trouvé son Chemin de Damas. Jugez-en :

« Les médecins des dispensaires, dit en propres termes M. le professeur Léon Bernard, ont su conquérir la confiance du Corps médical et, de cela aussi, on ne saurait assez les féliciter. *La collaboration du Corps médical avec les dispensaires est en effet indispensable.* En dépit de quelques malentendus et d'équivoques, quelquefois entretenus complaisamment par certains, une parfaite entente, une harmonieuse collaboration s'établissent progressivement dans nos dispensaires entre les médecins qui les dirigent et les praticiens de la circonscription qu'ils desservent. *Personne ne s'en réjouit plus sincèrement et plus profondément que moi* ...

« Les médecins, avouez-le, ont quelque mérite de se consacrer à cette tâche préventive, et cependant ils s'y adonnent tous avec un dévouement, un désintéressement dont témoignent autant leurs publications scientifiques que leurs déclarations corporatives (*sic*). »

Que ce langage est différent de celui qui fut tenu au Congrès de Strasbourg et dans les réunions officieuses qui suivirent ! Et à l'exemple de M. le professeur Léon Bernard, personne ne s'en réjouit plus sincèrement et plus profondément que nous. Nous ne saurions dissimuler notre satisfaction, car nous nous souvenons que notre curé nous faisait savoir dans notre enfance qu'il y aurait plus de joie au royaume des cieux pour l'entrée d'un pêcheur repentant que pour celle de dix justes éprouvés.

***

Dans les *Vosges*, la lutte antituberculeuse est organisée par cinq sociétés d'hygiène sociale d'arrondissement, groupées en une Fédération. Deux médecins, les Drs Triollet et Roger, se partagent la direction et le fonctionnement des dispensaires. M. le Dr Triollet assure le service des arrondissements de Remiremont et de Saint-Dié.

C'est l'arrondissement de Remiremont qui fait l'objet de la brochure publiée par notre confrère, et c'est la société d'hygiène sociale de Remiremônt qui, d'après les renseignements que nous avons obtenus de diverses sources, paraît avoir fait preuve de la plus grande activité.

Le rôle du dispensaire antituberculeux, d'après M. le Dr Triollet, est d'abord d'avertir les gens qui entourent un tuberculeux contagieux du danger qu'ils courent et de préserver l'entourage du malade. Quand un consultant n'est pas reconnu tuberculeux, il est porté sortant et le dispensaire ne s'occupe de lui que s'il y revient plus malade. S'il est reconnu tuberculeux, on le fait bénéficier immédiatement du service social.

L'infirmière visiteuse, qui est l'agent principal du service social, n'est pas une infirmière soignante ; il lui est même formellement interdit de donner des soins. Elle doit s'occuper de la prophylaxie, et dans ce but, chercher à modifier s'il y a lieu, l'organisation de la vie familiale.

Un comité d'assistance aux malades s'occupe de leur placement.

Les résultats obtenus dans l'arrondissement de Remiremont sont encourageants. 264 malades se rendirent au dispensaire en 1922 ; 326 en 1923 ; 428 en 1924. Au total, 1.018 y sont actuellement inscrits. Cependant, on ne s'est livré à *aucune* propagande. Tous les consultants sont venus spontanément, ou envoyés par d'anciens malades et surtout par les médecins praticiens. Ces derniers en ont envoyé 80 en 1922 ; 173 en 1923 et 198 en 1924, soit 44 pour 100. D'ailleurs, les relations les plus cordiales existent entre les 27 médecins de l'arrondissement et le dispensaire antituberculeux, et cela, grâce à l'action personnelle du Dr Triollet auprès de chacun de ses confrères.

Le dispensaire assure les examens radiologiques. Les recherches bactériologiques se font à Epinal, au laboratoire dirigé par le médecin inspecteur départemental d'hygiène.

La fréquence de la tuberculose est grande dans l'arrondissement de Remiremont. Sur 641 tuberculeux qui furent reconnus à la consultation, 27,8 pour cent avaient des bacilles dans leurs crachats.

Le service social comporte la tenue du fichier et la poursuite de la préservation. M. le Dr Triollet fait à ce sujet remarquer que le bon fonctionnement de ce service ne dépend ni du nombre, ni des brevets des infirmières visiteuses, mais de leurs qualités de dévouement, d'esprit de méthode et de discipline. A notre tour, nous dirons que les bonnes relations du dispensaire et du

Corps médical résultent uniquement du dévouement du médecin du dispensaire, de son tact et de la courtoisie qu'il met dans les relations qu'il entretient avec ses confrères.

44 malades ont été envoyés dans des sanatoriums qui, la plupart, avaient passé des contrats avec la Fédération vosgienne. La Société d'hygiène de Remiremont a dépensé, pour les placements en sanatoriums, 17.732 fr. en 1924. De très nombreux placements d'enfants de tuberculeux ont été opérés dans les préventoriums. La société a effectué de nombreux placements de tuberculeux déjà avancés dans les hôpitaux. Elle assure des prêts de lits, des dons de vêtements, fait procéder à la désinfection des logements, s'efforce de faire créer des salles d'isolement à l'hôpital.

Elle s'intéresse aussi aux tuberculeux de guerre qui comprennent 24 pour cent des réformés pensionnés, et 23 pour cent des détenteurs de carnets.

Le succès de l'œuvre antituberculeuse de Remiremont, après trois ans de fonctionnement n'est pas discutable. M. le Dr Triollet l'attribue *à la confiance réciproque qui règne entre les praticiens et le médecin du dispensaire.* Lorsque ce dernier est seul l'agent de liaison entre le dispensaire et les médecins traitants, presque toujours sont évités les malentendus et les conflits qui surgissent quand les praticiens ont à faire à des dirigeants non médecins d'œuvres tuberculeuses, qui veulent trop souvent en faire à leur tête malgré une indiscutable incompétence.

Le programme pour 1924 du Dr Triollet comporte la création de l'inspection médicale des écoles dans quelques centres de l'arrondissement, la multiplication des écoles de plein air pour les enfants débiles, et le développement du camp de vacances de Rupt-sur-Moselle.

Nous ne saurions que féliciter le Dr Triollet de l'activité dont il a fait preuve et de sa féconde initiative.

***

Nous nous sommes efforcés de savoir comment certains médecins de dispensaires concevaient leur rôle.

Nombreux sont ceux qui sont absolument persuadés que le dispensaire ne peut fonctionner que si le médecin directeur, connaissant exactement la tâche qu'il doit remplir et les moyens dont il dispose, a toute initiative et est laissé libre de prendre seul les décisions nécessaires. Il ne faut pas que des Comités plus ou moins compétents viennent s'ingérer dans son action et en troubler l'harmonie. On doit s'assurer, avant de l'investir, qu'il mérite la confiance et ensuite le laisser maître de son service et de son action. Sans doute il devra des comptes au Comité de qui il tient ses moyens d'action, sans doute il est responsable devant ce comité de ses actes et de ses dépenses. Mais il est absolument nécessaire qu'il soit l'unique directeur de son service.

Dans une lutte dont l'efficacité dépend de la promptitude des décisions, il faut qu'il y ait un commandement unique et qu'avant de prendre une résolution on ne soit pas obligé de subir devant des Comités composés en majorité de gens incompétents d'interminables discussions byzantines.

De même nos correspondants croient que le meilleur parti à prendre pour arriver à la liaison avec les praticiens, est l'établissement de relations personnelles, individuelles entre le médecin traitant et le médecin du dispensaire. L'intervention du Syndicat médical selon eux ne peut être utile que dans l'arbitrage des conflits toujours possibles et pour le règlement de principes ou de détails d'organisation avec les Sociétés ou les Comités d'hygiène sociale.

Cette indépendance que les médecins de dispensaires réclament de leurs comités, s'étend encore plus aux directives qu'on voudrait leur imposer de Paris dont ils discutent l'utilité et qu'ils ne veulent admettre.

Le personnel des dispensaires antituberculeux est-il satisfait de la situation qui lui est faite ? Malgré les discours optimistes des Assemblées générales où les orateurs décernent à tous des éloges et montrent dans le fonctionnement des œuvres une harmonie merveilleuse, nous pouvons affirmer que non ! Nous avons sous les yeux le numéro 169 du journal *Vers l'Avenir*, qui en est à sa huitième année de publication et paraît par les noms de ses collaborateurs être l'organe officieux des médecins qui mènent la lutte antituberculeuse et nous y trouvons un article signé Dr J. Bouange intitulé : *Le statut.* L'auteur rappelle que le personnel, y compris les médecins, des dispensaires et des sanatoriums, réclamaient un statut les mettant à l'abri des fantaisies, des caprices et des tracasseries des mouches du coche qui forment un sérieux contingent dans tous les comités et toutes les œuvres dites sociales. Or ce statut qui avait été discuté, élaboré et rédigé par plusieurs commissions et qui paraissait devoir être adopté, est remis en discussion et va être vraisemblablement rejeté, car les Comités départementaux entendent avoir droit de vie et

→→

de mort sur leurs employés (le médecin est du nombre) et désirent pouvoir les révoquer à leur gré sans être tenus d'en référer à un jury. On a beaucoup de peine à recruter des infirmières visiteuses convenables et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles on apprécie depuis quelque temps davantage dans certains milieux la collaboration des praticiens. « De plus en plus écrit le D[r] J. Bouange, les médecins et les infirmières seront dégoûtés d'une carrière où il n'y a qu'ennuis et tracasserie ». Et il continue en faisant la critique sévère des protagonistes de la lutte antituberculeuse en des termes qui méritent d'être reproduits :

Or qui fait la lutte antituberculeuse en France ? continue M. le D[r] J. Bouange. Dans certains départements, ce sont des Comités départementaux composés surtout de médecins, de professeurs et de sociologues, tels la Gironde, le Nord ; dans d'autres départements , l'Oise par exemple, ce sont des Comités composés des grands noms de l'aristocratie ou de la finance, dans d'autres ce sont les Sociétés de Croix-Rouge, Société de secours aux blessés militaires, Union des Femmes de France.

Je ne veux pas faire de personnalités. Mais une particule devant un nom ou un dépôt considérable en banque confèrent-ils l'intelligence à leurs possesseurs ? J'ai le plus grand respect pour les grands noms de France qu'ils datent de Saint-Louis ou seulement de M. Fallières. Je ne suis pas un de ces envieux qui jalousent les titres et la fortune bien acquise, mais je pense qu'il y a trop de gens qui s'imaginent pouvoir diriger les œuvres sociales parce qu'ils ont la veine d'être riches. Etre riche d'argent n'est pas toujours être riche d'esprit. Que l'on se fasse pardonner sa richesse par des libéralités, par des dons, que l'on emploie l'or à faire du bien, rien de mieux, mais lorsque l'on ne se sent aucune compétence, eh bien alors ! que l'on se borne à assister sans rien dire aux réunions des Conseils d'administration — puisqu'enfin il faut bien une récompense à la générosité — mais que l'on laisse dans ces Conseils la parole aux médecins, aux sociologues, aux personnes plus spécialement désignées par leurs travaux et leur habitude des questions sociales ! Je ne prétends pas que parmi les personnes riches ou élevées dans l'échelle sociale, il n'en est point qui soient susceptibles de diriger, de conseiller. Place pour celles-là ! Mais que toutes celles qui donnent ne s'imaginent pas être remarquables d'intelligence ou seulement d'esprit d'organisation.

Dans un département, le Comité patronné par la duchesse de X... organise une chasse à courre au profit de l'œuvre antituberculeuse, présidée par la duchesse, fort bien. Que l'on emploie tous les moyens pour ravitailler les caisses de la lutte antituberculeuse, mais que l'on ne s'imagine pas que le fait de courre un cerf et d'assister ensuite à un repas-concert à l'hôtel du Grand Condé confère un talent particulier pour diriger l'œuvre de la lutte contre la tuberculose et imposer aux médecins et aux infirmières une tutelle dont on ne sait si elle est plus ridicule qu'odieuse.

Voilà donc ce pauvre statut dans l'eau ! Le Comité National aura-t-il la force de soutenir ses premières propositions ? Voudra-t-il — enfin ! — être quelque chose, autre chose qu'une bonbonnière à palabres et à discours? Essayera-t-il de prendre en mains les rênes du char qui, chaque jour, s'embourbe davantage ?

Je le souhaite. Mais qu'il sache bien que ce ne sont pas les communiqués enthousiastes à la presse, les conférences par T. S. F. et les manifestations à la Sorbonne qui feront quelque chose. Je crains qu'elles ne fassent du bien qu'à la boutonnière des organisateurs.

En tous cas il y a par toute la France, une armée de médecins et de visiteuses qui, dans les dispensaires poursuit son travail, médiocrement payée et mal considérée ; et cette armée se lassera bien un jour de travailler pour la seule gloire. Car la gloire n'a jamais empli l'estomac — et la dure nécessité de vivre est là pour rappeler à ces modestes que l'on traite — sur les communiqués — d'apôtres de la lutte antituberculeuse, qu'il faut songer aussi à soi, à moins de vouloir devenir — comme tous les apôtres — des martyrs.

Le D[r] J. Bouange a, on peut en juger, éloquemment posé le problème. La solution en serait bien simple. Médecins de dispensaires et de sanatoriums, syndiquez-vous. Puis une fois syndiqués, adhérez à l'Union des Syndicats médicaux de France et demandez l'appui de vos confrères. Vous verrez qu'avec un peu de solidarité, et de discipline et d'énergie, l'on pourra parvenir à rompre bien des résistances. Nous médecins sommes parvenus à faire capituler des organisations autrement puissantes que des Comités départementaux incompétents et inconscients. Mais suivrez-vous ce conseil ? N'êtes-vous pas en trop grand nombre imprégnés déjà de l'esprit bureaucratique qui, petit à petit, accoutume à la soumission servile et atrophie le sentiment de l'indépendance et la conscience de la dignité médicale qui ne consiste pas en l'étalage puéril de titres et de rubans.

J. Noir.

R. H. M. S. 6700

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DU VAL-DE-GRACE — RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS DE MONOPLÉGIE BRACHIALE

M. Fribourg-Blanc,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les hasards de la clinique ont amené à la fois au Val-de-Grâce, deux malades atteints de monoplégie brachiale. Il m'a paru intéressant de vous les présenter et d'établir un parallèle entre ces deux cas.

Le premier malade, D...., est un ancien soldat, réformé temporairement il y a un an, à la suite d'un accident grave et soumis aujourd'hui à notre examen, les délais de sa réforme étant expirés. Le 30 décembre 1923, se trouvant en permission, il a été bousculé par une automobile, dans la rue, et traîné sur le sol par son bras gauche qui était resté accroché à la voiture et qui se trouvait en abduction forcée. Il fut gravement contusionné et quand on le releva, on constata une fracture de cuisse et une impotence fonctionnelle complète du membre supérieur gauche. Sa fracture de cuisse s'est bien consolidée, mais il conserve aujourd'hui une paralysie totale du bras gauche.

Ce membre pend inerte le long du corps, en légère rotation interne, le blessé ne peut lui faire exécuter aucun mouvement volontaire. Tous les mouvements passifs sont possibles mais dès qu'on abandonne le bras à lui-même, il retombe lourdement. Si l'on cherche à étudier l'état de la musculature en interrogeant chaque groupe musculaire, on voit que l'élévation du bras, son abduction, ainsi que la flexion de l'avant-bras sont impossibles, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur sont donc paralysés.

Les muscles de la ceinture scapulaire (sus et sous-épineux, sous-scapulaire, grand pectoral dans sa portion externe, grand rond, grand dentelé, rhomboïde) sont également inertes ; l'atteinte de ces deux derniers muscles se traduit en outre, par un décollement de l'omoplate sous forme de « scapula-alata ». Ainsi donc tous les muscles du groupe supérieur sont paralysés.

Vous savez que leur innervation relève des 5e et 6e racines cervicales et que l'atteinte élective de ces muscles réalise la paralysie brachiale radiculaire du type « Duchenne-Erb ».

Mais les muscles extenseurs de l'avant-bras, et de la main correspondant à l'innervation du radial, et relevant du groupe radiculaire moyen (7e racine cervicale) sont aussi paralysés.

Enfin les muscles fléchisseurs de la main et des doigts sont dépourvus de toute action volontaire. La main est pendante, immobilisée dans l'attitude de la griffe simienne. Nous en pouvons déduire que les racines inférieures du plexus brachial (8e racine cervicale et 1re racine dorsale) sont lésées également et qu'en somme nous avons affaire à une atteinte totale de l'innervation du membre supérieur.

La simple inspection nous révèle d'ailleurs une amyotrophie marquée se manifestant du côté du groupe supérieur par une accentuation des méplats sus et sous-épineux, par un aplatissement du moignon de l'épaule et une réduction de volume des muscles antérieurs du bras. L'atrophie est encore beaucoup plus nette au groupe moyen et inférieur, le biceps et tous les muscles de l'avant-bras et de la main ont fondu. Les éminences thénar et hypothénar sont aplaties, les espaces interosseux sont creusés entre la saillie des métacarpiens, ce qui contribue encore à donner à la main cet aspect de main de singe.

Les muscles ainsi réduits dans leur volume sont dans un état d'hypotonie accentuée. Les réflexes osso-tendineux olécranien, périosté radial et périosté cubital sont tous abolis.

Le malade n'accuse pas de douleurs, mais sa sensibilité objective est profondément troublée. Il existe une anesthésie à tous les modes (tact, piqûre, température) sur toute la surface du membre, sauf à la partie supéro-externe du bras et de l'épaule et à la face supéro-interne du bras. Je vous rappelle, à ce propos que l'innervation sensitive de l'épaule relève pour la plus grande part, de la 4e racine cervicale, et que l'innervation sensitive de la face supéro-interne du bras dépend des 2e et 3e racines dorsales. Ces racines sont indépendantes du plexus brachial constitué, vous le savez, par les 5e, 6e, 7e et 8e racines cervicales et par la 1re dorsale.

Notez encore que la peau du poignet et des doigts chez ce malade, est lisse, froide et cyanosée.

D.... nous signale en outre, que pendant les premiers mois qui ont suivi son accident, il présentait du côté gauche un rétrécissement de la fente palpébrale, de l'enophtalmie et du myosis. Ces signes ne sont plus

très apparents aujourd'hui, mais le fait qu'ils ont existé est important,car vous savez qu'ils constituent le syndrome de Claude Bernard-Horner, symptomatique d'une lésion de la 1re racine dorsale. Le ganglion cervical inférieur de la chaîne sympathique est relié en effet à la 1re racine dorsale par un rameau communiquant qui pénètre dans la moelle avec cette racine. Le ganglion cervical inférieur contribue par ailleurs à l'innervation de la pupille par des filets ascendants de la chaîne sympathique latérale. Une section de la 1re racine dorsale et du rameau communiquant qui lui est accolé, détermine une paralysie sympathique qui se manifeste par le syndrome dont nous venons de parler. Claude Bernard, Horner et Madame Déjerine-Klumpke ont attiré l'attention sur la fréquence de ce syndrome dans les lésions destructives par élongation et arrachement des racines inférieures du plexus brachial.

Quand je vous aurai dit que l'examen des réactions électriques a montré qu'il existait une réaction de dégénérescence intéressant tous les troncs nerveux du plexus brachial gauche avec absence de contraction au courant faradique, hypoexcitabilité galvanique et lenteur de la secousse, vous aurez en main tous les éléments d'un diagnostic certain à l'égard de ce malade.

Le deuxième malade que nous vous présentons, M......, nous dit ne pouvoir se servir de son bras droit depuis un accident dont il a été victime, il y a un an et demi. Le 30 avril 1922, il reçut sur son avant-bras droit qui se trouvait en extension, une pièce de fer du poids de 50 kilogs. Ce traumatisme détermina une plaie contuse sans lésions osseuses et la cicatrisation de cette plaie se fit en cinq semaines sans complications.

Mais quand le blessé, après guérison apparente, voulut se servir de son membre supérieur droit, il ne put faire aucun mouvement utile ; « mon bras est resté complètement paralysé depuis », affirme-t-il.

Il se présente actuellement le bras droit collé au corps, l'avant-bras en flexion à 90°, la main tombante, les doigts fléchis, formant le poing et fortement contractés dans la paume, le pouce replié sur les autres doigts. La contraction des doigts en flexion est telle que tout effort pour lui ouvrir la main reste infructueux, les ongles s'incrustant dans la peau de la face palmaire. Le malade déclare ne pouvoir faire aucun mouvement du poignet, mais on peut obtenir une mobilisation passive de cette articulation. L'immobilisation de l'avant-bras en flexion semble au premier abord aussi irréductible que celle des doigts, on voit à la moindre tentative d'extension, se tendre la corde du biceps et du brachial antérieur contracturée. Pourtant, si l'on détourne l'attention du sujet, en recherchant par exemple la mobilisation de l'épaule, on obtient une extension à peu près complète de l'avant-bras ; aussitôt après, l'attitude en flexion se rétablit.

Si l'on étudie la fonction motrice muscle par muscle, comme nous l'avons fait chez le précédent malade, il semble que, là encore, tous les groupes musculaires soient atteints, tant du côté du groupe supérieur que des groupes moyen et inférieur. Aucun mouvement volontaire, même minime n'est effectué.

Cependant, l'aspect de la musculature paraît normal. Il n'existe pas de « scapula-alata », les mensurations donnent des chiffres égaux à droite et à gauche dans la circonférence du bras et de l'avant-bras. Les éminences thénar et hypothénar sont normales, il n'y a pas davantage d'atrophie des muscles interosseux.

Les réflexes tendineux, normaux aux trois autres membres, sont difficilement obtenus au membre paralysé, en raison de la contracture, mais ils ne sont pas abolis. La percussion des masses musculaires détermine une contraction vive, dénotant la persistance des réflexes idio-musculaires.

Les réactions électriques des nerfs et des muscles du membre lésé, sont en tous points normales ; on ne note pas, en particulier, de lenteur de la secousse.

M.... n'accuse aucune douleur du côté de son membre supérieur droit. Cependant, la sensibilité objective paraît profondément troublée à son niveau. C'est une anesthésie totale au tact, à la piqûre, au froid et à la chaleur, elle englobe tout le membre et s'arrête brusquement au moignon de l'épaule, représentant le type de l'anesthésie « en manche de veste ». Vous remarquerez que la petite zone située à la région supéro-interne du bras, innervée par des filets émanant des 2e et 3e racines dorsales, est également insensible.

Examinez les téguments de ce membre, les ongles des doigts, vous n'y trouverez pas trace de troubles trophiques.

Votre attention sera cependant retenue par une légère rougeur de la peau et par un certain degré d'hyperhydrose. De plus vous noterez une mydriase nette de la pupille droite.

Enfin, si vous prenez soin, comme il faut toujours le faire en pareil cas, d'établir les courbes oscillométriques comparatives en appliquant le brassard du Pachon à l'avant-bras droit et à l'avant-bras gauche, vous vous rendrez compte que les oscillations de l'aiguille ne sont nullement diminuées du côté paralysé, et que l'indice oscillométrique est même plus élevé de ce côté :

i. o. — 3 1/2 à l'avant bras droit.
i. o. — 2 1/2 à l'avant bras gauche.

***

Si nous comparons ces deux malades nous ne pouvons manquer d'être frappés par la dissemblance des signes objectifs qu'ils présentent.

Chez le premier,nous avons affaire à une monoplégie brachiale complète de nature incontestablement organique. La grosse amyotrophie, l'abolition des réflexes, la topographie de l'anesthésie, les troubles circulatoires et trophiques, la réaction de dégénérescence constatée électriquement à tous les troncs nerveux, sont là pour

le prouver. La symptomatologie est suffisamment nette et les circonstances déterminantes de cette paralysie suffisamment précises pour que nous n'ayons pas à nous attarder sur la discussion d'une monoplégie par lésion encéphalique ou médullaire, non plus que sur l'hypothèse d'une polynévrite ou de lésions multiples des troncs nerveux du membre supérieur. Un tel ensemble de signes ne peut guère être réalisé que par une atteinte directe et simultanée de toutes les racines du plexus brachial gauche. Dur... ayant été violemment traîné à terre, le poids de son corps suspendu à son bras, on saisit facilement dans son cas le mécanisme d'une élongation avec arrachement au moins partiel des racines du plexus brachial et l'on entrevoit pour lui, la gravité du pronostic au point de vue fonctionnel.

Chez le second malade, l'examen ne nous a pas permis de relever aucun signe de lésion organique des racines ni des troncs nerveux du plexus brachial droit. Pas d'amyotrophie bien que l'accident déterminant remonte à plus d'un an et demi. Pas de trouble de la réflectivité. Aucune modification des réactions électriques des nerfs ni des muscles. Absence de troubles trophiques. Les signes positifs se résument dans ce cas à l'impotence fonctionnelle, à la contracture en flexion de l'avant-bras et de la main, et à l'anesthésie totale du membre en manche de veste.

Aucun des symptômes n'implique par lui-même l'existence d'une lésion organique. Si nous ajoutons que la contracture disparaît en grande partie au bras, quand on détourne l'attention du sujet, et que l'anesthésie revêt une topographie anormale en envahissant le territoire de deux racines indépendantes du plexus brachial (D_1 et D_2), nous sommes amenés à conclure qu'il s'agit d'une monoplégie brachiale de type pithiatique.

La nature hystérique de cette paralysie ne paraît pas douteuse. Il s'agit bien, croyons-nous, d'un cas d'hystéro-traumatique tel qu'on en rencontre assez fréquemment au cours des accidents du travail et tel que la guerre nous en a fourni de nombreux exemples. Mais il nous faut cependant tenir compte de tous les éléments relevés au cours de l'examen.

Nous avons noté une légère rougeur des téguments, une exagération de la sécrétion sudorale et une élévation de l'indice oscillométrique du côté du membre atteint, ainsi qu'une mydriase nette de la pupille droite. Ces phénomènes traduisent, sans aucun doute, une irritation du système sympathique local.

On peut concevoir qu'une légère élongation du plexus brachial puisse déterminer une petite lésion irritative au niveau de la première racine dorsale s'accompagnant d'une excitation du sympathique et provoquant la mydriase et les petits troubles circulatoires et sudoraux tels qu'on les observe chez notre malade. La mydriase de ce sujet représente en quelque sorte l'opposé du syndrome de Claude-Bernard-Horner. Ce syndrome, nous l'avons vu, est lié à une lésion destructive alors que dans notre cas, il s'est vraisemblablement agi de simples phénomènes irritatifs du système sympathique.

Ces constatations ne sont pas pour nous troubler, car nous savons combien il est fréquent de trouver, à la base des syndromes pithiatiques, une légère épine organique ayant servi de point de départ à l'établissement des troubles subjectifs. L'épine organique est souvent minime, presque insignifiante et peut passer inaperçue si l'on n'y prend pas garde ; elle mérite cependant qu'on en tienne compte, car elle éclaire la pathogénie du syndrome observé.

Un traumatisé, enclin à faire des troubles pithiatiques, saisit l'idée d'une impotence fonctionnelle, l'isole et la fixe dans son subconscient, et cette idée finit, après une certaine phase de méditation, par s'extérioriser sous forme de paralysie.

Une épine organique, si minime soit-elle, aide à la fixation de cette notion d'impotence fonctionnelle. Le trouble persévère et se cristallise de plus en plus, si une thérapeutique active de contre-suggestion n'intervient pas à bref délai pour le faire cesser.

Ainsi donc la nature hystérique de la monoplégie brachiale de notre second malade ne paraît pas douteuse, mais il convient cependant de discuter à son sujet la possibilité de troubles d'un autre ordre sur lesquels Charcot et Vulpian avaient autrefois attiré l'attention et qui présentent un réel intérêt.

Je veux parler des troubles nerveux d'ordre réflexe, encore dénommés troubles physiopathiques. Il existe en effet une catégorie de troubles de la motilité de nature physiopathique qu'il importe de distinguer à la fois des paralysies organiques à proprement parler et des phénomènes hystériques.

L'identité de ces troubles réflexes a été bien mise en évidence, à l'occasion surtout des traumatismes de guerre, par de nombreux neurologues et en particulier par MM. BABINSKI et FROMENT (1).

Il s'agit de troubles moteurs dits fonctionnels ne s'accompagnant d'aucun des signes objectifs par lesquels se manifestent les affections organiques du cerveau, de la moelle et des nerfs ou les lésions des vaisseaux, et qui ne relèvent cependant pas de l'hystérie, puisque la suggestion ne peut ni les créer, ni les guérir.

(1) Hystérie. Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre. BABINSKI et FROMENT (Masson ; 1919).

Ces accidents sont comparables aux troubles d'ordre réflexe observés à la suite des lésions articulaires (atrophie du quadriceps crural à la suite d'une hydarthrose du genou). Ils surviennent en général à la suite d'une plaie souvent superficielle d'un membre, d'un séton des parties molles, d'une gelure, lésion minime contrastant avec l'intensité des troubles ultérieurs.

Ils apparaissent plus ou moins longtemps après le traumatisme et sont caractérisés, quand le syndrome est complet, par une association de parésie et de contracture se localisant de préférence à l'extrémité du membre atteint (acro-contracture),[1] par de l'atrophie musculaire, de l'exagération des réflexes osso-tendineux, des modifications des réflexes cutanés pouvant aller jusqu'à l'abolition, de l'hypotonie, de la surexcitabilité mécanique des muscles avec lenteur de la secousse musculaire, de légères modifications quantitatives, de l'excitabilité électrique des muscles sans réaction de dégénérescence, des troubles de la sensibilité subjective et objective (douleurs et anesthésie), des troubles vaso-moteurs avec cyanose, des modifications de la régulation thermique avec hypothermie, de la diminution de l'amplitude des oscillations artérielles, des troubles sudoraux et des altérations trophiques des os, des ligaments, de la peau et des phanères.

Ces troubles ne se trouvent pas toujours tous rassemblés et le tableau clinique peut être réduit, mais les symptômes les plus constants sont : la parésie avec contracture, l'amyotrophie, la diminution de l'indice oscillométrique etl'hypothermie du membre atteint.

Avant de conclure à la nature pithiatique d'une paralysie n'omettez jamais de rechercher systématiquement ces signes, car, si vous les trouvez, votre diagnostic, votre pronostic et votre traitemennt seront tout autres que dans un cas d'hystérie.

Quels sont, dans le cas de M..., les faits qui nous permettent d'éliminer une monoplégie par troubles réflexes ? C'est d'abord l'absence d'amyotrophie. Cette constatation chez notre malade vient à l'appui de la thèse soutenue par M. Babinski que l'immobilisation seule est incapable par elle-même d'entraîner une atrophie musculaire notable. Depuis 20 mois, M... ne se sert plus de son bras et cependant le volume de ses muscles est resté normal. C'est ensuite la localisation et la forme de la contracture. Dans les cas de troubles physiopathiques intéressant le membre supérieur, la contracture est localisée à l'extrémité du membre, d'où le nom « d'acrocontracture ». La main revêt une déformation spéciale ; les doigts sont le plus souvent étendus et accolés en « tuiles de toit », ou en cône formant la main d'accoucheur, le pouce est étendu contre l'index ; le poignet est en général fléchi à angle droit sur l'avant-bras par suite d'une parésie des muscles extenseurs, la main restant immobilisée en pronation par action prédominante des fléchisseurs. Chez M..., au contraire, la contracture n'est pas localisée à la main, elle intéresse aussi les muscles de la loge antérieure du bras; de plus, au niveau da la main, les doigts, au lieu d'être raidis en extension, sont très fortement fléchis dans la paume, faisant le poing, le pouce énergiquement replié en flexion sur l'index. Un autre caractère des contractures réflexes est de rester invariables, tandis que nous avons pu étendre l'avant-bras de M... en détournant un instant son attention. Enfin chez ce malade, il n'existe pas de modifications de l'excitabilité mécanique ni électrique des muscles et des troncs nerveux, pas de troubles trophiques, pas d'hypothermie, pas de diminution de l'indice oscillométrique.

La pathogénie des troubles nerveux dits « réflexes » est encore mal déterminée. Il est probable néanmoins qu'il s'agit d'une légère altération des centres médullaires consécutive à une irritation des nerfs sensitifs émanant du foyer traumatique et se réfléchissant, au moins en partie, par la voie sympathique.

Si je me suis arrêté avec vous sur le diagnostic différentiel des troubles nerveux réflexes, c'est que ces troubles sont assez souvent méconnus. Leur fréquence est cependant plus grande qu'on ne croit et j'aurais pu il y a quelques semaines, vous présenter deux anciens blessés envoyés par le Centre de réforme en surexpertise au Val-de-Grâce, atteints tous deux de troubles physiopathiques accusés et rebelles, antérieurement considérés comme étant de nature hystérique. Cette différenciation est importante en milieu militaire, comme en matière d'accidents du travail, car c'est d'elle que dépend la décision médico-légale.

La solution à prendre pour le premier de nos malades est simple et s'impose d'elle-même. D... étant atteint d'une lésion organique du plexus brachial, il convient d'abord de le traiter par tous les moyens physiothérapiques dont nous disposons : galvanisation, massages, diathermie, bains de lumière, puis de le proposer pour une réforme définitive.

Si l'accident dont il a été victime avait été imputable au service, nous aurions proposé un taux d'invalidité de 65 %, taux attribué à la perte complète de l'usage d'un membre. Mais cet accident est survenu dans la rue, au cours d'une permission et l'indemnisation du blessé relève des autorités civiles.

Pour M... le traitement à mettre en œuvre est de nature psychothérapique. Il faut avouer que, chez lui, la contre-suggestion, si nous avions

dû l'entreprendre, serait particulièrement difficile, étant donnée la longue stabilisation de son état. Le traumatisme remonte à 20 mois et l'impotence fonctionnelle du sujet paraît être cristallisée dans l'état où nous le voyons. Tous les médecins qui se sont occupés de la cure des phénomènes pithiatiques ont insisté à juste titre, sur la nécessité d'agir vite, de capter, dès le premier examen, la confiance du malade et de pratiquer une thérapeutique brusquée. Nous arrivons bien tard, mais il ne faudrait pas cependant désespérer du succès. Il n'est pas impossible encore de faire pénétrer dans l'esprit du malade la notion que son impotence fonctionnelle ne repose sur aucune lésion positive, ni d'arriver à le convaincre qu'il est de son intérêt de guérir rapidement. Souvent un médecin qui sait en imposer, d'emblée, par son autorité réussit là où d'autres avaient échoué.

Mais ce malade, qui n'est pas encore militaire, ne relève pas de nos soins. Il nous a été envoyé par la Préfecture de la Seine pour que nous nous prononcions seulement sur son aptitude au service militaire et nous le proposerons pour un ajournement d'un an. Si nous avions eu affaire à un sujet déjà incorporé, nous l'aurions traité activement, dans l'espoir de le conserver dans le service armé, sans attribution de pension.

Dans des cas analogues on peut être conduit toutefois, lorsque l'impotence ne cède pas au traitement, à proposer un passage dans le service auxiliaire ou la réforme temporaire et à tenir compte de la petite épine organique qui entretient les phénomènes pithiatiques en l'évaluant à un taux d'invalidité de 10 %.

Quand vous serez en présence de troubles physiopathiques, vous emploierez les méthodes physiothérapiques : galvanisation prudente, chaleur, bains de lumière, diathermie, vous éviterez l'électrisation intensive et les massages violents qui exagèrent souvent la contracture.

Mais il faut bien savoir enfin, qu'à l'élément réflexe sur lequel la suggestion est impuissante, s'associe assez souvent un élément subjectif qui exagère l'impotence fonctionnelle. Cet élément pithiatique surajouté peut être guéri par la psychothérapie.

M. Babinski, qui s'est tant attaché au démembrement de l'ancienne hystérie, a souvent insisté sur la fréquence de ces associations organico-pithiatiques chez un même sujet.

La psychothérapie doit toujours être mise en œuvre dès le début quand on soupçonne la présence d'un appoint subjectif surajouté aux troubles de nature organique évidente ou de nature physiopathique. La contre-suggestion réduit alors aisément et très vite le syndrome complexe à ses éléments organiques sur lesquels s'exercera, à son tour, une thérapeutique patiente à effets beaucoup plus lents.

Les troubles réflexes seront appréciés en eux-mêmes et, suivant leur importance, ils entraîneront en général soit la réforme temporaire, soit le passage dans le service auxiliaire, avec attribution d'une invalidité appropriée à la gravité de chaque cas.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

De la procidence des membres.

D'après une leçon du professeur Jeannin (1).

On appelle *procidence d'un membre* la présence d'un membre à côté ou au devant de la présentation, — mais d'un membre n'appartenant pas à cette présentation. Vous savez en effet qu'il y a deux cas où la présentation s'accompagne normalement de la présence d'un membre : c'est le siège et c'est l'épaule.

Dans les *présentations céphaliques*, tout membre se trouvant à côté de la tête est un membre procident. On peut voir une tête avec procidence d'un bras, des deux bras, d'un pied, des deux pieds, d'un bras et d'un pied.

Dans les *présentations pelviennes*, il pourra exister une procidence d'un bras ou des deux bras.

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr Laporte.

Dans les présentations de l'*épaule*, on peut voir la procidence d'un ou des deux pieds, ou la procidence de l'*autre bras*, c'est-à-dire du bras ne correspondant pas à l'épaule qui se présente.

On reconnaît des degrés dans la procidence. Un membre peut être plus ou moins complètement procident. On reconnaît également trois variétés de procidence. On dit, suivant les cas, qu'une procidence est *simple*, *multiple*, ou *complexe*.

La procidence simple se définit d'elle-même. C'est la procidence d'un membre unique : c'est un bras, c'est un pied. La procidence multiple est celle où plusieurs membres sont procidents : les deux bras, les deux pieds, un bras et un pied, deux bras et un pied, deux pieds et un bras.

Enfin, on peut dire que la procidence est com-

pliquée, ou complexe, quand, ce qui n'est pas rare, les membres sont procidents en même temps que le cordon.

On a raison de dire que les procidences des membres sont chose rare. Les statistiques évaluent leur fréquence de 1 pour cent à 1 pour 2.500. Le dernier chiffre est plus près de la vérité, et ceux qui ont exagéré la fréquence des procidences des membres sont les observateurs qui touchent beaucoup et font rentrer dans leurs statistiques une forte proportion de procidences passagères ou transitoires. Les procidences définitives peuvent s'évaluer à 1 pour 1.000, puisqu'on en voit ici une ou deux par an, sur environ deux mille accouchements. Les transitoires ne se comptent plus. En somme la plupart des procidences sont momentanées.

Ce sont presque toujours les membres supérieurs qui sont procidents. D'autre part, c'est surtout dans les sommets qu'on voit des procidences, beaucoup moins dans la face, moins encore dans le siège et l'épaule.

Il faut distinguer les procidences nées spontanément, en dehors de toute intervention, intempestive ou non, et les procidences créées par nos manœuvres, cette dernière variété étant moins importante que l'autre.

Les procidences provoquées, on pourrait dire accidentelles, peuvent survenir soit par suite d'une erreur dans une manœuvre, soit par échec de cette manœuvre. Par exemple, dans une présentation de l'épaule, voulant faire la version, on prend une main pour un pied. Autre exemple : dans une présentation de la tête, mobile audessus du détroit supérieur, on abaisse les deux bras croyant tenir les pieds.

Ou bien la procidence est le résultat d'un échec dans une tentative de version : on a pu abaisser les pieds, mais le fœtus ne peut pas faire son évolution qui constitue le deuxième temps de la version.

Dans la majorité des cas, on a affaire à des procidences spontanées. D'une façon générale, la procidence ne peut se faire que dans l'accommodation défectueuse, et nous retrouvons ici les mêmes causes de non accommodation que pour l'étiologie des procidences du cordon. Ces causes sont extrêmement nombreuses. Les principales peuvent se ramener à trois types : causes maternelles, causes ovulaires, causes fœtales.

C'est la multiparité ; ce sont ensuite les viciations pelviennes (1/3 des cas) ; c'est l'obliquité anormale de l'utérus, soit qu'il tombe trop en avant, soit surtout qu'il s'incline trop sur le côté, ce qui arrive surtout chez les multipares dont la sangle abdominale a perdu sa puissance.

Les causes ovulaires sont avant tout l'hydramnios.

Les causes fœtales sont, d'abord, la petitesse du fœtus ; puis, ce sont les présentations irrégulières, les présentations, comme on dit, *inclinées.*

Enfin, il est une cause absolument classique, mais beaucoup plus difficile à expliquer, c'est la gémelliparité.

D'une manière générale, l'ACCOUCHEMENT est gêné par la *procidence*, d'abord dans l'engagement, puis dans le dégagement.

Pour l'*engagement*, il est retardé, la tête ne descend pas, ou bien, si elle descend, elle est en position irrégulière, parce qu'elle bute sur la margelle du puits pelvien. Cet engagement peut être retardé jusqu'à devenir impossible, sans artifices opératoires.

De plus, la procidence pousse au déplacement de la présentation, une tête a tendance à devenir une épaule : troubles de l'engagement ; troubles, par conséquent, de la descente.

Lors du *dégagement*, le temps de la rotation interne, le fameux temps de Paul Dubois, sera fort gêné. Le dégagement proprement dit sera gêné par le défaut de liberté dans la déflexion de la tête.

La procidence, en somme, gêne tous les temps de l'accouchement, Telle est du moins la conclusion qui ressort des constatations précédentes. Cependant cette conclusion est, *cliniquement*, entièrement fausse, parce qu'il se produit un phénomène capital, qui est la réduction spontanée des procidences, c'est-à-dire que la plupart des procidences sont temporaires.

Cette réduction spontanée s'explique par deux causes. La première, à laquelle on ne songe pas assez, c'est que l'enfant remue ; à un moment donné il retire son membre procident.

La seconde cause, c'est qu'à un moment donné, la tête suffisamment rendue lisse et glissante par le liquide aminotique et sébacé, énucléé le membre qui était procident et le fait remonter dans l'abdomen.

Le *pronostic* varie suivant plusieurs éléments. Il varie d'abord d'après le siège de la procidence. Si le membre est en avant de la présentation, le pronostic est favorable, a-t-on dit, parce que la symphyse pubienne n'a qu'une hauteur de 4 cm. et demi à 5 cm.

Envisageons maintenant la procidence postérieure. Est-elle médiane, c'est le pire, parce que le promontoire s'oppose à la remonte. Si elle a lieu latéralement, dans un des golfes sacroiliaques, le fœtus se prête facilement aux manœuvres, et ceci est préférable même aux procidences antérieures.

Puis vient le degré de la procidence. L'avant-bras se réduit, non le bras tout entier.

La procidence est beaucoup plus grave chez la primipare que chez la multipare.

Le pronostic maternel des procidences est bénin, parce que la plupart des procidences

sont transitoires. Malheureusement, il y a quelques exceptions. Il peut arriver des déchirures d'un point quelconque de la filière génitale. La rupture du segment inférieur peut être spontanée ou consécutive aux manœuvres de réduction ; mais ce n'est pas fréquent. Le gros accident, c'est la déchirure de la cloison recto-vaginale, la main (plus souvent que le pied) du fœtus faisant saillie hors de l'anus, tandis que sa tête vient émerger à la vulve.

On voit aussi, moins fréquemment, la rupture du périnée.

Le pronostic fœtal est autrement sérieux. La mort du fœtus survient par trois causes : la prolongation du travail ; la production d'une procidence du cordon ; Mme Lachapelle disait : « les procidences s'appellent ». La mortalité dans la procidence du cordon est de 17 % environ. Enfin la procidence amène à pratiquer des manœuvres qui peuvent être dangereuses.

De plus, M. Bar a insisté sur le sphacèle du membre procident. C'est une cause d'infection amniotique.

La procidence peut aussi être l'occasion de fractures et de disjonctions épiphysaires. On a cité des fractures du crâne.

Le *diagnostic* doit être envisagé avant et après la rupture de la poche des eaux.

Avant la rupture de la poche des eaux, il n'est pas facile de faire ce diagnostic, parce qu'on a peur de rompre les membranes. Cette crainte salutaire est le commencement de la sagesse.

En somme on ne doit étudier le diagnostic qu'après la rupture des membranes. Quatre questions vont alors se poser.

D'abord, il faut se demander quelle est la cause de la dystocie, et penser à un membre procident, avant l'extraction du fœtus.

On sent un membre : appartient-il à la présentation ou non ? L'erreur est surtout possible en cas de présentation de l'épaule ; il suffit de savoir où est la tête pour voir si la main correspond à l'épaule qui se présente.

Il faut savoir distinguer les orteils, longs, des doigts interminables.

On pratiquera un toucher profond et circulaire afin de constater toute procidence.

Le *traitement* est basé sur deux grands principes. Le premier est relatif à cette notion qu'il est utile de répéter, c'est que la plupart des procidences se réduisent spontanément. La conclusion légitime ce premier principe : attendre.

Le second principe, c'est que, sauf impossibilité absolue, il ne faut pas tenter un accouchement avec un membre procident. Quand on a affaire à une présentation du siège, que l'on est arrivé à l'épaule et que les bras sont fortement relevés, on doit autant que possible les abaisser, c'est-à-dire qu'il faut savoir réduire une procidence.

Envisageons trois cas, répondant aux trois grands groupes de présentation : tête, siège, épaule.

Nous avons affaire à une présentation céphalique. Il y a un membre supérieur ou un membre inférieur procident. Prenons le premier cas. La dilatation est complète. Il faut repousser le bras, dans le sens de ses mouvements naturels, c'est-à-dire dans le sens de sa flexion ; faites, comme on dit, moucher le fœtus. Une fois réduit, on finit l'extraction presque toujours par une version, exceptionnellement par un forceps.

Deuxième hypothèse : c'est une tête, mais un membre inférieur procident, ébauchant une version : terminez-la ; servez-vous de ce membre pour tirer dessus.

Nous avons affaire à une présentation du siège. Le membre procident ne peut être qu'un bras. *On ne peut pas le réduire facilement.* Mettez dessus un lac, pour pouvoir l'abaisser tout à l'heure, car il va remonter.

Avons-nous affaire à une épaule ? C'est l'autre bras qui est procident, ou ce sont les pieds. Si c'est l'autre bras qui est procident, mettez un lac dessus et continuez par la version. Si ce sont les pieds, cela constitue un commencement de version ; finissez-là en tirant dessus.

Le fœtus est-il mort ? Pratiquez l'embryotomie.

Somme toute, la procidence des membres est rarement définitive, très souvent transitoire, mais il en peut résulter des accidents, tels que la rupture de la cloison recto-vaginale, et cette procidence des membres peut appeler une procidence du cordon ; l'accouchement ne peut pas se réaliser dans ces conditions ; dans la plupart des cas, on arrive à la version podalique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Thérapeutique des épanchements traumatiques du genou.

Le Dr H. Mayet expose quelques innovations à apporter à la thérapeutique, depuis longtemps admise comme classique, dans les épanchements traumatiques *immédiats* du genou.

En effet, grâce à une technique aseptique rigoureuse, facilitée par certains procédés complémentaires, nous ne devons, dit l'auteur, jamais avoir peur d'ouvrir une articulation qui réclame de nous des soins particuliers et efficaces, auxquels est lié le retour rapide et complet de la fonction.

A plus forte raison, nous n'avons rien à craindre, dans d'autres cas, d'une ponction avec un gros trocart permettant l'évacuation d'un épanchement.

Enfin, lorsque le traumatisme remonte déjà à quelques jours ou quelques semaines, et lors même qu'il se perd dans une étiologie incertaine, la ponction et l'aspiration du liquide articulaire doivent entrer dans la pratique courante comme la ponction du péritoine, de la plèvre ou du canal médullaire. Cette ponction suivie d'un examen cytologique, microscopique et bactériologique devient alors un élément précieux de diagnostic et un guide excellent pour le traitement.

1° Hémarthrose importante à production rapide. S'assurer que les segments osseux sont intacts et que l'hémarthrose n'est pas autre chose que l'expression de lésions graves profondes. Seule, une arthrotomie précoce — pour certains, même dans le cas de fracture — débarrassera l'articulation de ses gros caillots et de l'épanchement sanguin, permettant une exploration des ménisques et franges synoviales ; écouvillonnage minutieux et lavage étendu à l'éther, enfin suture soignée des différents plans. fibreux et aponévrotiques. Drainage inutilee Mobilisation vers le 4e ou 5e jour. Reprise total de la fonction en 2 ou 3 semaines ;

2° Léger gonflement immédiat, et dès le lendemain ou le surlendemain, épanchement articulaire considérable. Ce deuxième type bénéficie également de l'arthrotomie précoce, surtout en vue de la guérison rapide. Cependant on peut y substituer la ponction avec gros trocart, l'aspiration et le lavage de l'articulation à l'éther. Jamais d'abstention avec compression et immobilisation prolongée, qui entraîne une longue durée de la lésion, suivie d'atrophie musculaire. Huit ou dix jours plus tard, on permet la marche, la jambe étant maintenue raide dans un appareil silicaté. Guérison en 4 à 5 semaines ;

3° L'épanchement n'atteint jamais de grandes proportions ; il ne se constitue qu'en 24 ou 48 heures. Toute hydarthrose traumatique, qui n'a pas disparu par l'immobilité articulaire en 6 ou 7 jours est justiciable de la ponction, avec gros trocart pour mieux vider un liquide floconneux et visqueux ; lavage avec une petite quantité d'éther (2 à 3 cm.) qu'on évacuera soigneusement. Il y a une petite réaction articulaire ; immobilisation durant 7 à 8 jours, et flexion permise quand on est certain que le liquide ne se reproduira plus. Ainsi traitée, l'hydarthrose traumatique banale ne traînera plus des semaines et des mois, mais une quinzaine de jours, dont huit jours à peine d'immobilisation complète. L'atrophie musculaire sera réduite au minimum. (*Journal des Praticiens*, 21 février 1925.)

Les hémoptysies non pulmonaires.

Certains malades présentent des hémoptysies, et, sans tuberculose pulmonaire, ils sont atteints d'affections bénignes qu'il importe de dépister.

Celles-ci peuvent être des varices de l'hypopharynx (suite de diathèse variqueuse ou de gêne de la circulation jugulaire par des affections de la base du cou — adénopathies, goitres — ou du médiastin — péricardite, dilatation du cœur droit, anévrysme de la crosse). Ce peut-être encore une laryngite hémorrhagique ou des papillomes saignants de la trachée.

Or, les hémoptysies supra-pulmonaires ont des caractères qui permettent de les distinguer des hémoptysies pulmonaires.

D'après L. Dufourmentel, leur courte durée, leur répétition, l'absence de symptômes généraux, et en particulier de la fièvre, ne suffisent pas à les différencier. Mais l'aspect du sang, qui peut ne pas être aéré, qui souvent est noirâtre, est important à noter, et, signe capital, le rejet de sang cesse complètement quand l'hémorrhagie cesse. Au contraire, il est habituel que des crachats noirâtres soient encore rejetés pendant 24 ou 48 heures après une hémorrhagie pulmonaire.

L'importance des constatations laryngo-bronchoscopiques est grande ; elles modifient du tout au tout la valeur séméiologique de l'hémoptysie et en renversent les conséquences pronostiques et thérapeutiques. Il n'est pas douteux que des malades sont soignés comme tuberculeux, isolés, éloignés, condamnés au repos complet, qui n'ont que des hémoptysies non pulmonaires et de causes bénignes.

Malheureusement, il est difficile de dépister ces causes sans un examen complet de l'arbre respiratoire laryngo-bronchique. (*Le Bulletin médical*, 25-28 février 1925.)

L'instillation nasale de sérum antipneumococcique dans les pneumococcies infantiles.

C'est un procédé qu'emploie systématiquement le Dr BLECHMANN dans toutes les affections infantiles, où le pneumocoque paraît en cause : rhinopharyngite, otite, bronchite, etc., sans oublier ces pneumococcémies ne se traduisant souvent chez le nourrisson que par des troubles généraux (hyperthermie marquée, simple catarrhe du cavum) sans autres signes cliniques.

L'auteur instille un mélange de sérum antipneumococcique à 10 p. cent d'une solution d'argent colloïdal 4 ou 6 fois par jour, en versant chaque fois une quinzaine de gouttes dans chaque narine. Dans les cas graves, il administre des lavements par la voie intra-rectale avec environ 10 à 15 cmc. de sérum mélangé à des sels d'argent. Cette méthode est employée jusqu'à apyrexie absolument complète.

D'une expérience de plus de 200 cas il résulte que :

a) Dans les catarrhes du cavum avec petit début d'otite et quelques râles fins à l'auscultation, on constate en certains cas une véritable sidération observée par des mères attentives, et si nette que, d'elles-mêmes, elles reprennent l'usage du sérum en cas de rechute.

b) Dans les broncho-pneumonies d'intensité moyenne, l'allure a paru moins irrégulière ; dans les pneumopathies à forme grave, à tendance capillaire, il y a eu des résultats favorables tout en ne négligeant pas la médication révulsive, l'oxygène et l'huile camphrée ; dans les pneumococcémies prolongées à grandes oscillations, le sérum paraît avoir accéléré l'évolution vers la guérison.

Cette méthode ne prétend naturellement pas se substituer au traitement habituel ; c'est une médication adjuvante bien acceptée par la famille, et qui ne présente ni les inconvénients, ni la fréquence des accidents de la sérothérapie par l'aiguille. (*L'Hôpital*, février 1925, A.)

La pathogénie de la crise d'asthme et son traitement par la belladone totale.

La crise d'asthme, dit le Dr NIGOUL-FOUSSAL, véritable accès d'hypervagotonie, est souvent liée à une sensibilisation de l'organisme, et représente un phénomène anaphylactique. Mais, il faut bien se garder de généraliser cette étiologie.

« Une irritation des filets sensitifs de la pituitaire, une épine tuberculeuse pulmonaire ou pleurale peuvent être le point de départ d'un réflexe provocateur de crises dyspnéiques, et le traitement de la cause suffit alors à modifier, sinon à faire disparaître, le symptôme. »

L'auteur insiste sur la fréquence de la tuberculose et d'une lésion tuberculeuse méconnue, parce que silencieuse, à l'origine de la crise d'asthme.

Quelle que soit d'ailleurs, la cause provocatrice du réflexe dyspnéique, une notion reste acquise : *la crise d'asthme est fonction d'hypervagotonie*, et son traitement consiste dans l'utilisation d'une thérapeutique inhibitrice de l'irritabilité du pneumogastrique. Avec Lian, Joannin et les anciens auteurs, comme Germain Sée et Trousseau, le Dr Nigoul-Foussal préconise l'emploi de la belladone car, ainsi que le dit Joannin : « la belladone est à l'asthme ce que la digitale est à l'asystolie ». Mais aux préparations galéniques, il préfère la belladone totale ou bellafoline qui représente, à l'état pur, solubles et rigoureusement dosés, tous les alcaloïdes, principes actifs de l'atropa belladona.

Parmi eux, ce qui domine, c'est, comme dans la plante elle-même, l'hyoscyamine lévogyre et non pas l'atropine ; et il est établi que la belladone totale employée à la même dose que l'atropine, possède une activité clinique deux fois plus forte.

L'auteur a pu arrêter promptement la crise d'asthme chez un grand nombre de malades par cette thérapeutique, et, il insiste sur la nécessité d'une posologie précise. « C'est, dit-il, une question de dose, et il faut attaquer le syndrome hypervagotonique par une posologie adéquate à l'intensité du spasme. »

Il faut, dans la crise d'asthme, utiliser la voie sous-cutanée ou intra-musculaire et injecter une ampoule en moyenne d'un 1/2 milligramme. Löffler a injecté deux ampoules du médicament (au total un milligramme).

Pour éviter le retour des crises, on fera prendre au malade à 7 heures du soir, et au coucher, XV à XX gouttes de belladone totale, et cela, pendant une huitaine de jours, quitte à revenir à cette dose, en dehors des crises, pendant 10 à 12 jours, par mois.

On soumettra, bien entendu, les malades au traitement causal, désensibilisation quand l'anaphylaxie est en jeu, cautérisation de la muqueuse nasale, traitement de la tuberculose, etc.

Le Mont-Dore est, en outre, à conseiller dans la plupart des cas. (*Gazette des hôpitaux*, 30 avril 1925.)

Conséquences anatomiques du pneumothorax artificiel.

M. ROUBIER a recueilli 6 observations de tuberculeux soignés par la méthode de Forlanini et dont il a pu connaître les résultats de l'autopsie. Ces 6 cas sont matière pour lui à des réflexions intéressantes.

◆◆◆◆

C'est ainsi qu'il est exact que l'on constate un processus de sclérose intense s'étant développé autour des productions caséeuses, une plèvre viscérale épaissie, fibreuse, mais aucune cicatrisation des cavernes continuant à se présenter comme des cavités béantes, remplies de pus épais. « On ne peut donc parler, chez nos malades, de guérison anatomique. » D'autre part, si la compression s'exerce surtout sur les parties du poumon restées indemnes, et intermédiaires aux lésions tuberculeuses, c'est à ce niveau que se développe le processus de sclérose fibreuse, encerclant les lésions. Si l'on cesse la compression à un moment où le poumon peut revenir sur lui-même, on assiste à un retour offensif de l'évolution tuberculeuse. Si l'on poursuit la compression longtemps, la sclérose s'accentue et le poumon est incapable de revenir sur lui-même.

On peut aussi assister à de nouvelles poussées tuberculeuses, dans un poumon collabé. Cependant le pneumo joue un rôle protecteur contre la granulie, quand la compression est déjà ancienne.

Enfin, tous les malades observés présentaient des lésions parfois très étendues du poumon opposé, sans caractère particulier.

Il en résulte, au dire de l'auteur, que si la méthode de Forlanini donne de brillants résultats immédiats, elle compte aussi ses insuccès. *Lyon méd.*, 26 avril 1925.)

La curabilité du cancer utérin.

On peut, selon M. Heuze, accepter comme correspondant généralement à la réalité certaines propositions. Le cancer du corps offre une gravité infiniment moins grande que celui du col. Le premier est curable par l'intervention chirurgicale dans une forte proportion de cas. Le cancer du col pris au début est curable également par l'hystérectomie abdominale ou vaginale élargie. En cas de contre-indication chirurgicale, la radiumthérapie pourra encore assurer la guérison. On a avantage à faire précéder l'acte opératoire d'une application de radium, pour stériliser la région.

On se montrera réservé dans le pronostic d'un cancer du col, à cause de l'importance de la nature de la tumeur (malignité) et de la résistance individuelle des malades. Mais si la récidive est presque constante, elle se montre assez tardivement pour que de longues survies aient pu en imposer pour une véritable guérison. Il en est ainsi notamment dans environ 30 % des cas, et les 70 % restant concernent des femmes qui se sont adressées au médecin trop tardivement. Aussi doit-on encourager les Œuvres de prophylaxie qui favorisent les diagnostics précoces et multiplient les cas définitivement curables. (*Le Scalpel*, 25 avril 1915.)

Les ictères de la syphilis acquise.

Si la réalité d'un ictère primaire est contestée, par contre, les ictères secondaires sont bien connus. Ce sont eux que M. Bonnin étudie et décrit.

L'ictère secondaire apparaît exceptionnellement avant la roséole, habituellement en pleine période secondaire, au milieu d'une efflorescence abondante de syphilides. Il dure de deux à quatre semaines, et son intensité est le plus ordinairement faible. C'est à un trouble des fonctions du foie, à une hépatite qu'il faut le rapporter.

La forme grave de l'ictère secondaire est exceptionnelle. Il débute comme le précédent, mais il persiste au-delà de la durée habituelle et prend bientôt certains caractères de malignité. C'est une hépatite nécrosante.

Il existe également un ictère secondaire hémolytique, provenant de la fragilité des globules rouges atteints dans leur vitalité par l'infection tréponémique. Il évolue en trois à quatre semaines.

Le diagnostic est à faire avec l'ictère émotif, la spirochétose ictéro-hémorragique, l'ictère catarrhal. La syphilis étant méconnue tout d'abord, il faudra, en présence d'un ictère, se demander s'il n'est pas d'origine spécifique et procéder à toutes les recherches habituelles, en se souvenant que, dans la spirochétose, la réaction de Wassermann est positive.

Il existe en outre des ictères tardifs d'origine syphilitique qu'on observe chez l'adulte. Ictère par rétention, dû à une compression des voies biliaires par une néoformation spécifique. Ictère par hépatite. Ictère hémolytique tardif. Ictère avec syndrome complexe.

Un ictère à la période secondaire est syphilitique, sauf co-existence exceptionnelle d'une autre affection ictérogène. Il doit être soigné, de même que l'ictère tardif, et cela d'une façon intensive. On se souviendra qu'il existe des ictères post-arsénobenzoliques, dont l'origine est vraisemblablement toxique dans un grand nombre de cas. Aussi, réservera-t-on, pour le traitement intensif de ces manifestations syphilitiques, le mercure et le bismuth.

« Tout ictère apparaissant chez un syphilitique sans les preuves d'une autre origine que la syphilis doit être traité. On évitera l'arsénobenzol et les arsenicaux, qui peuvent être suppléés. Le traitement mercuriel ou bismuthique, qu'il soit donné comme traitement d'attaque ou comme traitement d'épreuve, devra, ce dernier autant que l'autre, être toujours aussi intense que possible, réserve faite des tolérances individuelles à ménager. » (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 26 avril 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Conséquences d'un cas de radiothérapie profonde

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine* ; 19-5-1925.)

M. Bazy a observé un malade qui, pour des accidents assez modérés de rétention d'urine par hypertrophie prostatique, fut soumis à une cure d'irradiations profondes. Dix séances de radiothérapie lui furent faites au niveau du périnée. Il s'ensuivit, au bout d'un laps de temps assez long (un an et au-delà), l'apparition d'une dermite, d'un rétrécissement uréthral dû probablement à une induration de la muqueuse du canal et des tissus péri-muqueux, d'une cystite et d'une rectite.

L'Académie de médecine et l'hygiène sociale.

(M. Paul Cazeneuve. — *Académie de médecine* ; 19-5-1925.)

L'Académie de médecine, de par l'ordonnance royale instituant sa création, est spécialement chargée — ce sont les termes mêmes de ladite ordonnance — de répondre aux demandes du Gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique. M. Cazeneuse estime que ce rôle doit être, aujourd'hui, élargi. Sans attendre d'être questionnée par les pouvoirs publics, l'Académie, dit-il, a aussi le devoir de donner spontanément son avis sur les questions d'hygiène et de médecine sociales. L'auteur loue, à ce point de vue, l'initiative prise récemment par le professeur Balthazard à propos du projet de loi sur les assurances sociales, et le vote académique qui s'en est suivi.

La capillaroscopie, en physiologie et pathologie.

(M. A.-C. Guillaume. — *Académie de médecine* ; 19-5-1925.)

M. Guillaume s'est spécialisé depuis quelques années dans l'étude physio-pathologique des petits vaisseaux sanguins. Il a d'abord imaginé une série d'instruments destinés à l'examen *clinique*, chez l'homme, des vaisseaux capillaires.

Son *capillaroscope* est formé d'un système optique grossissant et s'applique après avoir déposé sur la peau une mince couche d'un liquide réfringent, l'huile de cèdre par exemple. Il s'emploie à la fois pour la peau et pour les muqueuses.

Au capillaroscope, M. Guillaume a adjoint un analyseur chromatique,pour apprécier la couleur du sang circulant et partant sa richesse en hémoglobine, un oculaire spectroscopique, un appareil de mesure de la pression capillaire et un dispositif photographique des capillaires cutanés.

Avec ces différents instruments, l'auteur s'est appliqué à préciser l'état normal de la circulation capillaire, au niveau de la peau et des muqueuses, et son état pathologique. Il a pu établir déjà une série de syndromes microangioscopiques, caractéristiques de la vaso-constriction, de la vaso-dilatation, et de la stase veineuse par gêne apportée au retour veineux du sang.

Sans que des conclusions précises soient encore apportées à ces études, il y a lieu de penser que l'on trouvera là des notions intéressantes pour la connaissance des dermatoses en général, des troubles trophiques, pigmentaires, pileux, des névroses vaso-motrices, etc.

La vaccination pré-opératoire.

(M. Blanco-Acevedo, de Montevideo. — *Académie de médecine* ; 19-5-1925.)

Les complications infectieuses restent encore une des grosses menaces qui assombrissent le pronostic des opérations. Avec l'asepsie, le facteur infectieux exogène se trouve réduit à des proportions tout à fait minimes. Le facteur endogène, le réveil de germes microbiens latents dont le malade lui-même est porteur, persiste encore et se montre souvent à la base des grands accidents post-opératoires : pneumonies, embolies, infections générales, etc. Ne peut-on pas lutter contre cet élément endogène comme on le fait contre l'élément exogène ? M. Blanco-Acevedo, professeur à la Faculté de Montevideo, s'est efforcé d'y parvenir par une vaccination préventive, pré-opératoire.

On sait que des essais de ce genre ont été poursuivis, en France, par Lambret, de Lille, par Pierre Duval, et d'autres auteurs. M. Blanco-Acevedo a recours à la vaccination pré-opératoire non pas pour certaines opérations seulement, mais d'une façon pour ainsi dire systématique. Il utilise un vaccin préparé d'après les principes établis par le prof. Pierre Delbet, vaccin polyvalent (staphylocoques, streptocoques, pyocyanique). Il fait faire, par voie souscutanée, trois piqûres de 2 à 4 cent. cubes avant l'intervention, laissant entre elles un intervalle de trois jours. Sauf urgence, l'opération n'est pratiquée que trois jours également après la dernière injection. La réaction générale qui suit la piqûre n'est pas une entrave à la méthode : elle traduit, semble-t-il, l'efficacité de la vaccination.

L'auteur présente ensuite une statistique extrêmement favorable, portant sur quatre années et sur 389 laparotomies faites après vaccinations pré-opératoires. Cette statistique comporte décès : 0 ; phlébite : 0 ; embolie : 0. Il s'est agi de grandes opérations gynécologiques (220 hystérectomies pour salpingites ou fibromes, 15 Wertheim, etc.).

— M. J.-L. Faure signale tout l'intérêt de la com-

munication de M. Blanco Acevedo. On peut émettre l'espoir, ajoute-t-il, que nous sommes sur la voie qui nous permettra d'échapper enfin aux complications infectieuses qui restent encore comme le dernier obstacle dressé sur notre chemin.

Traitement de la syphilis par voie buccale : le tréparsol

(MM. CH. FLANDIN et CLÉMENT SIMON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-3-1925.)

Le traitement de la syphilis par voie buccale qui, depuis une quinzaine d'années, était tombé en désuétude, semble recueillir à nouveau quelques suffrages avec l'avénement de certains arsenicaux nouveaux : le stovarsol et le tréparsol. Le tréparsol, en particulier, expérimenté depuis deux années par M. Clément Simon, paraît donner des résultats plus particulièrement intéressants, les recherches de cet auteur ayant reçu l'approbation de nombreux syphiligraphes, en France et à l'étranger.

MM. Flandin et Cl. Simon présentent aujourd'hui une vue d'ensemble de la méthode et une série d'observations recueillies à la Salpêtrière et à l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

M. Simon signale d'abord les expériences qu'il a faites avec M. Hauduroy sur la toxicité du tréparsol (qui est peu considérable chez l'animal) ; celles qu'il a poursuivies avec M. Séguin concernant l'action du médicament sur deux maladies animales qui se comportent, d'après Ehrlich, à l'égard des agents thérapeutiques, comme la syphilis : le nagana des souris et la spirillose des poules.

Les essais chez l'homme atteint de syphilis ont montré que le tréparsol *per os* amenait une cicatrisation du chancre en quelques jours habituellement, une épidermisation des plaques muqueuses en 3, 4, 8 jours, la disparition de la roséole en 3 à 12 jours, un abaissement rapide, en quelques semaines, du Wassermann. A la période secondaire, par exemple, une seule série d'un mois et demi à deux mois a suffi dans la presque totalité des cas (15 sur 17, soit 88 %) à négativer la réaction : ceci représente un échec sur 8, 5, alors que André Léri et Tzanck donnent, pour le bismuth, un échec sur 4, 3, et, pour le 914, un échec sur 6. Dans la syphilis tertiaire, les effets paraissent également bons. Les résultats éloignés, enfin, semblent comparables à ceux obtenus avec le 914.

La posologie du tréparsol n'est pas encore tout à fait fixée. M. Cl. Simon prescrit le médicament quatre jours consécutifs ; puis arrêt de trois jours (temps nénécessaire à l'élimination), reprise, et ainsi de suite pendant deux ou trois mois. La dose varie de 0 gr. 25 à 1 gr. 25 par jour (en moyenne, 3 comprimés de 0 gr. 25, en commençant par un comprimé pour tâter la susceptibilité du sujet), prise en une fois avant le petit déjeuner du matin, ou en plusieurs fractions dans la journée. On renouvelle les séries en se basant sur les manifestations cliniques et sérologiques et l'on peut, il va sans dire, combiner le tréparsol aux autres anti-syphilitiques, 914, bismuth, mercure.

La tolérance est généralement remarquable. Il se produit cependant, parfois, des incidents : diarrhée, peu gênante à l'habitude, cédant au besoin à l'opium ; céphalée, éruptions cutanées, qui obligent quelquefois à cesser le traitement. Fernet est le seul à avoir rapporté un cas de crise nitritoïde. On peut noter de petites réactions thermiques, surtout dans les syphilis anciennes.

MM. Flandin et Simon concluent ainsi :

Le tréparsol, peu toxique chez l'animal, est efficace dans le nagana des souris et la spirillose des poules, maladies sensibles aux mêmes médicaments que la syphilis. Chez l'homme, il s'emploie exclusivement par la bouche. Son action sur les manifestations primaires, secondaires et tertiaires est comparable à celle du 914 en injections intra-veineuses. Dans la syphilis viscérale, il paraît très bien toléré, à condition de commencer par des doses faibles. Il est également d'un usage pratique dans l'hérédo-syphilis.

En définitive, par son activité, sa faible nocivité, sa simplicité d'administration (voie buccale), le tréparsol réaliserait un progrès intéressant dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes, et permettrait de revenir, dans une certaine mesure, tout au moins, aux cures par voie digestive.

— M. MARCEL PINARD estime que l'emploi du tréparsol, comme de tous les arsenicaux, a besoin d'une surveillance médicale minutieuse.

Stéatonécrose du sein.

(M. LECÈNE. — *Société de chirurgie* ; 11-3-1925.)

La stéatonécrose du sein se traduit par la formation de tumeurs circonscrites dues à une nécrose graisseuse et à une dissociation de corps gras. Elle a été signalée par Lanz (de Berne), Kutner, Lee et Adair, etc. Les observations n'en sont pas, à ce jour, très nombreuses.

M. Lecène a eu l'occasion d'en rencontrer deux exemples.

Le diagnostic fait, en pareille circonstance, est, en général, celui de tumeur maligne et c'est l'examen histologique de la lésion qui vient déceler sa nature.

La stéatonécrose a souvent pour origine un traumatisme, qui provoque une nécrose adipeuse, une réaction ambiante ; réaction banale qui apparaît aussi après certaines injections (vaselinomes, etc.).

— M. RAYMOND GRÉGOIRE signale la difficulté du diagnostic de ces tumeurs. En cas de doute, avant d'enlever le sein, on fera une ablation locale suivie d'examen microscopique. Toutefois, il s'agit d'une affection rarissime et il ne faut guère compter avec elle en pratique.

Cancer thyroïdien et sérum antithyroïdien.

(MM. AUVRAY et COULAUD. — *Société de chirurgie* ; 11-3-1925.)

Chez une femme atteinte de tumeur thyroïdienne avec syndrome basedowien, M. Auvray a eu recours

au sérum antithyroïdien de Coulaud, sérum obtenu en injectant dans les veines du mouton des émulsions de corps thyroïde. Chez cette malade, la tumeur et les adénopathies régressèrent, ne laissant pour ainsi dire plus de trace. Une récidive traitée de la même façon s'amenda aussi rapidement.

Appendicite et grossesse tubaire.

MM. Tussau, de Lyon. *Société des chirurgiens de Paris* ; 1-5-1925.)

Segond, jadis, dénonça ce qu'il nomma le « flirt appendiculo-ovarien ou appendiculo- annexiel » attirant ainsi l'attention sur les liens pathologiques de voisinage pouvant exister entre l'appendice et la masse tubo-ovarienne droite. Il en résulta cette conséquence que les chirurgiens gynécologues partirent en guerre contre l'appendice, qu'il devint de règle courante d'enlever au cours des interventions pour lésions utéro-annexielles.

Une réaction, il est vrai, se produisit dans la suite. Divers auteurs rejetèrent l'ablation systématique d'appendices non lésés et Wertheim entre autres résumait ainsi sa critique : « Là où il n'y a pas de maladie, le médecin n'a rien à faire, et là où il n'y a pas d'indication, il faut éviter d'intervenir ».

Mais voici, dit M. Tussau dans un travail présenté par M. Blanc, que l'obstétrique ramène aux gynécologues l'appendice qui semblait s'échapper de leur domaine. Pour l'auteur, la grossesse ectopique affecte assez facilement le masque de l'appendicite, se terminant alors par une inondation péritonéale prise pour une péritonite foudroyante appendiculaire. La suppression des règles qui devrait caractériser la grossesse tubaire n'est pas toujours bien nette, sans compter que sur ce point on se heurte quelquefois, comme le fait observer Cestan « aux protestations indignées de veuves incorrectes ou aux dénégations formelles de demi-vierges. »

Commentant les idées de M. Tussau, M. Blanc déclare que malgré l'opinion de Wertheim, il continue à enlever l'appendice, pour ce qui le concerne, chaque fois qu'une intervention sur la région iléo-cæcale le conduit à son niveau.

Dans les cas de diagnostic différentiel difficile entre l'appendicite et la grossesse ectopique, c'est surtout en serrant de près l'histoire des règles et des phénomènes pelviens (empâtement non douloureux et progressif dans le cul-de-sac latéral ou postérieur : signe de Solowij) que l'on parviendra à élucider le problème.

P. L.

Les Congrès

IIIe Congrès International de médecine et de pharmacie militaires

(*Suite*) (1)

Analyse du matériel de pansements et de sutures.

Par MM. le pharmacien principal Moreau, le médecin-major Le Bourdelles, le colonel médecin Al. Jonescu.

Les auteurs ont établi dans ce rapport substantiel une sorte de cahier des charges internationale fixant les desiderata que le chirurgien est en droit de formuler, en l'état actuel de la science, quant à la qualité bactériologique et physico-chimique du matériel qu'il est appelé à utiliser.

Un tel travail comporte les détails des méthodes d'investigation et d'expertise, les constantes analytiques propres à fixer la valeur des substances mises en œuvre ; nous ne donnerons, dans ce court résumé, que d'une manière très succincte, les différentes méthodes proposées, et, sans aucun commentaire, les chiffres exigibles ou les conditions les plus importantes qui ne peuvent être exprimées par des chiffres.

A. Pansements. — *Coton cardé.* — On y recherchera les débris étrangers, les fragments de graines. La longueur des fibres sera en moyenne de deux centimètres. On ne devra pas y déceler la présence de coton mort ou de fibres étrangères.

Le taux d'humidité ne devra pas dépasser 9 p. 100, celui des cendres 0,15 p. 100

Coton hydrophile. — Le coton hydrophile doit être blanc, ne contenir aucune matière colorante, ni présenter de débris étrangers d'aucune sorte.

La longueur de la majeure partie des fibres doit être d'au moins deux centimètres.

Les cotons craquants sont à refuser.

Le coton hydrophile de bonne qualité doit s'enfoncer immédiatement dans l'eau sur laquelle on le dépose. Il doit présenter un coefficient d'absorption égal à 18 ; il doit être neutre. Il ne doit pas céder plus d'un millième de son poids de principes solubles à l'eau distillée chaude. L'extrait aqueux ne doit contenir que des traces infimes de sels décelables par le chlorure de baryum, l'azotate d'argent, l'oxalate d'ammoniaque. L'extrait alcoolique ne doit pas dépasser 0,50 p. 100 ; l'extrait éthéré 0,30 p. 100. L'humidité ne doit pas dépasser 8 p. 100 et les cendres 0,30 p. 100.

(1) Voir *Concours Médical* nos 20, 21, 22, 24 et 25 des 17, 24, 31 mai, 14 et 21 juin 1925.

Il ne doit pas contenir traces de chlore ou d'hypochlorite.

L'indice de cuivre déterminé comme il est dit dans le rapport ne doit pas être supérieur à 2. L'indice de furfurol (évaluation des oxycelluloses) ne doit pas être supérieur à 8.

On doit refuser le coton hydrophile provenant de linters ou de l'effilochage de tissus. Les cotons régénérés dans les conditions décrites dans le rapport peuvent être employés en toute sécurité.

Ouate de tourbe. — L'ouate de tourbe doit être de la qualité fine du commerce, homogène, sans « pailles » ni masses de produits chimiques ; elle doit présenter des fibres d'une longueur supérieure, e n général, à deux centimètres. L'humidité ne devra pas être supérieure à 13 p. 100 et les cendres à 1 p. 100.

Elle retient, dans un essai d'imprégnation, environ 4, 5 fois son poids d'eau L'extrait aqueux ne sera pas supérieur à 0,40 p. 100.

Ouates de cellulose. — L'ouate de cellulose sera constituée uniquement de fibres cellulosiques isolées qui ne devront pas avoir moins de 10 millimètres de long.

L'indice de cuivre ne sera pas supérieur à 3,5. Le pouvoir absorbant pour l'eau doit être voisin de 8.

Traitée par l'eau bouillante, elle ne doit céder à celle-ci que des traces de produits solubles ; l'eau de coction doit être neutre et ne pas contenir de chlorures décolorants

L'humidité ne sera pas supérieure à 9 p. 100 et les cendres à 0, 3 p. 100.

Gaze hydrophile. — Sa couleur sera d'un blanc parfait, sans addition de couleurs compensatrices. L'appréciation du duitage en chaîne et en trame se fera de préférence en comptant le nombre de fils au mètre linéaire dans la chaîne et dans toute la largeur de la pièce pour la trame. Le poids du mètre carré et la résistance à la traction, en chaîne et en trame (moyenne de trois opérations) devront correspondre aux conditions des marchés. L'autoclavage pendant vingt minutes et deux atmosphères ne devra faire baisser cette résistance que de quelques centièmes.

Par ébullition avec de l'eau distillée, dans des conditions définies, on doit obtenir un liquide neutre, ne colorant pas le papier ioduré amidonné et ne se colorant pas lui-même en bleu (même après concentration) par l'eau iodée. Ce même liquide ne devra donner qu'un louche extrêmement faible avec les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de baryum ou d'oxalate d'ammoniaque. Il ne devra pas donner un extrait aqueux supérieur à 0,25 p. 100 du poids de la gaze qu'il représente. Cet extrait aqueux ne devra pas contenir plus de 30 p. 100 de matières fixes, ni d'autre part donner les réactions de la gélatine.

Les gazes bleuissant à l'eau iodée ne doivent pas être systématiquement déclarées inacceptables si elles répondent aux essais décrits ci-dessus.

La gaze hydrophile ne doit pas contenir plus de 8 p. 100 d'eau, ni donner plus de 0,3 p. 100 de cendres. Elle doit s'immerger immédiatement quand on en projette un morceau sur l'eau. Mouillée par ce liquide, elle doit, après égouttage, en retenir au moins cinq fois son poids et deux fois ce même poids après expression modérée faite à la main

Gaze apprêtée. — La gaze apprêtée devra répondre à des conditions de duitage et de résistance dynamométrique définies par un cahier des charges, qui seront vérifiées comme pour la gaze à pansement.

L'humidité (dans les gazes amidonnées à 15 à 30 grammes d'amidon au mètre carré) ne devra pas être supérieure à 8,50 p. 100 et les cendres à 0,5 p. 100, sauf dans le cas où l'apprêt contient des matières minérales fixes (kaolin par exemple).

On appréciera la quantité d'apprêt, si ce dernier est de l'amidon (cas le plus général), par un dosage de sucres réducteurs provenant de l'hydrolyse de cet amidon dans des conditions déterminées par le rapport.

Gazes et cotons médicamenteux. — En cas d'établissement de marché, on exigera que les paquets portent la date de fabrication du produit, on vérifiera à la livraison leur poids (quelquefois on vend au poids brut pour net), on vérifiera aussi que la substance médicamenteuse ne se détache pas du substratum. Le duitage et la résistance à la traction de ce dernier ne manqueront pas d'être déterminés ; la résistance à la traction peut baisser rapidement dans certaines gazes.

Au point de vue chimique, on fera quelques réactions d'identité ; on vérifiera l'égale répartition de la substance médicamenteuse. Le principe actif sera titré par les procédés donnés dans le rapport.

En raison de la difficulté reconnue d'obtenir un produit à titration exacte, on pourra admettre une certaine tolérance sur le titre, tolérance allant de 1 à 3 p. 100 du poids de la substance active, selon la gaze considérée.

Bandes à pansements. — Les bandes à pansements, en général, seront examinées au point de vue de caractères et de qualités qu'elles doivent toutes présenter, quelle que soit leur nature. Plus spécialement :

Les bandes en *gaze à pansement ordinaire* comporteront des essais, quant à leur tissu, analogues à ceux de la gaze elle-même ; elles devront, en plus, répondre à des exigences primordiales de résistance dynamométrique.

Les *bandes de toile*, les *bandes de flanelle*, devront être faites en tissus pur lin ou pure laine. La vérification de la nature de la fibre précèdera celle de la résistance dynamométrique et du duitage.

Bandes de crêpe. — On appréciera la valeur de leur élongation sous l'influence d'un poids tenseur déterminé (500 grammes par exemple), et l'importance de leur élasticité par la considération de leur longueur

après tension prolongée pendant huit jours. Cet essai sera fait aussi sur les bandes après lavage. On exigera avant et après lavage, les qualités définies dans le rapport.

Leur teneur en eau ne devra pas dépasser 10 p. 100, La proportion de laine dans le tissu ne sera pas inférieur à 27 p. 100.

Pansements gras. — On devra exiger que ces pansements soient contenus dans des boîtes exactement closes. Le tissu sera à mailles larges ; le corps gras imprégnant ne devra pas obstruer les mailles du tissu, il devra fondre au-dessous de 37°, il ne devra pas rancir et être uniformément réparti.

Linge pour pansement. — Le linge pour pansement (champs opératoires, compresses, bandages divers) sera fait le plus souvent en toile de lin. On s'assurera donc de la nature des fibres constituant le tissu. Le duitage et l'essai dynamométrique devront correspondre aux exigences du marché d'achat. Le taux d'humidité ne devra pas dépasser 12 p. 100.

Ces mêmes linges à pansement peuvent d'ailleurs être confectionnés en tissu de coton qui sera examiné de même.

Bandes de sparadrap adhésif. — On vérifiera que, tout en étant adhérentes sur la peau, ces bandes peuvent s'en détacher par simple traction. On s'assurera qu'elle ne collent pas à elles-mêmes.

On vérifiera, d'autre part, que le poids de la masse emplastique est bien celui exigé par le marché d'achat. La teneur en caoutchouc de cette même masse emplastique pourra être déterminée ainsi que celle du principe actif, le cas échéant.

Liquides adhésifs. — Les liquides adhésifs seront constitués par des solutions de résines neutres dans un solvant volatil. Elles devront laisser sur l'épiderme une couche adhérente, non rétractile, ne s'éraillant pas et ne produisant pas d'irritation. Pour ces préparations, plutôt extemporanées, l'analyse n'aura qu'à intervenir dans la vérification de la pureté des constituants.

Tissu imperméable pour pansements. — L'analyste aura à vérifier le poids au mètre linéaire, les dimensions et la nature du tissu, privé de son enduit. Il vérifiera, d'autre part, la composition de cet enduit, éprouvera sa solidité, son imperméabilité et déterminera son poids ainsi que celui de la poudre minérale qui le recouvre. Tous ces chiffres devront correspondre à ceux qu'exigeront les marchés d'achat.

Paquet de pansement individuel. — L'analyste ayant à donner une opinion réclamera :

1° Un paquet peu encombrant (comme poids, volume et forme), avec

2° Des éléments cependant suffisants pour un pansement d'attente ;

3° Le paquet devra pouvoir être facilement déplié ; ses constituants seront disposés de la façon la plus commode pour l'emploi ; ils seront tous solidaires ;

4° Ces mêmes constituants répondront aux essais de qualité, exigés d'autre part des gazes et cotons ;

5° Ils seront stériles et la nature de l'enveloppe imperméable sera telle que l'asepsie (quand le paquet n'est pas contenu dans une boîte métallique hermétique) devra pouvoir être tenue indéfiniment. En conséquence, pour que cette asepsie ne soit pas un leurre, la stérilisation du paquet de pansement, lors de sa fabrication, devra être obtenue alors que le paquet aura été pourvu de son enveloppe imperméable ; ce sera là une condition à requérir des fabricants.

B. Fils chirurgicaux. — Destinés aux ligatures ou sutures.

Ils doivent tous être soumis, qu'ils soient présentés stérilisés ou non et quelle que soit leur nature, à des essais communs :

a) Vérification de leur diamètre. Il serait désirable que l'on adopte pour son évaluation une même unité. Celle se rapportant au système international des poids et mesures (unité : le dixième de millimètre) est d'un emploi facile. Nous proposons son adoption.

b) Vérification du coefficient de rupture au dynamomètre en définissant l'appareil employé, la longueur du fil sur laquelle on opère, la vitesse de traction, le taux d'humidité de l'atmosphère.

c) Vérification du coefficient d'élasticité qui se fait en même temps que celui de rupture.

Catguts. — Les cordes à catguts ou les catguts stérilisés vérifiés comme diamètre devront présenter, d'autre part, une résistance dynamométrique minima à déterminer. Cette détermination sera primordiale ainsi que celle de leur parfaite asepsie (pour les catguts présentés comme stériles).

Les cordes destinées à être conservées ne devront pas contenir d'acide sulfurique libre.

Le taux de leurs cendres ne devra pas dépasser 1,30 p. 100.

Les catguts imprégnés de matières médicamenteuses ne devront pas céder traces de celles-ci à l'eau.

Crins de Florence. — La vérification de leur diamètre, de leur résistance à la rupture, de leur élasticité, se fera comme pour les catguts.

On vérifiera, d'autre part, leur nature en vue d'une substitution peu probable.

Les caractères physiques (coloration, résistance à la traction, etc.) permettront d'éliminer les crins trop vieux.

Les crins présentés comme stérilisés devront répondre aux essais de vérification de cette qualité.

Fils de lin. — Les fils de lin seront vérifiés, quant à leur identité, puis au point de vue de leur diamètre, de leur degré d'humidité et surtout de leur résistance à la rupture.

On s'assurera en outre de la complète asepsie des fils présentés comme stériles.

Soies chirurgicales. — Les soies chirurgicales comprennent la soie floche et les soies tressées.

La soie floche est constituée par deux fils de soie élémentaire réunis par une faible torsion (fils de trame).

La vérification de la nature du fil est primordiale ; elle se fera par des essais de solubilité dans des réactifs appropriés, par un essai de combustion, par l'examen microscopique.

Les charges seront recherchées par l'essai du « décreusage ». La perte au décreusage ne devra pas être supérieure à 30 p. 100 du poids de la soie séchée jusqu'au poids constant.

L'humidité ne sera pas supérieure à 15 p. 100, les cendres à 1 p. 100.

Le taux d'azote ne sera pas inférieur à 17 p. 100 (dans la soie séchée jusqu'à poids constant).

La recherche de fils de schappe devra être négative.

Les *soies tressées* seront vérifiées quant à leur diamètre, à leur taux d'humidité (15 p. 100 au maximum), à leur poids de cendres (1,1 p. 100 maximum). Après s'être assuré de l'identité du fil, on constatera que la perte au décreusage est à peine de quelques centièmes, ces soies devant être décreusées et non chargées. Les fils de schappe ne seront pas admis.

Les soies tressées doivent présenter une grande résistance à la rupture et un taux d'élasticité qu'on évaluera. L'asepsie des soies présentées comme stériles devra être absolue.

Fils métalliques. — Les fils métalliques doivent répondre à des compositions chimiques que l'analyste aura à déterminer. La vérification du calibrage, de la résistance dynamométrique et surtout de la souplesse (traction sur boucle et essai de rupture par pliages répétés) seront à étudier. Une mise au point s'impose pour ces différentes qualités.

Contrôle de la stérilisation. — On utilisera, selon les cas, le contrôle chimique et le contrôle bactériologique, qui se prêteront un mutuel appui.

Le tube-témoin chimique est d'un emploi aisé ; sa lecture peut se faire dès la sortie de l'autoclave, et sans qu'il soit besoin d'un laboratoire. Il se prête donc à une utilisation généralisée : il est possible de munir, par exemple, chaque pansement de guerre d'un tube-témoin.

Il offre cependant des inconvénients qui limitent son usage. Son emploi est réservé à la stérilisation par la chaleur · sa lecture est parfois un peu délicate : il importe de ne pas prendre un simple changement de coloration comme indice de la fusion.

Enfin le test n'indique que la température maxima atte nt e ne renseigne pas sur le temps pendant lequel elle a été maintenue. Il n'offrira donc pas de garanties comparables à celles de l'examen bactériologique.

L'examen bactériologique ne peut être généralisé ; il sera indiqué plus particulièrement dans les cas suivants :

Dans le contrôle de la stérilisation par les antiseptiques ; il est bien évident que seules les méthodes bactériologiques trouvent leur emploi.

Lorsque l'on expérimente une technique nouvelle, un appareil non encore éprouvé, l'on ne saurait se contenter du tube-témoin. Il est nécessaire de joindre au test chimique l'appui concordant du contrôle bactériologique.

Ce contrôle est encore indiqué lorsqu'il s'agira de vérifier la stérilité secondaire des pansements. Il est utile, par exemple, de reviser de temps à autre la stérilité des pansements de guerre dans les approvisionnements ; l'étanchéité de l'enveloppe peut être insuffisante pour protéger le contenu des contaminations microbiennes.

Un essai de ce genre a été pratiqué récemment au Maroc par Jarry. Des pansements A, B, C, conservés en cantine, étaient restés stériles. Des pansements individuels, portés en campagne pendant plusieurs mois par des Sénégalais, se montrèrent périphériquement très souillés : une amélioration de l'empaquetage du type actuel apparaît donc nécessaire.

Dans le cas du catgut, les expertises bactériologiques sont particulièrement indispensables ; elles doivent être multipliées et n'ont de valeur que pour un lot examiné. Toutes les méthodes doivent être mises en œuvre : ensemencements de fragments de corde, emploi au besoin de l'inoculation.

Lorsqu'il s'agira de fils à suture autres que le catgut ou de matériaux de pansements, on utilisera, selon les circonstances, l'étude d'échantillons et celle des tests bactériens. Dans ce dernier cas, la connaissance des caractères biologiques des germes sporulés, et particulièrement des variations de résistance que l'on constate entre les spores d'une même espèce, en fonction de la race, de l'individu, du milieu, doit inciter à préférer, aux cultures pures ne contenant que la spore d'une seule espèce, des tests polyvalents réunissant diverses espèces et diverses souches.

On prendra toutes précautions dans la lecture des résultats, pour éviter les erreurs provoquées par l'action empêchante des antiseptiques.

L'observation des milieux de culture sera prolongée le plus possible dans les limites compatibles avec la pratique, particulièrement lorsqu'il s'agira du catgut.

(*A suivre.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES

C'est avec un grand intérêt que je viens de lire «La Question des assurances sociales », livre édité chez Alcan et dont l'auteur est A. Rey, délégué à la propagande à la Confédération générale du Travail.

Il est utile que nous autres médecins, nous puissions sortir de temps à autre de notre tour d'ivoire, pour savoir ce qu'on dit de nous, dans les milieux non médicaux. Cela peut souvent nous éviter des discussions oiseuses, autant qu'inutiles et irritantes, parce que partisans ou adversaires du projet de loi sont mal renseignés ou peu documentés.

Or, de la lecture du livre de Rey, il ressort que notre situation, à nous médecins, est de deux ordres.

Comme citoyens, nous avons le droit et le devoir d'exprimer notre façon de penser, dans les milieux politiques, que nous pouvons fréquenter. Comme électeurs, nous pouvons accorder, ou refuser notre voix au candidat qui, dans son programme électoral, se déclare prêt à soutenir ou à combattre le projet de loi sur les assurances sociales.

Chacun de nous peut se faire une opinion et se demander, avec Rey, si ce n'est pas dans le monde entier que résident le trouble et l'instabilité des rapports économiques et que s'étendent les plus légitimes motifs d'inquiétude.

Suivant l'exemple d'autres nations, la France ne doit-elle pas aborder à son tour le problème : « faire que les travailleurs soient garantis contre les divers risques sociaux, qu'ils aient la certitude réconfortante d'avoir toujours, en cas d'invalidité, due à la maladie, à l'accident, à la vieillesse, à la fois les soins et les secours, qui leur permettront de subvenir à leurs besoins. »

La politique française doit-elle rester individualiste et laisser chacun se débrouiller, selon les hasards de la naissance, puis de la fortune ; doit-elle au contraire prendre en considération une revendication de la CGT : « Il est essentiel que soient tout d'abord prises ou amplifiées les mesures d'éducation, de prévoyance et d'assurance. La sécurité des individus est plus nécessaire encore que la sécurité des biens.

« La pleine activité morale et matérielle des hommes est plus féconde en résultats que la mise en valeur des choses.

« En conséquence, rien ne doit être négligé, pour que la société dispense à chacun le plein développement de ses facultés intellectuelles, pour que, par des mesures de prévoyance, elle préserve contre l'alcoolisme, le taudis, le surmenage et, par l'assurance sociale, elle garantisse contre le chômage, la maladie, l'invalidité, la vieillesse, tous les membres de la classe ouvrière. »

Mes confrères excuseront ces citations, empruntées au livre de Rey, mais, sans prendre parti pour ou contre, puisqu'au *Concours médical*, nous nous refusons toujours de faire de la politique, je me permets d'attirer l'attention de nos lecteurs sur le côté professionnel de la question des assurances sociales.

Comme citoyen, un médecin peut avoir une opinion sur l'opportunité et l'utilité du projet de loi ; mais, comme praticien, il doit considérer le problème d'un tout autre point de vue et, pour savoir ce que pensent de notre rôle les ouvriers, futurs bénéficiaires de la loi, lisons les pages que Rey a consacrées au service médical des assurances sociales.

Dès le début, nous sommes quelque peu malmenés, parce que certains médecins ont écrit, à la légère, ou ont parlé en public contre les assurances sociales, sans s'être, au préalable, suffisamment documentés, pour bien connaître la question.

Et Rey rappelle les préoccupations des auteurs du premier projet : « A ne se préoccuper exclusivement que de réduire au strict minimum les charges financières, on risquerait de créer une sorte de prolétariat médical, constitué par des praticiens au rabais, au grand détriment de la dignité professionnelle et pour le plus grand danger de la santé des assurés.

« Admettre d'autre part que le malade puisse multiplier le nombre de ses visites et consultations et que les caisses soient tenues d'en verser le prix pour chaque visite, ce serait livrer à l'inconnu l'équilibre du budget d'assurance. »

Voilà pourquoi, au début, un tarif à forfait fut proposé aux syndicats médicaux, qui répartiraient ces sommes entre leurs membres, au prorata des actes médicaux accomplis par chacun d'eux.

En lisant le livre de Rey, constatons une grosse erreur du corps médical : dans nos discus-

sions professionnelles, nous sommes persuadés que les étrangers à notre profession sont extrêmement ferrés sur les questions de libre choix, de tiers payant, ou de secret professionnel.

Aussi beaucoup de confrères partent-ils en guerre, convaincus que les profanes à la médecine peuvent comprendre leurs arguments corporatifs.

Il n'en est rien : il faut faire progressivement l'éducation de tous ceux qui n'appartiennent pas à notre profession. Il faut leur donner des arguments, des précisions, des exemples, puis des solutions.

Au lieu de cela, les uns, parmi nous, ont fait de la politique vulgaire et non de la politique corporative. Ils se sont élevés contre le projet de loi, sous des prétextes divers, au lieu de poser autrement le problème. Etant donné que le projet de loi soit voté, comment le corps médical doit-il donner sa collaboration (autrement dit obéir à la loi) pour que nos malades soient bien soignés, pour qu'ils reçoivent une médecine honnête, consciencieuse et scientifique, pour que le niveau professionnel médical ne soit pas appelé à baisser, pour, enfin, que le praticien puisse vivre honorablement de sa profession ?

Dans son livre, Rey montre comment certains médecins ont combattu le principe même du projet de loi, en se servant d'arguments corporatifs. Il cite des textes de journaux médicaux, des discours de médecins, dans diverses sociétés médicales ou profanes.

Il discute alors certains de nos arguments, notamment ceux qui concernent l'application de la loi à l'étranger. Comme représentant les ouvriers, par conséquent les consommateurs de soins, il dit qu'en France, il faut profiter de l'expérience tentée, au dehors de nos frontières, pour faire mieux que nos voisins.

Il nous approuve, lorsque, corporativement, nous demandons le libre choix du médecin et le paiement proportionnel au travail accompli ; mais il nous demande de rester sur ce terrain purement professionnel, car les interventions intempestives de quelques médecins, qui, sans aucun mandat, laissent cependant croire qu'ils parlent au nom du corps médical, peuvent faire sévèrement juger la profession tout entière, donnant à croire, à ceux qui ont intérêt à ce que la loi soit votée, que le corps médical s'insurge contre ce que certains croient être un progrès social.

Ecoutons Rey : « Nous émettons le vœu que messieurs les médecins — et surtout ceux qui parlent en leur nom — veuillent bien consentir au moins à lire les textes, qu'ils critiquent avec tant de véhémence et parfois condamnent avec tant de suffisance. »

D'ailleurs, Rey fait un rappel de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail : « Les résultats de l'application de cette loi ne sont-ils pas de nature à nous inspirer la plus légitime confiance ? Pourtant l'abus y est à la fois facile et organisé. Facile, relativement à la fréquence des cas d'invalidité, parce que les compagnies d'assurances, dont les affaires sont suffisamment prospères, n'éprouvent pas le besoin d'exercer une active surveillance ; ce qui explique que la fraude puisse se faire au grand jour, sur la voie publique, pourrait-on dire, avec l'aide des « médecins marrons ».

Cependant le blessé consciencieux sait faire le choix d'un médecin consciencieux : « la sélection se fait entre les bons et les mauvais, grâce à la faculté maintenue aux assurés de choisir le praticien chargé de leur procurer les bienfaits de sa science ».

A la vérité, au moment de l'application de la loi, en 1898, il n'y avait pas assez de clameurs pour en prédire la faillite à brève échéance, pour proclamer que personne n'en voulait.

Et pourtant, après 27 années, cette loi est entrée dans les mœurs. Les blessés sont contents d'être soignés et de toucher une rente, en cas d'invalidité permanente partielle ; les patrons ont toute tranquillité en se déchargeant de leur responsabilité sur une assurance et en portant les primes au compte des frais généraux ; les compagnies d'assurances font de brillantes affaires et les médecins, bien que payés assez modestement par le tarif Breton, touchent des honoraires de clients que, souvent, ils auraient soignés gratuitement, ou selon le tarif de l'assistance médicale gratuite.

Abordant ensuite certains points, Rey est de l'avis du corps médical en ce qui concerne l'inviolabilité du secret professionnel, mais il s'étonne que nous menions si grand bruit autour de ce secret, qui ne lui semble nullement menacé par le projet de loi.

Ecoutons ce qu'il ajoute : « Mais, si le secret professionnel ne saurait être atteint, il est un devoir qui devra être rempli et qui comporte certaines obligations : c'est de travailler non seulement à la guérison des malades, mais à la sauvegarde de la santé publique. Il faudra bien signaler les cas, même individuels, de maladies épidémiques ; l'observation du secret professionnel ne sera tout de même pas poussée jusqu'à permettre que le choléra exerce ses ravages sur toute une population ! il faudra bien prendre toutes mesures utiles et de tous ordres pour limiter, autant que possible, la propagation des maladies transmissibles. Il faudra bien enfin poursuivre l'éducation, en cette matière, du malade et de la population.

« Jusqu'à ces dernières années, le tuberculeux était traité comme un pestiféré ; l'on s'écartait de lui avec effroi ; lui-même parfois au sacrifice inconscient de sa vie, car combien en se soignant eussent pu se sauver ! dissimulait sa maladie,

comme on dissimule encore la « maladie honteuse ».

« Ces préventions tendent à disparaître ; cet esprit déplorable s'est heureusement modifié; ce mouvement doit se continuer.

« Le secret professionnel doit être respecté, soit ! mais les malades doivent être amenés progressivement à cet état de conscience, qui permet de ne pas craindre d'avouer son mal, pour augmenter les facilités de le combattre. Les médecins contribueront beaucoup à cette éducation.

« ... Il faudra bien faciliter l'établissement de toutes statistiques relatives à la nature, au nombre, à la durée des diverses maladies, à la proportion de celles qui se sont terminées par la guérison et de celles qui ont abouti au décès ; enfin appliquer, une fois pour toutes, dans notre pays, toutes méthodes administratives et toutes collaborations, devant permettre de connaître l'efficacité des moyens de préservation et de défense de la santé publique. »

Pour ma part, bien que je sois un défenseur acharné de l'inviolabilité du secret professionnel, je ne saurais trop attirer l'attention de mes confrères sur ce point : le malade entend guérir ; mais il entend aussi ne pas être infecté par la maladie du voisin. La vie en collectivité nous conduit, bon gré ou mal gré, à une médecine collective.

Il faut donc présenter le secret professionnel comme un devoir, qui nous est imposé par le législateur, dans l'intérêt seul du malade, ou pour la sauvegarde de l'honneur des familles et non pas comme un droit, un monopole de notre profession.

En défendant le principe du secret, nous défendons l'intérêt de nos malades ; mais une juste mesure est à conserver et si, dans un intérêt collectif et social, cette obligation au secret était quelque peu diminuée, du fait d'une loi, comme par exemple, pour la déclaration des maladies contagieuses, nous aurions le devoir de discuter de l'opportunité de la mesure et non pas *a priori* de nous insurger contre elle.

Sur un autre point, les médecins, dit Rey, s'inquiètent d'être débordés par le trop grand nombre de malades, qu'ils auront à visiter chaque jour, lorsque l'acte médical sera remboursé au client.

Le contrat collectif, passé entre la caisse locale d'assurance et le syndicat médical local, étudiera les modalités d'application locale et le fonctionnement du service spécial à chaque région, ou localité.

Mais, au point de vue social, y a-t-il lieu de déplorer cette faculté qu'aura l'ouvrier à se faire soigner immédiatement, alors que, souvent, par pauvreté ou raison d'économie, il se résigne trop tard à faire appel au médecin.

« La guérison eût été assurée, si les conseils et les soins avaient été procurés dès que se sont manifestés les premiers symptômes de la maladie.

« Mais une visite coûte cher ; l'on sait qu'elle ne se terminera pas sans la rédaction d'une ordonnance encore plus coûteuse et l'indication très nette qu'un repos plus ou moins long est nécessaire. Ces éventualités effraient l'ouvrier ; il attend jusqu'au dernier moment. Quand enfin il en appelle aux connaissances du médecin, il est trop tard.

« Combien de maladies pourraient être évitées par un repos vraiment réparateur ! Combien pourraient être guéries, combien de souffrances diminuées, de deuils évités, si les affections étaient énergiquement soignées dès qu'apparaissent les premiers signes de leur existence !

« La conscience professionnelle doit normalement amener l'homme de cette science généreuse et noble, qu'est la science médicale, à souhaiter que s'établisse enfin un régime grâce auquel il ne sera plus condamné à l'impuissance par les conséquences d'une situation sociale.

« Pour lui, il ne doit pas exister des patrons et des ouvriers, des riches et des pauvres, mais des êtres humains à préserver, des malades à guérir. Il se doit de défendre l'efficacité de son action, les vertus de son dévouement, l'utilité salutaire de la science qu'il représente et les possibilités de développement des bienfaits de celle-ci contre les méfaits de la pauvreté.

« Comme conséquence de l'application de la loi d'assurances sociales, la consommation médicale sera augmentée. Les ouvriers, qui sortent chaque soir des usines, accablés de fatigues, empoisonnés par l'atmosphère viciée, se reposeront un peu plus souvent. Soyons-en satisfaits. Il en résultera enfin un sensible relèvement du niveau de la santé pubilque.

« Les vrais, les grands malades n'en souffriront pas. Une séparation bien nette s établira vite entre les deux catégories de consultants. Les premiers viendront au cabinet du docteur, pour une visite rapide de quelques minutes ; les autres se feront soigner à domicile, en attendant que, comme en Alsace-Lorraine, nos établissements hospitaliers soient assez bien aménagés pour permettre une hospitalisation plus généralisée. »

Parlant de la fonctionnarisation du corps médical, Rey stigmatise ce qu'il appelle le scandale d'Anzin : « Dans cette région, les médecins sont payés par la compagnie minière (il nous est permis de supposer que l'importance du travail qu'ils doivent fournir, sans souci des intérêts des malades, correspond à la faiblesse de leur rémunération, proportionnellement au nombre d'assurés) ; ils sont de véritables fonctionnaires ; ils font en quelque sorte partie du personnel de la compagnie. Ce n'est tout de même pas cela,

on voudra bien le reconnaître, que la loi d'assurances sociales prétend généraliser. »

Et l'auteur passe en revue un certain nombre de centres, ou d'entreprises, où le médecin est payé à forfait, engagé par le patron : donc contrat de louage de service médical, sans libre choix et il conclut que les syndicats ouvriers sont décidés à aider les médecins des caisses de secours minières et de compagnies de mines, pour qu'ils soient soumis au même régime que ceux des futures caisses d'assurances sociales.

En passant, Rey se demande : « combien sont-ils en France, les médecins qui sont totalement indépendants ? » Il passe successivement en revue les médecins marrons, les trafiqueurs de carnets médicaux, les médecins de compagnies de chemin de fer, de compagnies minières, d'entreprises industrielles et commerciales, etc.

Il rappelle aussi la lutte des syndicats ouvriers contre les docteurs qui ont charge de défendre les intérêts d'une ou plusieurs compagnies d'assurances accident. « Tous les médecins ne sont pas ainsi, certes. Mais ils sont trop ! Pourtant, il n'existe pas de loi, qui les oblige à vendre leur conscience et les intérêts des accidentés du travail aux compagnies d'assurances. »

« Reconnaissons donc loyalement que certaines conditions de règlementations et de contrôle sont nécessaires ; ne serait-ce que pour empêcher que les agissements du médecin malhonnête ne constituent une concurrence et un danger redoutable pour les intérêts du praticien consciencieux. »

L'Union des syndicats médicaux a toujours tenu le même langage : qu'il y ait ou non un tiers payant quelconque, un contrôle du malade et du médecin est indispensable au profit du tiers qui supporte les frais, que le médecin soit payé directement par son malade, ou qu'il soit rémunéré par la caisse, à l'acte médical.

Mais l'ouvrier semble craindre la tyrannie syndicale, de la part des médecins, qui, s'ils sont bien disciplinés, imposeront leurs conditions, partout où leur nombre de syndiqués permettra de traiter de puissance à puissance, avec les caisses.

Cependant, qu'il nous soit permis de dire à notre tour, avec le Dr Batier (*Le médecin d'Alsace-Lorraine*, 16 mai 1925, p. 203) que « les administrateurs de caisses n'envisagent leur caisse que comme une usine dont le rendement doit être le plus économique possible et dont le personnel, — médecins compris —, doit leur être asservi ».

Seul le syndicat médical local pourra défendre les intérêts corporatifs collectifs des docteurs d'une région et empêcher la tyrannie d'où qu'elle vienne, par suite d'accords librement discutés et consentis de part et d'autre.

L'auteur s'en prend ensuite à la mauvaise organisation de notre système sanitaire français, et en particulier, il fait le procès de la plupart de nos hôpitaux.

« Pas d'effort grandiose, pas de conceptions d'ensemble, nulle coordination des ressources et des activités, nulle adaptation aux particularités régionales, aux progrès de la science et aux nécessités sociales. La vie au jour le jour. »

Avec le Dr Grinda, l'auteur espère que les assurances sociales pourront modifier cet état de choses. Il laisse entrevoir tout un programme sanitaire : non seulement, il faudra soigner les malades et les guérir le plus vite possible ; mais il faudra aussi prévenir les maladies transmissibles, cependant qu'on devra rechercher pour les combattre, toutes les causes de morbidité.

Les caisses d'assurances devront avoir pour but immédiat de couvrir les assurés du risque maladie ; elles orienteront leurs premiers efforts vers la thérapeutique curative.

Plus tard, elles devront s'efforcer de prévenir la maladie elle-même. La conservation de la santé se révèlera comme un but, devant prendre le pas sur celui de la guérison de la maladie.

Mais si le médecin devient de plus en plus un hygiéniste, il se transformera peu à peu en un médecin social, plutôt qu'en un thérapeute individuel. La médecine curative reste uniquement individuelle ; la thérapeutique préventive sera le dernier terme de l'évolution de la médecine collective. Témoin ce qui se passe en Amérique, où des compagnies d'assurances garantissent, contre la maladie elle-même, non pas pour la guérir, mais pour la prévenir.

Certaines sociétés, pour diminuer le nombre de journées de maladies, demandent à leur corps médical d'étudier et d'expérimenter les moyens propres à lutter contre certains fléaux, la tuberculose, par exemple ; d'autres font passer des visites de santé, à dates fixes, à tous leurs assurés, sont-ils même en très bonne santé apparente (*Concours médical*, 1919 2224 : Ligue américaine, pour la prolongation de la vie).

Aux Etats-Unis, l'assurance sociale légale n'a pas sa raison d'être : l'initiative privée s'est substituée à l'Etat, dans ce but de prévoyance.

En France, au contraire, à cause de notre mentalité très individualiste, il faut souhaiter que les caisses d'assurances locales fassent, plus tard, pression, sur les pouvoirs publics, pour que l'hygiène collective soit enfin autre chose qu'une ébauche, presque un mythe et qu'en collaboration avec le corps médical organisé, le Ministère de l'hygiène, une fois rétabli, puisse obtenir du Parlement les crédits nécessaires pour faire besogne utile, pour la défense de la santé publique.

Et Rey termine son chapitre sur le corps médical, en affirmant sa conviction que c'est dans

le corps médical lui-même, ayant compris la juste notion de son devoir social, que les caisses d'assurances trouveront la collaboration la plus active et la plus précieuse.

Dans la conclusion de son livre, Rey montre la classe ouvrière venant non pas en quémandeuse, humiliée et honteuse, réclamer l'assistance gratuite ; mais revendiquant le droit à l'assurance contre tous les risques provenant du travail.

***

Je me suis borné à donner quelques aperçus rapides sur le livre de M. Rey. Cet ouvrage mériterait d'être lu par beaucoup de mes confrères, qui se hâtent souvent de discuter la loi sur les assurances sociales, sans en connaître parfaitement l'économie.

Retenons surtout ceci : c'est que la classe ouvrière fonde de grands espoirs sur la collaboration du corps médical. Point ne chaut, aux bénéficiaires, de savoir comment, ni à quel taux les médecins seront payés : c'est question de contrats collectifs.

Mais ce qui leur importe surtout, c'est de savoir que, grâce aux assurances sociales, les malades, qui ne sont pas des riches, seront soignés avec tous les perfectionnements de la science moderne, au lieu de ne recevoir souvent qu'une médecine de pauvres.

Facteurs de la production nationale, les salariés demandent à être promptement rétablis, parce que la maladie entraîne la misère au logis du travailleur.

Plus tard, une fois la loi bien assise, dans son fonctionnement, la classe ouvrière demandera aux médecins d'indiquer comment les ressources, mises en réserve par les caisses d'assurances, pourront servir, non plus uniquement à la cure des maladies, mais surtout à la lutte contre leur propagation, sinon leur survenue.

En d'autres termes, le corps médical sera convié à considérer son rôle, non plus seulement dans la médecine individuelle, mais aussi dans la médecine collective, comprenant la lutte contre le taudis, l'infection, les intoxications, les fléaux sociaux.

Une autre réflexion, pour terminer. Observons, au dedans, la discipline syndicale librement consentie. Discutons, dans nos milieux, nos opinions personnelles ; mais, au dehors, ne parlons pas au nom du corps médical, si nous n'en avons pas reçu le mandat de l'Union des syndicats médicaux.

Un médecin non mandaté, quelle que soit son éloquence, ou ses titres, ne fait connaître que sa seule opinion et non pas celle de tous ses confrères.

Aussi, devant les étrangers à notre profession, indiquons les votes émis par les assemblées générales de l'Union et surtout ne mêlons pas nos conceptions politiques personnelles, fort respectables certes, quelles qu'elles puissent être, aux directives corporatives médicales.

Sinon, on exploitera toujours contre nous cette apparence de division, car, aussi bien en matière médicale qu'en tout autre point, méditons l'adage : diviser pour régner. Si on nous divise et si nous nous divisons nous-mêmes, nous deviendrons des salariés subalternes, au lieu de devenir, par notre union, le pivot de l'application de la future loi, quelle qu'elle puisse être et les collaborateurs techniques de la lutte contre la morbidité et contre la mortalité.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. 0600

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Le Dr R. TRUELLE, médecin consultant aux eaux de Plombières et Mme, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils et cinquième enfant, Claude, 21 juin 1925.

— Le V.E.M. de l'hôpital Saint-Antoine à Châtel-Guyon. — En quittant Vichy, le 22 mai dernier, cent médecins et étudiants en médecine du cours de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine se sont rendus à Châtel-Guyon en auto-cars, sous la conduite de M. le Dr LENOIR, assisté de MM. les docteurs BRODIN et CAIN, médecins des hôpitaux de Paris.

La caravane est arrivée à Châtel-Guyon à 4 h. 1/2 et a été reçue par M. Ravel, conseiller municipal représentant la Municipalité, par M. le Dr Aine, Président de la Société des médecins de Châtel-Guyon, par le Secrétaire général de la Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon et par le Directeur de l'Etablissement thermal.

M. le Dr Aine a fait, dans la salle du théâtre, une conférence dans laquelle il a exposé rapidement la nature, le mode d'action et les indications des eaux minérales de Châtel-Guyon, ainsi que les différentes modalités thérapeutiques de la cure.

Cette conférence a été suivie de la projection d'un film représentant Châtel-Guyon et ses environs.

Après quoi eut lieu la visite en détail du Parc, des Sources et des Etablissements thermaux.

A 7 heures, un dîner, excellemment servi au Splendid et Nouvel Hôtel, a réuni tous les caravanistes sous la présidence de M. le Dr Lenoir.

Au champagne, selon la tradition, le Dr Duchesne, au nom de la Société des Eaux minérales, a dit aux assistants tout le plaisir que celle-ci éprouvait à les

recevoir et a exprimé le désir que, maintenant qu'ils connaissaient le chemin de Châtel-Guyon, où ils venaient pour la deuxième fois, ils ne l'oubliassent plus dans l'avenir.

Le Dr Aine a, dans une spirituelle improvisation, montré toute la différence qui sépare la cuisine de régime des entéropathes des menus des personnes bien portantes.

M. le Dr Lenoir a, à son tour, remercié les représentants des différents groupements Châtelguyonnais de l'accueil fait au V.E.M. de l'hôpital Saint-Antoine, et l'on s'est séparé après que l'un des membres de cette caravane eut tiré, semble-t-il, une certaine moralité de cette réception en s'écriant : « A Châtel-Guyon, si les discours ont été très peu nombreux, la chère a été par contre délicate et abondante. Vive Châtel-Guyon ! »

Et le V.E.M. est reparti par train spécial pour Paris à 22 heures.

— 19e **Voyage d'études médicales** (2 *au* 15 *septembre* 1925). — Le 19e voyage d'études médicales, organisé par le docteur Maurice Gerst, sous la direction scientifique de M. le docteur Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et de M. le docteur Rathery, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, directeur de laboratoire, à l'Institut d'hydrologie, directeur scientifique adjoint, aura lieu du 2 *au* 15 *septembre* 1925.

Il se déroulera dans les Vosges, en Alsace et en Lorraine. Comprenant au même titre que les stations françaises, les stations de langue et de culture françaises, il ira saluer nos confrères belges et luxembourgeois en visitant les Stations de Spa et de Mondorf.

L'itinéraire du 19e V. E. M. comportera la visite de : Vittel, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Bains-les-Bains, Plombières, Luxeuil, Bussang, Gérardmer, Colmar, Munster, Le Linge, Aubure, Ribeauvillé, Chatenois, Schirmeck, Strasbourg, Niederbronn, Morsbronn, Mondor, Sierck-les-Bains, Spa, Nancy-Thermal et Sermaize-les-Bains.

Le 19e V. E. M. est exclusivement réservé aux médecins français et étrangers.

Le prix du voyage est fixé à 1.150 francs.

Comme les années précédentes, ce prix comporte la totalité des frais du point de concentration : Vittel, au lieu de dislocation : Paris (voyage en chemins de fer en France en première classe, autocars, hôtels, repas, pourboires, etc.).

Des subventions et des concours demandés en considération de l'état des changes permettront, très vraisemblablement , en fin de voyage de faire bénéficier d'une ristour ne les adhérents des pays à change bas (Belgique, Bulgarie, Esthonie, France Italie, Roumanie, Tchéco-Slovaquie).

Comme précédemment, une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du point de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant au Dr M. Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris (16e). Le Comité de direction statuera le plus rapidement possible sur les admissions et ce *sans priorité d'inscription*, afin d'équilibrer les places entre les différentes catégories de participants et entre les diverses nationalités, dans l'esprit de propagande pour les stations françaises, qui est la raison d'être des V. E. M.

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation (par chèque barré au Dr Gerst) qu'après les avis de l'inscription définitive.

— **Le 19e V. E. M. aux stations du Nord et de l'Est** (Septembre 1925). — Le 19e Voyage d'Etudes Médicales aux Stations de cure aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1925, sous la direection scientifique du professeur Carnot et du prof. agrégé Rathery, aux *Stations du Nord et de l'Est*.

La concentration aura lieu à Berck-sur-Mer ; de là, le 19e V. E. M. visitera *Paris-Plage, Lille, Saint-Amand.* Comprenant, au même titre que les stations françaises, les stations de langue et de culture françaises, et suivant une promesse faite aux professeurs Bordet et Henrijean, il ira saluer nos confrères belges et luxembourgeois, en visitant l'Université de *Bruxelles* et la Station de *Spa, Luxembourg* et la Station de Mondorf.

Rentrant en France par *Niederbronn* et *Morsbronn*, le 19e V. E. M. rendra visite à l'Université de *Strasbourg*, De là, en autocars, il gagnera *Schirmeck* (Sanatorium), le *Holwald, Sainte-Odile*, les stations de *Chatenois* et de *Ribeauvillé*, puis *Colmar, Soulzmatt, Soulzbach, Munster* et son nouveau sanatorium, les *Trois-Epis*, le Linge, le col de la Schlucht et *Gérardmer.*

Passant à nouveau les Vosges, il suivra la route des Crêtes, reviendra par *Bussang, visitera Luxeuil, Plombières, Bains-les-Bains, Bourbonne, Martigny, Contrexéville* et *Vittel.*

Le voyage se terminera par la visite de l'Université de *Nancy*, de Nanc y thermal et de l'organisation antituberculeuse nancéenne. Des précisions sur l'itinéraire et le prix du voyage (qui durera environ 13 jours) seront données prochainement par le docteur Gerst, secrétaire général des V. E. M. (94, boulevard Flandrin, Paris).

— **Le Congrès de la Société belge de stomatologie.** — La Société belge de stomatologie a décidé, à l'occasion du XXVe anniversaire de sa fondation, de tenir un Congrès de stomatologie à Bruxelles, du 11 au 14 juillet prochain.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins belges et étrangers s'intéressant à la stomatologie et admis par le Comité d'organisation ; 2° les praticiens de l'Art dentaire belges et étrangers, admis par le Comité d'organisation.

La cotisation est fixée à 50 fr. et donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès.

Le règlement, ainsi que tous renseignements, peuvent être obtenus en écrivant à l'un des secrétaires : M. Boisson, 35, rue Belliard, Bruxelles, ou M. Polus, 18, rue du Commerce, Bruxelles.

— **Memorandum des Congrès.** — En juillet 1925 :

11 au 14 juillet. — Journées médicales de Toulouse. Secrétaire général : professeur Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse (Haute-Garonne).

16 au 18 juillet. — VIIe Session du Congrès de l'Internat, à Nancy. S'adresser au secrétariat de la Faculté de Médecine de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

16 au 19 juillet. — XVIIIe Congrès français de médecine, Nancy. Secrétaire général : professeur G. Etienne, 32, faubourg Saint-Jean, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

20 au 25 juillet. — Ve Congrès international d'histoire de la médecine, Genève. Secrétaire général, Dr A. de Seyer, 20, rue Général-Dufour, Genève (Suisse), ou au secrétaire général de la Société : Dr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1925

1er Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

II

Partie Professionnelle

M

O

P

R

S

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

A

Ackermann. Le pouls anaceste, 640.
Æsculape, 1244.
Archives françaises de pathologie générale et expérimentale, d'anatomie pathologique, 32 ;
Archives urologiques de la clinique Necker, 201.
Ardin, Delteil et **Soubeyran.** Manuel de petite chirurgie et de technique médicale journalière, 420.
Astier. Formulaire, 3e édition, 1140.

B

Barbier. Poliomyélite. Méningite cérébrospinale. Encéphalite léthargique. Zona. Diphtérle, 471.
Bazeiés. Traitement des varices particulièrement par les injections phlébo-sclérosantes, 1193.
Bizard. Conseils d'hygiène et l'esthétique, 750.
Boret-Obarton (Henriette). De bons fromages par tous et partout, 749.
Brechemin. Les poules, 421.
Bréchot. De l'incinération des ordures ménagères, 32.
Brelet. La scarlatine, 307.
Brin et **Legrain.** Le bismuth dans le traitement de la syphilis, 200.

C

Cassens. Les lipoïdes en thérapeutique, 583.
Chalier et **H. de la Tour.** Le radiodiagnostic des affections des dents, 216.
Charon. La psychiatrie en clientèle, 0000.

D

Daninos. A propos d'un cas de maladie de Hutinel, 1024.
Darier. Précis de dermatologie, 471.
Daussat. Expertise des professions dans les accidents du travail. 749 ; L'invalidité maladie. Législation. Evaluation. Pensions militaires. Accidents du travail. Assurances sociales, 1352.
Dejust. Répertoire d'hygiène et de médecine sociales, 255.
Demelin. Manuel de l'accoucheur, 420.
Demouy. De la tuberculose conglomérée de la choroïde dans la région papillaire, 246.
Descamps. Vitamines et avitaminoses, 1024.
D'Halluin. Le problème du cancer, 910.
Drouet. Le traitement de la syphilis par le bismuth, 201.
Dupuy de Frenelle. La transfusion sanguine, 420.
Dubreuil-Chamnbardel. Traité des variations du système artériel, 1455.
Durupt. Microméthodes et semi-microméthodes appliquées aux analyses chimiques du sang et des humeurs, 1079.

E

Enjalbert. L'ethmoïde antérieur et sinus frontal, 965.
Estival. Traitement de la douleur et de l'insomnie par l'allonal, 1024.

F

O. Followell. Le médecin de service, 201 ;
Frey et **Ruppe.** Radiographie dentaire, 307.
Fumouze. Pratique médicale, 420.
Fiessinger (Ch.). Les défauts, réaction de défense, 1403.
O. Followell. Les médecins de théâtre, 910.

G

Gache. L'hyperglycorachie, 247.
Gonin. Kystes liquides rétro-péritonéaux, 1024.
Gouachon (en collaboration avec **Mouret**). Manuel pratique d'assistance, 583.
Gouin et Andouard. Elevage intensif des veaux et des porcs, 307.

H

J

L

M

N

P

R

S

T

V

W

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

pas d'origine osseuse. Un chirurgien des hôpitaux, consulté, reste hésitant, pensant à une tumeur mixte et conseille des séances de radiothérapie. A ce moment j'écris à la Commission de contrôle pour aviser de la décision prise et pour demander qui assumera les frais de ces séances. *Pas de réponse.* Actuellement la tumeur est presque indolore, ramollie et assez mobile. Nous sommes d'avis de présenter de nouveau M. P. au chirurgien, en vue de l'extirpation possible d'une tumeur mixte de la parotide. Ce changement de diagnostic entraînerait-il une déchéance de tous droits de M. P. vis-à-vis de l'Etat (art. 64) et dans ce cas, devrais-je lui réclamer le prix des soins que je lui ai donnés et ne pourrait-il plus espérer le remboursement des séances de radio qu'il a payées de sa poche ?

Dois-je rappeler à la Commission de contrôle ma lettre du 10 avril ?

D[r] F.

Réponse.

La question que vous nous posez exige un supplément d'information, car nous ne savons pas si la nouvelle Commission de Réforme a reconnu ou non l'imputabilité au service de la tumeur parotidienne.

Si oui, l'article 64 joue, sous réserve des formalités habituelles d'inscription pour une nouvelle infirmité sur la liste des bénéficiaires de l'article 64.

Si non, tous les frais de traitement sont à la charge du client.

A noter qu'il reste bénéficiaire des soins gratuits en ce qui concerne l'emphysème avec bronchite, affection dont l'origine en service a été acceptée.

1265. — 2e lettre.

Si je comprends bien les termes de votre réponse, il y aurait lieu pour mon client de se présenter à nouveau devant la Commission de réforme avec le nouveau diagnostic : tumeur mixte de la parotide.

En cas d'acceptation de la part de la Commission de réforme, pourrez-vous m'indiquer si mon client pourrait se faire rembourser tout ou partie des sommes qu'il a versées pour les séances de radiothérapie ? Pourrez-vous enfin me dire à quel prix pourrait être tarifée une intervention chirurgicale ? Que deviendront enfin les souches que j'ai détachées du carnet si mon client ne bénéficie pas de l'article 64 ?

Je m'excuse de vous importuner par un questionnaire aussi long, mais je suis complètement perdu dons cette histoire particulièrement trouble, et pour comble, j'ai affaire à deux confrères, radiothérapeute et chirurgien, totalement ignorants de ce qui concerne les réformés.

D[r] F.

Réponse.

Il y aurait lieu, en effet, pour votre client, de se présenter devant une nouvelle commission de réforme pour tâcher que celle-ci reconnaisse l'imputabilité au service de la tumeur parotidienne, et, par voie de conséquence, les droits pour elle au bénéfice de l'article 64.

Cependant, même au cas où cette imputabilité serait reconnue, les droits aux soins gratuits ne partent que du jour de l'inscription de l'intéressé sur la liste des bénéficiaires de l'article 64.

Le remboursement dont vous parlez n'est donc pas chose due. Il y aurait, par conséquent, à rappeler votre dernière lettre à la Commission de Contrôle, seule juge pour ce remboursement et, si vous restez sans réponse, à soumettre le cas à la Commission supérieure de Contrôle, qui siège au Ministère des Pensions. Mais vous n'aurez quelque chance de réussir devant ces commissions que si l'imputabilité au service de la tumeur parotidienne est reconnue, ce qui n'est pas absolument certain.

1312. — Demande de pension militaire.

Un de mes clients réformé avant guerre pour asthme et pris service armé pendant la guerre est actuellement atteint d'emphysème et myocardite. Il est à peu près incapable de travailler sauf à des travaux très légers et peu lucratifs. Il a un certificat de visite datant de la guerre où il est signalé qu'il est atteint d'asthme et tachycardie aggravés par le service.

Depuis 1919, malgré quelques crises d'asthme, il avait pu vaquer à ses occupations, mais les complications cardiaques actuelles le mettent dans l'impossibilité de gagner sa vie. Est-il encore à temps pour demander une pension ? Si oui quelles démarches doit-il faire ?

Dr L.

Réponse.

En principe, les délais légaux sont expirés depuis le 4 septembre 1924 pour demander une pension. Cependant une loi, destinée à proroger ces délais, est actuellement pendante devant le Sénat. Que votre client adresse donc, par lettre recommandée, une demande de visite médicale pour pension au directeur du service de santé de sa région, en faisant valoir ses raisons.

Cette demande prendra rang et elle sera classée jusqu'au jour où le vote de la loi en instance permettra de le convoquer.

1523. — Service des enfants assistés de la Seine.

Nous sommes trois médecins installés à X., dont un seul donne ses soins aux enfants assistés de la Seine.

Ai-je le droit de demander à ce que ces soins soient partagés entre les médecins ? Ou bien puis-je simplement faire une demande qui peut m'être refusée ?

Dr Z.

Réponse.

Aux termes de l'article 132 du règlement du 4 juillet 1906 sur le service des enfants assistés de la Seine, dans chaque agence, le service médical est réparti en un certain nombre de circonscriptions à la tête de chacune desquelles est placé un médecin choisi, en principe, parmi les praticiens exerçant dans la circonscription.

Il ne peut donc y avoir partage du service médical d'une circonscription. Mais, ce que vous pouvez demander, sans que, bien entendu, ce soit un droit pour vous de l'obtenir, c'est que la circonscription actuelle, si elle est trop importante pour être confiée à un seul médecin, soit divisée et que vous soyez nommé médecin de l'une des deux circonscriptions ainsi constituées.

1469. — Les pupilles de la Nation n'ont pas droit à la gratuité des soins médicaux.

Un pupille de la Nation a-t-il droit aux soins gratuits ? J'appelle « pupille » l'enfant dont le père a été tué à la guerre. Or, j'ai dans ma clientèle un jeune homme de 17 ans qui vient de faire une pneumonie tuberculeuse aiguë. Il est actuellement en Suisse dans un sanatorium. Sa mère, ouvrière, doit payer 2.000 francs par mois. Elle ne peut guère y arriver sans faire des dettes. Elle a demandé aux pupilles de la Nation de C. dont nous dépendons : 1° de lui payer les frais de la maladie de son enfant (frais médicaux et pharmaceutiques) ; 2° de lui payer le prix d'une journée de sanatorium français, elle ferait l'appoint pour la différence due au change.

On lui a répondu en offrant une fois pour toutes mille francs. Je demande donc si les pupilles sont obligés de la rembourser des frais.

Dr B.

Réponse.

Tous les enfants de militaires morts pour la France ne sont pas de plein droit pupilles de la Nation ; il faut pour cela un jugement du Tribunal civil en chambre du Conseil, rendu soit à la requête du tuteur, soit à la requête du Procureur de la République.

D'autre part, les enfants déclarés pupilles de la Nation par jugement n'ont pas droit à la gratuité des soins médicaux. Pour avoir droit à cette gratuité, il faut que les pupilles aient été admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite dans la forme déterminée par la loi du 15 juillet 1893, et, dans ce cas, ils ne peuvent se faire soigner qu'en observant les formes du règlement d'assistance dans leur département.

Le secours attribué par l'Office des pupilles à

la mère de votre jeune client ne constitue qu'un secours bénévole, mais ne peut créer pour cet Office l'obligation de couvrir tous les frais du traitement dans un sanatorium suisse.

Application du Tarif Breton.

I

1345. — Duplicata de certificat.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire, si le duplicata du certificat initial de blessure donne droit, oui ou non, à un supplément de 5 francs. Je crois que le différend a été tranché affirmativement. Certaines assurances payent ce supplément ; d'autres s'y refusent.

Dr C.

Réponse.

Il n'est fait mention d'aucun duplicatum de certificat dans le tarif Breton. Par suite, vous n'avez aucun *droit* de réclamer d'honoraires à ce sujet, en vous basant sur ce tarif. D'ailleurs, *légalement*, vous n'avez qu'un seul certificat à fournir, en vue de le déposer à la mairie, certificat dont patron et ouvrier peuvent toujours prendre copie, s'ils le désirent.

Si vous en faites vous-même une copie pour le patron ou son assureur substitué, c'est affaire entre vous et ceux-ci, mais *en dehors* de tout tarif Breton.

F. D.

II

1276. — Incision d'abcès superficiel ou profond ?

Je voudrais savoir quel tarif médical il me faut appliquer pour le cas suivant : un accidenté du travail est atteint d'abcès à la face interne du tibia avec fusée purulente venant se localiser sur la crête du tibia. Après incision, je constate que le pus fuse et provient de la face interne et avec la sonde, je constate que le pus est sous l'aponévrose.

Je vous serais très obligé de vouloir me dire si le tarif médical s'applique ici pour un abcès superficiel ou pour un abcès profond.

Dr B.

Réponse.

Ce n'est pas la *lésion* qui est tarifée, mais l'*intervention* pratiquée par le médecin. Ici, vous avez fait une « incision d'abcès superficiel », lequel s'est ensuite révélé d'origine profonde. Mais, d'après votre lettre, vous n'êtes intervenu en rien dans la profondeur. Auquel cas, je ne vois pas comment vous pourriez justifier de la tarification d'une « incision d'abcès profond », intervention tarifée 100 francs, au lieu de 20, parce qu'elle entraîne un travail technique tout autre que celui effectué dans votre cas.

F. D.

III

1418. — Tarif de montagne.

Ma note d'honoraires pour un accident de travail est de 172 fr. et la Compagnie d'assurance m'offre royalement 132 fr., prétextant que je fais payer mes déplacements au tarif de montagne, chose qu'elle refuse pour le Morbihan.

Et moi, je maintiens mon prix de 172 fr.

1º Parce que les « 3 fr. du kil. » est ici ce que je fais payer à la clientèle ordinaire et que, de plus, ce tarif nous est octroyé pour l'A. M. G. ;

2º Parce que, sur le *Concours médical* du 20-VII-1924, j'ai lu : « le tarif Breton n'est que la partie des frais médicaux que la loi met à la charge des chefs d'entreprise, le médecin peut réclamer au blessé le complément. »

Que me conseillez-vous de faire ?

Pour moi, je suis décidé à ne pas me laisser rouler ni par les Compagnies d'assurances, ni par personne et me promets de tenir bon.

Dr M.

Réponse.

1º Si, pour l'A. M. G., c'est le tarif des *régions de montgagne* qui vous est accordé, le prix de 1 fr. 50 par kilomètre parcouru en région de montagne, d'après le tarif Breton, vous est dû, puisque votre région est bien reconnue comme telle, « suivant les divisions administratives existant actuellement », ainsi qu'il est dit à l'article 2, alinéa 6. Maintenez donc votre prix.

2º Mais, au cas où vous n'auriez pas eu à le maintenir, vous n'auriez pu réclamer au patron (et par suite à l'assurance), le *total* de votre note. Il aurait fallu en réclamer le surplus, si vous aviez voulu le toucher, au *blessé* seul et, par suite, diminuer votre note « jusqu'à concurrence de ..... », ce que vous permet le tarif Breton.

F. D.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Chute. — Hémorragie cérébrale. — Refus de consentir a l'autopsie, seul mode d'investigation. — Veuve. — Relation de cause a effet. — Impossibilité de preuve. — Loi du 9 avril 1898. — Inapplicabilité.

TRIBUNAL CIVIL D'AUXERRE

Audience du 26 novembre 1924.

(*Gaz. Trib.*, 1er *juin* 1925.)

L'hémorragie cérébrale accompagnée de la constatation d'une contusion violente du côté gauche de la boîte cranienne mais dont on ne peut déterminer avec précision la cause faute de constatations ana-

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, au prix de 15 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement (1), le prix sera porté à 18 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

*dép*t .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926.

(2) {
J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.
Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95
Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A.................. ....*le*..................1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 15 juillet 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

tomiques, ne saurait être considérée comme rentrant dans les prévisions de la loi du 9 avril 1898, la relation de cause à effet ne pouvant être établie alors que certaines circonstances antérieures à l'accident permettent de conclure à une lésion organique. l'hémorragie cérébrale foudroyante pouvant avoir seule occasionné la chute de l'ouvrier et par suite la lésion de la boîte cranienne.

En pareil cas le refus par la veuve de donner son assentiment à une autopsie la met dans l'empossibilité d'administrer la preuve qui lui incombe.

« Le tribunal ;

« Attendu que par exploit de Me Richard, huissier à Auxerre, en date du 14 avril 1924, enregistré, la veuve Ménétrat a assigné l'Administration des Postes, Télégraphes et Téléphones, en paiement d'une rente viagère de 900 fr. 95, par application de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, à la suite du décès de son mari, décès qu'elle prétend être la suite directe d'un accident du travail, une chute de bicyclette faite par Ménétrat, facteur auxiliaire, le 6 mars 1924, alors qu'il effectuait une tournée régulière ;

« Attendu qu'il appartient à la demanderesse d'administrer la preuve de la relation de cause à effet entre le décès de Ménétrat et la chute de bicyclette ;

« Attendu que le docteur Rudler, médecin, appelé d'urgence auprès de Ménétrat, aussitôt après la chute, a diagnostiqué une hémorragie cérébrale et a eu l'impression que cette hémorragie était spontanée chez un pléthorique par sclérose artérielle ;

« Attendu que le docteur Cornet, médecin de la famille, appelé quelques heures plus tard, a vu Ménétrat, dans le coma, présentant les symptômes d'une hémorragie cérébrale, a constaté une contusion violente du côté gauche de la boîte cranienne, et considère la chute comme la cause déterminante de l'hémorragie cérébrale, sans qu'il lui soit cependant possible de se prononcer d'une façon formelle, en l'absence de constatations anatomiques ;

« Attendu que l'Administration des Postes, Télégraphes et Téléphones prétend que le décès de Ménétrat serait dû à une lésion organique, l'hémorragie cérébrale foudroyante ayant seule occasionné la chute ;

« Attendu que les témoignages recueillis au cours de l'enquête, paraissent bien indiquer que la chute de Ménétrat a été causée par une congestion préexistante ;

« Attendu que les témoignages des premier et troisième témoins, précisent que Ménétrat titubait en conduisant sa bicyclette à la main et qu'il paraissait souffrant alors qu'il essayait de monter sa bicyclette, au moment qui a précédé sa chute ;

« Attendu qu'à défaut d'autopsie, on ne peut déterminer avec certitude la cause du décès de Ménétrat ;

« Mais attendu qu'il appartenait à la veuve de demander l'autopsie du corps de son mari ;

« Attendu qu'il résulte de l'attestation jointe au procès-verbal d'enquête par le juge de paix d'Auxerre, que la veuve Ménétrat s'est refusée à donner son assentiment à cette mesure ;

« Attendu qu'en s'opposant à un mode d'investigation aussi important, la veuve Ménétrat s'est mise dans l'impossibilité d'administrer la preuve à sa charge ;

« Attendu que dans ces conditions, il y a lieu de la débouter de sa demande ;

« Par ces motifs ;

« Déclare la veuve Ménétrat mal fondée en sa demande, l'en déboute. »

Observations. — La mort subite d'un ouvrier survenue au temps et sur le lieu de son travail ne donne pas à sa veuve le droit d'invoquer les dispositions de la loi du 9 avril 1898 s'il est souverainement constaté par les juges du fait qu'elle ne résulte pas d'un accident, qu'elle n'a pas eu lieu dans un accident mais qu'elle a été causée par des lésions pathologiques de la victime, abstraction faite de toute cause extérieure ; C. de cassation, 10 mars 1924 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1924.1.115).

C'est d'ailleurs à la veuve de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le travail. Il n'y a pas, en effet, de présomption sur ce rapport et c'est ce que la Cour de cassation a jugé avec raison le 17 octobre 1923 (*Rec. Gaz. des Tribunaux*, 1924.1.57), précisant ainsi et limitant la portée de l'arrêt des Chambres réunies du 7 avril 1921 (*Rec. Ga. des Tribunaux*, 1921.1.130). Comparer : Sachet (*Tr. des acc. du travail*, 6e édit., t. 1, nº 475 *bis*).

Commentaires.

Cette décision du tribunal civil d'Auxerre est conforme à la jurisprudence suivie jusqu'à ce jour. Ce n'est pas parce qu'un accident mortel s'est produit au cours du travail qu'il faille sans discussion invoquer l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898.

Il faut en outre que les ayants droit puissent démontrer que la mort ait été déterminée par le travail lui-même.

Dans le cas présent, un premier médecin attribue la chute de bicyclette à une hémorragie cérébrale spontanée : donc pas accident du travail.

Le second docteur, au contraire, estime que la chute de bicyclette a été le facteur déterminant de la lésion cérébrale : donc accident du travail. Seule une autopsie aurait pu lever les doutes, en vérifiant l'état de la boîte cranienne, les lésions méningées et enfin la localisation du foyer hémorragique.

En se refusant à l'autopsie, la veuve empêchait toute vérification et c'est à bon droit que les juges d'Auxerre lui ont refusé le bénéfice de la loi sur les accidents.

De nombreuses décisions de jurisprudence ont

décidé que, dans les cas douteux, l'ouvrier, qui se prétend victime d'un accident du travail, doit prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le travail. (Cassation, 22 novembre 1909 ; Chambéry, 26 février 1919 ; Cassation, 24 février 1920 ; Limoges, 22 mai 1923.)

A la veuve de permettre d'établir que l'hémorragie cérébrale a eu une cause traumatique et non spontanée.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *juin.*

Enseignement de la médecine.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.

Session de janvier 1925. 3e division. Section unique : médecine.

Académie de Paris : MM. Alajouanine, Blum, Bordet, Cathala, Deschamps, Hagueneau, Hutinel, Jacquelin.

Académie d'Aix : MM. Berthier, Giraud, Piéri, Zucarelli.

Académie de Bordeaux : M. Aubertin.

Académie de Lille : M. Auguste.

Académie de Lyon : MM. Barbier, Bernheim, Bertoye, Bocca, Colrat, Dechaume, Gaté, Langeron, Martin, Morenas.

Académie de Montpellier : MM. Boulet, Siméon, Puech.

Académie de Nancy : M. Abel.

Académie de Strasbourg : M. Wolf.

13 *juin.*

Automobilisme.

Arrêté du 12 *juin* 1925 *fixant les qualités minima de l'eseence vendue sous la dénomination d'essence « tourisme ».*

Art. 1er. — L'essence vendue sous la dénomination d'essence « tourisme » doit être limpide, incolore et neutre, ne contenir ni composés sulfurés, ni corps malodorants et ne donner lieu à aucun dépôt.

Elle doit répondre aux caractéristiques minima ci-après basées sur l'essai de distillation (appareil de Luynes-Bordas) :

Début de la distillation, avant 60 degrés ceutigrades.

19/20 ou 95 p. 100, distillant avant 160 degrés centigrades.

Densité du résidu à 15 degrés centigrades, égale ou inférieure à 0.790.

Art. 2. — Le directeur de l'office national des combustiblses liquides est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Enseignement de la médecine.

Avis de concours pour un emploi de suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 12 juin 1925, un concours s'ouvrira, le 16 décembre 1925, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

14 *juin*

Hygiène dentaire.

Sont nommés membres de la *Commission d'hygiène dentaire* : MM. les docteurs Vichot, Sauvez, Herpin, Bozo, Gires, Klein et M. Billoret.

15 *et* 16 *juin.*

Hygiène publique.

Avis de vacance d'emploi de directeur du bureau municipal d'hygiène de Bayonne.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 6.100 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Quarante-septième année — N° 27 — 5 Juillet 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1598-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Boix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Massillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Caprera. Poty.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry-Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardbeau.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dulliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peyboureau (*pæd.*), Salles, Sammuller, de Terrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Canseret, Gugnier, Gauthier, Picot, Pierrugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen, Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comey Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynécopathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr Gaussen, d'Oran, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 282. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 283. — Dr posséd. clin. installée, av. ray. X, 3 p. r. d. c. près gare de l'Est Paris, cherche assoc. pr. monter clin. ou instit.

N° 284. — Vve de méd. 49 a., dés. pl. de gérante dans clin. mais. de famille, etc., dans ville de préfér. Midi.

N° 285. — Dr demande pers. sérieuse pour soins à donner à sa fille paraplégique ; âgée de 42 ans, habit. pleine campagne. Posit. stab. Ecr. Mme F. Pasquier, Souvigny-de-Touraine.

N° 286. — A vend. 10 CV. Peugeot, torp. 4 pl. écl. démar. él. ent. rev. chez Peugeot, peint. neuve, amort. 13.500. Dr Béné, à Essonne (S.-et-O.).

N° 287. — Vaucluse. Bon poste pro-ph. pas de sage-femme, fixes, à céd. extr. urg. contre faib. indemn. Ecr. Babeur, 7, rue Jacquemont, Paris.

N° 288. — Conf. rech. bon poste camp. Isère ou dép. limitr. seul méd. de préfér. petite indemn.

N° 289. — Pens. de fam. conf. mod. conviendr. à conval. et pers. fatig., sous la surveil. d'un méd. attaché à la mais. Site agréab. Cure d'air. Prix mod. Moy. de transp. : ch. de fer et tramw. à 15 km. de Paris.

N° 290. — A céd. poste seul méd. à 2 h. Paris, grande ligne, gare express méd. ch. de fer. Rap. 35.000. Fixe 15.000, auc. frais locom. Prix dem. : 15.000.

N° 291. — 55 kilom. Paris, à céd. d'urg. pr cause décès dans local. agréab. 9 kil. ville, anc. poste rapp. 40.000, peu poussé, grande mais. clint. fac. à augm. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 292. — Touraine. Près ville, poste seul, rapp. 35.000, fixes, à reprend. de suite, bonnes cond. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Pansements au glycérolé suramidonné.

Action rapide sur les furoncles, les plaies en surface infectées ou non, les brûlures.

Un carré de lint aseptique, de la taille de la lésion à panser : sur le côté bourru, une bonne épais-

---

seur de glycérolé suramidonné. On applique, on recouvre d'ouate, on fixe par une bande : on renouvelle toutes les vingt-quatre heures :

Formule du glycérolé suramidonné :

Glycérolé d'amidon ordinaire	100 gr.
Amidon	50 gr.

(*Ad libitum*, incorporation d'un antiseptique : acide borique, acide phénique, oxycyanure de mercure. Mais, en général, c'est inutile).

P. GALLOIS.

(Société de Médecine de Paris, 24 janvier 1925.)

CORRESPONDANCE

1509. — Désinfection en cas de maladie contagieuse

J'ai déclaré à la Sous-Préfecture plusieurs cas de rougeole. Un employé des Ponts et Chaussées est passé pour la désinfection, demandant 3 fr. par mètre cube. Les intéressés ont répondu qu'ils permettraient la désinfection chez eux quand on désinfecterait également chez les malades qui n'avaient pas appelé de médecin.

Ma déclaration devient pour ceux qui m'ont appelé une aggravation de dépenses.

Voudriez-vous me dire si les intéressés :

1° Peuvent désinfecter eux-mêmes sous mon contrôle ;

2° Les formalités qu'ils doivent remplir pour être à l'abri des tracasseries administratives et des dépenses superflues.

Dr R.

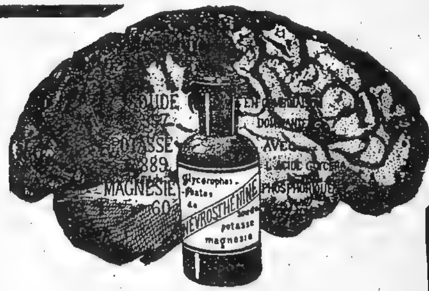
Réponse.

La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4 de la loi du 15 février 1902 et figurant dans la liste dressée en vertu de cet article, par le décret du 13 octobre 1923, modifiant les décrets des 10 février 1903 et 28 septembre 1916. La rougeole figure dans cette liste.

Dès que le maire a reçu la déclaration de la maladie par le médecin traitant, il déclanche le service de désinfection, qui s'adresse, en vue de l'exécution des mesures de désinfection, au principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade ou à toute personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

A cette personne est remise par le service une note rappelant l'obligation de la désinfection et reproduisant les pénalités prévues par la loi et le tarif de désinfection.

La personne à qui a été remise cette note peut



exécuter ou faire exécuter elle-même la désinfection, à la condition de prendre, sur une formule qui est mise à sa disposition par l'agent de désinfection, l'engagement :

1° De se conformer exactement pendant le cours de la maladie aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le Ministre, et dont un exemplaire lui est remis ;

2° De se soumettre, dans l'exécution des mesures prises, au contrôle de l'agent du service public, qui ne pourra se présenter au domicile du malade plus d'une fois par jour ;

3° D'avertir sans délai le maire, le cas échéant, du transport du malade hors de son domicile ;

4° D'aviser le maire de la première sortie du malade, après sa guérison, pour qu'il soit procédé à la désinfection totale des locaux et des objets qui ont pu être contaminés.

De même, pour la désinfection après guérison, transport du malade ou décès, les personnes énumérées plus haut ou les héritiers peuvent exécuter ou faire exécuter par leurs soins la désinfection, à la condition de prendre par écrit, sur une formule qui leur est remise par le service public, l'engagement :

1° De faire opérer la désinfection sans délai, conformément aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène, approuvées par le Ministre et dont un exemplaire leur est remis ;

2° De prévenir au moins 12 heures à l'avance le chef du poste du moment où l'opération doit avoir lieu ;

3° De se soumettre au contrôle de l'agent du service public.

Il est donc possible a u médecin traitant, d'accord avec ses clients, de leur éviter les ennuis et les frais de la désinfection officielle.

1575. — Honoraires d'expertise civile.

Il y a un mois, j'ai été commis comme expert dispensé du serment, par ordonnance du Président du Tribunal civil de mon département, à l'effet d'examiner une malade et de dire si, oui ou non , elle était transportable dans un hôpital voisin ou tout autre immeuble et, dans la négative, dans combien de temps elle serait transportable.

J'ai fixé l'heure de mon expertise, huit jours à l'avance.

J'ai examiné ma malade à l'heure par moi choisie, et ai fait mon rapport sur papier timbré par moi fourni.

Je vous serais obligé de me dire les honoraires que je dois prendre :

1° Pour l'expertise ;

2° Pour la rédaction du rapport envoyé au greffe du Tribunal.

La commune où j'ai expertisé compte 250 habitants environ, et est distante de 16 kilomètres de mon domicile.

Dr B.

Réponse.

En matière civile, les honoraires des experts sont taxés par le Président qui doit tenir compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni. Il n'existe donc pas de tarif ; C'est aux experts qu'il appartient de proposer un chiffre, chiffre soumis à l'appréciation du président.

Pour le dépôt du rapport vous avez droit à un honoraire fixe de 6 francs ; quant à vos frais de déplacement ils doivent vous être payés à raison de 0 fr. 60 par kilomètre parcouru si vous avez eu à vous transporter à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Ordinairement la proposition d'honoraires est faite au bas du rapport, mais, puisque votre rapport est déjà déposé, vous devez envoyer maintenant votre mémoire établi sur papier timbré au greffier. C'est à l'avoué de la partie qui vous a fait signifier la décision vous commettant qu'il faudra que vous réclamiez le paiement. Au cas où vous ne pourriez vous faire payer, il y aurait lieu de demander au greffier un exécutoire de taxe et de poursuivre par les voies ordinaires d'exécution.

1587. — Ouvriers travaillant plus de huit heures chez plusieurs patrons. Payement de demi salaire.

A. — Un de mes clients employé à la Compagnie de l'Est travaille à ses heures perdues et d'une façon très irrégulière, quelques heures par semaine, chez un mécanicien ; je serais heureux de savoir :

1o Si cet employé a le droit, son service terminé, de travailler chez un patron ;

2o Dans le cas où il serait blessé, si le patron peut être considéré comme responsable en raison de l'irrégularité de travail fourni ; si l'ouvrier aurait droit à un demi-salaire et à une pension en cas d'incapacité permanente ;

3o S'il ne serait pas plus sage pour lui de contracter une assurance-accidents dans le cas où cela serait possible.

B. — Le demi salaire est payé aux ouvriers intégralement à partir du 10e jour. Le blessé a-t-il droit à ce paiement intégral quand on a marqué dix jours d'incapacité ou seulement quand on a donné onze jours ?

Dr F.

Réponse.

1o Un patron n'a pas le droit de faire travailler ses ouvriers plus de huit heures par jour, mais ses ouvriers, une fois leurs huit heures terminées, ont le droit d'occuper leurs loisirs comme ils l'en-

tendent, et notamment, d'aller travailler quelques heures chez un autre patron.

Dans le cas où votre blessé serait victime d'un accident en travaillant pour le compte de son patron occasionnel, il aura droit aux indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898, mais celles-ci ne seraient calculées que sur le salaire touché chez ce patron.

Dans ces conditions, si votre client veut être complètement indemnisé en cas d'accident, il aurait intérêt à contracter une assurance individuelle.

2° D'après le paragraphe 3 de l'article 3 de la loi sur les accidents du travail, l'indemnité journalière est due à partir du premier jour si l'incapacité de travail a duré *plus de* 10 *jours*. Si l'incapacité n'est que de dix jours, l'ouvrier ne touche donc que 6 fois son demi-salaire quotidien, mais si l'incapacité est de onze jours, il a droit à onze fois son demi-salaire.

1292. — Demande de radiation des cadres.

Je viens de lire dans le *Concours médical* que les médecins militaires de complément qui ont 28 années de présence sous les drapeaux ont droit à leur mise hors cadre. Or, j'appartiens à la classe 1892 ; j'ai donc largement dépassé la limite ; j'ai fait une demande de radiation des cadres, il y a près d'un an ! A la suite de cette demande, j'ai reçu de nombreux questionnaires, puis je viens de recevoir... ma nomination de médecin aide-major de 2e classe, à titre *définitif* ! Pour un succès, c'est un succès. J'ai répondu aussitôt au directeur du Service de Santé que j'étais très flatté de cette distinction que je n'avais pas sollicitée, mais que je maintenais ma demande de mise hors cadre, à laquelle j'ai droit de par mon âge (classe 1892). Je vous communiquerai la suite de cette affaire.

Dr A.

Réponse.

Vous avez fort sagement agi en écrivant *à nouveau* que vous demandiez à être rayé des cadres, pour la raison que vous êtes, de par votre âge, dégagé de toute obligation militaire.

Renouvelez donc pareille lettre tous les deux ou trois mois jusqu'à satisfaction obtenue.

1375. — Patente de médecin-pharmacien.

Muni de mon diplôme de pharmacien en plus de celui de médecin, sur quelle base devrai-je payer une patente de pharmacie. Cela, sans ouvrir d'officine, mais en lançant quelques produits.

Dr B.

Réponse.

Il serait indispensable de préciser si vous fabriquerez personnellement les produits de votre

marque, ou si vous les vendrez en gros après les avoir fait fabriquer par un pharmacien établi, ou enfin si vous les vendrez au détail, ou bien encore si vous vous bornez à percevoir une redevance payée par le pharmacien auquel vous aurez confié l'exploitation de vos mrarques.

Dans ce dernier cas (votre laboratoire étant exclusivement un laboratoire de recherches), vous n'auriez pas d'autre patente que celle de médecin.

Dans les autres cas, vous seriez imposé à la patente au tarif de la profession de médecin (droit proportionnel au 15e ou 12e...) sur la valeur locative de votre habitation et de celle des locaux servant à la profession de médecin ; et, pour la profession de pharmacien, au droit fixe suivant le tarif correspondant (fabricant, gros, détail) et au droit proportionnel sur la valeur locative des locaux servant à l'exercice de ladite profession.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1386. — Consultations gratuites. Impôts.

Avec un autre confrère, nous donnons nos soins gratuits à une mutualité maternelle (consultations gratuites dans un local appartenant à la présidente). En compensation, celle-ci met à notre disposition une infirmière et nous permet de recevoir alternativement et tous les jours dans ce même local des malades payants et d'y pratiquer de petites interventions.

Mais cette présidente vient de donner sa démission ; elle chasse la mutualité de son local, mais nous offre, pour le dispensaire seul, la location de l'immeuble. Croyez-vous qu'en acceptant, nous devions payer des impôts supplémentaires (bénéfices professionnels, patente, etc.), et sur quoi exactement seraient basés ces impôts ?

Avant de nous engager, mon confrère et moi, nous voudrions être renseignés.

Dr X.

Réponse.

Si les consultations données dans le local du dispensaire ne sont pas exclusivement des consultations gratuites, le contrôleur peut vous imposer à la patente sur la valeur locative de ce local.

Le montant des consultations payantes (que vous encaissez personnellement sans doute) doit évidemment entrer dans la détermination de vos bénéfices professionnels, mais cette question est indépendante du fait de la location de l'immeuble.

A. M.

(*Voir la suite page XLVII*-1643)

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Bruxelles.

Je ne puis définir vraiment les impressions multiples qui se dégagent de ce voyage utile et enchanteur, que je viens d'accomplir, pour représenter le *Concours médical* à la Ve session des Journées médicales de Bruxelles.

D'abord, devrait-on dire : « Journées médicales belges » ? Il semble que le qualificatif d' « internationales » conviendrait mieux.

A ces assises, j'ai rencontré des confrères de bien des pays : après les présentations d'usage, nous fraternisions rapidement avec les médecins suisses, espagnols et *tutti quanti*. On sentait vraiment que la science réunit ceux que la politique divise et que, médecins, nous opposions l'art de guérir aux préoccupations guerrières et destructrices de certains profanes à notre belle profession.

Et ce sont de longues causeries, portant sur l'hygiène sociale, la lutte contre les épidémies, contre les fléaux sociaux, l'organisation de la médecine des accidents du travail, des lois sur les assurances sociales, etc., etc.

Cependant nos amis belges avaient su joindre l'utile à l'agréable.

Conférences nombreuses, visites dans les hôpitaux, démonstrations pratiques : tout un programme détaillé, envoyé longtemps d'avance avait permis à chaque congressiste de régler son emploi du temps personnel, pour s'instruire dans la branche ou spécialité qui lui est le plus familière.

Aussi nombreux étaient ceux qui désiraient faire une communication : les uns, pour préciser les résultats positifs ou négatifs de leurs travaux personnels ; les autres offrant la mise au point d'une question, mise au point qui s'adressait surtout aux médecins praticiens, cherchant à se tenir au courant de la science.

Et sur le gros programme de travail des quatre journées, relevons-nous des noms illustres à côté de ceux de travailleurs plus modestes, moins en vue, mais qui eurent leur part de succès.

Ultérieurement, le « *Bruxelles médical* » publiera le compte rendu détaillé du travail de ces assises scientifiques ; nos confrères français pourront alors apprécier l'énorme labeur que nos amis de Bruxelles ont eu à soutenir pour assurer le triomphe de leur tâche.

A côté de ce programme savant, le programme artistique : fêtes, réceptions nombreuses, gala au théâtre de la Monnaie, etc.

J'ai noté à ce sujet deux points particuliers.

Tout d'abord, le *Bruxelles médical* a réussi à intéresser le gouvernement belge à ses efforts. La consécration officielle a été donnée par la présence du roi et de la reine aux cérémonies : celui qui représente l'Etat belge venait ainsi prouver au corps médical qu'il s'associait à ses travaux scientifiques, parce qu'il les savait utiles à la nation tout entière.

Dans cette présence officielle du roi, je n'y ai pas vu simplement une question de parade, mais plutôt un signe évident de la collobaration entre le gouvernement et une profession, dont le rôle est prépondérant, lorsqu'il s'agit de la protection et de la défense de la santé publique.

En second lieu, nous avons été reçus samedi soir à la Fondation universitaire.

Ceux de nos amis de France, qui rêvent d'un foyer des médecins auraient été intéressés par la visite de ce Foyer des intellectuels.

Lorsqu'après la guerre les Américains voulurent répartir les bénéfices d'une vaste coopérative, qui était venue au secours des Belges affamés, des sommes importantes furent remises aux quatre Universités du royaume et le reliquat, quelques millions, servirent à construire et à doter une maison pour les universitaires de Belgique.

C'est ainsi que rue d'Egmont a été érigé un cercle, avec restaurant et chambres, salles de réceptions, de conférences et de concert. Chaque universitaire verse une minime cotisation annuelle et il est ainsi membre d'un Foyer, où il peut consulter livres et journaux, y prendre des repas, y inviter des amis et au besoin, y faire loger des universitaires de passage.

En quels termes maintenant pourrai-je célébrer l'hospitalité confraternelle belge ? Réceptions intimes, chère délicieuse, cordialité amène, nous nous sentions véritablement de cette grande famille médicale, car nos amis belges ont

effacé, pour nous, toutes les frontières artificielles de la politique humaine.

Ce furent des conversations, abordant tous les sujets, tant scientifiques que professionnels : échange de vues, d'idées, comparaisons entre la manière de faire de chaque pays.

Qu'il nous soit permis de remercier chaudement les animateurs des journées médicales : les docteurs Beckers, Raoul Bernard, Léopold Mayer, Eugène Tant, etc.

Leur œuvre a dépassé les frontières de leur pays, puisque maintenant, en France, nous avons copié la même idée et faisons, à notre tour, des Journées médicales.

Un mot pour terminer : notre confrère le *Bxruelles médical* organise une croisière médicale du 24 août au 18 septembre 1925, qui visitera *Alexandrie, Jaffa, Beyrouth, Constantinople*, Athènes, Naples.

Déjà il y a quatre ans, une caravane médicale, sous la conduite du Dr Bernard avait visité le Maroc. Insistons sur l'utilité de ces voyages corporatifs : au lieu d'être noyés au milieu de touristes de tous genres, les médecins voyagent entre eux et peuvent, de la sorte, s'instruire sur des chefs professionnels.

Je viens de parcourir l'alléchant programme de cette croisière. Certes, il sera bien agréable de visiter des pays d'Orient et de revivre, par la pensée, toute l'histoire ancienne de ces peuples divers, aux religions multiples et de visiter ces antiques monuments d'Egypte, de Palestine ou de Grèce.

Mais également, quelles bonnes conversations professionnelles, scientifiques, corporatives s'échangeront, pendant les longues heures passées à bord !

Bruxelles médical donnera tous les renseignements à ceux de nos confrères, qui désireraient participer à ce voyage, de concert avec nos bons amis de Belgique.

En terminant, remercions la phalange des Mayer, des Bernard et des Beckers de leur bonne hospitalité : le succès répond à leurs efforts et ils peuvent être fiers du triomphe de leur idée, en ayant créé ainsi ce nouvel organisme d'enseignement mutuel, dit des « Journées médicales ».

Dr Paul BOUDIN.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur NOBÉCOURT.

A propos d'un garçon de cinq ans porteur d'une volumineuse adénopathie cervicale chronique
Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques (1)

Ce petit garçon nous a été adressé, le 2 janvier, par le docteur Legal pour « une leucémie avec grosse tuméfaction ganglionnaire du cou ». Le diagnostic de leucémie avait été porté parce que, le 27 décembre, un examen du sang avait montré : 21.000 leucocytes, et, pour 100 leucocytes, 42 lymphocytes, 6 grands mononucléaires, 29 polynucléaires neutrophiles, et 3 éosinophiles. Il n'y avait pas d'hématies nucléées. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce diagnostic.

Cet enfant est né le 5 octobre 1919 de parents bien portants ; il a un frère âgé de 2 ans, également bien portant. Il est né à terme, avec un poids de 2 k. 500, et a été allaité artificiellement.

Il a toujours été faible, chétif. Depuis longtemps il a la bouche entr'ouverte, la respiration nasale insuffisante, est sujet aux bronchites. Il a eu la coqueluche à 4 ans. Pendant l'hiver 1923-1924 il a eu une adénopathie cervicale bilatérale indolore, qui a disparu au bout d'un mois. Au mois de novembre dernier, l'adénopathie cervicale s'est montrée de nouveau et des petits ganglions sont apparus dans les aisselles et aux aines.

(1) Leçon du 31 janvier 1925, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le malade a 5 ans et 2 mois. Il ne mesure que 98 cm., ne pèse que 15 k. 100, mais son état général semble assez bon. La température est de 38°, puis de 37°3, 37°7. Comme aujourd'hui, le cou est déformé, des deux côtés, par des masses ganglionnaires volumineuses qui rendent difficiles les mouvements de rotation et d'extension de la tête. La peau est normale, souple, ni rouge, ni chaude, mobile sur les plans profonds. Les ganglions hypertrophiés occupent les régions sous-angulo-maxillaires, les régions carotidiennes, les creux sus-claviculaires. Leur volume est inégal ; ils sont gros comme un gros pois, un œuf de pigeon, une noisette, un œuf de poule. Ils sont isolés les uns des autres, mobiles, sans empâtement du tissu cellulaire ; leur consistance est peu ferme, plutôt molle. L'indolence est complète. Il n'y a pas de dilatations veineuses, de signes de compression des voies respiratoires ni des voies digestives.

On perçoit dans les aisselles quelques petits ganglions ; dans les aines des ganglions un peu plus gros.

Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes, la rate n'est pas hypertrophiée. L'abdomen est souple ; on n'y sent pas de ganglions.

Les amygdales sont normales. M. Vassel constate de petites végétations adénoïdes.

Le cœur, le pouls, sont normaux.

Il n'y a aucun signe d'adénopathie médiastine ; néanmoins la percussion au niveau du manubrium sternal montre une aire de matité élargie surtout à gauche du sternum, mesurant 5 cm. transversalement ; le doigt ne sent aucune masse derrière la fourchette sternale ; au niveau de la zone mate, la respiration est un peu soufflante. La radiographie, pratiquée par M. Duhem, révèle une opacité correspondant à la matité ; on ne peut préciser s'il s'agit du thymus ou de ganglions.

Les urines sont normales, sans sucre ni albumine.

L'examen du sang pratiqué par M. René Mathieu, notre chef de laboratoire, le 7 janvier, a montré qu'il n'y a pas de diminution du nombre des globules rouges : ceux-ci sont au contraire un peu augmentés (6.000.000 par millimètre cube) ; qu'il y a une diminution de l'hémoglobine (50 %), la valeur globulaire étant de 0.41 ; on constate, d'autre part, une légère leucocytose (30.000 par millimètre cube), une légère polynucléose, 68 neutrophiles %, alors que la moyenne des polynucléaires pour un enfant de cet âge est de 60 % ; l'absence d'éosinophilie, 0.5 % éosinophiles ; 20 % de lymphocytes, au lieu de 30 % ; 2 moyens mononucléaires %, 4 grands mononucléaires %, 1.5 % de formes de transition. Il n'y a ni hématies ni leucocytes anormaux.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann négatif (H^8). Nous avons fait enlever un petit ganglion. MM. Mathieu et Puente, en ont pratiqué l'examen histologique. La capsule est normale. La structure normale du ganglion a disparu. On ne distingue plus ni follicules ni cordons folliculaires. On voit une masse presque homogène de lymphocytes, sillonnée par des espaces clairs qui sont des tissus lymphatiques. Ceux-ci contiennent des cellules réticulo-endothéliales hypertrophiées et desquamées, avec des noyaux vésiculaires hyperchromatiques et quelques foyers de kariokinèse.

Ce sont, somme toute, des lésions d'inflammation chronique banale. Il n'y a aucun caractère permettant de penser à la tuberculose ou à la syphilis ; on ne trouve ni cellules de Sternberg, ni cellules néoplasiques.

Depuis son entrée, l'enfant a une température subfébrile, à 36°9, 37°5 parfois à 38°, entrecoupée de quelques jours apyrétiques. L'état général ne se modifie pas, le pouls reste stationnaire.

Les adénopathies cervicales ont augmenté de volume, formant des masses bosselées. Un ganglion s'est ramolli et présente une sorte de fluctuation. Du reste il n'y a ni douleur, ni empâtement, ni aucun autre phénomène inflammatoire ; chaque ganglion reste bien délimité.

La matité, constatée à la hauteur du manubrium sternal s'est élargie et mesure 7 cm.

Un deuxième examen du sang a été pratiqué, qui confirme les premières constatations.

On a institué avec prudence un traitement arsenical et la radiothérapie des ganglions cervicaux.

Depuis le 22 janvier, c'est-à-dire depuis huit jours la température s'est élevée jusqu'à 39, 39°8 ; elle est irrégulière et présente de grandes oscillations ; le 29 est apparu un érythème facial, qui a pu faire penser à la rougeole, d'autant plus que la salle est contaminée. Le lendemain il s'agissait manifestement d'urticaire. Celle-ci peut être due à une injection préventive de 2 cmc. de sérum de convalescent de rougeole faite le 11 janvier. Mais ce diagnostic n'est peut-être pas exact, car la fièvre est bien persistante et nous savons que certaines adénopathies chroniques s'accompagnent de fièvre et d'éruptions cutanées de types divers.

Somme toute, cet enfant a une adénopathie cervicale volumineuse, qui augmente assez rapidement, sans grande modification de l'état général, sans modifications caractéristiques du sang. Il faut rechercher en présence de quelle affection nous nous trouvons.

***

On rencontre souvent des ADÉNOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES chez les enfants.

→→

Elles n'apparaissent guère qu'à partir de 2 ou 3 ans ; au-dessous de cet âge elles sont rares, car les ganglions sont encore peu développés.

Souvent, ce sont des *petits ganglions* isolés, roulant sous le doigt, situés sur les parties latérales de la nuque. Dans quelques cas ce sont des *adénopathies volumineuses*. Celles-ci constituent une affection véritable dont il importe de préciser la nature, pour formuler un diagnostic et un traitement.

Ces adénopathies volumineuses reconnaissent des *causes* multiples. Les unes sont connues, les autres sont encore ignorées. Des mêmes causes peuvent réaliser des adénopathies de types divers ; des causes différentes, des adénopathies de même type. Le diagnostic étiologique est donc particulièrement difficile. On peut classer ces adénopathies en deux grands groupes : les adénopathies du *type scrofuleux*, et celles du *type lymphomateux*.

***

Etudions d'abord les ADÉNOPATHIES DU TYPE SCROFULEUX.

La *scrofule* a été connue de tout temps. Les auteurs sont loin de s'entendre à son sujet. Il convient de s'en tenir au sens étymologique du mot. Dans ses *Leçons théoriques et cliniques*, dont les premières éditions sont datées de 1858 et 1861, Bazin, dit: « Le mot *scrofule* vient du latin *scrofa*, truie. Chez les Grecs, le mot χοιρος, qui a la même signification, exprimait également les engorgements glanduleux du cou, si communs dans l'espèce porcine. Ainsi, dans les premiers temps, l'attention avait été seulement fixée sur les tumeurs cervicales, qui constituent la forme la plus apparente de la scrofule. »

Les adénopathies scrofuleuses sont des adénopathies cervicales chroniques. Elles atteignent un volume plus ou moins considérable ; elles ont tendance à se fusionner, à se ramollir, à suppurer. Les suppurations persistent, souvent interminables, peu abondantes, d'ailleurs. On dit que les enfants ont des *humeurs froides*, des *écrouelles*. Puis, à la longue, la suppuration se tarit ; une cicatrice se forme, qui reste indélébile.

Je n'ai pas l'intention d'entreprendre l'étude des conceptions relatives à la scrofule ; ce n'est pas une maladie, c'est un syndrome clinique, qui peut relever de facteurs étiologiques divers : ceux-ci, en dehors du terrain, sont des *infections banales*, la *tuberculose*, la *syphilis*.

On qualifie parfois certaines adénopathies scrofuleuses d'*adénopathies scrofuloïdes*. D'après ce que je viens de dire, cette expression ne signifie rien.

Les adénopathies scrofuleuses réalisent deux grandes variétés, la *monoadénite* et la *polyadénite*.

Quand il existe une MONOADÉNITE, l'enfant présente, soit dans la région rétro-sous-angulo-maxillaire, soit dans la région sous-maxillaire, un ganglion ovoïde, lisse, plus ou moins dur, indolent ou peu douloureux, mobile. Il grossit et atteint le volume d'une noisette, d'une noix, quelquefois d'un œuf de poule. Au bout de quelque temps, il devient un peu douloureux et se ramollit. La peau rougit et adhère. Finalement le pus s'ouvre à l'extérieur par une fistule qui persistera plus ou moins longtemps.

La cause de cette monoadénite est souvent une *infection buccale* ou une *infection pharyngée*. On voit ces adénopathies chez des enfants ayant des amygdales hypertrophiées et infectées, chez ceux qui ont de la carie dentaire.

L'origine dentaire n'est pas toujours facile à dépister. Chez une fillette de 7 ans, que j'ai eu l'occasion de voir le 7 avril dernier dans mon cabinet, il m'a fallu insister pour que le dentiste procédât à la désobturation d'une dent, sous laquelle on découvrit un abcès. L'adénite sous-maxillaire s'améliora rapidement et le diagnostic d'adénite tuberculeuse, qui avait été porté et maintenu pendant seize mois, put être abandonné définitivement.

La *tuberculose* est un effet une cause de monoadénite chronique. En sa faveur plaident la dureté du ganglion, et une ulcération cutanée à bords violacés, à fond blanchâtre, caséeuse.

Dans la POLYADÉNITE, les ganglions hypertrophiés occupent les régions sous-maxillaires, sous-angulo-maxillaires, carotidiennes. Tantôt l'adénite est unilatérale, tantôt elle est bilatérale et plus ou moins symétrique.

Les ganglions hypertrophiés sont d'abord peu volumineux, mobiles, de consistance ferme, élastique ou dure.

Puis on assiste à une extension des adénopathies, tandis que les premiers intéressés grossissent, atteignent le volume d'une noix, d'un abricot. Le cou est déformé, bosselé.

Quand ils atteignent un certain volume, les ganglions perdent leurs caractères primitifs ; la périadénite entraîne de l'empâtement et la formation de paquets ganglionnaires. On trouve côte à côte des ganglions fermes et des ganglions ramollis, fluctuants, adhérant à la peau qui s'altère.

Finalement, un ou plusieurs ganglions s'ouvrent à l'extérieur par un ou plusieurs trajets fistuleux, à l'orifice desquels la peau s'ulcère.

Le pus est généralement séro-grumeleux, peu abondant ; il suinte au-dessous d'une croûtelle, qui tombe de temps en temps.

La suppuration peut durer des mois et des années. Enfin elle se tarit et la cicatrisation s'effectue. La cicatrice est indélébile.

L'adénopathie n'aboutit pas toujours à la suppuration. Il y a des ganglions qui restent à

la phase de crudité, puis régressent et se résorbent.

Le diagnostic étiologique de ces polyadénites est souvent difficile à élucider.

Elles peuvent être dues à des *infections banales* de la peau, et des muqueuses. On les rencontre chez les enfants atteints d'impétigo de la face et d'eczéma ; de pyodermites du cuir chevelu, de phtiriase ; d'hypertrophie et d'infection chronique du tissu lymphoïde du pharynx, avec de grosses amygdales ou des végétations adénoïdes.

En pareil cas, l'adénopathie chronique a souvent un début aigu. De temps en temps surviennent des poussées fébriles ; parfois il existe un état subfébrile qui persiste plus ou moins longtemps.

L'existence de ces infections banales ne suffit pas à exclure les autres causes de polyadénite : la tuberculose et la syphilis.

L'*adénite tuberculeuse* a des caractères spéciaux.

Elle est généralement unilatérale, tout au moins au début, ou à prédominance unilatérale ; plus rarement elle est double et symétrique, entoure le cou, à la façon d'un collier ou d'une jugulaire.

Elle a une évolution lente ; elle est indolente ; les ganglions sont d'abord durs, puis ils se ramollissent ; dans un même paquet on trouve des ganglions durs et des ganglions ramollis. Au niveau de ceux-ci, la peau s'amincit, devient rouge, violacée, et s'ulcère. La multiplicité des foyers fistuleux donne à la surface de la peau l'apparence d'une écumoire. Le pus est grumeleux, peu abondant. L'ulcération a des bords violacés, frangés, décollés ; au fond on peut voir du tissu caséeux.

Le malade est apyrétique ou présente par périodes une légère élévation thermique.

La suppuration persiste pendant des mois, des années. Puis elle se tarit. Il reste des cicatrices déprimées, gaufrées, chéloïdiennes, adhérentes, reposant sur les masses ganglionnaires rétractées.

La *syphilis* est une cause importante d'adénopathie scrofuleuse. C'était l'opinion émise par des anciens médecins, tels que Beaumetz (1805), Devergie en 1860, Bazin, etc., Fournier en a donné une description devenue classique dans ses *Leçons sur la syphilis tardive*, publiées en 1886.

La *première phase* est la phase de crudité. Le début est insidieux ; souvent il est bilatéral tandis que dans la tuberculose, la bilatéralité est rare.

Les ganglions sont isolés, lisses, consistants, fermes, élastiques, gros comme une noisette, une noix, un abricot, mobiles. Ces adénopathies durent des mois et des années. A un moment donné, elles demeurent stationnaires. Fournier écrit : « Puis, et c'est là le caractère le plus remarquable et le plus spécial, je crois, une fois parvenues à l'apogée de leur développement, *elles restent ce qu'elles sont, immobiles comme volume, immobiles comme évolution.* »

A la première phase, succède parfois une seconde phase, de ramollissement et d'ouverture au dehors. Quelquefois, dit Fournier : les adénites syphilitiques « s'ouvrent et s'évacuent à la façon des adénites vulgaires, mais sans aboutir jamais à constituer ces foyers de suppuration chronique et fistuleuse qui sont le propre de la scrofule ». Par scrofule, il faut entendre tuberculose.

Cette assertion de Fournier n'est pas exacte. En réalité. la suppuration peut se produire dans la syphilis comme dans la tuberculose sans qu'il y ait de différences appréciables : même périadénite, mêmes paquets ganglionnaires, mêmes adhérences à la peau, même fistulisation.

Cependant, comme le fait remarquer M. Bernheim, dans une thèse soutenue à Lyon en 1922 sur les *réactions ganglionnaires au cours de l'hérédo-syphilis tardive*, dans certains cas, la peau est envahie par le processus gommeux et a une apparence autre que dans la tuberculose. Dans la tuberculose, je viens de vous le dire, la peau s'amincit, devient rouge violacé, puis se fistulise et prend l'aspect en écumoire.

Dans la syphilis, la peau s'infiltre, devient d'un rouge livide, se nécrose ; il se produit une escarre, l'élimination du bourbillon ramolli, et un écoulement de pus jaunâtre et filant. L'aspect est encore plus spécial quand apparaît une syphilide ulcéreuse qui gagne en surface et en profondeur.

Aussi, en présence d'une adénopathie cervicale chronique, du type scrofuleux, convient-il de toujours rechercher la syphilis. « Je ne crois rien exagérer, disait Fournier, en disant que cette enquête s'impose en présence de tous les cas de scrofule, car rien n'est plus fréquent que la fausse scrofule réalisée par l'hérédo-syphilis. » En faveur de la syphilis, plaident la coexistence de lésions osseuses ou ostéo-articulaires, qui « semble être, écrit M. Bernheim, particulièrement fréquente », ou l'apparition à un moment donné d'une hydarthrose double, d'une kératite interstitielle, d'une gomme du voile du palais. Naturellement on poursuit une enquête familiale, on pratique le Bordet-Wassermann, la cutiréaction à la tuberculine, etc.

Il y a des cas complexes, où la tuberculose ganglionnaire se développe chez un syphilitique. Mais je ne veux pas en aborder l'étude, car j'ai consacré ma leçon, le 17 novembre 1923, à l'association de la *syphilis congénitale* et de la *tuberculose*, leçon publiée dans le *Journal des praticiens* des 2 et 9 février 1924.

Pour élucider le diagnostic on pourra faire une

biopsie du ganglion. Mais l'aspect macroscopique et microscopique des ganglions syphilitiques offre les plus grandes analogies avec celui des ganglions tuberculeux. L'inoculation au cobaye est indispensable.

***

Voyons maintenant les ADÉNOPATHIES DU TYPE LYMPHOMATEUX.

Sous le terme de *lymphome*, de *lymphadénome*, on désigne l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, qui se produit sans phénomènes inflammatoires. La terminaison *ome* indique l'hypertrophie. Ces termes ont un sens justement clinique. Les adénopathies du type lymphomateux relèvent de processus divers.

Les hypertrophies portent sur un groupe ganglionnaire, sur les ganglions du cou principalement, ou sur plusieurs groupes, sur les ganglions superficiels du cou, des aisselles, des aines, et sur les ganglions profonds du médiastin et du mésentère.

Je ne reviens pas sur les caractères de ces hypertrophies ganglionnaires. Rappelez-vous notre malade. Le cou est élargi, déformé, bosselé ; les creux sous-claviculaires effacés ; les ganglions sont indolents, agglomérés mais non fusionnés, de volume très inégal, depuis le pois jusqu'à l'œuf de poule ou de dinde ; ils ont une consistance uniforme, tantôt ferme, élastique, tantôt fibreuse et même dure.

La rate conserve un volume normal, ou quelquefois, est hypertrophiée ; il est exceptionnel qu'elle soit très volumineuse. Il en est de même pour le foie.

Souvent les malades sont apyrétiques. D'autres ont de la fièvre : tantôt un simple mouvement fébrile sans régularité ; tantôt une fièvre à type rémittent ou intermittent.

L'état général reste plus ou moins longtemps assez satisfaisant. L'enfant est généralement pâle. Puis un jour il se met à maigrir, à se cachectiser.

La peau, généralement normale, est quelquefois le siège d'un prurit intense et d'éruptions cutanées de types divers.

Ces caractères permettent de différencier les adénopathies du type lymphomateux des adénopathies du type scrofuleux. Mais, au début, avant la phase d'empâtement qui survient dans ces dernières, le diagnostic est presque impossible pour certaines d'entre elles.

L'EXAMEN DU SANG est toujours nécessaire. Il montre en général une diminution des *hématies* et de l'hémoglobine. Mais ce sont surtout les *leucocytes* qui sont modifiés. Tantôt leur *nombre* est considérablement augmenté, il atteint 50.000, 100.000 et plus ; tantôt il est peu augmenté, n'atteint que 20 à 30.000, ou même reste normal. D'autre part la *formule leucocytaire* reste normale ou est plus ou moins modifiée.

Le NOMBRE DES LEUCOCYTES permet une première classification suivant qu'il est, soit très augmenté, soit normal ou peu augmenté.

Quand le nombre des leucocytes est très augmenté, atteint ou dépasse 50.000, il s'agit de *leucocytémie*, de *leucémie*. On en distingue deux variétés.

La *leucémie myéloïde* est caractérisée par la présence de myélocytes neutrophiles. Je n'en parle pas, car les volumineuses adénopathies y sont exceptionnelles ; au contraire, il existe une splénomégalie énorme, une tumeur splénique.

La *leucémie lymphatique* ou *lymphadénie lymphatique* est caractérisée par une proportion très élevée de lymphocytes qui atteignent 90 à 99 %. Elle se révèle par des adénopathies semblables à celles que j'ai décrites tout à l'heure. La rate est normale ou un peu tuméfiée. Tout l'appareil lymphoïde peut participer au processus : les amygdales palatines et pharyngées sont hypertrophiées ; le thymus, les testicules, sont souvent gros.

Ces enfants ont quelquefois des hémorragies, du prurit, des lésions cutanées diverses.

L'évolution est progressive et la mort survient en un ou deux ans.

L'examen d'un ganglion montre une nappe uniforme de lymphocytes et de mononucléaires.

Quand le nombre des leucocytes est modérément augmenté ou normal, il s'agit de faits complexes, assez différents les uns des autres.

Les uns rentrent dans le cadre de la leucémie lymphatique, constituent des *lymphadénies subleucémiques* ou *aleucémiques*. Les autres sont distincts des leucémies ; ils réalisent des affections que Conheim appelait des *pseudo-leucémies*. Ce sont des syndromes voisins de la leucémie lymphoïde, des *syndromes para-leucémiques*, suivant l'appellation proposée par M. Agasse-Lafont, dans le *Traité de pathologie médicale* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

En clinique, ces faits complexes réalisent le tableau décrit par Trousseau dans la leçon consacrée à l'*adénie*, publiée dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.

« L'adénie, écrit-il, consiste en une hypertrophie simple des ganglions lymphatiques superficiels et profonds, et en des productions lymphatiques, dans différents organes, analogues à celles que l'on rencontre dans la leucocythémie, mais (et le fait est essentiel et caractéristique) sans qu'il y ait augmentation des globules blancs du sang. »

Dans une leçon qu'a reproduite la *Pédiatrie pratique* en septembre 1922, j'ai étudié l'*adénie*

chez les enfants. J'ai montré que l'adénie réalisait un syndrome clinique qui méritait d'être conservé. Trousseau n'avait pu pénétrer dans l'intimité des faits, car il n'avait pas à sa disposition les techniques hématologiques perfectionnées que nous avons aujourd'hui. A l'heure actuelle, les recherches hématologiques permettent de préciser, dans l'adénie, quelques variétés anatomo-cliniques, mais elles n'ont pas apporté encore une clarté définitive.

Il y a d'abord la *leucémie* ou *lymphadénie aleucémique*, ou *subleucémique* ; le nombre des leucocytes atteint 10.000 à 40.000, la proportion des lymphocytes et mononucléaires est de 50 à 80 %. Le tableau clinique est celui de la leucémie lymphatique.

Il y a ensuite la *lympho-granulomatose*, ou *maladie de Paltauf-Sternberg*, ou encore *adénie éosinophilique prurigineuse* de Fabre et Colrat. Il ne faut pas la confondre avec la *lympho-granulomatose inguinale* de Nicolas et Fabre, qui consiste en des adénopathies inguinales suppurées et fistuleuses, consécutives à une petite ulcération herpétiforme des organes génitaux.

On l'appelle quelquefois maladie de Hodgkin mais à tort, car sur 7 observations relatées par cet auteur 3 seulement « se rapportent très vraisemblablement » à la lympho-granulomatose, d'après M. Prieur, qui a consacré, l'année dernière, sa thèse à la *maladie* de Sternberg.

Ce qui caractérise la maladie de Sternberg, c'est, avec une leucocytose modérée, de 10.000 à 30.000 éléments, une polynucléose importante, de 80 % et plus, une éosinophilie moyenne (3 à 6 %). « Les faits qui frappent le plus, écrit M. Prieur, sont .... la constance de la polynucléose neutrophile, la fréquence de l'éosinophilie ». Mais, ajoute-t-il, « il n'y a pas de formule hématologique pathognomonique ».

Cliniquement, les ganglions offrent une fermeté spéciale, une dureté presque cartilagineuse, la splénomégalie est modérée, la fièvre est habituelle, variable de type, continue, rémittente à grandes oscillations, souvent à rechutes ; les altérations cutanées et le prurit sont habituels ; les lésions de la peau sont banales ou spéciales ; celles-ci consistent en de multiples nodules, petits, saillants et durs.

L'évolution est lente ; l'affection dure un ou deux ans, quelquefois moins, quelquefois plus.

Le diagnostic n'est possible que dans les cas où la symptomatologie est complète et où on retrouve les caractères particuliers du sang.

Si l'on pratique une biopsie, on onstate que le ganglion présente des lésions d'inflammation chronique différentes suivant les stades. Le tissu réticulo-lymphatique est remplacé par une nappe de lymphocytes, d'éosinophiles, de polynucléaires neutrophiles, etc. A un moment donné, on aperçoit des cellules géantes, du type Sternberg, qui sont caractéristiques.

Viennent ensuite divers états dans lesquels, avec une leucocytose modérée ou même nulle, la *formule sanguine* est normale ou à peu près ; il peut exister soit une légère polynucléose, soit une légère lymphocytose.

Les adénopathies revêtent le type clinique de l'adénie ; elles s'accroissent progressivement pendant 18 mois ou 2 ans. Finalement le malade meurt de cachexie, à moins que n'intervienne l'asphyxie due à la compression des voies respiratoires.

En pareil cas le ganglion présente une hypergénèse des lymphocytes ; le tissu conjonctif conserve sa disposition normale.

L'*étiologie* de l'adénie est encore ignorée.

Trousseau avait éliminé le rôle de la scrofule, de la tuberculose et de la syphilis. Pour lui, il s'agissait d'une *diathèse lymphatique* « caractérisée par la tendance de certains sujets à présenter, sous l'action d'une cause déterminante, des engorgements ganglionnaires d'abord localisées et qui se généralisent dans l'espace de 18 mois à 2 ans ».

Il semble bien qu'intervienne une *infection chronique*.

Pour certains auteurs modernes, la *tuberculose* et la *syphilis* joueraient quelquefois un rôle.

On a décrit une *lymphadénie tuberculeuse*, une *adénie tuberculeuse*. Elle n'a ni caractères cliniques, ni caractères hématologiques spéciaux. Les lésions ganglionnaires consistent en une hyperplasie lymphoïde banale. Il y a quelquefois des follicules tuberculeux et des nodules caséeux avec cellules géantes ; mais la syphilis donne le même aspect. En réalité, comme MM. Paul Courmont, Léon Tixier et Bonnet, l'écrivaient en 1899 : « A part la présence des bacilles de Koch et de tubercules au sein des tissus morbides, il n'existe pas actuellement des caractères histologiques permettant de séparer l'adénite tuberculeuse des autres cas d'adénie ». Il faut inoculer un cobaye, et si le cobaye n'est pas tuberculisé on ne peut pas conclure à la tuberculose. M. Guggenheim, dans sa thèse de 1913 sur la *lymphogranulomatose*, considère que certains faits qualifiés d'adénie tuberculeuse ne sont autres que de la lymphogranulomatose. D'ailleurs de longues discussions que j'ai exposées dans ma leçon sur l'adénie ont été poursuivies sur les relations qui peuvent exister entre la tuberculose et la maladie de Paftauf-Sternberg.

On a décrit une *lymphadénie*, une *adénie syphilitiques*. Laurent Weill, de Lyon, et son élève M. Bernheim, dans la thèse que j'ai mentionnée tout à l'heure, l'ont tout particulièrement étudiée.

Cliniquement c'est le tableau de l'adénie à évolution chronique; l'enfant a ou n'a pas de stigmates de syphilis. Le Bordet-Wassermann n'est pas toujours positif. L'épreuve thérapeutique, la guérison par le traitement spécifique, indiquent la nature syphilitique de l'adénopathie.

Les ganglions, quand on les examine, présentent des caractères d'inflammation banale, avec des cellules géantes, des lésions dégénératives dues à un processus gommeux, des lésions d'endo-vascularite. Mais le ganglion tuberculeux peut offrir le même aspect : cet aspect, écrit M. Bernheim, est « en tous points superposable à celui de la lymphadénie tuberculeuse ». Le diagnostic entre la lymphadénie syphilitique et la lymphadénie tuberculeuse ne peut guère être fait que par l'inoculation au cobaye.

Il y a des cas difficiles à interpréter ; dans ma leçon sur l'adénie, j'ai présenté une fille de 14 ans qui avait une cutiréaction à la tuberculine et un Bordet-Wassermann positifs. Le traitement par des frictions mercurielles et des injections de sulfarsénol a amélioré l'état général, mais n'a pas modifié les ganglions.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il semble vraisemblable que certaines adénies sont dues à la tuberculose ou à la syphilis. Mais la constatation de la syphilis ou de la tuberculose chez un enfant atteint d'adénie n'explique pas toujours cette origine, car il peut s'agir d'une adénie indépendante de ces facteurs étiologiques.

Des diverses adénopathies cervicales chroniques que nous venons d'étudier il faut différencier le *lymphosarcome*, qui est un néoplasme ganglionnaire à évolution rapide et fébrile, avec des adénopathies envahissantes détruisant les tissus voisins, et l'*adénolipomatose*, dont le tableau est bien particulier.

***

Vous voyez les difficultés de diagnostic que soulèvent les adénopathies cervicales de notre enfant.

S'agit-il d'*adénopathies du type scrofuleux* ? Evidemment non : les ganglions grossissent rapidement, sont bien isolés, non empâtés.

S'agit-il d'une *adénopathie du type lymphomateux* ? Ses caractères permettent de l'affirmer.

Mais en présence de quelle variété de lymphome nous trouvons-nous ?

L'examen du sang permet d'éliminer une *leucémie*. Nous sommes en présence d'une *adénie*.

Ce n'est pas une *leucémie aleucémique*, puisque la proportion des lymphocytes est de 24 %, plutôt inférieure à la moyenne. Ce n'est pas une *maladie de Paltauf-Sternberg*, car les ganglions ne sont pas durs, mais plutôt mous, car il n'y a ni prurit, ni lésions cutanées, car la polynucléose (68 %) est légère et l'éosinophilie (0.5 %) manque. Il y a de la fièvre, mais celle-ci peut se voir dans d'autres variétés d'adénie ou relever d'autres causes.

Il s'agit, somme toute, d'une variété d'adénie avec légère leucocytose et légère polynucléose. La cause nous échappe. La tuberculose paraît bien peu probable ; il n'existe aucune raison d'incriminer la syphilis et le Bordet-Wassermann est négatif.

Nous ne sommes pas plus avancés, quant à l'étiologie que du temps de Trousseau. On pourrait presque, comme lui, parler de *diathèse lymphogène*. Toutefois l'histologie du ganglion décèle des lésions d'inflammation chronique, qui permettent de supposer l'intervention d'un processus infectieux.

Il ne s'agit pas d'un processus néoplasique, d'un *lymphosarcome*.

En tout cas, le *pronostic* est mauvais. Nous devons craindre une terminaison assez rapide, en quelques mois. Et malheureusement nous n'avons pas de *thérapeutique* efficace à opposer.

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE

III (*Suite*) (1)

Par Albert VAUDREMER,

Maître de conférence aux Hautes-Etudes.

Doctrines actuelles françaises et allemandes

La révision, longue, quoiqu'incomplète, des lésions causées par l'infection bacillaire, telles qu'on les envisage en France, nous a paru nécessaire. Les phtisiologues pourront trouver que ces notions aujourd'hui classiques n'avaient pas à être rappelées. Nous pensons que cette opinion pourra n'être pas celle de nombreux cliniciens, qui, non spécialisés en tuberculose, auraient vu certaines de ces notions fuir leur mémoire. Or, nous n'avons abordé que les points essentiels de doctrine sur lesquels la classification de la tuberculose pulmonaire a été établie. On sait que dès 1810, Bayle a donné une classification des

(1) V. *Concours Médical* nos 5, 13 et 21, des 1er fév., 29 mars et 24 mai 1925.

différentes formes de la tuberculose des poumons.

Depuis cette époque des essais de classifications nouvelles ont été souvent tentés. Ces essais correspondaient à la nécessité réelle de dégager, au moyen des différents modes d'observations cliniques et microscopiques, les types essentiels de la maladie.

L'analyse des différentes classifications proposées montre que celles-ci ont été établies, en prenant pour base : les causes pathogéniques ; les manifestations symptomatiques ; les altérations anatomiques.

La classification anatomique associée aux manifestations cliniques, et dont le professeur Bard est l'auteur, a été, en définitive, adoptée en France.

Dans son rapport sur les « formes cliniques de la tuberculose pulmonaire » Bard a montré combien il était nécessaire d'établir une classification permettant de relier les phénomènes cliniques aux phénomènes anatomo-pathologiques dont ils étaient l'expression.

En effet, « les aspects cliniques si variés que présentent les tuberculeux pulmonaires ne résultent pas simplement des caractères différents que la maladie peut prendre aux diverses étapes de son évolution progressive ; ils résultent aussi des différences capitales qui,pendant tout le cours de cette affection, séparent entre elles les diverses catégories de malades, aux multiples points de vue qu'on est habitué à envisager en clinique. La symptomatologie et le diagnostic, les caractères de distribution et d'évolution des lésions, la marche et le pronostic de la maladie, les indications thérapeutiques elles-mêmes, tout concourt à démontrer la polymorphie étendue de la tuberculose pulmonaire, l'impossibilité de se contenter d'une description générale univoque, la nécessité d'établir et de préciser de multiples formes cliniques ». On sait que la classification de Bard a succédé aux classifications anatomiques de Kuss et de Turban.

La classification de Turban, basée sur l'étendue des lésions et leur gravité apparente, nous a toujours semblé correspondre à une statistique de triage.

Celle de Küss, au contraire,avait le grand avantage de faire une part à la tendance évolutive de l'infection. Elle conservait la division de Turban : 1° lésions légères d'un lobe ; 2° lésions légères des deux lobes, ou lésion grave d'un seul lobe ; 3° lésions plus étendues que dans la stade précédent.

Mais à cette division sommaire, Küss ajoutait « au point de vue de la tendance évolutive : la forme fibreuse, les formes fibro-caséeuses banales, enfin les formes fibro-caséeuses tout à fait torpides, spontanément immobilisées dans leur évolution par une tendance sclérosante manifeste. »

La classification de Bard répond à la fois aux manifestations anatomiques, au siège et à l'étendue des lésions, aux altérations anatomo-pathologiques ; au degré évolutif de la maladie.

En effet Bard divise les lésions bacillaires pulmonaires en quatre classes comportant des subdivisions :

I. — *Les formes parenchymateuses*, subdivisées en : forme abortive ; forme caséeuse lobaire (penumonie tuberculeuse), ou forme caséeuse extensive ; forme fibro-caséeuse, extensive ou congestive ; forme fibreuse, subdivisée elle-même en forme pneumonique hyperplasique fibreuse, forme fibreuse par sclérose dense, forme fibreuse avec sclérose diffuse et emphysème.

II. — *Les formes interstitielles ou granuliques*, subdivisées en granulie généralisée classique ; granulie migratrice; granulie discrète (*curable*).

III. — *Les formes bronchiques*, subdivisées en bronchite capillaire tuberculeuse ; en bronchio-pneumonie tuberculeuse ; bronchite chronique tuberculeuse profonde. Bronchite chronique superficielle.

IV. *Les formes postpleurétiques*, subdivisées en formes postpleurétiques à lésions pulmonaires autonomes, et en pneumonie pleurogène tuberculeuse.

Depuis une quinzaine d'années la classification proposée par Bard n'a pas subi de grandes retouches. Les lignes générales en sont restées, et l'on peut penser qu'il en sera ainsi pendant longtemps encore, malgré les critiques que l'école allemande lui fait subir depuis quelque temps.

Ces critiques et leur réfutation doivent être présentées au lecteur. Elles ont été résumées récemment par MM. Giraud et Sédad, de Leysin, dans un mémoire original publié par la *Revue de la tuberculose* (1924, n° 1, page 1). Nous savons que d'ici peu le docteur Potez, fera paraître à son tour un travail sur ce sujet. Ce travail sera publié trop tard peut-être pour que nous puissions l'étudier, mais la référence bibliographique en sera tout au moins donnée pour que ceux que la question intéresserait plus spécialement puissent consulter un ouvrage qui sera le dernier paru traitant de ce sujet.

Il est, en effet, indispensable pour le médecin français de connaître les nouvelles conceptions allemandes, qui tendent à modifier la classification anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire, établie par Bard, généralement adoptée en France et même à l'étranger.

Les Allemands partent de ce point de vue que : devant la multiplicité des lésions bacillaires rencontrées dans les poumons (et l'on peut même

écrire dans n'importe quel organe), la classification anatomique de la tuberculose pulmonaire actuellement adoptée n'est pas assez « objective ».

Ils ont émis l'idée que l'infection tuberculeuse était une maladie générale, attaquant l'organisme tout entier et que la lésion locale n'était qu'un des éléments de cette infection.

En envisageant les choses ainsi, on est conduit au postulat de Ranke, à savoir que : l'étude de la tuberculose doit être étendue à « l'action de l'organe malade sur l'organisme et celle de l'organisme sur l'organe malade » (1).

C'est là une évidence qui ne soulèvera ici aucune critique et nous n'avançons rien qui ne soit connu, en rappelant que, en France, l'étude du terrain et celle de la maladie elle-même n'ont pas longtemps été séparées. Sous la poussée des recherches bactériologiques, on a pu. il est vrai, laisser de côté la question *terrain* pour n'envisager que la question *bacille.* Mais aujourd'hui l'union est faite et Sergent a gain de cause, qui jamais n'a changé d'avis et a toujours réclamé pour le *sol tuberculeux* l'immense importance qu'il a certainement dans la genèse et l'évolution de la tuberculose. Toutefois, ce n'est pas tout à fait ainsi que les Allemands envisagent la question. La notion *sol* n'apparaît pas dans les recherches nouvelles sur lesquelles ils veulent établir non plus une classification anatomique de la tuberculose mais une classification des réactions humorales correspondant à une lésion clinique, et réciproquement.

C'est en s'appuyant, sur cette théorie que Ranke a établi une classification dans laquelle il distingue :

I. — *Phase de primo-infection* caractérisée par la formation du complexe primaire (chancre d'inoculation) et par l'apparition de la sensibilité de l'organisme à l'égard de l'infection tuberculeuse.

II. — *Phase d'hypersensibilité et de généralisation.*

III. — *Phase d'immunité relative et de localisation des lésions.*

Nous allons résumer l'essentiel de la théorie de Ranke et de ses collaborateurs en suivant point par point le beau travail très documenté et admirablement écrit de MM. Giraud et Sédad (1).

I. — Primo-infection

Les auteurs allemands ont confirmé et complété les recherches françaises d'Hutinel, Küss (2), et Ribadeau-Dumas (3), sur l'existence du chancre d'inoculation. Celui-ci d'après Puhl, qui l'a recherché sur 131 cadavres, existe dans 90 pour cent des cas. Dans 62 cas pour cent la tuberculose d'inoculation pulmonaire est accompagnée d'une lésion ganglionnaire.

La lésion initiale peut se rencontrer « dans toutes les parties du poumon, mais affecte semble-t-il une préférence marquée pour les zones qui respirent fortement et notamment pour les couches sous-pleurales. »

Habituellement le foyer d'inoculation est unique, mais le fait n'est pas absolu. Cette multiplicité éventuelle des foyers d'inoculation confirme les travaux de Debré et Bonnet (4) : ces auteurs ont en effet montré qu'une surinfection survenant au cours de la période anteallergique donne naissance à un chancre de réinoculation. Or certains auteurs ont cru voir que des différences de structures accusées existaient entre les lésions de première infection et les lésions de réinoculation.

Les auteurs allemands ont admis ce fait. Ils ont montré que le tubercule initial était composé d'un foyer central caséeux, d'origine pneumonique et d'une zone périphérique contenant de nombreux éléments spécifiques. Ils ont vu que dans la caséeum central on trouvait encore des fibres élastiques, restes d'alvéoles, ou même de bronchioles détruites. Si l'on veut bien relire les descriptions que nous avons faites antérieurement, on verra que ce fait avait été déjà vu par Grancher puis par Letulle et par Gougerot. La différence entre les travaux de ces auteurs et ceux des auteurs allemands nous semble être que les derniers attribuent ces altérations au seul tubercule initial, ce qui, à notre avis n'est pas prouvé. A la limite de la zone caséeuse on rencontre une couche de cellules épithélioïdes, entourée elle-même d'une zone inflammatoire

(1) Baemaster. — *Deutsche Med Wochenschrift,* n° 1713, 1918.
Graff et Kupferle. — Beitrage zur Klinick der Tuberculose, B. D. 44.
Michel. — Beiträge zur Klinick der Tuberkulose, Bd. 49.
Orth. — *Deutsche Med Wochenschrift,* n° 40, 1921.
Ulricr. — Beiträge zur Klinick der Tuberkulose Bd. 51 et 52.
Nicol. — Beiträge zur Klinick der Tuberkulose, Bd. 51 et 52.
Aschoff. — *Deutsche Klinik Wochenschrift,* n° 36, 1922.
Aschoff et Munster. — *Medizinische Wochenschrift,* n° 69, 1922.
Puhl. — Beiträge zur Klinick der Tuberkulose, Bd. 52.
Ranke. — Beiträge zur Klinick der Tuberkulose, Bd. 52.
Giraud et Sédad. — *Revue de la tuberculose,* p. 1, n° 1, 1924.

(1) Giraud et Sédad. — *Ibid.*
(2) Kuss. — L'hérédité parasitaire de la tuberculose. Thèse de Paris, 1898.
(3) Ribadeau-Dumas. — La tuberculose d'inoculation pulmonaire infantile, *Rev. de la tuberculose,* 1920, n° 1.
(4) Debré et Bonnet. — La surinfection tuberculeuse expérimentale (*Journal médical français,* T. XI, n° 9, septembre 1922.

riche en cellules contenant des tubercules miliaires à cellules géantes caractéristiques.

L'intérêt de cette description est la division du tubercule d'inoculation en deux zones : pneumonique centrale ; folliculaire périphérique. Mais ceci encore, n'est pas une constatation nouvelle pour les auteurs français. Letulle l'a dit dans son ouvrage iconographique sur la tuberculose pleuro-pulmonaire ; il l'a répété avec Bezançon dans l'article sur la pneumonie caséeuse que nous avons précédemment résumé.

Lésions ganglionnaires. — Au tubercule d'inoculation correspond un envahissement des ganglions lymphatiques correspondant au territoire pulmonaire infecté. Cette observation est conforme à la loi de Parrot.

Les ganglions infectés ne sont pas caséifiés dans leur totalité. La caséification dont ils sont atteints est *polaire* ou *centrale*, elle n'est pas totale : au contraire la fonte caséeuse ganglionnaire est complète dans les adénites profondes correspondant à une réinfection.

Cette constatation mérite qu'on s'y arrête car elle ne concorde pas avec nos recherches expérimentales. Expérimentalement nous avons vu que, *chez le cobaye*, la caséification des ganglions tributaires du territoire infecté correspond à la résistance de l'animal.

Si par un procédé de vaccination incomplète, mais existant pourtant à un degré très appréciable, on arrive à conférer au cobaye une résistance à l'infection, les ganglions hypertrophiés sont durs à la coupe, sans trace de caséification. En revanche les animaux témoins de l'expérience présentent des ganglions beaucoup plus volumineux que les animaux résistants et ces ganglions sont réduits à une masse caséeuse. Il s'agit dans le premier cas d'une réaction défensive chez les animaux traités. Nous n'avons pas le droit de conclure sans réserve de l'animal à l'homme ; *cependant nous pouvons faire remarquer que ce fait expérimental est en opposition avec les constatations des auteurs allemands.*

Dans la description des auteurs allemands on lit que : les lésions parenchymateuses et ganglionnaires primaires sont entourées d'une zone congestive sans éléments spécifiques déterminés. Les travaux des auteurs français que nous avons résumés et ceux de Ribadeau-Dumas nous ont appris déjà que ces manifestations sont ici bien connues. Il ne nous a pas paru qu'elles fussent différentes des phénomènes congestifs observés dans de nombreux cas de poussées évolutives dues, soit à une primo-infection, soit à une réinfection. Cependant Puhl estime qu'une différence existe dans l'un et l'autre cas : il était important de le signaler.

Evolution de la lésion primaire. — Deux ordres de faits la caractérisent : la capsulisation du foyer et la transformation du foyer lui-même.

La capsulisation se forme aux dépens de la lame bordante du foyer caséeux et de la zone de congestion extérieure. La première est composée de bandes hyalines que leur coloration élective permet de rapprocher du tissu conjonctif. La zone périphérique non spécifique, nettement conjonctive, se développe vraisemblablement aux dépens du tissu conjonctif périvasculaire.

II. — Phase d'hypersensibilité

Cette phase est caractérisée par l'extension des lésions et leur développement dans les points les plus différents de l'organisme. La migration des germes infectieux suivrait la voie sanguine, s'accompagnant de phénomènes congestifs sans caractères spécifiques. Dans les poumons ces phénomènes congestifs font penser parfois à « l'existence de poussées pneumoniques, de tuberculoses congestives, de splénopneumonie, qui, malgré l'intensité des signes qu'elles engendrent sont loin de comporter un pronostic défavorable,.... l'observation radiologique montre que si, dans un premier temps, il y a altération pulmonaire diffuse, il n'y a plus, après la guérison, comme témoins du processus tuberculeux, qu'une petite ombre ayant tous les caractères de celles qui révèlent à l'écran l'existence d'un petit tubercule calcifié » (1). Ce fait signalé parM. Ribadeau-Dumas est pour le clinicien d'une extrême importance. Il apprend qu'un pronostic sévère doit toujours être laissé en suspens dans des cas de ce genre, dont il faut savoir qu'ils peuvent rétrocéder et finir par une guérison apprente. C'est une opinion que nous avons entendu soutenir aussi par le professeur Bezançon et qui s'est trouvée juste à maintes reprises dans notre pratique. Toutefois, nous ne croyons pas dépasser la pensée de M. Ribadeau-Dumas en rappelant que cet auteur, dont on connaît les travaux si nets et si personnels, n'a pas voulu indiquer que les manifestations de splénisations massives appartinssent à la phase d'hypersensibilité plutôt qu'à la phase de première infection.

Personnellement, nous pensons qu'il est parfois impossible de faire une distinction entre les lésions pulmonaires primaire ou secondaire : le diagnostic rétrospectif de ces deux manifestations nous a souvent laissé hésitant au cours d'examens fait sur des pièces et sur des coupes.

III. — Phase d'immunité relative et de localisation des lésions

A cette phase la plus grande partie des lésions

(1) Ribadeau-Dumas. — Sur une forme curable de tuberculose gangliopulmonaire du nourrisson. (*Revue de la tuberculose*, n° 1, 1923.)

sont fixées, les phénomènes inflammatoires n'apparaissent que d'une façon épisodique. L'évolution est lente, la guérison est exceptionnelle.

IV. — Réactions humorales

Pour Ranke, aux trois formes que nous venons de résumer, correspondent des réactions humorales qui leur sont propres. Ces réactions croissent pendant toute la période de première infection, elles atteignent leur maximum à la période secondaire et décroissent à la péri de tertiaire à laquelle correspond une immunité relative.

On peut penser que l'intensité des réactions humorales est due au passage dans le sang d'une grande quantité de « matériel infectant ». « On semble donc être en droit d'admettre que la destruction parentérale du matériel tuberculeux, sans action (tissulaire) apparente, provoque les modifications humorales de l'organisme et l'apparition des phénomènes de sensibilité puis d'hypersensibilité.

« Anatomiquement, cette sensibilité de l'organisme se traduit par l'apparition des phénomènes congestifs périlésionaux.

Biologiquement elle est mise en évidence par la cutiréaction qui persiste pendant toute la vie de l'individu quel que soit son bon état de santé apparent. »

Or, il serait pourtant nécessaire de préciser ce qu'est cette cuti-réaction mieux qu'on ne le fait habituellement. C'est pour atteindre ce mieux que Bezançon a remis la question de la cuti-réaction à l'étude devant la Société de la tuberculose récemment. En général, cette épreuve de diagnostic est envisagée « en bloc » ce qui est insuffisant. En effet, la réaction peut varier avec la tuberculine employée ; elle peut être intense ou légère, prompte ou tardive, courte prolongée. L'explication de ces différences vaut d'être cherchée, en unifiant les méthodes et en employant une tuberculine étalon. Ceci fait, il faudra ensuite comparer les résultats donnés par la cuti-réaction avec les signes de modifications humorales fournis par la recherche de la déviation du complément et par celles très intéressantes que donne la méthode de Vernes, et que celui-ci publiera bientôt. Il ne nous paraît donc pas encore possible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'établir une classification de la tuberculose basée sur les réactions humorales. Toutefois le travail considérable de Ranke et de ses collaborateurs a le très grand mérite de poser les termes du problème et d'apporter un plan directeur pour de nouvelles recherches, qui seront peut-être fécondes.

Les auteurs allemands ont cherché à compléter cette classification humorale dont on peut penser qu'elle ne les a pas satisfaits. Ils lui ont ajouté une classification anatomo-clinique. Celle-ci ne nous a paru ni aussi pratique, ni aussi complète que la classification de Bard à laquelle, pensons-nous, il est préférable de demeurer fidèle. Cette opinion est celle de MM. Giraud et Sédard, elle est aussi la nôtre.

(A suivre.)

LES « PETITS SIGNES DE BACILLOSE » (1)

Par le docteur NIGOUL-FOUSSAL,

Médecin de l'Hôpital Bellan.

Nous connaissons les petits signes du brightisme qui ne sont, en somme, que les petits signes de l'artério-sclérose ; nous connaissons aussi les petits signes de l'hépatisme, décrits par Glénard ; mais nulle part, nous ne trouvons mentionnés les petits signes de la bacillose.

Il existe pourtant, chez un assez grand nombre d'individus adultes, des phénomènes morbides légers, d'apparence imprécise, qui, pris isolément, n'ont aucune signification bacillaire, mais qui, réunis, doivent faire soupçonner l'existence d'une imprégnation au moins légère de l'organisme.

Il s'agit d'une infection très atténuée, qui ne se manifeste par aucun phénomène concret inflammatoire ou autre, et qu'il n'est pas possible de préciser avec nos moyens actuels d'investigation.

Il s'agit en un mot, d'un ensemble de symptômes d'*intoxication* auxquels on ne prend pas garde. Un jour, cependant, ils éclatent bruyamment et enlèvent entre 30 et 40 ans, par tuberculose confirmée, pulmonaire ou méningée, des gens que l'on croyait bien portants.

Quels sont donc ces symptômes pour lesquels nous proposons la dénomination de *petits signes de bacillose* ? Ce sont :

1° La frilosité ;

2° L'obésité ;

3° Une sensibilité particulière envers les toxiques, les sérums, les vaccins, l'auto-hémothérapie (anaphylaxie) ;

4° Des céphalées fréquentes ;

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine le 12 mai 1925.

5° L'instabilité thermique;
6° L'entérite chronique;
7° L'hypotension artérielle avec asthénie;
8° La carie dentaire avec calciurie.

Aucun de ces signes, par lui-même, n'annonce la tuberculose ; mais leur ensemble fait impression. Ils indiquent un état d'infériorité biologique, une diminution de la résistance organique générale, et annoncent, à notre avis, une intoxication.

Voici, à ce sujet, une observation typique, parmi tant d'autres, et qui précisera notre pensée.

Madame P..., 28 ans, rentière, grande, obèse, à tendances neurasthéniques.

Pression artérielle au Pachon 7-14. Céphalées par crises, durant plusieurs jours et s'accompagnant de congestion de la face avec parfois des vomissements, état subfébrile; les médicaments employés pour combattre cette céphalée, sont mal supportés. Ils augmentent plutôt la douleur, ils développent l'hypotension et l'asthénie.

Frilosité habituelle. Constipation avec entérite chronique. Mauvaise dentition, carie dentaire.

Cette femme qui ne se considère nullement comme une malade et qui aime le monde, a voulu traiter son obésité. Elle a pris de la thyroïdine à doses faibles et médicales. La médication a été très mal supportée, il a fallu la cesser et une crise grave de céphalée avec lassitude générale s'en est suivie pendant plusieurs jours.

Il s'agit donc là d'une personne aisée, ayant une vie moyenne et présentant : de l'obésité, de l'asthénie avec hypotension ; de l'entérite chronique ; une sensibilité particulière aux médicaments ; de la décalcification.

Cet état physiologique, considéré par tous comme nullement inquiétant, dura près de 8 ans. Puis, survint sans cause, un amaigrissement léger et progressif ; la perte totale de poids atteignit, en 1 an 1/2, dix-huit livres. Un jour, une céphalée violente apparut, bientôt accompagnée de vomissements cérébraux, de cri hydrencéphalique, et cette femme mourut au bout de trois semaines, d'une méningite tuberculeuse soignée à Bordeaux par les professeurs Pitre et Sabrazès. Un frère était mort de tuberculose suppurée de la hanche dix ans auparavant.

Voilà un tableau sur lequel il faut retenir l'attention. Pour nous, cette malade présentait depuis des années les petits signes de bacillose et, peut-être qu'un traitement judicieux, de bonne heure institué, aurait empêché l'évolution fatale.

Mais voyons par le détail chacun de ces symptômes que nous groupons sous le nom de *petits signes de bacillose*.

1° *Frilosité*. — Les sujets dont il s'agit sont très frileux. C'est une constatation générale. Ils se plaignent souvent du froid, se vêtent chaudement en toute saison.

En général, on considère la frilosité comme un signe d'insuffisance thyroïdienne, et lorsqu'il s'y joint l'obésité, il faut bien songer, en effet, à l'hypothyroïdie. Faisons cependant remarquer que chez ces malades le traitement opothérapique est souvent mal supporté.

2° *Obésité*. — L'obésité est précoce; elle apparaît entre 20 et 25 ans. Ces gens sont bouffis ou simplement gras, très gras. Or, nous savons que l'obésité est un syndrome endocrinien causé, le plus souvent, par une intoxication. Dans certaines dyspepsies avec intoxications alimentaires, il y a de l'obésité ; dans l'alcoolisme chronique également. Beaucoup de syphilitiques sont obèses, et nous connaissons tous le tuberculeux floride. Il s'agit, en général, d'une intoxication légère, mais chronique, amenant de l'obésité temporairement, tant que les résistances organiques sont bonnes. Pour nous, l'obésité existe très souvent pour ne pas dire toujours, comme petit signe de bacillose.

3° *Sensibilité particulière aux toxiques, aux vaccins, aux sérums, à l'autohémothérapie* (*anaphylaxie*). — Il faut attirer l'attention sur cette sensibilité particulière aux remèdes. Les malades dont nous parlons supportent mal les toxiques et surtout les médicaments sédatifs. Nous avons vu de ces gens en apparence bien portants, et qu'une dose faible de sulfate de quinine de 0.25 centigr., par exemple, ou même moindre, mettait dans un état alarmant de dépression. Nous ne parlerons pas de l'aspirine, plus mal supportée encore, dont on a signalé souvent les méfaits et capable de produire des accidents mortels.

De même, l'injection de n'importe quel sérum détermine chez ces malades des crises dites hémoclasiques et d'une façon presque constante.

Quant à l'autohémothérapie, nous l'avons vue le plus souvent provoquer des poussées fébriles prolongées et des troubles réactionnels généraux qui en proscrivaient rapidement l'usage.

Les phénomènes d'anaphylaxie éclatent tout aussi bien chez des gens non imprégnés de toxines bacillaires. C'est évident. Mais, nous constatons qu'ils sont constants dans le groupe qui nous occupe et, en présence d'une sensibilisation aussi fréquente, aussi variée, on doit reconnaître que nous avons affaire à des gens intoxiqués, dont le foie est déficient et le sympathique irritable.

4° *Céphalées fréquentes*. — Ces malades souffrent facilement de la tête et les crises encéphaliques correspondent, d'habitude, à un certain état d'asthénie avec hypotension. Elles sont consécutives à une fatigue physique ou morale. Ces gens ne peuvent supporter les contrariétés, les discussions prolongées. Ils manquent de tonus nerveux, sont irritables et cherchent le calme ou les distractions.

5e *Instabilité thermique.* — C'est dans ces moments de crises douloureuses avec asthénie, que l'on constate un état subfébrile de 37 à 37°6.

En dehors de ces périodes, on doit prêter attention à une certaine instabilité thermique fréquente, qui s'accompagne de légers troubles vaso-moteurs et qui, plusieurs fois constatée, doit suffire à amener une surveillance attentive du malade.

6° *Entérite chronique.* — Il s'agit de la forme muco-membraneuse avec constipation, mais il existe aussi des troubles digestifs du type hyposthénique avec fermentations gastriques et parfois vomissements. L'appétit est assez capricieux.

7e *Hypotension artérielle et asthénie.* Les deux symptômes marchent de pair et constituent un léger degré d'insuffisance surrénalienne. La tension au Pachon varie entre 7 et 14.

8e *Carie dentaire. Calciurie.* — Aucun des sujets qui présentent, selon nous, les petits signes de bacillose, n'a une bonne dentition. Ils sont atteints de carie dentaire et ils se décalcifient. L'examen des urines montre d'ailleurs l'existence de décharges calciques et phosphatées.

Nous le répétons, aucun des symptômes groupés sous le nom de *petits signes de bacillose* n'a une valeur diagnostique quand on le prend isolément. Mais étudié dans son ensemble, le syndrome possède une incontestable valeur.

Frilosité, obésité, asthénie, hypotension, instabilité thermique, insuffisances digestives, calciurie, doivent être mises sur le compte de troubles endocriniens, et tel est, certainement, leur mécanisme physiologique. Ces troubles endocriniens sont ici conditionnés par l'apport de toxines et de toxines bacillaires. Nous en voyons une preuve dans ce fait que la plupart de ces malades deviennent rapidement des tuberculeux avérés et que d'autre part, on découvre chez eux des antécédents familiaux de tuberculose.

Ce sont des porteurs de bacilles. Ils sont en état d'allergie, d'immunisation. Ils se maintiendront dans un état de santé, en apparence satisfaisant pendant de nombreuses années peut-être, mais, un jour, cette bacillose latente, pour tous indécelable, va commencer son évolution, et avec quelle rapidité ! Il suffit d'un évènement à forte répercussion physique ou morale ou bien d'une maladie infectieuse fa sant cesser l'état allergique ou l'immunité.

Qu'on nous permette donc d'attirer l'attention médicale sur les *petits signes de bacillose* que nous sommes, croyons-nous, le premier à décrire. Il ne s'agit pas ici, insistons bien sur ce point, d'une bacillose décelable. Il s'agit de gens qui, par leur aspect extérieur, et la vie normale qu'ils mènent, n'attirent l'attention ni des médecins, ni de l'entourage, mais qui portent en eux un certain degré d'imprégnation bacillaire : ce sont des intoxiqués, probablement par de rares bacilles à virulence atténuée, mais qui, dans nombre de cas, deviennent un jour singulièrement nocifs.

Nous n'avons pas contrôlé notre opinion clinique par les diverses épreuves des réactions humorales, si incertaines et si décevantes dans leurs résultats. Ces malades d'ailleurs, ne s'y prêtent pas.

Nous avons voulu, en décrivant les petits signes de bacillose, faire en sorte que cette catégorie de « malades bien portants » soit pour le médecin un sujet discret d'observation et de surveillance, afin que des mesures thérapeutiques puissent intervenir à temps.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Balnéation antiseptique dans les maladies générales et les maladies de la peau.

La balnéation antiseptique, dit le Dr Balzer, a pour but l'élimination et la neutralisation des parasites de l'épiderme pour la sauvegarde de sa vitalité et de sa réparation normale.

La balnéation principalement envisagée est celle d'action superficielle, portant à peu près exclusivement sur l'épiderme, et moins celle qui doit agir plus profondément sur le derme, pour obtenir la réduction de ses lésions inflammatoires. Elle exerce un rôle curatif et prophylactique. Nous ne citerons que pour mémoire la balnéation antiseptique dans les maladies générales, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, érysipèle.

Dans les pyodermites ou dermites pustuleuses, ulcéreuses, etc., les bains au permanganate de potasse notamment, ou aux sulfates de zinc et de cuivre, ou au sublimé, ont une action désinfectante souvent décisive. Il en est de même dans les cas de lupus infectés. L'eau oxygénée a été recommandée dans le traitement des gangrènes cutanées diabétiques.

Dans l'eczéma aigu vrai, dépourvu d'infections

secondaires, le rôle du permanganate est limité, même à doses faibles, car il détermine une irritation notable et augmente le suintement. Au contraire le bain antiseptique est plus utile dans l'eczéma chronique étendu ou généralisé, squameux et prurigineux, dans lequel existe toujours des infections secondaires ; il en résulte (permanganate) un soulagement marqué, facilitant l'action topique. Le bain antiseptique prophylactique est aussi indiqué dans les érythèmes, les érythrodermies, dont l'évolution grave est enrayée par la désinfection précoce de la peau. Dans l'intervalle des bains, ne pas recourir aux pommades émollientes, mais rechercher plutôt la dessication de l'épiderme (mélange de talc et d'oxyde de zinc).

Mêmes indications pour toutes les érythrodermites exfoliantes, y compris celle des nouveau-nés.

Dans les dermatoses bulleuses donner des bains à la fois antiseptiques et astringents au permanganate à *doses faibles*, ou au sulfate de zinc et de cuivre.

Les bains antiseptiques et astringents doivent être employés dans les affections prurigineuses, urticaire, lichens, hyperkératoses, prurigos, prurits de nature diverse. Dans le prurit sénile, on peut prescrire le bain silicaté, le bain vinaigré. Les bains de permanganate de potasse (5 gr. par bain) sont à recommander pour les brûlures étendues et superficielles.

Toujours, il faut se servir de la plus petite dose efficace, car presque tous les bains antiseptiques peuvent avoir l'inconvénient de provoquer un certain degré d'irritation à la surface de la peau. (*Paris médical*, 28 février 1925.)

Les séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de combat.

D'après le Pr E. Sergent, lorsque ces intoxications n'ont pas tué brutalement leurs victimes, elles laissent à leur suite des séquelles durables. Celles-ci apportent, dans leurs manifestations multiples, une assez grande variabilité : les unes se traduisent par des troubles plus ou moins accentués des fonctions digestives, du foie, des reins ; les autres, par des altérations plus ou moins profondes des voies respiratoires. Ces dernières sont les plus fréquentes, et beaucoup de ces malades sont considérés comme tuberculeux, alors qu'ils ne le sont nullement et que le diagnostic de tuberculose a été posé sans preuves.

Le plus grand nombre des séquelles respiratoires sont imputables à l'ypérite (sulfure d'éthyle déchloré), principal type des gaz vésicants ; quelques-unes sont dues aux gaz suffocants (gaz chlorés), car ils pénètrent jusqu'aux ramifications terminales de l'arbre bronchique pour y provoquer un œdème aigu, qui diminue les échanges respiratoires. Quant aux gaz toxiques (acide cyanhydrique) et aux gaz lacrymogènes, sternutatoires, ils ne sauraient être incriminés.

Il faut distinguer les séquelles rhino-laryngées, les séquelles broncho-pulmonaires et la tuberculose des gazés.

En ce qui concerne les séquelles broncho-pulmonaires, si l'agent inflammatoire est spécifique, il n'en existe aucun type spécifique anatomo-clinique. Celles-ci peuvent rester bénignes, tout en demeurant durables, ou devenir sévères en s'aggravant progressivement.

Les formes bénignes se révèlent par de simples troubles fonctionnels, qui sont ceux de toute trachéo-bronchite superficielle à rechutes. Quant aux formes sévères, aggravation des premières, elles peuvent constituer un véritable état de mal broncho-pulmonaire, sous l'aspect de poussées congestives, d'œdème infectieux à localisation des sommets donnant lieu à des interprétations erronées ; de poussées de pleurite ou cortico-pleurite, d'îlots de broncho-pneumonie, d'abcès pulmonaires tardifs, de sclérose broncho-pulmonaire, de dilatations bronchiques, de bronchite chronique avec emphysème et adéno-médiastinite. A noter que certaines séquelles, après des poussées épisodiques, arrivent aussi à disparaître.

Quant à la tuberculose des gazés, l'auteur adopte les conclusions suivantes :

1° L'intoxication par les gaz ne suffit pas, à elle seule, pour provoquer la tuberculose ;

2° Lorsqu'on constate une aggravation ou un réveil immédiat de tuberculose à la suite d'une intoxication par les gaz, on est nécessairement conduit à admettre les réensemencements d'une tuberculose active et latente, à la faveur des lésions traumatiques de la muqueuse respiratoire.

3° Lorsqu'on constate chez d'anciens gazés une tuberculose pulmonaire tardive, on ne peut invoquer l'action simple et directe des gaz et on est conduit à faire intervenir les facteurs d'ordre général, indépendants des séquelles des gaz et favorisés par les circonstances occasionnelles : réinfections accidentelles ou réactivations par défaillance des résistances de terrain.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer aujourd'hui que le *pronostic* des grandes séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de guerre est sévère, pour la raison qu'elles constituent une invalidité fonctionnelle incontestable et un état de maladie définitif. (*La Presse médicale*, 14 février 1925.)

Mort rapide au cours de l'eczéma chez les nourrissons.

En présence de cette éventualité, trop peu connue, le médecin doit prévenir toujours la famille de la possibilité d'accidents graves, et pra-

tiquer, pour les éviter, une thérapeutique des plus prudentes et des plus minutieuses.

D'après MM. HUDELO et LOUET, il s'agit, presque toujours, de nourrissons de deux mois à un an, ayant bon aspect général, et chez qui est apparu un eczéma vésiculo-croûteux, suintant, très prurigineux, localisé à la face, ou ayant envahi secondairement le reste du corps. Divers traitements ont été essayés, l'alimentation a été modifiée, mais tout cela en vain ; l'enfant est admis à l'hôpital, et c'est souvent dans les 24 heures que se déroule le drame. Brusquement, quelques heures après l'entrée, l'enfant devient d'une pâleur extrême, alors qu'il était plus ou moins rouge par l'eczéma ; ses lèvres se cyanosent ; ses extrémités se refroidissent : dyspnée intense, convulsions et mort en hyperthermie.

A l'autopsie, aucune lésion macroscopique ou microscopique ne permet d'expliquer ces accidents, en dehors d'une congestion intense de tous les viscères. Peut-être pourrait-on émettre l'hypothèse d'un choc protéique ?

Le traitement doit être préventif ; avant d'employer les réducteurs énergiques, faire une thérapeutique aussi anodine que possible (compresses stérilisées, compresses d'eau bouillie) et pratiquée avec les plus minutieuses précautions d'asepsie. A l'hôpital, isolement des plus rigoureux.

Les accidents déclarés, la thérapeutique reste symptomatique : bains sinapisés, enveloppements froids contre l'hyperthermie ; adrénaline, huile camphrée contre l'adynamie.

Puisque pareil événement peut se produire également en clientèle, il faut, en présence d'un nourrisson atteint d'eczéma et aussi d'impétigo, avertir prudemment la famille que la situation peut changer brusquement et que la mort rapide même peut se produire. (*Paris médical*, 21 mars 1925.)

L'épreuve de Meltzer-Lyon.

Cette épreuve consiste à prélever directement dans le duodénum, par le tubage duodénal connu de tous la bile des canaux biliaires, de la vésicule hépatique et de la glande elle-même, affluant successivement dans le duodénum.

MM. Félix RAMOND et A. BORCESCO ayant expérimenté dans une quarantaine de cas cette épreuve, légèrement modifiée par Chiray, se rangent au nombre des défenseurs de la méthode.

L'extrémité de la sonde d'Einhorn étant parvenue dans le duodénum, on aspire avec une seringue de verre une première bile ; elle est de couleur jaune d'or ; c'est la bile cholédocienne, venue directement du foie et immobilisée dans le canal cholédoque par les phincter d'Oddi ; c'est la bile A. Puis on injecte, pour relâcher ce sphincter et faire contracter la vésicule biliaire 30 cmc. d'une solutiont iède de sulfate de magnésie à 25 % (Chiray) ; au bout de 15 minutes environ, apparaît par aspiration une bile plus foncée et plus visqueuse ; c'est la bile B, qui provient de la vésicule ; son écoulement dure en moyenne de 20 à 25 minutes. Enfin une troisième aspiration se fait dès que la bile foncée fait place à une nouvelle bile de nouveau plus claire, plus fluide, de couleur jaune-citron : c'est la bile C, provenant directement du foie et qui n'a pas eu le temps de séjourner dans le cholédoque.

Lorsque les trois biles A B C sont obtenues successivement, l'épreuve est positive ; elle est négative, si l'on ne peut retirer que les biles A et C.

Les auteurs peuvent affirmer, d'après ses caractères physiques, chimiques (pigments biliaires, cholestérine), ses caractères microscopiques, que la bile B est bien d'origine vésiculaire ; elle manque dans tous les cas où la vésicule est fonctionnellement ou anatomiquement supprimée.

Cette épreuve est le plus souvent un bon procédé de *diagnostic* pour les différentes affections de la vésicule biliaire.

Il y a *absence de la bile B* dans les cas de lithiase bourrant la vésicule de calculs à facettes, de cholécystite suppurée, d'hydropisie de la vésicule par obstruction du canal cystique, de sclérose atrophique de la vésicule, de cancer de ptose de la vésicule avec coudure du bassinet cystique. Les biles A et C peuvent alors être normales, preuve de l'asepsie des voies biliaires extra-hépatiques ; mais si elles sont troubles, il y a infection, c'est-à-dire angiocholite.

L'absence des *biles A B C* est l'apanage de tous les ictères par rétention, des occlusions et compressions du cholédoque, des cancers du cholédoque, de l'ampoule de Vater, de la tête du pancréas.

La *bile B peut exister, mais plus ou moins modifiée.* Si elle ne stagne pas dans la vésicule, elle est plus claire par évacuation précoce : hyperchlorhydries, hyperacides gastriques, cirrhoses veineuses éthyliques. L'excès de coloration indique une stagnation prolongée par atonie de la vésicule (plus fréquente qu'on ne le croit), par ptose vésiculaire, sténose pylorique avec spasme.

Enfin, cette bile B, limpide normalement, devient plus ou moins trouble dans la cholécystite ; elle peut renfermer des coagulums sanguins (calculs traumatisants) ; elle peut donner des renseignements suivant sa densité, la durée de son écoulement, ses caractères chimiques (cholestérine), microscopiques ou bactériens.

Bref, l'épreuve de Lyon ajoute aux signes cliniques, radiologiques et humoraux déjà connus des angiocholites et des cholécystites un faisceau nouveau de preuves importantes, que les recherches futures préciseront encore davantage. (*Le Progrès médical*, 14 février 1925.)

Les hémorragies des hépatiques sont-elles d'origine sanguine ou capillaire ?

Telle est la question que se pose Noël Fiessinger.

Ces hémorragies cutanées, muqueuses ou viscérales, complications fréquentes, surviennent en étroite relation avec les signes d'insuffisance fonctionnelle du foie. Comme le foie joue un rôle indispensable dans la formation du fibrinogène et du thrombogène et que l'ablation du foie chez l'animal rend le sang incoagulable, il était rationnel d'attribuer les processus hémorragiques des hépatiques à un trouble de la coagulation sanguine.

Mais les recherches des auteurs montrent que dans ces cas il y a rupture du capillaire par maladie ; et, comme cette maladie est diffuse, on comprend la gravité des hémorragies des hépatiques, qui est plus subordonnée à la multiplicité des points de rupture qu'à l'importance de l'ouverture.

La cause de ces altérations de la résistance capillaire ne peut être discutable, c'est l'insuffisance hépatique ; mais le détail intime du mécanisme nous échappe encore.

Aussi, pratiquement, devient-il inutile de prescrire chez les hépatiques qui saignent une thérapeutique dite sanguine : le classique chlorure de calcium, l'injection de sérum étranger ont été et sont employés plus par habitude et par coutume que par raison vraiment scientifique.

Le traitement rationnel des hémorragies des hépatiques devrait chercher à améliorer la résistance capillaire, et, faute d'un moyen spécifique, force est de chercher à corriger l'insuffisance hépatique, thérapeutique bien délicate, subordonnée aux réponses d'un parenchyme, mais que l'on peut baser sur deux notions : diminuer l'apport toxique alimentaire, régime hydrique, lacté ou hydrocarboné suivant le cas ; solliciter la réaction cellulaire par l'opothérapie hépatique et la thérapeutique alcaline digestive. (*Journ. des Praticiens*, 25 mars 1925.)

Le mal de mer, choc colloïdoclasique.

Pour M. Bohec, le mal de mer, ou naupathie, doit être considéré comme la manifestation d'un choc colloïdoclasique. Ce choc est en effet caractérisé par une triade symptomatique où s'associent la nausée, les vomissements et le vertige. Ce choc déclanche, par les terminaisons sympathiques et parasympathiques, le déséquilibre bulbo-médullaire, point de départ des réflexes de défense.

Dans une forme commune, on observe une hypervagotonie, avec chute marquée de la tension artérielle (Mx, Mn et IO). Cet état dure environ trois jours, après quoi, la sympathicotonie reparaissant, la tension se relève. La forme hypersympathicotonique, au contraire, s'accompagne d'hypertension artérielle, avec agitation, étouffements, céphalée, insomnie et triade fruste.

A noter que les hypertendus pathologiques ne souffrent pas du mal de mer. L'hypertension serait donc une réaction de défense chez ces sujets réfractaires au mal de mer.

Au point de vue thérapeutique, on se rappellera que l'atropine est le remède de la vagotonie, tandis que la sympathicotonie relève de la génésérine. Dans certains cas, l'association atropine-génésérine serait indiquée.

En résumé, l'atropine demeure le remède idéal du grand mal de mer ; la génésérine est celui des malaises. On pourra également utiliser l'action sympathicotonique du benzoate de benzyle, du gardénal, du valéronal, ainsi que les propriétés sédatives du crataegus, du chloroforme, etc. (*Arch. médico-chirurg. de Normandie*, avril 1925.)

La leucémie myéloide.

Maladie du sang qui passe assez souvent inaperçue ou ignorée dans la pratique, elle est cependant facile à diagnostiquer si l'on y pense. C'est ce qu'expose M. P. Perrin. La leucémie myéloïde a un début insidieux et une évolution très lente, avec des troubles assez peu marqués parfois pour demeurer latents. Lorsque l'affection arrive à la période d'état, le signe principal qui attire l'attention est la splénomégalie, la rate devenant énorme et occupant la fosse iliaque gauche, tandis que le foie participe souvent aussi à ce processus hypertrophiant.

Peu de réaction du côté des ganglions. L'état général est plus ou moins atteint, avec de la fièvre, de la dyspnée. L'examen du sang confirme et précise le diagnostic en révélant une chute considérable des globules rouges, tandis que les leucocytes augmentent notablement en nombre. Parmi ces globules blancs en surnombre figurent pour moitié des mononucléaires, dont une forte proportion sont éosinophiles. Les lymphocytes sont rares. Ces mononucléaires, à granulations caractéristiques, sont des myélocytes qui, normalement, n'existent que dans la moelle osseuse.

Les complications sont fréquentes : infectieuses, hémorragiques, thrombosantes.

Bien que la marche de la leucémie myéloïde soit fatale, elle est assez lente, procède par années, et peut même être suspendue temporairement par deux traitements différents : d'une part, la radiothérapie ; de l'autre, le benzol à la dose de L gouttes par jour, associées à quantité égale d'huile d'olives, en surveillant attentivement l'action de ce produit, de manière à éviter une baisse leucocytaire trop rapide et une destruction exagérée des globules rouges. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er mai 1925.)

Deux cas d'angine de poitrine juvénile, avec possibilité d'hérédosyphilis.

Ces deux cas sont rapportés par M. GALLAVARDIN et concernent l'un une jeune fille de 22 ans, avec R. B. W. très positive chez elle aussi bien que chez sa mère ; l'autre, un homme de 29 ans, avec R. B. W. négative, mais issu d'un père ayant contracté la syphilis quelques années avant sa naissance.

« Ces deux observations n'apportent pas la preuve irrécusable d'une angine de poitrine hérédo-syphilitique. Aucun de mes malades ne présentait de stigmates d hérédo-syphilis ; et, dans le premier cas, il pourrait s'agir à la rigueur d'une syphilis transmise dans le jeune âge à la fille par la mère, comme dans le second d'une angine de poitrine d'origine banale développée prématurément chez un fils de syphilitique. On conviendra cependant qu'elles sont impressionnantes et que, dans un sujet où les démonstrations rigoureuses sont si difficiles à établir, si de tels faits se multipliaient, on serait autorisé à ouvrir un chapitre de l'angine de poitrine hérédo-syphilitique, sans qu'il soit possible de prévoir jusqu'à quel âge une telle étiologie mériterait d'être discutée ». (*Lyon médical*, 3 mai 1925.)

Dysenterie amibienne et cancer du rectum.

A la suite de MM. Moutier et P. Brousse (de Châtel-Guyon), M. J. FOUCAUD (de Châtel-Guyon) a observé un malade chez lequel le diagnostic de dysenterie amibienne s'imposait par la présence du parasite dans les selles.

Après une amélioration de quelques jours, ce malade vit son état général s'altérer rapidement, les selles sanglantes reparaître, accompagnées de troubles intestinaux marqués. L'auteur ayant procédé à une rectoscopie, découvrit dans l'ampoule rectale une néo-végétation fongueuse et sanieuse, type du cancer du rectum. Le malade mourut peu de temps après.

Association morbide vraisemblablement, dont d'ailleurs la possibilité fait un devoir au médecin, devant tout syndrome rectal, même quand un examen microscopique révèle une affection parasitaire, de procéder à un examen direct (rectoscopie) pour préciser la nature exacte des lésions. (*Presse thermale et climat.*, 1er mai 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le centenaire de Charcot, à l'Académie de médecine.

(*Académie de médecine* ; 26 mai 1925.)

La journée de Charcot à l'Académie a été remplie par un éloge du Maître, que prononça le professeur Pierre Marie, et deux allocutions de savants étrangers : M. Marinesco, de Bucarest, et M. Christiansen, de Copenhague.

Le professeur Pierre Marie montre Charcot partant de la chaire d'anatomie pathologique (où il fit d'importantes recherches sur les affections hépatiques, rénales et pulmonaires) pour arriver à la neurologie, que son génie fonda sur des bases anatomo-cliniques. La Salpêtrière, asile qui reçoit les femmes atteintes de maladies chroniques, devint pour lui un champ magnifique d'observation, qu'il sut éclairer de son merveilleux sens clinique. Il édifia ainsi, chez l'homme, la doctrine des localisations cérébrales ; il mit en relief le rôle de la capsule interne (hémiplégies, contractures, etc.) ; il étudia les atrophies musculaires, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), les arthropathies tabétiques (maladie de Charcot encore), la sclérose en plaques (maladie de Charcot, également), l'hypnotisme, l'hystérie... On sait que sur ce point, cependant, l'œuvre de Charcot a été révisée. Là, les bases anatomiques manquaient et entraîné par ses tendances classificatrices, trompé d'ailleurs par un véritable dressage des malades, dressage fait involontairement par ses élèves et à son insu, Charcot ne distingua pas avec toute la netteté réelle le caractère artificiel de beaucoup des manifestations hystériques. Du moins, sur ce terrain, donna-t-il des descriptions qui ont survécu à sa conception de la grande névrose : l'hystérie masculine, l'hystérie traumatique.

Et M. Pierre Marie aborde alors l'enseignement du grand neurologiste, ses leçons du mardi et du vendredi, qui sortaient toutes, et combien, de la banalité. Sur l'estrade de l'amphithéâtre des cours de la Salpêtrière, Charcot s'avançait, marchant «à pas courts et pressés, la tête et le haut du corps inclinés en avant », suivi de la foule de ses élèves. Le mardi, jour de polyclinique, il examinait les malades qui lui étaient présentés ; le vendredi, c'était la leçon magistrale, longuement préparée.

Tous ceux qui ont assisté à ces leçons en ont conservé un souvenir inoubliable. J'ai approché Charcot à la fin de sa carrière, en 1892, alors que je fréquentais les services de la Salpêtrière ; l'impression qu'il faisait était très vive. Son profil d'empereur romain, son autorité, sa façon d'éclairer en dix mots un diagnostic, qu'il terminait quelquefois par cette simple expression « Et voilà... ! », lui donnaient l'apparence d'un être surhumain, d'un demi-dieu. On comprend quelle puissance de suggestion il devait

exercer sur sa clientèle de névropathes et on s'explique le culte que lui vouaient ses élèves.

— M. MARINESCO ajoute que Charcot a été la figure la plus marquante de la neurologie du siècle dernier. J'ai connu de près, dit M. Marinesco, les représentants les plus autorisés de la neurologie, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Espagne, en Belgique, en Russie... Aucun de ces éminents savants n'a influencé aussi considérablement mon esprit que Charcot. La lumière qui jaillissait de la Salpêtrière se répandait dans le monde entier. Le vieil hospice était devenu la Mecque des neurologistes...

— M. VIGGO CHRISTIANSEN dit enfin que Charles Lange, le grand neurologiste danois, fut un admirateur ardent de Charcot.

Les mouvements du tympan à l'état normal.

(M. BONAIN, de Brest. — *Académie de médecine* ; 2-6-1925.)

M. Bonain présente une étude sur les mouvements du tympan à l'état normal.

Un fait observé à l'aide du manomètre et qui n'a jamais encore été signalé, est le va-et-vient régulier et continu du tympan, sous l'influence des pulsations de son réseau d'artérioles.

En dehors des déplacements provoqués d'une manière artificielle par compression ou raréfaction de l'air dans la caisse, les mouvements physiologiques du tympan sont dus à la contraction du muscle interne du marteau, en synergie avec celle des muscles du voile du palais. Sous l'influence de la contraction du péri-staphylin externe, tenseur et élévateur du voile, le pavillon de la trompe s'ouvre et le muscle du marteau entre en jeu, déterminant ainsi l'adduction du tympan vers la paroi interne de la caisse. Le tympan revient en place par son élasticité normale. C'est là le mécanisme du renouvellement de l'air dans l'oreille moyenne.

La synergie des contractions du péri-staphylin externe et du muscle du marteau, résulte de leur innervation commune par un filet émané du ganglion otique et provenant de la branche motrice du trijumeau.

Modification de la fonction uréo-sécrétoire au cours de la cure de Saint-Nectaire.

(M. J. J. SÉRANE. — *Soc. d'hydrologie et de climatologie de Paris* ; 2-3-1925.)

En recherchant méthodiquement la toxicité de l'urine, laquelle est inversement proportionnelle à sa tension superficielle, en dosant l'urée sanguine, en procédant à l'épreuve d'élimination de la phénolsulfonephtaléine chez des malades atteints de néphrites chroniques et soumis à la cure de Saint-Nectaire, M. Sérane a constaté une augmentation très fréquente de l'excrétion uréique. C'est ainsi que l'élimination de la phénolsulfonephtaléine est revenue à son taux normal dans 50 % des 264 cas observés ; elle s'est accrue dans 28,8 % de ces cas ; elle est demeurée stationnaire dans 16,4 % et enfin, 5,8 % de ces cas ont présenté une diminution de cette élimination.

De même, sur 271 malades ayant une azotémie comprise entre 0,50 et 1 gr., cette azotémie est redevenue normale chez 179 d'entre eux ; elle a diminué tout en restant subnormale chez 71 ; elle est restée stationnaire chez 18 ; elle a augmenté chez 3.

D'où il résulte que la cure de Saint-Nectaire est indiquée non seulement chez les albuminuriques, mais encore chez les néphrétiques atteints d'insuffisance uréo-sécrétoire, dont l'azotémie reste inférieure à 1 gr. 25.

« La cure de Saint-Nectaire doit être considérée « comme un traitement de premier ordre, en dehors « du régime alimentaire hypotoxique, dans les cas « d'azotémie initiale, comme au début de la période d'insuffisance uréo-sécrétoire. »

Splénomégalies chroniques.

(MM. BABONNEIX et M. LÉVY. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 17-2-1925.)

La question des splénomégalies chroniques reste encore une des plus obscures de la pathologie. Tour à tour, elle conduit à invoquer la leucémie, le paludisme, l'hérédo-syphilis, le kala-azar, la tuberculose, etc. Chez une de ses malades, jeune fille de 16 ans, offrant une grosse splénomégalie, M. Babonneix a passé en revue successivement ces diverses hypothèses : aucune n'a fourni de bases suffisantes pour qu'on s'y arrête et l'auteur demande quelle conduite thérapeutique tenir en pareille circonstance.

— M. LESNÉ essayerait volontiers le traitement antisyphilitique.

— M. DEBRÉ a obtenu la guérison d'une splénomégalie énorme par la cure spécifique, malgré un Wassermann négatif.

— M. GUINON rappelle un cas de splénomégalie chronique tuberculeuse terminé par méningite, qu'il a pu suivre pendant de nombreuses années.

— M. BABONNEIX a fait appliquer chez sa petite malade la radiothérapie d'après l'avis de M. Touraine. L'avenir en dira le résultat.

L'anorexie nerveuse des nourrissons.

(M. BARBIER. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 17-2-1925.)

Le refus de s'alimenter, dit M. Barbier, s'observe assez fréquemment chez les nourrissons. L'enfant repousse les aliments et il s'efforce même de les rejeter si on les introduit de force dans sa bouche.

Quelquefois, cette anorexie est de nature, si l'on peut dire, phobique. Il s'agit d'aliments qui ont été l'origine de sensations pénibles (une bouillie brûlante, par exemple). En pareille éventualité, le simple changement de régime amène la cessation de l'anorexie.

Il y a des cas plus sérieux, pour lesquels le gavage peut être indiqué.

— M. Guinon remarque que l'anorexie n'est pas rare dans le tout jeune âge. Lorsqu'elle survient chez des hérédo-nerveux, l'éloignement de l'entourage familial est à conseiller.

— M. Comby a vu des cas nombreux d'anorexie nerveuse infantile. Dans les premiers mois de la vie, la psychothérapie doublée de l'isolement réussit évidemment moins bien que chez les enfants plus grands et l'on est obligé parfois d'en venir au gavage. Dans les états légers, le traitement général (séjour à la campagne, hydrothérapie) est à l'habitude suffisant. L'anorexie nerveuse ou mentale, qu'il s'agisse de nourrissons, de grands enfants ou d'adolescents, ne se rencontre que dans les milieux névropathiques ou neuro-arthritiques.

— M. Lesné pense aussi que les enfants anorexiques sont bien souvent des mentaux que l'on guérit par l'isolement et le gavage.

— M. Barbier ajoute qu'après avoir éliminé les anorexies des affections viscérales, des infections, comme la tuberculose, la syphilis, etc., il faut se souvenir du rôle possible de l'état nerveux et mental dans certaines anorexies, *même du nourrisson.*

A la recherche du microbe de la scarlatine.

(*M. Giovanni* de Toni, d'Alexandrie (Italie). — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 17-2-1925.
M. Chr. Zœller, du Val-de-Grâce. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 27-3-1925.)

Des travaux récents de l'école italienne, en particulier *de di Cristina et de Caronia* attribuent la scarlatine à un microdiplocoque spécifique. Les travaux de l'école américaine, de Dick, principalement, considèrent au contraire que le microbe scarlatin est un streptocoque hémolytique. Peut-être, d'ailleurs, ces deux opinions *a priori* divergentes ne sont-elles pas inconciliables, le microdiplocoque trouvé par les auteurs italiens pouvant être une forme segmentée de streptocoque.

M. Giovanni de Toni présente quelques considérations sur la vaccination prophylactique de la scarlatine par la méthode de Di Cristina et Caronia. En 1921, di Cristina découvrit son diplocoque scarlatineux et, deux ans plus tard, injectant des cultures tuées de ce germe, il obtient une action préventive anti scarlatineuse. Caronia, à Rome, continua les recherches faites à Palerme par di Cristina, et il en montra tout l'intérêt. D'autres auteurs reprirent la question et M. Giovanni de Toni a pu constater lui-même les bons effets prophylactiques du vaccin de ses collègues italiens.

M. Chr. Zoeller s'est surtout occupé des réactions de la toxine streptococcique des auteurs américains, de la réaction de Dick, dont il poursuit l'étude. Il n'écarte pas néanmoins la notion du microdiplocoque de Di Cristina. Depuis plus d'un an, il a recherché les microdiplocoques dans les hémocultures des scarlatineux. Il a retrouvé des éléments colorables, effectivement, mais en explorant minutieusement des préparations de sang de sujets sains, obtenues dans les mêmes conditions, il a noté des formes analogues sinon identiques. La question, on le voit, présente des obscurités et il ne semble pas actuellement que l'on puisse en tirer des conclusions bien fermes.

Mort subite après injection de sérum antidiphtérique

(MM. Lesné et Barreau. — *Société de Pédiatrie* ; 17-2-1925.)

Si les accidents sériques sont assez fréquents au cours des injections de sérum antitoxique, la mort subite à la suite d'une *première injection sous cutanée* de sérum antidiphtérique est une éventualité absolument exceptionnelle, qui ne se produit certainement pas plus d'une fois sur 100.000 malades injectés. Les observations publiées sont de quelques unités seulement. M. Lesné en signale un nouvel exemple, concernant un enfant de 4 ans qui, 10 minutes après une injection de 50 cc. de sérum sous la peau de l'abdomen, fut pris de vomissements ,d e convulsions suivis de mort au bout de 4 à 5 minutes. L'autopsie ne révéla rien de particulier pouvant expliquer ce grave accident.

De tels faits, d'interprétation difficile, sont extrêmement rares, heureusement. Ils n'altèrent pas la confiance absolue et justifiée qu'il faut placer en la sérothérapie antidiphtérique et ne modifient en rien les indications de celle-ci.

— M. Roger Voisin relate une observation analogue : mort après 5 à 10 minutes d'état convulsif chez un enfant de 13 ans, consécutivement à une injection sous-cutanée *préventive* de 10 cc. de sérum antidiphtérique. Entre la fin de la piqûre et la perte de connaissance, à peine 2 ou 3 minutes s'étaient écoulées. L'auteur conclut que si la sérothérapie curative ne doit pas être discutée, il faut peut-être adopter une conduite moins systématique pour la sérothérapie préventive.

— M. Terrien apporte à son tour un troisième cas de mort consécutive à une injection de sérum antidiphtérique. Les accidents furent seulement plus tardifs et n'éclatèrent que 22 heures plus tard.

— M. Lereboullet insiste, avec M. Lesné, sur l'exceptionnelle rareté des observations de ce genre. Récemment un auteur américain, Lamson, a pu grouper quelques cas de mort rapide après une primo injection de sérum. Il notait le rôle de l'asthme, qui semble être intervenu une fois sur trois, de l'hypertrophie thymique, et principalement celui des prédispositions individuelles.

Park, sur 150.000 injections, ne relève que deux exemples de mort rapide (1 sur 75.000). A Paris, à l'hôpital des Enfants-Malades, cet accident n'a jamais été enregistré malgré un nombre d'injections de sérum qui doit dépasser 150.000. Il ne faut donc pas craindre le sérum, même à titre préventif, et

rien ne serait plus dangereux que de créer un état de *sérumphobie*, absolument injustifié.

P.L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Cancer du larynx. Radiothérapie.

MM. Garel, Gignoux, Arcelin et Charrot rapportent une observation de cancer du larynx, une grosse lésion sténosante ayant nécessité tout d'abord la trachéotomie. Trois mois après celle-ci, on institua un traitement radiothérapique qui amena une grande amélioration. La glotte est redevenue perméable permettant l'ablation de la canule. Ce résultat se maintient depuis dix-huit mois.

Ostéite du maxillaire supérieur avec séquestre de l'os incisif.

M. René Gaillard présente un malade qui, depuis trois mois se plaignait de l'ébranlement de ses dents supérieures du côté droit. Un dentiste enleva les deux incisives droites, la canine et la prémolaire. Malgré cela, la gencive restant tuméfiée et suppurante, le malade vient à l'hôpital. A l'entrée, on constate, au niveau de l'alvéole vide de l'incisive latérale, une fistule laissant écouler du pus fétide.

Un stylet, introduit par la fistule, butait sur une surface osseuse manifestement séquestrée. Les dents extraites, conservées par le malade, n'ayant montré aucune lésion, on pensa à la syphilis : le sujet avait eu treize enfants, dont sept morts en bas-âge et plusieurs nés prématurément ; réaction de Bordet-Wassermann faiblement positive. La radiographie montrait l'étendue du séquestre. Celui-ci fut enlevé à la curette. Dix jours après l'intervention, la plaie est en voie de cicatrisation ; mais il sera sans doute nécessaire de faire ultérieurement une plastique et un traitement spécifique va être institué.

Perforation d'un ulcère gastrique avec symptomatologie fruste.

M. Ch. Dunet relate l'observation d'un malade de 34 ans, boulanger. Après avoir souffert de troubles gastriques intermittents depuis deux ans, il présente, le 1er novembre 1924, à la suite d'un repas copieux, des douleurs gastriques violentes qui durent trois heures et qui se calment après application d'un pain chaud sortant du four. Le soir, les douleurs réapparaissent nécessitant une piqûre de morphine. Le lendemain, le malade s'alimente un peu sans ressentir de douleurs ; le surlendemain, l'état général s'altérant, le malade entre à l'hôpital. A ce moment, facies légèrement pincé, température : 38°, pouls 120. Pas de contracture des muscles abdominaux, pas de douleur à la palpation superficielle, mais la palpation profonde décelait à droite de la ligne médiane une zone sensible au niveau du point pylorique. Intervention : on trouve une perforation pylorique de trois à quatre millimètres de diamètre recouverte par un duodénum très distendu et formant couvercle ; c'est sans doute à cette disposition que le malade dut de ne pas avoir une irruption brutale de son contenu stomacal dans son péritoine. Obturation de la perforation sous deux plans de suture ; gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Suites simples. Ce sont, en pareil cas, les signes généraux et en particulier les modifications du pouls qui doivent permettre le diagnostic.

Hydrocèle extra-vaginale traumatique.

M. de Girardier montre, au nom de M. Laroyenne et au sien, un malade qui était porteur d'une volumineuse hydrocèle. Celle-ci avait été rompue trois fois en dix ans environ à l'occasion de traumatismes minimes. Depuis la dernière rupture, elle avait à peu près triplé de volume, ce qui décida le malade à s'en faire débarrasser. Or, l'intervention montra que l'épanchement siégeait dans une poche adventice entre la fibreuse et la vaginale. Le liquide était « eau de roche » et non citrin comme à l'ordinaire.

Dilatation des bronches. Abcès du cerveau. Hémiplégie.

MM. Pallasse et Grandmaison relatent l'observation d'un malade de 60 ans entré à l'hôpital avec une hémiplégie gauche semblant banale, et avec des signes de pneumonie gauche. L'autopsie révéla l'existence d'un abcès de l'hémisphère droit. Le poumon gauche présentait bien un lobe inférieur hépatisé ; mais, au niveau du poumon droit, on trouva des dilatations bronchiques typiques. L'apparition d'un abcès du cerveau au cours de la dilatation des bronches est une donnée classique, mais rare.

Anévrysme de l'aorte et tuberculose pulmonaire.

M. Brochier présente, au nom de M. Bonnamour les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 44 ans, entrée à l'hôpital avec des signes cliniques et radioscopiques de tuberculose pulmonaire unilatérale. On fit deux injections d'azote ; quelques heures après la seconde, mort au milieu des signes de l'asphyxie progressive. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions tuberculeuses pulmonaires, un anévrysme de la crosse aortique. Cette observation est intéressante en raison de la coexistence de la tuberculose et de l'anévrysme de la crosse chez la femme, de la latence de ce dernier, qui ne donnait pas d'image nette à la radioscopie, mais seulement une ombre hilaire.

Ulcère peptique.

M. Creyssel présente une pièce d'ulcère peptique situé sur une bouche de gastro-gastrostomie prati-

quée huit mois auparavant pour ulcère médiogastrique. L'estomac était énorme, adhérent au foie et au pancréas, avec biloculation très accentuée ; la communication entre les deux poches n'admettant pas le petit doigt, on fit une gastro-gastrostomie, dont les suites furent très simples ; les douleurs disparurent progressivement et la malade reprit du poids et des forces. Malheureusement, cet état ne dura pas et sept mois après l'intervention, les douleurs reparurent, accompagnées de vomissements bilieux. Une nouvelle intervention fut décidée et on trouva sur la bouche anastomotique un ulcère du diamètre d'une pièce de 50 centimes que l'on réséqua. Dans une récente discussion à la Société de Chirurgie de Paris, Brin rappelait la responsabilité attribuée à la soie et aux clamps dans la production des ulcères peptiques, tandis que Cunéo en accusait l'anastomose en Y. Or, ici on avait fait une bouche de gastro-gastrostomie au catgut sans le secours d'aucun clamp.

Abcès du foie rompu spontanément.

M. Labry rapporte le cas d'un malade, ancien paludéen, et ayant présenté à plusieurs reprises de la dysentérie. Il y a 6 mois, surviennent de violentes douleurs abdominales d'abord calmées par le repos et la diète, puis de nouveau une douleur très violente avec sensation de « quelque chose en plein ventre éclatant. » Puis s'installent tous les signes de la péritonite. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un volumineux abcès du foie spontanément rompu en plein péritoine. Drainage : lavages quotidiens de la poche avec du sérum physiologique contenant 0 gr.10 d'émétine par litre ; injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 04 d'émétine ; 0 gr. 15 de stovarsol en potion. Guérison. A noter que cliniquement, on devait penser plutôt à une appendicite qu'à un abcès du foie : douleur à maximum dans la fosse iliaque droite avec irradiations testiculaires ; d'autre part, le malade insistait sur le fait qu'aucun des médecins qui l'avaient vu ne lui avaient trouvé un gros foie.

Un cas de Sodoku.

M. R. Gaillard a soigné un enfant de 26 mois, mordu au pavillon de l'oreille par un rat. Trois semaines d'incubation, puis apparition de gonflement dur et douloureux du pavillon, avec ganglions mastoïdiens et cervicaux ; fièvre par poussées intermittentes, éruption papuleuse sur différentes régions du corps, arthralgie du pied au dixième jour. Traitement par l'urotropine et des injections d'acétylarsan. Guérison en trois semaines. Malgré un examen du sang et une inoculation à la souris négatifs, ce cas rappelle d'une façon typique les descriptions classiques du sodoku.

Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation.

M. Labry présente, au nom de M. Patel, trois blessés atteints de fracture de jambe et traités par ostéosynthèse, sans immobilisation consécutive. Les résultats sont excellents, à condition d'employer une nstrumentation simple, mais précise. L'absence d'immobilisation évite le séjour au lit prolongé, les ankyloses, l'atrophie musculaire, les troubles cutanés.

Résection de l'acromion pour ostéite.

M. Labry, au nom de M. Patel, montre un malade de 17 ans entré à l'hôpital pour une tuméfaction fluctuante siégeant au niveau de l'épaule ; les mouvements de celle-ci étaient très diminués du fait de la douleur. L'intervention conduisit sur une poche purulente au fond de laquelle le doigt faisait sentir des lésions étendues de l'acromion, qui fut réséqué. Dix jours après l'intervention, le résultat fonctionnel est parfait.

Hépatite amibienne suppurée.

MM. Dunet, Barbier et Creyssel présentent un malade ayant eu en 1913, en Tunisie, une dysenterie amibienne jugulée par l'émétine. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait ressenti une violente douleur abdominale. A l'entrée, état général grave, température : 40°, voussure épigastrique nette ; la radioscopie montre que la lésion siège dans le lobe gauche du foie. Intervention : ouverture de l'abcès ; examen extemporané du pus montrant la présence d'amibes. On décide alors, après évacuation du pus, de refermer la poche dans laquelle on a injecté 12 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, en laissant seulement un petit drain de sûreté. Les jours suivants, on institue un traitement par injections quotidiennes de chlorhydrate d'émétine. En moins de dix jours, la fièvre a totalement disparu et le malade quitte l'hôpital un mois après l'intervention, avec un état général et local excellent.

Société médicale des hôpitaux.

Paraplégie type polynévritique et encéphalite épidémique.

MM. Froment, Sédaillon et Ravault exposent l'histoire d'une malade de 25 ans, entrée à l'hôpital pour une paraplégie. Début des accidents par de la faiblesse d'une jambe. Quelques jours auparavant, la malade avait présenté de l'amblyopie, de la diplopie, de la somnolence. Puis des douleurs apparurent dans le membre atteint, en même temps que l'autre jambe se prenait. A l'entrée, paraplégie flasque ; dissociation des troubles moteurs qui prédominent sur certains groupes musculaires ; intégrité des membres supérieurs et de la face. Réflexes rotuliens et achilléens abolis ; cutanés plantaires faibles. Pas de troubles sphinctériens ; pas de troubles de sa sensibilité. Réactions électriques normales. Ponction lombaire : xanthochromie, hyperalbuminose modérée, grosse lymphocytose, réaction du benjoin colloïdal positive. Wassermann négatif. Les phéno-

mènes du début, amblyopie, diplopie, somnolence autorisent à mettre cette paraplégie, sur le compte de l'encéphalite épidémique. Un traitement par l'urotropine intraveineuse amena d'ailleurs une guérison complète.

Anévrysme disséquant de l'aorte thoraco-abdominale.

MM. Bard et H. Gardère montrent des pièces anatomiques : il s'agit d'un anévrysme ayant disséqué l'aorte sur une longueur de 26 cent., dédoublant l'artère en canon de fusil. Cliniquement, on avait noté une dyspnée intense, contrastant avec des battements énergiques et réguliers du cœur.

Aortite syphilitique et insuffisance aortique fonctionnelle.

MM. Bouchut et Grivet parlent d'un malade chez lequel on constatait cliniquement tous des signes d'une insuffisance aortique ; abaissement de la pointe, choc globuleux, souffle diastolique de la base, pouls de Corrigan, double souffle crural, écart tensionnel avec hypotension diastolique marquée ; syphilis avérée. A l'autopsie, l'appareil valvulaire sigmoïdien fut trouvé intact. Il s'agissait donc d'une insuffisance fonctionnelle. L'aorte offrait une dilatation cylindroïde, ce qui semble bien apporter une nouvelle preuve à l'opinion de M. Gallavardin, à savoir que le facteur essentiel de l'insuffisance aortique fonctionnelle est la dilatation aortique bien plus que celle du ventricule gauche.

Radiographie instantanée dans le diagnostic des processus tuberculeux aigus du poumon chez l'enfant.

MM. Mouriquand, Chassard et Sédaillan relatent l'observation d'une fillette de 2 ans 1/2 entrée à l'hôpital pour de la toux, sans aucun signe pulmonaire, et chez laquelle, une radiographie instantanée fit constater l'existence de très nombreuses marbrures inégales dans les deux poumons (granulations). Le diagnostic de granulie fut confirmée dans la suite par l'apparition de cyanose et de dyspnée, avec accès de suffocation et état général très grave. L'enfant ne put être suivie jusqu'au bout, les parents l'ayant emmenée.

Adéno-cancer du foie avec cirrhose.

MM. A. Dumas, A. Chaix et Brochier présentent l'observation d'un vieillard de l'hospice du Perron, à antécédents éthyliques nets, ayant eu une bonne santé jusqu'à l'âge de 76 ans. A ce moment, perte des forces, amaigrissement, apparition d'une *ascite* abondante, avec œdème des membres inférieurs ; pas d'ictère, pas d'albumine, pas de signes d'insuffisance hépatique. Le malade a perdu l'appétit et a du dégoût pour la viande et les graisses. Une paracentèse faite ultérieurement évacua cinq litres de liquide environ ; après quoi on perçoit une masse épigastrique, sans qu'on puisse savoir s'il s'agit du lobe gauche du foie ou de la grande courbure ; le pôle inférieur de la rate est perçu sous les fausses côtes. Après la ponction, le liquide se reforme rapidement la cachexie progresse et le malade meurt. A l'autopsie, foie de 1.800 grammes, d'aspect noueux et raviné, criant fortement à la coupe ; l'aspect de celle-ci est celui d'une cirrhose de Laënnec, avec, en plus des îlots dégénérés néoplasiques. Histologiquement, il s'agit d'un *adéno-cancer avec cirrhose* : la caractéristique cette lésion étant, comme on le sait, de présenter, entre les travées de sclérose, des îlots de tissu hépatique offrant tous les stades de transition entre les îlots sains et les îlots franchement cancéreux. A noter, dans ce cas, l'abondance inusitée, dans les travées du tissu conjonctif de sclérose, de néoformations canaliculaires ; certains auteurs ont rattaché ce fait à la syphilis, qui, ici paraissait bien n'être pas en cause (absence d'antécédents, échec d'un essai de traitement spécifique). Notons, au point de vue clinique, la conclusion des auteurs : quand il existe chez un homme âgé des signes de cancer du foie et qu'en même temps on perçoit la rate à la palpation, on doit porter le diagnostic d'adéno-cancer avec cirrhose.

Infarctus du myocarde avec brusque abaissement tensionnel et tachycardie.

MM. Dumas, A. Chaix et Brochier rapportent trois observations dont voici le résumé très succinct :

I. — Tachycardie régulière entre 120 et 130, avec gros abaissement tensionnel à 10/9, portant presque exclusivement sur la maxima, chez une femme de 64 ans, porteuse d'un gros cœur et dont la tension artérielle était antérieurement voisine de 16/10. Pulsatilité artérielle très réduite : une demi-division du Pachon à l'avant-bras, un quart à la jambe. Evolution progressive vers l'insuffisance cardiaque et le collapsus malgré une thérapeutique active. Autopsie : gros cœur ; infarctus de la pointe, intéressant la cloison interventriculaire et empiétant sur les deux cavités.

II. — Gros cœur, arythmie complète légère chez une femme de 64 ans. Tension artérielle 21/13. Brusque apparition d'une tachycardie à 150 avec arythmie légère et abaissement tensionnel à 14/10. Episode de tachycardie régulière à type paroxystique à 180, ayant duré 36 heures. Acheminement progressif vers le collapsus cardiaque. Signes cliniques d'infarctus rénal. Albuminurie massive avec hématurie légère. Mort en trois semaines. Autopsie : infarctus de la pointe du ventricule gauche avec thrombose.

III. — Vve M., entre au Perron en mai 1924. Sénilité, sans impotence, activité relative. Tension artérielle 19/8. En octobre 1924 : abaissement tensionnel à 13,5/9,5, sans œdème, sans autre signe d'insuffisance cardiaque. L'indice oscillométrique, qui était de 2 à l'avant-bras et de 4 à la jambe, n'est plus que

de 1/4 à l'avant-bras et de 2 à la jambe. Le rythme du cœur, qui était de 60 à 70, s'est élevé au-dessus de 100. La malade succombe au bout de trois semaines à des accidents broncho-pneumoniques. Autopsie : infarctus au niveau de la région de la pointe du ventricule droit ; thrombose intra-cardiaque ; abcès pulmonaires térébrants bilatéraux par embolie septique. (Cette dernière observation a fait déjà l'objet d'une communication de MM. Dumas et Condamin).

De ces trois observations, les auteurs concluent : quand chez un sujet hypertendu, dont le pouls présente une fréquence normale, on voit brusquement la tension s'abaisser (abaissement portant principalement sur la maxima), et qu'en même temps le rythme du cœur s'accélère, il faut penser à l'infarctus du myocarde.

A. C.

Les Congrès

IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires

(*Suite*) (1)

Discussion des rapports et communications.

1° Spécialisation technique.

Lieutenant-colonel médecin A. Gasarini (Italie) : *La spécialisation technique comme base du fonctionnement du service sanitaire dans l'armée italienne pendant la dernière guerre.* — L'auteur expose brièvement la spécialisation technique qui fut le caractère de l'organisation militaire italienne dans la dernière guerre, comme la base du fonctionnement des différents services sanitaires :

a) *Chirurgical* ; b) *neurologique* ; c) *stomatologique* ; d) *ophtalmologique* ; e) *oto-rhino-laryngologique* ; f) *physiothérapique* ; g) *médical* ; h) *prophylactique* ; i) *antimalarique* ; l) *neuropsychiatrique* ; m) *antituberculeux* ; n) *antiseptique* ; o) *contre les gaz* ; p) *contre les congélations* ; q) *médico-légal.*

En traitant de chaque organisation, l'auteur met en valeur les excellents résultats obtenus par la spécialisation technique dans toutes les branches du service sanitaire, soit pour le plus grand ménagement possible des forces combattantes, soit pour la lutte contre les maladies épidémiques et contagieuses.

Lieutenant-colonel médecin Alarico Damasio (Brésil) : *De la spécialisation technique comme base du fonctionnement du service de santé. Son application aux différents échelons.*

M. le Dr Pasteau (France) : *De l'affectation des spécialités au service de santé militaire.*

Médecin-major Quidet (France) : *A propos du rapport sur la spécialisation technique.*

Réponse du Gouvernement du Japon : *De la spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé.*

A. A l'intérieur :

1° *Surveillance sanitaire.* — Le médecin militaire de la troupe est tenu de faire subir à chaque soldat une visite médicale par mois, d'examiner une fois par an l'état de son développement physique, de transmettre au commandant de la troupe des rapports sur l'état général de l'hygiène et de la santé et de proposer toutes réformes ou dispositions qu'il juge aptes à améliorer la situation sanitaire de la troupe.

Les expériences médicales ont lieu aux hôpitaux militaires et à l'Ecole de médecine militaire.

Les officiers et les médecins militaires, au moyen de conférences et à l'aide de tableaux muraux, répandent et cherchent à populariser les notions de l'hygiène parmi les soldats.

2° *Prophylaxie des maladies contagieuses.* — L'Ecole de médecine fabrique la quantité de sérums nécessaires aux besoins de l'armée.

La direction du service sanitaire de chaque division doit, s'il y a lieu, tenir compte des maladies contagieuses signalées dans la région.

Les médecins militaires doivent effectuer l'injection du vaccin mixte antityphoïdique aux nouveaux conscrits. En cas de besoin, ils injecteront du sérum contre la maladie épidémique qui sévit dans la région et mettront en observation les sujets douteux. Ils prendront aussi les mesures opportunes pour éviter l'importation des germes à l'intérieur de la caserne et limiter la contagion.

Toute désinfection urgente se fait à la caserne même ; l'hôpital militaire exclusivement est désinfecté à la vapeur.

3° *Traitement des maladies.* — Le médecin militaire reçoit tous les jours les malades à la caserne et tâche de diagnostiquer l'affection aux premiers symptômes. Les soldats qui ne sont pas gravement malades sont soignés à l'infirmerie de la caserne, mais, en général, les malades sont envoyés à l'hôpital militaire et soignés par des spécialistes.

L'hôpital militaire comprend plusieurs bâtiments spécialisés : un pour les maladies internes, un pour la chirurgie, un pour l'oculistique, un pour l'oto-laryngologie, un pour la dermatologie, un pour les maladies contagieuses, un pour la chirurgie dentaire.

B. En campagne :

1° *Service régimentaire.* — Les secours aux blessés,

(1) Voir *Concours médical* nos 20, 21, 22, 24, 25 et 26 de 1925.

au front, sont assurés par le Service des ant érégimentaire qui comprend un certain nombre de médecins-majors, de sous-officiers, d'infirmiers, de brancardiers.

On recueille les blessés dans un endroit abrité du feu où on leur fait les premiers pansements. — Chaque soldat est muni d'un paquet de bandes.

2° *Ambulance.* — L'ambulance a pour mission de recueillir les blessés et malades, de leur donner les premiers soins et de les envoyer à l'hôpital.

3° *Hôpital de campagne.* — L'hôpital de campagne complète l'ambulance : il possède des appareils radiographiques et microscopiques.

4° *Hôpital d'étape et hôpital de réserve de campagne.* — L'hôpital d'étape et l'hôpital de réserve de campagne se trouvent à chaque commandement d'étape. Ces hôpitaux sont mieux outillés que l'hôpital de campagne ; les blessés et les malades peuvent y recevoir les soins de spécialistes jusqu'à guérison complète

Sous la dépendance de chaque commandement d'étape se trouvent un service d'évacuation et un magasin de matériel militaire.

5° *Application des règles de l'hygiène au front.* — Au front, les médecins militaires veillent à l'application des règles de l'hygiène dans chaque corps de troupe, et, s'il est besoin, ils transmettent leurs observations au commandant du corps.

Tout examen estimé nécessaire est confié à la section physico-chimique du service de prophylaxie de campagne.

6° *La prophylaxie en campagne.* — Au moment de la mobilisation on doit tenir compte du fait qu'une maladie contagieuse existe dans les régions qui serviront de théâtre à la guerre et prendre les mesures nécessaires contre cette maladie.

Le service de prophylaxie en campagne doit procéder à la recherche de la source de la maladie contagieuse et charger les médecins régimentaires de la combattre, si elle existe.

Les appareils de désinfection se trouvent au magasin du matériel sanitaire.

Lieutenant-colonel médecin F. Caccia (Italie). — *De la spécialisation chirurgicale en temps de guerre ; son application dans les formations sanitaires de division, de corps d'armée et d'armée.* — 1° Le service chirurgical proprement dit doit commencer dans la zone des divisions ; pour les blessés très graves et intransportables seulement, il doit être réalisé par une formation sanitaire spécialisée (centre chirurgical) ;

2° Une première spécialisation chirurgicale doit être commencée dans les hôpitaux de campagne de corps d'armée (viscéraux et ostéo-articulaires) et doit être complétée dans les hôpitaux d'armée avec toutes les spéclalités ;

3° La condition indispensable pour le bon résultat de la cure est la direction technique unique, du moins jusqu'à la guérison chirurgicale ;

4° Dans la guerre de montagne, pour la bonne qéussite de la cure, il est nécessaire de résoudre, la uestion de la rapide évacuation.

Lieutenant général médecin Wilmaers (Belgique)

Sans songer à discuter un instant l'impérieuse nécessité de la spécialisation médicale qui atteindra des domaines de plus en plus nombreux, à mesure des progrès de la science, je crois cependant devoir insister sur la nécessité absolue pour le médecin en général, et pour le médecin militaire en particulier, de posséder des connaissances sérieuses, au moins générales et courantes, dans les diverses spécialités de sciences médico-chirurgicales.

La pratique de la spécialisation ne se comprend qu e dans la médecine de groupes, et multiples sont les circonstances où le médecin militaire sera livré à lui-même pour un premier examen ou un premier traitement et doit, pour l'exercice de ses fonctions, posséder des connaissances variées.

Cette opinion a trouvé en Belgique sa sanction dans l'établissement d'un examen de maturité pour l'accession au grade d'officier supérieur médecin.

Je crois qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de vous exposer comment nous avons résolu, par cet examen, le problème qui consiste à encourager la spécialité tout en exigeant un minimum de connaissances dans les diverses branches de notre art.

Le programme comporte trois épreuves obligatoires :

1° *Une épreuve médicale* comprenant la chirurgie, la médecine et la pratique courante des diverses et importantes spécialités ;

2° *Une épreuve médico-militaire* comprenant l'hygiène militaire, le service de santé militaire en temps de paix et en campagne, la législation militaire, etc. ;

3° *Une épreuve militaire* proprement dite.

Enfin une épreuve facultative portant sur l'une ou l'autre spécialité déterminée dont le candidat doit faire la preuve d'une connaissance approfondie.

Médecin-major Schikelé (France). *L'utilisation par le Service de santé en campagne des ingénieurs techniques sanitaires.*

Médecin-major Andrieu (France). *Organisation générale du traitement des tuberculoses chirurgicales en temps de guerre.*

Médecins-majors Velter et Barbazan (France). *Organisation d'un centre d'ophtalmologie d'armée.*

Colonel Hume (U.S.A.). *De la mobilisation des Universités américaines.*

Capitaine en premier F. Watry (Belgique). a) *L'hospitalisation et le traitement des blessés maxillo-faciaux* ; b) *quelques considérations sur les soins dentaires à l'armée en temps de paix et en temps de guerre.*

Conférence de Sir Almroth E. Wright. *Les Leçons de la guerre*, dans laquelle il expose d'une manière intéressante et humoristique des idées originales et nouvelles sur la résistance des microbes dans le sang et l'action des antiseptiques sur les milieux vivants.

Cette conférence était accompagnée de projections et de tableaux qui ont vivement intéressé l'auditoire. (*à suivre*).

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Dr E. AUBERTIN. — **Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme. Le rôle du terrain,** avec préface du professeur agrégé LEURET. (Un vol. in-8 de 340 pages. Prix : 20 francs.)

Ce livre est une critique judicieuse et impartiale des diverses conceptions actuellement admises en France sur le développement de l'infection bacillaire dans l'espèce humaine.

D'après l'auteur, rien ne peut prouver que la tuberculose soit une maladie spontanément immunisante, que, la contagion bacillaire s'exerçant difficilement à l'âge adulte, toute tuberculose survenant à cet âge ne serait le plus souvent qu'un réveil d'une infection subie dans l'enfance. Enfin la tuberculose pulmonaire qui, d'après le dogme actuel, s'inocule presque toujours par voie pulmonaire, se contracte fréquemment aussi par la voie digestive.

Par contre, il faut attacher une grande importance aux acquisitions récentes sur le rôle joué par la contagion dans la propagation de la tuberculose ; cependant, ce rôle n'est pas exclusif et l'influence du terrain est très grande, car tous les hommes ne sont pas également réceptifs : influence de la race, de l'espèce, de l'hérédité, de l'âge, du sexe, de la grossesse, du tempérament, etc.

Le Dr A. signale l'importance très grande du rôle de fixation et de dérivation, qu'exercent les leucocytes et les tissus leucocytiques vis-à-vis de l'infection bacillaire. D'après l'avis des grands maîtres de la chirurgie infantile,il démontre que les malformations congénitales et les dystrophies acquises de l'appareil locomoteur sont presque toujours à l'abri d'une localisation tuberculeuse. Il en est de même pour les individus, qui présentent une aptitude réactionnelle spéciale à faire de la sclérose, ou une tendance dystrophique de leurs tissus.

Au contraire, les tissus sains et richement vascularisés, les individus jeunes,sont des terrains de choxi pour le bacille, surtout quand ils ont été préparés par un certain nombre de causes secondes, longuement étudiées dans ce livre.

Enfin, des conclusions très suggestives sont exposées sur l'orientation, que doivent suivre les recherches modernes, poursuivies dans le but de trouver un traitement curatif de la tuberculose.

Gaston DOIN, éditeur.
8, place de l'Odéon, Paris.

E. VAUCHER et P. WORINGER. — **Septicémies. Septicopyohémies. Bactériémies.** Préface du Pr F. WIDAL, in « Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de Pathologie médicale ». (Un vol. in-16 de 520 pages avec figures dans le texte. Prix : 18 fr.).

Les documents relatifs à l'étude des septicémies, épars jusqu'ici dans les ouvrages de microbiologie ou de pathologie infectieuse, devaient être rassemblés pour constituer l'histoire naturelle de l'infection sanguine. Depuis que l'hémoculture est devenue une méthode d'investigation courante, le nombre des microbes connus, capables de provoquer une septicémie, augmente de jour en jour.Beaucoup d'infections, que l'on considérait autrefois comme strictement localisées à un organe, sont maintenant reconnues comme étant des infections septicémiques, tout au moins à une certaine période de leur évolution.

Après une étude d'ensemble des réactions sanguines et des symptômes de l'état septicémique, les auteurs passent en revue les principales septicémies, ainsi que leurs caractères particuliers, tenant à la porte d'entrée du microbe et au terrain, blessés de guerre, accouchées, nouveau-nés.

Ils envisagent aussi, chose nouvelle : l'invasion du sang par les anaérobies : gangrène gazeuse, certaines infections puerpérales, la septicémie du nouveau-né, fréquemment de forme foudroyante en raison des moyens de défense très rudimentaires de l'organisme à cet âge.

Toutes notions nouvellement acquises amènent à la thérapeutique antisepticémique qui n'en est encore qu'à ses débuts : vaccins, sérums, choc, médication chimiothérapeutique qui s'efforce de tarir l'infection par l'emploi de substances antiseptiques à affinités électives.

MASSON, éditeur,

120, boul. Saint-Germain, Paris.

Dr Paul LE GENDRE, membre de l'Académie de médecine. — **Un médecin philosophe, Charles Bouchard, son œuvreet son temps** (1837-1875). (Un vol. in-8°. de VII-256 pages avec portrait). Prix : 30 fr.

Le Dr Le Gendre, ancien élève du professeur Bouchard, ayant vécu dans son intimité, participé à ses travaux, possédait une documentation unique pour retracer la vie du maître, son œuvre et indiquer l'influence profonde qu'il exerça sur le milieu scientifique de son époque.

Il a fait plus : il a tracé l'histoire d'un demi-siècle de vie scientifique ; ce livre n'est plus une simple biographie ; c'est la relation d'une époque particulièrement riche en découvertes et en doctrines fécondes. En lisant cet ouvrage où l'on voit défiler les plus grands noms de la médecine, où l'on voit exposées en quelques lignes et tracées en quelques traits l'œuvre et la vie de ceux qui ont orienté la science vers des destinées nouvelles, on est arrêté par des détails curieux, par des déductions, par des aperçus philosophiques qui lui donnent un vif intérêt.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA JOURNÉE MÉDICALE BOURGUIGNONNE

L'association bourguignonne des Sociétés savantes devait avoir son 3e Congrès à Auxerre les 5, 6 et 7 juin derniers. Séances d'archéologie et d'histoire, conférence sur Alésia ; visite archéologique d'Auxerre, puis de Vézelay et de Saint-Père ; voilà quel était le programme offert à tous ceux qui veulent faire revivre le passé et admirer le génie humain, en méditant sur des ruines, en contemplant d'antiques motifs d'architecture et de décoration, en revivant ces époques de transition entre la construction romane, sobre, plutôt terrestre, parce que basse et massive, et la hardiesse ogivale, construisant ces hautes nefs, qui ne tiennent que par un équilibre génial, de plus en plus idéalistes, parce que dirigées vers le ciel, de plus en plus décoratives, pour aboutir au style flamboyant.

Mais pourquoi ne pas convier les médecins de la région de Bourgogne à une manifestation scientifique au cours de ces journées ?

Un comité d'organisation, dont le secrétaire général fut le dévoué Dr Paul Houdé, donna la présidence de la journée médicale au professeur agrégé Camille LIAN, médecin des hôpitaux de Paris, que les lecteurs du *Concours* connaissent bien, par les articles de cardiologie, si documentés et surtout si originaux que notre ami a bien voulu nous donner.

Donc samedi 6 juin, de nombreux confrères venaient entendre des conférenciers.

Ce qui fait la différence entre un Congrès médical et une ournée médicale, disait Lian, c'est qu'au Congrès, les orateurs parlent un peu pour eux-mêmes et pour les autres orateurs ; tandis que dans la « Journée » les orateurs ne parlent que pour les auditeurs.

Et Camille LIAN nous montra la hâte fiévreuse des Congrès, chacun voulant apporter une petite part contributive à l'étude d'une question ; chacun voulant qu'il soit fait mention de ses travaux de l'année ; mais tous, ressés par le temps n'ayant que quelques minutes pour faire leur exposé, parlant devant les orateurs qui viennent de terminer et devant ceux qui attendent leur tour de parole.

Dans une « Journée » au contraire, le conférencier parle pour son public. Pour ce dernier, il a mis au point une question, non pas pour exposer ses idées personnelles, ou publier ses propres découvertes ; mais plutôt pour résumer les conceptions actuelles sur un sujet déterminé, revue générale rapide, de vulgarisation scientifique, se te minant par des aperçus de pratique, à l'usage des médecins praticiens. Pris par leur labeur quotidien ces derniers lisent peu ou mal : aussi sont-ils reconnaissants à ceux qui veulent bien les éclairer sur quelques sujets à l'ordre du jour.

Camille LIAN débuta par un exposé sur : *le traitement médical et chirurgical des angines de poitrine.*

***

Lian expose le traitement médical et chirurgical des angines de poitrine. Il considère en effet que l'angine de poitrine n'est pas une maladie relevant d'un substratum anatomique toujours le même, l'oblitération coronarienne. Il admet qu'elle constitue un vaste syndrome englobant toutes les douleurs paroxystiques siégeant dans la région précordiale, s'accompagnant d'angoisse et irradiant dans le bras gauche. Il y a donc des angines de poitrine, les unes graves, *angors d'origine cardio-artérielle* (dans les affections cardio-aortiques de la syphilis et de la cinquantaine), *angors d'origine cardiaque* (dans toutes les cardiopathies), les autres en général bénignes angors d'origine digestive (dans l'aérophagie, la lithiase biliaire), d'origine nerveuse (dans les névralgies ou névrites du plexus brachial, des nerfs intercostaux, chez les hystériques, les anxieux), d'origine toxique (dans le tabagisme).

Pour les cas d'origine cardio-artérielle ou cardiaque le mécanisme est cardio-aortique. C'est la distension cardio-aortique, ou encore l'ischémie coronarienne qui provoquent la souffrance du plexus cardiaque.

Pour les autres, il y a perturbation réflexe ou toxique du plexus cardiaque.

Ces notions générales guident le traitement de fond.

Dans les angors d'origine cardio-artérielle ou cardiaque. on lutte contre la distension cardio-aortique en diminuant la masse sanguine par des saignées, des purgatifs, des diurétiques, un régime alimentaire approprié (chez les sujets ayant trop d'embonpoint, la cure d'amaigrissement fait merveille), et par les cures subintrantes digitaliques.

Dans les angors d'origine digestive, nerveuse ou

toxique, le traitement de la cause donne de bons résultats.

Contre tous les angors on peut essayer le gardénal, 2 à 3 prises quotidiennes de 5 centigr. et la diathermie transthoracique que Lian vient d'avoir l'idée d'employer et qui lui a donné des résultats encourageants.

Comme prescription d'urgence, la trinitrine l'emporte de plus en plus sur le nitrite d'amyle, elle est moins affichante que ce dernier.

Enfin, il y a la ressource du traitement chirurgical : ablation de tout le sympathique cervical gauche (Jonnesco) ou ablation seulement du ganglion cervical super gauche (Coffer et Brown), telles sont les deux techniques les plus rationnelles. Elles ont toutes deux des succès à leur actif, et pourront être tentées dans les cas graves, après échec d'un traitement médical méthodiquement conduit, sans oublier le traitement anti-syphilitique chez les sujets qui en sont justiciables, et de parti pris chez tous les jeunes angineux.

***

Le professeur agrégé MOCQUOT, chirurgien des hôpitaux de Paris, parla ensuite des *tendances conservatrices de la chirurgie gynécologique.*

Il ne faut pas oublier, dit-il, l'avenir endocrinien de ces opérées et, pour les guérir d'un mal, ne pas provoquer des troubles fonctionnels, qui peuvent avoir un lourd retentissement sur la vie ultérieure.

Il faut, autant que faire se peut, conserver à la femme ses facultés de fécondation ultérieure, ou tout au moins, ne pas abolir complètement la onction ovarienne. Autant que possible, il faudra laisser un fragment des ovaires, des trompes et, en abordant l'utérus, respecter le plus possible cet organe.

Les ovariectomies bilatérales, les ablations complètes de l'utérus et de ses annexes, qu'on a si largement pratiquées, il y a quelques années, montrent, par l'expérience, que ces mutilations ne doivent être pratiquées que lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

Puis ce furent les conférences de M. TASSIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Beaune, sur l'*anesthésie régionale* ; de M. RATHERY, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, sur l'*insuline dans le traitement du diabète.*

Personnellement, je regrette de n'être pas arrivé à temps à Auxerre, pour entendre ces deux conférences ; mais un confrère me disait le soir, « jusqu'à présent, je me méfiais de l'insuline ; mais Rathery m'a appris cet après-midi à m'en servir et je n'hésiterai plus à faire bénéficier mes malades de ce traitement nouveau ». C'est un succès pour le conférencier.

***

Ce fut le tour du Dr LATOUCHE, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital d'Autun, sur la *prostatectomie hypogastrique, ses indications, ses résultats.*

L'hypertrophie prostatique appartient à la famille de ces heureuses affections qui ont trouvé dans la chirurgie le remède souverain et la prostatectomie hypogastrique totale, opération de Freyer, est devenue une opération courante, adoptée par la majorité des chirurgiens. Ses bienfaits ne sont pas encore suffisamment connus dans nos campagnes où sommeillent encore trop de vieilles sondes au fond de poches poussiéreuses.

Le prostatique traverse en général trois périodes : la première est celle des « symptômes d'alarme », pollakiurie, polyurie avec retard et difficulté de la miction ; la seconde, celle de la rétention chronique, lui fera plus ou moins rapidement suite après une ou plusieurs crises de rétention aiguë. Et la troisième, période des complications, fausses routes, hématuries, infection, sera en général celle qui décidera le sujet à venir consulter le chirurgien : à tous ces malades, malades du début, rétentionnistes infectés, quel traitement proposer ? Un seul, l'acte chirurgical radical, la prostatectomie hypogastrique, toutes les fois que ne surgira pas une contre-indication formelle tirée, soit de l'état général, soit de l'état local. Le prostatique ne doit plus voir dans le cathétérisme et la sonde à demeure qu'un traitement d'exception : pratiqué suivant toutes les règles d'asepsie dans les grands services hospitaliers, surveillé par un personnel spécialisé, il pourra donner d'excellents résultats provisoires ; tout autre sera son pronostic chez un campagnard, isolé dans sa chaumière, loin de la surveillance étroite de son médecin. La plupart du temps dans de telles conditions qui sont celles auxquels le praticien a affaire, le cathétérisme et la sonde à demeure risquent d'infecter une vessie encore saine et souvent n'arrêtent pas l'infection déjà existante. Leur emploi doit céder le pas à la cystostomie hypogastrique, opération simple, résurrectionnant nombre d'infectés et offrant l'avantage d'être le premier temps de la prostatectomie si cette dernière devient possible.

Aujourd'hui, la cause de l'intervention radicale est gagnée : les succès en sont si nombreux que Marion écrit que « ce ne sont plus des indications qu'il faut chercher mais les contre-indications qu'il y a lieu de préciser ». Parmi ces dernières il en est d'absolues ; ce sont les affections générales, aussi graves que la tuberculose, le cancer, le diabète ou l'envahissement des lobes hypertrophiés par le néoplasme. Les contre-indications relatives sont fonction de l'état de déchéance, toujours à craindre chez des sujets âgés, des différents organes : l'appareil respiratoire, l'appareil cardio-vasculaire, l'état cérébral devront faire l'objet d'un examen minutieux. Mais c'est avant tout l'appréciation de la valeur fonctionnelle des reins qui présente un intérêt capital et à ce sujet la constante d'Ambard rend les plus grands services

lorsqu'elle approche de 0,10-0,20 elle est franchement mauvaise et il faut s'abstenir plutôt que de porter préjudice par des insuccès presque assurés à une méthode si riche en heureux résultats. D'ailleurs il faut bien savoir qu'il n'y a jamais de contre-indication absolue : tel malade inopérable, avec une constante de 0,20 et plus, peut, à la suite d'une cystostomie, voir son état général et ses lésions rénales s'améliorer et devenir opérable. A ce sujet, l'intervention en deux temps a élargi considérablement le cadre des possibilités opératoires.

Dans notre pratique de clientèle nous avons eu à traiter en quatre ans 62 hypertrophies prostatiques : 30 seulement ont réclamé l'intervention en raison d'ailleurs de la répétition et de la gravité des accidents. Nous avons refusé d'en opérer 3 chez lesquels il existait une dégénérescence cancéreuse étendue ou une élimination rénale tellement défectueuse, — 0,25 à 0,375 de constante — que la mort survint peu de temps après l'examen. 6 autres étaient dans un état extrêmement grave : infectés, en état de rétention aiguë, artério-scléreux très prononcés ; certains intransportables, opérés d'urgence la nuit dans une chaumière : ils n'ont même pas supporté la cystostomie. Les 21 prostatectomisés ont donné 21 guérisons : cinq ne méritent pas de retenir notre attention ; il s'agissait de sujets vigoureux de 50 à 65 ans en rétention légère, indemnes d'infection, munis d'une constante variant entre 0,09 et 0,12. Les 16 autres, par contre, âgés de 65 à 80 ans étaient tous dans un état grave ; plusieurs avaient déjà eu des attaques d'apoplexie et nous avons l'impression que le succès opératoire est dû à trois facteurs : l'opération en deux temps, l'absence d'anesthésie générale et la minutie des soins post-opératoires. Pour ce qui est de l'anesthésie, au début, nous donnions le chloroforme avec l'excellent appareil de notre maître Ricard : il nous semblait que suivant la façon dont l'anesthésie serait supportée lors de la cystostomie nous retirerions un renseignement supplémentaire sur la résistance à l'intoxication du sujet. 3 fois nous avons noté chez des malades infectés des suites inquiétantes. Aussi désireux de réduire au minimum l'intoxication, nous avons eu recours à l'anesthésie rachidienne, 0, 10 de novocaïne Bruneau, et avons obtenu des anesthésies parfaites avec une résolution abdominale facilitant l'intervention. Mais en présence de plusieurs « cas-limite » sur la résistance desquels nous nourrissions de grandes inquiétudes nous vous sommes contenté de l'anesthésie locale à la novocaïne pour la cystostomie et la résection des canaux déférents : l'extirpation de la glande fut plus tard pratiquée sans aucune anesthésie et avec nos confrères nous assistant, nous fûmes surpris de voir combien l'opération — fort rapide, il est vrai — est peu douloureuse. Les suites chez ces non-anesthésiés ont toujours été remarquables. Les résultats fonctionnels de la prostatectomie hypogastrique sont dans l'ensemble excellents : la miction s'effectue dans de bonnes conditions ; l'un de nos opérés de 80 ans nous écrit « qu'il retient ses urines aussi bien qu'à 20 ans ». Puissions-nous par nos résultats de jour en jour améliorés, convaincre les prostatiques que les temps de la sonde à demeure sont révolus et qu'ils ne doivent pas plus attendre les accidents sérieux de leur affection que le hernieux ne doit s'exposer à l'étranglement.

***

M. Laubry, médecin des hôpitaux de Paris, nous entretint ensuite sur les *myocardies*. Il montra les modalités cliniques de ce complexus morbide, insista sur certains facteurs étiologiques : l'émotion, les troubles endocriniens, l'hérédité ; parla de ce cœur, véritable glande vasculaire sanguine et résuma un certain nombre de cas cliniques, pour insister sur les difficultés du pronostic, malgré la présence de certains signes alarmants, tels qu'une pression sanguine pouvant monter jusqu'à 33.

***

Le Dr Flandin, médecin des hôpitaux de Paris, exposa les modalités du *traitement de la syphilis par la bouche*. Il débuta en nous prouvant l'utilité réelle de la poursuite médicamenteuse du tréponème, ses résultats probants, puisqu'à la consultation externe des hôpitaux spécialisés, c'est à peine si l'on voit 5 à 6 chancres par an.

Mais par contre, on remarque plus de syphilis éloignées, viscérales. Que le blanchiment ait été superficiel, que le malade n'ait pas eu la constance de se faire toujours soigner, alors que les manifestations extérieures de la maladie ont disparu, toujours est-il que la syphilis doit être recherchée et guérie dans bon nombre d'affections organiques.

L'orateur insiste sur les dangers de certaines médications intraveineuses ou intramusculaires. Il montre alors les résultats du traitement par la voie buccale : illusoire, pour le mercure, sans grands résultats, jusqu'ici avec le bismuth, mais probants avec l'arsenic.

Le dérivé acétyl-arsénique (stovarsol) est trop stable ; il se décompose difficilement dans l'organisme et ne donne pas toujours les résultats attendus.

Le Dr Flandin lui préfère le dérivé formilé (tréparsol), qui se décompose et s'élimine en trois jours. Les résultats obtenus sont aussi probants que ceux que donnent les injections diverses.

Mais l'orateur insiste pour que les doses ne soient pas données fortes d'emblée, surtout dans les syphilis anciennes et viscérales. Pour ces dernières, un comprimé par jour, pendant 4 jours de la semaine et repos les 3 autres jours ; puis,

2, 3 comprimés par jour, les semaines suivantes, toujours avec un repos de trois jours par semaine.

Quelques réactions peuvent se produire, mais n'ayant rien d'inquiétant ni même de gênant. Un léger érythème fugace, quelques troubles digestifs faibles avec diarrhée, nausées, troubles qu'on fait disparaître, ou qu'on peut prévenir en faisant prendre au malade un cachet d'extrait hépatique une heure avant la prise du tréparsol.

Somme toute, c'est un médicament actif, qu'il faut employer avec méthode et dont il faut surveiller les effets, tout comme on a l'habitude de le faire lorsqu'on emploie la digitale chez les cardiaques.

***

A notre tour, nous eûmes la parole, pour parler du *projet de loi sur les assurances sociales.*

Après un exposé rapide des modalités du projet de la Chambre et de celui du Sénat, nous avons tenu à adjurer nos confrères de ne pas mêler les considérations d'ordre politique aux problèmes purement professionnels et corporatifs. Notre opinion de citoyen doit se manifester dans les milieux politiques, ou électoraux ; mais, comme médecins, nous devons nous préoccuper des modifications que la loi fu ure apportera, non seulement dans la manière dont nos malades devront être traités, mais aussi dans nos habitudes médicales, tant professionnelles que scientifiques.

En conséquence, il est indispensable de savoir ce qu'on pense de l'autre côté de la barricade, pour bien nous pénétrer de ce qu'on attend de nous.

Quels sont les motifs d'ordre politique, économique, psychologique qui président à l'élaboration du texte de loi ? Pourquoi le législateur se sent-il poussé, par une partie de l'opinion publique, qui lui demande de voter la loi ?

Que veulent les futurs bénéficiaires et que peut leur accorder le Parlement ?

Connaissant parfaitement ces données, nous pourrons comprendre pourquoi le corps médical est fréquemment jugé d'une façon très sévère, tant à la Chambre que dans les milieux ouvriers. Les ordres du jour, votés parfois à la légère, par certains groupes médicaux, ont laissé croire que nous faisions de la politique conservatrice et que les docteurs sont hostiles, *a priori*, contre tout progrès social.

Avant de publier des motions en faveur du maintien absolu du secret professionnel, ne devons-nous pas nous demander comment le public comprend ce secret. ? Pourquoi laisser croire que l'article 378 du code pénal constitue un avantage pour notre profession, alors qu'au contraire, l'obligation au silence, si elle est indispensable à l'intérêt bien compris du malade, est préjudiciable au médecin, qui est puni, lorsqu'il parle même étant de bonne foi.

Au reste, par quel texte du projet de loi le secret professionnel est-il menacé ? Nulle part une ligne ne vient diminuer la portée absolue de l'article 378 du code pénal, qui reste en vigueur. C'est donc le droit commun, qui présidera aux relations entre le corps médical, les malades et les tiers. Il en est de même pour les accidents du travail, les mutualités, les administrations, etc., et si certains médecins se croient obligés de déférer aux ordres de leurs employeurs (mutualités, administrations, etc.) qui demandent des renseignements sur les malades qu'ils *soignent*, c'est que ces confrères, ou ne connaissent pas la loi, ou craignent d'être révoqués et de perdre leur place.

Il en est de même du libre choix du médecin, qui doit, d'après le projet de loi, être accordé aux malades, parmi tous les médecins, syndiqués ou non, ayant adhéré aux conditions locales, fixées par le contrat collectif passé entre la caisse locale et le syndicat médical de la région.

Quant au tiers payant, dont on parle tant, pourquoi ne pas laisser chaque syndicat se débrouiller avec les caisses locales, au mieux des intérêts en présence ? Si Paris veut le paiement direct par le malade, laissons Lyon conserver son ticket modérateur. Soyons régionalistes et décentralisateurs, du moment où le projet de loi laissa à chaque groupe médical le soin de débattre les intérêts des praticiens de la région.

J'ai alors abordé les buts sociaux de la loi : après quelques années d'application, de tâtonnements, les caisses d'assurances et le corps médical auront non seulement à faire diminuer la durée des journées d'invalidité par maladie ou accidents, mais également à prévenir la morbidité : transformation de nos hôpitaux, en maisons de cure ; éducation du public pour la lutte contre les épidémies, les maladies sociales ; politique de l'habitation : voilà de grands problèmes que les médecins de demain auront à résoudre.

Aussi, le rôle de nos syndicats médicaux est-il d'ores et déjà, fort complexe. Envisageons la sélection technique des médecins de dépistage, donnant des consultations hâtives, mais renvoyant le malade soupçonné sérieux vers le médecin de cure, ou d'examen. Envisageons aussi le docteur, chef du service d'hygiène, non pas un administratif, mais aussi un éducateur, collaborant avec ses confrères.

Nos syndicats ont aussi à prévoir la manière de défendre les médecins consciencieux et honnêtes contre les exploiteurs, les forbans de la profession. C'est autant l'intérêt du public que le nôtre que d'empêcher l'industrialisation de cette future médecine collective et éviter, dès main-

tenant, les scandales qu'on observe, mais qu'on ne réprime guère, dans la médecine des accidents du travail, ou dans celle des réformés de guerre.

J'ai senti que nos confrères de province préfèrent voir ces questions de défense immédiate contre les mauvais praticiens être mises à l'étude bien avant d'autres questions de tiers payant ou *tutti quanti*. La lutte contre le « renard », contre le « marron » est plus passionnante, parce que plus près de nous.

Puis, nos syndicats doivent envisager la manière de défendre les adhérents du groupe contre les caisses d'assurances trop puissantes, ou trop économes. Nous serons bien avancés d'avoir obtenu un délégué de plus au conseil supérieur des assurances sociales, si les caisses locales ont le droit de briser la résistance des syndicats médicaux, en faisant appel à des « renards », qui accepteront toutes fonctions, pour un traitement fixe et à forfait.

Combien sont-ils les médecins de France qui n'ont aucune prébende, dite situation fixe, ou à forfait ? Réclamons le libre choix du médecin, mais à la condition de ne pas voir ce libre choix être adultéré par des manœuvres coupables, telles que nous les constatons dans certaines cliniques d'accidents du travail, donnant des ristournes, ou autres gratifications, en violation de la loi.

Et je conclus en adjurant mes confrères de ne pas compter sur le législateur, mais plutôt sur nous-mêmes, pour faire que la loi future ne se retourne ni contre l'intérêt bien compris du malade, ni contre nous. Faisons de l'action directe, c'est-à-dire comptons sur nous et non sur autrui, pour étudier, dès maintenant, le fonctionnement médical de la loi.

Inutile de clamer que le corps médical est hostile à cette législation. Cela, personne ne nous le demande, parce que, dans nos syndicats, nous ne devons pas faire de politique.

Mais, dans nos assemblées corporatives, demandons-nous comment, en nous appuyant sur les textes en discussion au Parlement nous nous défendrons d'abord contre les mauvais confrères, puis contre les tiers, dans l'intérêt supérieur de nos malades, dont nous sommes les défenseurs techniques.

***

Le soir, banquet officiel, commun à toutes les sections du Congrès. Encore une fois, le corps médical fut quelque peu oublié parmi les congratulations, qui s'échangeaient dans les discours obligatoires du dessert. Heureusement, notre ami Lian, dans une improvisation fort applaudie, fit l'apologie de la journée médicale et, très finement, sut revendiquer, pour le succès du congrès, la part qui revenait aux médecins de Bourgogne.

Je ne parlerai que pour mémoire, de la délicieuse excursion du lendemain à Vezelay, dont l'église romane, sise dans un décor magnifique, laisse apercevoir à ses pieds l'église de Saint-Père, datant du XIe siècle.

Devant ces monuments, qui semblent défier les temps et les intempéries, combien nos batailles, pour un demain très proche, nous semblent petites.

Et cependant, ce demain est notre gagne-pain, celui surtout de la génération médicale, qui nous suit.

Terminons par une adresse de félicitations au Dr Lian, au Dr Houdé et à tous les médecins habitant la Bourgogne, ou originaires de cette belle province, qui ont su décentraliser l'art médical et donner aux assistants, aux confrères, venus de plusieurs départements, une pâture scientifique et des aperçus sur la vie professionnelle.

Dr Paul Boudin.

HYGIÈNE SCOLAIRE ET INSPECTION MÉDICALE

Les médecins inspecteurs des écoles ne peuvent suffire à leur lourde tâche, on l'a dit et répété ; encore n'existent-ils pas partout. Les campagnes en sont dépourvues. La guerre a créé bien des nouveautés utiles. *Les Foyers des campagnes*, avec Mlles Javal, Compain, Delagrange, ont utilisé beaucoup de femmes de bonne volonté, infirmières, assistantes ... pour les blessés, les populations pauvres, les enfants, en les régions dévastées. L'assistante d'hygiène scolaire est une réalité qui s'impose, se vulgarise, mais exige des qualités de subordination et de savoir, de patience et de facile collaboration avec tous les organismes sociaux, et notamment avec le corps médical. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit ici déjà (1).

Nous sommes en présence d'un fait accompli, voulu, aidé par nous, quoiqu'on en puisse dire en maints milieux extra-médicaux. Nous l'acceptons et le voulons le plus utile possible à la nation. Comme le disait le sénateur Chauveau, notre dévoué confrère, à propos des assurances sociales, nous n'avons pas à les rejeter, mais à es améliorer, à les adapter, pour que les malades n'en soient pas les premières victimes. Nous en

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *Déontologie. A propos des « assistantes d'hygiène scolaire ». Concours médical*, 25 janvier 1925.

disons autant de l'hygiène scolaire que nous avons tous créée et qui ne peut évidemment se passer de nous.

Les délégués cantonaux, comprenant souvent des médecins du reste, se préoccupent aussi de cette question. Leur association pour le département de la Seine a entendu récemment le rapport de M. Léon Douarche, son secrétaire, à sa réunion annuelle du 17 mai 1925 :

« Sur le rapport de Mme Chocarne, l'Union a étudié la question des assistantes d'hygiène dans les écoles et a préconisé la généralisation de cette institution non seulement à toutes les écoles de la ville de Paris, mais à toutes les écoles de France. Cette question a donné lieu à un intéressant débat au Conseil municipal de Paris, à la suite duquel un crédit de 300.000 francs a été affecté à la création de nouveaux postes d'assistantes d'hygiène à Paris.

« Un crédit de 650.000 francs a été inscrit également au budget pour de nouvelles créations dans les départements. »

Instruisons donc le nouveau personnel créé ou à créer. Le Dr Dufestel a déjà écrit le *Manuel de l'Assistante d'hygiène scolaire*. Je désirerais qu'aux notions courantes d'hygiène, on y joignît l'enseignement ménager, si indispensable, pour diminuer la vie chère par l'utilisation de toutes les denrées alimentaires et en supprimer le gaspillage, et surtout pour connaître les régimes, les savoir faire et apprendre aux familles.

Le régime alimentaire n'est-il pas souvent le meilleur élément de prévention et de cure des maladies. Nous voyons tous les jours combien cette notion est ignorée et méconnue de nos « employées ménagères » (nouveau style !). Or ces femmes, nées de familles pauvres, nous démontrent la nécessité d'y faire pénétrer l'art culinaire, adaptée à la vie courante, aux soins, en l'espèce, à donner aux enfants malades. Comment l'assistante d'hygiène scolaire qui doit aller dans les familles, y porter la bonne parole et la faire réussir, pourra-t-elle apprendre aux parents ce qu'elle ignore elle-même ? ?

Nous ne sommes plus au temps de Molière pour dédaigner les soins de l'intérieur et la femme qui y préside. Les familles pauvres sont les plus nombreuses et les plus ... gâcheuses, parce qu'elles ne savent pas. Mme Giran, à Toulouse, avec « l'Activité féminine », va, avec ses collaboratrices, dans les intérieurs pauvres et on leur apprend à savoir faire cuire, économiser, à faire le régime des malades. L'assistante d'hygiène scolaire, pour les enfants, doit savoir tout cela, et cela ne s'improvise pas, quoiqu'on en puisse penser !

Les délégués cantonaux, dont je parlais tout à l'heure, doivent s'occuper de l'hygiène de l'école. Leurs fonctions ont été plus ou moins définies, étendues, restreintes, mais il semble n'y avoir jamais eu doute quant à leur rôle dans la propreté, la salubrité des classes et des enfants.

L'assemblée générale dernière de l'Union départementale des délégués cantonaux de la Seine ne pouvait passer sous silence leur rôle trop négligé. Que de forces vives ainsi perdues. Le Dr Monin, vice-président (M. Brisson, président du Conseil général de la Seine, président), y a fait un rapport très intéressant, encore inédit, et auquel je vais emprunter maints passages.

Le Préfet de la Seine s'est occupé de la réorganisation du service médical dans les écoles de la ville de Paris, n'y prévoit comme organismes, que les dispensaires divers de l'office public d'hygiène sociale, ceux de la caisse des écoles, et les assistantes d'hygiène scolaire ; il n'y oublie que les délégués cantonaux, jadis étroitement liés avec les médecins inspecteurs et aidant à leur nomination. C'est un oubli injustifié, dit le Dr Monin. Leur dévouement désintéressé et incessant mérite mieux que cela.

Notre confrère et collègue parle ensuite du Concours présidant au recrutement des médecins inspecteurs des écoles. Ici, je cite le Dr Monin :

« Excellent pour la sélection d'un personnel médical qui se formera dans la suite, le principe du concours ne permet l'accès de l'inspectorat des écoles qu'à de jeunes candidats savants, cela va sans dire, capables de rédiger, mieux que de plus âgés, des questions d'hygiène touchant à l'école, mais, il faut bien le reconnaître, sans beaucoup d'expérience.

« L'ancien inspectorat comprenait des praticiens exercés qui pouvaient ne pas savoir traiter une question d'hygiène par écrit, mais qui, au moment de prendre une décision au sujet de la protection hygiénique d'une école, savaient, non seulement ce qu'il fallait faire,mais surtout ce dont il fallait s'abstenir : qui, en un mot, par expérience, connaissaient les contingences de leurs actes et prévoyaient les conséquences de leur décision.

« Ce qui donne une certaine valeur à ce que je viens d'exposer succinctement, c'est le fait qu'au moment où l'on a institué le concours, tous les candidats étant jeunes, on laissa en possession de leur inspectorat, les médecins remplissant déjà ces fonctions. Or, de qui ces derniers tenaient-ils leur mandat ? par qui avaient-ils été choisis ? Par les délégations cantonales avec lesquelles ils restaient en liaison continuelle, parfaite, et cela pour le plus grand bien des écoles, car dès qu'un délégué cantonal remarquait quelque chose d'anormal au point de vue de l'hygiène dans une école, il en avisait de suite le médecin inspecteur sur la situation hygiénique de l'école dont il avait la surveillance et ce rapport vu et signé par le président de la délégation cantonale

était acheminé à la préfecture de la Seine aux services compétents.

« Le principe du concours pour l'inspectorat semble réaliser inexactement l'indépendance des deux organismes ; inspectorat médical et délégation cantonale, alors que ce qui caractérise nettement cette situation créée par le concours, c'est l'ignorance dans laquelle se trouve chacun de ces organes, des remarques faites par l'un d'eux.

« Evidemment en instituant le principe du concours, on a été persuadé que l'on relèverait le niveau du personnel médical de l'inspectorat, ce qui, on me permettra de le dire, n'est pas très flatteur pour les médecins expérimentés qui depuis longtemps prêtaient leur concours à l'enseignement primaire ; mais passons sur ces questions d'amour-propre et n'envisageons que la mesure prise au point de vue exercice de la fonction, il semble que l'on ait tout sacrifié au désir de bien faire, de faire mieux que ce qui était, mais qu'on a négligé de considérer certaines conséquences des mesures nouvellement prises. Si le principe du concours n'amène à la fonction que de jeunes docteurs, frais émoulu de la Faculté, il ne limite pas la provenance des candidats : pourvu que, pour la Seine, par exemple, ils habitent le département. On voit de suite à quel abus, à quelles difficultés, cette disposition peut donner naissance.

« Un seul exemple éclairera la situation :

« Je suppose qu'un candidat habitant et exerçant à Orly, Vitry ou Choisy-le-Roi, soit reçu aue concours et qu'il n'y ait de places libres d'inspecteur qu'à Colombes ; le long voyage qu'il sera obligé de faire pour se rendre de sa résidence à l'école qu'il doit inspecter lui prendra un temps précieux ; il ne pourra au moment du besoin, se trouver sur place pour prendre une décision ; ses visites seront rares, coûteuses pour lui et vraiment il n'est pas besoin d'insister davantage, le médecin le plus actif, le plus consciencieux ne pourra remplir les fonctions qui lui ont été dévolues de par le concours. J'ai pris cet exemple d'éloignement considérable du séjour du médecin inspecteur et du lieu où la fonction doit être remplie, mais il est à Paris même (et je sais que certains arrondissements souffrent de cette disposition), des points très éloignés qui ne permettent pas à un médecin habitant Montrouge, par exemple, d'être à son inspection dans le XVIIIe ou XIXe arrondissement.

« Ces conséquences fâcheuses qui nuisent ou peuvent nuire à la bonne marche de l'inspectorat des écoles, je viens de vous les exposer succinctement, permettez-moi de les résumer dans les conclusions suivantes :

1° L'accès du concours à l'inspectorat médical des écoles, bien que permis à tous les docteurs en médecine, ne l'est en réalité qu'aux plus jeunes, plus à même de traiter théoriquement une question d'hygiène scolaire qu'un praticien âgé, expérimenté, qui, lui, au cours de l'exercice de ses fonctions est bien plus à même qu'un plus jeune de prendre la décision immédiate qu'exige la situation devant laquelle il se trouve.

« En conséquence, il serait intéressant, si le principe du concours est maintenu, de permettre aux candidats de présenter soit une composition écrite sur un sujet d'hygiène scolaire fixé par le jury... soit un curriculum vitæ (épreuves sur titres,) prouvant les années passées dans l'exercice de la médecine, dans les conseils d'hygiène et même dans l'inspectarat médicale des écoles et que la même valeur soit attribuée à chacune de ces épreuves.

2° La fonction d'inspecteur devant être remplie dans une commune ou dans un arrondissement, le candidat devra habiter dans cette commune ou dans cet arrondissement.

3° Le bon fonctionnement de l'inspectorat médical des écoles ne peut être assuré que par la collaboration étroite, intime, permanente entre la délégation cantonale et le médecin inspecteur. Il est inadmissible, incompréhensible qu'une cloison étanche sépare ces deux organismes qui sont créés pour assurer la bonne, l'utile surveillance de l'hygiène dans nos écoles... »

« ...9° La délégation cantonale du XXe arrondissement, dit encore M. Douarche, secrétaire, demande que les écoles communales puissent recevoir les enfants dès 7 h. 30. Cette mesure, qui serait en vigueur dans beaucoup d'écoles libres, est très désirables pour les quartiers ouvriers, où il serait nécessaire d'établir un service de garde dans les écoles.

« La même délégation indique l'heureux résultat des mesures prises par son président, M. Karcher, maire du XXe arrondissement, pour que tout enfant d'âge scolaire, rencontré dans la rue par les agents, pendant les heures de classe, soit aussitôt signalé à la mairie. Celle-ci peut ainsi intervenir avec plus de force auprès des parents, pour faire assurer la fréquentation scolaire... »

D'autre part, M. Ch. Veil, maire-adjoint du 10e arrondissement propose que :

1° Par mesure d'hygiène, les enfants des écoles primaires et primaires supérieures recevront chaque année, au moment de la rentrée des classes, ou aux époques de distribution, des fournitures neuves, livres, cahiers, etc., qui resteront leur propriété.

2° Les parents jouissant d'un revenu global supérieur à X ou Y (1), seront pour couvrir ces frais, assujettis à une légère taxe-contribution municipale, qui sera recouvrée par le percepteur, sous le titre de « taxe de fournitures scolaires ».

3° Le revenu taxable sera établi équitablement en raison du nombre d'enfants à l'école.

4° Y seront assujettis les parents déjà taxés pour une domestique ou un piano.

(1) On sait que *tous* les enfants des écoles de la ville de Paris, leurs parents fussent-ils multi-millionnaires, reçoivent gratuitement toutes les fournitures scolaires.

5° Les recettes nettes tous frais déduits seront affectés aux caisses des écoles pour être uniquement consacrées par celles-ci au budget de leurs colonies scolaires.

Le renvoi au Conseil municipal a été voté à l'unanimité.

A propos d'heure des classes, j'ai rappelé la proposition de M. R. Fiquet, vice-président du Conseil municipal de Paris, conseiller du 11e arrondissement, demandant qu'on permît aux enfants de déjeuner avec leurs parents : de 11 h. à 13 h. où il n'y a pas de classe, les parents libres eux, à midi sonnant, ne peuvent prendre ce repas avec leurs enfants, alors qu'ils le pourraient, si c'était de 11 h. 1/2 à 13 h. 1/2 que leurs enfants reviendraient à la maison. Une enquête a été faite qui fut défavorable. Un de nos collègues, père de famille, nous dit que les instituteurs avaient pressé sur la valeur du referendum, car ils préféraient être libres à 16 heures et non à 16 h. 1/2 pour donner des leçons, que sa femme devait faire deux repas de midi, l'un pour ses trois enfants de l'école laïque, l'autre *pour les deux fils au lycée, d'où, double travail* de l'épouse pour ces deux cuisines. Dans les milieux ouvriers ce repas de midi doit être bâclé, mangé vite entre 12 h. 1/4 et 12 h. 40 à cause des enfants et que deviennent-ils entre temps ? la rue les guette !

L'association doit étudier la question et la faire réviser, si possible.

Ce que nous disons ici du département dela Seine, de Paris, peut du reste s'appliquer à toutes les grandes villes, voire à toute la France. Dans les campagnes même, les délégués cantonaux bien choisis par les Préfets qui en ont les nominations, pourraient si on les utilisait mieux, devenir les meilleurs collaborateurs de l'hygiène scolaire, et *fonctionnaires gratuits*, phénomène rare chez nous, aider médecins et assistantes d'hygiène scolaire. En province, où l'on se connaît mieux, où le rang social a encore quelque importance, quels bons conseils et salutaires exemples, il pourrait donner.

Nos arrondissements de Paris. — Mme Clayton-Paul-Bert est venue dernièrement en entretenir la Caisse des écoles du VIIIe arrondissement — sont divisés, pour la répartition des assistantes d'hygiène scolaire, selon la population de ces écoles. Les arrondissements collaboreront aussi à en augmenter à l'occasion les appointements, d'où, la nécessité de les rallier, ce qu'ils sont déjà, à la création, mais aussi de faire donner à celle-ci son maximum de rendement. Pour cela, il y faut le maximum d'*instruction pratique* (hygiène, et son corollaire immédiat, l'enseignement ménager), et l'excellent choix physique et moral des candidates. Dans cette sélection nécessaire, qui jugera : l'élément médical ou l'élément politique ? Je crains fort que comme à l'ordinaire, ce dernier ne prédomine ! ...

Les groupements d'hygiène sont devenus nombreux. Parmi les plus anciens, la Société française d'hygiène (Dr P. de Pietra Santa, 1876), la Société d'hygiène de l'enfance (Dr Chassaing, 1887), la Ligue d'hygiène scolaire (Drs P. Le Gendre et Mathieu, 1902), l'hygiène par l'exemple qui vient de se fédérer avec la précédente, les écoles de plein air, ont préparé le mouvement présent des idées, les créations nouvelles. Peut-être les pourrait-on consulter aussi en l'occurrence ! ...

Au *Concours médical*, ouvert à toutes les discussions, d'autres idées peuvent se faire jour et doivent même, car en le bouillonnement actuel des cerveaux en mal de réformes, il faut savoir augmenter au minimum les fonctionnaires payés sources d'impôts et de vie chère et pouvoir distinguer le bon grain de l'ivraie !

Dr Foveau de Courmelles.

P. S. —La Confédération des Travailleurs Intellectuels, C. T. I. fait entrer peu à peu dans les esprits *la propriété scientifique*, et désire voir rémunérer les auteurs, ou les laboratoires. Je l'ai signalé à diverses reprises et notamment, récemment à la *Société médicale des Praticiens*, aussi une thèse de doctorat en droit de Nancy, de Mlle Suz. Th. Munier, « Les droits des auteurs de découvertes ou d'inventions scientifiques » que je viensde recevoir me sera l'occasion heureuse d'un prochain article. Nos idées et découvertes méritent protection.

F. C.

R, H. M. 4350.

LÉGISLATION SANITAIRE DE L'HABITATION

Leçon professée par M. HONNORAT,

Professeur à l'Institut technique sanitaire (Arts et Métiers).
Directeur à la Préfecture de la Seine.

Cette législation concerne les établissements incommodes et insalubres, qui sont nécessaires à la fabrication de certains produits.

Cette législation est relativement récente. Avant la révolution, les industries s'établissaient où elles voulaient sans qu'il y ait de règles fixes. Les inconvénients sont apparus au début du XVIIIe siècle. On s'est aperçu que certains établissements industriels devaient être réglementés. C'est sur un rapport de Chaptal que l'on a commencé à règlementer l'industrie (1810). Des dispositions furent édictées par le préfet de police en 1810 relativement aux manufactures insalubres. On était surtout frappé par les mauvaises odeurs et non par les gaz nocifs inodores. De plus on était guidé par le désir d'éviter une gêne aux propriétaires voisins et non par un sentiment de solidarité sociale. Ces textes de 1810 contiennent une classification des établissements insalubres et incommodes que l'on a suivie dans la loi du 19 décembre 1917 et le décret du 31 décembre 1919, que nous allons étudier. Le principe de la législation actuelle a pour but de sauvegarder les environs des établissements et les industriels soumis à l'arbitraire administratif.

La nomenclature des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, se répartit en trois classes, que détermine l'article 3 de la loi de 1917.

La première classe comprend les établissements qui doivent être éloignés des habitations.

La deuxième classe comprend ceux dont l'éloignement des habitations n'est pas rigoureusement nécessaire, mais dont l'exploitation ne peut être autorisée qu'à la condition que des mesures soient prises pour prévenir les dangers ou les incommodités visées à l'art. premier.

Dans la troisième classe sont placés les établissements qui ne présentent d'inconvénients graves ni pour le voisinage, ni pour la santé publique. Sont seulement soumis à des prescriptions générales édictées dans l'intérêt du voisinage ou de la santé publique pour tous les établissements similaires.

Le décret du 21 décembre dans son article premier détermine dans un tableau les industries auxquelles s'applique la loi du 19 décembre 1917.

La loi de 1917 s'applique donc de façon étroite comme en matière pénale. Evidemment, ceci restreint le nombre des industries qui peuvent être classées, mais cela évite l'arbitraire ; l'administration se laissant aller à faire de l'analogie, elle verrait sa décision cassée par le conseil de préfecture. Lorsqu'un établissement n'est pas classé, il faut attendre un texte.

Ici M. le professeur Honnorat examine la situation respective des trois classes, qui sont contenues dans les articles 7 à 20. On se reportera utilement, au texte, pour les détails administratifs. Après cet exposé technique, le professeur Honnorat continue en traitant des dispositions applicables à tous les établissements industriels classés.

L'inspection des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, est exercée sous l'autorité du préfet avec le concours des inspecteurs des établissements classés.

Les contraventions sont constatées par les procès-verbaux des commissaires de police et de la surveillance des établissements classés. Les inspecteurs du travail sont seuls chargés de l'application des prescriptions des arrêtés préfectoraux concernant l'hygiène et la sécurité du personnel employé dans les établissements classés (art. 23).

Lorsqu'un industriel veut ajouter à son exploitation première, dans la classe dans laquelle elle rentre, une autre industrie classée, même de classe inférieure à celle qui a été autorisée, il est tenu de se pourvoir d'une nouvelle autorisation ou de faire une nouvelle déclaration de cette nouvelle industrie. Ceci nous amène à parler de l'autorisation et de la déclaration.

L'autorisation est obligatoire pour les établissements des deux premières classes et la déclaration est suffisante pour la troisième classe, lorsque ces établissements veulent se fonder. L'autorisation est donnée par le préfet. La déclaration est adressée au préfet.

La demande d'autorisation d'un établissement de première classe fait l'objet d'une enquête de commodo et incommodo, ouverte pendant un mois. Pour la deuxième classe cette enquête est ouverte pendant 15 jours.

Cette autorisation est donnée spécialement pour un établissement spécifié. Elle est perpétuelle. Mais le préfet peut la donner pour une durée limitée, car on prévoit et peut prévoir qu'il y aura des transformations dans le plan de la ville et des changements de destination dans l'industrie autorisée.

L'article 31 indique la solution à suivre, lorsque les établissements deviennent dangereux pour le voisinage et que leur autorisation risquerait de compromettre la santé publique. L'article s'ex-

prime ainsi et il a une grande importance. « Dans le cas où le fonctionnement d'établissements classés, régulièrement autorisés ou déclarés, d'établissements industriels dont l'existence est antérieure au décret qui a classé l'industrie à laquelle ils appartiennent, ou d'établissements industriels non compris dans la nomenclature des établissements classés, présente pour le voisinage ou la santé publique des dangers ou des inconvénients graves que les mesures prévues aux articles 11, 18, 17, 26, 27 et 29 de la présente loi, ne seraient pas susceptibles de faire disparaître, ces établissements peuvent être supprimés après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et du Comité administratif des arts et manufactures, par un décret rendu en forme de règlement d'administration publique ».

On a pas osé parler ici d'indemnité. C'est remarquable, car en France ordinairement on ne peut toucher à la propriété.

Quels sont les pouvoirs du préfet à l'égard de la loi. Il a des pouvoirs de surveillance et de contrôle.

Voilà le système qui a été créé par la loi.

Elle s'est encore montrée trop respectueuse de la liberté de l'industriel. En effet, alors qu'il *a été constaté une contravention, on lui accorde* un délai, puis des délais successifs, et après un nouveau procès-verbal a lieu une mise en demeure. Nous arrivons ainsi à la question de pénalité qui est prévue par le titre 5, art. 32 à 37. Ces pénalités sont insuffisantes et ridiculement légères. La loi est véritablement paralysée par l'exercice d'une procédure suspensive qui recule l'exécution de l'arrêté.

Les chefs d'établissement qui auront contrevenu aux dispositions de la loi et des règlements seront poursuivis devant le tribunal de simple police et passibles d'une amende de 5 à 15 francs. L'amende sera appliquée autant de fois qu'il aura été relevé de contraventions distinctes, sans toutefois que le chiffre total puisse excéder 200.

En cas de récidive, le contrevenant sera poursuivi devant le tribunal correctionnel et puni d'une amende de 16 à 500, sans que la totalité des amendes puisse excéder 2.000. Il y a récidive lorsque, dans les 12 mois antérieurs au fait poursuivi, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une même infraction aux dispositions de la loi et des règlements.

Enfin, lorsque les inspecteurs ont constaté qu'il y a inobservation des prescriptions de la loi, ils appliquent les pénalités ci-dessus, mais devant le tribunal correctionnel directement.

On voit que les industriels ne sont guère gênés par ces pénalités. Ils savent exactement le prix que leur coûtent une contravention et l'inobservation des règles posées. Pour une puissante société industrielle au capital de 40 millions, par exemple, ces pénalités sont prévues dans les frais généraux et ne sauraient avoir une bien grande efficacité puisque la procédure peut retarder indéfiniment la fermeture des usines dangereuses.

M. Honnorat cite à ce propos deux exemples, qui visent à illustrer la longueur de cette procédure. Ce sont les cas d'industries dangereuses ou malsaines que des inspecteurs avaient dénoncées. Malgré tous les efforts du préfet, l'incendie dévora ces usines, incendie prévue par le ministère du travail et que celui-ci s'efforçait de prévenir. Mais l'incendie eut lieu avant que la procédure fût accomplie et que le préfet pût exécuter son arrêté de fermeture de l'usine insalubre.

Il faut bien reconnaître que, dans ces conditions, l'autorité administrative n'est pas suffisamment armée. Il est à souhaiter que des réformes aboutissent, donnant plus de pouvoir aux autorités administratives.

(*Leçon recueillie et rédigée par* M. PRIOU).

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins du Sud-Finistère

(*Réunion générale du* 5 *avril* 1925)

Etaient présents : MM. Bélin, Caradec, Chauvel, Cocheril, Colin, Cudennec, Damey, Dupouy, Floch, Gamblin, Gaumé, Goulven, Hardouin, Jaouen, Jocet, Kerbourch, Kernëis, Lagriffe, Lautrou, Le Clec'h, Le Coz, Le Wort, Le Louët, Le Stunf, Lossouarn, Ménereul, Mével, Miroux, Olgiati, Pilven, Renault, Rivoal, Royer, Souben, membres du Syndicat. M. Vourch du Syndicat de Châteaulin. — *S'étaient excusés* : MM. Auffret, Cloître, Denoël, Dubois, Le Chat, Le Gall, Le Guével, Benjamin Le Stratt, Mérop, Nicolas, Peneaud, Picquenard, Piton Richard, Sartre, Tuset.

Le Président remercie le docteur Marchais pour l'intéressant travail qu'il a adressé après l'assemblée de l'Union et qui en décrit si bien la physionomie.

Il remercie également le *Concours médical* d'avoir bien voulu ouvrir ses colonnes pour publier l'avis de la Pléthore médicale dans le Finistère.

Questions traitées :

Article 64.

M. le Dr Chauvel, président, annonce que la Commission de Contrôle de Brest est supprimée et que, dans ces conditions, la Commission de Quimper sera composée du docteur Colin, et du docteur Mignard, de Brest ; les membres suppléants seront MM. Auffret et Vourch et le docteur Caradec.

Provisoirement les mémoires devront être établis sur les anciennes formules.

Pupilles de la Nation.

Le Président rend compte de l'excellent fonctionnement du service assuré par les confrères, lesquels ont pu établir plus de 11.000 dossiers. Aucune observation n'a été formulée à ce sujet, mais le contrôle a été suspendu faute de fonds. L'Office central des Pupilles prendra incessamment une décision pour 1925 près avoir eu connaissance du rapport établi par le docteur Bigot.

Nomination à des postes officiels des médecins syndiqués.

Communication est faite d'une réclamation du docteur Le Louët contre la nomination d'un médecin non syndiqué à un poste administratif à Pont-Aven. Le docteur Le Louët lui-même explique les faits et comme conclusion le Syndicat vote à l'unanimité une protestation qui sera adressée à M. le Préfet regrettant cet incident, demandant que cette nomination ne soit pas maintenue et qu'à l'avenir il y ait toujours entente préalable entre l'administration et le Syndicat.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Compte rendu de la séance du 24 mai 1925.

Règlement des honoraires des confrères assistant à des opérations.

D'une correspondance échangée avec le docteur Le Gorgeu, il résulte que, conformément aux décisions de la Fédération, le Syndicat de Brest a repoussé à une grosse majorité la rémunération des confrères n'assistant pas aux opérations ; mais sur la demande des spécialistes il a été adopté qu'une formule serait signée par tous les confrères sans exception, par laquelle ils s'engageront à ne donner ni recevoir aucune rémunération. Le Syndicat du Sud-Finistère adopte à l'unanimité, moins une voix, les mêmes dispositions. Une formule sera adressée à tous les membres en même temps que ce compte rendu et *devra être renvoyée signée au Secrétaire.*

Assistance médicale gratuite.

Le Syndicat vote à l'unanimité un vœu tendant à l'établissement pour toute la France d'un tarif unique basé sur le tarif minimum de l'Union des Syndicats.

Election du Bureau :

Sont élus : *président* : M. Chauvel ; *vice-présidents* : MM. Le Louet et Mével ; *secrétaire* : M. Tuset ; *trésorier* : M. Jocet ; *syndic* : M. Morvan.

Etaient présents : les docteurs Beyraud, Boulanger, Brenans, Butin, Cardot, Castellant, Cels, Chambas, Debrigode, Derome, de Saint-Avid, Dubs, Dupret, Herbinet, Marion, G. Reverdy, Rinckembach, Senlecq.

Excusés : les docteurs Bertrand, Boiras, Breitel, Daviot, Furet, Brabias, J. Reverdy.

Est présenté et admis comme membre du Syndicat, le Dr Gaston, de Villiers-le-Bel.

Sont démissionnaires : le Dr Laroussinie de Soisy-sous-Montmorency, et le Dr Branthomme, de Villiers-le-Bel.

A propos de la démission du Dr Branthomme qui cesse l'exercice de la médecine, le Syndicat le nomme membre d'honneur et charge son secrétaire de lui adresser les sentiments de sympathie de tous ses collègues.

1° Application du tarif Breton comme tarif minimum aux Sociétés de secours mutuels.

Le syndicat avait énoncé l'obligation de l'application du tarif Breton, à partir du 1er janvier 1925. Une circulaire avait été adressée le 1er décembre 1924 par le secrétaire du syndicat à la plupart des présidents des sociétés de l'arrondissement.

Les membres du syndicat sont priés de faire connaître au secrétaire les noms des sociétés de secours mutuels et de leurs présidents auprès desquels il y aurait lieu de renouveler ou de faire cet avertissement, afin qu'il n'y ait plus d'exceptions à partir du 1er janvier 1926.

2° Assurances sociales.

Le syndicat est mis au courant de la situation actuelle ainsi que des divergences graves qui se sont élevées entre la Fédération des Syndicats médicaux du Nord et le Conseil de l'Union des Syndicats de France.

3° Accidents du travail agricole.

Si le corps médical entend la générosité au regard d'un ouvrier blessé, il n'en est plus de même lorsque le blessé, plus ou moins riche exploitant agricole, veut, par économie, se faire soigner aux mêmes prix et conditions que ses propres salariés.

Le syndicat décide en conséquence, de demander aux patrons agricoles les prix syndicaux habituels ; à ces assurés de réclamer ensuite à leur compagnie d'assurance le remboursement de leurs frais médi-

caux, selon les conditions et termes de leur police.

4° Le Syndicat considérant que la zone comprise dans un rayon de 25 kilomètres des fortifications de Paris est assimilée à la banlieue de Paris au point de vue fiscal, législation des loyers, indemnités aux fonctionnaires , etc., émet le vœu que l'arrondissement de Pontoise, tout entier, soit classé dans la première catégorie du tarif Breton.

Ce vœu sera adressé à la Fédération de Seine-et-Oise.

5° Dans le but de donner à notre Syndicat plus de force, nos adhérents sont priés de faire toutes démarches utiles auprès des confrères non syndiqués pour les amener à nous, ou de bien vouloir signaler les noms de ces confrères au secrétaire qui fera les démarches nécessaires.

Le Secrétaire,

BUTIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (par Orléans).** — *Postes d'internes.* — Deux postes d'*internes en médecine*, convenant à docteurs ou étudiants terminant leur scolarité, sont vacants *immédiatement*. S'adresser au Directeur médecin.

— **Association des médecins de langue française (*XVIIIe Congrès français de Médecine*** ; Nancy, 16 19 juillet 1925).

Renseignements généraux. — Le Congrès se compose :

I. Des *membres adhérents* du Congrès qui comprennent : 1° de droit, les membres de l'association ; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du Congrès, les médecins et les savants qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part.

II. Des *membres associés* : étudiants en médecine, et membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents. Ils ont droit à tous les avantages du Congrès, sauf les publications.

La cotisation de *membre adhérent* du Congrès français de médecine de Nancy a été fixée par le bureau du Congrès à 40 francs.

La cotisation de *membre associé* a été fixée à 20 francs.

Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

Avis important. — Il est rappelé que les membres de l'Association des médecins de langue française adhérents au Congrès, ou qui, sans assister effectivement au Congrès, désirent néanmoins en recevoir les publications (rapports et communications), doivent verser *quarante francs* au trésorier du Congrès de Nancy, somme représentant cumulativement leur cotisation de membre adhérent au Congrès et leur cotisation de membre de l'Association des médecins de langue française (A.M.L.F.).

Au cas où un membre de l'A.M.L.F. n'adhèrerait pas au Congrès, il est tenu néanmoins, aux termes du règlement, de verser sa cotisation annuelle régulière (*vingt francs*) de membre de l'Association au trésorier du Congrès de Nancy.

— **Association française pour l'avancement des sciences.** — La XLIXe session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Grenoble du 27 juillet au 1er août 1925, sous la présidence de M. le professeur J. Teissier (de Lyon).

La question de l'ulcère du duodénum est à l'ordre du jour du Congrès. MM. les professeurs agrégés Cade et Santy ont été chargés d'établir un rapport sur la question.

Adresser la correspondance, soit au professeur Teissier, 108, chemin d'Alaï, Lyon (V^e), soit au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

— **Congrès de climatologie.** — Un Congrès de climatologie est organisé à Davos, du 17 au 22 août prochain par les soins de l'Institut de recherches scientifiques

Pour renseignements, s'adresser à M. Vogel-Eysern, Davos-Dorf (Suisse).

— **Ecole de puériculture** (64, rue Desnouettes, Paris, XVe). — Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine sont admis aux consultations de l'école de puériculture, sur présentation d'une carte spéciale qui leur est remise sur demande adressée à M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de 20 inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers.

— **Prix de la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux.** — *Prix Albert Pujos* (1.500 fr.). La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a mis au concours le sujet suivant : *Indications respectives des méthodes thérapeutiques des syphilis viscérales et nerveuses.*

Les mémoires, anonymes et désignés par une épigraphe, doivent être adressés, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clémenceau.

— **La Bristish medical Association** a adressé aux sociétés savantes françaises une invitation à se faire représenter à l'inauguration de son nouvel hôtel. Cette cérémonie aura lieu à Londres le 13 juillet.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1399. — Impôts cédulaires. Discrimination des diverses cédules.

Pouvez répondre par la voie du *Concours* à la question suivante ? Votre réponse pourra être utile à bien des lecteurs du *Concours*.

Dans les premières années de l'application de l'impôt sur le revenu, l'administration des Finances acceptait très bien la discrimination de toutes les cédules.

Au contraire, dans les dernières années, contre tout bon sens et toute équité, l'administration bloque en une seule cédule des sources différentes de revenus qui devraient être disséminées.

Exemple : un professeur de Faculté est obligé de réunir en une seule cédule son traitement de professeur (qui devrait figurer à la cédule des traitements) avec ses honoraires de clientèle (qui devraient figurer à la cédule des professions libérales).

Jusqu'à présent rien à faire contre les prétentions de l'administration, à moins de plaider et d'aller jusqu'au Conseil d'Etat. Pot-de-terre contre pot-de-fer.

Or, une personne compétente m'affirme, sans pouvoir d'ailleurs me fournir la référence, que dernièrement le cas a été porté au Conseil d'Etat à propos précisément d'un professeur à la Faculté de droit qui voulait faire discriminer son traitement de professeur et ses honoraires d'avocat. Le Conseil d'Etat aurait donné raison aux prétentions de l'avocat.

Pouvez-vous confirmer ce fait et fournir la référence de l'arrêté du Conseil d'Etat ? Si oui, cet arrêt pourrait faire jurisprudence et fournir une base solide au malheureux contribuable qui voudrait faire valoir ses droits à l'abattement à la base sur plusieurs cédules.

Dr R.

Réponse.

L'arrêt du Conseil d'Etat visé par la demande ci-dessus est celui en date du 24 décembre 1924. Un deuxième arrêt en date du 20 juin 1925 a statué suivant le même principe dans une affaire analogue.

Cets arrêts forment jurisprudence et peuvent être efficacement invoqués.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

1451. — Majoration dominicale.

Puisque vous vous mettez gracieusement à notre disposition pour tous renseignements professionnels, voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire comment tarifer un pansement de brûlure fait un jour *férié* en *consultation* ?

1° Autrement dit, une intervention faite *un jour férié et en consultation*, pour accident de travail, doit

elle profiter de la majoration de 50 % prévue par l'art. 3 pour les *visites* ;

2° Si la même intervention est faite *en visite* peut-elle aussi profiter de cette majoration. ?

Dr P.

Réponse.

1° *Seule, la visite* est majorée le dimanche et jours fériés à l'article 3 *b*.), mais pas la consultation qui, de son côté, est triplée, comme la visite, *la nuit*, à l'article 4.

2° Pas davantage de majoration pour toutes les interventions à tarif spécial qui ne sont majorées de 25 % que *de nuit*, à l'article 8.

F. D.

II

1445. — Cumul et pansements multiples.

Le lundi de la Pentecôte vers 9 heures, un patron amène, à mon cabinet, un de ses ouvriers, blessé une heure auparavant, à la main gauche, par une scie circulaire .

Je constate :

1° Une plaie irrégulière, anfractueuse, intéressant toutes les parties molles de la face palmaire de la phalangette du pouce ; ces parties molles sont déchiquetées totalement jusqu'à l'os qui n'est pas atteint ;

2° Une plaie de la deuxième phalange de l'index qui est aux deux tiers sectionnée, y compris l'os ;

3° Des plaies multiples très superficielles des trois derniers doigts.

Je nettoie, j'enlève les lambeaux flottants ou déchiquetés ; je régularise, mais je ne suture pas ; je me contente de rapprocher et de maintenir par un simple emplâtre adhésif la phalange aux deux tiers sectionnée, me réservant d'amputer s'il y a début d'escarre au bout de 48 heures. Je fais une injection de sérum antitétanique.

1° Puis-je compter ? Pour cette première consultation :

Injection sérum.....	20 fr.
Pansements multiples sur même segment de membre (plaies profondes).............	15 fr.
Certificat initial (blessures multiples).......	10 fr.

2° Puis-je compter : 15 fr. pour chacun des pansements suivants ? Les parties molles de la phalangette du pouce sont sphacélées ; par contre, la phalange de l'index à demi-sectionnée, se cicatrise presque *per primam.*

Dr W.

Réponse.

1° Pour le premier jour, vous avez à compter : « Injection antitétanique plus pansements multiples », en *additionnant* ces deux interventions à tarif *spécial*, ce que vous ne pourriez faire s'il

s'agissait d'un pansement simple qui est *compris* dans la visite ou consultation et fait corps avec elle. Il y aurait alors, en effet, le *cumul* défendu par l'article 13 entre intervention plus visite.

2° Tant que vous faites un pansement *spécial* à chaque doigt, vous avez à compter « pansements multiples » lequel devient « pansement simple » quand les plaies sont devenues « très superficielles » (article 17).

F. D.

III

1494. — Pansements longs et compliqués.

Appelé d'urgence auprès d'accidentés du travail, très graves, envoyés par moi (après pansements de *plaies très étendues* et *très profondes*), à l'hôpital. Que puis-je demander à l'assurance ?

Voici le détail :

1er blessé : plaie abdominale, fosse iliaque droite, large comme deux mains, avec issue des intestins.

2e blessé : même plaie, plus grande encore, tout l'abdomen ouvert et les intestins sortis.

3e blessé : les deux mains broyées, en bouillie, et la cuisse gauche ouverte jusqu'à l'os (plaie de 20 cm. sur 20 cm.

Ce furent évidemment de simples pansements, mais longs et pénibles. Ne sont-ils tarifés que 10 fr. chacun ? Je ne vois rien dans le tarif Breton qui puisse assimiler.

Dr L.

Réponse.

Au contraire de ce qui existe dans le tarif Maginot, il n'y a pas, dans le tarif Breton, de prix spéciaux pour les pansements « longs et compliqués ». Je ne vois donc pas comment vous pourriez demander, autrement qu'à l'amiable, un prix supérieur à celui de la visite pour les deux premiers blessés. Pour le troisième blessé, par contre, il s'agit là de *blessures multiples* (article 14) pour lesquelles vous êtes en droit de compter : *a*) pansement de main droite ; *b*) pansement de main gauche ; *c*) pansement de cuisse gauche, soit trois pansements distincts, c'est-à-dire le prix de trois visites. En résumé, pour ces trois blessés, vous aurez à réclamer cinq fois 10 francs, donc 50 francs, plus le déplacement.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

1270. — Interdiction du cumul des honoraires pour un même pensionné.

Je suis médecin de la Compagnie des chemins de fer du Midi. J'assure le service médical de ma section, moyennant un traitement annuel fixe et des avantages de circulation. Mais, parmi les agents de la Compagnie, il y en a qui sont des réformés de guerre en possession de carnets pour soins gratuits, quand leur état de maladie se rapporte à leur cas de réforme.

Je vous prie de vouloir bien me dire si, quand un agent de la Compagnie, se trouvant malade du *fait de son ca s de réforme de guerre*, et s'*adressant à moi* pour en recevoir les soins, je puis détacher des feuilles de son carnet, pour paiement d'honoraires par l'Etat, conformément à la loi.

En d'autres termes : si je me suis chargé de donner des soins aux agents de la Compagnie ayant contracté maladie au cours de leurs fonctions d'agents, n'ai-je pas le droit de réclamer à l'Etat des honoraires pour les soins qu'ils demandent de moi, quand leur mal se rapporte à leur cas de réforme ?

Réponse.

Il a été jugé à la Commission supérieure, et cela suivant l'avis unanime de l'assemblée des secrétaires des Commissions départementales, que tout médecin, touchant une rémunération de l'Etat ou de tout autre collectivité pour X... agents, n'avait pas le droit de détacher une feuille du carnet d'un de ces *mêmes* agents, pensionné de guerre, même au sujet de soins donnés pour une affection relevant du motif de la pension.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *juin.*

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8.000 fr. et peut atteindre 11.000 fr. par avancements successifs de 1.000 fr. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de la clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés, seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 2 juillet 1925.

18 *juin.*

Pensions militaires.

Tuberculose osseuse ou articulaire.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 16 juin 1925.

Monsieur le Président,

Le décret du 21 octobre 1919 relatif à l'indemnisation des anciens militaires pensionnés pour tuberculose, considérant que les éléments essentiels du traitement de cette maladie résident dans la suralimentation et le repos, a décidé de porter à 100 p. 100 l'évaluation de la tuberculose pulmonaire, quelle que soit la gravité de celle-ci.

Pour le même motif, il nous a semblé qu'il serait juste de porter également à 100 p. 100 l'évaluation de la tuberculose, quel qu'en soit le degré de gravité, en cas de localisation osseuse ou articulaire.

Nous avons donc fait préparer un projet de décret que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute approbation, en vous priant de bien vouloir le revêtir de votre signature, si vous en approuvez les dispositions.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du Conseil, ministre de la guerre,
Paul PAINLEVÉ.

Le ministre des pensions,
Louis ANTÉRIOU.

Le ministre de la marine,
Emile BOREL.

Le ministre des colonies, par intérim,
CHAUMET.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre de la guerre, du ministre des pensions, du ministre de la marine et du ministre des colonies,

Vu l'article 9 de la loi du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service ;

Vu le décret du 29 mai 1919 rendu en application de l'article 9 de la loi du 31 mars susvisé ;

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 juillet, au prix de 15 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement (1), le prix sera porté à 18 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926.

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 15 fr.*
- *Je verse 15 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A.............................. *le*..............................1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 15 juillet 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Vu l'annexe dudit décret (guide-barème des invalidités),

Décrète :

Art. 1er. — Par modification au guide-barème annexé au décret du 29 mai 1919, l'évaluation de la tuberculose osseuse ou articulaire est ainsi fixé :

1° Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire ne sont pas consolidées, quelle qu'en soit la localisation et quel qu'en soit le degré de gravité, il doit être attribué un pourcentage d'invalidité de 100 p. 100 ;

2° Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire sont consolidées, il convient de déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle ; et, pour tenir compte de la nature particulière de l'affection, ce pourcentage est majoré de 10, 15 ou 20 p. 100 suivant que l'intéressé paraîtra tenu à plus ou moins de ménagements.

Art. 2. — Le président du conseil, ministre de la guerre, le ministre des pensions, le ministre de la marine et le ministre des colonies sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 16 juin 1925.

Gaston Doumergue.

Par le Président de la République :

Le Président du conseil, ministre de la guerre,
Paul Painlevé.

Le ministre des pensions,
Louis Antériou,

Le ministre de la marine,
Emile Borel,

Le minirstre des colonies par intérim,
Chaumet.

INSTRUCTION
POUR L'APPLICATION DU DÉCRET DU 16 JUIN 1925

Le décret du 16 juin 1925, sur l indemnisation de la tuberculose osseuse ou articulaire prévoit l'attribution d'un pourcentage différent selon que les lésions de tuberculose sont en activité ou consolidées.

A. — *Lésions en activité.* — Toute tuberculose osseuse ou articulaire en activité, quels que soient son siège et son degré de gravité, doit entraîner *ipso facto* l'attribution d'un pourcentage de 100 p. 100.

1° *Cas non douteux.* — L'expertise est pratiquée dans les formes habituelles par deux médecins experts de médecine ou de chirurgie générale. Ceux-ci rédigent un certificat modèle n° 3 en ayant soin de décrire minutieusement le siège

et la nature des lésions et de conclure à la nature tuberculeuse et au caractère d'activité de la maladie. Ils proposent le pourcentage de 100 p. 100.

Lorsque les experts concluent à la nature non tuberculeuse ou à la consolidation de la maladie, si l'intéressé conteste ladite conclusion et demande à être soumis à l'examen d'un spécialiste, il est fait droit à cette demande et le spécialiste est consulté comme en matière de cas douteux.

2° *Cas douteux.* — Les médecins experts de médecine ou de chirurgie générale ne peuvent se prononcer parce qu'ils doutent :

a) Soit de la nature tuberculeuse des lésions présentées ;

b) Soit de leur caractère d'activité.

Dans l'un et l'autre cas, le malade est soumis à l'examen d'un spécialiste, qui voudra bien donner son avis sur le point litigieux.

Ce médecin pourra, s'il le juge nécessaire, demander au médecin chef du centre de réforme une mise en observation qui sera effectuée dans les formes habituelles. Son examen terminé, il rédigera son certificat d'expertise et concluera, selon le point de litige :

a) *A la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse des lésions ;*

b) *A leur consolidation ou à leur non-consolidation.*

Sur le vu de cet avis, les médecins experts et la commission de réforme proposeront le pourcentage convenable.

B. — *Lésions consolidées.* — Les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire consolidées doivent donner lieu à un *pourcentage spécial* déterminé de la façon suivante :

A l'évaluation normale de l'invalidité réelle appréciée conformément aux indications du guide-barème vient s'ajouter une majoration de 10, 15 ou 20 p. 100, suivant que l'intéressé, en raison de la nature particulière de l'affection, paraîtra tenu à plus ou moins de ménagements.

1° *Cas non douteux.* — L'expertise est pratiquée comme il est dit précédemment pour les lésions en activité par deux médecins experts de médecine ou de chirurgie générale.

Dans les conclusions de leurs certificats modèle n° 3, ils font ressortir la nature tuberculeuse de l'infirmité, et son caractère de consolidation.

Puis ils évaluent, d'une part, l'invalidité réelle correspondant à l'impotence fonctionnelle, d'autre part, la majoration correspondant aux ménagements nécessaires et fixent le pourcentage final par simple addition des deux éléments ci-dessus.

Lorsque les experts concluent à la nature non tuberculeuse de la maladie ou à la consolidation des lésions, si l'intéressé conteste ladite conclusion et demande à être soumis à l'examen d'un spécialiste, il est fait droit à cette demande et le

spécialiste est consulté comme en matière de cas douteux.

2° *Cas douteux.* — Les médecins experts ne peuvent se prononcer parce qu'ils doutent :

a) Soit de la nature tuberculeuse des lésions présentées ;

b) Soit de leur caractère de consolidation.

Dans l'un et l'autre cas, le malade sera soumis, dans la forme prévue pour les cas douteux des lésions en activité, à l'examen d'un spécialiste qui, après mise en observation, s'il y a lieu, donnera son avis :

a) *Sur la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse des lésions* ;

b) *Sur leur consolidation ou leur non consolidation.*

Sur le vu de cet avis, les médecins experts et la commission de réforme proposeront le pourcentage convenable.

Les spécialistes seront ceux qui ont été antérieurement agréés en cette qualité. (Circulaire ministérielle n° 38129 B 9 /7 du 25 octobre 1919).

A défaut de ceux-ci, MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée voudront bien en proposer d'urgence à mon agrément, conformément aux prescriptions de la circulaire n° 64 E. M /P du 15 mai 1925.

Le ministre des pensions,
Louis Antériou.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des parlementaires.

Soins donnés à un officier par des médecins civils

4275. — M. Jean Goy, député, demande à M. le Ministre de la Guerre, si un officier obligé, par des circonstances de temps et de lieu, d'avoir recours à des soins médicaux ou chirurgicaux de praticiens civils, doit nécessairement régler les honoraires et les frais motivés par ces soins, ajoutant qu'il s'agit, en l'espèce, d'un officier qui, atteint d'une crise d'appendicite aiguë, a dû être opéré immédiatement sur place dans une clinique privée, son transport à l'hôpital militaire le plus voisin n'ayant pu être effectué en raison de l'urgence. (*Question du* 25 *mai* 1925.)

Réponse. — Les frais de traitement des officiers ne sont supportés par l'Etat que dans le cas explicitement prévu par le décret du 29 janvier 1924, c'est-à-dire, lorsqu'ils sont hospitalisés dans un établissement du service de santé militaire, pour blessure constatée ou par maladie contractée ou aggravée pendant la période de mobilisation (du 2 août 1914 au 24 octobre 1919), ou pendant qu'ils faisaient partie d'une colonne expéditionnaire effectuant, en dehors du cas de

mobilisation, des opérations de guerre ou assimilables à des opérations de guerre. Tel ne paraît pas être le cas de l'intéressé, qui doit, en conséquence, supporter personnellement les frais du traitement occasionné par sa maladie.

(*J. O.*, 17 juin 1925.)

Avantages accordés aux médecins des asiles publics d'aliénés.

4475. — M. Balanant, député, demande à M. le ministre du travail : 1° quels sont les départements, dont les conseils généraux ont décidé d'accorder aux médecins des asiles d'aliénés des avantages analogues à ceux accordés aux fonctionnaires de l'Etat par les lois des 1er avril 1923 et 17 avril 1924 ; 2° quels sont les départements, dont les conseils généraux ont refusé ces avantages ; 3° quels sont les départements, dont les conseils généraux n'ont pas encore pris de décision à ce sujet ? (*Question du* 3 *juin* 1925.)

Réponse. — Il n'est pas possible de répondre actuellement, avec toutes les précisions nécessaires, aux questions posées, l'enquête prescrite par la circulaire du 12 mai 1925, étant actuellement en cours. Des résultats déjà parvenus, il ressort cependant qu'un grand nombre de conseils généraux semblent disposés à accorder aux médecins des asiles des avantages analogues à ceux qui ont été consentis par les lois des 1er avril 1923 et 17 avril 1924. Le ministre du travail et de l'hygiène ne manquera pas de transmettre à l'honorable député les résultats définitifs de l'enquête.

(*J. O.*, 17 juin 1925.)

Le diplôme de docteur en médecine et la licence ès lettres.

4305. — M. Marquet, député, demande à M. le Ministre de l'Instruction publique si le diplôme de docteur en médecine, compris dans la liste des certificats ou diplômes tenus pour équivalents à un certificat d'études supérieures en vue de l'obtention de la licence ès lettres, concerne indifféremment la licence libre et la licence d'enseignement. (*Question du* 25 *mai* 1925).

Réponse. — Les certificats que doit comporter le diplôme de licencié exigé des aspirants aux fonctions de l'enseignement secondaire public ont été fixés par le décret du 20 septembre 1920, dont les dispositions restent formelles, sans équivalences possibles. En conséquence, le diplôme de docteur en médecine ne peut tenir lieu d'un certificat d'études supérieures qu'en vue de la licence ès lettres libre.

(*J. O.*, 19 juin 1925.)

Quarante-septième année — N° 28 — 12 Juillet 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1652-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

L'Actualité Thérapeutique.

Correspondance

A Travers l'officiel

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**

***Sou Médical*, Paris, 182-31.**

***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr X., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du **Concours Médical, Paris 167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 293. — Conf. dés. ach. d'occas. un microsc. av. object. à immers. et platine tournante.

N° 294. — Dr dem. un domest. à tout faire, célib. av. référ. Dr Boulanger, aven. du Bois, à Vitry-sur-Seine.

N° 295. — Vaucluse. Bon poste pro-ph. pas de sag.-f., fixes, à céd. extr. urg. contre faib. ind. Ecr. Babeur, 7, rue Jacquemont, Paris.

N° 296. — Conf. rech. bon poste camp. Isère ou dép. limitr., seul méd. de préf. Pet. ind.

N° 297. — Mer, Coutainville (Manche). Pet. chalet soigné, une minute plag., tous fournisseurs, terrasse, jardin, vue sur mer, 3 p., 1 cuis., 4 lits. Saison, 1.400 fr., ou mois séparés. Chambres supplém. Ecr. M. Rothe, à Coutainville-Plage (Manche).

N° 298. — Conf. rec. viv. demois. 45 a., gouvern. chez conf., ou couture et lingerie dans hôpit., clini. hôtel. Dr Girard, à Mens (Isère).

N° 299. — A vend. fusil Charlin dern. mod. abs. neuf ; cal. 12 val. 1450, à céd. pour 950. S'ad. Morisson, à Hiersac (Charente).

N° 300. — 1° On dem. interrup. Ropiquet, cour. cont. 110 volts, en bon état ; 2° à vend. bobine Gaiffe 1924, n° 2 *bis*, interrup. Gaiffe, pet. mod. cour. cont. 110 volts, voltmètre, ampère-mètre. S'ad. Dr Tézé, à Thouars (Deux-Sèvres).

N° 301. — Vve de méd., meill. réf. dispos. de tt. son temps, ch. *sit.* chez méd. ds clin. ou mais. de santé.

Tiendr. comptab., fer. pansements, etc. Mme Casses, à Entraygues (Aveyron).

N° 302. — Sage-f. 1re cl., dés. sit. à Paris comme secrét. dactyl. ou infirm. chez doct. ou ds clin.

N° 303. — A enlev. 250 fr. deux briquettes, chiennes courantes, 2 a et 8 a. chassant bien. S'ad. Dr Lamirault à Cormery (Indre-et-Loire).

N° 304. — 200 km. Paris, poste seul pro-ph. rapp. 80.000 minm. Tr. belle mais. conf. à céd. si on le dés. Sit. agréab. 8 km. sous-préf. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 305. Paris. Excel. quart. ouvrier-commerc. Noyau intéres. à dévelop., méd. génér. et A. T. av. appart. 4 p. dépend. Indemnit. minime. Urg. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Parasitisme intestinal.

Dans bon nombre d'entérites muco-membraneuses *(M. Labbé), dans la colibacillurie,* la dysménorrhée douloureuse *sine materia* (Léo), penser toujours à la possibilité d'une origine oxyurique ou ascaridienne.

Peut-être aussi existe-t-il une relation entre le parasitisme intestinal et la tuberculose pulmonaire : les deux coexistent dans une proportion d'environ 45 % des cas de phtisie (Mélamet).

Le traitement sera : contre les oxyures, le carbonate de bismuth, 10 grammes deux fois par jour pour les adultes, 4 grammes deux fois par jour pour les enfants de sept ans, 2 à 3 grammes deux fois par jour pour les jeunes enfants ; contre les trichocéphales, les lavements avec six gouttes de benzine par litre ; contre les ascaris, l'huile de chœnopode, 3 cc. par doses de 1 cc. à une heure d'intervalle, dose maxima pour adulte, avec purgation par le sulfate de magnésie et diète absolue jusqu'à effet complet de la purgation (cf. Formulaire Astier, supplément 1923, page 32).

Chez les tuberculeux, être fort prudent. Si l'on traite leur parasitisme, donner pendant plusieurs jours de l'eau saturée camphrée dans du lait ou des tisanes en dehors des repas, puis 10 à 15 grammes au plus de sulfate de soude ou de sulfate de magnésie. (D'après la Société de médecine de Paris, 18 et 31 octobre 1924.)

CORRESPONDANCE

1543. — Augmentation des loyers en cas de prorogation professionnelle de la loi du 9 mars 1918.

Mon propriétaire, par lettre recommandée, a porté la valeur de mon loyer de 500 francs à 875 francs à partir du 1er juillet 1924.

J'ai pris ce logement le 1er juillet 1908 avec un bail de 3, 6, 9.

En 1919, le propriétaire m'a signé la prorogation légale, c'est-à-dire, je crois, de 5 ans et 84 jours, alors que la 4e période triennale se terminait le 1er juillet 1920.

L'augmentation de loyer ne devrait donc prendre effet qu'à partir de ce 1er juillet 1925 ou même du 1er octobre de cette année 1925.

Je vous prie de me donner votre avis motivé que je pourrais commnuniquer à mon propriétaire.

Dr X.

Réponse.

Aux termes de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, à moins de décision judiciaire ayant acquis l'autorité de la chose jugée ou d'accord intervenu entre les parties, le point de départ de la prorogation accordée aux locataires par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 doit être fixée au 24 octobre 1919 pour les baux expirés antérieurement à cette date. La durée de votre prorogation est égale à celle de la guerre, soit 5 ans et 84 jours ; ayant commencé à courir du 24 octobre 1919, elle n'a donc pris fin, que le 25 janvier 1925. Mais, d'après le même article 1 de la loi du 31 mars 1922, la durée de la prolongation doit être prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage. En réalité, votre prolongation n'a donc pris fin que le jour du terme en usage dans vos rapports avec votre propriétaire qui a suivi le 25 janvier 1925. C'est seulement à partir de ce terme que votre propriétaire est en droit de vous demander une augmentation.

1517. — Obtention d'une pension d'invalidité par un fonctionnaire.

Un facteur titulaire est blessé en cours de tournée par chute de bicyclette ; fracture de Dupuytren. Qui est responsable ? Pour les soins et pour le salaire ? La loi du 9 avril 1898 est-elle applicable ?

Ledit facteur reçoit le papier suivant de l'Administration, veuillez me dire ce qu'il doit faire. En voici la copie :

Le Directeur du département du C.
à Monsieur le Receveur de L.

« Je vous prie d'inviter M. F., *facteur de ville, à faire* connaître s'il a l'intention de produire à ses frais un

acte de notoriété destiné à constater officiellement l'accident dont il a été victime en service le 2 juin 1925.

Il conviendra d'informer l'intéressé qu'à défaut dudit acte de notoriété, il ne pourrait prétendre au bénéfice des articles 20 et 21 de la loi du 14 avril 1924. »

Sur ce papier a été ajouté au crayon un modèle de déclaration à faire sur papier blanc par le facteur ainsi libellé :

« Je déclare ne vouloir faire établir aucun acte notarié au sujet de mon accident qui ne peut entraîner qu'un repos plus ou moins long sans suite fâcheuse. »

J'ai fourni au blessé un certificat constatant la blessure et lui occasionnant un arrêt de soixante jours dans son travail.

Ne sachant pas ce que veut dire cette missive et ne connaissant pas la loi du 14 avril 1924, j'ai dit au blessé d'attendre votre réponse avant de signer quoi que ce soit.

Dr S.

Réponse.

Les fonctionnaires et employés appartenant au cadre permanent de l'administration ou des établissements de l'Etat ne sont pas garantis par la législation spéciale sur les accidents du travail, mais par la loi du 14 avril 1924 sur les pesnsions civiles et militaires.

Aux termes de l'arti le 20 de ladite loi, l'invalidité doit être constatée par une Commission de réforme, devant laque'le l'intéressé a le droit de faire entendre un médecin de son choix.

Aux termes de l'article 23 du décret du 2 septembre 1924, portant règlement d'adminitstration publique pour l'application de la loi du 14 avril 1924, si la pension est demandée au titre d'une invalidité provenant du service, il doit être produit un acte de notoriété établi devant le juge de paix ou le maire.

C'est cet acte qui est demandé à votre client et s'il veut obtenir une pension, il lui est nécessaire de la produire. Mais il n'est pas question d'un acte notarié, mais d'un acte de notoriété établi comme il est dit ci-dessus, ce qui est différent.

Si cet acte n'est pas produit, le blessé ne pourra obtenir une pension.

1571. — Exercice de la pharmacie par le médecin pendant la fermeture temporaire de l'unique officine locale.

L'unique pharmacien de ma commune va fermer son officine pendant quinze jours environ à trois semaines au plus. La pharmacie la plus proche est à quinze kilomètres.

Ai-je le droit pendant cette période de vendre des remèdes de première nécessité à mes clients ?

Dr X.

Réponse.

Comme, aux termes de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, les médecins peuvent exercer la propharmacie quand ils sont établis dans des localités où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, nous sommes d'avis que vous pourriez, sans inconvénient, délivrer des médicaments à vos clients pendant l'absence du pharmacien, son officine étant fermée, bien qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune décision de jurisprudence sur un cas analogue.

Mais il serait préférable, pour éviter tout ennui, que vous vous entendiez au préalable avec le pharmacien, si vous êtes en bons termes avec lui.

1554. — Clinique. Base de la patente.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants que je vous ai du reste déjà demandés et pour lesquels je n'ai pas eu de réponse :

Je possède une clinique de 40 lits. Ma maison d'habitation n'en est séparée que de 8 mètres, elle se compose de deux étages dont un étage est entièrement consacré au logement d'une partie du personnel de la clinique.

Pour l'imposition de ma patente, on me donne une taxe locative unique de 11.000 fr. sur laquelle on m'impose au 15e. Dans ma clinique se trouve mon cabinet de consultations.

J'ai déjà lu dans le *Concours médical* que, pour une clinique privée, on était imposé au 1/50e de la valeur locative. Cette mesure s'applique-t-elle à moi ?

Veuillez également me dire si l'affectation de la moitié de ma villa au logement du personnel peut me permettre de demander sur la moitié de cette taxe locative de ma maison une imposition au 1/50e.

D'autre part, ayant aggrandi ma clinique, ma taxe a passé de 8.500 à 11.000, mais mon aggrandissement n'est entré en jeu que le 1er mai de cette année. Il y a-t-il là-dessus encore matière à réduction ?

Pouvez-vous me donner une référence (texte de loi ou autre), pour l'énoncer au fisc, sur la taxation au 1/50e de la valeur locative des cliniques ?

Dr G.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente sur la valeur locative de la clinique est en effet au cinquantième, et c'est ce taux qui doit vous être appliqué, sauf en ce qui concerne votre habitation personnelle pour laquelle le taux reste au quinzième.

Les locaux affectés à l'habitation de vos

employés constituent une dépendance de la clinique et leur valeur locative doit être imposée au taux du cinquantième (dans le tarif des patentes annexé à la loi du 15 juillet 1920, la profession visée est celle de « tenant une maison particulière de santé »).

A noter, d'autre part, que, pour que le droit proportionnel soit exigible sur la valeur des locaux servant à l'habitation des employés, il faut que ces derniers représentent le patentable ou que leur présence de jour et de nuit dans l'établissement soit indispensable (instruction de 1881 sur la contribution des patentes, article 58).

En ce qui concerne l'imposition des nouveaux locaux voici le texte des sixième et septième paragraphes de l'article 28 de la loi du 15 juillet 1880 :

« Il est également dû un supplément de droit « proportionnel par les patentables qui pren- « nent des maisons ou locaux d'une valeur lo- « cative supérieure à celle des maisons ou lo- « caux pour lesquels ils ont été primitivement « imposés, et par ceux qui entreprennent une « profession passible d'un droit proportionnel « plus élevé.

« Les suppléments seront dus à compter du « 1er du mois dans lequel les changements pré- « vus par les deux premiers paragraphes auront « été opérés ».

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

1370. — Réduction d'impôts pour situation de famille.

Veuillez, je vous prie me donner le renseignement suivant :

J'habite avec ma mère âgée de 80 ans qui est à ma charge.

Je reçois aujourd'hui ma feuille d'imposition, patente, etc.

Ai-je droit à une diminution du fait de l'âge de ma mère ? Je suis célibataire.

Dr H.

Réponse.

Des réductions d'impôt motivées par la situation de famille ne sont prévues qu'en ce qui concerne les impôts sur les revenus (cédulaires et général) et l'impôt foncier, mais non pour la patente et la personnelle mobilière.

La réduction à laquelle vous donne droit votre mère est de 7.5 %, si vos revenus sont inférieurs à 10.000 francs et de 5 % s'ils sont supérieurs à ce chiffre.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

1376. — Patente. Base de l'impôt.

Ma feuille d'impôts de 1924, indiquait, pour la contribution des patentes :

Le 15e sur une valeur locative de 4.300 fr., 286 fr. 65, net : 1.369 fr. 30.

Celle de 1925 indique : le 12e sur une valeur locative de 4.300 fr., 358 fr. 30, net : 1.772 fr. 74, soit 400 fr. de différence, le chiffre de la valeur locative étant la même.

A moins que le chiffre de base sur lequel est établi le taux de la patente n'ait été modifié depuis l'année dernière, il y a une erreur.

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me donner l'avis de votre Conseiller fiscal et, s'il y a lieu, m'indiquer la procédure la plus simple pour réclamer, ainsi que les délais.

Réponse.

Le taux du droit proportionnel est, à Paris, du quinzième, lorsque la valeur locative est inférieure à 4.000 francs et du douzième lorsqu'elle est supérieure à 4.000 francs.

C'est donc à juste titre que votre patente est établie au taux du douzième sur un loyer de 4.300 francs en 1925. C'est évidemment par *erreur qu'elle a été calculée au quinzième en* 1924.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1402. — Patente. Évaluation de la valeur locative.

J'ai l'honneur d'adresser en communication, au « Sou médical ».

Un avertissement de contributions : je paye mon garage (un lit-cage) particulier 200 fr., tous les trois mois : 800, pourquoi valeur locative de 900 ? ? ? Est-ce régulier ?

Dr F.

Réponse.

L'imposition sur une valeur locative de 900 francs n'est régulière que si, au prix principal de location, viennent s'ajouter des charges qui normalement incombent au propriétaire, tel l'impôt foncier, et si ces charges atteignent la différence entre le prix de loyer en principal et la valeur locative imposée.

Dans la négative adresser une réclamation au préfet.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1336. — Pension de famille. Taxe sur le chiffre d'affaires.

Une veuve ayant deux enfants (un fils 14 ans qui est au Collège, une jeune fille 19 ans qui l'aide dans sa tâche) prend, pour augmenter ses ressources, de

(*Voir la suite page XLVII-1697*)

PROPOS DU JOUR

La crise de la conscience professionnelle.

Elle règne partout, cette crise de la conscience professionnelle. Si les exemples trop nombreux que les journaux quotidiens se plaisent à relever dans le corps médical, nous choquent davantage, c'est que, jusqu'alors, la médecine était considérée comme une profession à part, dont la moralité planait bien au-dessus de la moralité des autres. La guerre, dont les suites ont été démoralisantes pour tous les peuples et tous les milieux sociaux, a, hélas ! fait descendre le médecin de son piédestal. Mais, combien moins étendue est la crise de la conscinece professionnelle dans le corps médical que dans les autres branches de l'activité humaine, le commerce, l'industrie, l'agriculture, l'art, la littérature, l'administration !

Un distingué avocat à la Cour d'appel de Bordeaux, M. Géo Minvielle, a écrit une très intéressante *plaquette sur* la crise de la conscience professionnelle (1) dans les diverses professions et a mis en exergue, à la première page, ces vers du Tartuffe de Molière qui définissent bien l'élasticité de conscience que nous déplorons aujourd'hui :

> Selon divers besoins, il est une science
> D'étendre les liens de notre conscience.

M. Géo Minvielle a écrit son étude en avril 1924 et, dans une courte introduction, il constate que la situation n'a guère changé un an plus tard ; peut-être s'est-elle aggravée !

La conscience professionnelle est définie par M. Minvielle :

« Le fait par chaque individu d'accomplir avec soin, avec zèle et honnêteté, sa tâche professionnelle ; en d'autres termes, l'exécution loyale, scrupuleuse, et, pour employer le mot, « consciencieuse » des devoirs professionnels. »

Or, il n'est pas douteux que la crise de cette conscience sévit partout. Des scandales éclatent sans cesse ; on ne parle que de fraudes, de malfaçons, de dissimulations, de tromperies, de gaspillages. La mauvaise foi est souveraine ; on ne saurait plus avoir confiance en la parole donnée ; quant à la parole écrite, on la renie et nous assistons au triomphe de la triste morale des « chiffons de papier ».

(1) Paris, libr. Maurice Dussarp, 64, rue du Rocher, 1925. — Prix : 3 fr.

Nous allons, avec M. Minvielle, passer rapidement en revue les ravages de cette crise dans les diverses professions :

1° Le *commerce* détient le record. Tout est prétexte à la hausse des denrées. La simple annonce de l'augmentation des contribution d'un double décime détermina une élévation de prix de 20 à 25 %, alors même qu'on ignorait si la mesure serait votée et alors que l'augmentation de frais, provoquée par cette surtaxe, eût été compensée par 1.50 % environ de hausse. Il y eut des protestations indignées, les mercantis cherchèrent un autre prétexte, ce fut l'augmentation des tarifs des chemins de fer qui n'auraient pas cependant dû faire augmenter de 1 % le prix de vente au détail.

Avec cela, la qualité des denrées fléchissait et les fraudes se multipliaient : fraudes sur les vins, le lait, les produits alimentaires, les produits manufacturés, fraudes devenant des crimes quand elles portaient atteinte à la santé publique.

2° Dans l'*industrie*, nous trouvons le même fléchissement de la conscience professionnelle, tant chez les patrons que chez les ouvriers. Le patron exige ce qui ne lui est pas dû, emploie des moyens de concurrence de mauvais aloi, cherche à détourner les ouvriers de ses concurrents. L'ouvrier fournit un labeur d'un rendement bien inférieur, tout en tenant compte de la diminution des heures de travail, et il exécute sans goût et machinalement sa besogne sans s'y intéresser comme l'ouvrier de jadis quand, systématiquement, il n'use pas du sabotage.

3° Dans l'*agriculture*, nous constatons de même la rapacité chez les producteurs et, chez les ouvriers agricoles, des exigences excessives et même de véritables chantages au moment des moissons et des vendanges.

4° *Les professions libérales* et *les offices ministériels* ne sont pas à l'abri de la crise.

M. Minvielle se borne à énumérer, pour les *médecins*, des compromissions dans des affaires criminelles, le trafic des stupéfiants, les scandales des carnets médicaux, les escroqueries à l'accident du travail, notamment à Marseille

et à Bordeaux. C'est déjà coquet ! Il veut bien ajouter, et nous l'en remercions, la phrase suivante, qui est du reste l'expression de la pensée de la plupart d'entre nous : «Certes, de tels faits n'atteignent pas le corps médical qui continue à posséder à juste titre toute la confiance du public ; il ne s'agit que de cas exceptionnels, mais qui sont néanmoins regrettables, d'autant plus qu'il faut tenir compte de la fâcheuse tendance du public à généraliser les exceptions ».

Les *pharmaciens*, les *notaires*, les *agents de change* n'ont rien à envier aux médecins. Nous nous souvenons de l'anecdote qui nous a été contée dans une ville du Nord de la France. Sur la porte de la prison où trois notaires étaient détenus, un mauvais plaisant avait écrit à la craie : «Chambre des notaires».

Les scandales des régions libérées ajoutent à la série le groupe des architectes, mais nous devons faire remarquer qu'il ne s'agit pas ordinairement de véritables architectes, mais de spéculateurs et de mercantis qui s'affublent de ce titre.

5° M. Minvielle, déjà indulgent pour les médecins, l'est encore plus pour les *gens de robe* et c'est humain. Néanmoins, il fait allusion aux *avocats* qui, demandant de gros honoraires, ne préparent pas leurs dossiers, aux *avoués*, aux *huissiers* qui poussent à des frais inutiles et frustratoires, aux *magistrats* qui n'examinent pas les affaires et prononcent des sentences à la légère. Il met cependant en garde contre les critiques mal fondées des clients mécontents et des plaideurs déboutés. Le cas est d'ailleurs le même pour les médecins.

6° Et les *artistes* et les *hommes de lettres* ! Il suffit de fréquenter les expositions et les salons, de parcourir les romans, pour se rendre compte des procédés qu'il vaut mieux ne pas qualifier, dont se servent certains pour atteindre la renommée avec ou sans talent.

7° Parlons encore des *fonctionnaires*. Dans les administrations, c'est l'incurie, l'incompétence le gâchis, le plus profond mépris du public.

Et M. Minvielle conclut que la crise de la conscience professionnelle est générale, qu'avec plus ou moins d'intensité, elle sévit dans toutes les branches de l'activité humaine.

Les causes de cette crise se ramènent d'après M. Minvielle à trois ordres de faits :

1° *Le triomphe de l'esprit individualiste et de l'égoïsme* qui se traduit par un impérieux besoin de jouir de la vie et au plus vite.

2° *Le besoin intense d'argent* : Il faut gagner beaucoup d'argent, le gagner au plus vite, le gagner par n'importe quel moyen.

Ce n'est pas nous, médecins, qui contredirons M. Minvielle, car c'est bien là la plaie du corps médical et ce qui gêne le plus l'action utile et efficace de nos Syndicats médicaux.

3° *La déconsidération du travail*. On ne travaille guère plus par goût, mais par contrainte, on obéit à la loi du moindre effort. Autrefois, un jeune homme entrait dans la profession médicale par vocation. Trop souvent, actuellement, il se fait médecin tout comme il se serait fait épicier, banquier, marchand de vins, ou tenancier de mauvais lieu. Il espère gagner beaucoup d'argent sans peine et la désillusion qu'il ne tarde pas à éprouver est loin de l'amender et d'augmenter sa moralité.

Les remèdes. Voici ceux que propose M. Minvielle :

Dans l'ordre moral : Réformer l'éducation de l'enfant, consolider le sentiment de famille ; réprimer énergiquement tout ce qui blesse la morale (spectacles, cinémas, livres) et même sur ce point, sans porter atteinte à la liberté de la presse, modérer la publicité donnée aux procès scandaleux qui est faite avec trop de complaisance pour flatter la perversité du public.

Hélas ! ces remèdes ne paraissent pas du goût du jour. Tous les efforts actuels tendent à relâcher les liens de la famille et l'on nous a raconté que certains utopistes avaient projeté de demander l'affichage, dans les classes de l'école primaire, des Droits de l'Enfant. Selon le mot célèbre : hâtons-nous d'en rire pour n'avoir pas à en pleurer.

Dans l'ordre commercial, M. Minvielle réclame l'établissement d'un contrôle des professions commerciales, la suppression des trop nombreux intermédiaires, la détermination d'un critérium du bénéfice superflu, non par l'Etat — l'expérience faite pendant la guerre n'a pas été heureuse — mais par des organismes réunissant tous les intéressés.

Il demande l'éducation du consommateur par des Comités qui le documenteraient, le renseigneraient. Il y ajoute la répression pénale sans s'illusionner sur la difficulté de frapper le véritable coupable.

Dans l'ordre industriel, M. Minvielle préconise la remise en honneur de l'idée de travail et le rétablissement du culte de la profession, la réorganisation de l'apprentissage, le réveil de l'idée de probité dans l'exécution du contrat de travail, le rapprochement du patron et de l'ouvrier.

Dans l'ordre professionnel, il réclame la réglementation des professions, qu'il s'agisse de métiers ou de professions libérales.

Il montre tout le danger qu'il y a pour le public à permettre à quiconque de pouvoir s'intituler sans offrir de garanties : ingénieur, architecte, banquier. Il réclame enfin la création de codes professionnels et signale l'effort que font les médecins.

M. Minvielle a évidemment raison : il faut par tous les moyens possibles s'efforcer de remédier à la crise de la conscience professionnelle, si nous voulons aboutir au relèvement du pays. Sans aller jusqu'au scepticisme, nous n'avons qu'une confiance limitée dans beaucoup de remèdes qu'il propose, car, pour les appliquer, il faudrait que notre société fût préalablement guérie ou à peu près, du mal qui la ronge.

Convient-il de désespérer ? Nous ne le pensons pas. Les qualités de notre race, le bon sens qui la caractérise, finiront par nous guérir de cette maladie sociale qui, d'ailleurs, ne sévit pas pour la première fois dans notre pays.

Alfred de Musset, dans les belles pages du début de *la Confession d'un enfant du siècle*, décrit admirablement le désarroi moral, la crise de conscience qui accablèrent la société française au lendemain de la Révolution et après les guerres de l'Empire. Ce fléau, il l'appelait la maladie du siècle. Ecoutez le langage qu'il fait tenir aux hommes de cette époque :

« L'homme est ici bas pour se servir de ses sens ; il a plus ou moins de morceaux d'un métal jaune ou blanc, avec quoi il a droit à plus ou moins d'estime. Manger, boire et dormir, c'est vivre. Quant aux liens qui existent entre les hommes, l'amitié consiste à prêter de l'argent ; mais il est rare d'avoir un ami qu'on puisse aimer assez pour cela. La parenté sert aux héritages, l'amour est un exercice du corps ; la seule jouissance intellectuelle est la vanité. »

Et par une comparaison très exacte, Musset donnait le secret des maux de son époque qui sont absolument les mêmes que ceux que nous subissons aujourd'hui :

« Voilà, écrivait-il, un homme dont la maison est en ruine ; il l'a démolie pour en bâtir une autre. Les décombres gisent sur son champ, et il attend des pierres nouvelles pour son édifice nouveau. Au moment où le voilà prêt à tailler ses moellons et à faire son ciment, la pioche en main, les bras retroussés, on vient lui dire que les pierres manquent, et lui conseiller de reblanchir les vieilles pour en tirer parti. Que voulez-vous qu'il fasse, lui qui ne veut point de ruines pour faire un nid à sa couvée ? La carrière est pourtant profonde, les instruments trop faibles pour en tirer les pierres. « Attendez, lui dit-on, on les tirera peu à peu ; espérez, travaillez, avancez, reculez ». Que ne lui dit-on pas ? Et, pendant ce temps-là, cet homme, n'ayant plus sa vieille maison et pas encore sa maison nouvelle, ne sait comment se défendre de la pluie, ni comment préparer son repas du soir, ni où travailler, ni où reposer, ni où mourir ; et ses enfants sont nouveau-nés. »

Nous aussi, nous nous trouvons dans cette situation tragique ; notre vieille demeure s'est effondrée et nous ne nous sentons pas assez de force et de courage pour en reconstruire une nouvelle. De là vient notre désarroi, qui se traduit par un manque d'idéal, une désespérance dans l'avenir, d'où résulte la crise de conscience, chacun se renfermant dans la satisfaction égoïste de ses propres besoins et dans la recherche du plaisir du moment.

Heureusement, lentement, péniblement, nous parviendrons à reconstruire la cité nouvelle ; mais, pour cela, il convient que ceux qui voient plus loin que le présent, qui savent qu'ils ne doivent pas penser qu'à eux, qui ont encore un reste d'idéal, ne se laissent pas gagner par la désespérance et le scepticisme.

J. Noir.

A propos de la prophylaxie des maladies contagieuses à l'Ecole.

Sous ce titre, nous avons publié une circulaire suivie d'un échange de lettres entre M. le maire d'Alfortville et M. le Dr Serfaty, qui exerce dans la même localité. Nos lecteurs ont pu se rendre compte de la parfaite correction du Dr Serfaty dont les lettres ne contiennent pas un mot discourtois. A cette publication, M. le maire d'Alfortville nous répond par la lettre suivante dont il nous demande l'insertion :

Réponse à l'article paru dans le « Concours Médical » *du dimanche* 14 *juin* 1925.

République Française

MAIRIE D'ALFORTVILLE

Le 20 juin 1925.

Monsieur,

Je ne puis laisser passer sans y répondre l'article tendancieux du Dr Serfaty qui, en digne

candidat communiste, dénature sciemment mes intentions ; quant à ses petites insolences, je les méprise.

J'ai indiqué aux Directeurs et aux Directrices d'écoles que des certificats seraient délivrés gratuitement au dispensaire, parce que plusieurs chefs de famille étaient venus se plaindre qu'il leur fallait payer les certificats exigés.

Le 27 mai, je n'ai pas écrit spécialement au Dr Serfaty, mais à tous les docteurs, afin d'être complètement éclairé ; ils m'ont répondu. Le Dr de Belleville s'est dérangé et m'a fourni tous les renseignements susceptibles de m'éclairer.

Si M. Serfaty me reproche de ne pas m'adresser directement au syndicat, c'est qu'il oublie qu'à plusieurs reprises, il s'est adressé à moi directement pour des questions intéressant tous les docteurs. Entr'autres : *service* du dimanche et service de nuit.

Le signataire de l'article, en me prenant à partie, écrit :

1° L'incompétence des maires en matière d'hygiène et de prophylaxie, etc...

Que voulez-vous ! tout le monde ne peut pas *être docteur*, et la réciproque d'incompétence est vraie.

Et le maire d'Alfortville est si peu convaincu de quoi que ce soit, que, mieux renseigné, vous auriez compris au contraire, qu'il cherchait à s'éclairer.

2° La collaboration a toujours été constante et courtoise entre les médecins et le maire jusqu'à l'arrivée de M. Serfaty, et elle l'est encore aujourd'hui, excepté avec lui, qui a le tort en l'occurrence de mêler la médecine à la politique.

3° Sur les tendances qu'ont certains maires, dans un but de popularité, ou simplement pensant naïvement défendre les intérêts, etc... et de s'ingérer dans les questions qui ne rentrent pas dans leurs attributions.

A cela je ne réponds pas, car cela est impoli et mesquin. Vous pouvez vous renseigner sur ma manière de faire.

Quant au certificat, je n'ai pas à discuter s'il doit être gratuit ou payant, c'est affaire entre les docteurs et leurs clients et je ne crois pas avoir outrepassé mon droit en voulant me renseigner.

Conclusion :

Si les maires manquent de compétence médicale, certain médecin politicien manque de correction, et vous, vous avez eu tort de m'attaquer avant de vous renseigner, quand ce n'aurait été qu'auprès des docteurs Longuet et Capdeville qui sont établis depuis nombre d'années à Alfortville et me connaissent.

Je vous prie de vouloir bien insérer ma rectification dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, Monsieur, mes bien sincères salutations.

Le Maire : ILLISIBLE.

Respectueux du droit de réponse, nous publions sans hésitation la lettre que nous avons reçue, regrettant même de n'avoir pu le faire plus tôt.

Nous ferons très courtoisement remarquer à M. le maire d'Alfortville que, ne connaissant pas M. le Dr Serfaty, nous ignorions absolument ses opinions politiques, qui n'ont rien à faire dans le cas présent, que les documents qu'il nous a transmis sont d'ordre professionnel et non politique, et qu'il nous paraît que c'est bien la lettre, que nous venons de publier, qui mêle la politique à une affaire purement médicale. Ce que nous ne pouvons admettre sans protester.

En parlant de l'incompétence en matière d'hygiène, nous n'avons pas voulu faire un grief à M. le maire de son incompétence, mais nous avons regretté, et regrettons encore, qu'avant de prendre une décision, ayant trait à l'hygiène, un maire, qui n'est pas compétent, n'ait pas cru devoir prendre l'avis d'un conseil, ou tout au moins d'un conseiller technique compétent.

M. le maire d'Alfortville nous reproche de rechercher les motifs qui l'ont porté à adresser une circulaire aux Directeurs des Ecoles, circulaire que nous jugeons dangereuse pour la santé publique, et d'échanger à ce sujet une correspondance avec un médecin de sa commune où il lui pose une question que nous avons jugée tendancieuse et indiscrète. Il trouve que c'est impoli et mesquin de notre part.

Nous regrettons qu'il ait cette opinion de nous, mais nous ferons remarquer à M. le maire d'Alfortville, dont nous ignorons et voulons ignorer le nom, les opinions politiques et le passé, que toute personne qui brigue des fonctions électives doit s'attendre à voir critiquer les actes qui se rapportent à ces fonctions, et que le contrôle de ces actes est un droit, et même un devoir de la presse, fût-elle presse médicale.

Nous souhaitons à M. le maire d'Alfortville, au cours de sa carrière politico-administrative, d'être aussi poli que nous dans la controverse, et de ne pas trouver devant lui d'adversaires plus discourtois.

Nos lecteurs qui, eux, nous connaissent, pourront être juges en relisant notre Propos du Jour du 14 juin. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES EAUX CHLORURÉES TRÈS FORTES EN PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Par le Dr Henri VIGNES,

Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Le médecin qui traite les maladies et les misères féminines n'a pas le droit d'ignorer les ressources qu'il peut tirer des eaux chlorurées, et plus particulièrement des chlorurées fortes.

Je voudrais examiner l'action des eaux que nous pourrions appeler les chlorurées très fortes, celles qui contiennent le sel au quart ou au tiers, taux proche de la saturation. Je laisserai donc de côté, aujourd'hui, les eaux salées aux environs de 30 grammes qui rappellent l'eau de mer (1), les eaux salées aux environs de 10 grammes qui sont un véritable sérum physiologique (2), et les eaux hypotoniques (3).

Nous possédons, en France, trois merveilleuses stations de ce groupe, Salies-de-Béarn (4), Biarritz et Besançon (5).

Ce que l'on trouve dans les eaux chlorurées très fortes

Les **eaux de Salies-de-Béarn contiennent beaucoup de chlorures**, près de 250 gr. par litre (6): chlorures de sodium, de potassium, de calcium, de magnésium (7), de lithium, et elles contiennent encore une quinzaine de grammes des mêmes métaux à l'état de sulfate.

Elles contiennent aussi du bromure de magnésium (8) au taux d'un demi gramme par litre.

Elles contiennent enfin de l'iodure de sodium (9) à la dose de cinq centigrammes, de l'aluminium ou fer, du silicate de soude et diverses matières organisées.

L'effet des bains fortement salés se corrige par l'emploi des eaux mères qui, obtenues par évaporation de l'eau minérale et précipitation de chlorure sodique, constituent essentiellement une solution d'iodures et de bromures. Voici la minéralisation *approximative* de ces eaux mères (10) par litre.

	Chlorures totaux	Chlorure de magnésium	Bromures	Iodure
Salies	300	250	10 (bromure) de magnésium	1 (iodure de magnésium)
Biarritz	350	257	10 (bromures alcalins)	0,01
Besançon	300	30	2.25 (de potassium)	traces d'iodure de sodium

Toutes ces eaux ont une radio-activité nulle ou presque nulle; il n'y a pas lieu d'en tenir compte, semble-t-il pour expliquer leur effet ; elles pourraient donc, en principe, être employées ailleurs que dans la station.

En pratique, cela n'est guère possible : il faudrait acheter un bien gros sac de sel chez l'épicier et payer une forte somme au droguiste pour se composer à domicile un bain artificiel. Si je

(1) Salins-du-Jura (23 gr.), Salies-de-Salat (35 gr.).

(2) Salins-Moutiers (12 gr. 50), Santenay (7.45) surtout intéressante par sa radio-activité, Balaruc (7 gr.)

(3) La Motte-les-Bains, Niederbronn, Bourbon-Lancy.

(4) Petite ville de 6.000 habitants, à mi-chemin de la mer (50 km. environ) et de Pau, 54 mètres d'altitude, au pied du versant méridional d'un coteau dans un val de prairies qu'encadrent des vignobles et des bois. Le climat est tel que la cure peut être suivie en toutes saisons sauf dans le mois qui précède et dans le mois qui suit les fêtes de Noël.

(5) Si, au cours de cet article, je parle plus souvent de la première de ces stations, ce n'est point par l'effet d'une préférence, mais parce que la littérature médicale m'a surtout documenté sur elle et que les confrères avec qui j'ai correspondu le plus souvent étaient ceux de Salies.

Il peut d'ailleurs être utile au médecin de connaître les eaux étrangères qui ont une composition et un effet analogues ; Bex et Rheinfelden en Suisse, Salsomaggiore en Italie, Ischl en Autriche.

(6) Biarritz et Besançon sont encore plus riches en chlorures (près de 300 gr.).

(7) Besançon 2 gr. 428, Salies 6 gr. 792.

(8) Besançon a 0.12 de bromure de potassium par litre, Biarritz 0.16.

(9) Besançon : traces ; Biarritz : traces.

(10) D'après l'intéressante thèse de Robert BOURDIN soutenue le 7 avril 1921 devant la Faculté de Paris, la composition des eaux-mères de Besançon est très analogue à celle de Salins-du-Jura. Il n'y a là rien d'étonnant étant donné qu'il s'agit d'eaux provenant de la même nappe de sel. Il est probable que la parenté des eaux de Salies et de celles de Biarritz tient aux mêmes raisons.

On prépare aussi des eaux-mères dans les stations moins fortement chlorurées.

me r pporte au guide de notre confrère DAVID, je vois qu'un bain de 250 litres contient 65 kilogs de chlorures alcalins, 3 kilogs et demi de sulfates, 1 5 grammes de bromures, 15 grammes d'iodure.

Comment agissent les eaux chlorurées très fortes.

Les eaux chlorurées très fortes étant très hypertoniques par rapport aux humeurs du corps mettent en mouvement soit à travers la peau, soit à travers les muqueuses un double courant osmotique : elles feraient pénétrer dans l'organisme tout ou partie des sels qu'elles contiennent, elles détermineraient l'expulsion de certains fluides de l'organisme.

L'*absorption serait réelle* si j'en crois un médecin distingué de Salies, le Dr LARROUY, ancien interne des Hôpitaux de Paris : « il y a absorption de sels divers, m'écrivait-il l'an dernier, par la peau, les épithéliums des cavités naturelles, l'arbre respiratoire..... l'examen des urines, après le bain, le prouve... »

L'*exsudation est non moins réelle* au niveau des muqueuses malades et, en particulier, de la muqueuse cervicale. Les injections de Salies produisent une hydrorrhée abondante.

Il convient ici de rappeler les beaux travaux de sir ALMROTH WRIGHT sur le traitement des plaies de guerre par les irrigations d'eau salée à 150 pour 1.000. SIR ALMROTH WRIGHT a démontré que ces solutions salées hypertoniques, mises au contact d'une plaie, déterminent une exsudation de liquides organiques, et que ces liquides entraînent avec eux des substances albuminoïdes susceptilbles d'exercer une action bactéricide et cicatrisante sur les tissus malades à travers lesquels elles transsudent.

D'autre part, l'eau salée exerce vis-à-vis des leucocytes une action de chimiotactisme négatif et qui contribue à la résorption des infiltrations inflammatoires.

Les eaux chlorurées fortes étant très concentrées exercent une stimulation marquée sur la peau et agissent par voie réflexe sur le système nerveux de la plupart des organes et en particulier sur celui de l'appareil circulatoire. « De même qu'un bain de mer détermine de plus intenses réactions qu'un bain de rivière à la même température, m'écrit LARROUY, de même un bain de Salies, dix fois plus salé que la mer aura une action plus vive encore. » Ajoutons à cette révulsion l'effet qu'exerce la pression de cette eau « lourde » en comprimant la peau et les organes.

Cette excitation (1) de toute la surface cutanée, excitation plus modérée que celle d'un bain sinapisé ou d'une friction au gant de crin, va se répercuter sur le système nerveux central (1), et par son intermédiaire sur le système nerveux végétatif. Nos connaissances s'arrêtent là et nous ignorons absolument le mécanisme qui entre en jeu à partir de ce moment ; dans les cas justiciables de la cure, tout se passe comme si les « bonnes » eaux salées corrigeaient ce qu'il y a de déréglé dans l'organisme : elles stimulent *ou* elles modèrent le sympathique, elles élèvent *ou* elles abaissent la pression artérielle (2), elles guérissent les aménorrhées et les métrorragies, etc.

Comme effet de la cure, la tension s'élève, la diurèse augmente, les échanges respiratoires sont activés, les globules rouges et les globules blancs se multiplient, le tonus des fibres musculaires lisses et striées remonte (3) et surtout la circulation de tous les organes et, en particulier, des viscères abdominaux pelviens devient plus régulière en sorte que les congestions localisées disparaissent.

Le brome des eaux-mères permet de diminuer ou d'éviter les réactions exagérées que détermine cette stimulation périphérique de la salure.

L'iode absorbé par la peau, par les muqueuses et plus particulièrement par la muqueuse respiratoire stimule le corps thyroïde et ensuite par son intermédiaire toute la nutrition et, en particulier, les autres glandes endocrines.

C'est d'ailleurs là un des « tremplins », adoptés par les médecins de Salies (4) « Les eaux chlorurées sodiques bromo-iodurées fortes de Salies-de-Béarn, disent-ils, ont une action manifeste sur les glandes endocrines. La cure de Salies provoque, en effet, des réactions physiologiques semblables à celles que recherchent les médications opothérapiques associées, dans le traitement des troubles glandulaires. » Nos confrères en donnent comme preuve les effets curatifs obtenus : amélioration des cas qu'on peut étiqueter myxœdème fruste et de divers retards de croissance, amélioration d'états liés à l'infan-

(1) Les malades très nerveuses, les asthmatiques, les éréthiques se trouvent mal de cette irritation trop forte ; insomnie, agitation, fièvre, et si malgré ces symptômes on continue le traitement, dépression grave.

L'intestin de certaines entéritiques est également fâcheusement impressionné.

(1) DOLÉRIS a parlé d'une vaso-dilatation qui se produirait pendant le bain et qui est suivie d'une vaso-constriction persistante. L'appareil génital féminin étant, comme l'a montré ROUGET, un véritable appareil érectile, DOLÉRIS s'explique ainsi l'action particulière de la cure de Salies sur les maladies des femmes.

(2) En principe les bains salés élèvent la pression des hypotendues et ils n'élèvent pas la pression des femmes hypertendues de la ménopause, à condition qu'on introduise la quantité voulue d'eaux-mères vaso-dilatatrices.

(3) Cet effet se manifeste sur le cœur, les bronches, l'utérus, l'intestin.

(4) Salies-de-Béarn et les glandes endocrines par la SOCIÉTÉ MÉDICALE DE SALIES-DE-BÉARN. *La Presse thermale et climatique*, 30 août 1923, p. 495.

tilisme utérin, à l'instabilité thyro-ovarienne de la puberté, améliorations d'œdèmes transitoires, de troubles sudoraux, de pigmentation anormale.

Dans cette action de l'iode, il faut rendre grâce à l'« honnête » brome, qui, par chance, se trouve là afin de réprimer les surexcitations intempestives.

L'iode peut agir aussi d'une autre façon : c'est, ainsi que l: disaient nos Anciens, à la façon d'un résolutif. Cette action indéniable résulte-t-elle d'un effet topique ou d'une amélioration de la circulation, nous ne le savons guère. Toujours est-il que les régions infiltrées du petit bassin se « dégorgent ». Il est d'ailleurs probable que le chlorure de sodium, autant que l'iode, participe à cette entreprise par les mécanismes que nous avons signalés plus haut.

Enfin, **le chlorure de magnésium n'est certainement pas négligeable.** Tout ce qu'on a observé de son effet sur les plaies de guerre s'accorde bien avec ce qu'on sait de la réaction exercée par les injections d'eaux mères sur les ectropions cervicaux.

Comment on conduit la cure.

La conduite de la cure est affaire aux médecins de la station choisie ; elle demande du doigté pour éviter les réactions trop vives.

Le bain est le principal élément thérapeutique et tout le secret consiste à habituer progressivement la malade à la salure de l'eau. On commence par des coupages étendus d'eau douce, de façon à éviter les irritations exagérées du tégument et, en même temps, on mêle au bain des quantités notables d'eaux-mères pour atténuer encore l'excitation.

On s'en va ainsi vers les salures les plus concentrées, celles où la densité de l'eau est telle qu'il faut retenir la malade par une sangle au fond de sa baignoire (1).

Les irrigations vaginales seront données avec l'eau douce additionnée d'eaux-mères ou même d'eau salée.

Les compresses imbibées d'eaux-mères plus ou moins chaudes seront un adjuvant important du traitement.

Les douches générales ou locales, en particulier la douche périnéale, constituent enfin un moyen thérapeutique très énergique.

Les indications des cures.

1° Aménorrhées.

Certaines aménorrhées, sont très améliorées par les eaux chlorurées fortes. Dans les aménorrhées qui s'observent chez ces jeunes filles appelées jadis « lymphatiques » et aujourd'hui hypothyroïdiennes, Salies, Biarritz, Besançon font merveille en stimulant le métabolisme de tout l'organisme et, donc, de l'appareil génital.

Il s'agit donc surtout d'une *action générale.* Les cures marines ont des effets analogues, parfois meilleurs, parfois moins bons ; les réactions nerveuses exagérées, la possibilité d'une « réponse » thyroïdienne trop vive feront préférer Salies ou Besançon ; un tempérament absolument torpide sera dirigé sur une plage stimulante ou sur Biarritz qui additionne les deux effets curatifs de la mer et de la forte salure.

A ces cas, il faut en opposer d'autres où les eaux sont inefficaces : par exemple, un appareil génital absolument infantile ne pourra pas être réveillé et, d'autre part, une aménorrhée « providentielle » liée à l'anémie ou à l'inanition se trouvera mieux d'une autre thérapeutique, plus reconstituante que stimulante.

2° La congestion utérine.

Les gros utérus mous et saignants constituent la plus valable indication des eaux chlorurées sodiques ; la plupart des utérus subinvolués après

---

(1) Voici à titre d'indication la marche du traitement à domicile pratiquée avec les eaux de Besançon.

Les bains seront donnés la première semaine, tous les 2 jours, entre 36°6 et 37°6 pendant 10 à 15 minutes ; la deuxième semaine, tous les jours à 36° pendant 15 à 20 minutes ; les troisième, quatrième et cinquième semaines, tous les 2 ou 3 jours, entre 32 et 36° (suivant la température extérieure) pendant 15 à 20 minutes. Avant le bain, on fera une promenade d'une demi-heure à 3/4 d'heure ; après le bain, repos au lit pendant une heure.

Les bains auront la composition suivante pour 100 litres d'eau :

Première semaine :
Sel marin.. 1 k. 500, 2 k. 500, 3 k.
Eau-mère.. 1 l. 1/4 1 l. 1/4 1 l. 1/2
ou :
Sels d'eaux-mères ... 0 k. 250, 0 k. 250, 0 k. 275
Sel marin. 3 k. 3 k. 500, 3 k. 500, 3 k. 750

Deuxième semaine :
Eau-mère... 1 l. 3/4, 2 l. 3 l. 3 l. 1/2
ou :
Sels d'eaux-mères .... 0 k, 300, 0 k. 325, 0 k. 500, 0 k. 550

Troisième et quatrième semaines :
Sel marin... 4 k. 5 k. 6 k. 8 k.
Eau-mère .. 3 l. 1/2, 3 l. 1/2, 3 l. 3/4 4 l. 1/4
ou :
Sels d'eaux-mères .... 0 k. 550, 0 k. 550, 0 k. 600, 0 k. 650

Cinquième semaine :
Sel marin .. 8 à 10 k.
Eau-mère .. 3 l.
ou :
Sels d'eaux-mères .... 0 k. 500

Le même bain peut servir 2 ou 3 fois.

Si la température dépasse 38° après la première semaine, suspendre les bains pendant une semaine et reprendre le traitement au point où il a été interrompu.

un accouchement (1), après un avortement, après une infection, beaucoup des utérus congestionnés par une mauvaise hygiène générale ou génitale se trouvent bien des effets généraux et locaux du bain très salé : l'œdème périutérin et interstitiel se résorbe, la fibre utérine se ressaisit, l'ovaire « déréglé » est réprimé. Il arrive, dit notre confrère DAVID, que Salies réussisse là où le curettage a échoué.

Les hémorragies intercalaires sont souvent supprimées par les eaux salées.

A la frontière de ce groupe morbide et du groupe précédent se placent les faits signalés par une élève de M. SIREDEY, Madame COLLARD-HUARD, qui exerce depuis plusieurs années à Salies : « Après le mariage, dit-elle, certaines dystrophies utéro-ovariennes sont brusquement reconnues, car elles provoquent des désordres, du fait des nouvelles conditions de vie des jeunes femmes. Ce sont les utérus pubescents, rétrofléchis qui se congestionnnent, deviennent douloureux et hémorragiques et entraînent souvent la stérilité.... Chez toutes ces jeunes femmes, Salies stimule les glandes endocrines, facilite la nutrition et la réduction utérine et permet souvent les grossesses désirées ». L'action décongestionnante du bain salé permet une meilleure circulation, l'action excitante finit de mûrir un appareil génital resté adolescent.

On a parlé d'une action favorable sur certains cas de dysménorrhée, sur certains varicocèles tubo-ovariens ; il est possible que des guérisons aient été observées ; mais le nombre, en principe, doit en être petit, les eaux chlorurées étant souvent néfastes ou douloureuses aux femmes qui font facilement ce que les Anciens appelaient congestion active.

3° Leucorrhées.

L'effet décongestionnant du chlorure de sodium, l'effet cicatrisant du magnésium expliquent les succès obtenus dans les leucorrhées par métrites cervicales. Cet effet, d'ailleurs s'obtient aux eaux sulfureuses, type Saint-Sauveur, et aux eaux faiblement minéralisées, thermales et radio-actives, type Evaux, Néris, Plombières, et comme l'indique MACREZ, de Saint-Sauveur, on obtient « à peu près le même résultat » des trois genres de stations.

4° Fibromes.

Les fibromes utérins sont souvent très améliorés : les eaux salées décongestionnent la tumeur, la dessèchent ; elles décongestionnent aussi les tissus voisins. De plus, comme le fait remarquer Mme COLLARD-HUARD, elles exercent souvent, au moment de la ménopause, une action favorable sur l'état général, parce qu'elles rétablissent l'équilibre des glandes endocrines, troublé par la déchéance de l'ovaire.

Il arrive aussi qu'en augmentant la tonicité des fibres utérines, certains fibromes sous-muqueux sont expulsés. Le résultat de cette « exécution » est bon souvent, mais ne doit pas être recherché de parti pris.

Il est difficile d'affirmer qu'un fibrome puisse disparaître par le fait du traitement. La plupart des auteurs semblent résoudre cette question par la négative. « Le fibrome ne fond pas », m'écrit LARROUY, clinicien prudent, qui pense sans doute que « qui veut trop prouver ne prouve rien ». Un confrère de Biarritz à qui je pose la question à propos d'une de mes clientes me répond une lettre aimable sur le bénéfice qu'elle tirerait du traitement, mais ne me répond pas sur la question de la disparition. MACREZ, médecin aux eaux sulfureuses de Saint-Sauveur, s'exprime ainsi : « Il est difficile d'admettre la régression d'un vrai fibrome, dur et volumineux, cependant, sous une influence inconnue, un travail de résorption et de dégénérescence peut être déterminé par la cure ». M. SIREDEY, qui a vu beaucoup de ces femmes allant demander aux eaux salées la guérison d'un fibrome, s'exprime ainsi : « Il n'est guère vraisemblable que des fibromes bien et dûment diagnostiqués puissent « fondre » sous l'influence de cures thermales. Les erreurs d'interprétation sont très fréquentes en pareil cas. Il n'est pas rare que des médecins instruits, et même des gynécologues expérimentés, croient trouver des fibromes dans ces gros utérus antéfléchis, et surtout rétrofléchis, très congestionnés, dont le corps globuleux, dur, simule à merveille le myome le plus classique. L'erreur se reconnaît lorsque quelques jours de repos absolu ont fait disparaître la congestion et réduit l'organe à des proportions plus rapprochées de la normale. Ces tumeurs qui disparaissent ainsi au cours d'une cure thermale montrent d'ailleurs qu'une des propriétés les moins contestables des eaux minérales est de décongestionner les organes pelviens. C'est à ce point de vue qu'elles rendent de grands services, même en présence de fibromes véritables ; dans quelques cas, elles semblent contribuer à en ralentir le développement, la saison d'eaux étant souvent suivie d'une accalmie plus ou moins prolongée. Il importe toutefois de surveiller attentivement ces malades ; les hémorragies peuvent être atténuées, mais si l'on reste trop longtemps sans les examiner, on se trouve parfois en présence d'un accroissement imprévu de ces fibromes. »

Doléris reconnaît que les eaux de Salies ont un effet incontestable sur les hémorragies des fibromes. Il discrimine d'ailleurs les hémorragies simples des fibromes, sous toutes leurs formes (anticipation des règles, ménorragies profuses

(1) Les injections salées sont bien précieuses dans la subinvolution utérine, soit dit en passant.

habituelles, métrorragies exagérées et abondantes), où la cure saline est efficace, d'avec ces cas où l'endomètre a subi des altérations accentuées, telles qu'hyperplasie et véritables nævi vasculaires, etc., où la même cure est impuissante. D'autre part, Salies agit parfois sur le volume des fibromes dont il amène souvent la réduction et parfois la disparition totale, surtout s'il s'agit de fibromatose diffuse. Son efficacité est douteuse dans les fibromes francs. Pour lui, la plupart des fibromes ne doivent pas être opérés ou irradiés— sans qu'une cure saline n'ait été tentée ?

Certains fibromes sont aggravés par la cure et subissent une poussée évolutive.

D'autre part, certains troubles dus à la compression des organes voisins ou à l'incarcération dans le bassin ne sont pas soulagés.

Les dégénérescences malignes ne sont pas améliorées et la cure fait perdre un temps précieux.

Enfin, le ramollissement avec petits foyers de nécrobiose et transsudation d'hydrorrhée ne peut retirer nul bénéfice des eaux.

Il resterait à savoir si tous les cas de fibromes pour lesquels il n'existe pas de contre-indication à la cure sont améliorés. « Habituellement m'écrit le Dr CLAISSE, de Biarritz, les fibromes à évolution lente sont pour le moins arrêtés dans leur progression par la cure de bains salins ; à Biarritz comme à Salies, nous les voyons quelquefois diminuer notablement. Parfois aussi leur évolution se poursuit. Mais la *majorité des cas* est vraiment et *utilement influencée, sans risques.* »

« Certains fibro-myomes, dit BOURDIN, dans sa thèse consacrée aux eaux de Besançon, bénéficient de la cure saline, sans qu'il soit possible de préciser actuellement les cas justiciables de ce traitement. »

Il va de soi que tout fibrome dangereux ne sera pas envoyé aux eaux, mais sera opéré (1) : j'entends par fibrome dangereux celui qui, par ses symptômes fait trop parler de lui, par ses signes physiques, fait soupçonner quelque dégénérescence ou, par son évolution, donne les marques d'un accroissement trop accéléré (1).

Au contraire, tout fibrome sans gravité a chance de bénéficier d'un traitement anodin dont les eaux chlorurées fortes sont un élément important.

Restent certains cas « limite ». Les interventionnistes ont alors beau jeu à dire : « Opération ». A quoi bon tergiverser, puisqu'après un ou deux ou trois ans d'immobilisation et d'infirmité, il faudra en passer par là ? ». A cela, les conservateurs répondront qu'il faut faire confiance à la *natura medicatrix* et que, surtout chez une femme jeune, il importe de sauvegarder des organes importants pour l'individu et pour l'espèce.

Et cette attitude est bien tentante, *à la condition expresse* que le fibrome soit surveillé, qu'on ne laisse pas s'aggraver les lésions et qu'on ne s'expose pas à accomplir l'acte opératoire dans de plus mauvaises conditions.

(1) Ou irradié, s'il existe une contre-indication formelle à l'opération.

(1) Parfois, si rien ne presse, une cure pratiquée avant l'intervention chirurgicale, favorise remarquablement l'acte opératoire.

5° Salpingites.

Les reliquats des salpingites bénéficient des cures chlorurées très fortes lorsque la maladie est ancienne, et complètement refroidie, non réchauffable (2). Dans ces cas, « deux groupes d'eaux, dit PIERRA, médecin à Luxeuil, peuvent être utilisées avec des résultats sensiblement équivalents : les eaux thermales simples, dont Luxeuil et Néris sont les types principaux, et les eaux chlorurées sodiques, fortes, telles que Salies-de-Béarn ».

Sous l'influence décongestionnante des eaux chlorurées, les œdèmes pelviens disparaissent, la circulation locale est favorisée, les exsudats se résorbent, les trompes redeviennent souples et il *peut arriver* que leur perméabilité se rétablisse.

La tuberculose annexielle est souvent améliorée surtout si l'on associe à la cure chlorurée, une héliothérapie prudemment menée.

(2) Les lésions subaiguës ou mal refroidies relèvent des eaux chaudes : Evaux, Néris.

Cours de perfectionnement d'une semaine sur les maladies du cœur

Le docteur LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, fera, du 20 au 26 juillet, un cours de perfectionnement sur les *maladies du cœur*.

PROGRAMME : Le matin à l'hôpital Tenon (salle Barth), 10 à 12 heures, exercices cliniques : le lundi à la salle de radioscopie, les mardi, jeudi, vendredi à la salle de consultation, les mercredi, samedi au lit des malades.

L'après-midi à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre de la clinique du professeur SERGENT) : 14 h., conférence clinique. A 15 h., démonstration pratique, 16 h. exercices cliniques.

S'inscrire à l'hôpital Tenon dans le service du Dr LIAN. Droit d'inscription : 150 frs.

CLINIQUE MÉDICALE

La gastroscopie.

M. Bensaude,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La gastroscopie est la plus difficile de toutes les endoscopies. Elle diffère totalement, d'abord, de la rectoscopie et de l'œsophagoscope, en ce que le rectoscope et l'œsophagoscopie sont des tubes au travers desquels on peut voir les organes à la lumière directe. L'estomac est, au contraire, une cavité et, pour regarder dans une cavité, on a besoin d'un appareil optique spécial, d'un prisme qui brise la lumière. A ce point de vue, la gastroscopie est comparable à la cystoscopie, dont elle se distingue cependant, essentiellement, par d'autres caractères. La vessie est une sphère creuse, régulière, et l'estomac une cavité irrégulière, variable de forme, de grandeur et aussi de situation. En outre, le canal de l'urèthre est court, mobile ; l'œsophage est long, fixe, surtout à son extrémité inférieure. Autre différence : vous pouvez remplir la vessie d'eau pour déplisser ses parois, ce que l'on ne peut pas faire quand il s'agit de l'estomac, pour lequel il faut recourir à l'insufflation.

La gastroscopie s'éloigne donc notablement des endoscopies jusqu'ici connues. C'est un examen plus difficile.

On s'est peu occupé en France de pratiquer ces explorations visuelles de la poche gastrique. Colin, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a essayé chez les animaux un appareil compliqué. Comme recherches anciennes, chez l'homme, je ne vois guère à signaler que celles de Poirier, faites sur le cadavre. Poirier introduisait dans l'œsophage et dans l'estomac un tube souple, rendu ensuite rigide. Après Poirier, Moure, de Bordeaux, a modifié un appareil allemand et créé un des premiers gastroscopes français.

Cela dit, nous ne devons pas oublier que le gastroscope allemand initial a réclamé l'aide du procédé d'éclairage de Désormeaux. On trouve encore au musée de l'Université de Fribourg, le petit appareil de Désormeaux que l'on fit venir de Paris, à cet effet. De sorte que le Français Désormeaux se trouve ainsi être le père de la gastroscopie, comme de l'endoscopie en général, d'ailleurs, grâce au système d'éclairage qu'il a imaginé.

Pour vous montrer l'énorme effort réalisé en cette matière de la gastroscopie, je vais vous présenter, en projections, toute une série d'instruments visant ce but. Il en est deux catégories ; en premier lieu, ceux à vision directe. Voici le tube de Jackson, auteur américain qui voulut faire de la gastroscopie avec un simple miroir. Un tel instrument, qui porte à son extrémité une glace, ne permet de voir qu'une surface de la grandeur du diamètre du tube, c'est-à-dire petite. Il faut des merveilles d'artifice pour arriver ainsi à découvrir le pylore. En réalité, l'appareil de Jackson n'a pas de valeur pratique.

Les autres gastroscopes sont tous des instruments à prismes, genre du cystoscope. Là aussi, se rencontrent deux grandes catégories : les tubes rigides, droits, et les tubes flexibles rendus rigides après leur introduction dans l'estomac. Les modèles de ces gastroscopes sont assez nombreux et, sur l'écran, je vais vous en faire projeter les principaux types.

Personnellement, j'ai fait construire un petit appareil dans lequel j'ai cherché à condenser les progrès qui m'ont paru mériter l'attention. Je me sers d'une sonde flexible, tige destinée à jouer le rôle de conducteur, que l'on introduit la première, sous le contrôle des rayons X. Une fois la tige arrivée dans l'estomac (ce que l'on contrôle par la radiographie), on fait glisser sur elle le gastroscope, ce qui rend impossible toute fausse route. L'introduction de l'instrument n'offre pas de grosse difficulté : je ne dis pas que la gastroscopie est facile ; c'est tout autre chose, et vous le verrez dans un instant.

Quelle position donner au malade pour la pratique de cette endoscopie ? On placera le sujet comme pour l'œsophagoscopie. On peut recourir à la position latérale gauche, à la position dorsale, incommode parce que la salive s'accumule dans l'arrière-gorge et ne s'évacue pas. Pour ce qui me concerne, j'ai adopté, pour la gastroscopie comme pour l'œsophagoscopie, la position génu-cubitale, le malade s'appuyant sur les coudes et sur les genoux. L'avantage est que la salive vient en avant et s'écoule au dehors ; que les organes thoraciques se portent en bas et ne compriment pas l'œsophage ; que l'estomac, en outre, se déplace pour venir au devant de l'œil de l'observateur. De sorte que l'on peut se servir de tubes relativement courts, de 45 centimètres, au lieu de longs tubes. J'ai fait, d'ailleurs, avec M. Grégoire et un de mes internes, des coupes de cadavres congelés dans cette position, pour mieux me rendre compte de ces particularités.

Comment procède-t-on à l'opération ? Une heure auparavant, on fait au sujet une injection

de morphine. On anesthésie à la cocaïne la gorge et l'arrière-gorge, et l'on introduit alors l'instrument conducteur, la tige en corde à piano (qui ne peut ni se plier, ni se rompre) sous le contrôle des rayons X ; puis, glissant sur elle, le gastroscope. Chose importante : cette manœuvre doit être exécutée dans le calme, la tranquillité, sans être entouré d'élèves ou de personnes pouvant distraire l'attention. Il faut de la patience et énormément de douceur. On tiendra le tube entre le pouce et l'index en le soutenant, sans le serrer, et on le fera glisser sans effort. L'endroit le plus difficile, le cap à traverser, est la région du cardia. On se rappellera qu'elle se dirige à gauche et en avant.

Une fois dans l'estomac, l'opération n'est pas terminée, tant s'en faut. Les difficultés, même, commencent. La grande difficulté est de s'orienter, de savoir où l'on se rouve. On y parvient avec de l'habitude et des examens multiples.

Voici, sur des projections, une série de vues de l'estomac observé au gastroscope. La vision dans le gastroscope est simple, plus simple même que dans le tube œsophagoscopique. Mais, reconnaître la zone que l'on aperçoit est chose délicate, pour certaines régions principalement.

Première vue : celle du cardia. Le cardia ressemble assez au col de la vessie dans le cystoscope. Il est facile à distinguer.

Deuxième vue : la petite courbure, lisse, aisée aussi à caractériser.

Troisième vue : la face antérieure, avec ses plis réguliers, peu nombreux. Pas d'embarras sérieux encore.

Quatrième vue : la face postérieure, également typique, avec un aspect cérébriforme, rappelant les circonvolutions cérébrales.

Vues suivantes. Nous entrons dans les difficultés avec le bas-fond gastrique, l'angle prépylorique et le pylore. La recherche du pylore est très délicate et particulièrement intéressante. Cette région de l'estomac offre, dans le gastroscope, un aspect de mouvements continuels extrêmement captivants à observer. Du fait de ces mouvements, le pylore échappe au regard. On parvient néanmoins à l'apercevoir, avec de la patience. Le voici : son image étoilée, en dépression où convergent des sillons, ne trompe pas quand on arrive à la saisir. On peut découvrir enfin le pylore entre-ouvert et l'entrée du duodénum.

La gastroscopie, en raison même de la mobilité de l'organe, des mouvements que l'on constate à la région pylorique, ne ressemble pas aux autres endoscopies. Elle est d'un intérêt véritablement palpitant.

Je vais vous montrer, enfin, un certain nombre de lésions gastriques vues dans le gastroscope : un ulcéro-cancer, un petit ulcère, un gros ulcère juxta-pylorique, des bouchons muqueux, des aspects de gastrite. Sachez toutefois, que ces figures obtenues avec des prismes sont un peu déformées, comme celles de la cystoscopie. Il leur manque, en outre, les mouvements, que le dessin ne saurait évidemment reproduire.

La gastroscopie, enfin, n'a certainement pas dit son dernier mot. Je suis convaincu que la technique fera encore des progrès, et beaucoup de progrès. Nous entrevoyons déjà qu'avec un tube souple, une série de lentilles, on pourra faire mieux. Il y a là des horizons nouveaux qui ne sont pas irréalisables, sans doute. Quand, avec nos instruments rigides on parvient à voir des images aussi nettes, aussi claires, on ne peut pas douter de l'avenir de la gastroscopie. Elle arrivera à rendre plus aisé le diagnostic précoce du cancer, des ulcères ; elle servira à l'étude des gastrites. Certes, elle ne saurait supplanter les autres modes d'exploration. Elle vise à compléter les renseignements fournis par la clinique et la radiographie.

Il y a encore beaucoup de difficultés à vaincre, la principale étant l'orientation. Quand on songe au chemin parcouru depuis les essais de Mickulicz, on est encouragé à persister dans la tâche qui reste à remplir.

***

Le professeur Chauffard, ajoutant quelques mots à la conférence de M. Bensaude, montre qu'il ne faudrait pas croire, cependant, que la gastroscopie soit sur le point d'entrer dans la pratique journalière. La manœuvre du gastroscope reste encore entre les mains de quelques rares initiés, comme M. Bensaude. Cet instrument ne saurait être manié par tout le monde. On pourra demander à la gastroscopie aide et secours dans les cas difficiles : c'est une précieuse et curieuse ressource, mais, jusqu'à ce jour du moins, d'indication plutôt exceptionnelle.

Leçon faite à la Clinique de l'Hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. LACROIX.

FAITS CLINIQUES

Sur deux cas de surcharge graisseuse de la paroi abdominale. Laparectomie. Guérison.

Par le Dr J. BRAU-TAPIE (de Pau),

Dans le numéro du 22 février 1925 de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, a paru sous le titre : « Excision massive de graisse sous-cutanée abdominale », un article original du Dr Aimé-Paul Heinecke, de Chicago. Et ceci, nous a remis en mémoire deux cas personnels que nous avons opérés en 1920 et 1923. Voici les observations :

PREMIÈRE OBSERVATION. — Mme S., de Lourdes, âgée de 54 ans, célibataire, entre à la clinique le 16 septembre 1920 pour hémorroïdes externes et fissure anale. Sous anesthésie locale à la novocaïne, dilatation forcée de l'anus et volatilisation des paquets hémorroïdaires au thermocautère. Guérison apyrétique au 10e jour. C'est à ce moment que la malade nous parle de sa paroi abdominale qu'elle trouve énorme. Elle a consulté il y a deux ans une célébrité médicale « qui lui a déclaré n'y avoir rien à faire ». Depuis ce temps, elle n'a pas insisté et a pris son mal en patience.

Le ventre retombe en « triple saillie », la partie inférieure repose sur la face antérieure des cuisses, déterminant une large surface d'intertrigo.

Il déborde sur les côtés et quand la malade se retourne dans son lit, elle est obligée de contenir à deux mains sa paroi car les mouvements provoquent des tiraillements douloureux. Debout, la déformation est encore plus accentuée, faisant ressembler la malade aux figures les plus monstrueuses du livre de Jayle « La gynécologie ». En saisissant la paroi on détermine un pli d'au moins quarante centimètres de large, flasque, glissant sur le plan musculo-aponévrotique sous-jacent. On ne trouve aux lieux ordinaires ni point faible, ni hernie. La malade a peine à se déplacer, ne peut gravir que lentement les escaliers, en soufflant à chaque marche. Les promenades à pied lui sont interdites. L'existence devient pour elle très compliquée. Elle est toujours fatiguée et constamment éprouve des tiraillements intra-abdominaux avec véritables douleurs au creux épigastrique. Œdème des membres inférieurs sans varices apparentes et sans albumine dans les urines. Au cœur, pas de bruit de souffle, mais palpitations fréquentes et un peu d'arythmie. Nous n'avons aucune difficulté de la décider à l'intervention.

Le 29 septembre 1920, anesthésie générale à l'éther. Après avoir apprécié à deux mains la portion de paroi qu'il faut enlever, nous la circonscrivons par deux incisions transversales, l'une concave en bas, l'autre concave en haut, arrivant par leurs extrémités au niveau de la ligne axillaire moyenne. Les tissus, peau et tissu cellulaire sous-cutané, sont coupés jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe des muscles abdominaux. Dissection de cette masse, soulevée par l'aide, à grands coups de bistouri, en dédolant. Après ablation, on se trouve en présence d'une perte de substance énorme. Lavage à l'éther. Réunion facile des lèvres de la plaie avec de gros crins de Florence. Drainage aux extrémités. Ablation des drains au 4e jour, des points au 15e. Réunion *per primam.* La malade qui a fort bien fait les frais et de l'opération et des suites opératoires se déclare enchantée et à peine à reconnaître son ventre. Celui-ci est lisse et ferme comme celui d'une jeune fille. Lever au 18e jour. Les forces reviennent rapidement, les palpitations, les essoufflements ont disparu et depuis ce moment la situation et les conditions d'existence ont pour elle complètement changé. Nous avons depuis ce temps revu plusieurs fois la malade et elle nous a chaque fois dit combien elle était reconnaissante à la chirurgie de l'avoir ainsi transformée.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Mme X., d'Oloron, 55 ans, nous est conduite pour une volumineuse hernie ombilicale, sorte d'éventration qui a présenté à plusieurs reprises des signes inquiétants d'étranglement.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'un ventre énorme. La malade, de courte taille, est pour ainsi dire, télescopée. Son abdomen forme une saillie considérable en avant. Deux forts bourrelets graisseux déterminent un pli profond sous-ombilical et se continuent latéralement avec deux autres bourrelets.

Au-dessus et au milieu apparaît la saillie grosse comme deux oranges de la hernie ombilicale. La malade nous avoue être très gênée par le volume même de son ventre, surtout avec sa profession qui l'oblige à aller et venir continuellement. Elle est vite essoufflée, éprouve des tiraillements douloureux et a dépensé beaucoup d'argent à des ceintures dont aucune ne lui a donné satisfaction. Elle est toute décidée à se faire enlever cette surcharge graisseuse en même temps que l'on opèrera sa hernie.

Intervention le 11 *juillet* 1923. — Anesthésie générale à l'éther. Deux incisions elliptiques circonscrivent la paroi à enlever en haut et en bas, en comprenant la tumeur herniaire. Elles se rejoignent par leurs extrémités à angles très aigus. La dissection commencée à une extrémité, arrive à la hernie, passe sur elle en enlevant la peau et la graisse qui peuvent la recouvrir et respectant le sac, sans l'ouvrir. Lorsque toute la pièce a été enlevée on s'occupe de la hernie. Dissection du sac, résection. Avivement des bords aponévrotiques et suture soigneuse au

catgut. La paroi abdominale est reconstituée à l'ordinaire par des crins de Florence avec drainage aux extrémités.

Réunion par première intention. Ablation des drains le 5e jour. Lever le 20e jour. Exeat le 25. Les forces sont revenues rapidement, la paroi très solide, la situation tout à fait changée, le travail redevenu plus facile et toute douleur a disparu.

Nous ne ferons suivre ces deux observations que de quelques réflexions, tout ayant été dit excellemment dans l'article dont nous avons déjà parlé.

L'intervention est absolument dépourvue de dangers ou, du moins, n'en comporte pas davantage qu'une intervention pariétale quelconque. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est de ne pas la voir pratiquer plus souvent. La raison en est peut-être dans la difficulté qu'éprouvent les malades à se soumettre à une opération qui, pour eux, n'a qu'une portée d'esthétique. Ils ne peuvent soupçonner quel serait leur soulagement à la suite de ce « dégraissage ».

Dans tous les cas, lorsque le chirurgien doit intervenir pour une hernie ombilicale étranglée chez un obèse (et ces cas se présentent assez souvent), peut-il et sait-il, si l'état général le permet, terminer son opération herniaire par une laparectomie. C'est ce que nous avons fait dans l'observation II et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Nous n'insistons pas davantage, car c'est là une opération tellement simple et rationnelle que beaucoup de chirurgiens doivent sans doute la pratiquer sans penser à publier leurs observations.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les complications pulmonaires dans les interventions abdominales.

D'après le Pr Lambert et P. Razemon, le pourcentage des complications pulmonaires s'établit entre 5 et 7 % des opérations abdominales prises en bloc ; cependant la proportion pourrait s'élever à 10 p. cent pour les interventions qui intéressent le péritoine au-dessus de l'ombilic, et même à 15 ou 20 % pour la seule chirurgie gastrique.

Ces complications revêtent ou bien la forme suraiguë, véritable drame pulmonaire, dès le soir ou le lendemain de l'opération : congestion massive, hyperthermie, mort en 24 à 36 heures ; ou bien la forme bénigne, bronchite ou congestion, hyperthermie légère, guérison.

Faisant seulement mention des causes adjuvantes : mode de narcose, refroidissement, choc opératoire, stase circulatoire, influence du pneumo-gastrique, etc., il faut attacher une importance primordiale à ce fait que, dans les complications pulmonaires, on note la présence des microbes de la flore stomacale ; on peut en conclure que celles-ci sont produites par une infection à point de départ péritonéal, laquelle a pour origine les germes contenus dans l'estomac. Ceux-ci sont absorbés par les lymphatiques (et non par le sang) dans le réseau sous diaphragmatique, puis le canal thoracique et le cœur droit, si bien que le poumon se trouve être ainsi le premier filtre capillaire, rencontré par les microbes absorbés par le péritoine. La distance entre le foyer opératoire et le diaphragme étant moindre dans les opérations péritonéales hautes que dans les opérations sous-ombilicales, on comprend les statistiques rapportées ci-dessus. L'apparition des complications pulmonaires n'est dès lors qu'une question de virulence et de quantité de la part des microbes et de résistance du côté des malades.

Des considérations précédentes découle la thérapeutique préventive.

1° Lutte contre les causes favorisantes : mettre en première ligne l'emploi de l'anesthésie locale, ou mixte avec utilisation des appareils à éthérisation moderne pour diminuer l'action irritante de l'éther ; précautions minutieuses contre le refroidissement ; bonne ventilation pulmonaire en apprenant au malade à respirer, au besoin par l'emploi systématique du spiroscope ; utiliser le plus tôt possible la position assise après quelques jours de repos au lit ; ventousage systématique ;

2° Désinfection des cavités : nez, gorge, soins dentaires ; avant l'opération, lavage à l'eau iodée de la cavité gastrique ; au cours de l'opération, désinfection de la muqueuse et du péritoine à la teinture d'iode diluée, à l'alcool thymolé ;

3° Immunisation des futurs opérés.

Quand, par une intra-dermo-réaction, on recherche les anticorps spécifiques de l'entérocoque, 15 p. cent des malades réagissent positivement et doivent être vaccinés avant d'être opérés (3 injections sous-cutanées de germes, à doses croissantes ; puis, après 5 jours de repos, nouvelle recherche de l'état de réceptivité par une intra-dermo-réaction). Les auteurs, forts de leur expérience, considèrent que cette vaccination pré-opératoire à une action presque souveraine. Il est regrettable qu'actuellement celle-ci ne s'adresse qu'à l'entérocoque, et soit

limitée ainsi aux opérations gastro-duodénales ; elle serait cependant applicable aussi aux voies biliaires. (*Le Progrès médical*, 7 mars 1925.)

A propos de quelques observations de transfusion du sang.

M. J. BARANGER rapporte trois observations intéressantes.

Dans l'une d'elles, un syndrome hémogénique (jeune fille de 13 ans à ménorrhagies abondantes) a été rapidement amélioré, puis guéri, grâce à l'effet hémostatique d'une injection sous-cutanée de sang, complété fort heureusement par une transfusion.

Quant à la deuxième observation (shock traumatique et péritonite, deux transfusions), elle montre : 1° que la transfusion est un traitement d'urgence héroïque du shock traumatique ou opératoire ; 2° qu'elle ne peut rien contre l'infection chronique avec foyer chez un sujet affaibli ; 3° que chez l'enfant, pourvu que les globules du donneur ne soient pas agglutinés, il faut prendre du sang à l'enfant de préférence.

La troisième observation a trait à une ostéomyélite suraiguë : l'enfant était agonisante le soir ; le lendemain, elle était sauvée, probablement grâce à la transfusion.

D'où il résulte que la transfusion serait utilisable également dans certaines formes d'infection, à la condition que la recherche préalable de l'agglutination des globules du donneur ait été pratiquée.

L'auteur signale enfin une amélioration du procédé ; c'est la transfusion du sang pur, si pratique avec la seringue vaselinée de Bécart ou l'ingénieux petit appareil de Jubé.

Toujours est-il que la transfusion du sang citraté, simple injection intraveineuse, restera la petite intervention d'urgence facile à improviser. (*Paris médical*, 14 mars 1925.)

Adénie éosinophilique prurigène et pseudo-cancers des ganglions lymphatiques.

MM. FAVRE et COLRAT ont entrepris cette étude pour montrer que, contrairement à l'opinion de nombreux médecins, nous ne pouvons, sans risque d'erreur, distinguer toujours le cancer véritable d'autres affections, qui peuvent emprunter plus ou moins complètement ses traits.

En ce qui concerne notamment les tumeurs du tissu conjonctif, et plus spécialement les tumeurs du tissu lymphoïde, il est tout particulièrement difficile de reconnaître la greffe du cancer dans les tissus. Ainsi dans l'adénie éosinophilique prurigène (maladie de Hodgkin), certains points du tissu lymphoïde présentent un caractère nettement sarcomateux et s'entremêlent avec des lésions polymorphes d'inflammation ; en outre ces lésions sont en incessant remaniement ; enfin elles peuvent subir une évolution scléreuse, transformant le ganglion en un bloc fibreux, qu'on n'observe dans aucune autre affection ganglionnaire.

Cependant, dans nombre de cas, le diagnostic est difficile par la clinique. L'adénie prurigène se reconnaît facilement chez un malade qui présente des adénopathies multiples, fermes, dures, de la fièvre, du prurit généralisé souvent intense, sans autres lésions cutanées que des lésions de grattage, lorsque la formule sanguine est celle d'une polynucléose neutrophile coexistant avec une éosinophilie sanguine, qui est d'ailleurs inconstante.

Quand le syndrome clinique n'est pas au complet, le diagnostic peut être beaucoup difficile, avec la leucémie lymphatique, la tuberculose ganglionnaire généralisée, et surtout avec les néoplasmes ganglionnaires vrais.

En pareils cas cette question de l'adénie prurigène nous conduit aux frontières indécises de l'inflammation et de la néoplasie, et nous savons désormais qu'il est extrêmement difficile et périlleux d'établir une ligne de démarcation en ces domaines.

Le problème du cancer doit reposer sur une large base et non sur une fine pointe de la cytologie. Il n'est pas douteux qu'un jour prochain, nous obtiendrons une solution du problème grâce aux méthodes conjuguées, et que ce sont surtout les méthodes cliniques et expérimentales qu'il reste à perfectionner. Nous posséderons alors des moyens plus puissants pour attaquer une maladie contre laquelle nous n'avons jusqu'ici que la prescription des rayons X, bons à tout faire dans ce domaine des affections ganglionnaires généralisées, mais qui sont en réalité une simple médication palliative d'attente (*Paris médical*, 21 février 1925.)

La cuti-réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire et l'eczéma.

MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et Pierre BLAMOUTIER ont étudié la valeur de la cuti-réaction dans 124 cas des affections ci-dessus, mais ils doivent reconnaître que cette réaction n'est susceptible de révéler la cause de la manifestation anaphylactique que chez un nombre restreint de malades.

Positive, une cuti-réaction doit être considérée comme une indication, qui oriente le clinicien vers une thérapeutique spécifique. C'est seulement après l'épreuve du traitement que l'on sera en droit d'admettre que la protéine donnant une réaction était la cause du syndrome anaphylactique observé.

Souvent il suffit de soustraire l'organisme à l'action de la protéine incriminée. C'est ainsi qu'il est aisé de supprimer de l'alimentation telle ou telle substance, d'éloigner les animaux, de transformer la literie.

D'autres fois, il n'est pas possible, dans le traitement, d'exclure la protéine. Il faut alors procéder à la désensibilisation. La voie digestive s'impose quand il s'agit d'anaphylaxie à un aliment. Dans les autres cas, on tente de désensibiliser le malade par la voie sous-cutanée en injectant des doses infinitésimales, puis progressivement croissantes, de la protéine spécifique.

Au lieu d'utiliser la voie sous-cutanée, les auteurs proposent d'employer pour la désensibilisation la voie cutanée, sous forme de cutiréactions répétées. On a remarqué, en effet, que chez certains individus une cutiréaction avec l'antigène spécifique pouvait déterminer une crise hémoclasique, ou des symptômes cliniques d'anaphylaxie : une quantité infinitésimale de protéine, appliquée sur la scarification cutanée peut donc suffire à déclancher crise sanguine et crise clinique. On s'est alors demandé si, en soumettant le sujet pendant des semaines à l'action presque constante de petites quantités de la protéine nocive par des cuti-réactions répétées, on ne parviendrait pas à le désensibiliser. Dans un asthme d'origine équine invétéré, le résultat a été bon, et depuis ce procédé a été employé avec succès.

Comme toutes les méthodes de désensibilisation, cette méthode peut avoir des échecs ou ne donner que des résultats temporaires, mais elle est, à l'heure actuelle, une des plus simples et des plus exemptes de risques. (*La Presse médicale*, 25 mars 1925.)

Cas rare d'enclavement d'une grossesse gémellaire.

Ce cas est rapporté par M. Max Cheval et concerne une IIpare, à terme. Le premier enfant a sa tête expulsée normalement en O. P. mais il est impossible d'obtenir la rotation des épaules et leur dégagement. Un examen montre que la tête du deuxième enfant est descendue dans l'excavation, qu'elle repose sur le plancher périnéal en O. I. G. T., et s'est enclavée entre le cou et le thorax du premier.

Sous anesthésie générale, l'auteur put refouler la tête du deuxième enfant sans difficulté ; l'extraction du premier devint alors possible et le suivant fut extrait à son tour par une version podalique.

L'auteur ajoute que, s'il n'avait pas pu refouler la tête du second enfant au-dessus du détroit supérieur, il aurait décapité le premier et refoulé le tronc de celui -ci pour extraire l'autre en premier lieu. (*Bruxelles méd.*, 3 mai 1925).

Le traitement du tænia chez les nourrices.

Bien que le tænia s'observe assez rarement chez les nourrices et que, lorsque celles-ci en sont porteuses, elles n'en sont pas habituellement incommodées dans leur fonction nourricière, M. Balard estime cependant qu'il est intéressant d'en débarrasser celles qui logent dans leur intestin cet hôte indésirable, — tant en raison des phénomènes d'intoxication et d'anémie qu'ils peuvent déterminer que dans un but psychologique, les malades ayant en effet grande hâte d'en être débarrassées.

Or, le traitement habituel risque de supprimer la fonction lactée chez des femmes soumises pendant quelque temps à un jeûne préparatoire, à une purgation violente et à une interruption de l'allaitement.

Pour toutes ces raisons, M. Balard conseille le traitement suivant dont il s'est bien trouvé chez trois nourrices tænifères.

Le soir de la veille du traitement, demi-litre de lait comme unique repas, avec une cuillerée à café de sirop d'éther. Le matin suivant, une cuillerée à café de sirop d'éther et 100 gr. de semences de courge pilées dans 100 gr. de miel. Aider l'absorption de cette mixture en buvant un peu d'eau. Après la mixture, nouvelle cuillerée à café de sirop d'éther. Une heure après, 30 gr. d'huile de ricin.

A aucun moment, l'allaitement ne doit être interrompu. Traitement inoffensif permettant d'obtenir à peu de frais et sans danger pour la nourrice et pour le nourrisson l'expulsion du tænia, tout en continuant l'allaitement, et en conservant le lait de la mère. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 3 mai 1925.)

Désinfection des livres souillés par les bacilles tuberculeux.

Bien que discutée, la possibilité de la contamination tuberculeuse par les livres semble établie par certains faits irrécusables. Elle doit donc être envisagée, étudiée, combattue, sans toutefois en exagérer l'importance, dit M. Touchais.

Cet auteur s'est donc livré à de nombreuses expériences, qui lui ont démontré que des livres souillés par des crachats tuberculeux peuvent encore tuberculiser les animaux après cent trente cinq jours et les tuer encore après deux-cent-cinquante jours.

La désinfection des livres est assez difficile. D'après l'auteur, les vapeurs de formol sont inefficaces, alors que la vapeur d'eau combinée à ces vapeurs donne d'excellents résultats, à la condition d'atteindre une température d'au moins 75° et mieux encore de 95°. On utilisera à cet effet un appareil de Geneste et Herscher.

Le fluorure de sodium est à rejeter, son action bactéricide étant nulle.

Les vapeurs de chloropicrine actuellement expérimentées, paraissent présenter de sérieux avantages ; elle permettent d'obtenir la désinfection des livres sans appareils compliqués. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pour atténuer les ravages de la rougeole.

(M. ARMAINGAUD. — *Académie de médecine* ; 2-6-25.)

M. Armaingaud a remarqué que les épidémies de rougeole étaient très variables comme gravité. Il en est de bénignes et il en est de sérieuses. Il se demande si, dans ces conditions, lorsque se présente une épidémie bénigne, il n'y aurait pas un certain intérêt à laisser les enfants contracter la maladie, à ne pas trop chercher à l'éviter à ce moment, pour obtenir ainsi l'immunité sans risque notable. Cette tactique lui a paru mériter d'être discutée et il cite des exemples où elle a été avantageuse.

Une maladie à rayer des manuels : la kleptomanie.

(M. A. ANTHEAUME. — *Académie de médecine* 2-6-1925.)

On parlait, dans les sociétés savantes, il y a peu de temps, de la disparition d'une maladie qui occupait jadis une assez large place dans la pathologie : je veux dire la chlorose. Voici, maintenant, si l'on en croit M. Antheaume, une autre affection, mentale cette fois, qui doit disparaître... des traités de médecine, non pas parce qu'on ne l'observe plus, mais parce qu'en réalité, elle n'aurait jamais existé : il s'agit de la kleptomanie.

La kleptomanie a été définie : une impulsion obsédante à s'emparer d'un objet qu'on a sous les yeux (vols à l'étalage, vols dans les magasins). C'est une maladie bien parisienne et même presque exclusivement parisienne. On ne la retrouve pas à Londres, ni dans les autres capitales, ce qui s'explique par l'attrait des étalages de nos grands magasins, et aussi... par les répressions plus énergiques et plus efficaces en usage à l'étranger. Ainsi, en Angleterre, la femme (car la kleptomanie est un état féminin) prise en flagrant délit de vol dans un magasin, est conduite dans une salle *ad hoc* et immédiatement punie de « fessée, à même la peau ». Elle ne recommence plus, ayant ainsi reçu le calmant nécessaire.

M. Antheaume déclare qu'il n'a jamais rencontré, dans sa carrière déjà longue, de véritable kleptomane. La preuve, c'est que les coupables de ces vols ne rendent pas les objets dérobés, ce qu'ils feraient s'il s'agissait d'une simple impulsion morbide. M. de Fursac a eu la curiosité de faire à ce sujet une enquête dans les grands magasins parisiens. « Recevez-vous quelquefois, a-t-il demandé, des objets rendus avec la mention qu'ils ont été pris sous l'influence d'une impulsion morbide ? » Partout, on lui répondit : Jamais. Pas de rendus, dans ces conditions, ni aux « Galeries », ni au B.M., ni à la B. J., ni à la « Samar », ni ailleurs.

Pour faire disparaître la « kleptomanie », l'auteur recommande la méthode employée à Buenos-Aires, où la surveillance des comptoirs des magasins se fait *ostensiblement*. Au lieu d'inspecteurs discrets et occultes, les grands magasins de Buenos-Aires ont des surveillants apparents, qui *regardent* et ne craignent pas que l'on s'en aperçoive, au contraire. Ils n'attendent pas que l'acte soit commis, ils le préviennent. Aussi, à Buenos-Aires, la kleptomanie est-elle inconnue.

Il reste évidemment entendu que si M. Antheaume raye de la pathologie mentale la kleptomanie, il demande à ce qu'on ne la confonde pas avec les vols pathologiques proprement dits, dont la réalité est nettement établie : vols de certaines femmes enceintes ou en période menstruelle anormale, vols des affaiblis intellectuels, des paralytiques généraux, des épileptiques, etc.

La trypaflavine dans le traitement de la blennorrhagie.

(MM. JAUSION, DIOT et VOUREXAKIS. — *Académie de médecine* ; 2-6-1925.)

La trypaflavine (des Allemands) ou acriflavine (des Américains) ou gonacine (nom français) est un chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine . Cette substance jouit de propriétés microbicides accusées et d'un pouvoir antigonococcique élevé.

Antiseptique général et urinaire, la trypaflavine a été employée dans un certain nombre de maladies : grippe, pyélonéphrites, septicémie puerpérale, arthrites, méningites, encéphalite épidémique, septicémies diverses, endocardites infectieuses, etc. On l'utilise, à l'habitude, en injections intra-veineuses et c'est un médicament qui paraît appelé à rendre, en thérapeutique, des services.

MM. Jausion, Diot et Vourexakis y ont eu recours, dans la blennorrhagie, et en injections intra-veineuses également, l'élimination urinaire du médicament assurant le lavage antiseptique fréquent de l'urèthre. Les résultats qu'ils ont obtenus, satisfaisants dans leur ensemble, ne dépassent pas cependant ceux que donnent les autres méthodes de cure de la blennorrhagie. Chez la femme, où la désinfection antigonococcique est plus difficile, les injections intraveineuses de trypaflavine trouveraient, par leurs effets diffusés, plus d'indications.

Action de la sérothérapie sur les accidents sériques.

(MM. H. DUFOUR et DUHAMEL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-3-1925.)

Un malade de M. Dufour, atteint de tétanos, fut soumis à la sérothérapie sous-cutanée et eut consécutivement des accidents sériques. On lui fit alors une injection intra-rachidienne de sérum, sous

anesthésie chloroformique : les accidents sériques s'atténuèrent, et le malade guérit. M. Dufour note, en passant, que la chloroformisation semble avoir permis au tissu nerveux d'être influencé par les anticorps du sérum antitétanique.

Le point le plus important de cette observation est le problème qu'il pose : chez un sujet offrant une poussée d'accidents sériques, y a-t-il inconvénient ou avantage à continuer le sérum ? Evidemment et jusqu'à nouvel ordre, une telle pratique ne doit être adoptée qu'avec beaucoup de prudence. Cependant, quelquefois, on a vu les accidents sérothérapiques jugulés par une nouvelle injection de sérum.

— M. Louis MARTIN a utilisé, avec M. Darré, les injections de sérum pour combattre les troubles d'ordre sérique. Dans quelques cas, il a vu disparaître l'éruption, mais il n'y a rien de constant.

— M. LESNÉ a constaté que les réinjections de sérum anti-diphtérique au cours des accidents sériques chez les enfants ne produisent en général aucune amélioration et très souvent même augmentent l'intensité de ces accidents.

— M. FLANDIN croit que l'on peut quelquefois prévenir, voire guérir, les complications sériques par des injections de très petites doses (1/10 à 1/4 cc.) d'auto ou d'hétéro-sérum.

Les endocardites infectieuses à forme lente. Ont-elles une thérapeutique ?

(MM. G. MARCHAL et A. JOUBERT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-3-1925.)

Les endocardites infectieuses à évolution lente de la septicémie streptococcique sont d'une gravité extrême. Leur traitement aboutit, dans la règle, à des échecs. Récemment, MM. Gay-Bonnet, Lévy-Weissmann, et Mlle Bass, ont rapporté une observation d'endocardite maligne à streptocoques qui a guéri consécutivement à des injections intra-veineuses de filtrat streptococcique, méthode préconisée par Besredka.

MM. Marchal et Joubert ont eu recours à ce traitement (injection d'auto-filtrat streptococcique) chez un malade atteint d'endocardite infectieuse à forme lente. Ils n'obtinrent pas de résultat et le patient mourut.

— M. LAUBRY rappelle la loi d'impuissance thérapeutique souvent formulée, en particulier par M. Vaquez, à l'égard des endocardites infectieuses secondaires à forme lente. L'auteur signale les tentatives variées de traitement qu'il a faites contre cette affection : les injections intra-veineuses de métaux colloïdaux, les vaccins streptococciques, l'arsénobenzol, les injections de trypaflavine et enfin les filtrats de Besredka — le tout sans résultat vraiment appréciable. Il s'agit de l'endocardite infectieuse lente, ou maladie d'Osler (endocardite à streptocoques venant se greffer sur une ancienne lésion valvulaire), et non d'endocardites rhumatismales récidivantes et prolongées, d'endocardites malignes primitives, celles-ci pouvant — quoique très rarement — se terminer par la guérison. L'hémoculture confirme le diagnostic ou du moins elle est seule à pouvoir le certifier.

— M. LEMIERRE considère également l'endocardite comme la complication la plus redoutable des streptococcémies. Dans certaines infections de l'endocarde ne s'accompagnant pas de bactériémie ou du moins d'hémoculture positive, la trypaflavine semble donner parfois des résultats.

Spirochétose ictéro-hémorrhagique avec séro-diagnostic négatif.

(MM. DE LAVERGNE et PERRIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-3-1925.)

M. de Lavergne rapporte un cas de spirochétose ictéro-hémorrhagique (démontrée par la symptomatologie et l'inoculation au cobaye), avec séro-diagnostic négatif, absence d'agglutinines dans le sang. Une telle éventualité est exceptionnelle, mais il est bon de la connaître, la recherche de la séro-agglutination étant celle sur laquelle on se base habituellement pour dépister la spirochétose.

MM. de Lavergne et Perrier signalent un autre point intéressant de cette observation. Chez leur malade, au moment de la chute fébrile séparant les deux poussées thermiques classiques de la spirochétose, ils ont constaté une forte azotémie. Connaissant l'action hypothermisante de l'azotémie, ils se demandent s'il n'y aurait pas là l'explication de tracé fébrile particulier à cette affection.

Anémie pernicieuse mortelle provoquée par le radium

(MM. BRULÉ et BOULIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-3-1925.)

Les anémies pernicieuses consécutives à l'exposition prolongée aux rayons X sont à l'heure actuelle bien connues. Moins bien étudiées sont les anémies provoquées par le radium.

MM. Brulé et Boulin ont soigné une femme de 45 ans qui depuis plusieurs années était occupée à transporter des tubes de radium. Elle fut atteinte d'anémie pernicieuse aplastique à laquelle elle succomba au bout de six mois.

Un auteur américain, Mottram, a relaté, en 1920, trois cas de ce genre, également terminés par la mort.

Les anémies pernicieuses du radium ne se rencontrent que chez les sujets qui manient de fortes quantités de radium, d'une manière prolongée et sans les précautions d'usage actuellement recommandées. On ne les observe pas au cours des traitements radiumthérapiques. Ce sont des anémies aplastiques typiques. En dehors de ces formes très graves, l'anémie simple chez les personnes qui se servent du radium est assez commune.

— M. CARNOT rappelle le souvenir de Dominici, un des pionniers de la radiumthérapie, qui mourut prématurément d'anémie pernicieuse.

— M. AUBERTIN rapproche l'anémie des rayons X

de celle du radium, de celle du thorium X : c'est l'anémie des corps radio-actifs.

— M. P. Emile-Weil fait observer que ce sont là de véritables maladies professionnelles nécessitant des mesures de prévention que l'Académie de médecine est en train de proposer au législateur.

Kala azar à évolution mortelle chez une adulte.

(MM. Lemierre, Léon Kindberg et E. Bernard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-4-1925.)

Le kala-azar méditerranéen est, dans l'immense majorité des cas, une maladie des enfants. Dans l'Italie méridionale (un des foyers les plus importants de cette affection), le Pr Jemma, dont l'expérience est grande, n'en a pas vu un seul exemple à l'âge adulte. Des cas de kala-azar de l'adulte ont toutefois été signalés par Carnot et Libert, par Klippel et Monier-Vinard. M. Lemierre y ajoute une nouvelle observation concernant une femme de 26 ans qui succomba à la maladie en moins de dix mois, malgré les injections de stibényl.

Par l'âge de la patiente et la gravité de l'affection, le cas actuel se rapproche plus du kala-azar indien que de la leishmaniose méditerranéenne.

Mis en œuvre contre cet état morbide, le stibényl a déjà donné nombre de guérisons. Il a aussi ses échecs, puisque la malade de M. Lemierre n'a pas bénéficié de son emploi. Le Pr Jemma lui préfère une autre cure stibée : les injections intra-veineuses de tartre stibié.

Traitement des suppurations chroniques par l'aluminium-potassium-nitrate.

(M. Max Thorek, de Chicago. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-5-1925.)

M. Dartigues expose, au nom de M. Max Thorek, une nouvelle méthode de traitement des suppurations chroniques, des suppurations osseuses, en particulier, par l'aluminium-potassium-nitrate.

Ce composé (aluminium-potassium-nitrate), incorporé dans une préparation d'avoine concassée stérilisée, s'applique directement sur la peau de la région infectée. Il agit d'une façon très spéciale, intervenant non comme antiseptique, mais à la fois comme accélérateur de la production des bactéries et réducteur de la virulence de celles-ci. Ses effets sont rapides, osmotiques et se font à travers la peau.

Le traitement en question aurait une efficacité remarquable contre les suppurations chroniques rebelles, osseuses surtout. Sans remplacer la chirurgie, il pourrait l'éviter dans un nombre de cas.

Hydronéphrose congénitale.

(M. Le Fur. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-5-1925.)

M. Le Fur montre une pièce opératoire ayant trait à une hydronéphrose congénitale par valvule pyélo-urétérale, état décrit autrefois par Bazy, mais que les auteurs signalent rarement. M. Le Fur opéra la malade, jeune femme de 22 ans, le 15 mai dernier.

P.L.

Toulouse

Société de médecine de chirurgie et de pharmacie.

A propos des œdèmes dits bicarbonatés au cours de la cure hydrominérale de Vichy.

M. Tamalet apporte sur ce sujet l'appoint de deux observations inédites. La première a trait à un homme de 40 ans, hépatique, sans lésions rénales, qui présentait des œdèmes manifestes à l'occasion de chaque cure hydro-minérale de Vichy. La seconde concerne un homme de 42 ans, grand obèse, goutteux, albuminurique, mais sans rétention chlorurée, ni azotée, chez lequel apparaissaient des œdèmes dans la première moitié de la cure.

Chez ces deux malades, l'apparition des œdèmes coïncidait avec la phase d'oligurie habituellement constatée au début de la cure : ils disparaissaient avec le déclanchement de la diurèse consécutive. Parallèlement, le chiffre de la constante uréo-sécrétoire s'élevait anormalement avec l'oligurie et les œdèmes, puis tendait à revenir vers la normale.

Ces œdèmes paraissent être dus aux propriétés physico-chimiques spéciales des eaux de Vichy à leur émergence et en particulier à l'action de l'ion sodium : ils ne constituent pas une contre-indication au traitement thermal.

Sarcomatose cutanée.

M. J. P. Tourneux rapporte l'observation d'un homme âgé de 35 ans, atteint de sarcomatose primitive généralisée de la peau appartenant au type décrit par Perrin, et dans lequel les noyaux néoplasiques apparaissent d'emblée en n'importe quel point des téguments sans suivre un ordre quelconque.

A la suite d'injections de mésothorium et de cuprase, qui lui furent faites par un praticien, toutes les tumeurs disparurent successivement, mais cette guérison locale s'accompagna d'un état de cachexie rapide, qui se termina par la mort.

Pneumothorax artificiel dans la grossesse compliquée de tuberculose.

M. Audebert, après avoir rappelé combien la tuberculose pulmonaire est fâcheusement influencée par la grossesse dans les milieux hospitaliers, alors qu'il paraît ne pas en être de même dans les sanatorias, ce qui tient à divers facteurs et en particulier à la catégorie sociale des malades, rapporte les observations des divers cas qu'il a pu suivre dans son service de clinique.

Sur 10 parturientes, il y eut 1 avortement, 3 accouchements prématurés et 6 accouchements à terme.

L'état de la mère présenta dans 8 cas une aggravation plus ou moins marquée (3 morts rapides), dans un cas elle fut sans influence, et dans un autre, il y eut grâce au pneumothorax artificiel une amélioration très nette. Il s'agissait dans ce dernier cas d'une IIpare, qui présentait au début de sa grossesse un très mauvais état général (poids de 47 k., temp. de 37,5 à 37,8), avec atteinte des deux sommets. Elle fut soignée au dispensaire antituberculeux, où on lui fit 5 insufflations successives qui amenèrent un eamélioration de l'état local ainsi que de l'état général (poids 56 k.). L'accouchement se fit à terme avec un enfant de 2.810 k. et l'amélioration obtenue persista.

De l'antagonisme existant entre la forme et le fonctionnement de l'estomac.

M. Timbal montre, en se basant sur de nombreux examens radiologiques, que les modifications anatomiques et les perturbations fonctionnelles de l'estomac n'évoluent pas toujours parallèlement : elles sont souvent indépendantes les unes des autres et parfois même antagonistes.

Pour expliquer ces faits paradoxaux, l'auteur invoque surtout les modifications du système nerveux de l'estomac, qui peut être irrité fonctionnellement chez les névropathes et plus ou moins sclérosé chez les ulcéreux et les cancéreux. Il en résulte d'abord des phénomènes d'excitation, puis de paralysie, mais qui permettent de comprendre les variations extrêmes du fonctionnement gastrique observées aux diverses phases de la maladie.

Considérations sur un cas de rhumatisme chronique traité par les boues radioactives actinifères.

M. Serr rapporte l'observation d'un cas de rhumatisme chronique prédominant aux membres inférieurs, qui fut très notablement amélioré à la suite d'applications locales de boues radio-actives actinifères. Après avoir étudié les particularités de ces boues préparées industriellement, et montré les résultats intéressants au point de vue thérapeutique qu'elles ont donnés, l'auteur conclut que ces boues thermales conservent toute leur valeur de traitement, ce qui les rend particulièrement utiles lorsque l'on a à traiter des malades qui se trouvent dans l'impossibilité de faire un séjour dans une station de cure par les boues thermales.

Indications à tirer d'un état spasmodique révélé par les rayons X sur une partie du tube digestif.

M. Mossé rappelle d'abord le progrès de nos connaissances en physio-pathologie gastro-intestinale réalisés depuis l'application des rayons X à leur étude, et la part importante légitimement accordée à la radioscopie et à la radiographie dans les méthodes d'exploration clinique du tube digestif. Mais si, bien souvent, la radiologie éclaire ou précise le diagnostic, on ne saurait méconnaître par contre que souvent aussi, elle met le praticien en face de constatations de valeur séméiologique très incertaine. L'analyse prudente, la comparaison des phénomènes révélés par l'écran avec les divers signes fournis par l'investigation clinique établit la valeur actuelle toute relative de ces données. Seule l'évolution de la maladie, aidée si possible de nouveaux examens radiologiques, permet de dégager plus tard leur signification.

Fluxions vélo-palatines pseudo-phlegmoneuses.

M. E. Escat estime que sous le masque d'une fluxion vélo-palatine d'allure phlegmoneuse, ne marchant pas franchement vers la suppuration, peuvent se dissimuler des pharyngopathies très diverses, dont 8 espèces bien définies peuvent être différenciées par le clinicien.

1) Le phlegmon péri-amygdalien abortif proprement dit ;

2) Le phlegmon péri-amygdalien suppuré à évacuation clandestine ou pseudo-abortif ;

3) La mucocèle subaiguë du recessus palatin ;

4) L'amygdalite simple évoluant sur des amygdales sous véliques hypertrophiées ;

5) L'amygdalite caséeuse sous vélique enkystée ;

6) La périostite odontogène abortive de la branche verticale du maxillaire inférieur ;

7) La diphtérie pseudo-phlegmoneuse du recessus palatin ;

8) L'accès de goutte pharyngée.

Ce chapitre de pharyngologie est éclairé par la conception embryogénique moderne du polymorphisme de l'amygdale palatine, du recessus palatin, et de l'amygdale sous-vélique de Tortual, notions auxquelles la pathologie et la chirurgie tonsillaires doivent leur rénovation.

Lithiase salivaire chez le cheval.

M. Sendrail rapporte deux observations de lithiase salivaire recueillies sur des chevaux et présente les calculs extraits du canal de Sténon.

Sur l'un des sujets opérés, les concrétions au nombre de 7 avaient un poids total de 270 grammes ; sur l'autre sujet, le calcul unique pesait 275 grammes.

Scié en son milieu, ce calcul se montre formé de couches minérales concentriques, nettement distinctes, disposées autour d'une petite cavité centrale dans laquelle se trouve un épillet de graminée parfaitement conservé.

Ces calculs sont relativement denses et durs ; de couleur gris clair, ils sont constitués en majeure partie par du carbonate de chaux. Ce sel ne se trouvant pas dans la salive parotidienne du cheval, résulterait de la transformation des sels à acide gras sous l'influence de l'infection réalisée par la pénétration et le séjour du corps étranger.

Intoxication par le somnifène.

M. J. P. TOURNEUX communique une observation se rapprochant dans ses grandes lignes de celle rapportée par Flandin à la séance du 6 mars dernier de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, exerçant une profession libérale, qui, éprouvant une grande difficulté à s'endormir, particulièrement après des fatigues intellectuelles, avait pris du somnifène à la dose de 40 à 80 gouttes. Il présenta assez rapidement au bout d'une vingtaine de jours, toute une série de symptômes (surexcitation, paresse intellectuelle, bafouillage, tremblement des mains, incoordination des mouvements, titubation) pouvant faire penser à une affection cérébrale. La suppression du somnifène amena la disparition rapide et complète de tous les phénomènes observés.

Spiritisme et psychiatrie.

MM. CESTAN et E. GAY. — De temps en temps, on observe à la clinique mentale de Toulouse des troubles psychiques dus au spiritisme.

Parmi ceux-ci, il convient de signaler un délire de persécution chez une lypomaniaque, et un syndrome d'influence avec hallucinations aperceptives.

Ce dernier exemple, *assez fréquemment observé*, montre le danger des pratiques médiumniques pour la synthèse mentale.

Ostéomyélite du tibia à streptocoques chez un nourrisson.

MM. CAZAL et CADENAT rapportent l'observation d'un enfant de deux mois et demi qui, à la suite de l'ulcération et de l'infection d'un petit nævus de la face dorsale du pied droit, présenta du gonflement de la jambe ainsi que de la douleur à la pression au niveau de la région inférieure du tibia.

Malgré l'augmentation du gonflement de la jambe, devant l'absence de température et de modifications de l'état général, on hésita quelque temps à porter le diagnostic d'ostéomyélite, qui ne put être affirmé que devant le ramollissement de la tuméfaction, et les résultats de l'examen du pus prélevé par ponction et qui révéla du streptocoque pur. On fit alors à l'enfant 3 injections successives de propidon, en même temps que l'on procéda à des ponctions évacuatrices, qui furent hâtées par l'ouverture spontanée de la collection. Les orifices fistuleux se cicatrisèrent très rapidement, et au bout d'une quinzaine de jours, il n'y avait plus traces de l'abcès. Une radiographie, faite à ce moment, montra une hyperostose de toute la diaphyse tibiale, qui est soufflée et volumineuse. Il s'est donc agi, dans ce cas, d'une ostéomyélite, à évolution discrète, due au streptocoque pur, dont la porte d'entrée doit vraisemblablement se trouver au niveau du petit nævus infecté, et dans laquelle la vaccination eut un résultat incontestable.

J.-P. TOURNEUX.

Les Congrès

IIe Congrès International de médecine et de pharmacie militaires

(*Suite*) (1)

2° Sélection du contingent et tuberculose.

Discussion.

Lieutenant-colonel Dr Alberto LEVENE (République Argentine). — Expose dans un travail très étudié les méthodes de sélection du contingent, et l'établissement d'un diagnostic précoce de la tuberculose dans l'armée. En voici les conclusions :

1° En faisant la sélection du contingent, nous devons éliminer sans exception les faibles de constitution, qu'ils soient ou non porteurs de foyers bacillaires, du moment que ce sont toujours eux qui succombent devant le bacille.

2° Un homme vigoureux, même étant un tuberculeux latent, donnera difficilement une tuberculose évolutive, si, durant sa présence dans les rangs, on l'entoure des mesures hygiéniques nécessaires. Cette sorte de sujet bénéficie largement de la vie militaire.

3° Il est nécessaire d'inculquer à l'esprit de l'officier instructeur la conviction profonde de l'importance hygiénique énorme de l'entraînement.

4° Il n'existe non seulement aucune relation de cause à effet entre les maladies infectieuses (grippe, rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, etc.), et la tuberculose dans l'armée, mais il n'y a pas même de parallélisme entre elles ; il paraîtrait plutôt qu'elles sont antagonistes. La même déduction peut se faire pour le paludisme.

5° Jusqu'à présent il n'existe pas de procédé capable d'établir la limite d'admission au service quand il y a tuberculose ; la réaction de Besredka nous permettra seulement de constater des lésions dont la plupart sont compatibles avec la vie militaire.

6° Quel que soit le procédé que nous étudiions pour dépister la tuberculose, il doit, comme condition fondamentale, être facilement applicable. A ce point de vue, celui qui s'approche le plus de ce desideratum, est le médecin militaire expérimenté et connaissant bien le milieu militaire.

Médecin principal RIEUX, professeur au Val-de-Grâce (France). — Apporte le résultat de ses recherches dans le dépistage de la tuberculose latente dans l'armée, au moyen de sa méthode basée sur le trépied clinique, radiologique et biologique. Il en obtient des

(1) *Concours médical*, nos 20, 21, 22, 24, 25, 26 et 27 de 1925.

résultats comparables à ceux indiqués par M. Alberto Levene.

Réponse du Gouvernement du Japon : *Prophylaxie contre la tuberculose.*

« Au Conseil de revision, les médecins militaires attachent une grande importance aux réponses que font les conscrits à leur questionnaire ; ils tiennent également compte de la mine des conscrits, des résultats de la mensuration, de l'examen de la capacité thoracique et de l'auscultation médiate et immédiate.

« Lorsque nous estimons qu'un conscrit est faible de constitution ou lorsque nous constatons, par l'auscultation, qu'un conscrit présente des lésions pulmonaires, nous le déclarons inapte au service actif. A son entrée dans le service actif, nous faisons subir à chaque conscrit un deuxième examen, plus minutieux que le premier ; si besoin est, nous nous servons de la radiographie, de la microscopie, du tuberculino-diagnostic, des sérums antituberculeux pour éliminer les phtisiques.

« Si, au conseil de revision ou à la visite médicale des candidats à une Ecole militaire, nous découvrons un tuberculeux, nous faisons connaître au directeur du Comité régional de la Croix-Rouge son nom et son état civil afin que la sanatorium de la Société puisse le recueillir et le soigner et que la contagion soit ainsi évitée aux autres. »

Médecin principal de 2e classe G. Antonopoulo (Grèce). — Résultat de ses recherches sur deux signes pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire.

« L'existence des deux signes de Pignet et de Loeper associés à d'autres petits signes (amaigrissement, troubles légers de la respiration), dans les états particulièrement latents et silencieux de la tuberculose, possède pour ma part une valeur réelle qui oblige le médecin militaire à prononcer l'ajournement du conscrit dans l'intérêt du sujet même et du service. »

Médecin-inspecteur C.-T. Hansen (Danemark). — Indique la méthode de sélection du contingent appliquée au Danemark, en particulier à propos de la tuberculose. — Montre l'intérêt qu'il y aurait, en temps de paix, à introduire dans l'examen médical du contingent une méthode pratique de sélection au point de vue mental.

M. J. H. Frossard, préparateur à la Sorbonne (France), présente une communication sur les épreuves dynamiques pour le classement du contingent (tension artérielle, serrage du dynamomètre à la main, tenue vocale et puissance d'aspiration).

Dr Capitaine médecin Telese et lieutenant-colonel médecin G. Funaioli. — Les auteurs ayant basé leurs observations sur vingt-deux soldats criminels, examinés morphologiquement, fonctionnellement et endocrinologiquement, comme conclusion, relèvent la grande importance de l'endocrinologie ; si, dans quelques, exceptions elle a la valeur de causalité dans l'origine de la pathologie du caractère, le plus souvent elle contribue à exciter ou à aggraver les phénomènes neuro-psychiques, entraînant des désordres de conduite, etc. Les auteurs font suivre l'exposé doctrinal de courtes considérations médico-légales, relatives aux applications endocrinologiques pour le recrutement du soldat en général et des troupes d'aviation en particulier.

Médecin-major Millous, des troupes coloniales (France). — Sur l'utilité de la toise, du ruban métrique et de la bascule pour aider à juger de l'aptitude des Annamites au service militaire.

Dr K. Noiszewski, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Varsovie (Pologne). — Méthodes optométriques militaires inconnues en ophtalmologie

Il préconise l'emploi d'un appareil simple permettant d'enregistrer l'ataxie oculaire et l'abaissement de l'acuité visuelle qui a une grande importance dans le milieu militaire.

Médecin-major Beyne (France). — Présentation d'un optomètre pour l'évaluation pratique et correcte de l'acuité visuelle diurne et nocturne.

Des optotypes éclairés par une lampe montée sur une glissière graduée permettent des mesures exactes de l'acuité en fonction de l'éclairement et de l'orientation réglables à volonté.

Une disposition spéciale, grâce à un écran no 4 de Tscherning, place le sujet observé dans les conditions de l'éclairage nocturne avec un éclairement bien défini au point de vue quantitatif et qualitatif.

Médecin-major Worms, professeur agrégé au Val-de-Grâce (France). — Le problème de l'évaluation pratique de l'acuité visuelle dans l'armée.

L'auteur fait la critique des tableaux optométriques actuellement usités, et préconise l'usage de l'anneau de Landolt comme optotype étalon. Il insiste également sur la nécessité d'un bon éclairage, de type constant et uniforme.

Médecin-major Dioclès (France). — Utilité et avantages de la télé-stéréo-radiographie dans la sélection du contingent.

A propos de la tuberculose pulmonaire, cette méthode donne des précisions remarquables sur la localisation des lésions.

Lieutenant-colonel-médecin A. Balla (Italie). — L'auteur expose d'une façon schématique, sous forme de liste, ses idées sur les maladies de l'oreille et des premières voies respiratoires. A son avis, elles motivent des décisions médico-légales en rapport avec la sélection du contingent, soit pendant la guerre, soit en temps de paix, et avec l'aptitude des conscrits et des soldats en service normal.

Commandant médecin D. Antonio Vallezo Nagera (Espagne). — De l'hypnose comme moyen auxiliaire de diagnostic de la simulation dans l'armée.

Lieutenant-colonel médecin Santos Rubiano (Espagne). — A. Les services de psychiatrie dans l'armée espagnole.

B. Sélection mentale des officiers pendant la durée du service.

Lieutenant-colonel médecin A. Casarini (Italie),

— Méthode de sélection des pilotes dans l'aéronautique italienne et nouveaux procédés de technique psychophysique.

L'auteur expose la méthode de sélection qui est actuellement pratiquée en Italie dans les Instituts psycho-physiologiques pour le recrutement des pilotes de l'aéronautique, et la résume brièvement en quatre groupes :

1° *Examen anamnestique* ; 2° *examen somatique* ; 3° *examen biologique* ; 4° *examen psychique.*

Il en profite pour mettre en vue les méthodes de technique psycho-physique proposées par le professeur Patrizi qu'il a eu l'occasion d'expérimenter en grand au laboratoire psycho-physiologique de l'Université de Modène, dirigé par lui ; à son avis, ces méthodes méritent d'être appliquées également dans l'examen des aspirants à la navigation aérienne.

Commandant médecin Antonio Peres Numos (Espagne). — Premiers essais d'aviation sanitaire dans l'armée espagnole.

L'auteur indique les résultats intéressants déjà obtenus par l'aviation sanitaire au Maroc dans l'évacuation rapide des blessés.

Professeur Alessandri (Italie). — L'aviation sanitaire en Italie.

L'auteur exprime sa foi dans le grand avenir de l'aviation sanitaire et expose les résultats obtenus en Italie, grâce à la collaboration du commissariat de l'Aéronautique et de la Croix-Rouge italienne.

Enfin, d'autres communications, telles que « les anciens pleurétiques devant les conseils de revision », du Dr Brelet, professeur de l'Ecole de médecine de *Nantes* ; « Appareil de signalisation utilisé pour l'examen de l'acuité visuelle chez les mécaniciens », du Dr Onfray, de *Paris* ; « La fièvre typhoïde au Venezuela, vaccination », du Dr Isouierdo (Vénézuela) ont été annoncées en fin de séance.

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Professeur agrégé Pierre Lereboullet. — **Les syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile**. (Un vol. in-16 de 130 pages avec 10 figures dans le texte, Paris 1924. Prix : 7 fr.)

Dans les dystrophies multiples et variées qui frappent l'enfant au cours de sa croissance, au rôle de la thyroïde tout d'abord entrevu, est venu s'ajouter celui des glandes génitales, de l'hypophyse, du thymus, des surrénales, etc.

L'insuffisance ou l'hyperfonctionnement de l'hypophyse retentissent sur le développement osseux, l'adiposité, l'évolution des organes génitaux, et amènent la polyurie ou la glycosurie. On admet de même que l'épiphyse altérée entraîne une accélération de la croissance souvent marquée, allant de pair avec une maturation sexuelle précoce. On a tiré de ces données des conclusions thérapeutiques diverses, d'ordre opothérapique, radiothérapique ou chirurgical.

C'est une revue critique de nos connaissances, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue anatomo-clinique, qu'a entreprise avec succès l'auteur. Elle montre que le rôle des deux organes était très différent de celui qui avait d'abord été supposé, mais que cependant les centres nerveux avoisinants avaient sur les troubles observés une influence non douteuse. Ce qui est resté hors de doute, c'est l'importance et la fréquence relative des syndromes anatomo-cliniques, qui révèlent leur altération. C'est à étudier l'hypophyse et l'épiphyse, en envisageant la double influence du cerveau régulateur et de ces glandes, qui lui sont annexées, que le Dr Lereboullet a consacré cet ouvrage ; et celui-ci est terminé par les conclusions thérapeutiques légitimées par les notions actuellement acquises.

Librairie J.-B. Baillière et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire (6e série), publiés sous la direction du Dr Cathelin et de ses collaborateurs. (Un vol. de 366 pages avec 25 figures et plusieurs planches en couleurs, Paris 1924.)

Voici la liste des principaux sujets traités :

L'anesthésie épidurale en chirurgie générale et urinaire par le Dr Cathelin.

Détails de technique dans la néphrectomie pour les diverses affections rénales par le Dr Cathelin.

Les hallogènes autres que le chlore dans l'urine par M. R. Gauvin.

Les sucres de l'urine, par R.-F. Le Guyon et R. Rafflin.

Les infections urinaires de la fièvre typhoïde et des fièvres paratyphoïdes par le Dr Armand Beauvy.

Les tumeurs vésicales d'origine parasitaire chez l'homme et les animaux par le Dr E. Detot.

Les applications médicales de la haute fréquence en urologie par le Dr Lobligeois.

Mémoires cliniques originaux : prétabès vésical (Cathelin) ; traitement abortif de l'uréthrite gonococcique chez l'homme (Boulanger) ; cystites gynécologiques post-opératoires (Grandjean) ; état actuel de la sérothérapie antiblennorrhagique (Brulé) ; traitement des complications de la blennorrhagie (Quenay) ; des rapports entre les tuberculoses urinaires et génitales (Dr Yvon) ; traitement hydrominéral aux stations minérales (Siguret), etc., etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Le fonctionnement du service des allocations-maladie du Consortium de Roubaix-Tourcoing.

Le service des allocations-maladie, créé par le Consortium de l'Industrie textile de Roubaix-Tourcoing en collaboration avec les Syndicats médicaux de ces deux villes, a commencé à fonctionner le 15 avril 1924. L'année qui s'est écoulée entre cette date et le 31 mars 1925 permet de juger les résultats obtenus. Ceux-ci se trouvent contenus dans l'intéressant rapport de M. Ley, administrateur délégué du Consortium, auquel je ferai de nombreux emprunts.

Le règlement du service des allocations-maladie ayant été publié dans le *Médecin Syndicaliste* (1924, p. 895), je me bornerai à en rappeler les dispositions principales et signalerai les quelques modifications qui ont été apportées récemment par le Consortium, sur l a demande ou avec l'approbation des Syndicats médicaux. Le libre choix du médecin est absolu, avec cette seule restriction que le malade ne peut s'adresser qu'à des membres des deux Syndicats de Roubaix et de Tourcoing. Le secret médical est absolu et le nom de la maladie n'est inscrit sur aucun papier. L'ouvrier paye directement au médecin le prix que celui-ci lui réclame, qu'il s'agisse d'un acte médical simple ou d'une intervention. Sur la production d'un bon de visite portant la date de cette visite et la signature du médecin, l'ouvrier reçoit du Consortium une somme de cinq francs par visite ou par consultation (1) ; s'il s'agit d'une opération, l'allocation accordée est de cinquante, cent ou trois cents francs suivant que l'opération appartient à la catégorie des interventions petites, moyennes ou grandes (la liste des opérations par catégories a été dressée par les Syndicats médicaux et remise à chaque médecin ; le Consortium ne connaît pas l'opération qui est faite à l'assuré).

Le Consortium ne s'occupe pas des frais pharmaceutiques. Il paye, en cas de maladie, une indemnité par jour ouvrable de cinq francs aux ouvriers et ouvrières adultes, de trois francs aux ouvriers et ouvrières de quinze à dix-huit ans, de deux francs aux apprentis et apprenties de treize à quinze ans. L'indemnité de visite ou de consultation médicale et l'indemnité de chômage ne sont payées qu'à partir du onzième jour de la maladie (il ne l'était qu'à partir du treizième jusqu'au 31 décembre 1924), et ne peuvent dépasser 90 jours ; la date du début de la maladie répond à celle de la première visite ou consultation médicale (1). Depuis le 1er janvier 1925, le bénéfice des allocations médicales est accordé aux mères et épouses ne travaillant pas en usine et aux enfants, frères ou sœurs de moins de treize ans de chaque ouvrier ou ouvrière faisant partie de l'œuvre du Consortium ; le bénéfice des allocations de chômage ne s'applique naturellement pas à cette catégorie. Pour pouvoir bénéficier du service des allocations-maladies, ouvrier ou ouvrière doit remplir les conditions suivantes : signer une demande d'admission et s'engager à accepter les conditions établies par le règlement du service, cotiser annuellement aux retraites ouvrières (la cotisation est prélevée en décembre par l'usine occupant l'ouvrier) et avoir un mois de présence à l'usine avant la déclaration de la maladie .

Voici maintenant les résultats obtenus :

Au 31 mars 1925, le service du Consortium comptait 16.990 adhérents, soit 1 /4 du personnel occupé. Bien que le Consortium ne fasse aucune réclame en faveur du service des allocations-maladie, les inscriptions se font sans discontinuer et il est à prévoir que, dans un temps relativement rapproché, tout le per onnel des usines du Consortium aura adhéré au service.

Le Consortium, en créant le service des allocations-maladie , a tenu à favoriser l'action des Sociétés de Secours mutuels. A chaque Société ayant un contrat avec lui, il alloue une indemnité forfaitaire de 20 francs par an et par mutualiste occupé dans les usines adhérentes. De ce fait, il est dégagé du paiement des allocations-maladie aux mutualistes ; mais les Sociétés de Secours mutuels ont pu, grâce à la subvention forfai-

(1) Pour avoir le droit à l'indemnité de chômage (voir plus loin) l'ouvrier doit, pendant tout le temps de la maladie, recevoir la visite du médecin ou aller le consulter au moins une fois par semaine.

(1) Cette disposition incite l'ouvrier à ne pas tarder à faire appel au médecin.

taire, augmenter les prestations qu'elles accordaient avant la création du Service : telle Société, qui avec les seules cotisations de ses membres assurait aux malades une indemnité journalière de cinq francs, a pu porter celle-ci à dix francs du 10e au 90e jou r tout en continuant à assurer la gratuité des ,produits pharmaceutiques (1).

Quelques difficultés, dues à des erreurs involontaires ou produites par une lecture trop superficielle du règlement, ont parfois été signalées tan du côté des assurés que des médecins ; elles ont été facilement résolues. *La Commission de contrôle, composée exclusivement de médecins, n'a eu à intervenir qu'une seule fois.*

Pendant l'exercice 1924-1925, sur 15.091 adhérents, il a été enregistré 668 maladies et il a été payé 22.728 allocations journalières.

Du 15 avril 1924 au 15 avril 1925, les dépenses ont été les suivantes :

22.728 allocations journalières.......	113.640 00
3.970 allocations médicales.........	20.050 00
29 interventions chirurgicales à 50 fr...	1.450 00
43 interventions chirurgicales à 100 fr..	4.300 00
34 interventions chirurgicales à 200 fr..	6.800 00
Francs	146.240 00
Payé aux Sociétés de Secours mutuels.	69.502 00
Total des dépenses : francs...	215.742 00

Le coût total des dépenses annuelles par tête d'assisté est donc de 9 fr. 71.

Il a été payé pendant l'exercice 1924-1925 :

110	allocations	de moins de	50 fr.
130	—	de	50 à 100 fr.
154	—		100 à 200 fr.
77	—		200 à 30 fr.
59	—		300 à 400 fr.
62	—		400 à 500 fr.
10	—		500 à 600 fr.
2	—		600 à 700 fr.
1	—		800 à 900 fr.
1	—		1.295 fr.

Dr J. Vanverts.

R. H. M. S. 6660.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Les avantages qu'elle présente

Récemment Mignon insistait près des lecteurs du *Concours* sur le risque maladie et, quelques semaines auparavant, il avait par des exemples concrets montré ce qu'était ce risque, quelles étaient sa fréquence et sa gravité ; il montrait que c'était pour le médecin un devoir envers sa famille, envers sa clientèle et envers lui-même de se prémunir contre ce risque beaucoup plus sérieux et plus imminent que d'aucuns ne le pensent.

Les œuvres auxquelles il est possible d'adhérer pour se garantir contre ce risque maladie ne sont pas bien nombreuses, mais il en est une parmi elles qui se distingue par son organisation, par les garanties qu'elle présente et par les résultats qu'elle a donnés depuis plus de trente années qu'elle existe : *la Mutualité Familiale et professionnelle du Corps médical français.*

Elle est bien connue au dehors : après les médecins Suisses, Belges, Italiens, les vétérinaires Français ont cherché à s'inspirer de son fonctionnement pour créer une œuvre similaire. Récemment, c'étaient les médecins Polonais qui venaient nous demander nos statuts et toute notre documentation car ils sentaient le besoin urgent d'une organisation de ce genre.

Et, en France, nombre de confrères nous ignorent, ne prennent pas la peine de lire nos statuts ou cherchent à réaliser des œuvres limitées qui, faute du nombre qu'elles ne sauraient jamais avoir, sont fatalement appelées à péricliter dans un avenir plus ou moins prochain !

Quel peut être l'intérêt d'une œuvre qui s'adresse à une catégorie limitée de médecins ou qui ne vise que des cas particuliers toujours relativement rares ?

Ce qu'il faut au Corps médical, c'est une organisation qui s'adresse à tous, réponde à tous les besoins, se plie à toutes les nécessités. Il faut qu'elle soit ouverte à tous et non pas seulement aux membres de telle ou telle région, de tel ou tel groupe, de telle ou telle association. Il faut qu'elle convienne au médecin de ville au même titre qu'au médecin de campagne, au professeur de Faculté comme au plus modeste praticien, au médecin arrivé comme au simple débutant.

Ces conditions, la Mutualité Familiale est seule à les avoir réalisées.

Son fonctionnement s'étend à toute la France ; elle donne l'indemnité -maladie au taux chois

(1) Voulant faciliter la mise en application des nouvelles dispositions qui ont dû être prises par les Sociétés de Secours mutuels, le Consortium a décidé de doubler, pour la première année, le montant des allocations forfaitaires payées à chaque Société ayant traité avec lui. Il a ainsi versé pour 1899 membres une somme de 69.502 francs, au cours de sa première année d'exercice.

par ses adhérents : journalière de dix, vingt ou trente francs et mensuelle de cent, deux cents ou trois cents francs ; elle donne la pension de retraite à 60 ou 65 ans, aux deux âges si le sociétaire le demande et la pension, pour chaque combinaison va de 120 à 2.400 francs, elle admet à cette pension la femme et les enfants du sociétaire.

Elle présente toutes les garanties qu'on peut souhaiter puisqu'elle a été constituée, non pas sur les conceptions plus ou moins fantaisistes de fondateurs doués de plus de bonne volonté que de compétence, mais sur les travaux d'hommes du métier, d'actuaires qui continuent à surveiller son fonctionnement par des inventaires périodiques ; puisque, après 25 années d'existence, ses barèmes ont été révisés pour être mis en concordance avec les données mêmes de sa propre expérience.

Elle offre enfin l'immense avantage d'être administrée d'une façon toute confraternelle, toute amicale, et sa Caisse auxiliaire lui a permis, dans nombre de cas, d'atténuer les rigueurs de prescriptions statutaires inéluctables, d'aider des sociétaires momentanément gênés, de les secourir dans des circonstances particulièrement difficiles.

Le côté matériel de son administration n'est pas moins à signaler: elle fonctionne au grand jour et tous les sociétaires peuvent consulter des archives qu'elle est peut-être seule à posséder.

Tous ses inventaires annuels, tous ses comptes sont, depuis la fondation, réunis en volumes dans lesquels on peut suivre non seulement la marche générale de la Société, mais les résultats donnés par telle ou telle catégorie d'âge et même la situation particulière de chaque sociétaire.

Et à ceux qui pourraient sourire en nous faisant remarquer que nous regardons peut-être notre œuvre avec des yeux un peu trop paternels, nous répondrons ; venez y voir et juger par vous-mêmes !

On a pu lire les résultats fournis par le coup de sonde que Mignon a donné dans six départements en attendant le travail considérable qu'il prépare sur tout le pays. Si l'on veut bien se rappeler que, lors de la création de la Mutualité Familiale , il n'existait pas de tables de la morbidité médicale et réfléchir que c'est notre propre expérience qui devait servir à établir ces tables, on comprendra toute l'importance du travail qu'a commencé Mignon et qu'il va poursuivre avec le zèle que tous lui connaissent.

Et ce travail, unique en son genre, viendra témoigner encore du sérieux de notre œuvre et de l'importance que tous nous attachons à sa gestion irréprochable.

Vraiment si nos confrères voulaient bien se donner la peine de lire les documents, les études que nous publions, ils ne resteraien sûrement pas indifférents, ils voudraient tout au moins se renseigner..... et ils trouveraient près de notre secrétaire général, Mignon, tous les éclaircissements, tous les conseils qu'ils pourraient souhaiter.

Et s'ils étaient éclairés, ils ne sauraient hésiter bien longtemps à venir grossir notre phalange pour leur plus grand intérêt car nous en connaissons plus d'un qui se sont félicités, un jour, d'avoir accordé à la Mutualité Familiale les quelques instants d'attention qu'elle réclame et qu'elle mérite.

Confrères,

Mignon vous a montré que vous devez être prévoyants, ne pas vous endormir dans une sécurité trompeuse et ne pas compter sur un état de santé que vous savez bien être plus ou moins précaire — moi, je vous dis aujourd'hui : venez à l'œuvre qui a été créée pour vous.

A. Gassot.

HOPITAUX, MÉDECIN UNIQUE, ÉTABLISSEMENT D'UN TOUR DE ROULEMENT ENTRE DOCTEURS. RÉVOCATION DÉGUISÉE ?

En 1922, une délibération de la commission administrative d'un hôpital conféra à un médecin le titre et les fonctions de médecin-chef de l'établissement et, en même temps, désigna un confrère comme médecin adjoint, chargé de remplacer le premier, lorsque celui-ci s'absenterait.

Tout récemment, la commission administrative décida que les trois médecins de la localité assureraient, à tour de rôle, de trois mois en trois mois, le service de l'hôpital. Le poste de médecin chef a donc été supprimé.

Ce docteur unique, chargé jusqu'ici des fonctions médicales, peut-il considérer que ses droits ont été lésés, ou qu'il vient d'être victime d'une révocation déguisée ?

1° Respect des droits acquis.

Il est plus que probable que le titulaire dépossédé a dû être nommé, en 1922, par simple délibération de la commission administrative, sans qu'il y ait eu, au préalable, de concours, même sur titres.

En second lieu, aucun contrat écrit n'a été passé entre les deux parties d'un côté l'hôpital,

représenté par la Commission administrative, d'autre part, le médecin. Ce contrat aurait dû établir les conditions du louage de services médicaux, fixer les heures de présence du médecin, ses obligations scientifiques et professionnelles, vis-à-vis des malades hospitalisés, ses émoluments ou indemnités et enfin la durée des fonctions, c'est-à-dire la durée du contrat.

Comment faire valoir ses droits en justice, si les conventions ne sont que verbales et n'ont pas été consignées par écrit ?

Je sais bien qu'on m'objectera qu'il n'est pas, dans les habitudes du corps médical, de signer des papiers, ou engagements bilatéraux.

A cela, je répondrai que les médecins sont, comme tous autres citoyens, soumis au droit commun et que les règles établies soit par le Code civil, soit par le Code du travail, leur sont applicables intégralement.

Certes, jusqu'ici, le Corps médical a eu à honneur de collaborer à l'œuvre magnifique d'assistance, en donnant tout son concours, pour rien, ou presque, aux hommes de bonne volonté qui administrent le bien des pauvres.

C'est un honneur, aux yeux de la clientèle payante, que de se dire médecin de l'hôpital.

Malheureusement, les docteurs oublient qu'il existe une *loi, celle du 7 août* 1851, qui, dans son article 14, § 1, décide que « la commission administrative nomme son secrétaire, l'économe, les *médecins* et chirurgiens ; mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet. »

Aussi, les commissions hospitalières ont-elles tout pouvoir pour modifier leur service de santé, pour le mieux des hospitalisés, lorsque ces commissions n'ont pas signé d'engagements écrits avec leur corps médical.

Un arrêt du Conseil d'Etat, du 26 mars 1915 décide : « les commissions administratives des hôpitaux, ayant le pouvoir de nommer les médecins de ces établissements et aucune disposition législative n'ayant limité le nombre des agents composant le personnel médical, une délibération de commission administrative, nommant un médecin, ne saurait être annulée par le motif que cette nomination, étant donné le nombre des médecins déjà en service, n'était pas nécessaire et qu'elle équivaudrait à une révocation de ces derniers, pour une partie de leurs fonctions. »

2° Révocation déguisée.

L'arrêt, que nous venons de citer, ne considère pas comme une révocation déguisée la nomination de médecins en surnombre, privant les précédents possédants d'une partie de leurs fonctions médicales.

Même la suppression de postes n'est pas répréhensible, lorsqu'elle a pour motifs, au moins apparents, le bien du service. Ainsi, en réorganisant le service médical de l'hôpital, en supprimant un des postes de médecins attachés à l'établissement et en confiant exclusivement le service médical à un seul docteur, alors que ces réorganisations ont été approuvées par le préfet, la commission administrative a agi dans les limites des pouvoirs qui lui sont attribués par l'article 8 de la loi du 7 août 1851 et qu'il n'est pas établi qu'elle ait usé de ses pouvoirs dans un but autre que celui pour lequel ils lui ont été conférés. (Conseil d'Etat, 8 mai 1914).

Un arrêt antérieur du Conseil d'Etat (17 mars 1911) reconnaissant à un hôpital le droit absolu de supprimer les fonctions de chirurgien de l'établissement, dans l'intérêt du bon fonctionnement du service.

Une décision plus récente du Conseil d'Etat (29 juin 1923) est ainsi motivée : « considérant que, pour contester la légalité de la délibération attaquée, qui a supprimé les laboratoires des hospices de Vichy et, par voie de conséquence, l'emploi de chef de ces laboratoires occupé par le Dr R., ce dernier soutient uniquement que cette mesure, intervenue dans le but de le révoquer indirectement de ses fonctions, aurait été inspirée par des considérations étrangères au service ;

« Considérant que le Dr R. n'apporte pas la preuve du détournement de pouvoir qu'il allègue..., rejette la requête du Dr R. ».

Abaissement de la limite d'âge.

L'abaissement de la limite d'âge peut-il être considéré comme étant un moyen destiné à se débarrasser, d'une manière détournée, d'un médecin qui a cessé de plaire ?

Un arrêt du Conseil d'Etat du 7 juillet 1916, décide que le docteur ne peut exciper des droits acquis, résultant d'une délibération antérieure, « Les droits, dont se prévalait le requérant, étaient subordonnés au maintien de la réglementation antérieure et, en la modifiant par la décision attaquée, la commission administrative n'avait fait qu'user des pouvoirs à elle conférés par l'article 8 de la loi du 7 août 1851 et n'avait méconnu aucun droit, car il ne résultait d'aucune pièce du dossier qu'elle eût agi dans un but autre que la sauvegarde de l'intérêt général et le bon fonctionnement du service. »

Conclusions.

Dans le cas, qui nous est soumis, il me semble que notre confrère ne peut rien faire que de se soumettre. N'ayant pas en sa possession de titre régulier, écrit, lui conférant les fonctions de médecin de l'hôpital pour une période déterminée, il ne peut invoquer une rupture injustifiée de contrat.

Il ne peut pas non plus soutenir qu'il est la victime d'une révocation partielle et déguisée, du fait qu'il ne sera plus médecin de l'établissement

qu'à son tour de roulement, pour une période de trois mois.

L'administration hospitalière invoquera les besoins du service, le désir de donner aux malades un libre choix mitigé du médecin traitant et le souci de maintenir l'égalité entre les docteurs de la ville, du moment où le poste de médecin de l'hôpital n'est pas obtenu à la suite d'un concours.

On peut dire, comme morale de l'affaire, que ce qui a été donné selon le bon plaisir et l'arbitraire peut être retiré de la même manière.

Aussi les médecins feraient-ils bien de n'accepter de fonctions médicales qu'après avoir signé un contrat bilatéral, déterminant les conditions du travail professionnel.

Si, se sentant seul et isolé, le docteur hésite à défendre lui-même ses propres intérêts, qu'il confie cette mission à son syndicat local. Ce groupe professionnel a toute qualité pour contracter au nom d'un de ses adhérents, tout en faisant respecter les droits corporatifs des praticiens de la région.

Le temps de l'individualisme est passé : en face des collectivités publiques ou privées, le médecin doit opposer son syndicat, pour pouvoir discuter sur un pied d'égalité et de justice, à moins qu'il ne plaise au docteur d'être l'éternelle victime du caractère quasi-sacerdotal de sa profession.

En matière hospitalière, l'hôpital n'abrite plus uniquement que des indigents : malades payants, blessés du travail, réformés de guerre y sont admis.

Hospitalisés, ces malades ne doivent pas rémunérer leur docteur, alors que, soignés à domicile, ils devraient les honoraires médicaux, soit directement par eux-mêmes, soit par l'intermédiaire d'un tiers responsable.

Le contrat de travail, ou de louage de services médicaux entre progressivement dans nos mœurs professionnelles.

Alors, il sera facile de faire respecter juridiquement les termes des enagagements réciproques, pris de part et d'autre, pour les soins à donner aux malades hospitalisés, selon la condition de fortune de ces derniers.

Dr Paul BOUDIN.

R. H. M. S. 0430

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Demandons aux hôteliers des garages pratiques : il y en a en Amérique

L'époque des vacances met de nouveau en lumière l'extraordinaire esprit de routine de nos concitoyens. En France, il semble en effet que les différentes corporations qui vivent de l'automobile s'ignorent complètement entre elles et ne font absolument aucun effort pour simplifier la vie des usagers de la route.

N'est-il pas évident, par exemple, que l'hôtel et le garage devraient être presque toujours réunis, du moins à la campagne ?

En Amérique, ce besoin a été très bien compris, et dans les hôtels du genre de ceux qui se parent ici du nom d'« hostelleries », le voyageur trouve en même temps que le confort qu'il est en droit d'exiger, des soins aussi attentifs pour sa voiture.

Voici comment les choses se passent :

Aux emplacements les plus fréquentés des touristes, vous rencontrez toujours plusieurs hôtels, et non pas un seul, parce que la concurrence est une chose qui ne fait pas peur là-bas.

En arrivant, l'automobiliste monte sa voiture sur une sorte de plate forme, qui la place à hauteur convenable pour que le moteur et le châssis puissent être facilement examinés. Pendant que le client se restaure, un spécialiste vérifie vos roues, pneus, boulons principaux, fait le plein d'essence et d'huile, lave la voiture, etc.

Quand on repart, tout est en ordre de marche, et bien des ennuis et même des accidents sont évités par ces vérifications.

Comparez ce qui se passe au contraire dans notr e pays : d'abord l'hôtel est généralement assez éloigné des lieux touristiques. Il ne comprend qu'un hangar vaguement transformé en garage. Pas de fosse, pas d'essence, pas d'huile. Aucun mécanicien à proximité et surtout aucun spécialiste attaché à l'établissement. Pas même de laveur.

Au départ, vous avez la désagréable surprise de constater que vous avez une aile arrachée par une manœuvre malencontreuse d'un de vos voisins, vous ne trouvez pas de broc pour remplir d'eau votre radiateur. Personne ne peut vous dire s'il y a un vendeur d'essence dans la localité voisine.

Un boulon cassé vous oblige à une visite au maréchal ferrant qui se prolonge parfois plus que de raison.

En un mot, et presque sans exagération, vous êtes presque aussi en peine que dans le milieu du désert. Le remède est si facile que, vraiment, il serait intéressant que les groupements autorisés agissent énergiquement dans ce sens.

Tout le monde y trouverait son compte : le client, qui verrait une bonne partie de ses soucis s'évanouir ; l'hôtelier qui aurait deux sources de

profits au lieu d'une et qui verrait certainement sa clientèle s'accroître.

Il y a évidemment un écueil dû à la législation française : le fisc ne manquera pas de réclamer des droits de patente à l'hôtelier, qui ajoutera un commerce de mécanicien à celui qu'il est supposé exercer exclusivement.

Mais, c'est là précisément que l'intervention des grands clubs automobiles doit être utile et efficace. Nos législateurs sont presque tous des automobilistes ; ils comprendraient donc très bien la réforme qui s'impose.

D'ailleurs ne tolère-t-on pas que les hôtels vendent du tabac, des timbres, des allumettes ? Alors, pourquoi n'auraient-ils pas aussi de l'huile et de l'essence ?

Les médecins qui résident dans les centres touristiques sont souvent en relation avec les hôteliers. Il leur serait facile de leur conseiller d'apporter à leurs entreprises d'heureuses modifications dans le sens développé ci-dessus.

Dr M. T.

VARIÉTÉS

L'Hygiène de la bouche en Afrique romaine au IIIe siècle de notre ère.

Les Romains avaient grand souci de l'hygiène de la bouche. Ils se servaient de poudres dentifrices complexes et soigneusement préparées et ce n'était pas seulement l'aristocratie de Rome, mais même les citoyens d'origine barbare de l'Afrique romaine.

Dans l'Apologie d'Apulée, plaidoirie prononcée par ce poète philosophe mi numide, mi gétule, qui se défendait devant le proconsul d'Afrique Maximus, de passage à la petite ville de Sobrata, de l'accusation de magie, il est un passage très curieux sur l'hygiène de la bouche à cette époque reculée. Nous croyons intéressant de le reproduire en l'empruntant à la traduction d'Apulée de M. P. Valette, professeur à l'Université de Strasbourg, ouvrage édité sous le patronage de l'Association Guillaume Budé.

Voici le passage d'Apulée.

« Ils (les accusateurs d'Apulée) ont donc commencé par lire une pièce tirée de mes œuvres badines : c'est une petite épître en vers sur une poudre dentifrice, à l'adresse d'un certain Calpurnianus, lequel, en produisant contre moi cette lettre, n'a pas vu apparemment, dans son désir de nuire, que, s'il n'y avait là de quoi me faire du tort, il se faisait tort avec moi. Car c'est lui-même qui m'avait demandé une substance pour nettoyer les dents, ainsi que les vers en font foi :

« Calpurnien, ces vers ailés t'apportent mon salut. Sur ta prière je t'envoie la propreté des dents et l'éclat de la bouche ; c'est un produit tiré de plantes d'Arabie, une poudre ténue et d'illustre origine, remède souverain pour blanchir comme neige, pour rendre saine et lisse une gencive enflée, pour balayer les restes de la veille et n'en laisser paraître aucune trace impure, quand un sourire entr'ouvrira tes lèvres. »

Je le demande, ces vers ont-ils rien, soit dans le fond, soit dans la forme, qui blesse la pudeur, rien qu'un philosophe puisse n'avouer qu'à regret ? A moins peut-être que je ne sois à blâmer d'avoir envoyé à Calpurnianus une poudre tirée de plantes d'Arabie, alors qu'il lui aurait mieux convenu, selon la répugnante coutume des Hibères, de se servir, comme dit Catulle, de sa propre urine « pour en frotter ses dents et sa gencive rouge. »

J'ai vu tout à l'heure des personnes qui avaient peine à s'empêcher de rire,en entendant notre orateur censurer avec âpreté la propreté de la bouche et prononcer le mot de dentifrice avec plus d'indignation que jamais personne celui de poison. Et le fait est que ce n'est pas un crime négligeable pour un philosophe de ne tolérer sur soi aucune malpropreté, ni souffrir qu'aucune partie visible de son corps soit immonde et malodorante : surtout la bouche qui, placée en évidence, exposée aux regards, est l'organe dont l'homme se sert le plus souvent, soit pour donner un baiser, soit pour entretenir une conversation, soit pour parler en public, soit pour prier dans un temple. Il n'est pas d'acte de l'homme que ne précède la parole, laquelle selon l'expression du prince des poètes, « franchit le rempart des dents ». Supposez un orateur ayant sa sublime éloquence : il dirait, dans le style qui lui est propre , que celui-là surtout qui a souci de son langage doit, plus que du reste de son corps, prendre soin de sa bouche, vestibule de l'âme, porte du verbe, rendez-vous des idées. Pour moi, qu'il me suffise de dire, dans la limite de mes moyens, que rien n'est plus indigne qu'une bouche malpropre d'un homme libre et de mœurs libérales. Car, par sa place, elle domine les autres parties du corps humain : la première, elle frappe les regards, et sa fonction, c'est la parole. Voyez les bêtes sauvages et les animaux domestiques : leur museau bas, qu'ils laissent pendre dans la direction de leurs pieds, vers le sol que foulent leurs pas et qui leur donne leur pâture, ne s'aperçoit guère que lors qu'ils sont morts, ou que, rendus furieux, ils se redressent pour mordre. Chez l'homme, au contraire, c'est ce qu'on regarde en premier lieu quand il se tait, le plus fréquemment lorsqu'il parle.

Je voudrais donc bien que mon censeur Emilianus me dise s'il a l'habitude de parfois se laver les pieds.

Et s'il ne dit pas non, soutiendra-t-il que la propreté des pieds réclame plus de soins que celle des dents ? Ah ! sans doute celui qui, comme toi, Emilianus, n'ouvre la bouche que pour médire et calomnier, je suis bien d'avis qu'il ne prenne pas soin d'entretenir sa bouche, de nettoyer ses dents avec une poudre exotique — mieux lui siérait de les frotter avec du charbon de bûcher — qu'il ne les rince même pas avec de l'eau ordinaire : mais que plutôt sa langue malfaisante, dispensatrice docile de mensonge et d'amertume, continue à croupir dans son immondice et sa puanteur. Car à quoi bon — c'est de la folie ! — avoir une langue propre et nette, quand la voix est impure et souillée ? telle la vipère qui, d'une dent de neige, distille un noir venin.

Mais celui qui sait au contraire que les discours qu'il doit tenir ne seront ni sans profit, ni sans charme, il est naturel qu'il lave d'abord sa bouche, comme on fait une coupe avant de la remplir d'un breuvage généreux.

Et pourquoi m'en tenir à la nature humaine ? Ce monstre énorme, le crocodile, qui naît dans le Nil, lui aussi, à ce que j'ai appris, offre ses dents à nettoyer, en ouvrant une gueule inoffensive. Car comme sa bouche, de vastes dimensions, mais privée de langue, ne se ferme guère sous l'eau, une multitude de sangsues se prennent entre ses dents. Et quand le crocodile, remonté sur la berge, ouvre sa large gueule, un des oiseaux du fleuve, un oiseau familier, y introduit son bec, et, sans courir aucun danger, en extirpe les bestioles. »

Ce passage d'Apulée n'est-il pas un panégyrique éloquent de l'hygiène de la bouche ? Et n'est-il pas étonnant de le voir prononcer il y a quelques dix-huit siècles, dans une bourgade d'Afrique au cours d'une plaidoirie ?

Nous avons recherché dans Catulle le passage ayant trait à la dégoutante coutume des Hibères qui se servent de leur urine comme dentifrice. Nous l'avons trouvé dans la poésie XXXVII : *Ad Contubernales* (Aux habitués d'un mauvais lieu) où le poète flétrit ceux qui, dans un bouge infâme, se partagent les faveurs d'une maîtresse qui l'a abandonné et « parmi eux un certain Equatius, fils chevelu de la Celtiberie, dont tout le mérite consiste dans une barbe épaisse et des dents qu'il frotte avec de l'urine.

Tu præter omnes una de capillatis
Cuniculosæ Celtiberiæ fili,
Equati, opaca quem bonum facit barba,
Et dens Hibera defricatus urina.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LA QUESTION DES SUREXPERTISES DANS L'INDEMNISATION DES TUBERCULEUX ET PROPOSITION D'UNE LIGNE DE CONDUITE POUR L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET POUR L'ESTIMATION DE CERTAINS POURCENTAGES (1).

Le décret présidentiel du 8 août 1924, modifiant le décret du 17 octobre 1919, sur l'indemnisation des tuberculeux, est commenté par l'instruction ministérielle du 14 août 1924. Il stipule que « *en vue d'assurer par le repos et les soins indispensables le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'évaluation de cette maladie sera, quel qu'en soit le degré de gravité, fixé à* 100 %, *avec pension temporaire ou définitive* ». Il spécifie que le pourcentage ci-dessus, n'exige ni la constatation d'un caractère évolutif des lésions, ni la concordance de signes cliniques et bactériologiques. Enfin, il fixe et délimite le rôle de médecin expert et surexpert ; ces derniers ayant à examiner les cas de tuberculose douteux ou les affections de l'appareil respiratoire simulant la tuberculose pulmonaire.

Cette mission des surexperts semble donc importante puisqu'elle comporte une part de responsabilité dans les conséquences sociales d'une loi de réparation, mais aussi, à première réflexion, elle semble malaisée à remplir à cause de quelques difficultés d'ordre technique qui ont justement fait hésiter certains d'entre nous à l'accepter et que voici :

1° La stricte application du récent décret ne paraît exiger qu'un diagnostic, mais judicieux et fait à bon escient, et alors le contre-expert verra le plus souvent se poser devant lui la question encore discutée des tuberculoses sans crachats bacillifères dites fermées.

2° La stricte application de ce décret exige que l'on ne tienne compte pour le pourcentage maximum que de la nature tuberculeuse et non du facteur gravité de l'affection, et alors le contre-expert se trouvera gêné par ses conceptions non discutables sur une certaine curabilité de la maladie et embarrassé devant certains états qu'il regarde, pratiquement au moins, comme une sorte de « para-tuberculose ».

Suivons donc de près le surexpert dans l'accomplissement de sa mission ; cela peut être intéressant pour tous nos collègues chargés de ce rôle, et pour nous tous, praticiens de la tuberculose, tout désignés pour le remplir. Nous insisterons sur les difficultés, que nous essayerons de résoudre en nous appuyant surtout sur l'avis de trente d'entre nous qui ont bien voulu répondre au referendum de la Société et à notre questionnaire spécial.

(1) Société des médecins de sanatoriums et dispensaires réunie le 19 janvier 1925 à l'Institut Pasteur.

L'établissement du diagnostic prime tout dans ce qu'on nous demande ; or, à ce sujet, nos correspondants sont tous d'accord : « il n'y a qu'une preuve de certitude de la tuberculose, c'est la présen ce du bacille dans les crachats ». Preuve de certitude absolue, nous ajouterons, nous, preuve suffisante et nous nous demanderons pourquoi sont soumis aux surexpertises les malades à expectoration bacillifère qui n'ont que des signes cliniques discrets ou momentanément absents. Preuve absolue et suffisante, nous ne serons pas ébranlés par les belles théories des « porteurs de germes » et de vie saprophytique possible du B. de K. dans les voies respiratoires.

En conséquence, le surexpert recommencera les épreuves de laboratoire, jusque-là sans résultat, et il nous faut convenir qu'il fera cet examen dans les meilleures conditions ; il dispose du malade pour quatre jours, il peut contrôler l'authenticité d'origine du crachat ; il peut administrer un expectorant ; sûr de sa technique, il répète à son gré examens directs et homogénéisation. Enfin, dernière ressource, il fait une inoculation, opération souvent délicate dans ses suites, mais opération si instructive ; le quart environ des inoculations faites au sanatorium a donné un résultat positif avec des crachats ou des liquides pleuraux négatifs aux autres épreuves.

Cette nouvelle recherche du critérium absolu amènera quelquefois une surprise intéressante ; ou bien notre sujet a subi une poussée évolutive et élimine des bacilles depuis le récent examen de l'expert ; ou bien, on a pu tomber au cours de ces quatre jours d'examen, sur une phase bacillifère intermittente de l'affection. Ces premières éventualités sont simples, mais, disons-le tout de suite, elles sont rares.

Après la recherche de laboratoire, la base du diagnostic doit être un examen clinique précis et minutieux ; encore là, tous nos correspondants sont d'accord pour déclarer en principe qu'à défaut de la seule preuve de certitude absolue de nature tuberculeuse, la clinique peut nous fournir des signes d'une probabilité telle qu'elle peut équivaloir à une certitude « pratique ».

Le contre-expert va donc mettre en œuvre la série de ces investigations cliniques ; disons là encore que, médecin de dispensaire ou de sanatorium, il sera favorisé de pouvoir travailler avec son instrumentation et dans son milieu (si certains ont rencontré des difficultés matérielles, elles ne nous ont pas été signalées).

De cet examen clinique, le surexpert va tirer un faisceau de symptômes classiques en faveur de la nature tuberculeuse ; or, quand nous avons demandé à nos collègues de spécifier la constitution du faisceau de symptômes qui leur donne la certitude pratique de la tuberculose, tous les avis ont été différents ; par conséquent, il nous semble utile d'essayer de dégager une liste de symptômes nécessaires et indispensables susceptibles d'une acceptation par tous ; la voici pour nous.

Le diagnostic repose sur la *coexistence de certains signes généraux de l'infection tuberculeuse avec certains signes physiques de localisation de la maladie tuberculeuse* (signes stéthacoustiques ou radiologiques) accompagnés ou non de signes fonctionnels. Nous disons tout de suite qu'une localisation laryngée a, pour nous, la valeur d'une localisation pulmonaire non évidente.

Les signes généraux d'imprégnation qui doivent toujours être constatés et constatables seront : une hémoptysie avérée, une fébricule sub-continue, une élévation de température persistant plus d'une heure après une heure de marche, de l'amyotrophie thoracique, enfin de la tachycardie avec hypotension systolique, tous symptômes d'un certain degré d'activité indispensable à notre jugement.

Les signes stéthacoustiques de localisation seront : 1° des bruits adventices (tous les râles bulleux profonds et inspiratoires, les craquements bien inégaux et produits par la toux, les frottements pleuraux) ; 2° les souffles cavitaires ou pleurétiques (les anomalies du murmure vésiculaire ne nous semblent pas correspondre nécessairement à des lésions tuberculeuses).

Les signes radiologiques de localisation seront : 1° les taches disséminées donnant l'aspect pommelé ; 2° les foyers d'ombre floue, surtout à localisations juxta-scissurales ; 3° les foyers denses des taches calcaires ou des épanchements hydriques ; 4° les images cavitaires de Bouchard, les aspects en mie de pain ou en nid d'abeille ; 5° l'image d'un pneumo naturel. (Il y a toujours intérêt à joindre au rapport de surexpertise une bonne réduction de radiographie, surtout dans le cas fréquent où le malade ne présente rien d'anormal qu'une légère diminution de transparence due à des pectoraux hypertrophiés.)

Il est entendu qu'aucun des signes nécessaires et indispensables que nous venons de spécifier n'a de valeur pathognomonique ; de qualité choisie, il ne vaut que par son groupement avec d'autres de la même qualité, et ce groupement sera toujours variable comme les aspects cliniques si mouvants de la maladie ; de plus, le groupement ne pourra se présenter à nous que sous un de ces trois modes :

1° Présence simultanée de certains signes généraux et de certains signes de localisation (ou d'oreille ou d'écran) ; ce sera là, pour nous, la certitude pratique maxima, celle où nous pensons sincèrement qu'un jour ou l'autre se présentera dans les crachats la preuve absolue.

2° Présence de signes généraux, même peu marqués et de signes radiologiques ; les signes d'auscultation n'étant pas retenus par nous ; là seront les formes fibreuses qui peuvent être aussi inactives jusqu'à l'état cicatriciel et les formes scléreuses dont nous reparlerons.

3° Présence de signes généraux et de signes d'auscultation sans signes d'écran, symptômes de tuberculose au début (qu'il ne nous sera sans doute jamais donné de constater) ou d'une cortico-pleurite aiguë avec réaction alvéolaire (que nous n'aurons sans doute pas à voir en surexpertise).

Nous ne voulons pas retenir comme de nature tuberculeuse certaine, l'affection donnant absence de signes généraux avec seulement présence de signes radiologiques et avec la triade stéthacoustique suivante : submatité, bronchophonie, inspiration forte, rude et haute ou souffle bronchique ; ce sont des cas de cicatrisation consolidée ou des reliquats scléreux que nous voulons considérer, à dessein, à notre point de vue spécial médico-militaire, comme sans valeur pratique.

Telles sont donc, en définitive, pratiquement fixées, les limites que nous voudrions assigner dans l'application de la loi des pensions, au champ de la tuberculose qui ne fait pas sa preuve au laboratoire, mais dont on doit néanmoins tenir compte pour la vérité scientifique et l'équité sociale.

Il nous reste maintenant à appliquer le pourcentage légal obligatoire de 100 % à toutes les tuberculoses certaines et d'après le commentaire ministériel à fixer un pourcentage pour les cas douteux seulement. Des cas douteux, nous n'avons plus rien à dire après nous être efforcés d'en réduire le nombre en séparant nettement, comme dans un calibre, ce qui est tuberculose à pension et ce qui ne l'est pas (pourtant, il y aura toujours évidemment des cas où les difficultés diagnostiques seront insurmontables, formes larvées, par exemple). Pour les cas certains, la presque unanimité (sauf 3) de nos réponses considère la formule de pourcentage unique pour des cas variables en gravité, comme beaucoup trop étroite, et regrette l'octroi définitif de la pension. Pour nous, le taux de 100 % est très légitime dans les tuberculoses avérées, même cliniquement seulement, ainsi que dans toutes les tuberculoses dont l'âge ne permet pas encore de discerner la forme bénigne ou lente, ni d'en deviner l'évolution. Mais, nous souhaiterions pouvoir sortir des liens trop rigides de l'axiome légal : tuberculose = 100 % dans deux cas particuliers *très fréquents* de nos surexpertises : les états de guérison nettement consolidée et les scléroses pulmonaires.

Quelque sceptiques que nous soyons restés quant à la guérison anatomique de la tuberculose, cela n'empêche que certains faits d'expérience nous convainquent d'une guérison sociale. Ne voyons-nous pas, de temps en temps, d'anciens bacillifères pensionnés définitivement qui, depuis des années travaillent sous nos yeux, sinon pour nous, sans jamais fléchir et qui même fument et boivent impunément ? Ne savons-nous pas que beaucoup de pensionnés qui délaissent nos sanatoria trouvent à être employés en ateliers comme des gens non contagieux et comme des gens sains, ou bien remplissent à leur compte des occupations lucratives ? Ne nous a-t-on pas écrit qu'en Alsace, des Caisses de maladie et d'assurance sociale reconnaissent comme capables de travailler des sujets jouissant définitivement du maximum de notre pension militaire d'invalidité. Ces sujets qui sont tuberculeux et qui ne le sont pas, notre examen de surexpertise est capable de les reconnaître . Ils sont tuberculeux d'après les anamnestiques ; ils ne le sont plus au nom de notre code de séméiologie, ils ne le sont plus d'après l'ancienneté des bacilloscopies positives, ils ne le sont plus d'après nos questions sur leur emploi du temps, ou au besoin d'après une enquête sociale (car nous acceptons l'idée d'un certain contrôle de la manière dont se soigne le malade), si cette enquête révèle plus de trois ans d'existence normale ou plus de trois heures de travail régulier depuis plus de trois ans.

Pour ces anciens invalides du poumon, nous voulons proposer 1° le classement dans les cas douteux du décret, à pourcentage variable, à proportionner directement au degré d'invalidité qui persiste et inversement à l'ancienneté de la maladie ; 2° l'octroi de pension temporaire et revisable tous les six mois ou un an, par les mêmes experts, si possible, au moins tant que nous ne serons pas en possession de règles sûres permettant de pronostiquer l'avenir réservé à chaque cas particulier.

A propos de scléroses pulmonaires, l'avis presque unanime de nos correspondants est défavorable à toute indemnisation ; nous proposons, nous, *un distinguo*. Les signes de sclérose pulmonaire constatés nous invitent, à l'instar d'une malformation squelettique, à rechercher de près leur étiologie, et nous proposons d'établir deux catégories pratiques : 1° les scléroses à foyers denses à l'écran, généralement circonscrites et le plus souvent apexiennes, dont la nature tuberculeuse est souvent signée dans les pièces antérieures du dossier; nous ne les voulons pas séparer des tuberculoses fibreuses, même si cela heurte la pure doctrine et alors, elles seront évolutives ou actives (100 %) ou latentes et arrêtées depuis trop peu (100 %) ou franchement guéries (et nous leur appliquerons le taux variable comme au chapitre précédent) ; 2° les scléroses à images radiologiques diffuses et à symptomatologie d'emphysème seront considérées par nous comme l'aboutissant d'une primo ou d'une réinfection tuberculeuse dans un terrain spécial (syphilitique surtout) sinon comme le reliquat de toute autre maladie que la tuberculose (bronchopneumonie, bronchite des gazés ou des naso-pharynx infectés, etc...). Pratiquement ces scléroses diffuses sont à la tuberculose relevée dans les antécédents quelque chose comme ce qu'est le tabès à la syphilis, (bien entendu, quand il n'y a pas auprès d'elles d'authentiques lésions tuberculeuses concomitantes). A elles, nous refuserons l'indemnisation au titre de la tuberculose, mais considérant que les porteurs sont quelquefois plus infirmes et moins guérissables que les vrais tuberculeux, nous tiendrons en conscience à dédommager leur incapacité de travail au titre de cardiopathes, emphysémateux, gazés, bronchitiques chroniques, bronchectasiés, et au taux du guide-barême.

En conclusion de ce travail, nous voyons que la mission des surexperts comporte bien quelques difficultés, mais ces difficultés nous semblent possibles à résoudre, même sans la moindre modification de la

lettre du décret et sans discuter le fond de la question, simplement comme ceci :

1° On adoptera entre surexperts un code spécial de séméiologie pratique précise et indispensable pour légitimement présumer et admettre le diagnostic de T. P. e n dehors de la constatation du B. K. dans les crachats. Nous venons de proposer des bases pour ce code qu'il reste à établir.

2° On conviendra entre surexperts d'attribuer un taux de pourcentage variable et provisoire aux tuberculoses guéries ayant fait leurs preuves et aux scléroses tuberculeuses denses inactives, et pour être en conformité avec le texte du décret, on les désignera dans le rapport comme des cas douteux. De même aux scléroses diffuses, on refusera, de commun accord, toute pension au titre de la tuberculose et pour être en conformité avec le décret, on évitera d'émettre l'idée d'une participation quelconque de la tuberculose à l'origine du mal et surtout on n'écrira pas le mot « tuberculose » dans le rapport.

En finissant et pour être complet, je veux ajouter que la mission des surexperts est également désintéressée : beaucoup de travail et de réflexion, peu d'honoraires, car 5 fr., au prix actuel du change, cela ne compte plus !

Dr LEGOURD,
Lamotte-Beuvron.

L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE DANS NOS COLONIES AFRICAINES (1)

Par MM. BRUMPT, professeur, et JOYEUX professeur agrégé,

à la Faculté de médecine de Paris.

L'opinion publique commence enfin à comprendre de quelle utilité pourraient être nos colonies dans la crise économique dont souffre actuellement la France : une foule de denrées de première nécessité, d'usage journalier, devraient nous être fournies par nos possessions d'outremer, alors que nous les achetons fort cher à l'étranger. Ceci est particulièrement vrai pour la plus vaste de nos colonies, l'immense territoire formé par l'Afrique occidentale et équatoriale françaises, dont le mouvement d'exportation a été assez modeste jusqu'à ce jour.

La faute en est, dit-on, à notre manque d'esprit de suite, au peu d'initiative des colons, à l'esprit routinier de notre administration. Peut-être. Mais le principal obstacle à l'exploitation de nos colonies africaines est le manque de main-d'œuvre. Il est évident que les richesses naturelles ou agricoles d'un pays ont besoin d'ouvriers pour être exploitées ; or, ceux-ci font défaut.

Notre premier devoir de colonisateurs est donc de favoriser le développement de la main-d'œuvre : envoyer des médecins qui préserveront la santé des indigènes, créer des dispensaires, des crèches, diverses organisations sanitaires. Sans doute l'hygiène des travailleurs a déjà préoccupé les Pouvoirs publics ; récemment, le ministre des Colonies, dans une circulaire (22 juillet 1924), prescrivait une série de « mesures de protection sanitaire à appliquer sur tous les chantiers publics et privés de travailleurs indigènes dans toutes les colonies ». Mais il ne suffit pas de protéger l'indigène employé par l'Européen ; il faut pénétrer plus avant dans sa vie privée, surveiller son hygiène individuelle, celle de sa famille, notamment de ses enfants, trop souvent victimes d'une ignorance absolue en matière de puériculture. En un mot, il faut soigner la main-d'œuvre, non seulement actuelle, mais potentielle ; nous entendons par là les femmes et enfants.

Bien des fois, l'Académie de Médecine a été entretenue des affections qui sévissent dans la population noire et la déciment, ou du moins en diminuent le rendement : maladie du sommeil, paludisme, variole, ankylostomose, maladies infantiles diverses, etc. Le besoin de médecins a été tellement de fois reconnu et proclamé dans les publications médicales et les discours officiels que nous jugeons inutile d'insister sur cette vérité fondamentale.

Persuadés de l'énorme importance de l'assistance médicale indigène, les gouverneurs de nos colonies africaines devraient, semble-t-il, faire tous leurs efforts pour la développer, s'imposer des sacrifices budgétaires pour recruter de bons médecins, leur fournir un personnel auxiliaire d'élite, des dispensaires abondamment pourvus et outillés. C'est malheureusement le contraire qui se produit : nos colonies africaines, tout en semblant chercher des médecins, leur proposent de telles conditions que leurs tentatives sont d'avance vouées à un échec. On constate alors ce fait paradoxal : nos colonies possédant le moins de médecins sont précisément celles qui en auraient le plus besoin ; pour 185 médecins se trouvant en Indochine, 43 à Madagascar, on en compte seulement 92 en Afrique occidentale, 37 en Afrique équatoriale, 27 au Togo et au Cameroun. Ils ne sont d'ailleurs pas répartis d'une façon homogène dans tout le territoire ; une forte proportion est occupée à divers emplois dans les chefs-lieux et notamment à Dakar. On ne peut cependant prétendre que les jeunes médecins manquent d'enthousiasme pour s'expatrier ; l'exemple de l'Indochine est là pour prouver le

(1) Communication à l'Académie de médecine, 5 mai 1925.

contraire : de nombreux candidats ont leur dossier en souffrance, tant au ministère des Colonies qu'au gouvernement général de l'Indochine et attendent avec impatience le moment de partir en Extrême-Orient, cependant plus éloigné et au moins aussi malsain que nos possessions africaines. Mais l'Indochine rétribue convenablement son personnel médical, aussi le recrutement en est-il facile.

Voici, à titre d'exemple, les traitements des médecins dans nos diverses colonies et dans quelques possessions africaines étrangères, voisines des nôtres.

Soldes des médecins aux colonies :

Médecins du cadre de l'A. M. I. (assistance médicale indigène) en A. O. F. (Afrique Occidentale française).

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs	5 p. 100 déduits en francs
Début	7.500 »	12.750 »	12.112 50
Après 2 ans	8.500 »	14.450 »	13.727 50
— 4 —	10.000 »	17.000 »	16.150 »
— 6 —	11.000 »	18.700 »	17.765 »
— 8 —	12.500 »	21.250 »	20.187 50
— 10 —	14.000 »	23.800 »	22.610 »
— 12 —	16.000 »	27.200 »	25.840 »
— 14 —	18.000 »	30.600 »	29.070 »
— 17 —	19.000 »	32.300 »	30.685 »

Solde maxima, n'étant plus susceptible d'augmentation jusqu'à la retraite (vingt-cinq ans de services).

Indemnités de zone, de charges de famille, de tournées, de fonctions.

Indemnités de départ : 625 francs.

Médecins contractuels en A. O. F.

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs	5 p. 100 déduits en francs	12 p. 100 déduits en francs
Début	12.000	20.000	19.000	17.670
Après 2 ans	13.200	22.000	20.900	19.737
— 4 —	14.400	24.000	22.800	21.704
— 6 —	15.600	26.000	24.700	22.971
— 8 —	16.800	28.000	26.600	24.738
— 10 —	18.000	30.000	28.500	26.505
— 12 —	19.200	32.000	30.400	28.272
— 14 —	20.400	24.000	32.300	30.039
— 17 —	21.600	36.000	34.200	31.806

La solde peut continuer à s'élever de deux ans en deux ans (de 1.200 francs pour la solde de France, de 2.000 francs pour la solde coloniale).

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs
Après 18 ans	22.800	38.000
— 20 —	24.000	40.000
— 22 —	25.000	42.000
— 24 —	26.400	44.000

Indemnité de départ : 1.500 francs (mêmes indemnités qu'aux médecins du cadre de l'A. M. I.).

Médecins contractuels au Cameroun.

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs
Début	10.000	19.000
Après 2 ans	12.000	22.800
— 4 —	14.000	26.600
— 6 —	16.000	30.400
— 8 —	18.000	24.200
— 10 —	19.000	36.100

Indemnités de fonctions : 2.400 francs pour les circonscriptions de l'A. M. I. (servant lieu d'indemnités de tournées) ; 5.400 francs pour les secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Indemnités de zone : 8 à 12 francs par jour.

Indemnités de charges de famille.

Indemnités de départ : 833 fr. 33 (un mois de solde).

Médecin contractuel au Togo.

	Solde de France de francs	Solde coloniale de francs
Début	18.000	30.000

Augmentation possible après chaque séjour de deux ans.

Indemnités de route, de séjour, comme pour les fonctionnaires de la deuxième catégorie.

Médecins contractuels en A. E. F. (Afrique équatoriale française).

	Solde de France en francs	Soldes coloniale en francs
Début	12.000	24.000
Après 2 ans	13.500	27.000
— 4 —	15.000	30.000
— 6 —	16.500	33.000
— 8 —	18.000	36.000
— 10 —	19.500	39.000

Indemnité forfaitaire de tournée : 3.000 francs dans les circonscriptions d'assistance médicale ; 6.000 francs dans les secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil (à l'exclusion de toutes autres indemnités).

Pas d'indemnité de départ ; avance de 1.000 francs (un mois de solde).

Médecins contractuels à Madagascar.

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs
Début	11.000	18.700
Après 3 ans	13.000	22.100
— 6 —	16.000	27.200
— 9 —	18.000	30.600
— 12 —	21.000	35.700

Indemnités de zone, charges de famille, fonctions, comme pour les fonctionnaires des cadres locaux.

Médecins du cadre de l'A. M. I. en Indochine.

	Solde de France coloniale	Supplément colonial en piastres
Médecins stagiaires	9.000	3.990
— de 5e classe	10.000	4.275
— de 4e —	11.000	4.515
— de 3e —	12.000	4.715
— de 2e —	14.000	5.115
— de 1re —	16.000	5.515
— principal	18.000	5.915

Dans les provinces indemnité de 800 piastres (1)

Indemnités de zone, de tournées, de charges de famille.

Médecins contractuels en Guyane.

	Solde de France en francs	Solde coloniale en francs
Début	10.000	15.000

Augmentation possible après chaque séjour de deux ans.

Aucune indemnité, le supplément colonial de 5.000 francs en tenant lieu.

Médecins contractuels en Nouvelle-Calédonie.

	Solde unique en francs
Début	12.000
Après 3 ans	15.000
— 8 —	18.000
— 12 —	22.500

Indemnité annuelle de 1.500 à 3.000 francs pour la visite des tribus indigènes.

Indemnité annuelle de 1.500 francs pour soins aux indigents.

Clientèle civile à honoraires (tarif fixé par le Gouvernement).

Médecins aides majors de 2e classe des troupes coloniales (2).

Solde : 5.292 fr. ; à déduire 5 p. 100 pour retraite	5.027 50
Indemnité temporaire	3.960
Charges militaires	1.980
Monture	180
Indemnité de résidence	1.440
	12.587 50

Indemnités de fonctions (assistance indigène). Tournées. Charge de famille.

Voici maintenant les situations offertes par le Gouvernement belge aux médecins coloniaux du Congo belge, 121 sont prévus sur le budget 1924-1925.

Catégorie A.

Médecins dirigeants	Traitement initial en francs	Allocation de charge ou de fonction en francs
Médecin en chef, directeur du service de l'hygiène	50.000	6.000
Médecin provincial, médecin en chef adjoint	47.500	6.000
Médecin provincial	45.000	5.000
Médecin inspecteur	42.500	5.000

Catégorie B.

Médecin directeur de laboratoire et médecin hygiéniste principal	42.500	4.000
Médecin de laboratoire et médecin hygiéniste	36.000	4.000
Médecin adjoint de laboratoire et médecin hygiéniste adjoint	30.000	3.000

Catégorie C.

Médecin principal de 1re classe	40.000	5.000
Médecin principal de 2e cl.	36.000	4.000
Médecin de 1re classe	30.000	3.000
Médecin de 2e classe	26.000	2.000

Il faut encore ajouter une indemnité de vie chère, qui sera calculée suivant un index pris au Stanley Pool.

Le traitement de début pour un jeune médecin ne sera pas inférieur à 35.000 ou 36.000 francs en chiffres ronds.

Nous ne pouvons citer de chiffres pour les colonies anglaises et portugaises d'Afrique. Les traitements varient avec certains remaniements dans les cadres ; il s'y ajoute diverses indemnités : le tout varie avec les fluctuations du change et se convertit difficilement en francs. Contentons-nous de dire que les situations offertes à nos médecins sont inférieures à celles de nos confrères portugais et surtout anglais. Il résulte de ce fâcheux état de choses que, tous les ans, les meil-

(1) La piastre a une valeur variant avec le change (actuellement environ 10 à 12 francs). N. D. L. R.

(2) Les soldes des médecins contractuels civils sont forcément plus élevées que celles des médecins aides-majors des troupes coloniales ; ces derniers font partie d'un cadre général, avec retraite à vingt-cinq ans de service, retraite à laquelle n'ont pas droit les médecins contractuels. D'autre part, les médecins militaires sont généralement appelés, après un ou deux séjours dans les colonies moins favorisées, à servir dans d'autres possessions meilleures, tant au point de vue climat qu'à celui clientèle ; les médecins contractuels, au contraire, sont attachés, à une même colonie, dans laquelle s'écoule toute leur carrière.

leurs élèves de notre Institut de médecine coloniale acceptent les propositions du Gouvernement ou des entreprises industrielles du Congo belge.

Tout en nous réjouissant de l'essor économique que prend la colonie de nos alliés et amis belges, nous serions heureux que son exemple profitât à notre Afrique équatoriale française, sa voisine. On nous dit que la Belgique n'ayant qu'une seule colonie peut lui consentir des sacrifices plus grands que la France à ses multiples possessions. Mais la Belgique est un pays plus petit que la France ; le Portugal, la Hollande également ; cependant ils ont su organiser l'assistance médicale indigène. Nous ne parlons pas de l'Angleterre qui paye ses médecins et ses fonctionnaires avec une largesse ne pouvant être comparée à notre parcimonie.

On nous objecte également que le médecin ne peut être plus rétribué qu'un administrateur, lequel représente le Gouvernement. Cependant, dans nos départements français, un préfet conçoit très bien que des médecins aient une situation supérieure à la sienne, sans que son autorité en soit aucunement diminuée. Les fonctionnaires coloniaux qui raisonnent ainsi sont généralement élevés en grade, résident au chef-lieu où se trouve un hôpital prêt à les recevoir en cas de maladie. Nous serions curieux de savoir si cette opinion est également celle des commandants de cercles de l'intérieur, éloignés de tout centre médical, et si ces derniers ne seraient pas heureux de pouvoir compter, le cas échéant, sur les soins d'un bon médecin, pour leur famille qui partage courageusement avec eux l'existence pénible de la brousse, même si ce médecin doit avoir un traitement un peu supérieur au leur. Il serait d'ailleurs aisé de tourner la difficulté : donner aux médecins le même traitement qu'aux administrateurs et y a jouter une prime de technicité ou de risques professionnels, c'est là une pure question de forme facile à résoudre.

Le recrutement des médecins serait grandement favorisé et accru, si, dès le début de leurs études médicales, ils s'orientaient vers la carrière coloniale. Le Gouvernement hollandais et plusieurs colonies portugaises ont eu l'heureuse idée de créer des bourses d'études destinées aux jeunes gens qui consentent à s'expatrier après obtention de leur diplôme. Ils contractent un engagement plus ou moins long, suivant que la bourse est plus ou moins importante. Sans doute, dira-t-on, les Ecoles militaires de Bordeaux et de Lyon (section coloniale récemment créée) répondent à ce but ; mais de nombreux étudiants préfèrent, souvent pour des raisons privées, faire toutes leurs études dans la même ville universitaire. Rappelons que l'Ecole de Lyon a depuis peu permis à ses élèves de continuer à suivre l'enseignement dans leurs Facultés respectives ; son recrutement s'en est bien trouvé. Après la soutenance de leur thèse, les futurs médecins coloniaux feraient un stage dans les Instituts de médecine coloniale de Paris, Marseille, Bordeaux ou Alger. Dans plusieurs pays européens existent des Instituts semblables, leur diplôme est exigé pour l'exercice de la médecine aux colonies. La France fait seule exception à cette règle et engage des praticiens pour ses possessions sans s'inquiéter de savoir s'ils connaissent leur spécialité. Il serait désirable que les médecins, entrant dans les cadres d'assistance indigène, eussent une ancienneté égale à celle des aides-majors au début de leur carrière, ce droit d'ancienneté existant également pour les administrateurs adjoints sortant de l'Ecole coloniale. Ces cadres locaux sont d'une extrême importance. Le médecin passant toute sa carrière dans une colonie a le temps de se familiariser avec la pathologie et l'hygiène locales. Il peut connaître les mœurs et la langue des indigènes, choses indispensables pour arriver à gagner leur confiance. D'ailleurs dans les colonies étrangères, les médecins assurant les services d'assistance indigène appartiennent à des cadres locaux.

Il faudrait aussi que le médecin s'occupant d'assistance indigène pût se consacrer tout entier à sa tâche. Trop souvent, il est obligé de laisser sa consultation à la garde d'un « infirmier », si nous osons employer ce mot pour désigner l'indigène chargé de le seconder, et qui, en son absence, pourra commettre toutes sortes de bévues, sinon de malhonnêtetés. Sans doute, le devoir du médecin est de se transporter au chevet des malades éloignés, en attendant que les postes d'assistance soient assez rapprochés pour éviter ces pénibles randonnées ; sans doute aussi, les tournées de vaccination et de prophylaxie sont indispensables, notamment en Afrique équatoriale à cause de la maladie du sommeil, mais trop souvent on use du médecin d'assistance pour le faire participer au recrutement des tirailleurs. Il est ainsi absent de son poste pendant un ou deux mois. En outre, cette opération, pas toujours très populaire, va à l'encontre du but que se propose l'assistance médicale, qui est de gagner la confiance de l'indigène, de l'amener, doucement et sans le brusquer, à nos méthodes européennes.

Enfin, il nous semble que le soin d'organiser l'assistance médicale indigène, au moins dans ses grandes lignes, devrait incomber au ministre des Colonies qui fixerait lui-même, pour chacune de nos possessions, le nombre de médecins nécessaire. Le Comité d'hygiène de la Société des Nations, à propos de la lutte contre la maladie du sommeil, vient précisément d'appeler l'attention des gouvernants sur la nécessité de proportionner l'importance du service médical au chiffre de la population.

« La métropole, disait l'un de nous récemment, laisse trop d'initiative aux gouverneurs des colonies. Quelques-uns, oubliant les admirables leçons des Galliéni et des Lyautey qui ont mis l'assistance médicale au premier rang de leurs préoccupations, prétendent coloniser sans médecins, sous prétexte que les exigences de ces derniers sont trop grandes. Beaucoup de colonies semblent n'avoir qu'une ambition : celle de présenter un budget bien équilibré, avec un excédent de recettes si possible. Or cela ne suffit pas pour rendre une colonie prospère et digne du pays qui en a la responsabilité morale. Si chaque vie humaine que l'assistance médicale aurait pu sauver était écrite au chapitre des dépenses, on verrait que ces colonies qui semblent ne rien coûter à la métropole présentent, en réalité, un formidable déficit, impossible à solder. »

La guerre et la crise que nous traversons actuellement nous ont montré que la métropole et ses colonies étaient étroitement solidaires ; nous avons trop besoin des ressources de nos possessions pour nous désintéresser de la façon dont elles sont mises en valeur.

En résumé, l'organisation de l'assistance médicale indigène est indispensable dans nos colonies d'Afrique, pour le développement et la protection de la main-d'œuvre, nécessaire à la mise en valeur du pays. La vocation coloniale ne manque aucunement à nos jeunes médecins, comme on l'a prétendu ; leur recrutement sera facile lorsqu'on comprendra que, pour les décider à s'expatrier, il faut leur offrir des compensations pécuniaires, et non des situations à peine égales ou même inférieures à celles qu'ils auraient en restant en France.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **XVIIIe Congrès français de médecine.** Nancy, 16-19 juillet 1925. — *Programme général du Congrès :*

Jeudi 16 *juillet.* — 9 heures. Séance d'ouverture du Congrès (salle Victor Poirel), (près de la gare) ; 10 h. 1/2. Visite des hôpitaux (des auto-cars seront à la disposition des congressistes) ; 14 heures. Grand amphithéâtre de l'Institut Anatomique, rue Lionnois : Les angines de poitrine. Rapporteurs : MM. Gallavardin (de Lyon), Richon (de Nancy) ; 17 heures. Réception à l'Hôtel-de-Ville (place Stanislas) ; 18 heures. Visite de Nancy-Thermal.

Vendredi 17 *juillet.* — 9 heures. Grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois : de l'acidose. Rapporteurs : MM. Labbé et Nepveux (de Paris), Petren (de Lund, Suède), Dautrebande (de la Fondation Reine-Elisabeth, à Bruxelles). — 2 heures : Suite de la discussion des rapports sur l'angine de poitrine et sur l'acidose et communications diverses. — 17 heures : Excursions en groupes : sanatorium de Lay-Saint-Christophe. Préventorium de Flavigny. Mines de sel de Varangéville. Grand-Couronné. ; 20 h. 45. Représentation de gala au Grand théâtre (place Stanislas).

Samedi 18 *juillet.* — 9 heures. Grand Amphithéâtre de l'Institut anatomique : formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires. Rapporteurs : MM Bezançon et I. de Jong (de Paris), J. Parisot et Caussade (de Nancy). — 14 heures : Communications diverses (amphithéâtre de l'Institut anatomique). Communications de dermatologie et syphiligraphie (hôpital Fournier). Communications relatives à la tuberculose (hôpital Villemin). — 18 heures. Assemblée générale de l'Association des médecins de langue française. — 19 h. 1/2. Banquet des Congressistes au Restaurant Walter (place Stanislas).

Dimanche 19 *juillet.* Excursions finales : Lunéville (Château et bosquets), Badonviller, La Chapelotte (champ de bataille), Vexaincourt, Le Donon, Contrexéville, Vittel.

— **Un Congrès spécial de malariologie** se tiendra à Rome les 4, 5, 6 octobre 1925, sous la présidence de M. le professeur E. Marchiafava. Le Comité exécutif se compose de MM. les professeurs V. Ascoli, A. Bignami, vice-présidents ; A. Dionisi, G. Gaglio, B. Gosio, M. Sella membres ; G. Bastianelli, secrétaire général ; A. Nazari vice-secrétaire.

Les savants qui désirent participer à ce Congrès et y faire quelques communications sont priés de vouloir bien en informer directement M. le Pr Bastianelli, secrétaire général du Congrès, via XXIV Maggio, 14, Rome.

— **Le dîner des 50 années de pratique médicale.** — La Société médicale de l'Albany County (Etat de New-York) vient de donner un dîner en l'honneur de ceux de ses membres (ils sont au nombre de onze) ayant au moins cinquante années de pratique médicale.

— **Le sanatorium des étudiants.** — Nous avons publié ici-même des informations concernant cette œuvre que l'Union nationale a, sur l'initiative de la Section de médecine de l'A., entrepris de créer. Bien que près de trois millions aient été recueillis, il manque encore aux étudiants des sommes importantes pour mener à bien les projets formés.

Des renseignements ou brochures détaillées peuvent être demandés à M. Crouzat, secrétaire général, 1, rue Pierre-Curie à Paris 5e. Téléphone : Gobelins 73-09.

— **Institut d'hydrologie de Toulouse.** — Nous avons signalé, à diverses reprises, de quelle utilité étaient les Instituts d'hydrologie qui fonctionnent auprès de nos Facultés. Sous la vigoureuse impulsion de M. le Pr Serr, des cours ont été faits pendant ce dernier trimestre, cours qui ont remporté le plus légitime succès. M. le Dr Gandy, de Bagnères-de-Bigorre, a présenté avec projections les cures thermales de sa station. Le Dr Gandy, président de la Fédération thermale et climatique des Pyrénées, a été fort applaudi. Quelques jours plus tard, M. le Dr Baudouin, chargé de cours à l'Institut d'hydrologie de Paris et président du 5e Congrès des Villes d'eaux, est venu spécialement auprès de la Faculté de Toulouse, pour y donner deux conférences, l'une, sur la cure marine et ses indications, l'autre, sur l'héliothérapie.

Professeurs, médecins praticiens, étudiants et aussi

un très nombreux public non médical avaient tenu à suivre ces diverses conférences. Il faut souligner ici l'importance de ces diverses manifestations scientifiques. L'hydrologie et la climatologie sont entrées, de haute lutte, dans le domaine de la thérapeutique et alors qu'il y a 10 ans, à peine, de très rares étudiants en mal de 4e examen suivaient les cours spécialisés, c'est actuellement le succès sur toute la ligne.

Toutes les facultés rivalisent du reste et les V.E.M. provinciaux et parisiens n'ont jamais eu plus d'adhérents.

Il est également procédé à l'enseignement du personnel subalterne des établissements de bains. Cette année, pour la seconde fois, Luchon sera le siège de cet enseignement technique, enseignement qui est placé sous le patronage de l'Institut d'hydrologie de Toulouse.

Rappelons à nos confrères des stations que les Instituts d'hydrologie réclament tous documents concernant leurs villes d'eaux.

R.M.

— **Congrès international des travailleurs intellectuels (C. I. T. I).** — Le troisième Congrès des Travailleurs Intellectuels s'est tenu à la Sorbonne. Y ont pris part des délégués et représentants, d'Autriche, de Belgique, de Bulgarie, de Finlande, de France, de Grande-Bretagne et de Pologne, de Roumanie, de Serbie et de Tchécoslovaquie, du Luxembourg, du Portugal.

La C. I. T. I. groupait cette année les effectifs suivants : Autriche, 410.000 ; Belgique, 6.000 ; Bulgarie, 25.000 ; Finlande, 12.000 ; France, 183.000 ; Grande-Bretagne, 330.000 ; Roumanie, 100.000 ; Tchécoslovaquie, 160.000 ; Pologne, 140.000 ; Serbie, 22.000. Par conséquent, un million et demi de Travailleurs Intellectuels adhèrent aux C. T. I. européennes.

— **Voyage d'étude pour médecins aux stations hydrominérales et climatiques d'Italie.** — Chaque année un voyage d'étude pour médecins aux stations de cure d'Italie (Nord-Sud) est organisé par l' *Ente Nazionale Industrie Turistiche* (*ENIT*), Office National Italien du Tourisme, 6 Via Marghera, Rome.

La série de ces voyages a été ouverte en 1924 par le premier Nord-Sud aux principales stations hydrominérales italiennes.

Le deuxième Nord-Sud aura lieu du 5 au 21 septembre 1925 à un groupe de stations hydrominérales et climatiques du Nord et du Centre d'Italie. I sera dirigépar le prof. Guido Ruata, secrétaire général de l'ENIT.

Le voyage s'effectuera en train spécial de première classe. Dans les localités visitées les participants seront logés dans les meilleurs hôtels, avec traitement de premier ordre.

Des médecins-interprètes seront affectés au Nord-Sud pour les langues française, anglaise et allemande. Les adhérents sont priés de spécifier dans le bulletin d'inscription le groupe linguistique auquel ils désirent être rattachés (italien, français, anglais, allemand).

Dans chaque localité une conférence explicative sera donnée par une personnalité médicale de la station, dont le texte en français, anglais et allemand sera en même temps distribué aux participants. Suivra la visite par groupes aux établissements et aux choses remarquables, sous la conduite des médecins de la station, assistés par les médecins-interprètes.

— **La Section de Médecine de l'Association Générale des Étudiants.** — Bureau pour 1925 : Président : M. Bloch, président sortant ; vice-présidents : MM. M. Mathieu, vice-président sortant, A. Despres ; trésorier : M. P. Norza ; trésorier-adjoint : M. Stoclet ; secrétaires : MM. Leblanc et Barrault ; bibliothécaires : MM. P. Contal, bibliothécaire sortant Darnis, Guichard et Fromont.

— **Société de dermatologie.** — *Prix Zambaco.* — Le Comité de direction de la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie* a décidé de porter de 800 francs à 1500 francs le montant du prochain prix Zambaco, qui sera décerné en 1926.

Les mémoires présentés pour ce prix et dont le sujet est laissé libre, au choix de chaque concurrent, devront être adressés à M. le secrétaire général (Hôpital Saint Louis) au plus tard le 30 novembre 1925.

— **Le XIe Centenaire de l'Université de Pavie.** — L'Université de Pavie, où se sont illustrés Volta, Scarpa, Lanfranc, Spallanzani, a fêté, le 21 mai dernier, le XIe centenaire de sa fondation. L'Académie et la Faculté de médecine de Paris avaient délégué le professeur Vaquez, qui remit au recteur de l'Université italienne une adresse — rédigée en latin, comme il convient pour une école qui remonte au Moyen-Age — adresse portant les signatures : *Praeses*, Barrier ; *secretarius* : Ch. Achard.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée** — Relations de Paris avec les villes d'eaux et les centres de séjour du Dauphiné et de la Savoie pendant la saison d'été.

L'attention des voyageurs désireux de se rendre dans les villes d'eaux et les centres de séjour du Dauphiné et de la Savoie est appelée sur les relations suivantes : *Depuis le* 3 *juin* : *a*) rapide de jour : 1re, 2e, 3e classes, wagon-restaurant, Paris, dép. 8 h.; Grenoble, arr., 19 h. 50. — *b*) rapide de jour : 1re classe, wagon-restaurant, Paris, dép., 9 h. ; Grenoble, arr. 20 h. 50. — Rapide de nuit : places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, Paris, dép. 20 h. 35 ; Grenoble arr. 7 h. 10. — Rapide de jour : 1re et 2e classes, wagon-restaurant, entre Paris, Genève et la Savoie : Paris, dép. 8 h. 10 ; Genève, arr. 19 h. 25 ; Evian, arr. 20 h. 50 ; Aix-les-Bains, arr. 17 h. 27 ; Annecy, arr. 19 h. 12. — Rapide de nuit : places de luxe, 1re et 2e classes, entre Paris, Evian et Annecy : Paris, dép. 20 h. 05 ; Evian, arr. 8 h. 23 ; Annecy, arr. 6 h. 42 ; Prolongé à dater du 15 juin d'Annecy à Sallanches-Combloux (arr. 9 h. 37) et Chamonix (arr. 11 h.)

— **Clinique maritime de Coq-sur-Mer.** *Cours de vacances.* — Du 17 au 22 août prochain, le docteur Delchef donnera à la clinique maritime de Coq-sur-Mer, un cours de vacances avec la collaboration des docteurs Wettendorff, de Middelkerke, et Ledent, de Liége. Le cours sera illustré de démonstrations pratiques (appareillages et opérations). Le droit d'inscription est fixé à cent francs. Les médecins désireux de suivre le cours sont priés de bien vouloir envoyer leur adhésion au docteur Delchef, 38, rue Stévin, à Bruxelles, avant le 10 août.

Programme du cours : coxalgie, arthrites non tuberculeuses de la hanche, mal de Pott, adénites tuberculeuses, etc. ; thalassothérapie, héliothérapie, photothérapie, gymnastique orthopédique.

— **Le V. E. M. des Facultés de Paris, Lille et Montpellier.** — C'est à Vichy que s'est terminé le V. E. M. organisé par la Fédération thermale du centre de la France.

Après la visite des sources, de l'établissement thermal, et des divers services techniques, les participants furent conviés par la Compagnie Fermière à un banquet à l'hôtel Carlton.

La réunion était présidée par M. Normand, secrétaire général de la Compagnie Fermière, ayant à ses côtés MM. les professeurs Rathery, Harvier, Pierret et Giraud ; M. le docteur Le Moignic, commissaire du gouvernement ; M, le docteur Chabrol, président de la Société des sciences médicales de Vichy ; M. Bonjean, administrateur délégué de la Société du Casino, etc.

M. Normand après avoir indiqué que la Compagnie

de Vichy se devait d'assurer le développement continu de la station et de la placer au premier rang de toutes les stations thermales du monde, à l'avant-garde de tous les progrès scientifiques, dit notamment :

« Vous avez pu constater, par votre visite détaillée des installations, tout ce qui a pu être réalisé tant au point de vue des traitements par l'eau minérale, bains et douches sous toutes leurs formes, vaporisations, inhalations, etc. qu'au point de vue des traitements annexes d'électrothérapie et de mécanothérapie, adjuvants précieux de la cure thermale.

« Vous avez pu voir aussi, que nous n'avons rien négligé pour le développement et le perfectionnement méthodique de nos installations d'embouteillage, qui nous permettent aujourd'hui d'assurer, dans les meilleures conditions d'asepsie, l'expédition dans le monde entier de près de quarante millions de bouteilles des eaux de « Vichy-Etat ».

M. le docteur Chabrol, président de la Société des Sciences médicales, définit la portée scientifique des V. E. M.. cours supplémentaires pratiques de thérapeutique hydrominérale.

M. le docteur Le Moignic, commissaire du gouvernement, caractérise en termes imagés, ce que Vichy représente pour la science et pour le soulagement des souffrances humaines.

Le professeur Rathery fait, avec l'autorité qui s'attache à ses paroles, un panégyrique de Vichy, reine des stations thermales. « Vichy, dit-il, est la synthèse de ce que l'on peut faire de mieux au point de vue de l'hydrologie ».

Le professeur Harvier développe ce thème : « Vichy n'est pas seulement la reine des stations thermales, Vichy est aussi la *bonne* fée des étudiants. »

L'orateur adresse un salut reconnaissant au professeur Carnot, premier organisateur des V. E. M. d'étudiants.

Le professeur Pierret parle de Vichy en termes d'une littéraire élégance.

Le professeur Giraud fait un éloquent éloge de la grande station française. Il voit dans Vichy le siège idéal d'un laboratoire d'hydrologie appelé à rendre d'incalculables services. L'orateur tient à rendre hommage à la Compagnie de Vichy et au Corps médical de la station.

Les étudiants des trois Facultés voulurent aussi exprimer leur admiration et leur reconnaissance à Vichy. Au nom de leurs camarades, MM. Lajani, de la Faculté de Paris ; Forest, de la Faculté de Lille ; et de Lapeyrie, de de la Faculté de Montpellier, prononcèrent trois allocutions excellemment venues, encore que de ton et de caractère très différents. Tous surent exprimer dignement leurs sentiments et leurs idées. Ce fut sur cette jolie note de jeunesse que s'acheva ce mémorable V. E. M.

— **Les aphasiques de guerre.** *Cours de rééducation.* — L'œuvre des aphasiques de guerre, dont le siège est à Paris, 3, avenue des Ternes (XVIIe), informe les réformés ex-combattants privés de la parole, partiellement ou totalement, que les cours d'été gratuits de rééducation de la parole sont ouverts depuis le 25 mai 1925.

— **Le prix d'un accouchement pour les sages-femmes de l'Assistance à Paris.** — Le Conseil municipal de la ville de Paris vient de fixer comme suit les prix des accouchements payés aux sages-femmes de l'Assistance publique.

« A partir du 1er avril 1925, les indemnités accordées aux sages-femmes agréées des hôpitaux et aux sages-femmes des bureaux de bienfaisance seront :

« 1° Pour les sages-femmes agréées des hôpitaux, 50 à 60 fr. par accouchement et prix de journée des malades de 15 à 17 fr. ;

« 2° Pour les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, le prix de l'accouchement et des soins à domicile est porté de 70 à 100 fr. ;

— **Congrès des Commissions administratives hospitalières du Nord-ouest.** — Le Congrès des Commissions administratives des hôpitaux et hospices du Nord-Ouest a eu lieu du 17 au 19 avril dernier, à Cherbourg.

Ce Congrès a émis le vœu que les administrations hospitalières s'entendent entre elles pour prendre en subsistance les internes venant, par échange, d'une Faculté ou Ecole de médecine voisines, et pour leur accorder des bourses de voyage.

La réunion de 1926 se tiendra à Tours.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — Relations de Paris avec les Villes d'Eaux et les Centres de séjour de l'Auvergne pendant l'été. — L'attention des voyageurs désireux de se rendre dans les villes d'eaux et les centres de séjour de l'Auvergne est appelée sur les relations suivantes.

Depuis le 5 juin : *Rapide de jour* : 1re et 2e classes, wagon-restaurant ; entre Paris et Vichy, Paris, dép. 10 h. 30 ; Vichy, arr. 16 h. 27. — *Rapide de jour* : toutes classes, wagon-restaurant, entre Paris, Vichy et Saint-Etienne, Paris, dép. 13 h. 50 ; Vichy, arr. 19 h. 38 ; Saint-Etienne, arr. 21 h. 56. *Express de nuit* : places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, Paris, dép. 22 h. 10, Saint-Etienne, arr. 7 h. 30. — *Express de nuit* : places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris, Vichy, Clermont-Ferrand Royat, Châtel-Guyon, Issoire et Brioude, Paris, dép. 22 h. 40, Vichy, arr. 5 h. 40, Châtel-Guyon, arr. 7 h. 8 ; Clermont-Ferrand 6 h. 40, Royat, arr. 7 h. 7 ; Issoire, arr. 7 h. 53 ; Brioude, arr. 9 h.

Correspondance à Issoire sur Saint-Nectaire, Murols et Besse par autocars P.-L.-M.

Express de nuit : couchettes, 1re, 2e et 3e classes, entre Paris, le Cantal et le Midi, via Clermont-Ferrand.

Paris, dép. 20 h. 40, Clermont-Ferrand, arr. 3 h. 50, Issoire-Saint-Nectaire, arr. 4 h. 52, Brioude, arr. 5 h. 50, Saint-Flour, arr. 7 h. 48, Béziers, arr. 15 h. 23, Nîmes, arr. 13 h. 34.

— **Home de repos pour gardes-malades, à la Panne.** — Les gardes-malades françaises qui voudraient, pendant les périodes de congé, visiter la Belgique, peuvent séjourner au *Home*, qui se fera un plaisir de les accueillir. La *Villa Donny*, ouverte à la Panne en 1924, dans la plus belle partie des dunes, domine d'une part la mer du Nord, de l'autre la vaste plaine des Flandres et offre aux gardes-malades belges et étrangères un lieu de villégiature agréable et reposant. S'adresser au Secrétariat de « La Famille de l'Infimière », 18, rue de la Source, à Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

jeunes pensionnaires (huit), enfants chétifs auxquels elle donne les soins que nécessite leur état.

Cette dame est-elle astreinte à payer le chiffre d'affaires ? Si oui, sur quelles bases ce chiffre d'affaires est-il exigible.

Dr J.

Réponse.

La personne en cause est passible de la taxe sur le chiffre d'affaires. Celle-ci sera calculée sur le montant des pensions qui lui sont payées.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1490. — 1° Répétition du plâtre après radio. 2° Fracture du maxillaire inférieur.

Je vous prie de bien vouloir demander à M. Decourt quels honoraires il lui paraît convenable de réclamer dans les cas suivants d'accidents de travail :

1° Fracture de jambe, reconnue et réduite par le médecin traitant. A la vérification radiologique, on reconnaît, en plus, une fracture du calcanéum, véritable enfoncement du tibia dans le calcanéum, par chute d'un lieu élevé. De là, nécessité d'enlever le plâtre posé par le médecin traitant pour la fracture du tibia et d'en appliquer un autre, modelant les fragments calcanéens.

Quels honoraires pour le médecin traitant (plâtre pour réduction du tibia), quels honoraires pour le chirurgien (plâtre pour réduction du calcanéum) ?

2° Fracture ouverte du maxillaire inférieur. J'ai fait une ligature des dents voisines du trait de fracture. Quels honoraires ? Je vois : fracture non opérée, 30 fr. ; ce n'est pas le cas. Fracture opérée ou prothèse, 400 fr. Peut-être est-ce trop pour une simple ligature, encore que celle-ci soit souvent délicate à placer ?

3° Même cas, mais avec deux traits de fracture, entre l'incisive latérale et la canine de chaque côté. Là encore, j'ai fait une ligature de chaque côté.

Dr C.

Réponse.

1° Vous avez à compter : *a*) pour la première intervention : « réduction et contention de fracture de jambe ; *b*) pour la deuxième intervention : « répétition d'appareil plâtré des grands segments de membre » (article 18, *in fine*).

2° Je ne pense pas qu'on puisse compter comme « opérée » une fracture du maxillaire inférieur pour une ligature des dents voisines du trait de fracture. Je n'ai jamais vu ce litige, mais, *a priori*, je ne crois pas qu'on vous accorde pour cette modeste intervention plus des trente francs indiqués.

F. D.

II

1522. — Interventions d'urgence : *a*) le dimanche ; *b*) la nuit.

Encore un des x + 1 problèmes dont je ne crois pas avoir trouvé la solution dans le *Concours*, quoique je le lise avec soin.

Un mineur en service de nuit se fracture l'extrémité inférieure du radius au cours de la nuit du samedi au dimanche. Je suis obligé naturellement de le voir le dimanche. Le § 6, art. 3, dit : la visite sera majorée de 50 %, mais ce prix de visite se confondant avec réduction et contention de fracture, que devient-il ? Est-ce 60 + 30 % (2e catégorie) ?

Le cas ne s'est pas encore présenté pour moi, mais en même temps, et comme pendant le travail de nuit des accidents semblables et même plus urgents telle une fracture de jambe par exemple ou une plaie grave peuvent se produire, comment interpréter le tarif de visite triplé avec un acte chirurgical nécessité par l'urgence ? Je dis chirurgical et non *opératoire* qui seul semble motiver une majoration de 25 %.

C'est toujours les mêmes qui recommencent, mais quand aurons-nous passé en revue tous les cas qui peuvent se produire, en dehors des cas types prévus par le tarif Breton ?

Dr L.

Réponse.

1° *Intervention dominicale.* — D'après l'article 3 b), il n'y a de majoration dominicale que pour la *visite* seulement et non pour consultation ou intervention, qui sont comptées le même prix le dimanche qu'en semaine.

2° *Intervention de nuit.* — Celle-ci est majorée, non pas de 50 % d'après l'article 3 b), non pas triplée, d'après l'article 4, mais majorée de 25 % d'après l'article 8. En résumé, voici les majorations pour visite ou intervention d'urgence :

a) 50 %, article 3 b), pour visite du *dimanche*.

b) 200 %, article 4, pour consultation ou visite de *nuit*, qui sont donc triplées.

c) 25 %, article 8, pour intervention de *nuit*.

d) néant, pour consultation ou intervention le dimanche.

F. D.

III

1573. — Rétrocatégorisation.

Par application du tarif Breton art. 27 A et 1er, j'ai toujours tarifé les *extractions de corps étrangers* PROFONDÉMENT IMPLANTÉS *de la cornée* comme suit :

Extraction	20 fr.	(1re catégorie)
Certificat	5 fr.	(*régions libérées*)
Total	25 fr.	

sans jamais avoir eu la moindre objection, ni contestation d'aucune Compagnie d'assurances qui m'ont toujours réglé ainsi.

Or, voici qu'une Compagnie émet la prétention de ne me régler plusieurs extractions dont elle m'est redevable qu'à 20 fr.

La Compagnie prétend qu'en vertu d'une modification RÉCENTE du tarif Breton je n'ai plus droit qu'à 15 fr. au lieu de 20 pour l'extraction proprement dite.

Est-ce exact ?

Dans ce cas qu'elle est la modification récente apportée au tarif Breton à laquelle la Compagnie fait allusion et que je n'ai encore vue dans aucun journal médical, dans aucune revue, dans aucun bulletin ?

Nature de la modification ?

Date du décret ?

Date d'application ?

Comme il s'agit d'une question de principe et que je ne transige jamais lorsque les principes sont en jeu, je vous serais obligé de vouloir bien me renseigner très exactement, de votre réponse devant découler naturellement mon attitude vis-à-vis de l'assurance en question.

Dr E.

Réponse.

Il s'agit là de l'arrêté du 24 décembre 1924, qui modifie les « régions dévastées » indiquées dans l'arrêté du 28 juin 1921. Et vous constaterez, dans le dit arrêté, comme je viens de le faire, que pour le département de la *Marne*, seuls font partie maintenant de ces régions « l'arrondissement de Reims, les cantons de Suippes, Dormans, Sainte-Menehould, Dommartin-sur-Yèvres, Ville-sur-Tourbe, Heiltz le Marupt, Thiéblemont et la commune de Venteuil ». Votre ville n'en faisant plus partie, vous êtes maintenant en deuxième catégorie avec 25 % de diminution sur les prix du tarif. Donc vos 20 fancs d'extraction, etc., sont devenus 15 francs. Ajoutez les 5 francs de certificat, cela vous fait bien les 20 francs que vous offre la Compagnie. Cette « rétrocatégorisation » de nombreux confrères fut longuement expliquée dans mon article du *Concours*, du 8 février dernier.

F. D.

IV

1578. — Consultations entre confrères.

Veuillez trouver ci-jointe une demande par une assurance de réduction de mes honoraires et me dire ce que vous en pensez :

1° La consultation avec le Dr D... a eu lieu au cabinet du Dr D... Le domicile de ce chirurgien est à D..., bien plus éloigné que celui de mon blessé;

2° La visite que j'ai faite le dimanche 8 février était parfaitement justifiée comme celle du 1er. Je ne pouvais laisser deux jours mon blessé sans pansement pour éviter une dépense à l'assurance.

3° La contrevisite du médecin contrôleur, le Dr M..., s'est faite à mon cabinet.

J'attends votre avis obligeant avant de répondre à la Compagnie d'assurance. Je veux bien faire des concessions, mais je veux mon dû.

Dr G.

Réponse.

1° Pour la consultation du 28 janvier, vous demandez 30 francs ; la Compagnie vous en offre 24. En réalité, elle vous doit 30 *frs. plus votre déplacement,* attendu que la consultation n'a pas eu lieu à votre cabinet et que l'article 5 ajoute : « Le tarif kilométrique sera appliqué s'il y a lieu ». Votre confrère et vous n'habitant pas la même commune, il va de soi que *celui qui s'est déplacé* doit être payé de ses frais de déplacement, étant entendu que ce soient les frais *minima* de déplacement, c'est-à-dire que le docteur D... était *le chirurgien le plus proche* (ainsi qu'il est dit au dernier alinéa de l'article 2).

2° Pour la visite du dimanche 8 février, y avait-il urgence ou non ? Ce n'est plus là une question de tarif, mais de *fait*, dans laquelle je ne m'immisce jamais.

3° Si le docteur M... le 6 mars, est venu comme médecin de l'assurance, ce n'est plus l'article 4 qui est en jeu, mais l'article 3 a). La Compagnie a donc raison de ne payer qu'une majoration de 50 % et non visite triple, soit 15 francs et non 30.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

1467. — Intervention à l'hôpital public.

Je reçois à l'instant la lettre incluse que j'ai l'honneur de vous transmettre.

Il s'agit de deux bénéficiaires : C..., T... qui sont entrés dans mon service (SALLES CIVILES), pour se faire opérer pour des cas relevant des faits de guerre.

Le premier, éclat de grenade, dans l'interstice tibio-péronier, ayant créé deux fistules distantes de 15 centimètres sur la face externe de la jambe.

Le second, spina ventosa de l'articulation de l'index avec son métacarpien, suite d'une blessure par éclat d'obus à cet endroit.

Désarticulation de l'index et de son métacarpien.

Ces deux blessés sont entrés à l'hôpital dans mon service, après m'avoir consulté dans mon cabinet, et pour être opérés.

D'ailleurs ils sont venus me consulter sur le conseil de leurs médecins le Dr F..... et le Dr S....

L'article 66 du décret du 25 octobre 1912 que j'ai devant moi dit :

« Si le malade est admis dans un hôpital public ou..... les frais de séjour, de traitement et d'interventions (je suppose chirurgicales) sont remboursés suivant le tarif adopté dans cet hôpital, etc., etc.

Je vous prie de me dire ce que je dois faire.

La Commission de contrôle doit siéger à la Préfec-

ture et je n'ai aucune intention d'entreprendre un voyage qui me fera perdre une journée.

Dr C.

Réponse.

Ce n'est qu'à l'article 67 (qui a rapport aux établissements *privés*) qu'il est prévu le paiement des interventions suivant le tarif Maginot, mais non pas à l'article 66 (qui a rapport aux établissements *publics*). Les deux pensionnés dont vous parlez furent soignés dans les salles (civiles ou non) d'un hôpital public dont vous êtes le chirurgien. Vous ne seriez en droit de réclamer des honoraires pour vos interventions que « d'après le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes », autrement dit : de l'assistance médicale gratuite. Auquel cas, je ne pense pas que vous touchiez des honoraires suivant un tarif spécial, mais que toutes ces interventions sont comprises dans votre fixe annuel, comme d'ordinaire.

Conclusion. — Pour un fixe dérisoire annuel, le chirurgien des hôpitaux soigne gratuitement les malades de l'A. M. G., les pensionnés de guerre, les accidentés du travail ... et bien d'autres encore, même ceux qui auraient le moyen de les payer, mais ont su se faire admettre à l'hôpital et dans des chambres particulières parfois, pour lesquelles ils payent fort bien l'hôpital. Et tout cela, faute d'entente entre les confrères dans cette situation qui ne « rouspètent » pas et se laissent bénévolement exploiter.

F. D.

II

1459. — La catégorie est fixée par le lieu où furent donnés les soins à domicile.

Je sais depuis fort longtemps que les soins aux mutilés sont tarifés par catégorie selon le nombre d'habitants de leur localité.

Or, je soigne actuellement un mutilé, ayant habité C... (30.000 habitants), et *me présentant comme payement un carnet de la commune de C...*, mais il réside acteuellement à X... (campagne de 1.500 habitants). à 3 kilomètres de chez moi.

Quelle catégorie dois-je appliquer ? (2e ou 3e catégorie).

Dr J.

Réponse

La Commission supérieure a décidé que par le mot « domicile » du pensionné, il faut entendre le lieu où celui-ci a reçu les soins à domicile. Il en résulte que c'est ce lieu et non le domicile légal du pensionné qui fixe la catégorie. Et ceci est de grosse importance, par exemple pour les confrères de province qui soignent des bénéficiaires parisiens en déplacement, car, sans cela, suivant le tarif parisien, ils ne pourraient toucher leurs frais de déplacement, ce qui serait

plutôt bizarre. En conclusion, votre malade ayant été soigné par vous dans une localité de moins de 5.000 habitants, c'est la troisième catégorie, plus le déplacement, que vous avez à compter.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Additions et modifications au Codex pharmaceutique.

Comme nous l'avons indiqué dans le numéro du 24 mai, le *Journal officiel* du 13 mai a publié tout un ensemble d'additions et de modifications au Codex, remplissant 6 de ses pages.

Désireux d'être utiles à ceux de nos lecteurs, qui sont propharmaciens, nous publions celles de ces additions et modifications qui nous paraissent pouvoir les intéresser plus particulièrement :

ADDITIONS

Page 25, après l'article *Alcoolature vulnéraire*, intercalez les articles suivants :

....

Alcoolature stabilisée de valériane.

Alcoolatura Valerianæ stabilita.

Racine fraîche de valériane, 1.000 grammes.
Alcool à 95°, 1.000 grammes.

Dans un ballon taré, pouvant être relié à un réfrigérant à reflux, versez l'alcool à 95° que vous porterez à l'ébullition par chauffage du ballon au bain-marie. Quand l'alcool entrera en ébullition, faites-y tomber la racine de valériane, *entière*, en ayant soin de ne pas interrompre l'ébullition.

Terminez ensuite l'opération comme il a été dit pour l'alcoolature de marron d'Inde.

Page 280, avant l'article *Espèces pectorales*, intercalez l'article ci-après :

Especes calmantes.

Species mitigatoriæ.

Capsules de pavot privées de leurs graines et finement concassées, 10 grammes.

Racine de guimauve finement coupée, 20 grammes.

Mêlez. — A préparer extemporanément.

EMPLOI. — *Gargarisme calmant.*

Page 316 après l'article *Gargarisme au borate de sodium*, intercalez l'article suivant :

Gargarisme calmant.

Gargarisma mitigatorium.

Espèces calmantes, 10 grammes.
Eau potable, Q. S.

Faites bouillir durant dix minutes les espèces calmantes dans la quantité d'eau nécessaire pour obtenir 300 grammes de décocté. Passez.

Page 348, après l'article *Huile camphrée*, intercalez l'article suivant :

Huile camphrée stérilisée pour injection hypodermique

Oleum camphoratum sterilisatum.

Camphre officinal, 10 grammes.
Huile d'olive neutralisée q. s. p., 100 centimètres cubes.

Mettez le camphre et l'huile dans un flacon bouchant à l'émeri, préalablement stérilisé et faites dissoudre en chauffant avec précaution, au bain-marie, vers +60° ; filtrez la solution et répartissez-là dans des flacons préalablement stérilisés que vous boucherez avec soin ; stérilisez ensuite à la température de +105° pendant dix minutes.

Dose maxima pour vingt-quatre heures : 100 centimètres cubes.

Page 613, après l'article *Sirop de bourgeons de pin*, intercalez les articles suivants :

Sirop de bromoforme.

Syrupus bromoformii.

Bromoforme, 5 grammes.
Alcool à 90°, 45 grammes.
Glycérine, 150 grammes.
Sirop simple, 800 grammes.

Pesez et mélangez (après chaque addition), les substances dans l'ordre de la formule.

20 grammes de ce sirop contiennent 10 *centigrammes* de bromoforme.

Conservation. — Consezvez ce sirop en flacons bien bouchés.

Sirop de bromoforme composé.

Syrupus bromoformii compositus.

Soluté officinal de bromoforme, 10 grammes.
Codéine, 50 centigrammes.
Alcool, à 90°, 35 grammes.
Teinture de racine d'aconit, 5 grammes.
Eau de laurier-cerise, 50 grammes.
Sirop de baume de tolu, 300 grammes.
Sirop d'ipécacuanha composé, 600 grammes.

20 grammes de ce sirop contiennent 2 *centigrammes* de bromoforme et *un centigramme* de codéine.

Conservation. — Conservez ce sirop en flacons bien bouchés.

MODIFICATIONS

Page 12, remplacer l'article *Adrénaline* par le suivant :

Adrénaline.

Suprarénine. — Epinéphrine.

Adrenalinum.

$C^{9}H^{13}Az\,O^{3} = 183.$

L'adrénaline est l'α-méthylamino-β 3.4 dioxyphényl-éthanol.

$(CH^{2})\,NH - C_{\alpha}H^{2} - C_{\beta}H\,(OH)^{4} - C^{3}H^{3}\,(OH)^{2}$ 6 4

L'adrénaline officinale est l'adrénaline lévogyre, qu'elle provienne des glandes surrénales ou qu'elle soit obtenue par dédoublement du produit racémique préparé par synthèse.

CARACTÈRES. — L'adrénaline se présente sous la forme d'une fine poudre blanche offrant au microscope l'aspect de masses cristallines sphériques ou de petits prismes. Elle est inodore ; sa saveur est légèrement amère. Elle fond à $+263^{\circ}$ (point de fusion instantanée sur un bloc préalablement chauffé) ou à $+210^{\circ}212^{\circ}$ (point de fusion déterminé par chauffage progressif, en tube capillaire).

L'adrénaline est presque insoluble dans l'eau, qui n'en dissout que deux ou trois dix-millièmes de son poids ; elle est plus soluble dans l'eau bouillante d'où elle cristallise par refroidissement. Elle est presque insoluble dans l'alcool éthylique ; insoluble dans l'éther éthylique, le chloroforme, le sulfure de carbone, la benzine, l'éther, le pétrole.

La solution aqueuse est alcaline à la phtaléine du phénol et au tournesol.

L'adrénaline officinale est lévogyre. La rotation spécifique (α), prise sur une solution au centième, dans l'acide sulfurique décinormal, à la température de $+20^{\circ}$, est égale à $-53^{\circ}3$.

L'adrénaline s'altère avec le temps, même dans le vide sec. A l'air, surtout à l'air humide, elle s'altère par oxydation et prend une couleur brune.

Les solutions aqueuses s'altèrent par oxydation à l'air, elles deviennent roses, puis laissent déposer des flocons de couleur sombre.

L'adrénaline forme avec les acides des sels stables, solubles dans l'eau. Elle se dissout dans les solutions d'alcalis caustiques ; elle est insoluble dans les solutions de carbonates alcalins et dans l'ammoniaque. Elle est décomposée par les solutions concentrées d'alcalis caustiques. Elle est détruite par l'acide azotique en donnant un composé jaune précipitable par l'acétate de plomb ammoniacal (R). Elle réduit l'azotate d'argent ainsi que la solution cuproalcaline R). Sa solution aqueuse, oxydée par le perchlorure de fer à 15 p. 100 (R) prend une coloration vert émeraude si le milieu est acide, violette s'il est neutre, mauve s'il est alcalin. L'ammoniaque fait virer la teinte au rouge carmin.

La solution aqueuse prend à l'air une coloration rose qui s'accentue par l'addition d'une trace de sulfate de cuivre ammoniacal.

Les solutions d'adrénaline ne sont pas précipitées par les réactifs ordinaires des alcaloïdes : le chlorure de platine, l'acide picrique, etc.

ESSAI. — L'adrénaline doit être blanche ou tout au plus grisâtre. Son point de fusion ne doit pas être inférieur à +250° (pris au bloc) ou à + 200° (pris en tube capillaire). Elle doit se dissoudre complètement dans l'alcool absolu acidifié par l'acide sulfurique ; elle ne doit pas, à l'incinération, laisser plus d'un millième de résidu.

La rotation spécifique ne doit pas être inférieure à —50°.

EMPLOI. — Soluté d'adrénaline au millième.

Toxique.

Dose maxima. — Par voie stomacale pour une dose : 2 milligrammes, par vingt-quatre heures : un centigramme.

Page 346, *Huile d'olive purifiée et stérilisée* ; supprimez l'article et remplacez-le par le suivant :

Huile d'olive neutralisée.

Oleum olivæ neutrale factum.

Huile d'olive, Q. V.
Carbonate de soude pur et cristallisé, Q. S.
Eau distillée, Q. S.

Titrez la quantité d'acides gras contenus dans l'huile ; pour cela, neutralisez exactement au moyen de la solution décinormale de potasse, un mélange de 25 centimètres cubes de chloroforme et de 50 centimètres cubes d'alcool à 95° en présence de un centimètre cube de la solution de phtaléine du phénol (R), la coloration rose devant persister dix secondes. Au mélange neutralisé, ajoutez 10 grammes de l'huile d'olive, et versez de la solution décinormale de potasse jusqu'à coloration rose persistant dix secondes. Soit n le nombre de centimètres cubes employés, la quantité oléique contenue dans 1.000 grammes d'huile est donnée par la formule $2{,}82n$. Le poids d'acide oléique contenu dans la totalité de l'huile à traiter multiplié par le facteur 1,014 donnera le poids de carbonate de soude pur et cristallisé à employer. Employez un léger excès de carbonate de soude.

Pulvérisez le carbonate et faites-le dissoudre dans le dixième de son poids d'eau distillée à la température de + 40°. Versez peu à peu cette solution dans l'huile chauffée à +40°, en agitant énergiquement le mélange. Renouvelez l'agitation à plusieurs reprises et abandonnez le tout au repos pendant vingt-quatre heures. Décantez et filtrez.

L'huile d'olive ainsi traitée est sensiblement neutre ; en tous cas, son acidité, exprimée en acide oléique, ne doit pas dépasser 0,30 gramme par kilogramme.

Quarante-septième année — N° 29 — 19 Juillet 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1706-IV)

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**

Sou Médical, **Paris, 182-31.**

Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

agnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société civile du *Concours médical*, de M. le Dr J., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.



DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 306. — Mer, Coutainville (Manche). Pet. chalet soigné, une minute plag., tous fournisseurs, terrasse, jardin, vue sur mer, 3 p., 1 cuis., 4 lits. Saison 1.400 fr., ou mois séparés. Chambres supplém. Ecr. M. Rothe, à Coutainville-Plage (Manche).

N° 307. — S.-et-Oise. 12 CV. De Dion, caisse double, cond. int., 6 pl. mécan. et caross. bon état, pn. neufs, photo et ess., peu roulé, à vend. en tte conf. Dr Beugnon à Montesson (S.-et-O.).

N° 308. — Var. Bon poste de méd. pro-ph. à céd en sept., fixes 12.000, en 1924 : 55.000, indem. de cess. 25.000.

N° 309. — S.-et-L. A céd. bon poste rapp. 40 à 45.000 dans ch.-l. de cant. Pr. intér. Villa bail, loy. min.

N° 310. — Vaucl. Bon poste pro-pharm., pas de s. f., av fixes, à céd. contre tr faib indemn. Tr. pressé. S'ad. Babeur, 7, rue Jacquemont Paris.

N° 311. — Paris. Excel. quart. près cent., tout en consult. Recettes : 30.000, appart. sur boulev. 4 p. Prix à débattr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 312. — Paris. Clin. bien située, pr. grosse banl., local 2 gr. pièces à céd. pr. droit au bail tr. minime. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.
La reprise des versements interrompus pour la retraite.

J'ai interrompu en 1914 mes versements à la combinaison R de la Mutualité familiale et j'ai repris en 1922. Je crois qu'il m'est possible de reprendre mes droits entiers en faisant les versements 1915-1921. Voudriez-vous bien me faire le calcul de ce que j'aurais à verser.

Dr P..., à A...

Réponse.

Vous avez absolument le droit de faire les versements interrompus.

Vous pouvez ou bien verser d'un seul coup la somme entière soit 1.503 fr. 20, soit vous libérer en plusieurs fois : par exemple en versant 549 fr. 10, vous vous mettriez en règle pour 1915 et 1916 et lorsque vous voudriez faire un autre versement, vous me demanderiez de calculer la somme à verser.

Nombre de confrères que la guerre avait obligés à interrompre se sont ainsi mis en règle pour reprendre leurs droits à la pension entière pour laquelle ils s'étaient fait inscrire.

A. G.

1466. — Blessure de guerre aggravée par accident

Un de mes clients, réformé de guerre avec pension de 25% pour ancienne fracture compliquée de l'avant-bras gauche avec perte de substance de 8 cm. de la diaphyse du cubitus, fait une chute dans sa maison et se fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus à ce même avant-bras gauche.

1re question : Le malade a-t-il droit aux soins gratuits pour cet accident (rendu plus grave du fait de sa mutilation ?

2e question : Du fait de son accident, le malade n'aurait-il pas droit à un pourcentage plus élevé de son incapacité, à évaluer par une commission de réforme ?

D^r H.

Réponse.

1° Il s'agit d'un accident survenu après l'expiration des délais légaux et qui ne peut être rattaché à la blessure de guerre, l'article 69 de la loi du 31 mars 1919 ne permettant une indemnisation qu'en cas de perte du deuxième œil ou d'un second membre. L'intéressé n'a donc pas droit aux soins gratuits pour cette nouvelle blessure, non imputable au service.

2° Par voie de conséquence, il n'a pas droit non plus à une augmentation du taux de sa pension.

1593. — Appréciation d'invalidité chez un blessé de guerre.

Je suis commis par le tribunal des pensions de X... pour examiner un réformé pour pyélonéphrite qui a vu, à son dernier passage devant la Commission de réforme, son taux d'invalidité descendre au-dessous de 10 % et, par conséquence, sa pension supprimée. Il fait appel de cette décision et m'est adressé avec cette mention : « Douleurs flanc droit alléguées, aucun trouble clinique objectif, urines normales, amélioration », avec prière de : « faire connaître le degré d'invalidité résultant pour lui de cette infirmité en m'inspirant des indications du guide-barème ».

Or, j'ai justement sous les yeux le barême de 1919 et n'y vois rien pouvant me permettre de prendre une décision en connaissance de cause.

C'est pourquoi j'ai recours à votre obligeance et à votre grande habitude de ces sortes d'affaires pour me donner un conseil utile.

Dr D.

Réponse.

Le guide-barème n'est qu'un guide, et, lorsqu'il est muet sur certains syndromes, le médecin expert doit s'inspirer du degré d'invalidité que peuvent justifier les divers éléments, pris isolément, de ces syndromes, pour arriver à fixer dans son esprit l'invalidité globale.

Dans le cas présent, on peut noter zéro pour « aucun trouble clinique objectif, urines normales » et, naturellement, il n'est possible, à moins d'un retentissement sur l'état général, de ne donner que moins de dix à des douleurs *alléguées*.

1660. — Soins donnés à un agriculteur qui s'est placé lui-même sous le bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Un de mes clients, agriculteur à son compte, est assuré contre les accidents. Je l'ai soigné et ai envoyé ma note au tarif local. La Cie d'assurance prétend me la réduire, sous prétexte que le contrat a été signé par son client sous le régime de la loi du 8 juillet 1920. Je refuse carrément et vous prie me me dire si j'ai raison.

Dr A.

Réponse.

Dans votre affaire, il faut distinguer : d'une part, vos rapports avec votre client et, d'autre part, les rapports de celui-ci avec son assurance.

A l'égard de votre client, vous n'avez pas à vous occuper de savoir s'il est assuré ou non. Vous devez lui réclamer vos honoraires selon le tarif que vous appliquez dans votre clientèle aux clients de la même catégorie sociale. C'est à lui que vous devez présenter votre note et non pas à son assurance ; c'est lui que vous devez poursuivre en cas de refus de paiement.

Mais votre client s'est placé sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail. Pour cela, il a contracté une assurance aux termes de laquelle les frais médicaux doivent être supportés par la Compagnie sur la base du tarif Breton. Lorsqu'il vous aura payé, il pourra donc se retourner vers sa Compagnie et se faire rembourser par elle la somme qu'il vous aura payée, mais à concurrence seulement du tarif Breton. Le supplément, s'il y en a un, devra rester à sa charge.

Si, passant par-dessus la tête de votre client, vous vous adressez directement à l'assurance, celle-ci sera fondée à vous opposer les termes de son contrat et à vous proposer un règlement d'après le tarif Breton, car, dans ce cas, vous agirez aux lieu et place de votre client et ne pourrez avoir contre son assurance plus de droit que lui-même. Il vous est possible de procéder ainsi, mais, si vous désirez conserver contre votre client un recours pour le complément de vos honoraires, vous devrez en faire réserve expresse sur le reçu que vous donnerez à l'assurance.

En résumé, vous pouvez : ou bien vous faire payer par votre client, sans vouloir connaître son assurance, ou bien vous faire payer par l'assurance, au tarif Breton. Dans ce dernier cas, vous pourrez, ou bien vous contenter de ce que vous aurez ainsi touché, ou bien réserver vos droits pour le solde contre votre client et vous faire payer le complément par celui-ci. Mais, en aucun cas, vous ne pourrez exiger de l'assurance plus que ce à quoi elle est tenue envers son assuré.

1653. — Une morsure de vipère peut-elle être considérée comme un accident du travail ?

Un Marocain, moissonneur, est mordu par un reptile (vipère ou couleuvre) pendant le travail. Injection immédiate de sérum antivenimeux et déclaration à la Cie d'assurances qui me répond : « Les piqûres de reptiles ne sont pas considérées comme accidents de travail. »

Quel est votre avis ? Je vous serais très obligé de me le faire connaître.

Dr C.

Réponse.

Doivent être réputés accidents du travail les accidents survenus « par le fait ou à l'occasion du travail ». Si donc l'ouvrier agricole que vous avez soigné a été mordu par une vipère au cours de son travail, on doit considérer qu'il s'agit bien d'un accident soumis à la législation spéciale



et que les indemnités prévues par la loi lui sont dues.

Dans les recueils de jurisprudence que nous avons consultés, nous n'avons trouvé aucune décision à ce sujet. Le cas de morsure de vipère devait être d'ailleurs assez rare lorsque la loi ne s'appliquait qu'aux professions commerciales et industrielles, mais, avec l'extension de la législation sur les accidents du travail aux exploitations agricoles, on doit s'attendre à voir le cas se produire fréquemment.

Mais, si la jurisprudence est muette sur la question, Sachet, auteur d'un traité des accidents du travail qui fait autorité, estime que la morsure d'une vipère doit être considérée comme un accident du travail, lorsque l'ouvrier a été exposé au danger d'être mordu par la nature du travail qu'il effectuait, ce qui est bien le cas pour un moissonneur. (Voir Sachet, édition 1909, page 226, n° 409).

1656. — Examen d'un ouvrier pour le compte du patron.

Un de mes clients m'envoie un ouvrier à son service, atteint à n'en pas douter d'épilepsie, d'après les symptômes énoncés (que je n'ai jamais constatés par moi-même), en me demandant « s'il peut garder cet ouvrier à son service sans inconvénients pour lui ». Il pense, sans aucun doute, aux accidents de travail possibles.

Je suis très embarrassé pour lui répondre, et vous serai très reconnaissant de me dire ce que je dois faire.

Dr M.

Réponse.

Vous ne pouvez accepter la mission qui vous est confiée par le patron si vous êtes en même temps le médecin traitant du malade, car alors, vous êtes lié par le secret professionnel. Mais, si vous n'avez jamais eu à soigner le malade, vous pouvez parfaitement accepter de l'examiner pour le compte du patron. Vous remplirez là en quelque sorte des fonctions de médecin expert, et au patron, vous devrez dire et rapporter tout ce que votre examen vous aura révélé.

Pour qu'il n'y ait aucune équivoque, il serait bon que vous avertissiez le malade, avant de procéder à son examen, que vous agissez pour le compte du patron. Il ne pourra pas prétendre ensuite avoir été examiné sans son consentement et sans savoir pourquoi.

En ce qui concerne la réponse à donner à la question posée par le patron, elle dépend de votre seule appréciation.

1673. — La loi sur les accidents est applicable aux employés de chemin de fer

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire donner les renseignements suivants :

1° Les accidents subis par les employés de chemin de fer tombent-ils sous la loi de 1898 ?

2° Les employés de chemin de fer, en cas d'accident survenu au cours de leur service, ont-ils le libre choix de leur médecin où doivent-ils être soignés par le médecin de la compagnie ?

Dr G.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail est applicable à tous les salariés des professions industrielles et commerciales et, par conséquent, aux employés de chemin de fer. Par suite, lorsque ceux-ci sont victimes d'accidents du travail, ils ont droit au libre choix de leur médecin et de leur pharmacien, conformément à l'article 4, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898.

1591. — La taxe sur l'automobile professionnelle doit être comprise dans les frais généraux.

Je lis dans le numéro du *Concours médical*, n° 25, du 21 juin 1925, page 1487, une consultation de M. Martinot, conseiller fiscal, au sujet des déductions professionnelles à faire lors de la déclaration d'impôt sur le revenu.

A titre de renseignements, je copie la liste que vous avez dressée pour le confrère qui vous a demandé la consultation :

Pharmacie, instruments, loyer, contribution, patente, assurances, téléphone, timbres, fourniture de bureau, imprimés, chauffage, éclairage, auto, huile, essences, pièces, auto taxe, auto réparation, auto garage, abonnements, journaux, livres, cotisation, salaire du personnel, déplacements, voy. professionnels, amortissement mobilier professionnel.

A l'art. TAXE, j'avais en 1924 fait cette déduction. Le contrôleur m'a écrit : « La taxe sur les automobiles étant un impôt indirect n'est pas déductible du revenu. »

Est-ce exact ?

Sur votre liste, je ne vois pas l'amortissement de l'auto : il est bien déductible autant que le mobilier professionnel.

A l'art. *assurances*, je pense que vous comprenez bien toutes les assurances que nous sommes obligés de faire : incendie auto, assurance accidents personnels et aux tiers, assurance professionnelle pour responsabilité.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me fixer

(*Voir la suite page XLIII*-1747)

PROPOS DU JOUR

Un grand Chirurgien et un grand Patriote : Antoine Depage.

Un homme est mort et plusieurs nations sont en deuil.

Eloge de Franklin
par VICQ D'AZYR.

C'est par cette phrase éloquente de Vicq-d'Azyr qu'il convient aussi de saluer la mémoire du Pr A. Depage dont la mort met en deuil non seulement la Belgique, sa patrie, mais toutes les nations alliées et au premier rang la France qui a pu, peut-être, mieux l'apprécier au cours de son utile et glorieuse carrière. Car Antoine Depage fut à la fois un grand Chirurgien, un grand Patriote et un grand Philanthrope. Ses travaux, comme son action, tant dans le domaine de la science, que dans celui des relations internationales et de l'organisation des secours, dépassent de beaucoup les frontières de sa noble Patrie.

Membre correspondant depuis 1907 de la Société de Chirurgie et de l'Académie de Médecine de Paris, membre correspondant de l'Institut de France depuis 1916 (Académie des Sciences), Croix de Guerre avec étoile d'or, Commandeur de la Légion d'honneur, Médaille d'or de la Reconnaissance française, Antoine Depage fut à plus d'un titre des nôtres et il nous est permis de joindre aujourd'hui nos regrets à ceux de la presse médicale belge et de glorifier ce savant et habile chirurgien qui fut encore un grand citoyen et un ami fidèle de la France.

***

Né à Watermael-Boitsfort dans le Brabant flamand, le 28 novembre 1862, Antoine Depage synthétisait les qualités de sa race. Rude d'aspect, le regard droit et hardi, la physionomie empreinte de courage, d'obstination et d'énergie, tout indiquait en lui l'homme d'action et de volonté, épris d'indépendance, volontiers frondeur, capable de braver tous les périls et de soutenir tous les assauts. Et sous cette apparence un peu fruste, selon la si juste expression de son élève distingué, le Dr L. Mayer, du *Bruxelles Médical*, se cachait un cœur d'or.

Depage fit ses études à l'Université libre de Bruxelles et obtint le 21 juin 1890 le titre de docteur agrégé. Il fut se perfectionner à Leipzig, à Prague et à Vienne. Il était déjà, depuis 1885, docteur ès sciences naturelles, car, avant de devenir un habile chirurgien, il avait tenu à être un savant. Il était persuadé dès le début de ses études qu'un chirurgien ne pouvait être réellement un bon chirurgien qu'avec des connaissances nombreuses et générales, et sa thèse d'agrégation intitulée : *Etude sur la tuberculose osseuse*, faisait connaître ce que la clinique, même chirurgicale, pouvait gagner en s'associant aux recherches de laboratoire et montrait qu'un bon chirurgien pouvait être à la fois un histologiste habile et un bactériologiste éminent.

Tour à tour, lauréat de la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, préparateur du Cours d'anatomie pathologique, chargé des cours de clinique chirurgicale et de pathologie chirurgicale spéciale, il devint professeur extraordinaire en 1909 et professeur ordinaire en 1914 quand éclata la guerre. Il avait une très haute idée de sa mission de chirurgien et de professeur et voyait beaucoup plus loin que l'enseignement technique et la pratique terre à terre de son art. Ses vues élevées sont exposées dans une belle conférence faite aux étudiants libéraux de Bruxelles sur *Le rôle de l'Université dans le développement de la Nation* et dans une publication faite en 1901 sur les *Progrès de la chirurgie considérés au point de vue de l'Administration hospitalière.* Il paraissait imbu de ce mot de Bacon : « Sans la philosophie, la médecine n'est qu'un art imposteur. »

Il avait fondé en 1893, la Société de Chirurgie belge, mais jugeant que les progrès de la Chirurgie devaient déborder toutes les frontières, il créa en 1902 une Association internationale de Chirurgie et, après avoir pendant dix ans rempli avec un zèle et une habileté appréciés de tous les fonctions de secrétaire général de la Société internationale de chirurgie qui comptait tous les grands chirurgiens du monde, émanant de plus de trente nations, il fut désigné par cette Société pour présider en 1914, le grand Congrès de Chirurgie de New-York.

D'un courage et d'une volonté qui ne connaissaient aucun obstacle, Depage fut, en 1912, organiser au péril de sa vie une ambulance à Constan-

tinople durant la guerre des Balkans. On ne saurait dénombrer les vies humaines qu'il sauva à cette époque.

Avec le concours de son admirable femme qui fut, hélas ! victime du torpillage du Lusitania, avec celui de Miss Edith Cavell, l'infirmière martyre et de Madame Paul Vandervelde, il fonda, sans concours officiel, la première école belge d'Infirmières, parfaitement organisée que nous avons pu admirer, et dont nous avons donné ici la description l'an dernier à notre retour des *Journées Médicales de Bruxelles*.

Cette Ecole devait mettre la Belgique au point de vue des soins hospitaliers sur le même pied que les pays anglo-saxons et scandinaves.

Avec de pareils antécédents, Depage était bien préparé pour rendre les plus éminents services durant la grande guerre.

Il se surpassa. Il réorganisa la Croix-Rouge belge et créa cette admirable Ambulance de l'Océan à La Panne qui servit de modèle aux grands hôpitaux du front de nos armées (1).

Citons à ce propos, le passage de l'éloquent discours que le professeur Jean-Louis Faure au nom de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie de Paris a prononcé devant son cercueil.

« Nous connaissions Depage, dit le Pr J.-L. Faure, avant ces jours de misère et de gloire. Mais, c'est la guerre qui nous l'a révélé dans toute sa grandeur. Et ceux qui, comme moi, sont venus voir son œuvre, dans ce village immortel de La Panne, où étaient alors concentrés autour d'un Roi sans peur et d'une Reine sans reproche, toute la foi, toute l'espérance, toute l'héroïque vertu de la Belgique, n'ont pu oublier et n'oublieront jamais l'impression profonde qu'avait produite sur eux l'*Ambulance de l'Océan*.

« Je vois encore ces vastes pavillons dressés en quelques jours, et ces laboratoires, et ces services admirables adaptés à tous les besoins, et cette salle où se réunissaient, pour entendre la bonne parole, des médecins venus de la ligne de feu. Car on était tout près de ce pauvre ruisseau dont le nom vivra dans les siècles, de cet Yser où s'est brisé contre la poitrine de ceux qui combattaient pour la justice, le flot mortel de l'invasion, et qui, pendant quatre ans, fut la borne inviolée de la terre sanglante où palpitait encore le drapeau de la liberté ! »

Après la guerre, Depage devint Président de la Croix-Rouge de Belgique et secrétaire de la Ligue Internationale des Associations de Croix-Rouge.

Nous ne pouvons ici énumérer les travaux scientifiques de Depage, il faudrait passer en revue toute la chirurgie. Contentons-nous de rappeler qu'il créa, en 1898, avec la collaboration des frères de Keyser, l'*Année chirurgicale* où furent résumés les principaux travaux de Chirurgie parus dans le monde entier. Ce fut cette création qui inspira à ses anciens élèves du *Bruxelles médical*, l'*Index medicus* qu'ils vont s'afforcer de réaliser. Ce sera, certes, un bel hommage rendu à la mémoire du maître qui donna tout son appui aux Journées Médicales de Bruxelles et contribua à leur merveilleux succès.

Depage est mort, universellement apprécié, après avoir été élu en 1920, Président du Congrès de Chirurgie, après avoir reçu toutes les distinctions honorifiques des pays alliés ou neutres, après avoir été nommé membre honoraire ou correspondant des Académies et Sociétés les plus réputées du monde entier.

Mais ce qui dut lui paraître la plus précieuse récompense des services inestimables qu'il a rendus, c'est l'estime affectueuse que lui témoignèrent tous ses compatriotes depuis les Souverains et les Ministres jusqu'aux simples médecins praticiens et aux derniers citoyens de Belgique.

Bruxelles a fait d'imposantes funérailles à Antoine Depage. La presse médicale belge, et notamment nos amis du *Bruxelles-Médical* et du *Scalpel*, ont publié son éloge et nous ont appris à mieux connaître ce grand chirurgien.

Qu'il nous soit permis, à nous qui ne pouvons considérer la Belgique comme un pays étranger, et qui regardons ses citoyens comme des compatriotes et ses médecins comme des frères, de joindre nos regrets aux leurs.

Honneur à la mémoire de Depage, de ce héros que

La voix d'un peuple entier berce dans son tombeau.

J. Noir.

(1) Le *Concours médical* du 1er avril 1918 a publié une remarquable description de notre excellent maître et ami, le Pr Bousquet, de Clermont-Ferrand, intitulée : Une visite à l'ambulance Océan de La Panne, 27 octobre 1917.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA LUXATION MÉDIO-CARPIENNE

Son traitement sanglant,

Par le Dr J. Fievez, de Malo-les-Bains.

Ancien Prosecteur et Chef de clinique adjoint.

La luxation médio-carpienne est une affection traumatique qui est à tort considérée comme rare. Qu'elle passe pour rare, je n'en veux d'autre preuve que le fait qu'au tarif Breton, sa réduction, sanglante ou non, ne figure pas. Qu'elle soit relativement fréquente, cela m'apparaît de ce qu'en vingt mois, j'en ai personnellement observé et traité quatre cas. Le jour où tous les traumas un peu notables du poignet seront radiographiés, cette fréquence deviendra évidente pour tous.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, je me propose d'exposer ce qui me paraît essentiel de cette affection et de son traitement sanglant.

Je n'entrerai pas dans les discussions de toute nature qu'ont suscitées les travaux de Destot, et qui, selon moi, n'ont pas peu contribué à faire considérer la lésion comme une curiosité scientifique, thème de prédilection pour controverses théoriques, plutôt que comme une réalité de pratique quotidienne que le praticien doit savoir reconnaître et traiter correctement. Pourtant, en débutant, je dirai que, parmi les multiples appellations données aux lésions du carpe dont il va être question, le terme de « luxation médio-carpienne » qu'avait d'abord proposé Destot, me semble le meilleur, préférable à la « dislocation du carpe » qu'avait finalement adoptée le maître lyonnais.

***

Quand un trauma violent s'exerce sur le poignet en extension (chute sur la main, v.g.), il peut se produire diverses lésions portant sur la partie inférieure des os antibrachiaux ou sur les deux rangées des 8 os du carpe.

Avant Pouteau et Dupuytren, ces lésions étaient réunies sous le nom de luxation du poignet, de poignet démis. Dupuytren montra que la luxation du poignet était rarissime, et que ces soi-disant luxations étaient en réalité des *fractures de l'extrémité inférieure du radius*. Tous les travaux modernes ont confirmé le caractère exceptionnel des *luxations radio-carpiennes*, encore qu'il ne soit peut-être pas impossible d'en trouver les équivalents dans les fréquentes fractures des deux styles, qui, isolées ou accompagnant les lésions radiales ou médio-carpiennes, témoignent incontestablement, dans tous les cas, de la violence subie par l'article radio-carpien.

Les lésions médio-carpiennes sont typiquement représentées par la *luxation médio-carpienne*, que je vais envisager ici.

Les modifications traumatiques de l'*articulation carpo-métacarpienne* étant pratiquement inexistantes, on voit que si, dans un trauma agissant sur le poignet en extension, toutes les pièces squelettiques et toutes les articulations peuvent, isolément ou simultanément, présenter des traces du choc reçu, deux aspects anatomo-cliniques principaux sont habituels : les fractures du radius inférieur et la luxation médio-carpienne.

***

La luxation médio-carpienne, c'est typiquement la luxation qui déplace les trois os de la première rangée sur les quatre os de la deuxième. Cette lésion, à laquelle Destot réserve exclusivement le nom de luxation médio-carpienne, existe, mais elle est rare, le pyramidal restant le plus souvent indemne ; même quand il subit les effets du trauma, il est exceptionnel que ce soit pour se luxer comme les deux autres os de la première rangée ; il est le plus souvent fracturé, et cette fracture même ne paraît pas dépendre du processus qui a fait bâiller l'article médio-carpien. Il en est ainsi dans l'observation III.

Ce sont les modifications du groupe scapholunaire qui caractérisent vraiment la luxation médio-carpienne. L'articulation une fois ouverte en avant par l'effort d'hyperextension, le lunaire se déplace en avant, quitte la tête du grand os ; un degré de plus, il perd aussi son contact avec la glène radiale, et il se trouve « énucléé » du pavement carpien. La luxation

du lunaire est la lésion de base de la luxation médio-carpienne ; elle est constante, commande tout le processus anatomo-pathologique, fournit au traitement ses indications essentielles.

Le scaphoïde est un os qui appartient mécaniquement aux deux rangées carpiennes ; un coup d'œil jeté sur la figure 1, qui est le décalque d'une radiographie du poignet d'un jeune sujet, montre que l'interligne médio-carpien, d'une seule venue dans ses portions interne et moyenne, est irrégulier en dehors parce qu'il doit contourner le scaphoïde dont la partie supérieure, radiale, continue bien le lunaire, mais dont la partie inférieure pénètre dans la deuxième rangée, en descendant le long du grand os. La luxation du lunaire sur le grand os peut se continuer avec une luxation scapho-trapézienne, mais c'est là une éventualité peu fréquente ; le plus souvent, le scaphoïde se casse par le milieu, et chacun des deux fragments suit le sort de la rangée à laquelle il appartient mécaniquement : comme si l'interligne médio-carpien s'était rectifié, en traversant le scaphoïde.

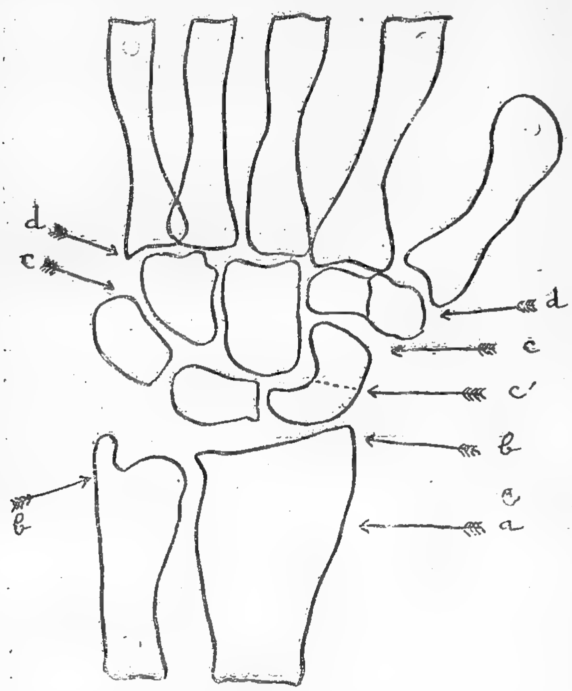


FIGURE 1. — Décalque de la radiographie du poignet d'un sujet jeune.
a. Lésions du radius inférieur.
bb. Lésions des styles, équivalent de la luxation radio-carpienne.
cc. Interligne médio-carpien coudé en dehors, se redressant dans le trauma, par la fracture du scaphoïde en c'.
dd. Interligne carpo-métacarpien.

En résumé, déplacement constant du lunaire, et déplacement du scaphoïde, fracturé ou non, telles sont les lésions habituelles dans la luxation médio-carpienne.

***

Je serai très bref sur les symptômes, parce que la radiographie devra toujours intervenir avant le traitement, pour préciser les lésions des diverses pièces osseuses.

Pour soupçonner la luxation, l'affirmer presque à coup sûr, l'essentiel est de bien savoir que :

1° La luxation médio-carpienne est une affection du poignet, du « cou-de-main », donc localisée plus bas que les diverses fractures du radius;

2° Le poignet, normalement aplati transversalement, devient « globuleux », parce que la luxation du lunaire le raccourcit verticalement, et surtout l'augmente sagittalement par le déplacement en avant de l'os luxé ; cet os est parfois palpable directement — mon second blessé affirmait qu'avant le gonflement, il avait senti « un os qui dépassait » — et il peut déterminer des phénomènes de compression du médian extrêmement douloureux ;

3° Le poignet est « encloué » ; ses mouvements, ceux d'extension surtout, étant bloqués par la saillie du lunaire dans le canal rigide, ostéo-fibreux, du carpe.

La radiographie est indispensable. A mon premier blessé, on avait déjà, sous chloro, réduit une « fracture du poignet », et c'est la radio sous plâtre qui permit de constater que cette « fracture » était en réalité une luxation médio-carpienne ; mon troisième blessé m'était adressé pour « un arrachement possible du ligament du poignet ».

Les figures radiologiques de la luxation du lunaire sont caractéristiques et connues. Le cliché permet d'étudier en détail les lésions des autres os. Celles du scaphoïde en particulier : examiner avec soin l'ombre du semi-lunaire luxé, avec laquelle se confond celle du fragment scaphoïdien luxé ; pour l'avoir négligé, lors de ma première intervention, j'ai été amené, croyant enlever le seul lunaire, à extirper en même temps le fragment supérieur du scaphoïde brisé, luxé avec le lunaire qu'il flanquait en dehors.

***

Le traitement de la luxation médio-carpienne a été longuement discuté; il semble qu'actuellement, l'accord soit à peu près fait sur cette question. Pendant la rédaction de cet article, le 18 mars dernier, à la Société des Chirurgie, L. Bazy, rapportant deux cas de « dislocation du carpe » (notre « luxation médio-carpienne ») le résumait ainsi, avec l'approbation explicite de Lapointe et sans soulever d'opposition : « Le traitement doit être conduit, si cela est nécessaire, en trois étapes : 1) essai de réduction non sanglante ; 2) essai de réduction sanglante ; 3) si les deux premiers essais ont échoué, on

serait autorisé, mais alors seulement, à procéder à l'ablation du semi-lunaire.

Dans mon premier cas, j'ai fait d'emblée *l'extirpation du bloc scapho-lunaire luxé.* C'était une dizaine de jours après l'accident, et la réduction me semblait devoir être difficile après ce délai. D'ailleurs le blessé a fort bien guéri, avec une incapacité estimée à 20 % (chez un ajusteur, et compte tenu d'une lésion concomitante du pied) au bout de trois mois, qui a considérablement diminué depuis lors.

Je n'en estime pas moins que cette extirpation du lunaire (avec ou sans le scaphoïde) n'a que peu d'indications dans les cas récents.

Elle s'impose pourtant quand le lunaire, projeté au loin ou resté devant son emplacement normal, a perdu toutes ses connexions capsulaires : il est en effet alors irrémédiablement voué à l'ostéoporose.

Mais elle exige l'anesthésie générale, et poussée très profondément, pour obtenir la résolution musculaire absolue.

Par ailleurs, elle est aléatoire dans ses résultats. La réduction échoue fréquemment. « Quelquefois — c'est encore Destot qui parle — il se produit des récidives secondaires, il y a des réductions incomplètes que l'on doit corriger et reprendre. » Pour juger du résultat, vérifier ces retouches, de multiples examens radiologiques sont indispensables; et pour la plupart des blessés, dans les conditions actuelles de la pratique courante, c'est là un gros inconvénient !

La réduction sanglante a les inconvénients et les avantages inverses. Elle crée une plaie, par conséquent « une porte ouverte à la mort », comme disait Bichat. Par contre, elle se contente d'une anesthésie générale superficielle, au kélène v. g. Personnellement, j'ai toujours eu recours au chloroforme ; mais à présent que j'ai la technique bien en main, je suis décidé à employer pour le prochain cas l'anesthésie locale, comme l'a fait, par nécessité et avec succès, Vergoz, d'Alger. Sous le contrôle de l'œil, la réduction est ici obtenue pratiquement à coup sûr ; et elle est définitive : nous allons voir le pourquoi de la netteté de ces résultats.

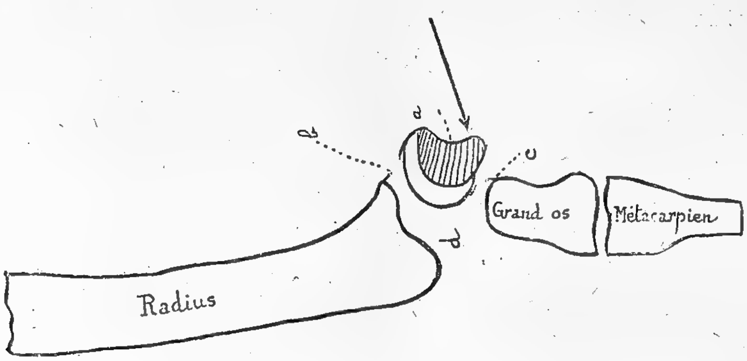


FIGURE 2. — Décalque de la radiographie de l'observation 2 réduite à ses éléments essentiels pour schématiser l'aspect des lésions.
a. Ombre du lunaire (foncé) et du fragment scaphoïdien qui le flanque (clair).
b. Ligaments radio-lunaires intacts.
c. Débris flottants de la capsule médio-carpienne.
La flèche indique la direction de la pesée sur la corne postérieure (devenue inférieure), du lunaire, pour la ramener en face du trou (*d*) dans le pavement carpien.

Elle s'impose aussi dans le cas où le chirurgien ne parviendrait pas à réduire ; mais, d'après mon expérience, cette indication doit être tout à fait exceptionnelle.

Pratiquement donc, dans les cas récents toujours, le débat est entre la réduction non sanglante et la réduction sanglante ; c'est à cette dernière que, dans mes trois derniers cas, j'ai eu recours.

Non pas que je juge la *réduction non sanglante* impossible, ni même difficile ; de nombreux auteurs l'ont réussie, et Destot peut écrire : « Je suis sûr que si on traitait la dislocation du carpe comme une luxation de l'épaule et qu'on s'attelât à cette réduction avec conviction, on obtiendrait au début les meilleurs résultats (Traumatismes du poignet et Rayons X, 1923, p. 117).

Cette méthode a l'avantage d'éviter la plaie et par conséquent le risque infectieux, aujourd'hui bien minime à la vérité.

***

Technique de la réduction sanglante de la luxation médio-carpienne ;

Asepsie classique du champ opératoire.

Anesthésie : générale, ou locale par infiltratration, visant surtout le médian et inondant la face antérieure du squelette carpo-antibrachial, commençant bien au-dessus des lésions.

Anémie du champ opératoire, par un garrot,

qui est indispensable pour pouvoir mener rapidement l'intervention.

Incision sur la face antérieure du poignet, en dehors du relief du tendon du petit palmaire ou en dedans du relief du tendon du grand palmaire si le petit manque (ce qui n'est pas exceptionnel), de 6 à 7 cm., avec milieu au pli de flexion moyen du poignet.

Incision de l'aponévrose superficielle, très épaisse en bas, renforcée qu'elle est par l'épanouissement du petit palmaire et le ligament annulaire antérieur du carpe ; éviter si possible le rameau cutané palmaire du médian.

Récliner en dedans, en fléchissant d'abord un peu la main, le paquet des tendons fléchisseurs, avec le nerf médian : la face antérieure du carpe est à découvert.

L'os luxé, lunaire seul ou associé à un fragment scaphoïdien, y fait une saillie grosse comme une noisette, encore masquée par des débris capsulaires, ou montrant sa face inférieure, croissant brillant de cartilage.

Pour réduire cet os luxé, il faut : 1) ouvrir largement *le trou qui marque sa place* dans la pavement carpien. C'est ce que réalise un aide tirant vigoureusement sur la main, pouce et derniers doigts écartés ;

2) pousser le pavé d'os luxé dans ce trou.

Ici, un mot d'anatomie pathologique ; il est essentiel. Les constatations opératoires sont formelles et constantes. Dans le mouvement qui a énucléé le lunaire, la solution de continuité s'est produite au niveau de la médio-carpienne ; l'article a bâillé par rupture de la capsule qui réunit le lunaire au grand os ; les ligaments radio-lunaires au contraire ont résisté, alors que les faibles ligaments dorsaux cédaient, eux aussi. L'os luxé reste donc appendu aux ligaments radio-lunaires inctacts, autour desquels il tourne plus ou moins, selon que sa face supérieure reste en contact avec le radius ou bien qu'elle l'abandonne (fig. 2). Dans le premier cas, la corne postérieure du lunaire est devant le trou ; une pesée sur la corne et la face antérieure l'y fait rentrer et tout l'os suit. Dans le second cas, une pesée (avec le bec d'une pince de Kocher, v.g.) sur la corne postérieure fait tourner l'os en sens inverse du déplacement traumatique, la corne postérieure arrive devant le trou, s'y engage, et le mouvement s'achève comme dans le premier cas.

C'est ici, à mon sens et malgré l'opinion de Destot qui ne lui voit pas de « réel avantage », qu'éclate la supériorité de la méthode sanglante : à peine réduite en effet, la luxation se reproduit, immédiatement. Un flot de synovie rouge a monté des profondeurs de l'anfractueux article, au moment de la reposition ; mais l'évacuation est incomplète, et le lunaire remonte, comme un piston de seringue, dès qu'on cesse d'appuyer *sur sa face antérieure* ; il faut renouveler la manœuvre plusieurs fois, vider et éponger complètement la synovie, pour qu'enfin le pavé lunaire « colle » dans sa cavité.

Dans ma deuxième observation, la luxation se reproduisait par un autre mécanisme : les fibres capsulaires restées attachées au grand os et de chaque côté au scaphoïde et au pyramidal, formaient une espèce de visière qui s'enfonçait devant le lunaire sous la poussée de mon doigt, et le reluxait dès que mon doigt cessait sa pression. Avec une fine pince de Kocher, je saisis le bord supérieur de cette visière, qui se rabattit sur le lunaire (cette fois pour le maintenir en place) dès que je l'eus réencastré dans le carpe.

La réduction obtenue, on peut la fixer par un ou deux points de catgut, réparant la brèche de la capsule médio-carpienne.

Le garrot est levé, l'hémostase assurée : quelques minutes de compression suffisent d'ordinaire.

L'aponévrose superficielle et la peau sont suturées, sans drainage, mais à points espacés.

Un petit plâtre, en flexion du poignet — surtout si on n'a pas suturé la capsule — qui restera au moins les trois premiers jours, pendant lesquels l'immobilité absolue diminue l'inflammation et ses douleurs ; qui sera enlevé le troisième jour, s'il s'agit d'une luxation du seul lunaire ou même d'un bloc scapho-lunaire ; qui restera une dizaine de jours, pour permettre un début de consolidation, s'il existe, comme dans mon quatrième cas, de multiples lésions osseuses (radius, styles, pyramidal, etc.).

Pas de massage, de massage profond du moins ; il existe souvent de petits arrachements osseux qu'il irriterait.

La mobilisation est principalement effectuée par le blessé lui-même, dont le bras est progressivement, et le plus rapidement possible, rendu à la liberté complète.

Les résultats de la reposition sanglante sont excellents : dans le cas de troubles par compression du médian, la sédation des douleurs est immédiate ; mon second blessé affirme le soir même qu'il « sent bien que son poignet est en place. »

Au bout de six semaines à deux mois, les blessés du travail (obs. 3 et 4) obtiennent 18 à 20 % d'incapacité, ce qui correspond à l'ankylose du poignet ; mais la satisfaction des opérés, qui « n'espéraient pas si bien », et l'amélioration progressive qui suit la reprise du travail, montrent que le résultat est bien plus favorable que ne l'indiquerait, à première vue, ce chiffre, sujet à révision aussi bien ; mon second blessé était un cultivateur : au bout de 3 mois, il avait repris ses occupations, « comme avant ».

Obs. I. — R. E., 26 ans. Le 20 mai 1923, chute en avant sur un rail.

Le 22, réduction sous chloro d'une « fracture du poignet ».

Radio sous plâtre : pas de fracture du radius ; fracture des deux styles ; luxation médio-carpienne, avec déplacement en avant et en dedans d'un bloc scapho-lunaire retourné, et déplacement en dedans du pyramidal.

Le 30, ablation du bloc scapho-lunaire.

Le 25 novembre, incapacité de 20 %.

Le 12 août 1924, il persiste un peu de raideur dans les mouvements du poignet, surtout dans les mouvements latéraux ; quelques douleurs aux fortes variations atmosphériques ; atrophie légère de l'ensemble de la main.

Obs. II. — E. D., 38 ans. Le 31 juillet 1924, en retenant en arrière un tombereau qui basculait, la main en hyperextension et inclinaison radiale, craquement et sensation immédiate « d'os qui dépasse » au poignet ; douleurs vives dans le domaine du médian, avec « contractions dans les muscles ».

Luxation d'un bloc scapho-lunaire (v. fig. 2).

Le 8 août, reposition sanglante ; les fibres capsulaires médio-carpiennes restées adhérentes au grand os empêchent la stabilité de la réduction, tant que le chirurgien ne les a pas sorties du trou carpien, où elles s'enfoncent avant le massif luxé.

Le 1er décembre, malgré la pseudarthrose de la fracture du scaphoïde, le blessé a repris son travail de cultivateur.

Obs. III. — S. A., 43 ans. Le 6 novembre 1924, en retenant l'encadrement d'une tranchée qui s'éboulait, craquement dans la main, et gonflement immédiat. Radio : fracture des deux styles ; énucléation du lunaire seul ; arrachement d'un petit fragment du pyramidal, qui paraît dépendre de l'action du ligament latéral interne du poignet.

Le 15, reposition sanglante ; une synovie abondante reproduit jusqu'à évacuation complète la luxation à peine réduite.

Deux mois plus tard, incapacité de 18 %. Amélioration progressive.

Obs. IV. — V., blessé le 8 janvier 1925.

Radio : écrasement du style radial, du scaphoïde, et du pyramidal ; énucléation du lunaire seul.

Le 17, sous chloro, reposition sanglante, assez facile à obtenir, mais se reproduisant en raison des multiples dégâts ostéo-articulaires. Immobilisation plâtrée d'une douzaine de jours.

Radio de contrôle : réduction anatomique parfaitement maintenue, et parfaite.

En avril, incapacité de 20 % ; reprend ses occupations.

Dr J. Fiévez.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Traitement des cancers de la vessie.

D'après une leçon du Pr Legueu (1).

Un homme de 62 ans venait à l'hôpital parce qu'il avait depuis deux ans des *hématuries répétées*. Ces hématuries présentaient quelques caractères particuliers. Elles étaient spontanées, et non provoquées par les mouvements. Ce caractère est celui des hématuries cancéreuses. On notait également que c'étaient des hématuries totales, et le propre des hématuries cancéreuses serait au contraire d'être terminales, c'est-à-dire de se produire seulement à la fin de la miction. Il faut savoir que les grandes hématuries sont facilement totales même en cas de cancer. Ajoutons que ces hématuries s'accompagnaient de caillots. Ces symptômes, joints à l'âge du malade, devaient nécessairement faire penser à un cancer.

L'origine d'hématuries semblables devait être la vessie, car les caillots ne présentaient pas cette forme allongée qu'on remarque lorsqu'ils viennent de la partie supérieure de l'appareil urinaire. Cet homme ne souffrait pas dans la miction, mais il avait de la *pollakiurie* nocturne et diurne.

Cette association d'une hématurie importante et répétée avec la pollakiurie suffit à faire reconnaître un cancer de la vessie. La *pollakiurie* révèle la *localisation vésicale* de ce cancer.

Cet homme, à son arrivée à l'hôpital, avait un dépôt abondant dans les urines, parce qu'il y avait du sang, mais il n'y avait pas de pus. On fait l'examen clinique. Le toucher rectal ne montre pas d'adénome. Les deux reins ne sont pas perceptibles, ils ne sont pas augmentés de volume, ou d'une manière insignifiante. La radiographie ne montre pas de calculs dans l'appareil urinaire.

La *cystoscopie* montre une tumeur volumineuse et saillante qui remplit la vessie, mais dont le point d'implantation est assez haut. Elle est végétante, ulcérée et saignante ; rapidement le champ se trouble, mais on voit suffisamment pour savoir que c'est une tumeur largement pédiculée vers la partie supérieure droite de la vessie.

Ce malade a une *azotémie* de 0,35, une *constante* de 0,09. Il est opéré à la rachianesthésie, on lui pratique une *cystectomie partielle*.

La situation d'une tumeur à la partie supérieure de la vessie est la condition la plus favo-

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker, et recueillie par le Dr Laporte.

rable pour l'*exérèse*. Il n'y a même aucun inconvénient à ouvrir la cavité péritonéale.

Malheureusement, la cystectomie partielle n'est pas toujours possible pour les cancers de la vessie.

On peut user, d'autre part, de moyens physiques non opératoires, mais palliatifs.

Quant à l'intervention opératoire elle-même, on peut recourir à diverses méthodes.

Autrefois, on ouvrait la vessie et on faisait des grattages, des curettages, avec le *thermocautère*, ou avec le *galvanocautère*. Il n'est pas besoin de dire que ces moyens sont très défectueux. Si quelquefois on y recourt incidemment, c'est parce qu'ayant ouvert la vessie pour traiter l'hémorragie qui menaçait d'être mortelle assez rapidement, on a trouvé une tumeur qu'on ne peut pas enlever entièrement. C'est donc une opération partielle, palliative, qui est sans doute légitime, mais qu'il ne faut faire que quand on ne peut pas procéder autrement.

A l'opposé, il y a la *cystectomie totale*, c'est-à-dire l'ablation de la totalité de la vessie, opération qu'il ne faut pas faire, parce qu'elle ne peut pas être efficace, voici pourquoi :

Les uretères, une fois privés de leur implantation dans la vessie, ne peuvent être implantés que dans le *tube intestinal*, ou à la *peau* : la conséquence en est une infirmité absolument déplorable, et pour un bénéfice illusoire, puisque cette intervention n'empêche pas la récidive.

La bonne opération, c'est la *cystectomie partielle*, c'est-à-dire l'opération consistant à enlever la tumeur avec son point d'implantation ; la paroi vésicale correspondante présente toujours en pareil cas des infiltrations profondes provenant du néoplasme. Il y a toujours ce qu'on appelle des *infiltrations larvées* ; que le palper sent et que l'histologie montre. Il y a même une propagation du néoplasme dans le tissu cellulaire périphérique et que l'on peut également enlever par ce procédé.

Malheureusement, cette opération n'est possible que pour certaines variétés de tumeurs, celles qui siègent dans la zone supérieure, au voisinage du sommet de la vessie, ou dans un segment latéral. Or, il se trouve précisément que la plupart des cancers de la vessie siègent dans les zones inférieures ou basses, au voisinage des uretères, entre les uretères et la prostate, si bien qu'on se demandait autrefois si les cancers de la vessie n'étaient pas des cancers de la prostate propagés à la vessie. Il semble que c'est tout le contraire qui se passe dans la réalité.

Dans ces conditions, c'est-à-dire quand le cancer siège dans la région inférieure de la vessie, il est très difficile de faire une opération bonne et correcte, et le plus souvent on est obligé de renoncer à l'intervention.

Les cystectomies partielles de la partie supérieure de la vessie donnent, par contre, d'excellents résultats. Un malade âgé de 72 ans, opéré la veille de la guerre, d'une cystectomie partielle, se trouvait en parfait état cinq ans plus tard, en 1919.

Exceptionnellement, une cystectomie basse *avec implantation de l'uretère dans la partie supérieure de la vessie*, a pu réussir.

Les cancers de la vessie peuvent être des cancers primitifs, des tumeurs d'emblée cancéreuses, mais ils sont aussi dans un certain nombre de cas des cancers consécutifs à des *papillomes* : cette variété de tumeurs est encore insuffisamment connue ; c'est en 1910 que nous avons, avec M. Verliac, attiré l'attention du monde médical sur ce point par notre communication à la Société du cancer.

D'une manière générale, le papillome est une tumeur bénigne ; mais quand un papillome, ou, pour mieux dire, un néoplasme papillaire, parfaitement bénin dans sa nature, a séjourné longtemps dans la vessie, a évolué, a acquis un certain volume, ce papillome, quoiqu'ayant extérieurement tous les caractères des papillomes les plus bénins, n'est plus du tissu papillaire simple ; il y a en lui les éléments et le germe d'un cancer, et nous avons dans la vessie le plus bel exemple de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, par le fait même de l'évolution naturelle de son tissu.

Voici l'observation d'un malade, qui vécut à une époque où on laissait les *papillomes*, par erreur ou incompétence, se développer dans la vessie. Il avait eu pendant six ans des hématuries, que dans ce temps-là on qualifiait déjà de *néphrite hématurique*. A ce moment, on lui enleva un très gros papillome, qu'il avait depuis six ans. Ce n'était certes pas du cancer. Il guérit admirablement, ayant des urines claires. Néanmoins, cinq ans après, il fit une récidive de papillome, une récidive comme on n'en voit plus, comme on en reverrait si on ne les supprimait pas à l'origine par une électro-coagulation ; puis, quinze ans après, le même malade a récidivé, cette fois, d'un *cancer* envahissant, dont il est mort.

Quand un papillome se développe dans la vessie, la lésion initiale consiste en une transformation papillaire de la surface de la muqueuse, puis la lésion s'accentue, la saillie papillaire augmente; enfin au bout d'un certain temps s'opère la pénétration de l'épithélium dans le tissu conjonctif, ce qui caractérise le cancer.

Les *moyens physiques* applicables au traitement de ces cancers sont le *radium* et les *irradiations profondes*. On espère généralement beaucoup de l'emploi des moyens physiques pour le traitement du cancer. C'est là certainement qu'on trouvera la solution. Ce n'est sûrement pas la chirurgie qui guérira le cancer.

Il y a deux manières de traiter une tumeur vésicale par le *radium* : ou bien on introduit un tube de radium par l'urèthre, à l'intérieur d'une sonde, par conséquent à l'aveugle. C'est un procédé inadmissible. Ou bien, et c'est le seul procédé acceptable, on pratique une taille à la partie supérieure de la vessie, et on implante tout autour de la tumeur, visible, à intervalles d'un centimètre, des aiguilles de radium, en allant même dépasser la paroi vésicale, de façon à pénétrer jusque dans le tissu cellulaire périphérique.

Mais, ce procédé ne donnant pas toujours et souvent une amélioration, et causant aux malades des douleurs intolérables pendant des semaines, il est préférable d'y surseoir, en attendant les nouveaux perfectionnements de technique rendant moins pénible et plus efficace l'emploi du *radium.*

La *radiothérapie profonde* est presque à l'heure actuelle notre dernière ressource dans cette thérapeutique si malaisée des cancers de la vessie. Toutefois ce moyen n'est pas exempt d'inconvénients. On a pu à la suite voir des généralisations cancéreuses se montrer.

En ce qui concerne le *cancer de la vessie*, on trouve dans une thèse soutenue à Strasbourg, par M. Barcelan, sous l'inspiration de M. Beckel, quelques observations. Cinq malades ont été traités par la *radiothérapie profonde* seule. On a noté deux fois la disparition complète de la tumeur, sans récidive, une fois une amélioration suivie de récidive, et dans les deux autres cas, aucun changement.

En somme, la radiothérapie profonde laisse incertain sur la possibilité d'une généralisation dans le *foie* d'un cancer localisé jusque-là dans la *région pelvienne.* Néanmoins, c'est le dernier progrès, ou peu s'en faut, de la thérapeutique du cancer, c'est l'unique ressource du thérapeute, à l'heure actuelle, pour apporter un soulagement dans ces cas-là.

Quand on a affaire à des tumeurs saignantes, inopérables, siégeant dans une région défavorable, et que les malades souffrent beaucoup, on peut — ne serait-ce qu'à titre palliatif, même purement moral, recourir dans une certaine mesure à l'*électrocoagulation.* D'ailleurs, il n'est pas douteux que l'électrocoagulation est de nature à diminuer certaines hématuries, s'il en est d'autres qu'elle peut augmenter ; une électrocoagulation répétée de temps à autre à la surface de la tumeur, sur les végétations papillaires, améliorera sensiblement des crises hémorragiques quelquefois graves et qui conduiraient plus rapidement les malades à la mort. C'est donc un moyen à ajouter aux précédents. Naturellement, il n'est pas curatif, mais purement palliatif.

Le *mésothorium*, ce corps nouveau, introduit récemment dans la thérapeutique, a été tout à la fois et trop vanté par les uns, et trop déprécié par les autres. Chez quelques malades atteints d'un cancer de la vessie incontestable, mais peut-être d'une malignité peu marquée, les injections de mésothorium par la voie sanguine ou intramusculaire, produisent des améliorations évidentes. Le *mésothorium* se présente sous forme d'ampoules de 2 microgrammes par centimètre cube, dose injectable dans la veine tous les deux ou trois jours, pendant un certain temps. On peut faire cette injection dans le tissu intramusculaire, et même par voie sous-cutanée. Elle n'a pas d'inconvénients.

Le mésothorium exerce une action spéciale sur les cellules cancéreuses de la vessie. Quant à penser à la disparition du cancer, nous ne pouvons pas l'espérer, mais cependant l'on a vu la tumeur disparaître à peu près entièrement, ou se réduire à une végétation insignifiante, à la suite d'injections de mésothorium répétées pendant quatre ou cinq ans. Des cas particuliers on ne peut tirer une conclusion générale.

LE CERIUM ET LE THORIUM EN THÉRAPEUTIQUE

Ces dernières années, la pharmacopée s'est enrichie de nouvelles acquisitions des plus intéressantes.

A côté des éléments radioactifs, comme le radium, qui fut introduit par Jaboin, il y a un quart de siècle, et le mésothorium plus récemment venu dans la thérapeutique, les terres rares ont fait l'objet d'une expérimentation particulièrement brillante dont la clinique a déjà su tirer des résultats plus qu'encourageants.

Dès 1920, Frouin communiquait à l'Académie de médecine les résultats de ses belles expériences sur le cérium. On sait qu'au point de vue chimique, les sels de cérium se comportent comme de remarquables catalyseurs d'oxydation, ainsi que l'a montré André Job, dans sa thèse inaugurale, il y a plus de trente ans.

Au point de vue bactériologique, Frouin a montré que les sels de cérium agglutinent les bactéries et diminuent la virulence et la toxicité des émulsions microbiennes.

Comme application, les sels cériques solubles ont été employés, non seulement pour combattre les infections du tube digestif, mais encore en applications externes dans le traitement des plaies atones, des brûlures, des ulcères variqueux.

En gynécologie, on traite avec succès les métrites chroniques par application de tampons imbibés de solution glycérinée de sulfate de terres rares cériques.

En 1914, on avait d'ailleurs obtenu des résultats très encourageants en urologie par des lavages uréthraux au moyen de solutions de sels solubles de cérium et de thorium.

Excellents résultats également dans le traitement du chancre mou.

En résumé, les sulfates de groupe cérique, en solution de 2 à 4 %, d'après Frouin, ont une action antiseptique puissante et favorisent la cicatrisation et la formation du derme et des couches épithéliales.

Mais il y a plus : il semble que le cérium soit une arme digne d'intérêt contre le bacille tuberculeux. Frouin a montré que les sels cériques arrêtent *in vitrò*, à la dose de 1 /1000, le développement des cultures de bacille de Koch. A faibles doses, ils donnent au bacille un aspect granuleux et diminuent la teneur des bacilles en matières grasses de 40 % à 20 % et même 16 %.

Chez les animaux neufs, l'injection intraveineuse de solutions de ces sels, à la dose journalière de 1 à 2 milligrammes par kilogramme de matière vivante, détermine une mononucléose et une polynucléose très nettes, avec augmentation de poids.

Chez les cobayes tuberculeux, elle produit une survie de 2 à 3 mois par rapport aux témoins, et permet d'obtenir la sclérose des lésions.

En clinique, on a signalé des résultats assez favorables au début de la maladie, et dans les tuberculoses cutanées, nuls sur les gommes tuberculeuses, peu sensibles sur la tuberculose pulmonaire fébrile. On a employé surtout les injections intraveineuses quotidiennes, en séries de 20 jours consécutifs, plusieurs fois renouvelées à la dose de 0 gr. 08 à 0 gr. 10 de sulfates. On obtient ainsi des effets sclérosants utiles.

Voici enfin les résultats obtenus avec le *chlorure céreux* en solution de 5 % à 10 %, tels qu'ils résultent des expériences de Berlioz, de Grenoble, dont nous reproduisons ci-dessous les conclusions.

« Le chlorure céreux est neutre, il est précipité de ses solutions par les alcalis et le précipité disparaît par addition d'acides.

Pouvoir toxique : Des cobayes ont été injectés sous la peau aux doses de 0 gr. 50, à 1 gr. 5 par kilogramme d'animal. Ils sont tous restés bien portants.

La solution injectée était de 10 % ; il s'est produit un empâtement au point d'injection, et le cobaye qui avait reçu 1 gr. 50 a une plaie qui, depuis dix jours, n'est pas fermée. Cette solution peut donc être considérée pratiquement comme non toxique.

Pouvoir antiseptique : J'ai déterminé les doses infertilisantes et microbicides.

Doses infertilisantes : Des tubes renfermant 10 cc. de bouillon ont été additionnés de doses décroissantes de chlorure céreux, puis ensemencées avec des bactéries staphylococcus aureus (microbe du pus) et bacille typhique.

Titre de solution....	1 /1000	1 /2000	1 /5000	1 /10.000
Staphylocoque.....	—	—	+	+
Bacille typhique....	—	—	+	+

Le signe + indique que les microbes se sont développés.

Le signe — indique que le bouillon était infertilisé.

Dose microbicide. — Je l'ai fixée par deux procédés :

a) Des tubes renfermant 1 cc. de bouillon de culture de staphyloccocus aureus et de bacille typhique sont additionnés de 0 gr. 01, à 0 gr. 1 de chlorure céreux. Après 15, 30, 45 minutes de contact, les microbes sont semés sur de la gélose.

b) De petits morceaux de papier stérilisés sont arrosés avec des bouillons de culture des microbes précités puis transportés dans la solution de chlorure céreux à 10 %. Après 15, 30, 45 minutes de contact les papiers sont lavés dans de l'eau stérile, puis mis dans du bouillon nutritif à l'étuve. Le lendemain tous les bouillons ont cultivé.

Il résulte de ces expériences que le pouvoir antiseptique du chlorure céreux est très faible puisque la solution à 10 % n'est pas microbicide en 45 minutes. Par contre, ainsi que nous allons le voir, elle a d'autres propriétés qui la rendent intéressante à d'autres points de vue :

Pouvoir précipitant. — Il est à noter que le chlorure céreux même à 10 % n'altère pas les globules rouges et ne produit pas d'hémolyse.

Le chlorure céreux agglomère et précipite les bactéries et les toxines à très faibles doses.

Précipitation des bactéries. — Je fais dans la solution de chlorure de sodium à 9 /1000 des émulsions de bactéries par raclage de culture sur gélose.

De petites éprouvettes reçoivent 1 cc. d'émulsion et sont additionnées de doses décroissantes de chlorure céreux. Des tubes témoins servent de contrôle.

TITRE DES DILUTIONS.

	1 /100	1 /500	1 /1000	1 /3000
Staphylococcus	+	+	+	+
Bacille typhique ...	+	+	+	+
Bacille tuberculeux.	+	+	+	+
	1 /10000	1 /25000	1 /50000	1 /100000
Staphylococcus ...	—	—	—	—
Bacille typhique....	—	—	—	—
Bacille tuberculeux..	+	+	+	—

Le signe + indique qu'il y a eu précipitation.

Le signe — indique qu'il n'y a pas eu précipitation.

« La précipitation du bacille tuberculeux à dose si faible, à 1/50.000 (soit 0 gr. 00002 pour 1000), est remarquable.

Précipitation des toxines. — Le chlorure céreux précipite les toxines de la tuberculine brute et de l'extrait aqueux de bacilles tuberculeux triturés.

Il suffit de 2 milligrammes de chlorure céreux pour précipiter 0 gr. 10 de ces extraits. J'ai voulu me rendre compte si cette précipitation rendait les toxines inoffensives. J'ai donc fait l'expérience suivante :

On sait que la tuberculine brute tue en quelques heures les cobayes tuberculeux à la dose de 0 cc. 40 à 0 cc. 50. Cobaye de 520 grammes inoculé de tuberculose depuis 35 jours. Injection sous-cutanée de 0 cc. 60 de tuberculine brute précipitée par le chlorure céreux.

Après 7 jours il est bien portant.

Cobaye 680 grammes inoculé de la tuberculose le même jour que le précédent. Injection sous la peau de 0 cc. 60 de tuberculine brute. Trouvé mort le lendemain matin.

Le foie, la rate sont très congestionnés et avaient des tubercules.

La tuberculine précipitée est donc devenue inoffensive.

Ces deux faits : précipitation des bactéries et des toxines sont très intéressants, car on retrouve ces propriétés dans le sérum des animaux immunisés. On les considère comme des moyens de défense employés par l'organisme pour lutter contre les bactéries et tous leurs poisons.

Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, voit dans les coagulines et précipitines, l'acte primordial de l'immunité acquise. Ces coagulines joueraient le rôle d'antitoxines. »

Il y a lieu d'insister ici sur les beaux travaux de recherches et de mise au point auxquels se sont livrés MM. Grenet (de Laënnec) et H. Drouin, au sujet de l'utilisation du cérium et des terres cériques dans la thérapeutique antituberculeuse.

Il résulte des études effectuées par ces auteurs, après celles de Frouin et Moussali, mais avant celles de Berlioz, que la méthode n'est pas applicable dans les formes aiguës, ni dans les formes franchement fébriles (*Sciences médicales* du 30 avril 1923 et Comptes rendus du Congrès de Strasbourg de 1922, page 336).

Dans les cas de ce genre, les résultats sont d'ordinaire médiocres, se bornant à un relèvement de l'état général, quand il s'agit de lésions anciennes et multiples, ou très étendues, bien que parfois, même dans des cas très graves, on obtienne des améliorations inespérées (H. Grenet, *Sciences médicales* du 30 avril 1923).

Mais les résultats sont souvent très brillants dans les lésions récentes à évolution chronique, et spécialement dans les adénites fistulisées ou non, dans le rhumatisme tuberculeux, dans la tuberculose pulmonaire débutante non hémoptoïque et non fébrile.

En somme, le cérium, probablement par ses propriétés catalytiques d'oxydation, est capable de modifier profondément l'évolution du bacille de Koch et d'un certain nombre d'autres agents infectieux, et de rendre inoffensives certaines toxines microbiennes.

Les applications cliniques de ces propriétés ne sont pas aussi générales qu'on pouvait l'espérer, mais sont capables, dans des cas bien déterminés, de rendre les plus précieux services au praticien.

Nous verrons par la suite qu'en dermatologie, on a su en tirer des résultats remarquables.

***

On s'est demandé quel pouvait être le mode d'action des terres cériques sur les affections qu'elles améliorent. Et, à cet effet, Grenet et Frouin ont fait étudier les réactions leucocytaires consécutives aux injections intra-veineuses ou hypodermiques de certains composés, parmi lesquels les sels de terres rares cériques, particulièrement de didyme, employé par ces auteurs concurremment avec le cérium.

Maurice Caillard, qui a travaillé sous l'inspiration de ces Maîtres, a pu établir que les terres rares cériques déterminent chez l'homme et les animaux, une leucocytose mononucléaire progressive, intense et durable. (Voir thèse inaugurale de M. Caillard, Paris, Legrand, 1921.)

Il est à penser, dit cet auteur, que la mononucléose ainsi provoquée a une part importante dans les propriétés sclérosantes et cicatrisantes des sels de terres rares, et il est difficile d'admettre que cette réaction sanguine constitue un phénomène de diaphylaxie banale puisque l'on ne trouve, dans cette série d'expériences, que l'iode dont l'action, comme agent de mononucléose, soit comparable à celle des terres rares.

Quoi qu'il en soit, on a dans les terres rares cériques des agents thérapeutiques d'une grande fécondité dont on commence à peine à connaître toutes les utilisations possibles.

***

Les sels de thorium, bien que n'appartenant pas à proprement parler à la classe des terres rares, s'en rapprochent cependant par certaines propriétés chimiques et, au point de vue biologique, ils sont capables d'exercer des actions an-

tiseptiques, antivirulentes, astringentes et kératoplastiques du même ordre.

Voici d'ailleurs comment les sels de thorium se classent dans cet ordre d'idées, par rapport aux terres rares, d'après Moussali (Thèse de doctorat en pharmacie, Nancy 1919, inspirée par Frouin).

« Le bacille pyocyanique, cultivé sur un milieu contenant du sulfate d'erbium ou d'yttrium à 1 pour 5.000, est moins virulent que ce même bacille cultivé en présence de sulfate de lanthane ou de thorium dans les mêmes proportions. Le bacille pyocyanique cultivé en présence de ces deux derniers sels est moins virulent que celui qui est cultivé sur un milieu identique, mais ne contenant pas de terres rares.

« Les sulfates de lanthane, d'erbium, d'yttrium et de thorium ont une action agglutinante très puissante sur le bacille pyocyanique (1 pour 32.000 à 1 pour 64.000).

« Le pouvoir antiseptique de ces sels les classe dans l'ordre progressif suivant : lanthane, yttrium, erbium et thorium.

« Les bacilles pyocyaniques traités par le sulfate de lanthane ou de thorium sont moins toxiques et moins virulents que les mêmes bacilles traités par les sulfates d'erbium et d'yttrium. »

Les terres cériques et thoriques semblent donc plus intéressantes à cet égard que les terres yttriques.

« La nocivité d'une émulsion microbienne traitée par un sel de terre rare n'est pas en rapport avec le pouvoir microbicide de ce sel. Ainsi le sulfate de lanthane, qui exerce une action antiseptique et microbicide moins grande que les sels d'erbium et d'yttrium, possède un pouvoir antivirulent plus grand que ces deux sels vis-à-vis du bacille pyocyanique. »

Les émulsions microbiennes atténuées par l'action du sulfate de lanthane ou de thorium peuvent pratiquement servir à l'immunisation des animaux vis-à-vis du bacille pyocyanique.

Dans le même ordre d'idées, MM. Grenet et Drouin ont pu préparer par l'addition de sels de terres rares à des cultures de pyogènes banaux, des vaccins autogènes et des stock-vaccins dont l'influence sur l'évolution des processus infectieux a été des plus encourageantes.

Ces mêmes auteurs, par injections de sels de terres rares chez des malades atteints de bacilloses chroniques, ont constaté la production d'une mononucléose intense et durable qui ne doit pas être étrangère à la formation de tissu fibreux que l'on constate chez tous les malades ainsi traités et s'acheminant vers la guérison. Le rôle des leucocytes mononucléaires a en effet souvent été invoqué dans la néoformation du tissu conjonctif des processus de cicatrisation.

***

M. René Muffat, dans sa thèse de médecine de 1922, s'est attaché plus particulièrement à étudier les applications du thorium et du néodyme en gynécologie.

Il a préparé des ovules et des crayons à base de glycérine contenant 1 gr. p. 100 de chlorure de thorium et 0 gr. 10 p. 100 de chlorure de néodyme.

Il conseille de faire précéder et suivre à 24 heures d'intervalle l'application d'un crayon intra-utérin, de celle d'un ovule. Un seul traitement est le plus souvent suffisant.

***

De leur côté, MM. Lemay et Morel se sont consacrés à des études extrêmement intéressantes, au cours de ces dernières années, sur des mélanges de sels insolubles de cérium, de thorium et de calcium auxquels se trouvent mélangés d'autres sels de terres rares, tels que le lanthane et le didyme et qu'ils emploient en applications externes.

Ces auteurs ont publié leurs premiers résultats dans un intéressant article du *Journal des Praticiens*, de novembre 1924 : « Les sels de terres rares en thérapeutique ».

A côté du traitement externe qui consiste très simplement en applications sur la peau d'une pâte obtenue en délayant les sels insolubles en question avec de l'eau, les auteurs préconisent un traitement interne qui consiste à prendre deux fois par jour 20 gouttes d'une solution à quelques pour cent de sels solubles de cérium, de thorium et de calcium.

La nécessité de ce traitement interne a été bien dégagée dans le *Bulletin médical* des 6 et 9 août 1924 par MM. Veyrières et Guilbert.

« Une très longue et assez active pratique de la dermatologie impose la conviction que c'est la thérapeutique externe qui, convenablement appliquée, soulage le mieux le malade et arrive le plus rapidement à le débarrasser de ces manifestations cutanées. Mais le plus élémentaire bon sens suffit à faire comprendre que cette médication externe ne constitue pas la médication de fond, celle qui pourra prévenir les retours offensifs et peut-être modifier le terrain. »

C'est pourquoi il est bon de superposer l'action générale des terres rares à leur action locale pour obtenir l'effet maximum et durable.

Les indications de ce mélange : cérium, thorium et calcium, en dermatologie, sont les suivantes :

Eczémas : aigu, chronique, lichénifié, suintant, prurigineux, variqueux ; impétigo ; prurit ; lupus : érythémateux ou autres ; psoriasis ; pyodermites : gourmes, ecthyma, folliculites, sycosis ; herpès ; adénites ; tuberculoses verruqueuses ; couperose ; acné ; urticaire ; ulcérations

de la peau, auxquelles il convient d'ajouter : l'érythème intertrigo et aussi les érythèmes fessiers des nourrissons, sur lesquels ce mode de traitement a une influence extrêmement intéressante et rapide.

J'extrais du travail de MM. Lemay et Morel, quelques observations :

IMPÉTIGO :

Enfant A..., 2 ans, impétigo tenace du sillon rétro-auriculaire datant de 8 mois et ayant résisté aux médications usuelles : guérison complète après 5 emplâtres de sulfate de cérium, thorium et calcium.

ECZÉMA :

Mlle G..., 27 ans, porteuse depuis l'âge de 24 ans d'une plaque d'eczéma sec sur l'avant-bras gauche ; cette plaque mesure 10 cm. dans sa plus grande longueur, 8 cm. dans sa plus grande largeur. Elle est un sujet d'ennui sérieux pour la malade, qui doit porter toujours des manches longues.

Après 8 applications de sulfate de cérium, thorium et calcium, la plaque a entièrement disparu, la peau a repris son aspect normal.

Nombre de topiques avaient été essayés sans résultats.

LUPUS :

Mme P..., 35 ans, est atteinte depuis 5 ans d'un lupus de la variété érythémato-tuberculeux siégeant sur le nez. Elle a employé toutes les pommades.

Elle fait des applications de sulfate de cérium, thorium et calcium le soir et elle garde l'emplâtre toute la nuit. Au bout de deux mois, l'érythème a presque disparu et il n'y a plus aucun point tuberculeux.

La marche de la guérison s'est faite de la façon suivante. Après une dizaine d'applications on vit apparaître sur le dos du nez de petits placards de peau d'apparence normale. Puis de proche en proche, l'érythème s'atténua et tous les points tuberculeux s'effacèrent.

Actuellement, on ne dirait pas que le nez a été malade s'il ne persistait quelques fines traînées congestives, surtout après les repas ou à l'occasion d'un effort.

Il y a donc là une tentative extrêmement intéressante de MM. LEMAY et MOREL qu'on ne saurait trop encourager.

Dans tous les cas signalés ci-dessus, le praticien a le devoir de penser que les sels de terres rares peuvent lui donner une ressource précieuse dans une série d'affections dont la thérapeutique est actuellement infidèle et qui cèdent à ces topiques nouveaux avec une facilité souvent surprenante.

L. JALOUSTRE,
Ancien Elève de l'Ecole Normale Supérieure
et de l'Institut Pasteur,
Ex-chargé de Conférences à l'Institut de Chimie
de Paris.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La douleur dans les affections rénales.

De la douleur, on doit, d'après le Dr O. PASTEAU, recueillir un élément de diagnostic et de thérapeutique au cours des affections rénales.

Si quelquefois, elle fait complètement défaut, quand il s'agit d'une affection où elle n'est pas habituelle, quand aussi elle ne s'est pas encore montrée, la douleur est peu marquée ou bien elle est vive, déterminant le patient à demander l'avis du médecin (colique néphrétique).

Spontanée ou provoquée, elle peut siéger au niveau du rein ou de l'uretère du côté malade (en arrière, angle costo-musculaire, 12e côte et masse lombaire ; en avant, région sous-costale, paroi abdominale, point urétéral supérieur, point para-ombilical de Bazy, point urétéral moyen, point urétéral inférieur (décelé par le toucher rectal ou par le toucher vaginal). Elle s'irradie aussi volontiers, et, le plus fréquemment, le long de l'uretère jusqu'à la vessie ; cette propagation vésicale, cause d'erreurs de diagnostic, témoigne qu'il est toujours prudent de terminer par l'examen des reins quand on se trouve en présence d'un malade qui se plaint de la vessie

La douleur peut aussi siéger du côté opposé (moins intense que du côté malade, ou croisée) ; enfin on la retrouve à distance, déterminée par pression au point sus-intra épineux, au point inguinal, au point sus-iliaque latéral.

Quant à la *valeur séméiologique de la douleur*, des affections non rénales peuvent présenter des symptômes douloureux plus ou moins analogues: lumbago, mal de Pott, douleurs hépatiques, douleurs intestinales ou appendiculaires. Aussi est-il nécessaire de pratiquer un examen complet de tout l'arbre urinaire pour assurer un diagnostic exact (exploration de la région urétérale et de la vessie, radiologie, examen des urines, pus et sang).

Si d'autres symptômes ne peuvent mettre sur la voie du diagnostic, si la douleur est le phénomène principal, on doit se rappeler certains points :

a) L'intensité de la douleur ne peut pas être considérée comme un élément certain de diagnos-

tic ; un gros calcul peut être moins douloureux qu'un plus petit ;

b) L'infection rénale simple est normalement cause de douleur ; toutefois la tuberculose, au moins au début, est souvent absolument indolore.

c) La distension rénale ou pyélique est toujours accompagnée d'un syndrome douloureux plus ou moins intense ;

d) L'étude du mode d'apparition de la douleur, de sa répétition, a une grande importance. Après des secousses on doit penser à un calcul ; au cours d'un cathétérisme urétéral, surtout si on a constaté du sang dans l'urine évacuée par la sonde, il faut penser à l'obstruction de l'uretère par un caillot, ou au déplacement d'un calcul, d'une frange de papillome.

Puis, ayant une fois établi qu'un rein souffre, on doit poursuivre la voie du diagnostic par un examen complet ; dans certains cas, tel ou tel examen lève le doute : radiographies pour le calcul, cathétérisme urétéral et pyélographie pour les rétentions rénales ; examen des urines et exploration de la fonction rénale pour la tuberculose, etc.

Le *traitement* dépend de la cause :

Contre la congestion locale, applications sur la région lombaire ou sous-costale antérieure de glace ; révulsion, saignées, enveloppements humides chauds, fréquemment renouvelés.

S'il y a distension des cavités rénales, les lavages de la vessie, déterminant des contractions vésicales et secondairement des contractions urétéro-vésicales, la distension de la vessie, seront les moyens les plus simples à utiliser. Par le cathétérisme urétéral, quelques grammes de liquide évacués suffisent à faire disparaître instantanément une douleur vive.

Contre l'infection, on utilisera des boissons chaudes, surtout quand le malade vide bien son bassinet, des antiseptiques internes (formine), et on évitera tout ce qui peut congestionner le rein, notamment les balsamiques à doses élevées.

Ne pas oublier les analgésiques, en évitant ceux qui peuvent sidérer plus ou moins la fonction rénale ; pas de morphine après une intervention sur les reins, ou quand ces organes fonctionnent mal.

Le traitement de la douleur assuré, on s'adresse à la cause première : extraction d'un calcul, cure radicale d'une hydronéphrose, ablation d'un rein tuberculeux ou néoplasique. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1925.)

Les colites ulcéreuses chroniques et leur traitement.

Dans ces affections M. Gaston-Durand note la constance des lésions au niveau de la partie terminale du gros intestin, le rectum étant envahi, puis secondairement les segments susjacents de l'intestin. Quand on a éliminé toutes les hypothèses d'infection dysentérique (amibienne ou bacillaire), il faut, en présence d'une colite ulcéreuse, définir aussi exactement que possible l'étendue des lésions par l'endoscopie recto-sigmoïdienne et par la radioscopie, après lavement baryté, mais celle-ci n'est naturellement possible qu'en dehors des phases aiguës, ou dans les formes chroniques d'emblée.

La thérapeutique doit varier suivant les modalités cliniques.

Dans les colites ulcéreuses chroniques d'emblée, la constipation est du type spasmodique, la diététique alimentaire n'occupe que le second plan, s'efforçant de lutter contre cette constipation. Au contraire, très importante est la médication antispasmodique (chimique, physiothérapique, hydrothérapique, électrothérapique.)

S'abstenir de tous laxatifs ; n'employer que des agents purement mécaniques, tels que l'huile de vaseline et les mucilages. En dehors d'eux, laisser de côté toute médication *per os*, et agir localement sur le recto-côlon par des lavements ou des « pansements » recto-coliques.

Quant *aux colites ulcéreuses chroniques à début aigu avec diarrhée, fébrile*, la phase aiguë évolue durant 15 jours, précédant la phase chronique, et on y observe parfois des hémorragies très abondantes ou inquiétantes par leur persistance ; on doit les traiter avant tout par quelques lavements d'une solution de nitrate d'argent (à 0 gr. 25 p. 1000), ou mieux un ou deux lavements d'une solution de ferripyrine (5 à 10 p. 1000 selon l'importance de l'hémorragie).

Dans le traitement général, la diététique alimentaire occupe une place importante. A la phase aiguë, décoctions de céréales, proscription du lait. Mais le régime ne doit pas être prolongé au-delà du strict nécessaire, car l'état de dénutrition grave, qu'entraîne la phase initiale, rend indispensable un régime suffisamment nutritif et énergique ; en raison des fermentations abdominales, des coliques très douloureuses dues au gaz, il faut doser soigneusement la proportion des féculents et farineux ; selon les réactions intestinales et l'évolution du symptôme diarrhée, on arrive le plus tôt possible à un régime mixte comportant une petite quantité d'albuminoïdes animales . Contre la diarrhée, il est recommandé de ne pas freiner trop brusquement : de petites doses d'opium associées à de la craie, du laudanum en faible quantité, par doses réfractées, ou mieux encore de l'extrait fluide de salicaire, sont d'excellents moyens. Contre les coliques douloureuses par les gaz, si les compresses humides chaudes sur le ventre ne sont pas efficaces, on préfèrera la belladone aux opiacés. On a obtenu certains succès par l'usage de la sérothérapie antidysentérique polyvalente, ou par l'émétine, le stovarsol (*per os*).

Quand l'état aigu est amélioré, on se trouve

désormais en présence d'une colite chronique sans tendance à la cicatrisation des lésions ulcéreuses, avec petites hémorragies intermittentes, avec suppuration discrète mais sub-continue.

Si on excepte la poudre de charbon animal et surtout le stovarsol, que l'auteur considère comme précieux dans tous les cas (2 comprimés par jour, par cures de 7 à 10 jours, espacées de 15 à 20 jours), le traitement se ramène toujours à des actions locales et cicatrisantes sur la muqueuse.

Grâce à un colorant synthétique, l'acriflavine (une semaine, chaque jour deux lavements de 750 cc. d'une solution neutre à 1 /4000 ; garder 15 minutes ; puis diminuer le nombre des lavements ; enfin, quand la diarrhée a cessé, faire tous les deux jours un lavage avec une solution faible de bicarbonate de soude à 0 gr. 50 p. 100) d'excellents résultats ont été obtenus à l'étranger. L'auteur a employé la gonacrine, acriflavine française, et il a obtenu d'assez nombreuses améliorations stables et quelques guérisons définitives. Il faut une égale persévérance du malade et du médecin.

On ne doit pas, enfin, négliger l'état général, car l'atteinte de la santé est profonde. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1925.)

L'érythème noueux.

Il est difficile de connaître l'étiologie et la pathogénie des érythèmes noueux, lorsqu'on essaye de trouver quelle place leur convient dans les cadres de la pathologie. Or il résulte d'une étude du Pr Brelet qu'un assez grand nombre de cas d'érythème noueux primitif ressortissent à la tuberculose, et qu'on peut voir l'érythème noueux au cours de diverses infections, et que parfois cette maladie apparaît en série avec un certain caractère d'épidémicité.

Les faits d'érythème noueux épidémique doivent faire l'objet de nouvelles recherches (hémoculture, etc.) et l'on peut supposer qu'ils rentreront dans le cas des érythèmes des septicémies non bacillaires.

Pour déterminer si un cas d'érythème noueux ne dépend pas de la tuberculose, il faut étudier les antécédents du malade, savoir si l'érythème a été précédé de fatigue générale et d'amaigrissement, ce qui est fréquent dans la bacillémie ; enfin on fera une cutiréaction et une hémoculture.

A la période fébrile, faire le traitement des infections générales ; quand apparaissent les nodosités érythémateuses, appliquer un enveloppement ouaté ; contre les arthralgies violentes, salicylate de soude, parfois iodure de potassium.

Surveiller l'anémie de la convalescence : campagne, fer, arsenic, etc. (*Gazette des hôpitaux*, 21 février 1925.)

De l'insuffisance cardiaque.

Parmi les manifestations de l'insuffisance cardiaque, il faut mettre au premier plan l'insuffisance ventriculaire ; ce sont, en effet, les ventricules qui ont le rôle prépondérant dans la dynamique cardiaque. D'ailleurs la description du syndrome d'insuffisance auriculaire commencée par le Pr Vaquez n'est encore qu'ébauchée.

Dans le domaine de l'insuffisance ventriculaire, il y a lieu de distinguer :

1° Les signes cardiaques et artériels, qui constituent un véritable syndrome d'encombrement, de surcharge ventriculaire, comportant des signes caractéristiques pour le ventricule droit et pour le ventricule gauche.

2° Les signes périphériques et viscéraux, qui constituent ou bien un syndrome d'encombrement vasculaire, progressif, dont tous les éléments, à part quelques rares nuances, sont communs à l'insuffisance ventriculaire gauche et à la droite ; ou bien un syndrome d'encombrement aigu de la circulation pulmonaire qui revêt les aspects cliniques du pseudo-asthme et de l'œdème pulmonaire aigu, et qui semble être l'apanage d'une défaillance subite du ventricule gauche.

Quoi qu'il en soit des opinions récemment émises, dit le Pr Lian, l'ancienne hyposystolie et l'ancienne asystolie sont communes aux deux insuffisances ventriculaires gauche et droite, dans lesquelles elles sont l'expression du syndrome d'encombrement vasculaire progressif, leurs symptômes périphériques et viscéraux traduisant la stase veineuse et capillaire.

Et d'ailleurs, les descriptions de grande insuffisance ventriculaire gauche et droite sont un peu artificielles. On peut admettre en effet que toute grande insuffisance d'un ventricule diminue fatalement le débit de l'autre ventricule. Mais les cadres de ces grands syndromes restent légitimes, sous la réserve que pour les formes intenses ils correspondent en réalité à une insuffisance ventriculaire mixte, mais prédominante sur un ventricule.

Ces considérations ne conduisent pas à opter pour tel ou tel médicament selon le siège de l'insuffisance ventriculaire, puisque les préparations digitaliques et strophantiques ont les unes et les autres une action cardio-dynamique directe sur la contractilité myocardique.

Seuls, la nécessité d'agir immédiatement ou l'échec de la voie buccale conduisent à mettre en œuvre la voie intra-veineuse, pour laquelle l'ouabaïne, ayant été plus fréquemment employée que la digitaline, a mieux fait ses preuves.

Les notions précitées ont un intérêt pour le pronostic, car la grande insuffisance ventriculaire droite (diagnostic subordonné à la constatation d'un bruit de galop droit, ou d'une insuf-

✦✦✦✦✦

fisance fonctionnelle triscuspidienne ou pulmonaire) est le plus souvent rapidement irréductible. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mars 1925.)

Les hématuries dans les néphrites.

L'hématurie macroscopique, seule étudiée par M. Langeron, est un symptôme commun à toutes les variétés de néphrites, quelles que soient leurs causes, leurs autres manifestations et leur évolution.

Les chirurgiens ont dénommé « néphrite hématurique » une hématurie spontanée en apparence, qu'ils ont considérée comme essentielle. Mais il s'agit en réalité d'une néphrite minime, extériorisée par l'hématurie, à un stade où les autres néphrites sont encore silencieuses, parce qu'elle survient sur un terrain sanguin particulier. Son diagnostic est particulièrement délicat ; il faut éliminer les autres causes d'hématurie rénale : hématuries traumatiques, hématuries au cours d'une maladie hémorragipare générale, ou d'une affection organique du rein (calculs, néoplasme, tuberculose) ; on établit ensuite le diagnostic de néphrite minime par l'examen des urines avec recherche des cylindres, par les épreuves de l'élimination de l'eau, des chlorures, la recherche de la constante uréo-secrétoire, etc.

L'état du sang, tare hémophilique ou hémogénique, joue le principal rôle dans la pathogénie des hématuries au cours des diverses néphrites, et dans les hématuries sans lésion rénale.

Ces hématuries sont justiciables, suivant les cas, d'un traitement médical ou chirurgical.

Par son abondance ou sa répétition, l'hématurie peut constituer une indication chirurgicale formelle si, par ailleurs, le malade est en état d'en tirer bénéfice, comme par exemple dans les néphrites latentes, sans insuffisance rénale caractérisée. On a pratiqué la néphrotomie, la décapsulation ou l'énervation avec des résultats variables. On a pratiqué des instillations intra-pyéliques d'adrénaline ou de nitrate d'argent.

Mais le traitement médical semble devoir prendre une importance de plus en plus grande en présence des constatations hématologiques. Seul de mise dans les insuffisances rénales graves, contre-indiquant toute intervention, il pourra également être utile dans les néphrites avérées s'il n'existe pas d'indication chirurgicale urgente : on s'adressera à la médication hépatique (régimes, révulsion, opothérapie) et coagulante (sérums, peptone, extraits d'organes). La transfusion a été également pratiquée, soit à dose massive, soit à doses fractionnées et répétées, comme médication hémostatique et hémostimulante.

Il faut ensuite traiter la néphrite par les moyens appropriés. (*La Pratique médicale française*, janvier 1925, B.)

De l'importance obstétricale des gros enfants.

Le fœtus à terme pèse normalement aux environs de 3 kil. 500. Mais, ce n'est qu'à partir de 4 kil. qu'on considère comme gros les enfants à la naissance ; le poids moyen des gros enfants signalés dans ces dernières années serait de 6 kil. 1/2. La tête est grosse, peu réductible, la largeur des épaules exagérée ; les annexes sont également volumineuses et le liquide amniotique dépasse un litre.

Les causes de l'exagération du poids du fœtus à terme sont nombreuses, dit M. Brouha : grossesse prolongée au-delà de son terme normal ; race, robustesse des générateurs, âge de la mère, grossesses antérieures ; genre de vie ; suralimentation ; certaines maladies maternelles : diabète, obésité, voire syphilis.

Ces enfants se présentent habituellement par le sommet, parfois par le siège. Dans les deux cas, leur extraction est très difficile. La longueur de l'accouchement amène généralement leur mort, sans parler des lésions plus ou moins sérieuses des parties molles maternelles, des ruptures utérines et des hémorragies de la délivrance, des risques d'infection.

Il est donc intéressant de prévenir les risques de dystocie que présentent les fœtus trop volumineux. A cet effet, on surveillera attentivement la femme enceinte, surtout au cours des deux derniers mois de sa grossesse. Les palpers fréquents et les mensurations du ventre permettront de se rendre compte assez exactement du volume du fœtus, et de saisir le moment où ce volume sera tel que l'accouchement spontané ne pourra pas se faire. On pourra alors, soit sans plus attendre, provoquer l'accouchement, soit, au moment du travail spontané, pratiquer l'hystérotomie abdominale. Si la femme enceinte a déjà eu des grossesses antérieures avec enfants trop gros, on instituera, au début de la grossesse actuelle, un régime alimentaire de réduction en même temps qu'on accroîtra les dépenses physiques (exercice).

Enfin, si l'accoucheur se trouve en présence d'une femme enceinte d'un gros enfant et dont le travail a débuté, alors qu'on peut espérer une terminaison spontanée ou que toute autre intervention est impossible, la conduite variera selon la présentation. Forceps sur le sommet premier, abaissement de l'épaule postérieure, basiotripsie. Extraction sur le pied ou la hanche antérieure ; forceps ou basiotripsie sur la tête dernière, en cas de présentation du siège. (*Liège méd.*, 7 juin 25.)

Mort subite par ponction pleurale.

J'ai déjà à maintes reprises analysé des travaux et communications sur ce sujet d'un intérêt pratique considérable, et sur lequel on ne saurait

assez attirer l'attention des praticiens. Rien de plus banal qu'une ponction exploratrice de la plèvre. Rien de plus décevant, de plus terrifiant qu'une mort subite survenant à cette occasion.

M. P. FONTEYNE reprend la question à l'occasion d'un accident de ce genre qu'il a observé.

On sait que la ponction pleurale peut s'accompagner ou de syncope pure, mortelle dans 80 à 100 % des cas ; ou d'accidents convulsifs, épileptiformes, mortels également dans environ 40 % des cas ; ou d'accidents paralytiques. Ces accidents se combinent souvent entre eux. Pour les expliquer, on a invoqué divers mécanismes : embolie sanguine, embolie gazeuse, réflexe pleural. Il semble bien que ce soit ce réflexe qu'il convienne de retenir comme partant d'une plèvre très riche en filets nerveux terminaux, et, par la voie centripète pneumogastrique, gagnant les centres nerveux pour y déterminer une inhibition syncopale ou des phénomènes convulsifs.

Comme causes prédisposantes, l'auteur cite : l'état émotif du moment ; le terrain névropathique ; l'état de moindre résistance ; l'importance du trauma subi par la plèvre, l'état de la plèvre au lieu de l'intervention (plèvre enflammée).

L'auteur propose une méthode prophylactique qui vise à interrompre la voie centripète de l'arc réflexe ; cette méthode consiste à injecter profondément de 2 à 5 cmc. d'une solution de scurocaïne adrénalinée, à 1 % de scurocaïne. Il faut attendre une dizaine de minutes après l'injection pour intervenir sur la plèvre, l'injection étant faite à l'endroit où se pratiquera la ponction.

Les accidents se déclarant, on essayera de les combattre par les moyens suivants : faire respirer au patient quelques bouffées d'éther ; injection de morphine ; irritation de la pituitaire ; injections toniques ; injection intra-veineuse ou intra-cardiaque d'adrénaline. (*Le Scalpel*, 30 mai 25.)

Les accidents tardifs post-hémorragiques en obstétrique.

On sait qu'il peut arriver, et qu'il est arrivé, que des accouchées ayant subi de copieuses hémorragies et étant très fortement anémiées, soient atteintes de syncopes graves et même mortelles quelques heures après que la perte de sang a été arrêtée.

De tels accidents s'expliquent par une chute brusque de la pression artérielle, à la faveur d'une diminution considérable de la masse liquide du sang circulant. Cette chute entraîne en effet une stase capillaire et veineuse du cerveau, et une aspiration des liquides des tissus, avec dénutrition brusque des cellules. Quant au mécanisme même du retardement dans les accidents, Mme le D[r] FORGET-URION l'explique ingénieusement par l'action temporaire des toni-cardiaques et vaso-constricteurs utilisés au moment de l'hémorragie, et qui maintiennent la pression artérielle à un niveau suffisant jusqu'au moment où, cette action cessant simultanément, la pression s'abaisse et déclanche en même temps les accidents.

Comme traitement préventif et curatif, l'auteur conseille l'injection intra-veineuse de 500 à 1000 cmc. de sérum artificiel. Ultérieurement, de petites transfusions pourront combattre l'anémie. (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 juin 25.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Action du vaccin de Delbet sur les organes hématopoiétiques.

(MM. Pierre DELBET et DAN BERCEANO. — *Académie de médecine* ; 9-6-1925.)

Le vaccin de Delbet (propidon) agit-il par choc hémoclasique ? Il ne semble pas que tel soit son mécanisme d'action thérapeutique. Le choc hémoclasique se caractérise par trois phénomènes : 1° l'abaissement de la pression sanguine ; 2° la diminution de la coagulabilité du sang ; 3° une leucopénie primitive et passagère. Or, après l'injection de sérum de Delbet, il n'y a jamais d'abaissement de la tension, et la coagulabilité est accrue au lieu d'être diminuée. Il y a bien quelquefois leucopénie, mais elle est d'ordre différent de celle du choc hémoclasique.

MM. Pierre Delbet et Dan Berceano ont étudié plus complètement les phénomènes sanguins consécutifs aux injections de propidon. Ils ont constaté une excitation ou réactivation des organes hémato-poiétiques, et par suite une surproduction des éléments rouges et blancs, avec accélération de l'évolution de ces éléments.

Augmentation du nombre des globules rouges, augmentation de la coagulabilité du sang, augmentation des éléments granuleux, les plus actifs de la série blanche : tels seraient les principaux facteurs de l'accroissement de résistance produit par le propidon.

M. Blanco Acevedo parlait récemment des avantages de la vaccination systématique avant les opérations. M. Pierre Delbet estime comme lui que le propidon constitue actuellement le meilleur moyen de préparer un sujet à l'opération.

La leucopyrétothérapie dans la paralysie générale.

(MM. A. Marie et Kohen. — *Académie de médecine* ; 9-6-1925.)

La paralysie générale a suscité nombre de traitements. La médication antisyphilitique, malgré les espoirs qu'elle a fait naître *a priori*, n'a pas donné jusqu'à ce jour de résultats probants. On a cherché ailleurs et, s'appuyant sur les travaux de Metchnikoff relatifs à l'hyperphagocytose dans la fièvre, on s'est proposé de créer artificiellement de l'hyperthermie pour en obtenir un effet destructeur des tréponèmes.

On s'adressa, à cet effet, à l'abcès de fixation, à l'inoculation de la fièvre récurrente, du paludisme, de l'érysipèle, à l'injection de tuberculine, de nucléinate de soude, de lait, etc.

M. A. Marie a eu recours, chez une centaine de paralytiques généraux, aux injections de tuberculine (0 gr. 005 à 3 grammes), de nucléinate de soude (0 gr. 25 à 4 grammes), de lait stérilisé (2 à 40 cent. cubes), par séries de vingt alternées avec des piqûres de bismuth. Il a obtenu avec cette méthode pyrétothérapique, des rémissions dans près de la moitié des cas : disparition du délire, de l'agitation, de la dysarthrie, de la dysmnésie, et souvent même du signe d'Argyll. Ces améliorations, il est vrai, n'ont généralement pas dépassé 6, 8 mois. Dans une quinzaine de cas, les malades ont pu reprendre leurs occupations depuis plus d'un an.

Sans que l'on puisse parler de guérison, il semble donc que l'on arrive ainsi à fixer la maladie et, tout au moins pour les patients soignés assez tôt, à en retarder l'évolution fatale.

M. A. Marie, ajoute qu'il a été un des premiers à employer en France l'inoculation malarique (méthode de Wagner von Jauregg). Son inconvénient est de ne pas toujours être bien supportée par les paralytiques généraux avancés. La tuberculinothérapie et la récurrenthérapie sont, en ces cas, au contraire, tolérées sans incident.

Comment agit cette thérapeutique sur la maladie de Bayle ? L'impression de l'auteur est que l'amélioration est ici le fait de l'hyperthermie, surtout brusque, accompagnée d'hyperleucocytose.

Après trois années d'expérimentation, M. A. Marie conseille d'essayer d'abord les pyrétogènes les plus bénins, comme le lait stérilisé et le nucléinate. Si le patient ne réagit pas, et s'il n'y a pas de tuberculose avérée (laquelle est très rare chez les paralytiques généraux), on pourra recourir à la tuberculine à doses croissantes. On ne s'adressera qu'en dernier lieu aux inoculations de fièvre récurrente et de tierce bénigne, chez les sujets jeunes, non hypertendus, sans lésion organique notable. Le bismuth, le stovarsol, sont utiles pour maintenir les résultats.

La cure hélio-marine du rachitisme.

(M. Jaubert. — *Académie de médecine* ; 9-6-1925.)

M. Jaubert souhaiterait que l'on intensifie l'hospitalisation des petits rachitiques dans les hôpitaux marins et qu'ils y soient envoyés de bonne heure, avant la période des déformations.

L'origine pleurale du processus sclérogène du pneumothorax artificiel.

(M. Morelli, de Montevideo. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-4-1925.)

Le pneumothorax artificiel guérit la tuberculose — quand il la guérit — par un processus de sclérose qui enserre les lésions. M. le professeur Morelli, de Montevideo, pense que ce processus a, en partie du moins, une origine pleurale et un point de départ dans la pleurésie alors rencontrée. L'héliothérapie peut aussi intervenir pour favoriser l'action sclérosante.

L'unicité du virus syphilitique.

(MM. Sézary et Margeridon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-4-1925)

La question des deux virus syphilitiques, le dermotrope et le neurotrope, soulevée en 1912 par MM. Levaditi et A. Marie, n'est pas encore solutionnée.

M. Sézary, qui est partisan de l'unicité, dont il s'est fait déjà le défenseur, apporte une nouvelle observation favorable à cette opinion. Elle concerne une jeune fille hérédo-syphilitique, atteinte de kératite et de gomme perforante du palais (syphilis dermotrope), née d'une mère tabétique (syphilis neurotrope).

Vaccination antidiphtérique par l'anatoxine.

(M. Lereboullet.— *Société méd. des hôp.* ; 3-4-1925.)

A propos d'une communication de MM. Darré, Loiseau et Laffaille, M. Lereboullet, recommande de substituer, lorsqu'on le peut, la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine (qui agit de façon durable) à la simple sérothérapie préventive (dont l'action est éphémère). A l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de diphtériques qu'il dirige, l'auteur a remplacé, depuis l'été dernier, la sérothérapie prophylactique par la vaccination anatoxique chez les frères et sœurs des petits malades. A ceux qui présentent une gorge rouge, on pratique par prudence une injection préventive de sérum désalbuminé. A la plupart, on se borne à faire une injection d'anatoxine (1/4 ou 1/2 c. c.), que l'on répète trois semaines plus tard.

Le scorbut infantile est encore méconnu.

(M. Comby. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3 et 24-4-1925.)

Bien qu'on ait parlé beaucoup dans ces derniers mois du scorbut infantile (maladie de Barlow), c'est une affection à laquelle on ne pense pas toujours et qui reste facilement méconnue pour ce seul motif, son diagnostic n'offrant pas de difficulté, habituellement. On le confond avec le rhumatisme, l'hérédo-

syphilis, la paralysie infantile, l'ostéomyélite, la polynévrite, etc.

M. Comby signale deux nouveaux exemples de maladie de Barlow restée non diagnostiquée, malgré le passage des enfants dans plusieurs consultations hospitalières. Quelques cuillerées de jus d'orange, le repos et le remplacement du lait stérilisé par du lait frais guérirent rapidement les petits malades qui avaient été soignés sans résultat par divers traitements.

En présence de nourrissons allaités artificiellement, il faut penser à la maladie de Barlow. Trois symptômes ou indices la caractérisent : l'*inertie douloureuse* des membres inférieurs, les *ecchymoses gingivales*, l'*alimentation de conserve*. On recherchera ces trois éléments de diagnostic, qui ne sont pas toujours patents, il va sans dire.

M. Comby suggère aux fabricants de laits stérilisés de coller sur les flacons une étiquette ainsi libellée : donner à tout enfant qui fera un usage exclusif et prolongé plusieurs mois de ce lait deux cuillerées à café par jour de jus de citron dilué et sucré, de jus d'orange ou de jus de raisin.

— M. Lesné remarque que les cas de scorbut infantile deviennent progressivement plus rares parce que l'on emploie de moins en moins les laits homogénéisés ou stérilisés à hautes températures (qui sont les plus scorbutigènes) et que l'usage du jus d'orange ou de citron s'est répandu comme complément de l'allaitement artificiel.

Le lait bouilli cinq minutes, le lait stérilisé à domicile et le lait condensé sucré constituent, parmi les préparations de ce genre, celles qui sont les moins aptes à provoquer le scorbut. La maladie de Barlow n'apparaissant guère avant le septième ou le huitième mois, c'est à partir du troisième mois qu'il devient important d'ajouter à l'allaitement artificiel au lait stérilisé un peu de jus d'orange ou de citron, riches en vitamine antiscorbutique.

Syndrome de Raynaud guéri par l'opothérapie.

(MM. Claude et Tinel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-4-1925.)

MM. Claude et Tinel rapportent un cas de syndrome de Raynaud d'origine manifestement émotionnelle, qui a guéri par l'opothérapie hypophysaire et ovarienne.

— M. Milian pense que la maladie de Raynaud est dans la majorité des cas d'origine syphilitique. Pour sa part, il institue toujours dans cet état morbide le traitement spécifique. Il faut faire un traitement suffisamment énergique, les petites doses stimulant l'accident syphilitique quelquefois (réaction d'Herxheimer) au lieu de le réduire. La réaction d'Herxheimer est fréquente et souvent déconcertante. Si l'on craint les inconvénients des arsenicaux, il faut poursuivre la cure d'épreuve avec un autre médicament : mercure ou bismuth.

— M. E. May croit, comme M. Milian, à l'étiologie syphilitique fréquente du syndrome de Raynaud. Toutefois, il y a aussi d'autres causes, réflexes, endocriniennes en particulier.

— M. Henri Claude signale l'intérêt médico-légal de l'observation qu'il a présentée. L'émotivité de la malade et les manifestations du syndrome de Raynaud sont apparues à la suite d'un accident. Le médecin légiste est bien des fois appelé à dire si des troubles vaso-moteurs graves, des réactions psychonévrosiques, développés consécutivement à des accidents provocateurs d'émotions intenses, ont avec ces derniers une relation d'effet à cause. L'interprétation pathogénique n'est pas toujours facile. De même, pour évaluer le taux de l'indemnité au cas où le rôle de l'accident est admis. Si, en effet, pour les accidents du travail la rente peut être révisée, il n'en est plus de même pour les accidents de droit commun. L'observation de M. Claude montre qu'en pareille circonstance les troubles, même d'apparence sérieuse, peuvent ne pas être permanents et guérir.

— M. Sézary se demande si les extraits hypophysaires et ovariens ont agi chez cette malade au titre opothérapique ou bien au titre de solution protéique déterminant un choc.

— M. Tinel est d'accord avec M. Sézary sur ce fait que l'injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire, comme des autres extraits glandulaires d'ailleurs, provoque souvent un léger choc protéique. Mais ici, l'opothérapie a été utilisée *per os*.

Les traitements de choc ont quelquefois de bons effets dans la maladie de Raynaud. L'auteur a vu des crises ischémiques s'amender après injections intra-veineuses diverses, de chlorure de calcium, de citrate de soude, etc.

Humage et inhalation.

(M. S. Baqué, de Luchon. — *Société de médecine de Paris* ; 11-4-1925.)

Que faut-il entendre par humage ? L'auteur rappelle la définition qu'il a formulée il y a vingt ans : « C'est, dit-il, un mode d'inhalation basé sur la facilité avec laquelle certaines eaux dégagent spontanément à l'air libre des vapeurs très riches en soufre à l'état naissant, et en hydrogène sulfuré, l'un et l'autre directement assimilables ».

Pour réaliser ce mode thérapeutique, une eau minérale doit remplir les conditions suivantes : être hyperthermale, être altérable à son émergence, et dégager dès son arrivée à l'air les éléments gazeux qu'elle contient.

M. Baqué termine en émettant le vœu que le terme humage soit réservé aux stations qui ont déjà appliqué ce mode spécial d'inhalation et à celles susceptibles, par la constitution de leurs eaux, de le réaliser.

La vitesse de sédimentation des globules rouges.

(M. Grimberg. — *Soc. médicale de l'Elysée* ; 5-1-1925.)

M. Grimberg signale l'intérêt clinique de l'épreuve

de la sédimentation des globules rouges. Cette épreuve utilisée par Farhaüs dans le diagnostic de la grossesse, est surtout intéressante dans le cancer, où la vitesse est augmentée au cas de processus actifs et diminue quand il y a tendance vers la guérison.

— M. Hélouin remarque que l'augmentation de la vitesse de sédimentation s'observe dans trop de circonstances pathologiques pour qu'on puisse en tirer des déductions diagnostiques précises.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique.

Histoire obstétricale d'un utérus avec fibromes volumineux multiples traités antérieurement par rayons X.

M. Gaujoux. — Femme traitée par rayons X en 1918 avec radiodermite grave et fonction menstruelle seulement diminuée. Ultérieurement, deux grossesses terminées : la première à terme avec enfant mort deux jours avant l'accouchement et la deuxième près du terme après hémorragie par placenta marginal, forceps en O.I.D.P., enfant vivant de 1.400 gr. ; guérison après phlébite bilatérale.

Procidence du cordon et opération césarienne.

M. Léon Vallois. — Femme chez laquelle l'auteur avait une première fois pratiqué un accouchement prématuré pour rétrécissement pelvien. Cette personne était redevenue enceinte, M. Vallois était décidé à pratiquer la même intervention. Mais l'existence d'une procidence du cordon avec résistance du col l'engagea à recourir à une opération césarienne dont les résultats furent heureux pour la mère et l'enfant. Après avoir rappelé les opinions émises sur l'opportunité de la césarienne comme traitement de la procidence, M. Vallois fait observer que, dans le cas particulier, où la procidence coïncidait avec un rétrécissement pelvien et une rigidité du col, le meilleur parti à prendre pour avoir un enfant vivant était de recourir à cette opération.

Kystes papillaires de la portion utéro-vaginale du canal de Wolff.

M. Tédenat. — Dans le hile de l'ovaire naissent des kystes habituellement monoloculaires contenant des papilles souvent arborescentes, de vrais choux-fleurs. Inclus dans le ligament large, bilatéraux dans 80 % des cas, ils peuvent se calcifier et se flétrir. Ils peuvent, restant inclus, exiger, pendant des mois et des années, des ponctions tous les mois, tous les huit jours. S'ils perforent le péritoine, ils se greffent un peu partout sur la séreuse, le grand épiploon, et font une cachexie plus ou moins rapide. Mais il arrive, même dans ces cas, que l'ablation de la masse principale détermine le flétrissement de ce qu'on n'a pu enlever et que la survie soit de plusieurs années.

Il existe aussi des productions kystiques ou des néoplasies épithéliales solides (adénomes, carcinomes) qui se développent dans la portion du canal de Gartner qui chemine dans la paroi du col et du vagin. Ces néoplasmes ont été étudiés par von Herff, Heinsius, Robert Veyer. L'auteur en a communiqué plusieurs observations à Lasalle. (Th. de Montpellier, 1891) à Nedkow (Th. de Montpellier, 1897.)

Le siège de ces tumeurs rend l'opération difficile et dangereuse. Il y a là l'uretère et de grosses veines.

M. Tédenat a eu une mort opératoire, des récidives au bout de quelques mois, mais aussi un succès chez une malade qui jouit d'une bonne santé, 19 ans après une hystérectomie totale plutôt pénible.

Pachysalpingite hémorragique.

MM. de Rouville et Madon. — Chez une femme de 39 ans, ayant présenté la symptomatologie d'un kyste de l'ovaire tordu, l'intervention amène l'extraction d'une trompe distendue, à contenu hématique. Un examen anatomopathologique minutieux ayant porté sur de nombreux points de la trompe, n'a révélé qu'une paroi épaissie ayant perdu son épithélium normal, infiltré de globules rouges ; en aucun point, il n'a été constaté de formations rappelant soit des villosités choriales, soit du syncitium.

Discussion. — M. Tédenat a publié, jadis, deux cas de pachysalpingite hémorragique indépendante à coup sûr de toute grossesse tubaire. La difficulté est souvent grande de trouver les éléments caractéristiques d'une grossesse ectopique jeune.

M. de Rouville. — En l'absence de tout signe histologique de grossesse tubaire, le diagnostic de la tumeur doit être : hémosalpynx à poussées successives par apoplexie tubaire.

Accouchement prématuré provoqué chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne

M. Léon Vallois. — Femme sur laquelle, à une grossesse précédente, l'auteur avait dû pratiquer une opération césarienne. En raison des conditions favorables dans lesquelles s'était faite cette opération, M. Vallois pensa que lors d'une grossesse suivante, il pourrait recourir à un accouchement prématuré. Cette dernière intervention fut pratiquée sans aucun incident.

Cette observation est destinée à être ajoutée à celles déjà publiées qui tendent à prouver qu'une femme ayant subi une opération césarienne est susceptible, dans le cas d'une nouvelle grossesse, de bénéficier d'un accouchement prématuré.

Fibrome du col empêchant l'accouchement.

MM. Gaujoux et Cabonat. — Tertipare de 45 ans ayant eu deux accouchements spontanés à terme, il y a 7 et 4 ans. Le 15 septembre 1924, au début du

9e mois d'une grossesse normale, douleurs expulsives ; fibrome du col du volume d'une tête fœtale ; début du travail avec dilatation impossible et présentation de l'épaule. Intervention par énucléation de la tumeur, hémostase du col par pointes en U, dilatation, version : enfant vivant de 2.300 gr., suites bonnes pour la mère et l'enfant.

Rupture d'une grossesse tubaire au 7e mois.

MM. L. VALLOIS, P. DELMAS et ROUME. — Histoire d'une primipare qui, deux mois avant le terme supposé de sa grossesse, ressent une vive douleur dans le bas-ventre, suivie promptement de l'apparition du syndrome péritonéal. Le ventre ouvert, des gaz sous pression s'échappent en sifflant et une masse s'offre, d'identification d'abord difficile. Elle se rompt, au cours de manœuvres de décortication. Un fœtus macéré en est extrait, de 880 gr. et de 38 cent.

Après ablation laborieuse de la poche ovulaire, drainage par le Douglas, et, en haut par un large Mickulicz ; la malade, très choquée, n'a pas été remontée et succombe dans les quelques heures qui suivent l'intervention.

Discussion. — M. DE ROUVILLE voit, dans cette observation, un nouvel argument en faveur de la thèse de Bégouin pour qui une grossesse tubaire doit toujours être opérée, quelle qu'en soit la date.

Sténose aplasique du col.

M. Paul DELMAS. — Chez une primigeste, au 7e mois, le toucher démontre l'absence de trajet du col. L'orifice utérin, dont la sténose explique la dysménorrhée antérieure à la gestation, n'est représenté sur un dôme segmentaire hémisphérique, que par un nodule des dimensions d'une lentille dont seule la consistance permet de soupçonner l'emplacement. Le bassin mesure 8,5 au détroit supérieur. Comme l'engagement provoqué du sommet n'est déjà plus possible, l'interruption de la grossesse par césarienne vaginale est écartée. L'opération césarienne classique donne un enfant déjà très gros et permet de réaliser, de la cavité utérine vers le vagin, un orifice dont la perméabilité s'est, depuis, maintenue.

Discussion. — M. MADON rapporte, à ce sujet, un cas d'agglutination du col terminé de façon simple.

M. TÉDENAT a vu des cas de sténose extrême du col à la suite d'érosions gonorrhéiques ou consécutives à diverses infections du jeune âge.

Paul DELMAS.

Les Congrès

IIIe Congrès international de médecine et pharmacie militaires

(*Suite et fin*) (1)

L'étiologie et le traitement des arthrites traumatiques et leurs séquelles.

Discussion.

Le Dr Léon IMBERT (de Marseille) appelle l'attention sur l'importance et la fréquence des « arthropathies traumatiques de cause indirecte » déterminées par des fractures ou des lésions des parties molles voisines de l'articulation, par action réflexe et trophique. Massage et mobilisation doivent être précoces et être appliquées en collaboration du chirurgien avec l'orthopédiste.

Le Professeur WILLEMS (de Liége), dans une belle communication, accompagnée de projections sur les « résultats tardifs de la méthode de Willems dans les plaies non infectées des articulations et dans les arthrites purulentes », présente une magnifique démonstration de ce que peut donner sa méthode dans des cas judicieusement choisis.

REBIERRE (de Barèges), sur le traitement des séquelles des arthrites traumatiques à Barèges.

Importance du traitement hydrothérapique précoce pour les séquelles des traumatismes articulaires ; action efficace des eaux de Barèges comme complément du traitement chirurgical, en particulier associés à la méthode de l'ionisation.

Le Dr HARADA (Japon) apporte des commentaires intéressants sur les blessures articulaires par armes à feu pendant les deux dernières guerres, avec le pourcentage des diverses catégories, leur traitement, etc. Il signale l'arthrite du genou causée par le surmenage (exercices militaires ou gymnastiques), sans contusion caractérisée.

Dr William SEAMON BAINBRIDGE, de la médecine navale des Etats-Unis, présente une communication au sujet des tumeurs malignes osseuses comme séquelles des plaies de guerre.

Colonel-médecin DIMITRU (Roumanie), sur un appareil pratique à l'air surchauffé pour le traitement à domicile des arthrites traumatiques et de leurs séquelles (avec projections).

Professeur REYNÈS (de Marseille). Etiologie et traitement des arthrites traumatiques et de leurs séquelles.

L'auteur distingue les « arthrites fermées » et les « arthrites ouvertes » avec leurs réactions d'ordre traumatique ou microbien, nécrotique ou phlegmoneux. Le traitement à appliquer diffère selon le type considéré.

Professeur POUSSEP (Tartu, Esthonie) présente un très important travail sur la symptomatologie et le

---

(1) V. *Concours Médical*, nos 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 28 de 1925.

traitement chirurgical des lésions de la moelle épinière dont voici les conclusions : « Il résulte de mes observations (299 cas) que l'intervention chirurgicale améliore dans la plupart des cas l'état des blessés et que, dans certains cas, cette amélioration est considérable. La suture pratiquée sur la moelle épinière a déjà pour effet d'augmenter la durée de la vie.

« En ce qui concerne le danger que comporte l'intervention, il y a lieu de remarquer que si l'on ne tient pas compte des interventions précoces, dans lesquelles la mortalité atteint 50 p. 100 en raison de diverses complications (auxquelles sont sujettes les interventions précoces), on obtient sur 275 cas d'interventions plus tardives, 10 cas de décès, ce qui ramène la mortalité à 3,5 p. 100. Si on écarte de plus les cas de lésion transversale complète, le nombre de décès à la suite des interventions chirurgicales se réduira à 7 sur 231 cas, ce qui fait 2,5 p. 100, Lorsque l'opération est pratiquée assez tard, la mortalité ne dépasse pas 1,5, 1-2 p. 100.

« Il faut donc conclure que la laminectomie doit être considérée comme une opération peu dangereuse pour la vie du malade.

« Sur les 275 cas que j'ai étudiés dans les lignes précédentes, la dure-mère a été ouverte dans 241 cas, dont 9 mortels, soit 4 p. 100 de décès. Quant aux 32 autres interventions sans ouverture de la dure-mère, elles n'ont donné que 3 décès, soit 10 p. 100.

« En ce qui concerne la suture de la moelle épinière, elle ne semble pas donner de résultats appréciables dans les cas de lésions transversales intégrales

« Cette suture détermine au contraire une amélioration de tous les symptômes, lorsque la moelle épinière est coupée à moitié.

« Lors de l'extraction des corps étrangers, on obtient de très bons résultats, lorsque le corps étranger détermine une compression de la moelle épinière.

« Dans la plupart des cas, les interventions tardives donnent des résultats fonctionnels favorables. Cette opération doit être désignée par le terme *myélolysis.*

« Les interventions tardives, dans le cas de lésions de la queue de cheval, donnent les meilleurs résultats, c'est pourquoi il y a lieu de recourir le plus souvent aux interventions de ce genre.

« Les sutures des nerfs de la queue de cheval donnent également de bon résultats et elles doivent être pratiquées plus souvent.

« Les interventions « à voie détournée » donnent des résultats satisfaisants, mais ce procédé demande de nouvelles études et des observations supplémentaires.

« Dans le cas de blessure de la moelle épinière par une arme à feu, la période la plus propice à l'intervention est quinze jours après la blessure, lorsque les chances d'infections sont moindres et que la moelle épinière n'a pas encore subi de modifications permanentes. »

Professeur LAGRANGE (Bordeaux). Des lésions des membranes profondes de l'œil après les traumatismes cranio-faciaux.

Les projectiles de guerre en frappant violemment le crâne et la face, entraînent, dans l'œil en apparence intact, de graves désordres dont la pathogénie est soumise à des lois très nettes que la grande guerre a permis de préciser.

La première loi se rapporte aux fractures du crâne qui, se prolongeant sur la voûte orbitaire et le canal optique, provoquent l'atrophie de la papille ; cette loi était déjà connue ; elle a été établie par Berlin et vérifiée, après la guerre de 1870, par Chauvel et Nimier.

Les autres lois sont le résultat de mon observation personnelle.

La deuxième loi a trait aux lésions maculaires consécutives aux gros traumatismes de la face ; les parties molles de la face sont fortement ébranlées et par la fente ptérygomaxillaire l'ébranlement se transmet aux parties molles de l'orbite qui secouent l'œil et en disloquent la macula.

La troisième loi correspond aux lésions de la face qui intéressent le squelette orbitaire ; il existe alors une lésion d'ébranlement maculaire et de plus une lésion chorio-rétinienne exactement en face de la lésion osseuse de l'orbite.

La quatrième loi a trait aux lésions de l'orbite traversé par un projectile.

Ce projectile rencontre le nerf optique ou passe dessus ou dessous.

Dans le premier cas, le nerf optique est arraché, désinséré ; dans le second cas, l'œil est fortement propulsé en avant par l'entrée brusque du projectile dans l'orbite, et cette exophtalmie rapide entraîne au niveau de la papille un arrachement partiel.

Présidence du médecin inspecteur général ROGET (France), puis du général médecin PANAITESCO (Roumanie) qui apporte l'hommage des médecins roumains à leurs camarades français.

Analyse du matériel de pansements et de sutures.

Discussion et communications

M. le pharmacien chimiste LESENRRE (Paris), dans une très intéressante communication, fait la critique au point de vue bactériologique des modes de stérilisation par la chaleur humide actuellement employés. S'appuyant sur une étude graphique approfondie, l'auteur conclut à l'insuffisance des procédés de stérilisation par la vapeur. Avant tout, déclare-t-il, il faut chasser l'air des pansements ; l'aspiration et les détentes actuellement pratiquées étant défectueuses, il est nécessaire de procéder par chauffage méthodique.

Le séchage ne peut s'effectuer à la fois par étuvage et par le vide. D'ailleurs, seul ce dernier procédé est rapide si nous utilisons pour le refroidissement de l'autoclave la chaleur de vaporisation de l'eau froide employée.

L'auteur nous présente un autoclave ne comportant plus ni boulons, ni cornières, mais une fermeture

très simple sur joint roulant, ainsi qu'une boîte à pansements conçue sur le même principe, *qui garde le vide* jusqu'à l'emploi. La conservation de l'asepsie y est donc certaine.

Colonel THOMANN, pharmacien chef de l'Armée suisse : Méthodes d'analyses des cotons et gazes hydrophiles, des gazes et cotons antiseptiques, et du catgut (corde chirurgicale).

Colonel-chimiste pharmacien FILIPO SUZZI (Italie) Quelques indications sur les méthodes d'analyse des objets de pansement et des fils de ligature utilisés dans l'armée italienne.

Le professeur REYNÈS (Marseille) émet le vœu d'un contrôle de la stérilisation chez les fabricants de matériaux chirurgicaux et de pansements.

Médecin-major ZOELLER, professeur agrégé au Val-de-Grâce (France) : La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine dans l'armée. Porteurs de germes et vaccination.

M. ZOELLER envisage successivement les indications de la vaccination antidiphtérique, ses contre-indications, sa technique, les résultats jusqu'ici obtenus.

Les indications dans l'armée sont fournies non pas par un cas de diphtérie isolé, mais par un état endémo-épidémique persistant.

La technique consiste en deux injections(un demi centimètre cube et un centimètre cube) séparées par un intervalle de vingt jours. Les réactions sont peu marquées.

La vaccination est contre-indiquée chez un sujet qui présente une tare organique, chez un sujet surmené ou fébricitant, chez un sujet dont l'anatoxi-réaction est forte.

L'auteur rappelle les résultats obtenus en milieu hospitalier sous le contrôle de la réaction de Schick et en milieu épidémique. Il demande que des recherches de contrôle permettent de formuler sur la valeur de ce procédé une opinion définitive.

La vaccination et la recherche des porteurs de germes se complètent mutuellement. Le porteur de germes est le plus sûr auxiliaire de l'immunisation vaccinale.

L'auteur signale enfin l'intérêt, au point de vue militaire, de l'anatoxine tétanique encore à l'étude, qui paraît devoir être capable de mettre une armée en campagne à l'abri de l'infection tétanique.

Médecin principal André FASQUELLE, directeur de l'Institut de vaccine animale : La défense de l'armée française contre la variole pendant la guerre 1914-1918.

L'auteur expose le fonctionnement et les résultats,

Organisé par l'initiative du service de Santé, le Centre vaccinogène de l'armée a pu suffire en France aux besoins de l'armée, de la marine et des colonies tropicales et aux demandes de plusieurs armées alliées.

La moyenne des revaccinations positives a dépassé 50 p. 100. Alors qu'en 1870-71 plus de 175.000 soldats français ont été frapppés par la variole avec près de 25.000 décès, pendant cette guerre de quatre ans, l'armée française métropolitaine, de huit fois plus nombreuse, n'a eu à déplorer que le chiffre infime de 12 cas de variole avec un seul décès. Aussi le Dr Roux, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, a-t-il pu dire : *c'est la première fois, fait unique dans l'histoire, qu'une guerre n'est pas accompagnée de variole.*

Ce très beau résultat fait grand honneur au Service de Santé militaire français qui, se tenant en liaison étroite avec les différents ministères par l'organe de la « Commission permanente interministérielle de prophylaxie à l'intérieur » qu'il a créée, a pu formuler les prescriptions propres à combattre la variole et a veillé, avec soin, à leur stricte exécution.

Nous ne devons pas oublier que si, aujourd'hui dans tous les pays, il est permis de lutter avec succès contre la variole, c'est grâce à la vaccine animale introduite en France par S. Chambon en 1864, et, grâce à lui, propagée dans le monde entier.

Professeur ODO BUJWID (Cracovie, Pologne) : Indicateur colorimétrique général pour appréciation de Ph. en liquides.

Chirurgien-major BERRIOS VARGAS (armée bolivienne) : Traitement des hémorragies en nappe des organes friables et étanchéité des sutures chirurgicales.

L'auteur préconise l'emploi du collodion élastique dont il recommande les avantages.

Dr J.-E. HERTZOG (Bolivie) : Traitement post-opératoire des suppurations osseuses.

L'auteur indique l'action rapide du sérum normal de cheval desséché sur lactose, particulièrement dans les ostéites et les suppurations mastoïdiennes.

Médecin-major PAOLO ROMEY (Florence) : Nouvelle méthode de coloration pour la recherche de l'hématozoaire du paludisme.

SIBILLE.

Les Thèses

P. — Dr Lucien GIROD. — **La sténose pylorique par calculs biliaires.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1925.)

La sténose pylorique par calculs biliaires est une affection rare, grave et dont le diagnostic est fort difficile. D'après les observations recueillies, il semble qu'elle se voit plus fréquemment chez la femme.

En dehors de l'élément purement mécanique qui relève de la présence même du ou des calculs, il faut également faire intervenir un élément spasmodique qui joue un rôle aussi important dans la production de la sténose.

Les adhérences que le pylore contracte avec la vésicule biliaire favorisent la production des fistules

cholécystogastriques qui sont à l'origine de l'affection. Le plus souvent la vésicule est la première en cause dans l'apparition de cette réaction inflammatoire.

La marche de la maladie est généralement lente. Non traitée, elle aboutit à peu près fatalement à la mort. Le traitement médical réussira exceptionnellement à guérir cette affection. C'est d'une intervention chirurgicale pratiquée rapidement que dépendra le plus souvent le succès.

P. — Dr André Bapteste.— **Les certificats médicaux exempts de timbre.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1924.).

L'intérêt d'une mise au point et d'une classification récente, aussi complète que possible des certificats médicaux exempts de timbre ne saurait être contesté. Les praticiens sont constamment appelés à délivrer les certificats médicaux les plus divers, soit pour des administrations, soit pour des particuliers, qui ne soupçonnent nullement les ennuis auxquels les médecins s'exposent, si par erreur, ils établissent sur papier libre les certificats soumis au timbre.

....

Le principe général qui se dégage de l'étude des exemptions du droit de timbre est le suivant :

Lorsqu'un certificat est prescrit par une loi, un règlement, ou même un simple usage, dans un intérêt administratif, il est exempté de droits, comme répondant à une obligation ou à un intérêt public.

Lorsqu'au contraire, il est établi sur la demande d'un particulier et dans son intérêt personnel, il est soumis aux droits.

Mtp. — Dr Antoine Stefani. — **A propos de la grossesse tubaire ; de la localisation anté-utérine du produit d'avortement.** (Imp. Firmin et Montane, 1924.)

L'avortement tubo-abdominal complet est une éventualité rare. La faible importance de l'hémorragie qu'il entraîne explique que manquent souvent, lors de l'intervention opératoire, les traces d'épanchement sanguin.

L'avortement tubo-abdominal incomplet produit parfois le tableau brutal de l'inondation péritonéale. Lorsque l'hémorragie se réduit à des crises multiples récidivantes, elle est sous la dépendance de la rétention placentaire ; Lejars emploie par assimilation, le terme évocateur de *salpingite hémorragique*.

Lorsque le produit d'avortement, œuf complet ou hématocèle, se localise entre l'utérus et la vessie, la raison fondamentale en est dans la suppression physiologique du cul-de-sac de Douglas. Les diverses causes invoquées n'agissent que par leur contribution à ce résultat.

Montp. — Dr Alban Rathelot. — **L'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien.** (Montpellier, Imprimerie Firmin et Montane, 1925.)

Voici, dans les conclusions de l'auteur, ce qu'il y a lieu pratiquement de retenir :

Il est humain de chercher à calmer systématiquement les douleurs de l'enfantement ; mais il faut exiger des moyens proposés pour l'analgésie obstétricale la réunion de trois qualités inséparables : être inoffensif pour la santé de la mère, pour celle de l'enfant et pour la marche du travail. La douleur de l'accouchement est une douleur complexe. Elle ne réside pas entièrement dans la distension par le mobile fœtal, des muqueuses utérine et vaginale. La méthode d'imprégnation des voies génitales par le Nikétol ne peut agir que sur les terminaisons nerveuses qui tapissent ces muqueuses. Elle explique donc rationnellement sa faiblesse devant la souffrance obstétricale.

La rachianesthésie, non indiquée dans le travail normal, rend de grands services dans les interventions de chirurgie obstétricale, et présente de gros avantages quand l'accoucheur doit exécuter des manœuvres laborieuses. La scopolamine-morphine doit être réservée aux services spécialisés, de même que le somnifène.

L'hémypnal, absorbé par la voie buccale ou rectale, n'est pas constamment efficace chez une parturiente, l'état nauséeux de la femme faisant souvent vomir les cachets ; la tête fœtale comprimant le rectum et gênant l'absorption des suppositoires. Mais, il n'est pas déraisonnable de croire que l'hémypnal, en solution injectable, soit susceptible d'atténuer la douleur obstétricale dans de notables proportions. Ce produit ne compromet ni la santé de la mère, ni celle de l'enfant. Il tend peut-être à gêner la marche normale du travail.

Le Didial, soluble dans sa formule définitive, est à même de rendre des services en accouchement. Il paraît encourager de nouveaux essais.

La solution parfaite du problème de la souffrance obstétricale n'est pas encore trouvée. Il faut réserver aux cas particulièrement douloureux les moyens proposés pour réaliser cette analgésie. Les mères, qui ont le courage d'accepter sans médication sédative les douleurs de l'enfantement, sont dans de meilleures conditions pour bien accoucher. Le médecin doit user de son ascendant moral pour développer ce courage. Il ne doit recourir aux analgésiques que s'ils sont devenus nécessaires.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ORDRE DES MÉDECINS

Au cours du récent Congrès franco-polonais, nous avons été initiés à l'organisation et au fonctionnement de la profession médicale en Pologne. Nous avons appris, par une communication, faite à l'Académie de Médecine par le Dr Baczkiewicz, que l'Ordre des médecins y existe, sous la forme de Chambres médicales locales, comprenant *obligatoirement* tous les médecins exerçant dans le ressort de chacune de celles-ci, et une Chambre médicale supérieure. Les Chambres locales possèdent un tribunal chargé de juger les délits et les conflits professionnels. Le Tribunal de la Chambre supérieure fonctionne comme juridiction d'appel, et se compose de quatre médecins et de deux magistrats appartenant à la Haute Cour de Justice.

Naturellement, les Tribunaux des Chambres médicales disposent de sanctions dont la plus sévère est l'interdiction définitive d'exercer la médecine.

Or ayant eu l'honneur de me rencontrer avec le Dr PRZYBOROWSKI, président de la Chambre médicale de Varsovie, et d'écouter ses explications sur les Chambres polonaises, je lui posai la question suivante : « Les Tribunaux professionnels ont-ils déjà prononcé contre des médecins la peine de l'interdiction d'exercer la médecine, soit temporairement, soit définitivement ? » « Jamais encore », a-t-il bien voulu me répondre. Est-ce à dire que le corps médical polonais ne comprendrait que des confrères irréprochables, laissant sans objet les organismes de répression ? C'est bien invraisemblable, et si peu nombreuses qu'elles soient, les brebis galeuses doivent s'y rencontrer, tout comme chez nous.

Je songeais à tout cela, lorsque le numéro de mars du *Bulletin du Groupement des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou* est venu entre mes mains. C'est un organe que je lis toujours avec empressement et intérêt, parce que je suis assuré d'y trouver d'excellentes études sur toutes les questions professionnelles qui nous préoccupent.

J'ai été cette fois bien servi, puisque j'ai rencontré dans ce numéro un Code de Déontologie, un plaidoyer en faveur de l'Ordre des Médecins, et un réquisitoire contre lui.

Dans le Code de Déontologie, dont l'ensemble, conforme aux plus pures traditions de l'exercice de la médecine, n'appelle aucune remarque, j'ai cependant relevé deux ou trois prescriptions qui m'ont paru par trop excessives, par trop rigoureuses. Elles sont du reste d'ordre secondaire. D'après l'article 26, je comprends qu'aucun médecin ne doit accepter de remplacer un confrère auprès d'un malade *en cours de traitement* que... » 3° si le client fournit la preuve qu'il a réglé à ce confrère sa note d'honoraires ou qu'il a pris envers lui des engagements valables ».

Cette condition ne doit pas être, à mon sens, *sine qua non*. Je considère que le nouvel appelé doit, en effet, engager le client à règler les honoraires de son prédécesseur, mais sans *exiger* que la preuve du règlement lui soit fournie. Par le fait que ce prédécesseur aura été prévenu, au besoin, par son successeur, qu'il a été choisi à sa place par le client, il lui appartiendra de se faire honorer comme il le jugera à propos. Et il n'est pas sûr, en certains cas, qu'il se hâtera de présenter sa note et d'en réclamer le paiement immédiat, préférant laisser subsister ce lien entre son ancien client et lui-même, avec l'espoir d'être rappelé un jour...

De même, à l'article 24, relatif à la pratique médicale au Cabinet, je trouve excessive la prescription du dernier alinéa, d'avoir à aviser le médecin traitant habituel lorsqu'on reçoit un malade étranger au rayon normal de la clientèle.

Si l'on codifie, — et j'estime que cela est indispensable — il faut se contenter de règles élémentaires, précises et claires, et éviter de surcharger inutilement les obligations déontologiques du médecin, de formules trop sévères, qu'il n'appliquera pas. L'essentiel, c'est qu'il obéisse toujours et en toutes circonstances, à l'article 19 qui rappelle ce principe fondamental : « Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fît. »

S'abstenir de critiques, de remarques, d'attitudes, de gestes, pouvant être pris par le client pour une désapprobation, un blâme de ce qu'a fait ou dit un confrère, voilà ce qu'il faut considérer comme l'une des règles les plus impérieuses de la Déontologie.

Ces réflexions faites, j'en arrive au plaidoyer du Dr Renon en faveur de l'Ordre des médecins. S'il s'en déclare aussi chaud partisan, c'est qu'il

espère que c'est le seul moyen de débarrasser la profession des indésirables et des malhonnêtes. « Je pense, dit-il, qu'il faut demander pour le Conseil de l'Ordre le droit d'empêcher complètement l'exercice de la profession. » On peut toujours le demander. Quant à l'obtenir, c'est une autre affaire, pratiquement s'entend.

Je mets qui que ce soit au défi d'empêcher un médecin de visiter des malades chez eux ou de les recevoir chez lui en consultation, à moins que ce médecin ne se trouve emprisonné. Un guérisseur, poursuivi devant la Cour d'Appel de Paris, vient d'être acquitté ; pourquoi un médecin diplômé, rayé de l'ordre, serait-il plus rigoureusement traité ?

D'ailleurs, au-dessus du Conseil de l'Ordre, jugeant en première instance, le Dr Renon conserve la Cour d'Appel. Et certains faits récents semblent montrer que cette juridiction supérieure réforme volontiers les jugements des tribunaux inférieurs, prononcés contre des médecins, et allège ceux-ci de la peine accessoire de la suspension du droit d'exercer à laquelle ils avaient été condamnés. Il pourrait bien arriver qu'il en fut de même, quand le jugement aura été rendu par un Conseil de l'Ordre.

M. Merle, par contre, combat l'Ordre des médecins, en raison de l'emprise que l'Etat exercera sur lui inéluctablement à brève échéance.

Pour moi, et bien que mon projet ait été combattu à l'Union des Syndicats, ainsi que je l'ai lu dans un dernier *Médecin Syndicaliste*, j'en tiens toujours pour des Commissions médicales départementales, ou régionales : Commissions consultatives sanitaires, Commissions d'enquête, tribunaux d'arbitrage, et à l'occasion, Chambres disciplinaires réprimant les fautes strictement professionnelles, et disposant de certaines sanctions, dont la plus grave serait la suspension ou l'interdiction définitive d'exercer la *médecine publique* (actes médico-légaux, médecine d'hôpital, inspection des enfants du premier âge, etc.), selon une formule préconisée par M. Verger, de Bordeaux, et à laquelle j'adhère pour la plus grande partie. Ces Commissions, dans mon esprit, doivent émaner des Syndicats médicaux.

La tarentule de l'Ordre a piqué les pharmaciens. Et le Bulletin de la Chambre Syndicale des Pharmaciens de la Seine, du 31 janvier dernier, contient un projet d'Ordre des pharmaciens. Or, quelles sont les sanctions dont dispose le Conseil départemental de discipline ? L'avertissement et la réprimande, qui peut être accompagnée ou non de l'interdiction de faire partie du Conseil départemental, pendant un délai qui ne peut excéder dix ans. Un Conseil régional fonctionne, au-dessus du Conseil départemental, comme juridiction d'appel. Il peut infliger les peines disciplinaires suivantes : l'amende, la suspension temporaire, *laquelle ne peut excéder une année.*

Enfin, un Conseil supérieur national statue en dernier ressort sur les appels issus des décisions de Conseils régionaux.

Les pharmaciens sont moins rigoureux que les médecins . Ils ne réclament pas l'interdiction à vie, mais seulement l'interdiction temporaire. Ils ne disent d'ailleurs pas si cette suspension temporaire entraîne la fermeture obligatoire de l'officine, durant le même temps.

Je termine : si la moralisation de la profession doit s'obtenir par la possibilité de priver temporairement ou définitivement tout médecin immoral du droit, qu'il tient de son diplôme, d'exercer sa profession, dans une circonscription donnée, m'est avis qu'il vaut mieux renoncer à l'espérance de la réaliser. Car, encore une fois, je ne connais aucun moyen, dans l'état actuel des choses, de s'opposer à ce qu'un médecin, libre d'aller et de venir, donne ses soins à tous ceux qui les lui réclameront.

G. DUCHESNE.

UN ÉPILOGUE DU CENTENAIRE DE CHARCOT

La remise du Prix Bourneville à la mairie du Panthéon. La carrière et l'œuvre du Dr Bourneville.

Après le décès du Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, fondateur du *Progrès médical*, des *Archives de neurologie*, et élève et ami de Charcot, décès survenu en 1909, un Comité fut constitué pour perpétuer le souvenir du Dr Bourneville, sous la présidence de M. Pierrotet, maire du Ve arrondissement, avec le Dr Noir comme secrétaire.

Une souscription fut ouverte quelques années après ; de nombreux médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, les sociétés des accoucheurs, des aliénistes des hôpitaux, le personnel hospitalier et un assez grand nombre d'associations et de personnalités souscrivirent. La guerre vint renverser les projets du Comité qui résolut d'employer les arrérages des sommes recueillies qui avaient été transformées en rentes sur l'Etat, à créer un prix Bourneville. Ce prix

devait être décerné à une infirmière, mère au moins de trois enfants, qui, au cours de sa carrière hospitalière, aurait donné toute satisfaction à ses chefs médicaux et administratifs et par suite à ses malades. Pour éviter les difficultés de ce choix, il fut résolu d'attribuer le prix tour à tour à chaque hôpital ou groupe d'hôpitaux.

Le prix a été pour la première fois attribué à Madame Liard, infirmière à la Pitié, femme de mérite et de dévouement, qui remplissait toutes les conditions requises.

M. Pierrotet, maire du Ve arrondissement, avait organisé pour la remise de ce prix une solennité dans la salle des fêtes de la mairie du Panthéon, qui devait en outre s'accompagner de la distribution d'un certain nombre de médailles du travail.

Cette cérémonie a eu lieu le vendredi 26 juin à 11 heures.

MM. Imbert, du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris ; Chenévier, chef du personnel, représentant M. le Directeur général de l'A. P. retenu au Conseil supérieur de l'Assistance ; Roger, directeur de la Pitié ; le Dr Moulin, maire adjoint du Ve arrondissement ; le Dr Noir, secrétaire du Comité du Souvenir Bourneville, entouraient le maire du Ve arrondissement qui avait tenu à présider lui-même la séance.

Dans une courte allocution, le président réunit dans un même éloge les infirmières dévouées et méritantes et les vieux et bons employés qu'il était heureux de pouvoir récompenser le même jour, il évoqua la mémoire de Bourneville, chère aux habitants du Ve arrondissement, puis donna la parole au Dr Noir qui, dans le discours suivant, retraça la carrière et énuméra les services du Dr Bourneville :

Discours du Dr Noir.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de remercier M. Pierrotet, maire du Ve arrondissement, président du Comité du Souvenir Bourneville, d'avoir bien voulu me confier la tâche de rappeler ici les grands services d'un homme éminent qui fut mon maître et mon ami.

Cette tâche, je la remplirai aujourd'hui d'autant plus volontiers que l'œuvre de Bourneville paraît systématiquement méconnue, même et surtout par ceux qui, pour plus d'une raison, devraient avoir à cœur de s'en souvenir. Aussi, en évoquant aujourd'hui la vie et les travaux de Bourneville, est-ce un acte de justice et de réparation que j'accomplis.

Bourneville, Désir-Magloire, naquit à Garancières (Eure), le 21 octobre 1840. Issu d'une famille de paysans, petits propriétaires, comme, à quelques générations près, la grande majorité des intellectuels de notre époque, il fut élevé, au foyer familial, dans le culte de la liberté, de la démocratie et de la Patrie.

Il vint à Paris en 1860 pour faire ses études médicales, suivit les leçons de Claude Bernard dont il publia un certain nombre, et prit part à la rédaction de plusieurs journaux médicaux.

Interne des hôpitaux en 1865, il fut l'élève de Delasiauve, médecin de Bicêtre, de Giraldès, chirurgien des Enfants-Malades, et de Charcot, dont il devint le collaborateur et l'ami fidèle.

Il demanda, au cours de son internat, d'aller soigner à Amiens les victimes d'une terrible épidémie de choléra. Il y rendit de signalés services et la municipalité amiénoise lui offrit, pour lui témoigner sa reconnaissance, une montre en or portant les armes de la ville.

Comptant parmi cette jeunesse enthousiaste qui préparait la chute de l'Empire, Bourneville collabora, lors de l'Exposition de 1867, aux journaux que dirigeait Charles Delescluze, le *Panthéon de l'industrie et des arts* et *le Réveil.*

Il fut reçu docteur en médecine au début de l'année 1870 avec une thèse sur la thermométrie dans les maladies de l'encéphale, thèse inspirée par Charcot qui s'efforçait, avec Bourneville, de généraliser l'emploi du thermomètre en médecine.

Survint la guerre avec l'Allemagne. Bourneville fit tout son devoir de Français, convaincu qu'alors, comme sous la Grande Révolution, le mot de patriote était synonyme de républicain.

Chirurgien au 160e régiment de la garde nationale, puis aide-major à l'ambulance du Jardin des Plantes et à la Pitié, il fit preuve pendant le siège de Paris du plus grand courage et du plus grand sang-froid, en dirigeant l'évacuation des salles de malades, victimes des obus qui tombaient sans répit sur le vieil hôpital, servant de cible aux batteries allemandes. Bourneville conserva depuis une répulsion insurmontable contre les Allemands. Lui, si accueillant et si courtois pour les étrangers, ne voulut jamais consentir à servir lui-même de guide aux professeurs allemands qui, attirés par sa réputation, venaient visiter son service de Bicêtre.

Pendant les jours sombres et douloureux de la commune, Bourneville resta à son poste et se conduisit en vrai médecin. Au péril de sa vie, il s'opposa à l'exécution sommaire des blessés fédérés et fit respecter le droit d'asile à l'hôpital.

Le calme revenu, Bourneville s'installa comme médecin praticien au no 6 de la rue des Ecoles

et il exerça dans ce quartier jusqu'à sa mort la médecine populaire.

Entre temps il publiait les Leçons de Charcot, à l'instigation et avec l'appui de ce dernier, il fondait en 1873 le *Progrès médical* dont il fit un puissant organe de réformes en matière de médecine, d'hygiène et d'assistance et dont l'apparition fut une sorte de révolution dans la presse médicale française.

Nous ne saurions énumérer les travaux scientifiques de Bourneville dont la liste serait trop longue. Contentons-nous de rappeler que, nommé médecin de Bicêtre au concours de 1879, il réunit chaque année en un gros volume les observations cliniques, pédagogiques et anatomo-pathologiques faites dans son service sous le titre de *Comptes rendus de Bicêtre*; qu'il fonda en 1880, sous la direction de Charcot, *les Archives de neurologie*, puis l'*Année médicale*; qu'il étudia dans la *Bibliothèque diabolique*, les procès les plus célèbres en sorcellerie et les documents les plus intéressants ayant trait à la possession diabolique qu'il identifia à l'hystérie et à l'aliénation mentale. En même temps, il publiait avec ses élèves un certain nombre de manuels tels que le *Manuel des autopsies* et le *Manuel de la garde-malade et de l'infirmière* dont les dix éditions furent vite épuisées et qui, à l'époque, fut un modèle des ouvrages de ce genre.

Médecin dévoué et habile, républicain convaincu et d'avant-garde, Bourneville, devint rapidement populaire dans le quartier Saint-Victor. Le 30 mai 1876, il était élu conseiller municipal et siégea à l'Hôtel de Ville jusqu'au 4 février 1883, époque où il fut élu député en remplacement de Louis Blanc. Réélu le 18 octobre 1885, il ne voulut faire aucune concession aux louches manœuvres boulangistes et les réformes qu'il avait obtenues, lui ayant suscité de nombreux ennemis, les électeurs du Ve arrondissement dans une de ces heures d'aberration qui se renouvellent périodiquement, lui préférèrent M. Naquet. Il continua néanmoins à poursuivre la réalisation des réformes qu'il avait entreprises au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, au Conseil de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine dont il était un des rapporteurs les plus laborieux et les plus écoutés. Il mena le bon combat dans tous les Congrès d'hygiène, d'assistance et de médecine et jusqu'à la délégation cantonale du Ve arrondissement.

En 1905, ayant atteint l'âge de la retraite, il abandonna le service de Bicêtre qu'il avait créé, mais le préfet de la Seine ne voulant pas se priver de ses services, le maintint médecin de la Fondation Vallée qui ne dépendait pas de l'Assistance publique. Il se consacra aussi jusqu'à sa mort à l'Institut médico-pédagogique de Vitry, fondé par ses amis, pour assurer son existence, car Bourneville, qui mena une vie des plus laborieuses et dont le travail fut l'unique plaisir et la seule passion, négligea ses propres intérêts à tel point qu'il mourut pauvre.

Outre son œuvre scientifique qui, à elle seule, eût suffi pour lui assurer une grande réputation, Bourneville profita de sa situation politique pour faire réaliser de grands progrès dans les domaines de l'assistance et de l'hygiène.

Ayant pu se rendre compte des graves défauts que présentait le personnel des hôpitaux parisiens qui, malgré un dévouement incontestable, ne répondait plus aux exigences de la médecine et de la chirurgie modernes, Bourneville obtint la laïcisation progressive des hôpitaux de Paris et organisa en même temps l'éducation et l'enseignement professionnels des infirmiers et des infirmières, faisant créer les écoles municipales d'infirmières, en 1877, par le Conseil municipal de Paris. Cette réforme, dont la portée était considérable, attira sur Bourneville les haines de tous ceux qui voulurent abaisser à une simple manœuvre anticléricale une réforme qui avait pour but le bien des malades. Cependant Bourneville avait pris pour modèles, et ne s'en cachait pas, Saint-Vincent de-Paul qui, en créant les filles de la Charité, avait voulu organiser un corps d'infirmières véritables qui ne fut pas un ordre religieux, et Miss Florence Nightingale qui fut dans les pays anglo-saxons la grande réformatrice du personnel hospitalier et organisa ce corps admirable des Nurses anglaises que toutes les œuvres hospitalières du monde s'efforcent d'imiter.

L'œuvre de Bourneville, difficile à organiser, contrariée même par ses amis, combattue avec rage, finit par triompher grâce à sa volonté de fer et à son dévouement. Les hommes, justes et droits de tous les partis, surent reconnaître l'immense service que Bourneville rendait aux malades en exigeant une éducation professionnelle sérieuse du personnel infirmier, et, dans plus d'un Congrès d'Assistance, nous avons entendu le grand philanthrope, Hermann Sabran, vice-président du Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, catholique convaincu, pratiquant et sincère, rendre hommage aux mérites de Bourneville sur ce point.

Bourneville ne cessa de lutter pour l'amélioration morale et matérielle du personnel secondaire des hôpitaux. Il s'efforça d'obtenir un meilleur recrutement et lutta contre la promiscuité déplorable et l'absence absolue d'hygiène qui, dans quelques anciens hôpitaux, notamment la vieille Pitié, rendaient inhabitables les logements réservés aux infirmières. Grâce à lui et à quelques bonnes volontés dans le haut personnel de l'Assistance, tout cela n'est plus qu'un mauvais souvenir.

Une des réformes qui créa d'autres ennemis à

Bourneville fut la création des maternités des hôpitaux et l'institution d'un corps spécialisé d'accoucheurs. Quelques chirurgiens étaient alors censés assurer les services d'accouchements dont ils se désintéressaient complètement, mais ils ne voulaient néanmoins à aucun prix voir restreindre leur domaine. Bourneville et le bon sens triomphèrent de ces résistances que tout le corps médical des hôpitaux sans exception jugerait à l'heure actuelle inconcevables. Combien de mères et d'enfants doivent aujourd'hui la vie à Bourneville ?

Nous ne ferons pas la description du service des enfants idiots et arriérés de Bicêtre que Bourneville fit construire lui-même et organisa avec tous les perfectionnements de l'hygiène et tous les éléments destinés à appliquer la méthode médico-pédagogique. Cette méthode, créée par Itard et Edouard Seguin, fut perfectionnée par notre maître dans ses moindres détails. Et ce n'est pas sans surprise que nous l'avons vue préconisée, sous un nom italien, bien qu'elle soit toute française, et cela par des gens de notre pays, dans des publications écrites en notre langue. Est-ce mauvaise foi ou ignorance ?

Nous croyons encore devoir rendre justice à notre maître sur ce point et joindre notre protestation à celle que notre ami, le Dr Georges Paul-Boncour, élève de Bourneville, a déjà publiée, dans le *Progrès médical*.

Combien d'améliorations furent dues à l'initiative de Bourneville dans nos hôpitaux ? Il suffit de les énumérer pour en montrer toute l'importance : l'amélioration du régime des malades, l'organisation des bains externes et de l'hydrothérapie dans les établissements hospitaliers, la suppression du bureau central et la division de Paris en circonscriptions hospitalières, l'isolement des contagieux et surtout des enfants contagieux, la revaccination dans les services hospitaliers, le pavage en bois des rues avoisinant les hôpitaux, le développement des bibliothèques des internes, l'amélioration de leurs salles de garde et de leurs chambres, la construction du pavillon des internes à Saint-Antoine, toutes mesures destinées à retenir le plus possible les internes à l'hôpital pour le plus grand bien de leurs malades et faciliter leurs études. Il étendit aux asiles d'aliénés la réalisation de tous ces progrès.

Aujourd'hui l'on croit rêver en pensant que pour obtenir ces améliorations qui nous paraissent de première nécessité, il fallut que Bourneville bataillât sans trêve à la Chambre des députés, au Conseil municipal, dans les Conseils d'assistance, les Commissions et les Congrès.

En hygiène publique, Bourneville contribua beaucoup à l'étude et au développement de l'épandage des eaux d'égoûts et à leur utilisation agricole et à la propagation de l'incinération dont il fut le défenseur au Parlement.

Rappelons encore la campagne menée par Bourneville, notamment à la délégation cantonale du Ve arrondissement pour la création de classes spéciales d'enfants arriérés. Ces classes spéciales, encore rares à Paris, ont été organisées dans presque tous les pays civilisés à l'instigation de Bourneville et il y a une quinzaine d'années nous avons eu l'avantage de visiter l'école publique d'enfants arriérés de Paddington, à Londres, où avaient été appliquées les recommandations de Bourneville.

Je ne ferai que citer, en terminant, la part que Bourneville, prit dans le perfectionnement de l'enseignement médical. Ce fut lui qui fit fonder la chaire des maladies mentales, qui collabora à l'organisation de l'enseignement pratique de l'obstétrique, qui aida Farabeuf à rénover l'enseignement pratique de l'anatomie. Il avait même déposé au Conseil municipal un projet de création d'une école de médecine municipale qui eût, sans doute, amené une transformation utile de la Faculté. Les hésitations de quelques-uns de ses collègues des hôpitaux l'obligèrent à abandonner ce projet.

Comme médecin praticien, Bourneville fut un modèle : son scrupuleux respect des règles de la déontologie, son désintéressement, son dévouement à tous et surtout aux malheureux, étaient admirés de tous ceux qui eurent l'avantage de le connaître.

Cette rapide et très incomplète énumération des principales créations dues à l'initiative de Bourneville suffit à vous montrer tout ce que nous devons à ce médecin éminent. Plus d'un grand homme qui repose sous la coupole, en face, ont infiniment moins mérité la reconnaissance de la Patrie.

Et pour moi, c'est un pieux devoir que de le proclamer ici. Elève de Bourneville à Bicêtre, conservateur de son musée d'anatomie pathologique et chargé à ce titre d'opérer les autopsies dans son service, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, des *Archives de neurologie*, professeur aux écoles municipales d'infirmières, j'ai été pendant dix-huit ans son collaborateur et ai vécu dans son intimité. La dernière et douloureuse tâche qu'il m'a imposée, a été de faire sa propre autopsie et de présider avec M. Pujol et notre ami le Dr Paul Cornet, comme exécuteurs testamentaires, à son incinération, car, conséquent avec ses principes, Bourneville voulut que je procédasse à son autopsie comme je procédais à celle des enfants morts dans son service à Bicêtre et désira être incinéré.

Ses obsèques furent faites aux frais du département de la Seine ; des hommes politiques illustres, des ministres accompagnèrent le cercueil de cet homme qui avait tant fait pour le bien

public, qui avait rendu tant de services personnels et qui, devenu vieux, sans influence et sans fortune, avait été abandonné de tous, sauf de très rares fidèles.

Aujourd'hui, l'on oublie encore ce qu'il a fait en sacrifiant ses intérêts, en s'attirant les haines les plus violentes ; ce n'est pas sans tristesse qu'en parcourant les documents officiels publiés ces dernières années, ayant trait à l'organisation de l'enseignement des infirmières en France, nous avons cherché en vain le nom de Bourneville qui, à lui seul, a créé et organisé complètement l'éducation du personnel hospitalier, il y a près de 50 ans et y a consacré 30 ans de sa vie.

Mais qu'importe ! L'œuvre de Bourneville a triomphé et a été féconde. Son souvenir règne encore dans le cœur de ses amis ; un jour viendra, j'en suis certain, où l'on exhumera ses travaux et où se manifestera à son égard la reconnaissance publique car j'ai foi en une justice immanente. (*Applaudissements.*)

M. Pierrotet, Maire du V[e] arrondissement, remercia le D[r] Noir d'avoir su évoquer en aussi justes termes la mémoire d'un homme qui avait rendu tant de services et qui fut son ami.

Puis M. Chenevier assura le Comité du Souvenir de Bourneville que l'administration de l'Assistance publique de Paris qu'il représentait, saurait rappeler l'œuvre de Bourneville, le créateur et l'organisateur des écoles municipales d'infirmières et d'infirmiers de la ville de Paris, l'éminent médecin de Bicêtre qui, a, en effet, droit à toute la reconnaissance publique.

UN CHIRURGIEN DENTISTE PEUT-IL EMPLOYER DES VACCINS THÉRAPEUTIQUES PAR VOIE SOUS-CUTANÉE ?

Les découvertes scientifiques modernes démontrent que beaucoup de maladies des dents sont sous la dépendance d'un état général infectieux.

Déjà les diathèses avaient été mises en évidence et chacun sait le rôle important que jouent pour la vitalité des dents, soit l'albuminurie, soit le diabète, la déminéralisation, la déphosphatisation, les états endocriniens, etc. Certains démontrent même que les affections dentaires ne sont souvent que la manifestation locale d'une maladie générale.

La collaboration du médecin et du chirurgien dentiste devient plus étroite, tant par les notions d'art dentaire, que tout bon docteur doit connaître, que par le renvoi du malade, chez son médecin habituel, de la part du chirurgien dentiste, car celui-ci est habilité par la loi, pour soigner les dents et non pour faire de la médecine générale.

Qu'on ne s'étonne plus du nombre sans cesse croissant des médecins stomatologistes, qui, après avoir terminé leurs études de médecine générale, se spécialisent en art dentaire, comme d'autres confrères se donnent exclusivement à l'art des accouchements, à l'oto-rhino, à la gynécologie, à la pédiatrie, etc.

Un argument nouveau vient s'ajouter aux autres, lorsque certains demandent, avec grande raison, pensons-nous, que le grade de chirurgien dentiste soit aboli, pour l'avenir : la science actuelle nécessitant le doctorat en médecine pour quiconque exerce une branche de l'art de guérir. Je veux parler de l'emploi des vaccins thérapeutiques.

Employés en traitement local, certains vaccins ont paru avoir leur utilité, surtout dans la pyorrhée alvéolaire ; mais ces mêmes produits peuvent avoir plus d'efficacité encore, s'ils sont injectés dans l'organisme.

Or, le chirurgien dentiste, qui fait des piqûres intragingivales, pour l'anesthésie régionale, peut semble-t-il, inoculer des vaccins.

A l'appui de cette thèse, on peut dire que la loi du 30 novembre 1892 est muette en ce qui concerne la restriction imposée aux chirurgiens dentistes, dans l'exercice de leur art, alors que les sages-femmes se voient interdire, par la même loi, l'emploi d'instruments et de la plupart des médicaments, cependant qu'elles subissent l'astreinte de ne pratiquer que les accouchements normaux.

Les partisans de cette liberté, que doivent avoir les chirurgiens dentistes, en matière thérapeutique, peuvent soutenir que la vaccinothérapie est une nécessité pour le traitement de certaines affections des dents et que, par suite, les chirurgiens dentistes ont les mêmes droits que les docteurs en médecine, lorsqu'il s'agit de soigner les maladies dentaires.

Une seconde thèse, toute de restriction, peut être opposée à la première.

Introduire dans l'organisme un vaccin n'est pas une opération dénuée de danger. Des accidents fréquents se produisent ; hyperthermie, avec parfois syncopes, sueurs profuses, lypothymies. Le choc hémoclasique peut quelquefois devenir mortel ; aussi est-il nécessaire de faire pratiquer un examen des urines et de vérifier si le foie et les reins fonctionnent parfaitement.

Ne parlons que pour mémoire des urticaires et autres réactions sérologiques bien connues et

qui sont provoquées, chez certains sujets, par des doses très faibles de vaccin, inoculées dans l'organisme.

J'en appelle d'ailleurs à ceux qui emploient des vaccins de toutes sortes et je leur demande si, comme moi, ils ne doivent pas aborder ce traitement avec un certain nombre de précautions, toujours conduits par cette préoccupation, qu'avant de faire du bien, il faut ne pas faire de mal.

Or, pour ma part, j'estime que la vaccinothérapie présente des dangers et j'ai souvent à conseiller des confrères, qui craignent de voir leur responsabilité professionnelle être mise en jeu, à la suite d'un accident de vaccinothérapie.

Au surplus, la loi du 25 avril 1895, impose des mesures de sécurité, pour le public, en ce qui concerne la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues.

Plusieurs procès fameux en ont été la conséquence.

Ainsi un arrêt de Cassation du 28 juillet 1911 et un arrêt de la cour de Rouen du 30 décembre 1911 interdisent à un docteur en médecine de faire emploi d'un vaccin, de sa composition, formé du mélange de trois vaccins déjà autorisés, motifs pris de l'impérieux devoir de protéger la sancé publique.

D'ailleurs, nous pourrions discuter sur l'interprétation à donner aux termes mêmes de la loi du 25 avril 1895, sur les vaccins et sérums. L'article 2 décide que ces produits seront délivrés par les pharmaciens sur ordonnance médicale. En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à fournir à leur clientèle ces mêmes produits.

Dans ces conditions, on peut soutenir que seuls les docteurs en médecine peuvent prescrire des vaccins, puisque seuls, ils peuvent établir des ordonnances médicales.

Je sais bien que ce qualificatif « médical » peut être interprété dans un sens très élargi. Les défenseurs des chirurgiens dentistes soutiendront que les pharmaciens délivrent chaque jour des médicaments et des préparations magistrales, sur le vu d'ordonnances rédigées et signées par les chirurgiens dentistes.

Dans ces conditions, ces derniers praticiens doivent avoir, comme les médecins, le droit d'ordonner et d'employer les vaccins et sérums.

A cela, nous pouvons répondre par une argumentation tirée de la législation sur les produits toxiques.

La loi du 12 juillet 1916, reproduisant sur ce point la loi du 19 juillet 1845, reconnaît au gouvernement, dans les termes les plus généraux, le pouvoir de règlementer la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses.

Or, le décret du 14 septembre 1916, rendu en exécution de la loi, dispose, dans ses articles 19, 28 et 40 que, parmi les substances inscrites aux tableaux A et B, les pharmaciens ne pourront délivrer aux chirurgiens dentistes, ou sur les prescriptions de ces derniers, que celles qui seront énumérées par un arrêté du ministre de l'intérieur (arrêté du ministre de l'Intérieur du 22 mai 1917).

Il en résulte que les chirurgiens dentistes ne sauraient prétendre, devant le silence de la loi du 30 novembre 1892, qu'ils ont les mêmes droits de prescription que les docteurs en médecine.

En rapprochant les intentions du législateur de 1895, en ce qui concerne la préservation du public, dans l'emploi des vaccins et sérums de celles du législateur de 1916, en ce qui concerne les intoxications,nous sommes autorisés à admettre que la vaccinothérapie, traitement offrant certains dangers et nécessitant des compétences médicales qui ne sont pas celles des chirurgiens dentistes, doit être assimilée au traitement des maladies par l'emploi des toxiques, dont le libre exercice n'est pas accordé à ceux qui n'ont pas le diplôme de docteur en médecine.

Ajoutons que le syndicat des chirurgiens dentistes avait introduit devant le Conseil d'Etat, un pourvoi, tendant à l'annulation, pour excès de pouvoir, du décret du 14 septembre 1916 et de l'arrêté du 22 mai 1917.

Par arrêt du 24 décembre 1920 (*Concours médical*, 1921, 720) le Conseil d'Etat a rejeté ce pourvoi.

D'ailleurs, si nous reprenons *stricto sensu* les termes des articles 1 et 2 de la loi du 30 novembre 1892, nous voyons que, pour exercer la médecine, il faut le diplôme de docteur en médecine et pour exercer la profession de dentiste, il faut, soit le diplôme de docteur en médecine, soit celui de chirurgien dentiste. Médecine et art dentaire sont donc deux choses bien distinctes, dans l'esprit du législateur.

Cette même distinction entre la médecine et l'art dentaire se retrouve dans les articles 16, 17, 18 et 19 de la loi de 1892, à propos de la répression de l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire.

Admettre avec le syndicat des chirurgiens dentistes que ces derniers tiennent, du silence de la loi de 1892, le droit absolu de prescription, alors que ladite loi limite les droits des sages-femmes, serait concéder à des personnes, fort honorables certes, mais non munies du diplôme de docteur en médecine, le droit d'exercer l'art de guérir, avec le simple diplôme de chirurgien dentiste.

Il y a 33 ans, le législateur de 1892 s'est trouvé en présence d'un art dentaire qui s'organisait scientifiquement ; mais qui, pour beaucoup, comportait plus d'art manuel sur les dents que de conceptions scientifiques générales.

Mais depuis cette époque les esprits avertis ont compris que l'art dentaire et la médecine

générale sont aussi intimement unis que les autres spécialités de l'art de guérir.

Aussi, nombreux sont ceux qui prévoient le juste avenir de la science du dentiste, lorsqu'ils réclament la nécessité des études médicales complètes, en vue du doctorat en médecine, avant d'entreprendre la spécialisation.

Accorder un diplôme de doctorat en chirurgie dentaire ne serait que reculer la solution du problème, tout en accordant des satisfactions purement honorifiques aux uns, en laissant croire au public que le titre de docteur en chirurgie dentaire comporte les mêmes compétences que celui de docteur en médecine.

Un problème de responsabilité professionnelle se pose ; en cas d'accident consécutif à une piqûre intradermique de vaccin ou de sérum, un chirurgien dentiste pourrait-il être rendu responsable, s'il n'était pas assisté d'un docteur en médecine ?

Je crains fort que les tribunaux ne répondent par l'affirmative. Responsabilité pénale, aux termes de l'article 319 du code pénal, car pourrait être considéré comme blessure par imprudence le fait d'avoir injecté dans l'organisme un médicament actif, alors que le chirurgien dentiste n'a pas qualité pour faire de la médecine générale.

Responsabilité civile et condamnation, par suite, à des dommages-intérêts seraient la conséquence de l'accident.

Conclusions.

En l'absence de toute jurisprudence sur ce point, j'estime personnellement que, dans l'intérêt de la santé publique, il importe que la vaccinothérapie, par voie intradermique, soit considérée comme un acte véritablement médical, ne devant être pratiqué que par un docteur en médecine.

Le grade de chirurgien dentiste ne donne le droit que de soigner localement les dents et non celui d'instituer un traitement général, même sous le prétexte que l'état local, dentaire, dépend d'un état maladif général.

Aux docteurs en médecine l'exercice complet de l'art de guérir, selon les prescriptions de la loi du 30 novembre 1892.

Quant aux chirurgiens dentistes, s'ils estiment que leur malade pourra bénéficier d'un traitement vaccinal, qu'ils adressent le client à un docteur en médecine, qui, après examen du foie, des reins, etc., verra s'il doit, ou non pratiquer lui-même les injections de vaccin.

Les dentistes auront, de la sorte, mis leur responsabilité civile et pénale à couvert.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

Charlatans de jadis.

La question des magnétiseurs n'est pas nouvelle. Au moment où un procès vient de se dérouler devant les tribunaux, il est curieux de mettre sous les yeux des lecteurs du *Concours* un document du 2 mars 1842 qui montre une des formes d'exploitation de la crédulité humaine à cette époque avec tarification des poires.

C'est l'entête d'une lettre adressée par le directeur de l'institut magnétologique pour une commande.

Nous en copions textuellement le libellé : Institut magnétologique dirigé par M. J. J. A. Ricard, R. Lepelletier, 9.

Conditions :

Il est établi d'avance un prix fait en rapport avec la position de fortune du malade ; et nous nous en rapportons à sa bonne foi pour sa déclaration.

500 fr. pour les personnes peu riches.
1.000 fr. pour les gens aisés.
2.000 fr. pour les personnes riches.
4.000 fr. pour les gens très riches.
10.000 fr. pour les personnes opulentes.

La somme convenue est déposée chez un notaire de Paris ou garantie suffisamment : elle ne nous est acquise qu'un an après la guérison radicale, mais dans tous les cas, chaque malade paye d'avance 150 fr. par mois pendant tout le temps que dure le traitement (de un à quatre mois) pour les frais occasionnés à l'établissement.

Dès que nous avons reçu, soit en bon sur la poste ou en un mandat à vue sur une maison de Paris, cette dernière somme, nous nous empressons d'envoyer au malade sa première consultation.

Pour copie :
Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 5 et 19 mai 1925.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.862 Meaume, Vallière (Creuse), Parrains : Drs Brésard et Faury.
6.867 de Lorgeril, Plougueneuc (Ille-et-Vilaine), Union des Médecins pro-pharmaciens de France.
6.886 Tellier, Lyon (Rhône), Syndicat des Médecins du Rhône.
6.887 Vassal, Evreux (Eure), Syndicat de l'arrondissement d'Evreux.
6.888 Calvel, Ambérieu-en-Bugey (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
6.889. Espenel, 118, bd Magenta, Paris, Association générale des Etudiants.
6.890 Doucet, 121, rue Oberkampf, Paris, Association des médecins du département de la Seine.
6.891 Jouvet, Lons-le-Saulnier (Jura), Syndicat de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier.
6.892 Hermary, Tours (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
6.893 Bollet, Fontaine-Française (Côte-d'Or), Syndicat de l'arrondissement de Dijon.
6.894 Orig, Ecole Française de Stomatologie, Paris.
6.895 Horia Gatlan, Ecole Française de Stomatologie, Paris.
6.896 Soleil, Ecole Française de Stomatologie, Paris.
6.897 André, La Cadière-d'Azur (Var), Syndicat de l'arrondissement de Toulon.
6.898 Montseret, Montpellier (Hérault), Syndicat de Montpellier.
6.889 Tillier, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), Syndicat de l'arrondissement de Versailles.
6.900 Quanquin, Dijon (Côte-d'Or), Parrains : Drs Gault et Zipfel.
6.901 May, Saint-Siméon-de-Bressieux (Isère), Syndicat de la Plaine-de-Bièvre.
6.902 Bidou, 34, rue Ribéra, Paris, Parrain : Dr Duchesne.
6.903 Champion, Vierzon (Cher), Syndicat médical du Cher.
6.904 Molina, 4, rue Picot, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.905 Bardet, Beaune (Côte-d'Or), Syndicat de l'arrondissement de Beaune.
6.906 Hubac, 83, rue Bobillot, Paris, Syndicat des Médecins de la Seine.
6.907 Coulanges, Bollène (Vaucluse), Syndicat médical d'Orange.
6.908 Aveline, 3, Villa Hippolyte-Garnier, Paris, Parrains : Drs Amsler et Haton.
6.909 Charrier, 17, rue de la Trémoïlle, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
6.910 Pézet, Châlons-sur-Marne (Marne), Association Amicale des Médecins des Asiles d'aliénés de France.
6.911 Dormoy, Nice (Alpes-Maritimes), Parrain : Dr Jacob.
6.912 Morisot, Périgueux (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
6.913 Césarini, Chambéry (Savoie), Parrains : Drs Féraud et Boudin.
6.914 Lemierre, 40, rue Vignon, Paris, Association Médicale Mutuelle.
6.915 Bazelis, Orchies (Nord), Syndicat de l'arrondissement de Douai.
6.916 Gaubert, Toulouse (Haute-Garonne), Parrains : Drs Reygasse et Garipuy.
6.917 Roumazeilles, Budos (Gironde), Syndicat Suburbain de Bordeaux.
6.918 Haret, 8, rue Pierre-Haret, Paris, Syndicat des Electro-Radiologistes.
6.919 Guichard, Saint-Etienne Loire), Syndicat des Médecins de la Loire.
6.920 Woimant, Compiègne (Oise), Syndicat de l'Oise.
6.921 Vildrin, Le Lorrain (Martinique), Syndicat de la Martinique.
6.922 Vauton, Salé (Maroc), Association Médicale de Rabat-Salé.
6.923 Gréhaut (Stéphane), Rabat, Maroc, Association Médicale de Rabat.
6.924 Gréhaut (Sophie), Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.925 Gauthier, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.926 Lapin, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.927 Arnaud, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.928 Meynadier, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.929 Morras, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.930 Guilmoto, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.931 Daynes, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.932 Marmey, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.933 Edouard, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.934 Clerc, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.935 Lalande, Rabat (Maroc), Association Médicale de Rabat.
6.936 Mermillod, 61, Cours Gambetta Lyon (Rhône), Syndicat du Rhône.
6.937 Durand, Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), Syndicat de l'arrondissement de Chalon-sur Saône.
6.938 Besson, Saint-Quentin-en-Mauges (Maine-et-Loire), Syndicat de Cholet.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— 19e **V. E. M.** — *Avis important.* — Le Comité de direction des V. E. M., en raison de l'aggravation des conditions économiques et des concours insuffisants apportés à l'organisation du voyage, vient de décider que le 19e V. E. M., qui devait avoir lieu en septembre dans les stations des Vosges, serait remis à l'an prochain

Il prie les confrères déjà inscrits ou qui avaient demandé à s'inscrire de recevoir ses excuses : il leur réservera la *priorité* pour l'an prochain.

— **Hôpital de Valence.** — Les 27 et 28 mai, a eu lieu à Grenoble, sous la présidence de M. Perdrix, sénateur, maire de Valence, un concours public pour la nomination de chirurgiens de l'hôpital de Valence. Le jury, composé de MM. les docteurs Perriol, directeur de l'école de médecine, professeur de clinique chirurgicale, Termier, Bonniot, Sigaud, professeurs et chirurgiens des hôpitaux, a désigné en première ligne M. le Dr Kocher, en deuxième ligne M. le Dr Thiers, et en troisième ligne M. le Dr Prothon, tous trois anciens internes des hôpitaux de Lyon. Le concours comportait 4 épreuves cliniques, une épreuve théorique et une épreuve de médecine opératoire.

— **La Cité universitaire.** — *Logements pour étudiants peu fortunés.* — La Cité universitaire (fondation Emile et Louise Deutsch de la Meurthe), dont l'inauguration a eu lieu le 9 juillet, s'ouvrira à la rentrée scolaire 1925-1926.

Elle est destinée à fournir des logements meublés hygiéniques et d'un prix réduit à des étudiants ou étudiantes peu fortunés inscrits à un établissement d'enseignement supérieur à Paris.

Prix des chambres, 150 fr. par mois, chauffage, éclairage, bains-douches et service compris.

Les étudiants désireux d'être admis à la Fondation doivent adresser à M. le Directeur, 21, boulevard Jourdan, Paris (XIVe) : 1° une justification de leur qualité de Français ; 2° un certificat attestant leur incription à un établissement d'enseignement supérieur de Paris, dépendant ou non de l'Université ; 3° tous les documents pouvant établir que leur famille est peu fortunée ; 4° une attestation émanant d'un professeur ou directeur d'établissement d'enseignement.

Les candidats devant commencer leurs études supérieures à la rentrée de novembre 1925 devront adresser leurs demandes entre le 25 août et le 10 septembre prochain, à charge pour eux de fournir en novembre leur certificat d'inscription à un établissement d'enseignement supérieur.

— **Un Congrès de nurses à Helsingfors.** — Le Conseil International des nurses organise un Congrès à Helsingfors, du 20 au 25 juillet prochain. Il groupera les déléguées des associations suivantes :

Association des nurses américaines ; Association des nurses canadiennes ; Conseil des nurses danoises ; Association des nurses allemandes ; Association nationale des infirmières italiennes ; Conseil national des nurses diplômées de la Grande Bretagne ; Fédération des nurses diplômées belges ; Association des nurses diplômées de la Nouvelle-Zélande ; Association des nurses diplômées de la Norvège ; Nosokomos, Hollande ; Association des nurses de Chine ; Association des nurses de la Finlande ; Association des nurses diplômées de l'Afrique du Sud ; Association des nurses diplômées de l'Inde.

Le Conseil International des Nurses a été fondé en 1899 à Londres. Son but principal était de réunir de temps à autre les nurses de tous les pays afin de leur donner une occasion de discuter entre elles les questions se rapportant à leur profession. C'est ainsi que des Congrès ont eu lieu à Buffalo (Etats-Unis), à Berlin, à Londres, Cologne. Le Congrès d'Helsingfors sera la première réunion depuis la guerre.

Questions traitées : Administration et enseignement des écoles de nurses ; Le nursing et l'hygiène sociale ; Activités spéciales du nursing ; Législation et nursing.

— **Faculté de médecine de Strasbourg. Cours de perfectionnement sur la tuberculose.** — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose aura lieu du 9 au 24 octobre 1925, à la Faculté de Strasbourg. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux examens radiologiques, bactériologiques, ainsi qu'au pneumothorax artificiel. Ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

L'enseignement organisé par le Dr Vaucher, chargé de Cours à la Faculté, secrétaire général de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, sera fait avez la collaboration de MM. : Allenbach, chirurgien en chef de l'hospice Stéphanie ; Barré, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Belin, directeur du dispensaire antituberculeux de Strasbourg ; Blum Léon, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Bœckel André, directeur de la consultation des maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Bœz, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Borrel, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. ; A. Brion, médecin-chef de l'hôpital sanatorium Saint-François à la Robertsau ; Canuyt, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Dumarest, directeur des sanatoriums d'Hauteville ; Fath, directeur du sanatorium de l'Altenberg ; Gunsett, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; S. I. de Jong, professeur agrégé à la Faculté de Médecine et médecin des hôpitaux de Paris ; Leriche, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Masson, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Merklen, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Pautrier, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Rieux, professeur au Val-de-Grâce, à Paris ; Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, à Paris ; Rohmer, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Schickelé, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

S'inscrire auprès du Dr Vaucher à l'Association Alsacienne et Lorraine contre la Tuberculose, Strasbourg, 22, rue de l'Université et 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription de : 200 francs sera versé au Secrétariat de la Faculté de médecine. — Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

Le nombre des auditeurs est limité.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie

R C. Clermont 4264

Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

sur les points que je vous signale ce qui peut en même temps rendre service à nos jeunes confrères.

Dr C.

Réponse.

1° Dans les amortissements doit bien être compris celui de l'automobile professionnelle.

2° En ce qui concerne la taxe sur les automobiles, la thèse soutenue par le contrôleur n'est exacte que lorsqu'il s'agit d'une voiture ne servant pas à l'exercice d'une profession. Pour un médecin (ou pour un commerçant) la déduction de cette taxe doit être faite, non pas au paragraphe V de la déclaration pour l'impôt général sur le revenu, mais comprise dans les frais généraux pour la détermination du bénéfice net.

3° Il s'agit bien de toutes les assurances citées dans votre lettre.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1624. — Bases de la patente et de la contribution personnelle-mobilière.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si la forte augmentation de mes contributions pour l'année en cours est normale.

Est-il admissible que l'on puisse m'imposer sur une valeur locative de 920 fr. alors que mon loyer réel est resté le même et s'élève à 460 fr. ?

Ci-joint mes feuilles de patentes pour les années 1924 et 1925.

En ce qui concerne la contribution personnelle mobilière que signifie « pour un loyer matriciel de 30 fr. ? »

Réponse.

La valeur locative qui doit être prise pour base du droit proportionnel de patente est celle qui résulte du bail en cours ; en conséquence, vous pouvez présenter une réclamation en raison de ce que vous êtes imposé sur une valeur locative de 920 fr. alors que votre loyer réel est seulement de 460 fr.

Le loyer matriciel servant de base à la contribution personnelle mobilière est déterminé par les répartiteurs qui sont tenus d'affecter la même base à deux habitations de même importance, sans cependant être astreints à fixer cette base proportionnellement à la valeur locative.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1590. — Opération dans un hôpital.

Je viens vous prier de me donner les deux renseignements suivants, à propos d'un accidenté du travail :

1° On m'amène dernièrement un Polonais, euvrier d'usine, ayant eu le pouce gauche presque amputé par une machine coupante, près de la racine du doigt.

Je fais un premier pansement chez moi, et comme il fallait le réamputer, pour ma facilité et la sienne, je l'*amène à l'hôpital*, dont je suis un des médecins, *mais pas de service*, je lui *désarticule le pouce*, enlevant environ 0,01 cm 1 /2 d'os sortant de la plaie ne pouvant se recouvrir et je fais une injection antitétanique, etc.

Je suis bien dans mon droit strict de me faire payer cette petite opération (n'étant pas médecin de service), quoique ce malade reste quelques jours à l'hôpital, sur mes conseils.

2° Et comme tarif, je lis dans le tarif Breton : amputation ou désarticulation d'un doigt ou d'un orteil ; *partielle* ou *totale*, que signifie cette distinction ? Dans mon cas, est-ce une désarticulation totale ou partielle ? pour le tarif à appliquer. Dr B.

Réponse.

1° Si le blessé fut opéré à l'hôpital, au cours d'une hospitalisation, l'assurance est en droit de se retrancher derrière le « tout compris » de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et de ne payer que les frais de journée et non les soins et interventions.

2° Il y a amputation *partielle* quand on enlève une ou deux phalanges d'un doigt et *totale* quand on enlève le doigt entier « avec ou sans la tête du métacarpien », ajoute l'arrêté ministériel du 28-6-21. F. D.

II

1614. — Surfaces comparables dans les pansements de brûlures.

Je soigne un ouvrier brûlé en transportant un sac de chaux vive. Large brûlure du 2e degré de la nuque, du cou, des deux épaules et de la moitié supérieure du dos jusqu'à la pointe de l'omoplate environ. Que dois-je compter par pansement ? Faut-il compter vaste brûlure à 100 fr. ou, par analogie avec l'étendue de deux membres, 75 fr. ? en diminuant naturellement ensuite au fur et à mesure de la cicatrisation.

Dr R.

Réponse.

La « vaste brûlure », au pansement tarifé 100 francs, comprend d'ordinaire une série de pansements sur toute la surface du corps. De même pour « brûlure des deux membres », il y a, d'ordinaire, plusieurs pansements à faire.

Ici, vous avez affaire à une brûlure continue, ne comportant qu'un seul pansement et dont la « surface », d'après vos explications, me paraît « comparable » à celle d'un *membre* entier, avec ses trois segments atteints. Aussi compterais-je dans ce cas : 50 francs (première catégorie) par pansement.

Nota. — Ne confondons pas, en effet : brûlure d'un membre et brûlure *sur* un membre. Pour avoir droit à 50 francs par pansement, il faut que les *trois segments* (pour les segments, voir explication dans l'arrêté ministériel du 28-6-21) soient atteints, et non un ou deux seulement. J'ai déjà eu l'occasion d'expliquer cela. Et même quand il n'y a qu'un ou deux segments d'atteints et cependant une brûlure assez étendue, j'ai proposé (avec succès quelquefois) le prix *intermédiaire* de 30 francs. Il est injuste, en effet, de tomber de 50 à 15 francs dans certains cas et je trouve que c'est là une lacune à combler dans le tarif.

F. D.

III

1600. — Réduction et contention d'une luxation avec ou sans « intervention sanglante ».

J'ai eu à soigner le 18 courant un blessé du travail. Luxation du poignet ; l'extrémité cubitale a perforé la peau, l'articulation est ouverte largement.

J'ai réduit, pansé, contenu, fait une injection de sérum (20 cc.) et un certificat pour blessure grave.

Je revois le blessé le lendemain, la réduction ne s'est pas maintenue. Je réduis à nouveau, panse et mets deux bandes plâtrées. Puis j'envoie le blessé à l'hôpital pour radiographie et soins.

Que dois-je compter ? Je ne sais si ma deuxième réduction s'est maintenue. Naturellement, je n'ai pas accompagné le blessé à l'hôpital. Dois-je réclamer la réduction et doubler, à cause du fait que la luxation est compliquée ?

Dr B.

Réponse.

a) Si vous avez fait une « réduction et *contention* d'une luxation du poignet », vous avez à compter 75 francs (1re catégorie), ainsi qu'il est dit au tableau terminal de l'arrêté ministériel du 28-6-21. J'ai souligné le mot « contention » qui montre que la tarification réclame non seulement la réduction, mais encore la « contention », de telle façon que, par suite, la luxation ne se renouvelle pas. Autrement, il n'y aurait pas la *double condition* réclamée à l'article 18. D'où il ressort que si vous avez pratiqué cette contention telle que la réclame le tarif, on n'a pas eu besoin de rien faire à l'hôpital (radio à part, naturellement).

b) Quant au doublement du prix, comme luxation « compliquée », on ne parle de cette majo

ration (article 18), que pour les « *opérations sanglantes* », avec « régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte... »
Je ne vois pas que ce soit le même cas que celui dont vous me parlez. F' D.

IV

1617. — La visite ne se « cumule » pas, mais les interventions se cumulent quand elles sont successives et indépendantes les unes des autres.

Pour un cas d'insolation, comment dois-je tarifer les interventions suivantes : 2e catégorie :

a) V. à 3 kil.
b) Certificat en double (mairie, assurance).
c) Saignée.
d) Ponction lombaire.
e) Consultation avec confrère à 11 h. du soir.
f) Surveillance prolongée toute la nuit.
g) Certificat de décès.

Il y a là des opérations qui se superposent ; la surveillance prolongée 5 visites, en particulier, doit-elle se cumuler, alors que la visite simple ne cumule pas !

Dr C.

Réponse.

Vous avez eu à pratiquer une série d'interventions nécessitées par l'état du blessé, ainsi qu'une consultation avec un confrère, une surveillance prolongée, etc. Il ne s'agit pas ici de diverses interventions *complémentaires* les unes des autres et constituant un seul bloc opératoire, si je puis dire, comme par exemple une ligature d'artère, puis la suture cutanée par dessus. Ce sont, au contraire, des interventions *indépendantes* l'une de l'autre et *successives* suivant les indications du moment.

Je compterais donc ainsi, et en deux séries successives d'interventions :

1° *a*) Déplacement : 6 km	6 fr.
b) Certificat initial	5 »
c) Saignée	30 »
d) Ponction lombaire	30 »
	71 fr.
2° *a*) Consultation de nuit avec confrère (prix de cinq visites par combinaison des majorations aux articles 4 et 5)	40 fr.
b) Surveillance prolongée toute la nuit (art. 6) 5 visites	40 »
	80 fr.

Soit : 71 + 80, c'est-à-dire au total : 151 fr.

F. D.

V

1626. — Fracture des os du nez.

Le second cas est celui d'un cycliste qui, à la suite d'une chute a eu une fracture avec déviation des os du nez.

Je ne vois rien dans le tarif Breton qui me permette de demander quelque chose pour le redressement.

Réponse.

Lors de l'élaboration du tarif Breton, on nous a refusé toute tarification pour fracture du maxillaire supérieur ou des os du nez en disant qu'il n'y a là, d'ordinaire, aucune intervention technique spéciale du médecin, qui n'a à pratiquer ni réduction ni contention véritables. Avez-vous pratiqué une intervention spéciale ? Vous ne me le dites pas. Où voulez-vous que je cherche une analogie ? N'oubliez pas que, dans le tarif Breton, ce n'est pas la *lésion* qui est taxée, mais bien l'*intervention.*

F. D.

VI

1635. — 1° Appareil plâtré immobilisant la hanche ; 2° Abcès de l'éminence hypothénar.

1° Il s'agit d'un malade atteint de tumeur blanche du genou qui, à la suite d'un accident, a fait une poussée dans son articulation. J'ai dû faire un grand appareil plâtré mobilisant la hanche. J'ai cherché dans le tarif Breton et n'ayant rien trouvé, j'ai pris sur le tarif des mutilés le renseignement nécessaire et j'ai minoré de 25 % suivant les habitudes. La Cie refuse et ne veut me règler que 37.50 (appareil plâtré pour grands segments de membre). Je crois qu'elle a tort, mais je préfère vous soumettre le différend.

2° Il s'agit dans le deuxième cas d'un phlegmon important de l'éminence hypothénar consécutif à une ampoule infectée et propagation vers la profondeur et gros abcès consécutif que j'ai dû inciser. Là aussi, je ne trouve comme analogie qu'abcès perforé non viscéral. Il paraît qu'il ne faut compter que panaris des gaines. Cela n'a cependant rien de commun, puisqu'il faut prendre, pour ouvrir un abcès de la main, des précautions que le panaris de la gaine (au doigt) ne nécessite pas. Quant au panaris de la gaine du doigt propagé à la main, il cesse par cela même de porter le nom de panaris et devient un phlegmon de la main. Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis là-dessus.

Dr O.

Réponse.

Premier cas. Il n'y a rien concernant votre cas dans le tarif Breton. Par contre, dans le tarif des blessés de guerre, on trouve : « appareil plâtré pour tumeur blanche du genou immobilisant la hanche et le cou-de-pied : 150 fr. » et, si nous

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre seulement (1).

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926.

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.*
- *Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er octobre 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

comptons 25 % de diminution, pour suivre le tarif Breton, nous aurons à réclamer 112,50.

Votre appareil n'a aucun rapport technique avec l'appareil plâtré des grands segments de membre, puisque le bassin est compris dans votre cas. Aussi, devant la lacune du tarif Breton sur ce point, je crois que vous pouvez équitablement demander 112,50 et non 37,50, comme vous offre la Compagnie d'assurances.

Second cas. — Vous trouverez la phrase même citée par l'assurance dans l'Agenda du *Concours* 1925, page 133, où elle fut reportée d'un agenda antérieur, à la suite d'une réponse que j'avais faite à un confrère. Je ne vois rien à y ajouter. Dans votre cas, un « abcès de l'éminence hypothénar » ne me paraît pas devoir être considéré comme un « vaste phlegmon de la main ». Aussi pencherais-je du côté de l'opinion de la Compagnie.

F. D.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Durillon forcé.

TRIBUNAL CIVIL DE CLERMONT (Oise).

19 *novembre* 1924.

Un durillon, enflammé par un traumatisme brusque et soudain, survenu au cours du travail, s'accompagnant de douleur immédiate, doit être considéré comme un accident du travail.

Attendu qu'A. G. a interjeté appel d'un jugement rendu contre lui par Monsieur le Juge de Paix de Clermont le 25 avril 1924 et qui l'a condamné à payer au Dr R.... la somme de cent six francs pour honoraires de soins donnés à son ouvrier W. considéré comme accidenté du travail ;

Attendu qu'A. G. ayant contesté l'applicabilité de la loi du 9 avril 1898 au cas de son ouvrier W. et relevé appel du jugement rendu contre lui et qui l'a condamné à payer à ce dernier le montant de ses demi-salaires échus durant son invalidité temporaire, un jugement de ce Tribunal est intervenu le 21 octobre 1924 autorisant, avant dire droit, W. à faire par témoins la preuve des circonstances et causes de son accident, preuve contraire réservée à l'appelant ;

Attendu que l'enquête a été reçue à la barre et qu'il vient d'être jugé à l'audience, de ce jour que W. avait bien été blessé au cours et à l'occasion de son travail le 28 février 1924, en conséquence de la constatation faite par les témoins de la rupture soudaine d'épiderme par l'effet d'une atteinte instantanée dont le blessé s'est plaint immédiatement, et de l'inflammation consécutive signalée par le médecin traitant, que c'est à bon droit que le premier juge a, dans ces conditions, fait application à la cause de la loi sur le risque professionnel et condamné le patron

responsable à payer au docteur R.... le montant non contesté de ses honoraires ;

Par ces motifs ;

Déclare mal fondé l'appel interjeté par A. G. du jugement du 28 avril 1924, rendu par Monsieur le Juge de Paix de Clermont.

Dit qu'il sortira son plein et entier effet et condamne A. G. aux nouveaux dépens exposés.

Commentaires.

Dans quels cas les durillons forcés, les ampoules enflammées peuvent ils être considérés comme accidents du travail ?

Un accident évoque l'idée d'une action extérieure, soudaine, plus ou moins brutale et violente.

Une maladie, une affection professionnelle, au contraire, implique la notion de lenteur, de causalité quotidienne, insidieuse, lente et continue.

Deux idées doivent donc se dégager de ces définitions :

1° La simple ampoule non traumatique n'est pas un accident du travail ; mais une ampoule, un durillon, déjà préexistants, brusquement contusionnés par un choc violent bénéficieront de la loi de 1898.

2° Ce n'est pas parce que l'ouvrier avait, précédemment avant le traumatisme, des ampoules ou des durillons, qu'il ne doit pas réclamer le bénéfice de la loi, s'il fait la preuve du traumatisme. Du moment où, malgré ses ampoules et durillons, il faisait un travail normal et que brusquement il a dû interrompre son ouvrage, par suite d'un traumatisme, il aura droit à toutes les prestations prévues par la loi, puisque, d'après la jurisrprudence constante de la Cour de Cassation, l'état antérieur ne doit pas être pris en considération.

Il en résulte que l'inflammation progressive et lente d'une ampoule ou d'un durillon sera considérée comme affection professionnelle, alors que la suppuration provoquée par un choc, un traumatisme brutal et soudain sera un accident du travail, loi de 1898.

Ainsi a jugé un arrêt de Cassation, Requête, du 8 novembre 1910, déclarant qu'un durillon forcé, chez un serrurier, non provoqué par un traumatisme, n'est pas un accident du travail. Cet arrêt confirme un arrêt de la cour d'appel de Paris, du 7 juin 1909 : « Considérant qu'il est constant et non contesté d'ailleurs que l'ampoule dont G. a été atteint, en octobre 1907, n'a pas été provoquée par un traumatisme, qu'elle s'est produite au cours normal du travail de serrurier de l'appelant ;

Qu'elle constitue donc une maladie professionnelle, ainsi que la petite plaie, qui en a été la suite ;

Considérant, il est vrai, que G. soutient que

cette plaie s'est infectée au contact des outils septiques et des poussières de l'atelier et a subi ainsi une contamination tuberculeuse ;

Mais considérant qu'il n'est nullement démontré que cette contamination doit être attribuée aux outils et poussières de l'atelier ; qu'en tous cas, lente et progressive, elle a revêtu un caractère morbide exclusif de l'application du risque professionnel ;

Considérant enfin que le Dr T. expert, commis par M. le Juge de paix a formellement déclaré, dans son rapport, que la synovite des tendons fléchisseurs, dont G. a été atteint, n'a pas de rapport avec un accident du travail, qu'aucune plaie susceptible d'infecter les gaines synoviales n'a été constatée... »

Une autre décision, dans le même sens, a été rendue par le tribunal civil de Boulogne-sur-Mer, le 5 janvier 1917 (Rec. des accidents du travail 1917, 333).

« Attendu que T. qui, en novembre 1915, travaillait depuis 15 jours à l'usine, en qualité de tapeur de briques, eut, par suite de l'usage de la palette, une ampoule à la main gauche, entre la première et la deuxième phalange du pouce ; que l'ampoule s'étant ouverte, un panaris se déclara, qui obligea à l'amputation du pouce ;

Attendu que le traumatisme dérivant de l'usage des outils et des travaux ordinaires de la profession, et non d'un choc imprévu et soudain, ne constitue pas un accident dans le sens de la loi du 9 avril 1898 ; qu'en l'espèce la lésion n'a pas été provoquée par l'action subite et violente d'une cause extérieure ; que l'ampoule, dont la terminaison normale est l'ouverture, provenait uniquement de l'exercice de la profession ;

Que la loi du 9 avril 1898 n'aurait pu être déclarée applicable que si T. rapportait la double preuve nécessaire :

1° Qu'une inoculation septique avait eu lieu ;

2° Qu'elle s'était produite à l'occasion du travail ;

Que T. n'offre pas de faire cette preuve, laquelle paraît du reste impossible, par suite du temps écoulé et de la disparition du doigt atteint.

Les jugements suivants ont considéré comme accident du travail les durillons, ou ampoules, suppurés soit par suite d'un traumatisme brusqué et soudain, survenu pendant le travail, soit à la suite d'une piqûre septique, attribuable au travail.

S'il n'y a pas eu blessures, ou piqûre apparente ou appréciable, l'ampoule forcée, survenue chez un ouvrier emballeur, par le frottement continuel des cordes sur la main, n'est pas un accident du travail, mais une maladie professionnelle. (Tribunal civil d'Angers, 6 juin 1907 ; Rec. spéc., 1907.224 ; — J. P. Marseille, 9 janvier 1907 et

J. P. Nantes, 4e canton ; 23 avril 1907 ; Rec. spéc., juin 1907.58).

J. P. Paris XVIIe arr. 1900 (*Concours médical*, 1900.432).

J. P. Lamotte-Beuvron (Loir et-Cher), 3 mai 1910 (*Concours médical*, 1910-511).

J. P. Sully-sur-Loire (Loiret), 24 avril 1911 (*Concours médical*, 1911-631).

Cour de Limoges, 24 février et 22 juillet 1904 (Rec. jud. acc. travail, 1904 p. 141 et 371).

Trib. civ. de Lyon, 13 février 1908, (Rec. min. Trav. X, 21).

Conclusion. — Les cours et tribunaux se montrent de plus en plus larges, pour l'applicabilité de la loi sur les accidents du travail, à condition que la victime puisse, par témoins, faire la preuve que l'affection dont il se plaint est la conséquence du travail même normal, ou est survenue à l'occasion du travail.

Quant au médecin, il a le devoir de rechercher la causalité de l'infection du durillon, ou de l'ampoule, car ne serait pas reconnu comme accident du travail un phlegmon consécutif à une piqûre septique : l'ouvrier ayant, chez lui, ouvert une ampoule avec une aiguille sale et infectée (J. P. Paris, XIe arr, 7 février 1906 ; Méd. des acc. trav. 1906.348).

Si le docteur fait confiance au récit du blessé et pense qu'il a affaire à un accident du travail, il pourra donner ses soins à crédit, pouvant ultérieurement en demander le paiement à l'ouvrier et au patron de ce dernier, conjointement responsable.

Mais si le praticien a des doutes sur l'applicabilité de la loi, ou même sur la véracité des racontars de la victime, il fera bien de ne donner des soins successifs qu'en se faisant payer comptant par le blessé, contre reçus, pour permettre à l'ouvrier de se faire rembourser, par qui de droit, si la loi est reconnue applicable.

Ou bien encore, si le docteur acquiert la preuve, ou reçoit la confidence qu'il s'agit d'une malhonnêteté de la part du blessé, il agira prudemment en donnant, même gratuitement, les soins que l'humanité oblige à donner, puis en priant l'ouvrier d'aller désormais se faire panser ailleurs.

Disons, à la vérité, que seuls sont impliqués dans les poursuites en complicité d'escroquerie, les médecins ayant des cliniques d'accidents du travail et allouant des ristournes tant aux victimes qu'aux rabatteurs. Ce métier d'industrialisation de la médecine, réprouvé par l'unanimité des syndicats médicaux, comporte des risques correctionnels si, par contre, il procure des bénéfices aux tenanciers de ces cliniques, qu'ils soient ou non médecins.

Dr Paul Boudin.

Quarante-septième année — N° 30 — 26 Juillet 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1756-IV*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc.

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**

***Sou Médical*, Paris, 182-31.**

***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société du Sou Médical, de M. le Dr COLAS, de Bossuet (Tarn), la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 313. — A vend. Ford, car. franç. luxe, parf. état. Dr Blanquart, 7, rue Entrepôts, à Saint-Ouen.

N° 314. — Dr cherche poste demi-rep. chl-l. de cant. ou ville, gr. ligne Paris-Calais, méd. du ch. de f. de préfér. Pays de pêche.

N° 315. — Vaucluse. Bon poste pro-pharm. pas des. f., avec fixes, à céd. cont. tr. faible indemn. Tr. pressé. S'ad. Babeur, 7, rue Jacquemont, à Paris.

N° 316. — Cabriolet, 5 CV., Citröen 1924, pneus conf. nombr. access., état de neuf., 9.000 fr. S'ad., 15, rue de la Banque. Tél. Cent. 70-55.

N° 317. — 6 CV Renault, cond. int. 3 pl., 1924, presq. pas roulé comme neuve, pneus conf. tr. bons compt, amort., técalem. 13.500, occas. except. cause départ. M. J. d'Entremont à Bléré (I.-et-L.).

Un de nos correspondants serait désireux d'être renseigné sur les travaux récents concernant la thérapeutique par l'oxygène.

FAITS CLINIQUES

Un cas curieux de médication révulsive.

Passant un jour près du hameau de D. je fus appelé d'urgence près du colon M. qui se mourait. Il avait essayé de sauver des indigènes qui s'étaient aventurés dans une cuve en fermentation : on l'en avait retiré fort mal en point. Il suffoquait, et le danger était évident : il s'agissait d'un œdème pulmonaire suraigu. Il me parut qu'une saignée immédiate s'imposait. Par malheur, je n'avais pas ma lancette.

Mais j'avisai dans un coin de la chambre une chaîne de piments forts allant du plafond jusqu'au sol. J'employais volontiers le piment comme révulsif et je me souvins à propos de l'usage intensif que font parfois les nègres dudit piment.

Les assistants étaient nombreux : je pris les aides voulus et en deux minutes, le patient était vigoureusement frotté des pieds à la tête avec des piments ouverts et légèrement imbibés de pétrole. Il n'y avait pas un instant à perdre et les piments ne furent pas comptés.

La sueur aidant, l'effet fut immédiat et M.

prit la couleur d'un homard cuit. J'attendis anxieux ... pas très longtemps. La suffocation qui était extrême diminua lentement, mais sans arrêt, et moins d'un quart d'heure après, M. se mit à expectorer un liquide filant et clair comme du blanc d'œuf : il était sauvé. Je le laissai dans le feu du piment où il resta, m'a-t-il dit, trois jours. La chose n'eut pas de suites. Je n'eus qu'à moitié regret de n'avoir pas pris ma lancette : je ne crois pas que la saignée eût agi ni mieux ni plus vite, et il m'a semblé que le cas était digne d'être retenu par des confrères des régions où l'on emploie le piment.

Dr Paul MORET.
(Bordj-Beni-Indel).

CORRESPONDANCE

Déontologie. Concurrence déloyale par avilissement des honoraires.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Syndicat des Médecins de l'arrondissement de X..., dans sa dernière réunion, m'a chargé de vous transmettre quelques observations qu'il a discutées.

Le Syndicat ne peut admettre que des médecins étrangers à la localité de X... viennent régulièrement y donner des consultations aux tarifs même de X... Le Syndicat reconnaît aux malades le libre choix de leurs médecins, aux médecins le droit d'aller voir des malades hors de la commune où ils payent patente, mais à condition que ces médecins se fassent honorer à un tarif très supérieur à celui des confrères résidant dans la localité où ils vont visiter les dits malades.

Dr Y.

Réponse.

Envisagée au point de vue de l'intérêt des malades, on pourrait soutenir que la question que vous me posez doit être résolue, théoriquement, dans le sensde la liberté la plus absolue.

Pour permettre le libre choix du médecin, dans toute son ampleur, les confrères des environs n'hésitent pas à se rendre dans une ville, sans faire payer, à leurs clients, leurs frais de déplacement.

Il semble donc que ce soit de l'altruisme et de la philanthropie, reposant sur le désintéressement des praticiens en question.

Mais, le public a-t-il tant besoin que cela de médecins étrangers à la localité ? N'y a-t-il pas, dans cette ville, assez de médecins, tant comme nombre que comme valeur scientifique ?

Du moment où les malades peuvent trouver sur place les docteurs dont ils ont besoin, ils ont intérêt à s'adresser aux praticiens de la localité, qu'ils ont sous la main, à toute heure du jour ou de la nuit, plutôt qu'à des médecins ne

résidant pas dans la ville et ne venant qu'à des dates plus ou moins fixes.

D'autre part, est-ce bien un sentiment de philanthropie, de désintéressement et d'altruisme qui dicte la conduite de ces médecins ?

On peut en douter, car s'ils étaient suffisamment occupés chez eux, dans leur circonscription médicale, ils n'éprouveraient pas le besoin de venir sur le terrain de leurs voisins.

Ils obéissent plutôt à un sentiment de bas égoïsme, abaissant ainsi et avilissant les prix des actes médicaux, au détriment des confrères résidant dans la ville.

Tous les syndicats, comme aussi les règlements syndicaux déontologiques, flétrissent les actes de basse concurrence, ayant pour but d'avilir les prix.

Cette concurrence au rabais a pour résultat de faire perdre des clients aux médecins de la ville et, dans le même temps aux mauvais confrères. En effet, pendant que ceux-ci sont à la ville voisine, leurs propres clients se passent de docteur.

Ces praticiens doivent également appliquer, dans leurs localités, des prix inférieurs à ceux du syndicat, et c'est parce qu'ils pratiquent le rabais qu'ils sont dans la nécessité de faire des actes médicaux répréhensibles.

Par suite, le conseil de famille du syndicat doit convoquer ces confrères, pour leur montrer quelle est leur erreur en avilissant ainsi la clientèle médicale, car, pour vivre honorablement de notre profession, il faut se faire honorer comme il convient et non pas employer les principes des épiciers.

Les mauvais médecins demandent de médiocres honoraires, parce qu'ils font de la mauvaise médecine et ne peuvent se maintenir que grâce aux rabais.

Dr Paul Boudin.

Les mémoires d'honoraires pour l'A. M. G. sont exempts de timbre.

Pour renseigner l'un de nos correspondants, qui nous informait que le receveur municipal lui retournait sa note d'honoraires d'assistance médicale gratuite en le priant de la faire timbrer nous avons adressé à la date du 19 mars dernier à M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère du travail la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

L'article 32 de la loi du 15 juillet 1893 exempte du timbre « les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et *autres actes* faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale. »

Malgré cette disposition, certains percepteurs pré-

tendent que les mémoires d'honoraires ou de fournitures de médicaments pour les indigents et les mandats communaux sont passibles du timbre à 2 fr. 40. Ils invoquent à cet effet une circulaire de la Comptabilité publique, en date du 13 juin 1921, § 4, aux termes de laquelle, si la justification de la fourniture résultait d'une facture ou d'un mémoire et non de la description dans le corps du mandat, la facture ou le mémoire serait passible du timbre de dimension, quel que soit le montant de la dépense.

Nous vous serions obligé de nous faire savoir si cette prétention est justifiée et si la disposition formelle de la loi de 1893, a pu être valablement modifiée par une circulaire émanant d'un service d'un ministère.

Une autre difficulté se présente également lorsqu'il s'agit de l'application de l'exemption du timbre aux mémoires établis par les médecins pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 dans les communes qui, en vertu de l'article 35 de ladite loi, ont été autorisées à avoir une organisation spéciale.

Lorsque, par exemple, l'assistance est assurée, comme il arrive souvent, par le Bureau de Bienfaisance, il semble que les mémoires d'honoraires médicaux et de fournitures de médicaments délivrés à l'Administration pour l'assistance médicale aux indigents devraient être exemptés de timbre dans les mêmes conditions que les mémoires produits pour le service départemental de l'assistance, attendu qu'ils sont, suivant les termes de l'article 32, « exclusivement relatifs au service de l'Assistance médicale. »

Nous vous serions obligé de nous faire connaître votre avis sur ces questions et vous prions d'agréer, etc.

Nous venons de recevoir la réponse ci-après :

MINISTÈRE DU TRAVAIL
DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE
ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES
—
Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques
—
3e BUREAU
Affaires générales.-49.-1925.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—
Paris, le 20 juin 1925.

Monsieur le Directeur,

Vous avez bien voulu, à la date du 19 mars dernier, me consulter sur l'interprétation à donner à l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893, au sujet de l'exemption du droit de timbre pour les actes faits en vertu de ladite loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale gratuite, et me demander si la prétention émise par certains percepteurs, de rendre passibles du timbre de 2 fr. 40, les mémoires d'honoraires ou de fournitures de médicaments pour les indigents pouvait à juste titre se baser sur la circulaire de la Direction de la Comptabilité publique en date du 13 juin 1921.

J'ai l'honneur de vous faire savoir que j'ai consulté à ce sujet M. le Ministre des Finances, et qu'il m'a fait la réponse suivante :

« Les dispositions du § 4 de la circulaire dont il « s'agit, relatives aux justifications à produire au sou- « tien des dépenses n'excédant pas 50 fr., ne peuvent « avoir pour conséquence de faire considérer comme « soumis à l'impôt du timbre de dimension les piè- « ces ou actes qui, de par leur nature même, en ont « été dispensés par un texte spécial.

« Il était à craindre, au contraire, que la dispense « du timbre ne fût étendue, d'une manière générale, « et par suite d'une interprétation erronée des nou- « velles dispositions, aux justifications, factures, « mémoires ou autres, dont le montant n'excéderait « pas 50 fr. C'est pourquoi la circulaire spécifie que, « lorsque la production d'une facture ou d'un mé- « moire comme justification de ces mêmes dépenses « sera obligatoire, cette facture ou ce mémoire ne sera « pas dispensé, par le seul fait de la modicité de la dé- « pense, du timbre de dimension. »

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée. *Illisible.*

Réponse.

La réponse du Directeur de l'Assistance et de l'hygiène, ou plutôt celle du Ministre des finances veut bien dire, dans les termes administratifs qu'elle emploie, que les mémoires d'honoraires pour les indigents, puisqu'ils ont été dispensés de timbre par un texte de loi spécial, bénéficient de cette dispense, qu'elle qu'en soit l'importance.

Bien qu'elle ne réponde pas expressément à la seconde partie de notre question, on peut supposer cependant qu'elle admet l'exemption de timbre, même s'il s'agit des honoraires payés par les bureaux de bienfaisance assurant l'application de la loi du 15 juillet 1893, puisque la lettre emploie le terme « indigents », plus compréhensif que celui de « bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 ».

1674. — Amortissement des frais d'étude.

Je reçois aujourd'hui une note du contrôleur me faisant savoir qu'il ne peut admettre, en déduction de mes recettes globales, la somme de 2.500 que j'y avais portée comme *amortissement de frais d'études* (50.000 à 5 %).

Et comme il a, dit-il, tout lieu de penser que j'ai toujours déduit cette somme, il se propose de me reprendre pour toutes les années écoulées depuis 1920. Et, pour ces cinq années, me faire un rappel de bénéfices supplémentaires de 2.500 par an.

En a-t-il le droit ?

Et oui ou non, l'amortissement des frais d'études (que tous nos journaux professionnels ont fait figurer dans la liste des frais à déduire) doit-il être admis par le contrôleur ?

La vérité, en cette matière, reconnue comme telle en 1920-21-22-23-24, est-elle devenue l'*erreur* en

(*Voir la suite page XXXIX*-1795)

PROPOS DU JOUR

Les médecins civils aux colonies.

Périodiquement, depuis bien des années, nous entendons officiellement répéter que le médecin est le meilleur agent de l'expansion française aux Colonies. De temps à autre un appel pressant est adressé aux étudiants en fin de scolarité ou aux jeunes docteurs, mais personne ne répond à l'invitation ou ceux qui y répondent reviennent en France à la première occasion favorable et désillusionnés.

Pourquoi ? Parce que, sauf en Indochine, les médecins ne sont pas convenablement rétribués.

Cette question, que nous avons plus d'une fois traitée dans nos colonnes, il y a un an ou deux, reste encore à l'ordre du jour ; elle a été exposée magistralement dans une communication à l'Académie de médecine de MM. Brumpt, professeur, et Joyeux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, qui, connaissant bien le rôle du médecin colonial parce qu'ils en ont vécu la vie et qu'ils collaborent à son éducation à l'Institut de médecine coloniale, possèdent toute la compétence nécessaire et disposent de documents officiels pour nous éclairer sur ce sujet.

Quand, il y a deux ans environ, nous avons montré la misérable situation laissée aux médecins civils dans certaines colonies, nous avons été attaqués par des journaux de ces régions éloignées qui se méprenaient sur nos intentions ; même au Conseil général d'une colonie, l'on fut jusqu'à demander au Gouverneur d'intervenir auprès du ministre des colonies pour mettre fin à une campagne qui, en dévoilant la vérité, lui portait atteinte en en éloignant les médecins civils. Voilà qui en dit long sur l'esprit libéral qui règne dans certaines de nos possessions d'outre-mer et nous fait sourire en France. Nous sommes heureux de voir aujourd'hui des hommes comme MM. les professeurs Brumpt et Joyeux porter la question à la tribune de l'Académie de médecine et nous nous sommes fait un devoir de reproduire *in extenso* dans notre journal leur communication sur l'*Assistance médicale dans nos colonies africaines* (1).

Or, le jour même où nous avons lu la communication de MM. Brumpt et Joyeux, nous avons reçu d'une de nos plus lointaines colonies la lettre d'un confrère nous demandant quelques explications sur des nouvelles que la presse apportait jusqu'à lui. Pour assurer le service de santé de nos colonies, l'administration coloniale, après s'être adressée aux écoles de santé de la marine et de la guerre, aux étudiants en médecine et en pharmacie du service de santé colonial, entretenus par les colonies auprès des Facultés et Ecoles de médecine en France et aux colonies, et aux docteurs en médecine et pharmacien civils diplômés reçus au concours (?! combien ?), s'adresserait aux médecins coloniaux indigènes et aux infirmiers français et indigènes. D'autre part, M. Daladier, ministre des colonies, aurait résolu d'envoyer le cas échéant les médecins russes, réfugiés en France, exercer dans nos possessions lointaines.

« Ne pensez-vous pas utile de prévenir, nous écrit notre correspondant, les jeunes médecins, les associations d'étudiants, le public médical, de ne pas se laisser prendre *sans renseignements précis*, aux rhétoriques pompeuses qui offrent aux médecins des débouchés aux colonies.

« J'arrive de France et d'Algérie où j'ai séjourné plus de quatre mois, et je trouve ici le prix de tout ce qui est indispensable à la vie 50 % plus cher que dans la métropole et en Algérie. Se fait-on en outre une idée exacte de la rude existence d'un médecin de l'assistance indigène ? Il passe les trois quarts de sa vie à cheval pour visiter des postes, ayant à faire des parcours de plus de 100 kilomètres. Il examine ses malades en plein air, les opère souvent couchés dans l'herbe. Les routes existent sur la carte, mais sont le plus souvent de simples sentiers muletiers qui parfois ont complètement disparu..

« Avant de faire venir dans nos colonies loin-

(1) Voir *Concours Médical* du 12 juillet 1925, n° 28, page 1690.

taines les médecins russes, ne pourrait-on améliorer leur organisation et permettre aux médecins de l'assistance indigène qui y exercent, de pouvoir vivre de leur profession ?

« Aux Antipodes, la solde de début est de 18.000 francs, indemnités comprises, quand en 1914, elle était de 10.000 francs. Et l'indice de la vie plus chère est de 4, sinon davantage. Ce serait 30.000 à 40.000 francs au moins que devrait recevoir un médecin.

« Si le débutant est garçon, il s'en tire difficilement. S'il est marié, il joint les deux bouts à force d'économies et de privations. S'il a des enfants, il s'endette et est obligé de les élever comme de petits sauvages. »

Nous n'ajouterons rien au passage navrant de cette lettre. MM. Brumpt et Joyeux nous démontrent que l'on peut améliorer la situation. Ce n'est certes pas douteux puisque l'on fait mieux en Indochine, puisque les Anglais, les Portugais, les Hollandais, les Belges, dont les colonies avoisinent les nôtres, trouvent moyen de payer convenablement leurs médecins, puisque même au Congo Belge, les entreprises coloniales recrutent des médecins français (1).

Nous ne discutons pas la nécessité de créer des médecins indigènes mais, sauf de rares exceptions, nous n'obtiendrons avec eux que des médecins de second ordre, des officiers de santé inférieurs. En tous cas, ce ne seront pas eux qui rempliront le rôle d'agent de propagande française, de missionnaires laïcs, apprenant à faire aimer la France et répandant au loin, avec les secours de leur science, les bienfaits de notre civilisation.

Il est peut-être même à craindre que nous ne formions là des groupes de gens demi-instruits, vaniteux, mécontents du rôle subalterne auquel ils seront fatalement destinés, aptes surtout à devenir des agents stipendiés par l'étranger pour faire une propagande antifrançaise et à diriger de pseudo-nationalistes, fauteurs de désordres et fourriers de la barbarie.

Certains gouverneurs de colonies, dont les pouvoirs sont si étendus et l'autorité parfois discrétionnaire et sans contrôle effectif, devraient se rappeler, comme le leur conseille MM. Brumpt et Joyeux, les leçons des Galliéni et des Lyautey dont l'assistance médicale était une des principales préoccupations.

J. Noir.

(1) Notamment la Compagnie belge du Chemin de fer du Bas-Congo-Katanga. Se renseigner au siège de la Compagnie, 7, Montagne du Parc à Bruxelles.

Le recrutement des médecins de sanatoriums. — Ajournement du concours faute de candidats.

Il n'y a pas que les médecins des colonies et les médecins militaires dont le recrutement soit difficile. On ne peut plus trouver de médecins pour les sanatoriums.

Un concours avait été ouvert par le Ministère de l'Hygiène pour nommer les médecins de sanatoriums. Le jury était convoqué. La veille du jour du concours, les membres du jury ont été prié de ne pas se déranger, le concours étant ajourné *faute de candidats*.

Pour expliquer cette carence des candidats, il suffit de se reporter à notre propos du jour du 28 juin 1925 où nous citons un article de M. le Dr Bouange, emprunté au journal *Vers l'Avenir*.

Il existe encore chez les médecins un minimum de conscience de leur dignité.

J.N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉTIOLOGIE DE LA SCARLATINE

Par le médecin-major André VERDEAU,

du Laboratoire de recherches bactériologiques de l'Armée.

Malgré les découvertes successives de nombreux agents microbiens ou parasitaires, l'étiologie de la scarlatine appartenait encore, il y a quelques années, au domaine de la recherche scientifique et l'agent pathogène de cette maladie restait aussi inconnu que celui des autres fièvres éruptives. Les travaux récents des auteurs américains et italiens ont remis la question à l'ordre du jour.

Les recherches entreprises pour découvrir cet agent pouvaient jusqu'ici être classées en deux groupes suivant qu'elles avaient abouti à la découverte dans le pharynx, les humeurs ou les tissus : *a*) d'un streptocoque banal ou pourvu de qualités biologiques spéciales ; *b*) ou à l'isolement de parasites spéciaux.

Théorie de l'origine streptococcique de la scarlatine.

Cette théorie a été pour la première fois, émise par Klein, en 1885. Une septicémie lui parut être transmise par le lait et, en rapport avec l'entrée dans une ferme de Hendon, d'une vache dont les trayons portaient des ulcérations suspectes. Klein isola de ces ulcérations un streptocoque, qui, inoculé à des veaux, aurait déterminé, au milieu d'accidents généraux, une angine et une chute des poils. Il fut ultérieurement démontré par la « Commission médicale d'Edimbourg », qu'il s'agissait de Cow-pox infecté par un streptocoque.

Quelques années plus tard, d'Espine et Marignac, Kürth et avec eux, de nombreux auteurs, isolent dans le sang de scarlatineux, des streptocoques présentant des caractères différents de ceux appartenant aux streptocoques connus. Möser soutint également la spécificité du streptocoque scarlatineux et prépara un sérum anti-scarlatineux.

Dans sa thèse, André Bergé, enfin, qu'il ne faut pas omettre de citer, émettait le premier une doctrine que les auteurs américains viennent de reprendre.

La thèse d'André Bergé, également soutenue par Klimenko, considère que le streptocoque de la scarlatine est un streptocoque banal, pénétrant par la muqueuse pharyngée pour y déterminer l'angine et l'amygdalite ; l'érythème scarlatin serait un érythème toxique, conséquence des toxines sécrétées par le germe. Ce streptocoque envahirait ensuite le système lymphatique et les ganglions ; il pourrait, en dernier lieu, pénétrer dans la circulation et déterminer avec la septicémie les diverses complications de la maladie.

L'étude de certaines réactions biologiques, entrées par la suite dans la pratique courante des laboratoires, ne fournit pas les arguments que l'on en attendait sur la spécificité du streptocoque scarlatin. Iogiches démontrait que le sérum de scarlatineux agglutinait au même taux le streptocoque de la scarlatine et celui de l'infection puerpérale ; Besredka et Dopter, recherchant la fixation du complément, ont trouvé une sensibilisatrice commune à trois streptocoques d'origine différente.

La question paraissait donc résolue :

1° Le streptocoque, isolé au cours de la scarlatine, ne diffère ni morphologiquement, ni par ses propriétés biologiques des autres streptocoques connus ;

2° Les résultats négatifs obtenus dans tous les essais de reproduction expérimentale de la maladie ne permettaient pas de considérer le streptocoque comme l'agent causal de la scarlatine.

Et cependant dès 1912, l'étude des phénomènes de Schültz et Charlton nous ramenait à cette théorie de l'origine streptococcique de la scarlatine que les travaux américains entrepris depuis dix ans allaient imposer de nouveau.

C'est à propos des épidémies d'angines septiques, si fréquentes aux Etats-Unis, que le rôle du streptocoque allait être précisé.

L'angine septique est une affection aiguë, sévère et contagieuse, qui n'a jamais été parfaitement séparée des angines sporadiques et parfois confondue avec la scarlatine. Aucun signe clinique, aucune épreuve de laboratoire ne permet d'en porter le diagnostic certain ; pratiquement le médecin est seulement guidé par la notion d'épidémicité. A l'origine de ces épidémies se trouve toujours l'absorption de lait contaminé. Publiant le résultat de l'examen bactériologique

des laits suspects Winslaw, puis Davies et Rosenow, Smith et Brown, signalent la présence constante d'un streptocoque pourvu de propriétés bactériologiques particulières, qu'ils dénomment *streptocoque hémolytique béta.*

Ce streptocoque hémolytique se retrouve dans la gorge de tous les malades, il peut persister pendant 3 à 4 mois chez les convalescents et Smillie cite une épidémie par contact de l'hôpital B. L'origine de cette épidémie a été trouvée chez une infirmière, atteinte d'angine trois mois auparavant, et dans le rhino-pharynx de laquelle le streptocoque hémolytique béta a pu être isolé.

Le nombre des porteurs sains ne dépasse pas 1 %.

Présence du streptocoque hémolytique Bêta dans les angines scarlatineuses.

Smillie signale un cas où trois enfants réunis pendant un après-midi, puis séparés et n'ayant pas été en contact avant cette réunion font tous trois une angine septique, mais chez l'un d'eux, cette angine s'est accompagnée du tableau classique de la scarlatine. Or, chez les trois enfants, le streptocoque hémolytique bêta fut isolé.

Ce fait épidémiologique n'est pas un fait isolé, de nombreux auteurs ont publié des observations analogues, et si l'on fait une revue complète de toute la littérature médicale américaine consacrée à la scarlatine depuis 1912, on est amené à conclure :

1° Que le streptocoque hémolytique est toujours présent dans la scarlatine ;

2° Qu'au cours de la scarlatine, l'immunité contre le streptocoque hémolytique s'établit.

Mais la présence constante d'un germe, au cours d'une maladie, le développement d'une immunité vis-à-vis de ce germe ne constituent pas des preuves irréfutables de sa spécificité. La seule preuve de l'action étiologique est la reproduction expérimentale de la maladie avec le germe considéré. Les premiers essais tentés sur le cobaye, le lapin, la souris, le pigeon, le chien, le jeune porc sont restés négatifs ; on a noté parfois une éruption, assez rarement suivie de desquamation, mais, en fait, la reproduction expérimentale de la maladie humaine n'a jamais été obtenue. Les insuccès pouvant être attribués à la non-réceptivité des animaux expérimentés, les Dick ont tenté la reproduction de la maladie chez l'homme.

Deux cas de fièvre scarlatineuse expérimentale.

Une infirmière ayant soigné un scarlatineux, contracte une scarlatine typique mais bénigne. Deux jours avant l'apparition des signes cliniques, elle note de l'endolorissement au niveau d'un doigt et, au dixième jour de la maladie, en pleine éruption, on retirait de ce doigt quelques gouttes de pus. Des cultures de ce pus furent faites sur trois milieux : gélose au sang de mouton, gélose au sang humain, bouillon ascite avec fragment de rein de lapin fraîchement prélevé. Les cultures sur gélose au sang donnèrent de nombreuses colonies de streptocoques hémolytiques et quelques rares colonies de diphtéroïdes ; les cultures anaérobies restèrent stériles.

Cinq volontaires furent choisis et reçurent, avec des cultures de 4 jours de ce streptocoque, des badigeonnages des amygdales et du pharynx. Trois ne présentèrent rien d'anormal. Le quatrième fit une angine avec température élevée, mais pas d'éruption. Guérison complète et rapide. Le cinquième volontaire était une femme âgée de 25 ans. Infectée avec des cultures de trois semaines, elle fit une scarlatine typique, bénigne, avec enanthème vélo-palatin, exanthème d'abord discret du thorax et de l'abdomen quarante-quatre heures après l'infection et qui, douze heures après, devient plus foncé et s'étend aux bras et aux jambes. La desquamation débute au 10e jour et se termine à la fin de la quatrième semaine. La malade guérit sans complications.

Deux mois après ce premier résultat, les Dick tentent la reproduction expérimentale de la maladie avec le filtrat de cultures du même germe. Les cinq volontaires ne présentèrent aucun symptôme pathologique, l'ensemencement du filtrat resta stérile.

De nouveaux essais avec la culture totale, donnèrent à côté d'autres résultats négatifs une nouvelle scarlatine expérimentale chez une femme de 23 ans.

Si démonstratives que fussent ces expériences, elles ne parurent pas, dès l'abord, suffisantes à G. H. et G. D. Dick pour entraîner la conviction. « On n'est pas en droit de conclure, disent-ils, que tous les cas de scarlatine sont dus au streptocoque hémolytique ». Tout comme Swillie précédemment, les Dick considèrent que la scarlatine est due à un microorganisme non décelé, intimement associé en culture au streptocoque hémolytique.

Il paraissait impossible, en effet, bien que la présence de streptocoques hémolytiques dans la gorge des scarlatineux, soit un fait admis, qu'une maladie spécifique fût causée par un organisme aussi varié dans ses manifestations que le streptocoque hémolytique. Ce germe, d'autre part, n'avait pu être décelé dans de nombreux cas de fièvre maligne à évolution fatale rapide.

Les travaux de Tunnicliff, Dochez et Gordon, en montrant que la variété de streptocoque hémolytique isolé dans la gorge des scarlatineux est spécifique et se différencie des autres streptocoques hémolytiques par l'agglutination et les réactions d'immunité ont « définitivement identifié » (Zingher), ce germe comme l'agent étiologique de la maladie.

Essai de classification par l'agglutination.

L'épreuve de l'agglutination était jusqu'ici négligée toutes les fois qu'il s'agissait de streptocoques, à cause de l'auto-agglutination des cultures. Cette auto-agglutination relève des facteurs dont nous ne connaissons qu'un petit nombre.

Dochez note qu'une émulsion en eau distillée de corps microbiens plusieurs fois lavés à l'eau distillée reste stable indéfiniment, mais qu'il suffisait d'ajouter 6 /1.000ᵉ de chlorure de sodium à l'émulsion pour qu'il y ait agglutination immédiate. Des immuns-sérums de lapin, de mouton et de chien sont préparés par injection intraveineuse de cultures tuées par la chaleur, puis de microbes vivants. On peut employer indifféremment pour l'immunisation soit des souches fraîchement isolées de l'organisme humain, soit des souches ayant subi plusieurs passages en milieux de culture. Il faut, par contre, prendre de soigneuses précautions dans la culture des souches employées. Dans la préparation du bouillon, on substitue au chlorure de sodium une dose de phosphate exactement établie. La culture est centrifugée, lavée une ou deux fois dans le même bouillon dans lequel on émulsionne enfin les corps microbiens. Pour chaque essai d'agglutination, il faut pratiquer deux épreuves, l'une avec des dilutions de sérum préparé, l'autre avec le sérum normal du même animal. On répartit dans les tubes un même volume de dilution de sérum et d'émulsion microbienne. On porte une heure à l'étuve à 55° et l'on fait immédiatement la lecture car il y a plus tard agglutination non spécifique.

Cette méthode a permis d'établir quatre types de streptocoques donnant une agglutination supérieure à 10 /.1000. Sur 125 souches examinées, 65 % purent être classées dans l'un des quatre groupes. Il n'existe pas d'agglutination croisée entre les sérums d'un type et les souches d'un autre type.

L'épreuve d'agglutination permettait donc déjà d'établir que les différents types de streptocoques hémolytiques se distinguent entre eux. Mais cette preuve n'est ni simple, ni facile ; de très légères modifications, non précisées, introduites dans la technique, suffisaient pour en modifier les résultats. Il était donc nécessaire de préciser les réactions d'agglutination par une autre voie pour établir une classification.

Réaction de protection.

Pour l'étude de la réaction de protection deux points ont été particulièrement pris en considération. Tout d'abord, il était indispensable d'avoir des sérums ayant un haut pouvoir protecteur et, d'autre part, il était nécessaire d'exalter la virulence des souches types des streptocoques afin de pouvoir tuer la souris blanche avec des doses très minimes et en un temps déterminé.

Dochez a obtenu des sérums tels que 0 cc. 5 introduit dans le péritoine de la souris protégeait l'animal contre 100.000 doses mortelles d'une souche de streptocoques hautement virulents. La virulence des souches a été exaltée par passages au point que la souris blanche et le rat étaient tués en 24 à 48 heures à la dose de 1 /10.000, voire de 1 /100.000 de cmc.

Le sérum doit être injecté vingt-quatre heures avant l'inoculation de contrôle ; il a été établi expérimentalement que le sérum est inactif s'il est injecté simultanément avec la souche ou moins de huit heures avant celle-ci.

De ces expériences, il résulte que les différents types obtenus avec la réaction d'agglutination ont été confirmés. Ces deux réactions se contrôlent l'une l'autre. La protection d'un sérum est nulle vis-à-vis des souches hétérologues.

C'est donc grâce à ces réactions d'agglutination et de protection que les auteurs américains ont pu montrer que le streptocoque hémolytique de la scarlatine constituait bien une variété distincte des autres streptocoques hémolytiques connus. Ce streptocoque a pu être isolé dans la scarlatine traumatique au niveau du trauma, dans la scarlatine par brûlure au niveau des brûlures infectées, au niveau des lochies dans la scarlatine puerpérale, dans le lait au cours d'une épidémie d'origine lactée.

Enfin, Krumwiede confirmait les premiers résultats obtenus par les Dick dans leur reproduction expérimentale de la maladie en signalant un cas de scarlatine secondaire à l'ingestion d'une culture de streptocoques hémolytiques.

L'inoculation de sang total de scarlatineux ne provoque aucun accident ; les Dick en concluent que le streptocoque hémolytique n'est pas dans le sang circulant et que l'*éruption n'est pas due au microbe lui-même* mais *à une toxine.* C'est par là que les auteurs américains rejoignent la théorie ancienne d'André Bergé. *D'où la conception actuelle de la scarlatine,* selon Zingher :

La scarlatine serait une infection locale de la muqueuse naso-pharyngienne due à certaines souches de streptocoques hémolytiques. Il y a production locale de toxine qui diffuse, déterminant l'éruption et les signes classiques de la scarlatine. La toxine prépare la voie à l'infection secondaire par le streptocoque hémolytique spécifique et autres bacilles présents dans la cavité naso-pharyngienne.

Si le streptocoque hémolytique est vraiment l'agent causal, il devient difficile d'expliquer cette solide immunité créée par une première atteinte, qui n'existe jamais dans les autres affections dues au streptocoque. Mais on peut considérer qu'il y a dans la scarlatine, immunité antitoxique et non immunité antibactérienne ;

on s'explique alors les complications secondaires streptococciques alors que l'immunité antitoxique est constituée.

L'épreuve de Dick.

Dans l'opinion américaine tout au moins, la question de l'étiologie de la scarlatine paraît résolue : le streptocoque hémolytique est bien l'agent spécifique. La maladie paraît devoir être rapprochée de la diphtérie en ce sens que, localisé à la gorge, l'agent causal produit une toxine qui détermine les signes généraux et l'éruption.

Ce rapprochement entre les deux intoxications devait inciter les Dick à imaginer pour la mise en évidence des sujets réceptifs ou non à la scarlatine une épreuve en tous points comparable à la réaction de Shick.

L'épreuve de Dick est une intradermo-réaction pratiquée avec une toxine extraite d'un streptocoque hémolytique. Si la réaction est positive le sujet est considéré comme sensible à l'infection scarlatineuse, comme en état d'immunité dans le cas contraire.

Technique.

Le germe étant isolé, on ensemence en bouillon ascite additionné de 5 % de sang de cheval citraté et on filtre la culture obtenue. Le filtrat contient la toxine qu'il reste à purifier par la méthode de Huntoon qui consiste à ajouter 20 % de NaCl et 1 % d'acide acétique. Filtrer. Etendre le filtrat au double de son volume primitif, il présente donc à ce moment 50 % de sa teneur primitive en toxine. La dilution de la toxine pour l'emploi de la réaction de Dick est variable. L'activité d'une toxine doit être, en effet, établie et ne peut l'être jusqu'à présent que par comparaison avec une toxine d'activité connue. Cette évaluation d'activité se fait par la recherche de la réaction de Dick chez un sujet réceptif à la scarlatine et ayant antérieurement subi cette épreuve. Il n'existe pas, en effet, d'animal sensible, c'est sur l'homme que la toxine doit être titrée. C'est là une des imperfections actuelles de la méthode ; un procédé pratique pour l'étalonnage de la toxine reste à établir.

Les dilutions de toxine se font en eau physiologique. Si la toxine est active au 1 /1.000, faire une dilution de base au 1 /10 pour la conserver. Au moment de l'emploi, diluer 1 cmc. de cette première dilution dans 99 cmc. d'eau physiologique. La dilution au 1 /1000 de la toxine scarlatineuse est plus stable que la dilution au même taux de la toxine diphtérique. Elle peut être employée plusieurs semaines après sa préparation. La toxine diluée et dont l'activité a été vérifiée est prête à être utilisée. On pratique une injection intradermique de 0,1 à 0,2 de cmc.

La réaction positive apparaît comme pour la réaction de Shick, sous forme d'un petit placard rouge, plus ou moins large et plus ou moins infiltré qui disparaît en deux ou trois jours, laissant après lui une légère pigmentation. Le test de Dick est plus intense, mais s'efface plus rapidement que le test de Schick. La réaction commence à apparaître dans les quatre ou six heures qui suivent l'injection et présente son maximum en moins de vingt-quatre heures.

La réaction négative se traduit par l'absence de toute réaction dans le délai indiqué.

Zœller, qui a importé en France la réaction de Dick, a noté qu'au moment où elle apparaît, la réaction est parfois légèrement prurigineuse. Il rapproche ce fait du prurit qui accompagne certaines éruptions scarlatineuses.

Zingher a décrit une pseudo-réaction de Dick qui est analogue à la pseudo-réaction de Schick. Comme cette dernière, elle est due aux protéines microbiennes autolysées dans le milieu de culture. C'est une réaction d'ordre protéinique ; les substances protéiniques résistent à la chaleur. Une toxine streptococcique chauffée à 100° perd la propriété de susciter la réaction de Dick, mais elle conserve le pouvoir de provoquer la pseudo-réaction.

Epreuve de contrôle.

Chauffer la toxine, diluée au 1 /10 ou au 1 /1000, au bain-marie pendant une heure à la température de l'ébullition. La toxine scarlatineuse est, en effet, plus résistante que la toxine diphtérique qui est détruite à 75°. Chauffée à l'ébullition pendant 30 minutes seulement, une toxine streptococcique conserve encore 50 % de son activité : il faut donc obligatoirement la maintenir à l'ébullition pendant une heure.

Il faut préférer pour ces épreuves de contrôle la toxine chauffée à la toxine neutralisée par le sérum d'un convalescent ou au sérum d'un sujet à Dick négatif.

On injecte la toxine à l'avant-bras droit et le contrôle à l'avant-bras gauche.

Dans les résultats obtenus on peut, comme dans la réaction de Schick, envisager quatre éventualités, soit :

Réaction positive ;
Réaction négative ;
Réaction négative avec pseudo-réaction ;
Réaction combinée positive.

Cette dernière comporte une réaction rouge intense à droite (inoculation d'épreuve) et légèrement rouge à gauche (inoculation témoin). Ces réactions sont considérées comme positives.

Zœller a signalé que lorsqu'on utilise pour la réaction de contrôle, une toxine neutralisée au lieu d'une toxine chauffée, on voyait parfois apparaître au deuxième jour, au niveau de l'inoculation, une réaction qui n'existait pas encore à la 24e heure. Zœller désigne cette réaction sous le nom de *réaction du surlendemain*, la réaction de

Shick légitime étant une réaction du lendemain.

Il confirme, d'autre part, l'opinion de Zingher que cette protéino-réaction ne serait pas spécifique du streptocoque de la scarlatine, mais commune à de nombreux streptocoques, producteurs d'affections diverses.

Réaction de Dick au cours de la maladie.

Zingher a très soigneusement étudié la réaction de Dick chez 170 scarlatineux pour saisir chez ces malades l'apparition de l'immunité.

Du premier au 5e jour, la réaction est positive dans 93 % des cas ; à partir du 6e jour, on ne trouve plus que 6 % de Dick. Zingher signale que 12 convalescents de scarlatine ont présenté une réaction positive longtemps encore après la convalescence ; il met en doute le diagnostic de scarlatine posé. Sept de ces malades, en effet, n'ont pas eu de desquamation, deux ont eu une desquamation très légère, un autre une desquamation des épaules et des bras sans jamais présenter de desquamation au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Zingher pose, à ce propos, l'importance de la desquamation dans le diagnostic de la scarlatine.

Malades ayant fait une scarlatine après leur entrée à l'hôpital.

Pour montrer la valeur d'une réaction positive quant à la réceptivité des sujets, Zingher cite le cas de deux malades entrés à l'hôpital avec un diagnostic de scarlatine probable. Chez ces deux malades, la réaction était positive dès l'admission. La scarlatine supposée ne s'est déclarée chez eux que cinq jours après leur hospitalisation et dès le dixième jour de la maladie le test de Dick était devenu négatif.

Une réaction de Dick négative pendant les tout premiers jours d'une maladie diagnostiquée scarlatine doit faire suspecter le diagnostic, de même une réaction qui reste fortement positive après le 7e jour doit permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une scarlatine authentique.

Sujets à Dick positif faisant une scarlatine dans la semaine qui suit l'épreuve.

Dans quelques cas, Zingher a pu pratiquer la réaction de Dick chez des individus qui, quelques jours après l'inoculation, apparaissaient atteints de scarlatine. Il a noté au point d'inoculation une zone pâle entourée par un liseré d'éruption plus rouge que le reste de l'exanthème.

Si, pendant la période aiguë de la maladie, on répète une nouvelle intradermo-réaction au point même où fut faite la première et une autre intradermo-réaction en un autre point, la réaction répétée au niveau de l'épreuve primitive est beaucoup moins franche que celle faite en un nouveau point.

Zingher a également étudié la réaction de Dick *en fonction de l'âge*. Il montre que la susceptibilité des individus à l'égard de la toxine streptococcique évolue d'une façon tout à fait comparable à leur susceptibilité vis-à-vis de la toxine diphtérique. De six mois à un an, le pourcentage des sujets réceptifs est de 44 % pour s'abaisser à 17 % à 20 ans.

Les facteurs sociaux entrent également en ligne de compte. Il ressort des statistiques américaines que la réceptivité reste grande parmi les enfants des écoles privées, mieux surveillés, éloignés autant que possible des causes ordinaires de contamination, alors que dans les écoles publiques le nombre des enfants qui réagissent à la toxine est beaucoup plus faible. La proportion à 21 ans, par exemple, est de 81 % de sujets réceptifs dans les écoles privées contre 12 % dans les écoles publiques.

Zingher signale, d'autre part, que dans un tiers des cas environ, les réactions de Dick et de Shick pratiquées simultanément chez un enfant sont de même signe.

Il était intéressant enfin de contrôler si, dans la scarlatine comme dans la diphtérie, il y a similitude de réaction entre la mère et son enfant nouveau-né. On sait, qu'à propos de la réaction de Shick, les auteurs américains avaient toujours trouvé une réaction identique chez la mère et l'enfant et que, dans le cas d'une réaction négative, l'immunité transmise par la mère persistait jusqu'aux environs du sixième mois La même observation a pu être faite par Zingher à propos de la réaction de Dick.

Zœller a également signalé l'*importance de la race*. Les résultats de l'épreuve de Dick sont en parfaite concordance, en ce qui concerne la race jaune, avec les données épidémiologiques. L'on sait que la race jaune bénéficie d'une immunité relative à l'égard de la scarlatine. Or, sur 50 réactions pratiquées chez des Annamites, Zœller n'a pas trouvé une seule réaction qui fut franchement positive.

Notons enfin que, contrairement à l'opinion de Zingher, il ne semble pas y avoir plusieurs races de streptocoques scarlatins. En utilisant une toxine mise à sa disposition par Zingher, Zœller a pu constater que la scarlatine de nos pays se montre parfaitement immunisante à l'égard d'une toxine d'outre-mer.

Relations entre la réaction de Dick et le phénomène de Schultz et Charlton.

Nous avons longuement insisté dans un précédent article sur le phénomène de Schültz et Charlton. Nous n'en répèterons que le principe. Le sérum humain normal ainsi que celui des scarlatineux dont la maladie date de plus de trois

semaines jouissent du pouvoir d'éteindre l'exanthème scarlatineux dans la région où ils ont été injectés. Ils restent sans action sur tout autre érythème non scarlatineux. D'autre part, seul de tous les sérums humains, le sérum de scarlatineux en pleine maladie est incapable de provoquer le phénomène d'extinction ; enfin, les sérums d'origine animale sont dénués de toute influence sur l'exanthème de la scarlatine.

Or, les Dick ont montré que les sérums de convalescents de scarlatine ainsi que celui des individus non réceptifs neutralisaient *in vitro* la toxine streptococcique. La technique est simple : il suffit de laisser en présence pendant une demi-heure à parties égales, le sérum à étudier et une toxine diluée au 1 /500 (si la dilution utile pour la toxine employée est de 1 /1000) et d'injecter 1 /10 de cmc. du mélange à un sujet à Dick positif : on constate que la réaction est devenue négative.

Dick considère que cette neutralisation *in vitro* de la toxine streptococcique et le phénomène de Schültz et Charlton, sont deux phénomènes de même ordre. Le test de Dick a pu, d'autre part, expliquer l'absence du pouvoir d'extinction, fréquemment constatée, de sérums de sujets sains ; ces sujets étaient porteurs d'une réaction positive, leur sérum ne contenait pas d'antitoxine.

Ainsi s'établit le rapport qui existe entre la capacité d'un sujet de réagir à la toxine streptococcique et la teneur de son sérum en anticorps scarlatineux. Ajoutons cependant que les auteurs italiens, dont nous analysons plus loin les travaux, objectent que la réaction de Dick chez les scarlatineux devient négative bien avant que le sérum sanguin n'ait acquis le pouvoir d'extinction. Pour répondre à cette objection Zingher admet que la quantité d'anticorps nécessaire pour éteindre l'exanthème est beaucoup plus grande que pour provoquer la négativité de la réaction de Dick.

Zœller a récemment vérifié cette concordance entre les deux phénomènes et n'a pu que confirmer les premiers résultats de Dick et de Zingher. Il a observé, cependant, que le phénomène d'extinction était toujours plus net et plus durable avec du sérum de convalescent qu'avec le sérum d'un sujet à Dick négatif et que, pour obtenir des réactions bien franches, il est indispensable de pratiquer les injections au début de la période d'exanthème. Si cette concordance est la règle, il n'en existe pas moins des réactions douteuses. Les réactions illégitimes observées jusqu'ici par Zœller ne sont pas le fait de l'efficacité inattendue d'un sérum à Dick positif ; elles sont toujours dues à des défaillances d'un sérum à Dick négatif qui, normalement, devrait provoquer le phénomène d'extinction. Comment expliquer ces réactions douteuses ? L'explication donnée par Zingher, que nous avons relatée plus haut, reste valable. Il est certain que le phénomène de Schültz et Charlton exige une quantité d'antitoxine beaucoup plus grande que la réaction de Dick. On peut admettre qu'il existe des sérums assez pourvus d'antitoxine pour donner la réaction de Dick, mais non assez riches pour provoquer le phénomène d'extinction de Schültz et Charlton.

La toxi-extinction de l'exanthème scarlatineux.

Nous avons dit que Zingher, ayant pratiqué la réaction de Dick chez des sujets qui allaient être atteints de scarlatine huit jours plus tard, avait constaté que l'éruption avait épargné la région récemment injectée. Zœller a eu l'idée de pratiquer la réaction de Dick au début de la scarlatine et au niveau même de l'exanthème. La réaction ne fut guère perceptible le lendemain, mais le troisième jour, une zone blanche apparaissait qui tranchait nettement sur l'exanthème persistant.

Ce phénomène fut vérifié chez deux autres scarlatineux. Il se produit sur place, sous l'influence de la toxine streptococcique, une zone d'extinction de l'exanthème scrarlatineux, c'est la *toxi-infection de Zœller* par opposition au phénomène de Schültz et Charlton qui est séro-extinction. Le phénomène est surtout net lorsque l'injection est faite au premier jour de l'éruption suspecte.

L'éruption scarlatineuse pourrait donc être blanchie, soit *passivement* par le sérum de sujets à Dick négatif (séro-extinction de Schültz et Charlton) soit *activement* par la toxine streptococcique (toxi-extinction de Zœller).

Nous avons vu que les Dick utilisaient pour l'intradermoréaction une toxine diluée au 1 /1000. Ils ont également signalé que si l'on injecte dans les muscles des sujets réceptifs une toxine pure ou diluée au 1 /100, cette inoculation provoque des nausées, des vomissements, de la fièvre et, dans certains cas seulement, une éruption scarlatineuse.

Ces observations devaient conduire les Dick à tenter l'immunisation active par la toxine streptococcique. Ils ont ainsi obtenu la vaccination de 52 sujets au moyen de deux injections, à cinq jours d'intervalle, de 300 doses de toxine à la première injection et 1.000 doses à la deuxième. Cette vaccination s'extériorisait par la transformation en réaction négative d'une réaction positive. Ces premiers résultats ont été confirmés par Zingher qui a pratiqué plus de 1.400 vaccinations et en France par Zœller. Pour éviter les accidents généraux, signalés plus haut, Zingher obtient l'immunisation par trois injections à une semaine d'intervalle; la vaccination est réalisée dans 60 % des cas environ.

Action thérapeutique du sérum de chevaux traités avec des cultures de streptocoques hémolytiques.

Les Dick, dans un but thérapeutique, ont préparé, suivant la méthode ordinaire, un sérum antitoxique chez le cheval. Dochez, deux mois plus tôt, avait également réussi à provoquer chez cet animal la formation d'un sérum qui, dépourvu de toute action antibactérienne, neutralise *in vitro* la toxine du streptocoque hémolytique. Sa technique est curieuse et mérite d'être signalée. Il injecte au cheval, à la nuque, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une petite quantité de gélose ; une fois la gélose solidifiée, la culture est injectée en plein centre du nodule de gélose. La toxine produite dans cette culture passe dans la circulation et provoque la formation d'anticorps. Les corps microbiens cultivent et sont protégés par la gélose contre l'action des phagocytes. L'inconvénient de la technique est évidemment l'apparition fréquente au point d'injection d'une ulcération par où s'élimine la masse de gélose, véritable corps étranger.

Blake, Frask et Lynck rapportent de bons résultats de l'emploi de ce sérum antitoxique dans les cas aigus de scarlatine.

Nous voyons, en résumé, que la réaction de Dick nous permet d'apprécier la réceptivité ou l'immunité d'un sujet, de contrôler une vaccination antistreptococcique, elle nous aide enfin au diagnostic de la scarlatine dans les cas douteux.

Si utile qu'apparaisse dores et déjà cette réaction, il faut reconnaître qu'elle a certainement bénéficié dans l'opinion médicale des avantages certains qu'on accordait jusque-là à la seule réaction de Shick ; il est certain que, sans ce précédent, elle eût été beaucoup plus difficilement admise. Notons d'ailleurs pour en terminer avec la réaction de Dick l'opinion de Zingher qui résume son article :

« En somme, la réaction de Dick est un test beaucoup plus grossier que la réaction de Shick ».

Tels sont les travaux américains qui ont abouti à cette mise au premier plan du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine ; or, à peu près à la même époque, une thèse différente s'élaborait, faite de recherches dont le point de départ est absolument différent et dont les conclusions s'opposent à la thèse américaine. Il s'agit de la thèse italienne s'appuyant sur les travaux de di Christina, continués par Caronia et Sindoni.

La thèse italienne a été exposée dans ses grandes lignes dans un excellent article de Pollitzer :

C'est en 1921 que di Christina a publié les résultats de ses premiers travaux sur l'étiologie de la scarlatine. Il a réussi à isoler dans le sang des scarlatineux en période d'éruption, dans la moelle osseuse, en le cultivant sur des milieux catalyseurs du type Tarozzi-Noguchi, en stricte anaérobiose, un germe spécial. Ce germe se développe lentement, il est très petit, légèrement ovoïde, pouvant être coloré par la méthode de Gram.

Caronia et Sindoni, continuant les recherches de Di Christina, confirmèrent ces premiers résultats et établirent d'autre part les faits suivants :

— Si le microorganisme décrit par Caronia a pu être isolé dans le sang des scarlatineux en pleine éruption, on ne l'a jamais trouvé dans le sang des convalescents de scarlatine ou dans le sang de malades atteints d'autres affections.

— L'inoculation intraveineuse de culture de ce germe provoque chez les jeunes lapins une maladie caractérisée par de l'amaigrissement, de la rougeur de la peau et des muqueuses, suivie d'une desquamation. Tous ces accidents rétrocèdent à la suite de l'injection de sérum de convalescents.

— La reproduction expérimentale de la maladie au moyen des cultures du microcoque de Caronia récemment isolé, a été réalisée chez cinq enfants, convalescents de rougeole qui contractèrent une scarlatine typique.

— Les cultures donnent avec le sérum de convalescents ou des malades, ainsi qu'avec le sérum des animaux infectés expérimentalement les réactions de fixation du complément et d'agglutination.

— L'examen microscopique révèle toujours, dans la moelle des scarlatineux en période éruptive ainsi que dans les organes des animaux expérimentalement infectés, des microorganismes identiques à ceux isolés en culture.

— Ce germe, au cours de son évolution, traverse certainement une phase ultramicroscopique, car on le retrouve dans les filtrats.

Ces résultats ont été amplifiés par de nombreux auteurs italiens.

Sindoni a apporté la preuve de la contagiosité des squames en isolant le germe de Caronia à leur niveau et en l'identifiant par la déviation du complément et la reproduction de la maladie chez les animaux.

Vibetti retrouve le germe dans le mucus rhino-pharyngien, Ritossa le décèle dans les urines. Catteruccia l'isole dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la période aiguë de la maladie.

Enfin, une *intradermo-réaction*, pratiquée chez divers sujets au moyen de filtrats de cultures du germe spécifique distingue les sujets à réaction positive (sujets réceptifs) des sujets à réaction négative (sujets immunisés). De Villa, Pollitzer et Rapisardi ont obtenu 40 % de réactions positives chez des sujets qui n'ont jamais eu la scarlatine ; la réaction est toujours négative chez les scarlatineux convalescents, chez la presque totalité des nouveau-nés, et chez la majorité des nourrissons.

Zœller s'est demandé si, dans le plan des intra-

dermo-réactions on ne pouvait pas trouver des éléments de comparaison entre les deux théories italienne et américaine. Il a comparativement pratiqué les réactions de Caronia et de Dick chez 56 sujets et a obtenu les résultats suivants :

Sujets à réaction de Dick positive : 20, sur lesquels la réaction de Caronia est positive ou faiblement positive 15 fois, négative 5 fois.

Sujets à réaction de Dick négative : 36 fois, sur lesquels la réaction de Caronia est négative 22 fois et positive ou faiblement positive 14 fois.

En résumé, sur 56 réactions comparées, la concordance existe 37 fois, la discordance 19 fois.

Enfin un vaccin préparé avec ces cultures a permis à Di Christina de réaliser l'immunité à l'égard de l'infection scarlatineuse.

Tous ces faits paraissent bien établis et au même titre que les travaux américains, paraissent entraîner la conviction.

Zœller, dans un article récent, a repris et discuté toutes les objections faites par les auteurs italiens et par Pollitzer en particulier à la thèse américaine. Les arguments de Pollitzer peuvent être ramenés à trois arguments principaux :

1° On trouve un streptocoque hémolytique et toxigène du type scarlatin chez des sujets qui n'ont pas la scarlatine ;

2° On ne trouve pas le streptocoque scarlatin chez des sujets atteints de scarlatine avérée ;

3° Les Dick ont reproduit expérimentalement la scarlatine au moyen de deux groupes différents de streptocoques hémolytiques, se différenciant par leur action fermentative sur les sucres, sur la mannite en particulier.

Le premier argument : présence du streptocoque scarlatin en dehors de la scarlatine mérite d'être dissocié.

Zingher a signalé, en effet, la présence de streptocoque scarlatin dans une gorge normale, dans le pharynx d'un convalescent de rougeole ; au niveau d'une lésion d'ostéo-myélite, d'une plaie infectée. Distinguons, dit Zœller, entre les sujets porteurs d'une lésion à streptocoques et les sujets qui n'en sont point porteurs. Dans ce dernier cas qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'on trouve le streptocoque scarlatin dans la gorge d'un sujet sain ou même d'un sujet à Dick positif ? Ne trouve-t-on pas le bacille diphtérique chez des sujets sains et réceptifs sans qu'ils contractent la diphtérie ? En ce qui concerne les sujets atteints d'une streptococcie : mastoïdite, endocardite, ostéomyélite chez qui une culture révèle un streptocoque du type scarlatin, une question se pose : ces sujets ont-ils une réaction de Dick positive ou une réaction de Dick négative ?

S'ils ont une réaction de Dick négative, on s'explique qu'ils présentent une lésion streptococcique sans érythème scarlatiniforme. Ils sont immunisés contre la toxine, ils restent sensibles à la virulence du streptocoque. Font une streptococcie avec érythème scarlatiniforme, les sujets porteurs de streptocoques scarlatins qui ont une réaction de Dick positive.

Le deuxième argument invoqué : absence du streptocoque scarlatin chez des sujets atteints de scarlatine avérée n'est pas très probant. Le fait de ne pas isoler le streptocoque spécial au cours d'une scarlatine ne suffit pas pour affirmer qu'il n'existe point. L'examen de la gorge d'un malade peut parfaitement mettre en évidence un streptocoque banal et laisser passer le streptocoque hémolytique spécifique cependant présent sur les milieux de culture. L'erreur sera toujours possible tant qu'une étude très poussée des streptocoques de la scarlatine et même l'utilisation de milieux électifs ne permettra pas d'assigner à ses colonies un aspect morphologique particulier.

Enfin la troisième objection faite à Dick que, parmi les streptocoques toxiques les uns fermentent la mannite, les autres ne la fermentent pas, perd de son importance si l'on veut bien se rappeler l'étiologie du syndrome dysentérique causé par des germes aussi différents, quant à leurs propriétés biologiques, que le bacille de Shiga et de Flexner.

Un seul argument peut, à notre avis, être retenu comme particulièrement gênant pour la théorie américaine : Les Dick soutiennent que le virus scarlatineux n'est pas filtrable parce qu'ils n'ont pas réussi à conférer la maladie par l'inoculation de filtrats de mucus rhino-pharyngé ou de filtrat de cultures. Or, cette assertion paraît en contradiction très nette avec les résultats obtenus depuis longtemps par Cantacuzène et Bernhardt qui, deux fois sur quatre, ont réussi à inoculer la scarlatine à des singes avec le produit de matériaux scarlatineux filtrés à la bougie Berkefeld.

Telles sont, successivement exposées, les deux théories. Est-il possible de trouver entre elles un terrain d'entente ?

Nous allons envisager les différentes hypothèses qui peuvent se présenter à l'esprit. On peut d'abord concevoir la scarlatine comme une symbiose et faire une place dans son étiologie à la fois au streptocoque américain et au germe de Di Christina. On peut aussi considérer les deux germes comme deux expressions morphologiques différentes d'une même bactérie, qui se présenterait tantôt en chaînettes tantôt en diplocoques extrêmement fins. On peut enfin admettre que streptocoque et diplocoque coexistent toujours, le streptocoque étant le véhicule du germe filtrant, les symptômes de la scarlatine seraient dus à cette double étiologie.

Tout ceci est du domaine de l'hypothèse. Il n'en reste pas moins, sans aborder la question

même de l'étiologie de la scarlatine, un certain nombre de points à contrôler. Zœller cite comme particulièrement dignes de retenir l'attention des épidémiologistes les points suivants :

1° Virage de la réaction de Dick positive à la réaction de Dick négative, à la faveur d'une scarlatine.

2° Concordances relevées entre la valeur neutralisante d'un sérum vis-à-vis de la toxine et sa valeur extinctive, vis-à-vis de l'exanthème.

3° Valeur extinctive des sérums des sujets vaccinés par la toxine streptococcique.

4° Enfin la valeur de la réaction de Dick en tant que test de l'immunité ou de la réceptivité recherchée en milieu épidémique. Un sujet à Dick négatif est-il à coup sûr à l'abri de la scarlatine ?

Nous voyons en résumé, que si la question de l'étiologie de la scarlatine n'est pas encore résolue, il n'en reste pas moins que, du fait des travaux américains et italiens, un grand pas a été fait dans la solution de ce problème de la spécificité même de la maladie, de sa nature et de sa délimitation précise.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des sténoses du col utérin.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Nous avons actuellement dans notre service, une malade présentant une sténose congénitale du col de l'utérus, que j'ai l'intention d'opérer dans quelques jours : le moment me paraît donc tout à fait indiqué pour vous montrer en quoi consistent ces sténoses, quels sont les troubles qu'elles déterminent, et quelles sont les ressources thérapeutiques que nous possédons pour les combattre.

Vous savez, Messieurs, que le col utérin peut être le siège d'un certain nombre de lésions, qui, par suite des modifications de calibre qu'elles déterminent au niveau du canal cervical, entraînent différents troubles dont les plus sérieux sont la stérilité et la dysménorrhée. Les plus importantes, et aussi les plus intéressantes de ces lésions, sont constituées par des rétrécissements, des sténoses congénitales ou acquises, qui siègent sur le seul orifice externe ou qui s'étendent au contraire sur une certaine hauteur du canal cervical.

Les sténoses congénitales se rencontrent parfois chez des femmes de constitution débile, chez lesquelles on constate une petitesse anormale de l'utérus : il s'agit alors, dans ce cas, d'un véritable vice de conformation, et l'arrêt de développement porte sur l'utérus tout entier, le col, dont l'extrémité est pourvue d'un orifice minuscule, est allongé dans sa portion susvaginale, souvent en antéflexion, et présente une forme conique, en trompe d'éléphant. Mais ces sténoses s'observent également, et même beaucoup plus souvent chez des femmes tout à fait bien développées, où elles constituent une malformation purement locale, sans qu'il y ait aucune atrophie utérine : il y a, ainsi que l'a faitfort justement observer Pozzi un type infantile, plutôt qu'un état infantile ou qu'un arrêt de développement.

Quant aux sténoses acquises, elles sont presque toujours l'aboutissant d'un processus cicatriciel, plus rarement d'un trouble trophique, et relèvent par conséquent de causes bien différentes. C'est ainsi que dans certains cas, la typhoïde, la diphtérie, les fièvres éruptives ont pu se compliquer d'ulcérations, puis de cicatrices sténosantes du col : de même, les métrites et les vaginites de toutes natures sont capables chez des femmes dépourvues d'hygiène de s'accompagner d'escharres aboutissant ultérieurement à des sténoses complexes utéro-vaginales. La tuberculose et la syphilis ont été également relevées dans la pathogénie des rétrécissements du col : quant aux déchirures mêmes étendues du museau de touche, elles se compliquent assez rarement de sténoses, et il faut pour cela qu'il se soit produit de l'infection ainsi que du sphacèle des lambeaux.

Mais les escharres utérines les plus graves, qui entraînent les lésions les plus serrées, sont celles qui sont produites par la pratique inconsidérée des cautérisations utérines. Les caustiques solides sont à cet égard les plus nuisibles, car il est souvent bien difficile d'en limiter l'action, et d'empêcher que l'effet de la cautérisation dépassant la muqueuse, ne vienne détruire partiellement les couches les plus superficielles de la musculature utérine, et avec elle, les derniers culs-de-sac glandulaires susceptibles de régénérer la muqueuse. Il en est souvent de même à la suite de l'usage des divers caustiques liquides, lorsqu'on ne les manie pas avec une grande prudence, ainsi que de l'ébouillantement de la muqueuse utérine (procédé Snieguireff-Pinkus, naguère encore assez employé en Russie et en Allemagne).

Enfin, il existe une catégorie assez nombreuse de rétrécissements cicatriciels, qui reconnaît pour cause des opérations portant sur le col utérin, qu'il s'agisse d'une amputation simple ou d'une opération de Schrœder, dans lesquelles, une faute de technique, ou des accidents infectieux, en empêchant une coaptation exacte des surfaces, ont donné lieu à la production d'un tissu de cicatrice sténosant.

Les troubles qui résultent de l'existence d'une sténose de l'orifice cervical sont presque toujours les mêmes : dysménorrhée et stérilité. Dans le rétrécissement congénital, la dysménorrhée est constante : elle apparaît dès l'établissement des premières règles, et atteint dans certains cas une très grande intensité. Pour quelques femmes, chaque période menstruelle est attendue avec la plus grande appréhension, car elle constitue une période douloureuse des plus pénibles, pouvant s'accompagner de crises nerveuses ou syncopales. Cet état maladif, se rencontre assez souvent chez des vierges, et bien loin de cesser après les premiers rapports conjugaux, il s'exagère généralement en se compliquant de métrite cervicale.

On comprend aisément que la stérilité soit habituelle, et que ce ne soit qu'exceptionnellement que la fécondation puisse se produire, par suite des nombreux obstacles qui lui sont opposés, étroitesse de l'orifice externe, courbure du canal cervical, difficulté du drainage du mucus utérin.

Il est bien évident, qu'une indication opératoire s'impose en pareil cas : c'est celle de s'attaquer à l'étroitesse du col afin d'établir un orifice normal, car c'est cette étroitesse qui constitue en effet l'élément pathologique essentiel dans la production des accidents, puisqu'il suffit de l'avoir supprimée pour les voir disparaître complètement.

Je ne vous énumèrerai pas les nombreuses interventions qui ont été préconisées et pratiquées dans ces circonstances, et je me bornerai à vous citer les principales qui sont : la dilatation au moyen de laminaires ou de bougies graduées, l'incision de l'orifice externe, la discision des orifices utérins externe et interne, l'électrolyse et l'amputation du col.

Certains de ces procédés, qui ont joui pendant longtemps d'une vague assez considérable sont aujourd'hui tombés en discrédit : telle est l'électrolyse dont l'action est par trop peu efficace, l'amputation du col, ainsi que les débridements portant soit sur les commissures du col, soit sur sa cavité. Ces deux derniers procédés sont à la fois infidèles et dangereux ; si l'on se borne, en effet à inciser un orifice rétréci, on ne peut arriver à en assurer définitivement la béance par suite de l'absence de revêtement muqueux, et de la cicatrisation angulaire qui rétablit plus ou moins rapidement la sténose primitive, et l'on risque de plus, comme d'ailleurs dans l'amputation du col, d'amener la production d'un tissu cicatriciel qui donnera au col de la rigidité pathologique et pourra devenir la cause d'accidents dystociques au moment de l'accouchement.

L'intervention, qui est encore actuellement le plus généralement pratiquée dans les cas de sténose du col, est la dilatation lente au moyen de laminaires, ou immédiate progressive avec des bougies graduées. Pozzi l'a pendant longtemps employée à l'exclusion de tout autre procédé, et s'il a été amené à y renoncer, c'est qu'il a dû reconnaître que son effet n'était qu'absolument éphémère. « Au bout de quelques jours, écrit-il, en effet, on voit la dilatation obtenue disparaître complètement, et l'on serait obligé de la recommencer presque chaque mois pour obtenir un résultat durable. »

Vous pouvez juger ainsi, que l'amélioration de la dysménorrhée que l'on obtient par la dilatation ne peut jamais persister pendant bien longtemps, et que, par suite, on ne peut guère compter sur un moyen aussi infidèle pour arriver à guérir la stérilité.

Aussi, Pozzi a-t-il été amené à proposer une intervention ayant un effet permanent, mettant à l'abri de toute cause d'infection, procédé qu'il a décrit en 1903, et qu'il a désigné du nom de stomatoplastie par évidement commissural du col utérin.

Ce procédé consiste essentiellement, après avoir sectionné latéralement le col, à réséquer dans chacune des deux valves ainsi produites deux lambeaux en forme de coin, ce qui constitue deux gouttières latérales, dont on affronte bien exactement les bords dans toute leur longueur. Par cette opération plastique, on arrive à donner au col, à son orifice et à son trajet, la forme d'un col de primipare sans déchirure, tout en respectant intégralement la muqueuse.

J'ai déjà eu l'occasion, à plusieurs reprises différentes, de pratiquer l'évidement commissural du col dans des cas de sténoses congénitales et acquises, et je n'en ai jamais obtenu que d'excellents résultats : aussi, ne vous cacherai-je pas que j'ai l'intention de l'employer chez la malade qui se trouve dans le service. Mais en attendant que vous me voyiez exécuter ce procédé, je vais, pour vous donner une idée exacte des bons effets qu'il détermine, vous résumer quelques-unes des observations les plus intéressantes qu'il m'a été donné de recueillir, et qui complèteront utilement ce que je viens de vous exposer précédemment.

Obs. 1. — Marie A., âgée de 26 ans, est entrée le 10 décembre 1912 à l'hôpital, Salle St-Louis, n° 12, pour dysménorrhée. Il s'agissait d'une jeune femme assez bien constituée, ne présentant pas de tares orga-

niques, et dont l'état de santé générale était très satisfaisant.

Elle a été réglée assez tard, vers l'âge de 16 ans, et depuis cette époque, les menstruations ont toujours été des plus irrégulières, survenant seulement tous les trois ou quatre mois, durant à peine un à deux jours, et s'accompagnant chaque fois de très vives douleurs partant de la région utérine et s'étendant à tout le petit bassin.

Elle s'est mariée à vingt-et-un ans, et les rapports sexuels n'ont amené aucune modification heureuse dans son état ; notre malade a vu au contraire ses troubles fonctionnels devenir plus marqués, presque continus sous forme de douleurs hypogastriques et lombaires acquièrant parfois une telle intensité qu'elles déterminaient des syncopes.

Marie A. n'a jamais présenté ni grossesses, ni fausses-couches, il n'y a pas de pertes blanches.

Le toucher vaginal joint au palper abdominal me révéla la présence d'un utérus en bonne position, de dimensions normales, un peu douloureux au toucher, sans qu'il existat rien de particulier dans les culs-de-sac ou du côté annexiel. Le col utérin paraît petit, lisse, très allongé, et assez dur ; on ne sent que très imparfaitement l'orifice cervical. L'examen au spéculum ne fit que confirmer mes premières constatations, et me montra à l'extrémité d'un col conique, sans aucunes traces d'inflammation, un tout petit pertuis que je n'ai pu cathétériser que très difficilement avec un fin stylet. En explorant le canal cervical, je suis arrivé à reconnaître que seul l'orifice externe était le siège d'une sténose congénitale, et que le rétrécissement ne se prolongeait pas au-delà de quelques millimètres.

Etant donné l'existence et la nature de ces lésions, un seul traitement pouvait être rationnel, c'était celui qui devait consister à s'attaquer à l'étroitesse du col, afin d'établir un orifice normal et c'est ce à quoi j'ai procédé quelques jours plus tard, en suivant bien exactement la technique indiquée par Pozzi.

Les suites opératoires ont été des plus bénignes, et le 16 janvier 1913, mon opérée pouvait quitter la salle St-Louis. J'ai eu l'occasion de la revoir ou de recevoir de ses nouvelles, à plusieurs reprises, ce qui m'a permis de me rendre un compte exact de mon intervention. Marie A. a été réglée environ un mois après sa sortie de l'hôpital, assez abondamment sans aucun phénomène douloureux, et les menstruations ont gardé depuis lors leur caractère de régularité. Ma malade qui était mariée depuis juin 1907, a accouché normalement en mars 1914.

Obs. 2. — Louise B., âgée de 29 ans, est entrée le 4 septembre 1913 à l'Hôtel-Dieu St-Jacques, salle St-Louis, n° 9, pour dysménorrhée. Cette jeune femme qui jouit d'un assez bon état de santé générale, a toujours présenté des irrégularités de ses fonctions menstruelles. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans, et l'a toujours été très mal depuis lors : les émissions sanguines font souvent complètement défaut pendant deux et trois mois, et puis se succèdent brusquement dans le même mois après un intervalle de quelques jours. La malade s'est mariée à l'âge de 19 ans, et n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

Les menstruations ont toujours été assez douloureuses, mais c'est surtout depuis environ deux ans qu'elles sont devenues plus pénibles, car elles se sont accompagnées de véritables coliques utérines se manifestant pendant cinq à six jours : elles sont toujours peu abondantes, et dans leur intervalle il y a des pertes leucorrhéiques.

L'examen gynécologique ne me montra rien de particulier ni du côté annexiel, ni du côté du corps de l'utérus. Quant au col, il était petit, lisse, de couleur normale, très allongé, et présentait à son extrémité un tout petit orifice, par lequel on voyait sourdre un peu de liquide visqueux lorsque l'on pressait sur le museau de tanche. Le cathétérisme qui était possible seulement avec une très fine sonde, montra l'existence d'un canal cervical rétréci sur une certaine étendue de son parcours.

La malade accepta la petite intervention que je lui avais proposée et le 10 septembre, je procédai à l'évidement commissural du col.

Les suites furent normales, les fonctions menstruelles se sont établies régulièrement et ne s'accompagnèrent d'aucun phénomène douloureux. J'ai actuellement perdu de vue la malade, mais j'ai pu la suivre pendant quelque temps, elle n'avait pas eu de grossesse, mais elle continuait à être réglée normalement.

Obs. 3. — Jeanne C., âgée de 35 ans, m'a été adressée pour dysménorrhée douloureuse le 20 février 1919, par un de mes confrères : il s'agissait d'une femme en assez mauvais état de santé générale, amaigrie, fatiguée, se plaignant de différents troubles utérins et dyspeptiques. Elle avait été réglée à douze ans, très régulièrement, s'était mariée à vingt-trois ans, et avait eu deux grossesses à évolution normale.

Vers l'âge de trente ans, elle commença à présenter des pertes blanches assez abondantes, qui ne tardèrent pas à s'accompagner de douleurs, à point de départ utérin, et s'irradiant dans toute la région génitale.

Jeanne C. fut alors soignée par un spécialiste, qui lui fit de très nombreuses cautérisations ; à la suite de ce traitement, un mieux sensible se manifesta pendant un an environ, puis les douleurs revinrent comme auparavant, s'accompagnant de nouveau de pertes blanches, et en plus d'irrégularités de la menstruation. La malade qui jusqu'alors, avait été réglée chaque mois, ne le fut plus que très irrégulièrement, et l'émission sanguine fut précédée chaque fois de très vives douleurs dans le petit bassin.

Malgré divers traitements médicaux, cet état ne présenta aucune amélioration et Jeanne C. en arriva à éprouver presque continuellement des douleurs

abdominales, ce qui ne tarda pas à influer sur son organisme tout entier et à entraîner de la dyspepsie ainsi que de la neurasthénie.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, me fit sentir un gros col, induré, légèrement irrégulier, et dont on ne percevait pas l'orifice cervical ; le corps utérin paraissait normal, ainsi d'ailleurs que les annexes. L'examen au spéculum me fit voir un tout petit orifice, ombiliqué, entouré de tissus cicatriciels, qu'il me fut impossible d'explorer par suite des sensations douloureuses que les tentatives de cathétérisme occasionnaient à la malade.

Il s'agissait là d'une sténose cicatricielle de l'orifice utérin, se compliquant, selon toute vraisemblance de déformation du canal cervical, le tout résultant d'un processus scléreux ayant pour cause beaucoup plus les cautérisations pratiquées que les lésions de métrite qui en avaient été la raison. Etant donné ce que j'avais pu constater, j'ai alors proposé à la malade une petite intervention destinée à rétablir un orifice perméable, ce qui fut accepté après quelques hésitations.

L'opération eut lieu le 2 mars : la stomatoplastie fut ici assez délicate, par suite de la résistance opposée par le tissu cicatriciel. Le canal cervical était complètement dévié, je crus utile de le dilater et de procéder ensuite à un curettage de la cavité utérine ; je ramenai toute une série de fongosités, ce qui n'avait rien de bien étonnant, étant donné les phénomènes de rétention qui existaient depuis si longtemps.

Les suites de cette petite intervention furent tout à fait favorables, les douleurs abdominales ainsi que les pertes blanches disparurent rapidement, la menstruation devient tout à fait régulière et les troubles dyspeptiques et neurasthéniques cessèrent de même complètement.

Telles sont les trois observations que j'ai tenu à vous rapporter, et qui se rapprochent assez sensiblement dans leurs grandes lignes de toutes celles qui ont été publiées par différents auteurs. Chez ma première opérée, il s'agissait de sténose congénitale pure, sans aucune espèce d'autre lésion ; ma deuxième observation se rapporte à une sténose congénitale compliquée de métrite cervicale, et enfin, ma troisième malade offrait une sténose acquise, suite d'abus de cautérisations pour métrite interstitielle. Dans les trois cas, à la suite de l'évidement commissural du col, mes opérées ont été complètement guéries de leurs accidents dysménorrhéiques, et ma première malade a pu, de plus, devenir enceinte.

Je ne crois pas qu'il soit utile d'insister ici sur la technique opératoire que j'ai suivie, et qui est conforme en tous points à celle indiquée par Pozzi, et qui, lorsqu'on la suit très exactement, donne toujours d'excellents résultats, soit au point de vue fonctionnel immédiat, soit au point de vue des grossesses à venir.

La stomatoplastie, ou évidement commissural du col, de Pozzi, constitue bien, à mon avis, le traitement de choix des sténoses utérines, et ne présente que deux contre-indications fort nettes : elle est inutile dans les cas d'utérus franchement infantile où l'organe tout entier est atrophié ; elle est également inutile et même parfois nuisible dans les cas d'infection concomitante des annexes : aussi, devra-t-on toujours les explorer avec le plus grand soin avant de se décider à entreprendre le rétablissement de la perméabilité du canal cervical.

FAITS CLINIQUES

A propos d'un cas d'érythème noueux,

Par MM. les Drs
Lafon et Michaud.

« Depuis que nous sommes entrés dans la recherche des pathogénies », suivant l'expression du Pr Chauffard (1), l'érythème noueux est devenu un sujet fréquent de controverses.

La question est loin d'être tranchée et la pathogénie de cette affection toujours discutée.

Faut-il voir dans cet érythème le symptôme d'une infection latente, tuberculose souvent, ou faut-il le considérer comme une entité morbide avec les Suisses Demieville et Gueissaz ? (2) ?

(1) Chauffard. — *Le Monde médical*, 1er juillet 1923.

(2) Ernest Gueissaz. — Un cas d'érythème noueux tuberculeux. *Le Bulletin médical*, n° 43, page 1185, octobre 1923.

Le cas que nous publions aujourd'hui semble une démonstration en faveur d'une entité morbide bien définie. C'est ce qui nous a poussé à le verser au débat.

Tout convalescent, tout malade, tuberculeux ou autre, est particulièrement sensible aux infections de toute nature, et là est peut-être l'origine de l'erreur.

P. E. Weil (1) a publié quatre cas d'érythème noueux survenant simultanément dans la même salle d'hôpital chez des convalescents de rou-

(1) P. Emile Weil. — *Presse médicale*, 22 novembre 1922.

geole. Gueissaz a publié le cas d'un érythème noueux chez un tuberculeux rénal récemment néphrectomisé.

Gendron avait décrit en 1920 une épidémie familiale et Gueissaz (1) cite cinq cas de contagion entre frère et sœur.

Dès lors n'est-il pas naturel de penser avec Wallgren (2) que pour se développer l'érythème noueux demande un terrain favorable et que ce terrain lui est particulièrement fourni par les tuberculeux ?

De plus, l'érythème noueux confère la plupart du temps l'immunité comme les maladies contagieuses et les fièvres éruptives. S'il était un symptôme, pourquoi ne le verrait-on pas récidiver comme le purpura, les érythèmes toxiques, hépatiques ou autres ? Brocq ne l'a-t-il pas comparé aux éruptions scarlatiniformes ?

Chauffard et Girard, il est vrai, ont vu sous l'action d'une « simple injection de tuberculine évoluer toute la maladie ». Et ils ajoutent : « ceci est peut-être l'argument le plus fort que l'on puisse invoquer en faveur de l'origine tuberculeuse de l'affection. »

Quoi qu'il en soit, ni la bactériologie, ni l'anatomie pathologique ne nous permettent de conclure. On n'a pu trouver la porte d'entrée du germe infectieux : on a bien décelé dans des coupes de plaques érythémateuses du bacille de Koch ou des spirochètes, mais est-ce là une démonstration ? Assurément non.

Un dernier point sur lequel nous voudrions insister, c'est que quelques auteurs, et en particulier Chauffard, considèrent l'érythème noueux comme une « maladie bénigne ». Tel n'est pas le cas de l'observation que nous rapportons : la température resta élevée pendant plus de 50 jours avec symptômes inquiétants et ne céda qu'à une médication antiseptique générale.

Enfin, nous voudrions dire un mot du traitement de cette mystérieuse affection : il doit sans aucun doute être symptomatique, général. C'est donc aux antiseptiques généraux, capables de lutter contre les infections généralisées, qu'il faut s'adresser. Nous avons eu recours à la septicémine, combinaison benzométhylée d'iode et d'urotropine qui nous avait donné, en d'autres circonstances, d'heureux résultats. Alors que les médications ordinaires avaient échoué, le résultat fut ici rapide et probant. L'ayant abandonné quelques jours pour recourir au salicylate de soude, on vit la température remonter. La reprise de la septicémine assura une guérison définitive.

Voici le détail de notre observation :

Le soldat P. Louis, entré à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 20 février 1924 (division des fiévreux), sorti le 3 mai 1924.

Motif d'entrée : En observation pour « vomissements bilieux, céphalée, fièvre, point hépatique ».

Antécédents personnels : Rougeole à 12 ans. Grippe à 17 ans. Ne boit pas. Nie tout accident vénérien.

Début de la maladie : Dans la nuit du 19 au 20 février, le malade se réveille à trois heures du matin avec une céphalée vive et une sensation de froid qui persiste.

Entrant à l'Infirmerie le matin même, les phénomènes ont augmenté d'intensité, céphalalgie violente, frissons, fièvre (le soir 39°9), rachialgie, courbature, langue saburrale, constipation ; des vomissements bilieux répétés, apparaissent avec un point hépatique douloureux spontanément ainsi qu'à la toux et à la pression.

Est envoyé à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux, le 20 février au soir.

A l'entrée : Le malade a une forte fièvre, il est en pleine transpiration ; visage vultueux, céphalée très forte avec photophobie, rachialgie, pas de Kœrnig.

L'examen des divers organes ne révèle rien d'anormal ; ni du côté des poumons, ni du côté du cœur ni du côté digestif, aucun phénomène cutané ; existe seul un point hépatique douloureux.

Tension artérielle au Pachon : Mx 11, Mn 7, ind. 1,5.

Le 22 février : Il ne persiste seulement qu'une très légère teinte subictérique des conjonctives et un léger endolorissement de la région hépatique. Le mal de tête disparaît, la rachialgie et la courbature diminuent ainsi que les vomissements ; la fièvre est tombée.

Le 1er mars : La température, monte brusquement à 39°. Le malade est abattu ; il est en proie à une céphalée violente avec courbature générale. Douleur au niveau des articulations particulièrement au niveau des membres inférieurs.

Avec cette élévation de température coïncide une transpiration abondante sur tout le corps, les jambes, et les pieds en particulier. De plus apparaissent dans ces régions de petits nodules érythémateux, de largeur variant de huit à quinze millimètres, situés surtout sur la face interne des jambes au niveau des cous-de-pied, des deux genoux et des cuisses, mobiles, saillants à la palpation, douloureux et qui passent par toutes les teintes comme une tache ecchymotique.

Du 6 au 12 mars : On institue la médication salicylée, mais les phénomènes gardent toute leur intensité. Le malade est très fatigué et n'a pas d'appétit ; de plus il souffre au niveau de ses articulations.

Du 12 au 24 mars : On institue la médication à la cryogénine : la température, au lieu de céder, a des oscillations plus grandes, atteignant 39° et 40° le soir, restant vers la normale le matin, et parfois même esquissant le type inverse.

(1) Gueissaz. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, octobre-novembre 1921.
(2) *Beitr. z. Klin. d. Tuberk.* Bd. 53, 1922.

De plus, l'érythème nodulaire augmente d'intensité et l'on perçoit nettement quelques nodules au niveau de la poitrine, des membres supérieurs et surtout des mains. Avec ces phénomènes, constipation (purgation et lavement).

Le 29 mars : On fait au malade une première injection intra-musculaire de septicémine. La température tombe à 38°5 et pendant deux jours se maintient aux environs de 37° avec un accès fébrile avorté le 31 au soir (39°5). Le traitement à la septicémine est interrompu faute d'ampoules. Le 2 avril la température remonte à 39°. Constipation opiniâtre.

Le 2 avril : Râles au niveau de la région axillaire droite, et à la base du poumon ; diminution de la respiration sur une étendue de cinq travers de doigt.

Réaction pleurale avec toux sèche au changement de position. La base gauche est soufflante. En arrière et au sommet droit, respiration rugueuse sans bruits surajoutés, l'expiration est prolongée.

Le malade nous décrit comme suit un de ses accès de fièvre :

1° Sensation de froid ;

2° Frissons généralisés d'une durée de trois heures;

3° Sensation de chaleur généralisée avec vultuosité de la face qui devient cyanotique. L'œil devient humide et brillant ; presque aussitôt apparaissent des sueurs abondantes généralisées avec un certain caractère de prédominance aux articulations.

Ce n'est que lorsque la sueur apparaît que les nodules érythémateux prennent leur efflorescence avec une position symétrique non toujours identique à elle-même ; après cet accès, somnolence, urines abondantes ; l'éruption pâlit sans disparaître, en quelques heures.

Le 4 avril : On recommence le traitement par la septicémine à raison de 12 ampoules de 4 cc., deux ampoules chaque jour, une le matin à 11 heures, l'autre le soir à 18 heures. On avait remarqué en effet que les accès de fièvre avaient lieu soit le soir, soit la nuit vers le matin.

L'idée directrice dans ce traitement était de fournir le médicament à l'organisme avant que l'accès ne se déclare (analogie avec le traitement du paludisme par la quinine).

Le 7 avril, sous l'influence des injections de septicémine, l'éruption a pâli, la température baisse, le malade accuse une sensation de bien-être qu'il n'avait pas encore éprouvée.

A noter une douleur intercostale gauche vraisemblablement de même nature que celle accusée à droite, trois jours avant.

Le 9 avril : Depuis quatre jours, l'évolution s'améliore, la température est jugulée. Les rémissions sont encore de 6 à 8 1/10e de degré, mais les maximas ne dépassent pas 37°8.

Au point de vue général, le malade continue à accuser la même sensation de mieux. Disparition des douleurs articulaires. Le malade se tient debout sans souffrances, l'érythème apparaît cependant léger. Au poumon, râles ronflants de bronchite à la base gauche. Dans la journée, diarrhée profuse (8 selles).

Le 13 avril : Le traitement salicylé intensif (8 gr.) a fait cesser les douleurs articulaires. La température est à 36°2. Le malade se sent mieux.

Le 14 avril : Même sensation de bien-être. Le malade accuse une sensation subjective de reprise des forces, les sueurs ont notablement diminué. L'appétit renaît ; l'insomnie et l'érythème disparaissent.

Le 16 avril : Le malade, bien qu'un peu fatigué, depuis deux jours est totalement apyrétique. Il peut se lever sans souffrir et il ne reste de son éruption que des marbrures à teinte ecchymotique sur les deux membres inférieurs. L'appétit est bon, le sommeil normal. On continue le salicylate à la dose de deux grammes.

Le 17 avril : La température remonte à 38°2 avec douleur au niveau du côté droit de la poitrine, sans poussée érythémateuse. Reprise du traitement salicylé à dose plus intensive, 4 gr., injections de septicémine et enveloppements salicylés.

Le 20 avril : Le malade présente de la bronchite surtout à gauche avec point de côté et expectoration purulente adhérente. Toux fréquente, barre rétrosternale, l'érythème a disparu complètement.

Le 1er mai : Le malade se sent tout à fait bien Assez bon état général. Aucun symptôme fonctionnel, ni douloureux. Articulations libres et indolores. Plus de point de côté, plus d'érythème. Bon appétit, sommeil tranquille.

Recherches spéciales : *Hémocultures* : négatives ; *examen des urines* : ni sucre, ni albumine ; *examen des selles* : absence de parasites ; *examen du sang* : lymphoc, 11 ; moyens mono, 10 ; grands mono, 3 ; polyneutro, 73 ; éosino, 3.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La stase intestinale chronique.

C'est la stase cæcale, de beaucoup la plus fréquente, qui fait l'objet de l'étude du Dr A. Huguier. Il en résulte des fermentations anormales, des résorptions de toxines ; puis, l'obstacle n'étant pas infranchissable, le cæcum se révolte, et, en bout de quelques jours, il arrive quand même à se vider, tantôt par regorgement, tantôt d'un seul coup.

Différents obstacles mécaniques peuvent être incriminés :

a) Mobilité anormale et ptose du cæcum pouvant aboutir au volvulus ou à la coudure ; mobilité de la totalité ou d'une partie du côlon droit, donnant un tassement, un reploiement en zig-zag de l'ascendant avec abaissement de l'angle droit.

b) Membrane de Jackson, voile séreux d'origine congénitale, qui se détache de la paroi péritonéale externe, croise le côlon ascendant et vient se perdre sur la bandelette antérieure, étranglant sur son passage le cæcum ;

c) Brides fibreuses, d'origines diverses (péritonite chronique, appendicite chronique, infection des muqueuses intestinales, infections génitales chez la femme, etc.).

Les symptômes consistent en douleurs continues (lourdeur, sensation de gêne, de distension) ou en crises douloureuses, apparaissant plusieurs heures après les repas, au moment où les résidus alimentaires pénètrent dans le cæcum. Ces crises ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de modification de la formule sanguine. Trois ou quatre heures après leur début, elles cessent ; le malade évacue des gaz, une ou deux selles diarrhéiques, et tout est fini ; ou bien, s'il y a évacuation par regorgement, les selles sont petites, dures, insuffisantes.

Au moment des crises, il n'y a ni contracture, ni défense, ni point unique douloureux, mais des points multiples douloureux, à moins qu'il n'y ait, chose fréquente, appendicite concomitante. L'état général peut être plus ou moins atteint.

Le *diagnostic* est extrêmement facile, à condition, qu'on pense à rechercher par la radio l'existence de la stase ou du retard. Il suffit de suivre de douze en douze heures la marche d'un repas opaque dans l'intestin, puis d'étudier, par lavement baryté, la façon dont se remplit le côlon. On dit qu'il y a retard si la substance opaque n'a quitté le cæcum qu'au bout de quinze heures, et stase si le cul-de-sac reste encore sombre trente heures après l'ingestion de la bouillie.

Même quand l'existence d'une stase intestinale a été bien établie par la radio, il serait grave, pour le malade, de conclure à la non existence d'une appendicite chronique, car les deux affections coexistent souvent.

Tout malade qui, en dehors d'une crise aiguë nette et fébrile, souffre de la fosse iliaque droite, ne doit pas être opéré sans un examen préalable du travail intestinal complet, par repas et par lavement opaque. Si on conserve le moindre doute sur l'existence d'une appendicite chronique, il y a lieu de faire une incision exploratrice de la paroi iliaque droite ; enlever toujours l'appendice, qu'il soit altéré ou non, puis explorer la terminaison du grêle, le cæcum et l'origine de l'ascendant ; si on trouve un obstacle, rien de plus simple que de faire une intervention restauratrice simple : section de bride, voire même cæcoplicature ou pexie. Mais si les lésions réclament par leur gravité une intervention de l'importance d'une anastomose, d'une colectomie, d'une cholécystectomie ou d'une pylorectomie, mieux vaut remettre à une autre séance la nouvelle intervention, L'opération palliative de choix es t la cæco-sigmoïdostomie, c'est-à-dire l'anastomose du cæcum et de l'anse sigmoïde ; on la fait non pour accélérer le transit dans le gros intestin, car les matières continuent à cheminer par la voie normale et souvent la vitesse de la circulation n'est pas modifiée, mais avant tout pour vidanger et drainer le trop plein, qui stagne dans le cæcum et éviter ainsi l'intoxication de tout l'organisme. Par contre si l'on juge que la colectomie totale sera nécessaire au cas d'insuccès, mieux vaut aboucher le grêle dans l'anse sigmoïde.

Lorsque, ne croyant pas à une appendicite chronique (grosse responsabilité), on n'est pas intervenu, il faut, sauf dans les cas graves (heureusement exceptionnels), soumettre le malade au traitement médical sévère et prolongé et lui conseiller, si la saison est propice, une cure à Plombières (douloureux et spasmodiques), ou à Châtel-Guyon (atoniques).

Si ce traitement ne donne pas de résultats, faire l'incision exploratrice (*Journal des Praticiens*, 7 mars 1925.)

La migraine chez l'enfant.

Le Dr R. Debré confirme que la migraine de l'enfant est une cause fréquente d'erreurs très sérieuses de diagnostic.

Précédée souvent de phénomènes prémonitoires (du goût, de la vue, de l'appareil digestif), la crise de migraine est essentiellement caractérisée par une céphalée gravative, le plus souvent frontale, des vertiges, des vomissements, des douleurs abdominales, mais sans température, sans altérations du pouls, ni du rythme respiratoire, parfois avec aphasie et dysarthrie transitoire.

Le diagnostic doit être fait avec la sinusite, l'intoxication oxycarbonée, l'*appendicite*, la *méningite* (ourlienne, cérébrospinale), la tumeur cérébrale, l'hémorrhagie méningée, l'épilepsie larvée.

Parfois la migraine s'accompagne ou se complique de vomissements cycliques, acétonémiques, périodiques.

Malheureusement on ne peut guérir la migraine, pas plus que l'asthme ; elle peut se modifier, s'atténuer avec l'âge, mais non guérir.

On doit ordonner la vie au grand air si possible, diminuer le travail scolaire, bien régler l'alimentation (migraine des voraces, des gloutons), conseiller quelques exercices physiques, un peu de balnéation, des douches tièdes.

Au point de vue médicamenteux, employer les calmants habituels, que connaissent bien les adultes, aspirine, pyramidon, phénacétine, mais à petites doses, et de préférence en lavements ou en suppositoires, à cause des vomissements, ou encore le sulfate ou le bromhydrate de quinine.

Etant donné que l'insuffisance thyroïdienne, démontrée par la clinique et le métabolisme, peut entraîner des céphalées rebelles et paroxystiques, il est bon d'essayer l'extrait thyroïdien.

Certains migraineux sont aussi améliorés par le bromure de sodium ou de potassium, avec régime pourvu de sel, 0,15 à 0,20 ctgr., le soir, par le gardénal 0 gr. 01 à 0 gr. 02.

On peut aussi faire le traitement anti-anaphylactique avec la peptone (0,10 à 0, 30, 1 /4 heure avant les repas dans une cuillerée de miel ou de confiture), en supprimant les aliments qui pourraient être incriminés. (*Journ. des Praticiens*, 24 janvier 1925.)

Les six plus grandes découvertes urinaires du siècle.

Ce sont d'après M. F. Cathelin, la lithotritie, l'urétrotomie interne, l'endoscopie vésicale, comprenant la cystoscopie et le cathétérisme urétéral, la néphrectomie précoce dans la tuberculose du rein, la prostatectomie sus-pubienne, et enfin l'application des courants de haute fréquence à la destruction des tumeurs, dans la vessie.

« Parmi ces six découvertes fondamentales, que je considère comme les plus glorieuses pour la chirurgie, nous trouvons quatre découvertes françaises, une anglaise et deux américaines. Il est curieux de n'y pas trouver d'allemands, ce qui est une nouvelle preuve de leur mentalité adaptatrice exclusivement et de la supériorité incontestable des races anglo-latines... ». (*La Chronique médicale*, 1er mai 1925.)

Le xeroderma pigmentosum en Tunisie.

D'après M. Junes, qui en a recueilli un cas personnel, et qui en résume treize autres observations, cette curieuse affection est fréquente relativement en Tunisie.

C'est une dermatose qui évolue en trois périodes successives. Au cours de la première, la peau subit des modifications dans sa coloration (taches pigmentaires, taches vasculaires...). Dans la seconde période, la peau se sclérose, s'atrophie, se rétracte, devient sèche, parcheminée, rude au toucher, cet état étant surtout marqué autour des orifices de la face. La troisième période est celle du cancer cutané.

Des lésions oculaires accompagnent toujours le *Xeroderma pigmentosum* observé en Tunisie. Les paupières sont le siège, sur leur face cutanée, des mêmes lésions que le reste de la face (taches, xérodermie, néoplasies). Dans la zone ciliaire, on note un amincissement atrophique du bord ciliaire, ou bien la chute des cils avec blépharite concomitante, de l'ectropion ou de l'entropion. La conjonctive peut être atteinte secondairement de productions néoplasiques déterminant du symblépharon. Enfin le globe oculaire est le siège de productions singulières, qui affectent surtout la jonction scléro-cornéenne. (*Archives d'ophtalmologie*, avril 1925.)

Le cœur des hypotendus et le gros cœur primitif.

Pour M. Dumas, le gros cœur primitif ne serait qu'un cœur secondaire à une hypotension artérielle primitive, due elle-même soit à une hyposympathicotonie, soit plus probablement à une hypo-adrénalinémie, sans lésion anatomique de la glande. Le cœur réagirait contre l'hypotension en s'hypertrophiant, comme il le fait contre l'hypertension.

En faveur de cette conception, l'auteur invoque des arguments cliniques : anévrysme artério-veineux ; collapsus vasculaire des fièvres, qui entraînent un surmenage du cœur ; des arguments thérapeutiques : les toni-cardiaques restent sans effet contre l'asystolie à laquelle aboutit ce surmenage, tandis que les médications vasculaires ont parfois une action remarquable (bains froids, strychnine, ergotine, adrénaline) ; des arguments histologiques et des arguments expérimentaux. (*Lyon médical*, 24 mai 1925).

Valeur pratique de l'électrocardiographie.

Au cours de ces dernières années, on a approfondi la physiologie du cœur, et déterminé les conditions dans lesquelles s'accomplit la fonction

cardiaque. Il en est résulté une précision plus grande dans nos connaissances des troubles de cette fonction, et notamment des troubles du rythme.

Des procédés nouveaux permettent d'explorer le fonctionnement du cœur et d'en tirer des indications particulièrement intéressantes sur l'origine et la nature du trouble observé, et sur la façon d'y remédier.

L'une de ces méthodes est l'électrocardiographie, qui décèle et distingue les uns des autres, les troubles de l'automaticité, les troubles de l'excitabilité, les troubles de la conductibilité, les troubles de la contractilité, les troubles complexes du rythme cardiaque.

Selon M. Léon GIROUX, « l'électrocardiographie est la méthode de choix pour l'étude des arythmies ; dans bien des cas, elle permet seulement d'en reconnaître la nature ; dans tous, elle apporte seule au diagnostic toute la précision désirable. Les renseignements que cette méthode fournit n'ont pas qu'un intérêt scientifique, mais une valeur pratique que le médecin ne saurait méconnaître.

« Il n'est pas sans importance, au point de vue du pronostic et du traitement, de savoir qu'une bradycardie est totale et d'origine nerveuse, ou partielle et secondaire à une dissociation auriculo-ventriculaire ; de constater un bloc de branche dont le pronostic est réservé ; de déceler un trouble léger de conductibilité justiciable, dans certains cas, d'un traitement spécifique d'autant plus efficace qu'il surprendra la lésion à son début; de noter au cours d'un traitement par la quinidine la persistance de la fibrillation auriculaire malgré la régularisation du rythme cardiaque. » (*La Consultation*, juin 1925.)

Traitement de la dilatation des bronches.

Ce traitement, d'après M. COURCOUX, sera d'abord prophylactique dans les broncho-pneumonies traînantes et dans les bronchites à répétition. Il sera palliatif dans les épisodes aigus des formes latentes ou chroniques. Il consiste à modifier l'état de la muqueuse en facilitant l'expectoration des sécrétions ; à désinfecter si possible, ou à rendre moins nocifs les germes pathogènes ; à maintenir le jeu pulmonaire en assurant une meilleure hématose.

L'expectoration des sécrétions et la modification de la muqueuse seront recherchées par l'emploi alternatif de l'ipéca (poudre de Dover, ergotine) et des balsamiques (terpine, thiocol), ou des hypophosphites et des sulfureux.

La désinfection locale sera recherchée avec les injections sous cutanées ou intra-trachéales d'huile goménolée, également avec la vaccinothérapie.

L'amélioration de l'hématose sera obtenue avec la méthode spiroscopique de Pescher. On agira sur l'état général avec la strychnine, l'arsenic, voire la digitale chez les sujets fatigués.

Certaines cures sulfureuses thermales seront avantageusement conseillées.

Comme traitement radical, on a proposé certaines interventions chirurgicales : la collapsothérapie ou compression du poumon malade ; la pneumotomie et la pneumectomie ou lobectomie. (*La Consultation*, juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Bacilles tuberculeux dans le pharynx des nourrissons.

(MM. LESNÉ et LANGLE. — *Académie de médecine* ; 9-6-1925.)

MM. Lesné et Langle ont recherché par l'inoculation, la présence des bacilles tuberculeux dans les mucosités pharyngées de nourrissons ayant une cuti-réaction positive, avec ou sans symptômes de bacillose évolutive ; ils ont obtenu 17 fois sur 24 un résultat positif, soit 70 % des cas. Pour les nourrissons à cuti-réaction négative, la même recherche donna une proportion de 4 % seulement. Le procédé de l'inoculation est, on le sait, beaucoup plus sensible que l'examen direct, puisque, d'après Calmette, il suffit pour tuberculiser un cobaye de lui injecter sous les téguments 4 bacilles par jour pendant 10 jours.

Les auteurs estiment pouvoir conclure de leurs expériences, que, chez la plupart des nourrissons ayant une cuti-réaction positive, quelle que soit la forme de tuberculose dont ils sont atteints (adénopathie trachéo-bronchique avec ou sans lésion pulmonaire appréciable, granulie), l'inoculation au cobaye de mucus pharyngé y décèle le bacille de Koch. Le pharynx constitue ici, ou une porte de sortie, ou une porte d'entrée du bacille.

Au point de vue de la contagion, c'est donc à tort peut-être que l'on considère les nourrissons ayant simplement une cuti-réaction positive comme non dangereux pour les enfants sains. Si ce mode de contagion paraît peu important, il serait bon cependant d'y penser et tout au moins, de prendre quelques précautions relativement aux tétines, linges, etc.

Abcès amibien du foie guéri par l'émétine.

(MM. A. CHAUFFARD et R. CLÉMENT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-5-1925.)

L'efficacité de l'émétine dans le traitement de l'hépatite amibienne est bien connue. On sait depuis les travaux de Chauffard et Françon que l'émétine peut guérir l'hépatite et aussi refroidir l'abcès amibien, mais jusqu'à ce jour on n'avait pas vu un abcès constitué disparaître par cette médication.

MM. Chauffard et Clément ont traité un malade chez lequel existaient tous les signes de l'abcès collecté : fièvre, très gros foie, etc., c'est-à-dire un ensemble de signes cliniques qui appelait la thérapeutique chirurgicale. Or, une série d'injections d'émétine suffit à amener la guérison de l'état hépatique.

L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée chez les obèses.

(MM. Marcel LABBÉ et BOULIN. — *Soc. méd. des hôp.*; 1-5-1925.)

Lorsqu'on pratique l'épreuve de l'hyperglycémie chez les obèses on constate une hyperglycémie dépassant notablement la normale. On met ainsi en évidence, chez cette catégorie de sujets, l'existence d'un trouble de la glyco-régulation. Pour la majorité des obèses, les choses s'en tiennent là. Chez d'autres, par contre, le trouble s'aggrave assez pour donner lieu à un véritable diabète. Chez quelques-uns, enfin, on est en présence d'une sorte d'état intermédiaire, paradiabétique, distinct du diabète par sa curabilité facile.

Spirochétose à forme méningée.

(MM. Jean TAPIE et L. BOUNHOURE, de Toulouse. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-4-1925.)

M. Lemierre présente, au nom de MM. Jean Tapie et L. Bounhoure, deux observations de spirochétose à forme méningée. Les auteurs rappellent qu'à côté des méningopathies nettement définies, il existe un certain nombre d'états méningés (suivant l'expression de Widal), souvent curables, constituant un groupe pathologique d'attente, dont le démembrement est déjà commencé, d'ailleurs. Le spirochète ictéro-hémorrhagique peut quelquefois jouer un rôle dans ces états méningés.

Anémie et azotémie.

(MM. FLANDIN et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp.* ; 26-4-1925.)

M. Flandin a fait des numérations globulaires chez les rénaux azotémiques et il lui est apparu que l'anémie était un symptôme important en pareil cas. Elle constituerait un facteur pronostic de gravité au même titre que l'élévation du taux de l'urée dans le sang. Elle peut être spontanée ou résulter d'une thérapeutique trop rigoureuse (régime trop strict et saignées répétées). Son traitement de choix paraît être la transfusion sanguine, intervention qui ne semble pas influencer directement l'azotémie, mais l'améliore secondairement en atténuant les troubles anémiques.

— M. Paul-Emile WEIL est également d'avis que l'anémie est un symptôme que l'on rencontre avec une relative fréquence au cours des néphrites chroniques et que l'on dispose pour lutter contre elle d'une arme efficace : la transfusion.

Occlusion intestinale par corps étranger alimentaire.

(M. HERTZ. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1925.)

M. Roux-Berger rapporte, au nom de M. J. Hertz, une observation d'occlusion intestinale par deux figues arrêtées en des points différents de l'intestin.

Le malade, édenté, avait avalé les figues sans entamer leur enveloppe. Non digérés et gonflés par les sécrétions intestinales, ces produits alimentaires avaient provoqué de l'obstruction, ayant nécessité une intervention opératoire.

Traitement d'un angiome par injections de citrate de soude.

(M. HUSTIN, de Bruxelles. — *Société de chirurgie* ; 25-3-1925.)

Dans un travail présenté par M. Etienne Sorel, M. Hustin signale le bon résultat qu'il a obtenu en traitant un angiome de la face par des injections intra-vasculaires de citrate de soude concentré. L'auteur s'est inspiré de la méthode, de Sicard et Forestier, de traitement des varices par les injections intra-veineuses.

Traitement chirurgical du mégacôlon.

(M. Victor VEAU. — *Société de chirurgie* ; 1-4-1925.)

M. Victor Veau est intervenu deux fois, *à froid*, pour des cas de mégacôlon chez l'enfant. L'intervention est bénigne, alors qu'elle devient grave lorsque le mégacôlon se complique, d'accidents d'occlusion par exemple.

L'auteur voudrait que les malades de cette catégorie soient adressés au chirurgien sans attendre, dès que la thérapeutique médicale a épuisé son action. Le mégacôlon, dit-il, est presque toujours une affection congénitale. Les adultes que l'on opère sont des constipés depuis leur jeune âge. Ils sont soignés comme tels jusqu'au jour où le mal dépasse les moyens médicaux. S'ils étaient opérés d'assez bonne heure, la statistique serait beaucoup moins sombre mais, pour que le médecin ose proposer une intervention à froid chez un enfant constipé, il faut qu'il sache que l'opération reste bénigne et ne fait pas courir de risque au petit malade.

M. Victor Veau se demande si la chirurgie du gros intestin n'est pas appelée chez l'enfant à un avenir aussi brillant que celle du pylore chez le nourrisson.

La date ultime des récidives du cancer utérin.

(M. J.-L. FAURE. — *Société de chirurgie* ; 1-4-1925.)

A propos d'une présentation de M. Proust, M. Faure signale qu'il a actuellement dans son service une malade dont le cancer de l'utérus a récidivé après neuf ans. C'est le seul cas aussi éloigné qu'il connaisse. En fait, quand une femme est guérie après deux ou trois ans, elle a les plus grandes chances de rester guérie. Neuf chances sur dix peut-être. On la revoit au bout de 5, de 10, de 15 ans et M. Faure connaît des exemples de 25 ans et davantage.

En principe, certes, on ne peut jamais affirmer qu'un cancer ne reviendra pas. En réalité quand il s'est écoulé 2 ou 3 ans, au moins pour le cancer de l'utérus, la guérison est presque toujours définitive.

Les fantaisies du Wassermann.

(MM. GALLIOT, AUREILLE et GERBAY. — *Société de médecine de Paris* ; 23-5-1925.)

J'ai lu, et analysé, il y a quelques années, le travail d'un médecin anglais qui, ayant pris l'habitude de faire rechercher le Wassermann chez ses malades par plusieurs laboratoires, présentait en les confrontant les réponses qu'il avait obtenues. Avec un humour tout britannique il montrait qu'un positif d'un côté de la Tamise devenait souvent un négatif de l'autre, avec d'infinies variantes dans le même laboratoire parfois. Il ne se chargeait pas d'ailleurs d'expliquer ces fantaisies du Wassermann.

MM. Galliot, Aureille et Gerbay présentent une observation sérologique du même ordre, qui semble condenser tous les désaccords que l'on peut rencontrer, et est vraiment curieuse à ce point de vue. Elle concerne un malade atteint de myopathie, chez lequel on fit cinq fois la recherche du Wassermann.

Le 20 novembre (1er examen), la réaction est trouvée positive par M. Aureille.

Le 25 novembre (2e examen), recherchée par MM. Galliot et Léopold-Lévi, elle se montre négative.

Le 6 décembre (3e examen), réaction positive atténuée (M. Aureille) et négative (M. Galliot).

Le 17 décembre (4e examen), quatre tubes du même prélèvement sont examinés par quatre sérologistes, avec les résultats suivants : réaction positive (M. Bergeron), réaction négative (M. Mutterlich), réaction positive (M. Galliot), résultat non concluant, variant avec l'antigène (M. Aureille).

Le 13 janvier 1925 (5e examen), on obtient : résultat négatif (M. Aureille), positif (M. Giraud), négatif (M. Galliot).

Une observation sérologique avec des discordances aussi considérables ne doit certes pas être fréquente, et il faudrait bien se garder d'en conclure que la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann ne rend pas de services. Elle montre néanmoins qu'il s'agit là d'une opération parfois délicate, qu'il faut faire avec soin et dont la signification n'est pas nécessairement absolue. C'est un guide intéressant auquel il serait dangereux d'accorder une confiance par trop aveugle.

Etiologie de l'écartement anormal des oreilles.

(M. HOULIÉ. — *Société de médecine de Paris* ; 23-5-1925.)

S'appuyant sur 28 cas d'écartement anormal des oreilles, M. Houlié attribue cette malformation assez commune à l'hérédo-syphilis. Il a noté deux fois la syphilis avérée chez les parents, 12 fois une syphilis probable, et un Wassermann positif dans la proportion de 100 pour 100.

Le diagnostic sérologique du cancer par la réaction de Bothelo.

(M. LÉOPOLD-LÉVI. — *Société de médecine de Paris* 23-5-1925.)

M. Bothelo, chef du laboratoire du cancer attaché au service du professeur Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, a imaginé et précisé un procédé qui permet d'obtenir, avec un pourcentage d'environ 80 %, une réaction sérologique caractéristique du cancer. La réaction de Bothelo a été l'objet déjà d'un certain nombre de publications en France et à l'étranger et d'essais de contrôle à l'institut Pasteur et à l'Institut du radium. Elle consiste à traiter en milieu acide le sérum par la solution iodo-iodurée, type Gram-Lugol. Lorsqu'il s'agit d'un sérum cancéreux, il se produit un précipité stable.

Bothelo a, d'autre part, tiré de sa méthode un traitement par applications locales, des cancers accessibles. Sans insister sur cette question thérapeutique, en cours d'étude, M. Léopold-Lévi ajoute que M. Bothelo se met à la disposition de tous les praticiens pour faire gracieusement à l'Hôtel-Dieu, le séro-diagnostic des malades chez lesquels le diagnostic de cancer est cliniquement hésitant.

Sur le jeûne.

(M. NATIER. — *Société de médecine de Paris* ; 23-5-1925.)

M. Natier, comme M. Guelpa, est un défenseur ardent, un apôtre, de la cure de jeûne et même du jeûne hygiénique. C'est pour lui, un excellent adjuvant de la culture physique, pour le développement. « Quand je mangeais trop, dit-il, j'avais des troubles de toutes sortes, je n'avais pas de sommeil, tandis que maintenant grâce aux cures de jeûne, j'ai reconquis toute mon activité musculaire ».

— M. BÉRILLON remarque que certaines congrégations religieuses observent depuis longtemps le jeûne. Leurs membres ont une sobriété très grande. Or, généralement, ils vivent longtemps et, quoique maigres, font preuve d'une continuité d'effort considérable. A côté de cela, les gros mangeurs sont toujours des intoxiqués.

En toute évidence, d'ailleurs, si le jeûne, plus ou moins complet et plus ou moins prolongé, a ses avantages et ses indications, ce n'est pas une mesure d'hygiène générale, mais une pratique qui s'applique à des cas déterminés, peut-être assez nombreux.

P. L.

Les Livres

Gaston Doin, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Sir Berkeley Moynihan (de Leeds). — **L'ulcus gastrique et duodénal.** Traduction française de Victor Pauchet. (Un vol. in-8 de 80 pages avec 21 figures dans le texte. Prix : 8 fr.).

C'est un enseignement clair, net, concis, aussi utile au médecin qu'au chirurgien ; il est écrit par le Prince britannique de la chirurgie gastrique.

L'auteur recommande le traitement chirurgical dans la très grande majorité des cas, mais il fait aussi une critique très serrée du traitement médical et du traitement chirurgical. Médecins et chirurgiens soignent mal, en général, les ulcus, d'où leurs insuccès.

L'ulcus gastrique se diagnostique uniquement par la laparotomie et l'examen radiologique, qui montre une « encoche », un « diverticule » ou une « niche ». Mais, dans 50 p. 100 des cas, ce renseignement fait défaut ; il faut donc opérer sous l'influence de grandes probabilités, qui suffisent d'ailleurs, étant donné que si l'ulcus gastrique fait défaut, l'opérateur trouve généralement un ulcus duodénal, une cholécystite, une appendicite ou des brides de Lane, lésions qui, toutes, justifient l'intervention.

L'ulcus duodénal, trois fois plus fréquent, se reconnaît encore par la douleur horaire, fixe, et par l'examen chimique (hyperchlorhydrie).

Enfin ces deux ulcus évoluent par poussées (périodes de quelques semaines ou quelques mois).

Moynihan reproche aux praticiens de poser le diagnostic sans certitude, de ne pas chercher, ni traiter les causes de l'ulcus (infections dentaires, appendicite chronique, etc.), de ne pas distinguer, après laparotomie ces deux ulcus, et de faire ainsi une gastro-entérostomie souvent inutile, de ne pas poursuivre assez longtemps le traitement médical et diététique après une crise, alors qu'il faut le faire durant des mois et des années.

L'ulcus gastrique doit être traité chirurgicalement, par la gastrectomie (mortalité 1,6 p. 100), l'ulcus duodénal par la résection et la gastroduodénostomie. Ne pas oublier aussi de détruire l'ulcus au thermo-cautère, et de l'enfouir ensuite sous quelques points séro-séreux.

Papeete, Imprimerie du Gouvernement, 1924.

Dr L. Sasportas. — **La lèpre dans les établissements français de l'Océanie.** (Une brochure in-8 de 78 p. Préface du Dr Ch. Fiessinger).

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

H. Lambert. — **La pratique médicale rurale** in « **Comment guérir ?** » Bibliothèque des Praticiens. (Un vol. in-16, 116 pages).

Quand un confrère s'installe dans une petite ville, il a le feu sacré dans le cœur, mais pas encore le métier dans les mains. L'auteur tâche de lui donner des conseils, de le guider dans ces débuts difficiles de l'installation où on cherche sa voie, de lui indiquer les livres les plus pratiques, les instruments indispensables, d'établir le polymorphisme de cette médecine rurale. Voici les titres de quelques chapitres.

La vitrine à instruments du médecin de campagne. Sa bibliothèque. Le milieu rural. Ce qu'on peut y faire. La limite opératoire. Audace et prudence. Le médecin rural et l'obstétrique. Les spécialités et l'omnipraticien (nécessité d'en connaître à la campagne la technique élémentaire). La médecine générale. Le sacerdoce du médecin rural.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Maloine :

Dr Cattier. — **La blennorrhagie chez l'homme et chez la femme.** (578 pages, 60 fig., 3 pl.).

Dr Delherm et Morel-Kahn. — **Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications, résultats).** (*In*-8, 252 p., 134 fig. Prix : 25 frs.)

Chez Le François :

Dr Cabanès. — **Les curiosités de la médecine** (in-16, 330 p. Prix : 10 fr.)

A l'imprimerie Plateau,
25, rue Nicolas-Leblanc, Lille :

Drs Rouèche et R. Ausset. — **Les actualités thérapeutiques infantiles en 1924** (102 p.. Prix : 6 fr.).

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement*).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Le médecin prescripteur doit-il mentionner sur son ordonnance le nom et l'adresse de son malade ? — Le médecin prescripteur est-il limité dans les doses qu'il ordonne ?

La loi du 16 juillet 1916 et le décret du 14 septembre 1916, qui régissent l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne, ont suffisamment compliqué l'exercice de la médecine et rendu plus ardue, en bien des cas, la tâche du médecin, semeur d'illusions et chargé, par destination, de soulager la douleur humaine, sans qu'il soit nécessaire de compliquer davantage cet exercice, en faisant dire à la loi, et surtout au décret, ce qui ne figure dans aucun de leurs articles.

Or, à chaque instant, des confrères nous demandent s'ils sont tenus, quand ils ordonnent des substances du tableau B, de mentionner sur leur ordonnance le nom et l'adresse de leur client ; ou encore, quelle est la dose maxima de morphine (ou de cocaïne) qu'ils peuvent prescrire, pour se conformer aux textes législatifs.

A chaque instant, on lit, sous des signatures sérieuses et faites pour inspirer la confiance, que les médecins doivent s'en tenir aux doses maxima légalement autorisées ; et encore, qu'ils doivent indiquer le nom et l'adresse des malades auxquels ils ont prescrit des substances du tableau B, sur les ordonnances qu'ils leur remettent.

Reprenant les articles du décret en question, nous allons essayer d'effectuer une mise au point précise, qui fixera *stricto sensu* les obligations des praticiens.

***

Les substances du tableau A sont envisagées, dans ce décret, suivant qu'elles sont destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture (chapitre 1er), ou à la médecine humaine ou vétérinaire (chapitre II).

C'est dans le chapitre 1er que figure l'article 6 ainsi conçu :

Toute vente desdites substances doit être inscrite sur un registre spécial coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. Les inscriptions sur ce registre sont faites à la suite, sans aucun blanc, rature, ni surcharge, au moment même de la livraison ou de l'expédition ; elles indiquent le nom et la quantité des substances vendues, la date de la vente, *ainsi que les noms, profession et adresse de l'acheteur.*

Ce registre est différent de celui que doivent tenir les pharmaciens, et que nous retrouverons, plus loin, *à l'occasion de la vente des substances vénéneuses du tableau B destinées à la médecine.*

Dans le chapitre II (substances A destinées à la médecine humaine), figurent les articles suivantes :

Art. 19. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer lesdites substances, pour l'usage de la médecine humaine... que sur la prescription d'un médecin...

Art. 20. — L'*auteur de la prescription est tenu*, sous les sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, *de la dater, de la signer et mentionner lisiblement son nom et son adresse, d'énoncer en toutes lettres les doses de substances vénéneuses prescrites*, et d'indiquer le mode d'administration du médicament.

Art. 22. — *Les pharmaciens doivent inscrire les ordonnances* prescrivant les dites substances *sur un registre spécial de vente tenu dans les conditions fixées par l'article* 6 *du présent décret.* Ils sont soumis aux mêmes obligations en ce qui concerne les livraisons qu'ils sont autorisés à faire dans les conditions prévues aux articles 27 et 28.

Toutefois, *pour les ventes sur ordonnances, ils ne sont pas obligés d'inscrire le nom de l'acheteur*, mais ils doivent mentionner le nom et l'adresse de l'auteur de la prescription.

Art. 27. — Les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins, ... sur leur demande écrite, datée et signée, les substances visées au présent titre et destinées à être employées par eux, soit dans les cas d'urgence, soit pour des opérations, pansements ou injections.

Résumons : Les substances du tableau A destinées à la médecine humaine doivent être prescrites par un médecin sur une ordonnance où, figureront, *imprimés ou écrits à la main lisiblement* son nom et son adresse, les doses *étant écrites en toutes lettres.*

L'ordonnance sera exécutée par un pharmacien qui la transcrira sur un registre spécial, avec l'indication adjacente du nom et de l'adresse du médecin prescripteur, *mais non de l'acheteur.*

***

Les substances du tableau B (opium, morphine, cocaïne,...) font l'objet d'obligations particulières, tout en restant soumises aux mêmes règles que celles du tableau A, en tant que les dispositions de ces règles ne sont pas contraires à celles du titre II les régissant.

Donc, les substances du tableau B sont soumises d'abord à la même réglementation que celles du tableau A, et ensuite à d'autres, plus rigoureuses qui modifient, à certains points de vue, la première.

Art. 32. — Tout achat ou toute cession, même à titre gratuit, desdites substances (Tab. B) doit être inscrit sur un *registre spécial aux substances du tableau B*... Les inscriptions sur ce registre... indiquent le nom desdites substances, tel qu'il figure au tableau B, leur quantité, les nom, profession et adresse soit de l'acheteur, soit du vendeur...

Toutefois, les pharmaciens sont autorisés, pour les ventes sur ordonnances, à n'inscrire que chaque mois, sur le registre spécial, le relevé des quantités desdites substances qui figurent, pour ledit mois, au registre de vente prévu, par l'article 22 et sur lequel *ils doivent alors inscrire le nom et l'adresse des personnes auxquelles ils ont délivré ces substances.*

Reportons-nous à l'article 22, nous verrons que le registre qu'il exige est le même que celui que prévoit l'article 6, cité intégralement au début de cette argumentation.

Donc, quand il s'agit des substances B (opium, morphine, cocaïne...), le pharmacien doit tenir un registre *qui leur est propre*, et qui est différent et indépendant de celui sur lequel ils transcrivent toutes les ordonnances qu'ils exécutent.

C'est sur ce dernier registre, *tenu au jour le jour*, que le pharmacien inscrit le nom et l'adresse des personnes auxquelles il délivre les médicaments prescrits dans ces ordonnances et renfermant des substances du tableau B.

Sur le registre particulier à ces substances, ce n'est que mensuellement qu'il inscrit *le total* des ventes de celles-ci.

Art. 38. — Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B, soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées...

Art. 39. — Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdiction édictées à l'article précédent.

***

Tels sont les textes qui réglementent la prescription et la délivrance des substances vénéneuses A et B, destinées à la médecine humaine.

Nulle part vous ne trouverez l'obligation pour le médecin de ne jamais dépasser une certaine dose maxima de ces substances.

Nulle part, vous ne trouverez pour le médecin l'obligation d'indiquer, sur ses ordonnances renfermant des substances B, le nom et l'adresse de ses clients.

Vous aurez beau torturer les textes, les tourner et les retourner, vous ne pourrez leur faire dire ce qu'ils ne disent pas.

Encore qu'ils soient parfois d'une rédaction un peu confuse, ils ne peuvent prêter à l'équivoque relativement aux questions envisagées dans cet article.

En ce qui concerne les quantités, les articles 6 et 32, indiquent qu'elles doivent être mentionnées sur les registres de vente des pharmaciens ; l'article 20, qui appelle ces quantités des doses, oblige le médecin à les énoncer en toutes lettres.

Mais, de limite quantitative, ici et là, il n'est aucunement question. Le médecin prescrit sous sa responsabilité. Si la dose ordonnée dépasse plus ou moins celle de la posologie usuelle, il fera bien de préciser : *Je dis*..... grammes, centigrammes ou milligrammes.

Je suppose qu'il s'agisse d'un morphinomane qui, par accoutumance, est arrivé à absorber 0,50 de morphine par jour : s'il se met entre les mains d'un médecin pour être démorphinisé, il est bien évident que la quantité à prescrire pour les premières vingt-quatre heures, sera de 0,50. Les jours suivants, — que le sevrage soit rapide ou lent, — les doses quotidiennes n'en resteront pas moins supérieures à celles qui sont indiquées comme des doses maxima dans les formulaires. Si donc le médecin ordonne pour sept jours 1 gr. 50 de morphine, à prendre : 0,50 la première journée ; 0,40 la deuxième ; 0,30 la troisième,.. il fera bien de préciser : *je dis : un gramme cinquante centigrammes.*

D'ailleurs, le pharmacien pourra toujours réclamer au médecin cette précision.

En ce qui concerne l'inscription du nom du malade ou de son adresse par le médecin sur son ordonnance, là encore, rien, absolument rien qui puisse être considéré, dans le texte, comme pouvant être interprété en ce sens.

Sur le registre prévu à l'article 22, qui est le même que celui de l'article 6, le pharmacien transcrit les ordonnances contenant des substances B, et, *dans ce seul cas*, inscrit en même temps le nom et l'adresse des personnes *auxquelles il a délivré ces substances.*

A qui délivre-t-il ces substances ? Au malade, ou à un mandataire du malade ; c'est à eux qu'il doit réclamer le nom et l'adresse ainsi exigés, au moment où ils viennent faire exécuter l'ordonnance. S'il arrivait que le mandataire du malade fut son propre médecin, il va sans dire que, dans ce cas, c'est celui-ci qui devrait donner ces renseignements. Mais il est exceptionnel qu'il en soit ainsi. Et alors, ce n'est plus comme médecin, qu'il le fait, mais comme représentant et mandataire du malade.

Cependant, il pourrait arriver, — et il est arrivé, — qu'un pharmacien, interprétant le décret d'une façon erronée, — refuse d'exécuter une ordonnance contenant des substances B, ne mentionnant pas, de la main du médecin, le nom et l'adresse du malade.

D'une façon générale, de même que le médecin est libre de refuser de soigner un malade qui s'adresse à lui, hors certains cas exceptionnels, de même un pharmacien est libre de refuser de délivrer des médicaments à qui que ce soit.

Il n'en serait pas de même si le refus était basé sur des considérations diffamatoires pour le médecin prescripteur, ou s'accompagnait d'une intention de nuire.

Dans la pratique, s'il s'agit d'un cas d'urgence, le médecin possède habituellement dans sa trousse l'ampoule qui lui permettra de répondre immédiatement à l'indication posée. Si l'on peut attendre quelque peu le pharmacien dont le malade est le client habituel lui délivrera les médicaments portés sur l'ordonnance de son médecin, sans faire de difficultés.

Mais, dira-t-on peut-être, un acheteur peut donner un faux nom au pharmacien... Ne pourrait-il faire de même avec le médecin ? Et faudra-t-il désormais que, comme dans les administrations publiques, nous exigions, de tous ceux qui viennent nous consulter, la justification de leur identité, par témoignages et pièces authentiques ?

***

Je conclus : lorsqu'il prescrit des substances vénéneuses du tableau B, le médecin n'est pas tenu d'indiquer sur son ordonnance le nom et l'adresse de son malade. Il n'est pas davantage tenu d'arrêter les doses de ses prescriptions à une limite maxima que la loi ni le décret ne prévoient pas.

G. DUCHESNE.

VÉRITÉ EN DEÇA.... ERREUR AU DELA !

Monsieur le Directeur et cher confrère,

J'ai eu l'honneur de vous adresser, il y a quelques semaines, un article assez virulent que vous avez jugé à propos de ne pas insérer, sous le prétexte que vous ne vouliez pas ouvrir de polémique : j'ai compris et me suis incliné. Le petit article que je vous envoie aujourd'hui en vous priant de le publier le plus tôt possible, n'est que la reproduction, avec quelques commentaires dépourvus de tout caractère agressif, de lignes parues dans le dernier numéro du Concours. *C'est donc presque un droit de réponse, ou, si vous aimez mieux, de mise au point, que je revendique comme lecteur, je devrais dire comme fidèle abonné.*

J'ose espérer que cette fois, je pourrai me convaincre, sur la foi de votre affirmation si souvent renouvelée dans vos colonnes, que le « Concours Médical *» est bien une tribune libre.*

Dr LAYRAL.

On lit dans le *Concours médical* du 21 juin dernier (page 1517) :

... « A l'Union des Syndicats médicaux, on l'a toujours dit : ce n'est pas aux « Etats Majors » que nous devons nous adresser, et cela, aussi bien pour les questions médico-mutualistes que pour celles de médecine sociale .....

(Donc : de toute évidence, pas de contrat collectif entre « Etats Majors »).

... C'est à ceux qui sont les principaux, on pourrait même dire les *seuls* vraiment intéressés, c'est-à-dire à ceux qui recevront les soins ......

(Donc : entente directe).

Et ceux-là ne seront pas longs à comprendre que là, comme partout, on en a toujours pour son argent...

(Donc : pas de tarification).

et que nous, praticiens, nous ne voulons plus de catégories de médecine : médecine pour pauvres, médecine pour mutualistes, médecine pour clientèle payante. Nous voulons, pour tous, de la médecine ... tout court, de la médecine qui s'efforce de guérir simplement, et qui soit à même, dans ce but, de se servir de tous les procédés nouveaux que la science peut mettre à sa disposition.

(Donc : pas de catégories de praticiens si impopulaires, à juste titre, dans le Corps médical).

Il s'ensuit donc que nous ne voulons plus désormais qu'on fasse une différence entre un client mutualiste et un client quelconque.

(Donc : la médecine libre).

Et c'est précisément ce que nous avons proclamé dans l'ordre du jour de notre syndicat.

Vous pensez peut-être qu'il s'agit de quelque syndicat de l'opposition, du syndicat de Bourg-Trévoux, du Nord, du Rhône, de Beaune, de la Loire ou du Bas-Vivarais, et que c'est signé Duby, Vanvertz, Michon ou Bouvat. Erreur ! C'est signé..... Dr Fernand Decourt, président du Syndicat médical de Seine-et-Marne.... et de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Et c'est parce que nous sommes allés, Michon et moi, dire tout cela devant la Commission d'hygiène du Sénat que la circulaire n° 50 nous a cloués au pilori du Corps médical !

Que ceux qui y comprennent quelque chose lèvent la main !

Dr LAYRAL,
Président du Syndicat départemental de la Loire.

***

Nous avons soumis les lignes qui précèdent au Dr Decourt qui, usant d'un droit qui ne saurait lui être contesté, nous a prié d'en faire suivre la publication de sa réponse :

« Donnez-moi quatre lignes de quelqu'un, et je me charge de le faire pendre », a dit un philosophe. Le confrère Layral est de cet avis et, découpant des phrases dans un compte rendu de l'Assemblée générale du Syndicat que je préside, il s'est efforcé de me mettre en mauvaise posture devant mes camarades du Conseil de l'Union, par rapport à mon titre de président. Ceci n'est guère charitable pour notre ami Michon dont il souligne ainsi furieusement la posture beaucoup plus..... curieuse, alors qu'il est, à la fois, vice-président de l'Union et signataire des attaques les plus vives contre le bureau même actuel, dont il fait partie.....

Or, dans ces « découpages », on pourrait se demander si le Dr Layral ne s'est pas livré à de joyeuses galéjades :

« Ce n'est pas aux Etats majors que nous devons nous adresser, avais-je écrit dans mon compte rendu, mais à ceux qui reçoivent les soins. » Conclusion Layral : « Donc, de toute évidence, pas de contrat collectif ». — Merci, confrère, pour les membres de mon Syndicat qui ont voté à l'unanimité pour le contrat collectif avec paiement direct, ainsi que le dit leur ordre du jour, quelques lignes plus haut. Nous autres Seine-et-Marnais, serions-nous donc des aveugles ou des niais qui ne voient pas, l'évidence lyonnaise ? »

« Nous ne voulons plus de catégorie en médecine : médecine pour pauvres, pour mutualistes, pour clients, mais de la médecine.... tout court » avais-je écrit. Notons, en passant, que c'est ce qu'on lit couramment, depuis de longues années, dans le *Médecin Syndicaliste*, que ce soient Lafontaine, Quivy ou Lenglet qui signent. — Conclusion Layral : « Donc, pas de catégories de praticiens. » Cette fois, ce n'est plus qu'un médiocre jeu de mots : pas de catégories de médecine = pas de catégories de médecins. Et le Dr Layral triomphe de ce jeu de mots pour s'étonner de telles idées de ma part. Eh oui, confrère, j'accepte même le jeu de mots, je l'encaisse : pas de catégories de médecins. Nos amis du *Concours* le savent, tous ceux, du moins qui ont lu dernièrement un long article, dans le *Concours* même, pour la suppression des catégories et dans lequel je disais même que « nous n'avions pourtant pas à être tarifés à divers prix, comme des conserves de petits pois. »

Etc., etc... Il est toujours facile de tourner à sa façon les phrases des gens. Voulez-vous un exemple, confrère Layral ? Je le prends dans votre dernière conclusion elle-même. Vous dites : « Donc, la médecine libre ! »

Si je suis les règles de votre petit jeu de société, me voilà m'écriant, pour la galerie : « La médecine libre ! ! ..... » Ainsi voilà un confrère qui est d'avis de supprimer le Corps médical. La médecine libre, tout le monde pouvant essayer de soigner et de guérir. Certes, cela eut lieu jadis, mais aujourd'hui, on ne s'attendrait guère à voir un président de Syndicat préconiser de telles choses, etc..... ! »

Vous voyez, confrères, que j'ai saisi votre règle de jeu. Seulement, je ne voudrais pas vous y suivre, n'étant pas de ceux qui se plaisent à de tels gestes.

Quant à la circulaire n° 50, dont vous parlez, permettez-moi de « lever la main », car j'y ai compris quelque chose.

Elle fut faite pour rappeler à certains, dont vous êtes, que, si la discipline fait la force des armées, il en est de même dans tout groupement, Ayons chacun nos idées ; défendons-les dans nos Syndicats, puis dans les Assemblées générales de l'Union. Mais, une fois le vote acquis, et surtout quand l'heure de l'action a sonné, laissons agir ceux qui sont mandatés pour cela. Autrement, c'est l'anarchie, la débandade — et la défaite.

Et c'est là, le danger d'aller, comme vous l'avez fait, Michon et vous, faire le cavalier seul devant le Sénat, pour simplement, au sujet de paiement direct du médecin par le malade, paraphraser ce que j'avais répété, par deux fois, lors de l'audition des délégués officiels de l'Union.

Par votre démarche, vous ne pouviez que déconsidérer ceux-ci devant le Parlement, leur ôtant ainsi toute force, et par suite, annihilant toutes les autres démarches consécutives de l'Union.

Vous êtes quelques-uns qui, depuis plusieurs années, cherchez la *désunion* dans notre Union des Syndicats médicaux de France. Tous les prétextes vous sont bons. Témoin, celui d'aujourd'hui. Permettez-moi de ne pas vous envier un tel rôle.

Dr Fernand DECOURT.

***

Quoiqu'il s'en défende préalablement, dans sa lettre d'envoi, le Dr LAYRAL a prononcé une offensive contre le Dr DECOURT.

Celui-ci rispote, ainsi qu'il en avait le droit.

Pour nous, l'incident est clos.

Nous l'avons dit à plusieurs reprises ; nous le répétons une fois de plus : le *Concours médical* ne servira pas de champ de bataille aux personnalités.

Que les idées se confrontent, s'affrontent, se heurtent, s'entrechoquent : le *Concours médical* enregistrera très volontiers ce genre de polémique, qui n'est autre chose d'ailleurs que de la discussion — surtout quand il en doit jaillir quelque lumière.

Mais que Pierre, Paul ou Philippe se servent de lui comme d'un champ clos pour y vider leurs querelles personnelles, nous nous y refusons : il a mieux à faire. Nous nous y refusons en toutes circonstances, et à plus forte raison quand Philippe, Paul et Pierre sont syndiqués et qu'ils ont, dans leur Syndicat, la libre tribune où ils peuvent exprimer leurs griefs les uns contre les autres.

Mauvaise tactique d'ailleurs, dont finalement le corps médical payera les frais le jour, qui pointe, hélas ! où il sera désorganisé.

LA DIRECTION.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Ampoule forcée. — Appel sur la compétence du Juge de Paix.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e CHAMBRE)

1er *avril* 1925.

Attendu que L. a interjeté appel d'un jugement pour lequel le juge de paix de Pantin l'a condamné le vingt-huit août mil neuf cent vingt-trois à payer au docteur W. la somme de quatre vingt-neuf francs pour soins médicaux donnés à M. ouvrier dudit L.

Que par conclusions du 24 mars 1925 L. base son appel sur l'incompétence du juge de paix, motif pris de ce que l'action directe accordée aux médecins par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ne leur est dévolue que si cette loi est applicable.

Qu'il soutient que W. n'a pas fait et n'a pas demandé à faire la preuve qu'il a été victime d'un accident du travail, que dès lors la loi du 9 avril 1898 étant inapplicable en l'espèce, le juge de paix était incompétent pour connaître de la demande.

Mais attendu qu'il résulte des qualités du jugement entrepris que le docteur W. a assigné le sieur L. pour soins médicaux donnés à M., ouvrier de ce dernier.

Que ces soins étaient motivés par un accident de travail survenu le 8 avril 1922 et que les honoraires réclamés étaient dus pour soins donnés depuis le jour ayant suivi l'accident de travail jusqu'à guérison complète.

Que L. a objecté que l'affection dont M. a été atteint n'était pas la conséquence d'un accident du travail, mais provenait d'une maladie professionnelle, puisqu'il s'agissait d'une ampoule forcée entre le pouce et l'index droit.

Que par suite la responsabilité du chef d'entreprise n'était pas engagée en ce qui a trait aux indemnités et frais prévus par la loi de 1898.

Qu'au surplus au cas où par impossible la loi aurait été reconnue applicable, la demande serait irrecevable, comme tardive la prescription prévue par l'article 18 de la dite loi étant acquise.

Attendu qu'après avoir mentionné dans les motifs du jugement la contestation soulevée par L. sur l'application de la loi de 1898 le juge de paix ne répond pas à la question ainsi posée.

Qu'il se borne à déclarer que la demande est justifiée par les soins donnés.

Attendu que le tribunal n'a pas à apprécier les motifs donnés par le premier juge, puisqu'il n'est pas juridiction d'appel en la cause, et que l'appel ne peut être porté devant lui du chef de la compétence, seule question dont il ait à connaître.

Qu'en réalité il appert des qualités ci-dessus reproduites et de l'allusion à la contestation de L., que le premier juge a été saisi par le demandeur d'un paiement d'honoraires dus à raison d'un accident du travail et qu'il a statué en cette matière.

Qu'en effet la contestation soulevée par L. ne portait ni sur les qualités respectives du patron ou de l'ouvrier, ni sur les circonstances de l'accident, mais simplement sur la nature de l'affection subie et à laquelle le défendeur attribuait le caractère d'une

maladie professionnelle, ne pouvant être considérée comme la conséquence d'un accident du travail.

Or attendu que le certificat du docteur W. seule pièce produite aux débats sur ce point,mentionne une piqûre infectée que l'ouvrier prétend s'être faite lors de son travail chez L. et qui doit entraîner une incapacité sauf complication de quinze à dix-huit jours.

Qu'il apparaît que, dans ces conditions, le juge de paix, régulièrement saisi d'une demande ayant trait à un accident de travail, était en droit de se prononcer sur le caractère et la nature de la blessure présentée, ce droit découlant du pouvoir d'appréciation des faits de la cause qui ne saurait lui être dénié.

Qu'à supposer qu'une erreur ait été commise sur ce point, cette erreur ne porterait pas atteinte à sa compétence et ne pourrait ouvrir droit qu'à un recours pour violation ou fausse application de la loi.

Que décider autrement aboutirait à rendre une décision, qui statuerait en réalité non sur la compétence mais sur le fond même de l'affaire, alors que la décision du premier juge est rendue en dernier ressort.

Qu'il résulte des considérations qui précèdent que l'appel de L. fondé uniquement sur la question de compétence doit être déclaré irrecevable.

PAR CES MOTIFS :

Dit l'appel de L. irrecevable l'en déboute.

Le condamne à 6 francs 25 pour fol appel et aux dépens de première instance et d'appel

Commentaires.

Ce jugement, obtenu par le « Sou médical », après plaidoirie de son avocat conseil, Me Nattan-Larrier, prouve à nos confrères combien il est indispensable d'être non seulement garanti contre la responsabilité civile, mais surtout contre les mille petits incidents juridiques de la vie professionnelle de chaque jour.

Pour se faire payer une misérable somme de 89 francs, notre adhérent a dû être en nom dans une instance devant le Juge de paix, puis devant le Tribunal civil de la Seine. N'espérait-on pas, ainsi, l'effrayer devant les frais d'avoué et d'avocat ? Ne pensait-on pas lui faire abandonner sa revendication, non pas à cause de la somme engagée (elle est modique), mais pour l'obliger à s'incliner, dans la suite, devant la puissance des sociétés d'assurances contre les accidents du travail ?

Le tribunal civil de la Seine a parfaitement déjoué la manœuvre, en se refusant d'aborder le fond de l'affaire, en se cantonant uniquement sur un point de forme.

L'adversaire de notre confrère a fait appel sur la compétence. C'est parce que, d'après lui, il ne s'agissait pas d'un accident du travail (ampoule forcée) que le juge de paix était incompétent.

Le tribunal reconnaît que le juge de paix était souverain pour décider si, dans le cas présent, il s'agissait d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qu'il avait à connaître d'une demande d'honoraires médicaux, pour soins donnés.

Aussi le tribunal d'appel déclare-t-il qu'il n'a pas à apprécier les motifs, pour lesquels le juge de paix a décidé, en s'appuyant sur le certificat médical initial, que l'ampoule forcée était bien un accident du travail et non une maladie professionnelle.

Ne voulant pas s'incliner devant cette décision de justice de paix, le patron devait, non pas aller en appel, mais se pourvoir devant la Cour de Cassation pour violation ou fausse application de la loi du 9 avril 1898.

Dr Paul BOUDIN.

SOCIÉTÉS MUTUELLES ET CONTRAT COLLECTIF

Depuis déjà longtemps existe une tension dans les rapports du Corps médical et de la Mutualité. Les médecins, las d'être exploités, réclament par ces temps de vie chère le droit à l'existence, se révoltent et secouent le joug qui leur fut si longtemps imposé. Ils ne veulent plus être les employés mal payés de ces collectivités pseudo-philantropiques.

Dans certains pays, ils ont cessé tout rapport avec les Mutualités et considèrent les sociétaires comme des clients ordinaires ; libres à ceux-ci de garantir leurs droits vis-à-vis de leurs sociétés. C'est à mon sens, la solution la meilleure.

Dans d'autres régions, les médecins préfèrent résoudre les conflits par l'entente amiable et ainsi ménager ceux qui ont eu confiance dans l'œuvre sociale de la Mutualité.

Ils font des contrats collectifs syndicaux.

Peut-être doit-on reprocher à tous ces contrats d'être basés sur un avilissement des honoraires, une diminution des tarifs en usage dans la région. C'est possible. Mais, dans bien des cas, ces contrats sont néanmoins une amélioration sur l'état antérieur et une victoire partielle et d'attente du Corps médical.

En tout cas, nous n'avons qu'à apprécier ces contrats, car nos syndicats, je n'en doute pas, font pour le mieux dans l'intérêt professionnel. Ils ont leur autonomie et il est quelquefois difficile de formuler une opinion ou une critique, quand on ne vit pas dans la région, dans l'ambiance locale, quand on ne connaît pas la mentalité d'un pays.

Cependant, il convient d'être très circonspect

dans la rédaction de ces contrats à la veille de l'établissement du régime des assurances sociales, contrats qu'on peut toujours nous opposer dans la suite au cours des tractations entre syndicats et caisses régionales.

Le Syndicat des Médecins d'Angers vient d'établir un contrat collectif avec la fédération des Sociétés mutuelles de cette ville. Les pourparlers étaient peut-être plus conciliants avec M. Girard, président de cette fédération qu'avec tout autre.

Je me souviens, en effet, qu'au Congrès d'Angers, M. Girard fut un de ceux dont l'allure fut des plus correcte vis-à-vis des médecins qu'il défendit même à l'occasion au milieu de la masse bêlante des Mutualistes, lancée contre le Corps médical sous l'œil indifférent d'un président qui ne sut à aucun moment relever les paroles outrageantes de maints délégués à l'égard des praticiens et qui obligèrent la délégation médicale à quitter la salle des séances.

Le contrat collectif prend comme point de départ les tarifs de 7 fr. pour les consultations et 8 fr. pour les visites. Celles-ci ont été portées à 8 et 10 fr. dans le tarif régional actuel. C'est donc déjà un rabais aggravé du fait, que lors de l'encaissement des honoraires, il est fait un rabais de 10 % ; ce qui, en réalité, met la consultation à 6 fr. 30 et 7 fr. 20, les visites. La marge est donc grande avec les tarifs syndicaux en usage.

Je relève avec satisfaction l'engagement réciproque des médecins et des mutualistes de ne jamais traiter au-dessous de ces tarifs et de ne pas solliciter ou offrir des rabais sur les prix établis.

Il est bien spécifié que ces prix ne concernent que les visites et consultations simples ; les suppléments s'ajoutant aux honoraires fixés pour ces vacations, devant être versés directement par le malade et au comptant. Cependant un certain nombre de petites interventions sont comprises dans le prix des visites et consultations.

Ici, les avis peuvent différer. J'admets volontiers les injections hypodermiques d'urgence (morphine, huile camphrée, par exemple), c'est une simple question d'humanité de ne pas réclamer un supplément à un malade en état de crise. Mais pourquoi les autres petites interventions en dehors de l'urgence ?

Le médecin doit prolonger sa visite lorsqu'il fait une application de ventouses, de même pour les pointes de feu ou les injections hypodermiques, on doit s'entourer de précautions antiseptiques, flambage de l'aiguille, ébullition de la seringue , etc.

Il serait équitable qu'une vacation d'une durée plus que normale, soit gratifiée d'un supplément d'honoraires. C'est même une garantie pour le malade, assuré ainsi que toutes les précautions nécessaires à cette petite intervention auront été prises, puisque payées.

Un certain nombre de points de détails donnant lieu souvent à des contestations entre clients et médecins sont ici bien réglées. Telle la question des consultations aux membres de la famille au cours d'une visite, qui comporte autant de fois des honoraires qu'il y a de malades examinés.

De même, la tarification des visites spéciales, visites de nuit entre 7 heures du soir et 8 heures du matin, visites du dimanche et jours fériés, visites d'urgence, c'est-à-dire réclamées dans les trois heures de l'appel. Toutes ces distinctions constituent des novations heureuses dans la pratique médicale mutualiste.

Le contrat a également prévu les honoraires des médecins spécialistes, pour ainsi dire inconnus dans l'ancien fonctionnement des sociétés mutuelles. Elles faisaient bien figurer des médecins spécialistes sur leurs listes, mais le tarif de leurs consultations étaient celui des autres médecins.

Mais pourquoi, après avoir établi un chiffre de 20 fr. acceptable, consentir une remise considérable de 30 % aux sociétés et établir quelques lignes plus loin que les honoraires de spécialistes seront de 14 fr. net (valeur du ticket).

Le libre choix complet du médecin est admis d'un commun accord, parmi les médecins syndiqués ou non et pour cela une liste des médecins est affectée à tous les mutualistes, classés par catégorie de façon à permettre la liberté de confiance absolue des malades. Parmi nos confrères, les uns acceptent purement et simplement les tickets de paiement, d'autres acceptent le ticket, mais font payer le complément entre le prix du ticket et leur tarif particulier, fixé d'avance pour éviter toute surprise, d'autres enfin n'acceptent aucun ticket et désirent le règlement des honoraires en monnaie courante voulant ainsi éviter le tiers payant.

Ce que je vois pour la première fois, c'est l'inscription du respect absolu du secret professionnel. Il est dit au contrat que les médecins doivent remplir les formules imprimées de la société, mais il est ajouté : dans chacun de ces documents le secret médical sera respecté et il ne devra pas être fait mention de la nature de la maladie.

Enfin, il est institué pour supprimer les abus d'où qu'ils viennent (car, répétons-le, ils ne viennent pas toujours comme on le croit du médecin), une commission de contrôle médico-mutualiste. Le texte ne parle que de trois délégués de la fédération de S. S. M. Je suppose qu'il y a erreur ou plutôt omission dans l'oubli des membres des Syndicats médicaux et que, dans cette Commission, les deux parties contractantes sont représentées. Sans cela, la Commission ne sera pas dans l'espèce même médico-mutualiste, mais seulement mutualiste.

Ainsi que vous pouvez le voir, ce contrat con-

tient des points nouveaux et intéressants et peut-être dans l'avenir, pourra, avec des améliorations, servir de base à l'établissement de rapports moins tendus entre le Corps médical et la Mutualité. La paix est sans doute préférable à la guerre, mais la paix armée qui permet à chaque instant la prompte défensive.

Dr M. VIMONT.

Voici le texte du contrat collectif entre la fédération mutualiste d'Angers et le syndicat médical.

I. — *Tarif et tickets de médecine générale.*

Un tarif minimum de consultation et de visite concernant la médecine générale est adopté d'un commun accord pour être appliqué aux membres des Sociétés de secours mutuels affiliées à la Fédération de Maine-et-Loire. Le prix de la consultation simple est fixé à 7 francs ; celui de la visite simple à 8 francs.

Les membres du syndicat médical et les médecins adhérant par écrit au présent contrat s'engagent à ne consentir à aucune Société ou à aucun groupement affilié ou non à la Fédération des S. S. M., un tarif de consultation ou de visite inférieur à 7 et 8 fr.

Par contrat, les S. S. M. s'engagent à ne solliciter ni accepter des médecins affiliés ou non au syndicat d'Angers un tarif médical de consultation ou de visite inférieur à 7 et 8 fr.

Les S. S. M. mettront en circulation des tickets de consultation et de visite faciles à différencier par leur couleur et leur suscription ayant valeur de 7 et 8 francs.

Ces tickets seront acceptés par les médecins, pour leur valeur, en paiement de tout ou partie des soins médicaux afférents à une consultation ou à une visite Ils porteront le sceau de la Société et le nom du bénéficiaire.

Tous les suppléments s'ajoutant au prix de la consultation ou de la visite simple resteront à la charge du mutualiste qui fera l'appoint en numéraire et au comptant.

Le ticket représente la part contributial de la Société dans le paiement de l'acte médical. Il en résulte que le mutualiste devra s'interdire formellement de délivrer, et le médecin d'accepter, plus d'un ticket par consultation ou visite.

Le médecin qui donnera ses soins à plusieurs membres d'une même famille au cours d'une même consultation recevra autant de tickets qu'il aura examiné de malades.

Dans ce cas, il spécifiera, sur chaque ticket, le nom, le prénom et l'âge des bénéficiaires.

A domicile, le premier malade donne droit à un ticket de visite et les suivants à autant de tickets de consultation que de malades examinés, en spécifiant le nom, le prénom et l'âge des intéressés sur chaque ticket.

Les visites de nuit, celles des dimanches et jours fériés, les visites d'urgence, donnent lieu à un supplément qui s'ajoute au ticket ; le mutualiste versera directement au médecin la valeur de ce supplément.

Seront considérées comme visites d'urgence les visites qui doivent être effectuées dans les trois heures qui suivent l'appel fait au médecin.

Seront considérées comme visites de nuit les visites faites sur demande formulée après 19 heures et avant 8 heures du matin.

Le prix de visite est applicable, sans indemnité de distance, dans les limites intérieures de l'octroi.

Dans les prix de consultation ou de visite simples sont comprises les petites interventions telles que applications de ventouses ou de pointes de feu, injections hypodermiques, à l'exclusion des sérums, pansements simples , toucher vaginal.

Lorsque le médecin a donné ses soins pendant la dernière maladie, le certificat de décès destiné à l'état-civil ne donnera pas lieu à un supplément s'ajoutant à la visite de constatation.

Tout mutualiste soigné comme accidenté du travail ou comme pensionné de guerre s'interdira d'user des tickets de mutualité en cours de traitement, les frais médicaux incombant alors uniquement aux patrons, aux compagnies d'assurances ou à l'Etat.

Les médecins s'interdiront également de cumuler les tickets avec les honoraires de médecine sociale, en acceptant cependant d'apposer leur visa, sur les feuilles de maladie présentées par les mutualistes accidentés ou mutilés.

II. — *Tarif de consultation et de visite des médecins spécialistes.*

Un tarif minimum spécial, unique pour la consultation et la visite, est adopté pour les médecins-spécialistes, ces derniers acceptant l'application de leur tarif syndical de 20 francs, avec un acompte de trente pour cent au profit de la clientèle mutualiste. En conséquence, il sera mis en circulation un ticket dit « ticket de spécialité », facile à identifier et qui aura une valeur de quatorze francs : ce ticket ne donnera lieu à aucune réduction complémentaire au au règlement de compte.

La liste des médecins spécialistes sera dressée conformément au paragraphe concernant la classification des médecins.

III. — *Paiement des tickets.*

Le paiement des tickets sera effectué par les soins des trésoriers des S. S. M. dans le mois suivant le trimestre échu, et au domicile du médecin. Chaque médecin adressera au préalable, au trésorier de la Société, une note indiquant la nature et le nombre des tickets dont il sollicite le paiement.

Au règlement de compte, les trésoriers des Sociétés retiendront sur les tickets de médecine générale 10 % de la valeur totale des tickets, cette somme re-

présentant l'escompte consenti par le corps médical contractant, au profit des S. S. M.

Les tickets de spécialité seront remboursés à 14 francs net, sans réduction, ni escompte.

IV. — *Classification des médecins.*

Le Syndicat des médecins fournira et fera tenir à jour la liste de ses adhérents exerçant la médecine générale, classés en trois catégories :

1° Médecins acceptant les tickets *sans supplément* demandé par visite ou consultation ;

2° Médecins acceptant les tickets *avec supplément*, en spécifiant la valeur exacte du supplément demandé par visite ou consultation ;

3° Médecins n'acceptant pas les tickets.

Un tableau spécial établi sur les mêmes bases, comprendra l'ensemble des médecins spécialistes.

Ces listes recevront par les soins des S. S. M., la publicité nécessaire pour donner à la clientèle mutualiste les précisions susceptibles de déterminer son libre choix.

Les médecins qui ne font pas partie du Syndicat des médecins d'Angers pourront concourir au service médical de la mutualité, à condition d'accepter par écrit les présents statuts et d'être agréés par la Commission permanente médico-mutualiste dont la création est prévue aux présents statuts. L'agrément de cette Commission devra leur être renouvelé tous les ans.

V. — *Libre choix des médecins.*

Chaque sociétaire a le droit de choisir librement son médecin et les sociétaires s'interdisent de limiter ou d'influencer le libre choix. Tous les médecins adhérant aux présents statuts peuvent être choisis par tous les membres de toutes les Sociétés de secours mutuels fédérées.

VI. — *Certificat et pièces comptables. Secret professionnel.*

Les médecins s'engagent à apposer leur signature sur les pièces comptables présentées par les mutualistes et à fournir les renseignements sommaires demandés par écrit.

Dans chacun de ces documents le secret médical sera respecté et il ne devra pas être fait mention de la nature de la maladie.

VII. — *Création d'une Commission permanente médico-mutualiste.*

Il sera constitué une Commission permanente médico-mutualiste, composée de trois délégués de la Fédération des S. S. M. Cette Commission aura à connaître de tous les litiges qui lui seront soumis par les présidents des S. S. M. ou par le président des médecins. Elle aura les pouvoirs les plus étendus pour juger les cas litigieux et assurer le respect des présents statuts. Elle sera qualifiée pour envisager et préparer toutes les modifications ou améliorations qui lui paraîtront utiles pour le bien général des S. S. M. et pour la bonne exécution de leur service médical.

Si, en raison du partage égal des voix, la Commission se trouvait dans l'impossibilité de prendre une décision valable, elle aurait la possibilité de recourir à un arbitrage de son choix.

VIII. — *Départ et durée du présent contrat.*

Les présents statuts entreront en vigueur le 1er mai 1925.

Ils seront établis pour une durée de trois années, à partir du 1er mai 1925, avec prorogation, de trois ans en trois ans, par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties six mois au moins avant l'expiration de chaque période. Toutefois, en raison des varitations économiques actuelles, les tarifs de consultation et de visite pourront donner lieu à une demande de révision tous les ans à charge par les parties de formuler cette demande avant le 1er janvier de l'année en cours.

Angers, le 31 mars 1925.

Le Président de la Fédération des S. S. M. d'Angers:

J. GIRARD.

Le président du Syndicat médical d'Angers :

Dr M. MEIGNANT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot à Berck-Plage** (*Institut Calot, le lundi 3 août 1925*). — Avec exercices pratiques individuels. — En une semaine, de 9 heures à 19 heures, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, Clinique-Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut-Calot, à Berck-Plage (P.-de-C.).

Programme du cours à huitaine.

— **A la 7e Direction du Ministère de la Guerre.** — M. le médecin principal de 1re classe Savornin remplace, comme directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, M. le médecin inspecteur général Toubert, appelé à d'autres fonctions. M. le médecin principal Savornin était particulièrement désigné pour occuper ces délicates fonctions auxquelles l'ont préparé un long séjour au G.Q.G. au cours de la guerre et sa situation de chef du personnel dans le service du Directeur auquel succède il aujourd'hui.

— **Dispensaires antituberculeux du département de l'Oise.** — *Poste de médecin.* — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin ne faisant pas de clientèle, chargé du service des dispensaires dans le département de l'Oise, aura lieu, au Comité National, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, le 15 octobre prochain.

— **Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.** — Le bureau de cette société est ainsi composé pour 1925 : MM. Charles Richet, président ; Rappin (de Nantes), Baillet (de Bruxelles), Loir, professeur à l'Ecole coloniale, vice-présidents ; Simionesco, président de l'Œuvre antituberculeuse de Paris, secrétaire général.

— **A la mémoire du professeur Banti.** — L'Université de Florence ouvre une souscription pour élever un monument à la mémoire du professeur Guido Bandi.

Les souscriptions peuvent être adressées au recteur de l'Université de Florence, M. le professeur G. Chiarugi.

— **Une conférence de la syphilis héréditaire.** — La Ligue nationale française contre le péril vénérien réunira à Paris, en octobre 1925, une conférence traitant les questions suivantes :

1° « La syphilis héréditaire larvée. » Rapporteurs : MM. E. Leredde, Lesné, Devraigne et Carle.

2° « Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance. » Rapporteurs : MM. Marcel Pinard, H. Lemaire et Péhu.

3° « Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. » Rapporteurs : MM. Milian, Lévy-Solal, Spillmann et Petges.

La cotisation à la conférence est fixé à 40 francs. Toute la correspondance doit être adressée au secrétariat de la Ligue nationale, 7, rue Mignon, Paris (VIe).

— **Les crèches et la tuberculose.** — Sur la proposition de M. Léon Bernard, le Conseil d'hygiène du département de la Seine a voté le vœu suivant :

« Le Conseil départemental d'hygiène, ayant eu connaissance de cas de contagion tuberculeuse de nourrissons dans des crèches, du fait du personnel, demande à l'Administration que ce personnel des crèches et garderies de nourrisssons, aussi bien des établissements privés que des établissements municipaux, soit soumis à un contrôle médical offrant toutes garanties au point de vue du dépistage de la tuberculose, tel que celui qui pourrait être institué dans les dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

« Ce contrôle consisterait en la visite obligatoire préalable à tout engagement, et dans l'inspection bisannuelle du personnel en fonction. »

— **L'infécondité provoquée chez les aliénés.** — Dans l'Etat de Maine (Etats-Unis d'Amérique) une loi nouvelle a été votée autorisant la stérilisation provoquée chez les aliénés et les débiles mentaux dans le but de diminuer le nombre des faibles d'esprit. Les opérations admises sont stérilisantes sans être mutilantes, et elle ne pourront se faire que sous certaines conditions. Le médecin traitant, avant d'appeler le chirurgien, devra obtenir le consentement du malade, ou de son plus proche parent, ou du directeur de l'asile, et il devra aussi recueillir l'avis conforme de deux autres médecins ayant au moins cinq années de pratique médicale.

— **Un cours public d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine de Toulouse.** — La Faculté de médecine de Toulouse, répondant à une suggestion de M. le Ministre de l'Instruction publique, a décidé que le cours d'hygiène et de médecine préventive, professé par M. le professeur Lafforgue, *serait ouvert au public non médical,* lorsqu'il y serait traité des sujets à portée sociale ou des questions offrant un intérêt pratique d'ordre spécial, susceptibles d'attirer, en même temps que les étudiants en médecine, des auditeurs bénévoles étrangers.

Il y a bien longtemps, il est vrai, que les cours des Facultés de médecine sont en fait entièrement publics. Mais il s'agit sans doute de le faire connaître aux auditeurs non étudiants en médecine, que les questions d'hygiène pourraient intéresser.

— **Les prix que l'assistance publique peut demander aux malades dans les hôpitaux de Paris.** — En réponse à une demande de M. Denais, M. le Préfet de la Seine a fixé ce point dans la déclaration suivante :

« Dans l'état actuel de la léglslation, les hôpitaux sont réservés aux malades sans ressources, et, lorsqu'à titre exceptionnel ou en raison de l'urgence, des personnes possédant des ressources suffisantes y ont été admises, il ne peut leur être réclamé des frais de séjour supérieurs au prix de revient.

« Cette règle ne souffre qu'une exception, créée par la loi du 6 juillet 1920, qui autorise les administrations hospitalières à réclamer pour le traitement des accidentés du travail des prix de journée supérieurs de 30 % au prix de revient. »

— **Premier Congrès général de l'Enfant**, Genève, Palais Electoral. — Le 1er Congrès de l'Enfant aura lieu les 24, 25, 26, 27 et 28 août 1925, à Genève, sous le haut patronage du Conseil fédéral suisse. L'ordre du jour porte sur les questions suivantes :

1° Comparaison des mesures prises en différents pays qui ont eu pour effet de réduire la mortalité prénatale, néonatale (premier mois) et du premier âge (première année). Rapports de M. J. Maquet, directeur général de l'Œuvre nationale de l'enfance (Belgique), du Dr Weil-Hallé (France), du Dr Arthur Pollermann (Hongrie) et du Dr Gromski (Pologne).

2° Protection de la mère (fille-mère, veuve, femme abandonnée, etc.) et de son enfant, à l'exclusion de la question de la recherche de la paternité. Rapports de M. Arthur Whitting, secrétaire honoraire du National Council for the Unmarried Mother and her Child (Grande-Bretagne) et du prof. Angela Borrino (Italie).

3° Comparaison des mesures prises en différents pays pour l'assistance aux orphelins nécessiteux et aux enfants abandonnés. Rapports de Mme Esther Staohlberg (Finlande), de M. Pettko Szandtner Aladar, secrétaire d'Etat (Hongrie), du prof. Alexandre Mogilnicki (Pologne) et du Jonkheer W. A. Ortt (Pays-Bas).

4° Protection des enfants pendant la période transitoire comprise entre la sortie de l'école et l'entrée à l'usine à plein salaire (Prévoyance sociale par rapport à l'orientation professionnelle). Rapports de Frau Ministerialrat Dr Gertrude Bäumer (Allemagne) et de M. Labbé (France).

5° Education de l'enfant en vue de la paix. Rapports de M. J. Prudhommeaux (Dotation Carnegie) et de Mme Duchène (France).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET C.E.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1925 ? Et cet amortissement, admis en déduction dans telle région, doit-il être refusé dans telle autre ? Cela suivant le caprice de M. le contrôleur ?

La question est d'importance, vous le pensez bien, non seulement pour moi personnellement, mais d'un point de vue général. Dr R.

Réponse.

L'administration des contributions directes n'admet pas le principe de l'amortissement des frais d'études et, si cet amortissement vous paraissait avoir été admis par votre contrôleur, c'est que ce dernier n'avait pas vérifié vos déclarations.

D'ailleurs, sa prétention de reviser vos bases d'imposition pendant les cinq années antérieures à 1925 est parfaitement légale.

A notre avis, cet amortissement des frais d'études constitue une charge de la profession.

Si vous voulez le faire admettre, il faudra présenter une pétition au préfet, lorsque vous serez en possession des avertissements, et, s'il y a lieu, vous pourvoir en Conseil d'Etat.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1732. — Médecins sanitaires maritimes.

Je désirerais connaître quelles conditions il faut remplir pour être admis au titre de médecin sanitaire maritime.

Un stage à l'Institut colonial de Marseille ou de Bordeaux est-il nécessaire ? Quelle en est la durée ? A quelle époque se font les cours ?

Quels sont les traitements offerts par les compagnies de navigation ?

Quelles sont les compagnies où l'on est mieux traité ?

Peut-on être admis sur des paquebots de navigation étrangère ?

Ces postes sont-ils recherchés ? Un stage comme médecin colonial est-il demandé ?

Dr E.

Réponse.

Voici le texte de l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, qui règle les conditions d'obtention du titre de médecin sanitaire maritime :

« Les médecins sanitaires maritimes sont « choisis sur un tableau dressé par le ministre de « l'intérieur après examen passé devant un jury « qui est désigné par le Ministre, sur l'avis du « Comité de Direction des services de l'hygiène.

« L'examen porte sur l'épidémiologie, la pro- « phylaxie et la réglementation sanitaire et leurs « applications pratiques. Les conditions et les « époques de l'examen sont arrêtées par le Mi- « nistre de l'intérieur sur la proposition du Co- « mité de direction des services de l'hygiène.

« Il est délivré par le ministre un certificat



« d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire « maritime ».

L'examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime est subi dans les trois centres de Paris, Bordeaux et Marseille. La session s'ouvre en juin à Paris, en février à Bordeaux et en octobre à Marseille. Les demandes d'inscription doivent être adressées aux directeurs de la Santé de Pauillac (Gironde), ou de Marseille, ou à Paris, à la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques (actuellement au ministère du travail) et accompagnées des pièces suivantes : acte de naissance, diplôme de docteur en médecine, certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune, pièces établissant la qualité de Français du candidat.

L'examen comporte des épreuves écrites et orales sur la législation sanitaire, la pathologie, la bactériologie et la désinfection.

Pour plus amples renseignements vous pourriez consulter le Manuel du Dr Gillon, édité en 1910, chez Maloine, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine à Paris.

En ce qui concerne les débouchés ouverts aux médecins sanitaires maritimes et les conditions matérielles qui leur sont faites, il serait préférable que vous vous adressiez au Syndicat des médecins sanitaires maritimes, dont le président est le docteur Cury, 14, rue des Briades, au Havre.

1703. — Accident du travail. Fixation du taux de l'incapacité permanente.

Une compagnie d'assurances me demande un certificat de consolidation pour une fracture du tibia et péroné jambe gauche. La fracture est actuellement bien consolidée : il persiste une hernie musculaire à l'endroit de la fracture et une position légèrement en valgus du pied pendant la marche. Raccourcissement apparent de 1 à 2 cm., nul à la mensuration ; pas d'ankylose du genou, ni de la cheville ; atrophie allant de 3 cm. à la cuisse à 1 cm. au mollet, œdème des malléoles le soir. Le blessé est un ouvrier spécial taillant et ciselant la pierre de taille des baies, ogives, etc. des églises ; il travaillait constamment sur échelle et sur échafaudage. Par suite de cette blessure, il aura difficulté d'assurer ce travail, et son incapacité permanente qui, d'après le barème, atteint à peine 20 % me paraît un peu faible. Ne pourrait-elle être augmentée en prenant en considération sa profession ?

Dr B.

Réponse.

Si vous estimez que l'invalidité ordinairement admise pour les lésions définitives présentées par votre client est insuffisante en l'espèce, vous pouvez fort bien, dans votre certificat de consolidation, proposer un pourcentage plus élevé. Si la compagnie conteste votre estimation, le président du tribunal civil, devant qui l'affaire sera nécessairement portée, nommera sans

doute un ou plusieurs experts pour apprécier le taux de l'invalidité. A l'expertise, vous pourrez assister votre client et soutenir votre point de vue.

1712. — La veuve d'un ouvrier foudroyé au cours de son travail a-t-elle droit à une rente en vertu de la loi du 9 avril 1898?

Un ouvrier agricole est foudroyé au moment ou il se disposait à quitter la prairie où il travaillait, en compagnie du personnel de la ferme, à la préparation du foin.

Le chef d'exploitation possède une police d'assurance le garantissant contre tout risque sans aucune réserve pouvant lui provenir du fait de l'application de la loi de décembre 1922. Mais ce risque est-il couvert par la loi et la compagnie peut-elle arguer du fait de l'absence de relation entre le travail et l'accident ? Je précise que l'accident s'est produit dans la prairie au moment où, répondant à l'appel du patron, l'ouvrier se disposait à rentrer à la ferme pour le repas du midi.

L'avis que je l'espère, vous voudrez bien me donner, sera communiqué à la veuve à toutes fins utiles.

D^r F.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail, que la loi du 15 décembre 1922 a déclarée applicable aux accidents agricoles couvre tous les accidents dont les ouvriers sont victimes « par le fait ou à l'occasion du travail ». Dès lors que l'ouvrier a été foudroyé pendant qu'il travaillait, on peut donc soutenir que l'accident est arrivé « à l'occasion du travail » et qu'il ne se serait sans doute pas produit si l'ouvrier ne s'était pas trouvé dans ces champs à ce moment-là, par suite des nécessités de son travail.

Un arrêt de la Cour de Paris, du 11 janvier 1902, a reconnu qu'un ouvrier, victime de la foudre, pendant son travail avait droit aux indemnités prévues par la loi.

La même opinion est professée par Sachet, dans son traité des accidents du travail, qui fait autorité en la matière.

Nous pensons donc que la veuve de la victime de l'accident peut poursuivre le patron et son assurance en paiement des rentes auxquelles elle a droit pour elle et ses enfants mineurs, si elle en a. D'ailleurs, elle ne court aucun risque à faire ce procès, car elle sera pourvue de plein droit de l'assistance judiciaire. Qu'elle s'adresse pour cela au procureur de la République du ressort.

Application du Tarif Breton.

I

1691. — Impartialité et ses résultats.

« Nous ne pouvons que nous incliner devant l'opi-

nion du *Concours médical* et accepter le paiement de 117 fr. pour le blessé Rouzé », voilà la réponse que je reçois ce jour de la compagnie d'assurance X... qui doit considérer notre groupement comme un groupement honnête et fort.

Je vous remercie bien vivement de vos conseils et vous prie d'agréer, etc. Dr L.

Réponse.

Si d'ordinaire, les Compagnies d'assurances acceptent franchement les opinions que j'émets dans le *Concours* sur l'application du tarif Breton, c'est que je m'efforce toujours de juger *objectivement* de la question, d'abord tarif en main, puis suivant ce qui s'est dit lors de son élaboration, à la Commission. C'est pourquoi je conserve toujours la plus stricte impartialité, donnant raison à qui me semble être dans son droit, sans m'occuper de quel côté de la « barricade » il se trouve. Et j'ai la conviction de me rendre ainsi plus utile à nos confrères que si je me faisais toujours leur avocat, quand même...

Les lettres analogues à la vôtre sont loin d'être rares. Je publie celle-ci comme exemple et comme occasion de faire ma petite profession de foi.

F. D.

II

1661. — Luxation récidivante de l'épaule.

Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance et à votre compétence.

Un de mes clients, ouvrier agricole, vient de se luxer en un an quatre fois l'épaule droite, une fois l'épaule gauche. Deux jours après la dernière réduction de l'épaule droite, à la suite d'un mouvement insignifiant, l'épaule se reluxe ; réduction très facile ; à peine ai-je abandonné le bras que la luxation se reproduit.

1° Que compter (il s'agit d'un accident du travail pour ces trois réductions effectuées en 3 jours, (dont deux coup sur coup).

2° Quel taux d'incapacité proposer ?

Dr S.

Réponse.

1° Je ne pense pas que la Compagnie accepte de vous payer plus d'une réduction de luxation, et encore ne suis-je pas bien sûr, même de cela, car, si votre client s'est luxé l'épaule quatre fois *en un an*, elle pourra soutenir qu'il n'y a pas eu, lors de votre intervention, un « accident du travail », votre malade étant *auparavant* atteint de luxation récidivante de l'épaule.

2° L'incapacité permanente partielle due à cette infirmité de « luxation récidivante de l'épaule » est cotée 40 % (épaule droite), dans le *guide-barème militaire*. F. D.

III

1649. — Blessures multiples.

J'ai recours à votre haute compétence. Seriez-vous

assez aimable pour m'indiquer comment je dois tarifer les soins donnés suivants (accident du travail) :

1° Plaie contuse étendue profonde de la région pubienne (rég., épluch., sutur.).

2° Plaie superficielle, mais étendue (12 cm. × 3 cm.) zone interne cuisse droite (pansement).

3° Plaie analogue, mais plus étendue (15 × 5) cuisse gauche (pansement).

4° Plaie contuse pouce gauche (rég. épl., sut.).

5° Plaies légères, main droite (pansement).

6° Contusion abdominale (bandage compressif pour côtes).

Je m'excuse de vous mettre si souvent à contribution (c'est la deuxième fois que je m'adresse à vous), mais au début de la carrière médicale, on est toujours gêné dès qu'il s'agit d'envoyer sa note. J'apprécie à sa juste valeur le service que vous me rendez, et je vous en suis très reconnaissant.

Dr R.

Réponse.

Vous avez à compter séparément chaque pansement (prix d'une visite ou consultation), plus chaque intervention (sauf la pose du bandage compressif), plus le certificat initial, en additionnant le tout, ainsi qu'il est prescrit à l'article 14 pour les blessures multiples.

Quant à vos deux « régularisations, épluchages, etc. », n'oubliez pas qu'ils ne sont tarifables, sous cette rubrique, qu'en cas de sutures avec réunion par première intention, d'ordinaire sous anesthésie. (Voir sur ce point l'arrêt ministériel du 28 juin 1921, article 17).

F. D.

IV

1652. — Radio sans entente préalable ni intervention du médecin traitant.

Membre du « Sou », je vous informe que j'ai fait en mars une radio poignet pour un blessé A. T. et envoye ma note.

A la réclame de la Compagnie d'assurance, celle-ci me répond que le médecin traitant n'a pas demandé a radio, c'est-à-dire trois mois après.

Puis-je faire quelque chose, plus pour le principe que pour la chose (insignifiante 60 fr.) ?

Dr R.

Réponse.

Voyez l'article 26-V- observations alinéa 4 : « L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence ; dans ce dernier cas, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant ». Vous avez été imprudent en ne vous conformant pas à cet article qui s'explique fort bien d'ailleurs. Aussi, la compagnie est-elle en

droit de vous refuser le paiement. Dans ce cas, vous ne pourriez plus que vous retourner sur le blessé..., ce qui est illusoire le plus souvent.

F. D.

V

1641. — Appareil plâtré pour genou.

Membre du « Sou médical », j'ai l'honneur de solliciter votre conseil :

1° Je soigne, depuis deux mois, un ouvrier atteint d'hydarthrose du genou. J'ai dû récemment lui mettre un appareil plâtré. Quel prix dois-je prendre pour un premier appareil plâtré ? Le tarif Breton ne parle que de répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres.

Dr G.

Réponse.

Si vous avez cru devoir mettre un appareil plâtré pour une hydarthrose du genou, c'est un « appareil plâtré pour grands segments de membres » sans réduction ni autre intervention, de même que dans les « répétitions » de ces appareils tarifées article 18 *in fine*. C'est donc le tarif indiqué à cet article qui est applicable.

F. D.

VI

1669. — Double certificat.

Ci-joint note d'honoraires et demande d'explications de la compagnie et offre de règlement. Cette note a été envoyé le 17 avril 1925.

Je réponds :

J'ai fait deux certificats initiaux :

a) Pour la mairie.

b) Pour la compagnie, donc deux fois 5 fr., etc., etc.

Dr H.

Réponse.

Le tarif Breton ne reconnaît *qu'un* certificat initial destiné à la mairie. Si l'assurance vous en réclame un second à son usage personnel, c'est en dehors du tarif Breton et le paiement en relève du droit commun. Il est dû parce que « travail » demandé et fourni. Tel est ce qui ressort d'un jugement de paix de Châtellerault que nous trouvons dans le *Bulletin* du groupement des Syndicats médicaux de Charente et du Poitou de mai 1925 et que voici :

Jugement de la justice de paix de Châtellerault condamnant une compagnie d'assurance à régler un second certificat initial d'accident du travail, demandé par elle.

Le docteur X... avait délivré à un accidenté du travail, sur un imprimé détaché d'un registre à souches, deux certificats initiaux, un pour la mairie, l'autre pour la Compagnie ; celui-ci différait du premier par deux questions posées par la Compagnie. Au moment du règlement, cette dernière refusa de payer ce second certificat,

disant qu'il était la copie du premier et que l'habitude était d'en délivrer deux et de n'en faire payer qu'un.

Poursuivie devant la justice de paix de Châtellerault, la Compagnie a été comdamnée à régler les deux certificats, avec les attendus suivants :

« Attendu que la partie défenderesse reconnaît elle-même que le premier certificat médical est adressé à la mairie, que le deuxième, qui fait l'objet du litige, est destiné à la Compagnie d'assurances et demande plus de précision sur les suites probables de l'accident ;

« Attendu que, si l'on suivait la théorie de la partie défenderesse, le docteur serait tenu de délivrer autant de certificat que l'on voudrait bien lui en demander et au même prix ;

« Que cette prétention est inadmissible ;

« Que toute peine mérite salaire ;

« Il y a lieu de penser que chaque certificat doit être payé séparément et au même prix que le certificat initial délivré spécialement pour la mairie et seul prévu par la loi, celle-ci ayant simplement prévu le certificat pour la déclaration d'accident à l'autorité compétente ».

La Compagnie a été condamnée à régler le second certificat et aux frais.

F. D.

VII

1684. — Aide pour désarticulation du médius et son métacarpien.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », j'ai recours à votre grande compétence et non moins grande complaisance pour résoudre le conflit suivant. Désarticulation du médius et de son métacarpien chez un accidenté du travail. L'assurance refuse de payer les honoraires d'un aide sous prétexte qu'elle paye déjà un anesthésiste et qu'il ne s'agit pas de grande chirurgie. Est-elle dans son droit? Il ne me semble pas qu'un chirurgien, si habile soit-il, puisse se passer d'un aide pour désarticuler avec son métacarpien, surtout un médius du milieu.

L'assurance en question est la X., qui soulève des difficultés à tout propos et qui met un temps infini à payer les notes.

Dr S.

Réponse.

Sans doute, ce n'est pas là de la « grande chirurgie », comme une laparotomie. Néanmoins c'est, tout de même, quelque chose d'assez sérieux, techniquement, que de désarticuler un médius avec son métacarpien, en plein centre de la main. L'aide me paraît pleinement indiqué dans ce cas, plus encore même que l'anesthésiste, puisqu'on aurait pu, au besoin, remplacer celui-ci par une anesthésie locale ou régionale.

Bien entendu, je parle ici de l'amputation *totale* du métacarpien et non de la *tête* seule de celui-ci, cette dernière intervention étant « comprise » dans l'amputation totale du doigt, ainsi qu'il est expliqué dans les avis insérés dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921.

F. D.

VIII

1698. — Mise d'une jambe dans une gouttière.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer comment je dois tarifer pour un accident de travail, l'installation dans une gouttière (qui m'appartient) d'une jambe présentant les lésions suivantes :

Entorse du cou-de-pied compliquée de fractures parcellaires de la malléole interne et fractures des 4e et 5e métatarsiens.

Dr G.

Réponse.

Ce n'est pas, je ne cesse de le répéter, *les lésions* qui sont tarifables, mais les *interventions*. Laquelle avez-vous pratiquée ici ? Peut-on appeler ainsi le fait de mettre une jambe dans une gouttière ? Je ne le pense pas ... mais cependant il y eut là plus qu'un « pansement simple ». Aussi, je crois équitable de compter, par *analogie*, comme « fracture du péroné », 25 francs.

F. D.

IX

1704. — Régularisation, épluchage, etc.

Je viens vous présenter un litige qui existe entre la compagnie d'assurances la X... au sujet d'un accident du travail. Il s'agit d'un blessé par raboteuse mécanique qui présentait un hachage complet par tranches successives de tout l'éminence hypothénar. J'ai pratiqué une hémostase artérielle, suture de plusieurs lambeaux musculaires, réunion par première intention. J'ai compté 50 fr., régularisation, épluchage, suture d'une plaie contuse et profonde.

La compagnie me propose 8 francs ; j'ai refusé. Ai-je tort ? Que dois-je faire ?

Dans l'attente de vous lire.

Dr L.

Réponse

Si vous avez « pratiqué une hémostase artérielle, suturé plusieurs lambeaux musculaires, puis la peau avec réunion par première intention », il me semble que vous avez dû pratiquer une « régularisation, épluchage, etc. de plaie superficielle : 40 francs (première catégorie) ». Je ne comprends donc pas les huit francs offerts par la Compagnie pour ce cas d'espèce, alors que, tout au moins, elle aurait dû vous offrir 25 francs pour sutures multiples. Je ne serais pas éloigné de croire à un simple malentendu.

F. D.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre seulement (1).

Le soussigné *(nom et prénoms)* ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1926.

(2)
J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.
Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95
Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A.................. 1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er octobre 1925, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Quarante-septième année — N° 31 — 2 Août 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1804-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Législation Fiscale

L'Hygiène et la Mode

Correspondance

Droit Médico-Professionnel

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

agnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansilion.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevulde.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp. Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech. Germès. Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*). Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier. Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André. Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard. Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos

Royat. Heitz. Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynécopathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelier

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr X., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 320. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 321. — Vosges, dans Ch. l. de cant. excell. poste méd. rapp. 40.000, comptab. rigour., à prend. de toute conf.; ind. 20.000 compt. Pays tr. agr., pêche, chasse. Pressé. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 323. — Poste pro-ph. 22.000 dep. janvier, 40.000 en 1924, céd. pour 30.000, dont 15.000 compt. Ecr. Failnot, 37, rue Claude-Bernard à Paris, Pas se présenter.

N° 322. — S.-O. A céd. bon poste ds Ch.-l. de cant. seul méd. pas de s. f.; seule condit.: achat mais. neuve et confort. Pressé.

N° 324. — Banlieue, proche de Paris (Est), mais. de sant. local, bien desservie, 16 ch. Parc 3.500 m. Possib. de faire client. Condit. intér. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante à Paris (5e).

N° 325. — Ville marit. Ouest, poste anc. pas frais de loc. tr. belle habit., client. riche, en progress. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Le *diabète*, a dit un médecin philosophe, est une maladie que l'on guérit peu, mais qu'on panse.

L'un des plus utiles pansements est la Santonine, spécialisée dans les pilules anti-diabétiques du Dr Séjournet.

Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléo-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

LÉGISLATION FISCALE

La loi de finances du 13 juillet 1925 contient un certain nombre de dispositions nouvelles, ou de modifications aux lois antérieures en matière fiscale, que nous croyons devoir particulièrement intéresser nos lecteurs et que nous allons passer rapidement en revue.

1° L'abattement à la base pour le calcul de l'impôt cédulaire sur les traitements publics et privés, indemnités et émoluments, salaires, pensions et rentes viagères, est fixé à la somme de 7.000 francs. Il doit être augmenté de 3.000 francs si le contribuable est marié et si sa femme n'a ni salaire, ni revenus personnels, de 3.000 francs par enfant de moins de dix-huit ans et non salarié, et de 2.000 francs pour chacune des autres personnes à sa charge.

En outre, pour le calcul de l'impôt, la fraction comprise entre le minimum exempté et 9.000 francs doit être comptée pour moitié (article 5).

2° L'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant 7.000 francs, et, comme pour l'impôt sur les traitements et salaires, la fraction comprise entre le minimum exempté et 9.000 francs ne doit être comptée que pour moitié (article 7).

3° Autrefois, dans sa déclaration, le contribuable assujetti à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales n'était astreint à déclarer que son bénéfice net. Maintenant, il devra indiquer le montant de son bénéfice brut, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net (article 8).

4° Le contrôleur doit prendre pour base de l'impôt le chiffre du bénéfice déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact. Lorsque le contrôleur aura réuni les éléments précis permettant d'établir que les dépenses d'un contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré, il devra les soumettre au contribuable et celui-ci sera tenu de justifier la différence.

Faute de fournir les justifications nécessaires dans le délai de 20 jours, à partir de la réception de l'avis par lequel elles lui sont demandées, le contribuable est taxé d'office (article 9).

Ces dispositions s'appliquent tant à l'impôt cédulaire qu'à l'impôt général sur le revenu (article 16).

5° Les contribuables qui disposent à la fois de revenus professionnels susceptibles d'être taxés d'après les règles applicables à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et de revenus industriels ou commerciaux ou de traitements ou salaires publics ou privés sont cotisés pour l'ensemble de ces revenus conformément aux règles applicables à l'impôt sur

les bénéfices industriels et commerciaux ou bien conformément aux règles applicables à l'impôt sur les traitements et salaires.

Le total imposable doit être ensuite fractionné, proportionnellement au montant des revenus de chaque catégorie, et chaque fraction sera taxée d'après le taux spécial à sa cédule (article 12).

Dans ce court résumé, nous n'avons pu indiquer que les dispositions essentielles et présentant un intérêt général pour l'ensemble du corps médical.

Pour toutes les difficultés d'espèce qui peuvent embarrasser nos lecteurs, ils peuvent être sûrs de trouver tous les renseignements et conseils dont ils auront besoin auprès de notre office de renseignements et de Monsieur Martinot, notre conseiller fiscal si dévoué et si compétent.

MEILLET.

L'HYGIÈNE ET LA MODE

Variations sur la jarretelle de l'homme,

Par le Dr René NETTER (d'Epernay).

Loin de moi la prétention d'écrire un chapitre de mode ; je n'arriverais pas à la jarretière, ni même à la cheville de Pierre de Trévières ! Mon intention est simplement de m'élever, au nom de l'hygiène du vêtement, contre un accessoire de la toilette masculine, contre la jarretelle actuellement en usage.

Le corps médical avait proscrit la jarretière, qui gênait la circulation en retour du membre inférieur.

La jarretelle qui lui a été substituée, a, jusqu'ici, relativement échappé à l'ostracisme parce qu'on ne l'envisage plus spécialement, que chez la femme.

Or, chez la femme, c'est un simple ruban élastique tendu de l'extrêmité supérieure du bas au bord inférieur du corset ou de la ceinture. Il n'y a plus aucune striction de la cuisse ou de la jambe, comme avec la jarretière. C'est parfait.

Mais chez l'homme, le support-chaussettes ne se borne pas à un segment rectiligne. Il se termine supérieurement au-dessous du genou par un lien circulaire qui, pour être moins serré que l'antique jarretière, n'en garde pas moins tous les inconvénients.

Plusieurs de nos malades n'ont dû qu'à sa suppression la sédation des pesanteurs, des fourmillements, des douleurs qu'ils éprouvaient dans les membres inférieurs.

Cependant, il serait naïf de croire que l'élégance masculine s'incline, sans appel, devant une aussi grave condamnation ... — Mais docteur, — se récrie le client — comment empêcher mes chaussettes de faire la vis, le tire-

bouchon, ou même de se retourner sur mes chaussures ?

— C'est bien simple. Avec des caleçons de jersey, les chaussettes qui ne sont pas trop usagées glissent à peine.

— Vous n'êtes pas satisfait ? Et bien fixez au caleçon l'extrémité supérieure de la chaussette. L'épingle anglaise est un moyen de fortune qui risque de déchirer le tissu. Mais il existe des pinces ou des boucles spéciales.

— Votre jambe ne vous paraît pas encore assez belle, pas assez moulée dans sa gaine ? — Alors, amarrez vos chaussettes au caleçon avec des jarretelles élastiques *rectilignes*.

Les modèles de ce genre ne sont pas encore très répandus dans le commerce. Nous nous permettons de leur faire ici une réclame gratuite.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'indemnité de trente francs.

Je fais partie de la combinaison MAD (indemnité de 20 fr. par jour), je serais bien aise de bénéficier des avantages réunis de MAD + 1/2 MAD (indemnité de 30 francs par jour). Je vous serais reconnaissant de me faire connaître ce que je dois faire pour cela.

Dr L... à L...

Réponse.

La combinaison 1/2 MAD qui avait été créée pour permettre aux membres de MA d'obtenir l'indemnité journalière de 20 francs est fermée et n'admet plus de nouveaux adhérents.

Si vous voulez avoir l'indemnité de 30 francs, c'est à MA que vous devez adhérer : MAD vous donne 20 fr. et MA vous donnera dix francs de plus.

Pour cela, vous devez passer par toutes les formalités d'une admission nouvelle : examen médical, versement du droit d'entrée et paiement de la cotisation de MA à votre âge actuel avec la majoration statutaire pour les membres qui font déjà partie de MAD.

Ecrivez au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise), il vous enverra les pièces nécessaires à la constitution de votre dossier et le Conseil d'administration pourra vous admettre dans sa séance du 29 septembre prochain.

A. G.

1737. — Libre choix du spécialiste dans les accidents du travail.

Un jeune homme, assuré à un *Syndicat agricole* de la région, se présente à moi avec une fracture de l'avant-bras. Je le fais examiner par un chirurgien qui se trouvait à ce moment dans mon cabinet. Nous décidons que, le soir même, il se rendra à la clinique de ce chirurgien — la plus proche du lieu de résidence du blessé.

Quelques instants après, il revient me dire que le soi-disant directeur du Syndicat le dirige sur l'hospice de B...., sous prétexte que les statuts du Syndicat, visant à l'économie, interdisent à un de ses blessés de se rendre dans une clinique privée.

Le Syndicat n'outrepasse-t-il pas ses droits ?

Un blessé n'a-t-il pas le libre choix de son chirurgien comme de son médecin ?

Et enfin, si nous sommes dans notre droit, que devons-nous faire ?

Réponse.

S'il s'agit bien, comme nous le supposons, d'un accident du travail agricole couvert par la loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, le blessé a le droit de choisir librement son médecin et son chirurgien ainsi que tout spécialiste auquel il pourrait avoir besoin de s'adresser.

Votre client aurait donc été en droit de se refuser de se rendre à l'hôpital de B.... et il pourrait même porter plainte contre le directeur du Syndicat, si celui-ci, pour forcer sa décision, l'avait menacé de renvoi ou lui aurait refusé ou l'aurait menacé de lui refuser les indemnités auxquelles il a droit en vertu de la loi. Mais, si aucun de ces moyens de pression n'a été employé, aucune action en justice n'est possible.

Pour éviter le retour de pareils incidents à l'avenir, le mieux sera de mettre immédiatement vos blessés au courant de leurs droits.

Enfin, si par impossible, il ne s'agissait pas d'un accident du travail, mais d'un accident couvert par une police individuelle de droit commun, il a pu valablement être stipulé dans cette police que le blessé serait dans l'obligation de s'adresser au médecin ou au chirurgien de l'assurance.

1822. — Constatation de décès. Honoraires.

Je suis appelé par le maire d'une commune située à 5 k. pour constater le décès d'un ouvrier qui a été renversé et tué, la nuit, par une auto inconnue.

Cet ouvrier est célibataire et n'a point de famille.

Qui doit me payer mon déplacement et mon certificats (de décès et pour la gendarmerie ?)

J'ai posé la question au maire. Celui-ci s'est enquis auprès de la préfecture qui aurait répondu que le patron de l'ouvrier devait me régler ! ! ! J'en suis

surpris. Voulez-vous me dire ce que vous en pensez ? Question de principe bien entendu, la somme étant insignifiante.

Dr A.

Réponse.

Quand bien même l'ouvrier aurait trouvé la mort au cours de son travail, vous ne pourriez vous faire payer par le patron puisque vous n'avez été mis en œuvre ni par lui, ni par la famille du décédé, et que vous vous êtes borné à contrôler le décès sur les ordres du maire.

De deux choses l'une : ou bien le maire vous a commis au titre de médecin de l'état civil pour constater le décès, et, dans ce cas, c'est au maire qu'il appartient de vous payer, ou bien le maire, agissant en sa qualité d'officier de la police judiciaire, vous a commis en quelque sorte comme médecin expert pour lui faire un rapport sur les causes de la mort, rapport devant être transmis au Parquet. Dans ce dernier cas, il y aurait lieu d'adresser un mémoire en double exemplaire sur papier libre au procureur de la République du ressort pour vous faire payer une visite judiciaire (15 francs, rédaction et dépôt du rapport compris) plus vos frais de déplacement à raison de 0.60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Après visa du procureur général et taxe du président, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

1834. — Accident du travail. — Rente due à la veuve. — Etat d'ivresse. — Faute inexcusable.

J'ai un de mes ouvriers agricoles, âgé de 62 ans, non assuré, qui vient de faire une chute occasionnant une fracture de la colonne vertébrale, entraînant la mort dans les 24 heures.

Cet ouvrier venant chez moi d'une façon irrégulière touche un salaire journalier de 4 fr. et est nourri à la maison. Il laisse une veuve de 55 ans.

Veuillez me dire :

1° A quelle indemnité la veuve a-t-elle droit au point de vue légal, soit en payant comptant, soit en payant par annuités ?

2° Cet ouvrier étant en état d'ivresse au moment de l'accident, peut-on invoquer cette raison pour obtenir une diminution sur l'indemnité à faire à la veuve ?

Dr P.

Réponse.

La veuve d'un ouvrier victime d'un accident du travail a droit à une rente égale à 20 % du salaire de la victime. Pour le calcul de la rente, on doit tenir compte, non seulement du salaire en argent touché au cours de l'année, mais encore de toutes les prestations en nature fournies à l'ouvrier (nourriture, logement, etc.) en vertu du contrat de travail. Si le salaire ainsi déterminé ne dépasse pas 4.500 francs par an,

la rente doit être calculée sur l'intégralité du salaire, mais, si le salaire annuel dépasse 4.500 francs, la portion du dit salaire dépassant 4.500 fr. ne doit entrer en ligne de compte que pour un quart seulement. D'après l'article 9 de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu à l'agriculture la législation sur les accidents du travail, en aucun cas le salaire servant de base à la fixation de la rente ne peut être inférieur au salaire minimum fixé par le préfet pour chaque département.

Dans le cas spécial qui vous intéresse, la rente de la veuve sera ou bien de 20 % de ce salaire minimum, si son mari ne gagnait pas davantage, ou bien de 20 % de son salaire réel, déterminé selon les règles que nous venons de vous indiquer, si le salaire du mari était supérieur au salaire minimum.

Pour savoir quel est ce salaire minimum, vous devez vous adresser à votre préfecture.

L'indemnité due à la veuve est obligatoirement versée sous forme de rente ; elle ne peut être remplacée par le paiement d'un capital que si elle est inférieure à 100 francs par an.

En cas de faute inexcusable de l'ouvrier ayant provoqué l'accident dont il a été victime, la pension peut être diminuée. Il appartient au Tribunal d'apprécier si la faute inexcusable peut être invoquée et, dans l'affirmative, quelle réduction de la pension elle doit entraîner.

D'après la jurisprudence, le fait que la victime était en état d'ivresse au moment de l'accident ne suffit pas à lui seul à établir la faute inexcusable ; il faut encore démontrer que l'état d'ivresse a été la cause certaine et directe de l'accident.

1836. — Recours contre le refus du maire d'admettre une indigente à l'assistance médicale gratuite.

J'ai donné, ces temps-ci, des soins à une veuve de guerre pour une fracture de jambe, elle ne possède aucune ressource. Un enfant à sa charge, 12 ans, pupille de la nation.

La commune a refusé (ou plutôt le maire a refusé) de l'admettre indigente et ne lui a délivré aucun secours soit pour elle, soit pour les soins médicaux.

Comme je m'intéresse à cette malade, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire si le maire, et au besoin le Conseil municipal, *peut refuser* l'Assistance médicale à une personne dépourvue de ressources et surtout retenue au lit pendant 2 à 3 mois.

En cas d'affirmative que dois-je faire ? Faut-il en aviser le Préfet ? Dr M.

Réponse.

Aux termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, la

(*Voir la suite page XLIII*-1847)

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Toulouse.

(11-14 *juillet* 1925)

Pour la seconde fois, les « Journées médicales de Toulouse » ont connu le succès. Nombreux étaient ceux qui étaient accouru non seulement de la région du Sud-Ouest, mais encore de Paris, de Belgique, d'Italie, d'Espagne, à tel point que, plusieurs fois, le grand amphithéâtre de la Faculté ne fut pas assez grand, pour contenir ceux, qui voulaient entendre les Jean-Louis Faure, les Regaud et *tutti quanti.*

Donnons succinctement le résumé de ces quatre journées.

Le samedi 11 juillet, les organisateurs voulurent commémorer le souvenir du professeur Tourneux, célèbre histologiste et embryologiste, mort il y a près de trois ans. Un médaillon fut inauguré à l'entrée des laboratoires d'histologie, en présence de nombreuses personnalités et des deux fils du savant, les docteurs Jean-Paul et Georges Tourneux, dont l'un est un des rédacteurs les plus estimés du *Concours médical.*

La séance solennelle d'ouverture eut lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, en présence du préfet de la Haute-Garonne, du recteur de l'Université.

L'après-midi, séances de travail scientifique. Conférence du professeur Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, sur la biologie de la radiothérapie gynécologique ; puis conférence du Dr Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome, sur la pathogénie des pseudo-infections intestinales ; conférence du médecin inspecteur général Jacob, chef supérieur du service de santé des armées du Rhin, sur le service de santé en Allemagne occupée.

Le soir, réception officielle par la municipalité, au Capitole, dans la fameuse salle des Illustres.

Le dimanche matin, les congressistes envahissaient l'Hôtel-Dieu et l'hôpital de la Grave.

Les uns allaient dans des services de médecine, entendre le prof. Baylac et le Dr Daunic, médecin des hôpitaux ; d'autres admiraient la virtuosité opératoire du prof. Jean-Louis Faure ; d'autres suivaient les démonstrations du Dr Frenkel, professeur de clinique ophtalmologique.

L'après-midi, sous la présidence du prof. Escat, réunion annuelle de la Société de chirurgie de Toulouse, au cours de laquelle on entendit une magistrale conférence de M. Cavalié, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, sur les kystes d'origine dentaire.

A 15 heures, dans un amphithéâtre comble, se déroula une cérémonie émouvante : la remise des diplômes de docteur *honoris causa* à quatre savants étrangers appartenant à des nations amies.

Ce furent tour à tour les éloges du prof. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, prix Nobel, ce savant si simple d'allure, mais l'un des pères de la sérologie ; l'éloge du professeur Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone, dont on évoqua les visites sur le front français, aux heures angoissantes de la guerre ; l'éloge du prof. Recasens, de Madrid, qui s'est particulièrement illustré par ses recherches sur le traitement du cancer par la radiothérapie ; éloge enfin du Dr Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome et directeur de l'Institut d'hygiène, sénateur du royaume d'Italie, ce grand ami de la France, grand officier de la Légion d'honneur.

Cette cérémonie fut émouvante, car elle montra que la science n'a pas de frontière et combien est noble la tâche de ceux que leur cœur et leur philanthropie réunissent, malgré les barrières politiques, pour faire le bien parmi l'humanité souffrante.

Puis reprirent les séances de travail scientifique. Nous donnerons à part le résumé des conférences que nous avons entendues. Ce fut d'abord une brillante causerie de notre ami Dartigues sur les directions actuelles et les destinées de la chirurgie.

La parole vibrante, imagée, chaude de l'orateur nous tint sous le charme pendant plus d'une heure et Dartigues nous démontra que peu ou prou, nous sommes tous chirurgiens.

Lui succéda ensuite le prof. Jean-Louis Faure, qui discuta les chances opératoires, dans le traitement sanglant du cancer du col de l'utérus.

Le soir, séance de gala, au théâtre, suivie d'une réception offerte par l'UMFIA.

Le lendemain matin fut encore occupé par des démonstrations cliniques et opératoires dans les différents services hospitaliers.

Dans l'après-midi, deux conférences : la première, du prof. Regaud, directeur de l'Institut du radium, de Paris, qui, avec une très grande simplicité, nous exposa les succès qu'on peut attendre dans la cure du cancer du col, par les irradiations.

Et c'était un spectacle curieux que de voir deux savants opposer leurs résultats, non pas en adversaires, mais en collaborateurs. L'un, Jean-Louis Faure, la veille, précisait les indications de la méthode sanglante, cependant que Regaud, avec beaucoup de modestie scientifique, qui sied au vrai savant, fit parler les chiffres de statistiques, non pas truquées, mais aussi véridiques que possible, car, de leurs résultats, dépendent des méthodes de traitement, dont l'aboutissant est la lutte contre le cancer.

A Regaud succéda Bordèt, le savant belge, qui exposa ses conceptions sur la lyse microbienne.

L'après-midi nous parut courte, en écoutant des hommes de cette valeur et, entre chaque conférence, nous nous répandions dans les couloirs et salles, où étaient exposés des instruments, des produits pharmaceutiques, des installations sanitaires militaires.

Le soir, grand banquet, sous la présidence effective de M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique. Chère excellente, nombreux discours, cordialité confraternelle : rien ne manquait.

Mardi matin, conférence du Dr Argaud, professeur d'histologie, sur les nerfs du cancer et sur les transformations pancréatico-spléniques chez les animaux dératés.

Puis, réunion confraternelle et syndicale, au cours de laquelle le Dr Renon, de Niort, ancien membre du Conseil de l'Union des syndicats médicaux de France, fit une brillante causerie, sur le syndicalisme médical, par rapport aux collectivités : ce qu'il est, ce qu'il devrait être.

Notre confrère exposa d'abord la situation du corps médical par rapport aux collectivités publiquses et privées. Il déclara que, pour sa part, malgré la rédaction imprécise de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, les syndicats médicaux ont parfaitement le droit de discuter leurs conditions de travail, vis-à-vis de l'Etat, du département, ou de la commune. D'ailleurs, il ne saurait y avoir présomption de coalition contre l'Etat, du moment où ce dernier tolère actuellement les syndicats de fonctionnaires.

Le Dr Rénon montra l'utilité du syndicat, la nécessité , pour les médecins du même département, d'être aussi nombreux que poss ble dans le groupe, pour que nos adversaires ne puissent pas trouver d'appui parmi les dissidents. De la proportion du nombre de médecins syndiqués par rapport à la totalité des confrères exerçant dans une même région dépend le résultat des différends contrats collectifs.

Et l'orateur démontre combien ces accords collectifs deviennent quasi-indispensables, à l'heure présente, pour que le praticien puisse décemment gagner sa vie, en présence des collectivités qui font de la philanthropie sur son dos.

La loi du 25 mars 1919 sur les contrats collectifs doit donc être appliquée par les médecins. Ceux-ci, en tant que biologistes, ne peuvent pas s'opposer à l'évolution, qu'elle soit biologique ou sociale.

Au surplus, les asurances sociales créeront l'obligation du contrat syndical.

A ce sujet, après avoir passé en revue les desiderata du corps médical : libre choix, respect du secret professionnel, liberté laissée à chaque syndicat médical d'accepter ou non le tiers payant, dans chaque tractation locale, l'orateur aborde la question de l'enseignement médical, problème également soulevé par la future loi sur les assurances sociales. Aussi se réjouit-il de voir, comme à Toulouse et à Montpellier, le corps enseignant fraterniser avec les praticiens, pour l'étude et la solution des questions d'ordre professionnel et corporatif.

Oui, corporatif, car Renon montre le réveil de l'ancienne corporation, en la laissant pressentir, comme devant devenir obligatoire, par l'inscription de chaque médecin à un syndicat et l'orateur fait allusion aux travaux du Dr Aversencq, puisque, pour lui, l'Ordre des Médecins devient une nécessité.

Et c'est par un appel, à la discipline syndicale que le conférencier termine, en rappelant combien néfastes sont les démarches faites par des isolés, qui, sans mandat, vont porter des suggestions aux pouvoirs publics, suggestions souvent en contradiction avec les votes émis par l'Union des Syndicats médicaux.

Inutile de dire que Renon connut le gros succès.

Malheureusement, il fallait se presser, car un banquet syndical nous attendait, puisque certains devaient partir d'assez bonne heure, pour Carcassonne, visiter la ville et assister à l'embrasement de la Cité, qui n'a lieu qu'une fois par an.

Conclusions.

Les réflexions que m'ont suggérées ces Jour-

nées médicales de Toulouse sont de plusieurs ordres.

Tout d'abord, ces assises scientifiques et professionnelles furent aussi brillantes que celles de l'an dernier. Tout le mérite en revient, sans conteste, au professeur Bardier, dont le nom soulevait l'enthousiasme, chaque fois qu'il était cité dans un discours.

C'est son labeur incessant, qui a permis d'avoir des séances bien équilibrées, d'une haute portée scientifique, sans qu'il ne se produisît d'à-coups.

Le Corps médical doit donc toute sa reconnaissance au professeur Bardier.

Il la reportera également au doyen, M. le prof. Abelous, ainsi qu'à tous les membres de la Faculté, sans oublier nos amis Clavelier et Garipuy, qui dirigent les destinées syndicales du département.

Mais, en dehors de l'urbanité, de la cordialité, qui régnaient dans toutes les réceptions, j'ai constaté une tentative de décentralisation, qui m'a fait grand plaisir. L'accord est fait entre les trois grandes Facultés du Sud-Ouest, pour former une région scientifique.

L'an prochain, c'est Montpellier, qui organisera les Journées médicales, puis ce sera le tour de Bordeaux, pour 1927 ou 28. Les représentants officiels de ces Facultés étaient présents à Toulouse.

Ainsi le Corps médical de toute la région pyrénéenne et de l'ouest de la Méditerrannée pourra se réunir, annuellement dans de grandes assises, pour entendre des conférenciers illustres tant de France que de l'étranger.

Il est utile, en effet, pour le plus grand bien des médecins, partant de la santé publique, de ne pas réserver aux seuls privilégiés du sort la possibilité de se rendre à Paris, lors des Congrès, pour entendre des conférences intéressantes. La décentralisation est nécessaire et c'est aux savants à venir eux-mêmes porter le fruit de leurs travaux vers ceux que le labeur ingrat de chaque jour retient dans la ville où ils exercent.

Aussi, la formule du Dr Beckers, le distingué directeur du *Bruxelles médical* , le créateur des Journées médicales, a-t-elle donné plein succès à Toulouse, comme, il y a quelques semaines seulement, à Auxerre et à Bruxelles.

En second lieu, nous ne saurions trop féliciter nos amis de Toulouse de ne pas vouloir monopoliser, pour leur seule ville de Faculté, les avantages moraux de ces Journées.

Bien au contraire, trois Facultés s'unissent : Toulouse, Montpellier et Bordeaux, pour, à tour de rôle, organiser des assises annuelles.

Les habitués de ces « Journées » trouveront un charme, dans cette diversité, bien qu'ils n'aient qu'à se louer de la façon si cordiale, si écossaise, avec laquelle ils ont été reçus à Toulouse.

Mais également, les confrères des régions avoisinantes pourront voir, à leur tour, dans la ville où ils ont fait leurs études et près de laquelle ils se sont installés et, tout en renouant de vieilles relations, ils seront heureux de se mettre au courant sur quelques questions nouvelles.

Passant maintenant à une autre considération, et me souvenant des projections cinématographiques auxquelles il m'a été donné d'assister, je pense combien l'enseignement livresque, si assommant, peut devenir agréable, lorsqu'on « voit ».

Ainsi, le prof. Recasens, de Madrid, nous fit la surprise d'un film, en trois parties, représentant l'ovulation et la fécondation.

Son fils, qui est l'auteur de ce film, a dû travailler pendant de longs mois, pour établir les images animées, et schématiques, qui ensuite nous sont représentées.

Mais on « voit » les différentes parties composantes de l'ovule, on assiste aux phénomènes de scissiparité ; puis c'est la marche du spermatozoïde, aidé par les cils vibratils, qu'on voit bouger, l'introduction de ce germe dans l'ovule, sa fusion, etc.

Projections schématiques, me direz-vous, oui ; mais combien plus attrayantes que la lecture de livres, souvent trop savants pour les jeunes étudiants, qui doivent apprendre par cœur des quantités de choses, qui, relevant plutôt du Collège de France, ne leur serviront à rien, dans leur carrière future et seront, par suite, rapidement oubliées.

C'était encore le prof. Jean-Louis Faure, faisant projeter la cinématographie d'une opération : une hystérectomie par voie abdominale.

Dartigues avait donc raison, lorsqu'il montrait l'alliance de la chirurgie avec les autres sciences la physique permet au chirurgien d'opérer, tranquillement, avec ses aides, sans autres assistants, dans la salle aseptique, que les personnes indispensables à l'opération, cependant que, dans une salle voisine, avec un épiscope, ou plus tard, avec le cinéma, de nombreux assistants pourront suivre tous les gestes de l'opérateur, avec plus de clarté et de précision que s'ils étaient à se presser autour de la table d'opération, gênant ainsi l'opérateur et augmentant les possibilités d'infection.

Les « Journées médicales de Toulouse » ont, pour la seconde fois, connu le succès. Le *Concours médical* est heureux de féliciter les organisateurs, qui, s'ils ont été à la peine, doivent être à l'honneur : les professeurs Bardier, Abelous et tous leurs collègues ont bien mérité du Corps médical.

Dr Paul BOUDIN.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA DIÈTE HYDRIQUE CHEZ LE NOURRISSON

Par R. TURQUETY,

Chef de clinique à la Faculté.

La diète hydrique consiste à supprimer tout aliment et à ne faire absorber que de l'eau pure. Par extension, on appelle encore diète hydrique le régime constitué par des liquides de faible valeur alimentaire tels que l'eau de riz ou le bouillon de légumes. La diète hydrique n'a été introduite dans la diététique qu'à une époque relativement récente. On en doit le principe à Luton de Reims, qui l'appliqua au traitement du choléra asiatique et de certaines entérites aiguës de l'adulte et de l'enfant. Peu après, divers auteurs s'efforcèrent de vulgariser la méthode tant en France qu'à l'étranger. Il convient, parmi eux, de faire mention des nombreuses publications par lesquelles M. Marfan s'efforça de fixer les règles de cette médication.

La diète hydrique détermine dans l'organisme *des modifications* qui varient avec les états morbides auxquels on l'oppose, mais, dans l'ensemble, ces résultats ont un caractère de généralité qu'il convient de mettre en lumière. Elle agit à la fois sur l'appareil digestif et sur les échanges nutritifs.

Elle a pour premier effet de mettre le tube digestif au repos, de lui éviter tout travail : elle diminue la diarrhée, les selles se modifient en qualité et en quantité, les grumeaux de lait disparaissent ainsi que le mucus, et, dans les cas favorables, les selles prennent le caractère méconial, elles deviennent poisseuses, homogènes, jaunes-verdâtres. Par ce mode d'action elle soustrait l'organisme à l'action nocive des produits élaborés par une digestion défectueuse. La diète hydrique modifie également la flore des voies digestives et protège ainsi l'estomac et l'intestin contre l'action toxique des produits de la décomposition microbienne des résidus alimentaires. Ajoutons enfin qu'elle abaisse la température en cas de fièvre, qu'elle favorise la diurèse et calme l'excitation nerveuse.

L'effet le plus remarquable de cette thérapeutique sur les échanges est de permettre à l'enfant de supporter le jeûne en éloignant les effets de l'inanition. On sait en effet que les très jeunes enfants supportent plus mal que les adultes la privation d'aliments, qui provoque chez eux, surtout au niveau du tissu graisseux, une véritable fonte cellulaire dont le but est de reconstituer de l'eau et d'empêcher la déshydratation des tissus. L'ingestion d'une certaine quantité d'eau permet au sujet de tolérer beaucoup plus longtemps la privation d'aliments. Dans les diarrhées qui s'accompagnent de deshydratation la diète hydrique pallie dans une certaine mesure à la dessiccation. Enfin, en ouvrant les émonctoires, la diète hydrique favorise la désintoxication de l'organisme.

C'est dans le *traitement des diarrhées* que la diète hydrique trouve son indication principale. Encore convient-il de savoir que son efficacité n'est pas la même dans tous les cas et que le médecin doit régler différemment la marche du traitement selon le type d'affection intestinale à laquelle il a affaire. D'une façon générale, la diète hydrique, indispensable dans le traitement des diarrhées au biberon n'est que d'une médiocre utilité dans le traitement des diarrhées du sein. Dans ce dernier cas, en effet, il suffira d'espacer les repas, de diminuer leur durée, et de donner dans l'intervalle quelques cuillerées à café d'eau bouillie pure. Ce n'est que dans les formes intenses de diarrhée au sein qu'on se trouvera bien pendant 24 ou 48 heures de remplacer plusieurs tétées par des biberons d'eau bouillie. D'une façon générale une diète hydrique plus prolongée et plus sévère n'est qu'exceptionnellement utile dans le traitement de ce genre de diarrhée.

Il en va tout autrement des diarrhées au lait de vache pour lesquelles la diète hydrique constitue la base thérapeutique. Ici, il est généralement nécessaire de commencer par là le traite-

ment et de faire durer la diète un temps plus ou moins long, selon qu'il s'agit d'une diarrhée commune ou d'une diarrhée toxique.

Dans les diarrhées communes, une diète hydrique de deux jours suffira à mettre au repos le tube digestif et, au bout de ce temps, l'alimentation, reprise très progressivement, sera en général bien supportée.

Non indispensable dans les diarrhées au sein, utile dans la variété commune des diarrhées au lait de vache, la diète hydrique constitue l'élément fondamental du traitement des diarrhées toxiques (diarrhées cholériformes). Dans cette affection on doit l'instituer le plus tôt possible et lui fixer une durée d'au moins deux jours, mais qui sera souvent prolongée du fait que toute reprise d'alimentation provoque une recrudescence des troubles morbides. Sous l'influence de ce traitement on note au bout de quelques heures une cessation des vomissements, une diminution du nombre des selles, qui deviennent moins liquides. Il faut toutefois, pour attribuer à ces modifications un caractère nettement favorable, noter parallèlement une sédation des phénomènes généraux. C'est dans les diarrhées cholériformes que la réalimentation présente des difficultés considérables. On utilisera également avec succès ce mode de traitement dans les diarrhées dysentériformes, où, rapidement, on lui substituera une réalimentation par du bouillon de légumes ou des bouillies légères à l'eau. Dans la fièvre typhoïde, on se trouvera bien de commencer le traitement par une diète hydrique très courte qui aura pour but de diminuer le nombre des selles et d'atténuer le météorisme abdominal.

D'une façon générale on pourra y recourir utilement dans le traitement de toutes les diarrhées qui surviennent comme épisode au cours des affections diverses du premier âge, rhinopharyngites, broncho-pneumonie, coup de chaleur.

Il est par contre des affections du premier âge dans le traitement desquelles la diète hydrique ne saurait être d'*aucune efficacité* : on évitera d'y recourir chez les enfants atteints de la maladie des vomissements habituels. Chez eux, la diète n'exercerait sur les troubles digestifs aucune action favorable et aurait par contre une influence désastreuse sur la courbe de poids. Il est une autre affection où la diète hydrique est formellement contre-indiquée, c'est l'athrepsie ; dans ce cas la diète hydrique ne contribuerait qu'à aggraver l'évolution de la maladie.

Règles de la diète hydrique. — On utilisera pour la diète hydrique soit l'eau bouillie, soit l'eau crue à condition qu'elle soit très pure. On pourra utiliser également une eau minérale en choisissant de préférence une eau non gazeuse et très peu minéralisée (eau d'Evian). L'eau peut être donnée chaude, tiède ou froide, selon le goût de l'enfant ; de préférence on l'emploiera tiédie à 30 ou 35°, réservant l'eau très froide ou glacée aux cas de vomissements répétés. L'eau doit être donnée pure et n'être additionnée d'aucune substance fermentescible ni irritante, sucre, farine ou alcool. On proscrira également le lait, même dilué, et l'eau albumineuse. On pourra par contre remplacer sans inconvénient l'eau pure par une infusion extrêmement légère de thé ou de menthe (un 1/2 litre d'eau bouillante sur une pincée de feuilles de thé ou de menthe). Ces infusions seront données non sucrées, et, si l'enfant refuse de les prendre, on pourra les édulcorer avec une dose minime de saccharine.

La diète hydrique ne peut donner son plein effet qu'à la condition de faire ingérer à l'enfant une quantité suffisante de liquide ; on s'efforcera donc de lui faire absorber une quantité d'eau au moins équivalente à la ration de lait qui constitue sa ration coutumière. M. Marfan a fixé la ration d'eau à 125 grammes par kilogr. de poids de l'enfant par 24 heures. Après un an, un litre d'eau par jour suffit. Si on ne peut atteindre ces doses, la diète hydrique ne remplit pas son objet. Il sera bon, pour ne pas fatiguer l'estomac de l'enfant et éviter les vomissements, de fractionner la dose le plus possible, quitte à la faire prendre au besoin par cuillers à café.

La durée de la diète hydrique doit varier selon la gravité des affections dans le traitement desquels on l'emploie. Elle doit être courte et ne durer que quelques heures dans les cas d'embarras gastrique simple ou de diarrhée au sein ; sa durée, par contre, peut être de quelques jours dans les formes sévères de troubles intestinaux, diarrhée cholériforme par exemple.

Mais l'autre point sur lequel on ne saurait trop insister est l'inconvénient qu'il y a à *prolonger d'une manière excessive* la durée de la diète hydrique : elle ne doit jamais, d'après M. Marfan, dépasser 4 jours. C'est une erreur que de lui donner, comme le font certains, une durée de 5, 6 jours et davantage sous prétexte que la reprise de l'alimentation fait reparaître la diarrhée. Dans ces cas en effet la persistance d'un certain degré de diarrhée n'est pas un obstacle à la reprise de l'alimentation pourvu que cette reprise soit discrète, méthodique, et accomplie avec un aliment bien choisi. Et, d'autre part, en cas de diarrhée toxique, si après une diète stricte de 4 jours, les symptômes intestinaux et les signes généraux ne se sont pas amendés, il faut bien savoir qu'une diète prolongée encore n'améliorera plus la situation. Prolongée en effet au delà du quatrième jour la diète hydrique réalise un *état d'inanition* qui ajoute ses effets à ceux de la maladie première. Chez les très jeunes enfants, en effet, surtout lorsque

l'état antérieur de leur nutrition est défectueux, l'inanition manifeste très vite ses effets : après 3 ou 4 jours apparaissent des signes d'autophagie et des signes d'acidose.

On pourrait cependant sans inconvénient prolonger quelque peu la durée de la diète hydrique à condition de remplacer au bout d'un jour ou deux l'eau pure par un aliment de remplacement tel que l'eau de riz ou le bouillon de légumes. Toutefois l'emploi des décoctions de substances amylacées dans les diarrhées des jeunes enfants doit obéir à quelques règles générales. Nous devons rappeler qu'avant 6 mois l'enfant ne peut digérer et assimiler que de très petites quantités d'amidon, ce qui répond d'ailleurs à la composition de l'eau de riz, de l'eau d'orge et du bouillon de légumes. Encore ces préparations ne sont-elles pas toujours bien tolérées par les enfants de moins de 6 mois chez qui elles provoquent parfois une aggravation de la diarrhée et du météorisme abdominal. Même chez les enfants âgés de plus de 6 mois, il ne faut *pas abuser des farines*, elles ne peuvent servir d'aliment exclusif que pendant un court laps de temps. En agissant autrement on s'exposerait à voir les accidents s'aggraver. Dans tous les cas, la farine, qu'on la donne sous forme d'eau de riz, de bouillon de légumes ou de bouillie à l'eau, doit être donnée sous *forme de décoction*, c'est-à-dire soumise à une cuisson prolongée, car les ferments amylolytiques de la salive et du suc pancréatique, très actifs vis-à-vis de l'emploi d'amidon, ont une activité presque nulle vis-à-vis l'amidon cru.

Réalimentation après la diète hydrique. — Ses règles varient selon l'affection qu'il s'agit de traiter et aussi selon l'âge de l'enfant. La reprise de l'alimentation constitue le moment le plus délicat de la cure. Après la diète hydrique le lait de femme est l'aliment qui convient le mieux à la reprise de l'alimentation. Cette loi s'applique tout particulièrement au traitement des diarrhées cholériformes. Cette affection lèse les viscères digestifs au point de rendre, dans les jours qui suivent, la digestion et l'assimilation très imparfaites et le lait de femme constitue dans ces cas l'aliment le mieux supporté ; on peut même admettre que là où il échoue aucun autre aliment n'aurait pu réussir. Encore conviendra-t-il de guider cette réalimentation avec beaucoup de prudence, d'une façon très progressive, en en donnant le premier jour 5 à 10 grammes par repas et en augmentant chaque jour de 5 à 10 gr. selon la tolérance de l'enfant ; dans l'intervalle on donnera selon les cas de l'eau pure, de l'eau de riz ou du bouillon de légumes.

A défaut du lait de femme on pourra faire appel au lait d'ânesse, lait dont la composition se rapproche le plus de celle du lait de femme. C'est en effet un lait essentiellement maigre, dont la teneur en lactose et en caséine est voisine de celle du lait de femme et qui, en outre, est très pauvre en beurre, ce qui constitue son caractère principal. On l'utilisera, pour la réalimentation, aux mêmes doses et de la même manière que le lait de femme. Rappelons toutefois que le lait d'ânesse est un lait très fragile qui s'altère très facilement, qui ne supporte ni la cuisson, ni la stérilisation et qui doit être consommé peu de temps après la traite. D'où, pratiquement, la difficulté de son emploi. Quand on ne peut faire appel à aucun de ces deux aliments, on utilisera le lait de vache, ordinaire ou modifié.

D'une façon générale le lait de vache ordinaire employé dans la réalimentation après la diète hydrique donne de médiocres résultats ; dès qu'on dépasse une dose très faible on voit reparaître les accidents. Aussi a-t-on recours à des laits modifiés dont les résultats sont en général bien meilleurs.

Ceux qui réussissent le mieux sont ceux qui ont eu leur caséine très modifiée par la chaleur et qui en outre ont été privés d'une grande partie de leur beurre : lait condensé sucré, poudre de lait maigre ou demi-maigre, babeurre. Le choix entre ces différents laits dépend en grande partie de l'affection que l'on a à traiter.

Dans la diarrhée commune des enfants au biberon, sans phénomènes toxiques, on pourra reprendre directement l'alimentation avec des dilutions d'abord très faibles de lait condensé sucré ou mieux encore de poudre de lait demi-maigre, ceci dans le cas où l'enfant a moins de quatre mois. De 4 à 6 mois, on pourra ajouter à ces aliments de petites quantités de farine lactée ou de farine maltée. Après 6 mois on emploiera des bouillies claires à l'eau et à la farine dans lesquelles on ajoutera progressivement le lait sous forme de lait de vache écrémé, ou mieux de poudre de lait.

Dans la diarrhée cholériforme, surtout au cours des 4 premiers mois, le lait condensé sucré et la poudre de lait sont eux-mêmes souvent mal tolérés et, si on ne peut donner à l'enfant du lait de femme on se trouvera bien d'utiliser le babeurre. Cet aliment, employé depuis fort longtemps déjà, mais un peu délaissé depuis quelques années, a été préconisé récemment encore par MM. Marfan, Turquety et Aris qui en ont fait un large emploi à l'hospice des Enfants-Assistés. On l'emploiera les premiers jours coupé d'eau et additionné d'eau de chaux, soit par exemple, par repas, pour un enfant d'un mois, le premier jour de la réalimentation, 15 grammes de babeurre, 10 gr. d'eau de chaux et 50 gr. d'eau. On modifiera progressivement la composition des biberons de façon à donner au bout de 7 à 8 jours le babeurre pur. Rappelons que la valeur calorigène de cet aliment est faible ; c'est un lait complètement écrémé, dont le

lactose a été en partie transformé en acide lactique et qui n'a conservé à l'état d'intégralité que sa teneur en caséine ; c'est donc un type de lait albumineux. Mais sa valeur alimentaire est faible et, s'il est bien supporté, il faudra le donner à doses rapidement croissantes. On pourra à ce moment lui substituer peu à peu un lait de plus grande valeur alimentaire, poudre de lait, maigre ou demi-maigre, puis lait condensé sucré. Si l'enfant est un peu plus âgé (4 à 6 mois) on pourra joindre au babeurre des bouillies maltées préparées à l'eau ou une petite quantité de farine lactée. Après 6 mois, on utilisera des bouillies préparées à l'eau dans lesquelles on incorporera au bout de quelques jours le lait sous forme, de préférence, d'une poudre de lait maigre ou demi-maigre.

Il est en tout cas une règle générale dont on ne saurait se départir : la réalimentation *doit être très lentement progressive*, et cela d'autant plus que la diarrhée a été plus toxique. C'est une condition indispensable pour habituer l'organisme à tolérer la nourriture et pour éviter les rechutes de la maladie. On devra donc reprendre l'alimentation avec des doses extrêmement faibles de l'aliment choisi en augmentant très lentement à mesure que l'on constate une tolérance suffisante pour la dose précédemment prescrite. On ne craindra pas, en cas de reprise des accidents, d'entrecouper cette réalimentation de courtes périodes de diète hydrique.

On ne saurait trop répéter que la diète hydrique constitue l'élément principal du traitement des troubles digestifs dans le premier âge : son appoint doit être tenu pour indispensable à la réussite des diverses thérapeutiques opposées aux diarrhées de l'enfant.

CAUSERIE CHIRURGICALE

La tendance manuelle de l'application thérapeutique médicale,

Par Dartigues.

Une chose frappe quand on regarde les moyens actuels employés par la thérapeutique des affections dites médicales, c'est le caractère chirurgical qu'elle prend de plus en plus, c'est la transformation manuelle de l'application de cette thérapeutique. Le thérapeute médical, le médecin pur, le praticien, en un mot, après avoir fait l'examen clinique de son malade et établi son diagnostic, quand il applique sa cure, devient de plus en plus maintenant, un manuel. Il ne confie plus seulement au papier d'une feuille volante l'indication des médicaments, il porte lui-même les substances médicamenteuses à destination, pour ainsi dire anatomique. En un mot, par son action personnelle, le médecin devient de plus en plus chirurgien.

Pour le faire comprendre, qu'il me soit permis de donner une nouvelle définition de la chirurgie : *La chirurgie, c'est l'œuvre de main ayant pour guide l'anatomie humaine en vue d'une action curative sanglante ou non sanglante.* Ainsi, quand le professeur J.-A. Sicard et Forestier, quand le professeur Cestan, à travers la voûte cranienne font avec une vrille une perforation pour ponctionner ensuite le cerveau jusqu'aux ventricules cérébraux, ou quand ils font pénétrer par la bouche une aiguille pour atteindre la base du crâne au niveau d'un de ses orifices multiples, ils fonc certainement acte de chirurgie plus audacieux, plus intellectuel et plus savant qu'un chirurgien de carrière ouvrant une collection purulente ; car ce qui fait la valeur de cet acte manuel délicat et périlleux, c'est précisément la connaissance exacte de l'anatomie qu'il suppose.

Ces actes manuels se réduisent, il est vrai, le plus souvent à la *ponction* et à l'*injection*, mais, voilà, leur importance et leur difficulté quant à l'exécution dépend de la région ou de l'organe auquel on s'adresse.

En effet, une des grandes caractéristiques moderne des méthodes thérapeutiques, c'est d'avoir en grande partie abandonné la voie digestive et d'avoir substitué l'*injection* à l'*ingestion* médicamenteuse, c'est de porter la substance curative, soit directement à l'organe lésé, soit de la confier à la voie circulatoire, plus directe, plus rapide, plus certaine, plus assimilable, n'ayant plus à tenir compte des répulsions de la gustation, et évitant l'altération pour ainsi dire constante des produits par les sucs gastriques et intestinaux. Voci les principales voies suivies :

La voie cutanée et surtout sous-cutanée : pour les sérothérapies (antistreptococcique, antistaphylococcique, antitétanique), pour les vaccinothérapies, pour les hématothérapie, protéinothérapie, opothérapie même.

La voie intra-musculaire : pour de nombreux médicaments, introduits dans les masses musculaires ; entre autres exemples : alcoolisation des muscles masséters, temporal et ptérygoïdiens pour la cure de la luxation récidivante si rebelle de la mâchoire inférieure (J.-A. Sicard), injections d'adrénaline en plein muscle cardiaque, pour certaines syncopes anesthésiques.

La voie veineuse : pour la saignée qui devrait être remplacée par la plus méthodique, plus élégante et plus sûre ponction sanguine évacuatrice ; pour la transfusion sanguine que tout praticien devrait savoir pratiquer ; celle-ci, non seulement pour remédier à des états anémiques graves, mais à diverses infections, telles que l'infection puerpérale, la fièvre typhoïde, l'ostéomyélite, etc., au moyen de ce que l'on appelle l'immuno-transfusion (travaux de Wright, J.-A. Sicard, Dehelly et Huillot, Pierre Delbet), et qui consiste à vacciner préalablement le sang du donneur ou à utiliser le sang de gens ayant été préalablement atteints et guéris de la maladie à combattre ; et à ce sujet je citerai aussi le cas de la transfusion alliée à un acte chirurgical, comme la *réinfusion* au cours d'une inondation sanguine intra-péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine, où le sang recueilli au cours de la laparotomie est immédiatement réinjecté dans les veines de l'opérée (Thiès) ; la voie veineuse encore pour les cures des varices volumineuses et des ulcères de jambe par les injections phlébo-sclérosantes au chlorhydrate de quinine et à l'uréthane, traitement qui se substitue à la saphénectomie chirurgicale et qui a l'avantage d'être ambulatoire en n'immobilisant pas le sujet au lit ; pour le traitement des angiomes par des injections de citrate de soude au sein de la tumeur, etc.

La voie intra-parenchymateuse où la substance est parfois portée en plein tissu du foie, de la rate, du poumon même (Rosenthal) ;

La voie intra-séreuse, soit qu'on veuille évacuer des liquides ou porter des substances médicamenteuses au sein des cavités du péricarde, de la plèvre, du péritoine, des méninges craniorachidiennes, des synoviales articulaires, par exemple pour faire une thoracentèse, une paracentèse, évacuation suivie ou non d'injections modificatrices ou d'insufflations d'air ou d'ozone pour certaines pleurésies purulentes de l'enfance, pour réaliser le pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire, pour faire une décompression du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire, pour lutter contre certaines méningococcies en portant « le sérum là où est le siège de la lésion », comme l'ont préconisé l'Américain Ayer, le professeur Sicard et Forestier, c'est-à-dire en ponctionnant ou en injectant par la voie atloïdo-occipitale qui donne accès au lac cérébelleux inférieur et où l'agent thérapeutique agit plus particulièrement sur la région bulbo-protubérantielle, pour lutter également en utilisant la voie cranienne, comme l'a fait le professeur Cestan contre la paralysie générale, pour pratiquer le drainage sous-arachnoïdien dans le traitement des hydrocéphalies volumineuses.

La *voie nerveuse* enfin, où les médicaments sont portés par une injection généralement à la racine des nerfs comme, par exemple, l'alcoolisation du nerf facial ou du nerf trijumeau dans certaines névralgies, la cocaïnisation ou l'alcoolisation des nerfs thoraciques supérieurs en dehors des trous de conjugaison et à la naissance des *rami communicantes* dans certains syndromes d'angine de poitrine.

En somme, la thérapeutique médicale comporte toute une petite chirurgie qui va toujours en augmentant ses indications et agrandissant son domaine, si tant est qu'il y ait une petite chirurgie, car à mon avis, il n'y a pas de petite et de grande chirurgie, chaque acte pouvant entraîner des complications graves et même mortelles.

La chirurgie ne se mesure pas à la grandeur des instruments, ni à l'importance du sang versé, ni des vastes incisions, mais à l'adresse qu'il est nécessaire de déployer, à la complexité des manœuvres, à l'importance de l'anatomie des régions et à la susceptibilité physiologique des tissus au milieu desquels on doit agir, ou suivant le péril qui vient de la teneur qualitative et quantitative du médecin lui-même.

En somme, qui s'avance le bistouri à la main, la lancette à la main, le trocart à la main, la seringue et l'aiguille à la main, la sonde à la main, le thermocautère à la main, et même le tube gastrique de Faucher ou la sonde duodénale d'Einhorn à la main, ou celle par laquelle on se propose de faire le drainage médical des voies biliaires (Gaultier), et même les mains seules comme pour certains massages viscéraux et gynécologiques, fait œuvre chirurgicale, œuvre de main comme l'indique l'étymologie du mot chirurgie : il ne faut pas oublier qu'au delà de l'enveloppe extérieure, cutanée, du corps humain, et au-delà de ses cavités et conduits, il y a tout un monde anatomique dont il faut connaître les voies complexes et périlleuses, pour y cheminer sans provoquer des blessures irrémédiables.

Comme on le voit, la thérapeutique de nombre de maladies d'ordre médical devient de plus en plus assez audacieusement chirurgicale ; il ne faut donc pas méconnaître le caractère en partie mécanique, c'est-à-dire chirurgical, de l'acte thérapeutique, même dans le domaine médical, caractère qui a été de tous les temps et sera de tous les temps.

Il semble même que, dans le retour cyclique des choses, nous revenions à l'ancien prototype du médecin, du temps de Trousseau, de Lasègue et de Récamier, à l'ancienne formule médico-chirurgicale, où le premier créa la thoracentèse et la trachéotomie qui à l'heure actuelle semble être réfugiée dans les services de laryngologie, et où le dernier pratiqua pour la première fois, l'hystérectomie vaginale.

Par la force des choses, en raison même de la

spécialisation, chaque spécialité de la médecine devient en réalité médico-chirurgicale, et il n'y a de vrai et excellent spécialiste que celui qui, dans sa branche, est à la fois médecin et chirurgien. La médecine générale a sa chirurgie, comme l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, l'urologie, la gynécologie, la dermatologie et l'endocrinologie même, car il ne peut y avoir dissociation, si ce n'est par l'arbitraire ou la convention, dans le pouvoir thérapeutique.

Il semble donc, pour le moment, que la médecine a une destinée de plus en plus chirurgicale, en tant que voies et moyens pour porter les substances curatrices d'ordre chimique, minéral et végétal ou biologique et humoral au sein de l'organisme.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'occlusion intestinale aiguë.

M. OKINCZYC,

Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

L'occlusion intestinale aiguë est, par définition, l'arrêt complet des matières et des gaz, dans une partie de l'intestin. Elle ne comporte pas seulement l'arrêt des matières, elle implique celui des gaz, et ce symptôme est peut-être même le plus important, le plus caractéristique. C'est précisément à partir du moment où les gaz ne filtrent plus que commence véritablement la maladie. Des deux termes dont je viens de parler celui qui prime l'autre est l'arrêt des gaz.

Je vous signalerai à peine les vomissements fécaloïdes. Ils peuvent prêter à l'erreur et les attendre est s'exposer à faire un diagnostic — et conséquemment un traitement — beaucoup trop tardifs.

L'occlusion intestinale aiguë se présente, cliniquement, d'une manière variable. Tout d'abord, sous la forme d'étranglement herniaire, forme que j'éliminerai car elle est spéciale, par son extériorisation en particulier. Je sais bien qu'il y a des étranglements hernaires internes (hernies obturatrices ...) mais ce sont des états assez rares, et je ne veux étudier aujourd'hui que les cas de pratique courante.

On peut diviser l'occlusion intestinale aiguë en trois chapitres. En premier lieu, l'iléus paralytique. Il ne constitue pas à proprement parler une occlusion intestinale, mais sa symptomatologie est telle qu'on doit le rapprochre des deux grands types d'occlusion: la strangulation et l'obstruction.

L'*iléus paralytique* est dû à la paralysie des fibres musculaires intestinales, d'où arrêt de la circulation des matières. Les circonstances dans lesquelles on l'observe sont multiples. Toutes les péritonites, quelles qu'elles soient (par perforation, par appendicite, cholécystite), paralysent (loi de Stokes) la fibre intestinale. Assez souvent même, en pareils cas, les accidents d'iléus, l'arrêt des matières et des gaz dominent. On fait le diagnostic d'occlusion et, si l'on n'y prend garde, on peut être tenté de traiter ce syndrome seul, sans remonter jusqu'à la cause. Ce serait une mauvaise solution, préjudiciable au malade.

Une autre forme d'iléus paralytique est celle observée chez les vieillards. Elle est assez rare. Dans l'artério-sclérose, il peut se produire une diminution de calibre des artères de l'intestin avec, comme conséquence, quelquefois, des phénomènes paralytiques : c'est l'iléus des vieillards, qui aboutit à l'arrêt des matières et des gaz. Il arrive que, intervenant chez un sujet âgé et croyant avoir affaire à un cancer provocateur d'occlusion, on ne trouve aucune lésion de l'intestin, aucun étranglement. Il y a seulement absence de contractions des fibres intestinales, iléus paralytique. C'est une forme d'ailleurs grave, persistante.

J'aborde maintenant les deux autres chapitres de l'occlusion intestinale, qui concernent les types habituels de la maladie, la strangulation et l'obstruction. Je vais insister tout d'abord sur leurs différences.

Dans la strangulation, à l'arrêt des matières se surajoute un élément capital : les troubles de la circulation dans la paroi intestinale, tenant à la stricture des artères nourricières de l'intestin, et pouvant aboutir à la gangrène et à la perforation. Dans l'occlusion par tumeur, il n'y a rien de pareil. Si nous n'établissions pas le diagnostic de la cause, nous serions tentés de faire une simple dérivation des matières qui soulagerait le malade certes, momentanément, mais le laisserait parfois sous la menace du sphacèle intestinal.

Dans l'iléus paralytique dont je parlais tout à l'heure, les accidents de sphacèle en question ne semblent pas à redouter. Et cependant, il ne faudrait pas croire qu'ils soient impossibles. Lorsque l'on tarde trop à intervenir, il se fait une distension de l'intestin si accusée que des troubles circulatoires peuvent apparaître dans la paroi ectasiée, les tissus mal nourris, au con-

tact de matières infectées, devenant le siège d'altérations gangréneuses et de perforations.

Quelles sont les causes de l'iléus par strangulation ? L'étranglement herniaire, que je laisse de côté, est une de ces causes. Vous avez ensuite une forme fréquente chez le nourrisson, l'invagination intestinale. Dans un segment d'intestin dilaté, une partie adjacente de cet intestin y pénètre, s'y télescope. Il y a un boudin intérieur d'invagination et un segment extérieur invaginant. Il en résulte un étranglement avec phénomènes inflammatoires et œdème des parois aboutissant à l'effacement de la lumière de la zone intestinale intéressée.

L'*invagination intestinale* est un accident fréquent chez le nourrisson, chez le nourrisson bien portant même, et plutôt chez les garçons. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et c'est une notion qu'il faut avoir présente à l'esprit ; quand un nourrisson est pris de troubles digestifs subits, de vomissements presque immédiats, on rechercha l'invagination. On connaît le signe majeur de cette affection : la selle sanglante. Eh bien, on n'attendra pas l'apparition de cette selle sanglante. On la recherchera, car plus le diagnostic sera précoce, plus vous guérirez de ces petits malades. Faites alors le toucher rectal. Vous trouverez quelquefois au bout du doigt la tête de l'invagination : c'est assez exceptionnel. Mais, en retirant le doigt, il vous arrivera souvent de le voir couvert de glaires sanglantes. De plus, ces glaires ont une odeur putride. Enfin, le palper — de la fosse iliaque droite principalement, siège le plus habituel de l'invagination — vous révèlera la présence d'un boudin dur et *permanent*. Le diagnostic sera aussitôt suivi de l'intervention chirurgicale. Lorsque vous opérerez de bonne heure, vous pourrez souvent obtenir la désinvagination par des manœuvres d'expression sur l'intestin. Si non, vous serez amené à des résections, plus graves.

Pensez donc toujours à l'invagination intestinale, chez le nourrisson. Je vous en ai signalé les caractères essentiels. Il n'y a pas de fièvre en général, ce qui est un élément distinctif avec l'appendicite aiguë, où la température est plus ou moins élevée.

Dans l'obstruction intestinale aiguë par volvulus, il s'agit non plus de nourrissons, mais au contraire d'adultes, et même d'adultes âgés. L'affection est plus commune dans certains pays, en Russie, par exemple. Elle n'est pas rare, toutefois, en France, et il faut y penser pour la traiter à temps convenablement.

Le *volvulus* est une torsion de l'intestin sur lui-même. Comment l'intestin peut-il prendre et garder cette attitude vicieuse ? Des conditions favorisantes, prédisposantes, sont nécessaires en général. Le volvulus s'observe de préférence sur certains segments de l'intestin, sur l'anse sigmoïde en particulier et encore sur des anses un peu spéciales, assez longues, libres, augmentées de calibre; souvent, il s'agit de mégacôlons.

La torsion se fait dans un sens variable. Elle entraîne non seulement l'effacement de la lumière intestinale, mais encore l'étranglement des vaisseaux, d'où des troubles circulatoires susceptibles d'aboutir au sphacèle et à la perforation. Le volvulus peut être incomplet ou complet, à un ou à plusieurs tours. C'est là un diagnostic à faire, qui n'est pas toujours facile. Quelquefois le début n'est pas brutal et la torsion s'amorce seulement, laissant encore le passage aux matières et aux gaz.

A l'examen, on trouve un ventre augmenté de volume. Le météorisme est généralisé ou localisé et ce dernier est important à noter. Quand vous voyez le malade assez tôt, vous pouvez surprendre le météorisme en un point et voir une anse se dessiner. Dans la suite, le ballonnement s'étend et se généralise.

Dans toute occlusion intestinale, un des premiers gestes à faire est le toucher rectal. Il sera bien des fois négatif mais vous ne devez jamais le négliger. Dans le volvulus le toucher rectal ne vous conduira pas généralement sur la cause de l'occlusion. Poussant le doigt plus loin, vous sentirez parfois dans le Douglas un point particulièrement douloureux qui pourra permettre au diagnostic de s'orienter vers l'anse sigmoïde.

L'occlusion par strangulation a ordinairement un début soudain qui se fait par une douleur assez localisée, à la fosse iliaque gauche par exemple, douleur qui diffuse ensuite vers l'ombilic et l'hypochondre droit. Ne vous laissez pas tromper par cette extension à l'hypochondre droit.

Alors que l'occlusion par obstruction est assez lente, dans le volvulus, c'est brutalement que se produit l'arrêt des matières et des gaz. Là encore, la thérapeutique sera orientée par le diagnostic de la nature de la strangulation.

Le volvulus peut porter aussi sur tout autre segment de l'intestin, le cæcum, le grêle, le duodénum. Plus il est haut situé, plus il est grave. Des altérations préalables sont alors à son origine : malformation du diverticule de Meckel, appendicite, adhérences épiploïques, etc.

Il ne suffit pas, pour la thérapeutique, de diagnostiquer l'occlusion, il faut en reconnaître la source, agir en connaissance de cause. On ne lèvera pas non plus l'étranglement sans précautions. Alors même que vous êtes intervenus assez vite en effet, alors même qu'il n'y a pas de sillon d'élimination, pas de sphacèle, vous voyez quelquefois le malade succomber au bout de 6, 12, 24 heures. A quoi est due cette fin brutale ?

Il semble bien qu'elle soit la conséquence de phénomènes toxiques, de la pénétration massive

du contenu de l'intestin sus-jacent à la sténose dans l'intestin sous-jacent. L'intestin, au-dessus de la région d'occlusion, est rempli d'une grande quantité de liquide, car, par une sorte de défense de l'organisme, cet intestin n'absorbe pas. L'étranglement étant levé, la masse liquide passe rapidement dans l'intestin sous-jacent, qui est tout prêt pour l'absorption : il s'ensuit une intoxication brutale. D'où la nécessité de faire, en pareil cas, une dérivation préalable du contenu intestinal, par des ponctions évacuatrices ou une entérostomie complémentaire. Vous voyez combien complexe est le problème thérapeutique.

J'arrive à l'occlusion par *obstruction*, la plus fréquente peut-être. Le type en est l'obstruction par tumeur de l'intestin, du gros intestin principalement (les tumeurs épithéliales sont beaucoup plus communes sur le gros intestin que le grêle).

Bien que, dans la règle, les accidents de l'obstruction soient progressifs, les phénomènes peuvent néanmoins être d'emblée aigus, l'occlusion étant dans ces conditions le premier signe du cancer. Toutefois, dans la majorité des circonstances, il n'en est pas ainsi.

Habituellement, on note chez ces malades une période de constipation, mauvais mot, car il s'agit d'une difficulté d'évacuation. Celle-ci est gênée avec, quelquefois, des alternatives de diarrhée. C'est là un moyen que l'organisme emploie pour lutter contre ce trouble. Les matières accumulées au-dessus de la partie rétrécie durcissent, irritent par leur stagnation la muqueuse, qui hypersécrète. Il s'y mêle un processus de putréfaction, par conséquent de liquéfaction, et ces matières peuvent alors franchir la sténose. C'est un moyen mauvais, mais un moyen tout de même de tourner la difficulté.

Si j'insiste, c'est que trop souvent les malades arrivent pour ce motif tardivement au chirurgien. Durant des semaines et des mois, ils sont traités comme entéritiques par des régimes, et des cures thermales. Un temps précieux est perdu pendant lequel l'épithélioma progresse. Quand vous êtes en présence d'un sujet réalisant ce tableau, constipé, à alternatives de diarrhée, qui maigrit et est intoxiqué, il faut l'examiner à fond. Dans ces cas suspects, l'exploration radiographique et radioscopique est nécessaire. Elle pourra localiser le siège de la sténose. Je vais plus loin même. En présence d'un malade de ce genre, chez lequel nous ne trouvons pas d'étiologie nette, s'il s'agit d'un sujet âgé, entéritique ayant maigri, même si la radiographie ne donne rien, nous sommes autorisés à faire une exploration chirurgicale et à rechercher par la laparotomie, le cancer soupçonné.

Arrive un moment où apparaît l'occlusion. Là, vous pourrez faire en général le diagnostic. L'obstruction est presque toujours due à une tumeur maligne. Vous en trouverez parfois la confirmation par le toucher rectal (cancer recto-sigmoïdien).

Une autre cause d'obstruction est le calcul biliaire volumineux. Il arrive que ce calcul, dont le volume ne permet pas l'évacuation par les canaux biliaires, tombe dans l'intestin par fistule vésico-duodénale. Il chemine dans le duodénum, puis dans le grêle où, à un moment donné, il peut se trouver coïncé, en provoquant des accidents d'occlusion.

Lorsque, dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, vous intervenez — dans la fosse iliaque droite — s'il n'y a pas de phénomènes de distension cæcale, vous êtes amenés à rechercher la cause au-delà. Le danger de l'exploration alors est la distension de l'intestin. Il convient d'aller dans un certain sens et de se contenter d'abord de regarder. Ayant vu une anse dilatée, la ponctionner pour la vider de son contenu et au besoin multiplier ces ponctions. On parvient ainsi à voir sans trop palper les anses, et à découvrir la cause de l'occlusion.

La thérapeutique chirurgicale de l'occlusion intestinale est en somme moins simple qu'elle ne le paraît et offre un assez grand nombre de variantes selon les éventualités.

Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (service du prof. Hartmann) et recueillie par le Dr P. LACROIX.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les conva-sérums ou les sérums de convalescents.

Dans une excellente revue générale sur cette question, le Dr L. LEVRAT (de Lyon) rappelle que l'utilisation des convasérums, en thérapeutique et en prophylaxie, repose sur un certain nombre de lois applicables à l'immunité acquise et aux sérums en général. Ces lois, établies expérimentalement, doivent être logiquement adaptées à l'étude du sérum des convalescents de scarlatine, rougeole, maladies qui ont la propriété de conférer une immunité durable, comme aussi à

la fièvre typhoïde, à la variole, à la coqueluche, aux oreillons. D'autres maladies, donnant une immunité passagère (diphtérie, tétanos) ne peuvent être envisagées à ce point de vue.

L'immunité acquise est humorale et dépend essentiellement de la phagocytose. Le sérum des convalescents contenant des antitoxines spécifiques, préventives et parfois curatives, on ne peut nier sa spécificité.

Le convasérum de *scarlatine* a été employé dans les formes graves de la maladie ; et, de ce fait, les statistiques ont plus de valeur, et leurs résultats sont bien démonstratifs de l'action de ce sérum. Cependant son efficacité dépend de la précocité de l'injection ; elle est surtout nette dans les quatre premiers jours de la maladie ; après le 10e jour, aucun effet. L'action se manifeste rapidement ; au bout de quelques heures, la température tombe de 2 ou 3 degrés ; souvent elle remonte ; mais une nouvelle injection amène une nouvelle chute, en même temps que les symptômes s'amendent. Les injections intraveineuses, cependant dangereuses, seraient seules susceptibles de modifier la durée et l'évolution de l'éruption.

Il est préférable de prendre le sérum d'un adulte convalescent, dont la maladie a été au moins d'un mois ; cependant le sérum d'un sujet normal est également efficace.

Dans la *rougeole*, l'injection pratiquée avant la contamination réalise la sérovaccination. Dans les premiers jours de l'incubation, elle réalise la séro-prévention absolue. Dans la deuxième moitié de cette période, elle réalise la séro-atténuation. Durant l'invasion, elle provoque une extinction locale de l'éruption. Sur la rougeole déclarée, elle réalise la sérothérapie. Pour la protection, l'unité à injecter est de 2 cc 5 ; pour la séro-atténuation, il faut 5 cmc., pour la sérothérapie 20 à 30 cmc.

Si les ampoules sont stériles, les dangers sont nuls, et si les doses employées sont suffisantes, il y a rarement insuccès. Le sérum efficace est celui prélevé le 10e jour qui suit la défervescence.

Le sérum de la *coqueluche* agirait d'une manière similaire à celui de la rougeole. A titre prophylactique, il faudrait injecter 2 à 3 cmc. de zéro à 3 ans ; au-dessus de dix ans, 4 à 5 cmc.

Des essais analogues ont été faits dans la *poliomyélite* ; on injecterait le sérum plusieurs jours de suite comme dans la méningite cérébro-spinale. Les résultats sont encore incertains.

Les convasérums ont été essayés dans les *oreillons* (10e jour après la défervescence), dans la *grippe*, la *fièvre typhoïde* ; aucun résultat décisif n'est encore obtenu.

On a traité aussi les retards de consolidation des os par le sérum des fracturés (27e jour de la fracture), pensant qu'au niveau de la fracture s'élaborent des diastases qui permettent la fixation des sels de chaux.

Il n'est pas prouvé non plus que le sang normal ne soit pas efficace par lui-même dans les infections (hémothérapie) ; cependant, contrairement au sérum, il nécessite la recherche des groupes sanguins.

Enfin, l'auteur insiste sur la nécessité d'une sérothérapie multiple (association de sérums antistrepto, anti-pneumo-) pour éviter les complications habituelles des différentes maladies infecto-contagieuses. (*Gazette des hôpitaux*, 19-7-1924).

Sur le mal de mer et son traitement.

Les faits d'observation démontrent qu'il n'existe pas un mal de mer unique, dont on puisse établir nettement le processus, la symptomatologie, et, par suite, appliquer un traitement unique curatif certain.

Ecartant les formes suggestives, plus fréquentes qu'on ne le croit, le Dr Siguret essaye d'en classer les variétés, non plus d'après la pathogénie, mais d'après les symptômes présentés. Il arrive ainsi à différencier des maux de mer, dont le traitement de l'un est quelquefois opposé à celui de l'autre, et dès lors, il obtient presque toujours le résultat cherché, le soulagement presqu'immédiat du malade et son maintien durant toute la traversée.

La forme la plus fréquente peut être appelée *gastrique spasmodique*. A noter tout d'abord, qu'il faut laisser absolument de côté la cocaïne, la morphine, qui, pour être efficaces, doivent être employées à dose presque toxique, et, dès lors, mettent le malade dans un état déprimé, nauséeux, parfois sérieux. Préventivement, on prescrit les injections d'atropine au quart de milligramme, de scopolomine, avec XX gouttes plusieurs fois par jour dans un peu d'eau sucrée du mélange :

Chloroforme médicinal...	2 gr.
Alcool de menthe........	15 gr.

On remplace avec avantage cette mixture par le benzoate de benzyle, préparé en solution arobamisée sous le nom de Rhodazil. Cet antispasmodique, non toxique, est d'une action constante.

Avant l'embarquement veiller aussi, s'il y a lieu, à un bon maintien des organes ptosés ; large bande de flanelle, fortement serrée à la région épigastrique, en évitant toute constriction thoracique. Laxatif, le matin du départ. Repas léger trois heures avant l'embarquement. A bord, s'étendre sur le côté droit en chien de fusil ; éviter la lumière vive, et, par un tampon de coton dans les oreilles, diminuer les bruits extérieurs. Rhodazil, 2 gouttes par année d'âge, dans un peu d'eau froide sucrée ou non ; à renouveler toutes les 3 ou 4 heures. Si le mal de mer est déclanché, laver l'estomac avec un grand verre d'eau chaude rendu aussitôt avant d'administrer le Rhodazil.

Forme gastrique simple : le malade est soulagé par le vomissement. Rester allongé, ne pas fumer ; alimentation légère. XL gouttes de Rhodaril au moment du vomissement.

Forme céphalique avec anémie cérébrale, vertiges, nausées, etc. Rester étendu, la tête plus basse que le corps ; bromure et chloral ; ou pyramidon 0,15 avec véronal 0,25 ,pour uncachet, deux cachets à une heure d'intervalle.

Forme céphalique avec symptômes de congestion cérébrale : éviter opium et chloral ; une injection sous-cutanée d'atropine, avec 1 ou 2 milligr. de strychnine par cent. cube, la renouveler au bout de 6 heures, ou la remplacer par le Rhodazil.

Forme adynamique, persistant même après l'arrivée au port: huile camphrée, caféine, strychnine, etc. (*La Presse médicale*, 5-7-1924.)

Les troubles dyspeptiques tardifs.

Les troubles dyspeptiques tardifs apparaissent 2 à 3 heures ou plus après les repas.

La douleur tardive est bien connue ; on lui reconnaît généralement une origine pylorique. Moins étudiées sont les autres manifestations tardives des dyspepsies ; simple gêne digestive, vomissements, manifestations extra-gastriques (cœur, tête), elles apparaissent, dit le Dr J. MONGES, au cours des gastropathies les plus variées, organiques ou fonctionnelles. Des affections très diverses, par des mécanismes différents, peuvent aboutir à un même trouble fonctionnel, le seul bien souvent qui jette le cri d'alarme.

Ces troubles tardifs sont liés au fonctionnement du pylore, au spasme de cet orifice ; la réaction de la musculature gastrique contre ce spasme règle les modalités d'expression clinique.

Or le spasme pylorique dépend en dernière analyse d'un déséquilibre vago-sympathique, que ce déséquilibre soit d'origine centrale (névrose) ou d'origine périphérique (gastropathies, affections abdominales).

S'il faut en traiter la cause (ulcère de l'estomac, ptose gastrique, lithiase biliaire, névrose vago-sympathique), il est aussi nécessaire d'agir directement sur le spasme pylorique : par lui-même, en effet, le spasme n'est pas sans danger : il fatigue la musculeuse, diminue son tonus, dilate l'estomac, menace gravement peut-être la muqueuse déjà malade en emprisonnant dans l'estomac un chyme souvent hyperacide.

Pour cela, il faut surveiller le régime du malade, avoir recours aux antispasmodiques et aux alcalins.

Eviter l'alimentation traumatisante pour le sphincter : proscrire les aliments crus, mal cuits, l'alcool, les épices. Pratiquer au besoin le tamisage des aliments. Recommander au malade de bien mastiquer.

Quel que soit le mode d'action des alcalins, ceux-ci ont souvent une action très efficace et très rapide sur le spasme. Les donner au moment et dès le début de la douleur, ou même déjà 1 heure 1/2 à 2 heures après le repas pour recommencer au moment de la douleur. Employer les solutions faiblement alcalines, type solution de Bourget, soit les associations d'alcalins aux alcalino-terreux. Se méfier des inconvénients qu'il y aurait à continuer trop longtemps la méthode.

Les antispasmodiques seront employés dans les spasmes plus tenaces et d'une façon discontinue, suivant chaque cas particulier : belladone, jusquiame et leurs alcaloïdes, valériane, bromure de sodium ; les manier avec prudence en songeant aux répercussions possibles sur les sécrétions digestives ou sur la musculature. (*La Pratique médicale française*, décembre 1924, A.)

Rapports réciproques des lithiases du rein et de la vésicule biliaire.

Cette association est trop fréquente pour qu'on puisse la considérer comme une coïncidence fortuite. Il faut se rappeler que, pour les lithiases aseptiques du rein et de la vésicule, l'état humoral est la condition majeure et la concrétion calculeuse n'en est, pour ainsi dire, que le reflet. MM. CHAUFFARD et DÉBRAY, s'aidant à la fois des constatations biochimiques et de l'enquête clinique, ont cherché à définir les rapports réciproques des deux lithiases, et à voir si elles étaient ou non, dans leur association, sur un pied d'égalité. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les états hyperuricémiques, gravelle et goutte, s'accompagnent le plus souvent d'un excès de cholestérine dans le sang, et ils jouent le rôle de causes prédisposantes pour la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire primitive ne s'accompagne pas d'hyperuricémie et ne prédispose ni à la gravelle, ni à la goutte.

Quand les deux lithiases coexistent chez le même sujet, c'est la lithiase rénale qui, dans la grande majorité des cas, fait la première son apparition.

Il paraît également très probable que, chez les sujets atteints à la fois de goutte et de cholélithiase, c'est la goutte qui constitue la maladie primitive, le terrain sur lequel naît et évolue la lithiase biliaire. (*La Presse médicale*, 13 janvier 1925.)

Perforations intestinales post-typhiques opérées.

La perforation intestinale, au cours, ou au déclin d'une fièvre typhoïde demeure l'une des complications les plus redoutables de cette affection. Redoutable surtout parce qu'elle déclanche un processus de péritonite aiguë, rapidement mortelle, habituellement.

Quel traitement réclame cette complication? Au dire de M. ASTERIADES, le traitement chi-

rurgical qui, dans quatre cas sur cinq où il l'a appliqué, lui a donné quatre succès.

« Opérer dans les premières heures, toujours opérer, même dans le doute, quitte à faire une laparotomie exploratrice ... Toute attente, toute hésitation, seront néfastes pour le malade, son arrêt de mort ».

Aussi, faut-il faire le diagnostic aussi précoce que possible de la perforation. Pour l'auteur, la douleur vive qui marque cette lésion doit être prise immédiatement en considération. « L'auscultation au point le plus douloureux, surtout faite peu longtemps après la crise, laisse parfois entendre un bruit caractéristique, une sorte de sifflement entrecoupé, comparable à celui qu'on perçoit quand des gaz sous pression fuient par un orifice étroit ».

Un autre signe de certitude est donné par la manœuvre suivante : la peau, l'aponévrose incisées, les muscles écartés ainsi que la graisse prépéritonéale, on tombe sur le péritoine qui forme le fond d'une sorte de puits dont les bords sont les lèvres de la plaie. Versez dans ce puits de l'eau stérilisée et faites ensuite au fond une moucheture fine. « Toutes les fois qu'il y a une perforation du tube digestif, des gaz remplissent plus ou moins la grande cavité ; ceux-ci, sous la pression diaphragmatique, trouvant une issue, s'échappent par la moucheture ... Dans le doute, quand on voit ces bulles, on peut affirmer l'existence d'une perforation ». (*Lyon médical*, 17 mai 1925.)

Les fractures isolées du calcanéum.

Considérées comme très rares naguère, les fractures du calcanéum sont reconnues comme étant moins exceptionnelles depuis que la radiographie a permis de discerner la véritable nature des lésions produites par un traumatisme sur le pied.

M. Bavalaer vient précisément d'en observer cinq cas, qui, en se superposant, montrent bien comment progressent les zones d'éclatement selon la violence du choc.

On distingue deux types de fracture du calcanéum : la fracture par arrachement, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, — variété très rare ; et la fracture par écrasement, le patient étant tombé verticalement et s'étant mal reçu sur les talons, les jambes étant restées en extension ou raidies. Dans cette variété, on distingue la fracture n'intéressant que la partie postérieure de l'os ; celle de sa portion moyenne ; celle de l'étage antérieur, ou fracture de la grande apophyse.

La radiographie assure le diagnostic qui peut, à défaut de cette exploration, être erroné, la fracture calcanéenne étant prise pour une entorse tibio-tarsienne, en raison du gonflement important de la région malléolaire, avec un point très douloureux sous la malléole externe.

« L'examen radiographique apporte les précisions indispensables au point de vue du pronostic et du traitement. Il est seul à pouvoir donner des indications nettes sur le degré d'importance et la configuration des traits de fracture ; et, d'autre part, il précise l'état de la voûte plantaire en général et de l'articulation calcanéo-cuboïdienne en particulier : point très important au point de vue du pronostic ». (*Journal des Sc. méd. de Lille*, 24 mai 1925.)

Chorée grave traitée et réduite par le salicylate de soude à hautes doses.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans et demi qui, quinze jours après le début d'un rhumatisme articulaire aigu, présente les signes d'une chorée grave avec endocardite mitrale, et à laquelle de fortes doses de salicylate de soude ont été prescrites avec succès. Ces doses ont atteint huit grammes par jour.

A cette occasion, M. de Vaugiraud, qui a vu cette enfant en consultation avec le médecin traitant, formule les remarques pratiques suivantes :

Certaines chorées bénéficient de la médication salicylée ; ce sont celles qui, avec ou sans complications cardiaques, débutent précocement, en même temps que les premières arthropathies. On ne saurait donc prétendre que la chorée contre-indique systématiquement la médication salicylée. Celle-ci doit être, en ce cas, réalisée avec un produit pur, à doses suffisantes, en surveillant l'élimination rénale. Ces doses peuvent atteindre 5, 6 et même 8 grammes *pro die*. En cas d'intolérance gastrique, la voie rectale est très commode ; la voie endo-veineuse expose, par la répétition de son emploi, aux scléroses et aux oblitérations vasculaires.

Enfin, on prolongera la médication longtemps après la guérison apparente, des cures d'entretien étant recommandables, à faibles doses, dans l'intervalle des crises. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 7 juin 1925.)

Traitement du rachitisme par la lumière.

MM. Lesné et de Gennes se sont convaincus que les rayons ultra-violets sont le traitement spécifique du rachitisme. Ils ont constaté que ces rayons agissent d'abord sur l'état général, en ramenant l'appétit, l'activité, etc. Ils relèvent la teneur du sérum sanguin en calcium et surtout en phosphore. La radiologie leur a montré d'une façon frappante l'efficacité de ce traitement sur le squelette. « L'irradiation ultra-violette nous a apporté un moyen nouveau et puissant de traitement du rachitisme qui mérite d'être généralisé aux écoles, aux hôpitaux et aux crèches, afin de guérir le mal si fréquent, ou mieux de le prévenir ». (*La Médecine*, juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'endococcine.

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine* ; 23-6-1925.)

Aux vaccins microbiens curatifs préparés suivant les procédés classiques, MM. Vallée et Louis Bazy ont proposé de substituer des extraits bactériens obtenus par une technique analogue à celle utilisée pour la préparation de l'ancienne tuberculine de Koch. Ils ont donné à cette substance le nom d'endococcine.

Il existe d'assez nombreuses observations dans lesquelles les propriétés favorables de l'endococcine ont été enregistrées. M. P. Bazy y ajoute deux cas récents concernant des lésions péritonéo-intestinales, rebelles aux traitements ordinaires, qui ont cédé à des injections sous-cutanées (un demi-centim. cube) de ce produit.

Pour faciliter les voyages de repos en mer.

(M. A. Loir, du Havre. — *Académie de médecine* ; 23-6-1925.)

Deux conditions s'opposent au premier abord à la diffusion des voyages en mer, des croisières marines de repos et d'agrément : le prix apparemment élevé de ces voyages (si l'on s'en tient aux tarifs de certains grands paquebots) et le mal de mer. Eh bien, ceci, pour M. Loir, serait parfaitement amendable.

Il est évident qu'une cabine de luxe entre Le Havre et New-York coûte cher, plusieurs milliers de francs par jour. Mais une croisière de cure peut être organisée tout autrement.

Dans un récent voyage qui avait groupé 230 passagers, pour 22 jours de traversée, le prix n'a atteint que 540 francs, nourriture comprise. Quant au mal de mer, avec des bateaux construits *ad hoc*, stables, manœuvrés convenablement, et si l'on choisit des lignes où la mer est en général peu agitée, il devient très rare. M. Loir a eu l'occasion de faire une longue traversée sur un bateau de ce genre. Il y rencontra un étudiant en médecine venu à bord pour étudier le mal de mer chez ses 230 compagnons. Or, pendant les 22 jours de la croisière, même aux moments où la mer était démontée, il lui fut impossible de recueillir aucune observation. On peut donc, sur des bateaux dont la *stabilité* est rationnellement établie, écarter dans une très large mesure le gros inconvénient du mal de mer.

L'alimentation indigène aux colonies.

(M. A. Gauducheau. — *Société de pathologie exotique* ; 13-6-1925.)

Dans un mémoire récent, MM. Calmette et Roubaud ont montré que les populations de certaines de nos colonies étaient nettement sous-alimentées et que c'était là une des causes du médiocre rendement travail des indigènes de ces colonies. On connaît, en effet, l'influence du régime alimentaire sur l'activité physique et morale de l'homme et des espèces animales et aussi même sur les qualités de la race. Armand Gautier a déjà signalé jadis le caractère pacifique des peuples granivores ou frugivores et le caractère rude et entreprenant des peuples gros mangeurs de viande. On sait aussi que les animaux herbivores sont faciles à domestiquer, et les carnivores beaucoup plus dangereux. Liebig raconte qu'un ours entretenu au musée de Giesen se montrait doux et tranquille tant qu'on le nourrissait de pain et de légumes et devenait méchant et redoulable après quelques jours de régime carné. L'action du régime se fait sentir non seulement sur les individus, mais aussi sur les races. M. Gauducheau a vu, à Madagascar et en Indo-Chine, des jeunes gens se modifier en quelques années lorsqu'ils changeaient leur pauvre alimentation au riz par la ration militaire française, au pain, viande, vin et légumes frais.

Dans cette alimentation, une part importante doit être accordée aux produits complémentaires que l'on nomme vitamines et qui interviennent par faibles quantités.

M. Gauducheau relate le fait suivant. En 1904, au Yunnan, l'administration pénitentiaire affecta un certain nombre de détenus à la construction du chemin de fer. Ces individus étaient nourris en apparence convenablement (pour le pays), recevant une quantité suffisante de riz, avec un peu de lard et quelques assaisonnements. Or, ils déclinèrent assez vite, furent incapables de travailler et beaucoup moururent. Quelques-uns réussirent à s'évader et ceux-là guérirent... par changement de régime alimentaire. Les indigènes, en effet, mangent beaucoup de riz, mais ils y ajoutent toutes sortes de mets accessoires : des graines, un peu de verdure, des oiseaux, des poissons, à l'occasion des nids d'hirondelles, des lézards, des mollusques, des vers, des sauterelles, etc. Cette nourriture de fantaisie, de faible abondance au total, agit par sa richesse en vitamines. Le convive sino-annamite a généralement devant lui un grand nombre de petites assiettes contenant les aliments ci-dessus désignés et il y puise une bouchée de l'un, une bouchée de l'autre, faisant fond, d'autre part, sur le riz. Les indigènes ajoutent donc normalement à leur régime assez pauvre, quelques vitamines nécessaires. Les prisonniers dont parle M. Gauducheau, une fois évadés, ne mangeaient pas mieux, mais avaient trouvé les vitamines qui, dans l'alimentation pénitentiaire, leur manquaient.

Comme substances de ce groupe complémentaire,

facile à employer chez les noirs pour compléter leurs régimes insuffisants et combattre leur apathie, M. Gauducheau propose un mélange de sang cru et de levure, association dont il a observé les bons effets chez l'animal et chez l'homme.

Ictère et ascaridiose.

(MM. Marcel LABBÉ et DENOYELLE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-5-1925.)

M. Marcel Labbé a eu l'occasion de traiter une malade atteinte d'ictère franc par rétention, apyrétique et indolore, dont la cause resta mystérieuse jusqu'au jour où se produisit l'expulsion de plusieurs ascaris. Un traitement anthelmintique énergique amena l'évacuation de nombreux parasites et la guérison définitive de l'ictère.

— M. LE NOIR signale l'intérêt de cette observation qui montre le rôle que peuvent jouer les parasites intestinaux, même dans les cas où à première vue on ne serait pas tenté de le soupçonner.

— M. Noël FIESSINGER ajoute qu'il faut opposer deux formes d'ictère dû aux ascarides : les ictères par obstruction avec coliques hépatiques et fièvre, et les ictères bénins non douloureux et non fébriles. Les premiers, rencontrés surtout en Extrême-Orient, relèvent nettement de l'ascaridiose biliaire. Les seconds sont d'interprétation plus délicate. Il y a alors action probablement toxique. La santonine doit être donnée ici avec une certaine modération, en raison des propriétés ictérigènes du médicament.

Endocardite à évolution lente améliorée pas le mercuro-chrome.

(MM. G. CAUSSADE et LAFONT. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-5-1925.)

La guérison de l'endocardite infectieuse à évolution lente semble (ou a semblé jusqu'à présent) au-dessus des ressources de la thérapeutique. Chez un de ses malades, M. Caussade s'est adressé aux injections de mercuro-chrome et il a obtenu un arrêt de cette grave affection. Le mercuro-chrome est une préparation sodique de la dibromo-mercuro-fluorescéine. En dilution à 1 p. 5000, ce sel tue le staphylocoque en cinq minutes. Dans le sang défibriné à 1 p. 8000, il détruit le streptocoque hémolytique en quarante minutes.

— M. Robert DEBRÉ ne croit guère à la guérison de la maladie d'Osler. Les essais tentés dans ces dernières années contre l'endocardite maligne à évolution lente n'ont fourni que des échecs. La trypaflavine, vantée en Allemagne, est actuellement à peu près abandonnée à l'étranger et elle ne mérite de jouir en France d'aucune faveur.

Asthénie et mélancolie hérédo-syphilitiques.

(M. Marcel PINARD. — *Soc. méd. des hôp* ; 8-5-1925.)

M. Marcel Pinard a soigné un sujet de 27 ans, asthénique et mélancolique, né de parents syphilitiques, qu'il a soumis à la cure spécifique. La tension, de 12-8, est montée à 14-10, et la sensation de fatigue, la neurasthénie n'existent plus.

— M. Maurice RENAUD estime qu'il ne faut conclure à l'asthénie et à la mélancolie hérédo-syphilitiques qu'avec une certaine réserve. Il rappelle l'histoire d'une malade suivie par M. Pinard pendant 18 mois. Soumise à la médication bismuthée et arsenicale, elle était restée en pleine dépression mélancolique. Il n'est peut-être pas toujours avantageux chez de tels malades d'ajouter une crainte de plus (la syphilis) à leur état mental.

Prophylaxie de la rougeole par le sang et le sérum d'adulte ayant eu la rougeole.

(MM. DEBRÉ, JOANNON, BONNET et DECAM. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-4-1925.)

On connaît la méthode prophylactique de la rougeole par l'injection de sérum de convalescents. Malgré son efficacité démontrée, sa diffusion se trouve entravée par la difficulté qu'on a de se procurer du sérum de convalescents en quantités suffisantes. Les malades, une fois guéris, s'y prêtent peu, et, chez un enfant, le prélèvement de sang, quoique non douloureux, laisse un souvenir souvent désagréable. M. Debré s'est demandé si, dans ces conditions, l'on ne pourrait pas tirer parti du sérum d'adulte ayant eu antérieurement la rougeole. La récolte du sérum se trouverait ainsi extrêmement simplifiée ; les parents en formeraient la source naturelle.

L'auteur expose d'abord les travaux antérieurs sur ce sujet. L'expérience des divers expérimentateurs, français, américains et allemands, a établi que, dans la majorité des cas, c'est du septième au neuvième jour après la chute de la température que le sang recueilli acquiert sa plus haute teneur en immunisines. Du dixième au quinzième jour, cette teneur commence à baisser. Après trente jours, la diminution est très considérable.

L'opinion courante ne semblait donc pas favorable à l'emploi du sérum de personnes ayant eu la rougeole plusieurs années auparavant comme moyen prophylactique. M. Debré a repris la question et il a vu qu'en s'adressant à des doses suffisantes, le sérum d'adultes anciens rougeoleux pouvait agir comme préventif. Grâce à cette méthode, il lui a été possible d'arrêter l'extension de la rougeole dans plusieurs familles et aussi dans diverses agglomérations. A vrai dire, le sérum d'individu ayant eu la rougeole autrefois ne réalise pas toujours la séro-prévention totale. Il la donne dans 75 % des cas environ, procurant aux autres cas une séro-atténuation seulement.

Les avantages de la séro-prévention par cette nouvelle méthode sont évidents. Le sérum de sujet ayant eu la rougeole autrefois est obtenu beaucoup plus facilement que le sérum de convalescent. On le trouvera, à l'habitude, chez les parents même de l'enfant, qui donnent volontiers leur sang en pareil

cas. De plus, le sérum d'adultes contient souvent, en outre, d'autres immunisines et pourrait être à ce point de vue supérieur au sérum d'enfants convalescents.

— M. Lesné s'est servi non pas de sérum, mais de sang d'adultes ayant eu la rougeole et il en a obtenu de bons résultats prophylactiques. En cette matière, les parents sont pour leurs enfants des donneurs toujours généreux et la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann devient généralement inutile. L'emploi de sang total injecté immédiatement après la prise évite l'infection du sérum, toujours possible dans la série des manipulations nécessaires à l'isoler.

Opothérapie thyroïdienne et angine de poitrine.

(MM. Abrami, Brulé et Heitz. — *Soc. méd. des hôp.*; 8-5-1925.)

Dans une communication récente, MM. Laubry, Fournier et Walser ont rapporté un cas d'angine de poitrine chez un sujet myxœdémateux de 47 ans qui souffrait depuis trois ans de crises continuelles : leur malade fut guéri par l'opothérapie thyroïdienne. Les auteurs rappelaient d'ailleurs que la médication thyroïdienne n'est généralement pas favorable dans l'*angor pectoris*.

MM. Brulé, Abrami et Heitz relatent aujourd'hui deux observations d'angine de poitrine avec myxœdème dans lesquelles l'angor et l'hypertension furent au contraire aggravées par l'opothérapie. Il faut être très réservé dans l'interprétation des rapports existants entre certains troubles cardiaques et les états endocriniens.

Fibro-sarcome de la vessie.

(M. Bouchard, de Trois-Rivières, Canada. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 1-5-1925.)

M. Bouchard a enlevé, chez une femme de 43 ans, un volumineux fibro-sarcome de la vessie, pesant 4 kgr. 500. Affection rare. Autant les tumeurs intra-vésicales sont fréquentes, autant les néoplasmes extra-vésicaux (fibromes, myomes, sarcomes) sont peu communs.

P.L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fibrome utérin avec kyste tubo-ovarien intra-ligamentaire.

M. Cotte présente l'observation d'une femme de 45 ans entrée à l'hôpital pour des ménorrhagies et chez laquelle l'examen clinique faisait penser à un fibrome utérin avec noyau développé dans la base du ligament large gauche. En réalité, il s'agissait, ainsi que le montra l'intervention, d'un fibrome avec kyste tubo-ovarien développé dans le ligament large. M. Cotte s'appuie sur ce fait pour insister à nouveau sur les difficultés souvent très grandes du diagnostic du fibrome et sur les inconvénients qu'il pourrait y avoir à traiter autrement que par l'intervention sanglante (radiations par exemple) des malades chez lesquelles le diagnostic n'est pas certain.

Appendicite à gauche ayant déterminé un syndrome rectal.

M. Larry relate l'histoire d'un homme de 52 ans entré dans le service de M. Bérard avec le diagnostic présumé de néoplasme du rectum. Début huit mois auparavant par des alternatives de diarrhée et de constipation. Aggravation progressive, puis, à deux reprises, crises abdominales violentes sans caractère appendiculaire net. Besoin fréquent d'aller à la selle, ténesme, émission de glaires. A l'entrée, malade cachectique, subfébrile ; la palpation de l'abdomen et le toucher rectal ne donnent pas de résultats probants. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un long appendice (plus de 15 cm.) qui, partant d'un cæcum en position normale et passant sous le mésentère, arrivait par sa pointe dans la fosse iliaque gauche, au contact du côlon iléo-pelvien ; cette pointe présentait un aspect « de massue » avec des lésions appendiculaires certaines.

Ulcère peptique.

M. Creyssel présente, au nom de M. Delore, un nouveau cas d'ulcère peptique, développé sur une bouche de gastro-jéjunostomie, trois ans après une pylorectomie pour ulcère. Cette observation est la troisième que M. Delore présente ici en deux mois et, à ce sujet, il tient à insister : 1° sur la fréquence, plus grande qu'on ne le dit généralement de ces ulcères ; 2° sur leurs conditions d'apparition, indépendantes du genre d'intervention pratiquée primitivement, la seule cause étant la tendance de la muqueuse à faire et à refaire des ulcus. Il faut donc, conclut M. Delore, penser souvent aux ulcères peptiques, et en faire autant que possible un diagnostic précoce, car il y a intérêt à les opérer précocement.

Ulcère géant du pylore. Pylorectomie.

M. Creyssel montre, au nom de M. Delore, une pièce opératoire consistant en un ulcère immense du pylore, entouré d'une zone étendue d'inflammation de la muqueuse, chez un homme de 22 ans.

Kyste de l'appendice.

MM. Cotte et Dechaume présentent un appendice kystique enlevé chez une femme entrée à l'hôpital pour des métrorrhagies dues à un cancer intra-cervical traité ultérieurement au radium. Les tumeurs kystiques de l'appendice sont de deux sortes : 1° des hydro-appendicites, analogues aux hydro-salpinx, se manifestant cliniquement par des crises d'appendicite ou restant latentes ; 2° des kystes mucoïdes,

généralement secondaires à des kystes mucoïdes de l'ovaire. Le cas présenté paraît se ranger dans la première catégorie.

Hernie tubo-ovarienne chez un nourrisson de trois mois.

M. Dunet montre des pièces provenant d'une intervention pratiquée chez une fillette de trois mois ayant présenté un syndrome d'étranglement herniaire et chez laquelle on constata que le contenu de la hernie était constitué par l'ovaire et la trompe, celle-ci tordue quatre fois sur elle-même.

Abcès cérébral d'origine otique.

MM. R. Gaillard et Mounier présentent un enfant opéré et en apparence guéri d'un abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche. Cet enfant était entré à l'hôpital avec tous les signes d'une mastoïdite aiguë à évolution cervicale consécutive à une otite moyenne suppurée. Mastoïdectomie ; pas de lésions du toit de l'antre. Après l'intervention, somnolences, vomissements en fusée, céphalée ; puis apparaissent des signes d'aphasie sensorielle ; léger œdème de la papille. Trépanation large de la fosse temporale ; ponction de la dure-mère, qui est tendue et ne bat pas, et aspiration : on retire 50 cmc. de liquide louche, légèrement hématique. On ponctionne le cerveau avec un autre trocart, et on retire du pus franc à 2 cm. de profondeur. Drainage. Suites simples. Le malade va très bien actuellement, mais les auteurs se défendent de le considérer comme définitivement guéri et se proposent de le surveiller attentivement.

Occlusion du grêle apparue trois ans après intervention pour hernie étranglée.

MM. Dunet et de Girardier ont soigné une malade opérée il y a trois ans pour hernie crurale étranglée et revenue à l'hôpital pour des phénomènes d'occlusion intestinale. L'intervention révéla qu'il y avait un rétrécissement cicatriciel du grêle, des adhérences par péritonite plastique localisée, et une bride isolée unissant une partie de l'anse à l'infundibulum crural.

Volumineux rhinolithes.

M. Rebattu présente de volumineux rhinolithes retirés de la fosse nasale droite d'un homme de 62 ans. L'ablation en fut laborieuse et les corps étrangers durent être morcelés. L'analyse chimique montra qu'ils étaient formés de matières organiques, de chaux, de phosphates et, en plus faible proportion, de magnésie et de carbonates. Il s'agissait d'un rhinolithe primitif, la section n'ayant pas montré de corps étranger central ; la gêne respiratoire et l'écoulement nasal furent les seuls troubles éprouvés par le malade.

Hémorrhagie intra-péritonéale d'origine ovarienne en dehors de la grossesse.

M. J. Rollet lit au nom de M. Patel l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec un état péritonéal grave, des métrorrhagies, du ballonnement du ventre, et, au toucher, un col dur, peu entr'ouvert, et une masse volumineuse dans le Douglas. Intervention : liquide sanguinolent dans le péritoine ; en arrière de l'utérus, masse du volume d'une mandarine qui est l'ovaire gauche kystique ; l'ovaire droit l'est également, ablation des ovaires et des trompes. A la coupe, l'ovaire droit présente un petit kyste plein de sang ; le gauche est formé d'un seul kyste plein de sang marc de café.

Nécessité d'une appendicectomie secondaire après incision d'un abcès appendiculaire.

Mlle Chevassus expose, au nom de M. Patel, l'histoire d'un homme de 50 ans opéré le 7 octobre 1924 par le Dr Vergnory pour un abcès appendiculaire : incision et drainage, l'appendice ne put être enlevé. Le 7 janvier, ce malade revient pour une fistule stercorale constituée au niveau de la cicatrice opératoire. On fait la résection de cette fistule, et au cours de cette intervention on trouve l'appendice complètement conservé. Ce fait montre une fois de plus la nécessité de l'ablation secondaire de l'appendice après ouverture d'un abcès appendiculaire. Certains auteurs ont, en effet, prétendu que l'appendice, au milieu de ces collections purulentes, était complétement sphacélé ou sclérosé et de ce fait virtuellement supprimé. Or, il n'en est rien, l'appendice, comme le montre l'observation présentée, après beaucoup d'autres, est le plus souvent conservé et susceptible de se réinfecter et d'être la source de multiples accidents.

Abcès éberthien consécutif à des piqûres d'huile camphrée.

M. J. Chalier et M. Morel ont observé une malade atteinte de fièvre typhoïde classique avec sérodiagnostic positif, chez laquelle des injections d'huile camphrée ayant été pratiquées il se produisit à leur niveau un abcès dans le pus duquel on trouva du B. d'Eberth et que l'on doit considérer comme un véritable abcès de fixation.

Diphtérie trachéo-bronchique mortelle chez l'adulte.

M. J. Chalier et Mlle Schoen rapportent le cas d'un homme de 29 ans, entré dans le service des contagieux avec une angine diphtérique datant de huit jours et s'accompagnant d'aphonie et d'une dyspnée continue remontant à quatre jours ; la culture montrait des B. de Lœffler courts, moyens et longs. Malgré un traitement énergique (40 cc. de sérum intraveineux et 50 cc. intra-musculaires, pendant deux jours de suite) la dyspnée s'accentue ; le malade, malgré des efforts de toux répétés, ne parvient pas à

expulser de fausse membrane. La trachéotomie est pratiquée sans succès et le malade meurt dans une crise de suffocation. A l'autopsie, on trouva un moule trachéo-bronchique tapissant l'arbre respiratoire jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Il s'agit d'un cas rarement observé chez l'adulte, s'il est relativement fréquent chez l'enfant. Des accidents dyspnéiques violents comme ceux observés chez ce malade devront toujours y faire penser.

Société Médicale des Hôpitaux

Symptômes de l'ordre des symptômes striés dans les tumeurs cérébrales.

MM. Bériel et Bourrat ont suivi une malade atteinte de tumeur cérébrale (gliome) qui, outre des symptômes de divers ordres tenant à l'atteinte des voies motrices et à l'hypertension (hémiparésie, jacksonisme, céphalée, papillite œdémateuse), offrait des signes appartenant à un trouble du système strié : du côté hémiplégié, on notait une contracture hors de proportion avec la paralysie et prédominante à la racine des membres ; du côté opposé à l'hémiplégie, la motilité n'était pas tout à fait normale, et enfin, dans les derniers mois, la malade eut des crises de contracture de la nuque, attribuables à une action sur le troisième ventricule et les ganglions de la base. On peut voir, en effet, sur les photographies en couleur de la pièce anatomique présentées par les auteurs, que le gliome s'étendait profondément jusqu'au voisinage de la ligne médiane et de la base, refoulant la région capsulo-thalamique et lenticulaire.

Hémisyndrome de Thomsen.

MM. Bériel et A. Devic présentent l'observation d'un malade de 24 ans qui, à la suite d'une commotion par éclatement d'obus en 1917, a vu se développer progressivement les troubles suivants : 1° crampes dans tous les muscles de la moitié droite du corps (surtout mollets et bras) ; 2° troubles de la contraction musculaire caractérisés par une persistance de la contraction se maintenant quelques instants malgré la volonté du malade ; 3° diminution de force du côté droit ; 4° troubles de l'équilibration secondaire à cette asymétrie fonctionnelle. La moitié droite du corps est augmentée de volume ; par contre le testicule droit est atrophié. L'excitation faradique détermine une contraction persistante sur le triceps, les jumeaux. Réflexes tendineux abolis à droite, diminués à gauche. Les auteurs présentent un film montrant les troubles moteurs existant chez ce malade.

Hémichorée probablement post-encéphalitique.

MM. A. Devic et Bernheim rapportent le cas d'une femme de 54 ans présentant depuis sa première enfance des mouvements choréo-athétosiques du côté gauche, avec exagération des réflexes et signe de Babinski. La malade, à l'âge de seize mois, était demeurée pendant quinze jours dans un état de somnolence particulièrement accusée. Il s'agissait probablement d'encéphalite épidémique ayant lésé plus particulièrement le noyau lenticulaire, mais en même temps aussi le faisceau pyramidal.

Absence possible des signes orthodiagraphiques dans le rétrécissement mitral pur à la période d'asystolie.

MM. Gallavardin et Gravier. — La disparition fréquente des signes du rétrécissement mitral à la période d'asystolie est un fait admis par tous les classiques. Il est tentant, en pareil cas, de demander à la radioscopie de préciser le diagnostic, mais les signes radioscopiques du rétrécissement mitral peuvent, eux aussi, disparaître à la phase asystolique, ainsi qu'en fait foi l'observation que présentent les auteurs et dans laquelle on notait, à l'écran, une grosse masse ventriculaire, avec pointe arrondie et bord bombé, sans saillie particulière de l'auricule.

Sclérodermie et tests endocriniens.

MM. Froment, Vincent et Exaltier ont observé un exemple typique de sclérodermie dans lequel ils ont pratiqué la recherche des tests susceptibles de mettre en évidence un trouble de la fonction thyroïdienne. Leur conclusion est que, si tant est que les tests ont une valeur décisive, il n'y a pas, dans la sclérodermie, insuffisance marquée des fonctions thyroïdiennes.

Spasme de torsion post-encéphalitique du type cloniquo

MM. Froment et Chassot présentent un malade de 33 ans qui, il y a quatre ans, eut une affection fébrile de courte durée avec somnolence légère et qui semble bien avoir été de l'encéphalite épidémique. Il y a un an, sont apparus des troubles moteurs qui se sont développés progressivement : la marche et la station debout sont profondément troublés par un spasme qui renverse le tronc en lordose excessive et qui, contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire dans le spasme de torsion, est surtout clonique : le mouvement se fait par secousses successives et par véritables saccades ; de plus le spasme n'apparaît que dans la station debout et dans la marche, surtout dans la marche lente ; il disparait en grande partie dans la course. Le malade est considérablement amélioré par des injections de scopolamine : un milligramme et demi *pro die.*

Tuberculose rénale fermée à forme de néphrite chronique hypertensive.

MM. Bouchut, Grivet et Dechaume présentent l'observation d'un homme de 45 ans, entré à l'hôpital pour de l'essoufflement. C'est un éthylique, sans antécédents notables. Cyanose, œdème des membres

inférieurs. Au cœur, on ne sent pas la pointe, on a l'impression toutefois d'un gros cœur, sans galop, ni souffle. Tension 21/14. Urines limpides avec gros disque d'albumine. Urée sanguine : 1 gr. 55 par litre. Par la suite, le malade présenta un galop qui disparut ultérieurement, et les derniers jours on perçut un petit souffle systolique de la pointe. La tension s'était d'abord abaissée pour revenir ensuite à son niveau primitif. L'urée sanguine monta à 2 gr. par litre. En somme, ces symptômes permettaient de faire le diagnostic de néphrite chronique à forme hypertensive. A l'autopsie, le rein droit, petit et dur, réalise à la coupe l'aspect du rein tuberculeux, avec sept ou huit cavités régulières pleines d'une substance caséeuse jaunâtre ; le rein gauche est un peu bigarré, à surface légèrement granuleuse. Cœur gros sans lésions valvulaires. Poumons atteints de pneumonie lobulaire mais sans lésions tuberculeuses. Cette observation rentre très exactement dans le cadre des formes brightiques de la tuberculose rénale. Des cas analogues ont été décrits, à Lyon, par MM. Gallavardin et Rebattu, Bret et Mayel, Bouchut et Bonafé.

Propagation apexienne des souffles de rétrécissement aortique.

MM. GALLAVARDIN et P. RAVAUT. — C'est un fait déjà anciennement connu que certains souffles systoliques aortiques peuvent, du fait de leur propagation apexienne et même de l'existence à ce niveau d'un second foyer maximum en imposer pour une lésion mitrale associée, qui souvent n'existe pas. En outre, un point à peine signalé, c'est la différence de timbre entre le souffle de la base et celui de la pointe, le premier rude et ronflant, le second piaulant ou franchement musical. En pareil cas, le diagnostic est encore plus incertain entre une simple lésion aortique et une insuffisance mitrale associée, et la question est importante, car le premier diagnostic laisse le champ libre à l'hypothèse de la syphilis avec toutes ses conséquences thérapeutiques. Or les auteurs rapportent trois observations concernant des lésions aortiques isolées, contrôlées deux fois par l'autopsie ; dans la troisième l'intégrité de la mitrale était certaine. Dans ces trois observations, existait une différence remarquable de timbre entre le souffle de la base et celui de la pointe, qui était piaulant et musical.

Anguillulose intestinale.

MM. CADE, MORÉNAS et P. RAVAUT exposent le cas d'un malade de 56 ans qui, depuis l'âge de 20 ans, c'est-à-dire pendant *trente-six ans*, avait eu des symptômes intestinaux vagues à allures dysentériformes, survenant par périodes et ayant débuté pendant un séjour au Tonkin. L'examen des selles révéla l'existence d'anguillules intestinales et, le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie des lésions tuberculeuses des poumons, des méninges et de l'intestin. Il est difficile de préciser dans ce cas le rôle joué par l'anguillulose. Si ce parasite n'est plus actuellement considéré comme celui de la diarrhée de Cochinchine, on peut penser qu'il est susceptible de produire une entérite intense amenant un état d'anémie et de dénutrition favorable à l'éclosion de la tuberculose ; peut-être aussi les effractions que l'anguillule a l'habitude de produire dans la muqueuse ont elles, chez ce malade, créé un point d'appel pour la localisation des ulcérations tuberculeuses, ou l'inoculation initiale de l'infection tuberculeuse.

A.C.

Les Congrès

IIe Congrès médical franco-polonais.

A la suite du Ier Congrès franco-polonais de 1921 pendant lequel les Français reçurent en Pologne libérée un accueil inoubliable, il fut décidé qu'un IIe Congrès aurait lieu à Paris. Ce Congrès qui vient de s'ouvrir a été l'occasion d'une grandiose manifestation de l'affection séculaire de la Pologne pour la France.

Par un sentiment d'une émouvante délicatesse, nos amis, ont tenu, avant toute réunion, à aller faire un pieux pèlerinage à la tombe du Soldat inconnu. Ce geste spontané a profondément touché les cœurs français.

La séance inaugurale du Congrès a eu lieu mardi matin dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Cette réunion a eu un caractère de simplicité, de cordialité et d'intimité qui a été fort goûté par les congressistes.

M. Justin Godart, ancien ministre de l'hygiène, présidait, ayant à ses côtés M. le doyen Roger, président du Congrès, S. E. l'ambassadeur de Pologne, le professeur Mazurkiewicz, ancien recteur de l'Université de Varsovie, M. le recteur Appel, les docteurs Baczkiewicz, Polak, le professeur Hartmann, les professeurs Mazewski (de Cracovie), Klecki, Krzyszalowicz, recteur de l'Université de Varsovie, Noiszewski, Zielniski, M. Barrier, président de l'Académie de médecine, les professeurs Achard, Legueu, Vaquez, M. P. Bazy, MM. Okinczyc, Lemierre et Hufnagel, secrétaires généraux du Congrès.

L'orchestre universitaire composé d'étudiants prêtait un concours très brillant à la cérémonie.

M. le professeur Roger prit le premier la parole. Il souhaita la bienvenue aux confrères de Pologne et leur dit notre reconnaissance pour leur visite à la tombe du Soldat inconnu.

Rappelant tous les liens si anciens qui unissent

nos deux pays il fait l'éloge de l'âme polonaise qui, au milieu des pires vicissitudes, a gardé son indépendance et a su, par sa fermeté, conquérir la liberté. Puis il évoque des souvenirs du Congrès de 1921, l'accueil fait aux congressistes français à Poznan, à Varsovie, à Cracovie. Accueil inoubliable dans lequel l'hospitalité polonaise se révéla aussi magnifique qu'affectueuse.

Avant d'ouvrir le Congrès, M. Roger demanda à l'assistance de se lever et de se recueillir quelques instants pour honorer la mémoire des confrères polonais et français morts pour la défense de la liberté, du droit et de la justice.

Ce fut un moment d'intense émotion.

M. Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins polonais, prit ensuite la parole et apporta le salut du gouvernement polonais et des médecins de Pologne.

M. Klecki parla au nom du ministre de l'Instruction publique de Pologne.

M. Okinczyc, secrétaire général, salua d'une façon très émouvante les Polonais de Pologne, au nom des Polonais de France, fils des anciens proscrits.

D'autres discours furent ensuite prononcés par le professeur Krzysztalowicz (de Varsovie), par notre confrère le docteur Noir, au nom de l'Union des syndicats médicaux de France, par le professeur Mazurkiewicz au nom de la Société médicale franco-polonaise.

M. Justin Godart, qui il y a quelques jours se trouvait à Varsovie pour la signature d'un traité de travail, salue la noble nation polonaise, puis il évoque l'effort colossal fait pendant la guerre par la France pour ses blessés.

Après le discours de M. Godart, le Congrès a commencé ses travaux scientifiques.

L'après-midi fut consacrée à une nouvelle séance de travail puis à quatre heures les congressistes se rendirent à l'Hôtel-de-Ville où les recevait le Président du Conseil municipal. La ville de Paris qui en 1918 offrait aux légions polonaises leur premier étendard ne pouvait se dispenser d'accueillir dans la maison commune les médecins de Pologne. Une splendide réception accompagnée d'un brillant concert fut offerte aux congressistes du Congrès médical franco-polonais et aux membres du Congrès international de médecine militaire. Ici encore de vibrants discours furent prononcés par le Président du Conseil municipal, le préfet de la Seine, MM. les professeurs Vincent et Roger et M. Dambrowski, député de Poznan à la Diète polonaise.

Après la séance d'ouverture, les travaux scientifiques ont commencé dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Ces travaux ont consisté en communications trop nombreuses pour que nous puissions les résumer comme il conviendrait en raison de leur intérêt.

Mardi 21 *avril*. — M. Mazurkiewicz : L'abiotrophie dans la démence précoce.

M. Gluzinski : Le diagnostic de l'hépatite tertaire syphilitique.

M. Szymanowicz : *a*) Le développement des terminaisons nerveuses dans la peau de l'homme ; *b*) une nouvelle variété des corpuscules de Merkel chez les oiseaux, avec démonstrations microscopiques.

M. Jaroszynski : Psychothérapie par émotion.

M. Kopczynski : Par quels moyens on combat dans les écoles polonaises le surmenage intellectuel.

M. Mikulowski : Sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose des enfants.

M. Przyborowski : Défense de la profession médicale.

M. Anigstein : Recherches sur l'encéphalite des souris spontanément infectées.

M. Dabrowski : Sur la nouvelle théorie de la fonction rénale.

M. Eiger : Les ganglions et les cellules nerveuses sous-endocardiques. Leur rôle dans l'automatisme du cœur.

Mercredi 22 *avril*. — MM. Beckmann et Przesmycki : Sur la sensibilité individuelle dans la dysenterie.

M. Mogrlnicki : Le diagnostic et le traitement de la méningite épidémique chez les nourrissons.

M. Feigin : Sur les variations brusques des bactéries sous l'influence du bactériophage d'Hérelle.

M. Gorecki : Sur le mécanisme de la fonction des épanchements pleuraux.

M. Karwacki : Les globules blancs dans la fièvre récurrente.

M. Loth : Sur le caractère morphologique spécifique chez l'homme.

M. Parnas : Recherche sur l'ammoniaque du sang.

— Le même jour, à la *Société de chirurgie*, qui recevait les congressistes, M. le professeur Krynski a fait une communication sur l'*étude des tumeurs des glandes endocrines*, et M. Cieszynski a exposé sa *technique extrabuccale des injections sur le nerf mandibulaire.*

— La séance de travail de l'*Académie de médecine*, qui eu lieu *jeudi*, a été particulièrement intéressante.

Devant une salle comble, en présence de S. E. l'ambassadeur de Pologne, M. le président Barrier pria M. le professeur Mazurkiewicz, président de la Société médicale de Varsovie, de prendre place au bureau, puis, dans les termes les plus heureux, il salua les confrères de Pologne.

Mme Curie-Sklodowska fit une communication très remarquable *sur la préparation des divers radio-éléments jusqu'à présent peu ou point utilisés en médecine.* Il s'agit de quarante nouveaux éléments prenant place à la suite du radium et du mésothorium et qui ouvrent aux chercheurs de nouveaux horizons.

M. Babinski parla ensuite sur le *syndrome cérébelleux* et fit une étude clinique et anatomique à propos d'un très ancien malade de son service. Sa communication, nouvelle contribution très impor-

tante à la pathologie nerveuse, fut faite avec la clarté et la précision qui caractérisent tous ses travaux. Elle fut accompagnée d'admirables films et de projections de coupes histologiques.

En terminant, M. Babinski, s'adressant en polonais à ses compatriotes, prononça une allocution émue terminée par les cris de : « Vive la France ! » et : « Vive la Pologne ! »

Puis M. Pawinski fit une *esquisse historique et critique du progrès de la médecine dans le domaine de la physiologie et de la pathologie du cœur et des vaisseaux.*

M. Wroczynski exposa quelle est l'*organisation du service de la santé publique en Pologne.*

M. Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins de Varsovie, montra l'*organisation du corps médical en Pologne.*

M. Przyborowski, Président de la Chambre médicale de Varsovie, fit une communication sur la défense professionnelle et sur la nécessité de créer un bureau international d'organisation professionnelle médicale, que nous avons publié *in extenso* dans le numéro 19 du *Concours Médical.*

Enfin, M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, avant la fin de la séance, prononça une allocution fort goûtée.

Vendredi 24 avril. — A l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Widal, M. de Groer fit une conférence sur une forme peu connue du diabète sans glycosurie. A la même heure, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Jeanselme, M. Krzysztalowicz exposa la base étiologique d'une classification en dermatologie, et à l'hôpital de Vaugirard, dans le service de M. le professeur Pierre Duval, M. Cieszynski fit connaître une technique exacte intrabuccale permettant de radiographier les dents et une technique exacte extrabuccale pour radiographier les maxillaires.

Samedi 25 avril, dernier jour du Congrès, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine furent communiqués les travaux suivants :

M. Jaza Debicki : La radiothérapie de la tuberculose laryngée.

M. Noiszewski : Mécanisme hydraulique de l'accommodation.

M. Milanowski : Les lésions oculaires dans les néphrites avec démonstrations microscopiques.

M. Sierakowski : Sur la micro-méthode et son application pour le diagnostic de différentes affections.

Des leçons furent également faites au cours d'anatomie de M. le professeur Rouvière par M. le professeur Loth sur les variations morphologiques de l'homme, et au cours de physiologie de M. le professeur agrégé Binet, par M. le professeur Parnas sur l'hémoglobine et ses fonctions physiologiques.

Ce court exposé montre combien fut occupé le séjour de nos confrères polonais qui furent en outre reçus au Collège de France, à l'Institut Pasteur, au Val-de-Grâce, à la Société de biologie, à la Société de dermatologie, sans parler des visites dans les services hospitaliers.

Les réceptions ne furent pas moins nombreuses et brillantes.

Outre la réception à l'Hôtel de Ville que nous avons mentionnée le premier jour, les congressistes assistèrent à des matinées d'une rare élégance chez Mme la duchesse de Doudeauville, née Radziwill, chez Mme la baronne Henri de Rothschild, chez Mme la princesse Poniatowska ; enfin S. E. l'ambassadeur de Pologne et Mme de Chlapowska reçurent les congressistes au Cercle interallié qui devint ce jour-là terre polonaise.

Nous devrions mentionner encore les visites de Versailles et du champ d'aviation du Bourget, et les banquets du Palais d'Orsay et de l'Hôtel Continental, ce dernier offert par la Société médicale franco-polonaise qui a tenu à recevoir sous la présidence de S. E. l'ambassadeur de Pologne les membres français du Congrès.

Ce fut une splendide manifestation de l'hospitalité polonaise.

Dans ces banquets de nombreux toasts furent prononcés traduisant avec chaleur l'ancienne et indéfectible affection de nos deux pays.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier le secrétaire général délégué M. Hufnagel pour l'inépuisable obligeance avec laquelle il a bien voulu faciliter la tâche de la presse.

Les Livres

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr H.-B. Bichelonne et A. Cantonnet. — **Le simulateur devant l'ophtalmologiste-expert.** (Un vol. in-8°, 204 pages, avec 69 figures, Paris, 1925. Prix : 16 fr.)

Si la tâche du médecin-expert, en général, n'est pas exempte de difficultés, celle de l'expert ophtalmologiste est particulièrement délicate, en raison de l'importance fonctionnelle de l'organe de la vision.

A mesure que se sont perfectionnées les méthodes d'examen, le nombre des *vrais* simulateurs a diminué. Rares dans l'armée, les cas de simulation et surtout d'exagération paraissent, au contraire, avoir sensiblement augmenté depuis la mise en vigueur de la loi du 9 avril 1898, et de la loi des Pensions.

N'ignorant pas que l'expert possède les moyens de la déjouer, la simulation de l'amaurose totale est exceptionnelle ; par contre, le nombre de ceux qui exagèrent volontairement ou involontairement les conséquences d'un traumatisme oculaire reste encore

très élevé. L'hystéro-traumatisme est aussi plus souvent invoqué qu'autrefois.

Dans tous les cas, l'expert ne pourra affirmer qu'il s'agit de simulation ou d'exagération qu'après plusieurs examens aussi complets et approfondis que possible, et en tenant compte du défaut d'éducation visuelle chez l'examiné.

L'examen objectif a une importance capitale, car s'il y a défaut de concordance entre lui et l'examen fonctionnel, en présence de réponses contradictoires l'expert, mis en éveil, aura recours aux divers moyens de surprise dont on se gardera bien de lui expliquer le mécanisme et qui prouveront au simulateur qu'il a été démasqué.

Il est indispensable, pour éviter toute hésitation ou maladresse dont profiterait un sujet intelligent, que l'expert se familiarise avec les appareils qu'il utilise, que dans une sorte d'*auto-expertise*, il fasse une répétition personnelle des épreuves auxquelles il va soumettre le sujet. Il sera même prudent, dans certains cas, de s'adjoindre un aide chargé de surveiller l'examiné et de veiller à ce que les deux yeux restent bien ouverts.

La mise en action de procédés de dépistage aussi nombreux que variés semblerait indiquer qu'aucun d'eux ne donnant entière certitude à l'expert, le rôle de simulateur devient plus facile à tenir. MM. Bichelonne et Cantonnet, dans leur travail si consciencieux démontrent péremptoirement qu'il est quasi impossible au simulateur le plus instruit et le plus entraîné de tromper l'expert ophtalmologiste compétent qui aura fait un examen méthodique et complet.

Les auteurs passent successivement en revue les troubles moteurs (*nystagmus*, *blépharospasme*, *ptosis*, etc.) dont la plupart sont difficiles à simuler. La *diplopie* est l'objet d'une étude particulière. L'emploi du diploscope, du stéréoscope Pigeon-Cantonnet, ou du test binoculaire Cantonnet permet d'en reconnaître la simulation.

Parmi les troubles sensoriels simulés figurent l'*héméralopie*, la *photophobie*, le *daltonisme* et les altérations du champ visuel. Comme le rétrécissement du champ visuel, sauf l'hystérique, est lié à des lésions des membranes profondes et à une cause générale, il faut, en dehors d'un examen complet du fond de l'œil rechercher les signes de la syphilis. On confondra le simulateur par l'épreuve du prisme (Schmidt-Rimpler) et du périmètre (Cantonnet-Wilbrand).

Les chapitres les plus importants de ce beau livre sont avec raison consacrés à la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie, l'expert étant le plus souvent appelé à diagnostiquer et à mesurer la diminution ou la perte complète de la vision alléguée à la suite d'un traumatisme de l'œil ou des régions avoisinantes.

Les méthodes et épreuves employées pour les dépister sont nombreuses, variées et de valeur inégale. Les auteurs les ont minutieusement étudiées et ont eu soin d'en indiquer les avantages et les inconvénients. Je signalerai tout d'abord, parmi les méthodes subjectives, l'emploi du diploscope, excellent instrument qui permet de multiples épreuves dans l'expertise de la simulation. Viennent ensuite les procédés des verres sphériques, cylindriques, prismatiques (surtout l'épreuve du prisme de Baudry) et colorés qui n'exigent aucun appareil et donnent souvent un résultat immédiat. Les procédés pseudoscopiques et du miroir comportent de nombreux appareils et la plupart ont l'inconvénient de masquer plus ou moins les yeux du sujet et d'en empêcher la surveillance.

L'étude de la simulation de l'amblyopie est faite avec non moins de soin et intéresse l'ophtalmologiste au même degré que le précédent. En effet, si la simulation de l'amaurose est rare, les *petits fraudeurs* sont devenus courants depuis la loi sur les accidents de travail et la loi des Pensions.

Parmi les procédés employés pour la dévoiler, le plus simple et le plus répandu est l'emploi d'échelles typographiques à caractères variables, ou mieux de *caractères séparés*. Citons parmi les plus utilisées les échelles de Terson, de Landolt à anneaux brisés, de Snellen, de Thibaudet, que l'on peut combiner avec l'épreuve de la glace de Barthélemy.

Une affection assez rare à laquelle doit toujours penser l'expert en présence des troubles visuels de l'amblyopie consécutifs à un traumatisme, c'est l'*hystérie oculaire* dont les auteurs font une étude très fouillée. Son diagnostic présente quelque difficulté et l'expert ne saurait être trop prudent dans les conclusions de son rapport.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de la *dissimulation* dont le dépistage est relativement facile. Les échelles d'optotypes variables ou mieux les anneaux brisés de Landolt feront reconnaître la dissimulation de l'amblyopie, et les laines de Holmgren une *dyschromatopsie* que l'on veut cacher. Les scotomes centraux colorés, fréquents dans les amblyopies toxiques seront reconnus à l'aide du scotomètre d'Antonelli. Quant à l'héméralopie et à la diplopie, le sujet ne pourrait longtemps les dissimuler.

Disons, en terminant, que ce volume, œuvre de science et de conscience, sera consulté avec fruit non seulement par les ophtalmologistes, mais par les médecins militaires pour lesquels il sera un guide précieux et indispensable dans la conduite d'une expertise. Le succès le plus légitime lui est assuré.

S. Baudry.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES

Projet de contrat entre Syndicat Médical et Caisse d'Assurances sociales.

Du train où ont marché les travaux parlementaires dans ces dernières semaines, du fait des vissicitudes nombreuses et prolongées qui ont fait, de la loi de finances de 1925, une navette ballottée et reballottée entre les deux Assemblées, nous sommes arrivés à la clôture de la session législative, sans que le projet de loi sur les Assurances sociales ait pu venir en discussion au Sénat.

Cette importante question se trouve donc reportée à plusieurs mois de date, et c'est assurément autant de gagné pour le corps médical, s'il sait profiter des délais qui lui sont ainsi impartis par la force des choses pour agir vigoureusement, en obtenant que la loi en projet soit finalement conforme aux desiderata exprimés solennellement par l'Union des Syndicats, représentant la corporation organisée.

Action concertée, disciplinée, auprès des parlementaires pour leur faire comprendre et admettre les conditions minima de l'exercice d'une médecine saine. Action non moins utile, et sans doute plus efficace, auprès des futurs bénéficiaires de cette loi, des futurs assurés sociaux, afin qu'ils soient bien convaincus que c'est surtout dans leur intérêt que les médecins réclament une certaine organisation des soins médicaux, qui garantisse à ceux-ci un minimum de qualité, et en sauvegardant la santé publique, maintienne, à un niveau suffisamment élevé, la valeur de la médecine française.

A côté de cette double action, que j'appellerai préventive, il est un autre travail préparatoire que nos groupements professionnels se doivent de mener à bien. Ce travail consiste à envisager dès maintenant les modalités suivant lesquelles ils se comporteront envers les Caisses, le jour où la loi sera votée et mise en application.

La majorité semble adopter, sans vouloir le remettre en discussion, le principe des contrats collectifs conclus entre Syndicats médicaux et Caisses d'assurances.

Quels seront les termes de ces contrats ? Il est possible de s'en faire une idée à l'avance, en examinant les projets qui ont été déjà élaborés par les Syndicats prévoyants et laborieux. Du nombre de ces Syndicats est celui des médecins d'Alger, dont je trouve le texte du projet dans son *Bulletin Officiel* mensuel, à la date du 10 juin dernier.

J'ai plaisir à le publier, ainsi que j'ai fait de même toutes les fois que des accords du même genre, conçus et réalisés selon notre doctrine syndicale, sont venus à ma connaissance.

Contrat.

Entre la Caisse d'assurances sociales du département d'Alger et le Syndicat des médecins du département d'Alger, il a été convenu ce qui suit :

1° Les médecins syndiqués et non syndiqués du département d'Alger qui acceptent sans restriction et par lettre, adressée au Président du Syndicat, s'engagent à donner leurs soins aux assurés de la Caisse.

2° Les assurés ont le libre choix du médecin parmi les médecins syndiqués ou non syndiqués acceptants, résidant dans la commune.

3° Tout médecin appelé d'une commune voisine ne peut être payé plus que le médecin le plus rapproché du domicile du malade.

4° A chaque malade il est délivré sur sa demande, par la Caisse, un bulletin de maladie portant son nom, sa catégorie d'assurance (d'après son revenu) et disposé pour recevoir la date de chaque visite avec la signature du médecin et toutes observations que celui-ci croira devoir porter à l'exclusion du diagnostic de la maladie, le secret médical devant être gardé.

5° Après le sixième jour qui suivra la première visite médicale inscrite, le malade aura droit :

A une indemnité journalière fixée par le règlement de l'assurance et payée par la Caisse dans une forme où le Syndicat n'a pas à intervenir.

Dès la première visite médicale, l'assuré aura droit à une indemnité de participation aux frais médicaux s'élevant à 75 % de ceux-ci, 25 % restant à sa charge, qu'il s'agisse de visites, consultations ou interventions de quelque nature qu'elles soient.

6° Le paiement *intégral* des frais médicaux ou chirurgicaux tels qu'ils ressortent de l'examen de la feuille de visite a lieu entre les mains du médecin par les soins de la Caisse tous les trois mois, la feuille de maladie étant adressée à la fin de chaque trimestre ou à la fin de la maladie à la Caisse par les soins de l'assuré.

La participation de 25 % des frais d'honoraires par le malade lui est retenue par la Caisse, sans que le médecin ou le Syndicat aient à intervenir.

Cependant si, d'accord avec le médecin, l'assuré préfère se libérer lui-même en payant les honoraires du médecin intégralement au comptant à chaque visite, il en prévient la Caisse et ce mode de paiement est mentionné explicitement sur la feuille de maladie, par écrit, au moment de la délivrance de la feuille devant le représentant de la Caisse qui la délivre et qui signe.

7° Le tarif appliqué pour consultations, visites, interventions, est le tarif syndical minimum, en vigueur au moment de la signature du présent contrat, pour tous les assurés dont la catégorie d'assurance correspond à 8.000 fr. de revenus annuels, augmenté de 1.000 par enfant mineur.

Ce tarif est majoré de 25 % pour les assurés inscrits pour un revenu supérieur.

8° Les indemnités de déplacement seront réglées selon les modalités et le tarif de la loi des accidents du travail.

9° Tous les cas litigieux seront portés devant une commission d'arbitrage composée de trois membres, médecins syndiqués ou adhérents : un médecin choisi par le syndicat médical, un médecin choisi par la Caisse, un troisième médecin choisi par les deux premiers et agréé par le Syndicat et la Caisse.

La décision de cette commission sera sans appel ; elle pourra faire procéder à telle enquête qu'elle jugera convenable et y déléguer telle personne qu'elle voudra.

En cas de demande de sanctions entraînant la suspension ou la radiation du service médical des caisses, le conseil de discipline du syndicat intéressé devra être saisi et prononcera.

La Caisse aura toujours le droit quand elle le jugera utile de faire appel au troisième de ces médecins, pour contrôler sur place l'invalidité des assurés en traitement.

10° Le présent contrat vaut pour une période d'un an ; il se renouvelle par tacite reconduction, sauf s'il est dénoncé quatre mois à l'avance par écrit, par une des parties.

Les détails d'application de ce règlement seront étudiées ultérieurement entre les caisses et le Syndicat médical.

Dr Claverie.

Le Dr Claverie, sous la signature de qui ce projet paraît, s'est efforcé, ainsi qu'il le croit à bon droit nécessaire, de rédiger un contrat aussi simple que possible. Il me paraît qu'il y a réussi.

Il maintient le tiers payant, tout en laissant au malade et au médecin le droit de pouvoir s'entendre directement pour le paiement des honoraires de celui-ci.

Il précise que ce tiers n'intervient, au règlement des sommes dues à l'assuré malade, qu'en distrayant du total, ce qui est dû au médecin, pour le payer lui-même en se substituant en quelque sorte purement et simplement au malade. « *La chose n'a rien de compliqué ni de désobligeant pour le médecin. Il est sûr de ses honoraires sans retard, sans discussion, sans marchandage* », énonce M. Claverie.

Dans le paiement des honoraires médicaux, l'assuré est intéressé personnellement pour une part fixée à 25 % qu'il supporte.

Un contrôle est nécessaire. Certes, écrit encore notre confrère, mais il faut le simplifier par la création d'une commission peu nombreuse, chargée d'arbitrer les litiges survenant.

Ce contrôle, ou plutôt cet arbitrage des cas litigieux, ne semble viser que des exceptions. Toutefois, le contrat prévoit que « *la Caisse aura toujours le droit, quand elle le jugera utile, de faire appel (à l'un des membres de la Commission) pour contrôler sur place l'invalidité des assurés en traitement* ».

Il est probable que, nonobstant la participation de l'assuré au paiement de 25 % des frais médicaux, les Caisses auront à exercer ce contrôle direct sur les malades en traitement, assez fréquemment. Et alors, je me demande si le seul médecin prévu pour ce travail fastidieux, pourra suffire à la tâche. Je crains que cette conception ne soit tout de même un peu trop simpliste.

Ce n'est pas que je sois particulièrement épris du contrôle en général, lorsqu'il intervient dans l'exercice de la médecine. Je n'ai jamais caché mon opinion à ce sujet. Mais si le contrôle exercé sur le médecin me semble une mesure regrettable, j'ai toujours soutenu que celui qui paye a le droit de savoir quel emploi est fait de son argent, et qu'il est parfaitement légitime qu'il s'en assure en surveillant celui qui en profite, c'est-à-dire le bénéficiaire de la loi, lorsqu'il devient, par le fait de la maladie, le consommateur des soins médicaux.

Je vois bien d'autre part comment le règlement des honoraires médicaux est prévu. Tous les trois mois, par exemple, la Caisse rembourse au médecin le montant des honoraires qui lui sont dus par chaque assuré qu'il a soigné, *en distrayant ce montant du total des sommes dues à celui-ci*. Mais, si ce montant dépasse le total, comment procédera-t-on au règlement ? Discussions, marchandages en perspective. Intervention de la Commission de contrôle ...

Ne faut-il pas aussi concevoir une procédure particulière aux interventions chirurgicales, aux thérapeutiques spéciales, etc.

Mais ce n'est là qu'affaire de détail qui ne constitue pas proprement une difficulté insurmontable. J'ai soulevé cette légère objection pour attirer l'attention de nos confrères sur certains aspects auxquels il est bon qu'ils songent pour prévoir précisément toutes les éventualités de conflits possibles et y parer à l'avance.

Cela ne retire rien à l'intérêt qu'offre le projet proposé au Syndicat des médecins d'Alger.

Ce projet a, à mes yeux, le mérite de contenir une clause qui comporte des sanctions « entraînant la suspension ou la radiation du service médical de l'Assurance sociale. »

Il faut qu'il en soit ainsi. Il faut que le corps médical puisse se défendre contre une catégorie d'industriels de la médecine qui se sont révélés, à l'occasion de la législation des accidents du travail, et qui se multiplieraient à l'infini, dans l'Assurance sociale, pour en fausser le jeu, s'il n'était pas possible de les empêcher de nuire en se débarrassant d'eux purement et simplement.

G. DUCHESNE.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Devoirs des sociétaires.

Un certain nombre de nos sociétaires sont convaincus que, lorsqu'ils ont adhéré à nos statuts et payé leur cotisation, ils ont rempli tous leurs devoirs et qu'ils n'ont plus qu'à réclamer, le cas échéant, l'indemnité qui leur est due ; quelques-uns même s'étonnent que cette indemnité ne leur parvienne pas automatiquement sur leur simple déclaration de maladie. De cette croyance, de cette ignorance de nos statuts proviennent les trop nombreuses irrégularités que nous avons à constater chaque trimestre.

Ces irrégularités compliquent beaucoup la tâche du secrétaire général et celle du trésorier, elles amènent des oublis et des erreurs qui peuvent soulever des protestations injustifiées.

C'est pour éviter tous ces petits ennuis que je reviens une fois de plus sur les obligations qui incombent aux sociétaires et dont l'observation peut seule assurer la marche régulière de notre œuvre. Elles ne sont pas bien rigoureuses, mais sans elles nous ne pourrions plus répondre de la bonne gestion des intérêts de nos commettants.

Je vais donc reprendre une à une toutes les situations dans lesquelles peut se trouver le sociétaire et lui rappeler pour chacune d'elles ce qu'il doit faire en commençant par la demande d'admission.

Admissions.

A la fin de chaque trimestre, en principe le mardi, le Conseil d'administration se réunit pour examiner les dossiers des candidats et statuer sur les admissions.

Mais, pour que le secrétaire général puisse présenter un dossier de candidature, il faut que ce dossier soit complet et contienne les pièces dont le candidat trouve l'énumération au verso de la lettre qui accompagne l'envoi des imprimés nécessaires.

Une pièce qui manque souvent, c'est le certificat médical d'une des deux combinaisons quand le candidat adhère à la fois à MA et à MAD. Il faut un certificat pour chacune, délivré par un examinateur différent, puisqu'il nous faut un double examen et non deux expéditions du même certificat signé par le même confrère. Cette petite erreur entraîne souvent des retards et peut même faire remettre l'admission au trimestre suivant, car le Conseil ne peut se réunir continuellement pour statuer sur le cas de quelques retardataires qui auraient pu se mettre en règle en temps voulu.

Dans la semaine, le secrétaire général écrit aux admis et leur adresse leur feuille d'admission avec l'indication de la somme qu'ils ont à envoyer au trésorier.

Quelques confrères demandent s'il ne doit pas leur être délivré une *police* : ils oublient que la Mutualité familiale n'est pas une assurance et qu'elle est simplement une société de secours mutuels pour laquelle la lettre d'admission suffit.

La cotisation doit être immédiatement envoyée au trésorier ; quelques confrères attendent qu'il leur soit adressé un rappel—pourquoi ? L'admission n'est valable qu'après le versement de la cotisation et, si elle n'est pas faite dans le mois de l'admission, elle entraîne l'annulation de celle-ci.

Je dois rappeler d'ailleurs que l'admission n'est que provisoire et qu'elle ne devient définitive qu'au bout de trois mois, lors de la prochaine réunion du Conseil qui statue sur les protestations qu'elle aurait pu soulever.

Les candidats non admis en sont informés par le secrétaire général qui leur donne les raisons de l'ajournement, du refus ou de l'annulation de l'admission.

Déclarations de maladies et de guérison.

C'est dans cette partie du service qu'il se commet le plus de négligences et d'erreurs.

Tout malade doit avertir, *non pas le trésorier* comme cela se fait si souvent, *mais le secrétaire général* dans les dix jours qui suivent l'interruption du travail. Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie de l'attestation d'un confrère.

Quand la déclaration m'arrive après ce délai de dix jours, et c'est fréquent, je devrais statutairement ne faire partir l'incapacité de travail

que du jour de la déclaration : si le retard n'est que de quelques jours, je veux bien fermer les yeux, mais si le délai se prolonge, je suis bien obligé d'en référer au Conseil qui applique l'article 51 des statuts. Mais alors qu'est-ce que je prends au jour du règlement ! — On dirait que c'est moi le coupable.

Tout malade doit me donner ou me faire donner la *date exacte* du jour où il cesse son travail. On n'a pas idée de la difficulté que j'éprouve parfois pour avoir cette date et cependant on comprend qu'elle est indispensable puisqu'elle sera le point de départ du calcul de l'indemnité.

Cette date doit être *celle de l'arrêt complet de l'exercice professionnel* et non celle du premier malaise ressenti.

Tout malade doit me donner un diagnostic exact de sa maladie. Ceci est nécessaire pour contrôler les rechutes, les passages à la chronicité et aussi pour l'établissement de nos statistiques.

La discrétion de certains membres à ce sujet me gêne souvent beaucoup, elle peut faire naître des soupçons sur la sincérité des déclarations et, en ce moment, elle entrave souvent mes recherches sur notre morbidité et l'influence des maladies sur l'exercice de notre profession.

Tout malade doit me donner de ses nouvelles tous les quinze jours pour les cas aigus, toutes les six semaines pour les chroniques. Voilà encore une obligation dont j'ai bien du mal à obtenir l'observance de la part de certains sociétaires. Il est pourtant bien évident que nous avons besoin de savoir ce que deviennent nos malades, de suivre le cours de leur incapacité morbide — ne serait-ce que pour être sûrs qu'ils sont toujours vivants quand arrive la fin du trimestre et l'indemnité à fixer.

Il est des chroniques qui restent des mois sans donner de leurs nouvelles et qui s'étonnent lorsque le Conseil leur inflige une amende !

Tout malade doit avertir le *secrétaire général*, et non le trésorier, de la reprise de travail dans les huit jours de cette reprise. Et là, encore, ne pas oublier la date exacte. Nombre de confrères se contentent de m'informer qu'ils comptent reprendre leurs visites « dans une huitaine » ou bien « sous peu » et ils s'étonnent que je ne les fasse pas payer « au jour dit » par le trésorier.

Il faut cependant s'entendre : pour calculer l'indemnité et la faire voter par le Conseil, j'ai besoin, absolument besoin de deux dates : celle de la cessation complète du travail et celle de la reprise de la première visite au dehors. Sans elles, comment pourrais-je calculer ce qui peut être dû ?

J'ai l'air d'insister sur un pur truisme, eh bien ! c'est cette double date que j'ai le plus de mal à obtenir, c'est elle qui me fait écrire le plus de lettres inutiles ; c'est son défaut qui me fait suspendre le plus de règlements et me fait récolter le plus ..... mettons « d'amabilités » si vous voulez.

Règlement des indemnités.

Les indemnités sont allouées par le Conseil d'administration dans ses réunions trimestrielles.

Je donne lecture de tous les dossiers : on vote toutes les indemnités dues et en règle, on suspend celles pour lesquelles on n'a pas de nouvelles récentes.

Et ici j'insiste encore pour dire que tout malade doit me donner de ses nouvelles entre le 15 et le 20 des mois de mars, juin, septembre et décembre afin que le Conseil ait des nouvelles fraîches de tout le monde. Ceux qui ne se sont pas mis en règle ne doivent s'en prendre qu'à leur négligence s'ils subissent quelque retard ou si le Conseil, trouvant qu'on abuse par trop, inflige l'amende prévue par les statuts.

N'oubliez pas, mes chers camarades, que chaque trimestre il y a environ 130 dossiers de malades à examiner et partant 130 envois à faire : vous admettez bien que pour faire les collationnements, pointages, inscriptions sur les livres, lettres d'envoi, etc., il faille au trésorier un certain temps. Alors pourquoi parfois tant vous impatienter si dans les huit jours qui suivent la séance vous n'avez pas reçu vos mandats ? Pourquoi des lettres de rappel amères et pressantes ? Avez-vous donc si peu confiance ? Pourtant après 30 années de fonctionnement vous devez bien savoir que personne d'entre vous n'a été lésé dans son dû.

Erreurs et réclamations.

Il peut y avoir de temps en temps quelque erreur ou quelque oubli, *errare humanum est* ; un chiffre mal écrit peut être mal lu, un dossier peut glisser, se confondre avec un autre, un calcul peut être mal fait, d'autant que lorsque je fais ces relevés je suis sans cesse dérangé par une visite, un client, le téléphone... que sais-je ?

Vous le savez, nous ne sommes pas une administration avec ses bureaux et ses employés : pour tout assurer recettes, dépenses, comptabilité, correspondance, archives, services divers, nous sommes deux, Gassot et moi, deux médecins comme vous tous, ayant comme vous leurs occupations personnelles et professionnelles ; nous nous faisons aider, sans doute, mais ces aides sont le plus souvent les membres de notre famille.

Nous avons donc le droit de réclamer quelque indulgence pour des faits qui sont rares d'ail-

leurs et que nous nous efforçons de réparer lorsqu'ils nous sont signalés à temps, c'est-à-dire avant le contrôle d'après le conseil.

En conséquence, je demande à tout sociétaire qui n'a pas reçu ce qu'il croit devoir lui être dû, d'écrire *le jour même*, non pas au trésorier qui n'a pas les moyens de contrôler la réclamation, mais à *moi-même* : je ferai diligence, je rectifierai s'il y a lieu et j'avertirai Gassot avant la clôture de ses comptes.

Mais si je ne suis prévenu que plus tard, il faut nécessairement attendre une nouvelle réunion du Conseil puisque seul, celui-ci a qualité pour statuer. Les accès de mauvaise humeur n'ont pas de raison d'être : si chacun veut bien y mettre du sien, il n'y aura ni erreurs, ni retards, ni conflits.

Telles sont, chers camarades, les quelques règles que je voulais vous rappeler. Elles ne sont pas terribles, mais elles sont indispensables pour que tout marche bien à la Mutualité familiale. Elles facilitent notre tâche qui, croyez-le bien, est très lourde.

Ce qu'il faut que tous vous sachiez bien, c'est que notre Mutualité familiale est une Association amicale, dirigée et administrée amicalement par des confrères dévoués qui n'ont d'autre intérêt que celui de l'œuvre et celui de tous les sociétaires.

(*A suivre.*) H. MIGNON.

JURISPRUDENCE

Remplacement de médecin. — Clause d'interdiction d'installation du remplaçant.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (14e CHAMBRE)

15 janvier 1925.

Le Tribunal,

Attendu que le Dr P. a introduit contre le Dr D. une demande en paiement de la somme de 10.000 fr. à titre de dommages-intérêts pour inexécution préjudiciable d'un engagement librement consenti par ce dernier ;

Qu'il sollicite en plus de l'allocation de ce dédit, que le Tribunal ordonne la fermeture du cabinet médical, que le défendeur, au mépris de cet engagement, a ouvert en avril 1923 à C. (Seine) ;

Attendu qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter les termes de l'engagement pris par le Dr D. le cinq avril 1916, acte non enregistré, mais qui le sera en même temps que le présent jugement :

Que cet engagement est ainsi conçu :

« Je soussigné, m'engage à remplacer pendant toute son absence occasionnée par la guerre à partir du 25 avril 1916, M. le Dr A. P. à C.

« Je déclare accepter les conditions d'autre part et je m'interdis le droit d'exercer la médecine dans un rayon de 20 kilomètre de C. pendant un délai de 10 ans à partir de la fin de mon remplacement.

« Au cas où je manquerais à cet engagement, je devrais payer à M. le Dr A. P. comme indemnité convenue à forfait et sans réduction possible la somme de 10.000 fr. Fait à Paris le 25 avril 1916, lu et approuvé, signé : Dr H. D. »

Attendu que la validité de cet engagement n'est pas contestée et qu'il est établi par les faits de la cause et les pièces produites, que le Dr D. après la démobilisation du Dr P., qu'il avait remplacé depuis 1916, s'est absenté pendant environ 3 ans, puis est revenu à C. où il s'est de nouveau installé comme médecin ;

Qu'il a informé de ce fait la clientèle par une lettre circulaire ;

Attendu que les agissements du Dr D., si répréhensibles qu'ils puissent être au point de vue moral et si contraires à la loyauté professionnelle qu'ils puissent paraître, le Tribunal ne peut ni les sanctionner, ni les approuver, il ne lui appartient de statuer que sur les conséquences juridiques de la violation de l'acte litigieux ;

Attendu qu'en présence du caractère forfaitaire qui d'accord entre les parties a été donné à l'engagement du 23 avril 1916 sus-énoncé, le Tribunal ne peut apporter une modification quelconque à la clause pénale qui y est insérée ;

Que cette clause est d'ailleurs nette, précise et non équivoque.

Attendu en conséquence que s'il est constant que le Dr D. a, dans le délai prescrit manqué à l'engagement qu'il avait pris, de ne pas exercer la médecine dans un rayon de 20 kilomètres de C., il n'y a pas lieu soit, d'une part, de diminuer le chiffre du dédit en raison des 3 années écoulées avant son installation nouvelle à C., soit d'autre part d'ordonner la fermeture du cabinet médical, ouvert par lui avant l'expiration des 10 années depuis la fin de son remplacement ;

Par ces motifs :

Condamne le Dr D. pour les causes sus-énoncées à payer au Dr P. la somme de 10.000 fr. à titre de dommages intérêts.

Déboute le Dr P. du surplus de ses conclusions et condamne le Dr D. en tous les dépens, qui comprendront les frais nécessités par l'enregistrement des pièces visées au présent jugement.

Commentaires.

Ce jugement, obtenu par le « Sou médical »,

comporte un certain nombre de réflexions, au point de vue de la pratique médicale.

Nous laissons, bien entendu, de côté, le cas où le médecin se fait remplacer par un de ses voisins : c'est un service de bonne confraternité, qui est rendu, à charge de revanche.

Nous n'envisagerons que le cas où, moyennant rémunération à forfait avec avantages matériels (nourriture, logement, etc.) le médecin remplacé contracte avec son remplaçant. Ici, ce sera un véritable contrat de louage de services, ou plutôt contrat d'entreprise à durée limitée.

Si l'une des deux parties contractantes (remplaçant ou remplacé) vient à manquer à ses engagements, la faute dommageable devra être considérée à deux points de vue : le côté déontologique et le côté juridique.

Au point de vue professionnel, déontologique, il est des dommages que seuls des praticiens peuvent apprécier : les juges ne peuvent interpréter que les termes *stricto sensu* du contrat de remplacement.

C'est ainsi que, dans le jugement ci-dessus, le tribunal applique au délinquant la pénalité prévue au contrat, tout en laissant supposer, par des attendus sévères que la conduite du remplaçant aurait mérité une sanction plus forte.

On peut dire, en effet, que le remplaçant a acheté une clientèle, pour dix mille francs : il a profité de la guerre, pour se faire connaître des clients du médecin mobilisé, avec lequel il avait contracté. Puis, tout d'abord respectueux de ses engagements, il est allé tenter la fortune ailleurs. Mais devant un échec, il a pensé que moyennant une somme de dix mille francs, à verser au médecin qu'il avait remplacé, il pouvait revenir dans la localité et trouver une clientèle toute faite.

Au point de vue confraternel, de pareils procédés sont blâmables et comportent des sanctions morales, prononcées par le conseil de famille du Syndicat local.

En effet, le remplaçant doit non seulement faire tous ses efforts, pour satisfaire la clientèle de son confrère, répondre à tous les appels des malades ; mais encore il doit s'abstenir rigoureusement de toute manœuvre, qui puisse avoir comme résultat de détourner la clientèle du remplacé, soit à son profit, soit à celui d'un tiers.

Ce contrat de remplacement est, aux yeux du remplacé, le meilleur procédé pour que les clients habituels puissent continuer à recevoir des soins ; mais il représente aussi une garantie, pour conserver le noyau de clientèle, qui risquerait de s'éparpiller, si la demeure du médecin restait fermée, pour une certaine durée.

Il en résulte qu'un contrat de remplacement, juridiquement bien rédigé, peut comporter une pénalité, fixée à forfait, au cas où le remplaçant ne tiendrait pas ses engagements, *non compris* les dommages intérêts que le remplacé pourrait réclamer, pour le préjudice occasionné.

Dans l'espèce du procès actuel, remplaçant et remplacé avaient convenu d'une somme forfaitaire de dix mille francs, que le premier verserait au second, dans le cas de manquements aux engagements pris.

Or, si en 1916, au jour de la signature du dit contrat de remplacement, la somme de dix mille francs avait une certaine valeur, par rapport à l'étalon-or et au coût ancien de la vie, il n'en est plus de même en 1925, au moment de la condamnation.

En second lieu, le dommage qu'éprouvera le remplacé peut être bien supérieur à cette somme de dix mille francs, si le confrère, ancien remplaçant vient à réussir dans le pays et à enlever au remplacé de jadis une partie de ses clients.

Et cependant, les juges ne pouvaient qu'appliquer les termes mêmes du contrat, en infligeant la pénalité prévue, sans pouvoir allouer des dommages-intérêts, non prévus dans la convention de remplacement.

Juridiquement, est-il valable l'engagement de ne pas s installer dans le pays, pendant une durée déterminée et dans un rayon donné ?

Oui, cette obligation de ne pas faire est conforme aux termes de l'article 1129 du code civil : plusieurs décisions de jurisprudence ont été rendues dans ce sens.

Cour de Paris (3e chambre), 16 août 1902, confirmant tribunal civil de Pontoise, 2 avril 1901 ; tribunal civil de la Seine, 24 juillet 1916.

Un cas analogue, sans qu'il y ait eu de remplacement véritable, a été soumis aux tribunaux: un médecin major avait signé, à son confrère civil, un engagement écrit, aux termes duquel il s'interdisait de s'installer dans la localité.

Ayant manqué à sa parole, ce médecin militaire, après sa démission et son installation aux côtés de son confrère civil, fut condamné à des dommages-intérêts (tribunal civil d'Auch, 27 juillet 1909, confirmé par cour d'Agen, 7 février 1910).

Les intérêts du remplacé doivent être respectés à tel point que le tribunal de paix de Marseille (2e canton) (6 août 1912) décide que le remplaçant ne peut simultanément remplacer un second médecin, sans l'autorisation du premier, qu'il a accepté de remplacer.

Comme conclusion, attirons l'attention de nos confrères sur la nécessité de ne pas négliger le côté juridique de leurs conventions et contrats. Il ne suffit pas d'être de bonne foi, de part et d'autre : il faut également que les communes intentions des deux parties soient bien spécifiées, ainsi que la distinction des intérêts particuliers à chacune d'elles.

Il est donc nécessaire que conseil soit demandé à un juriste, pour l'établissement des contrats médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

CONSTATATION DE DÉCÈS

La constatation de décès qui s'opère d'après des modes différents selon les lieux et qu'il est question de transformer et d'unifier dans un intérêt statistique, présente parfois des situations embarrassantes qui démontrent combien les fonctions de médecin de l'état civil sont délicates à remplir et paraissent même nécessiter un fonctionnaire qui ne pratique plus la clientèle courante.

L'exemple suivant est probant à cet égard.

Il arrive un accident à une jeune fille, accident qui est un déshonneur pour elle et un honneur pour l'auteur. C'est courant et banal.

Fille d'un marchand de vin, électeur influent, fiancée au neveu d'un personnage notable du pays, on l'adresse chez des parents à Paris passer quelques mois. Elle rentre dans sa famille vers la fin de sa grossesse et accouche d'un enfant mort-né à huit mois de terme.

Nous ne faisons que transcrire ici les faits, sans les analyser.

Le médecin qui a présidé à l'accouchement se rend à la marie faire sa déclaration et déclare avoir assisté une jeune fille qui a mis au monde un mort-né de *cinq mois*.

Cinq mois, c'est une simple inscription à l'état-civil, sans actes de naissance ni de décès réguliers. C'est la dispense de convoi. C'est le silence pour aujourd'hui et pour demain, c'est l'éponge.

Mais la mairie ne s'en rapporte qu'à son médecin de l'état civil pour remplir les formalités que comportera son enquête.

Or, le médecin de l'état civil se trouve en présence d'un petit cadavre sans traces apparentes de lésions, non macéré, avec tous les signes extérieurs d'un enfant né à l'âge de huit mois. Son enquête est toute simple. Il donne alors le permis d'inhumer, avec l'âge du fœtus. Alors, actes d'état civil, convoi et la vérité qui éclate.

Assurément ce sont des choses désagréables, plus que désagréables même pour une famille qui cherche à dissimuler la situation, invoque le témoignage de son médecin et s'accroche à des compromis.

Le médecin de l'état-civil pourrait s'entendre avec son confrère, entrer dans le complot, faire assaut de générosité ou d'amabilité.

Mais tant qu'il y a la loi, on ne peut la tourner. On doit s'y conformer.

Le médecin aurait tort de se laisser circonvenir, séduire, endoctriner, solliciter et tourner la difficulté.

Le fait est là avec ses conséquences qui sont inévitables. Pas de passe-droit ni de faiblesse.

Dr Courgey.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 5 et 19 mai 1925 (suite.)

Accidents du travail.

Le Dr P. (Oise), ayant soigné un blessé du travail qui avait quitté son domicile pour aller passer quelques jours chez sa belle-mère, près d'un de ses enfants malade, la Compagnie d'assurances refuse de le payer parce qu'elle n'a pas été avisé de ce changement de résidence et de médecin et s'est trouvée, par suite, dans l'impossibilité de faire procéder à la contre-visite.

Le Conseil, considérant qu'il n'est nullement obligatoire pour le médecin d'aviser le patron ou la Compagnie en cas de changement, accorde au Dr P. l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement l'ouvrier et le patron.

Honoraires de Droit commun.

Le Dr L. (Seine-et-Marne) a obtenu avant jugement le paiement de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

L'appui pécuniaire lui ayant été accordé dans cette affaire, les 75 fr. d'honoraires qu'il a payés à son avoué lui seront remboursés.

Une provision de cent francs sera versée à l'avoué du Dr B. (Seine-et-Marne), pour l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement.

Le Dr C. (Charente), ayant obtenu, avec des confrères, non membres du « Sou », la condamnation d'un automobiliste en paiement d'honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident est traîné en appel de ce jugement.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel, pour sa part personnelle dans les frais et honoraires à exposer.

Le Dr L. (Vaucluse) annonce qu'il a été payé à l'amiable par l'automobiliste, auteur d'un accident, contre lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Le Dr F. (Alpes-Maritimes) a obtenu du client belge contre lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé, une offre qu'il a acceptée vu l'éloignement et les frais à engager.

Le Dr G. (Ain), ayant payé comme frais d'avoué, dans une affaire d'appel de justice de paix, pour laquelle il avait obtenu l'appui pécuniaire, 125,40, le Conseil ordonnance le rembousement de cette somme.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un client qui, sur une note d'honoraires de 1160 fr. offre d'en payer 1000, sous prétexte que les soins donnés à sa femme pour abcès du sein, postérieur à l'accouchement, devraient être compris dans les suites de l'accouchement.

Le Conseil, estimant qu'il ne s'agit que d'une contestation d'honoraires, ne soulevant aucune question de principe, dit qu'il n'y a pas lieu d'accorder l'appui pécuniaire.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr D. (Bouches-du-Rhône) communique les notes d'honoraires de son avocat en appel (600 fr.) et de son avoué de première instance (500 fr., montant de la provision), dans son affaire de responsabilité, dans laquelle il a obtenu une décision favorable.

Le Conseil ordonnance les 600 fr. pour l'avocat. Quant à la demande de l'avoué, il estime qu'elle est trop élevée, et ne lui alloue comme honoraires, pour la part à la charge du « Sou », qu'une somme de 200 fr.

Le Dr F. (Seine-et-Oise), est assigné en dommages-intérêts à cause d'un rapport qu'avec un confrère, il a délivré, après examen d'un enfant sur réquisition du Commissaire de Police.

Le Conseil l'admet à la garantie de la Caisse spéciale, en fixant à un maximum de 300 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Baux et locations.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire contre son propriétaire, qui prétend lui faire payer des augmentations de loyer, bien qu'il n'ait pas fait effectuer des réparations, malgré les engagements qu'il avait pris.

Le Conseil, estimant que cette affaire n'a aucun caractère professionnel, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr P. (Var) demande l'appui pécuniaire pour défendre à une demande en résiliation de bail formée par son propriétaire, qui prétend, contrairement à la vérité, qu'il a transformé son appartement en maison de santé.

Le Conseil, estimant que cette affaire n'est pas d'ordre professionnel, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

30 *juin* 1925

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, NOLLET, MIGNON, GASSOT, NOIR, HUGUENIN, DUCHESNE, DE LA ROCHEFORDIÈRE, PAMART, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire*.

Excusé : M. LEVASSORT.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons MA et B.

34 PARMENTIER	Var	3 mois	300 »
80 PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
93 PRENTOUT	Calvados	13 jours	130 »
97 HEURTEAU	Loiret	3 mois	300 »
100 COQUERET	Aube	3 mois	300 »
124 DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
154 POIRSON	Jura	un mois et 28 jours chr.	193 25
162 BILHAUT	Paris	3 mois	300 »
164 DE GRISSAC	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
175 ROUSSEAU	Maine-et-Loire	60 jours + 11 jours chr.	636 65
192 HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
		A reporter	3.359 90

			Report	3.359 90
205	Breucq	Basses-Pyrénées	45 jours	450 »
211	Camus	Finistère	39 jours	390 »
219	Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
244	Lefèvre	Ardennes	15 jours	150 »
255	Demmler	Oise	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
288	Mlle Hamilton	Gironde	60 jours + 9 jours chr.	630 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
341	Chabanon	Lozère	3 mois	300 »
348	Miltas	Creuse	3 mois	300 »
356	Lop	Bouches-du-Ohône	30 jours	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
372	Chevallier	Vendée	11 jours	110 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
383	Deney	Gironde	un mois et 24 jours chr.	179 90
411	Sarda	Ardèche	28 jours + 26 jours chr.	366 60
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
433	Gueutal	Doubs	12 jours	120 »
464	Audoucet	Marne	39 jours	390 »
465	Baudron	Loiret	28 jours	280 »
488	Hamaut	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
490	Vincent	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
497	Pavie	Paris	60 jours + 7 jours chr.	623 30
504	Delucq	Gers	6 mois	600 »
513	Griolet	Gard	20 jours	200 »
534	Epron	Vendée	3 mois	300 »
515	Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	65 jours	550 »
578	Perchet	Haute-Saône	1 jours	60 »
638	Campuzan	Lot-et-Garonne	55 jours	130 »
688	Monmarson	Manche	3 mois	300 »
696	Cézilly	Oise	6 mois	600 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
704	Belin	Finistère	13 jours.	130 »
713	Archimbaud	Ardèche	7 jours	70 »
748	Bougon	Eure	16 jours	160 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
871	Vinon	Tarn	10 jours	100 »
895	Robillot	Gard	60 jours + un jour chr.	603 30
900	Duclos	Paris	3 mois	300 »
940	Bonnaud	Indre	57 jours	570 »
980	Bousrez	Vosges	7 jours	70 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1021	Boucher	Côtes-du-Nord	12 jours	120 »
1025	Ramond	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1036	Fourrier	Paris	18 jours + 2 mois et 12 jours chr.	419 95
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1064	Maussire	Haute-Saône	27 jours	270 »
1086	Lamouroux	Hérault	29 jours	290 »
1191	Eyraud	Ain	3 mois	300 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1263	Bompard	Bouches-du-Rhône	26 jours	260 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	un mois	100 »
1281	Kerrien	Finistère	3 mois	300 »
1299	Dircksen	Pyrénées-Orientales	29 jours + 2 mois et 2 jours chr.	496 65
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1385	Landry	Deux-Sèvres	3 mois	300 »
1401	Joly	Allier	60 jours + 5 mois et 10 jours chr.	1.110 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	60 jours + 1 mois et 9 jours chr.	729 95
1414	Nicollet	Ain	5 jours	50 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1599	Picot	Cher	27 jours	270 »
1668	Maurat	Lozère	3 mois	300 »
1675	Frenel	Oise	6 mois	600 »
1755	Lefèvre	Allier	5 jours	50 »
1778	Poirson	Tunisie	60 jours	600 »
1795	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
			Report	26.459 55

		Report........	26.459 55
1833 Cattin	Morbihan	60 jours + un jour chr.	603 30
1905 Cunnac	Tunisie	3 jours	30 »
1977 Pouget	Tarn-et-Garonne	11 jours	110 »
		Total	27.202 85

Combinaison MAD.

6 Bobrie	Charente-Inférieure	29 jours	580 »
28 Brachet	Savoie	un mois	200 »
39 Laugier	Alpes-Maritimes	42 jours	840 »
60 Lefebvre	Nord	32 jours	640 »
85 Rolland	Isère	7 jours	140 »
143 Bequain	Haute-Saône	13 jours	260 »
208 Boisroux	Manche	12 jours	240 »
329 Loubriat	Vienne	7 jours	140 »
372 Chevallier	Vendée	11 jours	220 »
513 Griolet	Gard 1/2	20 jours	200 »
980 Bousrez	Vosges 1/2	7 jours	70 »
1023 Boucher	Côtes-du-Nord 1/2	12 jours	120 »
1599 Picot	Cher 1/2	27 jours	270 »
1755 Lefèvre	Allier 1/2	5 jours	50 »
1778 Poirson	Tunisie 1/2	60 jours	600 »
1853 Cattin	Morbihan 1/2	60 jours + un jour chr.	603 35
		Total	5.173 35

M. le Dr Lop fait un don de 100 francs à la Caisse auxiliaire, et M. le Dr Duclaux, un don de 25 francs à la même caisse. — Le Conseil leur adresse ses remerciements.

Le Conseil inflige une amende de 50 francs au sociétaire nº 504 et une amende de 30 fr. au sociétaire 1401 pour n'avoir pas envoyé de leurs nouvelles en temps voulu.

Pensions aux Veuves.

Le Conseil alloue pour leur pension du 2e trimestre 1925 les pensions suivantes à Mesdames :

4 Vve Lepage, Paris	150 fr.
38 Gillette, Calvados	150 fr.
43 Vve Chevreux, Paris	150 fr.
45 Vve Valot, Haute-Saône	60 fr.
51 Vve Rousselot, Marne	150 fr.
13 Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 30 juin 1925.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA : MM. Barthe, Ayguesparsse, Agron, Duchamp, Forgeron, Poulain, Giraud, Dancourt, Deflinne, Temporal et Mme Janicot.

Combinaison MAD : MM. Barthe, Girod, Cheynel, Durand, Durieux, Ayguesparsse, Agron, Lavigne Duchamp, Forgeron, Giraud, Dancourt, Monnié, Chatelain, Temporal, Sazias et Mme Janicot.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes à titre provisoire :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
Runel, de Soisy-sur-Ecole (Seine-et-Oise).
Durand, de Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure).
Tissier, de Châteaubriand (Loire-Inférieure).
Renaud, de Courçais (Allier).
Dubreuil, de la Riche (Indre-et-Loire).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
Tissier, de Châteaubriant (Loire-Inférieure).
Renaud, de Courçais (Allier).
Dubreuil, de la Riche (Indre-et-Loire).
Siraudeau, de Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire).

Passage de 1/2 MAD à MAD :

M. le docteur :
Deumié, de Saint-Etienne (Loire).

Les admissions définitives seront prononcées à la réunion de fin septembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :
Siraudeau, de Doué-la-Sontaine (Maine-et-Loire).
Rieusset-Pécholier, de Mèze (Hérault).
Madame :
Rieusset-Pécholier, de Mèze (Hérault).

M. Mignon, secrétaire général, a reçu un assez grand nombre de demandes d'admissions mais les dossiers réguliers sont longs à rentrer et, de ce fait, un certain nombre de confrères se trouvent ajournés.

Le Conseil s'occupe de la question des Bons de la Défense nationale et de l'emprunt qui doit les remplacer. Il charge le trésorier de prendre tous renseignements utiles.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. Boudin.

Le Président, A. Maurat.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations.

— Sur la proposition du docteur Beckers, de Bruxelles, notre rédacteur en chef, M. le docteur Julien Noir, a été nommé membre correspondant de l'Association de la presse médicale belge. Le *Concours Médical* est particulièrement sensible à l'honneur qui lui est fait par nos confrères belges en la personne de son Rédacteur en chef, et nous exprimons à M. le docteur Beckers et à ses collègues de l'Association de la presse médicale belge nos plus sincères remerciements.

— Nous apprenons avec grand plaisir que Mademoiselle Anne-Marie BOUDIN, fille de notre collaborateur et ami Paul Boudin, vient d'être admise après un brillant concours à l'Ecole Nationale d'Agriculture de Coëtlogon-Rennes (Ille-et-Vilaine). Mlle Anne-Marie Boudin vient également d'être reçue, avec le plus grand succès, aux examens du brevet élémentaire. Nos plus vives félicitations.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot, à Berck-Plage.** Institut Calot, le lundi 3 août 1925.

Résumé du programme. — 1° Technique des appareils et moulages et des ponctions et injections ; 2° Tuberculoses des os, articulations, ganglions, abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott ; 3° Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa vara, etc. ; 4° Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions ; 5° Fractures (du col du fémur, de cuisse, etc.) ; 6° Les dernières acquisitions en orthopédie : *a*) le traitement moderne de la scoliose , *b*) diagnostic et traitement des autres maladies non tuberculeuses de la colonne vertébrale, *c*) nouveau traitement de la luxation congénitale. Comment éviter les récidives et comment les guérir, *d*) Rénovation et simplification de la pathologie de la hanche à tous les âges.Rôle capital, ignoré jusqu'ici, des subluxations congénitales méconnues. Sont des luxations congénitales méconnues : 1° près de moitié des cas actuellement étiquetés *coxalgies* ; 2° les hanches étiquetées arthrites sèches déformantes, rhumatisme localisé, morbus coxæ senilis (et la signature radiographique de la subluxation existante, c'est le « cotyle à double fond de Calot ») ; 3° tous les cas de la prétendue maladie nouvelle inventée par Legg, baptisée ostéochondrite et coxa-plana ; la preuve faite que tous les cas qui en ont été publiés sont en réalité des subluxations congénitales qu'on avait méconnues.

— **Quatrième Congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles.** *Amsterdam*, 1925. — *Programme des séances et des fêtes.* — Samedi, 5 septembre 1925 : 3 h., ouverture de l'exposition nationale.

Lundi, 7 septembre 1925 : 10 h. 30, réunion du « Comité permanent international » ; 12 h. 30, déjeuner offert aux membres du « Comité permanent international » ; 2 h. 30, ouverture solennelle du Congrès ; 4 h. 30, afternoon-tea offert par quelques familles d'Amsterdam. Visite à l'Exposition ; 1 h., dîner offert au représentants officiels des diverses nations par la municipalité d'Amsterdam ; 9 h., réunion familière au « Pavillon Y », offerte par le « Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst » (Société médicale de la Hollande), en cas de mauvais temps au Pavillon Vondelpark.

Mardi, 8 septembre 1925 : 9 h., séance plénière. *Pour les dames* : 10 h. Visite d'une taillerie de diamants. 2 h.-4 h. 50, réunion en sections ; *Pour les dames* : 2 h., visite de la ville ; 8 h. 30, soirée dans les jardins à la vieille propriété « Frankendael », actuellement pépinière de la ville d'Amsterdam. Jeu de plein air.

Mercredi, 9 septembre 1925 : 9 h. et 12 h., réunion en sections ; *pour les dames* : visite de l'île de Marken et du village Volendam ; 1 h. 30 et 4 h., séance plénière ; 4 h. 15, excursions en bateau et en automobile à travers la ville ; 7 h., dîner non officiel et facultatif au restaurant de l'hôtel « Krasnapolsky ».

Jeudi, 10 septembre 1925 : 9 h. et 12 h., réunion en sections ; *pour les dames* : 9 h. 15, excursion en bateau à Zaandam ; 13 h. et 5 h., réunion en sections ; *pour les dames* : 2 h. 45, visite de la collection de tableaux « Six » ; 8 h. 30, représentation au théâtre « Tuschinsky » (cinématographe et cabaret).

Vendredi, 11 septembre 1925 : Excursions. *Groupe A* (300 participants au plus), 9 h. 30. Départ par train spécial pour Rotterdam. Réception par la municipalité dans le nouvel hôtel de ville. Excursions à travers la ville. Déjeuner offert par la société anonyme « Rotterdamsche Droogdokmaatschappij » (société de bassins de carénage). Croisière par les ports de Rotterdam, offerte par la municipalité. Visite à l'aérodrome. Afternoon-tea ; 6 h., départ par train électrique spécial pour Schéveninque. — *Groupe B.* 9 h. Excursion en bateaux par les canaux et les lacs pour Leyde. Déjeuner à bord. Visite de Leyde (Musée, Hôtel-de-ville, l'Université, la collection d'art égyptien) ; 6 h., départ par train électrique spécial pour Schéveninque. — *Groupe C.*, 9 h. Croisière par les ports d'Amsterdam et ensuite par les canaux pour Harlem, offerte par la société anonyme de navigation « Nederland ». Visite à Harlem (Musée de tabeaux de Frans Hals, etc.) ; 6 h., départ par train spécial pour Schéveningue ; 8 h. 30,Schéveninque. Soirée de gala offerte par la municipalité de la Haye. Samedi, 12 septembre 1925 : 9 h. et 12 h., séance plénière à Schéveninque ; 2 h., excursions en automobile pour visiter la Haye et ses environs ; 4 h., réception officielle par le gouvernement néerlandais ; 7 h., banquet de gala. Cabaret.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

commission administrative du bureau d'assistance doit se réunir au moins quatre fois par an, sur la convocation de son président. A chacune de ces réunions, elle doit dresser ou modifier la liste des personnes qui, ayant leur domicile de secours dans la commune, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale. Chaque fois, ce travail doit être effectué un mois avant la session du Conseil municipal qui arrête la liste des bénéficiaires ; la liste doit être déposée au secrétariat de la mairie et avis du dépôt est donné par affiches. Dans les vingt jours du dépôt (article 16) les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune. Il est statué sur ces réclamations, le maire entendu, par une commission cantonale composée du sous-préfet, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement et du juge de paix du canton. La commission est présidée par le sous-préfet, ou, à son défaut, par le juge de paix.

Si vous estimez que la personne à laquelle vous vous intéressez est privée de l'assisance médicale gratuite par une décision injuste du maire et de son conseil municipal, il vous appartient d'user de la voie de recours qui vous est ouverte devant la commission cantonale, en déposant, dans les vingt jours du dépôt de la liste au secrétariat de la mairie, une réclamation en inscription.

Dans votre réclamation, vous pourrez demander que l'admission à l'assistance médicale ait un effet rétroactif, mais il n'est pas sûr que vous puissiez l'obtenir, puisque vous n'avez pas usé en temps opportun des voies de recours légales contre les précédentes décisions du maire.

1818. — Chambre d'industrie thermale. — Recours contre la décision du Préfet désignant un délégué.

Pouvez-vous me faire savoir au plus tôt quels sont les délais pour adresser une réclamation à la Commission permanente des stations hydrominérales de France, au ministère de l'intérieur, contre la décision d'un préfet ayant désigné illégalement un *délégué* pour être membre d'une chambre d'industrie thermale ?

Dr V.

Réponse.

Aux termes de l'article 7 de la loi du 24 septembre 1919, les chambres d'industrie thermale doivent être composées pour moitié de membres élus et pour l'autre moitié de membres de droit, dont le préfet ou son représentant, président, l'ingénieur des mines, le directeur du bureau d'hygiène, l'agent voyer du canton, trois membres *désignés par le préfet*, dont deux médecins exer-

çant la profession dans la station, le maire de la commune et deux délégués du Conseil municipal et, si la station appartient à un Syndicat, deux délégués du Syndicat.

D'après l'article 8, qui institue la Commission permanente des stations hydrominérales, cette commission est chargée d'étudier les questions intéressant la création et le développement des stations, de donner des avis au ministre quand celui-ci les demande, notamment sur les demandes des communes tendant à être désignées comme stations hydrominérales, et de faire chaque année des observations au ministre sur l'emploifait par les différentes stations, du produit de la taxe de séjour. Mais cette commission n'a pas dans ses attributions des pouvoirs d'appel contre les décisions des chambres d'industrie thermale et encore moins contre les décisions du préfet nommant les membres non élus de ces chambres. Au cas où les désignations faites par le préfet seraient entachées d'excès de pouvoir, le seul tribunal compétent pour connaître de l'affaire serait le Conseil d'Etat.

1817. — Accidents du travail. Prescription.

Membre du « Sou médical, » je viens vous demander votre avis au sujet de cas suivant.

En août 1924, exactement le 20 août, j'ai été appelé à donner mes soins à une ouvrière agricole de la région pour laquelle la patron était assuré. Il s'agissait de plaies profondes du mollet avec déchirures des parties molles produites par un instrument armé de longues piques en fer que l'on nomme « écrase-mottes ».

J'ai dû drainer, débrider un peu, faire des pansements tous les jours pendant assez longtemps et, comme la demeure de la blessé est située à une dizaine de kilomètres ma note d'honoraires s'est élevée à 857 francs.

J'ai envoyé ma note à l'assurance le 7 novembre 1924, pas de réponse. Nouvelle note le 3 janvier 1925, l'assurance me prie d'attendre, disant qu'au commencement de l'année elle est surchargée de travail. Nouvelle note le 9 mars 1924. Pas de réponse.

J'écris finalement au patron le 3 juin 1925, le prévenant que si l'assurance ne me règle pas je lui présenterai ma note. Celui-ci me dit qu'il est assuré et que l'assurance me payera. Mais je sais fort bien que, en matière d'accident du travail, la prescription est d'une année.

Que puis-je faire pour éviter cela.

Suis-je en droit de présenter ma note au patron et ce dernier peut-il se retrancher derrière la compagnie pour ne pas me payer ?

Dr C.

Réponse.

La prescription en matière d'accidents du travail ne commence à courir suivant les cas que

du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

En raison de la gravité de la blessure de votre cliente, il est à présumer qu'elle a dû suspendre son travail pendant assez longtemps et que, par conséquent, elle a touché pendant toute cette période son demi-salaire. La prescription n'a donc commencé à courir que du jour où elle a cessé de toucher son demi-salaire, c'est-à-dire du jour où elle a été guérie. Dans ces conditions, étant donnée la date de l'accident, 20 août 1924, la prescription n'est certainement pas encore sur le point d'être acquise. Vous pouvez donc insister à nouveau auprès de l'assurance pour vous faire payer.

Mais si vos nouvelles démarches devaient également rester infructueuses, le seul moyen à votre disposition pour interrompre la prescription serait de citer devant le juge de paix du lieu de l'accident le patron de la blessée (et non pas l'assurance, avec laquelle nous n'avez pas de lien de droit). Nous vous rappelons que ces instances sont exemptées des frais de timbre et d'enregistrement.

1779. — Les primes d'assurances sur la vie ne peuvent être défalquées du revenu imposable.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me fixer sur le point suivant.

Dans l'établissement de l'impôt sur le revenu, les primes annuelles à verser pour une assurance mixte *sur la vie* doivent-elles être *défalquées* et sont-elles exonérées de l'impôt sur le revenu ?

Dr B.

Réponse.

Les primes annuelles à verser pour une assurance sur la vie ne peuvent être déduites du revenu passible de l'impôt général.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1720. — Plaies diverses.

Appelé en consultation par un confrère, j'ai constaté les lésions suivantes consécutives à une chute de bicyclette :

1° Décortication presque complète de la pyramide nasale ;

2° Plaie orbitaire profonde ;

3° Section complète de la lèvre supérieure vers son milieu ;

4° Section complète de la lèvre inférieure ;

5° Enfin blessure profonde de la langue.

La réparation, immédiate. sous anesthésie locale, a nécessité divers épluchages et *soixante* points de suture, tant sur les muqueuses que sur la peau.

Est-ce qu'il s'agit là simplement de « régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde » ? Ou bien y a-t-il intervention sur plusieurs segments ?

En somme, nous avons fait une véritable plastique; mais je ne trouve pas la plastique dans le tarif Breton

En tous cas, s'agit-il de grande chirurgie ? Et l'aide peut-il demander 50 fr.

Dr G.

Réponse.

Je compterais ainsi, par régions (en deuxième catégorie) :

1° *a*) Régularisation, épluchage, etc. du nez et de l'orbite	30	»
b) Sutures multiples lèvre sup.	18	75
c) Sutures multiples lèvre inf.	18	75
d) Sutures multiples langue	18	75
e) Certificat descriptif	10	»
Total	96	25

2° Ajouter à cela 50 francs (article 11) que l'aide « médecin » devra réclamer « lui-même » (article 30) sur note séparée.

F. D.

II

1734. — Pansements divers.

En m'excusant de recourir encore à votre obligeance, je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'éclairer au sujet de l'application du tarif Breton si touffu et si confus. C'est au sujet des articles 13 et 14.

L'article 14 autorise à tarifer les soins pour chaque *pansement* ou chaque intervention. Or les pansements ne sont pas tarifés à part : *ils sont compris*. à l'article 16, *dans le prix de la visite ou de la consultation* et l'article 13 interdit précisément le cumul de cette visite (ou de cette consultation ? bien qu'il n'y ait que le mot *visite* dans l'art. 13) avec un acte opératoire quelconque. Alors ?

Bref, voici deux questions nettes auxquelles je voudrais une réponse, si vous voulez bien me la donner.

J'exerce dans une ville de 2e catégorie, d'où réduction de 25 %.

1° Un blessé vient chez moi avec une plaie sanieuse ; je fais un pansement et une injection antitétanique. Que dois-je prendre comme honoraires ? Suis-je en droit, comme je le crois, de demander :

1° Certificat de constat.......... 5 fr.
2° Pansement de la plaie......... 7 fr.
3° Injection antitétanique........ 15 fr.
27 fr.

L'article 14 paraît m'y autoriser ; l'article 13 semble me l'interdire, le pansement étant compris dans la visite et cette visite ne devait pas se cumuler avec un acte opératoire quelconque (ici l'injection antitétanique). Alors ? ?

2° Un blessé vient chez moi avec une plaie au bras droit ; une plaie au pied gauche ; une plaie à la tête ; une fracture avec plaie souillée à la clavicule gauche.

Je lui fais *quatre* pansements et une injection antitétanique et je lui réduis la fracture de sa clavicule. Que dois-je prendre pour honoraires ? et suis-je dans mon droit, comme je le pense, en demandant :

1° Certificat de constat, 5 fr.

2° Pansement du bras droit, 7 fr.

3° Pansement du pied gauche, 7 fr.

4° Pansement de la tête, 7 fr.

5° Pansement de la plaie claviculaire 7 fr. Ou bien la réduction de la fracture comprend-elle en elle-même le pansement préalable de la plaie claviculaire?

6° Réduction et contention de la fracture claviculaire, 37 fr. 50.

7° Injection antitétanique, 15 fr.

L'art. 14 peut-il s'interpréter ainsi et l'article 13 ne s'y oppose-t-il pas ?

Dr P.

Réponse.

Premier cas. — Vous n'avez pas à compter le pansement de la plaie, celui-ci étant « compris » dans le prix de la visite que vous ne pouvez cumuler (article 18) avec l'intervention d'injection antitétanique.

Second cas. — *Un* des pansements est à éliminer pour la raison ci-dessus. Puis, vous comptez les autres, chacun au prix d'une visite ou consultation, sauf le cinquième, car ce pansement de plaie claviculaire est compris dans la réduction et *contention* de la fracture de clavicule.

Nota. — Je n'ai pas toujours dit d'éliminer un des pansements. Je le fais désormais, à la suite d'objections qui me furent faites, sur ce point, par un médecin d'assurances et que je trouve justifiées, à savoir que toute intervention comprenant le prix d'une visite ou consultation, en cas, par exemple de trois pansements plus une injection antitétanique, on ne doit compter que deux pansements, le troisième devant être éliminé (et marqué seulement pour mémoire), comme étant déjà compris dans le prix de l'intervention dite injection antitétanique. Et je trouve cette objection irréfutable en l'espèce.

F. D.



Registre du Commerce Seine N° 176.249.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre seulement (1).

***Le soussigné** (nom et prénoms)* ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, ***médecin à*** ....

dépt .... ***désire recevoir*** l'Agenda-Memento du Praticien, ***édition*** 1926.

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.*
- *Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A........................ ....*le*........................ 1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er octobre 1925, à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Application du Tarif Maginot

1716. — Tarif à l'hôpital.

Ma clinique a été agréée pour recevoir les mutilés. Je suis en discussion avec la préfecture qui prétend me payer au prix de l'hôpital voisin le plus rapproché, mais au prix assistance médicale pratiqué dans cet hôpital, alors que ce prix est de 11 fr. 57 par jour, alors que le prix pour accidents du travail est de 15 fr. 08, et que le prix pour malade payant lui-même est de 15 fr. La loi dit « Le prix appliqué sera celui des salles civiles de l'hôpital voisin ». Que veut dire alors le mot « salle civile » et quel est le prix que je dois porter sur mes mémoires ?

D[r] G.

Réponse.

Vous avez bien lu l'article 67 pour les « établissements privés », mais pas l'article 66 qui spécifie nettement le tarif des salles civiles dans les hôpitaux publics, ce qui sert de base pour votre prix personnel. Voici ce que vous pouvez y lire : « Dans les salles civiles, le tarif à adopter est le tarif spécial aux malades traités au compte du département et des communes », ce qui veut dire, en français clair, au compte de l'A. M. G. Et c'est pour cela que j'ai dit et écrit maintes fois que les pensionnés de guerre, ainsi qu'on l'avait solennellement promis, n'étaient pas traités comme des indigents ... *sauf* à l'hôpital.

F. D.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Pharmacien. Refus d'exécuter les ordonnances médicales.

Un de nos abonnés nous pose les questions suivantes :

Un pharmacien, qui est seul dans le pays, refuse d'exécuter les ordonnances d'un médecin, parce qu'il a le droit de vendre des médicaments à qui bon lui semble. Quelle sera la situation du docteur ?

Ses clients ne peuvent pas cependant aller se faire servir dans le pays voisin, qui est assez éloigné : c'est du temps perdu et un gros dérangement, qui leur est occasionné.

En outre, à cause de ces agissements du pharmacien, le docteur verra tous ses malades s'adresser à l'autre médecin du pays, avec lequel le pharmacien est en bons termes.

Si un pharmacien peut ainsi boycotter un médecin, en refusant d'exécuter ses ordonnances, ce dernier n'a plus, comme ressources, qu'à quitter la localité. Est-ce que le docteur ne pourrait pas obtenir l'autorisation de faire la pharmacie, à l'usage de ses seuls clients ?

En principe, en vertu de la liberté absolue du commerce, le pharmacien est libre de vendre, comme tout autre négociant, ses produits à qui bon lui semble. La loi du 21 germinal an XI, sur

la pharmacie, ne contient aucune restriction sur le droit de vente, ou de refus de vente des médicaments.

Mais l'exercice d'un droit peut dégénérer en abus. Il peut en être ainsi lorsque le pharmacien est seul dans sa commune, et si excipant du monopole de vente des médicaments, il s'arroge le droit de ne délivrer ses drogues qu'aux seules personnes qui ont l'heur de lui plaire.

Summum jus, summa injuria, disent les uns : le pharmacien est absolument libre de faire ce que bon lui semble et d'exécuter l'ordonnance de celui-ci, alors qu'il s'y refuse pour celui-là.

Non, disent d'autres auteurs et ce, pour plusieurs raisons.

On peut d'abord soutenir que la loi de Germinal a investi le pharmacien d'un monopole exclusif pour la vente et la délivrance des médicaments. Il serait donc possible d'assimiler la profession de pharmacien à celle de notaire, d'avoué, d'huissier, qui tiennent également, de la loi, un monopole d'exercice de leurs fonctions.

Aussi, pourrait-on soutenir que leur seraient applicables les termes de l'article 3 de la loi du 25 ventôse an XI : « les notaires sont tenus de prêter leur ministère lorsqu'ils en sont requis. »

En droit, je ne partage pas cette manière de voir : le diplôme de pharmacien ne constitue qu'une garantie scientifique pour les clients, indiquant que, pour protéger la santé publique, seuls les pharmaciens diplômés pourront préparer et vendre les médicaments.

En second lieu, il n'y a pas véritablement monopole, en ce sens que si les notaires, les avoués, achètent leur charge et sont en nombre limité, un pharmacien peut, au contraire, s'installer où bon lui semble, même en surnombre.

Le monopole est donc scientifique et non commercial.

Mais, si le pharmacien peut, en droit pur et strict, accepter ou refuser la vente, ou la préparation d'ordonnances médicales, ce droit ne peut dégénérer en abus, en s'appuyant sur des circonstances de fait.

Vis-à-vis du public.

Le pharmacien, parce qu'il est le seul à avoir le droit de vendre des médicaments, ne peut pas profiter de ce droit pour écorcher le public, ni pour se livrer à des fantaisies, acceptant ou refusant d'exécuter une ordonnance, en vertu de son bon vouloir.

Si un certain nombre de clients pouvaient témoigner de refus non motivés, s'ils pouvaient faire la preuve qu'ils ont été obligés de se déplacer, de perdre temps et argent, à cause du mauvais vouloir du pharmacien de l'endroit, celui-ci pourrait être, dans certaines conditions, condamné à des dommages-intérêts.

Il en serait ainsi, surtout, lorsque, dans un cas

grave et pressant, le pharmacien s'est refusé à exécuter une ordonnance médicale, laquelle a dû être portée dans la localité voisine : d'où perte de temps et aggravation des souffrances du patient.

Le procès n'a jamais été jugé ; mais, dans certaines circonstances, le « Sou médical » n'hésiterait pas à faire fixer ce point de droit professionnel.

Le droit d'être le seul à pouvoir vendre des médicaments comporte certains devoirs : si, dans une ville, on peut s'adresser à différentes officines, il n'en est pas de même lorsqu'il n'y a qu'un seul pharmacien d'établi dans la commune, et ce dernier doit obéir aux obligations d'humanité, puisqu'il est le seul à pouvoir délivrer des produits indispensables à la santé publique.

On peut également soutenir que le pharmacien ayant le devoir de contrôler l'ordonnance du médecin, contre tout *lapsus calami*, ayant le droit de se refuser à exécuter une ordonnance médicale comportant des erreurs pharmacologiques, protège ainsi la santé publique. *A contrario*, cette protection de la vie de ses concitoyens lui fait un devoir de ne pas exciper de sa liberté absolue de vendre, ou de refuser la vente, tout comme un commerçant ordinaire : la loi de germinal a limité la libre concurrence, qui ne peut être exercée par n'importe qui, non titulaire du diplôme.

On peut donc soutenir ; au nom de la santé publique, que le droit de libre commerce, dans la vente des drogues, comporte une limitation, lorsque le malade ne peut pas facilement aller se faire servir dans une autre pharmacie.

Vis-à-vis du médecin.

Le pharmacien a le droit de refuser l'exécution d'une ordonnance lorsque celle-ci comporte des erreurs. Mais ce refus ne doit pas s'accompagner de propos désobligeants, voire même de dénigrement. La jurisprudence est fixée sur ce point (voir *Concours Médical*, 1924, 489).

Mais, à mon sens, constituerait un abus de droit, à l'égard du docteur, le refus systématique d'exécution de ses ordonnances, par un pharmacinen, seul résidant dans la localité. Le médecin devrait prouver par témoins que le pharmacien n'oppose aucun motif d'ordre scientifique, et que sa manière d'agir lui occasionne un préjudice au point de vue scientifique et moral, d'une part, et matériel d'autre part.

Devant le refus d'exécution des ordonnances d'un seul praticien, le public peut croire que ce docteur ne possède pas les capacités professionnelles et scientifiques suffisantes, pour soigner sans danger ses concitoyens.

De plus, l'obligation d'aller dans la commune voisine, le dérangement, le temps perdu, les frais de déplacement incitent les clients à abandonner ce médecin, pour aller chez l'autre confrère du lieu.

Il se produit ainsi un détournement indirect de clientèle.

Vis-à-vis des collectivités publiques ou privées.

Le pharmacien doit exécuter toutes les or-

donnances des médecins agréés tant par les sociétés de secours mutuels, que pour l'A.M.G., etc.

Il est évident que, là encore, le pharmacien est libre de délivrer ou non ses médicaments ; mais les termes de son engagement, ou du règlement local, peuvent lui faire une obligation de fournir des drogues aux bénéficiaires, comme d'exécuter les ordonnances de tous les médecins faisant partie du service.

Conclusions.

Avant d'agir de quelle que manière que ce soit, notre confrère doit réunir le plus de témoignages possible. Si certaines personnes sont douteuses, si elles pouvaient ultérieurement se refuser à témoigner, le docteur pourrait leur demander une lettre, ou une attestation quelconque constatant que le pharmacien s'est refusé, sans motif, à exécuter une ordonnance médicale signée de ce praticien.

Ultérieurement, en possession de ces attestations, le « Sou médical » (si notre confrère en fait fait partie) verrait de quelle manière citer en justice ce pharmacien récalcitrant.

Le cas serait meilleur si un malade pouvait déclancher l'action en invoquant un cas d'urgence, où le pharmacien a eu la cruauté de refuser l'exécution d'une ordonnance pressée.

Resterait un autre procédé, plus dangereux : le médecin fait constater par huissier, le refus d'exécution de ses ordonnances ; ou bien, il met en demeure le pharmacien d'avoir à ne refuser ses ordonnances que lorsque ces dernières contiennent des erreurs pharmacologiques.

Puis, devant la persistance de l'attitude du pharmacien, le médecin vend des médicaments à ses propres clients, en attendant d'être cité en police correctionnelle, pour exercice illégal de la pharmacie.

Il donnerait alors comme excuse qu'après l'échec de ses démarches auprès du pharmacien, la protection de la santé de ses clients l'a incité à fournir les médicaments de première nécessité.

Mais les juges admettraient-ils cette excuse ?

Un arrêt de cassation du 4 mars 1905 admet que le médecin peut se substituer au pharmacien défaillant et délivrer des médicaments à sa propre clientèle, lorsque l'officine n'est ouverte que d'une manière intermittente.

Il en est de même lorsque la pharmacie est mal tenue et que l'approvisionnement est défectueux (cour de Paris, 18 février 1882 ; tribunal Saumur 2 avril 1883) ou lorsque le pharmacien se refuse à faire venir les médicaments ordonnés (Cassation, 6 février 1857).

Devant l'incertitude de l'issue d'un tel procès, que notre confrère recueille les attestations que nous demandons et nos conseils juridiques le guideront pour qu'il puisse obtenir satisfaction.

Dr Paul BOUDIN.

Quarante-septième année — N° 32 — 9 Août 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1856 IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.



DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr Leroux, de Conneré (Sarthe), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau
Saint-Gervais Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Coileu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 326. — On ch. hom. jeune, act. intell. pour gérer et représ. mais. orthopéd. Bons appoint. Gros avenir.

No 327. — A céd. de suite, 25.000 compt. poste seul méd. dans jolie local. 4 kil. de Lyon. Rapp. actuel, 50 à 60.000. Mais. conf. av. garage. Long bail.

No 328. — Loire. — Urgent, poste pro-pharm. 54.000 touchés à céd. 25.000, dont 15.000 compt. Belle mais. av. bail, jard. garage, pays tr. agréable.

No 329. — Bouches-du-Rhône. — Bon poste dans comm. tr. import., à proxim. gr. ville. Pays d'aven. Nombr. usines. A céd. cont. tr. faib. indemnité. Tr. pressé. S'ad. Dr Vignes, 58, rue du Coq, à Marseille.

No 330. — Torp. Hupmobile 13 CV, 4 pl. moteur, carros. et cap,. en excel. état, peint. neuve. Phares Magondeaux, Stewart-Klaxon. En conf. 4.000 seulement, cause achat autre voit.

No 331. — Dr marié, deux enf. aux portes stat. réputée Côte Basque, prendr. pens. 1 ou 2 enf. recomm. par conf., dizaine années ou au-dessus, pour août et sept. Seraient cond. tous les j. plage, 25 fr. l'un ou 40 fr. les deux tout compris.

No 332. — Dr Pelletier, Sables-d'Olonne, dem. un pet. pied radiol. avec cupule. Envoy. descript.

N° 333. — Conf. 50 ans à la veille de céd. son poste, tr. act. ch. sit. méd. ou paraméd. Voyag. pr firmes pharmac. ou toute autre branche se rap. à l'art médical. Références.

N° 334. — Banl. Ouest de Paris. Imp. mais. de santé, af. anc., plus. bâtim. et dépend. A céd. pr cause santé. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 335. — Près Paris. Tr. anc. poste rapp. 90.000, auto pas néces. Beau pavil. 6 p. dépend. jard., long bail, prix : 60.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris (5e). Tél. Gob. 34-46.

DOCUMENTATION INTERCONFRATERNELLE

Pour la lutte contre le cancer.

Dans la lutte engagée contre le terrible fléau, rien ne peut être indifférent aux savants qui consacrent leur vie à l'étude des causes encore inconnues et de la production et de la propagation du néoplasme. Voici la question que l'on nous prie de poser à nos lecteurs :

« Parmi le personnel spécialement affecté aux établissements thermaux des stations hydrominérales sulfureuses, personnel vivant par conséquent d'une façon constante au milieu des vapeurs sulfurées, les médecins de ces stations ont-ils observé beaucoup de cas de cancer ? Dans l'affirmative, quel genre de néo ? Dans la négative, sur combien de sujets a porté l'observation ?

Prière de répondre, soit à M. le Dr Albespy, chirurgien à Rodez (Aveyron), soit à M. le Dr R. Molinéry, à Luchon (Haute-Garonne).

CORRESPONDANCE

Le contrat collectif syndical et les lois sur les assurances sociales et les accidents du travail.

J'ai lu, avec plaisir, votre article sur les « assurances sociales » dans le numéro du *Concours* du 28 juin ; je ne discuterai pas les arguments que vous signalez à l'attention des lecteurs du *Concours* ; je me bornerai à vous signaler qu'à mon avis, lorsque vous établissez une comparaison entre la loi sur les accidents du travail et celle des assurances sociales cette comparaison ne me paraît pas exacte ; la loi des

assurances sociales devra être le lot de tous les médecins praticiens, tandis que les accidents du travail ne m'ont paru, je ne sais si je me trompe, être que l'apanage de quelques-uns. Il me semble que le législateur ou les syndicats médicaux auraient dû faire introduire dans la loi des accidents du travail la notion du contrat collectif entre les syndicats médicaux et les compagnies d'assurances. A l'ouvrier blessé, la Cie d'assurance aurait remis la liste des médecins syndiqués ou non qui auraient adhéré à ce contrat collectif, et la liberté du libre choix, si je puis m'exprimer ainsi, aurait été beaucoup mieux observée.

Dr Henri CAUSSADE.

Réponse.

La question du contrat collectif de travail, que certains syndicats médicaux se croient en devoir de combattre au nom de la liberté, a justement pour but d'empêcher la monopolisation des assurances sociales, au profit de quelques médecins, comme cela s'est passé, pour la loi sur les accidents du travail.

Aussi, suis-je parfaitement de votre avis, lorsque vous émettez le désir de voir la loi du 9 avril 1898 être modifiée dans ce sens.

Mais, si à l'époque du vote de cette dernière loi, il n'a pas été question du contrat collectif avec les syndicats, c'est qu'à ce moment-là, beaucoup de médecins pratiquaient encore les errements du forfait.

De plus, nombreux étaient ceux, parmi nos confrères, qui ne croyaient pas au syndicat, et qui même se trouvaient offensés, dans leur dignité de docteur, en pensant que certains d'entre eux s'acoquinaient comme de vulgaires ouvriers.

Depuis, l'idée a fait heureusement beaucoup de progrès ; mais il persiste encore, à Paris, par exemple, des centres d'antisyndicalisme, dans lesquels les membres font du syndicalisme, sans le savoir, et surtout sans en porter le vocable.

Les mots, en France, ont souvent une importance plus capitale que les faits eux-mêmes.

Introduire à l'heure actuelle l'idée, ou l'obligation du contrat collectif, dans la loi de 1898, serait courir à un échec, car le Parlement fait trop de politique et pas assez de sociologie.

Mais, c'est à nous, dans nos propres syndicats, à nous organiser, pour traiter, sur le pied d'égalité, avec les collectivités diverses et à passer des contrats, reconnaissant le libre choix du médecin, le tarif à la visite, le contrôle.

Quelqu'imparfaite qu'elle soit, si mal comprise qu'elle ait pu être par le corps médical, dans son application, la loi de 1898 est actuellement adoptée par tous.

Il en sera de même de la loi sur les assurances sociales, si, délaissant des querelles byzantines, querelles de mots, ou de personnes, nous vou-

lons, dans nos syndicats, envisager la future loi sur les assurances sociales, comme si le Parlement venait de la voter et qu'elle entre en application au premier janvier 1926.

L'étude de la pratique nous ferait immédiatement apparaître des solutions auxquelles nous ne pensons pas actuellement.

Par exemple, dans votre ville, le syndicat est supposé devoir apporter à la caisse d'assurances locale un contrat collectif de travail, dans les limites du projet Chauveau.

Quels seront vos articles et vos propositions, pour un pareil contrat ?

Rien ne sert de parler et de discourir. Le meilleur et le plus utile, c'est de suivre un texte de loi, la plume à la main et de construire le statut médical, au lieu de critiquer, de démolir, et de ne rien mettre à la place, sous le prétexte qu'on a trop de clientèle.

Si nous n'y prenons pas garde, la médecine des assurances sociales sera accaparée par des médecins besogneux, ou peu consciencieux, à mentalité industrielle, qui accepteront n'importe quels tarifs, n'importe quels règlements, sachant bien qu'ils se rattraperont toujours sur la quantité, ou sur la note du plombier, comme certains le font pour les accidents du travail lorsque le syndicat local n'y prend pas garde.

Dr Paul BOUDIN.

1604. — Certificats de naissance.

Veuillez me préciser si, dans une commune où il n'y a pas de médecin de l'Etat civil, le médecin-accoucheur est obligé de délivrer pour la mairie (qui le réclame) un certificat de naissance, alors que toutes formalités de déclaration ont été faites par les parents, régulièrement.

Dr B.

Réponse.

Dès lors que vous n'êtes pas le médecin de l'Etat civil et que, par suite, vous n'avez aucun engagement avec la municipalité, vous n'êtes en aucune façon obligé de lui délivrer un certificat de naissance, alors surtout que la déclaration de naissance a été faite par les personnes qui, avant le médecin qui a procédé à l'accouchement, y sont obligées par la loi.

Vous n'êtes pas contraint non plus de délivrer un certificat de naissance à la famille du nouveau-né, pour remettre au maire. Mais si la famille offre de vous payer ce certificat, nous ne voyons pas pourquoi vous vous refuseriez à le lui délivrer.

Même dans le cas où vous auriez été obligé, à défaut des personnes auxquelles le Code en fait une obligation, de déclarer la naissance, l'obligation se bornerait à une déclaration à la mairie, et vous ne seriez pas contraint de délivrer un certificat.

1630. — Inspection médicale des écoles.

1º En dehors de la loi Guizot (1833), et de celle du 30 octobre 1886 suivie du décret du 18 janvier 1887, existe-t-il une loi rendant *obligatoire* l'inspection médicale des écoles ?

2º J'ai été désigné, d'accord avec le maire et le préfet pour pratiquer l'inspection médicale des écoles *libres*, j'ai commencé ma besogne. Or, le Conseil municipal ayant refusé de voter les subventions nécessaires aux écoles *libres*, j'ai cessé ma besogne. Etais-je en droit de le faire, et les directeurs et directrices des dites écoles peuvent-ils être inquiétés en quelque façon pour n'avoir pas fait inspecter leurs élèves, du moment que les subventions municipales leur étaient refusées ?

Dr F.

Réponse.

Il n'existe pas, depuis la loi du 31 octobre 1886 et le Décret du 18 janvier 1887, de disposition législative ou règlementaire qui ait organisé l'inspection médicale des écoles.

Cette inspection dont l'organisation est laissée aux municipalités, n'existe pas en fait dans un grand nombre de localités et l'on ne peut obliger la municipalité à l'organiser.

Puisque le Conseil municipal a refusé de voter les subventions nécessaires, vous étiez en droit de cesser de procéder à l'inspection, et les directeurs et directrices des écoles libres ne peuvent en rien être inquiétés parce que cette inspection n'a pas eu lieu. Ils doivent s'y prêter lorsqu'elle est organisée, mais n'ont pas à la solliciter et encore moins à l'organiser si la municipalité, à qui en incombe l'obligation, a elle-même négligé de le faire.

1677. — Charges de famille. Situation militaire.

Comme membre du « Sou » voudriez-vous avoir l'obligeance de me donner le renseignement suivant :

Médecin aide-major 1re classe, à quelle date pourrai-je demander ma radiation de l'armée ?

Né le 2 mars 1887, je me suis engagé en 1905 (article 23). Père de 3 enfants. J'ai fait ma déclaration l'an dernier de charges de famille.

De par l'article 58 de la loi du 1er avril 1923, quelle est ma classe ?

Dr P.

Réponse.

Vous suivez le sort de la classe avec laquelle vous avez été incorporé. Arrivé sous les drapeaux en 1905, vous appartenez en somme à la classe 1904, et vous serez libéré en 1933 de tout service militaire. L'article 58 dispense simplement des périodes de réserve les hommes de troupe. Il permet, en effet, aux pères de nombreux enfants

de compter plus vite dans les dernières classes de réserve, mais il n'avance pas d'un seul jour le moment où ils sont libérés du service militaire.

1745. — Majoration de la pension d'une veuve de guerre.

Voudriez-vous me permettre de mettre encore à contribution l'obligeance et la compétence du *Concours médical* auquel je suis abonné, pour procurer un renseignement, qui n'a rien de médical cependant, à une proche parente :

Veuve de commandant tué à l'ennemi, elle touche une pension de 2.500 fr. auxquels s'ajoutent 3 majorations d'enfant de 500 fr. De diverses parts on *lui affirme* que sa pension doit être plus élevée et que l'an dernier on a pris des mesures pour assurer aux veuves de guerre d'officiers une pension égale à la moitié de la retraite du mari dans son grade, ce qui donnerait dans le cas particulier au moins 4.000 francs.

Cette affirmation est-elle exacte et où s'adresser pour faire rectifier s'il y a lieu ?

Dr B.

Réponse.

Depuis le 1er juillet 1925, toutes les pensions de veuves de guerre, quel que soit le grade du mari décédé, sont majorées de 600 francs, à la date du 1er janvier 1925. Inutile de faire des démarches, le paiement suivant les nouveaux tarifs se fera automatiquement.

1786. — Comptabilité du médecin. Bénéfices de guerre.

1° D'après la nouvelle loi des finances de ces jours derniers, le médecin est-il astreint à avoir une comptabilité en règle journalière devant être présentée à toute réquisition du contrôleur ?

2° Que disent les articles 4 et 5 de la loi du 1er juillet 1916 (loi des finances) sur la déclaration des bénéfices supplémentaires de guerre ? Suis-je tenu à une rectification avant le 1er octobre 1925 ?

Dr L

Réponse.

1° La nouvelle loi de finances n'oblige pas les médecins à tenir une comptabilité en règle à présenter à toute réquisition du fisc, mais celui qui ne pourrait justifier ni de ses recettes ni de ses dépenses se trouverait en mauvaise posture pour discuter avec le fisc.

2° Les articles 4 et 5 de la loi du 1er juillet 1916 obligeaient les patentés (y compris les médecins) à souscrire dans certains délais la déclaration de leurs bénéfices supplémentaires. Si vous avez fait ces déclarations, vous êtes en règle;

d'ailleurs ces déclarations ont dû être vérifiées avant le 30 juin 1925 et l'administration ne peut plus vous imposer après le 31 décembre 1925, à moins qu'elle n'apporte la preuve de l'atténuation des bénéfices supplémentaires imposés. Vous n'avez aucune déclaration rectificative à souscrire avant le 1er octobre.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1879. — Accident de droit commun. Recouvrement des honoraires.

J'ai donné des soins à deux voyageurs de commerce, dans les circonstances suivantes, du 26 au 28 mai dernier :

Ces deux voyageurs avaient pris place à la gare de X dans l'automobile de l'hôtel où ils devaient descendre. Entre la gare et l'hôtel, collision d'autos. les deux voyageurs furent blessés légèrement. Appelé par le patron de l'hôtel, je donnai mes soins à ces deux personnes, qui laissaient X, quelques jours après, guéris de leurs blessures. Aujourd'hui (24 juillet) l'agent d'une Cie d'assurances vient me demander des certificats au sujet de ces deux voyageurs. J'ai refusé et déclaré que je ne délivrerai les certificats en question que sur la demande écrite des intéressés, c'est-à-dire des blessés que j'ai soignés, et que c'est à eux seuls que j'adresserai les dits certificats. Jusqu'à ce jour, j'ignorais à quelle assurance était assuré l'auteur de l'accident ; d'ailleurs, en ce qui me concerne, j'estime que ce n'est pas la loi des accidents du travail qui joue, mais le droit commun.

Avant de laisser X, l'un des blessés m'avait demandé un certificat, que je lui ai délivré sur papier timbré, et dont il m'a réglé les honoraires.

Lorsque j'adresserai ma note d'honoraires à l'auteur de l'accident, s'il me renvoie à sa Cie d'assurance, dois-je accepter ou le poursuivre devant le juge de paix ?

Dr L.

Réponse.

Vous avez action, pour le paiement de vos honoraires, contre le patron de l'hôtel, non pas parce que la responsabilité de l'accident lui incombe, mais parce que c'est lui qui a commandé vos soins, qui vous a mis en œuvre et à qui vous avez fait confiance. C'est donc à lui que vous devez présenter votre note. Dans cette affaire, il ne s'agit pas d'un accident du travail et vous pouvez calculer vos honoraires suivant votre tarif ordinaire de clientèle.

Si le patron de l'hôtel prétend vous renvoyer à son assurance, vous pouvez ou bien vous adresser à elle, et alors vous ne pourrez lui demander plus que ce à quoi elle est obligée envers son assuré d'après les termes de sa police, ou bien ne pas entrer en rapport avec elle et exiger le paiement immédiat et direct par votre débiteur

Au cas où celui-ci se refuserait à payer et se retrancherait derrière son assurance, vous n'auriez qu'à le citer devant le juge de paix du canton, si votre note d'honoraires ne dépasse pas 600 francs. Au-delà de cette somme, le Tribunal civil seul serait compétent.

1850. — Soins donnés à un enfant dont les parents sont divorcés.

Membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner les renseignements suivants :

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, dont les parents sont séparés de corps et de biens depuis 6 ans environ, et qui a présenté quelques jours après sa naissance une hernie inguinale gauche. Depuis, il a porté un bandage. A l'époque de la séparation des parents, l'enfant a été confié à sa mère jusqu'à l'âge de 12 ans. A ce moment-là, la mère a demandé à le faire opérer et à le conserver jusqu'à 16 ans. Le tribunal l'a déboutée et l'enfant a été confié au père.

Donc actuellement, cet enfant est depuis un an sous la garde du père. Il vient de le présenter à un chirurgien qui a diagnostiqué « hernie inguinale gauche et kyste du cordon », (ce kyste n'existait pas il y a un an, donc *complication*), et qui a conseillé une intervention.

Le père veut le faire opérer.

1° Doit-il prévenir la mère ?

2° Doit-il avoir son consentement ?

3° Dans quelles conditions pourra-t-elle voir son enfant avant et après l'intervention ? A noter qu'elle reçoit son enfant tous les dimanches, sauf pendant les vacances. Il reste le mois d'août complet chez le père, le mois de septembre chez la mère, sans aucune visite de l'un ou de l'autre. Le père le ferait opérer pendant le mois d'août.

4° Qui est responsable des honoraires ?

5° De quelle façon le médecin traitant (et le chirurgien) peuvent-ils se mettre à couvert de toute action que pourrait leur intenter la mère, si le père ne faisait pas le nécessaire vis-à-vis d'elle ?

D[r] P.

Réponse.

Puisque la garde de l'enfant a été confiée au père par le Tribunal, vous n'avez besoin que de la seule autorisation et du seul consentement du père pour pratiquer l'opération. En droit, le père n'a même pas l'obligation de prévenir la mère de sa décision et encore moins de requérir son consentement.

Mis en œuvre par le père, vous n'aurez qu'à vous conformer aux instructions de ce dernier pour tolérer ou interdire les visites de la mère après l'opération. Si celle-ci estime que son ex-mari lui refuse injustement l'accès auprès du

(*Voir la suite page XLIII-1899*)

PROPOS DU JOUR

Médecine étiologique et médecine topologique. Nécessité d'une organisation nouvelle de l'exercice de la médecine.

Le Dr Leredde, avec une persévérance d'apôtre, continue sa campagne contre la syphilis. Il vient de faire paraître un livre bourré d'idées, de faits et de documents sur *la syphilis héréditaire et la famille syphilitique* (1) qui fait partie d'une série intitulée : *Essais de critique constructive et de médecine étiologique.* Le Dr Ch. Nicolle, le savant directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a écrit un avant-propos pour l'ouvrage de Leredde ; cet avant-propos et la préface de l'auteur, joints à de nombreux passages nous permettent de faire une « critique constructive » de toute la médecine en général et de la façon dont nous l'exerçons en particulier. Malgré les limites que donne Leredde à son étude en la bornant à une seule maladie, la syphilis, nous sommes persuadé qu'il ne nous en voudra pas d'étendre les idées qu'il émet à la médecine tout entière. Cela nous sera d'autant plus facile que Leredde accroit terriblement le domaine de la syphilis. Comme le fait remarquer M. Nicolle dans son avant-propos : « tous nos confrères ne peuvent partager d'emblée dans leur riche étendue les conclusions de Leredde, cette réserve est naturelle », mais n'empêche que trop souvent les faits lui donnent raison et que les principes sur lesquels il se base sont en voie de révolutionner la médecine et de transformer totalement l'exercice de l'art de guérir.

Naguère, et il n'y a pas très longtemps de cela, l'on étudiait les maladies organe par organe. Nous avions les maladies du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, des reins, du cerveau. Les pathologistes s'efforçaient de décrire les affections de chacun de ces organes comme des entités morbides.

La syphilis était considérée comme une maladie de la peau et cette idée était tellement ancrée dans les cerveaux de nos Maîtres qu'il existe encore à Saint-Louis une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. C'est que, malgré les découvertes de Pasteur et de ses disciples, nous vivons encore sous le règne de ce que Leredde appelle l'école topologique, et les préjugés sont si tenaces, les habitudes prises si tyranniques que nous n'osons et ne pouvons nous en débarrasser.

Cependant l'observation de tous les jours nous démontre que la médecine topologique est une erreur, qu'il n'y a de vrai que la médecine étiologique, que l'on ne peut vraiment établir un traitement efficace que lorsque l'on connaît la cause de la maladie, et que cette cause, quelle que soit la localisation morbide apparente à un seul organe, est presque toujours (sauf dans les traumatismes) une cause d'ordre général.

La syphilis n'est plus du domaine de la dermatologie. Au fur et à mesure qu'on la connaît mieux, l'on s'aperçoit que la peau, si elle fut jadis la façade la plus apparente de son domaine, en est actuellement la partie la moins importante, que même les transformations que subit cette maladie, qui évolue comme toute chose, font des manifestations cutanées les accidents les moins intéressants de la maladie. Depuis que l'on étudie d'une façon plus scientifique la syphilis, depuis que l'on songe davantage à la syphilis héréditaire, aux syphilis latentes, et même inapparentes selon l'expression plus juste de M. Nicolle, l'on constate le rôle étiologique prépondérant que joue le tréponème dans toutes les maladies nerveuses et les affections mentales, dans les affections cardio-vasculaires, depuis les lésions valvulaires, jusqu'aux angines de poitrine, dans les affections chroniques des poumons, de l'estomac, du foie, des reins, trop souvent mises en bloc sur le compte de l'alcoolisme.

Les erreurs de diagnostic si fréquentes que l'on faisait et que nous faisons encore, s'expliquent par l'examen incomplet des malades, et parce que l'étude clinique s'est souvent bornée au malade lui-même sans s'étendre à sa famille et sans remonter à ses ascendants. Et ces examens incomplets, faits sans être accompagnés d'une enquête sérieuse sur le milieu familial, font que nous pratiquons presque toujours ce que Leredde appelle de la mauvaise médecine.

Nous nous souvenons qu'au cours de nos études, il y a environ 35 ans, les maîtres qui portaient des diagnostics en passant devant un malade, au coup d'œil, avaient la réputation de grands cliniciens, l'on admirait leur « flair » quasi-divinatoire et l'on se moquait de ceux, qui, comme notre vieux maître Bourneville, exigeaient de leurs élèves des observations complètes. Pour que rien ne fût omis, Bourneville recommandait à ses internes de procéder à l'interrogatoire minutieux des parents, en se ser-

(1) N. Maloine, édit., 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

vant d'un questionnaire où il avait tout prévu, de pratiquer l'examen complet du malade, organe par organe et tous les six mois le malade était revu de la même façon. Ceci ne plaisait guère aux amateurs. Nous avons entendu de jeunes internes de nos camarades à l'esprit aussi brillant que superficiel et dont le bagout suppléait à la véritable science, traiter le vieux maître de ramolli et de radoteur. Cependant Bourneville avait raison et la bonne médecine ne peut se faire par les examens hâtifs et superficiels, qui, nous devons l'avouer, sont ceux que nous sommes obligés de faire le plus souvent dans notre pratique journalière. Notre art devient de plus en plus compliqué. Ceux qui ont conscience du rôle que doit jouer le médecin, ne peuvent plus se contenter de l'ordonnance écrite avec un diagnostic symptomatologique qui n'a en soi d'autre valeur que de jeter de la poudre aux yeux du malade et de sa famille et de donner une apparence de fausse supériorité sur le praticien consciencieux qui garde une prudente réserve. Dans une forte proportion des cas qu'il examine, le médecin sérieux s'aperçoit qu'il ne peut pas porter de diagnostic précis, de diagnostic étiologique, surtout dans les affections chroniques. Pour arriver à une certitude, autant qu'il est possible de le faire, il faut outre l'examen clinique ordinaire avoir recours à la radioscopie, parfois à des examens spéciaux (d'oculiste, d'otorhinolaryngologiste, d'urologiste, etc.), puis il doit avoir recours presque toujours au laboratoire (analyse d'urine, du sang, du liquide céphalorachidien, sérologie, recherches bactériologiques, cultures, inoculations, etc., etc.). Comment un médecin praticien qui est obligé de voir de nombreux clients dans sa journée pour arriver péniblement à vivre, comment même le médecin d'hôpital qui ne peut sacrifier que deux ou trois heures par jour à son service, où il a 50 à 60 malades à soigner, pourraient-ils, même secondés, se livrer sérieusement à ces investigations ?

Comment un malade, même aisé, en ville et encore moins à la campagne, pourrait-il faire les frais de ces examens qui, pour être utiles, doivent être répétés ?

Que conclure ? C'est que, dans l'état de choses présent, nous médecins, nous faisons et ne pouvons faire que de la mauvaise médecine ; qu'il nous est matériellement impossible d'appliquer convenablement les progrès techniques de la science à notre art et qu'il est indispensable de transformer complètement notre façon d'exercer.

Il y a bien près de vingt ans que nous répétons cela et chaque jour en montre de plus en plus la nécessité.

L'on nous répond toujours par des clichés sur l'indépendance, la liberté du praticien, mots superbes qui dans plus d'une bouche signifient égoïsme, routine et paresse. Or, nous le répétons, le médecin praticien ne sauvera cette indépendance, cette liberté qui lui sont si chères que par la coopération syndicale. Il est temps qu'il cesse de palabrer sur le tiers payant et autres lieux communs à la mode. S'il n'arrive pas à adapter l'exercice de la médecine pratique aux progrès techniques que la science a réalisés, si, comme le dit Leredde, il ne substitue pas la médecine étiologique à la médecine topologique, les Assurances sociales ou l'Etat se chargeront de ce soin et alors nous verrons quel langage tiendront les fougueux défenseurs de l'indépendance professionnelle par la force d'inertie.

J. Noir.

Légion d'Honneur.

Dans les dernières promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur, deux noms nous ont été particulièrement agréables, et nous ne saurions trop les mettre en évidence pour rendre une fois de plus à ceux qui les portent l'hommage qu'ils méritent.

M. Sumien, directeur au Ministère du Travail, a été promu Commandeur. Tous ceux qui connaissent le fonctionnement de la Commission du Tarif Breton, pour les accidents du travail, savent avec quelle impartialité, dans les hautes fonctions qu'il occupe, il formule son opinion sur toutes les questions qui intéressent toujours, et divisent parfois, médecins, d'une part, assureurs, de l'autre. Toutes les fois que la cause médicale lui a paru juste, il n'a pas hésité à le proclamer et à faire tous ses efforts pour son triomphe. Pour tout cela, notre gratitude lui est acquise.

Notre grand ami, le Dr Bellencontre, a été promu officier, au titre des Affaires étrangères, dont il est médecin oculiste.

Président de l'Association générale des médecins de France, éminemment populaire dans le monde médical, où il est connu et estimé pour sa parfaite courtoisie, son élégance morale, son charme, et par-dessus tout, son dévouement aux intérêts de notre profession, ses nombreux amis se réjouiront de la haute distinction qui vient de lui être conférée. Mais nul d'entre eux n'en éprouvera plus de joie que les dirigeants du *Concours médical* qui lui adressent leurs affectueux compliments.

G. Duchesne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES CAS GRAVES D'APPENDICITE AIGUË

1° L'appendicite des gras ; 2° Appendicite à foyers multiples,

Par F. M. CADENAT,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

I. — Le hasard des séries (à supposer qu'on puisse associer ces deux mots) m'a fait observer en quelques mois quatre cas d'appendicite très grave survenue chez des malades obèses.

Il m'a semblé que l'*appendicite des gras* pouvait donner lieu à des considérations particulières à un triple point de vue :

1° Difficulté du diagnostic ;
2° Difficulté de l'intervention ;
3° Gravité du pronostic.

Tout est difficile, tout est grave, chez l'obèse. Une épine de plus à ajouter à leur martyre.

1° Difficulté du diagnostic.

Chez ces malades, gros mangeurs, constipés et flatulents, le début d'une réaction appendiculaire est souvent mis sur le compte d'une indigestion. Il y a tant de raisons d'y penser. Et le diagnostic d'embarras gastrique fébrile est si tranquillisant. Le malade se soignera lui-même. Il se rappelle son temps de service militaire : entre l'ipéca et l'huile de ricin, il choisit la purge, la bonne purge qui doit le remettre d'aplomb. Les effets ne sont pas ce qu'il en attendait. Au contraire, le ventre semble plus douloureux, un vomissement survient. On se décide, enfin, à appeler le médecin. On a perdu deux à trois jours...., plus que cela même, car qui dira jamais assez les méfaits de cette purge qui va exciter les contractions d'un intestin qu'il faudrait calmer avec de la glace, et irriter une muqueuse qui demande du repos.

L'examen de l'abdomen à ce moment peut être trompeur, le malade est si gros. Demandez-lui où il souffre. Il est rare qu'il accuse la fosse iliaque droite, c'est sur la *région péri-ombilicale ou à l'épigastre* qu'il attire l'attention. Je m'y suis laissé prendre une fois. Erreur excusable chez ce malade qui avait présenté plusieurs hématémèses, la veille et l'avant-veille, avec un passé gastrique d'une douzaine d'années. Le pouls était à 80. Ventre peu douloureux. J'attendis, tout en faisant transporter le malade en maison de santé, prêt à intervenir pour un ulcus peut-être en voie de perforation. Le lendemain matin le pouls était à 125. Je trouvai un appendice gangrené que j'enlevai. Je mis drains et mèches. Le malade succombait le soir même. Les trois autres malades guérirent, mais avec des suites plus ou moins compliquées.

Donc, même s'il existe une douleur haute, palpez avec soin l'abdomen. L'examen est difficile à travers cette couche de graisse. Comment apprécier une légère contracture ? voire même un plastron, dans le cas heureux, mais exceptionnel où le vigilant épiploon s'est appliqué sur l'organe malade. L'épiploon est gras, paresseux peut-être. Chez ce gros mangeur, chez ce constipé, l'infection cæco-appendiculaire est rapidement aiguë : bref, il y a rarement adhérences protectrices à l'intervention.

Le diagnostic se fera sur un seul signe : *une sensibilité plus grande*, je ne dis pas une douleur, *dans la fosse iliaque droite.* Il faut déprimer avec une certaine force cette paroi épaisse pour constater la différence qui existe entre les deux côtés. Ce seul symptôme suffit, chez un malade légèrement fébrile et nauséeux, pour poser une indication opératoire immédiate, même s'il n'y a pas eu de vomissements, même si le pouls est bon. Ce sont les 80 pulsations du malade précédent, qui, en me faisant retarder l'intervention, l'ont rendue inefficace.

2° Difficulté de l'intervention.

Je n'insisterai pas. Cela se devine assez. Malade emphysémateux et qui dort mal. Cinq centimètres et plus de graisse à traverser. Appendice adhérent, friable, se déchirant sous le doigt qui

essaye de le libérer. Dans le ventre, du pus qu'il faut assécher. Des anses intestinales météorisées que des champs abdominaux maintiennent avec peine. Tout ce qu'il faut gêner pour l'opérateur, et l'aide, qui n'en peut mais.

Pour diminuer les difficultés opératoires, quelques conseils pratiques. Jamais d'éther, chez ces malades, qui poussent, se cyanosent et qui feront facilement des complications pulmonaires. Pas de rachianesthésie chez ces infectés-intoxiqués. Le malade que j'ai perdu avait reçu dix centigrammes de novocaïne. Vers la fin de l'opération, il paraissait dormir. Il ne s'est pas réveillé. Je préfère de beaucoup le chloroforme (ou peut-être un mélange en renfermant, le Schleich par exemple).

Faites d'emblée une longue incision, liez l'épigastrique s'il vous faut débrider vers le bas. Et vous n'aurez pas encore beaucoup de jour. Même avec l'excellent éclairage artificiel dont vous disposez bien entendu.

Avec peine vous pourrez, enfin, attirer l'appendice, heureux si l'extrémité ne reste pas dans le fond du bassin.

Pour vous simplifier cette exérèse toutes les manœuvres vous sont familières : ligature première à la base et ablation rétrograde, appendicectomie sous-séreuse (si l'organe est suffisamment résistant pour se laisser dépouiller de sa chemise péritonéale, etc.). Vous ne pourrez pas enfouir (d'ailleurs, cela est inutile et allonge l'opération), c'est donc avec un fil de soie ou de lin que vous lierez l'appendice.

Avant de demander le thermo, soyez sûr que vous n'avez pas à l'éther détergé quelque anse intestinale.

L'appendice enlevé, pas d'élégance dangereuse. Drainez fosse iliaque et Douglas. Mikulicz même au besoin. Injectez dans l'abdomen les 50 cc. des sérums de Weinberg et suturez le péritoine. Inutile de suturer le reste de la paroi, vous pouvez être certain qu'il vous faudrait le lendemain ou le surlendemain faire, en toute hâte, sauter les fils. Il va, en effet, se produire, dans les jours qui suivront, une infection de la paroi à caractère gangréneux : odeur putride, teinte noirâtre et verdâtre avec élimination de fragments sphacélés pendant deux à trois semaines, durant lesquelles vous appliquerez des compresses imbibées copieusement de sérum anti-gangréneux. Faites de l'aspiration dans les drains, surtout celui du Douglas. Petit à petit, la plaie abdominale redeviendra rouge et saignante et vous pourrez alors tenter, soit une suture secondaire, soit un rapprochement au leucoplaste.

3° Gravité du pronostic.

Est-il besoin d'y insister après ce que nous venons de dire. Les obèses se défendent mal. Même sans sucre dans les urines, ils connaissent des infections plus graves que les maigres.

Chez ces quatre malades, l'appendice était gangrené. L'un d'eux, une femme, avait un appendice si gros qu'il mesurait le calibre d'une anse grêle. Prolabé dans le cul-de-sac latéral droit, il m'avait, cliniquement, donné une sensation telle que j'avais discuté le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Je m'attendais chez cette malade à une fistule stercorale, si fréquente au moment où le moignon cæco-appendiculaire se détache, il n'en fut heureusement rien. D'ailleurs, ces fistules guérissent spontanément en une quinzaine de jours environ. Ces malades obèses, moins résistants, devraient être opérés très tôt; trop souvent les difficultés de l'examen masquent le diagnostic et font perdre un jour ou deux. Il faudrait pouvoir abréger l'opération, celle-ci se prolonge souvent au contraire, et je me rappelle certaine appendicite, survenue chez un Anglais gras à point, et même plus, pour lequel je crus un moment devoir abandonner dans le ventre l'extrémité de l'appendice, tant elle adhérait au détroit supérieur, juste contre l'artère iliaque externe que je sentais battre et que je craignais de blesser au fond de ce puits.

II. — ***L'appendice à foyers péritonéaux multiples*** est bien connue. Je ne publierais pas cette observation si elle ne me semblait très instructive.

Il s'agit cette fois non plus d'un adulte gras, mais d'une enfant de huit ans, fille de pharmacien, et consciencieusement purgée dès le début de sa crise. Je la vois au cinquième jour, avec mon collègue et ami, le docteur Chevallier.

L'enfant est opérée le soir même, 11 février. Péritonite généralisée, pus bouillon sale libre dans l'abdomen. L'appendice se montre immédiatement, sous le bord droit de l'épiploon qui lui adhère lâchement. L'organe, gros comme le doigt et gangrené, présente une perforation que l'épiploon oblitère dans une certaine mesure. Après une ligature satisfaisante au fil de lin, j'abandonne sans enfouissement, le moignon dans le ventre et referme sans drainage. Traitement général ordinaire : sérum glucosé intra-rectal. Huile camphrée. Glace sur le ventre.

Le lendemain matin. Température à 40°, descend le soir à 38°7. Le pouls suit : 150 à 130.

Le surlendemain au contraire aggravation.

Température et pouls sont remontés, à 39°5 et 150. Facies grippé, nez pincé. Cependant pas encore de vomissement à la contre-visite. Celui-ci ne se produit qu'après mon passage. Il s'accompagne d'un ténesme vésical et rectal marqué que me signale Chevallier. Intervention le soir même : le ventre contient un liquide noirâtre abondant. Double drainage de la fosse iliaque et du Douglas. Par les drains, les sérums de Weinberg sont largement répandus dans la cavité abdominale. (Examen du pus : colibacilles en abondance).

Ce drainage est suivi d'une amélioration régulièrement progressive puisque cinq jours après son installation, la température est descendue à 37°8, le poul s à 98.

Nous croyons à ce moment la partie gagnée : localement la plaie se nettoie de jour en jour.

Puis la température remonte légèrement, oscillant entre 38 et 39. La malade se fatigue. Le ventre est ballonné. Nous avons l'impression qu'il doit se former quelque part un abcès dont le siège nous échappe. Toucher rectal négatif. Poumons et plèvres libres. Foie un peu sensible. Légère sensibilité à gauche de l'ombilic. Le doigt ganté introduit par la plaie opératoire ne trouve aucun clapier purulent autour du foyer principal.

Ne pouvant rester dans cette incertitude, je conseille un *examen sous écran* et celui-ci est des plus démonstratifs. Il existe à gauche et au-dessous de l'ombilic une ombre grisâtre, à contours irréguliers, large comme une paume de main, et d'autant plus visible que les anses intestinales dilatées éclaircissent à la façon d'un pneumopéritoine le champ abdominal. Une plaque confirme l'existence de cette ombre.

Le soir même, 25 février, sous anesthésie locale incision de la paroi, dans la fosse iliaque gauche, au niveau de la tache préalablement repérée. Le doigt introduit sous le côlon pelvien donne issue à une ou deux cuillerées d'un pus épais blanc, verdâtre, d'odeur fécaloïde. Drainage.

La défervescence ne se produit que le surlendemain, suivie d'une nouvelle ascension à 39. Progressivement, ensuite, la température diminue et devient normale huit jours environ après l'évacuation de cet abcès iliaque gauche.

Notons aussi que le surlendemain de cette incision une fistule intestinale s'établit sur une anse grêle herniée par l'incision iliaque droite, et deux jours plus tard, nouvelle fistule sur le côlon pelvien. La première a duré seulement vingt-quatre heures. La seconde que j'espérais voir se fermer spontanément, comme c'est la règle lorsque la voie rectale est libre, m'a obligé à pratiquer une suture en deux plans du côlon pelvien. Cette cure radicale n'a été faite que tout récemment (12 mai), à trois mois du début des accidents, après une convalescence lente mais régulière, à part quelques légères oscillations de température et la persistance d'une accélération du pouls (120), très explicables après une semblable infection.

De cette observation, dont je n'ai rapporté que les points essentiels pour la rendre plus claire, je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° **Danger du non drainage** dans les appendicites aiguës vues après le troisième jour.

Jusqu'ici, dans des cas semblables, j'avais toujours placé deux drains, un dans la fosse iliaque, l'autre dans le Douglas. Sur la foi de discussions récentes, je crus inutile de draîner, puisque j'avais pu enlever facilement et totalement la cause de cette péritonite. Je dus le faire d'urgence, et dans de moins bonnes conditions, quarante-huit heures plus tard. Désormais, en pareil cas, je draînerai, et largement, ne refermant l'abdomen que pour des appendicites de 24 ou 48 heures.

2° **Utilité de la radiographie pour localiser un abcès à distance du foyer initial.**

Cet examen est rarement pratiqué. Il est cependant fort bien supporté des malades puisqu'il consiste en une simple radioscopie, sans emploi de liquide opaque. Dans le cas présent, il fut grandement facilité par l'âge de la malade, son état de maigreur et le météorisme des anses grêles.

Dans des conditions moins favorables, un bon cliché pourrait cependant donner des indications précieuses dans ces cas où, soupçonnant la formation d'un abcès, on ne peut, par les seuls signes cliniques, le localiser.

3° **Opportunité d'une fistule intestinale de dérivation.**

Il est à remarquer que c'est après la fistule survenue au contact du drain sur une anse grêle que le météorisme abdominal a diminué. Les bienfaits de l'entérostomie dans les péritonites sont bien connus. Je ne l'ai pas pratiquée délibérément, malgré la hernie de l'intestin par la plaie iliaque droite, parce que la malade rendait parfaitement ses gaz et quelques selles par l'anus. Il y aurait peut-être lieu cependant, dans un cas aussi grave de faire de parti pris une fistule sur l'anse saillante, avec d'autant moins d'inquiétude que, dans le cas présent, cette fistule ne

dura que vingt-quatre heures. Une fermeture aussi rapide est exceptionnelle. Il faut d'ordinaire une quinzaine pour que ces fistules s'oblitèrent spontanément. Quant à la fistule siégeant sur le côlon pelvien, ce fut pour moi une surprise de la voir persister aussi longtemps malgré des selles rectales régulières. La raison en fut un certain ectropion de la muqueuse colique qui s'était directement ourlée avec la peau. La suture fut d'ailleurs suivie d'une guérison rapide.

Six jours après, la malade quittait la maison de santé.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A LA PORTÉE DU MÉDECIN-PRATICIEN

Par le Dr P. KOUINDJY.

I

Dans notre article *Le Médecin et l'Education physique* publié par le *Concours médical* de l'année courante (nº 1), nous avons insisté sur la distinction qu'il y avait à faire entre la culture physique éducative et la culture physique athlétique. Nous disions, que « l'éducation physique n'est pas un moyen de créer uniquement des athlètes. Qu'il se trouve des individualités qui, en s'entraînant par les exercices physiques, deviennent des athlètes, des hercules, ceci n'est pas douteux. Mais, l'éducation physique n'est pas l'athlétisme ; c'est un moyen rationnel destiné à développer progressivement la force physique et morale de l'homme et un moyen prophylactique permettant de lutter avec succès contre les maladies évitables ». Le médecin praticien doit donc bien se convaincre que son rôle n'est nullement de former une pléiade de gens avec des muscles larges et saillants, des torses bombés, des biceps volumineux et un souffle puissant capable d'éteindre la bougie à une distance de plusieurs mètres. Son rôle doit être plus modeste. Il doit se placer au point de vue général et poursuivre l'application des exercices physiques comme un des moyens de la médecine préventive chez les individus de force moyenne ou faible, réunis en groupes à peu près semblables. Pour cela, il doit savoir choisir les exercices adéquats, connaître leur posologie et les doser selon le but à atteindre. Il doit savoir les adapter d'après les données des mouvements physiologiques de l'homme, en suivant, dans des cas particuliers, les indications et les contre-indications cliniques, que sa besogne journalière lui fournit.

Comme le dit avec raison le Dr Jean Philippe dans sa communication sur « l'organisation de l'éducation physique dans les écoles » présentée au Congrès interallié d'hygiène sociale, l'éducation physique « cherche ses principes directeurs dans la mécanique des mouvements, qui est sensiblement la même pour tous les hommes, et dans les constatations biologiques fournies par l'anthropologie, par l'hygiène et par la psycho-physiologie ». Elle peut varier dans les détails d'un pays à l'autre, et même, dans un même pays, d'une région à l'autre. Mais, dans son ensemble, elle possède des directives indépendantes des conditions climatériques et ethnographiques de chaque contrée. Qu'il s'agisse d'un habitant du nord, ou des habitants des pays chauds, les mouvements qu'ils exécutent sont, à quelques détails près, absolument identiques, puisqu'ils portent sur la mise en action d'un même nombre de muscles, de leviers et d'articulations. Les différentes nominations des méthodes de gymnastique connues jusqu'à présent et qui indiquent l'origine de chacune d'elles ne servent qu'à indiquer les multiples variantes qui les distinguent. Au fond, elles comprennent les mêmes mouvements fondamentaux, basés sur les principes essentiels de l'éducation physique, dont les trois plus importants sont : l'effort musculaire, l'adresse et la discipline.

Ce sont donc ces mouvements fondamentaux qui ont servi à créer un nombre respectable de méthodes de culture physique et qui ne sont, somme toute, qu'une systématisation, plus ou moins habile, des mouvements synthétiques. Il suffit d'analyser les exercices de chacune de ces méthodes pour se convaincre que ce sont une suite de combinaisons en série des mouvements utilitaires destinés à entraîner le développement physique du corps humain.

Il serait très long et fastidieux de décrire ici toutes les méthodes de culture physique existantes, en commençant par la méthode la plus ancienne, le Kong-Fou des Chinois, et en terminant par les méthodes de nos jours. Il nous semble plus rationnel et plus utile pour nos lecteurs de décrire la méthode synthétique d'exercices physiques à laquelle nous avons recours depuis bien longtemps et qui nous a rendu le plus grand service, car, dans son ensemble, les exercices qui la composent, correspondent le mieux aux mouvements physiologiques de l'homme.

On sait que les mouvements physiologiques de l'homme s'accomplissent autour des articulations dont la conformation anatomique varie selon l'usage auquel est destiné le membre ou la partie du corps en mouvement, et aussi selon l'action synergique des muscles qui s'y attachent. Ce qui fait que la contraction musculaire

d'un muscle et même d'un groupe musculaire ne peut produire qu'une fraction du mouvement ; pour que celui-ci s'accomplisse entièrement, il faut la contraction simultanée de plusieurs muscles, et même de plusieurs groupes musculaires à la fois. Car, outre la configuration anatomique des articulations et la longueur des leviers mis en action, le mouvement physiologique dépend encore du jeu simultané des muscles antagonistes. Donc, tout exercice physique ne peut être utile que, lorsqu'il s'exécute dans les limites des mouvements physiologiques. S'il dépasse ces limites, il devient de l'acrobatie.

C'est, par conséquent, la configuration morphologique de chaque articulation, centre des mouvements physiologiques, qui doit nous servir de point de repère pour trouver les mouvements fondamentaux de chaque membre. Prenons par exemple l'articulation de l'épaule. D'après la classification de Cruveilhier cette articulation est une énarthrose caractérisée par un emboîtement d'une portion de sphère dans une cavité — cavité glénoïde. Elle est destinée à servir d'appui aux mouvements exécutés autour des trois axes suivants : l'axe horizontal, l'axe antéro-postérieur et l'axe vertical. Les mouvements fondamentaux exécutés autour de ces trois arcs, sont au nombre de six : l'élévation et l'abaissement du bras pour l'axe horizontal, l'abduction et l'adduction pour l'axe antéro-postérieur et la rotation en dedans et en dehors pour l'axe vertical. La circumduction est la forme accentuée de la rotation. A ces six mouvements fondamentaux viennent s'ajouter les deux mouvements produits par le déplacement des omoplates : le rapprochement et l'écartement des bras. De ces huit mouvements fondamentaux on peut tirer au moins quarante-six exercices principaux, qui, dans leur ensemble peuvent déjà former une série systématique d'exercices physiques. Si on y ajoute les exercices fournis par les quatre mouvements fondamentaux du coude ; la flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras et la supination et la pronation du poignet, on arrive à un nombre notable d'exercices pour le bras, sans compter le poignet.

Nous trouvons les mêmes dispositions anatomo-physiologiques pour les membres inférieurs. L'articulation de la hanche, étant également une énarthose, possède les six mouvements fondamentaux suivants : la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin, l'abduction et l'adduction de la jambe, et la rotation de celle-ci en dedans et en dehors. Ces six mouvements fournissent au moins une trentaine d'exercices principaux, auxquels il faut ajouter les exercices obtenus par les deux mouvements fondamentaux de l'articulation du genou : la flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse.

Sans tenir compte des mouvements fondamentaux des articulations tibio-tarsiennes, nous pouvons avoir déjà pour les membres inférieurs un lot respectable d'exercices principaux.

Mais, les mouvements fondamentaux dont nous venons de parler peuvent, à leur tour, donner naissance à un grand nombre d'exercices physiques combinés, si, d'une part, on associe entre eux les mouvements principaux, selon les règles des mouvements physiologiques et, si d'autre part, on y fait intervenir le facteur important de la culture physique : la position.

Les trois positions fondamentales de la culture physique sont : la position debout, la position assise et la position couchée. Toutes les autres positions indiquées par quelques auteurs ne sont que des intermédiaires. L'exercice physique change, sinon de forme, du moins d'intensité, suivant qu'il s'accomplit dans telle ou telle position. La flexion et l'extension des avant-bras sur les bras faites en décubitus entraînent une force musculaire infiniment moindre que lorsqu'ils sont exécutés debout ; car, la position couchée neutralise un certain nombre des muscles mis au repos, tandis que la position debout, grâce à l'intervention du centre de gravité, exige une participation à peu près complète de tous nos muscles. Ling et bien avant lui, Fr. Hoffmann, ont démontré que tout mouvement actif du corps humain se produit par une participation simultanée de la plupart des muscles, non seulement de ceux qui s'insèrent aux deux leviers osseux en mouvement, mais aussi, par tous les muscles de notre organisme. Les uns contribuent à produire le mouvement, les autres à rétablir l'harmonie de l'action et l'équilibre statique. C'est ce qui explique que la culture physique, appliquée d'une façon méthodique, finit par établir non seulement la force physique des individus qui la pratiquent, mais aussi contribue à créer l'harmonie dans leurs formes et l'équilibre statique dans leurs fonctions.

Ceci étant posé, chacun de nous peut donc être en mesure de réaliser un système ou un programme d'exercices physiques qui correspondrait le mieux à ses conceptions scientifiques de l'hygiène et de la santé du corps humain. Il suffit de tenir compte à la fois de l'action physiologique des muscles et des mouvements normaux exécutés par les articulations. Ceci exige, bien entendu, une connaissance sinon approfondie, du moins élémentaire de la science kinésique. Tout ceci s'acquiert relativement vite avec l'expérience et avec le temps.

Nous venons de voir que c'est par la combinaison des mouvements fondamentaux dans les trois positions fondamentales du corps humain, que la culture physique arrive à établir la synthèse des exercices physiques. Les mouvements composés sont donc à la base de toute la gym-

nastique. Rien n'est plus simple que synthétiser ces mouvements et établir un système.

Hartelius, professeur à l'Institut central de gymnastique de Stockolm, donne pour les exercices composés en position debout seize mouvements fondamentaux, qu'il appelle « attitudes principales » pour les membres inférieurs, quinze attitudes principales pour les membres supérieurs et douze attitudes principales pour le tronc, d'où il obtient 2.880 exercices. En ajoutant les quatre positions fondamentales de la tête, il obtient 11.520 exercices principaux, qu'il appelle positions de départ. Tous ces exercices exécutés dans les trois positions — debout, assise et couchée — fournissent, par conséquent, un nombre considérable d'exercices physiques en éducation physique.

Nul besoin de connaître tous ces exercices. Les professionnels eux-mêmes ne les utilisent pas en culture physique. Nous les avons signalés uniquement pour montrer à nos lecteurs que le champ est vaste et qu'il leur est facile d'en faire un choix justifié. Ils n'ont qu'à se guider par le but à poursuivre et par les principes des mouvements physiologiques.

Pour rendre la culture physique à peu près complète, il faut ajouter aux exercices physiques, les exercices de la gymnastique respiratoire. « Savoir utiliser toute la surface respiratoire des poumons, dit M. Charles Vuillemin dans son Manuel de Gymnastique rationnelle, augmenter leur capacité vitale, exercer et fortifier l'élasticité du tissu pulmonaire, inspirer largement, profondément, et expirer fortement, c'est soulager le jeu du cœur, c'est faciliter la circulation ; c'est reculer les limites de la fatigue, de l'essoufflement et du surmenage ; c'est augmenter la chaleur et la force ; c'est, en un mot, activer la nutrition de tous nos organes ». Ces quelques lignes suffisent à elles seules pour justifier l'importance des exercices respiratoires en éducation physique, et il nous reste fort peu à ajouter pour plaider en leur faveur. Aucune méthode de gymnastique rationnelle ne peut se pratiquer sans la gymnastique respiratoire, qui, intercalée entre les exercices physiques éducatifs et exécutée à la fin de chaque leçon, permet à la culture physique d'être utilisée sans fatigue. Les Suédois l'emploient à la fin de chaque leçon de gymnastique. Dans ses schémas des leçons de gymnastique rationnelle, M. Hébert a introduit également les exercices de la gymnastique respiratoire à la fin de chaque leçon. Pour cet auteur, le programme d'une séance d'exercices physiques doit se composer : des mouvements préliminaires pour se mettre en train, des exercices de suspension, de sauts et des mouvements respiratoires. Dans notre manière de culture physique, nous avons intercalé les exercices respiratoires entre les exercices physiques, en conservant pour la fin de la séance quelques mouvements respiratoires destinés à reposer les enfants du restant de fatigue occasionnée par la gymnastique. De cette façon, nos enfants sont dispos après la séance et ne ressentent aucune peine physique pour recommencer la course et les jeux. Donc, la gymnastique respiratoire occupe en culture physique une place prépondérante, et nous lui consacrerons une étude spéciale. En attendant, nous voulons faire remarquer que, vu l'importance considérable de cet agent, le médecin-praticien doit se familiariser avec tous ses détails et en faire un usage aussi fréquent que possible : la gymnastique respiratoire est un moyen préventif pour conserver la santé et aussi un agent thérapeutique de la plus haute importance ; il devient, par conséquent utile non seulement en éducation physique, mais aussi en thérapeutique.

Faut-il exécuter les exercices avec des appareils ? Tout le monde est à peu près d'accord actuellement que les appareils ne sont pas indispensables en culture physique. On peut certes s'entraîner progressivement et arriver à un développement physique très convenable sans aucun engin. Mais, si on veut obtenir un développement plus régulier, il faut faire usage des engins simples, qui permettent d'introduire une sorte de contrôle entre les différentes phases de l'entraînement. De plus, ces appareils donnent aux enfants et aux adolescents des points d'appui pendant l'exécution des exercices et permettent aussi de varier la forme des mouvements, l'effort à appliquer et la promptitude de l'exécution. Ils servent également à accomplir des exercices avec précision et contribuent à fixer l'image de l'exercice et le mode de son application. Il est bien entendu, que ces appareils ne doivent pas dépasser l'effort utilisé par les mouvements ; ils ne doivent pas être trop pesants, ni trop difficiles à manœuvrer. Dès qu'ils présentent un poids, qui dépasse la force du sujet, ils exigent un surcroît de forces, utilisées avec profit dans la gymnastique athlétique. C'est ainsi, que les trapèzes, les cordes, les mâts et même les barres parallèles ne sont pas propres à être utilisés en culture physique éducative ; car, involontairement, les enfants et les adolescents inclinent à faire des exercices de force, souvent au détriment de leur santé. Par contre, les haltères, les barres à double sphère en bois, les exerciseurs, les massues et les simples bâtons rendent d'énormes services en éducation physique. Les espaliers, les bancs, les tabourets et les plins, employés dans la gymnastique suédoise, sont également bons pour réaliser l'entraînement progressif par la culture physique. Le tout est de savoir les employer avec méthode et modération, puisque, comme le dit Lefébure, « un exercice modéré fortifie le corps, un exercice violent poussé jusqu'à la fatigue l'affaiblit. L'effort répété détruit l'organis-

me ». (L'éducation physique en Suède). Nous sommes de l'avis du Dr J. Philippe, lorsqu'il dit, que « l'appareil est pour la gymnaste ce que l'outil est pour l'ouvrier : il régularise, adapte et vérifie nos mouvements ». Mais, nous insistons à mettre hors d'éducation physique les appareils qui exigent un effort de fatigue et qui épuisent la force des enfants pendant les exercices. Pour nous, toute culture physique ne doit occasionner aucune fatigue pendant les exercices et les enfants doivent se sentir dispos après chaque séance de gymnastique. Ceci ne peut s'obtenir que par une gymnastique rationnelle composée exclusivement des mouvements physiologiques du corps humain.

Faut-il exercer les enfants en plein air ? Ce n'est pas aux praticiens que cette question peut être posée. Nos lecteurs savent tous le rôle important que joue l'air pur dans le développement physique des enfants et des adolescents. Cette influence est encore plus appréciable, lorsque les enfants exécutent les exercices physiques en plein air. Les exercices ainsi faits activent leur respiration et fournissent à leur poumon une plus grande quantité d'oxygène. Donc, il faut exécuter les exercices de gymnastique en plein air, et si cela n'est pas possible, dans une salle largement aérée, sans courant d'air et bien ensoleillée.

Et pour terminer notre premier article sur l'éducation physique à la portée du médecin praticien, nous reproduisons les paroles de Socrate sur le rôle important joué par les exercices physiques au point de vue intellectuel et moral.

En s'adressant à son élève Epizène, fils d'Antiphan, le sage lui dit un jour : « Sache que, dans aucun acte de ta vie, tu n'auras à te repentir d'avoir exercé ton corps. Il y a plus, dans les fonctions même où tu croiras que le corps a le moins de part, je veux dire celles de l'intelligence, qui ne sait que la pensée commet souvent de grandes fautes, parce que le corps est mal disposé ? Le défaut de mémoire, la lenteur de l'esprit, la paresse, la folie, sont souvent la suite d'une disposition vicieuse du corps, qui atteint l'intelligence au point de nous faire perdre ce que nous savons.

Si, au contraire, le corps de l'homme est sain, il n'y a pas danger que l'homme en arrive là. » (Mémoires de Socrate, par Xénophon, traduit par M. Talbot). Décidément, il n'y a rien de nouveau sous le soleil, et nous ne faisons que répéter ce qui fut dit bien longtemps avant nous par de plus autorisés que nous. C'est à croire qne le monde est ainsi fait : plus il devient vieux, plus il a besoin qu'on lui redise la même chose. Malheureusement, il est encore bien sourd aux paroles justes et vraiment bien sages. Il faut que le médecin praticien s'atteile à la besogne et répande autour de lui l'amour des exercices physiques rationnels. C'est son rôle, et c'est aussi son devoir.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Diagnostic de l'avortement

D'après une leçon du Professeur JEANNIN (1).

Le diagnostic de l'avortement, toujours utile à préciser et pour de multiples raisons, peut se résoudre dans les points suivants : 1° s'agit-il d'un avortement ? 2° A quelle phase en est-on ? Est-ce une menace lointaine d'avortement, ou un avortement en train de se faire, ou un avortement fini ? 3° quelle est sa cause ?

I. — S'AGIT-IL D'UN AVORTEMENT ?

Si on a affaire à une grossesse avancée, j'entends de quatre mois, au moins, c'est de toute évidence, mais ordinairement, c'est une femme dont la grossesse est plus récente ; elle se croit enceinte, et il faut trancher trois questions :

1° *Est-elle réellement enceinte* ? 2° *Dans son utérus* ? 3° *Est-elle menacée d'avortement* ?

Le diagnostic précoce de la grossesse est entouré de difficultés insoupçonnables. Si on ne la connaît pas, ou si c'est une primipare qui se laisse mal examiner, on ne pourra apprécier les dimensions de l'utérus. Les *multipares* ont une hypertrophie de l'utérus : est-il gravide ou non ? D'autre part, l'absence de règles peut tenir à une irrégularité de la menstruation habituelle chez des femmes très jeunes, ou plus tard, dans l'année qui précède la *ménopause*.

On recherchera les *signes précoces de la grossesse*, et particulièrement les *troubles sympathiques*, nausées, vomissements, les modifications des seins, surtout significatives chez la primipare, notamment le boursouflement de l'aréole dite en verre de montre. A cette époque, le col n'est pas encore ramolli. L'isthme l'est déjà ; il se peut qu'on trouve le signe de Hégar.

Le corps de l'utérus est mobile, il est un peu plus lourd ; l'augmentation de son diamètre antéro-postérieur est la signature de la grossesse ; sa consistance élastique a été comparée à celle d'une figue incomplètement mûre. Enfin, l'utérus gravide est *indolore*.

(1) Leçon faite le 14 mai 1925 à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, et recueillie par le Dr LAPORTE.

Il y a des *causes d'erreur*, qui tiennent avant tout au volume de l'utérus. L'utérus peut être gros, sans être gravide, quand il est atteint de congestion chronique, de métrite, de fibrome, de multiparité. En cas de *fibrome*, le meilleur signe est la présence de graine de fibrome.

Des *utérus petits* peuvent être gravides, chez les primipares.

Des utérus gravides peuvent avoir une forme inaccoutumée, dans les grossesses angulaires, dans les utérus boursouflés que Bonnaire appelait les grossesses en fluxion, comparant la déformation utérine avec la déformation du visage par la fluxion dentaire.

Au moment de la congestion prémenstruelle, l'utérus paraît un peu gros et succulent. La femme se croit enceinte. En pareil cas, il sera nécessaire de la revoir dans quelques jours pour se prononcer.

Il y a une deuxième cause d'erreur, qui tient à la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de différencier l'écoulement sanguin des règles de celui d'une fausse couche.

En cas d'écoulement sanguin insolite, pouvant être pris pour un retard de règles, il faut donc attendre avant de conclure à un avortement.

II. — La femme est enceinte.

Mais est-ce une *grossesse utérine* ou une *extra-utérine* ? Ce diagnostic est capital. Combien de fois, on a cru à une fausse couche ; l'utérus étant vide, on a pensé, au bout de quelques jours, que la femme pouvait reprendre son travail, et cette femme est relevée sur la voie publique, avec une hémorragie terrible !

Il y a trois groupes de *symptômes* : les uns sont communs aux deux cas, les autres propres à l'*extra-utérine*, les troisièmes propres à l'*avortement utérin*.

Les *signes communs* sont : le retard des règles, l'écoulement sanguin, les phénomènes douloureux, l'hypertrophie utérine, l'expulsion de débris membraneux ou pseudo-membraneux par l'utérus.

Les signes propres à l'*extra-utérine* : moins de troubles sympathiques ; écoulement sanguin très faible, parfois réduit à quelques gouttes et coïncidant avec la période menstruelle, crises de douleurs péritonéales, tendance aux lipothymies, expulsion d'une caduque.

Les signes propres à l'*avortement utérin* : hémorragies souvent plus abondantes, douleurs d'abord lombaires, ensuite utérines, hypertrophie normale de l'utérus correspondant à la date de la grossesse. Notez qu'à deux mois révolus un utérus gestant est plus gros que l'utérus de l'extra-utérine. *Liberté et mobilité* de l'utérus. Tendance à la formation d'un segment inférieur. Pas d'empâtement dans le Douglas.

III. — La femme est enceinte, dans son utérus. Est-elle menacée d'avortement ?

Il y a deux grandes causes d'erreur, tenant aux deux symptômes ordinaires de l'avortement, la douleur, l'hémorragie.

D'abord, notez la valeur négative du signe *douleur* : des femmes font des fausses couches sans souffrir, et ne croient pas avorter parce qu'elles ne souffrent pas. Ce qui est plus important, c'est la femme qui souffre du ventre et croit faire une fausse couche, alors qu'elle a autre chose. Il faut différencier la douleur de la fausse couche de celle de toutes les coliques abdominales : avant tout, les coliques utérines elles-mêmes, ce que les anciens appelaient le *rhumatisme utérin* et nous les *tranchées utérines* ; puis, les coliques intestinales vulgaires ; la colique appendiculaire ; la colique néphrétique ; la colique hépatique ; les névralgies abdomino-génitales, notamment la névralgie de la grande lèvre.

Une autre grande cause d'erreur vient de l'*hémorragie* ; quand une femme perd du sang, comme on dit vulgairement, *par en bas*, il peut y avoir des causes non génitales : une perte hémorrhoïdale, un polype, une varice vulvaire, une plaie vaginale, une blessure faite avec une canule à injection qui se brise.

Ou bien, c'est une hémorragie venant de l'utérus, mais non liée à un avortement, c'est un simple rappel des règles que certaines femmes ont lors de leur premier, deuxième ou troisième mois ; elles vont néanmoins à terme.

Ou bien, c'est le décollement traumatique, mais trop momentané pour aller jusqu'à la fausse couche, en particulier, à la suite d'un rapport : on a peur, on s'abstient, et il n'y a point de fausse couche. Ce sont enfin, les femmes atteintes d'endométrite hémorragique.

D'autres causes d'erreur, plus rares, moins nettes, sont liées aux *pertes aqueuses* et à l'*expulsion de membranes*. Les pertes aqueuses peuvent tenir à un liquide d'injection, une miction involontaire, une leucorrhée abondante. Dans des cas d'un diagnostic plus délicat, il s'agit d'*hydrorrhée*, déciduale ou amniotique. Les pertes de membranes peuvent se voir en l'absence de toute grossesse, dans la *dysménorrhée membraneuse*.

***

Nous sommes en présence d'un avortement certain. Il peut être à la phase prodromique, en cours, ou terminé.

A la *phase prodromique*, le seul symptôme, souvent inaperçu, consiste parfois en quelques taches de sang. Il s'y joint une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. L'utérus est un peu sensible ; au toucher, le col est fermé, il n'y a pas trace de segment inférieur. C'est la menace

d'avortement. Dans quelques cas heureux, exceptionnels, la grossesse peut continuer. Dans la majorité des cas, quoi qu'on fasse, l'avortement aura lieu.

Les deux grands symptômes d'un *avortement en cours*, en train de s'effectuer, sont les douleurs et les pertes sanguines ; les douleurs à point de départ lombaire et arrivant à se fixer vers la matrice.

Les *signes locaux* sont l'utérus en forme de toupie, la possibilité de faire pénétrer votre doigt dans le col, de toucher le pôle inférieur de l'œuf (signe de certitude), la *contracture* du dôme vaginal comparé à une sébile de bois, enfin la marche progressive.

Cet avortement *est-il inévitable* ? Grave et souvent insoluble question. Ce n'est qu'à quatre, cinq ou six mois, qu'on peut être affirmatif, en se basant sur la montée du colostrum, la disparition de tous les signes fonctionnels de grossesse, enfin surtout la régression de l'utérus, tous phénomènes indiquant la mort manifeste de l'œuf et par conséquent la nécessité de l'avortement. En dehors de ces signes de certitude, on peut considérer qu'un avortement est inévitable en présence des signes suivants : pertes trop abondantes, perte d'eau (œuf ouvert), brusque distension de l'utérus qui double de volume en deux jours (Bar), fièvre et écoulements fétides.

A la troisième phase, l'*avortement est fait* : comment le savoir ? Il y a d'abord cessation des douleurs. Au toucher, on trouve l'œuf dans le vagin : l'avortement est « *utérinement* » fini.

Il y a diminution et même suspension de l'hémorragie. Il y a régression de l'utérus, fermeture rapide du col. Enfin, une ébauche de montée laiteuse.

L'avortement *est-il complet* ?

Le col bien fermé ne permet pas, quoi qu'on ait dit, d'affirmer toujours que l'utérus est vide ; *quelquefois*, on trouve le placenta inclus.

Les signes d'un *avortement incomplet*, en général, sont : la continuation des pertes, des tranchées utérines, l'utérus restant trop gros, le col restant perméable.

Il y a, d'une part, la simple rétention membraneuse, la caduque n'étant expulsée que le deuxième ou troisième jour, spontanément ou par extraction. Bien plus importante est la rétention placentaire, ou rétention totale, qui est le type de l'avortement du deuxième mois.

Que voit-on ? Un *gros utérus*, presque aussi gros que lorsqu'il renfermait son embryon. Le *col* est presque toujours béant, les hémorragies continuant et devenant quelquefois terribles, alors que la femme, croyant que tout était fini, s'était remise à travailler. Enfin, apparition des complications, dont la première est l'infection puerpérale.

Il y a *des rétentions parcellaires*, mais qui, néanmoins, si on ne faisait pas de curettage, constitueraient une métrite fongueuse, hémorragique.

Quelle est la *cause* de l'avortement ? Est-il *traumatique* ou non ? En faveur du traumatique, il y a souvent une grosse température, une grave hémorragie, mais cela peut exister dans l'avortement spontané ; on ne doit jamais tenir compte de l'ouverture de l'œuf, de la dilacération de l'embryon, qui peuvent exister également dans les cas spontanés.

Si l'avortement n'est pas traumatique, il peut reconnaître deux grandes causes : ou bien une cause locale, l'*endométrite*, les malformations, l'utérus infantile ; ou bien une cause générale : c'est la *syphilis*, la grande avorteuse, telle que l'a appelée Bar. L'avortement syphilitique est silencieux.

La rétention de l'œuf mort peut être très longue, et quand l'embryon est expulsé, il a des caractères de macération et de momification. Sa taille n'est pas en accord avec l'âge de la grossesse ; rappelons à ce propos la longueur totale de l'embryon vivant :

Fin du 1er mois : 1 cm.
Fin de la 6e semaine : 2 cm.
Fin du 2e mois : 3 à 4 cm.
Fin du 3e mois : 12 cm.
Fin du 4e mois : 16 à 20 cm.
Fin du 5e mois : 20 à 27 cm.
Fin du 9e mois : 27 à 32 cm.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rachitisme et huile de foie de morue.

L'observation clinique a fait adopter au Pr MARFAN une théorie suivant laquelle le rachitisme humain peut avoir une origine congénitale, une origine infectieuse et une origine alimentaire ; les infections et les intoxications déterminent le rachitisme en produisant, dans l'os en voie de développement, une sorte de chondromyélite décalcifiante, par altération, destruction ou non renouvellement d'un principe antirachitique (vitamine D).

D'autre part, de nouvelles recherches des auteurs américains ont démontré que, chez les jeunes rats blancs, on peut, presqu'à coup sûr déterminer une dystrophie osseuse, très rapprochée du rachitisme humain, par un régime sans phosphore, l'huile de foie de morue (riche en vitamine D) parvenant à empêcher son développement.

Voulant édifier, à leur tour, une théorie du rachitisme, ceux-ci ont invoqué la carence du phosphore dans l'organisme ; puis, après bien des hésitations, il sont dû adopter la théorie de la vitamine anti-rachitique, voisine de celle du Pr Marfan.

Il est d'ailleurs excellent, et même indispensable, que les données de l'observation médicale soient éclairées et complétées par des recherches de laboratoire et des expériences sur les animaux, et ces nouvelles recherches font que le Pr Marfan ajoute aux causes du rachitisme précédemment indiquées celle de l'*auto-intoxication déterminée par un régime de carence*, le métabolisme étant troublé par ce régime défectueux, (privation de phosphore, de vitamine, etc.). Ce n'est pas la carence mais bien l'auto-intoxication qui en résulte qu'il faut incriminer dans la genèse du rachitisme. (*La Presse médicale*, 7 février 1925.)

Quelques remarques sur le traitement de la pyélonéphrite gravidique.

Il est des cas légers de cette affection (pyurie macroscopique modérée, ou bactériurie, mais sans réactions générales), qui guérissent spontanément, et pour lesquels réussissent tous les moyens thérapeutiques pourvu qu'ils soient inoffensifs.

Il en est des cas moyens, caractérisés par une ou plusieurs crises avec élévation thermique notable, mais sans réaction générale, où l'on peut aussi, au point de vue strictement immédiat, se passer souvent du traitement urologique.

Enfin des cas graves d'emblée présentent non seulement des variations thermiques considérables, mais aussi une atteinte profonde de l'état général, avec un tableau clinique septicémique et accélération marquée du pouls.

Mais, en présence du caractère polymorphe de la néphrite gravidique, *toujours* les plus grands bienfaits, disent MM. LÉVY-SOLAL et MISRACHI, seront retirés du cathétérisme urétéral, absolument inoffensif d'ailleurs.

Il n'est pas indifférent de laisser un malade avec une température élevée en plateau, alors qu'il existe un moyen certain, simple et rapide, de supprimer, ne serait-ce que temporairement, la fièvre, d'améliorer l'état général, et d'éviter le contact nocif du pus avec le parenchyme rénal.

Il est toujours facile de drainer, ou de drainer à nouveau les bassinets. La malade atteinte de pyélonéphrite gravidique présente, au point de vue immédiat, en effet, un abcès chaud insuffisamment drainé, puisque la cystoscopie met en évidence que les éjaculations urétérales sont atténuées ou supprimées au cours de cette maladie. Cette rétention mérite de fixer l'attention.

La temporisation peut être cause d'accidents rénaux d'une extrême gravité, et même de cholécystite sérieuse.

Par le cathétérisme urétéral, on arrive à se rapprocher du terme de la gestation dans des conditions incomparablement meilleures, et, dans quelques cas, à éviter l'avortement spontané ou provoqué.

Au point de vue éloigné, la rétention, continue au lieu d'être intermittente, portera plus atteinte à la motricité du bassinet, qui fonctionnera moins bien et c'est ce facteur, négligé jusqu'à ce jour, qui commandera, peut-être, plus que tout autre, le pronostic pour l'avenir. (*La Presse médicale*, 4 février 1925.)

La pneumonie caséeuse.

La pneumonie caséeuse représente une expression historique désuète, abandonnée même par nombre d'auteurs modernes. Mais d'après MM. LETULLE et BEZANÇON, elle mérite d'être conservée, car elle répond, en phtisiologie, à une entite anatomo-clinique bien caractérisée et fort intéressante. Elle frappe de préférence les individus jeunes, sains en apparence ou déjà touchés par le bacille tuberculeux. Son début, le plus souveut brutal, fébrile, voire hyperthermique, s'annonce par des phénomènes généraux,

qui peuvent rappeler, trait pour trait, ceux de la pneumonie la plus franche, accompagnée des signes physiques accoutumés, lobaires, même massifs. En règle générale, cette lésion affecte très vite une allure suspecte, dès la période de l'hépatisation rouge.

Voici les traits caractéristiques de la maladie. C'est une bronchio-pneumonie, qui, arrivée à la période terminale de son évolution, et pour peu qu'elle occupe une importante partie d'un lobe, n'est presque jamais susceptible d'un « arrêt » permettant au tissu respiratoire d'organiser autour d'elle ses lignes de défense, ses solides barrières fibro-vasculaires. Plus souvent, le poumon est condamné à la suppuration ; en effet, autour du nodule bacillifère se groupent en proportions variables deux lésions aiguës (la splénisation et l'hépatisation fibrineuse), qui amènent le tissu pulmonaire à une désagrégation autolytique irrémédiable ; la suppuration expulse le caséum, et avec l'effondrement cavitaire, la phtisie ulcérative entre en scène. (*La Presse médicale*, 11 février 1925.)

Sur la nature des réactions dans la bactériothérapie spécifique, et dans la bactério- ou protéinothérapie non spécifiques.

1° D'après J. Danysz, l'anaphylaxie *spontanée* de l'homme peut révéler, au point de vue symptomatique, des formes qui lui sont *propres*, et notamment une *hypersensibilité polyvalente*, que l'on ne rencontre jamais chez les animaux, et qu'il serait probablement impossible de reproduire par l'expérience, parce que cet état morbide de l'homme peut être une résultante de l'hérédité, d'une série de maladies infectieuses et de traitements médicaux, c'est-à-dire d'un ensemble de conditions, qu'il serait extrêmement difficile de reproduire chez l'animal.

2° Au point de vue *pathologique* cependant, cette anaphylaxie est caractérisée principalement par un trouble fonctionnel de l'équilibre endocrino-autonome, qui peut se manifester par différentes affections chroniques, dont la localisation et l'intensité ne dépendent pas de la nature des facteurs « préparants », mais des prédispositions individuelles des malades.

3° L'*origine de cet état morbide* doit être le plus souvent recherché dans les troubles fonctionnels du gros intestin.

4° Au point de vue *thérapeutique*, le choc n'est pas nécessaire, ni même utile, pour obtenir une réaction thérapeutique ; et, par conséquent, à efficacité égale, il serait prudent de donner la préférence aux méthodes qui ne provoquent pas de choc, et n'exposent pas le malade au danger d'une sensibilisation surajoutée à celle qu'il possède déjà.

5° Enfin, *dans la bactériothérapie spécifique, les réactions pathologiques et thérapeutiques ne sont pas spécifiques* par rapport aux microbes infectants. Ce sont des réactions d'anaphylaxie et d'anti-anaphylaxie qui, chez l'homme, ne sont pas spécifiques. (*La Presse médicale,* 19-7 1924.)

Le pian, affection parasyphilitique ou syphilis primitive.

Le Dr L. Bory reproduit deux figures, qui résument à la fois les analogies et les différences : l'une représente les lésions pianiques, framboésiformes, caractéristiques ; l'autre montre des plaques muqueuses cutanées pianiques, que rien ne permet de prime abord de distinguer des plaques hypertrophiques cutanéo-muqueuses de la syphilis.

Si l'on raisonne par analogie avec les notions cliniques et bactériologiques concernant les affections paratyphoïdes ou para-méningococciques, on peut vraiment appliquer au pian cette épithète parasyphilitique, appliquée seulement jusqu'à ce jour à des manifestations éloignées, mais certaines, de la syphilis. En effet, la parasyphilis pianique, sans être identique à la syphilis, est cependant suffisamment rapprochée d'elle pour mériter le nom, qui rappelle cette parenté : symptômes cutanés analogues ; tréponème impossible à différencier ; réactions humorales identiques ; même médication spécifique, arsénobenzol héroïque pour les deux.

D'ailleurs, en clinique et en expérimentation, rien ne s'oppose à l'identité des deux maladies et des deux germes, sous réserve qu'il s'agisse de races un peu différentes, comme celles des virus dermotrope et neurotrope de la syphilis. Dans ce cas, on pourrait conserver le nom de *syphilis vraie* à la forme classique vulgaire, et attribuer celui de *parasyphilis* aux affections causées par le virus neurotrope dans nos climats et par le virus pianique dermotrope dans les climats tropicaux.

Si l'on remarque que le pian est d'une particulière fréquence dans les régions de l'Amérique du Sud où abordèrent Colomb et ses compagnons, il n'est peut être pas exagéré de considérer le pian comme la *syphilis primitive*, qui d'abord dermotrope et papillomateuse, se serait, par suite du mélange avec les races aryennes, modifiée pour devenir neurotrope, puis dermotrope et neurotrope, avec actuellement une trendance neurotrope plus accusée. Par le mélange des races se seraient constitués peu à peu des virus mixtes, un peu différents de la souche commune à peu près exclusivement dermotrope. (*Le Progrès médical*, 28-6 1924).

Les espaces péripharyngés. Voies d'accès.

P. Truffert fait une étude très intéressante des voies d'accès vers les suppurations qui se dé-

veloppent dans les espaces péripharyngés. Au cours de recherches anatomiques, il a réussi à injecter les différentes loges de cette région, et il a noté que : 1° la loge des masticateurs était absolument autonome ; 2° les gros vaisseaux étaient toujours à la périphérie des masses d'injection, celles-ci étant donc guidées par les lames vasculaires ; 3° une masse poussée dans la loge en arrière du pharynx, restait toujours latéralisée, sinon complètement, tout au moins par son plus gros volume.

Dans ces conditions :

Doivent être abordées par voie interne, les suppurations rétro-pharyngées et également celles qui se développent dans le récessus latéral (espace paramygdalien de Calas).

Abord buccal pour les phénomènes phlegmoneux développés dans la loge des masticateurs répondant à la branche montante, et pouvant faire saillie sous la paroi latérale du pharynx, au contact du pilier antérieur.

Abord par l'extérieur, pour la loge des adénophlegmons, prenant contact avec l'angle postéro-latéral du pharynx, et recouverte seulement par des plans musculo-aponévrotiques, le prolongement profond étant très voisin du paquet carotidien interne.

Voie externe pour les collections autour de l'hypopharynx ; dans ce cas, on passera *en dedans des gros vaisseaux* pour effondrer la *paroi antérieure* de la loge. (*La Presse médicale*, 9-7 1924.)

Le traitement de la paralysie générale.

Longtemps considérée comme rebelle à toute thérapeutique, la paralysie générale semble devoir bénéficier, d'une part, d'un traitement spécifique méthodiquement et judicieusement conduit, de l'autre, de l'antagonisme qui existerait entre la méningo-encéphalite et une infection provoquée, selon la méthode préconisée par Wagner von Jauregg, et que MM. H. Claude et Targowla viennent d'expérimenter d'une façon suffisamment répétée et suivie pour pouvoir tirer quelques conclusions positives de ces essais.

Ces auteurs ont d'ailleurs utilisé avec profit, dans le traitement de la P. G., l'arsenic et le bismuth, qu'ils injectent simultanément dans les muscles par séries de 40 jours interrompues par 20 jours de repos, en intercalant une injection bismuthique entre deux injections arsenicales, à doses faibles ou moyennes. Six malades sur 20 ainsi traités ont été suffisamment améliorés pour pouvoir sortir de l'asile et reprendre leur place dans la société.

« Les résultats obtenus sont caractérisés par la rétrocession des symptômes démentiels : retour du jugement, de la mémoire, des sentiments affectifs dans une mesure permettant une activité sociale si non parfaite, du moins pratiquement suffisante et prolongée ; on ne peut parler de guérison, au sens médical du mot, mais on obtient une régression de la démence qui équivaut à une guérison pratique, au moins temporaire et il semble que, dans certains cas, on prolonge notablement la survie du malade et on évite ou on retarde la déchéance terminale. »

L'autre méthode, que les auteurs ont associée ou non avec la précédente, consiste à inoculer au malade le paludisme et la fièvre récurrente.

« On prélève par ponction veineuse 5 à 7 cmc. de sang d'un sujet en période fébrile et on l'injecte immédiatement sous la peau de la région scapulaire du malade à impaluder. Il est préférable de suspendre à partir de ce moment toute thérapeutique antisyphilitique... On se borne à surveiller le malade et à prendre sa température matin et soir, puis quatre fois par jour lorsque les accès se sont déclarés. Suivant leur intensité et la résistance du malade, on laisse évoluer dix à quinze accès francs, puis on donne de la quinine à raison de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour pendant quelques jours. L'infection cède très facilement à cette thérapeutique... ».

Les résultats sont intéressants à enregistrer. D'abord, l'évolution de la P. G. n'a jamais été accélérée par l'infection malarique. Les troubles psychiques subissent habituellement une amélioration sensible (disparition des idées délirantes, retour de l'attention, du raisonnement, du jugement, des sentiments affectifs...) Peu d'amélioration des signes physiques ; cependant, la dysarthrie s'atténue ; les troubles viscéraux rétrocèdent.

Trente-cinq P. G. ont été traitées par cette méthode depuis septembre 1924 ; huit ont quitté ou vont quitter le service de M. Claude dans des conditions telles qu'on peut les considérer comme pratiquement guéris, au moins temporairement.

L'inoculation de la fièvre récurrente a donné des résultats analogues chez trois malades sur quatre ainsi traités. Mais les auteurs préfèrent recourir à l'impaludation, l'infection récurrentielle étant plus délicate à réaliser et affectant une physionomie plus grave.

En résumé, l'association de la malariathérapie et de la chimiothérapie spécifique semble bien le traitement de choix actuel de la P. G., dont la seule contre-indication est l'état général trop précaire des malades. Des rémissions ont été observées. Que dureront-elles ? En tous cas, si le pronostic demeure aussi grave, les P. G. ainsi traités sont désormais moins des déments que des neurologiques, ils échappent plus volontiers à l'asile, et cela suffit pour justifier le recours à une thérapeutique qui constitue une étape sérieuse dans le traitement curatif proprement dit de la paralysie générale. (*L'Encéphale*, n° 7, 1925.)

Les myotiques dans le traitement des kératites superficielles.

L'élément capital du traitement des kératites superficielles simples ou compliquées d'ulcères de la cornée est indiscutablement l'atropine, sauf en cas d'hypertension oculaire.

Mais, il n'en demeure pas moins vrai que le groupe des myotiques, représenté surtout par l'ésérine et la pilocarpine, peut être avantageusement employé, non seulement dans les kératites menacées de perforation par hypertension, ou dans les ulcères périphériques, mais encore, selon M. J. Cazalis, dans tous les cas « où l'iris n'étant pas intéressé, le traitement atropinique combiné à la pommade à l'oxyde jaune ou au gaïacol, aux compresses chaudes, aux douches de vapeur, aux injections sous-conjonctivales, aux injections parentérales de lait, n'aura pas donné de résultats. »

Cinq observations servent à l'auteur de justification à sa pratique, qui consiste essentiellement, le traitement atropinique ayant été d'abord mis en œuvre durant 8 à 10 jours, à recourir aux myotiques sous forme de pommades, si l'examen démontre la persistance d'une perte de substance de l'épithélium cornéen égale ou supérieure à celle constatée au début du traitement.

Cette pratique serait sans inconvénient, sauf peut-être chez les personnes âgées qui seraient exposées au glaucome ou à l'irritation sympathique, par suite d'une sorte de tétanisation de l'iris avec constitution de synéchies postérieures. Risques très diminués si l'on utilise les myotiques, en semblable circonstance, avec modération et pendant 2 à 4 jours au maximum.

«...... Les inconvénients de la méthode sont minimes et voilà pourquoi nous avons cru utile d'insister ici sur l'élargissement nécessaire de la doctrine classique en ce qui concerne le traitement des kératites simples ou ulcéreuses. » (*La Clinique ophtalmologique*, mai 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La variole et l'alastrim.

(M. Arnold Netter. — *Académie de médecine* ; 30-6-1925.)

Nous avons déjà parlé de cette affection varioliforme, décrite au Brésil sous le nom d'alastrim et dans l'Afrique du Sud sous l'appellation de kaffir pox, qui s'observe aussi aux Antilles et dans une grande partie du continent africain. Sa nature et ses relations avec la variole ne sont pas encore très nettement établies. Certains auteurs, M. Léon Bernard entre autres, en font une maladie voisine mais distincte de la variole, une *paravariole*, se différenciant de la variole comme les paratyphoïdes se différencient de la fièvre éberthienne. D'autres auteurs, au contraire, voient dans l'alastrim une variole légitime, quoique atténuée.

M. Arnold Netter revient sur cette question à propos de l'épidémie de variole bénigne qui a sévi durant ces trois dernières années en Angleterre et en Suisse.

L'Angleterre et la Suisse sont des pays particulièrement touchés par la propagande anti-vaccinatrice. Celle-ci a abouti à l'abolition de l'obligation vaccinale en Grande-Bretagne, et à la même suppression dans les cantons de la Suisse allemande. L'absence de vaccination a amené une recrudescence de la variole, dont les cas se sont élevés à plusieurs milliers.

Cette variole, il est vrai, a été bénigne, comportant une très faible mortalité. Elle a coïncidé avec une épidémie d'alastrim en Afrique et M. Netter, rapprochant les deux faits, s'efforce d'établir l'identité de la variole et de l'alastrim. S'appuyant sur des arguments d'ordre biologique et épidémiologique il conclut que l'alastrim est une variole atténuée.

Le suicide par le véronal et les barbituriques.

(MM. Achard, Mouzon et Bloch. — *Académie de médecine* ; 30-6-1925.)

Le suicide par le véronal et les barbituriques (gardenal, dial, etc.) continue à être à la mode, chez les jeunes femmes en particulier que des chagrins intimes poussent à en finir avec l'existence. Il faut reconnaître que c'est un suicide facile, qui ne nécessite aucun effort, aucune violence, et qui s'effectue sans douleur. Il suffit d'avaler quelques cachets ou quelques comprimés ... jusqu'à ce que sommeil et mort s'ensuivent.

M. Achard en relate cinq observations nouvelles, dont deux terminées par la mort. Chez une de ses malades, on notait un signe, déjà rencontré dans l'encéphalite léthargique, le « signe des yeux de poupée ». Il consiste en ceci : quand on met le patient sur son séant, les paupières s'ouvrent, pour se refermer au retour de la position couchée. Les barbituriques absorbés par les malades de M. Achard avaient été le véronal, le dial, le gardénal, à des doses probables (toujours difficiles à préciser) de 10 cachets de 0 gr. 50 de véronal, 7 comprimés de 0.10 de dial, etc.

Si les barbituriques sont souvent utilisés dans un but de suicide, il ne semble pas qu'ils aient jamais servi à un empoisonnement criminel. C'est peut-être,

remarque M. Achard, que l'homme qui veut quitter la vie craint pour lui la souffrance, et que celui qui veut se débarrasser de son semblable s'en soucie moins et préfère des armes plus rapides et plus sûres. Il n'y aurait pas moins un certain intérêt à réglementer la vente de ces stupéfiants que tout le monde peut se procurer aujourd'hui dans les pharmacies sans ordonnance.

— M. Gabriel PETIT a fait avec Mlle PERLIS des recherches sur le traitement de l'intoxication barbiturique. Soumettant des chiens à l'action du véronal, il a vu que la saignée largement appliquée amendait les troubles de l'empoisonnement. La saignée, hâtive et copieuse, pourrait être un moyen héroïque à opposer à l'intoxication barbiturique.

— M. ACHARD a vu mourir sa seconde malade malgré une saignée de 500 grammes, faite dès l'arrivée à l'hôpital. Le lavage de l'estomac, qui a été conseillé, n'est efficace que s'il est pratiqué précocement.

La variole en Suisse et la vaccination.

(M. A. ALCAY. — *Académie de médecine* ; 30-6-1925.)

En 1925, la vaccination a encore besoin d'être défendue !...

M. Netter, dans la communication dont nous parlons plus haut, a signalé l'épidémie de variole qui, depuis 1920, a sévi en Suisse. M. Alcay donne sur ce sujet quelques renseignements complémentaires recueillis sur place.

L'épidémie a frappé les cantons de la Suisse allemande et épargné les cantons de la Suisse romande. On sait qu'en Suisse les lois sont ratifiées par le peuple. Or, à la suite d'une violente campagne contre la vaccine, la vaccination cessa d'être obligatoire dans les cantons de langue allemande. L'épidémie récente de variole trouva ainsi des terrains préparés à la recevoir, tout en restant cependant bénigne. Devant l'extension de la maladie, certains conseils cantonaux, celui de Glaris par exemple, n'hésitèrent pas à rétablir l'obligation de la vaccination. En quelques semaines, la variole y disparut. Des protestations, toutefois, entravèrent la diffusion de cette mesure. Elles trouvèrent un appui dans les préjugés d'abord, dans la bénignité de l'épidémie ensuite, et enfin dans les réactions vaccinales vives observées chez quelques sujets adultes vaccinés pour la première fois à un âge assez avancé. Ces circonstances expliquent la prolongation d'une épidémie que des mesures convenables et acceptées par la population auraient rapidement arrêtée.

Cinématographie du cœur.

(M. LUTEMBACHER. — *Académie de médecine* ; 30-6-1925.)

M. Lutembacher a réalisé dans son service, avec son collaborateur M. Aschel, et l'aide de M. Gaumont, des expériences de cinématographie du cœur isolé et perfusé. L'auteur montre successivement sur l'écran : un rythme normal, une bradycardie sinusale, des troubles de contractilité, des troubles d'excitabilité (extra-systoles, arythmie complète), etc. Cette cinématographie n'est pas seulement un merveilleux moyen pour familiariser les étudiants avec les troubles rythmiques, elle leur permet de comprendre les courbes électrocardiographiques que l'on peut recueillir simultanément. C'est une méthode très suggestive pour exposer l'action pharmacodynamique des médicaments cardiaques.

Traitement des tuberculoses externes par un extrait colloïdal de bacilles de Koch.

(M. A. GRIMBERG. — *Acad. des sciences* ; 22-6-1925.)

Depuis plus de trois ans, M. Grimberg a expérimenté dans différents services des hôpitaux de Paris un traitement des tuberculoses externes par un extrait spécial de bacilles de Koch.

Les bacilles de Koch, après avoir été débarrassés de la plus grande partie de leur tuberculine par l'action de la glycérine à chaud et du lavage prolongé par l'eau, sont broyés avec de la limaille de fer dans un champ magnétique. Il en résulte un liquide opalescent qui contient en suspension des débris infiniment petits de corps bacillaires : la petitesse extrême des corpuscules favorise l'absorption de l'antigène.

Injecté aux animaux, cet extrait provoque la formation d'anticorps. Sa toxicité est environ 5 fois plus faible que celle de la tuberculine.

Chez l'homme, l'auteur a pratiqué des injections sous-cutanées et intra-musculaires, avec des doses progressives, allant de 1/40e de milligramme à 5 mgr. Les réactions qui suivent sont variables. Le plus souvent il n'y a aucun phénomène général. Parfois l'élévation thermique est légère ; d'autres fois, elle est plus forte et atteint 40°, durant d'ailleurs au maximum 24 heures. Le foyer de l'infection est généralement d'une plus grande activité pendant les premières injections : la rougeur, la suppuration augmentent ; mais au bout de 3 à 4 injections, les phénomènes locaux diminuent et dans les cas heureux finissent par disparaître.

M. Grimberg a traité par cet extrait bacillaire les tuberculoses externes seulement. Quelques essais dans la tuberculose pulmonaire ne lui ont pas donné de résultats. Il est néanmoins à remarquer que plusieurs malades atteints simultanément de tuberculose chirurgicale et pulmonaire ont vu se fermer la lésion externe, sans que l'état pulmonaire ait subi de modification.

Les injections d'extrait bacillaire ne doivent être pratiquées qu'avec prudence chez les sujets présentant un mauvais état général, chez ceux dont la température moyenne dépasse 38°, ainsi que chez ceux qui offrent des lésions pulmonaires graves.

Au total 225 malades, dont la plupart étaient hos-

pitalisés dans les hôpitaux de Paris ont été traités par ce moyen. Il s'est agi d'adénite, d'ostéo-arthrites non fistulisées, d'ostéo-arthrites fistulisées, d'orchi-épididymites, de lupus, etc.

Les résultats globaux ont été : plus de 50 pour 100 de guérisons cliniques, et 25 pour 100 d'améliorations. Pour certaines lésions (adénites, orchites) cette proportion est plus grande.

L'intérêt de ce mode de traitement réside d'une part dans le pourcentage assez élevé des guérisons cliniques et des améliorations obtenues, d'autre part dans la facilité de son application, sans aucun appareillage spécial, sans déplacement du malade. Celui-ci peut même continuer à vaquer à ses occupations.

Volumétrie des crachats.

(MM. Leuret, Paul Lamothe et Lozach. — *Société biologique de Bordeaux* ; 5-6-1925.)

Le volume des crachats est un caractère important en clinique phtisiologique, en particulier chez les sujets soumis au pneumothorax thérapeutique. Il fournit des données intéressantes pour le pronostic.

Il semble au premier abord très simple de mesurer la quantité d'expectoration fournie par un malade. En pratique, cette mesure offre des difficultés assez grandes, qui tiennent à ce que les crachats sont mêlés à des produits étrangers (salive, mucus, etc.), d'abondance variable et dont il est malaisé de les séparer. Dans un crachoir, le dépôt ne renferme qu'une partie de l'expectoration proprement dite. La pesée, d'autre part, est inapplicable, le papier filtre chargé de retenir les crachats se colmatant et ne permettant aucune précision.

On s'est adressé, alors, aux méthodes chimiques et c'est à un procédé de cet ordre que MM. Leuret, Lamothe et Lozach ont eu recours Les auteurs ajoutent à 30 cc. de crachats un mélange de métaphosphate de soude et d'acide chlorhydrique dilué, obtenant ainsi la formation d'acide métaphosphorique, agent de réaction sur toutes les albumines de l'expectoration. On fait ensuite, par battage, la dissociation des crachats, on laisse reposer et on lit la hauteur du dépôt.

L'athlétisme et la culture physique de développement.

(M. Ruffier. — *Soc. de méd. de Paris* ; 25-41-925.)

M. Ruffier présente deux athlètes qu'il qualifi- d'athlètes artificiels, formés par l'art gymnastique, la culture physique analytique. Jusqu'à l'âge de 18 ans, l'un et l'autre ne possédaient que le développement des jeunes gens de leur âge. C'est à ce moment qu'ils commencèrent la culture physique qu'ils ont continuée sans cesse, depuis.

Ces hommes non seulement ont obtenu un développement athlétique de leur corps et de leurs muscles, mais en outre ils ont acquis une santé à toute épreuve. Depuis douze ans que l'auteur les connaît, ils n'ont eu aucune maladie et sont même restés indemnes des menus incidents pathologiques de la vie courante, rhumes, angines, embarras gastriques, etc.

— M. Sandoz demande le nombre d'heures par jour que ces sujets ont consacrées à la culture physique.

— M. Ruffier répond qu'il suffit d'une demi-heure d'exercices quotidiens pour obtenir et maintenir un résultat.

— M. Kouindjy, tout en félicitant l'auteur, objecte qu'il ne faudrait pas croire que la culture physique donne toujours une musculature semblable.

— M. Dartigues trouve trop modeste le qualificatif d'athlètes artificiels employé par M. Ruffier. En réalité, les sujets présentés sont des athlètes véritables et définitifs. Ils ont été produits artificiellement par une méthode excellente. Leur santé est parfaite et ils sont résistants, capables de randonnées et de performance.

P. L.

Les Congrès

Les Journées médicales de Toulouse.

1°

La part de la chirurgie, de la curiethérapie, et de la rœntgenthérapie dans le cancer du col de l'utérus,

Par le professeur Cl. Regaud,

Directeur de l'Institut du radium, de l'Université de Paris.

A l'heure actuelle, trois méthodes (chirurgie, radium, rayons X) sont mises en concurrence, pour guérir ou seulement soulager les malades atteintes de cancer du col de l'utérus.

Quelle est la meilleure méthode ? Quelle est celle qui donne les meilleurs résultats ?

Il est bien difficile de l'affirmer ; mais, actuellement, en présence de chaque cas particulier, il convient de n'apporter aucun parti pris et d'employer la méthode que l'expérience démontre comme étant la meilleure pour guérir ou soulager la malade qu'on a devant soi.

Aussi, pour l'établissement des statistiques, convient-il d'apporter une très grande prudence, jointe à une probité scientifique absolue, pour ne pas chercher à faire triompher trop rapidement une méthode, dont les résultats publiés trop hâtivement donneraient ensuite lieu à pas mal de déceptions.

Depuis 1919, l'Institut du radium de l'Université

de Paris travaille au traitement des cancers du col de l'utérus.

Sur 373 femmes, traitées entre mars 1919 et la fin de 1923, 96 (soit 27.7 %) étaient vivantes et indemnes de cancer à la fin de 1924.

Les pourcentages de guérison donnent les résultats suivants, tous cas considérés en bloc :

Malades de 1919	10,6 %
Malades de 1920	17,8 %
Malades de 1921	31,9 %
Malades de 1922	31,8 %
Malades de 1923	42,5 %

Les malades, qui ont guéri et qui, après un an de surveillance, n'ont ensuite aucune récidive, sont dans la proportion de 70 à 75 %, environ.

Par exemple, sur 13 femmes traitées en 1919 et jugées guéries à la fin de 1920, 12 restaient guéries après 3 ans, 10 après 4 ans, 9 après 5 ans ; — sur 23 femmes traitées en 1920 et jugées guéries en 1921, 17 restaient guéries après 4 ans.

Quant aux cas considérés comme inopérables chirurgicalement, la proportion des malades jugées guéries passe d'une année à l'autre par les nombres suivants : 4.7 % ; 13,2 % ; 15,8 % ; 20,3 % ; 31 %.

Si l'on considère les cas opérables et ceux qui sont à la limite de l'opérabilité réunis, la proportion des malades jugées guéries passe d'une année à l'autre par les nombres suivants : 27,5 % ; 23,8 % ; 42,8 % ; 48,1 % ; 57,1 %.

L'amélioration de ces pourcentages d'une année à l'autre, s'explique pour une petite part par l'ancienneté décroissante des traitements (25 % de déchets à prévoir) et, pour la plus grande part, par les progrès successifs apportés dans la technique.

Aussi est-il permis d'espérer que bientôt, dans quelques années seulement, le débat entre la méthode chirurgicale sanglante et les méthodes radiothérapiques pourra être définitivement vidé par des nombres et des statistiques définitifs.

Quant au choix des méthodes à employer, voici les résultats obtenus par l'Institut du radium de Paris :

I. — Sont du domaine exclusif de l'hystérectomie seule, quand ils sont opérables : les épithéliomas, qui ne sont pas d'origine épidermique, les cancers coïncidant avec une infection annexielle et enfin les « ratés » de la curiethérapie.

Pour ces derniers, en effet, il ne faut pas recommencer les applications de radium, lorsque les premières ont échoué. Seule la chirurgie d'exérèse doit être tentée.

II. — Dans les diagnostics douteux (cas fréquents) ou lorsque le cancer n'a sûrement pas dépassé l'utérus, il faut donner la préférence à la chirurgie, pour les excellents cas opérables.

III. — Sont à réserver à la curiethérapie par les voies naturelles, les cas considérés comme étant à la limite de l'opérabilité, sans ganglions, sans aucun signe d'ensemencement à distance.

IV. — L'hystérectomie post-curiethérapique est possible, dans les cas qui sont considérés d'emblée comme opérables. La période d'hésitation actuelle ne permet pas encore de se prononcer.

V. — L'hystérectomie précédant la curiethérapie n'est pas à conseiller : c'est une mauvaise méthode de traitement.

Le radium chirurgie est tout à fait inutile, en présence des progrès réalisés par la rœntgenthérapie profonde.

VI. — La rœntgenthérapie seule est actuellement la méthode de choix dans tous les cas inopérables, lorsque l'état de l'utérus et du vagin ne permet pas l'emploi d'une technique de curiethérapie correcte, par les voies naturelles.

Elle doit être également employée de toute nécessité lorsqu'il se produit des foyers de récidive après hystérectomie.

VIII. — L'association des rayons X avec le radium par les voies naturelles constitue la méthode de choix toutes les fois que le paramètre est envahi et qu'une curiethérapie correcte est encore possible.

Des résultats obtenus, il est permis de prévoir que progressivement, l'hystérectomie devra être abandonnée dans la plupart des cas de cancer du col, d'origine épidermique, seraient-ils même opérables.

Il faut également prévoir la concurrence victorieuse des rayons X très pénétrants et profonds, sur le radium, dans les cas de cancer épidermique, qui ont dépassé l'utérus.

Mais également le radium aura sa revanche sur les rayons X, par emploi de foyers extérieurs, lorsqu'on disposera de grandes quantités de corps radioactifs.

Tout cela suppose des coefficients de valeur personnelle et des moyens matériels égaux, pour arriver à évaluer les résultats donnés par la chirurgie, la curiethérapie ou les rayons X.

Améliorer jusqu'à apparence de guérison des cancers du col de l'utérus est chose assez facile. Mais il n'en est plus de même pour guérir définitivement par le radium ou les rayons X, surtout lorsque la maladie est d'autant plus avancée.

A cet égard, il y a très loin de l'apparence à la réalité.

2°

La lyse microbienne,

Par le Dr Bordet,

Professeur à l'Université
Directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

De très nombreuses expériences ont démontré que certaines cultures microbiennes, de troubles qu'elles étaient, sont devenues claires. Une goutte examinée au microscope, montre des microbes partiellement détruits : c'est le phénomène de la lyse.

Dans certaines conditions, les microbes vivants mangent les microbes morts. Ceux-ci ont été tués par les humeurs : ceux qui résistent à ces dernières

sont les germes pathogènes. Ils se heurtent alors aux phagocytes, qui cherchent à les absorber.

Or, il est démontré que certaines humeurs de l'organisme sont parfaitement bactéricides et même lysantes.

Le colostrum est de celles-là : le jeune veau, privé de colostrum et nourri artificiellement contracte, très rapidement des lésions d'entérite.

Il en est de même du mucus nasal, qui est très bactériolytique, ainsi que les larmes, le blanc d'œuf.

Le lait de femme a des vertus bactéricides bien supérieures à celles du lait de vache.

Il semble qu'une adaptation se soit faite pour la lutte contre les infections. C'est ainsi que, chez le lapin, les larmes et l'humeur aqueuse ont la même composition.

Or, malgré cette identité chimique, les larmes du lapin ont autrement plus d'action bactériolytique que l'humeur aqueuse : les larmes devant lutter contre tous les germes venus du dehors, tandis que l'humeur aqueuse, garantie par le bouclier que forme la cornée, n'a nul besoin de faire la police contre l'envahissement microbien.

On peut donc dire qu'un organisme vivant se défend de deux manières différentes contre l'infection : une enceinte externe : c'est le pouvoir bactéricide des humeurs ; une défense interne : c'est la phagocytose.

Mais ces deux propriétés de défense s'adressent à deux sortes de microbes différents : les uns sont pyogènes, les autres pathogènes.

Or, il a été démontré que les propriétés lysantes peuvent être transmises à d'autres corps. Une goutte prélevée sur une émulsion dans laquelle sont lysés des microbes, permet à une autre émulsion de détruire à son tour des bactéries.

Comment expliquer ces phénomènes ?

D'Hérelle a pensé à un infiniment petit, véritable parasite du microbe et il a émis l'hypothèse du bactériophage.

Des expériences menées en série, on conclut que les microbes morts ne se lysent pas : d'Hérelle l'a prouvé avec le microbe de la dysenterie : le sérum de convalescent détruit les microbes vivants, mais reste sans effet lysant sur les microbes morts.

Se trouve-t-on, en présence, comme le suppose d'Hérelle, d'un virus invisible, parasite, ne se reproduisant que sur des microbes vivants ?

Pour le professeur Bordet, la théorie du bactériophage, si séduisante qu'elle puisse être, n'est pas démontrée. Il estime que le principe lytique correspondrait plutôt à un phénomène d'autolyse.

Pour le démontrer, il s'appuie sur l'analogie avec la thrombine de la coagulation, qui aide à l'apparition de nouvelles thrombines, lorsqu'on ajoute une goutte de liquide coagulé à un liquide indemne.

D'ailleurs, si on étudie de près la biologie des microbes et surtout leur vie en société, les uns auprès des autres, il est permis de constater que ces germes peuvent se nuire les uns aux autres, par antagonisme.

Il n'y a pas que chez les humains que la guerre existe entre espèces et races.

Aussi, chez les microbes à côté des victoires et des défaites, faut-il envisager les phénomènes d'adaptation, de sélection, de résistance, avec création de types microbiens nouveaux, mais doués d'une résistance, d'une accoutumance, qui leur permet ensuite de vivre et de se développer, malgré les voisins, ou les humeurs organiques.

D'autre part, pour être lysés, les microbes ont besoin non seulement d'être vivants, mais aussi d'être nourris.

La lyse s'opérera sur des colonies qui se développent sur du bouillon, par exemple ; mais elle n'aura pas lieu, sur une colonie, mise dans de l'eau stérilisée.

Il semble donc que la lyse soit un principe morbide, une véritable maladie dans la nutrition du microbe.

D'autres expériences ont également montré que les microbes se modifient d'après le milieu de culture, où on les a placés.

Il en est ainsi, par exemple, pour les colonies du microbe de la coqueluche. Selon la nourriture qu'on leur donne, les microbes exaltent ou diminuent leur virulence.

Aussi, les sérums, prélevés sur des colonies différentes ne sont pas identiques comme efficacité, et même le sérum de l'un est inactif pour un autre.

La virulence elle-même n'est pas également répartie dans les différentes variétés de microbes et on peut, dans une même culture, favoriser ou retarder le développement de telle ou telle colonie, et par suite avoir des virulences différentes.

C'est ainsi que la température joue un très grand rôle dans cet élevage des microbes et il est reconnu que la chaleur de 43° est celle qui favorise le plus le développement des espèces les moins virulentes.

Qu'on se souvienne que cette température de 43° est justement l'optima que Pasteur avait trouvée pour l'atténuation du virus de la rage.

Aussi ce problème de la lyse microbienne est-il, à l'heure actuelle, passionnant, parce qu'inexpliqué mais gros de conséquences thérapeutiques.

Il semble cependant se dégager cette idée que la guerre civile règne dans le monde des infiniment petits, chez les microbes : ces germes se tuent les uns les autres ; beaucoup de victimes bactériennes comme chez les humains, payent de leur vie les dissensions et les guerres.

Mais la lutte pour l'existence oblige certains germes à des modifications morphologiques et biologiques, pour résister aux sécréta de leurs congénères.

Le gros problème reste encore à trouver : de quelle manière aider ces alliés inconscients à détruire, à lyser les microbes pathogènes ou pyogènes ? De, quelle manière préparer nos humeurs, notre terrain pour rendre l'existence impossible aux colonies, dont le développement se traduit, pour nous, par la maladie ou la mort ?

C'est le secret de demain, secret que de nombreux savants recherchent avec patience, mais avec per-

sévérance, non seulement pour guérir, mais aussi pour vacciner l'organisme et provoquer des immunités contre l'envahissement microbien.

3°

Directions actuelles et destinées de la chirurgie,

Par le Dr DARTIGUES,

Président de l'U.M.F.I.A.

Il ne faut pas croire que la chirurgie soit une science nouvelle, qui n'aurait pris son essor que depuis l'anesthésie et l'antisepsie. Depuis toujours, les chirurgiens ont fait tous leurs efforts pour lutter contre les maladies et surtout contre les résultats des accidents ou des blessures de guerre.

Malheureusement, si la douleur avait pu être diminuée par des prodiges de rapidité, dans l'acte opératoire, il n'en était pas de même des suites, qui sont sous la dépendance des infections microbiennes.

On peut donc affirmer que, loin de devoir son droit de cité à l'antisepsie, la chirurgie au contraire a utilisé cette dernière science et l'a presque accaparée pour lui demander d'empêcher le malade de mourir d'autre chose que de l'acte chirurgical lui-même.

Il n'en est pas de même pour l'anatomie. Chirurgie et anatomie sont sœurs jumelles, car celle-ci est la base de toute la science du chirurgien.

Mais ce dernier demande plus encore et veut en quelque sorte connaître l'anatomie vivante. Par exemple, la vascularisation, l'innervation des vaisseaux est à étudier, à connaître, surtout lorsqu'il s'agit d'opérer, de dénuder, d'ouvrir des troncs vasculaires vivants, pour les désoblitérer du caillot de l'embolie.

Que dire de l'anatomie radiographique vivante ? Que dire aussi des exigences du chirurgien qui ne se contente plus de l'anatomie de l'homme, mais veut encore savoir l'anatomie comparée, en vue de faire des greffes de toutes sortes.

La guerre nous a-t-elle beaucoup appris, en matière chirurgicale ?

Non, n'en déplaise aux savants représentants de la chirurgie d'armée. La guerre nous a fortifiés dans l'énergie chirurgicale, en donnant de l'audace à beaucoup et surtout en éduquant le public, en lui enlevant la crainte de l'acte opératoire, grâce aux résultats obtenus chaque jour.

D'autre part, la chirurgie songe non seulement à guérir, mais aussi à embellir : témoins ces bossus que le chirurgien redresse ; ces énormes tumeurs, lipomes et autres, qui sont énucléées ; ces goitres disgracieux, qui disparaissent, ces pieds bots, qui se redressent, ces becs-de-lièvre, à cicatrice opératoire à peine visible, voire même ces nez disgracieux qui cessent de faire le désespoir de ceux qui en ont été dotés par la nature indifférente.

Ne cherche-t-on pas la beauté du résultat ? Le chirurgien songe à la cicatrice future et pour cela médite et combine son incision, pour la dissimuler et masquer, grâce à un pli, à une ride.

On pourrait donner de la chirurgie la définition suivante : c'est l'œuvre d'un savant, d'un artiste, dont la main est guidée par l'anatomie, en vue d'une thérapeutique sanglante ou non sanglante.

En effet, il existe une thérapeutique chirurgicale médicale dite petite chirurgie. Quel nom mal choisi que celui de « petite chirurgie ». Celle-ci demande souvent beaucoup de minutie, de dextérité ; mais elle n'est pas comme la « grande chirurgie » toujours dominée par l'exérèse. Et pourtant, de plus en plus grâce aux laboratoires, le chirurgien devient conservateur. On enlève le moins possible, lorsque par des procédés médicaux, le chirurgien peut obtenir la régression de ce qu'il fallait jadis exciser.

Bien mieux, la chirurgie tend à remplacer les organes qu'il a dû enlever, ou à les suppléer. Ce sont les plasties diverses, les anastomoses, les greffes.

Aussi peut-on prévoir des avenirs brillants : la biologie et la physiologie tendant à transformer des êtres inférieurs, pour les rendre utilisables pour notre thérapeutique humaine.

En chirurgie, tout est science, avec de l'art en tout, et bien souvent, pour l'opérateur, prévoir c'est savoir. Le chirurgien devient une sorte de chef, utilisant tous les auxiliaires, toutes les sciences annexes pour la victoire de l'acte opératoire et surtout pour ses résultats.

Est-ce à dire que le chirurgien ne puisse être qu'un manuel qui n'ait qu'à exécuter des opérations, diagnostic fait par un médecin ? Non ! le diagnostic sera de plus en plus une œuvre collective, chaque spécialiste apportant sa science et le chirurgien ayant à donner son avis, non seulement en clinique, mais aussi comme exécution des résultats.

Même pour l'enseignement, la chirurgie utilise les sciences annexes : par un épiscope, des spectateurs peuvent, dans une salle voisine, suivre toute l'opération, sans gêner l'opérateur ni ses aides, et sans apporter avec eux des germes septiques.

Le cinéma lui-même fixe les temps divers d'une opération et, pendant des années consécutives, les élèves peuvent assister à des opérations typiques, chacun d'eux voyant parfaitement les images projetées sur l'écran, alors qu'au cours d'une opération, seuls les privilégiés, assistants ou internes, peuvent se rendre compte des temps opératoires, ou des difficultés rencontrées.

C'est en proclamant sa foi absolue dans l'avenir de la chirurgie que le Dr Dartigues termine sa conférence ; mais qu'il m'excuse de n'avoir pas su rendre la verve, l'élan, le geste, le mot, qui font de ce toulousain de Paris, de ce président de l'U. M. F. I. A. un de nos conférenciers inimitables et charmants.

Dr Paul BOUDIN.

Les Livres

François CARTIER, 1, rue de la Martinière, Lyon.
Chèques postaux : Lyon 1924.

Memento Cartier 1924 (*Edition jaune*: région lyonnaise, *Edition bleue* : côte méditerranéenne). Chaque volume *franco* : 12 fr. (au lieu de 15).

Le *Memento Cartier* 1924 vient de paraître avec quelques mois de retard, mais bien que portant le millésime de l'année écoulée, on peut considérer qu'à part les départs récents et les installations nouvelles, la documentation de cet annuaire régional est à jour.

M. Cartier a d'ailleurs continué à apporter tous ses soins pour améliorer la présentation de ses volumes, et outre la liste des médecins, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires et dentistes, on trouve, dans chacune des éditions, tous renseignements sur les cliniques, hôpitaux et œuvres d'assistance des régions mentionnées, documentation nécessaire à tous les praticiens.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs, Paris.

H. DAUSSET. — **Formulaire pratique des régimes, avec études des divers aliments. Tableaux des aliments permis et défendus. Listes des menus et recettes spéciales**. Un volume de 300 pages.

Directeur de deux maisons de régime, l'une à Biarritz, l'autre à Vichy, M. Dausset était particulièrement qualifié pour rédiger ce formulaire. Car si la diététique est la base même de la médecine, ainsi qu'il le proclame au début de son avant-propos, elle est aussi affaire de cuisine, et l'expérience acquise dans une pratique de tous les instants des nécessités alimentaires des différents malades, donne une valeur considérable à cet ouvrage.

Il importe d'abord de connaître la valeur alimentaire de chaque aliment, en tenant compte de sa composition en albuminoïdes, graisses et hydrates de carbone. Il faut ensuite avoir une notion exacte des besoins de l'organisme, selon les circonstances, et connaître le bilan alimentaire.

Sur ces données primordiales, il est possible de déterminer, d'après les indications de la clinique, le régime propre à chaque maladie, et de chaque état particulier, tel l'état de nourrice.

C'est ce que fait très compendieusement M. Dausset, dont le Formulaire se termine par quelques recettes spéciales : bouillies, bouillons, cuisson des viandes, légumes verts, légumes secs, pâtes, poissons, entremets, etc.

LE MOUVEMENT SANITAIRE,
18, rue de Verneuil, Paris.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — **La désinfection**, suivie des textes réglementaires et décisions de jurisprudence sur la déclaration des maladies contagieuse, par le Dr OTT, inspecteur départemental d'hygiène (Rouen).

La déclaration des maladies contagieuses ne peut avoir d'intérêt pratique que si elle est suivie d'une désinfection pratiquée en cours et en fin de maladie. Cette désinfection peut être effectuée par la famille du malade, guidé par son médecin traitant.

Or, celui-ci est parfois embarrassé sur la valeur des différentes méthodes proposées et sur leur explication.

La brochure de M. Dujarric de la Rivière complétée par une annexe de notre confrère Ott, de Rouen, vient faire cesser cet embarras. On y lira avec intérêt les phases de la désinfection ; les moyens de désinfection ; la valeur d'un antiseptique ; la pratique de la désinfection ; le contrôle technique de la désinfection ; et enfin la législation et l'organisation administrative.

Les livres qui viennent de paraître...

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob.

R. BRUNET, ingénieur agronome. — **Nos vins de France**. (Un vol. de 232 p. avec gravures. Prix : 12 fr.)

AUX EDITIONS DES LABORATOIRES CORTIAL.

Dr CABANÈS. — **Poitrinaires et grandes amoureuses** (2e *série*).

CHEZ LE FRANÇOIS.

Dr Paul HAUDUROY. — **Le bactériophage de d'Hérelle.** (In-18, 212 p. Prix : 10 fr.)

A LA LIBRAIRIE HACHETTE.

Dr Paul-Emile LÉVY. — **Le traitement moral : de l'auto-suggestion à l'éducation de la volonté**. (In-16, 64 p.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DU PSORIASIS

Manifestation tardive d'hérédo-syphilis,

Par M. le docteur J. LASSONNERY.

Il n'est guère de médecins qui, comme moi, au cours de leur carrière, n'aient rencontré certaines affections banales, classiques, qui ont résisté aux traitements habituels. Ces cas sont peut-être encore moins rares lorsqu'il s'agit d'affections cutanées. C'est pourquoi nous avons tenu à mettre sous les yeux des praticiens l'observation suivante qui est assez typique.

Mme H..., 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralysé à 62 ans ; mère morte d'érysipèle à 72 ans.

Antécédents collatéraux. — Sœur aînée morte à 40 ans de dysenterie amibienne et paludisme ; un frère de 40 ans bien portant ; la malade est la troisième ; une quatrième enfant est morte en bas-âge.

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance ; érysipèle à 12 et à 15 ans ; bonne santé habituelle, quelques migraines. Mariée à 22 ans : cinq enfants de belle apparence pesant à leur naissance entre 3 kg. 400 et 3 kgr. 900.

Affection actuelle. — Pendant qu'elle était alitée à la suite de son quatrième accouchement (octobre 1914), la sage-femme qui la soignait remarque qu'elle a les coudes rouges ; elle lui fait le reproche (immérité du reste) de s'être accoudée trop longtemps pour lire. Traitement : vaseline, poudre de talc.

Le temps passe ; les plaques rouges se couvrent de squames blanches ; apparition de nouvelles plaques aux genoux. La malade consulte alors le seul médecin du pays non mobilisé qui diagnostique psoriasis et lui conseille des pansements avec une pommade à l'huile de cade. Ce traitement est, paraît-il, scrupuleusement suivi pendant toute la guerre, en différentes reprises, et sans amélioration.

A ma démobilisation — mars 1919 — la malade me consulte.

Je constate : psoriasis en larges placards des coudes et des genoux ; nombreux éléments de dimensions variables sur les avant-bras, les bras et les jambes ; quelques petits éléments disséminés un peu partout, discrets, mais très nets, à la face, aux oreilles, aux mains ; ultérieurement, envahissement des ongles qui sont striés, friables et cassants. Non seulement il y a gêne continue du fait de l'épaisseur des placards des coudes et des genoux, mais aussi le heurt des ongles contre les objets, l'immersion des mains dans l'eau froide ou chaude sont désagréables, pénibles, presque douloureux. En outre, et assez fréquemment, les placards sont le siège de violentes démangeaisons qui obligent la malade à se gratter jusqu'au sang. Enfin les migraines sont devenues d'une extrême fréquence et tellement intenses que la malade reste 24 ou 48 heures sans pouvoir rien absorber qu'un peu d'eau. Etat général déficient.

Bien entendu, je prescris les traitements classiques, régime alimentaire, arsenic, huile de cade, acide chrysophanique, goudron, vaccins ... et toutes les spécialités imaginables. Les seuls résultats que j'ai pu constater après l'administration des vaccins en injections et « *per os* » furent : disparition de quelques petits éléments et disparition presque complète des démangeaisons. C'était plutôt maigre.

Dans ces conditions, en présence de la persistance des accidents et même de leur aggravation malgré tous les traitements intus et extra, j'eus l'idée de supposer, quoique la malade ne présentât aucun des stigmates classiques, qu'il s'agissait d'accidents hérédo-spécifiques. Reprenant mon premier interrogatoire, je découvris que le père de la malade était mort de tabès. Cependant, ne pouvant porter un diagnostic certain, je conseillai un traitement dissimulé en prescrivant des cachets à base de protochlorure de mercure léger et dissociable (1) à la dose de 2 cachets par jour, un quart d'heure avant les principaux repas. C'était en avril 1924.

En deux mois, ce psoriasis, datant donc de 10 ans, était guéri : il ne restait qu'une légère pigmentation brune aux coudes ; mais la peau était lisse, normale. Parallèlement les migraines se firent de plus en plus rares et moins violentes, l'état général meilleur.

La guérison se maintient ainsi jusqu'en janvier 1925.

A cette date, réapparition de 3 petits éléments psoriasiques sur les coudes et 2 sur les genoux. Je prescris une série de bi-iodure de mercure, une série de bismuth sans résultat, ou tout au moins, les lésions persistent sans s'étendre.

En mai 1925, je fais reprendre les cachets de protochlorure Hg léger et dissociable. En un mois environ, les accidents ont disparu, l'état général est excellent, les migraines sont très rares.

Conclusions. — Lorsqu'une affection nettement caractérisée résistera aux traitements classiques, il y aura toujours lieu de penser à une hérédo-spécificité.

Avec nombre d'auteurs, je suis d'avis que le vieux mercure qui a fait ses preuves depuis des siècles doit rester le médicament de fond de la syphilis et que c'est par les voies digestives qu'il doit être administré de préférence.

Je suis obligé de constater en outre que les cachets de Gambéol se sont nettement montrés supérieurs au bi-iodure de mercure, qu'ils sont parfaitement tolérés sans jamais déterminer de stomatite. De plus, leur présentation m'a permis un traitement parfaitement dissimulé.

(1) Produit spécialisé sous le nom de Gambéol.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE

La Confédération des Travailleurs Intellectuels C. T. I., s'occupe des intérêts de ses nombreux groupements, avec un certain succès, pas celui qu'elle voudrait toujours, et la dureté des temps, pour «le prolétariat cérébral » comme je l'appelle depuis longtemps, en est la cause.

Cependant, les accidents du travail chez les intellectuels, et la propriété scientifique, sont sortis de l'ombre, et, considérés, font du chemin. Je citai récemment (1), *les droits des auteurs de découvertes ou d'inventions scientifiques*, essai de philosophie et de technique juridiques, suivi d'une proposition de loi, tel est le titre d'une magistrale thèse de doctorat en droit soutenue à la Faculté de Nancy, par Mlle Suzanne Munier. Admirablement documenté, copieux, bien écrit, ce travail met au point véritablement *la propriété scientifique*, discute les divers moyens de la réaliser.

Ce travail a été inspiré par le prof. G. Renard, auteur de nombreuses conférences d'introduction philosophique à l'étude du Droit, sous le titre : *le droit, la justice et la volonté.*

« Le Droit, dit Mlle Munier, ignore la découverte et l'invention scientifiques. Or, il y a cependant là enrichissement pour le trésor commun d'une valeur réelle, valeur théorique, dira-t-on, valeur pratique en puissance nous accordera-t-on tout au moins, et du fait de cet enrichissement doivent naître, pour son auteur, des droits proportionnés à son mérite et à la valeur apportée.

« Si le Droit est bien une assimilation croissante des réalités par l'ordre orienté vers la Justice, il se doit de faire effort pour conquérir, dans le sens que nous venons d'indiquer, un nouveau pouce du terrain qui nous échappe encore. »

Ajoutons que, parallèlement à la propriété littéraire et artistique existante et s'étendant aux brevets d'invention insuffisants, on doit protéger les découvertes biologiques ; celles-ci, non brevetables, difficiles à percevoir dans leur portée future, intéressent cependant au plus haut degré la vie, l'existence, le capital humain, qu'elles protègent et font durer.

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *Hygiène scolaire et inspection médicale*, dimanche 5 juillet 1925, en post-scriptum.

Quand en février 1920, à quelques-uns, Henri de Jouvenel, Emile Borel, depuis, Ministres, Romain Coolus, assimilateur si judicieux et fécond, Henri de Weindel, Maîtres Mathiot et Menut, Xanrof, Boucherot, le regretté A. de Tarde, nous-même, fondèrent la Confédération des Travailleurs Intellectuels (C. T. I), les diverses propriétés, littéraire, artistique et scientifique, firent vite l'objet de nos préoccupations. M. Lucien Klotz nous intéressa à la Science en général ; puis le Dr R. Dalimier vint nous démontrer que les grandes découvertes biologiques, les nouveaux médicaments ou méthodes thérapeutiques étaient vite appropriés par des industriels s'enrichissant scandaleusement, alors que les auteurs en étaient expropriés de gloire et d'argent !

Certes, le point de départ de ces travaux est souvent difficile à déterminer. Quand la C.T.I., mise en marche par notre confrère Dalimier, étudia la question en une commission se réunissant chez son président Emile Borel, nombreuses furent les réunions et discussions, d'où sortit le livre de MM. R. Dalimier, docteur en médecine, et Louis Gallié, avocat à la Cour : « *La Propriété scientifique.* Le projet de la C. T. I. création d'un droit d'auteur pour le savant et l'inventeur. »

C'est là un véritable projet de loi à ajouter à ceux existants du Sénateur Ruffini, de M. Joseph Barthélemy, député, professeur de droit de Paris, ces projets exposés par Mlle Munier, et de M. Marcel Plaisant, avocat, député, étendant surtout la loi sur les brevets d'invention.

Dans sa thèse de doctorat de la Faculté de Droit de Nancy, Mlle Munier discute ces projets et montre les difficultés d'application en raison même des difficultés de discrimination des principes et valeurs des découvertes. Elle rappelle, et cela fit grand bruit dans la capitale lorraine, les fameux *Rayons N*, issus justement de Nancy, de la Faculté des Sciences, admis par un certain nombre de savants, puis discutés, et enfin niés. Mon génial ami le Dr G. Le Bon, si calé en matière de radiations (*L'Evolution de la Matière, l'Evolution des Forces*) fut des premiers à nier ; j'ai assisté chez lui, alors, à maintes expériences négatives en présence du physiologiste Dastre, du mathématicien Sénéchal... Et cependant, que d'autorités en physique médicale et en bio-

logie, citées par Mlle Munier, les admirent. Etait-ce là une suggestion collective en ce pays où naquit la valeur thérapeutique de la suggestion avec Liébault et Bernheim que rappela récemment le centenaire de Charcot, et loin de ce pays, car la réputation des rayons N était devenue mondiale ?

L'idée de la propriété scientifique serait due à un praticien : en 1879, au Congrès de Londres de l'Association littéraire et artistique internationale, le Dr Déclat, dont on sait les découvertes antiseptiques approuvées par Pasteur dès 1865, demandait qu'on protégeât les méthodes, les procédés, les produits utiles à « se préserver des épidémies et à guérir les maladies graves ».

La même association tint en 1888 un Congrès à Venise et M. J. Opert, puis, en 1896, à Berne, M. Davanne, en 1898, à Turin, l'architecte italien Pesce, en 1899, à Heidelberg, le même, émirent, chacun seul, la même revendication.

Ce sont ensuite, MM. Lucien Klotz, R. Dalimier, nous l'avons dit, qui suscitèrent le mouvement actuel bien réel et bien accueilli. Il faut l'étendre, le généraliser, en parler, en écrire un peu partout.

Nous-même avons, l'an dernier, à la veille des élections législatives et pour en instruire les électeurs (causerie radiophonique du 2 mai 1924) proposé des solutions équitables. Mon plan étudié à la Section des sciences pures et appliquées que je représente à la C.T.I., puis à celle-ci, avait été la cause d'utiles réflexions échangées : M. Gentil, l'explorateur, membre de l'Académie des Sciences, qui vient de mourir, songeant aux laboratoires nationaux, m'avait fait ajouter qu'en cas de doute de priorité personnelle, il y avait tout au moins, peu ou pas de doute sur le pays d'origine, et que les exploiteurs ou usagers de la découverte pourraient payer des redevances aux laboratoires de ce pays. Ainsi des travaux ultérieurs seraient aidés, encouragés, facilités, par des milieux de recherches plus riches, mieux outillés, et, si les auteurs inconnus ou méconnus ne tiraient nul profit de leur travail, ceux dont ils assurent la fortune contribueraient tout au moins à la gloire et à la richesse nationales.

Quelle est la part d'une théorie féconde — telle, la théorie atomique de Wurtz, sur tant de corps nouveaux supposés, puis trouvés — des travaux réels... ? Ainsi, nous connaissons un savant, ne nommons personne pour ne contrarier personne, très hostile à la propriété scientifique, car pour lui impossible à affirmer ; il est vrai qu'en l'espèce, ce savant très favorisé de toutes manières, et ne souffrant pas, ne voit pas les luttes, la pauvreté de savants bien supérieurs !...

Que de temps s'écoule parfois, entre les premiers essais, des tâtonnements plus ou moins abandonnés et cependant sources de travaux ultérieurs, et leur utilisation pratique éclatante ?

Dans une découverte indiscutable, on trouve généralement maints pionniers qui tous ont droit à une part, à déterminer, dans le travail et les résultats collectifs. Les trouvailles les moins apparentes ont parfois à longue échéance des résultats lointains, inattendus et merveilleux, tous difficiles à fixer et rémunérer.

Ne peut-on craindre aussi, comme nos confrères de la *Société médicale des Praticiens*, à la suite de ma communication du 20 février 1925, que la propriété scientifique établie ne gêne maints chercheurs craignant de se voir disputer et discuter leurs recherches, car ils utilisent forcément des principes connus avant eux ; d'autre part, l'enseignement est la diffusion des idées de tous, idées classiques ou non, propriété devenue commune : où sera la discrimination entre le connu et l'inconnu ? Autres questions que fait se poser la propriété scientifique, existant déjà dans d'autres domaines plus imaginatifs, idées de romans, de contes, de peinture... !

L'idée, sans au moins un commencement de réalisation, ne saurait suffire à assurer la propriété scientifique. L'idée peut appartenir à la fiction, à la littérature. Et, ironiquement, dès 1890, j'écrivais : « Dans quelques siècles, retrouvant les livres de Jules Verne, on s'étonnera de voir alors seulement certaines de ses inventions (littéraires) en voie de réalisation, on en conclura qu'il fut le plus grand créateur de son temps, qu'il fut méconnu, persécuté peut-être, mourut pauvre... ». Dans sa belle thèse, Mlle Munier fait fort justement les mêmes réserves.

Le commerce et l'industrie peuvent être gênés, paralysés, par ces revendications, parfois imaginatives, parfois réelles, mais multiples : qui décidera de la valeur, de la réalité des droits ? Un tribunal de spécialistes, d'officiels ? Non, répond Mlle Munier : les tribunaux de droit commun qui s'entoureront de garanties, d'experts, comme ils le font habituellement.

Des arbitres peuvent être aussi choisis et acceptés par les intéressés.

Certes, la question des plagiats, voulus ou non, où les personnalités jouent un grand rôle, compliquera souvent le problème Mais il n'est pas insoluble pour cela. Mlle Munier, très versée en l'histoire des inventions — une chaire dont je demande la création au Collège de France depuis le siècle dernier ! — élucide quelques priorités, qu'elle suit pas à pas ; et, ce qui est fait en son ouvrage pour quelques -unes, pourquoi, avec de la justice et de la volonté, ne serait-ce pas fait pour toutes ? ...

Le juge pourra, en vertu de l'article 1036 du Code de procédure civile, dans l'intérêt de l'auteur d'une découverte ou d'une invention scientifique, prononcer des *injonctions* ou des *défenses*, interdire à un usurpateur de se dire l'inventeur,

faire saisir les objets fabriqués comme en matière de contrefaçon.

Un écrivain « monnoye » souvent les nouvelles découvertes. Des œuvres de vulgarisation ont eu ainsi un succès considérable, auquel l'auteur ne participe souvent ni en gloire, ni en argent. Est-ce justice ? Notre juriste de Nancy veut avec raison que l'auteur de l'invention soit consulté, donne son autorisation, ait sa part...

Les attentats à l'honneur, qu'écrivait en 1888, le prof. Worms, de Rennes, correspondant de l'Institut, visaient — ce que réprouve et condamne l'Angleterre ennemie du duel — les attaques à la réputation, à la moralité des personnes ; j'y joindrai maintenant au sens de la propriété scientifique, le préjudice moral causé par le plagiaire, mal social également.

L'inventeur a souvent fort à faire pour se voir rendre justice. Quand il revendique, il passe parfois, pour ne pas dire toujours, s'il s'attaque à une haute personnalité, pour « persécuté », autrement dit pour un fou.

Nous l'avons souvent entendu dire de certains de nos grands savants, jusqu'au jour, où, enfin, non sans difficulté, les accueillit parfois l'Académie des Sciences que Colbert fonda en 1666 pour reconnaître la valeur des inventions.

Passer pour fou n'est pas précisément fait pour aider au crédit moral et social de l'individu. Cela se dit, se publie, se colporte, se donne à entendre, fait l'objet de réticences, si l'on parle de tel ou tel. Comment évaluer ce dommage réel, où peuvent sombrer la fortune, la vie, l'honneur des familles inventives ? La propriété scientifique ne se montre-t-elle pas là plus indispensable que jamais !

La paternité scientifique, celle du travail cérébral en général, se révèle, assez facilement en somme. Sa durée sera limitée, on ne peut immobiliser indéfiniment le progrès, l'industrie.

Mlle Munier cite une thèse de Poitiers soutenue à la Faculté de Droit, le 2 mars 1925, par M. Marcel Vigneron, avocat à la Cour d'Appel de Paris : *Essai sur la protection de la Propriété scientifique* qui préconise le *certificat de priorité scientifique*, qu'elle rejette. En effet, comment décerner ce... diplôme ? Le savant modeste qui aime la recherche ignore le plus souvent la valeur de ses travaux.

Dans son cours de philosophie du Droit (Paris 1899), M. A. Boistel reconnaissait au savant *le droit à l'honneur* de la découverte, mais n'a pas vu la valeur du trésor scientifique, ni l'appropriation réelle au profit du savant. La fin du XIXe siècle est si loin de nous par l'évolution formidable survenue et surtout du fait de la grande guerre, que nous devons entendre, comme les Américains, la *propriété* comme s'étendant « à tout ce qui a une valeur marchande » (le Juge Hough, *Droit d'auteur*, 1920, p. 72) ; Mlle Munier, moins *business-man*, puisque Française, préfère limiter le droit du savant aux applications fécondes et productives de ses travaux.

Je voudrais davantage m'étendre sur cette thèse de 300 pages, in-8°, donner en entier le projet de loi personnel à l'auteur qui y est contenu et qui m'apparaît très rationnel et très justifié par ce qu'on pourrait appeler « l'exposé des motifs ». La preuve sera faite par un exposé publié ou cité en des périodiques agréés. L'Etat pourra prendre, en payant, les découvertes d'utilité publique, Toute adultération, toute fausse attribution de nom, pour une découverte, sera punie d'amende plus ou moins élevée (peut-être ainsi les Français attribueront-ils moins aux étrangers les travaux faits sur notre sol ?) Si un travail français est réalisé à l'étranger et introduit en France, les contrefacteurs seront poursuivis.

Je laisse de côté les formalités judiciaires décrites par l'auteur, qui les simplifie du reste le plus possible.

La Propriété scientifique dont nos parlementaires sont saisis et s'occupent, est en bonne voie de réalisation. Elle est nécessaire pour que tous nos laboratoires appauvris ne soient pas tout à fait désertés, ce qui commence singulièrement ! C'est une nécessité vitale pour la France, pour tous les pays du reste, que cette reconnaissance nouvelle d'un droit de la Pensée arrive au plus tôt !

Dr Foveau de Courmelles

A PROPOS DU RÉCENT LIVRE DE M. REY SUR LES ASSURANCES SOCIALES ET NOTAMMENT DU ROLE DE LA MUTUALITÉ DANS LEUR ORGANISATION

Dans un des précédents numéros du *Concours médical*, notre ami Boudin, avec son talent habituel, faisait l'analyse critique du récent livre de M. Rey, délégué à la propagande de la Confédération générale du travail sur la question des assurances sociales, envisageant spécialement les services médicaux.

Il était intéressant pour les médecins de connaître l'opinion du monde ouvrier sur les projets en cours.

Je veux aujourd'hui compléter cette étude en m'attachant surtout à l'organisation administrative.

Mais, me direz-vous, en quoi cette organisation peut-elle intéresser les médecins ? La question est plus importante qu'on ne pense.

Les Syndicats auront à passer des contrats collectifs avec les Caisses et il importe de savoir qui ils trouveront en face d'eux.

Le projet Chauveau admet un grand nombre

de caisses, mais qui se rapportent à trois types ; les caisses d'industrie, de métiers ou d'entreprise, où l'administration patronale sera prépondérante, caisses mutualistes qui souvent ne seront que des caisses patronales camouflées et caisses ouvrières.

Je pense que les contrats seront plus faciles à passer avec les organisations ouvrières.

Les ouvriers acceptent de payer suffisamment les honoraires médicaux, mais en retour veulent être bien soignés avec tous les procédés thérapeutiques modernes, jusqu'ici à l'usage des seuls fortunés. Désireux de reprendre le travail le plus tôt possible, ils réclament l'organisation d'œuvres sociales para-médicales permettant de réduire la morbidité et de prévenir la maladie. Ils veulent être payés de leur travail par des salaires suffisants et acceptent qu'il en soit de même pour les médecins.

Par contre, nos confrères savent la situation plutôt fâcheuse des médecins de mines, de la grande industrie, employés supérieurs de collectivités financières puissantes aux ordres desquelles ils sont soumis, abandonnant leur indépendance contre des salaires insuffisants pour la somme de travail qu'ils fournissent.

Je n'ai pas besoin de rappeler l'exploitation du Corps médical par la Mutualité depuis trois quarts de siècle, exploitation qui continuera si elle arrive à monopoliser le fonctionnement des assurances sociales.

Le monde ouvrier est l'adversaire, je n'ai pas besoin de le dire, des caisses d'entreprises, désireux d'éviter l'emprise patronale ; celle-ci serait la même dans les caisses corporatives. Rapidement, le patronat aurait la haute main dans l'administration des caisses. Dans les conseils, ils auraient un certain nombre de représentants employeurs et en plus des ouvriers, leurs salariés dont ils pourraient obtenir l'appui par des faveurs spéciales.

La Mutualité, que les syndicats ouvriers préfèreraient à l'organisation patronale, n'est, en réalité, qu'une façade, derrière laquelle on retrouve la main-mise bourgeoise et patronale.

Les syndicats voient dans ces organismes un autre danger. Les patrons peuvent favoriser de leurs subsides les caisses d'entreprises ou mutualistes, offrir des avantages plus importants et grouper ainsi un plus grand nombre d'adhérents. Dans ces conditions, ils craignent de voir ces caisses réaliser des bonis, qui pourraient être appliqués à une diminution des cotisations.

Cette solution séduirait un certain nombre d'ouvriers ; elle est surtout favorable au patronat, puisqu'elle lui permet de réduire ses frais généraux.

La Confédération générale du travail accepte les bonis réalisés, mais veut qu'ils soient appliqués intégralement à des œuvres sociales sous la direction du médecin (preventorium, maisons ouvrières, maisons de convalescence, colonies de vacances), toutes institutions capables d'augmenter le mieux être de la famille ouvrière, de réduire la mortalité infantile, de réduire la morbidité, conditions de prospérité sociale et nationale.

C'est pourquoi elle préconise surtout des caisses de solidarité générale, comprenant des travailleurs de toutes les professions, caisses locales, fédérées dans des caisses régionales ou départementales.

Cette organisation aurait certainement un avantage qui n'est pas négligealble, c'est la répartition et l'égalisation plus complète des risques, une même caisse pouvant grouper des travailleurs de métiers dangereux à côté d'ouvriers agricoles ou d'employés.

Une partie m'a vivement intéressé dans le livre de M. Rey, c'est l'opinion du monde ouvrier sur la Mutualité et son organisation.

L'auteur du livre que nous analysons aujourd'hui reconnaît que les 20.000 Sociétés mutuelles qui groupent presque 5.000.000 de membres font du bluff en mettant en avant ces chiffres. Car si on défalque les mutualités scolaires, les fonctionnaires (cheminots, mineurs, employés des manufactures de l'Etat) et tous ceux qui, très nombreux font partie de plusieurs sociétés mutuelles, le nombre des Mutualistes vrais se trouve réduit à 1.000.000 et demi environ.

Il se plait à constater en passant l'énormité des frais de gestion, question sur laquelle nous reviendrons plus tard, la modicité des cotisations que la Mutualité a été incapable de relever à l'encontre des syndicats ouvriers qui ont su imposer à leurs adhérents de fortes cotisations, sans avantages matériels en retour.

Aussi quand la Mutualité, pour réclamer le privilège de l'administration des assurances sociales, vient invoquer son influence et son autorité, nous en sommes surpris quand nous savons qu'elle a été complètement incapable de développer parmi ses membres les retraites ouvrières. C'est une faillite qui ne doit pas encourager à faire un nouvel essai pour des œuvres sociales de bien plus grande envergure.

La Mutualité est faite pour des œuvres de peu d'importance. Elle s'est acquittée de sa mission aussi bien que possible avec les moyens dont elle disposait. Elle a eu le mérite de faire peu, mais néanmoins de faire quelque chose alors qu'il n'y avait rien. Peut-être a-t-elle contribué à répandre les notions de solidarité et partant le principe des assurances sociales.

Mais elle semble dépourvue de tout esprit d'initiative et d'audace qui seront nécessaires « pour faire rendre aux assurances sociales tout ce qu'on est en droit d'en attendre ».

D'autre part, « l'organisation de la Mutualité « est trop alourdie par son armée de membres

« honoraires. Plus de 40.000 par 400.000 « d'adhérents (plus d'un dixième des effectifs). « Combien, parmi eux ne sont là que pour les « honneurs, pour la gloire, pour la décoration ou « même simplement pour le plaisir mesquin de « mettre un titre honorifique au bas de son nom ! « Combien, à côté des petits commerçants qui « sont là par raison commerciale et qui d'ail« leurs ne sont nullement gênants, de personna« ges qui n'ont que le souci de parader ».

« Il fallait faire des comptes, placer de l'ar« gent, discuter des taux d'intérêt ; les ouvriers « mutualistes ont compté sur ceux qu'ils appe« laient les gens instruits pour diriger leur grou« pement. C'est un boulet que traîne la Mutua« lité. L'on a fait et l'on fait de plus en plus la dis« tinction entre « les officiels » et les « usagers ». « L'on a raison. Et tant que les officiels seront « les maîtres, la Mutualité sera incapable de rem« plir sa mission sociale.

« Elle n'a jamais pris aucune initiative : elle « n'a été qu'une institution de placement de « tout repos. Elle ne sera que cela tant qu'elle « sera pratiquement, dans le plus grand nombre « de ses groupements, dirigée par des hommes « qui n'ont qu'un but, qu'une ambition : lacéré« monie, qu'un idéal : la parade. »

Le Dr Rey rappelle l'opinion d'un rédacteur du *Peuple* qui assistait au dernier Congrès de Lyon :

« La fédération nationale : un aéropage de « membres amplement décorés cherchant à ob« tenir au hasard des cérémonies officielles quel« ques colifichets supplémentaires.

« Les diverses fédérations de catégories ? des « pépinières de particuliers désireux de décro« cher un mandat électoral.

« D'autre part, à Lyon, nous avons examiné « les 900 ou 1000 délégués présents aux discus« sions. Nous sommes arrivés à cette singulière « constatation : les trois quarts au moins n'é« taient pas des usagers de la Mutualité.

« Hormis les membres de l'opposition, pas « tous encore, les congressistes étaient des pa« trons, des commerçants, des médecins, des « avocats. »

« Qui dira ce que ces personnages font dans « les sociétés mutuelles ? Mieux vaut ne point « rechercher la cause de leur « dévouement » de « peur de trouver, à l'origine, des raisons aux« quelles l'altruisme serait étranger ».

La Confédération générale du travail tire cette conclusion qui lui est commune avec celle de M. Gleize, inspecteur général à la Caisse de retraite des Forges de France (Les assurances sociales, Alcan, éditeur) :

« La Mutualité avec sa conception et son orga« nisation présentes, et sa technique tout empi« rique, donc dangereuse, serait actuellement « débordée, submergée par les assurances socia« les ».

« Ni les cadres, ni l'organisation actuelle de la « Mutualité, ni le caractère qu'a revêtu jusqu'à « maintenant son action, ne la rendent apte , ni « ne l'ont particulièrement préparée à recevoir « la charge, la responsaibilité et les privilèges « qu'on veut lui accorder ».

M. Rey termine son chapitre sur l'organisation administrative par ces lignes :

« Résumons et concluons. Aucun groupement « n'est actuellement plus qualifié qu'un autre pour « prétendre réaliser les meilleures conditions « d'application de la réforme. Les assurances so« ciales sont un terrain entièrement nouveau sur « lequel aucune association, jusqu'à ce jour, n'a « évolué. La Mutualité, depuis sa naissance, s'est « bornée à accomplir le geste quasi-automatique « qui a consisté à recueillir des cotisations et à « distribuer les prestations correspondantes. Sa « méthode d'organisation n'a pas permis le dé« veloppement en elle d'une atmosphère d'acti« vité, de vie réelle. Malgré la puissance numéri« que impressionnante de ses effectifs, elle n'a « pas su obtenir de ses adhérents une augmenta« tion à la cotisation comparable à celle qu'ont « obtenue les Syndicats ouvriers qui, pourtant, ne « distribuent en retour aucun avantage matériel « direct. Elle n'a jamais su déterminer chez ses « adhérents l'intérêt, la passion, qui engendrent « l'impulsion . De ses masses ne surgit que rare« ment une initiative. Un demi-siècle d'existence : « trente ans de routine.

« En matière d'assurances sociales, il faut de « la souplesse, de l'initiative, de l'activité, de l'au« dace. Les assurances sociales doivent tendre « surtout à développer les moyens prophylacti« tiques et thérapeutiques de lutte contre les « affections, à réclamer, exiger, imposer par l'é« ducation et la réglementation, dans tous les « domaines de la vie intellectuelle, familiale, « urbaine et sociale, le maximum de conditions « et de garanties d'hygiène et de sécurité.

« Un moribond ne saurait suffire à une tâche « aussi vaste : la mutualité est frappée de lan« gueur.

« On n'édifie pas sur la routine une œuvre « aussi grandiose , il ne faut pas dormir ni même « hésiter.

« Agir, réaliser, construire ; pour cela, il faut « des hommes, des éléments, des cadres nouveaux.

« La division corporative est inacceptable en matière d'assurance sociale. Elle est inspirée d'un sentiment d'égoïsme qui ne peut que ternir la beauté de l'œuvre.

« Les Caisses d'entreprises sont condamnables. En elles, ne saurait exister une atmosphère d'indépendance : condition indispensable de la floraison des initiatives . Par elles, se reproduirait, dans le domaine de la solidarité humaine, la divi-

sion hiérarchique qui existe nécessairement dans le domaine de la production. »

Il conclut au rôle actif dévolu au Syndicat et il termine par ces phrases d'une haute élévation : « Créons des organismes au sein desquels ne « pourront subsister ni craintes, ni préventions. « Et que, de l'ouvrier au patron, du plus pauvre « au plus riche, du plus ignorant au plus instruit, « chacun soit incité à produire son effort dans le « combat magnifique engagé contre l'angoisse « humaine, l'insécurité sociale et les maux qui « rongent l'humanité. »

Dr M. Vimont.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

DU REMPLACEMENT DES DENTISTES ET CHIRURGIENS-DENTISTES, ET DES SAGES-FEMMES (1)

Le 21 novembre 1924 (*Journal officiel* du 15 avril 1925), le Gouvernement a déposé à la Chambre des Députés le projet de loi ci-dessous, autorisant les étudiants en chirurgie dentaire, pourvus de douze inscriptions, à remplacer les chirurgiens-dentistes.

Exposé des motifs.

Messieurs, la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, par son article 6, a autorisé les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers ds santé. Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois : elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Par contre, le remplacement des chirurgiens-dentistes n'est pas autorisé par la loi. Cette mesure serait cependant désirable.

Si le législateur autorisait les étudiants en chirurgie-dentaire, munis d'un certain nombre d'inscriptions, à remplacer les chirurgiens-dentistes, ceux-ci, en cas de maladie ou d'absence, pourraient continuer à faire assurer les soins nécessaires à leur clientèle, ce qui leur est presque impossible, actuellement, dans les petites localités ne comptant qu'un seul praticien.

Quant aux étudiants, les bénéfices qu'ils retireraient de cette mesure seraient multiples. Ce serait d'abord la faculté de se procurer un gain souvent indispensable, qu'ils sont fréquemment obligés de demander à des occupations manuelles.

Cette autorisation serait accordée à l'étudiant en chirurgie dentaire pourvu de douze inscriptions. L'étudiant en chirurgie dentaire prend, en effet, au total, douze inscriptions ; lorsqu'il signe la douzième inscription, il est à la fin de la cinquième et dernière année d'études et il ne lui reste plus qu'à obtenir le diplôme d'Etat.

La Fédération dentaire nationale a donné un avis favorable à cette proposition. Le ministre de l'instruction publique et les Beaux-Arts demande d'accueillir favorablement cette proposition.

Projet de loi.

Article unique. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 est complété ainsi qu'il suit :

« Les étudiants en chirurgie dentaire dont la « scolarité est terminée peuvent être autorisés « à exercer l'art dentaire àt itre de remplaçants « des chirurgiens-dentistes.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du « département, est limitée à trois mois. Elle est « renouvelable dans les mêmes conditions. »

***

Voilà les textes. Le fond de la question n'est pas inconnu pour les étudiants, puisqu'ils l'ont adopté à l'unanimité au Congrès de Paris en 1924.

Mais je désire accompagner la rédaction de quelques commentaires, que l'on voudra bien me pardonner.

Sans trop chicaner l'auteur de l'exposé des motifs, qui annonce *que les bénéfices que les étudiants retireraient de cette mesure seraient multiples*, qui cite d'*abord le gain d'indispensables ressources* ... puis plus rien, alors qu'il aurait pu mentionner un complément d'instruction pratique et une expérience fort utile de la pratique professionnelle — nous tenons M. François Albert pour tout à fait étranger à cette rédaction — nous le blâmerons, cependant, sur sa conception des études de chirurgie dentaire et de l'exercice de l'art dentaire et sur l'étroitesse de ses préoccupations.

***

Ce n'est pas parce que l'on se sert du terme études en chirurgie dentaire qu'il faille automatiquement appeler *étudiants* les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste. Ils sont des *élèves*, comme les élèves de nos grandes écoles de Commerce, d'Ingénieurs, de Centrale, de Polytechnique, etc. Les étudiants sont les élèves des établissements de l'enseignement supérieur dont le diplôme terminal est le doctorat,

(1) Cf. n° mai, *Lyon Universitaire* : Le remplacement des docteurs en médecine et officiers de santé.

pour la branche d'études dans laquelle ils sont inscrits. Les élèves en chirurgie-dentaire sont bien immatriculés dans les Facultés et écoles de médecine, mais ils le sont comme le sont les élèves sages-femmes que l'on n'appelle pas étudiantes sages-femmes. Alors, me dira-t-on, pourquoi admettre, comme membres actifs, les élèves en chirurgie-dentaire dans les associations d'étudiants ? Nous répondrons facilement qu'ils s'inscrivent dans ces associations par assimilation de la valeur de leurs études à la valeur des études des Facultés, comme les élèves des écoles techniques de chimie et d'électricité, de commerce, des beaux-arts, etc. Ils sont des étudiants assimilés, dirions-nous volontiers, comme les médecins militaires et les administrateurs militaires sont assimilés aux officiers, en ont le rang, sans en avoir pour cela l'appellation ; ils sont : Monsieur le Médecin-Major, Monsieur le Major, Monsieur l'Officier d'administration, Monsieur l'Interprète, Monsieur le Trésorier-payeur, etc., et non capitaine, lieutenant, etc.

Ainsi trouvons-nous plus exact de ne pas écrire étudiant, mais élève quand ils s'agit d'études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

***

Quant à l'exercice de l'art dentaire, nous avons deux points à signaler, car les titulaires du diplôme de chirurgien-dentiste n'ont pas le monopole de l'exercice de cette profession.

Premièrement, tous les docteurs en médecine peuvent s'y adonner, leur diplôme leur conférant un droit général d'exercice de la médecine. Par conséquent il faut permettre aux chirurgiens-dentistes de pouvoir se faire remplacer par les étudiants en médecine, remplissant les conditions prévues par l'article unique de la loi du 6 mai 1922, modifiant l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892, c'est-à-dire possédant vingt inscriptions ou seize inscriptions et internes au concours pour les étudiants du régime d'études dit nouveau, et seize inscriptions ou douze inscriptions et internes pour les étudiants du régime dit ancien.

Sans cela nous verrions, si le projet de loi était adopté tel qu'il est proposé, les étudiants en médecine pouvoir remplacer les docteurs en médecine spécialisés en art dentaire et ne pas pouvoir faire l'intérim des chirurgiens-dentistes!

Le deuxième point, que nous voulons signaler, concerne une catégorie de personnes qui exercent l'art dentaire sans être ni docteurs en médecine, ni chirurgiens-dentistes, celles que l'on appelle les dentistes patentés ou simplement les dentistes, c'est-à-dire les dentistes qui exerçaient cette profession avant la loi de 1892, alors que l'exercice de l'art dentaire était libre. Il y aurait, nous semble-t-il, une évidente équité à permettre à ces dentistes, non diplômés, mais professionnels, cependant, et professionnels protégés par la loi sur l'exercice de la médecine, de se faire remplacer, dans les mêmes conditions que les chirurgiens-dentistes diplômés, tant par des élèves en chirurgie dentaire, comme le prévoit le projet, que par des étudiants en médecine, comme nous le suggérons.

***

Un autre aspect de la question s'offre maintenant à nos réflexions, ou plutôt la même question, celle de l'intérêt des malades et de l'humanité tout entière, point de vue dont on ne doit pas se départir, se présente sous un autre angle.

Puisque, dans le but de ne pas laisser sans soins dentaires la clientèle d'une petite agglomération, on veut permettre les remplacements des dentistes, pourquoi ne pas envisager la possibilité de ne pas laisser sans soins les femmes qui accouchent, surtout dans les campagnes. Le rédacteur du projet que nous examinons a-t-il assez compris l'intérêt du pays ? Est-il suffisant de considérer maintenant les seuls malades des dents ? Et, à l'occasion de ce projet de réforme, ne pourrait-on pas, aussi, s'occuper des mères, qui, bien que n'étant pas malades, au sens étroit du mot, puisque mettre au monde est un acte normal, ont cependant besoin de soins ? A-t-il songé, ce rédacteur, à ce qui se passe dans les petits bourgs, lorsque la sage-femme, unique, de l'agglomération est malade ou obligée de s'absenter ? Aux maux qu'engendrent les matrones mal spécialisées ou les services, les mieux intentionnés, mais si souvent inefficaces ou nocifs, que les femmes se rendent entre elles, lorsque la sage-femme est absente et le plus proche médecin trop éloigné, malgré l'automobile, ou retenu par des engagements antérieurs et par le souci de sa propre clientèle habituelle ?

Nous ne croyons pas, donc, qu'il soit si pressé ou opportun que cela de mettre au point les remplacements des dentistes, si l'on n'a pas, en même temps, un moyen pour assurer les remplacements des sages-femmes.

Pourquoi ne pas prévoir que les élèves sages-femmes, dont la scolarité est terminée, et les étudiants en médecine, visés par la loi du 6 mai 1922, peuvent être autorisés par le préfet du département à exercer la profession de sage-femme à titre de remplaçants, pendant trois mois.

Je suis sûr que bien des villages en seraient enchantés et l'on m'accordera, sans doute, qu'il est au moins aussi opportun de prévoir des accouchements mieux surveillés que des soins ininterrompus à une clientèle de dentiste.

***

Enfin, mes patients lecteurs me permettront de noter que seule la Fédération dentaire nationale a été appelée à donner son avis sur cette proposition. Qui donc veut-on tromper ?

Nous avons montré que les médecins, les docteurs, pouvaient exercer l'art dentaire ; ils peuvent même cumuler les deux diplômes ; nous croyons avoir

donné de bons arguments pour permettre aux étudiants en médecine de remplacer, eux aussi, des chirurgiens-dentistes, voire des dentistes non diplômés.

Pourquoi, dès lors, ne pas avoir pris, en plus, l'avis de l'Académie de médecine et de l'Union des Syndicats médicaux ? Pourquoi, encore, ne pas avoir pris l'avis de l'Union nationale des Associations d'étudiants de France ?

***

Nous concluons. Le projet de loi, autorisant les chirurgiens-dentistes à se faire remplacer, part d'un principe louable, que nous approuvons ; mais il contient une inexactitude, il est insuffisant, il est incomplet.

1. — Il faut que le législateur s'efforce de donner au pays tous les moyens d'atténuer ses maux et ses souffrances ; il est juste d'essayer de ne pas laisser les malades des dents sans soins. Il semble opportun de s'adresser, dans ce but, à ceux qui, plus tard, auront les titres nécessaires pour l'exercice de cette profession. Ce sont les élèves — et non les étudiants — en chirurgie dentaire, dont la scolarité est terminée, c'est-à-dire qui sont titulaires de douze inscriptions de chirurgie dentaire, et les étudiants en médecine, désignés par la loi du 6 mai 1922.

2. — Doivent pouvoir se faire remplacer (outre les docteurs en médecine, spécialisés en art dentaire, les stomatologistes, qui, eux, sont du ressort de l'art 6 de la loi du 30 novembre 1892) non seulement les chirurgiens-dentistes, les odontologistes, mais encore les dentistes qui exercent librement en vertu du respect des droits acquis antérieurement à la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine.

3. — Il semblerait désirable que les étudiants fussent consultés officiellement par le gouvernement pour les questions qui les concernent. L'Union des Associations d'étudiants de France était en l'espèce aussi qualifiée que la Fédération dentaire nationale pour donner son avis.

4. — Il serait peut être utile de mettre également à l'étude les moyens propres à assurer les remplacements des sages-femmes, lorsqu'elles sont obligées de cesser pour un temps leur service dans les petites villes et les campagnes. Dans ce but, on pourrait s'adresser aux élèves — à moins que l'on préfère étudiantes — sages-femmes et aux étudiants en médecine.

***

Ainsi, tant qu'à faire œuvre nouvelle, pourrait-on faire œuvre moins incomplète, pas plus difficile et plus utile.

G. Roussellier,
98, rue Dragon, Marseille.

UNE CROISIÈRE DE MÉDECINS EN ORIENT

La Croisière du Bruxelles-Médical

(24 *août*-18 *septembre* 1925)

Notre confrère le *Bruxelles médical* a fait organiser en exclusivité, par sa section de voyages, une croisière en Orient, à l'occasion des « Journées médicales belges » de 1925. Elle comportera des escales à Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille.

Vers le Levant...

Le voyage de Marseille à Beyrouth par le Sud se fera à bord du *Cordillère*, et de Beyrouth à Marseille par le Nord, à bord du *Lotus*, courriers de grand luxe du Levant.

Le *Cordillère* quittera Marseille, le 24 août, à 13 h., franchira le lendemain midi le détroit de Bonifacio, le surlendemain à la même heure, le détroit de Messine, après avoir cotoyé le Stromboli, pour être à Alexandrie le 29, à 5 h. du matin et en repartir le 31 à midi. Port-Saïd, le 1er septembre, Jaffa, Beyrouth, le 2 septembre vers 16 h.

Escales. — *Alexandrie* : Le *Cordillère* arrivant le 29 août et quittant Port-Saïd le 1er, à 14 h., les voyageurs peuvent consacrer deux jours et demi à la *visite du Caire* et des environs (Héliopolis, Pyramides, Sakkara) ; — Alexandrie-Le Caire et Le Caire-Port-Saïd : 3 express par jour, trajet en 3 heures. — Il va de soi qu'on est libre de venir se réembarquer à Alexandrie le 31 après-midi et de jouir ainsi des dix heures d'escale de Port-Saïd (excursion du *Canal de Suez*). La visite de *Jérusalem* est aisée également, et comme toutes ses curiosités sont ramassées dans un espace de quelques hectares, la visite de la ville peut se faire largement en un jour. Exemple : le 29, matinée : visite d'Alexandrie, arrivée au Caire à 3 heures (ou bien départ d'Alexandrie à 9 heures, Caire à 12 heures, excursion aux *Pyramides* l'après-midi 4 h. (auto) ; le 30, visite du Caire, soirée au *Nil*, le 31 *idem* et *Héliopolis*. Le soir départ pour Jérusalem (l'exprès de Palestine quitte le Caire à 18 heures, pour arriver à *Jérusalem* à 7 heures). Le 1er, visite de Jérusalem. Le 2, Jérusalem-Jaffa (trajet en 2 h. auto). Il est évident qu'une journée au Caire peut être reportée sur Jérusalem pour la visite des environs : *Bethléem*, *Mer Morte*, etc. Le *Cordillère* quitte Jaffa dans la matinée. Les deux jours de Beyrouth permettront facilement la visite de *Damas* (3 h. d'auto, traversée du *Liban*) et le crochet par les splendides *ruines de Baalbek*.

Autre combinaison possible : 29 au 31 : Le Caire

— nuit 31 au 1er septembre : Caire à Jérusalem. — Le 1er septembre : Jérusalem. — Le 2 septembre : Jérusalem-Damas par Tibériade (auto et train). — Le 3 septembre : Damas. — Le 4 septembre matinée : Damas-Beyrouth viâ Baalbek. — A 16 heures, départ du *Lotus* pour *Smyrne*. (Les gros bagages continuent par bateau d'Alexandrie à Beyrouth).

Les voyageurs qui voudraient prolonger de 12 jours leur séjour à Beyrouth pour visiter à fond la Syrie et la Palestine, peuvent, sous réserve de places disponibles, reprendre sans frais supplémentaires le bateau suivant. De Beyrouth, comme point central, ils pourraient voir ainsi : Kaiffa, Tibériade, Nazareth, Jérusalem, Damas, Homs, (la vallée de l'Oronte et les châteaux des Croisés), Alep et Tripoli, mais pour pouvoir prendre toutes les dispositions utiles, il est nécessaire de prévenir dans le plus bref délai possible.

A noter aussi un service régulier d'automobile Beyrouth-Bagdad en deux jours et une nuit ; traversée complète du désert d'Arabie ; prix : 20 livres.

Beyrouth est d'ailleurs merveilleusement organisé comme centre d'excursion ; on n'y compte pas moins de 1.200 autos de location réservées au tourisme.

Quelques curiosités de la route. — La première escale du navire est *Alexandrie*. De là, les passagers peuvent se rendre au *Caire*. La visite qu'ils y feront du Musée égyptien, de la Citadelle, des principales mosquées et des bazars, sera complétée par des excursions aux Pyramides, au Tombeau des Kalifes, à l'Arbre de la Vierge, à Matarieh et à l'obélisque de Ramsès, sans que cette énumération soit limitative, les curiosités de la région étant innombrables.

Après les merveilles d'Egypte, les passagers pourront visiter la *Palestine*, toute peuplée de souvenirs religieux et historiques, Bethléem et la Grotte de la Nativité, *Jérusalem* avec la Basilique du Saint-Sépulcre, Sainte-Anne, l'Ecce Homo, le Mur des Lamentations, le Tombeau des Rois , le mont des Oliviers, la mosquée d'Omar sur le parvis du temple de Salomon, la Tour de David, etc.

L'excursion à *Damas* et celle aux ruines du Temple du Soleil, à Baalbeck, ne constitueront pas la partie la moins intéressante du programme.

Baalbek ! l'ancienne Héliopolis, dont les colonnes de 35 mètres en trois blocs de granit, soutiennent toujours en plein Liban, après plus de vingt siècles, les voûtes sculptées, et les frontispices géants des Temples de Jupiter, de Bacchus et du Soleil.

Le Chemin du retour...

De *Beyrouth*, le navire appareillera pour *Smyrne*, la ville des bazars, dominée par le Mont Pagus, puis pour *Constantinople*. Dans cette dernière ville, une visite des Tombeaux et des Mosquées, Sainte-Sophie, la Mosquée du Sultan Ahmed, la Mosquée Kaprieh, des bazars, des curiosités de toute espèce, telles que la Colonne de Théodose, la Tour de Galata, la Corne d'Or, le Bosphore, etc., révèlera au voyageur toutes les beautés d'un art et d'une région à juste titre universellement réputés.

Viendront après Constantinople : *Athènes*, aux chefs-d'œuvre innombrables, dont le Temple de Thésée, l'Acropole, le Parthénon, le Temple de Jupiter, l'Arc de Triomphe d'Adrien ordinairement cités comme les plus fameux, ne sauraient faire oublier la grandeur des autres ; puis *Malte*, cette île de l'ancienne colonie phénicienne où se mélangent actuellement les civilisations orientale, italienne et britannique ; la visite de la cathédrale avec les chapelles des Chevaliers de Malte, restera un des grands souvenirs de la Croisière.

Naples sera la dernière escale du parcours et pourra comprendre une excursion aux ruines de Pompéï.

Voici le Calendrier du retour : Le *Lotus* quittera Beyrouth le 4 septembre au soir ; de là, longeant Chypre, Rhodes et Samos, il se rendra à Smyrne (7 septembre) et à Constantinople (8 septembre). La traversée si émouvante des Dardanelles a lieu pendant le jour ; Le Pirée le 11 septembre, Malte, le 14, Naples, le 15 (cette fois la traversée du détroit de Messine se fait la nuit et c'est un des spectacles les plus féériques qu'on puisse voir : « Charybde et Scylla » entièrement illuminés et plus loin le Stromboli en éruption constante) ; de Naples directement par l'île d'Elbe sur la Corse, mais cette fois, au lieu de franchir le détroit, le navire remonte tout le long de la côte de l'île jusqu'à sa pointe Nord, faisant défiler ses paysages merveilleux un demi-jour durant, à une centaine de mètres du bord. Marseille, le 17 dans la journée.

Durée approximative des escales : Constantinople 2 jours ; Le Pirée, 28 heures ; Malte et Naples : une journée.

Tel est, réduit à sa plus simple expression, un schéma du voyage. Il est évident qu'il peut, au gré de chacun, comporter de nombreuses variantes. C'est ainsi qu'au canevas établi pour Beyrouth on peut remplacer l'excursion en auto Beyrouth-Damas par l'excursion en auto Beyrouth-Tripoli-Cèdres du Liban. Mais pour l'une comme pour l'autre, il est bon de commander les autos pour 6 heures du matin.

Au surplus, les voyageurs trouveront à bord des paquebots, les brochures détaillées (brochures séparées pour chaque escale), donnant tous les renseignements nécessaires sur l'emploi du temps, visite des environs, prix et horaires des chemins de fer et autos, hôtels, etc. Elles seront mises gracieusement à leur disposition par le Commissaire de bord.

Disons enfin, pour ceux qu'obsède l'organisation minutieuse préalable de leur voyage, qu'ils ne s'inquiètent pas : les bateaux d'Orient sont bondés de personnes connaissant à fond toutes les régions visitées : officiers de l'Armée du Levant, fonctionnaires, hommes d'affaires, archéologues, etc., et ceux qui ont fait ces voyages sont unanimes à dire l'empresse-

ment qu'ont mis à les renseigner, les « habitués de la ligne » ; c'est auprès d'eux qu'ils ont trouvé les meilleurs cicérones, qu'ils ont pu élaborer, durant le trajet Marseille-Alexandrie, les plus beaux circuits et en même temps, les plus économiques. Que de « tours » classiques, puisés dans des guides, ont été au cours de ces interviews quotidiens, complètement modifiés.

Mais que peut-on voir en un jour ou deux ?

Oh ! bien des choses ! ... par exemple :

Deux jours au Caire, où l'on est arrivé la veille dans l'après-midi.

Premier jour. — Matinée : visite de la ville, des mosquées, de la Citadelle et du Mousky ; promenade dans les bazars ; déjeuner. — Après-midi : excursion aux Pyramides et au Sphinx ; dîner et soirée au Nil.

Deuxième jour. — Matinée : visite du Musée égyptien ; déjeuner. — Après-midi : Héliopolis.

Jérusalem en un jour (*ou deux jours en supprimant un jour du Caire*).

Un jour. — Matinée : arrivée à Jérusalem, à 9 h. 10 installation à l'hôtel ; visite de la Mosquée d'Omar ; déjeuner. — Après-midi : visite de la Basilique du Saint-Sépulcre, le Calvaire, le Chemin de la Croix, Sainte-Anne, l'Ecce Homo, Mur des Lamentations. — Conseillé à la soirée : Jardin de Gethsémani, ou du Parvis du Temple de Salomon, vue de la vallée du Cédron.

Un second jour. — Matinée : départ à 8 heures pour Bethléem, en passant par le Puits des Rois-Mages ; Tombeau de Rachel. — Au retour : Tombeau des Rois, Mont des Oliviers, place de l'Ascension, Jardin de Gethsémanie, Tombeau de la Vierge ; déjeuner. — L'après-midi : départ pour la Mer Morte (en passant par Béthanie), le Jourdain, Jéricho. Retour à l'hôtel, dîner.

Une après quatre heures à Beyrouth ....

Excursion à Biblos, au fleuve du Chien (le lychos des Anciens), retour par le quartier Sursock et la Grotte aux Pigeons.

Ou encore, suivant l'expression locale, « monter souper là-haut », c'est-à-dire à Alley, dans la montagne, coin de Liban dominant la Méditerranée, résidence d'été du Haut-Commissariat français.

Puis, en un jour et demi, à Damas ....

Matinée : départ pour Damas ; traversée du Liban et de l'ante-Liban. Arrivée à Damas avant déjeuner. — Après-midi : visite de la Mosquée des Omniades, du Palais des Omniades, du Palais Azem, des Souks, dès ateliers Nassan, montée au Salahie, Montagnes sablonneuses d'Abraham, panorama de la ville, de l'Oasis, vue sur le désert d'Arabie et la route des pèlerins de la Mecque, au coucher du soleil. Dîner et soirée au théâtre arabe.

Le lendemain. — Matinée : départ très tôt pour Baalbeck ; visite des ruines. Retour à Beyrouth et ... au *Lotus.*

Que reste-t-il de Smyrne ?

Faire d'abord la visite des quais, des bazars et de la ville à pied et en voiture. Promenade en voiture le long des quais permettant aux touristes de se rendre compte du désastre essuyé par la ville, le 14 septembre 1922 ; visite au Konak et au Mont Pagus en passant par la Ruelle du Quartier Turc, qui longe les cimetières musulmans. De la plate-forme élevée du Mont-Pagus, couronnée de vieilles tours byzantines, on embrasse d'un coup d'œil tout le golfe de Smyrne et les ruines de la ville.

En un jour à Constantinople.

Visite de la ville, Grand Pont de Karakeuy, Musée (Antiquités), Sainte-Irène (Musée d'armes), Sainte-Sophie, Mosquée du Sultan Ahmed, Hippodrome, Colonne de Théodose, Colonne Serpentine, Pyramide de Constantin, Mosquée Kahrié, Porte d'Andrinople, vue d'Eyoub.

Retour à bord pour le déjeuner ; ou déjeuner à Péra.

Après-midi : promenade sur le Bosphore. Dîner à bord ; soirée en ville.

Et Athènes : l'Acropole, les Propylées, le Temple de la Victoire Aptère, le Parthénon, l'Erechteion, le Musée de l'Acropole, l'Aéropage, le Pnyx, la Prison de Socrate, le Théâtre de Dionysos, l'Odéon d'Hérode Atticus, le Temple de Jupiter Olympien, l'Arc d'Adrien, le Temple de Thésée, la Tour des Vents, le Stade moderne, le Musée National.

Retour au Pirée, en passant par les principales artères de la ville.

Réembarquement pour le dîner à bord ou dîner et soirée en ville.

Quelques indications.

Conditions d'admission. — *Les Croisières médicales d'Orient* sont l'exclusivité de *Bruxelles-Médical*, pour la Belgique et le Grand-Duché et toute demande doit être adressée au *Bruxelles Médical.*

Le prix « profane » de la croisière est d'environ 6.000 fr. La *réduction Bruxelles-médical* (qui variera un peu selon le nombre d'adhérents) est approximativement de 50 % (logement et repas à bord pendant les escales).

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex.

Réunion du 7 juin 1925, à Thoiry.

Présidence du Dr LEVRAT. *Présents* : MM. les docteurs LEVRAT, JULLIARD, BRANDSTETTER, LARRIEU, MARICHAL, PATEL, JULLIARD (Genève), DE CHOUDENS, FRANÇON, MICHAUD, GUYOT, CHABERT, FUSIER, DUMAS, RENARD, BALLIVET, SAINT-PIERRE, CHABOUX, BÉRARD, VION-DELPHIN, PINARD, PONSARD, TEMPORAL, PAGET, COLMEZ.

I. — *Les assurances sociales.*

La lecture du compte rendu de l'Assemblée du 5 avril 1925 du *Groupement des Syndicats de la Région lyonnaise*, fait entrevoir les deux tendances qui existent : 1° *d'une part*, celle du groupement parisien et de la majorité du Conseil de l'Union ; 2° *d'autre part*, celle des Fédérations du Nord et du Lyonnais.

Après cet exposé, une discussion s'engage, qui se termine par le vote de l'ordre du jour suivant :

« *Le Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex*, désireux de voir se maintenir l'union du corps médical français, priant les membres du Conseil de l'Union de suivre la ligne de conduite, tracée par les votes de l'Assemblée générale des praticiens (vote sur l'entente directe) : 1° *Félicite le bureau du Groupement de la Fédération lyonnaise* d'avoir renseigné exactement les membres de la Commission sénatoriale d'Hygiène, sur les *desiderata* de la majorité des praticiens ; 2° *Fait siennes*, une fois de plus, les conclusions qu'il a votées dans sa réunion du 26 avril 1924, en proclamant : *l'entente directe du malade et du médecin, le libre choix, le respect du secret professionnel et du tarif syndical minimum.* »

II. — *Liste des spécialités autorisées.*

L'Assemblée émet le vœu : « *que tous les produits* (vaccins, sérums, etc.) *n'ayant pas leur équivalent au Codex*, puissent être admis, *quelle que soit leur marque*, pour le service de l'Assistance médicale gratuite »

III. — *Tarifs de l'Assistance médicale gratuite.*

Le secrétaire a écrit à la Préfecture, pour lui transmettre les vœux émis par le *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex*, en 1924 (*relèvement des tarifs de la consultation et de la visite*).

La Préfecture a répondu que l'augmentation de tarifs demandée sera soumise à la session d'août du *Conseil général du département de l'Ain.*

Le Syndicat demande, de plus, au Conseil général, que le tarif kilométrique soit décompté *de la résidence du médecin à celle du malade*, et non plus de mairie à mairie.

Il sera aussi demandé au Conseil général, un *relèvement du tarif de la vaccination*. A l'heure actuelle, les tarifs de 0 fr. 50 par vaccination et de 5 francs par séance de révision, sont estimés insuffisants.

IV. — *Admission de nouveaux membres.*

M. le Dr COLMEZ, de Seyssel, Parrains, MM. les docteurs FAVRE et GAGET. M. le Dr JACQUET, de Brénod, Parrains, MM. les docteurs ROCHETTE et PINARD.

V. — *Réunion d'automne.*

La réunion d'automne aura lieu à Bellegarde, en octobre 1925

Deuxième Congrès annuel de Stomatologie

Le Comité d'organisation nous prie de publier la communication suivante :

Le Congrès annuel de stomatologie se tiendra à Paris du 19 au 24 octobre 1925.

Il est d'une extrême importance que le nombre des stomatologistes qui prendront part au Congrès soit plus considérable encore qu'en 1924. Les adversaires des idées que nous soutenons, profitant de circonstances favorables qui ne tiennent en aucune façon à la justesse des opinions qu'ils défendent eux-mêmes, font actuellement des efforts vigoureux et parfois suivis de succès, pour obtenir la création de titres nouveaux destinés à entretenir l'équivoque, ou l'instauration d'organismes sociaux d'où ils prétendent écarter les stomatologistes.

Nous devons de notre côté combattre, et uniquement avec des armes dignes de nous. Il faut que notre Congrès brille d'un éclat scientifique professionnel particulier : le Comité d'organisation y tâchera de toutes ses forces. De plus, deux séances seront exclusivement consacrées à l'exposé et à la discussion de questions d'ordre syndical et social ; et contrairement à ce qui a eu lieu l'année dernière, ces deux séances ne seront pas rejetées à la fin du Congrès, mais se tiendront au milieu de la semaine et le même jour de façon à réunir le plus de Congressistes possible.

Une exposition, organisée avec le concours et la compétence de nos fournisseurs, aura lieu pendant toute la durée du Congrès. Une matinée sera consacrée à la visite officielle des divers stands. De nombreuses démonstrations pratiques seront faites tous les matins soit dans les services de stomatologie des hôpitaux, soit dans les locaux de l'école française de stomatologie.

Nous faisons un pressant appel à tous nos confrères de Paris et de la Province. Plus tôt ils nous assureront de leur concours effectif, plus tôt nous pourrons intensifier nos efforts en vue du succès de notre réunion professionnelle et du triomphe de notre cause : la stomatologie, spécialité médicale, avec toutes les conséquences d'ordre particulier et d'ordre général qu'entraîne cette affirmation.

P. S. — On peut, dès maintenant envoyer les inscriptions et cotisations à M. le docteur LACRONIQUE, 17, rue de Pétrograd, Paris (8e).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les Médecins parisiens de Paris et du département de la Seine.** — Récemment, dans les salons du Cercle de la Renaissance, se réunissaient les médecins parisiens de Paris et de la Seine en un dîner amical pour fêter leur premier anniversaire et leur 100e adhérent. Le professeur Balthazard présidait ces agapes où la plus grande cordialité réunissait en grand nombre maîtres et praticiens. Le président avec sa verve coutumière vanta les qualités des Parisiens, notamment leur indépendance doublée d'un certain esprit frondeur. Il engagea tous les médecins sans exception, professeurs comme praticiens, à entrer dans les syndicats.

Après le dîner, eut lieu l'assemblée générale. Gros succès pour le Dr Prost, réel fondateur de la Société. Gros succès également pour le Dr Bongrand le trésorier du corps médical qui sut présenter sous une forme humoristique un budget en sérieux excédent, chose rare en ces temps de disette financière.

On procéda aux élections.

Le Dr Dartigues fut nommé président, le Dr Devraigne vice-président. On réélut vice-président le Dr Vimont, trésorier le Dr Bongrand, secrétaire général le Dr Prost.

— **Enseignement de la psychothérapie, de l'hypnotisme et de la psychologie appliquée.** (Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, 49). — Les cours théoriques du semestre d'été ont lieu les jeudis de quatre heures à six heures. En voici le programme : Dr BÉRILLON : L'hygiène mentale et la psychothérapie des passions. La méthode hypno-phronique (Les jeudis à 9 heures). — Dr ARTAULT DE VEVEY : La psychologie des arts et leur évolution biologique. (Les jeudis à 4 heures). — M. DE HOGUES : C.D.F.P. La psychologie dans l'art dentaire (Les jeudis à 4 h. 1/2.)

Des cours pratiques de psychothérapie, d'hypnologie, d'orthopédie mentale et de psycho-physiologie sont faits, sous la direction des docteurs Bérillon, Paul Farez, Brion, et de M. H. Gosset, les jeudis à dix heures aux Dispensaires neurologique, pédagogique et anti-alcoolique, annexes de l'Ecole de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts

Les consultations du Dispensaire neurologique et pédagogique ont lieu, 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis, samedi de 10 heures à midi.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Services automobiles P.L.M. dans le Vivarais.* — La Compagnie P.L.M. mettra en marche du 1er juillet au 16 septembre, entre Montélimar et Vals-les-Bains, par Villeneuve-de-Berg et Aubenas, un service automobile qui fonctionnera, chaque jour, avec l'horaire ci-après : Vals-les-Bains, dép. 7 h. 40 ; Montélimar, arr. 9 h. ; Montélimar, dép., 11 h. ; Vals-les-Bains arr. 12h.30. Prix du billet simple : 16 francs

Il sera en correspondance à Montlélimar avec les trains de et pour Paris, Lyon, Marseille, Nîmes, Montpellier et Cette.

— **Hôpitaux d'Orléans.** — Le concours annoncé précédemment pour deux places d'internes titulaires des hôpitaux d'Orléans, a eu lieu le 29 juin dernier, sous la présidence de M. le Dr Georges PETIT, administrateur des dits hôpitaux, assisté de MM. les docteurs MARRÉ, DESHAYES et RAMADIER. Les questions déposées ont été les suivantes : « Articulation du genou » ; « Anatomie macroscopique des voies biliaires extra-hépatiques, sans la vésicule biliaire » ; « Anatomie macroscopique du nerf cubital au-dessous du plexus brachial ». La question sortie fut : « Articulation du genou ».

Ont été nommés internes titulaires : MM. Rogier, avec 56 points sur 60 et Favier, avec 47 points sur 60.

— **Le 10e banquet du Nord-Médical** a eu lieu le 4 juin dernier sous la présidence de M. le professeur Terrien, assisté du professeur de Lapersonne et du Dr Paul, entourés des docteurs Crouzon, Gernez, Guisez, Lardennois, Parmentier, Pauchet et Vanlande.

Au dessert, le Dr Paul souhaita avec la verve qui le caractérise la bienvenue aux deux maîtres de l'ophtalmologie, qui répondirent en termes délicats, spirituels et remplis de cordialité.

Après le café une heure de musique fut organisée par notre confrère de Castéras (Carbelly) qui avait amené de l'Opéra trois de ses camarades, Mlle Lalande, MM. Thill et Dalerant, qui rivalisèrent de talent et recueillirent de chaleureuses ovations que partagea au piano l'accompagnateur M. Becker.

Cette soirée, en tous points charmante, incitera les membres du *Nord médical* à se réunir encore plus nombreux au prochain banquet d'octobre.

Assistaient au banquet : MM. Amiard, Aureille, Bernard, Blanquart, Breton, Buquet, Camus, Castiaux, Chicandard, Crinon, Dartevelle, Daubresse, de Chabert, Desmarquet, Douay, Dubar, Duroeux, Farez, Felhoen, Gallois, Gaudier, Housquains, Humbert, Jeunet, Laisney, Lévy, Mabille, Mozes, Pamart, Paté, Planque, Quivy, Renaudeaux, Richez, Ronneaux, Schmitt, van den Busche, Méry.

S'étaient fait excuser : MM. Bréhon, Chaix, Charlier, Mauclaire, Hoffmann-Bang, Hugo, Terrien.

Pour tous renseignements concernant le *Nord médical*, s'adresser au secrétaire général : Dr RONNEAUX, 24, avenue Mac-Mahon (Wagram 42.16).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

chevet de son enfant, elle n'aura qu'à faire valoir ses droits en justice et à vous faire signifier la décision qui interviendra. Mais, tant qu'une telle signification ne vous aura pas été faite, vous devrez vous borner à vous conformer strictement aux instructions du père, sans avoir à rechercher si ces instructions sont contraires ou conformes au droit de visite accordé à la mère par le Tribunal.

Le seul responsable de vos honoraires sera le père, en raison du devoir général d'alimentation et d'entretien que la loi lui impose à l'égard de son enfant mineur, devoir qui l'oblige à le faire opérer si l'intervention est nécessaire, et parce que c'est lui qui vous aura mis en œuvre et aura commandé vos soins.

Aucune action ne peut être intentée par la mère au médecin traitant ou au chirurgien, sous le prétexte que son ex-mari n'aurait pas rempli vis-à-vis d'elle les obligations qu'il peut avoir.

1875. — Calcul de la rente d'un blessé du travail.

J'ai recours à votre obligeance pour obtenir le renseignement suivant : par quelle méthode dresse-t-on le décompte de la rente d'un blessé du travail ? Par exemple : un blessé du travail gagnant 5.000 fr. par an. A la suite d'un accident, il obtient un taux d'incapacité permanente partielle de 65 % (taux attribué par les médecins, sans considérations administratives).

Quel est le montant de la rente que la loi accorde effectivement ?

D[r] P.

Réponse.

Un blessé du travail a droit à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir à son salaire, lorsqu'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle. Cette rente est calculée sur l'intégralité du salaire si le blessé ne gagnait que 4.500 francs par an. Pour le surplus du salaire au-delà de 4.500 francs et jusqu'à 15.000 francs, le salaire annuel n'entre en ligne de compte que pour un quart.

Ainsi, dans l'exemple que vous nous donnez, le salaire de base sera de 4.500 francs plus 500 : 4, soit 125 francs, au total : 4.625 francs.

La réduction de capacité étant de 65 %, la rente sera donc obtenue par le calcul suivant :

$$\frac{4.625 \times 65}{100 \times 2}.$$ Elle s'élevera à 1.503,27.

Application du Tarif Breton.

I

1725. — Visites de spécialiste.

Je vous envoie ci-inclus une note d'honoraires



envoyée le 8 avril dernier à la X., se montant à 122 francs.

Elle me revient abaissée à 102, et j'ai noté leurs nouveaux chiffres au crayon.

J'ai reconnu avoir commis une erreur (excusable, je viens de m'installer....) en ce qui concerne l'indemnité kilométrique qui est, paraît-il, *de un franc*. De même en ce qui concerne les 2 *visites* des 10 et 12 mars, que j'ai taxées à 10 francs.

Mais là où je ne suis plus d'accord, c'est sur les prix des consultations et visites, *autres que la première*, qu'ils me taxent à 7 et à 8 francs. Or, aux termes de l'article 27 de la loi : « le prix de la *consultation*, lorsqu'elle est donnée par les *seuls médecins oculistes spécialisés*, est fixé à 15 fr. la première et 12 fr. *les autres* » pour les villes de première catégorie, et à 25 % en moins pour celles de *seconde catégorie*, soit 11.25 la première consultation et 9 FRANCS les autres.

Or la X, je le répète, ne veut payer que 7 fr. la consultation et 8 fr., la visite, bien que je sois *oculiste spécialisé*, n'exerçant pas la médecine générale.

Veuillez être assez aimable pour me dire quels sont mes droits, et, le cas échéant, ce que je dois faire.

Je désirerais savoir aussi s'il existe une différence — pour l'oculiste spécialisé — entre la *consultation* au cabinet médical, taxée à 9 francs (2e catégorie), et la *visite*, qui implique un transport d'appareils électriques spéciaux. Je n'ai vu nulle part le prix d'une telle visite.

Dr A.

Réponse.

1º L'article 1er dit que le blessé doit se rendre chez le médecin, sauf en cas d'inconvénient pour sa santé. En général, les soins donnés par un « spécialiste » se donnent au cabinet et non à domicile. C'est pourquoi il n'est prévu, dans le tarif Breton, que des prix de « consultations de spécialistes » prix, d'ailleurs, plus rémunérateurs que les visites des non-spécialistes, et de beaucoup relativement. Donc un *prix uniforme* pour la visite ou consultation chez le spécialiste.

2º Si vous êtes vraiment « spécialiste n'exerçant pas la médecine *générale* », c'est bien, comme oculiste, 12 francs (soit 9 fr. en deuxième catégorie) qui vous sont dûs pour les deuxième et suivantes consultations et c'est ce prix, en vous basant sur l'article 27, que vous devez exiger.

F. D.

II

1680. — Fracture de dents et appareillage.

Au titre de membre et abonné du *Concours médical* depuis de nombreuses années, j'ai recours à vos bons offices pour les renseignements suivants :

Je soigne actuellement un mécano, ouvrier d'un garage de R., qui, en service a fait une chute grave de motocyclette, s'abîmant la face, lèvres et joue droite, avec *bris de 6 dents.*

Le premier confrère local, qui a donné les premiers soins, a donné un certificat initial comportant, *sous réserves*, une incapacité temporaire totale de 20 jours, signalant également *sous réserves*, la cassure de 4 dents *au moins*, car au premier examen il était assez difficile de préciser davantage les lésions.

Mon blessé va bien actuellement : je lui ai extrait, sous anesthésie locale, 3 racines en mauvais état. *Quel tarif* appliquer pour ces extractions ? J'ajoute que je suis *stomatologiste.*

A l'expiration de ses 20 jours, mon blessé voudrait bien reprendre son travail. Dois-je faire seulement un certificat de REPRISE PARTIELLE, de façon à lui permettre de bénéficier des soins de bouche, liés à son accident ? De quelle durée ce certificat, étant donné qu'il faut compter au moins un mois et demi pour la cicatrisation des gencives avant *appareillage*, c'est-à-dire prothèse et restauration des dents perdues. Faut-il aviser la compagnie d'assurances, la X, et en quels termes, de la *nécessité de cet appareillage.* Quel est le *prix par dent*, accordé par le tarif accidents du travail ? Enfin, pour l'*avenir*, la compagnie devra-t-elle assurer au blessé la réfection d'appareils dentaires ou les réparations, cassures, etc. ? ?

Dr D.

Réponse.

1° Vous avez à compter (article 25) 10 francs (en première catégorie) pour « extraction de *dent* avec anesthésie » et cela pour chaque dent extraite.

2° Ce n'est pas au *spécialiste*, mais au médecin traitant qui lui a adressé le blessé, qu'il appartient de donner le certificat de reprise du travail, à moins que, d'un commun accord, le médecin traitant ait remis définitivement son blessé au spécialiste pour le reste des soins à donner, ce que j'ignore, dans votre cas.

3° En vue de l'appareillage, vous pouvez fort bien signer un certificat de reprise *partielle* de travail, mais sous réserve qu'il y a là un cas d'incapacité *permanente partielle* qui ne pourra être « consolidée » qu'après la pose de l'appareil nécessaire.

4° Il y a bien là un cas d'incapacité permanente partielle, et je vous signale même qu'on trouve dans le guide-barème militaire : « perte de cinq dents : 2 1/2 % d'incapacité ». Il convient donc qu'un certificat soit déposé à la mairie en vue de cette incapacité permanente partielle future, soit par le patron, soit par l'ouvrier.

5° Il a été jugé à maintes reprises que les appareils de prothèse ne peuvent être mis à la charge du chef d'entreprise, comme ne pouvant être compris dans les frais de traitement de la

blessure. Seuls sont à sa charge les appareils employés dans un but thérapeutique. Il est bien probable que l'assurance refusera d'assumer les frais d'un dentier.

6° Les frais d'appareillage ne pouvant être mis à la charge de l'assurance, à plus forte raison en est-il de même pour les frais de réparation et d'entretien des appareils.

F. D.

III

1783. — Indemnités de déplacement et première catégorie.

J'ai recours à votre obligeance au sujet d'un petit différend que je viens d'avoir avec la X. : les indemnités kilométriques de commune à commune voisine, sont-elles dues dans le département de la Seine ?

La X, en effet, me supprime les indemnités kilométriques pour 5 visites faites à un blessé atteint d'hydarthrose du genou et soigné dans une commune voisine, pour la raison qu'à l'article II du tarif des honoraires médicaux pour accidents du travail, il est dit que « cette disposition n'est pas applicable à Paris et à la banlieue ». La Compagnie ne discute ni le nombre ni la légitimité des visites.

De mon côté, je soutiens que « ce qui n'est pas applicable à Paris et à la banlieue », c'est simplement le paragraphe précédent, qui concerne les déplacements faits dans la même commune entre deux agglomérations distantes de plus d'un kilomètre. Jamais, jusqu'à présent, les I.K. ne m'avaient été contestées par aucune assurance, et cette fois encore, très aimablement la X. a consenti à me les régler mais tout en conservant sa façon de comprendre le texte de la loi.

Dr S.

Réponse.

Il me paraît hors de conteste, en lisant attentivement l'article 2, que le cinquième alinéa disant : « Cette *dernière* disposition n'est pas applicable à Paris et à sa banlieue. . . » concerne *seulement* la disposition dont il est parlé à l'alinéa 4, c'est-à-dire le paiement d'indemnité de déplacement, en certains cas à l'intérieur du territoire d'une *même* commune. S'il en était autrement, on aurait dit, d'une façon générale et concernant tout l'article, non plus : « Cette dernière disposition », mais bien : « Les indemnités de déplacement ne sont pas applicables à Paris ou à sa banlieue.. ». Il s'ensuit que, vous, en banlieue parisienne, n'avez pas droit de profiter de l'alinéa 4, mais que, lorsqu'il s'agit de vous déplacer dans une *autre* commune, vous avez le droit de faire payer votre déplacement. . . au taux du médecin *le plus rapproché* du malade (même article, alinéa 7). Et, comme conclusion pratique, en banlieue parisienne, je crois que vous ne devez pas souvent pouvoir réclamer l'indemnité

de déplacement, à cause de la « densité » médicale, si je puis dire.

Nota (qui a peut-être son importance historique, en l'espèce). — C'est moi-même qui ai proposé l'alinéa 4, à cause des hameaux éloignés, en campagne, et il ne fut accepté qu'avec la correction de l'alinéa 5 pour Paris et les grandes villes. Mais ces dispositions étaient en dehors du principe même de l'indemnité de déplacement de commune à commune.

F. D.

IV

1797. — Pansements multiples.

Abonné au *Concours médical*, j'ai recours à votre compétence pour l'affaire suivante :

Ayant soigné une femme accidentée du travail pour amputation traumatique par écrasement de l'index et du médius avec plaies suppurantes et gros œdème de la main, suppuration qui eut pour résultat un mois après la régularisation, amputation de la tête du 3e métacarpien et de 2 phalanges de l'index sous anesthésie générale, et ankylose partielle de l'annulaire et de l'auriculaire même main consécutive à l'immobilité due au pansement.

Après 5 mois de soins longs et pénibles, la blessée, d'une nervosité extrême, était enfin guérie, mais conservait malgré les massages fait aux autres doigts une forte I.P.P. (40 %) le pouce seul ayant conservé ses mouvements.

J'ai présenté à la Cie, une note ci-jointe établie d'après l'art. 17 (pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr.)

La Cie n'a pas contesté le nombre de pansements mais se basant sur l'art. 14 a prétendu ne devoir les payer qu'à raison de 8 fr. l'un. Poursuivie en justice de paix, l'expertise se basant sur la définition « même segment de membre art. 14 arrêté du 28 juin 1921 » donne raison à la Cie.

L'art. 17 au vu duquel j'ai établi ma note serait-il donc abrogé ?

Je lirai avec plaisir votre réponse dans le *Concours médical* et suivrai le conseil que vous voudrez bien me donner. sur les suites que je dois donner à cette affaire qui dépassera certainement en importance et en conséquences la valeur de ce litige.

Dr C.

Réponse.

L'article 14 n'est pas en jeu ici, puisqu'il s'agit de pansements multiples sur un *même* segment de membre, alors que cet article dit précisément : « hors le cas prévu de pansements sur un même segment de membre ». Il s'agit ici de l'application de l'article 17, alinéa 5, qui dit : « Pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autres que doigts et orteils, en cas de plaies très superficielles) : 15 francs ». C'est moi-même qui ai fait ajouter cette parenthèse,

parce qu'on me faisait remarquer qu'on ne devrait pas compter ce prix majoré de pansement alors qu'il s'agit d'écorchures à plusieurs doigts.

Dans votre cas, vous n'aviez pas affaire à des plaies « très superficielles » mais bien à des plaies graves de plusieurs doigts, nécessitant justement ces « pansements multiples sur un même segment de membre » (main), dont la tarification est bien de 15 francs en première catégorie.

F. D.

V

1805. — Radiographie et consultation.

1° Je lis dans la *Presse médicale* du 10 janvier 1925 n° 3, page 46, une rectification du tarif médical en matière d'accidents du travail, en particulier pour le tarif des radiologistes.

D'autre part, je lis dans le *Concours médical*, auquel je suis abonné, n° du 21-6-25, article 1322, page 1529, la réponse du Dr Quivy à propos de la collaboration d'un radiologiste et d'un chirurgien, que, « depuis le 1er janvier 1925, à cause de l'augmentation considérable de l'outillage et des accessoires photographiques, le tarif Breton est majoré de 20 %. »

Or, le tarif rectificatif de la P.M. est sensiblement le même que celui en vigueur avant la rectification.

Pourriez-vous me dire quel est véritablement le tarif actuellement réglementaire ?

2° D'autre part, je suis chirurgien et je possède à ma maison de santé une installation de radiodiagnostic.

Beaucoup de confrères m'adressent des cas d'accidents du travail pour avis chirurgical et souvent, après avoir fait œuvre de chirurgien, je fais œuvre de radiologiste. Il me semble que dans ces conditions j'ai le droit de compter :

Consultation confrère + prix d'une radiographie.

Est-ce exact ? Ou bien dans ce cas doisje craindre qu'on m'oppose « le cumul » ?

Dr R.

Réponse.

1° Le tarif actuel est le *même* que l'ancien, en appliquant à ce dernier, dans chaque cas, une majoration de 20 %.

2° Vous ne pouvez compter, à la fois, « le prix d'une radiographie, plus la consultation avec confrère », l'article 26-V dernier alinéa, disant : « Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires, etc. avec leur *commentaire détaillé* ». Et ce commentaire n'est autre que l'*avis* que réclame de vous le médecin traitant, en vous envoyant son blessé.

F. D.

VI

1809. — Amputation partielle de doigt en plusieurs temps.

Quel prix tarifer, chez un blessé du travail, l'ex-

traction d'une phalangette nécrosée, sous bague anesthésique.

Il s'agit d'un panaris de la gaine, que j'ai ouvert largement il y a quinze jours. Malheureusement, le blessé n'est venu me consulter que deux ou trois semaines après le début des accidents. J'ai profité de l'anesthésie régionale pour enlever l'ongle (périonyxis), et pour réséquer à la pince-gouge la moitié inférieure de la phalangette, en respectant le tissu osseux que je croyais sain (quel prix pour cette première intervention ?)

Il persiste aujourd'hui une fistule osseuse ; la phalangette est hypertrophiée et douloureuse, et je me propose de procéder dans quelques jours à l'extraction tion du séquestre, pour ne pas prolonger anormalement l'incapacité temporaire.

Je ne trouve dans le tarif rien qui me permette d'estimer le prix de cette intervention.

Dr P.

Réponse.

En réalité, vous aurez pratiqué de cette façon (en plusieurs temps, puisque vous aviez déjà réséqué une partie de la phalangette) une « amputation partielle de doigt », tarifée 50 francs (article 20). F.D.

VII

1815. — Fracture du scaphoïde.

J'ai soigné un accidenté du travail, avec fracture du scaphoïde, par un appareil platré selon les indications de Masmonteil. Or, sur l'arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, je n'ai trouvé aucune indication me fixant les honoraires pour réduction et contention d'une telle sorte de fracture.

Je vous serais donc très obligé si vous pouviez me conseiller le prix d'une telle intervention à faire payer à l'assurance, le blessé appartenant à une ville de moins de 100.000 habitants. Dr M.

Réponse.

Ayant mis un appareil plâtré pour fracture du scaphoïde, il me semble équitable de réclamer 60 francs, par analogie avec « fracture d'un seul os de l'avant-bras », alors que dans les deux cas il y a la pose d'un appareil plâtré d'importance technique analogue. F.D.

JURISPRUDENCE

DÉPOT. — PREUVE. — ABSENCE D'ÉCRIT OU DE COMMENCEMENT DE PREUVE PAR ÉCRIT. — C. CIV. ART. 1924. — AVEU. — INDIVISIBILITÉ.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (3e ch.).
28 avril 1925.
Gazette du Palais, 4 juillet 1925.

Si, en vertu de l'art. 1924 C. civ. lorsqu'un dépôt su-

périeur à 150 francs n'est pas prouvé par écrit, celui qui est attaqué comme dépositaire en est cru sur sa déclaration, du moins cette déclaration de preuve par écrit, constitue-t-elle un aveu indivisible qui doit être pris dans son ensemble sans qu'il soit permis de la scinder au profit du demandeur et, spécialement d'accepter le fait du dépôt et de rejeter la partie de l'aveu donnant à la remise des objets le caractère d'une donation en paiement.

Le tribunal,

Attendu que le prince P. d'A. a assigné le docteur B. en restitution d'armes de chasse d'une valeur de 12.000 fr. qui lui auraient été confiées en 1912 à titre de dépôt ; que le docteur B. tout en reconnaissant avoir reçu les armes déclare qu'elles lui ont été remises en paiement de soins médicaux par lui fournis au demandeur ;

Attendu qu'en fait de meubles, posssesion vaut titre ; que le demandeur, à qui, en conséquence, incombe la charge de prouver le contrat de dépôt allégué, est dans l'impossibilité de présenter soit un écrit, soit même un commencement de preuve par écrit ; qu'il se borne à prétendre que le docteur B. ayant reconnu avoir reçu les armes, c'est à ce dernier qu'il appartient de justifier la dation en paiement qu'il invoque comme juste titre de sa possession.

Mais attendu que, si, en vertu de l'art. 1924 C. civ., lorsqu'un dépôt supérieur à 150 fr. n'est pas prouvé par écrit, celui qui est attaqué comme dépositaire en est cru, sur sa déclaration, du moins, cette déclaration constitue-t-elle un aveu indivisible, qui doit être pris dans son ensemble, sans qu'il soit permis de la scinder au profit du demandeur, pour en accepter la seule partie afférente à la détermination de l'objet de la dette, en l'espèce, la remise des armes, et en rejeter celle qui donne à cette remise le caractère de dation en paiement ;

Par ces motifs,

Déboute P. d'A. de ses demande, fins et conclusions et le condamne aux dépens.

NOTE. — Le contrat de dépôt supérieur à 150 fr. doit être constaté par écrit. Il ne peut être prouvé par témoins que si le demandeur justifie d'un commencement de preuve par écrit : Montpellier 20 décembre 1900 (*Gaz. Pal.* 1910.2.76) ; Paris 1er août 1903 (*Gaz. Pal.* 1903.2.611 — D. 1904.2.345) ; et ce commencement de preuve par écrit peut résulter d'un interrogatoire sur faits et articles, sans qu'il y ait indivisibilité nécessaire entre les réponses résultant dudit interrogatoire : Paris 1er août 1903 précité ; Cass. 11 avril 1877 (D. 77,1.343) ; 10 novembre 1879 (D. 80.1.390).

Mais il faut observer que l'indivisibilité de l'aveu, preuve du contrat civil, est de règle, et qu'il n'y est porté atteinte que lorsque les déclarations successivement fournies sont contradictoires : Cass. 30 mars 1874 (D. 76.5.50) ; 1er décembre 1880 (D. 81.1.255) ; 12 décembre 1881 (D. 82.1.152) ; ou que l'aveu por-

tant sur des faits distincts, le fausseté de l'un de ces faits est démontrée par les preuves ou pièces de procès : Cass. 17 avril 1877 (D. 78.1.133) ; 5 décembre 1881 (D. 83.1.206) ; Aubry et Rau, 4e éd., t. VIII, § 765, p. 346-347 ; Baudry-Lacantinerie ; Précis de droit civil, 4e éd., t. I, nº 873, p. 521

La disposition de l'art. 1924 est fondée sur les principes généraux du droit et spécialement sur l'indivisibilité de l'aveu : Pont, Petits contrats, t. I, nº 409 ; Guillouard, du dépôt et du séquestre, nº 41 ; Huc, t. VI, nº 234 ; Baudry-Lacantinerie et Wahl, Dépôt, nº 57 et s' ; Nouv. C. civ. annoté sous l'art. 1924, nº 26 et s. ; adde Cass., 3 juin 1892 (S. 92.1. 431 — D. 93.1.300 et la note) ; Paris 20 février 1852 (D. 52.2.224) ; Bruxelles, 16 novembre 1900 (*Journ. trib. belges*, 23 décembre 1900).

Commentaires.

Au point de vue professionnel, ce jugement est intéressant, parce qu'il montre la mentalité de certains clients.

Le médecin est souvent considéré comme un ami, à telle enseigne que, recevant des cadeaux, des invitations diverses ou des services, le docteur se croit obligé de ne pas envoyer la note de ses honoraires pour soins donnés.

Mais qu'une brouille survienne et, comme dans le cas actuel, le donateur demande au donataire la restitution de ses cadeaux.

Comment le docteur pourra-t-il faire la preuve des soins qu'il a donnés, sans violer le secret professionnel ?

Ses livres ne font pas mention des visites médicales qu'il a faites à celui qu'il considérait comme un ami et que, comme tel, il entendait ne pas faire payer.

En sens opposé, il a été jugé que le médecin peut être considéré comme ayant renoncé tacitement à réclamer des honoraires à un malade qui a fait accepter au docteur ou à sa famille, des cadeaux ou lui a rendu des services importants. (Tribunal civil d'Annecy, 23 juillet 1887, S. 89-2-45 ; Trib. civ. Seine, 9 février 1906, *Gaz. Pal.*, 06.1.496).

Mais encore faut-il qu'il soit prouvé que le docteur et ces clients vivaient dans un état d'amitié très intime.

Peu à peu, les tribunaux, le fisc, les mœurs mêmes, nous obligent à moins faire de sentiment et à traiter « affaires », là où nos pères, jadis, rougissaient de recevoir des honoraires parce qu'eux-mêmes, et encore plus leurs malades, considéraient la médecine comme un sacerdoce.

Actuellement, le « tiers payant » nous impose un tarif à catégories ; il faut établir une note détaillée. Le client ordinaire se croit déchargé de toute reconnaissance, lorsque, pour le service médical rendu, il a donné quelque argent.

Tenons donc nos livres pour résister à la répétition d'objets donnés en paiement d'honoraires.

Dr Paul BOUDIN.

Quarante-septième année N° 33 16 Août 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1908-IV.)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazot, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les - Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon - L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo - les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel - Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet

Eaux - Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les - Bains Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Terrès.

Luxeuil-les - Bains : Bornèque, Roger Causeret. Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières - les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins - les - Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint - Gervais - les - Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon - les - Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelle

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Losserat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société civile du *Concours Médical*, de M. le Dr Dufour, de Faumont (Nord), la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 336. — Cause achat voit. 4 pl., A vend. 6 CV Renault, cond. int., 2 pl. 1 str. Et. neuf, n'a pas fait 15.000 km. Sort. usines, juill. 1923. Voit. idéale pr le méd. 13.500 fr. Dr Dessère, à St-Laurent (Ain).

N° 337. — Loire. Urg., poste pro-ph. 54.000 touchés. A céd. 25.000, dont 15.000 compt. Belle mais. av. bail, jard. gar., pays tr. agr.

N° 338. — S.-E. A céd. fin d'ann. à méd. act., exc. client. usines camp. ray. étend., sur gr. ligne. 60 km. Lyon, log. conf. av. bail., gar. Rapp. 40.000. Prix à déb.

N° 339. — A céd. pr. 970 fr. reçu Citroen 1.000 fr., à valoir sur commande 5 ou 10 CV.

N° 340. — Faut. de méd. du doct. Witkowski à vend., mod. conf. chêne, style Renaiss. siège et doss. cuir marron, étriers nickel. tr. bon ét., 100 fr., pris ch. le Dr Vincens, Nice, 2, rue Deloye.

N° 341. — On ch. homme jne, actif, intell., pour gérer et représent. mais. orthopéd. Bons appoint., gros avenir.

N° 342. — Ds stat. baln. fréq. de l'Océan, à céd. d'urg. client. et belle villa, pour simple repr. de bail. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante à Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 343. — Est. Belle camp. riche, poste pro-pharm. rapp. 50.000, gr. mais. pet. indemn. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante à Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 344. — A vend. occ. uniq. : Livres médec. reliés, années 1508 à 1800. Demander liste ou faire offres.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Traitement des recto-sigmoïdites ulcéreuses chroniques, cryptogénétiques, par le novarsénobenzol.

Une cuillerée à soupe à une et demie de coréine en paillettes, mélangée avec 350 à 500 cc. d'eau à 40°. Agitation jusqu'à consistance de gelée demi-liquide puis adjonction de novarsénobenzol : 0,45 centigrammes pour le premier pansement, à 1 gr. pour les suivants (dissoudre préalablement le nov. dans un peu d'eau). Enfin, incorporation ou de 10 gr. de dermatol, ou de 10 gr. de carbonate de chaux, ou de 5 gr. d'oxyde de zinc. Pour faire tolérer le pansement, on y ajoutera XX à XXX gouttes de laudanum de Sydenham, dose qui pourra être rapidement diminuée.

A introduire dans le rectum tous les trois jours et à garder un minimum de douze heures.

Après cinq ou six pansements, dans la majorité des cas les ulcérations seront disparues (contrôle rectoscopique).

Gaston DURAND.

(Société de Thérapeutique. 11 février 1925).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le *Matin* a publié récemment l'entrefilet qui suit :

Un intéressant jugement du tribunal de Lille.

LILLE, 30 juillet. — Télégr. *Matin.* — Il y a quelque temps, surgissaient, entre deux médecins, des difficultés d'ordre professionnel.

L'un des deux, syndiqué, obtint du syndicat médical de Lille et de la région, qu'une circulaire serait envoyée à tous ses membres, mettant à l'index le médecin non syndiqué et appréciant sévèrement sa conduite.

Jugeant qu'il y avait dans cette attitude une atteinte à ses intérêts professionnels, le médecin non syndiqué intenta une action en dommages-intérêts contre le syndicat. A l'audience, Me Drillon réclama en son nom 500.000 francs et des insertions.

Le tribunal vient de rendre son jugement : il déclare que le syndicat a le droit de soutenir les intérêts matériels et moraux de ses membres et qu'en intervenant pour assurer les règles de la confraternité, il n'a pas outrepassé ses droits.

En conséquence, le tribunal déboute le médecin demandeur de sa demande en 500.000 francs de dommages-intérêts et le condamne aux dépens, sauf les

frais d'intervention de la fédération qui restent à la charge de celle-ci.

Nous allons nous efforcer de nous procurer le texte de cette intéressante décision, que nous ne manquerons pas de publier.

CORRESPONDANCE

Le Sou Médical garantit les Propharmaciens.

Existe-t-il des assurances qui couvrent la responsabilité du médecin, en tant que propharmacien ?

A cette question posée dans *Le Propharmacien* du 1er juillet 1925, le secrétariat général du « Sou Médical » répond :

A la question que vous posez dans le *Propharmacien* du 1er juillet, je puis vous répondre que la Ligue de défense professionnelle « Le Sou Médical » couvre la responsabilité civile et pénale des médecins propharmaciens, lorsque ceux-ci exercent légalement la propharmacie, selon les termes de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie.

A mon avis, point n'est besoin pour nos confrères propharmaciens, membres du « Sou Médical », d'avoir recours à une assurance, du moment où ils trouvent, dans cette Ligue de confrères, aide, conseils et protection pour tous les actes professionnels, qu'ils accomplissent eux-mêmes.

D'autant que notre Ligue les garantit jusqu'à concurrence de cinquante mille francs et qu'il est probable que cette garantie va bientôt être encore augmentée.

Le secrétaire général
Dr Paul BOUDIN.

Mutualité familiale

Le droit à la pension est acquis après le versement de cinq cotisations annuelles.

Je me vois dans l'obligation de cesser mes versements à la combinaison R : dois-je donner ma démission et puis-je obtenir le remboursement des cotisations déjà versées ?

Dr F... à P...

Réponse.

En aucun cas, sauf celui de la mort du sociétaire contre-assuré, les cotisations versées ne peuvent être remboursées.

Vous n'avez aucun intérêt à démissionner puisque vous perdriez ainsi tous vos droits.

Au contraire, en restant membre de la Société,

vous conservez vos droits à la pension puisque vous avez versé cinq cotisations annuelles. Cette pension sera réduite, sans doute, mais elle sera servie à 65 ans comme la pension entière.

Vous aurez toujours le droit de reprendre vos versements quand vous le voudrez. Vous pourrez même, mais cela jusqu'à 60 ans seulement, effectuer le versement de vos cotisations en souffrance pour retrouver vos droits à la pension complète.

Notez que, si vous aviez fait moins de cinq versements annuels, vous auriez tort encore de démissionner, puisque vous pouvez toujours compléter ces cinq versements exigés par les statuts et reprendre vos droits à la pension proportionnelle.

A. G.

1872. — Piqûres d'insectes admises comme accidents du travail.

Dans votre numéro 29 du dimanche 19 juillet 1925, je lis sous le numéro 1653, quelques lignes à propos d'une morsure de vipère accident de travail.

Je fais le rapprochement de cet article avec deux cas de ma clientèle.

Premier cas. — En gardant ses bêtes au pré, une jeune fille de 15 ans est piquée au mollet *par un frelon.* Presqu'immédiatement, accidents locaux et généraux (œdème se généralisant, urticaire, tendance à la syncope, céphalée, courbature, urines noires, nécessité de 8 à 10 jours de repos et de soins). La Compagnie l'A... a reconnu comme accident de travail ce premier cas et a payé tous les frais comme dans tout accident.

Deuxième cas. — Tout récemment, un jeune homme de 20 ans travaillait dans sa vigne, lorsqu'il fut piqué au front par une abeille ou une guêpe. Très rapidement, état syncopal et phénomènes de tous ordres d'intoxication, ayant nécessité plusieurs jours de repos et de soins. La Compagnie Caisse syndicale des agriculteurs de France a accepté cet arrêt comme accident du travail agricole.

Il me semble donc que le fait pour un moissonneur d'être arrêté de ses occupations à la suite d'une piqûre d'insecte ou morsure de vipère est bien un accident de travail.

Dr B.

Réponse.

Nous vous sommes vivement reconnaissants d'avoir bien voulu nous communiquer les cas d'espèce dans lesquels des piqûres d'insectes avaient été reconnues comme accidents du travail par des compagnies d'assurances. Ces renseignements pourront servir lorsque des contestations s'élèveront à ce sujet et que nous serons consultés.

1851. — Accident du travail. Morsure par un chien.

Votre numéro 29, page 1710, fait mention d'une morsure de vipère considérée comme un accident du travail.

A ce propos, j'ai un renseignement à vous demander : un ouvrier de la localité est envoyé par son patron (centre électrique de la ville), faire une réparation dans une maison particulière. Il est mordu par le chien de la maison.

Le patron prétend que c'est un accident du travail — moi pas — et l'assurance du patron a répondu d'une façon évasive.

J'ai prévenu le patron qu'en l'espèce, il devait faire une déclaration à la gendarmerie pour examen du chien par un vétérinaire, aux frais du propriétaire du chien, de manière à prendre « position », le cas échéant.

En tout cas, j'ai exigé d'être payé par l'ouvrier, qui lui, se fera rembourser s'il y a lieu,

Car, dans ces cas, tout le monde se défile et personne ne paye. C'est le coup des accidents d'auto.

En résumé, le cas signalé est-il un accident du travail ?

Dr D.

Réponse.

Puisque l'ouvrier que vous avez soigné a été mordu par un chien « à l'occasion du travail », il s'agit à n'en pas douter d'un accident du travail couvert par la loi du 9 avril 1898. Vous auriez donc pu vous faire payer par le patron, mais vous avez aussi bien fait en demandant à l'ouvrier de vous payer directement. Les droits de celui-ci ne s'en trouveront pas lésés, car il pourra toujours se faire rembourser soit par le patron ou son assurance, soit par le propriétaire du chien, contre lequel le patron et l'ouvrier conservent leur recours en vertu de l'article 7 de la loi sur les accidents du travail.

1813.— Reversion de pension militaire en cas de décès du titulaire.

Un de mes clients, réformé de guerre à 50 % pour bacillose pulmonaire, est décédé il y a un an.

Sa pension est-elle réversible sur la tête de sa veuve et d'un enfant de 7 ans et dans quelle proportion pour la mère et l'enfant, en cas d'affirmative ?

Dr F.

Réponse

La veuve touchera une pension annuelle de 1.400 francs (nouveau tarif et l'enfant fera l'objet d'une majoration de 500 francs au moins. Mais il faut que l'intéressée s'adresse au sous-intendant des Pensions de sa région pour se

(*Voir la suite page XXXIX*-1947)

PROPOS DU JOUR

Médecins et Romans.
Nos médecins, de M. Duplay. — La poignante agonie, du Dr Duplessis de Pouzilhac.

Un de nos correspondants nous signale avec indignation un roman récent où, nous dit-il, les médecins sont dépeints sous un assez vilain aspect. Il nous en adresse des citations et s'en indigne. Il nous excusera de considérer la chose, sinon avec plus d'indifférence, du moins avec plus de sang-froid. Si nous protestions chaque fois qu'un journaliste ou un homme de lettres en mal d'écrire traitent la profession médicale sans ménagements, nous pourrions ouvrir une rubrique spéciale de plusieurs colonnes dans le journal et cela finirait par ne plus trop intéresser nos lecteurs. Les médecins, depuis qu'ils existent, à tort ou à raison, trop souvent à tort, sont critiqués, voire même calomniés ; cela continuera vraisemblablement jusqu'à la consommation des siècles ; ils ne s'en sont pas d'ailleurs plus mal portés, ne s'en portent pas plus mal et ne s'en porteront pas plus mal.

Nous avouerons sans pudeur avoir ri franchement quand, au Français, nous avons eu le plaisir d'entendre le *Malade Imaginaire* ; et avoir sans ennui écouté *Knock*. Nous ne pouvons affirmer cependant que la lecture de « *Nos médecins* » de M. Duplay nous a toujours plu.

Ce roman cependant ne manque pas de qualités, et si, par quelques points il nous rappelle les *Morticoles*, si, comme ces derniers, il paraît être un roman à clefs, il s'efforce de rester au moins une œuvre de bon goût et d'éviter les violences et les trivialités parfois répugnantes du pamphlet de M. Léon Daudet. Cependant, à notre avis, l'auteur de *Nos médecins* a mal intitulé son ouvrage ; nous y cherchons en vain les médecins de notre époque, les vrais médecins. L'action se passe autour de la vie d'un grand chirurgien Daruel, une sorte de surhomme, assez infatué de son talent et de sa personne, mais brutal, manquant de la maîtrise de soi-même, qui est la qualité principale de tout bon chirurgien, et du minimum de sens moral qui est indispensable à tout homme de qui dépend presque sans contrôle, un nombre important de vies humaines. Ce Daruel, être tout à fait exceptionnel, souvent mal embouché, mène parfois assez plaisamment la vie mondaine. L'auteur nous le montre déguisé en oiseau bleu à un bal masqué, puis le fait s'amouracher, un peu comme un collégien, de la cousine d'un de ses amis, dont il est venu opérer le père et qui devient bientôt sa maîtresse. Il a cependant la noblesse de l'épouser lorsqu'il lui découvre un cancer. Ce Daruel, dont la conscience sommeille, la voit s'éveiller à l'épreuve de l'amour, jointe à celle de la douleur que lui cause la perte de cette femme adorée qu'il n'a pu, malgré son talent, arracher à la mort. Il finit par devenir sensible, compatissant, humain, par où en somme, nous aurions été heureux de le voir commencer.

Deux autres chirurgiens servent à faire ressortir les défauts et les qualités de Daruel. C'est d'abord : Claude Manceau, son vieux maître, sorte de demi-dieu qui, planant bien au-dessus des contingences de son milieu, accepte sans se plaindre les douleurs de la maladie et les infirmités de la vieillesse. Ce sage s'efforce de ramener dans le bon chemin son élève préféré, ce Daruel qui a au moins le mérite de vénérer et d'aimer ce grand chirurgien, doublé du meilleur des hommes et doué de la philosophie la plus indulgente. A côté de Claude Manceau est peint le sinistre Torsini, dont les forfaits sont si invraisemblables qu'ils enlèvent presque, au moins pour nous, tout intérêt à leur récit.

Evidemment, *Nos médecins* ne constituent pas un monument élevé à la gloire chirurgicale, malgré la belle figure de Claude Manceau et la conversion édifiante, même trop édifiante, de Daruel, mais en toute franchise, tout cela ne nous paraît pas devoir nuire à la bonne réputation de la profession médicale. Les héros du roman, dont nous ne saurions découvrir les modèles, qui peuvent d'ailleurs être et sont sans doute complexes, ont peut-être existé, mais ils ont évolué dans un monde bien restreint et bien différent du nôtre. Que, dans ce qu'il est convenu d'appeler le monde, le grand monde, le monde où l'on s'ennuie, le monde cosmopolite et parfois interlope, où l'argent tient lieu de noblesse et le puffisme de talent et d'honneur, évoluent d'intelligentes brutes comme Daruel, et de fines crapules comme Torsini, cela est peut-être pos-

sible. Mais il ne viendra à aucune personne bien élevée, honnête et saine, à aucun des bourgeois, grands et petits, des intellectuels, des industriels, des commerçants, des ouvriers, des paysans qui font l'immense majorité de la clientèle des médecins français d'appeler *Nos médecins* les types exceptionnels dont M. Duplay a vigoureusement et non sans talent fait le portrait dans son roman. Nous croyons simplement que l'amour filial a poussé l'auteur à exalter la mémoire de son père le professeur Simon Duplay, qui fut indiscutablement un chirurgien habile, un maître éminent et un homme de haute probité ; il lui a donné les traits de Claude Manceau et les autres personnages paraissent être destinés à donner plus de relief à cette noble figure, bien qu'elle ne tienne pas le premier plan.

***

D'un esprit tout différent est le roman que vient de nous adresser notre distingué confrère de Narbonne, M. Paul Duplessis de Pouzilhac, qui n'en est pas à ses débuts et a déjà un nom apprécié dans le monde des lettres. Son livre intitulé : *La Poignante agonie* est qualifié par l'auteur lui-même : « roman de mœurs médicales » et comme il l'indique aussi dans les quelques lignes qu'il a bien voulu mettre sur la page de garde pour nous faire hommage de son œuvre, c'est l' « Apologie du médecin qui souffre et qui vit ».

Le Dr Duplessis de Pouzilhac nous transporte dans un pays et une cité de rêves, Hermès, que sa vive imagination a fait surgir à la suite d'un cataclysme. C'est la ville aux Cent Cliniques, où la Nature et la Science se sont données la main pour apaiser la douleur, combattre la maladie, faire reculer la vieillesse sans pouvoir supprimer la mort. Les personnages qui vivent à Hermès, bien que dans un pays singulier, comme d'ailleurs en font foi les gravures sur bois fantasmagoriques et merveilleuses qui illustrent le livre, les habitants d'Hermès sont cependant des êtres humains avec leurs vertus, leurs vices et toutes leurs passions.

Le héros du roman est le professeur Bouverin, un grand savant et un excellent médecin dans la plus noble acception du terme, qui vient de découvrir le remède du cancer. Mais pour son malheur, Bouverin s'est laissé séduire par la beauté fatale de la femme qui est devenue son épouse et que l'on a surnommée la Fornarina, à cause de sa ressemblance étrange avec la maîtresse de Raphaël. Cupide, dépensière, intrigante, avide d'honneurs, cette femme ambitieuse devient une véritable persécutrice du pauvre et généreux savant, que l'affection de ses deux filles et l'amour étrangement mystique et discret d'une jeune Slave, devenue son interne, s'efforcent de consoler.

Ses travaux, ses préoccupations professionnelles, ses soucis domestiques ont tellement absorbé les facultés de Bouverin qu'il ne s'est pas aperçu que lui, l'inventeur du remède du cancer, était atteint d'une tumeur du médiastin qui ne pardonne guère. Et c'est le jour même d'une fête, organisée en son honneur par sa femme, qui veut partager son triomphe, fête célébrée à l'occasion du grand prix qui récompense la merveilleuse découverte du savant, c'est ce jour d'apothéose qu'il diagnostique trop tardivement, hélas ! le mal dont il va mourir.

Atteint pendant le bal d'une crise cardiaque, Bouverin se retire discrètement dans sa chambre. La Fornarina qui avait rêvé de le faire couronner avec elle solennellement à la fin de la fête par une étoile de la danse, le cherche en vain. Elle apprend qu'il s'est retiré fatigué dans ses appartements. Qu'importe ! tout le cortège des invités, la danseuse en tête, portant la couronne, vont suivre la cruelle épouse jusqu'au chevet du savant et on le trouve mort. Stupeur générale, la Fornarina dont les rêves de grandeur s'effondrent, tombe sans connaissance, tandis que la jeune Slave mystique, qui a voué un culte au maître qu'elle adore, se prépare à le suivre par un discret suicide dans un monde inconnu et meilleur.

Tel est le thème de *la Poignante agonie*. Certes, le caractère de Bouverin est vrai et très noble ; parmi nos lecteurs, plus d'un sans doute, comme nous-même, ont pénétré dans l'intimité de maîtres, pitoyables victimes d'insatiables Fornarina. Mais là encore, nous nous trouvons dans un monde trop spécial et trop exceptionnel. Malgré tout le talent de M. Duplessis de Pouzilhac, Bouverin ne modifiera guère dans le public l'opinion vraie ou fausse que chacun peut se faire de la profession médicale ; pas plus du reste que Claude Manceau, Daruel et Torsini peints par .. Duplay dans *Nos médecins*.

Nous souhaiterions (et nous nous adressons directement à notre distingué confrère Duplessis de Pouzilhac, qui a tout le talent nécessaire pour réaliser notre vœu), nous souhaiterions voir écrire un roman sur le médecin, le vrai médecin, le médecin praticien de la ville ou de la campagne. Ce roman, dans le genre du *Médecin de*

campagne de Balzac, en différerait profondément, car le médecin de campagne du grand romancier est trop peu médecin s'il est un admirable philanthrope.

Il nous semble qu'il ne serait pas très difficile de conter la vie d'un praticien qui, comme la très grande majorité de nos confrères et l'unanimité de nos amis, mènerait l'existence pénible de sacrifice et de dévouement qui est celle du médecin qui exerce la profession qu'il a librement choisie et vers laquelle il se sentait poussé par une véritable vocation. Il pourrait peindre ses joies et ses tristesses, ses heures de satisfaction et de déception, ses angoisses, ses périodes de découragement vaincues par l'énergie d'une volonté que l'activité de sa profession a toujours tenue en éveil. Il pourrait le suivre dans toute sa carrière qui se termine parfois récompensée par une très modeste aisance qui n'est certes pas l'*aurea mediocritas* du bon Horace, au sein d'une famille que la bonne éducation qu'elle a reçue de lui, a rendu d'une vénération affectueuse pour le père qui s'est sacrifié pour elle et tant d'autres. Ou bien, hélas ! il le montrerait à la fin de ses jours se débattant trop souvent dans la gêne, presque dans la misère, n'osant tendre la main et cachant sa détresse même aux Associations fondées pour la secourir.

Comme il serait facile de semer cette vie, un peu terne dans son honnête droiture, d'épisodes variés qui émaillent la carrière du praticien et en font le témoin discret des tragicomédies les plus étranges et les plus grotesques et des drames les plus émouvants et les plus terribles.

En lisant un roman écrit sur ce thème, presque tous les lecteurs y reconnaîtraient sous certains traits la physionomie de *leur médecin*. Le dévouement professionnel, la vie pénible dont les fatigues sont mal récompensées, soulignés sans exagération et d'une plume sincère et discrète, feraient beaucoup réfléchir. On rendrait justice au pauvre praticien qui n'a rien de commun avec les Manceau, les Daruel, les Torsini, pas même les Bouverin et dont cependant les services privés et sociaux sont immenses.

Mais, pour écrire pareil roman, il faut être à la fois un écrivain de talent et un médecin praticien qui a vécu dans le milieu médical, dans le vrai milieu médical, et c'est pourquoi nous faisons appel à notre confrère, le Dr Duplessis de Pouzilhac. Il y a là une belle œuvre à construire et nous espérons un jour pouvoir nous vanter d'avoir inspiré un nouveau chef-d'œuvre.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE (1)

Par Albert VAUDREMER,

Maître de conférences aux Hautes Etudes.

IV

Le bacille de Koch

Nous terminerons ici l'exposé schématique des doctrines qui, depuis Bayle et Laënnec, ont régné tour à tour dans la science médicale, sur le problème de la tuberculose. On peut, de cette vue d'ensemble, conclure que les désordres causés par l'infection bacillaire revêtent des aspects d'apparence très variée. Toutefois, dans cette variété même, il est possible d'établir un classement. On constate, en effet, que les manifestations bacillaires revêtent deux types relativement constants, qui sont : les lésions sans caractères spécifiques, communes à de multiples infections : les lésions ayant des caractères considérés comme spécifiques (follicules, tubercules, etc.

Ces deux sortes de lésions ne peuvent être identifiées que par l'existence constatée du bacille de Koch.

La découverte de ce bacille fut annoncée par Robert Koch, le 24 mars 1882, à la Société physiologique de Berlin. En colorant des prélèvements suspects, avec une solution de bleu de méthylène faiblement alcalinée, et, en décolorant ensuite à la vésuvine, Koch avait mis en évidence un bacille spécial. Celui-ci, qui paraissait être très mince, « avait comme longueur la moitié ou le quart du diamètre d'un globule

(1) Voir *Concours médical*, 1925, numéros 5, 13, 21 et 27.

rouge, parfois davantage, très analogue au bacille de la lèpre, mais plus effilé que celui-ci. »

Koch trouvait ce bacille en abondance dans les tubercules jeunes ou en voie de développement ; dans les granulations grises de la tuberculose miliaire aiguë ; dans les pneumonies caséeuses et dans les parois des cavernes . L'examen des crachats de phtisiques avait permis à Koch de retrouver, dans la moitié des cas, le même bacille. En revanche, il ne l'avait jamais vu dans l'expectoration des malades atteints d'autres maladies.

Au cours de recherches systématiques, le bacille tuberculeux avait été rencontré dans un tubercule solitaire du cerveau (1), dans les ganglions bronchiques caséeux ; dans les ulcères tuberculeux de l'intestin ; dans des glandes scrofuleuses fraîchement extirpées ; dans les fongosités des tumeurs blanches. Koch le retrouva ensuite dans les produits de la pommelière ; chez le porc, la poule, le singe et le cobaye, morts de tuberculose spontanée. A la suite d'inoculation à des cobayes de produits tuberculeux provenant de l'homme ou du bœuf, il le retrouva chez les animaux inoculés. Après une pareille accumulation de preuves, le doute n'était plus permis.

La tuberculose, maladie contagieuse, était due au microbe particulier que Koch avait découvert et dont il disait : « Désormais, nous n'avons plus affaire, dans la lutte contre le terrible fléau de la tuberculose, à quelque chose de vague et d'indéterminé ; nous sommes en présence d'un parasite visible et tangible, dont nous connaissons déjà en partie les conditions d'existence, conditions que nous pourrons encore étudier de plus près. Nous savons que ce parasite ne trouve de conditions d'existence que dans le corps de l'homme et des animaux et qu'il ne peut se développer en dehors de l'économie animale, dans le milieu ambiant. C'est là, une donnée très consolante au point de vue de la lutte contre la tuberculose. Il en résulte qu'il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérive l'infection. Une de ces sources et la principale certainement, est l'expectoration des phtisiques, qu'il faut s'appliquer à désinfecter et à rendre inoffensive : ainsi on supprimera la plus grande partie du contage tuberculeux.

La désinfection des habits, de la literie, etc., souillés par les phtisiques mérite aussi une sérieuse attention. Une autre source d'infection est la tuberculose des animaux domestiques : en première ligne, la pommelière. Celle-ci est identique à la tuberculose de l'homme, et peut, par conséquent, se transmettre à l'homme par l'usage de la viande et du lait provenant d'animaux tuberculeux. Il faut donc en agir avec elle comme avec les autres maladies infectieuses transmissibles des animaux à l'homme. »

(1) Strauss. — La tuberculose et son bacille, p. 137.

On voit que les mesures prophylactiques proposées par Villemin étaient reprises par Koch, et cela dans les mêmes termes. Ainsi, la découverte mémorable de l'auteur allemand apportait aux travaux du savant Français une démonstration définitive.

Méthode de coloration différentielle du bacille.

Un des points les plus remarquables de la découverte de Koch est que celui-ci ait su discerner de *suite les propriétés de colorabilité spéciale possédée par l'organisme*, dont il avait déterminé l'existence et le rôle.

En effet, Koch et ses contemporains ont précisé, sans tarder, les conditions de colorabilité qui permettent de reconnaître et de différencier le bacille dans les expectorations et dans les tissus infectés par lui. Ce bacille diffère des autres bactéries par la propriété qu'il a de ne pas être décoloré par les acides dilués et l'alcool absolu, s'il a été coloré par des méthodes où « le mordançage » intervient.

Il partage cette propriété avec d'autres bacilles pathogènes, comme le bacille de la lèpre, ou, saprophytes comme le bacille du smegma, les bacilles du beurre, celui de la phléole, etc. Ce mode de colorabilité commun a permis de donner le nom de *bacilles acido-résistants* au groupe des microbes qui en sont pourvus.

Ceux-ci ont soulevé un grand intérêt, au fur et à mesure de leur découverte. On s'est demandé si les bacilles acido-résistants saprophytes étaient des éléments d'un groupe spécial sans parenté directe ; mais, la question s'est posée aussi de savoir s'ils ne représenteraient pas un stade atténué d'un germe pathogène. S'il en était ainsi, on serait autorisé à penser que l'un quelconque de ces bacilles saprophytes pourrait bien être un bacille tuberculeux vrai. La question est à l'étude. La solution du problème paraît encore trop incertaine pour qu'il soit possible d'émettre une opinion. Il nous suffit d'indiquer que cette étude est très activement poursuivie.

Le procédé de coloration le plus couramment employé pour mettre en évidence l'acido-résistance des bacilles acido-résistants et du B.K. en particulier dans les crachats, est le procédé de Ziehl Neelsen. On sait que ce procédé consiste à faire agir une solution hydro-alcoolique de fuchsine rubine phéniquée sur le bacille tuberculeux, soit à froid pendant vingt-quatre heures, soit à chaleur douce (37°) pendant deux heures, soit pendant trois minutes à la température de 80°. La décoloration est faite ensuite au moyen d'une dilution chlorhydrique au tiers ou sulfurique au quart . Cette décoloration par l'acide doit être complétée par une nouvelle décoloration au moyen de l'alcool absolu.

Le fond de la préparation est ensuite coloré avec une solution aqueuse de bleu de méthylène, ou au moyen du bleu de Kuhne (solution alcoolique de bleu de méthylène phéniqué).

En employant ce procédé de coloration, les bacilles tuberculeux apparaissent au microscope sous l'aspect de fins bâtonnets rouges-rubis. Les autres éléments cellulaires ou les bacilles associés sont colorés en bleu.

La technique générale de coloration du B. K. dans les coupes correspond au même principe que la coloration dans les crachats. Il est toujours nécessaire pour différencier le bacille de mettre en évidence sa propriété acido et alcoolu résistante.

La coloration par la méthode de Ziehl est considérée comme étant la meilleure et répondant à tous les besoins. Cela est vrai pour les recherches courantes de laboratoire, parce que cette technique est simple, rapide et qu'elle suffit, dans la plupart des cas, à établir un diagnostic.

Cependant, elle ne donne pas toujours une réponse exacte et, pour cette raison, maints auteurs ont cherché à la remplacer par des méthodes plus délicates et plus précises.

A la méthode de Ziehl, on peut aussi reprocher de ne pas mettre constamment en évidence les granules que le bacille contient. Ce défaut a eu des conséquences assez graves en clinique parce que pendant longtemps on a attribué une valeur pronostique à l'existence des bacilles granuleux et à celle des *bacilles non granuleux qu'on dénommait homogènes*. Or, cette différence n'existe pas. Il n'y a pas de bacilles tuberculeux homogènes.

Leur caractère morphologique absolu est d'être granuleux et la méthode de coloration qui ne permet pas de voir ces granules est une méthode insuffisante pour l'étude fine du bacille. C'est pourquoi aujourd'hui nous n'employons la méthode de Ziehl que pour les examens courants. Pour les examens morphologiques délicats et pour l'étude des granules du bacille, nous avons adopté la méthode de Kirchensteins, qui consiste à fixer les préparations par le ferrocyanure de potassium ou l'acide osmique.

Après fixation, les bacilles sont colorés au Ziehl à chaud, puis traités au Gram et passés ensuite dans une solution aqueuse picriquée à 2 %.

C'est par l'emploi de cette méthode que nous avons acquis la certitude qu'il n'existe pas de bacilles tuberculeux homogènes.

Cette constatation de grande importance a été le guide conducteur de nos recherches et l'on comprendra par la suite pourquoi nous avons insisté autant sur un sujet de technique pure.

Cultures et caractères particuliers du bacille de Koch.

Nous n'avons pas le dessein, dans le travail que nous écrivons, de tomber dans des redites sur les différents procédés employés depuis Koch pour cultiver le bacille de la tuberculose. Nous nous bornerons à montrer les particularités des milieux de cultures couramment utilisés et les points communs que ces milieux ont entre eux.

Les premières cultures pures du bacille tuberculeux furent obtenues par Koch lui-même en écrasant des tubercules frais sur du sérum coagulé, préalablement stérilisé par plusieurs chauffages successifs à 68°.

Les ensemencements de produits tuberculeux sur gélose ou sur bouillon n'ayant pas donné à Koch de bons résultats, Nocard et Roux (1), reprirent la question et montrèrent que l'addition de glycérine dans la proportion de 5 à 8 %, aux milieux de culture employés, permettait d'obtenir des cultures abondantes.

C'est à dater de ce jour que les milieux servant à la culture du bacille de Koch furent systématiquement additionnés de glycérine. Plus tard, on remplaça parfois la glycérine par des jaunes d'œuf, suivant la méthode de Griffon et Bezançon, puis par des œufs complets, suivant la formule de Besredka.

Ces milieux donnent des cultures abondantes en dix ou quinze jours environ à la température de 37°, 38°.

En général, on cultive le bacille de Koch, en l'ensemençant sur des milieux solides ou liquides.

Les milieux solides (2) couramment utilisés sont : *les tranches de pommes de terre*, incluses dans des tubes étranglés contenant au-dessous de l'étranglement du bouillon de viande glycériné à 2 %.

A cette méthode, indiquée par Roux et Pawlosky, Calmette et Guérin ont proposé de substituer la culture du bacille sur des tranches de pommes de terre imprégnées de bile de bœuf stérilisée. Ces auteurs ont, en effet, remarqué que les bacilles poussés dans ces conditions acquiéraient des propriétés particulières que nous aurons à étudier plus tard.

Les milieux à l'œuf (Bezançon et Griffon, Besredka, Dorset, Petroff). Les premiers essais de culture du bacille de Koch sur les milieux à l'œuf furent faits en 1896 par Bezançon et Griffon. Ces auteurs n'utilisaient que le jaune des œufs qu'ils incorporaient crus à de la gélose glycérinée.

Dans le milieu de culture qu'il a proposé en 1913, Besredka utilise le blanc et le jaune d'œuf qu'il mélange avec du bouillon de viande, sans addition de peptone ni de glycérine.

En 1915, Petroff a proposé une nouvelle formule de milieu à l'œuf, dans lequel on utilise le blanc et le jaune des œufs comme dans la for-

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 19.
(2) Consulter pour la culture du bacille tuberculeux, le livre de Calmette : « L'infection bacillaire et la tuberculose ».

mule de Besredka, mais à ceux-ci on ajoute du bouillon de viande fortement glycériné à 15 %. Ce milieu, qui est en outre coloré avec une solution de violet de gentiane et de solution tournesolée, a pour but d'obtenir des cultures pures de bacilles tuberculeux en partant de produits tuberculeux contenant des associations bactériennes banales.

Nous estimons qu'il serait inopportun d'insister ici sur les détails de cette méthode qui, pour notre étude, n'a pas un intérêt dogmatique.

Les *milieux liquides* de culture usuels couramment et à peu près seuls pratiquement employés, sont le bouillon de viande de bœuf peptoné et glycériné à 2 %, et, le milieu à l'œuf de Besredka. Ce dernier ne contient donc pas de glycérine surajoutée, mais il faut se souvenir pour comprendre ce qui suivra que le jaune d'œuf est constitué en partie pas des protéines dans la proportion moyenne de 16 grammes pour cent et que la proportion de matières grasses qu'il renferme est de 33.30 pour cent. Ces matières grasses sont composées en grande partie par des graisses neutres et des lécithines.

Les milieux que nous venons d'indiquer peuvent être désignés sous le nom d'*empiriques*. Ce terme leur convient parce que la composition exacte de chaque milieu utilisé n'est pas rigoureusement connue et qu'elle peut varier avec différents échantillons.

Il est évident, en effet, que deux bouillons ne sont pas identiques entre eux bien qu'ils soient préparés de la même façon et que leur degré d'alcalinité soit le même. La même observation peut être faite pour les milieux à l'œuf.

Pratiquement, les milieux liquides,et le bouillon glycériné en particulier, sont excellents pour la préparation de la tuberculine, mais ils ne sont pas favorables à l'étude biologique des bacilles tuberculeux. Et pourtant, c'est de cette étude même qu'il faut attendre la solution du problème de la tuberculose.

Les auteurs qui se sont attachés à cette étude ont si bien compris qu'il fallait atteindre des précisions plus grandes que celles obtenues avant eux, qu'ils ont cherché à remplacer les milieux empiriques par des milieux synthétiques chimiquement définis. Dans cette voie, les formules proposées ont été extrêmement nombreuses.

Dans son livre, Calmette en indique quatorze. Les milieux faits selon ces formules sont riches en principes nutritifs et particulièrement en azote, en potasse et en glycérine. La présence de ces éléments répond à l'opinion courante que le bacille tuberculeux ne pousse pas sur des milieux chimiquement pauvres et dépourvus de glycérine ou de matières grasses. Sous l'empire de cette doctrine on a donc cherché à réaliser des milieux dans lesquels seraient rassemblées, en forte proportion, des substances que le bacille tuberculeux trouve pour se développer chez les êtres vivants qu'il a le pouvoir d'infecter.

Les biologistes voient là une nécessité, parce que sous l'influence des travaux de Koch, ils ont cru et croient encore que le bacille tuberculeux est un germe à parasitisme animal obligatoire. Nous verrons, par la suite, ce que cette croyance a de trop absolu.

Parmi les êtres tuberculisables, l'homme seulement est intéressant pour l'étude que nous faisons actuellement ; nous passerons donc sous silence les bacilles bovins ou aviaires et ceux des animaux à sang froid. Nous n'entrerons pas davantage dans les discussions sur la pluralité des germes tuberculeux.

D'ailleurs, pour nous, cette pluralité n'est pas démontrée : nous pensons, en effet, que les bacilles de différentes espèces animales sont des races adaptées aux conditions biologiques et thermiques présentées par les espèces animales desquelles ces bacilles ont été isolés.

Développement des cultures.

Les cultures développées sur les milieux dont nous venons d'indiquer les caractères principaux apparaissent sous un aspect un peu différent selon la composition de ces milieux. Mais, c'est là un détail secondaire, sur lequel il serait superflu d'insister. Au contraire, l'étude du mode de développement des cultures et la morphologie des bacilles qui les composent sont d'un grand intérêt.

Cette étude est particulièrement fructueuse quand elle est faite sur les cultures développées en milieu liquide.

On sait que le bacille tuberculeux ensemencé à la surface du bouillon glycériné pousse « en voile ». Celui-ci apparaît quarante-huit heures après l'ensemencement et l'exposition dans une étuve à 38°. Il flotte alors à la surface du bouillon sous la forme d'une très mince pellicule à peine visible et surtout apparente quand on examine le bouillon par transparence, de bas en haut. De jour en jour, le voile s'épaissit, perd sa transparence, devient opaque et prend la couleur du blé mûr. Après une quinzaine de jours environ, toute la superficie du bouillon de culture est recouverte. Le voile, pourtant, continue à se développer, mais les parois du ballon dans lequel la culture est faite ne permettant plus à ce voile de s'étendre on voit celui-ci se plisser, et monter le long des parois, sous la forme d'une fine membrane, transparente et irisée.

Bezançon et Philibert ont étudié systématiquement le développement des cultures en voile : leurs recherches, publiées en juillet 1914 dans la *Revue de la tuberculose*, ont été reprises depuis par eux, puis par nous. Cette étude montre que les cultures sont composées d'un fin réseau filamenteux avec nervures anastomosées. L'image

habituelle de ce réseau rappelle assez bien la fleur d'une rosacée. Au centre de l'image, on voit, le plus souvent, un amas de bacilles acido-résistants desquels partent les filaments. Ceux-ci sont granulifères ; ils portent, sur leur trajet, des grains isolés les uns des autres ; parmi ces grains, on en rencontre parfois possédant l'acido-résistance, mais, la plupart d'entre eux sont dépourvus de cette propriété, dans les cultures jeunes ; leur nombre augmente quand la culture vieillit.

Cette différence de colorabilité entre les éléments constituant la colonie bacillaire a conduit Bezançon et Philibert à distinguer dans le bacille tuberculeux des éléments cyanophyles, se colorant bien au bleu de méthylène et des éléments acido-résistants caractéristiques.

Quand, sachant cela, on examine en série les cultures en voile sur bouillon glycériné, on s'aperçoit que les éléments cyanophiles se fragmentent, puis disparaissent, mais parallèlement à leur altération, on voit croître le nombre de bacilles acido-résistants. Ceux-ci semblent naître par transformation de granules portés par les filaments ramifiés.

Ces granules acquièrent l'acido-résistance et apparaissent de plus en plus nombreux sur les préparations ; ils sont tantôt isolés, comme Much l'a décrit, tantôt en chapelets. Quand ils sont disposés sous cette forme, on voit qu'ils ne sont pas indépendants les uns des autres : entre chacun d'eux on distingue, en faisant varier la vis micrométrique du microscope, qu'une substance réfringente les réunit ; celle-ci n'a pas fixé la couleur, pas plus le rouge que le bleu.

Ces granules eux-mêmes sont très intéressants à étudier attentivement. Ils ne sont pas homogènes comme *paraissent* l'être les granules des streptocoques ou des staphylocoques, par exemple. Leur aspect rappelle beaucoup *morphologiquement* le gonocoque ou le méningocoque. Ils sont composés de deux demi-cercles, séparés entre eux par un axe interpolaire : quand ces granules se rassembleront en chaînette pour donner naissance à la forme bacillaire, ils le feront d'une façon ordonnée. Les axes interpolaires seront toujours dans le prolongement les uns des autres, comme le sont les axes des perles enfilées en collier.

La séparation des granules en deux demi-cercles *semble* disparaître quand les cultures vieillissent.

Cette séparation disparaît-elle vraiment ou bien ne la distingue-t-on plus ? nous n'avons jamais pu le savoir, parce que, fait à noter, dans les vieilles cultures, quand les formes bacillaires acido-résistantes prédominent au point que la substance cyanophile a presque disparu, les dimensions des bacilles diminuent. Il est donc possible que les granules soient encore séparés en deux demi-cercles, mais que l'axe interpolaire soit trop fin pour être visible, même avec un fort grossissement. Ce n'est là qu'une hypothèse, d'ailleurs.

Les détails que nous venons de donner sur le développement en bouillon glycériné ne s'appliquent pas tout à fait au développement des cultures de B. K. sur la pomme de terre glycérinée. Les fines ramifications cyanophiles y sont peu apparentes. La méthode de coloration au Ziehl-Bleu met seulement en évidence des masses amorphes qui, colorables au bleu, entourent les amas bacillaires acido-résistants. Et encore, ces masses ne se voient-elles que sur les cultures déjà vieilles. En revanche, les éléments granulaires ne varient pas dans les deux modes de cultures ; or, ce sont eux, dont il importe de suivre systématiquement l'évolution parce qu'ils représentent l'élément principal du bacille tuberculeux, duquel celui-ci prend naissance, et par lequel il se conserve.

La notion des granules tuberculeux est aussi ancienne que la connaissance du bacille lui-même. Koch d'abord, Flügge après lui, les avaient vus et décrits. Ils montraient que ces éléments, variables en nombre, étaient disposés dans le corps bacillaire.

Mais, chose surprenante, ce n'est pas à eux que ces auteurs avaient attaché de l'importance. Ils s'étaient intéressés surtout à la substance non réfringente séparant ces granules les uns des autres et ne se colorant pas. Nous avons signalé cette substance non colorable et réfringente en décrivant le développement des cultures en voile. Dorénavant nous la rencontrerons toujours, dans tous les modes de culture du bacille que nous décrirons. Nous ne savons rien de sa composition, nous ne pouvons que soupçonner sa fonction. Il nous semble que cette substance réfringente que ne colore pas le bleu de méthylène, et que le Ziehl colore faiblement, représente le filament du mycélium granulifère dont nous avons fait la description précédemment.

On ne peut avoir cette idée qu'en étudiant les bacilles tuberculeux qui, poussés dans des milieux appropriés, ont acquis des dimensions géantes. Dans ces conditions, les granules sont très éloignés les uns des autres et l'espace qui les sépare est parcouru par le filament réfringent dont nous parlons.

L'étude des bacilles courts ne permet pas de voir cette disposition, parce que l'espace intergranulaire est très petit et que sa longueur est souvent égale à l'axe interpolaire du granule lui-même : on a, alors, une image composée de points colorés et d'espaces clairs égaux en dimension.

C'est à ces espaces clairs que Koch et Flügge avaient attaché de l'importance. Ils les considéraient comme les spores des bacilles, et, ils donnaient pour expliquer leur hypothèse, des raisons

nombreuses qu'il serait superflu de reproduire ici.

Or, les spores du bacille tuberculeux, ce ne sont pas les espaces clairs qu'on y voit, ce sont les granules colorés. Ceux-ci se colorent comme les autres spores de nombreux microbes sporulés. Mais cependant, ils n'ont pas tous les caractères des spores bactériennes. C'est pourquoi en nommant « spores » ces éléments, nous tenons à préciser que ce terme est pris ici dans son sens botanique et non dans celui que les bactériologistes lui donnent.

Ces spores du bacille tuberculeux sont assurément des éléments de reproduction du parasite : pour en être certain, il suffit d'examiner de très vieilles cultures sur milieu glycériné. Dans celles-ci, on ne trouve plus que des bacilles fragmentés et vacuolés se côlorant à peine : mais on y trouve en revanche des granules de dimensions variables : les uns sont à la limite de la visibilité ; les autres sont gros comme des globules rouges. Ils sont également avides de couleur et conservent l'acido-résistance.

Or, si les cultures ne sont pas trop vieilles elles peuvent, par repiquages, redonnre naissance à des cultures normales qui se développent par l'intermédiaire des granules. L'opin on que nous émettons ici était d'ailleurs celle de Strauss qui, le premier, a signalé le fait.

Bacil'es nains et l·acilles gér nts.

A la lecture des pages qui précèdent, on a pu penser déjà que les dimensions du bacille tuberculeux pouvaient être très supérieures à celles indiquées par Koch. Elles peuvent aussi leur être très inférieures.

En effet, il existe des écarts très considérables dans les dimensions des bacilles. On rencontre des formes naines et des formes géantes. Les formes naines, décrites par Strauss, pour la première fois, étaient d'origine aviaire, elles ont tué les animaux d'expérience en trois semaines sans déterminer chez eux des tubercules apparents. Il est nécessaire de signaler que les animaux (lapins) avaient été infectés par la voie sanguine.

Bien que les formes naines de Strauss fussent de provenance aviaire, cette constatation n'autorise pas à penser que les formes naines soient particulières à la tuberculose des oiseaux.

Elles peuvent être obtenues, en effet, par des procédés de culture particuliers en partant de souches humaines.

C'est ainsi qu'en ensemençant des bacilles typiques humains, dans un milieu fait avec 20 centimètres cubes de bouillon de pomme de terre additionné de deux centimètres cubes de bouillon à l'œuf (Besredka), on obtient d'emblée ces formes naines.

Il en est de même pour les formes géantes Cellcs-ci ont été décrites pour la première fois par Roux et Nocard dans les *Annales de l'Institut Pasteur* en 1888. Ces formes étaient « renflées, plus longues qu'à l'ordinaire. Quelques-unes d'entre elles, présentaient comme un bourgeon latéral branché presque à angle droit sur le bacille principal et terminé quelquefois par un renflement à son extrémité. »

La même année, Metchnikoff, travaillant chez Koch, avait vu lui aussi les formes géantes du bacille dans des cultures aviaires faites à la température de 43°6.

Il les décrivait ainsi : « Environ vingt jours après l'ensemencement (en gélose glycérinée), on voit, au milieu des bacilles ordinaires, plusieurs bacilles notablement allongés et manifestement épaissis. Ces bacilles se colorent en général, d'une façon plus intense et sont surtout remarquables par le renflement de leurs deux extrémités, d'où un aspect tout particulier.

Dans les cultures plus anciennes, âgées de trois mois environ, le cycle de pareilles formes est bien plus varié et on constate une succession de stades pouvant se résumer dans le schéma suivant : les bacilles très allongés, renflés à une ou deux extrémités émettent en leur milieu un petit bourgeon auquel d'autres viennent ensuite s'ajouter, si bien qu'il en résulte une colonie ramifiée, dont les rameaux présentent en général, en leur extrémité terminale, un renflement en forme de massue. Plus rarement les bourgeons allongés de première génération en émettent d'autres qui, tantôt se détachent du bourgeon original, ou bien, sous forme de bourgeons latéraux, forment un nouveau rameau. Les formes ramifiées subsistent dans leur entier ou se fragmentent en segments plus ou moins renflés. »

Metchnikoff n'a pas insisté dans sa description sur les granules contenus dans les formes géantes, mais, dans les reproductions imprimées qu'il a fait faire de ses préparations on distingue très nettement ceux-ci.

Les formes géantes, comme les formes naines, se développent dans des milieux spéciaux ; nous exposerons ultérieurement la composition de ces milieux et les différents stades de la transformation des bacilles acido-résistants classiques en formes géantes n'ayant plus aucun caractère particulier de colorabilité. Le gigantisme des bacilles tuberculeux, la transformation de leur aspect leur mode de bourgeonnement, avaient conduit Metchnikoff à classer ce bacille parmi les *sclérotrix*. Il en avait fait une variété pour laquelle il avait choisi le nom de Koch. Depuis lors, la dénomination de « sclérotrix Kochii » n'a pas été contestée.

D'ailleurs, Roux, Nocard, Metchnikoff n'ont pas été les seuls à constater le polymorphisme du bacille. Celui-ci a été vu et bien décrit par un grand nombre d'auteurs dans de nombreux mémoires, depuis quarante-trois ans.

Parmi ces auteurs, les uns se sont attachés à

l'étude des granules, de leur nature et de leur rôle dans le développement des bacilles : les autres ont cherché à mettre en évidence les différentes formes de la bactérie elle-même et les modifications de sa colorabilité.

Mais, comme nous l'avons fait remarquer antérieurement, ces recherches ont toujours été faites en cultivant le bacille dans des milieux riches en substances grasses et en éléments azotés.

A ces recherches sont attachés les noms de Babès, Malassez et Vignal, Babès et Levaditi, Arloing et Courmont, Ferran, Péju et Rajat, Matzushita, Gougerot, Kirchensteins, Spengler, Agülhon et Legroux, Vaudremer, etc. On trouvera tous les renseignements nécessaires sur cette question dans une monographie de Kirchensteins publiée à Riga en 1922 sur la « structure intérieure et le développement des bactéries. »

A la bibliographie de ce travail, il faudra ajouter les recherches de Magrou parues dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, celles d'Auclair et d'autres encore que nous indiquerons dans la *Revue bibliographique* qui complètera le présent mémoire.

Les résultats de ces recherches nombreuses sont que : le bacille tuberculeux peut apparaître sous les formes les plus différentes, selon les conditions dans lesquelles, il se développe ; il est tantôt réduit à la forme de granules isolés ; tantôt constitué en bacille granuleux dont les dimensions varient dans des proportions indéterminées, depuis la forme naine jusqu'à la forme géante. Parfois, le germe de la tuberculose a la forme de massue, ou bien il a l'aspect d' « actinophytes » comme l'a montré Magroux. Parfois, il paraît se développer comme le font certaines mucorinées qui « au contact de l'air, forment un thalle filamenteux, ramifié, sans cloison, et émettant leurs multiples appareils de reproduction ; tandis que, si elles sont cultivées au sein d'un liquide sucré, à l'abri de l'air, leur thalle se développe en articles courts ; les organes de reproduction ne se montrent pas et les réactions du végétal sur les cultures changent complètement. » (1).

Nous avons cité ces lignes écrites par Lerefait parce qu'elles décrivent avec exactitude, certains aspects du bacille tuberculeux au cours de son développement et qu'elles ont le grand mérite d'avoir été écrites il y a 26 ans.

Les détails que nous venons de donner sur les observations faites par de nombreux auteurs ne sont pas superflus.

A leur lecture, lentement, l'esprit s'habitue à ne plus considérer le bacille acido-résistant de Koch comme revêtant une forme unique sans laquelle un élément bacillaire ne peut pas être l'agent de la « bacillose ».

(1) Lerefait. — La tuberculose pulmonaire et l'hospitalisation des tuberculeux. (*Normandie médicale*, 1899).

Cette conception absolue a été imposée par la doctrine du monomorphisme des bactéries. Elle a été la cause du retard apporté à la solution du problème de la tuberculose. Nous n'entrevoyons cette solution que dans l'abandon d'une théorie trop exclusive et dans l'acquisition de données nouvelles sur le cycle évolutif du bacille de Koch.

D'ailleurs cette idée, de nombreux chercheurs l'ont eue bien avant nous tels : Malassez et Vignal, quand ils ont montré que dans certains cas, où les lésions macroscopiques et microscopiques étaient incontestablement de nature tuberculeuse, on trouvait non pas le bacille de Koch typique mais seulement des granulations acido-résistantes. Arloing et Courmont, quand ils ont vu que l'inoculation de leurs cultures homogènes aux bovidés ne produisaient pas de lésions folliculaires. Cependant, les bacilles développés dans les cultures homogènes d'Arloing et Courmont sont atypiques et ne rappellent qu'exceptionnellement les bacilles tuberculeux acido-résistants.

Ferran, qui d'un bacille acido-résistant a pu isoler cinq formes de bactéries dérivant les unes des autres, puis remontant les unes aux autres et dont certaines ont un pouvoir vaccinant.

Behring, quand il a vu que « certains accidents d'inflammation exsudative précédant la pneumonie caséeuse et ayant une grande ressemblance avec la pneumonie exsudative, dont elle ne diffère que par l'absence de leucocytes polynucléaires, sont dus, non pas à une forme connue du bacille de la tuberculose, mais à des granulations tuberculeuses et à leurs dérivés. »

Gougerot, qui, plus affirmatif que quiconque en 1907, a écrit : « Il ne faut pas oublier qu'il (le bacille tuberculeux) peut subir des modifications dans les tissus. Sa transformation en un micro-organisme granuleux n'ayant plus la forme d'un bâtonnet, la perte de l'acido-résistance, empêchent sa coloration par la méthode de Ziehl »...
..... « aussi le bacille de Koch peut-il exister dans une lésion sans que nos deux méthodes courantes de la démonstration du bacille, la coloration par la méthode de Ziehl et l'inoculation au cobaye, puissent l'y révéler. »

A tous ces travaux, on pourrait en ajouter beaucoup d'autres, aussi nets, que nous ne saurions résumer sans trop allonger notre texte. Ceux que nous avons cités suffisent à montrer que, dès la découverte du bacille de Koch, l'unité morphologique de ce bacille fut contestée. Malgré la valeur scientifique des recherches montrant que le bacille tuberculeux pouvait apparaître sous plusieurs aspects, la doctrine de Koch ne fut pas modifiée et l'on ne cessa pas de considérer le bacille tuberculeux comme étant toujours une fine bactérie acido-résistante, à parasitisme obligatoire et produisant de la tuberculine.

Le bacille de Koch se présente sans doute sous

cette forme et c'est elle qui, apparaissant dans les lésions bacillaires, permet d'en faire le diagnostic. Mais ce fait important et indéniable ne correspond qu'à une des formes du bacille tuberculeux. Celui-ci n'est pas soumis à une vie parasitaire obligatoire parce qu'il peut pousser à des températures moyennes avoisinant 15° et parce qu'il se développeen milieux pauvres en azote, dépourvus de matières grasses et de glycérine. Le bacille tuberculeux n'est pas obligatoirement acido-résistant. Il n'a pas toujours la forme qu'on lui prête. Il ne produit de tuberculine que dans les milieux nutritifs qui lui permettent d'élaborer cette toxalbumine, thermostabile, qui n'a pas les caractères d'une toxine vraie ; alors que, contrairement à ce que l'on a cru, le bacille tuberculeux possède une toxine.

Ces conclusions nous ont été fournies par trente ans de recherches. Il nous reste à décrire celles-ci.

(*A suivre.*)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU

Diagnostic et traitement des luxations du cristallin (1)

Par M. le professeur F. Terrien.

Dans la dernière leçon, nous avons étudié les subluxations du cristallin. Aujourd'hui, pour compléter ces notions, nous envisagerons les luxations proprement dites.

Voici précisément un malade opéré il y a un mois, qui avait reçu en novembre 1924, une écharde dans l'œil droit et s'est présenté le 30 mars 1925 avec une luxation du cristallin dans la chambre antérieure et les symptômes classiques sur lesquels nous reviendrons plus loin.

D'une manière générale, le cristallin peut se luxer dans les diverses parties de l'œil, et même en dehors du globe oculaire. En effet, les luxations, à la différence des subluxations, sont caractérisées par un déplacement total de la lentille. Dans la subluxation, nous avons vu qu'il y avait un déplacement relativement modéré ; tout au plus, peut-on voir son équateur descendre dans le champ pupillaire.

Au contraire, dans la luxation, il y a un déplacement total. Le cristallin peut être luxé ou bien dans le corps vitré, dans la partie postérieure de l'œil, ou dans la chambre antérieure, ou même en dehors de l'œil : c'est la luxation sous-conjonctivale.

Ces luxations peuvent être spontanées, traumatiques, ou opératoires.

Les luxations spontanées sont assez rares, plus rares que les subluxations ; cependant, on peut voir des subluxations spontanées, dues aux altérations de la zonule, se transformer en luxation. Si la subluxation n'est pas très accentuée, elle passe inaperçue, et c'est alors que sous l'influence d'une position anormale on peut voir le cristallin se luxer complètement dans la chambre antérieure, ou même dans le vitré.

Ces luxations spontanées sont presque toujours dues à des altérations de la zonule et précédées de subluxation. Aussi elles s'observent surtout chez les sujets atteints d'irido-choroïdite, par exemple dans les myopies fortes, ou même en dehors de la forte myopie, à la suite d'une chorio-rétinite syphilitique.

Récemment, vous pouvez vous rappeler avoir vu un malade qui nous a été présenté par M. Cousin. Il montrait une subluxation du cristallin assez accentuée en bas ; il était très légèrement myope, mais en même temps syphilitique.

Cette subluxation spontanée peut donc quelquefois être le signe révélateur d'une syphilis antérieure ayant déterminé des phénomènes de chorio-rétinite, qui ont favorisé le relâchement de la zonule.

Les luxations traumatiques résultent d'un choc, d'un coup de poing, d'un coup de corne de vache, ou d'autres contusions.

Là encore, il y a divers éléments à considérer. La luxation peut être simple, c'est-à-dire que l'œil résiste, il n'y a pas rupture des enveloppes. Le plus souvent alors le cristallin se luxe dans la chambre antérieure.

Il y a, surtout pour les luxations dans la chambre antérieure, deux cas à considérer, suivant que le cristallin est transparent ou, au contraire déjà opacifié, par une cataracte. Le type de ces luxations est celle où le cristallin est transparent, normal : sous l'influence d'un choc, on le voit apparaître dans la chambre antérieure, où il prend l'aspect d'une goutte d'huile. Quelquefois, le cristallin peut être opacifié ; il est alors réduit de volume et passe plus facilement de la chambre antérieure dans la chambre postérieure.

Ces luxations dans la chambre antérieure se produisent par un mécanisme assez simple. Sous l'influence d'un choc, il y a compression et refoulement de la cornée, distension du segment antérieur de l'œil et de la racine de l'iris, et retentissement sur le vitré qui, par choc en retour, refoule le cristallin en avant dans la chambre antérieure à travers la pupille dilatée ; aussitôt la

(1) Leçon faite le 22 mai 1925, à l'Hôtel-Dieu, recueillie par le Dr Laporte, et revue par le professeur.

pupille se contracte de façon spasmodique et met obstacle au retour du cristallin en arrière.

Cette luxation du cristallin dans la chambre antérieure est toujours suivie d'un cortège de symptômes très intenses, tout au moins quand il s'agit d'un cristallin transparent, c'est-à-dire ayant son volume normal, et qui vient remplir la chambre antérieure. C'est tout d'abord le trouble visuel. Le malade ne voit plus rien, ou à peu près rien, par suite du déplacement du cristallin et surtout parce qu'il existe toujours une hypertension considérable, des phénomènes de glaucome, et des phénomènes inflammatoires. Ce sont ces deux éléments qui assombrissent le pronostic.

L'hypertension est très manifeste, et cela se comprend : le cristallin, libéré de ses attaches avec la zonule, se rétracte, devient plus globuleux, repose sur l'iris qu'il comprime et détermine des phénomènes d'irritation.

Par suite de l'obstruction totale de la chambre antérieure, l'excrétion est gênée, ce qui est une nouvelle cause d'irritation. Enfin, les phénomènes réactionnels contribuent encore à élever le tonus.

Cette hypertension s'accompagne naturellement de douleurs extrêmement violentes, et d'un trouble très accentué de la vision.

En second lieu, il se développe généralement des phénomènes inflammatoires dus à l'irritation de l'iris.

Ces accidents, très dramatiques, commandent une intervention, d'autant plus immédiate que le malade souffre et que sa vision est très diminuée, souvent même complètement abolie du côté atteint, et que, par le fait de l'inflammation, il va se développer des adhérences qui gêneront singulièrement l'extraction de la lentille. Nous reviendrons tout à l'heure sur les difficultés de l'extraction en pareil cas.

La seconde variété est la luxation du cristallin dans le vitré. C'est un degré de plus. Nous avons vu, en parlant des subluxations, que le cristallin pouvait descendre un peu dans le vitré, le plus souvent spontanément, ou sous l'influence d'un choc. Le traumatisme peut agir de façon médiate, indirecte, ou au contraire directement. Il agit de façon indirecte lorsqu'à la suite d'une chute sur les pieds, par exemple, il se produit une rupture des fibres de la zonule. C'est ainsi qu'un malade ayant un cristallin opacifié, en tombant d'un arbre, s'aperçut qu'il voyait très bien : il s'était opéré spontanément d'une cataracte. Mais les faits ne sont pas toujours aussi heureux, et alors que le cristallin est transparent, le malade, loin d'avoir sa vision améliorée, a, au contraire, la vision très diminuée.

D'une manière générale, les luxations du cristallin dans le vitré ne déterminent pas les mêmes phénomènes que son déplacement dans la chambre antérieure. Le plus souvent, la luxation est bien tolérée, et même ce peut être un mode de traitement de la cataracte. C'est d'ailleurs le procédé qu'employaient les anciens lorsqu'ils faisaient l'abaissement ou la réclinaison, en réclinant, au moyen d'une aiguille, le cristallin dans le vitré.

Les cristallins dans le vitré sont assez bien tolérés. Témoin une observation de Cirincione, qui a vu un cristallin dans le vitré au bout de vingt ans demeuré transparent. On n'observe pas les mêmes phénomènes réactionnels et l'hypertension considérable que détermine la lentille luxée dans la chambre antérieure, surtout quand le cristallin n'est pas en contact avec le corps ciliaire. Mais si la lentille est mobile, elle vient souvent en contact avec le corps ciliaire ; il peut alors y avoir plus facilement des phénomènes hypertensifs et inflammatoires que si le cristallin est fixe.

Il faut tenir compte aussi de l'intégrité du cristallin. Lorsque sa capsule n'est pas altérée, il est beaucoup plus facilement toléré. Dans le cas contraire, la lentille s'opacifie. De plus, les masses cristalliniennes, au contact du vitré et du corps ciliaire, peuvent entraîner des phénomènes d'irritation.

Ce qui se produit souvent, surtout lorsque le cristallin occupe le vitré ou la chambre antérieure, ce sont des adhérences, qui constituent peut-être un phénomène de défense, mais, dans tous les cas, peuvent être très gênantes. C'est un phénomène de défense, parce que lorsque le cristallin est dans le vitré, elles l'empêchent de venir en contact avec le corps ciliaire, et de déterminer l'hypertension, mais elles sont aussi très gênantes au moment où l'on cherche à extraire le cristallin.

Voici une série de projections montrant la présence de ces adhérences et permettant de comprendre les difficultés d'une intervention faite au bout d'un certain temps, par suite de ces adhérences très solides entre la face postérieure de la cornée et la face antérieure du cristallin. On en voit au niveau de l'angle irien et même entre l'iris et la face postérieure du cristallin.

Le cristallin, luxé dans la chambre antérieure, a l'aspect d'une goutte d'huile. Le diagnostic en est facile d'après les commémoratifs. Cependant, il est certaines formes d'iritis qui peuvent en imposer pour un cristallin luxé dans la chambre antérieure. Je me rappelle avoir vu un malade atteint de blennorragie qui fit une poussée d'iritis très intense donnant absolument l'impression d'un cristallin luxé. C'est l'iritis séro-fibrineuse, observée surtout dans le rhumatisme, quelquefois dans la blennorragie ; elle s'accompagne de phénomènes réactionnels violents et d'une sorte de coagulation fibrineuse de l'humeur aqueuse.

La quantité de fibrine de l'humeur aqueuse

peut augmenter, vous le savez, à la suite d'une paracentèse. Elle se coagule très difficilement, après une première ponction ; mais si l'on réitère les paracentèses, la coagulation a lieu rapidement. Elle peut même se produire *in vivo*, dans la chambre antérieure même. Dans les altérations des cellules du corps ciliaire, dans l'irido-cyclite, l'irido-choroïdite rhumatismale, la fibrine passe plus facilement et l'humeur aqueuse se coagule en masse, donnant l'impression d'un cristallin luxé dans la chambre antérieure.

Contrairement à la luxation dans la chambre antérieure, la luxation sous-conjonctivale est naturellement précédée de la rupture du globe oculaire et s'accompagne de désordres souvent considérables, comme vous pouvez le voir sur cette projection représentant un œil profondément désorganisé à la suite d'un choc violent ; le cristallin a été luxé sous la conjonctive.

Dans les luxations sous-conjonctivales, il y a donc rupture des enveloppes et le cristallin est expulsé de l'œil. Cette variété de luxation est assez rare. Elle se produit surtout chez les sujets d'un certain âge, dont les enveloppes de l'œil ont perdu une partie de leur élasticité. Elle est exceptionnelle chez l'enfant. La rupture, généralement, se fait au niveau de l'équateur ou dans son voisinage, au point d'insertion des muscles droits, là où la sclérotique, dont l'épaisseur moyenne n'est que d'un millimètre, est plus mince encore.

La luxation sous-conjonctivale s'accompagne presque toujours de phénomènes concomitants. C'est d'abord la rupture de la sclérotique, puis l'irido-dialyse, la déchirure de la racine de l'iris ; il y a souvent une hémorragie du corps vitré et de la chambre antérieure.

Il y a souvent aussi un épanchement considérable sous la conjonctive, de sorte qu'au début le diagnostic est difficile. On a des symptômes de plaie pénétrante avec hémorragie diffuse, iridodonésis.

On ne voit pas le cristallin. Ce n'est que plus tard, lorsque le sang se résorbe, qu'on peut l'apercevoir sous la conjonctive, où il fait une saillie de forme lenticulaire. Vous faites le diagnostic par l'aspect arrondi de la petite élevure.

Dans toutes ces luxations se pose la question de l'intervention rapide et, lors de rupture sous-conjonctivale, celle de la possibilité d'ophtalmie sympathique. Lorsqu'il y a une rupture sous-conjonctivale, la conjonctive protègera la plaie sclérale. Car l'ophtalmie sympathique reconnaissant presque toujours une origine infectieuse, la plaie sclérale ici demeurant protégée par la muqueuse conjonctivale, on n'a guère à craindre d'infection, ni par là-même d'ophtalmie sympathique.

La présence du cristallin dans ces conditions ne doit pas nou inciter à intervenir ; en l'absence de lésion conjonctivale, il vaut mieux attendre, car l'incision de la conjonctive, en mettant la plaie en contact avec l'extérieur, pourrait favoriser l'infection de ses lèvres. Et il n'est pas besoin de rappeler ici que le traitement d'urgence des plaies de l'œil est précisément de les recouvrir au moyen de la conjonctive afin de les protéger contre l'infection. Toutefois, on a exceptionnellement observé des accidents d'ophtalmie sympathique à la suite de rupture sous-conjonctivale, et tout récemment le professeur Truc, à la dernière réunion de la Société française d'ophtalmologie tenue ces jours-ci à Bruxelles, a publié une observation d'ophtalmie sympathique à la suite de rupture sous-conjonctivale du globe oculaire. A Terson, répondant à la communication du professeur Truc, a rapporté une observation d'ophtalmie sympathique à la suite de rupture sous-conjonctivale, et à ce propos, j'ai rappelé l'observation d'un malade suivi par moi avec le Dr Pley, il y a 25 ans, dans le service de Panas, qui présentait, à la suite d'un coup de corne de vache, une rupture sous-conjonctivale ; le cristallin était luxé sous la conjonctive ; il y avait une hémorragie du corps vitré, l'acuité visuelle était très diminuée, mais cet œil arrivait cependant à voir les mouvements de la main. Le sang se résorba peu à peu, mais au bout de cinq semaines, cet homme fit une irido-cyclite sympathique de l'œil gauche non blessé. Nous l'avons traité par l'atropine, les sangsues, et les moyens ordinaires, mais la question se posait de savoir s'il fallait enlever l'œil sympathisant, traitement classique de l'ophtalmie sympathique. Comme cet œil voyait les mouvements de la main et que l'acuité de l'œil blessé était inférieure à 1/20e, nous n'avons pas osé enlever un œil encore utile et qui, même, pouvait devenir le plus utile des deux. Nous nous sommes bornés à traiter le malade par l'hydrargyre, les compresses chaudes, l'atropine et les sangsues à la tempe, suivant le traitement classique alors employé.

Que devons-nous faire en présence des malades atteints d'une luxation du cristallin ?

Tout d'abord, voyons les luxations du cristallin dans la chambre antérieure. Peut-on laisser le cristallin en place ? Quel est l'avenir du cristallin, au point de vue de la transparence ? Ordinairement, le cristallin s'opacifie, et plus ou moins vite suivant la variété de luxation. Dans la chambre antérieure, il s'opacifie très vite parce qu'il est comprimé, mal nourri et qu'il y a en même temps des phénomènes d'hypertonie, de gêne circulatoire, et des phénomènes inflammatoires. D'ailleurs, dans la chambre antérieure, l'évolution de la transparence nous importe peu, parce qu'il faut intervenir tout de suite, le plus vite possible, car le malade souffre à cause de l'hypertension. Le traitement, c'est l'ablation du

cristallin, mais elle est très difficile, parce que l'hypertonie est considérable, et l'opération peut être suivie, non seulement de l'issue du cristallin, mais d'une assez grande quantité du vitré. Aussi est-il toujours prudent, en pareil cas, de faire une toute petite ponction du corps vitré, une ponction équatoriale, ce qu'on appelle la sclérotomie postérieure. C'est une opération inoffensive qu'on peut faire à tout œil présentant une hypertonie considérable.

Le blépharostat mis en place, vous attirez fortement l'œil en dedans, introduisez perpendiculairement dans la sclérotique le couteau de Græfe à deux centimètres du limbe, et entr'ouvrez les lèvres de la plaie de façon à laisser écouler un peu de vitré sous la conjonctive. C'est une opération palliative en ce sens que l'effet dure peu, mais qui peut soulager bien des malades ; elle permettra d'intervenir ensuite d'une façon définitive dans de meilleures conditions.

De même, en présence d'une attaque très violente de glaucome, si vous n'osez faire une iridectomie, vous serez en droit de pratiquer une toute petite ponction sclérale équatoriale.

L'ablation des cristallins tombés dans la chambre antérieure est, en somme, une extraction de cataracte, mais extraction très spéciale, pour laquelle il sera prudent de placer toujours au préalable une suture de la cornée, de façon qu'après l'ablation on puisse aussitôt rapprocher les lèvres de la plaie, pour limiter au minimum la perte du vitré. L'extraction sera faite avec une anse de Snellen, afin d'éviter que le cristallin ne fuie en arrière dans le vitré.

Quant au cristallin luxé dans le vitré, eh bien, là, il n'y a pas lieu d'intervenir si celui-ci est bien toléré, et c'est le cas habituel. Au contraire, si le malade souffre, s'il y a des phénomènes réactionnels, soit parce que le cristallin est mobile, et vient se mettre en contact avec le corps ciliaire, ou parce qu'il y a des phénomènes d'hypertonie, vous pouvez songer à intervenir. Mais il faut toujours se méfier de ces extractions de cristallin en plein vitré pouvant donner issue à la totalité du contenu de l'œil, excepté au cristallin lui-même.

La luxation sous-conjonctivale n'exige pas d'intervention immédiate, parce qu'il n'y a pas intérêt, nous l'avons dit, à ouvrir la conjonctive, ni à extraire le cristallin immédiatement, car il ne gêne pas ; mais au bout d'un certain temps, il n'est pas rare de constater, plusieurs semaines ou plusieurs mois après, un déplacement appréciable de la lentille. Cantonnet a insisté sur ces déplacements du cristallin luxé sous la conjonctive. On les observe surtout s'il existait en même temps un épanchement, et sous l'influence des contractions des muscles droits voisins. On peut voir alors des déplacements considérables du cristallin ; s'il était à la partie supérieure il vient se placer en dedans ou en dehors, ou même à la partie inférieure, ou à l'équateur du globe.

D'une manière générale, il n'y a pas lieu d'intervenir au début lorsque le cristallin est luxé sous la conjonctive ; il vaut mieux attendre un certain temps.

La technique est très simple : vous incisez sur la conjonctive et enlevez le cristallin luxé. Il suffit de faire ensuite une suture de la conjonctive. D'ailleurs, ces luxations sous-conjonctivales sont moins intéressantes que les luxations dans la chambre antérieure et dans le vitré.

Ce qu'il faut retenir de ces deux dernières variétés, c'est leur gravité, surtout pour la luxation dans la chambre antérieure. L'opération, toujours très grave, doit être faite immédiatement, précédée au besoin d'une ponction du corps vitré, et toujours suivie d'une suture de la cornée pour limiter la perte du vitré au minimum. On arrivera ainsi assez souvent à conserver un certain degré d'acuité visuelle ; ce fut le cas pour le sujet qui fait l'objet de cette leçon et dont la vision pourra s'améliorer encore dans la suite.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les endocardites ulcéreuses.

Dans les endocardites ulcéreuses, les symptômes généraux sont d'une telle intensité que les malades sont pris pour des typhiques ou des septicémiques, ce qui les distingue nettement de ceux atteints d'endocardite rhumatismale.

Toute infection peut donner lieu à une endocardite ulcéreuse : lésions cutanées diverses, plaies des muqueuses, suppurations diverses (pleurésies purulentes, appendicite suppurée, etc.), pneumonie, érysipèle, blennorragie. Mais il y a aussi les endocardites ulcéreuses *primitives*, en apparence ; ce sont elles que le Pr AUBERTIN a particulièrement en vue dans cette étude. Pour celles-ci, et pour les autres, la grande cause déterminante est l'*infection généralisée par voie sanguine*, et naturellement l'hémoculture permet de déterminer la nature du germe infectant.

Quant à la *pathogénie*, c'est par la voie intracardiaque (sang circulant), que se fait la lésion de l'endocarde.

Les *symptômes généraux* permettent d'en distinguer deux formes principales : *la forme pyo-*

hémique, où il y a des embolies suppurées, et la *forme typhoïde*, où il y a des embolies non suppurées.

Les *signes physiques* sont les mêmes dans toutes les formes ; il y a des *souffles* et de *gros souffles*, le plus souvent systoliques de la pointe ou diastoliques de la base.

Une première particularité est leur *brusquerie d'apparition*, en rapport avec une perforation de la valvule ou un anévrisme valvulaire, perforation qui réalise un souffle piaulant très fort. Une deuxième particularité, c'est leur *variabilité*, en rapport avec la croissance rapide de végétations abondantes, ou avec l'obturation d'une lésion par une végétation (disparition du souffle). Enfin, ces souffles sont *très intenses*. Il y a tachycardie sans trouble du rythme, et tension artérielle abaissée.

Les *types cliniques* varient suivant la localisation de la lésion : mitrale, aortique, etc.

Le *pronostic* de ces lésions est fatal. Peut-être un jour sera-t-il amélioré par une médication non spécifique (choc) ou spécifique.

Un double intérêt s'attache donc à pratiquer l'hémoculture : intérêt diagnostique et intérêt thérapeutique, puisque l'auto-vaccin pourra être préparé dans le cas d'hémoculture positive. (*Le Progrès médical*, 5-7 1924.)

Sur un cas d'endocardite apexienne thrombosante du ventricule droit.

La thrombose a toujours à sa base une infection, et la thrombose cardiaque n'échappe pas à cette loi. Mais toute endocardite n'est pas thrombosante ; il faut qu'elle soit d'évolution subaiguë, et que l'infection soit de virulence atténuée. La maladie est souvent fébrile, et souvent la courbe révèle l'infection et fait soupçonner la thrombose, alors que les signes cliniques les plus évidents avaient amené à songer à une autre hypothèse.

Cependant la fièvre est généralement peu élevée, et on ne se préoccupe de celle-ci que quand d'autres manifestations pathologiques se sont imposées à l'attention. Ce sont les embolies, courantes dans la thrombose cardiaque, et dont le siège est au poumon, ou dans la grande circulation. Souvent elles font faire le diagnostic. Ce sont également des signes d'insuffisance cardiaque ; mais souvent le cœur n'est pour rien dans les phénomènes de stase observés, et qu'il faut analyser avec soin. Ceux-ci sont dus à l'obstruction que crée un caillot volumineux se prolongeant jusqu'à l'origine des gros troncs vasculaires de la base du cœur et gênant le cours du sang.

Les caillots volumineux de l'oreillette gauche ou la thrombose de l'artère pulmonaire se traduisent par une dyspnée excessive, par de la cyanose de la face, des signes de congestion pulmonaire. Quand il s'agit d'un mitral, ce qui est fréquent, on pense fatalement à une asystolie à prédominance pulmonaire.

Les caillots de l'oreillette droite donnent, au contraire, des phénomènes de stase dans le territoire de la veine cave inférieure, un gros foie, des œdèmes.

Ces faits, qui simulent l'insuffisance cardiaque, et qui longtemps ont été considérés comme tels, sont curieux. Le Pr Doumer et M. Le Kieffre en publient une observation intéressante, présentant certaines particularités à noter.

L'endocardite était, chose rare, localisée sur les cavités droites.

Cliniquement, il y avait un contraste curieux entre l'état du cœur, son calme relatif, sa régularité, la netteté de ses bruits, et les phénomènes de stase à allure d'asystolie, les œdèmes, le gros foie, la dyspnée, les signes de congestion pulmonaire. Il s'agissait cependant d'une stase circulatoire, et les reins ne pouvaient être mis en cause; ces manifestations ne cédaient pas aux tonicardiaques.

Pour le malade en question, le diagnostic était d'autant plus délicat qu'il présentait encore deux autres particularités : il fut constamment apyrétique, et on pouvait difficilement songer à l'endocardite. Il ne fit une embolie que deux jours avant sa mort, alors que les embolies sont habituellement plus précoces. (*Gazette des hôpitaux*, 29-31-7 1924.)

Syphilis et angine de poitrine d'effort.

Un courant s'est dessiné depuis de nombreuses années, et ne cesse de se renforcer, dont la tendance est de faire de l'angine de poitrine une maladie tout aussi nettement syphilitique que l'ectasie aortique ou l'insuffisance aortique artérielle.

Or, il faut distinguer, car l'angine de poitrine peut être ou non associée à l'ectasie ou à l'insuffisance.

1° Dans l'angine de poitrine *associée*, la syphilis est extrêmement commune : 88 % des cas, s'il y a insuffisance aortique ; 100 % s'il y a ectasie aortique.

2° Par contre, dans l'angine de poitrine *pure*, sans lésion aortique, la fréquence de la syphilis (certaine ou douteuse) tombe aux environs de 20 %, l'étiologie syphilitique étant plus fréquente pour les cas à début précoce, c'est-à-dire au-dessous de 50 ans, soit 36 %. Ces données résultent d'une statistique de 450 cas de syndrome angineux d'effort étudiée par le Dr Gallavardin.

3° Enfin dans le syndrome angineux, qui vient simplement doubler l'essoufflement d'effort chez des hypertendus troublés, les antécédents syphilitiques s'abaissent à 14 p. 100.

A côté de l'*angine de poitrine d'effort syphilitique*, qui comprend la totalité des cas avec ecta-

sie, les 9/10ᵉ des cas avec insuffisance aortique, un bon tiers des angors sans lésion aortique au-dessous de 50 ans, il y a place pour une *angine de poitrine d'effort non syphilitique*, qui comprend plus de la moitié des angineux sans lésion aortique au-dessous de 50 ans et certainement la très grande majorité des angines ayant débuté au-delà de 50 ans.

On n'est donc pas autorisé à considérer l'angor d'effort comme un stigmate de syphilis, pas plus qu'à imposer, sans examen ou sans discussion, un traitement spécifique à tout angineux. (*La Presse médicale*, 16-7 1924.)

Le traitement de l'otite externe par l'autohémothérapie.

MM. G. Portmann et Bried estiment que l'autohémothérapie, d'une innocuité absolue, constitue un traitement facile, à la portée de tout praticien, pouvant être appliqué immédiatement, et donnant des résultats aussi satisfaisants que la vaccinothérapie, dans les otites externes de nature variée comme dans la furonculose

L'instrumentation se résume à une seringue de 10 cent. cubes stérile avec une aiguille à biseau court, un lien élastique, un peu d'alcool et quelques tampons d'ouate.

La prise de sang se fait au niveau d'une veine du pli du coude et l'injection dans la région sus ou sous-épineuse. Avec une asepsie rigoureuse, on prend dans la veine, en aspirant très lentement avec la seringue, 5 à 10 cent. cubes de sang au maximum, en se servant du lien élastique placé sur le bras suivant la méthode habituelle. Le sang prélevé est immédiatement injecté sous la peau dans la région choisie. Les injections peuvent se succéder tous les deux ou trois jours.

Les résultats sont intéressants, les douleurs si violentes qu'éprouve le malade sont calmées dans les douze heures qui suivent l'injection, et celui-ci, ayant reçu son traitement vers le début de l'après-midi, peut s'endormir tranquillement le soir. Localement, plus de sensibilité à la pression. Deux jours après l'injection, l'écoulement est devenu plus abondant et plus liquide : il dure 24 à 48 heures, et très rapidement le conduit s'assèche, mais reste embarrassé par quelques pellicules épidermiques et reprend ses dimensions normales.

La durée du traitement est la plupart du temps courte : 21 malades sur 31 ont complètement guéri avec deux injections, soit 20 cent. cubes de sang ; généralement il faut au maximum huit à dix jours.

Jamais les auteurs n'ont constaté ni accidents, ni incidents. Pas de troubles généraux. Le seul inconvénient est la nécessité d'une double piqûre (prise et réinjection) ; mais c'est là un désagrément bien minime. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 et 5 février 1925.)

Diabète et grossesse.

Chez une femme enceinte, dit le Pr Rathery, le sucre peut être retrouvé dans l'urine pour trois raisons : lactosurie, diabète rénal, diabète vrai.

La *lactosurie* paraît être en rapport avec la sécrétion lactée ; au moment où celle-ci s'établit, le foie serait chargé d'amener aux glandes mammaires du glucose en grande quantité ; ce dernier est transformé en lactose par ces glandes. *Ante partum*, la lactosurie est extrêmement fréquente (40 p. 100) ; elle survient entre le 6ᵉ et le 7ᵉ mois ; elle est faible (1 gr. 5 à 2 gr. par litre) ; elle peut être remplacée par de la glycosurie. Elle disparaît après l'accouchement lorsque la sécrétion lactée est complètement établie. Cette glycosurie n'offre aucune espèce de gravité ; son diagnostic avec le diabète vrai est parfois assez délicat ; il est essentiellement fondé sur les alternances de la lactosurie et de la glycosurie, et sur l'absence des signes habituels du diabète.

Post partum, elle atteint son maximum du 3ᵉ au 5ᵉ jour, puis disparaît. Cette lactosurie est en rapport avec l'état des seins, la quantité et la qualité du lait, la façon dont l'enfant tette ; elle tient donc avant tout à la stagnation du lait dans une mamelle fonctionnant activement.

Quant au *diabète rénal*, il s'agirait d'une perméabilité exagérée du rein pour le sucre ; pour en faire le diagnostic, il est donc indispensable de faire un dosage du sucre dans le sang. Cet état semble assez fréquent dans la grossesse ; il ne semble pas, en général, comporter un pronostic grave, mais doit être surveillé.

Le *diabète vrai* ne semble pas exercer une influence sur la conception, à moins qu'il ne s'agisse de la forme consomptive ; il n'est donc pas exact que les femmes diabétiques soient relativement inféconds.

A moins d'un diabète consomptif, la grossesse n'aggrave pas le diabète, si la malade présente un coefficient élevé d'assimilation hydrocarbonée ; mais si ce dernier est très faible, la grossesse peut favoriser indirectement l'éclosion de l'acidose, et directement en créant des phénomènes d'insuffisance hépatique.

Par conséquent, chez une diabétique enceinte, il faut exercer une surveillance sérieuse : *a*) s'il y a des phénomènes d'acidose, excrétion d'acide diacétique, d'acétone et d'acide B oxybutyrique ; *b*) en présence d'albuminurie avec anasarque et cylindrurie ; *c*) pour une baisse du coefficient d'assimilation hydrocarbonée.

En présence du diabète vrai, on ne doit donc pas porter d'emblée un pronostic défavorable, ni interrompre la grossesse ; celle-ci peut évoluer très normalement ; on institue un régime approprié, suffisant dans le diabète simple, et une cure d'insuline associée au régime équilibré

ce qui est indispensable dans le diabète consomptif.

Quand la grossesse accentue temporairement les phénomènes d'acidose, l'insuline intervient heureusement.

Enfin, une femme atteinte de diabète intermittent, n'apparaissant qu'à propos d'une grossesse et disparaissant ensuite, doit continuer à être surveillée pendant des mois, afin d'éviter qu'un diabète vrai ne s'installe de façon définitive, ce qui pourrait arriver dans certains cas. (*Le Progrès médical*, 7 février 1925.)

Le trouble oculaire premier symptôme d'une maladie des voies digestives.

Mainte affection des voies digestives débute par un symptôme oculaire, proclame M. Van Lint, qui montre en effet combien sont pratiquement intéressantes les relations qui existent entre l'œil et le tractus gastro-intestinal.

C'est ainsi que le larmoiement, la photophobie, l'injection conjonctivale, le blépharospasme, les névralgies péri-orbitaires, l'asthénopie accommodative avec ses céphalées, ses vertiges, s'observent dans les affections dentaires, les végétations adénoïdes, les tonsillites ; de même les affections dentaires, l'infection intestinale, le diabète peuvent provoquer des épisclérites, des iritis, des choroïdites, des rétinites... Des diphtéries frustes peuvent passer inaperçues et ne se révéler qu'à l'occasion d'une paralysie de l'accommodation. L'inégalité pupillaire peut provenir d'un cancer de l'œsophage au début. Elle est également en relation avec une lésion dentaire ainsi que certaines mydriases, ou paralysies de la 6e paire. Les rétrécissements du champ visuel, les amblyopies, les amauroses, peuvent procéder d'hémorrhagies gastriques ou intestinales. Les tumeurs de l'appareil oculaire peuvent être de précoces manifestations de tumeurs des voies digestives.

Une affection oculaire peut mettre sur la voie du diagnostic d'un état général pathologique insoupçonné, témoins ces albuminuries latentes auxquelles font penser certaines rétinites. (*Bruxelles médical*, 31 mai 1925.)

Perforation d'ulcère de l'estomac.

La perforation d'un ulcère de l'estomac en péritoine libre est une redoutable lésion dont il importe de faire le diagnostic aussi précocement que possible, car de cette précocité et de l'intervention nécessaire qui suivra dépend la survie du malade.

MM. Papin et Daraignez ont eu l'occasion d'intervenir dans cinq cas de ce genre et ont obtenu trois succès opératoires, les insuccès s'expliquant par l'heure tardive à laquelle ils sont intervenus, en pleine péritonite généralisée.

Les auteurs rappellent les signes sur lesquels sera étayé un diagnostic exact. Ce sont la douleur soudaine, brusque, intense, atroce, angoissante, et la contracture abdominale, reconnaissable tant à l'aspect du ventre que par la palpation. Le maximum de cette contracture siège à l'épigastre, à la région sous-ombilicale, dans le quadrant supéro-externe droit de l'abdomen et permet de localiser suffisamment le siège de la lésion.

Les antécédents gastriques du malade trouvés dans 80 à 90 % des cas confirment le diagnostic.

L'intervention ne sera pas différée : ce sera habituellement la suture avec enfouissement, avec ou sans gastro-entérostomie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1925.)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Si le salicylate de soude demeure le médicament spécifique du rhumatisme articulaire aigu, ce n'est qu'à la condition de l'administrer à doses suffisantes qu'on en obtiendra les meilleurs résultats.

Pour M. Keersmaekers, ces doses, chez l'adulte, doivent débuter à 10 gr. par jour, et augmenter de 2 gr., par jour jusqu'à 18 gr. Mais ce n'est pas là un maximum impératif, et il a pu arriver sans inconvénient à 22, 24, 26 et même 30 gr. par 24 heures. Pour faire tolérer des quantités aussi massives de salicylate de soude, il suffit d'y adjoindre du bicarbonate de soude, à doses massives également, soit 2 gr. de bicarbonate pour un gramme de salicylate.

On dissoudra salicylate et bicarbonate dans une grande quantité d'eau (750 ou 1.000 gr.), la solution étant préparée la veille ; on édulcorera avec du sirop d'anis ou mieux de menthe. La solution ainsi aromatisée sera prise le jour, en trois ou quatre fois, immédiatement avant les repas.

Si le bicarbonate de soude n'est pas supporté, s'il devient notamment la cause d'œdèmes, on lui substituera du carbonate de chaux ou du biphosphate de soude.

Chez la femme, chez l'homme âgé et chez le vieillard, on débutera par des doses de 8 gr. et on augmentera plus lentement et avec prudence.

L'auteur a essayé avec succès la médication par le choc chez les malades intolérants ou résistants au salicylate. L'argent colloïdal, en injections intra-musculaires ou intra-veineuses, lui a donné d'excellents résultats. De même, les injections intra-veineuses de peptone, selon la méthode de Nolf. L'association du salicylate de soude à la peptone est recommandable. Toutefois, l'auteur signale que le traitement peptonique ne doit pas être considéré comme un traitement courant. C'est un traitement d'exception, en raison des réactions très violentes qui sont parfois observées.

L'autovaccinothérapie pratiquée avec le li-

quide d'épanchement articulaire des rhumatisants est un traitement adjuvant intéressant à utiliser.

Lorsque, avec le salicylate, l'apyrexie est obtenue, on diminue la dose de médicament jusqu'à 8 et 6 gr. par jour, en maintenant cette dose pendant quinze jours à un mois. Pendant tout ce temps, l'alimentation sera végétarienne (pâtes, légumes, fruits). Repos au lit, éviter le froid, et prendre des soins minutieux de la bouche, du rhino-pharynx et de la peau.

Si l'on admet que le rhumatisme articulaire a souvent pour porte d'entrée le pharynx à la faveur d'une angine, l'auteur recommande d'administrer le salicylate de soude, à titre préventif, dans tous les cas d'angine. (*Bruxelles médical*, 14 juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les fausses tumeurs de la glande mammaire.

(M. Anselme SCHWARTZ. — *Société de chirurgie*, 20-5-1925.)

M. Schwartz a rencontré un certain nombre de fois des tuméfactions particulières de la glande mammaire, faisant craindre le cancer du sein. Elles en étaient nettement distinctes, car elles guérissaient spontanément et complètement. En voici un exemple : malade chez laquelle la palpation du sein permet de sentir, sous une peau saine, une masse de 6 cm. sur 4 cm., de consistance ferme et grenue, régulière, sans prolongement vers la périphérie, sans adhérence. En pareil cas, on ne saurait s'arrêter au diagnostic de tumeur, bénigne ou maligne, ni de mammite chronique. Il s'agit, selon l'auteur, d'un simple engorgement d'un segment de la glande mammaire, ce qui explique les caractères cliniques rencontrés : masse ferme, légèrement grenue, absolument indolente, faisant corps avec la glande sans y envoyer de prolongement, sans adhérences, ni adénopathie.

De tels indices cliniques permettent non pas de rejeter à coup sûr le cancer, mais de ne point se précipiter sur le bistouri Il faut seulement surveiller attentivement la lésion en réexaminant la malade une fois par mois environ.

— M. CUNÉO a vu plusieurs cas semblables, qu'il a traités par l'expectation, les compresses chaudes et la compression. Il a obtenu des guérisons rapides. Une surveillance régulière est évidemment indispensable.

— M. AUVRAY remarque que Tillaux connaissait déjà ces tumeurs et insistait sur les difficultés de leur diagnostic. Comme le pensait Tillaux, M. Auvray croit à des noyaux de mammite, qu'il traite par la compression du sein. Celle-ci, bien faite et prolongée, amène une décongestion rapide de la glande dans son ensemble et une disparition de la tumeur suspecte en un temps variable. Si la lésion résiste à la compression, une biopsie devient nécessaire.

— M. MOCQUOT estime que, lorsqu'il y a doute, il faut opérer, sans attendre de l'évolution de la maladie la confirmation du diagnostic.

— M. Louis BAZY a observé une coïncidence entre certaines de ces tuméfactions mammaires et des troubles de menstruation. L'opothérapie ovarienne, simple ou associée, peut avoir alors son utilité.

Sur les sérothérapies préventives.

(M. Louis BAZY. — *Société de chirurgie* ; 13-5-1925.)

On use beaucoup des sérothérapies préventives : diphtérique, tétanique, gangréneuse, préopératoire, etc. Il faut certes ne pas hésiter à y recourir quand l'indication est précise ; mais, est-ce à dire qu'il soit opportun d'y recourir à tout propos, pour des raisons quelquefois de pure théorie ? M. Louis Bazy ne le croit pas et il fait une critique des abus possibles de la sérothérapie préventive, à l'occasion d'un travail de M. Clavelin.

M. Clavelin a combiné la sérothérapie antigangréneuse et l'intervention précoce systématique dans le traitement de 40 cas d'appendicite aiguë, qui ont tous guéri d'ailleurs. La part de la sérothérapie dans ces guérisons, si elle est réelle, n'est pas clairement démontrée, les espèces microbiennes entrant dans la préparation du sérum antigangréneux ne se retrouvant pas dans le pus de l'appendicite. Or, les injections de sérum équin non nécessaires ont l'inconvénient d'exposer à l'anaphylaxie lorsqu'on pratique des injections ultérieures. Avec Marfan et Bordet, M. L. Bazy considère qu'il faut être ménager des injections de sérum équin quand l'indication et l'utilité n'en apparaissent pas avec suffisance.

Plaie du duodénum.

(MM. COCHEZ et PIÉRI, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 29-4-1925.)

MM. Cochez et Piéri ont observé un malade qui eut, à la suite d'une plaie du duodénum par arme à feu, une fistule ; celle-ci constituait un anus contre nature duodénal. Aucune selle normale ne se produisait, la totalité des matières empruntant la voie

haute. Les auteurs pratiquèrent une gastro-entérostomie qui fut suivie de guérison des accidents. L'exploration du trajet fistuleux avait permis de ramener des débris de vêtement et de bourre entrés avec la balle.

— M. OKINCZYC ajoute à cette observation la remarque suivante : si les fistules du duodénum ne sont pas exceptionnelles après les opérations portant sur cet organe ou sur les organes voisins (néphrectomies, interventions sur les voies biliaires), les plaies duodénales par traumatisme extérieur compliquées de fistulisation sont beaucoup plus rares.

Splénectomie dans le purpura hémorrhagique.

(MM. A. CHAUFFARD et Pierre DUVAL. — *Société de chirurgie* ; 29-4-1925.)

M. Pierre Duval rapporte un cas de purpura hémorrhagique chronique traité par l'extirpation de la rate. Le résultat fut excellent, sans qu'une explication pathogénique certaine puisse en être donnée.

L'auteur signale quelques observations analogues, publiées à l'étranger, et ayant donné lieu à des résultats non moins satisfaisants. La clinique doit se contenter d'enregistrer ce fait que la splénectomie procure habituellement la guérison du purpura hémorrhagique chronique.

Splénectomie pour anémie grave.

(M. LECÈNE. — *Société de chirurgie* ; 13-5-1925.)

M. Lecène, comme suite à la communication précédente de M. Pierre Duval, expose l'histoire d'une femme atteinte d'anémie grave, qu'il a opérée de splénectomie il y a deux ans. Depuis cette époque, la malade est guérie. La rate jouait certainement un rôle capital dans la production de l'état anémique, puisque dès que cet organe fut enlevé, le nombre des globules rouges augmenta très rapidement.

Il est évident qu'il s'agit là de faits d'attente, que nos connaissances présentes ne permettent pas d'interpréter complètement ; néanmoins le résultat ne laisse pas d'être impressionnant. L'innocuité de la splénectomie à l'heure actuelle, dit M. Lecène, quand on sait s'entourer des précautions nécessaires, doit engager les médecins à confier au chirurgien leurs malades atteints de troubles anémiques graves mal définis : la splénectomie pourra parfois les améliorer avec une remarquable rapidité.

Angiome diffus, à tendance extensive.

(M. LECÈNE. — *Société de chirurgie* ; 6-5-1925.)

L'angiome est, à l'habitude, une tumeur à allure torpide et non extensive. Quelquefois, cependant, il n'en est pas ainsi et M. Lecène a eu, ces temps derniers, l'occasion d'opérer deux cas d'angiome diffus, à tendance envahissante, siégeant l'un au cuir chevelu, l'autre à la région temporale.

Le premier malade présentait depuis sa naissance un large nævus de la nuque. Jusqu'à l'âge de 42 ans, il n'en fut pas gêné, mais à cette époque des bourgeons charnus apparurent au niveau de la tache cutanée, avec des hémorrhagies parfois difficiles à arrêter. L'auteur fit l'extirpation de la masse après l'avoir isolée par un surjet à points serrés et profonds pour éviter l'hémorrhagie. La plaie se cicatrisa facilement.

Le deuxième malade vit apparaître, à l'âge de 28 ans, au niveau de la région temporale, jusque-là tout à fait normale, une vingtaine de petites tumeurs violacées du volume d'un grain de blé à celui d'un pois, à la manière d'une véritable éruption. En même temps, on constatait la présence d'une tumeur molle, animée de battements, sur le trajet de l'artère temporale superficielle : il s'agissait d'un anévrysme fusiforme de cette artère, dû à la pénétration dans l'épaisseur de la paroi du vaisseau de grains angiomateux minuscules qui avaient détruit la tunique élastique artérielle et provoqué l'ectasie. L'ablation de l'anévrysme et des tumeurs fut suivie de guérison.

— M. THIÉRY, à propos de la cicatrisation de la plaie opératoire du premier malade, fait quelques réserves sur l'opinion, soutenue jadis par Verneuil, de la réparation facile des plaies du cuir chevelu intéressant le péricrâne.

Les plaies du cuir chevelu, même étendues, se réparent rapidement, à une condition : qu'elles soient partielles. Lorsqu'il s'agit d'un scalp total, la réparation, d'abord satisfaisante, se ralentit bientôt et est longuement retardée ensuite.

L'auteur a eu l'occasion d'observer six cas de scalp total : deux à l'hôpital et quatre en expertise. Dans tous ces cas, la réparation a été interminable et dans l'un d'eux la cicatrisation n'était pas complète au bout de trois ans et demi, après des alternatives d'épidermisation et d'excoriation.

Fracture du crâne avec hypotension du céphalo-rachidien.

(M. VERGOZ, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 13-5-1925.)

Leriche a montré qu'à côté des faits d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, il existait, dans les fractures du crâne, des faits d'hypotension. Il faut penser à cette éventualité qui offre une réelle importance thérapeutique, puisqu'elle contre-indique la ponction lombaire ou plus exactement la soustraction de liquide céphalo-rachidien.

M. Vergoz, d'Alger, a constaté ce syndrome d'hypotension chez un de ses malades atteints de fracture du crâne et il a guéri son patient par des injections de sérum.

La ponction lombaire, systématique, conclut M. OKINCZYC, dans le rapport qu'il présente sur le travail de M. Vergoz, peut donc avoir, dans les fractures du crâne, des inconvénients ou même des dan-

gers. Le manomètre de Claude devrait toujours en pareille circonstance être utilisé. Il éviterait la soustraction de liquide céphalo-rachidien si l'on constatait sa tension amoindrie et permettrait de faire un traitement convenable aussitôt, sans attendre les indices plus marqués de l'hypotension.

Sur la radiographie utérine.

(M. TUSSAU, de Lyon. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-5-1925.)

M. Dartigues présente un rapport sur une étude de M. Tussau relative à la radiographie utérine.

Les essais de radiographie utérine et péri-utérine remontent déjà à un certain nombre d'années. Dès 1912, avec M. Dimier, M. Dartigues en a montré un exemple. A cette époque, on se servait du bismuth. Depuis, on a pu apprécier les avantages du lipiodol et c'est à ce dernier produit que s'est adressé M. Tussau. Il injecte dans la cavité utérine du lipiodol et l'on fait ensuite une radiographie.

Ainsi, la radiographie de l'utérus apparaît désormais possible, grâce au lipiodol qui constitue à l'heure actuelle la meilleure substance à utiliser à cet effet. Les injections de lipiodol ne sont pas douloureuses, n'exigent pas de pression, ne sont ni toxiques, ni caustiques ; elles sont même antiseptiques. On devra placer la malade en position convenable, couchée, pour que l'huile iodée ne ressorte pas par l'ouverture du col. Cette méthode donne des renseignements intéressants dans les fibromes, tumeurs, etc., de l'utérus.

Varicocèle pelvien.

(M. G. LÉO. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-5-1925.)

Le varicocèle pelvien est caractérisé par la dilatation permanente des veines du bassin. Il est secondaire à une affection génitale ou primitif. Sa symptomatologie est assez vague, mais l'on note souvent des douleurs vives et tenaces que l'opération permet d'amender. M. Léo en signale un cas dans lequel les douleurs pelviennes ont disparu rapidement après l'opération.

A propos des hémoptysies.

(M. MÉLAMET. — *Société de médecine de Paris* ; 12-6-1925.)

M. Mélamet pense que les hémoptysies des tuberculeux pulmonaires se produisent surtout chez les bacillaires offrant un terrain particulier, chez ceux dont le système vasculaire est déjà préparé par une autre infection. L'auteur a été frappé par la fréquence des réactions de Wassermann positives chez de tels malades. Pour lui, l'hémoptysie doit toujours éveiller l'idée d'une syphilis ajoutée à la tuberculose. Les intoxications intestinales pourraient aussi jouer un rôle.

— M. René GAULTIER a antérieurement signalé l'importance de la congestion et de l'hypertension dans la génèse de l'hémoptysie tuberculeuse et les bons effets de la médication hypotensive. Ainsi, agissent l'ipéca, l'émétine. Dans le service de tuberculeux du professeur Dieulafoy, M. Gaultier a établi jadis l'action anti-hémoptoïque des pilules hypotensives d'extrait de gui. Elles étaient connues sous le nom de « pilules de la mère ». Or, la syphilis est un agent important d'hypertension.

La phrénicectomie.

(M. THÉVENARD. — *Société de médecine de Paris* ; 12-6-1925.)

La phrénicectomie a été employée avec de bons résultats dans la tuberculose pulmonaire, les dilatations bronchiques de la base, la gangrène pulmonaire de la base. Ce ne sont pas là les seules indications possibles de cette opération. Deux médecins de Marseille, MM. Aubert et Artaud, y ont eu recours dans un cas uniquement chirurgical, comme traitement d'une volumineuse éventration chez une tousseuse habituelle. M. Thévenard, d'autre part, lui doit la guérison d'une malade atteinte de pleurésie purulente. C'est donc là une méthode appelée à être mise en œuvre, semble-t-il, dans des circonstances assez variées.

P. L.

Les Congrès

Xe Congrès de médecine légale des pays de langue française.

Lille (25, 26, 27 *mai* 1925.)

Allocution prononcée par le Dr D. VERHAEGHE, *adjoint au maire de Lille.*

(*Extrait*).

Dès la séance d'ouverture du Xe Congrès de Médecine légale de langue française, la municipalité lilloise a tenu à témoigner par un geste tout l'intérêt qu'elle porte à vos travaux ; elle m'a désigné pour venir vous apporter, à vous tous accourus d'un peu partout de France et de Belgique, à vous tous qui par votre travail, votre valeur scientifique et votre conscience professionnelle faites rejaillir toujours plus de lustre et de gloire sur vos grande et petite patries, le Salut de la Ville de Lille.

Et cette mission, je la remplis avec joie, car je me considère ici, comme un peu en famille. Parmi vous, la plupart, certes,ne me sont connus que par leurs travaux et la réputation qui les précède partout où ils vont. Mais, d'autres me furent des camarades au cours d'études communes. Et quelques-uns sont pour moi des frères, car nous fûmes ensemble de la grande épreuve de douleur et d'angoisse dont l'humanité reste encore saignante.

Toutes et tous, soyez les bienvenus dans notre Cité.

J'avoue d'ailleurs que ce n'est pas sans une certaine fierté que nous vous avons vu choisir notre ville comme siège de vos travaux.

....

Du fait de son activité industrielle et scientifique, Lille est un centre où fatalement cette partie de la science médicale que l'on appelle la « médecine légale » devait se développer en se transformant, en élargissant son terrain d'action.

La médecine légale ? Ce ne peut plus être seulement la médecine judiciaire, l'étude des problèmes médicaux soulevés par l'application des lois civiles et pénales, et des conditions dans lesquelles, en vue de la poursuite de la vérité , doit s'effectuer la collaboration du médecin et du magistrat.

La médecine légale ? Ce doit être encore — et à notre humble avis cela ne peut pas ne pas être, étant donné le développement des lois d'hygiène publique, d'assistance, de prévoyance et d'assurance sociales, lois, qui toutes ont besoin pour leur application d'une collaboration permanente et éclairée des médecins — ce doit être encore, et de plus en plus, l'étude des problèmes médicaux que soulève l'application de ces lois sociales et des conditions dans lesquelles ces problèmes doivent être résolus pour le mieux des intérêts de la collectivité tout entière, et aussi pour le mieux des intérêts de ceux pour qui ces lois ont été faites.

Et ce que l'on dénomme aujourd'hui la « *médecine légale* » s'évadant ainsi de son rôle, pourtant déjà si important, de science auxiliaire de la justice, subissant la croissance que lui impose une évolution inéluctable, devient la « *médecine sociale* » science qui, outre le rôle dévolu à la médecine légale proprement dite, doit devenir l'auxiliaire de tout ce monde du travail dans son effort vers plus de bien-être et vers plus de santé morale et physique.

Aussi, ne vous étonnerai-je pas quand je vous dirai avec quel intérêt nos organisations ouvrières du Nord suivent cette évolution de la science médicale.

Les travailleurs de notre pays se sont rapidement rendu compte que du médecin dépendait l'application — bonne ou mauvaise — de toutes les lois sociales ; qu'il était nécessaire, pour que ces lois remplissent le but voulu par le législateur, que les médecins appelés à en assurer l'exécution soient instruits des multiples problèmes médico-légaux et médico-sociaux que ces lois soulèvent.......................................

....

.....Ils comprennent qu'il y a un rapport étroit entre leur état physique et intellectuel, physiologique et pathologique, leur capacité de travail, le genre de travail qu'ils auront à effectuer.

Ils comprennent que leurs conditions de santé sont intimement liées aux conditions dans lesquelles ils effectuent leur travail.

Et pour eux s'affirme ainsi la nécessité de recherches sur les maladies professionnelles, de recherches relatives à la répercussion des différents métiers sur l'organisme en général et certains organes en particulier, de recherches sur les conditions physiologiques optima à remplir en vue de l'exercice de telle ou telle profession, recherches qui permettent à chacun de connaître le métier où il trouvera le maximum de satisfactions, et aux infirmes et mutilés, un plus facile reclassement social.

A Lille, la municipalité a organisé un service complet d'inspection médicale scolaire aboutissant à l'orientation professionnelle ; un cabinet d'orientation professionnelle dont le fonctionnement a été justement confié au secrétaire général de votre Congrès : le docteur Vieilledent.

Et d'aucuns ne craignent pas d'envisager la création d'un Institut municipal de médecine légale et de médecine sociale lequel centraliserait : services médico-judiciaires proprement dits, laboratoires de recherches médico-légales, laboratoires de recherches sur les nécessités physiologiques des métiers, les influences de certains travaux sur la santé des apprentis et des ouvriers, l'orientation professionnelle, la détermination du degré de gêne ou d'inaptitude professionnelle à tel ou tel métier en suite des diverses lésions, maladies ou mutilations, les modalités de rééducation avec ou sans appareillage, etc.

D'ailleurs, tous les milieux de notre région sentent la nécessité de cette extension de la médecine légale vers les questions médico-sociales.

L'Université de Lille a pris l'initiative de créer une chaire de médecine légale et de médecine sociale, et il y a quelques jours à peine, à l'unanimité, sans discussion, notre Conseil général votait pour cette chaire une subvention annuelle de 6.000 fr.

C'est votre président, Monsieur le professeur Leclercq qui en est chargé. Tous ceux qui le connaissent, tous ceux qui ont su apprécier son activité et sa force de travail, tous ceux qui savent avec quel haut sentiment de justice et d'impartialité il s'efforce de comprendre ces questions si délicates (en raison des conflits qu'elles susci-

tent), sont certains qu'il donnera à cette nouvelle chaire la haute réputation qu'elle doit avoir.

....

Telles sont les raisons pour lesquelles je pense que Lille a mérité l'honneur que vous lui avez fait, en la choisissant cette année comme siège de votre Congrès.

PREMIER RAPPORT. — **La mort par inhibition.**

MM. DUVOIR et Ch. RICHET fils (de Paris).

C'est à Brown-Séquard que l'on doit surtout la notion d'inhibition, c'est-à-dire d'arrêt des fonctions d'un organe par suite d'une excitation nerveuse portant sur un point de l'organe plus ou moins éloigné de celui où se produit l'arrêt.

Cette notion physiologique fut introduite en médecine légale par Brouardel pour expliquer des morts subites provoquées par un traumatisme parfois extrêmement léger, sans lésion matérielle réelle ou valable et que nul état pathologique antérieur ne pouvait expliquer. C'était en somme la mort brusque, se produisant en dehors de toute lésion anatomique décelable.

Actuellement, les médecins légistes réservent le diagnostic de mort par inhibition à la mort qui se produit *par arrêt respiratoire primitif résultant d'une action bulbaire, ou par arrêt du cœur par action sur cet organe de son système nerveux intrinsèque.*

Cette pathogénie a été contestée par les physiologistes qui, au cours de leurs expériences, n'arrivent pas toujours à déterminer la mort des animaux dans ces conditions.

Cependant, les constatations cliniques n'en demeurent pas moins. On sait en effet que l'*inhibition cardiaque* se traduit cliniquement par la syncope classique, chute rapide puis disparition des mouvements cardiaques et de leurs manifestations éloignées (pulsations vasculaires), le tout ne durant que quelques secondes, disparition de ces phénomènes et retour à la vie.

L'*inhibition pulmonaire* consiste essentiellement en une apnée en expiration sans suspension des battements cardiaques ; sa durée est beaucoup plus longue que la précédente (deux à quatre minutes maximum). C'est la suffocation qu'éprouve le boxeur recevant un « direct » à l'estomac, ou qui résulte de la surprise causée par un jet d'eau reçu sur l'abdomen. Toujours s'étendant dans le temps, se place l'*inhibition cérébrale* qui, d'une simple obnubilation intellectuelle, peut aller jusqu'au coma avec bradycardie (knock-out des pugilistes), un semblable état pouvant durer plusieurs jours.

Enfin, l'*inhibition cellulaire générale* (A. Mayer), qui consiste essentiellement en une suppression plus ou moins totale des échanges cellulaires avec conservation de la teinte rouge du sang déjà signalée par Brown-Séquard. Cet état pourrait correspondre ou s'identifier avec certains états cliniques dits de shock.

Tous ces cas peuvent devenir mortels : il suffit qu'ils s'accentuent et se prolongent dans le temps.

Nous devons dire qu'en médecine légale on considère la mort par inhibition comme surtout d'origine cardiaque.

Quels sont les éléments du diagnostic différentiel ? La fibrillation ventriculaire et les divers états de choc paraissent être les seuls à discuter. L'étiologie, la symptomatologie, la rapidité du dénouement, sont assez différents dans les chocs pour qu'il n'y ait pas de place au doute, sauf toutefois en ce qui concerne le choc traumatique, dont l'aspect clinique est si voisin de l'inhibition qu'il paraît logique de les assimiler l'un à l'autre.

La fibrillation ventriculaire, longtemps confondue avec l'inhibition cardiaque, bien que très voisine, doit aussi en être différenciée, mais il faut en souligner l'extrême rareté.

L'étiologie polymorphe, bien classée physiologiquement (inhibition par action directe sur le nerf inhibiteur, inhibition par action sur les centres nerveux supérieurs, inhibition réflexe) relève de causes particulières, mais un examen approfondi des nombreuses observations publiées montre souvent l'impossibilité d'asseoir le diagnostic d'inhibition sur des preuves irréfutables.

Tout semble se ramener à une question de *terrain*, de susceptibilité, de sensibilisation créée par un état pathologique acquis ou héréditaire. L'inhibition terminale chez l'agonique n'est qu'un phénomène accessoire, qui l'est moins chez l'aortique succombant brusquement à l'occasion d'un minime effort, ou chez le porteur d'adhérences pleurales (Parisot, Morin Beogradatz), qui meurt au cours d'une thoracentèse ou par suite d'un traumatisme excessivement bénin.

Ce sont là certes des phénomènes d'inhibition, mais nullement comparables à celui qui provoque la mort de l'individu normal subissant un traumatisme insignifiant sur des régions toujours les mêmes (larynx, estomac, testicule, etc.), ce qui tient peut-être à une réflectivité inhibitrice exagérée variant dans de très larges limites comme d'ailleurs tous les états neuro-végétatifs, sous des influences qui, quoique encore mal connues, commencent à se préciser.

A. Mayer a observé que des lapins légèrement décalcifiés étaient plus sensibles à l'action immédiate du chloroforme, et que chez l'animal auquel on avait administré un décalcifiant comme l'oxalate de soude à dose suffisante, le chloroforme détermine un arrêt respiratoire par action sur les centres.

Récemment, de Waele a montré que les animaux en état d'hypoalcalinité humorale expérimentale étaient beaucoup plus sensibles à certaines intoxications (chlorure de calcium, sels de baryum, dérivés barbituriques, anesthésiques). Cet auteur en voit la raison dans une hyperexcitatabilité du pneumogastrique favorisée par l'acidose, bien qu'il n'ait jamais pu obtenir la mort par excitation de ce nerf chez les animaux désalcalinisés.

Ces constatations montrent bien le rapport qui

semble exister entre les facteurs nerveux et humoral, On commence seulement à entrevoir l'importance de cette notion de terrain dans la mort par inhibition.

***

De cet ensemble de faits, on doit réserver le diagnostic de mort par inhibition à l'arrêt définitif et brusque d'une fonction vitale, tout spécialement respiration et circulation (inhibition cardiaque ou bulbaire), à la suite d'une action inhibitrice directe ou réflexe.

L'inhibition humaine grave peut présenter quatre modalités : inhibition cardiaque, inhibition pulmonaire, inhibition cérébrale et inhibition cellulaire générale.

Les causes de l'inhibition grave humaine peuvent être classées suivant le mode d'action du processus inhibiteur : *a*) inhibition par action directe sur le nerf inhibiteur ; *b*) inhibition par excitation des centres nerveux supérieurs ; *c*) inhibition réflexe, répondant à la véritable inhibition médico-légale, produite par des traumatismes ou des irritations portant sur des régions bien déterminées (larynx, plèvre, abdomen, organes génitaux, etc.).Le rôle d'une émotion violente, véritable traumatisme psychique, n'est pas établi.

De plus, il est nécessaire que le sujet soit prédisposé soit par un déséquilibre neuro-végétatif ou par une modification de la réaction humorale, l'acidose semblant favoriser l'inhibition.

Les rapporteurs se rangent à l'opinion de ceux qui admettent que la mort par inhibition est possible chez l'homme en apparence sain. (*A suivre*).

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ MALOINE.

Dr A. CANTONNET. — **Causeries d'ophtalmologie pratique** (325 p., 33 fig. Prix : 16 fr.)

CHEZ DOIN.

Dr CARLE, de Lyon. — **Thérapeutique des maladies vénériennes.**

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

Les Thèses

P. Dr Henri BALLAND. — **Contribution à l'étude des colites du transverse.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1925.)

Dans la pathologie du gros intestin, entre les deux syndromes colitiques classiques cæco-ascendant et sigmoïdo-rectal, mérite de prendre place un ensemble symptomatologique propre au côlon transverse ; organe moteur compris entre deux zones sphinctériennes, doté d'un système nerveux intra-intestinal important.

A l'état pathologique, le transverse présentera surtout des troubles de la motricité selon quatre formes nosologiques évolutives dans lesquelles tous les faits observés peuvent être rangés : *forme myasthénique* : légère, caractérisée par un affaiblissement passager de la musculature du transverse. *Forme entéro-névritique* : marque une atteinte plus ou moins sévère du système nerveux intra-intestinal. Ellé est caractérisée par une exagération du réflexe de compensation, d'où réactions spasmodiques locales ou générales qui se traduisent par un aspect arythmique ou éréthique, suivant le cas. Les cœlialgies et les fausses gastropathies signalent cette forme au point de vue clinique. *Déchéance musculaire progressive* : dans la forme complète, on assiste à une véritable asystolie du côlon transverse, qui a perdu peu à peu toute tonicité par les lésions de son système nerveux propre et de ses éléments musculaires. La radiologie montre un côlon allongé, ectasié, atone. *Péricolite adhésive* : le processus inflammatoire chronique peut donner lieu enfin, à des réactions péricoliques fibreuses avec adhérences multiples. Plus fréquemment, ces lésions, lorsqu'on les observe au niveau du transverse, sont consécutives à une opération abdominale mutilante pour le péritoine ou à une péritonité tuberculeuse méconnue.

Il y a le plus grand intérêt à connaître cette symptomatologie pour différencier ces malades des dyspeptiques et des ptosés. La plupart d'entre eux, en effet, présentent un syndrome de dyspepsie sensitivo-motrice et des cælialgies capables d'égarer le diagnostic. Mais un eamen attentif fera soupçonner la colite du transverse. Seul l'emploi de la radiographie ou radioscopie, en série, permet d'assurer ce diagnostic.

LA CONSTIPATION SPASMODIQUE

Bien que, le plus souvent, chez les constipés chroniques, le syndrome dyschésique présente tout à la fois des éléments plus ou moins intriqués de spasme et d'atonie, il est de nombreux cas où c'est le spasme qui domine la scène clinique. La stase et la difficulté des évacuations sont dues alors non pas tant au défaut du péristaltisme qu'à sa dysharmonie. Normalement les segments intestinaux doivent se contracter successivement et non pas simultanément, car il existe une *euchronie* de cette suite de contractions, et c'est grâce à elle que le péristaltisme, ayant son libre jeu, aboutit par le mouvement de bascule de l'anse sigmoïde, le relâchement de l'ampoule rectale et la béance du sphicnter anal, à l'exonération parfaite.

Chez le spasmodique, ces divers temps sont troublés, ou bien par des contractions synchroniques intempestives, la contraction péristaltique d'un segment antérieur étant annihilée par la contraction simultanée d'un segment postérieur, ou encore par la formation d'anneaux de contracture plus ou moins persistants. Dans les deux cas la lumière du canal intestinal peut être considérablement réduite ; si cependant la contraction antérieure est suffisamment forte, le segment contracturé postérieur pourra être en partie franchi, mais les selles rubannées, filiformes et fragmentées, seront le témoignage de l'effort imposé au péristaltisme. Souvent, d'ailleurs, les deux contractions s'équilibrent, péristaltisme et antipéristaltisme s'affrontent et s'annihilent, il n'y a pas de selle du tout, ou bien même la contraction inférieure dépasse en intensité la supérieure, l'antipéristaltisme domine, le bol fécal et les gaz cheminent en sens inverse de leur cours normal et sont refoulés vers le cæcum.

Ces troubles ne sont pas rares chez les nerveux : les malades se plaignent de ne pouvoir s'exonérer; ils éprouvent en allant à la garde-robe une sensation de striction fort pénible faisant obstacle à leurs efforts défécatoires, la palpation de l'abdomen révèle un certain degré de ballonnement et permet de reconnaître souvent les segments spasmés plus ou moins douloureux, ainsi qu'une distension cæcale plus ou moins accentuée. De tels états, pour peu qu'ils se prolongent, peuvent en imposer pour des brides, des rétrécissements cicatriciels, voire même simuler le cancer, mais un examen radioscopique permettra le plus souvent, en établissant le véritable diagnostic, d'éliminer ces redoutables éventualités.

Il est courant alors d'administrer la belladone, le sulfate d'atropine ou la valériane. On obtient ainsi une amélioration... quelquefois ; mais il est rare qu'elle soit vraiment satisfaisante. Des résultats bien meilleurs seront obtenus avec la péristaltine,qui possède sur la musculature lisse des côlons une action doucement stimulante sans être irritante comme tant d'agent laxatifs. La péristaltine est un glucoside pur du rhamnus purshiana, totalement débarrassé des anthraquinones qui constituent les éléments irritants de la drogue initiale. Chez les constipés spasmodiques, on la prescrira de préférence en cachets, forme où elle se trouve associée aux extraits biliaires et à l'agar-agar, qu complètent son action en la rendant plus cholagogue et en lubrifiant le bol fécal. Concomitamment, on insistera d'ailleurs sur toutes les mesures hygiéniques et diététiques propres à améliorer l'état intestinal et à rétablir le rythme fonctionnel. Le régime sera peu carné et plutôt lacto-féculent. Les surmenés, les neurasthéniques, seront mis au repos ; un exercice modéré sera prescrit aux sédentaires. L'hydrothérapie sous forme de douches tièdes pourra jouer un rôle adjuvant des plus utiles en calmant l'éréthisme nerveux. Ce sont des malades qui se trouvent parfois admirablement d'une cure thermale qui leur apporte tout à la fois repos et soins hygiéniques. On les dirigera, suivant le cas, sur Châtel-Guyon, Plombières, Luxeuil, Néris, Brides ou Bagnères-de-Bigorre ; mais Plombières, Brides et Néris sont les stations de choix, en raison des propriétés puissamment sédatives de leurs eaux.

A.J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS D'UN CONFLIT INTERMÉDICAL DE RÈGLEMENT D'HONORAIRES-ACCIDENTS

Le contrôle en médecine sociale.

Nous avons reçu les documents suivants, que nous publions très volontiers.

Monsieur le Rédacteur en chef et cher Confrère,

Je vous adresse les deux lettres ci-jointes, pensant qu'elles pourront intéresser les lecteurs du *Concours médical.*

La première m'a été adressée par un confrère chargé par une Compagnie d'assurances de contrôler mes notes d'honoraires ; la seconde est la réponse que je lui ai adressée.

Ces notes n'étaient d'ailleurs pas exagérées :

1° L. — 13 cons. ou pans. et certif........ 96 »
(du 27 septembre au 20 octobre).
2° H. — 15 cons. ou pans. et certif........ 110 »
(du 19 novembre au 13 décembre).
3° Z. — 13 cons. ou pans. cert. et inc. abcès 111 »
(du 9 au 29 novembre).

Dr C...

Lettre du médecin contrôleur de la Cie d'assurances.

Juillet 1925.

Mon cher confrère,

Je suis chargé par la compagnie d'assurances X. de donner mon avis en qualité de médecin contrôleur sur une série de notes d'honoraires que vous avez remises.

Je vous dis de suite que nous sommes loin d'être d'accord : 1° Voici d'abord le cas L..., blessé le 27 septembre 1924 et dont le diagnostic porte contusion de l'articulation coxo-sacrée. Il semble bien qu'en dehors de quelques compresses résolutives, le principal traitement d'une pareille lésion soit le repos absolu, au moins pendant quelques jours.

Or, je constate que, d'après les dates de vos consultations, ce malheureux serait venu à votre cabinet chaque jour la première semaine et ensuite tous les deux ou trois jours jusqu'à 13 fois.

Si votre blessé s'est livré à tous ces déplacements, il a dû constater lui-même que cet exercice journalier a dû lui être pénible plus que le bienfait de la consultation et je m'explique ainsi que les 15 jours de repos prévus au début n'aient pas suffi à la guérison.

2° Le nommé H..., d'après le diagnostic, avait une petite plaie contuse au niveau de l'appendice xiphoïde et je constate que, malgré les prescriptions actuelles des maîtres : pansements rares, vous l'avez pansé presque journellement pendant une quinzaine de jours. N'est-ce pas abusif ? Je constate même avec surprise que le jour même de la reprise 13 décembre, il y a une consultation indiquée : s'il était guéri, pourquoi consultations et pansements ?

3° Voici Z..., blessé le 8 novembre 1924, le lendemain 9 novembre, votre mémoire porte : incision d'abcès... Voilà 50 ans que je fais de la médecine, je vous avoue que je n'ai jamais vu un abcès assez rapide pour nécessiter une incision dès le lendemain de la lésion causale et puis toujours les consultations et pansements journaliers pendant une quinzaine.

Il eût peut être été plus diligent, ayant à faire à un terrassier, de pratiquer une injection préventive antitétanique. A mon avis, c'était le cas ou jamais

4° Même observation pour le blessé ..., également terrassier chez lequel une piqûre antitétanique eût été plus prudente que la multiplicité des consultations et pansements.

En résumé, mon cher confrère, je considère que vos notes comportent trop de consultations dont plus de la moitié au moins étaient absolument inutiles. Vous n'en auriez certainement pas fait un aussi grand nombre chez un blessé ordinaire ou tout au moins un blessé payant lui-même ses soins ne serait pas venu si souvent à votre cabinet et ne s'en serait pas trouvé plus mal.

En outre, dans les deux cas de terrassiers où vous constatez vous-même dans vos diagnostics des piqûres septiques, vous avez risqué gros en ne pratiquant pas d'injections préventives de sérum antitétanique. Vous rendez-vous compte de votre responsabilité si un cas de tétanos se fût déclaré? ... Et qui dit que vos blessés sont même actuellement à l'abri de tout danger ?

Bref, pour conclure comme je vous l'ai laissé pressentir au début de cette lettre, je ne puis donner avis favorable au paiement de vos mémoires auxquels je me vois obligé de proposer une réduction de 50 %, c'est-à-dire de moitié.

Si vous acceptez, faites-le moi savoir. La chose se règlera entre nous, confrères. Si non, je laisserai les choses suivre leurs cours, me réservant de soutenir mes appréciations devant tout expert ou juge, s'il y a lieu.

Agréez, je vous prie mes civilités confraternelles.

Dr X.

***

Réponse du Dr C.

Juillet 1925.

Monsieur et vénérable confrère,

Je m'incline avec respect devant vos 50 années d'exercice, n'en ayant moi-même que 31, ce qui vous fait de beaucoup mon ancien, sans me classer, hélas ! parmi les jeunes.

Je vous remercie beaucoup des conseils de pratique médicale que vous me prodiguez avec une charmante ironie et j'admire que vous puissiez ainsi fixer rétrospectivement avec une telle précision les détails d'un traitement idoine pour des blessés que vous n'avez jamais vus.

Je me permettrai, toutefois, de vous faire observer que, en qualité de médecin de contrôle, vous auriez discuté ces traitements d'une façon moins fantaisiste en effectuant les contrôles que la loi vous autorisait à faire. Ceci dit, je répondrai point par point à votre argumentation :

1° Le cas L..., contusion de l'articulation coxo-sacrée, j'ai en effet pratiqué des applications de compresses résolutives les 5 ou 6 premiers jours et ensuite des massages en raison de la persistance de la douleur et de la gêne fonctionnelle. Quant à la fatigue pour le blessé, elle était très réduite du fait que nous habitons presque porte à porte. Lui au numéro 7 moi au numéro 13 de la même rue Pasteur.

2° Pour le nommé H..., vous n'avez retenu du diagnostic que la partie accessoire et insignifiante. Le vrai diagnostic était : contusion de la région thoracique antérieure ; il avait été serré entre un mur et le timon de son chariot d'où violente douleur, gêne respiratoire ; j'ai même recherché une fracture de côtes possible. J'ai dû lui faire de la révulsion répétée, des applications et frictions calmantes, en somme tout ce qu'il est nécessaire de faire à un malade qui souffre et vous demande de le soulager. La consultation indiquée le 13 décembre, jour où il a repris son travail, est la consultation pour laquelle je lui ai délivré un certificat de guérison. Le temps passé à établir le certificat est pratiquement équivalent à une consultation, ce qui est d'ailleurs conforme au tarif Breton.

3° Voici Z..., qui se présente avec une piqûre septique de l'auriculaire gauche, abcès et menace de panaris. J'incise l'abcès comme il semble logique. Quant à la date de l'accident, n'en étant pas moi-même témoin, je ne puis que noter la date qui m'est fournie par l'ouvrier et le patron. Je n'ai pas pratiqué d'injection antitétanique parce qu'il ne s'agissait nullement d'une plaie plus ou moins souillée de terre, mais d'une piqûre par une épine noire, en débroussaillant, piqûre infectée secondairement.

Peut-être est-ce la profession de terrassier qui vous fait considérer l'injection préventive comme indispensable ? J'estime, pour ma part, qu'une injection inutile peut créer pour l'avenir une anaphylaxie dangereuse.

Quant à la multiplicité des pansements que vous me reprochez, elle tient à ce que j'ai l'habitude, dans toutes les infections localisées, de faire prendre des bains de permanganate chauds, j'en fais prendre un devant moi, chaque jour, tant que je le juge nécessaire, et souvent un autre où même deux par jour en dehors de ma présence. Je me trouve très bien de ce procédé et n'ai nullement l'intention de l'abandonner. Il me donne des résultats remarquables et diminue notablement la durée des suppurations.

Je terminerai là la réponse à vos critiques, l'affaire C... étant liquidée sans aucune discussion, et je n'ai pas besoin de vous dire que je n'accepte aucune réduction sur le montant de mes notes d'honoraires.

Agréez, mes confraternelles civilités.

Dr C.

***

Commentaires.

Le docteur C. n'avait pas besoin de se mettre en frais pour répondre aussi longuement au médecin de l'assurance. Il pouvait se contenter de lui adresser les quelques mots suivants :

« Je n'ai pas l'honneur de vous connaître, et *je ne veux pas vous connaître*, n'ayant aucun lien de droit avec l'assurance que vous représentez. Je réclamerai mes honoraires à mes clients, et à leurs employeurs légalement responsables de leur règlement dans les limites de la loi, et c'est d'eux que je me fais fort d'en obtenir le règlement.

« Veuillez agréer .... »

Mais le docteur C. s'est sans doute conformé à la regrettable habitude que les médecins ont prise, depuis 25 ans, de passer par-dessus la tête de leurs clients, victimes d'accidents du travail, et à l'occasion de leurs employeurs, pour s'adresser *directement* aux Compagnies d'assurances auxquelles ils envoient leurs notes d'honoraires.

Ce sont les médecins qui ont faussé l'esprit et la lettre de la loi de 1898, en reconnaissant explicitement le tiers payant, et en acceptant son interposition entre leurs clients et eux-mêmes, dans la personne des Compagnies d'assurances dont ce tiers payant légal, l'employeur, s'est couvert pour se garantir contre le risque ainsi encouru.

Combien de fois avons-nous écrit, dans le *Concours médical*, à l'occasion des conflits qui surgissent dans le règlement des honoraires des médecins qui soignent des blessés du travail : « Vous n'avez aucun lien de droit avec l'assurance. Ce n'est pas à elle que vous devez adresser votre réclamation. C'est à votre client, c'est-à-dire, au blessé, et au besoin, à son patron, con-

tre lequel la loi vous donne le droit d'exercer une action directe, à la place du blessé » ?

Que dit, en effet, la loi ? Que les frais médicaux seront supportés par l'employeur jusqu'à concurrence d'un maximum fixé par un tarif officiel (actuellement le tarif Breton). Elle ne dit pas que les médecins devront limiter leurs honoraires à ce maximum. De telle sorte qu'ils sont libres d'établir leurs notes au tarif syndical de leur région, de les adresser directement aux blessés qu'ils soignent, quitte à réclamer aux employeurs de ceux-ci la partie de ces honoraires qui se tient dans les limites du tarif Breton, le surplus, s'il s'en trouve, demeurant à la charge desdits blessés.

Voilà comment les choses auraient toujours dû se passer, et pourraient encore se passer. Mais, je le répète, pour des raisons sur lesquelles il me serait désagréable de revenir, ce sont les médecins qui ont eux-mêmes abandonné le droit, qu'ils tiennent de la loi, de rester indépendants pour s'adresser directement aux assurances. Ainsi cette loi est-elle devenue dans la pratique une loi d'organisation de soins avec tiers payant intégral. Et c'est bien ce qui, malgré les votes de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats, m'inquiète pour l'avenir du service médical des assurances sociales.

***

Le propre des organisations de soins médicaux dans lesquelles les honoraires des médecins sont, en totalité ou en partie, à la charge d'un tiers responsable, organisations dites avec « tiers payant », est de comporter un contrôle.

Dans la législation des accidents du travail, le contrôle est autorisé et défini par l'article IV, § 5, de la loi de 1898-1905 ainsi conçu :

Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera audit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ..... »

Voilà qui est parfaitement clair, net et précis, Nous ne comprenons pas dès lors pourquoi les employeurs ou les Compagnies d'assurances qu'ils se substituent, ont si rarement recours à cette procédure.

Mais nous comprenons encore moins comment il arrive si fréquemment qu'une Compagnie d'assurance, substituée à un employeur, ose, n'ayant pas usé du droit que lui confrère le texte législatif précédent, contester, après coup, la qualité ou la quantité des soins donnés aux blessés du travail au service de cet employeur.

Nous ne comprenons pas, surtout, comment ces Compagnies trouvent des médecins qui acceptent de se charger d'une pareille besogne, quand elle s'appuie sur la mauvaise foi, l'ignorance et la suffisance, toutes qualités (!) qui se retrouvent dans la lettre reproduite en tête de cet article.

Mais, ce qui est parfaitement inadmissible, c'est que certains de ces médecins contrôleurs ne connaissent pas mieux le tarif dont ils s'occupent à vérifier l'interprétation et l'application.

Et, ce qui est particulièrement déplacé, c'est qu'ils se croient autorisés à adopter une attitude ironique, ou menaçante, dont la correspondance qui sert de thème à cette chronique nous fournit un exemple saisissant.

Aussi, approuvons-nous de toutes nos forces la réponse bien « tapée » de notre abonné.

Quant à l'incursion que cette correspondance nous révèle, de la part du médecin de l'assurance, dans le domaine purement technique, elle est bien symbolique de l'état d'âme de ce médecin, qui se fait évidemment une idée complètement erronée de la mission qui lui incombe.

Il est vrai qu'un médecin, qui fait de la médecine depuis 50 ans, doit avoisiner les 80 ans, et qu'à cet âge, on est excusable de se leurrer pareillement !

Le contrôle, ai-je dit, est un droit légitimement reconnu à celui qui, en vertu d'une loi à laquelle il est assujetti, supporte tout ou partie des frais médicaux dus pour soins donnés à ceux dont il est responsable à ce point de vue.

La légitimité du principe du contrôle étant ainsi reconnue, j'ai toujours soutenu qu'il devrait s'exercer sur ceux qui motivent ces frais, c'est-à-dire sur les consommateurs des soins médicaux, blessés ou malades, et laisser les producteurs de ces mêmes soins, les médecins, en dehors de lui.

Mais les organisations de soins que nous avons vu successivement apparaître dans la loi d'Assistance médicale, dans la loi sur les accidents du travail, dans la loi sur les pensions de guerre, sont telles qu'elles placent des médecins, pour le règlement de leurs honoraires, directement en présence du tiers responsable.

Si l'on admet que, toutes les fois que malade et médecin sont seuls en rapport, ils se réclament et se rendent mutuellement des comptes, on conçoit que le contrôle sur le médecin est exercé par le malade lui-même, qui saura se préoccuper de la qualité et de la quantité des soins qui lui ont été donnés.

Mais, comme la médecine sociale, telle que nous la connaissons, n'a pas cru devoir maintenir ces rapports exclusifs, sans l'intervention d'aucun tiers, et qu'au contraire, elle a créé le fameux tiers payant, celui-ci se substitue au ma-

lade pour exercer à son tour un contrôle sur le médecin.

On peut regretter qu'il en soit ainsi. Nul plus que moi ne le déplore. Mais nous n'y pouvons rien, que de nous refuser, ce qui est notre droit strict, à pratiquer une telle médecine. Nous sommes toujours libres, les uns et les autres, de déclarer : « Les accidents du travail, les indigents, les pensionnés de guerre, je ne les soigne pas ». — A partir du moment où nous avons, par contre, accepté de soigner les uns et les autres, nous avons le devoir d'obéir aux lois et règlements qui régissent cette médecine spéciale. Nous avons le devoir de nous soumettre de bonne grâce, même de nous prêter, au contrôle médical prévu par les unes et les autres.

A une condition, cependant, c'est que ce contrôle soit strictement conforme aux prescriptions des textes qui l'organisent.

***

Dans la médecine des accidents du travail, les formalités sont relativement peu nombreuses. Un certificat initial, un certificat terminal, un relevé d'honoraires conformes au tarif officiel. Et c'est tout. Tout se passe entre particuliers ; aussi est-ce très simple.

Dans la médecine des pensionnés de guerre, ce n'est plus entre particuliers, de part et d'autre, mais, c'est entre particuliers, d'une part (médecins) et Etat, d'autre part, que les règlements s'effectuent, après que les comptes ont été demandés et rendus. Aussi, les deniers publics étant intéressés dans la question, conçoit-on que les formalités soient infiniment plus nombreuses, et le contrôle plus compliqué. Le contrôle des accidents du travail est réglé par un texte de cinq lignes ; celui des pensionnés de guerre occupe tout un titre du décret, le titre II, et se développe en vingt-quatre articles . . .

Cela s'explique non seulement parce que la responsabilité du Trésor est engagée, mais encore parce que la loi limite strictement le droit à la gratuité des soins médicaux à la blessure ou à la maladie contractée ou aggravée en service, et qui a motivé la pension. (Art. 64 de la loi du 21 juillet 1922).

L'Etat est donc fondé à s'assurer que les honoraires qui lui sont réclamés sont bien la rémunération de soins donnés légitimement dans les conditions restrictives énoncées ci-dessus.

Je m'excuse de m'étendre ainsi sur ces détails. Mais je vois trop de confrères qui ignorent encore la loi et le décret, qui n'en ont pas encore saisi le mécanisme, et qui s'insurgent contre le contrôle auxquels ils sont soumis, pour ne pas chercher à les éclairer, et à leur éviter ainsi toutes sortes de mécomptes.

Encore une fois, je ne vante pas lois, décrets, règlements..... Je ne dis pas qu'ils sont parfaits. Mais ils existent. Si nous consentons à pratiquer cette médecine spéciale, soumettons-nous-y de bonne grâce, et connaissons, à côté de nos droits, nos devoirs, *tous nos devoirs*.

Dans l'organisation du contrôle médical, sachons reconnaître le progrès immense que marque précisément la loi et le décret relatifs aux pensionnés de guerre. Pour la première fois, les Pouvoirs publics ont accepté, non sans peine, que le Corps médical organisé collabore avec eux au fonctionnement de cette loi. *Pour la première fois*, le contrôle est confié à des commissions tripartites dans lesquelles figurent, pour un sixième, des médecins représentant les syndicats médicaux et associations médicales.

Je précise bien que, sur douze membres que comprend chaque Commission départementale, *il n'y a que deux médecins.*

Ceci dit, j'ai enregistré maintes fois de violentes critiques adressées aux Commissions de contrôle ; je me suis même fait l'écho de ces critiques ; j'ai publié dernièrement un petit article, commentant un rapport du Dr Quidet sur le fonctionnement des Commissions de contrôle dans le département de la Seine, et j'invitais ces Commissions à faire preuve envers leurs justiciables de la même correction qu'elles exigent d'eux.

Cette réflexion m'avait été inspirée par un conflit survenu entre un médecin parisien et une Commission de contrôle, dont l'un des membres aurait fait preuve d'ironie envers lui.

Je n'assistais naturellement pas à ce conflit. Je n'en ai su, sur l'heure, que ce que j'en avais lu dans un bulletin professionnel. C'est sur la foi de ce bulletin que j'ai entendu blâmer cette ironie de ton et de manières, comme je la blâme dans la lettre du médecin d'assurance reproduite en tête de cette chronique.

Mais, j'ai voulu me rendre compte par moi-même de la façon dont le contrôle fonctionnait, en quoi il consistait. J'ai voulu en avoir, comme on dit, le cœur net. Je me suis donc adressé au secrétaire d'une Commission parisienne, et j'ai vu de mes yeux un ensemble de pièces qui m'ont édifié.

Je me suis ainsi rendu compte, tout d'abord, que la besogne du secrétaire d'une Commission de contrôle n'est pas une petite affaire ; qu'il y doit consacrer un temps considérable tous les jours, tantôt une ou deux heures, tantôt tout un après-midi ; et que ceux de nos confrères, qui ont accepté de faire cette besogne, ne volent pas les 500 francs d'indemnité mensuelle qu'ils perçoivent.

J'ai eu la preuve que trop nombreux encore sont les confrères qui, ignorant les obligations qu'ils ont contractées, ne remplissent pas les formalités qui sont indispensables pour que le contrôle puisse précisément jouer utilement.

Toutes ces formalités sont détaillées au chapitre II du Titre 1er du décret du 25 octobre 1922.

Les uns oublient de préciser, sur les bulletins de visite qu'ils détachent du carnet et qui doivent être joints à leurs notes d'honoraires, que la lésion ou l'affection qui a motivé leurs soins est bien du ressort du motif de réforme. Les autres inscrivent un diagnostic vague et insuffisant. D'autres inscrivent un diagnostic précis, mais qui n'a rien de commun avec le motif de réforme. D'autres encore n'épinglent pas à leurs notes d'honoraires le total des bulletins de visites qu'ils ont faites dans le trimestre. D'autres enfin oublient d'envoyer notes d'honoraires et bulletins correspondants à la fin du trimestre et tardent à le faire plus ou moins longtemps...

Toutes ces infractions, que le contrôle ne peut éviter de relever, font l'objet de rappels à l'ordre qui sont parfois mal acceptés. J'ai eu sous les yeux des lettres de protestation de confrères rédigées dans des termes positivement inacceptables.

J'avais le devoir de le dire, pour mettre en évidence la complexité, la difficulté de la tâche des médecins contrôleurs et leur mérite. Voilà qui est fait.

Sans professer la moindre admiration pour la médecine sociale, déplorant même les modifications profondes qu'elle a introduites dans l'exercice de notre art, et dont certaines ont une influence fâcheuse sur sa valeur même, je suis bien forcé de m'incliner devant le fait accompli. Cette médecine existe ; elle sera bien plus répandue demain quand les assurances sociales seront mises en application. Ce n'est ni moi, ni aucun des 20.000 praticiens français qui y pourront quoi que ce soit, si ce n'est de s'efforcer d'obtenir un certain minimum d'indépendance et de dignité.

Cette médecine sociale est régie par des lois. Soumettons-nous à ces lois, acceptons le contrôle qu'elles instituent, *à la condition que ce contrôle s'exerce en conformité absolue avec la légalité.* Que ceux qui en sont chargés, aussi bien que ceux qui le subissent, n'oublient jamais qu'ils appartiennent à une élite, qu'ils sont présumés gens de bonne compagnie, et qu'en toutes circonstances, contrôleurs et contrôlés doivent exagérer la correction , la courtoisie et éviter tout ce qui pourrait les placer, sous le rapport des gestes et du langage, en mauvaise posture les uns vis-à-vis des autres.

G. DUCHESNE.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Devoirs des sociétaires.

Dans un précédent article, j'ai résumé ce que les membres de la Mutualité familiale avaient à faire dans les diverses circonstances où ils pouvaient se trouver : j'ai parlé de la constitution des dossiers d'admission, des déclarations de maladie et de guérison, du règlement des indemnités, des réclamations que ce règlement pouvait parfois soulever.

Incontestablement si nos confrères voulaient bien se conformer à ces indications, ils faciliteraient singulièrement la tâche du secrétaire général et assureraient la marche régulière de notre œuvre.

Mais il est un devoir d'un autre ordre sur lequel je veux aujourd'hui appeler l'attention.

Trop de membres se désintéressent absolument du fonctionnement de notre société : ils nous font confiance, c'est entendu, et nous en sommes flattés, mais nous serions bien plus heureux de les voir se mêler d'une façon active à ce fonctionnement.

Nous leur soumettons périodiquement la liste des indemnités distribuées — il est de leur devoir de nous avertir s'ils découvrent quelque abus.

Nous leur soumettons la liste des admissions qui restent provisoires pendant trois mois. — Il est de leur devoir de protester s'ils connaissent quelques raisons qui peuvent s'opposer à l'admission d'un candidat.

Il ne s'agit pas, en l'espèce, de dénonciation : le fraudeur, s'il en existe, porte préjudice à la collectivité et à chacun d'entre nous et c'est le souci de notre propre intérêt personnel qui doit nous obliger à dénoncer la fraude.

Le secret le plus absolu est gardé par le Conseil sur les renseignements qu'il peut recevoir, et les enquêtes, lorsqu'il y a lieu d'en ouvrir, ont toujours été menées de telle sorte que personne n'en a pu connaître le point de départ.

Le Conseil fait confiance aux confrères qui certifient l'état de bonne santé, l'état de maladie, la cessation ou la reprise du travail — si un médecin certifie à faux, il commet un acte malhonnête et il ne peut y avoir scrupule à le faire évincer de la liste des examinateurs.

Le conseil fait confiance aux déclarations des membres de la Société — si un de ces membres vole la Société, il vole de même coup tous ses co-sociétaires dont le strict devoir est de se défendre.

Voilà, sera-t-on tenté de dire, des mots bien gros : qu'y a-t-il donc eu qui puisse les justifier ?

Rien qu'une conversation que j'ai eue récemment et que je vais rapporter.

J'étais allé à Reims rafraîchir de vieux souvenirs

de jeunesse quand le hasard me fit rencontrer un confrère plus jeune que moi et lier conversation avec lui.

— Je suis le Dr B...., de F...

— Et moi le Dr Mignon.

— Mignon ? Celui du *Concours* ?

— ... ou mieux celui de la Mutualité familiale que vous connaissez peut-être un peu.

— Oh ! Vous savez, au fond, pour nous autres, le *Concours*, la Mutualité familiale, le « Sou médical », tout cela c'est un peu la même chose. Je suis abonné du *Concours* et membre du « Sou » je vois souvent votre nom et vos articles dans le journal et voilà pourquoi je vous connais bien de nom. Enchanté de vous connaître aussi en chair et en os et de pouvoir désormais parler plus sûrement de vous, du *Concours* et de ses œuvres avec plus d'un copain que ces sujets intéressent toujours.

— Mais vous n'êtes pas membre de la Mutualité familiale, il me semble ?

— Non, je ne suis que du « Sou ». Ma fortune personnelle, celle de ma femme nous mettent à l'abri des surprises et je n'ai pas d'enfants, alors le chômage professionnel ne m'intéresse guère.

— Mais pourtant, par le temps qui court, une fortune même bien assise, n'est pas toujours une garantie d'avenir. Et puis, un peu de solidarité de la part des heureux de la profession n'est-elle pas belle et bonne chose ?

— Si, évidemment ! En réalité, j'ai bien pensé à votre œuvre plus encore pour vous apporter mon effort personnel que pour profiter de vous, mais ...

— J'ai connu un membre du Midi, riche alors, chronique et qui parlait de nous laisser sa fortune par testament. Je l'ai vu à la fin de la guerre, presque sans ressources, vivant misérable avec une vieille bonne dévouée et trop heureux d'avoir nos 1.200 fr. annuels pour les ajouter aux maigres revenus lui restant !

— Hélas ! tout arrive ! Mais puisque nous parlons de cela, voulez-vous me permettre une observation une critique même contre la Mutualité familiale ?

— Allez-y !

— Et plus d'un confrère de ma connaissance n'ose pas venir à vous à cause de ce que je vais vous dire.

— Oh ! Oh ! vous me faites peur !

— Voyez-vous, Monsieur Mignon, beaucoup de médecins n'osent pas adhérer à votre Mutualité familiale parce qu'ils ne veulent pas voir leur bonne galette servir à engraisser tant de carottiers !

— Vous êtes dur !

— Pardonnez-moi ; mais je suis franc. Vous avez parmi vos adhérents un certain nombre de farceurs, bien connus dans leur région pour ce qu'ils valent, qui sont une tache pour votre Société, qui vous grugent, se moquent de vous. et vous coûtent bon an mal an des billets de mille qui seraient bien mieux employés à augmenter les indemnités des vrais malades.

— Mon Dieu ! Des brebis galeuses, il y en a partout et de Paris nous avons du mal à dépister. C'est pour ce rôle que je réclame tous les jours la collaboration des honnêtes confrères. C'est même pour pouvoir exercer ce contrôle que tous les 3 mois le *Concours* publie la liste de nos indemnisés avec leurs noms, leurs domiciles et les sommes qu'ils reçoivent.

— Malheureusement, jusqu'à présent je n'ai encore reçu qu'une seule réclamation qui a abouti à une enquête dont la conséquence fut que le sociétaire visé a abandonné ses prétentions aux indemnités qu'ils réclamaient. Des plaintes comme les vôtres nous sont fort précieuses. Je les voudrais fréquentes et justifiées par des faits précis.

— En voulez-vous un ?

— Certainement !

— Il y a ... mettons 2 ans ... vous avez versé à un de vos sociétaires, une somme de près de 500 fr. pour une indisposition certifiée par un camarade, mais, qui, à la vérité, ne l'a pas empêché pendant toute la durée de sa soi-disant maladie de s'offrir un joli voyage avec sa femme.

— Mais que pouvions-nous faire, si la maladie et l'incapacité eut été déclarées réelles ?

— Evidemment ! Et c'est là le principe vicieux de votre organisation. Vous avez un recrutement trop étendu, et vous manquez du contrôle nécessaire. On n'aime pas en France, se faire dénonciateur. Ne comptez pas sur les lecteurs de vos procès-verbaux pour vous dénoncer les abus.

Tant que vous n'aurez pas un service de contrôleurs régulièrement appointés pour ce travail, vous serez roulés et volés, vous n'inspirerez pas confiance à ceux qui voient le vol, et votre recrutement ne se fera que parmi les demi-malades, les malins et les naïfs, les premiers parce qu'ils profiteront de la Caisse le plus tôt possible, les autres parce qu'ils vous rouleront quand ils le voudront, les derniers parce qu'ils ignorent les « petites combines ». Et ce n'est pas avec un gibier de ce genre-là que vous ferez œuvre d'avenir.

— Vous n'y allez pas par quatre chemins !

— C'est comme vos chroniques ! On fait un battage monstre autour des chroniques. Et bien ! à mon avis, ils vous mangent, ils vous ruinent et les trois quarts pourraient fort bien se passer de vous. Croyez-vous, par hasard, à part peut-être 5 ou 6 exceptions, que ce sont vos 1.200 fr. qui les font vivre Allons donc ! Ou ils ont de bonnes rentes et n'ont pas besoin de vous, ou ils exercent à votre insu et vous volent. Et vous dépensez pour eux 40.000 fr., 50.000 fr. peut être par an, ce qui vous oblige à marchander 20 ou 30 malheureux francs quotidiens au vrai malade aigu qui est obligé de payer un remplaçant 50 francs pour ne pas laisser fuir la clientèle.

Augmentez l'indemnité quotidienne, fût-ce par une surprime, et serrez la vis aux chroniques ! Voilà le conseil que vous donne un indépendant, très désintéressé dans l'affaire, très ami de vos œuvres mais qui voit clair.

Je ne pouvais laisser sans réponse un tel langage, et ma réponse, je la publierai prochainement. Mais, s'il nous arrive d'être roulés, nous conseil d'administration et vous sociétaires qui en l'espèce ne faisons qu'un, je ne puis pas ne pas vous dire que c'est de votre faute, que vous ne remplissez pas votre devoir et que vous devriez nous faire part de toutes les filouteries, de toutes les indélicatesses que vous pouvez connaître.

H. Mignon.

(*A suivre.*)

AVORTEMENT PROVOQUÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

Un de nos abonnés nous pose la question suivante :

Lorsqu'une femme enceinte se trouve dans un état de santé tel que sa vie est en jeu, du fait de sa grossesse (vomissements incoercibles, ou autres), le, ou les médecins, qui ont pris la décision de provoquer un avortement thérapeutique, sont-ils obligés, par la loi, de déposer un rapport écrit entre les mains du commissaire de police, avant de pratiquer ledit avortement ? ».

Notre confrère s'est ému des termes d'une conférence, faite le 29 janvier 1925, au cercle Laënnec, des étudiants catholiques de Tours, par le Dr Ansaloni, médecin en chef de la maternité départementale de Blois.

Le conférencier aurait dit (voir *Gazette médicale du Centre*, 15 mai 1925, page 328) :

« Vous êtes en présence d'un cas de vomissements incoercibles, pour lequel vous avez été demandé tardivement. La malade est à la période très grave, où vos classiques vous commandent (après les formalités légales : consultation de deux confrères, rapport écrit chez le commissaire de police) d'interrompre la grossesse. »

A notre avis, l'opinion de M. le Dr Ansaloni est erronée et si ses auditeurs se conformaient à ses conseils, ils pourraient se voir poursuivre en police correctionnelle, pour infraction à l'article 378 du code pénal, obligeant les médecins au respect du secret professionnel.

Au point de vue légal, il n'existe aucun texte, qui oblige le médecin à dénoncer un avortement quelconque, même pratiqué dans un but thérapeutique.

L'article 317 du code pénal, qui réprime l'avortement, a été modifié par la loi du 27 mars 1923, en ce qui concerne les pénalités de l'avortement criminel.

La loi du 31 juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Mais il n'existe aucun texte législatif venant obliger le médecin, soit à avoir une consultation avec un confrère, soit à révéler au commissaire de police la nécessité d'un avortement thérapeutique.

Nous nous réservons de traiter plus longuement et plus juridiquement cette question de l'avortement thérapeutique.

Contentons-nous aujourd'hui de nous appuyer sur l'opinion de M. le prof. Balthazard (Académie de médecine, séance du 12 décembre 1922).

« L'avortement thérapeutique doit rester un acte exceptionnel ; avant de l'accomplir, le médecin ne doit pas seulement s'être fait une conviction de la nécessité : il doit se méfier de son propre jugement et appeler à son secours un confrère, au moins, provoquant ainsi une consultation solennelle.

« Mais nous serons très catégorique pour nous opposer à la communication de la consultation soit au commissaire de police, soit au procureur de la République.

« Lors de la discussion de 1852, à l'Académie de médecine, Bégin avait déclaré : « Je voudrais que l'accoucheur, qui aura cru absolument nécessaire de provoquer l'avortement, fût obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé, sous peine d'être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel ».

« Le vœu de Bégin n'a jamais été réalisé ; mais nombre d'accoucheurs se sont imaginés que la déclaration les mettrait à l'abri de tout ennui.

« Tarnier, Bonnaire, Tissier, ont donné ce conseil à leurs élèves et des juristes, comme Montal les ont approuvés.

« Bonnaire a même demandé au magistrat une autorisation préalable.

« J'ignore si les magistrats ont accepté de recevoir la déclaration qui leur était faite ; mais je suis sûr qu'ils n'ont aucune qualité pour cela.

« Quant à accorder l'autorisation demandée, comment pourraient-ils le faire, sans une enquête, qu'une incompétence flagrante leur interdit ?

« Sans compter combien une semblable déclaration est incompatible avec la dignité médicale, il convient de bien montrer qu'elle constitue une violation du secret professionnel, dans des circonstances où la loi n'impose pas cette violation : le médecin viole le secret professionnel, non pas dans l'intérêt de la malade, mais pour se mettre à l'abri des suspicions, pour éviter la possibilité d'ennuis : cette conduite est abominable et l'on ne saurait trop hautement la réprouver ».

Nous partageons absolument l'opinion du savant professeur de médecine légale de Paris ;

nous ajoutons que, saisi d'une déposition par un médecin, qui déclare devoir pratiquer un avortement thérapeutique chez une de ses malades, le procureur de la République doit poursuivre d'office ce docteur, pour violation de l'article 378 du code pénal et au nom du respect que chaque citoyen doit à la loi.

En effet, c'est un acte de lâcheté professionnelle que de violer l'obligation légale au silence, pour uniquement se mettre personnellement à l'abri de tout ennui ultérieur.

Cette déclaration n'est pas faite dans l'intérêt de la malade, pour laquelle l'article 378 a été édicté : la pauvre malheureuse est déjà bien assez affectée de son état pathologique et l'ébruitement, qui sera forcément provoqué par la déclaration intempestive du docteur, peut avoir de graves répercussions pour la paix et la tranquillité d'une famille.

Le secret professionnel n'est pas un apanage, une faveur de notre profession de médecin ; c'est un devoir civique, une obligation qui nous est imposée au nom de l'ordre et de la paix publique.

Nous devons obéir, quoi qu'il puisse en arriver de fâcheux pour nous, puisque nous sommes, par nécessité et profession, dépositaire d'un secret.

Si plus tard, à la suite d'une dénonciation quelconque, le Parquet se croit dans la nécessité de poursuivre la malade pour avortement et le médecin comme auteur principal, celui-ci sera couvert par la consultation écrite qu'il aura eue avec un ou plusieurs de ses confrères, consultation qu'il aura pris soin de rédiger par écrit, dont il gardera un exemplaire et dont un autre sera remis à la famille, pour en faire tout usage que celle-ci croira devoir en faire.

En tous cas, le médecin traitant serait-il inquiété que, tout en ayant la bouche absolument cousue par les nécessités du secret professionnel, c'est-à-dire en se refusant à dévoiler ce qu'il doit taire, il devra en référer immédiatement au « Sou médical », dont il est membre, pour que notre Ligue puisse, par l'intermédiaire de ses avocats spécialistes, prendre la défense de son adhérent.

Dr Paul Boudin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française** se tiendra à Paris les 1er, 2 et 3 octobre 1925, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Dr Siredey, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes: 1° Les fonctions biologiques du corps jaune et de la glande interstitielle de l'ovaire. Rapporteur : M. Schickelé (de Strasbourg) ; 2° les tumeurs incluses du ligament large. (Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier), Crousse (de Bruxelles) ; 3° Indications des pelvitomies. Rapporteurs : MM. Rossier (de Lausanne), Le Lorier (de Paris).

Une séance du congrès sera réservée aux communications particulières. Une autre séance sera réservée aux visites dans les services hospitaliers.

Secrétaire général : Dr Proust, 2, avenue Hoche, Paris, 8e.

— **Le Mouvement Sanitaire**, revue d'information et de propagande, organe officiel de l'Association des médecins hygiénistes français, vient d'éditer une nouvelle revue, *La prophylaxie mentale*, qui est en même temps le bulletin de la Ligue d'hygiène mentale.

Il est inutile de rappeler les services rendus à l'hygiène par cette Ligue, reconnue d'utilité publique par décret du 12 juillet 1922, et l'on sait les réalisations qu'elle a poursuivies sous la direction de son actif président, M. le Dr Toulouse.

La nouvelle revue tend à vulgariser les données modernes de la prophylaxie mentale, sous la forme de conseils pratiques et d'études documentées.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Cours de perfectionnement d'ophtalmologie.* — M. le prof. Rollet, assisté de MM. Bussy, Rosnoblet, Colrat et Malot, chefs de clinique et de laboratoire, commencera, le lundi 5 octobre 1925, un cours de perfectionnement, avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire, manipulations de laboratoire, instruments d'optique, électro-aimant géant, etc.

— **Congrès de la Société française d'orthopédie.** — Le VIIe Congrès de la Société française d'orthopédie s'ouvrira à Paris le vendredi 9 octobre 1925, à 9 h. du matin, dans la salle des thèses n° 2, à la Faculté de médecine.

Deux rapports seront discutés : 1° Traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche, par M. Lance ; 2° La main bote congénitale et la main bote paralytique, par M. Rocher (de Bordeaux).

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.** — Le Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie aura lieu du 12 au 17 octobre 1925, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Brindel (de Bordeaux) et la vice-présidence du professeur Sébileau (de Paris).

Pour renseignements, s'adresser à M. Liébault, secrétaire général, 216, boulevard Saint-Germain Paris VIIe.

— **L'Académie d'éducation sociale** (31, rue de Bellechasse) a constitué un prix de 2.000 fr. pour chacun des concours suivants : 1° Les conséquences du travail de la femme sur la vie familiale ; 2° comment l'utilisation des lois facilitant l'accès à la petite propriété peut développer les habitudes d'ordre, d'économie et d'épargne dans les classes populaires ; 3° étude des moyens pratiques pour retenir et ramener aux champs la famille française.

— **La question de l'épuration de l'eau en Tunisie.** — Un concours est organisé par la Résidence générale de

France à Tunis et l'Office national des recherches scientifiques et industrielles pour l'amélioration des conditions de ravitaillement en eau potable des postes du Sud tunisien et des convois appelés à circuler dans ces régions.

Pour renseignements complémentaires, écrire aux Services administratifs de la Régence, 24, rue d'Angleterre, à Tunis.

— **Ecole des infirmières-visiteuses de Bordeaux** (24, quai des Chartrons). — Ouverture des cours le 1er octobre 1925.

— **Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.** — *Prix Jean Dubreuilh* (1.600 fr.). — La Société de médecine et de chirurgie a mis au concours la question suivante : *Myomectomie et puerpéralité.*

— **Faculté de médecine de Lyon** (*Année scolaire* 1925-1926). *Cours de perfectionnement.* — 1° Clinique obstétricale (Charité) : Prof. : M. COMMANDEUR ; MM. TRILLAT, RHENTER, etc. Leçons et exercices pratiques. Du 2 au 14 novembre 1925.

2° Clinique gynécologique (Charité) : Prof. : M. VILLARD. Cours de perfectionnement et de pratique gynécologique. Du 15 au 31 octobre 1925.

3° Clinique chirurgicale infantile (Charité). Prof. : M. NOVÉ-JOSSERAND ; M. LAROYENNE, etc. Cours de perfectionnement de chirurgie infantile et d'orthopédie avec démonstrations pratiques. Du 2 au 15 novembre 1925.

4° Chirurgie opératoire (Faculté de médecine). Prof. : M. PATEL ; MM. GUILLEMINET et RICARD. Leçons et démonstrations pratiques. 1re série : du 19 au 24 octobre 1925 ; 2e série : du 26 au 31 octobre 1925. (Même programme pour les deux séries.)

5° Clinique médicale infantile (Charité). Prof. : M. MOURIQUAND. Leçons, examens cliniques, radioscopiques et microscopiques. Du 2 au 15 novembre 1925. (Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de chirurgie infantile qui aura lieu à la même époque.)

6° Physique biologique, physiothérapie, radiologie (Faculté de médecine). Prof. : M. CLUZET ; M. NOGIER, etc. Le matin : Stage dans divers laboratoires radiologiques hospitaliers. Le soir : Leçons et démonstrations pratiques sur la radiologie et l'électrologie. Du 1er au 21 octobre 1925.

7° Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). Prof. : M. ROLLET. Cours de perfectionnement avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire et d'instruments. Du 5 au 17 octobre 1925.

8° Tuberculose (Faculté de médecine et hôpitaux). Prof. : M. Paul COURMONT. Médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie. Du 26 octobre au 22 novembre 1925.

Pour tous renseignements relatifs à l'organisation des cours et aux droits à verser, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine, 18, quai Claude-Bernard, le mercredi de 14 à 16 heures ou par correspondance.

Des programmes détaillés seront envoyés sur demande.

— **L'Académie et le Conseil d'Etat.** — Le conflit qui s'était élevé entre l'Académie de médecine et le Conseil d'Etat relativement à l'interprétation de la loi de 1895 sur les sérums vient de se terminer par un accord amiable. Le Conseil d'Etat ne se dédit pas, en ce sens qu'il maintient son avis sur le texte légal, mais il concède que l'Académie est toute désignée pour donner une opinion non seulement sur les conditions de fabrication des vaccins et sérums, mais encore sur *leur efficacité* (ce dernier point était l'origine du différend). La Commission académique des sérums a d'ailleurs repris ses travaux, sans rien changer à sa méthode antérieure d'appréciation.

— **XIe Congrès de médecine légale des Pays de langue française.** Paris 1926. — Le XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : Président : Dr ANTHEAUME ; médecin-expert, secrétaire général de la Société de médecine légale de France. Vice-présidents : le Pr SOREL (de Toulouse) ; Dr DUVOIR, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Secrétaire général : le Pr Etienne MARTIN (de Lyon). Secrétaire général adjoint : Dr PIEDELIÈVRE, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° *Médecine légale* : Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse : Dr Vielledent (de Lille) ; 2° *Criminologie* : Le témoignage des psychopathes : Dr Rogues de Fursac (de Paris) ; 3° *Pathologie traumatique* : Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose) : Dr Dervieux (de Paris).

— **Service de Santé des Troupes coloniales. Concours d'admission.** — Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1925, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1925. Les candidats ayant accompli leurs obligations militaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'Armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accomplis comme médecin ou pharmacien auxiliaire ou comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (article 39 de la loi du 1er avril 1923).

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois susvisés ont été insérés au *Journal Officiel* sous forme d'arrêté (*Journal Officiel* du 30 mai 1925) et d'Instruction (*Journal Officiel* du 25 juillet 1924).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du corps de Santé des Troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au Ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

faire constituer un dossier de veuve de guerre. Ce dossier sera soumis à l'examen du ministre, qui accordera la pension. Tant que ces démarches n'auront pas abouti et que ses droits n'auront pas été ainsi reconnus, aucun versement ne lui sera fait.

1949. — Nouvelles taxes sur les automobiles.

En juillet dernier, j'ai versé 81 fr. 30 pour droits d'auto trimestriels sur une 9 HP Citroën.

Ces jours derniers, le receveur des contributions indirectes m'a réclamé 39 fr. 05 pour supplément de droits.

J'ai pensé que cela correspondait à 10 HP et lui en ai fait l'observation. Il m'a dit qu'il ne se trompait pas. Je désirerais savoir s'il n'y a pas erreur. Dans ce cas, je ferai une réclamation au contrôleur des contributions indirectes.

Je vous serais obligé de me fixer.

Dr M.

Réponse.

L'article 95 du nouveau budget publié au *Journal Officiel* du 14 juillet, a modifié les droits sur les automobiles, à compter du 1er juillet 1925 et jusqu'au 1er janvier 1926.

Antérieurement, pour 9 chevaux vapeur, l'impôt était de 36 francs par cheval, soit 9 chevaux, 324 francs.

Depuis le 1er juillet il est de 48 fr. pour les 5 premiers chevaux-vapeur soit........ 240 fr.
De 60 francs pour les cinq suivants soit pour 4 chevaux.................. 240 »
Pour 9 chevaux, l'impôt est donc de. 480 »
Comme vous avez payé seulement sur 324 »
soit en moins pour l'année........... 156 »
Vous restez devoir, pour le trimestre allant du 1er juillet au 30 septembre le quart de cette somme, soit............ 39 »
et le receveur des contributions indirectes est donc bien fondé à vous la réclamer. Tous les propriétaires d'automobiles ont reçu ou recevront sans doute une réclamation de cette nature.

1729. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Amortissement des frais d'études.

Dois-je déduire de mes bénéfices les frais que m'ont causés mes études de médecine et dans l'affirmative en combien d'années dois-je les amortir ? Dois-je compter alors, seulement les frais d'inscriptions, d'examens et de travaux pratiques ou puis-je y joindre les voyages nécessités par ces examens, les frais de nourriture et d'habillement qui n'ont été couverts par aucun gain et pour lesquels je puis très bien m'être endetté ?

Dr J.

Réponse.

L'amortissement des frais d'étude est une question très controversée, et l'administration n'admet pas cet amortissement. Si le contrôleur rectifie votre déclaration sur ce point, il faudra que vous présentiez une pétition devant le Conseil de Préfecture et fort probablement que vous fassiez appel en Conseil d'Etat.

A notre avis, les frais à amortir ne pourraient comprendre que les frais nécessités directement par les études et non pas ceux de nourriture et d'entretien personnels.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1835. — Transfert de la patente au successeur.

Je viens comme abonné du *Concours médical* vous demander conseil sur un cas qui doit se présenter assez fréquemment. Je vous transmets la lettre que j'ai l'intention d'adresser au contrôleur des Contributions, elle vous expliquera ce dont il s'agit. Je serais heureux si vous vouliez bien me donner votre opinion à son sujet.

Et de plus, est-ce bien au contrôleur que je dois l'adresser ou bien au préfet de la Seine ?

Dr P.

Copie de la lettre au contrôleur.

Monsieur le Contrôleur,

J'habitais jusqu'à fin mars 1925 à Paris où j'exerçais la profession de médecin. A partir de cette date, j'ai cédé mon cabinet à mon confrère le docteur X., pour y exercer la même profession. J'ai reçu, il y a quelques jours, ma feuille de contributions portant naturellement patente pour toute l'année 1925. J'ai demandé à mon successeur de participer dans la proportion des trois quarts au paiement de cette patente puisque pendant 9 mois sur 12, il allait exercer, lui et non moi. Il me répond qu'il s'est informé à la mairie et qu'on lui a dit qu'il allait lui aussi être taxé d'une patente dite supplémentaire partant du mois d'avril 1925 et qu'il se trouverait payer ainsi deux fois. Si ces renseignements sont exacts, je n'insisterai pas, mais je suis surpris qu'un même cabinet puisse être frappé d'une double patente.

Je vous serais très obligé, Monsieur le Contrôleur, de vouloir bien me renseigner sur ce point et vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

Dr P.

Réponse.

Vous pouvez demander le transfert de votre patente au nom de votre successeur pour les neuf derniers mois de l'année, soit dans les trois mois de la publication du rôle primitif (c'est-à-dire en fait, pour Paris, jusqu'au 30 septem-

bre) soit dans les trois mois de la publication du rôle supplémentaire qui comprendra l'imposition au nom de votre successeur.

A noter d'autre part que si vous exercez dans votre nouvelle résidence, vous y serez imposé pour les neuf derniers mois de l'année; mais vous pouvez demander la déduction des 9/12 de la patente de Paris.

En tout cas, vous pouvez adresser votre lettre au contrôleur.

A. M.

1827. — Taxe sur les automobiles.

J'ai une 6 C.V. Renault pour laquelle je payais trimestriellement 54 fr. 25 ; or, je reçois un avis d'avoir à payer ce trimestre-ci 90 fr. 25.

D'après la nouvelle loi des finances, j'avais compris que l'impôt était de 45 fr. par C. V. jusqu'à 5 CV ; de 60 fr. par CV. pour les 5 suivants, etc.

Cela me ferait donc 5 fois 45 fr. plus une fois 60 fr., soit 285 fr. pour une 6 CV. et le quart serait 71 fr. 25. Au lieu de cela, je suis imposé à 6 fois 60 fr. soit 360 fr., dont le quart est de 90 fr., est-ce juste ou bien y a-t-il erreur d'interprétation ?

Dr S.

Réponse.

La taxe sur les automobiles est de 48 francs par C.V. pour les 5 premiers, soit 240 francs, et de 60 francs par cheval en sus de 6 à 10. Donc pour une 6 C.V., vous devez payer 240 plus 60, soit 300 francs par an. La taxe de 90 francs par trimestre correspondrait à une force de 7 C.V. Il y a donc soit une erreur d'interprétation, soit une erreur sur la force.

A. M.

1757. — Pouvoirs des maires pour la réglementation des maisons de tolérance.

Quels sont les pouvoirs d'un maire vis-à-vis d'une maison de tolérance.

Le maire a-t-il en quelque sorte des pouvoirs *discrétionnaires* ? La tolérance de ces maisons est-elle précaire ?

Le tenancier ou le propriétaire qui lui loue la maison peuvent-ils attaquer en justice le maire pour abus de pouvoir, lorsque ce dernier peut s'abriter derrière des témoignages de médecin et de pharmacien qui signalent de nombreux cas de maladies vénériennes provenant des femmes de ces maisons ? ou derrière d'autres témoignages qui prouvent que l'on y reçoit des mineurs et même des femmes mariées ?

Quels sont également les pouvoirs d'un maire vis-à-vis de cafés à arrière-boutiques où les femmes de la maison se livrent à la prostitution ?

Je vous serais particulièrement reconnaissant de me renseigner, car je lutte depuis près de trois ans

contre une maison de tolérance qui empoisonne la population.

Dr X.

Réponse.

Nous avons transmis cette lettre à M. le Dr Faivre, inspecteur général honoraire des services administratifs, qui a bien voulu faire la réponse suivante, dont nous le remercions vivement :

Vous m'avez fait adresser une lettre par laquelle le Dr X. pose au « Sou Médical » quelques questions auxquelles vous me demandez de répondre.

« Le maire a-t-il en quelque sorte des pouvoirs discrétionnaires vis-à-vis d'une maison de tolérance ? »

Discrétionnaires non ; réels oui ; mais insuffisamment déterminés, en ce sens que les textes précis font défaut et qu'il faut, dans la pratique, compter avec les conditions locales, la situation du maire vis-à-vis de l'opinion, l'état de celle-ci, et la situation du tenancier avec laquelle il faut aussi compter par ce temps de démagogie.

Mais si la maison de tolérance *existante* (et non à créer) est en fait difficile à supprimer, le maire peut beaucoup pour en restreindre la nocivité au point de vue de la santé publique. L'article 97 de la loi de 1884 lui donne le droit, afin de protéger cette santé publique, d'*inscrire* les femmes se livrant notoirement à la prostitution (c'est le cas de ces femmes de maison inscrites d'office) *et de les soumettre à une visite médicale*, dont le résultat défavorable entraîne logiquement le traitement hospitalier. Il est vrai que le droit à l'internement est contesté par certains, comme abusif, et que la Cour de Cassation ne l'a pas, comme celui relatif à l'inscription et à la visite médicale, consacré par de nombreux arrêts. Il n'en est pas moins la conséquence logique, je le répète, des précédents, et exercé en fait par les maires dans la plupart des villes.

Mais tout cela suppose que le maire est secondé avec intelligence et fermeté par le commissaire de police, le médecin, l'hôpital, et que sa situation vis-à-vis de l'opinion lui permet de se faire obéir.

Je me suis efforcé d'établir avec la précision possible tous ces points dans la *circulaire du 1er juin* 1919, qu'a signée le ministre de l'Intérieur d'alors, M. Pams, et à laquelle j'ai annexé un réglement modèle. Pour en avoir un exemplaire, M. X. pourrait s'adresser à M. le Dr Cavaillon, attaché technique à la direction de l'Assistance et de l'hygiène (c'est, je crois, son titre), laquelle direction est aujourd'hui au Ministère du Travail et de l'Hygiène ; mais j'ignore où est maintenant le service antivénérien, que j'avais installé 4, rue Saint-Romain. La lettre pourrait-être adressée à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène, 7, rue Cambacérès, 8e.

Pour ce qui est des femmes qui se livrent à la prostitution dans les cafés, le maire peut les inscrire, si les faits de prostitution sont prouvés, et les soumettre à la visite médicale en raison de cette inscription. Il peut également fermer les cafés comme lieux clandestins de prostitution, mais là encore, il a besoin d'être fortement soutenu par l'opinion et il se heurte à de grosses difficultés. Aussi vaut-il mieux qu'il s'entende avec la magistrature en vue de l'application par celle-ci de l'*article* 20 *de la loi du* 1er *octobre* 1917. Voir à ce sujet la circulaire précitée.

Voilà, mon cher confrère, les réponses sommaires que je peux faire à ces questions très générales posées par le Dr X. Je regrette que ma mise à la retraite ne me permette pas de seconder son action. J'avais encore devant moi un travail utile à accomplir !

P. Faivre.

1941. — La loi accidents ne limite pas les honoraires du médecin.

Aux prises chaque jour désormais avec la loi sur les accidents du travail, et bien décidé à ne pas accepter le tarif Breton insuffisant à mon avis, quand il s'agit d'accident agricole, car nos paysans et leurs domestiques sont gens à l'aise et habitués à bien honorer leur médecin, je vous serais reconnaissant de m'indiquer, par la voie du *Concours*, sur quels articles de la loi me baser pour répondre par un refus aux Compagnies. Le tarif Breton n'est pas d'application obligatoire par le médecin ; celui-ci n'a pas à s'adresser aux assurances ; mais sur quel texte précis ou sur quel jugement fixant la chose me baser pour maintenir ferme ma liberté de me faire honorer à mon gré selon la situation de mon blessé ?

Dr A.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail n'a jamais limité les honoraires du médecin ; ce qu'elle a limité, c'est seulement la partie de ces honoraires qui doit être supportée par le chef d'entreprise.

Le médecin conserve donc toujours le droit de se faire payer par ses clients, même s'ils sont victimes d'accidents du travail, ses honoraires habituels de clientèle en vertu du droit commun, sauf aux blessés à se retourner contre leurs patrons et à se faire rembourser par eux dans les limites du tarif Breton.

Il est évident que si, usant de la faculté que lui donne la loi (mais qui n'est qu'une faculté et non une obligation) le médecin s'adresse directement au patron, il ne peut exiger de lui plus que ce que son ouvrier aurait été en droit de lui demander.

D'ailleurs le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail dit textuellement

ceci : « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques *que jusqu'à concurrence de...* »

Ce texte ne peut être interprété autrement que comme limitant d'une part les frais médicaux à la charge du chef d'entreprise, et laissant d'autre part aux médecins toute latitude pour le calcul de leurs honoraires à l'égard du blessé.

Tout ce qui est vrai pour les accidents du travail dans l'industrie l'est également pour les accidents agricoles. Vous pouvez donc toujours vous faire payer directement par vos clients, qu'ils soient propriétaires, fermiers ou domestiques, sans avoir à connaître ni les assurances ni le tarif Breton. C'est seulement au cas où vous vous faites payer par le patron responsable de l'accident que vous êtes forcé d'appliquer le tarif Breton.

1891. — Majoration du prix d'un loyer.

Première lettre.

Fin 1913, j'ai renouvelé pour une durée de 9 ans, mon bail devant finir le 1er novembre 1914. Mobilisé, j'ai obtenu à l'amiable d e mon propriétaire en 1919 une prolongation de 5 ans à titre de prorogation-guerre, aux mêmes conditions soit 525 fr. par an, ce qui portait l'expiration de mon bail au 1er novembre 1928.

Ces jours derniers, mon propriétaire se basant sur la loi du 6 juillet 1919 me réclame :

1° Une augmentation de 105 %, chiffre qu'il dit avoir été fixé par la Commission départementale ;

2° Une augmentation de 10 %, sous prétexte que la durée de mon bail esst supérieure à trois ans ;

3° L'intérêt à 7 % d'une barrière qu'il a fait remplacer par suite d'usure.

J'ajoute à titre de renseignement que la population du pays a augmenté pendant la guerre ainsi que le prouve le recensement de 1921.

Mon propriétaire m'ayant écrit le 21 courant, me donne 10 jours pour accepter ses prix et lui faire connaître ma décision, (soit une demande de prolongation égale à 3 ans 1/2, durée du bail à courir avec ses nouveaux prix, soit acceptation de ce qui reste à courir avec également augmentation, soit enfin résiliation pour le 1er juin 1926.

Je vous prie de vouloir bien m'indiquer ce qu'il y a d'exact là-dedans, car je ne comprends pas grand' chose à la loi. Je suis disposé à faire ce qu'elle m'ordonne, mais rien de plus.

Dr Z.

1re Réponse.

Votre propriétaire commet une grave confusion sur l'étendue de ses droits à votre égard.

D'après votre lettre, vous étiez titulaire d'un bail arrivé à échéance en novembre 1923 et

maintenant vous jouissez de la prorogation légale, égale à la durée de la guerre, accordée par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 aux locataires occupant des locaux à usage professionnel. Cette prorogation vous a été consentie à l'amiable par votre propriétaire, qui, d'ailleurs, ne pouvait pas vous la refuser.

Les seules augmentations que votre propriétaire soit en droit de vous demander, tant que dure votre prorogation de guerre, sont celles fixées par l'article premier de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire 5 % du loyer de 1914, plus l'augmentation qui s'est produite, par rapport à 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière.

Les lois des 29 décembre 1923 et 2 août 1924, sur lesquelles se base votre propriétaire pour vous demander une augmentation de 105 %, plus 10 %, plus l'intérêt des dépenses faites pour l'amélioration de l'immeuble, ne s'appliquent qu'aux locataires qui n'ont plus ni bail ni prorogation de guerre et qui ont demandé une prorogation nouvelle jusqu'au 1er janvier 1926.

Mais, nous le répétons et nous insistons sur ce point, ce cas est tout à fait différent du vôtre. Vous n'avez pas à vous occuper des lois des 29 décembre 1923 et 2 août 1924 ; la seule loi qui vous intéresse et qui vous concerne est celle du 31 mars 1922 dans son article premier.

La réponse que vous devez faire à votre propriétaire doit donc être la suivante : vous entendez continuer à jouir jusqu'à son échéance de la prorogation de guerre et, tant que durera celle-ci, ne pas supporter d'autres augmentations que celles fixées par la loi du 31 mars 1922 (article 1).

1921. — *Deuxième lettre.*

Je vous remercie des renseignements que vous me fournissez dans votre réponse du 28 courant à mes questions. Mais, permettez-moi de vous faire remarquer que cette réponse ne paraît pas tenir compte de la dernière loi sur les loyers en date du 6 *juillet* 1925, c'est-à-dire ayant à peine trois semaines d'existence. Cette loi a paru dans l'*Officiel* du 7 courant ; je crois qu'elle modifie toutes les autres plus anciennes, je l'ai entre les mains et malgré mon peu de compréhension des textes juridiques, je suis certain qu'elle concerne mon cas actuel. Je vous prie donc de vouloir bien en prendre connaissance car de nombreux confrères vont se trouver dans le même cas que moi et de me fixer ensuite à ce sujet. Dr Z.

2e Réponse.

Nous avons sous les yeux le texte de la loi du 6 juillet 1925, dont voici l'article premier :

« Les prix des baux à loyers normaux ou prorogés par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919 et d'une *durée contrac-*

tuelle de plus de neuf ans, pourront être majorés..... »

Seuls peuvent donc donner lieu à une augmentation au profit du propriétaire les baux ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919, et d'une durée contractuelle de plus de neuf ans.

Or, dans votre lettre du 26 juillet, vous nous dites que vous avez renouvelé votre bail à la fin de 1913, pour une durée de neuf ans.

La durée contractuelle de votre bail étant seulement de neuf ans, la loi du 6 juillet 1925 ne lui est pas applicable et nous ne pouvons, dans ces conditions, que vous confirmer notre lettre précédente.

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 *juillet.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 26 juillet 1925 modifiant le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.

Art. 1er. — L'article 27 du décret du 10 septembre 1924 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 27. — Les examens correspondant aux trois premières années d'études peuvent être subis devant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Les examens correspondant à la quatrième année d'études peuvent également être subis devant ces écoles lorsqu'elles y ont été autorisées par un arrêté ministériel pris sur avis conforme de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. Ces autorisations peuvent être retirées dans les mêmes formes.

Les examens correspondant aux deux premières années d'études peuvent être subis devant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

Soins aux gendarmes.

Liste des médecins qui ont obtenu des récompenses honorifiques pour soins donnés aux militaires de la Gendarmerie.

2 *août.*

Brevets d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) aura lieu à Nantes en octobre 1925.

Le programme sera celui spécifié par l'arrêté du 24 juin 1924.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1956-IV.)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr COUTAUD, d'Auterive (Haute-Garonne), la somme de dix francs, pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 345. — Urgent. — A céder, client. Est, 60.000 touchés, indemn. 25.000. Tél. Ség. 42-36 pour renseign.

N° 346. — Algérie. — Urgent, 17 kil. Alger, littor., poste communal, fait 3.000 par mois, pro-ph. (1 conf. âgé), fixes 4.800. Cond. repr. loyer pharm. S. d. b., mob. médic. chir. Prix dem. 18.000. S'ad. Dr Ardouin, Fort-de-l'Eau (Algérie).

N° 347. — A céd. p. 950, reçu Citroen 1.000, à val. sur commande 5 ou 10 CV.

N° 348. — Loire, urgent, poste pro-ph.54.000, touchés, à céd. 25.000, dont 15.000 compt. Belle mais. av. bail, jard. gar. pays tr. agr.

N° 349. — S.-et-O. — A céd. Charronnette 1920, 2 pl. et 1 strap. Ecl. acétyl. Compteur, entièr. revue : 5.000.

N° 350. — L.-et-Ch., 3 kil. gr. ligne, 2 h. Paris, chasse gard. 130 hectares sur bords Loire, îles, tous gib., même gib. d'eau, act. libres. S'ad. Dr Fournival, à Mer (L.-et-Cher).

N° 351. — Près Paris. — Import. clin. médec. génér., bien située, install. tr. moderne, 7 p., loyer 6.000, 11 ans de bail, aff. sérieuse, recommandée. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'artério-sclérose par le silicate de soude.

Pour compléter notre article du *Concours médical*, n° 23, du 7 juin 1925, relatif à l'emploi du silicate de soude dans l'artério-sclérose, nous devons signaler que l'administration de ce médicament par la voie intra-veineuse a fait l'objet d'une communication à l'Académie des Sciences (17 avril 1920), par MM. le Pr Sartory (Strasbourg), Dr Scheffler (St-Etienne), et Pellissier (de Paris).

Les auteurs y signalent que la méthode intraveineuse avait été tentée et poursuivie au moyen de la solution de silicate de soude, mise au point par M. Pellissier (de Paris). Cette solution, mise en ampoules de 2 cc. est dosée à cinq milligrammes de silicate pur par cc. Elle est très instable, et n'a jamais causé aucune espèce d'accidents.

CORRESPONDANCE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Cotisation pour deux combinaisons

Je vous envoie la somme de 155 fr. 95 que m'indique le Dr Mignon comme devant vous être versé pour le 2e semestre 1925 comme entrant à la combinaison MAD. Je faisais antérieurement partie de la combinaison MA, j'aurai donc maintenant droit à une indemnité de 30 francs.

Dr R... à I...

Réponse.

La somme que vous m'envoyez pour la combinaison MAD est exacte, puisqu'elle comprend droits d'entrée, frais de gestion et timbre, mais vous avez oublié votre cotisation de MA qui est de 39 fr. 90.

Le versement à MAD que vous a indiqué le Dr Mignon ne concerne que ce que vous avez à verser à nouveau, en plus de ce que vous pouviez verser antérieurement. Vous faites partie des deux combinaisons MA et MAD, vous devez donc verser la cotisation afférente à chacune d'elles, absolument comme vous auriez à verser à P ou à R si vous faisiez partie de ces combinaisons.

Le secrétaire ignore quelle est votre situation antérieure avec la Caisse, il ne peut donc indiquer la somme totale à verser au trésorier ; il ne peut que donner la somme se rapportant à l'entrée dans la combinaison nouvelle.

A. G.

1927. — Demi-salaire des accidentés du travail hospitalisés.

En causant, le Directeur de l'hôpital me disait l'autre jour qu'une Compagnie d'assurances (comme par hasard une Compagnie étrangère d'un pays à change élevé) ne payait pas le demi-salaire aux blessés du travail hospitalisés.

Je lui soutenais qu'elle le devait, cette indemnité ayant un caractère alimentaire et devant être payée dans tous les cas. Avec quoi vivrait la famille du blessé ?

Je crois avoir vu la question traitée dans le *Concours*. Soyez assez aimable de me fixer par la voie du journal, et on mettra cette Compagnie étrangère à la raison s'il y a lieu.

Dr D.

Réponse.

La compagnie d'assurances ne peut refuser de payer leur demi-salaire aux ouvriers blessés dans leur travail et soignés à l'hôpital. Aucune contestation n'est possible à ce sujet. En effet, le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 dit textuellement ceci :« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, *en outre des obligations contenues en l'article* 3, des frais d'hospitalisation, qui, etc.... » Or, l'article 3 détermine les indemnités dues aux victimes d'accidents du travail dans les cas d'incapacité permanente ou temporaire. Il est impossible de donner à ces textes un autre sens que celui qu'ils ont d'une façon claire et précise, à savoir que, en cas d'hospitalisation, le chef d'entreprise doit supporter les frais d'hospitalisation et continuer en outre à payer à la victime les indemnités auxquelles celle-ci aurait droit si elle se faisait soigner chez elle, à l'exception des frais médicaux

et pharmaceutiques, qui sont compris dans le prix de journée d'hôpital.

Vos blessés hospitalisés, auxquels la compagnie refuse de payer leurs indemnités, doivent citer leurs patrons devant le juge de paix (et non pas l'assurance, avec laquelle ils n'ont pas de lien de droit lorsqu'il s'agit seulement de l'indemnité temporaire).

1937. — Accidents du travail. Demande en dommages-intérêts. Validité d'expertise.

Action en justice de paix pour règlement d'honoraires accident de travail, demande 166 fr., offres de l'adversaire 164 fr. ramené ma demande (à la barre) à 130 fr. nomination d'un expert ! Expertise faite sans l'adversaire qui avait, m'a dit l'expert, déposé toutes les pièces, rapport admet l'offre de l'assureur (113 fr.) suffisante :

1° Puis-je, comme je le crois, pour rendre l'affaire justiciable d'appel, en appelant pour ouverture de rapport, demander des dommages intérêts ?

2° Dois-je à l'audience de paix, contester la validité de l'expertise ?

(Dans son rapport, le médecin expert ne mentionne pas les parties présentes à son opérération).

Dr L.

Réponse.

1° La procédure des accidents du travail, en vertu de laquelle vous agissez dans votre affaire, est une procédure d'exception, tandis qu'une demande en dommages-intérêts est une action du droit commun. Il vous est donc impossible de joindre une demande de dommages-intérêts à une demande d'honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident du travail. Si vous le faisiez, votre demande de dommages-intérêts serait déclarée non recevable en l'état, et malgré tout votre affaire ne serait pas suceptible d'appel.

2° Pour qu'une expertise soit contradictoire, point n'est besoin que les parties comparaissent en personne devant l'expert. Il suffit que chacune d'elles fasse parvenir à l'expert les pièces de son dossier et lui expose par écrit ses moyens et défenses.

Vous ne pouvez, dans ces conditions, contester la validité de l'expertise.

1908. — Frais de justice criminelle.

Je prends la liberté de vous adresser ci-inclus une réquisition du maire de R. pour savoir si cette réquisition est régulièrement établie et valable. Je vous serais obligé de m'établir la note des honoraires auxquels j'ai droit ; la commune est à 9 kil. de ma résidence ; j'ai été réquisitionné vers 5 h. 1/2 du matin et je m'y suis transporté de suite, j'ai examiné les victimes et fait un certificat pour la gendarmerie.

Dr V.

Réponse.

La réquisition du maire que vous nous communiquez est tout à fait valable, car le maire a, dans ses attributions, des pouvoirs de police judiciaire qui lui permettent de requérir l'assistance d'un médecin, chaque fois qu'il y a présomption de crime ou de délit. Dans ce cas, le médecin remplit le rôle d'un médecin expert et doit remettre un rapport sur ses constatations au maire ou à la gendarmerie.

Aux termes de l'article 28 du décret du 25 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit à un honoraire de 15 francs par blessé examiné, y compris la rédaction et le dépôt du rapport (en l'espèce, votre certificat pour la gendarmerie). Vous avez à compter, en outre vos frais de déplacement à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Vous devrez adresser votre mémoire en double exemplaire sur papier libre (la somme réclamée ne dépassant pas 50 francs) au Procureur de la République du ressort, qui, après visa du Procureur général, le fera taxer par le Président du Tribunal. Vous serez ensuite payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

1918. — Exercice de la propharmacie.

Voudriez-vous me dire encore, si je dois faire une *déclaration* à la préfecture touchant l'exercice de la propharmacie et si je suis tenu d'envoyer mon trébuchet à la vérification des poids et mesures.

Dr G.

Réponse.

Vous n'avez aucune déclaration à faire à la Préfecture avant de commencer à exercer la propharmacie. Les seules formalités que vous ayez à remplir sont celles qui concernent tous les médecins : enregistrement du diplôme à la Préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil, visa du diplôme à la mairie du domicile, mais aucune formalité spéciale n'est à remplir pour la propharmacie.

Les propharmaciens sont assujettis à la vérification des poids et mesures (article 6 du décret du 26 février 1873).

1903. — Comptabilité médicale pour justification à l'égard du fisc.

Le Dr B. vous serait très obligé si vous pouviez lui donner quelques renseignements sur la manière de tenir sa comptabilité vis-à-vis du fisc, s'il est

(*Voir la suite page XXXIX*-1993)

PROPOS DU JOUR

La médecine française il y a un siècle. — Andral ou la médecine française de 1820 à 1830. — Les enseignements que nous pouvons en tirer.

Les célébrations de Centenaires que l'on multiplie à notre époque sont des coutumes que nous ne pouvons qu'approuver. Elles nous obligent à jeter un coup d'œil sur le passé, à juger des progrès accomplis, à nous rendre compte de ce que nous devons aux hommes de génie ou de talent dont on exalte les œuvres. Mais il est, à notre avis, plus intéressant d'étudier l'évolution d'une science à une époque donnée que de se borner à exposer les travaux d'un seul savant.

Or, il nous est tombé sous la main un mémoire écrit en 1877 par M. le professeur Emile Chauffard, le père du professeur actuel, mémoire intitulé : *Andral* : *La médecine française de* 1820 *à* 1830. En voulant, peu après la mort d'Andral (1797-1876) lui rendre hommage, le professeur Chauffard a profité de l'occasion pour peindre d'une manière saisissante l'évolution de la médecine, il y a un siècle, à une époque où les écoles nouvelles, défendant leurs doctrines ou leurs systèmes, se disputaient avec passion et parfois même avec violence.

Nous avons lu avec un grand intérêt l'étude du professeur Chauffard et il nous a paru que la connaissance de la médecine d'il y a un siècle ne serait pas sans profit pour les médecins d'aujourd'hui, qu'ils pourraient en tirer plus d'un enseignement et que la prudence et la sagesse d'Andral, l'ennemi des systèmes et l'apôtre du progrès et du bon sens, seraient encore d'un très bon exemple à notre époque où trop souvent, avec un emballement qui n'a rien de scientifique, on généralise hâtivement les résultats douteux d'expériences insuffisantes ou mal conduites et où les médecins à imagination vive prennent plus d'une fois leurs hypothétiques rêveries pour des vérités établies.

***

Gabriel Andral, qui naquit à Paris le 6 novembre 1797, descendait d'une longue lignée de médecins. Son père avait été le médecin de Murat, roi de Naples, et consultant de l'Empereur. Sa carrière fut étonnamment rapide. En 1821, il était docteur en médecine à 24 ans, deux ans plus tard il était agrégé. De 1823 à 1829 il écrivait sa *Clinique médicale* en 5 volumes sur les observations minutieuses qu'il avait pu faire à la Charité dans le service d'un excellent praticien dont le nom est presque ignoré, Lerminier. Professeur à la Faculté en 1828, à 31 ans, il faisait paraître en 1829 les deux volumes de son *Précis d'anatomie pathologique*. Il fut désigné comme membre de l'Académie de médecine, lors de sa fondation en 1823. En 1842, son *Essai d'hématologie pathologique* porta au plus haut sa célébrité scientifique et lui ouvrit l'année suivante les portes de l'Académie des sciences. Pendant la dernière partie de sa carrière, il s'adonna à l'étude de l'histoire et de la philosophie de la médecine et mourut en 1876 à un âge avancé.

La simple énumération de ses succès et de ses travaux, surtout lorsqu'on songe que ces derniers datent d'un siècle, suffit à nous faire présumer qu'Andral était pourvu d'une intelligence exceptionnelle et était un travailleur acharné. Aussi le professeur E. Chauffard ne lui marchande-t-il pas son admiration ; il lui applique l'expression de Théophile Bordeu, en le qualifiant de véritable législateur de l'art, et c'est dans l'examen des œuvres d'Andral et des polémiques auxquelles il dut prendre part que M. Chauffard trouve les éléments du tableau qu'il fait de la médecine française de 1820 à 1830.

En 1820, la médecine subissait une véritable révolution. L'anatomie pathologique tenait une place exclusive dans les recherches des médecins. L'exemple de Morgagni, que Haller dénommait *irrefragabilis auctor*, s'imposait à tous et la parole de Bichat : « Qu'est l'observation si l'on ignore là où siège le mal? » servait de guide.

L'école de Paris, appelée *école anatomo-pathologique*, avait Bayle et Laënnec pour chefs indiscutés. Cependant cette école ne faisait pas de la lésion toute la maladie. Cruveilhier la rattachait à celle de Pinel et Corvisart. Tout en s'adonnant à l'anatomie pathologique, il restait le disciple d'Hippocrate, de Boerhaavre, de Stoll et accumulait les faits en apprenant à explorer les organes.

Mais depuis 1816, s'était révélé au Val-de-Grâce un autre chef d'école, terriblement enthousiaste et autoritaire, à l'éloquence brutale et intransigeante, allant dans la discussion jusqu'à la violence et aux injures. C'était Broussais qui dans un mémoire, disons plutôt un pamphlet, intitulé : *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, jeta les bases de l'*école physiologique*, bien improprement dénommée, connue encore sous le nom d'école du Val-de-Grâce, adversaire de l'école anatomo-pathologique ou de Paris.

Avec un talent de pamphlétaire indiscutable et dont les critiques ne manquaient pas toutes de raison, Broussais attaqua à fond l'école anatomo-pathologique qui aurait subi un désastre si la découverte de l'auscultation par Laënnec ne l'avait garantie de tous les assauts.

Partant de constatations parfois justes, Broussais faisait de la lésion la cause directe ou indirecte de la maladie. Il prétendait qu'en décrivant une maladie, on créait un être imaginaire, on faisait de l'*ontologie*, nous dirions aujourd'hui de la métaphysique, et cela s'opposait au progrès de la médecine. Il n'y avait pas de maladies mais bien *les cris des organes souffrants*. Après avoir émis cette critique de l'école de Paris, Broussais construisait un singulier système. L'irritation, devenant l'inflammation, était l'origine de toutes les affections et le point de départ de cette irritation, de cette inflammation était le tube digestif, l'estomac et l'intestin.

Le chef de l'école physiologique du Val-de-Grâce était si convaincu qu'il ne pouvait comprendre qu'on ne pensât pas comme lui. A quoi bon rechercher des lésions, des causes, quand il était si évident que tous les maux avaient leur origine dans l'estomac atteint de phlegmasie. Aussi il n'y a pas de sarcasmes dont il n'accablât ses contradicteurs qui entreprenaient la vaine étude des organes lésés ; ils n'étaient pas des médecins, mais des *prosecteurs*, et l'autre école, qui parlait de diathèse et de maladies essentielles, recevait les épithètes de *perfide* et de *séniacéphale*. Ces violences étaient applaudies et Broussais jouissait de la plus grande popularité.

Bien différentes étaient les convictions de Bayle et de Laënnec ; déjà ils considéraient le tubercule et le cancer comme ayant une vie propre, luttant contre l'organisme et aboutissant à sa destruction. Ces conceptions étaient hardies puisqu'encore en 1877, le professeur Emile Chauffard les considère comme « théoriquement erronées ».

Il y a donc un siècle les médecins étaient groupés en deux grandes écoles :

L'une, celle de Paris, l'école anatomo-pathologique, était une école de travail, d'observation minutieuse des faits, un peu trop peut-être privée d'idées générales, mais inconciliable adversaire de l'esprit de système ; l'autre, celle du Val-de-Grâce, l'école physiologique, étroitement systématique, voulait soumettre, envers et contre tout, les faits pathologiques à l'irritation, et se moquait des efforts de l'école de Paris qui tentait de mettre un peu d'ordre dans le chaos de la pathologie, et dont Broussais flétrissait avec dédain les chefs de l'épithète de *classificateurs*.

Il existait bien encore une autre école qui avait plus d'un point commun avec l'école de Paris, c'était l'*école de Montpellier* que le fougueux Broussais méprisait encore davantage et dont il qualifiait les maîtres de « tristes suppôts de la vieille école de Montpellier ».

L'école de Montpellier différait de celle de Paris, en ce que cette dernière, accordait la plus haute importance à l'étude de la lésion. Mais, comme les maîtres de Montpellier, Bayle, Cruveilhier, Laennec, Andral, reconnaissent que l'affection de tout l'organisme précède la lésion de la partie.

Andral, lui, appréciait à leur grande valeur les chefs de l'école de Montpellier. Il vantait les éclairs de génie de Bordeu, et, tout en regrettant les écarts de la brillante imagination de Barthez et les rêves de sa physiologie toute hypothétique, il trouvait dans sa thérapeutique, des aperçus neufs et des idées larges. D'ailleurs l'école de Montpellier, avec Récamier et Frédéric Bérard, avait des représentants de grande valeur à Paris.

Broussais n'avait pas pour l'école de Montpellier les mêmes sympathies, ni la plus petite indulgence. Voici le jugement excessif qu'il portait sur Barthez :

« Barthez, écrivait-il, homme de cabinet érudit, possédant presque l'omniscience, fonda la médecine sur ses lectures, plutôt que sur ses observations, l'éloigna des organes et la reporta dans les nues. »

Andral avec plus d'habileté, plus d'équité et de bon sens combattit la médecine de système et défendit la véritable médecine d'observation. Dans sa *Clinique médicale*, comme il n'était possible alors de classer autrement que par distribution anatomique les divers phénomènes pathologiques, il débutait par l'histoire de ce qu'il appelait les fièvres essentielles « affections générales ayant également leur siège dans les

solides et dans les liquides, mais pouvant dès leur début se compliquer de différentes affections locales ; de là divers groupes de symptômes et divers modes de traitement ». (Pourrait-on mieux dire aujourd'hui ?)

Andral s'attaquait en même temps à la localisation systématique de Broussais. Il lui opposait les expériences de Magendie et de Gaspard qui, après avoir injecté des substances putrides dans les veines des animaux, ne trouvaient pas toujours après leur mort de lésions gastro-intestinales. Il faisait en outre remarquer que très souvent les prétendues lésions de l'estomac, décrites au cours des autopsies, étaient simplement des altérations cadavériques. De même l'aspect de la bouche et de la langue était loin, pour Andral, de relever de l'estomac ; pour lui, il dérivait de l'état général du malade. Et Andral repoussant toute doctrine générale et tout système, considérant que la médecine n'était pas une science achevée (d'ailleurs quelle science est achevée et le sera jamais ? répéterons-nous avec le professeur Chauffard) Andral conseillait de faire en médecine de l'éclectisme.

Il ne faudrait pas croire qu'Andral bornât ses études à la recherche des lésions, il se préoccupait tout autant de séméiologie et était considéré par Laënnec lui-même comme un maître en auscultation. Mais il tenait à observer par lui-même, et tout en tenant grand compte des travaux de l'inventeur, il ne voulait pas subir son influence, ce que Laënnec constata avec une pointe de regret tout en reconnaissant qu'Andral avait perfectionné et propagé la pratique de l'auscultation. Broussais ne pouvait admettre l'auscultation. Il accablait son inventeur d'épithètes injurieuses : c'était Laënnec le sophiste, Laënnec le devin. Les élèves de l'école physiologique surenchérissaient et voilà un échantillon de ce qu'ils disaient même après la mort de Laënnec ; c'est un passage d'un article du *Journal Universel des sciences médicales* écrit en 1829 par Eusèbe de Salle qui, pourtant, se piquait d'impartialité :

« L'article *Auscultation* (du *Dict. de méd. et de Chir. prat.*) a le double intérêt de la matière et de l'auteur qui l'a traitée ; M. Andral a la réputation d'avoir perfectionné les applications du stéthoscope. La découverte de Laënnec était déjà très piquante par elle-même ; on peut même s'étonner que son successeur ait trouvé quelque chose à y ajouter ; ces détails étaient si nombreux et si précis, leur certitude si mathématique que désormais le diagnostic et le pronostic des affections de la poitrine paraissaient plus aisés que celui des maladies de la peau. On a raffolé de nouveautés qui se sont annoncées avec un appareil moins sérieux et moins séduisant ; il était bien permis aux médecins, race méthodique et exempte d'engouement, de s'armer d'un stéthoscope et de s'enivrer pendant des heures entières du monde nouveau de sensations qui venaient frapper leurs oreilles. Hélas ! il faut bien le dire, ce monde était un chaos ; les spectateurs, pourvus d'une ample dose de bonne foi et d'imagination, y voyaient de tout ; d'autres, un peu sceptiques, se frottaient les yeux et ne voyaient rien, enfin quelques-uns ont distingué des feux follets, mais si légers, si fugitifs qu'il faudrait la patience d'un Chinois et la vie d'un Mathusalem pour les ramener à quelques types constants. Laënnec avait la patience chinoise, et sa vie a été courte ; son imagination atrabilaire et monomaniaque était capable de creuser en puits artésien l'idée la plus étroite à laquelle elle se fixait. Je suis donc convaincu que Laënnec a entendu et, réellement distingué tout ce qu'il nous a décrit ; mais que penser de la tranquille confiance avec laquelle le peuple des collecteurs d'observations écrit aujourd'hui *râle crépitant*, *pectoriloquie*, *tintement métallique*, *égophonie*, comme on écrivait jadis pouls 85, vomissements bilieux, tant de garde-robes. »

Cette citation mérite d'être reproduite. L'avenir s'est chargé de venger Laënnec et comment.

Andral, comme Laënnec, ne pouvait admettre la séparation de l'étude des lésions de celle des symptômes qu'elle explique.

Broussais, avec logique, déduisait de son système « physiologique » une thérapeutique intransigeante qui du reste a joui d'une triomphante vogue. Les maladies avaient une cause unique : l'inflammation, un siège unique : le tube digestif, il fallait juguler la maladie, arrêter l'inflammation par la méthode antiphlogistique qui consistait en diète sévère et en émissions sanguines. Au Val-de-Grâce, en 1829, on calculait avant la visite le nombre nécessaire de sangsues par le nombre des entrants. Y avait-il 10 entrants, il fallait trouver 300 sangsues le jour même. Scrofules, fièvres intermittentes, syphilis, tout relevait de cette unique thérapeutique. Pour Broussais « la force médicatrice de la nature était l'entité la plus vaine que l'imagination des médecins ait inventée ». Toniques, purgatifs, émétiques sont des irritants dangereux pour l'estomac phlogosé et à quoi bon chercher une médication quand la méthode antiphlogistique jugule toutes les maladies ?

Andral s'insurge contre ces prétentions. Il montre des pneumoniques qui guérissent *malgré* les saignées ; il est blessé par les affirmations téméraires, le ton dogmatique et tranchant des « physiologistes » et indique même le grand

danger que les sangsues font courir aux malades atteints de fièvre ataxique. Il rappelle les paroles célèbres de Morgagni : *Sunt plures medici qui œgros ob id interimunt, quia nesciunt ipsi quiescere.*

Andral repousse l'usage du mot inflammation qu'on a détourné de son sens et dont on a abusé, il crée le mot hyperémie. La saignée peut évidemment la faire disparaître mais supprime-t-elle pour cela l'agent mystérieux qui l'a causée ? Il finit par avoir raison car brusquement, selon l'expression du professeur E. Chauffard, la thérapeutique de Broussais s'est dissipée comme un mauvais rêve.

Andral, qui se plaît à montrer la vérité profonde du mot de Th. Bordeu : *Le sang est de la chair coulante*, contribue beaucoup à ce que Broussais appelait « la réapparition honteuse du dégoûtant humorisme ». Il combat le système exclusif de l'irritation et du solidisme, il ne s'avance qu'avec prudence dans le domaine de l'hypothèse qui substitue l'idée de la maladie générale à l'étroite localisation de toute maladie. Il insiste sur la nécessité d'appliquer les sciences physicochimiques à l'étude des actes vitaux. Il associe à ses travaux le physicien Gavarret et le vétérinaire Le Fond, professeur à Alfort.

Par son *Hématologie*, il ramène aux idées de spécificité et de contagion que l'on n'osait plus évoquer car le terrible Broussais traitait de « fanatiques imbéciles du passé » de « partisans de l'ontologie et de l'obscurantisme » ceux qui osaient qualifier la syphilis et la variole de maladies infectieuses. Les foudres du Val-de-Grâce inspiraient alors une telle terreur qu'aucun médecin n'eût eu l'audace de parler de contagion à propos de la fièvre typhoïde, des angines couenneuses, de la fièvre puerpérale et des érysipèles.

Andral opposa à l'absolutime du système, toutes les vérités établies par la tradition en y ajoutant le fruit de ses recherches : il créa l'éclectisme médical, subissant évidemment l'influence de l'éclectisme philosophique de Victor Cousin qui régnait alors à la Sorbonne. Mais il ne voulut pas que l'éclectisme médical fut un système ; ce fut pour lui une tactique momentanée de combat.

« L'éclectisme, disait-il, a pour mission une fois l'idée exclusive détruite, de dresser l'inventaire des connaissances acquises, de les coordonner, de leur communiquer son impulsion ».

A la fin de sa vie, Andral se réfugia dans l'étude du passé et consacra son activité à l'histoire et à la philosophie médicales.

Le professeur E. Chauffard, qui a su brillamment faire revivre avec Andral la médecine d'il y a un siècle et dont nous avons sommairement analysé l'ouvrage, a synthétisé en une phrase toute la vie du savant et génial médecin que fut Andral. « Scruter le passé, connaître le présent, pressentir l'avenir, y tendre en faisant appel à toutes les forces, à tous les modes d'investigation, à toutes les sources de connaissance, telle fut jusqu'à la fin sa pensée constante et comme le besoin de sa nature ».

***

Nous n'avons pas cru inutile de rappeler, un siècle plus tard, les luttes que l'esprit médical vraiment scientifique dut soutenir contre l'esprit de système.

Malgré Claude Bernard et le doute scientifique, malgré Pasteur et la rigoureuse expérimentation, sommes-nous bien sûrs d'être à jamais débarrasés de l'esprit de système, de la manie de généraliser prématurément, du dogmatisme thérapeutique ? Ne voyons-nous pas des phtisiologues nier *a priori* l'efficacité de tout traitement médicamenteux dans la tuberculose ; des opothérapeutes appliquer à tort et à travers à toutes les maladies les extraits d'organes ; des fanatiques de la désintoxication faire revivre à tout propos, souvent hors de propos, la thérapeutique de Broussais sous sa forme la plus rigoureuse, nous allions dire la plus dangereuse ? Nous trouvons même cette tendance au dogmatisme chez des cliniciens de talent dont nous admirons la persévérance et qui, en voulant réagir contre la négligence des médecins et la méconnaissance des antécédents héréditaires, menacent de tomber dans l'exagération contraire, de déconsidérer ainsi leur action et d'annihiler leurs méritants efforts.

Nous regrettons de voir un livre, consciencieux, sérieux et utile, évoquer en tête de sa préface une phrase, empruntée à Anatole France:

Il faut à l'observation un système qui la dirige.

Anatole France, délicieux écrivain, n'était certes pas un savant et nous ne savons pas ce qu'il entendait exactement par système, mais, en médecine, le mot a une étroite signification, et Claude Bernard lui-même l'a défini dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qui devrait être le livre de chevet de tout médecin et de tout biologiste : « Le système, dit Claude Bernard, est une hypothèse à laquelle on a ramené logiquement les faits à l'aide du

raisonnement, mais sans une vérification critique expérimentale ». Il ajoute peu après : « En un mot, les systèmes et les doctrines en médecine sont des idées hypothétiques ou théoriques, transformées en principes immuables. »

Nous doutons que par cette méthode on arrive à diriger scientifiquement l'observation et à éviter de tomber dans le dogmatisme.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'IRIDODIAGNOSE

Par L. PRON.

Le médecin, qui, il y a seulement trente ans, eût affiché la prétention d'établir un rapport entre l'écriture et les troubles psychiques ou entre les sillons unguéaux et un état morbide quelconque, aurait été traité de déséquilibré mental. Aujourd'hui, il est admis classiquement qu'il existe une relation étroite entre le graphisme et le psychisme, comme entre la constitution anatomique des ongles (dureté, friabilité, taches, sillons transversaux ou longitudinaux, etc.), et certaines affections organiques. Récemment, LOCARD a même rapporté un cas, dans lequel il avait pu faire le diagnostic d'épilepsie, uniquement d'après l'examen des crêtes papillaires acrodigitales (1).

C'est qu'en effet, les tares morbides s'inscrivent non seulement sur l'appareil, l'organe ou le tissu malade, c'est-à-dire localement ; elles se manifestent aussi à distance par des modifications, qui portent sur des points semblant n'avoir avec elles aucune affinité. Ainsi les dépôts de « graisse » jaunâtre sur la conjonctive indiquent, d'après SIGAUD, un fort degré de morbidité ; les dépôts de couleur verdâtre traduisent une affection du foie ; les dépôts de couleur ocre ou rouille constituent un simple avertissement ; chacun sait que ceux de cholestérine, aux angles des paupières, sont la signature de la lithiase biliaire. Chacun admet également que la conjonctive est brillante à l'état de santé ; qu'elle est, au contraire, terne dans la plupart des maladies chroniques — et qu'il suffit d'une nuit d'insomnie ou d'un surmenage passager, pour que l'œil, dans son ensemble, prenne un aspect anormal.

Mais ce sont là des indications vagues ou peu précises. L'œil peut fournir des renseignements absolument spécifiques, c'est-à-dire se rapportant à un organe bien déterminé, soit qu'il s'agisse d'un trouble fonctionnel chronique ou d'une maladie organique en évolution, soit d'une lésion ancienne guérie, laissant une anomalie tissulaire définitive, comme par exemple une cicatrisation d'ulcère gastrique ou de tuberculose pulmonaire, soit encore d'une vieille intoxication. Selon le point de l'organisme touché, tel ou tel point — et non un autre — de l'œil présente une tache ou une modification histologique indélébile.

La question de l'inscription des maladies dans l'œil a été étudiée par les médecins homéopathes depuis un siècle. Dès 1826, le Dr IGNACE POCZÉLY (de la Basse-Hongrie) l'abordait dans un ouvrage sur les sciences naturelles et la thérapeutique, dont la première partie était consacrée au diagnostic par l'examen des yeux. En 1887, SCHLEGEL (de Tubingen) se donnait comme le continuateur de POCZÉLY. En 1897, NILS LILJEQUIST (de Stockholm) faisait paraître un important ouvrage sur « le diagnostic par les yeux ». En 1902, THIEL (d'Eberfeld) publiait un travail sur « le moyen de trouver une maladie par les yeux » ; puis, vinrent A. MULLER, ANDERSCHON (de Londres), LOHN, LINDHAHR et HASKEL KRITZER.

Récemment, VANNIER (de Paris) a résumé le résultat de son expérience dans un ouvrage (1), remarquable par les précisions qu'il donne.

Chaque œil correspond à une moitié du corps. Si l'un est plus foncé que l'autre, c'est que la moitié correspondante est plus faible que l'autre. Il y a longtemps qu'on sait que tout organisme est double, et qu'il se compose de deux par-

(1) Policiers de roman et policiers de laboratoire (1924) p. 173.

(1) Le diagnostic des maladies par les yeux (1923), chez Maloine.

ties homologues, anatomiques et physiologiques, soudées. MOLLE (d'Oran) a publié une brochure (1) sur ce sujet, et ADAMKIEWICZ (du Havre) a rajeuni et complété la quest on dans une série d'articles, parus dans le *Journal des Praticiens* en 1923, qu'il a réunis en un fascicule, mis en librairie (2).

La *coloration bleu clair* de l'iris est la teinte, qui correspond à la santé optima. La coloration *brune* indique un tempérament de moindre résistance. Mais, ce qui importe, c'est beaucoup moins la couleur elle-même, que son *uniformité.* Souvent, on constate que la teinte globale de l'iris étant, par exemple, bleu foncé, la partie centrale, soit dans toute sa périphérie, soit dans son secteur supérieur ou inférieur ou latéral, tend vers le jaune-orange (3), cette dualité indique une moins bonne santé que si l'iris était franchement unicolore.

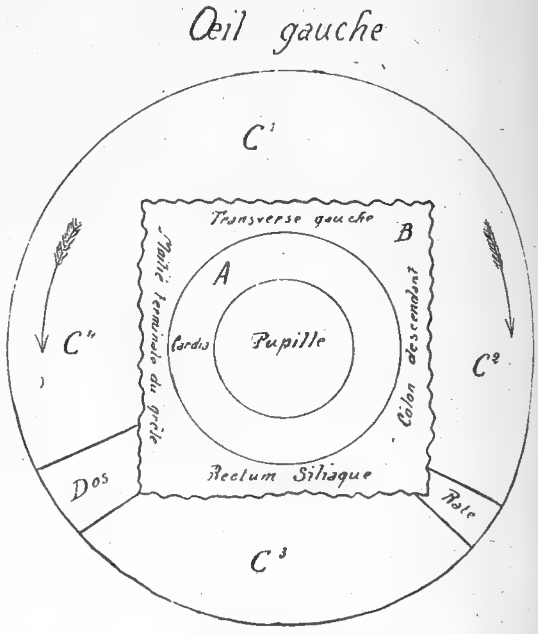
Les *cercles concentriques,* de couleur claire, le plus souvent discontinus (qu'on peut comparer aux sillons des ongles, comme aspect) sont des reliquats de crises douloureuses ; on les a appelés *anneaux de crampes.* Bruns gris ou grisâtres et situés plus près de la périphérie que de la pupi le, ils indiquent un déséquilibre ou un épuisement du système nerveux. Un demi-cercle *périphérique* supérieur correspond à la peau ; inférieur, aux organes de la circulation ; un cercle *interne* correspond au tube digestif ; dans la partie *intermédiaire,* il est en rapport avec tous les au res organes ; les points séméiologiques en sont mentionnés plus loin. Les cercles (de même qu'une teinte grisâtre ou un voile) traduisent aussi les intoxications.

En examinant de près l'iris, on est frappé d'y observer fréquemment des *lacunes.* Plus elles sont larges, plus elles indiquent de maladies acquises ou de tares héréditaires ; plus, au contraire, la trame irienne est serrée, plus fort est l'organisme.

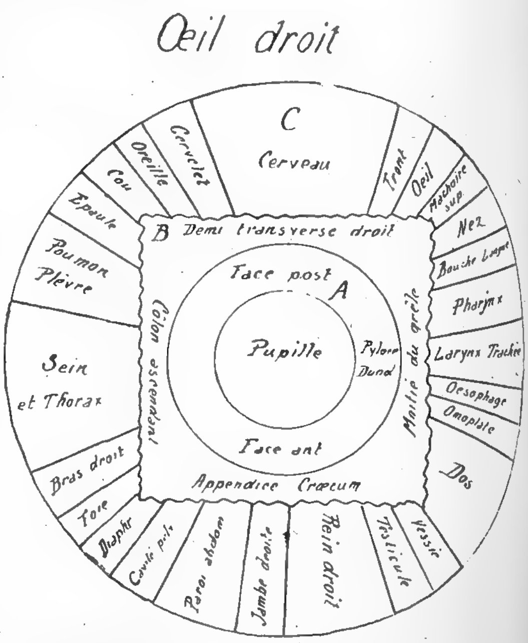
Les *lignes* — blanches, dans les yeux bleus ; jaunes, dans les yeux bruns — sont la signature d'un état subaigu, inflammatoire. Les nuages ou plutôt les *ovales* (ayant, en moyenne, de quatre à six millimètres de long sur deux à quatre de large — et dirigés transversalement) ont également une signification différente, selon leur teinte : *blancs,* ils traduisent une affection aiguë ; *grisâtres,* une maladie chronique ; *noirâtre,* une lésion organ que.

Plus frappantes sont les *taches* que présente l'iris, taches qui semblent faites à l'emporte-pièce, de forme arrondie ou carrée et de couleur noire ou rougeâtre. Elles sont en rapport avec des « poussées d'intoxication ». De là, le nom de *taches toxiniques* que leur donne VANNIER — soit autogènes, soit médicamenteuses.

Cercles, lignes, lacunes, taches, montrent l'état et le degré de morbidité d'un organisme. *Selon leur emplacement, elles indiquent que tel ou el organe est ou a été touché,* ou présente une fragilité



C'est la répétition du haut de l'œil droit ; C², la répétition de la région *externe* de l'œil droit ; C³, la répétition du bas de l'œil droit ; C⁴, la répétition de la région *interne* de l'œil droit. La région du foie de l'œil droit correspond à la *rate.*



A. Cercle gastrique. — B. quadrilatère intestinal. — C. Reste du corps.

La région du testicule correspond à l'utérus chez la femme.

(1) L'homme droit et l'homme gauche (1905), chez Maloine.

(2) Remarque personnelle.

(3) La dualité du corps humain (1924).

particulière. A ce sujet, VANNIER donne une topographie, facile à se remémorer *grosso modo*, avec les schémas ci-dessus.

Intéressé vivement par la question, je me suis, procuré, l'an dernier, l'ouvrage de VANNIER et, de temps en temps, depuis ce moment, j'ai examiné les yeux de mes malades. J'ai ainsi collectionné une soixantaine de schémas, portant mention des remarques y afférentes.

Sur ce nombre, je n'en ai trouvé qu'une dizaine, qui se trouvassent en défaut, je veux dire dans lesquels les taches constatées ne correspondaient pas à une affection actuelle ou passée. Dans tous les autres, non seulement j'ai observé une ou plusieurs taches ou vacuoles, correspondant au foie, au côlon, à l'estomac ou au duodénum, seules maladies dont je m'occupe et pour lesquelles les malades venaient consulter ; mais, plusieurs fois, il m'a été donné, devant une tache correspondant à un organe *dont le patient ne me parlait pas*, de trouver là la signature d'une vieille affection ou de la fragilité chronique d'un appareil ou d'un point de l'organisme.

C'est ainsi que chez Mad. A., 50 ans, une tache située dans le milieu du secteur externe de l'œil gauche m'a fait l'interroger, au point de vue pulmonaire, et m'a appris que cette malade avait eu, *il y a* 26 *ans*, une pleurésie. Chez Mademoiselle B, 26 ans, un groupe de trois taches au même endroit m'a appris qu'étant enfant, elle avait eu une bronchite grave. Chez M. G., 37 ans, qui m'était envoyé par le Dr TOULANT (d'Alger), pour des troubles intestinaux et hépatiques, une tache, siégeant dans le haut de l'œil gauche, m'a appris qu'il avait eu, à l'âge de trois ans, une méningite, à la suite de laquelle il avait perdu l'œil droit. Chez M. R., 55 ans, atteint de vieille hépatite paludéenne, une tache dans la région interne de l'œil droit, un peu au-dessus du diamètre transversal, m'a appris qu'il avait eu autrefois une sinusite. Chez M. R., 45 ans, une tache dans la région externe de l'œil droit, un peu au-dessus de la ligne transversale, m'a appris qu'il avait eu une pneumonie, à l'âge de 10 ans et une lacune, dans la région correspondante interne de l'œil gauche, qu'il était sujet aux angines. Chez Mlle O., 26 ans, une tache, située dans la région supérieure gauche de l'œil droit, m'a appris qu'elle avait eu des « glandes » au cou. Chez Mad. B., 36 ans, deux taches presque contiguës, situées au milieu de la région interne de l'œil gauche, m'ont appris qu'elle avait fréquemment de l'enrouement allant jusqu'à l'extinction de voix ; cette malade, que je voyais pour de l'insuffisance hépatique avec lithiase rénale et ptose gastrique, avait, en outre, une tache dans la région médio-supérieure externe de l'œil gauche ; or, elle avait toussé pendant cinq mois, l'hiver précédent, et, à l'auscultation, elle présentait de la matité du sommet gauche en arrière. Chez M. R., 42 ans, j'ai constaté une tache au milieu de la région interne de l'œil gauche ; ce malade, porteur d'un ulcère parapylorique, éprouve une vive irritation de la gorge, au moment de ses brûlures d'estomac. Chez M. Ch., 30 ans, une tache, située au même niveau dans la région interne de l'œil droit, m'a appris qu'il avait eu trois fois la diphtérie.

Ces patients venant me consulter pour des troubles digestifs, je n'aurais pas pensé à les interroger sur l'état actuel ou passé d'un organe tel que la gorge. C'est l'examen de leurs yeux, qui m'a conduit à une investigation *précise* dans ce sens.

Bien entendu, il ne saurait être question de remplacer l'auscultation ou la palpation d'une poitrine, d'un ventre ou d'une jambe par un examen de l'iris, pour faire un diagnostic ; les promoteurs de la méthode de l'augendiagnose n'ont jamais eu cette prétention. Mais, cette méthode est susceptible d'attirer l'attention du praticien sur l'état pathologique de tel ou tel point de l'organisme et de mettre sur la voie d'un diagnostic, soit nouveau, soit complémentaire.

C'est un moyen de recherche qui vaut la peine et qui mérite qu'on le prenne, en considération, contrairement à ce qui a été dit récemment (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les déchirures mésentériques au cours de l'étranglement herniaire.

M. J. P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Les déchirures mésentériques au cours de l'étranglement herniaire, dont vous avez pu observer hier matin un fort beau cas, ne sont pas connues depuis bien longtemps, puisqu'il a fallu venir jusqu'en 1896 pour en voir signaler le premier cas par Colle. Et, à ce propos, je tiens à vous faire constater que, d'une façon générale, les altérations, ou même simplement l'état du mésentère, sont complètement passés sous silence, car si l'on se donne la peine de parcourir

(1) MONDAIN, TILMANT et M. BENOIT. — L'augendiagnose. Le prétendu diagnostic des maladies par les taches de l'iris. (*Presse médicale*, 21 mai 1924.)

les observations de hernies étranglées publiées, il est facile de remarquer, qu'alors que les lésions intestinales sont merveilleusement décrites, on ne voit pas parler, pour ainsi dire, de son méso, si ce n'est parfois pour lui signaler une teinte violacée ou un état congestif. Il semble, qu'au cours des diverses interventions pratiquées, le chirurgien ait réservé exclusivement son attention pour l'intestin lui-même, considéré comme organe essentiel, et que tout le reste ne soit qu'accessoire, alors qu'il est bien évident que dans un certain nombre de cas, les altérations mésentériques, en privant l'intestin de tout apport circulatoire, ont été pour beaucoup, sinon pour tout, dans les gangrènes que l'on a vues se produire au niveau de l'organe hernié.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont encore passées presque complètement sous silence dans nos traités classiques, bien qu'elles dussent occuper une place honorable dans les complications de l'étranglement herniaire. Je tiens à vous dire quelques mots de ces faits, assurément rares, mais non exceptionnels, et probablement plus fréquents que ne pourrait le faire supposer le petit nombre de cas publiés. Ce qui me pousse d'ailleurs à soutenir cette opinion, c'est que j'ai déjà eu l'occasion de voir il y a quelques années deux cas de cette lésion, ce qui me fait personnellement trois cas de déchirures mésentériques observés, nombre considérable, étant donné que l'on n'en connaît officiellement qu'une douzaine, rapportés par Colle, par Thévenot et par Patel, par Dransart, par Dujon, par Termier, par Rabère et par Guibé.

Je vais commencer par vous rappeler brièvement le cas pour lequel vous m'avez vu intervenir hier matin et je vous exposerai ensuite les deux autres faits qu'il m'a été donné d'observer.

Observation I. — Il s'agit d'un homme âgé de 68 ans, obèse et albuminurique, qui était atteint depuis de longues années d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il ne portait pas de bandage. Cette hernie présenta, il y a quatre jours, des phénomènes d'étranglement, qui furent combattus d'abord par l'expectative, puis par un taxis assez vigoureux, mais totalement infructueux : devant cet échec, on se décida enfin à recourir à une intervention, et le malade nous fut amené à l'hôpital. Vous avez pu constater vous-mêmes, dans quel état il nous est arrivé : le pouls était bon, ainsi que la température, mais il existait une infiltration considérable à la fois œdémateuse et sanguine des bourses et de la verge, où l'on relevait la présence de nombreuses taches ecchymotiques.

A l'intervention, faite sous anesthésie générale à l'éther, j'ai trouvé un sac plein de sang et de gros caillots, qui recouvraient une anse intestinale très congestionnée, et qui, sur une étendue de six centimètres, était totalement séparée de son mésentère très friable, par une déchirure siégeant à un centimètre de son insertion. Devant l'impossibilité d'extérioriser convenablement la région lésée et d'avoir un champ opératoire suffisant, j'ai dû faire une hernio-laparotomie, ce qui m'a permis de pratiquer la résection intestinale nécessaire suivie d'une anastomose termino-terminale. Cette intervention, étant donnée la suppression de tout apport sanguin, était la seule qui fût indiquée ; mon opéré va, ce matin, aussi bien que possible espérons que ce bon état ne se démentira pas dans les jours qui vont suivre.

Obs. II. — Le 5 octobre 1912, vers 5 heures du soir, était amené à la salle Saint-Lazare, un malade atteint de hernie inguinale droite étranglée : il s'agissait d'un jeune homme âgé de 25 ans, de bonne santé générale, sans rien de notable dans ses antécédents. Depuis son enfance, il avait constaté la présence d'une hernie pour laquelle il avait porté pendant un certain temps un bandage, mais comme cet appareil le gênait dans son travail, il l'avait quitté depuis quelques années.

Dans l'après-midi du 5 octobre, comme il se rendait en bicyclette à son atelier, il ressentit soudain une douleur assez violente dans la région inguinale, en même temps que sa hernie toujours procidente devenait dure. Le malade rentra chez lui, et au moyen de pressions essaya, mais vainement, de la réduire : comme les douleurs augmentaient et s'accompagnaient de différents symptômes du côté du tube digestif, il fit chercher un médecin qui essaya du taxis. Pendant plus d'un quart d'heure, il tenta d'amener la réduction, mais ces manœuvres, extrêmement violentes, au dire du malade, et qui se firent d'abord dans le décubitus dorsal, puis dans la position de Tredelenburg, n'eurent qu'un résultat, celui d'augmenter les douleurs ressenties. Devant cet échec complet, le médecin conseilla le transport à l'Hôtel-Dieu en vue d'une opération.

A son arrivée, le malade présentait une tuméfaction considérable, occupant les bourses et la région inguinale : elle était dure et douloureuse, la peau présentait une teinte rougeâtre. Bon état général, T. 37,3, pouls à 86.

L'intervention eut lieu immédiatement sous anesthésie générale à l'éther. Une longue incision, menée à travers des tissus pleins d'ecchymoses et de suffusions sanguines, me mena sur un sac volumineux de teinte bleuâtre. Son ouverture me montra une série de caillots flottant dans du sang encore liquide qui entouraient une longue anse intestinale à paroi ecchymotique. L'agent d'étranglement qui était très serré, une fois levé, je constatai à environ deux centimètres de l'insertion du mésentère et sur son feuillet supérieur une déchirure dont l'axe était parallèle à celui de l'intestin, longue de trois centimètres, profonde de trois millimètres, et dont les deux bords étaient sensiblement séparés l'un de l'autre. En écartant davantage ces deux lèvres, on apercevait distinctement

quelques vaisseaux rompus, mais on en voyait également d'autres dont l'intégrité paraissait parfaite. Aussi, après ligature de deux artérioles, ai-je refermé la plaie par quelques points de catgut fin. L'intestin était normal, et, devant une irrigation que j'estimais suffisante, je n'avais pas le droit de faire courir au malade le risque d'une résection. Je terminai par la cure radicale suivant le procédé antéfuniculaire : les suites opératoires furent excellentes, car vingt jours plus tard, la malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Obs. III. — Une femme âgée de 44 ans fut adressée le 26 octobre 1913 à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale droite étranglée. Cette malade présentait un passé pathologique assez chargé : sans compter un certain nombre d'atteintes de diverses fièvres éruptives, elle avait été opérée dix ans auparavant de salpingectomie unilatérale pour grossesse tubaire, et il y a trois ans d'un curettage pour métrite. Actuellement, elle était enceinte de quatre mois.

La hernie, qui existait depuis deux ans environ et qui s'accompagnait de quelques phénomènes du côté de la miction, était complètement indolore et ne la gênait en rien. Subitement, après une assez violente quinte de toux, cette hernie devint irréductible, et s'accompagna des différents symptômes habituels. Un médecin appelé se garda bien de pratiquer le moindre taxis, et conseilla une intervention qui eut lieu dans la soirée sous anesthésie générale à l'éther.

L'incision classique me mena sur le canal inguinal dont la paroi antérieure fut largement incisée, et je vis alors que j'avais affaire à une hernie développée, tout entière dans le canal inguinal (hernie inguino-interstitielle), appartenant à la variété directe, c'est-à-dire située en dedans des vaisseaux épigastriques.

Cette hernie, très volumineuse, était constituée par une grosse anse ne présentant pas de lésions appréciables, mais dont le mésentère était occupé par une déchirure longue de cinq centimètres parallèle à l'axe de l'intestin. Le mésentère paraissait assez friable et très congestionné ; je fis la suture des deux lèvres de la plaie, dont l'hémostase fut particulièrement délicate, car chaque coup d'aiguille était la source d'une nouvelle hémorragie et je terminai par la cure radicale.

Les jours suivants, les suites furent excellentes, mais le 30, la malade commençait à présenter quelques douleurs dans la région utérine ; puis quelques pertes utérines apparurent et le 31 eut lieu l'expulsion d'un petit fœtus. Depuis lors, l'évolution favorable continua et le 20 novembre, notre opérée pouvait quitter le service en excellent état.

Tels sont les trois cas de déchirures mésentériques qu'il m'a été donné d'observer, et qui se sont présentés sous des aspects très différents : dans l'un, en effet, celui que vous m'avez vu opérer, la solution de continuité était complète, totale, s'étendant à toute l'épaisseur mésentérique, s'accompagnant nécessairement de l'arrachement de tous les éléments vasculaires, alors que dans les deux autres, il ne s'agissait que d'une déchirure du feuillet supérieur, incomplète par conséquent et ne s'étendant que peu dans l'atmosphère adipeuse périvasculaire.

Y a-t-il là deux formes nettement séparées et opposables d'une à l'autre, ou bien se trouve-t-on en présence d'une seule et même lésion à des degrés différents. Il me semble bien, étant donné qu'il n'y a qu'une seule et même cause qui puisse les produire, qu'il n'y a là qu'une simple question de degrés. A la suite d'une certaine action, que j'envisagerai d'ailleurs dans un instant, il se produit au niveau du mésentère une solution de continuité, qui se manifeste nécessairement d'abord sur le feuillet antérieur, plus tendu et plus étiré. De là, si l'action se continue, la déchirure pourra s'étendre à la fois en surface et en profondeur, provoquant une véritable désinsertion mésentérique pouvant atteindre quinze à vingt centimètres, car il est à remarquer que la déchirure complète, une fois amorcée, ne présente aucune tendance à s'arrêter d'une manière spontanée. En effet, le mésentère une fois détaché de son intestin tend, par suite de la traction exercée, à se dégager et à fuir pour ainsi dire de l'orifice herniaire : dans ce mouvement d'ascension, il se produit nécessairement une nouvelle traction sur les parties adhérentes, et du fait du début de la solution de continuité, la déchirure se poursuit et s'étend. Elle peut même dans certains cas, comme celui rapporté par Colle, arriver à atteindre des proportions considérables et l'on ne se trouve plus alors seulement en présence d'un mésentère désinséré au niveau d'une hernie étranglée, mais d'un mésentère ayant repris sa situation abdominale, après s'être déchiré sur une longue étendue.

Il s'ensuit nécessairement, et on le comprend fort bien, que de la nature même de la déchirure, l'état d'intégrité de l'intestin, toute question d'étranglement mise à part, subit des variations considérables. Dans la déchirure incomplète, n'intéressant qu'un nombre assez restreint de branches vasculaires, l'irrigation continuera à se faire comme normalement, et l'anse intestinale gardera par suite toute sa vitalité. Mais dans le cas contraire, celui de déchirure complète, il n'en sera pas de même, car la privation de tout apport sanguin entraînera vite des lésions de sphacèle et de gangrène. Vous voyez donc qu'il s'agit là d'un état de choses extrêmement important ou point de vue de l'intervention, car, suivant le degré des lésions, il faudra changer totalement de conduite opératoire.

Les déchirures mésentériques, qu'elles soient complètes ou incomplètes, peuvent siéger en

différents points du méso, c'est-à-dire à une distance plus ou moins grande de son insertion. Dans le cas rapporté par Dujon, la solution de continuité se trouvait au niveau même de l'insertion; dans celui de Thévenot et Patel, elle était distante de plus de trois centimètres du bord mésentérique. Entre ces extrêmes, il existe bien entendu toute une gamme d'intermédiaires.

Quant au mésentère lui-même, il semble présenter un état de friabilité assez marqué, tout particulier : j'ai pu l'observer moi-même et d'autres l'ont noté également. Il est extrêmement vasculaire, saignant sous chaque coup d'aiguille, et se déchirant presque sous la moindre traction. Je pense qu'il y a là non point un résultat de la déchirure, mais bien une de ses causes, car à l'état normal, les feuillets mésentériques offrent une certaine résistance, et ne s'effritent pas, pour ainsi dire, sous chaque point d'affrontement.

Pour ce qui est de l'étranglement lui-même, il peut se présenter sous diverses modalités : très serré dans quelques cas il l'est beaucoup moins dans d'autres, et il ne semble pas qu'il puisse y avoir de ce fait une action quelconque sur la pathogénie de ces lésions, que je vais maintenant envisager.

Il est un fait primordial, me semble-t-il, et qui doit tout d'abord retenir notre attention dans la genèse de ces accidents : c'est le phénomène de tension du mésentère, que Berger et Lossen ont décrit sous le nom de coin mésentérique. Il est bien évident qu'une fois l'anse intestinale entrée dans le sac et bridée, arrêtée par l'agent d'étranglement, il se fait une sorte d'antagonisme entre le viscère qui est immobilisé par ses deux extrémités et le mésentère moins comprimé et sollicité par ses attaches supérieures. Ce dernier n'est d'ailleurs pas étranglé,il est seulement immobilisé dans sa position par suite de ses relations avec l'intestin, et ce qui le montre bien c'est qu'une fois détaché de son insertion, il ne tarde pas à filer et à réintégrer la cavité abdominale, abandonnant toutes ses connexions avec le viscère qu'il était chargé d'irriguer.

Je crois donc, avec Colle, que la tension du mésentère a une action manifeste, indéniable dans la production des déchirures mésentériques, mais qu'il faut, pour que ces lésions puissent se produire, que d'autres actions viennent se manifester, créant ainsi une sorte de lieu de moindre résistance, sur lequel la rétraction aura beau jeu pour s'exercer.

C'est ainsi, qu'il me paraît de toute évidence que le taxis doit entrer pour une bonne part dans la pathogénie de ces accidents : il avait été pratiqué dans deux de mes observations, comme dans presque toutes celles qui ont été rapportées. Venant se produire sur une région déjà en état de déchéance, résistant moins bien aux contusions, mal irriguée, œdématiée, il est tout naturel qu'il se constitue alors sous l'action de manœuvres plus ou moins violentes une série de petits points faibles, de petites éraillures ou fissures, qui n'offriront plus qu'une résistance tout à fait amoindrie. D'ailleurs le taxis lui-même, en mobilisant et en brassant l'intestin, en essayant d'amoindrir, d'effiler la lumière intestinale, ne vient-il pas encore faciliter en quelque sorte l'ascension mésentérique et rendre en tous cas sa tension beaucoup plus active qu'elle ne l'était antérieurement.

Il est de même tout à fait rationnel d'admettre, avec Dujon et avec Rabère, que les tares constitutionnelles, les dyscrasies venant frapper l'organisme, doivent être regardées comme des causes adjuvantes de première importance. Elles joueraient pour moi un rôle sensiblement analogue à celui du taxis en préparant en quelque sorte la voie de la déchirure. A plus forte raison encore, si chez un malade albuminurique ou diabétique dont les tissus sont déjà en moindre résistance, un taxis de force vient encore traumatiser un mésentère en mauvais état, une déchirure pourra-t-elle se produire presque spontanément ou en tous cas sous l'action d'une traction des plus faible.

Dans la troisième observation que je vous ai rapportée il s'agissait d'une malade ne présentant pas de tares pathologiques nettes et n'ayant pas subi de manœuvres de taxis : mais je crois qu'il convient d'accorder dans la pathogénie des accidents une importance considérable à un état de grossesse. Etant donné ce que nous connaissons de la pathologie générale de cet état physiologique, il n'est pas irrationnel de penser que les réactions habituelles de l'organisme maternel, si complexes et encore mal connues pour bon nombre d'entre elles, puissent amener des modifications de l'état du mésentère au même titre que celles que l'on a pu constater en d'autres organes. Je ne veux pas bien entendu rendre la grossesse directement responsable de la déchirure mésentérique, mais j'estime que cet état spécial a pu entraîner un certain nombre de modifications, comme la friabilité, qui ne permettent plus au méso de résister aux actions auxquelles il se trouve alors soumis.

Ainsi, pour me résumer en quelques mots, pourrais-je vous dire qu'il me semble bien que, pour qu'il puisse se réaliser une déchirure mésentérique, il faut qu'il se passe différents phénomènes (taxis, état dyscrasique ou physiologique) qui préparent le terrain en affaiblissant la résistance propre du mésentère. Le terrain une fois ainsi préparé, la tension intrinsèque du mésentère, augmentée peut-être par une brièveté naturelle de ce méso, agira à son tour et viendra en quelque sorte achever définitivement l'œuvre commencée. Il est de toute évidence que toutes

ces causes prédisposantes peuvent agir d'une manière plus ou moins intensive et préparer ainsi d'une façon plus ou moins efficace l'étendue des lésions.

En ce qui concerne le traitement, vous comprenez aisément qu'il devra différer totalement suivant que l'on se sera trouvé en présence d'une déchirure incomplète ou au contraire d'une déchirure complète.

Dans le premier cas, après s'être soigneusement assuré de l'existence d'un nombre de vaisseaux sanguins suffisants pour assurer la vitalité de l'anse intestinale, on refermera la brèche mésentérique par des points de catgut après avoir eu soin de pratiquer la ligature des petites artérioles rompues lors de la production de la déchirure du mésentère.

Dans le cas contraire, de désinsertion totale, ou encore de rupture de la presque totalité de l'anse vasculaire, c'est à une intervention plus complexe qu'il conviendra de s'adresser. Après une véritable hernio-laparotomie, nécessaire pour obtenir un jour suffisant et bien voir toute l'étendue des lésions, il faudra faire une résection intestinale dépassant largement l'anse herniée et terminer par une suture intestinale latéro-latérale ou mieux termino-terminale. Il ne faudra pas non plus oublier de réaliser une hémostase très sévère de toute la région mésentérique. A la suite de la rupture, il se forme toujours des petits caillots qui bouchent provisoirement les orifices vasculaires et qui, se désagrègeant dans les heures qui suivent, sont parfois la source d'hémorragies internes extrêmement abondantes et d'un pronostic assez sévère. Il conviendra donc d'examiner scrupuleusement la région et de ne se décider à réduire l'anse que lorsque l'on sera bien assuré d'une hémostase parfaite, empêchant ainsi toute production d'hémorragie ou d'hématome.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le traitement de la méningococcémie à forme de fièvre intermittente.

Le type pseudo-palustre de la septicémie à méningocoques est maintenant bien connu.

Celle-ci débute presque toujours brusquement par un accès fébrile violent, analogue à l'accès paludéen, d'où lui vient son nom : au frisson initial fait suite un stade de chaleur, puis un stade de sueurs : la température, qui s'est élevée à 39°, 40°, retombe à la normale. L'accès a duré quelques heures. Un peu de lassitude persiste dans la journée, mais l'état général est peu atteint et rien ne permet de prévoir que cet incident marque le début d'une longue maladie : les accès fébriles, en effet, vont se renouveler, identiques à eux-mêmes pendant des semaines ou des mois. Les arthralgies, les poussées d'érythème, le purpura nécrotique accompagnent assez souvent l'élévation de température.

De nombreux essais thérapeutiques ont été faits ; mais, en réalité, disent les docteurs R. Debré et J. Bertrand, le traitement de la méningococcémie pseudo-palustre est essentiellement variable suivant les cas. Mais, pour apporter un peu de méthode dans cette étude de la thérapeutique, il est essentiel de distinguer deux types de la méningococcémie pseudo-palustre : la M. P. P. pure, et la M. P. P. associée à la méningite cérébro-spinale, et celle-ci est en grande partie, au point de vue qui nous occupe, assimilable à la méningite cérébro-spinale elle-même : le traitement sérique est essentiel, les autres traitements ne sont que des moyens adjuvants.

Au contraire, la *M. P. P. pure* n'obéit pas à l'action du sérum en tant qu'agent spécifique. Elle n'obéit pas davantage à l'action spécifique de la bactériothérapie. *Le sérum ou le vaccin antiméningococcique ont assez souvent de bons effets, mais ils n'agissent qu'en tant qu'albumine étrangère.* Après une longue évolution, la maladie guérit brusquement, le dernier accès fébrile n'ayant pas été d'une intensité moindre que ceux qui l'avaient précédé ; il s'agit d'une guérison *par choc* : la cessation *brusque* de la maladie après le traitement, lorsqu'il est appliqué au bon moment (que nul ne peut prévoir) en est la preuve. On ne doit pas opposer la sérothérapie à la protéinothérapie ; le sérum, le vaccin, le lait, l'argent colloïdal, la pyothérapie agissent de la même façon, *brusquement*, avec ou sans phénomène clinique de choc, mais avec des réactions biologiques du même ordre. Toutes les médications proposées ont un même but : guérir par surprise en quelque sorte ; c'est dire qu'on ne s'attardera pas plus à un procédé qu'à l'autre ; ou les emploiera successivement. Si l'on persiste à employer la sérothérapie, on en modifiera tout au moins la technique, en substituant, par exemple, les injections intraveineuses aux injections sous-cutanées. On devra également suspendre pendant quelque temps le traitement pour le reprendre un peu plus tard. On pourra obtenir un *choc anaphylactique*, dont

malheureusement il est impossible de prévoir la violence, mais dont l'efficacité est infiniment probable ; *que, par une méthode quelconque,on obtienne le phénomène de choc, la guérison s'ensuivra presque sûrement.* Il ne faut pas attendre l'évolution spontanée favorable, si fréquente, de la maladie, à cause des complications possibles, notamment de la méningite cérébrospinale secondaire. (*Gazette des Hôpitaux*, 1 et 3-7-1924.)

Les endocardites pariétales infectantes.

Elles évoluent cliniquement comme toutes les endocardites infectantes, mais à aucun moment n'apparaît l'existence d'un souffle valvulaire. Pourquoi l'endocarde pariétal ne serait-il pas susceptible de s'infecter sans que soit touché l'endocarde valvulaire ? En pareil cas, les cardiotoniques agissent mal.

Les observations de ce genre, que rapporte Ch. Fiessinger, prémunissent contre un optimisme exagéré ; elles enseignent la méfiance.

« Un cardiaque, au *cœur irrégulier, qui réagit mal à la médication cardiotonique*, s'il a de la *fièvre* en même temps, doit être tenu pour suspect et sa guérison ne sera pas assurée à la famille ; il faut une visite quotidienne du médecin ».

Pronostic très réservé, à la condition que la maladie ne soit pas d'origine rhumatismale. Si cette cause est en jeu, l'espoir est permis, grâce au salicylate de soude, pris à doses suffisantes.

(*Journal des Praticiens*, 8-7-1924).

Les apparences médicales.

Dans le traitement des symptômes, s'il faut mettre la main sur le symptôme dominant, cette nécessité, dit Ch. Fiessinger, se heurte dans la pratique à bien des difficultés. Ce symptôme dominant reste souvent dans l'ombre, et ce sont des manifestations morbides secondaires qui fixent l'attention.

Exemples :

Un malade se plaint de dyspnée, de faux-pas au cœur, de palpitations. A l'auscultation, insuffisance aortique ou mitrale. Cardiotoniques sans résultat. Puis, régime lacté, repos au lit, etc., toujours sans résultat. Mais, ayant découvert un tympanisme stomacal, on prescrit bismuth, belladone, régime lacto-végétarien avec peu de liquides, suppression des cardiotoniques, et la guérison survient au bout de quelques jours.

Une lithiase biliaire à retentissement gastrique peut faire croire à une hypersthénie gastrique ou à un ulcère.

Un sujet âgé présente des vertiges et une légère augmentation de la tension artérielle : artériosclérose ? Non, il s'agit d'un estomac.

Un homme de 68 ans a une tension de 22-11 (au Pachon) ; depuis de longs mois, il souffre de la tête et tous les régimes et saignées demeurent sans résultats. Mais il existe aussi des troubles oculaires, qui augmentent chaque fois que le malade lit un peu. Il suffit de prescrire des verres correcteurs appropriés pour amener la guérison. L'hypertension existait réellement, mais la céphalée tenait à une cause locale d'origine oculaire. (*Journal des Praticiens*, 21 7-1924.)

Rhumatismes et infections dentaires.

Il n'est question en Amérique que des relations qui existent entre ces deux localisations : le rhumatisme, dit-on, est fonction d'une infection locale à distance, et, en l'espèce, presque toujours d'une lésion infectieuse dentaire. Cette thèse a été poussée à l'excès et amené la pratique de véritables édentations dans un but thérapeutique.

Cependant il existe là une part de vérité, fort utile à connaître, si l'on consent à ne pas généraliser. Des observations cliniques ont été recueillies par le Dr J. Troisier qui démontrent l'existence d'une polyarthrie dentaire, d'origine rhumatismale et justiciable du salicylate de soude et de l'antipyrine. Dans un cas récent, l'algie dentaire diffuse précédait de 24 heures l'angine, qui était suivie le lendemain, comme par contiguïté, de rhumatisme de l'articulation temporo-maxillaire, puis des membres le surlendemain.

Le virus du rhumatisme aigu de Bouillaud siège, non seulement dans la cavité buccale, mais même dans les articulations dentaires et dans les dents. A côté des streptocoques et autres cocci, on doit tenir compte jusqu'à plus ample informé, du virus, encore indéterminé, du rhumatisme articulaire aigu.

Bref, l'infection dentaire banale peut provoquer des rhumatismes aigus ou chroniques. Inversement, le rhumatisme aigu peut se manifester par des arthrites alvéolo-dentaires diffuses. (*La Médecine*, 7-1924).

L'injection endo-veineuse de somnifène en pratique psychiatrique.

Dans l'asile d'aliénés dont il est le médecin en chef, M. Levet utilise depuis déjà longtemps le somnifène, non seulement par voie buccale, mais encore par voie intra-musculaire, et par voie endo-veineuse. Cette dernière utilisation a été signalée également par M. le prof. agrégé Laignel-Lavastine et M. le Dr Gilbert Robin (Société de psychiatrie, 20 nov. 1924), M. le prof. agrégé Crouzon (Soc. Méd. des hôp. de Paris, 12-19 déc. 1924) et M. Anglade, médecin-chef de l'asile de Château-Picon (Soc. de Méd. de Bordeaux, séance du 28 nov. 1924).

M. Levet après avoir fait d'abord des injections de scopo-morphine préalable, n'utilise plus actuellement que le somnifène pur, sans toutefois dépasser la dose de 4 à 6 cc. Pour lui, une seule ampoule de 2 cc. suffit à produire la

sédation nécessaire pour conduire et maintenir au bain de thérapeutique les malades indociles, pour assurer le repos et la tranquillité dans une salle troublée par l'agitation des malades.

D'autre part, il fait remarquer combien dans les services d'aliénés la ponction lombaire est parfois mouvementée par l'état d'excitation des malades : ils fuient devant l'aiguille, se raidissent en opposition, contracturés parfois autant que des cérébro-spinaux, et rendent impossible la tâche de l'infirmier qui s'efforce en vain de rapprocher tête et genoux et d'obtenir le « gros dos ». La méthode de l'anesthésie progressive des plans par la novocaïne, si utile chez les sujets pusillanimes, ne sert à rien ici, si non à prolonger la manœuvre opératoire au bénéfice des réactions négativiques du sujet. En plus des aiguilles faussées, tordues, ces ponctions, faites dans de mauvaises conditions, ne fournissent souvent qu'un liquide mélangé de sang et inutilisable pour le laboratoire. L'injection endoveineuse préalable de somnifène a toujours permis à M. Levet des ponctions lombaires faciles et simples, si bien qu'il la considère désormais comme un temps préliminaire de la ponction lombaire chez les agités.

De même, il a utilisé le somnifène pour toutes les petites interventions chirurgicales auxquelles sont obligés la plupart des médecins d'asiles de province, et bien plus, il considère que le triomphe de cette narcose, c'est son emploi dans certains cas difficiles d'alimentation par la sonde œsophagienne, car avec une endoveineuse préalable de somnifène, nul besoin de camisole, aucune lutte, la sonde œsophagienne est introduite tout simplement et proprement : peut-être seulement, par crainte des fausses routes sous narcose, serait-il prudent de n'utiliser en ce cas que de grosses sondes.

En résumé, le somnifène, en dehors des services qu'il est susceptible de rendre comme sédatif et hypnotique lorsqu'il est administré par voie buccale, peut être utilisé dans les services de psychiatrie, soit dans les transports d'aliénés, soit chez les grands agités de toute nature, soit dans la vie journalière des asiles, comme le fait remarquer M. Levet, et dans ce cas il vaut mieux employer la voie endo-veineuse, soit que l'on préfère la technique de M. Fredet, à l'exemple de M. Crouzon, soit qu'on supprime la scopo-morphine, comme le fait M. Levet. (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1924.)

L'intoxication acétonémique.

M. Doussain publie trois observations de malades chez lesquels un état infectieux mal défini put être mis finalement sur le compte d'une acétonémie de cause inconnue.

Il en prend texte pour émettre l'opinion que l'acétonémie primitive est plus fréquente qu'on le croit généralement.

« Que se passe-t-il, en effet, quand une personne en est atteinte ? On pense généralement à une gastrite alimentaire ou même parfois à une méningite. Les symptômes s'atténuent peu à peu et le diagnostic reste plus ou moins obscur.

« Si les symptômes se montrent de nouveau au bout d'un certain temps on pense encore à des gastrites diverses ou à des infections venant de l'intestin. »

C'est en recherchant l'acétone dans l'urine de ses malades que M. Doussain a pu préciser son diagnostic.

Je me permettrai une remarque au sujet de cet article. Dans aucune des observations qu'il publie, l'auteur ne signale l'odeur aigrelette de l'haleine de ses malades. Il me semble cependant que chez les acétonémiques (enfants atteints de vomissements cycliques, diabétiques) on trouve cette odeur de l'haleine qui fait partie des symptômes de cette intoxication, et qu'elle caractérise. Serait-il vrai qu'elle puisse faire défaut chez des sujets dont l'urine contient néanmoins de notables doses d'acétone ? (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er juillet 1925.)

Sur la mesure de la tension artérielle et l'interprétation des chiffres qu'on obtient.

Deux grandes méthodes se partagent la mesure de la tension artérielle, la méthode oscillométrique réalisée avec l'appareil de Pachon ; la méthode auscultatoire, réalisée avec le sphygmotensiophone de Vaquez-Laubry. L'appareil de Lian est une combinaison de la méthode palpatoire et auscultatoire.

M. Doumer, qui ne parle que des deux premiers appareils, explique pourquoi la maxima est donnée avec plus d'exactitude par la méthode auscultatoire, l'oscillométrique surestimant toujours cette maxima de 1, 2 et quelquefois plusieurs centimètres d'Hg. Le double brassard de Gallavardin ajouté au Pachon remédie à cette surestimation de la maxima ; c'est un moyen déguisé d'utiliser, avec le Pachon, la méthode palpatoire. Tant est-il que, dans ces conditions, les deux appareils (Vaquez-Laubry et Pachon avec brassard de Gallavardin) donnent ainsi les mêmes évaluations de la maxima, sauf quand le pouls est petit, auquel cas le Pachon la sous-estime.

Quant à la minima, on pense communément que les deux appareils en donnent la mesure par des chiffres équivalents. D'après M. Doumer, le Vaquez-Laubry surestimerait parfois la minima de 1 à 2 cm. de mercure. C'est à l'examen clinique de donner l'interprétation judicieuse qui convient.

Avec une maxima normale, on pourra négliger

cette surestimation ; si l'on soupçonne une défaillance du cœur, si la minima ne semble pas correspondre à la maxima, dans le cadre de l'examen clinique, on contrôlera la méthode auscultatoire par l'oscillométrique. (*Gaz. des Praticiens*, 1er juillet 1925.)

Dilatations cylindriques des grosses bronches chez les gazés.

Il s'agit de gazés, dont l'état général s'est peu à peu amélioré, au point de paraître robustes, dont les expectorations ne renferment pas de bacilles, chez lesquels un examen radiologique ne révèle que des signes d'emphysème banal, et qui présentent cependant un syndrome clinique spécial : dyspnée avec accès asthmatiques, expectoration purulente le matin, signes d'emphysème avec râles discrets de bronchite.

Or, si l'on soumet ces sujets à un examen radiologique après avoir instillé 30 gr. de lipiodol dans leur arbre respiratoire, on constate qu'ils sont atteints d'une dilatation cylindrique des bronches d'un type particulier.

MM. BONNAMOUR, BADOLLE, GAILLARD et BROCHIER, qui décrivent ce Syndrome, concluent en ces termes :

« ... Il y a parmi les anciens gazés de véritables malades qui, s'ils voient leur état général s'améliorer, conservent cependant des troubles fonctionnels sérieux qu'expliquent largement les séquelles de leur intoxication, mais qui nécessitent une méthode spéciale, comme le lipiodol, pour être entièrement justifiés au point de vue anatomique... Ces malades sont de véritables infirmes, de vrais blessés de guerre, et si la nomenclature militaire ne porte pas encore dans ses listes la dilatation cylindrique des bronches, séquelle des intoxications par les gaz de combat, il serait logique de l'y faire rentrer, avec une indemnité raisonnable pour les blessés qui en sont atteints. » (*Lyon médical*, 5 juillet 1925.)

Le sérum antipneumococcique dans les pneumonies de l'adulte.

MM. LAMBERT et CHAIGNEAU recommandent, dans le traitement de la pneumonie franche de l'adulte, la sérothérapie avec le sérum antipneumococcique, injecté dans le muscle à la dose de 40 cmc. matin et soir, dès le début de l'affection.

D'après leur expérience, si ce traitement ne modifie en rien, sauf pour les atténuer, les symptômes fonctionnels et généraux ainsi que les signes physiques de la pneumonie, la température a tendance à baisser à partir du moment où les injections sont pratiquées, et la défervescence se fait, dans la majorité des cas, avant le septième jour.

L'inconvénient, léger, de la méthode est l'apparition fréquente d'une réaction sérique plus ou moins forte et durable mais qui ne doit pas faire obstacle à l'emploi du sérum. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

A propos de l'alastrim.

(M. Pierre TEISSIER. — *Académie de médecine* ; 7-7-1925.)

M. Pierre Teissier, comme M. Netter, croit à l'identité de l'alastrim et de la variole. L'alastrim serait une variole bénigne, quant à présent du moins.

L'auteur signale, d'autre part, deux traitements intéressants de ces affections : le xylol et le sérum de convalescent. Le xylol a été recommandé par Zuelzer en 1870, plus tard par Otros, Vichnewsky, et par M. Belin. M. Pierre Teissier enseigne depuis plus de vingt ans, à l'hôpital Claude-Bernard, les beaux résultats de cette médication encore trop ignorée. Le sérum de convalescents de varioleux est un moyen efficace de traitement de la variole grave (Pierre Teissier et P.-L. Marie). Dans l'alastrim, il serait certainement aussi d'une grande utilité vis-à-vis des formes sérieuses.

Les chiffons et les laines d'Afrique vecteurs de variole.

(M. L. CAMUS. — *Académie de médecine* ; 7-7-1925.)

Depuis un an, M. Camus a observé quatre fois des cas de variole provoqués par des chiffons ou des laines d'Afrique contaminés et importés en France. Dans la Haute-Vienne, trois ouvriers occupés à l'effilochage de chiffons venus du Maroc ont contracté en même temps la variole, et l'un d'eux est mort. Dans les Bouches-du-Rhône, la variole a éclaté parmi le personnel d'une usine faisant le triage de chiffons expédiés de Tunis. Dans l'Aude, une épidémie d'origine analogue comporta 17 cas et un décès. Dans la Creuse ce sont deux ouvriers d'une filature de laine, où sont utilisées les laines brutes du Maroc, qui ont été infectés.

Quelles mesures conviendrait-il de prendre pour éviter de pareils faits ? Une première désinfection des ballots provenant des régions suspectes pourrait

être effectuée à l'arrivée au port. Puis, les ballots, ainsi rendus inoffensifs au point de vue de leur transport, seraient expédiés aux usines où ils seraient ouverts sous le contrôle d'un délégué de la Commission d'hygiène qui prescrirait les mesures convenables de stérilisation de ces chiffons et laines. Enfin, tout ouvrier, avant d'être admis à travailler dans lesdites usines, aurait à justifier d'une vaccination récente.

Le point délicat réside dans la désinfection des laines sans altérer celles-ci. M. Camus cite, à ce sujet, un travail de M. Duhamel, directeur technique de la Compagnie des textiles de Roubaix, qui préconise un procédé de lessivage par le suint. Quoi qu'il en soit, c'est là simplement une question d'étude et de mise au point.

Un cas de méningite à lymphocytes curable.

(MM. Nobécourt, Janet, Kermorgant et Garcin. — *Académie de médecine* ; 7-7-1925.)

Parmi les méningites à lymphocytes, curables, les unes sont dues à des infections cataloguées (poliomyélite, encéphalite, oreillons, etc.), les autres ont une étiologie encore inconnue. Le cas observé par MM. Nobécourt et Henri Janet rentre dans cette seconde catégorie. Il concerne une enfant de quatre ans ayant présenté un syndrome méningé rappelant la méningite tuberculeuse. Le 17e jour de la maladie, en pleine convalescence, apparut une éruption vésiculeuse particulière, distincte de l'herpès et de la varicelle. L'enfant guérit.

MM. Kermorgant et Garcin étudièrent expérimentalement le liquide céphalo-rachidien de cette petite malade et la sérosité des vésicules. Le liquide céphalo-rachidien ne se montra pas infectant mais la sérosité des vésicules fut virulente pour le singe. Les auteurs pensent à une méningite due à un *virus* spécial, non encore signalé jusqu'ici.

Le sucre en thérapeutique gastrique.

(MM. Loeper et Marchal. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 15-5-1925.)

L'action du sucre dans certaines affections gastriques a été mise en lumière il y a déjà une quinzaine d'années, par M. Variot, qui recommandait, dès 1912, le lait hypersucré contre les vomissements des nourrissons, et par M. Loeper qui, à la même époque, préconisait le régime sucré dans les ulcères intolérants de l'estomac.

M. Loeper s'est efforcé d'étudier plus complètement le rôle du sucre sur l'estomac. Il a vu que cette substance amenait une dilution du suc gastrique et un afflux leucocytaire, atténuant ainsi les effets d'un liquide stomacal irritant. Pour ces raisons, l'emploi du sucre apparaît utile chez les hyperchlorhydriques et chez les ulcéreux.

Le sucre est également capable de protéger l'estomac contre les propriétés irritantes de divers médicaments ou aliments. Depuis longtemps, on administre un grand nombre d'agents pharmaceutiques sous forme de sirops ou de granulés. Toute question gustative mise à part, l'adjonction de sucre à un médicament en facilite la tolérance digestive.

— M. Noël Fiessinger partage l'avis de MM. Loeper et Marchal sur le sucre médicament digestif. Le sucre est, dans cet ordre d'idées, neutralisateur, tolérateur et préparateur.

Neutralisateur, il atténue les effets de l'hyperchlorrhydrie, en diluant le suc gastrique. Tolérateur, il fait mieux supporter certains aliments. Préparateur, il agit en augmentant la résistance organique en général, et hépatique en particulier.

Le borate de soude dans la maladie de Basedow.

(MM. Loeper et Ollivier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-5-1925.)

Le nombre des produits pharmaceutiques proposés contre le goitre exophtalmique est assez considérable. Les uns, comme l'ipéca, la quinine, le salicylate de soude, semblent influencer directement le corps thyroïde ; d'autres, comme le bromure et la valériane, sont indiqués à titre de nervins...

A ces médicaments, M. Loeper en ajoute un autre, le borate de soude, qui lui a donné des résultats chez différents malades dont l'état avait résisté à la radiothérapie, à l'électrothérapie, au bromure, etc.

Le borate de soude intervient par son radical boré, se rapprochant ainsi du tartrate borico-potassique introduit par Pierre Marie et Crouzon dans la thérapeutique de l'épilepsie. Ce n'est pas cependant comme calmant nerveux que le borate est utile dans la maladie de Basedow. Il semble, d'après les recherches de l'auteur, qu'il ait une action sur le corps thyroïde lui-même.

Quoi qu'il en soit, le borate de soude s'est montré, entre les mains de MM. Loeper et Ollivier, un sel intéressant dans le goitre exophtalmique. Son influence s'est fait sentir sur les symptômes digestifs, les réactions nerveuses, la tachycardie, voire l'exophtalmie. La posologie est simple. Il peut être donné à la dose de 2 à 4 grammes, en solution à 5 p. 100 pendant plusieurs semaines. On l'associera quelquefois avantageusement au citrate de soude, prescrivant de cette manière une sorte de citrate borico-sodique. M. Loeper n'a jamais constaté d'incident. Exceptionnellement, un peu de prurit ou d'érythème. Exceptionnellement aussi, quelques brûlures gastriques.

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine.

(M. Chr. Zoeller. — *Société médicale des hôpitaux* ; 15-5-1925.)

M. Zoeller expose les résultats éloignés qu'il a obtenus avec l'anatoxine Ramon dans la vaccination anti-diphtérique. Il a pu revoir au bout d'un an dix sujets vaccinés. Sept de ces sujets avaient, après la vaccination, une réaction de Schick négative ; chez six d'entre eux, elle est restée négative, montrant

la persistance de l'immunisation. Trois avaient une réaction faiblement positive, qui s'est négativée ultérieurement dans un cas.

Ces résultats sont donc nettement en faveur de la vaccination par l'anatoxine. L'auteur ajoute néanmoins très judicieusement qu'il serait prématuré de juger définitivement ce mode d'immunisation. Autre chose est négativer des réactions de Schick, autre chose est mettre une collectivité à l'abri de la diphtérie. Si l'emploi prophylactique de l'anatoxine permet sur ce point de grandes espérances, il faut savoir attendre avant de formuler des conclusions. Les beaux résultats obtenus autorisent simplement à poursuivre les essais avec plus de hardiesse.

L'auteur souligne, d'autre part, quelques points particuliers dans cette vaccination. Deux ou trois injections d'anatoxine sont nécessaires pour obtenir l'immunité, mais la deuxième injection doit être pratiquée à un intervalle convenable de la première. La première injection est préparante et la seconde efficiente : elles doivent être espacées de dix-huit à vingt jours, sinon la « préparation » n'est pas suffisante. Huit jours d'intervalle ne sont pas assez.

Deuxième point. La vaccination anatoxique est, en réalité, une vaccination purement antitoxique. Comment dès lors, met-elle à l'abri de l'*infection* diphtérique ? L'auteur fait intervenir une notion de *réactivité*, déjà signalée par Bordet, qui consiste en ceci : l'immunité anti-toxinique ne réside pas seulement dans l'anti-toxine circulante, mais aussi dans une propriété ainsi donnée au sujet de fabriquer intensément et rapidement de l'antitoxine à l'occasion du moindre contact spécifique, en un mot de faciliter la réaction de défense, de la rendre immédiate et plus largement efficace (réactivité).

La myase cutanée.

(M. L. Ribadeau-Dumas et Larrousse. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-5-1925.)

La myase cutanée est une affection parasitaire, assez commune et assez importante chez les bovidés, rare et habituellement bénigne chez l'homme. C'est une maladie de la campagne dont certaines formes, les formes migratrices, sont curieuses et pas toujours faciles d'ailleurs à reconnaître. La larve de l'*hypoderma* bovis les provoque par son déplacement sous la peau. Elle manifeste sa présence tantôt par l'apparition d'un sillon rosé, tantôt par la formation d'un œdème local fugace, qui se reconstitue plus loin et peut aboutir à une petite tumeur, à une petite masse furonculeuse, d'où la larve s'échappe quelquefois.

MM. Ribadeau-Dumas et Larrousse en ont observé un exemple chez une fillette de cinq ans. Le diagnostic resta assez longtemps indéterminé jusqu'au jour où, d'une tuméfaction grosse comme une noix, on put extraire par pression une larve d'*hypoderma bovis* de 13 millimètres de longueur sur 3 mm. 8 de largeur.

La myase entraîne souvent dans l'espèce bovine des dégâts assez importants, diminuant beaucoup la valeur de la peau des animaux. Chez l'homme, elle ne détermine généralement pas d'accident sérieux. Le traitement est simple. On s'est contenté ordinairement d'extraire la larve au moment où apparaît l'orifice de sortie.

— M. Hallé montre l'embarras du diagnostic dans des lésions de ce genre qui sont mobiles, avec des périodes d'arrêt.

Anorexie infantile par spasme de l'œsophage.

(MM. Ribadeau-Dumas et Debray. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-5-1925.)

L'anorexie nerveuse infantile dont nous parlions dans un récent compte rendu de la Société de pédiatrie relève-t-elle toujours de causes simplement psychiques. N'y a-t-il pas parfois une épine organique entretenant le psychisme du petit malade ?

M. Ribadeau-Dumas a traité un enfant de deux ans anorexique, chez lequel on constata un spasme de l'œsophage avec dilatation sus-jacente de ce conduit, le tout dérivé d'une adénopathie trachéo-bronchique. La radiographie posa le diagnostic. La radiothérapie amenda l'engorgement ganglionnaire médiastinal et la dilatation de l'œsophage, amenant finalement la guérison de l'anorexie.

On sait que l'un des éléments de la cure de l'anorexie nerveuse est précisément le gavage. Le professeur Weill, de Lyon, considérait que, dans un grand nombre de cas, cette anorexie nerveuse dérivait d'un pharyngo-spasme. La tendance au spasme peut aussi se manifester du côté de l'œsophage. Chez les enfants offrant le tableau de l'anorexie nerveuse, lorsque l'isolement, l'hygiène, le changement d'air n'exercent pas d'influence suffisante, il sera opportun de recourir au gavage, à la dilatation même.

— M. Lesné est enclin à penser qu'en dehors de toute erreur de régime, les vomissements répétés du nourrisson relèvent dans la plupart des cas d'un gastro-spasme. On en triomphe souvent au moyen du gavage, mais il ne faut pas hésiter à les traiter également comme des spasmodiques : le bromure de calcium et les irradiations ultra-violettes donnent ici de bons résultats.

P. L.

Reims

Le traitement de la paralysie générale (1)

Par M. Roger Laurent,

Interne des Asiles à Châlons-sur-Marne.

Il se trouve peu de sujets médicaux qui aient fait couler autant d'encre et suscité autant de polémiques que le traitement de la paralysie générale progressive. A la suite des travaux éclatants de Fournier qui

(1) Communication faite à la Société médicale de Reims, 17 juin 1925.

établissaient le rôle de la syphilis dans la genèse de cette maladie, on était en droit de croire que les médecins, désormais éclairés sur l'étiologie et en possession, avec le mercure, d'un agent thérapeutique spécifique, pourraient lutter victorieusement contre l'évolution de la paralysie générale.

De fait, quelques auteurs ne tardaient pas à apporter des résultats du plus grand optimisme. Mais aussitôt, des voix tout aussi qualifiées s'élevaient pour contester l'efficacité du mercure dans le traitement de la maladie de Bayle.

Les discussions, sans grand résultat, se poursuivaient, quand Ehrlich annonça au corps médical la découverte du 606 qui devait réaliser la « *Therapia sterilisans magna* » de la syphilis. Cette médication nouvelle, avec le novarsénobenzol introduit peu après, était appliquée au traitement de la paralysie générale avec des résultats très variables.

A l'heure actuelle, les avis des auteurs sont encore partagés sur la valeur thérapeutique des diverses méthodes.

1° Iodure de potassium. — Il ne nous retiendra guère, en dehors de Devay, de Lyon, qui en avait obtenu quelques améliorations : tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'inefficacité de cette médication.

2° Le mercure. — Il a été employé sous des formes très nombreuses ; toutefois, c'est le benzoate et le cyanure qui ont eu la plus grande faveur. La voie d'introduction est variable : hypodermique, sous-cutanée, intra-veineuse et même intra-rachidienne (Sicard, Marchand, Carrieu).

Leredde, Lemoine, Page, estiment que la paralysie générale, traitée par des doses suffisantes, est curable. Déjerine, Gilbert Ballet et P. Marie, Dupré, Fournier et Lévy-Bing contestent les résultats obtenus par ces auteurs.

3° Les arsenicaux. — Sicard, Rogues de Fursac et Furet préconisent les petites doses, sous-cutanées ou intra-musculaires, longtemps prolongées (0 gr. 15 par jour pendant deux mois, deux mois de repos) avec un total approximatif de 20 grammes par an. Cette méthode n'a pas toujours donné des résultats comparables ; tandis que Leredde, Sicard et Reilly, Legendre, Raphaël, Pujol, Massarotti rapportent quelques faits encourageants, Oppenheim, Hudelo, Gaucher, Litandon, Townbridge, Hoche, ne notent que des insuccès.

Pensant que l'imperméabilité des méninges était peut-être cause des échecs constatés, quelques auteurs introduisent directement l'arsénobenzol dans les espaces sous-arachnoïdiens. Sicard et Reilly (1913) Marinesco et Minéa, Marie et Levaditi injectent directement l'arsenic dans le rachis. Jeanselme, Verne et Bloch obtiennent une diminution de la lymphocytose et de l'albuminose rachidienne. Ravaut combine la méthode intra-veineuse et la méthode intra-rachidienne et obtient quelques succès. Marcorelles, par contre, détermine une paraplégie flasque avec des troubles urinaires.

Marinesco et Minea, Swift et Ellis, Tzanck et Marcorelles, pensant agir plus énergiquement en se servant des anticorps d'un sérum actif, imaginent d'injecter dans le canal rachidien le sérum du malade lui-même. Malheureusement, les auteurs ont dû reconnaître que leur procédé, s'il donnait des rémissions, ne guérissait pas la maladie de Bayle. Sachs entreprend une vigoureuse critique du procédé intra-rachidien qu'il ne considère pas comme supérieur aux injections intra-veineuses.

Enfin, des injections intra-craniennes ou intra-ventriculaires sont préconisées après craniectomie (Sicard) ou par introduction de l'aiguille à travers la fente sphénoïdale (Bériel). Sicard observe quelques améliorations des signes physiques, mais est obligé de noter souvent l'accentuation des manifestations délirantes.

Bref, l'arsénobenzol, sous quelque forme et par quelque voie qu'on l'emploie ne s'est pas révélé comme un agent curateur de la paralysie générale.

4° Le bismuth. — La médication bismuthique, nouvellement introduite dans la pratique, n'a pas, jusqu'à ce jour, fait l'objet de nombreuses publications. Cependant, Auguste Marie et le Dr Peyrus préfèrent ce métal comme diffusant beaucoup mieux que l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux.

5° Traitement mixte et d'exception. — Le traitement mixte a été surtout mis en valeur par Goubeau qui se base sur les bons effets obtenus pour s'élever contre « le dogme de l'incurabilité de la paralysie générale ».

Le traitement d'exception se compose :

a) Peptone de Nolf et Nucléinate de soude. — Ce produit a été employé parce que favorisant la phagocytose ou diminuant l'imperméabilité méningée (Legendre). Il semble qu'en dépit de quelques succès que lui attribuent Valzer dans les stades de début, Hussels, Sicard, Donath, Forli et Tamburini, il soit d'un emploi tout à fait restreint.

b) Tuberculine. — Cette médication se propose de déterminer une réaction fébrile qui contrarierait l'évolution de la paralysie générale. Imaginée par von Wagner, elle aurait témoigné d'une certaine efficacité entre les mains de Glouschkof. Jarkowski lui doit la moitié de succès sur 64 cas. « On commencerait par injecter sous la peau un quart de milligramme à un milligramme de tuberculine de l'Institut Pasteur diluée dans du sérum physiologique phéniqué (à 1 : 300) pour doubler cette dose 3-4 jours après s'il n'y a pas eu de réaction fébrile ; on maintiendrait la même dose en cas de réaction thermique constatée dans les 8-24 heures qui suivent l'injection ; on ferait une dose et demie à la reprise si la température ne dépassait pas 38°. Le lendemain de chaque piqûre de tuberculine (ou de lait ou de nucléinate), on injecterait du bismuth. En ne dépassant pas la dose de six à douze centigrammes de bismuth-métal par injection (selon le poids du malade), on n'aurait jamais observé de réaction d'Herxheimer, ni de stomatite

ou d'aggravation des lésions rénales ou hépatiques préexistantes. »

c) Inoculations de paludisme. Pilcz et Wagner traitent leurs paralytiques généraux par l'inoculation sous-cutanée de 2 à 4 cmc. de sang de paludéen. Ils font suivre leurs injections,après 8 ou 10 accès de malaria,d'une cure de néosalvarsan. Tout dernièrement G. Marinesco et S. Draganesco viennent d'appliquer ce traitement à 7 cas de paralysie générale confirmée. Voici les résultats obtenus. Trois paralytiques généraux, qui avaient des troubles de la mémoire, de l'articulation et un état confusionnel, se sont amendés d'une façon très notable et cet état de rémission se maintient depuis plus de six mois. Un quatrième est presque complètement guéri et a repris son poste de chef de bureau où il se trouve depuis plus d'une année. Quant aux réactions biologiques, elles n'ont pas subi de modifications très importantes.

d) Sérothérapie. — Elle a été employée soit sous forme d'autosérothérapie (Hough), soit sous forme d'injection, à des paralytiques généraux récents, de sérums de paralytiques généraux en période d'état (d'Abundo). Signalons également l'injection intraveineuse de liquide céphalo-rachidien des sujets (Parhon, Bazgan et Mme Ahstar). Tous ces procédés ont pu donner des améliorations, mais jamais de guérison réelle.

Nous accorderons enfin une simple mention à l'emploi de l'extrait thyroïdien (Buscaino, Riconte) de l'essence de térébenthine ou du bromure de radium, en association avec le traitement spécifique (Avilla).

Nous avons omis volontairement « la tryparsamide » (sel de soude de l'acide phényl-glycénamide arsinique), proposée par les auteurs américains (More et Robinson) qui a donné des résultats négatifs en France (Claude, Guillain, Roussy) et qui a paru amener même certains accidents (amblyopie).

On voit donc, par ce court exposé bibliographique, que de nombreux traitements, aussi variés par leur composition que par leur mode d'inoculation à l'individu, ont été préconisés par ces divers auteurs. Aucun n'a été pleinement satisfait de ses résultats. Il ressort néanmoins de ce paragraphe que les médicaments les plus souvent utilisés, que j'appellerai, en l'espèce « pseudo-spécifiques de la paralysie générale », sont les arsénobenzènes et les dérivés du bismuth.

Avec une impartialité absolue et en nous méfiant des rémissions spontanées, possibles chez nos paralytiques généraux, nous avons expérimenté sur un assez grand nombre de malades quelques traitements dont nous venons de parler et, n'ayant pas obtenu les résultats désirés, nous nous sommes rejetés sur les arsenobenzènes et principalement le sulfarsénol. Suivant la méthode de MM. Sicard, Sézary et Barbé, nous avons tenté de provoquer des chocs par le nucléinate de soude et de lithium en injections progressives de 0 gr. 50 à 4 grammes, chocs que nous avons fait suivre d'un traitement arsenical. Les résultats ne nous ont pas paru supérieurs à ceux que nous avait donnés l'emploi des médicaments antisyphilitiques seuls.

Nous avons utilisé aussi la méthode de Dujardin, Ravault et Gennerich chez trois paralytiques généraux. Nous n'avons pas noté de diminution de l'albuminose du céphalo-rachidien, ni celle de la réaction de Bordet-Wassermann, les arsénobenzènes atteignant difficilement les lésions de la convexité. En effet, d'après les expériences de Goldmann, Marinesco et Minea, Lafora, avec le bleu de méthylène introduit dans la cavité spinale des animaux, on constate seulement une coloration au niveau de la moelle des racines, de la base du cerveau et du nerf optique.

Chez cinq de nos malades, la malaria a été provoquée en leur inoculant, par voie sous-cutanée, du sang de sujets paludéens en plein accès de fièvre. L'incubation a varié entre 6 et 12 jours. Les accès ont été, en général, assez violents, la fièvre atteignant jusqu'à 40°2. Tous ont eu un état d'agitation assez long avec confusion mentale et délire onirique. Les accès étaient coupés par l'administration de quinine à la dose de 2 grammes, pendant quelques jours. A la cessation de la fièvre, on appliquait aux malades un traitement au tréposan (succinate de bismuth). Chez deux malades traités, on a noté une légère amélioration des troubles du jugement et de la mémoire, avec disparition de l'état confusionnel. Aucun n'a eu une véritable rémission suffisamment stable. Quant aux réactions biologiques, elles n'ont subi aucune modification appréciable, si ce n'est une très légère diminution, chez un de nos paralytiques généraux, de l'hyper-albuminose, qui passa de 0 gr. 60 à 0 gr. 40 environ.

Dans le mécanisme d'action de cette thérapeutique, on doit invoquer, en premier lieu, l'action pyrétogène de l'hématozoaire qui a créé une température nocive pour le tréponème. Mais en dehors de cette action, on peut encore penser à une efficacité protéinothérapique et à l'influence des anticorps malariques, facteurs qui auraient une action défavorable sur la vitalité du protozoaire.

Nous ne parlerons pas de la leucopyrétothérapie, provoquée par la tuberculine, avant la médication bismuthique. Cette expérience thérapeutique n'est vieille que de quelques mois, et a besoin encore d'un certain laps de temps de maturité, avant que nous puissions en tirer des conclusions un peu plus solides. D'ailleurs ce traitement fera l'objet d'une communication postérieure.

Quelques malades, rares il est vrai, ont reçu un traitement purement bismuthique, traitement composé uniquement de sels insolubles, comme le bisclorol, le quinby ou le muthanol. Malgré les plus grands soins d'asepsie, tant locale que buccale, tous se sont plaints de douleurs au niveau du point de leur piqûre et un, sur trois traités, de gingivite et de stomatite. Nous avons toujours obtenu un résultat inférieur à celui produit uniquement par les arsénobenzènes.

Devant le peu de résultats de ces méthodes, nous avons eu recours, au traitement de la plupart de nos paralytiques généraux par le sulfarsénol, durant un laps de temps d'un an environ. Sur douze malades ainsi traités — malades présentant les signes cliniques et de laboratoire nettement marqués de l'affection de Bayle, avec perte du sens autocritique et approbativité, — un est sorti en état de pseudo-guérison, pouvant reprendre son travail un mois après, comme instituteur « adjoint », selon sa demande ; cinq ont quitté l'asile en état de rémission. Chez ces six paralytiques généraux, nous avons noté dès le début du traitement une disparition immédiate de toute idée délirante. La mémoire et le jugement sont redevenus normaux, suivant le fonds mental antérieur du malade. Les signes cliniques (inégalité pupillaire, — signe d'Argyll-Robertson — tremblements des extrémités digitales et de la langue, dysarthrie, hyper- ou hyporéflectivité tendineuse) se sont largement améliorés : chez deux paralytiques généraux nous avons remarqué une disparition —, lente, il est vrai, — mais certaine, du signe d'Argyll-Robertson et de la dysarthrie. La plupart de nos malades ont présenté après le traitement arsénobenzique, une diminution, et deux une négativité, dans le sang, de la réaction de Bordet, alors que celle-ci se trouvait être fortement positive à leur entrée. Par contre chez aucun, nous n'avons pu relater, après la thérapeutique sulfarsénolique, un changement appréciable dans la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien : elle est restée sensiblement égale à ce qu'elle devait être au début du traitement arsénical ; seuls les phénomènes d'inflammation, hyperlymphocytose et hyperalbuminose ont été très sensiblement modifiés par cette thérapeutique.

Parmi les autres malades restants, et ayant aussi subi un traitement arsénobenzique, trois ont vu leurs signes cliniques et leur état mental légèrement améliorés avec disparition de la dysarthrie, mais conservation intégrale des réactions humorales. Quant aux deux autres, ils ont gardé un *statu quo* physique et mental absolu après la même épreuve thérapeutique.

Le sulfarsénol, qui a pour formule $C^{14}H^{14}O^{8}S^{2}Az^{2}N^{3}Na^{2}$ étant un sel de sodium de l'éther sulfureux acide du méthylolaminoarsenophénol, et par conséquent un arsénobenzène, on serait appelé à croire que nous pourrions trouver avec ce produit, les mêmes accidents que ceux signalés avec les autres sels arsenicaux dans le travail magistral de Gastou, présenté à la Société de Médecine de Paris, en sa séance du 9 avril 1920. Cet auteur divise, en effet, les accidents dus aux arsénobenzènes, en immédiats, précoces et tardifs.

1° a) *Accidents immédiats locaux.*— Résultant de faute opératoire ou de technique défectueuse : douleur locale, gonflement de la veine, abcès et phlegmon aseptique, enkystement, eschare, douleur diffuse du membre, phlébite, embolie.

b) *Accidents immédiats généraux.* — Lipothymie, syncope, sensation de barre épigastrique, état nauséeux, angoisse cardiaque, palpitations, douleur de la nuque, congestion faciale et oculaire, goût spécial, perçu pendant l'injection, œdème de la lèvre à la fin de l'injection, pâleur de la face, diminution et ralentissement du pouls, tendances syncopales, syncope avec phénomène convulsif ou non.

2° *Accidents précoces*. — Dans les quelques heures qui suivent, ou 2 ou 3 heures après l'injection ; céphalée, vomissements, diarrhée, courbature et douleurs généralisées, troubles cardiaques, avec hypo ou hypertension, fièvre, ictère, albuminurie, éruptions cutanées. Crise nitroïde, apoplexie séreuse, mort en 48 heures.

3° *Accidents tardifs.* — Apparaissent 8 à 15 jours après la dernière injection : fièvre persistante, céphalée, anémie, troubles gastro-intestinaux, érythrodermies, ictère bénin ou grave, lésions organiques et viscérales, neuro et méningo-récidives (réactions de Herxheimer).

Ces accidents seraient dus à la présence d'arsénoxyde, — oxyde amino-phényl-arsinique —, dans la plupart des composés arsénobenziques biochimiques. Cette poudre micro-cristalline a été le sujet d'études de MM. Queyrat et Cousin, d'Ehrlich et du Dr Pomaret, chef du Laboratoire des Travaux chimiques de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis. Bernard, dans le *Scalpel*, du 19 octobre 1919, a recherché la toxicité du sulfarsénol. Il conclut que ce produit biochimique ne contient absolument pas d'arsénoxyde. Son coefficient de toxicité est environ cinq fois moindre que celui du 606 et quatre fois moindre que celui du 914. Ceci explique que nous-même, au cours de nos observations personnelles, n'avons jamais eu d'accidents dus à cette médication arsenicale. Les malades ne se sont jamais plaints de douleurs au niveau du point de leur piqûre. Très rarement, ils ont présenté une très légère élévation thermique, le soir de leur injection. Celle-ci n'a jamais dépassé 37°5 à 38°.

Dans une récente publication sur « l'élimination urinaire de l'arsenic, chez les paralytiques généraux, pendant l'administration sous-cutanée du sulfarsénol » (*Union médicale du Nord-Est de juin*), nous avons montré par de nombreux travaux chimiques personnels, comparés à ceux de Galonnier, dans la sulfarsénothérapie intramusculaire, que le rythme de l'élimination de l'arsenic dans les urines est beaucoup plus lent par voie sous-cutanée que par celle utilisée par l'auteur. Alors que le maximum de l'élimination se produit dans la deuxième journée dans la sulfarsénothérapie intramusculaire, celui-ci se réalise seulement dans la troisième journée dans la sulfarsénothérapie sous-cutanée. Dans le premier cas, toute trace de ce métalloïde a disparu dans la septième journée avec 0 gr. 40 (dose de sulfarsénol employée par Galonnier) tandis que nous en trouvons encore à la fin de la semaine, après injection de 0 gr. 36 par voie sous-cutanée.

Après ces analyses chimiques, nous conseillons donc l'injection sous-cutanée, dans le tissu cellulaire

de la peau de l'abdomen, comme mode d'inoculation du sulfarsénol à nos paralytiques généraux, comme devant donner un résultat plus efficace et plus durable que les autres voies d'injection. Nous croyons utile d'instituer chez eux en une année (suivant la méthode de MM. Sicard, Rogues de Fursac et Furet), deux séries et demie de piqûres de 9 grammes (formant un total approximatif de 25 grammes) que nous espaçons, chacune de trois mois environ. Le malade se trouve ainsi être, — en employant l'heureuse expression du docteur Peyrus, en son travail inaugural, « dans un véritable bain » arsenical. Au moment où nous réinjectons cet arsenobenzène, le maximum de l'élimination de l'arsenic de la piqûre précédente se réalise seulement dans les urines. Le retour assez précoce du signe d'Argyll-Robertson, en cas de sa disparition après un traitement, — doit commander une nouvelle série de piqûres.

Continuant nos épreuves chimiques, nous avons injecté, chez un de nos paralytiques généraux, 0 gr. 54 de sulfarsénol. Nous avons été appelé ainsi à remarquer qu'il n'y avait guère de proportion entre la quantité d'arsenic introduite et celle éliminée : 0 gr. 36 donnent autant d'arsenic dans l'urine, ou presque autant, que 0 gr. 54. Ayant expérimenté sur des paralytiques généraux ayant des lésions déjà avancées (comme nous le voyons le plus souvent dans les asiles), nous trouvons ainsi chez eux de nombreuses insuffisances fonctionnelles. Devons-nous généraliser ce fait ? Nous ne le croyons pas : notre essai de 0 gr. 54 n'a porté que sur un seul malade. Quoi qu'il en soit, nous devons certainement rechercher l'explication de ce phénomène particulier dans la capacité éliminatoire de la cellule rénale ou dans l'élaboration et la défense contre le poison de la cellule hépatique, fonctions insuffisantes dans ces deux organes.

Pour ces raisons, nous croyons à la nécessité de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 36 chez les paralytiques généraux, à lésions avancées, à signes cliniques et de laboratoire nettement définis. Il est donc prudent de ne faire seulement que trois ou quatre injections, par semaine, et d'éprouver la susceptibilité et la tolérance du malade au début de la première série, en s'attardant un peu sur les doses faibles (0.06 ctg., 0.12 ctg., 0.18 ctg., avant d'attaquer celles beaucoup plus élevées, 0.36 ctg., Nous avons publié, en effet, deux observations — malheureuses, il est vrai — de traitements intensifs de paralytiques généraux, qui ont amené la mort de l'un et une neuro-récidive de l'autre, après une rémission de plus de deux ans.

Avant de clore notre communication, nous croyons entendre de toute part, l'objection faite à nos travaux. « Nous admettons que vous avez peut-être guéri, au moins amélioré des malades, mais avez-vous été assez hanté par l'idée que ceux à qui vous avez fait subir ce traitement pouvaient être atteints de syphilis cérébrale et non de paralysie générale.

En un mot, il existerait ce dogme absolu :

Syphilis cérébrale = guérison ou rémission.

Paralysie générale = traitement inutile et mort prochaine.

Nous affirmons, en tout cas, que les malades que nous avons présentés, en observation, dans notre petit travail, publié dans les numéros de l'*Union médicale du Nord-Est* d'avril et de mai, étaient bien des paralytiques généraux, à signes cliniques et de laboratoire nettement définis, avec perte du sens auto-critique et approbativité.

La médecine étant une science naturelle, et non une science mathématique, ne doit pas être formée de corollaires, axiomes, théorèmes. Elle a besoin à chaque instant d'être soutenue et révérifiée sur ses assises : c'est un pan de mur qui se démolit et qui va être reconstruit en pierres de taille plus solides. C'est ce qui fait justement la force de notre profession et donne un esprit analytique si lumineux à tous ses artisans.

Quoi qu'il en soit, durant une année de recherches anatomo-pathologiques, sur tous les cerveaux de paralytiques généraux morts à l'asile d'aliénés de Châlons, nous avons trouvé un cas histologique de syphilis cérébrale sur un cadavre, étiqueté auparavant « maladie de Bayle. » Cette particularité anatomique fera, d'ailleurs, l'objet d'une communication ultérieure.

***

En conclusion générale de notre communication, nous croyons à la nécessité absolue du traitement systématique de tous les paralytiques généraux. L'adage de Truelle, voulant que la maladie de Bayle soit une affection incurable, semble s'effondrer de plus en plus, devant le nombre croissant des auteurs signalant des rémissions certaines de cette terrible maladie, voire même des pseudo-guérisons. Avons-nous affaire dans ces cas à des syphilis cérébrales ? La distinction anatomique entre cette affection et la paralysie générale tend, de plus en plus, à disparaître. D'Hollander et Rubbens à Louvain viennent de relater dans le numéro de l'*Encéphale* de mai, un cas de paralysie générale à ictus avec gomme et gommes millaires.

L'arsenic, seul ou précédé par la leucopyrétothérapie par la malaria ou la tuberculine, semble donc être actuellement le traitement pierre de touche de la paralysie générale Parmi les nombreux arsénobenzènes, nous avons réservé une place toute bienveillante au sulfarsénol, uniquement parce qu'il nous a paru le moins dangereux des sels arsenicaux, comme ne contenant pas d'arsénoxyde.

Les Thèses

P. — Dr Alain Nicolle. — **L'élimination du rayonnement secondaire en radiographie.** (Paris, Librairie Marcel Vigné, 1925.)

P. — Dr Germain Panis. — **Traitement chirurgical des fractures condyliennes du tibia.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1925.)

Les fractures condyliennes du tibia ont un pronostic fonctionnel grave, parce qu'elles sont articulaires. La dénivellation des condyles du tibia conditionne les mouvements de latéralité, et les déviations en genu varum ou valgum. L'importance de la dénivellation conditionne la gravité du pronostic d'avenir.

Ces considérations suffisent à indiquer, de façon formelle, la réduction sanglante exacte suivie d'une ostéosynhtèse, toutes les fois que le malade par son état général pourra supporter l'intervention, en somme peu choquante.

La technique employée par P. Brocq, consiste essentiellement : en l'ouverture large du genou par une incision en U ; en la résection temporaire, en un bloc trapézoïdal, de la tubérosité antérieure du tibia ; en la réduction de la fracture, et son immobilisation consécutive par vissage ; en la reposition de la tubérosité temporairement réséquée.

La reprise du bloc temporairement réséqué se fait toujours sans incident. Ce dernier fait nous semble en rapport avec une vascularisation minime, mais indiscutable de cette tubérosité, par l'intermédiaire des vaisseaux de son pédicule, le tendon rotulien et le lambeau cutané.

P. — Dr André Falcoz. — **Traitement des adénites chancrelleuses par l'autohémothérapie.** (Paris, Société Moderne d'impression et d'édition, 44, rue de Lisbonne, 1925.)

L'autohémothérapie mérite de prendre place parmi les très nombreux procédés de traitement utilisés contre les bubons chancrelleux. Elle doit, semble-t-il être préférée aux autres méthodes de choc à cause de l'absence de réaction générale consécutive à son emploi.

Son action nous paraît bienfaisante sur les bubons aux différents stades de leur évolution. A la période de crudité, l'autohémothérapie provoque la régression des symptômes. Quand le pus est déjà formé, elle évite presque toujours son issue au dehors et le fait rapidement résorber. A la phase de suppuration, elle tarit l'écoulement et surtout atténue la douleur.

Nous n'avons pas remarqué que l'autohémothérapie ait une action sensible sur le chancre lui-même.

Pour obtenir des résultats, il est nécessaire de faire observer au malade un repos, sinon absolu, du moins relatif. Le mode d'action de l'autohémothérapie paraît être un choc colloïdoclasique qui agit sur la résorption du pus bubonien. La simplicité de sa technique, l'absence de tout accident en fait une méthode de choix.

P. — Dr A.-J. Thépénier. — **Les sucres du sang, leurs dosages par la méthode de Bang, avec table à calcul.** (Saint-Cloud, imprimerie Girault, 3, place de l'Eglise, 1924.)

La bibliographie médicale vient de s'enrichir d'un important travail sur les sucres du sang. Son auteur, le Dr Thépénier, a réuni, dans sa thèse faite chez le professeur Marcel Labbé, une documentation de première importance sur la physiologie et la chimie de la glycémie.

Dans la première partie, l'auteur envisage les différents états sous lesquels on peut rencontrer les sucres du sang, en insistant tout particulièrement sur une question d'actualité : le glucose du sang.

Thépénier montre que, contrairement à l'opinion générale, on ne peut plus parler du glucose du sang, mais des glucoses du sang.

Dans une deuxième partie, exclusivement chimique, l'auteur passe en revue les différentes macrométhodes et microméthodes, pour développer celle de Bang, employée dans les laboratoires du professeur Marcel Labbé.

Cette méthode a l'avantage de n'utiliser que de minimes quantités de sang (2 à 3 gouttes), prélevées à la pulpe du doigt ; procédé extrêmement pratique permettant de renouveler les prises aussi souvent qu'on le juge nécessaire sans créer de perturbation dans la composition du milieu sanguin.

Dans une troisième partie, l'auteur montre l'application de cette méthode pour réaliser l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée au glucose ; il insiste tout particulièrement sur les précautions à prendre et si souvent négligées, il en fixe pour ainsi dire le protocole afin d'avoir des résultats comparatifs.

Par quelques exemples bien choisis, M. Thépénier met en opposition les graphiques du diabète vrai et du diabète rénal, du goitre simple et du goitre basedowifié ; il termine en faisant ressortir le degré de parenté des sujets obèses, hépatiques et infectieux avec les diabétiques : on a tendance à les grouper sous le nom d'états paradiabétiques ou prédiabétiques.

Toutes nos félicitations à notre nouveau confrère déjà connu par son laboratoire biologique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES BEAUTÉS DE LA « DISPENSAIROMANIE » ACTUELLE

Par le Dr Fernand DECOURT.

Ceci n'est pas un conte à la Courteline. C'est une histoire vraie qui serait drôle si elle n'était aussi triste. Je vous la donne de première main, puisqu'il s'agit d'un de mes malades habitant ma propre commune.

S... (appelons le Xavier par exemple) est un pensionné de guerre, réformé à 100 % pour tuberculose. Il est veuf depuis deux ans d'une femme morte de tuberculose et lui laissant cinq enfants dont le plus jeune âgé de trois ans. Je soigne le pauvre homme de mon mieux, sans résultats bien brillants avec son poumon aux multiples cavernes. Il va sans dire que j'ai obtenu l'éloignement des enfants, les aînés en place, les plus jeunes chez les grands-parents, au loin. Quant à Xavier, lui-même, tout ce que je puis en dire, c'est qu'incapable du moindre travail, il continue à vivoter comme il peut, grâce à sa pension et à des subsides supplémentaires.

Or, comme chacun sait, il y a, dans les départements, des *Comités de mutilés et réformés de guerre* qui accordent aux tuberculeux des allocations supplémentaires à leur pension dans un but de suralimentation, etc. Ce sont là des œuvres bienfaisantes dont on ne saurait trop louer le but, sinon tous les détails de fonctionnement, comme on va voir.

Ce Comité adressait donc, l'année dernière, à notre malheureux Xavier, la lettre suivante :

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DES MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE LA GUERRE
9, rue Carnot
Melun

PRÉFECTURE DE SEINE-ET-MARNE
—
Melun, le 18 mars 1924,

Le Chef de Service du Comité
à Monsieur S... à Mitry-Mory.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Commission Permanente du Comité vous a accordé, dans sa séance du 14 mars dernier, une allocation journalière de 7 fr. pour février.

« Cependant, d'après la décision prise, la somme qui vous est due ne pourra vous être mandatée qu'autant que le Comité sera en possession d'un certificat du dispensaire le plus proche de chez vous (Lagny, à l'hôpital, consultation le vendredi à 9 heures), constatant que vous y êtes inscrit et que vous observez les règles de prophylaxie qui vous sont prescrites.

En conséquence, je vous serais reconnaissant de me faire parvenir ce certificat, qui vous a déjà été réclamé par mes lettres précédentes.

Le chef de service,
Signé : ILLISIBLE.

Il a donc bien fallu, comme on le voit par cette lettre « préfectorale », que notre pauvre Xavier, s'il voulait toucher la manne, aille se faire inscrire *au dispensaire le plus proche*, celui de Lagny, et qu'il observe la « prophylaxie » prescrite, ce qu'aucun praticien n'aurait été capable de lui indiquer. Seulement Lagny, le plus proche dispensaire, est, par la route, à dix-huit kilomètres de Mitry-Mory, donc aller et retour *trente-six kilomètres* à faire pour Xavier, à son choix : à pied, à bicyclette, à cheval, en auto ou en chemin de fer, car je ne vois pas d'autres moyens de locomotion, sauf l'avion que je crois devoir mettre hors de cause.

A pied ? Le pauvre homme ne pourrait. A bicyclette ? Pas davantage, et d'ailleurs, il n'en a pas. A cheval ? Mêmes raisons. En auto ? Il n'en possède pas davantage, et n'a pas le moyen, je présume, de se payer la moindre limousine.

Il ne reste donc plus que le chemin de fer, n'est-ce pas ? Mais Mitry-Mory est sur la ligne du Nord, et Lagny, quoique du même arrondissement, est sur la ligne de l'Est. Xavier fut donc obligé de prendre, à la gare de Mitry, le train pour Paris (28 km.) ; puis, arrivé là, d'aller de la gare du Nord, à la gare de l'Est, et de prendre à celle-ci le train pour Lagny (35 km au moins), soit en tout 63 km et, aller et retour pas moins de 126 kilomètres.

Et tout cela pour aller se faire inscrire à un dispensaire et acquérir le certificat d'inscription constatant qu'il observe les règles de la prophylaxie !! Le plus amusant, c'est qu'on ne s'est jamais informé à Lagny de la contagion familiale possible, et que c'est le modeste praticien

campagnard que je suis qui a fait le nécessaire à ce sujet, crachoir compris. Remarquons en outre que le « dispensaire » en question n'est autre que l'*hôpital cantonal* où on donne des consultations gratuites aux pauvres gens privés de ressources (voir la lettre ci-dessus).

Mais ce n'est pas tout. Comme le dit la lettre, il faut se présenter à la consultation de l'hôpital le matin à 9 heures. Or, pour boucler la boucle de son voyage circulaire et arriver à l'heure, Xavier doit prendre un train à Mitry vers 4 heures 1/2 ou 5 heures du matin, ce qui est tout à fait sain, en plein hiver, pour un tuberculeux, puisque cela lui permet ainsi de « prendre l'air ».

***

Vous croyez sans doute, qu'une fois inscrit, notre pensionné va être tranquille et pourra toucher son allocation ? Pas du tout ! Après avoir accompli une fois ce périple, il *est obligé d'y retourner tous les mois, sous peine d'être privé de subsides*...

Il faut avouer qu'il mangea parfois la consigne. Tout d'abord, une infirmière compatissante n'avait rien dit, pour un mois sauté, mais une autre plus « réglementophile » lui déclara qu'il n'aurait plus rien, s'il manquait de venir tous les mois. Et le pauvre bougre revint fidèlement chaque mois (126 kilomètres) jusqu'en décembre dernier, où, malade au retour de la précédente excursion, il déclara qu'il lui était impossible de continuer.

Je ne savais rien de toute cette histoire. Xavier, comme il me le dit ensuite, pensait que c'était là une affaire en dehors des « soins » que je lui donnais et qu'il n'avait pas le *droit* de se soustraire à l'*ordre* émanant de la lettre préfectorale. Ce n'est qu'après sa déclaration d'impossibilité de se déplacer qu'il fut considéré comme *tuberculeux de guerre « soigné à domicile »*, ainsi que le montre la lettre ci-dessous, lui réclamant, de son médecin traitant, le certificat mensuel que ne fournissait plus le dispensaire.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DES MUTILÉS ET RÉFORMÉS DE LA GUERRE — PRÉFECTURE DE SEINE-ET-MARNE

Melun, le 31 janvier 1925,

Le Préfet de Seine-et-Marne,
Président du Comité départemental des Mutilés et Réformés de la Guerre,
à Monsieur S...

« De l'examen de votre dossier, il résulte que vous ne me faites pas parvenir, régulièrement, chaque mois, un certificat *de votre médecin traitant*, mentionnant votre état de santé.

J'ai l'honneur de vous rappeler que cette pièce est indispensable, au même titre que le certificat du dispensaire, pour la fixation, chaque mois, du taux des allocations dont vous avez demandé à bénéficier, en votre qualité de tuberculeux de guerre, soigné à domicile ».

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien, à l'avenir m'adresser régulièrement le dit certificat.

Veuillez agréer, Monsieur, etc ?...

J'ai tenu à publier cette lettre, car elle permet de faire une remarque intéressante :

La Préfecture me fait le grandissime honneur de considérer mon certificat de médecin traitant « au même titre que celui du dispensaire » pour fixer le taux des allocations supplémentaires accordées par le Comité départemental. Fort bien ! Mais alors, pourquoi avoir fait faire 6 ou 8 voyages circulaires, comme celui rapporté ci-dessus, à mon malade Xavier, avant de songer qu'il y avait peut-être un médecin dans ses parages, ce qui lui aurait évité de faire ainsi 126 kilomètres tous les mois pour demander un certificat à une consultation d'hôpital ?...

Pourquoi ? Toujours pour la même raison. Manque de liaison entre les administrations et le corps médical... et aussi, peut-être, hélas ! l'insouciance de certains, c'est-à-dire la carence de ce désir de bien faire, de cet amour du mieux envers ceux auxquels on a mission de s'intéresser officiellement, mais qu'au besoin (ainsi que le montre cet exemple) on fait « voltiger » sans vergogne, comme, à la raquette, les balles de tennis.....

DROIT MÉDICO PROFESSIONNEL

Exercice de l'art dentaire par les dentistes non diplomés Alsaciens ou Lorrains

La question qui nous est posée est la suivante :

Un Alsacien s'établit comme dentiste. Il est condamné deux fois pour exercice illégal de l'art dentaire (Tribunal du Puy, en 1923 ; Cour de Riom, le 16 janvier 1924). Il est condamné à 16 francs d'amende avec sursis.

Il est condamné à nouveau, par jugement du tribunal correctionnel du Puy, le 28 juillet 1924, à 20 francs d'amende et à 30 francs de dommages-intérêts envers le syndicat des chirurgiens dentistes du Puy, qui s'était porté partie civile.

Bien entendu, devant des peines aussi ridicules qu'infimes, qui équivalent à un acquittement, l'individu continue son exercice illégal. Il annon-

ce qu'il va s'installer dans un cabinet au centre de la ville.

Or, pour ce faire, il s'appuie sur un texte législatif, qui, adopté par la Chambre le 4 juin 1925, est actuellement soumis au Sénat.

Ce projet de loi est ainsi conçu :

Article 1er : Les dentistes non diplômés, pourvus des autorisations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire en Alsace-Lorraine, qui ont été réintégrés dans la nationalité française, ou qui ont obtenu cette nationalité, pourront exercer l'art dentaire sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que les dentistes visés à l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

« S'ils étaient établis avant le 11 novembre 1918, ils devront justifier qu'ils avaient fait une déclaration d'ouverture d'établissement à la mairie, ou qu'ils étaient immatriculés au bureau d'hygiène, ou encore présenter un récépissé de versement de l'impôt sur le travail, datant d'une époque antérieure au 11 novembre 1918 ; dans le cas où ils auraient obtenu l'autorisation d'exercer en Alsace et Lorraine, après le 11 novembre 1918, ils présenteront cette autorisation.

« Seront toutefois dispensés des justifications qui précèdent, en vue de bénéficier de la présente loi, les dentistes alsaciens-lorrains non diplômés, qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité et qui auront servi dans les armées françaises, même s'ils n'ont pas exercé l'art dentaire en Alsace et Lorraine, avant le 11 novembre 1918. »

En vertu de ce texte, qui n'est pas encore promulgué, le dentiste en question, deux fois condamné, peut-il se livrer à son industrie lucrative et illégale, en se refusant de fournir quelque preuve que ce soit, sous le prétexte que, naturalisé français, il a servi dans les armées françaises ?

Si nous examinons superficiellement cet article 1er de la loi projetée, nous aboutirions à l'absurdité suivante, que certes ne veut pas obtenir le législateur :

Il en résulterait qu'un individu quelconque, n'ayant jamais exercé ni étudié l'art dentaire, pourrait librement abîmer la bouche et les dents, poser des appareils défectueux, sous le prétexte qu'ayant acquis comme Alsacien ou Lorrain, la nationalité française, il a servi, dans nos armées, comme fantassin, artilleur, infirmier ou autre et que, par suite, il n'a aucune preuve à fournir, en vertu du 3e paragraphe de l'article 1er de la loi projetée.

Pareille interprétation est inadmissible. Il est une chose qui doit être protégée avant tout ; c'est la santé publique.

On ne saurait comprendre, en effet, que des malades soient livrés à des mains maladroites, à des gens sans diplôme et sans science aucune, sous le prétexte qu'ils ont combattu dans nos rangs.

Il convient donc d'examiner plus attentivement ce projet de loi et l'on s'aperçoit que le législateur parle constamment des « dentistes ».

Par suite, lorsqu'un alsacien ou un lorrain voudra bénéficier de cette loi (lorsqu'elle sera promulguée), il devra d'abord prouver qu'il est dentiste ; après quoi il sera ou non dispensé de faire la preuve qu'il était établi avant le 11 novembre 1918.

Ce dont le législateur a entendu dispenser les Alsaciens ou Lorrains, qui ont servi sous nos drapeaux, ce n'est pas de la qualité ni de la science de dentiste, mais de faire la preuve d'une installation antérieure au 11 novembre 1918.

La Chambre a estimé que celui qui servait comme soldat français au moment de l'armistice ne pourrait pas apporter cette preuve qu'il était bien dentiste exerçant avant le 11 novembre 1918 et il le dispense de la fournir.

Disons certes que ce texte de loi est, comme beaucoup, mal rédigé et qu'il prête à de fausses interprétations ; mais on ne peut pas croire que le législateur de 1925 veuille annihiler, pour les Alsaciens et Lorrains, les prescriptions de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de l'art dentaire et qu'il ne tienne aucun compte de la jurisprudence française constante, qui interdit, par de nombreux jugements, ou arrêts, l'exercice de l'art dentaire à quiconque n'est pas docteur en médecine, ou chirurgien dentiste (les anciens patentés disparaissent progressivement).

Ainsi un mécanicien dentiste n'a pas le droit d'exercer l'art dentaire (voir *Concours médical* 1925, p. 1515). Il ne peut même pas prendre une empreinte, pour fabriquer un appareil de prothèse, s'il n'est pas placé sous la direction immédiate d'un diplômé.

Un mécanicien dentiste, fût-il Alsacien ou Lorrain, ne peut pas être traité autrement qu'un Français de l'intérieur : la santé publique doit être placée bien au-dessus de quelques intérêts privés.

Conclusions.

J'estime que, dans le cas présent, il faut continuer à poursuivre cet illégal, qui se moque de la justice en se laissant condamner à des peines illusoires parce que non conformes au taux actuel de l'argent.

Il faut donc rechercher si cet illégal ne pourrait pas tomber sous le coup de la loi du 26 mars 1924, réprimant l'usurpation des titres scientifiques et légalement protégés : les pénalités, qui seraient applicables et qui sont celles de l'article 259 du code pénal, sont plus importantes et comportent même de la prison.

Il faut également rechercher si un client a été victime des erreurs grossières de ce pseudo-dentiste et s'il a été attiré, dans son cabinet, par une réclame, laissant supposer que cet individu

était scientifiquement et légalement qualifié pour lui donner des soins. Peut-être le délit d'escroquerie pourrait-il être relevé.

Également, la responsabilité civile pourrait être engagée, si un malade mal soigné réclamait des dommages-intérêts.

Enfin les syndicats de médecins stomatologistes et de chirurgiens dentistes devraient s'unir à l'Union des syndicats médicaux de France, pour faire une démarche commune et collective, auprès de la commission d'hygiène du Sénat, pour lui signaler l'ambiguïté du texte voté par la Chambre pour que la haute assemblée puisse apporter les modifications de rédaction nécessaires.

Une adaptation, une modification de la loi du 30 novembre 1892 s'imposent, car les pénalités édictées pour réprimer l'exercice illégal sont aussi inefficaces que ridiculement petites.

Que peut faire une condamnation à 16 francs d'amende, même sans sursis, à un individu qui gagne 50 ou 100.000 francs par an, en faisant de l'exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire et en racolant les malades grâce à une publicité sans vergogne et très habilement faite.

Sinon, si les législateurs et les juges estiment que les illégaux ne sont point un danger pour la santé publique, qu'ils demandent purement et simplement l'abrogation de la loi du 30 novembre 1892 et que, désormais, l'exercice de la médecine soit libre, sur tout le territoire français.

Cela dispensera beaucoup de pères de familles de se saigner aux quatre veines pour faire de leurs fils des diplômés, sortant des écoles et facultés de médecine.

Jamais l'exercice illégal éhonté, jamais la réclame la plus mercantile n'ont été aussi florissants qu'aujourd'hui, car les foudres de la loi de 1892 ressemblent au tonnerre en métal que, dans la *Belle Hélène* brandit l'acteur qui tient le rôle de Jupiter.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les frais de gestion dans la Mutualité.

Nous savons tous, qui avons la pratique des mutuelles, que les frais de gestion sont inévitables dans tous les groupements philanthropiques, malgré la gestion la plus prudente d'hommes désintéressés, consacrant une partie de leur temps à la direction de Sociétés.

Ce fut là l'erreur de bien des groupements à leur fondation ; ne pas avoir prévu les frais de gestion. Ils ont dû en établir dans la suite, comme nous avons dû le faire pour les œuvres filiales du *Concours*. Cependant, on s'efforce de maintenir ces frais au minimum.

La grande Mutualité se vante de diriger ses Sociétés avec une économie parcimonieuse. Les chiffres prouvent qu'elle s'abuse sur ce point comme sur beaucoup d'autres. Et pourtant, glorieuse de cette gestion, n'ambitionne-t-elle pas l'administration des assurances sociales.

Nous savons diriger nos Sociétés sans frais, dit le grand état-major mutualiste, partant nous sommes plus aptes que quiconque à présider au fonctionnement des nouvelles assurances ; en tout cas nos frais d'administration seront bien inférieurs à ceux de l'Etat.

Quels sont donc les frais de gestion de l'Etat, pour la mise en marche des assurances sociales. Si nous nous en rapportons à l'ouvrage si bien documenté de M. Dreyfus : « Les prévisions statistiques et financières des assurances sociales », nous relevons le passage suivant :

Les frais d'administration, de contentieux et de gestion du régime constant, comprenant les subventions aux caisses et unions (112 millions) et les frais des offices (65 millions) se totalisent par 177 millions, soit pour un peu moins de 10 millions d'assurés, 18 francs par tête, représentant par rapport à la cotisation moyenne totale de 340 francs un peu plus de 5 %. »

En réalité, les frais de gestion de l'Etat seraient en moyenne de 6 % pour des recettes variables selon le nombre des participants, mais pouvant être évaluées à 3 à 4 milliards.

Pour arriver à être meilleur comptable des deniers de l'assurance sociale, il faudrait que la Mutualité puisse gérer avec une dépense maximum de 6 % et même inférieure à ce chiffre. Or, il n'en est rien. Nous relevons dans le livre de M. Rey, les renseignements suivants :

« Une deuxième constatation : c'est celle de la proportion des frais de gestion (de la Mutualité), dans l'ensemble des dépenses ; 97 millions de prestations, 12 millions de frais de gestion. (*Officiel*, 21 sept. 1923), 8.58 % des recettes totales, 11,80 % des prestations, 16,70 % des cotisations . Ceci est un chiffre global et si certaines petites sociétés ont peu de dépenses d'administration en revanche d'autres n'hésitent pas à forcer la note des frais de gestion.

J'ai sous les yeux le compte rendu financier pour l'exercice 1924 d'une importante société

comprenant environ 4.800 membres participants.

Dans le détail des dépenses figurent 181.000 fr. en chiffres ronds pour les frais de maladie et de funérailles, 127.000 pour le service des retraites et 8.800 de secours, près de 126.000 pour les frais généraux, compris les frais de propagande, d'annuaire, d'abonnement de journaux, de cotisations à diverses œuvres, Congrès, etc. Je pense, en effet, que ces derniers frais qui ne constituent pas des allocations mutualistes, ni des versements à la Caisse des retraites, doivent être englobés dans les frais généraux.

Il est intéressant de rapprocher les chiffres de 316.800 allocations mutualistes des 126.000 de frais généraux, presque 40 % des dépenses ; la décomposition statistique des dépenses, les frais généraux **sont taxés à 11 fr., les frais de prorogation à 7 fr. 17** sur une cotisation moyenne de 61,50.

En revanche, les honoraires médicaux figurent pour une somme de 5,75.

Je ne crois pas que cette société soit unique dans l'exagération des frais de gestion. Ces grands groupements mutualistes surtout corporatifs ne paraissent guère aptes à se transformer en caisses mutualistes d'assurances sociales. Le passé n'est certes pas un gage pour l'avenir.

J'en suis à me demander pourquoi, dans les sociétés mutuelles, il y a une telle exagération de frais d'administration. D'abord en principe toutes les fonctions sont gratuites. Je sais qu'un certain nombre d'administrateurs touchent des indemnités qui dans certains cas ne sont que des appointements déguisés, ce qui a donné lieu à diverses reprises à des protestations.

Les sociétés mutuelles approuvées sont, en outre, dispensées du droit de timbre pour les reçus, mémoires, quittances de cotisations, affiches, etc. Elles jouissent des remises sur les droits de succession pour les legs qui leur sont dévolus, elles participent aussi à des remises sur la taxe municipale des convois quand elle existe.

En vertu de l'article 18 de la loi du 1er avril 1898, les communes doivent donner aux sociétés approuvées les locaux nécessaires à leurs réunions et leur fournir les livrets et registres nécessaires à leur comptabilité.

Au point de vue de la constitution des retraites, les cotisations sont versées, soit au fonds commun, soit aux fonds libres, à la Caisse des dépôts et consignations. Il s'en suit que l'administration de ces fonds est faite par l'Etat et à ses frais, ce qui soulage d'autant la comptabilité des Sociétés.

Ajoutons pour terminer que pour les fêtes de bienfaisance au profit des sociétés mutuelles, elles jouissent d'un régime spécial et de faveur au point de vue du droit des pauvres et des taxes sur les spectacles.

En résumé, l'Etat, les départements, et les communes ont fait tous les efforts possibles pour alléger les charges des sociétés et diminuer leurs frais de gestion.

Comment se fait-il que les sociétés atteignent le chiffre 12 % au minimum de frais d'administration ? La chose s'explique difficilement. Pourtant, combien de frais inutiles, frais de parade qui profitent plus aux dirigeants de la Mutualité qu'aux usagers de celle-ci.

Pourquoi ces frais de banquets, ces promenades sous le nom de Congrès, qui obèrent les Caisses mutualistes, mais sont des occasions de distribution de récompenses pour les administrateurs ? Mais passons.

Nous ne devons retenir qu'une chose : la Mutualité, malgré l'aide efficace gouvernementale, n'a pas su administrer ses sociétés. Elle n'offre pas les garanties suffisantes pour qu'on lui donne en charge la gestion des assurances sociales qu'elle revendique. Si elle a dans ses Caisses près d'un milliard, elle ne le doit pas à l'excellence de sa gestion, mais aux versements des membres honoraires, aux subventions de l'Etat, aux remises d'honoraires consenties par ses médecins, aux legs qu'elle a recueillis, aux produits de fêtes ; ce n'est donc pas le fait d'une sage administration.

En résumé, rien ne la désigne pour la direction du grand service des assurances sociales.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Assemblée générale de l'Association des internes et anciens internes des Hôpitaux de Toulouse.

Dimanche 24 mai, dans la grande salle des actes du vieil Hôtel-Dieu Saint-Jacques, de Toulouse, se tenait l'assemblée générale annuelle des internes et anciens internes des hôpitaux de Toulouse. Grâce aux persévérants efforts du très actif secrétaire général, le Dr J.-P. Tourneux, chirurgien des hôpitaux, l'association voit, chaque année, ses adhérents plus nombreux à nos réunions. Des lettres d'excuses disaient les regrets de ceux qui ne pouvaient venir. Parmi les présents citons : MM. Chamayou, Serr, Lafforgue, Bardier, Bascou, Laffon, Bonnefous, Molinéry, Viéla, Vieu, Morel, Mériel, Andrieu, Lyon, Caffort, Gay, Constantin, Escat, Tapie, Timbal, Berny, Villemur, Cadenat, Colombiès, Estienny, Rigaud, Aversenc, Sendrail, Laporte, Baillat, Bernardbeig, Lassalle, Mlles Colas et Dumas, Giroux, Dupuy, Nigoul, Giraud, et d'autres encore.

Après un discours d'une haute tenue littéraire sur la valeur, les devoirs, les travaux, le recrutement de l'internat Toulousain, M. le Dr Bardier, président, professeur de pathologie générale et de médecine expérimentale, donne la parole à M. Tourneux pour la lecture du compte rendu général. M. Tourneux, après avoir expédié les affaires courantes, salue avec émotion la mémoire de deux de nos anciens, disparus au cours de cette dernière année : M. Escat, de Marseille et M. Emmanuel Labat, de Laplume (Lot-et-Garonne). Escat après avoir été interne et chef de clinique à la Faculté de Toulouse, fut à Paris, dans les services de l'hôpital Necker. Maître à son tour, il fonda à Marseille un service modèle d'urologie où les malades bientôt affluèrent et où les médecins vinrent parfaire leur enseignement. Frère de notre distingué camarade, M. le professeur Escat, chef de service de laryngologie, notre ancien laisse parmi nous de profonds regrets. Emmanuel Labat, il y a plus de 50 ans, avait été l'un des plus brillants élèves de sa promotion. Bientôt après son doctorat, Labat fut chargé de la clinique obstétricale de la Faculté à la Grave. Mais, en sage, il revint dans son village où pendant de longues et longues années, il s'adonna à la médecine de campagne, restant le grand consultant du Lot-et-Garonne.

Vrai médecin philosophe à la Bordeu, Labat, étudiant toujours au grand Livre de la Nature, identifiait, avec celle-ci, l'âme des paysans dont il connaissait les moindres replis. Il faudra quelque jour rendre hommage à la mémoire de cet homme qui a consacré à l'Esprit du Médecin un très beau mémoire, paru il y a quelques mois, dans la *Revue des Deux-Mondes*.

Rouvière donne l'état de la caisse ; Lyon présente un très vivant aperçu du VIe Congrès de l'Internat tenu à Montpellier en novembre dernier et l'on engage la discussion sur l'assurance-accident et maladie des internes en exercice. Molinéry rappelle que l'Assemblée générale de la *Mutualité Familiale du Corps médical français* a voté l'admission, dans son sein, des internes qui en feraient la demande (sans attendre le doctorat) qui, statutairement, était exigé jusqu'alors. Il n'est pas douteux qu'en attendant que l'Administration des hospices puisse prendre, enfin, la décision désirée, l'adhésion à la M.F.C.M.F. serait, pour nos internes, la meilleure des solutions, d'autant plus que, faite à l'âge heureux où l'on est interne, la prime est très inférieure à ce qu'elle sera plus tard, lorsque le même interne passera sa thèse.

2° Sur la réflexion de Cadenat que le maire de Toulouse est président de la Commission des Hospices, notre Président est mandaté pour tenter une démarche auprès de ce magistrat afin qu'il présente la question aux édiles municipaux dont le programme « social » ne peut se désintéresser du sort des jeunes internes. Mais comme il nous revient que l'Assistance Publique a à en connaître, comme l'on dit au Palais, M. Bardier est encore prié d'insister auprès du Conseil de l'Association générale des médecins de France afin que, directement, notre grande « protectrice » puisse voir M. Mourier qui doit bien se rappeler quelquefois qu'il est médecin.

Enfin, sur la proposition de l'un de nous, il est voté que le Bureau demandera à l'Administration d'allouer, chaque année, à tout interne en exercice, la somme de 100 fr. qui lui permettra de s'assurer contre tout risque : cette assurance dégageant complètement l'administration de toute responsabilité vis-à-vis de l'interne.

Nos camarades ont appris avec joie que l'Union médicale franco-ibéro-américaine a créé en faveur de l'Internat toulousain un prix de 300 fr. dont le règlement sera porté bien tôt à la connaissance des intéressés. L'U.M.F.I.A., on le sait, compte à Toulouse de très nombreux et très fermes adhérents.

Dans les couloirs , on a chuchoté que le Bureau de l'Internat Toulousain allait prendre l'initiative, vis-à-vis de la Fédération de l'Internat français, de créer un prix qui serait dénommé « prix de l'Internat français » et qui serait décerné, chaque 4 ans, à l'auteur (interne de 3e ou de 4e année) qui aurait écrit le plus beau mémoire sur la question mise au concours.

Le règlement de ce concours sera naturellement étudié. On a parlé de la somme de mille francs comme montant de la valeur de ce prix. Diverses questions sont encore résolues et l'assemblée se rend chez le Vatel toulousain bien connu, maître Galilée, qui nous

réserve, comme chaque année, le menu le plus délicat et les vins des meilleurs crus. Et comme à Toulouse, tout finit par des chansons, M. Viéla qui pourrait être baryton de grand opéra et Estienny, que je vois très bien aux Fol'Berg... furent très applaudis et fêtés après les toasts si amicaux prononcés par MM. Bardier, Escat et Lassalle.

Et la mélancolie ne fut pas, ce jour-là, l'apanage des choses finissantes...

Raymond MOLINÉRY.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys.

Réunion du 26 avril 1925.

Les membres du Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys se sont réunis le 26 avril 1925 à l'Hôtel de Ville de Tourny, sous la présidence du Dr MORDAGNE.

Etaient présents : MM. MORDAGNE, DARDEL père, BOURDON, JOUVE, LE PRIOL, LADEVIE, DE NAYVILLE, NOBLET, PILLOUARD, PERROTTE, THUILLIÉ, MAZOUX, DIMEY fils, VIGNAL.

Excusés : MM. DIMEY père, DARDEL fils, TROUVÉ.

1° *Hôpitaux et médecins praticiens.* — Le Dr Jean DIMEY rend compte de la réunion de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure. Il y a été dit entre autres choses très justes que le tarif actuel de chirurgie de l'A.M.G. incite les médecins à envoyer à l'hôpital les malades pour de petites interventions qui, faites à domicile, même avec un tarif supérieur au tarif actuel, coûteraient moins cher au budget départemental.

A propos d'hospitalisation, plusieurs membres du Syndicat se plaignent des critiques parfois peu confraternelles faites devant les malades par certains médecins et chirurgiens des hôpitaux ; ils seraient reconnaissants à ces derniers de leur faire connaître leur diagnostic et leur traitement de manière à faciliter les soins ultérieurs ; entre confrères il n'y a pas de secret professionnel et la mesure demandée ne l'est que dans l'intérêt des malades ; d'autre part, dans l'intérêt du budget des communes et du département, ils demandent aussi que les malades ne soient gardés à l'hôpital que juste le temps nécessaire à la guérison, qu'ils soient rendus le plus tôt possible au travail, et qu'on ne les transforme pas en une main-d'œuvre supplémentaire, peu active, peu payée, si non gratuite.

2° *Le projet de loi sur les assurances sociales.*

Les sénateurs et les députés du département de l'Eure paraissent compter beaucoup sur les mutualistes pour faciliter l'application de la loi sur l'invalidité-maladie déjà votée par la dernière Chambre.

On ne saurait établir de comparaison entre les infimes cotisations des membres des Sociétés de secours mutuels et les cotisations des futurs assujettis à cette loi, entre les services rendus pour les cotisations des mutualistes, et ceux que devra rendre l'organisation nouvelle à ses participants. C'est un leurre que de regarder l'application de la loi sur l'assurance invalidité-maladie comme une extension de la mutualité.

A propos de cette loi de l'assurance invalidité maladie, envisagée au point de vue des honoraires médicaux, le secrétaire expose à nouveau la question du contrat collectif et du tiers payant. Il rappelle qu'à l'Assemblée générale des syndicats médicaux de France, les 27, 28 et 29 nov. derniers, où plus de 12.000 médecins étaient représentés, six mille voix se sont prononcées en faveur de l'entente directe du médecin avec le malade sans contrat collectif et sans tiers payant ; lui-même, mandaté dans ce sens à la réunion du 24 oct. 1924, a voté de même. Cependant, comme à l'Assemblée générale il a été demandé que les médecins soient consultés à nouveau à ce sujet, le président met aux voix la double question :

Pour le contrat collectif avec tiers payant, comme en Alsace et en Lorraine, douze voix sur quatorze ;

Pour le contrat collectif sans tiers payant, deux voix, celles des confrères Jean DIMEY et LE PRIOL, des Andelys.

3° *Inspection médicale des écoles.*

Les membres du syndicat sont persuadés que cette inspection, malgré toutes les assurances données qu'en aucun cas le médecin inspecteur ne pourra se substituer au médecin de famille, deviendra forcément, comme la protection des enfants du premier âge, les consultations de nourrissons, la visite des pupilles de la Nation, un mode déguisé de consultations à prix réduits ou une façade d'examen sans aucune portée sérieuse ; ils estiment que l'inspection des écoles au point de vue de l'hygiène des locaux scolaires, est du ressort de la Commission d'hygiène de l'arrondissement, et que l'inspection proprement dite des enfants au commencement de l'année scolaire devrait être faite dans son cabinet ou dans la famille par le médecin de famille qui délivrerait un certificat exigible à l'entrée à l'école comme le certificat de vaccination. Sur ce certificat il noterait les particularités intéressantes à connaître par l'instituteur. De cette manière le budget des communes et du département ne serait point surchargé et l'examen serait fait consciencieusement puisqu'il serait payé selon sa valeur par les parents.

4° *Pupilles de la Nation.*

Ici encore se présente la question de la visite deux fois par an d'un certain nombre d'enfants, variable suivant les communes, pour un prix réduit. Les membres du syndicat mis au courant des doléances du secrétaire général de l'O.D.P.N. au sujet des confrères qui ne font pas régulièrement les visites auxquelles ils sont astreints, ne peuvent se résoudre à blâmer ces confrères qu'en l'absence d'indemnité de déplacement on oblige à parcourir parfois de longues distances à titre purement gratuit. Ils estiment que les visites des pupilles devraient être faites dans le cabinet du médecin et non dans l'école, et que les tuteurs des pupilles devraient les amener chez le médecin de leur choix le jour et à l'heure connus d'avance de sa consultation. Au reste ils sont tous d'avis pour considérer ce service comme une institution inutile, sans profit pour la Nation, et une charge pour le budget qu'on pourrait supprimer sans inconvénient.

5° *Certificats de grossesse.*

Une affaire récente survenue à l'un des membres du syndicat prouve qu'il ne faut pas à la légère délivrer des certificats de grossesse et que ceux-ci, quoi qu'on ait prétendu dans certaine mairie, n'entraînent pas de droit l'admission à l'A.M.G.

6° *Des moyens de sauvegarder le secret professionnel devant les exigences du fisc.*

La question a déjà été traitée à la réunion du 24 octobre dernier et il a été décidé qu'en aucun cas le médecin ne devait communiquer ses registres au contrôleur. Pour donner satisfaction à ce fonctionnaire, le médecin pourra seulement tenir un carnet où, sans aucun nom en regard, il inscrira ses recettes journalières.

7° *Lutte antituberculeuse.*

Le Comité départemental de l'Office antituberculeux a soumis aux médecins des dispensaires un projet d'organisation de la lutte contre la tuberculose dans le département de l'Eure et a chargé son bureau d'étudier la question de l'affectation à la direction des dispensaires antituberculeux du département d'un médecin-spécialiste ne faisant pas de clientèle, après entente préalable avec les représentants du corps médical.

Ce projet a été repoussé par le syndicat d'Evreux ; le syndicat des Andelys en fait autant. Il n'est pas admissible qu'on ne croie pas le médecin praticien capable de dépister, de soigner un tuberculeux et de faire de la prophylaxie ; s'il faut pour cela un médecin spécial, il en faudra bientôt un semblable pour chaque maladie, cancer, syphilis ; ce sera un moyen détourné de fonctionnariser la médecine au bénéfice des intrigants, au détriment des malades.

Programmes des examens pour la délivrance du brevet d'infirmière.

Arrêté du 24 juin 1924.

Art. 1er. — Les programmes, dont les textes ci-annexés sont rédigés pour servir de modèle pour chaque catégorie d'élèves aux règlements des écoles reconnues, serviront jusqu'à nouvel ordre, pour les examens devant le jury qualifié pour la délivrance des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière de l'Etat français qui seront délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, aux infirmières hospitalières et aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance.

Programme type minimum pour les écoles d'infirmières hospitalières s'étendant sur deux années d'études obligatoires (22 mois).

1° Stage probatoire et éliminatoire. — Durée 1 mois.

Anatomie et physiologie.

Ménage, cuisine, tenue de maison ;

2° Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital :

5 mois de médecine adultes.

5 mois de chirurgie adultes.

2 mois de médecine infantile.

2 mois de chirurgie infantile.

2 mois de contagieux.

2 mois de soins aux femmes et aux nouveau-nés.

3 mois de spécialités diverses : yeux, voies urinaires, larynx, etc.

Les stages effectués devront être portés sur le carnet de stages qui sera examiné par le jury.

Cours théoriques (interrogations).

A. — Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale comprise).

B. — Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants).

C. — Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés.

D. — Soins aux enfants malades.

E. — Maladies infectieuses et leur prophylaxie.

F. — Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie et pratique. — Désinfection).

G. — Hygiène générale et professionnelle. — Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique). — Etude des lois d'assistance.

H. — Administration hospitalière.

I. — Morale professionnelle.

J. — Massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

K. — Hygiène alimentaire et cuisine des malades : théorie et pratique.

Programme minimum de la première année d'études mixtes d'infirmières se destinant à la spécialisation d'infirmières d'hygiène sociale de l'enfance ou de la tuberculose (11 mois).

1 mois de probation, anatomie, physiologie, ménage, cuisine.
5 mois de stage hospitalier médecine dont 2 mois pour enfants.
3 mois de chirurgie : adultes ou enfants.
1 mois de maternité.
1 mois de contagieux.

Cours théoriques.

Soins aux malades de médecine.
Soins aux malades de chirurgie.
Soins aux malades enfants.
Soins aux femmes enceintes et en couches.
Hygiène générale comprenant diététique.
Prophylaxie des maladies contagieuses.
Matière médicale et petite pharmacie.
Morale professionnelle.

Programme minimum type de la 2e année d'études des écoles d'infirmières visiteuses (hygiène sociale de la tuberculose).

(Durée des études : 11 mois).

Enseignement pratique.

1° Au minimum, 1 mois de stages pratiques, préliminaire et éliminatoire, soit au dispensaire, soit à l'hôpital suivant les possibilités de l'école, avec enseignement théorique (tuberculose), donnant les connaissances précises qui permettent aux élèves de profiter dès le début de leur stage hospitalier de dispensaire.

2° Stages pratiques accomplis par l'élève toutes les matinées et tous les après-midi, sauf deux par semaine réservés à l'enseignement théorique.

Tous les stages, comme d'ailleurs en 1re année, seront faits sous la direction et la surveillance de monitrices spécialement préparées.

Carnet de stage. — Une note sera donnée pour cacun de ces stages et mentionnée au carnet individuel qui pourra être présenté aux examinateurs.

Répartition des stages pratiques :

5 mois de stages pratiques antituberculeux dont :
1 mois dans les services de tuberculeux des hôpitaux ou dans un sanatorium ;
4 mois dans un dispensaire antituberculeux ;
4 mois de stages pratiques dans des services d'enfants (consultation prénatale, de nourrissons, scolaires, consultations externes des hôpitaux);
1 mois dans des services de dermatologie et de syphiligraphie.

Enseignement théorique.

Tuberculose.
Hygiène infantile.
Hygiène générale.
Hygiène alimentaire.
Alcoolisme.
Syphilis-dermatologie.
Cancer.
Pharmacie.
Enseignement social.

Enseignement complémentaire nécessaire aux visiteuses d'hygiène de la tuberculose pour passer l'examen d'État d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

(Durée : 4 mois).

Les 4 mois seront répartis dans les services de la 1re et de la 2e enfance : consultations pré-natales, de nourrissons, etc., services d'âge scolaire (écoles, préventoria, colonies scolaires).

Enseignement théorique.

Hygiène infantile.
Enseignement social : mère et enfant.
Démonstrations pratiques : laiterie et diététique.

Programme type de l'année de spécialisation pour les écoles d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

(Durée des études : 11 mois).

1° *Enseignement pratique.*

Carnet de stages : pour chacun des stages, une note sera donnée et mentionnée au carnet individuel qui devra être présenté aux examinateurs.

Répartition des stages pratiques :

2 mois dans une maternité avec consultations prénatales ;
3 mois dans les consultations de nourrissons et dispensaires d'enfants ;
1 mois dans un hôpital d'enfants : service de contagieux ;
1 mois dans un hôpital d'enfants : médecine générale.
2 mois répartis suivant les possibilités dans les crèches, les pouponnières, les centres de placement familial, les établissements scolaires ;
2 mois dans un dispensaire antituberculeux.
Démonstrations pratiques de laiterie et de diététique (au minimum : 10).

2° *Enseignement théorique.*

Cet enseignement théorique comporte :
Hygiène et assistance médicale de la femme en état de gestation et du nouveau-né ;
Hygiène et assistance médicale du nourrisson ;
Hygiène et assistance médicale de la 2e enfance et de l'âge scolaire ;
Protection et assistance sociales ;
Notions sur la tuberculose (enfants, adultes, prophylaxie) ;
Hygiène générale ;

Hygiène alimentaire, y compris exercices pratiques ;
Alcoolisme ;
Syphilis-dermatologie ;
Cancer ;
Pharmacie ;
Morale professionnelle et éducation sociale.

Enseignement complémentaire nécessaire aux visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance pour passer l'examen d'État d'infirmière sociale de la tuberculose.

(Durée : 4 mois).

Stages pratiques : suivant les possibilités de l'endroit :

Soit :
1 mois d'hôpital ou sanatorium ;
2 mois de dispensaire ;
1 mois de services de dermatologie et de syphiligraphie.

Soit :
3 mois de dispensaire ;
1 mois de services de dermatologie et de syphiligraphie.

Enseignement théorique.

20 leçons sur la tuberculose ;
10 leçons enseignement social (tuberculose).

Art. 2. — Les examens comprendront une épreuve sur titres, éliminatoire, une épreuve pratique conférant l'admissibilité, une épreuve théorique justifiant l'attribution du brevet. Chacune de ces épreuves aura un coefficient égal.

En cas d'insuccès à la troisième épreuve, le bénéfice de l'admissibilité sera conservé pendant une année.

Art. 3. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Approbation de règlements d'école d'infirmières

Art. 1er. — Sont approuvés les règlements des écoles d'infirmières hospitalières ou de massage, ci-après désignées, et dont le texte est annexé au présent arrêté :

1° Ecole des gardes-malades, dites « Les Amies des malades », 12, rue de la Montagne, à Courbevoie, sous réserve que cette école se conformera au programme type établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement (1re section) ;

2° Ecole régionale d'infirmières des hospices civils de Dijon, sous réserve que cette école se conformera au programme type établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement (1re section).

3° Ecole d'infirmières de l'Association des diaconnesses, 55, rue de Reuilly, à Paris, sous réserve que cette école se conformera, pour l'enseignement théorique et la répartition des stages pratiques au programme type établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement ;

4° Ecole d'infirmières de l'Association des dames françaises, comité de Marseille, 65, allée Gambetta, sous réserve que cette école se conformera au programme établi suivant les délibérations du conseil de perfectionnment des écoles d'infirmières et qu'une entente interviendra pour le stage avec la commission administrative des hospices civils de Marseille ;

5° Ecole d'infirmières de l'Institut Lannelongue, à Paris, sans réserve ;

6° Ecole pratique de massage, rue Saint-Merri à Paris, sous réserve que cette école modifiera complètement son enseignement conformément au programme type pour les études de masseurs, établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières (1re section) ; à titre provisoire, jusqu'à ce que l'école ait fonctionné pendant une période de deux années sur de nouvelles bases. Cette école ne pourra présenter aucun de ses anciens diplômés pour l'équivalence pour services rendus dans le passé.

Art. 2. — Sont approuvés les règlements des écoles d'infirmières visiteuses ci-après mentionnées, et dont le texte est annexé au présent arrêté :

7° Ecole d'infirmières d'hygiène sociale pour la tuberculose à Marseille ; sous réserve que cette école se conformera au programme établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement (2e section).

8° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale pour la tuberculose, de la société de secours aux blessés militaires, square des Peupliers, à Paris, sous réserve que cette école se conformera au programme type établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement (2e section) ;

9° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale pour la tuberculose des hospices civils de Toulouse sous réserve que cette école se conformera strictement au programme type établi d'après les délibérations du conseil de perfectionnement (2e section).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Institut de médecine coloniale de Paris, Programme général.** — *Enseignement donnant lieu à l'attribution du diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris et de médecin sanitaire maritime.* — L'Institut de médecine coloniale a été fondé dans le but de donner une connaissance spéciale et approfondie des maladies et de l'hygiène des pays chauds aux étudiants ou aux médecins désireux d'exercer dans les colonies ou dans les pays de la zone tropicale. Sa création remonte à un arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 3 juin 1902. Il est annexé à la Faculté de médecine et administré par un Comité permanent composé du Doyen, du directeur et du personnel enseignant.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'Institut possède 30 microscopes dont 20, fabriqués en 1920, ont été offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes, pourvus de quatre objectifs, dont un à immersion, sont mis à la disposition des élèves. Enfin, l'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard, siège de la clinique des maladies contagieuses, rue d'Aubervilliers, à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

L'enseignement porte sur les matières suivantes :

Pathologie exotique ; hygiène et épidémiologie exotiques (MM. le Pr. CALMETTE, DOPTER, Ch. JOYEUX, MARCHOUX, L. MARTIN, L. TANON). — 30 leçons.

Clinique des maladies exotiques (M. le Pr P. TEISSIER). — 11 leçons.

Parasitologie (M. le Pr E. BRUMPT). — 30 leçons.

Bactériologie et diagnostic bactériologique (MM. le Pr F. BESANÇON, Pr H. ROGER, L. TANON). — 31 leçons.

Maladies cutanées (M. le Pr JEANSELME). — 13 leçons.

Chirurgie des pays chauds (M. le Pr LECÈNE). — 5 leçons.

Ophtalmologie des pays chauds — 6 leçons.

Règlements sanitaires (M. le Pr Léon BERNARD). — 6 leçons.

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises, pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. — Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

En s'inscrivant, les candidats doivent déposer leur acte de naissance ou une pièce d'identité. S'ils sont docteurs, ils déposent en outre leur diplôme ou un certificat légalisé ; s'ils sont étudiants dans une Faculté française autre que celle de Paris, un certificat universitaire constatant qu'ils ont achevé leur scolarité. Les étrangers doivent aussi présenter un certificat visé par leur ministre ou leur consul à Paris, établissant leur nationalité.

Les candidats pourront s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à partir du 15 septembre, tous les jours, de 12 heures à 15 heures, et verser le montant de leurs droits, 25, quai des Grands-Augustins, tous les jours, de 9 heures à 15 heures.

Les sommes à verser au moment de l'inscription sont les suivantes, sauf majorations (1)

Droit d'immatriculation .... Fr.	20 »
Droit de bibliothèque	10 »
Droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, etc)	350 »
Total	380 »

Les étudiants en médecine, pourvus de seize inscriptions, en cours d'études, sont dispensés du droit d'immatriculation et du droit de bibliothèque en vue du titre universitaire de médecin colonial.

Les élèves ayant suivi les cours et pris part aux exercices pratiques et cliniques subissent des examens, à l'expiration de la période scolaire, sur les différentes matières de l'enseignement.

Ces examens, au nombre de deux, comportent des épreuves pratiques et des épreuves orales.

Ils sont divisés ainsi qu'il suit :

PREMIER EXAMEN : Epreuve pratique de bactériologie. — Epreuve pratique de parasitologie. — Epreuve théorique de bactériologie. — Epreuve théorique de médecine exotique.

DEUXIÈME EXAMEN : Hygiène et épidémiologie exotiques. — Règlements sanitaires. — Parasitologie. — Maladies exotiques cutanées. — Maladies exotiques chirurgicales. — Maladies exotiques ophtalmiques.

Ces examens sont gratuits. Tout candidat qui les subit avec succès reçoit le diplôme de *Médecin colonial de l'Université de Paris.*

Les élèves français pourvus de ce diplôme peuvent obtenir une place de médecin de colonisation ou de médecin de l'assistance médicale indigène.

Ce diplôme, auquel devra être joint un certificat du professeur Léon BERNARD, conseiller technique à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, confère à ceux qui en sont titulaires l'équivalence du titre de médecin sanitaire maritime.

La distribution des diplômes et des certificats d'aptitude a lieu dans la séance de clôture de la session, qui se tient dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine. Les docteurs en médecine entrent immédiatement en possession du diplôme de médecin colonial ; les étudiants et les internes ne reçoivent provisoirement qu'un certificat d'aptitude, qui est échangé contre le diplôme dès qu'ils ont soutenu leur thèse de doctorat.

(1) La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Doyen, à des docteurs ou à des étudiants français, qui devront adresser une demande justificative au secrétaire général de l'I. M. C.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

nécessaire de détailler visites et consultations ou donner simplement le total de l'argent reçu dans la journée et quels autres frais peut-on porter autres que voitures, livres et instruments ?

Dr B.

Réponse.

Les médecins ne sont pas des commerçants et ne sont donc pas obligés de tenir une comptabilité régulière, mais ils ont avantage à le faire pour pouvoir, le cas échéant, se trouver en bonne position pour discuter avec le fisc.

D'après la nouvelle loi de finances, les contribuables exerçant des professions non commerciales doivent chaque année déclarer au fisc le chiffre de leur bénéfice brut, le chiffre de leurs dépenses professionnelles et le chiffre de leur bénéfice net. Mais point n'est besoin, dans cette déclaration, de détailler les honoraires de visites et ceux de consultations. Vous pouvez parfaitement, sur les livres que vous tenez pour votre usage personnel, faire cette distinction, mais ce n'est pas une obligation pour vous.

Les dépenses à déduire du bénéfice brut pour obtenir le bénéfice net sont les suivantes : loyer de la partie de la maison affectée à l'exercice de la profession (cabinet de consultation, salle d'attente, etc.) ;

Gages et frais d'entretien du ou des domestiques nécessités par l'exercice de la profession ;

Frais de transport, comprenant l'essence, les pneus, les réparations, les impôts spéciaux, les assurances, etc. ;

Amortissement du prix de la voiture (environ un cinquième du prix d'achat chaque année) ;

Impôts professionnels, tels que la patente ;

Achats d'instruments et de matériel ;

Abonnements au téléphone, aux journaux médicaux, assurances professionnelles : « Sou Médical », etc. ;

Frais de bureau et de recouvrement des honoraires.

1542. — Exercice de la propharmacie.

Je vous prierai de m'indiquer si je puis installer une propharmacie dans la commune que j'habite. Le pharmacien le plus près est situé dans une commune à 4 km. 500 de chez moi. Les autres à 15 ou 16 kilomètres.

Veuillez également avoir l'obligeance de m'indiquer quelles sont les demarches à suivre pour créer une propharmacie.

Dr B.

Réponse.

L'exercice de la propharmacie est régi par l'article 27 de la loi du 21 Germinal, an XI, ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, « villages ou communes où il n'y aurait pas de

« pharmacien ayant officine ouverte pourront, « nonobstant les articles précédents, fournir des « médicaments simples ou composés aux per- « sonnes près desquelles ils seront appelés, mais « sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Il résulte de ce texte que la seule condition nécessaire pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie est qu'il n'existe aucun pharmacien ayant officine ouverte, dans *la commune où il habite*, sans qu'il y ait lieu de se préoccuper si un pharmacien est établi à proximité, mais dans une commune voisine.

Le médecin propharmacien ne peut tenir officine ouverte et il doit se borner à vendre des médicaments à ses seuls clients.

Il n'existe aucune formalité à remplir préalablement à l'exercice de la propharmacie. La seule réglementation à observer est celle qui concerne la détention et la vente des substances vénéneuses (déclaration au maire).

En ce qui concerne les impôts, la propharmacie n'étant que l'accessoire de la profession principale de médecin, les bénéfices qui en proviennent sont imposables à la cédule des professions libérales. Le propharmacien n'a pas à payer la taxe sur le chiffre d'affaires. De même, il n'a pas à se faire inscrire au registre du commerce.

1743. — Pension militaire pour tuberculose épididymaire.

Je lis sur le n° 27 du *Concours* le décret relatif à la tuberculose articulaire et osseuse, assimilée à la tuberculose pulmonaire.

Or, j'ai un réformé à 50 % pour épididymite bacillaire, avec induration du sommet à la radio. N'y a-t-il pas lieu pour lui de demander un taux plus élevé par analogie avec la tuberculose articulaire ? Le cas échéant, à qui doit-il demander cette augmentation ? Au Ministre des Pensions, ou à la Commission de réforme ?

Dr M.

Réponse.

Le décret du 31 octobre 1919, comme celui du 8 août 1924, n'envisage, en ce qui concerne le pourcentage de 100 %, que la tuberculose *pulmonaire*.

Celui du 16 juin 1925 n'a trait qu'à la tuberculose *osseuse* ou *articulaire*, pour laquelle, dans certaines conditions, le pourcentage est de 100 %.

Rien n'est donc prévu pour la tuberculose épididymaire, et il n'est pas possible d'agir par analogie avec l'indemnisation accordée pour les localisations pulmonaires osseuses ou articulaires de la tuberculose.

Cependant, si vous estimez que votre malade doive se voir attribuer un pourcentage plus élevé, il vous est toujours possible de lui donner

le conseil de demander une nouvelle « visite pour aggravation » au médecin-chef du centre de réforme le plus proche de son domicile.

Application du Tarif Breton.

I

1919. — Cumul de deux interventions simultanées en séries.

Le cas que je vais vous soumettre est, du reste, susceptible d'intéresser tous les spécialistes qui, comme moi, joignent une installation de mécanothérapie à celle d'électro-radiologie.

Je vous adresse donc ci-inclus une lettre que vient de m'adresser la Cie d'assurances l'A. Je vais, auparavant, essayer de vous résumer aussi clairement que possible cette affaire.

Le 21 novembre 1924, je pratiquais, à la demande du Dr P., chirurgien, une radiographie de l'épaule droite de M. G..., accidenté du travail.

Le 24 décembre 1924, après ablation d'appareillage, le blessé présentant de la raideur articulaire et de l'atrophie musculaire, un traitement électro-mécano-thérapique me fut demandé.

Je pratiquai 25 séances d'électro et de mécanothérapie, qui améliorèrent considérablement l'état du blessé.

J'adressai à la Cie une note d'honoraires ainsi rédigée :

1° Radiographie épaule droite de face.....	75 fr.
2° 25 séances d'électrothérapie à 12 fr.....	300 »
3° 25 séances de mécanothérapie à 10 fr....	250 »
Total	625 fr.

J'ai reçu en réponse la lettre que je vous communique pour avoir votre appréciation et vos conseils et dans laquelle on ne veut pas « cumuler les *séances d'électrothérapie avec celles de mécanothérapie* » faites le même jour.

Dr B.

Réponse.

1° La Compagnie se base à tort sur l'article 17, en parlant d'avis *conforme*, car on y parle seulement « d'avis ». Mais, au fond, elle a raison en ce qui concerne l'électrothérapie, mais en se basant sur la note annexée à l'article 26-VI, qui, cette fois, parle bien « d'avis conforme du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. » En sorte qu'elle serait *en droit* de ne payer que des consultations simples, ainsi qu'elle le dit.

2° Peut-on cumuler, *en la même séance* le prix de mécano et d'électrothérapie ? C'est une question qui ne s'est pas encore posée, mais devrait nous être présentée à la Commission du tarif, car je n'oserais la résoudre à moi seul. Ce que je

pourrais dire, en attendant, c'est, ainsi que je l'ai déjà proposé avec acceptation des deux parties, plusieurs fois, en cas d'*opérations simultanées distinctes*, de compter une intervention en entier, la seconde par moitié. Et cela parce qu'il n'y a pas deux fois les dérangements et les préparatifs habituels. Je vous donne cela à titre de suggestion *personnelle* seulement, tout en souhaitant voir la question posée officiellement à la Commission du tarif, dans tous les cas, avant d'être soumise à un tribunal. Et aussi, parce que je ne trouverais pas équitable de ne compter, comme le propose la Compagnie, qu'une seule intervention, alors qu'il y en eut deux, *distinctes*, en l'espèce, l'une de l'autre par la mise en œuvre d'appareils distincts.

F. D.

II

1883. — Frais de déplacement en cas de panaris.

Allant deux fois par semaine visiter les malades d'un village situé à dix kilomètres de ma résidence, j'ai eu à soigner un accidenté de travail (panaris sous-unguéal de l'index). Le prix de la visite — pansement (tarif Breton) — étant de beaucoup inférieur à mon tarif, puis-je tarifer le déplacement ? Le blessé était-il obligé de faire les 10 km. pour venir se faire panser en mon cabinet ?

Dr R.

Réponse.

Un panaris de l'index ne paraît pas être une affection telle que « le blessé ne puisse se présenter à la consultation, sans inconvénients pour sa santé » (voir la première ligne de l'article premier). En conséquence, je ne vous vois pas réclamant, avec chance de succès, qu'on vous paye les honoraires de visite, plus vingt kilomètres de déplacement, — que, d'ailleurs, dites-vous, vous n'avez pas eu à faire « *spécialement* pour la visite au dit blessé ». (Voir article 2, avant-dernier alinéa).

F. D.

III

1935. — 1° Surveillance, 2° Cumul, 3° Radiologie.

Il y a quelque temps, ayant eu à soigner un sonneur (qui, pris par la corde de sa cloche avait été projeté violemment contre la muraille) pour plaie occipitale contuse et étendue, plaies par frottement de la corde à la joue et au mention, vaste contusion et éraillures dans le dos, j'ai ainsi établi ma note d'honoraires :

14 juin 1925 :

Certificat initial	8 fr.
Epluchage, régularisation et suture	30 »
Supplément pour le dimanche	4 »
1/2 heure de surveillance	8 »
	60 50

Visites et pansements les jours suivants, etc.

La Cie me conteste la demi-heure de surveillance, disant qu'il y a cumul avec les 30 fr. d'opération. J'ai répondu que le cumul n'est interdit que pour la visite, que je n'ai pas comptée, et j'ai ajouté que j'aurais pu compter en supplément le pansement des plaies de la face et du menton, et un certificat descriptif fourni en plus de celui de la mairie, ce que je n'ai pas fait. Je n'ai reçu aucune réponse depuis environ trois semaines.

2° Actuellement je soigne un blessé de la même Cie ; aussi, pour n'être pas de nouveau discuté, je viens vous soumettre la rédaction de ma note d'honoraires. En sautant d'un gerbier sur une charrette de paille, cet ouvrier s'est enfoncé un pieu dans la plante d'un pied à travers la pantoufle. Appelé à 20 h. 45, je suis parti aussitôt. Plaie contuse profonde du milieu de la voûte plantaire. Je régularise, épluche et suture ; injecte 10 cc. de sérum antitétanique, et rentre chez moi à 22 h. 20. Le médecin le plus proche est à 4 km. (8 km. parcours région de plaine).

Visite de nuit (2e catégorie).

Régularisation épluchage et suture de plaie contuse et profonde.

Supplément pour opération de nuit 25 %.

8 km .parcourus (médecin le plus proche).

Injection de sérum antitétanique.

3° Médecin dans un chef-lieu de canton où il y a 4 médecins sans compter ceux des environs immédiats, j'ai une installation de rayons X (table, châssis, Ropiquet moderne) avec un laboratoire de biologie courante. Je ne fais pas pour cela de la spécialité, mais ces accessoires de la profession m'ont paru indispensables pour exercer pleinement mon art, et je suppose que dans quelques années chaque médecin en sera pourvu.

A plusieurs reprises, j'ai obtenu l'autorisation, de la Commission de contrôle des réformés de guerre, de faire des radios, et des analyses pour les mutilés. De même pour la Cie du P.O. Pourrais-je, le cas échéant, obtenir la même autorisation pour mes propres clients accidentés du travail ?

La ville la plus proche est B. (20 km.), il y a plusieurs médecins, chirurgiens ou spécialiste d'O.R.L. possédant des installations radioscopiques, mais aucun d'eux n'est exclusivement radiologue. Qu'est-ce qu'un spécialiste en radiologie ? Est-ce un médecin qui a des diplômes spéciaux, ou une licence générale, ou bien un médecin qui se consacre exclusivement à la radio ?

Vraiment, ce n'est pas une branche tellement ardue, surtout en matière d'accidents du travail. A mon avis, rayons X et microscope font partie ne l'arsenal du praticien.

Dr X.

Réponse.

Premier cas. — Votre demi-heure de surveillance ne s'explique guère, si vous comptez déjà un « épluchage ». Vous n'exposez pas les « com-

plications menaçant la vie du blessé » et celles-ci ne ressortent pas de la blessure décrite.

Deuxièms cas. — Ne comptez pas de visite si vous comptez un épluchage. Ce serait le cumul défendu par l'article 13. D'autre part, je ne vois pas ici, au pied, un cas d'épluchage *profond.*

Troisième cas. — Si vous avez une installation radiologique capable de rendre les services qu'on peut attendre de la radiographie, et *a fortiori*, si vous êtes déjà reconnu comme radiologue par votre commission de contrôle des pensionnés de guerre, je ne vois pas une assurance pouvant refuser de vous considérer et de vous honorer comme tel.

F. D.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des parlementaires.

L'avancement des anciens internes des hôpitaux dans les cadres du rservice de santé.

4286. — M. Edouard Soulier, député, expose à M. le ministre de la guerre, au sujet de l'avancement des anciens internes des hôpitaux dans les cadres du service de santé, qu'avant la guerre, il y avait promotion au deuxième galon après deux ans de grade à un galon, ce qui permettait à un interne reçu au concours de 1913, et qui, exempté, présentait sa thèse à la fin de 1916, d'avoir son premier galon en 1917, le second en 1919; tandis que, depuis la guerre, la promotion au deuxième galon n'a plus lieu que quatre ans après la nomination définitive au premier galon; en sorte que le même interne, s'il n'a pu soutenir sa thèse pendant la guerre parce qu'il était mobilisé, n'a pu avoir le premier galon qu'à titre provisoire, n'a pu soutenir sa thèse qu'en 1919, la guerre terminée, n'a reçu le premier galon à titre définitif, qu'en 1920, et ne reçoit le deuxième galon qu'en 1925, ajoute qu'il y a dans ce retard de six années un grave préjudice pour le jeune médecin qui a rempli ses devoirs militaires, préjudice auquel il faudrait remédier. (*Question du* 25 *mai* 1925.)

Réponse. — Les conditions d'avancement des officiers des réserves sont fixées par la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves. Les officiers des réserves ou assimilés des services ne peuvent être nommés désormais au grade supérieur que s'ils remplissent les conditions fixées par la loi susvisée, dont l'élaboration a d'ailleurs été faite d'accord avec eux. (*J.O.* 24 *juin* 1925.)

Les réclamations des aliénés internés.

4757. — M. Roger Lafagette, député, demande à M. le ministre de la justice s'il n'est pas contraire à l'article 29 *in fine* de la loi du 30 juin 1838 que les médecins d'asiles aient le droit de se faire remettre directement et par conséquent la possibilité de retenir, les réclamations adressées par les aliénés ou prétendus tels, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, si cette pratique ne revient pas à supprimer la seule garantie que la loi laissait au malade contre l'arbitraire ou l'erreur du médecin et s'il n'est pas préférable de faire confiance aux autorités susdites pour communiquer elles-mêmes au médecin, leur subordonné, les lettres qu'elles auront reçues conformément à la lettre circulaire du ministre de l'intérieur Fallières en date du 1er décembre 1887. (*Question du 23 juin* 1925.)

Réponse — En refusant aux médecins le droit de supprimer ou de retenir les correspondances adressées aux autorités judiciaires et administratives, l'article 29 de la loi a prévu, en cas d'infraction, des peines d'emprisonnement de cinq jours à un an et d'amende de 50 à 3.000 fr. La circulaire du 1er décembre 1887, visée par l'honorable député, a renforcé encore ces garanties pénales en spécifiant que les correspondances dont il s'agit devaient être adressées closes, et sans que l'administration en prenne préalablement connaissance. (*J.O.*, 5 *août* 1925.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 *août.*

Sanatoriums publics.

Décret du 26 juillet 1925 modifiant le Décret du 10 avril 1920 relatif à la *nomination des médecins directeurs de sanatoriums publics.*

Art. 1er. — Le délai de cinq ans prévu par l'article 35 du décret du 10 août 1920, relatif à la nomination des médecins directeurs des sanatoriums publics, est porté à sept ans.

Asiles d'aliénés.

Le poste de *Directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Navarre* (*Evreux*) est actuellement vacant.

10 *et* 11 *août.*

Légion d'honneur.

Tableau de concours pour la Légion d'honneur (*réserve*), comprenant le service de santé.

Quarante-septième année — N° 35 — 30 Août 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2000-IV.)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

agnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). **Rigal.**

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelle

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du Sou Médical de M. le Dr Simon, de Carentan (Manche), la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.



DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 355. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 356. — Dr rech. client. méd. génér. banl. imméd. Paris.

N° 357. — Dr 35 a., anc. int. Lég. d'H. tr. act. quelq. capitaux, rech. sit. paraméd.

N° 358. — A vend. sup. chien Grohenendal, 4 a., 500 fr,, tr. bon garde.

N° 359. — A vend. pr. cause double empl. moto Peugeot 3 CV 1/2, roulé 6.000 km., revue, compt. km Pr. : 2.500. Dr Lafont, à Milly (S.-et-O.).

N° 360. — Algérie. Urg. 17 km. Alger, litt. poste communal, fait 3.000 par mois, proph. (1 conf. âgé), fixe 4.800 Cond. : repr. loyer pharm., salle de bains, mob. méd. chir. Px demandé : 18.000. S'ad. Dr Ardouin, à Fort-de-l'Eau (Algérie).

N° 361. — La Sté d'Aubrives et Villerupt cherche un infirmier marié, au courant de la stérilisation. Bons appointements, logement, chauffage, éclairage. Ec. avec références à M. le directeur de la Division de Villerupt, Sté d'Auberives et Villerupt à Villerupt (M.-et-M.).

N° 362. — A repr. d'urgence ds tr. bon. cond., poste campagne proph. Rapp. 60.000, gr. mais. pays riche, pas de perte. S'ad. Breitel et Gore t, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 363. — Ouest. Ds ch.-lieu cant. poste rapp.32.000 Fixes, vaste mais., jard. Indem. : 11.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 364. — Citroen 10 CV, conduite intérieure 3 places, très peu roulé, 5 pneus. Confort, compteur, téléjauge, técalemit, prix dérisoire : 13.000, voiture réellement en état et intéressante, valant déplacement. Lamirault, 7, rue des Grands-Degrés, Paris (5e).

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'angine de Vincent par le sous-nitrate de bismuth.

Deux fois par jour, gargarisme avec eau bouillie chaude. Aussitôt après, on recouvre la surface ulcérée de sous-nitrate de bismuth au moyen d'ouate enroulée sur un bâtonnet, légèrement mouillée et trempée dans le médicament. Amygdales redevenues absolument normales en une semaine.

Avantages sur l'arsénobenzol ; possibilité de répéter les applications plusieurs fois par jour et tranquillité d'esprit du malade et de son entourage, qui ne croient pas à la syphilis ; en outre, dans ce cas, les bacilles avaient résisté au novarsénobenzol et au bleu de méthylène.

(Un cas de Laurens, in *Journal des Praticiens*).

A. M.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale
Augmentation de l'indemnité maladie.

Pourriez-vous me dire à combien s'élèverait ma cotisation si je voulais avoir une indemnité de 20 francs au lieu des dix francs que m'assure la combinaison MA ?

Dr C.

Réponse.

La combinaison 1/2 MAD, qui avait été créée pour répondre au désir que vous exprimez actuellement, est fermée depuis le 31 décembre 1922.

Vous avez eu tort de n'y pas entrer pendant les deux années qu'elle a été ouverte ; la chose est maintenant impossible.

Vous pouvez entrer à MAD pour avoir 30 fr. d'indemnité. Vous pouvez aussi, si vous ne voulez par aller au-dessus de 20 francs. démissionner de MA pour le 31 décembre prochain et vous faire admettre à MAD pour le 1er octobre, mais, dans ce cas, vous n'aurez droit à aucune indemnité pendant la période comprise entre le 1er janvier et le 1er mars 1925, puisque c'est seulement à cette dernière date que commencera votre droit à l'indemnité de 20 francs.

Vous êtes entré à 30 ans, payant 75 fr. de cotisation ; vous avez maintenant 35 ans : si, tout en restant à MA, vous entrez à MAD (indemnité de 30 francs) vous paierez une cotisation totale de 265 francs.

Si vous démissionnez de MA pour entrer à MAD (indemnité de 20 francs), votre cotisation nouvelle sera de 182 francs.

A. G.

1886. — Expertise. Dépôt du rapport. Honoraires.

1° En avril 1923, commis par le juge de paix pour une expertise dans un accident du travail, j'ai envoyé mon rapport (concluant à la reprise du travail) au juge de paix.

Actuellement, l'affaire venant devant le tribunal, l'avoué de la Compagnie d'assurances me demande

une copie de ce rapport (celui-ci ayant été perdu). Puis-je la lui donner sans commettre une faute professionnelle ? Si oui, dois-je le rédiger sur papier libre ou papier timbré ?

2° En 1923, j'ai envoyé sur imprimés spéciaux ma note d'honoraires au juge de paix pour transmettre au président du tribunal. Je n'ai rien reçu depuis.

Que dois-je faire : adresser une réclamation au président du tribunal ou réclamer à la Compagnie d'assurances ?

Dr X.

Réponse.

Les experts ne doivent pas remettre directement aux parties des copies de leurs rapports. Ceux-ci doivent être déposés au greffe du Tribunal qui a commis les experts et il appartient aux parties qui en désirent copie de demander des expéditions au greffier.

Si votre rapport a été perdu, vous ne pouvez en donner une copie qu'au greffier lui-même et non pas aux avoués des parties.

Comme il s'agit d'une affaire d'accident du travail, votre rapport doit être rédigé sur papier libre.

Vous devez adresser votre réclamation pour le paiement de votre mémoire au juge qui vous a commis.

1623. — Délivrance de certificats d'aptitude physique aux enfants de moins de 13 ans.

J'ai fait dernièrement des certificats à des jeunes enfants qui, ayant leur certificat d'études, et n'ayant pas treize ans, désirent entrer à l'usine.

J'ai fait payer ces certificats.

Le maire me dit, aujourd'hui, que je ne dois pas faire payer ces certificats (art. 88 du livre II du Code du travail).

Je vous demande donc si, malgré ce code, je peux faire payer ces certificats et de quel droit quelqu'un peut m'obliger à faire un certificat « à l'œil ».

Dr X.

Réponse.

L'article 3 du Livre II du Code du Travail (et non l'article 88, qui a trait à tout autre chose), dit qu'aucun enfant de moins de treize ans ne peut être admis au travail dans les établissements visés par la loi s'il n'est muni d'un certificat d'aptitude physique, délivré, à titre gratuit, par l'un des médecins chargés de la surveillance du premier âge, ou l'un des médecins inspecteurs des écoles, ou tout autre médecin chargé d'un service public désigné par le Préfet.

Si vous remplissez l'une de ces fonctions, vous pouvez être contraint de délivrer gratuitement le certificat. Dans le cas contraire, vous avez le

droit de le faire payer s'il vous est demandé, ou même de refuser de le délivrer.

Si la famille ne veut pas payer de certificat, elle n'a qu'à s'adresser à l'un des médecins officiels visés au texte de loi que nous vous citons plus haut.

1895. — Situation administrative de l'office des Pupilles de la Nation.

Je vous envoie en communication 2 pièces de la correspondance échangée avec le secrétaire de l'Office des Pupilles de la Nation du département.

La brève réponse à ma réclamation — qui est la première que j'obtiens, depuis près de 2 ans que je réclame mes honoraires, — me paraît un assez joli échantillon d'insolence administrative. Le mandat de 1923, ayant été égaré, ne me sera pas payé ; rien ne me dit que le secrétaire n'a pas l'arrière-pensée que je le réclame à tort et que je l'ai sans doute touché.

J'ai l'intention de poursuivre cette affairé bien que la somme ne soit pas très élevée. J'estime que la fin de non-recevoir de l'Office départemental est presque injurieuse, puisqu'elle met pratiquement ma bonne foi en doute.

C'est parce que j'ignore la situation administrative de ces Offices départementaux que j'ai recours à vos conseils.

Le préfet a-t-il autorité sur l'office ? Si oui, une plainte au préfet vous paraît-elle judicieuse ? Voyez-vous une autre voie pour essayer de me faire rendre justice ?

D[r] N.

Réponse.

D'après l'article 15 de la loi du 27 juillet 1917, c'est le préfet qui est président de droit de l'office départemental des pupilles de la nation. Les affaires de l'office sont gérées par une section permanente, qui a un président particulier. Cette section permanente n'est donc qu'une émanation de l'office ; par conséquent, le président de l'office a le droit de surveiller et de contrôler la commission permanente.

Or, dans votre affaire, la lettre de l'administration que vous nous communiquez émane de la section permanente. A notre avis, vous pouvez donc vous adresser au préfet pour lui demander d'ordonnancer à nouveau le mandat qui ne vous a pas été payé, en lui exposant toutes les circonstances de l'affaire.

1880. — Tarifs d'expertises.

Le tribunal de L. me confie en ce moment des expertises médicales diverses : accidents du travail, justice criminelle... Pour éviter tout ennui administratif dans ce rôle d'expert, je désire être instruit sûrement de mes devoirs et de mes droits. Depuis

16 ans j'exerce, depuis 16 ans je suis du *Concours médical*. A ce titre, je me permets de recourir à votre bienveillance pour me documenter.

1. Commis par jugement du tribunal *pour aller* examiner un accidenté du travail (consolidé), avec deux co-experts demeurant sur place, j'ai fait le déplacement (20 km. aller). Nous avons prêté serment devant le Juge de paix, puis examiné le blessé chez un co-expert. Les jours suivants, j'ai rédigé un très long rapport que j'ai adressé à mes deux confrères pour signatures. Au retour du rapport, j'en ai fait le dépôt au tribunal. Comment dois-je établir mon mémoire ? Quel tarif ?

Comment mes confrères co-experts doivent-ils établir les leurs ?

2. Je suis désigné seul pour examiner à mon cabinet un accidenté du travail, et *dispensé du serment.* Puis-je compter une vacation pour examen ; une pour rédaction du rapport ; une pour dépôt ?

Quel est le prix de la vacation.

3. Je suis commis pour un examen mental d'un détenu. Je fais à la maison d'arrêt plusieurs visites à des jours différents. Puis rapport... Comment établir et tarifer mémoire ?

4. Un père est accusé de mauvais traitements, séquestration d'enfant. Je suis commis pour examiner l'enfant à mon cabinet, dire son état de santé, etc...

Examen et rapport longs et minutieux. Quel tarif? Combien de vacations ? Dr F.

Réponse.

Il n'existe pas de tarif pour les expertises en matière civile (et les affaires d'accidents du travail sont des affaires civiles). Le ou les experts doivent évaluer leurs honoraires à la fin de leur rapport, compte tenu du temps passé et des difficultés techniques qu'ils ont pu rencontrer dans l'exercice de leur mission. Au cas où plusieurs experts ont collaboré, le rapport doit indiquer, en même temps que la somme globale demandée, la part qui revient à chacun d'eux. Les honoraires des experts sont ensuite taxés par le président et payés par les soins du receveur de l'enregistrement, car, en matière d'accidents du travail, l'ouvrier a toujours l'assistance judiciaire. Les seules opérations qui soient taxées sont la prestation du serment et le dépôt du rapport ; la rémunération est de 6 francs. Enfin les experts ont droit à une indemnité de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, s'ils ont eu à se déplacer à plus de deux kilomètres de leur résidence.

Le tarif des frais d'expertise en matière criminelle est fixé par un décret du 5 octobre 1920. Comme en matière civile, les honoraires des experts sont la plupart du temps laissés à l'appréciation du président, sauf pour certaines opérations, notamment celles prévues à l'a...

(*Voir la suite page XXXIX-2039*)



PROPOS DU JOUR

La détresse des Sociétés Savantes.
Une Société para-médicale qu'il importe aux médecins de faire prospérer : La Société d'Anthropologie de Paris.

La crise économique a des contre-coups inattendus. L'élévation du prix du papier, des frais d'impression a atteint un tel niveau que les Sociétés savantes les plus anciennes, les mieux organisées, les plus riches, sont obligées de restreindre ou de supprimer leurs publications; ce qui, pour certaines, est le prélude de l'agonie. Notre distingué confrère de la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, le Dr Félix Regnault, a déjà, dans un remarquable article sur la *Grande pitié des sociétés savantes*, démontré que seules les sociétés qui peuvent permettre à leurs membres de réaliser des bénéfices matériels étaient encore prospères, mais que toutes celles dont le but est purement spéculatif végètent lamentablement depuis la guerre.

Les journaux nous ont appris, chose qui nous a paru étrange et qui, il y a quelques années, eut été inconcevable, que l'Académie des sciences elle-même n'avait plus les ressources suffisantes pour assurer normalement la publication de ses bulletins.

Cette situation est fâcheuse, très fâcheuse. Sans doute les communications faites dans les Sociétés ne marquent pas toujours un pas dans la voie du progrès et beaucoup ne perdent rien à ne pas être publiées, mais la vie d'une Société savante, quelle que soit son importance, a une influence heureuse sur la mentalité d'une cité, d'une région, d'une nation. Les échanges de vues, les discussions, les interprétations, ouvrent l'esprit des profanes, piquent leur curiosité, font naître le goût des recherches et éveillent le sens de l'observation. En outre, les Sociétés animent les Congrès, établissent des relations entre ceux qui s'intéressent aux progrès des connaissances humaines et amènent entre les intellectuels des différents centres et des diverses nations un interéchange d'idées des plus utile au développement moral des peuples et à l'expansion de la civilisation.

Mais, ne nous arrêtons pas plus longtemps sur ces considérations déjà mille fois exposées avec une compétence tout autre que la nôtre.

***

Parmi les Sociétés savantes qui souffrent d'une détresse relative, il en est une qui nous intéresse plus particulièrement, parce que son but est l'étude de l'histoire naturelle de l'homme et que ses membres sont pour les trois quarts docteurs en médecine : nous voulons parler de *la Société d'Anthropologie de Paris*. Fondée en 1859 par Paul Broca, cette Société a plus de 65 ans d'existence. Elle provoqua l'éclosion de très nombreuses Sociétés semblables dans les divers pays civilisés des deux mondes et marqua le début d'une ère nouvelle dans l'histoire des sciences naturelles.

Lorsque, en 1909, fut célébré à Paris le Cinquantenaire de la Société d'anthropologie, dix-sept nations envoyèrent des délégués à cette solennité et tous vinrent rendre hommage au génie de la France, *métropole universelle de l'humanité fraternisante et libre*, qualification que lui donna dans un toast enthousiaste le délégué italien, professeur Adrien Colocci. Cette Société brilla d'un remarquable éclat jusqu'à ces dernières années.

Reconnue d'utilité publique depuis 1864, elle est installée à l'étage supérieur de l'ancien Couvent des Cordeliers, au-dessus du Musée Dupuytren, dans l'enceinte de l'école pratique de la Faculté de médecine. Elle y tient régulièrement ses séances les 1er et 3e jeudis du mois. Ses collections très importantes constituent le Musée Broca. Sa bibliothèque comprend plus de 32.000 volumes et de nombreux albums (1). Ses propres publications forment au moins 70 volumes, sans compter les brochures d'instruction et les questionnaires destinés aux explorateurs et aux personnes qui entreprennent des fouilles. Des dons généreux permettent à la Société d'anthropologie de décerner de nombreux prix pour encourager les travaux qui l'intéressent. Citons les prix Godard : 500 fr. (biennal). Prix Broca : 1.500 fr. (biennal). Prix Bertillon : 500 fr. (biennal). Prix Fauvelle :

(1) Elle vient de s'augmenter d'un nombre important de volumes donnés par Madame Auguste Broca, après le décès de son mari, le regretté professeur.

2.000 fr. (triennal). Prix Juglar : 3.000 fr. (quinquennal), etc.

Les membres titulaires de cette Société, outre les droits qu'ont les sociétaires de toute institution similaire (communications, présentations, droit de prendre part aux discussions, de publication des travaux qui en sont jugés dignes, etc.) peuvent faire usage des collections, consulter les ouvrages de la riche bibliothèque, demander même le prêt de la plupart des volumes sous certaines conditions. Ils reçoivent en outre les *Bulletins* et les *Mémoires* publiés par la Société dont l'importance est fatalement en rapport avec le nombre des adhérents.

Toute personne qui s'intéresse à l'anthropologie et qui désire contribuer au progrès de cette science peut demander son admission. La cotisation annuelle actuellement de 30 francs, va être portée à 50 francs et le droit d'entrée de 20 francs ne se paye qu'à l'admission.

Quel est le médecin en France qui pour se délasser de la rude pratique journalière de sa profession, ne s'intéresse pas à une des branches de la science anthropologique ? Faut-il rappeler que l'anatomie, la physiologie, la psychologie, l'ethnologie, l'ethnographie, la préhistoire, la linguistique, le folk-lore, la démographie, etc. rentrent pour une grande part dans le domaine de l'anthropologie ? Combien d'observations intéressantes, de remarques judicieuses peut faire un médecin praticien dans le pays où il exerce ? Combien de recherches, de fouilles précieuses, les médecins peuvent-ils entreprendre au cours de leurs voyages, sur ce vieux sol de France, qui est peut-être un des plus riches berceaux de l'humanité et où, depuis l'âge le plus reculé de la civilisation la plus primitive, l'homme n'a cessé de laisser des traces du perfectionnement de son industrie, et de l'éveil et du développement de ses facultés d'artiste ?

En demandant à être admis à la Société d'anthropologie de Paris, en lui envoyant leurs observations et le compte rendu de leurs découvertes, nos confrères trouveront une des meilleures et des plus saines distractions. Ils auront la satisfaction de ne pas laisser s'égarer des observations ou des documents qui souvent par eux-mêmes ne paraissent pas d'un grand intérêt mais qui, rapprochés de beaucoup d'autres, peuvent permettre d'expliquer certains points et de reculer les limites de l'inconnu. Leur collaboration aux travaux de la Société, les enseignements qu'ils pourront y puiser, leur permettront, lors de la retraite, de s'intéresser aux progrès d'une science passionnante et d'éviter cette torpeur intellectuelle, pénible et souvent fatale à tous ceux qui ont mené une vie active.

Aussi, nous engageons vivement nos lecteurs à demander leur admission à la Société d'Anthropologie de Paris. De nombreuses adhésions donneront à cette célèbre institution une nouvelle activité, faciliteront la multiplication et le développement des publications et permettront à l'œuvre du grand Broca de maintenir à la France une suprématie qu'elle avait su conserver jusqu'à ce jour et qu'elle est sur le point de perdre.

Nous offrons à nos lecteurs de leur servir, s'ils le désirent, d'intermédiaire auprès du secrétariat de la Société (1) pour faciliter leur admission.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ORTIE

Par Henri Leclerc.

Si les étymologies qu'assignent les botanistes aux noms des plantes font naître parfois sur nos lèvres un sourire que légitiment leur complication ou leur fantaisie, il nous suffit d'avoir mis, un jour, par mégarde, la main sur une touffe d'ortie pour reconnaître que le poète Æmilius Macer n'était pas le jouet d'un phantasme, en rattachant au verbe *uro* (je brûle) le mot *urtica* qui désignait cette plante chez les Latins :

(1) L'adresse du Secrétariat de la Société d'Anthropologie de Paris est, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Unde non immerito nomen sumpsisse videtur
Tacta quod exurat digitos urtica tenentis (1).

On est moins d'accord sur l'origine de son nom grec ακαληφη que la plupart des érudits font dériver de ακαλλης (qui n'est pas beau) et de αφη (contact) mais dans lequel il me semblerait plus rationnel de retrouver le radical ακη (pointe) suivi du verbe λαπτω (vide). Nulle étymologie ne s'applique mieux à la façon dont l'ortie exerce ses sévices sur notre épiderme. Ses tiges et ses feuilles sont, en effet, couvertes de poils fins, acérés et cassants, qui reposent sur une vésicule remplie d'un suc caustique composé de carbonate acide d'ammoniaque, de nitrate de potasse, d'acides gallique, tannique et formique. Lorsque ces aiguillons pénètrent dans la peau, la vésicule se vide de son contenu par le canal dont ils sont creusés comme une aiguille de Pravaz en miniature, déterminant une cuisson très douloureuse accompagnée de la formation de papules.

C'est à cause de cette causticité que les Anciens employaient l'ortie pour provoquer du côté de la peau une fluxion dérivative. Contre la paralysie, Celse conseillait de produire une vive excitation des téguments du membre engourdi en les frappant avec des orties (2), et dans la léthargie, Arétée recommandait avant tout l'urtication pour réveiller la chaleur (3). C'était aussi un aphrodisiaque employé couramment par les libertins de Rome : Pétrone nous montre une prêtresse de Priape exerçant sur Polyœnos une révulsion énergique avec un bourquet d'orties : *viridis urticæ fascem comprehendit omniaque infra umbilicum cœpit lenta manu cædere.*

Ces vertus n'étaient pas les seules que nos devanciers attribuassent à l'ortie : il nous suffit d'interroger les vieux maîtres de la thérapeutique pour nous faire une idée de l'importance du rôle qu'elle jouait dans leur pharmacopée. C'est ainsi qu'elle figurait parmi les remèdes les plus accrédités de l'arthritisme. J. Crato vante sa décoction contre les rhumatismes et les contractions des nerfs ; Spigel la prescrit sous forme de fumigations contre la podagre et G. Manardi, de Ferrare, conseille aux malades atteints de douleurs articulaires invétérées des frictions avec un onguent composé des semences de la plante et de graisse d'ours. D'autres, comme C. Gesner, l'utilisaient dans l'ictère ou, comme Antoine Mizauld, à titre de fébrifuge : « J'ay cogneu, dit-il, plusieurs grands chercheurs des secrets de nature qui pour rabattre aucunement la grande chaleur du cœur procédante de la fiebvre et pour le rafreschir, ils prenoyent le suc d'ortie et en enduisoyent les artères, y adjoustant un peu d'onguent de peuplier que les apothicaires appellent populeum (1) ».

L'ortie répondait également à certaines indications de la gynécologie : son eau distillée, administrée avec celle du radis, était, au dire de P. M. de Heredia, particulièrement efficace pour provoquer les règles et réveiller le sens génésique, *ad excitandum sensum torpentem* (2). Enfin elle fournissait aux médecins un moyen infaillible de ne pas errer dans leurs pronostics : G. de Turre affirme que si l'on met des orties dans l'urine d'un malade et qu'elles soient encore vertes au bout de vingt-quatre heures on peut prédire une guérison certaine ; si elles se décolorent, il n'y a rien de bon à espérer (3).

C'est surtout comme hémostatique que l'ortie était appréciée de nos pères : G. Varignana en faisait renifler la décoction chaude par les narines pour tarir les épistaxis (4) et Pierre Borel raconte dans quelles circonstances il put se convaincre de son action hémostyptique : « Un homme, dit-il, possédait un merveilleux secret pour arrêter les hémorragies les plus abondantes. Il eut à soigner, entre autres malades, le sieur Poncet Arcarie qui, abandonné de tous les médecins, lui dut sa guérison et, depuis, n'eut plus jamais d'hémorragie. Voici comment procéda le possesseur du secret : il envoya à son client une herbe contuse et une fiole d'eau en lui recommandant d'appliquer l'herbe pendant vingt-quatre heures sur les mains et sur les pieds et de se recouvrir les testicules d'un linge inbibé de l'eau. Le malade devait, en plus, s'introduire dans les narines des rondelles d'oignon trempées dans la même eau : le succès dépassa toute espérance ». P. Borel ayant examiné un fragment de l'herbe y reconnut l'ortie qui avait aussi servi à fabriquer l'eau; dans la suite il employa souvent ce procédé qui lui parut rivaliser avec les drogues les plus

(1) Æ. Macer. — *De virtutibus herbarum.*
(2) Celse. — *De re medica.* Lib. III, Cap. II. Sect. XII.
(3) Arétée. — *De curatione acutorum morborum.* Lib. II, Cap. II

(1) A. Mizault. — *Le Jardinage*, 1578.
(2) P.-M. De Heredia. — *De mulierum et uterogerentium morbis*, 1665.
(3) G. de Turre. — *Dryadum, amadryadum, chloridisque triumphus*... 1685.
(4) Guillaume Varignana. — *Secreta medicinæ*, 1539.

réputées telles que « la fiente d'âne ou le poil de lièvre mêlé d'encre dont on bourre le nez (1) ». Amatus Lusitanus dit avoir vu beaucoup de malades qui crachaient le sang et dont l'état semblait désespéré revenir à la santé en buvant du suc d'ortie ou en mangeant la plante cuite dans du bouillon de poulet (2).

Ces vertus hémostatiques furent confirmées par différents auteurs du siècle dernier : en 1843, Mérat lisait à l'Académie de médecine un rapport sur plusieurs notes envoyées par Ginestet, officier de santé à Castel-Sarrazin, relatives à l'emploi de l'*urtica urens* dans les métrorragies, les hématémèses, les épistaxis et, à la même époque, Cazin, affirmait avoir prescrit le suc de la plante avec succès dans l'hémoptysie et surtout dans les pertes utérines ; sa décoction à 30 p. 500, d'après Benavente, se serait montrée efficace contre des hémorragies passives ou symptômatiques rebelles au tanin et au seigle ergoté ainsi que dans plusieurs cas d'hémoptysies ; Le Monnier et Vanackère relatèrent de même des cas d'épistaxis et d'hématémèses où elle avait produit des effets remarquables. Quelque suggestives que fussent ces assertions, elles laissèrent le public médical assez sceptique sur la valeur de l'ortie en tant qu'agent hémostatique et les auteurs s'accordèrent à la considérer comme un des accessoires les moins actifs de la médecine populaire ; rien, d'ailleurs, dans ses caractères physico-chimiques, n'était fait pour lui attirer la confiance des thérapeutes. *Un vieux médecin avec qui* je me promenais souvent dans la campagne et qui fut mon premier maître dans la science des simples, le Dr Auguste Soin, me disait, un jour, en me montrant des orties groupées près d'une masure : « Malgré les perfides aiguillons dont il est armé, ce végétal insipide et inodore n'a d'autre vertu que celle de n'en posséder aucune : il en est de lui comme de certains barbons que leurs joues hérissées de poils rudes et leurs sourcils en broussailles n'empêchent pas d'être les personnages du monde les plus inoffensifs ». Plusieurs travaux modernes semblent prouver, cependant, qu'on aurait tort de se baser sur l'insignifiance des qualités organoleptiques de l'ortie pour conclure à l'inanité de ses effets physiologiques. Dès l'année 1892, deux médecins italiens, Oddi et Lomonaco, isolaient de l'*Urtica urens* un alcaloïde cristallisé qui, à la dose de 0 gr. 01, déterminait chez la grenouille la paralysie des centres nerveux, ralentissait le mouvement du cœur et finalement l'arrêtait en diastole (1). Plus récemment MM. Perrin et Remy, expérimentant sur l'extrait fluide d'ortie grièche, lui ont reconnu une action cardiotonique, hypertensive, capable de maintenir la persistance de la contractilité du cœur bien au-delà de sa durée habituelle et d'entraîner, à doses élevées, des phénomènes d'éréthisme cardiaque intense (2). MM. Hermann et Remy ont constaté également que, sous l'influence d'injections intra-veineuses de cet extrait, on constate une augmentation marquée de la pression artérielle : après une courte phase de dépression et d'arythmie auriculo-ventriculaire, on voit se produire un renforcement de la contraction cardiaque surtout au niveau de l'oreillette et une accélération du rythme du cœur, cause sans doute de l'hypertension (3).

Sans chercher à préciser les relations qui existent entre l'action physiologique de l'ortie et ses propriétés pharmacodynamiques, nous devons retenir que sa réputation, comme médicament hémostatique, n'a rien que de justifié. J'ai signalé les bons effets que m'a fournis son suc chez trois malades atteintes de métrorragies, la première fortement chlorotique, la seconde sujette, à l'approche des règles, à de violentes poussées de congestion utérine, la troisième présentant de l'hémophilie : chez cette dernière la médication vint également à bout d'épistaxis abondantes (4). Enfin M. Maurice Oudar, dans sa thèse sur l'ortie grièche lui a reconnu des propriétés antidiarrhéiques manifestes : « Elle nous a donné, dit-il, des guérisons dans les diarrhées au cours de la grippe, de l'entérite muco-membraneuse, de l'entérite aiguë et chronique. Dans les diarrhées des tuberculeux, dues à des fermentations intestinales, nous avons obtenu la guérison dans six

(1) Petrus Borellus. — *Historiarum et observationum medico-physicarum*, Cent. I. Obs. XCV, 1653.

(2) Amatus Lusitanus. — *Curationum medicinalium*, Cent. VI, Cur. IV. 1620.

(1) *Riforma medica*, 2 juillet 1892.

(2) M. Perrin et A. Remy. — Sur quelques effets de l'extrait fluide d'ortie grièche. *C. R. Soc. biol.*, 1921.

(3) H. Hermann et A. Rémy. — Action cardio-vasculaire de l'extrait aqueux de suc d'ortie grièche. *Ibid.*, 1922. Signalons, quoique moins probantes, les recherches entreprises sur l'action possible de l'ortie dans la tuberculose. A la suite d'une communication faite en 1920 à la Société des Agriculteurs de France, par le Comte E. de Dreux-Brézé au sujet d'animaux réputés tuberculeux qui auraient été guéris après un séjour dans des prés remplis d'ortie, MM. Perrin et Rémy pratiquèrent sur des cobayes préalablemetnt tuberculisés des injections d'extrait d'ortie et constatèrent qu'ils vivaient de 5 à 19 jours de plus que les témoins.

(4) H. Leclerc. — *Précis de Phytothérapie*, 1922.

cas et une amélioration notable dans deux autres cas » (1).

Le mode d'administration le plus efficace de l'ortie, qu'il s'agisse de la grande ortie (*Urtica dioïca*) ou de l'ortie grièche (*Urtica urens*), est le suc exprimé de la plante fraîche à la dose de 100 à 125 gr., ou l'extrait fluide (de 2 à 4 cuillerées à café) ; on peut aussi prescrire la décoction à 60 p. 1000 ou le sirop suivant :

Feuilles de grande ortie ou d'ortie grièche fraîches et mondées	250 gr.
Eau bouillante	1.500 gr.

Faites infuser pendant 12 heures puis filtrez et ajoutez au liquide le double de son poids de sucre : 150 à 200 gr. *pro die*.

Intéressante pour le phytothérapeute, l'ortie ne mérite pas moins d'attirer l'attention du diététicien ; récoltée, comme les Grecs avaient coutume de le faire, « avant l'arrivée de l'hirondelle » c'est-à-dire au début du printemps, lorsqu'elle est jeune et tendre, elle se prête aux mêmes usages culinaires que les épinards et fournit des salmis d'herbes d'une saveur très agréable. La première fois que j'en tâtai, c'était chez un vénérable curé d'un petit village du Vexin : comme je lui demandais s'il avait puisé cette estimable recette dans Galien, il me répondit en souriant qu'il n'avait jamais lu Galien mais qu'il lui avait suffi de voir avec quelles délices son âne tondait les pousses d'orties dès que la terre, secouant sa longue torpeur, commençait à se parer de ses premières verdures.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

De l'hémoglobinurie paroxystique a frigore chez les enfants (*)

M. le Professeur Nobécourt.

Ce jeune garçon est né à terme, le 2 janvier 1910, pesant 3 kil. 570. Ses parents, ainsi qu'un frère, son aîné de neuf ans, sont bien portants. Il a été élevé au sein jusqu'à 14 mois, puis il a eu une diarrhée persistante, si bien qu'il pesait seulement 6 kgr. à un an. Il a eu, à 7 ans, une rougeole, et plus tard de l'ictère ; à 9 ans, une varicelle pendant laquelle les urines auraient été foncées.

En 1923, à l'âge de 13 ans, débute l'affection qui l'amène actuellement à l'hôpital. A l'occasion d'un refroidissement, apparaît une crise caractérisée par un frisson, une élévation de la température à 38°2 ou 3, une soif vive, des nausées, de la courbature, enfin des urines troubles couleur sang ; la crise dure 2 ou 3 heures, puis les phénomènes se calment et les urines deviennent claires.

En décembre 1924, et en février 1925, il a quatre crises semblables. Chaque crise dure une, deux, ou trois heures. A la suite de ces crises, on note une teinte subictérique, qui disparaît progressivement.

C'est pour ces crises et un état général médiocre que cet enfant est amené à la Policlinique et admis salle Bouchut, le 2 avril.

Cet enfant, âgé de 15 ans, mesure 156 cm., taille moyenne, mais ne pèse que 39 kil. 850 au lieu de 44 kil. 700. Il est maigre et pâle ; ses muqueuses sont décolorées. Le crâne est un peu gros, le front un peu bombé ; on perçoit un ressaut lambdoïdien.

Les incisives supérieures sont écartées et atypiques ; elles ressemblent à de petites molaires.

Le pharynx est asymétrique ; son tissu lymphoïde, hypertrophié.

La rate est grosse ; elle mesure 12 cm. sur 7 cm.

On constate une inégalité pupillaire, avec mydriase droite. Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont paresseux.

Les réflexes rotuliens sont très faibles. On n'obtient qu'une petite réponse après plusieurs percussions. Les achilléens sont normaux, les olécraniens diminués.

Il n'y a pas de signes tabétiques.

Dans le liquide céphalo-rachidien, qui est clair et peu tendu, l'albumine est augmentée (0,40 par litre), le glucose un peu diminué (0,70 par litre) ; mais il existe une lym hocytose considérable.

Le Bordet-Wassermann, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, est fortement positif. Il confirme l'existence d'une syphilis congénitale.

Les urines contiennent une assez forte proportion d'urobiline.

(1) M. Oudar. — Etude de l'Urtica ureus et de ses propriétés thérapeutiques. *Thèse de Paris*, 1911.

(*) Leçon du 9 mai 1925, recueillie par le Dr Laporte.

Le sang, examiné par M. René Mathieu, mon chef de laboratoire, présente une diminution de l'hémoglobine (65 %). Il contient 4.500.000 hématies, 4500 leucocytes ; la proportion des polynucléaires est normale (75 %). Il y a de nombreux hématoblastes, de rares hématies nucléées ; la poïkilocytose, la polychromatophilie et l'anisocytose sont minimes.

La coagulation et la rétraction du caillot sont normales.

Le sérum, jaune foncé, ne contient pas de pigments biliaires. M. Bidot y dose 1 gr. 25 p. mille de cholestérine.

Depuis son entrée, cet enfant a présenté à trois ou quatre reprises des petits clochers thermiques (38°4 à 38°9), avec ou sans frisson, sans pigmentation des urines. Une de ces poussées a été suivie d'herpès labial.

M. Janet, mon chef de clinique et M. Mathieu, ont poursuivi diverses recherches physiologiques.

L'*hémolyse* est normale : elle débute à 0,44 et est complète à 0,38, même avec des globules déplasmatisés.

La *résistance globulaire* est normale.

Les hématies ne sont agglutinées ni par le sérum du malade ni par le sérum d'un enfant témoin.

L'*épreuve d'Erlich*, l'*épreuve de Donath et Laudsteiner* sont positives.

L'*épreuve de l'hémoglobinurie provoquée* donne les résultats suivants :

On plonge les pieds dans de l'eau à 4°, pendant 7 minutes, de 9 h. 45 à 9 h. 52. On constate dans l'urine, à 10 h. 30, une quantité appréciable d'hémoglobine ; à 11 heures, des traces ; à 12 heures et ensuite la disparition. A 11 heures, l'enfant a un léger frisson et une température rectale de 37°4 ; à 12 heures on trouve 38° ; à 15 heures, 37°2. La pression sanguine, qui était de 12-8 au Pachon, avant l'épreuve, s'abaisse à 11-7 à 10 heures, et est de nouveau à 12-6, à 10 h. 6 minutes. Les modifications leucocytaires sont importantes. Avant l'épreuve, on trouve 7.400 leucocytes, dont 3.600 mononucléaires (48 %) et 3.800 polynucléaires (51 %).

Après l'épreuve, à 9 h. 57, il y a 4.000 leucocytes, dont 6.600 mononucléaires (65 %) et 1.400 polynucléaires (35 %) ; à 10 h. 20, 7.200 leucocytes, dont 2.000 mononucléaires (27 %) et 5.200 polynucléaires (72 %), etc.

L'hémolyse existe normale : elle débute à 0,44 et est complète à 0,36.

Un traitement antisyphilitique a été commencé le 1er mai, par l'injection de 0 gr. 06 de muthanol ; 0 gr. 12 ont été injectés les 5 et 6 mai.

Actuellement, l'état général est meilleur, le poids de 49 kgr. 500.

Nous nous trouvons donc en présence d'un garçon de 15 ans, manifestement *hérédo-syphilitique*. Les stigmates osseux et dentaires, les troubles pupillaires, les modifications des réflexes, la lymphocytose céphalo-rachidienne, le B.W. positif, ne laissent aucun doute. Notons les symptômes nerveux et les modifications du liquide céphalo-rachidien, rares chez les enfants de cet âge

Depuis l'âge de 13 ans, cet enfant présente des crises caractéristiques d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

***

L'*hémoglobinurie* est caractérisée par la présence dans les urines d'*hémoglobine libre*, sans qu'on trouve d'hématies. On la reconnaît par les réactifs ou au spectroscope. Mais il faut toujours examiner au microscope les urines fraîchement recueillies, car certaines urines contenant du sang possèdent des propriétés hémolytiques ; il s'agit alors d'*hémoglobinuries urinaires*, qui sont en réalité des *hématuries*.

L'urine a une teinte qui varie du rose pâle au rouge brun foncé, presque noiron : l'a comparée au vin de Porto, de Bordeaux, de Malaga, etc.

Il y a des cas où l'hémoglobinurie est *occulte* ; elle est en quantité trop faible pour colorer l'urine et n'est décelable que par les réactifs chimiques ou le spectroscope.

L'hémoglobinurie est un *symptôme*, relevant de *causes* multiples.

Tantôt elle est *symptomatique* ou secondaire ; elle apparaît au cours de diverses *intoxications* ou *infections*.

Tantôt elle constitue le symptôme essentiel d'une affection spéciale, que Lichtheim a appelée *hémoglobinurie périodique*, Kuessner *hémoglobinurie paroxystique* et enfin Mesnet, en 1881, *hémoglobinurie paroxystique a frigore*.

C'est cette affection dont est atteint notre malade ; c'est d'elle dont je désire vous entretenir.

***

L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE *a frigore* a d'abord été observée et décrite chez l'adulte, car elle se rencontre surtout de 20 à 40 ans. Elle n'est pas rare chez l'enfant, sans être cependant fréquente : depuis 4 ans, c'est le second cas que nous ayons vu à la Clinique.

Cette hémoglobinurie peut frapper des enfants de tout âge : Henoch l'a vue chez un enfant de 9 mois ; on en cite des cas à 1 et à 2 ans ; mais c'est surtout chez les enfants plus âgés qu'elle apparaît.

Voyons tout d'abord les CARACTÈRES CLINIQUES.

L'affection évolue par ACCÈS, rappelant l'accès de paludisme, avec un stade de frisson, un stade de chaleur, un stade de sudation, pendant lesquels évolue un cycle urinaire pathognomonique.

L'enfant est pris d'un *frisson* plus ou moins intense et prolongé, ou de frissonnements, accompagnés de malaise, de courbature, douleurs dans le dos, les lombes, les cuisses, céphalalgie ; il pâlit, ses lèvres se cyanosent.

Puis la température s'élève, à 38°, 39°, 39°5. Enfin au bout d'une heure environ, la température tombe plus ou moins rapidement en même temps qu'apparaissent des sueurs abondantes.

Si on recueille les urines toutes les demi-heures, on constate leur coloration.

Elles présentent d'abord une *gamme de coloration ascendante* : la teinte, d'abord rosée, devient de plus en plus foncée, brun rouge, quelquefois noirâtre. Pendant ce temps les urines sont rares et troubles ; elles contiennent des débris granuleux et des cylindres granuleux, qui donnent les réactions du fer, des cristaux d'hématine, d'hématoïdine, d'urate et d'oxalate de chaux. Les globules rouges font défaut. On constate les réactions chimiques et le spectre de l'hémoglobine.

Puis, la coloration suit une *gamme descendante*, les urines augmentent et s'éclaircissent.

Les urines contiennent de l'*albumine* ; elle peut apparaître avant l'hémoglobinurie et persister après sa disparition.

L'accès dure de 1 ou 2 heures, quelquefois plus longtemps, 5 ou 6 heures, et même 2, 4 ou 6 jours. Il laisse à sa suite un état plus ou moins persistant de fatigue, d'asthénie ; un teint pâle et jaunâtre.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, les accès peuvent varier dans leur intensité.

Il y a des *accès intenses*. Le frisson est violent. On voit apparaître de l'urticaire, du purpura, des œdèmes aigus. Le foie et la rate sont tuméfiés, douloureux ; de l'ictère survient. Les urines sont rares, très foncées.

Voici un exemple d'accès intense.

Dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby relate l'observation suivante d'une fille de 8 ans et demi : « L'accès débute par un grand frisson, suivi de raideur du corps, d'état syncopal ; l'enfant, dit la personne qui l'accompagne, serait comme morte. Puis, tout se termine pas une miction sanglante, parfois douloureuse. »

Beaucoup plus souvent, les *accès sont légers* ou *frustes*. Ils se traduisent par quelques frissons, une légère courbature, une ou deux mictions colorées. Quelquefois même, l'urine n'est pas teintée et seule la recherche systématique de l'hémoglobine décèle sa présence.

On rencontre enfin des *accès larvés* : il y a alors prédominance ou existence exclusive de symptômes ne faisant pas partie du tableau classique de l'hémoglobinurie paroxystique.

Voici quelques exemples de ces accès larvés.

MM. Léon Tixier et Jean Troisier, en 1909, ont observé un garçon de 17 ans qui, depuis plusieurs années, avait des crises douloureuses, qualifiées tantôt d'entéro-colite, tantôt d'appendicite, tantôt de colique hépatique. Les parents disaient qu'au moment de la crise, l'enfant avait des urines rares et foncées.

Les auteurs voient le malade au cours d'une crise consécutive à un exercice violent suivi de refroidissement. Il se plaint de malaise, d'une fatigue extrême, d'anorexie. Il a de la fièvre (38°, 39°), des selles fétides, des douleurs dans les genoux et de la tuméfaction des genoux et des des articulations des phalanges ; on a parlé de rhumatisme et donné du salicylate de soude.

Les urines, rares, de couleur bière brune, contiennent de l'albumine, de l'urobiline et de l'hémoglobine ; on n'y trouve pas de globules rouges. Le diagnostic d'hémoglobinurie paroxystique est porté. La crise dure 5 jours.

Dans la suite, des crises plus classiques se produisent.

MM. Léon Tixier et Bidot ont communiqué à la *Société de Pédiatrie*, le 19 juin 1923, l'observation suivante, sous le titre de *Forme pseudo-chirurgicale de l'hémoglobinurie paroxystique*.

Un garçon de 7 ans a pendant une quinzaine de jours des urines teinte malaga. Depuis, trois ou quatre fois par an, en hiver et au printemps, il a, durant deux ou trois jours, de la céphalée, un état fébrile, des urines brun-acajou.

Il entre le 5 décembre 1922, à l'âge de 13 ans et demi, à la Clinique chirurgicale du Pr Broca, pour une douleur vive localisée dans la fosse iliaque droite, accompagnée de fièvre, de vomissements, de constipation. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë. Mais le lendemain on constate des urines brun-acajou et on reconnaît l'hémoglobinurie.

Deux mois plus tard, l'enfant a une crise semblable pour laquelle on pense encore à une appendicite.

En 1889, Joseph a publié l'histoire d'un enfant qui, à partir de 3 ans, à chaque exposition au froid, présentait des *œdèmes aigus circonscrits* disparaissant par le séjour à la chambre au chaud ; à 5 ans, à l'une de ces crises, l'œdème s'accompagna d'hémoglobinurie.

Un garçon de 5 ans, soigné par M. Courtois-Suffit, avait depuis l'âge de 2 ans des crises d'*urticaire* suivies d'hémoglobinurie.

Une fille de 2 ans observée en 1894 par M. Variot avait, quand elle était exposée au froid, de la cyanose, des plaques livides sur les oreilles, les pieds, les jambes, avec des picotements, des

douleurs qui la faisaient pleurer. Puis apparaissait de l'hémoglobinurie.

L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* est une *affection chronique*.

Les accès se répètent surtout pendant la saison froide, en hiver et au printemps, mais aussi en été si le malade s'expose à un refroidissement. Ils surviennent à des intervalles variables, espacés de quelques jours, de quelques semaines, de plusieurs mois et même de plusieurs années. Tantôt ils s'éloignent ; tantôt au contraire, ils augmentent de fréquence et aboutissent à une sorte d'*état de mal hémoglobinurique*, avec des accès presque subintrants.

On ne meurt pas au cours d'un accès. Mais quand les accès se répètent avec une grande fréquence, ils entraînent à la longue de l'anémie, de la faiblesse, et même un état cachectique. L'enfant devient une proie facile pour les maladies infectieuses, particulièrement la tuberculose.

Chez certains malades, les rémissions sont très longues et on pense à la *guérison*.

On ne saurait affirmer qu'il existe des *guérisons spontanées*. Mais une thérapeutique appropriée peut amener la disparition des accès.

Le DIAGNOSTIC d'un *accès typique* d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* est facile. Toutefois dans les pays à paludisme, il ne faut pas le confondre avec la *fièvre bilieuse hémoglobinurique*, qui présente de grandes analogies cliniques.

La confusion est par contre facile à faire, quand les accès sont intenses, légers ou frustes, larvés. L'examen des urines qui décèle de l'hémoglobine libre et l'absence d'hématies permet de diagnostiquer le syndrome et d'éliminer les hématuries.

***

L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* reconnaît deux ordres de FACTEURS ÉTIOLOGIQUES: Le *terrain* et la *cause occasionnelle*.

Dans la plupart des cas, c'est un *terrain syphilitique*. On reconnaît l'hérédo-syphilis soit parce que les parents sont syphilitiques, soit parce que le malade présente des stigmates divers, soit parce qu'on trouve un Bordet-Wassermann positif, soit enfin par l'action du traitement spécifique.

La syphilis cause également parfois des *hémoglobinuries continues*. J'ai suivi dans le service du professeur Hutinel une fillette de 15 ans dont l'observation a été rapportée en 1909, dans *Les maladies des enfants*, par MM. Hutinel et Merklen. Cette enfant était très anémique, avait de la splénomégalie ; elle avait une hémoglobinurie continue qui fut traitée par des injections de biiodure de mercure et disparut au bout de plusieurs mois. Son père était syphilitique.

L'hémoglobinurie paroxystique est quelquefois *familiale* et *héréditaire*. Saundby, en 1880, l'a observée chez un père et ses deux enfants, frère et sœur ; Trumpp, en 1897, chez le frère âgé de 8 ans et sa sœur âgée de 5 ans, qui étaient des hérédo-syphilitiques.

La *cause occasionnelle* est le *froid* dont Mesnet a mis le rôle en évidence. Les accès se reproduisent pendant la saison froide, en hiver et au printemps, ou pendant la saison chaude, sous l'influence d'un refroidissement ; ils sont provoqués par une exposition au froid. Celui-ci peut les provoquer d'une façon vraiment expérimentale. Voici quelques faits observés chez des enfants.

Un enfant de 7 ans observé par Rosenbach, en 1880, a des accès quand il plonge les pieds dans de l'eau à 14°, 15° Réaumur ; une fille de 7 ans, observée par Solhmann, en 1894, quand elle séjourne dans une chambre à la température de 10°.

On peut faire varier l'intensité de l'accès, suivant la durée de l'exposition au froid ou l'acuité du froid. Le professeur Widal fait immerger les mains d'un de ses malades dans de l'eau à 15°, pendant 15 minutes : il se produit une crise très légère d'hémoglobinurie. L'immersion des mains dans l'eau à 10° pendant 30 minutes provoque une crise forte et longue.

Le professeur Ricaldoni, de Montevideo, a publié à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, en juin 1924, l'observation d'une mulâtresse de 15 ans, ayant des stigmates indiscutables de syphilis et un Bordet-Wassermann positif. Cette enfant a des crises d'hémoglobinurie depuis l'âge de 13 ans, chaque fois qu'elle se sert d'eau froide. L'immersion des mains dans de l'eau à 3° ou 4° pendant 2 ou 3 minutes provoque une crise qui dure 4 ou 5 heures ; l'immersion pendant quelques secondes, une élimination d'hémoglobine décelable seulement par la réaction de Meyer.

Le froid n'est pas le seul facteur susceptible d'intervenir. Il en est d'autres plus exceptionnels. Guaita et Valvassori, Pesqui ont cité, en 1899, le cas d'un garçon de 5 ans, ayant de l'hémoglobinurie *a frigore* depuis l'âge de 2 ans et demi. Il avait eu, en outre, quelques accès dus aux changements de temps, aux baisses barométriques.

Le professeur Hayem a montré l'influence de la marche prolongée, de la fatigue. Le professeur Albert Robin, en 1888, en a cité un exemple observé chez un garçon de 16 ans.

M. Comby a signalé des cas où l'hémoglobinurie survenait sous l'influence du passage du décubitus dorsal dans la station debout ; il s'agit d'une véritable *hémoglobinurie orthostatique*.

Enfin, chez certains enfants, des *chocs ner-*

veux, des *émotions vives,* peuvent déclancher l'hémoglobinurie.

La PATHOGÉNIE de l'accès d'hémoglobinurie paroxystique est la même chez l'enfant que chez l'adulte. Je ne passerai donc pas en revue les différentes théories proposées ; la *théorie musculaire,* la *théorie rénale,* la *théorie urinaire,* la *théorie splénique*: elles ne peuvent s'appliquer qu'à des faits exceptionnels.

La théorie qu'il faut retenir est la *théorie sanguine.* La crise d'hémoglobinurie est la conséquence de la mise en liberté dans le sang de l'hémoglobine contenue dans les globules rouges : elle est consécutive à l'*hémoglobinémie.*

Les preuves expérimentales de l'hémoglobinémie sont fournies par les épreuves d'Erlich, de Donath et Landsteiner.

Dans l'*épreuve d'Erlich,* on constate l'hémoglobine dans le sang du doigt quand ce doigt ou la main, préalablement ligaturés, ont été plongés dans de l'eau glacée pendant 3 ou 4 minutes.

L'épreuve de Donath et Landsteiner consiste à mélanger les globules rouges et le sérum du malade, à plonger le tube dans de la glace pendant une demi-heure, puis à le mettre dans l'étuve, à 37°. Les globules sont hémolysés.

Ce n'est pas tout. L'hémoglobinémie est précédée, comme l'ont montré MM. Widal, Abrami et Etienne Brissaud, d'une *crise hémoclasique* analogue à celle constatée chez des sujets soumis à un *choc anaphylactique.* Elle se révèle par la leucopénie avec mononucléose, l'hypotension artérielle, l'hypercoagulabilité.

La crise hémoclasique a été observée par le professeur Gorter, de Leyde, et son collaborateur Len Bokkel Muinink chez une enfant dont ils ont publié l'histoire dans les *Archives de médecine des enfants,* en juillet 1916.

Il s'agit d'une fille de 5 ans, ayant de la splénomégalie et un Bordet-Wassermann positif. Cette enfant a des crises d'hémoglobinurie depuis l'âge de 2 ans. L'épreuve de Donath et Landsteiner est positive.

Gorter pratique l'épreuve de Widal : il immerge le bras pendant 5 minutes dans de l'eau à 5°. La pression sanguine tombe de 135 mm., avant l'épreuve, à 75 mm. après ; les globules blancs passent de 11.550 à 5.300 ; la mononucléose n'est pas notée ; dans les urines on trouve de l'hémoglobine 1 h. 25 après l'immersion.

Dans une seconde épreuve, les deux pieds sont immergés dans de l'eau à 5-7° pendant 16 minutes. Les mêmes phénomènes se reproduisent, plus accentués : la pression passe de 130 à 55, les leucocytes de 10.300 à 4.400, la mononucléose de 43 % à 88 % ; le sérum sanguin est très coloré, l'hémoglobinurie abondante au bout de trois heures.

Les faits que je viens de relater ont permis à MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud de préciser la pathogénie de la crise hémolytique.

Le plasma sanguin contient un *complexe hémolytique* : le complément, la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice, que Besredka a mieux appelée antihémolysine « parce qu'elle neutralise le complément et la sensibilisatrice. »

Chez les sujets normaux, ce complexe hémolytique est stable, à toute température ; il n'est pas influencé par l'action du froid. Au contraire, chez les hémoglobinuriques, il est instable ; le froid le dissocie. Libérés par le froid de l'antihémolysine, sensibilisatrice et complément se fixent sur les hématies circulantes, mettent en liberté de l'hémoglobine, d'où la crise d'hémolyse intravasculaire et d'hémoglobinurie.

Le professeur Widal conclut : « L'hémoglobinurie est une maladie du plasma ; elle est liée à la dislocation par le froid du complexe hémolytique que renferme tout plasma sanguin. Cette dislocation soudaine trouble l'équilibre statique des colloïdes du sang. Elle est comparable à l'injection d'une albumine hétérogène et déclanche un choc identique à celui de l'anaphylaxie : un véritable *choc colloïdo-clasique.* On constate la même crise vasculo-sanguine et les mêmes symptômes cliniques que dans tous les chocs colloïdoclasiques. »

Cette maladie du plasma paraît être la conséquence, chez l'enfant, de la syphilis héréditaire, chez l'adulte de la syphilis acquise. Tout au moins se rencontre-t-elle, sinon toujours mais presque toujours chez des syphilitiques. On ne sait pas pourquoi seuls certains syphilitiques en sont atteints. Mais on ne saurait être surpris du fait, quand on sait avec quelle fréquence l'hérédosyphilis lèse les organes hématopoiétiques. Rappelez-vous ma leçon du 7 mars sur l'*anémie des nourrissons syphilitiques.*

A côté des altérations du sang que je viens d'étudier, les enfants atteints d'hémoglobinurie paroxystique en présentent quelques autres, moins constantes et moins importantes.

Le nombre des hématies est diminué pendant la crise.

Les globules rouges ont presque toujours une résistance normale, dans l'intervalle des crises et pendant l'accès. Dans quelques cas cependant la résistance globulaire est diminuée pendant la crise et le sérum n'est pas hémolysant ; on peut invoquer alors une *fragilité globulaire* spéciale.

* * *

Le TRAITEMENT de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* doit être *étiologique* et *pathogénique.*

Le TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE, c'est le *traite-*

ment de la syphilis. On a utilisé le plus souvent le *mercure* et l'*iodure*, seuls ou sassociés : frictions avec l'onguent napolitain, injections de benzoate ou de bichlorure de mercure, d'huile grise, etc. Les *composés arsenicaux* ont été plus rarement utilisés.

En 1912, Rault, dans sa thèse sur « *l'hémoglobinurie paroxystique chez l'enfant, ses rapports avec la syphilis héréditaire* », cite l'observation d'un malade de Sébileau, de Nantes. Une fille a, depuis l'âge de 7 ans, des crises d'hémoglobinurie répétées tous les jours ou deux jours. Le père est syphilitique. L'enfant a une kératite interstitielle, de la splénomégalie, de l'anémie. On prescrit d'abord des pilules mercurielles, le sirop de Gibert, sans résultat. M. Sébileau voit l'enfant à 9 ans ; il lui fait 12 injections d'*hectine*, une tous les deux jours. Il les répète à intervalles d'un mois, pendant un an. A partir de la troisième injection, les crises s'espacent et ne reviennent plus qu'à de rares intervalles ; l'hiver suivant, l'enfant n'a qu'une seule crise provoquée par un léger refroidissement.

MM. Péhu, Chalier et Contamin ont publié à la *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, le 11 mai 1920, l'observation d'un enfant de 7 ans, présentant des stigmates d'hérédo-syphilis et ayant un Bordet-Wassermann positif. La maladie a débuté quelque temps auparavant et les crises se succèdent. Des frictions mercurielles et des injections de benzoate de mercure entraînent une amélioration. En outre, une injection intraveineuse de novarsénobenzol de 0 gr. 05 ne provoque aucune crise hémoclasique ni hémoglobinurique. La thérapeutique par les injections intra-veineuses semble donc pouvoir être tolérée.

Le TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE comprend d'abord des *précautions hygiéniques* : éviter le froid et les autres causes occasionnelles.

Il se propose en outre de *stabiliser le complexe hémolytique.*

Pour atteindre ce but, MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud, conseillent la *protéinothérapie.* Cette protéinothérapie, réalise « une véritable consolidation du complexe hémolytique ».

Après la cure, l'exposition au froid ne provoque plus de crises. Les malades sont en quelque sorte « vaccinés contre le froid ».

Cette protéinothérapie peut se réaliser avec des substances diverses. MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud ont, en 1913, utilisé l'*autosérothérapie.* Ils conseillent surtout les injections de *peptone de Witte*, que le professeur Nolf a employées avec succès en 1909. « Son ubiquité, son absence de pouvoir antigénique et son incapacité à produire des chocs par injection sous-cutanée » lui « confèrent une supériorité incontable ».

On emploie la solution suivante, à une dose de 4 à 10 cc., suivant l'âge, tous les 2 ou 3 jours.

Peptone de Witte........	5 gr.
Chlorure de sodium......	0 gr. 50 cgr.
Eau distillée............	100 gr.

Faire bouillir, filtrer à chaud et stériliser à l'autoclave à 12°.

M. Ricaldini a expérimenté la *désensibilisation par le froid.*

Le point de départ de cette méthode est dans les expériences qu'ont faites MM. Widal, Abrami et Brissaud, en 1921. Ces expérimentateurs ont constaté que les animaux soumis au coup de froid « réagissent parfois à l'injection de propeptone comme si le froid équivalait à une injection préalable de la même substance », qu'ils « supportent un nouveau refroidissement sans en éprouver aucun trouble et cette immunité se prolonge pendant plusieurs heures ».

M. Chiassi, d'autre part, a constaté, en 1920, que chez une malade hémoglobinurique l'épreuve du froid répétée le matin, et le soir, ne provoque pas, la deuxième fois, la crise hémoclasique et ne provoque que très difficilement l'hémoglobinurie, comme s'il s'était produit une véritable *désensibilisation passagère.*

M. Ricaldini a traité l'hémoglobinurique de 15 ans, dont j'ai parlé tout à l'heure, de la façon suivante : D'abord, immersion dans l'eau à 4° du petit bout d'un doigt ; chaque jour, progressivement pendant 10, 20, 25, 30, 35 secondes. Ensuite, augmentation de la surface immergée et de la durée d'immersion, jusqu'à immersion, d'une main pendant 2 minutes et demie, puis des deux mains pendant 3 minutes. Enfin, tous les jours, quatre séances à intervalles de 15 à 30 minutes, d'une durée totale de 5 minutes. Aucune séance n'a provoqué de réactions.

Après quatre mois de traitement, la malade ne redoute plus l'eau. Cependant l'épreuve de Donath et Landsteiner est toujours positive.

Le professeur Ricaldini conclut : « La désensibilisation fut assez nette, je ne dis pas parfaite »

Nous ne sommes donc pas désarmés en présence d'un enfant atteint d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* : un traitement étiologique et un traitement pathogénique, employés simultanément ou successivement, sont à notre disposition.

Quelle doit être notre conduite vis-à-vis de l'enfant que je viens de vous présenter ?

Voilà un garçon de 15 ans qui, depuis l'âge de 13 ans, a des crises d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. Nous ne trouvons pas de fragilité globulaire ; la résistance globulaire est normale avant et pendant la crise. Par contre, le froid provoque nettement une crise hémoclasique, l'apparition de l'hémoglobinurie, que décèlent

les épreuves d'Erlich, de Donath et Landsteiner, puis de l'hémoglobinurie. Ce garçon est un hérédo-syphilitique, et, fait assez particulier, il présente des signes cliniques d'hérédo-syphilis nerveuse associés à des modifications importantes du liquide céphalo-rachidien.

Fallait-il commencer par le traitement pathogénique et faire ensuite le traitement antisyphilitique, ou procéder inversement ?

Nous avons opté pour le traitement antisyphilitique, parce que les symptômes nerveux témoignent d'une syphilis en pleine activité. Nous avons commencé des injections de muthanol. Nous utiliserons plus tard soit la protéinothérapie, soit la désensibilisation *a frigore*. J'espère que nous arriverons à faire disparaître les crises d'hémoglobinurie et à améliorer l'état de son système nerveux.

CAUSERIE CHIRURGICALE

De la direction actuelle et des destinées de la chirurgie en rapport avec l'anatomie,

Par Dartigues.

La première des choses qu'il y ait à envisager quand on parle des transformations et des directives nouvelles de la chirurgie, ce sont les rapports nouveaux qu'elle engage avec l'anatomie et c'est la solidarité toujours accrue et variée qui existe entre ces deux sciences. L'anatomie et la chirurgie sont véritablement, on peut le dire, des sœurs jumelles n'allant jamais l'une sans l'autre.

Si l'anatomie est la base sans laquelle il n'y a pas de chirurgie, il est curieux de constater que celle-ci contribue à son développement en lui demandant de nouvelles recherches et de nouvelles précisions pour les besoins auxquels elle est elle-même soumise.

Au fur et à mesure que la chirurgie agrandit son domaine et surtout multiplie son action, elle exige, des opérateurs, des connaissances anatomiques plus nombreuses et plus absolues.

En dehors des notions anatomiques qui intéressent le chirurgien au point de vue général et comme culture scientifique seule, il y a un accroissement de la nécessité de mieux connaître telle ou telle région, ou tel organe, ou tel rapport, ou telle voie d'accès, parce que se sont présentées de nouvelles applications pratiques.

L'anatomie que devait connaître le chirurgien d'autrefois, qui bornait l'action de son couteau ou de son bistouri aux membres et à quelques rares régions accessibles, n'est rien en comparaison de tout ce qu'il nous faut savoir, puisque nous avons abordé et abordons tous les organes : à cette heure, on peut dire que l'anatomie humaine a perdu toute sa virginité vis-à-vis de la chirurgie.

Car il ne suffit pas de contempler l'univers de la structure humaine pour en connaître la forme, la complexité intime, les lois et les mécanismes, mais d'en tirer des applications utilitaires.

Nous devons considérer l'anatomie sous le jour chirurgical et l'envisager comme un centre de vie d'où nous rayonnons par des sentiers infinis et variables pour y faire accéder notre action. N'oublions pas la juste parole de Cruveilhier : l'anatomie pour le chirurgien est ce qu'est la carte pour le voyageur.

Comme exemple tout récent de cette augmentation de l'utilisation de l'anatomie par la chirurgie, il faut citer dans le domaine des os : l'emprunt de certains os comme le péroné à la place du cubitus ou du radius absent, d'une partie du tibia, pour l'opération d'Albee du mal de Pott.

Dans le domaine des artères : La découverte précise des artères, non seulement pour des amputations de plus en plus rares et qui se font d'ailleurs différemment, puisqu'elles doivent se faire d'après le principe clinique de la parcimonie conservatrice, mais pour applications nouvelles telles que les ligatures dans un but d'hémostase préalable pour l'extirpation de certaines tumeurs et certains cancers (l'artère hypogastrique, par exemple, pour le cancer de l'utérus, la carotide externe pour celui de la langue), telles que la dénudation des artères, ou l'énervation vasculaire dans la sympathectomie, ou opération de Leriche, afin de remédier à des troubles trophiques divers, à des causalgies dans le territoire alimenté par ces artères, à la maladie de Raynaud ou asphyxie locale des extrémités, à des obstructions des artères dans certaines artérites oblitérantes qui entraînent la gangrène d'un membre ; aussi, mon ami, le Pr Mériel, a-t-il bien fait de rajeunir dans un beau livre cette méthodique découverte des troncs artériels.

Dans le domaine des veines : l'anatomie a vu ses sections utilisées pour créer des anastomoses veineuses telles que l'omentopexie, la fistule d'Eck ou anastomose de ces énormes troncs veineux : la veine-porte et la veine-cave, l'abouchement saphéno-fémoral pour remédier à des interruptions ou des troubles de circulation

veineuse dans le domaine porto-cave, et à des varices du membre inférieur.

Dans le domaine des nerfs : l'anatomie a vu récemment, à l'occasion de la guerre surtout et de certains accidents du travail, l'application de ses rapports précis pour des sutures des troncs nerveux et pour l'anastomose de certaines branches de nerfs *différents* pour remédier à certaines paralysies, pour la résection de certains nerfs comme le sympathique cervical et le nerf phrénique pour remédier au goitre exophtalmique, à des syndromes angineux, à la dilatation bronchique, à la tuberculose pulmonaire.

La chirurgie utilise désormais des organes qu'elle a élus anatomiquement pour remédier à certaines affections : tels, par exemple, l'intestin grêle, pour obvier à une anomalie regrettable : l'absence de vagin chez la femme ; certains muscles comme le releveur de l'anus et les fessiers, pour constituer par des myoplasties des sphincters de l'anus abolis ou déficients (Izquierdo), cette utilisation des muscles constituant une cinématisation artificielle de faisceaux musculaires ; certaines aponévroses pour constituer des arthroplasties au niveau d'articulations ankylosées ; des ligaments pour rétablir la statique de divers viscères : ligamentopexies gastro-intestinales, rénales, utérines, hépatiques, etc.

De *nouvelles voies d'accès* ont été demandées à l'anatomie pour la chirurgie : ainsi pour aborder le centre de la base du crâne qui semble inaccessible, tout d'abord dans l'hypophysectomie pour enlever des tumeurs de l'hypophyse par la voie sous-labiale de Cushing, et la rhinotomie latérale avec résection de la cloison pour aborder le sphénoïde ; ainsi la voie transverso-abdominale de Louis Bazy pour aborder plus complètement le rein ; la voie colpotomique postérieure pour certaines tumeurs utérines et annexielles ; et la colpotomie antérieure comme je l'ai utilisée récemment pour la greffe ovarienne ou thyroïdienne ; la voie colpotomique pour évacuation de l'ascite, chez la femme, que j'ai pratiquée le premier ; la voie phrénolaparotomique extra-séreuse de Braine pour aborder le médiastin, espace compris au centre du thorax entre les deux poumons ; la voie juxta-rétro-péronière pour aborder certaines fractures du cou-de-pied.

La chirurgie s'est frayé encore de nouvelles voies anatomiques à travers le crâne et la colonne vertébrale pour aborder le cerveau et ses ventricules, pour atteindre les racines de certains nerfs craniens, le ganglion de Gasser, par exemple, et pour communiquer avec les méninges crâniennes et rachidiennes.

Faut-il citer la ponction, pour communiquer avec les méninges, des espaces des interstices intervertébraux et des trous de conjugaison : la ponction épidurale ou sacrée, la ponction lombaire, la ponction occipito-atloïdienne pour retirer du liquide céphalo-rachidien, dans le but de décompresser ; pour insensibiliser des parties entières du corps ; pour introduire des liquides médicamenteux et thérapeutiques comme l'ont fait avec tant d'audacieuse certitude mes amis les professeurs Sicard et Cestan, dans le traitement de la paralysie générale (injections intra-crâniennes). Les médecins eux-mêmes ont profité de ces voies pour prélever des liquides et en faire l'étude bio-chimique.

Des points de repère précieux ont été établis par des études anatomiques et utilisés d'une façon inattendue par la chirurgie. Charpy, avec mon ancien camarade et ami le Pr Jammes, dans leur petit chef-d'œuvre d'anatomie artistique où ils ont étudié les rapports des plis humains de la peau, des paupières, du bas-ventre ou mont de Vénus, du cou ou collier de Vénus, des plis inguinaux ou de l'aine, des plis fessiers, ont participé à la réalisation d'une chirurgie esthétique naissante.

Enfin, un autre élément est entré dans l'étude fructueuse de l'anatomie, dans un but chirurgical, c'est la radiographie et la radioscopie.

Leur apport est grand : tout le *squelette*, les *articulations* peuvent être contrôlés ; les *artères* et les *veines* même peuvent être rendues visibles sur le vivant (par la technique de Berberich et Hirsch, au moyen d'injections de bromure de strontium) ; les *voies digestives*, œsophage, estomac, intestin, peuvent être vus à des phases différentes de leurs fonctions, grâce à des repas ou des lavements barytés ; les *voies biliaires* et en particulier la vésicule biliaire peuvent être étudiées (par la technique de Graham et de Cole au moyen d'une injection de phénol-phtaléine tétrabromique), ainsi que les *voies urinaires*, (bassinet, uretère et vessie), les *voies spermatiques*, la *cavité utérine*, les *cavités ventriculaires* du cerveau, etc. (par la technique des injections de lipiodol).

En somme, une *anatomie radiographique vivante*, complémentaire de celle que nous avons apprise sur le cadavre, est née et agrandit chaque jour son domaine, et elle présente le caractère éminemment pratique que, nous sortant du schéma de la connaissance d'un type unique et théorique tiré d'études collectives sur des sujets morts, elle nous fait arriver à la réalité appliquée à l'individu qu'est le malade exploré, à l'*anatomie individuelle*, de telle sorte que nous avons maintenant à notre disposition une anatomie vivante, cinétique, physiologique, *individuelle*, complétant l'anatomie cadavérique, statique et immobile. Il existe désormais une ostéologie, une angéiologie, une splanchnologie radiologiques qui ont l'immense avantage pratique de nous conduire par les mêmes moyens à l'anatomie pathologique et par conséquent à des précisions diagnostiques inconnues jusqu'ici et utilisables

pour l'action chirurgicale. La radiologie anatomique est le trait d'union entre l'anatomie normale et l'anatomie pathologique.

Ce n'est pas tout, la chirurgie toute moderne étant entrée dans la voie nouvelle des *emprunts d'organes* à d'autres espèces, comme, dans certains cas, la méthode de greffes solides ou osseuses, et cartilagineuses, molles ou viscérales, il est nécessaire pour le chirurgien de recourir à des connaissances *d'anatomie comparée.* Et c'est là un fait nouveau dans la chirurgie en rapport avec l'anatomie. L'anatomiste chirurgical devra savoir faire le choix pour la conservation et l'utilisation et l'adaptation d'organes étrangers.

En somme, l'anatomie pratique, utilisable, dans le sens chirurgical, ne s'apprend plus seulement à l'amphithéâtre des morts mais dans les salles d'opérations des vivants, en voyant les champs opératoires découverts par les chirurgiens et dans lesquels apparaît une anatomie sur le vif, toute frémissante d'existence, dans les laboratoires de chirurgie expérimentale, les laboratoires de radiologie ; et l'anatomiste chirurgien n'est plus seulement celui qui s'adonne à des descriptions interprétées et expliquées, l'anatomiste pur qui se souvient des dessins, des planches polychromes, des moulages, des pièces sèches, de ses lectures et de ses dissections par lesquelles il s'est fait une vision intérieure, toujours présente de l'organisme... il n'est plus seulement l'anatomiste opérateur qui a affaire à toute la merveille de l'architecture humaine au milieu du péril d'une hydraulique sanguine incomparable, il est aussi un anatomiste-radiologue et en partie tout au moins un zoologiste.

Voilà l'état présent des rapports de la chirurgie avec l'anatomie, mais il est certain que dans l'avenir, les voies chirurgicales se multiplieront encore, que l'on abordera de plus en plus les régions qui sont connues du scalpel, mais encore inconnues du bistouri et que nous apprendrons d'une façon de plus en plus sûre les *chemins anatomiques préférables* pour couper court à la souffrance et à la mort et que la chirurgie destructrice, tendant de plus en plus à devenir, complémentairement constructrice, fera des emprunts à d'autres organismes qui, considérés physiologiquement et biologiquement comme réfractaires, pourront, par des moyens nouveaux et une préparation préalable, être rendus assimilables. La chirurgie, dans certaines occasions, sera bilatérale : la transfusion sanguine était il y a peu de temps encore, opération bihumaine quand elle anastomosait bras à bras les vaisseaux ; elle pourra l'être encore par exemple pour faire vivre un lambeau cutané d'un individu sur un autre individu. On peut dès à présent affirmer que maintenant est née une chirurgie à action parrallèle en empruntant non seulement des organes morts, mais des organes vivants à une autre espèce. Comme on le voit, une destinée apparaît dans ce renouveau anatomique ou plutôt dans cette amplitude anatomique, en rapport avec la marche accélérée des besoins chirurgicaux.

Une des destinées de la chirurgie est donc de multiplier et d'utiliser les sources de l'anatomie, et cela d'une façon continue et peut-être inattendue.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La gangrène chez les diabétiques.

D'après le Pr M. Labbé, trois formes sont à distinguer :

1o La gangrène par infection, moins fréquente aujourd'hui que jadis, qui est due soit à l'exceptionnelle virulence des germes, soit à la prédisposition du terrain morbide. Il faut un traitement rapide par la désinfection, la sérothérapie antigangréneuse, les incisions larges et les amputations s'il y a lieu ;

2o La gangrène par névrite (mal perforant), souvent due à la coexistence de la syphilis et de l'alcoolisme, plus rarement à une véritable névrite diabétique. Traitement par le repos, la suppression des toxiques comme l'alcool, la désinfection ;

3o La gangrène par artérite, la plus fréquente souvent annoncée par les douleurs et la claudication intermittente. Il y aurait ici à établir un rapport entre l'excès de cholestérine dans le sang, les troubles circulatoires des diabétiques, et le dépôt de cholestérine dans les artères des diabétiques atteints de gangrène. La visibilité de ces artères à la radiographie constituerait le signe le plus précoce de l'artérite.

Cette forme de gangrène nécessite le repos absolu dans la position couchée, l'enveloppement du membre dans un pansement ouaté, le réchauffement par des bouillottes placées dans le lit. Quand il n'y a pas d'infection, un pansement sec vaut mieux qu'un pansement humide, qui favoriserait les excoriations et les infections secondaires ; on a utilisé aussi l'air chaud, la diather-

mie, bref la chaleur sous toutes ses formes pour aider au rétablissement de la circulation artérielle en combattant le spasme, lorsque l'artère n'est pas complètement oblitérée. Le citrate de soude, à la dose de 20 à 30 gr. par jour, a donné quelquefois de bons résultats : il calme la douleur et favorise la circulation.

Bien entendu, ici comme dans toutes les espèces de gangrènes, la cure de régime doit être appliquée. Dans les diabètes sévères avec hyperglycémie tenace, on peut, pour obtenir un résultat plus rapide, se servir de l'insuline ; elle joint ses effets à ceux de la diététique, mais il ne faut pas croire qu'elle exerce une action sur la circulation ni sur la vitalité des tissus.

Quant au traitement chirurgical, M. Labbé a vu la plupart des gangrènes artérielles guérir par le traitement médical, qui consiste seulement à laisser la nature accomplir son œuvre de momification et d'élimination. Le résultat final n'est pas parfait ; il a l'inconvénient de laisser parfois des déformations, des raideurs articulaires qui gênent le fonctionnement du membre ; mais il a le grand avantage de limiter les dégâts ; là où le chirurgien aurait dû enlever au moins le pied, le malade s'en tire avec une perte d'un ou de plusieurs orteils, conservant un bon pied, qui lui sert pour la marche. Cependant le traitement médical est fort long ; il exige plusieurs mois de séjour au lit et des soins assidus ; au point de vue utilitaire, le traitement chirurgical, moins onéreux, rend plus vite le gangréneux à la vie active. Cependant il peut apporter un secours précieux dans les cas qui s'infectent rapidement, s'étendant et menaçant la vie du malade, ou encore si les douleurs, dues à l'artérite, rendent la vie intolérable.

Même après l'ablation d'un segment de membre, ne pas oublier d'instituer un traitement préventif pour les autres menaces possibles de gangrène du côté opposé.

Bref, chaque cas exige un diagnostic précis de l'origine de la gangrène, une décision prise d'un commun accord par le médecin et le chirurgien. (*La Presse médicale*, 4 mars 1925.)

Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse et la vaccinothérapie associées.

Ces méthodes ont donné isolément de brillants résultats, comme l'arsénothérapie dans les formes de gangrènes pulmonaires fuso-spirillaires.

Quant aux méthodes chirurgicales (pneumothorax artificiel, pneumotomie avec drainage), elles ne sont de mise, dans les formes pneumoniques de la gangrène, que lorsque le traitement médical a échoué, tandis que les formes pleurétiques sont justiciables de la pleurotomie précoce.

Le Pr Roubier a eu l'occasion de faire quelques observations intéressantes après avoir traité un certain nombre de malades, atteints de gangrène pulmonaire ou de bronchite fétide, en associant à la sérothérapie antigangréneuse par voie sous-cutanée les injections d'un autre vaccin, préparé avec l'expectoration des malades.

Les formes cliniques de la gangrène pulmonaire sont nombreuses, et le pronostic de cette affection est très variable suivant les cas. A côté des formes rapidement mortelles, sur lesquelles tout traitement reste sans action, il en est d'autres qui s'annoncent comme graves, et qui cependant guérissent au bout d'un temps très variable. Il est souvent difficile de dire si cette heureuse terminaison est réellement due à la thérapeutique instituée, et cependant, chez les malades dont l'auteur rapporte l'histoire, la courbe thermique et les images radiologiques successives montrent que l'évolution vers la guérison s'est produite à partir du moment où la vaccinothérapie et la sérothérapie ont été instituées.

Cependant, ces deux méthodes de traitement ne peuvent être considérées comme à proprement parler spécifiques de la gangrène pulmonaire. Néanmoins, la gangrène évoluant par poussées successives, les deux malades du Pr Roubier ont été réexaminés à plusieurs reprises au double point de vue clinique et radioscopique ; chez tous deux la guérison se maintient complète depuis 8 mois ; tout porte à croire qu'elle sera définitive. Les auto-vaccins contenaient 3 à 4 milliards de germes par cmc. ; les injections en ont été pratiquées tous les 3 jours par voie sous-cutanée, en commençant par la dose de 1 /2 cmc., puis de 1 cmc., pour atteindre ensuite 1,1 /2 et 2 cmc. Ces injections sont en général bien tolérées. (*Le Progrès médical*, 21 mars 1925.)

Doit-on prescrire des médicaments aux diabétiques ?

1° *Médicaments agissant sur le trouble nutritif lui-même* :

a) Médicaments discutables : antipyrine et succédanés : aspirine, pyramidon, acétanilide.

L'antipyrine peut parfois faire cesser brusquement la glycosurie ; mais le résultat est transitoire, et, si on le continue, on détermine des lésions rénales.

Les opiacés, les bromures, la médication oxydante (permanganate de potasse, manganèse), la quinine, l'iode, sont sans effet utile.

b) Médicaments utiles :

L'insuline est certes le plus actif, mais ne convient qu'à certaines formes de diabète, et ne guérit pas la maladie. D'autres opothérapies (hépatique) sont utiles, mais sans valeur générale.

Il peut être intéressant d'administrer les phosphates, très importants das l'assimilation des hydrates de carbone.

La vitamine B, surtout, peut rendre des services.

Certains sucres, comme le lévulose, conviennent à quelques diabétiques.

2°) *Médicaments symptomatiques.*

Ils sont plus utiles que les précédents, mais il faut en être sobre, se méfier des injections sous-cutanées ou intra-musculaires, ne jamais mettre de caustiques sur la peau, ni teinture d'iode.

Eviter, autant que possible les opérations chirurgicales, et se méfier particulièrement de l'emploi du chloroforme et de l'éther. Il semble qu'avec l'emploi de l'insuline, les risques soient diminués.

Les alcalins à petites doses peuvent être utiles.

Le diabétique doit faire un usage fréquent des laxatifs.

Les toni-cardiaques ont une grande importance, surtout dans le coma (digitale ou caféine).

On peut user des toniques généraux : arsenic, fer, manganèse, phosphates, et des stations minérales correspondantes.

Bref, dit le Pr RATHERY, aucun médicament ne guérit le diabète, aucun ne peut remplacer le régime. (*La Médecine*, 7-1924).

Sur le traitement du sycosis trichophytique.

Le sycosis trichophytique, ou trichophytie folliculaire de la barbe, est d'origine équine, et relativement commun. On peut, en quelques semaines, sans aucune instrumentation spéciale. en venir à bout, quelle que soit son ancienneté.

Voici comment opère le Dr G. THIBIERGE.

Après avoir fait enlever à la pince les poils, qui viennent facilement au niveau des lésions folliculaires et fait couper la barbe aussi ras que possible, il fait appliquer des cataplasmes de fécule de pomme de terre, préparés à chaud et refroidis avant leur emploi, qui sont renouvelés deux à trois fois par jour ; à chaque renouvellement, les parties malades sont tamponnées doucement avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie pure ou légèrement alcoolisée.

Tous les jours ou tous les deux jours, badigeonnage à la teinture d'iode étendue de 2 ou 3 fois son volume d'alcool ; laisser sécher, puis cataplasme.

Au bout de 5 à 10 jours, les phénomènes inflammatoires se sont amendés de façon à permettre la suppression des cataplasmes. Il suffit de faire chaque jour un ou deux savonnages à l'eau chaude et au savon de toilette, d'appliquer une pommade simple (vaseline boriquée), et, si on craint une reprise, de continuer les badigeonnages à la teinture d'iode tous les deux jours.

Si, par exception, des lésions persistent encore au bout de 8 à 10 jours, il est prudent, pour éviter la macération de la peau, de suspendre les cataplasmes, et de les remplacer par des pansements humides avec une solution isotonique de chlorure de sodium, additionnée de 0,50 à 1 gr. de sulfate de zinc par litre.

Ce traitement réalise l'occlusion des lésions et s'oppose ainsi à la dissémination du champignon et à la contagion du sycosis. (*Journal des Praticiens*, 19-7-1924.)

Le rhumatisme cardiaque évolutif.

Plus que les déterminations articulaires, les inflammations cardiaques rhumatismales peuvent effectuer une évolution prolongée, subaiguë ou chronique. Ces cas, qui méritent la dénomination de rhumatisme cardiaque évolutif, offrent le plus grand intérêt au triple point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Dès la première fois que le rhumatisme touche le cœur, il se produit une évolution inflammatoire de longue durée ; c'est le rhumatisme cardiaque d'emblée évolutif.

Ou bien, chez un malade porteur d'une cardiopathie cicatricielle, le rhumatisme cardiaque débute à l'occasion de légères douleurs rhumatismales ; c'est le rhumatisme cardiaque secondairement évolutif.

Il est bien difficile, cliniquement, de rapporter ces manifestations à l'atteinte de l'endocarde, du péricarde ou du myocarde. S'il faut insister sur le rôle de la *dyspragie myocardique* dans les manifestations cliniques du rhumatisme évolutif, c'est que celui-ci se révèle, en clinique, par des troubles extra-cardiaques en rapport avec cette dyspragie. Ce sont l'hépatomégalie douloureuse, avec *diarrhée* surtout post-prandiale, l'*oligurie*, de *légers œdèmes*, la *dyspnée d'effort*, enfin l'*œdème aigu du poumon*, signe majeur de l'insuffisance myocardique du ventricule gauche. La *douleur précordiale* est le plus souvent une douleur myocarditique (RIBIERRE et PICHON), soulagée plutôt qu'exagérée par la percussion-massage, mais de caractère plus ou moins angoissant. La *cardio-mégalie* est un des signes les plus fréquents du rhumatisme cardiaque évolutif. L'*assourdissement des bruits du cœur*, exceptionnellement dû à une péricardite, dépend tantôt de l'œdème valvulaire lié à l'endocardite, tantôt de l'hypotonicité du myocarde. Il existe enfin des *souffles éminemment variables*, et qui ne sont cependant pas anorganiques, comme on l'admet trop souvent à la légère.

Le caractère *rhumatismal* de cette poussée évolutive du cœur est démontrée par la *fièvre*, même discrète, l'*angine*, les *douleurs articulaires* ou *para-articulaires*. L'erreur de diagnostic consiste précisément à méconnaître ce caractère rhumatismal, et à attribuer les accidents cardiaques à des influences mécaniques mal expliquées, au surmenage physique, à l'alcoolisme, à une infection grippale, etc.

Or, le *rhumatisme* cardiaque évolutif indiquesurtout le repos absolu et l'usage du salicylate de soude, dont l'influence a paru aux auteurs extrêmement favorable, et cela *sans* ad-

jonction d'aucun toni-cardiaque. Ce médicament, malgré les avis opposés, n'exerce aucune action dépressive sur le myocarde. Il y a intérêt à en poursuivre longtemps l'administration, par des cures mensuelles régulières, même en dehors des poussées évidentes de l'infection. S'il y a intolérance stomacale, recourir à la voie rectale, voire même intra-veineuse. (*Paris médical*, 5-7-1924.)

Excroissances, végétations et néoplasies du canal anal.

Lorsque des malades se plaignent de troubles fonctionnels de la région ano-rectale, il importe de procéder toujours à une exploration locale minutieuse. Ces troubles peuvent en effet ressortir à des causes très différentes les unes des autres : ulcération, fissure, procidence d'une hémorroïde, névrose sensitive *sine materia*, néoformations.

Ce sont ces néoformations que MM. Bensaude, Cain et Oury étudient dans une revue qui constitue une excellente mise au point de ce chapitre de pathologie.

Quel que soit le point d'implantation de ces néo-formations sur la muqueuse rectale, il suffit qu'au cours de leur développement ou des efforts de défécation, elles viennent occuper la lumière du canal anal pour qu'elles rentrent dans le chapitre traité par les auteurs.

Ces néoformations sont des adénomes, des tumeurs villeuses, des fibromes, des polypes, véritables néoplasies de la région ; des néo-formations inflammatoires : papilles anales hypertrophiées, bourgeons granulomateux et fibreux des rectites végétantes.

Les signes fonctionnels sont : une gêne locale avec sensation d'un corps étranger, d'un débris fécal persistant dans l'anus, gêne qui ira en augmentant, et qu'exagèreront les efforts de défécation ; prurit anal ; irradiations tenaces et imprécises vers le périnée, le scrotum, le coccyx. La néo-formation ne se réduisant pas ou s'enflammant, tous ces signes s'exaspèrent et il en résulte une véritable obsession pour le malade en proie à des crises fissuraires ou à un suintement sanguinolent qu'il attribue à un cancer. On note en même temps de la constipation habituelle, entrecoupée de débâcles muqueuses.

Les signes physiques sont constatés par l'inspection méthodique de la région anale, et l'anuscopie, qui permet de reconnaître les tumeurs néoplasiques ou inflammatoires en cause. Les adénomes s'insèrent en peau saine ; les polypes sont insérés sur des hémorroïdes internes ; les papilles hypertrophiées sont à la marge même de l'anus ; les végétations compliquent les anorectites blennorragique ou chancrelleuse. Il sera bon de faire des biopsies pour s'assurer que les tumeurs examinées n'ont pas subi un commencement de dégénérescence maligne.

Les complications des néo-formations ano-rectales sont la lichénification, les irritations locales, les crises fissuraires, les ulcérations, les hémorragies, enfin la transformation maligne.

Le traitement cherchera d'abord à réaliser simplement une propreté locale rigoureuse sans tomber dans l'excès de soins et de nettoyages ; la réduction, après chaque selle, des formations prolabées avec le doigt huilé ou vaseliné ; les suppositoires de cocaïne, belladone, pommade au collargol ; les petits lavements d'eau de guimauve, les courants de haute fréquence.

Si ces moyens ne suffisent pas à calmer les troubles fonctionnels accusés par le malade, on aura recours à des méthodes plus radicales : l'intervention chirurgicale, qui réclame un opérateur exercé, méthode d'exception, et les courants de haute fréquence, soit sous forme d'applications diathermiques, soit sous forme d'étincelage. (*Archives des mal. de l'appar. digest.*, mai 1925.)

Syndrome entéro-rénal à forme hématurique.

On peut observer des hématuries qui en imposent pour une lésion primitive du rein, et qui relèvent d'une infection à point de départ intestinal. M. Boeckel, rapporte deux observations typiques d'un syndrome entéro-rénal à forme hématurique.

Trois étapes sont à considérer dans le processus de ce syndrome : une étape intestinale, les sujets étant des constipés chroniques riches en coli-bacilles ; une étape vasculaire, ces colibacilles finissant par passer dans la circulation ; une étape rénale, le rein ptosé, quand il existe, offrant une prédisposition à la localisation de l'infection.

Au point de vue clinique, dans cette affection, l'auteur signale l'abondance de l'hématurie. Le diagnostic ne sera fait habituellement qu'après avoir mis en œuvre tous les procédés modernes d'exploration des reins. On pensera en effet, au début, au néoplasme, à la tuberculose.

Le traitement consiste à désinfecter l'intestin et les voies urinaires. (*Strasbourg médical*, 20 juin 1925.)

Thérapeutique de la paralysie infantile.

Cette maladie se déroule en trois étapes, selon M. Roueche. La première étape, étape médicale, réclame une thérapeutique spécifique, réalisée, dès le diagnostic posé, par des injections intra-rachidiennes de sérum de convalescent de poliomyélite (5 à 15 cmc.), renouvelées le matin pendant cinq à six jours. A défaut de sérum de convalescent, on aurait recours au sérum antipoliomyélitique de A. Pettit.

La thérapeutique anti-infectieuse utilisera les injections intra-veineuses d'uroformine, de salicylate de soude ; les bains et enveloppements

tièdes, les ponctions lombaires, la désinfection du rhino-pharynx et l'isolement.

Du 15e au 25e jour après le début de l'affection, on emploiera la radiothérapie ou la diathermie.

La deuxième étape, médico-chirurgicale, réclame l'électrisation galvanique, l'hydrothérapie, certaines cures thermales, un certain appareillage du malade.

Dans la troisième étape, la chirurgie intervient pour pratiquer des ténotomies, des allongements tendineux, des transplantations musculaires, l'arthrodèse. (*La Médecine Infantile*, juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'action toni-cardiaque de la spartéine.

(MM. Soula et Delas. — *Académie de médecine* ; 7-7-1925.)

L'action de la spartéine sur le cœur a été diversement interprétée selon les auteurs. Laborde, Germain Sée, Pouchet, Pawlow ont attribué à cet agent des propriétés toni-cardiaques caractérisées. Pour Masius et d'autres, son action serait incertaine. Pour Minet, Legrand et Combemale, la spartéine serait inactive ou même déprimerait le myocarde.

MM. Soula et Delas ont étudié à nouveau l'influence de la spartéine sur le cœur par la méthode de la perfusion. Ils concluent, comme Laborde, à un effet toni-cardiaque important de ce médicament et leur travail justifie son emploi en thérapeutique.

L'insuline en applications locales dans les plaies atones.

(MM. Chabanier, Lumière et Lebert. — *Académie de médecine* ; 15-7-1925.)

L'insuline en injections a des propriétés trophiques sur les plaies atones des diabétiques, et aussi sur les ulcères des sujets ayant une glycémie élevée. Elle agit même, en pareil cas, chez les malades non diabétiques.

Ce n'est pas tout. M. Chabanier a utilisé l'insuline, non seulement en piqûres, mais aussi en applications locales. Chez une dizaine de malades atteints d'ulcères variqueux anciens, non hyperglycémiques, il s'est adressé aux pansements avec une pommade ainsi composée :

Lanoline	30 gr.
Vaseline...............	65 gr.
Insuline (de l'auteur)....	30 gr.

Il a obtenu de ce traitement de bons résultats et il pense que l'emploi local de l'insuline a eu une bonne part dans la guérison.

Atropine et alcaloïdes totaux de la belladone.

(MM. P. Lemay et Jaloustre. — *Académie de médecine* ; 15-7-1925.)

Les alcaloïdes totaux de la belladone ont évidemment des effets différents de ceux de l'atropine, alcaloïde principal de la plante. M. Tiffeneau a montré qu'il faut deux fois plus d'atropine que d'hyoscíamine pour paralyser le nerf cardiaque. Les auteurs estiment qu'il y a intérêt à utiliser en thérapeutique les alcaloïdes totaux, deux fois plus actifs sans être plus toxiques que l'atropine.

La recrudescence de l'alcoolisme.

(M. Ch. Achard. — *Académie de médecine* ; 21-7-1925.)

L'alcoolisme, qui avait presque disparu des hôpitaux à la fin de la guerre, est depuis quelque temps en recrudescence. M. Achard a déjà eu l'occasion d'en parler à la tribune de l'Académie et il apporte aujourd'hui une statistique de son service de l'hôpital Beaujon, portant sur les six derniers mois.

Durant ce laps de temps, 418 hommes et 579 femmes ont été reçus dans ses salles, fournissant une proportion d'alcooliques de 10 % pour les premiers et de 6 % pour les dernières. L'alcoolisme, chez ces malades, était tantôt la cause essentielle de l'affection pour laquelle ils avaient été admis à l'hôpital (cirrhose, delirium tremens, polynévrite, gastrite), tantôt une cause seulement d'aggravation.

Cette recrudescence de l'alcoolisme reflète assez exactement, semble-t-il, le relèvement de la consommation de l'alcool en France. Les origines de ce regain de l'éthylisme sont de divers ordres : la progression des salaires, le défaut d'esprit d'économie chez les travailleurs des villes, la journée de huit heures qui accroît les loisirs, le désir de profiter au maximum des satisfactions matérielles, etc. Pour diriger la prophylaxie, il faudrait déraciner le préjugé populaire qui veut que l'alcool donne des forces, enrayer le développement des boissons distillées qui, sous des noms camouflés tendent à ressusciter l'absinthe (qu'il est même question de rétablir), répudier le terme de boissons hygiéniques que l'on applique trop généreusement aux vins, cidres et bières (faisant croire qu'elles sont favorables à la santé en toutes quantités), et enfin organiser une propagande populaire auprès des travailleurs (le médecin est particulièrement qualifié pour donner sous ce rapport des conseils désintéressés) et, auprès des enfants, à l'école.

Et M. Achard conclut : « Quand s'organisera chez

nous la « cellule » qui inscrira dans son programme les réalités profitables à l'hygiène avant le mirage d'un paradis social ? J'aurais, je l'avoue, plus de confiance dans la police anti-alcoolique faite par quelques camarades convaincus et organisés que dans les adjurations philanthropiques des plus éminents moralistes. »

Les anophèles de la Corse.

(M. E. BRUMPT. — *Académie de médecine* ; 21-7-1925.)

Chargé par la Fondation Rockefeller de créer en Corse une station anti-paludique, M. Brumpt a eu l'occasion de faire une étude des divers anophèles rencontrés en Corse.

Laveran et Battesti ont signalé, il y a 25 ans, l'existence de l'*Anopheles maculipennis* en Corse. Depuis cette époque, les auteurs qui ont eu à s'occuper du paludisme dans cette région n'ont rencontré que cette variété. M. Brumpt a trouvé, de son côté, une prédominance très grande du maculipennis, mais il a observé aussi diverses autres espèces, beaucoup plus rares, il est vrai (*A. algeriensis*, *A. hyrcanus*, etc.), également pathogènes, vectrices de malaria. Tous ces moustiques présentent cette particularité d'être attirés par les animaux domestiques, ce qui offre un grand intérêt (dérivatif) au point de vue de la prophylaxie du paludisme.

Encéphalite consécutive à la vaccination antivariolique.

(MM. BOUWDYK BASTIAANSE, THERBURGH, BYL et LEVADITI. — *Académie de médecine* ; 21-7-1925.)

On sait que, dans certains pays, la vaccine est vivement attaquée. On lui reproche de favoriser l'apparition de la fièvre typhoïde, de développer la tuberculose, et d'autres méfaits encore. Avec la connaissance de la neuro-vaccine, il apparaissait dans la logique des choses qu'un jour viendrait où on lui attribuerait des encéphalites.

En Hollande, des exemples d'encéphalite (type léthargique) succédant à la vaccination ont été signalés. M. Bouwdyk Bastiaanse, de La Haye, en donne la relation et il s'efforce d'en établir les rapports avec la vaccine. On peut considérer ces cas comme relevant d'une encéphalo-myélite vaccinale, causée par un neuro-vaccin. On peut aussi penser qu'il s'agit d'une encéphalite épidémique ordinaire, où le vaccin n'a été que cause accessoire, chez des sujets porteurs de germes encéphalitiques. C'est à cette seconde hypothèse que s'arrête l'auteur.

— M. ARNOLD NETTER, réunissant les observations d'encéphalites post-vaccinales signalées en Tchéco-Slovaquie, à Vienne et surtout aux Pays-Bas, arrive au total de 39. Il n'est pas possible, actuellement, d'être fixé sur la nature de ces faits, extrêmement rares d'ailleurs. En attendant, au point de vue pratique, il sera bon de s'abstenir de séances publiques de vaccination en temps d'épidémie d'encéphalite comme cela est de règle dans les localités où sévit une maladie contagieuse. De plus, eu égard à l'intensité des réactions vaccinales constatées de divers côtés au cours des dernières années, on pourra se borner à faire deux scarifications.

La possibilité de l'encéphalite post-vaccinale ne saurait amener à renoncer à la vaccination, pas plus que celle des accidents sériques ou chloroformiques ne fait renoncer à la sérothérapie et à l'anesthésie.

— M. L. CAMUS ajoute que le vaccin de génisse dont on se sert actuellement est dermotrope, et non neurotrope. Il faut, en pareille matière, avant de jeter une suspicion quelconque sur la vaccine, étudier la question en milieu compétent.

La pigmentation du sein préventive des crevasses. Traitement de celles-ci par les rayons ultra-violets.

(M. P. CHATIN, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 21-7-1925.)

M. Chatin, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, a étudié le phénomène de la pigmentation des aréoles des seins dans ses relations avec l'apparition des crevasses. La pigmentation est un processus qui est d'ordre normal dans la grossesse. Les crevasses du mamelon, d'autre part, s'observent pendant l'allaitement. Peut-être la première est-elle une mesure de défense physiologique contre les dernières. En tout cas, M. Chatin a noté que les femmes ayant une forte pigmentation étaient rarement atteintes de crevasses du sein. De là lui est venue l'idée de traiter les crevasses du sein par les rayons ultra-violets, médication qu'il a eu l'occasion d'employer chez douze malades. Comme résultats, il a observé une amélioration immédiate des douleurs, une cicatrisation rapide des lésions se faisant parallèlement à la pigmentation cutanée.

Comment agissent les rayons ultra-violets en pareille circonstance ?

Ils ont d'abord une action stérilisante, bien connue, microbicide. Ils favorisent aussi l'épidermisation et sont analgésiques.

Accidents graves au moment d'une primo-injection de sérum.

(M. R. DEBRÉ. — *Société de Pédiatrie* ; 3-3-1925.)

M. Robert Debré rapporte, au nom du Dr Korb, une observation d'accidents extrêmement graves apparus lors d'une première injection de sérum antidiphtérique.

Il s'agit d'un enfant de six ans qui reçut, comme traitement d'une angine diphtérique d'allure assez sérieuse, une injection dans le flanc gauche de 30 centimètres cubes de sérum.

L'injection à peine achevée, l'enfant fut pris d'un grand frisson. Les paupières inférieures se tuméfièrent et le corps se recouvrit d'une éruption urticarienne. En même temps, l'angoisse apparut, les

yeux se révulsèrent, la respiration s'arrêta et le pouls devint imperceptible. M. Korb pratiqua aussitôt une injection fessière de un quart de milligramme d'adrénaline, qui fut suivie d'une détente progressive de tous les troubles.

Un premier point de cette observation mérite d'attirer l'attention. C'est l'action, qui a paru nette, de l'adrénaline. On apprit, d'autre part, que l'enfant avait antérieurement ingéré une préparation fortifiante à base de sérum de cheval, et il est permis de supposer qu'il y a eu là une origine de sensibilisation. On sait que M. Rist a, hypothétiquement il est vrai, attribué pour une part l'hypersensibilité connue des tuberculeux vis-à-vis des injections sériques à l'ingestion préalable de viande de cheval crue.

Chaque fois donc que l'on pratique une injection de sérum, il sera bon, si possible, d'avoir à portée une ampoule d'adrénaline, comme font les syphiligraphes lors des injections intra-veineuses d'arsénobenzol.

— M. Lesné considère que, parmi les accidents sériques graves immédiats, ceux qui se manifestent par des poussées urticariennes ou œdémateuses sur les muqueuses semblent être plus favorablement influencés par l'injection d'adrénaline. Lorsqu'on est en présence de phénomènes de choc avec crise épileptiforme et syncope, l'action du médicament est peu appréciable.

La grippe des nourrissons.

(M. Jean Hallé. — *Société de Pédiatrie* ; 3-3-1925.)

La grippe, après avoir frappé les adultes, les adolescents et les enfants, trouve maintenant un champ d'action dans le terrain neuf des nourrissons. Elle revêt des formes variées qui ne sont pas toujours faciles à caractériser quand elles surviennent par cas isolés. On est guidé dans ce dépistage par la répétition des mêmes accidents, la coexistence de grippes familiales et aussi l'évolution de la maladie.

Une première forme, gastro-intestinale, donne lieu volontiers à des vomissements incoercibles, avec légère hyperthermie, durant 2 ou 3 jours. On peut voir aussi les signes du choléra infantile, à une époque (l'hiver) où cette affection ne se rencontre guère.

On a noté, dans la grippe de ces tout jeunes enfants, le début par des syncopes et une tendance aux hémorhagies nasales. En dehors du coryza diphtérique, il est fort rare, on le sait, de voir un nourrisson saigner du nez.

Une autre forme comprend des accidents nerveux, des convulsions (sans suite habituellement), certaines hyperthermies et certaines dyspnées, d'origine centrale ou bulbaire probablement, sans autre signe morbide. La broncho-pneumonie n'a pas été très commune.

— M. Comby ne croit pas que les convulsions soient ici d'ordre banal. Elles traduisent, pour lui, une altération encéphalique qui peut laisser à sa suite une épine latente, un foyer mal éteint qui causera plus tard des crises d'épilepsie. Pour l'auteur, l'épilepsie n'est pas une tare familiale. Elle constitue une séquelle d'une maladie antérieure.

— M. Robert Debré a vu la grippe infantile réaliser deux syndromes principaux : respiratoire et nerveux. Les accidents respiratoires ont comporté plusieurs fois des crises aiguës d'œdème pulmonaire, qui ont guéri, contre toute attente. Les phénomènes nerveux étaient parfois convulsifs avec, dans l'intervalle, un état ataxo-adynamique.

P. L.

Les Congrès

X[e] Congrès de médecine légale des pays de langue française.

(*Suite*) (1)

Discussion du 1er Rapport (La mort par inhibition).

M. Balthazard (de Paris). — Dans le rapport de MM. Duvoir et Richet fils, le mécanisme physiologique de l'inhibition est fort bien étudié, et nos collègues ont eu le mérite de rénover la question par l'introduction des notions nouvelles sur le système neuro-végétatif. Malheureusement, ils n'ont pas trouvé de critérium nouveau pour diagnostiquer la mort par inhibition, qui reste un diagnostic d'élimination, admissible seulement lorsque toutes les causes susceptibles d'expliquer la mort autrement que par un mécanisme réflexe ont été éliminées. Aussi, quel que soit l'intérêt physiologique du rapprochement entre l'inhibition brutale et les chocs traumatiques retardés, il me paraît dangereux de vouloir élargir le champ de l'inhibition. Dans le choc traumatique retardé interviennent des éléments divers : la résorption des produits d'autolyse des tissus mortifiés, le refroidissement consécutif aux pertes sanguines, la toxi-infection ayant son point de départ au niveau des blessures.

Le terme de « mort par inhibition » doit être réservé aux arrêts brusques du cœur ou de la respiration, déclenchés sous l'influence du traumatisme par voie réflexe. Si l'on accepte cette définition, on constate que le nombre des observations démonstratives de mort par inhibition reste, dans la pratique médico-légale, singulièrement restreint et que bien souvent le diagnostic précis n'a pas été posé, faute d'une autopsie suffisamment complète.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 33 du 16 août 1925.

M. Et. MARTIN (de Lyon) précise que, dans notre ignorance de la pathogénie des faits que nous observons, nous devons retenir les deux particularités suivantes : *a*) la syncope mortelle est provoquée par un choc léger et même par une émotion ; *b*) la syncope ne produit pas toujours la mort subite, mais une mort rapide, dans un délai très rapproché du choc qui l'a provoquée.

La mort subite paraît être tout à fait exceptionnelle dans les observations médico-légales. L'auteur n'en a observé qu'un unique cas où la mort pouvait être attribuée à l'arrêt subit et primitif du cœur. Le choc émotionnel lui paraît pouvoir aussi déterminer la mort brusque, et il en cite un cas personnel à titre documentaire, car, l'autopsie n'ayant pas été faite, on ne peut affirmer qu'il n'y avait pas de tares organiques. Enfin, il émet l'hypothèse que les cas observés en médecine légale sont mortels très vraisemblablement parce que les victimes ne sont pas secourues à temps, ainsi qu'une observation brève en apporte au moins un commencement de preuve.

Il convient aussi de bien séparer la mort subite de la mort rapide qui se produit après un temps appréciable, et que les cliniciens connaissent bien, mais que le médecin légiste n'a aucun moyen de diagnostiquer au moment de l'autopsie.

Enfin, il y a les cas où un traumatisme léger provoque la mort au bout d'un temps variable, et dans des conditions où l'inhibition des centres nerveux ne fournit aucune explication plausible des phénomènes. Pour l'auteur, seule la théorie du choc colloïdal d'Aug. Lumière paraît susceptible d'éclairer la pathogénie de cette catégorie de faits, où la mort ne se produit qu'assez longtemps après le traumatisme. Les cellules et les plasmas sont constitués par des colloïdes différents isolés les uns des autres par les membranes cellulaires. Le mélange de ces colloïdes produit des floculats (floculats micellaires = précipités) plus ou moins abondants qui, agissant sur les parois, déterminent des accidents mortels. A Lumière a montré expérimentalement que la mort est produite par une vaso-dilatation brusque provoquée par un dérèglement du sympathique donnant ainsi lieu aux accidents circulatoires, respiratoires, sécrétoires et nerveux (syncope, convulsions) se terminant par la mort. Il faut, bien entendu, que le floculat arrive brusquement dans la circulation ou s'y produise soudainement, tandis que si le processus est progressif, on ne constate expérimentalement que des phénomènes de peu d'importance.

M. DUVOIR (de Paris) fait remarquer que la mort par choc anaphylactique et la mort par inhibition ont une symptomatologie différente. Quant à la floculation invoquée par MM. Lumière et Etienne Martin, l'avenir dira la part qu'il conviendra de lui réserver dans les faits attribués actuellement à l'inhibition.

M. BALTHAZARD (de Paris) estime qu'il ne faudrait pas qu'après avoir proposé à l'étude du Congrès la mort par inhibition dans le but d'apporter quelques éclaircissements dans une question particulièrement complexe, on aboutît à l'obscurcir encore.

L'explication des floculats, présentée par M. Martin, peut s'appliquer aux morts par inhibition aussi bien qu'aux chocs retardés ; la chose est possible. Mais ce ne serait pas une raison pour faire entrer les chocs dans l'inhibition. Celle-ci s'applique uniquement, quand on se place sur le terrain de la pratique médico-légale, aux faits de mort subite, foudroyante, ou du moins très rapide (quelques minutes au plus) à la suite d'un traumatisme léger ou du moins n'ayant pas provoqué de lésions organiques graves.

M. Louis DESCLAUX (de Nantes) fait remarquer qu'il y a des cas d'interprétation délicate. A ce sujet, il rapporte l'observation suivante : un militaire, après avoir déjeûné, — par conséquent en état de vagotonie — prend une douche froide. Il s'affaisse et meurt subitement. A l'autopsie, destruction presque complète des capsules surrénales d'origine tuberculeuse. Quelle discrimination faire en pareil cas entre le rôle de l'inhibition et celui de la lésion organique ?

2e RAPPORT. — **Traumatismes et tumeurs malignes.** MM. CORDONNIER et MULLER (de Lille).

L'importance sans cesse grandissante des relations entre les tumeurs malignes et les accidents du travail justifie cette étude malgré l'obscurité dont est encore enveloppée l'étiologie des néoplasies. Dans quelles conditions l'expert peut-il admettre la relation de cause à effet entre la tumeur apparue après un traumatisme survenu au cours ou à l'occasion du travail ?

Segond, dès 1907, a étudié cette question et voici ses conclusions :

Il faut chez un sujet n'ayant autant que possible aucun antécédent héréditaire (la relation de cause à effet ne sera que plus évidente) :

1° L'intégrité antérieure absolue de la région traumatisée ;

2° Un traumatisme assez intense ayant laissé des traces au point contusionné ;

3° Identité absolue entre le point traumatisé et le lieu où apparaît la tumeur ;

4° Que le délai écoulé entre le traumatisme et les premiers symptômes de la tumeur n'ait pas été inférieur à un mois ou six semaines ;

5° Qu'il y ait continuité dans l'apparition des manifestations pathologiques au point blessé ;

6° Que, dans la mesure du possible, le diagnostic clinique de tumeur maligne ait été confirmé par un examen anatomo-pathologique.

Après avoir envisagé les différents cas qui se rencontrent dans la pratique médico-légale, ces conclusions ont été adoptées presque à l'unanimité, quoique Tédenat nie l'action possible du traumatisme.

Telle fut l'opinion à peu près générale jusqu'à la guerre, où la loi des pensions militaires détermina la

reprise des discussions (Masson, Menetrier, Delbet, Bérard, J.-L. Faure, Chevassu, Forgue, Darier).

Au point de vue pathogénique, on sait que la théorie microbienne du cancer a perdu presque tous ses adeptes. Seules les théories embryonnaire (développement en plein tissu sain d'une cellule embryonnaire qui s'y serait égarée par suite d'un processus encore hypothétique) et cellulaire (développement rapide d'une cellule initiale qui ne réagit plus aux influences modératrices diverses qui tendraient à s'exercer sur elle, suractivité physiologique, etc.) ont leur partisans respectifs.

Parmi les divers types de cancer, il y en a qui attirent immédiatement l'attention.

a) **Cancers épithéliaux externes**, notamment ceux dus à des irritations chimiques, dont le cancer du goudron est le type.

Son apparition est la conséquence d'une irritation prolongée de la peau par le goudron de houille ou les produits voisins. Trois cents jours entre le premier contact et son début chez la souris ne sont pas exceptionnels. Chez l'homme, ce délai est parfois beaucoup plus long, sans qu'il ait été nécessaire que l'irritation ait été entretenue, jusqu'à ce qu'une cause nouvelle, extrinsèque le plus souvent, vienne cancériser la cellule.

Telle est la succession la plus fréquente des événements dans cette variété d'épithéliomas dont peuvent être atteints les paraffineurs, les ouvriers du goudron, etc.

Il est cependant des cas qui nous obligent à considérer le cancer du goudron comme accident de travail. Leur nombre jusqu'ici est minime. Il se réduit à deux à notre connaissance.

Dans une observation danoise, l'épithélioma eut une évolution aiguë. Dans l'observation de Leclercq, l'évolution a été lente.

b) **Epithéliomas des cicatrices**. — En dehors de ces néoplasies externes développées accidentellement sur des régions antérieurement saines, existent toute une série de *néoplasies apparues au niveau des lésions tégumentaires anciennes*, comme les cicatrices de brûlures, de gelures, les cicatrices opératoires, les vieilles fistules refermées (états précancéreux de certains auteurs).

Quelle est la durée de cette évolution anormale de ces cicatrices ? Tout le monde s'accordait jusqu'ici sur ce point pour estimer à dix, quinze, vingt ans les délais nécessaires. Cependant, quelques cas récemment publiés le raccourcissent singulièrement. C'est ainsi que les Dr Neunman et Corin (de Bruxelles) signalent une récidive, cinq mois après une gastrectomie partielle pour cancer gastrique, sur la cicatrice opératoire (épithélioma baso-cellulaire du type malpighien).

D'autre part, le Dr Regnaud a transmis aux rapporteurs deux observations dans lesquelles le délai d'apparition, sans être aussi court que dans les cas précédents, ne dépasse cependant pas trois ans, — c'est-à-dire permettrait de faire rentrer ces blessés dans le cadre de la loi de 1898, s'il s'agissait d'accidents de travail.

Gougerot a publié le cas d'un homme ayant reçu un coup de crosse de fusil au niveau du maxillaire supérieur, lequel avait déterminé une fracture de ce maxillaire. Plusieurs semaines après, apparut un cancer de la gencive et du sinus maxillaire du côté blessé (épithélioma à globes cornés).

Il est encore un autre groupe de cancers externes, nous voulons parler de ceux qui se développent sur les nævi ou sur de petites hyperplasies restées bénignes. De nombreux cas en ont été publiés par les différents auteurs depuis Segond. Le traumatisme paraît dans certains cas amener leur transformation en sarcomes, carcinomes ou mélanomes.

c) **Sarcomes des parties molles et des organes profonds**.— En ce qui concerne les premiers, il semble bien qu'il y ait dans la littérature médicale des observations qui puissent être retenues. J.-L. Faure, Forgue, Darier, ne sont pas hostiles à l'étiologie traumatique du sarcome des parties molles. Mais Roussy n'admet pas cette opinion, d'accord en cela avec ceux qui pensent que d'autres facteurs que le trauma sont nécessaires pour transformer une cellule saine en une cellule cancéreuse. En cela, il est d'accord avec tous les auteurs, puisque l'on considère habituellement qu'il est indispensable que d'autres facteurs interviennent avec le traumatisme. Mais il nous suffit que le traumatisme ait un rôle pour que nous soyons obligés d'en tenir compte. Or, en réalité, il semble bien que dans de nombreux cas le traumatisme ait un rôle de premier plan.

En ce qui concerne les cancers des *organes profonds, thoraciques ou abdominaux*, il n'y a pas assez d'exemples probants. Nous nous refusons donc à les admettre jusqu'à nouvel ordre, et ce, malgré les travaux des auteurs allemands et de l'Office impérial des accidents du travail, dont les idées sont plus larges que les nôtres sur cette question.

En dehors de ces tumeurs, ce que l'on rencontre le plus souvent en médecine légale ce sont les *ostéosarcomes*. Mais il importe d'abord de distinguer le sarcome des productions inflammatoires chroniques (syphilitiques, tuberculeuses, actinomycosiques, etc.).

Les observations d'ostéosarcomes rapportés à un traumatisme abondent : L. Bérard (1918), Picquet et Girard (1911), Giordano, Gaudier, Vanverts, Henrich (1911), Gebele (1908), Martinesco (1923), etc.

Les quelques auteurs qui nient systématiquement l'influence des traumatismes sur l'apparition de ces ostéosarcomes, déclarent que ceux-ci n'ont pas été provoqués, mais *révélés* : il y avait toujours à l'origine un noyau, si petit soit-il, cancérisé. Or, il y a des cas où des radiographies ont été faites, les premières montrant à l'endroit traumatisé un tissu osseux d'aspect normal. Dès que la tumeur commence à se développer, on aperçoit des zones claires qui grandissent progressivement.

Quel est le délai d'apparition du sarcome qui per-

mette d'accepter le rôle du traumatisme invoqué ?

On admet qu'il faut environ un mois à six semaines. Quant au délai maximum, on l'ignore et l'on ne peut dans l'état actuel de nos connaissances, que rester dans les délais de revision de la loi de 1898.

L'aggravation enfin par le traumatisme est possible, aggravation locale, ou plus générale, le traumatisme déclenchant l'apparition de métastases.

***

Les rapporteurs concluent ainsi : en ne se plaçant pas uniquement sur le terrain scientifique et en raisonnant en médecins-experts devant apporter une solution aux problèmes posés, on est amené à considérer qu'un traumatisme est susceptible de *déclencher* l'apparition d'un processus néoplasique malin, qu'il peut *révéler* une tumeur préexistante, qu'il peut *aggraver* un cancer évoluant.

Conditions pour que l'on puisse admettre la relation de cause à effet. — Pour que la loi de 1898 sur les accidents du travail puisse entrer en ligne de compte il faut que la tumeur apparaisse dans les conditions suivantes :

1° Il est indispensable que la *région traumatisée* soit au préalable *non cancéreuse* et que cette intégrité absolue nous soit précisée médicalement, dans la limite de nos moyens actuels d'investigation, dès le premier examen.

2° Il faut que le *traumatisme* ait été *réel* et *assez intense* et que cela soit établi par les circonstances de faits et les certificats médicaux.

3° Il faut que la *tumeur* soit apparue au *point traumatisé.*

4° Il faut que la *symptomatologie* ait été *continue* avec cependant possibilité de périodes de latence ;

5° Il faut que les premiers symptômes de l'évolution de la tumeur ne soient pas apparus *moins d'un mois à six semaines après le traumatisme*, le délai maximum étant ramené à trois ans pour rester dans les limites de la loi.

6° Il faut que, dès l'apparition des premiers symptômes douteux, si l'on soupçonne un ostéosarcome, des *radiographies* soient faites pour confirmer le diagnostic.

7° Il est enfin indispensable de faire un examen histologique, soit après biopsie, soit après nécropsie.

Règles proposées pour l'indemnisation dans les cancers traumatiques. — La relation de cause à effet entre un traumatisme et une tumeur maligne étant admise, comment indemniser l'accidenté ?

Les uns, comme Delbet et Brault, donnent 100 p. 100 au mutilé, si le cancer résulte d'une plaie de guerre, et 10 à 25 p. 100 si le cancer a seulement été aggravé par la blessure. Les autres, avec Darier, tout en attribuant 100 p. 100 dans le premier cas, donnent de 20 à 80 p. 100 dans le second.

Nous ne croyons pas juste une telle évaluation. A notre avis, dans chacun des cas étudiés plus haut, deux hypothèses peuvent être envisagées :

A) Tumeurs provoquées. — Si, chez un blessé ayant vu se développer une tumeur maligne comme conséquence de son accident, une intervention ou une action thérapeutique amène la guérison, le blessé sera considéré comme en état d'incapacité temporaire jusqu'à la consolidation de ses lésions et la reprise du travail : puis l'infirmité sera évaluée du fait de la mutilation, absolument comme dans un accident ordinaire.

Si l'intervention est impossible ou inacceptée ou si l'action thérapeutique est inefficace, il conviendra de laisser le blessé en état d'incapacité temporaire jusqu'à son décès.

B) Tumeurs aggravées. — A notre avis, le traumatisme qui a entraîné par son intervention l'arrêt du travail en provoquant l'extension plus rapide de la tumeur donne à l'ouvrier le droit au demi-salaire jusqu'à son décès. Mais si, à la suite d'une intervention chirurgicale, l'ouvrier demeure mutilé ou si la mort survient par suite de l'évolution de la tumeur maligne, il est impossible d'attribuer au traumatisme la responsabilité de cette mutilation ou de cette mort. Cette responsabilité incombe uniquement à la tumeur préexistante.

(*A suivre*).

Les Thèses

P. — Dr Henri-Auguste Vigneron, interne des hôpitaux. — **Les diverses modalités de la cutiréaction à la tuberculine chez l'adulte. Intérêt diagnostique des réactions précoces.** (Paris, Amédée Legrand, éditeur, 1925.)

Par sa simplicité et son innocuité absolue, la cutiréaction est, de toutes les réactions à la tuberculine, la plus pratique. C'est une vraie réaction de clinique courante.

Pour l'utiliser on ne devra pas se contenter, comme on le fait d'ordinaire, de noter si la cutiréaction est positive ou négative, faible ou forte, mais il faudra considérer que la petite lésion locale déterminée par l'introduction dans le derme d'une goutte de tuberculine a une véritable évolution comme un phlegmon ou une plaque d'érysipèle.

Aux notions classiques de positivité ou de négativité et de plus ou moins d'intensité, on devra ajouter la notion d'évolution même de la lésion : précocité ou retard de l'apparition, durée de la lésion, persistance

plus ou moins longue d'une induration, d'une pigmentation ou d'une desquamation.

Pour éviter les causes d'erreur inhérentes à la sensibilité cutanée idiosyncrasique ou à l'hypersensibilité aux protéines d'ordre anaphylactique que peuvent présenter certains individus, il est utile de faire en plus de l'épreuve à la tuberculine deux cutiréactions témoins, une à la glycérine, une au sérum de cheval.

De l'ensemble des recherches de l'auteur qui ont comporté 300 réactions, il résulte :

1° Qu'il faut distinguer avec soin les petites réactions, en général tardives et de courte durée, des réactions précoces, importantes, durables. Ces diverses modalités réactionnelles, confondues sous la rubrique « réaction positive », méritent, à son avis, d'être étudiées et notées séparément.

Pour le faire, il faudra ne pas se contenter d'un seul examen après lequel on déclarera la réaction positive ou négative, mais pratiquer des examens multiples qui devront être faits à partir de la cinquième heure et poursuivis pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines.

Si l'on s'astreint à cette technique, on verra que dans un assez grand nombre de cas, la réaction n'apparaît pas aussi tardivement qu'on a coutume de l'écrire, mais bien d'une façon précoce, vers la cinquième heure.

La réaction ira ensuite en augmentant pendant 24 heures ou 36 heures, selon les cas, ou décroîtra assez rapidement, ou persistera pendant un temps qui peut atteindre une à deux semaines, laissant après elles une pigmentation assez marquée et une véritable desquamation.

Ces réactions précoces, intenses, durables, paraissent opposées à un autre type de réaction caractérisé par une apparition au bout de 18 à 36 heures, 24 en moyenne, par une infiltration modérée, une disparition plus rapide.

Une troisième catégorie pourrait être établie, de réaction tout à fait tardive n'apparaissant qu'au bout de 48 heures à 3 ou 4 jours.

A cette classification un peu schématique, on ajoutera que si, le plus souvent, une cuti précoce est en même temps une cuti forte et durable, on peut observer des cutis précoces, de faible intensité et d'évolution écourtée. Une étude plus approfondie permettra peut-être de dire lequel de ces facteurs : précocité, intensité, durée, est le plus important, et si à chacun d'eux peut être attribuée une signification spéciale.

Appliquant cette technique à des individus cliniquement indemnes de tuberculose, et à des tuberculeux présentant des formes variées, l'auteur en a tiré les déductions suivantes :

1° Fréquence générale de la cutiréaction :

Sa statistique ne lui a pas donné une fréquence de cutiréactions positives aussi forte que celle des dernières statistiques : 78 % au lieu de 97 %.

2° Caractère de la cuti chez les gens normaux :

La statistique montre qu'il y a 78 % d'individus dits normaux qui réagissent à la tuberculine. A cela, il faut ajouter la correction suivante que sur les 200 recherches ayant porté sur des individus normaux, il n'a trouvé que 6 cutis fortes et précoces à rapprocher de celles qu'on peut voir chez les tuberculeux (un asthmatique, un tabétique, un pseudo-bulbaire, deux artérioscléreux, un hémiplégique).

3° Fréquence de la cutiréaction et caractère dans les diverses formes de la tuberculose.

a) Chez les tuberculeux pulmonaires chroniques et non cachectiques, la cuti a été positive dans 97 % des cas. Dans l'ensemble des cas positifs, elle a été précoce dans 57 % des cas, dont 12 % de fortes, 40 % de plus fortes que la cuti commune des non tuberculeux, 5 % de faibles. Elle n'a pas été précoce, dans 43 %, dont 2 % de fortes et 41 % de faibles.

b) Chez les pleurétiques, elle s'est montrée précoce dans 87 % des cas et en même temps plus forte dans 75 %.

c) Chez les tuberculeux chirurgicaux, la cuti est précoce dans 50 % des cas, dont 40 % de fortes, 10 % de normales ou faibles, tardive dans 50 %, dont 25 % d'intensité moyenne et 25 % de faibles.

4° Valeur de la cutiréaction pour le pronostic :

La cutiréaction ne peut fournir un élément de pronostic aussi sérieux que l'ont pensé certains auteurs. Même dans les limites d'un pronostic à courte échéance, la cutiréaction est trompeuse. On l'a vue positive quelques jours avant la mort ; négative chez un sujet qui s'est amélioré quelques jours après.

Si elle est négative ou faible dans les formes graves ou quelque temps avant la mort, cela tient à l'état de cachexie, à l'état général du sujet et cette absence de réaction s'observe dans les états équivalents d'autre origine.

5° Valeur de la cutiréaction pour le diagnostic.

Il semble qu'on ait trop dénigré la valeur diagnostique de la cuti chez l'adulte. Quand elle est précoce et forte, qu'elle s'accompagne d'une réaction de fixation forte, d'une radiographie suspecte, accessoirement d'une formule hématologique également suspecte (lymphocytose) et sur laquelle agit la cutiréaction, on peut réunir ainsi un véritable faisceau de probabilités qui fera observer le malade plus longuement et rechercher avec plus d'opiniâtreté les signes de certitude.

6° Des observations qui infirment la valeur du cutipronostic, de l'étude et de la critique des phénomènes expérimentaux à l'aide desquels on a conçu l'allergie comme un état d'immunité, on peut conclure que la première n'est pas fonction de la seconde, et qu'elle n'est que le témoin de l'infection bacillaire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES OBLIGATIONS FISCALES DU MÉDECIN

La loi de finances du 13 juillet 1925 oblige le médecin à déclarer, pour le calcul de l'impôt cédulaire, son bénéfice brut, ses dépenses professionnelles, puis son bénéfice net.

Par *bénéfice brut*, il faut entendre la totalité des recettes professionnelles. Le *bénéfice net* est la différence entre le bénéfice brut et les dépenses professionnelles.

S'il y a désaccord entre le contrôleur des contributions directes et le contribuable sur le montant des chiffres déclarés, il appartient à celui-ci de fournir les justifications nécessaires, faute de quoi, passé le délai de 20 jours, il sera taxé d'office.

D'autre part, on peut lire, au *Journal officiel*, la question posée au ministre des finances par M. Baréty, député, et la réponse de l'Excellence, ainsi rédigées (1) :

Monsieur Léon Baréty, député, demande au Ministre des Finances (*question du 10 mars 1925*) :

1° Si, en ce qui concerne l'application de la loi sur les bénéfices de guerre, un docteur en médecine est tenu, en tant que patenté, de faire connaître sa comptabilité aux agents du fisc comme un commerçant ou un industriel ;

2° Dans le cas où il refuserait et où il serait taxé d'office pour un bénéfice évalué nettement de façon exagérée, quels moyens il a de faire réduire au bénéfice réel l'imposition dont il est menacé.

Réponse. — 1° Aux termes de l'article premier de la loi du premier juillet 1916, la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre est applicable à toutes les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices, au cours de chacune des périodes d'imposition, ont été en excédent sur le bénéfice normal. D'autre part, l'article 8 de la même loi dispose que les commissions du premier degré peuvent se faire communiquer par les redevables de la contribution extraordinaire « tous les documents nécessaires pour établir les bases d'imposition » et faire procéder par les agents des services financiers à l'examen sur place desdits documents. Les médecins étant patentés, se trouvent dès lors susceptibles d'être soumis, le cas échéant, à la contribution extraordinaire, et en vue de l'établissement de leur imposition, ils sont comme les autres contribuables tenus de représenter leurs livres de comptabilité ; les agents appelés à les examiner étant d'ailleurs astreints au secret professionnel.

2° Dans le cas où, s'étant refusé à représenter sa comptabilité, il aurait été taxé d'office, le médecin visé dans la question pourrait contester cette taxation par voie de recours adressé à la commission supérieure dans le délai d'un mois, à partir du jour où il aurait reçu notification de ladite taxation, mais conformément à l'article 10 de la loi du premier juillet 1916, il ne pourrait éventuellement obtenir une réduction de sa cotisation qu'en apportant toutes les justifications de nature à faire la preuve du chiffre exact de ses bénéfices supplémentaires.

Dans cette réponse, il est parlé des *livres de comptabilité* du médecin. Il est inconcevable que pareille expression soit endossée par un ministre, alors qu'elle est inexacte, si l'on prétend obliger le médecin à tenir une comptabilité comme un commerçant.

Aux termes du Code de commerce :

Article 8. — Tout commerçant est tenu d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, ses dettes actives et passives, les opérations de son commerce, ses négociations, acceptations ou endossements d'effets, et généralement tout ce qu'il reçoit et paye, à quelque titre que ce soit, et qui énonce, mois par mois, les sommes employées à la dépense de sa maison : le tout indépendamment des autres livres usités dans le commerce, mais qui ne sont pas indispensables.

Il est tenu de mettre en liasse les lettres missives qu'il reçoit et de copier sur un registre celles qu'il envoie.

Article 9. — Il est tenu de faire, tous les ans, sous seing privé, un inventaire de ses effets mobiliers et immobiliers, et de ses dettes actives et passives, et de le copier, année par année, sur un registre spécial à ce destiné.

Article 10. — Le livre-journal et le livre des inventaires seront paraphés et visés une fois par année.

Le livre de copies de lettres ne sera pas soumis à cette formalité.

Tous seront tenus par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge.

Donc, un commerçant doit obligatoirement tenir un journal, un livre des inventaires, paraphés et visés, et un livre de copies de lettres.

A ces livres indispensables, il est d'usage que l'on ajoute d'autres livres destinés à faciliter la marche et le contrôle de toutes les opérations effectuées par le commerçant.

(1) Ce document a été publié dans le n° 23 du *Concours médical*, page 1423 *bis*, avec les plus expresses réserves sur le bien-fondé de la réponse ministérielle.

Or, il n'existe aucun texte de loi imposant au médecin une pareille obligation. Le médecin n'est pas un commerçant ; aucune comptabilité ne peut être exigée de lui, et on pourrait concevoir un praticien qui se ferait régler tous ses honoraires au comptant, de telle sorte qu'il n'aurait même pas besoin de prendre en note ses différents actes médicaux pour en demander le paiement ensuite à ses clients respectifs.

Mais la loi de 1925 met à la charge du médecin la justification des chiffres déclarés par lui si l'agent du fisc les met en doute, faute de quoi, il sera taxé d'office.

Semblable justification ne peut être pratiquement fournie que par la production d'une certaine comptabilité qui n'est pas celle du commerçant ; pour laquelle aucun visa ni paraphe n'est exigé ; et qui aura telle forme qu'il plaira à l'intéressé, pourvu qu'elle soit tenue de telle façon qu'elle fasse en quelque sorte foi.

Les médecins qui se refuseraient à agir ainsi s'exposeraient à de graves mécomptes contre lesquels il leur serait impossible de se défendre.

Cette comptabilité médicale doit respecter le secret professionnel. Il ne semble pas, du reste, que le fisc manifeste l'intention de le violer. Tout au moins savons-nous qu'un des plus hauts fonctionnaires de l'Administration des finances a déclaré à l'un de nous : « Peu me chaut de savoir que vous avez soigné M. Durand d'une syphilis acquise, ou Madame Dubois d'une métrite gonococcique, ou Mlle Dupont des suites d'une fausse couche. Ce que je veux, c'est pouvoir m'assurer que, si M. Durand, ou Madame Dubois ou Mlle Dupont vous ont versé des honoraires un certain jour, vous avez bien porté cette somme en recettes et qu'en conséquence, elle a figuré dans votre déclaration ».

Etudions donc un moyen pratique de donner satisfaction aux exigences du fisc, tout en restant soumis à l'*obligation légale* du secret professionnel.

A cet effet, je tiendrai un livre sur lequel j'inscrirai au jour le jour à la suite les uns des autres mes encaissements et mes débours, les chiffres étant respectivement inscrits dans une colonne différente, selon qu'ils s'appliquent à une recette ou à une dépense. En voici le dispositif :

Mois	Date	Opérations.	Recettes	Dépenses
Août	1	Recettes au comptant	80	
«		Honoraires n° 620	275	
«		Payé pour impositions		2.250
«	2	Payé pour une caisse de 50 bidons		500
«	3	Payé au garagiste		37,50
«	4	Recettes au comptant	45	
«	6	Payé appointements du chauffeur		500
«		Honoraires n° 435	850	

A la fin de chaque mois, je totalise recettes et dépenses professionnelles ; je fait la différence qui représente le *bénéfice net*. La somme des douze totaux mensuels donne le bénéfice brut, les dépenses professionnelles et le bénéfice net tels qu'ils sont exigés par la loi de finances.

Le numéro indicatif de chaque encaissement d'honoraires correspond à un répertoire nominatif, ou à une fiche sur lequels figurent pour mes besoins personnels les noms de mes clients, la nature des soins que je leur ai donnés, le détail des honoraires, et au besoin, des notes relatives aux différentes affections pour lesquelles j'ai été appelé.

Voici un autre dispositif, qui distingue d'une façon peut-être plus apparente les recettes des dépenses.

Mois d'aout.

	Dépenses.			*Recettes*	
1	Payé pour impôts	2.250	1	Au comptant	80
2	50 bidons d'essence	500		Honoraires n° 620	275
3	Mémoire garagiste	37	4	Au comptant	45
6	Chauffeur (salaire)	500		Honoraires n° 435	850

Il est bien entendu que je conserverai soigneusement toutes les pièces justificatives des dépenses : note du garagiste, note du fournisseur d'essence, etc., de manière à pouvoir appuyer chaque écriture de sa preuve.

Et maintenant, je suppose que le numéro 435 est celui de Mlle Dupont que j'ai soignée pour une fausse couche. Elle est morte pour une autre cause. Et, à la liquidation de sa succession, on a trouvé dans ses papiers, et fait mention, du reçu de la somme de 850 fr., qu'elle m'a versée le 6 août, et qui est ainsi venu à la connaissance du fisc (enregistrement, etc.). Si le contrôleur veut procéder à un recoupement et me demande la production de ma « comptabilité », dans la seule forme où je puis la lui communiquer, il se rendra compte qu'en effet, le 6 août, j'ai reçu 850 fr. correspondant au versement de ma cliente.

Je prie le lecteur de ne pas me prêter la prétention d'avoir fait une invention originale. Cette « comptabilité » ne fait état que d'un livre analogue au journal des commerçants. Rien de nouveau là-dedans. J'ai voulu montrer comment le médecin pouvait adapter ce livre à sa pratique personnelle, de manière à ce qu'il soit assuré que nulle indiscrétion ne sera commise de son fait, tout en se conformant aux obligations d'une législation que nous pouvons maudire, mais devant laquelle il nous faut bien nous incliner, coûte que coûte.

Confrères, tenez un livre-journal, du type que je vous soumets ou de tel autre que vous préfèrerez. Tenez-le régulièrement, sincèrement, autant que possible sans ratures ni surcharges. Et le jour où le contrôleur vous demandera des justifications, vous n'éprouverez aucun embarras à les lui donner.

G. DUCHESNE.

A PROPOS DES ASSURANCES SOCIALES

Le fonctionnement des allocations-maladie du Consortium Roubaix-Tourcoing

Monsieur le Rédacteur en chef,

Une légère erreur, dont je suis l'auteur, s'est glissée dans l'exposé que j'ai fait du fonctionnement du service des allocations-maladie du Consortium Roubaix-Tourcoing dans le n° 28 (page 1681) de votre journal.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'aider à la réparer en publiant la rectification ci-dessous.

J. VANVERTS.

La date du début de la maladie, ai-je écrit, répond à celle de la première visite ou consultation du médecin.

Or cela ne s'applique qu'à la famille du bénéficiaire qui commence à jouir des indemnités médico-chirurgicales à partir du onzième jour qui suit cette première visite.

Pour les bénéficiaires eux-mêmes, qui travaillent en usine, le point de départ des allocations est le onzième jour après *l'interruption du travail*. C'est donc administrativement par le Consortium et non médicalement que s'établit le point de départ des indemnités. C'est une facilité pour les médecins : s'ils se trompent et s'ils remettent des tickets de visite, sur demande, un peu trop vite et avant que le délai de dix jours soit accompli, il n'y a pas de responsabillté pour eux ; l'erreur est corrigée par les Services du Consortium.

J. V.

EXERCICE ILLÉGAL

Il y a cent ans. Nil novi sub sole

Sous la rubrique : « Il y a cent ans », nous découpons dans le *Quotidien* du 18 avril 1925, l'entrefilet suivant :

18 avril 1825

Encore la médecine.

« Exposé des abus qui existent dans l'exercice de la médecine et des moyens d'y remédier », par M. Lemaître, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Voici un titre qui dit bien ce qu'il veut dire et que vient renforcer cette épigraphe limpide : « *Odi profanum vulgus et arceo.*

La thèse de M. Lemaître est celle-ci : A l'heure actuelle, les charlatans font de meilleures affaires que dans les siècles ignorants, et tel d'entre eux a autant de pratiques que le meilleur médecin.

Une législation trop douce accroît encore le mal. Les médecins le savent et ils souhaitent une réforme générale dans l'exercice et les règlements de leur art. (Assurons M. Lemaitre que, sur ce point, les malades sont d'accord avec les médecins).

Si les charlatans, énonce l'auteur, se contentaient, comme autrefois, de vendre des médicaments inoffensifs, tels que des « vulnéraires suisses » ramassés dans le Bois de Boulogne, on pourrait les tolérer.

Malheureusement leur « panacée universelle » n'a plus son innocence passée.

C'est trop souvent un purgatif d'une violence telle que l'éléphant du jardin du roi en crèverait.

Aussi le docteur de ce dernier le purge-t-il avec plus de douceur : les doses ont été vérifiées !

Des économistes se plaignent, paraît-il, des inconvénients d'une population trop forte. Qu'ils se rassurent !

Grâce aux charlatans, ces inconvénients ne tarderont pas à disparaître. D'après M. Lemaitre, les deux tiers de la population sont entre leurs mains.

Mais que fait cependant la Société de Médecine ?

M. Lemaitre se le demande. Puis il passe en revue les charlatans.

Au premier rang, il compte un très grand nombre d'officiers de santé, qui ne doivent leur titre qu'à l'indulgence incompréhensible d'un jury d'examen.

Un professeur de la Faculté adresse à la hâte au candidat quelques questions proportionnées à la faiblesse de son savoir et, pour peu que le candidat y satisfasse, il est reçu : voilà un homme qui jouit de toutes les prérogatives du docteur, et n'est plus soumis à aucune autorité médicale. Ses pouvoirs sont illimités ; il a droit de vie et de mort.

M. Lemaitre demande là-dessus qu'on supprime le jury médical. Nous voulons bien. Mais une suggestion : au cas où on déciderait de le conserver, pourquoi ne pas adjoindre trois malades aux trois médecins qui le composent ?

Peut-être les candidats seraient-ils plus sérieusement examinés...

Décochant quelques flèches aux pharmaciens « qui violent le temple d'Esculape », M. Lemaitre, pris d'une soudaine fureur, en arrive aux charlatans proprement dits qu'il traite de « pestes publiques, vils suppôts de l'abomination et excréments de la société. »

Et, pour arrêter leurs ravages, il propose l'institution, dans chaque département, d'un tribunal de médecins, pour juger « seuls », de tous les délits relatifs à la médecine.

L'idée est heureuse, et il est vraisemblable, si on l'adopte, que tous ces « guérisseurs universels » vont être malades.

En 1924, le *Progrès civique* (page 1386) publiait ceci :

Les pieux marchands de saintes tisanes font toujours de belles affaires. Les bandagistes herniaires continuent d'exercer illégalement la médecine en province, pour le plus grand danger de la santé publique.

La Justice les laisse faire. En revanche, elle a arrêté, à Marseille, croyons-nous, un certain nombre de mécaniciens dentistes, qui avaient monté des cabinets sans se munir de diplômes. Les mécaniciens n'auront qu'à s'assurer le concours théorique d'un médecin et le tour sera joué.

Macaura et Maclaughin, les célèbres spécialistes américains, condamnés à la prison, puis expulsés de France, ont un émule de moindre envergure.

Ce philanthrope opère dans les Deux-Sèvres. Il vend de 45 à 70 francs la « Ceinture électro-médicale, le plus précieux présent que l'on puisse offrir à un malade ».

Il donne pour 8 francs seulement la médaille électro-magnétique et la batterie du docteur B...

Vous portez cela sur l'estomac et dans le dos, et vous pouvez être guéri des maladies suivantes : rhumatisme, jaunisse, maux de dents, diabète, coliques, surdité, croup, toux, constipation, stérilité, maladies de cœur et vingt autres.

Evidemment, si cela ne fait pas de bien, cela ne fait guère de mal.

Ou plutôt, ça n'en fait qu'à la bourse — et à l'amour-propre des gogos.

Raymond LAUBIER.

On ne se douterait pas qu'en 1906 eut lieu un grand Congrès, à Paris. Ces assises réunirent des médecins tant français qu'étrangers et des juristes. De nombreux rapporteurs dénoncèrent les dangers que faisait courir l'exercice illégal à la santé publique. Des vœux furent émis ; des textes modifiant la loi du 30 novembre 1892 furent étudiés et portés aux pouvoirs publics. Rien n'y a fait et nous en sommes toujours au même point.

Aussi, pourrions-nous nous demander si nous avons raison de poursuivre les illégaux de la médecine. Ne leur faisons-nous pas de la réclame ? C'est du moins l'avis du Dr Jean Vinchon (chez le guérisseur ; *Mercure de France*, 15 décembre 1925).

Citant toute l'histoire du fameux Béziat, qui fut poursuivi comme on le sait par les syndicats médicaux, notre confrère montre que cet empirique a tiré une gloire formidable de son procès. C'est un martyr de la jalousie des médecins qui, bien que docteurs, ne savent pas opérer les cures que Béziat obtient.

Et quand il mourra, ce seront des funérailles officielles, comme celles d'un rebouteur fameux dans l'Ain, accompagné à sa dernière demeure par toute une population, maire en tête, avec la fanfare et les sapeurs-pompiers.

Pourquoi dépenser tant d'argent pour faire de nos fils des médecins légaux, alors que le charlatanisme est aussi florissant, parce que très lucratif ?

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Devoirs des sociétaires

Dans un article précédent, j'ai publié ce que me disait un confrère sur les abus dont nous serions victimes de la part de quelques sociétaires indélicats . . . pour ne pas dire plus. Mais notre confrère avait trop tendance à généraliser et je déclarais en terminant que je donnerais la réponse que je lui ai faite.

Le Dr B. voudrait que les indemnités chroniques fussent, sinon supprimées , du moins très réduites au profit des indemnités aiguës — je ne saurais me ranger à son opinion qui me paraît en contradiction avec celle de la presque totalité des sociétaires : ceux-ci se préoccupent beaucoup moins d'un chômage de quelques jours que de l'incapacité prolongée ou permanente qui peut les frapper. D'ailleurs je dois dire que jamais les indemnités chroniques ne nous ont fait, comme mon confrère paraît le croire, marchander l'indemnité aiguë à qui que ce soit.

Que nous soyons roulés par quelques-uns, cela ne doit faire aucun doute et je passe mon temps à surveiller les malades, surtout les chroniques. Oui, il nous faudrait un contrôle spécial et déjà le conseil s'est occupé de la question : malheureusement, c'est plus simple à dire qu'à organiser et je sollicite l'avis de tous les intéressés, de tous nos bons sociétaires ; toute suggestion sera bien accueillie, car nous avons là un gros progrès à réaliser.

Ceci dit, je m'empresse d'ajouter que notre confrère allait trop loin, qu'il était trop sévère pour toute une catégorie de chroniques surtout.

La plupart sont des usés, des vieillards à activité très réduite, des infirmes à qui l'exercice de la médecine est devenu absolument impossible. S'ils peuvent par ailleurs gagner leur vie, tant mieux, car nous n'avons pas le droit de les contraindre à mourir de faim avec les cent francs par mois que nous leur allouons. Si quelques rares consultations viennent les aider, nous les laissons faire — ce que nous n'admettons pas, c'est :

1° La reprise des visites habituelles à domicile;

2° La transformation des consultations permises au cabinet en une spécialisation lucrative.

Sur ces deux points, nous sommes intransigeants et l'avons déjà montré. Si certains nous trompent encore, c'est qu'ils ont des complices, et c'est le devoir de tous nos sociétaires de nous avertir en attendant l'organisation d'un service de contrôle, si on peut l'organiser.

Celui qui connaît un abus et ne le signale pas se rend complice de cet abus. Voilà ce dont tous doivent bien se pénétrer.

Avec l'ancienne combinaison B, qui admettait la participation à l'indemnité maladie pendant toute la vie, les abus étaient trop faciles et c'est pour cette raison qu'elle a été fermée et ne recrute plus d'ahérents nouveaux. Avec les combinaisons actuellement ouvertes qui n'acceptent la participation que jusqu'à 65 ans, le carottage est moins facile. Il disparaîtrait complètement si tous se pénétraient bien de leurs devoirs et les remplissaient en conscience.

Je dois d'ailleurs ajouter que chaque combinaison ayant un compte séparé, les abus de l'une, si abus il y a, ne peuvent avoir aucune influence sur la combinaison voisine : si des membres de B abusent, cela ne peut être qu'aux dépens de leurs collègues de B ; les combinaisons MA et MAD n'ont rien à y voir.

Il ne faudrait pas que nos actuelles imperfections arrêtassent les jeunes et les empêchassent de venir à nous, puisque justement tout notre perfectionnement dépendra de leur entrée chez nous, de leur impulsion aussi et de leur collaboration effective. Nous sommes tout prêts à marcher dans la voie de toutes les améliorations possibles, mais il faut que nous soyons de plus en plus nombreux.

Loin donc de s'isoler et de critiquer à l'écart, il faut que chacun nous aide dans sa sphère, qu'il réfute les arguments pessimistes et y oppose les faits qui plaident en notre faveur. Pour un sociétaire qui nous carotte quelques dizaines de francs, nous en avons cent à qui nous rendons les plus grands services — les lettres qui le prouvent ne sont pas rares dans mes dossiers.

Ce qui nous manque, c'est d'être plus connus, mieux connus surtout. Combien nous prennent pour une vague compagnie d'assurances dont les dirigeants vivent grassement avec les primes des gogos ?

Je ne voudrais pas insinuer que c'est là l'esprit qui règne parmi la majorité de nos sociétaires, ils nous connaissent, ils ont confiance en nous comme nous avons confiance en eux : mais combien sont en état de répondre aux erreurs, aux critiques, aux calomnies ?

Et cela vient de ce qu'ils se désintéressent du fonctionnement de notre œuvre : s'ils ne craignaient pas de venir nous voir, causer avec nous, regarder nos archives, nos statistiques, nos comptes, nos documents de tous ordres, ils sauraient et pourraient répondre en connaissance de cause, ce en quoi ils nous rendraient le plus signalé service.

Quel que soit le dévouement du secrétaire géné-

ral, du trésorier, des membres du Conseil d'administration, ils ne peuvent ni tout faire, ni tout voir ; il faut donc qu'on leur vienne en aide, et chacun peut le faire dans la mesure de son caractère, de son influence et de ses relations.

On se souvient que les statuts primitifs de la Mutualité Familiale comportaient des *sections locales*, groupements où les sociétaires auraient discuté les questions qui les intéressaient, assuré la propagande et le contrôle, et seraient restés en contact permanent avec le conseil administif. Ces sections ne se sont pas constituées. Auparavant l'*Association Amicale* avait eu des correspondants, il a fallu y renoncer devant la suspicion qu'ils rencontraient trop souvent.

Il n'y a que l'action individuelle des sociétaires sur laquelle il soit possible de compter s'ils veulent bien ne pas persister dans l'indifférence coupable que je signale et d'où je les adjure de sortir.

On l'a dit bien souvent, ce sont les leçons de choses qui portent le plus. Chez nous ce sont les explications verbales, les exemples concrets donnés aux confrères par les sociétaires documentés qui nous amèneront les nouveaux adhérents que nous ne cessons de réclamer pour la progression et le perfectionnement de notre œuvre.

Voyez, chers confrères, où nous en serions si chacun des membres actuels nous amenait deux nouveaux sociétaires.

Donc, pour tous, devoir de propagande et devoir de contrôle.

La chose est facile, il suffit de vouloir : or vous voyez combien cela est nécessaire.

H. MIGNON.

VARIÉTÉS

Lorsque nos Grands Mutualistes déversent dans leurs sociétés leurs flots d'éloquence, ils semblent vouloir persuader à leur entourage et par autosuggestion à eux-mêmes qu'ils sont les inventeurs de la grande institution sociale qui doit sauver l'humanité.

Cependant ils doivent en rabattre. C'est à leur intention que je me permets d'évoquer les statuts d'une société de secours mutuels fondée par les fourreurs de vair en date du 1er février 1319.

A touz ceux qui les lettres verront Henri de Taperel, garde de la prévosté de Paris, salut. Nous fasons assavoir que, comme les ouvriers coureurs de robe (vaire deme) urenz à Par nous aient supplie humblement que comme pour le grant travail de leur mestier il en encheient souvent en grieives et longues maladies, si qu'il ne pusent ovrer ... il lour convient guérir leur peau et mourir de mesaise, et la plus grant partie de eus ait grant volonté et bonne devocion de pourveir sur les malades de leur metier a leur cous, se il nous plaist, en ceste mainere, c'est assavoir que chascun qui sera malade, tan comme il sera malade ou impotens (recevra) chascune semaine trois soulz parisis pour soy vivre et quand il relevera de celle maladie ou impotence, il aura troys soulz pour la semaine qu'il relevera et autres trois soulz une foiz pour soy efforcer, et est leur entencion que ce soit de maladie ou importence d'aventure et non pas de bleceures qui leur fussent faites par leur diversité, quar en ce il ne praudroient riens, et les ouvriers coureurs qui voudront estre accuilliz et partir à ceste aumosne bailleront chascun dix soulz d'entrée et six deniers au clerc et paieront chascun de eus chascune sepsmaine un denier parisis ou la quinzaine deus deniers et les seront tenu d'apporter le ou la dite ausmosne sera recue et qui y devra plus y devra plus de sis deniers d'areraigez, il sera debouté dou bienfait d'icil ausmosne juquesa tant qu'il eut paié. Se il y avait coureurs qui ne vousist paier ce qui dit est dessus, il ne serait point acuilli à l'ausmosne et n'a auroit nul profit à son besoing ; et que ces deniers soient receuz par sis personnes du dit mestier, et ne pourront ces derniers convertir en austres usages sus paines de corps et bien et en rendront une foiz chascun au compte au commun du dit mestier et du deffaut seront puniz par prevost de Paris et changera le dit commvn au compte les dites sis persoines et le clerc, se il lour plaist, et se il leur plaist qu'il demurent il demourront, etc.

Dans cette pièce tirée des documents relatifs à l'histoire de l'industrie et du commerce en France par M. Gustave Pagniez, nous trouvons le schema d'une société de secours mutuels moderne.

Indemnité de maladie pendant la durée et la période de convalescence. Indemnité pure et simple de chômage sans qu'il soit question de soins médicaux qui sont sans doute laissés à la liberté du malade : cette indemnité n'est pas due pour blessure par rixe. Il est prévu un droit d'entrée et une cotisation, assez élevée pour l'époque, d'un denier parisis par semaine. Suspension de l'indemnité en cas de retard à la cotisation et jusqu'au jour où le sociétaire sera en règle avec la Caisse. L'indemnité est due aux seuls cotisants et on ne peut disposer des fonds pour un autre usage. Le trésorier est responsable de sa gestion ; il doit en rendre compte à l'assemblée générale chaque année. Le Conseil d'administration (trésorier et clerc) est soumis à l'élection et est rééligible.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat de la région Nortaise

Réunion du 4 juin 1925

A. M. G. — Le Secrétaire donne lecture de la lettre adressée au préfet de la Loire-Inférieure par le Dr Méloche, pour demander une augmentation des tarifs d'A. M. G. votée par tous les Syndicats du département.

Secours mutuels. — Le Dr Guesné demande si relativement aux Sociétés des S. M. les décisions ont été adoptées à Blain et à Nozay ? Les confrères Blinois répondent que chez eux, l'accord est fait, que le Gavre se conformera au mêmes décisions : à Nozay, les médecins ignorent les mutualistes, dont le nombre est d'ailleurs très restreint.

L'absence du confrère Bichon à la dernière réunion, nous a fait remettre à l'ordre du jour la question d'un forfait qui, comme tout forfait est désavantageux... et démoralisateur, suivant l'expression même de l'Union.

La parole est au Dr Bichon. Il dit :

1° Que cette affaire est toute locale, car c'est une des seules usines importantes de la région ;

2° Que le tarif est très avantageux,ce qu'il essaye de prouver par des chiffres ;

3° Que le contrat est confraternel et juste, puisqu'il comprend les trois médecins syndiqués.

4° Il demande la suppression de tous les forfaits si celui-là doit disparaître.

Le président et le président honoraire prennent la parole tour à tour en montrant que les chiffres du Dr Bichon ne sont pas une preuve, et qu'aucun forfait ne peut être avantageux. Puis le Dr Partenay émet l'opinion que ce n'est pas seulement une question locale, mais du ressort du Syndicat, que ce forfait est une base pour l'établissement d'autres forfaits ; enfin, que si l'on ne s'occupe pas d'autres forfaits, c'est qu'ils sont d'ordre plus général.

Le Dr Barbier estime cependant qu'il existe d'autres forfaits du ressort de notre Syndicat : les enfants assistés par exemple.

Les docteurs Méloche et Clenet lui répondent qu'il y a eu partage, et que ceux qui n'avaient pas les enfants assistés, avaient davantage de vaccinations.

Aucune solution n'est apportée à cette affaire. Des renseignements complémentaires devront être donnés par les trois Médecins de Blain, à savoir :

1° Nombre de consultations ;

2° Nombre de visites : *a)* dans le périmètre de 1.500 mètres ; *b)* en dehors dudit périmètre ;

3° Nombre d'ayants droit (enfants, ascendants, etc.) : *a)* dans le périmètre sus-nommé ; *b)* en dehors du périmètre.

D'autre part, le Bureau est chargé de se documenter à l'Union.

Assurances sociales. — Une circulaire de l'Union a fait connaître le nouveau texte du projet de loi sur les assurances sociales que voici :

« L'assuré choisit librement son médecin, sa sage-femme, son pharmacien et son chirurgien-dentiste sur une liste locale, établie par sa caisse, des praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la caisse a passé un contrat et de tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées par elle et qu'elle n'aura pas exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la Commission départementale prévue à l'article 7. »

Il est en complète contradiction avec le premier texte et laisse le Corps médical à la merci des Caisses, chose que nous ne pouvons pas accepter. Si tel il était voté, l'Union se refuse à tout accord avec les Caisses et nous la suivrons sur ce terrain. (*Adopté.*)

Une autre circulaire de l'Union motivée par l'attitude de certains Syndicats, nous amène à rappeler à nos membres, la discipline syndicale. Ceux que nous avons choisis pour être nos délégués soit à l'Union, soit à la Fédération, soit au Syndicat, sont seuls désignés pour nous représenter auprès des pouvoirs publics et des collectivités.

Différend avec les médecins de Redon. — A la réunion de Blain, en février dernier, le Dr Le Stratt, délégué des médecins de Redon, était venu converser et s'entendre avec nous au sujet du tarif à prendre par ces médecins sur le territoire de notre département.

Nous leur avions fait parvenir dans la suite, un résumé de la discussion.

Depuis lors, le Dr Clenet a reçu une lettre dont il est donné lecture où les six médecins redonnais s'engagent à prendre notre prix de consultation à ceux dont la résidence leur est connue et à appliquer nos tarifs pour les déplacements dans notre département.

Nous sommes heureux d'enregistrer la solution favorable de ce différend, et au nom du Syndicat, le président remercie les médecins de Redon pour la bonne volonté et l'empressement qu'ils ont mis à nous donner satisfaction.

Comptabilité et fisc. — Le secrétaire adjoint nous entretient sur ce sujet délicat, et nous fait savoir qu'un certain nombre de confrères du Syndicat ont

reçu du contrôleur des contributions un petit papier jaune demandant recettes brutes et recettes nettes et le détail des frais professionnels, que pour d'autres même un chiffre d'imposition était fixé.

Il nous parle ensuite des divers projets du Gouvernement pour nous imposer sur nos recettes professionnelles :

a) Imposition sur les signes extérieurs de la richesse : procédé injuste. Le jeune médecin sans fortune qui s'installe est obligé, à la campagne, d'avoir une auto, une maison convenable ; dans les débuts ses recettes sont souvent au-dessous de ses dépenses ;

b) Il y a aussi le système forfaitaire qui favorise les gros revenus au détriment des petits ; ou bien, il le faudrait établi suivant la spécialité, suivant le quartier, suivant la région, en outre, un barème dégressif suivant l'âge devrait être établi.

La loi de 1925 prévoyait à l'article 8 un carnet où recettes et dépenses seraient inscrites,et à l'article 14, elle donnait aux contrôleurs le droit de taxer les déclarations insuffisantes.

Ces propositions sont incompatibles avec le respect du secret professionnel ; il semble pour l'instant qu'il vaut mieux s'en tenir à la déclaration des recettes brutes et nettes.

En 1922, des confrères, ayant une comptabilité professionnelle très exacte, estimaient de 0.80 à 0.90 le prix de revient du kilomètre pour une voiture de 10 HP. Il semble qu'aujourd'hui, on ne puisse pas le compter à moins de un franc.

En outre, ces confrères évaluent les dépenses professionnelles au 3 /5e environ du chiffre brut.

Certificats de décès. — Le Dr Guesné nous lit dans le *Concours* du 29 mars dernier, certains passages, d'un article intéressant du Dr Boudin sur les certificats de décès.

En aucun cas, le diagnostic ne doit être spécifié. Pour faciliter les statistiques administratives, les carnets à souches utilisés dans l'Aube, où les diagnostics exacts sont communiqués à la préfecture par le Syndicat, pourraient être employés dans notre département. Il est décidé que cette question sera portée devant la Fédération.

Questions diverses. — A notre précédente réunion à Blain, un confrère nous avait demandé si les sages-femmes pouvaient délivrer des certificats de vaccination. Nous avons posé la question au *Concours médical*, qui nous a répondu que toute personne ayant droit d'accomplir un acte médical peut certifier avoir accompli cet acte. Par conséquent, les sages-femmes ont le droit de certifier qu'elles ont vacciné.

Certains confrères se plaignent de l'indiscrétion des agents préposés au téléphone. Ces agents sont liés par le secret professionnel et n'ont pas le droit de dire que tel ou tel médecin vient d'être appelé dans telle autre localité. Le président honoraire est chargé de demander au directeur régional de bien vouloir le rappeler par circulaire aux agents des postes.

Le Dr Allaire demande que la visite en passant soit élevée à 15 fr. Par 12 voix contre 4, cette demande est repoussée, et il est décidé qu'on s'en tiendra au *statu quo*, c'est-à-dire à 10 fr.

Enfin notre président nous fait connaître une demande de subvention pour l'érection d'un monument commémoratif à Pravaz, le père de l'aiguille creuse et de la seringue qui porte son nom. Après intervention du président honoraire qui nous montre les bénéfices que nous a procurés cette géniale invention, le Syndicat de la Région Nortaise ne peut faire moins que de voter une subvention pour l'érection du monument et une somme de 50 fr. est adoptée à l'unanimité.

Lieu de la prochaine réunion. — A Niort vers novembre.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Croisières médicales organisées sous les auspices de la Presse médicale française.** — 1° *Croisière des Ports de France et d'Algérie.* — (Compagnie Havraise Péninsulaire). — *Itinéraire* : Le Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille ; durée : environ dix-sept jours ; *prix* pour nos adhérents : 750 fr., plus 30 francs de prime d'assurance exigée par la Compagnie (vie et nourriture à bord pendant les escales) ; *départ* du Havre le 12 septembre 1925. Cette date peut osciller de deux ou trois jours ; on est prévenu d'avance.

2° *Croisière du Proche Orient* (Compagnie Messageries Maritimes). — *Itinéraire* : Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille. *Durée* : 31 jours ; *prix* : 2.500 fr. pour nos adhérents, au lieu de 7.900 fr. ; *départ* en septembre. Pour l'inscription ferme, envoyer une avance de 400 fr. sur le prix du voyage au Dr Loir. Chèques postaux : Rouen C/C 6345.

3° *Croisière des Canaries* (Lloyd Hollandais). — *Itinéraire* : Cherbourg, La Corogue, Vigo, Leixoes, Lisbonne, Las Palmas, Lisbonne, Vigo, Cherbourg, Southampton. *Durée* : un mois ; *prix*, le voyage revient à environ 3.500 fr. ; *départs* : 10 et 24 septembre, 8 octobre. Excursions à la charge des voyageurs par les bateaux des Compagnies espagnoles faisant le service entre les sept îles et le Maroc.

Demander renseignements à M. Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

— **VIIe Congrès national de la natalité.** — Ce Congrès se tiendra à Clermont-Ferrand du 24 au 27 septembre 1925.

Il sera précédé de l'assemblée générale de la Fédération nationale des associations de familles nombreuses et accompagné d'une réunion des délégués des Commissions départementales de natalité.

S'adresser, pour renseignements, au Comité d'organisation du Congrès, à Clermont-Ferrand.

— **Cours de stomatologie.** — Du 28 *septembre au* 17 *octobre*, MM. Puig, Merville et Raison, stomatologistes et assistants de stomatologie des hôpitaux, avec le concours de MM. Bercher, chirurgien et stomatologiste des hôpitaux militaires ; Lacronique, stomatologiste des hôpitaux ; Ruppe, ancien interne, assistant du professeur agrégé Lemaître, et Mlle Léage, organisent un cours de perfectionnement de stomatologie.

La première conférence aura lieu le lundi 28 septembre, à 10 h., à la consultation de stomatologie de l'Hôtel-Dieu.

Programme des conférences. — Lundi 28 septembre. M. Puig : l'état général et les dents. — Mardi 29 septembre. M. Raison : La carie, les pulpites. — Mercredi 30 septembre. M. Merville : Complications de la carie. — Jeudi 1er octobre. M. Merville : Ostéomyélite des maxillaires. — Vendredi 2 octobre. M. Ruppe : Fracture du maxillaire inférieur. — Samedi 3 octobre. M. Puig : Stomatites spécifiques.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Cours d'ophtalmologie.* — M. le professeur Rollet, assisté de MM. Bussy, Rosnoblet, Colrat et Malot, chefs de clinique et de laboratoire, commencera, le lundi 5 octobre 1925, un cours de perfectionnement, avec examens cliniques, travaux cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire, instruments d'optique, électro-aimant géant, etc.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre le cours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine, quai Claude Bernard, Lyon. Les droits à percevoir sont fixés à 150 fr.

— **Chaires qui changent de nom.** — Les chaires d'hygiène et d'anatomie médico-chirurgicale de la Faculté de Paris, reçoivent les dénominations nouvelles suivantes : la première devient chaire d'hygiène et médecine préventive, la seconde chaire d'anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.

— **Internat des hôpitaux de Strasbourg.** — A partir de 1925, le concours pour l'internat des hôpitaux de Strasbourg sera ouvert aux étudiants de toutes les Facultés de France ayant passé leur 4e examen de fin d'année.

— **La Section Tunisienne de la Ligue contre le trachome** a adhéré aux statuts de l'Association dite *Ligue contre le trachome*, fondée à Paris, en 1923, et dont le siège social est à l'Institut Pasteur de Paris.

— **La lutte contre la maladie du sommeil.** — Une conférence s'est réunie récemment à Londres, sous les auspices de la Société des Nations, en vue d'organiser la lutte contre la maladie du sommeil. La France était représentée par le professeur Mesnil, de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut, le professeur Brumpt, membre de l'Académie de médecine, et le Dr G. Martin, des troupes coloniales, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville.

— **Congrès des aliénistes en 1926.** — La 30e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne, au début du mois d'août 1926.

Elle coïncidera avec la célébration du centenaire de la mort de Pinel et sera présidée par un de ses descendants (Semelaigne).

— **Collège de France.** — Le docteur Serge Voronoff est nommé directeur de la station de chirurgie expérimentale (fondation Voronoff) au Collège de France.

— **L. A. D. R. M.** — Le Conseil d'administration de l'A. D. R. M. s'est réuni le 28 juillet, salle Béclard.

Ayant à se prononcer sur la question des relations avec leurs collègues russes, les membres du conseil se déclarent tous partisans de la reprise de ces relations. Aucune solution pratique n'a toutefois été immédiatement adoptée, l'A. D. R. M. tenant à rester sur un terrain exclusivement scientifique.

Le Conseil discute ensuite le programme de la réception d'une centaine de médecins tchéco-slovaques qui doivent venir à Paris du 11 au 15 octobre.

Le Comité du Congrès de pédiatrie qui se tiendra à Saragosse du 5 au 10 octobre invite les pédiatres français à y participer. Malheureusement la réunion, à la même date, du Congrès de chirurgie et du Congrès d'orthopédie empêchera la plupart des Français de s'y rendre.

La Faculté de médecine de Rosario a ratifié les accords faits il y a trois mois.

Madame G. Bouillat est nommée membre bienfaiteur; M. Dequidt, membre actif, et M. Hertz, membre adhérent de l'Association.

— **XIe Congrès International d'hydrologie et de climatologie médicale.** — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles, du 10 au 14 octobre 1925, sous la présidence de MM. le professeur Gilbert, de Paris, et le docteur Terwagne, de Bruxelles.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : « Traitement hydrominéral et climatique des affections cardio-vasculaires ». Rapporteurs : MM. Cottet-Mougeot et Piatot. « Cure hydrominérale sulfureuse ». Rapporteurs : M. Flurin, Liacre et Lamarque.

Des réductions de 50 % sur les chemins de fer seront accordées aux congressistes. Cotisations : 50 fr. pour les congressistes ; 25 fr. pour les dames les accompagnant. Adresser les adhésions à M. le Dr Poirot-Delpech, 3, rue de La Planche, Paris, 7e.

— **Naissance.** — Le docteur et Madame Marius Descombins, de Montceau-les-Mines, nous informent de la naissance de leur fille Jeanne-Marie-Antoinette.

Nos compliments.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

cle 26 du dit décret. C'est ainsi qu'il vous est dû 40 francs pour l'examen mental, à la condition que vous ayez eu affaire à un cas simple. S'il s'agissait d'un cas compliqué, vous pouvez proposer un chiffre plus élevé.

Pour l'examen de l'enfant, vous devez également proposer la somme qui vous paraîtra convenable.

Les mémoires d'expertise en matière criminelle doivent être établis en double exemplaire, dont l'un sur papier libre, et adressés aux magistrats qui ont commis les experts. Après visa du Procureur de la République et du Procureur général et taxe du juge, le mémoire est payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

1855. — Calcul de la patente.

1° Je viens de recevoir mon avertissement pour les Contributions directes et taxes assimilées pour 1925. Mon loyer est de 2.265 fr. + 53 fr. 75 de portes et fenêtres + 131,25 de 5 % pour frais.

Le percepteur me compte :

a) Pour ma patente.

Le 12e d'un loyer de 2.375 = 197,92 × 3,86 (montant des centimes le franc) = 764.

N'ai-je pas droit pour ma patente à un abattement à la base de 250 fr. sur le prix de mon loyer, et en outre à un abattement pour mes 3 enfants ?

De plus le prix du loyer servant de base à la patente comprend-il le loyer total (appartement professionnel et familial) ou seulement une partie du loyer correspondant aux 2 pièces à usage professionnel ? Comme j'ai 3 enfants en m'installant, je suis obligé d'avoir un appartement plus grand et serais heureux de ne pas payer une patente plus forte que mes camarades qui s'installent comme célibataires ;

b) Pour ma contribution personnelle-mobilière, un loyer matriciel de 985 × 0,27 (centimes le franc) = 267,55.

Comment obtiennent-ils ce chiffre de base de 985 fr. ? Autrement dit, qu'est-ce qu'un loyer matriciel ?

2° J'ai reçu il y a 2 jours une feuille de demande pour établir mes impôts pour « bénéfices des professions non commerciales pour 1924 », à renvoyer dans le délai de 8 jours sous peine d'être taxé d'office.

J'ai répondu par retour du courrier que je ne pouvais être imposé pour 1924, attendu que si j'ai déposé mon diplôme en mai 1924, je ne me suis installé comme médecin et n'ai fait de la clientèle que depuis le 1er juin 1925. J'en apporte pour preuve que j'étais interne (donc dans l'impossibilité d'exercer du fait des règlements) et dans un appartement où le propriétaire ne voulait pas que j'exerce.

Que pourrais-je faire en plus pour prouver ma loyauté ? et croyez-vous que je puisse être taxé d'office sur des bénéfices que j'étais dans l'impossibilité de réaliser ?

De plus sur la même feuille, le contrôleur me demandait :

1° La date de naissance de mes enfants ; y a-t-il donc un dégrèvement de ce chef sur l'impôt des bénéfices ;

2° Mes autres revenus par catégories ? En a-t-il le droit ? Et que veut-il en faire ?

Dr M.

Réponse.

1° Il n'existe aucun abattement sur le loyer pour le calcul du droit proportionnel de patente ; la valeur locative à retenir est celle totale des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

2° Les règles d'établissement du loyer matriciel sont spéciales à chaque ville, mais les répartiteurs qui fixent ce loyer pour chaque contribuable doivent cependant respecter la loi de 1832, d'après laquelle deux logements de même importance doivent comporter un loyer matriciel égal. Il est évident que, plus le logement a une valeur locative élevée, plus le loyer matriciel sera élevé. Il ne doit être tenu compte que de l'importance des locaux d'habitation.

3° Le contrôleur se contentera fort probablement des précisions fournies en ce qui concerne les revenus professionnels, mais votre réponse est peut-être insuffisante en ce qui concerne la question relative aux autres catégories de revenus, car il a le droit de vous demander des éclaircissements, en raison de l'absence de déclaration pour l'impôt général sur le revenu.

4° Les enfants mineurs donnent droit à une réduction des impôts sur les revenus.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

1924. — Pension militaire pour invalidité.

Médecin militaire de carrière, j'ai été pensionné en décembre 1920, avec 36 % d'invalidité, pour séquelles de blessure de guerre et, en outre, myocardite chronique consécutive à une fièvre typhoïde, contractée en service et pour laquelle j'ai produit un certificat d'origine. (Cette pension est actuellement définitive.)

En juin 1921, j'ai été placé, sur ma demande et après nouvel examen, en non activité pour infirmités temporaires.

Après trois ans de cette situation et suivant les conclusions d'une commission d'enquête (toujours après examen médical), j'ai été jugé définitivement inapte à reprendre du service et par conséquent rayé des cadres.

Mon temps de service actif (années d'études comprises) est de 21 ans.

L'autorité militaire a décrété que je devais être placé en position de réforme (Loi du 9 mai 1834, art. 9 et 10).

Mes infirmités étant imputables au service, j'ai immédiatement rendu compte qu'il me semblait y avoir erreur et que je devais être mis à la retraite (Loi du 11 avril 1831) et jouir d'une solde de retraite, qui est actuellement déterminée par l'art. 47 de la loi du 14 avril 1924 (alors que la pension de réforme relève de l'art. 45 de la même loi).

Il m'a été répondu par la Direction du Service de santé du Ministère de la Guerre que je devais bien être mis en position de réforme et non en position de retraite, parce que le taux de mes invalidités n'atteignait pas 65 %.

1) Sur quels textes s'appuie cette décision ?

2° N'y a-t-il pas erreur d'interprétation ?

3) Ne dois-je pas soumettre le cas au Conseil d'Etat ?

4) Quelle est la procédure à suivre ?

Il me paraît en effet que les textes de la loi du 11 avril 1831 et de celle du 9 mai 1834 sont formels et ne prêtent pas à discussion. Dr X.

Réponse.

L'article 45 de la loi du 14 avril 1924 s'applique uniquement lorsque la réforme a été prononcée pour infirmités incurables, *non imputables* au service.

Or, les articles 9 et 10 de la loi du 9 mai 1834, sur lesquels on s'est appuyé, sont libellés ainsi qu'il suit :

« *Article* 9. — La réforme est la position de « l'officier sans emploi, qui, n'étant pas susceptible d'être rappelé à l'activité, n'a pas de « droits acquis à la pension de retraite.

« *Article* 10. — La réforme peut être prononcée soit pour infirmités incurables, soit « par mesure de discipline ».

Il semble donc que vous n'auriez pas dû être mis en réforme, mais que, vos infirmités *étant imputables au service*, vous eussiez dû bénéficier de l'article 59 de la loi du 31 mars 1919, dans les conditions fixées par l'article 47 de la loi du 14 avril 1924 (retraite proportionnelle, avec bénéfices de campagnes).

On s'est basé certainement, pour vous fixer le taux de 60 % sur la loi du 23 décembre 1919 rendant légal le principe des équivalences entre les taux d'invalidité et les différentes classes de pensions de retraite, et sur l'article 16 de la loi du 11 avril 1831, qui accorde, en cas de perte de l'usage d'un membre ou *infirmités équivalentes* (65 %) le minimum de la pension d'ancienneté avec bénéfice des campagnes, qui se trouve être également fixé par l'article 47 de la loi du 14 avril 1924, comme minimum d'une pension de retraite pour invalidité.

1607. — Augmentation de pension militaire.

Un mutilé de guerre pensionné à 15 %, demande une révision et augmentation de pension qui lui est accordée par le Conseil de réforme de son ressort. La pension est portée à 25 % début 1925. Ces jours-ci, avis du Ministère des pensions faisant connaître le retrait du second titre de pension, le taux de 10 % d'augmentation n'étant pas estimé justifié.

Il s'agit en fait d'un mutilé sérieux ; fracture des 2 os de l'avant-bras, gros cal, limitation des mouvements ; perte de substance musculaire considérable d'une jambe, fracture du maxillaire inférieur, perte de 10 dents, non appareillable ; troubles dyspeptiques consécutifs ; troubles mentaux ayant débuté par état commotionnel, le tout par E.O. Peut-il par suite élever une réclamation devant le tribunal départemental des pensions et quelle est la procédure à suivre ?

D[r] C.

Réponse.

Dans les six mois qui suivront l'époque à laquelle le rejet ministériel de cette augmentation de pension lui aura été notifié, l'intéressé devra se mettre en instance de réclamation devant le Tribunal des Pensions. Pour cela, il lui suffira de faire connaître cette réclamation au Président du Tribunal par lettre recommandée adressée au greffier du Tribunal civil dont il dépend.

Application du Tarif Breton.

I

1929. — Frais de transport ne sont pas frais de déplacement.

Etant déjà un vieil abonné du *Concours médical*, je n'ai jamais fait appel en vain à ses bons offices et à ses connaissances, aussi j'abuserai peut-être en demandant encore.

Mais, je suis embarrassé pour les prix à mettre sur ma demande d'honoraires pour un accident du travail ; et j'aurai d'autant plus besoin de vos conseils pour le prix à établir que le cas est épineux en raison des difficultés de toutes sortes que j'ai eu à surmonter... tout çà pour en arriver quand même à un ouvrier amputé ! et à un agent local de la Cie d'assurance, qui est furieux des cas coûteux... et définitifs que cela fait pour sa Cie ! enfin, pour n'avoir maintenant après mes efforts qu'ingratitude du patron, de l'ouvrier !!!

Aussi, c'est bien le moins que mes efforts soient payés ! d'autant que cette nuit-là (où j'ai mené le blessé à B.) il y avait au moins 400 arbres ou poteaux téléphoniques, télégraphiques, etc., fauchés (et gisant, parfois en travers de la route) arrachés par le cyclone de l'après-midi, cause partielle de l'accident puisqu'il s'agit d'un maçon qui s'est esquinté dans l'effondrement d'un échafaudage !

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à l'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1926)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er octobre seulement (1).

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien. *édition* 1926.

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.*
- *Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1925

(1). — *Cette date pourra être avancée si l'édition prévue est épuisée.*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin avant le 1er octobre 1925, à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132 rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e)

Vous voyez un transport de grand blessé dans un tel chaos, on se serait cru encore en guerre.

Dr Z.

J'oublie de vous dire qu'il faut que vous sachiez que pour mener le blessé à B..., nous avons fait environ 79 kil., par temps de cyclone, obligés de s'arrêter pour un oui ou pour un non pour nettoyer phares, enlever poteaux ou objet fauchés par l'orage ; bref, près de 3 h. de martyre. 79 + 79 kil, pour le retour le lendemain, soit déplacement de près de 160 kil.

Réponse.

Vous me parlez de tarifer les frais de transport de votre blessé à B., soit 79 plus 79, 158 kilomètres, plus 50 francs de frais d'hôtel pour vous, votre chauffeur et un interprète (?). Tout cela n'est plus du tarif Breton, pas plus qu'il ne s'agit de frais médicaux. Vous avez fait office, en réalité, non de médecin, mais de *loueur de voiture*, de chauffeur d'auto improvisé, par suite d'urgence, si vous voulez. Vous ne pouvez donc réclamer à l'ouvrier ou au patron qu'au titre du droit commun et suivant le tarif des loueurs de la région, en vous mettant à leur place. *Là, ce n'est plus de ma compétence.*

Revenons pourtant au tarif Breton et voyons ce que nous pourrions faire, au point de vue *médical*, car, enfin, c'est celui-là qui vous a guidé, je le sens bien. Vous pourriez, tout au plus, invoquer la nécessité de *surveillance prolongée* du malade, pour l'avoir conduit à l'hôpital, alors que vous n'osiez le laisser livré à lui-même. Et vous vous baseriez, comme tarification, sur l'article 6 qui accorde l'équivalence d'une visite par 1/2 heure de surveillance, *jusqu'à un maximum de cinq visites*, ce qui serait encore maigre pour tout ce que vous avez fait. Vous ne pourriez même pas réclamer 50 francs pour votre aide dans la réduction de la luxation à l'hôpital, à cause du « tout compris » qui prive le médecin de tout honoraire à l'hôpital.

En résumé, je ne vois à compter au tarif Breton que ce qui suit : « Le 7 une première visite, puis la deuxième visite (triple parce que de nuit), puis les 5 visites de surveillance prolongée. *Au total 9 visites plus les déplacements de chez vous chez le malade et retour.* C'est tout, Quant au reste, c'est du droit commun, que vous pourriez demander comme loueur de voiture improvisé. Et pour cela, qui vous a commandé, mis en œuvre... qui vous a dit de paser la nuit à l'hôtel, etc... ? Voyez dans quelles complications nous tombons.

F. D.

II

1913. — Certificat d'origine délivré en double.

Je lis dans le dernier *Concours* votre réponse sous

le n° 1669 à un confrère qui vous avait demandé votre avis sur la tarification des deux certificats initiaux (mairie et Cie) : vous concluez en disant que le 2e certificat (Cie) est dû et vous citez à l'appui un jugement de justice de paix : or, ayant eu récemment un litige avec une Mutuelle d'assurances, portant exactement sur le même point (paiement du 2e certificat), j'ai demandé conseil à ce sujet au secrétariat général du *Concours* et à ma grande surprise, il m'a été répondu que je n'avais pas à prétendre être payé de ce 2e certificat à moins que la Cie ne me l'ait formellement demandé, l'habitude étant d'en délivrer deux et de n'en faire payer qu'un. Il me semble qu'à chaque fois qu'un accident (du travail) se produit, la Cie responsable a besoin du certificat médical initial : il serait donc, à mon avis, utile de savoir une fois pour toutes ce que doit faire le médecin intéressé : doit-il se borner à rédiger l'unique certificat exigé par le tarif Breton et attendre que la Cie lui demande par écrit le certificat à son usage personnel ? ou l'ayant délivré de son propre mouvement, en perdre l'honoraire s'il n'est pas chicanier ou traîner cent fois par an les Cies devant les tribunaux ?

Votre avis personnel qui fait généralement autorité, est-il que dans tous les cas de délivrance spontanée du 2e certificat à l'usage de la Cie le médecin en réclame hardiment le montant ? Si oui vous seriez bien aimable de le faire savoir par la voie du *Concours*, sous forme de réponse à ma question ou sous tout autre qui vous plairait. L'intérêt du corps médical tout entier est d'être une bonne fois fixé sur ce point, car étant donnée la multiplicité des accidents du travail, c'est presque par centaines de francs que se chiffre le cadeau que chacun de nous a fait jusqu'ici aux Cies d'assurances.

Dr G.

Réponse.

J'ai cru bon et utile de citer un jugemont de justice de paix qui pourrait servir de base, à l'occasion, mais dans lequel, en somme, la Compagnie avait « demandé » un deuxième exemplaire par son imprimé à remplir. Si, au contraire, vous délivrez ce duplicatum *de vous-même* et sans qu'on vous le demande, sur quoi vous baser pour en exiger le paiement ? « Qui commande paye » dit le proverbe, et la négative est aussi juste : « Qui n'a pas commandé, n'a pas à payer ».

Ce que vous pouvez faire, puisque vous me le demandez, c'est de ne délivrer qu'un seul certificat. La Compagnie pourra toujours s'en faire donner copie par le patron, avant le dépôt à la mairie. Si elle vous demande d'en délivrer dorénavant un deuxième pour tout accident, gardez cette « lettre de commande » et vous aurez une base pour réclamer paiement ultérieur du deuxième certificat.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *août.*

Asile publics d'aliénés.

Un *poste de médecin directeur* sera vacant à dater du 1er octobre 1925 à *l'asile public d'aliénés de Lorquin* (Moselle). Les candidats doivent justifier d'une parfaite connaissance de la langue allemande.

13 *août.*

Enseignement de la pharmacie.

Décret et arrêté du 4 *août* 1925 *relatifs aux conditions de nomination des agrégés des Facultés de pharmacie.*

14 *août.*

Commission d'hygiène dentaire.

Arrêté du 11 *août* 1925 *nommant les membres de la Commission d'hygiène dentaire.*

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Vu l'arrêté du 10 avril 1925, instituant une commission d'hygiène dentaire ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres de la commission d'hygiène dentaire :

MM.

Le docteur Lenglet, membre de l'union des syndicats médicaux de France.

Le docteur Humbel, membre de l'union des syndicats médicaux de France.

Le docteur Jayle, membre de l'union des syndicats médicaux de France.

Le docteur Mabille, membre du syndicat des médecins de la Seine.

Le docteur Boudin, membre du Syndicat des médecins stomatologistes.

Le docteur Fargin-Fayolle, membre du syndicat des médecins stomatologistes.

Le docteur Rousseau-Decelle, de l'école française de stomatologie.

Le docteur J. Tellier, de la Société de stomatologie.

Le docteur L'Hirondel, de la société de stomatologie des hôpitaux.

Le docteur Pietkiewicz, de l'association française des médecins stomatologistes.

Le docteur Chompret, de l'association stomatologique internationale (section française).

Le docteur Seimbille, de l'association française des chirurgiens dentistes.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Quarante-septième année — N° 36 — 6 Septembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2046-IV.)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'études du *Concours médical*, de MM. les docteurs Tariel, d'Issy-les-Moulineaux ; Auvinet, de la Barbonnière ; Colas, de Bassuet ; Prat, de Pleyber-Christ et Achard, d'Aïn-Témouchent, la somme de vingt-cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 365. — Le Dr Bourguet, à Sommières (Gard) céder. géogr. universelle d'Elysée Reclus, 19 volum. broch. Faire offres.

N° 366. — Anc. ext. hôp. Paris, prépar. sa thèse, ch. pour oct., occupat. rétribuées pour matinées. S'ad. J. Laborde, 4, bd Diderot, Paris, 12e.

N° 367. — Dr exerc. l'été ds stat, therm., libre l'hiver ch. occupat. méd. (médec. génér. ou syphiligr.) dans S.O., de préfér. Bordeaux.

N° 368. — Voit. 10 CV Delahaye 1923, torp. ponté, 5 pl., caross. luxe, 4 amortis., 6 r., carb. Zénith, peu roulé. Prix act. du catalog. 30.800. A vend. ét de n : 20.500. S'ad. Dr Meulle à La Ferté-Bernard (Sarthe).

N° 369. — A vend. Kodak 6/9 anastigm. Kodak av. sac cuir, adapt. plaques, 3 chass. absol. neuf : 460 fr. Louis Serré, Mazingarbe (P.-de-C.).

N° 370. — Méd. visit. Algérie et Maroc, reprès. auprès confr. mais. spécial. pharmac. Ecr. pr offres à Dr Fenard, 13, rue Vauquelin, à Paris, qui transmettra.

N° 371. — On off. cond. int. amov. Dodge, 4/5 pl. éclair. et démarr. électr. Photo sur dem. Dr Véron à Montbéliard (Doubs).

N° 372. — Bretagne. — Dr méd. inspect. protect. des enf. du 1er âge, chargé visit. une fois par mois nourriss. et enf. placés chez cultivateurs, se charger. transmettre nouvelles off. de placem.

N° 373. — Nord. Client. ds chef-lieu de cant. rapp. 25.000, sans fatigue, cond. tr. intéress. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 374. — 2 h. 30 de Paris. Tr. bon poste peu poussé, rapp. 32.000, contrée tr. riche, mais. 8 p., indemn. à débatt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 375. — Citroën 10 CV, 1924, conduite intérieure, 3 places, très peu roulé, mécanisme, carrosserie, appareillage électrique, pneus, le tout en parfait état de neuf, compteur, téléjauge, 5 pneus confort, prix 13.500, dérisoire vu l'état et le prix du neuf actuel, 25.000. S'adresser d'urgence Lamirault, 7, rue des Grands-Degrés, Paris (5e).

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale. La pension du mari et de la femme.

Je suis âgé de 35 ans, ma femme de 31 ans ; nous voudrions nous assurer une pension à 65 ans, pour le moment où je ferai moins de clientèle. Nous n'avons pas d'enfants, faut-il contre-assurer nos versements ? Je vous prie de bien vouloir nous donner des conseils sur la combinaison que nous devons choisir.

Dr V... à C...

Réponse.

Si vous voulez vous assurer une pension tous les deux à 65 ans, inscrivez-vous à la combinaison R : vous verserez 214 fr., cotisation non contre-assurée.

Notez que, s'il vous venait des enfants, vous pourriez toujours contre-assurer les versements que vous auriez encore à faire. Si vous vouliez contre-assurer tous les deux dès maintenant, vous devriez verser 265 fr. par an.

Si vous preniez cotisation contre-assurée pour vous et cotisation simple pour Madame, vous verseriez 243 francs.

Mais il est un autre mode que je crois devoir vous signaler : ce serait de prendre pour vous R (pension à 65 ans) et, pour Madame, P (pension à 60 ans). Vous toucheriez vos pensions respectives presque en même temps et vous auriez à verser, cotisation simple, 285 fr., et, cotisation contre-assurée, 343 francs.

Ces chiffres se réfèrent à une pension de 1200 fr., ils devraient être doublés si vous preniez la pension de 2400 francs.

H. M.

1340. — Timbre d'un panneau indicateur.

Désireux de mettre une pancarte sur une route de GC, indiquant la distance, l'altitude de notre localité, qui porterait la mention « Station climatique », je me demande si je dois mettre un timbre sur cette pancarte peinte sur bois.

Je mets cet écriteau sur les bas côtés de la route, dans mon terrain. Faut-il soumettre cet écriteau à la formalité du timbre ?

Dr Z.

Réponse.

Une telle pancarte est soumise au droit de timbre, mais ce droit est payable au bureau d'enregistrement, d'après une déclaration qui doit y être souscrite. Le receveur vous indiquera toutes les mentions à faire figurer dans cette déclaration.

A. M.

1943. — Indemnité de déplacement d'un expert près le Tribunal des pensions.

Requis par le tribunal des pensions pour expertiser un pensionné de guerre à 25 km. je me vois appliquer par le tribunal les honoraires suivants :

Rapport d'expertise.................... 25 fr.

Indemnité kilométrique : 1 franc par km. pour les 25 premiers kilomètres, 0,60 centimes pour les suivants.

Je n'ai pas encore accepté ce tarif et viens vous demander :

1° Quel tarif dois-je appliquer :

a) mutilés à 1 fr. 24 en plaine ?

b) criminel, à 0,60 ?

c) assistance à 1 fr. 50 ?

2° Quel texte puis-je invoquer ?

3° Ou quel jugement s'il y en a déjà eu de rendu sur ce cas ?

4° En l'absence de tout texte ou jugement, comment et à qui poser la question ? Au ministre ? Si oui, de quelle façon ?

A mon avis il serait logique d'appliquer le tarif des mutilés.

Dr P.

Réponse.

Nous ne possédons pas de données à ce sujet, ni tarif, ni références.

A titre d'indication, les centres de réforme qui déplacent un expert pour examiner un malade lui allouent une indemnité de 1.50 par kilomètre réellement parcouru. Ce tarif est fixé par la décision ministérielle 53.131 E.M. du 20 juin 1921.

2016. — Prescription en matière d'accidents du travail.

J'ai soigné un blessé du travail décédé le 5 août 1924. Le 6 août 1925, j'étais sans nouvelles de mes honoraires réclamés par trois notes successives. Je pensais ma dette prescrite et m'apprêtais à passer l'éponge. Or, voici que mon avoué m'apprend que le terme d'un an ne s'applique qu'à l'indemnité due à la victime d'un accident de travail et que les honoraires médicaux pour soins donnés à la victime suivent la règle habituelle. J'avoue avoir présenté un réflexe incrédule, à tel point que l'homme de loi se voit obligé de me mettre sous les yeux son Dalloz qui est formellement de son avis et appuie cette interprétation de jugements rendus.

Que faut-il penser ? Suis-je ou non en droit de réclamer encore mes honoraires, au patron cette fois ?

Dr L.

Réponse.

La prescription des honoraires médicaux en matière d'accidents du travail n'est pas celle de deux ans établie par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, mais celle d'un an que l'article 18 de la loi sur les accidents du travail applique à « l'action en indemnité », et qui court du jour de l'accident, ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire.

La question avait été vivement débattue et longtemps la jurisprudence avait été hésitante, mais elle a été fixée en ce sens défavorable aux médecins par un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 4 février 1919 (*Gazette des Tribunaux*, 24 février 1919 ; *Concours médical*, 13 avril 1919, page 361). Il se peut que le recueil Dalloz en la possession de votre avoué soit de date plus ancienne et ne mentionne pas cet arrêt.

Aux termes de l'arrêt sus-mentionné, la prescription d'un an doit être appliquée sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant que la demande est intentée par l'ouvrier lui-même, ou par ceux à qui l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 donne une action directe contre le chef d'entreprise.

1995. — Les limites de l'application du Tarif Breton.

1° Est-il exact que nous ne sommes pas tenus d'appliquer le tarif Breton aux ouvriers agricoles assurés ?

2° Est-il exact que pour les ouvriers assurés en vertu de la loi 1898, le tarif Breton ne représente que la part du patron, et que la loi nous autorise à réclamer la part de l'assuré dans le paiement de nos honoraires.

Dr M.

Réponse.

Le tarif Breton représente seulement la part des honoraires médicaux mise par la loi à la charge du chef d'entreprise en cas d'accident du travail, tant dans les entreprises commerciales et industrielles que dans les entreprises agricoles.

Lorsque le médecin, agissant au lieu et place de l'ouvrier, use de la faculté que lui accorde la loi de se faire payer directement par le chef d'entreprise, il ne peut réclamer à celui-ci plus que ce qui est prévu par le tarif Breton.

Mais ce n'est là pour le médecin qu'une faculté et non une obligation. Par conséquent le médecin peut fort bien ignorer le patron et l'assurance et se faire honorer par son client, comme par tout autre client de sa clientèle ordinaire. Dans ce cas, le blessé pourra se faire rembourser par son patron ce qu'il aura payé au médecin à concurrence du tarif Breton et le solde restera à sa charge. Ou bien le médecin peut accepter de se faire payer par le patron et demander à l'ouvrier un complément d'honoraires s'il estime insuffisants ceux qui lui sont alloués par le tarif Breton.

Ces solutions découlent du texte même de la loi sur les accidents du travail qui dit au paragraphe 2 de l'article 4 : « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques *que jusqu'à concurrence de...* »

2119. — Revision des baux de longue durée

Je viens demander un petit renseignement au *Concours médical*, véritable providence des gens dans l'embarras. Voici le sujet :

J'ai signé en avril 1913 un bail de 9 ans, expirant donc en août 1922. Cinq ans de prorogation me conduisent à août 1927. D'accord avec le propriétaire, j'ai accepté en 1923 une augmentation de 40 %.

Or, ces jours derniers, mon propriétaire m'avise qu'il existe une nouvelle loi concernant la revision des baux d'avant-guerre et m'invite à lui faire des propositions.

Une telle loi a-t-elle été votée et dans l'affirmative où peut-on en trouver le texte ?

Comme vous vous êtes, dans le *Concours*, occupé à plusieurs reprises de la question des baux et des loyers, je n'hésite pas à m'adresser à vous pour vous prier de vouloir bien me préciser ce petit renseignement qui me manque.

D^r^ X.

Réponse.

Il existe en effet une loi du 6 juillet 1925, publiée dans le *Journal officiel* du 7 juillet 1925, autorisant la révision du prix des baux à longue

durée. Mais cette loi ne s'applique (article 1er) qu'aux baux à loyers normaux ou prorogés, par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919 et d'une *durée contractuelle de plus de neuf ans.* Comme votre bail n'a été conclu que pour une durée de neuf ans, il échappe donc à l'application de la loi nouvelle, bien que votre prorogation ait eu pour effet de le prolonger de cinq années.

Dans ces conditions, vous n'avez aucune proposition à faire à votre propriétaire et jusqu'à la fin de votre prorogation vous n'aurez pas d'autre augmentation à supporter que celle que vous avez déjà acceptée en 1923.

2004. — Diplômes nécessaires pour les études dentaires.

1° Quelles sont les conditions que doit remplir un jeune homme qui veut entreprendre ses études de dentisterie ?

2° Est-il question du bachot ?

3° Le brevet élémentaire suffit-il ?

Dr F.

Réponse.

Pour se faire inscrire au stage en vue des études dentaires, il faut avoir seize ans accomplis et produire, soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaise, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles est également admis pour l'inscription au stage.

2030. — Consolidation d'un accidenté du travail.

Je donne mes soins à un blessé du travail auquel on on a dû amputer la cuisse. Grand blessé ou plutôt grosse incapacité permanente.

Le médecin d'assurance conclut à la consolidation en se basant sur le fait que des soins médicaux ne sont plus nécessaires.

Je prétends, moi, que la blessure n'est pas consolidée (la blessure et ses suites) en me basant sur le fait que le blessé est toujours dans l'incapacité de travailler (car l'amputation n'est rien comparativement à 2 mois de septicémie et 6 mois de lit) et que du reste l'état du blessé fait des progrès constants quoique lents.

Je viens vous demander s'il est exact que la jurisprudence donne pour définition de la « consolidation » la date à laquelle les soins médicaux ne sont plus nécessaires ?

Dr C.

Réponse.

La date de la consolidation doit être fixée au

jour où l'état du blessé n'est plus susceptible d'amélioration et où l'incapacité permanente peut être fixée d'une façon définitive. Le jour de la consolidation peut ne pas coïncider avec la date de la guérison de la lésion directement provoquée par l'accident, car il ne faut pas oublier que les suites de la lésion primitive sont à la charge du patron. C'est ainsi que, dans le cas que vous nous soumettez, les répercussions de l'amputation sur l'état général du blessé doivent être supportées par le patron et que la consolidation ne peut être fixée au jour où la plaie opératoire n'a plus nécessité de soins, mais bien au jour où l'état général du blessé, suite de l'amputation, s'est trouvé suffisamment amélioré pour lui permettre de reprendre un travail en rapport avec son infirmité.

D'ailleurs, il n'appartient pas plus au médecin traitant qu'au médecin de l'assurance de fixer la date de la consolidation. A défaut d'accord entre les parties à ce sujet, la date de la consolidation est fixée souverainement par le Tribunal appelé à statuer sur la fixation de la rente, nécessairement après expertise médicale.

Au cas où l'assurance refuserait de continuer le paiement de son demi-salaire à votre blessé, que celui-ci cite son patron devant le juge de paix du lieu de l'accident. Si l'assurance soutient que la consolidation est acquise et qu'une rente doit être substituée au demi-salaire, le juge de paix adressera le dossier au Président du Tribunal Civil qui convoquera les parties et les conciliera ou les renverra devant le Tribunal où l'affaire suivra son cours ordinaire.

2014. — Revision pour aggravation de l'état d'un blessé du travail.

Un ouvrier atteint il y a trois ans de fracture de jambe mal réduite et vicieusement consolidée après 7 mois d'incapacité totale, peut-il demander à son patron réparation du dommage provenant d'une incapacité partielle et permanente en résultant, après avoir donné décharge à la Cie d'assurance lors de la reprise du travail ?

Dr E.

Réponse.

En vertu de l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, votre blessé peut introduire contre son patron et l'assurance de celui-ci une action en revision fondée sur une aggravation d'infirmité. Cette action doit être introduite au plus tard dans les 3 ans à compter du jour où l'indemnité journalière (demi-salaire) a cessé d'être payée.

Votre blessé, s'il est encore dans les délais, n'aura qu'à aller faire au greffe du Tribunal

(*Voir la suite page XLVII-2091*)

PROPOS DU JOUR

La collaboration des médecins praticiens à la réalisation de l'Hygiène publique.

Le *Mouvement sanitaire*, organe officiel de l'Association des Médecins hygiénistes français, qui s'efforce, dans un but d'intérêt général, de rapprocher les médecins hygiénistes des médecins praticiens et d'aboutir par une entente à la réalisation d'une organisation de l'hygiène en France, a consacré, dans son numéro du 31 juillet 1925, une de ses Chroniques à l'examen de ces intéressantes questions.

Il demande s'il ne serait pas très utile de faire affilier les hygiénistes professionnels à l'ensemble de l'organisation syndicale des médecins.

Il montre que si tout le monde est d'accord pour constater la faillite actuelle de l'hygiène officielle, personne ne s'entend lorsqu'il s'agit de remédier à cette carence.

Les uns attendent tout d'une révision de la loi de 1902. Les autres (l'Union des Syndicats médicaux) estiment qu'il y a pour l'Administration, une incapacité fondamentale à créer l'hygiène et affirment que là doit être une des tâches des Syndicats médicaux.

Le *Mouvement sanitaire* fait des réserves sur les inconvénients que pourrait présenter l'abdication des Pouvoirs publics dans une question où l'intérêt général de la Société prime tout, mais ne voulant pas entamer une querelle dialectique où il opposerait, dit-il, au dogmatisme syndicaliste, basé sur l'intérêt professionnel, la doctrine de l'intérêt général où l'intervention de la corporation médicale n'aurait qu'une part, il demande aux Syndicats médicaux de préciser ce qu'ils ont fait sur les quelques points du territoire où ils ont obtenu le privilège d'organiser l'hygiène.

En réponse à une phrase du secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, le Dr Lenglet : « Nous voulons créer l'hygiène ; c'est promettre à la Société que nous voulons l'organiser... L'heure de la réalisation est venue... », le *Mouvement sanitaire* répond par une sorte de mise en demeure amicale, que l'on sent sympathique, mais où perce indiscutablement une pointe d'ironie et de scepticisme : « Si vraiment le Syndicalisme médical est une puissance d'organisation, écrit l'auteur de l'article du *Mouvement sanitaire*, il se doit d'utiliser les meilleures de ses forces, à faire surgir (tout au moins en des points choisis par lui) cette hygiène dont nous désirons tous l'avènement. Que le Syndicat veuille adapter ses moyens à la Société dans laquelle nous vivons, qu'*il réalise* ; s'il réussit, sa doctrine s'imposera par les faits, et la loi viendra consacrer ses succès.

Nous demandons aux dirigeants du Syndicalisme médical le bilan de leurs réalisations dans les différents domaines de l'hygiène, ou l'état de leurs projets, avec l'indication des voies et moyens dont ils disposent pour les faire aboutir dans un avenir proche. »

***

Nous n'avons aucun mandat officiel nous permettant de répondre à ces questions, mais comme l'Union des Syndicats médicaux n'a pas dans ses Assemblées générales pris encore de décisions à ce sujet, qui est par conséquent à l'étude, nous pensons qu'il est dans notre rôle d'examiner la proposition du *Mouvement sanitaire* et de dire en toute sincérité ce que nous en pensons.

D'abord nous considérons comme très utile, sinon indispensable, l'entrée des médecins hygiénistes officiels dans les Syndicats médicaux. Si certains pensent que leurs fonctions ne leur permettent pas d'en faire partie comme membres adhérents, parce qu'ils ont pris des engagements que les décisions syndicales pourraient à la rigueur les empêcher de tenir, du moins pourraient ils pénétrer dans les Syndicats comme conseillers techniques. L'essentiel, c'est qu'au cours des discussions sur l'hygiène dans nos Syndicats médicaux, l'on puisse entendre la voix d'un spécialiste très au courant de la législation et des réglementations actuelles, pouvant montrer les impossibilités légales, administratives ou techniques, qui peuvent empêcher une réalisation ou rendre vain un projet.

Dans quelques Syndicats, il peut se trouver sans doute des médecins fort au courant de tout ce qui concerne l'hygiène, mais ce n'est pas dans la généralité des Syndicats médicaux. D'autre part, il n'est pas à notre avis inutile que la cloche administrative fasse entendre un son différent au cours de nos discussions syndicales. Mais, malgré son importance, cette question est subsidiaire. Abordons l'objet principal de l'article du *Mouvement sanitaire*.

Il demande si le Syndicalisme médical est pour la réalisation de l'hygiène une *puissance d'organisation.*

Nous répondrons avec franchise : Oui *virtuellement* ; en réalité pas encore. Et cela se comprend. Dans un pays aussi fortement centralisé que le nôtre où des bureaucraties administratives séculaires sont souveraines, la puissance syndicale ne peut être qu'une puissance morale que la Bureaucratie ne peut comprendre, quand elle ne la considère pas systématiquement comme une ennemie. Les difficultés de l'organisation des Commissions tripartites pour l'application de l'article 64 de la loi des pensions qui est une première manifestation de l'activité syndicale, l'ébahissement, sinon l'hostilité déclarée des fonctionnaires en présence de cette nouvelle institution qui détonne quelque peu dans notre organisation administrative, sont bien des preuves indiscutables de ce que nous avançons.

Pour que le Syndicalisme devienne une puissance réelle d'organisation, il lui faut l'autorité effective et l'argent nécessaire. Nous pouvons, sans être grand prophète, affirmer que *dans l'état actuel de notre constitution politique*, ces deux facteurs lui feront toujours défaut. Cependant, partiellement, dans les limites de l'autonomie relative communale ou départementale, un Syndicat pourra disposer des moyens suffisants pour faire une expérience fragmentaire, mais ces essais ne seront jusqu'à nouvel ordre que très limités et précaires. Leur sort dépendra de la bonne volonté d'un maire, de la docilité d'un Conseil général ou d'un Conseil municipal, de la stabilité aléatoire du suffrage universel. Cela néanmoins ne nous empêche pas d'appeler de toutes nos forces l'attention de nos confrères syndiqués sur l'utilité de la multiplication de ces tentatives.

Ces expériences, renouvelées sans cesse, des contrats collectifs, conclus fréquemment avec les municipalités ou d'autres institutions officielles, finiraient par faire accepter peu à peu l'action du syndicalisme médical dans les milieux administratifs, par démontrer ses avantages et petit à petit par faciliter une réforme qui, en lui donnant dans l'Etat la place qu'il doit y occuper, nous ferait sortir de l'ère d'incohérence et d'impuissance dans laquelle nous nous débattons.

Nous répondrons donc au *Mouvement sanitaire* que le bilan des réalisations syndicales dans les différents domaines de l'hygiène ne peut fatalement être considérable à l'heure actuelle. Mais si restreint soit-il, ce bilan doit être pour tous un exemple, un enseignement et il est désirable qu'il soit établi le plus promptement possible.

Le *Mouvement sanitaire*, dont le Rédacteur paraît bien penser comme nous, réclame aux dirigeants du Syndicalisme médical, à défaut de bilan, « l'état de leurs projets avec l'indication des voies et moyens dont ils disposent pour les faire aboutir dans un avenir prochain. »

L'état des projets sera facile à établir ; le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux s'en est sérieusement occupé. Mais il en est autrement des voies et moyens dont les Syndicats disposent pour les faire aboutir dans un avenir prochain ; nous en avons déjà donné suffisamment les raisons, quelques lignes plus haut, pour ne pas revenir sur ce point.

Concluons : Pour faire œuvre utile et œuvre *immédiatement* utile en matière de réalisations de l'hygiène, *à notre avis personnel*, il faut exposer d'abord dans tous ses détails, en un rapport très étudié, un projet complet et idéal de l'organisation de l'hygiène par les Syndicats médicaux, ou mieux avec le concours prédominant des Syndicats médicaux. Ce projet idéal qui, évidemment, ne serait pas actuellement applicable, servirait de guide et de modèle à chaque Syndicat qui, dans chaque région, en tenant compte de ce qui existe déjà et des conditions locales, s'efforcerait de créer une organisation autonome se rapprochant le plus possible du projet idéal. Ce dernier serait analogue au règlement-type des établissements hospitaliers, rédigé et modifié par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, que les Commissions administratives de chaque hôpital et hospice sont tenues de prendre pour modèle, sans être étroitement obligées de l'appliquer dans son intégralité.

Au bout de quelques années, l'expérience permettrait d'apprécier dans quelles régions l'organisation de l'hygiène est la mieux conçue et la plus pratique. Alors, on pourrait songer à étendre la méthode appliquée avec succès dans ces régions à des départements similaires. Nous disons étendre et non généraliser parce que nous sommes convaincus qu'il faut en hygiène créer des organisations simples, s'adaptant à toutes les nécessités locales et se garder d'appliquer un système rigide et unique qui conduirait à un échec probable sinon certain.

A notre avis, il conviendrait de créer des commissions tripartites où le Corps médical, les municipalités intéressées et l'Administration seraient représentés dans des proportions à déterminer.

Parmi les représentants de l'Administration,

un certain nombre de techniciens : vétérinaires, chimistes, architectes, ingénieurs, géologues, etc., apporteraient à la Commission le concours de leurs connaissances spéciales. La présidence de la Commission pourrait être laissée à un délégué du pouvoir central, mais le secrétariat dont le rôle serait vraiment actif, devrait être organisé par le Syndicat médical. La Commission prendrait, après études et enquêtes, les décisions nécessaires. Ces décisions seraient exécutées par les soins d'un médecin hygiéniste spécialisé qui pourrait faire partie de la Commission ou assister à ses réunions à titre consultatif.

Le secrétaire de la Commission lui transmettrait les décisions et pourrait, soit directement, soit avec l'aide de commissaires délégués, exercer un contrôle sur la manière dont ces décisions seraient exécutées.

Ce serait là l'organe local de l'hygiène réalisé auquel pourraient être adjointes beaucoup d'autres institutions et au-dessus duquel pourraient exister maints conseils techniques ou Commissions supérieures.

Il est évident que nous émettons là une idée personnelle qui n'est basée sur aucune étude approfondie, mais elle nous paraît pouvoir servir de thème à une discussion utile. Sans doute dans une ville de faible importance, le nombre des techniciens serait fatalement réduit, bien qu'un vétérinaire, un pharmacien et un agent-voyer à défaut de chimiste, d'architecte, d'ingénieur et de géologue, seraient toujours faciles à trouver. Sans doute dans une très grande ville, le développement de la Commission d'hygiène devrait prendre une importance toute autre.

Mais nous pensons que cette collaboration du Syndicat médical pourrait être tentée, même actuellement. Il suffirait d'une entente de la Municipalité ou d'un groupe de municipalités avec le Syndicat médical et de la bienveillante tolérance de l'Administration Centrale.

Si l'expérience réussissait, au bout de peu de temps, nous aurions une organisation d'hygiène qui aurait fait ses preuves, que l'on pourrait perfectionner et que la Loi pourrait alors utilement sanctionner. J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FIÈVRE DE MALTE

Par le médecin-major André VERDEAU,

du Laboratoire de recherches bactériologiques de l'Armée.

Au terme de « fièvre de Malte », de beaucoup le plus usuel, se superposent une série de synonymes : de fièvre ondulante, proposé par Hugues (1897) ; mélitococcie, proposé par Chauffard en 1911 ; fièvre méditerranéenne (Burnett), fièvre de Gibraltar, de Chypre, Rock-Fever, fièvre de Naples, etc... Ces diverses localisations permettent de prévoir combien est inexact le terme de « fièvre de Malte » qui attribue à la maladie une spécificité géographique.

Au point de vue scientifique, l'expression mélitococcie paraît la plus convenable parce qu'elle exprime une vérité biologique bien établie.

Nous définirons la mélitococcie une infection spécifique due au « micrococcus melitensis », généralement accompagnée de septicémie, évoluant de manière diverse, le plus souvent sous l'aspect de fièvre ondulante prolongée, accompagnée de sueurs, de constipation, d'anémie, transmise surtout par le lait de chèvre ou par contact avec les sujets infectés.

Historique.

Il n'est pas impossible que la mélitococcie ait été connue des anciens, mais elle n'a été isolée comme maladie distincte qu'à une date relativement récente ; c'est en 1862 que Marston l'a décrite cliniquement et différenciée des affections typhoïdiques.

Son histoire, depuis les travaux de Marston, comporte deux périodes : dans une première phase on la dégage au point de vue clinique ; dans une deuxième phase, les recherches bactériologiques font connaître son agent pathogène. Dans la première période retenons seulement les noms de Marston, Burnett et Baxter. C'est avec les découvertes bactériologiques que l'histoire de la mélitococcie, un peu flottante jusque-là, va s'éclaircir.

C'est Bruce qui, en 1887, décrit sous le nom de micrococcus melitensis l'agent pathogène spécifique de la maladie. Cet agent se retrouve dans la rate des malades qui ont succombé et, inoculé

au singe, il reproduit une affection très analogue à la maladie humaine. Cette découverte fut confirmée par HUGUES et surtout par WRIGHT qui montre que l'agglutination permet le diagnostic de la maladie car le sérum des malades atteints de mélitococcie agglutine le coccus de Bruce.

C'est à ce moment-là que l'Amirauté anglaise, justement préoccupée de la fréquence de la mélitococcie dans les possessions anglaises de la Méditerranée, demande à la Royal Society de Londres de désigner une Commission pour étudier l'étiologie et la prophylaxie de la maladie. Cette « Commission de la fièvre méditerranéenne » a largement assuré le rôle qui lui était dévolu, elle a élucidé nombre de problèmes concernant l'étiologie et la pathogénie, elle a précisé le rôle primordial du lait de chèvre, elle a jeté les bases d'une prophylaxie rationnelle. L'histoire de la fièvre de Malte est dès lors connue, sinon dans toutes ses particularités, du moins dans ses chapitres les plus importants.

Répartition géographique.

La conception de la distribution géographique de la fièvre de Malte s'est appuyée jusqu'à présent, tacitement ou expressément, sur une idée schématique et simpliste :

a) *Un foyer originaire*, qui est l'île de Malte ;

b) *Une zone primaire de rayonnement centrifuge* sur la circonférence méditerranéenne ;

c) *Une zone secondaire de propagation* qui, franchissant les détroits maritimes du bassin intérieur du vieux monde, a fait déborder la contagion dans le monde entier.

Il y a là un reflet de la théorie des berceaux nosogéniques si nettement constatée pour les grands fléaux : berceau indien pour la peste et le choléra ; berceau des Antilles pour la fièvre jaune. On pourrait même signaler entre la fièvre jaune et la fièvre méditerranéenne, une similitude géographique : le siège initial serait, pour l'une comme pour l'autre, un siège insulaire au centre d'une mer intérieure : c'est en rayonnant sur les côtes environnantes que les deux maladies auraient atteint les continents voisins.

Mais, si séduisant que ce parallèle puisse être pour l'esprit, il ne semble pas qu'on puisse le soutenir longtemps. Si la chronologie épidémique, si l'histoire maritime et coloniale recommandent la formule pour la fièvre jaune, pour la fièvre méditerranéenne, s'il est vrai que la maladie a d'abord été constatée dans l'île de Malte, puis dans le bassin de la Méditerranée et plus tard seulement en dehors de celui-ci, il serait téméraire de prendre la succession de ces découvertes pour la suite réelle des étapes de sa propagation.

Quoi qu'il en soit, c'est surtout la Méditerranée occidentale qui est atteinte, Gibraltar, Sicile, Sardaigne, Italie méridionale, Tunisie, Algérie, Maroc, Espagne.

Elle a diffusé de là dans les diverses parties du monde, elle est observée à l'état sporadique dans les Indes, en Chine, dans l'Amérique du Sud, les Antilles, la Louisiane, la Floride.

En France, elle s'est installée dans les départements du Sud-Est. Les manifestations épidémiques les plus sérieuses que l'on ait eu à observer sont celles de *Saint-Martial* dans le Gard, rapportées en 1910 par AUBERT, CANTALOUBE et THIBAUT (176 cas sur 639 habitants) de *Bauzille-de-Montmel*, épidémie observée par LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER. Dans la même année 1910, Ch. Dubois signale un foyer dans l'agglomération de Franquevaux où, sur 100 habitants, 14 cas sont observés.

Telle était, il y a une dizaine d'années environ, l'aire de distribution géographique de la fièvre de Malte.

D'une enquête menée au cours de ces dernières années, il ressort clairement que peu à peu, le domaine de la maladie s'étend. Elle s'éloigne de plus en plus du bord de la mer. On l'a observée dans des départements non méditerranéens, tels que la Lozère, l'Ardèche et la Haute-Garonne. Dans les départements déjà envahis, elle paraît augmenter de fréquence. Ranque et Sénès ont signalé 200 cas de fièvre de Malte en Provence pour les trois années 1920, 21 et 22.

Manson a signalé des cas en Angleterre : le Caucase, le Turkestan, le Texas, la connaissent.

En somme, chez nous comme ailleurs, la maladie n'a cessé de progresser et de gagner du terrain. S'il serait exagéré de prétendre que la mélicococcie doive, d'ores et déjà, être considérée comme un péril très alarmant pour notre pays; du moins peut-on dire avec Ch. Nicolle qu'elle constitue à n'en pas douter « une maladie d'avenir ».

Etiologie.

L'agent pathogène spécifique est le *micrococcus melitensis* découvert par Bruce en 1887. C'est un coccus très petit, immobile, qui ne possède ni spores, ni capsules ; il ne prend pas le gram. C'est un aérobie strict, qui donne des cultures maigres et tardives ; sa température optima est 37°, mais ses limites de température sont assez restreintes. Il ne fermente aucun sucre. Sa résistance à la chaleur est faible, il est rapidement stérilisé par les agents antiseptiques dans les conditions habituelles de leur emploi.

Sa vitalité dans les cultures et dans les milieux extérieurs serait considérable. La théorie classique est ici en contradiction avec l'expérience des laboratoires : en fait, l'entretien des souches de melitensis exige la plus grande sollicitude.

Depuis la découverte de Bruce, NEGRE et REYNAUD ont décrit un *micrococcus parameli-*

tensis qui ne diffère du premier que par ses propriétés sérologiques.

Rapports du micrococcus melitensis et du bacillus abortus de Bang.

Il peut paraître surprenant que la ressemblance entre le microbe de Bruce, connu depuis 1887, et le microbe de Bang, découvert en 1896, n'ait frappé les bactériologistes que 22 ans plus tard. C'est seulement, en effet, en 1918 que Miss Evans, poursuivant la détermination d'un microbe rencontré dans du lait de vache, signala les nombreux points de rapprochement qui existent entre l'agent de la fièvre méditerranéenne et le bacillus abortus. Les travaux ultérieurs ont non seulement confirmé la parenté des deux microbes, mais ont attesté leur complète analogie et Burnet n'a pas hésité à les réunir dans une espèce bactérienne unique. Les caractères morphologiques, les particularités des cultures, les propriétés biologiques, des facultés antigènes des deux germes sont identiques ; leur différenciation par les méthodes bactériologiques est impossible.

Ainsi que le fait très justement remarquer Cesan, « il sera désormais impossible, en présence d'un germe issu d'un organisme animal, de dire s'il s'agit d'un microbe appartenant à la souche fièvre méditerranéenne ou à la souche avortement « épizootique ». Comme l'avortement épizootique du bétail est une affection extrêmement répandue et, que d'autre part la réceptivité de la chèvre à l'égard du bacille de l'avortement épizootique a été démontrée, il n'y a aucune raison de supposer que cette affection ne se manifeste pas là où règne la fièvre méditerranéenne. On serait donc presque amené à conclure qu'aucune certitude ne subsiste au sujet de ce qui constituait jusqu'à présent l'histoire épidémiologique de la mélitococcie chez les animaux.

Il reste cependant les faits d'observation.

Le microbe de l'avortement épizootique ne paraît nullement pathogène pour l'homme, car la fièvre méditerranéenne est totalement inconnue dans des pays, comme les Etats Scandinaves, où le bétail est très gravement infecté par le Bacillus abortus. Il reste donc entre ces deux germes, qu'aucun autre caractère ne distingue, que le premier se montre très virulent pour l'homme et le second totalement inoffensif.

Entre ces deux variétés, humaine et animale, existe-t-il des termes de passage ? Dans l'état actuel de nos connaissances, ces questions ne peuvent recevoir de réponse. La découverte de l'identité des deux microbes « a éclairci deux chapitres de bactériologie, mais obscurci deux chapitres de pathologie. »

Répartition dans l'organisme.

Pendant le cours de la maladie , le micrococcus est réparti dans la plupart des organes et tissus. On le trouve, à l'autopsie, particulièrement abondant dans la rate, le foie, la moelle osseuse, les ganglions mésentériques. Pendant la vie, l'examen du sang par hémoculture est le plus souvent positif. EYRE donne une proportion de 65 % de résultats positifs. Le microbe est présent dans le sang dès le deuxième jour ; on peut l'y trouver jusqu'au 60e jour de la convalescence. Il est rare de l'isoler lorsque la température du malade ne dépasse pas 38°. De l'organisme, le micrococcus melitensis peut être éliminé par diverses voies : l'urine et le lait surtout. Dans les urines, ou bien l'élimination est continue, ou bien l'on assiste à de véritables décharges microbiennes soudaines et massives. La bactériurie peut apparaître dès le 15e jour.

Le micrococcus a été isolé à plusieurs reprises dans le *lait* des femmes enceintes, on l'a également retrouvé dans le *mucus vaginal*, dans les crachats.

Reproduction expérimentale.

La reproduction expérimentale de la maladie par les cultures du germe constitue la seule preuve indubitable de sa spécificité. Cette reproduction expérimentale a été fréquemment et involontairement réalisée par des infections de laboratoire qui ont d'ailleurs coûté la vie à des bactériologues éminents, comme Mac Fayen, et Carbone.

Chez le singe. — Depuis Bruce et Hugues, nombre d'expérimentateurs ont reproduit l'infection *par des voies diverses* :

— Par le simple contact d'une culture de melitensis sur les muqueuses conjonctivale, nasale, rectale ;

— par l'inhalation ou l'injection dans le nez ou le pharynx de poussières mélangées au micrococcus (Shaw) ;

— par l'ingestion de lait infecté surtout (D'après la Commission anglaise, les singes n'ayant bu qu'un seul jour du lait infecté deviennent malades dans la proportion de 95 %).

Le séjour d'un singe dans une cage précédemment souillée par un singe inoculé a suffi dans quelques cas pour le contaminer. Par contre, si l'on utilise une cage disposée de manière à éviter les possibilités de contagion par l'urine, voire même les moustiques, la cohabitation d'un singe neuf et d'un singe infecté peut se prolonger sans qu'il résulte de contamination.

Quel que soit le mode d'infection, le singe fait, dans la plupart des cas, une maladie tout à fait semblable à celle de l'homme. Elle débute après *deux à cinq jours* d'incubation et se termine ordinairement par la mort vers la fin du second septénaire.

Cobaye. — La valeur du cobaye comme animal

réactif à la fièvre méditerranéenne a été démontrée en 1910 par Nicolle et Conseil. L'infection peut être provoquée, soit par *injection* sous-cutanée soit par ingestion. Le pouvoir agglutinant apparaît dans le sérum des animaux, le microbe est éliminé par l'urine. Cliniquement la symptomatologie est nulle, l'évolution est silencieuse.

Cette étude a été reprise en 1922 par Burnett, qui démontre qu'on n'observe pas chez le cobaye d'élévation cyclique de la température comme chez l'homme et que les ascensions thermiques qu'on peut observer sont normales chez un animal dont la température est variable, que la présence du microbe dans le sang et l'urine est inconstante, qu'il se produit chez le cobaye comme chez l'homme, des chasses intermittentes, et surtout que le microbe se retrouve d'une façon constante dans les *ganglions lymphatiques, la rate et la moelle osseuse* qui jouent dans l'infection du cobaye le rôle de *gîtes microbiens*.

Recherchée chez le cobaye, l'intradermoréaction s'est montrée constamment positive.

L'*infection de la chèvre est assez mal connue.* Dans les premiers jours qui suivent l'inoculation, le microbe ne se trouve pas dans le sang. Dès qu'il paraît dans le sang, il est dans la rate. La septicémie n'est donc pas primitive mais consécutive comme chez l'homme, à une première multiplication du melitensis dans les gîtes microbiens. Puis, le microbe disparaît de la circulation et reste fixé dans ces organes (rate, ganglions, moelle osseuse). Chez la chèvre infectée par voie veineuse, le microbe se retrouve d'emblée dans le sang, mais il s'y raréfie peu à peu. Après quatre semaines, on ne l'y trouve plus. Par la suite, le microbe reparaît par poussées dans le sang, il sort des gîtes microbiens. Ces gîtes, il est vrai, paraissent être détruits peu à peu. Le microbe disparaît de tous les organes, la guérison naturelle des chèvres paraît être obtenue, mais il suffit d'une parturition pour que le melitensis reparaisse. Tandis que chez l'homme et chez le cobaye l'élimination du microbe par l'urine est précoce, chez la chèvre l'élimination paraît se faire par le lait ; c'est un phénomène assez tardif, mais qui peut se prolonger pendant un temps très long.

En somme, chez le cobaye, la chèvre et l'homme la septicémie n'existe pas d'emblée. Le microbe gagne d'abord ses foyers de prédilection où il se multiplie, il passe dans le sang d'où il disparaît à la suite de l'élimination par l'urine ou le lait. Les poussées fébriles sont l'expression des sorties du microbe hors de ses gîtes. Chez l'homme, la courbe thermique indiquerait une destruction plus active du germe ; la maladie localisée sur les tissus est réduite au minimum.

Chez le cobaye le microbe se fixe solidement sur les organes et y détermine la formation de nodules qui ne sont pas sans analogie avec les nodules tuberculeux.

Chez la chèvre, pas de fièvre ondulante, mais des périodes d'élimination microbienne par le lait, la mamelle se prêtant à la fois à la fixation et à l'élimination du germe qui y détermine des lésions persistantes.

Sources de contagion.

Quelles que soient les incertitudes que les récents travaux de Burnett sur l'identité du micrococcus melitensis et du bacillus abortus de Bang aient fait naître, il reste bien établi que la fièvre de Malte reconnaît toujours pour cause, dans les conditions naturelles, une contamination d'*origine animale.* Le micrococcus melitensis est dangereux à manier et nous avons déjà rappelé les contaminations de laboratoire, si fréquentes, malgré les précautions prises. Or, si la maladie contractée dans des conditions si spéciales évolue exactement comme la fièvre méditerranéenne, jamais ces infections de laboratoire ne sont le point de départ d'un foyer épidémique et l'entourage immédiat des malades n'est jamais atteint.

Il reste donc bien certain que la contagion interhumaine, directe ou indirecte, ne joue qu'un rôle très effacé dans la transmission de la fièvre méditerranéenne.

Les sources animales.

La chèvre. — Depuis les travaux de la Commission méditerranéenne, le rôle de la chèvre est admis et fut longtemps considéré comme un dogme intangible de l'épidémiologie de la fièvre de Malte. Or, nous avons vu que chez la chèvre, la présence du micrococcus melitensis évolue sans symptôme morbide ; il est même assez piquant de noter que, sans l'existence de la fièvre méditerranéenne qu'elle fait naître chez l'homme, l'infection de la chèvre n'aurait jamais été soupçonnée. Mais, puisque l'infection melitococcique des chèvres n'est révélée par aucun symptôme clinique, comment peut-on reconnaître son existence ? *Théoriquement,* par la recherche et la mise en évidence du micrococcus melitensis dans l'organisme des animaux en cause. *Pratiquement* par la séro-réaction de Wright.

Il n'est donc pas inutile d'envisager avant toute chose ce que valent les indications fournies par les procédés de diagnostic qui ont été mis en œuvre.

La mise en évidence du microbe spécifique, directement isolé de l'organisme, ne devrait comporter aucune incertitude ; or, le micrococcus melitensis se caractérise par un ensemble de particularités négatives dont la valeur signalétique n'est pas de premier ordre. Son identification ne peut se faire en réalité que grâce à l'emploi d'un sérum agglutinant spécifique. De plus les cas sont

rares où le microbe de Bruce a été recherché chez les animaux en vue du diagnostic et l'on peut dire que toute l'histoire de l'infection melitococcique, aussi bien de la chèvre que des autres espèces animales, repose sur un critère unique : celui qui est fourni par les propriétés agglutinantes du sérum des individus en jeu. Ce critère que vaut-il ?

Depuis que Wright a montré que le sérum des malades atteints de mélitococcie agglutine le micrococcus melitensis, le séro-diagnostic a été largement étudié et utilisé. Mais, après une première période au cours de laquelle la spécificité de la méthode paraissait démontrée, des faits contradictoires ont été observés. On a trouvé des agglutinations positives à des taux relativement élevés chez des sujets atteints d'affections n'ayant rien de commun avec la melitoccoccie. Martel, Tanon et Chrétien ont montré que l'injection de cultures de bacilles typhiques ou de staphylocoques faisait naître chez la chèvre un fort pouvoir agglutinant à l'égard du microbe de Bruce.

Nègre et Reynaud ont mis la question au point. Ils ont signalé tout d'abord l'agglutinabilité très différente des diverses souches de mélitensis, certaines étant particulièrement sensibles à l'action de sérums normaux. Ils ont mis les bactériologues en garde contre le phénomène de la zone muette « ou agglutination paradoxale ».

Tel sérum inactif au 1 /50e se montre agglutinant au 1 /200e et au-delà. Enfin et surtout, Nègre et Reynaud ont démontré que le chauffage des sérums à 56° détruit les coagglutinines si gênantes pour l'interprétation des résultats et qu'à côté du melitensis type existait une race de paramelitensis auquel il faut toujours penser toutes les fois que le séro-diagnostic sera négatif pour le melitensis même.

Il faut reconnaître cependant que le crédit que l'on pouvait accorder à la séro-agglutination vient d'être amoindri par la connaissance que l'on possède depuis peu des liens unissant le microbe de la fièvre méditerranéenne au bacillus abortus. La confusion inévitable de ces deux germes entache d'équivoque nombre de renseignements qui avaient été enregistrés au titre de la mélitococcie.

S'appuyant sur cette difficulté de différenciation, Jules Crépin a cru pouvoir écrire qu'il n'existe pas de mélitococcie caprine. Le faisceau des faits qui a établi le rôle des chèvres dans l'épidémiologie de la mélitococcie reste, malgré les récents travaux de Burnett et de Miss Evans, aussi convaincant qu'au premier jour. Nous allons les rappeler brièvement.

En 1904, Zammit ayant acquis à Malte un lot de six chèvres indigènes sur lesquelles, à défaut de singes, il se proposait d'expérimenter, eut la surprise de constater que le sérum de cinq de ces animaux possédait un pouvoir agglutinant marqué vis-à-vis du micrococcus melitensis. Poursuivant ses investigations, il reconnut que ces cinq chèvres hébergeaient le microbe de Bruce dans leur lait. Ce fut le trait de lumière qui éclaira subitement la pathogénie, jusque-là si obscure, de la maladie.

L'enquête eut tôt fait de révéler que le troupeau caprin de l'île était gravement contaminé. Horracks et Kennedy examinant 331 chèvres provenant de diverses localités de Malte en rencontrèrent 138 dont le sérum agglutinait le micrococcus melitensis. Il se trouva que les centres où l'on constatait la plus forte proportion de chèvres infectées coïncidaient justement avec ceux où la fièvre méditerranéenne sévissait avec le plus de fréquence chez les habitants. Dans un village indemne, par contre, on ne découvrit aucune chèvre infectée.

L'hôpital maritime de Bighi, édifié dans des conditions de salubrité remarquables, jouissait pourtant d'une fâcheuse réputation accréditée par la facilité avec laquelle les marins qu'on y envoyait contractaient la fièvre méditerranéenne au moment même où ils étaient guéris de l'affection qui les avait fait hospitaliser. Shaw éprouva les 91 chèvres qui fournissaient du lait à cet établissement ; 30 manifestèrent une séro-agglutination positive et chez 9, le micrococcus melitensis existait dans le lait.

Cette notion de la transmission de la fièvre de Malte par le lait de chèvre fut acceptée d'emblée. A partir de ce moment-là, en présence de tous les cas de fièvre méditerranéenne, l'enquête médicale eut pour consigne : « Cherchez la chèvre ».

Les confirmations affluaient de tous côtés à Gibraltar, en Afrique du Sud, aux Indes, en Algérie, en Tunisie, dans l'Italie méridionale ; partout où s'étaient constitués des foyers endémiques de fièvre de Malte, partout on rencontrait des chèvres infectées. En Algérie, l'existence de la fièvre méditerranéenne avait été démontrée en 1904 par Gillot. Une enquête entreprise en 1907 par Ed. Sergent, Gillot et Lemoine, faisait connaître que les chèvres de la colonie étaient contaminées.

Après Malte, la Tunisie constitue, nous l'avons dit, le centre d'infection le plus important du bassin méditerranéen. Ch. Nicolle et Conseil ont montré, en 1908, que les chèvres laitières de Tunis, d'origine maltaise, étaient atteintes dans une forte proportion.

Vers la même époque, Clayton, médecin de la marine anglaise, rapportait un exemple très démonstratif de transmission de la fièvre de Malte à l'homme par le lait de chèvre ; c'est l'histoire, aujourd'hui classique, du vapeur américain *Joshua Nicholson*. Le bateau avait chargé à La Valette un lot de 61 chèvres maltaises. Les animaux devaient être transportées à Anvers, puis de là, à New-York par un autre vapeur. L'équipage du « Joshua », composé de 33 hommes, avait reçu l'autorisation de boire à volonté du

lait des chèvres. Après le transbordement des animaux, d'Anvers à New-York, cinq chèvres moururent ; on découvrit, à l'arrivée, que 32, parmi les survivantes, avaient un sérum agglutinant le M. Melitensis. On se préoccupa alors de rechercher ce qu'étaient devenus les 33 hommes de l'équipage du « Nicholson ». Or, parmi les 12 dont on put retrouver la trace, 8 signalèrent qu'ils avaient eu des attaques fébriles. Chez cinq d'entre eux, l'épreuve de la séro-agglutination permit de reconnaître qu'il s'agissait bien de fièvre méditerranéenne. Des quatre autres retrouvés indemnes, deux n'aimaient pas le lait de chèvre et les deux autres n'en avaient consommé qu'après l'avoir fait bouillir.

Un témoignage tout à fait probant du rôle du lait de chèvre fut apporté par la démonstration de l'efficacité des mesures prophylactiques basées sur cette notion. Les autorités navales de Malte, sitôt connues les conclusions de la Commission anglaise, avaient remplacé le lait de chèvre par du lait condensé. Quelques mois après l'adoption de cette mesure, les effectifs de Malte se trouvèrent presque totalement débarrassés de la mélitococcie.

En France, depuis la première observation de Würtz, en 1908, les observations se succédèrent : citons Conor et Huon qui, à Marseille, sur 108 chèvres examinées, trouvent 34, 25 % de réactions positives ; Aubert, Cantaloube et Thibaut dans le Gard signalent, en 1909, 31 % d'animaux infectés sur 213.

Enfin, fait important pour la transmission de la maladie dans l'espèce caprine, le bouc serait aussi fréquemment infecté.

La contamination des chèvres peut se faire :

— par contact direct avec des congénères infectées ;

— par ingestion de pâtures souillées par l'urine d'animaux atteints (d'après M. Brumpt, les chèvres très friandes de sel, boivent l'urine de leurs congénères et peuvent de la sorte s'infecter).

— par inoculation cutanée de leurs mamelles excoriées traînant dans les excreta contaminés.

— par les chevriers qui, au moment de la traite, lubrifient le pis avec du lait qui peut provenir d'animaux infectés.

Mais si, de tous les animaux, la chèvre est de beaucoup la plus fréquemment atteinte, il importe d'éviter d'attacher à ce schéma étiologique une idée d'exclusivité. Des statistiques publiées par différents auteurs, il ressort que le réservoir du virus peut n'être pas uniquement caprin.

Rôle de la brebis. — Les brebis, comme les chèvres, peuvent être infectées par le micrococcus melitensis et jouer un rôle important dans la dissémination de la fièvre méditerranéenne. Déjà en 1906 Zammit, à Malte, avait trouvé une brebis infectée. Lagriffoul, Arnal et Roger, dans le Gard, Dubois à Franquevaux ont signalé des séro-réactions positives chez la brebis.

Il n'est pas douteux que les brebis soient fréquemment infectées et que l'homme puisse être contaminé par elles. Ce mode de contagion serait même fréquent dans certaines régions, notamment dans l'Aveyron.

La contamination des brebis entre elles se produit par les mêmes moyens que chez les chèvres. Quant à la transmission à l'homme, elle s'opère quelquefois par contact avec les brebis infectées, le plus souvent par l'intermédiaire du lait et de ses dérivés : crème, beurre, fromages.

La question s'est aussi posée pour les fromages de Roquefort qui sont faits avec du lait de brebis. Dubois et le Dr Claron, du Vigan, rapportent plusieurs cas de fièvre méditerranéenne où ils n'ont pu découvrir à l'infection d'autres causes que le fromage de Roquefort. Le sujet est encore controversé. Dubois, en effet, a constaté que le M. melitensis survit environ trois semaines dans les laitages aigris et les fromages préparés avec un lait contaminé. Par contre, on ne le trouverait plus dans les fromages fermentés, tels que le Roquefort, dont la maturation dépasse trois mois. Il serait important de résoudre expérimentalement ce problème.

Rôle des autres animaux domestiques. — La transmission de la fièvre de Malte, à l'homme, par l'usage du lait de vache, n'a jamais été signalée d'une façon précise ; d'autre part, les constatations de Shaw à Malte, de Horrocks à Gibraltar, se référant au pouvoir agglutinant du sérum de nombreuses vaches ou à la présence dans leur lait d'un microbe analogue au M. melitensis ne possèdent plus depuis les travaux de Burnett, aucune signification. Il est même certain que le pouvoir agglutinant que Kennedy a observé chez des vaches de Londres à l'égard du microbe de Bruce se rapportait, en réalité, à l'existence chez ces animaux de l'avortement épizootique.

En ce qui concerne les équidés la possibilité de leur infection par le melitensis est plus vraisemblable, car la présence du bacille de Bang est, chez eux, plus exceptionnelle que chez les bovidés. Kennedy a trouvé à Malte des séro-agglutinations faiblement positives chez 37 mulets sur 87 examinés. Ed. Sergent et Bories ont signalé des résultats analogues obtenus avec des chevaux et mulets examinés lors de l'épidémie d'Oran en 1907. Une observation faite à Kléber par Ed. Sergent, montre même la possibilité pour le mulet de servir d'agent de transmission à l'homme.

Dans les milieux contaminés, les chiens et les chats sont peut-être aussi exposés à la contagion, mais la plupart des arguments, basés sur l'agglutination, se trouvent discrédités par la consta-

tation d'un pouvoir agglutinant allant jusqu'au 1/600 faite par Vallet et Rimbaud, chez des chiens normaux.

Les lapins paraissent susceptibles de s'infecter naturellement, quoique la preuve du fait fasse défaut. A Saint-Martial, AUBERT, CANTALOUBE et THOMAS ont trouvé une réaction positive chez 18 lapins sur 23.

En définitive, le recensement de nos connaissances sur l'infection mélitococcique chez les diverses espèces animales montre que, en dehors des caprins et des ovins sûrement réceptifs, la plupart des mammifères et peut-être aussi les oiseaux, sont susceptibles de contracter l'infection mélitococcique et peuvent servir d'agents de transmission aux autres animaux et à l'homme.

Modes de contagion.

Empruntée aux sources de contagion qui précèdent, la contagion est transmise à l'homme par plusieurs voies :

La voie digestive surtout ;

La voix cutanée ;

La voie muqueuse ;

Enfin, la contagion interhumaine est à envisager.

La possibilité de contagion par la voie digestive a été établie par l'expérimentation. Les faits épidémiques que nous avons déjà mentionnés montrent qu'il faut voir dans l'absorption de lait infecté le mécanisme essentiel de la transmission à l'homme. La contagion par le lait de chèvre est considérée comme le mode habituel de contagion non seulement à Malte mais en Espagne, au Portugal. Ch. Nicolle rapporte l'exemple d'une famille où cinq personnes sur six furent atteintes de fièvre de Malte. Ces cinq personnes buvaient du lait de chèvre cru. La sixième, un enfant resté indemne ne buvait que du lait de vache.

La preuve inverse : disparition de la mélitococcie après suppression du lait infecté, a été faite à Malte pour les troupes anglaises. Signalons de plus qu'à Malte la prison, située en plein foyer épidémique, est toujours demeurée indemne parce que le lait y est interdit aux prisonniers.

Le maximum des cas est généralement en été. Dans cette allure saisonnière de la maladie, la température n'y est pour rien, mais l'été est la saison où l'on commence à consommer du lait de chèvre.

Bref, les preuves s'accumulent pour montrer le rôle du lait dans la transmission de la maladie. Les dérivés des laits infectés, crème, beurre, fromage ont été, dans quelques rares cas, la cause de l'infection mélitococcique.

Autres modes de contamination par voie digestive.

Les fruits ou légumes poussant au ras du sol, tels que fraises, salades, radis, peuvent être infectés par le fumier ou l'urine d'animaux malades et, par ingestion, à l'état cru, déterminer la mélitococcie. Mais si la voie digestive est de beaucoup la plus importante, toute une série d'observations, faites tant en France que dans les pays voisins, ont montré que l'ingestion de lait infecté n'était pas à l'origine de tous les cas de contagion et qu'il fallait rechercher les autres modes de pénétration.

Déjà en 1907, Ed. Sergent, à Oran, avait constaté que sur neuf malades, six n'avaient pris que du lait de chèvre bouilli et deux n'en avaient jamais bu. A Saint-Martial, Cantaloube rapporte que 91 malades sur 144 avaient bu du lait de chèvre cru.

Dans l'épidémie de Franquevaux, Dubois signale que sur les quatorze malades, il en était sept qui ne buvaient pas de lait et ne consommaient pas davantage de fromages de chèvre ; de même, pour les sept cas observés à Saint-Affrique, par Darbois et Vergnes. Nous pourrions citer à la suite, l'épidémie d'Arzew de 1915, celles plus anciennes, de Longueval et de Brue-Auriac dans le Var.

A défaut de la voie digestive, on a été amené à admettre la transmission par la *voie cutanée*.

Expérimentalement, la mélitococcie se transmet par voie cutanée et la transmission de la maladie par cette voie n'est pas exceptionnelle. Ainsi s'expliquerait la fréquence de la mélitococcie chez les chevriers maltais d'une part, qui ne boivent pas le lait de leurs chèvres, mais qui s'infectent les mains au moment de la traite et, d'une façon plus générale, chez les personnes appelées à donner leurs soins aux animaux.

Dans l'épidémie observée par Darbois et Vergnes, dans une ferme isolée, la traite des brebis était uniquement effectuée par les hommes : sept des domestiques occupés à cette tâche furent contaminés tandis qu'aucune femme n'était atteinte. En Corse, la traite est habituellement pratiquée par les femmes ; or, il fut constaté dans l'épidémie de 1911 que les femmes étaient de beaucoup les plus atteintes. Dans les régions indemnes, la mélitococcie est fréquemment observée chez les garçons bouchers. Cette prédisposition professionnelle n'est certainement pas fortuite et doit résulter, à coup sûr, des risques d'infection particuliers au travail dans les abattoirs et là encore c'est très vraisemblablement la voie cutanée qui est à l'origine de la transmission.

Nous savons enfin que la *voie respiratoire* a été utilisée expérimentalement pour l'infection du singe. Toutes réserves étant faites sur la résistance du micrococcus melitensis dans les milieux extérieurs, on admet généralement comme possible la transmission de la maladie par inhalation de poussières contenant le melitensis et provenant de matières fécales desséchées.

Transmission par les insectes.

Le micrococcus melitensis se trouvant dans le sang à certaines périodes de la maladie, nombre d'auteurs se sont demandé si cet agent pathogène ne pouvait pas être transporté de l'animal ou de l'homme infecté à l'homme sain par l'intermédiaire de quelques insectes. Ross et Sergent, en particulier, considèrent la transmission de la maladie par des insectes comme non seulement possible, mais nécessaire pour expliquer certains faits : la présence de la mélitococcie chez le cheval entre autres. Un grand nombre d'expériences ont été effectuées pour élucider la question. Zammit obtint un succès avec Stegomya fasciata, Kennedy avec Culex pepiens, mais les essais positifs sont restés tout à fait exceptionnels.

En fait, il paraît bien établi que si la propagation de la fièvre de Malte par les moustiques est théoriquement possible, l'importance de ce facteur de dissémination est pratiquement négligeable. Il en est de même pour ce qui concerne les possibilités de contamination par les ecto-parasites : poux, puces et punaises. Les dernières épidémies d'Italie, qui se sont développées en février et mars, à l'époque où l'on ne trouve pas de moustiques, suffisent à montrer que le moustique n'est pas, pour la fièvre de Malte, comme pour le paludisme, un intermédiaire obligé.

Transmission interhumaine.

On s'est longtemps demandé si, à côté des foyers animaux, il n'y avait pas à l'origine de certaines épidémies, des *foyers humains*. A vrai dire, la question est encore controversée.

Eyre élimine ce mode de transmission et s'appuie sur l'absence de mélitococcie en Angleterre, malgré les sources d'infection considérables que représentaient les malades rapatriés ; de même Césari admet que ce mode de transmission ne joue qu'un rôle très effacé, sinon tout à fait nul. Et cependant Ricardo Ioxes, au Portugal, Néri, Galéni et Santoliquido en Italie, à Stiara en particulier, ont observé des épidémies dans lesquelles la transmission s'est faite eaclusivement d'homme à homme. En 1907, Sergent, à propos de l'épidémie de Kléber, se demandait si le réservoir de virus ne serait pas non seulement animal, mais aussi et surtout constitué par les anciens malades.

La théorie des porteurs de germes, si fréquemment invoquée pour la plupart des maladies infectieuses, n'a pas encore ses lettres de créance en ce qui concerne la fièvre de Malte ; on peut admettre cependant la possibilité d'une transmission interhumaine soit par les mains salies par les urines des malades, soit par les aliments souillés par les mains ou les ustensiles usuels.

Chez la femme, comme chez la chèvre, le melitensis peut être éliminé par le lait et il est possible que quelques cas de mélitococcie aient été transmis par l'allaitement.

La *voie génitale* enfin a pu être incriminée, le micrococcus melitensis a été retrouvé dans le mucus vaginal de deux prostituées de Malte.

En résumé, la contagion se fait surtout par le lait et les urines qui sont les deux principales voies d'élimination du micrococcus melitensis ; elle est surtout d'origine animale. La fièvre de Malte est une enzootie caprine pouvant s'étendre à tous les animaux domestiques. La contagion interhumaine, quoique de moindre importance, est toujours possible par le malade qui, au moment de la convalescence surtout, élimine des quantités parfois énormes de microcoques dans ses urines.

Prophylaxie

Du long exposé qui précède et du rôle prédominant qu'on s'accorde à reconnaître au lait de chèvre dans la propagation de la maladie, il ne faudrait pas conclure que l a prophylaxie de la fièvre de Malte doit se résumer dans la précaution indispensable de faire bouillir le lait de chèvre dans les régions contaminées. « La prophylaxie de la fièvre méditerranéenne, dit Césari, doit viser plus loin que le lait et viser aussi plus loin que la chèvre. »

Nous avons dit que la fièvre de Malte trouvait sa source dans des foyers différents, d'inégale importance, il est vrai : foyers animaux et foyers humains. C'est dire que la prophylaxie devra comporter une prophylaxie vétérinaire d'une part : mesures de police sanitaire appropriées, complétées par l'immunisation des animaux réceptifs ; d'autre part, des mesures visant la prophylaxie humaine, individuelle et collective.

Prophylaxie vétérinaire.

La prophylaxie vétérinaire est particulièrement malaisée à mettre en œuvre du fait : 1° que le micrococcus melitensis s'installe chez les chèvres comme un hôte inoffensif et qu'une chèvre infectée par ce germe n'arrive pas à s'en débarrasser ; elle est difficile aussi eu égard à la facilité des contaminations ; de la dissémination des germes infectieux dans le milieu extérieur, des nombreuses espèces animales susceptibles de contracter l'infection, de l'absence d'immunisation naturelle chez les jeunes sujets issus de mères infectées.

On voit donc combien sera difficile l'extinction des foyers d'infection et combien il sera malaisé d'empêcher la propagation de l'infection aux animaux indemnes vivant à proximité des chèvres contaminées.

Et d'abord comment reconnaître les chèvres infectées ? L'infection mélitococcique chez la chèvre est, nous l'avons dit, indécelable cliniquement. Un indice peut cependant faire soup-

çonner l'infection des chèvres par le micrococcus melitensis, c'est la répétition des avortements dans un troupeau. A Saint-Martial, à Franquevaux, à Saint-Affrique, l'épidémie de fièvre de Malte avait été précédée d'une épizootie d'avortements.

Comment expliquer alors qu'à Malte, en Tunisie, partout où les chèvres sont atteintes dans une forte proportion, l'avortement ne soit jamais signalé. Il est possible que cet accident ne survienne que chez les animaux infectés récemment. En tout cas, lorsque les avortements surviennent en masse dans un troupeau, ils constituent un avertissement dont il faut tenir compte ; ne retenons pas la possibilité de l'infection des animaux par le bacillus abortus puisque, pour le moment, nous ne possédons aucun critère permettant d'établir un diagnostic différentiel. Si on désire entreprendre la lutte, il faut traiter avec la même rigueur les animaux infectés par le melitensis et ceux, inoffensifs pour l'homme, infectés par le Bacillus abortus.

L'emploi des extraits microbiens, mélitine et abortine, ne peut être mis en œuvre chez les chèvres puisque, à l'inverse de ce qui a lieu chez l'homme, la réaction spécifique n'apparaît pas chez ces animaux. La méthode de l'agglutination est donc la seule dont on puisse pratiquement tirer parti. Cette réaction, dans la plupart des circonstances, n'apportera qu'une indication de probabilité ; on ne peut espérer que la méthode puisse faire sûrement le départ entre les individus infectés et les sujets indemnes. On ne doit pas oublier que le M. melitensis a été isolé du lait de chèvres dont le sérum n'agglutinait qu'au 1/20e et que, dans d'autres cas, à Londres, en particulier, on a trouvé des chèvres, à coup sûr exemptes d'infection mélitococcique, dont le sérum agglutinait jusqu'au 1/200e le micrococcus melitensis.

Il reste à déterminer les mesures qui paraissent propres à vaincre la contagion. Ces règles prophylactiques doivent s'appliquer à tous les animaux susceptibles de colporter et de répandre le virus. Or, en dehors des chèvres et des moutons, on sait fort peu de chose sur l'aptitude des diverses espèces animales à contracter l'infection mélitococcique.

A l'égard des chèvres suspectes, on ne peut guère envisager que l'abattage comme moyen pratique de mettre fin à la dissémination ; la séquestration d'animaux chez lesquels l'infection se prolonge durant des années est impossible. Or, un régime sanitaire basé sur l'abattage des chèvres dénoncées par l'agglutination et comportant l'indemnisation des propriétaires a été institué à Malte depuis plusieurs années. Les résultats obtenus sont loin de correspondre à l'importance des sacrifices consentis.

Immunisation active de la chèvre contre la fièvre de Malte.

L'immunisation active des animaux représenterait, sans aucun doute, si elle était réalisable, le moyen prophylactique idéal.

Dès 1910, H. Vincent et Collignon ont vacciné des chèvres en utilisant un vaccin à l'éther préparé selon les mêmes principes que le vaccin antityphoïdique. Les animaux vaccinés ont résisté à l'inoculation de contrôle et se sont depuis développés normalement.

Ces expériences furent reprises en 1918, par H. Vincent. Près de 200 chèvres, jeunes ou adultes, furent vaccinées avec les mêmes résultats.

Les expériences plus récentes de Nicolle et de Burnett n'ont malheureusement pas confirmé ces résultats. Chez la plupart des animaux vaccinés, les hémocultures se sont montrées positives 32 ou 35 jours après l'inoculation d'épreuve. Nicolle en conclut que la chèvre paraît « indifférente à l'infection et réfractaire à l'immunisation ».

Cette difficulté que l'on rencontre pour vacciner la chèvre contre le M. melitensis ne saurait nous surprendre, dit Césari, car c'est un principe bien connu qu'il est infiniment plus aisé d'immuniser contre une infection aiguë que contre une infection chronique.

La question de l'immunisation de la chèvre n'est donc pas encore complètement résolue. Il est à souhaiter qu'une méthode d'immunisation soit trouvée, immunisation qui, en faisant disparaître l'infection mélitococcique chez ces animaux, diminuerait considérablement le nombre des cas de fièvre méditerranéenne humaine.

Prophylaxie humaine.

a) *Prophylaxie collective.* — La mélitococcie, maladie contagieuse, devrait être inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire ainsi que Widal l'a proposé. *En temps d'épidémie*, d'autres mesures s'imposent : c'est d'abord l'interdiction de la consommation du lait non bouilli, de chèvre ou de brebis, des fromages frais fabriqués avec le lait de ces animaux, Si l'épidémie est très étendue, interdire aussi la consommation de légumes ou de fruits crus poussant à ras de terre. Enfin, étant donnée l'importance de la voie digestive comme portée d'entrée de l'infection, on surveillera particulièrement les personnes dont la profession ressort à l'alimentation.

b) *Prophylaxie individuelle.* — Elle comporte l'application continue et attentive des précautions nécessaires pour éviter la contagion par contact ou ingestion chez les personnes qui y sont particulièrement exposées par leur profession : médecins, infirmiers, chevriers, bouchers. On se méfiera particulièrement du contact avec les produits suspects d'infection : urines des ma-

lades ou des animaux, lait, viandes, litières des animaux.

Tout ceci constitue des mesures d'hygiène générale que l'on peut préconiser contre toutes les maladies infectieuses, mesures que l'on complètera par la désinfection rigoureuse de tous les excréta, de tous les ustensiles à usage commun dont s'est servi le malade, objets de literie, objets de toilette, etc.

Mais, devant l'extension continue de la maladie, il devient nécessaire de lui opposer des mesures plus efficaces et c'est ici qu'intervient la prophylaxie spécifique constituée *par la vaccination*. Dès la découverte du micrococcus melitensis quelques essais de vaccination furent faits chez les animaux et même chez l'homme par Eyre, Kennedy et Zammit. Les résultats obtenus furent incertains.

Ce n'est qu'en 1920 que fut établie expérimentalement par Nicolle et Conseil, la possibilité de vacciner l'homme contre la fièvre méditerranéenne, soit par voie sous-cutanée, soit par voie digestive avec des cultures de micrococcus melitensis tuées par la chaleur.

Trois personnes appartenant à la race indigène de Tunisie furent choisies et examinées au point de vue des propriétés agglutinantes de leur sang vis-à-vis du micrococcus melitensis ; ce pouvoir est nul chez deux d'entre elles qui seront vaccinées, il est positif au 1 /10e seulement chez la troisième, utilisée comme témoin.

Les deux premières personnes reçoivent un vaccin fluoré, émulsion de cultures de 24 heures de cinq souches de micrococcus melitensis, d'origine caprine et humaine, dans une solution physiologique de fluorure de sodium à 7 p. 1000. La vaccination comporte deux injections de 1 cmc. chacune à 7 jours d'intervalle.

Trente jours après la deuxième injection, les vaccinés et le témoin reçoivent l'injection de contrôle soit 0 cmc. 5 d'émulsion vivante. Les deux vaccinés n'ont présenté aucun symptôme anormal, hémocultures négatives, absence de pouvoir agglutinant au 32e jour. Le témoin, par contre, fut atteint de fièvre de Malte au 18e jour, la présence du melitensis dans le sang ayant précédé de deux jours l'élévation thermique.

Les mêmes auteurs ont également tenté la vaccination par voie digestive. Deux sujets volontaires absorbent pendant trois jours consécutifs, puis le 5e jour, une dose de culture chauffée à 75° et contenant environ 100 milliards de microbes. Les sujets étaient à jeun depuis la veille au soir et la diète s'est prolongée six heures après l'ingestion du vaccin.

Là encore l'inoculation de contrôle a provoqué au 17e jour, une fièvre ondulante chez le témoin alors que les deux vaccinés étaient indemnes. Reste à déterminer la durée de l'immunisation.

La découverte de l'identité du Bacillus abortus et du Micrococcus melitensis devait nécessairement donner l'idée d'utiliser le Bacillus abortus pour vacciner l'homme contre la fièvre méditerranéenne.

Ces essais de vaccination ont été faits tout récemment par Burnett.

Deux hommes ont reçu, à 17 jours d'intervalle, deux injections sous-cutanées de bacillus abortus vivants. Ils n'ont éprouvé ni fièvre, ni troubles cliniques ; sept hémocultures sont restées négatives. Dès le sixième mois, l'intradermo-réaction était positive.

Quarante-huit jours après la dernière inoculation les deux vaccinés reçoivent l'inoculation de contrôle en injection sous-cutanée, soit 300 millions de melitensis vivants.

Les deux sujets restent bien portants. Ces expériences montrent que les cultures vivantes de bacillus abortus vaccinent l'homme contre la fièvre méditerranéenne.

Les expériences de Ch. Nicolle et Conseil paraissent avoir donné des résultats décisifs, il reste à les confirmer en les étendant à un grand nombre de sujets, les chevriers et leurs familles, par exemple, ou les consommateurs de lait de chèvre dans les pays à troupeaux contaminés.

Ainsi que le fait remarquer Burnett, il serait prudent de pratiquer d'abord l'intradermo-réaction et de ne vacciner que les sujets à réaction négative, afin d'épargner aux sujets infectés une réaction fébrile qui peut être très vive. Dans une population méditerranéenne consommant régulièrement du lait de chèvre, Burnett a observé chez des sujets en apparence sains des réactions très vives qui ne pouvaient s'expliquer que par une fièvre méditerranéenne antérieure.

Conclusions.

Si nous résumons en quelques propositions l'épidémiologie de la fièvre de Malte, nous disons :

Avec Burnett que la fièvre méditerranéenne gagne du terrain, que tout le Sud-Est de la France est déjà envahi et qu'en conséquence, il y a lieu de se préoccuper activement de la prophylaxie de la maladie.

Que cette prophylaxie comporte surtout :

Déclaration de la maladie dès le diagnostic posé.

Isolement du malade et désinfection rigoureuse autour de lui.

Ebullition du lait de chèvre consommé en nature et pasteurisation du lait de chèvre destiné à la préparation des fromages.

Surveillance sanitaire exercée sur les troupeaux ambulants de chèvres originaires des départements contaminés.

Interdiction d'importer en France des chèvres provenant des pays notoirement infectés.

Enfin, vaccination des personnes exposées à la contamination, à l'aide soit d'injections ou d'ingestion de micrococcus melitensis, soit de bacilles abortus, si l'action immunisante chez l'homme du bacillus abortus à l'égard du micrococcus melitensis est confirmée.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les diverticules de la vessie.

D'après une leçon du professeur Legueu (1).

La question des *diverticules de la vessie* était inscrite à l'ordre du jour du *Congrès d'urologie* de 1922, il y a deux ans. Des documents considérables ont été apportés par le rapporteur. J'ai, avec M. Papin, publié, quelques semaines après, un travail sur la question, que l'on peut qualifier de monumental, puisqu'il occupe tout un fascicule des *Archives urologiques*, et cependant déjà des observations récentes nous ont fait connaître quelques faits nouveaux.

Il est inutile de reprendre toute l'histoire de ces *diverticules*. Il suffira de reviser trois séries de notions portant, les unes sur leur *valeur pronostique*, d'autres intéressant certains points de leur *physiologie pathologique*. Enfin la troisième question à étudier sera celle du traitement, pour montrer les bienfaits de la *taille péritonéale* en pareille circonstance.

Nous avons dit qu'il convenait d'envisager d'abord la valeur pronostique des diverticules de la vessie. Rappelons au préalable ce qu'est la lésion. Voici l'image d'un diverticule typique, d'un développement considérable. Il est à peu près aussi grand que la vessie elle-même, si bien qu'on dirait qu'il existe deux vessies. Ce diverticule est pourtant bien facile à distinguer de la vessie. Sa paroi est mince, beaucoup plus mince que la paroi vésicale qui, dans les cas de diverticules, est au contraire plus épaisse qu'elle ne l'est habituellement. Les diverticules ne sont pas pourvus de la même musculature que la vessie. Dans ce diverticule, on aperçoit un *calcul*. L'uretère, dans son trajet pelvien, est en contact avec la face postérieure. Supposons un peu d'inflammation, de cystite, avec des urines plus ou moins troubles, et il sera facile de comprendre qu'il se développera de la *péridiverticulite* englobant l'uretère, d'où des difficultés opératoires résultant non seulement des dimensions énormes de la poche diverticulaire, mais de ses adhérences à l'uretère sur une longueur qui peut atteindre 12 à 13 cm. Ceci crée de telles difficultés opératoires qu'on doit en certains cas renoncer à l'opération, dans la crainte d'un échec.

Voici un diverticule de petite dimension qu'on aperçoit à côté de la vessie à laquelle il est relié par un *pédicule*.

Ces images radioscopiques sont obtenues après injections, soit de carbonate de bismuth, soit de collargol, dans les voies urinaires.

De jour en jour, le rôle des diverticules de la vessie dans la pathologie urologique apparaît de plus en plus important. Leur histoire commence à peine. Voici, par exemple, deux observations récentes.

Un homme âgé de 68 ans était atteint de *prostatite* et de *calculs vésicaux*. On lui enleva sa prostate et ses calculs, l'opération réussit ; mais, au bout de six mois, les urines ne sont pas encore redevenues claires, le malade a des douleurs et de la difficulté pour uriner. Après avoir reçu tous les traitements d'usage en pareil cas, tels que lavages, instillations, médications internes, sans bénéficier d'aucune amélioration, il se présente à la clinique. Ce malade, qui évoque un passé de rétentionniste et de calculeux, a certainement une récidive calculeuse.

La *cystoscopie* est faite, elle confirme l'existence présumée d'un *calcul*. Mais pourquoi cette récidive calculeuse, six mois après une prostatectomie ? Ce n'est pas normal, et ceci doit faire penser à l'existence probable d'un diverticule de la vessie. Ce diverticule a pu et dû être méconnu au cours de l'opération qu'a subie le malade, il y a six mois.

Effectivement, en poursuivant l'exploration de ce malade, on découvre un diverticule prenant naissance dans le bas-fond de la vessie. Des calculs passaient alternativement de la vessie dans ce diverticule, et du diverticule dans la vessie. On comprend, par conséquent, qu'ils avaient pu être méconnus.

On voit dans cette observation quelle est la valeur pronostique de ces lésions. L'existence (connue ou méconnue) d'un diverticule peut compromettre les résultats d'une opération correcte. Il faut ajouter qu'ici le diverticule est *prérectal*, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables. Par conséquent, la symptomatologie persiste ; il y a de l'infection permanente, avec formation de calculs à répétition, et, par surcroît, il y a impossibilité de pratiquer une exérèse dans une région aussi profonde. La si-

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker et recueillie par le Dr Laporte.

tuation d'un diverticule dans le bas fond rend, à un certain âge, le problème thérapeutique insoluble. La seule opération qui pouvait se poser et qui, d'ailleurs a été faite chez ce malade, était la *cystostomie*, destinée à permettre l'ablation du calcul et la désinfection de la vessie par drainage. Cette cystostomie sera peut-être définitive, en tous cas à long terme.

Le second malade, observé au mois de juillet 1924, avait été précédemment opéré du *premier temps* de la *prostatectomie*, c'est-à-dire qu'on lui avait pratiqué une *cystostomie*.

Il se présenta à la clinique pour subir le *deuxième temps*. On commence par lui pratiquer une *cystoscopie*, et au cours de cette exploration, on constate un diverticule de la vessie, situé dans le bas-fond comme chez l'autre malade, à deux centimètres au-dessus de la prostate, exactement médian, et postérieur.

Etant donnée cette défectuosité congénitale, qui ne permettait pas d'espérer la perfection du résultat thérapeutique, on s'est borné à élargir le collet du diverticule. Le malade a conservé des urines troubles, une rétention variant de 150 à 175 gr., mais cette imperfection du résultat thérapeutique était prévue, annoncée, acceptée de part et d'autre, comme une nécessité fatale.

Le diverticule de la vessie constitue donc bien un élément de pronostic, puisqu'une opération qui donne dans d'autres circonstances des résultats merveilleux pourra ne pas donner un bon résultat parce que le malade est porteur d'un diverticule mal placé, dont on s'aperçoit à un âge où on doit s'abstenir, même si le diverticule était dans une situation favorable.

Il faut donc penser à ces lésions. En présence d'un prostatique, il faudrait rechercher l'existence des diverticules de la vessie, surtout lorsqu'un malade a des symptômes de *prostatisme*, sans avoir un développement considérable de l'adénome : par exemple, chez un individu d'une cinquantaine d'années, déjà prostatique, quand on a vérifié qu'il a une petite prostate.

C'est de cette façon qu'il faut concevoir la valeur pronostique des diverticules. Il faut y penser toujours, les rechercher sans cesse ; c'est ce qui permettra non pas de résoudre la question, quand elle est insoluble, mais d'aborder à temps un élément pronostique de façon à ne pas laisser aux malades une trop grande déception.

Au point de vue de la *physiologie pathologique*, il y a dans le diverticule deux éléments à considérer : un *orifice*, et une *cavité*. Chacun joue son rôle, et chacun constitue des modalités différentes et des formes spéciales de la distension et de l'évacuation.

Voyons d'abord le cas ordinaire. Quand un malade est porteur d'un diverticule de la vessie, on aperçoit dans le champ cystoscopique un orifice *anormal qui n'est pas celui d'un uretère*. Cet orifice est remarquable par ses changements d'aspects. Ici, il est ouvert, large et béant ; là, il est contracté et fermé ; cela dépend du moment. Si on demande au malade, non de pousser, mais seulement de penser au besoin d'uriner, de façon à réveiller la contraction de sa vessie, on voit cet orifice s'ouvrir ou se fermer.

En somme, on peut affirmer l'existence d'un diverticule. Ce qu'on ne peut pas affirmer, c'est l'*importance de la cavité*, dont on n'aperçoit que l'orifice. Pour obtenir ce renseignement très utile, il est nécessaire de pratiquer une autre exploration, qui sera la *cystoradiographie* : cette méthode consiste essentiellement dans l'injection d'une substance opaque (carbonate de bismuth) dans la vessie, suivie de radiographie. L'injection pénètre dans la vessie et dans son diverticule. Et voici ce que l'on constate.

Si on prie le malade d'uriner, il vide immédiatement sa vessie, mais alors que celle-ci est déjà à demi-évacuée, écrasée, aplatie, on voit que l'espace entre le diverticule et la vessie s'est élargi, l'orifice du diverticule s'est fermé, le diverticule ne s'est pas vidé. Il s'est fermé du fait de la contraction vésicale ; mais attendez encore quelques instants ; le malade ayant vidé sa vessie, la vessie entre dans le repos, et l'orifice cesse de se contracter : le diverticule se vide, et c'est, dans ces circonstances que se réalise le phénomène classique de la *miction en deux temps*, que les malades signalent quelquefois d'eux-mêmes et qui constitue un signe excellent des diverticules vésicaux mais sur lequel il ne faut pas toujours compter.

Dans certains cas, somme toute, ces diverticules prennent une grande importance.

Voici une vessie pourvue d'un tel nombre de diverticules qu'elle apparaît comme une tête hérissée, échevelée ; ces diverticules de diverses dimensions sont parfaitement inopérables. Or, ces cavités anormales entraînent, comme on l'a vu, une stagnation de l'urine, et par conséquent, une infection permanente ; une *cystostomie* doit assurer le drainage.

Dans certains cas, le diverticule inopérable, incurable, prend une importance pathologique qui est dramatique pour l'avenir du malade.

Ce qu'on vient de voir, c'est la physiologie pathologique habituelle, pour ainsi dire normale de ces diverticules ; généralement, lorsque la vessie se contracte, l'orifice du diverticule se ferme, et la *miction* est réalisée, *en deux temps*. Mais il peut en être autrement, et voici des observations anciennes et récentes dans lesquelles on voit les phénomènes se passer d'une façon inverse : quand il urine, le malade remplit son diverticule qui, en se développant, prend la place de la vessie. C'est un fait assez particulier et même exceptionnel pour mériter d'appeler l'attention.

Voici une première radiographie, prise chez un malade qui avait une symptomatologie extré-

mêment fruste. Il s'agit d'un homme jeune, de 26 ans, qui se plaignait depuis quelque temps d'avoir des urines troubles, surtout au début de la miction ; et des douleurs à la miction. *Il n'a pas de miction en deux temps.* On lui fait une *cystoscopie*, et l'on aperçoit un *petit orifice anormal* permettant d'affirmer l'existence d'un diverticule vésical. Il reste à en déterminer les modalités en pratiquant les explorations d'usage en pareille circonstance. D'abord, on lui fait une injection intra-vésicale de carbonate de bismuth, et la radioscopie immédiate. On aperçoit sur le globe vésical une saillie volumineuse qui dépend du diverticule. Sur une radiographie de trois-quarts, on voit que le diverticule se rapproche de la face postérieure, et si on prie le malade d'uriner, une pédiculisation apparaît, le diverticule devient plus distinct ; en même temps qu'il pousse, *le malade remplit son diverticule* et le détache de sa vessie. En continuant l'épreuve, ce résultat s'accentue de plus en plus : plus le malade urine, plus le diverticule devient gros et tendu. Quand le malade a fini d'*uriner avec sa vessie*, il a évacué un tiers à l'extérieur et deux-tiers à l'intérieur de son diverticule ; *finalement il y a un grand diverticule, et une toute petite vessie, alors qu'au début les proportions étaient inverses.*

On conçoit que, dans des circonstances semblables, la vessie soit amenée à s'épaissir ; puisqu'elle doit pousser également vers l'extérieur et vers l'intérieur. C'est de même que le cœur s'hypertrophie quand il y a une insuffisance aortique. Il se fait une dilatation de la vessie, et surtout une hypertrophie de sa musculature.

Dans le cas susdit, les conditions étaient favorables à une *intervention*, car il fut facile de sectionner le pédicule et d'enlever intégralement ce diverticule.

L'*opération* n'est pas toujours aussi simple. Peut-être pourra-t-on désormais en améliorer la technique en prenant la voie intra-péritonéale ?

Evidemment, toutes les formes de diverticules ne sont pas justiciables de la même technique. Il y a dans cette maladie, ou plutôt dans cette *difformité*, tant de modalités diverses, que nous devons nous adapter pour chaque cas. Actuellement, nous possédons deux méthodes, l'une, la *marsupialisation*, que l'on fait rarement, dans les cas où on ne peut agir autrement ; l'autre, qui est l'*exérèse*, et que l'on pratique tantôt dans le péritoine, et tantôt extra-péritonéalement.

La *marsupialisation* est une méthode destinée aux *grands diverticules* qui ne pourraient pas être extirpés en raison de leurs adhérences trop multiples. C'est une *opération palliative.*

Dans les autres cas, l'opération se fait généralement par la voie *intra-vésicale* et consiste simplement dans une *exérèse.*

Il peut cependant être préférable, dans certains cas, de faire l'opération *intra-péritonéale.* Cette méthode a été suivie 7 ou 8 fois, tout au plus, dans la grande collection des faits recueillis jusqu'à ce jour. Il faut y ajouter deux observations nouvelles, l'une de moi-même, l'autre de mon assistant, M. Fay, qui sera prochainement présentée à la Société d'urologie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Troubles oculaires et grossesse.

Ne citant que pour mémoire les troubles oculaires bénins, MM. J. Blum et G. Barbaro étudient principalement les accidents graves qui sont l'amaurose gravidique, puis la rétinite et la névrite.

Ceux-ci résultent essentiellement de l'albuminurie gravidique, apparente ou latente.

L'amaurose gravidique est la perte totale de la vision, sans aucune lésion décelable à l'ophtalmoscope. Sa caractéristique est d'apparaître à l'ordinaire brutalement (la malade devient aveugle en quelques minutes et les deux yeux sont atteints), et d'être fugace ; sa durée varie de quelques heures à quelques jours, plus rarement quelques semaines, dans les cas graves. Ce qui domine le pronostic de l'amaurose, c'est la gravité de l'éclampsie, car le trouble visuel n'est qu'un épiphénomène, qui disparaît complètement avec la guérison de l'éclampsie.

La rétinite et la névrite gravidique se traduisent, au contraire, à l'ophtalmoscope ; elles apparaissent insidieusement, surtout après le 6e mois, et se traduisent essentiellement par de l'œdème péripapillaire, des hémorrhagies (taches rouges) et des exsudats (taches blanches) ; mais un seul de ces signes suffit à justifier et à poser le diagnostic. Si le régime améliore l'état général et retarde l'apparition des crises d'éclampsie, il paraît sans influence sur la rétinite : la vue continue à baisser ou l'acuité reste stationnaire jusqu'au jour de l'accouchement, qui marque le terme des accidents généraux et des accidents oculaires.

Le pronostic de la rétinite gravidique pure est loin d'être aussi grave que celui de la rétinite survenant chez une femme enceinte, atteinte de néphrite chronique ou aiguë, mais il ne doit pas moins être réservé tant au point de vue visuel que vital. Pour la vision, il dépend de l'étendue et de la localisation des lésions, de l'âge de la grossesse au moment de l'apparition des troubles (les rétinites apparues au début de la grossesse sont plus graves que celles survenues au 8e ou 9e mois), enfin de la rapidité de l'intervention thérapeutique (interruption de la grossesse).

Le pronostic vital maternel est loin d'être bénin (mort, 13 %), car l'affection traduit une atteinte profonde de l'organisme, annonçant des accidents redoutables, à moins d'une thérapeutique précoce et active.

Quant au pronostic fœtal, il est des plus défavorables, la mortalité est d'environ 80 %, et ce fait doit entrer en ligne de compte dans la conduite du traitement.

Celui-ci consiste d'abord dans la prophylaxie habituelle de l'éclampsisme (surveillance des urines à partir du 5e mois, et recherche des petits signes : œdèmes légers et fugaces, petits troubles visuels, vomissements, et surtout élévation progressive de la tension artérielle), avec surveillance par l'ophtalmoscope, surtout si la gestante a déjà présenté antérieurement des accidents de néphrite chronique.

Quant au traitement curatif, la question qui se pose, c'est l'interruption de la grossesse, reconnue depuis longtemps favorable à l'amélioration des lésions oculaires ; les statistiques montrent également que le pronostic présente son maximum de gravité dans les cas où l'on a laissé évoluer la grossesse jusqu'au terme ; il s'améliore avec l'avortement spontané naturel ; il est plus favorable encore quand on provoque l'avortement ou l'accouchement avant terme. Le meilleur pronostic vital et visuel est donné par l'interruption artificielle de la grossesse.

Si l'accord est unanime à cet égard, lorsque les lésions apparaissent dans les six premiers mois de la grossesse, le doute subsiste pour les trois derniers mois cependant, étant donnée la mortalité fœtale de 80 %, par conséquent la vie très compromise de l'enfant, il semble qu'on soit en droit d'interrompre la grossesse dès que l'on constate les signes ophtalmoscopiques d'une rétinite. Enfin, quand une neuro-rétinite gravidique a existé antérieurement, il faut éviter le retour d'une nouvelle grossesse. (*Le Progrès médical*, 14 mars 1925.)

Le traitement de la tuberculose par l'héliothérapie artificielle.

Puisque « le soleil est un médicament de riches », on a cherché à reproduire artificiellement la partie active des radiations solaires par la lampe à vapeur de mercure en quartz ; « c'est le soleil des pauvres », dit L.-G. DUFESTEL.

Les résultats obtenus par cette héliothérapie artificielle sont analogues, mais il s'agit ici de radiations de courte longueur d'onde ; on a, de plus, l'avantage d'obtenir, grâce à celles-ci, une meilleure fixation des sels de calcium, chose avantageuse puisque le processus ordinaire de guérison des lésions tuberculeuses est la calcification.

Les tuberculoses chirurgicales constituent, avec le rachitisme, l'indication la plus nette de l'héliothérapie artificielle, à condition d'opérer chez des sujets dont les défenses organiques sont intactes (non cachectiques) et surtout chez des sujets jeunes.

La durée du traitement est variable ; cependant les lésions de début sont guéries relativement moins vite que les lésions anciennes avec ramollissement et fistules. Les lésions semblent recevoir un coup de fouet : un abcès qui commençait à se ramollir va évoluer rapidement : élimination du pus par la peau ulcérée, sérosité plus claire, et cicatrisation rapide.

Le traitement est moins long qu'avec le soleil Les tuberculoses osseuse, articulaire, ganglionnaire, épididymo-testiculaire, guérissent en 2 à 5 mois (1 à 2 séries de 20 séances, à raison de 3 séances par semaine). Toutes les injections modificatrices irritantes sont proscrites ; les seuls adjuvants employés sont l'iode (albumine iodée) et les sels de chaux. L'état général suit la même évolution favorable.

L'héliothérapie artificielle peut être un utile adjuvant dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, à condition que les sujets ne soient pas trop amaigris (en raison du coup de fouet du début), qu'ils n'aient pas de fièvre hectique. Il peut être utile de combiner l'emploi du pneumothorax artificiel à celui du bain ultraviolet.

A signaler les bienfaits de cette méthode, en quelques séances, pour les enfants chétifs (prophylaxie antituberculeuse).

En général, les irradiations doivent être générales et progressives ; ne pas endommager le tégument ; faire un traitement d'épreuve pour éprouver la susceptibilité du sujet. (*La Médecine*, 6-1924.)

Sur le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoque.

Il doit être dirigé d'abord contre la localisation méningée prédominante, ensuite contre la septicémie ; il existe, en effet, la plupart du temps, un état septicémique, soit antérieur à la méningite, soit associé à elle, soit même isolé, contre lequel une thérapeutique active doit être instituée, car il se trouve à la base de multiples complications.

La thérapeutique, autrefois purement symptomatique, est devenue aujourd'hui étiologique

et pathogénique. Elle est basée en majeure partie sur la ponction lombaire *systématique*, et nul n'a le droit de ne pas la faire (diagnostic et thérapeutique spécifique).

Les moyens de traitement non spécifiques sont : les ponctions lombaires évacuatrices, la balnéation chaude, les sédatifs nervins, les métaux colloïdaux, la protéinothérapie. Les moyens spécifiques sont les sérums polyvalents, les vaccins, auto et stock.

En *pratique*, la ponction lombaire a donné issue à un *liquide louche et purulent* : sans attendre davantage, c'est souvent une question d'heures, injecter 15 à 30 cmc. de sérum antiméningococcique polyvalent suivant la quantité de liquide ponctionnée.

Ce liquide va être examiné au laboratoire, mais, au lit du malade, il faut y rechercher aussitôt le sucre : si le glucose a disparu complètement, c'est une méningite suppurée, dont divers microbes peuvent être rendus responsables (streptocoque, pneumocoque) mais contre lesquels, à part le méningocoque, nous sommes à peu près désarmés ; donc, rien à perdre, injecter du sérum antiméningo, en attendant la réponse du laboratoire. Si le sucre persiste, il est presque certain que le méningo est hors de cause ; on peut attendre le résultat si l'état du malade le permet.

Quand le *liquide est clair*, il peut y avoir forme hypervirulente de méningite C. S. (sans réaction leucocytaire), ou forme tout à fait au début, ou forme cloisonnée ; se guider sur la présence du sucre pour la sérothérapie.

Dans les 24 heures, si le diagnostic bactériologique reste en suspens, faire une deuxième ponction, et se rappeler que le liquide sera *toujours trouble*, à cause de la réaction sérique provoquée par l'injection antérieure.

La méningite C. S. reconnue, le laboratoire déterminera s'il s'agit de la race A, B ou C.

Continuer ensuite le traitement sérothérapique polyvalent et, dès qu'on le pourra, spécifique ; chaque jour, une ou deux fois par jour suivant l'état, 10 à 20 cmc. de sérum chez l'enfant, 20 à 40 cmc. chez l'adulte, lentement, et à sérum tiédi au bain-marie, après soustraction d'une quantité de liquide égale ou supérieure ; au besoin, s'il est nécessaire pour faire la ponction, anesthésie générale légère au chlorure d'éthyle. Après, mettre la tête basse et les pieds surélevés pour que le sérum aille baigner les centres.

En principe, on doit ainsi injecter au total 120 à 150 cmc. pour les adultes, 60 à 90 cmc. pour les enfants.

Ce traitement d'attaque constamment institué, on se basera, pour le continuer, ou non, sur la fièvre, les signes méningés, la cytologie, ou plus simplement sur la recherche du sucre : sa réapparition précoce, parallèle à la disparition du méningo est d'un excellent pronostic.

On a pu ainsi, dit L. Langeron, injecter jusqu'à 600 cmc. de sérum en plusieurs séries ; une bonne précaution, pour éviter les accidents anaphylactiques possibles en cas de réinjections nécessaires plus de 11 jours après (durée de la sensibilisation anaphylactique), c'est d'injecter systématiquement un cmc. de sérum sous la peau, tous les 5 à 6 jours pour empêcher ainsi la formation de l'état anaphylactique.

En dehors des accidents sériques banaux, penser à la possibilité de la méningite sérique ; intégrité et bonne colorabilité des leucocytes polynucléaires, absence de méningocoques, persistance du sucre.

Contre la septicémie méningococcique, dès qu'elle est diagnostiquée, sérothérapie spécifique ou polyvalente, *intraveineuse* de préférence, avec les précautions d'usage ; injection lente de sérum dilué au 1 /3 dans l'eau physiologique (pour désensibilisation d'un état antérieur), intra-musculaire ou sous-cutanée ; puis, on injectera 20 à 30 cmc. de sérum à trois reprises, séparées par 24 heures d'intervalle, et on aura ainsi les plus grandes chances de succès contre la septicémie et ses complications. (*Pratique médicale française*, 4 juin 1924-B.)

Les troubles digestifs chez la femme enceinte.

Il s'agit de troubles gastro-intestinaux qui sont propres à l'état de grossesse et qui sont justiciables, le plus souvent, d'une thérapeutique active et efficace.

En suivant les différents segments du tractus digestif, M. Weymeersch cite d'abord la gingivite gravidique, observée surtout chez les femmes peu soucieuses de leurs dents. Une bonne hygiène bucco-dentaire la préviendra ; les soins d'un dentiste, si elle apparaît, la combattront. Favorisée par la suppression de la fonction ovarienne, la gingivite bénéficiera d'une médication opothérapique.

Le ptyalisme apparaît au début de la grossesse et disparaît vers le 4e mois, pouvant cependant durer plus longtemps. On prescrira bromure et atropine.

Du côté de l'estomac, les nausées sont banales à partir de la 3e semaine. On les atténue fortement en condamnant la malade au lit dans une complète immobilité jusqu'après la digestion du premier déjeuner. Quinze à vingt gouttes d'adrénaline *per os*, deux fois par jour, sont avantageusement conseillées. Les vomissements sont aussi banaux que les nausées, simples, graves, incoercibles. Ils ressortissent habituellement à deux causes distinctes : les uns sont, en effet, d'origine névropathique ; les autres, d'origine toxémique. Cette dernière origine se situe dans le foie, devenu insuffisant, ou dans le rein (albuminurie, œdèmes, crampes, céphalées, signes de l'éclampsisme). La barre épigastrique doit être rapprochée

de ces symptômes toxémiques : c'est un symptôme d'alarme de l'attaque éclamptique, de grande valeur. A ces vomissements, convient le régime sévère de désintoxication (purgation, diète hydrique, lactée, puis lacto-végétarienne).

Les femmes vagotoniques vomissent aussi sans cause apparente ; elles se trouvent bien de l'adrénaline, parfois aussi de la pilocarpine, des extraits ovariens, lutéiniques.

La gastralgie peut être simulée par les cholécystites atténuées ; elle s'observe également, sous cette forme simulée, dans les présentations du siège. La vraie gastralgie est due, soit à l'hyperchlorhydrie, soit à l'hypochlorhydrie. Aux hyperchlorhydriques, avec pyrosis, on prescrira les alcalins à haute dose, l'opium ; l'administration d'un demi-verre de crème une demi-heure avant les repas. Aux hypochlorhydriques, on ordonnera une solution chlorhydropeptique selon la formule de Vignes :

Pepsine extractive........	10 gr.
HCl officinal.............	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne...	0.20 cgr. (vingt cgr.).
Eau chloroformée saturée..	160 gr.

une à deux cuillerées à café à la fin de chaque repas.

L'ulcus gastrique ou duodénal peut être, quoique rarement, rencontré. La constipation est banale. Le régime, les laxatifs, les lavements, additionnés d'extraits biliaires, y remédient ordinairement. Elle peut entraîner une invagination intestinale, une obstruction intestinale, d'un type spécial à la grossesse. La question d'une intervention chirurgicale peut se poser alors. De même en cas d'appendicite, dont le diagnostic devra être fait avec la plus grande précision, en raison de la gravité de l'acte opératoire. (*Bruxelles médical*, 19 juillet 1925.)

Importance de la vésicule biliaire dans la pathologie digestive.

De ce travail intéressant de M. Pilven, nous devons retenir, pratiquement, que la cholécystite est la grande simulatrice des affections gastriques, et qu'elle s'observe bien plus souvent chez la femme que chez l'homme. Le syndrome dyspeptique accusé par les malades est dû fréquemment à une irritation du plexus solaire, provenant elle-même d'organes du voisinage, parmi lesquels la vésicule biliaire occupe la première place.

Il importe donc de savoir dépister l'inflammation de cette vésicule. L'ictère, le subictère, mettent sur la voie du diagnostic ; mais ils font souvent défaut dans les formes larvées, assez communes.

On retiendra donc comme significatifs certains signes : les petites poussées thermiques, avec la céphalée, la myalgie, l'asthénie de la période digestive ; l'apparition de la douleur gastrique surtout la nuit, à partir de minuit, la migraine, l'aménorrhée, la dysménorrhée, la tachycardie ; les douleurs précordiales, la douleur scapulaire — symptômes plus accusés après un repas riche en graisse ou en cholestérine, — l'anorexie, l'état saburral de la langue, l'aérophagie, la crise hépatique, provoquée par les émotions, les trépidations, les écarts de régime.

Tous ces signes doivent appeler l'attention du côté de la vésicule ; mais le diagnostic ne sera assuré que par la constatation des symptômes vésiculaires proprement dits, angiocholite légère, urobilinurie, et surtout douleur vésiculaire, découverte à la palpation selon le procédé du pouce de Glénard, ou la recherche du signe de Ramond.

La radioscopie de l'estomac donne souvent des résultats douteux ; mais les radio en séries du duodénum montrent des déformations, des adhérences, des rétrécissements par compression de cet organe ...

« Nous désirons rappeler aux praticiens la nécessité de penser à cet organe (vésicule) chez tout dyspeptique. Quand on traite à temps l'entéritique, on peut éviter l'appendicite et la cholécystite secondaires. Quand ces affections sont déclarées, on les soigne efficacement encore ; et plus tard, quand la thérapeutique ne peut plus soulager le malade, il ne faut pas hésiter à conseiller l'intervention. » (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 juillet 1925.)

Purpura avec hématurie après un cachet de quinine (0.25).

M. R. Picard relate cette observation, des plus curieuses, d'une jeune fille de 20 ans, prenant habituellement des cachets de 0,25 de quinine pour combattre des maux de tête ou des rhumes saisonniers, souffrant de malaises qui apparaissent une demi-heure après l'ingestion du cachet, et qui se terminaient par un vomissement.

Un jour, les mêmes malaises apparurent dans des circonstances analogues, mais ils furent suivis d'une hématurie abondante (3 /4 de litre de sang reconnu microscopiquement). Un peu plus tard, se montrent des taches purpuriques sur les bras, les cuisses, l'abdomen, le cou, la cornée, la muqueuse buccale.

Pour l'auteur, il s'agit d'accidents anaphylactiques, chez une malade ayant présenté précédemment des crises de coryza spasmodique, et dont l'hérédité était nettement neuro-arthritique.

Comme quoi l'organisme peut se sensibiliser à l'égard des substances, médicamenteuses ou non, réputées comme ordinairement inoffensives. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets.

(MM. L. Tixier et R. Mathieu. — *Société de pédiatrie* ; 17-3-1925.)

Considérant les propriétés sédatives des radiations ultra-violettes dans les affections spasmodiques, MM. Tixier et Mathieu ont eu recours à ces radiations contre l'asthme infantile, affection où l'élément spasmodique joue un rôle. Hollender, de Chicago, a déjà utilisé d'ailleurs, avec avantage, les rayons ultra-violets chez les adultes atteints de fièvre des foins et d'asthme. M. Tixier signale quatre cas dans lesquels les accès ont été amendés par cette médication.

— M. Nobécourt enregistre l'intérêt pratique de ce nouveau traitement de l'asthme. Toutefois, dit-il, il ne faut pas oublier que l'asthme infantile disparaît assez souvent avec rapidité sous l'influence des thérapeutiques habituelles, déjà connues.

— M. Dorlencourt a guéri par les rayons ultra-violets un asthme grave, qui avait résisté à l'adrénaline.

— M. Marfan recommande, contre l'asthme de l'enfant, l'iodure de potassium à faibles doses (0 gr.20 à 0 gr. 25) pendant 15 jours par mois, que conseillait jadis Germain Sée.

— M. Guinon est resté fidèle à la médication alcaline de Bouchard, associée aux très petites doses d'iodure (0 gr. 03 à 0 gr. 04).

Les pleurésies enkystées du médiastin chez l'enfant.

(MM. Duhem et P. Séguin. — *Société de pédiatrie* ; 17-3-1925.)

Les pleurésies médiastinales occupent toute la hauteur du médiastin, mais l'épanchement est étranglé au niveau du pédicule du poumon. La radiographie donne deux ombres (sus et sous-hilaires), triangulaires, pathognomoniques. Le traitement chirurgical est à étudier sur ces données.

— M. Apert, dans un cas de pleurésie médiastinale ouverte dans les bronches, a fait pratiquer par M. Ombrédanne une phrénicectomie.

— M. Dufour remarque que la technique de la ponction médiastinale n'est pas encore bien établie

— M. Hallé a vu une ponction exploratrice médiastinale être suivie de mort instantanée.

La lithiase des glandes sous-maxillaires : accidents.

(M. Dufourmentel. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-6-1925.)

Les accidents de la lithiase des glandes sous-maxillaires sont mécaniques et infectieux, ces derniers attirant plus l'attention. Un des moins connus est l'ulcération de la caroncule salivaire, douloureuse quelquefois, en tout cas gênante. La colique salivaire, la sous-maxillite, sont plus classiques. Dans certaines circonstances, on se trouve en présence de formes aiguës, phlegmoneuses, cervicales ou buccales (aspect de l'angine de Ludwig). La conduite à tenir se résume en deux manœuvres : extraire les calculs, s'ils sont dans le canal de Wharton ; enlever la glande si celle-ci est infectée.

Indications opératoires dans les plaies pénétrantes de poitrine.

(M. Petit de la Villéon. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-6-1925.)

M. Petit de la Villéon revient sur la question du traitement opératoire des blessures de poitrine, des blessures de guerre en particulier que la campagne du Maroc remet au plan de l'actualité.

Dans la plupart des cas, dit l'auteur, il ne faut pas toucher aux blessés de poitrine . L'expérience de la grande guerre a appris à M. de la Villéon qu'il est mauvais de diriger le blessé immédiatement sur la salle d'opération et d'intervenir d'emblée. L'opération primitive n'est pas favorable et la marche immédiate au projectile est une erreur.

On mettra le blessé — transporté à l'arrière (par avion si possible) — au repos ; on combattra l'état de shock, en pratiquant l'expectative armée ... d'une seringue de morphine. Plus tard, au bout d'un mois, lorsque le blessé est remis de son shock, on fera dans de meilleures conditions l'extraction du projectile.

Reste, il est vrai, les cas compliqués, d'hémorrhagie par exemple. La suture du poumon ne tient guère. Le pneumothorax est plus avantageux. S'il y a hémothorax, on l'évacuera au préalable. Les hémorrhagies ne sont pas très graves, lorsqu'elles s'arrêtent d'elles-mêmes dans la majorité des circonstances, à condition que le blessé soit mis au repos absolu.

Ces considérations s'appliquent aux blessures de guerre et plus encore, aux blessures par balles de fusil ou de revolver. La balle est un projectile beaucoup moins dangereux que l'éclat d'obus.

Greffes testiculaires.

(M. Dartigues. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 19-6-1925.)

M. Dartigues présente un homme de 73 ans qui a subi il y a cinq mois une greffe testiculaire (prélevée chez un cynocéphale). Un mois après la greffe, le sujet avait récupéré ses forces. Ses facultés intel-

lectuelles sont redevenues plus vives. Impuissant depuis quatre ans, il a pu reprendre des rapports sexuels quotidiens. On sent très bien le relief des greffons à travers les bourses.

La greffe constituerait-elle — comme en a émis l'idée le préfet d'Alger — un moyen de désencombrer les asiles de vieillards et de faire ainsi, administrativement, une économie sociale ?

Le cancer des utérus prolabés.

(MM. Jean et Villechaise, de Toulon. — *Société de chirurgie* ; 20-5-1925.)

Il semblerait *a priori* que le prolapsus utérin doive constituer un état favorisant le développement du cancer du col. En pareille circonstance, en effet, le col se trouve exposé à des frottements et à de petits traumatismes incessants, dont on connaît le rôle provocateur, dans une certaine mesure, du cancer. En réalité cependant, le cancer du col dans un utérus prolabé est rare. Il y a bien longtemps déjà, Cruveilhier avait signalé cette rareté et nombre d'auteurs y ont insisté dans la suite. L'explication de ce fait reste indéterminée. Chavannaz a donné pour raison l'âge généralement avancé des femmes atteintes de prolapsus utérin complet, âge qui n'est plus celui du cancer de l'utérus.

Rareté, toutefois, ne veut pas dire impossibilité : MM. Jean et Villechaise relatent une observation de cancer du col sur un prolapsus utérin complet, observation qui fait l'objet d'un rapport de M. Dujarier.

— M. Lenormant remarque que les premiers cas de cancer du col enlevés chirurgicalement concernaient précisément des néoplasmes d'utérus « pendants », suivant l'expression de Soranus d'Ephèse.

L'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

(M. Tasso Asteriades, de Salonique. — *Société de chirurgie* ; 20-5-1925.)

La question de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave a été discutée l'an dernier à la Société de chirurgie. M. Auvray rapporte, au nom de M. Tasso Asteriades, deux observations d'infection puerpérale grave, l'une *post partum*, l'autre *post abortum*, qui ont guéri à la suite d'une hystérectomie vaginale. L'opération est une ressource ultime, dont tous les chirurgiens ne sont pas partisans, il est vrai.

Embolie iliaque traitée par exérèse du caillot.

(M. J. Fiolle, de Marseille. — *Société de chirurgie* ; 20-5-1925.)

L'ablation chirurgicale, après artériotomie, du caillot obturant une grosse artère embolisée, doit certainement tenter le chirurgien. Chez une malade atteinte d'embolie de l'artère iliaque, en raison des violentes douleurs éprouvées par la patiente et des menaces de gangrène du membre, M. Fiolle a eu recours à l'exérèse du caillot après incision de la fémorale. Il en résulta une amélioration passagère, encourageante pour l'avenir. La malade succomba, toutefois, au bout d'un mois.

Opérations rachidiennes.

(M. Th. de Martel. — *Société de chirurgie* ; 20-5-1925.)

M. de Martel signale les améliorations qu'il a apportées à la technique des opérations rachidiennes, de la laminectomie et des ablations de tumeurs médullaires. La première de ces améliorations est la position assise du malade, au lieu de la position couchée. La seconde est l'anesthésie locale.

— M. Leriche souligne l'intérêt des progrès de technique réalisés par M. de Martel en chirurgie rachidienne.

Splénomégalies avec hématémèses.

(MM. P. Lombard, Dumolard et Goinard, d'Alger. — *Société de chirurgie.* ; 27-5-1925.)

M. Lecène présente un rapport sur un travail de MM. Lombard, Dumolard et Goinard, relatif au traitement des splénomégalies avec hématémèses.

Léobardy, en 1921, a attiré l'attention sur ces splénomégalies avec sclérose de la rate, compliquées de gastrorrhagies, indépendantes de tout ulcus gastrique. Il considère que leur véritable thérapeutique est la splénectomie. Cette opération a procuré de bons résultats, effectivement, dans un certain nombre de cas, mais il n'en a pas toujours été ainsi. M. Lombard relate l'observation d'un malade chez lequel la splénomégalie (accompagnée d'hématémèses) relevait de splénite infectieuse avec thrombose de la veine splénique. Malgré l'ablation de la rate, le patient succomba.

— M. Raymond Grégoire signale un moyen permettant d'apprécier d'avance quel sera le résultat de la splénectomie. C'est la transfusion du sang. Quand on fait, en pareil cas, une transfusion, la quantité de globules rouges monte immédiatement. Mais, dès le deuxième ou troisième jour, la destruction massive des globules est telle que l'anémie est revenue à son taux antérieur. Il faut bien accepter alors que la rate est l'agent de destruction globulaire et il est indiqué de l'enlever.

Durée de l'immunité conférée par l'anatoxine.

(MM. P. Lereboullet et P. Joannon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-5-1925.)

MM. Lereboullet et Joannon ont vacciné en avril-mai 1924 dix enfants au moyen de deux injections sous-cutanées d'anatoxine (1/2 cc. et 1 cc.). Un an plus tard, en mai 1925, ils ont procédé à des réactions de contrôle : tous les enfants ont présenté une réaction de Schick négative. Cette petite statistique mon-

tre que, dans l'ensemble, l'immunité conférée par l'anatoxine anti-diphtérique est durable.

Les émissions sanguines et leur correctif dans le traitement des néphrites chroniques.

(MM. A. GILBERT et TZANCK. — *Soc. méd. des hôp.* ; 1-5-1925.)

Dans le mal de Bright, on a communément recours à la saignée, dont les indications sont multiples. En présence d'un œdème aigu du poumon, par exemple, elle fait merveille. Est-ce à dire qu'il s'agisse là d'un moyen sans inconvénient, dont on puisse user sans ménagement ?

Pour reprendre l'exemple de l'œdème du poumon, il n'est pas rare de voir après la saignée, le malade s'affaiblir. S'il y a de nouvelles crises d'œdème, la spoliation sanguine ne donne pas toujours alors les mêmes brillants résultats. On peut, dans ces conditions, se demander si les saignées répétées n'ont pas contribué à accentuer l'asthénie et la dénutrition du patient. Récemment, MM. P.-E. Weil et Flandin ont insisté sur l'anémie des azotémiques et envisagé l'application de la transfusion sanguine en pareille circonstance.

MM. Gilbert et Tzanck, dans un ordre d'idées analogue et pour corriger les inconvénients des émissions sanguines chez les brightiques, ont proposé et adopté une autre solution. Une fois la saignée effectuée, ils prélèvent le sérum par centrifugation et lavage (éliminant ainsi les éléments toxiques), le rejettent et le remplacent par du sérum artificiel : ils obtiennent ainsi un liquide contenant seulement les éléments figurés du sang, chargés d'hémoglobine, qu'ils réinjectent. La désintoxication du sujet se trouve de cette manière réalisée sans anémie globulaire (Hedon et Fleig).

Les auteurs se servent d'un dispositif spécial permettant la soustraction sanguine par ponction veineuse, la centrifugation du sang recueilli sur citrate, et la réinjection des globules dilués dans du sérum artificiel, le tout sans changer l'aiguille de place.

Quatre malades ont été traités selon ce procédé par M. M. Gilbert et Tzanck. En dehors d'une réaction thermique le plus souvent légère, il n'y a pas eu d'accident appréciable, à la suite de l'intervention. Dans aucun cas, l'examen du sérum et des urines n'a permis de déceler l'augmentation des pigments d'origine sanguine, ce qui indique l'absence d'hémolyse des globules injectés. L'anémie n'a pas été aggravée malgré les saignées abondantes et les malades ont été cliniquement améliorés.

Ces résultats sont en accord avec les données expérimentales établies en 1902 par Hédon.

La carence solaire, facteur essentiel de rachitisme.

(M. ARMAND-DELILLE. — *Société méd. des hôp.* ; 22-5-1925.)

Au dernier Congrès de thalassothérapie tenu en avril dernier à Arcachon, M. Armand-Delille a soutenu la notion de la « carence solaire » comme facteur essentiel, sinon exclusif, de la production du rachitisme. Pour lui, l'absence de lumière solaire joue un rôle considérable dans la genèse du rachitisme et il en résulte l'indication, pour la thérapeutique, d'envoyer les petits malades au soleil et au bord de la mer, aussitôt que possible.

L'auteur revient aujourd'hui sur la question et il demande que l'envoi des petits rachitiques à la mer soit fait de bonne heure, sans attendre qu'ils aient trois ou quatre ans, les altérations rachitiques étant à cet âge déjà avancées.

M. MARFAN ne partage pas de l'opinion de M. Armand-Delille quant à la part prépondérante à attribuer à l'insuffisance de lumière solaire dans la genèse du rachitisme. L'enquête qu'il poursuit depuis trois ans lui a montré que la carence des rayons solaires n'est pas la cause principale du rachitisme. Elle n'intervient que comme une circonstance prédisposante.

En Amérique et en Angleterre, certains médecins reconnaissent déjà qu'ils ont été trop absolus lorsqu'ils ont regardé la carence solaire comme la cause essentielle du rachitisme.

— M. ARMAND-DELILLE répond qu'il ne nie pas le rôle favorisant de l'hérédo-syphilis et des troubles intestinaux dans le développement du rachitisme, mais il ne désespère pas de voir un jour le prof. Marfan se ranger à la théorie de la carence solaire.

P. L.

Lyon

Société nationale de Médecine et des Sciences médicales.

Thrombo-phlébite de la veine cave inférieure d'origine otique.

M. R. BERTOIN présente l'observation d'un homme de 57 ans entré à l'hôpital pour un volumineux abcès de la région temporale droite ; début un mois auparavant par de la céphalée, suivie de fièvre et de douleurs lancinantes dans l'oreille. Une première intervention conduisit sur une vaste collection sous-périostée, une mastoïde éburnée, sans trace de cellule ; le sinus latéral, très antérieur, fut mis à nu. Une tuméfaction rouge et fluctuante étant apparue les jours suivants au devant du tragus, une deuxième intervention fut pratiquée qui découvrit une petite collection profonde au niveau de la racine du zygoma. Peu de jours après, le malade eut un grand frisson solennel avec température dépassant 41°, et, en trois jours, mourut de septico-pyohémie accompagnée de douleurs et d'œdème au niveau des membres inférieurs, qui firent diagnostiquer une thrombo-phlébite de la veine cave inférieure, vérifiée à l'autopsie. Au niveau du sinus latéral, on ne trouva ni pus, ni caillot ; une ponction pratiquée dans les derniers jours avait permis de ramener du sang rouge normal. L'exa-

men histologique de la paroi du sinus fut rendu impossible par la rapide décomposition du cadavre, si bien qu'on peut discuter pour savoir s'il s'est agi d'une pyémie sans infection veineuse causale, ou si le sinus latéral était atteint d'endophlébite pariétale.

Corps étranger du ménisque interne du genou.

M. Creyssel montre un malade du service de M. Bérard, qui avait fait une chute sur le genou gauche, six mois auparavant. A son entrée à l'hôpital, genou globuleux, cuisse atrophiée ; à la palpation, point douloureux au niveau de l'interligne en dedans, au-dessous de la rotule ; extension complète impossible ; on fit le diagnostic de luxation du ménisque interne. Intervention ; après ouverture large, on découvre, planté dans le ménisque, un corps étranger, que l'on reconnaît être un fragment de bois long de un cent. environ sur quelques millimètres de large. On l'enleva, on réséqua le ménisque ainsi que les parties synoviales malades et l'on referma. Suites simples et grande amélioration fonctionnelle.

Endocardite infectieuse d'origine puerpérale.

M. J. Chalier et Morel rapportent le cas d'une malade de 21 ans, à passé pathologique chargé (oreillons, varicelle, rougeole, scarlatine, croup, albuminurie, retard de développement). Deux jours après un accouchement, la malade est prise de fièvre ; celle-ci s'élève progressivement à 39°5, et se maintient en plateau, avec céphalée et épistaxis, ce qui motive l'envoi au pavillon des typhiques. A l'entrée, sérodiagnostic et hémoculture négatifs ; on ne note comme signes cliniques de typhoïde que de la diarrhée, du météorisme et de la matité splénique. Par contre, l'aspect est celui d'une infectée et au cœur, on perçoit un souffle apexrien systolique à faible propagation. Cette situation se prolonge pendant trois semaines.

Une nouvelle hémoculture donne du streptocoque en abondance et quelques jours après se produit un infarctus pulmonaire. A l'autopsie, on trouva, au niveau de la petite valve de la mitrale, un *anévrysme valvulaire* de la grosseur d'une petite noix, avec une déchirure de la paroi par où le sang du ventricule pouvait, à chaque systole, fuser en partie du côté de l'oreillette.

Pseudo-contusion de la hanche.

MM. Rochet et Pollasson relatent au nom de M. Tixier, l'histoire d'un homme de 28 ans qui fit une chute sur la hanche gauche, à la suite de laquelle, il conserva une impotence fonctionnelle marquée et des douleurs. Au bout de six mois, il se décide à venir à l'hôpital, où la radiographie permet de déceler une fracture transcervicale à la partie moyenne du col fémoral et un aspect de coxa vara traumatique. Il faut se méfier de tout traumatisme de la hanche et faire faire systématiquement une radiographie. Ce blessé avait toujours pu marcher un peu depuis son accident et l'on aurait fait voonltiers le diagnostic de contusion de la hanche.

Bacillose du tarse antérieur. Amputation tibio-calcanéenne.

M. Labry présente, au nom de M. Patel, un malade atteint de tuberculose du métatarse et du tarse antérieur, chez lequel on pratiqua l'amputation tibio-calcanéenne ; cette amputation, dite de Ricard, avait été décrite antérieurement par Jaboulay ; elle consiste essentiellement dans la suppression de l'astragale et l'adaptation du calcanéum dans la mortaise tibio-péronière. Cette intervention a l'avantage de garder intact le squelette de la jambe et de laisser un pied solide avec les points d'appui calcanéens normaux, de ne pas comporter de suture osseuse, ce qui est une simplification opératoire, enfin, par la suppression de l'astragale, de permettre un minimum de revêtement cutané.

Sarcome de la cuisse. Désarticulation. Cure radicale de hernie.

M. Gauthier rapporte, au nom de M. Goullioud, l'observation d'un *homme de 72 ans*, entré à l'hôpital pour une tumeur de la cuisse droite dont le début remontait à six mois environ. On pratiqua la désarticulation de la cuisse après ligature des vaisseaux fémoraux au-dessous de l'arcade crurale. Le malade ne fut pas shocké et les suites furent très simples. Sept semaines après cette intervention, on fit la cure radicale d'une double hernie inguinale dont le sujet était porteur, dans la pensée que ces hernies ne pourraient que difficilement être contenues par un bandage. Le malade fut plus shocké par cette seconde opération ; mais actuellement, son état, tant général que local, ne laisse rien à désirer.

Malformations congénitales chez l'adulte.

MM. Pallasse, R. Chaix et Regad ont eu dans leur service une femme de 50 ans entrée à l'hôpital dans un état subcomateux, avec un gros disque d'albumine, sans autre signe qu'un Wassermann très positif ; tension artérielle 16/9 ; urée sanguine : 1 gr. 76 par litre. A l'autopsie, on constata les malformations suivantes : rein unique, utérus bicorne, persistance du trou de Botal ; en outre, le foie était ficelé et la rate grosse.

Interventions itératives pour ulcus gastrique. Oblitération de la bouche de gastro.

MM. Delore, C. Loison et Creyssel ont traité une femme de 51 ans soignée antérieurement, de 1919 à 1924, par M. Cade pour syndrome d'ulcus gastrique. Première intervention en mai 1924 : estomac un peu petit avec cicatrice dans la région du duodénum qui est lui-même adhérent au foie. En janvier 1925, la malade revient avec de nouveau des signes d'ulcus. Nouvelle intervention : on sent sur

la petite courbure une induration. On résèque en coin ; il s'agissait d'un ulcère qui paraît avoir été perforé et bouché. En vérifiant l'orifice de gastro, on constate qu'il est presque inexistant ; on l'élargit en faisant sur l'estomac et l'intestin une petite incision dont on réunit les bords par une suture à trois plans.

Polypes muqueux du col de l'utérus symptomatiques de cancer du corps.

MM. Michon et Courbe soumettent les pièces opératoires de deux malades dont les cas sont absolument superposables : femmes de 58 et 63 ans, venues consulter pour des pertes rouges. Dans les deux cas, on constata un polype muqueux du col et un utérus un peu gros. Sur ces seuls signes, le diagnostic de cancer du corps fut posé et vérifié par l'intervention. La valeur séméiologique des polypes muqueux a été mise en lumière par M. Tixier : ils sont presque toujours symptomatiques d'une lésion utéro-annexielle : métrites, fibromes, annexites, cancers de l'ovaire ou de l'utérus.

Curiethérapie du cancer utérin.

M. Nogier a soumis à la radiumthérapie trois cancers du col utérin, qui restent guéris, le premier depuis 1915, le second depuis 1919, le troisième depuis 1921.

Fluorescence des eaux minérales.

M. Nogier a étudié la fluorescence de diverses eaux minérales. Il résulte de cette étude que des eaux très voisines comme origine ou comme composition chimique peuvent présenter une fluorescence très différente ; que, d'autre part, ce sont les eaux purgatives qui présentent la fluorescence maxima.

Société médicale des hôpitaux.

Syndrome syringomyélique d'origine lépreuse.

MM. Roque, Cordier et G. Dechaume présentent une malade de 17 ans atteinte de troubles trophoneurotiques que, malgré l'absence de confirmation bactériologique, les auteurs pensent pouvoir mettre sur le compte de la lèpre. Les troubles remontent à l'âge de quatre ans. Ils consistent en mutilation des orteils consécutives à des panaris, en atrophies musculaires diverses avec déformations des membres, en troubles de la sensibilité (anesthésie à tous les modes aux extrémités, ailleurs les sensations thermiques sont perçues), en lésions ostéo-articulaires longtemps mises sur le compte de la tuberculose ; la malade présente d'ailleurs des lésions nettes de tuberculose pulmonaire. Le diagnostic fut éclairé par la notion de phénomènes analogues constatés autrefois, à Paris, chez un frère de la malade, par le Dr Hudelo, qui fit le diagnostic de lèpre.

Cancer de l'œsophage à type anémique.

MM. Bouchut, Dechaume et Guivet rapportent le cas d'un homme de 45 ans, souffrant depuis 1918 de troubles digestifs vagues et ayant depuis un an progressivement perdu ses forces. A l'entrée, malade d'une pâleur cireuse, ne pouvant se tenir debout ; souffle anorganique de la pointe, souffles jugulaires ; tension : 100/60. Aucun signe de lésion viscérale. Une série de réactions de Weber a été faite sur les selles : plusieurs furent faiblement positives. L'examen du sang montra une diminution progressive du nombre des hématies qui, de 3.560.000 à l'entrée tomba à 350.000 la veille de la mort.

A l'autopsie, on découvrit au niveau de l'œsophage une tumeur du volume d'une noix, à 15 cent. au-dessus du cardia ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du type malpighien. A noter que la rate était hypertrophiée, ce qui est contraire à la règle pour les anémies symptomatiques de cancer.

Coexistence d'un cancer et d'un ulcère sur un estomac irradié.

MM. Bouchut, Cotte et J. Dechaume relatent l'observation d'un malade de 53 ans, entré à l'hôpital avec de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi lombo-abdominale, sans ascite, ni albuminurie. Réactions de Weber en série : positives trois fois. Acidité totale de 1,02, sans HCl libre, présence d'acide lactique. Radioscopie : lacune centrale. Le Dr Coste fait une séance de radiothérapie après résection et écartement d'un volet cutané. Cachexie progressive et mort sept mois après.

Autopsie : sur la petite courbure, énorme cancer bourgeonnant ; sur la portion horizontale de la grande courbure, large ulcération à bords nets, taillés à pic, des dimensions d'une pièce de cinq francs ; en un point de cette ulcération existe un orifice conduisant dans le côlon transverse. Il est très rare de voir, sur un même estomac, coexister un cancer et un ulcus. Les auteurs sont tentés d'accuser la radiothérapie d'avoir provoqué l'ulcère, tout en reconnaissant que c'est là une éventualité exceptionnelle.

Tumeur cérébrale avec amyotrophie scapulo-humérale.

MM. Mouriquand, Perrin et Sédaillan exposent l'histoire pathologique d'un enfant de 11 ans entré à l'hôpital pour une hémiplégie progressive. Début de l'affection en mai 1924 par une crise épileptiforme suivie de coma de plusieurs heures. Trois mois environ après, s'installa une parésie progressive du bras gauche, puis du membre inférieur du même côté. A l'entrée, la paralysie du membre supérieur est complète, le membre inférieur est seulement parésié. Torpeur et hébétude. Œdème de la papille. Au bout d'un mois, les symptômes s'aggravent ; des troubles de la sensibilité apparaissent au niveau des membres paralysés, ainsi qu'une parésie faciale droite ; amyo-

trophie au niveau des biceps, deltoïde, sus et sous-épineux et trapèze gauches. Intervention (Dr Perrin): trépanation décompressive qui a amené une amélioration très marquée. L'intérêt de ce cas réside surtout dans l'atrophie des muscles de l'épaule et du bras, symptôme anormal dans les tumeurs cérébrales.

Anévrysme disséquant de l'aorte thoracique.

MM. Dumas et Condamin relatent l'observation d'une malade atteinte de mal de Bright, et ayant présenté un syndrome angineux et des variations dans la tension artérielle, dont le maximum atteignit les chiffres extrêmes de 14 et de 25. L'autopsie confirma le diagnostic de mal de Bright. En outre, l'aorte dans toute son étendue avait ses tuniques soulevées par des suffusions sanguines, et un volumineux épanchement sanguin existait au niveau du médiastin postérieur, le sang s'étant échappé par de minimes, mais multiples érosions de la paroi aortique, sans qu'il y eut de perforation véritable.

A. C.

Les Congrès

Xe Congrès de médecine légale des pays de langue française.

(*suite*) (1)

Discussion du 2e rapport (Traumatismes et Tumeurs malignes).

M. Verstraete (de Lille) rappelle qu'en 1907, à la suite du rapport de Segond au XXe Congrès de chirurgie, il signalait qu'aucune observation relatée jusqu'alors ne permettait d'établir d'une façon absolument probante la relation de cause à effet entre le traumatisme et le cancer. Il ne pense pas que depuis lors un fait nouveau soit de nature à faire changer cette opinion. Il ne faut pas perdre de vue la complexité de la question : nous ne sommes pas fixés sur la nature du cancer, nous englobons sous cette dénomination ou sous celle de tumeurs malignes les éléments les plus disparates, tels que l'épithélioma et le sarcome qui n'ont pour ainsi dire de commun que la malignité d'évolution. Nous sommes réduits à de simples hypothèses en ce qui concerne la pathogénie. Les théories parasitaires ou microbiennes semblent avoir vécu. Celle de Conheim sur le développement des cellules embryonnaires produites en excès au premier stade de la vie pourrait expliquer l'apparente hérédité du cancer observée dans certains cas et même faire supposer qu'il est en réalité congénital. Les conceptions plus nouvelles fort bien relatées par les rapporteurs ne sont-elles aussi que de simples hypothèses ? Il resterait d'ailleurs encore à résoudre la question principale qui est celle du facteur de l'animateur, pourrait-on dire, qui à un moment donné va faire évoluer une lésion jusque-là purement éventuelle.

Verstraete insiste sur la difficulté du diagnostic, sur les erreurs possibles, fréquentes même, dont il donne avec détails trois exemples récents, personnels. Non seulement le diagnostic est délicat, mais l'évolution même de certaines tumeurs présente de curieuses particularités. Voici un cas de mixosarcome du mollet gauche que l'auteur a eu à examiner en août 1924 et qui, pendant près de trois ans, ne s'est manifesté que sous l'apparence d'une petite tumeur bénigne ; elle a évolué ensuite comme le pire cancer. Pourquoi ?

Il ne suffirait pas encore de connaître la nature exacte du cancer, il faudrait aussi pouvoir le reproduire à volonté expérimentalement. Or cela n'a pas été possible jusqu'à présent.

Bien mieux, dans les circonstances où semblent réunies les meilleures conditions pour provoquer par exemple l'apparition de l'ostéosarcome (telle la fracture des os longs chez l'adulte), elle ne se produit pas. En 1912, sur 6.000 cas personnels, l'auteur n'avait pu réunir que 5 cas de tumeurs malignes ; depuis lors, sur plusieurs milliers, il ne peut en ajouter que 3 ou 4.

Aussi la conclusion de Verstraete est qu'il convient de rester très réservé sur la question. D'ailleurs les multiples conditions requises d'habitude pour admettre une relation de cause à effet entre la tumeur maligne et le traumatisme ne se trouvent jamais réunies en pratique.

En terminant Verstraete rapporte brièvement un cas assez troublant de sarcome lombo-fessier où précisément le genre de traumatisme (simple effort ou choc direct) n'a jamais pu être déterminé.

M. Dervaux (de Saint-Omer) reconnaît que les rapporteurs ont posé la question sur un terrain ferme et précis. Cependant, en pratique, il est loin d'en être ainsi. Nous connaissons tous des cas de cancer qui se développent soit après un traumatisme, soit même après de gros traumatismes moraux. Peut-on en sûreté de conscience dénier à l'ouvrier tout droit à indemnisation, quand un cancer quelconque se développe après un accident qui a pu affecter profondément son moral ? Bien plus, on voit couramment des traumatismes frapper des ouvriers âgés ; il n'est pas rare de voir évoluer des néoplasmes plus ou moins généralisés assez rapidement. Peut-on dénier toute influence à l'accident dans cette rapidité d'évolution ?

(1) Voir *Concours Médical* nos 33 et 35, des 16 et 30 août 1925.

Ainsi Dervaux a eu à soigner un cas de fracture grave de la jambe. Au bout de quelques mois, pendant lesquels le sujet s'est montré très préoccupé, on vit apparaître une métastase ganglionnaire du cou qui évolua avec une rapidité surprenante. A quelques jours de là, le malade fit une hématémèse et mourut. Doit-on lui refuser toute indemnité ou admettre une influence du traumatisme primitif ?

M. BALTHAZARD (de Paris) fait la distinction entre la preuve scientifique (parce qu'impossible à faire) et la probabilité clinique. Dans la pratique, on trouve rarement toutes les conditions exigées par les rapporteurs. Les conclusions de Segond ne sauraient être admises en pratique médico-légale et la jurisprudence immuable de la Cour de Cassation établit que les blessés doivent être indemnisés d'une façon totale pour l'invalidité dont ils sont atteints, dès que l'expertise médicale établit que le traumatisme a, si non provoqué l'apparition de la tumeur, mais seulement aggravé d'une façon nette son évolution. Balthazard n'a pas rencontré jusqu'à ce jour un seul cas dans lequel il lui a été possible de reconnaître soit une influence provocatrice, soit une influence aggravatrice d'un traumatisme sur une tumeur maligne.

Dans un tout autre ordre d'idées, il rappelle une observation de Charrin et Levaditi qui ont constaté la présence de quelques cellules cancéreuses isolées dans le tissu interstitiel du myocarde chez un individu atteint de cancer viscéral.

M. DUVOIR (de Paris) rappelle, à propos des cancers professionnels, qu'on a décrit en Allemagne un cancer dû au cobalt et se développant chez les ouvriers mineurs employés à l'extraction du minerai à Schenberg. Au point de vue général, il fait les plus extrêmes réserves sur le rôle des traumatismes à l'égard des tumeurs ; à son avis, les cas qu'il admettrait actuellement le plus volontiers sont ceux de cancers developpés sur des cicatrices ou sur des cals osseux.

M. Louis DESCLAUX (de Nantes) insiste sur ce fait qu'un ostéosarcome peut se développer au niveau d'un cal de fracture plusieurs années après le traumatisme. Si la tumeur, par exemple, se manifeste sur un cal de fracture du fémur trois ans après l'accident initial, y a-t-il lieu à indemnisation ? En d'autres termes, peut-on admettre au point de vue médico-légal une relation de cause à effet entre une tumeur, de date récente, et une fracture consolidée depuis plusieurs années, alors qu'il ne s'est produit aucun traumatisme nouveau au niveau de l'ancien foyer de fracture ?

Sur le rôle du traumatisme dans le développement des métastases latentes de cancer. — M. Jean PIRKET (de Liège) pense que si l'on ne peut affirmer que le traumatisme unique est capable de provoquer la cancérisation, il importe de se rappeler qu'il existe souvent des îlots cellulaires cicatriciels ou embryonnaires dont la cancérisation latente trouve dans la contusion tissulaire un terrain favorable pour se manifester. La même chose peut se produire pour des métastases latentes d'un cancer antérieur guéri, que le médecin légiste peut ignorer et qu'un traumatisme unique réveille après plusieurs années de quiescence ; exemple : apparition d'un adénocarcinome au dos du pied deux mois après une violente contusion et cela quatre ans après l'exérèse d'un adénocarcinome du rectum dont la métastase reproduit le type histologique.

Dans son évaluation de l'état antérieur du foyer traumatisé qui se cancérise, l'expert doit se rappeler que ces métastases latentes peuvent être pluri ou même unicellulaires, donc ne pas se voir. La métastase latente ou l'îlot cellulaire cancérisé primitif à l'état latent (cicatrice de brûlure) qui se cancérise le fait dans des conditions biologiques semblables aux cultures de tumeurs malignes réalisées en partant d'une seule cellule par Fischer, à savoir : cellule cancérisée, plasma ou sang coagulé, fragment de muscle ou autre tissu où aucun courant de sang ne circule.

Remarques à propos de l'histogénèse des néoplasmes. — M. A. MALAQUIN (de Lille) fait tout d'abord remarquer que les observations qui vont suivre ont trait à l'histogénèse d'organismes inférieurs, mais qu'elles se rattachent cependant à des faits observés chez les vertébrés et chez l'homme.

Les recherches embryologiques poursuivies dans ces dernières années chez les différents groupes de vertébrés ont montré que des cellules sexuelles primaires (gonocytes) prennent naissance en des points éloignés de la région des ébauches des organes génitaux (épithélium germinatif), et sans connexions génétiques avec elles. Ces gonocytes ne rejoignent les ébauches génitales que lentement et progressivement en émigrant de leur lieu d'origine et en cheminant à travers le mésenchyme situé à la racine du mésentère dorsal. Tous n'arrivent pas à destination.

Les études de H. Rotter sur l'embryon humain l'ont amené à penser que l'histogénèse des tumeurs malignes a sa source dans les gonocytes extra-régionaux restés à proximité immédiate de l'intestin terminal, du foie, du pancréas, des capsules surrénales, du pylore, de l'œsophage, dont il a constaté la présence à la fin de l'organogénèse. Ce fait positif éclaire mieux le problème du cancer que toutes les hypothèses antérieures. Mais une telle suggestion resterait confinée dans le domaine purement théorique si elle n'était appuyée par des faits aussi positifs. Par exemple : des cellules sexuelles primaires peuvent-elles participer effectivement à la prolifération des tissus somatiques normaux ou pathologiques ? L'auteur donne à ce sujet une première précision.

Au cours d'études sur l'origine des cellules germinales chez une annélide marine dont la simplicité de structure permet de bien suivre tous les détails, il a constaté que la genèse de ces éléments y présente les mêmes phénomènes fondamentaux que chez les vertébrés. En outre, à la suite d'une prolifération

active, ces cellules germinales constituent la source de l'édification de nouveaux tissus au cours de la multiplication asexuée de ces annélides.

Dans la genèse de la cancérose on peut considérer : la provenance du matériel cellulaire qui alimente la prolifération et la cause, encore inconnue, qui a déclenché cette prolifération. En ce qui concerne la première de ces deux considérations, on est frappé par la similitude existant dans la marche des phénomènes histologiques constatés par l'auteur chez l'annélide qu'il a étudiée avec celle de l'histogenèse de certains néoplasmes. D'autre part, l'obvation fondamentale que les cellules germinales, par leur prolifération et la migration des éléments issus de cette prolifération, alimentent l'édification des tissus somatiques chez l'individu adulte, permet d'envisager avec une base sérieuse l'origine des néoplasmes aux dépens d'éléments gonocytaires préexistants.

Cette conception, proche de la théorie de Conheim serait en accord avec un certain nombre de faits, comme : prolifération indéfinie des cellules néoplasiques, métastases, transformation d'un type de tumeur en un autre.

Un cas de cancer du goudron conséquence d'un accident du travail. — MM. Leclercq et Cordonnier (de Lille) rapportent l'observation d'un blessé ayant reçu au niveau des paupières quelques éclats de briquettes agglomérées (mélange de brai et de goudron). Le blessé a présenté à la suite de cette inclusion de substances goudronneuses un épithélioma baso-cellulaire typique. Cette tumeur a évolué dans de telles conditions que les auteurs ont admis la relation de cause à effet entre le traumatisme et l'apparition de la néoplasie.

(*à suivre.*)

Les Livres

Editions de la Semaine Dentaire,
12, rue de Hanovre, Paris.

A. Rouland. — **Pour être en règle avec la loi.** Prix : 7 fr. 50).

L'auteur, licencié en droit, chirurgien dentiste et étudiant en médecine, explique en détail, dans une première partie, avec textes législatifs, réglementaires, circulaires ministérielles, etc., à l'appui, les formalités prescrites pour l'enregistrement des diplômes de docteur en médecine et de chirurgien dentiste.

Sa documentation est importante et le *Concours médical* y tient une place non négligeable, grâce à la controverse qu'il a publiée en 1924 à propos du renouvellement des formalités de l'enregistrement sur le diplôme lorsqu'elles avaient été pratiquées sur le certificat provisoire, controverse qui a mis amicalement aux prises Me Bernard Auger et M. le Dr Darras.

Le désir d'éviter à ses confrères et futurs confrères tout ennui pousse M. Rouland un peu loin, à notre avis, dans la rigoureuse application de la loi, notamment lorsqu'il indique qu'un praticien ayant un cabinet dans une ville et qui veut ouvrir un autre cabinet dans une ville ou commune située dans un autre département doit faire enregistrer à nouveau son diplôme dans l'autre département et le faire viser à la mairie de la commune envisagée, et que, même pour un séjour de courte durée dans une ville d'eaux, il y a lieu d'effectuer un nouvel enregistrement. On peut soutenir, avec raison, croyons-nous, que l'enregistrement du diplôme dans le département où est située la localité où le diplômé est établi suffit pour l'habiliter à exercer dans toute la France, sans qu'il ait besoin de faire pratiquer un nouvel enregistrement.

La seconde partie de l'ouvrage est relative à l'établissement des listes officielles des médecins et chirurgiens dentistes et contient une importante documentation statistique.

J. D.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Poinat, 21, rue Cassette.

Dr Lucien Mayet, chargé de cours à l'Université de Lyon. — **Barème des incapacités de travail, en matière d'accidents du travail.** (Un vol. 128 p. avec fig. Prix : 6 fr.).

A la Librairie Agricole de la «Maison Rustique» 26, rue Jacob.

Ad.-J. Charon. — **Lapins, lapereaux et Cie.** *Petits secrets d'élevage.* (Un vol., 280 p., illustré. Prix : 9 fr.).

Chez Maloine.

P. Schrumpf-Pierron, professeur à la Faculté du Caire. — **Manuel de cardiologie pratique.** (In-8, 67 fig., 334 p. Prix : 28 fr.).

Aux Editions de la Semaine Dentaire,
12, rue de Hanovre.

A. Paris, docteur en droit, et A. Rouland, chirurgien-dentiste. — **La responsabilité des médecins et des chirurgiens-dentistes d'après la jurisprudence.** (Un vol. 200 p. Prix : 10 fr.).

Aux Editions Salvone,
14, rue Bellecordière, Lyon.

Gattefossé et Tamisier. — **Le rôle physiologique des parfums.** (Une broch. 40 p.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET REMÈDES SECRETS

Diverses circonstances m'ont obligé, ces temps derniers, à m'occuper de la situation juridique des spécialités pharmaceutiques et je suis arrivé à constater un certain nombre d'absurdités si l'on veut appliquer, à la lettre, les lois et règlements encore en vigueur, concernant les remèdes secrets.

D'après la Cour de Cassation (crim., 8 décembre 1906 ; D. 1907. 1. 113), on doit comprendre, sous la dénomination de remèdes secrets, toutes les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes aux formulaires, ou codex, légalement rédigés et publiés, ni achetées et rendues publiques par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810, ni publiées dans le *Bulletin* de l'Académie de médecine, en conformité du décret du 3 mai 1850.

Nous croyons utile de donner le texte de ces deux décrets :

Décret du 18 *août* 1810.

Article 1er. — Les permissions accordées aux inventeurs, ou propriétaires de remèdes ou compositions, dont ils ont seuls la recette, pour vendre et débiter ces remèdes cesseront d'avoir leur effet à partir du 1er janvier prochain.

Art. 2. — D'ici à cette époque, les dits inventeurs ou propriétaires remettront, s'ils le jugent convenable, à notre ministre de l'Intérieur, qui ne la communiquera qu'aux commissions dont il sera parlé ci-après, la recette de leurs remèdes ou compositions, avec une notice des maladies auxquelles on peut les appliquer et des expériences qui en ont déjà été faites.

Art. 3. — Notre ministre nommera une commission composée de cinq personnes dont trois seront prises parmi les professeurs de nos écoles de médecine, à l'effet d'examiner la composition du remède et de reconnaître si son administration ne peut être dangereuse ou nuisible en certains cas ; 2° si le remède est bon en soi, s'il a produit et produit encore des effets utiles à l'humanité ; 3° quel est le prix qu'il convient de payer pour son secret à l'inventeur du remède reconnu utile, en proportionnant ce prix : 1° au mérite de la découverte ; 2° aux avantages qu'on en a obtenus ou qu'on peut en espérer pour le soulagement de l'humanité ; 3° aux avantages personnels que l'inventeur en a retirés ou qu'il pourrait en attendre encore.

Art. 7. — Tout individu qui aura découvert un remède et voudra qu'il en soit fait usage, en remettra la recette à notre ministre de l'Intérieur comme il est dit à l'article 2.

Il sera ensuite procédé à son égard comme il est dit aux articles 3, 4 et 5.

Art. 8. — Nulle permission ne sera accordée désormais aux auteurs d'aucun remède simple ou composé, dont ils voudraient tenir la composition secrète, sauf à procéder comme il est dit aux titres I et II.

Décret du 3 *mai* 1850.

Les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie de médecine et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son bulletin avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets.

Ils pourront être en conséquence vendus librement par les pharmaciens en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex.

Pour terminer cette étude des textes, voyons ce qu'édicte la loi du 21 germinal an XI, sur l'exercice de la pharmacie.

Article 32. — Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine, ou par des officiers de santé et sur leur signature.

Ils ne pourront vendre aucun remède secret.

Ils se conformeront, pour les préparations et compositions, qu'ils devront exécuter et tenir dans leur officine, aux formules insérées et décrites dans les dispensaires, ou formulaires, qui ont été rédigés, ou qui le seront dans la suite, par les écoles de médecine.

Ils ne pourront faire, dans les mêmes lieux, ou officines, aucun autre commerce, ou débit que celui des drogues et préparations officinales.

(Ce dernier alinéa est reproduit dans l'article 9 de l'ordonnance du Préfet de police, du 9 floréal, an XI).

Article 36. — Les individus, qui se rendraient coupables de ce délit, seront poursuivis, par mesure de

police correctionnelle et punis conformément aux articles 183 et suivants du Code des délits et des peines.

Cet article fut modifié par la loi du 29 pluviose an XIII :

Ceux qui contreviendront aux dispositions de l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, relatif à la police de la pharmacie, seront poursuivis, par mesure de police correctionnelle et punis d'une amende de 25 à 600 francs et, en outre, en cas de récidive, d'une détention de 3 jours au moins, de 10 jours au plus.

Les articles 7 et 9 de l'ordonnance du préfet de police, du 17 frimaire an XII, interdisent et punissent la vente ou annonce de médicaments et des remèdes secrets, sous quelque dénomination que ce soit, sur les théâtres et étalages, dans les places publiques, foires et marchés.

Un décret du 25 prairial an XIII autorisait certains médicaments secrets ; mais il fut abrogé par le décret du 18 août 1810, que nous relations plus haut.

Néanmoins, la vente et la publicité intensive continuant, en ce que concerne les remèdes secrets, une circulaire du Ministre de l'Intérieur en date du 16 avril 1828 et une ordonnance du préfet de police, du 21 juin 1828 essayèrent d'entraver ce commerce illégal. Rien n'y fit.

Constatations.

Des textes législatifs, réglementaires et jurisprudentiels, qui précèdent, nous devons déduire que :

1° La plupart des spécialités pharmaceutiques actuelles, même les plus sérieuses et les plus utiles à la santé publique, sont des médicaments secrets ;

2° Aux termes de l'article 32 de la loi de germinal an XI, il devrait être dressé contravention, à tous les pharmaciens de France sans exception, pour détenir et vendre des spécialités, c'est-à-dire des médicaments secrets.

Les pénalités prévues par la loi du 29 pluviôse an XIII leur sont applicables, c'est-à-dire l'amende et même la prison.

3° Un autre procès-verbal devrait être dressé à tous les pharmaciens de France qui débitent et vendent autre chose que des drogues et autres préparations officinales, telles que brosses à dents éponges, parfums, etc. (art. 32 de la loi de Germinal).

Valeur sociale des spécialités pharmaceutiques.

Il y a bien des lois, en France, qui auraient grand besoin d'être rajeunies et mises en harmonie avec les habitudes actuelles. Celle sur l'exercice de la pharmacie est du nombre ; mais le Parlement est trop occupé par les batailles, afin de faire et de défaire les ministères, pour accorder quelque attention à la santé publique.

Actuellement, on arrive à cette absurdité que, la plupart des spécialités pharmaceutiques étant des médicaments secrets, elles devraient disparaître de toutes les officines et que les médecins ne pourraient pas les ordonner.

Or, passant par-desssus les défenses désuètes d'une loi vétuste, la science médico-pharmaceutique a institué un état de choses, contre lequel il est impossible de revenir.

Voyons donc pourquoi le médecin praticien ordonne les spécialités.

1° Nous nous joindrons au Dr Henri Martin, pour nous associer aux termes de son rapport, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique, lorsqu'il demande de rejeter toutes ces spécialités pharmaceutiques qui pullulent à la quatrième page des journaux quotidiens.

L'immense majorité de ces produits n'a qu'un seul but : le commerce. Beaucoup sont des attrape-nigauds, enrichissant leurs propriétaires et les courtiers en publicité des journaux politiques.

Les formules de ces spécialités sont soigneusement cachées, ou rédigées en termes pseudo-scientifiques. Elles guérissent toutes les maladies et l'on peut même se demander comment il existe encore des malades et des médecins, lorsqu'on lit les promesses de guérison, ou les attestations plus ou moins tapageuses des réclames.

Tout ce qui a été écrit, tant dans le livre du Dr Sentourens, sur les Charlatans de la médecine, qu'au congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, conserve son actualité.

2° Nous ne nous occuperons que de la spécialité sérieuse, celle qui s'adresse, non pas au public, mais au médecin.

Tout d'abord, disons que certains produits ne peuvent être débités que sous la forme spécialisée : tels sont les produits opothérapiques, les arsénobenzols et bismuths injectables et même toutes les ampoules.

Pour ces dernières, en effet, quels sont les pharmaciens de France qui préparent eux-mêmes leurs produits, en ampoules, pour injections hypodermiques, ou intraveineuses ?

Non seulement, il faut une organisation spéciale, des autoclaves, etc., des verriers et souffleurs de verre ; mais encore faut-il que les verres des ampoules soient d'une certaine qualité, pour ne pas produire des décompositions partielles, ou altérations du médicament.

3° Ce sont ensuite des produits actifs, tels que les digitalines, les strophantus, etc., qui donnent au médecin des résultats bien différents, selon qu'il s'agit d'une marque réputée sur le marché, ou du produit du Codex, délivré par le droguiste ou le grossiste ;

4° Certains produits spécialisés sont autrement actifs que la même formule, préparée par le

pharmacien d'officine, d'après une ordonnance magistrale. Je prends pour exemple le fameux mélange : bicarbonate de soude, sulfate et phosphate de soude.

Spécialisé, ce produit est plus actif et a moins mauvais goût que préparé et délivré par le pharmacien ordinaire. Cela vient souvent d'un tournemain spécial, comme aussi de la pureté des produits.

D'ailleurs, j'ai souvent constaté, dans ma pratique personnelle, que le plus grand ennemi de la pharmacie magistrale ou officinale est le pharmacien lui-même. Le propriétaire d'une officine veut lutter contre la concurrence que lui font ses voisins. Pour vendre meilleur marché, il est incité à se servir de produits moins purifiés.

Certaines pharmacies commerciales, utilisant de nombreux employés, sont parfois soupçonnées de ne pas mettre la dose exacte, dans un cachet, ou une potion, ou d'utiliser des produits similaires, moins actifs, mais meilleur marché.

Aussi le médecin praticien a-t-il plus confiance dans un produit de marque, spécialisé, car il sait que le fabricant doit, pour maintenir sa réputation, ne livrer que des produits toujours identiques à eux-mêmes.

Situation juridique actuelle.

Aucun texte de loi n'a défini ce qu'il fallait entendre par remède secret : d'où il résulte que, pour régulariser la situation juridique anormale des spécialités pharmaceutiques, point ne sera besoin d'une loi, ou d'une modification à apporter à la loi du 21 germinal an XI.

Celle-ci se borne, en effet, à interdire, par son article 32, la vente des remèdes secrets, sans définir ceux-ci.

Seuls, les deux décrets, l'un du 18 août 1810 et l'autre du 3 mai 1850, dont nous donnons le texte en tête de cet article, ont défini ce qu'il fallait entendre par remède secret.

Or, le gouvernement actuel n'a pas l'argent nécessaire pour acheter les formules reconnues utiles pour la santé publique, en conformité avec le décret de 1810.

D'autre part, depuis bien des années, l'Académie de médecine a cessé de publier, dans son *Bulletin*, les formules que cette haute assemblée avait approuvées.

Ce faisant, l'Académie de médecine fait preuve de sagesse, car il est parfois bien difficile de se soustraire aux sollicitations pour ou contre une firme pharmaceutique, qui demande l'approbation pour ses produits, ou essaye d'avoir une exclusivité de fait, en faisant combattre les produits similaires.

De plus, je professe le plus profond respect pour les académiciens, qui représentent la science française ; mais, me souvenant qu'ils sont néanmoins des hommes, je pourrais craindre un courant d'opinion contre une nouvelle découverte. N'a-t-on pas encore souvenir des batailles acharnées, livrées au sein de la docte assemblée, lors des premiers travaux de Pasteur ?

Solutions proposées.

Au nom de la santé publique, l'interdit ne doit plus peser sur certaines spécialités pharmaceutiques qui ont fait leurs preuves et dont le médecin ne peut se passer.

Pour enlever à ces produits le caractère de médicaments secrets, nous proposons deux solutions, par analogie aux autorisations données, en vertu de l'article 1er de la loi du 25 avril 1895, sur les sérums et vaccins, par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur d'hygiène et de l'Académie de médecine.

1re *Solution.* — Une commission d'examen serait composée de délégués de l'Académie de médecine, de représentants de la Faculté de pharmacie de Paris et de délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France, ainsi que de la Société de médecine de Paris.

Cette commission connaîtrait des demandes émanant des pharmaciens spécialistes. Les formules lui seraient soumises dans le plus grand secret et pourraient bénéficier des prérogatives attachées au dépôt de marques ; puisqu'une découverte pharmaceutique n'est pas susceptible de brevet d'invention.

Toute formule, ayant reçu l'approbation de cette commission, serait réputée officinale. Les étiquettes porteraient le numéro d'ordre de l'autorisation et mentionneraient également la posologie du ou des produits actifs.

2e *Solution.* — Cette Commission serait prise parmi les professeurs de la Faculté de Pharmacie de Paris, ou de province, pour chaque ressort de Faculté.

Ces professeurs recevraient, en secret, les formules et tournemains, que leur confieraient les pharmaciens spécialistes, comme cela se passerait pour la commission savante, citée précédemment.

De cette manière, le secret, dû aux inventeurs, serait conservé, cependant que ces derniers pourraient indiquer, aux médecins, les produits actifs, contenus dans leur marque, ou toute autre indication, à laquelle l'inventeur attribue une efficacité dans le traitement.

Conclusions.

La question a une grosse importance. Il s'agit, en effet, de proposer au Président de la République, par l'intermédiaire du Ministre compétent, un décret modifiant ceux de 1810 et de 1850.

Or, la question est posée, puisque le Conseil supérieur de l'Assistance publique est saisi d'une demande aux fins de déterminer la liste des spécialités pharmaceutiques, que chaque Conseil général pourrait décider de faire figurer dans le

tableau des médicaments pouvant être prescrits au compte de l'assistance médicale gratuite.

A la suite d'une délibération du Conseil supérieur, le Ministre du travail et de l'hygiène a nommé une commission et la première question, qui a été soulevée, a été celle de savoir si nous avions la compétence juridique, pour déterminer pareille liste, alors que la plupart des spécialités pharmaceutiques sont des médicaments secrets.

Vainement pourrait-on soutenir qu'une loi de finances exempte d'un certain impôt celles des spécialités pharmaceutiques, dont la formule est indiquée sur l'étiquette.

Ces derniers médicaments n'en sont pas moins, juridiquement et légalement, des remèdes secrets.

Je serai donc personnellement reconnaissant à ceux de mes confrères, médecins ou pharmaciens, que la question intéresserait, d'adresser leurs suggestions soit à moi-même, soit au *Concours*, pour que je puisse m'inspirer de leurs idées et les défendre devant cette Commission, dont je fais partie.

Dr Paul Boudin.

IL FAUT SUPPRIMER LE P.C.N.

Je crois le moment venu de nous révolter un peu plus énergiquement que dans le passé contre toutes les iniquités dont nous sommes victimes, en même temps que les autres professions libérales.

Il ne suffit pas de pleurnicher en voyant le marchand de saucisses du coin rouler dans une 40 HP dix-huit mois après l'apposition de la pancarte :

Changement de propriétaire.

La campagne doit commencer, énergique et immédiate, et s'attaquer à toutes les causes qui créent notre infériorité en commençant par les plus simples, qu'on peut supprimer par un trait de plume.

Attaquons-nous résolument d'abord au P. C.N.

Il faut que, dans le prochain numéro adressé à tous les médecins, vous ouvriez un referendum en suppliant tous nos confrères de répondre. Vous intercalerez un imprimé qu'ils n'auront qu'à signer et vous adresser.

Il est inadmissible qu'en ces temps de vie, non plus chère, mais horriblement chère, nous devions entretenir nos fils une année dans une faculté des sciences à perdre leur temps et notre argent.

Le P. C. N. fait avec les chaires d'histoire naturelle, de physique et de chimie médicale, des facultés de médecine un double emploi qu'il faut tout particulièrement signaler à M. Caillaux.

L'un *ou* l'autre, de grâce, pour les finances de l'Etat et les nôtres, pas les deux !

La meilleure préparation à la carrière médicale était certes celle d'autrefois : *Baccalauréat ès-lettres*, qui faisait de nous des gens cultivés, adaptables aux conceptions philosophiques qui nous sont si nécessaires, et *baccalauréat ès sciences physiques, chimiques et naturelles* qui avait nom : *baccalauréat ès sciences restreint* et suppression de toute équivalence et de toute dispense pour Français ou étranger, que cela plaise ou non à messieurs les politiciens.

On pouvait alors admettre l'utilité des chaires auxiliaires de la Faculté de médecine ayant pour but d'*appliquer strictement à la pratique médicale* (ce qu'elles n'ont jamais fait), les connaissances théoriques acquises au lycée.

Nous voulons savoir notre métier, et par conséquent qu'on nous l'apprenne. Peu importe le nom de l'Ecole, qu'elle se dénomme Faculté ou autrement. Il faut aujourd'hui qu'elle devienne une *école professionnelle* de médecine, ou qu'alors si elle veut continuer à se draper dans sa toge parceque l'enseignement technique lui paraît trop terre à terre et indigne d'elle, on crée à côté de ce prétentieux et archaïque organisme, l'*Ecole des Médecins* en face de l'*Ecole de médecine.*

La concurrence aura vite fait de répartir les élèves entre ces deux conceptions de l'enseignement d'hier et de celui d'aujourd'hui.

Le P. C. N. à terre d'abord et avant tout.

Le reste ensuite..... nous les aurons !

Dr Le Duigou.

CHRONIQUE MUTUALISTE

Les sociétés de secours mutuels et l'exonération du droit de timbre.

Le Ministre des Finances consulté sur le point de savoir si les récépissés de dépôt délivrés par les établissements de crédit aux sociétés de Secours mutuels approuvées, ainsi que les quittances de loyers et les quittances des compagnies du gaz ou de l'électricité, sont exempts de timbre par application de l'article 19 de la loi du 1er avril 1898, a répondu par l'affirmative. En effet, d'après une décision de M. le Ministre des Finances du 17 juillet 1901 (instruction n° 3073, § 4), les quittances destinées à constater les payements incombant directement aux sociétés de Secours mutuels approuvées sont affranchies de l'impôt, comme rentrant dans la catégorie des actes intéressant ces sociétés. Il en est ainsi, notamment, des quittances relatives aux dépenses nécessaires pour assurer le fonctionnement des sociétés telles que le prix du bail des baux occupés, les frais d'éclairage et autres fournitures. De même les récépissés de dépôt délivrés par les établissements de crédit profitent de l'exemption de timbre admise pour les récépissés remis aux sociétés par les préposés de la caisse des dépôts et consignations.

En outre, une très importante Société de secours mutuels, ayant demandé au Ministre des Finances si les quittances délivrées aux emprunteurs de sa caisse de prêts hypothécaires pour constater les versements qu'ils effectuent pour se libérer profitent de l'exemption de timbre prévue par l'article 19 de la loi du 1er avril 1898, la Direction générale de l'enregistrement, des domaines et du timbre a répondu que la question doit être résolue dans le sens de la négative.

En effet, l'article 19 de la loi du 1er avril 1898 dispose que « tous les actes intéressant les Sociétés approuvées sont exempts des droits de « timbre » et l'alinéa 2 du même article ajoute « sont également exempts du droit de timbre de « quittance les reçus des cotisations des membres honoraires ou participants, les reçus des « sommes versées aux pensionnaires, ainsi que les « registres à souche qui servent au paiement des « journées de maladies ».

D'après ce texte, l'exonération de timbre s'applique, d'une part, à tous les actes sans exception qui intéressent directement les Sociétés de secours mutuels, et, d'autre part, parmi les actes intéressant personnellement et individuellement les sociétaires ou leurs familles, aux reçus des cotisations ou d'allocations limitativement mentionnés dans ce texte.

Or, il n'en est pas ainsi des quittances délivrées par les sociétés aux emprunteurs de la Caisse des prêts hypothécaires. Ces quittances sont établies dans l'intérêt personnel des débiteurs et forment titre au profit de ces derniers, à qui incombe d'ailleurs le paiement du droit de timbre. Elles ne peuvent, dès lors, bénéficier de l'immunité prévue par le premier alinéa dudit article.

Comme, par ailleurs, elles ne sont pas comprises dans l'énumération limitative du 2e alinéa, elles doivent être soumises au timbre conformément aux règles du droit commun.

M. V.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Le V.E.M. Lyon-Toulouse.

(*Pyrénées-Orientales et Haute Vallée de l'Aude.*)

Les vacances de la Pentecôte sont favorables aux voyages aux stations thermales et climatiques. Les élèves occupent ainsi fort utilement leurs vacances : ils préparent de même par ces travaux pratiques leur examen de thérapeutique. Les médecins des stations sont plus libres et peuvent se consacrer entièrement à leurs visiteurs. Enfin, généralement, ces voyages, à cette époque de l'année, inaugurent la saison. Pour les recevoir, les stations hâtent leurs préparatifs et pour peu que chaque année ces voyages prennent l'habitude du choix de cette date, ils auront beaucoup fait pour l'avancement des saisons.

M. le professeur Serr, de la Faculté de Toulouse, a conduit plus de soixante étudiants dans la Haute-vallée de l'Aude, région qui va se constituer en fédération sous le nom de *Razès Thermal et climatique*, comme il y a un Comminges Thermal et climatique, comme il peut y avoir une Bigorre thermale et climatique, un Béarn thermal et climatique. Ainsi, le thermalisme fera revivre nos anciennes provinces, car par un fait au moins curieux à constater dans nos Pyrénées, chacune de ces provinces constitue, du point de vue qui nous occupe, une entité complète.

Une première remarque générale se dégage de ces voyages. Les professeurs, médecins et étudiants voient, de plus en plus, en eux, une consécration de l'enseignement de la Faculté. De nombreuses thèses se soutiennent annuellement préparées dans les Instituts d'hydrologie et cette science soude, mieux encore qu'autrefois, la clinique au laboratoire.

Grâce à l'extrême amabilité de MM. les professeurs Serr et Pierry, j'ai eu l'honneur et la grande satisfaction de suivre l'une et l'autre de leurs caravanes : je dois immédiatement signaler que les stations pyrénéennes françaises font un effort, un très gros effort, pour rattraper le temps perdu, et la modernisation de leurs établissements a fait, depuis deux années, un très grand pas.

Alet, aux eaux abondantes, offre aux malades la possibilité de traiter certaines dyspepsies flatulentes que les eaux bicarbonatées gazeuses n'améliorent pas et, suivant ce qui nous a été dit, cette eau régénère vraiment la muqueuse de l'intestin au sortir de la fièvre typhoïde, d'une entérocolite sévère. Admirablement diurétique, l'eau d'Alet emporte plus qu'elle n'apporte. Nous en dirons autant de sa voisine, Ginoles, qui, dans une merveilleuse oasis, à toute proximité de Quillan, offre et sa radioactivité et sa pureté à tous ceux qui ont recours à elle. Au sein d'un magnifique parc, Ginoles répand ses eaux à ciel ouvert et alimente un beau bassin qui émane à son tour une radioactivité imprégnant l'atmosphère. Suivant les travaux du regretté Loisel, trop tôt disparu pour notre science, cette émanation du radium répandue dans l'atmosphère ne contribue pas peu au succès de la cure.

Rennes-les-Bains se revêt d'une parure nouvelle : ses eaux sulfatées calciques chlorurées sodiques et ferrugineuses en huit sources diverses offrent à la thérapeutique une richesse peu commune. Immédiatement après la crise aiguë du rhumatisme ; dans le rhumatisme chronique et en particulier, dans ses manifestations abarticulaires ; dans les myalgies, les névralgies et, principalement, la névralgie sciatique on obtient des résultats vainement recherchés ailleurs.

Usson est la première des stations qui, avec Escouloubre et Carcanières occupe la haute vallée de l'Aude. Je ne décrirai pas ici les gorges sauvages et pittoresques que l'on traverse pour y accéder : cela a été fait par Georges Rozer dans sa célèbre monographie : la Route des Pyrénes. Usson, Escouloubre et Carcanières appartiennent à un même groupe sulfuré, groupe beaucoup trop ignoré des hydrologues. C'est en particulier pour ces stations aux eaux admirables et puissantes que nous réclamons la constitution du *Crédit Thermal Français*, d'une banque thermale qui, tout comme l'a réalisé le Crédit Hôtelier, permettra de financer, dans des conditions particulièrement avantageuses, ces stations que leurs propres ressources ne permettent pas de transformer. On leur dit : « Modernisez vos hôtels et vos établissements et les malades afflueront ». Mais, comment voulez-vous commencer de pareils travaux puisque, les malades n'affluant pas, des ressources par trop précaires empêchent la transformation... Or faire de la publicité pour ces stations, avant leur transformation, est un véritable leurre, une réclame à rebours. Il nous faut une politique thermale et climatique ; il nous afut un Office thermal et climatique qui, chaque fois que celà sera possible (et cela le sera le plus souvent) vienne *avec l'Office national du tourisme*, conjuguer ses efforts. La France (et nos Pyrénées en particulier) ont des richesses sans nombre : il n'est que de savoir les mettre en valeur.

Leur action est véritablement élective à Usson, Carcanières et Escouloubre sur les pyodermites, les dermatoses irritables et non irritables, les toxidermies Les divers types de séborrhée, certaines affections rhumatismales sont également justiciables de ces eaux.

Mont-Louis constitue l'une des stations climatiques qui, dans l'avenir, devra être l'une des plus fréquentées de France. Qu'attend l'Etat pour laisser aux volontés agissantes la possibilité d'agir. Pourquoi, suivant la suggestion de M. Combéléran, ne pas permettre à la Chambre d'industrie climatique de cette ville, au Syndicat d'initiative, de s'occuper de l'aménagement de l'ancienne citadelle pour les colonies de vacances, pour des villégiaturants qui pourraient à des conditions des plus favorables faire à Mont-Louis, un séjour des plus profitables : M. le professeur Baylac, de la Faculté de médecine de Toulouse, que nous avons eu la bonne fortune d'interroger à ce sujet, est tout à fait de cet avis. Climat méditerranéen en haute altitude, vaste superficie facile à aménager en solarium, ravitaillement des plus commodes, transformation d'espaces libres en jardins potagers ou en jardins d'agrément. Utilisation peu onéreuse de dortoirs, de chambres particulières, de salles d'isolement (dans le cas d'une contagion possible), d'une salle de chirurgie d'urgence. De superbes locaux n'attendent que leurs hôtes ! Je suis d'autant plus heureux de donner l'opinion du professeur Baylac que celui-ci est président de la commission administrative des hospices de Toulouse : il est donc particulièrement compétent dans cet ordre d'idées.

Tout auprès de Mont-Louis est Font-Romeu. Tout a été dit sur ce site dominant la Cerdagne et sur ses indications de haute altitude : 1.800 mètres..

Une clinique médico-chirurgicale s'est constituée auprès du grand hôtel et, à 20 minutes de trajet le sanatorium d'Odeillo, étage ses admirables terrasses, pouvant rivaliser avec n'importe quel établissement similaire de la Suisse. Ce sanatorium est réservé aux affections chirurgicales des Pupilles de la Nation et cela est justice. Mais comment les Offices départementaux ignorent-ils encore l'existence d'Odeillo?

...Super-Bolquère va ouvrir ses charmantes villas. Qui osera prétendre que le climatisme n'est pas organisé en France ?

Qui oserait le prétendre quand, à côté de Font-

Romeu, Super-Bolquère, Odeillo, se trouvent les Escaldes ?

A 1.350 mètres d'altitude, dans une atmosphère qui emprunte au voisinage de la Méditerranée sa douceur et sa constance, adossée à une forêt de pins, se nichent les Escaldes : sanatorium incomparable pour les blessés du poumon.

Le docteur Hervé, l'animateur de cette vieille station thermale, a d'abord fait les honneurs de son établissement dont le hall spacieux, les chambres du dernier confort — eau courante et salle de bains — le splendide panorama, les galeries d'héliothérapie à actinisme ultra-puissant, le parc naturel et accidenté sillonné de ruisseaux clairs et frais, enfin la luxueuse piscine alimentée par la source Colomer (41° sulfurée-sodique et radio-active) firent l'admiration des visiteurs.

Puis on passa dans la salle de théâtre, où le docteur Hervé et ses assistants exposèrent les qualités spéciales de la station pour les tuberculeux pulmonaires et osseux, et leurs indications selon les modalités et les divers stades de l'affection et l'on admira les photos, les radios dues à l'un des assistants, le docteur Legourd, où sont exposés les méthodes et les résultats des Escaldes.

Enfin, tous furent invités à prendre place à table, au milieu des pensionnaires, à un fin et délicieux déjeuner où coula surtout un vin d'Anjou, délicat souvenir familial.

Au dessert, le professeur Pierry venait à peine de recueillir les approbations unanimes pour son toast enthousiaste de remerciements que l'on annonçait l'arrivée de la caravane de Toulouse.

Réunis dans le hall de l'établissement, Toulousains et Lyonnais fraternisèrent alors le verre en main dans un instant inoubliable.

Dans un toast vibrant, le docteur Hervé félicita les maîtres de Lyon et ceux de Toulouse de leur initiative.

« C'est en faisant mieux connaître à la nouvelle « génération médicale, les innombrables et merveil« leuses ressources climatiques de la France que « l'enseignement hydrologique des Facultés contri« buera au développement et à l'amélioration de « notre réseau thermal et climatique et apportera « son obole à la reconstitution de la richesse fran« çaise ».

D'émouvantes improvisations des professeurs Pierry et Serr redirent la joie de cette réunion fortuite sous le toit de la station climatique, une des plus élevées et des plus ensoleillées de France ! Puis des groupes sympathiques se lient, des amis se retrouvent et tout à coup se déroulent, joyeuses, des farandoles, et retentit le chœur traditionnel, des Toulousains :

« Que quanté, que quanté, quanté pas per you ! »

Hélàs ! trop vite l'heure de la dislocation a sonné et à 5 heures du soir, les Lyonnais remontent dans l'autocar pour aller coucher à Ax.

De nouveau l'établissement fut parcouru par les Toulousains qui entendirent les conférences explicatives sur les résultats obtenus par le groupement médical des deux établissements : La Motte-Beuvron et Les Pins et particulièrement les professeurs Baylac, Dieulafé, Miginiac exprimèrent leur enthousiasme sur les résultats constatés et dus à la cure solaire

Enfin à 8 heures, la sonnerie règlementaire du gong réunissait dans la salle à manger tous les invités pour un dîner somptueux et joyeux dont ils garderont le souvenir. Au champagne, de nombreux toasts professoraux réclamés sur le rythme et les paroles traditionnels et récompensés par les bans d'usage, ne manquèrent pas de souligner l'exemple d'énergie offert à notre jeunesse médicale par les efforts du docteur Hervé qui,en 25 ans de volonté persévérante, a réussi à créer et à développer deux œuvres sanatoriales complètes de plaine et de montagne.

La soirée se termina gaiement au salon et sur la terrasse fleurie par un concert et des danses qu'il fallut interrompre brusquement à minuit.

Et peu à peu, clôturant cette merveilleuse journée médicale, le calme des nuits d'été pyrénéennes enveloppa les Escaldes de son doux et moelleux manteau et apporta à chacun, pensionnaires et visiteurs, un repos bien gagné.

***

Les Lyonnais avaient commencé par Amélie-les-Bains, qui, hiver comme été, reçoit les malades frappés dans leurs voies respiratoires. La tuberculose pulmonaire, dans ses formes torpides, est une des principales indications d'Amélie. Notez les rhumatismes et les dermatoses surtout chez les lymphatiques et vous aurez tout ce qui concerne les applications de ces eaux sulfurées. L'action climatique d'Amélie-les-Bains est connue de tous. C'est à juste titre qu'elle a été dénommée « *la petite Provence* ».

La Preste voit sa station tout entière constituée par l'établissement thermal et ses dépendances. Eaux alcalines sulfureuses dégénérées sont employées, avec un très grand succès, dans les maladies des voies urinaires des deux sexes, son indication dominante étant le catarrhe des voies urinaires.

Le Vernet est à 5 k. de Villefranche-de-Conflans. Station à la fois thermale et climatique située dans un site enchanteur. L'hiver, en particulier, est la grande saison du Vernet et là les débilités bronchiques peuvent recevoir le traitement dont ils ont besoin tandis que les douloureux articulaires y constateront l'apaisement à leurs douleurs. Molitg propice aux affections de la peau et des muqueuses, Thuès et son fleuve d'eau thermale remarquable par son abondance en barégine mériteraient aussi un long développement ... Le Crédit thermal français aura de nombreuses stations à mettre en valeur. La France est trop riche ; la mariée est sans doute trop belle ...

Les Lyonnais brûlèrent Mont-Louis où les Toulousains avaient déjeuné. Jonction aux Escaldes. Tan-

dis que les Toulousains avaient ainsi atteint leur terminus et rentraient le lendemain par Carcassonne, les professeurs et élèves de Lyon gagnaient Ax de toute la vitesse des merveilleux cars de la Compagnie du Midi et traversaient le col de Puymaurin.

La ville d'Ax, son corps médical, le syndicat d'initiative, les sociétés thermales de cette belle ville attendaient leurs visiteurs. Après une excellente nuit, (elle était bien nécessaire après cette formidable randonnée) le corps médical de la station nous fit toucher du doigt les richesses de la station. On salua, en passant, le Bain-des-Ladres qui date de Saint-Louis et où les Croisés, retour de Terre-Sainte, venaient guérir et dermatoses et rhumatismes. Depuis Saint-Louis un certain progrès a été réalisé et trois établissements offrent aux malades le confort de leur organisation. Ax est encore une de ces villes des Pyrénées où la transformation des établissements thermaux se pousse aussi activement que les conditions économiques le permettent. Encore ici un fleuve d'eau allant de 22 à 78 degrés ! Toutes les indications des sulfurées se trouvent à Ax : rhumatisants, rhumatisants goutteux, catarrhe des voies respiratoires, les séquelles des otites traitées par les vapeurs sulfurées !

De là, l'heure pressant, on part pour Ussat, aux eaux qui devraient être spécialisées pour le traitement du goitre exophtalmique. Pourquoi chercher autre chose quand on a la bonne fortune de voir les malades atteints de cette grave affection si bien améliorés dans cette station !

LUCHON attendait nos voyageurs qui y devaient se reposer. Se reposer, est vouloir faire injure à la jeunesse. Après une gracieuse réception dans la grande salle des fêtes du Casino municipal où la Ville de Luchon, dans la personne de ses édiles, souhaita la bienvenue à la belle caravane, un concert fut offert à nos amis et une soirée dansante se continua fort avant dans la nuit. Mais le lendemain on reprit le travail. Le directeur technique des thermes eut le grand honneur de recevoir pour la première fois à Luchon la Faculté de médecine de Lyon.

Après avoir évoqué les grands noms des savants qui non seulement honorent cette grande faculté mais encore illustrent, à tant de titres, la médecine française tout entière, le Dr Molinéry rappela les travaux sur la radioactivité des eaux minérales récemment entrepris par M. le professeur Pierry et son chef de laboratoire, le Dr Milhaud.

Utilisant le beau plan en relief des galeries de captage, chef d'œuvre de l'ingénieur François de Neufchâteau et du géographe Lézat, les visiteurs purent se rendre compte de la variété, de la richesse des eaux de Luchon. Fixes, blanchissantes, hyposulfitées, radioactives sulfurées, radioactives pures ... M. Pierry put dire dans son discours que « Luchon était à la fois *la cité du soufre et la cité du radium* ». Sous la conduite des médecins de la station, les divers services techniques furent visités et la restauration « fastueuse » des thermes (ce sont les propres mots de nos visiteurs) fut très remarquée. Il était en outre réservé à la Faculté de médecine de Lyon d'inaugurer la nouvelle buvette du Pré où coulent les trois sources sulfureuses fortes, mésothermale, thermale et hyperthermale et aussi la source radioactive ferrugineuse de Moureu et Lepape. La visite des galeries de captage, qui ont plus de 1.000 mètres de développement et dont la température de l'atmosphère varie de 20 à 52 degrés ; dont 60 griffons émaillent le terrain ; dont les schistes alternent avec les granits si bien étudiés par le très regretté Bardet, par MM. Lepape, Bertrand et l'abbé Mailhet, l'an dernier, et encore par M. le professeur Desgrez et son agrégé M. Biery, de Paris, retinrent toute l'attention des visiteurs Lyonnais. Aussi, le soir, quand M. le prof Pierry à Superbagnères, fit la synthèse de son voyage, ne put-il s'empêcher de dire que la nécessité d'un vaste émanotorium sulfuré radioactif s'imposait à Luchon et qu'aucune station ne présentait des conditions hydrothermales et géologiques aussi particulièrement favorables. Pour Luchon cela sera un souvenir inoubliable que d'avoir reçu les représentants, si autorisés, de la Faculté de médecine de Lyon.

Le départ s'effectua avec un arrêt à St-Bertrand-de-Comminges (il faut bien mêler l'agréable à l'utile) et par Barbazan aux eaux sulfatées calciques que les rénaux et les intestinaux absorbent de façon si profitable.

On nous permettra de remercier ici, tout d'abord M. le professeur Serr, notre ancien camarade d'internat, qui avait bien voulu nous adresser pour ce voyage la plus aimable des invitations et en même temps M. le professeur agrégé Pierry qui m'a fait partager son car des Escaldes à Luchon. Tout ce que j'ai appris de ces deux maîtres dans des conversations particulières sera un jour mis en œuvre. Il n'est pas paradoxal de prétendre que les V. E. M. apprennent davantage aux stations que les stations n'apprennent aux V. E. M.

Tous nos confrères ont rivalisé de science, de courtoisie, d'amabilité : Cannaby, Roché, Danjou, Dupuy, Bouchère, Courrent, Hervé, Gomma, Bousquet, Nicot, Gesua, Baqué, Cazal-Gamelsy, de Beauchamp, Legourd, Cappelle, Carrive, et si j'en oublie qu'ils m'excusent ... nous ont fait avec le plus grand charme les honneurs de leurs nymphes et naïades (voir Landouzy). De savantes doctoresses, de juvéniles étudiantes donnaient une note très particulière à nos caravanes : des femmes et des fleurs, celles-ci cueillies sur nos montagnes que celles-là visitaient ! quel harmonieux ensemble et quel gracieux spectacle! Et avec elles, combien la science est plus facile.

MOLINÉRY.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

(Siège social : 25, rue Louis-le-Grand, Paris, 2e)

Assistance médicale gratuite en 1925.

Notre secrétaire général me demande de vouloir bien rapporter cette année encore la question d'A. M. G. devant l'Assemblée générale.

Ci-après un questionnaire pour nos confrères, qui sont priés de vouloir bien le remplir dès que possilble et me le retourner sans retard, car cette étude doit paraître dans un prochain numéro du *Médecin Syndicaliste* et j'ai besoin des documents *sans délai.*

Nos confrères voudront bien me communiquer les modifications intervenues dans le service de l'Assistance depuis un an et me faire connaître les demandes en instance auprès des Conseils généraux.

Il est de toute urgence que les Syndicats fassent l'effort nécessaire pour améliorer les honoraires des Services publics, sinon leur position en face d'une organisation d'assurance-maladie sera précaire.

D'autre part, nombreux sont les médecins qui demandent la suppression des catégories : or, l'A. M. G. renferme trop de catégories et le travail d'ensemble que je compte présenter aidera à réclamer les conditions de travail des départements les plus favorisés.

La question de la demi-assistance étant fréquemment à l'ordre du jour du Conseil supérieur de l'Assistance publique retiendra particulièrement l'attention.

Dr Rinuy.

Assistance médicale gratuite en 1925.

Date :

Circulaire 53
Annexe. Questionnaire.

Département de ....
Syndicat de ....
Nom et adresse du correspondant ....

1° Votre règlement d'A. M. G. a-t-il subi des modifications depuis le mois de juin 1924 ?

Depuis quelle date ?

2° S'il n'y a aucune modification intervenue, prière de me retourner le questionnaire joint avec la mention : « pas de changement ».

3° Si le règlement a été modifié ou s'il doit l'être prochainement, prière de m'envoyer votre nouveau règlement et de répondre aux questions ci-après dans les divers chapitres suivants :

A. — *Libre choix* (si vous ne l'aviez pas)

Est-il absolu ou restreint ?

B. — *Honoraires des médecins* :

	ancien prix	nouveau prix
Augmentation des prix des consultations.		
» visites simples		
» » de nuit		
» » urgentes		
» » du dimanche.		

C. — *Indemnité kilométrique* :

Est-elle majorée ? (kilomètre effectivement parcouru c'est-à-dire à l'aller et au retour et non kilomètre de distance).

Est-il tenu compte ou non de la visite en passant ?

D. — *Abonnement* (si vous avez l'abonnement, est-ce un abonnement par inscrit ou par tête d'habitant ?

A-t-il été modifié ? Dans quel sens ?
A combien revient environ l'acte médical ?
Quel est le prix des inscriptions d'urgence ?

E. — *Forfait*. Le définir ?

Y a-t-il des circonscriptions ?
A combien revient environ l'acte médical ?
A-t-il été modifié depuis un an. De combien est-il augmenté ?

F. — *Le tarif chirurgical*. Est-il amélioré ?

Augmentation des cas prévus ?
Les prix sont-ils changés ? Pourcentage de l'augmentation ?
Envoyer le tarif chirurgical s'il est de date récente.

G. — *Les accouchements* sont-ils mieux payés ?

Indiquer les anciens prix et les nouveaux :
Pour les accouchements simples et dystociques ?

H. — *La Commission de contrôle* a-t-elle été remaniée ?

Le Syndicat y a-t-il une place prépondérante ?
Y a-t-il un contrôle réel ?
Y a-t-il un contrôle sur place ?

I. — *Demi-assistance* (*Très important*).

Depuis quelle date est-elle pratiquée dans votre département ?
En quoi consiste-t-elle ?
Frais médicaux seuls ?
Frais de pharmacie seuls ?
En êtes-vous satisfaits ?
Votre Syndicat l'a-t-il acceptée ?
Est-elle pratiquée sur une grande échelle ?
Est-elle employée pour hospitaliser les demi-nécessiteux ?
Y a-t-il des abus, notamment pour les opérations chirurgicales ?

J. — *Les services autonomes du département* (*Art.* 35).

Ont-ils été changés ?
Ont-ils le libre choix ?
Les villes qui bénéficiaient de l'art. 35 sont-elles rentrées dans le règlement départemental ?
Critiques des services autonomes, tels qu'ils fonctionnent ?

K. — *Pharmacie.* — Quelles sont les spécialités que vous voudriez introduire dans la nomenclature des médicaments autorisés ?

4° Vos observations sur les changements intervenus dans le domaine de l'A. M. G. depuis un an.

Critiques de votre service d'A. M. G. de la part :
1° Des indigents ?
2° Des médecins ?
3° De l'administration ?

5° Prière de m'envoyer tout ce qui a été publié depuis un an sur l'A. M. G. de votre département, soit dans la Presse locale soit dans la Presse médicale.

Docteur Rinuy.

Renvoyer le présent questionnaire signé et daté au Dr Rinuy, à Flesselles (Somme).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Fédération des anciens externes des hôpitaux.** — La F. A. E. a reçu la note suivante du Ministre de l'Hygiène :

« Vous avez bien voulu appeler mon attention sur un certain nombre de revendications formées par la Fédération des Externes et Anciens Externes des Hôpitaux, et me demander notamment :

1° De considérer comme donnant droit aux soins gratuits, les accidents et maladies professionnelles dont les membres du corps médical ont parfois à souffrir ;

2° De tenir compte, au point de vue du Service militaire, des services hospitaliers des Externes.

Sur le premier point, j'ai l'honneur de vous faire savoir que, par une circulaire en date du 17 octobre 1923, j'ai invité les préfets à recommander aux Commissions administratives des hôpitaux de tenir compte du vœu exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance Publique et ainsi conçu :

« Qu'en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est « attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, ra « diographes, internes, externes, pharmaciens et sages « femmes reçoivent de l'hôpital les soins, médicaments « et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou « d'accident survenu à l'occasion de leurs fonctions hos« pitalières. »

Quant au Service militaire des externes, la question concernant plus particulièrement M. le Ministre de la Guerre, je ne puis que vous engager à la lui soumettre directement, mais je m'empresse d'ajouter que, par courrier de ce jour, je la signale à sa bienveillante attention.»

Le ministre : Justin Godard.

— **Association des Anciens Elèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris.** — Les anciens élèves diplômés de l'Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, réunis le 2 juillet à l'Institut d'hygiène, ont décidé de fonder une Association qui a pris pour titre : « Association des Anciens Elèves de l'Institut d'hygiène de l'Université de Paris ».

Cette Association a pour but : de maintenir et de resserrer les liens d'amicale camaraderie qui se sont établis pendant la période des cours et d'opérer la fusion morale des promotions successives ; de permettre à ses membres de se tenir au courant des progrès réalisés en hygiène et de collaborer à l'amélioration des techniques sanitaires par la communication de leurs travaux et l'échange de leurs idées. Le Recteur de l'Université de Paris, le Doyen de la Faculté de Médecine et le Directeur de l'Institut d'hygiène, le professeur Léon Bernard, ont bien voulu accorder leur haut patronage à l'Association.

Ont été élus membres du bureau pour 1925-1926 : les docteurs Bonnet, Almazan, Markakis, Mazères, Guy.

— **Douzième Congrès annuel d'hygiène. Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21, 22 et 23 octobre 1925.** — La Société de Médecine publique et de Génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un *Congrès d'hygiène.*

Ce Congrès s'ouvrira sous la Présidence effective de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène ; il tiendra séance les mardi 20, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 *octobre* 1925, à Paris, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Faivre, Inspecteur général honoraire des Services administratifs, président de la Société pour 1925.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire *dès que possible* en écrivant à M. Bossus, agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe). Elles recevront une carte de congressiste.

L'inscription est *gratuite* pour MM. les Membres de la Société de Médecine publique. Les congressistes qui ne font pas partie de la Société auront à verser un droit d'inscription dont le montant sera fixé dans le programme définitif ; ils recevront en échange le numéro que la *Revue d'hygiène* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès et que les membres de la Société de

médecine publique continueront à recevoir gratuitement.

La veille de l'ouverture du Congrès (lundi 19 octobre 1925) aura lieu à l'*Institut Pasteur la réunion des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français.*

A la demande des membres du XI[e] Congrès d'hygiène, les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour et seront discutées : 1° *La syphilis est-elle en voie de régression ? preuves ; documents.* — Rapporteur : M. le professeur PAUTRIER, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg ; 2° *standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux.* — Rapporteur : M. le Dr ROCHAIX, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; 3° *épidémiologie de la fièvre ondulante ; distribution géographique ; prophylaxie.* Rapporteurs : la fièvre ondulante (spécialement en tant que maladie exotique) : M. le Dr BURNET, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunisie. La fièvre ondulante en France : MM. les docteurs AUBLANT, inspecteur principal des Services d'hygiène, DUBOIS, inspecteur des Services vétérinaires et LISBONNE, professeur de bactériologie à la Faculté de Montpellier.

Une revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1924-1925 sera faite par : 1° M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIERE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène : *hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire* ; 2° MM. les docteurs OTT et BRIAU, auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène : *hygiène générale et sociale* ; 3° M. le Dr DEQUIDT, inspecteur général, ancien chef du Service central du Contrôle et de l'Inspection générale au Ministère du Travail et de l'hygiène : *législation sanitaire.*

Des visites seront organisées. Des films scientifiques (nouveaux films hollandais) seront projetés.

— **II[e] Congrès annuel de stomatologie. Rapports annoncés.** — Le II[e] Congrès annuel de stomatologie qui se tiendra du 19 au 24 octobre 1925, à Paris, dans les locaux de la Faculté de Médecine et de l'Ecole française de stomatologie, a mis à son ordre du jour plusieurs questions :

Les réactions sinusales dans les affections orbito-oculaires d'origine dentaire (MM. Worms et Bercher). Les moyens de contention des appareils complets du haut et du bas (MM. Guily et Lhirondel). Les pyorrhées, leurs traitements (MM. Rousseau-Decelle, Fichot, Monnier, Béliard, Baume).

— **La natalité en France pendant l'année** 1924. — Il y a eu, en France, en 1924, 752.101 naissances d'enfants vivants et 679.885 décès, l'excédent des naissances sur les décès s'élevant seulement à 72.216.

Départements ayant donné un excédent de naissances assez important :

Pas-de-Calais	14.323
Nord	13.999
Moselle	6.770
Finistère	5.568
Bas-Rhin	4.073
Morbihan	4.033
Seine	3.773

Le Nord de la France, la Bretagne et l'Alsace-Lorraine restent les centres des familles nombreuses. Le Sud-Ouest continue à se dépeupler.

— **Un hôpital pour les réformés.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'accorder à l'Association générale des mutilés de guerre la propriété gratuite d'un terrain de 4.000 mètres pris sur l'emplacement du Bastion 30 en vue de la construction d'un hôpital de réformés.

— **Clinique médicale propédeutique** (hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de révision* d'une semaine (26 au 31 octobre 1925), *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne* sous la direction du professeur Emile SERGENT, et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Farey, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernet, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1925, du 26 au 31 octobre, sont exposées, dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques, les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne. Le professeur SERGENT fera la leçon d'ouverture.

Programme du cours : chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi : présentation et examen de malades, démonstrations pratiques. — L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h., démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du professeur SERGENT : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques à l'amphithéâtre Potain. — Seuls sont admis aux examens de malades, aux démonstrations et exercices pratiques (9 h. 1/2 à midi 5 h. à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr. — S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3, lundi, mercredi, vendredi de 15 à 17 heures) ou auprès du Dr LIAN. — Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— **Le Congrès de chirurgie.** — Le XXXIV[e] Congrès de l'Association française de chirurgie aura lieu à Paris, du 5 au 10 octobre 1925, sous la présidence de M. Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du congrès.

1° Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum : Rapporteurs : MM. GAUDIER (de Lille) et Anselme SCHWARTZ (de Paris).

2° Traitement de la tuberculose du genou, à partir de l'adolescence (quinze ans) : rapporteurs : MM. FREDET (de Paris) et VIGNARD (de Lyon).

3° De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur : rapporteurs : MM. Guyot (de Bordeaux) et ROUVILLOIS (Armée).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au secrétaire général, 12, rue de Seine, une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, ses anciens chefs de service.

— **XXV[e] Congrès francais d'urologie.** — Le XXV[e] Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 6 octobre 1925, sous la présidence de M. le professeur Gayet (de Lyon).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : La dérivation des urines au-dessus de la vessie. Rapporteur, M. Papin (de Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris, VII[e].

— **Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.** — Le IV[e] Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Bucarest le 25 et le 26 octobre 1925, dans le grand amphithéâtre de l'hôpital Coltea, sous la présidence du Dr Al. Costiniu.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — La conférence de la syphilis héréditaire organisée par la Ligue Nationale française contre le péril véné

rien, se réunira à la Faculté de Médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian, le lundi 5 octobre 1925, à 10 h. sous la présidence de M. le professeur Jeanselme.

L'ordre du jour de la conférence comprend les questions suivantes : 1° la syphilis héréditaire larvée (rapports de MM. Leredde, Lesné, Devraigne et Carle) ; 2° traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance (rapports de MM. Marcel Pinard, Lemaire et Péhu) ; 3° traitement préventif de l'hérédo-syphilis (rapports de MM. Milian, Lévy-Solal, Spillmann et Petges).

La cotisation donnant droit à la publication des rapports et du compte rendu des travaux de la conférence est de 40 fr. Les adhésions doivent être adressées au Directeur général de la Ligue, M. Sicard de Plauzoles, 44, rue de Lisbonne, Paris.

Un banquet réunira les membres de la conférence et les amis de la Ligue, le mardi 6 octobre, à 20 h., au Palais d'Orsay.

Lundi 5 octobre. M. Puig : Stomatites non spécifiques — Mardi 6 octobre : M. Raison : Glossites. — Mercredi 7 octobre. M. Raison : Nos connaissances actuelles sur la pyorrhée. — Jeudi 8 octobre. M. Merville : Affections des glandes salivaires. — Vendredi 9 octobre. M. Merville : Syphilis des maxillaires. — Samedi 10 octobre. M. Raison : Accidents de dentition.

Lundi 12 octobre. M. Bercher : Tumeurs d'origine dentaire. — Mardi 13 octobre. M. Ruppe : Tumeurs d'origine non dentaire. — Mercredi 14 octobre. Mlle Léage : Notions de radiographie. — Vendredi 16 octobre. M. Bercher : Anesthésies locale, régionale et tronculaire. — Samedi 17 octobre . M. Lacronique : Indications et technique du curetage péri-apical.

Ces conférences seront précédées chaque jour de démonstrations cliniques et techniques.

S'inscrire auprès de M. Merville, consultation de stomatologie de l'Hôtel-Dieu. Droit d'inscription : 50 fr.

— **Mission scientifique en Russie soviétique.** — Le Dr Georges Portmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui déjà l'an dernier fit une importante visite aux universités américaines, vient de rentrer de Moscou et de Leningrad où il s'était rendu, chargé de mission scientifique par le gouvernement français.

— **Faculté de médecine de Lyon** (*Clinique de chirurgie infantile et orthopédie* (prof. : M. Nové-Josserand). *Cours de perfectionnement* 1925). — Un cours de perfectionnement aura lieu du 2 au 15 novembre 1925, sous la direction de M. le prof. Nové-Josserand, avec le concours de M. le prof. agrégé Laroyenne et de MM. les Drs André Rendu, Lucien Michel et Marcel Chassard, attachés à la clinique.

Il sera essentiellement pratique et comprendra des leçons, des démonstrations de radiographies et d'appareils et des examens cliniques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs qui ne s'intéressent qu'à la pédiatrie de suivre le cours de perfectionnement de la clinique médicale infantile, qui aura lieu à la même époque.

Programme : 1° Leçons et démonstrations, tous les jours, à 4 h. 1/2, à la clinique chirurgicale infantile. — Lundi 2 novembre : Traitement de la tuberculose chirurgicale en général, des abcès froids et des adénites tuberculeuses. — Mardi 3 novembre : Formes anatomo-cliniques et traitement du mal de Pott . — Mercredi 4 novembre : Formes anatomo-cliniques et traitement de la coxalgie. — Jeudi 5 novembre : Formes anatomo-cliniques des tuberculoses du genou et du pied. — Vendredi 6 novembre : Les fractures du coude chez l'enfant. — Samedi 7 novembre : Les fractures de l'humérus et de l'avant-bras . — Lundi 9 novembre : Les fractures du fémur et de la jambe. — Mardi 10 novembre : Traitement de la paralysie infantile. — Jeudi 12 novembre : Traitement du pied bot congénital . — Vendredi 13 novembre : Formes anatomo-cliniques et traitement de la scoliose. — Samedi 14 novembre : La luxation congénitale de la hanche. Diagnostic et traitement.

2° Les examens cliniques auront lieu : à la clinique chirurgicale infantile les mardi, jeudi et samedi à 9 h., 1/2.

Les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre soit à la clinique médicale infantile de M. le prof. Mouriquand, soit dans le service de chirurgie orthopédique des adultes de M. Laroyenne, à l'Hôtel-Dieu.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours. Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de chirurgie infantile et d'orthopédie, et de 200 francs pour les deux cours de chirurgie et de médecine infantiles. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1925. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

— **A la mémoire du professeur Ed. Weill.** — Pour honorer la mémoire du professeur Edmond Weill, de Lyon, le pédiatre bien connu, récemment décédé, un comité s'est réuni visant à créer une *Fondation Ed. Weill.* Celle-ci aura pour but d'aider les travailleurs qui poursuivent des travaux de médecine et d'hygiène infantiles.

On affectera une partie de la souscription à la frappe d'une médaille qui sera placée à la Clinique médicale infantile de la Faculté de Lyon. Une réduction de cette médaille sera offerte aux souscripteurs ayant versé une cotisation de 80 fr., mais le Comité recevra avec reconnaissance toutes sommes, mêmes les plus modestes.

Trésorier du Comité : M. Dufourt, 5, rue Servient, Lyon.

— **Institut départemental des sourds-muets d'Asnières.** — A partir du 1er octobre 1925, les enfants sourds-muets de nationalité française dont les parents sont domiciliés hors du département de la Seine pourront être admis à l'Institut départemental des sourds-muets d'Asnières, dans la proportion du quart des vacances existant à la section des sourds-muets, moyennant le paiement intégral du prix de la pension et du prix du trousseau, soit 3.500 francs pour la pension et 500 fr. pour le trousseau (*Décision du Conseil général de la Seine*).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

civil de l'arrondissement où s'est produit l'accident, une déclaration de son intention de demander la revision. Le Président, saisi par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation. Faute de conciliation, l'affaire sera renvoyée devant le Tribunal. Pour toute la procédure, l'ouvrier bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

La décharge donnée par l'ouvrier à l'assurance au moment de la cessation du paiement du demi-salaire, en quelques termes qu'elle soit conçue, ne peut avoir pour effet de lui faire perdre ses droits à la révision, car il n'est pas permis aux parties, en matière d'accidents du travail, de déroger par des conventions particulières aux obligations imposées par la loi. Une convention aux termes de laquelle l'ouvrier s'engagerait à ne pas demander la révision devrait être considérée comme nulle et non avenue.

1922. — Révision de pension militaire.

Un de mes clients, pensionné de guerre à 20 % définitif le fut pour induration sommet pulmonaire, ceci à sa dernière visite remontant déjà à 2 ans.

La première expertise relative à sa visite de début portait « séquelles d'intoxication par gaz » et c'est cette affection dont un réveil avec chronicité très nette, nécessite actuellement mes soins qui m'incite à vous demander :

1° Si ce fait du réveil de l'affection gaz ne suffit pas à motiver l'envoi du sujet devant un centre de réforme ?

2° Si des instructions récentes n'ont pas été données pour accueillir plus favorablement que par le passé les démarches de ce genre émanant de gazés.

3° Si l'état de ce sujet (trachéite, oppression, sueurs, dyspnée d'effort et emphysème) ne vous paraît pas appeler une gratification supérieure à 20 %.

Dr G.

Réponse.

Si la pension d'invalidité de 20 % attribuée à votre client *n'est pas définitive*, celui-ci, n'ayant pas été visité depuis deux ans, ne tardera pas à l'être de nouveau. Cependant, il peut hâter l'époque de cette visite en demandant aussitôt au médecin-chef du centre de réforme dont il dépend à être visité pour aggravation, et pour obtention, le cas échéant, du bénéfice du décret du 8 août 1924 (100 %, sous certaines conditions, aux tuberculeux pulmonaires).

Si cette pension *est définitive*, mêmes démarches, afin d'obtenir une révision de pension pour aggravation et bénéfice du décret du 8 août 1924.

1867. — Patente en cas de changement de domicile.

Jusqu'au 1er mai 1925 j'exerçais dans un immeuble situé également à M. que je louais 2.000 francs par an. A partir du 1er mai j'ai déménagé et à l'adresse ci-dessus je ne paye plus que 1.500 francs. Or, je viens de recevoir mes feuilles d'imposition et je constate que je suis imposé sur 2.000 francs pour toute l'année (je dois reconnaître que je n'ai pas prévenu le contrôleur de la diminution de mon loyer).

1° Puis-je espérer une réduction si je réclame ;

2° Ou bien la patente est-elle basée sur le loyer au 1er janvier de l'année ;

3° Dans le cas contraire, où mon loyer viendrait à augmenter en cours d'années, le fisc me réclamerait-il une augmentation pour les mois à loyer majoré ?

4° Que dois-je faire pour être imposé sur 1.500 francs l'année prochaine ?

Dr R.

Réponse

La patente est établie d'après les faits existants au premier janvier de l'année de l'imposition. C'est donc le loyer payé pour l'immeuble occupé au premier janvier de l'année 1925 qui doit être retenu pour le calcul du droit proportionnel, sans qu'aucune réduction puisse être obtenue en raison de la diminution du loyer en cours d'année.

Cependant, s'il y avait eu transfert dans un local d'une valeur locative supérieure, un droit supplémentaire de patente serait légalement exigible.

Informez le contrôleur des contributions directes du taux de votre nouveau loyer, car, pour 1926, vous devez être imposé sur une valeur locative de 1.500 francs. Sinon, vous devriez présenter une réclamation au préfet.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

1948. — Déplacement pour plaie de main ou analogie.

Un ouvrier a une plaie de la main gauche par accident. L'ayant soigné à son domicile distant de 5 km. j'ai compté par visite, 8 + 10 fr., soit 18 fr.

L'assurance réduit à 7 fr. estimant sans doute que le blessé aurait dû se déplacer et non pas moi.

Sur la question de principe, il n'y a pas doute : le blessé doit se déplacer autant que faire se peut, pourvu que son état ne risque aucune aggravation. Mais dans la pratique, voici dans quelle situation se trouvent les médecins de ma région exerçant dans des communes très étendues, à population très clairsemée. Il n'est pas rare d'avoir un client à 5, 8,

10 km. du domicile du médecin, dans la même commune. Ce client, devra-t-il faire 10, 16, 20 km. pour venir se faire panser chaque fois ? Oui, avec l'interprétation de la Cie. Mais croyez-vous vraiment, que ce blessé, qui s'en moque, puisqu'il ne paye pas, tient à bouffer des kilomètres pour l'unique résultat de procurer des économies à la Cie d'assurances ? Et, s'il refuse de se déplacer, qui écopera ? Encore le médecin ? Que convient-il de faire dans un cas comme celui que je vous expose ?

Dr C.

Réponse.

Il n'y a aucun doute sur la question de principe, dites-vous. En effet, l'article premier est formel : la visite à domicile n'a lieu que pour « le blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé ». Et, de cela, le blessé ne peut « s'en moquer parce qu'il ne paye pas », attendu que le patron (ou assureur substitué) ne payera le médecin que « *jusqu'à concurrence* d'un tarif, etc... » (Voir article 4 de la loi du 9 avril 1898) lequel tarif est notre tarif Breton. Or, dans votre cas, le patron n'ayant pas à payer le déplacement du médecin, il ne reste plus qu'à le faire *payer par le blessé*, à moins que celui-ci ne se rende au cabinet du médecin.

Conclusion. — Dans une plaie de main, ou toute autre analogue, ou bien vous, médecin traitant, faites venir le blessé à votre consultation, ou bien faites-lui payer (*lui et non son patron*) le déplacement qu'il aura *exigé* de vous. Tout ceci, naturellement, lorsqu'il n'y a pas de complication fébrile, à la suite de laquelle le blessé ne pourrait se déplacer. F. D.

II

1967. — Brûlures superficielles étendues.

J'ai soigné du 10 au 21 mai un ouvrier boulanger atteint d'une brûlure du 1er et du 2e degré étendue à la face (paupières, nez, joues, menton, front, oreilles) ; le cou (moitié antérieure) ; poitrine (toute la partie située au-dessus d'une ligne passant à un travers de doigt au-dessus des seins, et même quelques plaques plus bas) ; les deux membres supérieurs (les trois segments étant largement touchés). Le premier pansement m'a pris plus d'une heure et demie. Je l'ai tarifé à 100 fr. (je suis en 1re catégorie).

Heureusement pour le blessé, les brûlures très enflammées les premiers jours, étaient en général superficielles (il s'agissait d'un retour de flamme) ; elles ont régressé rapidement. Au 2e pansement, bien que l'étendue ait encore dépassé celle de deux membres, j'ai tarifé 75 fr. ; le 3e, 50 fr. ; le 4e, 15 fr. ; Enfin, le 21 mai j'ai revu le blessé, il était à peu près guéri, son patron le réclamait, je lui ai laissé reprendre son travail, et j'ai compté une simple consultation à 8 fr. Le total de ma note d'honoraires s'élevait donc à 253 francs.

Après divers pourparlers, voici la dernière lettre de l'assurance :

« En ce qui concerne celle relative aux honoraires, nous sommes dans l'obligation de maintenir notre manière de voir. Nous ne discutons pas l'application du tarif mais l'opportunité des soins donnés.

Nous ne doutons nullement de la bonne foi de ce médecin et nous lui donnons raison de réclamer ce qui lui est dû, mais de notre côté nous ne pouvons payer ce que nous ne devons pas (!!?). Or, notre Conseil médical estime qu'il y a exagération dans les pansements. Le docteur nous a marqué 100 fr. de pansements comme s'il s'agissait d'une vaste brûlure, alors que le blessé a été seulement échaudé ainsi que le prouve la durée très courte de l'incapacité.

La Compagnie nous autorise à règler cette note à 200 fr., somme qui lui paraît équitable pour un accident qui n'a duré que dix jours.

Veuillez me faire savoir si vous acceptez ce règlement, et dès réception de votre réponse nous vous adresserons un chèque de pareille somme.

Dr J.

Réponse.

La Compagnie, pour réduire le prix du premier pansement, et bien que ce soit là un cas manifeste de « vaste brûlure » se base sur la *superficialité* des brûlures. Ce n'est nullement une raison, attendu que le tarif des pansements de brûlures est basé non sur la *profondeur*, mais sur l'étendue, la profondeur n'entre en compte que pour la durée de la brûlure et par suite pour le nombre des pansements ; en un mot, sur la quantité de ceux-ci et non sur leur qualité tarifable, si je puis dire. Ces brûlures étaient superficielles, c'est entendu, mais c'est précisément pour cela que, dès le deuxième pansement, vous diminuiez votre tarification « au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation », comme il est dit dans l'arrêté ministériel du 28-6-21.

Conclusion. — Je ne puis que vous conseiller de ne pas accepter la moindre diminution à votre note, qui me paraît équitable.

F. D.

III

1971. — Séances de diathermie, lumière, etc.

Un régisseur m'est adressé par un confrère de médecine générale pour névrite rebelle suite d'une luxation de l'épaule. Je fais à ce blessé quelques séances de diathermie, puis des séances comprenant chacune un bain de lumière de 20 minutes environ suivi d'une application de courant continu ; c'est-à-dire que je lui ai appliqué le traitement que je fais maintenant à tous les malades dans son cas et auquel je me suis arrêté après de longues expériences. Le blessé guérit complètement. Envoi de ma note ainsi rédigée :

8 séances de diathermie à 30 fr. ;
3 séances de lumière et électrothérapie à 20 fr. ;

Là-dessus un « confrère » attaché à l'établissement me répond « que je fais une légère erreur d'interprétation du tarif Breton » et il m'offre généreusement par séance, quelle qu'elle soit, 11 fr. 25 + 20 % = 13,50,

Je lui ai répondu en le remerciant et en lui faisant remarquer :

1° Tout d'abord qu'il n'est pas prouvé qu'un régisseur rentre forcément dans la catégorie des travailleurs couverts par la loi de 98 même étendue à la culture et qu'il pourrait y avoir là sujet à discussion.

2° Que la diathermie qu'il a l'air d'ignorer même de nom ne figure pas au tarif Breton ; que malgré cela toutes les autres Compagnies auxquelles j'ai affaire l'acceptent, comprenant que c'est là un traitement qui les avantage en réduisant le temps d'incapacité de leurs blessés ; que le prix du Syndicat des électro-radiologues est de 50 fr. la séance ; que j'ai proposé pour les mutilés celui de 30 fr. qui a été accepté, qu'enfin, toutes les Compagnies d'assurance, sauf celle-ci, me règlent les séances à ce prix.

3° Que chaque séance portée : lumière électrothérapie, comprend : un bain de lumière et une séance de courant et qu'elle devrait donc être payée : 13,50 + 13,50 = 27 fr., mais que j'avais l'habitude de faire pour des séances de ce genre le prix global de 20 fr. que les assurances me payent toujours sans observation.

Je n'ai pas reçu de réponse. Avant de m'adresser à mon blessé directement, je vous serais reconnaissant de me donner votre opinion, par lettre, si ce n'est pas abuser de votre complaisance.

Dr C.

Réponse.

1° Voir l'arrêté du 24 décembre 1924, qui modifie l'article 26 du tarif Breton (radiologie et électrologie). Vous trouverez au paragraphe VI trois réponses concernant l'objet de votre lettre :

a) Le traitement électrique est tarifé, par séance, à 12 francs (en première catégorie) ;

b) Le traitement par *air chaud*, lumière, etc., est tarifé 15 francs ;

c) Les honoraires ci-dessus (ceux du tarif Breton) sont des paragraphes 1 à VI, majorés de 20 %.

2° Quant à la question d'un « régisseur » non couvert par la loi de 98 étendue à la culture, il pourrait peut-être y avoir lieu à discussion, mais je crains fort que le tribunal n'admette pas cette thèse.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2070. — Soins donnés dans un hôpital public.

Une commission tripartite de contrôle a-t-elle le droit de refuser à un chirurgien attitré d'un hôpital les honoraires des opérations faites dans son service

aux pensionnés de guerre en se basant sur l'article 66 du décret du 22 octobre 1922.

L'article 66 me semble surtout viser les frais de séjour des mutilés dans les hôpitaux et il est muet sur la question des honoraires au chirurgien. En tout cas le fameux « tout compris » du tarif Breton ne s'y trouve pas.

Pour préciser la question, voici quelques renseignements complémentaires. A l'hôpital en question, le chirurgien chef a une indemnité par an de 1500 francs pour les soins aux bénéficiaires de l'A.M.G. Les malades payants admis dans les salles communes, ou dans des chambres particulières d'un tarif plus élevé, honorent directement le chirurgien. Les bénéficiaires de l'article 64 de la loi de 1919 sont admis dans les salles communes aux frais de l'Etat. Pour avoir une chambre particulière, ils payent à leur frais un supplément.

Dr P.

Réponse.

Un médecin, ni un chirurgien, pour soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64, ne peuvent réclamer d'autres honoraires que ceux qu'ils touchent pour les bénéficiaires de l'A.M.G., auxquels les premiers sont assimilés, d'après le texte même de l'article 66 du décret.

Il y est dit, en effet, en parlant des frais de séjour, de *traitement* et d'*intervention*, que le tarif à adopter est « ...dans les salles civiles, le tarif spécial aux malades traités au compte du département et des communes », autrement dit aux indigents relevant de l'A.M.G.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *août.*

Enseignement de la médecine.

Arrêté du 3 août 1925 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Les articles 4, 13 et 15 de l'arrêté du 14 mar s 1924 sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Les candidats sont répartis entre les divisions et sections suivantes :

1re division. — Morphologie.

Section A. — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie macroscopique et une composition sur une question d'anatomie microscopique et d'organogénèse.

. . . .

Section C *bis*. — Bactériologie : une composition sur une question de pathologie infectieuse ou épidémiologie et une composition sur une question de microbiologie.

2e division. — Morphologie.

....

Art. 12. — Les catégories de la deuxième épreuve sont au nombre de vingt-deux, savoir :

....

3° Bactériologie : 1re division, section C, section C *bis*. — 3e division.

11° Anatomie pathologique : 1re division, section A. — 3e division.

12° Hygiène : 1re division, section C, section C *bis*. — 3e division.

Art. 13. — La deuxième épreuve comprend :

A. — La remise d'un travail, etc. (sans changement).

B. — Une leçon de trois quarts d'heure, etc. (sans changement).

C. — Dans les catégories suivantes, une épreuve pratique déterminée par le jury :

1° Anatomie ;
2° Histologie ;
3° Bactériologie ;
4° Histoire naturelle médicale et parasitologie ;
5° Physiologie ;
6° Chimie médicale ;
7° Physique médicale ;
8° Pharmacologie et matière médicale ;
9° Pathologie expérimentale ;
11° Anatomie pathologique ;
12° Hygiène ;
13° Médecine légale ;
21° Histoire naturelle pharmaceutique ;
22° Pharmacie.

Dans les catégories ci-après, une épreuve clinique déterminée par le jury ;

10° Médecine ;
14° Neurologie et psychiatrie ;
15° Dermatologie et syphiligraphie ;
16° Chirurgie générale ;
17° Ophtalmologie ;
18° Oto-rhino-laryngologie ;
19° Urologie ;
20° Obstétrique.

Les médecins, médecins accoucheurs ou chirurgiens des hôpitaux des villes sièges d'une faculté de médecine ou d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie, seront dispensés de l'épreuve clinique dans les catégories suivantes :

10° Médecine ;
16° Chirurgie générale ;
19° Urologie ;
20° Obstétrique.

Seront dispensés de l'épreuve clinique dans les catégories 17° ophtalmologie et 18° oto-rhino-laryngologie, les médecins des hôpitaux des villes sièges de facultés qui, pour être nommés à ces emplois, auront subi un concours spécial d'ophtalmologie ou d'oto-rhino-laryngologie.

Art. 15. — Chacune des parties de la deuxième épreuve est notée de 0 à 20.

Pour être déclarés admis, les candidats qui auront subi l'épreuve clinique ou pratique doivent avoir obtenu un total de points au moins égal à 45 ; les candidats qui sont dispensés de cette épreuve, un total au moins égal à 30.

L'épreuve clinique ou pratique est subie la première. Il faut avoir obtenu à cette épreuve la note 15 pour être admis à subir les deux autres parties de la deuxième épreuve.

Brevet d'infirmiers et d'infirmières

Age minimum des candidats et candidates à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières.

Par arrêté en date du 14 août 1925, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales a prescrit, vu l'arrêté en date du 24 juin 1924, vu les arrêtés en date des 28 novembre 1924 et 30 janvier 1925 et conformément aux délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 9 mars 1925, que l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, ou de masseurs, ne sera accessible qu'aux candidats et candidates âgés au minimum de vingt et un ans.

21 *août.*

Hygiène publique.

Décret du 11 *août* 1925 *relatif à la constitution de la commission chargée d'émettre un avis sur la répartition des sommes provenant de la taxe des cercles et destinées aux œuvres antituberculeuses, anticancéreuses et antivénériennes.*

Art. 1er. — La commission instituée par l'article 1er du décret du 18 juin 1925 en vue d'émettre un avis sur la répartition des sommes provenant de la taxe des cercles et destinées à la création, l'aménagement ou l'agrandissement des œuvres antituberculeuses, anticancéreuses et antivénériennes comprendra, en outre des membres énumérés audit article :

Le directeur de l'office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le directeur général de l'administration de l'assistance publique de Paris.

Un président d'une commission administrative des hospices d'une ville de France.

Un architecte, membre d'une des commissions consultatives rattachées au ministère chargé de l'hygiène publique.

24 *et* 25 *août.*

Allocations aux femmes en couches.

Décret du 6 *août* 1925 *autorisant les consultations de nourrissons à payer les allocations d'assistance aux femmes en couches de la loi du* 17 *juin* 1913.

Art. 1er. — Lorsqu'un conseil municipal décide de faire distribuer les allocations d'assistance aux femmes en couches et les primes

d'allaitement par l'intermédiaire d'une consultation de nourrissons municipale, départementale, ou dépendant d'un établissement public, le maire en avise immédiatement le préfet.

Art. 2. — Les consultations de nourrissons ayant le caractère d'œuvres privées qui désirent être agréées par le ministre chargé de l'assistance et de l'hygiène, en vue d'assurer la distribution des allocations d'assistance aux femmes en couches et des primes d'allaitement, adressent leur demande au préfet.

Cette demande doit contenir des renseignements détaillés sur l'organisation de l'œuvre et sur son fonctionnement, ainsi que l'indication de la circonscription dans laquelle elle exerce son action.

Elle est accompagnée :

1° Des statuts et règlements de l'œuvre ;

2° De la liste des personnes qui sont chargées de son administration et de sa direction ;

3° Du compte financier des trois derniers exercices et du budget de l'exercice en cours.

Art. 3. — Le préfet transmet la demande, après enquête, avec son avis motivé, au ministre chargé de l'assistance et de l'hygiène, qui statue.

L'arrêté ministériel portant agrément d'une consultation de nourrissons fixe la circonscription dans laquelle celle-ci peut être chargée par les conseils municipaux de servir d'intermédiaire pour la distribution des allocations d'assistance aux femmes en couches et des primes d'allaitement.

Cet arrêté est notifié aux maires des communes intéressées.

Art. 4. — L'agrément accordé à une consultation de nourrissons ne peut lui être retiré que par un arrêté ministériel pris dans les mêmes formes que l'arrêté d'agrément.

Art. 5. — Dans les communes où le conseil municipal a chargé une consultation de nourrissons de distribuer aux intéressés les allocations d'assistance aux femmes en couches et les primes d'allaitement, cette consultation est immédiatement informée, suivant les cas, de toutes les décisions accordant ou retirant le bénéfice de ces secours.

Art. 6. — Les consultations de nourrissons désignées par les conseils municipaux effectuent le payement des allocations et des primes.

Les collectivités gestionnaires constituent, le cas échéant, les fonds de roulement nécessaires aux consultations municipales, départementales ou dépendant d'établissements publics pour leur permettre d'assurer ce payement.

Les consultations sont remboursées au moyen de mandats délivrés sur présentation d'un état émargé par les parties prenantes, avec indication des sommes d'argent ou des objets qui leur ont été distribués et justification de la valeur de ces objets.

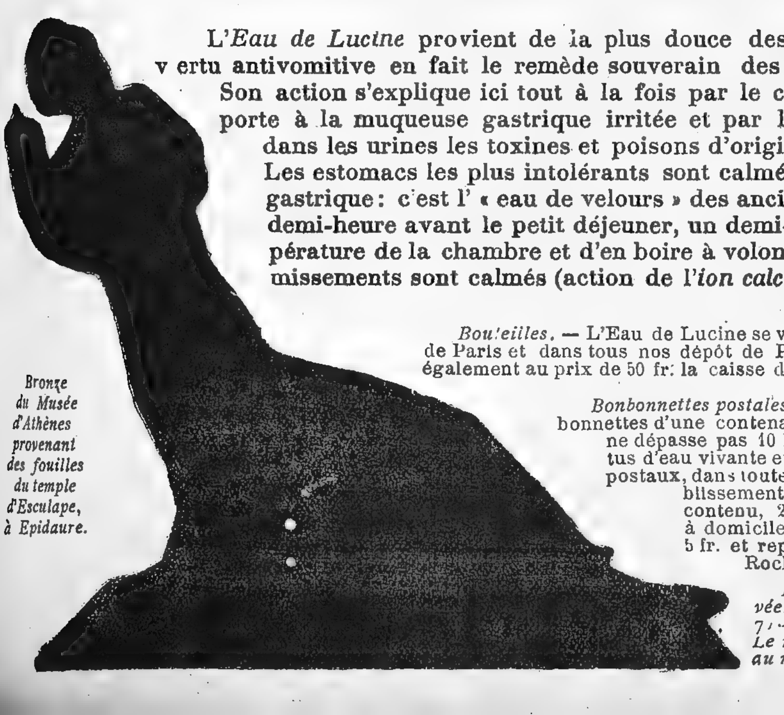
Quarante-septième année — N° 37 — 13 Septembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2100-IV.)



Bronze du Musée d'Athènes provenant des fouilles du temple d'Esculape, à Epidaure.

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

AVIS

Les médecins sollicités de venir s'installer à Villers-Guislain (Nord) auront intérêt, avant tout déplacement, à s'adresser au Président du Syndicat médical de la région de Cambrai (M. le Dr Dancourt, 5, rue Saint-Pol, à Cambrai, Nord), qui les renseignera sur la situation exacte.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

agnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly.

Bains-les-Bains, M. Henry, Lassance.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelle

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs THIÉBAUX, de Fraize, et GAILLARD, de Saint-Didier au Mont-d'Or, la somme de quarante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 376. — On désir. pour jne garcon de 10 a., de caract. fac. pens. dans une famille non loin Méditerranée, 50 m. alt. env. Ecr. M. Ducrot, 20, rue de Condé, Paris, 6e.

N° 377. — Vve méd. dem. pl. de surveill. ds sanat., asile vieillards ou autre, sauf aliénés. Ecr. Mme Vve Moreau, sous-surveill. Asile d'aliénés de Montauban (T.-et-G.).

N° 378. — A vend. cause long. malad., 10 CV. Peugeot 1921, état parf. tous access. 10.000, visible à l'essai chez Dr Galtier, 29, rue du Poilu, à Péronne (Somme).

N° 379. — Ouest. A céd. urg. cause dép. prochain, cab. urolog. excell. conditions.

N° 380. — A vend. cond. int. 2 pl. Citroen, 5 CV. 1923, magn. écl. et démarr. électr. code avril, 5 confort, 4 amortiss. técal. compt. indic. starter, économiseur marche parf., peint. neuve. Dr Herck, à Rochefort-sur-Loire (M.-et.L.).

N° 381. — Achèterais jne chien basset d'Artois, prêt à chasser. Dr Marchand, à Châteauneuf-s.-Charente (Charente).

N° 382. — Bretagne. — Dr méd. inspect. protect. des enf. du 1er âge, chargé visit. une fois par mois nourriss. et enf. placés chez cultivateurs, se charger, transmettre nouvelles off. de placem.

N° 383. — Dr en méd. serait reconn. à conf. lui indiqu. petit poste à créer ou à acheter au bord mer (Océan).

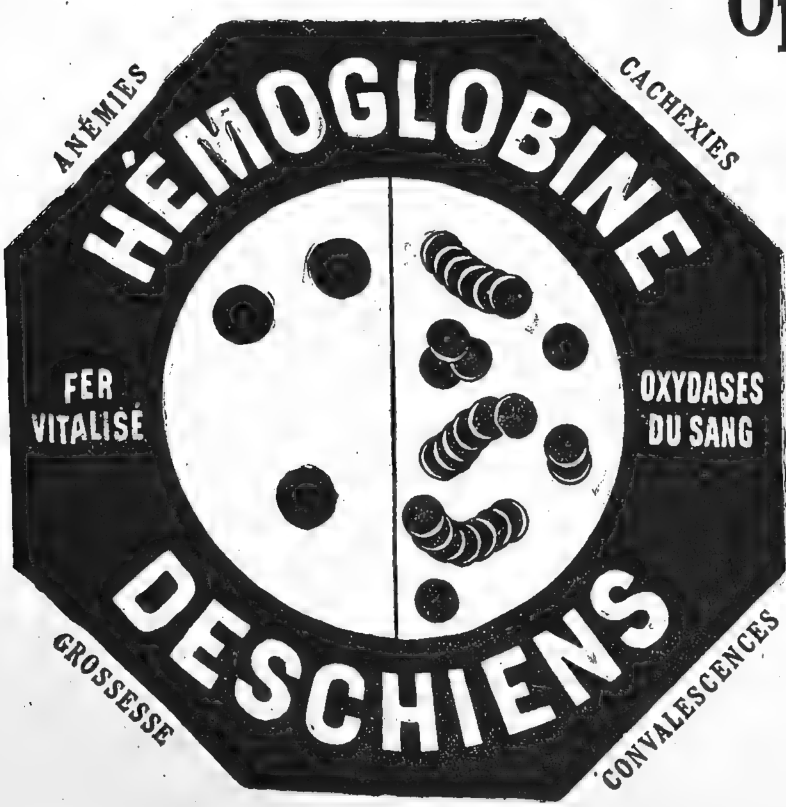
N° 384. — Bresses noires, poulettes pour ponte d'hiver, 25 et 22 frs. pièce. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Hte-Garonne).

N° 385. — A céd. cause retraite, mais. santé du Dr Dewevre, château de Petite Synthe (Nord), install. 1re ordre, facil. de paiem.

N° 386. — Jne ménage, sans enf. allié à fam. médic. dispos. propriété agréab. à 150 km. Paris, prendr. en pens. toute l'année, un ou deux enf. 10 ans au moins recomm. par doct. Instruct. assurée, cond. avantag.

N° 387. — Pr. Paris, dans ville bourgeoise, communic. fac. sur Paris, à céd. pouponn. modèle, instal. dans villa spacieuse, gros rapp. affai. très intéress. en augment. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 388. — Banl. Sud.Est, local. recherchée, mais. d'accouch. sit. au milieu parc superbe, install. parf., tout conf., bail et loyer très intéress., à repr. dans très bonnes cond. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Tél. Gob. 36-46.



CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale. Le jeune médecin.

Je viens de m'installer ; je me suis fais inscrire au « Sou Médical » et voudrais entrer aussi à la Mutualité Familiale, mais je ne sais quelle combinaison je dois choisir : indemnité maladie ou retraite ?

J'ai 30 ans, j'ai quelques ressources et suis célibataire ; quels conseils me donneriez-vous ?

D[r] Q... à C...

Réponse.

Je vous conseille de vous inscrire tout d'abord à l'indemnité maladie : c'est le plus pressé. Prenez la combinaison MAD, soit 20 fr. par jour ; il vous sera toujours loisible ultérieurement de porter cette indemnité à 30 fr. en vous inscrivant aussi à MA.

La cotisation annuelle que vous aurez à verser est de 163 fr. Si vous vouliez avoir immédiatement l'indemnité de 30 fr. (MA + MAD), vous payeriez 246 francs.

Le second conseil que je vous donne, c'est d'entrer à la combinaison R pour une retraite à 65 ans, c'est-à-dire au moment où vous cesserez de participer à l'indemnité maladie. Vous pouvez faire la chose immédiatement, vous payerez 216 fr. pour une pension de 2.400 fr., mais vous pourrez aussi remettre à plus tard, lorsque vous serez marié et envisager alors une retraite pour vous et une autre pour votre femme.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'avec moins de 1 fr. 50 par jour, vous pouvez actuellement vous assurer l'indemnité-maladie de 30 fr. jusqu'à 65 ans, et à cet âge, la pension de retraite de 2.400 francs.

H. M.

1932. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Médecin stomatologiste.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant :

Exerçant l'art dentaire et ayant à mon service un mécanicien dentiste que je paye au mois, comment dois-je faire ma déclaration d'impôts sur le revenu ? Dois-je déclarer le salaire que je lui donne et ai-je à faire une déclaration sur le chiffre d'affaires pour la confection et vente d'appareils dentaires or et caoutchouc ?

Mon mécanicien est-il tenu de son côté de faire une déclaration ? et est-il soumis à l'impôt ?

D[r] X.

Réponse.

L'administration exempte de la taxe sur le chiffre d'affaires les actes de commerce consi-

dérés comme nécessaires à l'exercice de la profession. Elle considère, par suite, comme non imposable la vente de râteliers et fournitures dentaires par un dentiste, à moins qu'il n'ouvre, en dehors de l'exercice normal de sa profession, un magasin de vente de râteliers, dents artificielles ou de produits d'hygiène dentaire.

En ce qui concerne les salaires de votre mécanicien, vous devez en faire la déclaration, chaque année, dans le courant du mois de janvier, si lesdits salaires dépassent le minimum exempté, soit 7.000 fr. conformément à la loi du 15 juillet dernier. Pour 1924, le minimum exempté n'était que de 6.000 fr.

De son côté, votre mécanicien doit faire, chaque année, avant le 28 février, la déclaration de ses revenus au contrôleur du lieu de son habitation, lesdits revenus comprenant, outre les salaires touchés dans votre maison, les revenus provenant soit de valeurs mobilières, soit de propriétés, etc.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2105. — Privilège des honoraires médicaux.

M. X., commerçant et assuré contre les accidents, est victime d'un grave accident d'automobile.

Il est soigné sur place par 3 médecins qui décident son transport d'urgence dans un hôpital *payant*. Il y est *admis*, *trépané*, *soigné*. Au bout de quelques jours, l'état mental de l'opéré est tel qu'il doit être transporté dans une clinique privée, puis dans sa famille.

Les phénomènes (troubles) cérébraux augmentent sans cesse. X. est interné dans un asile départemental d'aliénés *dont il sort trois mois après, amélioré mais non guéri.*

Les médecins experts commis d'un commun accord par *la Cie d'assurance et la famille* concluent à une invalidité définitive de 90 % pour *aliénation mentale définitive presque complète* avec *confusion* (1).

La Compagnie se dispose à payer la forte somme, mais X, commerçant, a fait de mauvaises affaires et il existe des oppositions pour une somme supérieure.

D'autre part, le commerçant ne possède rien personnellement. Dans ces conditions, n'y a-t-il pas pour les médecins *créance privilégiée*, et si oui, comment s'y prendre pour toucher :

a) Honoraires médicaux des médecins et chirurgiens divers ;

b) Frais de clinique pour opérations et examens ;

c) Frais d'internement à l'asile départemental d'aliénés ;

d) Frais pharmaceutiques divers ;

e) Frais de garde de l'aliéné les quelques jours où il a été soigné dans sa famille ;

(1) Terme employé par les aliénistes.

f) Frais de transport de l'aliéné d'un établissement médical dans l'autre.

Les créanciers, à qui on doit plus que le blessé ne touchera, peuvent-ils avoir toute la somme ? Alors les soins auront été donnés à l'œil ?

Ou bien, les créanciers de la maladie pourront-ils toucher d'abord, par privilège ?

Ou bien, viendront-ils au marc le franc avec les créanciers ordinaires ?

Dr B.

Réponse.

D'après l'article 2.101 du Code civil, sont privilégiés les frais quelconque de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus. Ce privilège s'exerce en troisième rang, après les frais funéraires. Puisque votre malade est encore en vie, votre privilège devra donc s'exercer immédiatement après celui des frais de justice.

Ce privilège s'applique d'une façon très générale à vos honoraires, aux frais de clinique, aux frais d'internement à l'asile, aux fournitures pharmaceutiques, aux frais de garde, etc.

Pour faire valoir votre privilège sur la somme due par l'assurance, il est nécessaire que vous formiez saisie-arrêt en vertu, soit d'un titre authentique (jugement), soit d'une autorisation du juge. S'il existe d'autres créanciers opposants et si la somme à provenir de l'indemnité due par l'assurance est insuffisante pour les désintéresser tous, il y aura lieu d'ouvrir une procédure de distribution par contribution.

Pour mener toute cette procédure, il faut que dès maintenant, vous confiiez vos intérêts à un avoué au Tribunal civil de l'arrondissement du domicile de votre débiteur.

2136. — Frais de justice criminelle.

J'ai été, l'an dernier, sollicité d'accepter les fonctions de médecin légiste cantonal, que j'ai acceptées

Récemment, j'ai été requis pour examen et rapport dans les deux affaires suivantes :

1° A F. Affaire de mauvais traitements de parents à leurs enfants. Examen des deux enfants à deux domiciles différents (en ville). Rapport.

2° A C., à 19 kilomètres de mon domicile. Affaire d'avortement : transport en automobile, examen de la femme inculpée, rapport.

Je vous serais reconnaissant de me dire de quelle façon je dois tarifer ces diverses opérations et ces déplacements.

Existe-t-il un ouvrage où ces tarifs soient mis à jour ? N'en éditez-vous pas un et dans ce cas quel en est le prix ?

De même n'éditez-vous pas des mémoires d'honoraires spéciaux pour les frais de justice ?

A qui faut-il adresser les dits mémoires et par qui sont-ils payés ? Dr C.

Réponse.

L'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle vous accorde un honoraire de quinze francs pour chaque visite effectuée sur réquisition ou commission régulière. Dans cette indemnité sont compris les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que la prestation de serment. Mais, au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, vous pouvez proposer un chiffre supérieur pour vos honoraires, chiffre qui sera soumis à la taxation du magistrat commettant.

Si, pour l'accomplissement de vos fonctions d'expert, vous avez à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit à une indemnité de 0.60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Ainsi dans votre première affaire vous avez droit à deux fois quinze francs (pas de déplacement) et dans la seconde à quinze francs plus 38 fois 0.60.

Votre mémoire doit être établi en deux exemplaires dont l'un sur papier timbré si le total de la somme réclamée excède 50 fr. et adressé au Procureur de la République du ressort, qui, après visa du procureur général, le fera taxer par le magistrat commettant. Vous serez ensuite payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Le « *Concours médical* » met en vente des mémoires d'honoraires de justice criminelle au prix de 5 francs les cinquante et 8 francs le cent.

Le décret du 5 octobre 1920 a été publié dans l'agenda du *Concours médical* de 1925, actuellement épuisé.

2143. — Pension de la veuve et de l'enfant d'une victime du travail.

Dernièrement un ouvrier, marié, 1 enfant, femme enceinte de 5 mois, a été électrocuté (mort immédiate) pendant son travail. Il gagnait 3 francs de l'heure, soit 30 francs par jour. Combien la veuve aura-t-elle ? Cette pauvre femme est venue me demander ces quelques renseignements.

Aura-t-elle besoin de prendre un avoué ou avocat et quelle est, dans ce cas, la procédure à suivre ?

Dr S.

Réponse.

Les rentes dues aux victimes d'accidents du travail ou à leurs conjoints ou enfants sont calculées sur l'intégralité du salaire lorsque celui-ci ne dépasse pas 4.500 francs par an et sur le quart seulement du salaire annuel pour la portion de celui-ci qui dépasse 4.500 francs, jusqu'à 15.000 francs.

Dans le cas auquel vous vous intéressez, nous calculerons le salaire annuel en supposant que l'ouvrier travaillait 300 jours par an et qu'il ga-

gnait régulièrement 30 francs par jour. Si les chiffres que nous prenons pour base ne sont pas conformes à la réalité, vous n'aurez qu'à refaire les opérations d'après le salaire total réellement touché au cours de l'année qui a précédé l'accident.

300 journées de travail à 30 francs donnent un salaire annuel de 9.000 francs. Le salaire de base pour le calcul de la rente sera donc : 4.500 plus (4.500 : 4), soit : 5.625 francs.

La veuve a droit à une rente égale à 20 % du salaire ainsi déterminé et les deux enfants (y compris celui qui n'est pas encore né) à une rente égale à 25 % pour eux deux. Au cas où l'enfant conçu ne devrait pas vivre, l'enfant vivant aurait droit à une rente de 15 % pour lui seul.

En cas de nouveau mariage, la veuve cessera d'avoir droit à la rente et il lui serait alloué le triple de cette rente à titre d'indemnité totale. Les enfants n'ont droit à une rente que jusqu'à l'âge de seize ans révolus.

Ainsi la rente de la veuve sera de 1.125 francs et celle de ses deux enfants de 1.406,25 ; au cas d'un seul enfant vivant, la rente de celui-ci serait de 843,75.

Puisque l'accident a entraîné la mort immédiate de l'ouvrier, le juge de paix a dû ouvrir aussitôt une enquête et la veuve a dû être convoquée par lui. Le juge de paix doit clore son enquête dans les dix jours au plus tard ; pendant cinq jours, le procès-verbal d'enquête reste déposé au greffe de la justice de paix où les parties peuvent en prendre connaissance. Après quoi le dossier est transmis au président du tribunal civil qui, dans les cinq jours de la transmission, doit convoquer les parties en conciliation pour la fixation de la rente. La veuve a, de plein droit, l'assistance judiciaire pour toute la procédure et un avocat et un avoué doivent lui être désignés d'office dès avant la tentative de conciliation sur l'initiative du Procureur de la République. Au cas où la tentative de conciliation n'aboutirait pas (contestation sur le chiffre du salaire annuel) l'affaire serait portée devant le tribunal civil.

Enfin, si, par impossible, les formalités prescrites par la loi n'avaient pas été accomplies et si votre cliente restait trop longtemps sans être convoquée par le président du tribunal, elle n'aurait qu'à lui écrire et à joindre à sa lettre l'acte de décès de son mari.

1841. — Service militaire d'un étudiant sursitaire.

Mon fils, qui vient de passer sa thèse, est sursitaire de la classe 1920. Voudriez-vous être assez aimable de me dire dans quelles conditions et pour combien de temps il doit accomplir son service militaire ?

Dr N.

Réponse.

Votre fils sera incorporé pour faire son service actif, puis il suivra le sort de sa classe d'âge.

1° S'il a obtenu le brevet de préparation militaire supérieur, il fera un an de service dont six mois comme médecin-auxiliaire et six mois comme médecin aide-major de deuxième classe de réserve.

2° Sinon, il sera incorporé pour 18 mois dans une section d'infirmiers, suivra pendant six mois des cours d'application spéciaux, et terminera ses dix-huit mois de service actif comme ci-dessus, soit six mois médecin auxiliaire, six mois médecin aide-major de deuxième classe de réserve (article 37 de la loi du 1er avril 1923.)

1824. — Radiation des cadres et pension militaire.

Médecin aide-major aux armées, j'ai été atteint en 1918 de grippe avec pleurésie purulente et albuminurie. En 1919, j'ai été mis hors cadre avec pension, 25 %. En 1921, j'ai été de nouveau maintenu hors cadre avec 25 %. En 1923, la commission de réforme devant laquelle j'ai été convoqué *pour la troisième fois* m'a proposé pour ma radiation des cadres avec pension définitive de 50 %.

En ce moment, je me demande quelle est ma situation. Je n'ai pas reçu d'avis de ma radiation des cadres et d'autre part, je ne suis possesseur que d'un titre de pension provisoire d'attente.

Dois-je provoquer de la part du Directeur du service de santé de ma région une mise au point ou attendre ?

Il me semble avoir lu dans le *Concours médical* qu'à la suite de la 3e visite par la commission de réforme, notre situation était définitivement réglée(?)

Dr Z.

Réponse.

Votre radiation des cadres correspond à la réforme des hommes de troupe. Votre situation *militaire* est donc réglée définitivement, sans que votre directeur du service de santé ait à intervenir ; vous n'avez pas à vous en préoccuper.

Quant à votre situation *invalidité*, elle est aussi réglée définitivement à 50 % par le jeu de l'article 7. Patientez quelques semaines et un titre définitif (carnet de pension) vous sera remis par les soins de la mairie pour remplacer votre titre provisoire d'attente.

1859. — Pension de réforme pour tuberculose pulmonaire.

Je suis réformé pour tuberculose pulmonaire avec 100 % d'invalidité.

A combien doit se monter ma pension avec les nouveaux tarifs ?

(*Voir la suite page XLIII-2143*)

PROPOS DU JOUR

La vie d'un médecin célèbre il y a un siècle : Th. Laënnec

Nous l'avons dit et le répèterons aujourd'hui, l'histoire médicale du passé est pour nous pleine d'exemples et d'enseignements. Nous l'avons constaté récemment avec Andral et les disputes doctrinales si vives entre 1820 et 1830 ; nous examinerons aujourd'hui dans quelles conditions vivait, il y a un siècle, un médecin très célèbre, et nous ne nous permettrons pas d'établir de parallèle entre cette existence modeste, simple, parfois même médiocre, et le genre de vie luxueux actuel : *Quantum mutatus ab illo* !

L'exemple que nous avons choisi est celui de Laënnec, de Laënnec que le Pr M. Letulle qualifiait : le plus grand médecin du monde depuis Hippocrate.

Notre distingué confrère, le Dr Henri Bon, a eu l'heureuse pensée de nous faire pénétrer dans l'intimité de Laënnec. Il a conté en un petit livre, dont la lecture fut pour nous des plus attrayantes, la vie simple et laborieuse de ce grand homme, qu'il classe dans la collection des Grands Catholiques des XIXe et XXe siècles (1).

Nous emprunterons à l'ouvrage du Dr Henri Bon les détails de l'existence de Laënnec, depuis son enfance jusqu'à sa mort, sans insister sur sa vie religieuse, à laquelle notre confrère consacre tout un chapitre. Nous suivrons sur ce point délicat le conseil qu'a donné Laënnec lui-même, que le Dr Henri Bon a judicieusement cité :

« En matière de politique comme en toute autre, il est rare que l'on puisse être en tout de l'avis des gens avec lesquels on vit. L'on ne doit jamais manifester une opinion que l'on n'a pas ; mais un homme sage doit s'abstenir de parler, quand, en soutenant son sentiment, il n'a pas une espérance raisonnable d'y ramener les autres. »

* * *

Né à Quimper, le 17 février 1781, fils d'un Conseiller du Roi, lieutenant particulier de l'Amirauté à Quimper, et de Félicité Guesdon, d'origine angevine, René-Théophile-Hyacinthe Laënnec descendait d'une famille de petite noblesse de robe dont on a pu suivre les ascendants jusqu'au XVIe siècle. Sa mère mourut cinq ans après sa naissance, le laissant avec un frère et une sœur plus jeunes que lui. Les deux garçons furent recueillis par leur oncle, docteur en Sorbonne et curé d'Elliant, car le père de Laënnec, qui ne manquait ni d'esprit, ni de culture, était dépourvu de sens pratique et passait pour léger et agité. Mais l'oncle curé fut nommé trois ans après chanoine de Tréguier, et Théophile et Michaud, son frère, vécurent désormais au foyer de leur oncle Guillaume, médecin à Nantes, alors recteur de l'Université de cette ville, belle figure de praticien de province, qui, bien que pourvu d'une situation modeste, s'occupa de ses neveux et joua un grand rôle dans l'avenir de Théophile Laënnec.

Les deux enfants furent instruits d'abord à l'Institution Tardivel, puis au Collège de l'Oratoire en 1791, dont le directeur d'alors, le Père Fouché de Ronzerolle, fut élu l'année suivante à la Convention Nationale et devint le célèbre Fouché.

Laënnec, intelligent et studieux, eut de nombreux succès dans ce Collège transformé, où l'enseignement de la religion se mélangeait sans se choquer avec celui des Droits de l'Homme et du Citoyen. Il était en seconde à 11 ans et savait agréablement tourner une pièce de vers.

La vie à Nantes fut pendant quelques années terriblement agitée.

A la prise de la ville par l'armée vendéenne de Cathelineau succéda la Terreur et les féroces exécutions de Carrier. Guillaume Laënnec, à l'esprit libéral et modéré, alors médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, se confina avec prudence dans ses fonctions, d'ailleurs absorbantes, et ni lui, ni sa famille, ne furent sérieusement inquiétés. En 1795, les études secondaires de Laënnec étaient terminées, il fallait faire choix d'une profession. Le père se désintéressant de l'avenir de ses enfants ; l'oncle Guillaume fit entrer son neveu à l'hôpital de la Paix, un des neuf hôpitaux militaires de Nantes, dont il était le directeur. Laënnec avait donc 14 ans quand il commença ses études médicales ; peu après, à 15 ans, il recevait une commission de chirurgien de 3e classe. Guillaume Laënnec se rendit vite compte de la valeur du

(1) Dr Henri Bon. — *Laennëc.* Publications « Lumière ». Dijon, 1925. Prix : 3 francs.

jeune chirurgien qui, toujours studieux, suivait les cours de l'Ecole de médecine de l'Hôtel-Dieu et, en outre, ceux de l'Ecole Centrale pour apprendre le grec et se perfectionner en latin. En même temps, Théophile prenait des leçons de danse, de flûte et de dessin.

La suppression, par arrêté ministériel, d'un grand nombre d'officiers de santé dont les Laënnec, réduisit la famille de Guillaume à la portion congrue, le père de Laënnec négligeant toujours de faire parvenir la pension de son fils.

La guerre civile battait alors son plein et le 19 octobre 1799, Théophile Laënnec dut prendre son fusil de garde national et concourir à repousser les Chouans de Chastillon et d'Andigné, qui étaient parvenus à pénétrer dans Nantes. Il fut nommé officier de santé de 3e classe dans l'armée de Brune et fit, pendant deux mois, campagne en Vendée. Revenu à Nantes, il fut attaché comme chirurgien à l'hôpital de la Fraternité, puis, son poste ayant été supprimé, il résolut de se rendre à Paris.

Ses ressources étaient fort modiques. Pour les épargner, il partit le 20 avril 1801 avec un voiturier qui, pour dix francs, le transporta à Angers. Il fit à pied la route d'Angers à Orléans et là, trouva une occasion qui lui permit de gagner sans gros frais la capitale.

Arrivé à Paris, Laënnec descend chez son frère au nº 947 de la rue Saint-Dominique-d'Enfer (act. rue Royer-Collard), puis les deux frères vont habiter place Saint-Michel, nº 514.

Théophile suit les cours de l'Ecole de santé, est assidu au service de Corvisart à l'hôpital de l'Unité (La Charité), entre à la Société d'Instruction médicale qui groupait les plus travailleurs et étudie le grec avec passion pour pouvoir lire Hippocrate à livre ouvert. Mais l'argent se fait rare ; son père néglige toujours de lui envoyer sa pension ; il doit 11 francs à son frère, est en retard de 60 francs chez le restaurateur. Il n'a pas de vêtements pour se présenter décemment aux examens. Il est obligé d'emprunter l'habit de son frère et de prendre un pantalon de nankin, en octobre, pour rendre les visites nécessaires à son admission à la Société d'émulation. Faute d'argent, il ne peut passer ses examens, ni soutenir sa thèse. Lauréat à un concours, il fait des démarches auprès de M. Leroux pour être admis à la rédaction du *Journal de Médecine* où il espère gagner 600 francs par an.

Sur les instances de l'oncle Guillaume, son père finit par lui envoyer 300 fr., mais l'étudiant joue de malheur ; un cambrioleur lui vole 220 francs, des bas, des serviettes et la moitié de sa flûte (!).

Il suit les leçons d'anatomie de Dupuytren, se fait recevoir au concours à l'Ecole pratique et peut se livrer alors aux dissections et aux manipulations chimiques. M. Leroux, son chef de service, publie dans le *Journal de médecine* une observation de Laënnec sur un cas intéressant de maladie du cœur. En septembre 1802, il écrit dans le même journal un article fort remarqué sur un mémoire de Benj. Bell et un travail original : *Histoires d'inflammation du péritoine.* Le Directeur de l'Ecole de santé, Thouret, puis Dupuytren, pour son *Traité d'anatomie pathologique*, demandent sa collaboration et il prend une part régulière à la rédaction du *Journal de médecine*; Laënnec a alors 22 ans.

En 1803, le Gouvernement fonde un grand concours général pour les étudiants en médecine et le dote de 1.500 francs de prix. Laënnec obtient le premier prix de médecine et le premier prix de chirurgie. Félicité publiquement par Fourcroy, directeur de l'Enseignement public, il acquiert une telle renommée de supériorité que pour les concours où il se présente, il ne s'inscrit plus de concurrents, et Thouret, le directeur de l'Ecole, doit le prier de ne plus concourir.

Ayant des idées différentes de celles de Dupuytren en matière d'anatomie pathologique, il cesse de collaborer à son traité et expose ses conceptions en un cours public, commencé fin novembre 1803. Ce début fut un grand succès. Il prend part, avec Dupuytren, à la fondation de la Société anatomique, publie un *mémoire sur les vers vésiculaires* qui augmente sa célébrité et enfin peut, le 16 juin 1804, soutenir sa thèse intitulée : *Propositions sur la doctrine d'Hippocrate relativement à la médecine pratique.*

***

Laënnec, docteur, n'était pas au bout de ses difficultés, mais il sut les surmonter à force d'énergie et de labeur. Il ne faudrait pas cependant se faire une idée fausse de lui. Ce grand travailleur, amoureux de son art et de la science, était en outre un homme du monde. Nous l'avons vu écrire des vers au Collège, continuer de versifier, étudiant et même docteur, et ses vers, légers à la manière de son époque, sont le plus souvent empreints d'un gracieux marivaudage ; parfois le style en est quelque peu ampoulé ; à son retour de la campagne de Vendée, il avait écrit sur ce sujet un poème héroï-comique : *la Guerre des Venètes* ; nous le voyons élaborer des sujets plus

sérieux, comme dans l'Ode *sur la philosophie moderne*, écrite en 1805, que cite en entier le Dr Henri Bon avec beaucoup d'autres pièces. La versification en est facile, harmonieuse, la rime est souvent riche, mais nous ne pensons pas que la poésie eût suffi à immortaliser le nom de Laënnec.

Th. Laënnec avait de nombreux amis et savait les choisir. Son plus intime fut Gaspard-Laurent Bayle, son aîné de sept ans, qui, destiné d'abord au clergé, après avoir rempli des fonctions administratives en Provence, son pays d'origine, fut étudier la médecine à Montpellier, passa quelques années aux armées et vint à Paris en 1798. Elève préféré de Corvisart, il était aide d'anatomie à l'Ecole pratique où il secondait Dupuytren. Ce fut dans les services de ces maîtres qu'il connut Laënnec , devint son ami intime et prit avec lui une part active aux luttes de doctrines médicales qui ne tardèrent pas à se déchaîner. Avec Bayle, Laënnec avait pour amis Louis Fizeau qui devint professeur de pathologie médicale en 1825, le Lyonnais Buisson, cousin de Bichat, le Breton Bruté de Rémur, qui, après de brillants succès à la Faculté, abandonna la médecine, se fit prêtre, missionnaire et mourut évêque de Vincennes dans l'Illinois.

Citons encore Savary des Brulons, jeune médecins d'un grand avenir qui mourut prématurément en 1814 en soignant les blessés au Val-de-Grâce ; Perdreau d'Angers, qui fut victime du choléra ; Jacques Varanne, qui partagea pendant plusieurs années le logement de son ami.

Laënnec qui, dans sa jeunesse, avait paru assez indifférent en matière de religion, devint, comme la plupart de ses amis, et sous l'influence de Bayle, un catholique fervent.

Bien qu'affilié à la Congrégation, fondée en 1801, et dont il fut vice-préfet en 1807, il était jaloux de son indépendance, et amoureux de la liberté. Il écrivit en 1814 un pamphlet anonyme où l'on relève cette phrase : « La résistance à l'oppression est le plus saint et le plus sacré de tous les devoirs. »

Il resta toujours éloigné des fonctions officielles sous l'Empire et, bien que ramené par ses relations bretonnes vers la légitimité, il ne fut jamais un courtisan, ni un fougueux partisan des Bourbons et se souvenait d'avoir combattu contre les Chouans.

***

Nous avons vu que la vie d'étudiant de Laënnec à Paris avait été assez pénible et qu'il avait dû, faute de ressources, y subir de dures privations. Une fois docteur, le retentissement de ses succès devait atténuer sa misère, sans amener chez lui l'opulence.

En 1805, déprimé par le travail intense qu'il avait fourni, il se retira quelques mois dans le Soissonnais à Bruys, chez Madame de Laubrière, et au château de Couvrelles chez Madame de Pompéry, ses cousines, qui lui donnèrent l'hospitalité la plus cordiale. Il y mena la vie de château, avec toute la fougue d'un jeune homme de 24 ans, chassa, monta à cheval, fit de la musique, versifia des madrigaux, des bouts-rimés, des proverbes, et composa même, pour la fête d'une amie de ses hôtes, un scénario à six personnages, avec couplets, chantés sur les airs de l'époque.

Une fois reposé, Laënnec revint à Paris reprendre sa tâche. Dupuytren, dans une publication où il exposait sa classification des lésions anatomiques, s'était approprié une partie des travaux de Laënnec ; ce dernier en revendiqua la priorité dans le *Journal de médecine*. Dupuytren répliqua violemment, mais Laënnec ne céda pas et le grand chirurgien, qui avait été son maître, son ami, et avec lequel il avait longtemps collaboré, devint son ennemi.

Nous ne pouvons énumérer les travaux du jeune médecin ; mais, bien que Hallé eût prédit que, s'il continuait de travailler, il deviendrait le premier médecin d'Europe avant 40 ans, tout cela ne lui permettait guère de vivre ; il lui fallait faire de la clientèle. En 1804, ses clients lui rapportèrent 150 francs et en 1805, durant sa seconde année d'exercice, 400 francs. Son père lui fournissait très irrégulièrement 1.200 francs de revenus et à cela s'ajoutait quelques centaines de francs comme rédacteur du *Journal de médecine*. Son budget ne devait guère dépasser 2.500 fr. Les lettres qu'il écrivait à son père, celles qu'il recevait de son excellent oncle Guillaume, qui lui parlait « de la pauvre pitance que la Providence lui avait destinée » prouvaient éloquemment qu'il se débattait au milieu des pires difficultés. Cependant, sa réputation grandissait ; il était membre de toutes les sociétés médicales parisiennes et correspondant des sociétés de Soissons, de Liége, de Marseille.

Voulant augmenter sa clientèle, il changea d'appartement et prit 3, rue du Jardinet, non loin de l'Ecole de Médecine, celui que venait de quitter son ami Bayle, récemment marié. Ce changement, joint à ses succès scientifiques, fit croire à ses compatriotes bretons et à sa famille

→→

qu'il était devenu un médecin très couru, et son frère Michaud dut désillusionner leur père qui croyait un peu trop promptement à la fortune de son fils aîné. Une lettre de son frère donne quelques précisions : « Son travail de médecin et de journaliste, écrit-il, ne lui rapporte encore qu'onze ou douze cents francs par an (en 1807). Son travail d'anatomie pathologique va aussi fort lentement. La seule chose qui annonce une amélioration dans ses finances, c'est un appartement un peu plus propre, qui lui coûte trois cents francs par an, et dans lequel il a placé cinq cent huit francs de meubles. »

1.200 francs d'honoraires, 300 fr. de loyer, 508 francs de meubles : nous donnons ces chiffres à méditer ; même en les multipliant par un coefficient suffisant pour ramener au taux actuel la valeur de la monnaie d'alors, nous donnons, disons-nous, à méditer ces chiffres aux jeunes médecins, lauréats des concours, qui s'installent sans avoir l'espoir de devenir des Laënnec.

Un peu plus tard, Laënnec lui-même écrivait à son père : « Je ferai peut-être cette année 1.800 à 2.000 francs de ma petite pratique de médecine ».

Néanmoins, sa situation s'améliorait à mesure que s'accroissait sa célébrité. En 1810, il augmentait de trois pièces voisines son petit appartement. En 1812, il se plaignait d'être encombré de malades et ses recettes atteignaient une *dizaine de mille francs*. Il avait alors 31 ans et exerçait depuis 8 ans. Sa clientèle était de choix ; il était le médecin de Châteaubriand, de Madame de Lévis, qui ne jurait que par lui.

Mais arriva 1814, et ses recettes tombèrent à 5.400 francs, et il en fut de même en 1815 et 1816. Les malades étaient nombreux, mais nombreux aussi étaient ceux qui le payaient en cadeaux ou ne le payaient pas du tout.

Le typhus était arrivé à Paris avec les Alliés. Malgré la délicatesse de sa santé, Laënnec se multipliait à la Salpêtrière, surtout auprès des conscrits bretons dont il était un des rares médecins capables de comprendre le langage.

Sous l'Empire, les fonctions officielles de Laënnec se bornèrent à celles de médecin adjoint du IVe Dispensaire de la Société philanthropique, qui lui valaient plus de peines que de profits, et à celles de médecin du Cardinal Fesch, oncle de l'Empereur, auquel il resta fort attaché. Même après le retour des Bourbons, Laënnec conserva sur la cheminée de son cabinet le buste du Cardinal que celui-ci lui avait donné.

Le début de l'année 1816 fut particulièrement pénible pour Laënnec. Il travaillait à un Traité d'Anatomie Pathologique qu'il comptait publier avant peu, quand Cruveilhier présenta comme thèse un *Essai d'anatomie pathologique* qui l'obligeait à renoncer à son dessein. En même temps mourait en mai, à 41 ans, son ami intime, Bayle. Mais l'heure des compensations arrivait.

En août 1816, grâce à l'appui de Becquey, sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, il était nommé médecin de l'hôpital Necker et, en septembre ou octobre, le hasard attirait son attention sur l'auscultation.

Laënnec traversait la cour du Louvre, allant visiter une jeune malade atteinte d'une affection cardiaque. La cour était encombrée de matériaux au milieu desquels jouaient des enfants. Les uns frappaient et grattaient avec une épingle à l'extrémité d'une poutre tandis qu'un de leurs camarades, l'oreille collée à l'autre extrémité, écoutait les bruits transmis ou accrus par la poutre.

Laënnec fut frappé de ce jeu. Arrivé auprès de sa malade, et ne voulant pas, pour ménager sa pudeur, poussée à l'extrême à cette époque, appliquer directement l'oreille sur sa poitrine, il demanda un cahier, en fit un rouleau très serré et put, par son intermédiaire, entendre les bruits anormaux du cœur et mieux les localiser. Le stéthoscope était découvert.

Revenu chez lui, il s'évertua à tourner des cylindres en bois, des bâtons comme il les appelait, à les perfectionner, à étudier avec eux l'auscultation, si bien qu'en février 1818, il communiquait à l'Académie des Sciences un *Mémoire sur l'auscultation à l'aide de divers instruments d'acoustique employés comme moyens d'exploration des maladies des viscères thoraciques et particulièrement la phtisie pulmonaire.*

Il continuait dans un labeur acharné à mettre la dernière main à ses travaux. Le 19 avril 1819, il traitait avec les éditeurs Brosson et Chaudé, 9, rue Pierre-Sarrazin, et dans une lettre du 29 août, il s'étonnait du prix que les éditeurs lui donnaient pour son livre : « J'ai vendu, écrivait-il, les deux premières éditions à faire (en deux volumes), formant ensemble 3.500 exemplaires, sept mille francs payables après la mise en vente de chaque édition. Bichat n'a vendu la propriété de son anatomie générale que trois mille francs ; et moi je me réserve la propriété. »

Au milieu du mois d'août 1919 paraissait son ouvrage sous le titre : *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur fondé principalement sur ce nouveau mode d'exploration.*

Ce fut la gloire. L'auscultation était depuis longtemps connue. Hippocrate, Cœlius Aurelianus, Harvey avaient signalé les bruits que l'on pouvait entendre dans certaines affections en appliquant l'oreille sur le thorax. Ambroise Paré avait indiqué que, dans certaines maladies des poumons, on entendait des bruits « comme d'une bouteille à demi pleine qui gargouille », mais tout cela était vague et imprécis. Laënnec inventa l'auscultation, en fit l'étude méthodique complète, en signala tous les résultats, donna l'explication de chaque bruit, indiqua quelle lésion il permettait de déceler.

En somme, il permit par sa découverte de différencier les maladies des poumons et du cœur, à tel point que nous nous demandons aujourd'hui comment, avant l'auscultation, pouvait faire un médecin pour diagnostiquer les affections des poumons et du cœur et prescrire un traitement utile.

Après une courte période d'hésitation et d'indécision, tous les médecins se mirent à ausculter et cherchèrent à vérifier les observations de Laënnec. De nombreuses thèses prirent l'auscultation comme sujet. Le *Traité d'auscultation* eut un succès énorme en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Hollande, en Suède, en Russie, en Pologne, même en Amérique.

Châteaubriand prédit que « cette belle et grande découverte ferait époque dans l'histoire de l'art. » Mais le soin avec lequel Laënnec avait amassé les éléments de son ouvrage, le souci de sa rédaction, l'avaient épuisé. Déjà il avait dû, en août 1818, aller prendre quelques repos dans le petit manoir de Kerlouarnec en Ploaré qu'il tenait de son père et qu'il avait fait réparer. Se sentant incapable de travailler, d'aborder le professorat que l'importance de sa découverte lui assurait, il résolut de se retirer.

Il vendit sa bibliothèque, donna ses collections à la Faculté de Médecine, liquida tout ce qu'il put pour avoir à sa disposition quelque argent et, sans espoir de retour, Laënnec gagna sa Bretagne et fut s'installer à Kerlouarnec. Il n'avait pas quarante ans. Là, il se livra, à l'équitation, s'occupa de rétablir sa métairie, du dessèchement du Palud du Cosquer qui lui permettrait de récupérer plusieurs hectares d'excellente terre. Il tourna des stéthoscopes, étudia le breton, recueillit les légendes du pays, fit de la musique. Il ne se désintéressa pas néanmoins de la médecine et rédigea un *Aperçu sur la pratique de la médecine en Bretagne.*

Sa santé, en août 1821, était fort améliorée, mais non complètement rétablie ; cependant l'épuisement de ses ressources l'obligea à songer à un prochain retour à Paris. Les lettres de ses amis et de ses élèves l'appelaient instamment pour combattre la néfaste doctrine de Broussais qui triomphait et que, seul, il pouvait réfuter avec autorité. En outre, il était sûr de bénéficier de l'appui de ses amis devenus puissants : Monseigneur de Quélen, archevêque de Paris, et Corbière, membre du Conseil Royal de l'Instruction Publique.

Le 7 novembre 1821, il reprenait le chemin de Paris où il descendait rue de Grenelle à l'hôtel du Bon Lafontaine. A l'heure même de son retour, Hallé posait sa candidature à l'Académie des Sciences ; en décembre, une chaire de clinique lui était offerte à la Faculté, mais il déclinait cette charge devant la candidature de Récamier. Il reprenait son service à Necker, y donnait des leçons cliniques où se pressaient les auditeurs venus de tous les pays d'Europe. Les consultations qui lui étaient demandées se multipliaient. Hallé le faisait nommer médecin de la Duchesse de Berry. En août 1822, il était désigné comme professeur au Collège de France et, en 1823, comme membre de l'Académie de médecine.

Le 18 novembre 1822, des troubles survenaient à la Faculté de médecine. A la séance de rentrée, Desgenettes, chargé du discours, fit l'éloge de Hallé, mort depuis peu, rendant hommage à la sincérité de ses sentiments religieux ; il ajouta : « Une teinte de l'âme de Fénelon émoussait chez lui le rigorisme et, comme il se croyait sans mission pour ramener les autres à ses opinions, il se borna à prêcher d'exemple. » Comme les étudiants avaient manifesté contre les Bourbons et le recteur de l'Académie de Paris, l'abbé Nicolle, le Gouvernement considéra la phrase de Desgenettes comme subversive (!) et une ordonnance royale supprima purement et simplement la Faculté de médecine.

Quelques jours plus tard, l'on proposa à Laënnec d'entrer dans le Conseil royal de l'Instruction Publique ; il refusa parce qu'il n'approuvait pas les mesures arbitraires et qu'il avait vivement critiqué, un an auparavant, l'habitude de nommer les professeurs à des chaires sans se soucier de leurs aptitudes. Récamier avait été nommé professeur de botanique.

Il crut devoir accepter quelque temps après d'entrer dans la Commission pour réorganiser la Faculté. Il s'efforça de faire réintégrer les anciens professeurs, obtint le maintien de Béclard et de Boyez, fit en vain l'impossible pour faire

nommer Desgenettes qui l'en remercia plusieurs fois par écrit. Malgré lui, onze anciens professeurs sur vingt-cinq furent sacrifiés. Il est juste de remarquer que, sur ces onze, sept avaient dépassé soixante-dix ans et avaient largement atteint l'âge de la retraite.

Nommé professeur de Clinique médicale, Laënnec déclina l'honneur du Décanat et inaugura ses Cliniques officielles à la Charité.

Ce fut alors que se déchaîna dans toute son ampleur la lutte contre Broussais.

Le fougueux chef de l'Ecole physiologique attaqua Laënnec avec sa fougue accoutumée.

Aux critiques très mesurées de l'inventeur de l'auscultation, il répondait par des invectives ; il le traitait de devin, d'investigateur cadavérique, etc. Laënnec répliquait avec ironie et sang-froid ; il critiquait les « théories prétendues physiologiques » qu'avaient développées les « hérésiarques de la médecine », et prenait Paracelse pour type de ces hérésiarques.

En décrivant les façons de faire de ce dernier et ridiculisant sa faconde charlatanesque, il faisait sous ses traits un portrait exact de Broussais. Tout le monde le reconnut et Broussais devint le Paracelse moderne.

Après son étrange popularité, la doctrine physiologique de Broussais devait s'éteindre et, quelques dix années plus tard, les *Annales de médecine physiologique*, l'organe de Broussais tout puissant, disparaissaient, faute d'abonnés, sans que personne s'en fût aperçu.

En 1822, Laënnec avait appelé, pour tenir sa maison, une de ses cousines, Madame Veuve Argou ; il l'épousa en 1824 par scrupule, pour mettre un terme aux bruits fâcheux pour la réputation de cette dame que des ennemis ou des envieux se plaisaient à faire courir. Sa santé était cependant fort altérée. Ses travaux, la réédition de son *Traité d'Auscultation*, l'avaient définitivement épuisé malgré quelques périodes de repos en Bretagne et en Champagne.

Le 1er avril 1826, il fut atteint de bronchite avec fièvre et douleurs thoraciques, attaque manifeste de la tuberculose qui devait le terrasser.

En mai, il se décida à retourner en Bretagne dont il ne devait pas revenir cette fois. Il arriva épuisé le 9 juin à Kerlouarnec. Son état s'aggrava progressivement. Le dimanche 13 août 1826, après une longue période de torpeur, il se réveilla et retira les bagues qu'il portait aux doigts ; comme on lui en demandait la raison : « Il faudrait, dit-il, que bientôt un autre me rendît ce service, je ne veux pas qu'on en ait le chagrin. »

A cinq heures du soir, Laënnec était mort.

Il repose depuis, avec son épouse, morte en 1847, dans le petit cimetière de Kerlouarnec dominant la baie de Douarnenez. Une simple dalle de marbre noir recouvre la sépulture.

***

Telle fut la vie du grand Laënnec que nous remercions le Dr Henri Bon d'avoir contée dans tous les détails de son intimité, en un petit volume de vulgarisation. Cette vie peut et doit servir d'enseignement et d'exemple. Elle montre d'abord au public tout le travail et l'effort qu'il est nécessaire d'accomplir pour devenir un grand médecin, et combien les honneurs et les profits sont faibles, en regard des épreuves que celui qui veut arriver doit subir, épreuves qui trop souvent minent sa santé et amènent une mort prématurée.

Aux jeunes qui ont hâte de réussir, elle donne une leçon de patience. Elle montre quelle opiniâtreté ils doivent mettre pour arriver à une célébrité de bon aloi. Elle prouve que lorsqu'on veut devenir un savant, il faut apprendre à se contenter de peu et faire le sacrifice du luxe et même de la vie large.

A tous, la vie de Laënnec est un exemple de droiture et de tolérance. Nous le voyons, malgré ses convictions religieuses sincères et poussées aux dernières limites de la piété, éviter toute tendance au fanatisme, se garder d'un prosélytisme dangereux, s'opposer aux mesures d'arbitraire prises au nom de la religion et chercher à les réparer quand il les juge injustes, notamment pour Desgenettes, réclamer que chacun remplisse les fonctions auxquelles il est apte et refuser pour lui même des places qu'il juge méritées par de plus dignes. Enfin Laënnec, comme Pasteur, sut, chose difficile, rester un savant dans toute l'acception du terme, tout en étant croyant. Il s'abstint avec soin de faire intervenir dans le déterminisme scientifique de sa doctrine le dogmatisme religieux et se borna à observer et à expliquer les faits sans avoir recours au merveilleux et, pour conclure, nous répèterons le jugement que porta sur lui le professeur M. Letulle, jugement que nous avons déjà cité au début de cet article : Laënnec fut le plus grand médecin du monde depuis Hippocrate.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ANTISEPSIE DANS LA PRATIQUE JOURNALIÈRE

Par le professeur J. Vanverts.

Mon but n'est pas d'envisager tous les modes de désinfection, leurs applications, leurs avantages et leurs inconvénients. Il est plus modeste, et consistera à présenter quelques remarques au sujet de l'antisepsie et de l'asepsie et à indiquer comment le médecin praticien peut, à l'aide de moyens simples, s'assurer une sécurité absolue et obtenir d'excellents résultats.

Je laisserai donc de côté les interventions de grande chirurgie, bien que la simplicité des moyens convienne aussi en cette matière, et ne m'occuperai que des manœuvres d'exploration et des interventions de petite chirurgie que tout médecin est appelé à pratiquer quotidiennement.

J'envisagerai successivement trois points : *la désinfection du matériel d'opération et de pansement, celle de la peau de l'opéré, celle des mains du chirurgien.*

1° *La désinfection du matériel d'exploration, d'opération et de pansement.* — Ce matériel doit être stérile. Si, pour le pansement de certaines plaies suppurantes, le médecin peut ne pas être trop exigeant et accepter d'utiliser les gazes et ouates fournies en paquets par le commerce pharmaceutique, il n'en est plus de même quand il s'agit soit de procéder à une manœuvre exploratrice ou opératoire, soit de panser une plaie aseptique. La simple injection sous-cutanée à l'aide d'une aiguille et d'une seringue de Pravaz nécessite de même la désinfection de ces instruments. L'absence de cette précaution ne détermine souvent, je le reconnais, aucun phénomène inflammatoire, mais le développement d'une infection légère, caractérisée par de la rougeur de la peau et une légère induration sous-cutanée douloureuse, parfois d'une infection plus accusée aboutissant à la suppuration, vient de temps en temps rappeler au médecin ou à l'infirmière qu'il peut y avoir des inconvénients à trop compter sur la défense naturelle de l'organisme.

La désinfection — dont, à propos de deux exemples, je viens de rappeler la constante nécessité — *doit être obtenue par la chaleur*, parce que celle-ci seule assure une stérilisation parfaite. L'usage des substances antiseptiques chimiques présente de nombreux inconvénients et ne donne qu'une sécurité incomplète. Aussi doit-il être réservé aux cas où l'on ne peut recourir à la chaleur parce que celle-ci détériore les matériaux qui sont soumis à son action.

Une précaution préliminaire, *indispensable, consiste dans le nettoyage des instruments* immédiatement après une exploration ou une intervention, de façon à en faire disparaître les impuretés grossières — sang, sérosité, pus, etc. — qui les souillent. Si on la néglige, ces impuretés se dessèchent, se coagulent et forment des couches qui protègent les microorganismes contre l'action des antiseptiques et même de la chaleur lorsque celle-ci est utilisée sous sa forme sèche (flambage, séjour à l'étuve).

Ce nettoyage est obtenu par le savonnage et par des frictions à l'aide d'une compresse de gaze ou d'une brosse ; certains instruments creux (sondes) sont nettoyés à l'aide de liquide savonneux injecté avec une seringue. Si les instruments ont servi à une opération aseptique, ils sont ensuite essuyés soigneusement ; s'ils ont été utilisés pour une opération septique, ils sont aussitôt désinfectés par la chaleur — de préférence par la chaleur humide — de façon à ne pas rester souillés de microbes virulents jusqu'au moment de la prochaine intervention.

Tous les procédés de stérilisation par la chaleur sont bons pourvu que celle-ci atteigne une *température suffisante pendant un temps suffisant.* Ils ne jouissent cependant pas d'une valeur égale et ne peuvent pas, d'autre part, être employés indifféremment dans tous les cas.

La chaleur sèche est utilisée sous forme de *flambage* ou de *séjour dans l'étuve sèche.*

Le *flambage* est un moyen commode en raison de sa rapidité d'action. Tantôt on passe les objets dans la flamme d'une lampe à alcool, tantôt et le plus souvent on les place dans une cuvette et l'on verse dans celle-ci quelques grammes d'alcool auquel on met le feu.

L'inconvénient de ce procédé est que l'on n'est jamais sûr de garder le juste milieu entre la chaleur insuffisante qui ne stérilise pas complètement et la chaleur exagérée qui détrempe l'acier des instruments.

Le flambage constitue le moyen ordinairement utilisé pour la désinfection des cuvettes et

des plateaux. Pour le rendre sûrement efficace il faut : 1° imprimer à ces récipients des mouvements qui entraînent la flamme dans tous les points et en particulier au niveau des bords ; 2° prolonger le flambage pendant un temps dont le minimum est de 2 minutes pour les vases en métal, de 3 minutes pour les vases en émaillé, de 4 minutes pour les vases en faïence ou en porcelaine.

Le *séjour à l'étuve sèche* est un moyen peu utilisé par le praticien qui ne possède pas cet appareil. Le fonctionnement de l'étuve présente l'inconvénient d'exiger une surveillance constante, destinée à constater les baisses et les élévations exagérées de la température. Le degré nécessaire pour une bonne stérilisation ne doit pas être inférieur à 150° et doit être maintenu pendant trois quarts d'heure au moins.

La STÉRILISATION PAR LA CHALEUR HUMIDE présente l'inconvénient de laisser mouillés les objets stérilisés — inconvénient peu important quand ceux-ci doivent être utilisés immédiatement après la désinfection. Elle a, par contre, sur la chaleur sèche l'avantage 1° de ramollir et de dissoudre — surtout quand on emploie les solutions carbonatées — les souillures organiques qui ont pu être laissées sur les objets à la suite d'un nettoyage insuffisant ; 2° de pouvoir être réalisée à l'aide de moyens simples.

L'*ébouillantement dans l'eau* est suffisante en pratique, pourvu que l'ébullition de l'eau soit continuée pendant un certain temps (un quart d'heure au moins, dans la pratique ordinaire).

Plus sûr, plus rapide et aussi facile est *l'ébouillantement dans une solution de carbonate de soude* à 1 ou 2 %. Après cinq minutes d'ébullition la stérilisation est complète. Ce moyen de désinfection doit son efficacité au degré élevé de température de la solution pendant l'ébullition et surtout au lessivage des matières grasses et albuminoïdes qui permet à l'eau bouillante d'agir sur les germes non abrités. C'est à lui que, en raison de ces qualités de sécurité, de rapidité et de simplicité, le médecin praticien doit presque toujours donner la préférence.

Je passe sous silence *la désinfection par la vapeur d'eau sous pression dans l'autoclave*, celui-ci n'étant d'ordinaire pas en la possession du médecin.

A ces remarques d'ordre général j'ajouterai les suivantes qui concernent la désinfection de certains matériaux.

Les *objets en caoutchouc* — sondes, drains, gants — ne peuvent être soumis à l'action de la chaleur sèche, qui les brûle, ni à l'ébouillantement dans les solutions carbonatées qui les détériorent. L'ébouillantement dans l'eau ou le séjour dans l'autoclave leur conviennent seuls. Pour éviter qu'ils soient brûlés au contact de la paroi des récipients, il faut avoir soin, avant de les plonger dans l'eau, de les envelopper dans une compresse de gaze ou de toile.

Les *matériaux* (*gaze, ouate*) destinés à éponger le sang et les liquides au cours des opérations et à constituer les parties profondes des pansements qui sont en contact avec la plaie, sont fournis par le commerce pharmaceutique en état de parfaite stérilité dans des boîtes hermétiquement fermées. A leur défaut on se servirait de gaze ou d'ouate que l'on aurait stérilisée par l'ébullition et que l'on exprimerait de la plus grande partie de l'eau qui les imbibe avant de s'en servir pour éponger ou avant de les appliquer sur les plaies.

L'*eau*, dont le médecin a besoin, soit pour le lavage de ses mains, soit pour la confection des solutions antiseptiques, soit pour tout autre usage, doit être tiède ou chaude, mais toujours à une température moyenne. Pour obtenir celle-ci, on mélange d'ordinaire de l'eau stérilisée bouillante ou très chaude et de l'eau stérilisée froide. Quand il s'agit d'une opération, il est facile de faire préparer ces deux sortes d'eau, contenues dans les récipients hermétiquement fermés où elles ont été stérilisées. Mais, quand les manœuvres de lavages doivent être répétées pendant plusieurs jours, les difficultés se produisent en particulier pour l'eau froide.

Voici un moyen simple qui permet au médecin d'avoir toujours à sa disposition de l'eau froide parfaitement stérile et en quantité suffisante. On remplit d'eau une série de bouteilles dont on obture le goulot avec un tampon d'ouate ; on place ces bouteilles dans un récipient rempli d'eau en quantité telle que le niveau du liquide soit à une certaine distance de l'extrémité des goulots ; on porte à l'ébullition pendant une demi-heure au moins, puis, après refroidissement, on retire les bouteilles du récipient. L'eau de celles-ci restera stérile, tant que le bouchon d'ouate ne sera pas enlevé.

Si la chaleur constitue le mode de désinfection auquel, il faut, autant que possible, avoir recours, il est des cas où elle est inutilisable parce qu'elle détériore les objets à stériliser, telle les *sondes et les bougies en gomme*. On se sert pour désinfecter celles-ci de vapeurs sèches de formol dégagées par la poudre de trioxyméthylène. Très commodes sont les tubes spéciaux en verre, dans lesquels on place les sondes et les bougies et qui sont fermés par un bouchon de caoutchouc présentant une cupule ; dans cette cupule on place le trioxyméthylène et par-dessus celui-ci un tampon de gaze ou d'ouate peu serré. Un séjour de 48 heures dans les vapeurs de formol assure la désinfection.

2° *La désinfection des mains.* — La désinfec-

tion parfaite des mains est difficile à obtenir. Il faut toutefois reconnaître que, telle qu'elle est réalisée par le brossage prolongé et systématique dans l'eau savonneuse et chaude, elle est suffisante en pratique, *pourvu qu'elle s'adresse à des mains qui n'aient pas été récemment souillées.*

Cette dernière condition a une importance sur laquelle on ne saurait trop insister. Lorsque le médecin a pratiqué des manœuvres septiques (exploration, opération, autopsie, etc.), il doit considérer ses mains comme difficilement désinfectables. Dans une discussion déjà ancienne de la Société de chirurgie de Paris, un délai de 48 heures entre une opération septique et une opération aseptique avait été considéré comme nécessaire au point de vue de la possibilité de la désinfection des mains. Bien que ce point spécial ait perdu de son intérêt depuis l'usage des gants imperméables, il doit rester présent à l'esprit du médecin, car bien des manœuvres de petite ou de grande chirurgie sont encore exécutées sans gants. Il entraîne comme conclusion pratique que le médecin a le devoir de veiller à l'entretien de ses mains, c'est-à-dire d'éviter toute blessure, même insignifiante, d'utiliser les doigtiers ou les gants en caoutchouc pour les nombreuses manœuvres septiques (examen de la bouche, toucher vaginal, ouverture d'abcès, etc.), qu'il est appelé à pratiquer. Ce soin des mains, cette protection contre les traumatismes et contre l'infection, constituent l'une des parties primordiales de la désinfection, puisqu'ils mettent les mains à l'abri des souillures septiques et qu'ils rendent plus aisée et plus sûre la désinfection.

Les doigtiers protègent les doigts au cours du toucher rectal et du toucher vaginal. Les uns supportent facilement l'ébullition répétée, pourvu que celle-ci ne soit pas trop prolongée, et peuvent ainsi servir un grand nombre de fois ; les autres, dont le prix est modique, sont jetés après usage. — Les gants doivent être à manchettes et en tissu épais, de façon à être peu vulnérables et à supporter de nombreuses ébullitions ; leur usage est ainsi peu dispendieux. Ces sortes de gants suffisent à la pratique journalière qui n'exige pas d'ordinaire une grande délicatesse du tact. Si celle-ci était nécessaire, le médecin utiliserait des gants d'épaisseur moindre.

Je ne m'étendrai pas sur l'usage des gants dans les opérations aseptiques. Il est certain — mon expérience et celle de beaucoup d'autres le prouvent — qu'il n'est pas indispensable si l'on a soin de ne jamais s'infecter les mains par des manœuvres septiques, c'est-à-dire si celles-ci ne sont pratiquées qu'à l'aide de gants. La diminution de délicatesse du toucher qu'entraîne l'emploi des gants doit, pour les uns, faire rejeter l'emploi de ceux-ci, au moins pour certaines manœuvres ; d'autres soutiennent une opinion contraire en se basant sur la sécurité donnée par les gants au point de vue de la protection des plaies contre l'infection.

Si l'on utilise les gants pour les opérations aseptiques, on doit se désinfecter les mains avec autant de soin que si l'on opérait sans eux. Ceux-ci, pouvant être déchirés, sectionnés, piqués au cours des manœuvres opératoires, il importe que la peau ainsi mise à nu accidentellement soit dans un état de propreté chirurgicale parfaite. Négliger le nettoyage minutieux des mains sous prétexte que celles-ci seront recouvertes de gants constitue une erreur grave. On a dit — non sans raison — que l'usage des gants pouvait constituer un danger et qu'il avait eu comme conséquence une diminution de minutie dans la désinfection des mains.

3° *La désinfection de la peau de l'opéré.* — Le badigeonnage de la peau avec de la teinture d'iode — ou avec d'autres liquides antiseptiques tels que l'essence de goménol, etc. — constitue le mode de stérilisation ordinairement utilisé pour la stérilisation de la peau avant les opérations ou après un traumatisme ayant produit une plaie. On employait autrefois — avec d'excellents résultats — et, à défaut de teinture d'iode, on utilise encore le savonnage à l'eau stérilisée chaude. Le nettoyage à l'alcool (1) ou à l'éther est aussi très efficace et permet d'éviter l'irritation parfois exagérée de la peau par la brosse : on exécute pendant quelques minutes des frictions à l'aide d'une compresse de gaze ou d'un tampon d'ouate imbibé de ces liquides(2).

La teinture d'iode, dont l'usage est aujourd'hui courant, présente une supériorité incontestable, due à son action fortement antiseptique et à son pouvoir de pénétration dans la peau.

Pour qu'elle donne les résultats qu'on a le droit d'en attendre il faut toutefois que son usage soit soumis à certaines règles.

La première est que la peau sur laquelle on applique le liquide antiseptique ait été préalablement privée des impuretés grossières qui la souillent. Appliquer de la teinture sur une peau « sale » constitue une erreur. Ne peut-on craindre, en effet, que malgré ses qualités antiseptiques puissantes cette substance ne soit pas susceptible d'obtenir la désinfection parfaite d'une peau ainsi souillée ? Il est plus prudent et par conséquent préférable de nettoyer la peau

(1) Il n'est pas inutile de rappeler que l'alcool dénaturé ne présente, au point de vue du nettoyage de la peau, aucune infériorité sur l'alcool rectifié et qu'il a l'avantage d'être d'un prix beaucoup moins élevé.

(2) Le nettoyage de la peau à l'aide de solutions antiseptiques diverses — dont le pouvoir microbicide est faible si l'on utilise les solutions non caustiques — est absolument illusoire. Bien que souvent utilisé pour déterger la peau en cas de plaie, au moment du renouvellement du pansement, il doit être abandonné et remplacé par le nettoyage à l'alcool ou à l'éther.

avant d'y appliquer de la teinture d'iode. Ce nettoyage ne devra pas être exécuté à l'aide de l'eau savonneuse qui gênerait la pénétration ultérieure de l'antiseptique, mais avec de l'alcool ou de l'éther.

La seconde règle est que le temps d'application de la substance antiseptique doit être suffisant. Une erreur — tout aussi grave que la précédente — consiste à considérer cette substance comme produisant instantanément la désinfection de la peau et à procéder à la manœuvre opératoire — exploration, injection sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, ponction veineuse, sous-arachnoïdienne ou autre, incision, etc. — immédiatement après l'application de l'antiseptique. L'action désinfectante de celui-ci est quasi nulle dans ces conditions et, si les phénomènes infectieux sont rares après les manœuvres sus-indiquées, c'est que les microbes souillant la peau sont d'ordinaire peu virulents et que les instruments utilisés sont aseptiques. Les recherches expérimentales ont montré que la désinfection de la peau après l'application de teinture d'iode n'était obtenue qu'au bout de huit minutes environ. Si donc on veut désinfecter sûrement la peau à l'aide de la teinte d'iode et non faire simplement « une apparence de désinfection », il faut avoir la patience d'attendre le temps nécessaire pour que celle-ci soit réalisée. Pour les explorations et les petites interventions de la pratique journalière — telles que les injections sous-cutanées — il est plus rapide de nettoyer simplement la peau à l'alcool, à l'éther ou même au savon.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Arthropathies hérédo-syphilitiques de la première enfance (1).

Par le professeur Nobécourt.

Une petite fille que nous avons soignée à la salle Husson est née le 1er février 1924, à terme, pesant 3 k. 500. Elle a été élevée au sein par sa mère jusqu'à 6 mois, puis mise au lait de vache. Elle s'était toujours bien portée, lorsqu'à la fin d'octobre elle fut prise d'une bronchite aiguë fébrile pour laquelle on la fit entrer à l'hôpital, le 8 novembre.

Le soir de son entrée, la température est de 38°7. C'est une enfant de 9 mois, d'une taille de 66 cm., d'un poids de 7 k. 300, un peu maigre. L'examen ne révèle rien de particulier, sauf un retard de dentition (elle n'a que 2 incisives supérieures et une incisive inférieure) et quelques signes de rhinopharyngite.

Les jours suivants, la toux diminue; elle présente quelques selles liquides, jaunes, glaireuses, avec une élévation passagère de la température (38°, 38°5). Mais elle maigrit, si bien que le 22 novembre, quatorze jours après son entrée, elle a perdu 700 gr. et ne pèse plus que 6.950 gr.

On ne trouve aucun signe de tuberculose : la cutiréaction à la tuberculine est négative ; la radioscopie du poumon ne révèle aucune lésion. Mais le Bordet-Wassermann est positif à deux reprises, les 10 et 17 novembre.

Le 24 novembre, l'infirmière remarque que l'enfant crie quand elle touche à son bras gauche. La douleur augmente. Le membre supérieur reste inerte, immobile, et au moindre mouvement qu'on lui imprime l'enfant pousse des cris témoignant d'une douleur vive.

L'examen du membre supérieur gauche montre que le bébé remue spontanément ou quand on le pince, ses doigts et son avant-bras, mais immobilise son épaule. La région de l'articulation scapulo-humérale, en avant, est un peu grosse, tuméfiée, rouge et chaude. L'interligne articulaire est saillant avec de la fluctuation; il existe un épanchement liquide dans l'articulation. La pression est douloureuse au niveau de l'interligne et de la tête humérale.

On note une fièvre légère qui persiste irrégulière jusqu'au 30 novembre, ne dépassant guère 38°, 38°2, atteignant un jour 39°.

Nous pensons à une *arthrite infectieuse* peut-être due au pneumocoque, étant donnée l'infection antérieure des voies respiratoires et nous craignons que cette arthrite ne suppure.

La radiographie, tout en confirmant le diagnostic d'épanchement intra-articulaire, démontre l'intégrité des os, malgré une douleur à la pression de la tête humérale.

L'évolution nous fait abandonner ce diagnostic. La fièvre tombe, la rougeur et la chaleur disparaissent. Mais le point douloureux au niveau de la tête humorale et l'épanchement articulaire persistent.

Nous pensons alors à la possibilité d'une *arthrite syphilitique.* Sans doute, cette enfant ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire mais elle est nettement syphilitique, puisque deux Wassermann ont été positifs (H° —). La réaction de Vernes pratiquée sur notre de-

(1) Leçon faite à la Clinique médicale infantile de la Faculté de Paris, recueillie par le Dr Laporte, et revue par le Professeur.

mande, est négative chez la mère, ainsi que chez le frère âgé de 3 ans, mais est positive chez le père.

Nous instituons le traitement antisyphilitique du 12 au 21 décembre. On pratique, chaque jour, sur la région de l'épaule malade, une friction avec 1 gramme d'onguent napolitain dédoublé, au total 10 frictions. En outre, on fait, tous les 3 ou 4 jours, une injection intra-musculaire de sulfarsénol ; les doses sont élevées progressivement de 3 cgr. à 8 cgr. ; le 12 janvier l'enfant a reçu 75 cgr. en 12 injections.

Coïncidant avec ce traitement, il se produit une amélioration rapide de l'état général, l'enfant reprend du poids (700 gr. en un mois et demi) ; le 14 janvier, elle pèse 7 k. 360 gr. D'autre part l'épanchement de l'épaule se résorbe, l'enfant ne souffre plus .

L'enfant quitte l'hôpital le 26 décembre. Elle revient régulièrement pour suivre son traitement. Vous voyez que son état général est satisfaisant et son épaule complètement guérie.

***

A l'occasion de cette malade, je désire vous entretenir des *arthropathies hérédosyphilitiques de la première enfance.*

Je ne vous parlerai pas des arthropathies hérédosyphilitiques qui surviennent dans la moyenne et la grande enfance, car le sujet est trop vaste pour ne pas mériter une leçon spéciale.

On décrit les unes et les autres respectivement sous les appellations d'arthropathies de la syphilis héréditaire *précoce* et de la syphilis héréditaire *tardive.* A mon sens, ces appellations ne sont pas justifiées et je préfère celles que je viens d'employer.

Dans la syphilis congénitale, les LÉSIONS OSSEUSES sont fréquentes chez le fœtus, le nouveau-né et le nourrisson, pendant les six premiers mois.

Elles ont été décrites par Parrot, dans sa leçon célèbre sur la syphilis héréditaire, publiée en 1886, par Hochsinger, et depuis par bien d'autres. Elles peuvent frapper les *os plats,* du crâne, ou les *os longs* des membres. Je ne m'occuperai que de ces dernières.

Les lésions syphilitiques des os longs siègent au niveau de l'épiphyse, qui est cartilagineuse, et de la région juxta-épiphysaire de la diaphyse, là où les processus d'ossification euchondrale et sous-périostée ont leur maximum d'activité. Il s'agit d'un *syphilome diaphyso-épiphysaire.*

Certains os sont particulièrement intéressés. Le plus souvent, ce sont, au niveau du coude, l'extrémité inférieure de l'humérus et l'extrémité supérieure du cubitus ; au niveau du genou, l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia.

Chez le fœtus et le nouveau-né, on constate le premier degré des lésions. Le périoste, épaissi, facile à décoller, recouvre un tissu poreux jaune-paille, limité à une partie de la périphérie de l'os ou formant manchon ; si l'on fend l'os, on voit un épaississement de la zone chondro-calcaire dans la région diaphyso-épiphysaire.

Le deuxième degré des lésions se rencontre jusqu'à l'âge de 3 mois. Le périoste et le tissu périosté se présentent comme dans le premier degré. Le tissu spongieux juxta-épiphysaire est infiltré par une substance gélatiniforme jaune et ultérieurement rouge ; la couche chondro-calcaire est transformée en une masse de couleur sucre d'orge, qui se ramollit et peut aboutir au décollement diaphyso-épiphysaire. Dans des cas beaucoup plus rares la lésion peut siéger sur la diaphyse et entraîner des fractures.

Enfin, dans le troisième degré, chez les enfants de 3 à 6 mois, il se produit une reprise de l'ossification. Celle-ci est anormale : l'extrémité de l'os est grosse, boursouflée, poreuse, fragile.

Les lésions des os causent des DOULEURS que l'enfant exprime par ses cris.

Le professeur Hutinel aime à rappeler que lorsqu'il était interne de Parrot aux Enfants-Assistés, la religieuse, frappée des cris poussés par les petits syphilitiques, attribuait leur méchanceté au péché originel.

M. Sisto, de Buenos-Ayres, en 1910, dans son livre sur *Les cris chez les nourrissons et la syphilis héréditaire,* a étudié ces cris avec soin, et montré leur valeur séméiologique ; aussi M. Comby a-t-il proposé de donner à ce symptôme le nom de *signe de Sisto.*

Ces cris sont persistants, intenses. Ils surviennent surtout quand on met l'enfant au lit ; ils paraissent provoqués par la chaleur comme les douleurs ostéocopes des adultes syphilitiques. D'autre part, ils sont provoqués par la mobilisation des membres.

Les cris peuvent constituer l'unique symptôme de la syphilis ; ils disparaissent sous l'influence du traitement spécifique.

Dans les cas les plus accentués, on observe le tableau clinique décrit par Parrot sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique,* connu encore sous le nom de *maladie de Parrot.* On remarque l'impotence plus ou moins complète d'un ou de plusieurs membres. Le membre reste inerte ; cependant il n'est pas paralysé car un pincement, une piqûre provoquent des contractions musculaires, et le bébé remue spontanément ses doigts.

La mobilisation du membre provoque des cris de douleur, de même que la pression au voisinage de l'épiphyse. A la palpation l'os paraît normal au début ; plus tard, on remarque une

✦✦✦✦

tuméfaction fusiforme et quelquefois de la crépitation osseuse, qu'il faut d'ailleurs éviter de rechercher.

Le siège est au niveau de l'épaule, du coude, du genou.

La pseudo-paralysie de Parrot résulte donc de l'immobilisation du membre pour éviter la douleur ; elle n'implique pas une solution de continuité de l'os.

* * *

Au voisinage de l'os lésé, l'articulation est en général saine. Parrot avait bien insisté sur la rareté des lésions articulaires. A sa suite tous les auteurs ont émis la même opinion ; on la retrouve, par exemple, dans un mémoire de Betham Robinson sur l'*arthrite syphilitique chez les enfants*, paru dans *The British medical Journal* du 16 mai 1896.

Quelquefois cependant l'articulation est altérée ; le syphilome diaphyso-épiphysaire suppure, le pus gagne l'articulation et on se trouve en présence d'une ARTHROPATHIE SUPPURÉE.

Parrot décrit ainsi les lésions : « L'épanchement articulaire est constitué tantôt par une synovie louche et rosée, tantôt par un liquide jaune, très épais et purulent. Les cartilages sont altérés ; ils ont une coloration ambrée et sont plus ou moins profondément ramollis... La synoviale est rouge et injectée. Cette arthrite entraîne souvent des inflammations de voisinage et il n'est pas rare de trouver dans l'épaisseur des muscles, sous la peau, dans le tissu musculaire périarticulaire, des foyers purulents en communication directe avec le pus intra-articulaire ».

Les arthropathies suppurées se rencontrent, par ordre décroissant de fréquence, au genou, au coude, à l'épaule, au poignet, à la hanche.

Dans certains cas, la suppuration est causée par des infections secondaires. On trouve dans le pus des streptocoques, des staphylocoques: des pneumocoques, et même des gonocoques. Il s'agit d'enfants atteints d'infections diverses, pyodermites, bronchites et broncho-pneumonies, ophtalmies ou vulvites à gonocoques. La lésion syphilitique juxta-épiphysaire favorise la localisation des germes qui se disséminent par la circulation sanguine.

Dans d'autres cas les recherches bactériologiques restent négatives ; le tréponème est alors seul responsable.

Le professeur Marfan a publié, dans la *Revue des maladies de l'enfance* de 1906, une observation démonstrative à cet égard.

Il s'agit d'un garçon né à terme ; qui n'avait rien présenté de particulier. Vers 15 jours, il devient subitement inerte ; il ne remue plus ses membres et pousse de faibles gémissements plaintifs.

Les jours suivants quelques mouvements réapparaissent, mais le bras gauche reste immobile.

M. Marfan voit le bébé à six semaines. Il est très amaigri, sans fièvre.

Les genoux sont fléchis à angle droit et il ne peuvent être étendus ; ils sont globuleux, énormes ; il existe tous les symptômes d'un épanchement intra-articulaire.

Les membres supérieurs sont inertes, les extrémités inférieures des humérus sont douloureuses et tuméfiées ; ils présentent les symptômes de la pseudo-paralysie de Parrot.

Les testicules sont gros et durs.

On ponctionne un genou et on retire du pus séreux, légèrement rosé, riche en fibrine, contenant des polynucléaires neutrophiles. On ne trouve pas de germes, ni au microscope, ni par culture. La recherche du tréponème est négative.

M. Marfan porte le diagnostic de « pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, compliquée d'une arthrite suppurée des deux genoux ».

La mère n'a pas de syphilis connue. Le père est inconnu.

On institue un traitement par frictions quotidiennes avec de l'onguent napolitain.

L'amélioration est rapide ; en deux mois l'enfant est complètement guéri.

M. Hallez, dans *La Médecine* d'août 1922, a publié une observation comparable.

Un garçon d'un mois présente une « tuméfaction de l'épaule gauche, douloureuse à la palpation, avec impotence presque complète du membre supérieur et atrophie musculaire ». La ponction de l'articulation retire du « pus épais, crémeux, jaune verdâtre, amicrobien ». La cutiréaction à la tuberculine est négative, le Bordet-Wassermann partiellement positif. On pratique des frictions d'onguent napolitain au niveau de l'épaule, et des injections sous-cutanées de sulfarsénol. La guérison est obtenue en quatre semaines.

Chez leurs malades M. Marfan et M. Hallez ont pratiqué des *radiographies*.

M. Marfan constate, au niveau du genou droit une cavité articulaire très agrandie ; l'extrémité inférieure du fémur ne présente rien de bien notable ; au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, l'écartement entre la diaphyse et le point d'ossification épiphysaire est assez grand « pour qu'on puisse soupçonner un décollement de l'épiphyse ».

Dans le cas de M. Hallez, l'épiphyse humérale est déformée, à contours irréguliers. Sur l'interligne articulaire élargi, il existe « une perte de substance avec décalcification nette des parties environnantes » ; le périoste apparaît « épaissi, soulevé par une collection légèrement plus opaque ».

Voilà donc deux faits dans lesquels la suppu-

ration articulaire est consécutive à un syphilome juxta-épiphysaire.

Déjà en 1882 M. Somma avait relaté six cas d'arthropathies ayant évolué chez de tout jeunes enfants présentant des manifestations syphilitiques et un état général grave.

Le début de ces arthropathies est aigu et fébrile (39°), l'enfant pousse des cris dès qu'on remue ses membres. Les jointures sont gonflées, rouges, chaudes.

Puis, au bout de quelques jours, les symptômes aigus s'amendent, l'arthropathie prend une allure subaiguë.

Les six enfants ont été soumis à un traitement antisyphilitique : 4 guérissent en 1 ou 2 mois, 2 meurent. A l'autopsie M. Somma trouve une synoviale gonflée, un exsudat séro-purulent, du ramollissement et de la nécrose des cartilages, une raréfaction du tissu osseux des extrémités articulaires.

Les modalités des arthropathies syphilitiques que je viens de décrire ne sont pas les seules qu'on rencontre dans la petite enfance. Mais les observations des autres variétés sont peu nombreuses.

M. Guterbock, à la *Société de médecine de Berlin*, en 1878, a rapporté deux observations.

La première est celle d'une fille de deux mois, sans antécédents syphilitiques connus. Elle présente du gonflement des poignets, du droit principalement, qui est dû à l'épaississement des épiphyses inférieures des cubitus et des radius, et du gonflement analogue de l'extrémité supérieure du tibia gauche. En outre, le genou droit a l'*aspect d'une tumeur blanche* : l'extrémité inférieure du fémur est le siège d'un gonflement dur ; à la face interne du genou s'ouvre un trajet fistuleux qui mène sur l'os dénudé. On pense à la syphilis, on fait un traitement antisyphilitique ; la fistule se ferme, les extrémités osseuses diminuent, la guérison est achevée en deux mois.

La seconde observation est celle d'un garçon de 6 mois. Il est cachectique. Au coude gauche, on constate un gonflement volumineux des extrémités de l'humérus, du cubitus et du radius ; l'attitude est celle de la subluxation en arrière ; au-dessus de l'articulation est une ulcération bourgeonnante où aboutit un trajet fistuleux allant jusqu'à l'humérus dénudé. Au-dessus du genou gauche est un gonflement presque fluctuant, qui donne l'impression d'un abcès sous-périosté. On prescrit le traitement antisyphilitique et les lésions guérissent. On supprime le traitement : au bout d'un mois une rechute se produit. La reprise du traitement amène une guérison définitive.

MM. Kirmisson et Jacobson en 1897, dans la *Revue orthopédique*, dans une *Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire*, rapportent deux observations recueillies chez de petits enfants.

Un garçon de 11 jours, sans fièvre, présente une arthropathie de la hanche gauche. La cuisse est fléchie à angle droit ; l'extension est impossible. Autour de l'articulation coxo-fémorale, surtout à la fesse et derrière le grand trochanter, il y a un empâtement, rénitent par place, comme si, il y avait du liquide dans la synoviale : une ponction est négative. Malgré l'absence de signes évidents de syphilis, on prescrit des frictions mercurielles et des bains de sublimé.

L'amélioration est rapide. Au vingt-cinquième jour du traitement, l'empâtement a presque totalement disparu ; au bout de deux mois et demi la guérison est complète

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un garçon vu à l'âge de 25 mois : il boite légèrement, a le membre inférieur gauche en abduction ; on réserve le diagnostic car il n'y a pas de symptômes nets de coxalgie. Deux mois après, on constate un gros empâtement du côté interne de la racine de la cuisse ; on porte le diagnostic de coxalgie ; on immobilise l'enfant dans un appareil plâtré.

Au bout de six mois, il n'y a aucune amélioration, il existe une augmentation énorme de l'extrémité supérieure du fémur, avec conservation de mouvements très étendus. Sous le chloroforme on découvre, en avant et en arrière du grand trochanter, des tumeurs osseuses : l'articulation ne semble pas malade ; on a l' « impression d'une affection juxta-articulaire plutôt qu'articulaire ».

On pense à la syphilis. On apprend que le père a eu un chancre à l'âge de 24 ans. On pratique d'abord des frictions mercurielles, puis on prescrit du sirop de Gibert et un emplâtre de Vigo. L'amélioration est rapide et la guérison est complète au bout de trois mois.

M. Lucien Auclert, dans sa thèse sur les *arthropathies syphilitiques*, soutenue à Paris en 1908, rapporte l'observation d'un enfant toujours bien portant, qui, à 18 mois, présente au niveau de la face dorsale de la main droite un gonflement douloureux. Il pousse des cris pendant la nuit, est fiévreux et maigrit ; la tuméfaction augmente.

A 20 mois, la tuméfaction s'étend depuis le milieu du deuxième métacarpien jusqu'au tiers inférieur de la première phalange de l'index ; elle englobe l'articulation métacarpo-phalangienne ; elle est peu douloureuse. La peau est lisse, violacée , brillante, parcourue de veinules bleuâtres. La consistance est élastique, uniforme ; il n'y a pas de fluctuation. Les mouvements des phalanges sont douloureux et limités. On ponctionne et on retire une cuillerée à soupe d'un

liquide filant, visqueux, jaunâtre. Après la ponction, le métacarpien se montre épaissi, fusiforme.

Un mois après apparaît sur le péroné une tuméfaction dure, indolente.

Devant l'insuccès du traitement par la méthode de Bier et l'apparition de la lésion du péroné, on pense à la syphilis. On fait tous les trois jours une injection de biiodure de mercure ; après la quarantième, la guérison est presque complète.

M. Brot, élève de mon collègue Guillemot, dans sa thèse de 1913, sur *La téno-synovite de la syphilis héréditaire précoce*, a rapporté deux observations bien intéressantes.

Un garçon, ayant un coryza tenace et l'aspect d'un hérédo-syphilitique, est vu à six semaines. Les doigts sont fléchis en griffe ; la pression des tendons extenseurs provoque des cris ; au niveau des gaines tendineuses, on provoque une « crépitation neigeuse très accentuée ». Sur le tendon de l'extenseur de l'index, au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, on trouve une « petite tumeur de la grosseur d'une petite amande ... dure, non réductible, non adhérente, mobile, si on lui imprime des mouvements de latéralité et suivant les mouvements des tendons », douloureuse. Le genou gauche est le siège d'une légère hydarthrose. Les pieds et les orteils sont en flexion ; les mouvements d'extension et de flexion provoquent de la douleur et de la crépitation neigeuse au niveau du cou-de-pied. Il n'y a pas de déformation osseuse.

On porte le diagnostic de synovite syphilitique. Des frictions d'onguent napolitain déterminent en un mois une guérison presque complète.

Un garçon de 6 mois, fils d'un père syphilitique, présente des signes de synovite tendineuse des tendeurs extenseurs des orteils. Un traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 30 par jour détermine en quinze jours une amélioration très nette.

On peut rapprocher des malades de M. Brot un enfant que nous soignons depuis le 13 novembre à la salle Husson. Né le 21 septembre 1924, il est âgé de 7 semaines à son entrée. On l'amène parce qu'il vomit, a de la diarrhée et maigrit. Il mesure 48 cm. et pèse 2 k. 730 ; la fontanelle est grande, les sutures sont mal ossifiées.

Le 27 novembre, la température s'élève à 38°2, 39°2. Le lendemain elle est normale, mais le dos du poignet droit est tuméfié et douloureux à la palpation ; au pied droit, le quatrième orteil est œdématié, rouge.

Le 29, la température est de 38°2 le soir. Ensuite l'enfant reste apyrétique.

Les jours suivants, la tuméfaction du dos du poignet droit augmente, gagne le dos de la main, efface les saillies osseuses, elle est rénitente, douloureuse à la pression ; la peau est un peu œdématiée et chaude. Les doigts sont en demi-flexion ; les mouvements provoqués très douloureux.

Au pied droit, la localisation au niveau du quatrième orteil persiste ; en outre, le dos du pied devient œdématié, rouge, douloureux.

Au pied gauche, au niveau de la tête du troisième métatarsien, sur la face dorsale, apparaît un gonflement rouge et douloureux.

Le 3 décembre, l'articulation scapulo-humérale gauche est gonflée et douloureuse. La radiographie démontre dans ces différentes régions l'intégrité des os.

L'enfant est traité d'abord par des applications de pommade au salicylate de méthyle et par le salicylate de soude ; ces médications n'ont aucun résultat.

Une friction mercurielle, faite le 23 décembre est suivie de diarrhée.

Cependant les localisations de l'épaule et du pied gauche rétrocèdent. Les autres persistent.

Actuellement, l'enfant présente au niveau du poignet et au dos de la main droite une tuméfaction rénitente, et qui paraît indépendante de l'os sous-jacent, sans rougeur, ni chaleur : c'est bien probablement une synovite tendineuse.

Cet enfant a été atteint, somme toute, de synovite articulaire et tendineuse à localisations multiples et à début aigu ; puis l'inflammation s'est localisée aux synoviales du dos de la main et du poignet droits. Les os paraissent sains.

Nous avons discuté l'étiologie. Il ne s'agit pas semble-t-il, d'infection par des germes banaux, de maladie de Bouillaud, de tuberculose. Quatre cutiréactions à la tuberculine ont été négatives (13 novembre, 1 et 14 décembre, 12 janvier). Nous avons pensé à la syphilis. Sans doute, les parents sont bien portants et le bébé ne présente aucun stigmate et un premier Bordet-Wassermann, fait le 13 novembre, a été négatif. Mais un nouveau Wassermann, pratiqué hier est légèrement positif (H^5). Aussi j'ai prescrit un traitement par des frictions mercurielles et des injections de sulfarsénol, dont nous enregistrerons les résultats.

Cette observation doit être rapprochée de celles que M. Brot a publiées dans sa thèse. Je n'affirme pas que la syphilis soit en cause, mais les analogies cliniques y font penser.

***

En somme, plusieurs FORMES CLINIQUES D'ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES peuvent s'observer dans la petite enfance.

La forme la plus commune, la mieux connue, est l'*arthropathie suppurée* secondaire à un syphilome diaphyso-épiphysaire, à la maladie de Parrot. Les observations de M. Marfan et de M. Hallez sont démonstratives.

Une deuxième variété est caractérisée cliniquement par des *arthropathies*, suppurées ou non, à début aigu, puis à évolution subaiguë, qui guérissent par le traitement spécifique. Certaines observations de M. Somma semblent réaliser ce type ; mais d'autres appartiennent à la maladie de Parrot. Il convient d'en vérifier l'existence.

Une troisième variété est réalisée par des *arthropathies chroniques*, qui peuvent simuler les tumeurs blanches tuberculeuses. Elles rentrent dans le groupe des *pseudo-tumeurs blanches de l'hérédosyphilis tardive*, qu'a si bien décrites Fournier. Les observations de Guterbock, de MM. Kirmisson et W. Jacobson, de M. Auclert, rentrent dans ce type. Mais il faut remarquer qu'anatomiquement, comme l'a fait observer M. Kirmisson, il peut s'agir plutôt de lésions osseuses que de lésions articulaires.

Les descriptions données par Fournier des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques de la syphilis héréditaire tardive, peuvent s'appliquer à certaines arthropathies de la syphilis congénitale des petits enfants. « Ici, écrit M. Fournier, aspect général de tumeur blanche comme tuméfaction et déformation globuleuse de l'article, mais tumeur constituée presque exclusivement par des *hyperostoses massives des épiphyses* et très accessoirement par un certain degré d'épanchement synovial ou d'épaississement des tissus fibreux périarticulaires ».

De ces trois variétés d'arthropathies il convient de rapprocher les *synovites tendineuses* décrites par M. Brot. Le bébé de la Salle Husson que je vous ai montré en est peut-être un exemple.

Les faits dont je viens de parler ne sont pas encore suffisamment étudiés.

Existe-t-il des arthropathies primitives ou les arthropathies sont-elles toujours secondaires à des lésions diaphyso-épiphysaires ? Comme MM. Hutinel et Lereboullet l'ont écrit dans les *Maladies des enfants*, en 1909, dans la syphilis héréditaire précoce, les articulations semblent atteintes moins souvent que l'os « réserve faite des cas où elles sont atteintes secondairement. » Cependant il y a des faits où il semble bien que l'articulation soit atteinte pour son propre compte ou tout au moins d'une façon prédominante.

Dans tous les cas, quand on se trouve en présence d'arthropathies présentant les caractères que je viens de décrire, on pense à la syphilis ; si celle-ci est avérée, on a le devoir d'y penser. Quand on ne trouve pas d'étiologie appréciable, pas d'infection aiguë, il faut penser plutôt à la syphilis qu'à la tuberculose, car les tuberculoses articulaires ou ostéo-articulaires sont bien rares avant six mois et même avant un an.

A en juger par les faits publiés, il semble que les arthropathies syphilitiques soient assez souvent le fait de *syphilis occultes*. C'est en scrutant les antécédents héréditaires, en recherchant les stigmates avec soin, en pratiquant la réaction de Bordet-Wassermann avec une certaine insistance, qu'on arrive à les déceler.

D'autre part, plusieurs cutiréactions à la tuberculine négatives permettent, si on a des doutes, d'éliminer la tuberculose.

Enfin les effets du TRAITEMENT SPÉCIFIQUE viennent confirmer la réalité de la syphilis.

Les auteurs que j'ai cités insistent sur l'efficacité du mercure et de l'iodure ; notamment les frictions mercurielles, les injections de biiodure d'hydrargyre, le sirop de Gibert, c'est-à-dire le traitement classique, amènent des améliorations rapides et la guérison en quelques semaines. On peut aussi avoir recours à une injection de sels arsenicaux, mais il n'est pas nécessaire de prescrire des injections intraveineuses, sauf dans des cas particulièrement rebelles ; les injections sous-cutanées ou intramusculaires de sulfarsénol, donnent de bons résultats.

***

L'histoire du bébé que nous avons vu à l'âge de 9 mois peut se résumer ainsi : il entre à l'hôpital pour un mauvais état général et des troubles digestifs. Puis apparaît une arthropathie de l'épaule gauche à début aigu ; on se demande s'il s'agit d'une arthrite aiguë suppurée ; mais au bout de quelques jours les phénomènes inflammatoires s'atténuent et l'arthropathie passe à l'état subaigu, sans suppuration.

Ne trouvant pas d'étiologie appréciable et ayant appris que l'enfant est syphilitique, grâce à un Bordet-Wassermann positif, nous nous demandons s'il n'a pas une syphilis articulaire. Nous prescrivons des frictions mercurielles et des injections intramusculaires de sulfarsénol. L'amélioration rapide de l'arthropathie et de l'état général justifie le diagnostic. Vous l'avez vu, cette enfant est complément guérie actuellement.

Il semble donc bien que notre malade a été atteinte d'une arthropathie syphilitique. On peut rapprocher son observation de celles rapportées par M. Somma.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le problème de la fièvre typhoïde.

Malgré toutes les découvertes faites en ces dernières années, la fièvre typhoïde continue à faire des victimes en jetant ainsi un défi aux statistiques et même aux expériences de laboratoire les mieux conduites. Ainsi que le fait remarquer le Dr P. HAUDUROY, il subsiste un problème de la fièvre typhoïde et il serait utile de le poser une fois pour toutes, de se demander si cette maladie, que nous croyons si bien connaître, ne cache pas beaucoup d'inconnues et s'il n'y aurait pas lieu de l'étudier avec un esprit nouveau.

Etant donné qu'on trouve difficilement le bacille d'Eberth dans les eaux souillées, qu'on ne l'y cherche même plus, qu'il est toujours possible d'infecter les petits animaux avec les selles des typhiques, mais que l'ingestion des cultures ne donne que de temps en temps un résultat positif, n'y a-t-il pas lieu de supposer que, comme pour le hog-choléra, la vraie cause de la maladie serait un ultra-virus qui préparerait le terrain, et ferait « sortir » le bacille d'Eberth, qui, lui, déterminerait les symptômes de la maladie ?

Quant à l'immunité dans la fièvre typhoïde, la guérison se fait, dit-on, sous l'influence d'« anticorps » ; mais toujours, d'une façon certaine, le bactériophage de d'Hérelle intervient dans le processus de guérison ; on le trouve dans les selles et dans le sang au moment de la convalescence. Il resterait donc à préciser quels sont les rapports de ce bactériophage et des anticorps.

En thérapeutique, d'autre part, on obtient d'aussi bons résultats avec un vaccin chauffé à B. d'Eberth qu'avec un vaccin chauffé à staphylocoques. Or, à l'heure actuelle, on n'emploie pas de remède spécifique de la fièvre typhoïde, semblable, par exemple, à ceux que l'on possède dans la diphtérie ou dans la rage. Et cependant ce remède existe : c'est le bactériophage de d'Hérelle.

Enfin, les bases scientifiques des « vaccinations », telles que nous les pratiquons, sonts elles bien solides ? Les bacilles morts employé- ne donnent pas une immunité durable, puisqu'il faut pratiquer des vaccinations d'entretien. Or, le seul animal (le singe) capable de faire une fièvre typhoïde expérimentale ne peut pas être vacciné avec des bacilles morts, et une seule injection avec des microbes vivants, ou une atteinte antérieure de fièvre typhoïde, peut lui donner une immunité solide. Le vrai vaccin idéal sera celui qui donnera une immunité qui durera toute une vie, comme celle qui suit la maladie naturelle. (*Le Bulletin médical*, 14 mars. 1925.)

Contribution à l'étude de l'encéphalopathie surrénale Insuffisance rénale et délire fébrile.

D'après le Dr R. TARGOWLA, et contrairement à l'opinion généralement admise, le mécanisme des psychoses toxi-infectieuses paraît exiger d'une part, un élément cérébral, anatomique ou fonctionnel plus ou moins complexe, d'autre part, un poison dû à une insuffisance organique et traduisant son action sur les centres encéphaliques par une réaction mentale peut-être spécifique.

Il existe donc bien une forme mentale d'encéphalopathie surrénale, caractérisée par deux phases : une phase subaiguë qui, par suite de l'individualité de la maladie, est de durée relativement prolongée (plusieurs semaines à plusieurs mois), et qui, brusquement, par l'intervention d'un facteur intercurrent (choc émotif, par exemple), est remplacée par la phase aiguë.

Les signes de l'encéphalopathie subaiguë sont (quel que soit leur aspect clinique, mélancolique ou hébéphrénocatatonique) l'expression de l'asthénie psycho-motrice fondamentale. Il s'y associe le plus souvent des troubles délirants plus ou moins complexes et rappelant par certains caractères les délires toxiques.

A la phase aiguë, dominent les manifestations organiques de l'insuffisance surrénale et un délire onirique incohérent, à caractère pénible et terrifiant, accompagné de troubles psycho-sensoriels.

Il apparaît aussi possible de rattacher à ce syndrome certains états, qui sont des formes véritablement prolongées, à type dépressif ou neurasthénique, dans lesquels l'insuffisance est légère et les grands accidents font défaut.

Le pronostic est commandé essentiellement par l'affection cause de l'hypoépinéphrie et par la nature des lésions capsulaires.

Certains troubles de nature fonctionnelle sont susceptibles de guérir et il y a lieu de distinguer une forme d'encéphalopathie surrénale de la puberté, dont l'origine paraît devoir être cherchée dans une perturbation des synergies glandulaires. Les troubles sont, d'ailleurs, accessibles à une thérapeutique endocrinienne spécifique.

Quant au diagnostic, le syndrome mental de la période subaiguë peut masquer complètement les signes de l'insuffisance surrénale, qui reste mé-

connue lorsqu'on n'est pas averti de sa possibilité. Les accidents aigus sont plus faciles à reconnaître, car le délire apparaît toujours comme un épiphénomène ; sa physionomie paraît assez uniforme et l'analyse montre qu'il a les caractères cliniques, la psycho-pathogénie et les rapports avec l'état somatique du *délire fébrile.* D'autre part les pyrexies, dans lesquelles le délire fébrile s'observe avec le plus de fréquence (fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, typhus exanthématique) sont aussi celles dans lesquelles on note souvent de l'insuffisance rénale. Il semble donc que le facteur psycho-somatique que constitue le délire fébrile doive reconnaître, parmi les facteurs qui le conditionnent, un élément pathogénique constant, l'insuffisance surrénale. Toutefois, un élément confusionnel s'y rattache le plus souvent, par suite de l'atteinte, sous l'influence du processus infectieux, d'autres fonctions organiques, notamment des fonctions hépatiques et rénales .(*Paris médical*, 14 février 1925.)

Quel régime prescrivez-vous aux jeunes albuminuriques fonctionnels ?

D'après le Dr Siguret, on commet une grave erreur en gavant de lait un certain nombre de jeunes albuminuriques fonctionnels, ou bien en les soumettant au régime déchloruré. Ce sont là des pratiques contre-indiquées dans l'albuminurie simple, et il faut savoir tenir compte des besoins nutritifs spéciaux de l'organisme en pleine croissance, et instituer un régime un peu plus large, en distinguant les malingres et les florides.

Aux malingres : par jour et par année d'âge, 10 grammes environ de viande adulte, très fraîche, rôtie, très cuite, ou de poisson maigre de rivière, exceptionnellement de mer grillé (mangé sans la peau), et de préférence bouilli. Interdire, un jour par semaine, viande et poisson. En petite quantité, œufs, pâtes et laitages, féculents, légumes verts et peut-être purée de légumes secs ; gâteaux secs, fruits crus et cuits, s'ils sont acides. Pain en petite quantité et grillé de préférence. Eau coupée de vin, bières légères, cidre, thé, cacao, café léger par intermittences. Sucre, beurre, un peu de sel. On interdit formellement : hors-d'œuvre, crudités, viandes grasses conservées, faisandées ou fumées, charcuterie, sauf le maigre de jambon, poissons gras, conserves, fromages forts, alcool, liqueurs, condiments en excès.

Aux florides, neuro-arthritiques goutteux ou arthritiques, régime peu large : 2 à 3 fois par semaine 5 grammes de viande par année d'âge, et, sous cette réserve, même prescriptions que pour les malingres.

Cependant supprimer tous les aliments, qui renferment des purines : viscères, surtout le riz de veau, viandes conservées, extraits et bouillon de viande, légumineuses, asperges, oseille, rhubarbe, chocolat, café, thé. (*L'Hôpital*, mars, H.S.)

Faut-il opérer les fractures fermées récentes ?

La chirurgie osseuse, écrit F. M. Cadenat, n'est possible san s danger qu'avec une asepsie absolue et une instrumentation parfaite (opérer à bout d'instruments avec des doigts gantés de caoutchouc ; bon matériel, dont on sait se servir), une bonne extension permettant avant tout de remettre sans force les extrémités osseuses bout à bout.

Certes l'ostéosynthèse procure une réduction anatomique parfaite et une bonne contention, mais, l'infection mise à part, elle retarde la consolidation , donne des cals volumineux, disposerait à la fracture itérative et au ramollissement secondaire du cal. D'autre part, dans 20 % des cas, il y aurait intolérance des tissus pour le matériel de prothèse, mais il est possible d'y remédier par la suture externe qui ne laisse pas de corps étranger à demeure.

Toujours est-il qu'actuellement, il n'est plus possible de se montrer adversaire ou partisan de l'ostéo-synthèse en général. En plus des considérations tirées de l'âge et de l'état général du sujet, de sa condition sociale, de son désir de guérir, de sa pusillanimité ou de son courage, il y a des fractures qu'il ne faut pas opérer (bras, coude, poignet, fracture transversale du tibia) pour les traiter par les procédés ordinaires, et d'autres qu'il faut opérer (fractures des *deux* os de l'avant-bras, intracapsulaire du col du fémur, du col chirurgical du fémur, sus-condylienne, des condyles, du plateau du tibia, spiroïde du tibia).

Entre ces deux classes, il y a celles sur lesquelles on discute. Le plus sage en pareil cas sera d'essayer d'abord les méthodes non sanglantes. Si le résultat n'est pas satisfaisant, s'obstiner par crainte d'un risque hypothétique n'est plus admissible.

A noter enfin qu'une intervention immédiate est plus simple et plus efficace que l'opération retardée. (*L'Hôpital*, mars H.S.)

Un nouveau traitement de l'infection intestinale colibacillaire.

Ces infections sont des plus décevantes, dit le Dr Gaehlinger (de Châtel-Guyon) ; la cure donne parfois de très heureux résultats, mais aussi de très nombreux échecs. Il a semblé à l'auteur que dans la permanence de l'infection colibacillaire, la vésicule biliaire devait jouer un rôle particulièrement important et sur lequel on n'insistait pas toujours suffisamment, puisqu'il est démontré que la bile constitue pour le colibacille un excellent milieu de culture. Dans ces conditions les traitements qui s'adressent à l'infection intestinale colibacillaire sont inefficaces. tant qu'on ne vide pas systématiquement les

voies biliaires. Aussi Gaehlinger, pensant qu'une vaccination risquait fort d'être inopérante tant que le colibacille restait dans la vésicule, eut-il l'idée de chercher à réaliser la vaccination colibacillaire pour un procédé analogue à celui de Besredka dans la vaccination antityphique (immunité conférée grâce à une lésion intestinale par de la bile absorbée par devant le vaccin) ; cependant la bile préalable provenait ici de la vésicule du malade lui-même, et cette évacuation de la vésicule éliminait en même temps le colibacille en réserve dans cette vésicule.

Ce procédé offrait le double avantage d'évacuer au préalable un réservoir infecté et d'avoir une bile naturelle qui remplacerait avantageusement la pilule de bile de Besredka.

Voici la méthode. Faire absorber le matin à jeun 50 cent. cubes d'eau de Châtel-Guyon additionnés de 7 gr. 50 de sulfate de magnésie, puis 20 minutes après, injection de vaccin colibacillaire, suivie de 20 en 20 minutes de deux doses d'eau minérale sans addition de sulfate.

Gaehlinger donne la préférence aux auto-vaccins, tués par trois chauffages discontinus à 56°. Les quantités d'auto-vaccins ont varié de 10 à 20 milliards de germes par dose journalière. Malgré cette quantité, jamais la plus petite réaction n'a été observée.

Dix observations publiées montrent que, sous l'influence de la vaccination buccale associée à la cure de Châtel-Guyon, il se produit une modification considérable de l'état général, de la température et des symptômes d'ordre infectieux. Et cependant, malgré l'amélioration considérable et rapide de la flore intestinale, les colibacilles des urines persistent longtemps, surtout quand l'infection est ancienne ; cela tient à ce que la stérilisation urinaire doit être fort longue.

Bien que le petit nombre de ces observations ne permette pas de conclusion définitive, il semble qu'on soit en droit de fonder grand espoir sur la vaccination buccale associée à la cure de Châtel-Guyon dans les infections intestinales chroniques. (*Paris médical*, 9 mai 1925.)

Quelques résultats paradoxaux de l'oscillométrie.

Il s'agit de malades atteints de syndromes vasculaires, avec gangrène des extrémités, claudication intermittente, et chez lesquels non seulement l'indice oscillométrique ne disparaît pas, mais encore est plus ample du côté malade que du côté sain.

MM. Vouters et Deroubaix apportent leur contribution à l'étude de cette intéressante question, en publiant trois observations de sujets présentant de la gangrène par artérite avec persistance des oscillations plus amples du côté malade, avec une tension plus élevée.

Les auteurs font leurs les conclusions du professeur Vaquez, dans des cas analogues, dont la plus importante, au point de vue pratique, est celle-ci : « l'exploration des artères d'un membre par la méthode oscillométrique ne renseigne que d'une façon imparfaite sur l'état du système artériel. » (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 19 juillet 1925.)

A propos des méningites vermineuses.

Doit-on dire méningites, ou pseudo-méningites ou encore méningisme, lorsqu'il s'agit d'un syndrome de réaction méningée déterminé par les vers intestinaux ? On a soutenu qu'il ne s'agissait pas à proprement parler de méningite, anatomo-pathologiquement parlant, parce que le liquide céphalo-rachidien ne présentait alors pas de modifications.

M. Abel vient de reprendre la question. « Il paraît désormai s plus conforme à la vérité de distinguer deux sortes de réactions méningées d'origine vermineuse : les unes sont exclusivement cliniques, sans caractère anormal du L. C. R. ; dans les autres, les phénomènes cliniques s'accompagnent de modifications plus ou moins accusées du L. C. R. Pour celles-là, on peut conserver l'appellation de méningisme ; à celles-ci, on réservera le terme de méningite. » Cliniquement, il y a d'ailleurs parallélisme entre les symptômes et les perturbations humorales, tellement qu'il existe un type de méningite vermineuse dit tuberculeux ; un autre dit méningococcique...

Peut-on faire le diagnostic de ces méningites vermineuses autrement que par le contrôle thérapeutique ? Peut-être, selon l'auteur. On recherchera les effets de l'action du L. C. R. sur un organisme témoin, sur le sang (hémolyse) ; on recherchera également l'éosinophilie. On pourra même obtenir un précipito-diagnostic, une réaction de fixation de complément, etc.

Mais ce sont là méthodes délicates et sujettes à l'erreur, d'autant plus qu'il existe des réactions méningées d'origine vermineuse qui ne ressortissent pas à l'intoxication, mais à des actions réflexes.

« Quoi qu'il en soit de ces théories, il est certain que tout n'a pas été dit sur les méningites vermineuses, leurs modalités et leur mécanisme. Il y a là un vaste champ de recherches qui reste encore à explorer.

« Enfin, une autre conclusion pratique se dégage de ces réflexions ; en présence d'un état méningé du type tuberculeux ou du type méningococcique, dont l'étiologie n'a pu être bactériologiquement confirmée, pourquoi n'administrerait-on pas systématiquement un antihelminthique ? Cette mesure, anodine s'il s'agit d'une méningite vraie bactérienne, provoquerait, s'il s'agit par hasard d'une méningite vermineuse, l'heureuse surprise d'une sédation rapide des symptômes, par l'expulsion du corps du délit. » (*Revue méd. de l'Est*, 1er juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Faut-il désinfecter les monnaies ?

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 28-7-1925.)

Un avocat du Havre, M. F. Basset, adressait il y a quelques mois au Ministre de l'Hygiène une lettre dans laquelle, prenant acte du rôle possible des pièces de monnaie et des billets de banque dans la transmission des maladies contagieuses, il demandait qu'un service de stérilisation des monnaies soit organisé. Sa lettre fut transmise à l'Académie et celle-ci nomma une commission — composée de MM. Hanriot, Léon Bernard et Jules Renault — chargée d'étudier la question. M. Renault, dans le rapport qu'il présente aujourd'hui, rappelle qu'en 1895, M. Vincent a déjà publié dans la *Revue d'hygiène* un travail sur les microbes existant à la surface des pièces de monnaie. M. Vincent n'avait rencontré, dans ses recherches, qu'un nombre peu considérable de bactéries : quelques staphylocoques pyogènes, quelques streptocoques, exceptionnellement le bacille de la tuberculose et celui du tétanos. Il concluait que les pièces monétaires se stérilisaient d'elles-mêmes, dans une large mesure, par une sorte de pouvoir antiseptique, modéré pour l'or, plus intense pour le bronze, plus intense encore pour l'argent.

De leur côté, MM. Pierre-Lévy et Renault ont examiné un certain nombre de billets de banque, d'apparence très sales — et on sait qu'ils ne manquent pas actuellement. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer *a priori*, ils n'ont pas rencontré à leur surface une flore microbienne abondante. Ils y ont constaté la présence du staphylocoque, de levures, presque toujours ; du streptocoque et d'un bacille pseudo-diphtérique, une fois sur dix environ. D'autre part, l'ensemencement sur sérum coagulé de papiers laissés pendant plusieurs jours entre les mains d'enfants atteints de diphtérie, est resté négatif quant au bacille de Loëffler.

En somme, sur les billets comme sur les pièces de monnaie, les germes pathogènes sont rencontrés assez exceptionnellement. L'action stérilisante de l'oxygène et de la lumière, la porosité du papier, les propriétés microbicides des métaux, interviennent avantageusement à ce point de vue.

Dans ces conditions, une stérilisation répétée des billets et des pièces de monnaie apparaît-elle nécessaire et doit-elle être instituée par règlement ? La commission académique ne le pense pas. Certes, elle ne serait pas inutile ; mais, sans méconnaître l'intérêt des souillures des divers éléments monétaires, comme de tous les objets qui circulent de main en main, il faut se garder d'en exagérer les dangers, qui ne paraissent pas, d'une façon générale, considérables. D'ailleurs, il n'existe pas d'appareil pratique de stérilisation des monnaies et quant à présent, la commission académique se montre d'avis de ne pas donner suite à la suggestion de M. Basset. Elle pense cependant qu'il pourrait être recommandable, dans la préparation de la pâte destinée à la fabrication des billets de banque, d'incorporer des produits susceptibles de développer les propriétés microbicides de cette pâte.

Sur le traitement de la paralysie générale.

(MM. H. Claude et Targowla. — *Soc. méd. des hôp.*; 22-5-1925.)

M. Claude revient sur la question du traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme associée aux anti-syphilitiques. Il applique cette méthode à la clinique de Sainte-Anne depuis septembre 1924. Trente paralytiques généraux ont été ainsi traités ou sont en cours de traitement. La technique de l'inoculation paludique est la suivante : on prélève par ponction veineuse 5 à 7 cent. cubes de sang d'un sujet en période fébrile et on l'injecte immédiatement sous la peau de la région scapulaire du malade à impaluder. On prend la température du patient matin et soir, puis quatre fois par jour lorsque les accès se sont déclarés. Suivant leur intensité et la résistance du sujet, on laisse évoluer dix à quinze accès francs, et l'on donne alors de la quinine à raison de 1 gramme à 1 gr. 50, pendant quelques jours. L'infection cède facilement à cette thérapeutique. On fait suivre la période fébrile d'une cure spécifique, arsenicale, bismuthée ou mercurielle.

Comme résultats, l'auteur envisage séparément l'état mental et les signes physiques.

L'état mental peut rester sans changement. Exceptionnellement, il peut empirer légèrement. Le plus généralement les troubles psychiques s'améliorent. Le délire disparaît (idées absurdes de grandeur, de richesse, de persécution, etc.), et avec lui la suggestibilité excessive, les gros troubles de la mémoire, la désorientation. A un degré de plus, on parvient à provoquer des efforts d'attention ; le malade s'intéresse davantage aux événements extérieurs, se préoccupe de sa famille, soigne sa tenue. Puis, ce sont le jugement, la capacité d'effort intellectuel, les sentiments affectifs qui font des progrès. Il est difficile cependant d'affirmer, même dans les cas les plus favorables, le retour absolu à l'état antérieur. Quant à la durée de cette rémission, elle est variable et ne saurait être fixée actuellement.

Les signes physiques s'amendent beaucoup moins. Les troubles pupillaires ne varient pas ; les réflexes tendineux abolis ne reparaissent pas. Par contre, la dysarthrie s'atténue parfois assez sensiblement. Au

point de vue humoral, les modifications sont aussi de minime importance, en général.

La régression des manifestations psychiques, quelque réserve que l'on doive faire quant à leur durée, justifie l'emploi du traitement.

— M. Sézary rappelle qu'il a obtenu avec M. Barbé des résultats absolument comparables au moyen des injections intra-veineuses de stovarsol. Les recherches qu'il a continuées sur ce point ont pleinement confirmé son opinion première.

Poliomyélite aiguë : sérum de Pettit, radiothérapie.

(M. Laignel-Lavastine. — *Société médicale des hôpitaux* ; 22-5-1925.)

M. Laignel-Lavastine présente une malade qui a été atteinte de poliomyélite aiguë avec paraplégie grave, puis signe de Babinski, et qui a guéri à la suite de l'emploi du sérum de Pettit, de la radiothérapie, de la diathermie et de la galvanothérapie.

Cette observation confirme l'opinion classique d'après laquelle les troubles paralytiques de la poliomyélite se restaurent souvent mieux qu'on ne pourrait l'espérer. Elle montre aussi l'heureux résultat de la quadruple thérapeutique actuellement préconisée en pareille circonstance : sérum antipoliomyélitique de Pettit (sérum de mouton qui a reçu un filtrat de moelle de singe) aussi précoce que possible, application de rayons X à la hauteur des foyers poliomyélitiques, diathermie et galvanothérapie.

Troubles mentaux et troubles musculaires dans la néphrite azotémique.

(MM. Pr. Merklen, Foncin et Adnot. —*Soc. méd. des hôp.* ; 22-5-1925.)

M. Pr. Merklen relate un cas typique de néphrite azotémique, avec 5 gr. 76 d'azotémie, qui a comporté de la confusion mentale et des secousses musculaires myocloniques. L'auteur expose, à ce propos, quelques considérations sur les troubles mentaux et musculaires de l'azotémie.

A côté des observations habituelles où l'azotémie marque son atteinte psychique par une torpeur progressive, il est des cas où, à l'égal des infections aiguës, elle supprime l'activité des centres supérieurs et conscients, en libérant les centres de l'automatisme subconscient, selon la définition même de la confusion mentale. Dans son mémoire sur le démembrement de l'urémie cérébrale, Lemierre rapporte des observations de ce genre publiées par Jolly, par Savage, par Dieulafoy, où étaient notées de la stupeur, des hallucinations, de l'inquiétude, de la mélancolie, des illusions, etc.

Pour ce qui concerne les faits d'azotémie musculaire, ils ne sont pas très nombreux. Lancereaux a signalé, chez un de ses malades, de la raideur de la nuque et du dos, Jaccoud de la contracture sacro-lombaire.

Henri Roger et Chaix ont vu un cas d'urémie avec secousses myocloniques ressemblant à celles de l'encéphalite épidémique. Chez un patient traité par M. Merklen, avec Hirsberg et Turpin, existait un syndrome méningé comprenant de la raideur de la nuque, du Kernig, sans réactions biologiques céphalo-rachidiennes. La fièvre est quelquefois coexistante, si bien que l'on arrive à penser à la méningite, d'autres fois au tétanos. Chez une malade de Bergé et Pernet, on avait porté le diagnostic de tétanos (trismus, dysphagie, raideur de la nuque, opisthotonos, contracture des membres) jusqu'au moment où apparut le Cheyne-Stokes.

L'évolution des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques.

(MM. Maurice Renaud et Auger. — *Société méd. des hôp.* ; 22-5-1925.)

Les syndromes parkinsoniens et la maladie de Parkinson sont-ils des états fixés ou, au contraire, ont-ils une évolution plus ou moins progressive.

M. Maurice Renaud adopte la première opinion. Les symptômes, dit-il, apparaissent rapidement, dans le parkinsonisme. Ils ont une réelle stabilité, sans offrir de poussées évolutives. Ils ne s'agit pas d'une maladie en évolution, mais d'une infirmité incurable.

— M. Dufour ne partage pas l'avis de M. Maurice Renaud. La plupart des encéphalitiques parkinsoniens qu'il a observés ont subi une évolution progressive, mais il est exact que l'établissement des premiers symptômes caractéristiques est souvent plus rapide que l'aggravation subséquente.

— M. de Massary croit, comme M. Dufour et la plupart des neurologistes, à la progressivité de la maladie. Tous les cas de maladie de Parkinson suivis par l'auteur ont été progressifs mais, particularité essentielle, la progression s'est faite par poussées successives. Pendant de longs mois, la maladie reste stationnaire, mais tôt ou tard, une nouvelle aggravation survient. La marche a lieu par saccades et si l'on n'observe que les périodes intercalaires, on croit à la stabilité de l'affection.

Peste bubonique à forme exanthématique.

(MM. P. Teissier, Reilly, Cambessédes et Cathala. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

Un malade porteur d'adénites est adressé dans un service de chirurgie. Une éruption pustuleuse varioliforme s'étant produite à ce moment, le patient est transporté, avec le diagnostic de variole, à l'hôpital Claude Bernard, dans le service du Pr Teissier.

Deux ordres de symptômes frappaient l'attention: les adénites (les bubons) et l'éruption pustuleuse généralisée. L'hypertrophie ganglionnaire intéressait les ganglions inguinaux et ceux de l'angle de la mâchoire. L'exanthème était pustuleux, varioliforme, avec des éléments papuleux. La ponction des bubons et l'examen du liquide des pustules cutanées révèlerent la présence du bacille de Yersin et le diagnostic

de variole fut rectifié pour celui de peste bubonique à forme exanthématique. Le malade succomba et l'examen anatomique pratiqué une heure et demie après la mort (en vertu des règlements spéciaux, pour les maladies hautement contagieuses) confirma les données de l'examen clinique.

Le cas de MM. Teissier, Reilly, Cambassédès et Cathala constitue un exemple de peste bubonique à forme exanthématique. Les anciens auteurs désignaient comme éruptions ordinaires de la peste : le bubon, les charbons pesteux, les éruptions purpuriques, pétéchies, ecchymoses, éruptions caractéristiques des formes hémorrhagiques ou simples piqûres de puces. Les exanthèmes pustuleux, varioliformes, n'ont été signalés que rarement jusqu'à ce jour.

Scapulalgies dans le dépistage du diabète.

(MM. E. Sergent et H. Kaufmann. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

M. E. Sergent appelle l'attention sur un point de séméiologie que plusieurs observations antérieures lui ont fait noter, à savoir la valeur diagnostique de certaines scapulalgies, et particulièrement de la névrite du nerf circonflexe, dans le dépistage du diabète.

Il relate d'abord l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour des douleurs à l'épaule gauche ayant débuté huit mois auparavant, douleurs sourdes, à exacerbation dans la journée, entraînant de la gêne fonctionnelle. Une radiographie de l'épaule ne montra rien de particulier et l'existence de la scapulalgie incita M. Sergent à rechercher le diabète. L'examen des urines donna 18 grammes de sucre.

On connaît la sciatique, classique, chez les diabétiques. La scapulalgie, la névralgie du circonflexe est un accident du même ordre, révélateur quelquefois du diabète. Dans certaines des observations de l'auteur, les phénomènes étaient beaucoup plus accusés, avec douleurs irradiées jusqu'aux extrémités digitales, troubles de la sensibilité, atrophie musculaire, etc.

Il s'agit, non d'une myosite, ni d'une arthrite, mais d'une névralgie ou d'une névrite, intéressant le territoire du nerf circonflexe, névrite décrite par Althaus en 1890 et mentionnée par Marcel Labbé dans son livre sur le diabète sucré.

P.L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Infection gonococcique . Endocardite végétante.

MM. Bard, Langeron et Gardère exposent le cas d'un jeune homme de 21 ans, sans antécédents, atteint d'uréthrite blennorrhagique compliquée d'abord d'orchite double, puis de rhumatisme polyarticulaire et enfin de néphrite ; 7 gr. 80 d'albumine à l'entrée à l'hôpital, cylindres épithéliaux en grand nombre, pus et globules rouges, œdème des malléoles et bouffissure de la face. Par la suite, aggravation rapide, anasarque, apparition d'un souffle systolique maximum dans le deuxième espace gauche, température irrégulière, à maximum 39°, sans grands frissons. Mort. Autopsie : sur l'une des valvules sigmoïdes pulmonaires, végétation grisâtre, bourgeonnante, grosse comme un haricot ; quelques végétations lenticulaires sur la paroi du ventricule droit. Bien qu'on n'ait pas fait d'hémoculture, et que l'examen des exsudats recueillis sur les valvules n'ait pas montré d'éléments microbiens, tout porte à croire que cette endocardite était bien de nature gonococcique et non pas due à une infection secondaire.

Syphilis osseuse dans la première enfance.

M. Péhu et Mme Enselme présentent des radiographies d'os longs atteints de lésions syphilitiques chez des nourrissons. Il s'agit de nouveaux cas observés depuis une présentation analogue faite l'an dernier par les mêmes auteurs. Sur dix observations indubitables de syphilis congénitale relevées chez des jeunes enfants de moins d'un an, on a noté sept fois des altérations osseuses plus ou moins étendues, quelques-unes soupçonnées à l'examen clinique, d'autres décelées par la radiographie ou parfois seulement à l'autopsie. Ces lésions consistent surtout en périostite ossifiante.

Grosse hypertrophie thymique à séméiologie fruste.

MM. Mouriquand et Chassard relatent l'observation d'une fillette de cinq semaines : quinze jours après la naissance, spasme laryngé avec cyanose ; cet accident se renouvelle, plus ou moins atténué, plusieurs fois jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Là, l'hypertrophie thymique fut surtout révélée par la radiographie qui donna une ombre extrêmement nette dans la partie supérieure du médiastin. On institua immédiatement un traitement radiothérapique qui amena une rapide amélioration : quinze jours après le début du traitement, une nouvelle radiographie montra une disparition à peu près complète de l'ombre thymique. Une deuxième série d'irradiations fut pratiquée et la petite malade peut être maintenant considérée comme guérie.

Goitre exophtalmique traité sans succès par la radiothérapie. Hémithyroïdectomie.

MM. Bonnamour et Cotte présentent une femme de 46 ans atteinte depuis très longtemps d'un petit goitre dans le lobe droit du corps thyroïde. A commencé, à 40 ans, à souffrir de palpitations qui ont été toujours en s'aggravant, malgré un traitement médical. On eut alors recours à la radiothérapie, sans résultat. Quand elle entra à l'hôpital, on constatait une tachy-arythmie oscillant entre 160 et 180, amaigrissement, température oscillant entre 38°5 et 39, oppression nocturne avec crises d'étouffement ; gros

ganglions cervicaux et matité rétro-sternale, signe probable d'hypertrophie thymique . On décida d'intervenir par une hémithyroïdectomie du lobe droit qui amena une grosse amélioration immédiate et finalement une guérison complète.

Relations fonctionnelles de la thyroïde et de l'ovaire. Ménopause chirurgicale et goitre exophtalmique.

M. Cotte relate l'observation d'une femme de 46 ans atteinte de lésions utéro-annexielles pour lesquelles on pratiqua en juin 1923 une castration totale, à la suite de laquelle tout alla bien jusqu'en janvier dernier. A ce moment, un tout petit noyau existant dans son corps thyroïde se mit à grossir et la malade ressentit des palpitations, puis s'installa un syndrome basedowien complet pour lequel on décida de pratiquer une hémithyroïdectomie. Revue en novembre dernier, la malade se déclare complètement guérie, et on notait chez elle la disparition totale des vapeurs et des bouffées qu'elle avait depuis la castration. L'histoire de cette malade est des plus intéressantes au point de vue des rapports de l'insuffisance ovarienne et de l'hyperthyroïdie. Si, comme l'a montré Dalché, les troubles menstruels favorisent l'apparition du basedowisme, on peut également se demander si les malaises habituels consécutifs à la castration ne sont pas dus à une hyperthyroïdie qui n'est plus compensée autant qu'à de l'insuffisance ovarienne. M. Cotte dit, en tout cas, obtenir de meilleurs résultats, pour combattre les bouffées de chaleur et les troubles nerveux consécutifs à la castration, en donnant de l'hémato-éthyroïdine et des bromures qu'avec les extraits ovariens.

A. C.

Les Congrès

Xe Congrès de médecine légale des pays de langue française.

(*Suite*) (1)

3e Rapport.— La criminalité chez les blessés du crâne. M. A. Porot (d'Alger).

En présence de l'exploitation trop fréquente en justice des commotions ou trépanations et des exagérations sentimentales de l'opinion publique, il importait de mettre au point le problème de la responsabilité des blessés du crâne, en apportant à son étude le maximum de contrôle et de rigueur scientifique.

I. Considérations étiologiques. — L'auteur cherche à préciser dans le domaine scientifique des traumatismes du crâne et de leurs séquelles quelles sont les manifestations mentales susceptibles d'influencer le caractère et la conduite du blessé et d'intervenir dans le déterminisme de ses actes.

Dans l'évolution générale des traumatismes du crâne on peut distinguer : 1° la période des accidents *immédiats*, sans intérêt pour la question ; 2° celle des accidents *prochains*, marquée parfois par des épisodes confusionnels et délirants susceptibles d'entraîner des réactions médico-légales (fugues) ; 3° enfin, celle des accidents *tardifs*, avec ses troubles psychiques résiduels, qui est la plus féconde au point de vue médico-légal.

Les *séquelles intéressantes au point de vue médico-légal* sont :

1° *L'épilepsie traumatique et ses équivalents psychiques*, dont on connaît bien aujourd'hui la fréquence, les conditions évolutives et le temps de latence qui précède son apparition (trois à cinq mois).

Cette épilepsie mentale peut se présenter sous forme de *troubles de l'humeur plus ou moins paroxystiques*, de *fugues*, d'*accidents procursifs*, de *crises excito-motrices*, d'*accès de fureur* et même d'*accès de manie aiguë* (plusieurs exemples) ;

2° *Les troubles de la mémoire et les états seconds ou crépusculaires*, souvent allégués, mais qui exigent la plus minutieuse étude ;

3° *Les déséquilibres émotifs et les troubles de l'humeur* évoluant souvent sur un fonds de déficit psychique et signifiant une hyperémotivité acquise ou un onirisme mal éteint ;

4° *L'affaiblissement intellectuel et les états démentiels* qui vont de la simple psychasthénie résiduelle jusqu'à la pseudo-paralysie générale par méningo-encéphalite traumatique ;

5° *Les états délirants secondaires* (hypocondrie, revendications) parfois dus à une constitution paranoïaque préexistante, parfois consécutifs à un onirisme traînant.

Quelques circonstances étiologiques spéciales ajoutent parfois leur action à celle du traumatisme et de ses séquelles : *a*) l'*âge* auquel s'est produit le traumatisme ; *b*) l'*état antérieur* : c'est souvent chose malaisée que fixer la part d'un état constitutionnel antérieur (débilité, émotivité, perversions instinctives) ; *c*) l'*alcoolisme* : la sensibilité des blessés nerveux à l'alcool (constatation antérieure à la guerre) ne se révèle pas seulement par l'abaissement du seuil de tolérance, elle se caractérise surtout par la gravité et la malignité des réactions que provoque le toxique.

II. Etude de faits. Crimes et délits chez des blessés du crâne. — Une enquête faite auprès de ses col-

(1) Voir *Concours Médical* nos 33, 35 et 36, des 16, 30 août, et 6 sept. 1925.

lègues a permis à l'auteur de réunir plus de cent affaires médico-légales, dont il n'a retenu que soixante, éliminant les délits strictement militaires observés pendant le temps de guerre.

Il ressort de cette enquête que l'allégation fut très fréquente pendant la guerre et immédiatement après la guerre, qu'elle l'est devenue beaucoup moins dans ces derniers temps. La moitié à peine de ces allégations mérite d'être retenue pour ouvrir une discussion, sans qu'il soit préjugé de la conclusion concernant la responsabilité.

III. **Pratique et déductions médico-légales.** — C'est une croyance, pour le commun des mortels, qu'un trépané ou un commotionné ne jouit pas de la plénitude de son bon sens. Cette croyance s'est fait jour dans la loi d'amnistie de 1921 qui s'étendait aux sujets « atteints d'une blessure du crâne ou du cerveau » au même titre qu'aux réformés pour troubles mentaux (art. VII). Une réaction s'est heureusement produite, car on peut affirmer que les séquelles psychiques des blessures du crâne n'existent que chez certains sujets seulement et qu'elles ne créent pas une criminalité spéciale par sa fréquence et ses modalités.

1° Il importe avant tout de *bien établir la valeur médico-légale des allégations de traumatisme et de commotion* : l'examen objectif le plus minutieux du sujet s'impose avec recherche de tous les stigmates décelables (signes neurologiques, syndromes subjectifs, examen du labyrinthe, recherche de l'épilepsie et de ses équivalents, etc.).

2° Envisageant *dans quelles circonstances et dans quels cas le crime ou le délit peuvent être considérés comme influencés par un traumatisme cranien antérieur*, l'auteur estime que cette action traumatique doit être retenue *lorsque le sujet a agi sous l'influence d'une disposition mentale, momentanée ou permanente, découlant directement de son traumatisme.*

3° *Y a-t-il lieu d'envisager un régime pénitentiaire ou d'assistance spécial pour ces sujets ?* Non, d'après l'auteur. Toute création particulière serait à peu près inopérante au point de vue thérapeutique et prophylactique. Elle est inutile en principe, du reste, car la criminalité de tels sujets n'est ni tellement fréquente, ni tellement spéciale qu'elle ne puisse rentrer dans la commune mesure.

Discussion.

M. Vervaeck (de Bruxelles) fait certaines réserves aux conclusions du rapporteur. Il lui paraît bien difficile pour l'expert de ne pas admettre qu'il existe chez beaucoup de commotionnés et plus souvent chez les trépanés à réactions antisociales une diminution plus ou moins importante de la responsabilité pénale. Même dans les cas de délinquance où la préméditation paraît établie et où la lucidité du prévenu paraît entière, peut-on méconnaître l'influence directe ou éloignée des tares mentales ou morales, parfois graves, conséquences lointaines d'un traumatisme cranio-cérébral ? Il n'hésite pas à affirmer que dans l'état actuel de nos connaissances, en psychiatrie et en anthropologie criminelle, il est difficile et parfois impossible d'établir qu'au moment où le sujet s'est rendu coupable d'un acte criminel ou délictueux, un malade ou un anormal mental possédait son libre arbitre intégral et avait la compréhension parfaite de la gravité de son acte. C'est en se basant sur cette considération et sur d'autres analogues que la Belgique a substitué au principe de la répression celui de la défense sociale réalisée par des sentences thérapeutiques. Ainsi, en assurant la sécurité de la société, on arrive dans bien des cas à éviter la récidive.

M. Rogues de Fursac (de Paris) dit que la question de l'indulgence en ce qui concerne les délits commis par les traumatisés du crâne et que Vervaeck voudrait voir générale tandis qu'elle paraît injustifiée au rapporteur, est fort délicate. La divergence d'opinion lui paraît être due à ce fait qu'en Belgique, l'indulgence, si elle atténue la rigueur pénale, ne diminue pas la durée de la détention qui ne prend fin que lorsque l'amendement a été jugé suffisant pour éviter la récidive de l'individu une fois libéré. C'est l'idéal. L'indulgence ainsi comprise ne compromet pas la défense sociale, beaucoup mieux assurée ainsi que par des détentions à durée limitée.

C'est tout différent en France, où l'indulgence se traduit uniquement par la durée de l'incarcération. On ne prévient pas ainsi la récidive, si fréquente chez les psychopathes ; bien mieux, on augmente de la sorte la nocivité en raison inverse de la diminution de la répression.

Dans notre pays, où nous avons tous la même aversion que nos collègues belges pour les rigueurs inutiles, nous appliquerons volontiers une thérapeutique du crime au lieu d'une répression aveugle le jour où, pour être efficace, elle pourra être individuelle, souple et nuancée. Mais il faut reconnaître qu'en l'absence d'un système pénitentiaire analogue à celui qui existe en Belgique, on ne peut encourir la responsabilité d'une relaxe prématurée dans la société d'un individu dangereux.

M. Vervaeck (de Bruxelles) souligne que ce n'est point affablir la répression et l'intimidation que de substituer à la peine de durée limitée les sanctions pénales d'ordre thérapeutique ou d'élimination sociale. Dans bien des cas le détenu anormal sera maintenu plus longtemps qu'il ne l'est aujourd'hui, mais dans des sections à caractère psychiatrique organisées dans le régime pénitentiaire.

(*A suivre.*)

Les Livres

VIGOT, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, publiées sous la direction du Pr BRINDEAU. (Un vol in-8, 216 pages, 50 figures., Paris, 1924.)

A. Brindeau : La syphilis placentaire. — M. Metzger : A propos de quelques cas particuliers de grossesse extra-utérine. — H. Kieffer : Le système nerveux de l'utérus. — M. Lequeux : Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta prævia. — L. Nattan-Larrier : Les conditions de l'hérédité des infections. — C. Jeannin : De l'obstruction pelvienne par tumeur au cours de la grossesse et de l'accouchement. — V. Le Lorrier : Sur les vomissements graves de la grossesse. — G. Ecalle : Idées nouvelles sur la pathogénie de l'éclampsie. — R. Vaudescal : Les affections annexielles au cours de la puerpéralité. — Ed. Chomé : Les phlébites utéro-pelviennes puerpérales. — G Durante : De l'infection ombilicale

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. LEPRINCE. — **Traité de réflexothérapie.** (Un vol. in-16, 197 pages, 18 figures.)

Jaworski donna la véritable interprétation des anciennes doctrines des sympathies en les englobant sous le nom de réflexopathies. « Que sans parti-pris, dit l'auteur, nos confrères essayent la thérapeutique par les réflexes, et ils enregistreront des succès parfois dans des cas où les indications usuelles sont restées sans effet. »

Chaque centre nerveux, le bulbe notamment, possède une réserve d'énergie, qui peut être transmise par une excitation jusqu'à la périphérie sous l'influence d'une autre excitation partant de la périphérie elle-même ; si l'effet centripète est plus accentué, il peut y avoir inhibition du centre.

Si l'on peut agir sur un trouble sérieux mettant la vie en danger, comme la syncope, par une simple projection d'eau sur le visage ou la respiration d'ammoniaque qui irritent directement les centres cardio-pulmonaires, il n'est pas étonnant que des troubles, qui sont immédiatement moins graves pour la vie des individus, puissent être guéris, par exemple (ainsi que c'est le cas de la plupart des maladies chroniques) par des excitations périphériques de certains centres.

Si, dans un coup d'œil rétrospectif, on envisage les résultats obtenus dans les diverses affections, par les sollicitations des réflexes, on constate, le plus souvent, que le réflexe partant du bulbe suit la voie du sympathique. Nous savons, en outre, qu'il n'est plus possible actuellement de séparer du système sympathique l'ensemble des glandes à sécrétions internes dont les produits constituent de véritables « messagers chimiques ».

Après avoir étudié les réflexes en thérapeutique, puis les réflexes oculaires, pituitaires, vertébraux, intestinaux, l'auteur étudie leur action dans les syndromes vagotoniques et sympathicotoniques, les fonctions respiratoires, les fonctions cardio-vasculaires, les fonctions digestives, génito-urinaires, le diabète, la goutte, les rhumatismes, l'obésité, les fonctions nerveuses, sensorielles, etc.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

DUPUY DE FRENELLE.— **Pour diminuer le risque opératoire.** (Un vol. in-16, 358 pages, 51 figures, dessins originaux de A. Moreau., Paris, 1924.)

Le succès d'une opération est parfois dû à l'habileté opératoire, les insuccès imprévus sont dus souvent à une faute d'attention dans l'examen et dans la préparation du malade, à un choix malheureux de l'anesthésique, à un défaut d'organisation chez un chirurgien pourtant rompu à la pratique des opérations, à un défaut dans l'appréciation de la résistance du sujet au risque opératoire.

C'est à force d'y penser que l'on évite la mort ou la complication post-opératoire.

Avant d'affronter une opération, il faut que le malade soit préparé, même à l'imprévu. Le rôle actuel du médecin est très important pour diminuer le risque opératoire ; la responsabilité lui incombe d'avoir examiné, vérifié tous les rouages de l'organisme qu'il va livrer au chirurgien.

Voici les principaux sujets traités dans cet ouvrage : I. Evaluation de la résistance du malade (diverses explorations fonctionnelles, examen du sang) ; préparation du malade à l'opération.— II. Pour diminuer le risque anesthésique : l'anesthésie générale (la kélénisation mélangée au goutte-à-goutte ; la chloroformisation, éthérisation, protoxyde d'azote) ; la rachianesthésie. — III. Pour diminuer le risque infection (traitement de l'infecté. Stérilisation). — IV. Pour diminuer le risque choc opératoire et hémorragie ; transfusion sanguine.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ADMISSION DANS LES HOPITAUX PARISIENS, DES MALADES DE PROVINCE

Installé depuis un an à peine, je me permets de porter à votre connaissance les faits suivants que je trouve irréguliers. Ils concernent les rapports des praticiens avec le corps des hôpitaux :

1° Une de mes clientes, jouissant d'une situation aisée, se fracture une malléole à Paris, où elle s'était rendue pour voir un parent. Elle est traitée à la consultation d'un hôpital parisien, on fait 4 radiographie et un appareil plâtré.

Ma cliente n'a pas payé un centime. J'ai vu les radios, sur papier, elles étaient fort belles. J'ai été appelé pour enlever la botte plâtrée, et naturellement j'ai appliqué mon tarif syndical. La dame en a conclu qu'à Paris, les soins médicaux étaient supérieurs à ceux de la province et surtout... gratuits. Passons.

2° Une hernie crurale. Le client me demande un certificat constatant qu'il est atteint de cette infirmité. Je m'exécute. Le client, compagnard ayant un fils à Paris, file à Paris, se fait opérer à Tenon, gratuitement, bien entendu.

Deux autres cas sont superposables : un kyste de l'ovaire et même... un kyste sébacé du cuir chevelu !

Tous ces clients pouvaient parfaitement payer un chirurgien.

Alors je ne comprends plus : on entre donc dans un hôpital parisien comme au moulin ? Il est vrai que je me souviens du fait suivant : étant externe à l'Hôtel-Dieu, en 1921, j'ai vu traiter gratuitement pour une fracture de jambe un homme qui, de son propre aveu, gagnait 1.000 fr. par mois.

Des confrères m'ont raconté que cette manière de faire des hôpitaux de Paris était courante. L'un d'eux m'a parlé de « l'intérêt scientifique » de certains cas, utiles à traiter dans les services hospitaliers pour l'enseignement (?). Je suis peu convaincu : une hernie crurale, un kyste de l'ovaire ne me semblent pas des « cas » bien palpitants.

Pourquoi, mon cher confrère, ce corps formé de nos maîtres d'hier nous fait-il du tort aujourd'hui ? Ce malade opéré par le Dr X ou Y, chirurgien des hôpitaux de Paris, rentre dans son pays, heureux d'en être quitte à si bon compte, et ne manque pas de dauber sur nos confrères, chirurgiens de province, qui eux, bien entendu, se font payer.

Plusieurs confrères, dont moi-même, regrettions dernièrement, lors d'une réunion corporative, que le *Concours* ne nous ait pas entretenus longuement du cas du Dr S. de Beaujon, récemment « démissionné ». Nous regrettions également qu'il n'ait pas « cassé les vitres » : la question eût gagné à être traitée au grand jour. Vous connaissez le principe souvent lu dans vos colonnes : « Qui peut payer doit payer ».

Croyez à mes meilleurs sentiments confraternels,

Dr G.

***

« La question, dites-vous, eût gagné à être traitée au grand jour ». Quelle question ? Le cas Savariaud ? Qu'auriez-vous voulu que nous en disions ? Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris acceptent de se soumettre à un certain règlement de l'Assistance publique, et de ne pas le violer. Le Dr Savariaud a violé ce règlement. Encore qu'il ait pour lui, en fait, certaines excuses, il s'est mis dans son tort. Et il l'a si bien compris qu'il a donné sa démission pure et simple.

Mais ces excuses, qu'aurait pu invoquer notre confrère, c'était toute la question de l'admission des malades aisés dans les hôpitaux. Et cette question, nous l'avons exposée dans toute son ampleur, sous la signature de notre collègue Paul Boudin, dans le numéro 19 *bis* du *Concours médical* portant la date du 13 mai 1925, avec le titre : *La clientèle moderne des hôpitaux.*

L'évolution des sciences médicales, leurs progrès sont tels qu'à moins de fermer volontairement les yeux, on est bien obligé de convenir que, dans bien des cas, la maison médicale est le lieu où les soins médicaux peuvent être le mieux et le plus complètement donnés.

La Maison médicale, c'est, pour les malades aisés, la Maison de santé privée. C'est, en principe, pour les indigents, l'hôpital. Mais il y a toute une catégorie de petites gens, qui ne sont pas des indigents, mais qui ne sont pas davantage dans l'aisance, ou dans une aisance telle qu'elles puissent faire les frais de l'établissement privé : c'est à l'intention de ces petites gens, à la petite bourse, que nous demandons la création d'annexes des hôpitaux, fonctionnant comme maisons de santé à bon marché, laissant la place au libre choix et à la rémunération directe de son médecin ou de son chirurgien par le malade en traitement.

Mais, vous envisagez un côté très particulier de l'abus de l'hôpital fait par les malades aisés. C'est le cas, si commun, de ces provinciaux qui viennent à Paris, trouvent le moyen de se faire admettre dans un service hospitalier, et d'y être soignés à peu de frais.

Je dis *à peu de frais*, et non *gratuitement*. Pour bénéficier en effet de la gratuité, il faut être indigent ou nécessiteux. Des enquêtes sont faites, des justifications demandées, faute de quoi le prix de journée est exigé, et il est aujourd'hui relativement élevé, environ 20 fr. en médecine ; 24 fr. en chirurgie.

Or, les provinciaux, qui entrent en fraude dans un hôpital parisien, craignent bien trop l'enquête pour refuser de payer ce prix de journée. Donc, vos clients exagèrent très vraisemblablement, quand ils se vantent d'avoir été soignés gratuitement. Sans doute n'ont-ils pas versé d'honoraires médicaux. Mais ils ont réglé leurs frais de séjour entre les mains de l'économe de l'établissement ; et je serais fort étonné que la malade radiographiée n'ait pas payé les quatre épreuves, attendu qu'il existe un tarif hospitalier des opérations de radiologie, pour les accidents, qu'ils soient du travail ou de droit commun.

La fraude est, en l'espèce, courante. Il suffit d'avoir de la famille à Paris, simplement de connaître ou de soudoyer un concierge pour produire un certificat de domiciliation, avec lequel on entre, en effet, à l'hôpital, *comme dans un moulin*, pourvu qu'on produise en même temps un certificat médical concluant à la nécessité de l'hospitalisation. Ce dernier certificat, rien de plus facile que de l'obtenir, sans que le confrère qui l'a délivré puisse être taxé de collusion. Le malade se présente à la consultation d'un médecin de quartier ; celui-ci l'examine et conclut à la nécessité de telle opération, tels soins. Le malade excipe de son insuffisance de ressources pour prétendre qu'il ne peut se soigner chez lui. Et le médecin de lui rispoter : « Entrez à l'hôpital ». Le malade accepte cet arrêt avec une plus ou moins grande facilité apparente. Mais il l'accepte, demande un certificat en conséquence, règle les honoraires de cette consultation, entre ensuite à Beaujon, ou à Boucicaut, ou à Laënnec... Et le tour est joué.

Que voulez-vous ensuite que fasse le confrère dans le service duquel l'entrée frauduleuse a eu lieu ? Il est l'employé de l'administration. Il a accepté de donner ses soins aux malades que celle-ci fera entrer dans ses salles. Quelle que soit l'origine de ces malades, il n'a pas à s'en préoccuper. Soupçonnât-il une irrégularité administrative ? En eût-il même la certitude ? Il ne peut rien faire, sauf de donner leur *exeat* à de tels malades. Et cela n'est possible que si ceux-ci sont en situation de sortir de l'hôpital sans courir de risques.

Mais ce serait là façon de faire la police administrative dans l'intérieur de l'hôpital. Et je doute que nos confrères des hôpitaux consentent à jouer ce rôle de policiers. Mettez-vous à leur place ! N'en feriez-vous pas autant ?

Mais, me direz-vous alors, comment pouvons-nous, nous praticiens de province, victimes de cette exploitation, nous défendre contre elle ? Dans l'état actuel des choses, j'avoue que je vous crois pratiquement complètement désarmés. Ce n'est que le jour où le Syndicalisme médical sera assez fort pour s'imposer partout, le jour où, par conséquent, les médecins et chirurgiens des hôpitaux se grouperont sous l'égide de la loi de 1884 et s'agrégeront ensuite, dans la personne de leur syndicat, à l'Union des Syndicats, qu'il sera peut-être possible d'obtenir de l'administration de l'Assistance publique qu'elle se montre plus rigoureuse pour les admissions dans ses établissements hospitaliers. On me dit que la création du Syndicat du personnel médical hospitalier est, à Paris, imminente. J'en accepte l'augure, avec l'espoir que cette création entraînera un contact plus intime entre ce personnel et le corps des praticiens, et qu'à la faveur de ces relations, des mesures communes pourront être prises pour lutter contre la fraude que vous dénoncez, à juste titre.

G. Duchesne.

ACCIDENTS DU TRAVAIL — EXPERTISES

Un médecin expert peut-il communiquer son rapport, ou ses conclusions, aux parties ?

Quand un médecin a été nommé expert par jugement du tribunal et que les parties assistent à son expertise, doit-il simplement prendre note de ce que les représentants des parties lui disent, et faire de ces documents l'usage que lui demande sa conscience, ou bien doit-il — comme le prétendent certains — indiquer les conclusions de son expertise, permettre qu'on les discute et laisser ainsi les représentants des parties faire acte de consultants ?

Les experts sont chargés d'une mission : celle de renseigner le juge qui les a commis. Ils ont donc le devoir de s'entourer de tous les renseignements possibles ; ils ont le droit de comman-

der certains examens, pratiqués par des spécialistes ; ils peuvent avoir recours aux lumières d'un consultant ; ils doivent étudier minutieusement tout le dossier, etc., etc.

Ceci fait, ils doivent, dans le silence du cabinet, rassembler toutes les notes, qu'ils ont prises sur l'affaire, les classer et rédiger le rapport, à tête reposée.

A qui sera remis ce rapport ? A celui auquel il est destiné : c'est-à-dire au juge.

Par conséquent, ce mémoire d'expertise sera remis, par l'expert, au greffe du tribunal qui l'a commis et c'est là seulement que les parties pourront en prendre connaissance et demander copie de ce rapport.

En pratique, les experts sont très souvent sollicités par l'une ou l'autre des parties de lui communiquer leurs conclusions. « Ils n'en ont pas le droit, la mission, dont ils ont été chargés, ayant pour but de renseigner le juge » (Forgue et Jeanbrau, *Guide du médecin dans les accidents du travail*, 3e édition, 1914, p. 417.)

Le Dr Maillon conclut dans le même sens, dans son traité sur l'expertise devant la justice de paix, dans les accidents du travail (1922, p. 44.)

Vainement, une des parties pourrait-elle soutenir qu'elle a le droit de connaître d'avance quelles seront les conclusions de l'expert, pour pouvoir faire à ce dernier toutes les observations nécessaires, propres à le faire changer d'opinion.

Pareille assertion est contraire à l'indépendance que doit conserver l'homme de l'art chargé par le juge de renseigner la justice. Il serait à craindre que, soit par promesses, soit par menaces et intimidation, une des parties ne cherche à influencer l'impartialité de l'expert.

Au contraire, ce dernier voit sa mission se terminer avec le dépôt de son rapport. Si l'une des parties estime devoir contester, soit les conclusions, soit le rapport lui-même, elle devra, au cours de l'audience, déposer des conclusions, pour éclairer la religion du juge et obtenir du tribunal un supplément d'enquête, ou même une contre-expertise.

En effet, la toute indépendance des magistrats leur laisse la liberté absolue de ne pas accepter tout ou partie du rapport d'expertise, quels que soient le talent et la science de l'homme de l'art qui a été commis (article 323 du Code de procédure civile).

Le juge peut même s'appuyer sur de simples présomptions pour rejeter les conclusions de l'expert (Cassation, 12 juin 1899).

Il ne peut être tenu d'indiquer dans son jugement les motifs de son refus (Cassation, 11 juillet 1899).

A plus forte raison, le tribunal a-t-il le droit, sur la demande d'une des parties, de réclamer de l'expert des renseignements complémentaires, d'ordonner un supplément d'expertise, ou même une expertise nouvelle, confiée aux mêmes experts ou à d'autres (article 322 du Code de procédure civile).

D'ailleurs, il serait dangereux, pour un expert, d'accéder au désir d'une des parties, en lui communiquant d'avance quelles seront ses conclusions. La partie adverse pourrait soutenir que l'expert s'est laissé circonvenir et que peut-être a-t-il accepté des offres, des promesses, des dons, ou présents, ce qui entraînerait l'application de l'article 177 du Code pénal.

Je conclus donc d'une manière absolue que les médecins experts doivent borner leurs rapports avec les parties à la simple audition de leurs observations, dires et affirmations.

Après quoi, ils rédigeront leur rapport, dans le silence du cabinet, déposeront leur mémoire au greffe du tribunal, à l'adresse du magistrat, qui les a commis.

Par conséquent, ils ont le devoir, l'obligation absolue de ne pas révéler, à qui que ce soit, le résultat de leurs investigations, ni les conclusions de leur rapport d'expertise.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ ET ASSURANCES SOCIALES

Depuis l'apparition des projets successifs d'assurances sociales, la mutualité se remue pour accaparer le fonctionnement de cette loi, car pour elle, c'est une question de vie ou de mort.

En attendant, elle fait pression sur les rapporteurs, sur les parlementaires du groupe mutualiste, sur le gouvernement, pour apporter aux projets étudiés toutes les modifications qu'elle juge utiles à son existence et à son développement futur. Elle cherche à avoir le monopole des assurances sociales et à en faire une pure adaptation mutualiste, sous la direction de son grand aréopage.

Comme les mutualistes représentent une fraction importante d'électeurs ; comme les sociétés mutuelles pour la plupart ne sont en réalité que des groupements politiques électoraux, nou avons les plus grandes chances de voir se réaliser toutes les aspirations mutualistes.

La Mutualité sait bien qu'elle ne peut continuer à perpétuer ses errements anciens et vivre sous son régime arriéré, elle essaye de se transformer et de se moderniser. Elle sait qu'elle aura à lutter contre des adversaires redoutables : les organisations et Syndicats ouvriers qui tiendront à avoir la haute main sur les caisses qu'ils ali-

menteront et dont ils ne voudront pas laisser la direction à des bourgeois intrigants, mus surtout par des visées décoratives.

Comment la Mutualité compte-t-elle se transformer en vue de la création des assurances sociales ? Un certain nombre de questions se posent.

Quelle sera la situation des membres honoraires qui forment le pivot de la Mutualité et sans lesquels elle ne pourrait fonctionner. D'abord, y aura-t-il encore des membres honoraires ? La loi des assurances sociales n'en prévoit pas. Il y a des assujettis (patrons et ouvriers), il y a les médecins et les pharmaciens, c'est-à-dire ceux qui sont indispensables comme rouages à la nouvelle loi.

Or si les membres honoraires se recrutent parmi beaucoup de politiciens et de philantropes plus préoccupés d'un bout de ruban que d'assistance sociale, il ne faut pas oublier que parmi les honoraires, il y a aussi beaucoup de patrons, de commerçants, d'industriels. Obligés par la loi à des cotisations élevées (5 % du salaire de leurs employés ou ouvriers et peut-être dans la suite 10 %), ils ne se soucieront de verser d'autres cotisations bénévoles à des sociétés dont souvent ils se désintéressent, mais qu'ils sont obligés de soutenir de leur nom à titre de contribution souvent forcée pour enlever une affaire ou à titre de publicité. Il y aura sans doute à ce moment une entente tacite entre ces dirigeants pour ne pas se taper mutuellement sous prétexte de mutualité. Probablement le nombre des membres honoraires se raréfiera de plus en plus. Du reste, ils ne seront plus nécessaires à la marche de la société, largement dotée par les cotisations obligatoires des intéressés.

Que deviendront aussi les gens riches, plus nombreux qu'on ne le croit, embusqués dans les rangs de la mutualité ?

Beaucoup de ces sociétaires (et j'en connais pas mal d'exemples) ont des appointements bien supérieurs à ce chiffre de 10.000 fr. réclamé comme maximum dans la loi pour les assurés obligatoires ou de 12.000 fr. pour les assurés facultatifs. Il est vrai qu'il faut prévoir une augmentation de 2.000 fr. par tête d'enfant. Mais cette catégorie de sociétaires est souvent peu prolifique, par peur d'une diminution du bien-être auquel ils sont habitués. Dans ces conditions, leur situation d'inscrit à une société de secours mutuels n'entraînera-t-elle pas leur affiliation automatique aux Caisses d'assistance sociale ? Cela avait été demandé lors du projet Grinda : l'entrée dans une Caisse sans limitation d'âge, de fortune, sans examen médical, par le seul fait de leur adhésion antérieure à une société Mutuelle. Je ne crois pas que cette disposition figure dans le projet Chauveau.

Une question importante se pose : celle de la continuation des soins médicaux aux retraités. Dans beaucoup de sociétés mutuelles, les retraités versent le paiement de leur cotisation, reçoivent des soins en cas de maladie. Le projet Chauveau spécifie bien que les retraités perdent leurs droits au service maladie ; cependant ils peuvent différer l'acceptation de leur pension jusqu'à 65 ans et dans ce cas ils continuent à recevoir les soins médicaux sans payer de cotisation. La continuation des soins aux pensionnés est la grande revendication de la Mutualité. Je ne sais si elle obtiendra gain de cause, car c'est le bouleversement complet de l'économie du projet de loi et une charge nouvelle de dépense considérable qui n'est plus, au point de vue mathématique, en rapport avec les cotisations perçues.

Enfin dans le projet Chauveau, les conseils d'administration sont composés de 12 membres dont au moins 6 assurés élus. Il est probable que les autres six membres seront rcrutés parmi les assureurs, patrons, ou parmi les médecins et pharmaciens, c'est-à-dire parmi ceux qui prennent part au fonctionnement réel des Caisses.

Mais que deviendront ces professionnels mutualistes, politiciens, notaires, avocats et même médecins, qui n'appartiennent pas en réalité au cadres des mutualistes effectifs et n'y sont guère que dans des buts politiques ou intéressés comme membres honoraires. Il est évident que, leur place ne sera pas à la direction des Caisses, où ils n'ont aucun intérêt matériel.

En réalité, les sociétés mutuelles parlent de transformations à opérer dans leur organisation, quelle sera-t-elle ? L'ancienne société existera-t-elle comme dans le passé, avec ses habitudes, ses avantages, ses cadres, et créera-t-elle à côté une nouvelle section ou une nouvelle société adaptée aux dispositions de la loi ? En ce cas ses membres feraient partie des deux, de l'une comme sociétaires facultatifs, de l'autre comme assurés obligatoires. Ils auraient alors droit à une double indemnité maladie, à une double retraite. Mais en réalité les sociétaires consentiront-ils à payer une double cotisation, alors que celle prévue par le projet des assurances sociales est déjà élevée et n'abandonneront-ils pas la société de secours mutuels qui leur procure des avantages si minimes ?

En ce cas, la société mutuelle devra disparaître, fondue dans le moule de la nouvelle organisation légale ; ce sera une véritable liquidation de l'ancienne société.

Que deviendront dans cette éventualité les caisses de réserve, quand les sociétés auront rempli leurs engagements envers les membres présents ? Seront-elles versées à une nouvelle Caisse ou resteront-elles dans le vaste gouffre du fonds commun devenu sans objet ?

Il est à prévoir une grande révolution dans le statut de la Mutualité actuelle. On doit crain-

dre la fonte rapide des effectifs mutualistes remplacés par des assurés désirant eux-mêmes gérer leurs affaires, caisses syndicales, caisses industrielles, caisses professionnelles. Il est possible que, si même le projet de loi favorise la Mutualité, à l'usage celle-ci périclite par la volonté des adhérents intéressés.

Dr M. VIMONT.

HYGIÈNE SCOLAIRE

La charrue avant les bœufs.

Voilà déjà quelques années que l'inspection médicale des écoles a subi des réformes sérieuses, appliquées dans la Seine. Le moment est venu d'examiner si elles ont donné les résultats qu'on en attendait.

La nomination au concours des médecins inspecteurs a présenté quelques difficultés.

Les médecins de banlieue ne s'étant présentés au concours qu'en très petit nombre, inférieur à celui des postes à occuper, par conséquent insuffisant, la Direction de l'Enseignement s'est vue dans la nécessité de désigner des médecins habitant Paris pour inspecter les écoles de la banlieue. Cette solution n'a pas été du goût de tout le monde. Les délégués cantonaux, désormais tenus à l'écart au sujet de la nomination des médecins inspecteurs ont vu dans cette nouvelle organisation des difficultés provenant de l'éloignement du médecin-inspecteur, gênant les rapports avec les parents, avec les municipalités, avec les délégations cantonales et gênant aussi la concentration des renseignements et des mesures hygiéniques à prendre.

Les délégations ont vu supprimer certaines de leurs prérogatives et diminuer les relations réciproques.

A telle enseigne que l'Union des délégués cantonaux de la Seine a exprimé le vœu de revenir à l'état ancien qui lui paraissait préférable.

Les médecins inspecteurs, de leur côté, ne sont point toujours satisfaits de la répartition des groupes scolaires à visiter, et se plaignent, avec raison, des difficultés parfois considérables qu'ils rencontrent dans l'accomplissement de leurs fonctions. Quoi qu'il en soit, la situation actuelle est celle-ci : sous l'ancien régime, un médecin inspecteur avait parfois trois groupes scolaires à visiter avec environ 5.000 enfants, sans l'aide d'un bureau d'hygiène municipal, sans infirmier, sans cabinet, sans matériel nécessaire à l'établissement des fiches. Aussi ne lui demandait-on qu'une visite hygiénique tous les quinze jours dans chaque local scolaire, et des rapports destinés à la préfecture, au président de la Délégation cantonale, au maire de la localité. Les bulletins de rentrée étaient signés chez lui chaque jour lorsqu'il y avait lieu.

Aujourd'hui, après réforme de l'Inspection médicale des écoles, il s'ensuit que les médecins inspecteurs ont encore de 1.000 à 1.500 enfants à examiner ; que leurs visites doivent être hebdomadaires, qu'il y a lieu d'examiner soigneusement chaque enfant, au point de vue sanitaire, de décider du renvoi, de l'épouillage et des soins à donner à certains enfants, d'établir les fiches scolaires, toutes choses qui nécessitent une infirmière, un matériel et un local pour le médecin.

En résumé, on demande au médecin inspecteur des renseignements et un travail qu'il lui est matériellement impossible de fournir, sans compter les conférences d'hygiène dont il est question de le charger.

Beaucoup de municipalités n'ont pas le matériel indispensable pour l'examen des enfants. Aucune n'a de local pour le médecin. Quant aux infirmières, on en signale une au nord et au sud de la banlieue et c'est tout.

C'est toujours la question budgétaire qui est invoquée comme excuse. « Point d'argent ! » Et comme la même réponse est faite lorsqu'il s'agit du mobilier scolaire, des peintures, des aménagements, des vestiaires, de l'encombrement, on peut penser dans quel état se trouvent certaines de nos écoles.

La création de nombreux postes nouveaux de médecins inspecteurs, c'est très bien, mais à quoi peuvent-ils bien servir ?

Donnez-leur les moyens de travailler, les outils de travail d'abord, puis envoyez-les ensuite sur les chantiers.

Mais, comme bien d'autres, cette institution existe sur le papier. « On verra... ça viendra petit à petit ».

Nous craignons bien que l'on attende sous l'orme et que tout ce provisoire, cet *incomplet*, ne devienne définitif.

Nous nous contentons toujours des apparences. Nous faisons des projets, des plans et l'exécution se fait attendre indéfiniment jusqu'à ce que le projet devienne caduc, ou que l'on s'aperçoive que l'on a commencé par où on aurait dû finir.

Si nos institutions n'ont pas le rendement qu'elles devraient avoir, cela ne tient pas à l'insuffisance des fonctionnaires chargés d'en assurer le bon fonctionnement, mais au manque de prévoyance et de méthode des organisateurs.

Dr COURGEY.

VARIÉTÉS

Les Curiosités de la médecine, du Dr Cabanès. — La Taille.

Cabanès, qui a éclairé d'une façon si intéressante l'histoire aux lumières de la Clinique, vient de se révéler un anthropologiste distingué dans le dernier livre qu'il a fait paraître sous le titre de Les Curiosités de la Médecine (1). Cet ouvrage est une seconde édition, mais elle est tellement revue, corrigée et surtout augmentée, qu'on peut le considérer comme un livre tout à fait nouveau; aussi l'auteur a jugé bon de préciser dans un sous-titre l'objet de son livre : *Curiosités et Anomalies du Corps humain*. Le volume qui vient de paraître comprend le squelette : tête, tronc, membres et son revêtement musculaire et cutané. Un second se rapportera aux organes des sens, un troisième aux fonctions diverses : locomotion, phonation, nutrition, innervation, organes génitaux.

Cabanès avec un soin minutieux a re até et classé un nombre infini de documents curieux, d'anecdotes, de renseignements dont la lecture est pleine d'intérêt mais qui ont aussi une valeur scientifique ; l'anthropologiste et le biologiste pourront très utilement bénéficier des recherches de l'érudit consciencieux et omniscient qui a groupé à leur usage toute une série de faits extraordinaires ou peu connus.

Pour donner une idée de l'ouvrage, nous allons analyser avec quelques détails un des premiers chapitres qui a trait à la taille.

L'auteur emprunte à l'enquête du Comité anthropologique, de la British Association, des données précises sur les variations de la taille chez les divers peuples de l'Europe.

La race anglo-saxonne tient le premier rang. La moyenne de la taille de l'ouvrier anglais est de 1 m. 74. En faisant abstraction des catégories sociales, l'Anglais a en moyenne 1 m. 70. Il en est de même du Norvégien.

Le Danois, le Hollandais, le Hongrois, ont 1 m. 67 ; le Suisse, le Russe, le Belge, 1 m. 665.

Le Français a 1 m. 66. L'Allemand a la même taille, car si le Poméranien est grand, le Bavarois est petit. Les Espagnols et les Italiens ne dépassent pas 1 m. 57. Chose étrange, chez les Français, les bourgeois sont sensiblement plus grands que les ouvriers ; le contraire existe en Angleterre où l'ouvrier anglais a 2 centimètres de plus que le bourgeois. La taille des Japonais a, depuis 20 ans, une tendance marquée à s'accroître.

La taille moyenne de la Française, d'après les recherches de Mac Auliffe et d'A. Marie, est de 1 m. 57. Dans la bourgeoisie riche et l'aristocratie parisiennes, la taille moyenne de la femme est de 1 m. 591.

Cabanès relève encore de curieuses constatations sur la taille des hommes de guerre.

La légende veut que les grands hommes de guerre aient été de haute stature. Achille, Diomède, Ajax, Annibal, les deux Scipion, Pompée, Philopœmen, César passent pour avoir été grands.

Il en est de même de Charlemagne, de Du Guesclin, des Guise, de Condé, de Charles XII et de Pierre-le-Grand. Napoléon, que l'on a de la tendance à croire petit, peut-être à cause de son surnom de Petit Caporal, mesurait 1 m. 687 après sa mort. Kléber était fort grand (5 pieds 10 pouces).

Mortier atteignait 1 m. 94 ; Murat 1 m. 80 ; Marmont, Soult, Augereau, Bessières, Kellermann, 1 m. 78 ; Moncey, Souchet, Oudinot, 1 m., 74 ; Berthier, Lefebvre, Victor, 1 m. 73 ; Masséna, Ney, Davout, 1 m. 72 ; Lannes, Pérignon, Sérurier, Macdonald, 1 m. 70 ; Brune, 1 m. 68.

Les exceptions à la règle de la grande taille des hommes de guerre sont rares : à peine pouvons nous citer Agésilas, Tamerlan, Dumouriez Trézel et le Vauban de la Marine, Renaud d'Eliçagaray, qui, bien que véritable nain, inventa les galiotes et permit à Louis XIV de faire bombarder Alger.

Ce court aperçu permet de juger de l'intérêt de la documentation de Cabanès qui successivement traite de la peau et du tatouage, du poil (cheveu, barbe, etc.), des muscles du squelette en général, de la tête (crâne et face), des dents, du tronc (colonne vertébrale, corset), des membres (mains, manchots, chiromancie, ongles, onychophagie, pieds, mutilés, culs-de-jatte, etc.).

J. Noir.

(1) Dr Cabanès. — Les curiosités de la médecine. Librairie E. Le François, 91, boulev. Saint-Germain, Paris, 1925.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 2, 16 et 30 juin, 21 juillet, 4 et 18 août 1925.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

6.939 Arnould, Wassy (Haute-Marne), Syndicat de la Haute-Marne.
6.940 Bertrou, Carcassonne (Aude), Syndicat de Carcassonne.
6.941 Pierson, Buzancy (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
6.942 Vincent, 51, rue de Rennes, Paris, Association des médecins du département de la Seine.
6.943 Secret, Amiens (Somme), Syndicat d'Amiens.
6.944 Goubin, Saffré (Loire-Inférieure), Syndicat de la région Nortaise.
6.945 Lortsch, Mens (Isère), Parrains : Drs Astier et Bouilloc.
6.946 Le Dantec, Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), Directeur de l'Ecole de médecine de l'Afrique Occidentale Française.
6.947 Ansaloni, Blois (Loir-et-Cher), Syndicat de Blois.
6.948 Cogne, Le Raincy (Seine-et-Oise), Syndicat de la banlieue est.
6.949 Linon, Caylus (Tarn-et-Garonne), Parrains : Drs Caillet et Courrech.
6.950 Le Fournier, 5, boulevard Magenta, Paris, Association médicale mutuelle.
6.951 Sikora, Tulle (Corrèze), Syndicat de Tulle.
6.952 David, 8, rue d'Avron, Paris, Syndicat du XXe arrondissement.
6.953 Vignes, 58, rue du Coq, Marseille, Syndicat de Marseille.
6.954 Hennico, Volmerange-les-Mines (Moselle), Syndicat de Thionville.
6.955 Mitry, 10, quai Turenne, Nantes, Syndicat de la Loire-Inférieure.
6.956 Bernard, 72, cours de la Martinique, Bordeaux, Syndicat professionnel des médecins bordelais.
6.957 De Pomes, 42 *bis*, rue de Verdun, Suresnes (Seine), Syndicat de Suresnes.
6.958 Creignon, Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), Parrains : Drs Hamant et Gassot.
6.959 Nollet, Saint-Satur (Cher), Association des médecins du Cher.
6.960 Pedarre, Pontacq (Basses-Pyrénées), Syndicat du Béarn.
6.961 Cheynier, Terrasson (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
6.962 Thiault, Cravant (Yonne), Syndicat d'Auxerre.
6.963 Neviajski, Breteuil (Oise), Syndicat de l'Oise.
6.964 Roby, Sanvic (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
6.965 Levy-Dreyfus, Strasbourg (Bas-Rhin), Syndicat de Strasbourg.
6.966 Refrege, Saint-Thibéry (Hérault), Syndicat de Béziers.
6.967 Veyrat, 27, cours Lafayette, Lyon, Syndicat du Rhône.
6.968 Blancard, Millau (Aveyron), Syndicat de Millau
6.969 Denis, Combourg (Ille-et-Vilaine), Syndicat d'Ille-et-Vilaine).
6.970 Coronat, Lauzerte (Tarn-et-Garonne), Syndicat de Tarn-et-Garonne.
6.971 Pernet, Mézidon (Calvados), Syndicat de Lisieux.
6.972 Murel, Marseille, Syndicat de Marseille.
6.973 Soulié, Tulle (Corrèze), Syndicat de la Corrèze.
6.974 Magne, Compiègne (Oise), Syndicat de l'Oise.
6.975 Morin, 130, boulevard Voltaire, Paris, Syndicat de la Seine.
6.976 Bouquet, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
6.977 Azais, Castres (Tarn), Syndicat des médecins stomatologistes.
6.978 Hemmerdinger, Le Perreux (Seine), Syndicat des Médecins de la Seine.
6.979 Aumond, Caen (Calvados), Syndicat de Caen.
6.980 Delamare, Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), Parrains : Drs Vignal et Danet.
6.981 Jeannin, 63, avenue de la République, Paris, Association Lagoguey.
6.982 Bloch, 1, rue Meslay, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
6.983 Gilbert, Maisons-Alfort (Seine), Association des médecins de canton de Charenton.
6.984 Viedalle, Le Raincy (Seine-et-Oise), Syndicat de la Banlieue Est.
6.985 Dehee, Saulty par l'Arbret (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
6.986 Courtadon, Issoire (Puy-de-Dôme), Syndicat d'Issoire.
6.987 Batsère, Tenès (Alger), Syndicat des médecins de colonisation.
6.988 Morice, Patay (Loiret), Parrains : Drs A. Gassot et L. Gassot.
6.989 Pollet, Tourcoing (Nord), Syndicat de Tourcoing.
6.990 Chereau, Le Mans (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
6.991 Giraud (Mlle), Montpellier (Hérault), Syndicat de Montpellier.
6.992 Daumas, Riez (Basses-Alpes), Syndicat des Basses-Alpes.
6.993 Isnel, Chambéry (Savoie), Parrains : Drs Michaud et Cleret.
6.994 Vaugien, Mascara (Oran), Parrains : Drs Bayol et Creutz.
6.995 Subileau, 119, rue de Courcelles, Paris. Parrains: Drs Piédallu et Isnel.
6.996 Fainsilber, Villers-Outréaux (Nord), Parrains : Drs M. et Mme Fainsilber.
6.997 Barbèbes, Thury (Yonne), Société médicale de l'Yonne.
6.998 Boulagnon, Paulhaguet (Haute-Loire), Syndicat de Brioude.
6.999 Eysseric, Vaison (Vaucluse), Syndicat du Vaucluse.
7.000 Clarou, Le Vigan (Gard). Parrains : Drs Laget et Bertkowski.
7.001 Bertet, école française de stomatologie, Paris.
7.002 Coun (Mlle), école française de stomatologie, Paris.

7.003 Duclos, école française de stomatologie, Paris.
7.004 Fassina, école française de stomatologie, Paris.
7.005 Fromont, école française de stomatologie, Paris.
7.006 Gaboriaud, école française de stomatologie, Paris.
7.007 Juvaux, école française de stomatologie, Paris.
7.008 Le Hur, école française de stomatologie, Paris.
7.009 Lopez Diaz, école française de stomatologie, Paris.
7.010 Culluri-Petrasco (Mlle), école française de stomatologie, Paris.
7.011 Ray, école française de stomatologie, Paris.
7.012 Rochette, école française de stomatologie, Paris.
7.013 Belin, Briec-de-l'Odet (Finistère), Syndicat du Sud-Finistère.
7.014 Boulard, Cormeilles (Eure), Syndicat de Pont-Audemer.
7.015 Marcakis, 23, quai des Brotteaux, Lyon. Parrains : Drs Chamba et Fay.
7.016 Matry, Folembray (Aisne), Syndicat de l'Aisne.
7.017 Ducroux, Toulon-sur-Arroux (Saône-et-Loire), Association des médecins de France.
7.018 Iribarne, 50, avenue Malakoff, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.019 Robin, 14, rue Rollin, Paris. Parrains : Drs Lian et Faligant.
7.020 Dangy, Vezins (Maine-et-Loire). Parrains Drs Picot et Demellier.
7.021 Carponette, Bône (Constantine), syndicat de Bône.
7.022 Lernout, Triel (Seine-et-Oise) syndicat de Seine-et-Oise.
7.023 Bruel, Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), syndicat de Versailles.
7.024 Paul, Amiens (Somme), ancien membre du « Sou ».
7.025 Proverdier, Montmort (Marne), Syndicat d'Epernay.
7.026 Thé, Talence (Gironde), Syndicat des médecins Bordelais.
7.027 Coucoureux, Carcans (Gironde). Parrains : Drs Got et Lassalle.
7.028 Quermonne, Caen (Calvados), Association générale des médecins de France.
7.029 Viguier, Mur-de-Barrez (Aveyron), Parrains : Drs Vazelle et Audoli.
7.031 Gigon, Château-Gontier (Mayenne), Syndicat de la Mayenne.
7.032 Mme Doizy, Mamers (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
7.033 Runel, Soisy-sur-Ecole (Seine-et-Oise), Syndicat d'Etampes.
7.034 Capel, Vernouillet (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Auber et Douare.
7.035 Levesque, 26, rue de Rivoli, Paris. Parrains : Drs Vilpelle et Decourt.
7.036 Bérault, Argenteuil (Seine-et-Oise), Société des médecins d'Argenteuil.
7.037 Bailly, Pau (Basses-Pyrénées), Syndicat du Béarn.
7.038 Richard, 12, rue de l'Isly, Paris, Syndicat médical de Paris.
7.039 Fourniat, Bouy (Marne), ancien membre du « Sou ».
7.040 Mugniery, 45, quai Gailleton, Lyon, Association des médecins du Rhône.
7.041 Masse, Bapaume (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
7.042 Blaire, Montdidier (Somme), Syndicat de la Somme.
7.043 Hamelin, Appoigny (Yonne), Syndicat de Poigny.

Accidents du travail.

Le Dr M. (Seine) se voit contester une note d'honoraires par la Compagnie d'assurances, sous prétexte qu'il s'agissait, non d'un accident du travail, mais d'une maladie. Mais, comme le patron a indiqué que la note mise en recouvrement était payable à la Compagnie, cette indication peut être considérée comme l'engageant et l'appui pécuniaire lui ayant été accordé, le Dr M. a obtenu gain de cause en justice de paix. Mais l'adversaire a fait appel.

Le Conseil décide de lui accorder l'appui pécuniaire en appel.

Le Dr N. (Tarn) a été l'objet d'une plainte adressée au « Sou » par une Compagnie d'assurances, qui lui reproche d'avoir cité en justice plusieurs patrons agriculteurs, ses assurés, parce que la Compagnie ne l'avait pas payé de ses honoraires pour accidents du travail.

Le Conseil estime qu'en agissant comme il l'a fait, le Dr N. a agi selon son droit, puisque le médecin traitant n'a pas d'action contre la Compagnie d'assurances, mais seulement contre le patron. Il n'a fait que suivre les conseils que le « Sou » a pour habitude de donner en pareille occurrence.

En l'espèce, les mauvais procédés dont avait usé envers lui l'ancien agent de la Compagnie plaignante suffisaient, au surplus, pour justifier sa conduite.

Le Dr A. (Gard) a soigné, en dehors de l'établissement, un blessé du travail qui, à défaut d'hôpital dans la localité, était hospitalisé dans un hospice de vieillards.

Le Conseil, considérant que le « tout compris » n'est pas applicable en pareil cas, accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Oise) a obtenu confirmation en appel d'un jugement de justice de paix qui lui accordait des honoraires pour soins donnés à un ouvrier atteint d'une ampoule forcée.

Le Conseil ordonnance les honoraires de son avoué, qui sont de 70 fr. et ceux de l'huissier qui l'a défendu en justice de paix, soit 15 fr.

Le Dr M. (Loiret) se plaint du détournement de ses clients par violation du libre choix des accidents du travail, par le Directeur d'une entreprise industrielle.

Le Conseil est disposé à accorder au Dr M., l'appui pécuniaire, s'il produit des attestations de témoins.

Le Dr N. (Bouches-du-Rhône), ayant été représenté, par le Contentieux du « Sou », à la faillite d'une grosse entreprise dont il avait soigné les blessés du travail, et l'affaire venant d'être

réglée par le paiement de la somme qui lui était due, adresse au « Sou », en remerciement de ses bons offices, un don de cent francs.

Le Conseil adresse ses remerciements au Dr N.

Le Dr B. (Vaucluse) vient d'obtenir la condamnation d'un patron à lui payer ses honoraires dans une affaire d'accidents du travail. Mais, croyant que l'adversaire va faire appel, il demande s'il pourra compter sur l'appui du « Sou ».

Le Conseil répond affirmativement à cette question.

Honoraires de droit commun.

Le Dr L. (Seine-et-Marne) demande l'appui pécuniaire pour faire appel d'un jugement de justice de paix, qui nomme un seul expert dans une affaire de recouvrement d'honoraires.

L'avis de Me Nattan-Larrier étant que ce jugement n'est pas d'une façon certaine susceptible d'appel et que le juge de paix a le droit de ne nommer qu'un expert, le Conseil n'accorde pas l'appui pécuniaire.

Le Dr F. (Alpes-Maritimes) a obtenu le paiement de ses honoraires par un riche client belge, sans qu'il soit besoin de porter l'affaire en justice.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avocat belge qui s'est occupé de l'affaire, soit 98 fr. (100 fr. belges).

Le Dr B. (Yonne) demande l'appui pécuniaire pour interjeter appel d'un jugement qui, tout en reconnaissant que les soins ont été donnés à un ouvrier agricole blessé dans son travail avant l'application de la loi accidents à l'agriculture, applique le tarif Breton à sa note d'honoraires.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr L. (Ille-et-Vilaine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron d'un blessé agricole (accident antérieur à l'application de la législation spéciale à l'agriculture), dont l'assurance lui offre le paiement au tarif Breton, au lieu du tarif local.

Le Conseil, étant donné le minime intérêt pécuniaire en jeu et que la question de principe posée par ce différend est devenue sans importance, depuis que les accidents agricoles sont soumis à la législation spéciale, est d'avis que le Dr L. accepte l'offre qui lui est faite.

Le Conseil ordonnance le paiement de 300 fr. pour les honoraires de l'avocat qui a plaidé l'affaire du Dr B. (Loir-et-Cher), auquel l'appui pécuniaire a été accordé.

Le Dr F. (Seine), ayant soigné une personne renversée par un coureur cycliste, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires par l'organisateur de la course, qui a payé les frais pharmaceutiques.

Le Conseil accorde au Dr F. l'appui moral dans cette affaire, qui est de la compétence du juge de paix.

Le Dr M. (Bouches-du-Rhône) est appelé en cause, par décision du tribunal, comme ayant adressé, en qualité de mandataire du patron, un blessé agricole dans une clinique.

Le Conseil ne peut accorder l'appui pécuniaire au Dr M., les faits étant antérieurs à son admission, mais lui accorde l'appui moral.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais judiciaires mis à la charge du Dr H. (Calvados), par un jugement dont il a fait appel avec l'appui du « Sou » ; ces frais s'élèvent à 202 fr. 55.

Le Dr V. (Saône-et-Loire), ayant obtenu gain de cause dans une affaire de recouvrement d'honoraires, l'adversaire vient de faire appel.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire en appel et ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 400 fr.

Le Dr V. fait don au « Sou » de 50 fr. en remerciement de l'appui qui lui a été accordé dans cette affaire, ce dont le Conseil le remercie.

Le Dr C. (Haute-Savoie), auquel l'appui pécuniaire avait été accordé pour poursuivre en paiement d'honoraires de droit commun un agriculteur qui s'était placé sous le régime de la loi sur les accidents du travail, et qui voulait le payer au tarif Breton, vient d'obtenir un jugement ordonnant une expertise et écartant l'application du tarif Breton.

Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 300 fr. pour les honoraires de son avocat.

Le Dr X. (Seine), médecin et orthopédiste, a fait un appareil pour un client qui refuse d'en prendre livraison et offre une indemnité dérisoire. L'affaire a été engagée et les parties renvoyées devant un expert.

L'affaire étant antérieure à l'admission du Dr X., l'appui pécuniaire ne peut lui être accordé. Mais le Conseil lui donne l'appui moral et décide de le faire assister aux opérations d'expertise par M. le Dr Paul Boudin, Secrétaire général.

Le Dr C. (Puy-de-Dôme) annonce que le cultivateur, assuré individuellement, qui refusait de payer ses honoraires et prétendait qu'il devait s'adresser à l'assurance, l'a réglé intégralement à l'audience du juge de paix.

Il déclare, bien qu'ayant obtenu l'appui pécuniaire, conserver à sa charge les frais, qui s'élèvent à une quarantaine de francs, ce dont le Conseil le remercie.

(*à suivre*).

La visite présidentielle aux Sanatoriums des Petites-Roches.

(Sanatorium des Etudiants)

En mars dernier, M. le Président de la République avait manifesté au Comité d'organisation du sanatorium des étudiants son intention de visiter, lors de son voyage à Grenoble, la belle œuvre des Petites-Roches.

A plusieurs reprises, nous avons parlé du vaste projet conçu et créé par l'Union nationale des Associations générales d'étudiants. La visite que vient de faire M. Gaston Doumergue est la consécration officielle des efforts développés par notre jeunesse universitaire pour sauver ceux de ses membres, victimes de la plus terrible des maladies.

11 heures. — Le funiculaire construit par le Comité des Forges de France, sous la direction de l'Ingénieur Pedrazzini, gravit la pente de 83 % sur le trajet qui relie le village de Montfort à la coquette agglomération de Saint-Hilaire-du-Touvet.

Le président en descend, suivi de toutes les notabilités qui lui ont fait escorte à l'Exposition de la Houille blanche. Nombreux sont les étudiants — les étudiantes aussi — qui sont venus lui témoigner leur respectueuse gratitude.

Précédé par nos jeunes amis, il se rend d'abord à l'établissement de 300 lits que construit, pour ses ouvriers et mineurs, l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose.

Puis, après s'être arrêté devant l'emplacement que vient d'acheter le Conseil général du Rhône afin d'y édifier un vaste sanatorium de 500 lits destiné aux malades du Rhône, de l'Isère et de la Savoie, il termine sa visite par le sanatorium des étudiants dont les fondations émergent du sol.

MM. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble, et Bender, président du Conseil général du Rhône, remercient dans de courtes allocutions le chef de l'Etat d'être venu donner à ceux qui s'emploient à secourir leurs ouvriers, leurs camarades, leurs concitoyens, le témoignage de l'intérêt qu'il porte à leurs efforts et à leur œuvre.

« C'est certainement, au cours du voyage que je fais dans l'Isère, une heure la plus émouvante pour moi, leur répond M. Gaston Doumergue parce que je trouve ici, résumé, synthétisé, tout ce qu'il y a dans notre pays de générosité, d'altruisme, de haute préoccupation des devoirs de solidarité. »

L'heure était émouvante en effet. Dans ce décor grandiose que favorisait un temps resplendissant, les paroles qu'allait prononcer le chef de l'Etat étaient sur les lèvres de chacun.

Et cependant que le son du cor retentissait derrière les sapins qui bordent le plateau des Petites-Roches, représentants de l'Association métallurgique et minière du département du Rhône et de l'Union nationale des étudiants, faisant escorte au chef de l'Etat, se rendaient au Chalet-Hôtel de Saint-Hilaire-du-Touvet où un déjeûner intime les réunissait.

Le *Concours médical* a tenu à présenter ce compte rendu à ses lecteurs, car il pense que la journée du 4 août comptera dans les annales de la lutte contre la tuberculose.

Les médecins qui, constamment, attirèrent l'attention des pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité qu'il y avait à développer les institutions de la nature de celles de Saint-Hilaire-du-Touvet, peuvent être fiers du résultat qu'ils ont obtenu.

Soutenons ces généreux efforts ; aidons à recueillir pour nos amis les étudiants les sommes qui leur sont encore nécessaires pour achever leur édifice, consécration de la belle solidarité qui les unit.

J. C.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène de l'enfance.** — Le 1er octobre 1925, s'ouvrira à l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes, un cours, destiné aux sages-femmes et aux infirmières ayant accompli une année d'études dans une école reconnue, en vue de l'obtention du diplôme de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. Durée de l'enseignement : un an.

— **Confédération nationale des radio-clubs.** — La confédération nationale des radio-clubs, dans sa séance du 5 juillet, a élu pour président le Dr Foveau de Courmelles, et pour présidents d'honneur MM. Branly, Berthelot, Pomey et Ferrié.

— **Diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon.** — Depuis 1905 est donné à Lyon l'enseignement de perfectionnement, organisé par Jules Courmont, pour l'obtention du certificat d'hygiène destiné aux hygiénistes spécialisés.

Depuis 1920, cet enseignement a été remanié et étendu en vue des deux certificats : microbiologie appliquée à l'hygiène et diplôme d'hygiène.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

J'étais médecin aide-major de 1re classe, 1er échelon.

Dr X.

Réponse.

Votre pension d'invalidité (officier) n'est augmentée que d'une somme équivalente à la majoration que subit lui-même le taux de soldat correspondant, soit 1.920 francs pour 2.400 (100 %).

Vous recevrez donc : 3.650 (ancien tarif 100 %) plus 1.920 (majoration de soldat), plus 1.1000 (indemnité nº 4 que vous touchiez déjà comme grand nvalide et qui n'est pas majorée), total : 6.750.

Une autre indemnité temporaire de 5.000 francs est également prévue pour les tuberculeux par la loi de finances de juillet 1925, afin qu'ils puissent se soigner. Un décret fixera les conditions d'attribution, dont l'une, essentielle, sera de cesser tout travail (1).

1988. — Impôt des propriétés bâties. Impôt sur les bénéfices médicaux.

Voudriez-vous être assez aimable pour me donner les deux renseignements suivants :

1º Impôt des propriétés bâties, soit un immeuble coté à 1.500 de revenu à partir de 1926 ; quel est l'abattement qui doit être effectué, et quel serait le revenu net servant de base à l'imposition à partir de 26 dans une ville de 20.000 habitants ?

2º Impôt cédulaire des professions libérales, soit un confrère marié, deux enfants : 30.000 fr. de bénéfices nets. Quel est l'abattement à la base et quel serait l'impôt à payer pour cette cédule ?

Dr L.

Réponse.

1º Si la valeur locative de l'immeuble est de 1.500 fr., le revenu net sera obtenu en déduisant un abattement égal au 1 /4 de cette valeur locative soit 375, dont revenu net 1.125 fr. qui servira de base à la contribution foncière de 1926.

Cependant cet abattement ne peut être inférieur à trois fois celui qui avait été pratiqué sur l'ancienne valeur locative. Exemple si l'immeuble envisagé comportait, autrefois, une valeur locative de 600 fr., l'abattement était de 200 fr. (1 /4 de 800), le revenu net nouveau serait donc 1.500 fr. moins 3 fois 200 égale 900 fr.

2º Bénéfice non commercial	30.000 fr.
Abattement	7.000 fr.
Revenu taxable..................	23.000 fr.
2.000 fr. comptent pour 1 /2.......	1.000 fr.
21.000 pour la totalité	21.000 fr.
	22.000 fr.

(1) Ce décret, en date du 25 août, a été publié dans le *Journal Officiel* du 26, comme nous l'annonçons ci-après.

Impôt à 7.20 %	1.584 fr.
Réduction de 10 % pour 2 enfants.	158 40
Impôt à payer	1.422 60

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

2087. — Réclamation en matière de contributions directes.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je m'étais permis de vous poser une question à laquelle vous avez bien voulu répondre l'an dernier. (Vous avez d'ailleurs publié ma question et votre réponse dans le numéro du *Concours* du 24 août 1924, page 1968-x et suivantes, nº 1900.)

J'avais donc, au reçu de vos conseils, écrit au contrôleur de B. pour lui signaler le double emploi et lui demander de me dégrever d'office. J'avais mis un timbre dans la lettre : aucune réponse. Quelques jours après, je recevais ma feuille d'imposition de A. dont j'ai payé le montant à cette époque.

Je n'avais plus entendu parler de rien, quand le percepteur de B. m'envoie, ces jours-ci, la sommation sans frais (feuille verte) d'avoir à payer dans les huit jours les dits impôts, augmentés de 10 % par *suite de la loi du 22 mars* 1924, article 50 : 284,63 + 28,46 = 313 fr. 09. J'ai écrit de suite au dit percepteurs, par lettre recommandée lui exposant la situation et lui disant que j'avais payé ici les impôts qu'il me réclame.

Mais je suppose que ma lettre n'aura aucun effet puisque ce comptable ne fait qu'exécuter les ordres qui lui sont transmis par le contrôleur et qu'il va, sans doute, m'envoyer une sommation avec frais, etc.

Dois-je patienter ou dois-je faire quelque démarche ?

Je serais très heureux d'avoir votre avis.

Dr A.

Réponse.

Vous devrez renouveler votre demande au contrôleur en le priant de vouloir bien faire passer une note au percepteur, car celui-ci ne fait qu'exécuter les ordres de recouvrement qui lui ont été donnés.

En matière de contributions directes, les réclamations ne sont pas suspensives de paiement. Il s'agit donc de faire hâter l'examen de l'affaire.

Si le contrôleur n'accorde pas le dégrèvement demandé, vous devrez adresser une pétition rédigée sur timbre, à Monsieur le Préfet de la Seine, service des contributions directes, 81, boulevard du Port-Royal, Paris.

A.

2069. — Taxe sur les automobiles.

Puis-je vous demander quelle est la taxe que je dois payer : pour une 6 chevaux Renault et pour 1 quadrilette Peugeot (ancien modèle 1921, dont la

puissance est de 4 chevaux). Je payais habituellement demi-taxe pour la Renault et taxe entière pour la quadrilette ? Quels sont les nouveaux barèmes, parce qu'on me réclame plus pour la quadrillette que pour les 6 chev. La demi-taxe ne doit pas être supprimée puisqu'elle est encore accordée aux agriculteurs.

Même ne roulant pas avec 2 voitures, je dois être tenu de payer, ou puis-je déclarer que pendant un trimestre, ma voiture (la quadrilette) ne sortira pas pour ne pas en payer la taxe.

Dr L.

Réponse.

A partir du 1er juillet 1925, la taxe annuelle, pour une voiture 6 CV. s'élève à :

	48 × 5 =	240 fr.
+	60 × 1 =	60 fr.
Total		300 fr.

et pour une voiture 4 C. V. (Minimum d'imposition 5 C. V.) :

48 × 5 = 240 fr.

Contrairement à ce que vous croyez, les agriculteurs ne bénéficient plus de la demi-taxe.

Si vous vous servez alternativement de vos deux voitures, l'administration des indirectes exigera le paiement de la taxe pour chacune d'elles.

S'il est prouvé que vous ne vous servez pas de votre quadrilette, vous pouvez demander l'exonération de la taxe à la condition que vous fassiez auparavant une déclaration dans laquelle vous indiquerez votre intention de ne pas vous servir de cette voiture.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

1963. — Pansement d'une plaie externe, plus lavage de la vessie.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail : fracture de la colonne vertébrale, paralysie des membres inférieurs, eschare sacrée. Rétention d'urine nécessitant une sonde à demeure.

Je voyais ce malade trois fois par semaine et je faisais chaque fois : 1° pansement de l'eschare sacrée ; 2° cathétérisme de l'urèthre. Lavage de la cavité vésicale avec une solution de nitrate d'argent.

Combien dois-je tarifer cette visite ?

Dr L.

Réponse.

Il y a là deux interventions bien *distinctes* et nous rentrons « dans le cas de blessures multiples... » (article 14). Je compterais donc :

a) Pansement de l'eschare, 8 fr.

b) Lavage de la vessie, le premier 25 francs, les autres 20 francs (article 22), naturellement avec 25 % de minoration, puisque vous êtes en deuxième catégorie.

F. D.

II

1860. — Suture du tendon d'Achille.

Vieil abonné du *Concours* et membre du « Sou », je viens vous poser une question dont je ne trouve pas la réponse dans les Commentaires du tarif Breton. Combien compter une suture du tendon d'Achille qui est le plus souvent accompagnée de la pose d'un appareil d'immobilisation plâtré ou autre ? Il me semble, par analogie au moins, comme suture des tendons profonds du poignet : 300 fr. Y a-t-il chose jugée à ce sujet ?

Dr L.

Réponse.

Il m'apparaît que la suture du tendon d'Achille est comprise dans la rubrique de l'article 17, alinéa 7 : « suture des tendons ... *ainsi que des tendons du cou-de-pied* : 150 *francs* ». Aussi, je ne vois pas sur quelle base vous pourriez vous appuyer pour réclamer 300 francs, par analogie avec la suture des tendons *profonds* du poignet, celui d'Achille étant superficiel par excellence.

F. D.

III

2009. — Corps étranger de l'index extrait après localisation par radio.

J'ai dû, chez un accidenté du travail, enlever un corps étranger situé près du squelette de la phalange de l'index, corps étranger dont la localisation radiologique a dû être faite.

Que dois-je demander au patron ?

Dr D.

Réponse.

Naturellement, il ne s'agit pas là d'un « corps étranger *profond* extrait sous radio : 300 francs », cela va sans dire (voir, à ce propos, l'agenda du *Concours* 1925, page 127). Néanmoins, c'est tout de même plus épineux qu'un corps étranger tout à fait sous la peau et dont l'extraction est tarifée 20 francs. Je vois une analogie assez équitable, pour ce corps étranger de doigt, avec « incision de panaris de la gaine : 35 francs » (radiographie en plus, comme de juste).

F. D.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Médecine rurale et art vétérinaire.

1re *question.*

Dans les communes très nombreuses, où il n'y a pas de vétérinaire, le médecin peut-il exercer l'art vétérinaire, sauf pour les maladies contagieuses ?

Réponse : La loi et la jurisprudence reconnaissent que l'exercice de la profession de vétérinaire, sans usurpation de titre ou de diplôme, n'est assujettie à aucune espèce de restriction, sauf en ce qui concerne les maladies contagieuses (Tribunal de paix de Verzy, Marne, 17 juillet 1906 ; Tribunal correctionnel Riom, 11 juillet 1894 ; Tribunal civil Seine, 20 février 1904).

Il est bien entendu que, si la médecine des animaux peut être exercée par n'importe qui, celui-ci ne peut pas se parer du titre de vétérinaire, ce titre n'appartenant qu'à ceux qui ont obtenu un diplôme (Décret du 15 janvier 1813, art. 14, 15, 16 et 17 ; ordonnance du 18 septembre 1825). Aussi un arrêt de la cour de Paris du 22 novembre 1881 condamne-t-il un individu qui, non muni d'un diplôme de médecin vétérinaire, s'était affublé du titre de vétérinaire, pour soigner les animaux.

Ajoutons que la loi du 31 juillet 1923 a institué un diplôme de docteur vétérinaire et en punit l'usurpation.

2e *question* : *Quid* pour les maladies contagieuses ?

Réponse : L'article 40 de la loi du 21 juin 1898, qui reproduit les termes de la loi du 21 juillet 1881, article 12, dispose que « l'exercice de la médecine vétérinaire, dans les maladies contagieuses des animaux, est interdit à quiconque n'est pas pourvu du diplôme de vétérinaire. »

C'est là une dérogation au principe selon lequel l'exercice de l'art vétérinaire est libre : elle doit donc être interprétée restrictivement.

La Cour de Cassation a même poussé ce souci jusqu'à décider que le diplôme de vétérinaire n'est nécessaire, pour soigner les animaux atteints d'une maladie contagieuse, qu'après que l'existence de l'épizootie a été officiellement constatée dans la localité et que le préfet a pris un arrêté portant déclaration d'infection (Cassation, 10 novembre 1893).

Mais la question est controversée. (En sens contraire, Cour de Bourges, 13 novembre 1913.)

Le tribunal correctionnel de Cosne, 7 mai 1924 (*Concours médical* 1925, 491) décide qu'il n'y a culpabilité du prévenu, que lorsqu'il est établi qu'il a eu connaissance de la maladie contagieuse dont était atteint l'animal pour lequel il a prescrit des soins, ou a tout au moins soupçonné l'existence de cette maladie.

Il s'en suit que le docteur-médecin, qui soignerait un animal, devrait faire appel à un vétérinaire diplômé, dès qu'il aura diagnostiqué, ou soupçonné l'existence d'une maladie épidémique. Seul ce vétérinaire aura à préciser le diagnostic, à prendre et à faire prendre toutes les mesures de protection prévues par les lois du 21 juillet 1881, du 21 juin 1898, du décret du 22 juin 1882.

La loi du 12 janvier 1909, ayant pour but de combattre les épizooties et les maladies contagieuses des animaux, et le décret du 3 avril 1909, ne conçoivent qu'un cadre de vétérinaires départementaux et de vétérinaires sanitaires, sans qu'il soit fait mention de l'aide d'un docteur en médecine. Il s'en suit que seuls ceux qui ont étudié les caractères spéciaux de l'épidémiologie vétérinaire, études consacrées par un diplôme de vétérinaire, ont qualité pour diagnostiquer, soigner les animaux atteints de maladies transmissibles, comme pour prendre toutes mesures de préservation utiles.

3e *question* : Le médecin, qu'il soit ou non propharmacien, peut-il vendre des médicaments pour l'usage vétérinaire ?

Toute personne a le droit de composer et de vendre des préparations médicamenteuses destinées aux animaux, à la condition que ces préparations ne contiennent aucune des substances vénéneuses portées au tableau annexé au décret du 8 juillet 1850.

Le décret du 14 septembre 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances toxiques, décide, dans son article 10, que « les substances du tableau A ne peuvent être délivrées, sous une forme quelconque ; 2° pour l'usage vétérinaire que par les pharmaciens et, sous les réserves prévues à l'article suivant, par les vétérinaires diplômés. »

Article 11 ; « les vétérinaires sont autorisés à détenir, pour l'usage de la médecine vétérinaire, les dites substances. Sans avoir le droit de tenir une officine ouverte, ils sont autorisés à délivrer ces substances à leurs clients, lorsque ceux-ci résident dans des communes, ou agglomérations dépourvues de pharmacie. Dans les autres communes, ils ne jouissent de la même faculté que dans les cas où l'administration des dites substances est faite par eux-mêmes aux animaux. »

Il en résulte que la « propharmacie vétérinaire » est du domaine public, sauf en ce qui concerne les préparations contenant des substances toxiques, que seuls les pharmaciens peuvent délivrer sur ordonnance d'un vétérinaire, ou que ce dernier peut délivrer dans certaines conditions seulement. Le docteur en médecine n'a aucun droit pour délivrer les médicaments contenant des substances toxiques, sauf s'il est propharmacien ; mais dans ce dernier cas, il ne pourra qu'exécuter les ordonnances d'un vétérinaire : article 17 du décret du 14 septembre 1916 : « les pharmaciens ne peuvent délivrer

les dites substances, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, que sur la prescription d'un médecin ou d'un vétérinaire. »

Néanmoins, la question n'a jamais été jugée de savoir si cette rédaction de l'article 19 signifie que seuls, les vétérinaires peuvent formuler des toxiques pour la médecine vétérinaire. Je crois personnellement qu'on pourrait parfaitement soutenir qu'un médecin, qui a le droit de formuler des toxiques pour la médecine humaine, peut parfaitement en formuler pour les animaux. Qui peut le plus peut le moins ; mais ces substances ne seront délivrées que sur ordonnance médicale, soit par un pharmacien, soit par un médecin-propharmacien.

Mais un non-diplômé ne pourrait pas faire exécuter une ordonnance, pour l'usage vétérinaire et contenant des toxiques, si cette ordonnance émane de ce particulier et non d'un vétérinaire (tribunal correctionnel de Valence, 23 décembre 1909 ; cour de Rennes (3e chambre), 20 juillet 1910). Ce dernier arrêt ajoute qu'un droguiste, non pharmacien, ne peut, même sur ordonnance, vendre des produits vénéneux à l'usage de la médecine vétérinaire.

4e *question* : La fonction de « pro-vétérinaire » peut-elle être revendiquée par un docteur en médecine, alors que l'inspection des viandes, dans certaines localités, est faite par le garde champêtre ?

L'article 90 du décret du 22 juin 1882 portant règlement d'administration publique sur la police sanitaire des animaux, est ainsi conçu : « les abattoirs publics et les tueries particulières sont placés, d'une manière permanente, sous la surveillance d'un vétérinaire délégué à cet effet. Lorsque l'ouverture d'un animal fait reconnaître les lésions propres à une maladie contagieuse, le maire de la commune d'où provient cet animal en est immédiatement avisé, afin qu'il prenne les dispositions nécessaires. »

Il résulte de ce texte que seuls, les vétérinaires ont qualité pour l'inspection et la surveillance des abattoirs ; mais qu'à défaut de leur présence, il serait préférable qu'un médecin soit chargé de ce contrôle, plutôt qu'un garde-champêtre quelconque.

Cependant, en pratique, les docteurs en médecine ont-ils le temps d'accomplir cette besogne, qui ne doit guère les intéresser et qui est peu rémunératrice ?

5e *question* :

Je l'ajoute *proprio motu* : quelle est la responsabilité professionnelle à l'occasion de soins donnés, en médecine vétérinaire ?

Le fait, par un vétérinaire, de n'avoir point empêché la mort d'un animal auquel il a donné ses soins ininterrompus, n'est de nature à engager sa responsabilité qu'autant qu'il est relevé à sa charge une faute lourde.

Au surplus, il n'appartient pas aux tribunaux de trancher des questions scientifiques, ni d'apprécier des méthodes et de se faire juges de l'opportunité d'un traitement.

Par suite, lorsque des experts sont en désaccord sur les causes probables de la mort de l'animal et qu'il n'apparaît pas de faits palpables et évidents que le vétérinaire, qui a soigné cet animal, se soit écarté des règles de prudence et de bon sens, auxquelles sa profession est soumise, il y a lieu, pour le juge, de déclarer non recevable l'action en responsabilité intentée contre lui.

(Tribunal de paix d'Espelette, 11 décembre 1901 ; *Rev. J. Paix*, 1903, 192).

Ainsi, aux vérérinaires diplômés, comme aux autres hommes de l'art, s'applique le principe qu'ils ne sauraient être recherchés à l'occasion d'un acte de leur profession qu'autant que cet acte constitue une faute lourde, grossière, tombant sous le sens, s'accusant par des faits palpables, évidents, et violant les règles générales de bon sens et de prudence, qui sont hors de toute discussion et controverse d'école (Trib. Paix Lanvollon, Côtes-du-Nord, 28 décembre 1907 ; *Rev. J. Paix* 1908, 367).

Le tribunal civil de Bourgoin (29 janvier 1896; D. 1896, 2, 406) décide que le vétérinaire, appelé par un client à examiner un cheval, ne saurait encourir de responsabilité par suite d'une erreur qu'il a commise dans le diagnostic, si certaines circonstances rendaient l'erreur parfaitement excusable et s'il n'est pas prouvé qu'il ait agi avec mauvaise foi et intention de nuire.

Si nous citons ces décisions de jurisprudence, c'est pour attirer l'attention de nos confrères, qui seraient tentés de donner des consultations de médecine vétérinaire, et leur montrer que leur responsabilité peut être engagée au cas où, par suite de la mort d'un animal soigné par eux, il leur serait reproché d'être savants et capables en médecine humaine et de pas l'être du tout en médecine vétérinaire. S'il y a des points d'analogie en pathologie comparée, il y a aussi des différences profondes.

C'est pourquoi ne saurions-nous trop recommander la prudence à ceux de nos confrères, qui pourraient donner leurs soins aux animaux, en sus de leur clientèle humaine.

L'absence de diplôme peut constituer une circonstance aggravante aux yeux des juges ; « s'il y a lieu, pour les tribunaux, d'apprécier sans sévérité les erreurs de traitement commises par des empiriques, habituellement consultés en leur qualité de hongreurs ou d'affranchisseurs, ils doivent néanmoins les déclarer responsables de leurs fautes lourdes ; il en est ainsi en cas de recours à une pratique anormale et excessive. » (Tribunal civil de Mayenne, 22 juin 1899; *Gaz. Trib.* 16 novembre 1899).

N'oublions pas également que la responsabilité du vétérinaire non diplômé est engagée d'une

autre manière au cas d'erreur de diagnostic en ce qui concerne les maladies contagieuses.

Pour conclure, méditer l'adage : la prudence est mère de la sûreté et surtout de la tranquillité.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *août*

Enseignement de la médecine.

Concours d'agrégation des Facultés de médecine. Arrêté du 25 *août* 1925.

Art. 1er. — Un concours pour deux places d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'ophtalmologie) sera ouvert à Paris en mars 1926).

Art. 2. — Pourront seuls y prendre part les candidats admis, suivant l'arrêté du 12 avril 1923, à prendre part au concours qui s'est ouvert à Paris pour la section d'ophtalmologie le 29 mai 1925.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils resteront ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne la faculté pour laquelle il se présente.

Art. 3. — Les règles déterminant les épreuves, leur notation, l'admissibilité et l'admission, la désignation et le fonctionnement du jury sont celles qui ont été fixées par les arrêtés des 7 novembre et 19 décembre 1922, complétés par l'arrêté du 15 janvier 1923 pour les concours d'agrégation de médecine de 1923.

Pensions militaires.

Décret du 25 *août* 1925 *allouant une indemnité de soins de* 5.000 *francs aux pensionnés* à 100 *pour* 100 *pour tuberculose.*

27 *août.*

Médecins des asiles d'aliénés.

M. le Dr Naudascher a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Navarre (Eure), en remplacement de M. le Dr Daday, appelé à d'autres fonctions.

30 *août.*

Brevets d'infirmières.

Par arrêté en date du 19 août 1925, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et

de la prévoyance sociales a approuvé, conformément aux dispositions du décret du 27 juin 1922 et notamment son article 4 et les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date des 11 mai, 9 juin et 6 juillet 1925, les règlements des écoles d'infirmières ou de massage ci-après désignées :

1° Ecole de massage de la rue Brochant, à Paris ;

2° Ecole régionale d'infirmières hospitalières de la commission administrative des hospices civils de Montpellier (Hérault) ;

3° Ecole régionale d'infirmières des hospices civils de Montpellier, section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose ;

4° Ecole régionale d'infirmières, section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, des hospices civils de Montpellier (Hérault) ;

5° Ecole d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance de la commission administrative des hospices civils de Reims (Marne).

3 *septembre.*

Médecins de sanatoriums publics.

Avis de concours pour l'emploi de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres pour l'emploi de médecin adjoint des sanatoriums publics aura lieu en octobre prochian.

Le traitement fixe de début est de 8.000 fr. et peut atteindre 11.000 fr. par avancements successifs de 1.000 fr. Au bout de deux ans de services, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de la clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés, seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès).

Quarante-septième année — N° 38 — 20 Septembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2154-IV.)

AVIS

Les médecins sollicités de venir s'installer à Villers-Guislain (Nord) auront intérêt, avant tout déplacement, à s'adresser au Président du Syndicat médical de la région de Cambrai (M. le Dr Dancourt, 5, rue Saint-Pol, à Cambrai, Nord), qui les renseignera sur la situation exacte.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de MM. les Drs Achard, d'Aïn-Témouchent, et Ardouin, de Fort-de-l'Eau, la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 389. — A vend. magnif. tapisseries p. salon, 1 canapé, 4 faut. sujets de la Bible. S'ad. Mme Louis, sage-femme, Pélussin (Loire).

N° 390. — Dr 35 a. cherche poste méd. Côte d'Azur. Adresser tous renseig. à Dr à Jouet-sur-l'Aubois (Cher).

N° 391. — Chenard 1915, torp. 2 pl. éclair. démarr. électr. 7 × 9 CV, à échang. contre voiturette ou cyclecar. Dr Paul Boucher, à Monthureux-sur-Saône (Vosges)

N° 392. — Jne fille, instr. excell. éducat. ayant besoin cure d'altitude dem. place au pair comme demois. de compagnie, près pers. hivernant en montagne. S'ad. Dr Gaignard, à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

N° 393. — On désire pour jne garçon de 10 a., de caract. fac. pens. dans une famille non loin Méditerranée, 30 m. alt. env. Ecr. M. Ducrot, 20, rue de Condé, Paris, 6e.

N° 394. — Bretagne. — Dr méd. inspect. protect. des enf. du 1er âge, chargé visit. une fois par mois nourriss. et enf. placés chez cultivateurs, se charge. transmettre nouvelles off. de placem.

N° 395. — Jne ménage, sans enf. allié à fam. médic. dispos. propriété agréab. à 150 km. Paris, prendr. en pens. toute l'année, un ou deux enf. 10 ans au moins recomm. par doct. Instruct. assurée, cond. avantag.

N° 396. — Bresses noires, poulettes pour ponte d'hiver, 25 et 22 fr. pièce. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne).

N° 397. — Cause ach. 4 pl. à vend. torp. Renault 6 CV, 2 pl. 1 str., sept. 1923, entret. minutieux, roulé 12.000 km., 12.500 fr. Dr Garnaud, à Mauves (Loire-Inférieure).

N° 398. — Les méd. chasseurs ont tout intérêt à se grouper pour s'entr'aider, s'inviter, se faire connaître rég. giboyeu. et intéres. Car la chasse est un sport très hygiénique, et une bonne partie de chasse délasse le corps et l'esprit. Pour tout renseign. s'ad. Dr Maurice, 5, rue de Villersexel, Paris (7e). Ségur 13-17.

N° 399. — 20 km. Paris, à céd. mais. de convalesc. tr. bien instal. nombr. chamb. et dépend., vaste parc, tout confort. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-4.6.

N° 400. — 40 km. Paris, sur grande ligne, méd. seul pro-pharm. petit rayon, client. groupée, bicycl. suffit. Rapp. 30.000, mais. 6 p., Prix : 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

Les membres démissionnaires ou rayés peuvent-ils rentrer à la Mutualité Familiale ?

N'ayant pas payé mes cotisations pendant la guerre, il m'avait semblé dur de les verser en 1919-1920 et je me suis laissé rayer de la liste des membres de la Mutualité familiale.

Je comprends aujourd'hui que j'ai fait une sottise ; me serait-il permis de la réparer, soit en passant par une admission nouvelle soit même en versant les cotisations arriérées ?

Dr V..., à P...

Réponse.

Vous pouvez rentrer à la Mutualité Familiale en passant par les formalités d'une admission nouvelle et en payant la cotisation afférente à votre âge actuel. Vous ne pouvez pas verser les cotisations arriérées pour les combinaisons indemnité maladie.

Il n'y a que les membres inscrits aux combinaisons retraite qui aient la faculté de reprendre les versements en retard pour régulariser leur situation, encore faut-il que ce soit avant les quatre dernières années de la participation (56 ans pour la combinaison P et 61 ans pour la combinaison R).

A. G.

2222. — Hôpitaux et maisons de santé. Concurrence illicite.

Un hôpital veut créer des chambres payantes dans une localité où se trouve une clinique. Est-on en droit d'empêcher l'ouverture de ces chambres ou de les faire fermer ?

Je vous poserai la même question vis-à-vis des lits payants. Dr R.

Réponse.

Je vous prie de vous reporter au *Concours médical* du 8 juillet 1923, page 2531, dans lequel j'ai déjà répondu à la question que vous nous posez.

Si nous interprétons les termes du règlement modèle des hôpitaux, du 30 juin 1921 (article 27, note 5) nous voyons que les hôpitaux ne doivent créer de salles payantes, ou de lits payants, qu'à titre tout à fait exceptionnel, lorsqu'il n'existe pas de maison de santé dans la localité.

En effet, la spécialisation des hospices et hôpitaux leur fait un devoir d'assister les pauvres et les indigents (lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893) ; mais ces établissements publics sortiraient totalement de leur rôle s'ils voulaient faire acte commercial, en créant des maisons de santé, ou des lits payants à l'usage de malades non indigents, lorsque des établissements privés existent dans la localité.

Mais, à côté de la question droit, surgissent les considérations sentimentales. On m'a souvent reproché, dans mes interventions au Conseil supérieur de l'Assistance publique, de trop parler de la question argent, d'attacher beaucoup d'importance à la défense des intérêts pécuniaires du corps médical, alors que je ne m'apitoie pas suffisamment sur le sort digne d'intérêt des personnes de condition modeste, qui ne peuvent pas faire les frais d'une maison de santé.

Certes, je suis de ceux qui se flattent d'être des altruistes, puisque je suis médecin ; mais je m'oppose à toute sensiblerie, à toute philanthropie déplacée, qui masquent des intérêts personnels.

Or, la formule : « l'hôpital ouvert aux personnes de condition modeste », formule excellente en soi, est fréquemment dictée par le désir immodéré qu'éprouvent certains philanthropes d'étendre les bienfaits de l'assistance à quiconque se présente pour être admis à l'hôpital.

Malheureusement, en France, le sentiment prime souvent le droit et, si vous aviez l'intention d'introduire une action judiciaire contre la commission administrative de l'hôpital, pour concurrence déloyale, par extension abusive de la spécialisation de l'établissement (qui doit être réservé aux seuls indigents), il est à craindre que les tribunaux ne se laissent influencer par le point de vue philanthropique, pour absoudre la commission administrative de l'hôpital.

Aussi, avant d'engager un procès en détournement de clientèle, ou en concurrence déloyale, faudrait-il prendre un certain nombre de précautions : rechercher quels sont les cas pour lesquels il pourrait être prouvé que le malade hospitalisé pouvait faire les frais de la maison de santé ; il faudrait encore montrer que l'hôpital a fait une certaine réclame pour attirer la clientèle payante dans ses salles, ou chambres ; il faudrait enfin établir la certitude qu'il existe, dans votre ville, des maisons de santé et cliniques privées, dont le prix est accessible aux personnes de condition modeste.

Nous assistons actuellement à une lutte aiguë entre la « socialisation » de la médecine et la conservation de l'individualité du médecin. Celui-ci doit-il devenir un salarié de l'Etat, des collectivités publiques ou privées et donner, moyennant un appointement fixe et annuel, ses soins à quiconque en a besoin ; ou doit-il défendre la liberté des tractations avec le malade qui se confie à ses soins, en répudiant tout intermédiaire entre le client et son docteur ?

Il n'y a pas que la médecine future des assurances sociales qui soit un danger pour l'avenir de l'indépendance du corps médical : tous les médecins, peu ou prou liés par un contrat de travail (médecins d'hôpitaux, de mutualités, de chemins de fer, de compagnies d'assurances, d'assistance médicale gratuite, d'enfants assistés, etc., etc.), ont pris l'habitude d'aliéner tout ou partie de leur liberté en acceptant une chaîne, si dorée soit-elle.

Faire un procès à un hôpital heurterait l'opinion publique et, cependant, un tel procès serait à soutenir, ne serait-ce que pour bien préciser les limites de la bienfaisance publique par rapport aux droits à l'existence que les médecins entendent conserver.

Dr Paul Boudin.

Lettre anonyme.

M. le Dr G., qui nous a demandé un avis sur une question de revision du prix d'un loyer, est prié de se faire connaître, car nous avons pour habitude de ne pas répondre aux correspondances anonymes.

2116. — Piqûre de guêpe, accident du travail.

Un de mes clients, cultivateur, est piqué au poignet par une guêpe au cours de son travail. Lymphangite grave de l'avant-bras, adénite sus-épitrochléenne et axillaire. Menace de suppuration, fièvre.

Est-ce un « accident du travail » ? Mon client et moi serions heureux de le savoir.

Dr G.

Réponse.

Dans le numéro du *Concours médical* du 19 juillet 1925 nous avons publié la réponse que nous avons faite à l'un de nos correspondants qui nous demandait si une morsure de vipère au cours d'un travail agricole pouvait être considérée comme un accident du travail. Nous avons répondu par l'affirmative, en nous basant sur l'autorité du conseiller à la Cour de Cassation, Sachet, l'auteur d'un ouvrage très estimé sur les accidents du travail.

A la suite de cette publication, un lecteur du *Concours* nous a fait connaître qu'il avait eu à soigner deux cas de piqûres d'insectes survenus au cours d'un travail agricole et que, dans les deux cas, les assurances n'avaient fait aucune difficulté pour reconnaître l'imputabilité de l'accident au travail. Vous trouverez cette communication publiée dans le *Concours médical* du 16 août 1925, à la page 1913.

Nous estimons donc que, dans l'affaire que vous nous soumettez, il s'agit bien d'un accident du travail et que votre client a droit aux indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898.

2190. — Demi-salaire d'un accidenté du travail agricole.

Veuillez me renseigner sur les cas d'accidents agricoles au point de vue salaires.

Un ouvrier gagne 180 fr. par mois et est nourri. Que devra-t-il toucher par jour pour son demi-salaire d'indemnité d'accident de travail ? La nourriture devra-t-elle être comptée complètement, l'ouvrier s'étant nourri chez lui pendant son incapacité temporaire ? Dr S.

Réponse.

D'après l'article 8 de la loi du 15 décembre 1922, l'indemnité journalière, en cas d'accident agricole, doit être égale à la moitié du salaire. Le salaire qui doit servir de base au calcul comprend, en outre de la rémunération en argent, les rémunérations en nature allouées à l'ouvrier en vertu du contrat de travail, telles que la nourriture et le logement. Ces rémunérations en nature, à moins de stipulation contraire élevant le chiffre de leur quotité, doivent être calculées d'après leur valeur moyenne dans le département, suivant le taux arrêté tous les deux ans par le préfet.

Dans l'espèce qui vous intéresse, l'ouvrier devra donc toucher un demi-salaire égal à la somme de 180 francs divisée par le nombre *des journées de travail* dans le mois, augmentée de la valeur de la nourriture qui lui était fournie chaque jour (suivant le taux arrêté par le préfet), le tout divisé par deux.

Pour connaître la valeur attribuée aux fournitures de nourriture, votre client n'aura qu'à s'adresser soit à la mairie, soit à la préfecture.

2159. — Fixation de la consolidation en cas d'accident du travail. Paiement du demi-salaire.

Une assurance a-t-elle le droit de suspendre l'allocation à un blessé alors que le rapport fourni par le médecin traitant ne parle pas de consolidation, mais seulement d'incapacité absolue de reprendre sa profession. C'est avec intention que je n'ai pas signé la consolidation.

Il s'agit d'un peintre en bâtiment tombé du haut d'une échelle ayant eu une fracture des deux scaphoïdes compliquée, au poignet droit, d'une luxation rétro-lunaire, ayant exigé après radios plusieurs tentatives de réduction, puis définitivement une énucléation du semi-lunaire ; au poignet gauche, une entorse. Cette dernière lésion est en voie d'amélioration constante, mais le poignet droit et la main droite présentent les caractéristiques d'une parésie très accusée du médian.

Le médecin chirurgien de la compagnie, qui s'est trouvé avoir opéré le blessé, dans son rapport, n'a tenu compte que du poignet droit, évaluant l'incapacité de travail à 50 % et a déclaré que le blessé pouvait travailler.

L'accidenté est père de 5 enfants en bas âge et se trouve depuis un mois sans ressources aucunes. En raison de l'impotence présente de ses deux membres supérieurs, il est dans l'impossibilité de s'occuper à un travail manuel. C'est de plus un blessé de guerre : fracture d'un des deux os de l'avant-bras droit et luxation d'un genou qui lui rend pénible une marche prolongée. Il y a 3 mois et demi de l'accident. En raison de l'amélioration constante du membre supérieur gauche, de la situation pénible de famille de ce blessé, je n'ai pas voulu clore ce sinistre.

Je crois d'un autre côté que l'assurance au contraire cherche à liquider la situation au plus tôt.

Il est évident qu'il y aura expertise ; mais en attendant que faut-il faire pour écourter cette période pendant laquelle toute une famille est sans pain ?

J'avais évalué dans mon rapport l'incapacité à 65 p. %.

Dr F.

Réponse.

La date de la consolidation ne peut être fixée de son propre chef par le médecin de l'assurance. A défaut d'accord entre les parties, c'est au tribunal qu'il appartient de la fixer.

L'assurance n'a pas le droit de suspendre le paiement du demi-salaire tant que la date de la consolidation n'a pas été fixée ou que le président du tribunal, dans son ordonnance de non-conciliation, n'a pas substitué une provision sur la rente au demi-salaire.

Puisque vous estimez que la blessure de votre client n'est pas encore consolidée et que son état est susceptible d'amélioration, que le blessé cite son patron en paiement de son demi-salaire devant le juge de paix du canton de l'accident (le patron et non pas l'assurance avec laquelle

il n'a pas de lien de droit en ce qui concerne les indemnités temporaires). Si l'assurance, plaidant sous le nom du patron, soutient alors que la blessure est consolidée, le juge de paix se déclarera incompétent et adressera le dossier au président du tribunal civil dans les trois jours de la décision. Dans les cinq jours de la transmission du dossier, le président devra convoquer les parties en conciliation pour la fixation de la rente, et, dans son ordonnance de non-conciliation, il allouera au blessé une provision sur la rente à laquelle il aura droit, provision qui n'empêchera pas le blessé de faire fixer la consolidation à une date ultérieure par le tribunal et de toucher le complément de son demi-salaire entre la date de l'ordonnance et la date de la consolidation, s'il y a lieu.

2053. — Impôt cédulaire sur le revenu : amortissement des installations professionnelles et des automobiles.

Le contrôleur des contributions directes me déclare n'accepter qu'un amortissement maximum de 10 % sur l'ensemble des installations et matériel. Je crois avoir lu dans le *Concours* que l'amortissement peut être calculé sur 4 ou 5 ans, donc 20 à 25 %. Y a-t-il eu modification sur ce point ? L'amortissement des automobiles doit-il être calculé au même taux ? Si l'amortissement ne peut dépasser 10 %, pourrai-je le porter en déduction de mes recettes brutes pendant 10 ans ?

Dr M.

Réponse.

Lorsque la durée de certaines installations ne peut excéder cinq ans, l'amortissement doit être calculé au taux de 20 % ; le taux de 10 % est un taux moyen pour l'ensemble du matériel. En ce qui concerne les automobiles, c'est le preimer qui est généralement adopté.

Si le contrôleur admet, pour l'ensemble de vos installations et matériel, un amortissement de 10 %, vous pouvez déduire, pendant 10 ans, de vos recettes brutes, une somme correspondant à 10 % de la valeur d'achat du matériel.

A. M.

2060. — Bénéfices professionnels. Déduction de la patente.

Je relis dans un journal médical le passage suivant : « La patente ne rentre pas dans le cadre des dépenses professionnelles et sa déduction des recettes pour l'impôt cédulaire n'est pas admise par le fisc ».

Est-ce aussi l'avis du « Sou médical ». Il semble pourtant que, s'il est une dépense en rapport exclusivement avec l'exercice de la profession, c'est bien la patente. Sommes-nous obligés de nous incliner devant toutes les prétentions du fisc ?

Dr M.

Réponse.

La patente rentre dans le cadre des dépenses professionnelles et, par conséquent, doit être déduite des recettes brutes pour la détermination du bénéfice net.

Elle ne saurait, par contre, être retranchée sur la déclaration d'impôt général sur le revenu ; cette déduction ferait double emploi, puisque vous devez indiquer, sur ladite déclaration, le bénéfice net provenant de votre profession.

A. M.

2188. — Calcul d'impôts sur le revenu.

1° J'ai gagné un lot de 25.000 fr. au Crédit national. Comment cela doit-il figurer dans la déclaration annuelle pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ? Comment cela sera-t-il compté et combien ?

2° A combien se monte l'impôt général sur le revenu pour un célibataire de plus de 30 ans et pour un revenu *a*) de 32.000 fr. ; *b*) de 40.000 fr.

3° A combien se monte l'impôt sur les professions non commerciales pour un docteur déclarant un bénéfice de 113.000 fr.

4° Combien se chiffre pour un célibataire de plus de 30 ans l'impôt général sur le revenu en déclarant : bénéfice 113.000 fr. + rentes personnelles 15.700 = 130.500 fr. au total.

Dr Y.

Réponse.

1° Les lots font partie intégrante des obligations remboursées et constituent un capital mobilier, non soumis à l'impôt général sur le revenu ;

2° Pour un revenu de 32.000 fr. l'impôt général sur le revenu, s'élève à .... 936 fr.

La majoration, pour célibataire âgé de plus de 30 ans, n'ayant personne à charge, soit 25 %, est de... 234 fr.

Total .... 1.170 fr.

3° Pour un revenu de 40.000 fr.
1.512 + 378 = 1.890 fr.

4° Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales :

Bénéfice net .... 113.000fr.

$$\frac{(113.000 - 8.000) \times 7,2}{100} = 7.560 \text{ fr.}$$

5° Impôt général sur le revenu :

Pour un revenu net de 130.500... 18.324 fr.
Majoration de 25 % .... 4.581 fr.

Total .... 22.905 fr.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

(*Voir la suite page XLIII-2197*)

PROPOS DU JOUR

Y a-t-il une crise de la profession médicale ?

M. Jean Laporte vient de procéder à une enquête sur l'état actuel des professions libérales et dans le numéro du 15 août, de la *Revue de France,* il a publié ce qui concerne les médecins (1).

M. Jean Laporte se trouvait en présence de deux opinions en apparence contradictoires : celle du « Dr Knock » qui affirme qu'un médecin, *qui sait s'y prendre*, doit après quelques années d'exercice, pouvoir se retirer « couvert d'or, dans une étincelante limousine, les fesses calées sur un matelas d'obligations », et celle d'un *médecin grave* de sa connaissance qui lui a affirmé que « la situation des médecins, dans la Société actuelle, n'est ni plus avantageuse, ni plus défavorable que celle des autres travailleurs intellectuels. »

Nous prétendons que les deux opinions ne sont contradictoires qu'en apparence, car, pour réussir comme l'affirme le Dr Knock, « *il faut savoir s'y prendre* », et pour l'honneur du Corps médical et l'intérêt de la Société, il y a heureusement fort peu de médecins *qui savent s'y prendre*. Notre propre opinion se rapproche donc de celle du médecin grave. Mais M. Jean Laporte, qui voulait baser son enquête sur des réponses multiples et sérieuses, est allé frapper à la porte de médecins distingués qui lui ont été désignés comme pouvant le renseigner avec compétence et autorité.

Ces personnalités médicales sont : M. le Pr Gosset, l'éminent chirurgien, notre ami bien connu, M. le Dr Ch. Levassort ; Madame le Dr Suzanne Delaplace, jeune spécialiste en électro-radiologie, et enfin M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le Pr Roger. M. Jean Laporte ne pouvait mieux s'adresser. Nous allons résumer les réponses plutôt optimistes qu'il a reçues, tout en nous permettant de faire sur certaines quelques observations et quelques réserves, dictées par notre connaissance relative du sujet et par les enquêtes que nous avons faites nous-même, il y a une quinzaine d'années, sur les conditions économiques de la vie du médecin français (2).

***

M. le Pr Gosset divise les médecins en trois catégories : les médecins de laboratoire, les médecins pratiquants, et les étudiants.

Les médecins de laboratoire, comme tous les professeurs et savants de nos Facultés, sont dans la détresse. Un préparateur ne gagne pas plus de 8.000 francs et un professeur à la Faculté de Médecine de Paris qui s'est spécialisé à l'anatomie, la physiologie, l'histologie ou la parasitologie, c'est-à-dire qui ne peut guère exercer la médecine pratique reçoit, toutes indemnités comprises, de 25.000 à 30.000 francs. En province, la situation de ces savants est encore inférieure et M. le Pr Gosset le déplore, car les chaires de ces sciences ne sont plus recherchées. Ainsi, on ne trouve pas de successeur au Pr Charles Richet qui vient de quitter la chaire de physiologie qu'il a illustrée.

Pour les médecins pratiquants, c'est tout autre chose. Pour M. Gosset, « la situation dans l'ensemble est bonne, bien meilleure en tous cas qu'il y a quelques années ». M. Gosset attribue cette amélioration à de nombreux débouchés, créés par les spécialités multiples et l'extension des interventions chirurgicales.

Nous ne discuterons pas cette affirmation en ce qui concerne les chirurgiens, et surtout les grands chirurgiens, tels que M. le Pr Gosset. Mais nous nous permettrons de ne pas partager son optimisme quand il dit :

« Dans tel petit village que je connais bien, le docteur gagnait à peine, moyennant un effort exténuant, une dizaine de mille francs par année. Celui qui l'a remplacé et qui se fatigue moins, grâce à l'automobile, en gagne aujourd'hui cinquante mille et plus ».

M. le Pr Gosset n'a certes pas songé que le médecin de village qui gagnait 10.000 fr. avant la guerre gagnait 10.000 *francs or*, et que celui qui gagne 50.000 francs actuellement gagne 50.000 *francs papier*. Or, comme le franc or vaut en papier au cours actuel 4 fr. 26, dix mille francs or d'avant-guerre représentent quarante-deux mille six cents francs papier. Remarquons que les frais d'automobile et les impôts ont presque décuplé depuis la guerre, que le coût de toute chose a plus que quadruplé. Il nous est donc permis de faire remarquer à M. Gosset que le médecin actuel, avec son gain de 50.000 francs papier, a un

---

(1) Y a-t-il une crise des Professions libérales ? Enquête par Jean Laporte. *La Revue de France*, 15 août 1925, page 717.

(2) *Concours médical*, 1er et 8 octobre 1911.

pouvoir d'achat moindre que celui qui, en 1913, ne gagnait que 10.000 francs or ; la situation économique du premier est donc manifestement moins bonne, surtout s'il a des enfants à élever, ce qui nous paraît devoir être considéré comme normal.

M. le Pr Gosset reconnaît par exemple la situation difficile des étudiants. L'on pouvait, à la rigueur, affirme-t-il, faire autrefois ses études en dépensant 150 francs par mois ; aujourd'hui, c'est 500 fr. et 600 fr. au moins qui sont nécessaires. M. Gosset ne compte encore là que la chambre et la pension, mais il faut y ajouter les vêtements, l'entretien, les voyages, les frais d'études et bien d'autres dépenses indispensables. En outre, les études sont plus longues.

M. le Pr Gosset prétend, qu'une fois « muni du titre de docteur, le jeune étudiant qui s'établit tout de suite dans une ville ou dans une localité, sauf malchance exceptionnelle, aura vite une clientèle et une situation lui permettant de subsister honorablement. »

Dans une grande ville, la clientèle ne vient pas du jour au lendemain. Si le jeune médecin achète celle d'un confrère qui se retire, il est obligé de débourser une assez forte somme sans être assuré de recueillir les clients de son prédécesseur. Cette somme grève son budget de ses intérêts et de son amortissement. S'il veut faire lui-même sa clientèle avec le souci de sauvegarder sa dignité et d'éviter toute incorrection, il devra attendre trois, quatre et parfois cinq ans avant de gagner suffisamment pour couvrir ses frais. *Experto crede Roberto.* Ce n'est guère qu'après une dizaine d'années qu'il peut, s'il est dévoué, travailleur et sérieux, se constituer une clientèle très suffisante sans qu'elle soit pour cela enviable. M. le Pr Gosset évite encore de parler des frais d'installation : le loyer, presqu'introuvable si ce n'est à un prix excessif, l'ameublement, le personnel, qui, si restreint qu'il soit, coûte fort cher, car non seulement il faut le payer, mais encore le nourrir, les impôts qui courent du jour de l'installation, alors que le jeune médecin ne fait pas ses frais, l'automobile à la campagne, etc., etc.

Le Corps médical est donc obligé de se recruter dans des milieux plus riches, alors qu'il émanait autrefois de la petite bourgeoisie, et surtout des professions libérales ; nous nous joignons à M. le Pr Gosset pour le déplorer, car ce nouveau recrutement, s'il ne diminue pas la moralité de la profession, modifie la mentalité du médecin, et le rend moins soucieux de sa dignité et de son prestige.

M. le Pr Gosset constate aussi avec regret une diminution de la culture générale de l'étudiant. Nous partageons ses regrets, car cet affaiblissement survient juste à l'époque où le rôle social du médecin prend le plus d'ampleur et où une vaste culture, avec des idées larges et généreuses, est nécessaire pour lui assurer l'autorité qui lui est indispensable.

***

M. le Dr Levassort, qui connaît bien la situation du médecin à Paris, nous paraît, lui aussi, trop optimiste.

Il constate avec raison que les petite et moyenne bourgeoisies qui, nous le croyons, forment la majeure partie de la population du quartier où il exerce, ont recours moins souvent au médecin, car ce sont elles qui souffrent le plus de la situation économique actuelle.

Pour lui, la clientèle des quartiers ouvriers est la meilleure ; car l'ouvrier gagne bien sa vie et paye comptant. C'est exact, mais la clientèle ouvrière dans un quartier populeux est capricieuse et infidèle, et nous ne partageons pas du tout l'opinion du Dr Levassort quand il affirme que l'hôpital ne fait pas concurrence aux médecins dans les quartiers ouvriers. Certes, la journée d'hôpital est élevée, mais il y a les consultations, les pansements à des prix dérisoires sinon gratuits, le drainage des accidents du travail. Notre ami Levassort ne peut ignorer que la petite chirurgie tient une place importante dans la pratique médicale en quartier ouvrier, et qu'elle se fait surtout aux consultations semi-gratuites des hôpitaux et des dispensaires.

En outre, la disparition de plus en plus sensible des maladies aiguës, l'accaparement de la tuberculose et de la syphilis par les dispensaires et les œuvres d'hygiène sociale, restreignent singulièrement le domaine du praticien dans un quartier ouvrier.

L'optimisme du Dr Levassort au sujet du médecin de campagne est basé sur le même mirage que celui du Pr Gosset. Un médecin de 30 ans, installé depuis 3 ou 4 ans, gagne facilement 50.000 francs, affirme le Dr Levassort. C'est probablement exact, mais ces 50.000 francs sont des francs papier dévalorisés et, pour arriver à ce chiffre, des frais d'automobile (entretien, essence, huile, pneumatiques, bandages, amortissement, impôts) interviennent et réduisent singulièrement les ressources du praticien rural.

***

Madame le Dr Suzanne Delaplace, qui est

électro-radiologiste, a donné à l'enquêteur de la *Revue de France*, les renseignements que lui permettait de fournir sa jeune expérience sur l'exercice de la médecine par les femmes.

Mme S. Delaplace, à notre avis, juge la situation de la femme-médecin avec beaucoup de justesse et de bon sens. Comme elle, nous pensons qu'une jeune fille intelligente et courageuse doit réussir en médecine, mais de préférence en se spécialisant, car la médecine pratique générale exige de trop grandes fatigues. Quant au préjugé qui régnait jadis dans le corps médical contre la femme-médecin, il y a beau temps qu'il est disparu, tant parmi les étudiants que parmi les praticiens. Le nombre des ménages de médecins, qui va en s'accroissant, en est la meilleure preuve.

***

M. le Pr Roger, doyen de la Faculté de Paris, en homme réservé et prudent, a borné ses réponses aux points qu'il connaît bien, c'est-à-dire à ce qu'il a observé à l'Ecole de médecine. Il constate que, depuis la guerre, le nombre des étudiants n'a ni augmenté, ni diminué (400 à 450 nouveaux par an). Il regrette un fléchissement de la culture générale qui l'a frappé, tout comme le Pr Gosset ; une infériorité manifeste existe chez les étudiants qui viennent directement de l'enseignement primaire supérieur, et n'ont pas suivi les cours de l'enseignement secondaire.

Peu importe que l'étudiant en médecine ait fait des humanités classiques ou des humanités modernes, l'essentiel est qu'il ait fait des humanités. Comme culture professionnelle, la valeur des étudiants, surtout celle des internes des hôpitaux, s'est maintenue à un niveau satisfaisant.

Mais M. le doyen déplore que les étudiants les plus travailleurs et les plus distingués se détournent de plus en plus de la médecine de laboratoire et de l'enseignement.

C'est un grave danger pour l'avenir de la médecine française, et personne n'a l'air de s'en préoccuper en haut lieu.

***

Nous conclurons à notre tour que, *malgré les apparences*, la situation des médecins dans la Société actuelle n'est, ni plus avantageuse, ni plus défavorable que celle des autres travailleurs intellectuels, comme l'affirmait « un médecin grave » à M. Jean Laporte au début de son enquête.

Sans doute un médecin praticien touche plus d'argent qu'un professeur, ou qu'un fonctionnaire, mais il est obligé d'atteindre la trentaine pour arriver à gagner à peu près sa vie et jusqu'à cet âge, il est à charge à sa famille. Ses frais d'installation, de loyer, d'automobile, de personnel, ses impôts dépassent et de beaucoup les frais du professeur et du fonctionnaire. Il est tenu de fournir un travail plus prolongé et incomparablement plus exténuant, de déployer une toute autre activité ; il doit se constituer lui-même une retraite, ce qui n'est pas facile à l'heure actuelle.

En outre, l'exercice de la médecine est en voie de transformation. Le médecin ne peut, comme le commerçant, mettre le taux de ses honoraires au niveau de l'indice du coût de la vie. Sans doute, il peut augmenter le prix de l'acte médical, mais il est tenu de le faire avec une certaine circonspection.

La profession médicale est une profession de *demi-luxe*, qu'on nous passe cette expression. Si le médecin n'était appelé que lorsque son intervention est réellement utile, les 25.000 praticiens qui exercent en France et vivent de leur profession mourraient littéralement de faim.

Or, l'élévation du prix amène une restriction automatique du nombre des visites. Tous les médecins qui voudront bien se donner la peine de réfléchir et d'observer, constateront qu'en élevant d'un tiers, il y a deux ans, le prix de la visite, ils n'ont pas élevé d'un tiers le chiffre de leurs recettes. Telle famille qui rapportait régulièrement 600 francs par an à son médecin, il y a deux ans, ne lui rapporte pas 900 francs aujourd'hui, mais 700 à 750 francs. En outre, les tarifs de l'Assistance médicale gratuite, des accidents du travail, des pensionnés de guerre, sont loin d'être au niveau où ils devraient être pour suivre l'accroissement du coût de la vie et n'ont pas été élevés.

S'il y a une crise des professions libérales, il y a *malgré les apparences*, une crise indiscutable de la profession médicale. Cette crise, loin de s'atténuer, nous paraît devoir s'accentuer, et nous ne pensons pas qu'il y ait lieu, à l'heure actuelle, de faire preuve de quelque optimisme. Vraisemblablement, nous rentrons de plus en plus dans la période des Vaches maigres de l'Ecriture (1).

J. Noir.

R. H. M. S. 5000.

(1) Notons encore que le médecin, comme la plupart des membres de la petite bourgeoisie, a un patrimoine constitué de propriétés qu'il ne peut faire valoir et de valeurs dites de tout repos ou placements de père de famille (rentes sur l'Etat, obligations de chemins de fer, etc.). Or, l'on sait ce que valent à l'heure actuelle ces placements de père de famille. Le médecin, même prévoyant, est actuellement à demi ruiné, sinon tout à fait, et ne peut guère compter que sur son travail.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des tumeurs du sein,

Par M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Par leur fréquence et par leur diversité, les affections de la glande mammaire constituent assurément un des chapitres les plus importants et les plus délicats du diagnostic chirurgical, car si, dans un très grand nombre de cas, il est relativement facile de reconnaître la nature de la lésion devant laquelle on se trouve en présence, il en est d'autres, où l'interprétation clinique des faits observés devient beaucoup plus malaisée. Assurément, on est arrivé à commettre aujourd'hui beaucoup moins d'erreurs de diagnostic qu'autrefois, mais bien que l'on soit parvenu à mieux reconnaître les lésions et à accorder une valeur plus considérable à certains symptômes, on ne peut pourtant pas se dire encore complètement à l'abri de toute méprise. Sans parler, en effet, des difficultés que créent les inflammations chroniques, certaines inflammations aiguës, de par leur évolution quelque peu atypique, ont parfois pu être prises pour des tumeurs malignes, comme, en d'autres cas, il est arrivé que l'on a pensé voir évoluer une simple mastite alors qu'il s'agissait d'un cancer.

Aussi, est-il, par suite, tout à fait nécessaire, dans une semblable étude, d'envisager l'expression clinique de tumeur, non dans le sens restreint qu'on lui donne généralement, mais dans le sens le plus large qu'elle puisse accepter, et d'englober ainsi dans une même revue, non seulement les néoplasies épithéliales et conjonctives, mais encore les tuméfactions inflammatoires dans leurs évolutions chroniques ainsi que dans certaines de leurs modalités aiguës.

Mais, comme dans le plus grand nombre des cas, et plus particulièrement dans les stades de début, où le diagnostic de nature est toujours d'abord quelque peu hésitant, il faut procéder à une exploration analytique minutieuse, il convient, avant d'envisager la question du diagnostic différentiel, de rappeler sommairement la disposition de la région mammaire, les modifications que peut y apporter la présence d'une tumeur, ainsi que les différents principes dont on doit s'inspirer au cours de l'examen d'un sein.

La région mammaire qui, chez l'homme, ne présente qu'un intérêt tout à fait secondaire, est entièrement recouverte, chez la femme, par la mamelle, appliquée sur le muscle grand pectoral. Suivant les personnes, et cela sauf le cas d'amastie unilatérale, les seins présentent des formes et un volume essentiellement variables : mais, chose importante, presque toujours chez un même sujet, les deux seins sont réguliers et offrent un aspect semblable, aussi, la constatation d'un changement quelconque dans la forme et dans le volume d'une des deux glandes mammaires devra-t-elle tout d'abord éveiller l'attention du praticien.

La peau qui, doublée d'une couche adipeuse sous-cutanée, recouvre la mamelle, est, à l'état normal, mobile sur la glande et peut être plissée entre le pouce et l'index. Dans certaines tumeurs du sein, elle devient au contraire adhérente, et dans ce cas, lorsqu'on cherche en la pinçant à déterminer la formation d'un pli, elle ne se soulève pas, mais se ride et se froisse, donnant ainsi un sillon plus ou moins profond que l'on ne peut détacher de la glande, et qui traduit le début de l'infiltration néoplasique. Lorsque les adhérences sont devenues plus étendues, et que les téguments tiennent à la tumeur, non encore en nappe mais par une série de ponts, on constate alors, en essayant de les soulever, l'apparition de petites dépressions, de pointillé en creux : la peau ressemble alors à celle d'une orange, d'où le nom de peau d'orange qui lui a été donné. Quand les adhérences ont encore progressé, la peau se déprime d'une façon plus profonde, les sillons peuvent alors devenir permanents et apparaître à la vue, sans qu'il soit devenu nécessaire de les provoquer.

A l'état normal, si on exerce une pression avec la pulpe du doigt, on ne détermine aucun changement dans l'état de la peau, mais lorsqu'il existe de l'œdème, l'empreinte y reste marquée : il faudra donc le rechercher avec soin, et la différence de coloration, rouge dans le premier cas, blanche dans le second, montrera si l'on se trouve

en présence d'un œdème inflammatoire où d'un œdème lymphatique.

Le mamelon, qui occupe le milieu de l'aréole, en dehors des cas d'ombilication ou d'invagination congénitales, fait une saillie plus ou moins accusée : dans certaines tumeurs du sein, il s'enfonce dans la profondeur de la glande, soit en masse, soit par un de ses côtés, réalisant ainsi ce que l'on désigne du nom de rétraction du mamelon, modification que l'on considère généralement comme un signe important de cancer du sein, bien qu'elle puisse être également observée dans certaines inflammations chroniques de la glande. Mais l'on ne devra jamais manquer de s'enquérir tout d'abord de l'état du mamelon avant le début de l'affection présente et de le comparer à celui du côté opposé, afin d'éviter de prendre pour une rétraction néoplasique une malformation congénitale ou une rétraction inflammatoire ancienne. Il conviendra, en outre, de distinguer la rétraction vraie du mamelon de sa rétraction apparente, qui s'observe dans les cas de tumeurs volumineuses et qui résulte du développement excessif de la glande tout autour de ce mamelon. Bien que ce dernier paraisse enfoncé et rétracté, il est toujours facile de le faire saillir en déplissant la peau, alors que dans la rétraction vraie, on ne peut parvenir à modifier son apparence, car il est attiré vers les parties profondes et y est fixé par de solides adhérences.

Comme le mamelon est relié à la glande mammaire par les canaux galactophores, l'on pourra, en opérant à son niveau une légère traction, reconnaître si une tumeur développée au niveau du sein est née aux dépens du tissu glandulaire, grâce au petit mouvement que l'on y aura déterminé. De même, on ne devra pas oublier de pratiquer de légères pressions sur la glande, afin de voir si elles ne sont pas suivies d'un écoulement par le mamelon, dont la nature, laiteuse, sanguinolente ou séreuse, pourra fournir un très précieux élément de diagnostic.

La palpation de la glande mammaire présente une importance considérable, et lorsque l'on se mettra en devoir de la pratiquer, il faudra bien se garder de saisir le sein à pleine main dans le sens transversal, alors qu'il pend naturellement le long du thorax, car de cette manière, on arrive à sentir parfaitement les différents lobes de la glande qui font saillie sous les doigts, et l'on pourrait, par suite, prendre aisément pour une tumeur un lobe normal qui paraîtrait un peu plus résistant que les autres. Les préceptes donnés si justement par Velpeau doivent encore être suivis aujourd'hui : on devra, ainsi qu'il le recommande, faire coucher la malade, et palper le sein à plat, de manière à le refouler et à l'appliquer contre le thorax. En procédant ainsi, on ne sentira dans un sein normal que les lobes glandulaires avec leur élasticité et leur souplesse caractéristiques, mais, s'il existe une tumeur, même très petite, elle se révèlera de suite sous la forme d'un noyau plus ou moins dur et résistant.

Il faudra alors apprécier la consistance de cette tumeur, et chercher à se rendre compte si elle est de nature solide ou de nature liquide. Cette dernière variété de tumeur ne présente pas toujours de la fluctuation, car ce symptôme ne peut être mis nettement en lumière que lorsque le liquide se trouve sous faible tension dans la poche qui le limite comme cela se voit dans les abcès froids du sein ou dans certains adéno-sarcomes. La tumeur est au contraire globuleuse, dure, ferme, élastique et rénitente dans les adéno-fibromes kystiques et dans les kystes hydatiques, aussi leur nature liquide passe-t-elle souvent inaperçue : lorsqu'elle est de petit volume, elle donne l'impression d'une tumeur solide, d'un noyau fibreux, et ce n'est la plupart du temps qu'à la suite d'une ponction ou d'une incision exploratrice que le diagnostic exact a pu être posé.

Si l'examen clinique a permis de reconnaître la présence d'une tumeur solide, il conviendra de mettre tous ses soins à en apprécier le volume et les limites, ainsi que les rapports avec l'atmosphère ambiante. On recherchera particulièrement si cette tumeur a des limites bien nettes, si la consistance, de pathologique, devient brusquement normale, ou si, au contraire, ses contours sont imprécis, se confondant insensiblement avec les parties voisines.

La glande mammaire, comprise dans un dédoublement de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée est essentiellement mobile et se meut avec la plus grande facilité sur le plan profond : lorsqu'elle est envahie par la malignisation, elle ne tarde pas à contracter de multiples adhérences, non seulement superficiellement avec la peau, mais encore profondément avec l'aponévrose du grand pectoral, et ensuite avec le muscle lui-même. Parfois, les adhérences deviennent telles que la mamelle est complètement immobilisée d'une façon permanente : dans d'autres cas, un accolement étroit ou un glissement très limité témoignent de connexions intimes avec le périoste costal et par suite de voies toutes préparées pour une diffusion intra-thoracique. Pour reconnaître l'existence de semblables adhérences, il est nécessaire de faire contracter le grand pectoral : pour cela, on saisit le sein d'une main et l'on note la mobilité dont il jouit, pendant qu'après avoir commandé à la malade de rapprocher du corps le bras primitivement écarté, on s'efforce, de la main restée libre de s'opposer à ce rapprochement. On peut également rechercher cette mobilité après avoir fait croiser les mains au-dessus de la tête et demandé que l'on rapproche les coudes l'un de l'autre, ce qui a pour résultat de faire contracter les muscles pectoraux.

Les lésions de la glande mammaire retentis-

sant avec une extrême facilité sur son réseau lymphatique, l'on ne devra jamais omettre d'explorer le trajet des vaisseaux, ainsi que les territoires ganglionnaires auxquels ils aboutissent. Le cordon lymphatique axillaire, comprenant l'ensemble des vaisseaux qui se rendent du sein à l'aisselle, se trouve sur le bord inférieur du grand pectoral : à l'état normal, on ne peut le sentir, mais lorsqu'il est atteint, on perçoit la présence d'une masse allongée et indurée qui aboutit aux ganglions. Pour trouver ces derniers, les parois de l'aisselle étant détendues par le rapprochement du bras, on insinue la main dans le creux axillaire de la malade, la face palmaire du côté de la paroi throracique et l'on explore minutieusement toute la face interne en procédant de haut en bas : l'on notera ainsi le nombre des ganglions, leur volume, leur consistance, ainsi que leurs connexions avec les vaisseaux.

Mais l'examen ne devra pas se borner au seul creux axillaire, car certains lymphatiques peuvent,en empruntant des voies accessoires, se diriger vers d'autres territoires ganglionnaires : il faudra donc palper également la région sous-claviculaire, le creux sus-claviculaire, et ne pas négliger l'aisselle, du côté opposé, car il existe des cas dans lesquels par suite de la communication des lymphatiques sur la ligne médiane, un cancer développé au niveau d'un sein peut déterminer une adénopathie dans l'aisselle du côté opposé.

Il conviendra encore d'inspecter toute la peau de la face antérieure du thorax afin de rechercher la présence de nodosités dures, groupées ou disséminées qui dénoteraient l'infiltration néoplasique de la peau sur le trajet des lymphatiques cutanés et témoigneraient d'une propagation cancéreuse illimitée. On ne devra pas non plus oublier le bras du côté malade et voir s'il n'y a pas, par suite d'une compression du paquet vasculo-nerveux effectuée dans la région axillaire par un groupe de ganglions, la raison évidente d'œdème des parties molles, de modifications du pouls, ainsi que de phénomènes douloureux. Comme dans les tumeurs malignes, la généralisation viscérale est fréquente, on ne manquera pas, si on soupçonne un néoplasme, d'examiner les foyers habituels des métastases qui sont, par ordre de fréquence, la plèvre, le poumon, le foie et le rachis.

Ce qu'il ne faudra encore jamais négliger, c'est que, dans bien des cas, les commémoratifs ainsi que la marche de la maladie ont une importance considérable pour le diagnostic : on devra donc s'informer de la date de début de l'affection, de l'accroissement rapide ou lent de la tumeur, ainsi que des poussées douloureuses qui ont pu se manifester. Enfin, dans un certain nombre de cas, où le diagnostic paraîtra douteux, on fera bien d'avoir recours aux réactions humorales, dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, au besoin après réactivation, qui pourront parfois éviter une cause d'erreur.

Appelé à se prononcer sur un cas de tumeur du sein, le praticien après avoir constaté l'existence d'une lésion manifeste au niveau de la région mammaire, devra tout d'abord, après avoir éliminé les *tumeurs fantômes*, que les malades imaginaires croient si souvent découvrir, ainsi que les *mastodynies* (engorgement mammaire) aisément reconnues par le caractère névralgique des douleurs, rechercher s'il se trouve en présence d'une tumeur de la glande mammaire elle-même, ou bien d'une tumeur à siège périglandulaire.

C'est grâce à une palpation attentive qu'il parviendra à reconnaître que la glande est intacte, et que la lésion qui le préoccupe provient de la région périmammaire. Il aura alors à examiner s'il s'agit d'un lobe aberrant, d'une mamelle surnuméraire présentant une altération quelconque analogue à celles qui peuvent se développer sur le sein véritable, d'une néoplasie cutanée, ou, au contraire, d'une tumeur de l'atmosphère conjonctive, kyste séreux, kyste dermoïde, fibrome, lipome, angiome ou lymphangiome, que leurs caractères propres permettront de reconnaître aisément. Mais, il ne faut pas oublier qu'il existe aussi une certain nombre de tumeurs à point de départ *rétro-glandulaire*, qui sont plus délicates à différencier et qui, lorsqu'elles ont atteint un certain degré de développement, repoussent la glande en avant en donnant la forme classique en brioche.

La constatation de l'intégrité de la peau, de l'étalement de la glande au devant de la tumeur, de l'absence de nodosités et de bosselures dures dans la mamelle, la parfaite turgescence de la tumeur, l'absence assez fréquente de ganglions axillaires, la saillie du mamelon, et l'élargissement de la base du sein, seront autant de symptômes qui témoigneront de la localisation rétro-glandulaire. Il en sera ainsi pour les *lipomes* plus ou moins volumineux, ainsi que pour certains *hématomes enkystés* du tissu cellulaire rétro-mammaire, qui proviennent d'une contusion accidentelle du sein. Dans ce dernier cas, à moins que la notion de traumatisme n'ait mené sur la voie du diagnostic, l'erreur est souvent commise, jusqu'à ce que l'apparition d'une ecchymose superficielle périmammaire ne soit venue révéler la nature exacte de la lésion. Il existe également des *abcès froids* provenant du rachis ou des côtes, qui viennent se loger derrière la mamelle en refoulant la glande : un examen minutieux du squelette permettra d'établir leur point de départ. Enfin, on devra songer qu'il existe des tumeurs liquides des parois thoraciques, en particulier des *kystes hydatiques* du grand pectoral, dont l'immobilisation pendant la

contraction de ce muscle précisera le siège en dehors de la région mammaire.

La tumeur une fois reconnue comme appartenant bien à la glande elle-même, restera à en établir la signification, ce qui sera souvent assez délicat, bien que dans un certain nombre de cas le diagnostic ne puisse présenter aucune difficulté, la nature de l'affection sautant pour ainsi dire aux yeux, dès le premier examen.

C'est ainsi, que si chez une jeune fille, bien souvent encore impubère, les deux seins ont augmenté insidieusement de volume jusqu'à constituer deux énormes appendices pédiculisés tombant sur la poitrine et sur le ventre qu'ils recouvrent plus ou moins, représentés par une masse à consistance inégale, molle et pâteuse, avec des points ramollis et d'autres très durs, recouverts par une peau étirée à son maximum, aux pores presque béants, doublée d'un riche réseau veineux très dilaté, on songera de suite à l'*hypertrophie mammaire de la puberté*, véritable fibro-adénome diffus du sein, affection bénigne en elle-même, mais qui ne présente pas de tendances à la régression, et qui nécessite une intervention par suite de la gêne occasionnée par le poids des seins, et des altérations de l'état général que leur développement excessif aura occasionné.

De même, si on observe des lésions à peu près analogues chez une femme en état de grossesse, on portera le diagnostic d'*hypertrophie gravidique* : la lésion, qui évolue avec une marche toujours très rapide, aura pu apparaître soit au début, soit vers la fin de la parturition, mais ici, le pronostic est beaucoup moins sévère que dans le cas précédent, car cette hypertrophie régresse après l'accouchement, et se termine par la guérison dans les trois quarts des cas.

L'idée d'un *cancer* du sein arrivé à sa période d'état ne pourra que s'imposer immédiatement devant une tumeur plus ou moins développée, indolente, dure ou ramollie, située en pleine glande mammaire, non encapsulée, adhérente à la peau, adhérente à la profondeur, et s'accompagnant d'une induration des ganglions axillaires.

On pensera tout de suite à un *adéno-sarcome* devant une tumeur bien délimitée ayant présenté une marche rapide, à forme tout à fait irrégulière, présentant de grosses bosselures absolument caractéristiques, mobile sur les plans profonds, dont le mamelon n'est ni adhérent, ni rétracté, et qui ne s'accompagne pas d'adénopathie. Le sein est recouvert de téguments à teinte rosée qui glissent sur l a tumeur et sous lesquels on distingue un développement exagéré de la circulation veineuse sous-cutanée.

Il faudra envisager sans tarder la possibilité d'un *cancer aigu*, d'une mastite carcinomateuse devant un sein devenu brusquement, chez une jeune femme, sans cause connue, et sans douleurs, le siège d'un gonflement régulier, qui augmente rapidement de volume, affectant les caractères d'une maladie inflammatoire. Toute la région mammaire est bien vite devenue tendue et œdémateuse, parfois d'un rouge intense, sa consistance est demeurée uniformément dure pendant que la température locale dépassait la normale de un à deux degrés. On pourrait au premier abord croire à une inflammation aiguë, mais l'engorgement rapide des ganglions et les adhérences cutanées précoces, auxquelles succèdent bientôt des ulcérations multiples, se hâtent de dissiper toute incertitude. Cette forme de cancer du sein s'observe souvent chez les femmes enceintes et chez les nourrices où elle affecte fréquemment un caractère de bilatéralité.

Sans hésiter, on portera le diagnostic de *squirrhe pustuleux*, si, en plus d'une tumeur mammaire le plus souvent de petit volume, mais de consistance très dure, on constate l'existence de toute une série de petits noyaux cutanés ou sous-cutanés, rayonnant à partir de la tumeur primitive, et constitués par de petites masses arrondies dont le volume varie de la tête d'une épingle à celui d'une noisette. Ces noyaux cancéreux, dont le nombre est souvent fort élevé et qui traduisent une généralisation précoce sous forme d'infiltration secondaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, peuvent dans certains cas se disséminer sur toute la surface du corps.

Chez une femme presque toujours assez âgée, l'existence d'une petite tumeur, de consistance ligneuse, assez bien limitée, tantôt aplatie, tantôt un peu bosselée, présentant du côté de la peau une dépression assez sensible, et qui s'accompagne d'une rétraction rapide ou lente du mamelon devra faire penser à un *squirrhe atrophique*.

Enfin, on ne pourra songer qu'au *squirrhe en cuirasse* devant une tumeur du sein propagée en surface : dans ce cas, la peau de la paroi thoracique, souvent sur une très vaste étendue, présente de larges plaques rougeâtres indurées, parfois ulcérées, peu douloureuses au toucher, caractérisant la lymphangite cancéreuse réticulaire et constituant une infiltration pouvant remonter jusqu'au cou et à l'aisselle et descendre jusqu'à la paroi abdominale. On note alors presque toujours, en plus de très violentes douleurs et de symptômes asphyxiques, un œdème dur et très développé au niveau du membre supérieur, qui ne font que traduire des phénomènes de compression nerveuse et vasculaire dans le cou, dans l'aisselle et dans le thorax, occasionnés par cette cuirasse néoplasique inextensible ainsi que par des accidents de généralisation pleuro-pulmonaire.

En dehors des cas qui viennent d'être énumérés, cas faciles à reconnaître, car il existait cha-

que fois un certain nombre de signes particuliers suffisamment caractéristiques pour éviter toute espèce de méprise, il devient plus difficile de découvrir la nature de la lésion ; aussi, conviendra-t-il de procéder à un examen des plus précis, et de ne négliger aucun détail qui puisse mettre sur la voie du bon diagnostic.

A quoi peut-on songer devant une tumeur du sein ? A des affections bien nombreuses et bien différentes les unes des autres, comme peut le faire juger leur simple énumération : abcès chronique, abcès froid, adéno-fibrome, cancer, épithélioma canaliculaire, galactocèle, gomme syphilitique, kyste hydatique, lipome intra-glandulaire, maladie kystique, mammite chronique, mammite syphilitique diffuse, stéatonécrose, tuberculose.

Aussi, au cours du diagnostic différentiel qu'il cherchera à poser, conviendra-t-il au praticien de tenir compte de toutes ces affections : mais il est bien évident que sa pensée devra s'attacher tout d'abord à certaines d'entre elles plus fréquemment observées, et que ce n'est que par élimination successive qu'il arrivera à songer à certaines lésions, soit qu'elles soient exceptionnelles, soit que l'obscurité symptomatique ait rendu le diagnostic des plus incertains.

De même, le praticien devra rechercher avec soin, étant données les difficultés du problème, tout ce qui pourra lui fournir une indication utile : c'est ainsi que l'anamnèse, les affections antérieures, l'âge et parfois la profession le mettront dans un certain nombre de cas sur la voie de la nature de l'affection dont il a été à même de constater la p ésence.

Si la palpation a permis de reconnaître l'existence d'une tumeur liquide, solitaire, occupant un segment de la glande, alors que le reste de la mamelle demeure normal, il faudra, après avoir envisagé la possibilité d'un *adéno-fibrome kystique* ou d'un *kyste néoplasique*, dont le diagnostic ne peut malheureusement être établi qu'après l'examen microscopique de la sérosité retirée par une ponction exploratrice, penser à l'existence d'un abcès : *abcès chronique simple*, succédant à un traumatisme ou consécutif à la lactation, si la tumeur est régulière, douloureuse, recouverte d'une peau rosée et œdématiée avec intégrité absolue de l'état général ; *abcès froid* de la tuberculose mammaire confluente, si la tumeur est bosselée, entourée de petites nodosités irrégulières avec adénopathie précoce et bien développée, alors que la malade maigrit, et présente une légère élévation de la température.

Bien que le *kyste hydatique* constitue également une tumeur liquide au premier chef, son diagnostic n'est pourtant presque jamais porté à sa période de début, et cela, non seulement à cause de sa rareté dans nos pays, ce qui fait que l'on n'y songe guère, mais surtout par suite des caractères qu'il présente à ce moment. Devant une tumeur bien circonscrite, laissant intact le reste de la glande, tumeur dure, arrondie, régulière, complètement indolore, à évolution très lente, on ne songe en effet qu'à un adéno-fibrome, à moins qu'une ponction exploratrice ne soit venue éclairer le diagnostic. Ce n'est que beaucoup plus tard, parfois au bout de plusieurs années, que devant le changement présenté par la tumeur, qui s'accroît brusquement et rapidement, et qui devient à la fois rénitente et douloureuse, on est porté à incliner vers l'idée de kyste hydatique qu'une réaction positive de Weinberg vient alors confirmer.

Si, au contraire, le praticien constate qu'il se trouve en présence d'une tumeur solide, il devra en étudier les différents caractères, le temps qu'elle a mis à se développer, ses dimensions, etc., et surtout rechercher avec la plus grande attention la manière dont elle se limite et si ses contours sont nets ou imprécis.

S'il constate que la mamelle est devenue un peu plus volumineuse, sans adhérences, sans adénopathie et sans rétraction du mamelon, et qu'à la palpation il sente de petites nodosités dures et bien limitées allant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette, donnant l'impression de grains de plomb, il devra penser à la *maladie kystique* du sein, que la constatation de lésions analogues au niveau de l'autre glande rendra évidente.

La *tuberculose mammaire*, dans sa *forme disséminée*, présente d'une façon générale une évolution qui ressemble quelque peu à la maladie kystique : le sein est de même augmenté légèrement de volume, sans adhérences superficielles ou profondes, et l'on y trouve également de nombreuses nodosités indolores, de consistance ferme, de dimensions variables, indépendantes les unes des autres, farcissant toute la glande. Mais ici, le caractère d'unilatéralité et la présence dans l'aisselle de plusieurs volumineux ganglions ayant grossi très rapidement permettent aisément de reconnaître qu'il s'agit bien d'une tuberculose de la mamelle et non d'une maladie kystique.

Dans le cas de tumeur unique, bien délimitée, le praticien aura à envisager différentes hypothèses, mais dans plusieurs cas, son attention sera forcément attirée par l'existence de certains symptômes un peu particuliers qui lui faciliteront le diagnostic qu'il est en train de chercher à poser.

Ainsi, devant une tumeur survenue au cours de la lactation, ou au moment du sevrage, ayant évolué lentement, sans troubles fonctionnels marqués, tantôt régulière et sans bosselures, tantôt irrégulière et grenue, offrant l'aspect d'une saillie plus ou moins considérable au niveau de la mamelle avec laquelle elle se confond, de consistance molle et fluctuante, ou au con-

traire rénitente et tendue, sans adhérences superficielles ou profondes, et sans adénopathie, il devra penser au *galactocèle* : le diagnostic sera confirmé par l'écoulement de lait par le mamelon et par la constatation de la persistance de l'empreinte digitale sous forme de godets à la suite de la pression exercée sur la tumeur.

De même, si à la suite d'un écoulement spontané et persistant par le mamelon d'une sérosité plus ou moins teintée de sang, il relève la présence d'une petite tumeur située ordinairement vers le centre de la glande, unique, peu volumineuse, relativement bien circonscrite, indépendante de la peau et assez mobile dans le sein, indolore à la pression, de consistance ferme et élastique, il lui faudra songer à un *épithélioma papillaire intracanaliculaire* (épithélioma dendritique).

En dehors de ces deux cas, si chez une femme jeune encore, il constate l'existence d'une ou plusieurs tumeurs indolentes, arrondies ou ovalaires, bien encapsulées, de consistance ferme et élastique, en général facilement isolables du reste du sein, situées souvent à la partie supéro-externe de la glande, n'adhérant pas aux téguments, parfaitement mobiles sous la peau et sur les parties profondes, et n'infectant pas les ganglions de l'aisselle, il sera tenté de porter le diagnostic d'*adéno-fibrome*, qui constitue la lésion que l'on observe avec le plus de fréquence.

Mais, il lui faudra aussi songer à une *gomme syphilitique* devant un sein dans lequel, après une période insidieuse d'empâtement sous-tégumentaire, discoïde et mal limité, il voit se produire une tumeur indolente spontanément et à la pression, mobile sous la peau et sur les plans profonds, s'accroissant assez rapidement, et ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire. En cas de doute, l'anamnèse, la présence d'autres lésions tréponémateuses, les réactions humorales, et au besoin le traitement d'épreuve viendront en confirmation de l'hypothèse soulevée.

Si au contraire, la tumeur du sein est plutôt mal délimitée, tendant à la diffusion, s'infiltrant dans le segment de la glande où elle a pris naissance, le praticien pourra hésiter entre un cancer au début et un noyau de mastite chronique. La présence de caractères inflammatoires, sensibilité à la pression, et adhérence large à la peau qui rougit et s'œdématie, l'existence de ganglions trop volumineux pour être néoplasiques à une période si précoce, l'âge généralement encore jeune de la malade, seront autant de signes qui feront pencher vers l'idée de *mastite*. Il devra envisager l'hypothèse de cancer, s'il relève les caractères d'une tumeur vraie, dureté, indolence, retraction du mamelon, apparition d'une ride légère, au moment de la mobilisation du sein, sous les téguments, présence dans l'aisselle de petits ganglions durs et isolés les uns des autres. Mais il ne faudra pas oublier que chez toute femme arrivée à la ménopause, un noyau de mammite chronique isolé doit toujours être considéré comme très suspect, légitimant une incision exploratrice, comme toute tumeur encapsulée doit être surveillée attentivement, car tout adénofibrome peut à un moment donné se mettre à évoluer sous une forme maligne.

Si aucune des différentes affections qui viennent d'être passées successivement en revue ne paraît devoir être retenue, le praticien sera alors en droit de songer aux autres lésions, qui, bien que d'observation très rare, peuvent être la cause de la production d'une tumeur mammaire.

C'est ainsi qu'il ne devra pas oublier qu'il existe quelques cas signalés de *lipomes intra-glandulaires*, qui, pris le plus souvent pour des adénofibromes, bien qu'ils s'en écartent par leur consistance et par leurs dimensions, ne constituent ordinairement que des trouvailles opératoires, ainsi qu'une *mammite syphilitique diffuse* également très rare, qui s'observe chez l'homme plus fréquemment que chez la femme, et qui se traduit par une augmentation de volume de la mamelle, sans douleurs et sans réaction inflammatoire.

Enfin, il devra encore se souvenir qu'il existe encore une lésion du sein connue sous le nom de *stéatonécrose*, qui se manifeste par la formation de tumeurs circonscrites dues à une nécrose graisseuse et à une dissociation des corps gras. C'est là un diagnostic auquel on ne devra songer que d'une manière tout à fait exceptionnelle, par exemple dans les cas où une tumeur aurait succédé directement à un traumatisme, qui aurait provoqué dans le sein, en plus d'une nécrose adipeuse, une réaction du tissu conjonctif ambiant.

Dans un certain nombre de cas, le praticien aura constaté au niveau de la peau qui recouvre la tumeur du sein qu'il est en train d'examiner, la présence d'une perte de substance, ulcération ou fistule, ce qui le forcera à envisager un certain nombre d'hypothèses, car si les tumeurs liquides peuvent se fistuliser à la peau, les tumeurs solides finissent par l'user ou par l'envahir. Mais dans ce cas, le diagnostic est toujours plus facile, que dans les tumeurs non ulcérées, car la symptomatologie est en général plus nette, et l'on est mis souvent sur la voie de l'affection par les caractères mêmes de l'ulcération.

Il conviendra tout d'abord d'éliminer les lésions extra-glandulaires qui ne présentent guère de difficulté, comme les *cancers des téguments*, distants ou non de l'aréole, primitifs ou nés sur une lésion préexistante. On reconnaîtra de même aisément par leurs caractères propres le *chancre syphilitique*, érosion sans bords, arrondie ou ovalaire, parfois de forme allongée et simulant alors une gerçure banale, indolente, à fond lisse et ver-

nissé, rouge comme la chair musculaire, et reposant sur une base indurée, le *cancer* dans lequel le mamelon, au lieu d'être rétracté, est projeté en avant, ainsi que *la maladie de Paget*, représentée par une tache rouge, bien limitée, à surface ulcérée, couverte de croûtes, à contours irréguliers, et dont la palpation met en évidence une induration nette bien que superficielle.

En second lieu, il faudra rechercher si l'on se trouve en présence d'une ulcération due à une tumeur solide, ou d'une fistule ayant servi à l'élimination d'une collection liquide plus ou moins abondante.

S'il s'agit d'une fistule, on devra en reconnaître la nature et voir s'il s'agit de tuberculose, de syphilis, d'actinomycose ou encore de mammite chronique ouverte secondairement.

On songera à une *lésion syphilitique*, grâce à son aspect caractéristique, perte de substance unique, régulièrement circulaire, à bords minces et taillés à pic, à fond grisâtre, d'aspect bourbilionneux, reposant sur une base indurée : on pensera au contraire à la *tuberculose*, abcès froid fistulisé, s'il existe plusieurs orifices à bords fongueux, auxquels font suite des trajets indurés, séparés les uns des autres par des téguments rougeâtres et violacés adhérents aux parties sous-jacentes, ce qui entraîne par suite un certain degré d'enfoncement ; c'est par la nature même de l'écoulement, qui consistera alors en un mélange de pus et de lait que l'on reconnaîtra qu'il s'agit d'une *mammite chronique fistulisée*.

Enfin, l'*actinomycose*, tout à fait exceptionnelle, sera soupçonnée devant un sein irrégulièrement tuméfié et bosselé, d'une dureté ligneuse, mobile sur le plan profond, mais recouvert d'une peau adhérente et rouge par certains endroits et criblée de fistules étroites, ne donnant qu'une faible quantité de pus. L'absence d'adénopathie et la présence des grains jaunes caractéristiques entraînera le diagnostic.

Quant aux tumeurs solides, qui entraînent l'ulcération de la peau du sein, elles ne procèdent pas de la même façon, ce qui permet de différencier l'adéno-sarcome du cancer par les différents caractères présentés par la perte de substances qu'ils ont occasionnée.

Dans l'*adéno-sarcome*, l'ulcération, généralement assez régulière et souvent de forme arrondie, résulte non d'un envahissement néoplasique, mais d'une distension de la peau, qui progressivement amincie par l'extension prise par la tumeur finit par s'user. Ses bords, qui ne sont pas indurés, ne font jamais, signe important, corps avec le néoplasme, ils sont toujours décollés, comme le montre l'extrémité d'un stylet que l'on peut toujours insinuer.

Le *cancer*, au contraire, fait complètement corps avec les téguments qu'il a envahis, infiltrés, et détruits : l'ulcération est par suite forcément irrégulière, déchiquetée, et profonde : ses bords, de couleur violacée, ne sont pas refoulés, mais évasés et indurés, circonscrivant ainsi une surface sanieuse couverte de bourgeons plus ou moins exubérants, qui saignent au moindre contact.

Inutile d'ajouter, que si, à ce stade d'évolution des tumeurs malignes, le diagnostic ne présente plus aucune difficulté, car il s'impose pour ainsi dire à première vue, il ne présente pas non plus un bien grand intérêt : les néoplasmes arrivés à un tel degré de développement sont presque toujours devenus inopérables ; aussi, comprendra-t-on aisément, que c'est de bonne heure qu'il faudra chercher à les reconnaître et à les diagnostiquer, à leur période de début, lorsqu'ils seront encore bien localisées et d'exérèse facile. Malheureusement, il convient de compter avec la belle insouciance des malades, qui bien souvent ne viennent montrer leur mal et demander du secours que lorsqu'il est déjà trop tard.

ERRATUM

— **L'iridodiagnose**, par L. Pron (nº 34, du 23 août 1925).

Erratum : page 1966. Dans le renvoi de la colonne de gauche, remplacer le chiffre 2 par 3 et inversement.

Dans la légende de la figure du haut, lire : C¹ *est*, au lieu de : *C'est*.

CLINIQUE MÉDICALE

Les complications cholestériniques du diabète.

M. le professeur CHAUFFARD,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Si vous ouvrez les traités classiques qui parlent du diabète, vous y trouverez l'énumération des complications — nombreuses — de cette maladie. Nulle part, cependant, vous verrez réunis les troubles relevant de la cholestérinémie : c'est un chapitre de l'histoire du diabète qui n'a pas encore été fait.

Depuis quelques années, nos idées sur le métabolisme dans le diabète se sont modifiées. Longtemps, on a suivi la doctrine de Claude-Bernard, considérant le diabète simplement comme une altération du métabolisme des hydrates de carbone. L'insuffisance glycolytique apparaissait à la base de l'affection, que l'on considérait avant tout comme un trouble de la glycorégulation. Celle-ci, certes, conserve son rôle et son importance de premier ordre. Mais voilà que des travaux récents sont venus montrer que ce métabolisme n'était pas seul à intervenir dans le diabète et qu'il y avait souvent aussi trouble du métabolisme des matières grasses.

Avant d'aborder ce point dans le détail, envisageons la question des matières grasses du sang. Le plasma sanguin normal contient des corps gras neutres et des lipoïdes (cholestérine et lécithine). M. Grigaut a établi qu'il y avait un peu moins de cholestérine que de lécithine, le rapport des deux substances $\left(\frac{C}{L}\right)$ égalant 89.

Un litre de sérum sanguin renferme normalement, d'après Grigaut, 1 gr. 60 de cholestérine, 1 gr. 80 de lécithine, le total des graisses étant de 7 gr. 50. Le rapport des lipoïdes aux graisses totales s'élève ainsi $\left(\frac{L}{G^T}\right)$ à 45.

Tel est l'équilibre régulier des graisses et des lipoïdes chez un sujet sain. Cet équilibre peut, chez les diabétiques, être singulièrement modifié. Voici longtemps déjà que des observateurs ont signalé des cas dans lesquels le sérum des diabétiques offrait une apparence laiteuse, rosée, et était riche en matières grasses. Il y a quelques années, nous avons entrepris des recherches sur la cholestérinémie dans le diabète. Nos premiers malades examinés n'avaient pas d'hypercholestérinémie, ce qui prouve que celle-ci peut faire défaut dans le diabète. Mais depuis, nous en avons vu beaucoup ayant un excès de cholestérine dans le sang. L'hypercholestérinémie diabétique, si elle n'est pas constante, est toutefois fréquente. Elle se présente sous des modalités diverses, avec une lipémie modérée, ou moyenne (10, 12, 15 pour 1.000), ou une grande lipémie (50 gr., 100 gr., etc.).

De ces lipoïdes du sang, l'un — la lécithine — n'a pas d'histoire clinique, quant à présent du moins. On ne peut tirer aucune conclusion d'un excès de lécithine dans le plasma. Au contraire, l'excès de cholestérine permet de déduire une série de conséquences. J'ai indiqué jadis une sorte de loi sur ce sujet. Toutes les fois où, dans le plasma, se trouve un excès chronique de cholestérine, celle-ci tend à se déposer ; il se fait des dépôts locaux de cette substance.

Où se font les dépôts en question dans l'hypercholestérinémie du diabète ? En premier lieu dans la vésicule biliaire, pour constituer des lithiases biliaires. C'est le grand accident cholestérinémique du diabète. Bouchard a parlé, autrefois, des rapports de la lithiase biliaire et du diabète. Chez nos lithiasiques, nous avons noté des antécédents personnels de diabète 21 fois sur 100 et des antécédents héréditaires 40 fois sur 100. Recherchant la lithiase chez nos diabétiques, nous l'avons trouvée dans 10 % des cas. Donc, 21 % de ces malades commenceraient par le diabète et 10 % par la lithiase. Il faudrait tabler, bien entendu, sur un chiffre plus important de malades pour avoir une appréciation vraiment exacte.

Une deuxième catégorie de lésions relevant encore ici de l'hypercholestérinémie, est l'athérome aortique. Rien n'est plus commun que d'observer au cours du diabète de l'athérome, un souffle systolique au foyer aortique, souffle assez sourd, tenant à une infiltration athéromato-calcaire du vaisseau. L'aorte est élargie et anormalement opaque à la radiographie. Le dôme aortique est surélevé. Or, on connaît, depuis Virchow, la présence de la cholestérine dans les plaques d'athérome.

Un état qui n'est pas rare non plus chez les diabétiques est la gangrène des membres inférieurs. Dans la grande majorité des cas, ces gangrènes sont ischémiques, par endartérite oblitérante. Labbé a vu que ces artérites s'accompagnaient d'hypercholestérinémie. Dans la gangrène diabétique, pour apprécier le taux de la cholestérine du sang, il faut tenir compte que toute infection est une cause de diminution de la

cholestérinémie. Il y a là un facteur à ne pas oublier.

J'arrive à un autre dépôt, également intéressant : le xanthome diabétique. Vous savez que l'on désigne sous le nom de xanthélasma une infiltration jaune, teinte beurre frais, siégeant à l'angle de l'œil, chez le diabétique. Le xanthélasma palpébral n'est pas la forme la plus typique. La mieux caractérisée est le xanthome, infiltrations jaunes, disséminées sur les bras, les cuisses, les jambes, sur les faces d'extension. Ce sont de petits nodules, miliaires, lenticulaires, de couleur beurre frai, à aréoles congestives. Il s'agit, en réalité, de dépôts locaux de cholestérine. Chez une de nos malades du service atteinte de xanthélasma palpébral, nous avons fait de cette lésion une biopsie et l'analyse chimique, pratiquée par M. Grigaut, a révélé une proportion énorme de cholestérine.

Nous avons eu dernièrement, dans nos salles, un beau cas de xanthome diabétique. Il concerne un homme de 50 ans, gros mangeur, obèse, dont le diabète commença en 1920. En 1922, apparurent des xanthomes aux membres supérieurs et inférieurs, par poussées successives. Lorsque nous l'avons examiné. nous avons noté un petit diabète (13 gr. de sucre urinaire). Une prise de sang donna un sang laiteux, riche en graisses et une goutte tombée à terre laissait sur le sol comme une tache de bougie. Sérum hyperlipémique, avec 0 gr. 38 d'urée, 1 gr. 75 de glucose, 9 gr. 72 de cholestérine (grande hypercholestérinémie) et 9 gr. 98 de lécithine. Grosse lipémie totale. Donc grande lipémie accompagnée de xanthomes. La concordance de ces deux faits confirme une phrase que j'ai écrite avec Guy Laroche : « La lésion cutanée (xanthome) est l'expression de la présence de l'hypercholestérinémie ». Chez ce malade, nous avons institué le traitement par le régime. La glycosurie a disparu et le xanthome a paru s'arrêter. Au bout de 15 jours, nouvelle poussée de xanthome, avec amaigrissement, somnolence après les repas (mauvais signe, qui doit faire redouter l'acidose). Nous avons, dans ces conditions, institué la cure insulinique. Elle a amené une baisse rapide des éléments graisseux du plasma.

Il est enfin deux dernières manifestations de l'hypercholestérinémie chez les diabétiques : je veux parler des accidents oculaires. MM. Pierre Marie et Guy Laroche ont montré que l'arc sénile de la cornée est constitué par une infiltration de cellules chargées de cholestérine. On le considère généralement comme un indice de sénilité anticipée, compagne de l'athérome. En réalité, cet arc sénile est le témoin d'un trouble du métabolisme des graisses.

Autre lésion de l'hypercholestérinémie qui intéresse les ophtalmologistes. Il est, vous le savez, trois variétés de rétinite, dissemblables au point de vue clinique, mais analogues quant aux lésions. Elles comportent des dépôts rétiniens, en plaques blanches, nacrées, miroitantes — aspect *sui generis*. La plus commune est la rétinite brightique. Les deux autres sont la rétinite diabétique et la rétinite blanche des femmes enceintes. Chez la femme éclamptique, il peut se produire des troubles de la vision, quelquefois *sine materia*, d'autres fois avec des lésions, qui sont celles dont je viens de parler.

Dans ces trois types de rétinite, les lésions ont le même aspect. Elles ont une condition, un état humoral, qui leur est commun, l'hypercholestérinémie. Les altérations rétiniennes y sont liées.

Voilà donc toute une série de localisations de la cholestérinémie, qui peuvent se montrer au cours du diabète. Elles viennent à l'appui de la loi que j'ai formulée en disant que l'hypercholestérinémie notable amène des dépôts cholestériniques et conséquemment tout un groupe d'altérations organiques.

Voyons quelques cas de diabétiques de notre service. Voici un diabétique latent, avec 134 gr. de sucre, une glycémie à 3 gr., urée 0.54, cholestérine à 2.25. Le régime a fait baisser la glycémie à 2 gr. 50 et la cholestérine à 2 gr. 10, la graisse totale du plasma à 10 gr. 20. Deuxième malade : vieillard de 74 ans, petit diabétique, avec athérome aortique et arc sénile, 2 gr. 20 de glycémie, 3 gr. 90 de cholestérine, 12 gr. de graisse totale. Troisième malade atteint de rétinite diabétique. La cholestérine et la lipémie sont néanmoins normales chez ce sujet.

Ces quelques faits montrent que dans le diabète, il faut faire une place au métabolisme des graisses. Quelquefois, il est peu ou pas modifié. D'autres fois, il y a un certain excès de cholestérine et une lipémie assez accusée. Exceptionnellement, cette lipémie peut devenir considérable.

Il ne faut pas restreindre la conception du diabète aux troubles du métabolisme des hydrates de carbone. Evidemment, ceux-ci tiennent la première place, mais ils ne sont pas tout. Il convient de tenir compte aussi des troubles du métabolisme des graisses, de la lipo-régulation. Il semble que la lipolyse soit une fonction générale et que tous nos tissus soient générateurs et destructeurs de graisse. Les travaux du professeur Roger ont bien fait connaître la lipolyse pulmonaire. Parmi ces organes de liporégulation, on doit réserver une place prépondérante au pancréas. On sait que le chien dépancréaté devient non seulement un grand diabétique, mais aussi un hypercholestérinémique. Le traitement insulinique, en pareil cas, amène la rétrocession à la fois de l'hyperglycémie et de l'hypercholestérinémie.

Ces notions ne sont pas encore très classiques. Les troubles du métabolisme des graisses ne sont

d'ailleurs pas constants dans le diabète. Si le fait de l'hypercholestérinémie dans le diabète est bien établi, la pathogénie reste mal élucidée. Nous ne savons pas pourquoi tel diabétique a des troubles du métabolisme des graisses et tel autre n'en a pas.

L'étude que je viens de faire devant vous comporte une sanction pratique — la pratique étant l'*ultima ratio* de nos travaux en médecine. Le diabétique abuse souvent des corps gras, que l'on a considérés longtemps comme d'excellents aliments énergétiques, en pareil cas. Les corps gras peuvent donner naissance à des corps cétoniques (il est prudent d'y prendre garde chez les diabétiques menacés de coma) et ils augmentent la cholestérine du sang. Chez les sujets déjà hypercholestérinémiques, on s'abstiendra de beurre, de corps gras. De même, les œufs. Le diabétique non hypercholestérinémique peut en introduire dans son régime, certes, mais il est bon d'en être réservé. Voici donc des aliments à surveiller, chez le diabétique au besoin à proscrire.

L'insuline, qui agit si bien sur l'hyperglycémie, semble agir non moins bien sur le métabolisme des graisses. Par le régime et par le traitement insulinique, nous disposons de moyens de restriction de ces excès de cholestérine dans le sang. C'est ainsi que des recherches de pur laboratoire nous ont conduit à des conclusions thérapeutiques intéressantes en matière de diabète.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine et recueillie par le Dr P. LACROIX.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Des poussées tentaculaires de la chirurgie dans le domaine médical.

Par DARTIGUES.

Ceux qui prophétisent que la chirurgie est appelée à disparaître n'envisagent pas toutes les données du problème thérapeutique général et se laissent influencer par quelques découvertes qui leur cachent tout le reste ; ils ne voient, parmi les acquisitions nouvelles de la science, que celles qui semblent pour le moment restreindre le domaine de la chirurgie au fur et à mesure. Mais ils ne voient pas qu'au fur et à mesure aussi, une chirurgie se développe qui n'avait pas ses applications, parce qu'elle n'était pas assez développée dans la technique, et parce qu'elle ne s'appuyait pas encore sur les données anatomo-physiologiques récemment établies ; ils ne voient pas non plus que les causes d'autres maladies d'ordre chirurgical augmentent et que l'étiologie se déplace en même temps que la pathologie et la thérapeutique, toujours dans un mouvement parallèle.

Je vais vous citer quelques exemples d'incursions de la chirurgie dans le domaine de la pathologie médicale qui mettront en évidence une des directions actuelles de la chirurgie et qui feront bien voir le courant nouveau de la thérapeutique chirurgicale.

En cardiologie pathologique, déjà, en 1913, Doyen présentait quelques essais opératoires contre les rétrécissements valvulaires de la base du cœur. Actuellement Brauer s'est attaqué à la symphyse péricardique, par la résection des 3e, 4e, 5e, 6e côtes et a pu ainsi faire disparaître l'insuffisance ventriculaire, les œdèmes, l'asystolie. Depuis quelque temps, à la suite de Jennings, de Jonnesco, de Daniélopoulo et d'autres auteurs, en particulier allemands, une thérapeutique opératoire contre l'angine de poitrine et certain états angineux est en train de s'établir, consistant en la *résection* unilatérale des ganglions sympathiques cervicaux et du premier ganglion sympathique thoracique, en la section simple des nerfs dépresseurs du cœur : le sympathique cervical à sa partie moyenne et le nerf vertébral, ces opérations se faisant à l'anesthésie locale.

En pneumologie pathologique, nous voyons la chirurgie s'attaquer à la tuberculose pulmonaire, à la dilatation des bronches ou bronchectasie, à la gangrène pulmonaire, à l'emphysème pulmonaire et à l'asthme, au moyen d'opérations sur le parenchyme lui-même, comme la lobectomie ou extirpation d'un lobe du poumon ainsi que l'a pratiquée Guibal (de Béziers), ou sur la paroi par la thoracoplastie extra-pleurale, ou sur le nerf phrénique comme la phrénicotomie ou résection de 10 à 20 cm. de ce nerf sous anesthésie locale, ou encore la section du pneumogastrique droit, au-dessous du récurrent. Il faut rapprocher de cette chirurgie le traitement opératoire de l'adénopathie trachéo-bronchique.

A propos des opérations pratiquées sur la plèvre, je dirai en passant que, dans certains cas, on a pu voir un ensemble de symptômes cérébraux graves désignés sous le nom d'épilepsie pleurale.

En gastro-entérologie pathologique, il y a la chirurgie qui a pris un si grand essor, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac qui était presque exclusivement du domaine médical (je ne parle pas bien entendu des complications de perforation aiguë et d'hémorragie), et celles qui s'adres-

sent à nombre de colites chroniques, à la stase cæcale, à la constipation chronique, au méga-côlon ; en passant, je citerai l'intervention dirigée contre le méga-œsophage et qui consiste à élargir l'orifice œsophagien du diaphragme et au besoin à libérer ce conduit et à y pratiquer une plastie.

En splanchnologie annexielle des voies digestives, nous avons les opérations pour remédier à certaines affections du *foie*, à des cirrhoses et à la circulation porte entravée, comme par exemple : la fistule d'Eck ou opération par laquelle on pratique l'anastomose veineuse porto-cave pratiquée en France pour la première fois par de Martel, l'omentopexie ou opération qui rétablit la circulation au moyen de l'épiploon : les opérations sur la *rate* comme la splénectomie contre certaines leucémies chroniques et certains purpuras hémorragiques ; opération sur le *pancréas* dans le cas de pancréatite hémorragique.

En urologie pathologique, on pratique l'opération de la décapsulation du rein ou l'opération de l'énervation du pédicule rénal, contre l'anurie des néphrites scarlatineuses, des crises d'éclampsie, de l'intoxication par le sublimé ; contre le mal de Bright et les néphrites chroniques avec albuminurie et tendance à l'hypertension, contre certaines néphrites hématuriques causées par des embolies infectieuses dues à l'appendicite, l'amygdalite, etc. La décapsulation rénale agirait peut-être par sympathicectomie.

En neurologie pathologique, en dehors de la chirurgie des tumeurs cérébrales, cérébelleuses, bulbo-protubérantielles et médullaires, par trépanations et laminectomies, il y a des opérations pour lutter contre la syphilis cérébrale et la paralysie générale, comme la craniectomie décompressive qui, d'après Dufour, réalise un traitement médico-chirurgical par lequel on fixerait mieux le médicament, les sels de bismuth, par exemple, sur les centres nerveux ; cette idée se rapproche de celle qu'eut jadis Roux pour pratiquer la sérothérapie tétanique par voie crânienne au moyen d'une trépanation. Contre l'hémorragie cérébrale avec hémiplégie, le professeur Pierre Marie a proposé de décompresser l'hémisphère opposé à celui de l'hémorragie cérébrale au moyen d'une trépanation : ainsi, le professeur Marie a travaillé dans le sens chirurgical à propos d'une affection cérébrale, comme Dieulafoy avait travaillé dans le sens chirurgical à propos de l'appendicite.

Les pachyméningites, le tabes, la maladie de Parkinson, voire même l'épilepsie, ont été l'objet de tentatives chirurgicales non seulement par des craniectomies, mais par la décapsulation du rein (travaux américains) et la démence précoce par des greffes endocriniennes (travaux de Mott, de Londres). Je n'ai pas besoin de rappeler le traitement de la névralgie du trijumeau par l'extirpation du ganglion de Gasser.

En angéiologie pathologique, la chirurgie, sans compter qu'elle a tenté et réussi des sutures artérielles, a fait des applications importantes, sur les artères principalement : essais de désobstruction dans des artérites oblitérantes et dans des embolies artérielles, comme l'a fait Labey, opération de dénudation des artères du système nerveux vaso-constricteur, ou énervation, par l'opération de Leriche ou sympathicectomie artérielle qui a reçu déjà tant d'applications utiles, par exemple : dans la maladie de Raynaud ou asphyxie locale et douloureuse des extrémités, dans la claudication intermittente avec menace de gangrène du membre, dans des ulcères variqueux torpides des jambes, dans divers trophœdèmes chroniques du membre inférieur (sympathicectomie des artères fémorale et poplitée), dans certaines affections de la vulve comme le kraurosis et des maladies de la matrice comme certaines dysménorrhées rebelles (Cotte) (sympathicectomie de l'artère hypogastrique et section du nerf pré-sacré), dans certains symptômes oculaires de la maladie de Basedow, dans la névralgie du trijumeau, dans l'atrophie du nerf optique et le glaucome (sympathicectomie de l'artère carotide interne par Leriche, Gaudier, Abadie), dans certaines néphrites douloureuses (sympathicectomie de l'artère rénale, Papin, etc.). L'opération de Leriche serait une *opération de cicatrisation*, puisque certains troubles seraient dus à la mauvaise irrigation artérielle. La sympathicectomie péri-artérielle aurait une action favorable sur l'évolution des fractures et les tuberculoses ostéo-articulaires, d'après Cotte, de Lyon.

Il faut rapprocher aussi de ce groupe d'opérations vasculaires la ligature de la veine iliaque primitive, proposée par Proust pour lutter contre l'infection puerpérale en établissant ainsi un barrage empêchant le foyer toxique de verser ses produits empoisonneurs dans la circulation générale de l'organisme. En somme, les nouvelles opérations sur les artères pour des maladies médicales poursuivent en majeure partie la libération de territoires vasculaires où l'arrivée sanguine est interrompue par un obstacle matériel, processus d'artérite, ou par l'angiospasme, et pour quelques syndromes comme la maladie de Raynaud par un mélange des deux mécanismes : artéritique et nerveux.

En endocrinologie pathologique, la chirurgie s'est attaquée aux affections de la *glande thyroïde*, par excès ou par déficience, comme par exemple le goitre exophtalmique, par des opérations diverses : ligatures artérielles thyroïdiennes, hémithyrodectomie, sympathicotomie ou résection du sympathique cervical, sympathicectomie ou dénudation nerveuse des artères thyroïdiennes supérieures ; elle s'est attaquée également aux déficiences des *glandes interstitielles génitales*, testicule ou ovaire, produisant le syn-

drome adiposo-génital, le syndrome myxœdémateux de l'enfant, la présénilité, au moyen des opérations de greffe de thyroïde, de testicule et d'ovaire parfois associés, et même de greffe croisée c'est-à-dire bisexuelle, comme nous l'avons fait, Serge Voronoff, Heckel et moi ; chez l'homme, ces greffes se font au niveau du testicule, près de la tunique vaginale ; chez la femme, au niveau de l'ovaire ou de l'utérus en utilisant la voie abdominale, ou comme je l'ai réalisé dernièrement, la voie vaginale.

Le professeur Le Fort, de Lille vient de tenter, dans un cas de myxœdème, une greffe humaine de thyroïde sur une petite fille avec un fragment de thyroïde de supplicié (1).

En andrologie et gynécologie pathologiques, la chirurgie a fait des incursions dans le domaine médical de ces spécialités et qui sont, *en partie*, du même ordre que les interventions faites dans d'autres régions au point de vue médical.

De toute cette chirurgie nouvelle en formation et transformation continue, ce qu'il faut dégager et retenir, c'est qu'elle tend à se substituer à la médecine, *dans tout ce qui, dans la pathologie, reconnaît une étiologie mécanique*, c'est-à-dire des phénomènes de décompression, d'oblitération ou de spasme ; elle tend même à gouverner de grands processus biologiques et physiologiques, en créant des foyers d'exaltation hormoniques qui jetteront leurs produits directement dans l'immense drainage circulatoire de l'organisme.

En somme, en dehors des traumatismes qui existeront toujours et qu'il faudra en grande partie traiter chirurgicalement, en dehors des tumeurs solides ou liquides qui pourront disparaître, probablement en partie seulement, par des méthodes non sanglantes, une chirurgie se lève et s'accroît chaque jour, qui s'adresse à des affections pour le traitement desquelles la médication seule s'est montrée impuissante ou insuffisante.

Et l'on peut dire qu'il y a actuellement une chirurgie cardiaque, vasculaire, nerveuse, pulmonaire, gastrique, intestinale, hépatique et splénique et pancréatique, rénale et endocrinienne, pour le traitement opératoire des maladies dites internes.

Pour quelques affections même, on voit des opérations ayant la prétention de combattre les maladies les plus différentes, comme, par exemple : la décapsulation du rein, contre des anuries, des néphrites hématuriques et douloureuses, et contre l'épilepsie, comme encore les greffes sexuelles contre les déficiences testiculaires et ovariennes et contre la démence précoce.

(1) A propos de greffes, je signalerai que Bijon (d'Oran) a obtenu la guérison de cette si rebelle et détestable affection qu'est l'ozène au moyen de greffes humaines ou de greffes de mouton.

On voit encore, par contre, plusieurs opérations se disputant la possibilité de guérir la même maladie, par exemple : la lobectomie pulmonaire, la thoracoplastie extra-pleurale, la phrénicotomie, la pneumogastrotomie sous-récurrentielle, contre la tuberculose pulmonaire ; comme les ligatures atrophiantes, la sympathicectomie artérielle et l'hémithyroïdectomie contre les manifestations du goitre exophtalmique.

On voit enfin, dans certains cas, la médecine et la chirurgie s'affronter et se faire balance pour la cure de certaines affections, par exemple la simple thoracentèse et la thoracotomie dans les pleurésies purulentes de l'enfance ; le traitement médical de l'ulcère gastrique ou duodénal (reconnus récemment comme ayant une origine fréquemment syphilitique) et la gastrectomie ou les gastro-entéro-anastomoses; le traitement médical de la constipation chronique et les colectomies ou les dérivations cæco ou iléo-sigmoïdales, etc.

Indéniablement, il y a, à l'heure actuelle, une large et progressive immixtion de la chirurgie dans le domaine médical, non pas tant parce qu'elle a perfectionné ses techniques essentielles que parce qu'elle s'est basée scientifiquement sur les notions pathogéniques et physiologiques et qu'elle s'appuie sur une anatomie dont elle parcourt avec aisance les sentiers autrefois les plus inconnus d'elle et les plus redoutés.

Dans ce traitement chirurgical des affections médicales, je crois que la chirurgie prendra à la médecine tout ce qui, en pathologie interne, revêt un *caractère mécanique par compression, obstruction et constriction permanente.*

Dans l'immense courant thérapeutique qui entraîne toute la médecine, on peut dire que la chirurgie déborde de toutes parts la médecine et que, sur ses confins, comme la mer dans ses remous et ses assauts de lames tentaculaires, elle est pleine d'enfantements.

Comme le disait le professeur Mériel, de Toulouse, dans sa très belle leçon inaugurale, il y a plusieurs années : « la thérapeutique des lésions internes des *reins*, du *poumon*, de l'*estomac*, de l'*intestin*, doit cesser pour certaines d'entre elles d'être médicale et pharmaceutique pour devenir chirurgicale et orthopédique en quelque sorte. C'est à *penser chirurgicalement* que je voudrais, ajoute-t-il, amener les jeunes intelligences, pour que dans un lendemain prochain, les nouveaux médecins fassent plus souvent appel au secours de la chirurgie dans un *mal de Bright*, un *emphysème pulmonaire*, ou une *constipation chronique* ».

Et pénétré, moi, chirurgien, des magnifiques découvertes de la médecine, j'affirmerai également : c'est aussi *à penser médicalement* que nous devons exhorter les jeunes opérateurs s'ils veulent apporter à leurs malades la plus grande sécurité, qui ne peut s'obtenir que dans le désir de faire toujours des diagnostics d'une rigueur scien-

tifique absolue et de tenir compte toujours du terrain médical sur lequel ils veulent promener la victoire de leur bistouri.

Quoi qu'il en soit, qu'on ne me parle pas de conquêtes ou de défaites, de rivalités d'une branche médicale sur une autre branche ; ce sont là expressions puériles : il n'y a de vérité et d'utilité que dans ce qui, après expérience, est reconnu le meilleur ; c'est une pure constatation de résultats pratiques dans l'intérêt du malade. En chirurgie ou en médecine, quand l'une ou l'autre cède du terrain à l'une ou à l'autre, n'appelons pas cela une défaite, car cette défaite est tout de même une victoire ; une victoire de la thérapeutique sur la pathologie. Et il n'y a qu'*une thérapeutique* : la médecine médicamenteuse, la médecine physiothérapique, la médecine opératoire ne sont que les *moyens* de la thérapeutique. Médecins de toutes branches, nous sommes, avant tout, des *soigneurs,* et nous n'avons pas la vaine gloriole de nos spécialisations !

Qu'on ne nous parle donc pas de faillite de la chirurgie et qu'on ne prophétise pas sa disparition plus ou moins prochaine, alors qu'hier encore, elle était maîtresse de la guerre, puisqu'elle permettait la conservation des effectifs et la continuation de la bataille, et alors qu'au moment même où nous nous entretenons de ce sujet, on n'a jamais fait précisément autant de chirurgie !

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les cancers de l'estomac avec insuffisance pylorique.

Généralement la tumeur, obstruant une partie de la lumière du canal pylorique, rend difficile l'évacuation de l'estomac, mais, plus rarement, on observe le phénomène inverse, c'est-à-dire l'évacuation hâtive de l'estomac. Cette insuffisance pylorique tient à deux causes : soit à une induration en nappe de l'estomac par un processus néoplasique particulier (linite plastique), soit, plus fréquemment, à un trouble fonctionnel intéressant le pneumogastrique et empêchant le réflexe normal de fermeture du pylore.

D'une étude faite par le Dr TIMBAL et portant sur douze cas de ce genre, dont deux linites plastiques seulement, il résulte que dans tous les cas l'évacuation hâtive fut une trouvaille radiologique, l'examen clinique n'ayant jamais permis même de la soupçonner.

Et, en effet, mise à part la linite plastique aujourd'hui bien connue, les néoplasmes gastriques doivent être distingués suivant qu'il y a ou non participation hépatique.

Or, les cancers de l'estomac avec insuffisance pylorique et *sans participation hépatique* n'ont jamais présenté une symptômatologie spéciale, susceptible de faire prévoir la rapidité anormale de l'évacuation, et notamment la diarrhée post-prandiale habituellement signalée. Dans tous les cas, le tableau clinique était dominé par les signes généraux de la dyspepsie cancéreuse, avec parfois plus d'intensité des douleurs précoces ou tardives ; les hématémèses ne sont pas fréquentes et les vomissements sont rares. Le chimisme gastrique ne présente rien de particulier, pas plus que les signes digestifs, l'insuffisance gastrique s'offrant aussi bien dans les tumeurs volumineuses dont la palpation est facile et ne prête à aucune discussion que dans les néoplasmes échappant complètement à l'exploration à travers la paroi.

L'examen radiologique constitue la clé du diagnostic (siège de la tumeur : pylore ou partie terminale de la petite courbure, insuffisance pylorique). Le jeu du sphincter pylorique persiste, mais son fonctionnement est défectueux, permettant un flux et un reflux ; la durée de l'évacuation notamment est raccourcie, et seul le fonctionnement normal de l'intestin compense cette insuffisance pylorique, empêchant aussi la diarrhée de se produire.

Quant aux néoplasmes gastriques avec localisation hépatique secondaire, la simple inspection du malade suffit pour soupçonner l'atteinte du foie, mais ces cancers propagés au foie sont ordinairement peu volumineux, aussi échappent-ils parfois à la palpation la plus minutieuse.

Thérapeutique. La linite plastique, par son extension à tout l'estomac, rend impossible toute intervention chirurgicale ; il en est de même des cancers de la région pylorique propagés au foie. Par contre les tumeurs assez localisées, sans adhérences, peuvent être extirpées, avec gastro-entérostomie consécutive. Dans tous les autres cas, malheureusement en majorité, le médecin essayera de lutter contre l'évacuation hâtive de l'estomac par les procédés permettant d'espérer le rétablissement du réflexe normal de fermeture du pylore. Le contact avec la muqueuse duodénale d'une solution acide déclen-

chant un réflexe nerveux ou humoral, qui aboutit à la fermeture du pylore jusqu'à neutralisation, on peut espérer provoquer l'occlusion du pylore en faisant ingérer au malade de l'acide chlorhydrique ou du suc gastrique artificiel ; mais cependant l'évolution normale du cancer ne sera pas arrêtée. (*Paris médical*, 25 avril 1925.)

Les formes nerveuses de l'endocardite maligne prolongée.

Exceptionnellement, la première manifestation clinique de l'endocardite lente traduit une atteinte du névraxe ; le plus souvent, à la période du début, l'affection a une allure insidieuse, tout à fait déconcertante dans ses aspects (amaigrissement, asthénie, obscurité respiratoire d'un sommet, embarras gastrique, rhumatisme subaigu, etc).

Mais à la période d'état on note, *soit* des signes de lésions nerveuses, méningées (céphalée, vomissements, Kernig, etc.), ou cérébrales (épilepsie, hémiplégies flasques, troubles psychiques), soit des symptômes associés tirés de l'examen somatique général et des phénomènes généraux : souffle cardiaque à timbre tour à tour piaulant ou râpeux, nodosités érythémateuses, faux panaris ou signe des doigts d'Osler, splénomégalie douloureuse, albuminurie, hématurie.

A noter parmi les causes prédisposantes la fréquence des atteintes rhumatismales antérieures, avec ou sans endocardite. La guérison est exceptionnelle, et l'affection, entrecoupée de rémissions, dure de deux mois à plusieurs années.

Impossible à la période du début, le diagnostic pourra être établi à la période d'état à condition de procéder méthodiquement à l'interrogatoire des malades et de leur famille, puis à l'examen détaillé des appareils ; le but sera atteint si l'on peut retrouver les signes précédents : variabilité des souffles cardiaques, purpura, signe d'Osler, splénomégalie douloureuse, signes généraux. Malheureusement, l'inconstance de ces signes laisse souvent le clinicien dans la perplexité.

Or, quand, à l'examen d'un malade on a découvert des troubles nerveux d'une part, des troubles cardiaques d'autre part, il faut toujours penser pour expliquer l'ensemble des manifestations observées à une endocardite infectieuse en évolution. Dès lors on sera amené à pratiquer des hémocultures en séries sur milieux variés, et on aura le plus souvent la satisfaction de mettre en évidence le germe microbien en cause.

Les méthodes thérapeutiques employées jusqu'ici ont donné les résultats les plus décevants (quinine, urotropine, salicylate de soude, argent colloïdal, etc.) ; seuls les filtrats streptococciques de Besredka (cas de Laubry, septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite) autorisent quelque espoir. (*Gazette des hôpitaux*, 9 mai 1925.)

Au sujet du traitement de l'endocardite maligne à forme lente.

Si décevant que soit le traitement de l'endocardite maligne, il semble toutefois que, dans sa forme lente, cette affection puisse laisser quelque espoir de succès, en raison précisément du peu de virulence de son streptocoque. Cependant c'est cette virulence atténuée qui, en partie, empêche l'organisme de créer une immunité de défense ; et puis, il n'y a pas là qu'une septicémie, mais bien un réensemencement continu du sang circulant sur les végétations de l'endocarde : il est donc impossible de maintenir la stérilisation, une première fois obtenue, d'une septicémie de ce genre.

Rien donc n'est plus problématique dans ces conditions, dit Noël FIESSINGER, que la stérilisation du sang circulant ; il faudrait : 1° que les milieux protéiques n'annulent pas l'action antiseptique du produit employé ; 2° qu'aux concentrations antiseptiques il ne se montre pas nocif au milieu sanguin ; 3° qu'on puisse le maintenir à cette concentration pour empêcher les repullulations.

Si le problème a été résolu pour les protozoaires (novarséno pour les tréponèmes, quinine pour l'hématozoaire, émétine pour l'amibe dysentérique), les difficultés sont plus grandes pour les bactéries ; pour elles, les thérapeutiques spécifiques, vraiment parasitotropiques sont encore à l'étude : vuzine, flavine, dont l'élimination est trop rapide ; mercurochrome ; trypaflavine, qui se montre nullement stérilisante dans les septicémies streptococciques certaines avec endocardite.

Cependant les injections intraveineuses de filtrat streptococcique suivant la méthode de Besredka repondraient, en pareils cas, à une conception logique. On cultive le streptocoque d'une hémoculture pendant 4 à 12 jours, on le filtre à la bougie et le filtrat est injecté à raison de 1 cc. par 10 cmc. de sérum physiologique. On augmente ensuite les doses de filtrat jusqu'à 6 et 10 cc., toujours dilué. On observe de fortes réactions de choc, et celles-ci sont souvent inquiétantes. Les résultats de ce procédé ne sont pas encore suffisamment précis. La méthode exige donc une extrême prudence, d'autant plus que, d'une façon générale, le traitement par choc ne peut guère être employé que si l'état du cœur permet une réaction franche et violente.

Il faut donc avouer qu'actuellement l'endocardite maligne lente échappe encore à notre thérapeutique. (*Journal des Praticiens*, 2 mai 1925.)

Sur la sensibilité de la chaîne sympathique cervicale et des rameaux communicants chez l'homme.

On affirme généralement que le sympathique

cervical ne possède pas une sensibilité propre ; mais, d'après les recherches de R. LERICHE et R. FONTAINE, cette assertion est inexacte. Avec la plus grande netteté ils ont vu : 1° que le sympathique possédait bien une sensibilité de discrimination ; 2° que cette sensibilité montrait une distribution segmentaire, tout comme la sensibilité spinale, mais différente d'elle.

Au ganglion supérieur et au tronc de la chaîne cervicale correspond une irradiation, vers la face, vers l'oreille et le maxillaire inférieur.

Le ganglion étoilé a sous sa dépendance dans sa partie inférieure la région précordiale et dans sa partie supérieure le bras.

Le dernier rameau communicant cervical est en relation avec un territoire très limité situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; le rameau communicant C^6 avec le bras.

On a noté depuis longtemps d'ailleurs que des névralgies, tantôt bénignes et passagères, tantôt intenses et durables, peuvent s'observer à la suite d'une sympathectomie cervicale.

Les constatations, faites par les auteurs, posent la question ; c'est à de plus amples recherches qu'il appartient de la résoudre entièrement. (*Gazette des hôpitaux*, 5-7 mai 1925.)

Du rôle variable des sels de calcium, en particulier du chlorure, dans la coagulation du sang.

MM. P. BLUM et POLLET rappellent que le calcium est un élément indispensable à la coagulation du sang, mais à la condition que le Ca soit à l'état d'ions libres. Si en effet le sel de calcium reste entièrement dissous, la coagulation ne se produit pas. Tel est le cas pour le citrate de calcium : c'est pourquoi on emploie comme anticoagulant le citrate de soude qui, absorbant le calcium libre du sang, forme le citrate de calcium, sel soluble.

Cependant un certain discrédit a été jeté sur la valeur hémostatique du chlorure de calcium, employé suivant le principe exposé. C'est qu'en effet la nature de l'hémorrhagie en cause peut tenir à toute autre chose qu'à un déficit en calcium sanguin, et qu'il faut envisager la quantité optima de calcium à administrer, car, d'après les auteurs, les fortes doses retarderaient la coagulation.

Il faut donc employer prudemment le chlorure de calcium au point de vue des doses, étant donné le rôle anticoagulant des fortes concentrations, que cependant n'ont pas observé Carnot et Blamoutier après injection intraveineuse de 20 cmc. de solution à 5 %.

Par ailleurs, tous les sels de calcium ne sont pas également anticoagulants : l'azotate de calcium est plus anticoagulant que le chlorure ; le sulfate n'est jamais anticoagulant. (*Le Bulletin médical*, 6-9 mai 1925.)

Existe-t-il des concordances statistiques entre l'alcoolisme et la tuberculose.

Est-ce un dogme qui disparaît ? Doit-on tenir pour inexacte la formule lapidaire de Landouzy : « L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose » ? Voici en tous cas, les conclusions d'une importante étude de M. ARNOULD. J'en connais qu'elles laisseront sceptiques....

1° Plus de la moitié des décès tuberculeux dans la plupart des pays se produisent dans la partie de la population qui, en raison de son âge, renferme la proportion de beaucoup la plus faible d'alcooliques.

2° Entre les hommes et les femmes de 30 à 60 ans, l'écart de fréquence de l'alcoolisme, très divers suivant les pays, est toujours plus ou moins considérable ; l'écart de fréquence de la tuberculose au contraire, assez analogue d'un pays à l'aurte, est toujours faible.

3° En Allemagne et en Angleterre, d'après des statistiques portant sur une trentaine d'années, la consommation alcoolique par tête n'a pas diminué durant la période considérée tandis que le taux de la mortalité tuberculeuse s'abaissait de moitié.

. . . .

5° En France, les départements ne se classent pas du tout régulièrement d'après le taux de leur consommation alcoolique par tête comme d'après le taux de leur mortalité tuberculeuse ; le taux de la consommation alcoolique de la population rurale est tantôt un peu inférieur, tantôt un peu supérieur à celui de la population urbaine, tandis que le taux de la mortalité tuberculeuse des campagnes est toujours bien moins élevé que celui des villes ; enfin dans les villes, le taux de consommation alcoolique par tête est d'autant plus faible que le chiffre de la population est plus grand, tandis que le taux de la mortalité tuberculeuse est d'autant plus élevé que la population est plus nombreuse ».

Et l'auteur d'ajouter : « Non, il n'existe pas de concordances statistiques générales entre la fréquence de l'alcoolisme et celle de la tuberculose, telles qu'elles nous sont connues par les chiffres indiciaires dont nous disposons. » (*Rev. d'hygiène*, juillet 1925.)

Traitement des fractures du col de l'humérus.

Voici la manœuvre de réduction des fractures du col de l'humérus proposée par M. PIET.

« Presque toutes ces fractures résultent de chocs directs sur le moignon de l'épaule. Les fragments repoussés vers la ligne médiane forment un angle ouvert en dehors, la tête de l'os en forte adduction, la diaphyse en abduction... Dans la plupart des cas, ils sont fixés dans cette position défectueuse par un engrènement réciproque.

« Il faut les dégager d'abord, les coapter ensuite. Pour les dégager, il ne faut pas tirer sur le membre suivant son axe : on n'aboutit à rien de cette façon dans la plupart des cas. Le mieux est de porter le bras en rotation externe, le plus loin possible, par la manœuvre classique de Kocher ; le levier fourni par l'avant-bras permet d'appliquer sans violence au foyer de fracture une force à laquelle aucun engrènement ne résiste.

Pour les coapter, il faut nécessairement porter le fragment inférieur en adduction forte, position correspondant à celle que le choc a donnée à la tête humérale, car on n'a pas de prise sur le fragment supérieur, très court, et enfoui sous le muscle deltoïde, dans un hématome.

« Il suffit de mettre le coude au creux épigastrique, la main sur l'épaule du côté sain, et de maintenir cette attitude par une écharpe oblique pendant le temps nécessaire à la consolidation. »

Une série de calques radiographiques illustre lumineusement cette proposition. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la vaccination anti-diphtérique.

(M. Chr. Zoeller. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 5-6-1925.)

M. Zœller s'est demandé pourquoi la vaccination anti-diphtérique ne donnait pas chez tous les sujets le même résultat. Selon lui, les individus neufs, n'ayant eu jusque-là aucun contact avec le bacille de Lœffler, ne sont pas vaccinés aussi facilement que les autres par l'injection d'anatoxine. Les individus préparés par des contacts microbiens antérieurs offrent un meilleur terrain pour le vaccin. Ce n'est pas tout. Une fois la vaccination effectuée, les contacts microbiens viennent exalter l'immunité vaccinale. Ainsi, en milieu épidémique, l'immunité vaccinale s'accentue.

Il y aurait, dans ces conditions, une collaboration entre la vaccination et l'infection. La vaccination amplifie la réactivité spécifique, acquise du fait du contact microbien ; l'infection légère stimule à son tour la réaction post-vaccinale.

Rupture du biceps chez un gymnaste d'agrès.

(MM. Thiel et Minot. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 25-5-1925.)

MM. Thiel et Minot ont observé un homme de 34 ans qui , à l'occasion d'un effort de rétablissement, se fit une rupture partielle du biceps gauche et du musculo-cutané. Ce malade avait eu, dix ans auparavant, une rupture du biceps droit, avec déformation persistante consécutive.

L'étiologie de ces ruptures s'explique par les commémoratifs. De 15 à 20 ans, le sujet avait pratiqué quotidiennement d'une façon intensive la gymnastique d'agrès, barre fixe et barres parallèles. C'est un exemple de la fragilité de la fibre musculaire des gymnastes s'adonnant à la gymnastique des poids lourds. La gymnastique des poids légers donne une qualité de muscles meilleure.

Vaccination avec l'anatoxine diphtérique.

(MM. L. Martin, Loiseau et Laffaille. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-6-1925.)

Dans la vaccination avec l'anatoxine Ramon, la première injection prépare le terrain et la deuxième injection — qui ne doit pas suivre de trop près la précédente — amène la production d'antitoxine, qu'on peut mettre en évidence et doser dans le sang.

MM. L. Martin, Loiseau et Laffaille ont réuni un total de 1.297 vaccinations, dont ils présentent aujourd'hui la statistique. Ces vaccinations ont été faites dans des milieux divers, à l'Institut des Sourds-muets d'Asnières, au Préventorium de Canteleu, à l'asile russe du Pecq, etc.

Les enfants supportent bien la vaccination et les auteurs pensent, pour ce motif, qu'il est inutile chez eux de rechercher, par la réaction de Schick, les sujets immuns et les sujets non immuns. Trois injections vaccinent presque sûrement tous les enfants qui y sont soumis.

L'adulte réagit plus vivement. C'est ainsi qu'à l'Ecole des infirmières-visiteuses du Comité de défense anti-tuberculeuse, 85 vaccinations faites avec 0 cc. 5 d'anatoxine Ramon, chez des jeunes femmes de dix-huit à vingt-cinq ans, ont donné lieu 56 fois à des réactions, et plus de 20 fois à des réactions assez importantes (fièvre, engorgement ganglionnaire). A cet âge, il est préférable de réserver la vaccination aux seuls sujets sensibles, à Schick positif.

Il faut toujours entre deux injections un intervalle de 15 jours au moins et, si possible, de trois semaines.

— M. Chr. Zœller pense que, pour éviter les réactions vives de l'injection d'anatoxine chez les adultes, il y a intérêt à pratiquer une intra-dermo-réaction. Cette intra-dermo-réaction tâtera la susceptibilité du sujet. On ne vaccinera pas les personnes chez lesquelles l'anatoxi-réaction s'accompagnera de troubles assez vifs, ce qui se présente d'ailleurs rarement, 3 ou 4 fois sur 1000, peut-être.

Asthénie et syphilis.

(MM. Pr. MERKLEN et A. DEVOUX. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 5-6-1925.)

M. Pautrier publiait récemment deux cas d'hérédo-syphilis à déterminations surrénales, et sa communication fit l'objet de remarques, de la part de MM. Sézary, Flandin, Marcel Pinard et Maurice Renaud, que nous avons signalées.

M. Merklen revient, à ce propos, sur la question de l'asthénie syphilitique. Pour M. Marcel Pinard, cette asthénie serait monnaie courante. M. Maurice Renaud l'admet, par contre, beaucoup plus difficilement. M. Merklen estime que, chez les asthéniques, pour lesquels une étiologie précise manque, on doit penser à la syphilis.

L'asthénie syphilitique résiste aux traitements habituels. Elle est au moins autant le fait de l'hérédo-syphilis que de la syphilis acquise. On pourra la définir avec plus ou moins de certitude à l'aide des réactions sérologiques et elle guérit par le traitement spécifique.

L'auteur considère cette asthénie comme un type de syphilis fonctionnelle ou méiopragique. Sans donner lieu à des signes objectifs, les viscères touchés ne sont plus alors à la hauteur de leur tâche. Il y a déficit créé par la syphilis, analogue à celui que peuvent engendrer les autres infections. Derrière un symptôme banal, se cacherait une pathogénie spécifique qu'il faut savoir rechercher.

Méningite tuberculeuse avec amélioration par la médication salicylée.

(MM. PAGNIEZ, CORBY et ESCALIER. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 29-5-1925.)

M. Pagniez a traité une malade atteinte de méningite tuberculeuse ayant simulé une encéphalite. Partant de ce diagnostic, l'auteur eut recours à la médication salicylée intra-veineuse dont l'emploi fut suivi d'une amélioration temporaire considérable des symptômes, semblant confirmer la réalité de l'encéphalite épidémique. En réalité, il s'agissait d'une méningite bacillaire à laquelle le patient succomba dans la suite.

Un tel fait montre combien il faut être prudent avant de reconnaître à une thérapeutique le caractère de spécificité. Dans l'espèce, la façon de réagir de la malade au salicylate avait paru un argument confirmatif du diagnostic d'encéphalite et de la valeur du salicylate dans cette affection.

Pneumothorax et maternité.

(M. A. PELLÉ, de Rennes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

La question des rapports de la tuberculose et de la grossesse a fait l'objet, l'an dernier, d'une longue discussion dans les sociétés savantes. Les médecins et les accoucheurs s'entendent pour proclamer que le mariage et la gravidité doivent être interdits à la femme tuberculeuse, l'existence d'une tuberculose dans le cours de la gravidité étant une menace grave de mort. C'est surtout après l'accouchement et dans les semaines qui suivent que la situation devient sérieuse, en général.

L'avènement du pneumothorax thérapeutique apportera-t-il à cette appréciation sévère un tempérant. En d'autres termes, la tuberculose des femmes enceintes sera-t-elle moins redoutable lorsqu'on aura mis en œuvre le traitement collapsothérapique ?

M. Pellé a eu l'occasion de suivre quatre malades tuberculeuses ayant été soumises au pneumothorax artificiel et qui devinrent enceintes. Toutes les quatre ont vu leur gravidité se poursuivre sans aggravation de l'état pulmonaire, et trois d'entre elles ont accouché à terme, sans suites dans le *post partum.*

L'auteur conclut d'abord que l'existence d'un pneumothorax artificiel ne fait obstacle ni à l'évolution normale de la gestation, ni au travail, ni à l'accouchement. D'autre part, le pneumothorax semble atténuer notablement les conséquences ordinairement redoutables de la tuberculose pulmonaire au cours de la gravidité. Quatre observations ne permettent évidemment qu'une appréciation imparfaite. Si les cas analogues se multipliaient, ils permettraient de déduire que le pneumothorax est apte à rendre à la femme tuberculeuse l'aptitude à la maternité.

L'oléothorax dans la pleurésie purulente du pneumothorax.

(M. BURNAUD, de Leysin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

M. Burnaud a déjà employé l'oléothorax de Bernon dans le traitement des pleurésies purulentes septiques et tuberculeuses fermées qui peuvent compliquer un pneumothorax artificiel. Il relate aujourd'hui la guérison d'une perforation broncho-pleurale dans un pneumothorax artificiel avec pleurésie purulente, par un oléothorax combiné avec une thoracoplastie extra-pleurale.

Paralysie diphtérique avec réaction méningée.

(MM. BABONNEIX et POLLET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

Les réactions méningées dans les paralysies diphtériques ont été étudiées par différents auteurs et en particulier par M. de Lavergne. M. Babonneix relate une observation de paralysie diphtérique généralisée avec réaction méningée cytologique et albuminique importante. Ces réactions sont variables, ou globales, ou à dissociation albumino-cytologique.

P. L.

Les Congrès

Xe Congrès de médecine légale des pays de langue française.

(*suite et fin*) (1)

Communications.

La méthémoglobine est un peroxyde d'hémoglobine. — MM. Balthazard et Philippe (de Paris). — On a soutenu successivement les opinions suivantes au sujet de la constitution chimique de la méthémoglobine : c'est un sous-oxyde d'hémoglobine, un peroxyde, un isomère de l'oxyhémoglobine. La plupart des auteurs récents, Haldane, Lambling, Derrien, se rallient à la dernière opinion.

Reprenant les recherches de Jäderholm, les auteurs montrent, en se plaçant à l'abri des causes d'erreur, que la méthémoglobine peut être facilement ramenée à l'état d'oxyhémoglobine par l'action modérée d'un réducteur peu énergique (réactif de Stokes modifié par Ville et Derrien, et dilué). La réduction se produisant encore dans le vide, on ne peut incriminer la combinaison de l'hémoglobine produite par réduction de la méthémoglobine avec l'oxygène dissous dans le liquide. Le passage de la méthémoglobine à l'état d'hémoglobine par réduction se fait donc bien en deux temps : dans le premier obtenu par une réduction très légère, la méthémoglobine devient de l'oxyhémoglobine ; dans le second, qui exige une réduction plus énergique, l'oxyhémoglobine est ramenée à l'état d'hémoglobine.

Dosage spectrométrique de la méthémoglobine.— MM. Balthazard et Philippe (de Paris). — La méthémoglobine ne se combine pas à l'oxyde de carbone ; d'autre part, elle peut être ramenée facilement à l'état d'oxyhémoglobine par l'action modérée d'un réducteur. Utilisant ces deux propriétés, les auteurs ramènent le problème du dosage spectrométrique de la méthémoglobine à celui, déjà résolu, du dosage spectrométrique de l'oxyhémoglobine. (Balthazard, *Annales de méd. lég.*, juin 1924.)

Une goutte du sang méthémoglobinémique est diluée dans un centimètre cube d'eau saturée d'oxyde de carbone. L'oxyde de carbone se fixe seulement sur l'oxyhémoglobine, qu'il transforme en carboxyhémoglobine et laisse intacte la méthémoglobine. Si on réduit alors et avec précaution la méthémoglobine par le réactif de Stokes, on obtient un mélange de carboxyhémoglobine et d'oxyhémoglobine ; une simple lecture au spectromètre permet de connaître la proportion de carboxyhémoglobine dans le mélange et par différence, la proportion d'oxyhémoglobine, qui est égale à celle de la méthémoglobine dans le sang examiné.

La pression du liquide céphalo-rachidien dans les blessures par coup de feu du crâne. Etude expérimentale. —MM. Jude et Piédelievre (de Paris), constatant — constatation d'ailleurs courante — que la mort par coup de feu dans le crâne est la plupart du temps une mort rapide, bien que les lésions nerveuses puissent être peu considérables, se sont demandé si l'explication de cette mort ne pouvait pas se trouver dans l'hypertension considérable qui doit se produire au moment de la pénétration de la balle.

Pour cela, ils ont placé une aiguille à ponction lombaire à laquelle était adapté le manomètre de Claude, dans la région lombo-sacrée du chien et ont observé les modifications de la pression au moment de la mort par coup de revolver dans le crâne. Auparavant ils ont tenu à se rendre compte de ce que le liquide céphalo-rachidien était extrêmement mobile et pouvait transmettre en un instant toute variation de la tension intracrânienne. Ils ont ponctionné dans ce but 24 cadavres humains.

Expérimentant sur le chien anesthésié, ils ont tiré à bout touchant des coups de revolver dans le crâne. En quelques secondes (10 à 20) ils ont observé une augmentation intense de la tension du liquide céphalo-rachidien qui, de 35 à 40 en moyenne chez le chien placé dans la position qu'ils indiquent, montait à 100 et certainement à une valeur plus grande encore qu'ils n'ont pu déterminer, l'aiguille indicatrice mobile dépassant cette dernière division et allant buter contre le taquet qui en limite la course.

A l'autopsie, ils constatèrent dans tous les cas une hémorragie méningée importante, à part deux expériences où la pression n'avait que peu varié et où l'hémorragie s'était faite à l'extérieur, la contusion ayant provoqué de vastes déchirures osseuses.

Ils se demandent s'il n'y a pas lieu de penser que l'hypertension formidable n'est pas, dans les cas de lésions cérébrales peu considérables, une cause de mort immédiate par la compression même qu'elle exerce sur tout l'encéphale ou par un choc que cette pression, qui se transmet à tout l'axe nerveux, peut produire dans le trou occipital.

Quelle est l'origine de cette hypertension ? Très vraisemblablement l'hémorragie méningée rapide. Peut-être la balle elle-même ainsi que les gaz qui l'accompagnent et pénètrent y contribuent-ils ; ainsi s'expliqueraient les chiffres élevés trouvés.

Les auteurs remarquent également qu'ayant immédiatement après la pénétration de la balle prélevé par prises successives et rapides du liquide céphalo-rachidien, ce liquide se teintait de sang en cinq à dix secondes après le coup de feu, ceci indiquant le rapide mélange du liquide céphalo-rachidien ainsi que son extrême mobilité.

1 Voir *Concours Médical* n° 33, 35, 36 et 37 des 16 et 30 Août, 6 et 13 Sept. 1925.

Diagnostic de l'intoxication morphinique chronique par une réaction dermique aux sels de morphine. — M. Eug. Gelma (de Strasbourg) a recherché comment les morphinomanes réagissent à l'intradermo-réaction morphinique. Il a vu que, tandis que chez les sujets normaux on constate l'apparition discrète *in loco* d'une papule de la surface d'une lentille, pâle, blanchâtre ou rosée (phénomène étudié chez les tuberculeux par Groer-Hecht sous le nom de réaction non spécifique à la tuberculose), au contraire chez le toxicomane c'est une large boursouflure dermique analogue à une élevure d'urticaire variant de la grosseur d'un pois à la surface d'une pièce de 2 francs ; pâle, légèrement rosée ou rougeâtre, elle est dure, indolore à la pression, apparaît quelques secondes après l'injection et persiste parfois pendant deux heures après lesquelles elle disparaît sans laisser de traces. La réaction semble d'autant plus étendue que l'intoxication est plus profonde. Elle peut servir au diagnostic d'urgence du morphinisme chronique, mais, sauf en ce cas, elle ne paraît pas devoir étendre son champ d'utilité, étant donné que le toxicomane ne peut dissimuler l'état de besoin.

Un cas d'avortement provoqué attribué à l'ingestion de plomb en nature. — M. Landre (de Bordeaux) rapporte le cas d'une femme qui aurait absorbé quotidiennement pendant quinze jours la valeur d'une petite cuiller à café de grains de plomb dans le but de se faire avorter d'une grossesse remontant à trois mois environ. Six semaines après elle est contrainte de s'aliter, en proie à de violentes douleurs abdominales avec constipation opiniâtre. Quinze jours après, la fausse couche se serait produite.

Est-ce le plomb qui a provoqué l'avortement ? Médicalement ce'a n'a rien d'invraisemblable, puisque les symptômes décrits sont bien ceux de la colique saturnine. Mais il convient d'ajouter que l'auteur rapporte des « dires » de l'inculpée qu'il n'avait pas examinée, son rôle s'étant borné à une consultation médico-légale au magistrat qui désirait connaître la valeur des allégations fournies.

L'examen radiologique dans les expertises médico-légales. — M. Gaussel (de Montpellier) pense que le médecin ne doit pas se contenter d'un examen radioscopique, mais qu'il est absolument nécessaire d'avoir recours systématiquement à la radiographie comme élément de documentation. Le cas qu'il cite lui donne raison : un homme assailli reçoit un coup de poing sur l'épaule. Il éprouve une vive douleur qui lui immobilise le bras. Un médecin examine à l'écran, fait un calque et conclut à une fracture de la cavité cotyloïde de l'omoplate. Il est fait mention dans le jugement de l'examen radiographique alors qu'il n'a été en réalité produit qu'un calque radioscopique. Le blessé poursuit ses agresseurs au civil et apporte deux certificats signés de deux médecins différents qui, sur la foi du calque, et ayant constaté l'impotence absolue du bras, portent le diagnostic d'arthrite traumatique de l'épaule. L'auteur, désigné comme expert, conclut d'un examen clinique approfondi que l'impotence fonctionnelle du bras est due en majeure partie, sinon en totalité, à la névrose et à l'exagération. Une radiographie faite à sa demande montre une épaule entièrement saine , normale, sans aucune trace de fracture ancienne et que, par conséquent, le premier diagnostic mentionnant une fracture ne doit être accepté que sous réserves.

Les deux médecins qui avaient vu le blessé postérieurement à son accident ont donné leurs certificats en se basant sur ce que montrait effectivement le calque radioscopique sur lequel était dessiné un trait de fracture de la cavité cotyloïde.

Il est donc de toute nécessité que la radiographie soit exclusivement employée, surtout lorsqu'il s'agit d'interpréter des symptômes sur des régions difficiles à explorer, l'épaule notamment.

Etranglement hémorroïdaire d'origine traumatique. — M. Dervieux (de Paris) rapporte l'observation d'un homme de cinquante-deux ans qui fait brutalement, de sa hauteur, une chute assis sur un sol cimenté. L'ouvrier ressent une violente douleur, et, quelques heures plus tard, il constate la procidence de ses hémorroïdes qui continuent à augmenter progressivement de volume . Le lendemain, le bourrelet est énorme, les souffrances deviennent intolérables. Le surlendemain, le blessé entre à l'hôpital où l'on constate d'une part une ecchymose de la région sous-coccygienne, d'autre part un volumineux paquet hémorroïdaire correspondant à des hémorroïdes internes procidentes étranglées et légèrement sphacélées.

Après une dilatation et dix jours de soins, l'ouvrier sort de l'hôpital, déclarant qu'il se trouve dans le même état qu'avant la chute.

M. Dervieux, intervenant en qualité d'expert, a admis une relation de cause à effet entre l'accident et l'étranglement hémorroïdaire. Il a cependant estimé que le traumatisme n'avait que passagèrement aggravé un état antérieur et que, par conséquent, il ne subsistait pas d'infériorité permanente due à l'accident. Quant à l'incapacité temporaire, elle ne pouvait s'être prolongée au delà des dix jours pendant lesquels le blessé avait été hospitalisé.

M. Dervieux a insisté sur ce fait que l'affaire avait été simple grâce à la précision des constatations initiales. Si, au contraire, les premiers symptômes avaient été mal observés, il aurait été bien délicat d'accepter que des complications hémorroïdaires fussent la conséquence d'un accident du travail. Il importe donc que le certificat de début soit toujours essentiellement descriptif et très minutieusement rédigé.

Les irradiations lointaines douloureuses dans les traumatismes de la nuque.—M. Naville (de Genève). — C'est souvent une des tâches difficiles du diagnostic médical, pour le médecin traitant comme pour

l'expert, de prouver la réalité objective d'un syndrome douloureux qui ne s'accompagne pas de signes organiques. Aussi est-il utile d'étudier avec soin tous les cas dont le rapprochement permet d'établir la réalité objective de certains syndromes douloureux d'interprétation difficile.

L'auteur a eu récemment à examiner en expertise une malade qui, pendant la convalescence d'un traumatisme du dos et de la nuque, présenta un syndrome douloureux très particulier. Il s'agissait exclusivement de sensations de fourmillements électriques qui la surprenaient soudain quand elle fléchissait la tête en avant, et qui s'irradiaient alors dans le dos, les bras et les jambes. C'était ce seul mouvement qui provoquait ces sensations douloureuses subites, lesquelles mettaient en danger l'équilibre de la malade, quand elle était debout, ou pouvaient lui faire soudainement lâcher les objets qu'elle tenait dans ses mains.

Ce syndrome avait passé pour fonctionnel. Il est cependant en tous points identique à celui que Pierre Marie, Babinski, Lhermitte, Dubois et Ribeton ont décrit comme caractéristique dans certains cas de traumatismes de la nuque et ont observé le plus souvent en relation avec des lésions traumatiques de la moelle cervicale. Il doit donc être classé comme syndrome organique en sémiologie et en pathologie. Il guérit du reste spontanément en quelques mois, et peut être considéré comme dû à des paresthésies en relation avec la restauration des cylindraxes de fibres nerveuses médullaires démyélinisées par une lésion traumatique.

Un cas de tuberculose traumatique. — M. Leclercq (de Lille) rapporte un cas de tumeur blanche du poignet à la suite d'un traumatisme ayant entraîné une fracture de la styloïde radiale. La symptomatologie fut continue au point de vue clinique. De nombreux examens radiologiques permirent d'en suivre l'évolution. L'auteur l'interprète comme la localisation d'une infection tuberculeuse préexistante.

Une complication infectieuse rare des manœuvres abortives. — M. Paucot (de Lille) a vu la rétention *in utero* d'un œuf intact mais infecté. Trois observations établissent la possibilité de cet accident. Les trois malades présentaient des signes d'infection générale : la première avait subi toute une série de manœuvres abortives maladroites (hystéromètre, pose de laminaire) ; à la seconde on avait injecté dans l'utérus de la teinture d'iode avec une seringue ; chez la troisième, l'infection de l'œuf se compliquait de perforation utérine et d'un abcès dans le Douglas. Au cours des interventions nécessitées par les états respectifs de ces femmes, les membranes furent trouvées intactes, les fœtus morts et le liquide amniotique louche. La guérison eut lieu dans chaque cas après évacuation de l'utérus.

Il est incontestable que les manœuvres abortives portant au contact du chorion des germes septiques peuvent, sans perforer les membranes, les altérer et les léser au point de permettre l'infection du liquide amniotique. L'infection paralysant le muscle utérin favorise la rétention de l'œuf mort et infecté.

Les Thèses

P. — Louis Béthouse. **La lobite supérieure. Localisation de tuberculose pulmonaire. Etude clinique, radiologique et thérapeutique.** (Paris, Librairie Louis Arnette, 1924.)

La lobite supérieure est une forme localisée de la tuberculose pulmonaire chronique relativement fréquente, qui existe dans une proportion de 2 % des cas environ. Elle s'observe de préférence chez d'anciens tuberculeux, adultes pour la plupart, plus fréquemment chez la femme. Unilatérale dans 71 % des cas, elle atteint surtout le lobe supérieur droit (87 %), plus rarement le lobe supérieur gauche (13 %).

Elle s'objective très nettement à l'écran radioscopique sous forme d'une opacité diffuse occupant la totalité du lobe et limitée en bas par la scissure qui apparaît toujours avec une grande netteté. Les rayons X permettent de distinguer trois formes radiologiques différentes : la lobite à plage homogène, uniformément sombre ; la lobite à plage non homogène avec aspect en « mie de pain » ou en « nid d'abeilles » ; la lobite à plage non homogène creusée d'une vaste spélonque, sèche le plus souvent.

Presque toujours on constate de la rétraction cardio-aortique et médiastinale avec raccourcissement des premiers espaces intercostaux.

A l'auscultation, on perçoit des signes relativement uniformes, un véritable schème de « densification » avec submatité, exagération des vibrations, respiration soufflante aux deux temps ; il s'agit même d'un véritable souffle, intermédiaire, comme timbre et tonalité, au souffle tubaire et au souffle caverneux : c'est ce que l'on peut appeler un souffle « tubo-cavitaire » ; retentissement de la toux, pectoriloquie aphone. Les bruits adventices discrets dans la lobite à plage homogène (râles bulleux à fines bulles), sont plus importants dans les deux autres formes; ils se surajoutent aux signes précédents sous forme de gros râles bulleux ou de gargouillements ; parfois, c'est un syndrome cavitaire typique. Un caractère important est la localisation de ces signes stéthacoustiques dans la partie supérieure du thorax ; on ne les perçoit jamais au-dessous de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse en arrière, du troisième espace intercostal en avant ; mais leur limitation n'apporte pas à l'oreille une netteté aussi rigoureuse que celle qu'offre à l'œil l'image radiologique. C'est cette précision que donne les rayons X, qui fait faire à coup

sûr le diagnostic, et qui permet de distinguer la lobite des pseudo-lobites, en particulier des scissurites, de certaines scléroses pleuro-pulmonaires, de quelques tuberculoses atypiques du sommet ; et à ce propos, nous répétons encore que ce qui individualise cette forme, ce qui la différencie de la simple localisation classique des lésions au sommet du poumon c'est d'une part, l'emprise totale du parenchyme lobaire au lieu de la dispersion des taches ou ombres diverses révélées par les rayons dans les cas ordinaires ; c'est, d'autre part, la limitation rigoureuse de cette lésion, et surtout la limite inférieure strictement linéaire, et de caractère scissural.

Le pronostic de cette variété particulière de localisation de la tuberculose pulmonaire n'est pas très grave ; à cet égard elle paraît se rapprocher dans une certaine mesure des formes localisées de la phtisie fibreuse.

Il s'agit en somme d'une bronchio-alvéolite tuberculeuse chronique fibro-anthracosique à topographie lobaire, et vraisemblablement à poussées successives.

La syphilis, dont on connaît la puissance fibrogène, est souvent en cause, dans quelques cas même elle semble agir isolément sans le secours de la bacillose, mais ces observations méritent d'être étudiées de très près, car on sait combien est capricieuse l'évolution de certaines tuberculoses où, à des crises évolutives, succèdent de longues périodes d'accalmie où il est très difficile de mettre en évidence le bacille.

La connaissance de ces faits n'est pas sans intérêt pratique. En effet, une détermination aussi limitée, aussi nettement circonscrite de la tuberculose pulmonaire appelle aussitôt l'idée d'une intervention locale. De fait, le pneumothorax artificiel trouve ici une de ses indications les plus favorables. On pourrait craindre *à priori* que le même processus qui épaissit la plèvre interlobaire atteigne également la plèvre pariétale, entraînant une symphyse partielle. Il n'en est rien. Ordinairement le décollement du poumon s'obtient parfaitement et le collapsus du lobe supérieur se réalise plus ou moins complètement, sans être gêné par des adhérences.

Mais, lorsque cette intervention est rendue impossible ou inopérante du fait d'une symphyse pleurale partielle ou subtotale, il semble que ces cas d'évolution bénigne, de localisation bien limitée, doivent se prêter mieux que d'autres à des interventions chirurgicales, opération de Tuffier ou apicolyse et pneumectomie. On peut même dire que la lobite supérieure réalise la forme de tuberculose pulmonaire localisée la plus favorable à cette dernière intervention.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur un nouveau phosphate de soude à employer de préférence au phosphate disodique dans la médication alcaline.

A cette époque où la médication alcaline est en honneur pour le traitement des affections de l'estomac, de l'intestin et pour combattre certaines dermatoses d'origine alimentaire, il n'est pas sans intérêt pour les praticiens de connaître les propriétés et l'action du nouveau phosphate de soude appelé Phosphate Sesquisodique dont le seul inconvénient réside dans la difficulté que l'on a de s'en procurer dans le commerce.

Les trois phosphates de soude connus en thérapeutique sont :

Le phosphate monosodique : $PO^4 H^2 Na$

Le phosphate disodique : $PO^4 H Na^2$

Le phosphate trisodique : $PO^4 Na^3$

Le seul employé couramment est le phosphate disodique.

Le nouveau phosphate de soude sesquisodique répond à la formule :

$$P^2 O^8 H^3 Na^3.$$

C'est le phosphate de JOULIE étudié spécialement par l'auteur qui en a fait l'objet d'une communication à l'Académie des Sciences ; il présente plusieurs avantages sur le phosphate disodique :

Actif à moindre dose ; tonique à la dose de un gramme ; laxatif à la dose de 5 gr. ; purgatif à la dose de 10 gr.

C'est un sel parfaitement neutre, pas hygrométrique. Au point de vue thérapeutique, tous les auteurs qui étudièrent le nouveau sel ont conclu nettement à la préférence qu'il fallait lui donner sur le phosphate disodique et à sa substitution dans les formules courantes ayant trait à la médication alcaline. Son emploi représente un véritable progrès thérapeutique.

D'après les auteurs, cette action particulière serait due à la présence de 3 ions H libres dans la molécule du phosphate seqsuisodique agissant spécialement sur les ferments et empêchant l'oxydation des diastases.

De plus, il peut être considéré comme un des meilleurs correcteurs d'acidité (hypo ou hyper) favorisant ainsi l'ouverture rythmique du pylore non altéré.

Voici la formule que l'on conseille :

Bicarbonate de soude......	2.50
Phosphate sesquisodique de JOULIE	1.20
Sulfate de soude..........	1.00

A prendre I à 5 paquets par jour dans un demi-verre d'eau tiède.

Il est recommandé d'avoir des produits très purs et être certains d'avoir bien du phosphate sesquisodique.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA LOI SUR LES ASSURANCES-MALADIES

La loi sur l'assurance maladie est populaire dans le monde politique. Elle est à la veille d'être votée. Cependant, les médecins la redoutent : peu satisfaits des temps présents, ils en craignent de pires. Cependant, étudions la situation et voyons s'il n'y aurait pas moyen de transformer cet épouvantail, et, sans trop gêner l'application de la loi, au contraire, la faire bien venir des médecins, chose souhaitable.

Je commencerai par dire que la loi est bonne qui veut que le risque d'un seul (nous savons ce que coûte une maladie chronique que l'on veut bien soigner) soit supporté par la communauté et devienne ainsi plus léger à porter.

Pourquoi, alors, le corps médical veut-il être payé à la visite, au risque d'adopter le ticket modérateur, la commission de contrôle, le prêt de visite minimum ou tout autre inconvénient dont nous nous passerions bien, dont nous ferons les frais, c'est évident, en aliénant une partie de notre liberté et quelquefois de notre considération.

Voici un exemple relatif à la commission de contrôle (*in cauda venenum*). Au début de l'application du tarif à la visite dans l'A. M. G., j'eus à soigner une plaie infectée de la main chez un travailleur. La plaie intéressait deux articulations métacarpophalangiennes, il y avait eu suture des tendons et, craignant pour la conservation de ces organes sensibles à l'infection, j'avais pratiqué moi-même les pansements quotidiens. La commission médicale m'en fit un reproche et, le plus sérieusement du monde, il me fut dit : « on apprend une infirmière à faire ces pansements ». La conséquence d'un prix de visite tant soit peu élevé, même peu rémunérateur, fait que dans les industries ou dans l'application de la future loi, on nous opposera volontiers l'infirmière qui, sous prétexte de nous aider, sera là pour économiser le nombre de consultations ou de visites (1).

Pourquoi ne suivrions-nous pas l'exemple des Compagnies d'assurances établissant avec l'aide des actuaires, des tarifs forfaitaires où elles avaient toujours un bénéfice important à glaner, tout en sauvant leur honorabilité de toute atteinte ?

Nous ferons, avec l'aide de quelque confrère qualifié (le Dr Chapon ou tout autre) le bilan médical suivant dont j'ai établi un peu trop approximativement, ce me semble, les chiffres :

Combien faut-il au médecin pour vivre, à la campagne ou en ville ? je mets 45.000.

Combien ce médecin peut-il avoir de clients ? 3.000

Combien peut-il avoir d'assurés futurs ? 2.000.

Combien de cotisants (1/4 salariés) ? 500.

Quelle est la moyenne des gains personnels : 6.000. Combien doivent-ils verser au médecin pour lui permettre de vivre en les soignant bien ? 1 pour 100.

Comme la somme est forte, j'admets qu'elle couvrira les frais de tout ordre : déplacements, opérations de petite chirurgie, certificats, accouchements difficiles, etc.

J'en arrive aux conclusions :

1° Ce tarif forfaitaire permet au médecin de vivre.

2° Il rend ses honoraires solidaires des fluctuations du coût de la vie, ce qui évite les remaniements de tarif.

3° Nous évitons tout marchandage du *prix* de visite ou du *nombre* de visites. Quand on réfléchit aux taux énormes que les industriels versent aux Compagnies d'assurances accidents, 5 à 8 %, quand les accidents graves sont si rares, il semble que l'on serait mal fondé de refuser 1 pour 100 pour les soins médicaux.

4° Il ne supprime pas la concurrence. Chaque famille aurait la faculté de choisir une fois ou deux par an son médecin dont le nom serait inscrit sur le carnet de bons.

5° Ce serait une grande simplification d'écritures.

6° Le médecin aurait un intérêt plus évident à se dévouer corps et âme à la prophylaxie sous ses multiples formes : consultations de nourrissons, inspection scolaire, déclaration de maladies contagieuses.

J'ai voulu simplement émettre une idée qui peut-être au premier abord séduira, comme elle m'a paru séduisante.

Dr B.

***

Tribune libre d'opinions, le *Concours médical* publie très volontiers ce petit travail que lui remet l'un de ses bons correspondants, le Dr B...

La conception de notre confrère se résume à demander le forfait, pour la rémunération des

---

(1) La formule que nous préconisons avec le Dr Decourt est très simple : Dans la médecine sociale, avec tiers payant, soigner les malades exactement comme s'ils appartenaient à la clientèle privée : *ne faire ni plus, ni moins*. Et fournir au contrôle des explications, toutes les fois qu'on présume qu'une objection pourra être faite.

N. D. L. R.

soins médicaux donnés aux futurs assurés sociaux, et à limiter le libre choix.

Cette conception, nous n'hésitons pas à le lui déclarer avec la plus grande fermeté, est tout à fait à l'opposé de la doctrine syndicale, consacrée à plusieurs reprises par l'Union des Syndicats médicaux. Cette doctrine condamne le forfait très formellement. Elle réclame en même temps le droit au libre choix, qui permet au malade de changer de médecin quand il lui plait.

Tarif à la visite et libre choix, telles sont deux des conditions exigées par l'Union des Syndicats pour la pratique d'une saine médecine, dans le cadre de l'assurance sociale. C'est la condamnation du forfait, système vétuste, de moins en moins en faveur parmi nous, et qui ne subsiste plus que dans certaines entreprises privées qui rétribuent leur médecin unique, par un fixe annuel ou mensuel, pour soigner (!) leurs ressortissants, auxquels ce médecin est en quelque sorte imposé.

Que nous réserve la future loi à cet égard ? On se souvient que, dans le projet primitif, le règlement des frais médicaux devait s'effectuer sous la forme d'une répartition, au prorata des soins donnés, entre tous les médecins participant au service, d'une somme forfaitaire versée au Syndicat médical. Le projet actuel a abandonné ce système pour adopter le principe d'une rémunération à l'acte médical. Le Corps médical sera-t-il assez fort, assez discipliné pour faire prévaloir les principes qu'il considère comme les assises les plus solides de sa charte professionnelle ? Je me le demande avec angoisse, quand je note certains symptômes qui semblent indiquer qu'un travail de désunion est pour le moins menaçant.

Les médecins désunis, c'est la corporation livrée pieds et poings liés à l'autorité et à l'arbitraire des Pouvoirs publics. C'est sa domestication. C'est, en effet, probablement le forfait imposé et le libre choix réduit dans de fortes proportions.

C'est alors que, contrairement à l'opinion du Dr B., liberté et considération s'effriteront peu à peu pour ne laisser place qu'à l'enchaînement dans le plus méprisable des esclavages.

Confrère B., vous demandiez l'appréciation du *Concours médical*. La voici formulée en toute franchise.

Sans reprendre par le menu les arguments qui militent en faveur du libre choix et contre le forfait, car tout a été dit depuis longtemps à ce sujet, ce sont là conceptions d'un autre âge, dont nous devrions être unanimes à ne même pas accepter qu'on puisse en envisager, et moins encore, en souhaiter le retour.

G. DUCHESNE.

HOPITAUX — ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Qui doit payer les honoraires médicaux et chirurgicaux, pour un indigent admis dans un hôpital qui n'a pas de chirurgien ?

Dans les hôpitaux d'un arrondissement, il n'existe pas de chirurgien rétribué par une administration hospitalière. Lorsqu'une opération chirurgicale est nécessaire, on fait venir un chirurgien quelconque.

Les malades payants hospitalisés rétribuent eux-mêmes leur chirurgien ; mais qui doit honorer ce dernier, pour les opérations faites au titre de l'Assistance médicale gratuite ?

Le confrère, qui nous consulte, nous dit que, jusqu'ici, on se contentait de détacher un bon du carnet de traitement et le chirurgien était payé par la préfecture.

Mais, il y a quelques jours, l'administration préfectorale a fait savoir que, du moment où le malade était hospitalisé, le « tout compris » était applicable et que, par conséquent, les malades assistés ne donneraient plus lieu à des honoraires particuliers, quand bien même il n'y aurait pas de chirurgien à l'hôpital où ils ont été admis et que le tarif chirurgical ne fonctionnerait que pour les indigents opérés à domicile.

Faisons tout d'abord remarquer une légère erreur dans l'interprétation des bureaux de la préfecture : le « tout compris » ne peut être applicable qu'en cas d'accidents du travail hospitalisés (loi du 31 mars 1905, article 4, § 3). Le tout compris n'a pas été prévu par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ni par celle du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux.

En l'espèce, voici quelles sont les situations juridiques de toutes les parties en cause.

L'indigent, dont l'état nécessite une opération à l'hôpital, n'a rien à payer, en vertu de la loi du 15 juillet 1893. Il doit recevoir tous les soins nécessaires à son état.

Mais, qui doit payer pour lui ? La commune où il a son domicile de secours.

Celle-ci adresse ses malades à l'hôpital le plus proche, ou le mieux qualifié, ou dans l'établissement hospitalier avec lequel la commune a passé une convention, pour l'admission de ses malades.

De la lecture des textes législatifs et réglementaires, principalement des articles 3, 24 et 25 de la loi du 15 juillet 1893 et des articles 28 (note) et 31 du règlement modèle des hôpitaux, arrêté

par le Conseil supérieur de l'assistance publique le 30 juin 1921, il semble ressortir que la commune n'a qu'à payer à l'hôpital un prix de journée global, sans avoir à s'inquiéter si le malade indigent hospitalisé a nécessité des soins particuliers, alors qu'on aurait dû avoir recours à un chirurgien étranger à l'établissement.

Dans ces conditions, il appartient à la commission administrative de l'hôpital de rémunérer elle-même le chirurgien, étranger à l'établissement, auquel elle aura dû faire appel, pour opérer un hospitalisé indigent.

Cette dépense devra entrer en ligne de compte pour le décompte du prix de journée dans la section chirurgie (loi du 28 juin 1918, amendée par celle du 14 février 1921 et règlement fixé par décret du 13 novembre 1918, I).

Il en résulte que les honoraires chirurgicaux et les frais de déplacement alloués à un chirurgien ne faisant pas partie du personnel médical d'un établissement hospitalier devront, en fin d'année, être ajoutés aux autres dépenses, permettant d'établir la moyenne du prix de journée en chirurgie pour l'année, et les communes qui auront fait admettre leurs malades, dans les services de chirurgie de cet hôpital n'ayant pas de chirurgien, auront à rembourser l'établissement hospitalier, au prorata de leur nombre de journées d'hospitalisation.

Il ne semble pas que le département ait à supporter ces dépenses chirurgicales, car l'article 26 de la loi du 15 juillet 1893 ne prévoit que les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service de l'assistance à domicile.

Conclusion :

Lorsqu'un médecin traitant du service de l'A. M. G. reconnaît qu'un indigent doit être hospitalisé pour subir une opération chirurgicale, il doit établir un certificat médical pour le maire de la commune du domicile de secours de l'indigent.

Ce magistrat municipal enverra son malade à l'hôpital le plus qualifié pour le genre de maladie de l'indigent.

Si l'établissement hospitalier, qui a reçu le malade, n'a pas, dans son personnel médical, le chirurgien idoine, il fera appel à ce praticien, lui règlera les honoraires et frais de déplacement, sur la caisse de l'hôpital.

Si la commune se refuse à rembourser ces frais, ou si l'administration préfectorale s'oppose à ce remboursement, l'administration hospitalière fera figurer ces dépenses chirurgicales pour l'établissement du prix de journée de chirurgie pour l'année écoulée, et chaque commune, qui aura fait admettre ses malades secourus dans ces services de chirurgie, paiera autant de fois l'unité de journée que ses malades auront été plus longtemps hospitalisés.

Dr Paul BOUDIN.

Un médecin naturaliste.

DAUBENTON (1)

Au Jardin des Plantes, sur un versant du Labyrinthe, faisant face au Soleil Levant, perdue dans les arbres et le socle recouvert de lierre, s'élève une colonne monolithe devant laquelle la plupart des promeneurs passent sans l'apercevoir.

Sur cette colonne tout unie, on peut lire la simple inscription :

DAUBENTON

1716-1799

C'est là que repose Daubenton, le collaborateur de Buffon et le véritable organisateur du Muséum d'Histoire naturelle.

L'histoire de la vie de ce savant laborieux et modeste est pleine d'intérêt et à plus d'un titre

(1) Communication au Comité d'Etudes Archéologiques et Historiques : *La montagne Sainte-Geneviève et ses abords* (séance du 23 juin 1925, à la Mairie du Panthéon).

Dans un livre récent, M. Louis ROULE, le très distingué professeur au Muséum, a décrit la vie et l'œuvre de Daubenton dans la collection parue chez l'éditeur Ernest Flammarion : *L'Histoire de la nature vivante d'après l'œuvre des grands naturalistes français.* Le livre très vivant de M. le Pr Roule est intitulé : *Daubenton et l'exploitation de la nature.* C'est la lecture vraiment passionnante de ce petit ouvrage qui nous a engagé, à faire quelques recherches sur Daubenton. Nous avons eu en même temps la bonne fortune de recevoir, après une conversation sur le Muséum avec un homme de lettres des plus érudits, M. Edmond Pilon, un livre charmant aussi richement documenté que bien écrit : *Portraits de sentiments*, édité en 1913 au *Mercure de France*, où 160 pages sont consacrées à *Madame Daubenton et sa famille.* Ce chapitre est un véritable roman vécu. Nous avons complété notre documentation dans l'*Histoire du Muséum d'Histoire naturelle par Cap* (1854) et en consultant à

la bibliothèque du Muséum la Notice historique sur Daubenton, lue par G. Cuvier à la séance publique de l'Institut national de France du 15 Germinal an VIII, un article publié sur Daubenton, au début du XIXe siècle par Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire, préparateur et collaborateur du savant, dans l'*Encyclopédie nouvelle*, l'*Extrait des registres du Muséum sur la fête funéraire de Daubenton*, compte rendu signé de Fourcroy et Thouin et quelques autres pièces de moindre importance.

***

Louis-Jean-Marie Daubenton naquit à Montbard le 29 mai 1716. Buffon était de neuf ans son aîné. On ne saurait donc le considérer comme le compagnon des jeux de son enfance ainsi que le qualifie Cuvier. Il était fils de Jean Daubenton, notaire, et de Marie Pichenot ; ses parents le destinèrent à l'état ecclésiastique. Il commença ses études chez les Jésuites de Dijon, fit sa philosophie chez les Dominicains de la même ville. Il portait l'habit ecclésiastique depuis l'âge de 12 ans quand on l'envoya à Paris pour parfaire son instruction théologique. Mais l'école de médecine de la rue de la Bûcherie et le Jardin du Roi étaient proches de la Sorbonne et, abandonnant la théologie, le jeune Daubenton, à l'insu de ses parents, étudia surtout la médecine. Il suivit les leçons de Baron, Martinencq, Col de Vilars à la Faculté, celles de Winslow, de Hunault, d'Antoine de Jussieu au Jardin du Roi. L'anatomie était sa science de prédilection.

La mort de son père en 1736, lui laissa toute liberté pour continuer ses études. Il abandonna la théologie, vint à Reims en 1740 et 1741 où il se fit recevoir docteur et retourna à Montbard à 25 ans pour y exercer la profession médicale. Toute l'ambition de Daubenton était d'être médecin de campagne, mais son compatriote et ami, Buffon, n'eut pas de peine, au cours de leurs conversations, à reconnaître la valeur de Daubenton. Il cherchait un auxiliaire qui voulût, selon les expressions de Cuvier, « se contenter d'un rôle secondaire en apparence pour n'être en quelque sorte que son œil et sa main, et cet homme il le trouva dans le compagnon des jeux de son enfance, dans Daubenton ».

Le jeune médecin vint donc à Paris en 1742. Buffon lui fit donner la charge de garde et démonstrateur du cabinet d'Histoire naturelle, qui, en 1745, lui fut conférée par un brevet. Ses premiers appointements furent de 500 francs par an, ils s'élevèrent quelques années plus tard à 4.000 francs. Buffon lui trouva un logement dans le bâtiment du cabinet au premier étage sur la rue de Seine (act. rue Cuvier). Il augmenta en outre les ressources du jeune démonstrateur de prix qu'il obtenait facilement de l'Académie des sciences.

Daubenton se mit au travail. Le Cabinet du Roi se composait de deux pièces où avec le droguier se trouvait un amas de coquillages, rapportés par Tournefort de ses voyages en Orient, et qui avaient servi de jouets à Louis XV enfant. Daubenton fit de ce cabinet un véritable et intéressant Musée.

Tandis que Buffon écrivait dans un style merveilleux l'Histoire naturelle, Daubenton disséquait sans relâche et composait la partie anatomique et descriptive du grand ouvrage. C'est ainsi que, s'il faut en croire Cuvier, il disséqua 182 espèces de quadrupèdes, dont 58 n'avaient jamais été étudiées, et dont 13 n'avaient jamais été décrites. Il fit en outre la description de 26 espèces, dont 5 étaient jusqu'alors inconnues.

Le 21 octobre 1754, Daubenton épousa à Montbard sa cousine germaine, Marguerite Daubenton, que ceux qui la connurent s'accordaient à doter d'une imagination exaltée et d'un esprit romanesque, mais qui n'en fit pas moins avec le naturaliste un excellent ménage.

S'il faut en croire Humbert-Bazile et H. Nadault de Buffon (1), ils occupaient « au premier étage du bâtiment destiné aux collections, un petit appartement attenant au Cabinet d'Histoire naturelle » et avaient pour voisins les frères Thouin, les jardiniers célèbres, le dessinateur Van Spaëndonck et Lucas, l'aide de Daubenton.

La collaboration de Buffon et de Daubenton dura quelques années, mais elle devait cesser fatalement, les caractères de ces deux hommes étant absolument différents. Buffon, qui écrivait de si merveilleuses descriptions, avait le génie de l'imagination et le don des hypothèses ; Daubenton, véritable savant, ne tenait compte que des faits et se méfiait des hypothèses. Une cabale, organisée par Réaumur que la gloire de Buffon avait éclipsé, persuada à ce dernier de se séparer de son collaborateur ; on se moqua des dissections de Daubenton, on tourna en ridicule les *Tripailles de Daubenton*, si bien que le grand Buffon eut la faiblesse de publier son Histoire naturelle, en en retranchant la partie anatomique et les descriptions extérieures des animaux, rédigées par Daubenton, et qui, par leur rigueur un peu

(1) Buffon, sa famille, ses collaborateurs et ses familiers 1863. Cité par Edm. Pilon.

sèche, donnaient à l'ouvrage sa plus grande valeur scientifique. Daubenton subit l'outrage sans se plaindre, se confina dans ses fonctions et n'en garda pas rancune à Buffon.

En même temps que de l'organisation du cabinet d'Histoire naturelle, Daubenton, à partir de 1766, s'occupa de zootechnie, incité par Trudaine, intendant des finances et du commerce, qui désirait voir crééer en France une race de moutons à laine fine, capable de libérer notre pays des éleveurs de mérinos espagnols. En 1774, l'Académie des sciences lui ouvrit ses portes, une Chaire d'Histoire naturelle au Collège de France lui était en outre attribuée en 1778 et, en 1783, il était nommé professeur d'économie rurale à l'école vétérinaire d'Alfort. Son cousin et beau-frère, Daubenton le jeune, était devenu son aide avec le titre de sous-démonstrateur du Cabinet. En 1784, il dut le remplacer par Lacépède, alors âgé de 28 ans. La mort de Buffon, le 18 avril 1788, troubla notablement l'administration du Jardin du Roi. La charge d'intendant du Jardin fut donnée à un militaire absolument ignorant de l'histoire naturelle, à Charles César de Flahaut, marquis de la Billarderie, maréchal de Camp.

Survint la Révolution ;

En 1790, Lacépède, devenu député d'Agen à la Constituante, puis député de Paris à la Législative, Commandant de la garde nationale du quartier du Jardin des Plantes, fit créer un Conseil d'administration du Jardin, composé de toutes les personnes qui y travaillaient. A la réunion du 23 août, Daubenton fut à l'unanimité nommé président, la candidature de l'intendant La Billarderie ayant été écartée. Ce dernier s'effaça et donna sa démission le 25 décembre 1791. Daubenton assura l'intérim jusqu'au 1er juillet 1792, date de la nomination de Bernardin de Saint-Pierre, le dernier intendant. Survint 1793 et la Terreur ; Lacépède, compromis avec les Girondins, quitta Paris. Daubenton le remplaça par Etienne Geoffroy Saint-Hilaire.

Le Jardin des Plantes fut abandonné. Daubenton et Geoffroy Saint-Hilaire restèrent seuls pour garder les collections. L'établissement paraissait menacé par la rage dévastatrice du vandalisme révolutionnaire, quand Fourcroy, membre de la Convention, intéressa son collègue, Lakanal, à l'avenir du Jardin qui avait déjà été baptisé par Lacépède, Fourcroy et Portal, en 1791, *Muséum d'Histoire naturelle.*

Lakanal commença par faire attribuer au Muséum, en mai 1793, les collections du Cabinet d'Histoire naturelle que les Condés avaient réunies à Chantilly, par un décret du 26 mai que Fourcroy appuya et fit voter par la Convention nationale.

Cuvier rapporte que Lakanal vint vers 3 h. de l'après-midi, le 9 juin 1793, au Jardin rendre visite à Daubenton qui ne le connaissait pas. Après un long entretien le conventionnel conclut : « Demain, je parlerai à la Convention nationale de la gloire française qui éclate en vous et de ce qu'un grand mérite doit attendre de la munificence publique. » — « Les années du vieillard, répliqua Daubenton, règlent sa destinée ; veuillez plutôt servir l'établissement où j'ai passé 50 ans de paix et de bonheur. »

Le lendemain, 10 juin, tenant sa parole, Lakanal faisait voter un projet d'organisation du Muséum. Et le 14 juin une réunion des professeurs élisait Daubenton directeur.

Pour faire approuver cette élection, Daubenton dut réclamer un certificat de Civisme à la farouche section des Sans-Culottes (nouveau nom de la section du Jardin des Plantes) ; en voici le texte :

« *Copie de l'Extrait des délibérations de l'Assemblée générale de la séance du cinq de la première décade du 3e mois de la IIe année de la République Française une et indivisible* » :

Appert que d'après le Rapport fait de la Société fraternelle de la Section des Sans Culotte sur le bon civisme et faits d'humanité qu'a toujours témoignés le Berger Daubenton, l'Assemblée générale arrête unanimement qu'il lui sera accordé un certificat de civisme, et le Président, suivi de plusieurs membres de la dite Assemblée, lui donne l'accolade avec toutes les acclamations dues à un vrai modèle d'humanité, ce qui a été témoigné par plusieurs reprises.

Signé : R. G. DARDEL, *président.*

Pour extrait conforme :

Signé : DOMONT, *secrétaire.*

Daubenton que son *Catéchisme des Bergers* avait rendu populaire, était très aimé dans le quartier dont les pauvres, se souvenant qu'il était médecin, venaient lui demander des conseils.

Lacépède, revenu à Paris après la Terreur, collabora à la réorganisation du Muséum avec Daubenton qui en céda peu après la direction à A. L. de Jussieu. François Mertrud devint professeur d'anatomie des animaux et Daubenton se consacra désormais uniquement à la minéralogie . Il avait été en outre chargé de professer à l'éphémère école normale de l'an III. Lorsque le Directoire créa l'Institut de France, Dauben-

ton et Lacépède y furent nommés membres de la Section de Zoologie de l'Académie des Sciences (1795) et l'on applaudit à l'admission de celui qui fut surnommé le *Nestor des naturalistes.* Le 10 ventôse an VI (28 juillet 1798), Daubenton fut encore applaudi à une grande fête organisée au Jardin des Plantes. Ant. Laurent de Jussieu, neveu de Bernard de Jussieu, présidait alors comme directeur annuel et l'on procéda à la plantation d'un arbre de la Liberté.

L'avénement du Consulat amena de profondes transformations dans la constitution française, Bonaparte créa le Sénat conservateur où il s'efforça de faire entrer les hommes les plus illustres. Au premier rang des savants : Daubenton et Lacépède furent désignés avec Cabanis, Lagrange, Monge et Volney.

A la première réunion du Sénat conservateur, Daubenton fut frappé d'apoplexie. Transporté au Jardin des Plantes, il attendit la fin avec la plus stoïque résignation.

« Observateur tranquille de la nature, écrit G. Cuvier, il tâtait avec les doigts qui étaient restés sensibles, les diverses parties de son corps et indiquait aux assistants les progrès de la paralysie. »

Il s'éteignit au milieu des siens quelques jours après, le 11 nivose an VIII, c'est-à-dire le 31 décembre 1799, le dernier jour du siècle.

***

La *vie privée de Daubenton*, nous a été délicieusement contée en détails par M. Edmond Pilon, dans les Chapitres de son livre : *Portraits de sentiments*, qu'il consacre à Madame Daubenton et à sa famille. Il nous a décrit Daubenton et sa romanesque épouse dans leur appartement, au premier étage du bâtiment où était installé le Cabinet d'Histoire naturelle, en bordure de la rue de Seine, l'actuelle rue Cuvier.

Voisinant avec les frères Thouin, Van Spaëndonck, Lucas, puis plus tard son cousin et beau-frère Edme-Louis qui habitaient tout à côté, Madame Daubenton, pour reposer son mari de ses travaux, pour mettre, selon la propre expression de Daubenton, son esprit à la diète, lui lisait des romans sentimentaux, frivoles, parfois légers : *Manon Lescaut* de l'Abbé Prévost, les *Contemporaines* de Restif de la Bretonne, etc. Le ménage de Daubenton, étant resté stérile, Madame Daubenton, qui adorait les enfants, adopta Betzy, petite-nièce de son mari, fille de Georges-Louis Daubenton, son neveu, qui fut maire de Montbard ; puis Zélie, la fille d'Edme-Louis Daubenton. Ces deux jeunes filles firent la joie de la maison. Zélie, sentimentale comme sa tante, lui servit de modèle dans le roman à aventures qu'elle écrivit sous le titre de *Zélie dans le désert.* Ce roman bien qu'édité la même année 1787 que *Paul et Virginie* de Bernardin de Saint-Pierre et, étant un peu du même genre, eut un grand succès. S'il faut en croire M. Pierre Vierge, il comptait parmi les livres que Bonaparte emporta pour se distraire au cours de sa Campagne d'Egypte.

Zélie Daubenton (et non Lenoir comme le prétendent certains) épousa Vicq d'Azyr en 1773. Vicq d'Azyr, fils d'un médecin de Valognes, docteur en médecine lui-même, dont les démêlés avec la Faculté de médecine furent retentissants, avait suppléé Antoine Petit dans sa chaire d'anatomie au Jardin du Roi. Il fonda avec le premier médecin du Roi, Lassonne, la Société Royale de Chirurgie en 1776, en fut le secrétaire perpétuel et devint médecin de Marie-Antoinette, ce qui le rendit quelque peu suspect, malgré ses opinions favorables à la Révolution.

Une légende veut que Madame Daubenton, rentrant au Jardin des Plantes avec Zélie, traversa la rue des Fossés-Saint-Victor. La jeune fille, prise de faiblesse, s'évanouit ; l'on chercha un médecin, Vicq d'Azyr dont le logis était dans la rue, arriva, donna ses soins à Zélie ; il en résultat une idylle qui se termina par un mariage (1).

Vicq d'Azyr en 1788 remplaça Buffon à l'Académie française et y prononça son éloge. Ayant pris part à la Fête du 8 prairial de l'Etre suprême où il faisait partie du cortège que conduisait Robespierre, il prit froid et mourut 10 jours après.

Betzy épousa le fils de Buffon, lieutenant-colonel aux chasseurs à cheval dans l'armée républicaine. Ce dernier, marié à Mlle de Cépoy qui devint la maîtresse du duc d'Orléans, Philippe-Egalité, fit prononcer son divorce le 14 janvier 1793 par le tribunal révolutionnaire et épousa le 2 sept. 1793, la jeune Betzy. Daubenton, Hérault de Séchelles, de Montbeillard et Guyton de Morveau furent les témoins des nouveaux époux.

Mais Buffon, ami de Condorcet, de Malesherbes, de Hérault de Sechelles, de Lavoisier, ne tarda pas à être considéré comme suspect. Il fut

(1) Madame Vicq d'Azyr serait morte en couches dix-huit mois après son mariage, d'après Lemontey. (Eloge de Vicq d'Azyr).

compromis dans la Conspiration des prisons. Arrêté à son domicile 9, rue Matignon, il fut guillotiné place de Vincennes à la barrière du Trône le 22 messidor an II et enterré à Picpus.

Daubenton avait recueilli la jeune veuve, sa nièce, dans son appartement de l'hôtel de Magny, près de la rue de Seine, que Buffon avait fait acheter en 1787 et où il habitait avec Lacépède. Après la mort de Daubenton, sa veuve continua à habiter le Jardin des Plantes où elle mourut à 97 ans, le 2 août 1818, cinq jours après la mort de Monge.

Madame Betzy de Buffon se retira à Montbard, où elle mourut à 77 ans, en 1852.

***

A la mort de Daubenton, Fourcroy, directeur du Muséum, en réunit le Conseil et fit demander au Gouvernement que Daubenton et Buffon fussent enterrés au Jardin des Plantes.

Le corps de Daubenton fut enfermé dans un sarcophage de porphyre et transporté dans la grande serre. Les architectes, Molinos et Legrand, firent décorer les parois de la serre des plus belles tapisseries des Gobelins, celle du fond reproduisait l'école d'Athènes de Raphaël.

Le buste de Daubenton émergeait au milieu des plantes et des fleurs rares. La lettre d'invitation suivante avait été adressée aux parents, amis, collègues de Daubenton, aux autorités civiles et militaires de la République :

Citoyen,

Vous êtes invité de la part de la veuve Daubenton, de sa famille et de l'Administration du Muséum d'Histoire Naturelle, d'assister aux funérailles du Citoyen Daubenton, membre du Sénat Conservateur, de l'Institut national, et professeur de minéralogie au Muséum d'Histoire naturelle et au Collège de France, etc., qui se feront le 4 nivôse an VIII, à onze heures très précises du matin au Jardin national des plantes. On s'assemblera à dix heures et demie précises, dans la bibliothèque et les galeries d'Histoire naturelle. Le billet sera nécessaire pour y entrer; l'heure est de rigueur.

Lacépède, sur une estrade, élevée au pied du sarcophage, fit un émouvant discours.

Puis, 20 hommes portèrent le cercueil au labyrinthe où Fourcroy fit un second discours.

Chaque assistant, portant une branche de cyprès, défila devant la tombe et y déposa la branche. Un procès-verbal signé : *Fourcroy*, directeur, et *Thouin*, secrétaire, relata dans les registres du Muséum cette fête funéraire qui eut lieu le 4 nivôse an VIII, 3 janvier 1800.

***

L'*œuvre de Daubenton* a été magistralement exposée dans le livre de M. le professeur Roule que nous avons déjà cité. Nous nous contenterons d'en faire ici un court exposé.

Le savant s'adonna d'abord à l'*anatomie comparée*, à la dissection et la description de nombreuses espèces qu'il rédigea pour l'Histoire naturelle de Buffon. Ses connaissances en anatomie étaient fort étendues et l'on conta à ce sujet une curieuse anecdote.

Il existait au garde-meuble royal « un os de géant » qui faisait l'admiration de tous et que Madame de Pompadour considérait comme une merveille, une curiosité inestimable. Daubenton consulté découvrit que c'était un radius de girafe. La Favorite ne lui pardonna pas sa désillusion et il perdit désormais son appui.

Daubenton, outre l'anatomie, s'occupa d'*élevage* et de *zootechnie*. En 1766, Trudaine le père, Intendant des finances et du commerce, demanda à Daubenton d'étudier les moyens d'améliorer les laines des moutons français qui contenaient une proportion trop grande de jarre et ne pouvaient donner des tissus souples et de bonne qualité. Il fallait créer par sélection une race nouvelle. Daubenton fut en Espagne étudier l'élevage des mérinos. Il réunit un troupeau à Montbard et un autre à Alfort, en étudia l'hygiène, préconisa le parcage au grand air, remarqua qu'il fallait surtout veiller à la sélection des béliers pour améliorer les laines et les rendre plus fines. Il commença à l'Académie des sciences en 1777 un mémoire sur l'*Amélioration des bêtes à laine*, obtint avec ses laines des tissus aussi beaux que ceux fabriqués avec les laines de mérinos et imagina une loupe portative compte-fils pour apprécier les tissus.

En 1782, il publia l'*Instruction pour les bergers et les propriétaires de troupeaux*, plus connue sous le nom de *Catéchisme des Bergers* qui eut un grand succès.

Lakanal, le 1er nivôse an III (21 décembre 1794), fit décréter par la Convention nationale que les travaux de Daubenton, réunis sous le titre de *Traité sur les moutons*, seraient édités aux frais de la Nation.

Nous savons que Daubenton fut un *conservateur* modèle et classa admirablement les collections du Muséum. Naturaliste universel, il sut tout aussi bien s'intéresser à la botanique qu'à

la zoologie et termina sa vie en se consacrant uniquement à la minéralogie. Il fut un professeur apprécié au Jardin des Plantes, au Collège de France, à l'école vétérinaire d'Alfort et même à l'éphémère Ecole normale.

Il s'occupa encore de vulgarisation scientifique, il collabora au *Journal des savants* et, outre le *Catéchisme des bergers*, il écrivit des *Eléments d'Histoire naturelle pour les écoles primaires* qui restèrent inachevés.

Bien qu'ayant à peu près abandonné l'exercice de la profession médicale, il écrivit un mémoire médical en 1785, réédité en 1798 qui fit quelque bruit : *Mémoire sur les indigestions qui commencent à être plus fréquentes pour la plupart des hommes à partir de* 45 *ans*. Pour prévenir les indigestions, il conseille de stimuler l'estomac en absorbant des pastilles d'ipécacuanha qui eurent une grande vogue et furent pendant longtemps désignées sous le nom de *Pastilles de Daubenton*.

***

Daubenton, à tous égards, mérita les honneurs qui lui furent rendus. En parlant de Buffon, de Daubenton, d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire et de Cuvier, Gœthe disait :

« Ces quatre hommes sont les fondateurs et les soutiens de l'Histoire naturelle française, ce foyer éclatant qui a répandu tant de lumière... C'est un spectacle que l'Histoire des sciences ne présentera peut-être jamais pour la seconde fois que celui d'hommes aussi remarquables, habitant la même ville, professeurs à la même école. »

Aujourd'hui le tombeau de Daubenton est ignoré du public, même instruit.

Le Muséum, ce temple de la science, voit ses vieux bâtiments s'effondrer et ses collections à la merci d'un incendie, tandis que s'élève à côté une mosquée immense dont le haut minaret multicolore défie les serres qui s'écroulent, les laboratoires qui s'effondrent et les collections qui brûlent. *Sic transit gloria Galliæ.*

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 2, 16 *et* 30 *juin*, 21 *juillet*, 4 *et* 18 *août* 1925.

(*suite*) (1)

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Gironde) ayant soigné une riche cliente, d'abord à proximité de son domicile, puis à plus de 100 kil., n'a pu obtenir le paiement de ses honoraires, dont les clients ont contesté le montant. L'avis du Syndicat médical, qu'il a sollicité sur l'indication du « Sou », est que le chiffre demandé est justifié.

Le Conseil, en conséquence, accorde au Dr M. l'appui pécuniaire qu'il demande, pour poursuivre ses clients devant le Tribunal civil, en fixant à 300 fr. le maximum de la contribution du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Les docteurs O. (Finistère), J. (Rhône), S. (Seine-Inférieure), G. (Meurthe-et-Moselle), G. (Nord), B. (Finistère), ont donné des soins à des victimes d'accidents d'automobiles et n'ont pas, malgré l'engagement tacitement pris à leur égard par les auteurs des accidents, pu se faire payer leurs honoraires.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire : pour certains d'entre eux, qui n'ont pas donné de renseignements suffisants, sous réserve qu'ils complèteront ces renseignemetnts.

Le Dr O. (Mayenne) a obtenu satisfaction à l'amiable dans une affaire semblable à celles dont il est ci-dessus question.

Le Dr T. (Vosges) communique la note des frais qu'il a eu à payer dans une affaire de même nature. Le Conseil ordonnance le paiement de ces frais, qui s'élèvent à 131 fr. 40.

Le Dr B. (Morbihan) a perdu le procès intenté à l'auteur d'un accident d'automobile qui l'avait appelé pour soigner la victime.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais (206 fr. 25) et des honoraires de l'avoué (100 fr.) et décide qu'il n'y a pas lieu de faire appel, le jugement étant rendu en fait et ne pouvant créer jurisprudence.

Responsabilité civile.

Le Dr D. (Hérault) a gagné le procès intenté à un client qui avait fait mettre dans une cha-

(1) *Concours Médical*, n° 37 du 13 sep. 1925.

pelle funéraire une inscription outrageante pour lui et pour le Corps médical ; il obtient la suppression de l'inscription et 1 fr. de dommages-intérêts. Le Syndicat médical, de son côté, obtient 500 fr. de dommages intérêts.

Le Conseil ordonnance le paiement de mille francs pour les honoraires de l'avocat et autorise l'avoué, à raison des soins particuliers qu'il a apportés à cette affaire et à celle de responsabilité qui était connexe et qui s'est terminée à l'amiable, à conserver à titre d'honoraires la provision de 400 fr. qui lui avait été versée.

Le Dr C. (Hérault) annonce le gain du procès en responsabilité professionnelle qui lui avait été intenté par un client.

Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 500 fr. pour les honoraires de son avocat.

Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 300 fr. à l'avoué du Dr F. (Seine-et-Oise), dans une affaire de responsabilité professionnelle.

L'avocat du Dr G. (Vosges), demande un complément d'honoraires de 400 fr. à raison des difficultés de l'affaire de responsabilité qu'il a eu à plaider et des soins particuliers qu'il a dû y apporter.

Le Conseil ordonnance le paiement du complément de 400 fr. demandé, ce qui porte les honoraires totaux à 800 fr.

Le Dr L. (Meuse) est menacé d'un procès en responsabilité par la famille d'un blessé qu'il a soigné et qui est décédé, parce que, à l'autopsie, une bourre de cartouche a été retrouvée dans la plaie.

Le Conseil décide de lui accorder l'appui pécuniaire dans le cas où la menace serait mise à exécution.

Le Dr B. (Loiret), poursuivant un client en paiement de ses honoraires, est menacé de voir sa responsabilité professionnelle mise en cause.

Le Conseil décide de lui accorder, si cette éventualité se réalise, l'appui pécuniaire.

Le Dr B. (Ariège), inculpé de complicité d'avortement, vient d'être condamné à 500 fr. d'amende avec sursis.

Le Conseil décide de lui accorder, comme en première instance, l'appui pécuniaire pour faire appel de ce jugement et fixe à 500 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat qui plaidera en appel.

Le Dr B. (Orne), ayant soigné un enfant atteint de fracture du bras, sans l'avoir fait radiographier, la mère a déposé une plainte contre lui parce que le membre n'a pas une direction absolument rectiligne. Il existe une atrophie musculaire, attribuée par le docteur à l'emprisonnement d'un filet nerveux dans le cal.

La garantie du « Sou » est accordée éventuellement au Dr B. dans le cas où une suite judiciaire serait donnée à cette affaire.

Le Dr T. (Eure) est poursuivi pour défaut de déclaration de maladie contagieuse.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire et ordonnance le paiement de 300 fr. de provision à son avocat.

Diffamation.

Les docteurs A. et C. (Calvados) ont obtenu par défaut la confirmation en appel du jugement qui a condamné pour diffamation une dame B., qui leur a, d'autre part, intenté une action en responsabilité professionnelle.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de l'avocat, qui sont de 300 fr.

Le Dr M. (Maine-et-Loire), diffamé par un ancien client mécontent, a obtenu en principe l'appui pécuniaire pour poursuivre son diffamateur.

Mais il n'a pu produire qu'une seule attestation de témoin, qui, de l'avis de Me Nattan-Larrier, est trop vague et trop imprécise pour permettre d'engager une action avec quelque chance de succès.

Dans ces conditions, le Conseil décide de surseoir à réaliser la promesse d'appui jusqu'à ce que le Dr M. ait produit de nouvelles attestations.

Le Dr P. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un client qui l'a insulté dans des lettres privées.

Le Conseil, sur l'avis de Me Nattan-Larrier, estime que les faits invoqués ne sont pas suffisants pour justifier des poursuites, mais réserve sa décision pour le cas où le Dr P. produirait des faits nouveaux.

Le Dr V. (Oise) vient de gagner son procès contre le diffamateur qui l'avait dénoncé au Parquet comme l'auteur d'un certificat de complaisance. Le jugement lui alloue 50 fr. de dommages-intérêts, mais refuse d'ordonner la publication de la décision dans les journaux locaux. Le Dr V. voudrait faire appel de ce chef.

Le Conseil estime que les frais d'un appel seraient hors de proportion avec la satisfaction morale poursuivie et décide que le jugement sera publié dans le *Concours médical*, dont plusieurs exemplaires seront remis au Dr V.

Il ordonnance le paiement d'une somme de 100 francs pour honoraires de l'avoué.

(A suivre).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le professeur Chauffard prend sa retraite.** — Le professeur Chauffard, l'éminent maître dont nos lecteurs ont si souvent pu apprécier dans le *Concours médical* les remarquables leçons cliniques, prend sa retraite, et quittera le 1er octobre prochain la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, où il avait succédé au professeur Hayem. Nous publions aujourd'hui une des dernières leçons du savant Maître.

— **Journées médicales tunisiennes.** — Sur l'initiative du Dr Nicolle et d'un certain nombre de confrères, le corps médical tunisien a décidé d'organiser des Journées médicales à Tunis, en avril 1926, sur le modèle de celles de Bruxelles et du Maroc.

Un comité d'organisation, comprenant les directeurs de l'Institut Pasteur, les présidents et quelques membres des Comités de la Société des sciences médicales et du Syndicat médical français, des représentants des divers hôpitaux de Tunis, vient d'être formé.

— **Le IVe Congrès de médecine et de pharmacie militaires** se tiendra à Varsovie en 1927.

— **Ve Congrès international de thalassothérapie.** — Le prochain Congrès international de thalassothérapie aura lieu à Constantza, en Roumanie.

CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (*Hôpital Saint-Louis* : 40, *rue Bichat*). — Professeur JEANSELME.

Cours de perfectionnement. Dermatologie et vénéréologie, sous la direction de M. le Pr JEANSELME, avec la collaboration de M. le Pr SÉBILEAU et de MM. HUDELO, MILIAN, RAVAUT, LORTAT-JACOB, LOUSTE, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; DARRÉ, TIXIER, DE JONG, SÉZARY, TOURAINE, médecins des hôpitaux ; GOUGEROT, LIAN, agrégés, médecins des hôpitaux ; LEMAITRE, agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis, DUPUY-DUTEMPS, ophtalmologiste de l'hôpital St-Louis, HAUTANT, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; BARBÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre ; SABOURAUD, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis ; P. CHEVALLIER, BURNIER, SCHULMANN et HUFNAGEL, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté et assistants à l'hôpital Saint-Louis ; GIRAUDEAU, chef des travaux physiques ; Marcel SÉE, BIZARD, médecins de Saint-Lazare ; NOIRÉ, CIVATTE, FERRAND, G. LÉVY, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; FLURIN, WOLFROMM, RICHARD.

Une séries de cours doit avoir lieu en octobre, novembre, décembre.

Elle comprend :

1° Un cours complet de dermatologie ;

2° Un cours complet de vénéréologie ;

3° Un cours de travaux de laboratoire.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé est distribué aux auditeurs.

Les cours sont faits au musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils sont complétés par les examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures de teignes et mycoses, biopsies, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le musée des moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours ont lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 5 heures et les matinées sont réservées aux policliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat est attribué aux assistants à la fin des cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr BURNIER (Pavillon Bazin), hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat (Xe).

— **Faculté de médecine d'Alger.** — *Institut d'hygiène et de médecine coloniale.* — *Certificat de microbiologie.* — Un enseignement de la microbiologie sera donné du 15 novembre au 24 décembre 1925 au laboratoire de microbiologie de la Faculté mixte de médecine d'Alger, 1, chemin Pasteur, sous la direction de M. le professeur Soulié. Il est sanctionné par un examen et un certificat.

Ce certificat peut être délivré : aux docteurs en médecine français (diplôme d'Etat) ; aux étrangers pourvus d'un diplôme de doctorat universitaire français (mention médecine) ; aux docteurs en médecine étrangers pourvus d'un diplôme admis par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger ; aux étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de 16 inscriptions validées (sans distinction de nationalité) ; aux internes en médecine des hôpitaux nommés au concours dans une ville de Faculté.

Droits à verser (par les candidats au certificat de microbiologie) : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 10 fr. ; un droit de laboratoire et d'examen, 150 fr.

— **Service de l'assistance médicale indigène dans la colonie du Cameroun.** — Conditions d'admission : 1° être Français ; 2° docteur en médecine ; 3° apte au service colonial ; 4° être âgé de 25 ans au moins et 40 au plus.

Les contrats sont établis pour deux ans. Solde : la solde d'Europe de début est fixée à 10.000 francs. Elle est augmentée à la colonie d'un supplément égal aux 9/10e, plus : 1° une indemnité forfaitaire de déplacement de 2.400 francs par an ; 2° une indemnité de zone journalière variant, suivant la région, de 8 à 12 francs ; 3° une indemnité spéciale de 3.000 francs allouée dans le cas d'affectation dans un secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil. En outre, une indemnité de 3.000 francs peut être accordée dans les centres dépourvus de clientèle payante.

Voyage en première classe sur les paquebots et les chemins de fer. Logement et ameublement gratuits. Congé de six mois à solde d'Europe après deux ans de service ininterrompu dans la colonie. Les contrats peuvent être renouvelés par durée successive de deux ans, avec augmentation de solde d'Europe de 2.000 francs, plus le supplément et les diverses indemnités.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1945. — Changement de corps d'armée. Périodes militaires.

Quelles sont les démarches à faire pour se faire changer de corps d'armée ? Un médecin auxiliaire dans le service actif, n'ayant fait aucune démarche pour se faire nommer aide-major, est-il susceptible de faire des périodes de réserve ?

Dr S.

Réponse.

1° Il faut adresser, par la voie hiérarchique (directeur du service de santé) une demande au général commandant le corps d'armée auquel vous appartenez.

2° Il sera tenu de faire des périodes comme tous les médecins de réserve, conformément à l'article 49 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée.

1910. — Pension militaire. Présomption légale.

Je soigne actuellement un garçon atteint de paralysie intéressant les muscles des 4 membres, d'origine diphtérique.

Ce garçon a été libéré du service militaire le 26 avril 1925.

Quinze jours auparavant, au régiment, pendant une épidémie d'angine diphtérique, il entrait à l'infirmerie pour angine, y restait 6 jours, puis en sortait guéri (?) 8 jours avant sa libération.

Aussitôt rentré chez lui, je le vis. Angine à fausses membranes est constatée par moi. Je pratique en 5 jours 5 injections de sérum antidiphtérique. Guérison apparente. Je cesse mes soins et suis rappelé il y a quelques jours pour constater cette fâcheuse paralysie.

Mon client a-t-il un recours contre l'autorité militaire ? Quel recours ? Comment provoquer la mise en route d'une action de cette sorte ?

Dr D.

Réponse.

Six mois n'étant pas encore écoulés depuis sa libération, votre malade a droit au bénéfice de la présomption légale d'origine pour cette maladie.

Qu'il adresse donc aussitôt, par pli recommandé, au directeur du service de santé de sa région, une demande à l'effet d'être visité par un centre de réforme pour indemnisation d'une infirmité imputable au service militaire.

2128 *bis*. — Légion d'honneur pour blessures de guerre.

Je vous prie de me donner votre avis sur la question suivante :

Un de mes amis me dit que les réformés de guerre

pour blessures ayant moins de 60 % peuvent obtenir la médaille militaire.

Je suis réformé de guerre à 35 % pour tuberculose pulmonaire, suite de fièvre typhoïde contractée aux armées. Suis-je compris dans les réformés ayant droit à cette récompense ? Ma maladie contractée dans la boue des tranchées, suite des fatigues de la campagne, me permet-elle d'obtenir la récompense qu'on donnera à un garde-voie de communications ou gendarme qui auront eu les muscles fessiers enlevés par un éclat d'obus perdu à vingt kilomètres des lignes ? Si oui, dois-je faire des démarches et à qui dois-je m'adresser pour obtenir cette médaille ? Je suis décoré de la croix de guerre, citation à l'ordre de la brigade. Dr X.

Réponse.

Les réformes pour *blessures de guerre, seules*, permettent d'obtenir la Légion d'honneur ou la médaille militaire, lorsqu'elles ont été prononcées pour une infirmité, dont le degré d'invalidité (65 %) équivaut à la perte de l'usage d'un membre.

Application du Tarif Breton.

I

2101. — Injections antitétaniques nombreuses, répétées.

J'ai soigné un blessé, victime d'un accident de travail, atteint de *tétanos*. J'ai fait à ce blessé pendant un certain nombre de jours, une injection sous-cutanée ou intramusculaire (matin et soir) de 50 cc. de sérum antitétanique ; dois-je compter 15 fr. cette injection répétée ?

Dr T.

Réponse.

Il me semble que, s'il y a eu un grand nombre d'injections antitétaniques, on pourrait les compter, par analogie avec les « cathéthérismes *répétés* » (article 22), ou avec les « cautérisations du larynx *répétées* » (article 23) : la première 20 francs, les autres 15 francs, en première catégorie.

F. D.

II

2102. — Ligature d'artère.

Seriez-vous assez aimable pour me donner le renseignement suivant. A la suite d'une plaie par arme tranchante, j'ai suturé une artère du quadriceps (après débridement assez étendu). Cette intervention n'étant pas tarifée, à quelle suture pourrai-je l'assimiler ?

Dr R.

Réponse.

Si vous avez eu à chercher cette artère, si vous avez dû, dans ce but, faire un « débridement assez étendu », il me semble que vous

pourriez, équitablement, demander (en deuxième catégorie) 56,25, par *analogie* avec ligature de la cubitale, humérale, etc. (article 17).

F. D.

III

2203. — Consultation entre confrères, suivie d'une injection intrarachidienne.

J'ai soigné un accidenté du travail atteint de tétanos à la suite de brûlures de l'avant-bras droit. Comment tarifer les interventions suivantes qui ont eu lieu lors de la même visite :

1° Visite avec un confrère.

2° Injection intrarachidienne de sérum antitétanique.

3° Injection sous-cutanée de sérum antitétanique.

Dr C.

Réponse.

Il m'apparaît que vous devez compter, en 2e catégorie :

a) Consultation entre confrères : 8 × 3	24
b) Injection intrarachidienne (*idem* ponction lombaire)	30
Total	54

Je ne compterais pas (en plus d'injection A. T.) la visite *simple*. Ce serait pratiquer le *cumul* défendu par l'art. 13. Mais ici, je compte, en plus, l'intervention à *tarif spécial* appelée « Consultation entre confrères » : l'art. 13 n'est plus en jeu.

Par contre, je ne compterais pas votre 3e injection A. T. sous-cutanée. J'estime, en effet que vous avez fait, en réalité, une injection A. T. en deux temps : l'un lombaire, l'autre sous la peau et naturellement, je compte le temps principal : lombaire.

F. D.

IV

2015. — Sutures distinctes sur plaies nettement séparées.

Comment doit-on compter au tarif des accidents du travail :

22 juillet : consultation, injection de sérum antitétanique, certificat, épluchage et 1° suture d'une plaie profonde (par lame de faucheuse) ayant nécessité 5 points ; 2° épluchage et deuxième suture d'une seconde plaie sur le même segment de membre (tiers inférieur de la jambe) ayant nécessité trois points.

Comment doit-on compter les pansements ultérieurs ?

Dr E.

Réponse.

Si vos deux sutures sont nettement distinctes et faites sur deux plaies bien séparées, vous avez à compter en deuxième catégorie :

Premier jour :

a) Suture de 5 points	18 75
b) Suture de 3 points	18 75
c) Injection de sérum	15
d) Certificat	5
	57 50

Pansements consécutifs : Si vous avez eu à faire deux pansements, comptez : « Pansements multiples sur un même segment de membre : 11.25 ».

F. D.

V

2106. — Le contremaître tient la place du patron en pratique.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant : j'ai soigné un blessé (luxation des os du carpe ?) que la radio n'a pu reconnaître, et que le chirurgien n'a pu traiter. Il reste une déformation (voussure, pour laquelle le chirurgien reconnaît 15 % d'invalidité.)

Le blessé m'a été amené par son contre-maître représentant le patron qui habite D... (entrepreneur). J'ai jugé nécessaire la consultation du chirurgien. Le contremaître qui a accompagné plusieurs fois le blessé était prévenu.

La Compagnie qui, je crois, n'est pas très large pour les médecins, refuse de payer les deux consultations du chirurgien, parce qu'il n'y a pas de lettre recommandée adressée au patron.

Dans ce cas, le contremaître remplace-t-il le patron.

L'ouvrier blessé, italien, et le contremaître, belge, ne sont plus chez l'entrepreneur. Mais on peut les retrouver. Habituellement les compagnies payent sans récriminer une consultation qui est dans leur intérêt.

Dr R.

Réponse.

Au point de vue de la *lettre* du tarif, il est certain que le patron, ou son assureur substitué, n'ont pas, dans votre cas, reçu la lettre recommandée prescrite par l'article 7 en cas de consultation d'un spécialiste. Au point de vue de l'*esprit*, il semble que la dite lettre était inutile, du moment que le contremaître, qui tient la place du patron, en pratique, a accompagné, dites-vous, plusieurs fois le blessé et fut *prévenu verbalement* de la consultation du chirurgien. Et cela semble d'autant plus juste que, très souvent, ce sont les contremaîtres, et non le patron, dans les grosses entreprises, qui signent et envoient au médecin le bulletin d'accident.

Conclusion. — Si vous pouvez avoir le témoignage écrit du contremaître qu'il fut prévenu de la consultation du chirurgien, il me semble que je tiendrais bon, quitte à aller devant le tribunal.

F. D.

2264. — Accident survenu en revenant du travail.

Le *Concours médical* ou le « Sou » dont je fais partie pourrait-il me dire si dans le cas, suivant il s'agit ou non d'un accident, de travail car dans l'affirmative il faudrait que je délivre un certificat à ma cliente pour sauvegarder ses droits.

Une jeune fille employée *temporaire* à la Compagnie des chemins de fer (n'ayant donc pas droit au médecin de la Compagnie) est chargée du remplacement des gardes-barrières ; son service terminé, ayant un assez long trajet à faire pour rentrer chez elle, elle prend sa bicyclette et fait une chute. Cet accident en revenant de son travail est-il un accident du travail ?

A noter que temporaire à un poste fixe, la Compagnie lui délivrerait une carte de circulation pour se rendre ou revenir de son travail.

A-t-elle droit au demi-salaire ? et si oui sur quelle base ?

Dr P.

Réponse.

La responsabilité d'un chef d'entreprise, en vertu de la loi sur les accidents du travail, ne court, en principe, que du moment où l'employé est sur le chantier et est effectivement au service de l'employeur.

Par suite, l'accident survenu à l'ouvrier, le travail entièrement terminé, lorsqu'il revient chez lui à bicyclette, n'est pas, en règle générale, à la charge du patron.

Il n'en serait autrement que si le transport étant effectué par les soins du patron, cette circonstance avait pour effet de retarder jusqu'à la fin du voyage le temps du travail, au sens où ce mot doit être entendu.

Cependant, il a été jugé que, lorsqu'un ouvrier d'une compagnie de tramways rentre chez lui, son travail terminé, et monte dans une voiture de la compagnie, où il est blessé, il ne peut pas invoquer les dispositions de la loi de 1898 parce qu'il n'est plus à ce moment à la disposition de la compagnie et qu'il a recouvré son entière liberté. Peu importe qu'il ait voyagé avec une carte de circulation que la Compagnie lui a délivrée gratuitement.

On peut estimer que cette dernière décision est trop rigoureuse, Mais, dans l'espèce que vous nous *signalez, il serait douteux que l'employée* de la compagnie de chemins de fer bénéficierait de la loi de 1898 si elle avait été blessée dans le trajet accompli dans un train de la compagnie, en revenant de son travail, trajet accompli grâce à la carte de circulation qui lui a été délivrée ; il n'est pas douteux, au contraire, que l'accident qui lui est survenu pendant le trajet accompli par elle à bicyclette pour rentrer à son domicile, ne serait pas jugé être un accident du travail.

2251. — Rente de la veuve et des enfants d'une victime du travail.

J'ai parmi ma clientèle une dame qui vient de perdre son mari dans un accident du travail. C'est une personne très intéressante mais sans défense.

Je vous prie de vouloir bien examiner le dossier ci-joint et de me dire quel doit être le montant de la pension annuelle que doit toucher Mme M...

J'ai bien cherché dans les numéros du *Concours médical*, auquel je suis abonné, mais je n'ai pas pu y découvrir un cas ressemblant à celui que je vous soumets.

Dr D.

Réponse.

La veuve a droit à une rente égale à 20 % du salaire de son mari, victime d'un accident du travail.

Le seul enfant âgé de moins de 16 ans a droit, jusqu'à cet âge, à 15 % dudit salaire.

Le salaire du défunt était de 5.940 francs en espèces. A cette somme devrait être ajoutée la valeur du chauffage qu'il recevait gratuitement de la mine, que le juge de paix aurait dû indiquer dans son procès-verbal d'enquête. La veuve pourra, lorsqu'elle comparaîtra devant le président du tribunal pour la fixation des rentes auxquelles elle et son enfant ont droit, demander qu'il soit tenu compte de cet élément.

Pour le calcul des rentes, le salaire est compté pour la totalité jusqu'à 4.500 fr. et pour le quart au-dessus de cette somme et jusqu'à 15.000 fr.

En l'espèce, le salaire de base sera donc de	4.500
Plus le quart de 1.440, ou	360
Total	4.860

A cette somme devrait être ajouté également le quart de la valeur du chauffage en nature.

En prenant comme base 4.860 francs, la veuve aurait droit à une rente annuelle et viagère de 20 %, ou 972 francs et le fils mineur de 16 ans à une rente de 15 %, ou 729 francs, payable jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de seize ans.

Sous réserve de l'augmentation proportionnelle de ces deux rentes, du chef de la valeur du chauffage, comme il est expliqué ci-dessus

---

2265. — L'extension des prorogations des baux.

Ayant bénéficié comme locataire de ma maison de la prorogation de cinq ans, à laquelle la loi d'octobre 1919 me donnait droit et qui approche de sa fin, mars 1926, je vous serais reconnaissant de me faire savoir si je puis être bénéficiaire de la nouvelle prorogation de cinq ans, me poussant jusqu'en 1931, dont il a été question dernièrement dans les journaux.

La loi est-elle passée à la Chambre et au Sénat, ou n'était-ce qu'un projet de loi non encore applicable.

J'habite ma maison depuis 17 ans et avais, avant la guerre un bail de 3, 6, 9.

Bien que ma maison ait été inoccupée pendant les 4 ans 1/2 de guerre, j'ai payé régulièrement mon loyer pendant cette période.

Dr P.

Réponse.

L'extension de la prorogation des baux et locations jusqu'au 1er janvier 1931 n'est qu'un projet, qui n'a pas encore été examiné par les Chambres. Il nous est donc impossible de vous donner un avis sur son application.

Nous sommes cependant persuadés que les Chambres seront appelées à voter, avant la fin de l'année, une prolongation des prorogations, qui, suivant la législation actuelle, ne s'étendent que jusqu'au 1er janvier 1926, étant donné que la crise des loyers persiste. Mais quelle sera l'étendue de cette prolongation et quelles en seront les conditions ? C'est ce que l'avenir seul nous dira

Il est probable que les médecins bénéficieront. des dispositions attendues par les locataires.

1636. — Délivrance des certificats d'accidents du travail.

La mention en tête des certificats « Accident du travail. Loi de 1898 » est-elle nécessaire pour les certificats d'accidents agricoles ?

2° Et à ce sujet, comment reconnaître en pratique si une profession est ou non assujettie à la loi de 1898 ?

3° Sur quel papier (timbré ou non) doivent être rédigés les certificats relatifs aux accidents de droit commun ?

4° Les certificats destinés aux compagnies d'assurances doivent-ils être tous rédigés sur papier libre?

Dr R.

Réponse.

La mention, sur un certificat, qu'il s'agit de l'application de la loi sur les accidents du travail est nécessaire pour le faire bénéficier de l'exemption de timbre prévue par l'article 29 de la loi du 9 avril 1898. Comme cette loi est maintenant applicable aux accidnets agricoles , il y a lieu de porter pareille mention sur les certificats délivrés en matière d'accidents agricoles.

Maintenant presque toutes les professions à l'exception des professions libérales, sont assujetties à la loi sur les accidents du travail. Mais ne bénéficient pas de la loi les patrons et artisans qui travaillent pour leur propre compte, sauf les agriculteurs, et encore à la condition qu'ils s'y soient assujettis volontairement et qu'ils aient contracté une assurance.

En principe, tout certificat doit être délivré

sur papier timbré. Il ne peut y avoir d'exception que dans les cas expressément prévus par la loi, comme en matière d'accidents du travail. Donc les certificats que vous délivrerez dans les accidents de droit commun doivent être faits sur timbre. Il en est de même pour les certificats destinés aux assurances, quand il ne s'agit pas d'accidents du travail.

JURISPRUDENCE

Honoraires médicaux. — Absence de preuve par écrit. Taux des visites avec déplacement.

COUR D'APPEL DE PARIS (8e Chambre).

28 *janvier* 1925.

La Cour,

Statuant sur l'appel relevé par le Dr M. d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine le 5 juillet 1921 ;

Considérant qu'il n'est pas contesté que le docteur M., de C., a donné ses soins à la petite fille de K., d'abord a C. au cours de l'année 1913, puis à Paris de la fin de 1913 à juin 1914 ; que ces visites à Paris ont été faites sur la demande des époux K., au domicile de ceux-ci, la mère de l'enfant étant décédée ;

Considérant que les visites à C. n'ont fait l'objet d'aucune contestation et ont été réglées sans difficulté ;

Mais considérant qu'une contestation s'est élevée entre les parties au sujet du paiement des honoraires pour les visites faites à Paris ; que M., ayant été mobilisé, n'a présenté sa note qu'en 1917 ; que n'ayant obtenu aucune réponse, il se décida à l'adresser à K. par lettre recommandée en février 1920 ; — que les honoraires ainsi réclamés s'élevaient à 3.570 fr. pour les visites faites à Paris ; que K. répondit qu'il ne pouvait attribuer qu'à une erreur l'envoi d'une note tellement en dehors des conventions ; — qu'un litige s'étant ainsi produit entre les parties le jugement attaqué a admis à concurrence d'une somme de 1.890 fr. la prétention du docteur M. qui a fait appel de cette décision ;

Considérant qu'à bon droit les premiers juges ont décidé qu'en raison des liens de confiance et d'amitié qui existaient entre le docteur M. et ses clients, celui-ci se trouvait dans l'impossibilité morale de leur demander un écrit prouvant, soit le nombre des visites faites, soit le montant des honoraires convenus ; que, par application de l'article 1348 du code civil, il y a lieu d'admettre l'appelant à faire la preuve de sa créance par tous moyens et même par simples présomptions ; que ces présomptions résultent dans la cause de divers documents, et spécialement des témoignages de vive reconnaissance que la dame

K. a adressés au Dr M., ainsi que des carnets régulièrement tenus par le demandeur ; — que d'ailleurs K. n'a fait aucune offre et n'a en rien précisé quelle serait, d'après lui, la teneur des conventions auxquelles il fait allusion dans la lettre du 23 février 1920 ; — qu'on ne s'explique d'ailleurs pas qu'il n'ait fait aucune réponse, pendant plusieurs années, à l'envoi des notes du docteur M., alors que le principe de la dette ne pouvait être contesté ;

Considérant que dans ces conditions la somme de 3.570 fr. réclamée par le docteur M. ne paraît pas exagérée si l'on tient compte du nombre de visites s'élevant à 42, du dérangement que l'appelant a éprouvé pour venir à Paris, du préjudice que ces absences ont dû lui causer par suite du mécontentement de sa clientèle ordinaire à C., enfin du fait que le paiement de ces honoraires n'interviendra qu'après une longue attente, et alors que toutes ses réclamations parfaitement justifiées sont restées sans résultat ;

PAR CES MOTIFS,

Elève à la somme de 3.570 fr., avec intérêts de droit, le montant de la condamnation prononcée au profit de l'appelant par le jugement attaqué ;

Confirme au surplus le dit jugement ;

Ordonne la restitution de l'amende ;

Condamne K. en tous les dépens d'appel.

Commentaires.

Cet arrêt, obtenu avec l'aide du « Sou médical », non seulement a permis à notre adhérent de toucher ses légitimes honoraires, mais à précisé, une fois de plus, les relations qui existent entre médecin et malade.

Il est en effet impossible au docteur, en cours de maladie, de prendre des précautions contre le refus possible de paiement et de demander un écrit, au client ou à son entourage, pour fixer le montant des visites et les indemnités diverses, qui seront dues au praticien.

L'arrêt ci-dessus n'a fait qu'appliquer les règles de jurisprudence, jusqu'ici suivies par tous les tribunaux, à savoir qu'en cas d'absence d'écrit, ou de conventions préalables, le médecin doit pouvoir prouver sa créance, alors que le malade est supposé s'en être remis à la bonne foi du praticien.

Des livres bien tenus, indiquant les visites ou consultations, sans préciser la nature des soins donnés (ces derniers étant portés sur des fiches individuelles ou sur un autre registre) feront foi du bien fondé de la réclamation du docteur, d'autant que, comme dans le cas ci-dessus, le client a laissé s'écouler beaucoup de temps, avant de contester la note d'honoraires, qui lui était présentée.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

4 septembre.

Inspection départementale d'hygiène.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène des Ardennes.

Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène des Ardennes, aura lieu à Paris dans la première quinzaine d'octobre 1925.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus au 1er octobre 1925 et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 6e bureau, 7, rue Cambacérès).

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance des candidats ;

2° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

4° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

5° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 30 septembre 1925.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 15.000 fr., auxquels viennent s'ajouter :

1° Indemnité au titre de secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, 2.000 fr. ;

2° Indemnité au titre de directeur du laboratoire départemental de bactériologie et d'hygiène 2.000 fr. ;

3° Indemnité au titre de frais de bureau, 1.000 fr. ;

4° Indemnité de frais de déplacement, 6.000 francs ;

5° Indemnité de 40 p.100 du produit des analyses payantes du laboratoire.

6 septembre.

Commission d'hygiène dentaire.

Est nommé membre de la Commission d'hygiène dentaire M. le Dr Georges Vian, professeur à l'école dentaire de Paris.

Quarante-septième année — N° 39 — 27 Septembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2208-IV.)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Correspondance

A Travers L'Officiel

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr LAVABRE, de Fabrègues, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 401. — Serais reconn. à conf. qui m'indiquer. ménage sérieux pour Seine-et-Marne, mari jardin, toutes mains et femme pour trav. ménagers. Place très douce.

N° 402. — Dr 40 ans, dispos. capit., très au cour. assist. chir. orthop. accouch., cherche chirurg. pour assoc. clinique Paris ou gr. ville.

N° 403. — A vend. cont. remb. port achet. : Précis physiologie, relié, Artus, 8 fr. ; Pathol. générale, reliée Claude Camus, 8 fr. ; Précis physique biolog. relié, Weiss, 6 fr. ; Physique biolog. Marquès, 4 fr. Dr Sauvage, à Lorient, 5, rue Pasteur.

N° 404. — Dr marié, 4 enf., gr. habit., chauff. cent., dans station climat. réputée du Pas-de-C., prend. pension un ou deux enf. ou jnes gens. anémiq. ou convalesc. recom. par conf. ; ni tuberc. ni contag.

N° 405. — Direct. Laborat. spécial. pharmac. très expérim., connais. part. techn., administ., public., fabricat., ayant très bonnes relat. dans corps médical et export., cherche situat. analogue dans aff. sérieuse, scientif. de préf.

N° 406. — Bresses noires, poulettes pour ponte d'hiver, 25 et 22 fr. pièce. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne).

N° 407. — Bretagne. — Dr méd. inspect. protect. des enf. du 1er âge, chargé visit. une fois par mois nourriss. et enf. placés chez cultivateurs, se charge, transmettre nouvelles off. de placem.

N° 408. — A vend. magnif. tapisseries, p. salon, 1 canapé, 4 faut. sujets de la Bible. S'ad. Mme Louis, sage-femme, Pélussin (Loire).

N° 409. — Le Saint-Hubert médical. — Les méd. chasseurs ont tout intérêt à se grouper pour s'entr'aider, s'inviter, se faire connaître rég. giboyeuses et intéres. Car la chasse est un sport très hygiénique, et une bonne partie de chasse délasse le corps et l'esprit. Pour tous renseign. S'ad. Dr Maurice, 5, rue de Villersexel, Ség. 13-17.

N° 410. — Cond. int. 2 pl. et strap. « La Gazelle », moteur refait en avril 1925, a fait depuis à peine 100 km. Tous organes et carross. excell. état : 6.000. Dr Pluyaud, à Houilles (S.-et-O.).

N° 411. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 412. — Près Paris, dans banl. ouvr. client. rapp. 30.000 à augm. Pavill. 7 p., élec. calor., client. d'aven. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue mDante, Paris (5). Tél. Gob. 36-46.

N° 413. — Paris, quart. aristoc. cab. médico-chirurg. rapp. 125.000, loyer 12.000, bail, appart. 5 p., off., s. de bains, tout conf. Prix 100.000 dont moit. compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5). Tél. Gob. 36-46.

N° 414. — 6 HP Renault, cond. int. 3 pl. type profilé, modèle 1924, presque pas roulé com. neuve, carros. hors série, compteur, amortiss, porte-bagage, técalemit., gaînes ressort cuir av. et ar., 5 conforts ét. neuf, 13.500. S'ad. d'urgence à concierge, 7, rue des Grands-Degrés, Paris (5e). Tél. 28-47.

Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléo-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

AVIS

A NOS LECTEURS

En raison de l'énorme augmentation d'affranchissement des journaux périodiques, de la majoration des impôts, du papier, des frais d'impression et de brochage, l'Association de la Presse médicale française a décidé d'adopter des prix d'abonnements uniformes pour les principaux journaux périodiques médicaux français.

Soit pour le **Concours médical** :

Prix de l'abonnement annuel à dater du 1er *octobre* 1925 : *abonnement* pris dans les bureaux (sans frais de poste) : **30 francs**, soit même prix que précédemment.

France et colonies : 30 francs, plus 10 francs de frais de poste : **soit 40 francs.**

Etranger : Tarif extérieur n° 1 (frais de poste : 30 fr., plus 30 fr. pour abonnement : soit 60 fr.), valable pour : Allemagne, Autriche, Belgique et colonies belges ; Bulgarie, Egypte, Erythrée, Espagne, Ethonie, Esthiopie, Grèce, Hongrie, Italie, Japon, Lettonie, Luxembourg, Perse, Pologne, Portugal et colonies portugaises ; Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie, Siam, Tchécoslovaquie, Tripolitaine, Ukraine, Républiques de l'Amérique centrale, Républiques de l'Amérique du Sud. — Tarif extérieur n° 2 (frais de poste 60 fr. plus 30 fr. abonnement, soit 90 francs), valable pour : Afrique du Sud (Union), Albanie, Canada, Chine, Danemark, République dominicaine, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Grande-Bretagne, Indes britanniques, Indes néerlandaises, Islande, Lithuanie, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Suède, Suisse, Turquie.

CORRESPONDANCE

La taxe des honoraires médicaux, jadis et... aujourd'hui.

A titre de curiosité, je vous communique l'extrait suivant du « *Mercure historique et politique* contenant l'état présent de l'Europe et ce qui se passe dans toutes les cours ». (Octobre 1715 ; page 947).

« La disette de blés continuant à se faire sentir dans l'Etat ecclésiastique et comme les maladies, assez communes dans la disette, augmentent encore par leurs frais extraordinaires la calamité publique, le Saint-Père a ordonné que les médecins et les chirurgiens se contenteraient désormais de la moitié du prix qu'on a coutume de leur donner pour leur salaire. »

A comparer cette ordonnance avec celles qui nous ont dotées des tarifs A.M.G., réformés, accidents du travail, etc., on verra qu'entre les gouvernements démocratiques et l'ancienne autorité, il n'y a pas, à certains points de vue, autant de différence qu'on pourrait le croire.

D[r] POIRSON,
(de Vauvillers, Hte-Saône).

A propos de la Fièvre de Malte.

Dans le numéro du *Concours médical* du 6 septembre 1925, p. 2055, le D[r] Verdeau admet qu'il n'est pas impossible que la fièvre de Malte ait été connue des Anciens.

Il est certain que jusqu'en 1862, la fièvre de Malte était confondue avec les autres fièvres putrides ; cependant, elle en a été isolée par les seules ressources de la clinique, longtemps avant la découverte du microbe spécifique.

Le D[r] Ch. Nicolle pense que la fièvre de Malte est une maladie récente, originaire de Malte, qui s'étend de plus en plus et menace d'envahir le monde entier.

D'après le même savant, la chèvre, dont le lait est le principal vecteur de la maladie, présente vis-à-vis du « micrococcus melitensis » toute l'échelle de la sensibilité, celle-ci allant de la réaction fébrile d'une infection véritable jusqu'à la tolérance la plus complète que ne traduit aucun symptôme thermique ou autre.

A la fin de l'empire romain, il était de notion courante que la chèvre était souvent tourmentée par la fièvre.

Asklépios (1) abandonné par sa mère aurait été allaité par une chèvre et gardé par un chien.

D'après Servius, commentateur de Virgile, la chèvre aurait été vouée *per contrarietem*. Esculape est le dieu de la Santé et la chèvre passait pour avoir toujours la fièvre.

Æsculapis, qui est deus salutis, cum capra nunquam sine febre sit.
(Servius, ad. Georg. II, 1385).

Servius était un grammaireien et non un savant, il est probable qu'il n'a fait qu'exprimer une idée courante de son temps.

D[r] P. NOURY, de Rouen.

(1) M. BESNIER. — L'île Tibérine dans l'antiquité, 1902, p. 227.

Mutualité Familiale.
L'âge d'entrée.

Je voudrais entrer à la combinaison MA de la Mutualité Familiale (indemnité journalière de dix francs) : comment se fait-il qu'on m'indique comme cotisation annuelle 84 fr., somme correspondant à 35 ans, alors que je n'aurai 35 ans que le 27 novembre et que je serai admis fin septembre ?

Dr J... à V...

Réponse.

L'article 43 des statuts dit :

L'âge d'entrée est celui que le sociétaire atteint dans l'année de son admission.

Vous aurez 35 ans en 1925, vous devez donc payer la cotisation correspondant à 35 ans, quel que soit le mois de votre admission.

Vous devez comprendre qu'il fallait une règle uniforme pour tous les membres qui ont le même âge au cours d'une même année : on a donc supposé que tous étaient nés le 31 décembre et fait les calculs en conséquence.

Veuillez remarquer qu'on ne vous portera *sortant par âge*, qu'au 31 décembre 1955 et qu'à cette date, vous aurez en réalité plus de 65 ans.

Vous remarquerez également que, pour les combinaisons maladie, on ne paye la cotisation qu'à l'entrée réelle : admis au quatrième trimestre, vous ne verserez que le quart de la cotisation annuelle pour 1925, soit 21 francs.

A. G.

2115. — Calcul de pension militaire.

Quelle sera la totalité de ma pension ? Voici ma situation actuelle :

a) Titulaire d'une pension d'invalidité définitive à 100 p. 100 (pour tuberculose pulmonaire) en exécution de l'article 10 de la loi du 31 mars 1919 :

Soit .... 3.000 fr.
(médecin aide-major 1er échelon).
Pour un enfant .... 300 fr.

b) Une allocation spéciale aux grands invalides,

No 4 de francs .... 1.000 fr.
pour mon fils .... 200 fr.

Dr X.

Réponse.

Si votre pension d'invalidité (100 %) de médecin aide-major était de 3.000 francs, elle sera majorée dans les mêmes proportions que celle d'un soldat, c'est-à-dire de 1.920 francs, soit : 3.000 plus 1.920 = 4.920 fr.

La majoration pour un enfant sera portée de 300 à 740 francs.

L'allocation spéciale aux grandes invalides n'est pas modifiée, elle reste de 1.000 francs.

2198. — Délivrance de certificats d'aptitude physique aux enfants de moins de 13 ans.

Je lis dans le n° 35 du *Concours médical*, à la correspondance, sous le chiffre 1623, que vous seriez d'avis que les médecins chargés de la surveillance du premier âge doivent délivrer, *à titre gratuit*, un certificat d'aptitude physique aux enfants de moins de treize ans qui désirent être admis au travail.

Pour délivrer un certificat, il faut examiner sérieusement l'enfant. Et cela sans toucher aucun honoraire ? Pourquoi ?

Quand nous examinons un enfant du premier âge, nous touchons une somme modique. Pourquoi devrions-nous la gratuité dans ce cas particulier ?

Toute peine mérite salaire. Quand donc cessera-t-on d'abuser du médecin ?

Dr R.

Réponse.

L'article 3 du Code du Travail et de la Prévoyance sociales (loi du 26 novembre 1912) est ainsi conçu :

« Aucun enfant de moins de treize ans ne peut être admis au travail dans les établissements ci-dessus visés s'il n'est muni d'un certificat d'aptitude physique, délivré, à titre gratuit, par l'un des médecins chargés de la surveillance du premier âge, ou l'un des médecins inspecteurs des écoles, ou tout autre médecin chargé d'un service public désigné par le Préfet. Cet examen sera contradictoire si les parents le réclament. »

Cette disposition est donc bien nette et doit, à notre avis, être interprétée en ce sens que les médecins désignés ne peuvent exiger des parents de l'enfant aucune rémunération pour le certificat qu'ils sont contraints de délivrer, si on le leur demande.

2235. — Assurance complémentaire du « Sou Médical ».

J'ai demandé à la Compagnie X. de m'assurer pour 200.000 fr. ma responsabilité médicale.

Et cela — me conformant aux conseils du « Sou » dont je suis membre, — à deux conditions :

1° Que la somme garantie s'ajoutera aux 20.000 fr. du « Sou » ;

2° Que le « Sou » gardera la direction du procès.

La Compagnie me propose la condition particulière suivante :

« Le souscripteur déclare être titulaire d'une police « ..... au « Sou médical »..... jusqu'à 20.000 fr.

« En conséquence le « Sou » aura la direction du « procès *après toutefois entente* avec la Compagnie « X..., si la demande dépasse 20.000. »

Dois-je accepter cette restriction à votre liberté ? Et s'il n'y a pas entente, me laisserez-vous me débrouiller seul ou du moins la Compagnie ne sera-t-elle pas tentée de se débrouiller avec le plaignant au mieux de ses intérêts et non des miens ?

Dr X.

Réponse.

Nous ne voyons pas d'inconvénient à ce que vous acceptiez la clause dont vous nous communiquez le texte. Il est légitime, en effet, que la Compagnie d'assurances désire s'entendre avec le « Sou Médical » dans le cas où sa responsabilité pourrait être engagée, c'est-à-dire si la demande de l'adversaire dépassait la garantie du « Sou ».

Mais nous vous faisons remarquer que la garantie du « Sou » est actuellement de 50.000 fr., et non de 20.000.

2253. — Qui peut pratiquer une autopsie ?

Un de mes malades, désireux qu'après sa mort, son autopsie fût pratiquée, me demande où et par qui cette autopsie peut être faite. Il a écrit au Doyen de la Faculté, qui bien entendu ne lui a pas répondu. Pouvez-vous par l'intermédiaire du *Concours*, me donner les indications nécessaires, afin que je puisse renseigner mon client ?

Dr D.

Réponse.

L'article 15 du décret du 15 avril 1919 rend obligatoire, pour qu'il puisse être procédé à une autopsie, l'autorisation préalable du Préfet de Police, à Paris et dans le ressort de la Préfecture de Police, et du maire partout ailleurs.

L'opération ne peut avoir lieu avant qu'il se soit écoulé un délai de 24 heures depuis la déclaration du décès à la mairie.

L'autorité qui permet l'autopsie doit fixer les mesures à prendre.

Un fonctionnaire assiste à l'opération et en dresse procès-verbal qu'il adresse au Préfet. Il a droit à une vacation par deux heures ou fraction de deux heures de la durée de l'opération.

Le décret est muet sur les qualités exigées de la personne qui procède à l'autopsie. Il y a lieu d'en conclure que tout docteur en médecine est qualifié à cet effet. Dans la demande d'autorisation, il faut indiquer bien entendu les nom, qualités et adresse de la personne qui doit procéder à l'opération.

(*Voir la suite page XXXIX-2247*)

PROPOS DU JOUR

L'hygiène et les livres

Il est une question d'hygiène qui, à la fin des vacances, doit préoccuper tous ceux qui ont le souci de la prophylaxie des maladies transmissibles, c'est celle des livres.

Tout d'abord occupons-nous des livres scolaires.

La ville de Paris (et sans doute plusieurs autres municipalités de France ont suivi son exemple), dans l'intention de favoriser le développement de l'instruction, donne gratuitement à *tous* les enfants qui fréquentent les écoles communales, sous le nom de fournitures, les livres et les cahiers qui leur sont nécessaires. Il en est de même d'ailleurs, croyons-nous, dans les lycées, pour les internes. A la fin de l'année, les livres, plus ou moins maculés, sont repris pour être distribués l'année suivante à une génération nouvelle. Or, au cours de l'année, dans chaque école, un nombre très appréciable d'enfants sont atteints de maladies transmissibles. Dans certains cas, comme dans la diphtérie, à la requête du médecin, les livres, cahiers et autres fournitures de l'enfant malade sont brûlés (du moins à Paris), mais, combien de maladies transmissibles, même en supposant leur déclaration scrupuleusement faite, passent inaperçues ? Combien existe-t-il de cas très bénins ou frustes, surtout de scarlatine, qui n'attirent pas ou attirent seulement fort peu l'attention des familles, et ne sont pas soignés par un médecin ?

Il y a en outre la tuberculose qui n'est pas toujours dépistée à temps. Il en résulte que les livres scolaires peuvent devenir un danger sérieux qui mérite qu'on s'en préoccupe. L'on a songé à la désinfection, mais il n'existe pas encore, que nous sachions, de procédés pratiques et suffisants.

A Paris, cette question des livres et de l'hygiène scolaire est mise à l'ordre du jour par certaines personnalités qui ont le louable souci de la santé des enfants. M. Ch. Veil, maire-adjoint du Xe arrondissement, et président de la délégation cantonale, en a saisi, en mai dernier, l'Assemblée générale des délégués cantonaux de la Seine et l'Union amicale des maires de Paris. M. Roëland, conseiller municipal du quartier de l'hôpital Saint-Louis, va aussi en saisir le Conseil municipal qui cependant avait reçu un mémoire sur ce sujet en 1923, mais n'avait voulu ou pu en discuter les conclusions. La loi sur l'enseignement primaire du 16 juin 1881 exige bien que les écoles et les salles d'asile publiques ne reçoivent aucune rétribution, mais elle n'impose pas la fourniture gratuite des cahiers et des livres. Si les municipalités bornaient aux seuls enfants de parents peu aisés, nécessiteux ou indigents, cette fourniture, elles pourraient chaque année, sans augmentation de crédits, donner des livres neufs à un nombre restreint d'enfants qui en deviendraient les possesseurs définitifs. Il ne faut pas songer, en effet, à renouveler chaque année la totalité des bibliothèques scolaires : pareils frais ne pourraient être supportés par les budgets municipaux surchargés.

***

Ce qui préoccupe les hygiénistes, au point de vue scolaire, pourrait s'étendre encore avec de plus sérieuses raisons aux bibliothèques municipales populaires et aux cabinets de lectures privés où l'on fait des prêts de livres. Ces livres sont très souvent, le plus souvent, demandés pour distraire des convalescents ou des malades chroniques. Après avoir été lus, souillés et souvent contaminés, ils sont rapportés à la bibliothèque et remis en circulation. Il n'est pas douteux qu'ils deviennent une cause de contagion sans doute plus importante que les livres scolaires. Là encore, il y aurait lieu d'étudier les moyens de remédier à ce grave inconvénient. Il serait pratique, à notre avis, de créer des revues ou des éditions à un prix très réduit qui seraient destinées aux malades et que l'on pourrait détruire une fois lues par eux. Les sociétés, comités, ligues et autres institutions publiques et privées qui s'occupent de prophylaxie, pourraient s'ingénier à supprimer cette cause de contagion.

***

L'exposé sommaire que nous venons de faire montre que nous croyons bien au danger de contagion que fait courir aux enfants et à la population tout entière la distribution ou le prêt

de livres, ayant déjà vraisemblablement servi à des malades : il ne faudrait pas cependant exagérer l'importance de ce danger qui nous paraît relativement restreint.

Jusqu'à ce jour nous n'avons pas appris qu'une enquête sérieuse ait révélé les livres contaminés comme origine indiscutable d'une épidémie quelconque.

Si les livres étaient un sérieux agent de propagation des maladies transmissibles, ces maladies s'observeraient dans la population scolaire quelques semaines après la rentrée ; or, nous avons remarqué et nous ne croyons pas être démenti par les médecins scolaires, qu'*en règle générale* les maladies contagieuses sont rares en octobre, novembre et décembre parmi les enfants qui fréquentent les écoles. On les voit apparaître ordinairement en janvier, février, surtout en mars et en avril.

Il doit en être pour les livres comme pour le papier-monnaie. Tous les hygiénistes ont lu avec surprise les conclusions du rapport de M. le Dr J. Renault, à l'Académie de médecine. Ce savant consciencieux, par des recherches bactériologiques, a constaté que les billets en circulation les plus souillés (et Dieu sait s'il en existe) ne sont pas un danger pour la santé publique. Il explique cette constatation inattendue par la propriété bactéricide probable du papier poreux qui les constitue. Ne serait-il pas intéressant d'étudier scientifiquement cette propriété bactéricide du papier, si elle est vraiment établie, et de rechercher les moyens de l'augmenter ou de la créer par des procédés de fabrication à découvrir ? Si l'on y parvenait et rien ne permet d'affirmer à *priori* que ce soit impossible, la question de la prophylaxie des maladies transmises par les livres scolaires et les volumes prêtés dans les bibliothèques publiques, serait résolue.

***

En écrivant ces lignes sur un sujet qui mérite d'attirer tout particulièrement l'attention de ceux qui ont souci de l'hygiène scolaire, nous n'avons pas la prétention d'avoir même effleuré la question, mais nous ne doutons pas de mettre en éveil l'esprit de plus d'un de nos lecteurs et d'inciter ceux qui sont médecins scolaires à observer et enquêter sur ce point qui a encore besoin d'être élucidé.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE TUBERCULEUSE

Par Fr. Saint Girons,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Les transformations successives qu'a subies depuis vingt ans la question de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ont été assez brusques et assez importantes pour que ceux-là même qui les ont suivies de très près en soient quelque peu déconcertés.

En 1906, Grancher et ses élèves, fondant leur diagnostic sur le seul examen clinique de 438 garçons et de 458 filles, trouvaient 14 % de sujets atteints d'adénopathies chez les garçons, et 17 % chez les filles, et pensaient du reste que la proportion en devait être réellement 2 à 3 fois plus considérable.

S'appuyant en outre sur l'examen radioscopique, Roux et Josserand, sur 588 enfants, en reconnaissaient 263 tuberculeux (44 %) : et pendant des années l'extrême fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse a été admise sans conteste.

Mais tout récemment (1922) une réaction s'est produite, qui a renversé cette dernière notion ; Delherm et Chaperon, Duhem et Chaperon, ont précisé les conditions anatomiques qui peuvent faire varier les images normales du hile pulmonaire, et ont montré qu'on décrivait, à tort, comme ganglions tuberculeux des entrecroisements et des arborisations vasculaires, de sorte qu'en définitive la proportion des adénopathies trachéo-bronchiques était très inférieure à ce qu'on avait dit auparavant. Cette manière de

voir a été admise par nombre de cliniciens (Debré, L. Bernard et Vitry, 1923, Marfan, Nobécourt).

Nous essayerons, dans cet article, d'indiquer comment, on peut, pratiquement, poser le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, et pour cela nous examinerons d'abord la valeur des différents modes d'exploration qui amènent à ce diagnostic : enquête clinique, examen physique, examen radiologique, examen biologique.

Qu'est-ce qui, en somme, intéresse le clinicien ? Ce n'est pas de savoir si, dans le médiastin d'un enfant, existent quelques ganglions, plus ou moins calcifiés, témoins d'une infection qui n'a pas évolué ; ce n'est pas non plus de constater d'importantes lésions ganglio-pulmonaires, qui, presque à coup sûr, seront fatalement progressives. C'est de dépister au début une infection tuberculeuse évolutive mais curable ; c'est de pouvoir dire à l'entourage : l'enfant ne peut continuer sa vie normale : qu'il aille à la campagne, à la mer ou à l'altitude, selon les cas, qu'il se soigne quelques mois, moyennant quoi sa guérison est certaine.

I) Enquête clinique.

Une première notion a une importance capitale : c'est celle du *contact* avec un sujet tuberculeux, qui est le plus souvent un des parents, ou tout au moins une personne de l'entourage ; le contact peut du reste avoir été de très peu de durée, et il me souvient d'une petite fille de treize mois qui avait été contaminée pendant l'unique après-midi qu'elle avait passé en compagnie d'une voisine.

D'autres signes de valeur doivent être recherchés : existence de bronchites ou de congestions pleuro-pulmonaires répétées, anémie sans cause, fatigue, amaigrissement et surtout température irrégulière, dépassant parfois 38°, sans cause apparente ; enfin toux persistante, coqueluchoïde ou parfois bitonale (Marfan).

Toute cette enquête clinique a une grande valeur : elle attire l'attention du médecin sur la *possibilité* d'une tuberculose évolutive, et l'engage à la vérifier par les autres méthodes d'exploration.

II) Examen physique.

De même que la multiplicité des traitements d'une maladie permet d'affirmer qu'on ne possède pas « le traitement » de celle-ci ; de même on peut dire d'une affection où l'on a décrit un grand nombre de signes physiques qu'elle doit être d'un diagnostic malaisé. Cet axiome médical s'applique particulièrement bien à l'adénopathie trachéo-bronchique : ses symptômes sont fort nombreux... autant que les discussions qui ont eu lieu quant à la valeur de chacun d'eux. Actuellement encore, deux opinions extrêmes ont cours : les uns déclarent nuls et non avenus les résultats de l'examen physique ; les autres déclarent que dans bien des cas le diagnostic d'adénopathie peut être valablement posé par la recherche systématique et soignée des signes de percussion et d'auscultation ; enfin, et comme il est accoutumé, il existe aussi une opinion moyenne.

Tout d'abord il est un point sur lequel l'accord unanime est à peu près établi : c'est qu'on n'observe jamais les adénopathies volumineuses réalisant le syndrome de tumeur médiastine ; la circulation collatérale, qui peut exister, n'a guère de valeur, l'œdème de la face et des membres supérieurs ne s'observe pas.

Les signes physiques d'adénopathie trachéo-bronchique peuvent être rangés en deux catégories : les signes broncho-pulmonaires et les signes ganglionnaires proprement dits.

A. *Signes broncho-pulmonaires.* — Ces signes traduisent une réaction du ganglion sur le parenchyme pulmonaire. Ils consistent en bronchites répétées, souvent hilaires, et congestion de la base ou du sommet ; tantôt fixes, tantôt et plus souvent fugaces. Ces signes broncho-pulmonaires ont une réelle valeur pour dépister l'adénopathie médiastine (J. RENAULT).

B. *Signes ganglionnaires.* — Ces symptômes sont la conséquence d'une augmentation de volume et de consistance des ganglions médiastinaux, et ils ne permettent de déceler que les *grosses adénopathies,* et seulement celles qui atteignent les ganglions juxta-trachéaux, trachéo bronchiques et juxta-caves, ainsi qu'y a récemment insisté M. Marfan.

1) *Dans la région ganglionnaire postérieure,* ou espace interscapulaire, la matité constatée entre les 3e et 5e vertèbres dorsales est un symptôme rare, mais intéressant. L'auscultation permet d'entendre parfois un vrai souffle, tubaire ou caverneux ; enfin la constatation d'une pectoriloquie nette au niveau des premières vertèbres dorsales (signe de d'Espine) a une réelle valeur quand l'enfant est assez grand pour qu'on puisse le faire compter ou parler à voix basse.

2) *Dans la région ganglionnaire antérieure,* la matité au niveau de l'extrémité antérieure des deux premiers espaces intercostaux est importante, mais rare.

L'auscultation du poumon ne donne pas de renseignements, sauf l'existence, sous le mamelon, de fines crépitations amidonnées (A. Dufourt). Le signe d'Eustace Smith semble dépendre beaucoup plus de l'état du sang que de l'adénopathie. L'auscultation de la région sous-claviculaire permet parfois (Genevrier et Bonnin) d'entendre les bruits du cœur aussi nets que si

l'on auscultait aux foyers normaux : M. Ségard accorde une réelle valeur à ce symptôme.

Quant aux autres — et nombreux — signes physiques décrits dans l'adénopathie, nous les passerons volontairement sous silence, étant donné que leur importance est fort contestée.

III) Signes radiologiques.

Allons-nous trouver dans les signes radiologiques l'élément de certitude que l'examen clinique ne donne que rarement ? On l'a cru, mais il a fallu ensuite en rabattre. Le hile pulmonaire est un carrefour complexe, dont l'étude n'a été faite que récemment, et les travaux de Delherm et Chaperon, de Duhem et Chaperon ont montré que pendant bien des années, on avait interprété comme ganglions pathologiques des ombres hilaires qui étaient tout simplement dues à des entrecroisements vasculaires ; ces ombres sont constituées par de petites taches opaques, en chapelet vertical, qui disparaissent par une faible rotation du sujet vers une position oblique. Il faut donc, pour pouvoir valablement conclure, que les ombres observées au hile soient étendues, multiples et ne disparaissent pas dans les mouvements de rotation. Tout récemment Debré, Duhem et Mlle Petot ont insisté sur la difficulté, à l'heure actuelle, qu'il y a à interpréter les ombres hilaires.

Quant aux ganglions péritrachéaux, ils sont mieux visibles, et plus faciles à interpréter. En position frontale, on voit nettement les groupes juxta-trachéaux droits (juxta-caves) et gauches, de chaque côté de l'ombre médiane sus-cardiaque ; et en position oblique antérieure droite, les ganglions inter-trachéo-bronchiques viennent combler une partie de l'espace clair rétro-cardiaque.

L'examen radiologique montre en outre, assez fréquemment des lésions pulmonaires qui ont une haute signification dans le diagnostic de bacillose : congestion péri-ganglionnaire, tubercule intra-pulmonaire, scissurite, pleurite de la base.

On voit donc que l'examen radiologique garde malgré tout une grande importance ; mais les résultats qu'il donne doivent être interprétés et les causes d'erreur doivent être soigneusement évitées.

Ces causes d'erreur sont constituées par :

a) Les entrecroisements côtes-artères pulmonaires ;

b) Les entrecroisements veines-artères-pulmonaires ;

c) Les stases sanguines d'origine mécanique ou cardiaque qui modifient profondément le hile. Rappelons que les symptômes radiologiques des modifications hilaires pathologiques sont de trois ordres (Chaperon) : l'absence de netteté des contours artériels, la disparition des clartés bronchiques normales, et enfin les ombres surajoutées qui peuvent être ou ganglionnaires, ou congestives ou bien liées à la stase sanguine.

On ignore à l'heure actuelle si une adénopathie inflammatoire simple, non tuberculeuse, est toujours visible ou non aux rayons X. On ne peut encore, d'après la radioscopie, affirmer la nature tuberculeuse d'une adénopathie de médiocre volume : toute lésion pulmonaire s'accompagne de réaction ganglionnaire, mais celle-ci ne dure pas plus de quelques mois (coqueluche, rougeole). Une adénopathie volumineuse, une adénopathie s'accompagnant de lésions du parenchyme pulmonaire ou des plèvres est généralement de nature tuberculeuse.

IV) Signes biologiques.

Puisque les diverses méthodes dont nous venons d'indiquer rapidement les possibilités n'aboutissent pas toujours avec certitude au diagnostic de tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, il est indispensable de recourir aux méthodes biologiques. Et leur emploi sera justifié dans un très grand nombre de cas, si l'on admet cette opinion, émise par M. Marfan, que chez des enfants de moins de 6 ans on peut voir, dans près de la moitié des cas où l'exploration aux rayons X permet de penser qu'il existe un gonflement des ganglions trachéo-bronchiques, la cuti-réaction être négative, et le rester, même répétée à des intervalles éloignés.

C'est en effet la cuti-réaction qui constitue la méthode biologique de choix pour le dépistage de la tuberculose infantile : la réaction de fixation est trop complexe à effectuer et trop discutée dans ses résultats pour qu'elle ait pu entrer dans la pratique.

La cuti-réaction est au contraire à la portée de tout praticien : il suffit d'avoir à sa disposition de la tuberculine *brute* dite pour usage vétérinaire, et un vaccinostyle ; on pratique sur le bras gauche deux scarifications verticales de 5 mm. ; le plus haute sert de témoin, et on dépose sur l'autre une goutte de tuberculine, on laisse sécher cinq minutes. On lit le résultat au bout de 24 ou 48 heures. Les résultats doivent naturellement être interprétés.

Une cuti-réaction positive indique l'existence, dans l'organisme d'un bacille de Koch vivant (ce qui ne veut pas dire forcément : tuberculose en évolution) ; on a donc les plus grandes chances de ne pas se tromper en concluant à l'origine tuberculeuse de l'adénopathie trachéo-bronchique déjà diagnostiquée. On se rappellera du reste que la cuti-réaction a d'autant plus de valeur que l'enfant est plus jeune.

Une cuti-réaction négative signifie en général : organisme indemne de tuberculose. Il faut savoir cependant que certaines causes, dites *causes*

d'anergie, peuvent empêcher un tuberculeux de réagir à la tuberculine : contamination trop récente, ou inversement lésions très étendues, cachectisantes ou en évolution granulique, *rougeole*, et aussi pneumonie, grippe, coqueluche, affections graves du foie (N. Fiessinger et P. Brodin). Si on a un doute, il sera opportun de répéter la cuti-réaction, ce qui permettra ainsi d'arriver à une certitude.

On voit donc qu'en matière de tuberculose des ganglions bronchiques comme en cas de tuberculose pulmonaire, le diagnostic ne peut se fonder sur un seul signe, mais qu'il faut mettre en œuvre tous les procédés d'exploration, cliniques, radiologiques, biologiques : il n'existe pas de maître symptôme, pathognomonique, dont la constatation dispense de réfléchir et de poursuivre l'examen ; il faut interpréter les différents signes, confronter les diverses méthodes.

L'enquête clinique a une haute valeur : c'est elle qui attire l'attention sur les ganglions trachéo-bronchiques qu'il s'agisse de troubles de l'état général (pâleur, amaigrissement), ou de signes fonctionnels (toux coqueluchoïde ou bitonale, stridor ou cornage, bronchites à répétition). La notion d'un contact, prolongé ou passager, avec un tuberculeux doit faire suspecter la nature bacillaire du syndrome observé.

Les signes physiques n'ont pas mérité la sévérité que certains auteurs leur ont témoignée : il n'y a pas de « faillite » de la percussion et de l'auscultation, mais il y a des défaillances. Bien des adénopathies restent, devant ces méthodes, tout à fait latentes, parce que trop peu volumineuses, ou trop profondément situées ; inversement certains signes (dilatation des veines sous-cutanées, signe (d'Eustace Smith) peuvent exister sans qu'il y ait adénopathie trachéo-bronchique. Mais les ganglions *volumineux* n'échappent pas à l'examen physique, soigneusement pratiqué par un médecin averti.

L'examen radiologique n'est pas lui-même à l'abri de toute cause d'erreur, et il est responsable, tant qu'on interprétait mal les ombres hilaires, du nombre excessif d'adénopathies qu'on avait diagnostiquées entre 1910 et 1922. Il existe du reste des ombres d'interprétation difficile, pour lesquelles le radiologiste ne pourra pas donner de conclusion ferme. D'autre part, dans bien des cas, l'examen radiologique ne permet pas de reconnaître la *nature* de l'adénopathie constatée.

Enfin, la *cuti-réaction* permet d'éviter l'erreur qui consisterait à affirmer la tuberculose, parce qu'il y a adénopathie, en méconnaissant les adénopathies simples, non tuberculeuses.

L'âge du malade est d'une extrême importance quand il s'agit de confronter les différents signes et d'en estimer la valeur relative. Chez le nourrisson, la cuti-réaction possède une signification particulièrement nette : elle traduit presque toujours l'existence d'une bacillose évolutive, et permet presque, à elle seule, d'affirmer l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Plus l'enfant avance en âge, moins la cuti-réaction garde de valeur : à 9 ans, disent Génévrier et Bonnin 60 % des cuti-réactions sont positives, alors que chez 19 % seulement il existe des adénopathies cliniquement décelables ; et la question se complique encore du fait de l'existence des « infections intriquées » (Nobécourt), soit qu'une adénopathie simple se complique de tuberculose, soit qu'une adénopathie tuberculeuse se complique d'inflammation banale, soit qu'il y ait coïncidence des deux infections. C'est par conséquent dans la deuxième enfance que le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique devra être entouré du maximum de garanties : pesées répétées, courbes thermiques soigneusement établies, examen physique minutieux, radioscopie aidée de radiographies si un doute subsiste. C'est de cette façon qu'on évitera les deux écueils qui menacent le praticien : interrompre à tort les études d'un enfant qui n'est pas atteint de tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques ; méconnaître une adénopathie discrète et la laisser évoluer jusqu'à des lésions ganglio-pulmonaires difficilement curables.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Pronostic immédiat et éloigné des opérations césariennes abdominales conservatrices.

D'après une leçon du professeur JEANNIN (1)

L'opération césarienne est une opération grave, et c'est bien à cause de sa gravité que l'on réduit les interventions de ce genre au minimum, si bien que depuis 1922, sur 4.881 accouchements, 49 césariennes, soit 1 pour cent seulement ont été pratiquées.

Le *pronostic immédiat* comporte l'étude de la mortalité et de la morbidité.

La mort au cours même de l'intervention est rarissime, absolument exceptionnelle ; elle peut survenir du fait d'une hémorragie incoercible, mais actuellement en pareille circonstance, on pratique immédiatement une hystérectomie qui est salvatrice.

Quant à la mort pendant les suites opératoires, elle est de 8 sur 49, soit de 16 pour cent.

Les causes de mort sont ici les mêmes que dans la plupart des grandes laparotomies. Sur ces 8 cas, il y a eu 2 péritonites, 1 infection puerpérale, 2 occlusions intestinales, 2 hémorragies par insertion vicieuse du placenta, un shock.

Le shock est une cause rare de mortalité, on ne peut guère dire exceptionnelle. Il se produit dans les quelques heures qui suivent l'opération. On invoque pour l'expliquer, d'une part, des phénomènes sympathiques, car l'utérus est une véritable boule de nerfs. Sont plus spécialement exposées au schock les femmes ayant subi des manœuvres plus prolongées, notamment pour extérioriser l'utérus ; ce serait le seul argument valable pour ceux qui proscrivent l'extériorisation de l'utérus.

L'hémorragie est ce qui a le plus frappé les anciens observateurs ; on a préconisé de faire systématiquement une piqûre d'ergotine ou le tamponnement. En somme l'hémorragie est exceptionnelle : M. Bar a vu sur 165 cas deux cas mortels, mais les parturientes étaient atteintes de troubles gravido-cardiaques graves.

L'occlusion intestinale chez les césariennisées est tantôt très manifestement liée à la péritonite, tantôt sans péritonite constatable. Elle semble, comme le pense M. Bar, encore moins rare après la césarienne qu'après les autres laparotomies. Ce sera toujours une de nos craintes post-opératoires, comme la dilatation aiguë de l'estomac. Ce serait très grave si actuellement on n'avait pas des moyens d'y parer.

La cause de mortalité de beaucoup la plus fréquente est l'*infection*. Ce peut être la septicémie, l'infection veineuse, ou la péritonite.

La septicémie est due vraisemblablement à ce qu'au moment où on l'opère, la femme était porteuse, dans son utérus, d'un germe, généralement d'un streptocoque, doué de virulence et de vitalité suffisantes pour essaimer.

Les infections veineuses sont, soit sous forme limitée, atténuée, locale et tardive : c'est la *phlegmalia alba dolens* ; soit sous forme d'*embolie pulmonaire*, avec brusque point de côté, température, crachats hémoptoïques ; soit sous *forme pyhoémique*.

On est hanté surtout par la crainte de la péritonite dans les jours qui suivent la césarienne, on regarde si le ventre respire, si l'évacuation des gaz a pu se faire, si la malade n'a ni hoquet, ni vomissements, si elle n'a pas ce léger subictère qui souvent nous révèle l'infection. Cette cause de mortalité est plus importante que l'infection puerpérale.

Pourquoi la péritonite est-elle si fréquente à la suite de la césarienne ?

Pendant longtemps on a cru que la cause capitale était l'issue du liquide amniotique dans l'abdomen. Cette souillure sera réduite par le soin avec lequel on extériorisera l'utérus, plaçant tout autour un matelas d'épaisses compresses qui absorberont les moindres gouttes de liquide.

Malheureusement la plaie peut se désunir par suite de contractions utérines : l'utérus passe par des alternatives de systole et de diastole, et par conséquent il tiraille les fils et les disjoint. Il faut citer à ce propos l'observation si frappante de M. Bué, de Lille.

Le suintement de la plaie utérine peut contaminer le péritoine.

En résumé, les causes de mort immédiate, dans les quinze premiers jours, sont le shock, l'hémorragie, l'occlusion intestinale, peut-être la dilatation aiguë, enfin les infections, notamment la péritonite.

Le pronostic varie suivant les cas cliniques, suivant les indications, d'après le moment de l'intervention, enfin suivant que la césarienne est première ou qu'elle est itérative.

Au point de vue du pronostic, et surtout de la mortalité, il y a de bonnes indications, et il y en a de médiocres, de mauvaises, d'exécrables. Une excellente indication, c'est le bassin rétréci.

---

(1) Leçon faite à la Maternité de l'hôpital de la Pitié et recueillie par le Dr LAPORTE.

Puis viennent, par ordre décroissant, les tumeurs prævia, la rigidité du col, les obstacles vaginaux, l'insertion vicieuse du placenta.

Le point important, sur lequel actuellement roulent toutes les discussions, c'est le moment où l'opération est faite ; c'est la distinction entre les *cas purs* et les *cas impurs*. La femme dite en état pur est celle qui commence à peine son travail et n'a pas été touchée, n'a subi aucune manœuvre par voie basse, dont les membranes sont intactes, dont le col est même à peine en voie de s'ouvrir et qui, bien entendu, a une température de 36°8 ou 37°, avec un pouls à 60.

Sur 29 cas purs, une femme est morte, c'est une proportion de 3 %, c'est-à-dire la mortalité banale des opérations actuellement pratiquées.

Les conditions de gravité sont la durée du travail, la rupture de la poche des eaux ; ce sont les femmes présentant des signes quelconques d'infection amniotique, température à 38°, accélération du pouls, subodeur du liquide amniotique, les femmes trop touchées, ou touchées sans précaution, celles qui ont subi des manœuvres d'extraction qui ont échoué.

Dans ces cas impurs, trois techniques ont pu être employées.

L'une consiste à pratiquer la césarienne ordinaire. Un deuxième procédé, plus sûr, consiste à drainer l'utérus à la Mickulicz. Le troisième, dû au docteur Portes, consiste à extérioriser l'utérus et à ne le réintégrer dans l'abdomen qu'une fois pur.

Mais, en somme, malheureusement, quelle que soit la technique utilisée, en présence d'un cas impur, il faut s'attendre à des résultats déplorables.

Sur six césariennes tardives, au cours du travail, il y a eu 4 morts, soit 66 %.

La *césarienne itérative* est beaucoup plus grave qu'une première césarienne. C'est une opération beaucoup plus longue, parce qu'on se bute à des adhérences, à des rapports modifiés, parce qu'on craint de blesser l'intestin. La mortalité est de 25 %.

La morbidité est peu intéressante. On peut voir des suites fébriles qui ne durent pas, de petites infections, la phlegmatia, des *fistules utéro-pariétales* qui peuvent être permanentes : dans un cas une fistule de cette variété permettait à la femme d'avoir ses règles par l'ombilic. Il y a des accidents qui peuvent entraîner des hystérectomies. On peut signaler les tiraillements douloureux, les utérus suspendus, la gêne de la vessie, l'éventration plus ou moins complète, la désunion de la paroi, d'autant plus fréquente qu'il y a des femmes physiologiquement éventrées avant l'opération.

Tel est le pronostic immédiat de la césarienne.

L'avenir des césariennisées doit être envisagé à deux points de vue : l'avenir chirurgical, d'une part, et, d'autre part, l'avenir obstétrical.

La persistance de fistules est très rare. La persistance d'adhérences donnant lieu à des douleurs constituant parfois des infirmes du ventre, les troubles intestinaux, la crainte possible d'une occlusion intestinale, ne sont pas fréquentes.

Au point de vue de l'avenir obstétrical, il est moins parfait. On peut observer à la suite de la césarienne, d'abord, la stérilité, qui est le fait de l'intervention, ou qui est une stérilité volontaire.

On peut observer l'interruption avant terme des grossesses, par avortement, ce qui est rare, ou par accouchement prématuré, ce qui serait fréquent. Ou bien la grossesse va jusqu'à terme. C'est de beaucoup le cas le plus fréquent.

La femme peut aller à terme et accoucher par les voies naturelles, spontanément ou non. On ne compte plus les cas d'accouchements post-césariens, la possibilité bien certaine, évidente, d'accouchements par voie basse. La femme opérée n'est pas fatalement vouée pour toujours aux césariennes.

Pour les cas de césariennes itératives, ils ne se comptent plus. On a pu pratiquer jusqu'à quatre, cinq et six fois la césarienne chez la même femme. En pratique, on admet qu'après deux ou trois opérations césariennes, la femme doit être stérilisée.

Mais, dans d'autres cas, la femme n'accouche pas spontanément, elle fait une rupture utérine, qui n'est pas autre chose que la désunion de la cicatrice. C'est rare, puisque d'après Mauriceau et M. Bar, cela ne se voit que dans 4 % des cas, mais fréquent comparativement aux autres ruptures de l'utérus, qui n'atteignent pas quatre sur mille.

Cette rupture peut se produire pendant les trois derniers mois de la grossesse, mais la plupart des cas ont été constatés pendant le travail.

Elle a quelquefois des conséquences cliniquement nulles. On cite une observation de l'Hôtel-Dieu dans laquelle à la laparotomie on trouve un œuf entier dans l'abdomen d'une femme qui se promenait sans se douter qu'elle avait une rupture utérine.

Il faut noter que ces ruptures par désunion de cicatrice n'ont pas le même pronostic que les ruptures ordinaires de l'utérus. En effet, on est vivement frappé de voir leur extraordinaire et facile guérison.

Ce qui assombrit le pronostic, presque toujours fatal, des ruptures utérines ordinaires, c'est l'infection, et c'est l'hémorragie.

Ces conditions ne sont pas réalisées dans la disjonction d'une cicatrice césarienne. La femme

peut être absolument pure, le liquide amniotique n'est pas nécessairement souillé, il n'y a aucune hémorragie d'autant plus que la suture a été faite sur la ligne avasculaire médiane.

Somme toute, la césarienne conservatrice abdominale est une opération grave. Dans l'état actuel de la science, il faut réserver la césarienne avec conservation de l'utérus aux cas purs. Il ne faut jamais hésiter à amputer un utérus, dès qu'on ne se trouve plus en présence de ces cas donnant toute sécurité. Il faut savoir ne pas rétrécir le domaine pénible de l'hystérectomie, opposée à l'hystérotomie. Enfin il ne faut jamais hésiter à stériliser une femme après sa deuxième ou troisième césarienne itérative.

FAITS OBSTÉTRICAUX

Accouchement au 7e mois d'un enfant vivant, sans pariétal gauche,

Par

M. Jean PERSON, interne et Mme CAUDERLIER-MATHIS, sage-femme en chef

de l'hôpital de Saint-Denis.

Le 8 août 1925, nous recevons à la Maternité de l'hôpital de Saint-Denis, une secondipare, Madame N..., dont les dernières règles datent du commencement de janvier, et qui n'a pas consulté pendant sa gestation, son premier accouchement s'étant passé normalement.

Le fond utérin est à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le col est à dilatation complète. Les membranes sont rompues. La tête fœtale est engagée en D. P. Les bruits du cœur sont bons. L'analyse des urines ne dénote pas la présence d'albumine.

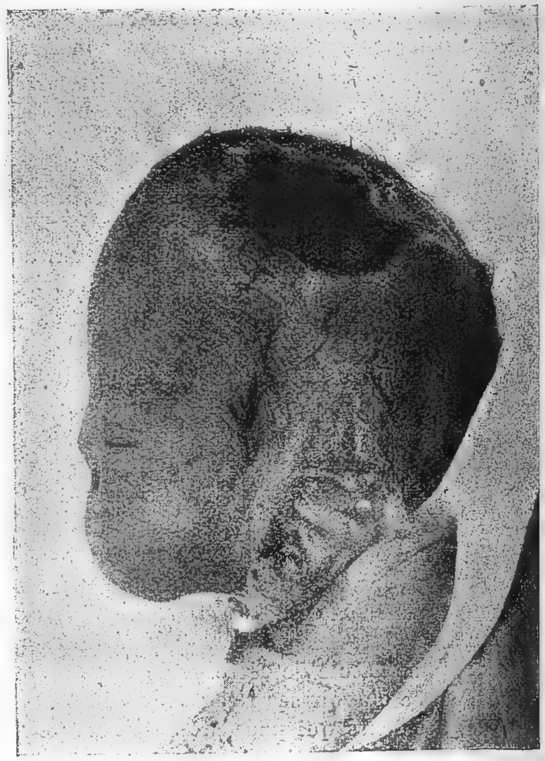
Très rapidement, un enfant masculin vivant, pesant 2.050 grammes, est expulsé en O. S. Trente-cinq minutes plus tard, le placenta sort spontanément. C'est un placenta découronné, à gros cotylédons, d'aspect chair à saucisse, pesant 375 grammes.

L'enfant, au facies mongolien, ne semble pas, tout d'abord, devoir retenir notre attention. Débile, il n'en est pas moins assez vigoureux. Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume ; mais, sur le côté gauche de la tête, et répondant à toute la surface que doit occuper le pariétal, nous constatons une dépression où le cuir chevelu fait totalement défaut. Cette dépression semble comblée par une simple membrane d'aspect luisant et fragile, animée de pulsations, laissant voir un riche réseau sanguin, et qui est comme tendue, d'une part entre les faces internes du temporal gauche et du pariétal droit, et, d'autre part, entre celles du frontal et de l'occipital, mais qui se continue avec les membranes du cerveau et adhère sur tout son pourtour, aux plans normaux superficiels, par un bord nettement limité taillé à pic, de couleur rougeâtre.

Peu à peu, l'enfant perd de sa vivacité. La respiration devient irrégulière, il gémit. La mort survient, sans raison apparente, trois heures après l'accouchement.

Par une incision menée au milieu de la dépression, nous trouvons, de la superficie à la profondeur, trois membranes.

La première, transparente, parcheminée, est difficilement isolée par suite d'adhérences avec le plan sous-jacent.



La deuxième, épaisse, dure, de couleur brun rosé, et la troisième mince, blanchâtre, transparente, répondent à la dure-mère et à l'arachnoïde. Immédiatement au-dessous, nous trouvons, en effet, le cerveau,

non sans avoir fait sourdre quelques gouttes de liquide très légèrement teinté.

Nous notons, par ailleurs, que tout le reste de la tête est normalement constitué.

En présence d'une telle anomalie : absence de téguments, absence de pariétal, nous interrogeons la mère. De son côté, rien d'intéressant. Nous ne relevons aucun antécédent héréditaire, ni personnel. L'examen de son sérum sanguin est, par deux fois, négatif à la réaction de Bordet-Wassermann. Sa première gestation, qui serait due au même procréateur, a été menée à terme en 1923, et a donné un enfant vivant, actuellement bien portant.

Par contre, du côté du procréateur, nous apprenons qu'en septembre 1924, alors qu'il était au service militaire, il a présenté une ulcération de la région amygdalienne gauche, lui occasionnant une légère gêne à la déglutition, suivie, peu de temps après, de l'apparition d'un ganglion sous-maxillaire, du même côté. Il fut alors traité au bleu de méthylène, mais sans résultat.

Examiné de nouveau, le 8 octobre 1924, au Centre de M..., on constata, sur le lobe inférieur de l'amygdale gauche, une ulcération arrondie en cupule, recouverte d'une couenne vernissée, épaisse, en même temps que le ganglion sous-maxillaire augmentait de volume et provoquait une douleur plus vive. Un prélèvement ultra-microscopique dénota la présence d'une association fuso-spirillaire et de tréponèmes. Le Hecht était positif, le 10 octobre 1924. Le malade se souvint alors d'avoir eu un coït buccal en juillet.

Le traitement antispécifique, commencé le 24 octobre 1924, consista en une seule série de novarsenobenzol (0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, et 0.75). Après la troisième piqûre, la réaction de Hecht était négative ; le malade présenta des signes d'intolérance, à la dose de 0.75. Ce traitement fut interrompu par la libération.

Toutefois, trois examens de sérum sanguin, pratiqués depuis à P..., donnaient un Bordet-Wassermann négatif.

Devant tous ces faits, nous nous demandons si, chez l'enfant en question, l'absence totale du pariétal gauche n'est pas une manifestation de la syphilis, manifestation qui nous a semblé suffisamment intéressante pour être signalée.

TRAITEMENT DE L'INTOXICATION PAR LA COCAÏNE

Par M. Journé.

La cocaïne a de nombreuses utilisations en médecine et en chirurgie. En médecine, on l'emploie en *solutions* plus ou moins concentrées ou en *poudres* composées, et on l'administre par la voie nasale, par la voie gastrique, par la voie rectale, par la voie sous-cutanée et intra-musculaire. En chirurgie, la cocaïne est utilisée pour les anesthésies locales et pour les anesthésies régionales : on l'administre surtout en *solutions* par injections rachidiennes, para-vertébrales, épidurales.

Des accidents de forme légère, moyenne ou grave peuvent survenir du fait de l'administration de la cocaïne, comme du fait de tout médicament. Les accidents relevant vraiment de la cocaïne, d'allure grave, sont d'ailleurs beaucoup plus rares qu'on ne le dit. J'ai eu l'occasion, dans ces dernières années, de prescrire la cocaïne dans des centaines de cas et, en me renfermant dans les doses du Codex, je n'ai jamais constaté que quelques accidents légers. C'est à l'occasion de ces troubles légers que j'ai été amené à préconiser un traitement du cocaïnisme radicalement opposé à celui qui est indiqué par les auteurs classiques.

Au début de l'administration de la cocaïne, j'ai voulu étendre les sujets suivant les préceptes enseignés par tous. Or, dans quelques cas, où je me suis trouvé avoir affaire à des personnes présentant une instabilité cardiaque, une susceptibilité névropathique, un état d'intoxication par l'alcool, par des arsenicaux..., j'ai observé, dès l'administration du médicament, quelques troubles consistant en tachycardie, léger tremblement des mains, pâleur de la face, sensation de constriction des mâchoires, émotivité... J'eus l'idée de faire passer les malades de la position couchée à la position assise, et j'eus la surprise de constater chaque fois, dans ces quelques cas légers, que les incidents rétrocédaient presqu'immédiatement.

On a préconisé la position couchée dans l'administration de la cocaïne, parce qu'on était sous l'impression du traitement des états syncopaux qui n'ont rien à faire avec les accidents du cocaïnisme et qui rétrocèdent immédiatement dès qu'on étend le malade. Dans la syncope émotive ou autre, il y a une défaillance cardiaque plus ou moins marquée et une anémie passagère des centres encéphaliques. Lorsqu'on étend le malade, le sang arrive en quantité plus grande dans l'encéphale et rétablit l'équilibre circulatoire. Dans le cocaïnisme au contraire, l'intoxication se manifeste par une congestion cérébrale plus ou moins intense et évidemment on exagère cette congestion en mettant le malade en position couchée. Les dentistes nous offrent une contre-épreuve tout à fait typique. Ils pratiquent constamment pour les extractions dentaires ou au-

tres soins dentaires, des injections de cocaïne de cinq milligrammes à un centigramme pour un gramme d'eau, dans des régions très vasculaires et rapprochés des centres encéphaliques, comme les gencives ; or, ils ont rarement des accidents légers et pour ainsi dire jamais des accidents graves.

Lorsqu'un accident moyen ou grave est déclanché, non seulement on étend le malade, mais généralement on fait des injections de caféine qui exagèrent la congestion cérébrale, ou des injections d'adrénaline, toxique qui est un violent poison convulsivant, même à la dose de cinq milligrammes. Souvent encore, on fait des inhalations de nitrite d'amyle, on pratique la respiration artificielle, etc... On fait, en somme, toute une série d'interventions peu logiques qui exagèrent l'état d'une malade.

Aussi je préconise, dans la mesure du possible, d'administrer la cocaïne en position assise ou demi-couchée, de renoncer absolument à la pratique qui consiste à étendre le malade lorsqu'il présente des accidents. Il faut laisser de côté tout l'arsenal des médicaments toni-cardiaques et convulsivants.

Le traitement le plus rationnel du cocaïnisme léger et moyen consiste à placer le malade en position demi-assise, ou demi-couchée, dans de bonnes conditions pour respirer et à faire une injection de *pantopon* pour combattre la défaillance. Si ce sont les phénomènes spasmodiques qui prédominent, on fait une injection de *somnifène* (le quart ou la moitié de l'ampoule).

Les boissons chaudes alcoolisées, à base de rhum, peuvent être utilement données, toutes les fois que le malade est en état d'avaler des liquides. Les inhalations d'éther, quelques gouttes d'alcool de menthe peuvent prévenir une lipothymie. On frictionne la région précordiale (1).

La saignée est indiquée dans les cas très graves avec manifestations congestives de l'encéphale. On place des compresses chaudes sur le front et aux pieds.

Les accidents très graves surviennent dans deux cas : 1° chez les cocaïnomanes qui ont pris par la voie nasale ou sous-cutanée plusieurs grammes de cocaïne ; 2° chez les opérés auxquels on a fait une injection soit rachidienne, soit épidurale, soit para-vertébrale de 10 ou 15 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en solution.

Les accidents qui surviennent en chirurgie ne doivent pas d'ailleurs être toujours attribués à la cocaïne. Pratiquement, il faut donner des doses élevées administrées en une seule fois, de plus de 20 cg. de cocaïne, pour avoir des accidents sérieux, chez un sujet normal (1). Or, en chirurgie, les accidents surviennent avec des doses infiniment moindres, dès le début de l'injection. On a affaire à des sujets hypersensibles à la cocaïne, comme d'autres le sont à d'autres médicaments ou même à des aliments. C'est l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie du sujet qui fait toute la gravité de l'accident : la cocaïne n'y est pour rien. On peut d'ailleurs éviter ces accidents : 1° en tâtant la susceptibilité du sujet avec des doses minimes ; 2° en s'assurant surtout qu'on a affaire à une cocaïne *naturelle*, obtenue par l'extraction des feuilles de coca, et non pas à une cocaïne *de synthèse* qui est beaucoup plus toxique que la cocaïne végétale, comme tous les alcaloïdes de synthèse. La cocaïne de synthèse, les succédanés de la cocaïne obtenus par synthèse (novocaïne, néocaïne, stovaïne), sont, en somme, à la cocaïne pure ce qu'est la saccharine au sucre de canne ; ce sont des toxiques qui ont leurs indications, mais qui n'ont pas les avantages de la cocaïne et sont loin d'avoir de l'innocuité. J'ai eu l'occasion d'examiner la cocaïne dans un grand nombre de cas où je l'ai prescrite et j'ai constaté que souvent, et suivant les fabrications, j'avais affaire à des cocaïnes artificielles qui n'avaient aucune des propriétés organoleptiques ou autres de la cocaïne et étaient même toxiques. Le décret de 1916, qui oblige les médecins à n'utiliser la cocaïne qu'associée à d'autres poudres ou en solutions préparées d'avance qui s'altèrent, car la cocaïne est un produit très instable et facilement altérable, rend les contrôles plus difficiles et favorise dans quelques cas les fraudes.

Le traitement des accidents graves est aléatoire parce que la cocaïne n'est souvent pour rien dans ces accidents et qu'il s'agit d'idyosyncrasie ou d'insuffisance rénale, hépatique, glandulaire... plus ou moins méconnue, contre lesquels la thérapeutique est impuissante. Le traitement est également précaire lorsqu'il s'agit d'accidents graves survenant à la suite de doses massives d'un gramme ou plus (doses qui ne sont d'ailleurs jamais utilisées en thérapeutique et qui ne s'observent que dans les intoxications volontaires ou toxicomaniaques). Le toxique pris à doses massives a sidéré les centres bulbaires; le malade, après une crise grave d'agitation, entre dans un sommeil comateux qui peut se prolonger un jour et plus et dont il ne sort assez souvent que pour mourir, ou meurt de suite.

En résumé, le traitement des accidents d'ordre thérapeutique me paraît devoir être tout à fait l'inverse de celui qu'on institue habituellement. Il réside dans les indications suivantes :

(1) Il est bon de faire marcher les malades ; dès qu'ils ont fait quelques pas dans la pièce, les troubles se dissipent.

(1) La dose mortelle de cocaïne n'est pas bien déterminée : elle paraît être d'environ 50 centigrammes à un gramme de cocaïne, pris en une seule fois. Le cobaye succombe à 1 centigramme.

Position demi-assise ou demi-couchée ;

Frictionner le sujet, le faire marcher ;

Pas de toni-cardiaques ;

Pas de médicaments stimulants ou convulsivants comme l'adrénaline ;

Pas de respiration artificielle ;

Recommander de respirer profondément ;

Faire une injection de morphine ou mieux de pantopon Roche ;

Donner des boissons alcooliques chaudes ;

Faire une injection de somnifène s'il y a des troubles psycho-moteurs trop marqués ;

Savoir attendre un ou deux jours le réveil qui suit le sommeil comateux, dans les cas heureux d'intoxication très grave. La saignée a des indications dans ces cas.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La transfusion du sang dans la débilité congénitale du nouveau-né.

Le Pr Guéniot a pensé qu'appliquée aux prématurés débiles, souvent d'élevage difficile et de vitalité précaire, la transfusion du sang pourrait exercer une action stimulante sur le fonctionnement et sur le développement des organes.

Les résultats obtenus démontrent bien que la transfusion — comme toute autre médication — est incapable de sauver tous les débiles, qui la subiront : enfants sur le point de succomber, ou d'une vitabilité trop précaire pour que l'organisme puisse réagir (syphilis, etc.). Elle n'empêche pas non plus l'intervention des causes qui peuvent ultérieurement menacer la vie de l'enfant : soins insuffisants ou mal réglés, froid, infection.

Mais l'auteur croit avoir établi que la transfusion est un moyen autrement efficace que les divers sérums pour stimuler la vitalité des débiles (ascension de la température subnormale, augmentation du poids), des enfants qui dépérissent ou ne s'accroissent pas, et déclencher chez eux une amélioration des fonctions nutritives, de l'état général, et une poussée d'accroissement.

D'ailleurs les quantités de sang faibles, négligeables pour le donneur, représentent pour le nouveau-né des quantités en réalité formidables et autrement importantes que celles qu'on transfuse à l'adulte. En effet, lorsqu'à un adulte, ayant 5 litres de sang, on transfuse 400 cmc., c'est le 12e de sa quantité de sang normale. Un nouveau-né à terme de 3.500 grammes, dont la quantité de sang est d'environ 190 à 200 cmc. reçoit lorsqu'on lui transfuse 20 cmc. le 10e de sa quantité de sang normale. Enfin un prématuré de 1.500 gr., si sa quantité de sang est proportionnelle à celle du nouveau-né à terme, doit avoir environ 85 à 90 cmc. de sang ; si on lui transfuse 15 cmc, c'est donc le 6e qu'il recevra.

Technique. A part les cas, où elle est atteinte de tuberculose ou d'une maladie infectieuse, la mère est la donneuse naturelle pourvu qu'il n'y ait pas incompatibilité entre son sang et celui de son enfant (faire l'épreuve de Beth-Vincent).

Le prélèvement de 15 à 20 cmc. se fait dans une veine du donneur au moyen d'une seringue munie d'une grosse aiguille, préalablement humectée intérieurement sur toute sa paroi avec une solution stérilisée de citrate de soude au 1/10, dont on laisse un cent. cube à l'intérieur.

La tête de l'enfant est alors fixée par un aide, qui l'immobilise attentivement, On ponctionne le sinus longitudinal supérieur, de préférence au niveau de la fontanelle postérieure en dirigeant l'aiguille, fine à biseau court, que l'on porte dans la direction de la suture sagittale suivant une faible obliquité, presque tangentiellement au crâne, en restant bien sur la ligne médiane. (Le sinus longitudinal supérieur est plus gros au niveau de la fontanelle postérieure qu'au niveau de l'antérieure et l'on est moins exposé à le manquer.) Lorsque l'issue du sang montre qu'on est dans le sinus, on adapte à l'aiguille, en veillant bien à ne pas la déplacer par des mouvements malencontreux, la seringue contenant le sang à transfuser, qu'on injecte très lentement pour éviter de produire un trop brusque excès de pression, et de faire éclater des vaisseaux plus ou moins fragiles, comme les veines cérébrales débouchant dans le sinus.

La transfusion a été parfois répétée une seconde fois au bout de 3 à 4 jours, lorsqu'une première transfusion n'a pas amené l'amélioration de l'état général et la poussée d'accroissement qu'on espérait. Il ne faut cependant pas multiplier les transfusions avec le sang du même donneur, même du même groupe sanguin, à cause de l'apparition possible chez le transfusé d'iso-agglutinines et d'iso-hémolysines spécifiques contre les globules du donneur. (*La Médecine*, avril 1925.)

L'athrepsie et ses lésions.

Ainsi que l'écrivent MM. Mouriquand et Bernheim, l'athrepsie pure ressortit surtout à la sous-alimentation ; c'est là en effet la seule cause, ou à peu près, de dénutrition qui détermine, au moins au début de son intervention, une hypothrepsie pure. Malheureusement, ces cas

purs sont rares, car, d'une part, le terrain athrepsique est très propice à l'éclosion d'infections secondaires, et, d'autre part, des maladies générales (voies digestives, syphilis, tuberculose) peuvent aussi causer des athrepsies secondaires.

Ces notions montrent les difficultés que l'on rencontre dans l'étude clinique de l'athrepsie. Et dans l'athrepsie pure on est de plus frappé par la négativité absolue des examens histologiques.

L'étude de l'athrepsie expérimentale fait ressortir qu'un syndrome du type athrepsique peut être obtenu par l'intermédiaire de l'avitaminose C ; peut-être celle-ci rentre-t-elle parmi les facteurs de l'athrepsie humaine ? Elle établit d'autre part l'inactivité du foie, probablement en rapport avec une absence d'assimilation.

Les constatations chez l'animal font voir également, avec une grande évidence, combien une simple cause alimentaire peut retentir sur le fonctionnement des organes de première importance en y provoquant des lésions graves, qui expliquent dans une large mesure, l'impossibilité habituelle du retour *ad integrum* de la nutrition générale, malgré le rétablissement d'un régime normal.

Elles permettent enfin de supposer l'existence à la base de l'athrepsie d'un trouble, sans doute profond, de l'adsorption intestinale. Celui-ci est-il dû à une insuffisance des ferments digestifs, ou bien la cellule intestinale elle-même en est-elle responsable ? Des recherches histologiques ultérieures permettront certainement de le savoir. (*Paris médical*, 2 mai 1925.)

Traitement des fractures des doigts.

Les radiographies montrent que les résultats, tant anatomiques que fonctionnels, obtenus dans les traitements usuels des fractures des doigts sont généralement très imparfaits.

En effet, dit E. VALLET, le traitement rationnel de ces fractures implique la réalisation de deux conditions qui semblent incompatibles : maintenir la réduction des fragments et éviter les raideurs articulaires. Or, les praticiens se bornent à rechercher l'une ou l'autre de ces conditions, soit par une immobilisation parfaite (appareils inamovibles en plâtre ou gutta-percha) soit par une contention relative avec attelles.

L'auteur propose un appareil qui remplit toutes les indications d'un traitement complet ; il comprend une attelle en aluminium, perméable aux rayons X, qui, large de 2 cm., se compose d'une partie rectiligne longue de 10 cent., à laquelle fait suite sous un angle obtus de 135°, une deuxième partie. La première partie correspond d'abord à la paume de la main, puis finalement à la phalange fracturée, l'articulation qui lui fait suite correspondant, elle, à l'angle de l'appareil, et la phalange suivante étant fixée par des bandes ou du leucoplaste sur la 2e partie. Ce point constitue l'extension, et la contre-extension est réalisée au moyen de crochets sur glissière (qui se meut le long de la portion rectiligne) et qu'on adapte au niveau des plis interdigitaux au-dessus de la fracture.

Cet appareil applicable à tous les cas permet tous les soins et le contrôle radiographique ; il remplit toutes les indications d'un traitement complet de la fracture des doigts. (*La Presse médicale*, 6 mai 1925.)

A propos du traitement chirurgical des dystocies pelviennes dans les cas impurs.

Dans le traitement des cas de dystocie, pour lesquels les interventions obstétricales par les voies naturelles ne permettent pas sûrement l'extraction de l'enfant vivant, la césarienne classique tient une place de premier plan, mais la conservation de l'utérus après l'hystérotomie exige que le vagin, l'utérus et l'œuf ne soient pas infectés.

Dans les cas où cette infection est certaine, la césarienne conservatrice devient une opération dangereuse, par les risques suivants : développement d'une péritonite secondaire par désunion plus ou moins tardive de la suture utérine infectée ; développement d'une septicémie puerpérale.

Dans ces conditions, les techniques dont on dispose sont de deux ordres : 1° celles ayant pour objectif l'agrandissement momentané du bassin par pelvitomie, si la dilatation est déjà avancée, et si l'obstacle à l'accouchement est constitué par un rétrécissement modéré du bassin osseux, circonstances assez rares ; 2° celles extrayant l'enfant par voie abdominale, sans attendre la dilatation complète, ce qui aboutit trop souvent à la mort de l'enfant. Ces techniques sont l'hystérectomie (mutilation toujours regrettable chez une femme jeune), la marsupialisation de l'utérus (n'ayant pas donné les résultats espérés), le drainage à la Mickulicz (protégeant contre l'infection, mais donnant souvent une cicatrisation vicieuse de l'utérus dangereuse pour l'avenir), enfin la césarienne conservatrice suprasymphysaire (moins dangereuse que la césarienne classique, mais n'évitant pas toujours la contamination).

L. PORTES propose, en pareils cas, une tentative nouvelle de conservation, s'efforçant de réduire le champ des hystérectomies après césarienne et des embryotomies.

C'est une opération, qui comprend deux actes distincts séparés l'un de l'autre par un laps de temps de 15 jours à un mois :

1° Extériorisation de l'utérus et fermeture de l'abdomen au-dessus de lui, avant d'ouvrir l'utérus pour en extraire l'œuf infecté. L'utérus

une fois suturé est laissé dans le pansement, qui sera répété tous les deux jours pour surveiller la cicatrisation utérine ;

2° Réintégration de l'utérus dans le bassin quand on est définitivement à l'abri de toute infection utérine, ou au contraire hystérectomie secondaire à la manière de Porro, si l'état local ou général de la malade l'indiquent. Cette intervention a été pratiquée 33 fois avec 3 morts ; les résultats immédiats sont, en général, pleinement satisfaisants.

Quoi qu'il en soit, la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, si tant est qu'elle doive occuper un jour une place dans les techniques de chirurgie obstétricale, apparaît comme une intervention d'exception. (*La Médecine*, avril 1925.)

Comment administrer l'hexaméthylène-tétramine en thérapeutique urinaire ?

Ce médicament, sous le nom d'urotropine, a donné lieu à de nombreuses recherches, et voici, en ce qui concerne sa voie d'administration et son pouvoir diurétique, l'opinion du Dr H. Blanc, basée sur des documents cliniques ou expérimentaux.

L'hexaméthylène-tétramine par voie endoveineuse n'est jamais indispensable, rarement utile, parfois dangereuse ; ce doit être un moyen d'exception.

Son action antiseptique par voie endoveineuse n'est ni plus rapide, ni plus intense, ni plus durable que par voie buccale.

La meilleure voie d'administration dans les diverses infections ou manifestations lithiasiques de l'appareil urinaire est donc la voie buccale.

A l'hexaméthylène-tétramine pure, l'auteur préfère associer l'acide benzoïque (sous forme de benzoate), qui augmente l'acidité urinaire, favorise le développement de formaldéhyde, accentue les propriétés litholytiques. La dose est de 3 à 4 gr. par jour.

Mais il faut bien savoir que l'urotropine n'est pas diurétique. Son influence sur la diurèse est seulement fonction du volume d'eau administré en même temps que le médicament.

Comme certains malades (hypertendus, cardio-rénaux, etc.) ne sauraient absorber une grosse quantité de liquide, le Dr Blanc conseille de préférence la forme thérapeutique qui consiste à administrer le benzoate d'hexaméthylène-tétramine en solution dans des diurétiques concentrés. (*La Presse médicale*, 6 mai 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les artérites oblitérantes.

(MM. Vaquez, Mauclaire et René Giroux. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-6-1925.)

Dans un travail récent, MM. P.-E. Weil et Lévy-Franckel signalaient la fréquence actuelle des artérites des membres inférieurs. Ces auteurs avaient pensé attribuer cette fréquence à une cause toxique, notamment au pain. MM. Vaquez et Giroux ont également, de leur côté, observé un nombre assez élevé d'artérites oblitérantes, au cours des dernières années, mais le facteur toxique ne leur a pas paru devoir être retenu. La maladie, qui n'atteint pas seulement les sujets âgés, est surtout masculine ; elle est rare chez la femme.

D'autre part, lorsque, chez un patient, on constate une disparition des oscillations au tensiomètre, on conclut volontiers à l'oblitération à peu près complète de l'artère. Une observation de M. Vaquez montre que cette conclusion n'est pas nécessairement exacte. Chez un de ses malades, un homme de 46 ans, atteint de douleurs dans la jambe droite et de sphacèle d'un orteil, l'exploration des artères montrait l'absence d'oscillations dans la jambe droite. Malgré la thérapeutique mise en œuvre (injections de citrate de soude, diathermie, traitement spécifique), le sphacèle s'aggrava et l'amputation du membre dut être pratiquée par M. Mauclaire.

Pour se rendre compte de l'état du système artériel de la jambe, on fit une injection de lipiodol dans l'artère poplitée, aussitôt après l'amputation : sur les clichés radiographiques, toutes les artères et artérioles apparurent libres. La disparition des oscillations ne correspond donc pas toujours à l'oblitération d'un tronc artériel.

Epiphysite de la tête du 2e métatarsien.

(MM. Brun et J. de Beaujeu. — *Société de chirurgie* ; 10-6-1925.)

L'épiphysite du 2e métatarsien, appelée par les Américains « infraction des têtes métatarsiennes », et par les Allemands « deuxième maladie de Köhler », est un état morbide assez rare.

Il semble bien que ce soit Köhler qui, le premier, ait décrit les caractères cliniques et radiologiques de cette affection. C'est surtout en Allemagne et en Amérique qu'elle a été observée. On la rencontre chez des gens bien portants, de préférence des femmes. Elle débute entre dix et seize ans, avant la fin de la croissance, et l'on peut considérer les cas rencontrés chez l'adulte comme la manifestation tardive d'une

affection dont le début, insidieux, remonterait à l'enfance. Un des caractères de la maladie est de se localiser presque exclusivement à la tête du 2e métatarsien. Exceptionnellement, on l'a vue frapper d'autres métatarsiens.

La symptomatologie comprend des douleurs, provoquées surtout par la fatigue de la marche, douleurs d'abord modérées, puis, parfois très pénibles ; la douleur est également réveillée par la pression de l'avant-pied dans le sens de la hauteur et de la largeur. La radiographie pose le diagnostic en éliminant l'ostéoarthrite bacillaire, les fractures ou les décollements épiphysaires. L'image radiographique est caractéristique (tête du métatarsien aplatie, interligne élargi, etc.). Le repos est indiqué pour calmer les phénomènes douloureux. S'il ne suffit pas, une intervention (amputation de l'orteil) est nécessaire.

Interventions sur le médiastin antérieur par voie extra-séreuse.

(M. R. Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 10-6-1925.)

En 1921, M. Tuffier écrivait : « Toute tumeur intrathoracique unilatérale est justiciable d'une dissection transpleurale avec ouverture large de la plèvre. »

M. Grégoire pense, au contraire, qu'il vaut mieux en pareil cas, lorsque la chose est possible, ne pas ouvrir la plèvre. Certes, l'ouverture d'une des plèvres n'est pas aussi redoutable que les chirurgiens l'ont admis longtemps. Peut-être même, comme le croit Gosset, la crainte de la plèvre ira-t-elle rejoindre un jour la crainte du péritoine. Cependant, on ne peut établir de similitude absolue entre ces deux séreuses dans la façon de se défendre contre l'infection. La plèvre, sans cesse animée de déplacements par les mouvements respiratoires, ne résiste pas aux agents microbiens avec le même succès que le péritoine. Dans ces conditions, on se trouvera bien, lorsqu'une telle manière de faire sera praticable, d'enlever les tumeurs du médiastin antérieur par voie extra-séreuse. M. Grégoire en signale un exemple concernant un goitre aberrant médiastinal.

— M. Sébileau a opéré des centaines de goitres. Les goitres plongeants, même énormes, peuvent être extraits du médiastin sans attaquer la ceinture thoracique. Ils restent très mobiles dans la cavité médiastinale et leur « accouchement » s'opère facilement avec deux doigts passés sous la masse tumorale. Le goitre saute alors de sa loge et bondit, sous la pression *a tergo*, en dehors du cou.

Occlusion intestinale par une figue.

(M. B. Desplas. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1925.)

Dans la séance du 25 mars dernier, M. Roux-Berger rapportait une observation de M. Hertz ayant trait à une occlusion intestinale par deux figues. Il présente aujourd'hui un cas analogue suivi par M. Bernard Desplas. Il concerne une femme de soixante-cinq ans qui fut prise, une nuit, brusquement, de troubles d'obturation intestinale. Ayant constaté dans la fosse iliaque droite la présence d'une masse dure, M. Desplas fit le diagnostic de néoplasme, intervint, incisa l'intestin, et enleva ... une figue intacte, gonflée par son séjour dans le milieu intestinal. Recommandons dès lors aux mangeurs de figues de les mastiquer et, au moins, d'entamer fortement l'enveloppe de ces fruits.

Fracture bi-malléolaire avec luxation du pied en arrière.

(M. H. Petit, de Château-Thierry. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1925.)

M. Petit a eu l'occasion de traiter deux cas de fracture bimalléolaire avec luxation du pied en arrière. Chez son premier malade, il fit un vissage du fragment, après section oblique du tendon d'Achille. Chez sa seconde malade, il se contenta d'une section du tendon d'Achille (qui permit la réduction de la luxation) et d'un plâtre immobilisateur. Le résultat fut la seconde fois aussi satisfaisant que la première et l'auteur conseille, dans ces conditions, de s'en tenir à la ténotomie, intervention plus simple.

Appendicite et sérothérapie anti-gangréneuse.

(MM. Oudard et Couréaud. — *Société de chirurgie* 17-6-1925.)

D'une étude bactériologique portant sur près de 300 appendicites opérées, MM. Oudard et Couréaud concluent que, en règle générale, c'est le coli-bacille que l'on trouve ici à l'état pur. Les auteurs ne sont pas partisans de la sérothérapie antigangréneuse dans les cas habituels d'appendicite et ils rappellent les conclusions que formulait dernièrement M. Lecène à propos d'une communication de M. Clavelin, sur la sérothérapie antigangréneuse préventive dans l'appendicite :

« On peut se demander, dit M. Lecène, si (dans la cure opératoire de l'appendicite) on aurait de meilleurs résultats... en faisant du sérum antigangréneux. Pour ma part, je ne le pense pas. Je crois même fermement le contraire : on achèvera peut-être un certain nombre de malades en leur injectant du sérum de cheval, qualifié antigangréneux (mais, nullement spécifique), en déterminant chez eux une néphrite toxique ou du collapsus cardiaque, mais il semble douteux qu'on en guérisse plus ».

Fracture du sésamoïde interne du gros orteil.

(M. Delagénière, du Mans. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1925.)

M. Delagénière rapporte deux observations de fracture du sésamoïde interne du gros orteil. Habituellement, le diagnostic n'est pas porté immédiatement. On traite le malade pour une entorse, par les massages. La marche restant pénible, on parle d'arthrite, de rhumatisme. La radiographie pourra éclai-

rer le diagnostic. Comme traitement, le repos et les massages donnent quelquefois des résultats, mais l'ablation du sésamoïde est souvent nécessaire pour amener la guérison. Cette opération est d'ailleurs simple et se pratique sous anesthésie locale.

— M. Albert MOUCHET croit le diagnostic de fracture du sésamoïde interne du gros orteil, pas toujours simple à établir. La radiographie laisse parfois des doutes. Les anomalies de ce sésamoïde sont en effet assez fréquentes. Le sésamoïde *bipartitum* et aussi *tripartitum* ressemble beaucoup aux fractures.

D'autre part, chez les adolescents, on observe des congestions osseuses de croissance survenant par poussées sur les sésamoïdes,et ces poussées, accompagnées de douleurs, sont susceptibles de faire penser à une lésion traumatique.

Comme traitement, il faut extirper le sésamoïde fracturé.

L'immunisation pré-opératoire.

(M. Louis BAZY. — *Société de chirurgie* ; 17-6-1925.)

M. Louis Bazy revient sur la question de l'immunisation préopératoire, question que soulevait à nouveau, dernièrement, à l'Académie de médecine, M. Blanco Acevedo.

La meilleure prévention est assurée par un vaccin spécifique. A défaut, un stock-vaccin judicieusement composé peut le remplacer. Les vaccins sensibilisés sont intéressants. Qu'est-ce qu'un vaccin sensibilisé ? « Nous savons, depuis l'expérience d'Ehrlich et Morgenroth, que toute cellule, et en particulier tout microbe, mis en contact avec l'anticorps correspondant, fixe ce dernier et cela à l'exclusion de toute autre substance contenue dans le sérum. Les microbes qui happent ainsi l'anticorps ne le lâchent plus. On a beau les retirer du sérum où ils baignent, ils restent imprégnés d'anticorps. Ce sont ces microbes qui ont attiré à eux l'anticorps du sérum, qui se sont pour ainsi dire teints, de ce que l'on appelle fixateur ou sensibilisateur spécifique, qui constituent les vaccins *sensibilisés* » (Besredka). Ces vaccins sensibilisés réalisent une séro-vaccination. Besredka les injecte tels que, c'est-à-dire vivants. M. L. Bazy, plus prudent, les soumet à la chaleur de 56° pour les tuer, au préalable.

— M. E. SORREL demande si M. Bazy n'a jamais observé d'incident à la suite d'injections de vaccin.

— M. BAZY répond que si l'on injecte un vaccin chez un sujet en puissance d'infection, on peut provoquer un phénomène d'intolérance. Dans la vaccination pré-opératoire, il n'en va plus de même, en général.

Sérothérapie du tétanos.

(MM. ROBINEAU et L. BAZY. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1925.)

M. Robineau relate, au nom de M. Pétridis, d'Alexandrie, une observation de tétanos tardif guéri par des doses massives de sérum. Il s'agit d'un tétanos survenu 27 jours après une blessure et dont l'allure ne fut pas excessivement grave. Le malade guérit après avoir reçu, en injections hypodermiques, un litre de sérum antitétanique. Le sérum, malgré les doses massives, a été bien toléré.

L'efficacité de la sérothérapie dans le tétanos est une question que tous les chirurgiens n'apprécient pas pareillement. Les petites doses sous-cutanées de sérum sont impuissantes à enrayer un tétanos grave. Des doses élevées ont peut-être une action sur les tétanos d'acuité modérée. A côté de l'élément dose se place l'élément forme de l'injection. L'injection intrarachidienne a plus de chances d'être efficace, et c'est à elle que M. Robineau conseille de s'adresser dans les cas graves. Pour les cas tardifs et peu menaçants, la sérothérapie sous-cutanée massive pourra parfois suffire.

— M. Louis BAZY croit que la sérothérapie curative antitétanique peut donner des résultats sous certaines conditions, en s'efforçant de réaliser la sérothérapie locale et en ayant recours aux fortes doses.

Péritonite tuberculeuse traitée par les rayons ultra violets.

(MM. DUGUET et CLAVELIN, du Val-de-Grâce. — *Société de chirurgie* ; 24-6-1925.)

MM. Duguet et Clavelin ont traité à l'hôpital militaire Percy huit malades atteints de péritonite bacillaire, ayant déjà subi antérieurement divers traitements médicaux et chirurgicaux. Les auteurs ont eu recours aux rayons ultra-violets et ils en ont obtenu des résultats satisfaisants.

Grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse normale.

(MM. PAGE, de Saint-Malo, et FEREY. — *Société de chirurgie* ; 1-7-1925.)

MM. Page et Ferey sont observé une femme de 33 ans, mariée depuis cinq ans. Pas de grossesse antérieure. A la fin du deuxième mois d'une grossesse d'apparence régulière se produisent des accidents, qui conduisent à une intervention pour rupture de grossesse ectopique. La trompe est enlevée et l'ovaire laissé. Sept mois après l'intervention, la femme accouche d'un enfant bien constitué.

La coexistence des deux grossesses : extra et intra-utérines, n'est pas très rare, mais habituellement la gestation utérine n'arrive pas à terme. Le diagnostic de ce double état est assez délicat et il offre un réel intérêt pratique. Le traitement ne comporte pas de discussion. En présence d'un accident de la grossesse extra-utérine, il faut opérer et enlever la trompe malade. MM. Page et Ferey insistent sur l'importance de la conservation de l'ovaire porteur d'un corps jaune récent, conservation qui peut favoriser la continuation de la grossesse utérine. M. MATHIEU, dans son rapport sur le travail de ces auteurs, s'associe vo-

lontiers à cette remarque, car, depuis les expériences de Leo Lœb, il est admis que le corps jaune a pour rôle de favoriser la fonction gestative de la muqueuse utérine.

— M. Tuffier signale un cas curieux de superfétation qu'il a suivi avec M. Gilbert, en 1897. Il existait au-dessous du foie, une tumeur du volume du poing qui contenait un fœtus ; elle coïncidait avec une grossesse utérine, suivie d'accouchement normal quelques semaines avant l'intervention.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse.

L'immunité naturelle à l'égard de la diphtérie et la réaction de Schick.

M. Cazal, après avoir rappelé que les diverses maladies infectieuses de l'enfance présentent des degrés de contagiosité très variés, insiste sur ce que les faits cliniques ont montré depuis longtemps que tous les individus n'étaient pas aptes à contracter la diphtérie, et qu'il existait pour chacun d'eux une résistance personnelle à l'infection diphtérique. Il étudie ensuite de quelle manière s'obtient cette immunisation spontanée, à quel âge elle se produit, et dans quelles conditions s'établit le passage à l'état réfractaire. Il met en évidence la valeur de la réaction de Schick, qui permet, devant un résultat positif, de reconnaître que le sujet est vulnérable, et qu'il convient de le vacciner préventivement. Une immunité définitive peut alors être obtenue grâce à l'anatoxine de Ramon.

L'uricémie, ses caractères humoraux, applications thérapeutiques.

M. Drouet, après avoir étudié les différentes méthodes de dosage de l'acide urique dans les milieux de l'organisme, recherche quelles sont les diverses transformations qui ont amené sa présence. Il passe en revue les différentes manifestations pathologiques de l'uricémie, ainsi que ses rapports avec la migraine et diverses affections cardio-vasculaires et digestives, et termine en indiquant quelles doivent être l'hygiène et la diététique des uricémiques déduites des notions précédemment exposées.

Recherches expérimentales sur l'action de la cocaïne sur la cornée.

M. Calmettes, à la suite de nombreuses expériences réalisées sur des cornées de lapin saines et sur des cornées présentant des affections diverses, a pu conclure :

1) Sur la cornée de l'œil sain, l'instillation de cocaïne, même à concentration assez forte, n'a pas d'effet nocif : on peut donc l'employer comme agent anesthésique, mais la fréquente répétition de ces instillations n'est cependant pas sans inconvénients.

2) Sur les kératites de quelque nature qu'elles soient, plaies superficielles ou profondes, brûlures thermiques ou cliniques, kératites ulcéreuses, la cocaïne est formellement contre-indiquée comme analgésique, parce qu'elle retarde le processus de guérison et qu'elle favorise la formation d'ulcérations.

Le syndrome humoral du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du névraxe.

MM. Riser et Pérès résument ainsi les résultats de leurs recherches poursuivies sur un certain nombre de malades atteints de P.G., d'hémiplégie syphilitique et de tabes amaurotique :

1) Les modifications du liquide ventriculaire n'ont aucun rapport avec le stade et le mode évolutif de l'affection cérébrale, même dans le cas de P.G., et il est inutile de rechercher, dans ce sens, les éléments d'un diagnostic précoce de l'affection.

2) Les différences de composition entre les liquides ventriculaire et spinal d'un même malade sont expliquées par deux ordres de fait : l'existence ou l'absence de lésions inflammatoires au niveau des ventricules et le sens toujours identique du courant liquidien, se dirigeant du ventricule vers les espaces sous-arachnoïdiens.

3) L'importance et l'abondance du courant liquidien ventriculo-méningé peut être mesurée par la technique des tests colorés, qui consiste à introduire une substance colorante dans les ventricules et à la rechercher dans le liquide spinal. Mais il faut éviter de créer de l'hypertension, employer un liquide isotonique pour déterminer la diffusibilité des couleurs et procéder à un dosage colorimétrique.

Néphrite chronique hypertensive chez un enfant,

M. Pierre Bézy rapporte l'observation d'un enfant qui présentait depuis l'âge d'un an des crises de céphalée avec vomissements, de la polydipsie et de la polyurie. A partir de l'âge de 9 ans, ce syndrome s'accentua et des crises épileptiformes vinrent s'ajouter. On pensa à plusieurs reprises à un diabète hypophysaire ou à une tumeur du cerveau. En janvier 1925, survint une paralysie faciale à type périphérique.

L'examen des divers appareils montre une dilatation cardio-aortique considérable, avec gros clangor aortique : la tension artérielle est de 23-16, les urines contiennent de l'albumine, et la perméabilité rénale est très diminuée.

La lenteur de l'évolution, l'absence de signes de compression, le bon état général, font rejeter le diagnostic de tumeur du cerveau. Il s'agit là d'une néphrite chronique hypertensive, cas rare chez l'enfant, et dont l'auteur rappelle quelques observations analogues à la sienne.

Diverses étiologies ont été invoquées, mais l'hérédo-syphilis a surtout été mise en cause : un traite-

ment spécifique très prudent a donné des résultats appréciables, mais le pronostic doit demeurer très réservé.

L'art de guérir à Toulouse au sortir de la période révolutionnaire.

M. Gerber expose quelle était la situation des professions médicale et pharmaceutique au lendemain de la révolution, où, par suite de la pénurie des médecins, pharmaciens et sage-femmes, un grand nombre d'individus sans diplômes, charlatans et empiriques, s'étaient mis à exercer la médecine et la pharmacie. Il passe ensuite en revue les différentes mesures qui furent prises ou proposées pour faire cesser un pareil état de choses en attendant la réorganisation du 1er mai 1802.

Phlegmon des muscles droits de l'abdomen.

M. Le Van Chink communique l'observation d'une fillette de 7 ans, qui fut amenée à la consultation de l'hôpital de Cholon (Indochine) très amaigrie, et présentant, en plus d'un abcès sus-ombilical, une fistule située au-dessous de l'ombilic par laquelle s'écoulait un liquide purulent. Après avoir exploré la fistule et constaté la présence d'une vaste cavité, l'auteur fit sous anesthésie générale l'incision large de la paroi abdominale, ce qui mit à découvert une cavité pleine de pus et de caillots sanguins dans le muscle droit : les suites furent normales. Quant à la cause de ce phlegmon, elle doit tenir à une lésion intestinale, car, environ un mois auparavant, l'enfant avait présenté des crises douloureuses abdominales avec diarrhée, auxquelles avait succédé l'apparition d'une tuméfaction bientôt fistulisée.

Lithiase vésicale.

M. Le Van Chink relate le cas d'un milicien entré à l'hôpital pour cystite purulente et qui avait été opéré, 3 ans auparavant, de lithiase vésicale (taille sus pubienne). L'état du malade était mauvais, fièvre élevée, douleurs vésicales, langue rôtie, urines purulentes, bronchite des bases. Après que l'exploration de la vessie eut montré la présence d'un nouveau calcul, on procéda à une extraction par taille sus-pubienne suivie d'un large drainage vésical. Les suites opératoires, bien qu'un peu longues, furent excellentes. L'auteur termine par quelques considérations sur les indications respectives de la taille et de la lithotritie.

Une conception nouvelle de la médecine préventive aux Etats-Unis.

M. Lafforgue expose dans quelles conditions s'oriente, depuis plusieurs années, à New-York, la médecine préventive. Le but poursuivi est de soumettre à un examen systématique et périodique des sujets bien portants en apparence, de déceler chez eux des déficiences organiques latentes, et d'instituer chez eux de façon précoce le régime, la diététique et la thérapeutique appropriées.

Ce système fonctionne en grand au « Life prévention Institute », dont les moyens d'action sont : examen médical périodique, établissement de dossier sanitaire individuel, éducation hygiénique par conseils directs et par tracts.

L'examen médical est très complet, très détaillé, clinique et histo-chimique, visant tous les organes, et tous les tissus, le sang en particulier. Le résultat est adressé à l'intéressé pour être transmis à son médecin traitant qui guide la direction médicale du sujet.

Société d'obstétrique et de gynécologie

Kyste de l'ovaire et grossesse.

M. Laurentie rapporte l'observation d'une IIpare de 21 ans, qui, à la suite de sa 2e grossesse, présenta de la température, du ballonnement du ventre ainsi qu'un très mauvais état général. On intervint pensant à une péritonite post-puerpérale : on trouva une vaste cavité pleine de pus qui fut drainée. La plaie se referma spontanément et à la suite d'une 3e grossesse les mêmes phénomènes se reproduisirent. Une laparotomie montra qu'il s'agissait d'un kyste pluriloculaire de l'ovaire droit.

Torsion axiale et élongation du corps utérin.

MM. Mériel et Baillot rapportent le fait anatomique de kyste ovarique à pédicule trois fois tordu et déjà adhérent à quelques anses intestinales, traduisant ainsi le début d'une nutrition d'emprunt. Mais ce qui motive la présentation est le fait d'une élongation du corps utérin, ce qui a permis la torsion axiale à un tel point qu'il semblait être le pédicule même du kyste. Elongation et torsion axiale de l'utérus sans fibrome concomitant sont des lésions rarement constatées et expliquant certaines données anormales du toucher rectal.

Amputation spontanée de la trompe.

MM. Mériel et Ginesty ont observé un cas d'amputation spontanée de la trompe et pensent qu'il a dû se faire une torsion péediculaire lente d'une salpingite chronique ou d'un hydro-salpinx, à un tel degré que le pédicule ischémié a fini par se rompre et que la masse annexielle, libérée du côté utérin, mais adhérente encore au ligament large, est venue se greffer sur le péritoine. Ce fait connu pour les kystes de l'ovaire, n'avait pas été signalé pour les hydro-salpinx.

Polyfibromatose utérine et avortement à répétition.

M. Mériel, pour un cas de polyfibromatose volumineuse, coïncidant avec une grossesse de 2 mois 1/2, envoie d'interruption, décida de faire l'hystérectomie subtotale avec le consentement de la malade dûment avertie de l'impossibilité de mener à terme aucune grossesse. En effet, les multiples fibromes à évolution

utérine s'opposeraient certainement encore au développement de l'œuf et exposeraient la malade à des complications hémorragiques et infectieuses. La preuve de l'impossibilité de l'utérus de mener à bien toute grossesse justifie son sacrifice.

Rupture intra-utérine d'une cuiller de forceps.

MM. Audebert et Rascol. Il s'agit d'une VIpare de 36 ans, en travail depuis plusieurs jours avec rupture des membranes, sommet non engagé. Devant l'assourdissement des bruits du cœur fœtal, on décida un forceps. Celui de Tarnier, dont on se servait habituellement étant inutilisable pour une cause fortuite, on se servit d'un forceps de Hubert pris dans une vitrine. Au moment de l'extraction, il se produisit une rupture de la cuiller droite, qui fit une déchirure incomplète du segment inférieur.

Phlébite variqueuse et embolie dans les suites de couches.

MM. Audebert et Galy-Gasparron relatent le fait d'une IIpare de 31 ans, présentant de nombreuses varices des 2 membres inférieurs. L'accouchement eut lieu à terme sans incidents. La malade fit, deux jours après, sans aucun phénomène infectieux (température toujours normale) une phlébite double qui se compliqua d'embolie pulmonaire. La malade guérit. Alors que la phlegmatia alba dolens est d'observation banale, la phlébite variqueuse est beaucoup plus rare ; il est tout à fait exceptionnel qu'elle se complique d'embolie.

Volumineux abcès froid ovarien.

M. Laurentie a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de 22 ans, mariée depuis quatre ans sans avoir présenté de grossesse, pour une tumeur abdominale s'accompagnant de dysménorrhée. La laparotomie fit voir qu'il s'agissait, en plus d'une salpingite hypertrophique bilatérale, d'un gros kyste de l'ovaire droit atteint de lésions tuberculeuses.

Trois cas de fibrome de l'isthme de l'utérus.

MM. Dambrin et Bernardbeig. Dans les trois cas, la tumeur s'était développée aux dépens du segment inférieur du corps utérin, respectant le col ainsi que le fond de l'utérus. L'intervention chirurgicale fut particulièrement délicate, par suite de la déviation subie par les uretères et de l'étalement des vaisseaux sanguins.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Le XXIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenu à Paris, du 28 mai au 1er juin 1925, à la Faculté de Médecine. Le congrès était présidé par le docteur Anglade, médecin en chef de l'asile des aliénés de Château-Picon, à Bordeaux. Le vice-président était le docteur René Semelaigne (de Paris), le secrétaire général, le docteur M. Dupain, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.

La séance d'ouverture du Congrès s'est tenue au grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

L'intérêt des questions mises à l'étude, l'autorité des rapporteurs, le grand nombre des communications et des discussions suscitées par ces rapports ont assuré au Congrès, cette année, une activité particulière.

Premier rapport : *Psychiatrie.*

LA GUÉRISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES

Par le docteur Jean Robert, médecin directeur de l'asile d'Auch.

Par guérison tardive, on entend généralement celle qui survient après trois ans de troubles mentaux ininterrompus (Morel). Pour rare qu'elle soit, et bien qu'elle ait été, à un moment donné, niée par certains psychiatres, elle est établie par de nombreuses observations, dont les premières remontent à Esquirol, à Morel, à Griesinger, à Guislain. Actuellement, tous l'admettent sans conteste. Petren, en 1908, en classait déjà trente-trois cas publiés et indiscutables. On a vu la guérison même après des séjours de dix et quatorze ans à l'asile.

Or, cette notion présente une importance considérable. Tout d'abord elle impose au médecin la plus grande prudence dans ses pronostics : ne pas affirmer l'incurabilité tant qu'un ensemble irréfutable de signes concordants ne permet pas de reconnaître avec certitude la ruine complète de toutes les ressources mentales. D'autre part, elle pose certains problèmes d'ordre moral et juridique. Au moment de la discussion de la loi Naquet sur le divorce, un amendement avait été déposé par le député Guillot, qui introduisait parmi les causes de divorce l'aliénation mentale confirmée depuis cinq ans. Une commission scientifique fut consultée pour la discussion de cet amendement, qui fut repoussé, et, dans cette commission, Blanche, Charcot et Magnan avaient fait valoir, contrairement à l'opinion de Legrand du Saulle et surtout de Luys, la possibilité des guérisons tardives

et l'impossibilité de les prévoir (1883). Mais, dans nombre de pays étrangers, le divorce pour cause d'aliénation mentale est accepté par la loi, et la question a été déjà reprise en France en 1911, et le sera sans doute encore un jour ou l'autre. Il importe donc d'essayer de déterminer dans quelles conditions la possibilité d'une guérison tardive peut être envisagée, sinon escomptée.

Il ne faut pas confondre la guérison d'une maladie mentale avec l'installation tardive d'une démence tranquille, qui peut être une guérison du point de vue social, et permettre, par exemple, la sortie de l'asile et la réadaptation à une certaine vie sociale, mais qui est, au point de vue médical, une fausse guérison, puisqu'elle s'accompagne de déficit. La guérison tardive suppose non seulement la disparition de la symptomatologie morbide, mais encore la reconnaissance par le malade du trouble mental qu'il a présenté, et la confirmation par la catamnèse d'une guérison consolidée (Bravetta). Il faut savoir cependant que certains sujets, même réellement guéris, ne reconnaissent pas volontiers qu'ils ont été malades, ou ne se rendent pas compte de la gravité des troubles mentaux qu'ils ont présentés, ou encore ne veulent pas les avouer.

Les guérisons tardives s'observent surtout dans la psychose maniaque-dépressive, plus spécialement dans la mélancolie, de préférence à un âge relativement avancé et dans les cas où l'influence des causes occasionnelles l'emporte sur les facteurs héréditaires. Les formes qui s'accompagnent de délire peuvent guérir comme les autres. Les mêmes particularités se retrouvent dans des cas plus rares de catatonie, et même de délire systématisé. Bien entendu, il ne peut être question de guérison des démences organiques.

Quels sont les éléments de pronostic relativement favorables qui pourraient faire espérer chez un aliéné, malgré les années qui passent, la chance d'une guérison tardive ? Le rapporteur les étudie avec soin dans la maniaque dépressive : existence d'accès antérieurs qui ont guéri, début brusque en pleine santé, chez un sujet qui n'avait subi aucun affaiblissement psychique prodromique, persistance de l'activité des troubles mentaux et de leur retentissement sur les fonctions organiques végétatives, conservation des automatismes habituels ou professionnels, des inclinations et des tendances antérieures, participation plus ou moins discrète à la vie ambiante, alternatives d'excitation et de dépression portant l'empreinte d'une double forme, prédominance de l'anxiété, des préoccupations d'ordre hypochondriaque ou familial, syndrome de Cotard. Chez les catatoniques, on pourra trouver un indice favorable dans une participation plus ou moins effective à la vie de l'entourage, dans un sourire adéquat, dans la preuve d'une acquisition mentale faite pendant la période aiguë de l'affection, dans une manifestation de curiosité, de spontanéité, dans la forme logique donnée à quelques raisonnements simples, dans un désir légitime, dans les signes d'émotivité qui, pendant l'interrogatoire ou pendant l'examen, montrent que tout contact n'est pas perdu avec le monde extérieur, enfin dans les troubles somatiques associés (digestifs, menstruels, endocriniens), dont la constatation est plutôt favorable. Quant aux délires de persécution, ceux qui guérissent étaient en général nettement secondaires à des états mélancoliques ; souvent ils étaient survenus à l'époque de la ménopause, et les hallucinations n'avaient pas la fixité qu'on leur connaît dans les grandes formes chroniques des délires systématisés.

Ces notions sont un peu réconfortantes pour l'aliéniste dans sa tâche ingrate, et elles lui permettent, selon l'expression du rapporteur, d' « admettre la possibilité d'une rééducation du psychisme, d'un rétablissement de l'harmonie mentale sous l'influence d'une psychothérapie qui, loin d'être systématique, saurait judicieusement s'adapter à chaque sujet. » Il n'est pas rare, en particulier, chez certains aliénés « nostalgiques », que l'exeat, ou même le retour au foyer familial soient nécessaires pour parfaire la guérison.

Discussion. — M. TRÉNEL, s'appuyant sur les statistiques des sorties dans 40 asiles, montre la rareté des guérisons tardives : il n'y a guère que 3 à 8 p. 100 des sorties dont bénéficient des malades internés depuis trois ans et davantage. Encore la plus grande partie de ces malades ne sont-ils guéris que socialement, mais non médicalement.

M. VERMEYLEN, parmi les indices de pronostic relativement favorable, insiste, comme le rapporteur, sur la brusquerie du début. Lorsque le trouble mental ne fait qu'exagérer un état constitutionnel antérieur, il risque davantage d'être définitif.

M. HESNARD, rappelle le rôle des émotions, des traumatismes, des accès de fièvre dans certaines guérisons tardives. Il croit, dans certains cas, à l'efficacité du traitement moral individuel des aliénés par la psychanalyse.

M. SÉGLAS, rapporte six observations de mélancoliques qu'il a suivis avec M. Buvat, et chez lesquels il y eut guérison tardive. Il montre, sur ces exemples, comment le pronostic ne peut pas être établi sur une seule catégorie de symptômes, mais soupçonné d'après tout un ensemble symptomatique. Dans chacun des cas qu'il relate, il y avait, à côté des signes péjoratifs, des correctifs rassurants : tantôt des reprises intermittentes d'anxiété qui tranchaient sur un fond d'indifférence progressive, tantôt la persistance de sentiments familiaux normaux et une certaine activité du délire, qui contrastaient avec la monotonie d'un syndrome de Cotard, tantôt des témoignages de curiosité à l'égard de la vie extérieure, qui interrompaient la répétition stéréotypée d'un délire de damnation. Enfin M. Séglas rapporte deux autres cas de syndromes catatoniques, qui semblaient imposer le diagnostic de démence précoce, et qui se sont terminés, au bout de cinq ans et de onze ans et demi respectivement, par la guérison : le pronostic, dans ces cas, devient bien difficile, et c'est vraiment une affaire d'impression plus que de raisonnement.

M. Dide attache moins de valeur aux signes psychologiques qu'aux signes biologiques pour le pronostic des maladies mentales. Il recherche, en particulier, les troubles vago-sympathiques, les modifications vaso-motrices, les érythèmes pellagroïdes, l'hypoglycémie et l'hypoglycorrachie.

M. Sollier montre l'intérêt du problème pathogénique posé par les faits de guérison tardive. Quel est l'agent qui est capable de troubler les fonctions psychiques pendant de longues années sans compromettre d'une manière définitive le fonds mental ?

M. Leroi rapporte des observations de sujets qui s'annonçaient comme des déments précoces et qui guérirent.

M. Arnaud relate l'observation d'une mélancolique qui guérit au bout de sept ans.

M. Pince envisage la notion d'incurabilité dans l'aliénation mentale d'après l'article 1569 du Code civil allemand.

M. Courbon attache une valeur pronostique plus particulière aux signes suivants : persistance de l'intérêt et du jugement, retour du sommeil, retour des réflexes vaso-moteurs, des poussées eczémateuses, de la frilosité, sensibilité aux épreuves pharmacologiques.

Deuxième rapport : *Neurologie.*

LES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES FAMILIALES

Par le docteur O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière.

Le terme volontairement imprécis d'« encéphalopathie infantile familiale » s'applique, sans rien préjuger de leur nature ni de leurs manifestations cliniques, à toutes les affections de l'encéphale qui débutent dans l'enfance et qui ont un caractère familial, frappant habituellement de nombreux sujets d'une d'une même famille, à la même génération ou dans les générations successives, environ au même âge, avec un ensemble symptomatique et une évolution très analogues, et en dehors de toute influence occasionnelle : affection acquise ou accident de la vie intra-utérine.

Le rapport de M. Crouzon constitue avant tout un répertoire et un essai de classification au milieu de faits touffus et disparates.

Il envisage tout d'abord des encéphalopathies familiales typiques qui sont toujours ou habituellement infantiles : psychoses familiales infantiles (Laignel-Lavastine et Boutet, Wimmer, Trénel) et idioties familiales (Bourneville et Séglas, Tucke et Bucknill) ; idiotie amaurotique familiale (type infantile de Tay-Sachs et type juvénile de Spielmeyer-Vogt) ; syndromes lenticulaires infantiles et familiaux, dont il groupe, avec Hall, les diverses formes : maladie de Wilson (dégénération lenticulaire progressive associée à la cirrhose du foie) ; pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell dans laquelle les lésions encéphaliques sont plus diffuses, spasme de torsion de Ziehen, Thomalla, Wimmer, qui s'apparente aux précédentes par ses symptômes et par ses lésions, et dans lequel la cirrhose hépatique a également été retrouvée (Wimmer). On peut rapprocher de ce groupe l'athétose double (syndrome du corps strié de O. et C. Vogt) qui est congénitale et sans doute héréditaire, les paralysies agitantes juvéniles, qui seraient familiales dans la moitié des quarante-six cas de Williger, ainsi que l'« atrophie progressive du globus pallidus » décrite par R. Hunt. Mais l'autonomie de ces deux dernières affections n'est pas nettement établie.

Un autre groupe est constitué par les diplégies cérébrales infantiles familiales, dont les caractères anatomiques sont encore peu homogènes : cas familiaux de syndromes de Little (Frend), syndromes familiaux rappelant la sclérose en plaques (Pelizœus, Mlle Pesker, Cestanet, Guillain, etc.), atrophie cérébelleuse familiale idiotique du type Bourneville-Crouzon. Cette dernière forme doit être soigneusement distinguée de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, qui est bien familiale, elle aussi, mais ne débute qu'exceptionnellement dans l'enfance.

Crouzon mentionne ensuite un certain nombre de syndromes familiaux qui peuvent être éventuellement infantiles et dont le substratum anatomique, encore indéterminé, est peut-être encéphalique : paraplégie périodique familiale (Couso, Goldflam, Taylor), tremblement familial, mouvements associés familiaux, crampes et tics familiaux, myoclonie-épilepsie d'Unverricht.

Enfin, il reste trois classes d'affections à décrire à part :

1° Les affections familiales du système nerveux oculaire : ptosis congénital, ophtalmoplégies familiales (dont un cas, observé par Crouzon, Trétiakoff et Béhague, s'accompagnait de méningite chronique basilaire et d'état vermoulu du cerveau) ; nystagmus essentiel familial congénital ; nystagmus-myoclonie de Lenoble et Aubineau ; névrite rétro-bulbaire subaiguë de Leber et atrophie papillaire familiale (Raymond) ;

2° Les affections qui ne prennent qu'exceptionnellement le caractère infantile et familial : chorée de Sydenham, épilepsie, idiotie, anosmie et hypogustation héréditaires (d'Abundo), syndrome adiposogénital et acromégalie.

3° Les formes atypiques d'encéphalopathies infantiles familiales : formes hybrides formant la transition entre les types connus, observations isolées, dont Crouzon donne une longue énumération, association de maladies familiales diverses dans une même famille.

Si l'on envisage les encéphalopathies infantiles familiales au point de vue des lois mendéliennes de l'hérédité, on éprouve le plus souvent les plus grandes difficultés pour déterminer si le type morbide se transmet à la manière d'un caractère dominant ou à la manière d'un caractère récessif. Il semble cependant que, en dehors de l'hérédité nerveuse en général (hérédité dissemblable), on puisse considérer comme des

caractères dominants la psychose maniaque dépressive, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, la myoclonie-épilepsie, peut-être aussi l'idiotie amaurotique familiale, le nystagmus familial, le tremblement familial. Ces affections à hérédité continue, « maladies parentales », sont d'un pronostic plus grave pour l'hérédité que les maladies à hérédité discontinue, récessive, fraternelle.

Crouzon termine son rapport en insistant sur tous les points obscurs qui sont à élucider dans l'histoire des maladies familiales : d'une manière générale, le rôle des divers facteurs étiologiques (syphilis, alcoolisme, consanguinité, conditions ethniques) et la nature des lésions (vices de développement, méningites chroniques, scléroses cérébrales atrophiques), et plus particulièrement les questions qui concernent l'idiotie amaurotique familiale, la maladie de Wilson, la myoclonie-épilepsie et surtout la classification des maladies familiales atypiques : caput mortuum d'où doit se dégager peu à peu la description des types nouveaux.

Discussion. — M. Froment montre une belle série de films qui illustrent une observation de **dysbasia lordotica ou spasme de torsion**, et il en discute le mécanisme pathogénique. Pour lui, c'est l'hypotonie des muscles abdominaux et des fessiers qui joue le rôle principal plutôt qu'un état d'hypertonie : il s'agit plutôt d'une dysharmonie que d'une dystonie.

M. Marinesco fait une communication sur l'**idiotie amaurotique familiale**.

Troisième rapport : *Médecine légale.*

LA MÉDECINE LÉGALE CIVILE DES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL D'ORIGINE ORGANIQUE

Par MM. Marcel Briant, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, et Maurice Brissot, médecin directeur de l'asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Les problèmes de médecine légale qui peuvent se poser, dans les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sont, pour la plupart, des questions de capacité : capacité politique, capacité civile. La capacité civile, de beaucoup la plus importante, est relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux et qu'on appelle droits civils. L'incapable peut être limité dans ses droits civils par un conseil judiciaire, ou bien il peut les perdre d'une façon complète par son interdiction, et alors un tiers devient son tuteur et se substitue à lui pour leur accomplissement. Ces dispositions légales permettent de réduire ou de supprimer les droits civils d'un aliéné qui est hors d'état de les exercer. Mais il est des aliénés qui ne sont pas interdits bien qu'internés sous le régime de la loi de 1838. Juridiquement, leurs actes civils ne sont pas nuls de plein droit, mais l'article 39 de la loi du 30 juin 1838 spécifie qu'ils pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil. Ce régime de l'annulabilité permettrait de reconnaître comme valable un acte fait par un aliéné interné au cours d'un « intervalle lucide », mais il est évident que, en général, le fait de l'internement constitue une forte présomption de « démence ». Enfin, beaucoup d'aliénés — et en particulier parmi ceux qui sont atteints d'affaiblissement intellectuel d'origine organique — ne sont ni internés, ni interdits. Pour attaquer leurs actes civils, il faut alors faire la preuve de leur état de « démence », c'est-à-dire de leur absence de consentement ou de volonté libres. Après leur mort, leurs actes ne pourront être attaqués pour cause de démence qu'autant que l'interdiction aura été prononcée ou provoquée avant le décès ; à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui a été attaqué (art. 504 du Code civil). Mais cette prohibition n'a pas d'effet lorsqu'il s'agit d'une donation ou d'un testament (art. 901).

Les rapporteurs étudient, pour les différentes catégories de malades mentaux, la capacité de passer des conventions, de contracter mariage, de souscrire une assurance, de témoigner en justice, et surtout de tester. Ils laissent de côté la paralysie générale, dont la médecine légale civile a été récemment étudiée par R. Charpentier (Centenaire de la thèse de Bayle, mai 1922). Ils envisagent surtout les diverses variétés de démence sénile, de démence organique (artériosclérose, syphilis, tumeurs, corps étrangers, blessures de guerre ou accidents du travail), accsessoirement les démences qu'on peut observer dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Parkinson, chez les encéphalitiques, dans la chorée chronique. Mais ils s'attachent tout particulièrement à ce qui concerne la capacité civile des aphasiques.

Chez les déments séniles, Briand et Brissot insistent sur les dangers de la phase d'involution présénile, au cours de laquelle le vernis mondain gardé par les malades et les oscillations de leur état mental peuvent donner le change et amener à méconnaître un déficit déjà profond, sur la fréquence des captations réalisées par l'entourage, qui dicte au dément donations ou testaments, et, dans certains cas même les fait antidater pour éviter l'attaque en nullité. Bien souvent, le testament ne sera connu et attaqué qu'après la mort du testateur, et l'expertise médico-légale sera alors d'une extrême difficulté, car elle ne pourra se fonder que sur les troubles de l'écriture, sur les indices d'idée délirante ou démentielle qu'on pourrait retrouver dans l'acte lui-même.

La variété de démence sénile à laquelle on donne le nom de presbyophrénie est faite surtout d'amnésie de fixation, de désorientation, de fausses reconnaissances, de fabulation. Le jugement, l'auto-critique, sont peu altérés ; le sens moral, les sentiments affectifs, indemnes. Il serait excessif de prendre à l'égard de ces presbyophréniques des mesures trop restrictives de leur capacité.

A la suite des états apoplectiques (hémorragies ou ramollissements cérébraux), les problèmes médico-légaux sont particulièrement ardus lorsqu'il y a aphasie. Si, en effet, les rapporteurs admettent, avec

Pierre Marie, que tout aphasique est amoindri intellectuellement, il ne s'ensuit pas que tout aphasique soit un dément : le déficit intellectuel est partiel, et en quelque sorte dissocié. Cependant, à l'opposé de certaines aphasies motrices pures, qui sont compatibles avec une intégrité intellectuelle à peu près complète (Déjerine), il est bien des aphasiques du type Broca et surtout des aphasiques sensoriels (les paraphasiques en particulier) qui ont perdu le langage intérieur et chez lesquels, par conséquent, la pensée est très réduite. Beaucoup sont envoyés, — d'ailleurs indûment, — dans des asiles d'aliénés. En tout cas, tout aphasique, en général, est suggestible, même si son intelligence paraît bien conservée, et c'est là une particularité dont il importe de tenir compte au point de vue médico-légal.

La conduite à tenir en présence des aphasiques sera donc une question d'espèce. Certains auront droit à toute leur capacité civile, et si les troubles de la parole, de la lecture ou de l'écriture les gênent pour tester dans l'une des formes habituelles, on ne voit pas bien pourquoi la loi ne leur permettrait pas, comme aux sourds-muets, de se servir de signaux ou d'un langage conventionnel pour exprimer, devant témoins, leur volonté. Mais, d'autre part, il est des aphasiques qu'il faudra protéger : tantôt il sera indiqué de nommer un conseil judiciaire, quand il s'agit par exemple, d'éviter une donation qui pourrait être obtenue par dol ; tantôt on devra procéder à l'interdiction, lorsqu'on soupçonne le malade de vouloir faire un testament absurde qui serait contesté judiciairement après sa mort ; parfois enfin l'internement sera la seule mesure de protection efficace, lorsqu'il est réalisable, pour soustraire un aphasique suggestible à la cupidité de son entourage.

Le rapport de MM. Briand et Brissot indique les particularités du Code civil allemand, qui est encore appliqué en Alsace-Lorraine. Il est illustré de nombreux exemples, qui mettent bien en valeur toute la complexité et la diversité des questions médico-légales posées par les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, et l'importance sociale du rôle assumé par le médecin qui est appelé à les résoudre.

Discussion. — M. Porot (d'Alger) envisage la capacité de tester des pseudo-bulbaires. Il rapporte un cas dans lequel des raisons morales l'ont amené à conclure à la validité d'un testament.

M. H. Claude pense que la capacité réelle ne doit être reconnue qu'avec la plus grande prudence aux presbyophréniques : étant fabulants, ils sont plus sujets à caution que les simples affaiblis de la mémoire. D'autre part, il faut tenir compte de l'âge chez les aphasiques : les aphasiques jeunes reconstituent mieux leurs fonctions intellectuelles.

M. Dide estime que, chez les aphasiques, seuls les tests psychologiques peuvent permettre de juger la valeur du psychisme.

M. Antheaume signale une mesure légale de protection à laquelle on peut recourir pour l'aliéné interné : c'est l'administration temporaire des biens du séquestré par un tiers, autorisée par simple ordonnance du tribunal.

M. Anglade discute les conclusions de M. Porot (d'Alger). Pour lui, les conditions morales de la cause ne doivent pas compter aux yeux du médecin, mais seulement les éléments médicaux.

Communications diverses.

I. Psychiatrie. — **Sur le traitement actuel de la paralysie générale. Méthodes et résultats.** — MM. H. Claude et Targowla apportent les résultats des tentatives thérapeutiques qu'ils ont entreprises contre la paralysie générale à l'asile clinique Sainte-Anne. Les traitements ont été de deux sortes.

Tout d'abord des traitements spécifiques (mercure, arsenic et bismuth) énergiques et extrêmement prolongés. Ces traitements ont amené, dans 8 cas, une amélioration suffisante pour permettre la reprise de la vie sociale ; dans un des cas, la rémission se prolonge depuis sept ans ; cependant les réactions du liquide céphalo-rachidien ne se modifient guère ; seule la lymphocytose diminue parfois.

D'autres essais ont été poursuivis à l'aide d'agents pyrétogènes : à la tuberculine et aux nucléinates, les auteurs ont préféré les inoculations de spirilles de la fièvre récurrente ou d'hématozoaires du paludisme. Trois cas ont été traités par la fièvre récurrente : il y eut une amélioration nette, une amélioration légère et un décès. Le traitement par l'hématozoaire est plus facile à appliquer ; il a été utilisé chez 30 malades, dont 15 n'ont pas eu d'autre traitement, et 15 ont subi, en outre, un traitement spécifique. L'impression générale est nettement favorable à cette thérapeutique, 3 malades sont déjà sortis de l'asile, et paraissent socialement guéris, plusieurs autres vont pouvoir également sortir. On peut compter environ 20 à 25 p. 100 d'améliorations des troubles mentaux, quelquefois même de la dysarthrie et du tremblement. Les réactions humorales sont parfois même influencées : il peut y avoir diminution de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Mais il n'est pas sûr que la survie soit prolongée : plusieurs malades ainsi traités sont morts subitement en pleine rémission. L'intérêt du traitement est surtout de permettre à certains paralytiques généraux de reprendre une vie socialement utile ; mais, bien entendu, on ne saurait leur confier de grosses responsabilités, et une rémission ainsi obtenue ne suffirait pas pour faire donner l'exeat à un chauffeur d'automobile ou à un banquier.

MM. A. Marie (7 cas), Marinesco, Arnaud (de Bruxelles), rapportent des résultats de même ordre. MM. Wimmer, Anglade, d'accord avec M. Claude, insistent sur ce fait que les paralytiques ainsi amenés à une rémission par le traitement restent des irresponsables, et qu'il n'y aurait pas lieu, par exemple, de suspendre leur tutelle.

Syphilis et débilité mentale. — M. Vermeylen a

recherché la *réaction de Bordet-Wassermann* dans le sang d'un grand nombre d'idiots, d'imbéciles et de débiles. Il a trouvé des pourcentages de réactions positives qui oscillent entre 60 p. 100 chez les idiots et 22 p. 100 chez les débiles, et qui, sur l'ensemble de la statistique, atteignent 32 p. 100. Dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions n'ont pu être que rarement pratiquées, et elles se sont montrées négatives, ce qui confirme les constatations de M. Roubinovitch. L'auteur conclut que la syphilis est un facteur prédisposant de la débilité mentale à ses divers degrés, sans en être habituellement la cause directe.

Psychogenèse des idées délirantes d'accusations étrangères. — M. HESNARD fait l'étude psycho-analytique d'un cas dans lequel un sentiment d'infériorité provoqué par des impressions sexuelles datant de l'enfance a abouti successivement à des idées d'auto-accusation, puis à des idées d'accusation d'origine étrangère qui doivent être soigneusement distinguées des idées de persécution habituelles.

La démence précoce chez les syphilitiques. — M. MARCHAND.

Les psychoses de désadaptation sociale et les psychoses de dépaysement.— MM. MIGNARD et DURAND.

Psychopathologie comparée des séquelles post-encéphalitiques et des perversions constitutionnelles chez les enfants. — M. ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON.

Utilité de l'étude de la psychologie des indigènes pour les médecins, officiers et administrateurs coloniaux. Nécessité d'une collaboration étroite en ce qui concerne les actes administratifs et militaires et le dépistage des anomalies mentales. — MM. JUDE et AUGAGNEUR.

Les préoccupations sexuelles dans les états dépressifs. — M. PERRENS.

La devination de la pensée. — MM. HEUYER et LAMACHE.

Hypermnésie étrange chez un dément précoce. — M. PAILHAS.

La statistique du service de la recherche psychologique, — M. BERSOT (de Neufchâtel).

Le métissage, facteur de la dégénérescence mentale. — M. BÉRILLON.

Le réflexe verbo-auriculo-ducteur, son utilisation en psychothérapie. — M. BÉRILLON.

Courbe de fréquence des temps de réaction dans les cas de troubles neuro-psychiatriques et chez les anormaux. — M. LABRY et Mlle WEINBERG.

II. NEUROLOGIE. — **Recherches anatomiques et expérimentales sur la constitution du pédoncule cérébral et ses contingents sous-thalamiques.** — MM. D'HOLLANDER et RUBBENS.

Les connexions centrales du nerf vestibulaire. — M. VAN GEHUCHTEN.

L'étude des voies de conduction par la dégénérescence axile précoce. — M. VAN GEHUCHTEN.

Troubles sensitivo-moteurs et mouvements athétosiques chez un chat opéré. — M. MINKOWSKI, enlevant l'écorce motrice du cerveau chez trois chats, a observé des mouvements involontaires qui rappelaient les mouvements athétosiques. Les noyaux gris centraux étaient cependant intacts.

Lésions du névraxe dans les traumatismes expérimentaux. — MM. DONAGGIO et TESTA (de Modène) ont constaté que, chez l'animal, le froid ou la commotion cérébrale isolés ne peuvent réaliser de lésions cérébrales ; mais, en associant ces deux facteurs, on réussit à réaliser des lésions.

Les mouvements réactionnels de Barany et les lésions correspondantes du cervelet.— M. KISCHIDZÉ.

Un cas d'épilepsie psychique vraisemblablement dû à une cause organique focale. — M. MIRA.

Sur le mongolisme. — M. VAN DER SCHEER conclut, de l'étude de 345 cas, que la syphilis et l'hérédité ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection. Il insiste sur l'hypoplasie de la région paramédiane du crâne : défaut de développement de la base du crâne, des gyri recti, du plancher du IIIe ventricule, absence fréquente des os propres du nez. Il pense que la pathogénie de l'affection devrait être rapportée à une compression de la tête fœtale dans un amnios trop étroit.

Sur un traitement alimentaire de l'épilepsie. — M. WLADYCZKO (de Vilno).

Excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) (31 mai). — Les membres du Congrès ont visité, sous la conduite du docteur RAYNEAU, directeur, cet établissement modèle, où la protection des aliénés, sous le régime de la loi de 1838, est assurée dans les conditions matérielles et morales les plus favorables, et où M. Rayneau s'est efforcé d'introduire le placement volontaire pour les indigents aussi bien que pour les malades payants.

Visite de l'asile clinique Sainte-Anne (1er juin). — Les membres du Congrès ont visité les services de la clinique du professeur CLAUDE et le service de prophylaxie mentale du docteur TOULOUSE. Le fonctionnement de ce dernier service a été exposé dans les communications de MM. TOULOUSE, DUPARY, MIGNOT, ROUBINOVITCH, CAPGRAS, MIGNARD, TARGOWLA, ABÉLY, LAUGIER, PORCHER.

Le rapport général du Congrès a été lu par M. R. CHARPENTIER, secrétaire permanent du Congrès.

De brillantes réceptions ont été organisées pour les membres du Congrès par la Ville de Paris le 28 mai et par la « Bienvenue française » le 30 mai. *Les tra-*

vaux ont été clos, le 1er juin, au Palais-d'Orsay par une soirée.

— La XXXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne, en août 1926, sous la présidence de M.M. SEMELAIGNE (de Paris) et LONG (de Genève). Elle coïncidera avec les fêtes du Centenaire de Pinel. Les questions traitées seront les suivantes :

PSYCHIATRIE : *La schizophrénie.* Rapporteurs : MM. BLEULER (de Zurich) et H. CLAUDE (de Paris).

NEUROLOGIE : *Le signe de Babinski ; caractères, mécanisme, signification.* Rapporteur : M. TOURNAY, préparateur au Collège de France.

MÉDECINE LÉGALE : *La thérapeutique des maladies mentales par le travail.* Rapporteur : M. Damaye.

J. MOUZON.

Les Livres

O. DOIN, rue de l'Odéon, Paris.

Dr CARLE.— **Thérapeutique des maladies vénériennes,**

Le Dr Carle, de Lyon, vient de faire paraître chez Doin, un très intéressant ouvrage, sur la thérapeutique des maladies vénériennes.

J'ai parcouru ce livre avec un véritable plaisir tant à cause du fond que de la forme. Carle est bien connu pour la manière humoristique avec laquelle il fait notre éducation.

L'auteur ne cherche pas à imposer ses méthodes. Bien au contraire, il a le courage de parler de ses propres insuccès, ou de ses changements de thérapeutique, vu les acquisitions progressives dans le domaine bactériologique, vaccinal et thérapeutique.

La blennorrhagie et ses complications sont exposées dans la première partie.

Prophylaxie d'abord, tant pour « le monsieur qui sait que la personne choisie comme partenaire peut lui donner la blennorrhagie » que pour « celui qui ne veut pas croire que sa compagne, fût-elle d'un instant, puisse avoir la blennorrhagie. La confiance dont on l'honore est supérieure à tous les avertissements. »

Et ce sont les conseils pratiques, indiquant les moyens propres à se mettre, autant que faire se peut, à l'abri de toute contagion.

Traitement de la blennorrhagie : traitements abortifs ou précoces, puis injections, grands lavages, les balsamiques, la date utile de leur emploi ; comparaison entre tous ces modes de traitement ; puis la lutte thérapeutique contre la blennorrhagie chronique ; les névroses génito-urinaires ; les traitements vaccinaux : tout est passé en revue, avant d'aborder les complications chez l'homme et enfin la blennorrhagie chez la femme.

En terminant cette étude, surtout celle de la vaccinothérapie, Carle fait appel à tous ceux de ses confrères qui pratiquent ces méthodes de traitement pour qu'ils fassent connaître leurs résultats, leurs succès, comme leurs insuccès, « car toutes les bonnes volontés doivent être mobilisées dans cette délicate recherche de la médication spécifique, qui sera probablement celle de l'avenir » (la vaccinothérapie).

Carle aborde ensuite le traitement du chancre mou : il montre d'abord la disparition presque complète de cette affection, parce qu'un certain nombre de chancres simples sont reconnus actuellement, comme étant mixtes, ou uniquement syphilitiques ; puis, en raison des habitudes de propreté et d'hygiène sexuelle.

Mais la grosse partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de la syphilis. Carle insiste sur ce fait que, grâce aux traitements précoces et intensifs, la syphilis disparaît : toutes les statistiques hospitalières ou personnelles l'attestent.

L'auteur aborde le problème sous toutes ses faces.

A propos de la prophylaxie, il consacre un long chapitre à l'éducation des enfants dans la famille, démontrant que, si dans la génération passée l'éducateur de l'adolescent était souvent un camarade, précocement développé, ou une petite amie de rencontre, actuellement les parents jouent un rôle dans cette éducation, tant dans les conversations habituelles, à table, que dans le choix des lectures.

Puis, ce sont les brochures de vulgarisation, à l'usage de la jeunesse, les conférences faites par les professeurs.

Plus tard, la prophylaxie dans l'armée doit jouer un rôle important, alors que les soldats sont obligés d'assister à des conférences éducatives collectives, malheureusement pas assez fréquentes, ou dont l'utilité est méconnue ou mal comprise de la part de certains chefs de corps.

Carle écrit des pages saisissantes et surtout très instructives, pour nous autres, médecins, qui sommes au premier chef les éducateurs d'hygiène du peuple.

Quant à la prophylaxie individuelle, Carle fait plus de pratique que de philosophie : en bon clinicien qu'il est, connaissant surtout les hommes, par leurs faiblesses, il n'hésite pas à présenter le problème individuel sous son véritable aspect.

Ce n'est pas le maître d'école, qui fait la morale grondeuse, mais un praticien qui donne des conseils marqués au coin du bon sens.

Peut-on se fier à la prophylaxie légale et administrative ?

Carle reprend un thème qui lui est cher et qu'il a

souvent discuté dans maints congrès, commissions savantes, ou ministérielles : il montre tous les inconvénients de la réglementation actuelle, autrement plus nombreux que les quelques avantages, que certains prétendent y trouver.

Et l'auteur aborde tout le chapitre de la prophylaxie sociale, comprenant des mesures d'éducation et d'assistance, des mesures de protection, des mesures de relèvement et enfin des mesures sanitaires.

Mais toutes ces mesures administratives sont peu efficaces, lorsqu'on assiste d'une part à l'impossibilité légale et judiciaire d'atteindre les charlatans de la médecine et que, d'autre part, les services sanitaires ont peu de moyens d'action, tant par les dispensaires qu'autrement, vu la modicité des crédits, que le Parlement affecte pour la préservation de la santé publique.

Ce chapitre est des plus intéressants non seulement par les aperçus et les solutions proposées, mais aussi par le style lui-même.

Carle a une façon qui lui est absolument personnelle de présenter ces sujets, parfois scabreux, avec une plume alerte, un esprit vif, le mot qui frappe, l'idée qui séduit, grâce à un humour et à une verve, qui sont la caractéristique de l'esprit de l'auteur. Chapitre à lire en entier et à méditer.

Qu e dirai-je des chapitres suivants, consacrés au traitement de la syphilis ?

Les traitements anciens sont rappelés, les modernes sont exposés ; mercure, iodure, arsenic, bismuth, nous sont présentés sous toutes leurs formes, avec leurs indications, leur posologie, leurs avantages, leurs inconvénients.

Un chapitre entier est consacré à l'appréciation et aux résultats comparés du mercure, de l'arsenic et du bismuth.

Enfin, comme aboutissant logique du travail, un chapitre est consacré à la direction générale du traitement.

Après avoir discuté ce qu'il faut entendre par guérison, par récidives ou rechutes, l'auteur expose ses idées personnelles sur la conduite et les limites des divers traitements.

Il montre ensuite quelles sont les indications des traitements conjugués : arséno-bismuth ou arséno-mercure.

Il passe également en revue les résultats qu'on peut attendre d'une cure bien conduite, dans les syphilis anciennes et organiques.

Enfin, c'est tout le chapitre sur l'hérédo-syphilis et Carle affirme son opinion que les hérédo-syphilis externes sont une infime minorité dans l'ensemble des hérédo-syphilis. Aussi insiste-t-il non seulement sur l'examen médical des époux mais aussi sur le mariage des syphilitiques et enfin sur le traitement à faire suivre aux produits de la conception.

Conclusions. — Ce livre est clinique, pratique, facile à lire et surtout utile au praticien, partant aux malades qu'il aura à soigner.

D[r] Paul Boudin.

Grande librairie médicale A. Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VI[e].

Docteur H. Jaworski. — **La régénération de l'organisme humain par le sang.** (Un volume in-16, Prix : 12 fr.).

Pour l'auteur « la vie est caractérisée par des mouvements d'intériorisation et d'extériorisation ». La vieillesse serait simplement un excès d'intériorisation que ne compense pa s un mouvement contraire d'extériorisation. Ce mouvement d'extériorisation, l'auteur le provoque par un apport de sang jeune.

Partant de ce fait affirmé par plusieurs biologistes que les animaux unicellulaires n'ont pas d'âge et peuvent vivre à l'infini, le D[r] J. a entrepris une série d'expériences au laboratoire du Jardin d'Acclimatation. Il s'est adressé tout d'abord à des infusoires dégénérés : dans un milieu sans cesse renouvelé ou par un apport de jeunes, ces infusoires furent complètement régénérés.

De la régénération des unicellulaires, l'auteur passa à celle d'animaux supérieurs mis à sa disposition par le Jardin d'Acclimatation : jument, chèvres, chiens. Sous l'action des injections du sang jeune, et malgré des conditions déplorables, les résultats dépassèrent toute attente.

Devant ces effets concluants, l'auteur, transporta sa méthode sur les humains. Grâce à la classification des groupes sanguins, et au mariage des sangs, il sut trouver pour chaque malade les donneurs correspondants. Là aussi les résultats furent intéressants, et nombreux furent les malades, affaiblis, neurasthéniques, ou séniles qui se trouvèrent stimulés, activés, régénérés.

Ainsi, dit l'auteur, un pas serait fait dans la lutte contre la vieillesse.

Librairie Agricole de la Maison Rustique,
26, rue Jacob, Paris (VI[e]).

M. Raymond Brunet, ingénieur agronome, professeur d'Œnologie à l'Ecole Supérieure de Commerce et à l'Union des Sommeliers de Paris. — **Nos vins de France.** *Comment les classer, les vinifier, les conserver, les présenter.* Un volume de 232 pages avec nombreuses gravures. Prix broché : 12 francs, franco 12 fr. 50.

Cet ouvrage contient pour la première fois une classification complète des vins de France, non seulement de ceux de nos grands crûs du Bordelais, de la Bourgogne, de la Champagne, de l'Anjou, de la Touraine, mais encore de nos principaux départements viticoles,quelle que soit la qualité de leurs produits.

Les meilleurs procédés de vinification sont rappelés brièvement, puis les méthodes de conservation sont largement exposées pour permettre à tous ceux qui ont des caves de soigner avec succès et d'élever avec rapidité leurs vins pour leur permettre de leur faire la plus grande qualité.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA RÉFORME DES ETUDES DENTAIRES

Une commission, composée à l'effet d'étudier s'il y a lieu de réformer les études dentaires, s'est réunie le 21 juillet, au Ministère de l'Instruction publique.

Déjà, il y a quelques années, une commission interministérielle avait été nommée, par le ministre de l'hygiène de cette époque, M. Strauss.

Mais comme, contrairement à l'attente de certains puissants du jour, quelques membres de cette commission avaient prétendu s'opposer à la création du grade de docteur en chirurgie dentaire, la commission se réunit une seule fois, puis entra dans un doux sommeil.

Certains esprits chagrins auraient pu croire qu'il allait en être de même avec la nouvelle commission. C'est ainsi que nous relevons, parmi les noms des membres nommés par le Ministre de l'Instruction publique, une très forte majorité d'« odontologistes », c'est-à-dire de partisans de l'autonomie de l'art dentaire et du grade de docteur en chirurgie dentaire, alors que les « stomatologistes », c'est-à-dire les docteurs en médecine, se livrant à la spécialité des maladies de la bouche et des dents, étaient peu nombreux.

La Faculté de médecine était dignement représentée par MM. Roger, Hartmann, Sébileau ; mais, aux côtés de ces maîtres, qui représentent la science et l'enseignement, nous ne voyions pas figurer les noms des délégués des médecins praticiens, c'est-à-dire de l'Union des syndicats médicaux.

Oubli regrettable, certes, car les médecins de France ont leur mot à dire sur cette question de la réforme de l'enseignement dentaire, ne serait-ce qu'au nom de la santé publique, puisque, dans les campagnes, les praticiens sont le mieux à même de savoir ce qu'il faut aux populations, tant pour soigner les dents, que pour faire la prophylaxie et enseigner l'hygiène buccale, dans les écoles.

Dans notre régime républicain, un ministre a le droit absolu de nommer qui bon lui semble, comme membre d'une commission. A notre tour, nous conservons le droit de critique, en toute franchise, comme en toute liberté.

Or, deux thèses devaient s'affronter devant un tapis vert : les dentistes devraient-ils, à l'avenir, cesser de se recruter surtout dans les rangs des élèves de l'enseignement primaire grâce au brevet de l'enseignement primaire supérieur, ou devraient-ils avoir le baccalauréat de l'enseignement secondaire ?

Mais alors, devant cette formation secondaire, ne serait-il pas possible de pousser la réforme jusqu'au bout et de créer un diplôme spécial de docteur, celui de docteur en chirurgie dentaire ?

Le public prend l'habitude de croire que son dentiste est véritablement docteur en médecine ; il l'appelle docteur et lui demande souvent des conseils et consultations de médecine générale.

Pourquoi, dès lors, ne pas régulariser cette situation de fait, par la création de ce diplôme nouveau, spécial à l'art dentaire ?

Non répondent les stomatologistes et, avec eux, l'Union des Syndicats médicaux : à l'heure actuelle, l'interpénétration de l'art dentaire et de la science médicale est intime. On arrive à considérer que les maladies des dents ne sont que les manifestations locales de maladies générales.

Les études préliminaires du doctorat en médecine sont aussi indispensables, pour cette spécialité stomatologique, qu'elles le sont pour la gynécologie, les accouchements, l'ophtalmologie, l'oto-rhino, voire même l'orthopédie.

D'ailleurs, par ses différents Congrès des praticiens, l'Union des Syndicats médicaux s'est prononcée pour l'unité de la science médicale et s'est toujours opposée avec force à la création de diplômes spéciaux.

Nous croyons savoir qu'à cette réunion de commission, au ministère de l'Instruction publique, ces deux thèses absolument opposées se sont affrontées avec la plus parfaite courtoisie. On est resté sur le terrain des idées, sans aborder des questions de personnes, car, hélas ! dans les actions humaines, il y a bien souvent des intérêts particuliers qu'il est toujours très intéressant autant qu'utile de connaître.

Une sous-commission de douze membres, où ne sont représentés que deux docteurs stomatologistes, a été nommée, pour étudier, à la rentrée d'octobre, l'utilité des diverses réformes proposées.

Certes, nous sommes de ceux qui pensent que les dentistes doivent avoir la même formation secondaire que les docteurs : par suite le baccalauréat est utile au début des études.

Mais le P.C.N. ne serait-il pas plus utile aux stomatologistes qu'aux médecins ? Nos confrères des maladies de la bouche et des dents font plus de physique et de chimie, voire même de zoologie, que nous, les médecins de médecine générale ou de spécialités.

Quant aux études particulières, stomatologiques, ne sont-elles pas suivies avec plus de fruit par des étudiants en médecine, ayant plusieurs années d'école, que par de jeunes étudiants en chirurgie dentaire, au sortir de l'école primaire supérieure ? Une certaine maturité d'esprit ne messied pas.

La meilleure preuve en est que beaucoup d'étudiants en médecine, et même des internes des hôpitaux de Paris, ou de province, se spécialisent en stomatologie, en se faisant inscrire à l'école du passage Dauphine, à Paris. Cette école devient trop petite et va s'agrandir, car beaucoup de médecins, dont les fils étudient également la médecine, préfèrent pousser leur enfant vers cette spécialité d'avenir.

Ils voient clair, en se refusant de leur faire suivre des études plus courtes et plus faciles, mais qui ne les conduirait qu'au diplôme de chirurgien dentiste. La question manuelle de la stomatologie devient fonction des connaissances médicales générales, comme cela existe pour la partie manuelle du chirurgien, de l'oto-rhino, ou de l'accoucheur.

Nous savons d'ailleurs que des médecins de campagne préfèrent diminuer leur rayon de clientèle, moins faire d'automobile, mais se consacrer en partie à l'art dentaire, après avoir suivi un stage d'une ou plusieurs années dans une école de stomatologie.

Ce faisant, ils acquièrent plus de liberté, dans l'exercice de leur profession, tout en ayant moins de fatigue.

Tout récemment, nous étions consulté sur le point de savoir si les chirurgiens dentistes peuvent faire des injections sous-cutanées de vaccins, alors qu'ils ne sont pas docteurs en médecine.

Demain, on nous demandera si un chirurgien dentiste peut avoir une installation de radiologie, annexée à son cabinet, comme le font beaucoup de médecins de campagne, pour la médecine générale.

Quelles opérations dentaires, ou sur les maxillaires, peuvent faire légalement les chirurgiens dentistes ?

Quelle serait leur responsabilité professionnelle, en cas d'accident par anesthésie, s'il était prouvé qu'ils n'ont pas fait ausculter leur malade par un docteur en médecine, puisqu'ils n'ont pas le droit d'investigation par eux-mêmes des poumons, ou du cœur ?

L'évolution de la science exige, pour la santé publique, que le dentiste acquière les connaissances nécessaires pour faire un médecin de médecine générale, avant de se spécialiser.

Espérons que la commission ministérielle, malgré l'absence des représentants de l'Union des Syndicats médicaux, saura se ranger du côté des exigences de la santé de nos clients, et abandonnera l'idée du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, comme ne devant donner que des satisfactions d'amour-propre à quelques uns, qui seraient flattés de porter légalement le titre de docteur.

R. H. M. S., 1830. Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La sentimentalité et les chiffres.

Une erreur dans laquelle tombent souvent nos confrères, c'est d'évoquer les idées de solidarité professionnelle et de confraternité dans des questions où elles n'ont que faire.

Il y a quelques semaines, un confrère m'écrivait :

« Par suite de circonstances malheureuses, je me trouve extrêmement gêné en ce moment : je ne puis continuer le versement de ma cotisation pour la retraite, je vous prie de vouloir bien recevoir ma démission et me faire rembourser les sommes que j'ai versées. »

Lettre à laquelle je répondais aussitôt :

« En aucun cas, si ce n'est en cas de mort du sociétaire contre-assuré, les cotisations versées ne peuvent être remboursées.

Vous auriez d'ailleurs le plus grand tort de donner votre démission car, ayant fait cinq versements annuels, même si vous cessez maintenant de verser votre cotisation, vous conservez le droit à une retraite réduite, proportionnelle au capital que vos versements auront produit au moment où vous atteindrez 65 ans.

Et puis, des jours meilleurs peuvent revenir et vous aurez toujours la faculté de reprendre vos versements pour augmenter le chiffre de votre retraite.

J'attendrai donc une nouvelle lettre pour vous considérer comme démissionnaire. »

La réponse se fit attendre, mais finit par arriver :

« Ayant un pressant besoin d'argent, je croyais pouvoir rentrer dans mes fonds en vous laissant les intérêts. Puisque cela ne se peut pas et qu'en ces temps de démocratie, les Sociétés de médecins ne diffèrent pas des autres sociétés, que la solidarité n'y existe pas plus qu'à côté, je tâcherai de trouver ailleurs......

Cette année, je ne verserai rien, mais j'espère, l'année prochaine reprendre mes versements. »

Le confrère a donc suivi mon conseil et n'a pas maintenu sa démission, il a eu grandement raison puisque, l'an prochain, il pense pouvoir reprendre ses versements et qu'un jour viendra vraisemblablement où il pourra, en versant la cotisation de 1925 en souffrance, se remettre tout à fait en règle...

Mais pourquoi, avant cette sage décision, s'est-il laissé aller à une pointe d'aigreur contre les sociétés confraternelles ?

En temps de démocratie, comme en tous les temps, les sociétés, qu'elles soient médicales ou autres, sont soumises aux mêmes lois : elles doivent se conformer aux statuts sur lesquels elles ont été fondées, elles sont obligées de capitaliser les versements de leurs membres pour arriver aux chiffres fixés par les actuaires, elles n'ont pas le pouvoir de faire quelque chose avec rien.

Et la confraternité n'a rien à voir en la matière, elle n'a jamais produit un centime d'intérêts. Qu'elle puisse s'exercer à côté, venir au secours d'une misère, donner une aide passagère en payant une cotisation — très bien, c'est là son rôle et, à la Mutualité Familiale, elle a eu souvent à s'exercer en ce sens. — Mais qu'au nom de cette solidarité confraternelle on vienne demander une chose antistatutaire, portant atteinte aux droits des co-sociétaires, cela ne se comprend pas.

Evidemment le remboursement que demandait notre confrère lui eût, en l'occurrence, rendu les plus grands services : il n'a pas pensé un instant qu'il demandait une chose impossible et, comme tant d'autres, ignorant les statuts de la Société dans laquelle il était entré, il espérait ce remboursement — il a été déçu en voyant qu'il y devait renoncer. De là le mouvement de mauvaise humeur qu'il n'a pas su maitriser. Mais il a réfléchi et il ne démissionne pas, il conserve ses droits dans la Société ; si momentanément il est obligé de suspendre le versement d'une cotisation, il espère bien pouvoir à bref délai rentrer dans la règle, et un jour viendra où il reconnaîtra le bien fondé d'une mesure contre laquelle son premier mouvement a été de protester.

Autre cas :

Il y a quelques mois, une quittance de cotisation envoyée au Dr C. en recouvrement postal revenait impayée avec la mention « sociétaire décédé », mais, à la fin du trimestre, le secrétaire général faisait allouer l'indemnité due à ce confrère qui n'était mort que dans le courant de janvier — c'était tout naturel.

Naturellement aussi, sur le montant de cette indemnité je retenais la cotisation puisque celle-ci aurait dû être payée au 1er janvier, mais je pus lire dans l'accusé de réception :

« Je ne m'attendais pas de la part de la Mutualité Familiale *dont mon mari faisait partie depuis si longtemps* à une restriction aussi minime dans le secours qui lui était alloué pour sa maladie car, rien qu'en pharmacie, il a dépensé plus de.....

Je ne comprends pas que vous fassiez payer une quittance envoyée à un mort et j'espère que vous reconnaîtrez la vérité de ce que je vous dis et me retournerez le montant de la quittance que vous avez retenu. »

Il faut, je le sais, excuser une pauvre veuve frappée dans ses intérêts comme dans ses affections, mais cependant en quoi le fait de faire partie depuis longtemps d'une société comme la nôtre peut-il influer sur le paiement de la cotisation ? en quoi les frais de pharmacie et autres ?

Mme C... n'eût pas compris qu'on ne lui payât pas l'indemnité, comment ne comprenait-elle pas que la société a autant de droit pour exiger le versement de la cotisation qu'elle-même pour exiger l'indemnité ?

Si je m'arrête à des faits de ce genre, c'est qu'ils se reproduisent de temps à autre et dénotent dans le corps médical une mentalité parfois incompréhensible.

La Mutualité Familiale est une œuvre de solidarité confraternelle, elle ne saurait pourtant se soustraire à la brutale loi des chiffres.

Considérons donc les choses telles qu'elles sont, ne prenons pas nos désirs pour des réalités et ne faisons pas intervenir la sentimentalité où elle ne saurait être de mise.

A. Gassot.

LE CONTROLE MÉDICAL DES PUPILLES DE LA NATION DANS LE LOT-ET-GARONNE

Le contrôle médical des Pupilles de la Nation a été organisé dans le Lot-et-Garonne en octobre 1921, par contrat collectif entre l'Office départemental et le Syndicat médical.

Tous les semestres, les Pupilles reçoivent de l'Office une fiche médicale et doivent passer une visite de santé devant le médecin de leur choix. En fait, tous les médecins, sauf les spécialistes, sont médecins contrôleurs et les visites se passent dans le cabinet du docteur. Les Pupilles font retour de ces fiches à l'Office, où elles sont centralisées.

Les avantages de ce système sont d'abord de conserver le libre choix du médecin ; c'est le médecin de la famille qui, mieux qualifié que d'autres, peut fournir des indications sur les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant et sur les maladies qu'il a pu avoir durant le semestre écoulé, qui remplit ces fiches.

Cet examen n'a pas lieu dans un local communal, dont les dispositions ne permettent pas toujours un chauffage parfait, ni à l'allure précipitée d'une séance de conseil de révision. Il se fait sans promiscuité de sexes, ce qui a donné lieu à des réclamations dans un département voisin, dans le silence du cabinet, plus propre à un examen complet et à une auscultation délicate.

Là aussi certaines confidences seront obtenues, qui ne seraient point faites devant une galerie.

Enfin, il donne toute facilité aux mères de choisir le jour et l'heure qui leur convient le mieux pour y conduire leurs enfants, puisqu'elles ont un mois pour faire pratiquer cet examen.

Le nombre des enfants se soumettant à la visite semestrielle que ne rend obligatoire aucune disposition légale, ne l'oublions pas, est de 3.000 environ sur 4.000 inscrits, soit une proportion de 75 %.

Une somme de 5 francs est allouée pour cette visite semestrielle au médecin.

Mais la fiche est un moyen et non une fin. Deux médecins-conseils ont été désignés à la demande de l'Office, pour examiner les fiches, désigner d'après les annotations et les propositions des médecins contrôleurs, les Pupilles à faire opérer ou à faire examiner par un médecin spécialiste, régler le placement des Pupilles dans un sanatorium, dans un préventorium, à la mer, à la montagne ou à la campagne, fournir tous renseignements d'ordre médical au secrétaire général, faire enfin un compte rendu semestriel, donnant une idée d'ensemble du fonctionnement du contrôle médical dans le département

Deux fois l'an, fonctionne encore une commission de surveillance, composée du vice-président, du secrétaire général et d'un médecin-conseil, qui se rend dans les établissements publics et privés ayant des Pupilles internes, visite au point de vue de l'hygiène des locaux, se renseigne sur les épidémies, s'informe si les Pupilles sont soumis à la visite semestrielle et se fait présenter les Pupilles tant du département que des départements voisins, ces derniers pouvant échapper à tout contrôle.

Cette commission, cependant, n'a pas un rôle strictement médical et elle profite de son passage pour recueillir, de la part des directeurs d'établissements, des renseignements sur le travail, la conduite et la capacité des Pupilles ; tous ces renseignements, avec ceux d'ordre médical, sont consignés sur une fiche spéciale, faite par établissement scolaire et conservée au secrétariat de l'Office.

Depuis trois ans de fonctionnement, il a été procédé par les soins et aux frais de l'Office et sur les indications de leur médecin traitant à 119 interventions chirurgicales. L'Office a pris à ses frais 483 séjours à la mer, 183 à la montagne et 20 à la campagne.

Aussi, après trois ans d'essai, peut-on dire que le contrôle médical des Pupilles de la Nation, organisé suivant le système syndical, fonctionne à la satisfaction de l'Office, des familles et du corps médical, qu'il a donné d'excellents résultats et qu'il y a là une expérience intéressante pour l'inspection médicale des écoles.

D[r] BARBIER DE LA SERRE.

VARIÉTÉ

Comment on traitait le hoquet avant Jésus-Christ

Au banquet que donna Agathon pour célébrer son triomphe aux Lénéennes de la XC[e] Olympiade (416 av. J. C.), banquet qui fut le sujet d'un des plus beaux dialogues de Platon (La Sympose ou le Banquet ou De l'Amour), plusieurs personnages prennent la parole avant Socrate et Alcibiade. Lorsque le tour d'Aristophane vint, il ne put discourir, atteint de hoquet.

« S'adressant au médecin Erysimaque qui se trouvait à son côté :

— O Erysimaque, lui dit-il, te voici dans l'obligation de me délivrer de ce hoquet ou de parler pour moi jusqu'à ce qu'il ait cessé !

— Je ferai l'un et l'autre, répondit Erysima-

que. Je vais parler à ta place et quand tu seras délivré, tu parleras à la mienne. Durant mon discours, efforce-toi de retenir longuement ton haleine et ton hoquet passera. S'il ne cesse pas ainsi, gargarise-toi avec de l'eau. Mais si pourtant ce hoquet est fort violent, prends quelque chose pour te chatouiller les narines, éternue, et si tu provoques une ou deux fois l'éternuement— quand bien même serait-il très violent — ton hoquet cessera.

— Hâte-toi donc de prendre la parole, lui répondit Aristophane, et je ferai ce que tu m'as ordonné. »

Le médecin Erysimaque prononça alors son discours ; lorsqu'il eut terminé, il constata que le hoquet d'Aristophane avait cessé :

« Oui, certes, il a cessé, répliqua ce dernier, mais ça n'a pu être qu'après lui avoir infligé l'éternuement. Aussi suis-je fort émerveillé de ce qu'il soit nécessaire pour rétablir l'ordre dans l'harmonie du Corps, des bruits et des chatouillements qu'occasionne la sternutation ; dès que je me fus mis dans l'obligation d'éternuer, mon hoquet instantanément cessa. »

M. Mario Meunier, le savant hélléniste dont nous empruntons le passage ci-dessus, à la traduction du Banquet de Platon qu'il a publiée chez l'éditeur Payot, fait remarquer en note que chez les Grecs, l'éternuement était considéré comme un signe divin d'inspiration ou d'avertissement. (Xenophon : *Anabase*, 3.2.9. — Plutarque : *De Gen. Sacr.*).

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Fonctionnement de l'Office national d'hygiène sociale

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu le décret du 4 décembre 1924 créant l'office national d'hygiène,

Arrête :

Art. 1er. — Il est institué auprès de l'office national d'hygiène sociale un conseil de perfectionnement appelé à donner son avis sur le fonctionnement de l'office et sur les améliorations qui pourraient être apportées à ses services.

Art. 2. — Le conseil de perfectionnement, présidé par le ministre chargé de l'hygiène publique, comprend des membres de droit et quarante membres nommés par le ministre.

Les membres de droit peuvent se faire représenter aux séances du conseil de perfectionnement, en cas d'empêchement, par un délégué qualifié.

Les membres du conseil de perfectionnement sont nommés pour quatre ans ; leur mandat est renouvelable.

Les membres de droit qui n'exerceraient plus les fonctions ayant motivé leur nomination cessent de plein droit de faire partie du conseil de perfectionnement.

Les fonctions des membres nommés dans l'intervalle des quatre années prennent fin à l'époque où aurait normalement expiré le mandat de ceux qu'ils remplacent.

Art. 3. — Le président du conseil d'administration de l'office national d'hygiène sociale est de droit premier vice-président du conseil de perfectionnement.

Le conseil élit trois autres vice-présidents.

Les fonctions de secrétaire du conseil de perfectionnement sont remplies par le secrétaire général du conseil d'administration.

Les procès-verbaux du conseil de perfectionnement sont signés par le président et le secrétaire général. Ils sont transcrits sur un registre spécial et communiqués au ministre chargé de l'hygiène publique dans un délai d'un mois.

Art. 4. — Le conseil de perfectionnement se réunit au moins une fois par an. Un rapport général annuel, établi par le conseil de perfectionnement, est inséré au *Journal officiel*.

Art. 5. — L'office national d'hygiène sociale est administré par un conseil d'administration composé de trois membres de droit et de huit membres nommés pour quatre ans dans les conditions fixées par le décret du 4 décembre 1924 ; leur mandat peut être renouvelé.

Les fonctions des nouveaux membres nommés dans l'intervalle des quatre années prennent fin à l'époque où auraient normalement expiré les mandats de ceux qu'ils remplacent.

Le bureau du conseil d'administration comprend : un président et un secrétaire général, nommés par le ministre chargé de l'hygiène publique, ainsi que deux vice-présidents élus par les membres du conseil.

Cessent de plein droit de faire partie du conseil les membres de droit qui n'exercent plus les fonctions qui avaient motivé leur désignation.

Le secrétaire général est chargé de la tenue des procès-verbaux du conseil d'administration.

Il assure les convocations et, d'une manière générale, la liaison entre le conseil d'administration, le conseil de perfectionnement, les différents départements ministériels et les organisations françaises et

étrangères en relation avec l'office national d'hygiène sociale.

Art. 6. — Le conseil d'administration délibère sur :

1° Le projet de budget primitif et le projet de budget additionnel et sur les autorisations spéciales de crédit à ouvrir en cours d'exercice ;

2° Le compte administratif du directeur ;

3° L'acceptation des dons et legs ;

Art. 7. — Le conseil d'administration donne son avis sur :

1° Les comptes de l'agent comptable ;

2° Les aliénations, acquisitions, échanges et emprunts ;

3° Les placements mobiliers des capitaux disponibles ;

4° L'emploi des revenus et produits des libéralités et subventions ;

5° Les questions de créations, transformations, suppressions des services de l'office ;

6° Les actes relatifs à l'administration des biens ;

7° L'exercice des actions en justice ;

8° Toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre ou le directeur de l'office.

Les délibérations du conseil d'administration sont constatées par des procès-verbaux qui indiquent le nom des membres présents et du secrétaire général ; une copie doit en être adressée, au plus tard huit jours après la séance, au ministre chargé de l'hygiène publique.

Art. 8. — Au moins une fois par trimestre, le conseil d'administration délègue un de ses membres pour visiter l'établissement avec le directeur et l'agent comptable, et constater l'état des locaux et du matériel et la tenue des divers services.

Les observations du délégué sont consignées dans un rapport qui est lu à la plus prochaine séance du conseil. Ce rapport et la discussion à laquelle il donne lieu, sont consignés au procès-verbal de la séance.

Art. 9. — Les délibérations du conseil d'administration ne sont exécutoires qu'après approbation par le ministre chargé de l'hygiène publique. Toutefois, s'il ne s'agit pas de délibérations relatives aux dépenses et aux recettes, elles deviennent définitives de plein droit, s'il n'y a pas opposition du ministre dans les dix jours qui suivront la communication à lui faite des délibérations.

Art. 10. — Les marchés concernant l'office sont passés dans les formes et conditions prescrites pour les marchés de l'Etat.

Art. 11. — Le conseil se réunit sur la convocation du président, aussi souvent qu'il est nécessaire, mais au moins une fois par trimestre. La convocation devra indiquer les questions sur lesquelles le conseil d'administration sera appelé à délibérer et il ne pourra être apporté de modifications à cet ordre du jour que sur la demande écrite de trois membres et après avis conforme de la majorité des membres présents à la réunion du conseil.

Art. 12. — Chaque année, le conseil d'administration adresse au ministre chargé de l'hygiène publique, dans le courant du mois de juin, un rapport général sur l'état de l'office, le fonctionnement des services, les résultats obtenus pendant l'exercice précédent et les améliorations qui pourraient être apportées au fonctionnement de l'office.

Art. 13. — Le directeur instruit toutes les affaires relatives à l'office national d'hygiène sociale, de concert avec le conseil d'administration et pourvoit à l'exécution des décisions du ministre.

Le directeur est plus spécialement chargé de la direction technique de l'office. Il est ordonnateur de l'office et constitue les dossiers de tous les projets qui lui parviennent, instruit toutes les demandes et en assure la répartition entre les divers services de l'office.

Il dirige les études et les statistiques demandées par les services publics et les différents travaux rentrant dans les attributions de l'office.

Il dirige le service d'informations scientifiques et techniques, à l'usage des médecins, des hygiénistes et du public.

Il est normalement remplacé, en cas d'absence, par un chef de service, désigné après avis du conseil d'administration.

Art. 14. — Les budgets et comptes de l'office sont délibérés par le conseil d'administration et transmis, pour approbation, au ministère chargé de l'hygiène publique, au directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Art. 15. — Le directeur de l'office représente l'office en justice et dans les actes de la vie civile.

Il peut, sans autorisation du conseil d'administration, faire tous les actes conservatoires après un référé et passer les marchés dont le montant n'est pas supérieur à 10.000 fr.

Art. 16. — Le ministre chargé de l'hygiène publique désigne un conseiller technique administratif qui peut assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 17. — L'organisation financière et celle du personnel de l'office national d'hygiène sociale seront réglées conformément à l'article 33 de la loi de finances du 29 avril 1921, par un décret rendu en conseil d'Etat et contresigné par le ministre chargé de l'hygiène publique et le ministre des finances.

Art. 18. — Le ministre chargé de l'hygiène publique nomme, chaque année, des attachés techniques sanitaires étrangers qui peuvent être appelés par le conseil d'administration à prendre part à certaines de ses délibérations, avec voix consultative. Leur mandat est renouvelable.

Art. 19. — A titre provisoire et pendant une année à dater de la publication du présent arrêté, en vue d'assurer l'organisation et le fonctionnement initial de l'office, les différents fonctionnaires de direction, chefs de service et agents de l'office sont désignés par arrêté du ministre chargé de l'hygiène publique. Aucune de ces nominations ne peut devenir définitive sans avoir été faite dans les conditions qui seront déterminées par un règlement d'administration publi-

que, conformément à l'article 35 de la loi de finances du 29 avril 1921.

Les indemnités mensuelles allouées à ces différents fonctionnaires, chefs de service ou agents temporaires de l'office sont déterminées par l'arrêté ministériel portant leur désignation.

Art. 20. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 19 janvier 1925.

Justin GODART.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un profond regret le décès du Dr COURGEY, mort le 18 septembre dernier à l'âge de 78 ans.

Le Dr Courgey était un des premiers membres du *Concours médical*, dont il resta l'ami toute sa vie, et dans lequel il publia, à maintes reprises, d'excellents articulets de pratique médicale inspirés par sa longue expérience professionnelle, et par sa connaissance des nécessités de la médecine sociale.

Parmi ses nombreux travaux, nous citerons *Milieux de Misère,* recueil de petits tableaux brossés de main de maître, et représentant des scènes vécues dont il avait été, ou témoin ou acteur, durant les longues années où il exerça à Ivry-sur-Seine.

A son gendre, notre sympathique confrère Lebrun, ainsi qu'à toute sa famille, le *Concours médical* adresse ses sincères condoléances et l'assurance de sa vive sympathie et de ses profonds regrets.

* * *

— L'aviateur *Thierry* qui a trouvé la mort dans un accident d'aviation survenu tandis qu'il survolait la Forêt Noire, n'est autre que le fils du Dr Paul Thierry, ancien député de Saint-Mihiel, secrétaire général de l'Association générale des médecins français.

A notre malheureux confrère, si cruellement frappé dans ses plus chères affections, le *Concours médical* exprime également la grande part qu'il prend à son deuil et l'assure de sa grande sympathie.

— **Congrès de chirurgie.** — *Démonstrations et opérations par le Dr Calot.* — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot fera, le mercredi 7 octobre de 9 h. 1/4 à midi, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une série d'opérations et de démonstrations : I. Réduction de 6 luxations congénitales de la hanche, de formes diverses ; II. Présentation de sujets guéris de luxations congénitales ; III. Ce que tout médecin ou chirurgien doit savoir de la *rénovation* de la pathologie de la hanche à tous les âges (par les derniers travaux).

— **Clinique d'accouchements Tarnier.** — *Cours de pratique obstétricale,* par MM. Metzger, Ecalle, Vaudescal, agrégés ; Benit, Couinaud, Lantuéjoul et Mlle Labeaume, chefs de clinique et anciens chefs de clinique ; De Manet, chef de clinique adjoint.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le vendredi 16 octobre 1925. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

— **Hôpital Broussais.** — *Cours de cardiologie.* — Un cours de pratique cardiologique sera fait sous la direction de M. Ch. Laubry et avec la collaboration de MM. Daniel Routier et Jean Walser, assistants, de MM. Marchel, interne médaille d'or et Thomas, interne du service.

Les cours auront lieu du 12 au 24 octobre 1925, de 11 h. à midi pour les leçons théoriques et les après-midi pour les démonstrations pratiques.

— **Hôpital Hérold.** — *Cours pratique sur la tuberculose infantile.* — M. P.-F. Armand-Delille fera, du 5 au 22 octobre 1925, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux et la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

— **Ecole de médecine de Marseille.** — *Cours de perfectionnement de microbiologie* : professeur S. COSTA, avec la collaboration de MM. L. BOYER, chef des travaux de bactériologie et H. MORIN, chef de clinique des maladies exotiques. Ces cours accompagnés de travaux pratiques auront lieu du 22 au 30 octobre au laboratoire de bactériologie de l'école de médecine, au palais du Pharo.

Programme général : Immunité et vaccins, les leishmanioses, paludisme, diagnostics bactériologiques de la tuberculose, les spirochétoses, l'infection tuberculeuse, la réaction de Bordet et Gengou avec applications à la syphilis, au kyste hydatique et à la tuberculose ; amibiase, technique et préparation des vaccins, vaccination et vaccinothérapie antituberculeuses, etc.

Il sera perçu un droit de laboratoire de cent francs. S'inscrire au secrétariat de l'école de médecine du 15 au 20 octobre 1924.

L'horaire de ce programme a été établi de manière à permettre aux auditeurs de suivre en même temps les cours de perfectionnement de bactériologie et les cours de vacances sur la tuberculose.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2047. — Honoraires médico-légaux.

J'ai été chargé, en qualité de médecin expert, d'examiner une enfant de neuf ans, victime d'un attentat aux mœurs. J'ai dû me transporter au domicile de l'enfant (10 kil. A. et R.), et déposer un rapport motivé au juge d'instruction. Actuellement, je dois adresser ma note d'honoraires, mais je manque de renseignements pour son établissement.

Pourriez-vous être assez aimable pour me fournir les indications nécessaires ?

A qui dois-je adresser cette note ?

D[r] B.

Réponse.

D'après l'article 19 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit à une indemnité de déplacement de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. L'article 26, 1°, du même décret alloue des honoraires de quinze francs pour visite judiciaire, en ce étant compris les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment. Mais le dernier paragraphe du même article 26 permet au magistrat commettant de fixer d'après les circonstances la taxe qui doit être allouée, au cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Si vous estimez que la mission que vous avez eu à remplir dépasse les limites d'une simple visite, vous pouvez vous fonder sur ce paragraphe pour demander dans votre mémoire les honoraires qui vous semblent équitables.

Vous devez établir votre mémoire en double exemplaire sur papier libre si le total de la somme réclamée ne dépasse pas 50 francs ; dans le cas contraire, un des exemplaires doit être établi sur papier timbré. Vous adresserez ensuite votre mémoire au Procureur de la République qui le fera viser par le Procureur général et taxer par le juge d'instruction. Après quoi vous serez payé par le receveur de l'enregistrement.

2172. — Amortissements divers à déduire du revenu professionnel.

Installé depuis avril 1924, j'ai fait en fin d'année ma déclaration d'impôt sur les bénéfices ; j'ai déduit l'amortissement de l'achat de mon auto et de mon matériel médical à 15 % ; je reçois ce jour une lettre du contrôleur ainsi conçue :

« Vous évaluez vos divers amortissements à 3.972 fr. Du fait que vous n'avez exercé que durant les trois derniers trimestres, il convient de réduire cette somme du quart de son montant, soit 993 fr. Le bénéfice net déclaré est à rehausser d'autant ».

Est-ce bien régulier ?

N'aurais-je pas dû également retrancher de mon bénéfice les impôts de ma maison ? De même l'amortissement de mes frais d'étude ? Serait-il légal,

en plus de l'amortissement, de déduire l'intérêt de l'argent engagé pour l'achat d'auto, matériel médical, etc., etc. Dr C.

Réponse.

L'amortissement des automobiles se fait généralement en cinq ans. Pour certaines installations médicales, il est également calculé à 20 %, mais pour l'ensemble du matériel, à 10 %.

Vous semblez vouloir amortir le matériel à raison de 15 % soit, en 6 ans environ. L'installation datant du 1er avril 1924, l'amortissement à pratiquer pour l'année 1924 n'était donc que de : $\frac{15 \times 3}{4} = 11{,}25$ % soit pour un matériel de 26.480 fr.

$$\frac{11{,}25 \times 26.480}{100} = 2.979 \text{ fr.}$$

conforme au chiffre retenu par le contrôleur.

Vous ne pouvez retrancher de votre bénéfice, ni l'intérêt de l'argent engagé pour l'achat de l'auto et du matériel, ni vos impôts personnels. Seuls les dépenses professionnelles et les impôts *tels que la patente, l'impôt* cédulaire peuvent venir en déduction de vos recettes brutes.

En ce qui concerne l'amortissement de vos frais d'étude, vous pouvez en demander la déduction, mais vous avez peu de chance d'obtenir gain de cause. Il n'a encore été rendu aucun arrêt en votre faveur.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2178. — Transfert de patente en cas de changement de domicile.

Je vous serai obligé de bien vouloir me dire s'il me faut régler — sans réclamations — mes contributions « personnelle-mobilière » et « patente » reçues ce jour. J'habitais H. (1er janvier à 31 juillet) et actuellement je réside à B. Dois-je payer comme si j'exerçais toute une année à H. ? Ici, je ne fais plus que de la médecine de cabinet, et, à H., valeur locative estimée à 2.130 fr. ici, 500 fr. Je crois qu'il y aurait avantage à payer 7 mois pour H. et 5 mois pour B.

J'ai écrit en ce sens au contrôleur — pas de réponse —, sa réponse fut l'envoi par le percepteur de mon avertissement 1925.

Dr Z.

Réponse.

La patente est due pour l'année entière. Puisque vous avez exercé jusqu'au 31 juillet à H., vous pouvez demander, jusqu'au 31 octobre, que la patente soit transférée à votre successeur.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2180. — Bénéfices professionnels. Déduction du montant du loyer et des appointements du remplaçant.

Je lis dans le *Concours médical*, n° 34, au paragraphe 1903 : *Comptabilité médicale à l'égard du fisc.*

Dans les frais professionnels : *loyer.*

Etant propriétaire de la maison que j'habite, dois-je faire figurer une somme, sinon comme loyer, du moins comme *amortissement*, tant de la maison, que des réparations que j'ai faites ou que je serais amené à faire.

D'après le prix d'achat, quel peut en être approximativement le quantum ? Je suis vénéréologiste et mes locaux professionnels occupent plus de moitié de ma maison.

Ayant dû m'absenter pour maladie, j'ai en ce moment un remplaçant pour plusieurs mois. Les frais de remplaçants sont bien frais professionnels à déduire des recettes brutes.

Dr D.

Réponse.

1° Le loyer des locaux spécialement affectés à l'exercice de la profession doit être compris dans les frais à déduire des recettes brutes.

Si vous êtes propriétaire de l'immeuble dans lequel vous exercez, vous payez la contribution foncière sur le revenu dudit immeuble.

Ce revenu ne pouvant être atteint une seconde fois par l'impôt cédulaire, vous devez déduire, comme si vous étiez locataire, la valeur locative susvisée de votre revenu professionnel.

Cette valeur locative doit s'entendre de la valeur locative retenue pour l'assiette de la contribution foncière.

2° Les appointements de votre remplaçant viendront en déduction de vos recettes.

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

2138. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Questions diverses.

Je reçois une feuille d'avertissement du contrôleur des contributions directes me faisant connaître qu'il me taxe d'office à la somme de ... 15.000 fr. sur les bénéfices de ma profession.

Et à la somme de 16.500 sur l'impôt général sur le revenu.

Comme je suis ignorant de ces questions de fiscalité, faites-moi connaître, je vous prie, ce qu'on entend exactement par « bénéfices de professions non commerciales » ;

2° Quelles sont les dépenses à venir en déduction sur cette somme ?

3° Dois-je accepter et en ce cas, étant marié et père de deux enfants, quelle est la somme que j'aurais à payer ?

Dr N.

Réponse.

1° En ce qui concerne les professions non commerciales, le bénéfice net est constitué par l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession ou, plus généralement, par l'acquisition du revenu ;

2° Parmi les dépenses déductibles, on peut citer : le loyer du local spécialement affecté à l'exercice de la profession, les frais d'entretien, d'éclairage, de chauffage de ce local, l'amortissement des appareils médicaux et chirurgicaux et de l'automobile servant à l'exercice de la profession, la patente, l'impôt sur les bénéfices, en un mot, tous les frais se rapportant directement à la profession exercée ;

3° Si vous pouvez prouver à l'aide de vos carnets et d'un relevé de vos dépenses, que votre bénéfice net n'a pas atteint 15.000 fr. en 1924, vous devez le dire au contrôleur ;

4° Le contrôleur se propose de baser l'impôt général sur un revenu de 16.500 fr. La somme de 15.000 fr. représentant les revenus étrangers à votre profession est-elle exacte ? Avez-vous fait une déclaration la faisant ressortir ?

5° Si vous acceptez les bases retenues par le contrôleur, l'impôt cédulaire sur votre bénéfice se déterminera comme suit :

$$\frac{(15.000 - 8.000) \times 7,2}{100} = 504 \text{ fr}$$

Réduction de 15 % pour 2 enfants à charge 75 60

Impôt net 248 60

6° Pour l'impôt général sur le revenu, vous avez droit à des abattements à la base, soit 3.000 fr. pour votre femme et 3.000 × 2 pour vos enfants, au total : 9.000 fr.

Le revenu imposable est de 7.500 et l'impôt correspondant 7.500 × 0,02 — 140 = 10

Majoration de 2 décimes 2

Total .... 12 fr.

Déduction de 15 % pour deux enfants à charge 1 80

Impôt net 10 20

A. Martinot,
Conseiller fiscal.

Application du Tarif Breton.

I

2175. — Pansements de doigts.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire quel tarif appliquer pour un pansement afférent *à deux doigts ou plusieurs doigts* de la *main* ou du *pied*. Le tarif est-il le même que pour un seul doigt ?

Dr C.

Réponse.

a) Pansement à un doigt = pansement simple, compris dans le prix de la visite ou consultation ;

b) Pansements à deux — ou plusieurs doigts d'une même main : 1° si plaies très superficielles = pansement simple (*idem* ci-dessus) ; 2° si plaies plus profondes = pansements multiples à 15 fr. en première catégorie (art. 17).

F. D.

II

2170. — Deux confrères appelés à peu près simultanément.

1° Un ouvrier montant des signaux sur la voie ferrée, au compte d'une entreprise particulière, est tamponné, il y a quelques jours. Je suis appelé d'extrême urgence : plaie très large et profonde de la région lombaire, du sinus costo-iliaque, etc., etc. Je fais sur la voie le pansement. Au moment où je commence d'appliquer le bandage du corps, syncope. J'injecte caféine, éther, le blessé meurt. Que doit-on compter ? En toute honnêteté, je ne puis dire avoir terminé le pansement, puisque la bande n'était pas installée.

2° Un accident très grave puisqu'on pensa à mort d'homme a lieu à A. On appelle le confrère de B. qui n'est pas là. On s'adresse à d'autres, absents ou ne répondant pas. Comme je connais précisément la victime et sa femme que j'ai antérieurement soignés et en raison de l'extrême urgence, on m'appelle de C. où j'habite, soit 15 k. Je m'y rends et trouve le confrère de B. venant d'arriver. Pas de difficulté entre nous, puisque nous sommes très bien. Mais que compter ?

Nous avons tenu une consultation réelle, à 8 h. du soir. Il me semble légitime de demander au moins : consultation avec confrère, plus déplacement de 11 kil. puisque le médecin le plus rapproché est à cette distance. Je veux dire que le consultant le plus proche, habite à 11 kil. ? Ce qui est intéressant à résoudre, c'est cette question de deux confrères venant en même temps dans un appel d'urgence.

Dr M.

Réponse.

1° Je ne vois pas ce qui vous tourmente dans ce premier cas, puisque, pansement effectué ou non, pas plus qu'injections sous-cutanées, ne changent rien au tarif, tout cela étant *compris* dans le prix de la visite (art. 17).

2° *a*) La consultation entre confrères, que vous invoquez ne me semble pas *réelle* au point de vue tarif, puisque votre *rencontre* eut lieu, non pas en vue de l'examen à deux du blessé, mais à cause de l'absence de l'un de vous deux.

b) Vous devez réclamer le nombre *total* de kilomètres parcourus par vous, puisque, par suite de l'absence d'autres confrères, vous fûtes, à cette heure-là, le *médecin le plus rapproché* capable de porter secours d'urgence.

c) Quant à votre confrère, je ne vois pas pourquoi il ne serait pas également payé de sa visite et de son déplacement, puisqu'il fut également *appelé* et qu'il dut pratiquer l'un et l'autre d'après ledit appel.

F. D.

III

2128. — Hémostase par ligatures et sutures cutanées.

Combien je vous serais reconnaissant de me conseiller sur le litige suivant :

Un ouvrier bûcheron se donne un coup de hâchette sur une jambe : plaie linéaire longue de 6 cent. environ avec section d'une artériole au fond de la plaie et assez forte hémorragie.

Je ligature l'artériole au catgut, puis pratique aussitôt les sutures du tissu cutané.

A la fin du sinistre, j'adresse ma note d'honoraires ainsi établie :

Date	Acte	Fr.	C.
25-3-25.	— Certificat initial	5	»
	Sérum antitétanique	15	»
	Hémostase par ligature au fond d'une plaie	30	»
	Sutures multiples	18	75
27-3-25.	— Visite avec pansement	8	»
	plus déplacement de 2 kil.	4	»
30-3-25.	— » »	12	»
3-4-25.	— » »	12	»
6-4-25.	— Consultation	7	»
	Total	111	75

Or, la Compagnie me répond par un pli chargé de 93 fr. sans explication.

Je garde les 93 fr., mais refuse d'envoyer reçu en demandant des explications sur la réduction de ma note.

Ci-joint la réponse qui m'a été faite : déduisant les 18 fr. 75, comme compris dans « l'épluchage pratiqué ».

Je trouve singulière l'interprétation du service médical de la Compagnie. Je n'ai fait ni régularisation, ni épluchage de la plaie.

Je suis assez vieux médecin et n'ayant jamais eu de discussions avec les Compagnies, je n'ai pas l'intention de me laisser faire.

Je vous serais reconnaissant, très honoré confrère, de me dire tout simlplement si je suis dans mon bon droit.... Si oui, je tiens tout particulièrement à remettre en place ce service médical. Je fais partie du « Sou médical ».

Dr M.

Réponse.

Je vous conseillerais de ne pas accepter cette réduction. Vous avez fait deux choses *distinctes* :

a) « Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie : 40 fr. en 1re catégorie. » (Art. 17).

b) « Sutures multiples : 25 fr. » (art. *id.*), sutures que vous auriez eu à pratiquer, même *sans* la ligature précédente et qui ne dépendaient nullement de celle-ci.

Il n'en serait pas de même si vous aviez eu à faire la suture d'une grosse artère et que vous ayez incisé la peau, au point d'élection, par exemple. Dans ce cas, la suture de cette incision ne serait que la phase terminale de votre opération de ligature, donc compris dans celle-ci et, par suite, non tarifable en plus.

F. D.

IV

2144. — Corps étrangers de la main.

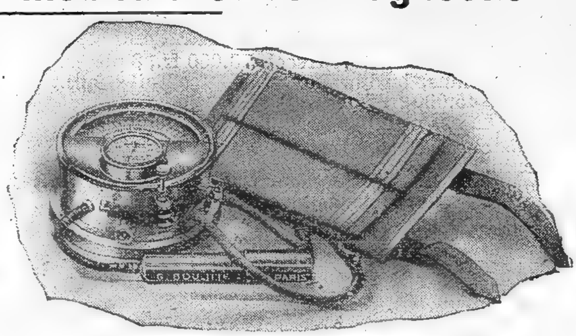
Je vous transmets ci-joint une note d'honoraires envoyée a la Compagnie X. et les rectifications qui y ont été apportées. Il s'agit d'un corps étranger profondément implanté dans les masses musculaires de la main ; je n'ai pu le saisir que sous écran. J'estime donc qu'il ne peut y avoir discussion d'interprétation. La Compagnie me compte 15 fr. comme si le corps étranger était superficiel. Je trouve qu'il y a là un abus et j'ai jugé utile de vous transmettre cette note ; s'il s'était agi d'un corps étranger superficiel, je n'aurais pas fait l'extraction après localisation à l'écran ; que la Compagnie juge exagérée la somme de 225 fr. inscrite au tarif ; c'est possible. Je ne vois cependant pas autre chose. Mon opinion serait qu'on inscrive au tarif quelque chose d'intermédiaire entre les deux sommes, mais je n'ai aucune qualité pour proposer cette transaction à la Compagnie. Je m'en remets donc à votre arbitrage.

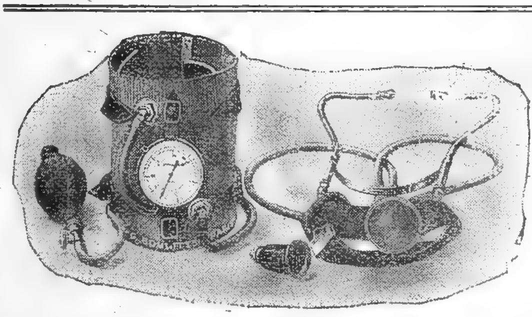
Je vous signale en même temps que la Compagnie ne veut me régler que 5 fr. de certificat, alors que j'ai fait un certificat descriptif ; elle prétend me payer 10 fr. les seuls certificats demandés par elle. Est-ce bien l'esprit du tarif Breton ?

Dr O.

Réponse.

1° Cette question est traitée en détail par moi, pages 127 et 128 de l'Agenda du *Concours* de 1925. En résumé, j'y conclus qu'il y a corps étranger *profond* quand il est situé *dans le creux de la main* et cela « vu la complexité des muscles de la main et le danger des interventions qui en résulte au point de vue de l'*incapacité fonctionnelle* consécutive et, par suite, de la responsabilité de l'opérateur... ». Par contre, je ne vois pas un corps étranger « profond » quand il est situé dans un doigt ou dans les régions marginales des éminences thénar ou hypothénar. Mais alors, dans ce dernier cas, d'après le tarif actuel, ce serait un corps étranger *superficiel*, même avec l'aide de l'écran ? J'ai donc regretté qu'il n'y ait pas un prix intermédiaire entre vingt et 300 fr. Et c'est pourquoi, dans le *Concours* du 22 février 1925, j'ai proposé cette rubrique spéciale : « Extraction de corps étrangers *semi*-superficiels ayant nécessité la localisation radiologique : 100 fr. ». Un confrère m'a objecté la difficulté de cette classification. Sans doute, mais alors que faire ? En tous cas, ma proposition a déjà été acceptée





plusieurs fois par les deux parties. (Voir l'objection du confrère et ma réponse, dans un article spécial à ce sujet dans le *Concours* du 17 mai 1925, pages 1248 et 1249).

2° Quant à la question du certificat, qu'il soit simple ou descriptif, l'assurance n'y est pour rien. C'est une question de *fait*, et non plus de tarif ; auquel cas, je n'interviens jamais.

F. D.

À TRAVERS L'OFFICIEL

10 septembre.

Médecine administrative.

Par décret du 4 septembre, est fixé à 2.400 fr. par an le taux de l'*indemnité allouée au médecin en chef de l'administration des travaux publics.*

11 septembre.

Brevets d'infirmiers.

Examen spécial pour les infirmiers et infirmières victimes de la guerre.

Par décret du 21 août 1925, le délai pour le dépôt des dossiers des candidats et candidates à l'examen spécial institué pour les infirmiers, infirmières ou masseurs, victimes de la guerre, fixé à l'article 1er du décret du 25 novembre 1924, est prorogé jusqu'au 25 novembre 1926.

Session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose).

En application d'un arrêté ministériel en date du 17 août 1925, une session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) aura lieu à Lille, du 5 au 10 octobre 1925. Le programme sera celui spécifié par l'arrêté du 24 juin 1924.

Le jury d'examen sera celui désigné par l'arrêté en date du 14 octobre 1924.

Ce jury d'examen d'Etat est complété par le membre ci-après désigné, en remplacement de M. le docteur Breton, professeur, à la faculté de médecine de Lille, décédé ;

« M. le docteur Morvillez, professeur à la faculté de médecine de Lille. »

Quarante-septième année — N° 40 — 4 Octobre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2256-IV.)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DON. — **Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du** *Concours médical*, **de M. le Dr X, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 415. — Dr memb. du *Concours*, dés. vend. collect. compl. brochée du *Concours médical*, depuis 1893.

N° 416. — Méd. franc., 40 a., act., dés. ne plus exercer, accep. sit. paraméd. et représ. volont. pour Paris et envir., firme pharmac. ou toute autre branche se rapport. à l'art méd. Dr 38 *bis*, rue de Vaugirard, Paris (15e).

N° 417. — Achèterais : table gynécolog., mob. de cabinet et de salle d'attente, en bon état, pour clin. bourg. Ecr. Dr 76, Faub. du Temple. Tél. Roq. 59-27.

N° 418. — Bresses noires, poulettes pour ponte d'hiver, 25 et 22 fr. pièce. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Hte-Garonne).

N° 419. — On demande à achet. d'occas., stérilisat. Poupinel gr. modèle. Faire offres au *Concours*.

N° 420. — 40 km. Paris, sur gr. ligne, poste demi-repos, rapp. 30.000, loyer 2.500, appart. 6 p. avec eau, élctr. ; indem. 15.000. Contrée agréabl. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

N° 421. — Centre-Ouest. Chef-lieu de cant. sur gr. ligne, poste fais. 44.000. Mais. 9 p., dépend. jardin. Bonne client. camp. en augm. Prix à débat. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e).

AVIS

A NOS LECTEURS

Rectification à l'avis paru dans le précédent numéro. — A dater du 1er octobre 1925, conformément à une décision prise par l'Association de la Presse Médicale, le prix de l'abonnement annuel du *Concours Médical* est fixé comme suit :

FRANCE ET COLONIES

Abonnement : **35 francs.**

ETRANGER :

Belgique et Italie.

Abonnement : **45 francs.**

Tarif de première zone.

Abonnement : **55 francs.**

Tarif de deuxième zone.

Abonnement : **70 francs.**

Les abonnés qui ont déjà envoyé leur renouvellement au tarif erroné publié la semaine dernière, ont donc **CINQ FRANCS** à leur crédit. Nous les tenons à leur disposition.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale. Cotisations arriérées pour la pension.

Je vous ai envoyé naguère un mandat de cinq cents francs, je vous serais très reconnaissant si vous pouviez et vouliez bien me préciser ce que je dois encore verser pour être au pair et dans quel délai maximum je dois liquider l'arriéré.

Dr P...

Réponse.

Plutôt que de vous dire que vous avez 15 années pour vous libérer et de vous calculer un chiffre, qui, juste aujourd'hui, ne le serait plus dans un mois, je préfère vous conseiller de vous libérer par étapes.

Au reçu de votre mandat, j'ai réglé l'année 1915 et imputé ce qui me restait en excédent sur la cotisation de 1916, vous redevez sur cette cotisation 72.05.

Si vous voulez vous libérer pour les années 1917 et 1918, envoyez-moi 518 fr. 45.

Donc un versement total de 590 fr. 50 vous mettrait en règle au 31 décembre 1918.

Je vous calculerai ensuite un nouveau versement.

Cette manière de procéder évitera toute erreur et votre situation vis-à-vis de la Caisse sera, à chaque fois, absolument nette : ce sera préférable pour vous et pour le trésorier.

A. G.

1735. — La législation sur les habitations à bon marché s'applique-t elle aux médecins ?

Existe-t-il dans les lois françaises sur les habitations à bon marché des textes qui interdisent aux médecins de faire partie des sociétés créées pour la construction de ces habitations ?

Ces lois françaises sont-elles applicables à la Tunisie ?

Sans fournir de raisons, ni d'explications, la direction de l'Agriculture qui est chargée des H. B. M. en Tunisie écarte sytématiquement la candidature des médecins, parce que médecins. A qui faire appel de ces décisions arbitraires ?

Dr X.

Réponse.

Nous avons posé la question de notre adhérent à la Direction du Service des habitations à bon marché au Ministère du Travail. Nous venons d'en recevoir la réponse suivante :

Paris, le 18 septembre 1925.

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 10 juillet, j'ai l'honneur de vous faire connaître qu'aucune disposition de la législation sur les habitations à bon marché et la petite propriété n'interdit aux médecins de faire partie d'une Société d'habitations à bon marché.

Toutefois, le bénéfice de cette législation est réservé aux « personnes peu fortunées » et notamment aux « travailleurs vivant principalement de leur salaire ». J'ajoute qu'en vertu de la jurisprudence de la Commission spéciale chargée d'attribuer les avances de l'Etat, les organismes d'habitations à bon marché doivent exiger de leurs emprunteurs, locataires-attributaires ou locataires-acquéreurs, un certificat de non imposition au rôle de l'impôt général sur le revenu.

D'autre part, la loi du 5 décembre 1922, qui a codifié les lois sur les habitations à bon marché et la petite propriété, est applicable seulement à la France et à l'Algérie, à l'exception des colonies et pays de protectorat.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Ministre et le Conseiller d'Etat,
Directeur de l'Administration générale
de la Mutualité et de la Prévoyance sociale,
THIRION.

2325. — Déclaration des bénéfices professionnels. Feuilles imprimées.

Ne pourriez-vous pas établir au *Concours médical*, des feuilles de déclaration de revenus professionnels avec les abattements légaux (auto, instruments, livres, etc.) ?

La déclaration des revenus *détaillés* étant devenue *obligatoire*, vous rendriez service sûrement aux confrères en leur mâchant la besogne. Car, avec une liste faite par vous des « frais professionnels usuels », on n'oublierait rien et on ne compterait rien qui ne pourrait être compté. De cette façon pas de discussion avec le fisc ?

Pensez-vous que ce serait intéressant ?

Dr C.

Réponse.

Ce que rend obligatoire l'article 8 du budget, modifiant l'article 33 de la loi du 31 juillet 1917, modifié déjà par l'article 7 de la loi du 30 juin 1923, c'est la déclaration du montant du bénéfice brut, du montant des dépenses professionnelles et du chiffre du bénéfice net de l'année précédente. Il y a donc simplement trois chiffres à déclarer, au lieu d'un (le montant du bénéfice net), sous le régime antérieur. Mais il est inexact de dire que la déclaration détaillée des revenus est obligatoire, et notamment que le contribuable doit donner le détail de ses dépenses professionnelles.

Non seulement il ne le doit pas, mais nous ajouterons même que nous ne pouvons lui conseiller de donner ce détail. Il sera toujours temps qu'il produise au contrôleur des explications, lorsque celui-ci les lui demandera, ainsi qu'il en a le droit.

Il ne saurait donc être question d'établir des feuilles imprimées de déclaration.

D'ailleurs, même si la déclartion devait être détaillée, une seule feuille par année suffirait pour chaque contribuable et il est certain qu'un petit nombre d'entre eux, si même il y en avait, nous ferait la commande d'imprimés d'un usage aussi peu fréquent.

On peut d'ailleurs prévoir que, dans le budget prochain, une nouvelle forme de déclaration pourrait devenir obligatoire, rendant inutile les imprimés que les médecins prévoyants auraient acquis et ceux que nous aurions fait établir par avance.

D'ailleurs, en dehors des nombreuses réponses de M. Martinot, notre distingué conseil fiscal, que nous publions dans la correspondance, et dont certaines donnent la nomenclature des dépenses professionnelles, nos « Agendas Memento », à la fin de l'Agenda proprement dit, en tête du chapitre « Récapitulation des recettes et dépenses », publient un tableau des dépenses professionnelles, établi pour faciliter la déclaration de l'impôt sur les bénéfices professionnels, suivant son propre titre.

2296. — Ampoule forcée. Accident du travail.

Votre avis sur cette question me serait d'une grande utilité :

Un jeune homme se fait une ampoule au cours de son travail. Naturellement, il n'y prête pas attention, continue à travailler. Arrachement de l'ampoule, infection. Le blessé vient me voir avec un *abcès*.

Voici la copie de la lettre de l'assurance qui ne reconnaît pas là l'accident du travail. Est-ce votre avis ?

Dr K.

Réponse.

La question de savoir si une ampoule forcée est ou non un accident du travail est une question de fait. Si l'ampoule a été forcée par suite du frottement continu d'un objet, par exemple, comme le prétend la compagnie d'assurances, il n'y a pas accident du travail, mais maladie professionnelle, non garantie d'ailleurs par la loi.

Si, au contraire, l'ampoule a été forcée par suite d'un évènement soudain, il y a accident du travail.

Il faudrait donc savoir comment, en l'espèce, a été arrachée l'ampoule, puisque, suivant votre lettre, elle a été arrachée. Le terme employé, s'il est conforme aux faits, semble bien indiquer qu'il y eu là la cause soudaine et violente nécessaire pour que l'accident du travail soit reconnu.

2287. — Autopsie après exhumation d'un accidenté du travail.

Voudriez-vous m'indiquer le tarif à appliquer dans le cas suivant :

Appelé à faire une autopsie après exhumation pour déterminer si un individu est mort des suites d'un accident ou non, je ne sais comment établir mon mémoire, car c'est la première fois que je suis choisi comme expert. Ce n'est plus de la médecine légale et ce n'est pas ce tarif qu'il faut appliquer. Je crois que l'autopsie est de 100 fr., mais combien pour l'indemnité kilométrique, 25 kil. à l'aller et 25 kil. au retour ?

Combien pour le rapport ?

Dr L.

Réponse.

L'honoraire alloué par le décret du 5 octobre 1920 pour l'autopsie après exhumation dans les localités autres que Paris et les villes où siège un tribunal de 1re classe est de 90 francs. Mais il s'agit d'honoraires en matière de frais de justice criminelle et ce tarif n'est pas applicable dans les affaires civiles, que ce soit en droit commun ou en matière d'accidents du travail.

Il n'y a pas, en matière civile de tarif proprement dit, les honoraires et débours des experts étant taxés par le président, qui doit tenir compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni (Art. 3 § 1er du décret du 27 décembre 1920).

Il semble que, pour une opération d'expertise aussi peu agréable à faire qu'une autopsie après exhumation, le chiffre de cent francs soit trop peu élevé et que vous soyez fondé à demander le double.

Il vous est dû en outre, si vous les avez effectués, 6 francs pour la prestation du serment et même somme pour le dépôt du rapport, et, pour frais de voyage, 20 centimes par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour si le transport a été effectué par voie ferrée, 60 centimes s'il a eu lieu autrement.

2287. — Radiation des cadres de l'armée.

Je suis surpris de la réponse que vous faites au confrère R. au sujet de ses obligations militaires (numéro du 7 juin, page 1379). Oui ou non, le ministre a-t-il le droit de refuser ou d'accepter une demande de radiation des cadres d'un officier ayant accompli ses 28 années de service. En vertu de quelle loi peut-il refuser cette radiation ? Je n'en connais pas ? S'il a le droit, c'est donc qu'il y aurait des lois pour les officiers et d'autres pour les soldats, ou alors ces lois seraient-elles des chiffons de papier pour nos gouvernants.

Si une demande de radiation de cadres peut être refusée, il me semble qu'un officier doit avoir le droit de donner sa démission et celle-ci doit être acceptée : redevenu simple soldat, il doit être automatiquement dégagé de toute obligation militaire : la chose est-elle possible ? Vous seriez bien aimable de nous fixer à cet égard dans un prochain numéro du *Concours*, car je suis dans les mêmes conditions que le confrère R... et ne suis pas le seul.

Dr M.

Réponse.

Si la situation d'un officier offre, par rapport à celle d'un homme de troupe, certains avantages légitimes, elle entraîne également un surcroit d'obligations militaires. Ainsi, notamment, tout officier rayé des cadres reste, pendant cinq ans, à dater de sa radiation, à la disposition du ministre de la guerre. Il y a donc bien des lois pour les officiers et d'autres pour les soldats.

Pour des nécessités de service ou de mobilisation, il arrive chaque jour que le ministre refuse, en plein droit, de rayer un officier des cadres ; la loi du 8 janvier 1925, citée dans la réponse 1169 à laquelle vous faites allusion, le confirme une fois de plus. De même il peut refuser une démission ; cependant si le cas se pro-

duit pour un officier de l'active, nous ne pensons pas qu'il en soit de même pour un officier de réserve, surtout si, par le sort de sa classe d'origine, il est dégagé de toutes obligations militaires. Adressez donc votre démission au ministre, si vous le désirez, en faisant valoir les conditions de votre classe d'incorporation. Vous recevrez ensuite de sa part l'acceptation de cette démission.

2005. — Droits de la veuve et des enfants d'un pensionné de guerre.

Un de mes clients pensionné à 65 % pour fistule vésico-rectale vient de mourir de tuberculose pulmonaire.

Quelque temps avant sa mort, estimant que les souffrances, les troubles digestifs et urinaires avaient pu favoriser l'éclosion de la tuberculose, je l'avais proposé pour une pension de 100 %. La Commission de réforme l'a maintenu au taux de 65 % pour la fistule. Elle a prétendu que la tuberculose n'était pas une conséquence de la blessure, et qu'il ne pourrait réclamer pour cette nouvelle affection que lorsque les délais de réclamation auraient été prorogés par une nouvelle loi actuellement en préparation.

1° La veuve a-t-elle droit à pension, le taux étant actuellement à 65 % ? Ne faut-il pas que le taux de la pension du décédé soit de 80 % pour y donner droit ?

2° Lorsque la loi de prorogation des délais sera votée, la veuve pourra-t-elle réclamer, la commission de réforme ayant constaté les lésions tuberculeuses avant la mort ?

3° Si la veuve n'a aucun droit à pension, les enfants n'ont-ils pas droit aux majorations qu'ils avaient du vivant du père ?

4° Y a-t-il un moyen de réclamer pour faire admettre que la tuberculose est la conséquence de la blessure et non pas une affection distincte ?

Dr A.

Réponse.

1° Dès lors que son mari était titulaire d'une pension de 60 % au moins, la veuve a droit à une pension de réversion, pourvu que le mariage soit antérieur à l'origine ou à l'aggravation de la maladie ;

2° Réponse affirmative ;

3° Ces majorations sont payables jusqu'à l'âge de 18 ans, même après la mort du père ;

4° Quand la pension sera rejetée par le ministre, l'intéressée pourra, dans les deux mois à partir de la notification du rejet, introduire un pourvoi devant le Tribunal des pensions.

(*Voir la suite page XLVII-2301*)

PROPOS DU JOUR

Quelques constatations intéressantes faites au Dispensaire antituberculeux de Béziers.

Notre distingué confrère, le Dr Henri Roure, médecin du dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers, a bien voulu nous adresser un travail sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux qu'il dirige et les résultats qu'il en a obtenus.Ce travail qui a servi à la rédaction de la thèse de M. le Dr Henri Klinghoffer (Montpellier) contient un certain nombre de faits et d'observations qui, nous le pensons, pourront intéresser nos lecteurs.

Le dispensaire de Béziers a une certaine importance : son rayon d'action s'étend sur la ville et 10 cantons, dont la population totale atteint 170.000 âmes (dont les 56.000 habitants de Béziers).

Cette population est presque exclusivement agricole ou, plus exactement, viticole. Béziers cependant compte une proportion appréciable d'ouvriers d'usine, de commerçants, d'employés, de fonctionnaires. La population rurale est très généralement aisée, elle occupe des habitations aérées, spacieuses et confortables. Toutefois à Béziers certains vieux quartiers sont formés de taudis où de nombreuses familles vivent assez misérablement. A ces causes d'insalubrité qu'entretient la cherté des loyers, se joint la malpropreté due à la paresse et l'incurie de ceux qui logent dans ces taudis.

Le climat de la région est le climat méditerranéen doux en hiver, très chaud en été ; la pluie est rare, le vent fréquent et violent.

Le dispensaire est convenablement installé et outillé. Les visiteuses d'hygiène sont insuffisantes numériquement. En quatre ans, le nombre des nouveaux consultants a plus que doublé (681 en 1921 ; 728 en 1922 ; 963 en 1923 ; 1.003 en 1924). L'examen des crachats a révélé des bacilles chez 75 consultants en 1921 ; chez 77 en 1922 ; chez 124 en 1923 ; chez 131 en 1924.

Pendant ces 4 années, 249 enfants et 167 adultes ont été placés par les soins du dispensaire.

Les enfants ont été envoyés au préventorium de Lacaune (Tarn à 850 m. d'alt.), à celui d'Etrembières (Haute-Savoie), au climatorium de Grammont (Montpellier), à l'institut marin de Palavas, ou au sanatorium marin de Banyuls.

Les adultes ont été hospitalisés à Béziers où l'hôpital civil a deux salles aménagées pour les tuberculeux, ou envoyés au sanatorium de Bon Accueil près Montpellier. Quelques réformés de guerre ont été placés à Monfaucon (Lot), à Monbran (Lot-et-Garonne), à La Guiche (Saône-et-Loire) et à Clavières (Mayenne). Enfin quelques cas de tuberculoses osseuses ont été dirigés sur Berck.

Parmi les 2.099 consultants qui, en quatre années, sont venus au dispensaire, 36.6 % parmi les hommes et 28.8 % parmi les femmes ont été reconnus réellement tuberculeux. Sur un total de 698 tuberculeux diagnostiqués, 58.3 % crachaient des bacilles. La proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Les lésions pulmonaires, localisées ou prédominant à droite, sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (2 sur 3 à droite chez les hommes, presqu'aussi souvent à gauche qu'à droite chez les femmes).

Les lésions pulmonaires bilatérales comprennent le tiers des malades.

Chez les enfants, le côté gauche est plus fréquemment atteint que le droit (60 %). Notons en passant que la fréquence plus grande de la tuberculose du poumon droit chez l'adulte est une constatation contraire à ce que l'on nous a jadis enseigné.

1.076 enfants (jusqu'à 15 ans révolus) ont été surveillés en quatre ans. La plupart sont des adénopathiques, des malingres, des enfants atteints de tuberculoses externes ou des enfants sains vivants dans un milieu contaminé. 14 enfants seulement rendaient des crachats bacillifères.

L'examen de la statistique des décès permet de constater qu'un tiers d'entre eux concerne des sujets de 21 à 30 ans, un cinquième des adolescents de 16 à 20 ans et un peu plus d'un cinquième des adultes de 31 à 40 ans. La période de la vie la plus éprouvée est, chose qui paraît surprenante, entre 51 et 60 (64 % de mortalité).

La proportion des décès est de 45 % pour la ville de Béziers et 33 % pour la campagne.

Avec un louable souci de sincérité, M. le Dr Roure se refuse, après 4 ans seulement d'exercice d'envisager la possibilité actuelle d'une statistique de guérison.

Le corps médical bittérois n'a pas tardé à se rendre compte de l'utilité du dispensaire dont le médecin bornait strictement le rôle à la prophylaxie sans intervenir si peu que ce fût en thérapeutique. Voici la progression du nombre des malades envoyés chaque année directement par les médecins à la consultation, sans tenir compte des fréquents examens de crachats demandés par les médecins sans l'envoi du malade :

18 en 1921 ; 70 en 1922 ; 280 en 1923 ; 421 en 1924.

Ce qui fait une proportion sur le nombre total des consultants de 3.7 % la première année ; 29.6 % la seconde ; 29 % la troisième ; 41.9 % la quatrième. Parmi les consultants envoyés par leurs médecins, une proportion plus considérable de tuberculeux (23.7 % la quatrième année) ont été diagnostiqués.

Il en résulte que le recrutement fait par les médecins tend à devenir le plus important « quantitativement » et est de beaucoup supérieur « qualitativement ». Constatons que la collaboration du corps médical est à Béziers de plus en plus effective et que c'est celle qui est la plus réellement efficace dans le recrutement des malades pour le dispensaire antituberculeux. Les autres consultants sont venus du fait de la publicité donnée à l'existence du dispensaire par les articles de presse, les conférences, les malades déjà consultants, les visiteuses d'hygiène , etc.

Nous sommes heureux de relever ces faits qui donnent encore un éclatant démenti aux affirmations téméraires de nos grands phtisiologues au Congrès de Strasbourg. Nous savons qu'ils ont trouvé, depuis, leur chemin de Damas. Mais les statistiques du Dr Roure établissent la nécessité de la collaboration du médecin praticien à la lutte antituberculeuse, collaboration qu'il donne volontiers si le médecin qui dirige le dispensaire lui inspire confiance.

L'examen des professions des tuberculeux diagnostiqués donne des résultats assez surprenants :

Les ménagères viennent en tête (86) ; puis, les *cultivateurs* (74), les journaliers ouvriers divers (38), les ouvrières (35) ; ensuite les employés de commerce (30) et les employés de chemin de fer (12).

Le nombre élevé des cultivateurs doit en effet surprendre. Ils vivent et travaillent constamment au soleil et au grand air, mais les taudis, le surmenage, les excès de toutes sortes contrebalancent chez eux les bons effets du plein air. Ce sont les adultes entre 21 ans et 40 ans qui payent le plus lourd tribut à la maladie.

Une autre constatation inattendue, c'est que la ville de Béziers donne 18.8 % de malades quand la campagne en donne 21 %. La tuberculose sévit donc plus à la campagne qu'à la ville dans la région bittéroise.

En se basant sur le rapport qui existe entre la morbidité et la mortalité tuberculeuses, M. le Dr Roure estime que le dispensaire malgré son activité connaît à peine 22 % (moins du quart) des tuberculeux existant dans son secteur.

Chaque consultation exige en moyenne l'examen de 8 à 6 malades nouveaux, c'est une limite qu'il ne faut pas dépasser, car l'examen à une consultation de dispensaire ne doit être ni rapide ni superficiel.

Nous partageons absolument sur ce point l'opinion de M. le Dr Roure et nous souhaitons de voir publier un peu partout des documents aussi sérieux et aussi sincères qui permettent de se rendre mieux compte de la nosographie de la tuberculose et de redresser des opinions préconçues admises sans un contrôle suffisant.

J. Noir.

A propos de la vie de Laënnec.

Un de nos distingués correspondants, le Dr A. Voyer, de Machecoul, (Loire-Inférieure) nous fait aimablement remarquer que le véritable historiographe de Laënnec est le Dr Alfred Rouxeau, professeur de physiologie à l'école de médecine de Nantes, dont il fut le préparateur, et qui avait voué un culte à l'inventeur de l'auscultation. Il ne doute pas que le Dr Henri Bon se soit fortement documenté dans son livre sur Laënnec en lisant les deux importants volumes illustrés, publiés sur le grand clinicien chez l'éditeur Baillière par le Dr Alfred Rouxeau en 1912 et en 1920. Ces deux livres ont été d'ailleurs longuement analysés en août 1921 par J. Janicot dans le *Bulletin médical*.

En écrivant un *Propos du Jour* sur Laënnec, d'après le livre du Dr Henri Bon, nous n'avons pas eu l'intention de faire œuvre d'érudition et nous nous sommes borné à citer ce dernier comme source. Mais l'absence de bibliographie dans notre article pourrait, nous nous en rendons compte, faire soupçonner le Dr Bon de plagiat. Ce serait

absolument injuste, car il cite élogieusement dans son introduction la thèse sur Laënnec du Dr Henri Saintignon (1904) et les deux beaux volumes du Dr Rouxeau, parus chez Baillière en 1912 et en 1920.

« Nous leur avons beaucoup emprunté, écrit le Dr Bon, en nous efforçant de les résumer, de les condenser en fondant les deux points de vue (scientifique et biographique) et en les complétant par les documents inédits que nous avons eu la bonne fortune d'avoir entre les mains. »

Nous remercions vivement M. le Dr A. Voyer de nous avoir fourni l'occasion de réparer une omission qui eût pu paraître injuste et était indiscutablement fâcheuse. Nous le félicitons bien sincèrement de prendre à cœur la défense de la réputation de son ancien maître, le Dr Alfred Rouxeau. Nous répondons d'autant plus volontiers à son désir qu'au *Concours médical* nous avons l'habitude de reconnaître à chacun le mérite de ses œuvres et nous avons en horreur tout ce qui peut paraître de l'ingratitude.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE

Par le Docteur Vaudremer,

Maître de conférences aux Hautes Etudes.

(*Suite*) (1).

V

Recherches personnelles.

Bacilles tuberculeux et phagocytose.

Les plus anciennes de ces recherches remontent à 1892. A cette époque, la doctrine de la phagocytose était en plein essor, sous l'impusion de Metchnikoff ; mais, il nous semblait que, dans la tuberculose, la doctrine ne cadrait pas exactement avec les faits. Les examens cytologiques pratiqués dans des conditions expérimentales déterminées nous avaient montré, en effet, que les phagocytes ne détruisaient pas les bacilles qu'ils avaient absorbés, mais que ceux-ci, au contraire, entraînaient la mort du phagocyte parasité par eux.

Nous avions vu aussi que l'exaltation de l'afflux phagocytaire intra-péritonéal provoqué par le procédé de Metchnikoff et d'Isaïeff, déterminait chez le cobaye une tuberculose expérimentale généralisée rapide à laquelle les animaux préparés succombaient beaucoup plus vite que les animaux témoins. Cette expérience consiste à injecter, dans le péritoine des cobayes, un mélange de bouillon et de sérum sanguin d'un animal de même espèce que celui sur lequel on va opérer ; quelques heures après cette injection on inocule, dans le péritoine, une émulsion très faible de bacilles tuberculeux humains virulents. Les animaux témoins sont infectés avec la même quantité de la même émulsion. Dans ces conditions on voit les témoins résister cinq ou six mois, tandis que les animaux d'expérience meurent en quatre ou cinq semaines avec des lésions massives des poumons, du foie, de la rate, et du péritoine. Le péricarde est pris, la plèvre l'est également. Les ganglions sont énormes, surtout ceux de la bifurcation des bronches et de la face postérieure du sternum. On verra par la suite que la même expérience pratiquée non plus avec des bacilles jeunes et virulents mais avec des bacilles dégraissés augmente au contraire la résistance des animaux.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 5, 13, 21, 27, 33 de 1925.

Substances grasses et acido-résistantes.

De nos constatations expérimentales, concordant avec les travaux des anatomopathologistes, nous avions conclu que les cires et les graisses du bacille tuberculeux étaient un obstacle que les cellules phagocytaires ne pouvaient pas vaincre. Cette constatation nous avait amené à chercher les moyens pratiques d'enlever au bacille tuberculeux ses éléments acido-résistants. C'était le but auquel tendaient d'ailleurs le plus grand nombre des recherches pratiquées à cette époque. Les éléments acido-résistants ne pou-

vant être que les graisses et les cires adhérant au bacille, l'idée était venue de traiter celui-ci par les solvants habituels des graisses. Les expériences multiples faites avec l'acide chlorhydrique dilué, employé bouillant : le xylol, le chloroforme, l'éther sulfurique, l'éther de pétrole, l'alcool méthylique, etc., donnèrent, plus ou moins, les résultats cherchés. Après l'action de ces différentes substances, de valeur inégale toutefois, on peut atténuer et même faire disparaître l'acido-résistance des bacilles.

En perdant leur acido-résistance ceux-ci acquièrent la propriété de se laisser colorer par le bleu de méthylène comme une bactérie banale. Sous ce nouvel aspect, ils apparaissent sous la forme de bacilles granuleux ou de fins granules isolés. Ce fait est de notion courante aujourd'hui, mais nous le rappelons à dessein, parce qu'il a une grande importance dans l'étude biologique du bacille de Koch.

Tout d'abord on n'avait accordé à la perte de l'acidorésistance qu'une importance secondaire et l'on s'était intéressé beaucoup plus à l'étude des substances grasses extraites des bacilles qu'à celle des bacilles dégraissés eux-mêmes. Des analyses multiples faites pour préciser le poids des substances grasses qui peuvent être extraites des corps bacillaires, il résulte que ce poids varie de 27 % à 39 %, selon la richesse en corps gras du milieu de culture et la nature du solvant employé.

Il est inutile d'insister sur la nature des substances extraites du bacille : cette étude n'ayant pas donné de résultats pratiques. Il est au contraire important d'étudier les propriétés des bacilles dégraissés. Le premier travail paru sur ce sujet est dû à Auclair qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale parue en 1897, sous le titre « Etudes expérimentales sur les poisons du bacille tuberculeux. »

Les poisons bacillaires.

L'étude des *corps bacillaires* dégraissés montre que « ceux-ci contiennent des poisons, dont la toxicité varie avec les échantillons étudiés ». Certaines souches de bacilles sont très toxiques, d'autres ne le sont pas pratiquement.

Etude sur la méningite expérimentale. — Expérimentalement ce fait est facile à mettre en évidence en inoculant (1) des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien du cobaye. On remarque, dans ces conditions, que la mort des animaux survient parfois, en vingt-quatre heures, deux jours ou trois jours, sans qu'il existe de lésions des centres nerveux capables d'expliquer cette mort rapide.

(1) Etudes sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse par Louis MARTIN et Albert VAUDREMER. C. R. de la Société belge de biologie (séance du 19 novembre 1898).

Les premières fois que nous fîmes cette constatation, nous avions inoculé les cobayes en traversant la membrane occipito-atloïdienne ; cette opération est difficile à pratiquer chez le cobaye parce qu'on lèse trop facilement le bulbe ou le cervelet ; aussi, pour nous mettre à l'abri de toute faute opératoire, nous avons répété l'expérience, en injectant les bacilles tuberculeux sous l'arachnoïde, en traversant la dure-mère au niveau des hémisphères cérébraux après trépanation. Nous avons vu alors que la mort du cobaye survenait toujours rapidement, lorsqu'on inoculait des bacilles tuberculeux en quantité suffisante ; pour préciser l'expérience, 2/10 d'une dilution de bacilles tuberculeux donnaient une méningite tuberculeuse évoluant en dix jours ; 4/10 de cette même dilution tuaient le cobaye en moins de vingt-quatre heures.

Comment expliquer le mécanisme de cette mort rapide ? Nous croyons que les bacilles tuberculeux renferment des poisons et les laissent diffuser dans le liquide céphalo-rachidien qui les porte au contact des centres nerveux.

On peut penser que dans cette expérience la mort des animaux est due à l'action directe des bacilles. Les expériences de contrôle montrent qu'il n'en est pas ainsi. En effet, quand on broie des bacilles dans du bouillon, on peut tuer, en moins de 24 heures des cobayes en leur inoculant sous la dure-mère, soit le mélange du bouillon et des microbes broyés, soit seulement le bouillon dont on a séparé les microbes par filtration préalable.

La technique de cette expérience est la suivante. On ensemence tout d'abord des cultures pures de bacilles tuberculeux, sur des tubes de pommes de terre contenant dans leur culot assez de bouillon glycériné pour que la base de la pomme de terre baigne dans le liquide : de cette façon la culture se développe rapidement à la surface de la pomme de terre. Une quinzaine de jours plus tard un voile se forme sur le bouillon. Dans l'expérience dont il s'agit, il est nécessaire de prendre le bouillon des tubes où le voile s'est bien développé.

En filtrant ce bouillon à la bougie Chamberland L3, on enlève les corps des microbes. Le liquide filtré est ensuite inoculé dans le liquide céphalo-rachidien, au travers de la dure-mère après trépanation. Les cobayes infectés ainsi meurent comme ceux inoculés avec le mélange de microbes et de bouillon. Toutefois on constate que la rapidité de la mort est en rapport non pas avec la dose de liquide injectée, mais bien avec la souche microbienne employée. Ceci montre l'existence d'un poison bactérien, dont le pouvoir toxique n'est pas uniforme pour tous les bacilles.

Ces expériences sont anciennes et certaines constatations faites plus tard rendent une mise-

au point nécessaire. Depuis cette époque nous avons vu, en effet, que le bacille tuberculeux possède des éléments filtrables qui traversent la bougie Chamberland L3. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, mais dès à présent il faut répondre d'avance aux objections que pourrait soulever l'expérience que nous venons de décrire. Est-ce que le bouillon de culture des bacilles tuberculeux filtré et inoculé dans les méninges des cobayes dans les conditions expérimentales décrites ne contiennent pas les éléments filtrables de ces bacilles dont aujourd'hui l'existence est prouvée ?

Assurément oui, mais la mort de certains animaux d'expériences est parfois trop rapide pour qu'elle puisse être provoquée par ces éléments ; puisque les animaux inoculés avec 1/10 ou 2/10 de centimètre cube meurent en moins de 24 heures. Passé ce délai, on ne peut plus attribuer la mort de l'animal à la seule toxicité du bouillon; il est alors permis d'admettre que les granules du bacille tuberculeux ayant traversé le filtre ont pu tuer l'animal. Ce point très particulier sera exposé et développé ultérieurement à la place où il le faudra.

D'ailleurs Auclair, Martin et nous, avons vu nos conclusions confirmées par les travaux de Sicard (1) qui parlant de la toxine du bacille tuberculeux a écrit : « Les recherches pratiquées nous permettent d'affirmer que la méningite tuberculeuse expérimentale n'est pas le résultat d'un processus d'infection polymicrobienne et que le bacille de Koch *ou sa toxine sont* capables de provoquer à eux seuls toutes ces lésions, exsudats ou granulations ».

La même année Péron (2), sous une forme plus directe encore admit : « l'existence des poisons très actifs sécrétés à dose minime à la surface de la pie-mère ; de *véritables toxines* telles que nous en connaissons aujourd'hui, que nous n'avons pas encore pu isoler, il est vrai, mais qui se manifestent tout particulièrement dans la méningite tuberculeuse par leur action en quelque sorte spécifique sur les éléments fondamentaux du système nerveux ».

Cette idée de Péron est confirmée par les études que nous avons faites plus tard sur la toxicité du liquide céphalo-rachidien des animaux atteints de méningite tuberculeuse expérimentale. En prenant des cobayes neufs comme témoins, on constate que la toxicité du liquide céphalo-rachidien des animaux infectés de méningite tuberculeuse va en diminuant au fur et à mesure que les animaux approchent de la mort. Inversement la toxicité des méninges augmente. Il y a une véritable fixation du poison sur la séreuse, aux dépens de celui préexistant dans le liquide céphalo-rachidien. Cette expérience doit être faite par inoculation intraméningée après trépanation, comme nous l'avons indiqué précédemment.

Etudes sur la péritonite tuberculeuse expérimentale.

L'existence d'un poison bacillaire actif sur les méninges des cobayes neufs nous paraissant bien démontrée par l'ensemble des expériences précédentes, nous avons cherché à savoir si le péritoine présenterait aussi une sensibilité à ces mêmes poisons. Les résultats de ces expériences ont été positifs. Celles-ci ont un intérêt d'autant plus grand qu'elles correspondent aux faits observés cliniquement au cours des péritonites tuberculeuses. Or quand on étudie la thérapeutique expérimentale, le but à atteindre est la découverte des procédés que l'organisme utilise pour lutter contre la maladie. C'est ainsi que nous avons été conduit après nos recherches sur les méninges à étudier plus particulièrement la péritonite tuberculeuse, qui chez l'homme peut parfois guérir.

Ces études nous ont montré que l'injection de bacilles tuberculeux dans le péritoine des cobayes détermine une péritonite tuberculeuse avec tubercules bien visibles. Si, on injecte une petite quantité *des microbes d'une jeune culture*, les choses se passent toujours ainsi. Si, au contraire, on injecte dans le péritoine une grande quantité de bacilles tuberculeux dont la culture est ancienne, six mois au moins, on voit que dans certains cas, les cobayes meurent assez rapidement de cachexie et, à l'autopsie, on ne trouve pas de tubercules dans les organes, ou bien, on en trouve trop peu, pour que leur importance puisse expliquer la mort. Sur 7 microbes examinés nous avons pu en trouver un qui tuait toujours le cobaye rapidement lorsqu'on injectait dans le péritoine une grande quantité de bacilles d'une culture âgée de six mois.

Nous avons pensé que le microbe agissait ici encore par ses poisons et que le cobaye succombait à une véritable intoxication.

Cette idée est d'autant plus probable que le microbe qui nous a donné les résultats les plus constants était justement celui qui, dans les expériences sur la méningite tuberculeuse et sur l'étude des poisons tuberculeux, nous avait fourni la plus grande quantité de ces poisons. C'était ce même microbe qui tuait le cobaye en moins de 24 heures, lorsque l'on injectait dans le cerveau 1/10 de centimètre cube d'une culture de trois mois filtrée sur bougie Chamberland.

De pareils faits montrent que, contrairement à l'opinion courante, certaines souches de bacille tuberculeux contiennent des poisons mortels pour les cobayes neufs : mais ils montrent aussi

(1) C. R. biologie, 29 octobre 1898, p. 1000.
(2) Péron. — *Archives générales de médecine*, novembre 1898, p. 573.

que ces poisons, ou bien n'existent pas dans les cultures jeunes ; ou bien que s'ils y existent leur diffusion en dehors des corps bacillaires ne se produit pas (1).

Il reste à montrer maintenant que ces poisons sont comme nous l'avons dit, adhérents aux bacilles et qu'ils n'appartiennent pas aux matières grasses et aux cires de ceux-ci.

L'expérience que nous allons décrire va en faire la preuve.

Prenons les bacilles tuberculeux poussés sur bouillon glycériné. Enlevons l'excès de bouillon en essorant les cultures entre plusieurs doubles de papier buvard.

Cette opération faite, pesons 5 grammes des bacilles encore humides et imprégnés de glycérine — et soumettons-les à cinq lexiviations de quatre heures chacune avec de l'éther sulfurique dans l'appareil de Soxhlet. Après cette première série d'opérations, les bacilles sont desséchés dans le vide sulfurique — puis, de nouveau, on les relave dans l'éther comme la première fois.

Ceci fait et après une nouvelle évaporation, on constate que la plupart des bacilles ont perdu leur propriété acido-résistante, ils ont émulsionnables dans l'eau distillée ; cette émulsion est relativement stable.

Ensemencés sur les milieux usuels ces bacilles ne poussent pas, ils sont tués.

Or, certains échantillons bacillaires traités ainsi tuent le cobaye de façon constante quand on les inocule dans le péritoine.

La mort peut survenir en quelques heures ; elle peut aussi se faire attendre pendant des semaines, ces différences correspondant au poids de microbes injectés.

Une souche très toxique que nous avons conservée pendant des années tuait le cobaye neuf :

En 48 heures, avec 0.05 de corps bacillaires ;
En 8 jours avec 0.04 de corps bacillaires ;
En 30 jours, avec 0.03 de corps bacillaires ;
En 45 jours, avec 0.02 de corps bacillaires.

Les animaux morts après les injections de bacilles ainsi tués et dégraissés ne présentent pas de lésions tuberculeuses à l'autopsie.

L'intestin est le plus souvent hyperémié ; la rate n'est pas sensiblement augmentée de volume. Le foie est rouge et violacé. Les reins sont congestionnés et gros. Les capsules surrénales sont toujours très augmentées de volume et leur partie centrale extrêmement hyperémiée. **On note** souvent un triple épanchement, péritonéal, péricardique et pleural.

Dans les cas d'évolution rapide l'épanchement pleural peut être très abondant. Les poumons sont fortement congestionnés. En somme on retrouve, dans ces cas, les lésions que nous avons décrites chez les animaux morts à la suite d'injections de poisons tuberculeux dans le cerveau ou le liquide céphalo-rachidien.

On doit remarquer que, dans cette dernière expérience, les animaux inoculés avec des bacilles *morts* n'ont pu mourir que sous l'action toxique de poisons appartenant aux corps bacillaires.

Or, l'existence de ces poisons étant bien démontrée, on peut se demander comment, dans la péritonite tuberculeuse, l'organisme se défend parfois assez pour que la maladie guérisse.

Nous avons cherché à répondre à cette question en réglant une expérience à laquelle nous avons fait rapidement allusion précédemment.

Nous rappelant les travaux de Metchnikoff et de son élève Isaïev, nous avons cherché à augmenter la résistance des cobayes en déterminant une hyperleucocytose péritonéale et pour cela nous avons injecté, dans le péritoine du cobaye, 5 centimètres cubes d'un mélange de 2/3 de bouillon et 1/3 de sérum de cobaye : vingt-quatre heures après, nous pratiquâmes une injection intrapéritonéale de corps de microbes traités par l'éther . Les cobayes ainsi préparés résistèrent à la dose mortelle de microbes tuberculeux traités par l'éther.

On vit les témoins d'abord maigrir puis mourir ensuite avec hypothermie. Les cobayes préparés conservèrent leur poids, malgré une réaction thermique de trois à quatre jours après l'injection ; mais passé ce délai la température revint à la normale — et plus d'un an après l'expérience les animaux demeuraient encore bien portants.

Ces recherches que nous avons poursuivies pendant plus de quatre ans nous avaient montré les faits importants suivants : le germe de la tuberculose est un bacille qui peut être privé de son acido-résistance sans perdre sa forme. Si le bacille est acido-résistant, il tue le phagocyte qu'il a parasité ; s'il est privé de son acido-résistance il est, au contraire, tué par la cellule.

Ce bacille est toxique pour le cobaye neuf dans certaines conditions expérimentales.

Ces faits qui n'ont jamais été controuvés, ont été le point de départ de nouvelles recherches.

Leur constatation nous a amené à penser que la vaccination de la tuberculose serait peut-être réalisable pratiquement si l'on arrivait à obtenir, au moyen de procédés de culture particuliers, des bacilles toxiques et dépourvus d'acido-résistance.

La tuberculine. — Mais dans cette voie nous entrevoyions un écueil à éviter. Cet écueil était la présence de la tuberculine. Ce poison thermosta-

(1) *Etudes sur la tuberculose péritonéale du cobaye*, par Louis Martin et Albert Vaudremer (Congrès international de médecine, section de bactériologie, Paris, 1900, p. 68).
Etudes sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse, par Louis Martin et Albert Vaudremer, C. R. Société de biologie, 1896, p. 1067).

bile que l'on a considéré comme un des éléments toxiques nécessaires à la vaccination antituberculeuse est au contraire un obstacle à celle-ci.

La clinique et les expériences montrent qu'un vaccin antituberculeux n'est concevable que s'il est privé de tuberculine.

Cliniquement, nous savons qu'un organisme n'est pas vaccinable contre la tuberculine — poison sensibilisant — qui n'est utilisable, en thérapeutique, qu'à dose infinitésimale.

Tous les cliniciens savent que dans le cours d'un traitement par la tuberculine, même le plus prudemment et le plus scientifiquement conduit, des accidents impressionnants focaux ou généraux peuvent survenir.

Tout ce qu'il nous est possible de concéder c'est qu'un animal infecté soumis à la tuberculine peut présenter une faible accoutumance au poison, mais que celle-ci est instable en qualité et en durée.

Expérimentalement. — Les auteurs qui ont cherché à vacciner les animaux contre la tuberculose avec la tuberculine n'y sont pas parvenus.

Au contraire, nous avons acquis la certitude que la tuberculine était un poison sensibilisant pour les animaux sains en faisant et en répétant l'expérience suivante :

Cinq cobayes reçoivent sous la peau du flanc un centimètre cube d'une dilution au dixième de tuberculine brute. Un mois après cette opération, les animaux sont infectés par la voie sous-cutanée, en même temps que cinq cobayes témoins, avec un quart de centimètre cube d'une émulsion faible de bacilles T. humains.

Les animaux ayant reçu de la tuberculine meurent de tuberculose aiguë généralisée entre quatre et cinq semaines. Les témoins meurent quatre à cinq mois plus tard, avec les signes classiques de tuberculose à marche lente.

Cette expérience est à rapprocher de celle que Calmette et Guérin ont faite sur des génisses (1) et qui leur a fourni les mêmes conclusions. Nous n'avons pas à insister davantage sur cette question ; nous en avons indiqué ce qui était essentiel pour démontrer que la tuberculine doit être éliminée des corps bactériens utilisés comme vaccins.

Pendant plusieurs années nous avons multiplié les expériences pour savoir comment cette élimination pourrait être obtenue pratiquement. Pour ces recherches nous avons utilisé certains germes bactériens dont l'action protéolytique était connue (2).

Parmi les microbes étudiés nous n'avons trouvé que le pyocyanique qui ait affaibli la toxicité de la tuberculine. Mais au contraire certains champignons ont exercé une action réductrice puissante sur le poison. Parmi ceux-ci nous signalerons : l'Aspergillus niger, l'Aspergillus fumigatus et le Penicillium glaucum.

Ces expériences au cours desquelles nous avons vu intervenir l'action protéolytique du pyocyanique et celle des champignons étudiés nous ont permis de classer la tuberculine dans la série des toxalbumines.

Or, ce que l'on sait aujourd'hui de la sensibilisation organique déterminée par les albumines hétérogènes fait comprendre les réactions déterminées par la tuberculine chez les animaux tuberculeux.

Tuberculine et acido-résistance. Propriétés facultatives du bacille de Koch.

Nous avons indiqué précédemment que les quantités de cires et de substances grasses extraites des corps bacillaires variaient selon les procédés employés par les auteurs. Nous avons déjà fait remarquer que les différences peuvent tenir à la nature du solvant employé et à la quantité de glycérine contenue dans les milieux ayant servi à la culture des bacilles étudiés.

Les expériences démontrent que cette remarque est juste, et que dans les milieux de culture privés de glycérine, l'acido-résistance du bacille disparaît à peu près complètement. Nous écrievons à peu près, parce que dans les cultures san-glycérine *mais bien aérées*, on constate encors une trace d'acido-résistance ; cette constatation nous a obligé à faire une réserve sur la liaison absolue que nous avions cru exister entre les substances grasses et l'acido-résistance, celles-ci étant seules à engendrer nécessairement celle-là.

L'accumulation de toutes ces preuves montre que la doctrine de l'acido-résistance obligatoire du bacille tuberculeux peut être en défaut.

Il en est de même pour la tuberculine.

En effet, de même que les corps ternaires sont les facteurs partiels de l'acido-résistance, celle-ci étant favorisée par les phénomènes d'oxydation, de même la production de la tuberculine est due à la présence des éléments quaternaires dans les milieux de cultures. Si ces éléments sont déficients, le taux de la tuberculine baisse : s'ils sont strictement suffisants à la culture des bacilles, il n'y a plus de traces de tuberculine. Enfin la doctrine classique est encore en défaut quand il s'agit du parasitisme obligatoire du bacille de la tuberculose. La notion du parasitisme a été admise sans réserve parce qu'on a cru que le bacille ne se développait qu'à des températures relativement élevées, qui étaient celles des animaux que l'on savait être particulièrement sensibles à l'infection tuberculeuse, mais cette affirmation est trop absolue car certaines souches de bacilles tuberculeux peuvent pousser à la température ambiante entre quinze et

---

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1914, p. 330.

(2) Action des microbes sur la tuberculine, *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1910, tome XXIV, nº 3, p. 189.

vingt-cinq degrés centigrades. A ces températures basses, pour que le développement ait lieu sous la forme acido-résistante classique, il faut fournir au bacille un milieu favorable, un milieu vivant, en particulier du *pus* de tumeur blanche, par exemple : il faut aussi attendre de longs mois, parfois un an, avant de voir le bacille apparaître. Nous ne nous dissimulons pas les résistances que soulèveront des affirmations aussi osées. De celles-ci nous savons la gravité, mais nous les faisons pour orienter les recherches dans une voie nouvelle et fructueuse.

Cette voie semble devoir conduire à la vaccination *pratique* contre la tuberculose.

Pour atteindre ce but il est nécessaire de bien connaître la biologie du bacille de Koch. Or, celle-ci est beaucoup plus ignorée qu'on ne le pense. Plus nous étudions la question, plus nous voyons combien elle est difficile. L'étude de la seule morphologie est une de ces difficultés.

En poursuivant cette étude on voit combien les formes du bacille peuvent varier. Il commence à la forme granulaire et finit à la forme acido-résistante, mais entre le point de départ et le point d'arrivée une série d'aspects mal connus jusqu'ici apparaissent aux yeux. Ces aspects qui changent avec les milieux de culture, rappellent certaines formes des moississures et se développent suivant un cycle dont l'aboutissant est le bacille acido-résistant. Pour voir apparaître celui-ci avec ses propriétés habituelles, il faut que l'ensemencement ait été fait sur des milieux riches en matières grasses et en azote.

Il est à remarquer que les formes acido-résistantes sont surtout nombreuses dans les cultures bien développées, que nous appellerons *les cultures mûres.*

Ces cultures mûres ne sont pas intéressantes pour la vaccination, seules le sont les cultures dont l'évolution n'est pas terminée ; dont l'acido-résistance est nulle ou, tout au moins, faible. Il faut aussi que la tuberculine n'y existe pas. Nous avons poursuivi longtemps cette recherche de la vaccination à laquelle un certain nombre d'auteurs sont d'ailleurs déjà plus ou moins complètement parvenus.

Essais de vaccination antituberculeuse. — Car ce serait une erreur de croire que la vaccination antituberculeuse n'ait pas été déjà réalisée, en partie tout au moins.

Dans une étude récente qui est actuellement sous presse, nous avons fait une revue des efforts faits par de savants auteurs, pour réaliser cette vaccination à laquelle est lié le sort de millions d'individus (1).

Dès le moment où le bacille de la tuberculose a été connu, les termes du problème de la vaccination ont été posés. Pour le résoudre on a tout essayé, on a cherché à vacciner avec la tuberculine, les extraits bacillaires, les bacilles tués par la chaleur, les bacilles vivants, atténués soit chimiquement, soit par vieillissement.

Les tentatives de vaccination par la tuberculine introduite par voie sous-cutanée furent faites chez le cobaye, les lapins et le chien. Or, nous avons rappelé une expérience de Calmette et Guérin et une des nôtres qui ont démontré que la tuberculine sensibilisait l'animal au lieu de l'immuniser.

Les inhalations de tuberculine sous la forme d'un « spray » extrêmement ténu provoquèrent chez les tuberculeux des réactions accusées qui firent abandonner les essais.

L'ingestion de tuberculine, même à forte dose, ne provoqua pas de réaction mais ne vaccina pas.

En résumé, tous les essais de vaccination avec la tuberculine se terminèrent par des échecs.

Les tentatives faites avec des bacilles tués par la chaleur ou chimiquement donnèrent des résultats meilleurs bien qu'inconstants.

Depuis 25 ans, Maragliano (1) affirme qu'il vaccine les animaux contre la tuberculose en déposant sur des scarifications cutanées superficielles des traces d'émulsions bacillaires tuées par la chaleur.

Calmette et Breton (2), ont pu, aussi, conférer l'immunité relative à des jeunes cobayes en leur faisant déglutir deux fois, à quarante-cinq jours d'intervalle, 2 centigrammes de bacilles tués à 100°. Jean Cantacuzène (3), Vallée, Louis Martin et Vaudremer (4) ont pu conférer une immunité accusée parfois, mais insconstante, chez les veaux et les cobayes en injectant sous la peau ou dans le péritoine des bacilles dégraissés et tués par l'alcool méthylique et l'éther de pétrole ensuite ; ou par la chaleur d'abord et l'éther de pétrole secondairement ; ou enfin par une série de lavages à l'éther, avec dessiccation intercalaire.

Les inoculations intraveineuses de bacilles traités par l'eau de Javel ou l'eau iodée ont aussi donné des résultats intéressants à Moussu et Goupil et à Vallée.

En fait, les substances les plus diverses ont été employées pour tuer les bacilles et permettre à l'organisme de tolérer leur présence. Noguchi et Marxer utilisèrent l'oléate de soude ou l'ammoniaque, l'acide oléique, la soude. Salimbeni employa les éthers neutres de la glycérine et en particulier la monochlorhydrine.

---

(1) Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny. La tuberculose. Etude sociale et prophylactique. Baillière, éditeur (en préparation).

(1) MARIGLIANO. — Congrès français de médecine, Bordeaux, 1923.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 21 novembre 1923.

(3) CANTACUZÈNE. — C. R. Société de biologie, 13 octobre 1906, et *Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1905.

(4) L. MARTIN et VAUDREMER. — C. R. Soc. biologie, octobre 1906, p. 258.

D'autres auteurs se servirent de la galactose. Rappin étudia l'action de l'urée sur les corps bacillaires. Plus tard il atténua les bacilles au moyen de fluorure de sodium.

Il fit, par ce procédé, un vaccin mixte comprenant du sérum d'animaux vaccinés avec les bacilles fluorés et, adjoints à ce sérum, des bacilles atténués par le même procédé. Depuis plus de dix ans Rappin affirme la valeur de son procédé de vaccination qui est employé avec succès dans l'ouest de la France.

Au cours de ce rapide exposé on ne doit pas omettre les recherches de Rabinowitch (1). Celuici s'est demandé si les vapeurs de formol ne modifieraient pas assez la toxicité des bacilles tuberculeux pour permettre leur emploi comme vaccin. Or les expériences ont démontré à l'auteur l'exactitude de son hypothèse. En effet, les bacilles tuberculeux cultivés en présence de petites quantités de vapeurs de formol déterminent une résistance accusée chez les cobayes auxquels ils sont inoculés sous la peau à la dose de 0.002 milligrammes.

Cette expérience prend actuellement un intérêt nouveau.

Elle est à rapprocher de celles de Ramon (2), qui ont montré que des traces de formol rendent la toxine diphtérique atoxique, sans altérer ses qualités antigènes.

En passant en revue les différents essais de vaccination faits depuis trente-cinq ans nous ne pouvons passer sous silence les recherches qu'avait poursuivies Behring. Bien qu'elles n'aient pas répondu à l'espoir qu'elles avaient fait naître, leur intérêt n'en est pas moins historique. Le vaccin de Behring, préparé avec des cultures de bacilles humains atténués par les vieillissements, était utilisé chez les bovidés. Ce vaccin déterminait une résistance assez nette à l'infection par la voie veineuse ; cette résistance ne dépassait pas quatorze mois.

Le procédé de vaccination de Behring n'a pas été employé parce que l'on s'est aperçu que les génisses vaccinées, quatre jours après leur naissance, produisaient, plus tard un lait bacillifère.

Dans l'énumération rapide des essais multiples de vaccination tentés par les auteurs, il faut encore citer parmi les plus intéressants ceux de S. Arloing et de Courmont, qui remontent à l'année 1897. Dès cette époque, S. Arloing et Courmont, travaillant en commun, avaient remarqué que les bacilles tuberculeux pouvaient pousser quand ils étaient ensemencés *dans* un bouillon nutritif et non pas *sur* ce bouillon comme on le faisait communément.

Ils avaient constaté aussi que les bacilles poussés dans ces conditions troublaient le bouillon et ne s'agglutinaient pas entre eux si l'on agitait les cultures régulièrement.

Ce fait, qui causa de l'étonnement quand ses auteurs le publièrent, correspondait parfaitement à celui découvert plus tard par Bezançon et Philibert. Nous avons cité ce travail en décrivant le développement des cultures en voile qu'on a pu lire précédemment. Nous rappellerons qu'au cours de ce développement les cultures de bacilles tuberculeux poussent en émettant des filaments qui par leurs anastomoses et leurs multiples intrications, donnent naissance à un réseau filamenteux granulifère. Or l'agitation que S. Arloing et Courmont imprimaient à leurs cultures avait pour résultat de dissocier les filaments, de libérer les granules de leur support et de laisser ceux-ci indépendants, au sein du milieu de culture.

De ces granules dont nous avons indiqué le rôle reproducteur naissent alors les bacilles atypiques de S. Arloing et de Courmont.

En cultivant leurs bacilles à la température de 44-46° les professeurs Arloing et Courmont obtiennent actuellement des races de virulence fixe et faible. Ces cultures inoculées sous la peau des cobayes ne déterminent qu'exceptionnellement des lésions folliculaires chez les animaux d'expériences. Les bovidés supportent très bien l'inoculation de ces cultures et présentent ensuite une forte résistance à l'inoculation de bacilles virulents.

Depuis de longues années, ce procédé de vaccination des bovidés est utilisé par les éleveurs du centre de la France et de la région lyonnaise avec succès.

Ajoutons que le professeur Courmont se sert de cultures homogènes de bacilles tuberculeux pour le diagnostic précoce et le pronostic de la tuberculose. Il a communiqué sa technique et les résultats qu'elle donne à la réunion internationale contre la tuberculose de Lausanne, en août 1924.

Le procédé du savant professeur de Lyon est d'un grand intérêt et nous l'étudions actuellement pour régler l'emploi de la thérapeutique bactérienne dans les tuberculoses chirurgicales.

L'examen microscopique des cultures homogènes d'Arloing et Courmont montre que les bacilles poussés en cultures homogènes ont un aspect et des propriétés de colorabilité spéciaux.

Ces bacilles sont longs, flexueux, ramifiés ou bourgeonnants. Leur protoplasma est mal coloré en bleu pâle par le bleu de méthylène ; dans les corps bacillaires on distingue des granules dont les uns sont encore acido-résistants quand d'autres sont devenus cyanophiles. On voit en outre de nombreuses granulations parsemant le champ des préparations. Ces images correspon-

---

(1) RABINOWITCH. — *Berliner Klin. Woch*, 20 janvier 1913.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 1, janvier 1924.

dent à celles que nous retrouverons plus tard en étudiant le cycle du développement du bacille tuberculeux dans nos milieux spéciaux de cultures.

Il est encore une autre série d'essais de vaccination que nous avons le devoir d'exposer. Ils sont dus au professeur Ferran, de Barcelone. Leur début remonte à la date déjà ancienne de 1896.

On les trouvera exposés en détail dans un travail d'ensemble que l'auteur a publié en 1913, sous le titre de : « Travaux sur la nouvelle bactériologie de la tuberculose ».

Pour Ferran, le bacille de la tuberculose dérive d'une bactérie saprophyte d'origine intestinale dépourvue d'acido-résistance, produisant des lésions inflammatoires, mais ne déterminant pas de lésions folliculaires.

Cette bactérie peut prendre quatre formes différentes que l'auteur désigne par les quatre premières lettres de l'alphabet grec.

α) Est la bactérie saprophyte initiale.

β) Dérive de la précédente après passage par le cobaye ; plus difficile à cultiver sur les milieux habituels, elle est plus riche en lipoïdes.

γ) Revêt la forme du bacille tuberculeux typique et naît de la forme précédente soit progressivement soit par mutation brusque.

δ) Représente une forme involutive de la forme typique et une régression vers la forme initiale saprophyte.

Pour Ferran, la forme α) est très répandue dans la nature. Cette extrême diffusion expliquerait la pandémie tuberculeuse.

Les idées de Ferran ont soulevé beaucoup de critiques et de négations que nos recherches nous interdisent d'admettre.

Nous ignorons si le bacille tuberculeux peut, comme le dit Ferran, dériver d'une bactérie vivant dans l'intestin. Mais nous savons que certaines formes prises par le bacille tuberculeux aux différents stades de son développement correspondent à celles décrites par le professeur de Barcelone.

Ferran a préparé un vaccin avec ses bactéries modifiées.

Ce vaccin est actuellement employé en Espagne et en Argentine. Il paraît que depuis sa mise en usage systématique on a vu diminuer la tuberculose ; on a vu, aussi, disparaître une foule d'asthénies, de fébricules et de malaises indéterminés.

Nous avons signalé que les travaux de Ferran avaient été envisagés avec quelque scepticisme. Ils le sont encore, mais il en est toujours ainsi pour toutes les nouveautés scientifiques. Ce scepticisme ne prouve pas que l'auteur n'ait pas raison. On ne saurait oublier qu'il s'agit des travaux du savant qui, après avoir découvert le vaccin anticholérique, a consacré le reste de sa vie à l'étude du bacille tuberculeux.

Pour notre part nous nous inclinons devant un pareil effort et devant beaucoup de ses résultats.

Il nous reste maintenant à exposer les essais de vaccination poursuivis depuis vingt-cinq ans par Calmette et ses collaborateurs.

On sait que ce savant a toujours insisté sur la fréquence de l'infection tuberculeuse par le tube digestif. Il a montré avec Guérin (1) que les bacilles tuberculeux pouvaient de l'intestin pénétrer dans le système ganglionnaire abdominal et s'y fixer pendant plus ou moins longtemps, sans provoquer par leur présence de manifestations de tuberculose apparente.

En poursuivant leurs expériences Calmette et Guérin ont vu que de jeunes bovins pouvaient résister à l'ingestion d'un repas infectant pendant un temps plus ou moins long. Ce résultat était atteint, quand, au préalable, on avait fait faire aux animaux deux repas vaccinants, séparés de quarante-cinq jours. Les repas vaccinants contenaient le premier 0.05, le second 0.25 de bacilles tuberculeux humains.

Ayant fait cette constatation, Calmette pensa qu'il vaccinerait les animaux, par la voie intestinale, sans leur faire courir un danger, en employant des souches bacillaires ayant perdu leur pouvoir « tuberculigène ».

Cette conception de Calmette se rapproche de celle d'Arloing et Courmont, de Ferran, et de la nôtre. Calmette se sépare de ces auteurs quand il utilise pour ses vaccinations des bacilles typiques acido-résistants et non des bacilles involués à un stade différent, dépourvus d'acido-résistance et facilement phagocytables.

En effet, ce que cherche Calmette, ce n'est pas une forme bactérienne facilement phagocytable, c'est au contraire une forme susceptible de résister longtemps à l'action phagocytaire.

Pour lui l'immunité n'existe que si les bacilles tuberculeux vivants restent en vie latente dans les tissus lymphatiques, sans y proliférer. Pour atteindre ce but, Calmette a cultivé des bacilles tuberculeux bovins sur pommes de terre, en présence de bile de bœuf. Après 230 repiquages successifs faits en treize ans, ces bacilles biliés confèrent une immunité antituberculeuse à toutes les races animales, y compris les anthropoïdes, quelle que soit la voie d'infection utilisée.

Pour obtenir une immunité plus forte Calmette, Guérin, Nègre, Boquet et leurs collaborateurs, ont repiqué les bacilles biliés sur pomme de terre glycérinée. Ils ont fait ce repiquage pour augmenter la toxicité de leurs bacilles et leur

(1) *Annales de l'Inst. Pasteur*, oct. 1905, mai, août 1906. C.-R. Académie des sciences, 10 juin 1906.

faire récupérer la tuberculine dont ils étaient dépourvus.

A notre avis, cette dernière opération est nuisible à la qualité du vaccin pour les raisons que nous avons exposées précédemment.

Quoi qu'il en soit, l'inoculation de bacilles biliés ne détermine pas « la tuberculose maladie évolutive » chez les animaux ; par contre elle provoque des réactions spécifiques et la formation d'anticorps. Devant ces résultats les auteurs ont conclu que les bacilles biliés étaient inoffensifs et que leur dispersion dans les milieux extérieurs ne présenteraient de danger ni pour les hommes ni pour les animaux.

C'est sur cette base expérimentale que Calmette a établi ses essais de vaccination. Il a commencé par vacciner des bovidés en 1921.

En quatre ans les essais ont été tentés sur 127 animaux qui sont restés bien portants.

Les vaccinations humaines ont été appliquées en 1924.

217 nourrissons ont ingéré quotidiennement pendant les neuf premiers jours de leur vie, deux milligrammes de bacilles biliés bovins. Sur ces 215 enfants, 38 n'ont pas été revus. Parmi les 179 restés en surveillance, 9 sont morts dans les dix-huit premiers mois : 2 ont succombé à des bronchopneumonies, 1 est mort de troubles gastro-intestinaux ; les causes de mort des deux derniers sont demeurées inconnues.

La cutiréaction n'a pu être contrôlée que chez 35 enfants, trois mois après la dernière ingestion vaccinale. Elle a été négative dans 88,7 % des cas et positive dans 11.3 %.

Quant à présent, ce dernier chiffre est de même ordre de grandeur que celui donné par Marfan (1) qui chez des enfants non vaccinés a trouvé la cutiréaction positive dans les proportions de 10.5 % chez les enfants de zéro à un an.

On voit que le vaccin de Calmette est fait avec des bacilles vivants. Il serait préférable pour l'application de ce système chez l'homme que les bacilles soient tués. On connaît trop mal la biologie du bacille tuberculeux pour ne pas redouter que des bacilles saprophytes ne récupèrent un pouvoir pathogène, dans des conditions particulières engendrées par une infection banale, ou par toute autre cause (1).

(1) *Presse médicale*, 22 XII, 1920, n° 102 p., 1069.

Enfin, nous ne dirons qu'un mot des essais de vaccination du cobaye que nous poursuivons et dont les premiers résultats ont été publiés à la Société de biologie.

Ces essais sont à mettre en parallèle avec ceux d'Arloing et Courmont et de Ferran.

Le vaccin est fait avec des cultures de bacilles humains ayant mis six mois à se développer en voile sur du bouillon de pomme de terre sans glycérine.

Quand la culture est bien développée, le bouillon de culture est décanté et remplacé par de l'eau distillée ; le voile est émulsionné ; l'émulsion répartie en ampoules est chauffée à 60° pendant un quart d'heure.

Ce procédé est celui couramment employé pour la préparation des vaccins ordinaires.

L'injection d'un centimètre cube d'émulsion, pratiquée à huit jours d'intervalle sous la peau du flanc des cobayes, a déterminé chez ceux-ci une résistance très accusée. Les animaux vaccinés ont été inoculés par l'œil selon le procédé de Calmette, 45 jours après la deuxième injection. L'injection n'a déterminé chez eux aucune lésion immédiate ou tardive. Ils sont encore sains huit mois après l'inoculation. Les témoins de l'expérience sont morts entre huit jours et dix-huit jours.

Une deuxième expérience en cours se présente comme la première. Nous nous garderons de conclure que la vaccination du cobaye est démontrée par ces expériences.

Le temps, la répétition des essais, seuls répondront.

Mais d'ores et déjà nous pensons que le cobaye est le seul témoin sur lequel la vaccination antituberculeuse puisse être bien étudiée. Cet animal est celui qu'on emploie quand il s'agit de contrôler un diagnostic hésitant, il doit être celui par lequel la preuve de la vaccination antituberculeuse sera fournie sans discussion.

(*A suivre.*)

(1) Dans une communication faite à l'Académie depuis la rédaction de cet article le Professeur Calmette a donné les résultats de la vaccination par les Bacilles biliés après un an d'application. L'expérience semble satisfaisante et sera poursuivie.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Stase papillaire et crâniectomie.

D'après une leçon du professeur F. TERRIEN (1).

Nous avons en ce moment dans notre service quatre malades atteints de tumeurs cérébrales dont l'un a été trépané devant vous par M. Bergeret. Je désire à ce propos insister sur les troubles oculaires les plus importants qu'on peut observer dans les tumeurs cérébrales, c'est à-dire sur la stase papillaire.

Le malade opéré par M. Bergeret est arrivé ici avec des symptômes de compression et d'hypertension cérébrale ; ce sont, vous le savez, des vertiges, des nausées, des vomissements, des céphalées. Chez la plupart de ces malades, la céphalée est souvent très vive, quelquefois localisée à une partie de l'encéphale, mais s'irradiant aussi très souvent à toute l'étendue de l'encéphale. C'est une céphalée terrible, intolérable, qui empêche tout repos. Il y a en même temps des nausées, et souvent même des vomissements. Ce sont les quatre symptômes qu'on retrouve à peu près toujours, quand on se donne la peine de les rechercher, plus ou moins accentués, chez tous les malades atteints de tumeur cérébrale, ou même d'hypertension cérébrale, qu'elle soit déterminée par une tumeur ou par toute autre cause : des céphalées très vives, des vertiges, des troubles de l'équilibre, des nausées, des vomissements. En même temps, il peut exister d'autres symptômes surajoutés : paralysies, hémiplégie, troubles de la sensibilité, qui peuvent faire soupçonner le siège de la lésion.

Notre premier malade, trépané ces jours-ci, était atteint de crises d'épilepsie jacksonienne surtout localisées du côté gauche, avec hémiplégie passagère précédée de contracture, de secousses convulsives, indiquant que le malade était atteint probablement d'une tumeur cérébrale du côté droit, — nous disions probablement d'une tumeur cérébrale, parce qu'il en avait les symptômes généraux, nausées, vomissements, quelques troubles réflexes, un peu de titubation, mais surtout il présentait du côté de l'œil les troubles ordinaires de l'hypertension intra-cranienne, c'est-à-dire la stase papillaire.

Celle-ci est en effet le symptôme le plus important des troubles visuels et même de tous les troubles qu'entraînent les tumeurs cérébrales.

On a prétendu qu'il pouvait précéder tous les autres symptômes. C'est une erreur. Généralement, au contraire, la stase papillaire apparaît plutôt tardivement ; mais comme les symptômes généraux : nausées, vertiges, céphalées, sont souvent peu précis, ils ne sont pas attribués à leur véritable cause ; on pense à la neurasthénie jusqu'au jour où la stase papillaire est constatée par hasard ou à l'occasion d'un examen ophtalmoscopique systématiquement pratiqué.

Pour beaucoup de neurologistes on ne voit jamais de stase papillaire qui ne soit accompagnée d'autres symptômes d'hypertension intracrânienne et c'est un peu mon impression. La stase papillaire apparaît très rarement comme premier symptôme. Si on examine soigneusement ces malades atteints de stase papillaire, on trouve très souvent qu'ils présentent des nausées, des vertiges, souvent même des vomissements, puis des maux de tête, des céphalées, bref tous les signes généraux d'hypertension intra-cranienne. Mais souvent ceux-ci ne sont pas très accentués et on ne les rattache pas à leur véritable cause : on considère ces malades comme des déprimés, comme des neurasthéniques. Quelquefois on pense à une paralysie générale.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler l'aspect sous lequel se présente la stase papillaire ; elle est caractérisée par la saillie, par l'œdème de la papille. On parle généralement de saillie de 6 à 7 ou 8 dioptries, cela veut dire que la papille fait par rapport à la rétine une saillie de 2 à 3 millimètres, car à l'ophtalmoscope toute différence d'un millimètre se traduit par un changement de réfraction de trois dioptries ; si donc pour obtenir une égale netteté d'image du centre de la papille, par rapport au plan rétinien, il faut ajouter un verre sphérique de 3 dioptries, on dira que la papille est saillante d'un millimètre.

En même temps la papille est élargie, parce qu'œdématiée, les veines sont *très volumineuses*, parce qu'il y a gêne de la circulation rétrograde ; au contraire, les artères sont filiformes. La papille est donc saillante, très élargie ; ses bords, estompés, se confondent avec le reste de la rétine. Mais l'œdème ne s'étend jamais très loin et s'arrête sensiblement aux bords mêmes de la papille, contrairement à l'œdème rencontré dans la rétinite azotémique.

Cet aspect n'est pas toujours le même, et on peut ramener les variétés à deux types principaux. Tantôt la papille paraît striée radiairement par de petits vaisseaux dilatés, qui cheminent dans les interstices des fibres visuelles ; en même temps, il y a de petites hémorragies autour de la papille ; il peut même y avoir des taches blanches

(1) Leçon faite le 5 juin 1925, recueillie par le Dr LAPORTE, revue et corrigée par le professeur.

qui peuvent en imposer pour une rétinite azotémique, mais elles sont dues à une dégénérescence de la myéline absolument limitée, localisée au pourtour de la papille et ne s'étendant jamais jusqu'à la macula.

Dans d'autres cas, la papille présente l'aspect d'un champignon et les bords sont moins estompés.

A côté de l'aspect ophtalmologique, il y a l'aspect anatomique. C'est une papille infiltrée, œdématiée. Cette saillie, nous l'avons dit, ne dépasse pas sensiblement les bords de la papille, elle s'arrête à la rétine.

En même temps que la saillie de la papille, il y a de l'œdème du nerf optique, une distension considérable de ses enveloppes, de sa tunique vaginale. Lorsqu'on examine ces yeux chez les malades ayant succombé à une tumeur cérébrale, on constate une dilatation ampullaire du nerf optique par le liquide sous-arachnoïdien.

Tel est l'aspect anatomique de la papille au début, pendant les premiers mois où la stase apparaît. En même temps, la lame criblée paraît refoulée en avant, par le liquide céphalo-rachidien : au lieu de former une voussure à convexité postérieure elle forme une voussure à convexité antérieure.

Puis assez rapidement, au bout de quelques mois, il apparaît des lésions d'inflammation, une hypertrophie des travées conjonctives du nerf optique et de la névroglie. Alors la stase papillaire devient à ce moment une papillite. Mais ces phénomènes ne sont pas contemporains de la stase.

Enfin, dans un stade plus avancé, cette inflammation évolue vers l'atrophie de la papille, avec toutes ses conséquences, c'est-à-dire avec la diminution de l'acuité visuelle et même avec la cécité totale. Mais l'atrophie conserve ses caractères d'atrophie post-inflammatoire, c'est-à-dire que les bords de la papille ne sont pas nets, ils s'estompent ; il reste tout autour de petits dépôts pigmentaires, de petits exsudats, souvent des stries fibreuses autour des vaisseaux, qui montrent que l'atrophie a été précédée d'une inflammation.

Elle diffère par conséquent de l'atrophie primitive, d'emblée, qu'on observe dans le tabès et d'autres affections cérébrales.

Naturellement, au début, comme il y a simplement œdème, même alors que la stase est très accentuée, l'acuité visuelle demeure normale et généralement elle reste longtemps normale ; seul le champ visuel est légèrement rétréci. La tache de Mariotte est élargie, mais cet élargissement n'est naturellement pas ressenti par le malade qu'il ne gêne pas. Aussi, et c'est là un des éléments très importants, il ne faut jamais se baser sur l'absence de troubles visuels pour rejeter la possibilité d'une stase papillaire ; l'examen ophtalmoscopique doit être systématiquement pratiqué chez tout malade présentant le moindre symptôme d'hypertension intra-cranienne.

Quelquefois, elle peut être annoncée par certains troubles visuels passagers. Un brouillard apparaît tout d'un coup devant les yeux et dure pendant quelques minutes. Un de mes malades raconte, qu'étant professeur, il était pris en entrant dans la salle de classe, de nausées, de vertiges, qui l'obligeaient à s'adosser au mur ; il n'apercevait plus les élèves, tout était noir ; puis le phénomène disparaissait au boutde quelques instants, et il continuait sa classe.

Ces accès peuvent se reproduire dix fois, vingt fois et davantage dans la même journée. Ces obnubilations passagères sont en relation avec des phénomènes d'hypertension intra-cranienne temporaire, et ces troubles constituent un signal d'alarme. Car si elles peuvent apparaître de très bonne heure, souvent aussi elles se montrent seulement au bout d'un certain temps, quand la stase existait depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, et marquent le moment où la stase va évoluer vers la papillite, vers la névrite optique et l'atrophie, si on n'intervient pas.

***

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie de cette stase papillaire. La plus ancienne est celle de Græfe qui incriminait une gêne de la circulation veineuse, par suite de la compression du sinus caverneux dans lequel se jette la veine ophtalmique. Mais l'expérimentation montre que la compression du sinus caverneux provoque une circulation collatérale cranienne du côté des paupières et de la conjonctive, voire même de l'exophtalmie, tous phénomènes qu'on ne retrouve pas dans l'hypertension intra-veineuse et par contre ne détermine pas la stase papillaire. D'après Dupuy-Dutemps, ce serait la compression de la veine centrale de la rétine à son entrée dans le nerf optique qui produirait la stase ; sans doute cette compression peut exagérer la stase mais elle ne semble pas en être la cause déterminante.

On a supposé (théorie de Schmidt-Rimpler) que c'était le liquide céphalo-rachidien, refoulé dans les enveloppes du nerf optique, qu'il fallait incriminer. Mais, là encore, jamais l'injection de liquide sous pression dans les espaces méningés n'a réussi à provoquer la stase.

Leber a invoqué alors des phénomènes toxiques, le liquide céphalo-rachiden contenant des toxines ou produits qui, s'accumulant autour de la papille, seraient très irritants pour les fibres nerveuses. Mais comment expliquer alors l'intégrité si longtemps conservée de l'acuité visuelle. Sans doute la papillite fait suite à l'œdème, con-

séquence de l'apparition des phénomènes inflammatoires et ceux-ci entraînent nécessairemnet l'apparition de troubles visuels, mais ces phénomènes sont toujours tardifs.

En réalité, c'est l'œdème du cerveau, souvent considérable chez les sujets atteints d'hypertension intra-cranienne, qui se propage jusqu'aux nerfs craniens, notamment jusqu'au nerf optique. C'est Parinaud qui a très bien insisté sur ce fait, et Bollack a montré dans sa thèse que la stase papillaire est toujours précédée de la dilatation du troisième ventricule.

Quoi qu'il en soit, la stase papillaire est la conséquence d'une gêne d'origine mécanique de la circulation en retour.

Les phénomènes toxiques n'apparaissent que plus tard.

La stase papillaire est presque toujours bilatérale, mais très souvent le deuxième œil ne se prend qu'à plusieurs semaines ou plusieurs mois d'intervalle. Donc, en présence d'une stase unilatérale, il ne faut pas rejeter pour cela le diagnostic de tumeur cérébrale.

La stase de la papille renseigne-t-elle sur le siège de la tumeur, — point principal, qui pourra permettre au chirurgien d'intervenir d'une manière radicale ? Malheureusement non. Sans doute, elle est souvent un peu plus accentuée du côté où siège la tumeur, tout au moins au début ; mais on a vu des cas où la stase était plus marquée du côté opposé à la tumeur. Il ne faut donc pas attacher à ce signe une importance exagérée.

La stase papillaire s'observe dans 60 à 80 pour cent des tumeurs cérébrales. C'est dans les tumeurs du lobe occipital qu'on la rencontre le plus souvent (95 %), et dans ce cas, outre les signes généraux de tumeur cérébrale, on observe de l'hémianopsie, la scissure calcarine, centre cortical de la vision, ou les radiations optiques qui s'y terminent étant presque toujours intéressées.

On différencie ces hémianopsies corticales ou sous-corticales des hémianopsies basilaires, tout d'abord par ce fait qu'elles sont assez souvent partielles, en quadrant, en secteur et accessoirement par la réaction pupillaire de Wernicke. De même cette différenciation pourra se faire encore par le procédé du prisme. Soit, par exemple, un malade ayant une hémianopsie homonyme droite. Un œil étant fermé, on fait fixer par l'autre un point blanc. Si on place rapidement devant cet œil qui fixe un prisme à base interne, comme l'image est toujours déviée vers la base du prisme, celui-ci a pour effet de dévier l'image sur la partie de la rétine hémianopsique. Sous l'influence du réflexe rétinien moteur (photomoteur) car la lésion siégeant ici en arrière des ganglions de base, l'arc réflexe n'est pas interrompu, l'œil se reporte en dehors pour permettre à l'image de se faire sur la partie sensible de la rétine et si l'on enlève brusquement le prisme on voit l'œil effectuer un petit déplacement pour revenir à sa position primitive.

Dans les lésions du cervelet, la stase papillaire est également à peu près constante, en même temps qu'il y a des phénomènes cérébelleux.

Au contraire, dans les lésions de la zone rolandique, cette stase est un peu moins fréquente, (50 % des cas) d'après la statistique de de Lapersonne et Cantonnet, mais il y a souvent d'autres symptômes, en particulier des phénomènes d'épilepsie jacksonienne. Celle-ci existait du côté gauche chez notre malade, ce qui permettait de supposer une lésion siégeant dans la région rolandique du côté droit.

Pour les tumeurs de la région frontale, la stase est encore moins fréquente, et n'apparaît que dans 40 % des cas.

En somme on aboutit à ce résultat quelque peu paradoxal : la stase est d'autant plus fréquente que la tumeur siège sur une région de l'encéphale plus éloignée des nerfs optiques.

Ce peut être dû à une disposition des méninges et des cloisons interméningées, mais cela semble dû aussi à une tolérance plus ou moins grande du tissu cérébral.

En effet, lorsque nous arrivons aux tumeurs de la protubérance, de l'hypophyse, la stase devient moins fréquente. Dans les tumeurs de la protubérance, nous notons la stase dans 33 % des cas ; dans celles des couches optiques, dans 18 % ; dans les tumeurs des pédoncules seulement dans 6 % des cas.

C'est que pour ces trois dernières localisations, en raison de la noblesse de la région et de l'importance des faisceaux qui la traversent, leur adultération, si minime soit-elle, se traduit aussitôt par des troubles fonctionnels ; aussi le diagnostic se fait souvent avant l'apparition de la stase ; il repose sur l'existence de troubles sensitifs et de paralysies alternes, souvent associées à une hémiplégie.

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, très fréquentes, la stase papillaire est également très fréquente. C'est souvent le seul symptôme précis, associé à une surdité unilatérale survenant 8, 10, 12 ans auparavant, souvent ignorée du malade, et à une légère hypoesthésie de la cornée.

Si la stase ne permet pas toujours de faire le diagnostic de localisation de la tumeur, elle peut y aider souvent, on le voit.

* * *

La stase étant une fois constatée, impose donc à peu près le diagnostic, sinon de tumeur cérébrale, tout au moins d'hypertension intracranienne, et commande par là même une intervention.

Tout d'abord, il faudra, bien entendu, faire le traitement mercuriel, parce que la première chose à penser et à souhaiter, c'est que la tumeur soit d'origine syphilitique. On fera donc ce traitement, surtout si le malade est syphilitique, et aussi s'il ne l'est pas, car on ne peut jamais avoir aucune certitude à ce sujet ; et puis quelquefois le mercure agit sur certaines néoplasies ou formations qui peuvent ne pas être de nature syphilitique. Mais on ne perdra jamais un temps précieux en s'attardant à ce seul traitement mercuriel et il faut faire autre chose. C'est tout d'abord la ponction lombaire : bien souvent elle peut soulager le malade et elle est en même temps un moyen de diagnostic. Je vous rappelle qu'elle donne dans les tumeurs cérébrales un liquide qui s'échappe en jet. Chez notre malade, au manomètre de Claude, on constatait une élévation de la pression à 100 cm., alors qu'à l'état normal la pression du liquide céphalo-rachidien est à peu près de 25 cm., sur le malade couché. Sur le malade assis, elle s'élève de 5 ou 6 cm. et ceci montre les bienfaits de la position horizontale.

L'élévation de cette pression peut atteindre 50, 60 et même 100 cm., comme chez notre malade. Le liquide contient quelquefois beaucoup d'albumine, un peu plus de fibrine, mais à peine de lymphocytes. En somme, les résultats de l'examen cytologique sont le plus souvent négatifs, l'élévation de la pression mise à part, et c'est là le point capital.

Cette ponction lombaire sera toujours faite ici avec prudence sur le malade couché, pour éviter une syncope ou même une mort subite comme on l'a vu, par affaissement du plancher du quatrième ventricule. Car si la tumeur siège à ce niveau, elle peut, à la suite d'une décompression brusque, venir écraser les centres bulbaires. Pour la même raison on laissera écouler le liquide en petite quantité, peu à la fois, et goutte à goutte. Grâce à ces précautions les dangers de la ponction seront réduits au minimum et celle-ci constitue un moyen de détente excellent par lequel les malades seront souvent très soulagés.

Clippel, Vincent, Chaillous, de Lapersonne, Cantonnet, et beaucoup d'autres encore, ont rapporté l'observation de malades qui ont pu être traités pendant des mois et des années par des ponctions lombaires répétées.

Mais celle-ci ne donne pas toujours ces résultats ; d'abord parce qu'il y a quelquefois des cloisonnements méningés qui ne permettent pas la communication du liquide entre les espaces intra-craniens et intra-rachidiens. Si bien que la pression intra-cranienne demeure très élevée alors que la pression intra-rachidienne reste normale ou même inférieure à la normale ; ou bien la ponction lombaire, quoiqu'ayant donné issue à un liquide très hypertendu amène une détente tout à fait passagère ou insignifiante.

Il faut songer alors à une opération plus radicale, à la craniectomie.

Ce qui dicte l'intervention, c'est la stase papillaire ; ce sont aussi les symptômes généraux. Si le malade souffre, a des céphalées terribles, des nausées, des vomissements, un ralentissement du pouls très marqué (notre malade avait un pouls à 46), on ne peut plus hésiter à intervenir.

Mais même en l'absence de ces phénomènes, le simple état du fond de l'œil peut commander l'intervention. Sans doute pendant des semaines et même des mois, la stase papillaire peut rester à l'état de simple stase, c'est-à-dire d'œdème de la papille ; l'acuité reste normale ou à peu près. Seul le champ visuel est très légèrement rétréci ; le malade dans ces conditions ne ressent aucune gêne. Mais au bout de quelques semaines, souvent de plusieurs mois, survient le début de la papillite : les phénomènes inflammatoires apparaissent, des cellules embryonnaires envahissent les parois des vaisseaux qui s'épaississent. A ce moment nous voyons l'acuité diminuer et c'est alors que souvent se produisent ces phénomènes d'obnubilation sur lesquels nous avons insisté. Ils montrent que la période de tolérance, de latence, est épuisée et que très vite l'acuité visuelle peut diminuer et la cécité survenir rapidement. Aussi faut-il, à ce moment, intervenir et le plus vite possible.

Il en était ainsi chez notre malade car déjà, à son entrée, l'acuité visuelle était de 1/10 du côté droit, 1/40 du côté gauche. C'est pourquoi, nous avons prié M. Bergeret d'intervenir.

En pareil cas, il faut réséquer une rondelle d'os. A ce propos je vous signale les avantages de l'appareil de de Martel, que M. Bergeret a utilisé, et qui permet de faire cette trépanation sans heurts, sans efforts, sans déterminer ces secousses continuelles pour les malades qui étaient nécessitées par les anciennes trépanations, avec la gouge et le maillet.

Où faut-il faire la craniectomie ? Il est certain qu'on doit la faire où le neurologiste soupçonne le siège de la tumeur. Les renseignements fournis par l'examen de l'œil apportent souvent à ce point de vue des précisions d'une grande utilité puisque nous pouvons dire qu'il s'agit d'une tumeur du lobe occipital d'après les phénomènes d'hémianopsie ; une tumeur de la protubérance aura pour elle la coexistence fréquente de paralysies alternes. De même, nous soupçonnons une tumeur du chiasma avec les phénomènes d'hémianopsie bitemporale qui la caractérisent, ou une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

On fait donc la trépanation au siège présumé de la tumeur. Mais, le plus souvent on ne peut pas déterminer ce siège et les symptômes sont diffus.

Il faut faire alors la trépanation au niveau de la région temporale, comme le conseille Cushing,

cette région étant bien protégée par le muscle temporal. La trépanation sera faite à la région temporale droite, afin d'éviter les troubles d'aphasie pouvant résulter d'une lésion de la région pariéto-temporale gauche.

C'est ce qui a été fait chez notre malade ; la trépanation fut placée dans la région temporale droite, puisqu'il avait des phénomènes de contracture et d'épilepsie jacksonienne du côté gauche. Les résultats en ont été très satisfaisants. Ils ont été ceux qu'on observe en pareil cas. Notre malade a été très soulagé. Les céphalées et les nausées ont disparu, les vertiges se sont atténués, le pouls est remonté à 70 et l'acuité visuelle du côté gauche est remontée à 6/10. Malheureusement il est à craindre que cette amélioration ne soit que temporaire et sans doute faudra-t-il chez notre malade compléter ce premier temps opératoire par l'incision de la dure-mère, ou tout au moins par une ponction ventriculaire.

Dans un travail publié en 1911 dans les *Archives d'ophtalmologie*, M. Velter a rapporté une série d'observations de tumeurs cérébrales dans lesquelles, à la suite de simples trépanations décompressives, l'acuité s'était améliorée d'une façon considérable ; en même temps la stase papillaire avait diminué.

Les observations de Babinski, de Dupuy-Dutemps, de Cabannes, de Souques, de Vincent, de de Martel, comme celles de Velter, montrent que l'œdème et l'acuité visuelle après la craniectomie subissent une amélioration parallèle.

M. Van der Hœve, dans une communication faite il y a quelques jours à la Société d'ophtalmologie de Paris, a apporté à ce propos des observations d'amélioration de la stase papillaire qu'il a pu constater par la photographie du malade avant et après la trépanation ; les modifications, comme le montre la photographie, seraient presque instantanées et ne demanderaient pas 2 à 4 jours, comme nous l'avions cru jusqu'ici.

M. Bergeret n'a fait chez notre malade qu'une craniectomie décompressive ; il s'est borné à enlever une rondelle d'os et n'a pas touché à la dure-mère. Réduite à ce premier temps, l'opération est assez inoffensive. Si, au contraire, on ouvre la dure-mère, c'est une opération beaucoup plus grave. Il ne faut pas hésiter cependant à y recourir si le malade n'est pas suffisamment soulagé. Nous arriverons à la demander à M. Bergeret si les phénomènes se reproduisent chez notre malade. Mais il est toujours utile de faire l'opération en deux temps, et même lorsque l'hypertension est très élevée, de faire précéder l'ouverture de la dure-mère par une ponction lombaire afin d'éviter les inconvénients d'une décompression trop brusque.

Enfin, s'il faut intervenir le plus vite possible, avant toute diminution d'acuité visuelle, il n'est cependant jamais trop tard. On a vu quelquefois la trépanation arrêter l'évolution d'une stase, alors même que l'acuité visuelle était réduite à quelques dixièmes et on a vu aussi réapparaître un certain degré de vision dans des cas de cécité complète. Si donc il ne faut jamais perdre un temps précieux, il faut néanmoins recourir à l'opération dans des cas en apparence désespérés.

CONSTRUCTION GÉOMÉTRIQUE DE LA CONSTANTE D'AMBARD

Dans une précédente note (1) nous avons mis en relief les difficultés qui se présentent, quand on veut obtenir la constante d'Ambard K avec deux décimales exactes en partant de la formule bien connue

$$K = U \sqrt{5} / \sqrt{D \sqrt{C}}$$

Nous avons apporté une importante simplification en remarquant que le nombre incommensurable $\sqrt{5}$ peut être éliminé. Si v est le volume en litre de l'urine recueillie en 72 minutes, ayant donné à l'analyse C grammes d'urée au litre, le débit uréique est :

$$D = \frac{v}{72} 60.24.C. = v.20C \text{ grammes par 24 heures.}$$

La formule devient alors :

$$K = U \sqrt{5} / \sqrt{v.\, 20.\, C \sqrt{C}}$$

c'est-à-dire,

$$K = U / 2 \sqrt{v.\, C \sqrt{C}}$$

L'étude du calcul des nombres approchés, nous a permis de recommander l'emploi de cette dernière relation pour le calcul approximatif de K.

Il nous paraît très utile de reprendre cette question et de montrer que l'on peut obtenir rapidement K par constructions graphiques dispensant de l'usage des logarithmes.

Pour fixer les idées et permettre aux lecteurs de reproduire en vraie grandeur les réductions de cette note, prenons un exemple :

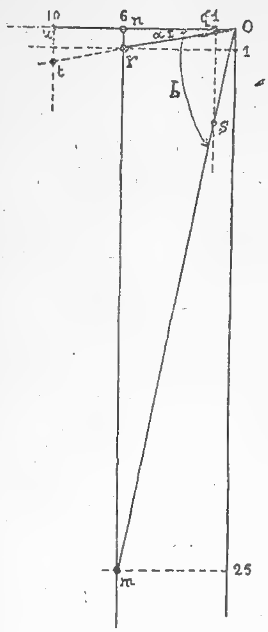
Soit U = 1 gramme pour 1000.
C = 25 grammes pour 1000.

l'excrétion étant de 1.200 cc. d'urine par 24

(1) Le calcul de la constante d'Ambard, *Biologie médicale*, sept. 1924.

heures, le volume v qui correspond à 72 minutes sera 1.200 /20 = 0 litre 06.

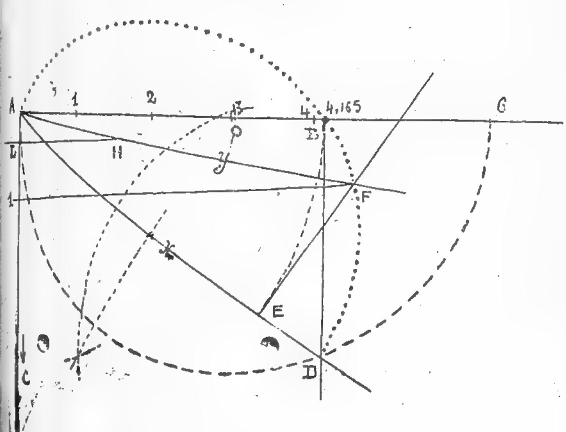
On remarque que la grandeur relative des quantités U, C v rend à peu près impossible la construction géométrique de notre formule,



(FIGURE 1)

car un dessin à une certaine échelle devrait comprendre des longueurs de l'ordre 6 /100 et 25 c'est-à-dire 6 et 2.500 ; un tel dessin serait illisible.

Posons U = 100 v. tg a
C = 100 v. tg b



(FIGURE 2)

K devient :

$$K = 100 v. tg a /2 \sqrt{100 v. tg b. v \sqrt{100 v. tg b.}}$$

qui, après simplifications se réduit à :

$$K = 10 tg a /2 \sqrt{tg b \sqrt{100 v. tg b}}$$

Sous cette forme il est facile de se rendre compte de la possibilité d'une construction extrêmement nette de K.

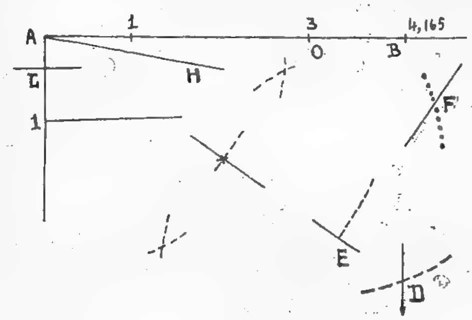
Tout d'abord on a :

$$tg b = \frac{25}{6} = 4{,}165 \text{ exactement}$$

$$tg a = \frac{1}{6} \text{ et } 10 tg a = \frac{10}{6} = 1{,}666...$$

puisque 100 v = 6.

Un dessin auxiliaire, inutile pour la suite, donne d'ailleurs la signification de ces diverses grandeurs ; portons sur deux droites rectangulaires issues d'un point o des longueurs l = U, 25 = C d'une part et 6 = 100 v ; 1, 20 d'autre part, les angles a et b sont les angles en o des deux triangles omn et onr et on voit que qs = tgb et tu = 10 tg a (rappelons que par définition, la tangente trigonométrique d'un angle tel que b est égale au côté de l'angle droit opposé à cet angle, dans un triangle rectangle dont l'autre côté de l'angle droit est 1). (figure 1).



(FIG. 3).

L'expression $\sqrt{100 v. tgb}$ est une quantité x telle que :

$x^2 = 100 v. tgb = AC \times AB$ si $AC = 100 v$, $AB = tgb$

x est une moyenne proportionnelle ; du point O comme centre, décrivons une circonférence de rayon OA = 3, elle coupe la perpendiculaire élevée en B au point D, qui donne AD = x.

L'expression $\sqrt{tgb. x}$ est encore une moyenne proportionnelle y qui obtient en rabattant AB en AE sur x, la circonférence de diamètre x rencontre la perpendiculaire élevée en E au diamètre en un point F tel que AF = y.

Reste alors à construire l'expression :

K = 10 tga /2 y c'est-à-dire une quatrième proportionnelle, car elle s'écrit :

y /1 = 10 tga /2 K qui donnera 2K.

Pour cela, à partir de A, portons sur AF une longueur AH = 10 tga = 1.666- joignons F au point 1 sur AC et menons par H la parallèle HL à cette droite, on a AL = 2K, d'où évidemment K (figure 2).

Le dessin peut être exécuté à une échelle de un décimètre par unité, c'est-à-dire que tgb,

10 tga ... sont respectivement représentés par 4,165 1,666 ... décimètres. Il couvre une feuille de papier de dimensions relativement faibles 47 × 37 centimètres. A cette échelle, on peut dire que 2K est compris entre 0.35 et 0.36 en prenant 2 K = 0.355, les deux premières décimales sont exactes et K = 0.177 est obtenu à 1 ou 2 millièmes près.

Notons que l'exécution du dessin est très rapide, le plus grand nombre des lignes ne sera pas tracé, ainsi que l'indique notre schéma (fig. 3).

En résumé :

1° Adoptant la formule $K = U/2 \sqrt{v\,C\,\sqrt{C}}$, il est facile, par transformations de variables, d'y faire entrer des grandeurs de même ordre pouvant figurer dans un dessin d'échelle suffisamment grande.

2° Le dessin correctement exécuté, à la règle et au compas, extrêmement simple, ne peut introduire que des erreurs négligeables comparativement à celles occasionnées par des calculs logarithmiques.

3° Le degré d'exactitude de K dépend, à peu près exclusivement de la valeur des mesures biologiques de U et C. On peut alors obtenir K avec 2 décimales exactes, si on n'ose dire à 1/1000 près.

Dr LAMBOLEZ (Nancy).

LE PROBLÈME DU CANCER

Sera-t-il solutionné par les travaux de Gye et Barnard ?

Le 18 juillet dernier, dans le journal *The Lancet*, paraissaient deux mémoires, l'un du Dr W.-E. Gye, l'autre de M. J. E. Barnard, dans lesquels ces auteurs exposaient une théorie nouvelle du cancer, appuyée sur une série de travaux microbiologiques et expérimentaux. A peine publiés, ces mémoires furent présentés au public par la presse quotidienne, qui n'hésita pas à les qualifier de « solution » du problème du cancer.

Que faut-il penser des travaux des auteurs anglais, annoncés si bruyamment ? Pour nous documenter sur ce sujet, nous avons parcouru dans *The Lancet* l'exposé des idées de MM. Gye et Barnard, et nous avons lu les appréciations des auteurs français compétents en cette matière, celles entre autres du professeur Roussy (in *Presse médicale*) et du professeur Maurice d'Halluin, de Lille (in *Journ. des Sc. méd. de Lille*).

Il convient de reconnaître, tout d'abord, que les recherches en question apportent à l'étude du cancer une direction originale. Il y a une trentaine d'années, les théories régnantes sur la pathogénie des tumeurs malignes étaient nettement orientées du côté parasitaire. Puis, la théorie parasitaire perdit du terrain et aujourd'hui, elle ne conserve plus qu'un petit nombre de partisans. Les idées actuellement acceptées s'appuient sur la notion cellulaire et irritative — d'après laquelle le cancer relève de la multiplication de cellules embryonnaires se faisant sous des influences diverses, les irritations répétées en particulier, et souvent au niveau de certaines lésions dites précancéreuses. C'est la pathogénie cellulaire, opposée à la pathogénie parasitaire, presqu'abandonnée.

Et voilà que les découvertes de Gye et Barnard remettent en avant la théorie parasitaire et lui donnent un regain de faveur, sans toutefois abandonner la notion cellulaire. Les auteurs anglais, disons-le immédiatement, admettent que, pour faire du cancer, il faut deux choses :

Un premier élément, qui est parasitaire, un *virus* spécial ;

Un deuxième élément, qui est un produit cellulaire, qu'ils nomment *spécifique*.

Le même virus serait commun à tous les cancers, mais chaque variété de cancer aurait un spécifique particulier. Virus et spécifique, inactifs et impuissants isolément, doivent se conjuguer pour qu'il en résulte une tumeur maligne. C'est sous une autre forme et appliquée au cancer, la conception ancienne de la graine et du terrain, ou mieux, peut-être, celle de la substance déchaînante et de la sensibilisatrice dans l'anaphylaxie.

Le parasite a été observé par M. Barnard, qui, bien que non médecin, est un praticien consommé du microscope : ce virus, qui est filtrant, se présente à l'ultra-microscope sous l'aspect de petites sphérules. Le spécifique est retrouvé par une technique plus compliquée. C'est dans la provocation de ce spécifique, au niveau des cellules, que pourraient intervenir diverses causes accessoires du cancer, les irritations par exemple.

D'où sont partis les auteurs anglais pour arriver à ces conclusions ? Des travaux de Peyton Rous sur le sarcome des poules, travaux qui ont déjà fait l'objet de beaucoup de discussions. Etudiant cette curieuse tumeur des gallinacés, l'américain Peyton Rous constata qu'on pouvait reproduire ledit « sarcome » en injectant des filtrats de la tumeur : échec à la théorie cellulaire, puisque dans le filtrat n'existe aucune cellule néoplasique ; fait favorable au contraire à la théorie parasitaire, du virus.

MM. Gye et Barnard ont donc approfondi ce virus du sarcome des poules. Ils y ont décelé,

à l'ultra-microscope, des sphérules. Les sphérules ne suffisent pas à déterminer le sarcome : un adjuvant est nécessaire. Pour préciser la notion du produit adjuvant, M. Gye s'est adressé aux cultures de fragments de sarcome de la poule ; l'adjuvant a été nommé le spécifique. L'auteur est parvenu à provoquer, chez les gallinacés, des sarcomes avec ces deux agents — virus et spécifique — *réunis*. Il a fait également quelques expériences avec le même virus (qui, pour lui, serait apte à créer tous les cancers, avec des spécifiques différents) et des fragments prélevés sur des épithéliomas du rat, de la souris, et aussi sur des cancers du sein dans l'espèce humaine. Les résultats sont ici malheureusement beaucoup plus discutables. L'auteur anglais, en effet, est obligé d'associer, à ses prélèvements, des cultures de sarcome et il reproduit, en définitive, non de l'épithélioma, mais ... du sarcome.

On voit par cet exposé assez complexe — et nous avons cherché à le simplifier le plus possible — que le problème du cancer, s'il est posé par Gye et Barnard sur des bases nouvelles, n'est pas solutionné pour cela. Certes, les expériences en question méritent qu'on s'y arrête. Il faudra, d'abord, leur donner la consécration du contrôle. Et alors, nous serons encore loin du but. Comme le remarque justement le prof. Roussy, seul le sarcome a pu être reproduit par les expérimentateurs anglais, et le sarcome est une tumeur maligne particulière. Le sarcome de Peyton Rous n'est même pas admis comme tel par tous les anatomo-pathologistes.

Beaucoup de bruit a été fait autour des études et de la théorie de Gye et Barnard. La théorie est ingénieuse : l'idée qui admet l'existence d'un parasite et d'un facteur spécifique d'ordre cellulaire, ce dernier rendant le parasite capable de transformer la cellule normale en cellule cancéreuse, s'appuie sur des expériences dont l'intérêt est indiscutable. L'avenir dira ce qu'il faudra en penser : ou une théorie de plus, ou une pathogénie éprouvée du cancer. En tout cas, l'intervention exagérée de la grande presse a été pour le moins prématurée. Avant toute affirmation scientifique, un temps suffisant pour juger est nécessaire.

P. Lacroix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Lumbago.

Il s'agit, dans cette intéressante étude due au Dr Ramond, uniquement du lumbago primitif, affection douloureuse primitive de la région lombaire, et non des lumbagos secondaires ou symptomatiques dus à des maladies rachidiennes ou extra-rachidiennes.

C'est une maladie de l'âge adulte, à deux causes prédisposantes, le froid humide et la fatigue musculaire.

La *forme aiguë* débute subitement, à l'occasion d'un mouvement insignifiant et banal, par une douleur qui atteint aussitôt son maximum d'intensité ; celle-ci siège au niveau de la région lombosacrée, sans irradiation douloureuse en dehors des muscles sacro-lombaires, vers les parties latérales du tronc ; cette douleur est calmée par le repos en décubitus dorsal, elle entraîne une impotence fonctionnelle presque complète de tout le corps, au moins dans sa partie inférieure ; elle revêt une exacerbation paroxystique par les moindres mouvements du corps, surtout par les mouvements d'extension de la colonne vertébrale ; enfin les symptômes généraux sont peu intenses, et même habituellement nuls. On ne peut donc confondre le lumbago avec les rachialgies lombaires des grandes pyrexies ; on ne le confondra pas non plus avec les affections rénales (néphrites, périnéphrites, pyélites, et surtout lithiase rénale), dont la douleur est différente dans son mode d'apparition comme de sédation, ni avec les névralgies lombaires, ni avec un lumbago traumatique.

Quant à la *forme chronique* du lumbago, elle doit être distinguée des affections médullaires primitives ou secondaires à des lésions rachidiennes (méningites, tumeurs médullaires, mal de Pott), ainsi que de la lithiase rénale, de la pancréatite chronique, de l'ectasie de l'aorte abdominale, des infections pelviennes, de la rétroflexion utérine, etc. ; la radiographie permet en effet de reconnaître les lésions osseuses vertébrales ; on recherche aussi la formule leucocytaire et la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien ; on voit si le passage épidural du lipiodol est entravé ou non. Son évolution se fait par poussées évolutives de plusieurs mois ; elle peut cependant guérir.

Nous ignorons s'il s'agit là d'une lombarthrie, d'une affection musculaire ou nerveuse ; nous sommes en tous cas réduits à en trouver la cause dans le rhumatisme des anciens, sans que nous puissions dire s'il s'agit d'une infection, d'une intoxication, d'une auto-intoxication (goutte) ou de choc colloïdoclasique (cas de Sicard pro-

voqué par des fraises ou du chocolat, alternance du lumbago et de la migraine souvent signalée).

Quelques renseignements utiles sont donnés sur le traitement : ce sont, en effet, les applications chaudes humides qui semblent les plus efficaces contre la douleur, y compris le cataplasme de farine de lin. Le salicylate de soude et surtout l'aspirine semblent amener une sédation, mais surtout les injections intra-musculaires (d'acide salicylique au 1/1000 et d'iodure de sodium au 1/100), faites au voisinage du point le plus sensible, des deux côtés si c'est nécessaire, et à plusieurs hauteurs de chaque côté, de 1 à 3 cc. en chaque point des solutions indiquées. La dose injectée étant infime, elles peuvent être répétées et multipliées. A signaler aussi l'électrothérapie, le traitement général et la climatothérapie. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 avril 1925.)

Conseils pratiques sur les plaies et piqures des doigts.

I. Ces plaies, d'après F. M. Cadenat, s'infectent peu et se réparent facilement. Il faut toutefois craindre et rechercher toujours la section tendineuse possible. La plaie par écrasement d'un doigt se répare facilemen. Bien que dans les cas de fracture phalangettienne avec insuffisance des téguments mieux vaille faire délibérément une amputation économique pour obtenir une cicatrice dorsale, moins douloureuse que la cicatrice terminale, ne jamais amputer d'emblée un doigt, même très écrasé, car on observe parfois des réparations invraisemblables. Etre économe au niveau du pouce, car des procédés autoplastiques permettent de refaire un doigt plus ou moins opposable aux autres.

II. Au contraire une minuscule piqûre d'épingle, où l'infection est portée profondément, rapidement absorbée par les lymphatiques, et qui ne saigne pas, peut être la cause d'accidents parfois mortels, toujours graves si l'on n'intervient pas à temps.

L'interrogatoire peut rendre compte de la gravité de l'infection.

1° Il y a eu des frissons, quelquefois même un vomissement, la fièvre est élevée. Cas très graves ; piqûre septique ou phlegmon de la gaine. Au traitement ajouter séro et vaccinothérapie ;

2° Sans signes généraux marqués, le malade souffre, ne dort pas la nuit ; le doigt bout. Abcès probablement sous-cutané. Indication impérieuse d'opérer.

3° Le malade ne souffre guère ; se méfier de l'abcès en bouton de chemise, amenant la nécrose de la phalange. Cas grave parce que moins douloureux.

Localement, la tourniole est visible et rend l'intervention facile. Quand le doigt est gros au niveau de la 3e phalange, ne pas rechercher la fluctuation ; au contraire, la fluctuation normale a disparu. Craindre toujours le phlegmon de la gaine, dont les signes prémonitoires sont l'hyperesthésie dans la sphère du médian et la douleur à distance le long de la gaine.

Inciser toujours au lieu de douleur maxima.

Pour l'anesthésie locale, éviter le procédé par refroidissement, qui gêne l'opérateur par le durcissement des tissus, et occasionne une douleur d'onglée pénible quand revient la sensibilité. Placer un lien de caoutchouc à la base du doigt pour faire l'hémostase et éviter la diffusion de l'anesthésique ; deux piqûres, à l'union des faces latérale et dorsale, suffisent ensuite.

Ouvrir les panaris de la pulpe par une incision en fer à cheval encadrant l'extrémité du doigt, et non par une incision longitudinale qui laisse une cicatrice douloureuse.

Dans le panaris de la gaine, ouvrir largement jusqu'au cul-de-sac sans escompter un bon résultat fonctionnel ; il faut avant tout juguler l'infection. Les panaris du pouce et du petit doigt sont des plus sérieux ; ils doivent être incisés de bout en bout, y compris le ligament annulaire du poignet ; c'est de la grande chirurgie. (*L'Hôpital*, avril 1925, B.)

Bourdonnements d'oreille.

Ce sont, dit le Dr Moulonguet, des sensations auditives anormales perçues par certains sujets sans qu'il y ait excitation de leur appareil auditif par une source sonore placée en dehors de leur organisme. Ne pas les confondre avec les hallucinations auditives, phénomène d'ordre psychique, où le malade croit à la réalité objective de ses sensations auditives, où il y a, contrairement aux vrais bourdonnements, audition de mots et de phrases.

Les bourdonnements, qui font percevoir au malade les bruits les plus variés, apparaissent principalement au cours des maladies des oreilles et ils s'accompagnent très souvent de surdité, sans qu'il y ait parallélisme entre ces deux symptômes.

Les renseignements, tirés des caractères propres de ces bourdonnements ou acouphènes, servent peu au diagnostic étiologique : les bourdonnements à tonalité grave (bruits de coquillage) se rencontrent principalement au cours des maladies de l'oreille moyenne ; s'ils sont influencés par les mouvements de mastication, on doit soupçonner le catarrhe tubaire ; les sifflements sont surtout fréquents dans l'otite moyenne chronique sèche, les bruits musicaux dans les lésions labyrinthiques.

Mais en pratique on fera le diagnostic sur l'examen complet de l'appareil auditif.

Voici d'ailleurs énumérées les principales causes des acouphènes :

1° Lésions du conduit auditif externe : les bouchons de cérumen et épidermiques comptent

parmi les causes les plus fréquentes et les plus faciles à guérir ;

2° Lésions inflammatoires aiguës ou subaiguës de l'oreille : catarrhe tubaire (influencé par la mastication, le catarrhe peut disparaître à l'occasion d'un cathétérisme tubaire), otites séreuses congestives, suppurées sans complications ;

3° Traumatismes de l'oreille, ébranlant l'appareil labyrinthique (giffle, explosion, etc.) ;

4° Otite chronique moyenne cicatricielle ;

Si dans les cas précédents les acouphènes ne sont jamais durables, si leur diagnostic est facile, et leur guérison rapide, il n'en est pas de même dans les cas suivants :

5° Otite chronique moyenne sèche ;

6° Oto-spongiose ;

7° Labyrinthite et névrite toxique ;

6° Labyrinthites ou névrites infectieuses ;

9° Troubles circulatoires du labyrinthe ;

10° Syndrome d'hypertension de la fosse cérébrale postérieure (bourdonnements très violents, très pénibles, nécessitant de copieuses ponctions lombaires, et parfois la trépanation) ;

11° Oto-tropho-neuroses ;

12° Lésions des voies auditives extra-auriculaires.

Le pronostic varie selon la cause ; mais, d'une façon générale, à part le bourdonnement par bouchon de cérumen, et les bourdonnements au cours de la ménopause, il est défavorable, surtout quand le bruit est plutôt localisé « dans la tête » que dans l'oreille. Enfin, les bourdonnements aggravés par les bruits extérieurs ont un plus mauvais pronostic que ceux qui ne sont pas influencés ou qui sont calmés par les bruits extérieurs. Les bruits de souffles synchrones aux battements artériels sont rarement améliorés par la thérapeutique.

Dans le traitement, inutile de parler du bouchon de cérumen, chose des plus simples ; quand il y a otite moyenne chronique sèche, tenter un traitement local : désinfection, cautérisation du cavum, etc.; ne pas négliger le régime diététique dans l'otite sèche rhumatismale, artérioscléreuse ou congestive ; en ce dernier cas, faire aussi des révulsions sur la région mastoïdienne.

En cas d'insuccès d'un traitement étiologique, ou si la cause reste inconnue, prescrire les calmants généraux des nerfs, supprimer tous les excitants du système nerveux, conseiller une hygiène rationnelle et la cure de climat.

Toutes ces données se rapportent aux bourdonnements subjectifs, qu'il faut distinguer des bourdonnements objectifs, c'est-à-dire pouvant être perçus par l'entourage ou tout au moins par le médecin; grâce à son tube otoscopique (bruits articulaires, cavitaires, musculaires, vasculaires). (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1925.)

Hémorragies rétiniennes déterminées par un régime sans vitamines.

M. Thilliez a eu l'occasion de voir un certain nombre de malades atteints d'hémorragies ponctiformes de la rétine dont il a pu préciser l'origine étiologique.

Il relate précisément l'histoire de l'une de ces malades. Si les troubles cardio-vasculaires et rénaux, le diabète, les affections hépatiques, les intoxications, en modifiant la crise sanguine, sont ordinairement le point de départ des hémorragies rétiniennes, il peut en être de même d'un régime carencé. Ainsi se présente le cas rapporté par le professeur : les hémorragies ponctiformes de la rétine sont apparues, à différentes reprises, et à des intervalles assez longs, à des époques où la malade avait un régime privé de vitamines.

A deux reprises, cette origine ne fut pas dépistée. La troisième fois, les accidents oculaires s'accompagnant d'accidents scorbutiques, il eut l'idée de songer à l'avitaminose. Et la prescription de jus de citron, en comblant la carence notée, amena la disparition de tous ces accidents.

Quant à l'explication pathogénique de ces hémorragies, elle demeure encore obscure. « La question se résume, jusqu'à présent, dans la modification de la crise sanguine qui rend le sang plus liquide et aussi plus irritant pour l'endothélium des parois veineuses et artérielles ; ces deux causes facilitant la transudation vasculaire ». (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 2 août 1925.)

Cancers et maladies générales.

Est-il vrai, ainsi que la théorie classique le proclame, que les maladies injfectieuses aiguës arrêtent l'évolution du cancer chez les malades qui en sont porteurs ? M. Jeanneney s'inscrit en faux contre cette affirmation.

Il a observé une douzaine de malades « chez lesquels l'évolution d'une maladie infectieuse a été suivie de l'apparition d'une récidive, d'une métastase, d'une dégénérescence de tumeur bénigne ».

Pour l'auteur, tout ce qui diminue la résistance générale du malade aggrave le cancer ou en facilite l'apparition. Le traumatisme agit en diminuant la résistance locale, pour favoriser l'apparition ou déceler l'évolution du cancer. L'âge joue un rôle analogue, c'est pourquoi le cancer se rencontre infiniment plus fréquemment chez l'adulte et le vieillard que chez l'homme jeune. La morphine donne un coup de fouet à la marche du cancer.

Quant à la grippe, parfois invoquée, peut-être ne faut-il voir, sous cette étiquette, qu'une poussée aiguë du néoplasme suivie de réactions générales.

Pratiquement, il faut conseiller aux sujets porteurs de tumeurs bénignes, aux opérés de

cancer ou aux cancéreux en traitement d'éviter toute cause d'affaiblissement et de diminution de résistance. (*Gaz. Heb. des Sc. méd. de Bordeaux* 2 août 1925.)

Le zona varicelleux.

La question est toujours pendante. Sont-ce deux affections distinctes n'ayant aucun rapport l'une avec l'autre ? Sont-ce au contraire deux manifestations différentes d'un même état ? M. MALHERBE apporte sa contribution à la solution de ce problème en publiant l'histoire d'un malade qui eut, en même temps, en outre d'une lymphadénie leucémique, un double zona, aux bases du thorax, bien caractérisé, en même temps qu'apparaissaient des éléments vésiculeux ombiliqués, de dimensions allant jusqu'à la grosseur d'un gros pois vert, non confluentes et paraissant de toute évidence être des vésicules de varicelle.

L'auteur appelle l'attention sur certaines particularités présentées par ce malade : le zona double, rare ; la varicelle survenant chez un vieillard ; la coexistence de la lymphadénie.

Il discute ensuite la réalité du diagnostic de varicelle appliqué à l'éruption concomitante du zona. A ceux qui objecteraient qu'il s'est agi d'un zona généralisé, il répondrait que les vésicules zostériennes se groupent en placards confluents tandis que les vésicules varicelleuses sont presque toujours séparées, comme il l'a constaté chez le malade observé.

« On ne peut nier que des faits analogues à celui de notre observation soient impressionnants et singulièrement favorables à la théorie uniciste ». (*Gaz. méd. de Nantes*, 1er août 1925.)

Dystrophies calciques.

Pour M. MOURIQUAND, le calcium de l'organisme a un rôle complexe, rôle plastique (formation du squelette) ; rôle antihémolytique ; rôle diastasique ; rôle de stimulation des processus nutritifs généraux. Il semble posséder une action antitoxique directe et favoriser l'immunité tuberculeuse.

Le calcium se trouve en très forte proportion (98 %) dans le squelette, à l'état passif, et à l'état actif, sous forme peut-être colloïdale, dans les noyaux cellulaires, le cerveau, le système nerveux, les glandes, les muscles. La carence calcique alimentaire influence d'abord le système osseux qui livre son calcium passif aux autres tissus qui en ont besoin activement. Puis, le système nerveux, les muscles, le sang, les glandes, sont à leur tour influencées et les troubles d'hypocalcémie se manifestent.

Les dystrophies calciques prennent donc la forme de certains syndromes relevant de troubles du métabolisme calcique. Ce sont : le syndrome osseux (ostéoporose, ostéomalacie, rachitisme) ; le syndrome nerveux (tétanie, spasmophilie) ; les syndromes sanguins (état hémophilitiques) ; enfin les syndromes d'imprégnation calcique (calcification des tissus, calcémie et tuberculose). (*Lyon médical*, 2 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Traitement des ulcères de jambe par l'insuline.

(MM. FAURE-BEAULIEU et DAVID. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-6-1925.)

Comme l'avaient fait MM. Ambard et Pautrier, MM. Faure-Beaulieu et David ont traité des ulcères de jambe par l'insuline, et avec succès.

Chez dix malades de l'hôpital Broca atteints d'ulcère de jambe, les auteurs ont eu recours aux injections hypodermiques d'insuline. Les sujets, pris un peu au hasard et non diabétiques, étaient, il est vrai, tous légèrement hyperglycémiques, la recherche du sucre du sang avant le traitement ayant été pratiquée dans le but de ne pas créer une hypoglycémie insulinique.

L'efficacité de cette thérapeutique sur les ulcères a été remarquable. Les lésions se sont cicatrisées, dans la plupart des cas, avec une rapidité qu'on n'observe pas avec les traitements habituels.

Ces résultats confirment la notion de l'action trophique de l'insuline. MM. Ambard et Pautrier pensent qu'il s'agit là d'une propriété générale, applicable à d'autres ulcères que ceux de la jambe. Les effets intéressants obtenus dans la cure des ulcères de jambe doivent inciter à essayer cette méthode dans les diverses ulcérations atones rebelles aux traitements usuels. Il sera bon, toutefois, de tenir compte de l'état de la glycémie pour ne pas provoquer une hypoglycémie trop forte.

Traitement de la paralysie générale par le paludisme.

(M. A. MARIE. — *Société médicale des hôpitaux* ; 12-6-1925.)

M. Aug. Marie rappelle qu'il a soumis depuis trois ans, dans son service, 120 paralytiques généraux aux injections leucopyrétogènes, de tuberculine, de lait stérilisé, de nucléinate, associées au bismuth, et

qu'il a obtenu dans 50 % des cas des rémissions plus ou moins durables.

L'auteur conclut qu'on ne guérit pas, mais qu'on peut stabiliser la paralysie générale par la leucopyrétothérapie. Plus tôt on commence la médication, mieux on parvient à fixer la maladie. Les formes préparalytiques, toutefois, étant d'un diagnostic moins sûr, provoquent l'objection d'une erreur de diagnostic.

L'abstention thérapeutique, ajoute M. A. Marie, ne saurait prévaloir, les rémissions étant trois fois plus nombreuses par la cure leucopyrétique que si l'on abandonne le paralytique général à lui-même et à ses chances de rémission spontanée. Si l'ictus final le frappe au cours d'une rémission, cela vaut mieux encore que l'ictus en fin de cachexie après gâtisme prolongé.

Kala-azar tunisien de l'adulte.

(MM. Burnet et Masselot, de Tunis. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-6-1925.)

Jusqu'ici, en Tunisie, le Kala-azar restait inconnu avant l'âge de cinq mois. Il atteignait son maximum de fréquence de un à trois ans et n'avait pas été observé au-dessus de dix ans.

Le Kala-azar méditerranéen se montrait ainsi une maladie infantile. Il y a une douzaine d'années, cependant, Laveran et Ch. Nicolle avaient prévu l'identité du Kala-azar méditerranéen et du Kala-azar indien. La découverte de cas méditerranéens chez l'adulte est venue confirmer cette opinion. MM. Burnet et Masselot relatent, à leur tour, une observation de cette maladie chez une femme de 38 ans.

Les syphilitiques indemnes de tout accident spécifique peuvent-ils donner la syphilis ?

(MM. L. Bizard et Jolivet. — *Soc. de dermat. et syphiligraphie* ; 12-2-1925.)

Les syphilitiques qui ne présentent aucune lésion spécifique apparente, primaire, secondaire ou tertiaire, peuvent-ils néanmoins, dans certaines conditions, être contagieux et donner la syphilis ? Tel est le point d'interrogation que posent M.M. Bizard et Jolivet à l'occasion d'un cas particulier qu'il leur a été donné d'observer. Il s'agit là d'une question importante au point de vue doctrinal et au point de vue pratique, qui a déjà préoccupé nombre de syphiligraphes et d'expérimentateurs.

Voyons d'abord, l'observation de MM. Bizard et Jolivet. Elle concerne une jeune femme de 29 ans, Lucette X..., déflorée à 17 ans et ayant vécu normalement avec un ami jusqu'à l'âge de 26 ans. Quittée à ce moment par son ami, elle entre comme pensionnaire dans une maison de rendez-vous, où elle est restée depuis. Lucette, qui plaît à la clientèle de l'établissement, y a beaucoup de succès, et les auteurs ont calculé que, depuis trois années qu'elle exerce dans cette maison, elle a eu des rapports certainement avec plus de 10.000 hommes : un beau chiffre ! Très soigneuse de sa personne, elle paraît avoir échappé aux diverses contagions auxquelles elle s'expose journellement. Visitée aux dates réglementaires par MM. Bizard et Jolivet, on ne lui a jamais, à aucun moment, trouvé trace de lésion spécifique : pas d'érosion, pas d'écoulement, pas d'adénopathie ; bouche et peau parfaitement saines. Les visites, toujours régulières, n'ont jamais rien noté de suspect. Les examens ont simplement constaté, à 2 ou 3 reprises, une légère dermite irritative due aux savonnages multipliés des organes génitaux.

Or, voici qu'un jour la Préfecture de police reçoit une lettre d'un père de famille dénonçant Lucette comme ayant contagionné son fils. Le jeune homme a la syphilis et il est affirmatif ; il n'a eu de rapport qu'avec Lucette. Le service des mœurs transmet la lettre à M. Bizard, pour une contre-visite. Un examen clinique complet de la jeune femme reste encore une fois entièrement négatif. On recherche alors le Wassermann : il est positif.

Et les auteurs, de se demander : une femme indemne de tout accident spécifique mais offrant une réaction de Wassermann positive peut-elle être contagieuse ? Si oui, faut-il, à la Préfecture de police, donner des cartes spéciales aux femmes à Wassermann positif ?

Pour ce qui concerne le cas de Lucette X..., quelques objections pourraient être soulevées. On pourrait admettre l'existence d'un accident contagionnant minime et très passager. On pourrait aussi penser que l'accusation du jeune homme n'est pas absolument sincère. Cela reste, il est vrai, peu probable, et le problème demeure entier.

L'accident initial, le chancre passe assez facilement inaperçu chez la femme. D'autre part, la spécificité, chez certaines femmes, ne se traduit cliniquement que par des indices plus ou moins tardifs. M. Sabouraud a parlé aussi de faits de demi-contamination, demi-contagion ; chez les femmes de syphilitiques anciens, cet auteur a rencontré fréquemment des réactions demi-positives qu'une longue cohabitation serait susceptible d'expliquer, en dehors de tout contage appréciable. Les prostituées réunissent au maximum les conditions de ces demi-imprégnations multipliées. A certains moments, à l'époque des règles par exemple, elles pourraient à leur tour devenir plus contagionnantes — tout cela, bien entendu, restant hypothétique.

— M. Clément Simon montre que la communication de M. Bizard soulève deux problèmes : celui de la contagiosité du sang ; celui des imprégnations. Le sang des syphilitiques secondaires, ayant des accidents contagieux, peut être contagieux. De même le sang menstruel des syphilitiques à maladie récente. Mais, le Wassermann positif ne caractérise pas la contagiosité. Le Wassermann est une réaction biologique, dont la signification est mal connue d'ailleurs, et pas autre chose. On n'a pu transmettre ni à l'homme ni au singe, la syphilis avec du sang de para-

lytique général, à W. positif. On ne saurait prendre pour critérium de contagiosité la positivité du Wassermann.

— M. MILIAN croit au grand nombre des contaminations occultes. Les érosions banales peuvent servir de prétexte à une contagion, même plusieurs années après la phase primaire. Un sujet peut être contagionnant avant le chancre lui-même. Un malade de M. Milian se présente à lui avec un chancre de quelques jours. Les derniers rapports qu'il a eus avec sa femme remontent à deux semaines, soit dix jours avant l'apparition du chancre. La femme est examinée régulièrement et très soigneusement. On ne découvre aucun accident primitif, ni à la vulve, ni à l'anus, ni à l'utérus, mais deux mois plus tard apparaissent une roséole et un Wassermann positif. Voilà donc un homme qui a contaminé sa femme dix jours au moins avant le début de son chancre. Le tréponème se trouve en germination au siège du futur accident primitif, il y pullule déjà et peut contaminer.

— M. QUEYRAT relate un cas d'un autre ordre. Une jeune femme hérédo-syphilitique donne naissance à un enfant hérédo-syphilitique. Malgré cela, son mari est resté indemne.

—M .Marcel PINARD a observé des faits analogues. La femme hérédo-syphilitique ne contamine pas en général son conjoint, tandis que l'homme hérédo-syphilitique contamine souvent sa femme sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait eu gestation. La présence du tréponème dans le sperme explique cette différence.

— M. PAUTRIER reprend la question dans sa conclusion administrative. Faut-il hospitaliser les prostituées n'ayant pas de lésions apparentes mais ayant un Wassermann positif ? Pour sa part, sans nier la contamination par le sang d'une syphilitique récemment infectée, il croit que, pratiquement, la contamination ne peut pas s'exercer par l'intermédiaire d'une femme n'offrant aucun accident et ayant seulement un Wassermann positif. Il ne changera son avis que si l'expérimentation l'amène à le reviser.

— M. BURNIER estime que pour solutionner le problème, il faudrait faire de nouvelles recherches du tréponème dans le sang, soit directement, soit par l'inoculation à l'animal. On s'adressera dans ce but au singe plutôt qu'au lapin (pour éviter l'erreur due au treponema cuniculi du lapin).

Traitement de la pelade par les rayons ultra-violets.

(M. BIZARD. — *Soc. de dermat. et de syphiligraphie* ; 12-2-1925.)

M. Bizard a soigné quelques cas de pelade par des applications générales et locales de rayons ultra-violets. Le traitement a duré de 4 à 6 mois.

— M. SABOURAUD remarque que le temps nécessaire à la guérison est analogue à celui que l'on note pour beaucoup d'autres traitements.

Un cas de pseudo-hermaphrodisme.

(MM. LOUSTE et LOUET. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 12-2-1925.)

La malade présentée par M. Louste est un cas de pseudo-hermaphrodisme hypospadiaque androgynoïde. Aspect extérieur féminin, cheveux longs ; ni barbe, ni moustache ; bassin large ; mais, membres musclés, seins petits, pieds et mains hypertrophiés. Les organes génitaux se rapprochent beaucoup plus du sexe masculin que du sexe féminin. Pénis clitoridien de 3 à 4 centimètres, doublant de volume à l'érection ; bourrelets latéraux rappelant l'aspect du scrotum. Pas de vagin, ni d'utérus, pas de règles. Pour l'état civil, ce sujet est une femme. En réalité, le sexe est plutôt masculin.

— M. Cl. SIMON a eu l'occasion de voir quelques cas similaires. Ces pseudo-hermaphrodites sont des hommes. Les testicules se trouvent soit dans les parties latérales du scrotum, soit dans le canal inguinal. On est en présence d'hypospades périnéaux.

Traitement du lichen plan par la radiothérapie.

(M. GOUIN, de Brest. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 12-2-1925.)

Le traitement radiothérapique du lichen plan peut s'appliquer suivant deux techniques : en irradiations profondes radiculo-médullaires (méthode de l'Ecole de Strasbourg), ou en impressions superficielles.

Dans l'irradiation profonde, le but cherché est d'atteindre la moelle épinière et l'on utilise un procédé analogue à celui de Bordier pour la poliomyélite. La technique de M. Gouin est différente. C'est une irradiation superficielle qui vise à faire de la radiothérapie du sympathique.

La radiothérapie est un bon traitement du lichen plan.

Le glaucome en pathologie générale et comparée.

(M. A. TERSON. — *Soc. de pathol. comparée* ; 7-7-1925.)

On sait combien la nature du glaucome a été discutée. Les théories physiques, physiologiques, histologiques, sont innombrables et ne contiennent qu'une part de vérité. Si l'on veut comprendre le glaucome, il faut s'adresser à la pathologie générale.

Le glaucome primitif, même aigu, *n'est pas une inflammation* : c'est un état congestif, vaso-moteur, exsudatif, mais non infectieux, survenant souvent à la suite d'un choc nerveux, chez les intoxiqués, les grands nerveux, les artérioscléreux.

Les animaux en sont aussi quelquefois atteints.

M. Terson, se basant sur une série de recherches qui se corroborent, identifie le glaucome aigu avec le syndrome de l'*œdème aigu*, observé dans d'autres régions (poumon, peau, muqueuses, etc.), dont il a tous les caractères, et rappelle, à ce sujet, ses travaux antérieurs et son système d'identification des maladies

oculaires énigmatiques avec leurs analogues en pathologie générale et comparée.

Septicémie à entérocoque.

(M. BRELET, de Nantes. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-5-1925.)

Un homme de 74 ans fut atteint, pendant 20 jours, de fièvre intermittente ; puis, pendant un mois, de fièvre continue, sans autre localisation viscérale qu'une légère congestion douloureuse du foie. Une hémoculture, faite par M. Ballet, décela de l'entérocoque.

Ce cas d'entérococcie est à rapprocher d'une observation de Courtois-Suffit et Trastour, qui ont décrit une septicémie à entérocoque à type de fièvre intermittente. M. Macaigne a vu aussi cette septicémie provoquer des accès fébriles rappelant le paludisme.

Luxation ancienne du coude. Réduction opératoire.

(M. DUJARIER. — *Société de chirurgie* ; 10-6-1925.)

M. Dujarier présente une malade qu'il a opérée il y a un an pour une luxation du coude en arrière datant de un mois. Il a utilisé la voie trans-olécranienne qui lui a permis de débarrasser la face postérieure de l'humérus de masses ostéophytiques. La réduction a été facile et le résultat est actuellement satisfaisant.

La rétraction de l'aponévrose palmaire dans le saturnisme.

(MM. J. MICHAUX, LAMACHE et PICARD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-5-1925.)

M. Bruhl présente, au nom de MM. Michaux Lamache et Picard, une note sur la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les saturnins Sur 33 sujets atteints de maladie de Dupuytren observés par ces auteurs, 24 avaient travaillé dans le plomb.

— M. DUFOUR croit que dans la constitution de la rétraction de l'aponévrose palmaire il faut faire jouer un grand rôle au travail manuel.

Pneumothorax thérapeutique bilatéral.

(M. COULAUD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-5-1925.)

M. Coulaud a eu recours à un pneumothorax thérapeutique bilatéral chez une jeune femme tuberculeuse dont les deux poumons étaient atteints. La malade supporta très bien le traitement et son état s'améliora sensiblement. Dans ce cas — et ce point en fait l'intérêt — le collapsus de chaque côté a été aussi complet, aussi efficace que dans un pneumothorax thérapeutique unilatéral ordinaire.

Les sports respiratoires.

(M. SANDOZ. — *Société française de Physiothérapie*)

Pour M. Sandoz, il n'y a pas à proprement parler de gymnastique respiratoire. Toute gymnastique intéresse les voies aériennes et, parmi les sports, il en est quelques-uns : l'alpinisme, l'aviron, la natation, qui affectent plus particulièrement la fonction de respiration.

Urticaire chronique guérie par les frictions mercurielles.

(M. Georges SCHREIBER. — *Société de pédiatrie* ; 3-3-1925.)

M. Ravaut a montré récemment, dans divers mémoires, que les infections chroniques, comme le paludisme, la tuberculose et la syphilis, pouvaient jouer un rôle dans la genèse de l'urticaire et qu'il convenait de les rechercher dans les cas rebelles au traitement. Dans cet ordre d'idées, M. Schreiber relate une observation d'urticaire chronique tenace, chez un hérédo-syphilitique méconnu (Wassermann positif), qui a guéri rapidement après quelques frictions mercurielles à l'onguent napolitain dédoublé.

— M. TIXIER estime que les résultats fournis en pareilles circonstances par le traitement mercuriel sont certes intéressants ; toutefois, ils sont loin d'être réguliers.

— M. PAISSEAU ajoute que l'action favorable du mercure ne suffit pas à établir la nature spécifique des lésions.

— M. HALLÉ rappelle que le mercure et l'arsenic agissent favorablement dans un grand nombre de dermatoses.

Sur l'origine des agalacties.

(M. AZCOITIA, d'Oviedo. — *Société de pédiatrie* ; 3-3-1925.)

M. Azcoitia pense qu'un bon nombre d'agalacties sont d'origine héréditaire. Elle tiendraient à ce que les femmes qui n'allaitent pas (elles sont assez nombreuses) transmettraient à leurs filles une sorte d'incapacité plus ou moins grande des seins à sécréter le lait.

P. L.

Les Livres

Le François, éditeur, 91, boul. Saint-Germain.

Pierre Lemay, docteur de l'Université. — **La chimie du bismuth.** (Un volume in-18 : 8 francs).

Depuis les travaux de Levaditi et Sazerac sur le traitement de la syphilis par les composés du bismuth, ce corps attire l'attention de tous les praticiens. Un chimiste distingué, M. Lemay, a cru intéressant pour le Corps médical de résumer en un petit livre de plus de 100 pages la chimie du bismuth.

Le bismuth était connu par les alchimistes sous le nom d'étain de glace. Agricola mentionne son existence dans son Traité de 1529. Confondu avec l'argent, le plomb, l'étain, il fut cependant nettement distingué en 1690 par Etmuller, le célèbre médecin, qui admettait trois sortes de plomb (le plomb proprement dit, l'étain et le bismuth). Polin, en 1713, le considérait comme un mélange d'étain, de soufre, de mercure, d'arsenic, de terre, etc. Ce fut Lémery qui, en 1707, le rangea parmi les métaux et conseilla en médecine l'emploi du sous-nitrate de bismuth. Becher, Pott, Geoffroy le jeune, J. Davy, Lagerhgelon, Schullas, complétèrent ces études au cours du XVIII[e] et au début du XIX[e] siècle.

Outre Lémery, Jacobi, d'Erfurt, vers la même époque, plus tard Odier, de Genève, Delaroche, Carmmati, Bonnat, Marcel Thomassen, Seligs, Laënnec, etc., etc., expérimentèrent le bismuth et écrivirent sur ses propriétés thérapeutiques.

Masucci et Reynold tentèrent, il y a 35 ans, de l'appliquer au traitement de la syphilis. La démonstration de sa toxicité, administré par voie sous-cutanée, que fit Balzer, empêcha de vulgariser son usage. Santon et Robert en 1916 traitèrent avec succès la spirillose des poules et la trypanosomiase du nagana par le tartrobismuthate de potasse et de soude. Ces résultats positifs, sur des maladies causées par des spirilles, engagèrent Levaditi et Sazerac à l'employer contre la syphilis dont le spirochète est proche parent de ces spirilles. Après des expériences chez le lapin, ils essayèrent, avec le concours de L. Fournier et de Guénot, le traitement chez l'homme.

Le tartro-bismuthate s'étant montré assez douloureux et relativement toxique, après les travaux de Fourcade, Jaloustre et Lemay, on lui substitua l'hydroxyde de bismuth et, depuis, les composés bismuthiques employés se sont singulièrement multipliés.

M. P. Lemay passe successivement en revue la métallurgie, les caractères et propriétés du bismuth, ses alliages, ses sels et ses composés minéraux et organiques. Il étudie ses réactions, sa recherche qualitative, son dosage, sa recherche et son dosage dans l'organisme. Il conclut en montrant qu'expérimentalement le bismuth est classé définitivement comme un antiseptique et un antifermentescible très actif, agissant sur toutes les affections microbiennes et il termine en citant la phrase de Duclaux : « Avec Pasteur, la Chimie a pris possession de la Médecine, et il est à prévoir qu'elle ne la lâchera pas. »

Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (VI[e]).

R. Gouin, ingénieur agronome, agriculteur. — **Le porc,** *races, élevage, exploitation.* (Un volume broché 12 × 19 de 183 pages avec 17 figures. Broché : 5 fr. 50. Franco : 6 fr.

M. Arnould, agriculteur à Douchy (Loiret). — **Abeilles productives. Ruchers modernes,** *toutes les méthodes, tous les systèmes.* Un volume 21 × 18.5, de 262 pages avec 93 photogravures ou gravures et une couverture en trois couleurs. Broché : 9 fr. ; franco : 9 fr. 75.)

Vigot, frères, éditeurs, Paris.

R. Douris, professeur de l'Université de Nancy. — **Guide pratique pour l'analyse du sang, aux points de vue biologique, chimique, toxicologique et médico-légal** (Un vol. in-8 écu, de 480 pages, cartonné. Prix : 25 fr.).

Cet ouvrage, véritable guide pratique, comprend huit parties : 1° notions fondamentales et coagulation ; 2° globules rouges, agglutination et hémolyse ; 3° examens biologiques du sang utilisant un système hémolytique ; 4° examens biologiques basés sur des phénomènes de précipitation ou sur des propriétés diastasiques ; 5° examen physico-chimique du sang ; 6° examen clinique proprement dit ; 7° toxicologie du sang ; 8° recherche du sang et de ses produits de transformation dans les divers produits biologiques : contenu gastrique, urines, sérosités, matières fécales ; taches suspectes.

Cette énumération montre que le livre s'adresse aux biologistes, médecins, pharmaciens, experts près les tribunaux, ainsi qu'aux étudiants en médecine et en pharmacie.

A signaler l'examen du sang au point de vue de la transfusion sanguine, de la recherche de la paternité. La réaction de Bordet-Wassermann, les méthodes basées sur un phénomène de précipitation, méthodes dites de « floculation », ont été soumises à une judicieuse étude.

Deux tables des matières, l'une analytique, l'autre alphabétique, soigneusement établies, permettent de trouver le renseignement désiré, les éléments nécessaires pour effectuer telle réaction suivant telle technique.

Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris VIe.

Prof. Knud, H. Kraebe. — **Les maladies des glandes endocrines.** Préface du Dr Stéphen Chauvet. (1925, 1 vol. in-8, 25 figures. Prix : 10 fr.).

Ce livre, d'une centaine de pages, est la traduction française de la deuxième édition danoise du distingué neurologue et endocrinologiste danois. Essentiellement pratique, tout en tenant compte des plus récents travaux, il est illustré de nombreuses figures, toutes particulièrement démonstratives.

Chaque syndrome ou affection endocrinienne est l'objet d'un chapitre, qui ne comporte d'*historique* que ce qui est nécessaire pour résumer les étapes d'études et fixer les légitimes priorités d'auteurs, et d'*anatomie pathologique*, que ce qui est indispensable pour comprendre l'enchaînement des phénomènes morbides et asseoir la *symptomatologie* ; cette dernière fait ensuite l'objet d'une description sérieuse et étoffée, sans être trop complexe ; puis, vient le *diagnostic*, et enfin le *traitement*.

Ce travail fait surtout état des documents français ; en outre, il reflète non seulement l'opinion de l'école danoise, mais aussi celle des pays contigus, que nous ne connaissons souvent pas assez. Sa lecture intéressera donc autant ceux qui poursuivent des recherches sur les endocrines, que les médecins praticiens qui, de plus en plus, veulent se tenir au courant de cette branche de la pathologie appelée, bien vraisemblablement, à bouleverser les données et les cadres de la pathologie traditionnelle actuelle.

Librairie E. Noury,
62, rue des Ecoles, Paris.

Les Jumeaux, par MM. Apert, Barbaro, Blechmann, Cornil et Bertillon, Drugeon, Duhail, Favreau, Hervé, Papillault, Saintyves, Siffre, et Vignes. Extrait de la *Revue anthropologique*.

Cette monographie est une étude morphologique, fonctionnelle, statistique et psycho-sociologique de la gémellité.

« La question de la gémellité soulève ensuite, et tout particulièrement, le redoutable problème de la personnalité, dit M. Hervé. Une personne, dans la croyance vulgaire, c'est un être unique, un individu. Or, nous voyons certains jumeaux qui nous mettent en présence de deux individus distincts et séparés, qui sont en fait la même personne, ou, si vous voulez, qui sont la même personne et le même être divisé en deux individus .... »

De là, la nécessité de discriminer les différentes sortes de jumeaux. C'est ce que fait tout d'abord M. Vignes, qui décrit les jumeaux bi-ovulaires et les jumeaux uni-ovulaires, en expliquant le mécanisme qui préside à la conception de l'une et l'autre sorte.

Pourquoi les jumeaux ont-ils augmenté de nombre depuis la guerre : c'est ce qu'expose M. Favreau, qui fait état d'une étude de Cristalli, de Naples, de laquelle il semblerait résulter que la diminution quantitative et la modification qualitative des aliments exercent une influence sur le métabolisme organique de la femme, devenue ainsi plus apte aux grossesses gémellaires. Cause dont l'examen demande une grande circonspection.

M. Vignes traite de la durée des gestations gémellaires, du poids de naissance des jumeaux, du poids des enfants nés de gestations tri-gémellaires (en collaboration avec M. Duhail). La superfétation existe-t-elle ? Question traitée par M. Barbaro, tandis que notre ami Germain Blechmann envisage la difficulté de l'élevage des jumeaux.

MM. Cornil et Bertillon relatent un cas d'anencéphalie observée chez des jumeaux et font à ce sujet d'intéressantes remarques anatomiques et physiologiques. La denture des jumeaux fait l'objet d'une courte note de M. Siffre.

J'ai lu avec un particulier intérêt la communication de M. Apert, sur les maladies gémellaires, et celle de M. Papillault, sur les aperçus psycho-physiologiques sur les jumeaux. Celle-ci contient un développement remarquable sur les réformes politiques et sociales qui se sont déroulées depuis la fin du XVIIIe siècle jusqu'à nos jours, à la faveur de croyances erronées, telle celle de la théorie de la table rase. J'ai été fortement impressionné par ce développement.

Enfin, M. Saintyves étudie les jumeaux dans l'ethnographie et la mythologie.

G. D.

Firmin et Montane, Montpellier.

Le Dispensaire départemental antituberculeux de Béziers. Fonctionnement. Résultats, par le Dr Henri Roure, médecin du Dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

COMMENT UN DOCTEUR EN PHARMACIE FAIT DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE, AVEC DES PROCÉDÉS ULTRA-MODERNES

Il n'est pas de pharmacien qui ne soit sollicité, plusieurs fois par jour, de donner un conseil et un remède pour les indispositions, les malaises, au sujet desquels ses clients viennent le consulter, de préférence au médecin.

Nous le savons ; nous n'en sommes pas offusqués ; et nous n'en prenons pas ombrage, quand le pharmacien ainsi sollicité se borne à satisfaire sa clientèle en lui remettant quelque drogue anodine, lui disant au surplus : « Et si vous n'allez pas mieux dans 24 heures, vous vous adresserez à votre médecin ».

Il y en a d'autres, surtout dans les grandes villes et à Paris en particulier, qui exercent systématiquement la médecine de façon illégale : ils ont aménagé quelque réduit plus ou moins obscur de leur local en cabinet de consultation où ils reçoivent, consultent ouvertement, et vont même jusqu'à pratiquer certains examens spéciaux, tels le spéculum gynécologique, et de petites opérations.

Ceux-ci vont un peu fort, et nous ne saurions nous désintéresser de la façon désinvolte dont ils pratiquent leur industrie. Si j'en crois mon collègue et ami P. Boudin, nous pouvons en effet les *recommander* à nos propres clients comme ne nous inspirant aucune confiance au point de vue professionnel, et pour cause.

Il y a mieux et plus fort encore. C'est le pharmacien, muni du titre fort honorable de docteur en pharmacie, qui, jouant sur les mots, en abuse pour développer cette industrie illégale, selon les règles de la publicité la plus « *up to date* ».

Un de nos bons correspondants nous adresse en effet la carte suivante :

« Mon cher Confrère, le hasard me fait tomber sur la lettre ci-jointe adressée à une de mes clientes. Je vous la transmets à toutes fins utiles avec l'annotation que j'y ai mise, comptant la retourner à son auteur. Mais j'ai pensé qu'elle serait mieux dans votre dossier du *Concours médical*.

Dr L. C.. »

Et voici cette lettre, qu'il serait profondément regrettable de laisser dormir dans nos cartons :

Laboratoires .... X...

Madame,

Je vous ai adressé dernièrement le petit livre que vous m'aviez fait l'honneur de me demander. Il traite de la maladie dont vous souffrez et de quelques autres.

N'ayant pas reçu de réponse, je me demande si ma lettre vous est bien parvenue. Je vous serais très obligé de me fixer à ce sujet.

Et puisque vous m'avez intéressé à votre sort en m'écrivant, je me permets d'insister sur la valeur de ces remèdes. J'ai une confiance telle en leur efficacité, confiance basée sur l'étude scientifique et sur l'expérience, que je suis persuadé de votre guérison.

Croyez-moi, faites un essai pour vous rendre compte par vous-même.

L'hésitation n'améliore pas votre santé. Il faut agir et agir vite, car le mal s'aggrave un peu chaque jour. La brochure vous renseigne d'ailleurs complètement à ce sujet. Relisez-la et écrivez-moi.

Je reste à votre entière disposition pour tous les renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin, et je vous prie d'agréer l'expression de mes distingués sentiments.

Dr X... Y...

Cette lettre, dactylographiée, est signée à la main, et le nom du signataire est précédé, non pas de l'initiale de son prénom, mais d'un D suivi d'un signe graphique qui en impose évidemment pour Dr.

Et voici maintenant l'annotation de notre correspondant, le Dr C. :

« Un docteur en pharmacie qui se respecte ne devrait pas faire d'exercice illégal de la médecine et je crois que ceci en est un exemple frappant. »

Comment, si c'en est un exemple frappant ! Mais dix fois plutôt qu'une. Exercice illégal ag-

gravé par différentes circonstances : amorçage de la clientèle par la publication d'un livre de vulgarisation ; rappels réitérés adressés à celui qui s'y est laissé prendre une première fois, mais qui ne semble pas décidé à marcher ; spéculation sur un titre réel, utilisé dans des conditions qui prêtent à l'équivoque... Que faut-il de plus ?

En France, il est admis communément que, seuls, les docteurs en médecine font précéder leur nom de leur titre. Jamais on n'a vu un docteur en droit, ou un docteur ès sciences ou ès lettres, se parer de son titre à la manière des docteurs en médecine. C'est donc bien une équivoque que cherche à créer, pour en profiter, le docteur en pharmacie dont je reproduis la suggestive prose ...

On est stupéfait évidemment de voir un homme ayant acquis une culture scientifique de cette envergure recourir à de pareils procédés. Mais, par ces temps de vie chère, le « business » comme disent les Américains, n'est sans doute pas incompatible avec les grades universitaires.

Enfin, à quoi bon s'indigner ? Il faut être « à la page ». Etre à la page, à cette heure, c'est développer au maximum l'élasticité de sa conscience, c'est se dénuer de tout scrupule, c'est arriver par tous les moyens, *quels qu'ils soient*, à s'enrichir.

Conceptions très répandues, non moins souvent réalisées, et que, seules, ne comprennent pas les « poires »... Je préfère en être une avec un rien de panache, et peu de pécune, qu'un businessman enrichi à tout prix.

G. Duchesne.

SUR L'ADMISSION A L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DES MALADES DEMI-NÉCESSITEUX POUR LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Rapport présenté au Conseil supérieur de l'Assistance Publique.

Par M. le docteur Paul Boudin.

A sa session d'octobre 1923, le Conseil d'arrondissement de Montmorillon (Vienne) a émis le vœu « que les conseils municipaux se montrent très larges, dans l'application de la loi de 1893 sur les secours médicaux et pharmaceutiques gratuits, lorsqu'il s'agit d'opération ».

A première vue, ce vœu, dicté par un désir d'altruisme et d'assistance, ne semble comporter aucune difficulté pour son adoption. Mais, il n'en est plus de même si on analyse les diverses situations en présence : ce vœu doit alors être considéré avec une très grande prudence, à cause de ses répercussions et de ses incidences, en ce qui concerne les budgets communaux et départementaux d'une part et ceux des hôpitaux de la région.

Passons en revue les situations respectivement en présence.

Les malades. — Le vœu en question concerne l'extension de l'assistance médicale gratuite à des catégories de personnes qui ne relèvent pas de la loi de 1893, malgré que cette loi ait étendu le bénéfice de la médecine gratuite des indigents aux personnes privées de ressources ; il ne vise pas seulement les nécessiteux proprement dits, telle que s'entend cette expression dans le service de l'Assistance publique de Paris, mais encore les demi-nécessiteux, catégorie allant jusqu'aux personnes peu aisées pour lesquelles le Conseil supérieur de l'Assistance publique préconise l'assistance partielle. En un mot, il s'agit des futurs bénéficiaires des assurances sociales.

Aujourd'hui, lorsqu'un de ces malades doit entrer à l'hôpital, pour y subir une intervention, il doit payer de sa poche :

Les frais de séjour déterminés par la fixation du prix de journée, dans l'établissement hospitalier ;

Les frais de salle d'opération ;

Les honoraires du chirurgien, si les règlements de l'hôpital tolèrent que le corps médical de l'établissement perçoive une rémunération de la part des malades hospitalisés payants ;

Les frais pharmaceutiques, s'ils ne sont pas compris dans le prix de journée.

Le malade se trouve donc brusquement dans une situation difficile ; il doit, d'un seul coup, faire l'avance d'un certain nombre de journées d'hospitalisation et débourser en même temps les honoraires du chirurgien.

Or, ils sont nombreux ceux qui vivent au jour le jour, qui ne font pas d'économies, soit parce qu'ils ne peuvent pas en faire, soit parce qu'on n'a pas développé chez eux l'esprit d'épargne et de prévoyance.

Ont-ils néanmoins amassé quelques économies, que ces dernières vont être absorbées d'un seul coup par les frais d'opération ou d'accouchement.

Et cependant, il ne peut être question d'inscrire à l'avance ces personnes sur les listes de l'assistance médicale gratuite ; ce ne sont pas des indigents privés de ressources.

L'hôpital. — Les hôpitaux de France traversent une crise économique angoissante : leurs revenus sont médiocres, vu les charges actuelles et le coût de la vie. De plus, l'obligation de respecter les objets des fondations, comme la nécessité de recevoir gratuitement les indigents de la commune (loi de 1851) obèrent lourdement les budgets hospitaliers.

Dans ces conditions, les commissions administratives se voient dans l'obligation de se faire rembour-

ser le prix de journée intégral, par quiconque n'est pas bénéficiaire des lois de 1851 ou de 1893.

Les médecins d'hôpitaux. — Comme tous autres citoyens, ils désirent vivre honnêtement de leur profession et ne pas supporter une grosse partie des dépenses d'assistance, sous forme de gratuité des soins médicaux et chirurgicaux.

Certes le corps médical est toujours désireux de s'associer à une œuvre de bienfaisance, en ce qui concerne les indigents ; mais il faut cependant considérer que peu nombreux sont les praticiens qui ont une fortune suffisante leur permettant de soigner gratuitement une partie notable de leur clientèle.

Fonctionnement de la loi du 15 *juillet* 1893. — Fréquentes sont les plaintes du corps médical contre les inscriptions abusives sur les listes de l'assistance médicale gratuite, surtout par application de l'article 19 concernant les inscriptions d'urgence.

Les maires, magistrats politiques soumis à l'élection, ont parfois de la peine à se défendre contre les demandes d'électeurs influents, qui sont désireux de se faire opérer à bon compte ou de faire accoucher leur femme chez eux, ou à l'hôpital voisin, au tarif des indigents.

Parfois même, appliquant ce qu'on appelle la demi-assistance, quelques maires inscrivent un malade sur la liste de l'assistance médicale gratuite, soit pour un traitement à domicile, soit pour un transport à l'hôpital ; ultérieurement, le client rembourse à la commune la part qui incombe à celle-ci, laissant le reste à la charge du département et de l'Etat, voire même de l'hôpital, si le prix de journée n'est pas égal au prix de revient.

La politique locale devrait être bannie du domaine de l'assistance.

Ajoutons que, dans bien des départements, il n'existe pas encore de tarif chirurgical départemental, pour les opérations, faites à domicile, pour les indigents.

Ces derniers sont, par conséquent, dirigés sur l'hôpital dès qu'une intervention chirurgicale est nécessaire. Or, comme le prix de la journée d'hospitalisation est bien plus lourd, pour le budget de l'assistance médicale gratuite, que celui du traitement à domicile, il s'ensuit que le vœu du Conseil d'arrondissement de Montmorillon ne doit pas être envisagé uniquement sous l'aspect de l'envoi à l'hôpital des demi-nécessiteux, mais sous la forme d'assistance et de secours par les soins donnés à domicile.

Discussion.

De ce qui précède, il faut considérer d'une part l'intérêt supérieur des malades demi-nécessiteux, ayant besoin des secours de l'art chirurgical ; mais il faut également faire entrer en ligne de compte l'intérêt des budgets d'assistance, celui des hôpitaux et aussi du corps médical.

A notre avis, chaque cas doit être envisagé en particulier : tel malade a besoin d'une assistance complète ; tel autre ne doit recevoir qu'un secours, alors qu'il fera, de ses propres deniers, le complément des dépenses nécessitées par son état.

Mais il convient de ne pas laisser au maire le soin d'être seul juge de ces cas d'espèce : le bureau d'assistance local, où seraient représentés les hôpitaux et le corps médical, pourrait donner son avis autorisé.

L'article 10 de la loi du 15 juillet 1893 prévoit le fonctionnement de ces bureaux d'assistance ; mais ils sont loin d'exister partout ; ou, s'ils existent, ils fonctionnent irrégulièrement dans nombre de localités.

Cependant la collaboration des administrateurs du bureau de bienfaisance, de ceux de l'hôpital, du corps médical local, peut être d'une grande utilité pour la municipalité en ce qui concerne les secours à allouer aux demi-nécessiteux, tant pour décider du mode et du quantum de cette assistance, que pour connaître de la véracité des déclarations des candidats. C'est sur ce point surtout que la collaboration des médecins peut être utile, le docteur connaît souvent la condition des familles qu'il soigne ; il sait surtout les dépenses qu'occasionnera la maladie.

Je sais bien que, pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, il est prévu à l'article 12 que le délégué des médecins de l'assistance peut être convoqué pour la confection de la liste ; mais ce n'est qu'une faculté et non une obligation ; aussi, cette disposition législative, est-elle, presque partout, méconnue.

Quant au secours à allouer, en vue d'un accouchement laborieux, ou d'une opération, à pratiquer tant à domicile qu'à l'hôpital, ou dans une maison de santé à bon marché, ici encore la présence du médecin sera utile pour la commission d'assistance.

En effet, en 1893, la collaboration du corps médical, pour la confection des listes d'assistance, paraissait négligeable : à cette époque, il y a trente-deux ans, beaucoup de maladies n'étaient traitées que médicalement alors que maintenant elles sont du ressort de la chirurgie. A cette époque l'art chirurgical n'avait pas l'audace scientifique d'aujourd'hui. Le médecin traitant est donc tout à fait qualifié pour donner son avis professionnel, à l'occasion d'une demande de secours chirurgicaux, pour une personne qui n'est pas inscrite sur la liste d'assistance médicale gratuite.

L'assistance, comme la demi-assistance, ne doit être donnée qu'à bon escient, pour ne pas devenir onéreuse pour les budgets communaux, départementaux, ou hospitaliers.

En présence de chaque cas particulier, il convient, tout d'abord, de déterminer si le candidat à la demi-assistance peut être opéré à domicile. Ceci comporte, comme corollaire, l'obligation, pour chaque département, d'arrêter un tarif chirurgical pour le service de l'assistance médicale gratuite. Les conseils généraux, qui ont voté un tel tarif chirurgical, pour les interventions pratiquées à domicile, se félicitent de voir diminuer les frais de journée d'hospitalisation car le médecin n'est pas incité à faire entrer à l'hôpi-

tal tous les cas chirurgicaux quelconques, même banaux et légers.

Mais l'affection nécessiterait-elle, au contraire, le transport à l'hôpital, où dans une maison de santé à bon marché, qu'il convient de fixer la part des rais d'hospitalisation, qui peut être supportée par a commune et celle qui incombera au malade.

Cependant, en cas d'admission à l'hôpital, il faut envisager un autre côté du problème. Il ne faudrait pas mettre une fois de plus à la charge du corps médical une contribution sous couvert de philanthropie et de demander aux chirurgiens d'hôpitaux d'opérer gratuitement une nouvelle catégorie de clients.

Seuls parmi les citoyens, les médecins consentent à des rabais considérables, pour les soins qu'ils donnent aux indigents lorsque ce n'est pas la gratuité complète.

Et, cependant, quels sont les bureaux de bienfaisance, qui ont pensé à demander des réductions aux fournisseurs de denrées quelconques : pain, viande, charbon, pour les pauvres de la localité ?

Il pou rait être convenu que les docteurs opèreraient ces demi-nécessiteux, selon les prix fixés par le tarif départemental chirurgical, pour l'assistance médicale gratuite, que le malade soit opéré chez lui, ou à l'hôpital.

Enfin, dernier point à considérer, se pose la question elle-même de l'hospitalisation de ces demi-nécessiteux.

Dans la note de son article 28, le règlement modèle du 30 juin 1921 définit très judicieusement le terme « pauvre ».

Il détermine également les quatre catégories de malades payants, qui peuvent exceptionnellement être mis à l'hôpital.

Rappelons brièvement que ces hospitalisés payants doivent être, aux termes du règlement modèle, ou des contagieux, ou des étrangers de passage dans la commune. Mais ce qui domine surtout cette possibilité d'admission à l'hôpital, c'est, d'une part, la question d'urgence, d'humanité et de prompts secours et, d'autre part, l'absence de maison de santé, dans la commune ou encore l'impossibilité de transporter le malade dans une maison de santé.

Mais cette dernière existerait-elle dans la commune qu'aux termes du règlement modèle, le malade pourra néanmoins être admis à l'hôpital, s'il est prouvé qu'il n'a pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé et seulement dans le cas où le traitement à domicile sera impossible.

Vient alors se greffer la question suivante : par quels moyens faciliter la création et le fonctionnement de maisons de santé à bon marché, où seraient reçus les malades ne pouvant pas être admis à l'hôpital, parce que non nécessiteux, mais trop pauvres pour faire face aux dépenses élevées nécessitées par le séjour dans une clinique privée ?

Faut-il aider les hôpitaux à consacrer quelques lits, salles, ou pavillons, pour l'admission payante de ces malades ?

Faut-il dégrever les maisons de santé de certains impôts, ou frais généraux, à la condition qu'elles reçoivent les malades de condition modeste, d'après un prix de séjour peu élevé ?

Faut-il, dans les grandes villes, désaffecter certains hôpitaux et les transformer en maisons de santé municipales, ou policliniques urbaines ?

C'est un très gros problème qui sera posé au lendemain de l'application de la loi sur les assurances sociales, car ce seront les futurs bénéficiaires de cette législation d'assurances, qui seront les hôtes de ces maisons de santé à bon marché.

En conséquence j'ai l'honneur de proposer au Conseil supérieur, au nom de sa 2e section, les conclusions ci-après :

1° Le Conseil supérieur est d'avis que l'adoption pure et simple du vœu du Conseil d'arrondissement de Montmorillon comporterait des dépenses excessives pour les budgets communaux, départementaux et hospitaliers ;

2° Il est indispensable que chaque département étudie, dans son règlement d'assistance (loi du 15 juillet 1893), le mode d'opération à domicile, avec établissement d'un tarif chirurgical détaillé. étant bien entendu que l'hospitalisation, plus coûteuse que la journée de soins à domicile, ne sera préférée qu'en cas d'absolue nécessité. Il doit y avoir alors une participation du budget communal, dont le quantum, pour chaque demande particulière, émanant de personnes demi-nécessiteuses, sera fixé par le maire, après avis du médecin et du bureau d'assistance, institué par l'article 10 de la loi du 15 juillet 1893.

Le maire fera ratifier cette décision à la plus prochaine réunion du conseil municipal (art. 19, loi de 1893).

Bien entendu, les cas de grande urgence recevront une solution immédiate de la part du maire, sous réserve d'en rendre compte ultérieurement au bureau d'assistance d'abord, et au conseil municipal ensuite,

3° Etant donné que les hospitalisations de demi-nécessiteux ne rentrent ni dans le cadre de l'assistance médicale, régi par les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893, ni dans les cas exceptionnels, prévus par les notes du règlement modèle des hospices, mais constituent une fonction hospitalière nouvelle, par extension des services publics de secours, on doit envisager pour l'exercice de cette fonction des règles particulières notamment une rémunération appropriée des praticiens, médecins spécialistes et chirurgiens d'hôpitaux.

Commentaires.

Comme il fallait s'y attendre, ce rapport a soulevé une grande discussion, fort courtoise, certes ; mais qui précise les problèmes en présence.

Que faut-il, d'abord, entendre par demi-nécessiteux ? Questions de personnes, de situations, de localités.

Quelle sera souvent la situation, bien difficile, du médecin, qui aura à résister à une demande d'inscription à la demi-assistance, demande soutenue par le maire, ou par un conseiller municipal influent, concernant un habitant du lieu ? Le docteur n'aura-t-il pas à craindre qu'ultérieurement, le malade ne soit informé que c'est le médecin, qui s'est opposé à cette inscription ?

Ne devrait-on pas, comme cela est proposé dans le Lot-et-Garonne, par exemple, arrêter une liste des personnes qui, dans aucun cas, ne peuvent pas réclamer le bénéfice de l'article 19 (inscription d'urgence sur la liste de l'A. M. G.) ?

Au surplus, comme l'ont fait remarquer plusieurs membres de l'assemblée, cette catégorie des demi-nécessiteux n'est pas reconnue par la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite : cette législation ne concerne que les individus privés de ressources.

Faudrait-il donc faire modifier la loi, pour les y comprendre ?

La question de l'hôpital, faisant fonction de maison de santé, lorsqu'il n'existe pas de clinique privée dans la commune, a intéressé beaucoup de membres du conseil supérieur ; mais j'ai bien spécifié l'importance d'une entente avec les médecins locaux, pour que ceux d'entre eux qui n'ont pas de service à l'hôpital, ne soient pas concurrencés par les médecins de l'hôpital, désignés à la faveur et non pas au concours.

J'ai demandé la maison de santé à bon marché, organisée par l'hôpital, à l'intérieur de ses bâtiments, ou dans un pavillon spécial ; mais à la condition que cette maison de santé laisse aux malades le droit absolu de choisir leur médecin.

Pour les grandes villes, les difficultés sont plus grandes : il existe déjà des maisons de santé privées ; mais comme elles sont souvent à tarif élevé (car il leur est impossible de faire autrement), j'ai invité les commissions hospitalières à s'entendre avec le corps médical local, pour savoir s'il y avait lieu de créer des maisons de santé hospitalières à bon marché.

Mais j'ai soulevé le problème le plus aigu : comment le corps médical hospitalier sera-t-il rémunéré pour les soins qu'il donnera à ces malades de condition modeste ?

Beaucoup d'hôpitaux de petite localité, ou de ville moyenne, tolèrent, tacitement, que les médecins touchent directement des honoraires des malades de médecine, ou de chirurgie, hospitalisés, mais non indigents.

Je demande que cette tolérance devienne un droit, toujours après entente avec le corps médical local, pour ne pas créer des avantages au profit de certains médecins et au détriment des autres.

Mais, pour les hôpitaux de grande ville, alors que certaines administrateurs d'hôpitaux m'ont demandé s'il ne serait pas possible de les aider, pour créer des maisons de santé hospitalières, à l'instar de celle de Nancy, d'autres se sont élevés avec vivacité, contre toute rémunération, que le corps médical hospitalier pourrait toucher directement des hospitalisés non indigents.

Certains administrateurs soutiennent, non sans raison, que, pour les concours des hôpitaux, ils ont toujours plus de candidats que de places et que les médecins et chirurgiens profitent de leurs titres hospitaliers pour se faire payer plus largement en clientèle.

En échange de ces consécrations morales et professionnelles, la commission administrative de l'hôpital peut bien demander à ses médecins ou d'opérer et soigner gratuitement tous malades hospitalisés, quelle que soit la condition de fortune de ces derniers, ou de ne percevoir qu'une rémunération, que la commission administrative se fera payer directement par ces mêmes hospitalisés payants.

Sans vouloir résoudre la question, j'ai proposé des accords locaux entre chaque commission hospitalière et son corps médico-chirurgical.

Comme conclusion, l'assemblée générale du Conseil supérieur a décidé de renvoyer la question devant sa section permanente, pour étude et mise au point, pour pouvoir voter, si possible, à l'assemblée générale de janvier 1926.

Je demande à ceux de mes confrères qui seraient intéressés par cette question, de bien vouloir me faire part de leurs suggestions, pour que je puisse en tenir compte dans le futur rapport que j'aurai à présenter.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée générale de 1925.

I

Rapport du secrétaire général.

Mes chers confrères,

Cinq ans vont être écoulés depuis notre dernier inventaire de 1920, et nous allons bientôt procéder, comme le veulent nos statuts, à un nouvel examen de notre situation financière. Le moment serait donc mal choisi pour vous proposer une modification quelconque de nos diverses combinaisons ; et quelle que soit l'insistance de certains de nos sociétaires qui vou-

draient nous voir étudier des combinaisons nouvelles, nous nous voyons actuellement obligés de surseoir à toute nouveauté.

D'autre part, ceux d'entre vous qui veulent bien lire le *Concours médical* ont pu suivre, presque au jour le jour la vie intérieure de notre société, soit par les procès-verbaux de nos séances trimestrielles soit par les nombreux articles où Gassot et moi-même avons régulièrement traité toutes les questions à l'ordre du jour.

Aussi, mon rapport actuel en est-il singulièrement allégé. J'en suis réduit cette année à jeter un regard d'ensemble sur la situation morale de notre Mutualité familiale : n'est-ce pas d'ailleurs la meilleure façon de clore cinq années de fonctionnement entre deux inventaires ?

Le fait le plus frappant qui saute à mes yeux, quand je révise ma correspondance et mes dossiers, est le suivant : Beaucoup d'entre-nous se font une idée un peu faussée de notre association ; beaucoup la considèrent comme une véritable compagnie d'assurances et perdent de vue, malgré son titre, qu'elle n'est qu'une Mutuelle pure. Est-ce ce mot de Mutuelle qui leur fait peur ou leur répugne ? Il est vrai, et Vimont ne me dementira pas, que vous n'avez guère, ni les uns ni les autres, à vous louer des Sociétés Mutuelles avec lesquelles vous êtes en rapports plutôt tendus. Mais, de ce que ces Sociétés ne cherchent à vivre qu'à votre détriment, il n'en résulte pas que le principe qui est à la base de leur formation ne garde pas toute sa valeur propre. « Tous pour un, un pour tous » telle est leur devise, telle est aussi la nôtre. Comme elles, nous n'avons pas de capital social, pas d'actionnaires, pas d'immenses bureaux ; comme elles nous vivons exclusivement de nos cotisations, tout entières transformées chaque trimestre en allocations prévues par les statuts et en fonds de réserve, notre administration est fort simple ; un Conseil de 15 membres se réunit tous les 3 mois pour étudier les dossiers, voter les indemnités ou les retraites, et statuer sur les candidatures, et tout cela gratuitement et sans jetons de présence ; un bureau permanent administre et règle les affaires courantes ; seuls sont indemnisés de leur rude labeur le trésorier et le secrétaire général, et ces indemnités sont prises sur les frais de gestion assurés par une surprime de 10 %, de façon à ce que pas un sou des cotisations ne soit détourné du service des indemnités ou des retraites.

Vous le voyez bien, rien ne ressemble moins à l'organisation d'une compagnie d'assurances. Evidemment cela réduit notre action et met des bornes à notre activité. Mais chez nous, on est entre confrères, on travaille les uns pour les autres ; on a associé et groupé dans une seule synthèse les idées de prévoyance, de solidarité, et d'entre'aide, on ne cotise pas pour retrouver un jour où l'autre l'ensemble de ses primes avec intérêts et bonifications quelconques. On s'est groupé pour constituer une caisse capable de venir en aide à des camarades malades ou âgés, ou à leurs veuves, et on est trop heureux de toujours payer sans jamais rien toucher, car cela montre qu'on a une santé robuste et une capacité de travail que rien ne vient altérer. A la vérité, ceux-là sont rares aujourd'hui ; mais il faut bien que beaucoup d'entre nous payent longtemps plus de primes qu'ils ne reçoivent d'indemnités pour être sûrs de recevoir plus d'indemnités qu'ils n'ont versé de primes le jour où la maladie et l'infirmité viendront les frapper dans leurs forces vives.

C'est là le vrai principe mutualiste, celui qui a guidé nos anciens, nos fondateurs, celui que vous comprenez presque tous, et que je ne rappelle que pour ceux de nos jeunes adhérents qui paraissent parfois ne pas l'avoir bien présent à l'esprit.

Solidarité, prévoyance, telles sont les deux grandes idées sur lesquelles je veux insister un instant, un peu pour vous, mes chers sociétaires, beaucoup pour ceux qui tardent trop à venir à nous et sur lesquels je vous demanderai tout à l'heure de faire une pression salutaire.

Oui, à la Mutualité familiale, nous sommes une grande famille de 2.000 membres, liés par un intérêt commun, un but commun, tous solidaires les uns des autres. C'est assez dire que tous nous souffrons du tort que peut causer l'un de nous à la Société. Et ce tort, il peut nous être causé de plusieurs manières. Tantôt c'est un candidat suspect insuffisamment examiné et qu'on nous donne comme bon, alors qu'il est au moins douteux ; tantôt c'est un malade qui tarde à reprendre son service alors qu'il le pourrait ; tantôt c'est un chronique qui continue à émarger à notre caisse alors qu'il a repris sa clientèle. Je ne dis pas que ces faits sont fréquents, loin de là. Je dis qu'ils peuvent exister, que celui qui s'en rendrait coupable ferait du tort à tous, et que celui qui, le sachant, se tairait, nous ferait autant de tort. Et bien ! voilà des abus qui n'existent pas dans une société où chaque membre est profondément pénétré d'un sincère sentiment de solidarité. Et laissez-moi croire que vous en êtes tous animés et que vous nous le prouverez toujours plus par la disparition de plus en plus complète des négligences ou des fautes auxquelles je faisais allusion tout à l'heure.

La solidarité consiste encore à prêcher autour de soi la prévoyance ; car c'est alors rendre service à la fois à la Société à laquelle on amène de bons candidats, et aux candidats eux-mêmes que l'on fait entrer dans une Société qui peut un jour leur être si utile.

Car enfin, et j'aborde maintenant l'idée de prévoyance, qui peut se vanter de n'être jamais malade ? Qui de nous peut dire et croire que jamais la maladie n'aura sa revanche et ne le clouera pas au lit à son tour ? Vous savez que je prépare un gros travail sur la morbidité dans le corps médical en France, travail basé sur nos archives. Je ne puis évidemment pas vous en tirer aujourd'hui la moindre conclusion, puisque j'ai encore besoin de deux années au moins pour mettre cet ouvrage sur pied. Je puis cependant vous donner un aperçu intéressant dès aujourd'hui. J'ai déjà relevé la situation de 470 dossiers. Eh bien, parmi ces 470 sociétaires, 49 seulement n'ont pas encore été malades, un sur dix ! En revanche, j'ai relevé, pour vous le dire, le nombre de ceux qui ont touché plus d'indemnités qu'ils n'avaient versé de primes : j'en ai trouvé 120, soit en gros 25 %, c'est-à-dire le quart ! !

Pour un sociétaire sur dix qui n'a pas encore été malade en 30 années d'exercice, un sur quatre a été assez longuement arrêté pour toucher des indemnités dont le total dépasse généralement et parfois de beaucoup, 1.800 fr. par tête, ce qui représente au minimum une grande année d'incapacité totale (car il ne s'agit ici que des anciens tarifs).

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes. Si relatifs qu'ils soient encore, ils prouvent que le médecin paye à la maladie un large tribut et que son devoir le plus strict, tant pour lui que pour les siens et même pour ses clients, est de se garantir efficacement contre un risque aussi fréquent et aussi lourd afin d'être tout au moins aussi longuement aidé que possible pendant les longs jours du chômage forcé.

Quand je vous aurai dit qu'en France, si j'en excepte la société Lagoguey dont l'action ne s'étend qu'autour de Paris, aucune société médicale ne présente autant de surface que la nôtre, tant par ses réserves et son portefeuille que par le nombre de ses membres et des indemnités versées (environ 2.500.000 fr. à l'heure actuelle), il me semble que vous serez armés pour porter partout autour de vous la bonne parole, la bonne semence ; vous aurez des arguments indomptables pour convaincre les hésitants et j'oserai dire que si chacun de vous veut essayer de recruter autour de lui l'adhérent qui lui semble devoir être un bon candidat, il aura, comme je le disais plus haut, rempli son devoir de solidarité confraternelle ; il aura du même coup fait acte de prévoyance pour son jeune confrère inexpérimenté et ignorant de ces choses, comme pour sa vieille Mutualité familiale qu'il aura enrichi d'une recrue.

Supposons que chacun de vous m'envoie seulement un candidat d'ici 5 ans : il en résulterait qu'à l'inventaire de 1930, nous n'aurions doublé notre effectif, nous serions 4.000 ! Et alors nous pourrions plus facilement envisager les améliorations que quelques-uns réclament, et que le nombre insuffisant de nos adhérents, la situation financière actuelle, l'imprécision de nos connaissances sur la morbidité médicale, et d'autres causes encore, rendent actuellement impossibles à mettre à l'étude. Certes, pour certains d'entre nous, l'indemnité quotidienne de 30 fr., la pension à nos veuves de 600 fr. semblent peu de chose : « le jeu n'en vaut pas la chandelle », m'écrivait-on naguère. Mais Paris ne s'est pas fait d'un jour. Ce qu'on nous demande, c'est l'œuvre de demain. Nous en sommes tous partisans, en principe, de ces améliorations ; qu'on nous laisse le temps de les mûrir, et surtout qu'on vienne à nous en nombre ; car le nombre seul, le grand nombre, nous permettra de les mettre en application, dès qu'elles auront été solidement étudiées sous toutes leurs faces.

Voilà pourquoi, chers confrères, votre devoir de bons mutualistes est d'associer vos sentiments de solidarité à vos sentiments de prévoyance, pour nous apporter votre incessante et féconde collaboration dans nos efforts de propagande et de recrutement. Vous le voyez, tout se tient, et tout notre avenir, je veux dire celui de votre chère Mutualité familiale, dépend de votre activité : vous pouvez compter sur notre zèle ; laissez-nous espérer que le vôtre ne nous fera pas défaut.

Le secrétaire général,
Dr H. MIGNON.

II

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1924

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1924. Je lui conserve la forme adoptée pour les exercices précédents.

SECTION I.

Indemnité Maladie-Accident

Cette section comporte trois combinaisons : B, MA et MAD ; les deux premières ont un compte

commun et leur avoir n'est séparé que par un jeu d'écritures ; la troisième a un compte entièrement distinct.

Bien que nous ayons, au cours de l'exercice, perdu 45 membres savoir : 25 décès, 5 démissions, 3 radiations et 12 sorties par âge, la situation au 31 décembre 1924, reste la suivante :

249 membres inscrits à la Combinaison B ;
5 membres inscrits à la Combinaison 1/2 B ;
1.025 membres inscrits à la Combinaison MA ;
5 membres inscrits à la Combinaison 1/2 MA ;
211 membres inscrits à la Combinaison MAD ;
221 membres inscrits à la Combinaison 1/2 MAD.

Combinaisons MA et B.

Avoir général au 31 décembre 1923			685.561 74
Recettes de l'année 1924 :			
Cotisations		121.479 50	
Intérêts		32.739 70	169.490 44
Boni sur remboursement de valeurs (1)		271 24	
Remboursement par le compte de gestion		15.000 »	
			855.052 18
Dépenses de l'année 1924 :			
Indemnités-maladie			105.693 10
			749.359 08
représentés par :			
Portefeuille valeur de 1923		675.937 93	
Moins remboursements	2.576 99	5.426 99	670.510 94
et réalisations	2.850 »		
plus achats de 1924			50.490 »
			721.000 94
Espèces en Caisse		11.972 98	28.358 14
Espèces à la Société Générale		16.385 16	
Total égal			749.359 08

se répartissant de la manière suivante :

Combinaison B	183.439 56
Combinaison MA	565.919 52
	749.359 08

Combinaison MAD.

Avoir général au 31 décembre 1923		73.385 17
Recettes de l'année 1924 :		
Cotisations	62.732 90	68.315 85
Intérêts	5.582 95	
		141.701 02

(1)

3 obligations Grand Central	remboursées	1.426 35	achetées	1.301 52	Boni	124 83
1 obligation Est ancienne	—	475 56	—	438 95	—	36 61
2 obligations Ouest anciennes	—	946 32	—	836 52	—	109 80
		2.848 23		2.576 99		271 24

Dépenses de l'année 1924 :

Indemnité maladie			18.217 95
Reste avoir			123.483 07
représentés par :			
Portefeuille, valeur de 1923	46.089 53	45.139 53	118.210 73
moins réalisations	950 »		
plus achats de 1924		73.071 20	
Espèces à la Société Générale		5.473 59	5.272 34
moins dû au Trésorier		201 25	
Total égal			123.483 07

SECTION II

Pensions de Retraite

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la retraite à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Leur recrutement se fait régulièrement ; aussi, bien que nous ayons eu à enregistrer trois décès, comptons-nous, au 31 décembre 1924 :

208 membres inscrits à la Combinaison P ;
256 membres inscrits à la Combinaison R.

COMBINAISON P.

Avoir au 31 décembre 1923		446.971 79
Recettes de l'année 1924 :		
Cotisations	77.077 30	106.943 23
Intérêts	29.865 93	
		553.915 02
Dépenses de l'année 1924 :		
Remboursement de cotisations contre-assurées		1.770 »
Reste avoir		552.145 02
représentés par :		
Portefeuille, valeur de 1923	431.833 69	428.033 69
moins réalisations	3.800 »	
plus achats de 1924		109.014 80
		537.048 49
Espèces en Caisse	3.532 42	15.096 53
Espèces au Crédit Lyonnais	11.564 11	
Total égal		552.145 20

COMBINAISON R

Avoir général au 31 décembre 1923			729.137 05
Recettes de l'année 1924 :			
Cotisations		55.407 90	98.040 08
Intérêts	42.469 54	41.659 54	
moins remboursement à P	810 »		
Boni sur remboursement de valeurs (1)		972 64	
			827.177 13

(1) Un bon du Crédit National 1923 remboursé à 1.000 fr. achetées 495 fr. Boni 505 fr.
4 obligations Nord (anciennes) — 1.917 24 — 1.449 60 — 467 64
2.917 24 1.944 60 972 64

Dépenses de l'année 1924 :

Pensions		4.800 »	6.861 »
Remboursements de cotisations contre assurées		2.061 »	
			820.316 13

représentés par

Portefeuille, valeur de 1923		717.176 96	709.532 36
moins remboursements	1.944 60	7.644 60	
et réalisations	5.700 »		
plus achats de 1924			97.386 80
			806.919 16
Espèces en caisse		3.398 85	13.396 97
Espèces au Crédit Lyonnais		9.998 12	
Total égal			820.316 13

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

La troisième section ne comporte que la Combinaison V.

Cette combinaison ne se recrute toujours qu'avec une extrême lenteur : elle ne compte que 51 membres.

Le nombre des veuves pensionnées est actuellement de cinq et des orphelins touchent une pension.

Combinaison V.

Avoir général au 31 décembre 1923		168.733 89
Recettes de l'année 1924 :		
Cotisations	11.697 20	20.828 62
Intérêts	9.117 77	
Dons	13.85	
		189.562 71
Dépenses de l'année 1924 :		
Pensions		3.133 45
Reste avoir		186.429 26

représentés par :

Portefeuille, valeur de 1923	158.393 25	155.543 25
moins réalisations	2.850 »	
plus achats de 1924		20.729 35
		176.272 60
Espèces au Comptoir national d'Escompte	10.332 17	10.156 66
moins dû au Trésorier	175 51	
Total égal		186.429 26

(A suivre)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Institut de technique sanitaire (Conservatoire national des Arts et Métiers).** — *Cours de l'année* 1925-1926 — La reprise des cours de l'Institut de technique sanitaire et d'hygiène spéciale des industries aura lieu en novembre prochain. Cet enseignement, qui peut intéresser tous les médecins et les médecins-directeurs de bureaux d'hygiène en particulier, a pour but la formation professionnelle de techniciens de l'assainissement. L'Institut de technique sanitaire, créé par l'Etat, est rattaché au Conservatoire National des Arts et Métiers, dont il reste indépendant toutefois. Il délivre, en fin d'année scolaire et après examen probatoire, un « brevet de technicien sanitaire » que deux de nos confrères ont reçu en 1924, et trois en 1925.

Nous donnerons ultérieurement le programme général de l'enseignement. Pour les demandes d'admission, s'adresser au Directeur du Conservatoire National des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris IIIe.

— **Faculté de Médecine de Paris.** — Sont chargés pour l'année scolaire 1925-1926, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Rouvière, anatomie ; — Hovelacque, anatomie ; — Israëls de Jong, anatomie pathologique ; — Blanchetière, chimie ; — Champy, embryologie ; — Duvoir, médecine légale ; — Ecale, obstétrique ; — Metzger, obstétrique ; — Joyeux, parasitologie ; — Garnier, pathologie expérimentale et comparée ; — Fiessinger, pathologie médicale ; — Chiray, pathologie médicale ; — Abrami, pathologie médicale ; — Basset, pathologie chirurgicale ; — Moure, pathologie chirurgicale ; — Cadenat, pathologie chirurgicale ; — Binet, physiologie ; — Harvier, thérapeutique ; — Verne, histologie ; — Vaudescal, enseignement théorique aux élèves sages-femmes.

— Sont chargés , pour l'année scolaire 1925-1926, des cours ci-après désignés : MM. Frey, docteur en médecine, stomatologie ; — Mauclaire, agrégé libre, chirurgie orthopédique.

— **L'affiche du Dr Azoulay sur les empoisonnements par les champignons.** — Le Dr Léon Azoulay, qui s'est attaché à la lutte contre les empoisonnements par les champignons, a composé une affiche, qu'il dédie d'ailleurs à ses confrères et qui peut figurer utilement dans nos salles d'attente, où les caractères particuliers du champignon le plus dangereux (l'Amanite phalloïde) sont clairement montrés.

M. Azoulay ajoute : les médecins des régions où s'observent des empoisonnements par les Amanites mortelles peuvent demander *d'avance* au Service de sérothérapie de l'Institut Pasteur, 22, rue Dutot, à Paris (XVe), le sérum spécial antiphallinien du Dr de la Rivière. Il leur sera envoyé, à titre gracieux provisoirement, avec le mode d'emploi.

— **Hospices civils de Rouen.** — *Internat en médecine.* — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire en médecin e dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeud 19 novembre 1925.

— **L'externat des hôpitaux de Paris.** — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le 28 octobre 1925, à 9 h. 1/2.

— **Centenaire de l'internat des hôpitaux civils de Lyon.** — L'Association générale de l'internat des hôpitaux de Lyon doit fêter, les 7 et 8 novembre prochain, le centenaire de sa fondation. La ville et l'administration des hospices civils ont décidé de contribuer à la célébration de cet anniversaire.

— **Faculté de Paris.** — *Cours de phtisiologie.* — Un cours sur la tuberculose pulmonaire aura lieu du 19 octobre au 16 novembre 1925. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 17 h., au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 h., à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 fr.

Le Comité national de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe). Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 h.

La première réunion des élèves aura lieu à l'hôpital Laënnec (service du professeur Léon Bernard), le lundi 19 octobre, à 10 h.

— **Ecole de médecine de Marseille.** — *Cours de vacances sur la tuberculose*, sous la direction des professeurs Costa et Olmer, avec la collaboration de MM. Payan, professeur suppléant ; Moiroud, professeur suppléant ; Boyer, chef de travaux de bactériologie ; Barbier, chef de clinique dermatologique et Raynaud, chef de clinique infantile.

Ces cours auront lieu du 23 au 30 octobre 1925, à l'école de médecine, au palais du Pharo, et à l'hôpital Salvator.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2157. — Impôt sur bénéfices professionnels. Questions diverses.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements au sujet de la nouvelle loi fiscale :

1° Ayant fait régulièrement des déclarations de revenu depuis 1920, le fisc peut-il faire une révision de ces déclarations ; si oui n'ayant pas de comptabilité, que dois-je faire ?

2° A partir de quelle date exacte la nouvelle loi des finances commence-t-elle à être appliquée, c'est-à-dire à partir de quelle date dois-je commencer à tenir une comptabilité exacte pour être en mesure de discuter avec le fisc.

3° Ma dernière déclaration faite en février 1925 représentant mes honoraires de 1924 tombe-t-elle sous le coup de la nouvelle loi.

Dr D.

Réponse.

1° En ce qui concerne l'impôt cédulaire, l'imposition due au titre d'une année donnée peut être établie, soit au cours de cette année, soit pendant les cinq années suivantes :

Le contrôleur peut établir un supplément d'imposition au titre de 1920 (bénéfice de 1919) jusqu'au 31 décembre 1925.

Avant de modifier les chiffres de vos déclarations, il doit vous notifier les chiffres qu'il a choisis en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier ce redressement. Un délai de 20 jours vous est alors accordé pour présenter vos observations.

2° Ce n'est qu'en vertu de l'article 8 de la loi du 13 juillet dernier que « les redevables qui sont astreints à la tenue d'une comptabilité doivent la représenter à toute réquisition du contrôleur à l'appui des énonciations de leur déclaration ».

3° L'article 9 de la loi susvisée, applicable à partir du 1er janvier 1925, est, en outre, ainsi conçu : « Le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre du bénéfice déclaré, à moins qu'il ne le reconnaisse inexact ».

« Lorsqu'il aura réuni des éléments précis permettant d'établir que les dépenses du contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré, il devra les soumettre au contribuable et celui-ci sera tenu de justifier la différence ».

« Faute *de fournir les justifications nécessaires* dans un délai de vingt jours à partir de la réception de l'avis par lequel elles sont demandées, le contribuable est taxé d'office ».

Vous pourriez commencer dès maintenant à tenir une comptabilité vous permettant de justi-

fier vos recettes et vos dépenses professionnelles, mais vous n'y êtes pas légalement obligé.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2107. — Situation militaire.

a) Né le 30 mai 1888, ayant eu plusieurs sursis pour études, je suis parti au service avec la classe 1912. Médecin aide-major de 1re classe, j'ai été démobilisé avec ma classe d'âge, soit classe 1908. Père de deux enfants, à quelle classe appartiens-je ? Date de libération ?

b) D'après quel règlement, l'autorité militaire peut-elle m'appeler pour une période de réserve : quel ordre d'appel suit-elle ? Ma classe intervient-elle ?

Dr Z.

Réponse.

Les jeunes gens, qui ont obtenu des sursis d'incorporation sur leur demande, suivent le sort de leur classe d'âge à partir du moment où ils ont rempli leurs obligations dans le service actif et la disponibilité. Vous appartenez donc toujours à la classe 1908, et vous serez dégagé de toute obligation militaire 28 ans après le 1er novembre 1909, date à laquelle la classe 1908 a été incorporée.

Le nombre d'enfants a pour simple effet de faire avancer plus vite le réserviste vers la dernière classe de la réserve, afin d'y attendre la libération définitive de sa classe ; il ne lui confère aucune dispense de service.

Peut-être, suivant la classe nouvelle à laquelle il appartient par le nombre de ses enfants, se trouve-t-il dispensé de quelques périodes de réserve ? Si la chose est certaine pour l'homme de troupe, elle ne peut être affirmée pour l'officier.

Application du Tarif Breton.

I

2146. — Opérations spéciales : analogies.

Je vous serais très obligé, mon cher et honoré confrère, de me faire savoir à quel taux, je peux tarifer (tarif Breton) :

1° Phlegmon diffus de la parotide : incisions multiples et drainage ;

2° Ostéomyélite du maxillaire inférieur, évidement osseux par trépanation.

Dr D.

Réponse.

1re *opération*. — Il me semble que vous pourriez demander 150 fr., par *analogie* avec : « oreilles : opération sanglante avec décollement du pavillon ». (Art. 23).



2e *opération.* — Il me semble que vous pourriez demander 200 fr., par analogie avec « trépanation simple » (art. 21).

F. D.

II

2156. — Tentative infructueuse d'intervention.

Je tiendrais à avoir de votre obligeance habituelle, le renseignement suivant :

Le 11 *février* 1925, à 9 h. 1/2 du soir, vient me trouver un ouvrier, porteur d'un corps étranger de l'œil très profondément situé.

1° Le soir même, j'essaye de l'extraire. Tentative longue difficile et vaine ;

2° Le lendemain matin, nouvel essai, vain.

J'adresse alors le blessé à un spécialiste, qui après une heure d'effort réussit à extraire le corps étranger.

3° Le 20 mai, certificat de guérison.

J'envoie ma note ainsi conçue :

1° Tentative d'extraction du 11 mai soir 15 × 3 =	45 fr.
Certificat	5 fr.
2° Tentative du 12 mai	7 fr.
3° Certificat du 20 mai	7 fr.
Total	64 fr.

L'assurance me renvoie la note ainsi modifiée :

Le 11 mai 7 × 3 =	21 fr.
12 mai : certificat	5 fr.
20 mai »	7 fr.
Total	40 fr.

Dois-je accepter ? La tentative du 11 mai difficile et longue ne doit-elle être comptée que comme une consultation, triplée à cause de l'heure tardive ou bien pourrais-je proposer à la Compagnie un moyen terme, 30 à 35 fr. pour cette première tentative, ce qui ferait au total 49 ou 54 fr. ?

Et si la Compagnie refuse dois-je accepter les 40 fr. ?

Dr S.

Réponse.

Aucune rubrique n'existe, dans le tarif Breton, concernant une « tentative d'intervention ». Votre blessé avait un corps étranger dans l'œil : le tarif dit : « extraction de ce corps : tant » et c'est tout. Vous ne pouvez la faire et passez la main à un oculiste. C'est tout naturel... Mais alors que voulez-vous réclamer, en outre de la visite ou consultation *simple* ? Toutefois, dans votre cas, comme il s'agit d'une consultation *de nuit*, c'est l'article 4 (consultation × 3) qui est à appliquer. C'est ce qu'a fait judicieusement la compagnie. Je trouve donc sa note équitable et ne vois aucune majoration à proposer.

F. D.

III

2232. — Appareil plâtré pour fracture d'un os du carpe.

Le Dr P. prie le *Concours médical* de vouloir bien lui dire quels honoraires demander, au point de vue accident du travail, pour plâtre fait pour fracture du scaphoïde (ou pour une lésion du carpe, sans fracture radiale) ; habituellement, il demande 50 fr. mais il aimerait, bien qu'aucune Compagnie n'ait discuté, en avoir confirmation par le *Concours*. Dr P.

Réponse.

Si vous avez dû faire un plâtre pour une fracture d'un os du carpe, il m'apparaît rationnel de compter 50 fr. par analogie avec « répétition d'appareil plâtré des grands segments de membre » («art. 18 *in fine*), où, comme dans votre cas il y a un plâtre fait, sans réduction de fracture.

Nota. — J'ai déjà proposé plusieurs fois, d'ailleurs, cette solution avec acceptation des deux parties. F. D.

IV

2230. — Coupure de doigt avec section d'une collatérale.

J'ai pour la première fois recours à votre toujours obligeante autorité en matière de tarifs d'accidents du travail.

Faut-il à votre avis compter par un honoraire spécial la ligature dans la plaie d'une artère collatérale d'un doigt (forte coupure de la base de l'index par tesson de verre chez une rinceuse de bouteilles. Collatérale de dimension anormale ayant donné lieu à une hémorrhagie vraiment abondante et *nécessitant* ligature) ?

L'honoraire de 30 fr. (2e cat.), porté au tarif sous la rubrique « artères non dénommées », me paraît correspondre à un travail plus important, et cependant il y a là plus qu'un pansement ordinaire. Faut-il considérer comme le cas forfaitaire favorable au médecin ou risquer une assimilation . . . et laquelle ?

Dr P.

Réponse.

Je ne vois pas où vous trouvez dans le tarif Breton une « rubrique » pour « artères non dénommées ». Je pense que vous parlez de « hémostase par ligature ou pince à demeure *au fond* d'une plaie. « Est-ce bien le cas pour une collatérale de doigt, alors qu'on considère celle-ci d'ordinaire comme une artériole ? Toutefois, si vous avez eu affaire à une « collatérale de dimension anormale », vous pourriez l'expliquer à la Compagnie et demander le prix dont vous parlez ci-dessus... mais en cas de refus, je n'oserais vous conseiller de tenir bon et d'aller en justice, ce cas d'espèce ne me paraissant pas des plus heureux.

Par contre, puisqu'il y eut forte coupure, vous avec dû appliquer des points de suture et alors il n'y a plus seulement le simple pansement « ordinaire » dont vous parlez. F. D.

V

2274. — Fracture de deux os différents.

Que dois-je porter ? accident du travail fracture, directe de l'extrémité de la clavicule et de l'acromion, plâtre, etc ? Dr P.

Réponse.

La fracture de l'acromion n'est là qu'une complication de la fracture principale claviculaire. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une complication assez marquée, au point de vue de la fonction de l'épaule dans l'avenir et, par suite, de la responsabilité du médecin. C'est pourquoi, bien que je ne compte pas, d'habitude, les *éclatements secondaires,* dans une fracture para-articulaire, il me semble, cette fois, qu'on devrait compter : *a*) fracture de la clavicule + *b*) fracture de l'omoplate. Et cela, *par analogie* avec les deux rubriques différentes : fracture d'un « seul os » et « fracture des deux os de l'avant-bras » que l'on peut lire précisément dans le même article 18.

Conclusion. Je compterais donc ici : 50 + 20 = 70 (en 1re catégorie). F. D.

JURISPRUDENCE

Honoraires médico-légaux.

COUR DE RENNES

4 *février* 1925.

La Cour :

Attendu que des dispositions du décret du 6 octobre 1920, il résulte qu'en matière pénale, la *prestation* de serment d'un expert, la *rédaction de son rapport* et le dépôt du rapport ne peuvent donner droit à des émoluments spéciaux ;

Que, d'autre part, aux termes de l'article 18 du même décret, les prix des opérations qui n'y sont pas tarifées « sont fixés dans chaque affaire par les magistrats qui ont commis les experts, sauf le recours prévu à l'art. 144 ci-après » ;

Attendu qu'en exécution de l'ordonnance le commettant comme expert, M. le docteur T. a dû, non seulement procéder à l'examen de la nommée G., pour rechercher si elle avait avorté, étant enceinte de 5 ou 6 mois, fixer l'époque de l'avortement et déterminer les conséquences de l'avortement sur l'état général de cette inculpée, mais qu'il a dû encore prendre connaissance des déclarations passées par celle-ci, au cours de l'information et examiner si ses dires, quant aux manœuvres pratiquées pour provoquer l'avortement et quant aux conditions dans lesquelles il s'est produit, étaient scientifiquement admissibles ;

Attendu que la mission complexe confiée au médecin-expert et qu'il a remplie, dépasse l'importance d'une simple visite judiciaire, qu'elle n'est pas spécialement tarifée par le décret du 5 octobre 1920 et qu'il échet par suite de fixer les honoraires qui doivent être alloués ;

Attendu que M. le docteur T. n'a examiné l'inculpée qu'une seule fois à la maison d'arrêt de C. où elle était détenue et dont il est d'ailleurs le médecin habituel ; qu'il a pris connaissance des déclarations de l'inculpée, lors de sa comparution devant le magistrat instructeur, pour prêter serment et que cette étude du dossier n'a pu lui demander que très peu de temps ; que l'expertise ne présentait pas pour un praticien des difficultés techniques exceptionnelles ; qu'enfin le rapport d'expertise n'a pas un développement particulier.

Attendu que, dans ces conditions, la somme de 100 francs réclamée par l'expert est exagérée mais qu'il paraît équitable de fixer à la somme globale de 40 fr. les honoraires qui doivent lui être accordés pour l'ensemble de ses opérations.

Par ces motifs :

Reçoit M. le Dr T., en son opposition ;

Réforme l'ordonnance de taxe entreprise, fixe à 40 francs les honoraires à lui dus pour l'expertise à laquelle il a procédé en exécution de l'ordonnance du 8 août 1924, dans la procédure suivie contre la nommée G., inculpée d'avortement.

Ordonne en conséquence que cette somme sera payée à M. le Dr T., par le Receveur de l'Enregistrement et des Domaines, au bureau de C.

Commentaires.

Les frais de justice, en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police ont été déterminés par le décret du 5 octobre 1920, portant règlement d'administration publique.

Or, d'après ce tarif, notre adhérent se voyait taxé, pour la somme de 15 francs, pour examen de l'inculpée, étude du dossier et rédaction de son rapport.

Trouvant cette somme de 15 francs insuffisante, alors qu'il réclamait cent francs, sur les conseils du « Sou médical », il fit opposition à taxe, en s'appuyant sur le dernier paragraphe de l'article 26 dudit décret : « Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit être allouée. »

Par son arrêt, la Cour d'appel de Rennes donne raison à notre confrère, sur le fait que sa réclamation était fondée et que l'honoraire de 15 fr. était vraiment trop bas.

Mais la Cour ne se montre pas généreuse en n'allouant que 40 fr., au lieu des cent demandés. Qu'est-ce que 40 francs, au cours actuel du dollar ?

Impossible d'aller devant la Cour de Cassation : l'arrêt a été rendu en fait et non en droit.

Somme toute, la médecine plus ou moins fonctionnarisée est toujours bien mal payée !

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *septembre.*

Code de la Route.

Décret du 12 *septembre* 1925 *modifiant le décret du* 31 *décembre* 1922 (*Code de la route*).

Art. 1er. — Les articles 10, 21 et 48 du décret du 31 décembre 1922 sont modifiés comme suit :

Bifurcations et croisées de chemins.

Art 10. — Tout conducteur de véhicule ou d'animaux, abordant une bifurcation ou une croisée de chemin, doit annoncer son approche et vérifier que la voie est libre, marcher à allure modérée et serrer sur sa droite, surtout aux endroits où la visibilité est imparfaite.

En dehors des agglomérations, la priorité de passage aux bifurcations et croisées de chemins est accordée aux véhicules circulant sur les routes nationales.

En dehors des agglomérations, à la croisée des chemins de même catégorie au point de vue de la priorité, le conducteur est tenu de céder le passage au conducteur qui vient à sa droite.

Dans les agglomérations, les mêmes règles sont applicables, sauf prescriptions spéciales édictées par l'autorité compétente.

Organes moteurs.

Art. 21. — Les organes d'un véhicule automobile doivent être disposés de façon à éviter tout danger d'incendie ou d'explosion ; leur fonctionnement ne doit constituer aucune cause de danger ou d'incommodité.

« Les moteurs doivent être munis d'un dispositif d'échappement silencieux. L'échappement libre est interdit ».

L'appareil d'où procède la source d'énergie est soumis aux dispositions des règlements sur les appareils de même genre en vigueur ou à intervenir.

Cycles pourvus d'un moteur mécanique.

Art. 48. — Les cycles pourvus d'un moteur mécanique sont régis par les dispositions du chapitre III ci-dessus.

« Toutefois, sont seulement soumises aux articles 21, 22, 23, 25, 26, 31 et 33 du chapitre III, relatif aux véhicules automobiles, et sont assujetties aux articles 49, 51, 52 (§2) du chapitre V (B) concernant les cycles sans moteur, les bicyclettes à moteur auxiliaire (B. M. A.) présentant les conditions de construction suivantes :

« 1° Peser au plus 30 kilogr., moteur compris;

« 2° Ne pas dépasser en palier, une vitesse maxima de 30 kilomètres à l'heure ;

« 3° Demeurer susceptibles d'être actionnées par les pieds au moyen de pédales.

« Les constatations et certifications du service des mines, prévues à l'article 26, comprendront la vérification de ces conditions de construction.

« Indépendamment de la plaque prescrite par l'article 51 et indiquant le nom et le domicile du propriétaire, les bicyclettes à moteur auxiliaire doivent porter, d'une manière apparente, sur une plaque métallique invariablement fixée au moteur, le nom du constructeur du moteur, l'indication du type du véhicule, le numéro d'ordre dans la série du type et les initiales B. M. A., le tout authentifié par une ou plusieurs marques de poinçon apposées par le constructeur . »

Art. 2. — Les ministres de l'intérieur, des finances et des travaux publics sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletiin des lois.*

18 *septembre.*

Bourses de doctorat en médecine.

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 26 octobre 1925.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et être âgés de dix -huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 17 octobre à seize heures.

Fait à Paris, le 17 septembre 1925.

DE MONZIE.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR
ET NATURE DES ÉPREUVES

Sont admis à concourir :

A. — *Ancien régime d'études.*

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re *année.*

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire ;

4º Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire.

B. — *Nouveau régime d'études.*

Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à quatre inscriptions.

Une composition d'anatomie.

Ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie.

Etudiants à huit inscriptions.

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie.

b) Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions.

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions.

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de la mention bien audit certificat.

Bourses de pharmacie.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Facultés de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie *le* 26 *octobre* 1925.

Quarante-septième année — N° 41 — 11 Octobre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2310-IV.)

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : Clément, La Bonnardière. Minelle, Pierrhugues, Verrier.
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piétri, Potheau (E.), Rou-vière, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldagués, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 422. — Est. Poste propharm. à céd. après décès, 35.000 touchés. Prix à déb.

No 423. — 300 fr., carbur. Zenith, triple diffus. pour 10 CV Renault type II. Dr Lefillâtre, à Troarn (Calvados).

No 424. — Dr stat. therm., anc. ext. hôpit. Paris, 31 ans, actif, cherche situat. pour hiver.

N. 425. — Poste méd. demi-repos, joli bourg, 1 h. Paris. belle habit. 8 p., garage, dépend. 2 jard., gar, élect., bail 9 ans, dont 7 1/2 à courir, loyer 1.000, seul méd., pas sage-f., peu frais locom., 50.000 touchés, à prend. suite pour 30.000.

No 426. — Dr expérim. rech. pour novembre, reprise ou collab. de client. ou clinique. Rapp. minimum : 20.000, laissant des loisirs. Paris ou banl.

No 427. — Ouest. Benjamin luxe, cond. int. transf. 2 pl. strap. parf. état de marche, moteur 4 temps, 6.000.

No 428. — Méd. franc. 40 a., act. dés. ne plus exercer, accept. sit. para-méd. et représent. volont. pour Paris et envir. firme pharmaceut. ou toute autre branche se rapp. à l'art. méd. 381 *bis*, rue de Vaugirard, 15e.

N° 429. — Près Paris, cab. de sage-f. très anc., client. choisie, rapp. 25.000, facile à augm., appart. bien situé, aff. convenant égalem. à Dr S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 430. — Grande banl. Poste campagne rapport. 32.000, près gr. ligne, mais. 6 p., client. d'avenir. indemnité : 12.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rueDante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

AVIS

A NOS LECTEURS

Rectification à l'avis paru dans l'avant-dernier numéro.—A dater du 1er octobre 1925, conformément à une décision prise par l'Association de la Presse Médicale, le prix de l'abonnement annuel du *Concours Médical* est fixé comme suit :

FRANCE ET COLONIES

Abonnement : 35 francs.

ETRANGER :

Belgique et Italie.

Abonnement : 45 francs.

Tarif de première zone.

Abonnement : 55 francs.

Tarif de deuxième zone.

Abonnement : 70 francs.

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Contre les piqûres de moustiques, de guêpes et de tiques.

Trois conseils utiles, par ces temps de villégiature.

Si vous êtes piqué par quelque insecte (moustique ou hyménoptère venimeux), frottez énergiquement — aussitôt après la piqûre — avec de l'ouate imbibée de teinture d'aloès : aucune réaction ne se produira. (Pugnat, *in* Blanchod : Consultations du *Médecin praticien.*)

S'il s'agit d'une guêpe, pincez énergiquement la partie piquée et frictionnez-la pendant une minute avec la surface de section d'une gousse d'ail coupée en deux : aucune réaction non plus. (D'après *Bruxelles Médical*, cité par le *Carnet médical français.*)

Enfin, si vous voulez enlever une tique ou pou de bois (ixode de la famille des acariens) fixée à la peau, déposez sur elle une goutte de benzine ou de pétrole : elle tombera aussitôt. A tirer sur l'animal, vous risqueriez de laisser le rostre dans la plaie, d'où petit abcès ou furoncle ou même complications plus graves. (Dekeyser, *in Bruxelles médical.*)

A. M.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale.
La pension de la femme.

Je suis membre de la Mutualité Familiale pour l'indemnité maladie, pourrais-je faire entrer ma femme à une combinaison pension de retraite ? Je voudrais, au cas où je viendrais à mourir avant elle, lui assurer un minimum de bien-être.

J'ai 37 ans, elle en a 37 également. Que me conseilleriez-vous de faire ?

Dr B.

Réponse.

Je vous conseille de faire entrer Madame à la combinaison P (retraite à 60 ans), vous pouvez lui assurer une pension de 2.400 fr. avec une cotisation annuelle de 252 francs. Mais, en même temps, entrez, vous-même, à la combinaison V (pensions aux veuves) vous aurez à verser annuellement 160 francs.

De cette façon, si vous veniez à mourir prématurément, Madame touchera immédiatement la pension viagère de 600 francs, somme qui lui permettra toujours de continuer ses versements à P jusqu'à l'âge où elle entrera en jouissance de sa pension. A ce moment, elle cumulera sa pension de veuve avec sa pension de retraite, soit 3.000 fr.

Et, en admettant qu'il lui soit impossible de verser jusqu'à 60 ans, elle aurait toujours à cet âge une pension proportionnelle qui viendrait s'ajouter à ses 600 francs de veuve.

Pour arriver à ce résultat, vous avez à verser moins de 1 fr. 25 par jour.

H. M.

2321. — Tarif applicable à la femme d'un patron agriculteur accidentée du travail.

J'ai l'habitude, en matière d'accidents du travail, d'établir mes honoraires d'après le tarif courant lorsqu'il s'agit d'un chef d'entreprise ou d'un propriétaire d'exploitation agricole ; je ne vois pas de raison pour qu'un patron soit assujetti à la loi sur les accidents du travail et au tarif Breton. La loi n'est en somme qu'une garantie de l'ouvrier à l'égard de son patron réglementant dans quelle proportion le patron est responsable légalement des accidents de ses employés ; mais quand le patron est son propre assuré, il me semble que la loi ne peut pas jouer.

Or, j'ai reçu ce matin une rectification d'honoraires au sujet de la femme d'un propriétaire rural, blessée voilà un mois. La compagnie me rappelle

le tarif Breton et me demande de m'y conformer. Est-elle dans son droit et dois-je accepter la réduction.

J'avais établi la note de la façon suivante :

24 août : certificat	5 fr.
Consultation et incision d'abcès	25 fr.
2 septembre : consultation	10 fr.
Total	40 fr.

L'assurance me propose :

24 août : certificat	5 fr.
Incision	15 fr.
2 septembre : consultation	7 fr.
Total	27 fr.

Dr C.

Réponse.

La loi sur les accidents agricoles, au contraire des lois antérieures sur les accidents du travail, permet aux patrons, quelles que soient d'ailleurs l'importance de leur exploitation et leur fortune, de s'assujettir volontairement, de se placer eux-mêmes, pour les accidents dont ils seraient victimes (dans l'exercice de leur profession, bien entendu) sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail ; cette législation devient alors applicable aux membres de leur famille.

Ils peuvent assurer ce risque créé par eux-mêmes et, lorsqu'ils l'ont assuré, l'on peut soutenir, quoique cette solution puisse quand même être discutée, que le médecin qui, conformément à l'article 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898, a une action directe contre eux, ne peut leur demander, en vertu de la loi de 1898 et en utilisant la procédure spéciale, exempte de timbre et de frais d'enregistrement, instaurée par cette loi, plus que le montant de ses honoraires calculés conformément au tarif Breton.

Mais, de même que le médecin a le droit, à moins de convention contraire, d'ignorer, dans ses rapports avec le blessé, son client, la loi sur les accidents du travail et le tarif Breton, de laisser de côté le patron et de faire payer directement celui qui a reçu ses soins, de même, lorsque l'accidenté du travail est, non pas un ouvrier ou employé de commerce, de l'industrie ou même de l'agriculture, mais un patron de cette dernière profession (qui seul peut être assujetti volontairement à la loi), ou un membre de la famille de ce patron, le médecin peut agir en dehors de la loi accidents et du tarif Breton et lui faire payer ses honoraires calculés suivant le tarif local applicable aux personnes de sa catégorie sociale.

Il serait profondément illogique et même immoral qu'un malheureux ouvrier soit exposé à payer au médecin la différence entre le tarif Breton et le tarif local, lorsqu'il fait choix lui-même de son médecin, alors qu'un riche agriculteur, pour lui ou pour sa femme, n'aurait pas ce

risque à courir et pourrait se faire soigner toujours à un tarif réduit.

Libre au patron, d'ailleurs, en s'assurant contre les conséquences de la législation sur les accidents du travail, de s'assurer également, complémentairement, contre le risque de payer, soit pour lui-même, soit pour les siens, la différence des tarifs.

Vous pouvez donc, si vous jugez que l'affaire en vaille la peine, citer le patron agricole dont il s'agit devant le juge de paix de son domicile en paiement de votre note établie suivant le tarif de droit commun.

1978. — Défaut de déclaration du revenu.

N'ayant fait *aucune* déclaration en 1925 pour l'impôt cédulaire et l'impôt général sur le revenu, suis-je susceptible d'être surtaxé ou me taxera-t-on simplement d'après ma déclaration précédente faite en 1924 pour 1925 ? D H.

Réponse.

1° En ce qui concerne l'impôt cédulaire sur les bénéfices non commerciaux, vous n'encourez aucune pénalité pour défaut de déclaration, tant que le contrôleur ne vous a pas mis en demeure de souscrire cette déclaration dans le délai de vingt jours.

2° En ce qui concerne l'impôt général, la déclaration que vous avez souscrite en 1924 pour vos revenus de 1923 sera considérée comme maintenue. Aucune pénalité ne sera donc applicable, si vos revenus de 1924 ne sont pas supérieurs à ceux de 1923. S'il en était autrement, la fraction d'impôt correspondant aux revenus non déclarés (c'est-à-dire la différence entre vos revenus réels de 1924 et ceux déclarés de 1923) serait majorée de 500 %.

A. M.

2352. — Honoraires de contre-visites d'accidentés du travail.

Une Compagnie d'assurances m'a prié de contre-visiter deux blessés du travail, avec rapport.

J'ai averti le médecin traitant; mais il est parti en vacances.

Veuillez, s'il vous plaît, me faire savoir quel prix je puis demander à la Compagnie d'assurances.

Dr D.

Réponse.

Les examens de contrôle des accidentés du travail pour le compte des compagnies d'assurances ne relèvent pas du tarif Breton, qui ne concerne que les honoraires du médecin traitant. Par conséquent, vous pouvez réclamer, à la com-

pagnie qui vous a chargé de contre-visiter le blessé, tels honoraires que vous jugerez bon.

Il nous semble que, si vos examens n'ont pas présenté de difficultés particulières, vous pourriez demander pour chacun d'eux une trentaine de francs à titre d'honoraires, y compris la rédaction des rapports. A cela il conviendrait d'ajouter, s'il y a lieu, vos frais de déplacement.

2371. — Exercice des spécialités par un docteur en médecine.

Un médecin peut-il, sans diplôme spécial, exercer l'art dentaire ? Si oui, peut-il cumuler cette spécialité avec d'autres spécialités ?

Réponse.

Le diplôme de médecin donne la faculté à celui qui le possède d'exercer toutes les branches de l'art médical. Par conséquent tout médec in a le droit d'exercer l'art dentaire et toutes les autres spécialités, sans avoir besoin d'autres diplômes.

2376. — Refus de paiement d'honoraires accidents pour défaut de certificat.

Un blessé se présente à mon cabinet avec un bulletin d'avis portant, entre autres indications, son nom, la date et l'heure de sa blessure et le nom de son patron, bulletin qui lui a été remis par le patron lui-même. Il s'agit d'une légère blessure du cuir chevelu n'entraînant qu'une incapacité d'un ou deux jours. Je n'établis pas de certificat.

Je présente ma note à la Compagnie d'assurances, qui refuse de payer, parce que l'accident ne lui a pas été déclaré par le patron.

Je présente ma note au patron, qui refuse de payer, prétextant qu'il ignorait que son ouvrier fût en traitement, puisque je n'avais pas fait de certificat.

Avant de me retourner contre l'ouvrier à qui j'ai fait deux pansements, je voudrais savoir si je ne dois pas m'adresser à nouveau au patron, le bulletin qu'il a remis à l'ouvrier pour se rendre chez moi me paraissant être une preuve suffisante pour que les frais de traitement du blessé lui soient imputables.

Dr B.

Réponse.

Puisque l'assurance refuse de vous payer, vous ne pouvez vous adresser, pour le paiement de vos honoraires, qu'à l'ouvrier ou au patron. A l'ouvrier, en tant que bénéficiaire de vos soins, au patron en tant que chef d'entreprise responsable de l'accident survenu à son ouvrier.

Si la matérialité de l'accident n'est pas contestée, le patron ne saurait se soustraire à l'obligation de payer vos honoraires dans les limites du tarif Breton, sous prétexte que vous n'auriez pas établi de certificat. En effet, le médecin

traitant n'a pas l'obligation légale de fournir le certificat initial ; c'est au patron qu'il incombe de déposer un certificat à la mairie et, si le médecin traitant refuse de le délivrer, le patron peut le faire établir par le médecin de son choix.

Mais, en outre, dans l'espèce présente, l'incapacité de travail, dites-vous, n'a duré qu'un jour ou deux. Dans ces conditions il était même inutile de déposer un certificat à la mairie puisque cette formalité ne doit être accomplie que si l'ouvrier n'a pas repris son travail dans les quatre jours qui suivent l'accident (article 11, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898).

Nous estimons donc que vous pouvez citer le patron en paiement de vos honoraires, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

2388. — Assujettissement d'une femme de journée à la législation sur les accidents du travail.

Une femme, laveuse, travaille à la *journée*. Elle s'enfonce une aiguille dans la paume de la main. Les soins sont-ils à la charge de l'employeur ?

J'ai continuellement des cas de ce genre : je les radioscopie, les opère... à des prix insignifiants aux frais de la blessée.

Dois-je me faire payer le prix habituel.... et par les patrons ? Dr A.

Réponse.

Depuis le 4 février 1924, la loi du 2 août 1923 étendant le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages, est applicable tant en France qu'en Algérie.

Par conséquent, lorsqu'une femme de journée se blesse au cours de son travail, le patron qui l'emploie est responsable des frais médicaux dans les limites du tarif Breton, comme s'il s'agissait d'un ouvrier ou d'un domestique agricole, si c'est la blessée qui a choisi son médecin.

2557. — Comment obtenir le brevet d'infirmière.

En m'excusant de l'ignorance pratique où je suis sur certains sujets, je viens vous prier de me donner quelques renseignements sur les diplômes d'infirmières. Ma fille voudrait le conquérir. Nous éliminons le diplôme d'infirmière de la Croix-Rouge, ainsi que celui d'infirmières de l'assistance publique des hôpitaux de Paris et le certificat de puériculture.

Pour obtenir ce brevet d'infirmières diplômées, pouvant permettre d'exercer dans toute la France, quelles études faut-il faire et où faut-il les faire ?

(*Voir la suite page LI-2359*)

PROPOS DU JOUR

L'Hygiène aux Colonies. A Nouméa

Un de nos lecteurs, qui a dépassé la quarantaine, nous faisait part de son désir d'aller chercher fortune aux colonies. Nous avons cru, en conscience, devoir l'engager, avant de tenter pareille aventure, de se renseigner d'une façon précise sur la situation qu'il pourrait se faire dans le pays où il rêverait de s'établir. Nous lui avons rappelé les plaintes que nous avons reçues de plusieurs confrères installés comme médecins civils aux colonies, notamment en Nouvelle-Calédonie. Dans cette dernière, les pouvoirs publics ont agi de telle sorte à l'égard des médecins civils que presque tous ont dû l'abandonner. Or le hasard a voulu qu'il nous tombât dernièrement sous la main un journal local, le *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides* (numéro du samedi 9 mai 1925), qui, dans son article de tête, expose l'Etat sanitaire de la ville de Nouméa. Les constatations faites par cet organe, qui ne fut pas toujours équitable à l'égard des médecins civils, sont désastreuses ; nous allons brièvement les résumer.

A Nouméa, le nombre de décès a dépassé celui des naissances de 33 % en l'année 1924 et il va progressivement en croissant tandis que celui des naissances va en diminuant. La mortalité infantile est proportionnellement très grande. Parmi les 301 décès de 1924, il faut compter 50 enfants de moins de 10 ans dont 8 morts-nés. Une maladie, inconnue il y a 10 ans à Nouméa, se multiplie d'une façon inquiétante, c'est la dysenterie amibienne. Cette maladie qui jusqu'en 1922 ne donnait que quelques cas dans la statistique de l'hôpital, a frappé 24 personnes en 1922, 48 en 1923 et 164 en 1924.

Les eaux d'alimentation qui viennent de la Yahoué et de la Dumbéa sont polluées et dangereuses.

Une autre source d'infection est la poussière que l'écoulement défectueux des eaux, le déversement sur le sol des rues de matières fécales au cours des vidanges faites d'une façon primitive, rendent éminement septiques.

Il n'y a pas d'arroseuse automatique à Nouméa ; la construction des égouts, d'une nouvelle conduite d'eau, d'habitations salubres, de cités ouvrières, l'assainissement des quartiers indigènes sont toujours à l'ordre du jour et l'on compte sur les nouveaux édiles pour réaliser cet urgent programme d'hygiène depuis de longues années à l'étude sans qu'on ait pu aboutir à un progrès.

Tout ceci suffit pour montrer quel souci de l'hygiène ont eu jusqu'à ce jour les pouvoirs publics en Nouvelle-Calédonie. Nous n'aurons pas la cruauté de rappeler dans quelles conditions y a été entreprise la lutte contre la lèpre. Dans le *Concours médical* du 2 septembre 1923, nous avons fait la description épouvantable de la léproserie de la presqu'île Ducos, d'après des documents personnels, contrôlés par un article du journal local, *La France Australe* du 18 mars 1922. Tout ce que nous avons conté à cette époque était tellement stupéfiant et inconcevable, que nous ne pouvons croire qu'on ne se soit hâté de remédier à une situation plus abominable que celle des léproseries les plus mal réputées du Moyen-Age.

Voilà où en est l'hygiène dans la colonie française qui était considérée comme la plus saine et douée d'un climat idéal. Il est vrai que dans cette colonie, l'on s'est ingénié à empêcher les médecins civils d'y pouvoir vivre, en confiant à des médecins coloniaux ou de marine toutes les fonctions publiques qui auraient pu servir de prétextes à subventionner des médecins praticiens civils dont la colonie avait, et a, sans doute encore, grand besoin.

Nous ne voulons pas incriminer nos confrères coloniaux et de la marine, mais quelle action utile peuvent-ils exercer dans une colonie, quelle influence peuvent-ils avoir dans une ville, eux qui ne doivent y faire qu'un séjour assez court et qui n'ont pas osé sans doute entreprendre une campagne d'hygiène qu'ils avaient la certitude ne n'avoir pas le temps de mener à bien ?

Souhaitons que M. le Ministre des Colonies et le Gouverneur de la Nouvelle-Calédonie aient conscience du danger que court Nouméa et facilitent, et au besoin imposent des mesures d'hygiène qui sont tout à fait urgentes.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES HAINES PATHOLOGIQUES

De la « folie morale » à la démence précoce

Par MM.

Henri CLAUDE et Gilbert ROBIN,
Professeur des Maladies mentales et de l'encéphale, Chef de clinique.

Les haines de famille ne sont pas rares en médecine mentale. Elles masquent souvent une psychose qui peut rester longtemps méconnue, ou bien elles ouvrent la série des réactions morbides et c'est leur intensité même qui attire l'attention de l'entourage. On peut dire que les malentendus familiaux sont capables d'être rencontrés dans la majorité des affections mentales : alcoolisme, toxicomanies, confusion mentale, démence organique et sénile, délire de persécution, excitation psychique, états d'arriération mentale, etc. Mais où il est plus commun de les rencontrer, surtout chez les enfants et chez les jeunes gens, c'est dans la psychose perverse dite « folie morale » et la démence précoce, deux affections bien distinctes et d'un pronostic totalement différent. Nous allons rapporter une observation des plus curieuses, puisqu'elle vise une jeune fille qui a présenté successivement ces deux états morbides. C'est une perverse constitutionnelle avec manifestations de haine forcenée contre sa mère, ayant nécessité un premier internement, qui présente actuellement, au cours d'un deuxième internement, les signes d'une démence précoce au début. Au point de vue pratique, le pronostic de ces manifestations de haine qui attirent au premier plan l'attention des cliniciens est très différent, on le conçoit, suivant les deux phases de la maladie.

Fernande a 20 ans. Elle descend d'une famille profondément touchée au point de vue moral et psychopathique. Un oncle paternel était épileptique. La grand'mère de Fernande aurait eu des rapports sexuels avec ses filles. « Ma belle-mère, écrit la mère de Fernande, m'a fait des offres ignobles. J'ai dû la menacer de la gifler si elle persistait à m'importuner ». Le père de Fernande avait des obsessions, des accès de fureur. Il a été plusieurs fois condamné pour vol. C'était un mythomane et un jaloux qui a été soigné pour troubles mentaux à l'hôpital militaire du camp de Châlons en 1915. Il avait des crises d'épilepsie, était alcoolique. Il est décédé.

Fernande V. a été à l'école de 5 à 15 ans, elle a eu le certificat d'études à 14 ans et bien qu'elle ait toujours eu un caractère très difficile, très indépendant, avec tendance aux méchancetés, aux calomnies, aux mensonges, c'est surtout à partir de l'âge de 12 ans qu'elle fit des scènes violentes, frappant du pied, se mettant en colère, brisant les objets à sa portée, rendant la vie insupportable à sa mère. Elle allait souvent chez ses grands'parents du côté maternel, sur la Côte d'Azur. Mais une année, ceux-ci ne peuvent plus supporter ses exigences, sa paresse et ses méchancetés. Le grand'père écrit à sa fille, à la mère de Fernande, de venir la chercher le plus tôt possible : « Nos souffrances sont atroces. Hâte-toi de nous délivrer. Dieu ! finissons-en. Les scènes sont journalières ». Tels sont ses propres termes. La mère de Fernande vient donc chercher sa fille et la ramène à Paris.

Mais écoutons-la plutôt :

« Ma fille Fernande a toujours eu un caractère difficile. Je ne raconterai pas ce qu'elle a fait depuis sa naissance puisque ma mère l'a élevée depuis l'âge de 3 ans 1/2 jusqu'en 1916 ; je me bornerai à relater les faits qui se sont passés depuis janvier 1921.

« En janvier 1921, le mari de ma mère m'écrit la lettre jointe au dossier. Je demeurais à cette époque dans une pension de famille pour dames. Avec bien des difficultés j'obtiens pour ma fille une chambre dans la pension. Je vais la chercher à Nice vers la fin de janvier.

« Comme elle avait manifesté l'intention de travailler, je lui avais trouvé un emploi à l'école des travaux publics. Elle y est restée environ six semaines, son chef de service ayant eu fort à se plaindre de sa conduite m'a envoyé la lettre ci-jointe.

« Pendant ce temps-là, elle me faisait une vie

d'enfer à la pension de famille si bien que la directrice de la pension me pria de lui chercher une autre pension ou de partir avec elle.

« Prévoyant qu'ailleurs ce serait la même chose et qu'il me faudrait encore subir l'humiliation de m'entendre traiter par ma fille des qualificatifs les plus bas, je décide de la placer dans une école professionnelle de jeunes filles où elle pourrait apprendre la dactylographie. Mais elle se comporte dans cette pension comme elle s'est comportée partout ailleurs. Elle écrit à ma famille en se plaignant que je la mets dans une maison qui est mal fréquentée, que la directrice se conduit mal (elle a près de 70 ans), que je lui fais supprimer son courrier, qu'on lui sert des aliments pourris et que je l'ai mise dans cette pension pour être libre. Elle emprunte de l'argent à la directrice.

« J'écris à ma famille et je lui dis que cette enfant est malade, qu'il n'est pas normal qu'elle ne puisse rester nulle part, qu'elle est inapte à gagner sa vie, qu'il faudrait la mettre dans une maison où elle ait le calme et la tranquillité. Mon beau-père me répond en ayant l'air de m'approuver et me fait savoir qu'il viendra à Paris la chercher pour la placer dans un établissement du département du Var. »

« La jeune fille monte la tête à ses grands-parents, tant et si bien que ceux-ci, qui ne pouvaient plus supporter Fernande quelques mois auparavant, écrivent à sa mère une lettre qui montre bien la perversité et la calomnie de Fernande :

« Fernande peut être folle, mais vous avez l'âme bien noire !

« Sous la menace de l'Orphelinat, vous avez obligé Fernande à quitter votre infecte chambre, toujours dans le but de vous en débarrasser. Vous êtes arrivée à votre but et vous voulez, comme vous le disiez au commissaire, que votre fille ne vous coûte plus rien ! Vous alliez jusqu'à vouloir la prostituer à votre peintre pour poser le nu ! Vous êtes une jolie Maman !

« Vous accusez l'enfant d'avoir demandé à un locataire de votre hôtel à partager son lit et c'est au grenier que l'enfant a été se réfugier. Il y a là un point qu'il faut absolument éclaircir. Nous sommes fatigués de toutes vos turpitudes !

« En somme, depuis plus de trois mois vous ne faites rien, vous vivez de vos rentes ! Yvonne gagne 4 fr. par jour, vous les lui mangez aussi. Envoyez de suite ce qui est dû à Fernande depuis juillet.

« Maintenant il s'agit de savoir ce qui va sortir de l'enquête que nous allons demander à votre commissaire de police.

Expédiez-nous immédiatement la malle de Fernande et surtout qu'il n'y manque rien ! Car l'enfant se plaint que vous lui avez volé ses souliers et ses bas que vous portez et votre mère exige que vous les remplaciez.

« Vous voudrez bien un peu moins vous teindre, vous farder et vous faire masser pour en faire profiter vos enfants ».

Les lettres de Fernande à sa mère sont encore pires. Elle débute toujours par la formule « Madame » et lui tient des propos dans le genre de ceux-ci :

« Surtout hâtez-vous d'envoyer par retour du courrier l'argent que vous me devez ou bien nous vous ferons marcher. Prenez garde... Que la somme soit bien celle que vous annoncez sur votre avant-dernier chiffon de papier. Méfiez-vous. La raison du plus fort est toujours la meilleure ».

Une fois une lettre est ainsi conçue :

« Madame, je m'aperçois que le mensonge ne vous coûte guère... Pour défendre une femme de votre calibre, il faut que ce soit quelque chose de propre... Vous êtes morte pour moi. Il me restera éternellement dans la mémoire le souvenir de la mère infâme et indigne que vous avez été. Ne m'écrivez plus, vile et monstrueuse créature... Je vous renierai jusqu'à mon dernier soupir. »

Du reste, les grands-parents sont encore une fois de plus obligés de revenir sur leur impression et de renvoyer Fernande à sa mère.

« Donc, fin septembre, continue cette dernière, sans crier gare, mes parents mettent ma fille dans le train et je la reçois. De nouveau, je suis en quête d'un nouveau gîte et je loue une chambre dans un très modeste hôtel. Bientôt les scènes pénibles recommencent. Je m'inquiète alors de la placer n'importe où, en vue de chercher un moyen pour cesser cette existence lamentable, mais elle ne me donne pas le temps de la caser ; un jour, après déjeuner, elle part et je ne la revois pas de deux jours. Affolée je la cherche partout et fais des démarches auprès de la police pour la retrouver. Mais le surlendemain elle rentre à l'hôtel à 2 heures du matin et va demander l'hospitalité à un jeune Grec. Le jeune homme, par délicatesse, lui cède sa chambre et va se coucher chez son cousin. Afin de l'empêcher de recommencer, je la fais conduire chez le commissaire pour la faire tancer, mais cela ne fait que l'irriter davantage ; elle se sauve à nouveau et se venge cruellement en écrivant à ma famille les choses les plus abominables sur mon compte. Elle leur dit que je veux la prostituer à mon profit, que je veux la faire poser nue chez des peintres, que je suis ivre du matin au soir, que je la bats et la prive de nourriture. Elle vend son manteau, sa robe, une chaine, des livres à moi et autres objets divers, met quelques bijoux sans valeur au Mont-de-Piété et m'accuse de lui avoir volé tous ces objets.

« Tous les matins au réveil, elle me jette ses

chaussures sur la figure et où elle peut en me criant : « Tant que tu ne m'achèteras pas une robe, un chapeau, des chaussures et des bas de soie, je te jetterai mes chaussures sur la g...

« Pour avoir la paix, je lui achète un chapeau. Alors elle se décide à travailler et se trouve elle-même une place ; mais tous les matins avant de partir et tous les soirs en arrivant, elle m'injurie et me lance des coups de chaussures.

« Elle fait tant de scandale que tous les locataires de la maison veulent faire une pétition pour nous faire partir.

« Au bout de onze jours elle quitte de nouveau sa place pour le même prétexte. Elle ne travaillera que si elle est habillée de neuf et de vêtements très élégants. C'est alors que commence pour moi un véritable supplice, elle ne peut plus me sentir ; aussitôt que je suis chez moi, elle me crache au visage, m'envoie toujours ses coups de chaussures, ne m'appelle plus que par le qualificatif de s..., me traite de voleuse, de macq., crie tout haut que je veux la prostituer et qu'elle ne le fera pas, que j'ai fait condamner mon mari, que je suis syphilitique, que je suis pourrie, que je veux l'empoisonner, elle n'a plus qu'une idée fixe, me défigurer, ou me tuer ».

Et la fille crie à sa mère : « Tu peux dire que si tu as passé de bons moments, c'est fini. Il faut que je te fasse souffrir. Je ne te tuerai pas sur le coup, mais de façon à te faire souffrir et à jouir de te voir souffrir ».

Comme elle joint les actes aux paroles, il faut recourir à des mesures sévères et Fernande, en raison de ses réactions dangereuses, est internée le 4 juillet 1922, avec le certificat suivant du Dr de Clérambault :

« Perversions instinctives, mendicité, inventivité, mythomanie calomnieuse, anesthésie affective, haine familiale spontanée. Injures, scènes de scandale envers sa mère. Tente de la diffamer. Agressivité caractéristique en notre présence. Se vante de vices divers (mentir, nocer et nuire). Assurance morbide. Discute contre nous avec hauteur. Inintimidable. »

Il n'y a rien à ajouter à ce tableau saisissant et c'est en effet sous cet aspect qu'il nous a été donné de voir la malade en 1922. Dans une confrontation avec la mère, nous avions dû abréger l'entretien tant Fernande paraissait menaçante et tant nous avions des raisons de craindre qu'elle ne se jetât sur sa mère. Nous nous trouvions devant un être rempli de haine, qu'aucun raisonnement ne pouvait entamer, que toute exhortation laissait insensible. Elle nous répondait avec morgue, hauteur, méfiance, ou gardait un silence dédaigneux. Son attitude nous était hostile. Mais son intelligence était de tous points intacte. Il n'existait aucun délire. Seule la perversité de son caractère et ses sentiments de haine frappaient l'observateur.

Devant l'absence de délire et d'excitation psychique, une attitude calme à l'intérieur du service où elle avait été envoyée, la sortie demandée par Fernande et aussi par sa mère qui croyait que le temps arrangerait les choses, fut accordée.

Elle est successivement couturière, modèle, change souvent de places, se fait remarquer par ses sautes d'humeur. Depuis le mois de septembre 1924, elle n'a cessé de s'agiter progressivement au point qu'elle a dû être internée de nouveau, le 15 avril 1925. L'excitation psychique avec volubilité, fuite des idées, variabilité de l'humeur, irritabilité, domine le tableau clinique. Il s'y joint des idées délirantes polymorphes de satisfaction, de persécution, d'influence. Elle n'est pas la fille de son soi-disant père, mais du beau-père de sa mère. Elle ne veut plus vivre avec sa mère, dont le logement n'est pas assez confortable pour elle. Elle la poursuivra car elle est cause de son internement et c'est pourquoi elle a manqué de riches mariages. Fernande poursuivra le médecin complice et demandera de forts dommages et intérêts : 10.000 fr., 500.000 fr. et tout de suite. Sa mère l'a vendue à la Faculté de médecine pour qu'on fasse des études sur son corps. On a voulu lui faire une « inflation », lui mettre le cerveau d'Anatole France dans le crâne. Elle s'étiole à l'asile. Elle mourra si on ne la fait sortir aussitôt. Elle ne peut ni sourire, ni pleurer, dit-elle, les aliénistes lui font de la « transfusion de pensée ». On l'a saccagée. On lui a fait faire une opération qui l'a défigurée. Elle ne pourra plus se marier. On a essayé de la faire devenir tordue et bossue. On l'abrutit avec l'électricité, avec l'auto-suggestion. A Nice, le soir du Carnaval, un bandit l'a endormie. Le Bon-Pasteur, à Nice, c'est un bordel. Elle croit à la religion de Mahomet, pas à d'autres.

Son attention est très mobile, elle passe d'un sujet à l'autre, tient des propos incohérents, s'embrouille dans les conversations. Au sujet de sa famille, la systématisation de haine se relâche, s'effrite. Elle a des troubles de la sensibilité générale, des phénomènes d'influence qui la rendent anxieuse à certains moments. A d'autres, elle rit sans motif ; fait des grimaces, sa tenue est négligée, elle crie dans la cour, est totalement inactive, crée du désordre dans le service, se met en colère pour un rien. Cet état que nous suivons depuis plusieurs mois ne fait qu'empirer tous les jours et le désordre des actes, l'incohérence des propos, les rires sans motif, les tendances impulsives croissent à mesure que l'excitation psychique a tendance à tomber.

***

Cette observation est des plus intéressantes

tant au point de vue nosographique qu'au point de vue pratique. Ce cas comporte deux diagnostics différents suivant la phase de la maladie. Jusqu'au deuxième internement (15 avril 1925), c'est le tableau classique de la psychose perverse, de ce que les anciens auteurs appellent « folie morale ». On trouve l'anesthésie affective unie aux perversions instinctives, signes classiques et essentiels de cette affection. L'hérédité morbide, les troubles de l'humeur et du caractère manifestes dès l'enfance, l'instabilité, les tendances impulsives, la malignité, la mythomanie, la haine cruelle à l'égard de la mère, tout vérifie ce diagnostic. Et nous sommes d'autant plus fondés à le poser que nous trouvons une symptomatologie comparable chez la sœur de Fernande. Cette dernière ne présente pas de haine à l'égard de sa mère, mais ses perversions et ses troubles du caractère l'ont fait renvoyer de tous les établissements où elle a été placée. Nous avons lu les lettres des directrices de pension ou de maisons de correction. C'est dans toutes, la même énumération des défauts qui caractérisent la folie morale. Elle est indomptable, grossière, paresseuse. Son laisser-aller n'a d'égal que sa vanité, etc.

Mais la sœur de Fernande ne varie pas dans ses manifestations. Elle n'a pas d'accès d'excitation. Elle est toujours semblable à elle-même et se maintient au même niveau, tant au point de vue intellectuel que moral, dans l'affection où elle semble installée. Au contraire, nous avons noté chez Fernande, des contradictions, de l'incohérence, des rires, des grimaces, du désordre de la tenue, des troubles de la sensibilité avec sensations de transformations personnelles, des distractions, un air rêveur. Les propos hostiles à l'égard de la mère sont maintenant proférés sur un ton général d'indifférence et prennent une allure de stéréotypie. Cet accès d'excitation n'est plus qu'une bouffée délirante, puisque nous l'avons déjà dit, il tombe à mesure que l'état mental s'aggrave. Des éléments de dissociation intellectuelle et affective ont fait leur apparition. Nous sommes en présence d'un début de démence précoce.

Il semble bien qu'il s'agisse ici de ce type constitutionnel, dégénératif de la démence précoce, décrit par Régis à côté de la démence précoce post-confusionnelle ou confusion mentale chronique.

On sait que cette démence précoce dégénérative survient chez les jeunes sujets tarés héréditairement, à l'occasion le plus souvent du processus pubéral. Le passé psychopathique de Fernande paraît bien avoir été le long début d'un affaiblissement mental s'établissant peu à peu. On se rend compte à quel point ce diagnostic est important au point de vue pratique. Alors que le pronostic n'offre aucune inquiétude sérieuse chez la sœur, il est des plus sombres pour Fernande et si la haine à l'égard de sa mère, réduite à l'état de stéréotypies, perd de son intensité, c'est qu'elle s'effritera dans une dissociation intellectuelle déjà manifest et en tous cas irrémédiable.

Un autre point mérite de retenir l'attention. Les perversions affectives et morales, les tendances aux fugues, au vagabondage, aux vols, aux rixes, chez l'homme, et à la prostitution chez la femme, marquent souvent le début de la démence précoce, bien décrite par Morel, Vigouroux, Antheaume et Mignot, Sérieux et Libert. C'est la démence précoce morale de Deny, la *folie morale acquise* de Mlle Pascal. Il importe de ne pas confondre cette folie morale acquise où les symptômes de la démence précoce sont déjà manifestes avec la folie morale vraie constitutionnelle qui chez Fernande a existé jusqu'à l'invasion récente des manifestations démentielles. Une démence précoce succédant à une psychose perverse constitutionnelle n'est pas chose fréquente. Il importait de signaler le fait.

***

En résumé, méfions-nous du pronostic des haines familiales dans la folie morale. Dans la même famille, nous avons vu deux perverses, l'une rester sans changements, l'autre verser dans la démence précoce. D'autre part, ne confondons pas ces cas de haine dans la folie morale constitutionnelle et dans la folie morale acquise ou forme de début de la démence précoce. Enfin, en présence d'une haine familiale au cours d'un état de démence précoce ou y *ressemblant de si près qu'on pourrait s'y tromper*, demandons-nous si ces ressemblances apparentes ne cachent pas une affection en réalité distincte de la démence précoce : la schizomanie, entité morbide bien définie sur laquelle nous avons maintes fois insisté dans nos travaux de l'*Encéphale* (1924-1925-1926). Dans ces états, la notion du conflit mental, du complexe selon le mécanisme freudien entraîne la perte de contact avec le monde extérieur, mais l'activité intellectuelle n'est pas perturbée. Au contraire, dans la démence précoce, la haine familiale, loin d'obéir à un conflit intime, présente comme une perversion affective qui est elle-même sous la dépendance de la dissociation, de la discordance *intellectuelle* trait primordial de la maladie.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Diagnostic du cancer du rein.

D'après une leçon du professeur LEGUEU (1).

Le diagnostic du *cancer du rein* peut se poser dans trois circonstances, suivant qu'un malade a : 1° une *tumeur seule* ; 2° une *tumeur et une hématurie* ; 3° *et c'est ici le cas de beaucoup le plus fréquent*, le plus important, le plus difficile : *une hématurie seule*, à l'âge par excellence des cancers, c'est-à-dire au-delà de la cinquantaine.

Envisageons la première circonstance. Il s'agit d'un malade déclarant qu'il a une tumeur dans le flanc. A-t-il des urines sanglantes ? Jamais. Des urines troubles ? Jamais. Ses urines sont claires.

Ceci est le cas le moins intéressant, parce que le malade qui présente une tumeur dans le flanc *comme premier symptôme* d'un *cancer du rein* est *inopérable*, au moins neuf fois sur dix. Il est extrêmement rare qu'un cancer poursuive son évolution sans s'accompagner d'*hématuries*. Quand la tumeur évolue autrement, il faut qu'elle soit devenue énorme pour qu'elle gêne le malade qui se présente au chirurgien.

Le *diagnostic*, en pareille circonstance, est une question de *palper*. On sent une volumineuse tumeur qui dépasse les fausses côtes. Si elle est à droite, on peut penser à une *tumeur du foie*, et à gauche, à une *tumeur splénique*. On donne à cet égard dans tous les livres quelques signes différentiels qui sont d'une banalité remarquable et d'ailleurs absolument exacts : la tumeur qui appartient au rein présente le contact lombaire, sa forme est plus ou moins ellipsoïde ; l'*absence d'un bord tranchant*, pour les tumeurs du côté droit, permet de les distinguer d'une tumeur hépatique.

Mais, je le répète, les malades qui ont un aussi volumineux cancer du rein n'offrent presque plus d'intérêt pour le chirurgien, parce qu'ils sont arrivés à la phase ultime.

En tout cas, on pourrait recourir, pour éclairer ce diagnostic, à la *radiographie*, qui montrera quels sont les rapports de la tumeur avec l'*intestin*, et à la *pyélographie*, c'est-à-dire à l'étude du bassinet : dans un cas douteux, on pourra constater une déformation du bassinet, d'où l'on conclura que la tumeur du flanc est vraisemblablement rénale.

La deuxième modalité de ces cancers est à la fois plus dramatique et plus intéressante. Un malade se présente parce qu'il urine du sang, et l'on constate dans la région d'un des flancs la présence d'une tumeur ayant tous les caractères d'une tumeur rénale. Le diagnostic est rapidement établi, en se basant sur cette hématurie et sur cette tumeur.

Il convient toutefois de poser au malade un certain nombre de questions pour s'enquérir des conditions dans lesquelles se produit l'hématurie. On apprend que le malade a été réveillé la nuit par un besoin impérieux d'uriner et qu'il a rendu du sang en abondance.

C'est donc une *hématurie spontanée*, puisqu'elle est apparue pendant la nuit, en dehors de tout mouvement, par conséquent elle a un caractère néoplasique.

Est-elle terminale, ou totale ? Autrefois on attachait une grande importance à cette distinction. Aujourd'hui, l'expérience a montré qu'il fallait apporter une certaine atténuation à la fixité des cadres. Quand une hématurie est bien terminale, elle est d'origine vésicale, mais quand elle n'est pas nettement terminale, il faut la considérer comme totale, c'est-à-dire qu'elle peut être rénale.

La présence de caillots est certainement très significative, surtout si quelques-uns de ces caillots sont allongés, car cette forme indique qu'ils ont pris naissance dans les tubes du rein. C'est une notion qu'il ne faut pas négliger de préciser en questionnant les malades. On la retrouvera souvent.

L'idée d'un cancer du rein s'élevant ainsi dans votre esprit, faites l'exploration, et vous trouverez une tumeur rénale dans l'un des flancs.

Avec ces deux éléments, tumeur et hématurie, on peut établir le diagnostic du cancer rénal. En interrogeant le malade, on a appris qu'il présentait des hématuries spontanées abondantes, à peu près totales, sans être, en tout cas, nettement terminales. Ceci chez un sujet qui, d'ailleurs, n'a pas des envies fréquentes d'uriner, est déjà l'indice d'un cancer du rein, et la palpation, en faisant constater une tumeur dans le flanc, achève le diagnostic.

Il n'y a qu'une autre tumeur susceptible de donner une hématurie avec un gros rein, c'est le *rein polykystique*.

Le rein polykystique constitue un gros rein indolore, une grosse tumeur dans le flanc, avec contact lombaire, et s'accompagne d'hématuries, d'ailleurs importantes, puisqu'elles peuvent entraîner la mort.

En général, on ne doit pas opérer les reins polykystiques. Ils sont *bilatéraux*, toujours *iné-*

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker, et recueillie par le Dr LAPORTE.

galement ; d'abord on ne voit pas l'autre côté, car le fonctionnement est peu troublé ; mais peu à peu, cet autre rein polykystique va se développer. Dans des cas où on avait enlevé celui qui était le plus gros, croyant avoir affaire à un seul rein malade, ou même à une autre affection que le rein polykystique, les malades n'ont survécu que deux ou trois ans et sont morts d'anurie. Si, au contraire, on laisse évoluer les deux reins polykystiques, ces malades peuvent vivre 10, 15 et 20 ans encore. Le rein polykystique est peu connu, mais mérite de l'être.

C'est seulement dans les cas où le rein polykystique s'accompagne de grandes hématuries susceptibles de menacer l'existence, que la question de l'intervention chirurgicale se pose, quand on a épuisé toutes les médications anticoagulantes sans parvenir à enrayer ces hématuries qui deviennent épouvantables et impressionnantes au suprême degré. Malheureusement il ne faut pas s'illusionner sur les faibles bénéfices que les malades peuvent retirer de l'opération dans les cas semblables.

En somme, à part l'éventualité des reins polykystiques, les hématuries associées à la tumeur sont toujours un signe de cancer du rein.

Nous arrivons au troisième cas, le plus difficile. Un individu, à l'âge du cancer, présente une *hématurie, seul symptôme.* Une question dramatique se pose : a-t-il un cancer ? N'allez pas jeter l'affliction chez le malade et dans sa famille par une affirmation hasardée. C'est là un problème extrêmement grave et cruel, car il serait tout aussi malheureux de nier un cancer qui existe réellement que de proclamer l'existence d'un cancer absent. Armez-vous de prudence et d'expectation. Faites une exploration au cystoscope pour vous assurer que la vessie est hors de cause. Si c'est insuffisant pour trancher le diagnostic, faites faire une pyéloscopie, une pyélographie. Surtout ne prononcez jamais à la légère le mot de *néphrite hématurique,* dont nos anciens ont abusé comme d'une panacée et qui a endossé notamment les papillomes de la vessie. Aujourd'hui, nous savons reconnaître les papillomes grâce au cystoscope, qui est facile à introduire chez presque tous, sans chloroforme et sans éther. N'empêche que la néphrite hématurique sert encore à endosser le cancer du rein. Il faut toujours penser à explorer la région lombaire.

S'il s'agit d'un homme, regardez s'il n'a pas un varicocèle. Le varicocèle est un des symptômes souvent précoces du cancer du rein. Comme symptôme tardif, il existe toujours. Il n'y a pas de gros cancer du rein sans varicocèle. Mais ici nous envisageons le cas où il existe une hématurie seul symptôme. Il n'y a pas de tumeur. Et bien, la constatation d'un varicocèle suffirait à diagnostiquer un cancer du rein du même côté. Toutefois, le varicocèle est quelquefois la conséquence d'une adénopathie.

Il y a autour du cancer une vascularisation intense. Les veines spermatiques participent à ce développement vasculaire qui est d'une essence spéciale et qui *n'est pas dû à la compression.*

On peut alors recourir à d'autres moyens d'exploration : la *radiographie.* Une radiographie toute seule, sans injection de substance opaque, est quelquefois utile. Ce n'est pas à un calcul qu'on doit penser. Les calculs du rein ne donnent jamais l'hématurie abondante seul symptôme ; ils donnent de petites hématuries douloureuses, et des coliques néphrétiques. On peut quelquefois se servir de la seule radiographie pour décider l'opération d'une tumeur. Mais il y a de simples difformités, des bosselures, qui peuvent en imposer parfois pour une tumeur ; donc la radiographie simple peut tromper.

Aussi est-il souvent nécessaire de faire appel à des méthodes nouvelles, à la *pyélographie* et à la *pyéloscopie,* qui ont apporté au diagnostic des cancers du rein une solution certaine.

L'injection de bromure de sodium, substance opaque, permet de voir sur l'écran l'image du bassinet et des calices : la pyélographie est utile pour le diagnostic des *hydronéphroses* et la *localisation des calculs.* Le *cancer du rein* se reconnaît à l'existence de déformations, d'écarts entre les calices qui sont repoussés, éloignés l'un de l'autre et partiellement oblitérés par des bourgeons cancéreux, alors même qu'il n'y a pas encore de tumeur extérieure. Dans certains cas, la déformation est tellement grande que les diverses parties du rein ne sont plus reconnaissables.

Par conséquent, nous avons là un procédé d'exploration rendant facile la solution d'un problème insoluble jusqu'alors ; cette méthode fait l'objet d'un travail que M. François Lambert doit publier prochainement dans les *Archives urologiques.* (La méthode de M. Carelli, de Buenos-Ayres, n'est pas toujours nécessaire).

En somme, une hématurie considérable éveille l'idée de néoplasie. Le fait que cette hématurie est spontanée consolide cette idée. Naturellement, il faut que le malade ait la vessie indemne, c'est là une condition nécessaire à la mise en valeur de l'hématurie. La présence d'un varicocèle confirme le diagnostic et la localisation de la tumeur dans le rein droit ou gauche. S'il n'y a pas de varicocèle, la pyélographie sera fort utile pour trancher le diagnostic dans certains cas.

BÉSICLES A VERRES RONDS ET BÉSICLES A VERRES OVALES

Par le Dr Ed. Crouzel, Le Buisson (Dordogne).

La mode étend son domaine. Elle exerce son empire, sans cesse envahissant, de domination depuis le plus infime objet de toilette jusqu'aux remèdes, aux accessoires de la thérapeutique et aux appareils de prothèse et d'optique. La forme ovale des verres de bésicles avait, jusqu'à ces dernières années, conservé la tradition, en accord du reste et en harmonie avec les contours externes de l'orbite et l'ouverture naturelle des paupières. La disposition anatomique de celles-ci paraît avoir dicté et imposé la forme ovale des verres à travers l'histoire. En effet, si le globe oculaire est *sphérique*, l'ouverture palpébrale transversale, donne à l'œil l'aspect et la forme *ovale* que les verres des bésicles doivent, en quelque sorte, modeler et épouser, sous peine d'une adaptation défectueuse. Malgré tout, il faut nécessairement donner aux rayons lumineux le plus large accès possible sur la cornée trans-

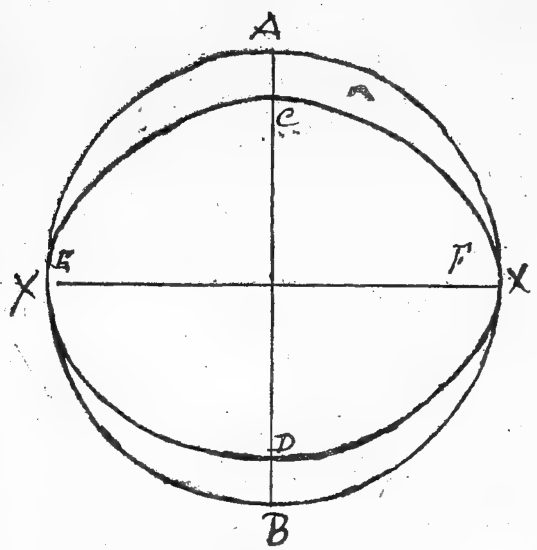


Fig. 1.

0 m. 06 AB = 0 m. 06
0 m. 005 AC = 0,005
Circonférences : AEBF
Ovale : CEDF
Segments différentiels :
1° EAFCE
2° EBFDE

parente et, par suite, élargir au maximum le champ visuel. Ce désideratum impérieux ,est suffisamment réalisé par la forme *ovale* des verres. Du reste, l'épaisseur insignifiante de la monture de ceux-ci ne serait pas de nature à intercepter, de façon appréciable, l'arrivée des rayons lumineux, dans leur partie utile. Pour éviter cet inconvénient plus apparent que réel, et dans le but d'agrandir au maximum, le champ visuel, *utile* parce qu'utilisable ou utilisé, on a essayé de substituer *systématiquement* et sans exception les verres *ronds* aux verres *ovales*, sans songer aux inconvénients multiples de cette nouvelle mode importée, en France, pendant la guerre, par les Anglo-Saxons.

Dans tous les cas, il faut savoir qu'il n'y aurait guère que les *myopes hypermétropes* et les *astigmates* qui pourraient bénéficier, jusqu'à un certain point, de cette innovation aussi *intempestive qu'erronée et anti-esthétique*.



Fig. 2.

Ces anormaux de la réfraction portent leurs verres de façon constante. En restant sur le terrain uniquement pratique, on peut y ajouter les *automobilistes* et tous ceux qui désirent préserver leurs yeux de la poussière et des corps étrangers. Il ne faut pas perdre de vue que la forme *ronde* impose plus de poids aux bésicles ce qui n'est pas négligeable. Du reste, il est facile dans les cas très rares où cette forme est admisssible, de tourner la difficulté, en adoptant la forme *pantoscopique*, se rapprochant du *triangle très arrondi*. Cette forme, moins disgracieuse que la forme *ronde*, est *plus légère*, tout en donnant un *champ visuel* aussi étendu.

Le côté *esthétique* devrait avoir, aussi, une part légitime considérable. La mode est ici comme il arrive souvent, *anti-esthétique*. En effet, il n'est pas douteux qu'il *saute aux yeux*, c'est bien ici le cas de le dire, que la forme ronde

des verres *déforme* très sensiblement la physionomie, en l'altérant désagréablement par un air *rébarbatif* spécial. Le porteur de bésicles à verres ronds semble involontairement faire les *gros yeux*, comme on dit familièrement. On a pu remarquer que certains communistes, pour se donner une apparence plus diabolique et plus effrayante se sont munis, à la tribune de la Chambre des députés, de lunettes rondes : il ne leur manquait que le couteau entre les dents ! ! Par contre, la forme *ovale* ne *déforme* jamais la physionomie et, fréquemment, l'*agrémente*, à telle enseigne que certains *snobs du monocle* s'imposent aussi le port *inutile* de bésicles à verres *ovales* et à *surface-plane*, dans l'unique but d'augmenter leur *cote d'amour* !



Fig. 3.

Ces fantaisistes *emmétropes*, simulant l'*amétropie*, perdent de vue que celle-ci constitue une infirmité, une tare dont ils devraient se féliciter d'avoir été épargnés par la nature. Ils demandent à l'*anormalité* de venir au secours de leur facies déficient. C'est un de ces paradoxes inattendus dont notre pauvre nature ménage les surprises de la vie ! Ces petits travers d'une partie de l'humanité font songer à la torture que, dans le même but, certaines femmes ... *célestes* imposent à leurs pieds, par une déformation ... savante, en violation des lois de la statique, mais dont la nature ne manque pas de se venger de quelque façon.

Donc, à part les rares exceptions que j'ai indiquées, la forme *arrondie* des verres de bésicles est un *contre-sens* et une sorte d'*hérésie esthétique*. Le verre *ovale* épouse, en quelque sorte, la forme extérieure de l'œil, *en amande*, avec son ouverture palpébrale normale. Ici, l'arc supérieur de cette monture se confond à peu près, avec le sourcil, limitant la courbure supérieure naturelle de ce champ de la vision. Avec le verre *rond*, ce champ est inutilement porté au-dessus du sourcil, par l'*arc différentiel* du verre ovale et du *verre rond*. Cet arc supérieur dépasse inutilement le sourcil, sans en avoir la courbure naturelle et constitue une véritable *superfétation* de l'effet le plus disgracieux. Donc, *théoriquement*, *pratiquement* et *esthétiquement*, l'adoption de la forme *ronde* est contre indiquée dans la très garnde majorité des cas. Laissons donc aux Anglo-Saxons et aux Allemands cette innovation dont à la rigueur leur facies national s'accommode mieux, mais qui n'est nullement en harmonie avec la physionomie *française et latine*.



Fig. 4.

Je me permets de rappeler ici, les règles générales devant présider à la fabrication des verres correcteurs. Il importe essentiellement que les verres correcteurs soient exactement *centrés*, c'est-à-dire que le milieu du verre corresponde à la direction du regard, à l'axe de la pupille. Pour que les verres soient bien exécutés, il faut connaître la *distance* ou l'*écartement* des yeux à la hauteur du nez ; cette distance se mesure avec des instruments spéciaux. Il faut veiller à ce que le plan du verre ne se place pas trop obliquement, par rapport aux yeux. Les verres *jaunes*, *légèrement fumés*, ont l'avantage d'enlever aux rayons du soleil ou à la lumière vive les rayons *ultra-violets* qui fatiguent la rétine, et ont l'avantage de ne pas assombrir le paysage extérieur. Leur pouvoir éclairant les rend agréables.

N. B. — Avant d'entreprendre le présent travail, j'ai jugé à propos de demander l'avis autorisé de l'agent technique d'une grande firme française d'optique qui est absolument de mon avis. De même l'un de mes amis, professeur d'ophtalmologie dans l'une de nos facultés de médecine de province, m'a écrit textuellement : je crois, comme vous, que l'on a abusé du verre *rond*, prescrit sans discernement. Celui-ci donne un *peu plus* de champ visuel, mais surtout s'il est *périscopique*. Le verre *ovale* est préférable pour les *presbytes* et en général pour la *vision de près*. Le verre en demi-lune présente aussi des avantages.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les injections intratrachéales de lipiodol dans le radiodiagnostic des affections de l'appareil respiratoire.

MM. E. Sergent et P. Cottenot estiment que ce procédé, quand il est nettement affirmatif, peut concourir au diagnostic différentiel des suppurations broncho-pulmonaires ou pleurales ; cependant, si l'image est négative ou discutable, il laisse parfois place au doute ; enfin il peut conduire à l'erreur par une interprétation erronée.

En effet, si une image de poumon lipiodolisé montre des arborisations normales, on n'est nullement en droit de conclure que tout l'arbre bronchique est normal ; car le lipiodol injecté n'opacifie qu'une très petite partie de l'arbre bronchique, et il est impossible de sortir de ce dilemne : ou injecter un grand volume de lipiodol et obtenir une image confuse, ou injecter une petite quantité qui ne pénètrera que dans les arborisations les plus déclives et risquera de laisser invisibles les territoires que l'on se propose d'opacifier. Cependant cette petite quantité de liquide chemine vers les terminaisons bronchiques sous l'action de deux forces : la pesanteur et l'aspiration thoracique. De là résulte la double nécessité de faire inspirer profondément le sujet pendant l'injection et de laisser à l'hémithorax à explorer la liberté de ses mouvements inspiratoires, ce que l'on obtient en imprimant au malade assis une forte inclinaison latérale ; cette position est préférable au décubitus latéral sur une table.

On ne doit donc demander à la méthode que ce qu'elle peut donner, et confronter ses résultats avec ceux des autres moyens d'exploration. (*La Presse médicale*, 18 avril 1925.)

Les pleurésies du pneumothorax artificiel.

La pleurésie serait une complication observée chez 60 p. 100 des malades traités par la collapsothérapie. Voici quels sont les enseignements recueillis sur la conduite à tenir par le Dr A. Pissavy au cours de cinq années de pratique dans un grand service de tuberculeux.

Les pleurésies liquidiennes, les pleurésies adhésives, et les pleurésies mixtes sont les trois formes les plus fréquemment observées.

Les premières ont ceci de particulier qu'elles n'entraînent ni adhérence, ni recollement prématuré des plèvres, et, en dehors des cas où l'abondance de l'épanchement détermine des compressions dangereuses, le mieux est de ne pas toucher au liquide ; s'il y a lieu de décomprimer, il faut essayer de le faire en ponctionnant la poche aérienne, avant de recourir à la thoracentèse ; ne pas négliger un contrôle radioscopique fréquemment répété. L'abstention est sans inconvénient ; au contraire la thoracentèse expose à l'infection de la paroi, à la formation d'une fistule pleuro-cutanée. De plus, certains sujets ne commencent à aller vraiment bien que lorsque survient chez eux un épanchement pleural ; or, dans ces cas l'évacuation de l'épanchement ramène parfois l'état précaire que son apparition avait fait cesser.

Quant aux pleurésies adhésives, à l'inverse des précédentes, elles ont une tendance des plus marquées à ramener le moignon pulmonaire à la paroi et à supprimer ainsi d'une façon prématurée, le pneumothorax artificiel. Mais ici encore l'abstention constitue, de l'avis de l'auteur, la ligne de conduite la plus sage, et l'utilité des évacuations de liquide et des insufflations répétées ne paraît aucunement démontrée. D'ailleurs, à côté des pleurésies obstinément adhésives et contre lesquelles tous nos efforts sont vains, il y en a d'autres qui ne sont que temporairement adhésives ; la symphyse reste en route et le liquide, un jour, se résorbe spontanément, avec ou sans ponctions.

La conduite à tenir dans les pleurésies mixtes découle des données précédentes.

Quant à la dernière catégorie, les pleurésies graves ou septiques (2,7 p. 100 des cas de pneumos) elles sont heureusement exceptionnelles ; elles peuvent être dues à une perforation pulmonaire, ce qui est rare, ou survenir sans cause nettement définie. Les précautions minutieuses que tout médecin consciencieux ne manque jamais de prendre pour ses insufflations ne per-

mettent guère d'attribuer à une contamination opératoire la présence des microbes d'infections secondaires que l'on retrouve fréquemment ; par contre, plusieurs observations de P. démontrent, de la façon la plus nette, l'origine endogène de cette infection. Le pronostic est toujours très grave, aucun des traitements recommandés (ponction avec ou sans injections modificatrices) n'a encore eu la consécration d'une longue expérience et la crainte de la pleurésie septique reste toujours, pour le médecin chargé de conduire un pneumothorax, une préoccupation sérieuse. (*La Presse médicale*, 28 mars 1925.)

Traitement de la rougeole.

La rougeole est véritablement un péril pour l'enfance, et, ainsi que l'écrit le Pr Lereboullet, si on découvrait actuellement un vaccin pour la rougeole, non pas ce vaccin passager qu'est le sérum de convalescent, mais une vaccination microbienne vraie contre le microbe inconnu de la rougeole, on diminuerait la mortalité annuelle dans une proportion appréciable.

En attendant, il faut se contenter de traiter la rougeole par nos moyens actuels, mais il faut se rappeler que la médecine préventive joue ici un rôle capital :

a) Médecine préventive de la rougeole même, par la séroprophylaxie chez tous les enfants débiles, surtout à l'hôpital. L'injection sous-cutanée de sérum de convalescent est efficace dans le processus de la rougeole pour peu qu'elle soit faite précocement, c'est-à-dire dans les tout premiers jours de l'incubation, avant le sixième jour : 4 à 5 cmc. d'un sérum prélevé avec toutes les précautions prises contre la syphilis et la tuberculose, 7 à 9 jours après la défervescence ; faire un mélange de plusieurs sérums ; il est plus efficace ; il garde facilement son activité durant plusieurs mois. En dehors des débiles, il faut encore injecter du sérum de convalescent aux enfants très jeunes, au-dessous de deux ans, aux enfants atteints de tuberculose ; aux enfants relevant d'une scarlatine ou d'une diphtérie, encore que chez ces convalescents la méthode soit moins active et plus susceptible d'échec.

b) Médecine préventive des complications de la rougeole par une hygiène bien comprise, par l'isolement individuel du rougeoleux et par l'assainissement de son organisme, pour éviter qu'il soit, au moment où éclate la rougeole, porteur d'une autre infection susceptible de se développer ou qu'il reçoive alors une hétéro-infection, qui serait grave en raison de cet état. Sans parler des complications cutanées et buccales, la rougeole se complique de laryngite, de bronchopneumonie, quelquefois de diphtérie ; aussi, dans une rougeole hospitalière, est-il de bonne habitude d'injecter préventivement à un enfant : 10 cmc. de sérum antidiphtérique, 10 cmc. de sérum antistreptococcique, et 10 cmc. de sérum antipneumonique. (*Le Progrès médical*, 16 mai 1925.)

Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

Il s'agit, d'après André Martin, de néoformations bénignes par leur nature, sans tendance à l'extension, à la propagation, limitées ou diffuses, naissant aux dépens du tissu conjonctif, de la musculeuse, de la muqueuse, des vaisseaux.

Pratiquement, il y a des tumeurs sous-muqueuses, et des tumeurs sous-séreuses :

1° En se développant sous la muqueuse, ou bien il s'agira d'une tumeur ulcérant la muqueuse, d'où hémorragie intestinale, ou d'une tumeur diminuant le calibre de l'intestin d'où symptôme de rétrécissement. Le diagnostic est bien difficile dans la plupart des cas : l'examen de l'abdomen ne donne pas de renseignements importants en dehors des crises aiguës (hémorragies, symptômes de rétrécissement) ; la radioscopie et la radiographie n'ont jamais été utilisées. L'évolution se fait souvent vers la chronicité et la cachexie, ou bien elle est interrompue par une crise d'occlusion aiguë avec mort. Il arrive que des cas ressemblent à la colique hépatique et surtout à la douleur vague dans la région appendiculaire ; on intervient pour appendicite chronique ; ou procède à l'ablation de l'appendice, les douleurs continuent ; on intervient au bout de 3 ou 6 mois, 17 mois, et on trouve la tumeur siégeant vers la fin de l'iléon.

2° Sous-séreuse, la tumeur reste longtemps silencieuse ; elle ne se révèle que par les complications : accidents de torsion du pédicule, volvulus, plus rarement, troubles de compression.

Le traitement ne peut être que chirurgical ; à part les cas où la tumeur seule est extirpable, c'est la résection intestinale qui est le procédé de choix ; cette entérectomie en période aiguë est d'un pronostic grave ; aboucher les deux bouts du grêle à la paroi après résection du segment en voie de sphacèle donne des résultats franchement mauvais.

En cas de volvulus, ne jamais pratiquer une entérostomie, qui ne touche pas à la lésion. (*Le Progrès médical*, 4 avril 1925.)

Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme.

En ces dernières années cette méthode de traitement a été largement essayée, plus particulièrement à l'étranger, dans le but de créer chez le paralytique général une maladie fébrile, que ce soit par le paludisme ou par la fièvre récurrente. Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître à la méthode de Wagner une efficacité indiscutable (25 à 35 p. 100 de résultats favorables), supérieure en tous cas aux autres méthodes, tant en ce qui concerne la proportion de

rémissions enregistrées qu'en ce qui concerne le caractère remarquable de certaines guérisons obtenues.

Il s'agit certes d'une méthode très violente, qui fait maigrir les patients et entraîne une perte de forces considérables ; mieux vaut n'entreprendre ce traitement qu'à l'hôpital.

On se demande surtout quelle est la durée des périodes de rémission obtenues et on la fixe à un, deux, trois ans.

Aucun fait précis n'éclaire d'une manière certaine le mécanisme de cette réaction bienfaisante, obtenue en injectant sous la peau 2 à 4 cmc. de sang d'un sujet atteint de paludisme à type tierce, sans être nécessairement en état de paroxysme fébrile. L'incubation est de 10 à 15 jours. Le nombre d'accès nécessaires pour une cure satisfaisante paraît être de 3 à 12 accès, après quoi on arrête l'évolution de la malaria par l'administration de quinine ; la malaria inoculée s'arrête toujours facilement.

La régression des signes de paralysie générale ne se produit pas toujours dès la fin de la cure paludéenne, mais quelquefois d'une façon progressive et commence seulement quelque temps après qu'on a arrêté les accès fébriles pour se prolonger ensuite. Cette amélioration a paru se produire, de préférence, chez certains types de paralytiques généraux, en particulier dans les formes avec excitation maniaque ou avec délire expansif, alors que dans la forme démentielle simple, les résultats sont beaucoup moins bons. On réussit d'autant mieux que la maladie est plus récente. Il n'y a pas, d'après le Dr Pagniez, de parallélisme nécessaire entre l'amélioration des signes cliniques de la paralysie générale et les modifications humorales : un malade peut présenter une rémission remarquable après le traitement par la malaria, et conserver les caractères anormaux de son liquide céphalo-rachidien ou inversement. Enfin, on ne constate pas dans la règle de complications sérieuses imputables à la malaria injectée. (*La Presse médicale*, 30 mai 1925.)

Troubles rénaux et cardiaques au cours de la première dentition.

Les troubles que l'auteur, M. Ladjimi, a en vue dans sa description seraient des accidents de première dentition analogues à la diarrhée, aux convulsions, à la fièvre légère communément décrites, quoique niées par certains auteurs pour être en corrélation avec l'évolution dentaire. La question de l'étiologie et de la pathogénie reste d'ailleurs obscure, et il faut attendre pour l'éclairer.

Cliniquement, il s'agit d'enfants du premier âge, qui, soudainement, présentent de l'abattement, avec des périodes d'agitation et de cris. En outre, ils sont atteints d'oligurie et d'une légère tachycardie. Il faut évidemment y prêter grande attention pour le constater. A la vérité, les mictions sont rares, deux ou trois par 24 heures ; l'urine est trouble, ambrée, elle ne contient pas d'albumine dans les formes légères. On note en même temps une tachycardie légère. A ces symptômes cardinaux s'ajoutent de la toux, du catarrhe nasal et une diarrhée peu importante. Enfin, les gencives sont gonflées. L'appétit est modéré, la température normale. En quelques jours, les choses s'arrangent ordinairement, et la débâcle urinaire signe l'amélioration définitive et la convalescence.

Mais il existe des formes graves dans lesquelles la tachycardie est extrême, le pouls incomptable, le rythme fœtal, les cavités cardiaques parfois dilatées, la respiration haletante. L'oligurie fait place à l'anurie ; quand on peut recueillir des urines, elles sont albumineuses. Ces formes peuvent évoluer vers la guérison qu'annonce la débâcle urinaire, mais on aurait noté des cas de mort.

Peut-on parler de néphrite *a frigore*, parce que, dans quelques cas, on aurait noté un refroidissement ? Celui-ci fait souvent défaut, et d'autre part, ces troubles cardio-rénaux coïncident toujours avec la poussée dentaire. « Les éléments essentiels du diagnostic sont l'oligurie ou l'anurie, l'abattement, la pâleur, avec parfois toux et dilatation cardiaque ».

Le pronostic devient vraiment grave quand la débâcle urinaire ne s'amorce pas. Il faut donc obtenir surtout celle-ci. L'auteur conseille d'appliquer des ventouses sèches sur la région lombaire, de donner des infusions diurétiques chaudes (chiendent, queues de cerises), mais avec la diète hydrique, en y ajoutant la théobromine et l'huile camphrée. A cette médication des formes légères, on adjoindra, dans les graves, l'application d'une sangsue au-dessous du sein gauche et à la région lombaire, la teinture de digitale.

Les autres symptômes, toux, diarrhée, sont traités classiquement, les gencives frictionnées doucement avec un collutoire approprié.

Terminons par les conclusions de l'auteur, qui témoignent de sa modestie et méritent d'être retenues : « Je ne veux pas donner à ces troubles plus d'importance qu'ils n'en ont ; mais ils méritent d'attirer sérieusement l'attention du médecin. Certes, d'aucuns diront que j'exagère ou que je me trompe : je leur demande de vérifier en toute conscience, chez leurs petits malades, le syndrome que j'ai décrit. » (*Maroc médical*, 15 juin 1925.)

L'obstruction respiratoire pharyngée inférieure ou glossoptose. Traitement. Guérison.

La glossoptose, au dire de M. P. Robin, est la chute de la base de la langue contre la face antérieure de la colonne vertébrale, fermant

ainsi la circulation de l'air nasal dans le pharynx en même temps que l'épiglotte abaissée ferme la glotte. Ne pouvant respirer par le nez, le glossoptosique ouvre la bouche pour dégager son pharynx.

Quand, donc, toutes les causes supérieures d'obstruction naso-pharyngée auront été éliminées, soit comme inexistantes, soit convenablement traitées (végétations, déviations de la cloison, etc.), et que la respiration buccale persistera, il faudra songer à la glossoptose, avant de conclure à la persistance d'une mauvaise habitude.

Le diagnostic en est d'ailleurs facile. On ordonne au respirateur par la bouche d'accrocher ses incisives supérieures avec les inférieures portées en avant, les lèvres fermées. La langue et le menton sont portés en avant ; la bouche est agrandie ; l'oro-pharynx est libéré et la respiration nasale devient facile et complète.

Dystrophie importante à connaître et à combattre, puisqu'elle offre un retentissement désastreux sur le développement de l'organisme. L'enfant qui en est atteint présente le facies adénoïdien, dysthrepsique ; il pousse mal et inquiète ses proches ; c'est un mal portant, à résistance diminuée, apte à subir toutes sortes d'infections...

Le traitement consiste à placer dans la bouche un monobloc. (*L'Evolution médico-chirurgicale*, mai 1925.)

Traitement des stomatites ulcéreuses par la congélation.

C'est la méthode de Jelinek qu'expose M. Tassovatz, après l'avoir expérimentée. Elle consiste essentiellement à projeter sur les ulcérations de la muqueuse buccale ou gingivale, pendant 5 à 10 secondes, un jet de chlorure d'éthyle. Les localisations à traiter seront entourées d'ouate, les dents protégées par de la cire ou les doigts de l'opérateur. Les dents cariées seront préalablement obturées. Enfin, on évitera que les malades respirent par la bouche, pour ne pas aspirer le chlorure d'éthyle.

Les résultats sont impressionnants. En quelques jours, la cicatrisation est réalisée. La congélation tue en effet les spirochètes qui, associés aux bacilles fusiformes, sont les agents pathogènes de l'affection.

Durant l'application de ce traitement, on interdira aux malades de fumer, et on leur prescrira des gargarismes, au chlorate de potasse, à l'eau salée.

L'angine de Vincent est justiciable de la même thérapeutique, à la condition d'éviter que le chlorure d'éthyle ne coule dans le pharynx. La pyorrhée alvéolo-dentaire également. En un mot, toutes les ulcérations muqueuses ou cutanées, causées par l'association fuso-spirillaire, se ferment rapidement sous l'action de la congélation au chlorure d'éthyle. (*Strasbourg médical*, 5 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Eruptions toxi-dermiques dues aux barbituriques (véronal, luminal).

(MM. Caussade, A. Tardieu et Lacapère. — *Société méd. des hôp.* ; 3-7-1925.)

L'intoxication par les barbituriques, par le véronal, le luminal, peut s'accompagner d'éruptions cutanées de types variés. Bien que les Traités classiques n'en fassent guère mention, ces éruptions ne sont pas très rares.

Prurigineuses, souvent symétriques, éphémères et polymorphes, les éruptions par le véronal ou les autres dérivés de l'acide barbiturique sont capables de simuler tous les exanthèmes et d'induire en erreur même le spécialiste le plus averti, s'il ne tient pas un compte suffisant des circonstances qui ont présidé à l'éclosion des troubles cutanés.

M. Caussade a eu récemment dans son service une jeune femme de 29 ans, admise pour un exanthème rappelant la rougeole. La malade avait pris, pendant dix jours, chaque soir, une dose de 0 gr. 10 de luminal et c'est à la onzième prise que l'éruption débuta.

Il est à remarquer que toutes ces toxidermies barbituriques surgissent de préférence lorsque le véronal ou ses succédanés sont administrés à doses thérapeutiques. Elles sont plus rares dans les cas d'intoxication massive. Elles guérissent toujours, d'ailleurs, en quelques jours, après la suppression de l'hypnotique.

La carence solaire et le rachitisme.

(M. André Léri. — *Société médicale des hôpitaux* ; 10-6-1925.)

En thérapeutique, l'action des rayons ultra-violets et de l'héliothérapie dans le rachitisme est indéniable. Mais, s'ensuit-il, comme le pensent quelques auteurs anglo-américains et comme le soutient M. Armand-Delille, que le rachitisme reconnaisse pour cause à peu près exclusive la privation de soleil, la carence solaire ?

Nous avons vu que telle n'est pas l'opinion de la majorité des pédiatres français. M. Léri présente à ce sujet quelques remarques du même ordre. Pendant la

guerre, M. André Léri a eu l'occasion de soigner un certain nombre de rachitiques anciens. Or, presque tous étaient des campagnards, vivant plus que les citadins au grand air et au soleil. Mais, ces hommes appartenaient à des familles nombreuses et leur alimentation avait été, pour ce motif, défectueuse comme quantité et qualité.

— Pour M. LESNÉ, l'étiologie du rachitisme est complexe et la carence solaire n'en est certes pas la cause unique. La privation du sein, les affections gastro-intestinales chroniques, enfin et surtout l'usage des farineux et du pain à un âge où l'enfant est incapable de les digérer constituent des facteurs étiologiques importants. Il n'en est pas moins vrai que dans les pays ensoleillés, chez les enfants qui vivent beaucoup dehors, le rachitisme est moins répandu.

— M. JEANSELME signale l'absence de rachitisme dans la péninsule indo-chinoise. Jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans, les enfants y sont laissés à peu près nus, sans porter même de pagne. Les mères, il est vrai, allaitent très longtemps leurs nouveau-nés.

Une mesure prophylactique du choléra infantile.

(MM. L. RIBADEAU-DUMAS et FOUET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

L'alimentation joue, dans la provocation du choléra infantile, un rôle incontestable. M. Marfan remarque que le choléra infantile vrai ne s'observe jamais chez l'enfant au sein. Au contraire, l'enfant élevé au lait de vache y est tout particulièrement exposé.

Tous les laits sont-ils également cholérigènes chez le nourrisson ? Dans son service de la Maternité, M. Ribadeau-Dumas notait, au mois de juin 1923, que sur 38 enfants, seuls tombaient malades ceux nourris au lait frais stérilisé, ceux recevant des laits de conserve restant indemnes. L'année suivante, l'auteur n'utilisa dans son service que les laits de conserve pendant l'été, et les troubles furent nuls ou négligeables.

M. Ribadeau-Dumas recommande donc, comme prophylaxie de diarrhées, d'été, à défaut d'allaitement maternel, de donner seulement des biberons de lait sec préparés extemporanément avec de l'eau bouillante. C'est un avantage du lait sec de prévenir en quelque sorte les accidents digestifs graves de la période d'été, chez les petits enfants. Cela se conçoit si l'on réfléchit que l'un des secrets de la fabrication d'une bonne poudre de lait est l'emploi de lait frais desséché immédiatement après la traite. Les laits stérilisés industriels (qui sont soumis à la stérilisation, également très peu de temps après la traite) pourront remplir le même rôle que le lait sec.

Durant l'été, conclut l'auteur, il y a donc lieu, de préconiser à Paris l'emploi des bons laits de conserve (laits stérilisés industriellement, poudre de lait), de préférence au lait frais, bouilli toujours tardivement.

— M. COMBY a vu, il y a déjà longtemps, qu'à la période des chaleurs estivales, la substitution du lait stérilisé industriel au lait ordinaire fait disparaître la diarrhée saisonnière. Depuis cette époque (1890) il a pris l'habitude de recommander au cours des mois d'été, chez tous les enfants allaités artificiellement, les laits de conserve (lait stérilisé industriel, lait condensé, lait sec) de préférence au lait frais simplement bouilli.

Sodoku dans la région parisienne.

(MM. APERT, KERMORGANT et GARCIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

Le sodoku est une affection aujourd'hui classée et sa cause bien élucidée : à l'origine, morsure par un rat infecté ; peu de jours après, violent et brusque accès fébrile passager, et éruption cutanée non moins éphémère. Retour cyclique de la fièvre et de l'éruption à intervalles réguliers de cinq à six jours, séparés par des périodes de santé. Longue durée de la maladie en l'absence de traitement. Cause de l'affection : pullulation intermittente dans l'organisme d'un spirille particulier, parasite fréquent du rat. Guérison par les spirillicides (arsenicaux).

Les cas de sodoku observés en France commencent à être nombreux et paraissent se multiplier depuis quelque temps. M. Apert en signale trois nouveaux exemples rencontrés dans la région parisienne, qui ont cédé au traitement arsenical. Le bismuth, essayé dans un cas, n'amena aucune amélioration.

L'auteur s'efforce d'établir un rapprochement entre le sodoku et la syphilis. Dans les deux maladies, on note un chancre d'inoculation se constituant après une période d'incubation, une adénopathie satellite, une éruption cutanée, une évolution par stades, etc.

M. SÉZARY, partant de ces analogies, se demande si on ne pourrait pas tenter, chez les sujets mordus par des rats, une prophylaxie du sodoku par l'ingestion de stovarsol ou de tréparsol.

— M. COMBY croit le sodoku plus fréquent qu'on ne le dit, mais il est souvent méconnu. Il pourrait résulter quelquefois de la morsure d'autres animaux que le rat (chat, chien, furet, écureuil). L'agent pathogène serait transmis par la salive de l'animal mordeur.

Tuberculose chirurgicale et accidents du travail.

(M. J. DELCHEF, de Bruxelles. — *Soc. de méd. et de chir. des accidents du travail* ; 2-5-1925.)

M. Delchef présente une étude sur la tuberculose chirurgicale dans ses rapports avec les traumatismes et les accidents du travail.

Un traumatisme ouvert qui inocule à la plaie des bacilles tuberculeux est responsable en totalité de la tuberculose locale consécutive. Lorsque l'inoculation est secondaire, la responsabilité persiste, mais n'est plus exclusive.

Un traumatisme fermé peut révéler ou aggraver une lésion tuberculeuse. Il est susceptible également

d'intervenir dans la généralisation d'une bacillose, mais il ne saurait localiser celle-ci.

Si l'on transporte ces données dans la pratique médico-légale des accidents du travail suivis de lésions tuberculeuses, on arrive à cette conclusion que la plupart du temps on est en présence de pseudo-accidents, conséquences d'une arthrite bacillaire méconnue, chez des ouvriers qui, la plupart du temps, ignorent leur affection et travaillent alors qu'ils devraient être au repos, comme malades.

L'expert devra faire une étude complète de chaque cas particulier, s'aidant de la radiographie qui pourra révéler des lésions tuberculeuses déjà avancées.

En pratique, il est vrai, dans la forme présente de la législation sur les accidents du travail, l'état antérieur n'est pas pris en considération et le juge demande à l'expert de fixer simplement l'état actuel sur le quel seul joue la responsabilité partronale.

C'est là un point de vue qu'il faudra, un jour, réformer, dit M. Delcheff, lorsque fonctionneront les lois d'assurance contre la maladie et la vieillesse. En l'absence de ces lois protectrices de l'invalidité-maladie, les textes légaux en cours sont évidemment défendables. Mais lorsque l'ouvrier pourra être secouru par l'assurance invalidité-maladie, c'est à celle-ci qu'incombera le soin de prendre à sa charge ces tuberculoses chirurgicales pseudo-traumatiques, et alors l'expert aura à départir les cas de tuberculoses post-traumatiques dans lesquels l'accident du travail a une responsabilité et ceux où il n'en a pas.

Chancre professionnel de la conjonctive chez un médecin.

(M. Clément Simon. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 2-4-1925.)

On connaît le cas d'un chirurgien illustre du siècle dernier qui contracta un chancre conjonctival par projection sur l'œil de salive virulente d'un malade. C'est une contamination analogue que vient d'observer M. Clément Simon. Le docteur X... examine le 15 décembre un malade atteint de plaques muqueuses et, pendant l'examen, le malade tousse et projette de la salive sur l'œil de notre confrère. Un mois plus tard, apparut sur la conjonctive droite un chancre syphilitique typique, avec adénopathie pré-auriculaire et sous-maxillaire. Bien que ces faits soient fort rares, ils incitent le médecin à se protéger les yeux au moyen de larges lunettes quand il a à faire des examens de la gorge de malades syphilitiques.

Les chancres de la conjonctive s'observent plutôt à la suite de manœuvres ayant pout but l'ablation des corps étrangers de l'œil, manœuvres exécutées avec des objets contaminés (bout de bois humecté de salive, par exemple).

Les syphilis occultes de la femme. La notion des porteuses de germes.

(M. Louis Bory. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 2-4-1925.)

M. Bory revient sur la question des syphilis occultes de la femme à propos de la communication, dont nous avons parlé, de MM. Bizard et Jolivet.

Un syphilitique peut-il être contagieux en l'absence d'accidents visibles ? M. Bory le croit, car pour lui nos yeux sont de bien pauvres instruments pour juger de la présence ou de l'absence du tréponème. Chez les prostituées, en raison de leur exposition journalière aux contages vénériens, la recherche du Wassermann devrait être obligatoire et systématique ; une réaction positive entraînerait un traitement régulier.

Dans le sexe féminin, il existe deux moyens de contracter la syphilis : par inoculation dermique et chancre visible ; par inoculation directe dans le milieu intérieur, les tréponèmes du sperme pouvant cheminer avec les spermatozoïdes jusque dans la trompe. La femme peut devenir ainsi une simple porteuse de germes et, avec tous les attributs de la santé, transmettre la maladie à l'homme, et surtout au produit de la conception.

— M. Sabouraud parle des syphilis atténuées susceptibles d'être immunisantes pour le conjoint, sans créer de gros accidents. Il y a là toute une série de problèmes que nous sommes à même seulement d'évoquer, sans pouvoir prétendre les résoudre actuellement.

La syphilis est-elle en décroissance ?

(M. Spillmann. — *Société dermatologique de Nancy* ; 14-2-1925.)

La syphilis a présenté, dans ces dernières années, une diminution de fréquence signalée par la plupart des auteurs. Depuis quelques mois, cependant, M. Spillmann a enregistré un nombre d'accidents primaires en voie d'accroissement.

— M. Pautrier pense, comme M. Spillmann, que la syphilis, après avoir été nettement en décroissance, manifeste maintenant un retour offensif. A ce propos, l'auteur critique le traitement arsenical, par injections intra-musculaires, qu'il déclare insuffisant comme médication d'attaque. A la période du début, l'injection intra-veineuse lui paraît seule répondre au but à atteindre.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Disjonction traumatique des pubis.

M. Creyssel présente, au nom de MM. Delore, Mallet-Guy et au sien, un malade qui, ayant été projeté du haut d'un camion automobile, fut amené à l'hôpital dans un état de shock assez marqué et avec une impotence à peu près complète des membres inférieurs ; volumineuse ecchymose des bourses et de la région pubienne médiane, où la palpation montrait un empâtement diffus et une douleur vive réveillée

par la pression des crêtes iliaques. Le toucher rectal, négatif en arrière, permettait de sentir, en avant, un écartement des pubis avec point douloureux. Rétention d'urine, sans hématurie. Radiographie : disjonction symphysaire considérable (deux travers de doigt d'écart entre les deux pubis. Double diastasis sacro-iliaque. En l'absence de lésions viscérales, on décida d'abord de temporiser. Mais au bout de quelques jours, la température s'élevant, on intervint par une incision sus-pubienne qui conduisit dans une vaste cavité remplie de sang en putréfaction et de débris musculaires ; simple drainage par mèche suivie de suppuration abondante. Peu à peu, malgré une phlébite de la jambe droite, les symptômes s'amendaient, les pubis finirent par se ressouder et actuellement l'impotence est très réduite.

Exostose orbitaire de l'angle supéro-interne.

M. Bujadoux relate, au nom de M. Jacqueau, l'observation d'un malade atteint d'une tumeur dure, du volume d'une petite noix, implantée dans l'angle supéro-interne de l'orbite. Les auteurs rattachent cette affection à une infection ethmoïdale latente.

Discussion sur la curiethérapie des cancers utérins.

M. Albertin, comme suite à une communication antérieure de M. Nogier, apporte à la Société un certain nombre de résultats : sur 45 malades chez lesquelles il fit des applications de radium sans autre intervention, la plupart étant des cas défavorables, il ne veut retenir que 5 cas où une guérison apparente se maintient depuis 3 à 6 ans. Sur 11 cas plus anciens où fut pratiquée l'hystérectomie après l'application de radium, M. Albertin a eu deux récidives, une mort ; restent 8 cas encore en observation, en état de guérison apparente.

M. Ch. Dunet, qui a examiné 12 pièces d'hystérectomie provenant de malades soumises au radium avant l'intervention, a noté dans 9 cas la persistance d'îlots épithéliomateux ; on ne peut donc, selon lui, parler, dans ces cas, de stérilisation absolue par le radium.

M. Villard estime que le radium ne donne pas actuellement aux malades autant de chances de guérison que l'intervention chirurgicale ; celle-ci, dit-il, doit lui être préférée comme permettant une exérèse aussi étendue que possible, conduite suivant les voies d'extension connues, ne demandant aucun effort de résorption à l'organisme et diminuant de ce fait les chances de métastases. La statistique de M. Villard lui donne 27 % de guérison, avec 5 % de décès.

M. Violet pense que, pour les cas opérables, rien ne vaut l'opération, mais que, pour les cas inopérables, grâce au radium, seul ou associé aux rayons X, on peut obtenir des survies, des améliorations qui sont loin d'être négligeables, et même parfois surprenantes.

M. Nogier insiste sur le fait que les mauvais résultats sont dûs fréquemment à l'emploi d'une mauvaise technique et admet qu'il n'y a qu'une technique satisfaisante, celle de M. Regaud.

M. Goullioud apporte à son tour les résultats de sa pratique et conclut ainsi :

1° Dans les cas tout à fait favorables, intervention chirurgicale seule ; 2° dans les cas par trop fongueux, mais opérables, application de radium, de propreté préopératoire, avec opération très prochaine ; 3° ne pas chercher à s'attaquer chirurgicalement à des cas reconnus d'abord mauvais, sous prétexte qu'ils ont été rendus opérables par le radium ; 4° dès que le cas n'est plus favorable, chirurgicalement parlant, l'abandonner à la curiethérapie.

M. Bérard estime que : 1° dans les formes de début, la chirurgie semble procurer actuellement un nombre de guérisons durables aussi grand que les agents physiques, radio ou curiethérapie, soit 50 % à 60 % ; la chirurgie peut bénéficier largement des avantages que procurent les agents physiques appliqués avant l'intervention ; 2° dans les formes plus avancées, mais encore opérables, l'application des agents physiques s'impose avant l'intervention, qu'ils facilitent ; 3° dans les formes inopérables, les agents physiques procurent des guérisons inespérées, et en tout cas soulagent pendant quelques mois.

Calculs récidivants du rein ; deux pyélotomies à treize ans de distance.

M. Giuliani expose l'observation d'une malade à qui il enleva, en 1911, un petit calcul du rein ; il y eut récidive quatorze mois après l'opération ; la malade refusa à ce moment de se faire opérer et eut pendant douze ans des crises douloureuses qui s'accentuèrent les trois dernières années et l'amenèrent à consulter de nouveau. On trouva alors un gros rein et à la radiographie un calcul beaucoup plus volumineux qu'il ne l'était douze ans plutôt. Pyélotomie ; extraction, suites bonnes. Le calcul pesait 8 gr. 20.

M. Giuliani n'a observé que trois fois des récidives de calculs rénaux après pyélotomie.

M. M. Rafin pense que souvent les récidives sont latentes et dans une enquête où il les a recherchées systématiquement chez trente-six de ses anciens opérés, il les a observées dans une proportion de 23 %.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Decheaume rapporte le cas d'une malade atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire renfermant une abondante touffe de poils, une dent faisant saillie dans la cavité, deux autres incluses dans la paroi, ainsi qu'une plaque osseuse.

Tuberculose annexielle.

M. J. Rollet montre, au nom de M. Patel, des pièces provenant d'une jeune femme de 27 ans : il s'agit d'une salpingite tuberculeuse droite avec trompe noueuse, bosselée, indurée par places, et d'un abcès froid tubaire gauche.

Cancer de la grande courbure.

M. Decheaume expose l'histoire d'une malade du service de M. Cotte : début des accidents il y a un an par des douleurs au creux épigastrique sans horaire fixe ; jamais d'hématémèse, ni de mélæna, ni perte d'appétit, ni amaigrissement notable ; à la palpation, tumeur perceptible dans l'hypochondre gauche paraissant siéger sur la grande courbure ; radioscopie : estomac grand, sans lésions visibles des parois. Intervention sous *anesthésie locale* après ingestion de XL gouttes de somnifène : on trouve une tumeur de la grande courbure avec nombreux ganglions le long de la gastro-duodénale et de la coronaire stomachique. Gastrectomie subtotale avec anastomose directe gastro-duodénale. On ne fut à aucun moment gêné par la poussée des anses intestinales.

Diverticules de l'appendice.

M. Dunet présente une pièce provenant d'un malade qu'il a opéré dans le service de M. Bérard. Ce malade avait présenté trois crises d'appendicite aiguë. L'appendice enlevé présente des signes évidents d'inflammation ; sa surface offre de multiples bosselures réparties sans ordre, les unes sessiles, les autres presque pédiculées ; la section longitudinale montre qu'il s'agit de formations diverticulaires qui se sont constituées au niveau de pertes de substance de la couche musculaire.

Syndrome de Basedow d'origine syphilitique.

M. Bujadoux a soigné une femme de 37 ans se plaignant d'asthénie, de sueurs nocturnes, de bouffées de chaleur, de vertiges, de tachycardie avec éréthisme cardiaque, tremblement léger ; pas de goitre. Il existait en outre une arthrite bilatérale des deux genoux, du nanisme dentaire, abolition des réflexes achilléens et médio-plantaires. Réaction de B. W. légèrement positive. Après essai du traitement ordinaire de la maladie de Basedow (quinine, hémato-éthyroïdine et bromure) on institue le traitement spécifique (bismuth et lactate de mercure) qui amena la disparition des symptômes basedowiens.

Syndrome d'obstruction respiratoire réalisé par une fracture méconnue de la colonne cervicale.

MM. Rebattu et Mayoux présentent l'observation d'un jeune homme de 19 ans venu à la consultation pour des signes d'obstruction nasale. Fosses nasales perméables. Voile du palais repoussé en avant par une vaste saillie de la paroi postérieure du pharynx. Radiographie : angulation presque à angle droit de la moitié supérieure sur la moitié inférieure de la colonne cervicale (probablement luxation associée à fracture). Le sujet avait fait une chute *douze ans auparavant*, sans troubles graves consécutifs. Examen neurologique négatif. Les fractures méconnues de la colonne sont fréquentes depuis la radiographie et peuvent succéder à un trauma minime. Elles sont cependant rares au niveau du rachis cervical.

Lésions abdominales traumatiques latentes.

M. Creyssel rapporte le cas d'un jeune Arabe victime d'un accident d'automobile survenu dans des circonstances impossibles à préciser. A son entrée à l'hôpital, peu de signes localisateurs : abdomen à peine contracturé, non douloureux à la palpation ; pas de vomissements, pas de signes d'hémorrhagie interne. Pas de signes de fracture de la base du crâne. Ce n'est que le troisième jour après l'accident que l'état s'aggrava : anxiété, agitation, météorisme, contracture de la paroi abdominale. Intervention (M. Ricard) : à l'ouverture du péritoine, on trouve un peu de sang semblant venir de l'hypochondre droit ; l'exploration minutieuse du foie reste à peu près négative et, l'hémorragie semblant arrêtée, on referme après tamponnement sous-hépatique. Après amélioration passagère, l'état s'aggrava rapidement et le malade mourut neuf jours après l'intervention. Autopsie : fracture de l'orbite et de l'étage moyen ; péritonite aiguë typique, avec triple déchirure hépatique, à la partie postérieure, rupture de l'épiploon avec grosse hémorragie envahissant l'atmosphère celluleuse du rein gauche ; double perforation du gros intestin au-dessus de l'S iliaque.

Fréquence des manifestations névralgiques au cours de la grippe saisonnière de l'hiver 1924-1925.

M. Jean Barlier (1) signale la fréquence des manifestations névralgiques au cours de la grippe de cet hiver. Il s'agissait particulièrement de névralgies superficielles, d'algies cutanées, à localisation surtout céphalique : douleurs au niveau des tempes, de la nuque, de tout le cuir chevelu ; la mobilisation de ce dernier, le passage de la brosse ou du peigne étaient particulièrement pénibles. Les névralgies faciales, auriculaires, dentaires, furent aussi fréquemment observées. Plus rares furent celles des membres. En terminant sa communication, M. Barbier se demande si, au lendemain de discussions sur la parenté de la grippe et de l'encéphalite épidémique, il ne faudrait pas « voir dans la fréquence de ces manifestations nerveuses une raison de faire de la grippe actuelle, une encéphalite au petit pied. »

Néoplasme de la langue traité par l'exérèse ganglionnaire et la radiumthérapie.

M. Peycelon parle d'un malade entré en mars 1923 dans le service de M. Bérard pour une ulcération du bord gauche de la langue, avec ganglions durs et mobiles de la région sous-maxillaire ; une biopsie a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma à globes cornés. Le traitement radiumthérapique a été institué peu de jours après l'entrée (neuf aiguilles de radium dans la tumeur laissées en place 5 jours). On enlève ensuite les ganglions. En mai, la persistance d'une induration du plancher de la bouche nécessite

(1) Nous avons observé de nombreux cas analogues dans notre pratique personnelle. A. C.

une nouvelle application de radium. En novembre, guérison complète, qui se maintient actuellement (février 1925).

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

M. Creyssel. — Un malade entre à l'hôpital avec un syndrome d'occlusion intestinale et un état général très mauvais. La laparotomie donne issue à de l'ascite légèrement brunâtre et à des anses grêles très détendues, presque noires, sur une longueur de près d'un mètre. L'étranglement est dû au diverticule de Meckel que l'on sectionne et dont on abouche le bout proximal à la paroi. La température resta élevée pendant quelques jours, puis l'état s'améliora. L'orifice d'iléostomie fut fermé dans une seconde intervention, deux mois et demi après la première. Guérison complète.

Calcul développé dans un diverticule ouraquien.

MM. Gayet et Cibert présentent l'observation d'un malade admis à l'hôpital pour une hématurie survenue spontanément quelques jours auparavant. Depuis deux ans, ce malade avait remarqué la présence de sable dans ses urines, puis était apparue de la pollakiurie surtout nocturne (5 à 7 mictions par nuit) ; crise douloureuse lombaire violente six mois avant l'entrée. A l'examen, vessie distendue, prostate volumineuse ; rien aux reins, ni à l'urètre ; 0 gr. 50 d'urée par litre dans le sang, quelques troubles digestifs, teint blafard, langue sale. Cystostomie le 12 janvier. Le 28, il n'y a plus que 0 gr. 24 d'urée par litre de sang. Deuxième intervention le 30. En dilatant l'orifice hypogastrique, on constate la présence d'un gros calcul, puis celle d'un diverticule ouraquien dans lequel il était logé, ce qui l'avait fait méconnaître lors de la première intervention. Ablation du calcul et de la prostate. Suites normales.

Volumineux fibrome dégénéré.

M. Labry montre un volumineux fibrome dégénéré enlevé par M. Patel à une aliénée de l'asile de Bron. L'examen révélait une masse énorme plutôt molle et un certain degré de cachexie qui fit penser à un néoplasme ovarien. En réalité, il s'agissait d'un fibrome utérin sous-péritonéal dégénéré, dont la coupe montre des formations kystiques avec contenu séro-sanguinolent.

Société médicale des hôpitaux.

Erythromélalgie dans un cas de tabes avec impotence des membres inférieurs.

MM. A. Dumas et Chevallier relatent l'histoire d'un homme de 68 ans, dont l'affection a débuté brusquement, en avril 1923, par de l'impotence des membres inférieurs. Celle-ci avait toutefois été précédée par des douleurs fulgurantes. Il y a, en outre, abolition des réflexes rotuliens, ptosis de la paupière supérieure droite, myosis, signe d'A. Robertson. Le malade offre en outre des accidents congestifs douloureux de l'extrémité des membres inférieurs, survenant surtout la nuit, calmés par l'immersion dans l'eau froide et mieux encore par projection d'eau froide sous pression ; certains aliments, au dire du malade, l'y prédisposent. En dehors de ces accidents douloureux, il existe constamment de la cyanose avec refroidissement des extrémités inférieures et une hyperpulsabilité considérable : l'indice oscillométrique, qui est de 4 à l'avant-bras, est de 10 au niveau de la jambe gauche, et de 8 du côté droit. Il ne semble pas douteux, dans ce cas, que les centres vaso-moteurs médullaires sont responsables des accidents.

Abaissement tensionnel précédant les accidents d'oblitération artérielle chez les vieillards.

M. A. Dumas attire l'attention de la Société sur ce fait que les accidents de thrombose artérielle si souvent observés chez les vieillards et se traduisant soit par le syndrome pseudo-bulbaire, soit par une hémiplégie, soit par des troubles athétosiques, sont habituellement précédés par un abaissement de la tension artérielle, portant surtout sur la maxima et attribuable à l'atrophie du myocarde et à l'arythmie, facteur de réduction de l'activité circulatoire. « Ainsi, conclut l'auteur, la thrombose artérielle, accident de sénilité dû à la réduction de l'activité circulatoire, s'oppose à l'hémorrhagie cérébrale, accident de présénilité, laquelle est commandée, au contraire, par l'hypertension artérielle et l'hyperhémie cérébrale. »

Hérédo-syphilis avec dents d'Hutchinson frustes. Epilepsie.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux exposent deux observations d'hérédo-syphilis. La première concerne un enfant de 11 ans 1/2 : mère épileptique, ayant eu cinq fausses couches. Depuis 1923, l'enfant présente des crises d'épilepsie à type essentiel. Il est porteur de malformations dentaires typiques, mais frustes : encoche arciforme à concavité inférieure au niveau des deux incisives médianes supérieures, deux incisives plus larges à la base qu'au sommet (dent en tournevis) ; Wassermann très positif chez la mère et l'enfant.

La seconde observation est celle d'un enfant de 13 ans ; dans les antécédents, on ne trouve qu'un frère mort de convulsions et une grossesse gémellaire chez la mère. Faciès adénoïdien. Nez déformé en rave ; malformations dentaires : les incisives médianes supérieures présentent une encoche non régulièrement arciforme, un bord libre aplati, des axes verticaux un peu convergents ; les incisives médianes inférieures ont également leur bord libre aminci (dents « laminées » de Fournier) ; incisives latérales supérieures triangulaires, en « dents de poisson ». Wassermann très positif chez la mère et chez l'enfant.

Forme méningée de la fièvre typhoïde du nourrisson.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux rela-

tent l'observation d'un enfant d'un an qui fut pris brusquement de fièvre à 40° et de ballonnement du ventre. A son entrée à l'hôpital, abattement, somnolence ; pas de vomissements, un peu de diarrhée ; grosse rate, gros foie ; raideur intense de la nuque ; Kernig positif ; ponction lombaire : liquide limpide, pas d'hyperalbuminose, sucre conservé, douze lymphocytes par bande à la cellule de Nageotte. Sérodiagnostic positif pour l'Eberth à 1/250, négatif pour le Para A, positif pour le Para B à 1/100. Pas d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien. L'enfant meurt un mois environ après l'entrée, après avoir présenté des signes de broncho-pneumonie.

Thrombophlébite des membres supérieurs, première manifestation d'un néoplasme gastrique.

MM. Roque, Morénas et P. Delore présentent l'observation d'un malade de 37 ans entré à l'hôpital pour un œdème énorme et douloureux du membre supérieur droit avec gros ganglion sus-claviculaire dur et indolore et traînée ganglionnaire carotidienne ; ganglions hilaires à la radioscopie. Quelques jours après l'entrée, on découvrait un gros ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche, puis apparaissait de l'œdème du membre supérieur gauche. Le ganglion sus-claviculaire gauche fut extirpé en vue d'une biopsie qui en montra la nature cancéreuse. Aucun symptôme digestif. Des phénomènes broncho-pneumoniques apparurent et le malade succomba en quelques jours. L'autopsie montra un ulcéro-cancer de la petite courbure de l'estomac ; nombreux ganglions néoplasiques cœliaques et lombaires ; les veines sous-clavières étaient, de chaque côté, oblitérées par un caillot organisé.

La lumière de Wood.

M. Nogier fait une importante communication sur cette lumière étrange puisqu'elle est une lumière au sens physique du mot, ses rayons pouvant se réfléchir, se réfracter, se polariser avec les appareils ordinaires, tout en étant invisibles pour notre œil, comme les rayons X.

Les rayons qui constituent la lumière de Wood ne sont autres qu'une variété de rayons ultra-violets ; les recherches de Wood ont porté surtout sur les moyens de les obtenir au moyen d'écrans spéciaux, sans se servir de prismes, et en utilisant comme source de lumière la lampe à vapeur de mercure en tube de quartz.

Les effets produits par la lumière de Wood rentrent dans le cadre des phénomènes de fluorescence et de phosphorescence : c'est ainsi que les liquides présentent, à cette lumière, des fluorescences diverses ; la chlorophylle présente une fluorescence rouge-sang à sa surface ; la coquille d'un œuf paraît rouge, une mandarine paraît noirâtre. Les applications de la lumière de Wood sont nombreuses : citons la reconnaissance des pierres précieuses, l'expertise des tableaux, et en ce qui concerne la médecine, l'étude des eaux minérales, des tissus (néoplasmes), des cultures microbiennes, des sérums (P. Courmont et Nogier).

Sur l'origine parasitaire de certaines splénomégalies observées en Egypte.

M. Petzetakis (d'Alexandrie) envoie à la Société une note sur une forme de splénomégalie observée chez des enfants ou des jeunes gens, s'accompagnant d'anémie profonde, de leucopénie, d'hépatomégalie et souvent d'endocardite ; dans ces cas, la recherche des parasites du paludisme et de la leishmaniose ont été négatifs ; par contre, l'auteur a trouvé dans le sang un parasite tantôt libre, tantôt fixé sur les globules rouges, jamais sur les leucocytes ; il s'agirait donc d'une hémosporidie. Au point de vue thérapeutique, la quinine est restée sans effet ; par contre l'émétine, en injections intra-veineuses, a paru plus efficace.

Suppression des vomissements par l'adrénaline chez un cachectique hypotendu.

MM. Dumas et Condamin présentent l'observation d'un malade hospitalisé au Perron pour débilité mentale et insuffisance thyroïdienne et chez lequel survinrent des accidents pulmonaires avec hypotension et vomissements. Des injections d'adrénaline eurent raison de ces derniers. On sait que l'adrénaline a été préconisée dans les vomissements incoercibles de la grossesse, notamment quand on a des raisons de soupçonner l'insuffisance surrénale.

Mort rapide par hypertrophie du thymus.

M. J. Chalier et Mlle Schœn rapportent le cas d'un enfant de 15 mois entré dans le service des contagieux avec le diagnostic de croup probable : à l'entrée dyspnée à type laryngé, examen de la gorge négatif. Ultérieurement l'enfant présenta plusieurs accès dyspnéiques, sans signe de Rehn, ni matité rétro-sternale. Un tubage, puis une trachéotomie restèrent sans effet. La radioscopie ne put être pratiquée, en l'absence d'installation radioscopique dans le service et l'enfant étant intransportable. Mort 48 heures après le début. L'autopsie montra un thymus volumineux, comprimant la trachée : on a mis en doute le rôle de la compression trachéale dans la pathogénie de ces accidents ; ici, elle ne pouvait faire de doute. Le traitement consiste à intervenir chirurgicalement ou par la radiothérapie (1).

Pseudo-mal de Pott occipital d'origine rhumatismale.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux présentent l'observation d'un enfant de 9 ans ayant eu du rhumatisme aigu polyarticulaire qui s'amenda

(1) Après la discussion qui a suivi cette présentation, la Société décide de saisir le Comité médico-chirurgical des hospices d'un vœu demandant l'installation d'un appareillage radiologique au Service des contagieux récemment ouvert à l'hôpital de la Croix-Rousse.

en trois semaines, laissant seulement persister une raideur douloureuse de la nuque qui pouvait en imposer pour un mal de Pott sous-occipital. Un traitement salicylé (4 gr. de salicylate de soude par jour) amena la guérison. La persistance de l'arthrite pouvait dans ce cas être attribuée à l'insuffisance du traitement : en trois mois l'enfant avait pris à peine huit grammes de salicylate. A. C.

Les Congrès

XVIIIe Congrès français de Médecine.

(*Nancy*, 16-19 *juillet* 1925).

Première question.

L'ACIDOSE

MM. L. Dautrebande (de Bruxelles), M. Labbé et F. Nepveux (de Paris), K. Petrén (de Lund, Suède), en collaboration avec le docteur M. Odin, rapporteurs.

I. M. Dautrebande rappelle les travaux sur l'acidité réelle des liquides organiques, commodément exprimée par le pH (Sörensen). Le sang a normalement un pH égal à 7, 35, remarquablement constant en dépit des apports d'acides ou d'alcalis de sources diverses. Dans certaines circonstances, ce pH diminue (acidose) ou augmente (alcalose), mais toute tendance à une variation se reflète tout d'abord sur la teneur relative du sang en acide carbonique et en bicarbonate, ce dernier sel jouant le rôle de substance « tampon », capable de neutraliser jusqu'à un certain point les acides pénétrant dans le sang.

De sorte qu'en fin de compte, tout état d'acidose se traduit par une augmentation de valeur du rapport

$$\frac{H^2CO^3 \text{ (acide carbonique du sang artériel)}}{Na\,HCO^3 \text{ (bicarbonate du sang artériel)}}$$

soit que le numérateur augmente (acidose gazeuse), soit que le dénominateur diminue (acidose non gazeuse), et tout état d'alcalose par une diminution de valeur de ce même rapport, soit que le numérateur diminue (alcalose gazeuse), soit que le dénominateur augmente (alcalose non gazeuse).

En présence de ces diverses perturbations de l'équilibre acide-base, l'organisme réagit de la façon suivante :

	Ventilation pulmonaire	CO² alvéolaire	Acidité urinaire	NH³ urinaire	Réserve alcaline
Acidose gazeuse	+	+	+	+	+
Alcalose gazeuse	+	—	—	—	—
Alcalose non gazeuse .	—	+	—	—	+
Acidose non gazeuse ..	+	—	+	+	—

En cas de tendance à l'acidose non gazeuse, qui est le fait de la cétose diabétique, de la rétention acide de certaines néphrites, de l'exercice musculaire violent, de l'ingestion d'acides minéraux, etc., les substances tampons tendent déjà à « minimiser » l'acidose en fournissant *in situ* des sels alcalins; les substances tampons très abondamment contenues dans les hématies (phosphates, hémoglobine) interviennent alors activement, en particulier en absorbant les ions Cl libérés du plasma. Puis le centre respiratoire, très sensible aux moindres écarts du pH entre en hyperfonctionnement, d'où rejet de CO² en excès par la respiration suractivée ; les reins se mettent à excréter un excès d'acides et de sels ammoniacaux ; il est vraisemblable que les tissus eux aussi cèdent des alcalins au sang. Grâce à ces divers processus, le pH peut se maintenir inaltéré, et le seul témoignage de la lutte soutenue par l'organisme reste l'abaissement de la réserve alcaline du sang; cette réserve peut s'exprimer pratiquement par la capacité du sang à absorber le CO² à une pression connue, à condition que la détermination soit faite sur le sang total et non sur le plasma préalablement séparé.

Pour déterminer le pH, on peut recourir aux méthodes directes de mesure physico-chimique (méthode de l'électrode d'hydrogène, méthode des indicateurs colorés) ou de calcul ; ce dernier procédé, le plus fidèle, consistera, après avoir déterminé acide carbonique et bicarbonate, à déduire le pH d'après une formule (Henderson-Hasselbach) ; la recherche devra être faite séparément pour le sang artériel et pour le sang veineux, la capacité du premier vis-à-vis de CO² étant moindre que celle du second. Barcroft a imaginé un procédé de détermination du pH d'après les variations de la dissociation de l'oxyhémoglobine, qui se font, de façon très sensible, en fonction de la réaction sanguine.

En regard de ces méthodes, prennent place les méthodes fonctionnelles, fort utiles pour renseigner sur les troubles organiques dans leur ensemble, mais bien souvent infidèles si on les considère isolément; ainsi la détermination de la tension du CO² alvéolaire (Haldane-Priestley) correctement exécutée a la même valeur que la détermination de la contenance en CO² du sang artériel ; la somme des acides libres des urines et de l'ammoniaque urinaires, le coefficient ammoniacal réduit d'Hasselbach, la présence, en plus ou moins grande abondance, de corps cétoniques dans l'urine, enfin la difficulté plus ou moins grande avec laquelle l'ingestion de bicarbonate

parvient à modifier l'acidité réelle des urines, tels sont les tests fonctionnels capables de fournir des renseignements complémentaires sur l'état d'acidose.

Les acidoses gazeuses se rencontrent, en pathologie, dans tous les cas où l'air alvéolaire est trop riche en CO^2 (emphysème, surtout tuberculose avancée, spasme glottique asthme, broncho-pneumonie, pneumothorax ouvert). Dans les états aigus, comme l'asthme, le centre respiratoire, s'il n'est pas déprimé (morphine) réagit et, grâce au rejet de CO^2 par hyperfonctionnement des zones pulmonaires restées intactes, peut compenser, et au-delà, l'acidose primitive.

Le type des *acidoses non gazeuses* est la cétose diabétique, dont on ne peut apprécier exactement le degré que par l'étude de la réserve alcaline du sang total ; le coma s'annonce par une chute de capacité du sang pour l'acide carbonique inférieure à 30 volumes, sous 40 millimètres Hg de pression.

Dans les néphrites, par défaut d'élimination de déchets acides, dans certaines entérites et dans les vomissements cycliques des enfants, dans la grossesse et dans les vomissements incoercibles, dans le jeûne, dans les anesthésies et les chocs, accompagnés ou non d'hémorragies et d'états infectieux, l'acidose est de règle ; son mécanisme reste souvent obscur et l'auteur pense l'élucider en partie en le rapprochant de celui des acidoses circulatoires.

Les *acidoses circulatoires*, soit généralisées à tout l'arbre circulatoire, soit localisées à certains territoires, résultent essentiellement du ralentissement du débit circulatoire, et de l'appauvrissement du sang en plasma, qui entraîne dans son départ un peu de la réserve alcaline. Le contraste entre l'acidose veineuse et l'alcalose artérielle entretenue par la surventilation pulmonaire de compensation est tout à fait typique des affections cardiaques décompensées.

Or les chocs occasionnent une hypotension bien connue et un grand ralentissement circulatoire qui peuvent provoquer, par un processus du même ordre, un certain degré d'acidose, sans expliquer cependant les acidoses brutales et massives parfois observées ; peut-être alors y a-t-il eu arrivée en masse, vers le sang circulant, de liquides tissulaires très pauvres en alcali, venant remplacer la masse sanguine immobilisée, par suite du choc, dans certains territoires capillaires dilatés. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse d'acidose circulatoire dans les chocs reste une hypothèse de travail.

II. MM. M. Labbé et F. Nepveux tiennent à réagir contre la tendance qui consiste à placer en regard des phénomènes physico-chimiques d'acidose un syndrome défini et univoque. Au contraire, la clinique assigne à chaque type d'acidose ses caractères distinctifs et marque entre un coma diabétique et un coma urémique plus de dissemblances que de points communs, alors que les syndromes simulant en tous points l'acidose diabétique relèveront d'une tout autre pathogénie. Il serait d'autre part erroné de voir dans l'excrétion de corps acétoniques autre chose qu'un simple test de l' « acidose-cétose » du diabète ou d'autres états pathologiques ; car dans le mécanisme très complexe de ces intoxications, l'intoxication acide n'est qu'un facteur partiel.

La cétogénèse, qui, peut-être, pourrait se faire même aux dépens des hydrates de carbone, semblait, jusqu'à ces dernières années, rattachée presque uniquement aux corps gras ; mais, reprenant pour leur compte les nombreuses expériences, souvent contradictoires, de leurs devanciers, M. Labbé, Nepveux et Mlle Forsans ont démontré, sur le chien, que l'alimentation exclusivement grasse était moins cétogène que le jeûne, et bien moins que l'alimentation carnée ; d'autres constatations ont encore corroboré ces vues, et pourtant, quand il y a cétogénèse massive, les graisses doivent intervenir, soit par β oxydation, soit par désintégration plus complexe de leur radical.

Quoiqu'il en soit, le rôle cétogène des albumines est au moins aussi important ; car un grand nombre d'acides aminés entrant dans la composition des albumines surtout d'origine animale, sont cétogènes, et l'expérience clinique montre que ces albumines exposent, bien plus que les graisses, le diabétique au coma.

Quant à la cause même de la cétose, plusieurs théories cherchent à l'expliquer :

1° On a invoqué la carence en hydrates de carbone, considérés comme essentiellement anticétogènes ; mais ce n'est qu'une hypothèse, contre laquelle s'inscrivent les dissemblances frappantes entre l'acidose diabétique et l'acidose du jeûne, et les échecs constants de tous les essais, au cours desquels on a voulu équilibrer mathématiquement, suivant des formules préétablies, les aliments dits cétogènes et les aliments dits anticétogènes.

2° M. Labbé et ses collaborateurs, se rapprochant en cela des conceptions de Pétren, estiment que le trouble originel réside dans une viciation du métabolisme azoté, et ils voient dans le coma une intoxication complexe, due pour une part à la cétose, mais encore et surtout, à des poisons d'origine albuminoïde.

3° L'insuffisance de l'hormone pancréatique à laquelle peut suppléer l'insuline, agent précieux contre l'acidose tout particulièrement, est aussi un facteur dont on doit tenir compte.

Après avoir tracé le tableau clinique de l'acidose diabétique, les rapporteurs en détaillent les stigmates urinaires et sanguins, éléments capitaux d'un diagnostic, que la clinique est souvent incapable d'affirmer ; ce sont : la cétonurie, l'accroissement d'acidité urinaire (acides organiques, acidité ionique, acidité apparente représentée par la mesure des phosphates monométalliques), l'abaissement du rapport azoturique, l'excrétion exagérée d'ammoniaque, d'acides aminés et d'azote colloïdal, la chute des bicarbonates et du pH du plasma.

A ces stigmates s'ajoute l'élimination d'acétone par la surface pulmonaire et la baisse de tension du CO^2 alvéolaire.

Les acidoses pathologiques non diabétiques sont fréquentes au cours des vomissements cycliques des enfants, des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes, de certaines affections gastro-intestinales de l'adulte et de l'enfant et de quelques inflammations aiguës des viscères abdominaux ; l'acidose paraît être surtout conditionnée par une atteinte hépatique toxique ou toxi-infectieuse.

L'acidose post-opératoire, lorsqu'elle revêt le type, exceptionnel, d'une cétose, doit reconnaître une pathogénie analogue ; car c'est surtout la chirurgie des voies biliaires et de l'appendice qui est grevée ; le jeûne des opérés ne paraît y avoir qu'une part très secondaire ; quant à l'anesthésie seule, elle occasionne seulement une légère diminution de la réserve alcaline du sang.

L'existence d'une acidose au cours des insuffisances hépatiques (abcès, cirrhoses, dégénérescence graisseuse, insuffisance hépatique de certaines psychoses) confirme le rôle essentiel du foie dans ces acidoses non diabétiques, rebelles, semble-t-il, à l'insuline. A ceux qui voient dans les lésions hépatiques le résultat et non la cause de l'acidose, on objectera l'intégrité fréquente du foie chez des diabétiques acidosiques.

L'acidose du jeûne a fait l'objet d'une expérience des rapporteurs, prolongée sur quarante-deux jours d'observation : elle a été peu considérable, l'excrétion cétonique ayant atteint au septième jour un maximum de 6, 24 qu'elle n'a jamais retrouvé ensuite, même lorsque le sujet, après avoir repris pendant une quinzaine de jours une minime dose de sucre, s'est remis au jeûne absolu. Il y eut, au lieu des stigmates urinaires décelés dans l'acidose diabétique, un abaissement des acides organiques, des acides aminés et de l'ammoniaque excrétés, de sorte que le tableau fut foncièrement différent de celui de l'acidose diabétique. Chaque jeûneur fera du reste de l'acidose à sa façon, suivant l'état de ses réserves (glycogène, graisses) et la valeur de son foie.

III. M. Pétren (en collaboration avec le docteur Odin) insiste sur le mécanisme de défense contre l'acidose par les reins, qui prend place à côté de la compensation respiratoire. Il se traduit par l'accroissement des excrétions acide et ammoniacale. Il peut s'exercer intensément dans des cas qui n'en évoluent pas moins fatalement et être au contraire très faible sans que les symptômes s'aggravent. Il n'est pas en rapport avec l'âge du sujet, ni influencé par le traitement insulinique.

Normalement, le rein réagit inversement à l'ingestion de bicarbonate de soude par élévation de l'alcalinité urinaire ; le rein du sujet diabétique peut soit avoir gardé, soit avoir perdu cette propriété ; si elle est abolie, le bicarbonate peut neutraliser l'acidose sanguine ou la muer en alcalose. Ces altérations de l'élimination rénale sont indépendantes du degré de gravité du diabète.

Passant rapidement en revue les causes d'acidose non diabétique, le rapporteur s'arrête principalement à l'acidose du travail musculaire forcé, due à la formation d'acide lactique, constante chez l'individu sain, exagérée chez le diabétique. Un sujet sain observant un régime exclusivement gras et végétarien présente une réaction acidosique de travail analogue à celle d'un diabétique.

L'observation en série de diabétiques soumis à des régimes très stricts et dont les excrétions, la glycémie et la réserve alcaline du sang ont été étudiées journellement, permet, quant à la pathogénie de la cétose, des déductions capitales : la viande est très cétogène ; le beurre est au contraire anticétogène ; donné exclusivement, il a même pu parfois entraîner l'alcalose ; le lard est cétogène, preuve que la nature des aliments gras fournis importe au plus haut point.

En définitive, comme Pétren l'a déjà démontré, la cétose du diabétique varie parallèlement à la quantité d'azote métabolisée, tout comme si le diabétique présentait une diminution de tolérance à l'égard des échanges azotés ; mais cette pathogénie n'exclut pas celle, commune au sujet normal et au diabétique, du déficit hydrocarboné.

En effet, l'expérience montre, par confrontation d'observations très détaillées, qu'un régime pauvre en hydrates de carbone, appliqué systématiquement à des diabétiques acidosiques ou non, provoque d'emblée une légère poussée de cétose ; mais si le régime est en même temps fortement hypoazoté, comme c'est le cas pour celui qu'applique Pétren (beurre, lard, légumes verts, quelques choux, fruits, surtout airelles rouges, un peu de crème) cette poussée cède très vite, et, s'il existait de la cétose antérieurement, elle baisse.

Chez le sujet sain soumis au jeûne hydrocarboné, survient une cétose analogue ; l'excrétion cétonique urinaire atteint son maximum vers le quatrième jour, puis commence à être en partie compensée par l'excrétion ammoniacale, en même temps que la réserve alcaline du sang, primitivement diminuée, se rétablit. Mais alors, un excès d'alimentation carnée provoque une reprise de cétose, comme si l'organisme carencé en hydrates de carbone avait acquis vis-à-vis des échanges azotés un peu de cette sensibilité pathologique, propre à l'organisme diabétique.

Le jeûne absolu, cétogène en principe, devient anticétogène si on le panache de journées d'alimentation apportant suffisamment de calories.

Le rapporteur a enfin tenté d'éclaircir le mode d'action antiacidosique de l'insuline et se rallie à cette hypothèse que, grâce à l'insuline, l'acide β oxybutyrique peut être comburé dans l'organisme.

Discussions sur l'acidose.

M. Cordier (Lyon), devant l'impossibilité pratique d'explorer toujours les tests d'acidose deman-

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA SITUATION DU MÉDECIN EST-ELLE PLUS OU MOINS AVANTAGEUSE AUJOURD'HUI QU'IL Y A QUINZE ANS ? BUDGETS COMPARÉS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE ET D'UN PROFESSEUR

Si j'en crois mon ami et rédacteur en chef, le Dr Noir, le professeur Gosset et notre grand ami, le Dr Levassort, dans une enquête ouverte par la *Revue de France,* sur la situation des professions libérales, font preuve d'un optimisme excessif, notamment quand ils comparent les dix mille francs que gagnait par an avant la guerre, un modeste praticien, avec les cinquante mille francs qu'il gagne aujourd'hui.

Noir fait remarquer, avec raison, qu'il ne faut pas confondre les francs or d'avant-guerre avec les francs papier actuels, et qu'on aurait le plus grand tort de se laisser éblouir par des chiffres qui, si gros soient-ils, ne sont en réalité que des mirages.

Il est évident que, pour ceux qui, comme nous, arrivent au déclin de leur carrière, pour ceux qui ont connu le pain à 0.40 le kil., les tramways et les lettres à 0.10 ... à une époque où l'unité quotidienne minima était évaluée à cinq francs ; où nombre de petits rentiers vivaient aisément avec 1.800 francs de revenu, — pour ceux-là, dis-je, les gros revenus du jour ont une allure impressionnante ; et qu'un médecin touche 50.000 frnacs par an en 1925, alors que lui-même, ou son prédécesseur n'en gagnait que 15.000 en 1914, il n'en faut pas plus pour que l'on croie de bonne foi que celui-là possède une aisance plus grande que celui-ci. Quelle illusion ! Que vaut donc la capacité d'achat des 50.000 francs du premier par rapport à celle des 15.000 fr. du second ? C'est ce qui nous allons examiner.

Je prends l'exemple, envisagé par Levassort, d'un médecin de campagne, âgé de trente ans et établi depuis trois ans. Je le suppose marié et père d'un enfant de deux ans. Il a épousé une jeune fille qui lui a apporté cent mille francs de dot, donnant un revenu de 6.000 francs. Il a une auto de 5 CV, deux domestiques (chauffeur et bonne à tout faire). Il gagne 50.000 francs par an, auxquels viennent s'ajouter les 6.000 fr. de revenu de la dot de sa femme. Son revenu global est donc de 56.000 francs.

Primum vivere. Il faut vivre, et pour cela, se loger, se nourrir, se vêtir ...

NOURRITURE, LOGEMENT, SERVITEURS, ENTRETIEN

Loyer	2.400
Nourriture de 4 personnes, pendant 365 jours, environ 40 fr. par jour	15.000
Chauffeur (gages)	5.000
Bonne à tout faire (gages)	2.500
Chauffage	1.500
Eclairage	600
Blanchissage	600
	27.600
Entretien du ménage en vêtements, sous-vêtements, chaussures, chapeaux, gants, linge de corps, linge de maison, etc	5.000
	32.600

BUDGET DE L'AUTO :

Voiturette de 5 CV, achetée neuve 16.000 et amortie en cinq ans, à raison, par an, de	3.200
Essence : pour 15.000 kil., à raison de 8 litres au cent kil.	2.500
Huile : pour 15.000 kil., à raison d'un litre aux 500 kil.	200
Entretien, réparations, remplacement d'un train de pneus tous les 10.000 kil.	1.600
Impôts et assurances relatifs à l'auto.	1.500
Frais de location d'un moyen de transport pendant 12 jours d'indisponibilité de l'auto par an, à 50 fr. p. jour..	600
	9.600

IMPOTS :

Impôts sur le revenu, impôts cédulaires, patente calculés sur un revenu imposable de 31.000 fr.	3.000

FRAIS PROFESSIONNELS :

Achats d'instruments, de livres. Abonnement aux journaux médicaux. Cotisations aux sociétés médicales, aux sociétés de prévoyance	1.400
	14.000

VACANCES :

Vacances comptées à raison de 15 jours par an, avec un remplaçant payé 50 fr. par jour	750
Frais supportés par le ménage en déplacement	1.250

IMPRÉVU :

Imprévu compté à raison de 5 % environ du budget ordinaire	2.400

Récapitulation

Dépenses familiales	32.600 »
Auto	9.600 »
Impôts	3.000 »
Frais professionnels	1.400 »
Vacances	2.000 »
Imprévu	2.000 »
	51.000 fr.

Balance

Revenu	56.000 »
Dépenses	51.000 »
Excédent du revenu sur les dépenses	5.000 fr.

***

Veuillez bien prendre garde que ces chiffres ne sont pas fantaisistes. Ils ont été puisés et vérifiés aux sources les plus sérieuses.

Ainsi donc, le médecin de campagne, qui aura gagné 50.000 fr. par an, en aura dépensé 51.000. Et il ne lui restera, pour être mis de côté en prévison de l'avenir, que 5.000 francs, sur les revenus de la dot de sa femme.

Veuillez remarquer que j'ai doté notre confrère de l'automobile la plus simple et la moins onéreuse ; que je l'ai gratifié d'un seul enfant en bas âge, qui ne lui coûte à peu près rien cette année, mais qui, au fur et à mesure qu'il grandira, occasionnera des frais de nourriture, d'entretien, d'instruction, de plus en plus élevés, sans parler de l'éventualité de la naissance d'autres enfants.

Enfin, j'ai supposé qu'il a fait un mariage avantageux, puisque je le dote d'un revenu de 6.000 francs par an, du chef de sa femme.

Si vous tenez pour exacts les calculs auxquels je me suis livré, pensez-vous qu'on puisse dire qu'un médecin vivant et exerçant dans les conditions que je viens d'exposer, se trouve dans une situation sensiblement plus avantageuse, en l'an de grâce 1925, que celui, aux environs de 1910, à qui restait en fin d'année un beau billet de mille francs or ?

Mais, me direz-vous peut-être, comment s'en tire un médecin qui gagne infiniment moins de 50.000 francs par an ? N'y en a-t-il pas qui n'arrivent qu'à recevoir 30.000, 20.000 francs d'honoraires annuels, moins peut-être encore ? Certes, et hier, un confrère chargé d'une nombreuse famille (10 enfants) m'écrivait pour avoir des renseignements sur le calcul de ses impôts, accusant 35.000 francs de revenu brut.

Cela revient à demander quelles économies il est possible de réaliser dans le budget que j'ai établi.

Au lieu d'une voiturelle 5 CV, on peut évidemment n'avoir qu'une quadrillette, qu'une moto avec ou sans side-car, voire une simple bicyclette.

Au lieu de deux domestiques, on peut n'en avoir qu'un, et même n'en pas avoir du tout. D'où économies sur les gages, la nourriture, le blanchissage, etc.

Au lieu de dépenser 40 francs par jour pour la nourriture de 4 personnes, ce qui représente 10 francs par personne, on peut évidemment se restreindre, tirer des légumes et des fruits d'un jardin qu'on cultivera soi-même à ses moments perdus ou que la femme cultivera, comme une mercenaire.

Au lieu de s'assurer un entretien décent dont on sait quel est actuellement le prix élevé, on peut porter des vêtements usagés, râpés, rapiécés.

Mais, je vous le demande, est-ce là vivre ?

Non, il n'est pas permis de prétendre que le médecin qui gagne aujourd'hui 50.000 francs par an, est plus heureux que quand il en gagnait 15.000 avant la guerre. C'est se payer de mots ; c'est fermer volontairement les yeux devant l'évidence. C'est surtout, en répandant cette idée dans le grand public, lui laisser croire que la profession médicale est parmi les plus enviables, et que l'on s'y enrichit. Ce qui est parfaitement erroné.

***

Comparons maintenant, avec le médecin rural qui gagne 50.000 fr. par an, le professeur de lycée, marié avec un enfant en bas âge, dont la femme possède 6.000 fr. de revenus propres.

Le traitement de ce professeur, à Paris, est de 20.000 francs par an. Mais, *prenez-y bien garde ! Ce traitement rémunère* 13 *à* 15 *heures de cours par semaine, pendant* 40 *semaines.*

Il lui reste donc de nombreux loisirs, qu'il utilise en faisant des heures supplémentaires, et en donnant des leçons particulières, ce qui arrive facilement à augmenter son revenu professionnel d'une dizaine de mille francs.

Il dispose donc de 36.000 francs. Il chôme tous les dimanches, et il a trois grands mois de vacances par an.

Etudions son budget rapidement :

Loyer	6.000
Une bonne à tout faire	3.000
Nourriture de 3 personnes	10.000
Entretien du ménage	5.000
Impôts	2.000
Blanchissage, chauffage	1.500
Frais professionnels	500
Vacances	1.250
Assurances	250
Imprévu	1.500
	31.000

Notre professeur, ayant 36.000 fr. de revenu annuel, aura dépensé 31.000 fr., et il lui restera 5.000 francs, tout comme au médecin de campagne, objet de la comparaison.

Et je ne parle pas de la retraite à laquelle aura droit ce professeur, la vieillesse venue.

Je ne dis pas que le sort du professeur soit enviable. Mais je prétends que le sort du modeste praticien ne l'est pas davantage, que celui-ci a infiniment plus de mal que celui-là, et que tout compte fait, ce n'est pas le professeur qui est le plus à plaindre.

G. DUCHESNE.

LA RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Hypnotisés par le problème millénaire de la lutte contre l'avortement, beaucoup de sociologues se demandent si, en relevant le niveau pécuniaire et moral de la sage-femme, on ferait diminuer le nombre des avorteuses.

L'Académie de médecine elle-même a discuté, avec passion, ce grave problème de la réorganisation du statut des sages-femmes et, pendant de longs mois, les séances de la docte assemblée ont été consacrées à la défense de thèses diverses.

Je viens de terminer la lecture du travail que M. Gérard Strauss, avocat à la Cour de Paris, vient de soutenir, pour obtenir le grade de docteur en droit (La règlementation de la profession de sage-femme, 1925, Strasbourg, imprimerie des *Dernières Nouvelles*).

Cette thèse de doctorat est fort intéressante par la partie documentaire qu'elle contient et que je vais résumer brièvement, pour les lecteurs du *Concours*. Après quoi, nous analyserons et argumenterons la partie sociale de l'ouvrage, celle qui concerne la diminution du nombre des avortements, par l'amélioration et la règlementation de la profession de sage-femme.

Après avoir passé en revue les textes législatifs et règlementaires qui, en France, concernent les sages-femmes et que nous avons publiés en leur temps, dans le *Concours médical*, M. Gérard Strauss aborde un des chapitres les plus instructifs de son travail : les sages-femmes devant les législations étrangères.

Il expose tour à tour la situation juridique de l'accoucheuse, dans chaque pays hors de France, tant au point de vue des études que du rôle social qu'elle a à jouer.

Du travail de M. Gérard Strauss, nous pouvons tirer l'exposé suivant :

Les études scolaires sont précisées, par des textes législatifs et règlementaires, à l'étranger, avec beaucoup plus de minutie qu'en France.

De nombreuses instructions s'ajoutent à ces textes, formant ainsi un véritable code de la sage-femme (Belgique, Roumanie, Grande-Bretagne, Italie, Danemark).

En Suisse, et dans le canton de Vaud, en particulier, on remet à chaque sage-femme un opuscule de 26 pages, « Instructions aux sages-femmes », qui constitue pour elles une sorte de bréviaire, leur rappelant leurs devoirs et obligations professionnelles.

L'admission dans les écoles d'accouchement n'est prononcée qu'après fourniture de diplômes, indiquant que la candidate a déjà reçu une certaine instruction primaire ; mais la sélection s'opère ensuite, grâce à une grande sévérité dans les examens.

C'est ainsi qu'en Suisse, dans le canton de Zurich, ainsi qu'en Roumanie, deux échecs au même examen entraînent l'élimination définitive.

En Belgique, trois échecs sont éliminatoires.

Ses études terminées, la sage-femme doit, dans le canton de Genève, obtenir du Conseil d'Etat une autorisation personnelle d'exercer.

Il en est de même en Prusse, où l'autorisation n'est accordée que pour une circonscription limitativement déterminée selon la densité de la population, afin d'assurer aux habitantes, de façon suffisante, l'aide de l'accoucheuse.

Pour assurer le recrutement, certains cantons de Suisse prennent à leur charge les frais d'études, à la condition que la candidate sage-femme donne, par avance et par écrit, l'engagement de pratiquer pendant un certain laps de temps. C'est ce qui se passe en France, pour assurer le recrutement des médecins militaires.

Surveillance médicale.

Dans beaucoup de pays, les sages-femmes sont placées sous la surveillance du corps médical local, ou des autorités administratives d'hygiène, en ce qui concerne non seulement les pratiques de la déontologie, mais même leur savoir scientifique et professionnel.

Un véritable conseil de l'Ordre existe pour le

corps médical (et les sages-femmes y sont soumises) en Grande-Bretagne et en Allemagne, pouvant, le cas échéant, prendre des sanctions disciplinaires contre une accoucheuse.

Aussi, en Suisse, les annonces, par lesquelles des sages-femmes se recommandent pour recevoir ou traiter des femmes en couches, doivent être soumises à l'approbation de la direction sanitaire.

En Angleterre, la sage-femme ne peut prendre comme titre, sans y rien ajouter, que celui de « certified midwive » (sage-femme diplômée).

Nous sommes loin des réclames éhontées, qui ont été publiées, en France, tant dans le livre du Dr Sentourens, sur les Charlatans de la médecine, qu'au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Paris, 1906).

Au point de vue scientifique et clinique, les sages-femmes, dans certains pays, sont contrôlées par le corps médical de la région, ou par le service de santé.

En Suisse, dans le canton de Zurich, une fois dans l'année, les médecins doivent s'inquiéter de la façon dont elles professent.

Dans le canton de Vaud, le service de santé cantonal surveille et dirige l'activité des sages-femmes.

En Belgique, la sage-femme doit déclarer aussitôt tous les cas de fièvre puerpérale, produits dans sa clientèle au Président de la Commission médicale dont elle relève. Si cette maladie est fréquente, chez les accouchées soignées par elle, le président apprécie s'il est nécessaire de l'engager à cesser la pratique des accouchements, pendant une durée de quinze jours.

Au cas où la parturiente, ou son enfant, décèderait, pendant l'accouchement, ou de ses suites, la sage-femme, si un médecin ne l'assistait pas, doit déclarer l'événement au Président de la Commission et donner tous éclaircissements utiles, sur les circonstances qui ont amené la mort, sur les démarches faites, pour appeler, en temps opportun, le médecin.

En Belgique, la Commission médicale du ressort du domicile de la sage-femme donne l'agréation seulement pour une durée de cinq ans, renouvelable.

En Grande-Bretagne, une liste des cas où il faut l'intervention obligatoire du médecin, est dressée, et si la femme, ou l'enfant, décède avant l'arrivée du docteur, l'accoucheuse doit fournir des explications.

Au Danemark, les sages-femmes, avant d'exercer, doivent être agréées par le médecin de district et dépendent directement du service sanitaire, auquel elles doivent rendre compte des incidents professionnels et qui a le droit de leur enjoindre de s'abstenir momentanément d'exercer.

En Suède, le grand arbitre, en matière disciplinaire, est le médecin de la province. Si la capacité professionnelle de la sage-femme lui paraît insuffisante, il peut aller fort loin. Il prescrira, par exemple, à l'intéressée, d'assister à des cours de perfectionnement, ou de répétition, ou même d'affronter un nouvel examen. Il peut frapper d'amende les délinquantes, les fautes lourdes relevant toutefois des tribunaux ordinaires.

En Alsace-Lorraine, la sage-femme, avant de s'établir, se présentera devant le médecin d'arrondissement, pour lui soumettre son diplôme, le manuel dont elle s'est servie à l'école d'accouchement, ses instruments, etc. Les mêmes formalités sont prescrites à chaque changement de domicile.

Le minimum d'initiative est laissé à la praticienne : elle devra s'en tenir à son manuel et à son règlement et, en cas de doute, toujours appeler le docteur.

Si la cliente consulte un médecin, l'accoucheuse devra imposer un avis, et ne pas obéir rigoureusement au praticien choisi.

En Prusse, toute l'action de l'accoucheuse est soumise au contrôle du médecin du cercle.

De plus, le législateur prussien donne une grande place à des épreuves postérieures à l'obtention du diplôme. Il assujettit les sages-femmes à donner la preuve de leurs connaissances tous les deux ans au médecin du district.

Ce praticien examine en outre la tenue des livres, l'état des instruments, etc. Il convoque les sages-femmes et leur impose un bref examen écrit. Si elles obtiennent une note insuffisante, elles doivent recommencer dans les quatre mois, ou se faire inscrire, dans les trois mois, qui suivent l'échec, à un cours de perfectionnement, organisé dans les Maternités universitaires.

Cours de répétition et de perfectionnement.

En Prusse, jusqu'à l'âge de 55 ans, les sages-femmes peuvent être astreintes à suivre, pendant trois semaines, tous les deux ans, un cours de perfectionnement. Pendant ce temps, elles sont logées dans l'établissement scolaire. Elles touchent, de leur district, une indemnité de voyage et une subvention quotidienne.

En Suisse, pour tenir au courant les praticiennes, il a été organisé, dans plusieurs cantons, des cours de répétition, d'une dizaine de jours par an, où elles viennent se retremper aux sources de la science et que couronne un examen, le tout aux frais des cantons.

Ces cours peuvent être imposés, à titre de sanction, par le médecin, lorsque ce praticien estime la culture professionnelle d'une sage-femme comme étant insuffisante ; mais ces cours complémentaires, qui durent quatorze jours, restent à la charge de ces sages-femmes.

En Belgique, pour devenir accoucheuses

agréées, il faut se soumettre aux cours de perfectionnement.

En Danemark, des conférences de perfectionnement sont instituées aux frais des caisses municipales.

Tous les 10 ans, en Suède, est organisé un cours technique d'un mois, dont seules sont dispensées les sages-femmes ayant plus de 50 ans d'âge.

Voilà des dépenses fructueuses, qu'inspire une bonne économie sociale, car la santé est le premier capital productif d'une nation. La vigueur et même la vie d'un être humain dépendent souvent de l'acte obstétrical, ou des soins donnés dans la première enfance.

Aussi de telles mesures, en ce qui concerne les cours de perfectionnement, seraient-elles instituées utilement en France, pour le plus grand bien de la santé publique et, personnellement, je serais heureux de voir le corps médical tout entier être astreint, non pas à des périodes militaires de service de santé, qui ne servent à rien, mais à suivre des cours de perfectionnement, tous les dix ans, par exemple.

Je ne voudrais pas qu'on puisse voir, dans ces cours de perfectionnement, une sorte de punition, qui, acceptée à l'étranger, serait supportée, en France, à l'instar d'une mesure vexatoire.

Bien au contraire, le frottement mutuel des idées scientifiques serait d'une utilité incontestable : le professeur donnant sa science ; le praticien, les données de sa clinique personnelle.

Ainsi, ne pourrait-on plus reprocher à quelques médecins de « s'encroûter » à la campagne, de rester trop fidèles à des habitudes, ce qui peut dégénérer en routine, chez ceux qui ne lisent pas et qui ne se tiennent pas au courant des données sans cesse nouvelles de notre art.

Pléthore et misère de la profession.

Dans sa thèse de doctorat en droit, M. Gérard Strauss insiste sur la situation lamentable des sages-femmes, non seulement en France, mais encore à l'étranger.

Partout les mêmes causes : trop de sages-femmes dans les villes, peu dans les campagnes ; honoraires trop avilis et peu rémunérateurs ; et concurrence faite par les hôpitaux et les cliniques de tous ordres ; enfin diminution du nombre des naissances.

Ce dernier point est très net et n'est pas uniquement l'apanage de la France. Dans de nombreux pays, la sage-femme ne peut plus se rattraper sur la quantité d'accouchements, alors que ses honoraires sont modiques : il y a trop de sages-femmes pour le nombre sans cesse décroissant des naissances.

Ajoutons à cela qu'en Suisse, en Allemagne et ailleurs, les autorités imposent des tarifs aux sages-femmes, qu'elles doivent appliquer aux riches comme aux pauvres, sous le prétexte d'empêcher les abus !

Situations et subventions officielles.

Aussi, certains Etats ont-ils essayé, d'une part, de donner aux sages-femmes une subvention, qui leur permettra d'avoir un rang adéquat à leur mission sociale et, d'autre part, d'assurer aux populations rurales le concours d'une accoucheuse, en enrayant quelque peu l'exode des sages-femmes vers la grande ville.

Certains cantons suisses octroient à l'accoucheuse des « Wartgelder », subventions assez faibles et non obligatoires.

D'autres cantons suisses ont institué des postes communaux : toute commune d'au moins mille habitants doit entretenir une sage-femme pour son service personnel.

En Roumanie, les « Foyers des sages-femmes rurales » reçoivent gratuitement les élèves, qui voudront plus tard s'installer à la campagne. Celles-ci sont internes et n'ont aucun frais ; mais une fois diplômées, elles ne peuvent pratiquer les accouchements que dans les communes rurales qui leur sont désignées pendant un délai de dix ans.

Au Danemark, sont créés des districts géographiquement déterminés par les préfets, sur l'avis des médecins et sous réserve de l'approbation du Ministre de la Justice. La sage-femme de district est une véritable fonctionnaire : elle est logée, a gratuitement le téléphone reçoit un traitement annuel et est exonérée d'impôts.

Si, dans le district, la natalité est faible, la sage-femme recevra une indemnité supplémentaire, pour compenser le manque des honoraires.

Il est créé des accoucheuses de district suppléantes, pour remplacer les sages-femmes malades ou en congé.

A 65 ans, la sage-femme peut faire valoir ses droits à la retraite ; mais, à 70 ans, celle-ci lui est imposée et l'accoucheuse ne peut plus exercer.

En Norvège fonctionne le même système, avec quelques légères modifications.

En Prusse, l'autorisation d'exercer n'est accordée à chaque sage-femme que pour une circonscription limitativement déterminée, selon la densité de la population, afin d'assurer aux habitantes, de façon suffisante, l'aide de l'accoucheuse.

En Belgique, un arrêté de septembre 1921 institue un titre d'accoucheuse agréée du Gouvernement. Ce titre est accordé après que la candidate a suivi un cours de perfectionnement et réussi à un examen complémentaire.

Seules, les titulaires de ce titre peuvent recevoir des communes des indemnités annuelles, lorsque les accouchements pratiqués dans certaines localités rurales ne permettent pas à la

sage-femme de pouvoir vivre honorablement du rapport de sa clientèle.

M. Gérard Strauss souhaiterait que les sages-femmes françaises, qui le demanderaient, puissent être fonctionnarisées, pour toucher un traitement suffisant pour leur assurer une existence décente et obtenir plus tard une retraite.

Un poste officiel de sage-femme serait créé aux frais de l'Etat dans chaque canton, toute commune conservant d'ailleurs le droit de subventionner une sage-femme indépendante, qui consentirait à résider dans la localité.

Personnellement, je ne crois pas du tout à l'efficacité de la fonctionnarisation : d'abord, l'Etat a ses finances en trop mauvais état et ces dernières sont socialement trop mal gérées pour qu'on puisse faire de la sociologie et de l'économie politique à la place de politique pure.

Où trouver les fonds nécessaires pour instituer des cours complémentaires de perfectionnement et assurer une vie honorable aux sages-femmes fonctionnarisées, lorsqu'on voit le Parlement refuser, ou diminuer très fortement les *crédits demandés pour l'hygiène publique* ?

Les Ministres, même lorsqu'ils s'intitulent Ministres de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales, ne se sont jamais entourés des conseils d'hommes compétents et des organisations professionnelles légalement constituées : hommes politiques, ils ne font que de la politique et n'ont jamais abordé franchement le grand problème de l'hygiène publique et de la défense sanitaire.

Disons à leur défense qu'ils ne se sentent que temporairement de passage dans ce ministère, et qu'ils ne sont nullement certains de la durée de leur pouvoir ministériel. Aussi ont-ils plus à faire, pour satisfaire les appétits de leurs amis directs, que de faire appel aux syndicats professionnels, qui étudient les questions d'hygiène et les appliquent, dans les limites que permettent des règlements officiels, d'autant plus inefficaces et inapplicables que mal rédigés et mal conçus.

Les registres d'accouchements.

Beaucoup d'Etats imposent à la sage-femme la tenue obligatoire d'un registre d'accouchements, soumis au contrôle permanent du médecin officiellement délégué. Ce registre constitue une sorte de journal quotidien, qui facilite ainsi le contrôle de l'activité scientifique et professionnelle de l'accoucheuse.

Il en est ainsi en Suisse, en Roumanie, en Italie, au Danemark, en Suède, en Alsace-Lorraine.

Non seulement, ce registre doit comporter les naissances légitimes ou non, mais encore, en Suisse « lorsqu'une autorité demande des renseignements à une sage-femme, celle-ci est tenue de répondre au plus près de sa conscience » !

En France, lors de la discussion devant l'Académie de Médecine de la situation de la sage-femme, nous avons vu le Pr Bar proposer l'obligation de la tenue d'un registre « sur lequel seront notés tous les actes professionnels de l'accoucheuse, avec le résultat, en ce qui concerne la mère et l'enfant ».

Pour ma part, je pense qu'il est quelque peu naïf de croire à l'efficacité de pareil registre. Tout d'abord, il faudrait qu'une loi intervînt pour modifier les prescriptions impérieuses et générales de l'article 378 du code pénal, imposant le secret professionnel.

D'autre part, les avorteuses de métier n'inscriront sur ce registre que les noms et soins donnés aux avortées de marque, dont la divulgation de l'identité, entraînant un scandale, assure l'impunité aux faiseuses d'anges.

Conclusions.

Emu par les doléances qu'il a entendues, comme par le résultat des recherches auxquelles il s'est livré, M. Gérard Strauss ne voit qu'un moyen de salut : la création de postes de sages-femmes fonctionnaires.

Qu'il me permette de lui faire remarquer que si, pour faire une thèse, qui touche de près à la profession médicale, il avait consulté nos organisations professionnelles, on aurait pu lui suggérer d'autres solutions.

Tout d'abord, nos journaux médicaux, et même le Conseil supérieur de l'Assistance publique se sont préoccupés de l'amélioration du sort des sages-femmes.

Personnellement, j'ai déjà proposé au Conseil supérieur de faire de nos sages-femmes les dames visiteuses qui, sous la direction et avec la collaboration du corps médical local, pourraient être chargées de l'éducation du peuple en matière d'hygiène élémentaire, en puériculture, etc. Aux sages-femmes, avec le concours des médecins, la surveillance des écoles rurales, l'inspection des nourrissons, etc.

Point n'est besoin de fonctionnarisme : il suffit que l'Etat, les départements et les communes ne soient pas aussi ladres, lorsqu'il s'agit de payer des besognes d'inspection, ou même simplement les accouchements faits chez les indigents.

Malheureusement, en France, les tramways électoraux, ou les formidables dépenses du budget de la mort (Guerre et Marine) ne nous laissent plus assez d'argent pour les Ministères de vie : Hygiène, Travail et Instruction publique.

Je dirai encore à M. Gérard Strauss, tout en le louant pour le très intéressant travail qu'il nous a fourni, qu'il ne faut pas se laisser hypnotiser par la phobie de l'avortement. Celui-ci a existé de tout temps et M. Gérard Strauss cite à ce sujet un passage de Platon, où il est rapporté que les sages-femmes, au dire de Socrate,

par des remèdes, ou des enchantements, favorisent l'avortement.

Lorsque M. Paul Strauss, comme sénateur, fut rapporteur du projet de loi pour la répression des avortements, je lui avais remis un travail, qui fut publié dans le *Concours médical*. Il y était donné l'opinion de médecins praticiens, ayant vécu dans la clientèle, tant de ville que de campagne, et concluant à l'inefficacité des moyens légaux et judiciaires, pour la répression des avortements.

Une femme enceinte, qui veut se faire avorter, croit avoir des raisons très sérieuses pour se débarrasser de ce germe : elle finira toujours par trouver un avorteur, ou s'estropiera elle-même.

Les lois ne peuvent rien contre les mœurs.

D'autre part, pourquoi toujours jeter l'opprobre sur une profession aussi digne de respect que celle des sages-femmes ? Quand on parle d'avortement, on invoque de suite le tableau de la sage-femme, faiseuse d'anges !

Cependant, dans ma clientèle personnelle, j'ai été maintes fois sollicité, comme tous mes confrères, pour donner l'adresse d'une avorteuse.

Soignant plus tard la malade, celle-ci m'a fréquemment avoué que toutes ses tentatives avaient été vaines chez plusieurs sages-femmes et que, définitivement, c'est une personne étrangère à la médecine, qui a provoqué, plus ou moins maladroitement, l'avortement.

Laissons donc ce spectre de l'avortement ; il nous empêche de parler d'un autre remède à la dépopulation : faire en sorte que l'enfant ne soit plus une charge aussi lourde pour chaque ménage ; mettre l'enfant en nourrice chez sa propre mère ; accorder des subventions, qui ne soient pas ridiculement infimes, aux mères qui se consacrent à leur enfant, etc., etc.

Malheureusement, nos politiciens ne comprendront jamais que ces dépenses constitueraient un placement merveilleux pour l'avenir de la production nationale.

Résignons-nous à ne pas avoir le nombre, mais ayons au moins la qualité. Que l'Etat paye donc largement ces dépenses d'hygiène et de puériculture.

Poursuivons les fraudeurs du lait, qui empoisonnent nos nourrissons, pour pouvoir faire plus vite fortune ; établissons une hygiène, qui ne soit pas de façade, dans nos écoles : en un mot, dépensons ce qu'il faut pour protéger la race.

Mais nos hommes politiques prétendent que l'Etat n'a pas le sou, malgré les impôts énormes que nous payons. Les puissants du jour sont trop absorbés par leur propre réélection, ou par leur maintien au pouvoir, pour avoir le temps de se renseigner et de faire œuvre utile.

Moraliser une profession libérale par le fonctionnarisme, c'est montrer qu'on connaît peu cette profession qui, comme celles qui relèvent de la loi du 30 novembre 1892, nécessite au contraire une liberté absolue et une indépendance complète, pour le bien de nos malades.

Si M. Gérard Strauss avait demandé ce qu'ont fait les syndicats médicaux, ces derniers auraient montré les tentatives heureuses de la collaboration entre les syndicats de sages-femmes et les syndicats de médecins.

La moralisation d'une profession s'obtiendra par le syndicalisme, le jour où les pouvoirs publics ne considèreront plus les syndicats comme n'étant composés que d'énergumènes et de révolutionnaires, mais au contraire comme pouvant devenir des conseillers techniques, représentant l'expérience scientifique et pratique d'une corporation.

L'organisation professionnelle, sans tyrannie, ni caporalisme, voilà l'avenir ; mais j'ai bien peur de ne pas être compris, pour le moment du moins, et il faut laisser faire le temps, ce grand maître, qui montrera ce qu'ont accompli les syndicats, cependant que les syndiqués eux-mêmes deviendront quelque peu plus syndicalistes.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La Mutualité en 1922.

C'est le dernier état de situation paru à l'*Officiel* du 12 décembre 1924. A la veille du vote de la loi des assurances sociales il est intéressant de connaître la situation de la Mutualité que nous trouverons en face de nous. Il paraît surtout utile de se rendre compte de la puissance de cette organisation qui formera les cadres de la future réforme sociale et qui entend l'accaparer et la monopoliser.

Le nombre des sociétés ayant fourni les états statistiques était en 1922 de 19.900, comprenant un effectif de 5.030.030 membres.

Parmi ceux-ci figurent 528.910 membres honoraires, soit 10,51 %, 763.515 appartiennent aux mutualités scolaires, 624.286 sociétaires n'y figurent que pour l'obtention d'une retraite, 100.200 pour une indemnité au décès, 80.183 pour une assurance, 300.963 ne réclament que des réassurances ou des secours aux familles. Il reste 2.631.773 sociétaires ayant droit au secours maladie, le seul qui nous intéresse au point de vue médical, et encore faudrait-il retrancher de ce dernier chiffre ceux qui font partie (et ils sont légion) de plusieurs sociétés mu-

tuelles maladie et qui, par suite, touchent de ce fait plusieurs indemnités de chômage.

La fortune de la Mutualité était au 31 décembre 1922 de 920.153.000 fr. dont 356.630.010 au fonds commun des retraites, c'est-à-dire à fond perdu, somme que jamais la Mutualité ne pourra récupérer. Il est vrai que dans cette somme figurent les subventions et intérêts de l'Etat qu'elle détient en réalité et dont elle ne dépense que les revenus.

Les recettes ont été 153.044.895 fr. Dans cette somme 78.912.614 représentent les cotisations des participants soit 51,5 %, les cotisations des membres honoraires figurent pour 7.246.864 fr., les subventions de l'Etat s'inscrivent pour une somme de 6.285.890, celles des départements et des communes pour 4.570.697, ce qui fait pour le total des subventions 10.766.532, soit 8,30 % des recettes.

Les dépenses ont été de 111.233.172, dans cette somme le service maladie (médecins, pharmaciens, chômage, maternité) figure pour une somme de 52.157.169. Les frais de gestion pour 10.051.596.

Enfin l'excédent des recettes et dépenses représente une somme de 41.811.723, tous les services dotés, ceci prouve que la Mutualité pourra améliorer ses services, et faire œuvre plus utile, sans cette tendance à la capitalisation à outrance, à cette course au milliard de fortune sociale, puisqu'elle capitalise un quart de ses recettes.

Etudions maintenant les sociétés approuvées d'adultes et les sociétés scolaires et nous terminerons par les sociétés libres.

Dans les sociétés approuvées d'adultes, les cotisations des membres honoraires figurent pour 5,20 %, les subventions, dons et legs 12,04, les droits d'entrée, amendes 2,30 %, les recettes et encaissements divers 12,20 %, les intérêts des fonds placés 17,94 % enfin et c'est le chiffre qu'il faut retenir, les cotisations des participants représentent 52,39 % du montant des recettes.

J'avais donc raison de dire que les participants des sociétés mutuelles étaient incapables de faire un effort utile et préfèrent avoir recours à la mendicité pour boucler leur budget, mendicité officielle ou privée. Rapprochez ces chiffres 14.029.074 de subventions et legs et de 5.939.181 fr. de cotisations d'honoraires, vous trouvez un total de 19.968.256 pour des versements altruistes contre 61.004.442 fr. de cotisations des usagers.

Les honoraires versés aux médecins dans les sociétés approuvées d'adultes se montent à 13.121.748 pour 588.320 malades, ce qui représente une somme de 22 fr. 64 par malade. Le nombre des journées moyennes par malade étant de 22,07 soit pour 588.320 un chiffre de 12.984.222 journées de maladie.

Rapprochons ce chiffre du montant des honoraires médicaux, nous voyons qu'en moyenne un médecin touche 1 fr. 01 par jour de maladie.

La Mutualité prône sans cesse son organisation de médecine sociale qu'elle voudrait monopoliser.

Or, pour les frais de prévention et d'hygiène sociale (dispensaires, sanatoria, hospices, etc.) elle a dépensé pour les sociétés d'adultes 876.461 fr. sur un total de dépenses générales de 93.296.173 soit 0,93 %, et pourtant la Mutualité a mis en réserve 41.000.000 environ.

Les frais de gestion ont été en 1922 de 8.871.95, soit 9,50 % des dépenses. La proportion était en 1921 de 11,21 %. Mais il convient d'ajouter qu'il y a des dépenses portées sous d'autres rubriques (propagande, impressions, etc.) qui ne figurent pas aux frais généraux et devraient être rangées dans ce chapitre, car ce ne sont pas des allocations mutualistes.

Ces frais de gestion paraissent élevés quand on les compare au 6,12 % attribués comme secours aux veuves et orphelins et que tous les frais de maladie réunis figurent pour un pourcentage de 46,87 % dans le total des recettes.

Les sociétés scolaires ont un effectif de 763.515 adhérents participants, (chiffre peu élevé pour la population qui fréquente les écoles de France) et 29.382 membres honoraires. La cotisation des participants est de 4.430.650 fr. celle des membres honoraires de 81.336 ; les subventions 967.914. En additionnant ces deux derniers chiffres, nous trouvons 1.049.250, soit 23,67 % des cotisations des usagers. Les frais de gestion dans ces sociétés sont de 12,85 %, chiffre important à souligner.

La partie médicale offre moins d'intérêt puisque les scolaires peuvent se faire soigner par le médecin de leur choix ; cependant les médecins figurent dans les dépenses maladies pour une somme de 39.151.

Les sociétés libres qui s'occupent de la maladie seule comprennent 155.448 membres participants, versant une somme de 4.137.303, c'est-à-dire une moyenne de 26 fr. 61, alors que les dépenses de maladie sont par tête de 26 fr. 80, c'est-à-dire que les versements sont inférieurs aux frais réalisés.

Les membres honoraires au nombre de 19.425 versent une somme de 749.482 fr., sur des recettes générales de 6.476.377, soit 11,5 % du total, et représentant 18 % de la cotisation des participants.

Les sociétés qui s'occupent à la fois de la maladie et de la retraite groupent un effectif de 36.145 participants et de 5.297 membres honoraires. Alors que les premiers versent 2.164.482 francs, les seconds versent 135.783. Si nous examinons les recettes globales des diverses sociétés libres (comprenant tous les services

notamment les retraites et les assurances), nous notons que les cotisations des membres participants représentent 44,87 %, celles des membres honoraires 4,08 %, celles des subventions, dons et legs (en remarquant que l'Etat ne verse pas de subventions aux sociétés libres) 29,01 %, soit près du tiers des recettes générales.

Les honoraires médicaux ont été de 1.004.638 fr. pour 48.053 malades ayant fourni 822.214 journées de maladies, soit 20,88 % par malade et 1 fr. 22 % par jour de maladie.

Sur les 13.025.104 fr. de recettes, les frais de prévention et d'hygiène sociale (dispensaires, sanatoria, etc.), 141.061 fr. seulement, soit 1,08 % des dépenses ont été employés à lutter contre la morbidité, alors que les frais de gestion seuls représentent 8,82 % des dépenses.

De tout ce long examen, il ressort l'insuffisance notoire des cotisations mutualistes, l'effort considérable qu'elle réclame à l'Etat et aux départements, aux communes, en un mot à la collectivité, aux membres honoraires, mendicité officielle et privée, l'importance des frais de gestion, l'insuffisance marquée des honoraires médicaux et le désintéressement effectif des œuvres d'hygiène sociale.

On répète dans certains milieux médicaux qu'il n'y a pas à se préoccuper de la Mutualité, qu'elle est une organisation en voie de déliquescence, qui n'a plus la faveur du public.

La comparaison de la situation de la Mutualité en 1914 et en 1924 est la meilleure réponse à ceux qui croient à la mort prochaine de cette institution sociale.

Au 31 décembre 1914, il y avait 15.492 sociétés ayant fourni des états statistiques. Au 31 décembre 1922, *on en comptait 19.900, soit une* augmentation de 4.408.

L'effectif des cotisants passe de 3.355.410 en 1914 à 4.501.120 en 1922, celui des membres honoraires de 400.000 en 1914 à 528.910 en 1922. Et encore il ne faut pas perdre de vue dans l'appréciation de ces derniers chiffres les pertes considérables apportées par la guerre dans une population réunissant les conditions d'âge qui permettent les actes de prévoyance.

En résumé, rien dans ces chiffres n'annonce la décroissance de la Mutualité.

Le rapport se termine par un certain nombre de vœux et je reproduis le dernier qui marque bien la mentalité des dirigeants mutualistes :

Le Conseil supérieur émet le vœu qu'une distinction mutualiste nouvelle, la Cravate de Commandeur de la Mutualité soit créée, qui serait accordée à 100 personnes (probablement aux membres du Conseil supérieur et aux grands dirigeants des Unions départementales) et ne pourrait plus être conférée qu'à la suite d'extinction ainsi que cela se pratique pour la Légion d'honneur.

Demain le corps médical va se trouver en face de la Mutualité pour les contrats collectifs des assurances sociales, organisation encore puissante et qui s'est développée grâce à l'exploitation méthodique des médecins, c'est à nous d'ouvrir les yeux, de ne plus accepter ce joug que nous portons depuis plus d'un demi-siècle et qui menace encore l'ensemble des praticiens français. Jusqu'ici, l'entente n'a pu se faire entre médecins et mutualistes. J'en sais quelque chose puisque j'eus l'honneur de faire partie de la grande commission médico-mutualiste présidée par M. Loubet. Aussi mon opinion est qu'aucune entente ne se fera à moins d'un changement de *mentalité dans les milieux mutualistes. Qui* vivra, verra.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 2, 16 *et* 30 *juin*, 21 *juillet*, 4 *et* 18 *août* 1925.

(*suite*)

Assistance médicale gratuite.

Le Dr R. (Gironde) a donné des soins à l'hôpital à deux personnes qui, postérieurement, ont été inscrites à l'A. M. G.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre ses deux clients, à la condition qu'il soit en droit de demander des honoraires pour les soins qu'il donne à l'hôpital à des malades payants.

Le Dr D. (Aube) se voit refuser par le préfet le paiement d'honoraires d'assistance médicale gratuite, parce que, conformément à une réponse ministérielle, il refuse, pour respecter le secret professionnel, d'inscrire le diagnostic sur le bulletin de visite.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour saisir le Conseil de Préfecture.

Le Dr C. (Haute-Garonne), ayant constaté que

les indigents qui l'avaient choisi les années précédentes comme médecin avaient été, cette année, inscrits comme clients d'un confrère, alors qu'il est certain qu'ils n'avaient pas eu l'intention de le changer, a appris que le cantonnier, chargé de demander aux indigents quel médecin ils choisissaient, avait donné de fausses indications, se rendant ainsi coupable d'un détournement de clientèle à son détriment.

Me Auger est d'avis quc, comme le cantonnier a agi à titre personnel et hors de sa fonction, ce sont les tribunaux judiciaires qui sont compétents. En conséquence, le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour former contre le cantonnier une demande d'un franc de dommages intérêts.

Loyers.

Le Dr B. (Seine) demande l'appui pécuniaire pour obtenir une prorogation, que lui refuse son propriétaire, pour le garage dans lequel est remisée l'automobile dont il se sert dans l'exercice de sa profession.

Le Conseil, considérant qu'il s'agit bien d'une question professionnelle, accorde l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr D. (Yonne) avait obtenu l'appui pour défendre à un pourvoi en cassation formé par son propriétaire contre une décision du juge de paix qui lui avait accordé une prorogation.

La Commission supérieure de Cassation vient de rejeter le pourvoi.

Exercice illégal.

Le Syndicat de l'Aube vient d'obtenir la condamnation de l'illégal S. à mille francs de dommages-intérêts et à des insertions dans les journaux du département.

Cession de clientèle.

Le Dr M. (Oise), ayant acheté une clientèle à un confrère, qui s'est engagé à ne pas exercer dans un rayon de 20 km., vient d'apprendre que son cédant va s'installer à 6 km. de son domicile.

Le Conseil est disposé à donner l'appui pécuniaire au Dr M. si l'installation projetée par son confrère est effectuée, à la condition qu'il donne tous renseignements utiles et communique notamment son acte de cession.

Fonctions administratives.

Le Dr S. (Corse), ayant été régulièrement nommé directeur du Bureau d'hygiène d'Ajaccio, n'a pu prendre possession de son poste, le nouveau maire ayant nommé un autre Directeur.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 700 francs.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr A. (Ardèche) pour former un recours en Conseil d'Etat contre la décision qui l'a révoqué de ses fonctions de médecin de l'hôpital, sous prétexte que son état de santé était dangereux pour les malades, et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 700 fr.

Le Dr J. (Aude) vient d'être révoqué, sans motif et sans communication préalable de son dossier, de ses fonctions de médecin de l'hôpital.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat et ordonnance à cet effet le versement d'une provision de 700 francs.

Le Dr A. (Oran) a obtenu du Conseil d'Etat l'annulation de la décision du maire qui l'avait révoqué de ses fonctions de médecin communal.

Suivant l'avis de Me Auger, il est en droit d'obtenir de la commune des dommages-intérêts pour le préjudice qui lui a été causé par cette révocation illégale. Il devra à cet effet, adresser à la commune un mémoire dont Me Auger a rédigé le texte.

Dans le cas où la commune n'accorderait pas au Dr A. satisfaction, l'appui pécuniaire lui serait accordé à nouveau pour former un recours devant le Conseil d'Etat.

Arbitrage.

Deux membres du « Sou » étant en désaccord pour l'application d'un contrat de collaboration professionnelle, le Conseil leur a proposé un arbitrage, qui pourrait être pratiqué par l'un ou plusieurs de ses membres.

Cet arbitrage n'a pas eu lieu, les deux confrères étant parvenus à se mettre d'accord à l'amiable.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée générale de 1925.

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1924

(Suite et fin)

CAISSE AUXILIAIRE

Avoir général au 13 décembre 1923		22.287 21
Recettes de l'année 1924 :		
Intérêts	738 70	
Dons	289 »	
Amendes	159 95	1.257 65
Remboursement d'allocation	20 »	
Remboursement d'avances	50 »	
		23.544 86
Dépenses de l'année 1924		
Allocations	154 70	312 50
Avances	157 80	
Reste avoir		23.232 36
représentés par :		
Portefeuille :		
30 Bons du Trésor, janvier 1923	14.850 »	22.450 »
8 Bons de la Défense nationale à un an	7.600 »	
Espèces en caisse	450 18	782 36
Espèces à la Société Générale	332 18	
Total égal		23.232 36

COMPTE DE GESTION

Avoir au 31 décembre 1923:		
Espèces en caisse	72 16	6.491 11
Espèces à la Société Générale	6.418 95	
Recettes de l'année 1924		45.879 59
Dépenses de l'année 1924		38.846 75
Reste avoir		6.532 84
représentés par :		
Espèces en Caisse	387 66	
Espèces à la Société Générale	6.145 18	
Total égal	6.532 84	

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Crédit	Débit	Totaux
Combinaisons M A et B	721.000 94	16.385 16	11.972 98	»	»	749.359 08
Combinaison M A D	118.210 73	5.473 59	»	»	201.25	123.483 07
Combinaison P	537.048 49	11.564 11	3.532 42	»	»	552.145 02
Combinaison R	806.919 16	9.998 12	3.398 85	»	»	820.316 13
Combinaison V	176.272 60	10.332 17	»	»	175.51	186.429 26
Caisse Auxiliaire	22.450 »	332 18	450 18	»	»	23.232 36
Compte de gestion	»	6.145 18	387 66	»	»	6.532 84
Totaux	2.381.901 92	60.230 51	19.742 09	»	376.76	2.461.497 76

Les Comptes dans lesBanques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société générale* pour la première section, la Caisse Auxiliaire et le Compte de Gestion ;
Au *Crédit Lyonnais*, pour les Combinaisons P et R ;
Au *Comptoir National d'Escompte* pour la Combinaison V.

Messieurs,

Nous arrivons à la fin de la période quinquennale qui doit se terminer par l'inventaire actuariel. Dans quelques mois, nos comptes et nos statistiques seront soumis à M. Fleury qui nous dira quelle est notre situation exacte au milieu du bouleversement économique auquel nous assistons.

Le Trésorier, A. Gassot.

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

relatives aux eaux d'alimentation, rédigées par une commission spéciale (1) et approuvées, le 2 juin 1924, par le conseil supérieur d'hygiène.

TITRE Ier.

Etablissement des projets.

Recherches des eaux, choix, captage, addition.

Les projets d'alimentation en eau potable présentés par les villes et les communes, soit au conseil supérieur d'hygiène publique de France, soit aux conseils départementaux d'hygiène et commissions sanitaires, doivent être étudiés conformément aux prescriptions suivantes :

Quantité d'eau à fournir. — La quantité d'eau à fournir ne doit pas en principe, être inférieure au minimum de 100 litres par jour et par habitant. Pour le calcul de 100 litres, il sera tenu compte des eaux potables déjà distribuées. Dans des cas exceptionnels, soit à raison des conditions particulières à une agglomération, soit à raison de la nature et de la gravité du préjudice causé aux usagers des eaux, la quantité à amener pourra être moindre que la quantité nécessaire pour assurer le minimum de 100 litres.

Il devra être fait état, dans la quantité d'eau à fournir, des prévisions d'accroissement de la population, dûment justifiées.

L'alimentation en eau potable des habitants comprend à la fois les eaux de boisson et celles des besoins ménagers.

Lorsque le projet sera dressé en vue, non seulement de l'alimentation en eau potable, mais encore des services publics ou d'utilisations industrielles ou agricoles, les nécessités afférentes à l'alimentation devront, en tout état de cause, être exactement spécifiées et complètement sauvegardées. La quantité d'eau sera, dans ce cas, calculée en conséquence.

Toutefois, dans cette dernière hypothèse, il convient d'attirer l'attention des villes sur ce fait que le captage d'eaux potables à raison de leur qualité, pour des besoins autres que ceux de l'alimentation, lorsqu'il porte atteinte par voie d'expropriation à des droits d'usagers qui protestent, est susceptible de soulever des objections de fait et de légalité particulièrement délicates.

Les jaugeages devront être assez nombreux pour permettre d'avoir une connaissance suffisamment précise du régime des eaux à utiliser afin de déterminer en particulier le débit d'étiage et le débit moyen. Les prises d'échantillons d'eau destinés aux analyses prescrites devront avoir lieu de préférence au moment des jaugeages ; on utilisera de cette façon les dispositifs qui auront servi à établir les jaugeages pour renouveler abondamment l'eau avant de procéder aux opérations de prélèvements.

Choix de l'eau. — Les eaux auxquelles on a recours pour l'alimentation publique se divisent en eaux météoriques, en eaux superficielles, en eaux souterraines. Il convient de rechercher, avant toute autre solution, celle qui permet de trouver en quantité suffisante des eaux naturellement pures.

Eaux météoriques. — Les eaux météoriques ou eaux de pluies sont recueillies par des toits, surfaces imperméables et gouttières pour être conduites dans des citernes.

Elles ne sont utilisables que si les toits ne présentent pas des conditions favorisant leur pollution ; doivent être notamment écartés les toits formant terrasse.

Les premières eaux de chaque pluie lavent le toit de ses souillures et sont mauvaises ; il est indispensable de les éliminer au moyen d'un dispositif spécial.

Ces eaux ont l'inconvénient d'avoir une minéralisation très faible. Il en peut résulter, notamment lors de leur passage en des ouvrages de plomb (toits, gouttières, etc.) une dissolution de ce métal susceptible de provoquer chez les consommateurs des acci-

(1) Commission composée de M. le professeur Pouchet président ; MM. Bonjean, docteur Bordas, docteur Cruveilhier, Diénert, Dimitri, Guillerd, Kohn-Abrest, Lormand, Michel Lévy, docteur Ott, docteur Pottevin, Rolants et Le Couppey de la Forest, rapporteurs.

dents de saturnisme. Ce risque serait considérablement aggravé si l'on ne proscrivait pas absolument le plomb des canalisations et dispositifs servant à la collection et à la distribution.

Ces eaux ont un mauvais goût quand elles ont passé sur des toits couverts de ciment volcanique.

Il est indispensable que la citerne soit rigoureusement étanche, afin d'être protégée contre l'infiltration des eaux étrangères ; elle doit être mise à l'abri des moustiques et nettoyée au moins une fois par an.

Eaux superficielles. — Les eaux superficielles comprennent les eaux en cours d'eau, lacs, barrages, réservoirs, etc. Elles sont toujours sujettes à des contaminations temporaires ou permanentes. Certaines d'entre elles ont l'inconvénient d'avoir une température variable, élevée pendant la saison chaude. Elles ne peuvent être employées pour l'alimentation sans épuration préalable. Les eaux de sources émergeant au milieu des eaux des lacs, rivières, mers, etc., s'il est possible de les capter vierges, ne sont pas à classer dans cette catégorie, mais dans celle des eaux souterraines.

Eaux souterraines. — Les eaux souterraines sont peu profondes ou profondes.

Dans la première catégorie, on range les eaux de puits, galeries captantes et drains non profonds, ainsi que les eaux de sources considérées à leur émergence.

Ces dernières sont choisies de préférence d'autant que leur débit est plus facilement appréciable.

Pour les puits, galeries captantes et drains, les pompages nécessaires à l'élévation de l'eau ne doivent jamais exercer une dénivellation de la nappe assez grande pour provoquer des appels d'eaux étrangères n'ayant pas subi par leur passage à travers le sol une épuration suffisante.

Les eaux souterraines profondes comprennent les eaux des puits profonds, forages ordinaires, forages artésiens. Ces eaux prises à leur gite même, sont très pures, éloignées qu'elles sont des causes de contamination, excepté toutefois dans les terrains fissurés.

La température des eaux profondes peut être élevée.

Leur composition chimique laisse quelquefois à désirer : présence de fer, traces d'hydrogène sulfuré, odeurs bitumineuses, etc.

Toute eau souterraine dont la température varie d'une saison à l'autre sera l'objet de recherches spéciales, en vue de déterminer les conditions de son origine.

Qualité des eaux. — une eau ne pouvant être utilisée pour l'alimentation qu'autant qu'elle a été reconnue salubre, la détermination de la salubrité doit précéder l'établissement du projet des travaux à entreprendre pour l'adduction des eaux considérées.

Cette détermination se fera au moyen d'enquêtes hydrogéologiques, chimiques et bactériologiques.

L'examen hydrogéologique (1) doit lui-même précéder l'analyse, car celle-ci est inutile si celui-là est défavorable ; on ne peut en effet utiliser une eau, malgré les résultats favorables d'une analyse, si elle demeure sujette à des causes de contamination, si elle est captée dans des terrains tels que sa composition soit sujette à d'inévitables variations.

Mais si l'enquête hydrogéologique doit toujours constituer la première étape des études destinées à montrer la salubrité d'une eau, il convient de recommander au géologue de collaborer avec l'analyste.

L'enquête hydrogéologique a pour but l'étude de la provenance de l'eau et des causes possibles de ses contaminations. Elle doit porter sur toute la région qui peut être considérée comme faisant partie du périmètre d'alimentation de l'eau que l'on étudie (source, puis, drains, galeries, etc.).

Dans certains cas, et notamment lorsque le périmètre d'alimentation géologique est étendu et ne concorde pas avec le périmètre d'alimentation orographique, le géologue pourra compléter son enquête par des expériences sur la propagation souterraine des eaux (2).

Ces diverses recherches faites, le géologue devra indiquer le mode de captage qui sera à adopter dans chaque cas particulier afin d'aller rechercher les eaux à l'abri de toute contamination.

Il aura l'obligation d'étudier avec le plus grand soin la question de savoir si un périmètre de protection doit être imposé ou non, pour protéger la pureté des eaux. Dans l'affirmative, il devra définir la zone frappée de servitudes avec assez de précision pour que les limites puissent en être exactement tracées sur les plans soumis aux enquêtes et pour que les surfaces atteintes puissent être bornées ultérieurement. Dans la négative, le géologue devra faire connaître, en les appuyant de toutes les explications nécessaires, les raisons qui justifient l'inutilité d'un périmètre de protection.

Si l'enquête hydro-géologique du terrain exécutée ainsi qu'il est défini ci-dessus ne donne pas des résultats nettement défavorables, l'instruction sera poursuivie par l'enquête chimique et l'enquête bactériologique.

La qualité d'une eau devant servir à l'alimentation ne peut être établie suffisamment par les résultats d'une seule et unique analyse.

---

(1) Les géologues qualifiés pour l'examen hydrogéologique sont les collaborateurs de la carte géologique de la France désignés à cet effet par M. le ministre des travaux publics, ainsi qu'il est exposé aux circulaires des 10 décembre 1900 et 3 novembre 1902 de M. le président du conseil, ministre de l'intérieur.

Pour l'instruction des projets d'adduction d'eau potable, ces géologues interviennent dans des conditions identiques à celles qui sont précisées dans la circulaire du 30 juin 1923 de M. le ministre de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales, relative à l'examen géologique des projets de création d'agrandissement ou de translation de cimetière.

(2) Voir les instructions spéciales pour les géologues,

Une série d'examens physiques, chimiques et bactériologiques doivent être faits sur des échantillons de l'eau à examiner, prélevés au moins à deux époques différentes de l'année (après une période sèche et après une période pluvieuse) et dans certaines espèces en période d'irrigation.

Les prélèvements d'eau destinés aux analyses ne peuvent être effectués qu'en mettant préalablement l'eau à l'abri des souillures de toute nature. Ces prélèvements devront être pratiqués autant que possible par les soins du laboratoire chargé des analyses et, en cas d'impossibilité, suivant les instructions officielles du laboratoire du ministère de l'hygiène.

Les analyses seront confiées à des laboratoires désignés (1). Elles comprendront au moins les déterminations suivantes :

Examens physiques : limpidité, couleur, température, odeur (hydrogène sulfuré) et, toutes les fois que ce sera possible, résistivité électrique, etc., constatées à l'émergence.

Examen chimique : matières organiques (dosage), ammoniaques et sels ammoniacaux (recherche), nitrites (recherche) nitrates (dosage), chlorures (dosage), sulfates (dosage), alcalinité (dosage), fer (dosage), degré hydrotimétrique total.

Examen bactériologique : numération et spécification des colonies.

Recherche, sur 100 centimètres cubes, du bactérium coli et des espèces qui se rencontrent dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction.

Recherche des espèces pathogènes sur au moins 100 centimètres cubes (2).

Lorsque la qualité des eaux ainsi examinées aura été reconnu satisfaisante, on devra faire dresser un projet complet des travaux à exécuter, en chargeant de cette étude un homme de l'art qualifié pour un pareil travail.

Si les enquêtes hydrogéologique, chimique et bactériologique ont montré que la qualité des eaux est défectueuse, il y aura lieu de procéder à des nouvelles recherches d'eau naturellement pure et abondante.

En cas d'impossibilité de se procurer une eau naturellement pure, on fera choix de celle convenant le mieux pour subir un procédé d'épuration efficace.

On devra à cet effet recourir à une eau aussi bonne que possible aux points de vue chimique et bactériologique. En rivière, notamment, l'emplacement choisi pour la prise de l'eau à épurer devra se trouver en amont de l'agglomération ainsi que des déversements d'eaux usées. Cette précaution est indispensable même quand le moyen d'épuration est un procédé dit de stérilisation (ozone, rayons ultra-violets, etc.).

(1) Les laboratoires qualifiés pour les analyses chimique et bactériologique seront désignés, sur une liste arrêtée annuellement par le ministre de l'hygiène, après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France et après entente avec le ministre de l'agriculture.

(2) Lorsque les sources auront un débit supérieur à 50 litres à la seconde, cette quantité de 100 centimètres cubes sera augmentée proportionnellement.

Les eaux épurées par filtration ou tout autre moyen doivent faire l'objet d'une surveillance permanente ; faute de cette surveillance l'épuration serait absolument vaine. Si la station d'épuration est assez importante, il devra y être adjoint un laboratoire où seront faits les essais chimiques et bactériologiques ; sinon la commune doit faire assurer cette surveillance par un laboratoire extérieur désigné à cet effet.

Les projets d'adduction d'eau seront établis conformément aux prescriptions des circulaires du 1er octobre 1904 et du 10 juillet 1910 du ministère de l'agriculture. Ces circulaires ne visent que les projets pour lesquels les communes demandent une subvention sur les fonds du pari mutuel, mais, conformément à la circulaire du ministre de l'hygiène à laquelle les présentes instructions sont annexées, les règles qu'elles édictent pour l'étude de ces projets seront étendues à l'établissement de tous les projets d'adduction d'eau.

Canalisations. — Les canalisations devront être garanties contre l'introduction accidentelle de corps étrangers.

La plus grande attention sera apportée à l'étanchéité de toutes les canalisations et de leurs joints, à leur propreté parfaite au moment de leur pose, ainsi qu'à la stabilité du terrain qui les supporte.

L'emploi de la double canalisation pour la distribution de l'eau aux habitants présente le grave inconvénient d'entraîner des confusions entre l'eau alimentaire et l'eau non alimentaire.

Dans le cas où on serait amené à employer la double canalisation, il faudra empêcher expressément la jonction possible des conduites d'eau potable avec celles d'eau non potable.

Dans le cas où le service d'incendie nécessite la communication des deux réseaux, cette communication aura lieu par une vanne scellée, qui ne pourra être ouverte qu'au moment du péril de feu.

Dans les villes à configuration topographique régulière, il sera utile de substituer aux réseaux de canalisation ramifiées, où l'eau circule toujours dans e même sens, des réseaux maillés où l'écoulement peut se produire dans toutes les directions ; on évitera ainsi les stagnations, dépôts, végétations, etc.

Réservoirs. — Une longue stagnation de l'eau est généralement mauvaise. La sortie de l'eau devra se faire toujours du côté opposé à son arrivée.

Il convient presque toujours de diviser les réservoirs en deux compartiments dont l'un reste en service pendant que l'autre est en nettoyage.

Les matériaux employés dans la construction des réservoirs doivent être convenablement choisis pour assurer une étanchéité parfaite, leur nature doit être telle qu'il ne puisse résulter par suite de leur contact avec l'eau aucune altération de ses qualités.

La couverture des réservoirs est nécessaire ; l'accès de cette couverture doit être rigoureusement inter-

dit au public et ne peut faire l'objet d'aucune culture en dehors du gazonnage. En lui donnant une épaisseur suffisante (maçonnerie et terre), la couverture protège l'eau contre les variations de température. Pour les réservoirs en surélévation, il est recommandé de les munir d'une double paroi pour éviter les variations de température.

Les regards et prises d'air des réservoirs seront pourvus d'un dispositif destiné à les mettre à l'abri des moustiques.

La charge de l'eau devra être suffisante pour alimenter par gravité les derniers étages des immeubles. En tout état de cause, l'installation de réservoirs sous les combles des immeubles sera rigoureusement interdite.

Surveillance de l'exécution des travaux.

L'exécution des présentes instructions sera surveillée par le directeur du bureau d'hygiène dans les villes en possédant un ; en cas contraire, la surveillance sera assurée par l'inspecteur départemental d'hygiène ou, à son défaut, par un membre désigné du conseil départemental d'hygiène. Les uns et les autres seront assistés, quand il y aura demande de subvention sur les fonds du pari mutuel, par l'ingénieur du service hydraulique chargé de veiller à la bonne exécution des travaux et d'assister à leur réception. Quand il n'y aura pas de demande de subvention, ils s'adjoindront un ingénieur ou un architecte compétent.

La plus scrupuleuse attention devra être apportée à l'observation de toutes les dispositions du projet approuvé.

TITRE II

SURVEILLANCE DES EAUX LIVRÉES A LA CONSOMMATION DANS LEUR ÉTAT NATUREL.

La surveillance des eaux d'alimentation distribuées par un service municipal ou par une entreprise particulière sera assurée par les soins de la commune.

Les enquêtes chimique, hydro-géologique et bactériologique faites avant tout captage définitif indiquent, dans la mesure du possible, si l'eau possède les qualités de pureté et de potabilité voulues. Mais, après captage, une fois l'eau mise en service, par suite de modifications survenues autour de son captage ou sur son périmètre d'alimentation et par suite de circonstances spéciales, des causes nouvelles de contamination peuvent apparaître.

Une surveillance continue sera nécessaire pour s'assurer que les conditions de pureté primitive de l'eau ne sont pas modifiées. Il est important non seulement de reconnaître les contaminations qui peuvent survenir par suite d'influences diverses, mais surtout de les faire disparaître par la prise de mesures judicieuses.

La surveillance des eaux sera assurée par des examens physiques, chimiques et bactériologiques et des enquêtes hydro-géologiques et hygiéniques effectuées sur place.

Les analyses chimiques et bactériologiques, l'examen physique, doivent être aussi fréquents que possible.

Pour les villes de 20.000 habitants et au-dessus, la surveillance des eaux livrées à la consommation constitue une des obligations du bureau d'hygiène.

Un règlement fixera les conditions de cette surveillance, le nombre des analyses bactériologiques et chimiques ne pourra être inférieur à douze par an et les résultats en seront communiqués au conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les villes de 5.000 à 20.000 habitants, ainsi que les stations thermales de plus de 2.000 habitants, et toutes les localités reconnues, en application de la loi du 24 septembre 1919, comme stations hydrominérales, climatiques ou de tourisme, feront exécuter au moins quatre analyses de surveillance par an à des périodes désignées par l'inspecteur départemental d'hygiène ou, à son défaut, par un membre du conseil départemental d'hygiène désigné à cet effet.

Les villes et communes de moins de 5.000 habitants seront tenues de faire procéder à des analyses et à des enquêtes lorsque l'indication spéciale leur en sera donnée par arrêté préfectoral, pris sur proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène ou, à son défaut, d'un membre du conseil départemental d'hygiène désigné à cet effet.

Les villes et communes feront procéder aux analyses de surveillance par les laboratoires désignés (1), qui effectueront eux-mêmes les prélèvements des échantillons d'eau ou les feront effectuer par un service compétent.

Les recherches analytiques comprendront :

Examen physique : limpidité ,couleur, saveur, odeur, température et, toutes les fois que ce sera possible, résistivité électrique à l'émergence.

Examen chimique : matières organiques (dosage), ammoniaque et sels amoniacaux (recherche), nitrites (recherche), nitrates (dosage), chlorures (dosage), alcalinité (dosage).

Examen bactériologique : numération et spécification des colonies.

Recherche sur 100 centimètres cubes du *bactérium coli* et des espèces qui se rencontrent dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction (2).

Recherches des espèces pathogènes au moins sur 100 centimètres cubes.

Les laboratoires établiront pour chaque eau un

---

(1) Les laboratoires qualifiés pour ces analyses de surveillance seront les mêmes que ceux qui sont qualifiés pour les enquêtes chimique et bactériologique préalables à l'établissement des projets ; voir ci-dessu titre 1er.

(2) Lorsque les eaux à surveiller auront un débit supérieur à 50 litres à la seconde, cette quantité de 100 centimètres cubes sera augmentée proportionnellement.

dossier sanitaire leur permettant de suivre les variations de composition chimique et bactériologique. Ce sont ces variations qu'il importe de connaître et de signaler, afin d'en rechercher les causes sur le terrain, d'en déterminer les conséquences sanitaires, de prendre toutes mesures utiles pour la protection des eaux.

C'est surtout dans les cas de terrains fissurés que l'enquête sur place et l'étude du périmètre d'alimentation donneront de précieuses indications.

Les enquêtes sur place devront être faites au moins une fois par an par le directeur du bureau d'hygiène ou, à son défaut, par les soins de l'inspecteur départemental d'hygiène ou un membre du conseil départemental d'hygiène désigné à cet effet. La surveillance du périmètre d'alimentation et des abords d'un captage a pour but de se rendre compte si aucune construction ou installation nouvelle susceptible d'apporter une cause de contamination, n'a été édifiée, ou s'il n'existe aucun puisard, puits à courants, bétoires, mardelles, dépôts d'immondices, épandages, lavoirs, industries, etc., sur ce périmètre d'alimentation. Elle a également pour but d'aider à interpréter les résultats de l'analyse.

L'enquête devra envisager la répercussion pouvant en résulter pour le régime et la pureté des eaux intéressées. Enfin, l'état sanitaire des villes et villages de ce périmètre d'alimentation, principalement en ce qui concerne les maladies d'origine hydrique, devra faire l'objet d'une attention toute particulière.

Si la commune confie son service d'eau à une entreprise particulière, le concessionnaire devra subir la surveillance des eaux telle qu'elle a été énoncée ci-dessus et prendre les mesures immédiates nécessaires pour faire cesser les causes de contamination remédiables qui lui sont signalées.

TITRE III

SURVEILLANCE DES EAUX LIVRÉES A LA CONSOMMATION APRES ÉPURATION.

Toute installation d'épuration des eaux doit être l'objet d'une surveillance très attentive.

Pour les villes de 20.000 habitants et au-dessus, cette surveillance doit être incessante et sous le contrôle du bureau d'hygiène.

Pour les petites communes elles doivent être aussi fréquentes que possible et dans ce but on ne saurait trop recommander l'abonnement aux laboratoires régionaux pour des analyses périodiquement renouvelées (1).

a) *Eaux épurées par filtration.* — Les eaux épurées par filtration seront soumises à une surveillance faisant l'objet d'examens physiques, chimiques et bactériologiques effectuées par les soins de la commune.

Cette surveillance analytique portera sur chaque bassin filtrant et comprendra :

Examen physique : limpidité, couleur, odeur, saveur et, toutes les fois que ce sera possible, résistivité électrique.

Examen chimique : recherche des substances chimiques ajoutées (coagulants, etc.).)

Examen bactériologique : numération et spécification des colonies.

Recherche sur 100 centimètres cubes, du bactérium coli et des espèces qui se rencontrent dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction. En cas de suspicion, recherche des espèces pathogènes au moins sur 100 centimètres cubes.

L'eau filtrée devra être absolument limpide, sans odeur, ni saveur spéciale, ne contenir par centimètre cube qu'un nombre faible de germes oscillant autour de 150 et ne renfermer, par 100 centimètres cubes, ni bactérium coli, ni germe pathogène, ni bactéries qui se rencontrent dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction.

Si plusieurs analyses successives concernant l'eau d'un bassin filtrant donnent des résultats contraires à ceux mentionnés ci-dessus, on devra mettre les eaux de ce bassin en décharge et rechercher les causes de son mauvais fonctionnement. Si le manque d'eau provoqué par la décharge du bassin met la commune dans l'impossibilité de rejeter cette eau, la dopulation devra être informée sans délai de la qualité douteuse de l'eau distribuée.

b) *Eaux épurées par tout autre procédé que la filtration.* — Ces eaux devront être soumises à une surveillance journalière, un accident aux appareils, un incident quelconque permettant l'introduction d'eau suspecte dans les canalisations. Ces installations devront être munies d'appareils enregistreurs automatiques (compteurs de débit et voltmètres, ampèremètres, etc.). Elles devront, dans la mesure du possible, être pourvues de dispositifs automatiques assurant l'arrêt immédiat d'arrivée d'eau aux appareils en cas de manque de fonctionnement de ces derniers.

La surveillance analytique portera sur chaque appareil stérilisant et comprendra :

Examen physique : limpidité, couleur, odeur, et saveur, et toutes les fois que ce sera possible résistivité électrique.

Examen chimique : recherche des substances stérilisantes employées (substances chimiques, ozone, etc.), alcalinité (dosage comparé à celui fait sur l'eau brute).

Examen bactériologique : numération et spécification des colonies.

Recherche sur 100 centimètres cubes, du bactérium coli, des espèces pathogènes et des bactéries qui se rencontrent dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction.

L'eau épurée, prélevée à la sortie des appareils devra être exempte de germes pathogènes, ne recéler au

(1) Les frais occasionnés par ces opérations de surveillance pourront être atténués par la contribution de syndicats de communes dessservies par une même installation d'épuration.

plus, par centimètre cube, que quelques unités de germes sporulés, et par 100 centimètres cubes, ni bactérium coli, ni bactéries qui se rencontrent dans les matières fécales et les matières en putréfaction, les numérations étant effectuées sur des ensemencements directs d'au moins un centimètre cube. Elle ne devra contenir aucune substance étrangère à la composition de l'eau brute.

En cas de mauvais fonctionnement des appareils constaté par ces divers examens, il sera procédé sans retard aux réparations nécessaires et la population sera immédiatement informée de l'insuffisance d'épuration de l'eau distribuée.

c) *Surveillance dces réservoirs et des canalisations.* — Le réseau de distribution sera visité en détail, au moins une fois par an, et il sera fait en différents points des canalisations et particulièrement à leurs extrémités, des prises d'échantillons qui feront l'objet d'examens chimique et bactériologique de la part d'un laboratoire désigné.

Il en sera de même pour les réservoirs qui devront être maintenus dans un état de propreté satisfaisante et qui feront l'objet d'une surveillance spéciale.

Les résultats de ces analyses devront montrer que l'eau des réservoirs et canalisations est de composition et de qualité sensiblement conformes à celles de l'eau qui les alimente, examinée au même moment.

Quand la commune procédera au nettoyage des réservoirs, elle devra en informer le bureau d'hygiène ou, à défaut, la commission sanitaire qui exercera la surveillance des opérations.

Ces réservoirs devront être munis d'un dispositif destiné à les mettre à l'abri des moustiques.

TITRE IV

CONTROLE.

La surveillance hygiénique de toutes les adductions ou distributions d'eau potable, en cours d'exécution ou en plein fonctionnement, est placée dans chaque département sous le contrôle direct immédiat et permanent de l'inspecteur départemental des services d'hygiène ou, à son défaut, d'un membre du conseil départemental d'hygiène spécialement désigné à cet effet, sauf le cas prévu par l'article 25 de la loi du 15 février 1902, dans lequel le contrôle sera organisé par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

En vue de faciliter ce contrôle, les communes et les commissions sanitaires, les ingénieurs de l'hydraulique agricole, les collaborateurs de la carte géologique de la France, les médecins des épidémies, les laboratoires chargés des analyses, les professeurs de l'institut d'hydrologie devront communiquer le plus rapidement possible, à l'inspecteur departemental d'hygiène, ou, à son défaut, au membre du conseil départemental d'hygiène spécialement désigné à cet effet, ou à toute autre personne chargée de ce contrôle, tous les documents qu'ils possèdent concernant les enquêtes ou visites faites sur place, les rapports d'ordre géologique, chimique et bactériologique : en un mot, tous les renseignements que chacun possède en ce qui le concerne, pouvant faciliter le contrôle de la surveillance hygiénique des adductions d'eau.

Les études préliminaires de captage et d'adduction devront être faites par les ingénieurs et les géologues après entente avec l'inspecteur départemental ou, à son défaut, avec le délégué du conseil départemental d'hygiène.

D'autre part, le préfet de chaque département tiendra à la disposition du contrôleur tous les documents qu'il reçoit concernant cette même surveillance.

A l'aide de tous les renseignements transmis, ainsi qu'à l'aide de ceux qu'il aura pu recueillir, le contrôleur constituera, pour chaque captage ou distribution, un dossier toujours tenu à jour.

Il devra, dans un rapport annuel communiqué au conseil départemental d'hygiène, consigner les résultats de son contrôle.

Copie de ce rapport, avec l'avis du conseil départemental d'hygiène, devra être transmise au ministre de l'hygiène pour être soumise au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Lyon.** — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, sous la direction de M. le prof. Paul Courmont, avec le concours du Comité national, du 26 octobre au 20 novembre 1925, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Blanc-Perducet, Cordier, Courmont, Dumarest, Gardère, Gaté, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose, les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose

veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

— **Le Centre d'Hygiène infantile (Fondation Paul-Parquet).** — Le Centre d'hygiène infantile, fondé par Madame Paul Parquet, est un établissement de convalescence *pour les enfants du premier âge.* Il est gratuit et réservé aux nourrissons sortant des hôpitaux de Paris. Y peuvent être admis les enfants de quelques jours à 3 ans qui, après un séjour à l'hôpital, ont besoin pendant un temps limité, de régimes ou de soins qu'ils ne peuvent trouver dans le milieu familial. L'établissement, établi à Neuilly-sur-Seine, 41, boulevard de Courbevoie (île de la Jatte), ne reçoit pas les enfants présentant une maladie aiguë ou contagieuse.

— **Faculté de médecine d'Alger.** *Institut d'hygiène et de médecine coloniales. — Diplôme de médecin colonial.* — Cet enseignement aura lieu du 5 janvier au 25 mars 1926.

Le cours supérieur de médecine coloniale comprend : des leçons cliniques et théoriques; travaux pratiques et visites, et porte sur les matières suivantes : parasitologie, hygiène et épidémiologie exotique, climatologie-pathologie exotique, maladies des pays chauds syphilitiques et cutanées, maladies chirurgicales des pay, chauds, maladies ophtalmiques des pays chauds, règlements sanitaires, médecine légale coloniale.

La session d'examen en vue de l'obtention du diplôme de médecin colonial de l'Université d'Alger sera ouverte dès la fin de l'enseignement spécial.

L'examen comporte : 1° une épreuve pratique de parasitologie ; 2° des épreuves cliniques sur les maladies des pays chauds syphilitiques et cutanées, chirurgicales des pays chauds, ophtalmiques des pays chauds; 3° des épreuves orales sur parasitologie, hygiène, épidémiologie, climatologie ; pathologie exotique ; règlements sanitaires.

Ces diplômes peuvent être délivrés : aux docteurs en médecine français (diplôme d'Etat) ; aux étrangers pourvus d'un diplôme de doctorat universitaire français (mention médecine) ; aux docteurs en médecine étrangers pourvus d'un diplôme admis par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger ; aux étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de 16 inscriptions validées (sans distinction de nationalité) ; aux internes en médecine des hôpitaux nommés aux concours dans une ville de Faculté.

Ils doivent présenter en s'inscrivant, outre leurs diplômes, un certificat de microbiologie de l'Université d'Alger ; ou un certificat de bactériologie des Facultés de médecine de Paris, de Strasbourg ou de Lyon ; de l'Institut Pasteur de Paris ou du Val-de-Grâce.

Les étudiants et les internes ne reçoivent provisoirement qu'un certificat d'aptitude qui est échangé contre le diplôme dès qu'ils ont obtenu celui de docteur en médecine.

Droits à verser par les candidats aux diplômes d'hygiène ou de médecin colonial : 1 droit d'immatriculation, 60 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 1 droit de laboratoire et d'enseignement, 150 fr. ; 1 droit d'examen, 150 fr.

Les étudiants en médecine en cours d'étude de l'Université d'Alger et les candidats qui ont versé les droits d'immatriculation et de bibliothèque en vue de l'obtention du certificat de microbiologie de l'Université d'Alger sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

Les candidats qui poursuivent simultanément l'obtention des deux diplômes auront à payer pour droits : 2 droits de laboratoire et d'enseignement à 100 fr., ;

Des auditeurs peuvent être autorisés à suivre les renseignements théoriques et les visites du cours supérieur d'hygiène. Demander les conditions au directeur de l'Institut d'hygiène et de médecine coloniale.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat des Facultés.

— **Faculté de médecine d'Alger.** *Institut d'hygiène et de médecine coloniales.— Diplôme d'hygiène.* — Cet enseignement aura lieu du 5 janvier au 25 mars 1926.

Le cours supérieur d'hygiène comprend : des leçons cliniques et théoriques ; travaux pratiques et visites, et porte sur les matières suivantes : parasitologie appliquée à l'hygiène ; hygiène générale, épidémiologie, prophylaxie générale et spéciale, démographie, protection des mères et des enfants ; répression des fraudes, génie sanitaire, prophylaxie internationale, hygiène appliquée : individuelle, urbaine, scolaire, industrielle, rurale, sociale alimentaire, etc. Hydrologie souterraine, eaux potables, climatologie. Notions générales de droit administratif, législation sanitaire. Rapport des services d'hygiène avec le corps médical.

La session d'examen, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène de l'Université d'Alger, sera ouverte dès la fin de l'enseignement spécial.

L'examen comporte : 1e une épreuve écrite sur un sujet d'hygiène traité dans le cours (cette épreuve est éliminatoire) ; 2° des épreuves pratiques : parasitologie et hygiène (sur un sujet traité aux travaux pratiques) ; 3° une épreuve clinique sur un sujet traité au cours de clinique ; 4° épreuves orales sur les sujets enseignés aux cours. Parasitologie, hygiène générale et appliquée, génie sanitaire, prophylaxie internationale, hydrologie et climatologie, notions générales de droit administratif, règlements sanitaires.

— **Congrès international de chirurgie.** — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926, sous la présidence de M. le prof. Giordano, de Venise. Les détails du programmes seront communiqués ultérieurement, mais voici, dès à présent, la liste provisoire des rapporteurs désignés par le Comité international :

1re Question. *Curiethérapie du cancer utérin.* Rapporteurs : MM. Beuttner (Genève), Ochsner (Chicago), Pestalozza (Rome), Recasens (Madrid), Regaud (Paris).

2e Question : *Thérapeutique des tumeurs cérébrales.* Rapporteurs : MM. Bastianelli (Rome), de Martel (Paris) Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres).

3e Question. *Chirurgie de la rate.* Rapporteurs : MM. Cortes Llado (Séville), Henschen (St-Gall), Leotta (Bari) Papaionnou (Le Caire), Patel (Lyon), sir Berkeley Moynihan (Leeds).

4e Question. *Abcès du foie.* Rapporteurs : MM. Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie).

5e Question. *Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.* Rapporteurs : M. Leriche (Strasbourg).

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan, Padoue, Venise, Bologne et Florence, du 1er avril au 5 avril ; Gênes, Pavie et Turin, les 13, 14 et 15 avril.

En plus de ce programme scientifique, il est aussi, prévu une démonstration d'avion sanitaire par le professeur Picqué, de Bordeaux.

Pour tous renseignements s'adresser à M. L. Mayer, secrétaire général de la Société internationale de chirurgie, 72, rue de La Loi, à Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie
R C. Clermont 4264
Maison spéciale pour Périodiques médicaux.

Est-il nécessaire d'être à Paris et quelles villes de France ont organisé les cours nécessaires ?

Dr X.

Réponse.

Pour obtenir le brevet d'infirmière, il faut justifier d'un stage dans une ou plusieurs écoles d'infirmières professionnelles, soit générales, soit spécialisées, dont le règlement aura été approuvé par arrêté du Ministre de l'Hygiène, et subir un examen devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le Ministre.

Les programmes en question ont été fixés par un arrêté ministériel du 24 juin 1924 et publiés dans le *Concours médical* du 23 août dernier, page 1989.

Un certain nombre d'écoles d'infirmières ont reçu l'approbation, tant à Paris qu'en province. Toutes les grandes villes de France ont des écoles d'infirmières approuvées.

2028. — Hypospadias et fistule uréthrales, causes d'exemption du service militaire. Service médico-militaire dans les salles mixtes d'un hôpital.

A. — Un de mes clients avant de partir faire son service militaire a été opéré d'un hypospadias : une fistulette a persisté au niveau de l'ancien orifice.

Le jeune homme appelé à A. a été de là, *sans visite médicale*, expédié pour Alger.

A Alger, on lui dit, à la visite, que toute fistule est un cas de réforme et il est question de le renvoyer dans ses foyers : on ajoute d'ailleurs qu'il en aurait été de même s'il avait été encore porteur de l'hypospadias.

Or, ce jeune homme perdra sa place à la compagnie des chemins de fer de l'Est s'il est réformé et a le plus vif désir de faire son service.

Je vous demande :

1° Si une fistulette, à peine visible et ne gênant aucunement le malade, peut véritablement être considérée comme une cause de réforme ;

2° S'il est vrai que l'hypospadias soit à l'heure actuelle une cause de réforme.

3° Dans l'affirmative, ce qu'il y aurait lieu de faire et si le jeune homme après avoir fait boucher sa fistule pourra prétendre, à nouveau, faire son service.

B. — Le médecin de service d'un hôpital mixte est-il chef absolu dans son service, ou les malades militaires qui ici sont hospitalisés dans la salle commune restent-ils sous la direction du médecin de la garnison ?

En l'espèce, je suis médecin de service à l'hôpital de X., qui est hôpital mixte ; dans la salle des malades se trouvent des soldats d'un parc de génie dont un de mes confrères est médecin ; mon confrère, avec lequel j'entretiens de bonnes relations, vient chaque

jour voir ses malades et je le laisse faire bien volontiers, mais je serais heureux de savoir cependant si tel est son droit, ce que je ne pense pas. Dr Y.

Réponse.

A) L'hypospadias ne motive pas l'exemption, lorsque l'ouverture du canal est située immédiatement en arrière de la base du gland, que l'urine peut être projetée à distance et que le méat est assez large pour que la miction s'accomplisse sans difficulté. Il en est de même pour l'hypospadias balanique.

Les fistules uréthrales motivent l'exemption et peuvent être une cause de réforme, quand elles ne sont pas facilement curables.

Ces principes peuvent vous servir de guide. Si votre client, réformé, est guéri bientôt de sa fistule, il peut, ou bien demander à passer un nouveau conseil de réforme avant l'expiration de la réforme, si celle-ci a été prononcée « temporaire », ou bien chercher à faire son service par voie d'engagement contracté au bureau de recrutement.

B) Le médecin civil, chargé des salles mixtes d'un hôpital, est le médecin traitant des militaires, mais en ce qui les concerne, il reste, tel un médecin militaire traitant, soumis à l'autorité militaire, par conséquent au directeur du service de santé. D'autre part, les médecins, chargés des corps de troupe, doivent visiter régulièrement les hommes en traitement dans les hôpitaux, afin de pouvoir renseigner le commandement sur leur état de santé.

2257. — Obtention de pension militaire.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire connaître si un officier du cadre de réserve, hospitalisé, *pendant la guerre*, dans un sanatorium pour bronchite du sommet droit et atteint en 1923, de pleurésie droite, en 1924, de tuberculose du tibia droit, peut encore avec chances de succès (en produisant ses pièces médicales militaires) obtenir une pension ?

Dans la négative, n'existe-t-il pas un projet de loi, au Sénat, qui a pour but de proroger la période de « *maladie présumée contractée en service* ».

De toutes façons, je vous serais obligé de me faire connaître les démarches à effectuer pour la mise « hors cadres ». Dr L.

Réponse.

Depuis le 4 septembre 1924, sont expirés les délais pendant lesquels les militaires, libérés à la démobilisation, pouvaient, en présentant des pièces d'origine, faire valoir leurs droits à une pension d'invalidité, nés de la grande guerre.

Une loi est, en effet, pendante devant le Sénat, mais, en attendant son vote définitif, les Centres de Réforme ne peuvent que recevoir les

demandes des futurs ayants droit, sans les examiner.

Il faut adresser au directeur du Service de Santé régional une demande motivée, afin d'être appelé ensuite à subir les examens médicaux nécessaires à la mise hors cadres pour raison de santé.

Application du Tarif Breton.

I

2249. — Déplacements dans une même commune.

J'ai soigné deux accidentés du travail, couverts par la même assurance, toujours chicanière dans ses règlements.

Le premier blessé, C., bûcheron, blessé le 8 novembre 1924, guéri le 11 avril 1925, plaies du mollet avec broiement musculaire. Le blessé étant âgé, les plaies ne se cicatrisaient pas, j'ai été obligé de faire moi-même presque tous les pansements, personne ne pouvant les lui faire. Les plaies étant guéries, dès les premiers essais de marche, elles se sont rouvertes, et j'ai dû faire, de nouveau, nombreux et réguliers pansements pour obtenir la guérison.

Le deuxième blessé, D., employé de culture, accidenté le 14 novembre, guéri le 19 janvier, hémarthrose récidivante du genou.

Ces deux blessés habitent le même pays, R. à 4 kilomètres de P., mais ce pays est fort étendu. Les deux blessés habitent deux hameaux différents à plus d'un kilomètre de distance.

En mars, j'ai adressé mes notes d'honoraires à l'assurance.

En juillet seulement, l'inspecteur de l'assurance est passé chez moi, et m'a déclaré que sa Compagnie n'était pas d'accord avec moi au sujet de ces sinistres. J'aurais dû, à son avis, faire coïncider mes visites aux deux blessés. D'autre part, elle n'admet pas que je compte l'indemnité kilométrique entière pour chaque visite, alléguant que je devais avoir l'occasion de passer souvent dans ce pays.

L'inspecteur m'a fait, d'autre part, remarquer que sur mes notes d'honoraires, quelques-unes de mes visites aux deux blessés coïncidaient comme date et que j'avais compté pour chacune l'indemnité kilométrique. J'ai reconnu mon erreur et ai proposé de supprimer l'indemnité kilométrique d'un de ces blessés pour ces visites.

Pour ma défense, j'ai exposé à l'inspecteur que mes deux blessés, habitant le même pays, étaient cependant séparés l'un de l'autre de plus d'un kilomètre, et que j'étais par conséquent libre de faire mes tournées comme il me convenait — que, d'autre part, l'indemnité kilométrique m'était due du fait que l'un des blessés, C., nécessitait un pansement tous les deux jours et que je me déplaçais spécialement pour lui.

Tel n'était pas l'avis de l'assurance qui, avant de me demander des explications, avait donné à son

inspecteur ses instructions : supprimer sur chaque note la moitié des indemnités kilométriques, soit sur l'A.T.C., note de 1.629 fr. réduction de 500 fr.

Sur l'A.T.D. s'élevant à 544 fr., réduction de 200 fr.

Je n'ai pas accepté, bien entendu.

Voici un mois que cet inspecteur est venu me voir. Aucune nouvelle depuis.

Je viens vous demander si j'ai le droit (ces blessés étant couverts par la loi sur les accidents du travail) d'ignorer l'assurance, et d'adresser aux patrons des deux ouvriers, mes notes d'honoraires auxquelles je joindrais le mot suivant : « Le docteur de M. ne pouvant obtenir le règlement de ses honoraires pour l'accident de votre assurance, vous prie de vouloir bien lui régler directement la somme de .... que vous voudriez bien réclamer à ladite assurance ».

Il me semble avoir lu dans le *Concours* que vous encouragiez les médecins à procéder ainsi (en ignorant le tiers payant), en cas de difficultés de règlement d'honoraires par les assurances.

Dois-je, au cas où j'agirais ainsi, aviser l'assurance que je m'adresse directement à ses assurés ?

Dr DE M.

Réponse.

1° Il est naturel, *a priori*, qu'ayant deux blessés à la fois dans une même commune, pendant un nombre X de semaines, vous les visitiez ordinairement le même jour.

2° Dans ce cas, vous n'avez à compter qu'un déplacement pour le premier blessé, *plus*, pour le second : « l'indemnité kilométrique correspondant au parcours supplémentaire nécessité spécialement pour la visite dudit blessé ». (Art. 2, avant dernier alinéa), et cela, même lorsque les deux blessés « habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une *même* commune » (*Idem*, alinéa 4).

3° Quant à ne pas réclamer l'indemnité kilométrique entière, pour aller visiter un blessé à 4 kilomètres, sous prétexte, comme le dit l'assurance, que vous devez avoir l'*occasion de passer souvent* dans ce pays, cela n'a pas à entrer en ligne de compte, comme ne reposant que sur une idée émise et non sur un *fait* établi. De plus, ce que vous pouvez faire *ne regarde pas* ladite assurance, au sujet de vos propres clients ordinaires.

4° Certes, vous avez toujours le droit d'ignorer l'assurance et d'adresser vos notes aux patrons des deux ouvriers. Et même, en cas de litige porté devant la justice, *mieux est* de citer, à la fois, ouvrier et patron avec qui, *seuls*, le médecin a un lien de droit direct, l'assurance n'étant, en somme, que le représentant du patron. F.D.

II

2255. — Ostéosynthèse.

Je vous serais reconnaissant de me dire combien je dois demander pour le chirurgien (j'envoie la note

en même temps que la mienne), pour une opération sanglante (fracture des deux os de l'avant-bras, le cubitus seul étant soudé, ouverture de l'avant-bras, dégagé le radius en pseudarthrose par interposition musculaire. Deux sutures en cercle sur le radius), 2e catégorie.

Dr R.

Réponse.

1o L'article 30 dit *in fine* : « Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même. » Le chirurgien, et non vous, doit envoyer sa propre note.

2o D'après ce que vous me dites, ce chirurgien a pratiqué une ostéosynthèse du radius. Vous trouverez donc la réponse à votre question à l'Art. 18 : « Ostéosynthèse des os longs des membres : 400 fr. » (soit 300 en 2e catégorie).

F. D.

III

2262. — 1o Majoration dominicale ; 2o Visite d'urgence ; 3o Suppléments au Tarif.

Je viens en qualité d'abonné du *Concours médical*, user de votre obligeance pour résoudre le petit problème d'accident du travail suivant :

Le samedi 15 août — donc jour férié — je suis appelé en visite dans une ferme sise à 7 kilomètres d'ici pour « une chute de bicyclette ». Or arrivé sur les lieux, je constate une fracture de Dupuytren typique chez un jeune vacher qui, en allant faire une course dans l'exploitation avait fait, en effet une chute de bicyclette. Je reviens chez moi, apporte le nécessaire et lui pose un appareil de marche de Delbet. Le Scultet appliqué et comme tout ceci m'avait demandé pas mal de temps, je pars faire mes autres visites.

Je reviens le lendemain dimanche, j'enlève le scultet et je régularise le plâtre. Le soir même après entente entre le patron et les parents de l'accidenté, celui-ci est transporté dans sa famille à vingt-deux kilomètres de la ferme, étant entendu que je conservais la surveillance de mon appareillé.

Or, il y a une dizaine de jours, je suis appelé pour une raison futile d'ailleurs au sujet du plâtre dans ce pays qui est , je le répète, à 22 kilomètres.

Il faudra bien entendu que j'y retourne au moins une fois pour enlever le plâtre.

Comment dois-je tarifer tout ceci ? Au tarif accident du travail, j'entends :

1o La pose de l'appareil un jour férié, est-elle comptée avec une majoration ? L'art. 3 dit que la visite est augmentée de 50 % en cas d'urgence un dimanche ou jour férié. Le déplacement du 15 août est sans nul doute dans ce cas, mais l'appareillage ? et dans la négative, il n'est pas juste que ce soit seul ce déplacement qui puisse être augmenté, puisque je n'ai pas le droit au cumul de la visite avec un acte opératoire (art. 13).

2o La visite le lendemain peut-elle être considérée comme urgente et donc augmentée de 50 %.

3o Enfin, dans le calcul de ces deux visites, au

moins, que j'ai faites ou vais faire à 22 kilomètres, suis-je en droit de demander la distance du médecin le plus proche, c'est-à-dire 14 kilomètres ou simplement celle du domicile du patron, 7 kilomètres ?

Ceci étant demandé au point de vue tarif pur, car s'il me semble insuffisant, je demanderai à l'accidenté une augmentation.

Dr M.

Réponse.

1° Il n'y a pas de majoration pour intervention dominicale, pas plus que pour la consultation, ni pour le déplacement. *Seule* la visite a droit à une majoration de 50 % (Art. 3 b).

2° Il n'y a pas de visite « d'urgence », dans le tarif Breton, autre que celle du dimanche ou celle de nuit. Ici, visite dominicale... mais n'est-ce pas ce jour même que vous avez pratiqué la « réduction et contention de fracture ? » En ce cas, vous ne pouvez compter de visite en même temps (Art. 13).

3° Vous avez à compter « le déplacement du médecin le plus rapproché » du lieu où le blessé reçoit les soins.

4° Vous avez toujours le droit de demander à votre blessé un supplément sur ce tarif Breton, alors que le patron a à payer, non les frais en entier, mais « jusqu'à concurrence de... » le tarif Breton, ainsi que le dit la loi du 9 avril 1898.

F. D.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien par le titulaire du double diplôme.

Est-il interdit à un docteur en médecine, possédant le diplôme de pharmacien, d'exercer cumulativement les deux professions ?

Les textes législatifs et règlementaires.

La loi du 21 Germinal an XI, sur la pharmacie, ne s'occupe des médecins que dans son article 27, pour autoriser les officiers de santé et docteurs à délivrer, à leurs seuls clients, des médicaments, lorsqu'il n'existe aucune officine ouverte dans la commune de leur domicile.

Peut-on voir, dans les termes de l'article 32 de la même loi, une interdiction d'exercer cumulativement les professions de médecin et de pharmacien, parce que ce dernier « ne peut délivrer et débiter des préparations médicinales, ou drogues composées quelconques, que d'après la prescription qui en sera faite par les docteurs en médecine » ?

Je ne le pense pas : cet article comporte l'interdiction, pour les pharmaciens, de délivrer, *proprio motu*, des médicaments sans ordonnance médicale ; le pharmacien ne doit pas faire de médecine,

s'il n'est pas pourvu du diplôme de docteur en médecine, mais cet article n'interdit nullement l'exercice cumulé des deux professions, par le titulaire des deux diplômes.

Il en est de même de la loi du 19 juillet 1842 (article 1er), de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 (article 3), qui spécifient que « la vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin. »

De même encore avec la loi du 19 juillet 1895 (article 2) concernant la vente des sérums thérapeutiques.

Certains auteurs ont cru voir, dans ces textes, que les législateurs avaient sous-entendu que les professions de médecin et de pharmacien étaient ainsi implicitement séparées. Ce serait faire dire à la loi ce qu'elle n'ordonne pas.

Je sais bien que le projet de loi sur l'exercice de la médecine (devenu depuis la loi du 30 novembre 1892) contenait un article 11 prohibant le cumul de la médecine et de la pharmacie. Mais cet article fut disjoint par la Chambre, pour être renvoyé à la loi en préparation, concernant l'exercice de la pharmacie.

Il n'existe donc aucun texte législatif, ou règlementaire, interdisant au titulaire du double diplôme de médecin st de pharmacien, l'exercice cumulé des deux professions.

La jurisprudence.

Les tribunaux ont toujours empêché l'association entre un médecin et un pharmacien ; de même que les syndicats de médecins ne peuvent admettre, dans leur sein, des pharmaciens.

Mais un arrêt de Cassation (13 août 1841 ; S. 43.1.758 ; J. G. Dall. Report, v° *Médecine*, n° 165, note 2) et un autre de la Cour de Paris, du 3 août 1850 (D.P 51.2.171) ne considèrent pas le cumul des deux professions comme prohibé par la loi pénale.

Un jugement du tribunal de paix de Bordeaux, du 27 avril 1907 (Rev. Acc. Trav. 1907.82) se borne à déclarer que « le juge est fondé à réduire la note d'un médecin-pharmacien, s'il ressort de l'examen des ordonnances, que la prescription de médicaments variés était manifestement abusive et hors de proportion avec la blessure.

Enfin un arrêt du Conseil d'Etat du 18 juin 1915 (*Concours médical.* 1920, 955) reconnaît à un conseil général le droit d'introduire, dans le règlement départemental de l'Assistance médicale gratuite, l'interdiction, pour le titulaire des deux diplômes, de délivrer des médicaments d'après ses propres ordonnances.

A contrario, si cette interdiction n'existe pas d'une manière effective, dans un règlement, les médecins-pharmaciens peuvent exercer leur double profession.

Dans une autre espèce, un médecin-pharmacien avait protesté udiciairement contre le refus d'admission, que lui opposait un syndicat mé-

dical. Par jugement endate du 15 novembre 1910, le tribunal civil de Draguignan décide que « le cumul des exercices de médecin et de pharmacien est admis par la législation actuelle ».

Espèces particulières.

Il existe, en France, dans plusieurs grandes villes, des pharmacies, qui sont tenues par un propriétaire-pharmacien, muni en même temps du diplôme de docteur en médecine. L'exercice des deux professions se fait en plein jour et jamais aucune poursuite n'a été intentée.

A l'école de pharmacie de Tours, un professeur, docteur en médecine, exerce les deux professions de médecin et de pharmacien, tout en continuant à faire ses cours et son enseignement officiel.

Enfin, quelle doit être la situation d'un docteur en médecine, marié avec une pharmacienne, qui dirige une officine ?

Comme on a toujours l'habitude de suspecter la bonne foi de son voisin, beaucoup ont pensé que l'intérêt bien compris du public exigeait la séparation complète de l'exercie de la médecine avec celui de la pharmacie.

Mais, si le docteur ne fait pas de pharmacie, le pharmacien fait beaucoup de médecine et ne laisse pas partir un client, sans lui avoir vendu quelque chose.

Aussi, n'ai-je pas crainte de souhaiter qu'il ne puisse exister qu'un seul diplôme : celui de docteur en médecine, obtenu après des études de pharmacie, permettant ainsi au titulaire d'exercer telle profession, qui lui plaît, dans l'art de guérir.

Pour les petites affections, le client aura au moins un conseil médical et un médicament, donné par quelqu'un de compétent.

Quant à croire à la collusion, ou à l'exploitation du client, pourquoi ne suspecterait-on pas alors la bonne foi de tous les médecins-propharmaciens de France, ou celle de nos confrères anglais, qui, après leur consultation, vendent à leur malade, les médicaments nécessaires ?

Conclusions.

Le titulaire du double diplôme de médecin et de pharmacien peut exercer les deux professions.

Une restriction s'impose, mais tout du domaine pharmaceutique : c'est que le médecin-pharmacien doit être le propriétaire et le maître de son officine, qu'il doit préparer lui-même, ou faire préparer sous sa surveillance effective, tous les médicaments magistraux et qu'il ne doit pas s'absenter, de telle manière que son officine serait gérée par un élève ou par un associé.

Dr Paul BOUDIN.

Quarante-septième année — N° 42 — 18 Octobre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2368-IV.)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1re Zone **55** fr. — 2e Zone **70** fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, **de M. le Dr Lacrotte, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 431. — Salon Louis XVI en noyer (3 pièces), tr. bonne occas. à vendre de suite.

No 432. — Fam. honorab. recev. pension. et enf. délic. au mois, à l'année, soins dévoués, climat salin tempéré, prix modér. Duprat, St-Pair-sur-Mer (Manche).

No 433. — Belles poulettes leghorns blanches améric. et Bresses noires, race pure, 3 à 4 mois, 20 fr., prêtes à pondre, 25 fr. Malines Concours 25 fr. Canards blancs Aylesburys, oies blanches de Romagne (100 œufs par an). Oies de Toulouse volumineuses, à fanon et bavette. Dindons noirs et dindes pour couvées prochaines. Pintades grises, superbes, sélectionnées. Plus de 1000 récompenses aux exposit. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Hte-Garonne).

No 434. — Revues circulantes du praticien français. Abonn. à prix tr. réd. aux princip. revues littér. scientif. artist. automob. etc. Dem. notice et tarif 1926 au Dr Jacques à Marboz (Ain).

No 435. — Conf. vendr. demi-squelette dont pieds et mains articul. et 2 crânes dont 1 articul. 125 fr. franco.

No 436. — Pour les conf. automobil. : bouch. de radiat. artist. « Caducée » bronze nickelé, haut. 14 cm. 90 fr. franco port, prêt à poser. Photo sur dem. S'ad. Dr Kraut à Aiguillon-s-Mer (Vendée).

No 437. — Contre faib. indemn. à céd. pr cause sant., cab. médec. génér. dans importante ville du Languedoc, bel appart. bien disposé, plein centre.

No 438. — Dr en médec. 40 a., anc. assis. de chirurg. bonne santé, au courant client. désire situat. colonie ou étrang. rais. de famille.

No 439. — Torp. Sigma, 10 CV, mot. Ballot, magn. Bosch, éclair. et demar. électr. accus. neufs, 7.500. Dr Cointepas à Marly-le-Roi (S.-et-O.).

No 440. — Côte d'Azur, s'ad. Dr F. Verrier, avenue Gambetta à Hyères. Cure climat. appartem. et chambres à louer. Prix modérés.

No 441. — A céd. faut. porteur pliant bois tourné de Vincent, peu servi, 125 fr. port en sus. Dr 4, rue Ordener. Paris.

No 442. — Sud-Est. Poste d'avenir, à céd. d'urg., conviendr. à jne méd. actif. Faible indemn. demandée.

No 443. — Associé demandé pour mais. de sant. prospère, environs de Paris.

No 444. — 120 km. Paris, excell. poste campagne, rapp. 78.000, gr. mais. partic. avec jardin, Prix 30.000 compt. Situat. absol. certaine. S'ad. Breitel et Goret, 1. rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 445. — Côte-d'Azur. A céd, mais. très anc. orthop. et bandages dans gr. ville recherchée, chiff. d'aff. très import. Beaux bénéf. Prix 80.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

CORRESPONDANCE

Il n'y a pas incompatibilité entre les diverses combinaisons de la « Mutualité Familiale ».

Je suis, depuis plusieurs années, entré à la Mutualité Familiale pour une pension de retraite , puis-je me faire inscrire maintenant pour l'indemnité maladie ? Et à quelle combinaison ? Je crois qu'on ne peut faire partie que d'une seule.

Dr P.

Réponse.

Il n'y a pas incompatibilité entre les diverses combinaisons de la Mutualité Familiale et un même sociétaire peut être inscrit à toutes sans exception.

L'Assemblée générale de 1923 a, en effet, rapporté la décision qui stipulait incompatibilité entre MA et MAD.

Vous pouvez donc demander votre admission soit à MA, si vous vous contentez d'une indemnité journalière de 10 fr., soit à MAD si vous voulez l'indemnité de 20 fr., soit enfin à MA et MAD à la fois si vous voulez l'indemnité de 30 francs.

Puisque vous avez 37 ans, vous payerez une cotisation annuelle de 88 francs dans le premier cas, de 192 fr. dans le second cas et de 289 fr. dans le troisième.

Vous entrerez en jouissance de votre droit à l'indemnité au 1er juillet prochain, puisque vous serez admis au 1er janvier 1926.

H. M.

2415. — Evaluation d'incapacité permanente partielle.

Un ouvrier perd la phalange du majeur droit que j'ai enlevé à la suite d'un accident du travail. A-t-il droit à une indemnité et quel en est le taux ?

Dr A.

Réponse.

Le guide-barème pour les pensions de guerre donne une invalidité de 5 % pour l'ablation de deux phalanges du médius droit. Le même pourcentage est indiqué dans l'ouvrage du Dr Mayet sur l'évaluation des incapacités en matière d'accidents du travail. Imbert, Oddo et Chavernac indiquent comme taux moyen 8 %.

Il nous semble donc que vous pourriez attribuer à l'incapacité dont reste atteint votre client un taux de 5 à 8 %.

2283. — Amortissement de prix d'automobile achetée à crédit.

Je sais que l'auto du médecin est amortissable en 5 ans au point de vue impôt sur le revenu. Mais, trouvant mon auto trop onéreuse, j'en ai acheté une seconde, cette année. Mais ne disposant pas de la somme nécessaire pour la payer comptant, je la paye en un an, par mensualités qui sont évidemment à prélever sur mes gains et revenus. Dans ces conditions, ai-je le droit de défalquer entièrement et d'un seul coup, en fin d'année, de mon chiffre d'affaires, les traites payées pour mon auto ? Dr T.

Réponse.

Bien que vous achetiez votre deuxième voiture à crédit, son prix de revient devra être amorti ; le contrôleur n'accepterait pas que vous portiez en dépense en une seule année le prix de cette acquisition. A. M.

2303. — Justification de patentes anciennes.

Comme preuve que j'ai exercé la médecine à X. de 1909 à 1914, la Prévoyance Médicale, me demande mes feuilles de patentes ou leurs duplicata, pour ces années-là (patentes de docteur en médecine, tableau D).

Les ayant perdues dans la débâcle de 1914, j'ai donc demandé ces pièces le 9 juin dernier à la mairie de X. qui m'a aussitôt répondu en me renvoyant au percepteur de B. (c'était à lui en effet que je payais jadis mes impôts), ou au Directeur des Contributions directes à A.

Le 15 juin, j'ai fait la même demande au percepteur de B. Je n'ai encore pas de réponse.

Le 27 juillet, j'ai refait la même demande au Directeur des Contributions directes à A. en lui disant que j'avais demandé inutilement déjà au percepteur de B. Je n'ai encore pas de réponse.

Le 31 août, j'ai informé le Préfet d'A. des demandes que j'avais adressées inutilement à ses employés et je le priai, ou de me faire envoyer les pièces ou de me dire la manière de m'y prendre pour les avoir.

Naturellement, dans toutes ces lettres, je donnai mon ancienne adresse de X. et celle de maintenant. Je n'ai encore pas de réponse du Préfet.

C'est pourquoi je viens vous demander de m'indiquer ce que je dois faire pour obtenir ces pièces qui me sont nécessaires pour recevoir l'allocation de la Prévoyance. Dr Z.

Réponse.

Les rôles de la contribution des patentes pour les années antérieures à 1914 sont depuis longtemps retirés des mains des percepteurs pour être déposés à la sous-préfecture. Adressez donc votre demande au sous-préfet en joignant une provision pour frais d'établissement, les extraits étant délivrés sur papier timbré. Mais avant,

renseignez-vous si les documents originaux n'ont pas été détruits pendant la guerre, ce qui ne serait pas impossible. A. M.

2242. — Double contribution personnelle-mobilière.

Je reçois du Service des contributions deux feuilles :

a) Une indiquant mes contributions des patentes et ma contribution personnelle mobilière, pour le logement familial, personnel et professionnel que j'occupe à X. même.

b) Une autre indiquant ma deuxième contribution personnelle mobilière pour une maison, qui n'est d'ailleurs pas terminée, sise dans la banlieue de X., mais dans la commune de Z., et où je vais passer de temps à autre mes dimanches.

Je désire savoir si je dois payer deux fois dans la même commune une contribution personnelle mobilière. Dr Y.

Réponse.

La contribution personnelle mobilière est due pour toute habitation meublée dont le contribuable dispose. Vos deux impositions nous paraissent donc régulières en principe, puisque votre maison en banlieue, quoique non encore terminée entièrement, est en partie habitable.

A. M.

2287. — Autopsie d'un accidenté du travail.

Une compagnie d'assurances me demande de pratiquer l'autopsie d'un individu trouvé mort aux pieds d'un escalier durant son travail (le 10 avril 1926). J'ai trouvé un anévrysme de l'aorte. J'ai prié un confrère de m'aider.

Nous avons demandé chacun 500 fr. Nous les avons obtenus sans hésitation, ni murmure.

Dr E.

2429. — Point de départ du demi salaire d'un accidenté du travail.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me faire savoir s'il n'y a pas eu une modification à la loi sur les accidents du travail permettant à l'accidenté de toucher son demi-salaire dès le 1er jour, même si l'incapacité de travail est inférieure à 10 jours.

Dans le cas particulier, j'ai ma domestique qui a eu trois jours d'incapacité de travail par suite d'un panaris survenu au cours de son travail.

Puis-je demander à l'assurance, à titre d'indemnité, en plus des frais de pansement, le paiement de son demi-salaire pendant trois jours ?

Dr Z.

Réponse.

D'après le paragraphe 3 de l'article 3 de la loi sur les accidents du travail, l'indemnité journalière (demi-salaire) n'est due qu'à partir du cinquième jour après celui de l'accident ; toutefois, elle est due à partir du premier jour si l'incapacité de travail a duré plus de dix jours. Aucune modification n'a été apportée à la loi sur ce point.

Par conséquent, l'incapacité de travail de votre domestique n'ayant duré que trois jours, aucun demi-salaire ne lui est dû.

2461. — Le médecin traitant d'un accidenté du travail peut être son parent ou son allié proche.

Puis-je être le médecin choisi par un accidenté du travail parent par alliance (beau-père ou beau-frère)?

En le faisant, puis-je tomber sous le coup d'une loi que j'ignore ?

D[r] A.

Réponse.

Un accidenté du travail peut parfaitement choisir pour médecin un de ses proches parents ou alliés. Ce choix est même tout naturel.

Le médecin traitant d'un blessé du travail n'est pas, en effet, un arbitre entre les deux parties, ni un expert. Il est, avant tout, le médecin du blessé. La loi donne au patron le droit de faire contre-visiter le blessé par un médecin de son choix, désigné au juge de paix, dans le cas où le blessé a lui même choisi son médecin. Cette disposition sauvegarde les intérêts du chef d'entreprise.

2451. — Honoraires médico-légaux.

Commis par ordonnance du tribunal à l'effet d'examiner une fillette victime d'un attentat à la pudeur, je vous serais obligé de me faire connaître soit directement, soit par l'intermédiaire du *Concours médical*, auquel je suis abonné, les honoraires que je dois inscrire sur mon mémoire pour examen, rapport, prestation de serment, etc.

D[r] N.

Réponse.

L'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle alloue un honoraire de quinze francs pour une visite judiciaire, y compris les frais de rédaction et de dépôt du rapport. A cela, il convient d'ajouter, s'il y a lieu, les frais de déplacement, à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, à la condition que vous ayez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence. Le même article 26 autorise le magistrat

commettant à allouer des honoraires plus élevés au cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Si vous estimez que l'examen auquel vous vous êtes livré dépasse le cadre d'une simple visite, vous pourriez vous baser sur cette disposition pour demander un peu plus de quinze francs.

2448. — Exercice de la propharmacie.

Je vous serais bien reconnaissant de me procurer, si cela existe, tous renseignements utiles sur les droits et devoirs des propharmaciens. Dr F.

Réponse.

Dans l'Agenda-Memento du praticien édité par le *Concours médical*, année 1924, page 40, vous trouverez un chapitre qui traite d'une façon complète la question de la propharmacie.

La charte de la propharmacie est contenue dans l'article 27 de la loi du 27 germinal an XI, ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, « villages ou communes où il n'y aurait pas de « pharmacien ayant officine ouverte, pourront, « nonobstant les articles précédents, fournir des « médicaments simples ou composés aux per- « sonnes près desquelles ils seront appelés, mais « sans avoir le droit de tenir une officine ou- « verte ».

Pour qu'un médecin puisse exercer la propharmacie, il faut et il suffit qu'il n'y ait pas de pharmacien installé dans le village où il habite. S'il existe un pharmacien à proximité, mais établi dans une autre commune, cela n'empêche pas le médecin de faire de la propharmacie.

Le médecin propharmacien ne peut vendre qu'à ses clients : il ne peut donc exécuter les prescriptions de ses confrères. Il lui est interdit d'ouvrir boutique.

Le médecin propharmacien n'est pas un commerçant. Aussi n'est-il pas assujetti à la taxe sur le chiffre d'affaires ni à l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions commerciales. Il n'a pas à se faire inscrire au registre du commerce.

Le médecin qui veut exercer la propharmacie n'a aucune formalité préalable à remplir, pourvu qu'il ait fait régulièremetnt enregistrer et viser son diplôme de médecin. Il serait seulement tenu de faire à la mairie la déclaration exigée de toute personne détenant et détaillant des produits toxiques : et c'est encore discutable !

2463. — Revision des baux de longue durée.

Le gérant de ma propriétaire veut reviser mon bail, 3-6-9 années signé le 20 février 1920, se basant, sur la revision des baux à long terme. Quelle est l'augmentation qu'il peut m'imposer ? Dr Y.

Réponse.

La loi du 6 juillet 1925, autorisant la révision des prix des baux à longue durée, ne s'applique qu'aux baux ayant pris cours ou conclus *avant le 24 octobre* 1919 et *d'une durée contractuelle de plus de neuf ans.* Puisque votre bail n'a été conclu que le 10 février 1920 et pour neuf ans seulement, la loi ne vous est pas applicable et vous n'avez aucune augmentation à supporter. Aussi nous vous conseillons de répondre purement et simplement par une fin de non-recevoir aux demandes de révision que vous fait votre gérant.

2312. — Questions fiscales.

1° Que faut-il déduire dans la somme à déclarer pour l'impôt cédulaire ?

2° A quelle date doit-on faire la déclaration de son revenu et à qui doit-on l'adresser ?

3° Si un agent du fisc me demande de lui montrer mes livres. Dois-je le faire ?

4° Les frais d'une installation (achat d'auto, de meubles professionnels, etc., doivent-ils être déduits du bénéfice brut) ?

5° Qu'entend-on par médecin D sur une feuille d'imposition ? A quoi correspondent ces diverses catégories ?

Dr B.

Réponse.

1° Les dépenses à déduire des recettes professionnelles pour obtenir le revenu net imposable sont les suivantes : frais de déplacement, honoraires des domestiques ou aides, loyer des locaux professionnels, entretien, chauffage et éclairage desdits locaux, entretien des instruments et du mobilier, amortissement, frais d'auto et amortissement de la voiture, impôts professionnels (patente, impôt cédulaire), frais de correspondance et recouvrement des honoraires.

2° La déclaration du revenu doit être faite au contrôleur de sa résidence dans les deux premiers mois de chaque année.

3° N'étant pas commerçant, vous n'êtes pas assujetti à la tenue d'une comptabilité, mais le contrôleur peut exiger la justification de vos recettes. Si vous vous y refusez, il pourra vous taxer d'office ; de même si vous ne produisez pas de justification de vos dépenses (factures ou quittances).

4° Les frais d'installation ne peuvent qu'être amortis à raison de 10 % par an environ.

5° Les professions patentables sont divisées en quatre tableaux, désignés par les quatre premières lettres de l'alphabet. La profession de médecin est comprise dans le tableau D.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

(*Voir la suite page XLVII-2413*)

PROPOS DU JOUR

Un contraste attristant : Les splendeurs de la nouvelle mosquée de Paris et les ruines d'un Temple fameux de la Science française. Le Muséum d'histoire naturelle. Les origines médicales du Jardin du Roi et du Muséum. Un aperçu rapide de leur histoire.

A Paris, sur les terrains laissés vacants par la démolition du vieil hôpital de la Pitié, seront sous peu inaugurés une superbe Mosquée et un Institut musulman.

La Mosquée s'élève déjà toute blanche, flanquée de ses annexes : le hammam et la madersa. Son minaret brillamment décoré de mosaïques multicolores, ses toits aux tuiles vertes vernissées, les coupoles blanches de son hammam, les verts arbustes de ses jardins suspendus, les ogives de ses portes ornées d'arabesques, donnent à notre vieux quartier un aspect tout à fait pittoresque. Et nous ne saurions regretter ce faste oriental, s'il ne créait, par son voisinage immédiat avec les vieilles galeries du Muséum en ruines, un pénible contraste.

Loin de nous la pensée de reprocher à quiconque l'érection de cette Mosquée. Nous savons qu'après la guerre, il fut décidé de l'élever comme un témoignage magnifique de la satisfaction et de la reconnaissance de la France à la fidélité et au dévouement de ses sujets musulmans, accourus pour venir la défendre et dont un trop grand nombre, hélas ! sont morts pour elle.

De nos jours, une Mosquée n'est pas déplacée au Pays des Croisades. En huit siècles l'esprit français a singulièrement évolué. Nous sommes à un tel point imbus de tolérance, que nous voudrions qu'à Paris chaque religion ait son temple où ses adeptes pourraient prier selon ses rites. Nous avons toujours admiré ces Athéniens dont parle le grand Apôtre Saint-Paul qui, au milieu des statues de leurs innombrables divinités, avaient élevé un autel dédié *Au Dieu Inconnu*.

Mais nous ne voudrions plus voir à côté de cette Mosquée triomphante s'allonger misérablement et menaçant ruine, la longue façade lépreuse des vieilles galeries du Muséum d'histoire naturelle qui abritent encore tant de richesses scientifiques. Nous ne voudrions pas qu'après avoir admiré la Mosquée, le visiteur étranger, en entrant dans le Jardin des Plantes, pût apercevoir les grandes serres abandonnées, l'Orangerie qui s'effondre, les vieux bâtiments délabrés qui avoisinent la maison de Cuvier reliques précieuses d'une glorieuse époque.

Le Muséum d'histoire naturelle qui fut pendant plus de deux siècles le sanctuaire vénéré de la science universelle, aurait droit à la piété de la nation française. En contemplant ses ruines, un sentiment d'infinie tristesse analogue à celui que nous avons ressenti, à la vue de l'abominable mutilation de la cathédrale de Reims, nous opprime malgré nous.

Déjà depuis bien des années, l'indifférence, sinon l'ignorance, des maîtres de la France et de Paris avaient laissé dans l'abandon cette Institution trois fois séculaire, berceau des sciences biologiques, où naquirent et se développèrent les plus belles conceptions de l'esprit humain, où des savants sans rivaux firent les plus merveilleuses découvertes en cherchant à déchiffrer les énigmes de la nature.

La guerre est venue et a donné au Muséum le coup de grâce.

La Ménagerie où furent, il y a environ un siècle, élaborés les travaux d'anatomie comparée de Georges Cuvier, où de Blainville rédigea son Ostéographie, où Etienne Geoffroy Saint-Hilaire trouva les éléments de son Histoire naturelle des mammifères, la Ménagerie qui fut la première et la plus riche collection de ce genre qu'un Etat civilisé consacra à la science, est depuis plus de quarante ans vouée à une véritable indigence. En 1891, A. Milne-Ewards jetait dans un rapport un véritable cri d'alarme. « Le bâtiment, écrivait-il, singulièrement désigné sous le nom de Palais des Singes mériterait plutôt celui d'Hôpital, car il réunit les plus mauvaises conditions hygiéniques ». Dans un article publié dans le *New-York Herald* du 2 novembre 1913, un naturaliste américain admirait le miracle accompli par la Direction du Muséum qui parvenait à entretenir avec un budget *scandaleusement* (sic) insuffisant une collection inestimable.

Nous avons sous les yeux le compte rendu de la mission du Dr Trouessart, professeur au Muséum, chargé par le gouvernement d'étudier les

divers Jardins zoologiques d'Europe : Anvers, Rotterdam, Amsterdam, Hambourg, Stellingen, Cologne, que nous avons nous-même en partie visités. Quel contraste avec l'indigence de notre Jardin des Plantes !

Les animaux y meurent de toutes les maladies, souvent d'affections dont les causes restent mystérieuses. Le distingué docteur-vétérinaire, M. Alfred Mouquet, assistant au Muséum, chargé du service vétérinaire de la Ménagerie, et qui a le souci et ... l'impuissance d'assurer la prophylaxie des maladies contagieuses, a publié de nombreuses observations des maladies qui déciment les animaux (1) ; il pourrait, certes, écrire un traité de pathologie à leur sujet s'il en avait le loisir et les moyens. Nous disons les moyens, car qui le croirait ? ! « le service vétérinaire du Muséum ne possède ni microscope, ni étuve, ni autoclave et n'a pas de personnel de laboratoire ».

***

Pour un médecin qui, comme nous, a une connaissance sommaire de la glorieuse histoire du Jardin des Plantes, pour un médecin qui connaît les origines exclusivement médicales de cet établissement où nos anciens confrères remplirent depuis le début un rôle si important, il est difficile de contenir son indignation en constatant l'abandon actuel. Cette indignation est chez lui un peu celle qu'éprouverait un croyant et un artiste en présence de Notre-Dame ou de la Sainte-Chapelle qu'on laisserait effondrer. Aussi croyons-nous devoir rappeler à nos lecteurs dans un abrégé sommaire l'histoire du Jardin du Roi, devenu, depuis 1792, le Muséum national d'histoire naturelle.

***

En 1596 Henri IV, à l'instigation de son médecin Richer de Belleval, avait doté Montpellier d'un Jardin Royal des Herbes médicinales. Riolan, médecin de Marie de Médicis, réclama en 1618 pareille création à Paris. Or, il y avait au faubourg Saint-Marcel, à la butte Coypeau, l'actuel Labyrinthe, le jardin de Jacques Goharry prieur de Marcilly, où la légende prétendait que Botali, Fernel et A. Paré allaient, quelques trente ans auparavant, deviser de sciences et s'occuper de botanique. Tout à côté une sorte de laboratoire s'élevait où le voyageur Belon, Quercetanus (Duchesne) et Théodore de Mayerne tentaient des expériences ; ce fut là que Belon fit éclore, phénomène alors surprenant, des œufs dans des étuves. Riolan voulait créer là un jardin pour la Faculté de médecine. La disgrâce de Marie de Médicis, qui l'enveloppa, ne lui permit pas de réaliser son projet qui fut repris huit ans plus tard par Guy de la Brosse, fils d'un médecin de Henri IV et médecin ordinaire du roi. Secondé par Héroard, premier médecin de Louis XIII, puis par Ch. Bouvard qui lui succéda, G. de la Brosse obtint du Cardinal de Richelieu des lettres patentes en 1626 pour la création du Jardin. L'ancienne propriété du prieur de Marcilly, agrandie, fut acquise pour 67.000 livres.

En 1635, l'année même de la fondation de l'Académie française, un décret, enregistré en mai, était rédigé par Richelieu qui réglementait l'institution du Jardin du Roi.

Le Jardin, d'après le texte du décret, devait être essentiellement destiné à « l'instruction des écoliers en médecine » ; il devait être pourvu d'un laboratoire pour les opérations pharmaceutiques et éviter l'ignorance de la pratique de ces opérations « d'où procède une infinité d'erreurs des médecins en leur pratique et ordonnance et d'abus ordinaires des apothicaires, leurs ministres en l'exécution d'icelles, à la ruine de la santé et la vie de nos sujets ».

Outre le laboratoire, un cabinet d'échantillons de toutes les drogues employées devait être organisé.

Le premier médecin, Ch. Bouvard, était surintendant du nouveau Jardin. Guy de la Brosse, intendant, en avait la clef et devait en assurer la gérance. Jacques Cousineau, Urbain Bandineau et Cureau de la Chambre, conseillers-médecins du Roi à la Faculté de médecine de Paris, devaient y faire des démonstrations, ainsi que Vespasien Robin, herboriste du Roi, qui avait succédé à son père, Jean Robin, primitivement désigné mais qui était mort en 1627 au siège de la Rochelle, où il avait accompagné Louis XIII.

Guy de la Brosse se mit à l'œuvre et en 1640 le Jardin du Roi était ouvert.

Nous ne pouvons décrire en détails les premières années de fonctionnement de l'institution nouvelle. Notons cependant la réputation des leçons d'anatomie qu'y faisait Duverney depuis 1643 où, selon Boileau, accourait le tout Paris d'alors ! y compris les femmes savantes. Vallot, premier médecin de Louis XIV se souciait peu des progrès de la science, des études médicales et du Jardin du Roi. Sa surintendance

(1) A. Mouquet. — Animaux de ménagerie . Notes de pathologie. Jouve, éditeur, Paris, 1915.

aurait été désastreuse, si Colbert, visitant le Jardin, n'avait constaté qu'il avait été planté en grande partie en vignes au bénéfice de Vallot et de ses acolytes. Pris d'une sainte fureur, le grand ministre saisit une pioche, arracha lui-même un cep et ordonna que les vignes fussent supprimées. Il réunit la surintendance du Jardin à celle des bâtiments dont il avait la charge et Daquin, le successeur de Vallot, n'en fut plus que l'intendant. Daquin, homme d'argent et aussi assez dédaigneux des progrès scientifiques, s'occupa fort peu du Jardin. Ce fut Fagon qui le remplaça et devint le véritable organisateur scientifique de l'Etablissement dont Louis XIV lui donna la surintendance à la mort de Colbert en 1671. Il attira au Jardin du Roi les botanistes Piton de Tournefort, médecin, Sébastien Vaillant, chirurgien, Antoine de Jussieu et son neveu Bernard de Jussieu ; Duvernay, médecin reçut Winslow comme coadjuteur à la chaire d'anatomie, et Dionis vint, sous leur direction, y professer la chirurgie. Lémery, et Fr. Geoffroy, célèbres à la fois comme médecins et chimistes, complétèrent cette brillante pléïade de savants. Le Cabinet et le Jardin s'enrichirent des collections rapportées par Tournefort d'Orient, par Ant. de Jussieu d'Espagne et de Portugal, par Plumier d'Amérique, par Feuillée du Pérou et par Lippi d'Egypte.

Après Fagon, Chirac, puis son gendre Chicoisneau, archiâtres et surintendants, négligèrent le Jardin du Roi qui périclita encore. Heureusement le chimiste Dufay, qui succéda à Chicoisneau, fut un administrateur de premier ordre et un organisateur de génie. En quelques années, il avait donné au Jardin une nouvelle splendeur quand il mourut, en désignant Buffon comme son successeur (1739).

Buffon, surintendant jusqu'à sa mort en 1771, porta à son plus haut degré la réputation du Jardin du Roi. Le prestige mondial dont il jouissait comme savant et écrivain, rejaillissait sur l'établissement qu'il dirigeait ; il y attira comme collaborateurs, le médecin Daubenton, les chimistes Cl. Bourdelin, Marin et François Rouelle, Malouin que Lavoisier remplaça à l'Académie des sciences, Lemonnier, botaniste et médecin qui remplaça Ant. de Jussieu ; le jardinier Thouin, Antoine Laurent de Jussieu, l'apothicaire Ant.-Louis Brongniart, le chimiste Macquer, le médecin Fourcroy, émule de Lavoisier, les anatomistes Ferrein, Antoine Petit, Portal, Lacépède, Vicq d'Azyr, trop tôt enlevé à la médecine et à l'anatomie ; enfin Lamarck, l'inventeur génial de l'évolution.

Ce fut Bernardin de Saint-Pierre, le dernier surintendant, qui, avant le décret du 18 août 1792 qui supprima les Universités et les Institutions similaires, dont le Jardin du Roi, qui dota ce dernier d'une ménagerie en obtenant de la Convention nationale le transfert de la ménagerie de Versailles au faubourg Saint-Marcel. Lakanal, sur les instances de Fourcroy, fit voter par la Convention la résurrection du Jardin du Roi sous le nom de Muséum national d'histoire naturelle, nom qu'il a conservé depuis.

Les mêmes savants y continuèrent leurs travaux et s'adjoignirent des hommes de premier ordre tels que le minéralogiste Haüy, Georges Cuvier, Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, Vauquelin, Gay-Lussac, de Blainville et d'autres qui maintinrent et portèrent même encore plus haut la réputation universelle du Muséum. Le vieux Gœthe put alors dire :

« C'est un spectacle que l'histoire des sciences ne présentera peut-être jamais pour la seconde fois que celui d'hommes aussi remarquables, habitant la même ville et professeurs à la même Ecole ». Et, lorsqu'en 1830, éclata entre Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire la discussion passionnée, fameuse dans l'histoire des sciences, au sujet de la fixité des espèces ou de leur évolution, Gœthe le grand poète, qui fut en outre un grand savant, attacha bien plus d'importance à cette dispute scientifique qu'à la Révolution politique qui bouleversa le trône de France.

Depuis, le Muséum d'histoire naturelle n'a point déchu, des savants de grande valeur s'y sont succédé et s'y succèdent ; contentons-nous d'en citer quelques-uns parmi les médecins : Flourens, Duméril, A. Serres, Gratiolet, Vulpian, les deux Milne-Edwards, G. Pouchet, Gréhant, Bouley, qui illustrèrent la science française au cours du siècle dernier.

Telle est l'histoire très sommaire du Muséum d'histoire naturelle qui, primitivement destiné à parfaire les études médicales, est devenu le foyer le plus intense d'études des sciences biologiques et naturelles, et nous affirmons que lorsqu'un pays, lorsqu'une ville, ont le grand honneur de posséder un établissement pourvu d'un tel passé, il est honteux pour eux, coupable même, de le laisser dépérir faute de ressources matérielles, alors qu'on donne des attributions si discutables à tant de crédits de notre énorme budget.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE (1)

Il s'agit d'une médication inédite de la tuberculose, qui est le résultat de sept années de recherches et d'expérimentations.

Mon idée première est simple et d'une logique séduisante ; les résultats obtenus prouvent sa solidité. Elle a pris naissance dans ce fait universellement admis, que beaucoup de gens bien portants ont été touchés par le bacille de Koch, et se sont guéris. Le mot fameux de Grancher, « *la tuberculose est la plus curable des maladies* », belle parole d'espérance et d'encouragement, a été inspiré par cette certitude. Mais, pour être vraiment juste, son axiome doit être complété de la façon suivante : « *la guérison de la tuberculose se fait par un travail organique naturel, la thérapeutique ne jouant qu'un rôle de comparse* ». L'énoncé de cette formule aboutit à une conclusion : ce travail mystérieux, ne peut-on le comprendre et le préciser ? Telle est la question que je me suis posée, la tâche que j'ai entreprise.

Pour me guider dans cette recherche, l'observation clinique m'a fourni de précieux renseignements. Trois catégories de faits, sans lien visible au premier abord, et pourtant unis par une étroite parenté, m'ont donné cette conviction qui permet de poursuivre son travail jusqu'au bout.

Mon premier point de repère fut le suivant : *beaucoup d'anciens tuberculeux sont arthritiques et goutteux.* Cette tendance constitutionnelle qui permet de se défendre contre le bacille de Koch, continue à s'accentuer quand le danger s'éloigne. Les choses se passent comme si, dans cette lutte à mort, le corps envahi tâchait d'accumuler les munitions nécessaires à la défense, et après la victoire, restait indéfiniment sur le pied de guerre. Ces munitions en excès, à la fois cause et témoignage du terrain arthritique, sont des produits azotés longtemps considérés comme des déchets, et qui ont, certains du moins, une importance de premier ordre pour lutter contre la tuberculose et peut-être contre d'autres maladies. Je rappelle en passant que les bons résultats obtenus parfois avec la zomothérapie viennent à l'appui de cette thèse. La conclusion logique est *qu'il serait intéressant de fournir en quantité suffisante aux tuberculeux ces produits qu leur sont nécessaires.*

Cette conclusion se trouve renforcée par l'observation d'une seconde catégorie de faits qui sont l'inverse des précédents.

J'ai vu chez d'anciens bacillaires, cliniquement guéris depuis des années, survenir de l'oppression avec tachycardie causée par la grande augmentation des matériaux azotés du sang, facile à vérifier, laquelle amenait de l'insuffisance fonctionnelle des reins et du cœur. Un régime sévère, des purgations, de petites saignées répétées, donnèrent un bon résultat, et, pour éviter le retour des accidents, le traitement fut maintenu assez longtemps. C'était malheureusement l'équilibre instable entre deux dangers ! Un jour devenus hypoazotémiques, ils recommencèrent à tousser et moururent d'un retour violent de l'ancienne tuberculose demeurée longtemps impuissante.

Un cas de même espèce est le suivant, obs. 5 : Un tuberculeux cliniquement guéri en juin 1923, fait, malgré ma défense, une cure thermale à Saint-Gervais-les-Bains. Aussitôt il se produit un affaiblissement général et un amaigrissement rapide dus à l'élimination azotée intensive, qui est le propre des eaux de Saint-Gervais ; et, deux semaines plus tard, nouvelle poussée congestive avec fièvre.

Dans ce groupe-ci, on voit le *réveil de la maladie, après l'élimination excessive des éléments azotés*, qui étaient une garantie contre elle. Alors que, dans le premier groupe, il y a guérison par l'apport et la rétention des mêmes produits : ce sont deux ordres de faits qui sont corollaires du même principe.

Voici enfin une troisième catégorie d'observations. Certaines tuberculoses aiguës, rapides, perdent leur virulence quand il survient, spontanément, ou après vésicatoire, de la néphrite.

(1) Communication du 29 juillet 1925 à la Société médicale de l'Hôtel-de-Ville.

Lancereaux, il y a plus de trente ans, avait noté cette corrélation et essayé de traiter la bacillose par l'emploi de la cantharide, de laquelle il supposait une action spécifique ; sa tentative fut assez courte. Mon observation personnelle de ces faits remonte à une dizaine d'années.

Certes, cette action heureuse d'une complication aussi grave sur la maladie causale ne saurait être, pour qui ne l'a pas observée, qu'un sujet d'étonnement. C'est pourquoi à l'appui de mon affirmation, je rappelle, outre l'opinion de Lancereaux, une communication à la Société Médicale des hôpitaux en juillet 1924 de Lemierre et Et. Bernard qui citent un cas de fièvre typhoïde grave évoluant d'une façon bénigne aussitôt après l'apparition d'une néphrite avec hyperazotémie.

La modification heureuse provoquée par cette insuffisance rénale cesse d'être mystérieuse quand on la confronte avec les deux catégories de faits cités plus haut. Il devient évident que c'est la *présence dans le sang des produits azotés de l'excrétion urinaire qui manifeste son action empêchante sur le bacille de Koch, et très* probablement sur d'autres micro-organismes.

Ce dernier groupe de faits concorde si bien avec les deux premiers, qu'il est facile de comprendre que ma conception originelle ait acquis peu à peu une solidité inébranlable.

C'est alors, que, logiquement, j'ai été amené à lui donner toute sa portée pratique, en cherchant à établir expérimentalement quels sont, parmi les divers produits azotés organiques, ceux qui ont une action antituberculeuse certaine et dans quelle mesure ils sont utilisables, compte tenu de leur puissance et de leur toxicité.

Mes recherches ont porté sur les douze corps suivants : urée, acide urique, urate de soude, créatine, créatinine, glycocolle, alanine, sarcosine, tyrosine, méthylglycocollate de magnésie, diméthyglycocolle, leucine. Chez un certain nombre, je n'ai pu constater d'action appréciable ; mais d'autres ont une activité antituberculeuse manifeste ; l'un de ceux-ci, la leucine, peut provoquer des réactions défensives et des migrations du bacille de Koch, telles qu'en donne la tuberculine, mais moins fortes ; par suite il n'est utilisable qu'à doses très faibles.

De ces douze corps, seuls, la créatinine, les glycocolles et la leucine m'ont paru devoir être retenus. Je les ai réunis, en proportions convenables dans une solution aqueuse isotonique stérilisée, mise en ampoules de deux cc. Les injections hypodermiques ou intramusculaires, indolores, se font tous les 3 ou 4 jours pour les premières, puis à 5, 6, 7 jours d'intervalle, d'autant plus éloignées que le cas est plus sérieux.

Je fais des séries de dix ampoules, séparées par des repos de 2, 3, 4 semaines, car il y a accumulation.

Cette préparation ne renferme pas trace d'arsenic, d'iode, de créosote, ni d'aucun antiseptique. Elle ne contient pas de tuberculine, de microbes stérilisés, ni de sérum animal. On peut la considérer comme un sérum artificiel, nullement dangereux, incapable de donner des rechutes, ni des complications.

Jamais elle n'a provoqué d'hémoptysie, même chez les prédisposés. Parfois, il est signalé des crachats teintés de sang, qui persistent un ou deux jours, cela m'a toujours semblé une marque de son activité curative chez les malades nettement améliorés ; ce n'est pas un signal d'alarme.

Les premières injections donnent parfois une réaction thermique, douleur dans la région malade, toux plus marquée, qui m'a semblé analogue à la réaction d'Herxheimer ; elle est fugace et sans conséquence. Il y en a un joli exemple dans l'observation XXI, due à mon aimable confrère et ami, le docteur Jouisse, qui, sous ma direction, a, depuis dix mois, traité 20 à 25 malades.

Pour faire pendant à cette réaction première on note souvent, chez les malades sérieusement atteints, l'apparition, après un nombre plus ou moins grand d'ampoules, de malaises semblables aux phénomènes de saturation des cures thermales : le patient est fatigué, tousse davantage, sa respiration est moins facile, des râles reparaissent. Il est indiqué d'interrompre le traitement quitte à le reprendre avec énergie 3 ou 4 semaines plus tard, l'amélioration première s'étant manifestée et accentuée avec le repos.

L'action bienfaisante de ma solution est régulière, mais plus ou moins rapide, selon les cas. Les tuberculoses scléreuses, avec ou sans emphysème pulmonaire, sont améliorées presque immédiatement. Il ne faut pas confondre ces malades avec les asthmatiques à crises, qui ne sont pas tuberculeux et ne tirent pas le même bénéfice du traitement.

Les bacilloses évolutives apyrétiques sont aussi rapidement modifiées en général, surtout quand les lésions ne sont pas très développées, ni très avancées. Dans ces derniers cas, l'action est forcément plus lente.

Les formes fébriles, même avec lésions importantes, sont susceptibles d'en bénéficier, mais avec d'autant moins de certitude que la virulence est plus grande et les lésions plus profondes. J'ai peine à croire à la possibilité de beaux résultats dans les granulies et les pneumonies caséeuses ; je n'en ai pas l'expérience, mais il n'y a aucune raison pour ne pas essayer.

Dans nombre de cas sérieux, la persévérance est nécessaire pour que le malade se sente amélioré. J'ai vu des malades n'accuser un bénéfice notable qu'après dix ampoules, c'est-à-dire six à sept semaines. Le médecin doit donc avoir une conviction suffisante, afin de la faire partager

au malade. Une observation bien remarquable à ce sujet est celle du N° 24, malade très gravement atteint, chez qui les dix premières injections n'apportèrent aucune amélioration apparente, sauf pour le nombre des bacilles de Koch, et qui ultérieurement fut merveilleusement modifié. D'ailleurs, j'ai vu parfois des améliorations rapides de certains cas de tuberculose aiguë. Chez les fébricitants, de petites doses réfractées d'antithermiques m'ont paru un adjuvant utile pour réfréner les montées thermiques, et neutraliser les toxines.

Beaucoup de malades ont pu continuer leur travail ; et j'ai obtenu de beaux succès chez des gens mal logés et travaillant à Paris.

Le tableau que je viens de faire semble autoriser de grandes espérances. Il ne serait pas complet si je ne parlais de mes échecs.

Mes échecs se sont montrés de deux façons différentes, et toujours dans des cas graves.

1° Très rarement, les malades n'éprouvent pas la moindre amélioration, et la maladie suit son cours régulier, rapide, inexorable ; ça toujours été chez ceux dont les fonctions hépatique et digestive sont en déchéance complète.

2° Les malades ressentent très vite une amélioration marquée, chute de la fièvre, diminution des sueurs, de la toux, retour des forces, de l'appétit, etc. Puis après une période heureuse qui semble promettre un avenir de tout repos, les malades refont de l'infection bacillaire grave, débutant généralement par de la gastro-entérite ; la fièvre revient tenace, et l'invasion organique se fait rapidement ; alors les injections deviennent inefficaces. Le bacille de Koch semble adapté à son nouveau milieu, et l'organisme hypersensibilisé : c'est la mort sans rémission à échéance pas très longue.

A plusieurs reprises, j'ai pu noter, comme cause efficiente de ces rechutes, des excès sexuels et autres, où retombent facilement les tuberculeux améliorés.

Plusieurs cas observés de tuberculose externe, osseuse, ganglionnaire, génitale, ont bénéficié de la cure, d'autant mieux que le début était plus récent.

Ai-je besoin d'ajouter que ma solution s'est montrée recommandable dans toutes les anémies, le lymphatisme, la prétuberculose !

Elle améliore le terrain, remonte l'organisme et le prémunit contre une invasion bacillaire possible.

Observations personnelles.

I. — Mlle G., 21 ans, venue à Paris en octobre 1923 bien portante. Commence à tousser fin décembre. Reste à l'Hôtel-Dieu du 16 janvier au 16 février 1924 : poumon droit pris en entier ; T. 39 à 40°, vomissements permanents, rares BK. Vue par moi le 17 février ; état inquiétant. Une ampoule tous les trois ou quatre jours. En quelques jours, la T. revient à la normale, retour de l'appétit et des forces. Après la 5e piqûre, crachats teintés de sang pendant deux jours. Tous les signes disparaissent progressivement. Au bout de deux mois, ramenée à l'Hôtel Dieu, dans le service où elle avait été, le chef constate le retour *ad integrum*. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

II. — M. M., 20 ans, ouvrier fondeur. Mère morte de phymie en 1923. Le 10 mai 1924, hémoptysie abondante, fièvre, congestion du sommet droit, assez nombreux BK. Un médecin conseille simplement le départ en Savoie. Vu par moi le 16 mai. Deux injections par semaine jusqu'à fin juin. La fièvre tombe en quatre jours, retour de l'appétit et des forces rapide ; tous les signes disparaissent. Séjourne en Savoie pendant deux mois jusqu'au 10 septembre. Revient en très bon état, engraissé de 6 kilos. Par précaution, nouvelle série de 10 ampoules. Passe le conseil de révision en novembre ; reconnu bon pour le service, malgré certificats et radiographie. Fait actuellement son service militaire.

III. — Mlle Bel..., 22 ans, dactylo. Habite faubourg Saint-Martin, au 1er étage, dans une cour, face au nord, donc sans air, ni soleil. Maigre, anémiée, estomac dilaté et atone, tuberculose évolutive du sommet droit avec nombreux BK, sans fièvre. De novembre 1922 à mai 1923, trois séries de 10 ampoules. A ce moment, ne tousse plus, estomac en bon état a repris de 3-400 gr. ; plus de BK ; respiration encore un peu rude à l'extrême sommet. Depuis lors, santé parfaite. N'a pas cessé son travail une journée.

IV. — M. L., élève en pharmacie, 26 ans. Bacillose étendue des deux poumons, ancienne, de forme scléreuse, mais évolutive, avec BK. Quatre séries de 10 ampoules, de décembre 1922 à janvier 1924. A continué son travail. Actuellement, plus de signe d'auscultation, plus de BK, plus de toux, embonpoint notable.

V. — M. B..., 41 ans, directeur d'agence. Femme morte de phtisie rapide en mai 1922. Commence à tousser en juillet 1922. Au début de septembre, submatité et craquements humides dans le 1/4 sup. du poumon gauche ; nombreux BK ; apyrétique. De septembre 1922 à mai 1923, environ 40 ampoules. A ce moment, tous signes disparus, état très bon. Va en juillet à Saint-Gervais-les-Bains pour affaires, et ayant de l'eczéma chronique de la racine des cuisses il voit un médecin qui, après l'avoir ausculté, conseille une cure. Résultat désastreux ; aussitôt se met à maigrir, perd ses forces, et, sa guérison n'étant que relative, refait une poussée bacillaire avec fièvre, qui cède d'ailleurs assez vite à une reprise du

traitement. Actuellement pèse 74 kilos, est très actif, fait de l'auto, va à la mer, se porte très bien.

VI. — Mme B., 45 ans, comptable. Très déprimée par la mort récente d'un fils de 25 ans de phtisie rapide. Tuberculose évolutive du 1/3 supérieur droit ; nombreux BK. Vingt-cinq ampoules d'octobre 1924 à mars 1925. En décembre forte grippe qui la retient trois semaines à la chambre, sans poussée bacillaire nouvelle. A part cette période, continue son travail. Au bout de 5 mois, disparition des BK. Etat général bon, auscultation négative ; tousse encore un peu.

VII. — M. An..., 23 ans, employé de banque. Réformé, au bout de six mois de service pour congestion tuberculeuse du sommet gauche. Pas de fièvre ; 3 ou 4 BK par champ ; état général assez bon. Depuis le début de décembre 1924, une ampoule par semaine jusqu'à fin février. Plus de BK, ne tousse plus. Encore un peu de rudesse respiratoire au sommet.

VIII. — Mme F..., 43 ans. De santé habituellement médiocre. Très maigre, ptose gastrique ; a eu de la myocardite d'origine inconnue. Au début de février 1924, je constate une pleurésie droite à grand épanchement qui traîne depuis un mois. T. du soir : 38°5. Le repos, une petite ponction, quelques soins permettent au poumon de reprendre sa place assez vite. Alors, je constate au sommet des petits craquements et de la submatité ; aucune expectoration. Vingt ampoules en trois mois font disparaître frottements, pachypleurite, signes du sommet. La malade passe le mois de juillet en Bretagne au bord de la mer. La guérison s'est maintenue depuis.

IX. — M. Mo..., 42 ans, employé du malade n° 5, qui me l'envoie. Aspect floride, mais essoufflé, se plaint de faiblesse générale, manque d'appétit, peine pour son travail. Vieilles lésions tuberculeuses des sommets, avec râles ronflants et sibilants du haut en bas des poumons, existant en permanence. Rares BK. Vingt ampoules, à raison de deux par semaine en mars, avril et mai 1923. Dès la 4e, disparition presque totale des ronflements et sifflements, qui ne reparaissent plus. L'induration des sommets a disparu en grande partie. Santé parfaite depuis lors.

X. — M. Ma..., 54 ans. Contre-maître dans une fabrique de meubles. Même état que le précédent ; gros ganglions de l'aisselle gauche. Une ampoule par semaine ; trois séries de dix, assez éloignées les unes des autres. Plus d'emphysème ; ganglions résorbés ; il persiste encore un peu d'induration du sommet gauche. Fait sans peine ses 10 à 12 heures de travail par jour.

XI. — M. Ge....., 45 ans, beau-frère du précédent. Cas semblable : bacillose ancienne sclérosée des sommets avec bronchite chronique et emphysème. Deux séries de 10 ampoules. Même résultat que les précédents. Très bien portant depuis 15 mois.

XII. — Mlle D......, 29 ans. Forte et floride, mais essoufflée. Lésion à demi-sclérosée du sommet droit, datant de sept ans, avec bronchite chronique et emphysème. Dix ampoules en juin-juillet 1924. Améliorée tout de suite de façon étonnante. Une autre série en septembre-octobre, à cause des signes du sommet bien qu'elle se trouve en parfaite santé. M'a écrit fin février que l'hiver s'est passé sans une heure d'indisposition, alors que les années précédentes, elle passait toute la mauvaise saison à la chambre.

XIII. — M. C..., 22 ans, neveu du n° X. Réformé deux fois pour bronchite bacillaire à forme scléreuse. Aspect général assez bon, mais tousse et est essoufflé. Dix ampoules en janvier-février 1925. Dès la 5e injection, m'annonce que, se sentant tout à fait bien, il a repris son entraînement de course à pied, et qu'il a eu la satisfaction de battre ses camarades dans un 400 mètres. Va très bien, malgré qu'il fasse un travail de nuit dans un cercle ; j'ai eu de ses nouvelles très récemment.

XIV. — M. Gu....., 14 ans. A passé deux ans dans l'Ardèche pour tuberculose étendue des deux poumons. Rentre à Paris en octobre 1922. Bon état général ; ne tousse plus, retourne au lycée. Un mois après, commence à souffrir dans la colonne vertébrale ; la douleur augmente rapidement ; au bout de 10 jours, tous les mouvements, le moindre frôlement sont insupportables. Je note une douleur vive sur les apophyses épineuses des 3e et 4e dorsales. Une radio ne donne rien, ce qui est habituel dans cette région au début d'un mal de Pott. Dix injections sont faites, deux par semaine, en novembre et décembre 1922. La douleur diminue rapidement, et disparaît en quatre semaines. Du côté des poumons qui présentaient des signes de sclérose étendue, aucun changement jusqu'à la 4e ampoule. Alors, le malade recommence à tousser et cracher : râles crépitants sous la clavicule droite sur une hauteur de 5 cm. ; trois ou quatre BK par champ ; pas de fièvre. Après la 8e injection, disparition totale de tous les signes, toux, râles, rudesse respiratoire ; le murmure vésiculaire est redevenu normal partout. Le malade retourne au lycée en janvier 1923. Sa santé a été parfaite depuis.

XV. — Mlle R..., 24 ans, dactylo. En septembre 1922, infiltration étendue à gauche, plus légère à droite, avec fièvre depuis 3 semaines. Nombreux BK. Une ampoule tous les 4 à 5 jours, fait tomber rapidement la fièvre et donne une grande amélioration. Après 10 injections, part dans le Midi pour six mois. N'en tire aucun bénéfice, au contraire : état général médiocre, amaigrissement, lésions augmentées. Une ampoule par semaine remonte l'état géné-

ral, et fait diminuer la toux et les autres signes. Après 10 ampoules, va passer deux mois dans l'Yonne. Revient en septembre, stationnaire. Dix ampoules en octobre-novembre 1923, et autant en février-mars 1924 ; la malade a repris son travail. et s'est notablement améliorée. Revue seulement en mai 1925 : état bon ; il n'y a plus comme signes actifs que quelques râles sous-crépitants au sommet gauche ; elle tousse un peu le matin.

XVI. — Mme D....., 26 ans, couturière. Hémoptysie abondante dans mon cabinet, au premier examen, en juin 1924. Sommet gauche légèrement infiltré ; pas de fièvre. Etat médiocre, pâleur, maigreur, estomac dilaté. Une série de 10 ampoules, à 4 ou 5 jours d'intervalle, remonte l'état général, et fait disparaître la toux et les signes sthétoscopiques.

Une deuxième série en octobre, par précaution. Revue fin mai 1925 : état parfait, teint coloré, pleine de force et de contentement.

Voici maintenant quelques observations de malades très atteints encore en traitement :

XVII. — M. D....., 41 ans, employé de commerce. Très grand et très maigre.Se dit malade depuis six mois. Toux émétisante, voix étouffée ; poumon gauche infiltré en totalité avec spélonques ; le droit un peu moins touché. T. entre 38° et 40°. Tachycardie. S'alimente à peine. A partir du 19 janvier 1925, une ampoule tous les 4, 5, 7, parfois 10 et 12 jours. Au 15 juin, 28e injection : T. du soir atteint encore 38° ; il s'alimente bien, ne tousse pas la nuit, a repris de 2.500 gr.

Les signes d'infiltration persistent dans le 1 /3 supérieur gauche, encore assez intenses ; il semble que le traitement ait été un peu trop continué, car il était mieux encore, il y a trois semaines. Les injections sont cessées ; il part pour deux mois à la campagne.

XVIII. — Mme Ch., 27 ans, charcutière. Malade depuis 5 à 6 ans. A été 11 mois en sanatorium, jusqu'à mai 1923 ; sortie en bon état. Depuis un an environ, recommence à tousser et maigrir. En ce moment, 9 mars 1925, fatiguée, essoufflée, sans appétit ; infiltration tuberculeuse légère à gauche, très forte à droite, sans fièvre. Voix demi-éteinte. Nombreux BK. La malade déclare ne pouvoir cesser son travail. Une ampoule par semaine. Au 15 juin, 14e injection : état très bon, mange bien, travaille sans peine ; aucun signe perceptible à gauche ; à droite quelques râles crépitants dans la moitié supérieure. Rares BK. A repris trois kilos.

XIX. — M. P..., 29 ans. Employé de commerce. Malade depuis juillet 1924. A passé août, septembre et octobre au repos à la campagne, suivi et dirigé par un médecin. Revient un peu amélioré, et reprend son travail. Au premier examen, 19 janvier 1925, les deux poumons infiltrés, le droit en entier avec deux foyers en voie de ramollissement au sommet et à la base ; toux émétisante ; voix voilée ; pas de fièvre apparente. Nombreux BK. Ne veut pas cesser son travail ; mais s'y résout au milieu de février, aucune amélioration ne se produisant. Une ampoule tous les 4, 5, puis 7 jours. Ce n'est qu'à la 12e injection que je note une amélioration notable, surtout à la base droite ; en même temps, le malade affirme respirer avec aisance. Depuis lors va de mieux en mieux ; reprend son travail, le 2 mai. Actuellement, toux minime, appétit et digestion parfaits, nuits très bonnes, a repris de 3 kilos. A eu au 15 juin vingt-cinq ampoules.

XX. — M. P..., 49 ans, employé de banque. Tousse et perd ses forces depuis 4 mois environ. Premier examen le 25 avril 1925.

Infiltration des deux poumons, plus marquée à gauche, où existe un début de ramollissement, mauvais état général ; très nombreux BK. T. du soir 38°. Une ampoule tous les 3, 4, puis 5 jours d'intervalle. Amélioration rapide. Une ampoule par semaine après la 6e. Au 15 juin, dix ampoules : pas d'augmentation de poids ; mais le malade a repris des couleurs, de la force, se tient bien droit, tousse peu, mange bien, dort bien, se déclare satisfait. Les signes stéthoscopiques ont beaucoup diminué. J'interromps le traitement trois semaines.

Voici enfin pour terminer quatre observations aimablement communiquées par le Dr Jouisse.

XXI. — Mme G...., 26 ans. Premier examen le 21 février 1925. Accouchée en juillet 1924. Depuis fin août tousse, perd l'appétit, maigrit ; 38° à 38°5, le soir ; très nombreux BK. Infiltration du sommet droit souffle interscapulo-vertébral à l'inspiration ; douleur dans la fosse sus-épineuse ; sueurs, facies amaigri et pâle ; dilatation d'estomac. Une ampoule tous les 3, 4, 5 jours. A la première injection, montée thermique à 39°5, point de côté plus violent, toux plus forte, nuit très mauvaise ; la réaction dure 10 heures. A la deuxième, réaction moins forte, moins longue, attend vingt-quatre heures pour se produire. A la troisième, la réaction a lieu deux jours plus tard, moins vive. A la quatrième, réaction plus légère et lointaine. Après 10 ampoules, la malade a retrouvé couleurs et gaîté ; plus de fièvre, plus de sueurs. Etat parfait. L'auscultation est négative.

XXII. — Mme L... En février 1923, petite lésion du sommet droit qui s'améliore par le repos, du cacodylate, des sels de chaux. En janvier 1925, bronchite avec aphonie. Revue le 21 avril pour une hémoptysie ; n'a pas cessé de tousser depuis janvier. T. 37°5 le matin, 39° le soir ; sueurs, amaigrissement ; râles au sommet droit avec retentissement de la toux et expiration prolongée. Deux ampoules par semaine. Etat à fin mai : la fièvre et les sueurs ont disparu,

l'appétit est bon ; reprise de poids, auscultation négative.

XXIII. — M. Z..., 65 ans. Depuis une congestion pleuro-pulmonaire en février 1920, maigrit, tousse et crache, malgré repos à la montagne et à la campagne. A fin novembre 1924, grippe, fièvre, recrudescence de toux. La radio montre les 2/3 supérieurs du poumon droit voilés avec pertes de substance, et une caverne importante du sommet droit. Donc, gros signes d'auscultation à droite, et, en outre, craquements au sommet gauche et souffle interscapulo-vertébral. Nombreux BK. Après 10 ampoules, l'appétit est revenu, la toux, qui était continuelle, a disparu, sauf le matin et aux changements brusques de température. Après un repos de 15 jours, nouvelle série, à la suite de laquelle on ne trouve plus que de rares BK ; quelques râles fins à la toux au sommet droit et un souffle expiratoire ; rien au sommet gauche ; appétit et sommeil normaux ; reprise de la vie active. Une troisième série en avril 1925 a confirmé et accentué l'amélioration.

XXIV. — M. L..., 45 ans. Depuis plusieurs années est en mauvais état, soigné pour tuberculose pulmonaire et laryngée. En septembre 1924, grippe qui aggrave tous les symptômes. Au premier examen : gros souffle sous-claviculaire droit, submatité, râles très étendus ; aorte dilatée ; corde vocale gauche infiltrée ; foie gros ; digestions pénibles ; tousse toute la nuit sans arrêts d'une toux aboyante, sueurs très abondantes. Les crachats présentent l'aspect d'une culture de BK.

Le traitement est commencé en septembre, deux ampoules par semaine. Après quelques injections, la toux augmente d'intensité, même dans la journée ; le malade passe la nuit dans un fauteuil. Vers la 10e ampoule seulement, le malade prend un peu de repos, les crachats deviennent moins épais, et montrent 9 BK par champ. Deuxième série le 23 novembre. Alors l'état général s'améliore rapidement ; les couleurs, l'appétit, reviennent ; la transpiration, la toux, les crachats, diminuent de jour en jour. A la fin de cette série, la toux seule révèle des râles au sommet, et en petit nombre. Rares BK. granuleux, 10 p ar lame. Troisième série débute le 16 mars 1925. Le malade ne tousse ni ne crache pour ainsi dire plus, dort toute la nuit, est transformé. Il n'a pas eu de rhume de l'hiver, a repris ses occupations commerciales, ses promenades en auto, et se déclare guéri. Soigné pour son larynx pendant un an sans résultat par un spécialiste distingué, il a été revu en avril par ce dernier, qui a constaté, à sa grande surprise, la guérison totale de la lésion laryngée. Je note que le malade n'a pas engraissé.

Dr Dani HERVOUET.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT,

Les hypotrophies de la petite enfance (1)

Pendant la petite enfance, nombreux sont les enfants qui présentent un développement corporel inférieur à la moyenne des enfants de leur âge. Ils sont plus petits, et pèsent moins. Cependant ils ne paraissent pas amaigris ; leur pannicule adipeux est réduit, mais encore appréciable ; leur peau a conservé de l'élasticité ; elle ne forme que peu de plis ou de rides ; elle ne paraît pas trop large pour le corps. Ces enfants semblent surtout être plus jeunes que ne le comporte leur état civil.

Ces enfants sont des *hypotrophiques*.

D'après l'étymologie, l'HYPOTROPHIE désignerait la nourriture insuffisante : ὑπο, au-dessous ; τροφή nourriture. Elle s'opposerait à l'*hypertrophie*.

Mais, comme le fait est fréquent, ces termes sont détournés de leur sens primitif. Hypertrophie sert à désigner l'augmentation de volume : hypertrophie d'un membre, d'un viscère. Pour les pédiatres, l'*hypotrophie* est un *développement insuffisant du corps*.

M. Variot, qui a introduit ce terme en nosographie, l'applique aux retards et arrêts de croissance observés pendant la deuxième et la troisième années.

J'ai montré dans une leçon sur les *Hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance*, reproduite dans le *Journal des praticiens* du 28 octobre 1922, que ce terme d'hypotrophie peut s'appliquer à ces mêmes états, pendant toute l'enfance et la jeunesse.

(1) Leçon recueillie par le Dr LAPORTE, revue et corrigée par le professeur.

Certes, le terme hypotrophie n'est pas parfait. On pourrait le remplacer par celui d'*hypoplasie*, qui veut dire insuffisance formatrice (ὑπο, πλασσειν, former), par opposition au terme hyperplasie.

L'hypotrophie englobe un certain nombre d'états, qualifiés d'*atrophie infantile*, ou d'*atrophie infantile prolongée* quand il s'agit, d'après M. Variot, d'enfants de 2 ou 3 ans.

Mais pour beaucoup de médecins, les atrophiques sont surtout des enfants cachectiques : leur taille est normale ou diminuée ; leur peau est flasque, ridée, dépourvue de toute élasticité ; elle forme de nombreux plis ; le pannicule adipeux est très réduit et même nul ; l'amaigrissement est considérable ; il se produit une véritable fonte musculaire. L'atrophie est en somme la cachexie spéciale aux enfants pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie. Atrophie est synonyme d'*athrepsie*, terme proposé par Parrot pour désigner ces états morbides. Et M. Lesage, pour éviter toute discussion, associe ces deux noms : *atrophie-athrepsie*. L'athrepsie est un aboutissant ; elle s'installe progressivement en passant par des stades qui réalisent les *hypothrepsies* du *premier* et du *deuxième degré* du professeur Marfan.

Dans un rapport que je devais présenter à la réunion de l'*Association des Pédiatres de langue française*, en septembre 1914, et qui n'a été publié qu'en 1916 dans les *Archives de médecine des enfants*, consacré aux *hypotrophies* et aux *cachexies des nourrissons*, j'ai montré la nécessité de distinguer ces états ; leur diagnostic est d'ailleurs souvent difficile, car la limite qui les sépare est aisément franchie : tel enfant, qui, aujourd'hui est un hypotrophique, sera demain cachectique ; tel autre, cachectique, peut, en s'améliorant, devenir un hypotrophique.

Somme toute, quand je parle d'hypotrophie, j'ai en vue un enfant, quel que soit son âge, dont le développement statural et pondéral est inférieur aux moyennes de son âge ; cet enfant n'est pas un cachectique ; il peut le devenir ou l'avoir été.

Aujourd'hui, je désire vous entretenir des hypotrophies de la petite enfance, c'est-à-dire des enfants âgés de moins de deux ans et demi ou trois ans.

***

L'hypotrophie peut s'observer pendant toute la première enfance. Cependant les types les plus nets se rencontrent surtout après six mois.

Au-dessous de six mois, ces états hypotrophiques s'associent très habituellement à des phénomènes de dénutrition, à de l'hypothrepsie ou à de l'athrepsie véritable ; les troubles de l'accroissement et de la multiplication des cellules s'accompagnent d'inaptitude à entretenir les phénomènes vitaux. Comme l'écrivait Parrot, en 1877 : « Chez le nourrisson, la tendance *formative* est considérable. Seule une autre l'égale ; c'est la *destructive*, quand agit une impulsion contraire à celle qui favorise la première ».

L'hypotrophie n'est pas une maladie, c'est un *syndrome clinique*, dont il importe de préciser les caractères cliniques, de rechercher les causes et d'instituer le traitement.

***

L'évaluation de l'hypotrophie et de son importance dans chaque cas particulier repose sur la comparaison des mensurations prises sur le malade avec celles indiquées sur les TABLES DE CROISSANCE des nourrissons normaux. Ces courbes de croissance diffèrent suivant les pays, et, pour un même pays, suivant les auteurs.

En France, les moyennes généralement adoptées correspondent à la courbe reproduite dans mon *Précis de médecine des enfants* et dans mes *Conférences sur l'alimentation des nourrissons* :

Un enfant, après la chute de poids des premiers jours de la vie, pèse 3 kilogr. Il pèsera :

6 kilos à l'âge de	4 mois
8 kilos à l'âge de	8 —
9 kilos à l'âge de	12 —
12 kilos à l'âge de	24 —
13 kilos à l'âge de	36 —

Sa *taille* augmente dans les proportions suivantes :

A la naissance	50 cm.
A 4 mois	62 —
A 12 mois	70 —
A 24 mois	80 —
A 36 mois	88 —

Le *rapport du poids à la taille*, $\frac{P}{T}$, qui est un des éléments importants de la symptomatologie, varie ainsi :

A la naissance	60
A 4 mois	96
A 8 mois	128
A 24 mois	150
A 36 mois	147

Chez les HYPOTROPHIQUES, la taille et le poids sont inférieurs à la moyenne des enfants du même âge. Assez souvent le poids est proportionnellement plus diminué que la taille ; il y a, dit M. Variot, *dissociation des croissances pondérale et staturale*. Le rapport du poids à la taille $\frac{P}{T}$ correspond par suite tantôt à celui d'un enfant de

l'âge correspondant à la taille, tantôt à celui d'un enfant plus jeune que ne le comporte la taille. Dans certains cas, le rapport est au contraire trop élevé.

M. Peignaux, dans sa thèse de 1923, sur *Le toisage des nourrissons, son utilité pour le contrôle méthodique de leur croissance*, schématise plusieurs types :

Dans une première catégorie de faits, l'enfant a la taille et le poids diminués parallèlement ; le rapport $\frac{P}{T}$ est celui d'un enfant normal de même taille.

Dans une seconde catégorie de faits, la taille et le poids sont inférieurs à ceux de l'enfant normal du même âge, mais sont dissociés.

Les uns ont le poids proportionnellement plus abaissé que la taille ; ils paraissent maigres.

Les autres, au contraire, ont le poids proportionnellement moins diminué que la taille : ils paraissent gros.

Somme toute, si on ne tient pas compte des cas particuliers, on rencontre deux grands types d'hypotrophiques : le *type commun*, qu'on peut appeler l'*hypotrophie simple* et le *type infiltré.*

Voyons d'abord le TYPE COMMUN, l'HYPOTROPHIE SIMPLE.

Il comprend des enfants qui paraissent être des secs, par opposition aux infiltrés dont je parlerai tout à l'heure. Ce sont ceux que j'ai envisagés au début de cette leçon.

Cette fille que nous soignons à la salle Husson en est un exemple.

Elle est née le 1er février 1924, d'un père et d'une mère bien portants ; celle-ci a eu une fausse couche à 5 mois, un enfant mort-né, un autre enfant, âgé de 7 ans et demi qui serait bien portant.

Notre petite malade est née à terme, assez grosse, pesant 5 kilogr. Après avoir reçu, jusqu'à 2 mois, le sein maternel, elle a été élevée au biberon en nourrice.

Elle nous est amenée le 2 février 1925, parce que depuis quatre jours elle tousse, a une otite.

Elle est alors âgée d'un an. Elle pèse 6 kilogr., au lieu de 9 kilogr., elle mesure 66 cm. au lieu de 70 cm. ; son rapport du poids à la taille atteint seulement 90, au lieu de 128.

Si nous comparons cette enfant aux autres filles d'un développement moyen, nous voyons qu'elle a un poids de 4 mois, une taille de 8 mois, un rapport du poids à la taille de 3 ou 4 mois.

Cette enfant est amaigrie, mais elle est loin de paraître cachectique, sa peau est assez ferme, élastique, le plis n'en sont pas exagérés, elle a un certain pannicule adipeux et elle donne surtout l'impression d'une enfant plus jeune qu'elle n'est réellement.

L'abdomen est un peu gros. Il existe de la micropolyadénopathie, un léger chapelet costal ; la fontanelle est fermée.

L'examen des organes est négatif. La cutiréaction à la tuberculine est négative, mais la réaction de Bordet-Wassermann (H°) et le Hecht sont positifs.

Pendant quelques jours l'enfant a eu de la fièvre, de la rhino-pharyngite, quelques troubles digestifs. Elle a maigri ; son poids est tombé à 5 k. 230 le 18 février.

Nous n'avons pu commencer le traitement spécifique que le 18 février. Jusqu'au 18 mars, la malade a reçu 36 cgr. 5 de sulfarsénol ; la première injection était de 2 cgr. 1/2, la dernière de 5 cgr. 5.

Le poids, après une période stationnaire, *s'est mis à augmenter. Actuellement*, cette enfant, qui a 13 mois et vingt jours, pèse 5 kil. 830 et mesure 67 cm. Elle a quatre dents.

La radiographie du poignet montre deux noyaux d'ossification au niveau du grand os et de l'os crochu, ce qui est normal.

L'examen du sang révèle une certain degré d'anémie et de leucocytose :

Globules rouges	4.000.000
Leucocytes	134.000
Polynucléaires neutrophiles	40 %
Polynucléaires éosinophiles	2 %
Lymphocytes	44 %
Mononucléaires	13 %
Hématies nucléées	2 p. 100 leucocytes

Nous pouvons porter le diagnostic d'*hypotrophie simple, staturale* et *pondérale*, avec léger *rachitisme*, petite *anémie* et *syphilis congénitale.*

Le régime, et surtout le traitement par le sulfarsénol, ont entraîné une amélioration rapide.

Voici quelques données fournies par l'examen d'un autre enfant..

C'est un garçon né le 30 mars 1923, d'un père mort tuberculeux, d'une mère bien portante ; celle-ci a eu une fausse couche de 6 mois et une fille âgée aujourd'hui de 3 ans.

Le malade est né un mois avant terme. Il a été élevé au biberon jusqu'à 15 mois, a eu de la diarrhée verte à 9 mois, des convulsions à 10 mois. Son poids aurait toujours été inférieur à la normale.

Il nous est amené le 1er décembre 1924, parce qu'il n'augmente pas de poids et tousse. Il a vingt mois. Il mesure 63 cm., au lieu de 75 cm. ; il pèse 5 kilogr. 130, au lieu de 11 kilogr., il a un rapport du poids à la taille de 80, au lieu de 146.

Il est pâle, a la fontanelle largement ouverte, des bosses frontales saillantes, un chapelet cos-

tal, des bourrelets sus-malléolaires, des tibias incurvés, le ventre gros et mou. Il a 12 dents.

Les organes paraissent normaux.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, mais le Bordet-Wassermann (H°) et le Hecht sont positifs. Les jours suivants, apparaît une broncho-pneumonie ; l'enfant meurt le 8 décembre.

Ces observations suffisent à montrer en quoi consiste l'hypotrophie simple.

Les RADIOGRAPHIES DU SQUELETTE, montrent, comme l'a constaté M. Variot, un retard dans l'apparition des points d'ossification épiphysaires. D'après M. Variot, ceux-ci « n'apparaissent que lorsque l'hypotrophique aura atteint la taille qui correspond à leur apparition chez l'enfant normal ... L'ossification marche avec la taille et non avec l'âge de l'enfant ».

D'autre part, « le tissu osseux des diaphyses est plus spongieux, moins calcifié et par suite intercepte moins les rayons X que chez les enfants normaux du même âge ».

Le rachitisme peut s'associer à l'hypotrophie mais les lésions sont différentes.

La dentition est souvent en retard.

Les organes peuvent présenter des altérations relevant de l'affection qui a été la cause de l'hypotrophie simple.

Au type commun d'hypotrophie, s'oppose le TYPE INFILTRÉ.

Ici la taille et le poids sont inférieurs aux moyennes, mais le poids est proportionnellement moins diminué que la taille, de sorte que le malade possède un *embonpoint relatif*. La peau est assez ferme, un peu épaisse, comme infiltrée ; après une pression forte et prolongée, elle garde l'empreinte du doigt. Le tissu sous-cutané est assez épais ; les bourrelets cutanés sont suffisants.

Ces enfants sont souvent pâles, leurs muqueuses peu colorées. Ils sont mous, apathiques ; leurs muscles sont grêles.

Ils n'ont pas d'albuminurie. Suivant l'expression du professeur Czerny, ils ont une *constitution hydropique*. M. Barbier les considère comme des *faux obèses*, ou des *atrophiques florides en apparence*.

Dans ce groupe rentre le *myxœdème fruste* ou *avéré*, qui se manifeste vers cinq ou six mois.

En voici une observation.

Il s'agit d'une fille unique, née à terme, de parents bien portants, pesant 3 kgr. 600. Elle a été allaitée par sa mère jusqu'à trois mois, puis au biberon. Elle n'a pas eu de maladies. On note de la constipation habituelle. Sa première dent apparaît seulement à 2 ans. L'intelligence ne se développe pas. L'enfant ne marche pas. On a pensé au myxœdème et prescrit du corps thyroïde.

On nous amène l'enfant le 19 avril 1920, à l'âge de 2 ans et huit mois ; elle mesure 72 cm. au lieu de 84 cm., pèse 12 kil. 100, au lieu de 12 kil. 500 ; le rapport du poids à la taille est de 168, au lieu de 148.

L'enfant a donc une taille correspondant à 14 mois, un poids de 30 mois, le rapport du poids à la taille d'un enfant de six ans.

Le faciès myxœdémateux est typique. La langue est grosse, la fontanelle large. L'enfant n'a que deux dents, ne marche pas, est idiote.

Le Bordet-Wassermann et la cutiréaction à la tuberculine sont négatifs.

L'enfant est soumise régulièrement à l'*opothérapie thyroïdienne*.

Après un an de traitement, le 2 juin 1921, à l'âge de 4 ans et dix mois, elle pèse 13 kgr. 700, au lieu de 14 kgr. 300 ; elle mesure 80 cm., au lieu de 96 cm ; son rapport du poids à la taille est de 171, au lieu de 148.

L'état général est amélioré, l'intelligence un peu éveillée ; l'enfant parle un peu ; commence à marcher. Elle a plusieurs dents.

Comparez les données anthropométriques de cette myxœdémateuse à celle de la petite malade que nous avons vue tout à l'heure. Chez celle-ci, le poids, la taille, le rapport $\frac{P}{T}$, sont tous inférieurs aux moyennes. Chez la myxœdémateuse, au contraire, le poids et la taille sont inférieurs à la normale, mais le rapport du poids à la taille est notablement supérieur.

***

On retrouve à l'origine des syndromes hypotrophiques une série de causes. Dans chaque cas particulier, un DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE s'impose.

Quand un enfant a une taille et un poids inférieurs aux moyennes, il faut toujours penser à l'influence possible de la *famille*, de la *race*.

Ces facteurs éliminés, on poursuit une enquête, en recherchant les facteurs ayant pu intervenir, soit *après*, soit *avant la naissance*. Il existe en effet deux grandes classes étiologiques : les *hypotrophies acquises* ; les *hypotrophies congénitales, héréditaires* ou *constitutionnelles*.

Voyons d'abord les HYPOTROPHIES ACQUISES, celles qui résultent de causes intervenues depuis la naissance.

Un facteur de premier ordre, c'est l'*alimentation défectueuse*, soit pendant la période d'allaitement, soit pendant la période de sevrage ou d'ablactation, qui dure de 8 mois jusqu'à 2 ans et demi. Elle entraîne l'hypotrophie par des

processus complexes et variés que je n'ai pas le loisir d'analyser aujourd'hui.

L'alimentation peut être insuffisante et comme quantité, et comme qualité. Elle peut contenir des aliments de mauvaise qualité, ou des aliments mal appropriés à l'âge de l'enfant. L'hypoalimentation, l'alimentation quantitativement trop réduite est volontaire, due à des conceptions théoriques, ou involontaire, quand le lait de la mère, de la nourrice, ou de la vache a une composition chimique défectueuse.

La qualité des aliments laisse à désirer quand leur valeur calorique ou énergétique et leur valeur plastique, représentées par l'albumine et les acides aminés, les graisses, les hydrates de carbone, ne sont pas en proportions convenables, quand les sels minéraux, le calcium, le sodium, le chlore, les vitamines ne s'y retrouvent pas. Vous savez quel est notamment le rôle important des vitamines, qu'il s'agisse du facteur A liposoluble, ou du facteur B hydro-soluble.

Les *carences alimentaires,* c'est-à-dire suivant la définition d'E. Weill et de Mouriquand, le manque dans l'alimentation d'une substance ou d'un ensemble de substances, peut-être même d'un état physico-chimique de l'aliment, nécessaires à doses minimales à la nutrition, réalisent expérimentalement l'hypotrophie. Chez l'enfant, il est moins facile de mettre leur rôle en évidence, parce qu'il est bien rare que l'enfant ait une alimentation très spécialisée. Chez lui, les faits sont généralement complexes. Une place importante est à réserver aux affections gastro-intestinales et aux troubles de la nutrition consécutifs.

Bien d'autres facteurs peuvent intervenir.

Parmi eux se rangent les *infections* de divers ordres : les infections rhino-pharyngées prolongées, les broncho-pneumonies, les maladies infectieuses, la rougeole, la coqueluche, les pyodermites, peuvent entraîner par leur persistance un certain degré d'hypotrophie.

La *tuberculose* du premier âge est surtout cachectisante. Il n'est pas rare, toutefois, chez des enfants de 1 ou 2 ans, de voir des adénopathies trachéo-bronchiques entraîner une hypotrophie plus ou moins durable.

Le *milieu* enfin où vit l'enfant a son importance. Les recherches modernes sur les radiations ont précisé l'action et la nécessité de l'air et du soleil, pour assurer une croissance régulière. Le séjour à la ville ou à la campagne, la vie dans des quartiers et des logements mal aérés et insuffisamment ensoleillés, sont des fracteurs d'hypotrophie.

Les HYPOTROPHIES CONSTITUTIONNELLES, CONGÉNITALES OU HÉRÉDITAIRES sont dites *endogènes* par opposition aux hypotrophies acquises, qualifiées d'*exogènes.* On les appelle aussi quelquefois des *hypotrophies essentielles, primitives,* ou *protopathiques*, faute de trouver une cause appréciable qui permette de les ranger parmi les hypotrophies acquises, *hypotrophies secondaires* ou *symptomatiques.*

La ligne de démarcation entre les hypotrophies constitutionnelles et acquises n'est pas bien tranchée ; généralement elles ne s'opposent pas, mais s'associent. La constitution favorise l'intervention de facteurs endogènes, insuffisants à eux seuls pour entraîner l'hypotrophie. On voit des enfants prospérer avec un lait de bonne qualité, tandis qu'avec le même lait d'autres deviennent hypotrophiques.

L'influence de l'hérédité sur le développement des enfants a été connue de tout temps. L'hypotrophie résulte de causes qui agissent directement sur le spermatozoïde et l'ovule ou de causes qui agissent pendant la vie embryonnaire et fœtale. En clinique, la discrimination n'est pas toujours facile à établir.

Interviennent des *intoxications*, des *infections*, des *diathèses* ou *tempérament.*

Les enfants d'alcooliques, d'intoxiqués par le plomb, par le mercure, etc., deviennent volontiers des hypotrophiques. La débilité hépatique et d'une façon générale les troubles digestifs habituels si souvent liés à un mauvais fonctionnement du foie, chez le père et surtout chez la mère, entraînent souvent l'hypotrophie des enfants. Les maladies infectieuses subies récemment par les parents agissent de même.

Le rôle de la *tuberculose* des parents est assez diversement apprécié. Pour certains auteurs, les *hérédo-tuberculeux,* c'est-à-dire les fils de tuberculeux respectés eux-mêmes par le bacille de Koch sont souvent des hypotrophiques. Il faut se garder de généraliser ; assez souvent des enfants de tuberculeux, qu'on place dans de bonnes conditions, se développent de façon régulière. Bien des facteurs entrent en ligne : tuberculose maternelle ou paternelle, gravité de la tuberculose maternelle pendant la gestation, sevrage prématuré, alimentation artificielle, etc.

D'autre part, il n'est pas toujours facile de dire si un enfant de tuberculeux n'est pas lui-même touché par la tuberculose ; bien des tuberculoses ganglio-pulmonaires restent occultes et ne sont reconnaissables que grâce à la radiologie et aux tuberculin-réactions.

Particulièrement important est le rôle de la SYPHILIS. Je l'ai déjà étudié dans une leçon sur : *Syphilis et hypotrophies de l'enfance,* reproduite dans le *Journal des Praticiens* du 24 juin 1922.

Avec une fréquence diversement appréciée par les auteurs, on trouve que les hypotrophiques sont des fils de syphilitiques.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter.

Ou bien l'enfant est lui-même un *syphilitique avéré* ; il a présenté ou présente les stigmates d'une syphilis virulente, des symptômes cutanés, muqueux, viscéraux, osseux.

Ou bien, c'est un *syphilitique occulte* ; rien ne permet *a priori* d'affirmer chez lui la syphilis, mais les réactions sérologiques la révèlent : le Bordet-Wassermann est nettement positif, avant ou après réactivation.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, l'enfant n'a ni stigmates, ni réactions sérologiques positives. Alors on hésite à admettre l'intervention de la syphilis.

C'est pour les faits de ce genre que Fournier proposait la dénomination de *parasyphilis* ; il les attribuait à une sorte d'imprégnation toxique dont l'existence n'a jamais été démontrée.

Il s'agirait plutôt de *méta syphilis*, c'est-à-dire d'une conséquence de la syphilis, alors que le tréponème a disparu. Les parents syphilisés ont eu, sous l'action du tréponème, des lésions et des troubles fonctionnels d'organes, qui se sont transmis à leur descendant ; ou bien l'enfant, à un moment donné, a été infecté par le tréponème, il a présenté des lésions ou des troubles d'organes qui ont survécu au tréponème et qui entraînent l'hypotrophie.

Le professeur Hutinel, à diverses reprises, a exposé cette modalité d'action de la syphilis congénitale. Le tréponème cause des lésions d'organes responsables des dystrophies ; les dystrophies sont « la conséquence indirecte et immédiate de l'infection syphilitique ». Elles sont dues à des miopragies portant particulièrement sur les glandes endocrines et la moelle des os. Ces miopragies sont transmissibles héréditairement : par exemple, une mère, dont le corps thyroïde a été touché par la syphilis, est capable de transmettre à son descendant un corps thyroïde taré. « L'hérédité d'une dystrophie, écrit le professeur Hutinel, ne comporte nullement une hérédité d'infection ».

En clinique, les faits sont très complexes. Le diagnostic entre la syphilis et la métasyphilis est des plus difficiles. Si la syphilis est soupçonnée, il faut se comporter comme si l'enfant se trouvait certainement en état d'infection.

En tout cas, il faut toujours rechercher la syphilis chez les enfants hypotrophiques. On y pense quand on ne trouve pas les facteurs ordinaires, et quand le traitement de ces facteurs, une bonne alimentation, par exemple, ne donne pas de résultat. Certains stigmates, une grosse rate, une anémie à caractères particuliers éveillent l'attention. Je ne reviens pas sur le sang de ces malades, dont j'ai parlé dans ma leçon du 7 mars, consacrée aux *anémies des nourrissons hérédo-syphilitiques*. Je n'insiste pas non plus sur l'intérêt des réactions sérologiques.

Un dernier groupe d'hypotrophies de la petite enfance est sous la dépendance des *tempéraments* et des *diathèses*.

Depuis longtemps on distingue deux grands types de *diathèses* : le *neuro-arthritisme* et le *lymphatisme*.

Le *neuro-arthritisme* englobe la goutte, le rhumatisme chronique, l'obésité, le diabète, la névropathie. Il comprend la *diathèse neuropathique* de certains médecins étrangers.

Le *lymphatisme* correspond à ce que, dans divers pays, on appelle la *diathèse exsudative*.

A ces deux ordres de tempéraments, correspondent deux types d'hypotrophiques. Les *bébés neuro-arthritiques* sont des agités ; ils crient sans cesse, ont un sommeil défectueux, quelquefois des convulsions, de l'anorexie, souvent des vomissements par spasme gastrique ; de la constipation, des selles glaireuses ; ils sont raides, manquent de souplesse ; ce sont des maigres, des secs.

Les *bébés lymphatiques* sont des mous, des calmes, des atones. Ils ont de l'anorexie, vomissent facilement par atonie du cardia, ont de la constipation atonique, ils sont infiltrés ; ce sont les faux obèses, les bébés de constitution hydropique dont je parlais tout à l'heure. D'après le professeur Czerny, « ils retiennent avec une facilité extraordinaire des grandes quantités d'eau dans leurs tissus ». D'après M. Barbier, « ils sont les victimes de l'hyperminéralisation du lait de vache ».

En réalité, assez souvent intervient de la dyshypothyroïdie ; parfois on trouve du myxœdème fruste ; il peut même s'agir, nous l'avons vu au début de cette leçon, de myxœdème congénital. Il serait intéressant d'étudier chez ces enfants le métabolisme basal.

L'enquête étiologique et l'examen clinique ne permettent pas toujours d'analyser les causes de l'hypotrophie. En réalité, les facteurs héréditaires sont très fréquemment associés et multiples. Ainsi que l'écrit M. Lesage, « ce sont souvent des enfants issus de parents épuisés, le douzième de douze, des fins de race, des fins de diathèse, des enfants de vieux, de diabétiques ». Planant enfin sur les diverses modalités, on retrouve assez souvent la syphilis occulte ou manifeste.

Quels que soient les facteurs héréditaires en cause, ils entraînent des modalités particulières de la nutrition et de la croissance. Les enfants sont atteints de *débilité congénitale*, c'est-à-dire, écrit M. Barbier, qu'ils présentent une « diminution des fonctions fondamentales nécessaires

à la vie et au développement intégral du nouvel être ». Ou bien encore, suivant l'expression du professeur Finkelstein, ils ont une « constitution hypoplastique ».

L'hypotrophie se constitue plus ou moins tôt après la naissance. Il y a des enfants qui sont hypotrophiques *dès la naissance.* Les uns sont *nés à terme* avec un poids et une taille inférieurs aux moyennes, les autres sont *nés prématurément.*

Parmi les prématurés, il en est dont la taille et le poids correspondent aux moyennes de l'âge fœtal ; on ne peut pas les considérer comme des hypotrophiques. Ces prématurés, s'il n'intervient pas de facteurs pathologiques, rattrapent assez rapidement le poids et la taille correspondant aux moyennes. Le fait n'est pas exceptionnel.

D'autres prématurés ont des tailles et des poids inférieurs aux moyennes de l'âge fœtal ; il s'agit véritablement de fœtus hypotrophiques. Assez souvent la syphilis est alors en cause. On rencontre des *fœtus nains,* particulièrement parmi les syphilitiques : tel ce fœtus de 8 mois, dont parle A. Fournier, qui avait la taille d'un fœtus de 5 mois.

Les JUMEAUX sont souvent hypotrophiques, même quand ils sont nés à terme. Ils peuvent rester hypotrophiques pendant assez longtemps, mais il n'est pas rare de les voir ou de voir l'un d'eux, au bout de quelques mois, acquérir un développement sensiblement normal. Hier, je revoyais deux petites jumelles, nées le 13 novembre 1923 : elles ont donc seize mois. L'une mesure actuellement 71 cm., pèse 8 kil. 400, et a onze dents ; elle pesait 2 kilos 050 à la naissance. L'autre mesure 73 cm., pèse 8 kilos 800, a dix dents ; elle pesait 2 kilos à la naissance.

***

L'AVENIR DES HYPOTROPHIQUES est subordonné, pour une grande part, aux circonstances étiologiques.

Les *hypotrophies acquises* causées par des maladies et surtout par des troubles digestifs ou des fautes d'alimentation s'atténuent généralement petit à petit, quand on place les enfants dans de bonnes conditions ; à partir de 3 ou 4 ans ils ne diffèrent pas sensiblement des autres enfants. « J'ai suivi et revu, écrit M. Variot, régulièrement jusqu'à cinq, six ans et plus bon nombre d'enfants, qui, dans leur premier âge, avaient été de grands atrophiques et qui s'étaient uniformisés pour la taille et le poids avec les enfants normaux de leur âge ».

Si, au contraire, on se trouve en présence d'*hypotrophies constitutionnelles,* l'avenir comporte beaucoup plus de réserves ; mais encore est-il difficile de faire des prévisions. Certains bébés hypotrophiques resteront toujours petits ; d'autres acquiéreront une taille normale ou même deviendront des grands ; des enfants qui se sont mal développés peuvent au moment de la puberté faire parfois alors une poussée de croissance exagérée. D'autre part, tous les hypotrophiques de la deuxième et de la troisième enfance n'ont pas été hypotrophiques pendant les premières années de la vie. Toutefois, les enfants atteints d'hypotrophies constitutionnelles sont beaucoup plus exposés que les autres à présenter des troubles persistants de la croissance.

Le TRAITEMENT des hypotrophies est avant tout *étiologique.*

Quand il s'agit d'une *hypotrophie d'origine alimentaire,* donnez une alimentation forte, mais non exagérée, appropriée, autant que possible, à l'activité des fonctions de la digestion et de la nutrition du bébé. D'après MM. Variot et Lassablière, l'enfant a l'âge de sa taille et la ration en lait doit être calculée en multipliant la taille par 14. Mieux vaut procéder par tâtonnements.

S'il s'agit d'*hypotrophies congénitales,* pensez à la syphilis, et n'hésitez pas à faire un traitement antisyphilitique, même à défaut de preuve certaine. Traitez les lymphatiques, les nerveux, par les moyens appropriés.

Pour stimuler la croissance, certains aliments ont leurs indications grâce à leur teneur en amino-acides et en vitamines. On conseille les œufs, le beurre, les légumes verts riches en liposoluble A, les légumes verts et les fromages, riches en hydrosoluble B, les légumes verts et les fruits riches en facteur C. Il faut d'autre part s'adresser aux *agents physiques* ; l'aération, l'insolation, les bains salins, le bord de la mer, les bains de mer, les rayons ultra-violets ont une influence bien connue.

On conseille souvent l'*opothérapie.* L'opothérapie thyroïdienne est indiquée chez les hypotrophiques infiltrés, chez les myxœdémateux frustes ou avérés. L'opothérapie hypophysaire, l'opothérapie thymique ont une influence peu manifeste.

Vous voyez combien est complexe la question des hypotrophies de la petite enfance ; par leurs caractères cliniques elles occupent une place spéciale dans le groupe des dystrophies de l'enfance.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le signe du retentissement abdomino-jugulaire. Critique de la conception classique du réflexe hépato-jugulaire.

Chez les asystoliques ou les hyposystoliques, il est devenu banal d'exercer une pression sur le foie et de provoquer ainsi un gonflement plus ou moins marqué des veines jugulaires. La pression cessant, immédiatement les jugulaires s'affaissent et reprennent leur volume antérieur : tel est le signe du reflux hépato-jugulaire. Il est considéré généralement comme lié inéluctablement à une congestion passive du foie d'origine cardiaque ; mais dans ces conditions, il ne vient que confirmer le diagnostic de foie cardiaque, déjà imposé par l'examen du cœur et du foie, et son intérêt clinique est moindre.

Cependant, les recherches de MM. Lian et Blondel doivent faire modifier l'opinion classique sur ce signe, et lui accorder une réelle valeur diagnostique. En effet, celui-ci ne doit être considéré ni comme un phénomène de reflux, ni comme un phénomène d'origine hépatique. C'est un phénomène de retentissement abdomino-jugulaire, qui est symptomatique d'un degré notable de stase veineuse. Il caractérise par conséquent une insuffisance cardiaque assez intense pour entraîner une grande gêne de la circulation veineuse.

Au cours d'une hyposystolie ou d'une asystolie avérée, la constatation de ce symptôme n'est qu'un des multiples moyens d'apprécier l'importance et les variations de l'insuffisance cardiaque.

Mais le signe peut être constaté bien avant l'apparition de l'augmentation de volume du foie. C'est alors que sa recherche est d'un grand intérêt clinique, car elle peut grandement contribuer à faire découvrir une insuffisance cardiaque encore latente. (*La Presse médicale*, 15 avril 1925.)

Réactions réflexes de la vésicule biliaire sur le tube digestif.

MM. F. Ramond et G. Parturier confirment que toute affection douloureuse de l'abdomen peut être la source des réflexes les plus distants, les plus étendus. Ils ont pour limites les limites mêmes du territoire vago-sympathique, l'abdomen et le thorax. La clinique nous enseigne cependant, à travers toutes les possibilités théoriques, à établir des relations de fréquence entre les états morbides et une hiérarchie dans les symptômes qui les traduisent.

C'est ainsi qu'après avoir étudié les réflexes qui, partis de la vésicule, retentissent sur le poumon, sur le cœur, les auteurs ont montré ceux qui peuvent se porter sur le tube digestif depuis l'œsophage jusqu'au côlon descendant.

Il est à remarquer que les points du tube digestif où se produisent habituellement des spasmes d'origine vésiculaire sont précisément ceux que Blamoutier indique (pour le gros intestin, du moins) comme les sièges prédominants de l'antipéristaltisme. Il est aisé de transporter cette loi à l'estomac et à l'œsophage. (*La Presse médicale*, 13 mai 1925.)

L'action du sucre dans l'estomac.

Toute substance introduite dans l'estomac provoque une triple réaction :

1. Physique, pour rétablir la concentration moléculaire adéquate au milieu gastrique ;
2. Chimique, par sécrétion d'acide chlorhydrique et de ferments protéolytiques ;
3. Cellulaire, par un afflux de leucocytes, et que MM. Loeper et Marchal dénomment leucopédèse, avec effets fermentaire, lipasique, amyolytique, protéolytique.

Aux estomacs qui font moins de leucopédèse que d'autres, la vulnérabilité est plus grande ; l'organisme qu'ils nourrissent est aussi moins parfaitement protégé. Les leucopédétiques les plus puissants sont l'atropine (1 milligramme pour 125 gr. d'eau), l'eau peptonée (1 gr. pour 125 gr. d'eau), et le sucre (20 gr. pour 125 gr. d'eau), dont l'effet se traduit dans l'heure même par l'afflux de plus de 3000 éléments.

Le sucre doit être préféré parce que la leucopédèse qu'il provoque est très élevée, et que son action sécrétoire est extrêmement faible.

Cependant des échecs peuvent tenir à l'impuissance leucopédétique de la muqueuse, à une sensibilité spéciale et immuable du sujet, à l'excès d'acide chlorhydrique qui persiste à digérer les leucocytes, à son absence totale même qui ne leur permet pas de rompre leur enveloppe et de diffuser dans le liquide les produits qu'ils contiennent.

Il est impossible de remédier à la première de ces causes. On peut parer à la seconde en ajoutant de l'atropine à la solution sucrée, à la troisième en y associant un alcalin, à la quatrième en y versant quelques gouttes d'acide lactique.

Surtout dans le dernier cas le résultat est souvent concluant.

Ceci établi, il faut savoir que le sucre atténue les douleurs des ulcéreux et facilite la cicatrisation de l'ulcus ; qu'il diminue l'action irritante de certains médicaments et de certains produits alimentaires ; qu'il s'oppose fréquemment aux phénomènes locaux et généraux, anaphylaxie muqueuse et anaphylaxie générale, des intoxications alimentaires et médicamenteuses ; que son action est toute de protection locale et de défense générale ; qu'il exerce cette action par la dilution certes qu'il réalise d'un suc gastrique acide ou d'un produit toxique, mais aussi et surtout par la leucopédèse qu'il provoque, qu'il réveille ou qu'il accentue. (*Le Progrès médical*, 21 mai 1925.)

Le diagnostic positif de l'ulcère gastro-duodénal dans la pratique médicale.

D'après L. Pron, la ligne de conduite du praticien est simple pour établir le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal.

Chez tout gastropathe chronique, il doit le soupçonner, quelle que soit la symptomatologie subjective ; le soupçon se changera en probabilité s'il y a douleur provoquée en un point fixe, ailleurs qu'au point solaire, ou en plus de lui. Après avoir examiné le malade dans l'après-midi, faire un nouvel examen à jeun ; s'il y a douleur, alors qu'elle manquait la veille ou bien si elle est beaucoup plus prononcée, porter le diagnostic d'ulcère, mais en demander la vérification objective ; pour cela, rechercher le bruit de clapotage, qui fera bien rarement défaut ; pratiquer un tubage à l'aide d'une sonde gastrique, munie d'une poire aspiratrice ; rechercher dans le liquide extrait l'acide chlorhydrique libre au moyen du diméthyl-amido-azobenzol en solution alcoolique à 1 p. 100 et le sang occulte au moyen du réactif de Boas ; quand cette dernière recherche est positive, affirmer l'existence d'un ulcère.

Tout praticien, sans le moindre laboratoire, est à même donc de faire le diagnostic d'ulcère avec autant, ou davantage, de chances d'exactitude que par les méthodes compliquées qui sont de règle aujourd'hui. Dans les cas difficiles, il ne se trompera pas plus souvent qu'en ayant recours à ces dernières. (*Journal des Praticiens*, 23 mai 1925.)

Une modification du forceps.

Tous les traités classiques d'obstétrique signalent la manœuvre du décroisement parmi les difficultés à vaincre dans les applications du forceps Tarnier sur les positions droites, et parmi les dangers de ce décroisement il y a lieu de signaler les encéphalopathies infantiles d'origine obstétricale sur lesquelles Babonneix a attiré l'attention en novembre 1923.

Jusqu'ici aucune solution pratique n'avait été présentée pour résoudre cette question. Car on ne peut considérer comme pratique la combinaison proposée par Loviot, qui fit construire deux forceps Tarnier inversement semblables, c'est-à-dire dont l'un, normal, avait le trou du tenon d'articulation à la branche gauche et la mortaise à la branche droite. *L'autre forceps*, inverse, avait le trou du tenon d'articulation à la branche droite et la mortaise à la branche gauche.

Avec ces deux forceps, il y avait toujours moyen de mettre première la branche postérieure *avec le tenon* et la seconde placée dessus venait s'y articuler avec sa mortaise sans décroisement.

Mais c'était beaucoup demander au praticien de posséder deux forceps : l'un pour les positions gauches, l'autre pour les positions droites.

Le Dr Roux (de Lorient), un de nos vieux obstétriciens de province, a fait construire un forceps Tarnier dont les deux branches, légèrement aplaties au niveau de leur croisement, portent chacune au bord interne un trou pour le tenon et au bord externe une mortaise, de telle manière que la branche mise en place première étant montée *avec le tenon*, la seconde qui est mise en avant s'y articule par sa mortaise.

Cette simple combinaison supprime définitivement la manœuvre du décroisement, les deux forceps de Loviot sont réduits à un seul, le Tarnier conserve toutes ses commodités dues au système d'articulation par tenon et mortaise, ses avantages en sont accrus.

La manœuvre du décroisement a disparu de l'obstétrique. (Durand, in *Paris médical*, 12-9-1925.)

Deux cas d'invagination intestinale.

Bien connue depuis le remarquable rapport de notre excellent ami et confrère Raphaël Massart, au Congrès de Pédiatrie en 1923, cette affection réclame une intervention urgente qui ne donnera de résultats satisfaisants que si elle est faite précocement, c'est-à-dire moins de 24 heures après le début des accidents.

MM. Billet et Goguillon viennent d'en opérer deux cas chez des enfants du premier âge (6 mois et 4 mois 1/2) avec un plein succès, parce que le diagnostic fut précocement posé par le médecin traitant qui dirigea immédiatement ses petits malades vers le chirurgien.

Quels sont donc les signes cliniques qui doivent attirer l'attention du médecin vers le diagnostic d'invagination ?

Ce sont les vomissements, et surtout la selle sanglante, en « frai de grenouille », disait Kirmisson.

Que l'on perçoive par surcroît un boudin abdominal d'invagination, et la grande présomption se changera en quasi certitude. En tous cas, même en l'absence de ce dernier signe, le sang rendu par un nourrisson dans ses selles est à lui seul suffisant pour orienter le diagnostic, et mettre immédiatement l'enfant sous la surveillance du chirurgien qui, s'il n'est pas suffisamment sûr de l'invagination, aura cependant le petit malade sous les yeux et pourra opérer dès que la présomption sera assez forte pour justifier son intervention.

Et pour conclure, ces sages paroles des auteurs : « La pratique journalière montre qu'il est encore des cas où l'invagination intestinale est méconnue, où sa constatation n'entraîne pas la déduction thérapeutique qu'elle comporte, à savoir : l'intervention aussi hâtive que possible. Or, c'est précisément la précocité du diagnostic, c'est la décision du thérapeute qui, dans l'immense majorité des cas, sauveront la vie de l'enfant. » (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 9-8-25.)

Diététique de l'obésité.

Sujet de pratique courante, qui ne laisse pas parfois que d'embarrasser le praticien, en présence d'un patient qui voudrait bien maigrir, sans avoir trop d'efforts à faire.

Après avoir envisagé le rôle de chacune des espèces d'aliments et la place qu'elle doit tenir dans la diététique de l'obèse, après avoir indiqué comment sel et boissons doivent être absorbés quantitativement, M. Mouriquand trace, comme suit, le menu type qu'il convient de lui conseiller :

Premier déjeuner, 7 h. 30. — Thé ou café sans sucre : une tasse.

Biscotte : 10 grammes, un œuf à la coque.

Dejeuner, midi. — Commencer le repas soit par des *hors d'œuvre* (radis, tomates crues, céleri), soit en absorbant une assez grande quantité de *salade* très fraîche (très peu d'huile).

Viande dégraissée, grillée ou bouillie (de boucherie, volaille, poisson maigre, jambon maigre, : 100 grammes) ou poissons maigres (sole, merlan, colin, brochet, perche, etc.), grillés ou au court-bouillon, 100 grammes.

Légumes frais, 200 à 250 grammes : carottes, chou, chou-fleur, chou de Bruxelles, chou-rave, bette, cardons, céleri, céleri-rave, betterave, raves, navets, salsifis, asperges, artichauts, aubergines, champignons.

Pommes de terre (à l'eau, 100 grammes).

Insister sur les *légumes verts ou herbacés*, épinards, oseille, poireau, haricots verts.

Fruits frais, peu mûrs, surtout peu sucrés : framboises, groseilles, cerises, orange (pas de conserves), pomme, poire, pêche, abricots, prunes. Ou marmelade de fruits peu mûrs et peu sucrés (100 grammes).

Ou, à la place des fruits : *fromage frais* (pas de fromage gras) 20 grammes ; ou œuf à la neige.

Pain grillé ou rassis, 50 grammes.

Boisson. Eau en petite quantité au cours du repas. Infusion chaude à la fin (à discrétion entre les repas). Ou un peu de vin largement coupé d'eau.

Goûter. Une tasse de thé non sucré, quelques gâteaux secs (5 à 10 grammes).

Dîner. Potage maigre (bouillon de viande dégraissé ou de légumes) avec farine ou pâtes (5 grammes).

Viande, si possible éviter la viande le soir, ou prendre une petite quantité de viande maigre ou de poisson (50 grammes). Remplacer en général par un œuf.

Légumes verts ou herbacés, 200 grammes (beurre : 5 grammes).

Fruits ou marmelade de fruits peu mûrs, 100 grammes.

Pain, 50 grammes.

Boisson, eau ou infusion en fin de repas.

Ce menu type donne de 1200 à 1300 calories que l'auteur trouve suffisantes pour un obèse.

M. Mouriquand examine ensuite l'obésité dans ses différentes formes : obésité simple de l'adulte, due à la suralimentation et à la sédentarité, excès d'embonpoint que le régime de réduction alimentaire suffira souvent à combattre, sauf pour le sujet à devenir un véritable malade. A celui-ci, on imposera la réduction selon la méthode lente, préférable à la rapide. L'amaigrissement doit être cherché jusqu'à ce que l'obèse ait un poids correspondant en kilogs au nombre de centimètres de sa taille. Obésité compliquée de surcharge adipeuse du cœur, d'artério-sclérose, de néphrite, de diabète, de tuberculose. Il est évident que chacun de ces états complexes demande des modalités spéciales dans la conduite de la cure.

Après d'intéressants aperçus sur l'obésité suivant le sexe et l'âge, l'auteur donne de sages conseils sur l'hygiène prandiale de l'obèse. Au gros mangeur qu'est habituellement l'obèse, on remplira l'estomac avec des aliments qui font du volume, calment la faim et apportent peu de calories : hors-d'œuvre, salades peu salées et peu huilées.

On recommandera les petits repas répétés cinq fois par jour, la mastication lente, la forte diminution et même la suppression des boissons pendant les repas, en dehors desquels on boira souvent et abondamment... Exercices physiques, cures thermales viendront compléter l'action du régime. (*Lyon médical*, 9-8-25.)

Les guérisons retardées de la syphilis.

Pour le professeur Audry, il existe des lésions syphilitiques qui ne guérissent complètement que plusieurs mois après la cessation de tout traitement. On a soumis les malades aux médications classiques sans observer le moindre

changement dans leur état. On cesse de les traiter et, assez longtemps après, on a l'agréable surprise de les trouver guéris.

Ces lésions sont de l'ordre des grosses gommes crues, cutanéo-aponévrotiques ; les myopathies syphilitiques ; onychie sèche multiple ; ostéo-arthro-chondrites syphilitiques tardives, fébriles ou non ; néphrites syphilitiques...

Il ne s'agit pas là de guérisons lentes, dues à un traitement prolongé, mais de guérisons retardées, un traitement complet ayant été mis en œuvre, puis interrompu.

Ces faits curieux s'expliquent par la nature même de ces lésions qui sont constituées par des tissus pathologiques dont la résorption est forcément lente, et lente également la *restitutio ad integrum*.

« Plus d'une lésion syphilitique n'est nullement influencée immédiatement par le traitement, et cependant guérit totalement quelques mois plus tard, en vertu de ce même traitement, qui avait d'abord paru impuissant. Le temps reste un adjuvant puissant de la thérapeutique antisyphilitique. » (*Bruxelles méd.*, 9-8-25.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les irradiations ultra-violettes permettront-elles, un jour, les opérations sans asepsie ?

(M. Regard, de Genève ; M. Van Lier. — *Société de chirurgie* ; 8-7-1925.)

M. Louis Bazy présente un intéressant rapport sur deux notes, l'une de M. Regard, de Genève, l'autre de M. Van Lier, relatives à l'emploi des rayons ultra-violets en chirurgie opératoire.

On connaît l'action bactéricide des rayons ultra-violets, action nettement établie et puissante. Quoique peu pénétrants, les rayons ultra-violets peuvent, utilisés en projections, exercer leur effet microbicide sur des surfaces étendues, sur le champ opératoire, sur les mains du chirurgien, sur les instruments, sur la zone de manœuvre chirurgicale, aseptisant le tout sans y toucher pour ainsi dire, en tenant le foyer à distance de l'opérateur et de l'opéré. Partant de là, peut-on espérer un jour pouvoir utiliser les irradiations ultra-violettes en chirurgie opératoire, donnant au chirurgien toute la sécurité de l'asepsie, sans qu'il ait besoin de s'astreindre aux minutieuses précautions d'usage ? La chose a été réalisée, en pratique, puisque le travail de M. Van Lier est intitulé : « Note sur l'emploi en chirurgie humaine des rayons ultra-violets comme unique mode de stérilisation. A propos de 800 irradiations au cours d'opérations pratiquées sans aucune asepsie ».

M. Louis Bazy rappelle que ce n'est pas la première fois qu'il aborde un tel sujet. Il y a un an, il présentait déjà un rapport sur une série d'expériences de M. Chaton, faites dans le but d'étudier l' « utilisation possible des rayons ultra-violets pour la stérilisation du péritoine ». M. Chaton concluait que le procédé n'est pas à recommander, en raison de sa nocivité, l'application prolongée des radiations ultra-violettes aboutissant à des brûlures.

M. Regard, de Genève, a repris le problème. Il a constaté chez les animaux (lapins, cobayes), les propriétés préservatrices des rayons violets contre l'infection. Opérant les animaux avec des mains et des instruments septiques, mais sous un champ d'irradiations ultra-violettes, il a vu que tout se passait comme si un rigoureuse asepsie avait été mise en œuvre. Quelques incidents, il est vrai, se produisirent.

Avec M. Van Lier, la question est entrée dans le domaine clinique. M. Van Lier, qui s'est spécialisé dans l'actinothérapie depuis longtemps, a été attaché pendant la guerre à l'hôpital hollandais du Pré-Catelan. Il a eu l'occasion de faire des irradiations au cours de très nombreuses opérations pratiquées sur nos blessés. Toutes sortes d'interventions ont été ainsi effectuées, les unes septiques (fractures infectées, extraction de corps étrangers), les autres aseptiques (appendicite, amputation) ; un bon nombre ont porté sur le crâne, sur l'intestin, sur le thorax. Les résultats ont été excellents. Les chirurgiens ont opéré la plupart du temps sans asepsie, confiants dans l'action stérilisante des radiations ultra-violettes, et pressés d'ailleurs par les circonstances de la guerre. L'auteur pense même que l'on obtient ainsi une asepsie plus parfaite, de l'atmosphère qui entoure le champ opératoire tout au moins.

Voici la technique de M. Van Lier. Le chirurgien se protège des rayons par une blouse, un masque en toile blanche et des lunettes (type lunettes d'auto), l'étoffe et le verre étant imperméables aux rayons U. V. Les mains, dont l'épiderme est normalement assez épais, peuvent rester nues et sont stérilisées par les rayons projetés. Ne pas mettre de gants de caoutchouc qui pourraient s'enflammer sous l'ultra-violet.

Les instruments, irradiés, avant et pendant l'intervention, restent stérilisés. Le champ opératoire n'a besoin d'aucune préparation. On projette avec le réflecteur le faisceau émané de 2 ou 3 lampes de quartz au-dessus de la table d'opération et de la région à opérer. On obtient ainsi une véritable zone d'air stérile, dans laquelle manœuvrent les mains et les instruments du chirurgien, eux-mêmes stérilisés.

Si l'on combine les irradiations avec les mesures

d'asepsie ordinaires, on obtient une superasepsie, qui peut pallier aux défaillances des précautions d'usage.

Les organes opérés subissent aussi une action de stérilisation, mais c'est là où gît la grosse difficulté de la méthode. Les rayons ultra-violets, quand leurs applications sont prolongées, sont, en effet, des producteurs d'érythème et de brûlures et, cela, avec une particularité capitale : ce n'est pas immédiatement qu'apparaît la brûlure, mais après plusieurs heures, 5, 6, 7 heures, et plus. Si donc, on ne surveille pas les applications ultra-violettes avec la plus grande attention, on aboutira à des escarres, à des désordres graves dans les tissus irradiés. C'est dire que seul, un actinothérapeute très exercé, capable de reconnaître les plus infimes changements de coloration, pourra fixer la limite de l'application. La méthode, on le voit, n'est pas, tant s'en faut, à la portée de tout le monde.

M. Louis Bazy montre que le travail de M. Regard et celui de M. Van Lier posent le problème de l'emploi des rayons ultra-violets au cours des interventions chirurgicales, dans le but de fournir aux opérés des garanties supplémentaires. Il semble, dit-il, « que l'irradiation ultra-violette permette de maintenir pendant tout le cours de l'intervention la stricte asepsie du champ opératoire, des mains du chirurgien et de tout le matériel qu'il utilise ; que, de plus, elle excite les défenses organiques et hâte d'une façon qui paraît extraordinaire la cicatrisation. En regard de ces avantages, qui seraient immenses si une expérience plus étendue les confirme, il ne faut pas manquer de placer les dangers, dangers considérables, dangers réels, dont l'importance doit être d'autant moins méconnue que leur existence ne se révèle que tardivement ; aucun moyen de mesure automatique ne permet de les éviter, et seule une expérience consommée de l'actinothérapie est à même de les prévenir. »

En somme, la question a besoin d'être étudiée plus longuement et mise au point par une collaboration des actinothérapeutes et des chirurgiens, par une éducation des uns et des autres. On ne peut pas dire qu'aujourd'hui, les irradiations ultra-violettes permettent d'opérer en toute sécurité sans asepsie, mais on peut penser qu'il en sera peut-être ainsi un jour.

L'hystérectomie large dans le cancer de l'utérus.

(M. DE FOURMESTRAUX, de Chartres. — *Société de chirurgie* ; 8-7-1925.)

De 1919 à 1925, M. de Fourmestraux a opéré 61 cancers du col avec 5 décès opératoires, la mortalité ressortissant à 8 p. 100, alors que dans sa statistique antérieure, la mortalité s'était élevée à 26 p. 100. L'auteur attribue la supériorité de ses résultats actuels à l'amélioration de sa technique.

M. de Fourmestraux s'adresse, en premier lieu, à une stérilisation du col de l'utérus par la radiumthérapie préopératoire et par les vaccins (stock-vaccin, opsolysine de Leclainche et Vallée). Puis, l'opération terminée, il draine à la Mickulicz.

— M. LAPOINTE attache également une grande importance au radium pré-opératoire. Autrefois, malgré un nettoyage soigné du col ulcéré ou bourgeonnant par les moyens classiques, on avait une mortalité importante, par infection, cellulite, ou péritonite. Aujourd'hui, grâce au puissant agent de désinfection qu'est le radium, les résultats opératoires sont véritablement transformés.

— M. CHEVRIER, sans réduire le mérite de la vaccination et de la curiethérapie préparatoire, accorde un intérêt plus grand encore au drainage à la Mickulicz. L'auteur, partageant ses statistiques d'opération de cancers en deux périodes, période antérieure au drainage à la Mickulicz et période postérieure à la remise en honneur de ce drainage par J.-L. Faure, enregistre des résultats absolument différents.

— M. J.-L. FAURE exprime sa satisfaction de n'avoir pas prêché dans le désert le jour où il est venu recommander à nouveau le Mickulicz dans l'hystérectomie large. Il est, par contre, un partisan moins convaincu du radium. On n'ignore pas que le radium post-opératoire, sans que l'on sache pourquoi, paraît favoriser les récidives, et l'on peut craindre qu'il en soit de même pour le radium *pré*-opératoire. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille jamais employer le radium : il est des cas limites, des cas très infectés, où il est parfaitement indiqué.

— M. Louis BAZY note que l'action du radium est liée dans une certaine mesure à celle de la vaccination. M. Regaud, dans une étude bactériologique des néoplasmes, a remarqué que le cheminement en profondeur de l'infection entravait l'action de la curiethérapie.

Perforation intestinale typhique. Opération. Guérison.

(M. F.-M. CADENAT.— *Société de chirurgie* ; 8-7-1925.)

Une jeune femme, étudiante en médecine, vaccinée contre la fièvre typhoïque (deux injections de T. A. B.), commence, huit mois plus tard, une dothiénentérie grave. Douze jours après le début, une perforation intestinale se produit (douleur abdominale violente, vomissements, contracture généralisée du ventre). L'opération, faite à la douzième heure, est suivie de guérison, non sans de multiples complications (abcès fessier, occlusion, deuxième intervention).

Cette observation comporte plusieurs points intéressants. L'inefficacité de la vaccination, d'abord, qui n'a pas empêché l'éclosion d'une fièvre typhoïde grave. A l'habitude, lorsqu'un sujet vacciné fait une dothiénentérie, la maladie reste bénigne.

Les indications opératoires, ensuite, et les résultats des interventions. La statistique de Gueullette, en 1908, sur 180 cas de perforations typhiques opérées, enregistre 38 pour 100 de guérisons. Ce pourcentage peut s'améliorer sensiblement lorsque l'opération est faite plus précocement.

Pour prendre le bistouri, il ne faudra pas toujours attendre des signes aussi accusés que chez la malade de M. Cadenat. La douleur violente, les vomissements, la chute de température sont bien des fois atténués. Il est des cas où le clinicien devra suspecter telle suppression de la diarrhée, telle miction pénible et douloureuse, telle accélération du pouls. Les signes abdominaux sont quelquefois discrets : contracture à peine marquée, matité hépatique conservée, absence de réaction à la pression du Douglas par le toucher vaginal ou rectal. Et cependant, dit M. Cadenat, si le moindre doute de perforation persiste, la laparotomie exploratrice devient le vrai moyen de trancher la difficulté.

— M. Louis Bazy fournit une explication à l'apparition d'une fièvre typhoïde chez un sujet vacciné huit mois auparavant. Un vaccin ne confère de résistance que pendant le temps qu'il met à se résorber. Le délai passé, toute action préservatrice cesse. Ceci montrerait l'intérêt qu'il y a à trouver des vaccins très lentement résorbables.

L'examen radiologique de la cavité utérine.

(M. Pierre Mocquot. — *Société de chirurgie* ; 8-7-25.)

Depuis trois années, M. Pierre Mocquot a étudié la question de l'examen radiologique de la cavité utérine. Il procède ainsi : avec une sonde coudée, munie d'un dispositif destiné à obturer la cavité du col et à éviter le reflux du liquide dans le vagin, il injecte du lipiodol dans l'utérus. L'injection est faite lentement sur la table radiographique elle-même et ses progrès suivis sur l'écran. Le liquide remplit peu à peu la cavité utérine (une forte pression n'est pas nécessaire en général) et passe quelquefois dans l'une ou les deux trompes. Quand la cavité est comblée, une contraction se produit qui chasserait le lipiodol dans le vagin, si l'on n'y prenait garde. Cette contraction ne se rencontre pas dans les utérus altérés.

L'exploration radiologique de l'utérus constitue, en somme, une hystérométrie perfectionnée, qui renseigne d'une façon précise sur le siège, la forme, le volume de l'organe et sur la contractilité du muscle utérin.

Dans la métrite parenchymateuse, l'utérus est agrandi, mais conserve son type triangulaire normal. Au cas de tumeur, notamment de fibrome intra-utérin, la cavité est déformée.

Ce mode d'exploration a paru à l'auteur absolument bénin, en prenant les précautions convenables, en choisissant les cas. Il est bon de le proscrire quand il y a soupçon de grossesse, bien que M. Henser déclare pouvoir, par ce moyen, faire sans danger un diagnostic très précoce de grossesse.

— M. Mauclaire a examiné de cette manière un cas d'utérus didelphe. Il rappelle que M. Tusseau a récemment rapporté à la Société des Chirurgiens de Paris des essais semblables de radiographie des cavités utérines injectées au lipiodol.

Rhumatisme vertébral cervical avec exostoses.

(M. Mauclaire. — *Société de chirurgie* ; 8-7-1925.)

MM. Duguet et Sorrel ont montré récemment des radiographies d'exostoses des corps vertébraux au cours du mal de Pott. M. Mauclaire considère ces faits comme assez rares.

Plus fréquentes sont les exostoses vertébrales dans le rhumatisme rachidien chronique. L'auteur croit le rhumatisme vertébral assez commun chez les sujets âgés. Il simule parfois le mal de Pott, la clinique et la radiologie ne donnant pas toujours au début des renseignements suffisants.

P. L.

Les Congrès

XVIII[e] Congrès français de Médecine

(*Suite*) (1).

COMMUNICATIONS SUR L'ACIDOSE

A propos de trois cas de vomissements acétonémiques de l'enfance. — MM. Weil-Hallé et Chabanier (Paris). Ces trois cas se signalent par le chiffre, habituellement bas, à peine supérieur au taux « critique », de la glycémie. A ce premier facteur d'acidose s'ajoute la combustion exagérée de corps gras, dont témoigne l'amaigrissement précoce et qu'aggrave encore le jeûne pendant les crises de vomissements. Enfin la pauvreté de l'insulinémie doit avoir sa part dans la pathogénie du syndrome.

Quoi qu'il en soit, l'introduction de glucose et d'insuline dans le sang constitue une thérapeutique que l'expérience démontre efficace et rationnelle.

De la réserve alcaline du plasma chez les sujets présentant une insuffisance sécrétoire des reins. — M. Chabanier et Mlle Lebert. Au cours des grands syndromes urémiques, dont les auteurs ont montré la pathogénie extrarénale, plus encore que rénale, s'observe l'acidose, très rare par contre dans la petite urémie. Le trouble extrarénal, portant sur le métabolisme protéinique, et générateur d'urémie, est-il, simultanément, générateur de valeurs acides ? C'est par l'affirmative que les premières recherches des auteurs tendraient à faire répondre.

(1) V. *Concours Médical*, n° 41 du 11 oct. 1925.

Discussion. — M. Léon Blum (Strasbourg) fait remarquer l'erreur possible dans la détermination de l'azote résiduel, à cause de la technique des défécations qui entraînent en même temps que les protéines, des substances azotées non protéiniques. Dans l'acidose des néphrites, il faut tenir compte et du chlore et du sodium et des protéines.

La réserve alcaline au cours des néphrites azotémiques ; ses variations; sa valeur clinique. — MM. Cordier et Delore (Lyon). L'acidose, proportionnée à l'intensité de l'urémie, apparente les comas urémique et diabétique ; elle s'extériorise par les modifications respiratoires, les troubles dépressifs, l'hypothermie, et s'évalue facilement par la mesure de la réserve alcaline, qui acquiert ainsi, au cours des néphrites, une double valeur, au point de vue du diagnostic et au point de vue du pronostic ; à ce dernier point de vue, elle peut être supérieure à l'évaluation de l'urée sanguine. Mais il faut savoir tenir compte des lésions des appareils circulatoire ou respiratoire, éventuellement associées à la néphrite, susceptibles de retentir sur la réserve alcaline et de modifier les résultats.

Le syndrome d'acidose au cours des néphrites.— M. Labbé et Mlle Forsans (Paris). Les signes cliniques d'acidose sont décrits nombreux, mais sont loin d'avoir tous la même valeur : alors que le coma, les troubles digestifs et nerveux se voient aussi bien en l'absence d'acidose, les douleurs épigastriques ou, plus précisément, les douleurs de la base du thorax sont assez caractéristiques ; mais le signe qui a la plus grande signification d'acidose est la respiration profonde, type Küssmaul.

Considérations sur la valeur de la réserve alcaline et du Ph sanguin comme moyens d'appréciation de l'acidose diabétique. — M. Welcker (Paris). Etant donnée la discordance fréquente entre la cétonurie et les tests de l'acidose sanguine, en dehors même des cures bicarbonatées, il y avait lieu d'explorer les tests sanguins en série au cours d'acidoses diabétiques. Or la valeur de la réserve alcaline et celle du pH reflètent très fidèlement, par leur abaissement plus ou moins considérable, la plus ou moins grande gravité du cas considéré. Un seul des malades possédant une réserve alcaline inférieure à 70 volumes p. 100 de CO^2 put être sauvé par l'alcalinisation intensive et l'insuline.

Action des sels ammonicaux sur l'équilibre acido-basique de l'organisme.— M. H. Labbé. Le chlorhydrate d'ammoniaque, et à un moindre degré, le sulfate, injectés expérimentalement à des chiens, abaissent le pH sanguin, d'une valeur maxima pour une dose donnée de sel. La médication dite acidifiante à l'aide de ces produits semble donc se justifier.

Les troubles du métabolisme acido-basique du chlorure de sodium.— M. E. Feuillié (Paris). La glycémie n'est qu'un symptôme accessoire de la maladie diabétique et ne tient pas sous son étroite dépendance la glycosurie. En dehors de tout apport alimentaire de bases ou d'acides, les troubles du métabolisme du chlorure de sodium interviennent pour une large part dans l'acidose.

I. Acidose post-opératoire. — II. La réserve alcaline au cours de la grossesse. — M. Chevkri Mouzaffer (Constantinople). La cétose post-opératoire est absente ou très légère ; par contre l'abaissement de la réserve alcaline, avec augmentation de l'élimination urinaire des acides organiques, est de règle après l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme et doit tenir à une altération hépatique.

Au cours de la grossesse normale, la réserve alcaline est diminuée, sans cétose, tandis que les vomissements gravidiques peuvent s'accompagner de cétose, vraisemblablement conséquence d'insuffisance hépatique.

Contribution à l'étude de l'acidose en psychiatrie.— MM. Euzière, Pagès et Cristol (Montpellier). Dans douze cas de mélancolie simple ou compliquée, l'abaissement de la réserve alcaline a été observée constamment, sans cétonurie et sans parallélisme entre le degré de cet abaissement et l'intensité des manifestations cliniques. La thérapeutique alcalinisante n'a amélioré qu'une fois la mélancolie, mais a agi fréquemment sur les troubles cénesthopathiques

Les accidents consécutifs aux injections d'insuline. — M. P. Mauriac. Ils sont de deux ordres : 1° accidents tardifs d'hypoglycémie (nervosité, sensation de faim, faiblesse dans les jambes, tremblements, sueurs)... ; 2° accidents précoces de choc (urticaire, réactions locales, choc nitritoïde). Dans les cas où la continuation de la cure est une question de vie ou de mort, on peut être amené à essayer les diverses insulines du commerce, jusqu'à ce qu'on en trouve une qui soit tolérée.

La sensibilisation pourrait exister vis-à-vis des impuretés, vis-à-vis des albumines de l'animal ayant fourni le pancréas, ou vis-à-vis de l'insuline elle-même.

Insuline et lévulose dans le traitement de l'acidose diabétique. — M. Orticoni (Nice) cite un cas où seule cette association fit disparaître l'acétone ; pour lui, foie et pancréas, isolément ou associés, interviennent dans le métabolisme des corps acétoniques.

Contribution à la détermination du ph du sang ; une nouvelle électrode à hydrogène.— MM. G. Etienne Vérian et Bourgeaud (Nancy) ont réalisé un dispositif d'électrode mettant en présence d'une quantité donnée de sérum une bulle d'hydrogène d'un volume 150 fois moindre. La valeur du pH est connue au bout d'un quart d'heure et reste invariable pendant plusieurs heures.

DEUXIÈME QUESTION

LES ANGINES DE POITRINE

M. L. GALLAVARDIN (de Lyon), rapporteur.

M. Gallavardin définit l'angine de poitrine « un syndrome paroxystique caractérisé, dans son expression complète, par une douleur précordiale, ordinairement constrictive, accompagnée d'irradiations brachiales ou cervico-brachiales, facilement suivie d'angoisse ; et, dans ses formes frustes, par deux ou même l'une de ces manifestations ». Elle est peu fréquente dans la multitude des affections cardio-aortiques et se présente sous un jour pronostic extrêmement varié suivant les cas.

Son étude est très ardue du fait qu'il s'agit d'un syndrome purement subjectif, d'une affection de ville bien plus que d'hôpital, et, lorsqu'on a les documents complets, de données anatomo-cliniques très difficiles à corroborer ; les cas échappent même à toute classification rigoureuse, tous les cadres, si rationnels qu'ils paraissent, finissant par grouper des cas radicalement dissemblables. Pour ce qui est de ses 791 cas personnels, sur lesquels il base son travail, sans négliger pour cela les nombreux éléments acquis par ses devanciers, l'auteur les répartit cliniquement de la façon suivante :

1° ANGINES DE POITRINE DE SIGNIFICATION GRAVE. ANGORS ORGANIQUES. — Les angors organiques sont ceux que l'on rencontre chez des sujets atteints de lésions cardiaques ou cardio-aortiques. Leur séméiologie est très riche, car à côté des formes typiques bien connues, il en existe d'innombrables modalités atypiques par le caractère des irradiations douloureuses, de la douleur elle-même, par l'intensité très variable des accès, par leur durée, et leur répétition susceptible d'aboutir à l'état de mal angineux.

Tantôt le cœur paraît sain, tantôt les lésions se révèlent cliniquement, sous forme le plus souvent de lésions aortiques, d'hypertension et d'hypertrophies, gauches principalement, avec association fréquente de phénomènes hypo ou asystoliques.

L'évolution respective de l'angor et de la cardiopathie échappe à toute règle fixe, aucun parallélisme étroit ne reliant ces deux facteurs. La mort peut résulter de l'un ou de l'autre, ou des deux simultanément.

Dans ce groupe d'angors, il est commode de distinguer :

a) *L'angor d'effort.* — Ici la douleur oblige à suspendre l'effort commencé, parfois très minime, au point que le malade peut être peu à peu victime d'un implacable encerclement qui arrivera à le coucher dans la tombe. Tantôt la douleur existe à l'état pur, tantôt elle est associée à l'œdème pulmonaire, ou à une dyspnée secondairement surajoutée, ou à un essoufflement qui a précédé chronologiquement l'accès angineux. Parfois dyspnée d'effort et symptômes douloureux sont tellement confondus qu'on ne peut même pas établir sûrement le diagnostic d'angor.

A signaler des formes légères, frustes et indolores avec simple sensation de « respiration bouchée ».

Dans la plupart des cas (377 sur 486) il n'existe pas de lésions aortiques et l'examen est entièrement négatif (1/3 des cas environ) ou révèle une hypertension (2/3). Par ordre de fréquence viennent ensuite les lésions aortiques (68 cas), et les gros cœurs, avec ou sans hypertension, avec ou sans arythmie (41 cas).

La mort survient le plus généralement dans le cours des cinq premières années, mais peut être différée, bien souvent au-delà de dix ans ; et même la possibilité de guérison vraie est à retenir.

L'homme est le plus souvent atteint (4 fois sur 5 environ), la syphilis est un facteur étiologique capital : constant en cas d'ectasie concomitante, cas du reste rare (3 cas personnels), — à peu près constant en cas d'insuffisance aortique artérielle — très fréquent enfin, même en l'absence de ces lésions, chez les sujets jeunes. Le tabagisme paraît sans influence sur l'étiologie de l'angor. La coexistence de diabète n'est pas exceptionnelle.

L'angor d'effort comprendra par définition, à côté des formes pures, toutes celles où s'y associe de l'angor de repos ou de décubitus, dût même ce dernier l'emporter sur les crises d'effort proprement dites.

L'influence du traitement antisyphilitique et même parfois des moyens thérapeutiques non spécifiques se manifeste par une proportion élevée de résultats favorables.

b) *L'angor au repos ou nocturne.* — Il y a les accès du soir, ceux du matin, ceux du décubitus, avec toutes les modalités individuelles possibles, ils sont en général plus prolongés que ceux de l'angor d'effort. Ceux du décubitus, principalement, sont fréquemment dyspnéiques, sans que ce caractère soit obligatoire toutefois ; d'où des difficultés de diagnostic, l'angor devant être mis à part des banales douleurs, épigastriques en général, des cardiaques essoufflés. Pour donner une idée précise du polymorphisme clinique, l'auteur donne 24 observations, de divers types, car cette variété d'angor a été jusqu'ici assez négligée par les observateurs.

c) *Angor dans diverses affections cardiaques ou médiastinales.* — L'angor para-dyspnéique des cardiaques troublés, distinct de l'angor vrai par ses symptômes et par ses caractères étiologiques, l'angor des cardiopathies (lésions valvulaires, tachycardie paroxystique, péricardites, etc.), l'angor des affections médiastinales, constituent ce groupe dissident.

2° ANGINES DE POITRINE DE SIGNIFICATION INCERTAINE. ANGORS DOUTEUX. — Ici se rangent des angors d'effort et des angors au repos ou nocturnes. C'est un groupe d'attente où se rangent tous les cas où les sensations douloureuses sont indécises ou anormales par leur localisation, par leur cause provocatrice, par les troubles céphaliques associés, les cas à accès unique, ou, au contraire, à accès au repos trop

répétés. L'examen le plus attentif et le plus suivi laisse subsister des cas indéchiffrables.

3° ANGINES DE POITRINE DE SIGNIFICATION BÉNIGNE. ANGORS NÉVROSIQUES. — Sans arguer d'une distinction entre l'angine vraie et la fausse angine de poitrine, l'auteur reconnaît l'existence d'angines de poitrine foncièrement bénignes et les dénomme angors névrosiques. Elles résultent d'une sensibilisation de la voie nerveuse cardiaque centripète, sous l'influence des causes irritatives les plus diverses, digestives, génitales ou autres ; d'où le terme d'angor secondaire appliqué à ces cas.

La délimitation des angors névrosiques est souvent bien ardue d'avec le symptôme angineux classique et d'avec bien d'autres algies ; elle se fonde sur le caractère plutôt lancinant de la douleur, sur l'importance des symptômes nerveux accessoires de la crise, sur l'absence d'angor d'effort véritable, sur l'étiologie et l'interrogatoire. Douze observations personnelles choisies en montrent des aspects variés.

L'auteur termine par quelques considérations pathogéniques : à son avis, la théorie de la distension cardiaque ou aortique douloureuse ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas.

Il se montre partisan, dans l'angor d'effort, de la théorie d'insuffisance d'irrigation du myocarde, surtout du fait des spasmes, surajoutés ou non à des lésions organiques plus ou moins avancées. En fait, bien des crises sont déclenchées par des influences spasmogènes et rappellent cliniquement les spasmes artériels de la claudication intermittente, souvent rapprochée de l'angor. La clinique peut faire prévoir, avec de grandes chances d'exactitude, l'existence de lésions coronariennes, ainsi que le montre une statistique originale de 20 observations complètes.

Néanmoins, de même que la gangrène des extrémités ne présuppose pas forcément la claudication intermittente, de même de vastes ischémies myocardiques allant jusqu'à l'infarctus restent, dans un nombre considérable de cas, indolores.

Pas plus qu'une autre, la théorie coronarienne ne doit être exclusive ; car, actuellement, chacun ne demande qu'à s'incliner devant « l'éminente dignité des faits ». *(A suivre.)*

Les Thèses

P. — Dr Charles JEULIN. — **Contribution à l'étude de l'anévrysme de l'aorte abdominale.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1925.)

L'anévrysme de l'aorte abdominale présente les signes suivants :

Des douleurs permanentes ou par accès, siégeant à la région lombaire ou profondément dans la zone prévertébrale, accompagnées de névralgies du plexus lombaire pour la variété thoraco-abdominale, de douleurs du type solaire pour la variété sus-mésocolique.

Des troubles viscéraux : des douleurs à type sympathique simulant la colique de plomb, de la constipation, et un syndrome stomacal pour l'anévrysme sus-mésocolique, la dyspnée chez les ectasiques thoraco-abdominaux, une diarrhée séreuse incoercible dans la variétés sous-mésocôlique. En cas de rupture, il peut se produire des hémorragies par les voies aériennes et digestives.

La diarrhée et la constipation relèvent plutôt de l'action directe du sympathique sur l'intestin ou d'un trouble circulatoire d'origine sympathique que de la claudication intermittente de l'intestin.

Une tumeur située dans la partie gauche de l'abdomen sur le plan vertébral, non mobilisable de haut en bas, possédant un battement systolique, parfois un thrill, surtout de l'expansion ; on y entend un souffle systolique, rarement diastolique, se propageant le long de la colonne vertébrale.

Aux membres inférieurs, on constate un pouls fémoral d'amplitude faible, avec retard sur le pouls radial dans la moitié des cas ; la tension des membres inférieurs comparée à celle des membres supérieurs a peu d'intérêt. On signale de l'œdème des membres inférieurs (anévrysmes sous-mésocôliques), du spasme des membres inférieurs (anévrysmes sus-mésocôliques), de la claudication intermittente. Rarement apparaît une gibbosité. Ces anévrysmatiques sont des asthéniques, souvent des anémiques.

Trois grandes formes cliniques : anévrysme sous-mésocôlique à diarrhée profuse. Anévrysme sus-mésocôlique avec violentes douleurs à type solaire. Anévrysme thoraco-abdominal avec angor pectoris dyspnée, névralgies du plexus lombaire.

Le pronostic en est fatal à brève échéance à cause d'une complication extrêmement fréquente : la rupture. Cependant le traitement spécifique le rend moins sombre.

Un seul signe permet d'affirmer l'anévrysme : l'expansion. Cependant un souffle diastolique de l'aorte abdominale et le retard du pouls fémoral sont en faveur de l'ectasie abdominale.

Le diagnostic différentiel est très difficile dans les cas d'affections rachidiennes ou prévertébrales car l'anévrysme de l'aorte abdominale est une affection rare.

Sa cause est la syphilis le plus souvent, quelquefois le rhumatisme articulaire aigu quand le début a lieu au-dessous de 21 ans. On cite la tuberculose, des infections, des intoxications, des cicatrices. Son mécanisme dépendrait d'un processus scléro-gommeux, ou d'un athérome, rendu excentrique par la pression sanguine, l'athérome pouvant être un trouble trophique par lésion du sympathique. On peut essayer d'abaisser la tension artérielle, de déprimer le sympathique, de supprimer le sac ; le traitement sera surtout étiologique, antirhumatismal et le plus souvent antisyphilitique, dans la période d'eusystolie, avec les arsénobenzènes, le bismuth, le mercure, l'iodure.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ADMISSION DES PETITS PAYANTS DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DES HOPITAUX

Rapport présenté par M. Alfred Krug, vice-président de la Commission administrative des Hospices civils de Nancy, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en réponse au rapport exposé par M. le Dr Paul Boudin, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, à sa dernière session, et renvoyé par cette Assemblée pour étude complémentaire.

(*Revue des Hôpitaux*, 31 août 1925.)

Lors de la dernière session du Conseil supérieur de l'Assistance, M. le Dr Paul Boudin, au nom de la 2e section, a présenté un rapport concluant au rejet d'une proposition faite par le Conseil d'arrondissement de Montmorillon, par lequel ce dernier demandait que l'admission dans les hôpitaux des malades ayant à subir une intervention chirurgicale soit facilitée et étendue au plus grand nombre de citoyens possible.

Bien loin de demander l'admission d'un plus grand nombre de malades dans les hôpitaux de chirurgie, le Dr Boudin demande, au contraire, qu'à l'avenir les opérations se fassent le plus possible à domicile et il voit le moyen d'arriver à ce résultat dans l'établissement d'un tarif départemental établi pour tous les genres d'opérations et suivant lequel les praticiens seraient rémunérés. M. le Dr Paul Boudin conclut que la mise en pratique de ce tarif inciterait les médecins à opérer eux-mêmes à domicile, ce qui allègerait considérablement les charges des hôpitaux.

Dans ce rapport, une chose frappe forcément le lecteur: c'est que d'un bout à l'autre, il n'est question que d'intérêts pécuniaires, soit des Etablissements hospitaliers, de l'Etat et surtout des médecins ; mais que, nulle part, il n'est question de l'intérêt des malades. Or, ce soin nous incombe à nous, représentants de l'Administration hospitalière, d'une façon toute spéciale. Nous avons le devoir étroit, et c'est ce qui donne à notre rôle toute sa beauté et toute sa grandeur, de faire passer partout et toujours au premier rang l'intérêt supérieur et sacré des malades. C'est seulement lorsque nous sommes certains que telle ou telle méthode garantit d'une façon égale la qualité des soins donnés aux malades que nous avons le droit de choisir la méthode la moins onéreuse. Mais, sous aucun prétexte, surtout pas sous celui d'économie, nous ne devons nous arrêter à des solutions offrant moins de garantie au malade.

Or, je demande à tout homme ayant quelques connaissances pratiques dans ces délicates questions s'il est possible de soutenir qu'à domicile, dans des milieux souvent anti-hygiéniques ou tout au moins surpeuplés, sans matériel spécial bien stérilisé, avec un personnel secondaire et maladroit, s'il est possible dans ces conditions de pratiquer une opération avec les mêmes garanties de succès qu'avec les installations modernes pour lesquelles les hôpitaux ont dépensé des millions. Ce ne serait vraiment pas la peine de nous être creusé la tête depuis plus de trente ans pour réaliser tous les perfectionnements possibles comme asepsie, stérilisation, éclairage, appareillages de plus en plus compliqués, etc., etc., pour qu'on vienne nous dire après : il faut en revenir aux opérations de fortune faites à domicile afin que le médecin du cru touche son salaire, et il n'y a pas seulement la question d'opération qu'on ferait sur une table de cuisine, il y a encore celle des soins consécutifs journaliers, la surveillance des accidents : hémorragies et autres qui se produisent si facilement, celle du régime spécial d'alimentation, les pansements fréquents, etc., etc., toute chose qu'il est impossible de réaliser chez soi. Dans ces conditions, bien loin de pousser aux interventions chirurgicales à domicile, notre devoir est, au contraire, de faire tous nos efforts pour faire admettre le plus grand nombre possible de malades relevant de la chirurgie dans les hôpitaux régionaux où ils retrouveront les soins les plus éclairés et les plus efficaces.

Le rapport de M. le Dr Paul Boudin vise surtout les petits payants, les citoyens qui, sans être privés de ressources, ne sont que peu aisés et ne peuvent payer un tarif médical d'une certaine importance sans être très gênés. Il préconise l'assistance partielle et surtout la confection de listes de cette catégorie d'assistés, ou tout au moins l'examen par ce bureau de tous les cas où une admission à l'hôpital à tarif réduit serait demandée.

Cette méthode, si elle semble praticable pour une petite commune ne dépassant pas 5.000 âmes, où la population se connaît assez bien et où les ressources de chacun peuvent être facilement évaluées, il n'en est pas de même dans les communes de plus d'importance dans lesquelles les relations entre les citoyens sont beaucoup plus limitées. Là, les situations ne

peuvent être établies que par des fonctionnaires enquêteurs, comme cela se fait actuellement pour les allocations aux vieillards et aux infirmes pour lesquelles les bureaux d'assistance se prononcent sur le vu des rapports de l'enquêteur, les bureaux d'assistance se réunissant en général une fois par trimestre. Or, si les vieillards et infirmes peuvent patiemment attendre les décisions du bureau d'assistance, il n'en est pas de même pour tous les cas de maladie qui, presque toujours, sont des cas d'urgence. On ne peut pas raisonnablement demander au bureau d'assistance de siéger en permanence ; pas plus que, dans une ville d'une certaine importance, on ne peut demander au maire d'intervenir personnellement dans des affaires de cet ordre ; toutefois, je reconnais volontiers qu'il est du devoir de l'Administration municipale de ménager le plus possible les finances de la *commune*. L'assistance partielle est tout à fait équitable et logique ; aujourd'hui que les salaires de tous les ouvriers et ouvrières sont bien plus élevés qu'avant la guerre, il est possible dans un grand nombre de cas de demander à la famille du malade de supporter une part des frais d'hospitalisation, surtout lorsque ce n'est pas le père de famille lui-même qui est malade. Or, voilà comme on procède à Nancy et sans doute ailleurs, car cette méthode si simple est applicable partout. « Lorsqu'une personne se présente aux bureaux de la mairie pour demander un bulletin d'admission à l'hôpital pour un malade de sa famille, le chef de bureau l'interroge sur les ressources dont dispose ladite famille et, suivant le cas, exige une participation dans les frais à laquelle le chef de famille s'engage par écrit. Il va sans dire qu'un marchandage a lieu parfois, mais on finit toujours par tomber d'accord et c'est bien là, semble-t-il, le type idéal de l'assistance partielle puisqu'il y a consentement réciproque ». Pour les personnes un peu plus aisées, qui peuvent payer entièrement la journée d'hospitalisation, la chose est beaucoup plus simple encore : ils n'ont qu'à se faire admettre comme pensionnaires en salle commune en payant le tarif homologué par le préfet. Ce tarif doit toujours être un peu supérieur au prix de l'assistance médicale gratuite, surtout actuellement où les prix de journée augmentent sans cesse, car, en cas de déficit à la fin de l'année, on ne peut procéder à aucun rappel sur les pensionnaires en salle ; on peut donc dire que tous les citoyens français peuvent se faire soigner dans nos Etablissements soit comme indigents complets ou privés de ressources, soit comme petits payants au titre de pensionnaires en salle, soit enfin dans les cliniques. Mais, pour M. le Dr Paul Boudin, la grande question est celle des honoraires des médecins dans les hôpitaux pour les soins donnés aux pensionnaires en salle non dépourvus de ressources et qui semblent pouvoir payer un tarif à établir pour les soins qui leur sont donnés dans nos Etablissements. C'est surtout cette clientèle qui est visée et à laquelle le Dr Paul Boudin voudrait faire donner des soins à domicile. Or, il est hors de doute qu'un homme et une femme qui se font admettre dans une salle commune en subissant toutes les promiscuités ne sont jamais des gens très aisés et en admettant qu'en se gênant beaucoup ils puissent au besoin payer certains honoraires, nous estimons que cette innovation offrirait des inconvénients multiples contre lesquels nous ne saurions trop protester !

Nous ne pourrons jamais admettre que, dans les salles communes, il y ait deux sortes de soins : les soins gratuits et les soins payés ; ce serait créer là une atmosphère de suspicion, un véritable malaise, aussi préjudiciable au malade qu'au bon renom du Corps médical. Il est déjà bien suffisant que, dans certains hôpitaux, le personnel secondaire reçoive et hélas! parfois, sollicite des pourboires qu'un certain nombre de malades n'ont pas les moyens de verser, ce qui, à tort ou à raison, peut faire croire à ces derniers qu'ils sont moins bien soignés que leurs camarades de salle qui peuvent rétribuer les soins ! Tant que des reproches de cette nature ne peuvent s'adresser qu'au personnel secondaire, ce qui est déjà fort regrettable, il n'y a pas de mal, mais le jour où des reproches de cette nature pourraient être, bien qu'immérités, adressés au Corps médical, cela produirait certainement un effet déplorable qui serait de nature à faire le plus grand tort au bon renom de nos Etablissements. Nous avons déjà bien assez de mal à vaincre les préventions, nous pouvons dire la répulsion atavique que le peuple a contre les hôpitaux pour ne pas, de gaieté de cœur, prêter le flanc à de nouvelles critiques. Il faut absolument, dans l'intérêt général de la population, que la classe des travailleurs sache bien et soit persuadée que, dans les hôpitaux, elle peut trouver des soins aussi fraternels qu'éclairés, que l'on n'y fait aucune différence entre ceux qui sont plus ou moins nécessiteux et qu'ils trouvent de la part du Corps médical des soins aussi éclairés que désintéressés.

Le rapporteur en défendant les intérêts pécuniaires du Corps médical fait ressortir que ce dernier ne doit pas faire de philanthropie, qu'il n'est pas admissible qu'on lui demande de travailler pour rien ou au rabais, pas plus que sous le même prétexte nous demandons des rabais à nos fournisseurs de victuailles (pain, viande, etc.). Nous considérons comme extrêmement fâcheux de placer cette haute question sur un terrain purement mercantil ; mais comme ce n'est pas nous qui avons commencé, nous sommes bien forcés d'y répondre par des arguments de même nature. Nous devrons donc faire remarquer qu'il n'y a aucune comparaison possible entre nos fournisseurs de marchandises et le Corps médical, bien que nous demandions également aux premiers des prix de faveur par la voie des adjudications. Mais leur situation par rapport au Corps médical est tout autre car, alors que nous n'offrons à nos fournisseurs de marchandises aucune autre compensation, il n'en est pas de même pour le Corps médical. C'est, en effet, dans nos hôpitaux, prolongement et complément des Facultés et des Ecoles de Médecine, que les futurs pra-

ticiens apprennent leur métier ; c'est chez nous que, sous la direction de leurs Maîtres, ils font, en tâtonnant, leurs premiers pas dans leur difficile carrière ; que les plus studieux obtiennent leur premier grade d'externe, d'interne, ensuite chef de clinique et enfin les plus habiles décrochent au concours soit le titre de professeur, soit celui de médecin ou chirurgien des hôpitaux. Ces titres sont si enviés que les praticiens les font toujours figurer sur tous leurs documents officiels (cartes de visite, papier à lettres, etc.). C'est là un mode de publicité dont ils sont très friands et qui, à leurs yeux, doit être une garantie de capacité pour tous leurs clients. Or, dans le domaine commercial sur lequel on a placé la question, la publicité coûte cher et il est tout à fait normal que les praticiens la compensent par les soins gratuits donnés à nos malades des salles communes, puisque c'est dans nos Etablissements qu'ils ont acquis, par la pratique de leur art, l'expérience et la sûreté de main qui constituent leur supériorité sur leurs confrères n'ayant pas joui des mêmes avantages au point de vue du grand nombre d'interventions auxquelles, grâce à nos hôpitaux, ils ont pu se livrer. C'est précisément la raison pour laquelle nous protestons de toutes nos forces contre les interventions pratiquées à domicile par des médecins n'ayant pas toute la compétence et l'expérience désirables. Nous ne pouvons pas penser sans un véritable serrement de cœur aux conséquences néfastes pour le patient d'une intervention sanglante pratiquée à domicile par de jeunes médecins, et ils sont nombreux, qui ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine sans avoir jamais été ni externe ni interne des hôpitaux. C'est là une question humanitaire au premier chef, celle qui doit primer toute autre considération car elle met en cause la santé et la vie d'un grand nombre de nos concitoyens. Il serait, au contraire, tout à fait nécessaire, dans l'intérêt de la population tout entière, de multiplier le plus possible et de toujours mieux outiller les hôpitaux régionaux ; de leur adjoindre des maisons de santé payantes où les malades, riches ou aisés, pourraient être admis en trois classes différentes suivant leurs ressources. Il va sans dire que, dans ces cliniques, les soins ne seraient pas gratuits ; les malades payeraient à l'Etablissement un prix de journée convenu pour logement, nourriture et soins secondaires et qu'ils s'arrangeraient directement avec leur médecin pour les honoraires qui seraient naturellement gradués suivant la classe dans laquelle ils se seraient fait admettre. Une clinique payante de ce genre fonctionne à Nancy dans des conditions parfaites. Elle comporte actuellement environ 220 chambres. Les prix de pension vont de 22 francs jusqu'à 50 francs par jour. Aucun monopole de soins n'y est concédé. Tous les praticiens y sont admis et s'en trouvent fort bien— ainsi que les malades. C'est ce principe qui devrait être admis partout. Les hôpitaux ne devraient plus être seulement faits pour les indigents mais pour tous les malades quels qu'ils soient sans distinction de fortune, afin que tous puissent profiter de tous les perfectionnements de l'outillage scientifique ; mais étant bien entendu que, si les soins en salle commune sont et doivent rester gratuits, au contraire les pensionnaires en chambre devront rétribuer les soins médicaux en proportion de leur situation de fortune.

A. Krug.

Réponse.

Je suis heureux de voir mon rapport mériter les critiques de l'homme de cœur qu'est M. Alfred Krug ; car l'adage : « c'est de la discussion que jaillit la lumière » est ici parfaitement applicable.

Il semble à première vue, que M. Alfred Krug ne soit absolument pas de mon avis. Ses sentiments altruistes le conduisent à une réfutation parfois quelque peu acerbe ; mais sa conclusion est absolument la mienne : l'hôpital pour les indigents, la maison de santé à tarifs progressifs, pour tous ceux qui peuvent payer, cette maison de santé étant organisée par la commission administrative de l'hôpital, lorsque l'initiative privée est déficiente.

Mais, avant de développer cette conclusion, qui m'est chère, reprenons une à une les critiques que veut bien me faire M. Alfred Krug.

1° *L'intérêt des malades.*

D'après mon honorable contradicteur, je ne me soucie pas assez du bien des malades, alors que je n'ai discuté le problème que sous un angle mercantile.

Parlons affaires d'abord, puis nous ferons du sentiment.

Puisqu'il est question d'étendre la spécialisation des hôpitaux, il est bien indispensable de s'occuper d'abord de la question pécuniaire.

Les finances de nombreux hôpitaux de France se trouvent dans une situation assez difficile ; les communes elles-mêmes, ainsi que les départements, ne sont peut-être pas en état de supporter les nouvelles charges d'assistance opératoire, que réclamait le conseil d'arrondissement de Montmorillon.

Il m'a donc paru indispensable de préciser, dès l'abord, les situations financières en présence.

Mais, reproche que m'adresse M. Alfred Krug, je ne me suis pas assez préoccupé de l'intérêt des malades ! « Nulle part il n'est question de l'intérêt des malades. Or, ce soin nous incombe à nous représentants de l'administration hospitalière d'une façon toute spéciale ... »

M. Alfred Krug me permettra de lui faire remarquer que son bon cœur l'entraîne un peu loin.

Qu'il s'occupe, comme vice-président des hôpitaux de Nancy, de l'intérêt des indigents hospitalisés : parfait ! Mais qu'il borne sa solli-

citude aux seuls malades pauvres, que les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893 lui confient.

Quant aux malades de droit commun, aux payants de tous ordres, ce serait dépasser les intentions du législateur que de voir les commissions hospitalières s'inquiéter d'autres catégories de malades que celles prévues par les deux lois précitées et par le règlement modèle des hospices et hôpitaux.

Pourquoi me reprocher ma dureté de cœur, vis-à-vis des malades hospitalisés, lorsque je réclame pour mes confrères, le droit aux honoraires, lorsque les médecins soignent à l'hôpital des malades riches, qui ne devraient pas figurer dans l'établissement ?

Pourquoi ne demande-t-on pas également la gratuité des fournitures aux boulangers, bouchers et autres fournisseurs ? Ne serait-ce pas aussi obtenir des concessions dans l'intérêt des malades ?

M. Krug m'objecte que ces fournisseurs font de la philanthropie puisqu'ils concourent à des adjudications. Pardon ! le mode d'adjudication n'est pas spécial aux livraisons de marchandises pour les hôpitaux : nous le retrouvons, toutes les fois qu'il s'agit d'un marché passé avec une collectivité publique et on ne saurait soutenir que les adjudicataires de l'armée, ou de travaux publics font de la philanthropie, parce qu'ils ont accepté un cahier des charges et concouru à une adjudication.

2° *Opérations à domicile.*

M. Alfred Krug s'étonne que je puisse méconnaître les efforts pécuniaires de certains hôpitaux pour créer des salles de chirurgie aussi modernes que possible et que j'en sois encore à préconiser les opérations à domicile.

Du moment où nous discutons à savoir si les finances communales et départementales d'assistance médicale gratuite devront désormais supporter les charges opératoires, pour les malades dits demi-nécessiteux, il m'est bien permis de faire d'abord remarquer que les installations modernes chirurgicales, dans les hôpitaux de France, sont trop peu nombreuses et que maints établissements hospitaliers ont une organisation chirurgicale très rudimentaire.

Mais, au point de vue technique, je vois que j'ai été très mal compris. A l'hôpital, les opérations graves ou aseptiques qui nécessitent un chirurgien de métier, un personnel infirmier bien dressé, une salle d'opérations, munie des instruments et d'un matériel fort coûteux.

Mais, de très nombreuses petites interventions, dites de petite ou de moyenne chirurgie, peuvent parfaitement être pratiquées à domicile.

A Paris, ils sont nombreux les malades aisés, que des chirurgiens opèrent chez eux, sans aucun danger.

Quant à la provinec, à la campagne, en particulier, l'opération simple, pratiquée à domicile est fréquente.

D'abord parce que le transport à l'hôpital voisin n'est pas souvent possible ; parce que cet hôpital voisin ne comporte pas de salle de chirurgie ou n'a qu'une installation assez rudimentaire.

Enfin, nous devons ménager les deniers de celui qui doit payer : pour une commune ou un département, qui aura à supporter tout ou partie des dépenses chirurgicales occasionnées par les malades, dits demi-nécessiteux, la journée de soins à domicile est infiniment moins chère que la journée d'hospitalisation.

J'ai donc le devoir, du moment où ce n'est pas le malade lui-même qui paye de sa poche, d'indiquer à la collectivité, qui supportera les frais, la manière de ne pas obérer trop lourdement son budget d'assistance.

Experto crede Roberto : dans les critiques de M. Krug, je vois une fois de plus combien la collaboration n'existe guère entre les diverses administrations publiques et les organisations corporatives de médecins praticiens des villes et des campagnes.

Cependant, une telle collaboration n'aurait-elle pas, comme but ultime, l'intérêt bien compris des malades ?

4° *Le contrôle des petits payants.*

M. Alfred Krug me critique encore, lorsque je préconise un contrôle sur les admissions à l'hôpital des malades payants. Il estime que les longueurs administratives entraveraient les entrées, surtout pour les affections aiguës.

D'accord ! mais n'oublions pas que mon rapport, présenté au Conseil supérieur, ne vise que les personnes de condition modeste, qui demandent à la commune tout ou partie des frais d'hospitalisation chirurgicale.

Or, puisqu'il faut entrer dans quelques détails, le certificat du médecin traitant, demandant l'hospitalisation, doit être remis, par ce praticien, au malade lui-même, ou à la famille de ce dernier.

Ce certificat sera présenté, non pas à l'entrée de l'établissement hospitalier, mais à la mairie du lieu du domicile de secours.

A l'administration communale de défendre son budget et de s'entourer de tous renseignements utiles, comme on le fait pour un indigent qui demande à être inscrit d'urgence sur les listes de l'assistance médicale gratuite, en vertu de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893.

D'un autre côté, je ne vois pas pourquoi, pour activer et simplifier les choses, le malade, ou ses ayants droit, ses représentants, ne signeraient pas une déclaration de demi-indigence, s'engageant, par cet écrit, à verser à la caisse du bu-

reau de bienfaisance une somme déterminée, au cas où ultérieurement il serait prouvé qu'ils ont abusé de la bienfaisance publique, en se faisant passer pour nécessiteux.

Cet engagement retiendrait bien des fraudeurs et ma foi ! ils sont nombreux, quelque précaution que prennent certaines commissions hospitalières.

5° *Malades payants en salle commune.*

N'en déplaise à M. Alfred Krug, les malades payants ne sont plus du tout arrêtés par la promiscuité de la salle commune. Ils savent qu'avec des étrennes et le versement du prix de journée, ils feront l'économie de la maison de santé et des honoraires du chirurgien.

L'ancienne répulsion qu'éprouvaient beaucoup pour entrer à l'hôpital est bien tombée. On sait qu'avec de l'argent, on se procure tout ce qu'on veut et que, si l'ordinaire est peu appétissant, il sera possible d'obtenir des provisions venant du dehors.

Qu'il ne me soit donc pas objecté que « nous ne pourrons jamais admettre que, dans les salles communes, il y ait deux sortes de soins : les soins gratuits et les soins payés ».

En ce qui concerne le corps médical, les docteurs et leurs aides médicaux ne savent pas s'ils ont affaire à un gratuit ou à un payant ; mais il n'en est pas de même du personnel subalterne et infirmier.

N'oublions pas encore une fois de plus que mon rapport ne doit concerner que les demi-nécessiteux, qui seront mis à la charge partielle des communes et non la catégorie des malades payants.

Aussi, puisqu'il s'agit de créer une nouvelle destination pour les hôpitaux, je ne vois pas pourquoi je ne demanderais pas, pour mes confrères des établissements hospitaliers, des honoraires chirurgicaux selon le tarif de l'assistance médicale gratuite du département, pour les soins qu'ils donnent, soit à domicile, soit à l'hôpital.

Sinon, que les commissions hospitalières envisagent la possibilité de rémunérer un peu mieux leur corps médical.

6° *Côté mercantile du problème médical.*

Eh ! oui, le médecin d'aujourd'hui entend vivre de sa profession. Les temps ne sont plus, où la vie était facile, parce que moins chère ; les médecins pouvaient se joindre aux hommes de cœur et de dévouement qui se consacraient gratuitement aux pauvres.

Si l'on veut qu'une profession, quelle qu'elle soit, reste honnête, il faut qu'elle puisse vivre honorablement du fruit de son travail.

Les docteurs ont jusqu'ici souscrit volontiers à la quasi-gratuité pour les soins donnés aux indigents hospitalisés. Mais, aujourd'hui qu'il est question d'étendre la fonction des hôpitaux, il est bien légitime que le corps médical fasse connaître la limite des concessions qu'il peut consentir.

M. Alfred Krug m'oppose que le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux est très recherché, parce qu'il a une valeur marchande auprès de la clientèle de ville. Il me dit que la gratuité des soins donnés à l'hôpital doit entrer dans les frais de publicité du médecin d'hôpital.

Parfait, pour les très grandes villes. Mais pour l'immense majorité des hôpitaux, où le service médical se fait par roulement ou, dont les fonctions hospitalières sont données à la faveur, sans concours, le titre de médecin d'hôpital a-t-il une valeur quelconque auprès du public ?

C'est pour cette grosse majorité du corps médical que je plaide, lorsque je réclame le droit aux honoraires.

Que M. Alfred Krug me permette ensuite de lui faire remarquer qu'il n'y pas que les seuls médecins ou chirurgiens des hôpitaux, qui aient quelque capacité professionnelle. Il craint en effet pour les résultats, en ce qui concerne les opérations faites à domicile, par des médecins quelconques n'ayant aucun titre particulier.

Cependant, ils sont nombreux ceux qui ont dû renoncer aux concours à la suite de leur internat, car cela coûte cher que de concourir.

Et les candidats malheureux, qui abandonnent les concours après deux ou trois insuccès, parce qu'ils n'ont pas eu de veine et ont échoué à cause d'un diagnostic difficile, ou n'avaient pas leurs « patrons » dans le jury ?

Tous ceux-là sont donc de mauvais praticiens, parce que n'appartenant pas au corps médical des hôpitaux ?

Qu'il me soit permis de dire respectueusement à M. Alfred Krug que toute la médecine ne réside pas à Nancy et que, pour se faire une opinion sur la valeur professionnelle des 22.000 médecins, qui exercent en France, il faut se mettre en rapport avec nos organisations syndicales, qui sont à même de donner tous renseignements utiles sur notre corporation.

J'estime, pour ma part, que beaucoup de médecins sont capables de pratiquer leur art, au domicile du client et qu'ils ne réserveront à l'hôpital que les cas dépassant leur compétence.

L'idée du devoir professionnel nous oblige à n'envisager que le seul intérêt de notre client et ce n'est pas parce qu'il existe dans notre profession quelques mercantis qui, bien que fort rares, jettent sur nous le discrédit, qu'il faut penser que la notion du sacerdoce ne soit qu'un vain mot pour tous les docteurs français.

Conclusions.

Si j'avais eu l'honneur de discuter avec M. Krug, je lui aurais montré mes publications, par

lesquelles, depuis 1906, je préconise la formule de l'hôpital pour les pauvres, et faisant fonction de maison de santé lorsque cette dernière n'a pas été créée par l'initiative privée.

Déjà en 1920, au Conseil supérieur de l'Assistance publique et à la Société internationale d'assistance, j'avais proposé l'organisation de maisons de santé à bon marché. Or, celles-ci ne peuvent être créées que par les hôpitaux.

Mais, il en résultera que les pauvres seront admis à l'hôpital et les payants de toutes catégories, à la maison de santé hospitalière.

Je conclus donc en souhaitant des pourparlers entre les commissions administratives d'hôpitaux et le corps médical local pour que, tout en respectant tous les intérêts légitimes, qui se trouvent respectivement en présence, il soit créé des maisons de santé, dans lesquelles les malades de toutes conditions pourront trouver les soins nécessaires à leur état.

Mais ce n'est que par des accords locaux avec tous les intéressés et non par voie législative, ou règlementaire, qu'on pourra trouver des solutions locales.

Représentants des hôpitaux, des communes, des bureaux de bienfaisance, des mutualités, des compagnies d'assurances contre les accidents et enfin, des médecins, trouveront certainement, selon les localités, les formules qui, en fin de compte, faciliteront le traitement des malades, selon les données modernes de la science médicale.

Dr Paul Boudin.

MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE RURALE (1)

Voici un article infiniment intéressant que nous reproduisons avec empressement. Il établit une fois de plus la réalité de la fameuse boutade de Wurtz sur l'hygiène et la façade, derrière laquelle il n'y a rien... ou si peu...

N.D.L.R.

A de trop rares exceptions près, l'Hygiène est absente — scandaleusement et presque absolument — de la plupart des villages, bourgades, campagnes et petites villes de France.

Aussi les maladies transmissibles foisonnent-elles, chez nous, en épidémies trop fréquentes : typhoïdes, scarlatine, rougeole, diphtérie, coqueluche, oreillons, tuberculose et tant d'autres, en dépit des qualités physiques et morales de la race, en dépit des conditions climatériques et des situations économiques qui sont peut-être, dans l'ensemble, les meilleures qui soient au monde.

Et si le mal n'apparaît pas tellement effrayant, au moins dans les statistiques officielles, c'est que la plupart des médecins de campagne s'abstiennent volontairement de déclarer les maladies contagieuses, même à « déclaration obligatoire ». Un observateur superficiel penserait volontiers qu'ils n'ont sans doute jamais ouï la parole sévère d'un Hygiéniste bien connu : « En n'obtempé-
« rant pas à la Loi, le médecin, le chef de famille,
« le logeur ou le chef d'une collectivité, commet-
« trait une action véritablement criminelle puis-
« qu'il serait la cause d'épidémies évitables (2). »

A la réflexion cependant, on ne peut pas ne pas comprendre le point de vue du médecin rural. Il sait si bien que sa déclaration, dans la plupart des cas, ne servira à rien.

Signale-t-il une typhoïde, par exemple ? On enregistre sa déclaration à la Mairie et à la Sous-Préfecture. Quelquefois, on vient désinfecter, à la fin de la maladie, la chambre de son client. Un point. Et c'est généralement tout !

En effet, on s'occupe très peu d'aider le pauvre confrère à savoir d'où viennent les « Eberth » de son malade : eau de son puits ; lait souillé ; matières du serviteur ou du voisin, porteurs sains de bacilles, peut-être. Si, par hasard, en insistant beaucoup, auprès du Maire qui en réfère — quelquefois bien tardivement — au Préfet, lequel envoie son Directeur d'Hygiène — pas toujours rapidement, on arrive à localiser cette malheureuse typhoïde, il n'y aura encore rien de changé. Les troupeaux qui passent, le voisin qui laisse vagabonder ses excreta, le porteur de bacilles, etc., continuent à souiller les eaux de boisson du pauvre client, lequel s'obstine à ne pas croire son médecin et à ne pas faire bouillir son eau. Sa femme prend à son tour la typhoïde, puis un de ses enfants, puis un autre, et ainsi de suite. Le combat cessant, faute de combattants, l'épidémie s'éteint, et, surtout si elle n'a pas été meurtrière, l'émotion familiale ou populaire ne tarde pas à se calmer. Au bout de quelques années, un nouveau ménage s'installe à la « ferme » ou au « mas » du premier malade et l'histoire de la première série des typhoïdes recommence, plus ou moins monotone, plus ou moins dramatique.

Même quand la population « s'émeut », les choses ne se passent pas autrement. A X... (pays de 6.000 habitants), il y eut pendant la guerre une épidémie assez abondante de typhoïdes et de paratyphoïdes, dans le bourg, dans les trois principaux hameaux ruraux et même dans

(1) *Le mouvement sanitaire*, 31 août 1925.

(2) Médecin inspecteur général Lemoine. — Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, vol. XXVIII, p. 81.

certaines « campagnes » isolées, en un mot, un peu par tout le territoire de la commune. De nombreuses analyses permirent de savoir que seules trois des fontaines publiques distribuant de l'eau à l'agglomération proprement urbaine étaient suffisamment pauvres en coli-bacilles et en bactéries putrides. Une belle pancarte « Eau potable » fut appliquée sur chacune des trois bonnes fontaines. Et l'épidémie finit par s'arrêter. Mais, le premier émoi passé, la population ayant continué de s'abreuver à toutes les fontaines, même souillées, la fièvre typhoïde, redevint endémique, comme par le passé. Si bien qu'aujourd'hui, tout de même qu'hier, au témoignage d'un confrère exerçant depuis 25 ans dans le pays, toute famille qui vient s'y installer doit s'attendre à payer, et, en fait, un peu plus tôt un peu plus tard, paye fatalement son tribut à la fièvre typhoïde. Quant aux habitants non vaccinés par des atteintes antérieures, ils sont touchés à leur tour, lors des épidémies plus spécifiquement locales, relativement copieuses qui se reproduisent tous les dix ou quinze ans !

Cette histoire c'est celle d'un trop grand nombre de petites villes et de villages en France ; et elle se répète, à peu près pareille, à l'occasion de la plupart des maladies transmissibles.

Qu'un malade de votre clientèle rurale tousse, par exemple, s'amaigrisse, présente des lésions cliniquement tuberculeuses et crache des bacilles de Koch, devançant la législation de demain, vous déclarez votre cas de tuberculose. Le malade est un ouvrier agricole, sans foyer personnel. Il n'y a pas de sanatorium dans votre canton ; ou s'il y en a, la Municipalité ne veut pas y envoyer votre malade, « ça coûterait trop cher » (1); ou si elle veut bien il n'y a pas de place (il n'y a jamais de place dans un Sanatorium). A force de démarches, on veut bien accueillir votre tuberculeux à l'hôpital local... l'hôpital ! quel grand mot ! et quelle petite chose !... on y garde le malade quinze jours, un mois, deux tout au plus, et on le renvoie à son mas, à sa ferme et il y contamine les enfants de ses employeurs avant de retourner à « l'hôpital », cette fois-ci pour y mourir !

Il y a mieux !

Assez souvent, votre client vous en veut de l'avoir « dénoncé » par votre déclaration. Il vous quitte ; ou bien, à l'occasion de la prochaine maladie contagieuse, « il se soigne tout seul ! »

Si bien que, soit mauvaise volonté du paysan, soit manque de solidarité confraternelle (vous déclarez vos contagieux, le confrère, non), soit manque de liaison avec le Médecin Inspecteur d'Hygiène, avec l'Instituteur qui dépend de l'Académie, avec le Curé même (1) qui dépend de l'Evêché, des épidémies de coqueluche, d'oreillons, de scarlatine, de rougeole, s'éternisent six mois, un an, deux ans et plus dans les villages et les petites localités !

Dans ces conditions, est-il honnête de reprocher au Médecin de campagne ce qu'on appelle parfois son Insouciance, son Incurie, son Ignorance et qui n'est souvent que le Scepticisme d'un Désabusé ?

Assurément non !

Faut-il incriminer l'Inspecteur départemental d'Hygiène ?

Pas davantage.

Ce confrère, en principe bienveillant, toujours très instruit, fait consciencieusement les analyses qu'on lui demande ; quelquefois même les propose ; et quand il le peut, pousse très loin son enquête locale (2), ce qui lui permet d'étudier certains remèdes et de conseiller certains projets (3) à la Municipalité et à la population, ou même à l'Administration centrale.

Aussi, c'est la population des campagnes, c'est la Municipalité rurale (qui tient son mandat de la population), c'est l'Administration centrale (qui n'a pas souvent intérêt politique à contrecarrer cette même population), qui sont les grands responsables de l'inobservation actuelle, chronique, des lois les plus élémentaires d'Hygiène publique, à la campagne. Du triste état de choses que tout Hygiéniste, tout Médecin déplore, et qui fait le déshonneur de la France (ce n'est pas un mot, c'est une réalité), la grande coupable, c'est l'Opinion publique rurale.

Et cette opinion publique, c'est la mère de famille qui ne fait pas bouillir son eau, même en temps d'épidémie. C'est le fermier qui ne se soucie pas de désinfecter ses matières ni son fumier. C'est le propriétaire qui ne veut pas cimenter le puits, installer des fosses d'aisances étanches et inoffensives. C'est le parent ou le serviteur tuberculeux ; c'est la grand'mère, la tante ou la mère tuberculeuses qui ne veulent pas que leur mal soit de la tuberculose et qui sèment des bacilles, tragiquement, parmi les manifestations mêmes de leur amour le plus sacré : les baisers qui tuent ! qui tuent les petits enfants ! L'opinion publique, c'est le Maire, le Conseil muni-

(1) Sur l'absence de commisération vraie, disons le mot sur l'inconscience de certaines municipalités de petites villes par ailleurs nanties de bons revenus, sur leur ignorance des formalités administratives les plus élémentaires, sur leur lenteur et leur force d'inertie, il y aurait gros à écrire.

(1) On voit parfois des épidémies enfantines localisées, grâce au zèle des maîtres, à une classe d'une école, se propager à toutes les classes de toutes les écoles (laïques, libres, de filles, de garçons) à l'occasion du catéchisme de Première Communion.

(2) Cf. Fièvre typhoïde. Engrais humains et agriculture, Dr A. CASSAN. — *Mouvement sanitaire*, 31 mai 1925, p. 671.

(3) Cf. La surveillance des eaux d'alimentation et le rôle de l'inspecteur départemental d'hygiène, Dr P. PAQUET. — *Mouvement sanitaire*, 30 juin 1925, p. 728.

cipal, qui se gardent bien de réaliser la captation, la canalisation d'eaux saines ; de payer l'isolement confortable du contagieux nocif dans un Sanatorium, un Hôpital digne de ce nom ! L'opinion publique, c'est l'électeur qui vote, mal renseigné, contre son intérêt. « Des municipa- « lités sortantes ont été battues pour n'avoir « pu réaliser des améliorations sanitaires, comme « le tout-à-l'égout ou l'adduction d'eau pota- « ble, sans un accroissement de charges, cepen- « dant inévitables (1) ».

Ignorance, Insouciance, Inertie de l'Opinion publique à la campagne, voilà qui explique pourquoi, malgré les Hygiénistes officiels et ceux, plus modestes, que sont les praticiens ruraux ; malgré l'activité et le zèle quelquefois très réels de certaines Administrations et de certains fonctionnaires, la loi française en fait de maladies transmissibles est presque tout à fait tombée en désuétude, dans la plupart de nos villages et des petites villes rurales.

Que cela plaise ou déplaise, on est bien obligé de conclure qu'on ne fait rien et même qu'il n'y a rien à faire si l'on n'a pas, au préalable, conquis l'Opinion publique, transformé la Mentalité rurale. La question de l'Hygiène au village, c'est presque uniquement, pour l'instant, une question d'éducation et de préparation psychologique.

Nous verrons, dans un prochain article, comment on devrait et on pourrait l'organiser.

Dr Edgar LEROY.

(1) B. D. M. — *Mouvement sanitaire*, 31 août 1925, p. 788.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général.

La caractéristique de l'exercice 1924-25 consiste en cette constatation : c'est que le médecin éprouve de plus en plus de difficultés pour se faire payer.

La vie est-elle donc trop chère pour nos clients ? ou plutôt n'assistons-nous pas à un affaiblissement de la moralité publique ? car ce ne sont pas seulement les individualités, mais aussi les collectivités publiques et privées, qui soulèvent toutes sortes de raisons, pour ne pas payer au docteur les honoraires qui lui sont dus d'après son travail.

Ici, c'est une cliente qui prétend ne pas avoir assez de fortune, pour régler son médecin et, pour un total de 2170 francs de soins, offre froidement mille francs.

Là, le client demande une note détaillée, chicane sur les chiffres, sur l'utilité des interventions et finalement laisse entendre que les frais que le docteur devra engager, devant le tribunal civil, seront supérieurs à la réduction que le malade veut faire subir à la note présentée.

Les héritiers contestent l'utilité d'une opération pratiquée ; ils vont même jusqu'à nier la réalité de ladite intervention, faite sur la personne dont ils héritent.

D'autres, ayant donné toute leur confiance au médecin local, demandent à ce dernier de ne pas abandonner sa malade, qui doit résider dans la grande ville prochaine et de lui continuer ses soins.

Au moment de payer la note d'honoraires, contestations et réclamations, alors que le praticien, très modéré dans sa demande, a dû faire entrer en ligne de compte des déplacements, qui lui prenaient des après-midi entières, au détriment du reste de sa clientèle.

Faites un traitement par injections intramusculaires et plus tard le client guéri soutiendra qu'il n'avait aucun besoin de ces piqûres, qui n'avaient qu'un seul but : soutirer de l'argent au malade.

Inutile de dire que, pour la plupart de ces clients peu consciencieux, il a suffi au médecin de lancer l'assignation en justice pour que le débiteur récalcitrant et peu reconnaissant abandonne ses prétentions et consente à payer son dû.

Mais, pour les actions introduites en justice, nous avons eu la satisfaction d'obtenir gain de cause.

Cependant, guidés par des agents d'affaires, qui rééditent la fable de l'huître et des plaideurs, des malades se sont lancés dans le maquis de la procédure, ne croyant pas que derrière le médecin se trouvait une ligne de défense professionnelle, qui soutiendrait son adhérent.

Appelé par un client, en conciliation, devant le juge de paix, pour contester le chiffre de ses honoraires, un docteur attend ensuite vainement la citation pour comparaître à l'audience : l'appui du « Sou » est nécessaire pour qu'à son tour, le médecin actionne le client défaillant.

Un autre client, cité par le médecin en justice de paix, prend un avocat, dans l'espoir d'effrayer notre confrère. A son tour, le « Sou » vote les honoraires, pour un avocat défenseur.

Inutile de parler des débiteurs condamnés en

première instance et qui font appel du jugement. Nous résistons à cet appel. Nous avons même suivi devant la Cour Suprême un adversaire, qui voulait se faire restituer les honoraires médicaux déjà versés. La Cour de Cassation nous a donné raison.

Ici c'est l'avocat de la partie adverse qui demande au tribunal la production des livres du médecin, pour vérification du bien fondé de sa demande. Une question de principe, concernant le secret professionnel, se pose dès lors et le défenseur de notre adhérent, documenté par nos soins, pourra résister victorieusement à la prétention de l'adversaire.

Parfois les tribunaux se montrent durs, envers le corps médical. En vertu de leur droit souverain d'appréciation, les juges réduisent les notes d'honoraires et souvent sans donner de motifs.

Dans un cas, en particulier, nous avons perdu en première instance et en appel, sans que les motifs aient été indiqués, justifiant la réduction imposée. Sur les conseils de notre avocat conseil, un pourvoi en Cassation a été déposé, pour faire cesser ces habitudes d'arbitraire trop absolu.

Beaucoup de clients espèrent que le médecin reculera devant la publicité et les longueurs onéreuses d'un procès. Témoin cet étranger qui, de passage dans une grande ville du midi, n'a pas hésité à faire venir fréquemment son docteur, dans l'hôtel confortable, où il résidait ; puis, rentré en Belgique, s'est refusé à payer la note d'honoraires du médecin.

Le « Sou » accorda l'appui pécuniaire et, devant une citation en justice, le client préféra entrer en pourparlers avec son créancier et le désintéresser.

Nous sommes heureux également d'avoir pu faire représenter un de nos adhérents à une faillite et le faire payer intégralement.

Nous ne pouvons pas clore ce chapitre des honoraires de droit commun sans parler des 26 confrères, auxquels nous avons accordé l'appui pécuniaire du « Sou », pour actionner en justice la victime d'un accident d'automobile et l'écraseur. Que de fois, ce dernier, mû par un sentiment d'humanité, ou surtout par le souci de mettre sa responsabilité à couvert, met en œuvre le médecin et lui donne l'adresse de son assurance.

Plus tard, au moment de payer la note, l'écraseur renvoie à l'assurance ; celle-ci soit invoque les termes de sa police, soit nie la responsabilité de l'automobiliste. Quant à l'écrasé, il se refuse à payer quoi que ce soit, pour les soins nécessités par ses blessures, qu'il impute à la faute d'autrui.

Aussi, le « Sou » doit-il intervenir, pour que notre confrère puisse actionner client et automobiliste. Au juge de dire qui payera.

Concluons cependant par la remarque que, bien souvent, tout finit par s'arranger à l'amiable, lorsqu'on sait que le médecin a derrière lui la puissante ligue de défense professionnelle, le « Sou Médical ».

Responsabilité professionnelle.

Nous ne saurions séparer cette question du recouvrement des honoraires de celle de la responsabilité professionnelle. Que de fois, nos adhérents nous demandent-ils aide et protection, parce qu'en réponse à l'envoi de leur relevé de comptes, ils reçoivent des menaces de poursuite, voire même une assignation judiciaire.

Six fois, cette année, nous avons dû donner notre appui pécuniaire à nos sociétaires, dont les clients, pour ne pas payer, prétendaient avoir été mal soignés et partant réclamaient des dommages intérêts.

Mais, la plupart du temps, la riposte est suivie d'effet : le mauvais payeur ne se soucie pas d'avoir affaire à notre Ligue de défense professionnelle : il préfère écouter la voix de la sagesse, sinon de la reconnaissance, et acquitter la note d'honoraires qui lui est réclamée.

Dans un autre cas, le client émettait la prétention de faire rembourser au chirurgien les honoraires, qui avaient déjà été versés, sous le prétexte que l'opération n'avait pas donné tout le résultat voulu.

En ce qui concerne les autres espèces, en matière de responsabilité professionnelle, nous n'avons eu cette année que six affaires nouvelles.

Question de certificat mal rédigé, traitement incomplet, absence de radiographie chez un fracturé, erreur de sexe, dans une déclaration de naissance, radiodermite légère : encore ne s'agit-il là que de menaces de procès. Nous conseillons alors notre adhérent et sommes prêts à l'assister devant les tribunaux, au cas où l'adversaire se déciderait à mettre ses menaces à exécution.

Nous défendons en justice un sociétaire accusé d'avoir tué son malade par une ponction vésicale mal faite.

Nous avons enregistré, cette année, le gain de trois anciennes affaires, qui avaient été portées en justice. La Cour d'appel a confirmé le jugement de première instance, mettant un de nos confrères hors de cause, à la suite de l'aggravation de l'état d'un malade de la voie publique, qui avait passé la nuit au violon municipal.

Un radiographe a été jugé comme n'étant pas responsable d'une radiodermite survenue chez un malade, soigné pour une affection néoplasique, par des irradiations profondes, alors que la science ne permettait pas, à cette époque, de reconnaître l'existence, par suite d'arrêter, des rayons parasites secondaires, qui avaient provoqué la lésion de l'épiderme.

Gain encore, dans le procès intenté à un de nos

sociétaires, pour érythrodermie, consécutive à des injections intraveineuses.

Dirons-nous une fois de plus que la question de responsabilité professionnelle n'est qu'un bien petit côté de l'activité du « Sou médical », alors que les compagnies d'assurances, jouant sur le velours, envoient leurs agents de partout, recueillir des polices, qui sont tout profit pour elles.

Nous placerons dans ce chapitre de la responsabilité les poursuites contre un confrère, pour non déclaration de maladie contagieuse et auquel nous accordons notre appui.

Egalement l'assistance pour un sociétaire, qui, bien à tort, est impliqué dans des poursuites correctionnelles, dans un procès d'avortement. Condamné, nous aidons notre confrère pour que sa bonne foi puisse être reconnue par la cour d'appel.

Accidents du travail.

Beaucoup de points de détail ; au contraire, peu de questions de principe. Les litiges proviennent souvent de la maladresse et de l'intransigeance d'agents locaux. Se croyant revêtus d'une autorité considérable, ces petits représentants des compagnies d'assurance jouent aux vice-rois, prétendent montrer leur autorité, en agaçant tout le monde et surtout en rognant sur les notes d'honoraires, puisqu'ils ont le tant pour cent des réductions obtenues.

De sorte qu'il nous suffit souvent de donner à notre adhérent, avec le concours financier de la caisse, toute la jurisprudence sur le point en litige, pour faire avorter le procès, ou pour le gagner.

Ici, bataille pour savoir quelle est la valeur du bulletin d'avis du patron (4 cas) ; là, discussions parce que, postérieurement au traitement, l'agent d'assurances oppose au docteur la non-applicabilité de la loi contre les accidents (six cas). Ici, on refuse de payer les honoraires afférents à une blessure, qui n'a pas empêché le blessé de continuer son travail (deux cas). Discussions à propos de l'extension de la loi aux accidents agricoles, soit que des patrons entendent faire donner à la loi un effet rétroactif, soit que de riches propriétaires voudraient se faire soigner, eux et leurs enfants, d'après les chiffres fixés par le tarif Breton.

Disons en passant que, dans deux cas, nous avons accordé à nos adhérents l'appui pécuniaire, parce que, dans des affaires de droit commun, il avait été fait une fausse application du tarif des accidents du travail. Signalons une fois de plus le danger futur de cette tarification officielle des actes médicaux : nous avons accepté, sans en voir le danger, des tarifs officiels pour l'assistance médicale gratuite, pour les accidents du travail et voilà que se dessine la tendance de prendre comme base la tarification réglementaire, dite tarif Breton. La liberté des tractations entre malade et médecin est bien compromise.

Pour en revenir aux accidents du travail, signalons les conflits de plus en plus nombreux, en ce qui concerne l'hospitalisation des blessés : on oppose au médecin traitant le fameux « tout compris » et l'assurance fait soigner ses accidentés au détriment du bien des pauvres et de l'escarcelle médicale. Tout de même, faudrait-il en arriver à faire une grève de protestation comme de simples postiers ? Faudrait-il employer ces moyens, que réprouve le corps médical, pour faire cesser un abus qui devient de plus en plus intolérable pour le corps médical ? Car tout travail mérite salaire et si les médecins et chirurgiens d'hôpitaux consentent à soigner et à opérer les pauvres gratuitement, ils ne veulent pas faire ce geste de solidarité sociale envers les riches compagnies d'assurances.

Parfois, nous avons dû soutenir nos adhérents, pour résister à un appel interjeté contre un jugement qui leur donnait raison (trois cas) ; quatre fois, nous avons dû intervenir dans une accusation portée pour abus de prescriptions pharmaceutiques.

Enfin, nous avons dû nous occuper d'une affaire de détournement de clientèle par un agent d'assurances.

Assistance médicale gratuite.

Elles aussi, les collectivités publiques, emploient des procédés dilatoires pour ne pas payer.

En matière d'assistance, nous avons accordé notre appui pécuniaire pour porter devant le Conseil de préfecture un litige concernant une fausse interprétation du tarif.

Egalement, devant le conseil de préfecture, l'application des indemnités kilométriques.

Nous devons également citer les quatre cas que nous soutenons, dans lesquels, au moment où il présente sa note d'honoraires, en vertu du droit commun, le médecin se voit opposer une inscription tardive sur les listes d'assistance, inscription obtenue avec la complicité d'un maire, plus soucieux de sa réélection que des deniers de la commune et du département.

Mais un gros problème qui aura une répercussion importante, à cause de la question de principe qui est en jeu, est l'obligation, pour le médecin de l'assistance, de révéler le diagnostic de l'assisté qu'il a soigné, sinon on refuse de mandater les mémoires d'honoraires.

Mal informé par un rédacteur incompétent, le Ministre du Travail a signé, peut-être sans la lire, une circulaire, remplie d'erreurs juridiques et règlementaires. Nous étudions l'affaire, pour porter le litige devant le Conseil d'Etat.

Impôts.

Disons que derrière cette tentative de violation du secret professionnel en matière d'assistance médicale gratuite, se cache une tentative de l'administration des finances, qui, sous le prétexte de faire admettre que, pour les pensionnés de guerre et les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, le secret professionnel n'existe pas entre médecins traitants et agents de l'administration, tend à faire déclarer que par analogie, le secret ne saurait être opposé, par les docteurs, aux agents du fisc, pour la production des livres de comptabilité médicale, livres que nous serions tenus d'avoir comme de simples commerçants.

A côté de cette discussion sur le principe du secret, nous devons placer les actions judiciaires qui ont été engagées pour savoir quels impôts doivent payer les médecins propriétaires de maisons de santé, ayant des pensionnaires.

D'ailleurs, allant très loin, les agents du fisc estiment que le médecin qui opère dans sa clinique doit payer l'impôt sur le chiffre d'affaires, non seulement sur la partie hôtelière de son établissement, mais aussi sur les honoraires médicaux qu'il perçoit.

Le Conseil d'Etat est saisi de plusieurs réclamations ; mais quand aurons-nous la réponse de cette haute assemblée ?

Loyers.

Encore questions de principe, concernant les prorogations d'ordre professionnel, ou de droit commun ; concernant le droit de reprise par un propriétaire d'un local essentiellement médical. Un garage, qui abrite l'auto du médecin, doit-il être considéré comme local professionnel ?

Enfin, ne convient-il pas d'accorder tout notre appui à notre confrère qui, ne voulant pas abandonner son logis, se voit reprocher d'avoir installé chez lui des appareils radiographiques.

Exercice illégal.

Bien que cette question soit plutôt du ressort de l'Union des syndicats, puisqu'elle constitue une atteinte à la réputation de toute la profession, nous avons néanmoins accordé notre appui pécuniaire à des confrères, qui étaient directement lésés par les agissements d'un illégal. Trois actions sont ainsi engagées et l'une d'elles vient de se terminer ces jours-ci par la condamnation de l'illégal.

Concurrence déloyale.

Le Conseil du « Sou » a été saisi, au cours de cette année, par deux demandes de sociétaires, l'un se plaignant de la concurrence d'un centrs antivénérien, l'autre de l'admission de maladee aisés dans un hôpital, ce qui diminue la clientèle de sa clinique privée.

Ces deux affaires n'ont pas été portées devant les tribunaux, faute d'arguments juridiques, pour prouver le tort ; mais ces questions restent à l'ordre du jour et peut-être par voie contentieuse administrative, sera-t-il possible de faire juger si un établissement public peut sortir de ses attributions, en soignant tous autres malades que les indigents, faisant ainsi une concurrence déloyale aux établissements d'ordre privé.

Révocations.

Bien que nous ne cessions de détourner nos confrères du mirage des situations fixes, malgré nos avertissements, beaucoup se laissent prendre à l'appât d'un traitement mensuel, ou annuel, pour avoir le monopole des soins à donner à une catégorie de malades.

Mais parfois le réveil est brutal et nous devons soutenir le confrère, qui vient d'être congédié sans ménagements.

Nous soutenons devant le Conseil d'Etat un de nos sociétaires révoqué de ses fonctions de médecin d'hôpital sous un fallacieux prétexte de raison de santé.

Un autre, parce qu'il a été révoqué sans avoir eu communication de son dossier.

Un de nos adhérents vient d'obtenir, devant le Conseil d'Etat, l'annulation de sa révocation de médecin communal.

Devant le Conseil d'Etat encore, nous avons porté la plainte d'un confrère, qui, nommé directeur de bureau d'hygiène, se voit révoqué par le nouveau maire.

Une société de secours mutuels, qui a rompu brusquement avec son médecin, a été condamnée à 300 francs de dommages-intérêts.

La Chambre des Requêtes de la Cour de cassation a admis le pourvoi que nous avions formé, concernant le brusque renvoi sans indemnité d'un médecin d'usine.

Devant le Conseil d'Etat est portée, pour annulation, la décision d'un préfet, violant les règlements, en ce qui concerne les nominations des médecins et leur représentation à la Chambre d'industrie thermale.

Dénigrement. Diffamation.

Si nous soutenons nos adhérents, pour des questions matérielles et pécuniaires, nous entendons aussi faire respecter leur honorabilité.

Clients mécontents, ou peu reconnaissants, ont parfois la langue un peu longue et se laissent aller à des propos déplacés. Nous n'hésitons pas à leur faire donner une leçon devant les tribunaux.

Nous avons dû, cette année, nous occuper de neuf cas avec poursuites juridiques, sans compter les espèces, dans lesquelles les preuves n'étaient pas suffisamment certaines, pour permettre une victoire devant les juges.

Condamnation de deux pharmaciens ayant

dénigré le médecin local, poursuites contre un agent d'assurances, qui a diffamé un docteur ; condamnation d'un client mécontent, qui, dans une chapelle de cimetière, avait fait graver des propos injurieux à l'encontre du corps médical ; condamnation de l'auteur d'une lettre anonyme, dénonçant un médecin comme ayant fait un certificat de complaisance, dans la constatation d'un décès suspect.

Déontologie.

Malheureusement, nous devons parfois conseiller et même aider des sociétaires contre des confrères. L'*invidia medicorum* fait souvent faire des maladresses qui peuvent avoir une répercussion juridique. Nous nous efforçons alors de devenir des médiateurs, pour éviter de publier devant le prétoire les luttes confraternelles.

Parfois aussi les litiges portent sur des questions d'intérêt, soit entre associés, soit entre acheteur et vendeur de clientèle.

Un arbitrage est le plus souvent accepté par les deux parties. D'autres fois, malgré nos efforts, les tribunaux doivent connaître du litige. Un de nos confrères a été ainsi soutenu par nous et a gagné, alors que son confrère, son associé, non seulement se refusait à dissoudre l'association selon les termes du contrat, mais encore avait attaqué lui-même son ancien collaborateur devant le tribunal civil.

Nous avons également fait condamner un remplaçant, qui était venu s'installer aux côtés du remplacé, malgré l'interdiction qu'il s'était engagé par écrit de respecter.

Fermons rapidement ce chapitre, qui contient encore un certain nombre d'affaires, en disant que le « Sou » s'efforce d'être un amiable compositeur entre des confrères ennemis et que, la plupart du temps, il a réussi à apaiser les passions, en alliant l'équité aux règles parfois inflexibles du droit pur.

Conclusions.

Ce qui m'a le plus frappé, cette année, en faisant cette revue générale de l'exercice écoulé, c'est l'augmentation considérable des affaires, qui, ne soulevant aucune question de principe, doivent néanmoins recevoir leur solution devant les tribunaux.

Or, lorsque le « Sou » fut créé, il devait surtout accorder son appui pécuniaire pour ces questions de principe. Au contraire, les statuts et règlement intérieur, votés et modifiés par les assemblées générales faisaient, au conseil d'administration, le devoir de n'accorder que l'appui moral, pour tout litige, qui avait déjà des précédents judiciaires bien établis.

Les créateurs du « Sou Médical » n'avaient envisagé qu'une cotisation modique, dans l'idée que les conflits juridiques étaient peu fréquents.

Il n'en est rien aujourd'hui : les questions de principe deviennent plus nombreuses, au fur et à mesure que le Droit médical professionnel devient une science juridique mieux assise, alors surtout que l'extension de la médecine publique et des tractations avec les collectivités privées introduisent un tiers entre le médecin et son malade. L'application de la Loi des Pensions, les conflits administratifs joints aux questions civiles nouvelles (loyers, accidents par automobiles, etc.) constituent des chapitres de défense juridique toute moderne, pour lesquels nous devons accorder les dépenses judiciaires et les honoraires d'avoués et d'avocats défenseurs.

Aussi, crois-je de mon devoir de réclamer une augmentation de la cotisation, pour que nous ne soyons pas limités par un budget trop modique, lorsqu'il s'agit d'accorder à nos adhérents les honoraires d'avoué, d'avocat et les frais de procédure, pour un litige, qui, bien que déjà plusieurs fois jugé, n'en donne pas moins lieu à des dépenses, devant lesquelles notre confrère a le droit d'hésiter à s'engager tout seul, malgré les conseils et les consultations juridiques que nous lui donnons gratuitement.

Il faut de l'argent, pour soutenir des procès de plus en plus nombreux. Il en faut également, car les frais de procédure, les honoraires des avoués et des avocats ont subi la progression du coût de la vie. Or, notre cotisation de 20 francs-or de 1914 devrait, à l'heure actuelle, être portée à 80 francs papier.

Je ne demande certes pas cette somme ; mais, is vous voulez que votre secrétariat général fasse de bonne défense, donnez-lui les moyens financiers de faire respecter les droits du corps médical. La justice est loin d'être gratuite en France.

Et cependant, mes chers confrères, je ne saurais trop rendre hommage au désintéressement de nos avocats conseils : Me Nattan-Larrier, Me Bernard Auger se dévouent pour votre défense, avec une abnégation qui n'a d'égale que leur talent.

Ferai-je l'éloge de M. Dumesny et Meillet, qui, inlassablement, répondent souvent plusieurs fois dans la même semaine, aux questions semblables qui, cependant, viennent d'être traitées dans le *Concours médical* ?

Trop occupé pour bien lire, l'adhérent du « Sou » sait qu'il n'a qu'à écrire à notre Ligue, pour recevoir la réponse pour son cas particulier et c'est ce que nous nous efforçons de faire, tous, au Conseil d'administration, pour que le praticien se sente en sécurité, lorsqu'il accomplit son labeur quasi-sacerdotal de chaque jour.

Dr Paul Boudin.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

Mariage. — Lundi 5 octobre dernier, a été célébré, à Saint-Ferdinand-des-Ternes, le mariage de Mlle Suzanne BILLON avec le lieutenant DREZET, du 3e Dragons.

Mlle Billon est la fille de Mme et du Dr A. Billon, directeur de la Maison de Santé de la Plaine Monceau, créée il y a vingt-cinq ans avec l'appui moral et financier du *Concours médical.*

Aux jeunes époux, nous adressons nos meilleurs vœux et à leurs familles, nos compliments bien cordiaux.

– Nous apprenons avec plaisir que notre distingué confrère, M. le Dr Léon MABILLE, chef-adjoint du Cabinet du Ministre du Travail, vient d'être nommé Chevalier du Mérite agricole, Chevalier de l'Ordre de Léopold de Belgique et correspondant du *Bruxelles médical.* Toutes nos plus cordiales félicitations.

— Cours de revision d'une semaine sur les acquisitions pratiques en pathologie interne. — C'est du 26 au 31 octobre qu'aura lieu ce cours annuel fait sous la direction du professeur E. SERGENT et du docteur C. LIAN, agrégé, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernet, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — I. Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 h. : exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à 12 h. : démonstration pratique. Lundi 26 : M. LIAN, hôpital Tenon ; Mardi 27 : M. AUBERTIN, hôpital Saint-Louis ; Mercredi 28 : Pr SERGENT, hôpital de la Charité ; Jeudi 29 : M. FERNET, hôpital Saint-Louis, service du Dr LORTAT-JACOB ; vendredi 30 : M. Gaston DURAND, hôpital de la Pitié, service du Dr ENRIQUEZ ; Samedi 31 : M. R. DEBRÉ, hôpital des Enfants-Malades.

II. L'après-midi à l'hôpital de la Charité, 3 h. à 4 h. : démonstration pratique, service ou laboratoire du Pr SERGENT ; 4 h. 1/2 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : conférences cliniques : Amphithéâtre Potain. Lundi 26, 3 h. à 4 h., H. DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, leçon d'ouverture par le Pr SERGENT ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, LIAN (cœur, vaisseaux) ; Mardi 27, 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, FERNET (peau, syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, CHABROL (foie, nutrition) ; Mercredi 28, 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 4 h. 3/4, estomac), 4 h. 3/4 à 5 h. 1/4, DUVOIR (méd. légale), 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, DEBRÉ (hygiène) ; Jeudi 29, 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, TINEL (neurologie), 5 h. 1/2 à 6 h., AUBERTIN (sang), 6 h. à 6 h. 1/2, Gaston DURAND (intestin) ; Vendredi 30, 3 h. à 4 h., LIAN (cœur, vaisseaux), 4 h. 1/4 à 4 h. 3/4, ABRAMI (pathologie génér.). 4 h. 3/4 à 5 h. 1/4, HARVIER (endocrinologie), 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, PRUVOST (app. respiratoire) ; samedi 31, 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h., BLECHMANN (pédiatrie, mal. infectieuses), 6 h. à 6 h. 1/2, LIAN (reins).

La leçon d'ouverture, faite par le professeur SERGENT portera sur le diagnostic et le traitement de la dilatation des bronches.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet no 3, lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures), ou auprès du Dr Lian.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— **Hôpital Beaujon** (Professeur CARNOT). — *Conférences de gastro-entérologie.* — 6 conférences, du lundi 26 au samedi 31 octobre, tous les matins à 10 heures. Notions nouvelles et démonstrations pratiques sur la pathologie de la vésicule biliaire.

Lundi 26 octobre. Pr Carnot : *Les techniques d'exploration* ; les notions nouvelles sur la physiologie de la vésicule biliaire. — Mardi 27 octobre. Pr Carnot : *Les infections biliaires* ; les porteurs de germes biliaires, typhose et lambliose vésiculaires. Les cholécystes et péricholécystes. — Mercredi 28 octobre. Dr Libert : *La lithiase vésiculaire,* les calculs pariétaux ; la cholestérine vésiculaire. — Jeudi 29 octobre. Dr Libert : *Le cancer vésiculaire* ; cytologie biliaire. — Vendredi 30 octobre. Dr Vignal : *Les notions nouvelles sur la radiologie de la vésicule.* — Samedi 31 octobre. Pr agrégé Mathieu : *Les notions nouvelles en chirurgie vésiculaire.* La physiologie des cholécystectomisés.

— **Collège de France.** — CRÉATION D'UNE CHAIRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE. — Un décret porte de 41 à 42 le nombre des chaires magistrales du Collège de France et affecte cette nouvelle chaire à l'enseignement de l'épidémiologie.

Aux termes, d'un autre décret, le médecin-inspecteur général Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire d'épidémiologie du Collège de France.

— **Bourses de doctorat.**— Le concours des bourses de doctorat s'ouvrira au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 26 octobre 1925.

— **Visite de médecins tchéco-slovaques à Paris.** — Mardi 20 octobre, une centaine de médecins tchéco-slovaques arriveront à Paris et y resteront jusqu'au dimanche 25 après-midi, jour de leur départ pour Prague. Le matin de leur arrivée, ils se rendront aux bureaux de l'Association pour le Développement des Relations médicales (A. D. R. M.), à la Faculté de Médecine. Pendant leur séjour à Paris, ils comptent voir les principaux hôpitaux et établissements scientifiques, consacrant toutefois une partie de leur après-midi à des visites de monuments, musées, etc. Le mercredi 21, le Dr AMMERLING, qui dirige leur excursion fera, au Collège de France, une conférence sur « Purkyne, fondateur de la médecine tchèque, ses rapports avec Claude Bernard et avec la médecine française. »

— **Dispensaires antituberculeux du Finistère.** — *Avis de concours.* — Un concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des quatre circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de Préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la première semaine de novembre.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins 28 ans, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement annuel de début est fixé à 25.000 fr., susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les deux ans, jusqu'au maximum de 30.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient en outre d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs, des indemnités familiales (600 francs par enfant).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat Permanent du Comité d'Hygiène sociale et de Préservation antituberculeuse du Département du Finistère, Préfecture, Quimper.

— **La chaire de puériculture de la Faculté de Paris.** — Le projet de création d'une chaire de puériculture à la Faculté de Paris, qui fit quelque bruit dans le monde universitaire sous le ministère précédent, paraît être abandonné, la Chambre et le Sénat n'ayant pas accordé la subvention nécessaire.

— **Congrès des Unions hospitalières.** — L'Union hospitalière du Nord-Est, qui réunit les hôpitaux et hospices de dix-neuf départements a tenu son Congrès annuel à Amiens, les 4 et 5 juillet.

— **L'Institut du Radium de Paris.** — Cet établissement, situé 1, rue Pierre-Curie (5e arrond.), a été construit et organisé, de 1912 à 1914, par l'Université et l'Institut Pasteur. Il se compose de deux laboratoires : le laboratoire de physique générale et radio-activité et le laboratoire de radiophysiologie, consacré à l'étude des effets biologiques et des applications médicales des corps radioactifs. Il est dirigé par le Dr Cl. REGAUD et administré par l'Institut Pasteur.

La *Fondation Curie* (siège : 26, rue d'Ulm, Paris) fournit des ressources à ces deux laboratoires et a créé un centre d'applications cliniques des radiations. Tout malade, quelle que soit sa condition sociale, peut obtenir une consultation au Dispensaire de la Fondation. Les malades indigents sont reçus en consultation gratuite. Les malades non indigents ou fortunés sont reçus en consultation particulière. Les consultations gratuites ont lieu à jours et heures fixes : pour les femmes, le mardi à 14 heures ; pour les hommes, le jeudi à 14 heures. Les consultations particulières sont données sur rendez-vous par les médecins de la Fondation. Les honoraires de consultation sont perçus par l'économat de la Fondation, au profit de celle-ci. Certains cas peuvent être traités au Dispensaire, par le radium ou par les rayons X, sans que l'hospitalisation du malade soit nécessaire. L'hospitalisation, quand elle est indispensable, a lieu, selon la condition sociale du malade ou certaines exigences techniques, soit à l'hôpital Pasteur, soit à la Clinique médico-chirurgicale. En juillet 1919, l'Hôpital Pasteur (213, rue de Vaugirard, 15 arr.), a mis à la disposition de l'Institut du Radium un service comprenant 18 lits pour hommes et pour femmes. Peuvent être admis, d'autre part, à la Clinique médico-chirurgicale, 33, rue Antoine-Chantin, dans la mesure des places disponibles, tous les malades capables de payer les frais de leur traitement ou tout au moins de rembourser les dépenses d'hospitalisation et de curie ou rœntgenthérapie. Les consultations, même gratuites, ne sont pas publiques. En outre des médecins de la Fondation et de ceux qui accompagnent leurs malades, les consultations gratuites ne sont ouvertes qu'aux médecins spécialement autorisés. Toutefois, des stagiaires, médecins ou étudiants en fin d'études sont admis en nombre limité à participer aux soins des malades, dans les divers services de la Fondation, à la condition expresse de s'engager à un séjour d'au moins six mois.

— **Prix de l'Internat.** — Les concours pour les prix à décerner aux internes en médecine de quatrième année (année 1925-1926) auront lieu, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 18 janvier 1926, à 16 h., pour le concours de médecine, et le jeudi 21 janvier, à 16 h. également, pour le concours de chirurgie et d'accouchement.

— **La Natalité française.** — La statistique du Ministère du Travail enregistre, pour le deuxième trimestre de 1925, un excédent de naissances sur les décès inférieur de 4.621 unités au chiffre de la même période de 1924. Cette différence est due au nombre assez élevé des décès dans le deuxième trimestre 1925.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** — M. Weiss, professeur de physique biologique, est nommé pour trois ans doyen de la Faculté de Médecine, à compter du 1er novembre 1925.

— Sont chargés des cours ci-après désignés : MM. Aron, Histologie. — Bellocq, Anatomie et anatomie topographique. — Boëz, Hygiène et bactériologie. — Fontès, Chimie biologique. — Gelma, Clinique psychiatrique. — Gery, Anatomie topographique. — Gunsett, Radiologie. — Humbert, Pathologie interne. — Hanns, Pathologie générale . — Keller, Clinique obstétricale. — Lickteig, Clinique dentaire. — Reeb, Clinique obstétricale. — Schwartz, Pharmacologie. — Vaucher, Pathologie interne. — Weill, Clinique ophtalmologique.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Sont chargés des cours complémentaires semestriels suivants : MM. Labat, professeur sans chaire, démonstrations et préparations pharmaceutiques. — Papin, agrégé, Médecine opératoire. — Andérodias, agrégé, Puériculture. — Golse, agrégé, Chimie minérale. — Charrier, Pathologie externe (4e année) et petite chirurgie. — Loubat, Pathologie externe (3e année) et petite chirurgie. — Gourdon, Prothèse et rééducation professionnelle.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — Sont chargés des cours complémentaires suivants : MM. Soula, agrégé, Pharmacologie. Physiologie. — Moog, agrégé, Analyse et toxicologie. — Martin (Em.), chef des travaux, Cryptogamie et microbiologie. — Escande, professeur sans chaire, Physique pharmaceutique. — Nux, Stomatologie — Garipuy, professeur sans chaire, Obstétricie.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2250. — Base de la patente.
Evaluation de la valeur locative.

J'ai l'honneur, en qualité d'ancien abonné, de vous prier de vouloir bien me dire si je dois m'incliner ou réclamer dans le cas suivant. J'occupe depuis 1919 une villa que l'on m'avait louée par bail, enregistré à cette date, 850 fr. A ce moment, je subissais déjà une augmentation de 250 fr. sur son prix de 1914 qui n'était que de 600 fr. Jusqu'en 1923, on m'a imposé au point de vue patente au 15e sur une valeur locative de 800 fr. et comme *personnelle mobilière* sur 650 fr.

Dans cet intervalle, je suis devenu propriétaire de cette villa et j'ai fait construire un garage prélevé sur mon jardin ; on m'a ajouté une *contribution foncière* sur 300 fr. de revenu en 1923.

En 1924, on me met ma patente au 15e sur une valeur locative de 1.500 fr. et toujours 300 fr. de contribution foncière.

En 1925, on me met ma patente au 15e sur une valeur locative de 2.400 fr. et 375 fr. de contribution foncière.

Enfin, j'ai reçu cette dernière feuille incluse qui me met ma villa à 2.000 fr., le garag e à 400 fr.

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien m'expliquer d'abord ce qu'ils entendent par cette contribution foncière de 375.

2° Si on est en droit d'augmenter de cette façon la valeur locative de ma maison sous prétexte que j'en suis le locataire propriétaire ? En 1919, je payais 850 fr., si l'on m'applique une augmentation légale il me semble que 2.400 fr. serait exagéré.

3° A qui je dois réclamer et ce que je dois réclamer ? Enfin, si je dois payer avant de réclamer ?

Dr X.

Réponse.

La base de l'impôt foncier ou revenu net (375 francs en 1925) représente les 75 % de la valeur locative de l'immeuble qui était donc de 500 fr. L'abattement de 25 % est destiné à compenser les charges, frais d'entretien et amortissement du capital immobilier.

Les résultats de la révision, qui portent cette valeur locative de 500 à 2.000 francs pour la maison, nous paraissent contestables en principe, car le taux de majoration qui ressort à près de 400 % est exagéré.

Le prix de la location ayant pris fin en 1923 n'est pas opposable à l'administration. Pour réclamer utilement, il faudrait que vous puissiez présenter des éléments de comparaison, c'est-à-dire des maisons louées de même importance que la vôtre comportant autrefois une valeur locative de 500 francs (revenu net de 375 francs) et évatuées aujourd'hui à un chiffre notablement inférieur à 2.000 francs.

Présentez vos observations au Directeur des Contributions directes, et, si vous n'obtenez pas satisfaction, vous introduirez une réclamation

dans les formes ordinaires, après publication du rôle de 1926.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2218. — Evaluation de la valeur locative de la maison.

J'habite une maison qui est mienne et dont le contrôleur a évalué le loyer à 1.140 francs.

La maison voisinea, bsolument semblable, habitée par un rentier, a sa contribution basée sur un loyer de 500 fr.

D'où réclamation de ma part.

Le contrôleur, ce matin, me dit : « Vous exercez une profession dans votre maison ; elle est assimilable à une maison de commerce, donc l'imposition est juste. »

Dr R.

Réponse.

La thèse du contrôleur est absolument fausse ; elle n'a de valeur que lorsqu'il s'agit d'une boutique ou d'un magasin aménagé et dont la valeur locative est évidemment supérieure à une pièce nue.

Présentez une réclamation.

A. M.

2204. — Pension militaire. Présomption d'origine.

Un de mes malades, engagé volontaire dans la Marine à 18 ans, libéré en 1912, a fait pas mal de colonies sans avoir eu à souffrir de maladies coloniales en service ; durant la guerre, a été mobilisé dans les chemins de fer, son emploi civil.

Or, depuis deux ans, ce sujet présente des accès fort sérieux de paludisme avec état général gravement atteint, sueurs profuses, amaigrissement, etc.

Y aurait-il possibilité pour lui de solliciter une pension quelconque ?

Le sujet n'ayant habité aucune région palustre, ne peut-il, logiquement, attribuer son origine à son temps de séjour aux colonies ?

En cas de réponse affirmative, il n'y aurait à suivre que la filière habituelle ? Directeur Service Santé, certificats, etc.

Dr G.

Réponse.

Pour le malade en question, sont actuellement expirés tous les délais durant lesquels il pouvait faire valoir ses droits à pension, par présomption ou par origine, soit du fait de la grande guerre, soit du fait du service militaire antérieur.

Tout au plus, s'il est homme de troupe, peut-il espérer une mesure gracieuse, une gratification temporaire ou permanente pour laquelle n'existe

aucun délai, ou encore un « secours », alloué conformément aux Instructions du Règlement « Service courant ». Dans les deux cas, les formalités de demande sont les mêmes (Directeur du Service de santé, etc.).

2270. — Sursis d'incorporation pour maladie.

Je voudrais savoir si un jeune homme, qui a été reconnu apte au service au dernier conseil de revision, faisant partie du deuxième contingent (novembre 1925), ayant fait une pleurésie grave, dont il garde des traces indéniables, peut demander à repasser un conseil de révision ou de réforme avant son départ pour le régiment ; si oui, quelles sont les formalités à accomplir.

Dr X.

Réponse.

Ce jeune homme peut aussitôt demander à son bureau de Recrutement, par l'intermédiaire de la gendarmerie, un sursis d'incorporation d'un mois pour raisons de santé.

Il lui est en même temps loisible de solliciter de la même autorité militaire sa présentation devant un nouveau Conseil de Révision, ou Commission de Réforme, suivant le cas.

Application du Tarif Breton.

I

2344. — Air chaud par un non-spécialiste.

Ayant assez souvent l'occasion de traiter des accidentés du travail, présentant, à la suite de fractures, contusions des articulations, des raideurs et lésions d'arthrite justiciables de l'air chaud, je voudrais savoir quel tarif je serais en droit de leur appliquer ?

Est-ce celui de l'art. 24 (tarif de kinésithérapie comprenant électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, *air chaud*, lumière, ionisation) ? Dans le premier cas, le tarif en 2e catégorie n'est que de 7,50, dans le 2e cas, tarif en 2e catégorie 11,25, plus 20 % d'augmentation.

J'ajoute que je ne suis pas spécialiste, que je m'occupe de médecine générale, mais que je pourrais être appelé à donner des soins par électrisation, air chaud, lumière, en raison de l'éloignement des spécialistes et de la fréquence relative des cas à soigner.

Dr L.

Réponse.

Vous ne pouvez vous baser sur l'article 24, puisque vous n'êtes pas « spécialiste kinésithérapeute ». Quant à l'article 26, méfiez-vous des multiples précautions préalables indiquées dans la note annexée à cet article 26, chap. V et VI et complétée dans l'arrêté ministériel du 24 dé-

cembre 1924. « Il ne pourra être procédé à tout acte d'électrodiagnostic, d'électrothérapie ou de radiothérapie, ou à toute séance d'*air chaud*, de lumière ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou radiothérapeute, qu'après avis *conforme* du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué ». Il y a donc grandement lieu de prendre des précautions multiples, avant de commencer une série d'air chaud, ou analogues, si on ne veut pas d'ennuis dans la suite. F. D.

II

2350. — Certificat demandé en double.

Le patron a déposé à la mairie mon certificat et a envoyé à son assurance une copie de ce certificat. A mon sens, il a agi normalement.

Mais l'agent d'assurances tient à ce que cette copie soit écrite de ma main et me la réclame. Je ne tiens pas à faire mes certificats en double expédition.

Que lui répondre, et, si je lui donne cette copie, comment la lui faire payer ?

Dr D.

Réponse.

Si l'agent d'assurance désire, en plus du certificat légal, un deuxième certificat, et s'il vous l'a réclamé par écrit, pourquoi le lui refuser ?... Seulement, « qui commande, paye » et vous lui réclamerez 5 francs de plus pour le certificat supplémentaire exigé. F. D.

III

2359. — Suture d'un tendon et de la peau sus-jacente.

Comment établir ma note d'honoraires (tarif Breton, 2e catégorie) pour le sinistre suivant :

Section de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt gauche par scie circulaire.

Section du tendon extenseur du petit doigt.

Sutures :

1° Du tendon extenseur ;

2° De l'articulation ;

3° Injection de sérum anti-tétanique.

Réunion par 1re intention.

Dr R.

Réponse

La suture d'un tendon extenseur des doigts est tarifée 50 francs, y compris, ce me semble, la suture de la peau, puisque celle-ci ne peut pas ne pas être sectionnée, alors que le tendon sous-jacent l'est.

Vous avez, par contre, à compter en plus votre injection antitétanique.

F. D.

IV

2292. — Suture de deux tendons.

Je viens de faire une suture des deux tendons extenseurs des doigts de la main. Dois-je compter deux

fois 37 fr. 50, ou bien ce prix reste-t-il le même, que l'on fasse la suture d'un ou de plusieurs tendons ?

Dr S.

Réponse.

Vous avez pratiqué *deux fois en une seule intervention* la « suture des tendons extenseurs des doigts » : je ne vois donc aucune raison pour ne compter qu'une seule fois le prix indiqué à cette rubrique. Par contre (ainsi que je l'ai déjà maintes fois proposé en des cas semblables, avec acceptation des deux parties) je compterais une fois le prix marqué et la deuxième à demi-tarif, attendu qu'il s'agit de deux opérations faites simultanément et pour lesquelles furent *communs* tous les préparatifs et « accessoires » habituels : asepsie, champ opératoire, anesthésie, etc...

F. D.

Application du Tarif Maginot

2345. — Soins et interventions à l'hôpital.

J'ai été appelé à donner mes soins à un mutilé de guerre pour abcès osseux au niveau d'une ancienne fracture occasionnée par balle en 1914, abcès qui s'est ouvert dans l'articulation du genou et pour lequel j'ai dû mander un chirurgien qui, après avoir fait une ponction à domicile, suivie d'un lavage au Dakin, a renouvelé l'opération à l'hôpital, puis a dû — toujours à l'hôpital — faire par deux fois un curettage de l'os. Nous avions, en effet, à la suite de la consultation, décidé l'hospitalisation du malade à l'hôpital de C. Or, le malade a tenu que ce soit le même chirurgien qui était venu le voir à son domicile qui lui donnât ses soins à l'hôpital, bien que celui-ci n'ait pas de service à l'hôpital.

Veuillez me dire comment ce chirurgien pourra se faire rémunérer.

Est-ce que dans les 8 fr. par jour, qu'on donne à l'hôpital pour le blessé hospitalisé, sont compris les honoraires du médecin qui donne les soins et qui fait les interventions nécessaires, ou bien celui-ci peut-il détacher les feuilles du carnet du mutilé à chaque visite comme s'il le soignait à son domicile ?

Il ne se peut pas en effet que le chirurgien qui a donné ses soins au blessé en question n'ait droit à aucune rémunération de la part de l'Etat et qu'il soit obligé de se faire payer directement par le malade, qui alors ne profite plus de la gratuité des soins dus aux mutilés.

Dr C.

Réponse.

« Si un pensionné de guerre est admis dans un hôpital public, les frais de séjour de traitement et d'*interventions* sont remboursés....., dans les salles civiles, suivant le tarif spécial aux malades traités au compte du département ou des communes » (article 66), autrement dit, comme les inscrits à l'A. M. G.

De plus, « *tout malade hospitalisé dans un établissement public ou privé, cesse d'avoir droit, pendant la durée de son hospitalisation, à l'usage de son carnet* ... » (article 54).

Il résulte de ces textes que, ni vous, ni le chirurgien, vous ne pouvez *rien réclamer* à l'Etat pour soins donnés à votre pensionné, tant qu'il sera hospitalisé. F. D.

JURISPRUDENCE

Honoraires chirurgicaux. — Note globale.

TRIBUNAL CIVIL DE VANNES.

(16 *décembre* 1924.)

Attendu que le docteur B. réclame à Ch. le paiement d'une somme de mille quarante francs à lui due.

Attendu qu'en février et en décembre mil neuf cent vingt-deux, le docteur B. a fait deux opérations au fils de Ch., à sa clinique à V. où il avait, à cet effet, fait entrer le jeune homme ;

Attendu qu'au moment de l'assignation, Ch. devait au demandeur une somme de deux mille cent quarante francs ; que, depuis il a payé divers acomptes, et qu'actuellement, il demeure débiteur d'une somme de mille quarante francs ;

Attendu que le défendeur prétend décomposer la somme qu'il doit au docteur B., n'offrant à celui-ci que quatre cents francs et alléguant qu'il serait débiteur du surplus vis-à-vis du docteur D., qui a *assisté le docteur B. pour donner le chloroforme* et vis-à-vis du personnel de la clinique ;

Mais attendu qu'une telle prétention est inadmissible ; qu'un débiteur ne saurait refuser de payer son créancier, sous prétexte que, dans la créance de celui ci, sont comprises diverses fournitures ;

Attendu que pour pouvoir pratiquer avec succès des opérations, un docteur est obligé d'avoir recours à certaines précautions et d'avoir à sa disposition une clinique spécialement organisée à cet effet ;

Qu'il est ainsi contraint à assumer personnellement des charges et qu'il est personnellement obligé vis-à-vis de tous ceux au concours desquels il fait ainsi appel ;

Attendu que, pour se soustraire au paiement de ce qu'il doit au docteur, à la suite des opérations faites à son fils, Ch. est donc mal fondé à soutenir que ce ne serait pas vis-à-vis du docteur B. qu'il serait responsable de tout ce qui est réclamé par celui-ci ;

Par ces motifs :

Condamne Ch. à verser au docteur B., la somme de mille quarante francs qu'il reste lui devoir, avec les intérêts de droit.

Le condamne en tous les dépens.

Commentaires.

Dans l'espèce ci-dessus, notre adhérent se trouvait en présence d'un client de mauvaise foi, qui faisait appel à des moyens dilatoires, pour ne pas payer la note d'honoraires, qui lui était réclamée.

L'enfant malade avait été opéré deux fois à la clinique du Dr B.

Le père du petit malade prétendait vouloir payer le chirurgien, puis, séparément, le docteur qui avait pratiqué l'anesthésie et l'administration de la clinique, alors que le Dr B. réclamait le paiement d'une note globale, comprenant les frais d'opération, les honoraires des aides et les frais de séjour dans sa clinique.

Appelé en justice, le client demanda au docteur une somme de 200 francs de dommages-intérêts, pour réclamation injustifiée d'honoraires.

Le docteur répliqua, par une demande reconventionnelle en 200 francs de dommages-intérêts, pour résistance injustifiée de paiement d'honoraires.

Dans son jugement, le tribunal donne entièrement raison à notre adhérent (sauf sur le point des dommages-intérêts), car les juges estiment que le chirurgien doit faire lui-même des frais personnels, pour entretenir sa clinique et qu'il est, en quelque sorte responsable des honoraires, des aides qui l'assistent au cours des diverses opérations.

Le principe de la note globale pour les interventions chirurgicales est donc reconnu par le Tribunal civil de Vannes.

D'ailleurs, dans la pratique courante, le chirurgien opérateur ne détaille pas, au client, les honoraires qu'il versera à chacun des assistants.

Ce n'est que dans des cas particuliers, ou lorsque les habitudes ont été établies, que le chirurgien, en fixant le montant de ses honoraires personnels, indique au malade, ou à son entourage, qu'il y aura lieu de payer, en plus, les honoraires des assistants, aides et anesthésistes.

Il est de plus en plus nécessaire de bien mettre les points sur les *i* aux futurs débiteurs du Corps médical, car, au moment du danger, le médecin est un grand homme, pour ne devenir, plus tard, qu'un vil créancier.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

1er *octobre*

Mouvement de la population de la France au cours du 2e trimestre 1925.

	2e *trimestre* 1924	2e *trimestre* 1925
Mariages	98.683	101.120
Divorces	5.752	5.265
Naissances d'enfants déclarés vivants	190.315	198.728
Morts-nés	8.142	8.239
Décès au total	162.621	175.655
Dont décès de moins d'un an	16.004	16.800
Excédent des naissances	27.694	23.073

7 octobre.

Application à l'Algérie de la loi réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Décret du 14 *septembre* 1925.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre de l'agriculture, du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des finances, du ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes,

Vu la loi du 21 germinal an XI, modifiée par celle du 25 juin 1908, concernant l'inspection pharmaceutique ;

Le décret du 21 décembre 1911 sur le fonctionnement du service de l'inspection pharmaceutique en Algérie ;

La loi du 24 décembre 1902 portant création des territoires du Sud ; ensemble l'article 11 du décret du 14 août 1905 relatif à l'organisation administrative desdits territoires ;

La loi sur la presse du 29 juillet 1881 et, notamment les articles 23 et 69 ;

L'article 317 du code pénal, modifié par la loi du 27 mars 1925, réprimant les manœuvres abortives ;

La loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle et, notamment, l'article 7, aux termes duquel « la présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies dans les conditions qui seront déterminées par des règlements d'administration publique » ;

Le décret du 16 septembre 1922 sur la répression des fraudes en ce qui concerne les substances médicamenteuses et hygiéniques en Algérie ;

L'avis de la section de pharmacie de la commission technique permanente instituée près des ministres de l'agriculture, du commerce et de l'industrie en date du 6 janvier 1925 ;

L'avis du conseil de gouvernement de l'Algérie ;

Les propositions du gouverneur général de l'Algérie ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les dispositions de la loi susvisée du 31 juillet 1920 sont applicables sans modifications à l'Algérie.

Art. 2. — Le ministre de l'intérieur, le ministre de l'agriculture, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des finances, le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois* et au *Bulletin officiel* du gouvernement général de l'Algérie.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2422-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1[re] Zone **55** fr. — 2[e] Zone **70** fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Mutualité familiale du Corps médical français de M. le Dr SOUCHON, de Nîmes, la somme de cinquante francs.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert. Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Carnette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piétri, Potheau (E.), Rou-vière, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Baiac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 446. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

N° 447. — Pour les conf. automobil. : bouch. de radiat. artist. « Caducée » bronze nickelé, haut. 14 cm. 90 fr. franco port, prêt à poser, Photo sur dem. S'ad. Dr Kraut, à Aiguillon-s-Mer (Vendée).

N° 448. — Fam. honorab. recev. pension. et enf. délic. au mois, à l'année, soins dévoués, climat salin tempéré, prix modér. Duprat, St-Pair-s-Mer (Manche).

N° 449. — Belles poulettes leghorns blanches améric. et Bresses noires, race pure, 3 à 4 mois, 20 fr., prêtes à pondre, 25 fr. Malines Concours 25 fr., canards blancs Aylesburys, oies blanches de Romagne (100 œufs par an). Oies de Toulouse volumineuses, à fanon et bavette. Dindons noirs et dindes pour couvées prochaines. Pintades grises, superbes, sélectionnées. Plus de 1000 récompenses aux exposit. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Hte-Garonne).

N° 450. — Dr en méd., 36 a., cherche sit. colonies ou étranger.

N° 451. — A céd. salon Louis XV, état neuf, 7 pièces, val. 8.000, prix : 4.000, et différents objets dont liste sera envoyée sur demande. Dr, 56, av. de la République, Rosny-s-Bois.

N° 452. — Conf. âgé, désir. dans vil. ou bourg. préf. Midi, S.O., Centre, Côte-d'Azur, poste demi-repos, possible à bicycl., ou très modeste mais. av. jard. en locat. ou achat. Dr, 56, av. de la République, Rosny-s-Bois (Seine.)

N° 453. — A céd. : trousse à dissection ; tête incomplète ; ouvrages de médecine XIXe siècle, au prix qui sera offert.

N° 454. — Près Place République, veuve méd. louerait plusieurs pièces de son appart. (dont une pouvant faire laborat.) à médec. pour consult. (service et téléph.).

N° 455. — Peugeot 1922, 9 CV, torp. 4 pl., équip. électr., 5 roues Rudge, mot. état neuf, peint. neuve. Aff. de confiance. 12.000 fr., essai volonté. Dr Brun à Cavaillon (Vaucluse).

N° 456. — Client. ds chef-lieu cant. à céd. d'urg. faisant 30.000.

N° 457. — A céd. de suite, tr. bon poste méd. génér. Rapp. 48.000,bail 8 ans à céder. Grande mais. av. cour, jard. gr. garage. Indemn. peu élevée. Dr Brillet, à Ducey (Manche).

N° 458. — Midi. Excell. poste propharm. fais. 80.000. clim. agréable. Belle mais. confort. Long bail.

N° 459. — Salon Louis XVI en noyer, cinq pièces, très bonne occasion à vend. de suite.

DÉSINFECTION

Désinfection des livres à la chloropicrine.

Dans une cage de verre, présentant un orifice sur sa paroi supérieure, on installe les livres à désinfecter, un cristallisoir contenant de l'eau et une capsule : le tout est installé en pleine lumière solaire et l'adhérence hermétique de la cage à son socle est assurée.

Par l'orifice de la paroi supérieure, on verse de la chloropicrine dans la capsule, à l'aide d'une pipette. On bouche soigneusement et on laisse quarante-huit heures.

Bien se méfier de ce que la chloropicrine, très volatile, est toxique (gaz asphyxiant de guerre). Se méfier lors du remplissage de la capsule et lors de l'ouverture de la cage, l'opération terminée. Opérer de préférence en plein air, ou avec un masque.

Moyen de désinfection certain (le bacille de Koch est tué en moins de vingt-quatre heures), peu compliqué et peu onéreux.

(Jacques Touchais, thèse de Bordeaux).

A. M.

CORRESPONDANCE

Confrères, envoyez sans retard vos notes d'honoraires accidents.

CAISSE SYNDICALE D'ASSURANCE MUTUELLE ET CAISSE MUTUELLE-ACCIDENTS DES AGRICULTEURS DE FRANCE.

Paris, le 5 octobre 1925.

Monsieur le docteur,

En classant des papiers je retrouve l'article 2618 du *Concours médical* du 16 novembre sur lequel j'avais inscrit une note me rappelant que je devais vous écrire à ce sujet puisque vous avez bien voulu, lors de la conversation que nous avons eue, me dire qu'il vous serait agréable de recevoir communication de mes observations.

Vous retrouverez ci-joint copie de cet article pour vous éviter des recherches.

Le *Concours médical* a fort bien répondu à la question qui lui était posée en se plaçant au point de vue purement légal ; mais, ainsi que je vous le disais au cours de notre entretien, à côté du point de droit, il y a la question de fait et en particulier celle des rapports de courtoisie que je voudrais voir s'établir, d'une façon invariable, entre le Corps médical et les Assureurs. Il s'agit là d'une question de bonne volonté et de bonne éducation de part et d'autre ; je crois donc que ce n'est pas demander l'impossible que de tenter d'aboutir à des rapports aimables.

Or les médecins qui ne nous envoient pas leur note dès que la guérison est obtenue et qui nous les adressent quelquefois 6 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans et même plus après la reprise du travail, ne se doutent pas du mauvais service qu'ils rendent au blessé dont le règlement se trouve parfois différé faute d'avoir la note du médecin, de la gêne qu'ils occasionnent dans le règlement de nos affaires en nous obligeant à rechercher, dans les archives, des dossiers déjà depuis longtemps classés, et de la mauvaise humeur qu'ils soulèvent contre eux de ce chef de la part des employés chargés de payer leurs notes, qui se font un malin plaisir de riposter en discutant ces notes pour « embêter » à leur tour les médecins.

Ceux de vos confrères qui agissent ainsi ne pensent pas non plus à l'embouteillage que produit dans les services l'afflux en fin d'année des notes d'honoraires, et par conséquent du retard qui est apporté, *de leur fait*, au paiement des sommes réclamées ; si en effet tous les médecins agissaient ainsi, les services des règlements d'honoraires de médecins n'auraient qu'à fermer boutique pendant la plupart du temps et se trouveraient submergés aux environs du 31 décembre.

C'est donc une question, comme je vous le disais plus haut, de bonne volonté de la part des médecins, et c'est aussi leur intérêt d'envoyer leur note dès guérison du blessé.

J'ajoute que c'est leur intérêt bien compris à tous les points de vue, car consacrer 5 minutes à faire

une note en même temps que le certificat de guérison est certainement moins onéreux pour leur temps que de passer des journées en fin d'année à faire le relevé de leurs livres.

S'il vous était possible de revenir sur cette question dans un article du *Concours médical*, et d'insister auprès de vos confrères dans le sens que j'indique, vous leur rendriez, ainsi qu'à nous, un signalé service.

Veuillez agréer, Monsieur le docteur, avec mes souvenirs les meilleurs, l'expression de mes sentiments distingués.

L'inspecteur général,
COCRAL.

Commentaires

Nous publions volontiers cette lettre, car elle est parfaitement juste. Si, légalement, le médecin est en droit d'adresser sa note d'honoraires, quand bon lui semble, pourvu qu'il ne se laisse pas atteindre par la prescription annale, il ne faut pas oublier, non plus, que l'administration de la compagnie d'assurances n'a pas à s'occuper que des sinistrés soignés par ce seul docteur.

Aussi, mettons quelque peu de bonne volonté à faciliter le travail d'autrui et, de tendus qu'ils ont été souvent, par la faute des uns et des autres, les rapports deviendront meilleurs. Finalement, on arrivera à supprimer bien des causes de conflit.

Rappelons à ce sujet, que, pour éviter pareil embouteillage, provenant de l'envoi retardé des notes d'honoraires, les médecins qui soignent les réformés de guerre ont l'obligation d'adresser, chaque trimestre, leurs notes d'honoraires.

Si donc, il est impossible à un médecin de joindre sa note au certificat de reprise de travail, faisons, au moins tous les trois mois, le relevé de nos notes d'accidents du travail. En rendant service, nous bénéficierons de rapports plus courtois, partant moins procéduriers et plus rapides.

Dr Paul BOUDIN.

2495. — Une sage-femme de 2e classe peut-elle exercer dans un autre département ?

Une sage-femme ayant obtenu son diplôme de 2e classe antérieurement à la loi de 1916 peut-elle exercer sa profession dans un autre département que celui où elle a obtenu son diplôme (dans le cas qui nous occupe une sage-femme de l'Université de Paris peut-elle exercer dans les Basses-Pyrénées) ?

Dans la négative, quel est le texte de loi prononçant l'interdiction ?

Réponse.

Les articles 29 et 31 de la loi du 19 ventôse an XI spécifient que les sages-femmes de 2e classe ne peuvent exercer leur profession que dans le département pour lequel elles ont été reçues.

Le décret du 22 août 1854, dans son article 19,

reproduit les mêmes dispositions. Cet article se termine par ces mots : « s'ils (officiers de santé, pharmaciens de 2e classe, sages-femmes de 2e classe, herboristes de 2e classe) veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude. »

L'article 33 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, est ainsi conçu :

« Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs. »

La loi du 5 août 1916, supprimant les sages-femmes de 2e classe, ainsi que le décret du 9 janvier 1917, relatif au nouveau régime d'études et deux arrêtés du 11 janvier 1917 (*Journ. off.* du 13 janvier 1917) n'ont rien modifié dans la situation des sages-femmes de 2e classe.

Je n'ai rien trouvé dans la jurisprudence répressive, ou administrative, concernant les poursuites exercées contre une sage-femme de 2e classe qui aurait exercé dans un autre département que celui pour lequel elle a été reçue.

Dr Paul Boudin.

2475. — L'épilepsie accident du travail.

Un ouvrier agricole, est épileptique. Il tombe dans un champ en crise d'épilepsie, de telle façon que sa face est dans une flaque d'eau. Il meurt noyé, asphyxié.

Le patron est-il responsable ?

Réponse.

Il a été jugé qu'un accident survenu à un ouvrier à la suite d'une attaque d'épilepsie constituait un accident du travail (Cour de Dijon, 9 août 1909, Recueil du Ministère du Travail, XII, 127).

Par conséquent, le patron doit être déclaré responsable de l'accident, dans l'espèce qui fait l'objet de votre lettre.

2518.— Accident du travail sans incapacité temporaire.

Je vois un accidenté de travail dont la blessure ne nécessite pas d'incapacité. Il reprend son travail immédiatement après le pansement. 1° Puis-je envoyer une note de soins à la compagnie d'assurances ? 2° ai-je un certificat d'origine de blessure à fournir ? Il peut être utile, au cas de complications décidant le blessé à se « faire mettre à l'assurance ». Si je le fournis, ai-je des chances de me voir payer par la compagnie ?

Dr V.

Réponse.

Aux termes de l'article 4 de la loi sur les acci-

dents du travail, le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques, *quelle que soit la durée de l'interruption du travail.* Puisqu'il s'agit d'un accident du travail, vous pouvez donc vous faire payer par la Compagnie substituant le patron, bien que le blessé n'ait interrompu son travail que pour venir se faire panser. Le certificat n'est obligatoire que si la victime de l'accident n'a pas repris son travail dans les quatre jours (article 11). Dans ces conditions, la Compagnie pourrait refuser de vous le payer. Mais si l'ouvrier vous demande de lui en donner un, vous serez dans l'obligation de le lui délivrer, quitte à le faire payer par lui directement.

2504. — Reprise d'un accidenté du travail par son patron.

J'ai un accidenté du travail avec perte totale du pouce gauche, auquel je viens de signer le certificat de consolidation.

Le patron refuse de l'employer tant que la question de la rente ne sera pas définitivement réglée — ce qui demande quelquefois plusieurs mois. — Ce patron aurait procédé de la même façon, il y a un an, avec un autre blessé qu'il n'aurait pas voulu employer 6 mois consécutifs après la consolidation pour la raison invoquée ci-dessus.

Est-il dans son droit ? Je croyais que du jour où le certificat de consolidation est signé le blessé, ne touchait plus son demi-salaire, donc pouvait travailler et chez le même patron.

Dr F.

Réponse.

En droit, l'accident du travail ne rompt pas le contrat de travail existant entre l'ouvrier et le patron, mais il en suspend simplement l'exécution. En principe, par suite, l'ouvrier doit rentrer chez son patron lorsqu'il est complètement guéri ou consolidé, c'est-à-dire lorsque son état est devenu définitif et n'est plus susceptible d'une amélioration par voie de traitement.

Cependant, lorsque l'accident est suivi d'une incapacité permanente, il est possible que l'ouvrier ne soit plus capable de remplir dans l'entreprise les fonctions dont il s'acquittait avant l'accident. Le chef d'entreprise serait donc en droit, dans ce cas, de lui refuser la rentrée chez lui, lorsqu'il se représenterait pour recommencer à travailler, atteint d'une infirmité.

D'autre part, comme s'il s'agissait de tout autre ouvrier, le chef d'entreprise aurait le droit de se séparer de son ouvrier blessé, même au cours de l'incapacité temporaire dont celui-ci est atteint, pour toute autre cause que l'accident, par exemple, pour suppression d'emploi, ou même parce que l'ouvrier aurait cessé de lui plaire. Mais il devrait, alors, le congédier dans



les formes et délais admis dans l'entreprise, en restant débiteur des indemnités mises à sa charge par la législation sur les accidents du travail, à raison de l'accident.

2484. — Accident du travail. Point de départ de l'indemnité journalière.

Un de mes blessés, ayant interrompu son travail pendant 9 jours, se vit au moment du règlement par l'assurance déduire les 5 premiers jours, sous prétexte que, lorsqu'il n'y a pas 10 jours d'incapacité, *les 5 premiers jours ne sont pas payés.*

Est-ce exact ? Y a-t-il par hasard un article de loi que j'ignore ?

Dans le cas où cela ne serait pas, quel moyen aurait mon client de se faire solder ?

Dr D.

Réponse.

En vertu de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, le demi-salaire n'est dû que si l'incapacité de travail dure plus de quatre jours. L'indemnité n'est due qu'à partir du cinquième jour après celui de l'accident ; toutefois, elle est due à partir du premier jour, si l'incapacité de travail dure plus de dix jours.

L'assurance fait une exacte application à votre blessé des principes de l'article 3. Elle ne lui doit l'indemnité de demi-salaire qu'à partir du cinquième jour, puisque l'incapacité totale n'a duré que neuf jours. Pour que le blessé ait droit à son demi-salaire depuis le jour qui a suivi l'accident, il faudrait que l'incapacité ait duré au moins onze jours.

2490. — Procédure à suivre dans une affaire d'accident du travail.

Il s'agit d'un ouvrier, que j'ai soigné à diverses reprises et qui a eu un accident agricole et qui m'expose les faits de la manière suivante :

Au service d'un nommé C., le nommé B. a été blessé dans les circonstances suivantes. Il tenait une vache par une corde étant sur une charrette ; par suite du brusque mouvement du cheval la corde le blessa à l'annulaire. Ci-joint certificat d'origine et certificat de consolidation en communication. Il est blessé le 6 juin 1925 et reprend avec une incapacité permanente partielle le 25 juillet 1925.

Le blessé confie le certificat de consolidation à l'huissier pour faire citer le patron en justice de paix. La première fois, le patron fait défaut. La deuxième fois, l'huissier ne se rendant pas compte que c'est un accident du travail demande 10.000 de dommages

(Voir la suite page XLVII-2467)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

15 NOVEMBRE 1925

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 15 NOVEMBRE 1925***, dans l'ordre suivant :

Chez Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1924 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées :

I. Les Associations entre médecins.

II. Communication du Dr Boudin sur les Etudes de Législation médicale.

II. — *A quatre heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Ordre du Jour :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1924 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1924 ;
6° Election de cinq membres du Conseil d'Administration, en remplacement de MM. Maurat, Nollet, Boudin, De la Rochefordière et Huguenin, sortants et rééligibles.
7° Election de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Baudron, Rigal et Molinéry, sortants et non rééligibles.
8° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

III. — *A cinq heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Ordre du jour :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1924 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1924;
5° Nomination de cinq membres du Conseil d'Administration, en remplacement de MM. Vimont, Boudin, Chapon, Levassort et Molinéry, sortants et rééligibles.
6° Nomination de deux contrôleurs ;
7° Modifications aux Statuts et Règlements.

V. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — (souscription 40 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes.

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire *avant le 10 novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Les relations médicales avec l'Etranger. Un projet d'Union internationale des médecins praticiens. (Office d'échange de renseignements.)

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Dr F. DECOURT, s'est rendu, le 13 juillet dernier, à une invitation de la *British Medical Association* qui fêtait l'inauguration de sa nouvelle et fastueuse *Maison*.

Au cours de ces fêtes, le Dr Decourt eut l'avantage de s'entretenir avec le Dr Cox, secrétaire médical de la *British Medical Association*, et avec les délégués de quelques autres nations (Hollande, Norvège, Suède, Danemark) de l'intérêt qu'il y aurait à organiser une institution permettant aux Associations de médecins praticiens des divers pays d'échanger des renseignements d'ordre professionnel. L'initiative de ce projet de liaison entre médecins praticiens avait été prise au Congrès franco-polonais dans la séance, tenue le 23 avril 1925 à l'Académie de médecine, par le distingué Président de la Chambre des médecins de Varsovie, le Dr Adam Przyborowski, dont nous avons publié alors la communication. Nous avions eu du reste l'occasion d'échanger des vues à ce sujet avec notre confrère polonais et les docteurs Decourt et Lenglet, quelques jours auparavant.

Nous ne saurions donc qu'applaudir à la création du Comité international d'initiative que le Dr Decourt a fait constituer à Londres et dont il est le secrétaire. La lettre ouverte, adressée par le Comité aux Présidents et aux Secrétaires des Groupements médicaux de tous les pays et publiée dans le *Médecin Syndicaliste* de septembre 1925, indique bien le but qu'aurait l'Union internationale dont le rôle se bornerait à être « un « centre d'informations et de renseignements « dont l'organe permanent serait un secrétariat « général, sans aucun état-major de Président, « vice-présidents, etc., le Conseil de cette Union « étant composé de x membres, à raison d'un « correspondant » (ou de son suppléant) par « chaque nation faisant partie de ladite Union ».

La dénomination d'Union internationale des médecins praticiens, ne nous paraît pas cependant bien choisie pour une institution dont l'unique but est de renseigner et de documenter ses adhérents ; les expressions de Bureau ou d'Office international de renseignements des médecins praticiens ou de pratique médicale nous paraîtraient mieux correspondre à ses fonctions projetées.

La lettre du Comité d'Initiative indique les multiples questions qui devraient préoccuper la nouvelle institution ; ce serait d'après elle : l'assurance-maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, la médecine des grandes collectivités (chemins de fer, usines, grands établissements du commerce et de l'industrie, etc.) le libre choix du médecin, le paiement des honoraires, le contrôle médical professionnel, l'enseignement de la médecine, la déontologie, la médecine dans les hôpitaux, les sanatoria, les preventoria, etc., les secours aux vieux médecins sans fortune, aux veuves et aux orphelins de médecins, les retraites pour les médecins, leur assurance contre les maladies aiguës et chroniques, l'assurance contre la mauvaise foi de certains clients, les risques de la responsabilité professionnelle, etc., etc., etc.

Il n'est pas douteux qu'une organisation de ce genre destinée à nous renseigner mutuellement sur ce qui se passe dans les autres pays, ne peut être que bien accueillie par tous ceux qui s'occupent de médecine sociale, d'assistance, de mutualité et d'intérêts professionnels.

Il y a bien longtemps que nous avons cherché à nous documenter sur ce qui se passait à l'étranger. Lorsque nous étions secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, et dès le début, il y a une trentaine d'années, nous entretenions des relations cordiales et régulières avec le distingué reporter de *The Lancet* de Londres, Adolphe Smith, qui venait chaque année se renseigner auprès de nous sur le mouvement syndical dans le Corps médical français, sur le fonctionnement des services de l'Assistance médicale, de la Mu-

tualité, sur l'application des lois sanitaires, etc. etc. En revanche, M. Ad. Smith nous mettait au courant de ce qui se passait en Angleterre ou dans les pays où il était envoyé pour faire des enquêtes par l'important journal auquel il était attaché. En feuilletant les collections du *Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France*, du *Progrès médical*, publications que nous rédigions alors, puis de notre *Concours médical*, en recherchant les articles d'Adolphe Smith dans *The Lancet*, l'on pourrait se rendre compte de l'importance de cet échange de renseignements.

Plus tard, à la suite des Congrès médicaux de Dusseldorf et de Rome sur les accidents du travail, nous eûmes l'intention, avec Diverneresse, d'organiser un bureau international de documentation médicale. Peut-être aurions-nous pu réaliser ce projet, car nous avions depuis de nombreuses années des relations suivies avec plusieurs confrères distingués de Belgique, d'Angleterre et d'Italie, quand la mort imprévue de notre Directeur, le Dr Jeanne, puis la guerre nous firent ajourner nos projets.

En 1920, à la demande de notre ami Molinéry, nous fîmes partie d'un Comité dont le but était de créer un *Bureau Médical international* (1).

Ce bureau, selon nous, devait avoir un triple but : 1° scientifique, 2° médico-social et professionnel, 3° commercial, et faire une propagande active auprès des médecins étrangers. Une association très florissante, l'U.M.F.I.A., fondée avant la guerre et que préside le Dr Dartigues, avait déjà établi des liens étroits avec nos confrères espagnols et ibéro-américains. Nous apprîmes alors qu'il avait été créé quelques mois auparavant, grâce à l'initiative du Dr Dehelly, du Havre, l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les Pays alliés et amis (l'A.D.R.M.), association que préside le Pr Hartmann. Dans un but d'union et voulant augmenter l'activité de cette Association dont nous sentions tous la nécessité, le Comité du Bureau médical international se fondit dans l'A.D.R.M.

Depuis, grâce à l'activité et au dévouement du Pr Hartmann, un véritable animateur, l'A. D. R. M. s'est développée, a été reconnue d'utilité publique et, avec des ressources relativement bien restreintes, est parvenue à remplir dignement son but et à multiplier, à resserrer et même à faire naître des relations cordiales entre les médecins français et étrangers. Hier, elle organisait le Congrès franco-polonais, elle recevait les chirurgiens américains, aujourd'hui elle fait les honneurs de Paris à cent jeunes médecins tchécoslovaques, et peut-être réalisera-t-elle le projet jusqu'ici assez difficile et très délicat de rétablir des relations régulières et normales avec les médecins de Russie. Mais l'A.D.R.M. a déjà beaucoup à faire et ne peut dans le présent réaliser le Bureau international de Renseignements médicaux que nous avions rêvé.

Aussi est-ce avec plaisir que nous avons entendu le Dr Przyborowski, de Varsovie, mettre son projet de réalisation à l'ordre du jour et c'est avec sympathie et espoir dans le succès que nous signalons l'effort pour l'organiser que font notre ami Decourt et la Commission internationale d'initiative dont il est le secrétaire.

Souhaitons donc la prochaine création du Bureau international et lorsqu'il sera fondé, nous nous efforcerons d'établir entre lui, l'A.D.R.M. et nos diverses institutions médicales, la liaison nécessaire pour éviter la dispersion de nos efforts et amener plus d'entente de cohésion et d'harmonie dans notre action internationale.

J. NOIR.

(1) Voir *Concours médical*, 4 juillet 1920, page 1683, 1er août 1920, page 1907.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES DÉMEMBREMENTS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE LA BRONCHITE CHRONIQUE (1)

Bronchites chroniques inflammatoires, bronchorrhées et bronchorrhéites, œdèmes bronchioalvéolaires, flux bronchiques colloïdoclasiques ; types simples et d'intrication,

Par Georges Rosenthal,

Ex-chef de clinique, docteur ès sciences.

Pendant que les travaux de l'Ecole Française avec F. Widal, Bezançon et I. de Jong, Flurin, E. Sergent et leurs élèves, donnent à l'étude des voies respiratoires une précision nouvelle, la pathologie interne reste enfermée dans des cadres anciens et maintient dans des groupements imprécis des types morbides cliniques qui n'ont ni la même pathogénie, ni la même valeur, et qui par conséquent ne sauraient avoir la même thérapeutique. Ce confusionisme s'oppose au progrès nécessaire. Rien ne sert de dire que tous s'entendent et que les dénominations anciennes ne trompent personne ; les distinctions faites dans les mémoires originaux laissent subsister l'inexactitude dans les Traités. Par une réserve qui les honore, les Maîtres qui contribuent par leurs travaux à l'élaboration des nouvelles divisions ne les imposent pas dans leurs ouvrages didactiques. Aucun chapitre n'est plus justiciable de ces considérations que celui des bronchites chroniques : nous estimons absolument nécessaire de ne pas laisser confondre, sous ce nom de bronchites chroniques, des maladies que seule rapproche leur localisation morbide sur les bronches et quelques signes communs d'auscultation. Nous croyons indispensable de continuer sur ce point les *démembrements de clinique thérapeutique*, c'est-à-dire d'effectuer un remaniement de la pathologie interne et de ne réunir en un chapitre commun que les types morbides ayant même signification et par conséquent justiciables d'un même traitement ; car la thérapeutique, but *unique* de notre art, à condition qu'elle soit comprise dans son sens le plus large, et qu'elle englobe l'hygiène et la prophylaxie, doit être la base de toute classification en pathologie. Il ne sera pas inutile d'ailleurs de répéter que les groupements créés et dénommés maladies ne sont que des cadres commodes et utiles pour fixer la pensée ; qu'il ne faut jamais y attacher une idée de fixité absolue ou même temporaire, qu'elles ne constituent pas des entités absolues, que souvent (et ce principe s'applique spécialement aux bronchites chroniques de la classification actuelle), ils nous offrent des types nombreux de passage et surtout des formes d'*intrication*, selon l'expression si heureuse de F. Bezançon et I. de Jong, dont il faut élargir la portée.

Bien plus encore que la bronchite aiguë, la bronchite chronique doit donc être envisagée sous ce double point de vue du *démembrement de clinique thérapeutique* et de l'*intrication* des syndromes. Le *démembrement* consistera avant tout à séparer des bronchites chroniques les syndromes dénommés bronchites tuberculeuses, bronchites syphilitiques, bronchites mycosiques, qui doivent être étudiés sous le nom de tuberculose, syphilis, mycose des bronches, etc., lorsque ces processus spécifiques sont en activité ; l'*intrication* consiste avant tout à se rendre compte que, au cours d'une maladie chronique, fût-elle microbienne et inflammatoire à son origine, le vieillissement des organes et leurs fléchissements fonctionnels appellent des syndromes nouveaux qui modifient l'évolution clinique. De même, un processus spécifique guéri peut par ses séquelles créer des formes intriquées multiples de formules des plus variables.

Les médecins de ma génération furent élevés par des maîtres qui leur enseignaient la recherche d'un diagnostic unique. Le malade soumis à notre observation était atteint de la maladie d'un organe et d'un seul organe ; tous les symptômes découlaient de ce trouble morbide, comme si, au cours d'une longue évolution morbide, la maladie ou l'usure fonctionnelle d'un viscère devait pour ainsi dire mettre le reste de l'organisme à l'abri des altérations morbides.

(1) Leçon du mercredi. Hôtel-Dieu, service de M. le Dr G. Caussade. Lire : *Archives de laryngologie* : Le démembrement de la laryngite tuberculeuse, janvier 1924 ; *Paris médical* : Le démembrement de la gangrène pulmonaire, 8 décembre 1923 ; *Paris médical*, la bronchite prolongée, 1925, etc...

Dans nos précédents entretiens, nous avons demandé que le terme de bronchite aiguë soit réservé à l'atteinte inflammatoire microbienne de la trachée et des bronches c'est-à-dire à la *rhino-bronchite* de Flurin en en séparant les bronchites spécifiques dues au bacille de Koch, au tréponème, aux champignons parasites, ou au spirochète de Castellani. Nous avons demandé que, conformément aux travaux modernes, des chapitres spéciaux donnent la description des *bronchorrhées*, c'est-à-dire des catarrhes non primitivement inflammatoires, celle des *œdèmes bronchio-alvéolaires* nés essentiellement de la défaillance cardiaque, etc.., C'était l'application du principe des *démembrements*. En même temps, il est nécessaire, pour obéir au principe si vrai, si clinique de l'*intrication*, de dénommer *bronchorrhéites aiguës*, les inflammations microbiennes survenant au cours des bronchorrhées et *bronchioalvéolites œdémateuses*, les infections microbiennes du poumon en insuffisance cardiaque (lire la thèse de Jacquelin). Nous retrouvons les mêmes idées directrices au cours de notre entretien sur les groupements morbides dits « bronchite chronique ».

N'oublions jamais que G. Caussade et Logre ont étudié les inflammations pneumococciques surajoutées aux œdèmes du poumon. Affections microbiennes, troubles de la mécanique circulatoire, syndromes toxiques ou de rétention, autant de processus qui loin de s'exclure s'appellent, qu'il faut dépister sans les confondre.

II

Rhinobronchite aiguë, bronchite aiguë prolongée, bronchites à répétition, bronchite chronique, en réservant cette appellation à une inflammation microbienne d'évolution très longue de la trachée et des bronches, ne sont que les différentes évolutions d'une même maladie.

Déjà Laënnec signalait des bronchites aiguës d'une évolution de plusieurs trimestres ; et quel critère pourrait nous affirmer que entre deux atteintes hivernales de bronchites aiguës, les voies respiratoires avaient retrouvé en été leur intégrité.

Aussi les causes qui amènent la *prolongation* de la bronchite aiguë sont les mêmes que celles qui déterminent la *chronicité* de cette affection. Mais il s'y ajoute la lésion fondamentale de la bronchite chronique, telle que nous la connaissons depuis les travaux du Pr Renaut (de Lyon).

En tête des facteurs de prolongation indéfinie conduisant aux rechutes, aux répétitions, à la chronicité s'inscrivent toutes les causes qui diminuent la résistance aux infections : fatigue, manque de sommeil et surtout l'*alcoolisme* qui a certainement un rôle efficient et direct sur la prolongation comme sur la gravité et le renouvellement des infections respiratoires.

Nous notons également le rôle de l'*Entérocoque de Thiercelin*, dont nous avons montré, avec cet auteur, le rôle dans les infections des voies respiratoires (voir sa communication initiale à la Société de Biologie). Nous rappelions dans notre précédent entretien comment ce microbe « intermédiaire entre le pneumocoque et le streptocoque » (notre thèse, mai 1900) grâce à sa vitalité indéfinie et à ses faibles exigences qui lui permettent de se multiplier dans les milieux les plus pauvres, était l'agent d'infections de longue durée (Bronchopneumonies continues, *Revue de médecine*, 1902-3).

Si l'entérocoque de Thiercelin dans la formule microbienne doit être considéré comme un facteur de longue durée, il en est de même, dans l'étude du malade, du syndrome de débilité bronchique, sur lequel Flurin a insisté avec tant de raison.

L'intoxication par les gaz de combat, en particulier par l'ypérite, m'a paru créer une débilité broncho-pulmonaire, dont vous aurez plus d'une fois à noter les effets. C'est la *débilité bronchique acquise*.

L'inhalation de poussières, qui est habituelle dans certaines professions (fourreurs, coiffeurs, etc.), se relève fréquemment dans les antécédents des malades.

Mais, avec l'adénopathie trachéo-bronchique qui lèse les rameaux du pneumogastrique (thèse de Meunier, de Pau), c'est l'*adénoïdite postérieure*, infection de la troisième amygdale qui est la grande cause de déclanchement de la rhinobronchite descendante chronique. A vrai dire, mieux vaudrait dire en pareil cas — et c'est l'avis de Flurin — rhino-bronchite à répétition ; car l'infection trouve un repaire dans les follicules de la troisième amygdale et une poussée infectieuse succède à une atteinte microbienne à la moindre cause, à la moindre variation de température par exemple.

L'inspection de la paroi postérieure du pharynx tapissée par une nappe de pus, ou mieux la rhinoscopie postérieure, malheureusement assez délicate à pratiquer, fixent le diagnostic et indiquent le traitement.

Ayez toujours présent à la mémoire que les végétations adénoïdes ne sauraient chez l'adulte entraver le passage de l'air inspiratoire comme chez l'enfant, mais qu'elles restent une cause d'infections descendantes ou généralisées (travaux de Gallois, recherches de Dopter sur la méningite cérébrospinale, le livre de A. Netter et Debré, etc.). Une tige courbe ouatée introduite derrière le voile du palais comme dans la manœuvre du pansement du cavum permet de recueillir les sécrétions microbiennes et de faire ainsi un cytodiagnostic dont nous avons pu montrer tout l'intérêt.

pour la prophylaxie des épidémies pendant la grande guerre.

Combien est-il nécessaire de ne pas réunir dans un même chapitre une affection d'origine inflammatoire microbienne curable par le curettage du rhinopharynx trop rarement pratiqué chez l'adulte, avec les affections, dont nous demandons la séparation d'après les travaux classiques, qui sont d'origine cardiorénale ou nutritive et qui doivent se combattre par des règles d'hygiène générale. Les démembrements ne sont-ils pas d'une nécessité évidente ?

La grande cause de maintien dans la chronicité des affections bronchiques inflammatoires réside dans les lésions de la bronche malade, lésions qui en entravent la libération au cours des poussées évolutives de l'infection microbienne rhino-trachéo-bronchiolique.

Le Pr Renaut (de Lyon) a bien résumé ses travaux dans son article du Traité de Thérapeutique de Robin (T. I, p. 61). Il enseigne comment au cours des bronchites chroniques se réalise la désinsertion des fibres musculaires des bronches et la rupture des fibres élastiques.

Or, la guérison des bronchites nécessite entre autres conditions, l'évacuation rapide des sécrétions pathologiques. Cette expulsion sera d'autant mieux réalisée que la mécanique respiratoire jouera normalement, et que les forces expiratoires auront gardé leur rôle physiologique. La mécanique respiratoire est assurée par la rééducation respiratoire pratiquée selon les principes physiologiques par la méthode de l'exercice physiologique de respiration ; les forces respiratoires exigent pour fonctionner le retrait physiologique de la trame élastique des alvéoles pulmonaires et le rétrécissement physiologique des bronches par contraction de leurs fibres musculaires, rétrécissement qui facilite l'expulsion des expectorations.

La désinsertion des fibres musculaires aura donc la grave conséquence de favoriser la stagnation des sécrétions et ainsi de favoriser l'aggravation de la lésion. Elle aura comme autre conséquence accessoire de s'opposer au spasme des bronches en arrêtant une contracture rendue impossible ; une lésion infectieuse viendra donc s'opposer à un trouble neuropathique. Ainsi se manifeste à chaque pas de cette étude l'*intrication* des processus, selon l'expression de F. Bezançon et I. de Jong.

Cette intrication, nous la retrouverons également dans le rôle que jouent les lésions des poumons dans la constitution des bronchites chroniques. Nous avons demandé que la syphilis des bronches, les pneumonokonioses, la tuberculose des bronches fassent des chapitres indépendants de la rhinobronchite chronique, maladie inflammatoire due à l'infection par les germes habituels des infections.

Il n'en reste pas moins évident que souvent la rhinobronchite chronique se constitue grâce à la détérioration locale créée par une sclérose pulmonaire due à des lésions d'origine spécifique, qu'il s'agisse du tréponème (thèse de Dalsace, 1920) ou de tuberculose fibreuse guérie.

La concomitance d'évolution de deux processus n'a rien qui puisse surprendre. Ce sont là des faits complexes ; mais la biologie est complexe, et ce qui nous importe n'est pas de donner la formule simple que la bactériologie parut nous donner au début de ce siècle (article du Pr Marfan dans le traité de Médecine 1911), mais de nous rapprocher le plus possible de la vérité pour remplacer par des traitements efficaces les thérapeutiques illusoires.

III

Le terme de bronchite chronique doit donc être réservé à ce type morbide de bronchite inflammatoire microbienne à crachats riches en polynucléaires et en germes, crachats type d'infection (1). Il faut en séparer les différents types cliniques que nous voulons simplement situer et passer en revue. Pour ne pas compliquer exagérément cet exposé, nous laisserons en dehors de cet entretien la question des syndromes spasmodiques des bronches.

Certes, la *congestion menstruelle* joue dans l'étiologie de la bronchite chronique *vraie* un rôle important ; il y a là intrication d'un processus sans doute endocrinien et d'un processus inflammatoire ; c'est un type de flux mixte (travaux de Daremberg et de Sabourin).

Mais le *phénomène de Feuillée* nous enseigne l'existence au niveau du poumon et des bronches d'un processus tout à fait spécial dont vous trouverez l'étude dans les communications originales de cet auteur et dans la thèse de son élève Marcel Breton (Traitement des bronchites chroniques, Jouve, 15, rue Racine, 1925) : nous en résumons les faits essentiels.

« Il peut exister des flux, des congestions, des fluxions comme une ruée cellulaire et humorale se faisant à travers la paroi bronchique sous l'influence d'une cause nerveuse, humorale ou extrapulmonaire, une injection toxique intraveineuse par exemple ».

A la base de tous ces flux, d'après Feuillée, on « trouvera la fatigue et la débilité leucocytaire provoquant une stase, un exode ou un flux ».

Ce flux peut se produire au niveau du poumon sans lésion primitive au niveau de cet organe. « Par injections sous-cutanées de toxiques variées (Soc. médicale des hôpitaux, 26 octobre 1923), il est possible de provoquer rapidement

(1) P. Bezançon et I. de Jong. — Traité de l'examen des crachats.

chez l'animal des lésions intenses de l'appareil broncho-pulmonaire..... Le plus souvent la paroi bronchique a cédé dans toute son épaisseur; elle est morcelée en tronçons de longueur variable dont chacun forme une masse broncho-musculaire comprenant à la fois la couche musculaire et l'épithélium dont les éléments primitivement cylindriques sont ramenés à la forme cubique. » La sclérose apparaît au niveau des lésions dès le 5e ou 6e jour.

Des saignées répétées, la thyroparathyroïdectomie, les chocs peptoniques et anaphylactiques, le froid même, permettent d'obtenir d'emblée ces lésions chroniques des bronches et des alvéoles.

Feuillée pense « de plus que dans bien des cas (Soc. méd. des hôp., 28 juillet 1922), le froid peut produire directement ou indirectement par des troubles humoraux dans les capillaires refroidis une leucolyse d'autant plus forte que la leucopathie préalable du sujet était plus accentuée ». Les sucs de leucolyse provoqueraient le choc colloïdoclasique de Widal, Abrami, Brissaud et ainsi nous étiqueterions bronchite chronique ce qui n'est qu'un chapitre de la colloïdoclasie.

« En résumé, écrit M. Breton, sans aucune cause locale, uniquement par acte leucocytaire consécutif à une dyscrasie sanguine (à une injection intraveineuse par exemple), il peut se produire des flux leucocytaires énormes dans des organes variés comme la peau, le rein, l'intestin, les voies biliaires, les séreuses et les poumons.

« Une partie des leucocytes sort à la peau ou par les canaux évacuateurs non préalablement lésés, les autres infiltrent les organes pouvant se transformer en tissu scléreux sans qu'il y ait comme *primum movens* le moindre trouble local ni la moindre lésion de l'élément noble. »

Nous n'avons pas trouvé les travaux de Feuillée signalés dans plusieurs documents récents. Ils sont pourtant d'autant plus instructifs qu'ils occupent une place à part dans la pathologie respiratoire. Il faut ouvrir un chapitre des *Flux leucopathiques bronchopulmonaires* de Feuillée ; l'avenir nous en dira l'importance, mais ce syndrome ne doit en aucune façon être confondu avec la bronchite chronique microbienne inflammatoire. Il semblerait être mieux en place, en le rapportant à l'étude de l'anaphylaxie de Richet et du choc colloïdoclasique de Widal.

***

Les phénomènes de Feuillée, s'ils ouvrent un chapitre nouveau, semblent *à priori* devoir grouper un nombre de cas relativement restreint. Il en est tout autrement du nombre considérable des banales *bronchorrhées* qui représentent en somme le *catarrhe pituiteux* de Laënnec, que ce maître illustre voulait déjà séparer des affections inflammatoires, et qui correspondent aussi aux bronchites albuminuriques de Lasègue (Etudes médicales, 1884), où malheureusement, il y avait de tout (Lécorché et Talamon). Or, si les médecins ont cru à un certain moment que la microbiologie pouvait revendiquer toutes les sécrétions chroniques bronchopulmonaires, il n'en est plus de même actuellement ; et sur ce point, il suffit de rappeler les travaux précis de F. Bezançon et I. de Jong, leur traité fondamental de l'analyse des crachats, les thèses de leurs élèves, en particulier celle de Jacquelin, les mémoires de Flurin, les recherches de Roger et Valensi sur l'albuminodiagnostic des crachats, les articles de E. Sergent, etc... Dans cette question aujourd'hui tranchée scientifiquement il ne reste que la conclusion à tirer. Elle est simple : *La bronchorrhée, affection d'évolution générale de l'organisme, conséquence du dysfonctionnement du cœur et du rein n'est nullement la résultante d'un processus infectieux ; elle doit donc, au nom de l'étiologie, de la pathogénie, de la clinique et de la thérapeutique être séparée des bronchites chroniques et former une maladie spéciale autonome.*

Le domaine de la bronchorrhée est considérable, elle englobe en somme tous les catarrhes non infectieux des voies respiratoires et, de ce fait, présente certains signes distinctifs importants. Ce sont :

La fréquence d'un passé broncho-pulmonaire complexe, infectieux, spécifique, toxique, etc., ayant laissé des séquelles pulmonaires importantes de sclérose,

L'évolution prolongée,

L'absence d'élévation notable de température en dehors de poussées inflammatoires surajoutées,

La nature des crachats (cytodiagnostic de de Jong), toujours expectorés en grande quantité, qui montre la rareté des microbes, l'existence de mucus précipitable par l'acide acétique, la présence d'albumine à un taux variable faible de 0.75 à 3 %, l'absence ou le faible taux des éléments cellulaires et des polynucléaires intacts ou peu altérés, la richesse en chlorures variable avec la chloruration de l'organisme (1),

L'absence de bacille de Koch ou de tout germe spécifique,

Une atteinte du rein, variant d'un trouble fonctionnel de l'élimination des chlorures décelable par l'épreuve de la chloruration ou d'une augmentation de la teneur du sérum en urée, à la néphrite type chlorurémique, et une défaillance du cœur allant du trouble fonctionnel de l'insuffisance ventriculaire, aux formes cliniques de l'asystolie (lire les travaux de Flurin, et surtout l'importante thèse de Jacquelin (chez Arnette 1922). La tension artérielle sera soigneusement contrôlée, car l'atteinte cardiorénale peut être latente (1).

(1) Thèse Jacquelin, pp. 17 à 19.

Les bronchites chroniques d'origine gastro-intestinale, bien étudiées par Londe, et qui guérissent par un traitement intestinal, seraient à étudier d'après ces données modernes.

La bronchorrhée semble, d'après les travaux récents, devoir reconnaître les types cliniques suivants (lire la thèse de Jacquelin).

a) *La bronchorhée à type de catarrhe pituiteux idiopathique ou franc.* — « La quantité de liquide (F. Bezançon et I. de Jong, *loco citato*) est considérable ; elle peut atteindre 1.000 à 1.500 gr. au moment où le malade rejette le liquide ; la dyspnée est très vive et surtout provoquée par les quintes incessantes de toux. L'état général peut rester bon ». Ce sont les bronchites à hypersécrétion hydromuqueuse considérable des cardio-rénaux (Jacquelin) avérés ou latents, comme les anciennes bronchites, qui doivent se dénommer, bronchorrhée type muqueux, de tous les scléreux pulmonaires. La caractéristique essentielle est le maintien de l'état général, comme si « le catarrhe était un brevet de longue vie » selon la croyance populaire ; une expectoration riche en mucus, véritable type de *hydromucorrhée* avec peu de microbes, peu de polynucléaires et encore sont-ils intacts, etc... Cette expectoration est très abondante, 4 à 500 cc. *pro die* par exemple. Il n'y a éosinophilie sanguine, ni dans le sang, ni dans les crachats. C'est un signe capital pour F. Bezançon et ses élèves.

b) *La bronchorrhée mucopurulente des rénaux* contient d'après nous tous les types de passage entre la bronchorrhée simple à type d'*hydromucorrhée*, et la bronchorrhéite, c'est-à-dire la bronchorrhée maladie d'élimination localisée en grande partie en raison d'une épine broncho-pulmonaire compliquée d'infections bronchiques surajoutées.

Dans ces cas « la flore microbienne est abondante avec altération des leucocytes plus ou moins forte ». Les polynucléaires apparaissent plus ou moins nombreux.

« L'évolution de ces symptômes (Jacquelin, thèse, p. 44) surtout est caractéristique : en effet, elle est lente, prolongée ; la bronchite persiste malgré les traitements habituels dirigés contre elle, et c'est leur insuccès qui incite à rechercher l'état des reins. On trouve alors rarement de l'hypertension, plus souvent de la chlorurémie, et le régime déchloruré supprimant ou tout au moins diminuant les sécrétions bronchiques prouve qu'à leur origine est une imperméabilité rénale ».

c) *La bronchorrhée des gazés* devrait se rapprocher (Loeper) des scléroses broncho-pulmonaires.

d) *La bronchorrhée des goutteux* devrait toujours s'appuyer sur des documents précis (comme les observations citées par F. Bezançon et I. de Jong) ; Bence Jones a signalé une infiltration diffuse uratique des tissus bronchiques; Gigot Suard, Norman Moore, cités par Florand, ont trouvé de l'urate de soude dans le mucus des bronches. Flurin a étudié récemment ces localisations de la goutte sur l'appareil respiratoire. Souvent il s'agit de bronchorrhée chez des goutteux.

Lorsque l'albumine apparaît dans les crachats chez les malades classifiés bronchitiques chroniques, nous avons affaire à un nouveau type clinique où l'œdème pulmonaire prend le premier rôle, ce sont les *œdèmes bronchio-alvéolaires* nés de la défaillance cardiaque, chez des rénaux avérés ou latents (thèse de Jacquelin, page 49). « Sous quelque forme que les œdèmes pulmonaires se présentent, ils sont en rapport avec le fléchissement cardiaque des rénaux.... Il existe un rapport étroit entre l'état de l'insuffisance du cœur et la forme de ces œdèmes. Aux troubles cardiaques légers, correspondent les petits œdèmes pulmonaires, aux troubles graves les grands œdèmes, à la subasystolie lente, les œdèmes chroniques, et au fléchissement cardiaque brusque, le grand œdème pulmonaire ».

Une sclérose pulmonaire préalable est une condition prédisposante importante de ces œdèmes qui obéissent à l'épreuve de chloruration d'Hallion et Carrion ; cette épreuve paraît agir principalement en accentuant l'hyposystolie.

Nous appelons particulièrement l'attention sur la description des *petits œdèmes chroniques latents* (Jacquelin, thèse p. 59), qui ne se traduisent à l'auscultation que par le syndrome d'auscultation de la bronchite banale.

Il est d'ailleurs normal que les perturbations circulatoires retentissent sur les bronches : car il ne faut pas oublier que la vascularisation des parois bronchiques appartient à la grande circulation.

Mais là encore , songez à l'intrication. Sur l'œdème broncho-alvéolaire, vous verrez se développer les pneumococcies (G. Caussade et Logre) ; ce seront alors les bronchio-alvéolites œdémateuses intriquées, association de troubles mécaniques et infectieux.

IV

Dans cette causerie, qui n'a pour but que de classifier les travaux récents de l'Ecole Française, nous avons essayé de démembrer la bronchite chronique classique et de la diviser en rhino-bronchites ou *bronchites inflammatoires chroniques*, *bronchorrhées* avec leurs poussées infectieuses, bronchorrhéites avec leurs diverses origines menstruelle, goutteuse, rénale, troubles de la chloruration, etc., *œdèmes bronchio-alvéolaires* surtout d'origine cardiaque, *flux leucocytaire de Feuillée*, créant une lésion des bronches d'emblée chronique, etc

Voilà autant de têtes de chapitre, qui devront se préciser sur les fondements établis par l'Ecole Française Moderne, et qui font le morcellement des *bronchalgies chroniques*.

Mais en terminant, laissez-moi encore vous rappeler qu'il est impossible de comprendre les affections prolongées de l'arbre respiratoire si vous ne maintenez en parallèle les deux grandes idées directrices adverses du *démembrement* de clinique thérapeutique et de l'intrication, qui vous en explique la complexité clinique.

Cet ouvrier qui, exposé aux poussières, a eu une série de bronchites aiguës, a certainement désinséré les fibres musculaires des bronches ; il est actuellement atteint de rhino-bronchite chronique vraie, type inflammatoire microbien avec la lésion fondamentale de Renaut. Mais en même temps son rein détérioré par la fatigue d'un travail trop lourd, par le saturnisme où l'alcool, demande au poumon son aide pour la déshydratation physiologique et la déchloruration de l'organisme ; le cœur défaillant ajoute un facteur d'œdème à cette bronchorrhée. Et si l'intégrité mal protégée de ses tissus laisse s'établir une fragilité leucocytaire (Feuillée) ou colloïdoclasique (F. Widal), voici le maximum d'intrication : bronchite infectieuse, chronique, bronchorrhée, œdème, asthme cardiorénal composeront un type morbide dont il faut reconnaître la complexité, mais dont il faut aussi comprendre les différents termes initiaux.

C'est à de tels enchevêtrements cliniques que s'appliquait autrefois la dénomination de bronchites chroniques ; ce sont ces phases ultimes qui justifient l'ancienne dénomination et son confusionisme : ils doivent être dénommés *bronchorrhéites intriquées chroniques*, de même que nous avons proposé le terme de *bronchorrhéites intriquées aiguës* pour les formes passagères. Il est utile d'y reconnaître les différents processus, bien que, à ce terme souvent terminal d'évolution, le thérapeute ne puisse que regretter l'insuffisance des efforts antérieurs. F. Bezançon et de Jong écrivent « que la bronchite chronique ne doit pas disparaître, comme une lésion accessoire dans la description des scléroses pulmonaires et de l'emphysème, mais être étudiée comme une affection autonome, car si ses causes sont disparates, son anatomie pathologique, sa symptomatologie en font une véritable entité morbide ». C'est au nom, en grande partie, de leurs beaux travaux que nous repoussons cette conclusion : ils nous ont appris d'une façon définitive que bronchorrhée n'est pas bronchite ; nous ne pouvons retomber dans la confusion de types morbides aussi distincts, dont nous avons le fil conducteur grâce aux idées directrices du démembrement et de l'intrication.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les ruptures de l'hydrocèle vaginale,

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Je vous ai déjà parlé à plusieurs reprises de l'hydrocèle vaginale. Je vous ai montré en quoi consistait cette affection, quels en étaient ses différents symptômes, et quel était le meilleur traitement que l'on pouvait lui appliquer. Je vous ai également signalé en passant quelles étaient les diverses complications que pouvait présenter cette vaginalite séreuse chronique, transformation en hématocèle, infection et rupture : je vais revenir aujourd'hui sur cette dernière complication pour l'étudier plus complètement avec vous ; la raison en est facile à comprendre, étant donné que nous possédons actuellement dans nos salles, un malade qui a présenté cet accident et dont voici l'observation.

Jacques L., âgé de 56 ans, ouvrier charpentier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 septembre 1924. Ses antécédents, tant héréditaires que consanguins, et personnels, ne présentent aucun intérêt. Depuis une dizaine d'années, il était atteint d'une hydrocèle droite, qui jusqu'à ces derniers mois avait évolué d'une façon insidieusement progressive : elle était arrivé à acquérir ainsi les dimensions d'une orange et déterminait par son volume un certain degré de gêne fonctionnelle. Vers la fin du mois de juillet, sans aucune cause apparente, l'épanchement, qui n'avait toujours jusqu'ici progressé que très lentement, se mit à augmenter brusquement, et arriva en quelques jours à présenter les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Un peu inquiet de ce développement si rapide, notre malade alla consulter un médecin, qui lui conseilla une intervention chirurgicale que Jacques L. accepta de suite. Il devait venir se présenter à notre consultation du 15 septembre, lorsque le jeudi précédent, dans le courant de l'après-midi, il reçut au cours de son travail un traumatisme au niveau des bourses : le choc ne fut pas très violent, et notre malade n'éprouva qu'une légère sensation de douleur, à laquelle il n'attacha pas grande importance. Ce

n'est que le soir, en se couchant, qu'il fut frappé du changement d'aspect survenu au niveau de son scrotum : ce dernier au lieu d'être en effet tendu et résistant, était plutôt mou et flasque, alors que la tuméfaction s'était étendue à toute la région. Le lendemain, comme il n'éprouvait pas de souffrances, notre malade se contenta de s'aliter, mais le 13 septembre, la situation étant toujours restée la même, il vint de lui-même à l'Hôtel-Dieu où il fut hospitalisé.

Jacques L. se présente avec un excellent état de santé générale, il ne souffre pas, et n'est pas affecté de troubles de la miction, le pouls est régulier, et la température normale. En l'examinant, on constate que toute la région scrotale, recouverte d'une peau rouge, présentant un certain nombre de taches ecchymotiques, est, particulièrement dans sa moitié droite, le siège d'une infiltration œdémateuse qui remonte en haut jusque vers l'anneau inguinal, et descend en bas jusqu'au périnée ; la verge est en partie envahie. On n'arrive pas par la palpation, qui est pour ainsi dire presqu'indolore, à délimiter l'ancienne collection vaginale et à mettre en évidence le testicule droit.

Le diagnostic ne présentait dans ce cas particulier aucune difficulté, il s'imposait même, étant donné la succession des faits : lorsqu'un malade atteint d'une hydrocèle, voit en effet, à la suite d'un traumatisme, l'épanchement disparaître, en temps que collection bien délimitée et être remplacé par une tuméfaction diffuse de tout le scrotum, sans qu'il y ait aucune réaction inflammatoire générale ou locale, il ne peut s'agir que de la rupture des enveloppes de cette hydrocèle.

Je n'ai pas cru devoir procéder chez notre sujet à une opération d'urgence, je vous en donnerai tout à l'heure les raisons ; le malade ne faisant pas de fièvre, ne souffrant pas, et ne présentant pas de symptômes inflammatoires locaux, j'ai préféré attendre pendant quelques jours, au cours desquels vous avez pu vous-mêmes voir diminuer assez sensiblement la tuméfaction scrotale.

L'intervention n'eut donc lieu que le 18 septembre, sous anesthésie générale à l'éther. L'incision des parties molles, effectuée dans la région antéro-externe, montra une infiltration de tous les tissus, et il me fut assez aisé de procéder ensuite au clivage de la partie interne des enveloppes du testicule, formée ainsi que vous le savez par la tunique fibreuse et le feuillet pariétal de la vaginale.

Ce temps effectué, j'ai essayé de me rendre compte de la situation du point de rupture, mais malgré mes recherches, je n'ai pas pu y arriver, ce qui n'a rien de bien surprenant, car il est souvent impossible de retrouver une solution de continuité à ce niveau. J'ai, en effet, fréquemment remarqué, au cours d'interventions pour hydrocèles, que si l'on ne repérait pas immédiatement avec des pinces les bords de l'incision faite au bistouri, incision servant à l'évacuation du liquide et ne dépassant pas un centimètre, on éprouvait les plus grandes difficultés pour la retrouver lorsque la paroi fibreuse primitivement distendue était revenue sur elle-même.

Aussi, sans plus m'obstiner momentanément dans cette recherche, ai-je ouvert largement la vaginale, bien certain de retrouver l'orifice de perforation en examinant la séreuse par sa face interne. L'incision amena d'abord l'issue d'une petite quantité de liquide légèrement sanguinolent, et me permit ensuite de constater sur la paroi antérieure de la poche l'existence d'une déchirure à direction verticale, mesurant un centimètre et demi, à bords déchiquetés.

Je pratiquai alors l'excision presque complète de la vaginale jusqu'au niveau de ses insertions testiculaires, puis, après une hémostase minutieuse de la surface de section, et la mise en place d'un drainage par un faisceau de crins, je refermai sur deux plans les parois du scrotum. Les suites opératoires furent entièrement favorables, la réunion eut lieu par première intention, et le 30 septembre mon opéré quittait l'hôpital entièrement guéri.

J'ai procédé ultérieurement, selon mon habitude, à l'examen de la vaginale réséquée, qui mesurait une épaisseur de deux à trois millimètres : elle présentait d'une façon générale les lésions ordinaires et banales des pachyvaginalites, mais, en certains points, comme au niveau de la perforation, on relevait un début de dégénérescence granulo-graisseuse, qui avait eu pour effet de diminuer la capacité de résistance de la paroi, incapable de s'opposer désormais à un mouvement d'expansion quelconque.

La rupture de la vaginale dans l'hydrocèle constitue un accident fort rare, mais très anciennement connu, puisque le premier fait signalé remonte à 1767, époque où Bertrandi rapporte le cas d'un homme qui présenta cette complication pendant un excès de boisson au moment où il allait uriner.

Depuis cette époque, déjà un peu lointaine, d'autres faits analogues ont été successivement relatés par Pott, par J.-L. Petit, par A. Cooper, par Pelleteau, par Mayer, par Velpeau, par Denucé, et plus près de nous, par Reverdin, par Baseil, par Mauclaire, par Bailly, par Bosquette, par Thévenot, par Morestin, et par Ramos : Saint-Martin, Burdet et Nory, ont consacré à ce sujet leurs thèses inaugurales.

La rupture de l'hydrocèle vaginale peut se produire dans diverses conditions, à la suite d'un traumatisme, comme dans notre cas, à la suite d'un effort musculaire, ou encore spontanément;

les deux premières variétés sont les plus fréquentes, la dernière est relativement rare.

Les traumatismes peuvent être, vous le concevez aisément, de nature fort diverse ; le plus souvent, la rupture de l'hydrocèle se produit à la suite d'un heurt contre un corps résistant, d'un coup quelconque reçu dans les bourses, ou encore d'un tamponnement. Dans certains cas, il s'est agi de traumatismes d'une nature un peu particulière : c'est ainsi que le malade de Raffray détermina une rupture en s'asseyant par mégarde sur son scrotum, et que celui de Nory rompit lui-même son hydrocèle sous la pression de ses doigts en voulant montrer à son médecin l'indolence de sa lésion. Petit et Potel citent des cas dans lesquels le simple examen de la tumeur fut suffisant pour causer la déchirure des enveloppes testiculaires, et Serre a rapporté le fait curieux d'un malade qui avait pris l'habitude d'écraser son hydrocèle toutes les fois qu'elle devenait trop gênante par le volume qu'elle avait atteint.

La rupture se produit également, vous ai-je dit, au cours d'un effort musculaire, sans qu'il soit nécessaire que ce dernier fût bien violent ; il est même parfois tout à fait insignifiant. La déchirure de la vaginale se produisit chez le malade de Sabatier pendant un accès de toux, et pendant une violente colère chez celui de Lallemand. Les deux malades de Saint-Martin présentèrent le même accident, l'un en voulant se coucher, et l'autre en sautant hors de son lit. C'est en se baissant pour ramasser un objet que le malade dont Thévenot nous rapporte l'histoire ressentit un craquement dans son scrotum, signal-symptôme de la rupture vaginale ; celui de Pelleteau, produisit le même résultat en roulant un tonneau, et celui de Reverdin rompit son hydrocèle en grimpant à un arbre.

Il existe aussi quelques observations dans lesquelles la rupture s'est effectuée spontanément, sans effort et sans traumatisme : un malade, en s'éveillant, s'aperçut que son hydrocèle n'existait plus, et que ses bourses ainsi que sa verge étaient couvertes d'ecchymoses ; le même phénomène se produisit chez celui que Velpeau devait ponctionner pour la troisième fois dans la matinée, et un autre malade, celui de Ramos, en voulant aller à la selle, constata à son grand étonnement que son hydrocèle avait subitement disparu.

Il paraît bien de toute évidence que toutes les hydrocèles ne sont pas susceptibles de présenter de semblables accidents, et qu'il faille, pour qu'ils puissent se réaliser, la mise en jeu de certains facteurs. En effet, de l'ensemble des constatations faites par les différents auteurs, constatations que j'ai pu également relever chez notre sujet, il semble bien qu'il existe deux facteurs intervenant d'une façon presque constante pour provoquer de telles lésions : c'est d'une part l'augmentation plus ou moins rapide de la quantité de liquide épanché dans la vaginale, et de l'autre les altérations que présente la séreuse elle-même.

La première de ces conditions ne paraît pas cependant tout à fait indispensable, car elle manque dans un certain nombre d'observations : un des deux malades opérés par Mauclaire, celui de Saint-Martin et celui de Walther n'avaient pas présenté ce phénomène très net chez notre sujet.

L'augmentation de volume de l'hydrocèle peut se faire très rapidement, comme dans notre observation, dans celles de Delore, de Bosquette, et de Ramos ; dans d'autres cas, la distension de la poche au lieu de se produire en quelques jours, s'effectue progressivement, ainsi que le rapportent Bordet, Reverdin et Thévenot. Qu'il s'agisse d'ailleurs d'un accroissement lent ou rapide, il apparaît toujours sans cause apparente, il ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux.

D'après Reverdin, l'augmentation du liquide de l'hydrocèle serait en rapport avec une poussée inflammatoire discrète, ou peut-être avec une gêne de la circulation, qui agirait directement sur la vaginale, en y apportant des modifications de structure qui la rendraient plus fragile. Il est incontestable d'autre part, que l'hypertension vaginale ne peut que gêner la circulation dans la séreuse. Il y a là une double hypothèse, peut-être un peu théorique, mais il n'en reste pas moins acquis, comme le fait observer fort justement Thévenot, qu'il convient de surveiller étroitement les hydrocèles à développement rapide.

Quant à l'influence du deuxième facteur, elle nous est bien montrée par l'examen de la vaginale rompue. Presque toujours, elle est atteinte de lésions de pachyvaginalite avec dégénérescence hyaline ou granulo-graisseuse se traduisent par des plaques laiteuses rappelant les plaques d'athérome. Pendant que la plus grande partie de la séreuse s'hypertrophie d'une façon plus ou moins régulière, et peut arriver à mesurer jusqu'à trois et quatre millimètres d'épaisseur, qu'elle présente même en certains points une consistance véritablement osseuse, en d'autres endroits, au niveau des plaques laiteuses, le tissu est au contraire mou et friable.

Il s'ensuit que les perforations qui se produiront au niveau de la vaginale ne se feront pas au hasard, mais correspondront à ces points lésés, offrant par eux-mêmes une moindre résistance : elles pourront par suite occuper n'importe quel point de la séreuse et ne présenteront pas de siège de prédilection constant, comme le prouve bien l'examen des diverses observations publiées, et cela contrairement à ce que certains auteurs avaient cru pouvoir avancer à la suite de recherches expérimentales cadavériques, bien qu'il me paraisse tout à fait hasardeux de vouloir con-

✦✦✦✦

clure de la vaginale saine à la vaginale malade. C'est ainsi que Saint-Martin avait cru trouver que la tunique vaginale se rompait toujours dans sa partie supérieure, ce qui venait en confirmation des recherches anatomiques de Béraud, qui avait décrit dans la partie supérieure de la séreuse des culs-de-sac à parois minces, constituant autant de points faibles pour une vaginale distendue. Des recherches plus récentes, dues à Delore et Burdet et à Sébileau n'ont pas permis de soutenir une pareille hypothèse, que contredisent d'ailleurs tous les faits observés, car ces auteurs ont été amenés à constater que la rupture expérimentale de la vaginale ne se produisait pas d'une manière constante sur la partie antérieure ou supérieure de la séreuse.

La rupture peut donc siéger en n'importe quel point de la vaginale ; on ne l'observe pourtant qu'assez rarement à la face postérieure (cas de Morestin) ; elle est peut-être un peu plus fréquente à la face interne (les cas rapportés par Delore et par Ramos nous en montrent de fort beaux exemples), mais son vrai siège de prédilection est situé à la face antérieure.

La perforation en elle-même peut se présenter de diverses manières : tantôt elle apparaît comme un orifice à peu près circulaire offrant un diamètre de deux à quinze millimètres, tantôt elle revêt la forme d'une fente allongée verticalement, à bords plus ou moins déchiquetés, pouvant atteindre jusqu'à sept centimètres d'étendue : dans notre cas, la solution de continuité ne mesurait qu'un centimètre et demi.

Que survient-il alors, une fois la rupture constituée ? Le liquide d'hydrocèle, ainsi mis en liberté peut diffuser dans tout le tissu cellulaire des bourses, ou au contraire, par suite de certaines dispositions particulières, rester autour du testicule.

Dans un petit nombre de cas, la rupture de la vaginale ne s'accompagne pas d'infiltration, par suite de la formation d'une poche extra-vaginale en regard de la perforation. Les lamelles du tissu conjonctif, refoulé en ce point, se sont en effet tassées pour constituer une sorte de pseudo-membrane d'enveloppe, ce qui entraîne, soit l'existence d'une collection enkystée du scrotum superposée à l'hydrocèle, soit la transformation de cette dernière en une tumeur biloculaire dont les deux poches communiquent par un orifice plus ou moins rétréci.

De même, lorsque le feuillet pariétal de la vaginale se déchire seul, ce qui n'a lieu qu'assez rarement, le liquide ne peut s'épancher que dans la cavité périvaginale de nouvelle formation. Bridé dans son extension par la tunique fibreuse, il ne peut s'étendre bien loin, et remonte autour du cordon vers l'anneau inguinal, donnant à la collection enkystée un aspect piriforme.

Dans les cas au contraire, beaucoup plus fréquents, de rupture de la vaginale et de la fibreuse, il se produit une véritable infiltration de tout le tissu cellulaire des bourses, avec envahissement possible, dans les cas de grosses collections, de la verge, du périnée et de la paroi abdominale inférieure.

La rupture peut ne s'accompagner d'aucune hémorragie, et le liquide qui infiltre alors les parties molles ne diffère en rien du liquide de l'hydrocèle ; suivant l'expression de Bertrandi, il s'agit d'hydrocèles dont les eaux sont toutes passées dans les tuniques cellulaires des bourses. Dans d'autres cas, cette rupture se complique de la destruction de quelques vaisseaux ; on ne se trouve plus alors en présence d'un liquide clair, mais bien d'un épanchement séro-hématique, qui infiltre les téguments et leur donne une teinte violacée ecchymotique.

La symptomatologie de cet accident, qui se manifeste ordinairement chez des sujets de quarante à soixante ans, bien qu'il puisse s'observer chez des jeunes gens (vingt ans dans l'observation de Poncet) ou chez des vieillards (quatre-vingt-cinq ans dans l'observation de Walther), est généralement des plus simples.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un homme porteur depuis plusieurs années d'une hydrocèle, dont le volume s'est nettement accru au cours des derniers mois, et c'est au cours d'un effort musculaire, à la suite d'un traumatisme, ou même spontanément (pendant le sommeil ou dans la station assise) que s'est produite la rupture. Au moment où cet accident a lieu, le malade perçoit la plupart du temps un bruit de craquement assez net, accompagné ou non d'une sensation douloureuse plus ou moins vive, et lorsque la rupture s'effectue pendant la nuit, comme dans les cas rapportés par Velpeau, par Mayer, et par Reverdin, il est tout surpris, au moment de son réveil, des modifications qui se sont passées au niveau de son scrotum.

Assurément, lorsque la vaginale seule a été déchirée, la rupture peut passer inaperçue, car il s'est produit uniquement un changement dans la manière d'être de la tumeur scrotale qui d'arrondie est devenue piriforme ; je vous en ai déjà donné la raison, qui tient à ce que le liquide est bridé par la tunique fibreuse et ne peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire lâche.

Il en est tout différemment lorsque la tunique fibreuse a été également intéressée ; l'hydrocèle disparaît alors plus ou moins complètement en tant que tumeur, les bourses sont infiltrées par un épanchement séro-hématique, et la verge présente dans certains cas un œdème assez accentué pour gêner la miction. A travers les parois scrotales flasques et molles, on peut parfois

sentir de nouveau le testicule, et plus rarement l'orifice de perforation.

Que se passe-t-il ultérieurement ? Ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle que le scrotum reste rouge et tendu, et qu'il s'établit du fait de l'écoulement de l'urine une irritation tégumentaire tendant à l'excoriation et à l'infection secondaire des parties molles sous-jacentes.

Dans quelques cas, l'épanchement peut s'organiser au milieu du tissu conjonctif, et il se crée une véritable poche kystique demeurant en communication avec la vaginale, à moins que, par suite de l'oblitération progressive de l'orifice de communication, les deux cavités ne soient devenues indépendantes l'une de l'autre.

Mais presque toujours l'épanchement se résorbe, et l'on a autrefois eu tendance à considérer la rupture de l'hydrocèle comme un mode de guérison spontanée de cette affection. Il n'en est rien cependant, car lorsque la résorption s'est effectuée et l'orifice de perforation oblitéré, la collection liquide se reproduit rapidement, et l'on constate au bout de quelques mois que l'hydrocèle a repris ses dimensions primitives.

Le diagnostic de cette complication ne présente guère de difficultés. On pourrait au premier abord, devant des bourses subitement rouges et œdémateuses, songer à une périurétrite gangréneuse se manifestant à l'étage inférieur du périnée, mais l'absence de sensations pénibles, de toute espèce de réaction locale ou générale et la notion d'une hydrocèle préexistante subitement disparue, ne pourront permettre une pareille erreur.

On ne confondra pas non plus une rupture spontanée avec un *hématome pariétal :* lorsque ce dernier succède à la déchirure vaginale, l'hydrocèle avait déjà acquis un certain volume, le malade en connaissait l'existence, et il sera toujours facile de reconnaître que la tumeur scrotale n'existe plus.

Devant une semblable complication, on peut se demander s'il ne convient pas d'intervenir d'urgence : l'incision des parties molles aiderait en effet à la disparition de l'infiltration, et l'on aurait de plus tout intérêt à pratiquer l'exérèse d'un feuillet séreux atteint de pachyvaginalite. Mais si l'on songe à la facilité avec laquelle s'infecte le tissu cellulaire du scrotum, on comprend aisément qu'une pareille conduite ne doit pas être érigée en règle absolue, et qu'il convient de la réserver à certains cas, à ceux en particulier où il y a une distension notable des téguments, et où l'écoulement de l'urine sur leur surface pourrait entraîner leur ulcération, et secondairement l'infection des parois scrotales infiltrées.

D'ailleurs, de par leur évolution même, les ruptures de l'hydrocèle ne nécessitent pas un traitement chirurgical immédiat ; par le repos au lit, et par une compression méthodique du scrotum, on facilitera la résorption du liquide et l'on assistera dans la presque totalité des cas à la disparition assez rapide de cette complication. Comme son apparition a cependant montré qu'il existait du côté de la vaginale des altérations profondes, il est de toute évidence que l'hydrocèle nécessitera, pour guérir, un traitement actif, qui devra consister en l'ablation de la plus grande partie du feuillet séreux préalablement retourné, ablation que l'on pourra pratiquer en toute sécurité après quelques jours d'expectation, pendant lesquels les premiers phénomènes auront eu tout lieu de s'apaiser.

CAUSERIE CHIRURGICALE

La direction actuelle de la technique opératoire vers la conservation et la construction,

Par Dartigues.

Tout en agrandissant son domaine, la chirurgie fait des mises au point de sa technique qui lui permettent des audaces plus grandes. Est-il besoin de rappeler que la *chirurgie traumatique du cœur* voit de plus en plus ses tentatives couronnées de succès, et va maintenant jusqu'à pratiquer la suture des plaies du ventricule *droit* dont la paroi est beaucoup plus mince que la gauche, et même jusqu'à pénétrer en pleine cavité ventriculaire ouverte délibérément pour en extraire un projectile (cas de Beaussenat) ; que la chirurgie en *plèvre libre* a fait de grands progrès pour l'extirpation des tumeurs intra-thoraciques, que la *chirurgie intestinale* opère de plus en plus les appendicites à chaud, négligeant même le drainage (Ombrédanne), que la *chirurgie cérébro-médullaire* s'attaque à des tumeurs de difficile accès, comme les tumeurs ponto-cérébelleuses, que la *chirurgie dermatologique ou cutanée* ne craint pas de pratiquer des excisions très larges au bistouri de certains lupus de la face suivies de greffes épidermiques.

Mais laissons ces exemples, et tant d'autres qui montrent combien est grande la puissance actuelle d'action de la chirurgie, et retenons surtout la caractéristique qui s'en dégage, c'est-à-dire

la tendance progressive de la technique opératoire vers la conservation des organes et la construction anatomique, et par conséquent, en même temps, la restauration physiologique. La chirurgie a été longtemps, en grande partie, destructive et suppressive, c'est-à-dire qu'elle ne parvenait à détruire le mal qu'au prix du sacrifice de l'organe ou de la région qui en sont l'origine et le siège. Cette période organoclaste, si je puis ainsi dire, dure toujours. La chirurgie sera dominée longtemps par l'exérèse ; bien que la période héroïque des grands combats chirurgicaux d'extirpation soit passée, le chirurgien se mesure souvent encore avec de grandes difficultés d'extirpation. Nous ne voyons plus autant les énormes tumeurs pesant des kilogrammes, comme à l'époque de notre jeunesse, parce que le public est plus informé et éduqué et que les opérations deviennent de plus en plus précoces : mais la négligence et la peur, sentiments de toujours, amèneront de temps à autre, des cas difficiles pour lesquels le malade aura attendu l'ultime minute : le vrai opérateur ne reculera pas.

Cependant la chirurgie devient de plus en plus conservatrice et, chose digne de remarque, ce qui détermine ce courant conservateur, ce n'est pas seulement la technique plus précise, ce sont les nouvelles notions physiologiques plus complètes, plus exactes qui nous viennent des laboratoires de chirurgie expérimentale et que recueille aussi le chirurgien dans le domaine d'observation clinique où il a pu se rendre compte des inconvénients d'une suppression trop hâtive ou trop complète de certaines fonctions.

Pour les membres, il y a déjà longtemps que la chirurgie réalise, autant qu'il est possible, la conservation dans les traumatismes et les infections et, s'il est plus difficile de soigner et conserver un membre que de l'amputer, il y a cependant intérêt à conserver tout ce que l'on peut, non seulement pour une moindre mutilation, mais pour l'utilisation physiologique de ce qui reste.

En gynécologie, les opérations mutilatrices sont de plus en plus réduites : ainsi, le courant conservateur qui existe depuis nombre d'années déjà, et auquel j'ai contribué avec Segond, Tuffier, Témoin, à propos de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes, reprend une nouvelle faveur et on revient davantage à la *fibromyectomie*, même au cours de la grossesse. Beutner, Lecène et G. d'Allaines ont préconisé l'*hystérectomie fundique* qui se contente d'exciser la voûte utérine ; R. Petit, Tuffier, la conservation de l'utérus après salpingectomie bilatérale, et la conservation d'un ovaire qu'ils incluent dans l'utérus : dans un cas vraiment curieux et encourageant, cette opération a été suivie d'une grossesse à terme.

Lardennois a pratiqué la *salpingotomie* et la *salpingostomatoplastie* dans le cas de pyosalpinx lorsque la température est tout à fait tombée et que le pus est devenu tout à fait aseptique. Du reste, cette question de chirurgie annexielle conservatrice est liée à toute la question de la stérilité que je ne peux traiter ici et à propos de laquelle je dois bien dire que, sous le rapport chirurgical, beaucoup de nos collègues n'entrevoyant qu'un côté du problème, pratiquent des opérations de stomatoplastie utérine par voie vaginale, et négligent de faire des opérations de stomatoplastie tubaire de complément, souvent nécessaires du côté abdominal, et je ne parle pas bien entendu de tout le côté médical et endocrinien si important, la question de la stérilité féminine étant des plus complexes.

De même, récemment, un courant se dessine, en chirurgie des voies biliaires pour la conservation du réservoir de ces voies, la vésicule biliaire, après cholécystotomie pour lithiase.

En somme, que ce soit au point de vue des fonctions locomotrices, digestives et biliaires, de la menstruation, de la fécondation et de la reproduction, et de bien d'autres processus fonctionnels, la chirurgie respecte de plus en plus la physiologie et prend ses mots d'ordre pour s'autoriser à intervenir.

Mais elle fait plus : elle devient de plus en plus édificatrice et constructrice ; et d'ailleurs, le plus souvent, maintenant, quand elle démolit l'œuvre anatomo-pathologique c'est pour combler le vide et créer une nouvelle organisation et rétablir une fonction.

Voici quelques exemples glanés pour donner de la substance concrète à ces généralités.

Parmi les plasties courantes, il faut citer d'abord celles de l'appareil locomoteur : les *ostéoplasties* pour rétablir la rigidité de la colonne vertébrale dans le mal de Pott, au moyen de greffons tibiaux par la méthode d'Albee, pour oblitérer l'orifice rachidien d'un spina-bifida au moyen d'une rondelle de rotule, par la méthode d'Arquellada ; les *arthroplasties* pour ankyloses articulaires, et la transplantation trochantérienne dans les cas de luxation congénitale irréductible de la hanche par les méthodes de Veau, Lamy Dupuy de Frenelle ; les *myoplasties* des membres autour de la partie conservée des leviers osseux après les amputations et constituant ce qu'on appelle la cinématisation des moignons qui n'est autre qu'une utilisation de groupes musculaires auxquels on donne de nouveaux points d'appui et d'action.

A ces myoplasties périphériques pour ainsi dire, il faut ajouter les myoplasties sphinctériennes ou confection de sphincters artificiels comme celle d'Yzquierdo avec le releveur de l'anus, celle de Ferrari avec les faisceaux musculaires de grand fessier.

Je citerai encore tout un groupe de *génito-*

plasties telles que la génitoplastie amasculine externe ou réfection d'organes génitaux mâles, comme Bonamy, Dumas et moi en avons fourni de très beaux cas, pour éléphantiasis, brûlure, etc. ; la génitoplastie féminine externe dont la périnéorraphie, avec fusion des releveurs, est cas le plus banal, mais dont l'opération de Baldwin ou la constitution d'un vagin artificiel au moyen d'une anse intestinale grêle, ou l'opération de Wagner avec un segment du gros intestin qui a été suivie une fois de grossesse et d'accouchement à terme, sont les cas les plus étonnants ; les génitoplasties féminines internes, telles que les salpingoplasties et les inclusions utéro-ovariennes conservatrices sont les exemples les plus curieux.

A côté des plasties, il y a aussi toutes les *anastomoses* qui ne sont, en définitive, que des plasties : telles que les anastomoses et canalisations des voies digestives qui sont le fond de la chirurgie gastro-intestinale : *des voies biliaires* avec, au besoin, une tubulisation artificielle d'attente comme un drain de caoutchouc autour duquel toutes les parties avoisinantes font corps, des *voies urinaires*, comme les urétéro-néostomies cystiques ou pyéliques et les urétro et urétéroplasties.

Parmi les anastomoses, mais non canaliculaires, il ne faut pas oublier des anastomoses destinées à rétablir une fonction perdue : les *anastomoses tendineuses*, dans la paralysie infantile et certains traumatismes, les *anastomoses nerveuses* dont les plus curieuses sont celles de certains nerfs craniens pour rétablir les mouvements des muscles les plus essentiels de la mimique (orbiculaire des paupières, releveur de l'aile du nez, buccinateur, segment supérieur de l'orbiculaire des lèvres) dans la paralysie faciale par lésion ou section chirurgicale : par exemple l'anastomose avec le nerf spinal tentée par Furet et J.-L. Faure, ou avec le nerf hypoglosse, par Ballance, ou avec le nerf masséter du trijumeau, récemment par Escat et Viela.

Et après les plasties et les anastomoses, il y a aussi tout le groupe des opérations fixatrices ou pexies s'adressant aux organes ayant plus ou moins abandonné leur poste, ainsi la gastropexie (opération de Perthes), l'hépatopexie (opération de J.-L. Faure), la néphropexie, la ligamentopexie utérine, l'orchidopexie, toutes opérations reposant aujourd'hui sur un choix plus anatomique des techniques de façon à se rapprocher le plus possible de la morphologie normale en même temps qu'à obtenir un résultat physiologique plus convenable.

Je ne reviens pas sur la chirurgie esthétique dont j'ai déjà parlé et qui est essentiellement plastique et je terminerai par l'exemple si suggestif de la chirurgie des greffes viscérales glandulaires qui édifie avec des éléments pris hors de l'individu, à ses semblables, ou même avec des prélèvements organiques faits aux animaux. Parmi ces dernières, je citerai les greffes sexuelles testiculaires ou ovariennes, les greffes thyroïdiennes par la transplantation de greffons anthropoïdiens. La greffe, suivant la méthode de Voronoff, que j'ai appelée anthropoïdo-anthropique basée sur le principe de la possibilité la plus grande de la prise des greffons en s'adressant à ce que nous avons appelé, cet auteur et moi, l'homéogreffe, à défaut de l'homogreffe, a donné les résultats les plus encourageants et qui sont intéressants par leur portée zoologique et biologique.

En somme, vous le voyez, une des destinées les plus certaines de la chirurgie qui n'est, à mon sens, qu'à un stade encore peu avancé de son évolution, pour si rayonnant soit-il, est d'être de plus en plus édificatrice dans le sens simultané anatomique et physiologique. En faisant des bouches et des abouchements, des canalisations de toutes les voies de l'organisme, des revêtements de muqueuses et de peau, en créant des articulations, des leviers avec une myologie utilisable dans le sens cinématique, des sphincters de continence, des organes de copulation et de reproduction même, des liaisons d'innervation par lesquels s'établit une substitution d'influx nerveux central et qui va jusqu'à rendre à la face immobile son expression humaine de vie, et en créant par la greffe endocrinienne des centres hormoniques dans les organismes déficients dans une ou plusieurs des notes du grand clavier endocrinien qui régit l'organisme, en édifiant tout cela et en rendant des services pratiques de résurrection de fonctions diverses abolies, la chirurgie s'élève dans les plus hautes sphères de la physiologie et de la biologie.

Du reste, remarquez-le, à côté de la chirurgie *individuelle*, concernant l'individu isolé, est en train de s'établir une chirurgie *collatérale*, c'est-à-dire empruntant le matériel vivant d'édification à d'autres hommes ou à des animaux, et en opérant simultanément receveur et donneur. Cette chirurgie ouvre des horizons immenses que notre esprit pressent surtout. Si, par des méthodes biologiques, nous arrivons à transformer physiologiquement des êtres de façon à rendre leurs humeurs et leurs tissus assimilables qui sait si nous ne parviendrons pas à « humaniser » par des sérothérapies appropriées les organismes animaux de façon à les rendre en quelque sorte similaires par rapport à nous, grâce à leur substance vitale transformée et transposée ? Qui sait si nous ne créerons pas par nous-mêmes un transformisme artificiel chez les êtres que nous destinerons à notre usage thérapeutique ; et alors pourquoi n'espérerions-nous pas que les greffes aient un caractère de pérennité qu'on leur refuse, bien que par les expériences faites, on doive

leur reconnaître en tout cas un rôle ou de soutien anatomique ou d'attente physiologique en attendant la réfection et la reprise salutaire de l'organisme ? Qui sait si, par suite de modifications du milieu sanguin on ne parviendra pas à réaliser la transfusion animale à l'homme, de telle sorte que nous aurons des réservoirs de sang intarissables à notre disposition, de quoi régénérer l'humanité dolente ?

Comme je l'écrivais récemment dans un livre : « l'homme peut désormais manier la plastique humaine vivante, comme le sculpteur manie la glaise, l'ingénieur les forces de la nature, le chimiste les corps simples pour les combinaisons les plus inattendues, l'éleveur des races animales, l'horticulteur pour les végétaux et les fleurs. » Ce qu'il fait actuellement par la sélection, l'élevage, l'alimentation, l'entraînement, pour nous donner des animaux splendides dans leur puissance en action, pour rénover et exalter des plantes afin de nous donner la succulence de fruits admirables et savoureux, ou nous faire goûter des liqueurs merveilleuses issues des pampres ensoleillés, pour faire épanouir les plus merveilleuses fleurs dans une orgie de couleurs et de parfums, pourquoi ne le ferait-il pas pour l'homme ainsi de plus en plus haussé à la supériorité dominatrice de sa destinée de vie harmonieuse dans la beauté, la santé, la force et l'intelligence ?

Par les greffes endocriniennes, sexuelles et thyroïdiennes surtout, par les modifications et transfusions humorales, l'homme peut faire, défaire, refaire, quintescencier l'œuvre de la création qui n'a pas été figée, puisqu'elle n'est, au contraire qu'une évolution et une transformation éternelles. Il est donc le maître des maîtres qui se perfectionne sans cesse sur un domaine immense et peut-être infini qu'une raison suprême, toujours inconnue, mais dont chaque jour nous nous rapprochons sûrement, a divinement offert à son effort. Aussi, y a-t-il de beaux jours, même dans le plus profond lointain de l'avenir, pour la chirurgie qui participera de plus en plus à cette édification et à cette rénovation.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'insuffisance ventriculaire gauche, son rôle en pathologie cardiaque.

Les symptômes fonctionnels, pas toujours au complet, varient avec chaque malade ; ce sont essentiellement des manifestations dyspnéisantes et douloureuses de la région précordiale, suivant une évolution chronique ou paroxystique (asthme cardiaque, œdème aigu et angine de poitrine).

Les symptômes physiques sont cardiaques (hypotonicité myocardique avec bruit de galop, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, souffle d'insuffisance aortique fonctionnelle ; modifications du rythme) et vasculaires (tension artérielle, hémorragies diverses, etc.).

D'autre part, l'évolution de l'insuffisance ventriculaire gauche est caractérisée par des congestions viscérales (poumon, foie, rein, cardiaques ; tube digestif, cerveau cardiaques) et par des œdèmes périphériques. Cette insuffisance s'observe au cours de l'aortite, de l'hypertension, des endocardites et lésions valvulaires, des myocardites, etc.

Elle a donc ses caractères tranchés comme l'insuffisance ventriculaire droite. Mais, autant celle-ci est rare, possède une symptomatologie réduite et relève de causes limitées, autant l'autre apparaît dominant par sa fréquence la pathologie cardiaque, riche de symptômes, riche surtout d'une étiologie qui se grossit chaque jour.

De cette diversité des formes cliniques et étiologiques de l'insuffisance ventriculaire gauche résulte nécessairement une évolution incertaine et variable. Autant celle de l'insuffisance ventriculaire droite s'annonce presque toujours la même, rapide et implacable, autant l'autre a ses caprices, ses brusqueries imprévues, ses dénouements tragiques et subits, ses rémissions prolongées aussi déconcertantes que ses rechutes. Autant, enfin, l'une est rebelle à toute thérapeutique, autant l'autre permet, dans certaines conditions, et d'une façon évidemment relative, les plus grands espoirs, d'après Ch. Laubry, D. Routier et P. Oury. (*La Presse médicale*, 4 avril 1925.)

Résultats de la sympathectomie, faite sur les artères hypogastrique et ovarienne en gynécologie.

De huit observations de M. Leriche, il résulte que la sympathectomie peut être une grande ressource thérapeutique en gynécologie, dans certains syndromes douloureux d'origine bien déterminée et dans les troubles sensitifs, trophiques ou secrétoires, qui n'ont pas de cause apparente et pour lesquels on ne sait que faire (aménorrhée, dysménorrhée, douleurs pelviennes).

Si l'on admettait avec l'auteur l'hypothèse d'après laquelle l'hormone ovarienne, qui assure l'harmonie anatomo-physiologique de l'appareil génital, ne peut agir sur les organes que si l'appareil nerveux du système vasculaire local est normal, et que celle-ci provoque une action de même sens physiologique que la sympathecto-

mie, on imagine aisément la place que cette sympathectomie pourrait tenir dans la thérapeutique des dystrophies génitales et des insuffisances ovariennes. Tous les essais pratiqués jusqu'à présent montrent qu'une série de syndromes, échappant encore à la thérapeutique et pour lesquels souvent on se laisse aller à des ablations ovariennes parfaitement inutiles, sinon aggravantes, sont probablement justiciables d'une névrotomie sympathique. (*La Presse médicale*, 11 avril 1925.)

Valeur discutable du traitement iodé dans la tuberculose chronique de l'adulte.

Tout essai thérapeutique visant la guérison clinique de la tuberculose pulmonaire est sans valeur quand on perd de vue l'extrême variabilité des formes cliniques de la tuberculose de l'adulte.

Son traitement par l'iode a été proclamé partout sous une forme très favorable. Or, des essais de thérapeutique iodée réalisés par S. I. DE JONG et J. CHRISTOPHE il ressort que dans les trois quarts des cas l'action est absolument nulle (on aurait même observé quatre fois des hémoptysies semblant nettement en rapport avec le traitement). Dans un quart des cas, il y a action favorable apparente se traduisant par une augmentation de poids de quelques livres avec amélioration passagère de l'état général. Mais, dans ces quelques cas heureux, la valeur réelle du traitement iodé apparaît encore problématique si l'on veut bien, dans les résultats obtenus, faire la part légitime de ce qui revient au modeste traitement hygiéno-diététique, dont bénéficieront les malades en plus de toute thérapeutique médicamenteuse.

Le véritable traitement héroïque et spécifique de la tuberculose pulmonaire devra aboutir à la disparition rapide et indiscutable des lésions. Il est à souhaiter qu'un jour on nous apporte un traitement réellement efficace de la tuberculose par l'iode sous une autre forme que celle connue actuellement ; on n'a pas, en effet, l'impression que l'on tienne la solution du problème avec les formes *actuelles* de la thérapeutique iodée. (*La Presse médicale*, 8 avril 1925.)

De la fréquence de la méningococcie à forme purpurique.

Nombreux sont les agents pathogènes, cause de purpuras ; mais, depuis quelques années, écrit B. LE BOURDELLÈS, le méningocoque a été fréquemment identifié dans les purpuras infectieux, et celui-ci doit actuellement être considéré comme étant fréquemment l'agent du purpura.

Quant au diagnostic, la clinique n'apporte pas toujours les éléments nécessaires; la notion d'épidémicité manque; le laboratoire doit donc dépister l'infection méningococcique, et ce dépistage se montrera parfois difficile, même avec la technique qui convient à la fragilité du germe et à ses particularités culturales.

Parfois, on sera mis en éveil par la présence du méningocoque dans le mucus rhinopharyngé du malade ou de l'entourage. Rechercher aussi le pouvoir agglutinant du sérum des malades.

Cette recherche du méningocoque dans les purpuras est d'autant plus importante que nous possédons dans le sérum antiméningococcique, manié avec méthode et tenacité, une arme puissante. (*La Presse médicale*, 20 mai 1925.)

De l'action des substances ingérées sur la sécrétion gastrique.

D'un travail fort intéressant de Léon MEUNIER il ressort que le travail gastrique se produit en deux temps :

1° Une *sécrétion psychique*, fonction du goût et déclenchant la digestion gastrique ;

2° Une sécrétion dépendant du contact alimentaire avec la musqueuse gastrique. Elle ne paraît pas fonction de la qualité de l'aliment qui agit par mode réflexe, chaque aliment ayant une action excito-motrice secrétoire élective sur les éléments périphériques des nerfs centripètes.

Cette sécrétion *intra-gastrique*, d'après les expériences de l'auteur, paraît d'ordre osmotique, et fonction des éléments solubles apportés par les aliments.

Les matières albuminoïdes mettent cette sécrétion gastrique en branle, par les sels, les substances extractives, les matières azotées solubles dans le suc psychique secrété ou dans le liquide salivaire. Ces matières albuminoïdes sont donc des excitants intragastriques très actifs.

Les matières amylacées mettent surtout cette sécrétion gastrique en branle par les substances sucrées solubles, qui résultent de la digestion salivaire. Ce sont donc des excitants intra-gastriques moyennement actifs.

Les matières grasses, n'apportant aucun élément solubilisable dans la digestion bucco-stomacale, n'entraînent de ce fait aucune sécrétion intra-gastrique. Au contraire, par leurs propriétés physiques, elles forment une sorte de calfatage des glandes stomacales, et, de ce fait, elles sont inhibitrices de la sécrétion gastrique.

Enfin les substances chimiques ou médicamenteuses solubles excitent d'autant plus la sécrétion intra-gastrique que leurs solutions s'éloignent plus de la concentration répondant à $\Delta = 0{,}40$.

Pratiquement, il faut retenir qu'avec une même alimentation azotée, une même viande, on peut diminuer la sécrétion gastrique en épuisant, par l'ébullition, les sels et les matières extractives de cette viande ingérée.

Un gavage par sonde d'une pulpe de viande ainsi épuisée, en supprimant la sécrétion psy-

chique et la sécrétion intra-gastrique, sera un procédé d'alimentation qui réduira à zéro la sécrétion gastrique. Le bouillon, au contraire, très riche en substance extractive, est un puissant excitant de la sécrétion gastrique.

On peut également augmenter la sécrétion en additionnant tout aliment d'un sel soluble, chlorure de sodium par exemple, qui élève la concentration et le degré cryoscopique du milieu gastrique. (*La Presse médicale*, 1er avril 1925.)

Sur les tabes sans réactions méningées ou avec réactions méningées dissociées.

Dans certains cas rares, le tabes ne s'accompagne d'aucune réaction méningée décelable par la ponction lombaire : lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de Wassermann. Cliniquement, ces tabes n'offrent rien de particulier ; peut-être toutefois, les arthropathies y sont-elles particulièrement fréquentes.

En attendant les examens anatomiques, on peut, à titre provisoire, d'après MM. Babonneix et Pollet, formuler plusieurs hypothèses pour expliquer de tels cas :

a) Tabes tout à fait au début ;

b) Tabes fixé. Elle est en contradiction avec nombre de faits ;

c) Existence des cloisonnements sous-arachnoïdiens. Ingénieuse, elle est assez vraisemblable et pourra être confirmée ou infirmée par la pratique des ponctions lombaires étagées.

d) Siège profond des lésions, n'intéressant pas les méninges, soit qu'elles se localisent aux origines médullaires du grand sympathique, soit qu'elles siègent aux parties centrales des racines postérieures ;

e) Existence, chez les malades, d'une tuberculose scléreuse éteignant, pour ainsi dire, réactions sanguines et pie-mériennes.

L'absence de toute réaction du liquide céphalo-rachidien ne suffit donc pas à éliminer le diagnostic de neuro-syphilis active en général et celui du tabes en particulier. Au praticien de faire la discrimination pour savoir s'il s'agit, ou non, d'un tabes évolutif, Dans le premier cas, un traitement spécifique énergique s'impose ; dans le second cas, son utilité est plus que discutable. (*Gazette des hôpitaux*, 26-28 *mai* 1925.)

Traitement des luxations anciennes et irréductibles de l'épaule.

MM. Charrier et Chauvenet, à l'occasion d'un malade qu'ils ont opéré avec succès, étudient les luxations anciennes et irréductibles de l'épaule et quel est le traitement efficace dont elles sont justiciables.

Parmi les différentes méthodes opératoires proposées par les classiques, ils donnent la préférence à celle de Morestin-Bazy, dans laquelle l'incision a la forme d'une L renversée, dont la branche verticale, longue de 0,10, part de l'apophyse coracoïde pour descendre jusqu'à la partie supérieure de la face interne du bras ; l'horizontale partant de l'extrémité supérieure de la première.

Pour les auteurs, ces luxations sont, en général, justiciables d'un traitement chirurgical après essai de réduction non sanglante par les méthodes de douceur. « La voie d'accès qui, à l'heure actuelle, est la mieux réglée, est celle de Morestin Bazy, qui donne du jour sur le paquet vasculo-nerveux, sur la tête humérale et la cavité glénoïde. L'âge du sujet, les lésions importantes de la glénoïde. seront en faveur de la résection de la tête ; chez un sujet jeune, avec des lésions peu marquées des surfaces articulaires, on fera la reposition sanglante. Ces opérations seront toujours difficiles et délicates à exécuter. Aussi bien, dans quelques cas où les malades auront un fonctionnement passable de leur néo-arthrose, surtout s'il s'agit de sujets âgés ou tarés, devra-t-on conseiller l'abstention opératoire. » (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10-8-1925.)

Congestion pulmonaire chronique rebelle aux thérapeutiques usuelles guérie par la diathermie.

La diathermie tend à prendre une place de plus en plus importante dans le traitement de certains phénomènes particulièrement douloureux qu'elle calme très rapidement. Il en est ainsi des poussées douloureuses des cholécystites, des spasmes intestinaux douloureux, des douleurs précordiales éprouvées par les hypertendus. Comme elle détermine, en même temps que la sédation de la douleur, une vaste vaso-dilatation elle influence la tension artérielle, et c'est pour la même raison que Lian et Descouts l'ont utilisée avec profit dans la claudication intermittente.

Mais voici qu'elle promet davantage encore, et fort intéressante est l'observation de cette malade de 41 ans, atteinte depuis 3 mois et demi de congestion pulmonaire chronique conditionnée par des pneumocoques, ayant résisté à tous les procédés classiques ou modernes : révulsion, vaccin, potions expectorantes... et à laquelle MM. Minet, Verhaeghe et Bavelaer eurent l'heureuse idée de faire des applications diathermiques.

Dès la deuxième séance, l'état général, très défectueux, commence à se remonter, en même temps que la température s'abaisse jusqu'à la normale. Au bout de dix-sept séances, disparition des pneumocoques dans l'expectoration, relèvement manifeste de l'état général. Amélioration considérable , et guérison bactériologique. (*Gaz. des Prat.*, 18-8-1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Actinite chronique avec œdèmes et myasthénie.

(MM. P. CARNOT et TERRIS. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-7-1925.)

L'actinite chronique désigne un état d'hypersensibilisation à la lumière, se traduisant par des poussées successives d'érythème et de pigmentation, que cause la lumière solaire sur un terrain préparé. M. Carnot en signale un exemple particulièrement développé et accompagné d'œdèmes et de myasthénie. Ce syndrome, de la même famille que la pellagre, ne peut être confondu avec elle, ni par les circonstances étiologiques (dans la pellagre : alimentation carencée, maïs, nutrition défectueuse), ni par les modalités cliniques qu'il présente. Il se distingue également des syndromes d'Erb-Goldflamm et d'Addison qui, tout en comportant de l'asthénie et des pigmentations, ne se montrent pas liés à une hypersensibilisation actinique et sont, par contre, en relation avec une insuffisance surrénale.

La malade de M. Carnot commença son affection à New-York, par de la fatigue progressive, des rougeurs et de l'œdème, surtout au pourtour des yeux, quand elle s'exposait à la lumière. Les troubles s'accentuèrent, les érythèmes faisant place à des pigmentations, et cette femme revint en France pour se faire soigner. Le syndrome constaté chez elle est double, à la fois cutané : actinite érythémateuse et pigmentaire (coup de soleil permanent) et nerveux : myasthénie intense avec douleurs musculaires et œdèmes diffus. Il paraît évident que, chez cette femme, ce sont les rayons actiniques qui ont provoqué les poussées et, notamment les rayons solaires, mais il semble qu'il y ait lieu de tenir compte de la longueur d'onde des radiations sensibilisantes. Les applications de rayons ultra-violets, en effet, n'ont pas été suivis, chez elle, de réaction aussi vive. On sait, d'ailleurs, que dans les villes, à Paris notamment (et probablement aussi à New-York), les rayons ultra-violets de la lumière solaire sont pratiquement nuls, étant absorbés avant d'arriver à nous.

Si les rayons actiniques déterminent l'érythème et la pigmentation consécutive, ils ne le peuvent que parce que l'organisme de la malade a été *sensibilisé* à la lumière. Les agents de sensibilisation restent à déterminer. On connaît quelques-uns de ces agents, que l'expérimentation a permis de préciser : par exemple, l'éosine, l'acridine et ses dérivés (l'acriflavine), l'hématoporphyrine (le sulfonal en est producteur) etc., certains aliments (accidents de phagopyrisme chez les porcs ayant ingéré du blé noir), substances endogènes, etc. Dans le cas de M. Carnot, l'origine endogène semble la plus probable. Comme traitement, l'auteur a essayé la résorcine, recommandée contre ces troubles d'actinite chronique. L'ingestion quotidienne d'un cachet de 0 gr. 25 de résorcine a amené une amélioration très nette des phénomènes cutanés et de l'asthénie.

Endocardite éberthienne.

(MM. LEMIERRE, DESCHAMPS et Ét. BERNARD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

L'endocardite est généralement considérée comme une complication exceptionnelle dans la fièvre typhoïde. La chose est d'autant plus curieuse que la dothiénentérie est par excellence une septicémie et qu'il est peu de maladies où l'on voit un agent pathogène rester présent dans la circulation durant un laps de temps aussi prolongé.

M. Lemierre a eu l'occasion d'observer une endocardite végétante apexienne, attribuable au seul bacille d'Eberth, dans un cas de fièvre typhoïde. Il s'agit d'une malade entrée à la fin de la deuxième semaine d'une dothiénentérie. Au bout de quatre jours la température tombe à 37°, mais bientôt se montrent des accès fébriles septicémiques (frissons, clochers thermiques, sueurs) et de la gangrène d'un pied, sans signe stéthacoustique à l'auscultation du cœur, mais hémoculture positive quant au bacille d'Eberth. La malade ayant succombé, à l'autopsie on trouve une endocardite végétante de la pointe, une oblitération de la fémorale et des infarctus rénaux. Malgré l'absence de signes d'auscultation, c'est à l'endocardite qu'il faut rapporter l'allure clinique de la maladie.

L'endocardite éberthienne est d'une extrême rareté, la complication cardiaque étant moins exceptionnelle dans les fièvres paratyphoïdes. Aussi, pense-t-on rarement à cette complication, d'autant que l'auscultation du cœur peut être négative. M. Caussade, il y a quelques mois, parlait des grands accès fébriles à type palustre au décours de la fièvre typhoïde. M. Lemierre se demande si l'endocardite ne pourrait pas expliquer quelques-uns de ces accès fébriles. La guérison, dans les cas modérés, reste possible.

La vaccination anti-diphtérique des nourrissons.

(MM. RIBADEAU-DUMAS, LOISEAU et LACOMME. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

La diphtérie s'observe assez souvent dans les crèches, et elle y fait d'importants ravages, chez les débiles particulièrement. Tantôt la maladie se présente avec les caractères habituels de la diphtérie des nourrissons, tantôt elle ne se décèle que par des symptômes généraux, pouvant revêtir le masque du

choléra infantile, dont seules viennent à bout les injections massives de sérum. Un auteur américain, M. Russel, a montré également que l'absence de tout symptôme caractéristique ne permet pas d'exclure le diagnostic de diphtérie et que souvent on trouve chez des enfants en état de dénutrition sans fièvre en cultivant l'écoulement nasal, des bacilles de la diphtérie. Un traitement par le sérum spécifique donne parfois chez les hypotrophiques en question des résultats surprenants.

Dans ces conditions, il apparaît intéressant de chercher à prévenir ces diphtéries, en ayant recours, par exemple, à la vaccination par l'anatoxine Ramon. M. Ribadeau-Dumas s'est efforcé de réaliser cette vaccination et chez 15 nourrissons il a pratiqué des injections d'anatoxine, à doses assez fortes. Malheureusement les résultats ont été peu appréciables, et l'auteur conclut que chez les enfants de moins de quatre mois, la vaccination antidiphtérique reste généralement inefficace. Le professeur Rohmer, de Strasbourg, a fait la même remarque, avec le mélange toxine-antitoxine.

Il semble donc que le nouveau-né soit réfractaire à l'immunisation anti-diphtérique provoquée, sans que le fait puisse être expliqué jusqu'à présent par un état humoral spécial hérité de la mère ou par son état de santé. Il en est probablement de même pour beaucoup d'autres infections.

M. Ribadeau-Dumas a également cherché à obtenir une vaccination, une élévation tout au moins du taux de l'antitoxine dans le sang des nouveau-nés en vaccinant la mère au cours de la grossesse. Les effets n'ont pas été probants non plus et l'on n'est pas autorisé, quant à présent, à fonder des espérances de prophylaxie efficace par ce moyen.

Péricardite tuberculeuse traitée par injections intra-péricardiques de lipiodol.

(MM. Noël Fiessinger et A. Lemaire. — *Soc. méd. des hôp.*; 17-7-1925.)

M. N. Fiessinger a traité une péricardite purulente tuberculeuse d'abondance moyenne et de reproduction rapide par les injections intra-péricardiques de lipiodol (5 cc.). L'amélioration a été immédiate et le malade a guéri. L'action thérapeutique du lipiodol ne se trouve évidemment pas établie par cette seule observation, mais il était intéressant de noter le bon résultat qui a suivi le traitement. Le lipiodol garde d'ailleurs un intérêt diagnostique. Chez cette malade, il a permis d'éliminer le diagnostic de pleurésie enkystée au voisinage du cœur.

L'insuline dans l'athrepsie.

(MM. Nobécourt et Max Lévy. — *Soc. méd. des hôp.*; 17-7-1925.)

Les facteurs de guérison de l'athrepsie, l'allaitement maternel, les soins assidus, le milieu sain, font en grande partie défaut à l'hôpital. Les nourrissons athrepsiques, d'autre part, à qui un régime subvenant à leur besoin exagéré de calorique serait nécessaire, présentent toujours des troubles de digestion. La thérapeutique est donc ici fort difficile.

M. Nobécourt a remarqué depuis longtemps que les athrepsiques toléraient de fortes rations de sucre de canne, et que cet aliment constituait la préparation de choix pour ces malades. Il a paru au même auteur que l'on pourrait améliorer l'action des sucres en y adjoignant un facteur d'utilisation intense de ces sucres, à savoir l'insuline.

Un athrepsique de trois mois, admis dans le service de M. Nobécourt dans un état très grave, fut soumis au lait coupé au tiers avec du babeurre et sucré à 15 %. En même temps, on lui fit deux injections par jour avec 1/2 cc. d'insuline (4 unités cliniques). Le poids de l'enfant recommença à s'élever et la marche de la maladie s'arrêta.

Anaphylaxie après emploi de l'insuline.

(MM. Achard et S. Bloch. — *Soc. médicale des hôp.*; 24-7-1925.)

Le traitement insulinique chez les diabétiques provoque parfois des accidents rappelant ceux de l'anaphylaxie générale ou locale et qui consistent en érythèmes, œdèmes, suppurations même. Rares d'ailleurs, ces accidents semblent dus à des impuretés du produit, à des réactions protéiques, car on peut les voir cesser quand on s'adresse à une autre préparation d'insuline, voire simplement à un autre échantillon de la même préparation.

A l'habitude, ces accidents sont plus gênants que sérieux. Il n'est pas absolument impossible cependant qu'ils prennent une tournure grave et il en fut effectivement ainsi chez une malade soignée par MM. Achard et S. Bloch. Il s'est agi d'un diabète grave en période de coma, que l'insuline enraya. Mais des accidents cutanés d'intolérance apparurent, suivis de pyohémie et de mort.

— M. Lereboullet rappelle qu'il a présenté l'an dernier une observation d'accidents cutanés graves consécutifs à l'administration de l'insuline. Depuis, un certain nombre de cas analogues ont été publiés. L'origine paraît bien être les impuretés du produit utilisé ; il est toutefois bien difficile d'éliminer complètement les dites impuretés et il faut s'attendre à voir périodiquement ces troubles survenir, du fait d'une sensibilisation due à des injections répétées.

Encéphalite léthargique guérie par le salicylate de soude intra-veineux.

(MM. Denecheau, d'Angers, et J. Barbary. — *Soc. méd. des hôp.*; 10-7-1925.)

M. Dénecheau rapporte un cas d'encéphalite aiguë à type léthargique qui fut soumis, le septième jour de

son évolution, au traitement par le salicylate de soude en injections intra-veineuses (1 gr. au maximum, en deux fois, par 24 heures). Cette médication a modifié en quarante-huit heures tout le tableau clinique. L'auteur pense que c'est là un exemple nouveau de l'efficacité du salicylate de soude, administré selon la méthode de Carnot et Blamoutier, dans le traitement de l'encéphalite épidémique.

Pathogénie des vergetures.

(MM. Ch. Achard et S. Bloch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-7-1925.)

On a pendant longtemps attribué les vergetures à une distension mécanique de la peau suivie d'un retour à la tension normale (grossesse, obésité, etc.). Quelques observations, cependant, ont été publiées déjà qui ne cadraient pas très bien avec cette pathogénie. M. Achard relate aujourd'hui un cas de vergetures chez une jeune épileptique, que la théorie mécanique paraît tout à fait insuffisante à expliquer. La malade, âgée de 15 ans, porte des vergetures aux épaules et aux hanches, dont l'origine semble tenir plutôt à une dystrophie cutanée.

Réveil de la nutrition chez un athrepsique sous l'influence de l'héliothérapie.

(M. Armand-Delille et Mlle Linossier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-7-1925.)

M. Armand-Delille a soumis à l'héliothérapie un nourrisson athrepsique de cinq mois, qu'aucun traitement n'avait pu améliorer. Après six mois d'état stationnaire, la croissance finit par reprendre régulièrement et les symptômes d'athrepsie disparurent.

— M. Lortat-Jacob parle, à ce propos, de l'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses locales. Elle exerce une action évidente que l'on peut augmenter beaucoup en lui associant la radiothérapie.

— M. Hallé est du même avis. L'héliothérapie est une merveilleuse méthode thérapeutique, mais elle ne doit pas faire oublier les autres traitements.

P. L.

Toxicité et action comparées de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone.

(MM. P. Lemay et L. Jaloustre. — *Académie de médecine.*)

Frappés par les écarts considérables en principes actifs qui existent dans les préparations galéniques de belladone et par leur inconstance thérapeutique, les auteurs ont étudié expérimentalement les alcaloïdes totaux de la belladone (bellafoline) afin de connaître, d'une part, leur toxicité comparée à celle de l'atropine et aussi leur valeur clinique.

Ils ont procédé par injections intramusculaires, sur deux séries de 6 lapins, injectés, les uns avec le sulfate d'atropine, les autres avec les alcaloïdes totaux de la belladone fournis par les laboratoires Sandoz. Les résultats ont confirmé ceux déjà signalés par Cushny et par Rothlin, c'est-à-dire que « les alcaloïdes totaux sont deux fois plus actifs que l'atropine vis-à-vis du vague cardiaque — l'inhibition du vague, contrôlée à l'aide de la pression sanguine, est obtenue avec des doses voisines de 0 milligr. 06 de sulfate d'atropine et de 0 milligr. 03 d'alcaloïdes totaux. A dose égale, l'inhibition dure deux fois plus de temps avec ces derniers.

Des résultats analogues ont été obtenus dans l'ordre pharmacologique par Loëffler, Nigoul-Foussal, Viguier, Marchand, etc. et il apparaît bien que cette supériorité clinique de la bellafoline sur l'atropine et les préparations galéniques et qui se résume dans une activité double pour une dose égale, est due à la prédominance dans les alcaloïdes totaux de l'hyoscyamine lévogyre ; on sait, d'après Tiffeneau, que cette dernière substance est, à doses égales, deux fois plus active que l'atropine.

La conclusion des recherches de MM. Lemay et Jaloustre est la suivante : « Nous pensons qu'il y a grand intérêt à utiliser en thérapeutique, spécialement contre le spasme et la vagotonie, les alcaloïdes totaux de la belladone ou bellafoline, de préférence aux préparations galéniques du Codex et à l'atropine, puisqu'on a ainsi un médicament toujours identique et deux fois plus actif que l'atropine sans être plus toxique ».

N. F.

Les Congrès

XVIIIe Congrès français de Médecine

(suite) (1).

PATHOGÉNIE DE L'ANGINE DE POITRINE

Indications de son traitement chirurgical.

M. L. Richon (de Nancy), rapporteur.

Un essai pathogénique ne peut se passer des *données anatomiques et physiologiques* concernant le plexus cardiaque, et sa double origine, vagale et sympathique ; ce plexus transmet des influx centrifuges, accélérateurs et modérateurs du rythme cardiaque et des influx centripètes, qui empruntent chez le lapin une voie bien différenciée, celle du nerf dépresseur de Cyon, chez l'homme des voies encore mal déterminées. C'est surtout des plexus péri-aortiques que doivent émaner les fibres sensitives ; l'in-

(1) V. *Concours Médical*, n°s 41 et 42, de 1925.

flux afférent aux centres chemine non seulement par certaines fibres du vague, analogues du nerf de Cyon et constituant le système dépresseur, mais encore par des voies sympathiques, faisant partie d'un système presseur en quelque sorte.

Les excitations à point de départ cardio-aortique provoquent donc de véritables réflexes par ébranlement de la moelle cervicale et dorsale supérieure, sans qu'il soit possible de nier l'existence d'une sensibilité douloureuse propre au cœur lui-même ; l'angoisse résulte aussi certainement du vaste ébranlement du système nerveux végétatif.

Pour expliquer la *pathogénie de l'angine de poitrine*, bien des états pathologiques du myocarde ont été invoqués : soit distension brusquée, douloureuse au même titre que la distension vésicale par exemple — soit épuisement à l'effort d'un myocarde insuffisamment irrigué — soit fatigue musculaire suivie d'une sorte de crampe par accumulation des déchets du travail musculaire — soit enfin déficience de la circulation coronarienne par suite d'oblitération lésionnelle. Aucun de ces divers essais d'interprétation n'emporte la conviction. L'électro-cardiographie de son côté, encore peu appliquée à l'angor, serait assez en faveur de certaines ischémies localisées.

On a également incriminé les lésions aortiques ou aortico-rénales et le mécanisme douloureux par distension de l'aorte altérée ou par poussées évolutives de ses lésions. Aussi le diagnostic clinique et, plus encore, radiologique doit-il être toujours très poussé vers la recherche, bien souvent positive alors, de l'aortite. Mais il faut reconnaître la rareté de la poussée hypertensive, qui expliquerait l'accès si l'on admettait l'hypothèse d'une distension aortique douloureuse.

Les angiospasmes coronariens, parents des angiospasmes périphériques ne peuvent guère être considérés comme responsables des accès que s'ils se greffent sur des lésions vasculaires. En tout cas il est fréquent de déceler chez les angineux une exagération considérable des réflexes vasculaires généraux.

Restent des mécanismes pathogéniques mal déterminés, à savoir ceux de l'angor dans les affections médiastinales susceptibles d'avoir lésé les plexus cardio aortiques ou les voies afférentes sensibles sus-jacentes, et ceux des angors névropathiques dits aussi secondaires, réflexes, etc., en rapport avec une hyperexcitabilité simple, sans lésions ni excitation directe des plexus nerveux. Mais il s'agirait tout d'abord de passer au crible d'une critique serrée les faits cliniques eux-mêmes, car sous l'épithète de névropathiques sont incorporés certainement bien des cas d'angines cardio-aortiques légitimes.

Abstraction faite des terminaisons banales de toutes les cardiopathies, l'angor revendique pour son compte exclusif certaines morts subites, dont la prévision est d'ailleurs impossible, car on les observe à n'importe quel moment de l'affection et dans toutes les formes, avec une prédilection cependant pour les formes prolongées. Le mécanisme en serait soit l'inhibition bulbaire, soit la fibrillation ventriculaire incompatible avec la vie, telle qu'elle est observée sur l'animal après certaines ligatures coronariennes.

Tirer des travaux actuels des conclusions fermes serait hasardeux ; mais quelques remarques se dégagent de l'ensemble : tout d'abord la théorie aortique reste intacte en tant qu'explication valable d'un grand nombre de cas, dans lesquels le point de départ des excitations déchaînantes est la région sus-sigmoïdienne. C'est l'insuffisance aortique, facteur des distensions et rétractions les plus amples, qui est la modalité la plus fréquente.

Mais il existe aussi incontestablement un premier angor d'effort par insuffisance brusquée d'un ventricule gauche hypertrophié ; un second type, concomitant d'états cardiaques divers (dilatation aiguë de certaines infections, endopéricardite, cœur forcé, sténose mitrale) et un troisième type, d'origine coronarienne. L'importance évidente des altérations du myocarde et de ses vaisseaux propres ressort de nombreuses constatations cliniques et anatomiques, au point que l'on se demande si les méthodes minutieuses comme l'électro-cardiographie ne parviendront pas à déceler toujours dans l'angor des rapports avec une insuffisance cardiaque débutante ou partielle.

On ne peut donc séparer, dans la pathogénie, le cœur de l'aorte ; tous deux semblent intervenir conjointement dans la détermination de la crise.

Les *indications du traitement chirurgical*, suggéré primitivement par François Franck, mis en pratique par Jonnesco puis par beaucoup d'autres, restent intimement liées au progrès des recherches anatomo-physiologiques. L'idéal cherché consiste à sectionner les seules fibres afférentes, sensitives, mais justement elles sont mal individualisées chez l'homme. Cependant Eppinger et Hofer auraient obtenu d'heureux résultats par section de filets d'origine vagale, ou même du vague d'un côté.

Mais c'est surtout la sympathectomie, méthode malheureusement aveugle et par là même pouvant être dangereuse lorsqu'on veut la pratiquer trop largement, qui a été appliquée sur le plus grand nombre de cas, avec des succès parfois remarquables.

La douleur reste l'indication principale ; l'intégrité ou tout au moins la faible atteinte du myocarde est une condition essentielle de l'opportunité de l'opération.

Discussion des rapports et communications sur l'angine de poitrine et les maladies du cœur et des vaisseaux.

M. Leriche (Strasbourg) communique un excellent résultat obtenu par sympathectomie cervicale gauche combinée à la section des trois derniers rameaux communicants cervicaux et des deux racines du nerf vertébral. Il pose trois questions :

1° *Faut-il opérer ?* — Une statistique de 81 cas donne 53 p. 100 de guérisons vieilles de trois mois à

plusieurs années, avec suppression, non seulement des douleurs, mais encore des crises.

2° *Quels malades opérer ?* — Certainement pas les cardiaques atteints de grosses lésions ; de préférence, semble-t-il, les malades qui ont de l'angine au repos.

3° *Quelle opération pratiquer ?* — Pas d'ablations ganglionnaires qui exposent à de multiples accidents, dont l'œdème pulmonaire, mais des sections de rameaux pré ou postganglionnaires. M. Leriche apporte des arguments en faveur de la section de la chaîne cervicale à sa terminaison vers le premier ganglion thoracique, opération complétée par section des trois derniers rami cervicaux et Ier dorsal et des racines du nerf vertébral.

M. le médecin-inspecteur Delorme rappelle le traitement de la symphyse cardio-péricardique par la cardiolyse (opération de Delorme). Dans les symphyses étendues ou totales, le dégagement ventriculaire suffit à faire disparaître les troubles ; l'excision partielle des cartilages costaux gauches, peu traumatisante, et évitant l'ouverture de la plèvre atteint ce but ; après intervention, le cœur diminue de volume, ses battements se régularisent, la dyspnée disparaît, le foie redevient normal ; et les résultats acquis paraissent définitifs.

M. Lian (Paris) insiste sur l'importance clinique des nombreuses angines de poitrine réflexes. Pour les angors organiques, il estime que le mécanisme pathogénique univoque, quelle que soit l'affection originelle, est une surcharge ventriculaire gauche à manifestation douloureuse, déclenchée par les causes occasionnelles les plus variées (effort, décubitus nocturne, émotions, digestion, etc.).

Les angors réflexes résultent de la répercussion sur le plexus cardiaque et le cœur lui-même de perturbations sympathiques provoquées par une affection non circulatoire.

M. Hoche (Nancy) souligne la nécessité de rechercher minutieusement les lésions anatomiques, non seulement dans le cœur ou les vaisseaux, mais aussi dans le plexus cardiaque et les organes ou tissus de voisinage.

Sur le pronostic de l'angine de poitrine. — M. Syllaba (Prague). Rassemblant, après quinze ans d'observation, une centaine de cas personnels, dont 17 ayant évolué favorablement, M. Syllaba avoue l'extrême difficulté de formuler un pronostic, même après constatation ou non de signes objectifs et conseille là plus grande réserve sur ce point capital.

Le traitement des hypotendus. — M. le professeur V. Libensky (Prague), en observant 142 cas d'angine de poitrine, a constaté qu'on pouvait les classer en quelques groupes selon la pulsation de l'ombre cardiaque à l'écran radioscopique, et selon leur pression sanguine. Celui des angineux à pression sanguine basse et à battements cardiaques affaiblis présente le plus d'intérêt au point de vue thérapeutique. Ces cas se sont montrés extrêmement rebelles à toute médication et à la balnéation carbogazeuse. C'est, d'après lui, l'hypotension qui cause, en grande partie cet échec. Elle traduirait un état spécial du myocarde. Il argumente dans ce sens par des faits analogues chez les hypotendus purs (sans aucun défaut organique ou constitutionnel) qui devenaient facilement asystoliques par suite de diverses influences extérieures (intervention chirurgicale, grossesse). L'administration de digitale était toujours suivie d'une notable aggravation subjective, d'arythmies graves et d'infarctus pulmonaires. Ce syndrome angoissant ne cédait qu'à la suppression de la digitale.

En concluant, l'auteur exprime la conviction que l'hypotension peut se révéler quelquefois comme le premier signe déconseillant ou même contre-indiquant l'administration de la digitale.

Pronostic de l'angine de poitrine basé sur l'électrocardiogramme. — M. Prusik (Prague), de l'examen électrocardiographique de 75 angineux, conclut à l'importance primordiale, quant au pronostic, de la valeur du chiffre additionnel des ondes T prises en trois dérivations différentes : plus ce chiffre est bas, plus la mortalité est élevée ; plus il s'élève, plus la mortalité diminue. Ainsi, aux variations progressives du chiffre de 0 à 6 millimètres correspondent des variations de la mortalité de 20 p. 100 à 0.

L'émanation du radium dans l'angine de poitrine. Une sympathectomie non sanglante. — M. Pelnar (Prague). Les injections intraveineuses d'émanation de radium, d'après la méthode de Vanysek, ont une influence régulatrice sur le sympathique : dans les troubles de vaso-constriction périphérique, dont le type est la maladie de Raynaud, et dans l'angor, elles ont pu avoir le même effet salutaire qu'aurait eu vraisemblablement la sympathectomie.

Aussi remplaceront-elles avantageusement cette dernière, lorsque des conditions générales ou locales, par exemple l'extension de lésions spécifiques vers les vaisseaux du cou la rendraient dangereuse. Elles se montreront précieuses surtout dans les cas où tout le système vaso-moteur sympathique est perturbé.

En cas de troubles vaso-moteurs régionaux, les injections « *loco dolenti* » ont été pratiquées avec succès.

L'électrocardiogramme et les médicaments cardiaques. — M. Henrijean (Liège). Se basant sur les faits, d'après lesquels l'électrocardiogramme ne renseigne nullement sur la valeur de la contraction musculaire cardiaque, et peut être observé complet sur le cœur arrêté, se basant ensuite sur de nombreuses expériences personnelles dont il présente en projections les résultats les plus démonstratifs, l'auteur a émis une théorie nouvelle de l'électrocardiogramme : il résulterait de phénomènes électriques prenant naissance par des mécanismes analogues à ceux observés chez les poissons électriques ou dans des tissus capables de changer de forme ; ces phénomènes électriques exciteraient le myocarde dont la contraction développerait à son tour les courants,

bien connus, de toute contraction musculaire. L'auteur montre aussi, par des tracés, l'influence de la respiration et de divers médicaments ou ions chimiques sur le cœur dont les diverses parties sont liées les unes aux autres et les innervations extrinsèques influencées diversement en présence d'ions différents.

L'action dromotrope positive de l'atropine sur la conductibilité atrio-ventriculaire durant la phase stimulatrice de cet alcaloïde et son utilisation dans les états de blocage.— M. MEYER (Strasbourg). Durant sa phase stimulatrice, grâce probablement à son action sympathicotrope et sur le faisceau de His, l'atropine améliore la conductibilité atrio-ventriculaire, ainsi que le montre l'électrocardiographie. Aussi est-il rationnel d'employer les injections intraveineuses d'atropine (1/3 de milligramme) dans les blocages incomplets, sans plus chercher, comme on le faisait jusqu'ici, la paralysie du pneumogastrique, à l'aide des plus fortes doses, au risque d'inconvénients sérieux.

L'hypotonie artérielle primitive et son retentissement sur le cœur. — M. DUMAS (Lyon). Caractérisée par la chute des tensions, minima surtout, et l'assourdissement des tons artériels à l'auscultation, l'hypotonie artérielle entraîne une hyperactivité fonctionnelle du cœur (tachycardie, galop, choc globuleux de la pointe) susceptible d'aboutir à l'hypertrophie et à la défaillance cardiaque progressive. La cause de la défaillance devra être cherchée, non dans le cœur primitivement indemne, mais dans le système artériel, que les médications vaso-constrictives, surrénalienne en particulier, viseront à tonifier.

Action du gui, du nitrite de soude, de la trinitrine dans les hypertensions artérielles.— MM. MATTEI et DIAS CAVARONI (Marseille). Les observations ont été faites sur des hypertendus moyens, exempts de déficience cardiaque ou rénale, mis au repos.

Le gui a abaissé assez rapidement la tension maxima de 3 à 5 centimètres Hg, 6 fois sur 10, et la minima, plus lentement, de 2 à 3 centimètres, sur trois des six malades dont la maxima avait été influencée. Ces résultats se maintenaient encore plusieurs jours après la fin de la cure.

Le nitrite de soude non seulement s'est montré un hypotenseur très infidèle (2 fois sur 10) et très faible, mais encore a donné lieu à des poussées hypertensives avec accroissement fréquent de l'indice oscillométrique.

La trinitrine, après une courte phase hypertensive en général, a abaissé la maxima de 2 à 4 centimètres, dans 3 cas sur 9, de façon très éphémère.

Somme toute, l'extrait de gui (en injection ou ingestion) est seul un hypotenseur sur lequel on puisse réellement compter, sans crainte d'accidents hypertenseurs passagers ; son action, imparfaite il est vrai, peut être complétée par les médications hypotensives agissant surtout sur la minima (purgatifs, diurétiques, régimes tonicardiaques).

Sur l'action cardiotonique du scillarène, en particulier dans les troubles de défaillance du cœur. — M. Pierre VAUTRIN (Paris). — Quand on parcourt l'ensemble des travaux parus en cardiologie sur l'action de la digitaline cristallisée, des strophantines, de l'ouabaïne, il semble que tout a été dit sur la thérapeutique cardio-vasculaire. Il y a cependant des cas où l'action de ces substances actives est prise en défaut. Si en effet, on suit attentivement les faits cliniques, on s'aperçoit que, parmi les malades asystoliques, il en est un certain nombre qui n'éprouve de la digitaline et des strophantines qu'un faible soulagement. Des constatations analogues ont été faites dans le traitement des symptômes de défaillance apparaissant sur des cœurs séniles atteints de myocardite chronique.

Il y a donc des malades sur lesquels, digitaline et ouabaïne n'agissent pas ou n'agissent plus. Or, le glucoside cristallisé, principe actif isolé par Stoll et Suter du bulbe de la scille, ramène, dans ces cas, la compensation et fait disparaître les troubles physiques, fonctionnels et généraux de la cardiopathie. Ces faits fort intéressants pour la pratique médicale ont été déjà signalés par nombre d'auteurs, en particulier par Joz, Alba, Alvarez, Gabriel Perrin, Géronne, Krauss, Berger, Calac, Fritz Sacki, Fahrenkamp, Carcy, Dazzi Angelo. Ils méritent d'être examinés de près et c'est ce que l'auteur a fait par une observation soigneuse.

Déjà en 1921, Aube, étudiant dans sa thèse inaugurale les propriétés et les indications de l'ouabaïne, montrait que ce principe actif n'agit pas lorsqu'il existe des barrages périphériques venant soit des vaisseaux, soit du rein, soit du foie. Pour cet auteur, l'existence d'un pareil obstacle est une contre indication à l'emploi du médicament. Nous savons aussi que, dans les asystolies anciennes compliquées d'ascite ou de sclérose hépatique, de barrage rénal, la digitaline agit mal ou n'agit pas.

C'est dans cet ensemble de cas, que M. Vautrin préconise l'usage du scillarène à doses élevées (5 à 8 comprimés à 1/2 milligr. par 24 heures, ou bien 5 à 8 fois 15 gouttes d'une solution dont 1 cc. = 1/2 milligr.) Dans les cas particulièrement graves, il a obtenu d'excellents résultats en injectant dans les veines 2 à 3 ampoules de 1 cc. par 24 heures, chacune de ces ampoules de 1 cc. étant dosée à 0 milligr. 17 de glucoside cristallisé.

Dernièrement, Carcy (de Toulouse) a publié plusieurs observations analogues. Il s'agit de cœurs séniles en état d'asystolie complète avec œdèmes développés et fort barrage rénal. Il s'agit aussi de défaillances cardiaques par myocardite chronique chez des vieillards.

La digitaline et l'ouabaïne avaient totalement échoué et le scillarène, aux doses indiquées, ramena, en quelques jours la compensation. M. Vautrin a personnellement observé 7 cas semblables, et, avec le docteur Carcy, il pense que ces résultats sont dus à ce fait que le glucoside de la scille agit dans l'asys-

tolie avec gros œdème, tout à la fois par ses propriétés cardiotoniques et directement diurétiques sur l'épithélium du rein.

Sous cette dernière influence, le barrage rénal diminue, facilitant l'action cardiotonique, c'est-à-dire le renforcement de l'énergie et de l'amplitude systolique avec l'allongement de la diastole (Gabriel Perrin).

Les propriétés cardiotoniques du scillarène sont ainsi mises en jeu, alors que celles des autres digitaliques sont inactives. Or, ces propriétés cardiotoniques sont, en tout point, comparables à celles de la digitaline, car, ainsi que le dit Joz, dans sa thèse inaugurale, faite dans le service de M. le professeur Carnot : « le scillarène exerce son action sur la fonction d'excitation sinusale qu'il réfrène, sur la fonction de conductibilité qui se trouve diminuée, et sur la fonction d'excitabilité qu'il augmente ». D'ailleurs, Joz a également signalé l'action contre-asystolique du glucoside de la scille. Il préconise ce médicament dans les cas d'accoutumance à la digitaline et chez les malades qui, sans avoir été digitalisés trop copieusement, sont cependant réfractaires à l'action du médicament. Le professeur Gabriel Perrin est également de cet avis.

En résumé, nous possédons, à l'heure actuelle, pour lutter contre l'asystolie, surtout par insuffisance ventriculaire droite, et les troubles dus à la myocardite chronique, trois puissantes médications.

Tout d'abord, d'une façon générale, la digitaline et l'ouabaïne, et aussi, dans un assez grand nombre de cas, le scillarène *à dose forte*.

Ce dernier cardiorénal doit donc être placé sur le même rang que les deux premiers, avec cette différence qu'étant sans danger d'accumulation et sans inconvénients secondaires, son usage pourra être prolongé aussi longtemps que cela est nécessaire.

(A suivre.)

Les Livres

Librairie Hachette, 79, boul. St-Germain, Paris.

Dr Paul-Emile Lévy (de Paris), ancien interne des hôpitaux. — **Le traitement moral : de l'autosuggestion à l'éducation de la volonté.** Un vol. in-16, 64 pages.

Ce nouvel ouvrage du Dr Paul-Emile Lévy condense, sous une forme remarquablement claire et vivante, les idées déjà exposées par lui dans ses livres antérieurs : *éducation de la volonté*, et *neurasthénie et névroses*.

Tout en rendant hommage aux travaux de Babinski, P. Janet, etc., l'auteur souligne cependant le rôle prépondérant joué par l'Ecole Nancéienne, dont il est lui-même le continuateur. Quatre étapes ont marqué l'évolution de la psychothérapie : d'abord, *hypnotisme*, de Liébeault ; puis *suggestion à l'état de veille*, de Bernheim. Les deux dernières constituent l'œuvre personnelle du Dr P.-E. Lévy : l'*autosuggestion*, décrite par lui, il y a 25 ans, et qu'on a prétendu, ces derniers temps, redécouvrir, en lui attribuant, d'ailleurs, une forme beaucoup trop simpliste ; plus récemment, l'*éducation de la volonté*, ou *cure de direction*, qui représente vraiment l'aboutissant définitif de la psychothérapie.

Ici, plus aucun procédé hypnotique, ou d'appas rence plus ou moins impressionnante, mais de simples conversations familières, *explicatives*, avec le malade traité. Le but du traitement, réellement *causal*, et, de modifier le *terrain morbide* lui-même, en corrigeant la mentalité générale. Joint au traitement physique, toujours nécessaire, il parviendra ainsi à déterminer une guérison, non plus temporaire, comme il advenait trop souvent par la méthode suggestive, mais durable et complète, sans rechute ultérieure.

Le champ d'action de la psychothérapie est très étendu. Il englobe principalement la plupart des maladies dites *fonctionnelles* : en première ligne, les psychonévroses, hystérie, neurasthénie, phobies, angoisses, obsessions ; les troubles du caractère, émotivité, timidité, sensualité, sur laquelle Freud s'est concentré trop exclusivement ; les troubles nerveux localisés, si nombreux et si variés : névralgies, douleurs diverses, insomnie, migraines, vertiges, palpitations etc. ; enfin, les maladies non lésionnelles des divers organes, telles que dyspepsies, entérites, où l'efficacité de la thérapeutique psychique se montre particulièrement remarquable, etc.

Riche en idées neuves, ce livre sera lu et médité avec profit.

Dr Georges Cauvy (de Lamalou).

Maloine et Fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M.-A. Kergrohen. — **Radio et curiethérapie en clientèle.** (*In* collection « Comment guérir ? ». Un vol. in-16, 391 pages, 74 figures. Prix : 20 francs, 1924.)

La radio et la curiethérapie n'ont jamais été exposées dans un livre qui soit mieux à la portée de tous.

Le spécialiste doit posséder un matériel de radio de curiethérapie minimum, mais indispensable, décrit dans une première partie de l'ouvrage.

La deuxième partie est consacrée aux principales applications thérapeutiques. L'exposé des principes

de traitement est forcément un peu schématique. Dans un article sur une localisation du cancer, on ne peut, en effet, avoir la prétention d'examiner toutes les modalités cliniques de cette localisation de la tumeur. Le minimum de clinique est fait pour guider le débutant et pour attirer l'attention sur les signes, qui ont le plus d'importance pour le spécialiste, il doit montrer la nécessité d'envisager parallèlement le problème pathologique et la solution physique à y apporter dans chaque cas.

Cette tentative de mise au point n'est pas définitive, et si des doses ont été prescrites, il ne s'agit que d'une marge entre un minimum et un maximum dans laquelle on pourra évoluer en s'adaptant à chaque cas. Il serait dangereux, sans faire courir les plus grands risques aux malades, de s'improviser radiothérapeute. Il faut être très prudent en attendant d'importantes et prochaines modifications avec les transformations et les progrès des diverses techniques toujours à l'étude.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'urothérapie par l'Eumictine.

L'intégrité organique et fonctionnelle de l'appareil urinaire est capitale pour la santé et pour la vie elle-même. Le moindre trouble de l'émonctoire rénal, la plus minime lésion de la vessie ou de l'urètre, en obviant à l'épuration sanguine, en appelant l'infection, créent les plus redoutables toxémies. L'antisepsie urinaire devient une nécessité, pour empêcher l'envahissement ascendant de l'appareil par un microbe visible ou latent.

L'Eumictine est le modificateur classique de la muqueuse urétrale, le remède complet et souvent héroïque de la blennorragie *à toutes ses périodes* ainsi que de la plupart des autres infections uro-génitales : à la fois diurétique et antiphlogistique, anticatarrhal et antiseptique, c'est l'agent curatif des urétrites aiguës et chroniques et l'antagoniste éprouvé des virulences gonococciques.

La vaccinothérapie, avec ses intéressantes promesses, ne doit pas nous faire oublier, dans la pratique, une médication balsamo- antiseptique qui a fait depuis longtemps ses preuves concluantes. Association bien dosée de santalol (seul principe utile de l'essence de santal officinale), formine et salol, l'Eumictine est toujours favorablement tolérée ; elle constitue un traitement complet, n'offrant aucun des inconvénients inhérents aux similaires usuels. Ses principes, en liberté dans l'intestin seulement, agissent à l'état naissant, sans irriter ni les reins, ni les voies digestives, ni le système nerveux. Analgésiques et antiseptiques, ils suppriment douleurs, ferments nocifs, filaments et suintements, jugulent toutes virulences tenaces. L'atonie et la parésie vésicales, qui transforment l'organe en un bouillon de culture ; l'alcalinisation urinaire, préludant aux décompositions ammoniacales qui entraînent l'infection et le catarrhe de la vessie ; la dysurie, l'opsiurie, etc., trouvent dans l'Eumictine, complexe inégalé jusqu'ici, le plus parfait des remèdes.

En ramenant une perméabilité plus grande des reins, par la suppression des infections, par la disparition des symptômes pollakiuriques chez les prostato-cystiques, les bons effets de l'Eumictine se reflètent aussi dans la disparition du syndrome fébrile et gastrique qui leur faisait cortège. Elle agit très bien aussi sur la vessie, l'utricule *prostatique,* les glandes de Cowper, les voies séminales (souvent infectées) ; combat la pyurie quelles que soient ses origines ; clarifie les urines, les rend aseptiques ; calme les souffrances de la cystalgie et de la pyélo-néphrite et éloigne les états congestifs préludant aux mictions pénibles, aux dispositions hématuriques et ithuriques.

Ce traitement s'adresse aussi bien aux incontinents qu'aux rétentionnistes ; il adoucit l'éréthisme et modifie la bactériurie ; contre la nycturie (pollakiurie nocturne) quelle que soit son origine, l'Eumictine est toujours indiquée ; elle anesthésie, en quelque sorte « l'impérieuse miction » dont parlait GUYON et permet la conservation inappréciable d'un sommeil réparateur.

Chez la femme, la leucorrhée est souvent une blennorrhée qui s'ignore et la métrite catarrhale one irradiation du gonocoque. Les étroits rapports de la vessie et de la matrice nous expliquent ce catarrhe utéro-vésical, avec congestion du petit bassin, que l'ancienne gynécologie traitait, parfois, en entité morbide. On observe aussi des gonococcies réveillées par la puerpéralité ; funeste échange de mauvais procédés entre microbes pathogènes. L'imprégnation du sang par l'Eumictine assurera rationnellement à ces syndromes rebelles l'issue bactériolytique la plus favorable à la guérison.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A propos de l'article ci-dessous du Dr BATIER, de Strasbourg.

Jusqu'à ce jour nous avons fait le possible pour préserver nos colonnes des polémiques au caractère fâcheusement trop personnel ayant trait à la direction de l'Union des Syndicats médicaux de France. Notre conviction absolue est que ces polémiques reposent sur des malentendus, sur de possibles maladresses, sur la méconnaissance regrettable du dévouement et de la droiture des intentions de ceux qui dirigent l'Union, sur des blessures d'amour-propre au cours de discussions oratoires ou écrites qui n'auraient jamais dû se produire.

Si, au lieu de se soupçonner, de s'injurier et d'interpréter tendancieusement les actes et les paroles de chacun, les adversaires en présence avaient tenté seulement de se réunir et d'examiner sans passion, en petit comité, les griefs que mutuellement, ils se reprochaient, tout cela se serait évanoui en fumée et l'union nécessaire règnerait dans nos Syndicats.

Notre distingué confrère, le Dr Gabriel Batier, de Strasbourg, nous prie de publier un article sur ce délicat sujet.

Nous y consentons parce que nous approuvons ses conclusions, et bien que nous prévoyions déjà la correspondance que cette publication va nous amener. Nous y consentons parce que ce n'est plus l'heure de nous battre entre nous quand l'Union sacrée est devenue nécessaire. Nous y consentons parce que les hommes de bonne volonté ne sont pas si nombreux dans le Corps médical dont plus de la moitié est composée d'égoïstes et d'indifférents, pour qu'on ne s'efforce pas de les grouper dans un but de défense qui devient absolument urgente. Combien sont-ils, en effet, ceux qui se désintéressent des graves problèmes de l'heure, qui ne font partie d'aucun syndicat, d'aucune œuvre professionnelle ou qui en font partie sans se soucier de ce qui s'y passe ?

Nous avons été secrétaire de l'Union pendant quinze ans, et nous avons été plusieurs fois en butte à des attaques peut être plus violentes ; nous avons subi les mêmes critiques, essuyé de bien d'autres injures. Nous avons supporté tout cela tant que nous avons cru qu'il était de notre devoir pour l'intérêt du Corps médical de rester immuable à notre poste.

Puis, lorsque nous avons jugé notre retraite sans danger pour l'œuvre à laquelle nous nous étions dévoués, nous et nos amis, nous nous sommes retirés sans amertume et sans aigreur.

La situation est sensiblement analogue aujourd'hui, toutefois elle nous paraît autrement grave car l'instauration des assurances sociales aura sur l'avenir de notre profession des conséquences infiniment plus sérieuses que la loi sur les accidents du travail.

Aussi, en publiant l'article du Dr Batier, nous supplions les adversaires de faire trêve à ces luttes intestines, déplorables et infiniment dangereuses, de faire abnégation de leurs froissements personnels et de leurs blessures d'amour-propre, de ne songer qu'à l'intérêt général du Corps médical français et au prochain et troublant avenir de notre profession.

Nous osons espérer que, si l'article du Dr Batier suscite des réponses, elles seront rédigées avec la même courtoisie, en évitant soigneusement de mettre des tiers en cause et en laissant à cette discussion la tenue qu'il convient à un débat où la dignité du Syndicalisme médical est en jeu.

J. NOIR.

La politique de l'Union et les critiques de l'opposition,

par le Dr Gabriel BATIER (Strasbourg).

Il ne faut point suivre d'un œil distrait ce qui se passe à l'Union des syndicats médicaux de France, car c'est tout l'avenir de la profession qui là-bas s'élabore, un avenir assez proche pour que la majorité d'entre nous le voie et le subisse un jour.

La loi sur les assurances sociales est en préparation ; elle sera certainement différente de la loi d'Empire et la remplaceraen Alsace-Lorraine. Or, contrairement à ce qui s'est passé pour la loi d'Empire, le législateur français écoute les groupements intéressés. Nul doute que les groupements homogènes, vigoureux et sachant ce qu'ils veulent, marqueront leur empreinte sur la loi ; les autres seront comme s'ils n'existaient pas. Que l'Union *manifeste quelque incertitude*

dans sa doctrine, ou quelque faiblesse du fait de divisions intérieures, ou quelque défaillance dans son action auprès des pouvoirs publics, et l'avenir de la profession médicale risque d'être compromis pour de longues années, car les exigences morales et matérielles d'une saine pratique médicale sont généralement méconnues en dehors de notre milieu. Il est donc inadmissible que les médecins se désintéressent de la vie intérieure et de la politique extérieure de notre organisme central.

A la dernière assemblée générale, pour la première fois depuis la guerre, une opposition organisée a mené l'attaque contre la majorité aux affaires (1). On se rappelle dans quelles conditions. Le président a levé la dernière séance sans que cette opposition ait désarmé.

Elle est essentiellement constituée par la Fédération du Nord et le Groupement de la région lyonnaise. Ses griefs sont remarquablement rassemblés et exposés dans un récent manifeste : *Bolchévisme et dictature* (2). Les dictateurs bolchévistes, ce sont Lafontaine, Lenglet, Quivy, Rinuy et quelques autres. Ce manifeste est la préparation d'artillerie en vue de l'attaque prévue pour la prochaine assemblée générale. Il est indispensable de l'étudier de près, car il est un impitoyable réquisitoire contre la méthode et la doctrine des chefs responsables.

***

Ce manifeste rappelle d'abord qu'en fait le Conseil de l'Union est maître absolu, par le jeu même des statuts, sauf pendant les trois jours d'assemblée générale annuelle. On sait qu'impressionné par cette réalité, je suis partisan de la représentation régionale au Conseil, selon la modalité adoptée pour l'élection du comité de notre fédération alsacienne, de manière que le Conseil soit l'image réelle du corps médical et non plus l'expression de la seule majorité. L'absence de groupements régionaux sur la plus grande partie du territoire rend actuellement difficile l'adoption de ce système. Toutefois, dès maintenant, les statuts permettent à tout groupement important d'être représenté au Conseil ; il dépend donc des syndicats eux-mêmes de réaliser la représentation proportionnelle au Conseil, sans rien changer aux statuts actuels. Or il est bien évident qu'ils y tiennent peu, car non seulement les groupements sont lents à se constituer, mais ceux-là même qui existent n'usent pas de leur droit d'être représentés au Conseil par un de leurs membres.

Ce que d'ailleurs on reproche surtout au Conseil, c'est de laisser faire « la camarilla énergique, sans scrupules, qui agit à sa guise *per fas et nefas* ». L'assemblée n'a rien à faire d'autre que compter « les mauvais coups » de ce directoire, soit une demi-douzaine pour 1925 — et l'année n'est pas finie ! Examinons « les mauvais coups ».

1° Tout d'abord la consultation des syndiqués sur l'assurance-maladie a été faite avec un an de retard et l'on n'arrive pas à en connaître les résultats. 75 syndicats sont contre le tiers-payant, 27 pour. Mais les syndiqués, combien sont-ils de chaque côté de la barricade ? Impossible de le savoir ! La camarilla se tait et le président déclare la consultation irrégulière.

Eh bien, le président a raison ! Les syndicats sont adhérents à l'Union, mais non point leurs membres. L'Union a le droit, parfois le devoir de consulter les syndicats adhérents ; quant aux membres des syndicats, c'est l'affaire intérieure de chaque syndicat et il est surprenant que soient à la fois reprochés au secrétariat de l'Union l'esprit dictatorial et l'excessif respect de la vie intérieure des syndicats.

Ceci dit sur la question de forme, reste la question de fond. Si « la camarilla » ne publie pas le résultat du référendum, c'est qu'elle ne le connait pas. La consultation s'est faite généralement en assemblée générale des syndicats ; combien y avait-il d'absents ? Au moins la moitié. Admettons cependant qu'ils étaient tous là, même les confrères impotents, même les absentéistes impénitents. Il n'en demeure pas moins que si 102 syndicats ont répondu, 184 ne se sont pas prononcés. Le seul résultat du référendum — hélas ! personne ne peut le cacher — c'est que près des deux tiers du corps médical se sont désintéressés de la question. « La camarilla » n'y est pour rien et, en face d'une telle masse d'indifférents, que signifie la répartition du tiers restant en pour et contre ?

2° Différents journaux médicaux ont publié le résultat d'un scrutin autour duquel il a été fait beaucoup de bruit et qui fut une victoire de l'opposition à la dernière assemblée générale.

A la vérité, ce ne fut une victoire qu'en raison d'une faute de manœuvre des dirigeants de l'Union. Un ordre du jour sur les assurances sociales avait été préparé par eux, un autre par l'opposition. L'ordre du jour officiel avait les défauts graves de n'être point clair pour tout le monde et de mal répondre à l'état présent des esprits. Celui de l'opposition, beaucoup plus clair et tout à fait en rapport avec les préoccupations du moment, se présentait comme le drapeau des libertés médicales, soit-disant foulées aux pieds par les dictateurs. Le réflexe était de repousser ce dernier et d'aller au scrutin avec l'ordre du jour officiel,

(1) J'estime excellent, peut-être nécessaire, qu'il y ait une opposition pour faire la critique des gens aux affaires, à condition qu'elle ait assez de discipline, assez de dévouement aux intérêts généraux, pour se soumettre aux décisions de la majorité et ne jamais rompre l'unité du front extérieur.

(2) *Bulletin off. du S. M. du Rhône et du Group. des S. M. de la région lyonn.*, 1er août 1925.

d'autant plus tranquillement que la majorité était certaine. L'habileté consistait à accepter l'ordre du jour de l'opposition, avec un amendement qui permît l'unanimité, si souhaitable devant les pouvoirs publics. L'amendement était préparé, officieusement accepté par les Alsaciens (fidèles au tiers-payant) et par l'opposition (hostile au tiers-payant) ... C'est le réflexe qui se déclancha et l'ordre du jour voté fut l'officiel, légèrement modifié au dernier moment.

Ce fut une faute, car l'hostilité marquée à l'ordre du jour des opposants semblait justifier leurs critiques ; par ailleurs les vaincus conservaient une sourde rancune ; enfin le texte même de l'ordre du jour voté servit aussitôt de base à une manœuvre heureuse de l'opposition, qui eût été impossible avec le texte dédaigné.

Après qu'il eut été bien entendu que ce scrutin aurait lieu à titre d'information et sans qu'il puisse influencer le mandat de l'Union, on se compta donc *sur les modalités prévues à l'ordre du jour qui venait d'être voté.*

« Tarif moyen limitatif avec ou sans ticket modérateur »	2.328 voix
« Tarif de responsabilité des Caisses et non tarif limitatif des honoraires médicaux »	3.543 voix
« Entente directe du médecin et du malade, cette entente n'excluant pas l'établissement d'une convention entre syndicats et Caisses qui permettrait le fonctionnement des Caisses, ni la possibilité d'un contrôle établi d'accord par la Caisse et le syndicat »....	6.642 voix

Voilà les faits.

On parle de faux et d'escamotage, parce que le résultat de ce dernier scrutin n'a point paru dans le *Médecin syndicaliste* qui écrit en note : « Avant de connaître les résultats du scrutin, l'assemblée a décidé de ne point les publier... »

Je comprends très bien que notre journal officiel n'ait point publié le résultat de ce scrutin, puisqu'il était entendu qu'il devait rester sans influence sur la politique de l'Union ; mais la note critiquée est une erreur et une maladresse.

Quant à la sincérité du secrétariat, elle est évidente, puisque le compte rendu sténographique résumé n'est discuté par personne et que seul il fait foi. Enfin parler d'escamotage quand le résultat du scrutin a été tiré à plus de trois cents exemplaires et réparti aux quatre coins de la France, cela fait sourire !

3° Le président Decourt est mis en cause pour avoir écrit, à propos de ce fameux scrutin : « A mes yeux ces chiffres sont pratiquement *inexistants* en tant que précision, tant le vote fut émis dans la confusion ». On voit là une manœuvre machiavélique. Pour moi qui ai vu l'embarras de nombreux délégués — dont Decourt lui-même — devant l'obscurité du problème soumis aux électeurs, pour moi cela signifie : « Les votants n'étaient pas éclairés sur l'opinion de leurs commettants au sujet de la question posée ; beaucoup n'y ont pas compris grand'chose ; en conséquence le résultat du scrutin manque de précision et je n'attache personnellement aucune valeur aux chiffres qui l'expriment ». Et je pense exactement la même chose.

Mais Decourt n'a certainement pas voulu dire que le scrutin était nul. Pendant et depuis l'assemblée, son impartialité fut évidente.

4° La délégation de l'Union qui a répondu à la convocation de la commission sénatoriale n'a été désignée ni par l'assemblée générale ni par le conseil ; elle s'est donc nommé elle-même, dit-on, en lui reprochant de ne compter aucun membre de l'opposition et de comprendre au contraire un médecin qui ne fait plus partie du Conseil.

Ce n'était pas le rôle de l'assemblée de nommer une délégation de ce genre. Quant au Conseil, fallait-il faire les frais d'une séance d'urgence pour désigner ... les mêmes personnes ? Car il ne fait pas doute que la délégation eût été la même.

Ceci dit, je tombe d'accord qu'il est regrettable de n'y avoir point mis le vice-président Michon comme représentant de l'opposition. C'est une faute ; en la commettant, l'on a rendu possible l'acte d'indiscipline des médecins lyonnais qui a fait plus de mal à la cause médicale que toutes les maladresses des cinq dernières années (1).

5° En ce qui concerne le rôle de la délégation devant la commission sénatoriale, on lui reproche de n'avoir pas défendu « la liberté absolue pour le malade et pour le médecin », réclamée par 6.642 voix de l'assemblée générale. C'est une lourde erreur de fait : *ces 6.642 voix se sont prononcées, non pas pour la liberté absolue, mais pour « l'entente directe du médecin et du malade, cette entente n'excluant pas l'établissement d'une convention entre syndicats et Caisses qui permettrait le fonctionnement des Caisses, ni la possibilité d'un contrôle établi d'accord par la Caisse et le syndicat ».*

Manifestement la délégation n'a fait que commenter l'ordre du jour voté par l'assemblée générale. Cet ordre du jour ne me plaisait pas, je l'ai assez manifesté. Mais une fois voté, il représentait l'opinion de l'assemblée et devait servir de base à toute déclaration faite aux pouvoirs publics. C'est dans cet esprit que Nordmann et

(1) Nul n'a mieux parlé de ce regrettable incident que G. Joubert dans son impartial article du *Bull. du Group. des S. M. des Charentes et du Poitou* (août 1925).

moi, entendus par la commission du Sénat avec l'autorisation de l'Union, avons commencé notre exposé, fait au nom de la fédération d'Alsace, par un acte de solidarité avec la délégation de l'Union.

Ceci dit, je ne fais point difficulté d'affirmer qu'entre le contrôle de la commission tripartite et *le contrôle exclusivement médical, librement consenti par contrat*, tel qu'il existe entre syndicats et Caisses d'Alsace, je n'hésite pas une seconde : seul le dernier est compatible avec la conception syndicaliste de la médecine, avec l'indépendance du corps médical. Le contrôle, qui est indispensable quelle que soit la forme adoptée pour la pratique médicale de l'assurance-maladie, doit rester question contractuelle ; il doit être ignoré de la loi et du règlement d'administration publique. Sur ce point je me rencontre avec G. Joubert (1) qui reproche à la délégation les remarques et conclusions, mais non point les bases de sa déposition ; « le plat était authentique, dit-il, la sauce frelatée ».

6° Enfin Decourt a dit au cours de l'audience de la commission sénatoriale : « Le tiers-payant ne nous fait pas peur ». Le malheureux ! Le voilà excommunié ! Mais on veut bien reconnaître que seul compte le texte de la note remise par la délégation ; alors, Decourt n'a-t-il pas le droit de manifester son sang-froid devant cette bête apocalyptique qu'est le tiers-payant, comme d'autres ont le droit d'exprimer leur terreur ?

Si nous résumons l'examen qui précède des six chefs d'accusation, nous relevons deux, peut-être trois maladresses, mais aucun crime ni délit. Il y a là tout juste la part normale de l'erreur humaine et je souhaite qu'elle ne soit jamais plus grande dans la direction de nos affaires professionnelles.

***

La doctrine de la camarilla, c'est la socialisation de la médecine, l'organisation et le contrôle étant pris en charge par les syndicats. Pourquoi ? Parce que la mise en œuvre de cette doctrine rendra la camarilla maîtresse toute puissante du corps médical par la répartition de toutes les fonctions et la gestion de tous les honoraires. Voilà la thèse de l'opposition.

Cette thèse a le premier tort d'ignorer le monde extérieur, les réalités sociales auxquelles s'adapte la pratique médicale. Pure utopie que concevoir *in abstracto* l'exercice de notre profession ! Elle ne saurait être la même aux temps égyptiens et à l'époque moderne, dans les Alpes et à Paris ... Or c'est un fait que les nations européennes tendent à la socialisation ; chaque jour marque une restriction nouvelle des droits individuels au profit des droits de la collectivité. Les grands groupements industriels y travaillent en même temps et beaucoup mieux, malgré les apparences, que les partis socialistes. Nos divers gouvernements suivent le courant, qu'ils soient de droite ou de gauche.

La pratique médicale doit évoluer dans le même sens, que nous le voulions ou non. Si la Nation crée le service des soins aux mutilés de guerre, nous n'y pouvons rien ; notre rôle se borne à adapter la pratique médicale à ce nouveau service d'Etat et, par la collaboration avec les pouvoirs publics, à y sauvegarder les conditions indispensables à l'exercice normal de la profession. Il en est de même de la lutte contre la tuberculose et les autres fléaux sociaux. Parce que nous avons ignoré l'organisation anticancéreuse, elle s'est faite contre nous, sans que les malades en aient retiré de bénéfice certain. Si demain l'assurance-maladie s'organise sans nous, elle se fera contre nous et contre nos malades.

A en croire l'opposition, la camarilla de l'Union socialiserait la médecine ! Ce sont les industriels avec leurs consultations et crèches d'usines, les mines avec leur service médical, le ministre de l'hygiène et certains professeurs avec leurs dispensaires et centres thérapeutiques c'est enfin le Parlement, appuyé par la C. G. T., avec son projet de loi sur les assurances sociales, c'est l'écrasant consortium des grandes puissances privées et publiques qui socialise peu à peu la médecine. Que pèsent, en face de cette tacite coalition, les quelques militants du corps médical qui cherchent à sauver l'avenir de la profession ?

La terre tourne ! Ne reprochons pas à ceux que nous avons choisis pour chefs de ne point l'empêcher de tourner ! Ils ne l'arrêteront pas plus qu'ils n'accélèrent son mouvement.

S'ils veulent mettre des médecins dans les comités départementaux qui surveilleront les Caisses et autoriseront les remplois de fonds en œuvres de thérapeutique ou de prophylaxie, font-ils du bolchévisme ? Non pas ! Ils prennent simplement les précautions indispensables pour que la médecine (c'est à dessein que je ne dis point : la profession médicale) ait en bonne place les défenseurs qu'il faut, sous un régime où elle est en péril et où seuls nous pouvons la préserver.

Ils n'entendent point aliéner notre liberté dans un texte de loi. La preuve en est qu'ils ont accepté avec empressement ma proposition, à savoir que « les syndicats médicaux ou leur Union ne peuvent être liés que par des contrats. Les litiges relatifs à l'application de ces contrats doivent être exclusivement réglés par les organes d'ar-

(1) *Bull. du Group. des S. M. des Charentes et du Poitou*, août 1925.

bitrage prévus par les contrats eux-mêmes ». Est-ce du bolchévisme que ce souci de liberté ?

Ah, croyez-moi, si tel ou tel est satisfait du développement de la médecine sociale, presque tous les membres de « la camarilla » manquent d'enthousiasme. Je les ai vus préoccupés de l'avenir pour le corps médical. Certains même ne cachent pas leur inquiétude devant l'inorganisation de nombreux syndicats qu'ils sentent désarmés devant les périls de demain; mais ils n'osent pas proposer le remède, de peur d'être incompris et accusés encore des plus noirs desseins. Ils ont tort. Il faut avoir le courage de le dire : les syndicats de l'Intérieur — à quelques exceptions près — seront écrasés par les assurances sociales, comme l'a été le corps médical allemand (1), s'ils ne s'arment point d'urgence à l'imitation des nôtres. Pas un n'au ait pu supporter la tempête récente d'Alsace, d'où nous sommes sortis plus forts qu'avant. Ils n'ont ni la solide organisation, ni la solidarité, ni les ressources matérielles qui sont indispensables dans l'existence que le Parlement leur prépare et que je connais bien.

En août 1914, les jeunes saint-cyriens sont allés au feu debout, plumes tricolores au shako et mains gantées de blanc. C'était magnifique ! Les trois quarts furent fauchés en deux jours sans profit pour la Nation.

J'ai peur que l'opposition veuille combattre l'évolution des forces sociales avec le seul idéal de liberté.

(1) C'est pour avoir ignoré la loi et avoir été ignoré d'elle, que les médecins allemands ont connu leur calvaire.

PROTECTION DU PREMIER AGE. ENFANTS ASSISTÉS, SOINS DONNÉS PAR LE MÉDECIN INSPECTEUR

Un de nos abonnés nous informe que l'Inspecteur des Enfants-Assistés de son département a fait insérer, dans les carnets des nourrices prenant des enfants chez elles, que les premiers soins d'urgence sont dus par le médecin inspecteur.

Notre confrère s'est ému de ce mot « dus » et il en a demandé l'interprétation à l'administration préfectorale, qui en a référé au Ministère.

En effet, les nourrissons ne devant être inspectés qu'une fois par mois, la nourrice ou les parents du nourrisson peuvent se croire autorisés, dans un cas grave, à faire venir le médecin inspecteur, en dehors de sa tournée d'inspection mensuelle, et à ne pas le rémunérer de son déplacement, sous le prétexte que l'enfant avait droit aux premiers soins d'urgence.

Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques consulté, a répondu par lettre du 27 juin dernier que « le médecin inspecteur a un rôle de surveillance hygiénique et n'est pas le médecin traitant du nourrisson. »

« Toutefois, il y a des cas où l'humanité s'oppose à ce que ce principe soit rigoureusement appliqué : il est certain que, lorsqu'un médecin inspecteur se trouve en présence d'un enfant, dont l'existence se trouverait compromise, faute de soins immédiats, il lui doit donner les premiers soins, les parents de l'enfant restant débiteurs, à cet égard, des honoraires auxquels il peut prétendre.

« Dans le cas où les parents refuseraient le paiement, il est certain que mon administration ne se refuserait pas à participer à la dépense, sur les crédits affectés au service de la protection des enfants du premier âge.

« Il est bien difficile d'établir une règle bien définie à cet égard : seules les circonstances peuvent justifier une mesure, qui ne cadre pas absolument avec la stricte application de la loi du 23 décembre 1874. »

Je ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Le Beau, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, car le rédacteur, qui a établi la réponse ci-dessus, n'a jamais exercé la médecine et connaît mal la pratique de l'inspection du premier âge.

Tout d'abord, j'estime que la phrase incriminée est à supprimer.

Non ! les premiers soins d'urgence ne sont pas dus par le médecin inspecteur.

D'abord, ce n'est pas dans la loi du 23 décembre 1874 (article 5) : le médecin n'a qu'une fonction d'inspection et non pas de soins.

Je vais même plus loin en disant qu'il est regrettable qu'il ne soit pas interdit, par la loi, au médecin inspecteur, de donner des soins aux nourrissons qu'il doit surveiller médicalement et aux nourrices qu'il inspecte également.

En effet, le docteur a une fonction essentielle : vérifier si l'enfant est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et si la nourrice est à la hauteur de sa tâche.

Aussi, lorsqu'il arrive que le médecin inspecteur doit signaler une nourrice, comme étant malpropre, soignant mal son nourrisson, le laissant dans des conditions contraires à l'hygiène, ce docteur ne doit pas être pris entre son devoir et son intérêt.

Son devoir, car il doit signaler ce qu'il a vu, pour que l'enfant soit retiré et confié à une autre nourrice ; son intérêt, car il perdra la clientèle de la nourrice, qu'il aura ainsi dénoncée.

Ce premier point posé, je ne me fais aucune illusion sur la platonicité de mon observation, car, en pratique, les médecins inspecteurs sont

choisis comme médecins traitants, par les nourrices, ne serait-ce que pour s'attirer les bonnes grâces du docteur et ce dernier recherche les fonctions ridiculement payées de médecin inspecteur de la protection du premier âge, à cause de la répercussion sur la clientèle des villages.

Donc, en pratique, le médecin inspecteur fait la confusion des fonctions d'inspecteur et de soignant.

Les visites d'inspection sont payées par le département.

Qui doit payer les visites de soins ?

D'après la jurisprudence, la nourrice, qui a appelé le docteur, pour donner des soins à son nourrisson, est responsable des frais médicaux, quitte ensuite à cette nourrice à se faire rembourser par les parents du nourrisson.

Ainsi jugé : Justice de paix de Cloyes (Eure-et-Loir), 27 février 1904 ; — Justice de paix de Bléré (Indre-et-Loire), 11 décembre 1908 ; — Justice de paix de Liancourt (Oise), 10 janvier 1912.

En effet, la nourrice a agi comme intermédiaire, dans l'intérêt de l'enfant et des parents de celui-ci et, comme le docteur ne connaît pas ces derniers, c'est à bon droit qu'il s'adresse à la nourrice, pour se faire payer sa note d'honoraires.

Mais, les parents du nourrisson n'en restent pas moins débiteurs des soins donnés à ce dernier.

L'article 203 du code civil oblige les père et mère aux frais médicaux nécessaires à leurs enfants. Cette obligation, qui dure autant que la minorité des enfants, survit au divorce, ou à la séparation de corps.

Cette obligation incombe aussi bien au père qu'à la mère et le médecin a le droit de réclamer à l'un ou l'autre des conjoints ; si l'un d'eux est privé de ressources, l'autre devra payer les honoraires du médecin, pour soins donnés à l'enfant, quel que soit le régime matrimonial (Cassation, 21 mai 1890).

En cas de divorce, ou de séparation de corps, il a été jugé que si la pension alimentaire, versée à une femme, n'est pas suffisante pour rémunérer le médecin, celui-ci a le droit de se retourner contre l'ex-mari (Trib. civ. Seine, 14 février 1900 ; — Trib. civ. Castres ; 21 février 1912).

Les parents renonceraient-ils à la succession de l'enfant, que l'obligation aux soins n'en persisterait pas moins (Trib. civ. Toulouse, 2 juin 1904.

Citons encore un arrêt de la Cour d'Aix (2 juin 1904) qui décide que les frais de maladie sont compris dans l'obligation alimentaire et un jugement du tribunal civil de Pithiviers (26 octobre 1911) qui déclare les deux époux solidairement responsables pour les soins donnés à leurs enfants.

Aussi, le médecin aura-t-il toujours devant nourrice, ayant agi comme intermédiaire et *negotorium gestor* des parents du nourrisson, soit lui, comme responsable de ses honoraires, soit la ces derniers, tantôt directement, si ces parents ont pris un engagement quelconque vis-à-vis du docteur, tantôt en vertu de l'action oblique de l'article 1166 du code civil, le médecin prenant lieu et place de son débiteur principal, l'enfant, et agissant contre les parents au nom de ce dernier.

Il résulte encore de tout ceci, que si la nourrice est indigente et inscrite, elle-même, à l'assistance médicale gratuite, le médecin du nourrisson doit être rémunéré, non pas par le budget départemental et communal de l'A. M. G., mais par les parents de l'enfant, au tarif syndical médical de la région.

Mais, que se passerait-il si les parents de l'enfant étaient eux-mêmes indigents ?

L'enfant a le domicile de secours de son père (loi du 15 juillet 1893, article 6, 2°). Les frais médicaux incomberont donc à la commune de la résidence habituelle du père.

Mais, en cas d'urgence, il est évident que la nourrice, qui est absolument ignorante de la loi du 15 juillet 1893, fera appel au médecin et ne songera pas à dire aux parents de faire inscrire leur enfant sur la liste de l'assistance médicale gratuite de leur propre commune, pour que l'enfant soit soigné gratuitement.

Dans ce cas d'urgence, l'assistance médicale du nourrisson incombe à la commune où il est placé, pour les dix premiers jours de la maladie, ou de l'accident (loi de 1893, article 20).

Quoi qu'il en soit, ce ne devrait pas être au médecin traitant de se préoccuper de cette question d'assistance, mais bien plutôt au service départemental de l'inspection du premier âge.

Recevant l'inscription d'un nourrisson arrivant dans la commune, le maire du lieu devrait s'informer, par une déclaration de la nourrice, si les parents du nourrisson sont, ou non, inscrits sur la liste de l'assistance médicale gratuite, dans leur commune.

Si oui, le maire avertirait le médecin inspecteur et la nourrice et, en cas de maladie ou d'accident, le nourrisson serait soigné aux frais de la commune de la résidence de la nourrice ; puis, en vertu de l'article 2 de la loi du 15 juillet 1893, la commune, ou le département se feraient, ensuite, rembourser, par qui de droit, les frais médicaux et pharmaceutiques qu'ils auraient avancés pour faire soigner le nourrisson de parents indigents.

Mais il convient de ne pas inscrire, sur le carnet de nourrice, que le médecin inspecteur doit les premiers soins, en cas d'urgence.

C'est d'abord faire injure au Corps médical que de maintenir pareille indication ; les médecins savent toujours se dévouer, lorsque les de-

voirs d'humanité leur font une obligation de venir au secours d'une vie en danger, quelle que soit la condition de fortune du malade.

En second lieu, cette mention est maladroite, en ce sens qu'elle laise supposer à la nourrice ou aux parents du nourrisson que ce dernier a droit gratuitement aux secours médicaux d'urgence ; la loi de 1874, comme nulle autre, n'a imposé cette prestation aux médecins.

Un dernier mot, pour terminer : dans sa lettre, notre correspondant parle de l'inspecteur des Enfants assistés de son département. En ce qui concerne les enfants assistés, ces derniers seront soignés au compte de l'assistance médicale gratuite ; mais leur domicile de secours (c'est-à-dire l'autorité qui devra payer les frais) est le département au service duquel ils appartiennent.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Glanes mutualistes.

Dans le compte rendu, du 6e Congrès départemental des Sociétés de Secours mutuels du Rhône, nous relevons le vœu, adopté à l'unanimité, présenté par M. Vergnais, secrétaire général de la 19e Société de Collonges.

« Le Congrès, considérant que toutes les Sociétés de secours mutuels, par leur organisation de secours médicaux et pharmaceutiques, destinés à leurs sociétaires rendent d'importants services à toutes les organisations d'assistance qui sont à la charge des communes, en leur évitant de grosses dépenses que nos sociétés subissent à leur place ;

« Demande aux pouvoirs publics, chargés d'établir le tarif et l'application des prix concernant les services d'assistance, d'en faire bénéficier toutes les sociétés de secours mutuels et d'obliger les docteurs et les pharmaciens de leur appliquer des conditions identiques. »

La question n'est certes pas nouvelle ; celle des rapports des mutualistes avec les personnes couvertes par l'assistance médicale gratuite. On avait déjà réclamé que les communes inscrivissent tous leurs indigents, dans les sociétés de secours mutuels, en payant leurs cotisations, se débarrassant ainsi des soins de maladie qui leur sont dus par la loi. C'est une simplification du rôle des maires. Malheureusement le service médical des sociétés mutuelles, surtout de façade, ne s'occupe guère que des visites et consultations ordinaires, alors que les inscrits ont droit à tous les soins complets, même chirurgicaux, dont se désintéressent lesdites sociétés.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que si les médecins consentent des prix spéciaux aux malades inscrits à l'assistance médicale gratuite, c'est qu'il s'agit d'indigents. Faut-il encore remarquer qu'en agissant ainsi ils font doublement œuvre sociale ; abandonnant une partie de leurs honoraires, ce qui ne les empêche pas de payer les impôts comme le reste des contribuables.

Les Mutualistes ne sont pas des indigents. Trop souvent même des personnes aisées, des commerçants locaux, font partie des sociétés de secours. Ce sont des prévoyants qui mettent en commun une partie de leurs risques maladie pour en alléger le fardeau. Ils font une véritable assurance et payent des primes leur donnant des droits, rien de plus. Réclamer pour eux le régime réservé aux indigents, c'est leur faire affront. Ils ne veulent pas être considérés comme des pauvres, mais des prévoyants.

Pourquoi, du reste, les petits commerçants ne feraient-ils pas des rabais aux mutualistes, s'ils trouvent cette classe sociale si intéressante ? Je doute fort qu'ils abondent dans mon sens.

Il serait curieux d'établir pour les mutualistes des tarifs jusqu'ici réservés aux indigents, alors que le rêve de la Mutualité est de créer des sociétés dans toutes les communes, d'en ouvrir l'accès largement aux femmes et aux enfants ; en un mot, de faire de la France une vaste Mutualité. En ces temps heureux, tous les Français seront considérés comme des indigents et sur les listes du bureau de bienfaisance, il faudra commencer par inscrire tous les médecins.

Je suppose que, dans l'espèce, il s'agit de surenchère mutualiste, proche parente de la surenchère électorale et que le vœu ira rejoindre dans les cartons bien d'autres vœux en souffrance.

Le Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, dans ses sessions des 25, 26, 27 mars 1925, a proposé un certain nombre d'amendements proposés au texte du projet de loi sur les assurances sociales voté par la Chambre des Députés en 1914.

En dehors de ces amendements que je ne veux pas passer en revue, le Conseil émit un certain nombre de vœux, dont le premier vise spécialement le Corps médical.

« Le Conseil émet le vœu que la loi sur les assurances sociales maintienne formellement la pratique du paiement direct des soins médicaux et pharmaceutiques par la Caisse d'assurance, sans obliger l'assuré à payer d'abord pour se faire rembourser ensuite et qu'elle conserve l'usage des tickets modérateurs, calculés d'après

la rémunération de l'assuré et non d'après la gravité de la maladie, le coût du traitement médical ou les exigences du médecin ».

Le Corps médical avait envisagé l'existence de contrats collectifs entre ses Syndicats et les Caisses d'assurances sociales, ce contrat pouvant revêtir toutes les modalités, variables selon les pays, leurs habitudes, selon l'importance des parties en cause, également selon les relations existant entre ces Caisses et Syndicats médicaux.

Deux opinions principales partagent le Corps médical. Certains Syndicats préfèrent le paiement direect par les Caisses, c'est-à-dire le tiers payant, d'autres espérant créer une indépendance et en même temps une liberté plus complète dans les rapports entre médecin et malades ne veulent connaître que celui qui reçoit les soins, responsable lui-même des honoraires. Ils donnent leur adhésion à la suppression du tiers payant, espérant ainsi garantir la dignité du médecin et supprimer abus et fraudes. Je dois ajouter que la majorité du Corps médical s'est prononcée pour ce dernier système.

Pourquoi la Mutualité cherche-t-elle à supprimer toute base de discussion et imposer un système unique au Corps médical ? Elle veut persister dans ses anciens errements, c'est-à-dire continuer à domestiquer le médecin, à le considérer comme un employé de ses Caisses, en un mot l'avoir en mains et en tutelle. Or, c'est justement ce que les médeecins refusent d'accepter.

Le Conseil supérieur s'étend aussi longuement sur la question du ticket modérateur. Ce n'est pas le Corps médical qui réclame un ticket proportionné à la gravité de la maladie, au coût du traitement. Il faut un ticket fixe par chaque vacation médicale, quelles que soient la gravité ou la durée de la maladie.

Il n'est pas dans les usages du Corps médical de faire des rabais en cas de longues maladies ou de maladies graves où sa responsabilité est justement plus engagée que dans les autres circonstances. Le médecin n'est pas comparable au restaurateur qui fait une remise par tant de cachets ou fait un prix de pension. Les fournitures médicales ne sont pas commerciales et ne se traitent pas à la grosse. De même, dans les mêmes circonstances, il ne demande pas une valorisation supérieure du ticket .

Enfin, qu'est-ce que le Conseil supérieur entend par exigences des médecins ? Le médecin réclame simplement des honoraires en rapport avec les services rendus, le prix de la vie, honoraires lui permettant de vivre et faire vivre les siens d'une façon légitime.

Les médecins ont toujours pensé que l'existence d'un ticket modérateur assez élevé était seul capable d'éviter les abus et les fraudes ; d'abord du malade qui, devant compléter lui-même assez largement l'honoraire médical, ne réclamerait pas par suite de visites ou consultations inutiles ; ensuite du médecin lui-même peu tenté d'abandonner par esprit de publicité antidéontologique une part d'honoraires d'une certaine valeur.

Les exigences du médecin en matière de ticket modérateur ne sont que des garanties d'honnêteté de la loi.

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

L'éclairage.

Nous voici donc entrés dans la période dite de l'heure d'hiver.

D'un seul coup la tombée de la nuit s'est trouvée rapprochée d'une heure. Notre tâche quotidienne ne peut plus se terminer à la lumière solaire. L'obscurité nous oblige à penser à nos phares et lanternes que nous avions pris l'agréable habitude de dédaigner depuis de longs mois.

Fort heureusement, nous ne sommes plus au temps des phares à acétylène à auto-générateur, quand il fallait emporter avec soi dans les coffres des voitures des boîtes de carbure de calcium qui répandaient une horrible odeur d'ail et dont on versait le contenu dans le réservoir du phare.

La plupart du temps, on manquait d'eau, ou bien, l'eau arrivait trop rapidement et c'était la menace d'explosion.

On atteignait rarement l'étape sans avoir été forcé de descendre plusieurs fois pour opérer un réglage difficile. Nous ne sommes même plus à l'époque des bouteilles d'acétylène dissous qui ne sont plus guère utilisées que sur de vieux véhicules dont on ne veut pas encore se séparer.

Nos constructeurs ont suivi le progrès qui s'est imposé dans cet ordre d'idées plus peut-être que dans toute autre chose.

Quelle est la voiture moderne qui est livrée sans équipement électrique ?

Avouons que c'est là une amélioration formidable et surtout l'une de celles auxquelles les automobilstes ont été le plus sensibles.

En effet, il suffit maintenant d'appuyer sur un bouton, et instantanément, phares, veilleuses et lanterne arrière se trouvent allumés.

Mais, l'excès en tout est un mal, on a bien raison de le dire.

Cette facilité ainsi généralisée a entraîné une véritable débauche d'éclairage dans l'utilisation nocturne de l'automobile.

Le croisement de deux voitures tous phares allumés est devenu un véritable danger, et on a bientôt été amené à codifier leur emploi.

Malheureusement la sage réglementation du code de la route qui prévoit la mise en veilleuse des phares dès que l'on rencontre une autre voiture n'est pas toujours observée, quelquefois par négligence, quelquefois aussi parce que le brusque passage de la lumière intense à une obscurité relative complique le travail du conducteur.

Nous attendrons avec impatience le Salon de l'automobile de cette année pour examiner les perfectionnements apportés par les spécialistes à leurs appareils, à la suite de la mise en application sévère du code de la route.

L'Exposition des Arts décoratifs ayant accaparé le Grand Palais, le Salon n'aura pas lieu sous sa forme habituelle, mais nous sommes précisément dans la grande quinzaine de l'automobile organisée par les intéressés pour remédier dans une certaine mesure à cette absence.

Nous avons la satisfaction de constater qu'en dehors des différents systèmes de vitrages des phares qui arrivent à éviter l'aveuglement, mais presque toujours au détriment de la visibilité, on trouve maintenant d'ingénieux appareils qui permettent par une manœuvre très facile et unique, de mettre en veilleuse le phare de gauche, et de dévier à volonté le faisceau lumineux de celui de droite, de sorte que les personnes rencontrées ne sont nullement gênés et que le conducteur continue à voir très suffisamment sa route pour ne craindre aucun accident. Il y a tout lieu de penser que, réclamé par tous les clients, un tel dispositif sera bientôt posé en série sur toutes les voitures neuves, et marquera ainsi un nouveau grand progrès dans le problème de l'éclairage. Il permettra de rouler la nuit aussi facilement que le jour, ce qui ne manquera pas de décongestionner nos grandes routes aux époques de tourisme intensif, ce qui sera mieux pour tout le monde.

Avant de terminer cette chronique, un petit conseil : malgré tous les perfectionnements, ayez toujours au moins deux lampions en toile incombustible, ou mieux deux lanternes à essence susceptibles de se monter sur les tiges des lanternes avant et arrière. En cas de panne d'éclairage, vous ne regretterez pas cette précaution, et vous éviterez peut-être un accident et sûrement une contravention.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1924.

Messieurs et chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'exercice 1924.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 4.122 en augmentation de 399 sur l'exercice 1923 qui n'en avait compté que 3.723. La progression constante du nombre des sociétaires que vous retrouverez l'an prochain, montre l'importance des services rendus et la confiance qu'inspire notre œuvre de protection et de défense confraternelles.

1° Compte de l'année 1924.

1° *Recettes.*

Les recettes de l'année 1924 se sont montées à 149.188 fr. 13 savoir :

Cotisations	103.050 »
Intérêts	4.050 53
Dons des sociétaires	125 »
Don de la société de la Reine de Vals	500 »
Recouvrements	2.267 60
Recouvrements d'indemnités	240 »
Réalisations de valeurs	38.955 »
	149.188 13

2° *Dépenses.*

Les dépenses se sont élevées à 103.974,20, savoir :

Frais généraux	13.503 50	
Secrétariat général	7.115 »	87.486 20
Frais de réunions	7.300 »	
Service des accidents du travail	1.500 »	
Service fiscal	1.000 »	
Service contentieux et judiciaire	51.942 70	
Frais de défense générale et de propagande	5.125 »	

Pour ordre :		
Versement à la Caisse de garantie		16.488 »
		103.974 20

3° *Balance.*

Avoir au 31 décembre 1923 :

Espèces à la Société générale	34.460 65	
Moins dû au trésorier	4.935 58	29.525 07
Recettes de l'année 1924		149.188 13
		178.713 20
Dépenses de l'année 1924		103.974 20
Reste avoir		74.739 »
dont emploi :		
Achats de valeurs		56.226 55
Espèces à la Société générale	18.869 28	
Moins dû au trésorier	356 83	18.512 45
Total égal		74.739 »

2° Compte général.

Avoir général au 31 décembre 1923		93.710 12
Recettes de 1924 :		
Cotisations	103.050 »	
Intérêts	4.050 53	
Recouvrements	2.267 60	
Dons	625 »	110.233 13
Remboursements d'indemnités	240 »	
		203.943 25
Dépenses de 1924 :		
Versement à la Caisse de garantie	16.488 »	
Dépenses (dont détail plus haut)	87.486 20	103.974 20
Reste avoir		99.969 5
Représentés par :		
Portefeuille : valeur de 1923	64.185 05	
Moins réalisations	38.955 »	25.230 05
Plus achats de 1924		56.226 55
		81.456 60
Espèces à la Société générale	18.869 28	
Moins dû au trésorier	356 83	18.512 45
Total égal		99.969 05

3° Portefeuille du Sou médical.

600 fr. Rente Française 6 %	10.000 »
13 Obligations Chemin de fer P. L. M. 2.5 %	5.380 05
20 Bons du Trésor octobre 1923	9.850 »
41 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	38.950 »
17 Bons de la Défense nationale à échéances diverses	16.786 65
1 Bon de la Défense nationale de 500 fr.	489 90
Total	81.456 60

CAISSE DE GARANTIE

1° Compte de l'année 1924.

Avoir au 31 décembre 1923 :

Espèces en Caisse	3.133 45	
Espèces à la Société générale	3.426 31	6.559 76
Recettes de l'année 1924 :		
Cotisations	16.488 »	
Intérêts	5.902 07	
Remboursements de valeurs	6.268 47	65.708 54
Réalisations de valeurs	37.050 »	
		72.268 30
Dépenses : frais de Banque		56 »
Reste avoir		72.212 30
dont emploi :		
Achats de valeurs		69.555 50
Espèces en Caisse	221 45	
Espèces à la Société générale	2.435 35	2.656 80
Total égal		72.212 30

2° Compte général

Avoir général au 31 décembre 1923			131.541 77
Recettes de l'année 1924 :			
Cotisations		16.488 »	
Intérêts		5.902 07	24.060 84
Boni sur remboursements de valeurs (1)		1.670 80	
			155.602 61
Dépenses de l'année 1924 : frais de banque			56 »
Reste avoir			155.546 61
représenté par :			
Portefeuille : valeur de 1923		124.981 98	
moins remboursements	4.597 67		
et réalisations	37.050 »	41.647 67	83.344 31
Plus achats de 1924			69.555.50
			152.889 81
Espèces en Caisse		221 45	
Espèces à la Société générale		2.435 35	2.656 80
Total égal			155.546 61

(1) Treize obligations P.-L.-M. 3 % *fusion anciennes* remboursées à 6.268 fr. 47 achetées 4.597 fr. 67. Boni 1.670 fr. 80.

3° PORTEFEUILLE DE LA CAISSE DE GARANTIE.

450 fr. Rente Française 5 %	7.861 85
20 Bons du Trésor 6 % 1922	9.950 »
8 Obligations de la Défense nationale 5 %	7.645 85
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	4.597 10
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	4.069 95
11 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % anciennes	3.835 11
18 Obligations Chemin de fer du Dauphiné 3 %	7.834 93
12 Obligations Chemin de fer P. L. M. 3 % nouvelles	4.826 75
21 Obligations Chemin de fer Ouest Algérien 3 %	9.075 87
10 Obligations Gouvernement général de Madagascar	4.637 50
40 Obligations Chemins de fer du Maroc 6 %	19.000 »
63 Bons de la Défense nationale de 1.000 fr. à un an	59.850 »
10 Bons de la Défense nationale à échéances diverses	9.705 50
Total	152.889 81

La situation du « Sou médical » est excellente, le nombre de ses membres va sans cesse en s'accroissant, les affaires qui lui sont soumises sont de plus en plus nombreuses : il justifie la confiance que mettaient en lui ses fondateurs et il est devenu l'œuvre la plus importante qu'ait réalisée le Corps médical.

Le Trésorier,

Dr GASSOT.

LE NORD SUD V. E. M. EN ITALIE

Le Nord-Sud, voyage médical d'études aux stations hydrominérales et climatiques d'Italie, a eu lieu cette année du 5 au 21 septembre. Le point de concentration était Milan. De là un train spécial de 1re classe conduisit les médecins participants à San-Pellegrino, Acqui, leur fit parcourir en son entier la Riviera Italienne, de Bordighera à Livourne, puis par Montecatini, Chianciano et Piuggi les amena à Rome où avait lieu la dislocation. Partout la réception fut cordiale et chaleureuse de la part des municipalités ou des Sociétés thermales et partout, en présence de ces étrangers, appartenant à une quinzaine de nations différentes, fut saluée la fraternité des peuples, unis dans ce que l'humanité possède de plus désintéressé, la recherche scientifique.

Ce voyage, d'esprit si noble et d'exécution impeccable, est tout entier l'œuvre du professeur Ruata, secrétaire général de l' « Enit » (Office national italien de tourisme) ; avant de se séparer les médecins étrangers furent unanimes à lui exprimer leur enthousiaste reconnaissance. Grâce à son tact parfait, à son inépuisable patience et à sa délicieuse courtoisie, chacun eut l'impression d'être son ami et l'ambition de le rester. Il fut merveilleusement secondé par Madame Ruata, dont la bonne grâce est toute de cœur et qui acheva de conquérir l'admiration de tous en se révélant une admirable virtuose. Grâces soient rendues à ce couple parfait par qui le « Nord-Sud » fut un enchantement.

Une seule ombre à ce tableau : les Français étaient venus en nombre infime et leur groupe faisait piètre figure en face des cohortes allemande et anglaise. Il est bon que les médecins français apprennent de la bouche d'un des leurs que le Nord-Sud leur offre un moyen aussi agréable qu'économique de visiter quelques régions de l'Italie. L'organisation du Nord-Sud est, en mieux, et avec l'agrément d'un milieu sélectionné, celle des grandes compagnies de tourisme. Voyager ainsi est un délassement.

L'an prochain le Nord-Sud parcourra la région de Venise et du lac de Garde. J'espère que les médecins français s'y feront inscrire en grand nombre et se procureront ainsi le triple plaisir de connaître ou de revoir l'Italie, le Nord-Sud et son incomparable « animateur ».

G. LAVALLÉE
(Fontenay-sous-Bois).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Mariage.** — Mercredi dernier, a été célébré, en l'église Saint-Michel, le mariage de M. Henry Thiron avec Mlle Madeleine Hennocque.

M. Henry Thiron est le fils de M. Thiron, et le petit-fils de M. Daix, qui ont dirigé successivement l'importante imprimerie de Clermont-de-l'Oise où, depuis sa fondation, s'imprime le *Concours Médical*. Associé avec son père, il participe lui-même à cette direction et doit être considéré, au même titre que ses ascendants, comme l'un de nos plus précieux collaborateurs.

Les relations d'étroite sympathie qui unissent depuis si longtemps notre Journal à la maison Daix-Thiron justifient la part très vive que nous prenons au bonheur des deux familles. C'est au nom de ces relations que je me fais l'interprète de tous mes collègues de la Direction du *Concours Médical* pour exprimer aux jeunes mariés les vœux bien sincères que nous formons pour eux, et assurer leurs familles de notre grande sympathie.

G. D.

— **IIe Congrès d'odontologie de l'U.R.S.S.** — Le IIe Congrès d'Odontologie de l'Union des Républiques socialistes soviétiques sera convoqué à Moscou du 24 au 30 novembre 1925 inclusivement. Les dentistes et les médecins français peuvent être membres du Congrès.

Pour renseignements, s'adresser au représentant du commissariat du peuple à la santé publique en France, M. Roubakine, 7, avenue du Président-Wilson, Paris, XVIe. Tél. Passy 30-87.

— **Faculté de Médecine de Lille.** — Sont chargés des cours complémentaires suivants : MM. Polonowski, professeur, Chimie analytique ; Bédard, professeur sans chaire, Pharmacologie ; Gérard (G.), professeur sans chaire, Ophtalmologie ; Debeyre, agrégé, Oto-rhino-laryngologie ; Leclercq, agrégé, Médecine légale ; Sonneville, Physique ; Bertin, Déontologie.

— **Centre anticancéreux de la région parisienne.** — Les services de curiethérapie organisés dans les hôpitaux de Paris par l'Administration générale de l'Assistance publique concourent à la formation du centre régional anticancéreux de la région parisienne. Ces services sont au nombre de six répartis dans les hôpitaux suivants : Saint-Antoine, Necker, Hôtel-Dieu, Tenon, Lariboisière, hospice de la Salpêtrière.

Chacun des services anticancéreux ci-dessus visés dispose de locaux aménagés pour assurer : *a*) une consultation fonctionnant comme dispensaire, pour les cancéreux non hospitalisés ; *b*) l'hospitalisation des malades ; *c*) un centre thérapeutique (chirurgie, radiothérapie pénétrante et curiethérapie).

Les malades soignés dans le centre régional de Paris proviennent : 1° de la ville de Paris ; 2° des autres communes du département de la Seine, étant entendu que les indigents de ces communes devront être admis au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite dans les conditions indiquées au règlement ; 3° des départements rattachés au centre de Paris suivant arrêté ministériel. Les malades cancéreux provenant des départements autres que la Seine rattachés au centre de Paris seront admis dans les services de curiethérapie de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris dans la limite des disponibilités en lits d'hospitalisation et répartis dans les différents services par le directeur de l'Administration. Les frais d'hospitalisation de ces malades seront à la charge des collectivités intéressées.

— **Fondation Curie** (26, rue d'Ulm). — *Analyses pathologiques pour l'extérieur.* — Des *analyses histologiques et bactériologiques* susceptibles de guider les médecins dans le traitement des cancers par les radiations peuvent être faites dans les laboratoires de la Fondation. Les conditions techniques et pécuniaires de ces analyses sont communiquées sur demande adressée au Directeur des services.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Sont chargés des cours complémentaires suivants : MM. Parisot, agrégé, Pathologie expérimentale ; Perrin, agrégé, Thérapeutique et matière médicale ; Jeandelize, agrégé, Clinique ophtalmologique ; Binet, agrégé libre, Pathologie externe ; Joli, agrégé, Accouchements ; Barthélemy, agrégé, Médecine opératoire ; Caussade, agrégé, Maladies contagieuses ; Lamy, agrégé, Electro-radiologie ; Lalanne, Clinique des maladies mentales.

— **Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).** — Le Conseil de l'A.D.R.M., dans sa dernière réunion du 10 octobre, a nommé M. Gougerot, membre adhérent. M. Hartmann communique une série de demandes émanant de l'Ambassade des Soviets ; organisation d'un Congrès médical franco-russe à Moscou ; voyage de savants français en Russie où ils feraient quelques conférences ; demande de rédaction de quelques ouvrages pour une bibliothèque des praticiens russes, conditions de cette publication. Programme de la visite de cent et quelques médecins tchéco-slovaques.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

intérêts et le blessé est condamné à 61 fr. de frais, ne touchant ni demi-salaire ni indemnité.

Que doit-il faire pour engager convenablement son affaire ? A qui doit-il confier le soin de sa défense ?

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien me donner la marche à suivre.

Dr T.

Réponse.

Pour obtenir les indemnités auxquelles il a droit en vertu de la loi sur les accidents du travail, votre client doit tout d'abord citer son patron en paiement de son demi-salaire, du jour de l'accident jusqu'au jour où il estime que sa blessure s'est trouvée consolidée, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. Il peut se présenter lui-même devant le juge, mais il est préférable qu'il se fasse assister ou représenter par un mandataire quelconque au courant de ces sortes d'affaires. Pour cette instance, comme pour toutes les autres, il a droit à l'exemption des frais de timbre et d'enregistrement. Quant à l'huissier qui a poursuivi en vertu du droit commun, alors qu'il s'agissait d'un accident du travail, il a commis une faute et votre client pourrait se refuser à payer les frais exposés inutilement.

A l'audience de la justice de paix, votre client devra remettre au juge un certificat médical attestant qu'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle. Le juge de paix se déclarera alors incompétent en ce qui concerne l'indemnité permanente et transmettra le dossier au Président du Tribunal civil qui convoquera les parties en conciliation pour la détermination de la rente. En cas de désaccord, il appartiendra à votre client de saisir le Tribunal par voie d'assignation régulière. Devant le Tribunal, l'accidenté a de plein droit l'assistance judiciaire (avocat, avoué) dès la tentative de conciliation.

2405. — Accident du travail contesté.

Je vous serais obligé de me faire savoir ce qui me reste à faire devant le refus d'une compagnie d'assurances de me régler un accident (rupture de quelques fibres de la masse sacro-lombaire droite) dont l'incapacité a été de 4 jours (l'accident survenu le 18 septembre, le blessé s'est présenté en mon cabinet le 19).

Cette compagnie, à laquelle je viens de téléphoner, me répond qu'elle ne paye plus aucune déchirure musculaire.

Dr L.

Réponse.

Puique l'assurance et le patron contestent l'accident du travail, vous ne pourrez utilement agir

contre le patron en paiement de vos honoraires que lorsque l'ouvrier aura fait juger qu'il s'agit bien d'un accident soumis à l'application de la loi du 9 avril 1898. Pour éviter toute difficulté, il serait préférable que vous vous fassiez honorer directement par l'ouvrier, comme vous en avez toujours le droit, même quand l'accident du travail n'est pas contesté, sauf à l'ouvrier à se faire rembourser par son patron dans les limites du tarif Breton, s'il obtient une décision de justice en sa faveur.

2343. — Imposition à la patente.

Ayant l'intention d'habiter une commune voisine, où j'aurai toute latitude pour exercer à mes moments de loisirs que me laisseront les exercices de ma fonction de directeur de bureau d'hygiène et de ma fonction de chef de laboratoire d'analyses, je vous serais très obligé de me faire connaître si dans ces conditions je suis assujetti à la patente. Vous avez déjà traité cette question, mais je n'ai pas encore fait venir mes anciens numéros du *Concours*. La pose de la plaque avec mon nom a-t-elle une importance dans ce cas ?

Je voulais encore faire une remarque : je trouve le chiffre de la patente suivant le loyer établi contrairement à toute justice. Ce devrait être suivant le chiffre d'affaires.

Dr X.

Réponse.

Seul le médecin « fonctionnaire » est exempt de patente (sont médecins fonctionnaires, les médecins des armées de terre et de mer, les médecins directeurs des asiles d'aliénés et des hôpitaux) à condition, toutefois qu'il n'ait pas de clientèle particulière. Dans les conditions où vous nous dites avoir l'intention d'exercer, vous serez imposable à la patente ; l'apposition d'une plaque constituera une présomption d'exercice de votre profession auprès d'une clientèle particulière.

Votre appréciation de principe concernant la patente a été celle du législateur, qui a institué l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et n'a laissé subsister la patente qu'à titre d'impôt départemental et communal.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2319. — La taxe de luxe sur les automobiles.

Puis-je à l'occasion de l'achat d'une voiture automobile pour usage professionnel médical, prétendre à l'exonération de la taxe de luxe et dans l'affirmative quelles démarches dois-je faire et auprès de qui, pour obtenir cette exonération.

Dr C.

Réponse.

Même lorsqu'une voiture automobile neuve est destinée à un usage professionnel, elle supporte la taxe de luxe ; et l'acquéreur ne peut en réclamer l'exonération. Il n'y a d'exception que pour les voitures d'occasion.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

2372. — Injection antitétanique faite en deux fois.

Voulez-vous bien m'excuser de venir à mon tour vous poser une question dont je n'ai pas encore trouvé la solution dans les colonnes de notre « *Concours, médical* ». Pour un blessé ayant déjà reçu du sérum antitoxique, j'applique, par prudence, la méthode de Besredka, c'est-à-dire que : ou bien je reviens, une heure après la piqûre minima, donner le reste de l'injection — ou bien je reste une heure et davantage auprès du blessé ? Ai-je le droit de compter autre chose que la simple injection de sérum antitoxique à 15 fr. en seconde catégorie ?

Dr P.

Réponse.

Que vous fassiez une injection antitétanique en une ou deux fois, c'est toujours *une* injection tarifée quinze francs en deuxième catégorie. Je ne vois donc pas sur quelles bases vous pourriez la compter deux fois.

F. D.

II

2400. — La « décatégorisation » dans les régions anciennement dévastées.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire savoir le plus tôt possible le tarif des soins (consultations et visites, commune de 2.000 habitants, région non dévastée) aux bénéficiaires de l'article 64.

Il me semble avoir reçu fin 1924 une circulaire avec décret applicable à partir du 1er janvier 1925 et portant la consultation à 7 fr. et la visite à 8 fr.

Pour le premier trimestre 1925, j'avais établi mon mémoire au tarif de 7 et 8 fr. il m'a été payé intégralement.

Pour le deuxième trimestre, j'avais fait de même, mais la préfecture m'avertit d'une réduction de mon mémoire et me rappelle d'appliquer le tarif de 5 et 6 fr.

Dr C.

Réponse.

Il n'y a eu aucun changement aux prix de visites et de consultations dans le tarif Maginot, depuis sa promulgation, le 25 octobre 1922. Au-dessous de 5.000 habitants, les prix sont de troisième catégorie, soit 5 francs la consultation et 6 francs la visite (article 60), — sauf pour les *régions libérées*, où ils sont ceux de deuxième catégorie, soit 7 et 8 francs. D'après ce que vous me dites, je crois comprendre que, depuis quelques mois, vous ne seriez plus considéré comme des régions libérées (lesquelles régions diminuent peu à peu, suivant les progrès de la reconstruction) et vous rentreriez désormais dans la règle commune au reste de la France. Informez-vous donc à votre préfecture, s'il n'en est pas ainsi.

F. D.

III

2444. — Plaine ou montagne.

Abonné de votre journal, j'ai l'honneur d'avoir recours à votre obligeance pour préciser l'article de la loi sur les accidents du travail qui fixe l'indemnité kilométrique à 1 fr. ou 1 fr. 50, selon que l'on habite une région de plaine ou une région de montagne.

J'habite à trois cents mètres d'altitude, et je rayonne tout autour de chez moi jusqu'à 600 mètres.

Ai-je le droit d'invoquer le tarif de montagne, 1 fr. 50 le kilomètre ?

Dr G.

Réponse.

Vous avez droit au tarif de montagne quand la région est placée *administrativement* par la Préfecture dans les régions de montagne, par exemple pour les déplacements de l'A.M.G. et surtout des soins aux pensionnés de guerre. Informez-vous à la Préfecture. Si « région de montagne », vous pourriez, ce me semble, demander une attestation officielle quelconque (si la réponse ne paraît pas être suffisamment explicite) en vue d'en fournir copie, en cas de désaccord, à une compagnie d'assurances. C'est, je crois, le moyen la plus pratique pour éviter toute discussion.

F. D.

IV

2358. — 1° Corps étrangers multiples de l'œil ; 2° Suture différée

Encore une fois je fais appel à votre aimable compétence. Voudriez-vous m'indiquer les sommes que je dois compter pour les accidents du travail suivants.

1° A la suite d'une injection antitétanique, il se forme un abcès, que je suis obligé d'ouvrir.

2° Plusieurs corps étrangers du même œil, dont deux profonds.

3° Après radiographie, ablation des esquilles d'une phalangette ; c'est une véritable désarticula-

tion ; on ne peut pas suturer en raison de l'état septique.

4° Cette suture, que je ferai plus tard.

Dr F.

Réponse.

1° L'incision d'un abcès superficiel, quelle qu'en soit l'origine, est tarifée 20 francs.

2° « Extraction d'un corps étranger profondément implanté ou *multiplié* : 20 francs », dit l'article 27 A. Bien que, comme langue française, ce ne soit pas fameux, cela veut dire que s'il y a des corps étrangers multiples dans le même œil, la tarification est toujours 20 francs, ce qui ne m'apparaît pas davantage fameux comme équité dans certains cas.

3° Si vous avez fait « une véritable désarticulation de la phalangette », vous avez à demander 50 francs, en première catégorie, pour « amputation partielle d'un doigt ».

4° La suture, qu'elle soit faite en même temps, ou plus tard, ne me semble pas moins comprise dans les honoraires fixés pour l'amputation.

F. D.

SOU MÉDICAL

Admissions prononcées par le Conseil d'Administration les 1er, 15 et 29 septembre 1925.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7044 D'ADHEMAR DE LANTAGNAC, Menton (Alpes-Maritimes), Syndicat de Menton.
7045 AUBERT, Charolles (Saône-et-Loire), Syndicat de Charolles.
7046 BOUVIER, 113, boul. de la Croix-Rousse, Lyon. Parrains : Drs Galichon et Mermillod.
7047 Richard D'AULNAY, 15, rue de Milan, Paris. Parrains : Drs Tison et Bellencontre.
7048 PIQUET, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7049 JOSEPH, Mâcon (Saône-et-Loire), Syndicat de Mâcon.
7050 PONCET, Coligny (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
7051 CARRÉ, Etais (Yonne), Société Médicale de l'Yonne.
7052 HONTON, Saint-Estèphe (Gironde), Syndicat du Médoc.
7053 TALLEZ, Perpignan (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
7054 KLAEYLE, Grenoble (Isère), Syndicat de Grenoble.
7056 LAPLACE, Soissons (Aisne), Syndicat de Soissons et de Laon.

7057 Galinier, Trouillas (Pyrénées-Orientales), Syndicat des Pyrénées-Orientales.
7059 Vilenski (Raymond), 77, rue du Rocher, Paris. Parrain : M. Vilenski (Ecole de stomatologie).
7060 Girard, Mens (Isère), Syndicat du Sud-Est de l'Isère.
7061 Meyer, Colmar (Haut-Rhin), Syndicat de Colmar.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 et 6 octobre.

Médecine militaire et navale.

Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de Santé militaire.

Décision nommant des élèves du service de santé de la Marine.

Instruction relative à l'admission, en 1926, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la Marine.

Ecoles annexes de Médecine navale

I. — Institution des écoles.

Les trois écoles annexes de médecine navale établies dans les ports militaires de Brest, Rochefort et Toulon, en vue de la préparation à l'école principale du service de santé, ont pour objet de faire accomplir par les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale la première année d'études médicales, et pour les candidats à la carrière pharmaceutique l'année de stage réglementaire.

II. — Mode d'admission aux écoles annexes.

Les jeunes gens désireux de suivre les cours des écoles annexes doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-deux ans révolus (les postulants devront, en outre n'être pas susceptibles d'être appelés sous les drapeaux avec le premier contingent de la classe 1925.)

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée du temps égal à celui passé sous les drapeaux.

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

4° *a*) Pour la ligne médicale : être pourvu du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou de tout autre baccalauréat ou certificat permettant, aux termes des règlements universitaires en vi-

gueur, de faire les études médicales et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

b) Pour la ligne pharmaceutique ; être en possession du diplôme de bachelier.

(Suit l'indication des pièces à produire et des conditions d'admission aux écoles).

Ecole principale du service de santé de la marine a Bordeaux.

L'école principale du service de santé de la marine, instituée près la faculté de médecine de Bordeaux, a pour but d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales.

Les élèves du service de santé de la marine se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des écoles annexes de médecine navale et parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des facultés, des écoles de plein exercice ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

A leur sortie de l'école de Bordeaux, après obtention du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, c'est-à-dire au plus tard le 31 décembre de leur dernière année d'études, les élèves sont affectés par voie d'option ou, à défaut, d'office, au corps de santé de la marine ou à celui des troupes coloniales.

Inscriptions au concours d'admission.

Un concours d'admission aura lieu les 26 et 27 juillet 1926.

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant quatre inscriptions valables pour le doctorat en médecine ;

2° Les étudiants en pharmacie justifiant soit d'une année d'études dans une école annexe, soit d'une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien et possesseurs du certificat de validation de stage, avant le 15 novembre 1925.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

Pourront être admis à concourir les fils d'étrangers nés en France qui auront été incorporés en vertu de la loi du 3 juillet 1917 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-trois ans.

Pour les candidats qui ont déjà fait du service militaire, la limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux :

3° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire ;

4° Etre pourvu, au moment de l'ouverture du concours :

a) Etudiants en médecine : de quatre inscriptions, valables pour le doctorat.

Les étudiants ayant au moins quatre inscriptions et au plus sept seront autorisés à prendre part à ce concours.

b) Etudiants en pharmacie : d'un certificat attestant qu'ils ont accompli une année d'études dans une école annexe ou une année de stage régulier et qu'ils sont titulaires du certificat de validation de stage, pour le diplôme de pharmacien, dans les conditions fixées par le décret du 26 juillet 1909, relatif aux études pharmaceutiques, ou titulaires de trois inscriptions au plus.

Toutes les conditions d'inscriptions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

En outre, les élèves reçus à l'école devront, pour être admis à y entrer, être en possession d'un certificat constatant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ou, sinon, que l'échec subi par eux ne les empêche pas de poursuivre leur scolarité (art. 52 du décret du 29 juillet 1912).

(Suivent l'indication des pièces à produire, les dispositions relatives au concours, son programme et tous autres renseignements).

10 *octobre.*

Médecins de sanatoriums publics.

Avis de concours pour l'emploi de médecin directeur des sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour l'emploi de médecin directeur des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine, d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 5 novembre 1925 au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 12.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 fr., atteindre 16.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Quarante-septième année. N° 43 *bis*. 28 Octobre 1925.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2476-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1re Zone **55** fr. — 2e Zone **70** fr.

AVIS

I

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES
du *Concours Médical* et de ses Œuvres

Nous rappelons à nos sociétaires que nos Assemblées générales et le Banquet annuel auront lieu le 15 novembre prochain, au Restaurant Marguery, 34, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 3 heures. — Société d'Études du Concours Médical.

A 4 heures. — Mutualité familiale du Corps Médical.

A 5 heures 1/2. — Sou Médical.

A 7 heures très précises. — Banquet.

A 9 heures 1/2. — Soirée artistique.

II

SERVICE de PROPAGANDE

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande (*par le simple envoi de leur carte de visite*) recevront gratuitement notre journal pendant un mois.

LE SOU MÉDICAL

En quoi le Sou Médical diffère-t-il des assurances ordinaires ? — Les projets du Conseil d'Administration. — La cotisation à 40 francs ; mais la garantie portée à *70.000 fr.* ; — et même à *100 000 fr.* pour les membres du Sou Médical abonnés au « Concours Médical ».

Nous avons proclamé, nombre de fois, que le « Sou Médical », qui couvre le risque responsabilité professionnelle, tout comme les Compagnies d'Assurances, offre à ses membres des avantages considérables qu'ils ne peuvent attendre de ces Compagnies.

Rien ne vaut, pour appuyer une semblable proclamation, un cas concret. Et précisément, l'actualité m'en offre un typique que liront certainement avec intérêt les confrères sous les yeux desquels passera ce numéro spécial du *Concours médical.*

Donc, un chirurgien, assuré contre la responsabilité professionnelle à une Compagnie sérieuse et recommandable, est appelé par M. X., à donner des soins à une de ses parentes. Jamais il n'est question, entre le chirurgien et ce M. X., du règlement des honoraires ; jamais M. X. ne prévient le chirurgien qu'en aucun cas, lui-

même ne sera responsable de ceux-ci. Bien au contraire, il apparaît comme s'étant engagé envers le chirurgien, puisque, sollicité à plusieurs reprises de se libérer, il verse un premier acompte, mais refuse de payer le complément. Notre confrère, lassé de traiter le conflit amiablement, se décide à le porter devant les tribunaux. En première instance, *il est débouté* pour des motifs absolument inconsistants, et en opposition formelle avec la jurisprudence constante en la matière.

Il veut faire appel de cette décision, et il a raison. Mais, à qui s'adresse-t-il pour obtenir un appui en cette concurrence ? A son Assurance ? Que non pas ; ce n'est pas du ressort de celle-ci. Il s'adresse au « Sou médical », dont il n'est pas encore membre, mais auquel il demande de lui venir en aide, parce que, à côté de son intérêt particulier, il y a là une question d'intérêt général : la réforme à obtenir d'un jugement dangereux, et que, *seul*, le « Sou médical » est assez confraternel pour mettre son influence au service d'une cause dont l'importance dépasse celui qu'elle intéresse directement.

Et le « Sou médical », dans la limite de ses statuts, naturellement, a décidé de répondre favorablement à la sollicitation dont il est l'objet, en accordant son appui moral à ce chirurgien, nouvellement agréé.

En vérité, il est inconcevable, devant l'évidence des faits, qu'il faille encore exposer aux médecins les raisons nombreuses qu'ils ont de faire partie de notre Ligue de défense professionnelle, et qu'il y en ait encore tant qui en restent à l'écart. Sans doute, se disent-ils qu'ils ont pris la sage précaution, en s'assurant à une Compagnie quelconque, et qu'ils se sont ainsi mis à l'abri d'ennuis possibles. Comme ils connaissent mal. l'infinie variété des difficultés qui menacent chaque jour le praticien, dans l'exercice de sa profession !

Tenez ! En voici une qui devient de plus en plus fréquente, et où le « Sou médical » a pris nettement et fermement position en faveur de ceux de ses membres, lésés dans leurs légitimes intérêts.

L'automobile qui passe vient de renverser un piéton qui gît sur le chemin. Le chauffeur s'arrête, descend de sa machine, s'aperçoit que la victime de cet accident saigne, est en syncope... Il la transporte chez le médecin le plus proche. — « Je vous en prie, docteur, veuillez soigner ce blessé. J'en fais mon affaire ». Le médecin donne ses soins. Il arrive que, dans les premiers jours, l'écraseur demande des nouvelles du blessé. Puis, le moment du règlement arrive. L'écraseur se dérobe en disant au médecin : « Adressez-vous à mon assurance ». Mais l'Assurance répond que l'accident n'est pas imputable à son assuré, mais à l'écrasé, victime de son

imprudence. De son côté, celui-ci discute, conteste qu'il doive supporter les conséquences de cet accident ; parfois, il n'est même pas solvable. Et le pauvre médecin demeure entre deux mauvais payeurs, dont aucun ne consent à l'honorer.

Et bien ! Toutes les fois qu'un membre du « Sou médical » s'est trouvé dans cette situation, l'appui moral et pécuniaire lui a été accordé pour faire dire, par le tribunal, qui est responsable des honoraires et qui doit les régler.

Voici une autre variété d'ennuis contre laquelle aucune assurance ne prémunit le médecin. Elle est la conséquence des prétentions du fisc en matière de taxation d'impôts. Des médecins ou chirurgiens sont propriétaires de maisons de santé dans lesquelles ils hospitalisent leurs malades. Le fisc leur réclame l'impôt sur le chiffre d'affaires de la maison de santé, *et émet la prétention de voir figurer dans ce chiffre d'affaires le montant des honoraires touchés par nos confrères, pour les soins proprement dits, qu'ils ont donnés à ces malades.*

Prétention inadmissible et contre laquelle il faut s'élever puissamment. Aux membres du « Sou médical » qui se trouvent dans cette situation, notre Ligue a accordé son appui moral et pécuniaire. Qu'on nous montre une seule Assurance qui soit disposée à en faire autant...

Sans doute, à côté des remerciements qu'il reçoit de nombre de ses membres, satisfaits de ses services, a-t-il parfois fait des mécontents. C'est que ceux-ci avaient, en méconnaissance complète des statuts, demandé son appui pour des affaires qui ne rentraient pas statutairement dans celles que le « Sou médical » peut prendre à sa charge. Mais la pratique nous a révélé qu'il est des difficultés, en quelque sorte tangentes, si j'ose dire, aux prévisions de ces statuts. Le « Sou médical », qui ne refuse jamais son appui moral, s'est vu, dans ces circonstances, forcé de refuser l'appui de sa Caisse. C'est que les frais de justice, les honoraires des avocats, subissant l'accroissement du prix de toutes choses, ont atteint de telles proportions que la Caisse, si elle n'était pas gérée avec une attention particulière, se tarirait vite, et ne pourrait plus, pour s'être ouverte à l'occasion de faits ne relevant pas exactement du « Sou médical », répondre à des besoins plus légitimes.

C'est pour toutes ces raisons que le Conseil d'administration du « Sou médical » a décidé de proposer à l'Assemblée générale qui se tiendra le 15 novembre prochain, de porter la **cotisation annuelle** à **40 francs**, à partir du 1er janvier 1926.

Mais, s'il demande ce léger et infime sacrifice à ses membres, le « Sou médical » ne veut pas être en reste avec eux. Et, en outre des facilités plus grandes qui lui seront ainsi données de

prendre à sa charge des affaires qui ne sont pas toujours strictement professionnelles, il porterait le maximum de la garantie contre le risque de responsabilité professionnelle, à **soixante-dix mille francs** (70.000 francs).

Et comme le *Concours Médical*, créateur du « Sou médical », entend faire un geste en faveur des membres de cette Ligue, qui sont en même temps ses abonnés, ce maximum serait porté à **cent mille francs** pour les médecins qui rempliront la double qualité de membres du « Sou médical » et d'abonnés du *Concours médical.*

Ainsi donc, pour une cotisation annuelle de 40 francs, le « Sou médical » donnerait à ses adhérents son appui statutaire, avec une garantie de 70.000 frs. contre la responsabilité professionnelle.

Et pour une dépense annuelle de 75 *francs* : 40 francs pour le « Sou médical » et 35 fr. pour l'abonnement au *Concours médical*, cette garantie serait portée à cent mille francs.

Il me paraît inutile d'insister sur les avantages qu'offre aux médecins cette double combinaison. Désormais, il ne sera plus permis d'être abonné au *Concours médical*, sans être membre du « Sou », et réciproquement.

Je veux dire par là que les avantages ainsi offerts sont d'un tel intérêt, pour les praticiens des villes et des campagnes, que nous voulons croire que, dès que l'Assemblée générale en aura délibéré, et ratifié, comme il est plus que probable, les propositions du Conseil d'administration, tous les lecteurs du *Concours médical* qui ne sont pas membres du « Sou médical » s'empresseront de demander leur admission à notre Ligue, et tous les membres du « Sou médical » qui ne sont pas abonnés au *Concours médical* s'empresseront de s'y faire inscrire ; c'est, dans leur intérêt bien compris, la grâce que je souhaite aux uns et aux autres.

G. Duchesne,
Secrétaire général adjoint.

Comparaison entre la cotisation et la garantie du « Sou Médical » en 1914 et en 1926

En 1914, la cotisation du « Sou Médical » était de 20 francs, sur lesquels 2 francs étaient affectés à la Caisse de Garantie de la Responsabilité civile.

La somme garantie était de 2.000 fr.

En 1926, si les propositions du Conseil sont acceptées par l'Assemblée générale, la cotisation sera de 40 francs, sur lesquels 6 fr. seront affectés à la Caisse de Garantie.

La somme garantie sera de 70.000 francs.

Pour comparer utilement ces divers chiffres, il est nécessaire, comme la situation actuelle l'exige

et ainsi qu'on le fait généralement dans toutes les affaires d'argent, de ramener à la valeur du franc-or les francs papier qui ont actuellement cours.

En prenant pour base la livre sterling à 100 francs, ce qui ne fait pas la part trop belle aux chiffres actuels, on obtient :

	1914	1926
Cotisation totale	20 fr.	10 fr.
Cotisation de la Caisse de garantie	2	1,50
Somme garantie	2.000 »	17.500 »

Si l'on considère, comme le font (à tort, selon nous) nombre de nos adhérents, que l'assurance de la responsabilité civile est le seul objet intéressant du « Sou médical » et que tous les autres services qu'il est appelé à rendre à ses membres (appui pécuniaire dans les affaires professionnelles autres que celles de responsabilité professionnelle, conseils, avis, consultations d'avocats spécialisés sur toutes questions médicales, paramédicales et même extra-médicales) sont donnés, si l'on peut s'exprimer ainsi, par dessus le marché, l'on constate que la garantie de responsabilité :

En 1914, était couverte par une cotisation de 10 pour 100.

En 1926, sera couverte par une cotisation de 1 pour 100.

Faisons maintenant la comparaison en prenant pour base la cotisation spéciale affectée à la Caisse de garantie.

En 1914, la cotisation est de 0,057 pour 100 de la somme garantie.

En 1926, la cotisation sera de 0,0086 pour 100 de la somme garantie.

Il semble que ces chiffres sont probants.

Il est certain que l'on pourrait objecter que, si la garantie a été augmentée dans des proportions considérables, il n'en est pas de même des frais que le « Sou » a à supporter pour les affaires autres que celles de responsabilité ; que, si les frais judiciaires, si les honoraires des avocats et avoués, et les frais généraux ont subi une augmentation, cette augmentation n'est pas tout à fait en rapport avec celle du coût de la vie.

C'est vrai, mais cependant, abstraction faite de l'assurance de la responsabilité professionnelle, la cotisation affectée aux frais de défense professionnelle et d'administrtation était de 18 fr, en 1914 et sera en 1926 de 34 francs (soit 8,50 francs-or). La cotisation n'est donc pas, en 1926, le double de ce qu'elle était en 1914. Et cependant, les dépenses de toute nature, à la charge du « Sou », ont certainement plus que doublé. La cotisation devrait donc, pour les couvrir, être au moins le quadruple en francs papiers, de celle de 1914.

Nous laissons à nos lecteurs le soin de tirer la conclusion de ces chiffres. J. Dumesny.

CORRESPONDANCE

2435. — Conclusion d'un différend avec une Compagnie d'assurance.

Je viens vous narrer l'heureuse issue de mes difficultés avec la X., pour lesquelles j'avais demandé les conseils et éventuellement l'appui du « Sou Médical ». J'avais adressé mes notes que vous m'aviez retournées, vérifiées par le confrère Decourt (que je ne saurais trop remercier), au patron qui les avait transmises à l'agent. Voyant que l'affaire traînait, j'avais écrit au Directeur de la X., l'avisant toutefois que c'était à titre purement officieux que je lui écrivais, n'ayant aucun lien de droit avec sa compagnie : je lui déclarais que je ne lui écrivais que parce que son agent m'avait adressé une lettre dont je lui envoyais la copie, et j'ajoutais que je maintenais ma demande de paiement intégral. Ce directeur mit quelque temps à me répondre. Pendant cet intervalle, je reçus de l'agent la quittance — à signer — portant paiement intégral des 3 premières notes. Je n'ai pas l'habitude de donner de reçus avant d'avoir touché l'argent et, dans les circonstances qui se présentaient, c'était absolument nécessaire. J'informai l'agent qu'il eût à m'envoyer les fonds à mon domicile et qu'ensuite, je lui adresserais la quittance dûment régularisée. L'argent me parvint 3 ou 4 jours après. Or, le même jour, je recevais la réponse du directeur de Paris qui, lui, m'offrait à peu près les 2/3 de la somme (je vous adresse incluse la copie de sa lettre) ; je ne répondis pas à cette tentative d'intimidation dont le cours des faits n'explique pas la raison d'être ; j'avais touché ce que j'avais demandé, je ne jugeai pas à propos de relever les critiques visant un prétendu excès de visites, pas plus que l'inconvenance des observations au sujet du traitement des brûlures, comme l'entendent des pontifes médicaux, probablement à la solde des assureurs. Ayant touché mes 3 premières notes, mais en ayant encore deux autres à recevoir, j'envoyai à l'agent la quittance, mais après en avoir pris la copie sur un papier au gélatino-bromure ; j'attendis tranquillement la suite ; il y a 15 jours, j'ai touché mes 2 dernières notes au bureau de l'agent qui ne m'a parlé de rien. Ces notes n'avaient, d'ailleurs, pas été contestées.

Tout est bien qui finit bien, mais il y a des détails qui paraissent assez bizarres, si l'on considère la chronologie des faits :

Le 21 mars 1925, l'agent m'offre 164 fr. pour 506 ;

Fin avril, j'envoie au patron mes notes détaillées suivant vos conseils et vérifiées ;

Le 27 mai, la quittance de paiement des 506 fr. est ordonnancée au siège social de l'assurance ;

Le 21 juillet, n'ayant encore rien reçu, j'adresse, comme il est dit plus haut, ma réclamation au directeur de Paris.

Voir la suite page XXXI-2519



CONCOURS

Trois mille francs de Prix

Le CONCOURS MÉDICAL ouvre un concours entre tous les médecins français. Ce concours sera clos le 31 mars 1926.

L'objet du concours est la rédaction d'articles qui seront publiés dans le journal sur la question suivante :

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ? — Quelles répercussions peut-on prévoir, sur l'une et l'autre, de la législation relative à la Médecine sociale en général, et aux Assurances sociales en particulier ?

Chaque article devra représenter au minimum 5 colonnes, et au maximum 10 colonnes du *Concours médical.*

Chaque concurrent désignera son travail par une devise reproduite sur sa Carte insérée dans une enveloppe cachetée.

Le jury du concours est composé des membres du Conseil de Direction du *Concours médical.*

Ce concours est doté, par la Société de la Reine de Vals, de *trois mille francs de prix,* répartis de la façon suivante :

1er *Prix* : **Mille francs.**
2e *Prix* : **Cinq cents francs.**
3e *Prix* : **Trois cents francs.**
et plusieurs prix de cent francs.

Les originaux, dactylographiés de préférence, devront être adressés à

Monsieur le Rédacteur en Chef du Concours Médical,
132, rue du faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Les conditions économiques de la vie du médecin praticien français. Se sont-elles améliorées depuis 15 ans ?

Il y a environ 15 ans notre ami, le Dr Chapon, publia dans le *Bulletin du Syndicat des médecins de Paris* une étude sur les frais indispensables qu'était tenu de faire un médecin parisien pour vivre modestement en exerçant correctement sa profession. Le but que poursuivait le Dr Chapon était de fixer le prix minimum de l'acte médical pour le mettre en rapport avec les nécessités de l'existence. Frappé de l'intérêt que présentait cette étude, nous entreprîmes de faire une enquête plus vaste sur les conditions économiques de la vie du médecin praticien français.

Nous reçûmes de nos amis 64 réponses à un questionnaire minutieusement rédigé, nous donnant le budget minimum des médecins praticiens dans 46 départements dispersés dans toutes les régions de France. L'étude de Chapon et notre enquête servirent de base au travail d'une vaste commission, nommée au *Concours médical* sous la présidence de notre regretté directeur, Jeanne, et dont Chapon fut le rapporteur. Cette commission rédigea avec des considérants très intéressants, le *Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux* (*ancien tarif Jeanne*).

Nous étions alors en 1912 et la crise de la vie chère commençait déjà à se déclancher. La situation du médecin était des plus pénibles.

« Messieurs, écrivait Chapon dans une communication qui servait de préface à son rapport, il s'agit bien là de réalités et de réalités brutales et angoissantes. *Le médecin est malheureux.* Actuellement il lui faut faire des prodiges d'économie ou bien il doit posséder un patrimoine imposant s'il veut équilibrer son budget. Tout compte fait, il vit souvent — et je vous l'affirme — dans une condition assez humble pour que le simple employé, le modeste fonctionnaire, ne puissent raisonnablement la lui envier. Beaucoup d'entre nous ne pourront donner à leurs enfants ce qu'ils ont reçu de leurs ascendants, et pour eux l'exercice de la médecine est une déchéance. »

La guerre de 1914 est survenue deux ans environ après et a déterminé un formidable bouleversement économique ; la crise de la vie chère à l'heure actuelle dépasse dans des proportions jadis inconcevables celle dont nous nous plaignons si amèrement, il y a quinze ans.

Plus d'une fois, nous nous sommes entretenus avec Chapon, de nos travaux de jadis et nous nous sommes demandé s'il ne serait pas très utile et surtout très intéressant de les reprendre. Nous avons abandonné ce projet ; l'instabilité de la valeur du franc, la variabilité du coût des objets de première nécessité, les modifications constantes qui se produisent dans la situation économique du pays nous donnaient la conviction que par une enquête à l'heure actuelle nous n'obtiendrions que des résultats de valeur discutable et d'utilité précaire.

Or, la question vient d'être mise à l'ordre du jour par M. Jean LAPORTE dans la *Revue de France.* Il y publie les résultats d'une enquête sous le titre : *Y a-t-il une crise des professions libérales ?*

Dans le numéro du 15 août 1925, M. Jean Laporte a consacré un chapitre aux médecins où il donne l'opinion de deux de nos confrères très distingués, le professeur Gosset et le Dr Levassort, qui font preuve d'un optimisme relatif et paraissent convaincus que la situation du médecin de campagne s'est améliorée. Nous avons mis nos lecteurs en garde contre cet optimisme dans notre *Propos du Jour* du 20 septembre. Il nous paraissait que le Pr Gosset et le Dr Levassort s'étaient laissé un peu illusionner, que les 50.000 francs de recettes qu'ils paraissent considérer comme le gain moyen du médecin de campagne (à ce sujet, il y a lieu de faire toutes réserves) ne constituent pas une somme ayant un pouvoir d'achat supérieur, étant données les conditions économiques actuelles et les frais imposés aux médecins ruraux par les exigences du téléphone et de l'automobile, aux 10.000 ou 12.000 francs que le même médecin percevait avant guerre.

Nos réserves ne reposaient cependant que sur des impressions, sur de vagues ouï-dire. Cela ne nous paraissait pas suffisant pour confirmer ou infirmer les affirmations du Pr Gosset et du Dr Levassort. Nous avons résolu de nous informer auprès de médecins sérieux et surtout sincères, d'amis ou de correspondants qui n'hésiteraient pas à nous dire toute la vérité ou plutôt ce qu'ils croient être la vérité dans leur région. Nous avons reçu dix réponses du Nord, de l'Est, du Sud-Est, de Bretagne, du Centre et du Sud-Ouest. Elles ne sont pas identiques, mais nous permettent d'affirmer que la situation *en général* du médecin de campagne ne s'est pas améliorée ; que celle du médecin de ville est devenue singulièrement plus précaire, et que la citation du rapport de Chapon que nous avons publiée au début de cet article, est plus tristement exacte en 1925 qu'en 1912. Nous nous sommes borné à une consultation restreinte et superficielle, parce qu'il est impossible à l'heure actuelle de refaire une enquête sérieuse comme celle que nous avions entreprise en 1912. Il existe une sorte de chaos dans l'exercice de la médecine en France. On ne peut pas comparer ce qui se passe dans deux départements même voisins. En voici une preuve manifeste :

Le *Médecin Syndicaliste* du 1er octobre publie un intéressant tableau des règlements et tarifs départementaux de l'Assistance Médicale Gratuite en 1925. Or, nous y relevons de véritables énormités : dans les Basses-Alpes, la consultation est payée 2 fr., la visite 3 fr., ; dans l'Allier, la consultation 2 fr., la visite 4 fr., quand, dans l'Aube, la consultation est payée 5 fr. et la visite 7 francs, et dans l'Indre-et-Loire, la Vienne, les Vosges, la consultation 5 fr. et la visite 6 fr. Pourra-t-on nous expliquer comment il se fait que l'indemnité kilométrique, de 0 fr. 50 dans l'Oise, de 0 fr. 50 à 0 fr. 60 dans la Seine-Inférieure, de 0 fr. 75 dans le Tarn-et-Garonne, de 0 fr. 80 dans le Loiret, s'élève à 1 fr. 50 dans plus de 15 départements qui ne sont pas tous des départements montagneux ? Peut-on admettre qu'on paye ridiculement 30 fr. (nous disons trente francs, soit sept francs d'avant-guerre) un accou-

chement simple dans l'Aveyron, la Dordogne, le Gard, le Pas-de-Calais ; 20 francs (nous disons *vingt francs*) dans les Basses -Pyrénées, les Pyrénées-Orientales ; 25 francs dans la Haute-Saône (1) quand le même accouchement simple est payé *cent francs* dans l'Allier, l'Aube, le Calvados, la Drôme, l'Ille-et-Vilaine, l'Indre-et-Loire, le Loir-et-Cher, le Maine-et-Loire, la Meurthe-et-Moselle, la Seine-et-Oise ; quand, dans la Charente, il est payé 120 francs et 150 francs dans la Charente-Inférieure, la Loire-Inférieure, les Deux-Sèvres ? Et lorsqu'il s'agit d'un accouchement dystocique, les écarts sont aussi considérables. En faisant abstraction de la Corse avec son allocation de *dix francs* par accouchement, quel qu'il soit, le tarif varie entre 30 francs (Ariège, Côtes-du-Nord, Gard, Haute-Saône, Haute-Vienne) et 225 francs (Charente-Inférieure, Drôme, Deux-Sèvres). De pareils écarts montrent qu'on ne saurait comparer la situation médicale dans deux régions différentes, même dans deux départements voisins.

Un autre obstacle se dresse pour une enquête sérieuse, si l'on veut comparer la situation actuelle du médecin à celle qu'il avait il y a 15 ans. Pour être renseigné sur ce point, nous sommes tenu à nous adresser à des praticiens d'un certain âge, à des hommes de notre époque qui approchent de la soixantaine. Eux seuls peuvent être considérés comme ayant atteint, il y a 15 ans, la période de plein rendement dans l'exercice de leur profession. Or, ces hommes, que la période de guerre a profondément bouleversés dans leurs habitudes, qui, actuellement, du fait de leur âge, ne peuvent faire preuve de la même activité professionnelle, qui, habitués à considérer un franc comme un franc or, et ne peuvent se faire à la dévalorisation du franc papier, sont mauvais juges en la question et ne peuvent, malgré leur évidente sincérité, apprécier exactement la situation médicale. Nous connaissons des médecins, pères de famille, qui étaient satisfaits des 15 à 18.000 francs qu'il faisaient vers 1905, des 25.000 francs qu'ils touchaient en 1913 et qui ne pourraient boucler leur budget avec les seuls 50.000 francs d'honoraires qu'ils reçoivent aujourd'hui.

Toutes ces réserves faites, et elles sont d'importance, examinons néanmoins la situation.

A Paris, le *médecin praticien moyen* est dans une situation évidemment plus précaire qu'avant guerre. Il suffit, pour en être persuadé, de réfléchir tant soit peu et de savoir diviser.

Paris a environ *trois millions d'habitants*, et plus de 4.500 *médecins* y exercent. Il y a donc environ 660 habitants par médecin ; alors qu'en province, il y a un médecin pour 1.600 à 1.700 habitants. Si l'on groupe ces habitants par familles de quatre personnes, cela fait 165 familles pour un médecin parisien.

Pour que ce praticien arrive à toucher 50.000 francs par an, il faut que chaque famille lui rapporte annuellement plus de *trois cents francs*, régulièrement, ou que chaque individu lui paye *soixante-quinze francs* par an. Nous doutons qu'il en soit ainsi. Les médecins qui gagnent 50.000 francs à Paris soignent beaucoup plus de 165 familles ou de 660 individus et cela fatalement, au détriment d'autres confrères qui gagnent, hélas ! notablement moins. Il y en a évidemment qui font beaucoup plus, mais leur aisance accroît encore la misère des autres.

On nous objectera que, parmi les 4.500 médecins parisiens, il y a un quart de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de spécialistes qui n'exercent pas comme les médecins praticiens. D'accord, mais d'autre part, il y a les hôpitaux, les dispensaires, les œuvres de bienfaisance, la médecine des mutualités, des administrations, qui diminuent aussi le nombre des clients et réduisent les ressources des praticiens.

Beaucoup de médecins d'un certain âge sont venus de province à Paris après la guerre et ont contribué, dans une certaine mesure, à rendre plus pénible la situation du praticien parisien. Ces confrères, qui avaient quelques ressources personnelles, et étaient pourvus de 2, 3 ou 4 enfants en cours d'études, ont considéré, non sans raison, qu'en s'installant à Paris, ils réalisaient une très sérieuse économie sur les frais d'éducation de leurs enfants. En venant en 1919 ou 1920 à Paris, ils désiraient exercer peu et prendre une demi-retraite, mais ils comptaient ainsi sans la vie chère, et ils se sont trouvés dans l'obligation de faire la médecine la plus active possible, et beaucoup y ont réussi.

Ces considérations suffisent à démontrer que la situation du médecin praticien à Paris est inférieure à celle qu'il avait en 1913, à cette époque, elle était cependant fort loin d'être brillante. Notre collègue et ami, le Dr Duchesne, avec des chiffres très précis, dans un article fort étudié, a établi le budget minimum d'un médecin praticien moyen, ayant un seul enfant en bas âge, et a montré qu'il ne pouvait guère vivre *normale-*

(1) Nous n'osons citer la Corse où l'on donne pour un accouchement, quel qu'il soit, une allocation de dix francs au médecin.

ment avec 50.000 francs. Comparant son budget avec celui d'un professeur, budget aussi très sérieusement établi, il a encore démontré que leurs situations à tous deux étaient, une fois la balance établie, absolument semblables.

Examinons maintenant les renseignements que nous avons reçus de province.

Pour obtenir des réponses précises, nous avons posé deux questions à nos correspondants :

1° *Pensez-vous qu'avec* 50.000 *francs de recettes, un médecin puisse couvrir tous ses frais, vivre et élever une famille de* 2 *ou* 3 *enfants, ce qui paraît une famille actuellement normale* ?

2° *La situation économique du médecin dans votre région est-elle actuellement supérieure à ce qu'elle était il y a* 15 *ans* ?

Voici, en résumé, les réponses que nous avons reçues :

Dans le Nord, un médecin ne peut élever une famille s'il est réduit à 50.000 francs de recettes. La plus petite maison s'y loue actuellement au moins 3.000 francs. La vie est fort coûteuse dans les centres industriels. L'automobile indispensable et le chauffeur nécessaire, si le médecin veut éviter le surmenage, causent de très gros frais.

Quant à la situation économique, comparée à ce qu'elle était avant la guerre, elle est manifestement inférieure.

« Il rentre plus d'argent qu'avant la guerre, mais qu'en reste-t-il ? Les clients, surtout dans la classe moyenne, sont obligés de se restreindre sur tout, et les visites médicales font partie de ces restrictions. Tel médecin, très occupé avant la guerre, fait actuellement moitié moins de visites. Ses recettes actuelles se chiffrent à peu près au double, mais le résultat est fort loin d'atteindre celui d'il y a 15 ans. »

Un autre confrère, qui habite une ville industrielle de 10.000 habitants environ, dans la région du Nord-Est, mais plus au sud, nous a établi par le menu le budget d'un médecin, père de deux jeunes enfants, et arrive à un total de 49.000 francs de frais, en supposant que le praticien n'ait pas de chauffeur. Ce confrère, qui se fait honorer largement, qui a mené et mène encore une vie très active, mais qui a automobile avec chauffeur et de gros frais, nous avoue qu'en 1913, il faisait 35.000 francs de recettes et qu'actuellement, il ne dépasse guère 80.000 francs.

De l'Est, nous entendons une autre cloche qui nous donne exactement le même son.

Un confrère du Sud-Est nous écrit que le médecin de campagne de sa région a moins de bénéfices qu'avant la guerre. La consultation a bien passé de 3 francs à 10 francs et l'indemnité kilométrique de 0 fr. 50 à 1 fr. 25 et même 1 fr. 50, mais le coût de la vie s'est accru de plus de 400 pour 100.

Il est néanmoins certain que les gens de son pays se font mieux soigner et payent mieux qu'autrefois. Certains médecins, qui exerçaient avant la guerre, se font illusion. Ils n'ont depuis rien acheté comme mobilier, ni accessoires. Ils ont automatiquement et sans s'en douter, restreint notablement leurs dépenses, reçoivent moins leurs amis, mènent une vie moins large, raréfient les voyages et raccourcissent leur villégiature. Ceux qui ont des enfants ont beaucoup de peine à vivre. Rares sont les praticiens qui font, dans cette région, 50.000 francs ; la plupart ne gagnent guère plus de 30.000 francs et ne vivent qu'à force d'économies. C'est du reste le fait de toutes les professions libérales, ajoute philosophiquement notre correspondant.

En Bretagne, un médecin de campagne est strictement tenu à dépenser au moins 30.000 francs pour couvrir ses frais et, s'il a plusieurs enfants en cours d'études, 20.000 francs supplémentaires nécessaires peu pour faire face à la situation, parer à l'imprévu et s'assurer le pain des vieux jours. 50.000 francs paraissent être le strict nécessaire et tous les praticiens ne font pas 50.000 francs en Bretagne.

Néanmoins, la situation économique paraît s'être améliorée depuis 1914. Les cultivateurs sont plus aisés et payent mieux ; les commerçants des bourgs prospèrent. Il n'y a presque plus de pauvres il et n'existe plus de mauvais payeurs faute de ressources.

Grâce aux Syndicats, les tarifs médicaux qui étaient déplorables il y a 15 ans, se sont accrus en suivant sensiblement l'élévation du coût de la vie. Les consultations qui se payaient 1 fr. 50 et 2 francs sont à 8 francs. Les visites, de 2 et 3 francs, ont été tarifées 10 francs. L'indemnité kilométrique, jadis de 0 fr. 50, atteint 1 fr. 25.

Bref, d'après les renseignements de ce confrère, qui tend à l'optimisme, la situation du médecin en Bretagne n'a pas sensiblement changé.

Un de nos correspondants du Sud-Ouest, qui exerce dans une région agricole, est à peu près du même avis. Un médecin de campagne, pourvu de famille, peut, dans sa région, se tirer d'affaire avec une recette annuelle de 50.000 francs. La consommation médicale est devenue plus grande et les paysans payent mieux dans sa contrée.

Un de nos amis du Plateau Central a profité de la réunion de son Syndicat local pour poser à 17 confrères présents les questions que nous lui avions adressées. Voici le résultat absolument sincère de leur expérience :

1° Un médecin de cette région presque exclusivement agricole faisant 50.000 francs de recettes brutes par an, peut couvrir ses frais de loyer, d'entretien, d'auto et peut élever normalement deux enfants. Un troisième enfant demande une recette plus élevée car la pension ou le collège, où l'on est tenu de l'envoyer pour faire des études secondaires, coûte plus de 6 000 francs par an avec les frais de voyages et d'habillement. Nous n'envisageons pas le cas où l'enfant devient étudiant dans une ville de Faculté.

2° La situation du praticien en 1925 ne vaut pas celle de 1914. Dans le département en question, l'indice d'augmentation du coût de la vie est de 5, 45 et tend à devenir 6 et les honoraires médicaux ont été *à peine* quadruplés. On travaille plus, on est beaucoup mieux payé, mais les frais d'auto devenus indispensables grèvent brutalement le budget. Essence, huile, pneus, impôts d'Etat, taxes municipales se sont formidablement accrus (il n'est pas question ici du chauffeur). Dans une petite ville de 5.000 habitants, les impôts et taxes grèvent annuellement le propriétaire d'une 10 C.V. de 715 francs 50.

Dans cette région, les confrères ont porté la consultation à 10 francs, la visite à 12 francs le syndicat mettant son tarif à l'unisson du département voisin.

Voilà la situation sincère dans une région où la vie avant la guerre était facile. Heureusement la confraternité la plus grande règne dans ce coin de France, où 19 médecins sur 20 sont syndiqués et où 17 assistaient à la dernière réunion syndicale. Sans doute l'initiative et l'activité des dirigeants de ce syndicat ne sont pas étrangères à cette harmonie.

« Le chiffre de 50.000 francs de recettes brutes, nous écrit un de nos confrères de la région du Sud-Est, après avoir consulté de nombreux praticiens de son pays, serait absolument *une exception* pour les médecins de campagne de ma région, même pour ceux qui sont très occupés. Une trentaine de mille francs de recettes brutes seraient un chiffre estimé très satisfaisant par beaucoup. Mais avec ce dernier chiffre, il serait nécessaire que le médecin ait une certaine fortune personnelle pour s'en tirer raisonnablement. 50.000 francs chez nous seraient par contre très satisfaisants et largement suffisants. Il est certain toutefois qu'il y a lieu de tenir compte des variétés de conditions d'exercice de la profession qui peuvent faire que la même somme soit très satisfaisante pour l'un et médiocre pour l'autre. Quoi qu'il en soit, 50.000 francs ici serait presque le Pérou !

« Quant à la différence entre l'exercice de la médecine à l'heure actuelle et la pratique d'avant 1914, je n'ai pu obtenir des confrères que j'ai consultés de réponse nette. Il semble cependant que l'on demande plus facilement le médecin qu'autrefois, mais que l'on en change aussi beaucoup plus capricieusement. »

Concluons : A Paris (et vraisemblablement il en est de même dans toutes les gandes villes) la situation économique du médecin praticien *moyen*, qui n'était pas bonne il y a 15 ans, l'est beaucoup moins aujourd'hui. Il paraît en être de même dans le Nord et l'Est, régions industrielles. En Bretagne, dans le Sud-Ouest, dans le Centre, régions agricoles, la situation est restée comparativement la même ou semble s'être sensiblement améliorée. Dans les villes et les régions industrielles, l'augmentation du coût de la vie et celle des honoraires médicaux ont amené la restriction de la consommation des soins médicaux, surtout dans les classes moyennes. Dans les régions agricoles, la prospérité indéniable du paysan le porte à mieux se soigner et à réclamer plus fréquemment qu'autrefois l'intervention du médecin.

Ce rudiment d'enquête montre qu'on ne saurait pas assimiler les situations de tous les médecins qui exercent en France. Les variations de ces situations sont nombreuses, et quelquefois considérables. Il en résulte que, de très bonne foi, des opinions diamétralement opposées peuvent être émises sur la prospérité de la profession médicale. Pour nous, nous avons la conviction absolue que pour le plus grand nombre, la prospérité est illusoire, que le triste tableau que le Dr Chapon faisait en 1912 de la vie du praticien, s'est notablement assombri et s'assombrira encore, que la réalisation des assurances sociales créera une période de bouleversement dans l'exercice de notre profession, qui le rendra encore plus pénible et moins rémunérateur, et que seules, une entente absolue et une forte organisation syndicale permettront aux médecins praticiens, nous ne disons pas d'obtenir l'amélioration de leur sort, mais seulement d'en empêcher une trop cruelle aggravation.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES INDICATIONS RESPECTIVES DE LA VOIE HAUTE ET DE LA VOIE BASSE CHEZ LA PARTURIENTE A TERME

Par M. Paul DELMAS,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Pour un fœtus parvenu à maturité, l'extraction opératoire hors de l'utérus maternel se peut, selon les cas, concevoir, soit en subissant le trajet osseux du bassin, soit par la réalisation de l'une des césariennes abdominales. Comment, à l'heure actuelle, faire la part de l'une et de l'autre voie.

I

A l'opposé de l'abstention qui suppose l'harmonieux concours du projectile, de la filière et de la force, une indication leur est commune : la nécessité d'intervenir pour extraire l'enfant.

Mais deux ordres de circonstances se peuvent rencontrer, engendrant deux lignes de conduite opposées.

A. — Tantôt, — les voies naturelles, d'ailleurs perméables, — il y aurait péril à temporiser, dans l'attente de l'expulsion spontanée : il y a alors *indication dans le temps*.

B. — Tantôt, à l'opposé, l'expectation est d'emblée inacceptable, — alors que la filière ne saurait livrer passage à l'enfant : c'est l'*indication dans l'espace*.

II

A. — La première de ces alternatives met en jeu, selon les cas, soit les intérêts de la mère, et par contre-coup ceux de l'enfant, soit, isolément, la vie de celui-ci.

a) *Côté fœtal*, l'indication existe de terminer, quand, pour lui, un péril de mort imminente découle d'un trouble persistant de l'hématose.

1. Le *danger* est pressant, alors qu'il s'agit d'une procidence ou de nœuds du cordon se resserrant à un moment donné, d'où interruption dans la circulation funiculaire.

Prochain encore le risque, bien qu'à moins brève échéance, quand se produit une diminution assez étendue des connexions utéro-placentaires, par dislocation progressive au cas d'insertion basse de l'œuf.

L'asphyxie est encore à craindre, mais à la longue seulement, si, la poche des eaux rompue, la marche du travail est traînante : dans l'intervalle des contractions, l'utérus se rétracte et comprime le trait d'union funiculo-placentaire entre la paroi de la matrice et le corps fœtal que n'isole plus l'un de l'autre l'heureuse interposition du matelas hydrostatique de la poche des eaux ; d'où l'inconvénient d'une rupture prématurée des membranes.

2. Quelle qu'en soit la cause, facile à déceler par un *examen* méthodique, la souffrance du fœtus se traduit par deux signes classiques : modification des pulsations cardiaques et expulsion du méconium.

α) L'œuf est-il ouvert, l'examen du *liquide* qui s'écoule permet de constater l'existence de ce dernier signe, en soi médiocrement instructif.

I. Tout d'abord est-il sans valeur dans les présentations du siège, où le contenu de l'intestin fœtal est expulsé par simple compression des parois abdominales.

II. Et même, dans toutes les autres présentations, l'issue, hors de l'utérus, d'un liquide verdâtre n'a-t-elle d'autre signification que la notion « souffrance du fœtus » sans que puisse, par là seul, être établi le moment, actuel ou passé, de cette souffrance : l'accumulation en excès de gaz carbonique dans le sang fœtal a produit de l'asphyxie, d'où augmentation du péristaltisme intestinal, relâchement paralytique du sphincter de l'anus et expulsion du mœconium. Rien de plus.

β) L'*auscultation* est indispensable pour établir si, au moment considéré, l'enfant souffre. La diminution de fréquence et d'intensité des bruits du cœur fœtal témoigne d'une gêne survenue dans sa circulation.

I. Mais celle-ci existe, physiologique et passagère, pendant la contraction qui comprime

tout ensemble le trait d'union funiculo-placentaire et la tête fœtale, amenant par ce second mécanisme une paralysie du nerf vague.

II. La modification des bruits cardiaques n'a, par conséquent, de caractère inquiétant que perçue dans l'intervalle des contractions. Aussi la recherche en doit-elle être faite systématiquement, de quart d'heure en quart d'heure, alors que la poche est rompue et que la rétraction utérine réduit la surface d'insertion placentaire.

b) Du *côté maternel*, l'indication de terminer sans délai l'accouchement se présente de façon beaucoup plus rare.

1. Dans ce que l'on a appelé indication d'*urgence*, un accident grave, prévu ou non, exige la terminaison rapide de l'accouchement, alors que celui-ci n'est en lui-même aucunement troublé, ce qui est le cas d'une tuberculeuse qui asphyxie ou d'une cardiaque chez qui apparaît de l'asystolie, ou même que la marche du travail serait plutôt accélérée, comme il s'observe chez les éclamptiques. — Urgence analogue au cas de décollement placentaire, que l'insertion de l'organe soit haute ou basse. — Urgence enfin en présence d'une rupture utérine.

Par contre, les indications liées à la marche du travail n'offrent généralement pas un caractère aussi impérieux, sauf le cas des présentations de l'épaule, pour lesquelles le péril d'une déchirure du segment inférieur ne saurait comporter de temporisation.

2. Hormis cette éventualité, l'indication de terminer peut être dite *facultative*. Cette expression n'est pas synonyme d'intervention de complaisance, mais seulement d'acte opératoire pour lequel le choix du moment est laissé au sens clinique de l'accoucheur pour peser les inconvénients relatifs de l'expectation ou de l'intervention sans délai.

α) L'*obstacle* à la terminaison de l'accouchement peut relever d'une cause *dynamique*, insuffisance de la contraction utérine au cas d'inertie, ou désir prudent de l'accoucheur d'éviter, au cours de la période d'expulsion, toute fatigue d'efforts volontaires à une parturiente diminuée dans son potentiel par une hernie, de l'éventration, une lésion cardiaque ou pulmonaire.

β) Le retard peut aussi dépendre de facteurs d'ordre *mécanique* : tantôt maternels, qu'ils soient osseux, — inclinaison pathologique ou rétrécissement léger du bassin, — ou mous, — tumeur prævia, résistance coccy-périnéale, chez les primipares âgées surtout — ; tantôt fœtaux, par volume absolu de l'enfant ou disproportion d'attitude de ses dimensions avec la filière, comme il se rencontre par anomalie du mécanisme : excès, insuffisance ou perversion de la flexion, la déflexion, ou la rotation.

Pour décider, dans toutes ces éventualités, de la terminaison facultative (et abstraction faite des intérêts du fœtus dont il a été question par le détail précédemment), deux inconvénients doivent être pesés, dont la réalisation ne se conçoit que l'œuf une fois ouvert.

I. L'un, déjà au cours du travail : accélération du pouls, élévation de la température, écoulement de liquide mal odorant : c'est l'*infection amniotique*, préface toujours possible à l'infection puerpérale pour la mère, et à la broncho-pneumonie dite de déglutition chez le nouveau-né.

II. L'autre n'apparaît que quelques jours après l'accouchement : *fistule* utéro ou vagino-vésicale ou rectale, après qu'est tombée l'escharre, résultant de la compression prolongée des parties molles de la filière entre les deux plans résistants de la tête fœtale et du pelvis maternel. D'où la règle, posée par le professeur Pinard, d'*intervenir, si la présentation, à nu dans l'excavation, est demeurée pendant deux heures, au moins, sans progresser, en dépit des douleurs.*

B. — Que l'indication de terminer se tire de la mère, de l'enfant, ou de tous deux, il faut en finir.

a) Or, le passage par la voie basse suppose celle-ci complètement ouverte.

1. Par là, il faut d'abord entendre un bassin soit normal de 11 ; — soit légèrement rétréci ou perméable de 11 à 9 ; — soit enfin moyennement rétréci ou semi-perméable, de 9 à 7 ; mais, dans ce cas, après qu'une *pelvitomie* préalable, dont des travaux récents montrent le renouveau de faveur, l'aura fait passer dans la catégorie précédente, celle des bassins légèrement rétrécis. Le domaine respectif de ces diverses éventualités a été précisé avec netteté dans l'article consacré par l'auteur aux pelvi-viciations dans le *Concours médical*, du 5 février 1922.

Encore faut-il ajouter, avec le professeur Bar, que cette intervention n'est acceptable que chez des multipares à parties molles extensibles.

2. Mais la perméabilité de la filière, s'entend aussi, et pour autant, de l'ouverture utérine. *Le col*, selon la formule classique, *doit être complètement dilaté ou dilatable*, faute de quoi, tout effort pour extraire le fœtus exposerait, soit à l'insuccès, si le col résiste, soit à son éclatement, au cas de force aveugle.

Aussi convient-il, si l'urgence l'exige, d'ouvrir tout d'abord ce col, par un procédé approprié aux circonstances.

α) Pour les cas d'*extrême urgence*, où l'ouverture méthodique et prudente du canal cervico-segmentaire, peu ou pas ouvert, est inconciliable avec une éclampsie, un décollement du placenta normalement inséré ou des accidents gravido-cardiaques survenus au début du travail ou même avant tout début de travail, il n'est qu'une ressource : la double hystérotomie cervico-segmentaire par voie vaginale que réalise l'*opération césarienne vaginale de Dürrhsen.*

ϐ) Mais cette ligne de conduite, d'une heureuse décision chirurgicale, cèdera le pas, le plus souvent, surtout en dehors de certaines conditions d'entraînement, d'assistance de milieu, à l'*accouchement méthodiquement accéléré* qui consiste à forcer peu à peu l'orifice utérin par des procédés purement obstétricaux.

I. Quoique souple, — sans quoi le Dürrhsen s'imposerait, — le col est-il long avec une présentation haute, l'introduction et la manœuvre du *ballon de Champetier* obtiendront la dilatation, en une heure de temps environ.

II. Mais si, avec une présentation déjà descendue que le ballon pourrait refouler, le col, aisément dilatable, ou mieux, déjà incorporé à un segment intérieur mince et assoupli, est en cours de dilatation spontanée, le procédé *bimanuel de Bonnaire* en activera l'ouverture totale, non sans quelque patience de l'accoucheur, qui devra poursuivre cette manœuvre, plutôt pénible, jusqu'à ce que l'orifice utérin se continue sans ressauts avec le contour vaginal.

b) Voici le chemin libre. Quel *procédé d'extraction* mettre en œuvre pour une terminaison artificielle et rapide.

1. Avec une présentation nettement engagée, surtout s'il s'agit de l'extrémité céphalique, il n'est point d'hésitation ; seule la pince obstétricale convient : une *application de forceps* sera pratiquée, d'autant plus simple et d'un résultat meilleur que la descente sera plus avancée.

2. Par contre, le forceps perd-il tous ses droits dans le haut de l'excavation, et, à plus forte raison, au détroit supérieur, pour peu que la présentation, quelle qu'elle soit, ait conservé de mobilité.

α) L'*extraction manuelle du siège*, par traction sur les membres inférieurs, s'impose, précédée, au besoin, de la version par manœuvres internes. D'extrême rigueur, avec une présentation transversale, cette manœuvre préliminaire est tout aussi indispensable avec une présentation de l'extrémité céphalique qui doit nécessairement basculer d'abord par version pour que le siège soit amené au détroit supérieur.

ϐ) Il va de soi que cette version ne saurait être tentée que si l'utérus est demeuré assez souple pour que l'évolution soit possible, sans tiraillements dangereux du segment inférieur, menacé de déchirure. Les conditions classiques, telles que l'auteur les a exposées dans le *Concours médical* du 22 juin 1924, doivent exister.

A ce sujet, il est utile de savoir que, *par la pratique préalable de l'analgésie rachidienne, les limites de cette intervention peuvent être reculées*, en faisant disparaître la contracture. Dans un cas récent, l'auteur a pu y procéder, sans risques, ni difficulté, alors que la poche des eaux était rompue depuis quatre jours entiers, à la faveur de ce bienfait encore peu connu de la rachi.

III

A l'opposé, la filière ne saurait être utilisée pour l'extraction, soit de façon absolue, si elle est imperméable, soit de façon relative, alors qu'à tête reposée, les difficultés de son acceptation ont été escomptées. Les diverses césariennes abdominales répondent à cette indication dans l'espace.

A. — L'*indication* est absolue, quand l'hystérotomie, par voie haute, ne saurait entrer en parallèle avec nul autre procédé.

a) Il en est ainsi au cas de ces *bassins absolument imperméables* qui mesurent 5 de diamètre utile, ou au-dessous, et dans lesquels le basiotribe lui-même ne saurait manœuvrer, eu égard à ses dimensions. — De même, si l'excavation pelvienne est bloquée par l'enclavement d'un fibrome de l'utérus ou d'un kyste ovarien. — De même encore, en présence de certaines atrésies, congénitales ou cicatricielles, du tractus vulvo-vaginal.

b) Dans tous les autres cas, les avantages relatifs de l'hystérotomie sont à metre en balance avec d'autres interventions.

1. En particulier, pour les bassins *extrêmement rétrécis* entre 5 et 7, la mutilation de l'enfant, — mort, cela s'entend —, est plus simplement réalisable.

Avec un enfant vivant, si le *rétrécissement est du type moyen*, soit de 7 à 9 (et l'heure de l'accouchement prématuré provoqué une fois passée), les pelvitomies peuvent entrer en ligne pour les faire passer de la catégorie des semi-perméables à celle des perméables, légèrement rétrécis, de 9 à 11, ainsi qu'il est exposé dans le mémoire de l'auteur, consacré à la dystocie osseuse, dont les conclusions étaient plus haut signalées.

2° En dehors de la dystocie, la tendance est de plus en plus grande à faire appel à la césarienne pour évacuer promptement l'utérus au cas d'*éventualité grave*, à laquelle le passage par la voie basse ne permettrait de remédier, — le travail encore non commencé à la fin de la grossesse, ou peu avancé dans son évolution, — qu'avec une dépense de temps beaucoup trop considérable.

Telles, l'éclampsie, l'hémorragie du placenta prævia, la rupture utérine ou l'asphyxie, soit maternelle, soit fœtale, que celle-ci relève d'un décollement du placenta normalement inséré ou d'une procidence du cordon avec un col encore long.

A plus forte raison en serait-il ainsi, si les lèvres en étaient rendues inextensibles par un syphilome, ou friables par le développement d'un cancer à leur dépens.

B. — La décision prise de renoncer aux voies naturelles, *deux types d'opération césarienne* sont envisagés : la césarienne classique, ou césarienne du corps et la césarienne supra-symphysaire ou

césarienne du segment inférieur. L'une et l'autre ont leurs indications fort nettes.

a) Le *cas* est-il *pur*, femme opérée à terme, avant le travail, ou, au cours de celui-ci, avec une poche encore intacte, l'accord paraît fait sur la *césarienne classique.*

b) En dehors de ce cas, et avec d'autant plus de risques que l'*infection de la cavité utérine* est plus vraisemblable, pour ne pas dire certaine, le risque de péritonite a incité les accoucheurs à *opérer hors du ventre.*

1. L'*extériorisation de l'utérus*, sur un lit de compresses, laisse subsister, l'intervention finie, les risques de la réintégration d'un organe infecté, ce à quoi, l'*opération de Portes* a essayé de porter remède : d'apparition récente, elle est diversement accueillie.

2. D'où la résurrection de l'ancienne gastro-élythotomie de GAILLARD THOMAS, par des interventions qui se proposent d'ouvrir l'utérus en dehors du péritoine.

Trois types d'*opération césarienne du segment inférieur*, ou *supra-symphysaire*, ont été proposés.

α) FRANCK, en 1907, imagine la voie *transpéritonéale*, où péritoine pariétal et viscéral sont suturés, avant l'incision de l'utérus, afin d'éviter l'ensemencement de la grande cavité péritonéale.

β) LATZKO, en 1908, se propose la voie *extra-péritonéale*, par une incision basse qui, décollant le péritoine sur la ligne médiane au-dessus de la vessie, extrairait l'enfant sans intéresser la séreuse. Mais le péritoine se déchire souvent, et c'est revenir au cas précédent.

γ) DÖDERLEIN, en 1909, réalise un procédé vraiment *sous-péritonéal*, par une incision latérale, parallèle à l'arcade de FALLOPE, permettant le décollement de la séreuse dont le cul-de-sac garde son intégrité, au-dessus de l'incision segmentaire.

c) Pour séduisants qu'ils soient, ces procédés, jusques et y compris le dernier, sont plus riches de promesses que de réalités.

1. Dans les cas infectés, ceux précisément où on y ferait appel, l'ensemencement du tissu cellulеux sous-péritonéal est à peine moins redoutable que celui de la grande séreuse.

De plus, il est des cas, ceux de rupture utérine, d'organe gravement infecté, où l'ablation de la matrice s'impose. — D'autres, ceux d'ostéomalacie ou de tumeur utérine, rendront désirabla l'*ablation de l'utérus*, devenu accessible par le parolatomie.

Une indication analogue est le fait de ces utérus déjà césarisés antérieurement, sans qu'on puisse à l'avance fixer le nombre de fois, au dela de la troisième, qui entraîne des risques pour, l'avenir et dont la paroi offrira une cicatrice si large et si étendue que sa minceur ferait redouter une rupture spontanée, à l'occasion d'une grossesse ultérieure.

2. Pour réaliser une *opération césarienne mutilatrice* deux sortes de procédés ont été employés.

α) Avant la perfection des techniques actuelles, l'opération de PORRO, pratiquée à l'ancienne mode, avec extériorisation du pédicule, a rendu d'importants services qu'il serait injuste de contester. Mais ses inconvénients (et en particulier, la lenteur d'élimination du moignon ainsi réalisé qui met un bon mois à s'éliminer), ne lui permettent plus de prétendre qu'à une valeur historique.

β) Les *hystérectomies*, bien réglées, lui sont, à bon droit, aujourd'hui préférées.

I. Le plus souvent, il suffit de réaliser une *hystérectomie subtotale.*

II. Mais si tout l'utérus doit être enlevé, qu'il s'agisse d'un cancer du col ou d'une déchirure du segment inférieur, ou, à plus forte raison, d'un organe à extirper sans l'ouvrir, quand il contient un fœtus mort et putréfié, l'*hystérectomie totale* sera adoptée.

Quel que soit le procédé employé, l'imbibition gravidique des tissus rend l'exécution de ces opérations particulièrement simple à qui possède une suffisante éducation chirurgicale.

De cet exposé d'ensemble, il résulte que voie haute et voie basse, si elles chevauchent sur certains points, ont cependant des indications bien réglées qui se peuvent ainsi résumer : plus volontiers elles triomphent, l'une d'obstacles dans le temps, l'autre d'obstacles dans l'espace. Un clinicien avisé en saura jouer avec opportunité.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Les rayons ultra-violets en dermatologie.

M. le professeur Jeanselme,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'action de la lumière solaire sur la peau est démontrée par le « coup de soleil ». L'érythème solaire est une dermatite érythémato-pustuleuse que l'on serait tenté, de par son aspect objectif, d'assimiler à une brûlure au premier ou au second degré. En réalité, il n'en est rien, et il existe de grandes différences — deux grandes différences — entre le coup de soleil et la brûlure. Les causes, d'une part, l'évolution, d'autre part, ne sont pas les mêmes.

Quelle est la cause de l'érythème solaire ? Ici, la chaleur n'intervient pas. Le coup de soleil peut se voir à une température basse, inférieure à zéro. Il s'observe chez les explorateurs des régions polaires et chez les touristes excursionnant dans les neiges.

La première étude relative à la pathogénie du coup de soleil a été faite par Charcot, en 1858. Charcot a observé deux physiciens qui, maniant une pile de Bunsen, furent atteints d'érythème. Leurs yeux, qui étaient protégés par des verres absorbant les rayons actiniques restèrent indemnes. Il conclut que l'érythème était provoqué par les seuls rayons chimiques, actiniques. Bouchard vérifia le fait par une expérience ingénieuse. Ayant exposé une surface cutanée à un spectre solaire décomposé par un prisme, il constata que l'érythème se produisait seulement dans la région soumise aux rayons violets et au-delà. Ainsi se trouvait démontré le rôle des rayons (chimiques et actiniques) violets et ultra-violets, et établie aussi l'absence d'intervention des rayons caloriques dans l'érythème solaire.

Depuis, de nombreuses observations sont venues confirmer cette étiologie : les cas de Defontaine, du Creusot, de Maklakoff, de Moscou, de Le Dantec. Un auteur étranger a fait l'expérience suivante. Ayant fait passer le faisceau solaire dans une couche d'eau froide, il vit que l'érythème se produisait normalement. L'ayant fait traverser un verre opaque aux rayons chimiques, il n'y eut pas d'érythème.

Voilà donc un premier point. Ce n'est pas le même ordre de rayons qui provoque l'érythème solaire et la brûlure.

Deuxième différence. L'époque d'apparition des troubles et les lésions sont également dissemblables. Dans le cas d'une brûlure, les accidents sont immédiats. Un sujet reçoit un jet de vapeur sur la peau : aussitôt, la brûlure apparaît, aussitôt se montrent l'érythème et les vésicules de cette brûlure. Il en va autrement du coup de soleil. Dans une biopsie, pratiquée au moment de l'insolation, M. Leredde a noté l'absence de modifications des tissus à cette période. Il faut attendre, dans l'érythème solaire simple, plusieurs heures et au-delà pour que la dermite se montre. J'ai fait moi-même, il y a quelque 25 ans, des expériences du même ordre. J'ai soumis un cobaye à l'action de l'arc électrique, tout rayon calorique étant éliminé. Au bout d'un temps variable, un jour ou deux, l'érythème est devenu apparent. Détail intéressant. Chez les animaux à robe blanche parsemée de taches noires, la rubéfaction était plus accentuée sur les parties claires. Ceci confirme une remarque faite par les éleveurs, à savoir que, sur les animaux à peau tachetée, les rayons solaires ne mordent qu'au niveau des parties blanches.

Les pigments cutanés offrent ici une action de protection. Ainsi, les noirs, les nègres, sont presque réfractaires aux coups de soleil. Ils peuvent s'exposer de longues heures à l'action solaire sans inconvénient. Cette donnée est encore démontrée par une expérience de Finsen. Finsen trace sur le bras, à l'encre de Chine, une bande noire et il expose le membre à un soleil brillant pendant 3 heures. La partie noire reste intacte et il se produit de chaque côté un érythème, suivi de pigmentation. Ayant recommencé l'expérience après avoir enlevé l'encre de Chine, la partie antérieurement noircie devint cette fois le siège d'un érythème, et la région déjà pigmentée resta sans changement, preuve de l'action protectrice du pigment. Les sportifs savent bien qu'ils prennent des coups de soleil au début de la saison, mais qu'ils n'en ont plus à l'arrière-saison, lorsque leur peau est pigmentée.

Telles étaient les notions que nous possédions il y a 25 ans. A cette époque, on ne connaissait que les accidents de la lumière solaire ; on ignorait ses bienfaits. Il est juste de dire, cependant, qu'à cette date déjà Finsen avait institué sa cure du lupus par les rayons actiniques. A l'heure actuelle, l'héliothérapie a conquis une place importante parmi les agents de la physiothérapie. Mais, avant d'aller plus loin, je vais vous présenter, en résumé, certaines notions biophysiques générales.

Le soleil diffuse de la lumière blanche, qui est composée de radiations élémentaires. Ces radiations ont toutes la même vitesse : parties de l'astre solaire en même temps, elles nous arri-

vent en même temps. Si elles ont la même vitesse, elles n'ont pas le même rythme et le nombre de leurs oscillations par seconde est différent, d'où des longueurs d'onde différentes. Pour la facilité des calculs, on a préféré désigner les radiations par leur longueur d'onde. Nous avons la formule suivante :

$$\lambda \text{ (long. d'onde)} = \frac{\text{Vitesse (constante)}}{\text{Fréquence des oscillat. (variable)}}$$

Les chiffres λ sont extraordinairement petits, d'où l'obligation où l'on s'est trouvé d'inventer des unités de mesures spéciales. J'en retiendrai une : l'angström, qui égale un dix-millième de micron (un angström $= \frac{1\mu}{10.000}$

Le faisceau lumineux peut être décomposé à l'aide du prisme en ses éléments. Dans ce spectre, nous avons 7 couleurs (violet, indigo, bleu, vert, jaune, orangé, rouge), et à chaque couleur correspond une longueur d'onde déterminée : de 4.000 angströms pour le violet, 5.000 A. pour le vert, et 7.000 A, pour le rouge. Ce sont là, les seules radiations qui impressionnent la rétine, les seules lumineuses. Mais, en dehors de ce spectre visible, il y a, de part et d'autre, d'autres radiations. Si l'on promène un thermomètre dans la zone infra-rouge, on constate qu'il s'y trouve des rayons caloriques invisibles qui se poursuivent loin, partant de 8.000 A. de longeur d'onde jusqu'à atteindre 3 millions 140.000 angströms. Si nous plaçons une plaque impressionnable au-delà du violet, nous y rencontrons des radiations chimiques, actiniques, également invisibles, dont les longueurs d'onde descendent jusqu'à 1.000 angströms. En deçà des radiations infra-rouges, il y a les ondes hertziennes, gigantesques, allant jusqu'à 24 kilomètres. Au-delà des radiations ultra-violettes, il y a les rayons X et les rayons γ du radium, à très courtes longueurs d'onde.

Nous arrivons ainsi au tableau suivant :

Ondes Hertziennes (grandes longueurs d'onde).		
Radiations infra-rouges..		3.140.000 A
(rayons caloriques)......		« à » 8.000 A
Spectre visible	rouge	7.000 A
	vert	5.000 A
	violet..........	4.000 A
Radiations ultra-violettes...		4.000 A
(rayons chimiques).......		« à » 1.000 A
Rayons X (courtes longueurs d'onde).		

Le pourcentage des rayons chimiques et actiniques est le seul qui nous intéresse ici. Il varie suivant la source que l'on emploie. Il avoisine 7 % s'il s'agit d'un faisceau solaire, 5 % d'un arc électrique, et il va jusqu'à 25 et 27 % dans la lampe de quartz à vapeur de mercure.

Les rayons lumineux et surtout chimiques et actiniques, quand ils sont trop intenses, peuvent détruire les cellules. Au contraire, ils ont une action bienfaisante, si elle n'est pas trop forte. On a étudié l'action des rayons ultra-violets sur les éléments cellulaires. On a constaté que les microbes étaient très vulnérables quand on les soumettait aux radiations ultra-violettes. Celles-ci sont nettement microbicides et on s'en est servi — procédé coûteux, il est vrai — pour stériliser l'eau. Les rayons ultra-violets sont non seulement microbicides, mais anti-toxiques : ils amendent les toxines microbiennes. En outre ils ont une action sur l'ensemble de l'organisme, action difficile à expliquer, dont le mécanisme reste obscur, d'autant plus qu'ils sont peu pénétrants et traversent à peine un millimètre de peau. Malgré cela, ils influencent le métabolisme, ce que l'on a pu démontrer de plusieurs manières. Les analyses hématologiques ont montré que les irradiations ultra-violettes amenaient une augmentation du nombre des hématies, du taux du calcium et du phosphore, si bien que le traitement du rachitisme par les rayons ultra-violets semble une sorte de médication spécifique. De même pour la spasmophilie infantile. Il suffit de quelques semaines de traitement ultra-violet pour faire passer le calcium sanguin de 8 à 11 centigrammes par litre.

Cette action eubiotique est complétée par une autre, que l'on pourrait appeler eutrophique, qui dispense les éléments au mieux dans l'organisme. C'est ainsi que l'héliothérapie, dans un cas de tumeur blanche, provoque la formation de tissu fibreux pour combler les parties malades, mais sans amener d'ankylose. De même dans le lupus, la finsenthérapie procure les plus belles cicatrices.

Donc, propriétés locales, microbicides, antitoxiques ; propriétés générales, eubiotiques et eutrophiques. Pour obtenir des effets microbicides, comment s'y prendra-t-on ? Il faudra localiser l'application, la circonscrire. Veut-on, au contraire, un effet eubiotique, c'est au bain de lumière qu'il faut s'adresser, à l'irradiation de toute la surface du corps, d'où l'on peut excepter à la rigueur la partie malade. Ces deux procédés — pansement de lumière et bain de lumière — ont souvent été utilisés conjointement. Ainsi, à Copenhague, des statistiques ont montré que si l'on adjoint le bain général de lumière au traitement local, dans le lupus, on obtient des résultats plus rapides.

Quelles sont les sources de rayons ultra-violets utilisables ? Le soleil d'abord ; mais, sous nos climats, on est souvent obligé de s'adresser

◆◆◆

à des sources artificielles. Il en est deux types : la lampe à arc, qui a les suffrages des Danois, qui ne donne que 5 % de rayons, et la lampe de quartz à vapeur de mercure, sorte de tube en quartz où l'on fait le vide, ayant à ses deux extrémités une petite masse de mercure. En raison du vide, le tube se remplit de vapeurs de mercure. On y fait passer l'étincelle, les deux pôles d'un arc étant fixés à chaque extrémité du tube.

L'avantage de la lampe de quartz à vapeurs de mercure est son pourcentage élevé (25 à 27 %) de rayons. On a dit que ce pourcentage était trop fort, mais en vérité, lorsqu'il est nécessaire, il est facile de le réduire, par reculement du foyer, mise d'un écran, etc.

Pratiquement, dans l'application des rayons ultra-violets, il faut tâter la susceptibilité de la peau. Au début, dans le bain général, on fait des radiations de 60 à 90 centim., pendant un temps court (2 minutes), sur le tronc, face dorsale et face ventrale. Puis on allonge les séances à 4, 10, 15, 30 minutes, temps que l'on ne dépasse pas habituellement. On renouvelle les séances deux ou trois fois par semaine.

Quant au traitement local, on peut le faire avec la lampe de Finsen, qui n'est qu'un appareil de refroidissement et de compression de la peau (de façon à obtenir l'anémie de celle-ci, le sang étant opaque aux rayons), ou avec la lampe de quartz, modifiée dans les mêmes conditions.

Les rayons violets et ultra-violets, chimiques et actiniques, provoquent de l'érythème, et, au bout d'un certain temps, de la pigmentation. Celle-ci empêche l'érythème de se produire ultérieurement et permet de faire alors des séances plus longues. Ce sont là les seuls inconvénients du traitement : le coup de soleil artificiel, l'érythème, la pigmentation. Il n'y a jamais d'accident, pas de radiodermites comme on en voit avec les rayons X.

Ceci dit, je vais vous montrer deux malades d'ordre différent, que nous traitons actuellement par les rayons ultra-violets. La première est une fillette atteinte de psoriasis. Nous l'avons soumise au bain général de lumière. Dès les premières séances, la desquamation a diminué. Tous les dermatologistes savent que dans un psoriasis, la réduction de la desquamation est un indice de guérison. A la cinquième séance, sur le tronc — qui avait été irradié — tout était disparu. Sur les membres, non exposés aux rayons, le psoriasis persistait. Nous avons agi alors sur les jambes et les bras, et le psoriasis qui s'y trouvait a rétrocédé.

Rollier avait déjà vu que chez un sujet mis dans un plâtre et traité par l'héliothérapie, les lésions psoriasiques guérissent partout, sauf au-dessous du plâtre. Ceci établit bien qu'il s'agit, en pareil cas d'une action directe et non générale. J'ai connu un colonial dont le psoriasis, rebelle en France, passait aux colonies. Les vêtements à mailles larges portés par les Européens dans les pays chauds, sont en effet perméables aux radiations solaires et j'ai rencontré souvent chez eux des érythèmes solaires provoqués au travers de ces vêtements, lorsque j'étais en Extrême-Orient.

La deuxième malade nous montre l'épreuve inverse. Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, atteinte d'érythème induré de Bazin, ulcéré, des jambes. Nous l'avons soumise d'abord au traitement par la tuberculine, sans résultat, et nous avons eu recours ensuite aux rayons ultra-violets. Ici, le pansement local de lumière n'a rien donné, les éléments se sont même accrus, en abondance. Par contre, le bain général a amené en 15 jours la cicatrisation des lésions. La malade n'était pas au repos et on ne saurait objecter l'action favorable de la température, car à ce moment, la saison était froide.

Je vais résumer maintenant, en quelques mots, les indications et les contre-indications des rayons ultra-violets en dermatologie.

Le bain général de lumière convient aux tuberculides et aux tuberculoses bâtardes, aux engelures. Le bain local agit bien sur les plaies torpides, les ulcères superficiels, les lésions peu pénétrantes (ces rayons sont peu pénétrants), sur certains ecthymas, sur l'acné du dos (l'acné de la face y paraît rebelle), le psoriasis. On peut l'essayer dans d'autres affections et son emploi serait sans doute justifié dans des dermatoses parasitaires superficielles (pytiriasis versicolor, mycoses, etc.) en raison des propriétés microbicides des dits rayons.

Enfin, il est des contre-indications aux irradiations ultra-violettes. Ce sont l'eczéma et aussi les cas où des accidents cutanés ont été produits par des rayons de courte longueur d'onde (radiodermites).

Leçon faite à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Louis et recueillie dar le
Dr P. Lacroix.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson.

Voici, d'après le Pr Marfan comment il faut concevoir la direction et la durée de ce traitement.

Le mercure doit rester le médicament de fond de la syphilis du nouveau-né et du nourrisson ; mais il ne faut pas se passer du puissant secours que peut, en certains cas, apporter l'arsénobenzol. On doit faire des cures intermittentes systématiques poursuivies pendant plusieurs années ; une cure doit avoir une durée moyenne de 15 jours, si on fait des frictions, de vingt jours, si le mercure est pris par ingestion.

Quand les accidents sur lesquels se fonde le diagnostic de syphilis congénitale évoluent dans le premier semestre de la vie, et qu'ensuite l'infection devient plus ou moins occulte, le traitement sera dirigé comme suit :

1re année	1er semestre, 5 cures		9 cures.
	2e semestre, 4 cures		
2e année	—	—	5 cures.
3e année	—	—	4 cures.
4e année	—	—	3 cures.

Si, au cours de ces quatre années, il survient des accidents, qui témoignent d'une reprise évolutive de la syphilis, pendant le semestre qui suit on fait une série de cinq cures comme dans le premier semestre de la vie. Cette obligation se présente assez rarement.

Après ces 4 années, on peut cesser la cure s'il n'y a pas eu d'accidents depuis au moins deux ans, si la réaction de Wassermann est devenue négative.

Voici maintenant dans quels cas il faut ajouter ou substituer l'arsénobenzol au mercure. On sait que l'arsénobenzol a une action puissante et prompte sur les accidents syphilitiques en évolution, surtout sur les manifestations cutanées et muqueuses, sans que ses résultats soient toujours définitifs. On emploiera l'arsénobenzol, lorsque, au cours de l'évolution ou au début, se produiront des accidents sérieux et menaçants, qui exigent une action rapide : convulsions répétées, réaction méningée, menace d'hydrocéphalie, etc. ; lorsque, sans être menaçants, ces accidents résistent au mercure, ou lorsque le sujet ne supporte pas le mercure (il en est ainsi des tuberculeux). Chez les intolérants, on fait, la première année, quatre cures d'arsénobenzol de huit semaines chacune, séparées par des périodes de repos croissantes (un, deux, trois mois. La deuxième année, deux à trois cures ; la troisième année, une cure ; la quatrième année, comme pour le mercure, on se base sur la date des dernières accidents et sur le résultat de la séro-réaction.

On donne la préférence aux injections intraveineuses.

Ne pas négliger, en même temps que le traitement spécifique, le traitement local, certains traitements généraux adjuvants, enfin l'hygiène générale.

A part les cas de syphilis congénitale très graves d'emblée, quand le nourrisson peut être nourri par sa mère, quand le traitement est institué de bonne heure et méthodiquement poursuivi, on obtient des résultats très remarquables, parfois comme des résurrections ; l'enfant guérit de ses manifestations actuelles, évite les manifestations ultérieures , se développe bien, devient grand et fort ; il échappe à toutes les conséquences de sa maladie.

Le traitement de la syphilis congénitale est un de ceux qui donnent les résultats les plus satisfaisants ; aussi faut-il, dès le début, l'appliquer avec méthode et rigueur. (*Journal des Praticiens*, 16 mai 1925.)

Traitement des fractures de cuisse chez l'enfant.

L'appareil classique d'Hennequin est très mal supporté par les jeunes sujets ; tous les chirurgiens d'enfant, dit le Dr Mayet, y ont renoncé. Il convient d'ailleurs d'obtenir, si possible, l'absence de raccourcissement, car celui-ci, se compense sans doute, comme chez l'adulte, par une inclinaison du bassin, mais chez l'enfant il peut devenir l'amorce d'une scoliose.

L'auteur n'a en vue que la fracture habituelle, celle du 1/3 moyen, qui s'accompagne toujours d'un déplacement et d'un chevauchement notable des fragments ; or c'est précisément eux qu'il faut réduire pour éviter la déformation et le raccourcissement. Ce n'est point chose facile, et cependant, chez l'enfant, la pseudarthrose et le cal en crosse sont rares malgré une thérapeutique insuffisante.

L'ostéosynthèse, facile à exécuter, doit être réservée aux cas où à un moment quelconque, on prévoit la possibilité d'un raccourcissement notable ou d'une difformité apparente, même au bout d'une quinzaine, au moment du contrôle radioscopique de l'immobilisation

par le plâtre. D'ailleurs l'ostéosynthèse réclame une contention du membre presqu'aussi parfaite que la méthode de réduction non sanglante.

Deux méthodes nous sont offertes : 1° l'extension continue dans la rectitude du membre (analogue à celle que l'on pratique dans la coxalgie) ; les chirurgiens l'ont abandonnée à cause de ses risques de déplacement.

2° Le grand appareil plâtré engainant le bassin, la cuisse, le genou, la jambe et le pied. C'est la meilleure, mais elle n'est pas parfaite ; il est cependant possible de l'améliorer grâce à une technique préconisée par l'auteur dans les blessures de guerre.

Cette technique consiste à combiner le plâtre et l'extension ; on peut, en effet, faire fonctionner utilement l'extension sous un appareil plâtré constitué d'une ceinture pelvienne et d'un cuissart, qui ne dépasse pas les condyles fémoraux ; il est facile de contrôler à la radioscopie qu'une traction bien établie sur la cuisse et la jambe fait glisser le fémur même sous le cuissart plâtré, d'où la disparition du chevauchement des fragments. Il suffit que les plans cutanés n'adhèrent pas à la face profonde du plâtre, et que ce plâtre ne se prolonge pas au-dessous de la saillie des condyles fémoraux, afin de permettre leur abaissement. La traction s'opère au moyen de bandelettes adhésives appliquées à différents niveaux depuis la fracture jusqu'à la malléole ; par dessus on dispose une très fine épaisseur de coton cardé, puis une ou deux épaisseurs d'une bande de tarlatane molle pour faciliter le glissement du membre et empêcher l'adhérence du plâtre à la peau. Par dessus on applique le plâtre sous anesthésie, sur pelvi support : quand il est sec, le malade est porté dans son lit, et on établit une traction de 3 à 4 kilos que l'on augmente ensuite, en prenant bien soin que la jambe et le pied restent dans l'axe de la cuisse, et en les soulevant même parfois un peu par un coussin au-dessus du plan du lit. La douleur disparaît rapidement ; le plâtre par son poids constitue une contr'extension excellente et jamais l'enfant ne glisse vers le pied du lit. La gaîne plâtrée bien appliquée ne permet pas la rotation externe du membre. Après 15 à 20 jours on peut supprimer l'extension. Vers le 35° jour enfin on enlèvera le plâtre.

Malgré cette méthode perfectionnée, on observera parfois encore des fractures de cuisse consolidées avec déplacement et raccourcissement. On ne réservera l'ostéosynthèse qu'aux cals vraiment défectueux ; ils sont tout à fait exceptionnels. (*Journal des Praticiens*, 16 mai 1925.)

Le chromodiagnostic, procédé d'exploration fonctionnelle du foie et de l'estomac.

Comme le bleu de méthylène traverse les reins, il est aussi éliminé par le foie et l'estomac ; d'autres colorants traversent également plusieurs glandes, dans des proportions électives qui dépendent de leur constitution chimique. En ce qui concerne le foie, l'usage de la sonde duodénale permet de préciser l'élimination du bleu par la bile, à la manière du tubage gastrique pour l'estomac.

Cependant G. Marchal estime que, comme procédé d'exploration fonctionnelle du foie, le chromo-diagnostic, utilisé de longue date, n'a pas réalisé de progrès considérables. Les fonctions de l'énorme glande hépatique sont trop nombreuses et trop complexes, enfin trop solidaires des fonctions intestinales, pancréatiques et rénales, pour qu'une seule épreuve puisse prétendre à une valeur absolue.

Par contre, la chromoscopie gastrique paraît susceptible de fournir des renseignements de plus en plus précieux sur les fonctions de l'estomac, relativement simples et peu nombreuses. Peut-être d'autres substances seront-elles découvertes, d'administration moins douloureuse que le rouge neutre, et d'élimination spécifique par la muqueuse gastrique ? (*Le Progrès médical*, 16 mai 1925.)

Le rôle du bactériophage de d'Hérelle dans la guérison de la fièvre typhoïde.

Les faits que rapporte Paul Hauduroy (bactériophage dans les selles, dans le sang, hémocultures passagèrement positives), rapprochés de la clinique, de l'évolution heureuse ou fatale de la maladie, montrent d'une façon incontestable que le bactériophage joue un rôle dans la guérison naturelle de la fièvre typhoïde. Il semble bien que sa présence et son degré de virulence règlent en grande partie la présence du bacille d'Eberth dans le sang. Il y a lutte assurément entre les deux antagonistes : bactérie et bactériophage. Les péripéties de cette lutte se traduisent à nos yeux par l'évolution de la maladie.

Mais le bactériophage n'intervient pas tout seul ; il y a, en plus, un principe qui, lui aussi, a le pouvoir de détruire les bactéries, qui n'a aucun des caractères du bactériophage, et que l'auteur a pu mettre en évidence dans les selles des typhiques après que d'Hérelle l'eut trouvé dans les selles des cholériques. Nous ne savons rien de lui, mais il intervient sûrement dans la guérison et son étude nous réserve probablement des surprises ; peut-être nous fera-t-elle comprendre pourquoi, la guérison survenue, nous avons une immunité si forte que nous ne pourrons être infectés une seconde fois que d'une façon exceptionnelle. (*La Presse médicale*, 22 avril 1925.)

Le chancre des gencives.

D'après MM. Lortat-Jacob et Roberti, le chancre de la gencive, tout en n'étant pas fré-

quent, se rencontre plus souvent qu'on ne le dit. La seule manière de reconnaître la syphilis est de toujours y penser devant les accidents en apparence les plus minimes.

Toute érosion buccale doit, comme toute érosion génitale, être diagnostiquée de manière certaine et, pour cela, seul l'ultra-microscope donne des renseignements non équivoques et suffisamment précoces.

Les médecins, les stomatologistes et les dentistes doivent connaître cette localisation du chancre et ne pas la qualifier d'érosion sans importance.

La fréquence de la syphilis est telle que tout le monde croit en connaître les manifestations et le traitement, alors que, bien souvent, elle est méconnue et très mal oignée. C'est par l'union des médecins, des dentistes et des syphiligraphes qu'on pourra étudier à fond le chancre de la gencive. On ne verrait pas alors un malade traîner pendant trente jours un chancre non reconnu de la gencive chez un chirurgien, un médecin, un laryngologiste et deux stomatologistes et risquer pendant un mois de contaminer tout son entourage.

La lutte antisyphilitique comprend, en effet, deux opérations successives : reconnaître la syphilis et la traiter. (*La Presse médicale*, 22 avril 1925.)

Les accidents de l'émétine.

Ils résultent de la toxicité du médicament et surtout de la lenteur de son élimination qui, intermittente et prolongée à la fois, favorise l'accumulation de l'émétine dans l'organisme. On a même pu voir éclore les troubles plusieurs jours après la fin d'un traitement apparemment bien supporté.

A part certains cas de mort subite après des injections à dose normale, les accidents semblent résulter d'un emploi à la fois prolongé et continu du médicament, alors que l'interruption a semblé parer aux accidents.

Le plus souvent, ce sont des accidents généraux, dont le début est habituellement insidieux ; parfois cependant, l'intolérance est annoncée par des accidents locaux.

Localement, c'est la douleur, l'urticaire, la plaque érythémateuse, la phlyctène ; ces accidents disparaissent vite sans réaction générale, et ils peuvent se reproduire ultérieurement.

Les accidents viscéraux sont plus graves ; ce sont au début des nausées, des vomissements, ou même une expectoration abondante, mucus filant, clair, aéré (5 à 600 gr. par jour), avec ou sans bronchite, qui précède les signes cardiaques (tachycardie le plus souvent), avec chute de la tension artérielle ; il y a aussi un état nauséeux spécial. L'évolution tourne court et tout disparaît en une semaine environ si l'on interrompt le traitement en cours.

Si l'intoxication continue d'évoluer, apparaissent les troubles circulatoires et les troubles nerveux (asthénie profonde, douleurs névralgiformes, affaiblissement des réflexes cornéens et tendineux) ; ensuite les troubles respiratoires (expectoration et bronchite), puis les vomissements, la diarrhée, l'oligurie avec albuminurie intermittente.

Lorsque les précautions sont prises, les accidents s'atténuent vite, mais un certain temps est nécessaire à la guérison complète. Parfois la mort est survenue par troubles cardiaques.

Pour éviter ces accidents, ou en atténuer l'importance, il ne faut jamais employer qu'une même émétine, produit bien choisi, bien connu et récemment préparé. Dès le début d'une intoxication, il importe de reconnaître l'état du rein et celui du cœur, dont on relèvera la tonicité au moyen de camphre, de spartéine ou de strychnine. Il est même souvent utile d'employer préventivement ces médicaments pendant la cure d'émétine. Ne pas oublier que l'incubation peut durer jusqu'à 15 jours ; ne pas dépasser un gramme d'émétine par cure, et n'en user que si l'état du cœur et des reins le permet. Espacer les périodes de cure et employer des toniques généraux ainsi que des toni-cardiaques. (R. LEVENT, *Gazette des hôpitaux*, 31 mars 1925.)

Les Sociétés Savantes

Gangrène des pieds. Résultats thérapeutiques.

(MM. Ch. ACHARD et S. BLOCH. — *Soc. médicale des hôp.* ; 24-7-1925.)

La gangrène des pieds apparaît ordinairement comme la conséquence d'une artérite, d'une névrite, du diabète. Dans un cas observé par MM. Achard et Bloch, l'étiologie fut différente. La malade, alcoolique et dans un état général de misère physiologique, était restée pendant trois semaines sans se déchausser les pieds emprisonnés dans des souliers rigides et déformés. Ici, c'est le traumatisme, ce sont les érosions des pieds comprimés qui ont été l'origine de la gangrène. M. Achard pense, d'ailleurs, que le traumatisme intervient dans la genèse des gangrènes des extrémités que l'on voit survenir chez les diabétiques, les tabétiques, et même dans certains cas d'artérite.

Le traitement appliqué appelle également quelques remarques. En présence d'une gangrène humide avec lymphangite, on n'eût pas manqué naguère de proposer l'amputation précoce. MM. Achard et Bloch ont guéri leur malade, sans amputation, par le traitement suivant : sérum antigangréneux, élévation des membres, et topiques antiseptiques. L'élévation du membre transforme la gangrène humide en gangrène sèche, à la condition que cette élévation soit forte et que la jambe fasse avec le plan du lit un angle d'au moins 45°. Comme topique, le baume du Pérou s'oppose à la putréfaction des tissus sphacélés et supprime une cause d'extension du processus.

Dans les gangrènes des orteils, il y aurait avantage, sauf urgence, à essayer cette médication d'économie et à attendre qu'un sillon d'élimination vienne séparer la partie à conserver de celle qui est à sacrifier et qui s'élimine. Bien entendu, lorsque le sphacèle remonte au-delà de la main ou du pied, il faut envisager l'amputation chirurgicale.

Le pneumothorax dans la gangrène pulmonaire.

(MM. Ameuille et Teisseire. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 21-7-1925.)

Le pneumothorax artificiel fait partie des thérapeutiques modernes de la gangrène pulmonaire. Il a en pareil cas ses succès et aussi ses échecs. Après avoir eu recours à la collapsothérapie dans 4 cas qui se sont terminés par la mort, malgré le traitement, M. Ameuille a été plus heureux dans un cinquième cas, où le résultat a été très satisfaisant. Ces succès et ces échecs de la même médication indiquent qu'il y a dans la gangrène pulmonaire des éléments d'appréciation qui nous échappent.

— M. Rist relève dans une des observations de M. Ameuille une particularité étiologique qu'il a déjà rencontrée. La gangrène pulmonaire du malade en question a été la conséquence d'une submersion dans l'eau de mer. Le milieu marin est peut-être vecteur de bactéries spéciales gangrénigènes.

— M. Flandin a obtenu dans le traitement de cette affection de meilleurs résultats des médications spécifiques (arsénobenzènes, sérum antigangréneux, vaccins) que de l'intervention chirurgicale et du pneumothorax artificiel, dont l'action traumatique peut avoir des conséquences néfastes.

— M. Hallé a eu à se louer, d'une façon générale, du pneumothorax dans la thérapeutique de la gangrène pulmonaire. Il croit son emploi peu dangereux, bien qu'il ait observé à sa suite des pleurésies putrides, qui n'ont pas empêché la guérison et qui, opérées, n'ont pas paru avoir une influence marquée sur l'évolution de la maladie. Son expérience l'incite à penser que le pneumothorax convient surtout aux formes lobaires de la gangrène pulmonaire. Malgré les succès de la méthode, elle ne réussit pas dans tous les cas. Il est des malades qui guérissent par l'association de l'huile goménolée et du sérum antigangréneux, avec ou sans teinture d'ail, et il en est qui succombent malgré tous les traitements. Ces différences de résultats tiennent sans doute à la variété des associations microbiennes en cause.

L'auteur insiste, d'autre part, sur l'utilité qu'il y a à faire un diagnostic précoce. Ce n'est pas à la phase d'excavation avancée qu'il importe de reconnaître le processus gangréneux, mais dès les premiers crachats fétides, quand le microscope montre la flore particulière si variée, et parfois des altérations anatomiques des cellules qui ne sont pas celles du pus ordinaire.

— M. Henry Bourges (de Brest) signale un cas de gangrène pulmonaire à évolution subaiguë et prolongée contre lequel l'arsénothérapie resta sans effet. L'auto-vaccinothérapie ne fut pas plus efficace. Une amélioration passagère fut obtenue à la suite de la sérothérapie antigangréneuse et du pneumothorax artificiel.

La réserve alcaline dans les néphrites urémigènes.

(MM. Cordier et Delore. — *Soc. médicale des hôp.* ; 3-7-1925.)

En relevant, par une alcalinisation intense, la réserve alcaline de l'organisme, MM. Cordier et Delore sont parvenus à améliorer et à prolonger notablement la durée d'un cas de néphrite azotémique aiguë. C'est pour eux une occasion d'étudier l'importance clinique et thérapeutique de la réserve alcaline dans l'urémie.

Leur malade, après avoir ingéré une tasse de café qui lui parut fortement « salé », et qui contenait en réalité du sublimé, présenta des signes d'une intoxication mercurielle et entre autres une néphrite grave azotémique. De tels sujets succombent, en règle générale, entre le cinquième et le vingt-cinquième jour. En améliorant sa réserve alcaline (qui s'était effondrée à 17) par l'administration de bicarbonate de soude, par les injections de liquide de Fischer, par les boissons sucrées et par l'insuline, les auteurs sont parvenus à prolonger la vie du patient pendant presque deux mois, laissant espérer que, dans des conditions moins sérieuses, une guérison pourrait être obtenue.

Il existe une acidose rénale. Dans l'urémie, la réserve alcaline décroit et s'abaisse le plus souvent au-dessous de 30. On voit, en outre, un parallélisme assez régulier entre la marche de l'azotémie et celle de la réserve alcaline, parallélisme qui, il est vrai, n'est pas constant.

Chez leur malade, MM. Cordier et Delore ont noté, pendant les derniers jours de la vie, une respiration type Kussmaul. Celle-ci est considérée, ordinairement, comme dépendant des états d'acidose, alors que le Cheyne-Stokes est rattaché soit à une azotémie, soit à une affection bulbaire. Mais les deux types respiratoires morbides ne sont pas de domaines aussi bien limités. M. Violle a montré qu'expérimentalement les injections intra-veineuses d'acide chez

l'animal peuvent provoquer tantôt le Cheyne-Stokes, tantôt le Kussmaul. Il est des observations cliniques, celle de MM. Cordier et Delore, et d'autres analogues, où l'on a vu cette alternance, soit chez des diabétiques, soit chez des urémiques. M. Lépine, de son côté, a insisté sur la présence du Cheyne-Stokes au cours du coma diabétique.

En résumé, dans l'urémie, à côté du rôle de l'azotémie, il faudrait placer celui de l'acidose ; outre les dosages de l'urée, on devra accorder une place à la réserve alcaline — question à l'étude et sur laquelle on peut fonder quelques espérances d'essais thérapeutiques tout au moins.

La rétention chlorurée sèche.

(MM. Léon Blum et Caulaert, de Strasbourg). — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

M. Léon Blum fait une communication sur le mécanisme de la rétention chlorurée sèche.

Dans la rétention chlorurée sèche, dit-il, la fonction rénale est troublée aussi bien pour le chlore que pour le sodium. L'élimination du chlore est diminuée, celle du sodium est excessive. C'est l'inverse du phénomène normal où le rein arrête les bases et élimine les acides.

Cette dissociation dans l'élimination du NaCl fournit l'explication de la déshydratation. D'elle résulte la concentration des humeus.

L'insuline dans le psoriasis.

(MM. P. Ravaut, Bith et Ducourtioux. — *Soc. de derm. et syph.* ; 14-6-1925.)

MM. Ravaut, Bith et Ducourtioux ont eu recours au traitement insulinique chez trois malades atteints de psoriasis. Dans les trois cas, la médication a fait rétrocéder les éléments psoriasiques. Les trois patients présentaient du prurit, qui s'est calmé rapidement.

— M. Darier considère les résultats thérapeutiques de M. Ravaut comme fort intéressants. Il importerait de savoir quels sont les psoriasis qui cèdent à l'insuline, et quels sont ceux qui ne sont pas influencés par le médicament. La recherche du taux de l'azotémie, de la glycémie, de la cholémie, de la lipémie, donnerait peut-être quelques renseignements à ce sujet.

— M. Clément Simon pense que l'insuline n'est pas seulement un agent antiglycémique et anti-acidosique. Elle a d'autres propriétés. L'auteur a montré que l'insuline tuait *in vitro* les trypanosomes du nagana de la souris. Cette action est indépendante du pouvoir glycolytique. Celui-ci est, en effet, détruit par le chauffage, qui laisse subsister le pouvoir antiseptique.

— M. Lortat-Jacob a fait pratiquer des dosages du sang chez des psoriasiques. Bon nombre de psoriasiques sont hyperlipémiques. On favorisera en pareil cas l'action de l'insuline par un régime de légumes verts crus en abondance (salades, cresson, crudités, amandes).

— M. Louste a calmé avec l'insuline le prurit et le psoriasis chez deux diabétiques psoriasiques.

— M. Sabouraud souligne l'amélioration apportée par l'insuline dans la thérapeutique de certains psoriasis.

A propos d'un cas de chancre mou lingual.

(MM. Paul Ravaut et Ducourtioux. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 14-6-1925.)

Le chancre mou de la langue n'est pas fréquent. Il est, d'autre part, assez bénin dans son évolution. Pour expliquer cette rareté et cette bénignité, on a invoqué la température élevée de la cavité buccale qui gênerait le développement du bacille de Ducrey et aussi le balayage incessant de l'ulcération par la salive.

MM. P. Ravaut et Ducourtioux pensent que la rareté de la localisation linguale de la chancrelle tient aussi à une autre cause. Selon eux, le virus chancrelleux a peu d'affinités pour les muqueuses proprement dites, alors qu'il se développe au contraire facilement sur la peau. Cette raison rendrait compte en outre de la bénignité de ladite localisation et de la guérison en quelque sorte spontanée du chancre mou de la langue.

— M. Clément Simon a une opinion différente et considère au contraire le chancre mou des muqueuses comme fréquent. On en voit siéger au méat, sur les petites lèvres et même sur le col de l'utérus. Loin de guérir facilement, il est rebelle à la thérapeutique. A la langue, par contre, le chancre mou est très rare.

— M. Lortat-Jacob croit que la muqueuse buccale est défendue par la salive contre le développement du bacille de Ducrey. L'auteur a tenté de traiter des chancres mous d'inoculation secondaire par la salive et il a constaté que celle-ci jouissait d'un pouvoir empêchant sur le développement de cette affection.

— M. C. Simon admettrait comme M. Lortat-Jacob une action antiseptique de la salive qui s'exercerait sur le bacille de Ducrey et aussi sur le gonocoque. Il est surprenant de ne jamais voir de blennorrhagie buccale, aussi bien chez l'homme que chez la femme, et notamment chez certaines prostituées. Il y aurait là des recherches à poursuivre sur une prophylaxie facile (par la salive) de la contagion blennorrhagique.

— M. Sabouraud croirait volontiers, même, aux propriétés cicatrisantes de la salive sur les plaies.

Intolérance au cyanure intra-veineux.

(MM. Fouquet et Machtou. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 14-6-1925.)

MM. Fouquet et Machtou ont observé une femme qui, à la suite d'une injection intra-veineuse d'un

quart de centigr. de cyanure de mercure, présenta une éruption érythémato-bulleuse.

M. Balzer a signalé en 1904 un cas d'érythrodermie exfoliante après absorption de pilules de protoiodure d'hydrargyre.

M. Lévy-Bing a rencontré également des accidents d'érythème scarlatiniforme provoqués par le cyanure. Les productions bulleuses après traitement mercuriel interne sont rares.

MM. Fouquet et Machtou soulèvent à ce propos la question de la dose de cyanure intra-veineux à injecter. La dose classique est d'un centigramme par injection. M. Lévy-Bing estime qu'il y a avantage à l'élever à deux centigrammes. Or, la malade de M. Fouquet a eu des accidents cutanés avec une quantité beaucoup plus faible, un quart de centigramme, et il conviendrait peut-être de s'en tenir à ce chiffre, pour la première piqûre, du moins.

— M. MILIAN considère qu'un centigramme, quotidiennement, suffit à l'habitude, et qu'il est inutile dans l'immense majorité des cas d'arriver à deux centigrammes.

Accidents cutanés au cours des traitements bismuthiques.

(MM. Ch. FOUQUET et MACHTOU. — *Soc. de derm. et syphiligr.* ; 14-6-1925.)

MM. Hudelo et Rabut ont fait connaître la possibilité de troubles cutanés au cours du traitement par le bismuth. M. Decrop a vu une éruption scarlatiniforme suivre une cure bismuthique. MM. Fouquet et Machtou publient, à leur tour, quelques observations du même ordre. Les accidents, toutefois, ont été peu graves, et il a suffi de suspendre la médication pour les voir disparaître. Ils sont d'ailleurs très rares, relativement au nombre considérable de piqûres de bismuth pratiquées actuellement. P. L.

Les Congrès

XVIII[e] Congrès français de Médecine.

(*Suite*) (1).

TROISIÈME QUESTION.

FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DES GANGRÈNES PULMONAIRES

MM. F. BEZANÇON et DE JONG (de Paris), J. PARISOT et L. CAUSSADE (de Nancy), rapporteurs.

I. MM. Bezançon et De Jong montrent la tendance actuelle à englober dans une même étude les infections putrides du poumon, comprenant les formes, de plus en plus fréquentes de gangrène atténuée ou prolongée, et les abcès pulmonaires.

La gangrène est tantôt, le plus souvent, secondaire (dilatations bronchiques infectées comme de règle, embolies vasculaires, déglutition septique), tantôt primitive.

Trois *formes cliniques* seront décrites :

1° Forme aiguë sans signes de localisation pulmonaire (forme dite embolique) : c'est la septicémie qui l'emporte cliniquement, les signes locaux étant effacés ou nuls ; ces faits ont dans l'histoire de la gangrène pulmonaire la même place que la granulie dans l'histoire de la tuberculose ;

2° Forme aiguë avec signes de localisation (forme dite pneumonique) : partout décrite depuis le travail fondamental de Bucquoy, se révèle par des signes semblables à ceux de la pneumonie mais en est totalement distincte nosologiquement ; elle aboutit rapidement à une grosse lésion destructive.

3° Forme localisée à poussées successives : après un début brutal ou insidieux, hémoptoïque parfois, cette forme se singularise par une évolution entrecoupée de rémissions, suivies de poussées nouvelles au nombre de 3, 4 parfois, de durée variable, l'issue fatale ne survenant qu'au bout de plusieurs années dans les cas les plus prolongés. Il existe même des formes chroniques de suppuration, par intermittence fétide.

Les *complications pleurales* sont surtout les épanchements purulents ; les signes pleurétiques sont rarement au complet et c'est souvent la ponction seule qui affirme le diagnostic, soupçonné en présence des signes généraux d'infection grave. Parfois il se constitue un pyopneumothorax dit par exhalaison. Des épanchements hémorragiques plus ou moins modifiés ont été constatés.

On a décrit des *formes bronchitiques* ; en réalité, il existe des bronchites à caractère transitoirement fétide, du fait d'infections surajoutées accidentellement ; mais malgré les travaux déjà anciens, et qui n'avaient pas jusqu'ici été revus à la lueur des conceptions modernes, il n'existe pas de gangrène des extrémités bronchiques. Les bronchectasies, si fréquentes dans toutes les formes quelles qu'elles soient de gangrène pulmonaire, ne caractérisent pas une forme plutôt qu'une autre.

L'association *tuberculose et gangrène pulmonaire* ne se rencontre que rarement sous l'aspect d'infection gangréneuse de cavités bacillaires et tout à fait exceptionnellement sous l'aspect de gangrène véritable chez un bacillaire.

Le *diagnostic* repose essentiellement sur l'expectoration fétide bien connue, souvent hémoptoïque, apparaissant plus ou moins tôt, progressivement

(1) V. *Concours Médical* nos 41, 42 et 43, de 1925.

ou par vomique ; les crachats déposent en plusieurs couches superposées ; ils doivent être examinés microscopiquement, ainsi qu'il sera dit plus loin.

Mais si le diagnostic de suppuration pulmonaire gangréneuse est en général facile à poser, la difficulté consiste à établir la nature des lésions, car toute lésion cavitaire septique ouverte à l'air, bronchectasie, cavité de pleurésie interlobaire ou d'abcès pulmonaire, peut entretenir une expectoration fétide ; or les formes chroniques de la gangrène pulmonaire peuvent donner le change pour ces diverses affections.

Le diagnostic de localisation n'est pas moins ardu, car le foyer peut être noyé dans une vaste réaction parenchymateuse, ou bien masqué par du tissu sain. La radioscopie, si souvent en désaccord dans ces cas avec l'examen clinique, viendra alors à l'aide de l'observateur ; ses images, malheureusement, en dehors de quelques aspects pathognomoniques (ombre triangulaire, image cavitaire, etc.), sont souvent indécises.

Les ponctions sont quelquefois probantes. L'examen direct des crachats, en montrant une bouillie microbienne dont la majorité des éléments ne prend pas le Gram, peut être en faveur de l'existence d'anaérobies, ou déceler la présence de spirilles, associés ou non aux bacilles fusiformes.

La *pathogénie* des gangrènes pulmonaires fut, à la suite des travaux de Veillon et de ses collaborateurs, cherchée surtout dans l'intervention des microbes anaérobies, parmi lesquels B. ramosus, seul ou associé à micrococcus fœtidus ou à B. fragilis, fut le plus fréquemment mis en évidence. Les aérobies peuvent du reste s'associer aux anaérobies dans le processus destructif, qui semble tenir principalement à la pullulation vraiment extraordinaire des germes pathogènes, par eux-mêmes faiblement générateurs de toxines, mais nocifs par l'intermédiaire des déchets tissulaires qu'ils créent et que l'organisme résorbe en plus ou moins grande abondance.

Mais il faut reconnaître que la détermination précise des germes, rarement pratiquée à cause des difficultés d'exécution technique, devrait être mise en œuvre systématiquement si l'on veut avoir une idée exacte du rôle des anaérobies.

Il faudrait, de même, entreprendre des recherches suivant un plan donné pour établir la part des infections spirillaires et fuso-spirillaires, qui chaque jour apparaît plus importante, depuis les premières constatations de Ghon et de Perrin dans la gangrène pulmonaire. Les spirilles paraissent particulièrement responsables de la nécrose.

Seules des études sur crachats frais, avec collaboration de l'ultra-microscope et des méthodes spéciales aux spirochètes, permettraient de délimiter la part qu'ont ces derniers dans les suppurations pulmonaires gangréneuses.

II. MM. J. Parisot et L. Caussade divisent leur travail en deux parties :

Première partie. — **Les différents procédés de traitement des gangrènes pulmonaires** (Etude analytique). — 1° *Thérapeutique médicamenteuse.* — Les voies d'introduction des médicaments ont été variées de façon à faire arriver au poumon lui-même les doses les plus considérables possible ; aussi, à la voie sanguine (ingestion, lavements, injections) a-t-on tenté de substituer la voie aérienne, grâce aux injections susglottiques, transglottiques, intrabronchiques (Guisez) et transtrachéales (Rosenthal). La voie intrabronchique n'a donné, quelles que soient les formes traitées, que d'excellents résultats ; seule la voie transtrachéale semble pouvoir rivaliser avec elle. Quant à l'introduction directe par lardage du foyer, elle est dangereuse.

Les substances employées ont été soit des médicaments anti-infectieux indifférents, parmi lesquels une place de prédilection reste à la teinture d'ail, inoffensive aux doses thérapeutiques et précieuse par son pouvoir antiseptique pulmonaire élevé, soit des médicaments spécifiques :

La *chimiothérapie* est réalisée surtout par les arsénobenzènes (Perrin) à l'actif desquels les rapporteurs enregistrent, sur 80 cas, 42 guérisons et 13 améliorations ; les formes superficielles, bronchites fétides principalement et dans lesquelles se rencontrent des spirilles, y sont les plus sensibles, sans qu'il y ait là de règle fixe ; car on voit des formes à spirilles rester rebelles, alors que d'autres sont favorablement influencées ;

La *sérothérapie*, dans 57 cas, dont les rapporteurs fournissent un tableau détaillé, a procuré 16 guérisons immédiates et 24 améliorations prolongées, obtenues, sauf 2 fois (sérum de Leclainche et Vallée, sérum de Vincent et Stodel), avec les mélanges de sérums préparés à l'Institut Pasteur sous la direction de Weinberg. Parfois, les sérums antitétanique, antistreptococcique, antipneumococcique, ont été ajoutés au mélange.

C'est surtout la voie hypodermique qui a été utilisée, car les injections intraveineuses sont souvent suivies de troubles très inquiétants, parfois inévitables malgré les tentatives de désensibilisation, et les injections dans les voies aériennes, sans mettre à l'abri de ces chocs, sont d'une pratique plus délicate. Des guérisons véritables ont été notées, dans les formes primitives aiguës ou subaiguës tout particulièrement, mais les échecs sont trop souvent le fait de lésions pulmonaires trop profondes; de dilatations bronchiques sur lesquelles la gangrène s'est greffée, ou de tuberculose existante. Le mécanisme des succès reste assez imprécis, car ce n'est que très exceptionnellement qu'on trouve dans les gangrènes pulmonaires les agents de la gangrène gazeuse.

La *vaccinothérapie* ne compte que huit essais, dont 1 avec stock-vaccin et 7 avec autovaccins, se soldant par quatre guérisons, et 3 améliorations plus ou moins durables ; elle réalise surtout la lutte contre les aérobies et peut être employée conjointement avec la sérothérapie antianaérobique.

2° *Thérapeutique mécanique : pneumothorax artificiel* : la méthode de Forlanini, appliquée par cet auteur même à un cas de gangrène pulmonaire, donne un total de quinze guérisons sur vingt-cinq cas. Pratiquée avec quelques détails spéciaux de technique, elle peut réaliser une guérison rapide, parfois en quelques jours, mais la symphyse pleurale et diverses complications, dont l'infection pleurale est la plus fréquente, peuvent y mettre obstacle. Les formes unilatérales, à grosses cavités de nécrose ouvertes dans les bronches, sans complication pleurale ni à distance réalisent l'indication type, mais, en l'absence de lésions bilatérales, ou de pleurésie purulente, ou d'un état général trop précaire, l'essai de pneumothorax, intervention essentiellement bénigne, est toujours légitime.

Traitement chirurgical. — Laissant de côté les interventions rares, thoracoplastie et lobectomie, les rapporteurs n'en considèrent que deux : la *pneumotomie*, dont la mortalité s'est abaissée environ de 40 à 19 p. 100, bénéficie avant tout des progrès réalisés, grâce à la radiologie, dans le diagnostic de localisation du foyer, qu'il s'agit de drainer largement en évitant l'infection pleurale grâce à une suture de protection ; si la plèvre était spontanément contaminée, l'intervention la draine en même temps que le poumon. Rares sont les améliorations soudaines ; par contre de multiples complications hémorragiques et septiques, par contiguïté ou à distance, peuvent entraver l'évolution favorable, ordinairement assez lente ; somme toute la pneumotomie reste grave et réservée aux foyers bien accessibles, non sclérosés, telles les gangrènes d'origine embolique, et aux formes provoquées par corps étrangers ou compliquées de pyopneumothorax.

Le *décollement pleuro-pariétal* (opération de Tuffier) sans effraction pleurale ne comporte que 10 tentatives (6 guérisons, 2 améliorations, 2 échecs). A la pleurolyse peut se combiner la compression, permanente par greffe, transitoire par mèches ou appareils élastiques, du poumon infecté. Ce procédé s'applique aux formes unilatérales, peut tirer ses indications de la symphyse pleurale, qui en favorise singulièrement l'exécution, et se justifie surtout vis-à-vis des localisations apicales.

DEUXIÈME PARTIE. — **Adaptation des différents procédés de traitement aux formes cliniques des gangrènes pulmonaires** (étude synthétique). — Il faudra modifier les prescriptions dans le sens indiqué par l'état général, par les symptômes, respiratoires en particulier, par le terrain (diabète, poumon lésé par gaz de combat et présentant des lésions bronchiques, tuberculose, syphilis, mycose, amibiase et parasitismes divers), par la genèse de la gangrène (corps étranger des bronches ou du parenchyme, foyer embolisant), par la bactériologie de l'infection (spirilles, association fuso-spirillaire, anaérobies, aérobies, pneumocoque, streptocoque). Quant à établir une concordance entre les formes anatomo-cliniques et les traitements à appliquer, on n'y peut songer de façon rigoureuse ; néanmoins les formes à localisation basse ou hilaire, ou bilatérales, sont surtout justiciables du traitement endobronchique ; les formes unilatérales, pneumoniques, avec ou même sans cavité nécrotique, lorsqu'elles sont rebelles aux traitements médicamenteux, relèvent du pneumothorax, et en cas d'échec de celui-ci, des interventions chirurgicales, la pneumotomie étant indiquée vis-à-vis d'un foyer abordable sans grosses difficultés, le décollement pleuro-pariétal étant réservé aux foyers inaccessibles. L'infection pleurale commandera aussi l'intervention, mais sans précipitation, et après avoir tenté les injections intrapleurales de métaux colloïdaux ou de sérums.

Bref, partant des méthodes les plus simples et les moins offensantes. on n'instituera les méthodes instrumentales plus délicates qu'en cas de nécessité créée par l'échec des autres moyens; dans tous les cas, une longue persévérance dans la thérapeutique sera de règle, car les retours offensifs des processus infectieux sont particulièrement fréquents.

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LES GANGRÈNES PULMONAIRES.

M. E. RIST (Paris) signale les circonstances étiologiques peu connues de certaines gangrènes pulmonaires : gangrène pulmonaire survenant dans les suites d'interventions chirurgicales aseptiques ayant porté sur le tube digestif ; gangrène pulmonaire après submersion dans l'eau de mer, qui peut contenir, d'après les travaux de l'auteur, des anaérobies nombreux. Il se montre chaud partisan du pneumothorax précoce, et rejette la vaccinothérapie comme inefficace.

M. DAUTREBANDE a spécialement étudié la bronchite fétide à spirilles, de Nolf et Spehl, caractérisée par un mauvais état général, après quelques jours d'état grippal, par la fétidité de l'haleine, par une expectoration fétide, peu considérable, non hémoptoïque, ne renfermant pas de fibres élastiques, enfin par des signes pulmonaires objectifs très discrets.

Elle est due à divers spirilles (dentium, Vincenti, et un spirille du genre refringens) et bien influencée par l'arsenic.

M. HAMMER (Amsterdam), sur 21 autopsies de gangrène pulmonaire n'a vu le diagnostic clinique avoir été porté que 7 fois ; bien souvent, ce sont les petites dimensions du foyer qui ont été cause de l'absence de diagnostic exact. Il relève la coexistence fréquente de gangrène pulmonaire et d'embolies non gangréneuses ; ainsi au cours de la rougeole.

M. JACQUEROD (Leysin). La gangrène pulmonaire s'associe rarement à la tuberculose et évoluera alors soit près d'une caverne, soit sur un poumon tuberculeux apparemment guéri ; dans des cas où l'expectoration bacillifère a cessé, elle ne reprend pas sous

l'influence de la poussée gangréneuse. L'auteur rapporte aussi la mort, par gangrène pulmonaire, d'une personne, qui s'était inoculé sous la peau une culture pure de bacille de Koch, dix ans auparavant. Il pense à l'action, en dehors des microbes vivants, des produits toxiques restant dans le tissu où ceux-ci ont été détruits.

(*A suivre.*)

Les Livres

A. Maloine et Fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Dr Jules Comby. — **260 consultations médicales pour les maladies des enfants.** (Huitième édition revue et augmentée, un vol. de 520 p. Prix : 14 fr.).

Ce petit livre permet aux médecins d'agir sans hésitation en présence des maladies infantiles qu'ils rencontrent, et de laisser des ordonnances claires, complètes, d'exécution facile.

Cette huitième édition, mise en concordance avec les progrès de la thérapeutique médicale, comprend cinquante consultations nouvelles. Parmi celles-ci, il convient de signaler la part donnée par l'auteur aux maladies exotiques, qui, en raison de la rapidité et de la multiplicité des relations internationales, donnent lieu à des observations de plus en plus fréquentes.

A signaler parmi les nouveaux chapitres : Angine herpétique. Angine rétro-nasale. Ankylostomiase. Bouton d'Orient. Bronchectasie. Insuffisance surrénale. Conjonctivite granuleuse. Coup de chaleur. Dilatation congénitale du côlon. Paludisme. Fragilité osseuse. Furonculose. Goitre exophtalmique. Spirochétose ictéro-hémorrhagique. Infantilisme. Typhus exanthématique. Œdème aigu des paupières. Mégacôlon. Leishmaniose, etc., etc.

Dr Doussain. — **Unité des mondes.** (Un vol. in-8, 1925, Prix : 8 fr.).

C'est un ouvrage original, qui cherche à expliquer les phénomènes métaphysiques par le positivisme.

La première partie de ce travail est essentiellement philosophique et constitue une critique fort courtoise des œuvres de M. Flammarion.

L'auteur soutient énergiquement la théorie uniciste et affirme que tout est esprit dans l'univers. Cet esprit perçu par les sens s'appellerait la matière. Dans la seconde partie, c'est une série d'hypothèses qui tendent à expliquer par les lois de la science des phénomènes métapsychiques. Ces hypothèses sont faites pour le travail et leur but est d'aider les chercheurs scientifiques.

L'auteur de cet ouvrage est un sceptique et les opinions qu'il émet sont très prudentes ou très fondées.

Librairie Le François,

G.-H. Mourad-Krohn, professeur de médecine à Christiania.— **Technique clinique d'examen complet du système nerveux.** Préface du Dr Souques. Edition française (d'après la deuxième édition anglaise revue et augmentée par l'auteur), par le Dr Mourgue. (Un vol. in-16 de 216 pages, avec figures hors texte et index détaillé. Prix : 12 francs).

L'étudiant, qui, en contact direct avec la clinique voudra s'aider de ce petit livre, évitera bien des difficultés qui font encore considérer l'étude de la pathologie nerveuse comme une partie très spéciale des études médicales ; il s'agit, en effet, d'un livre de technique, à l'aide duquel un examen *complet* du système nerveux, c'est-à-dire aussi bien de l'état mental que du système moteur ou sensitif, pourra être utilement entrepris.

Ce qui caractérise cet ouvrage, c'est de contenir, outre les données élémentaires, les techniques les plus récentes, y compris les examens cliniques de laboratoire (ponction sous-occipitale, examen du liquide céphalo-rachidien, dont un procédé entièrement nouveau, de la pression intra-méningée, etc.). Les examens des organes des sens (œil et oreille) y sont l'objet de longs développements. Enfin, il faut citer comme particulièrement élégante la présentation de l'examen complet d'un sujet dit aphasique.

Soulignons l'intérêt pratique des schémas anatomiques, qui terminent l'ouvrage.

Le neurologiste de profession lui-même aura intérêt à retrouver, dans beaucoup de passages, le résumé des travaux de l'auteur publiés en langue scandinave ou anglaise (dissociation de l'innervation volontaire et émotionnelle dans la paralysie faciale centrale, réflexes abdominaux, travaux sur les lésions nerveuses de la lèpre, sur les fonctions psycho-somatiques, etc.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE MOUVEMENT SYNDICAL DE L'ANNÉE

Celui qui, moins en militant qu'en spectateur, jette un coup d'œil sur les journaux médicaux, qui relatent la vie professionnelle et syndicale de l'ensemble de la France, peut se demander si le syndicalisme médical ne subit pas une nouvelle crise de croissance, ou si l'imprécision de l'orientation professionnelle, des directives corporatives ne provoque pas un état de malaise et même d'hostilité parmi les dirigeants.

En effet, cependant que certains accusent l'Union des syndicats de tomber dans le travers du caporalisme, de faire de la « pionnite syndicale », les dirigeants de l'Union demandent, au contraire, aux mécontents, d'opposer aux adversaires du dehors, un front unique.

Pourquoi publier *urbi et orbi* des divergences de vues, qui devraient rester du seul domaine médical ? Quelle joie ne voyons-nous pas briller dans les yeux de nos antagonistes, dans les assemblées extra-médicales, ou dans certains ministères, lorsqu'on nous oppose les discours, ou les écrits de quelques-uns des nôtres, pour bien nous prouver que le corps médical n'est pas d'accord sur une question et que, partant, l'administration est obligée de nous imposer ses propres directives, c'est-à-dire ses ordres ?

Sont-ce donc des oppositions d'hommes, des animosités personnelles, qui animent les contradicteurs ? N'est-ce pas plutôt question de doctrine syndicale : la corporation doit-elle substituer ses directives à celles d'une administration, qui, en matière d'hygiène, a prouvé son incompétence et, en matière d'assistance, fait preuve d'une avarice sordide à l'endroit du corps médical ?

Une révolution économique serait-elle à désirer, dans laquelle les syndicats médicaux auraient à organiser la lutte contre les fléaux sociaux, la préservation de la race par une hygiène bien comprise ? Autrement dit, l'hygiène publique, la médecine, l'enseignement médical aux médecins, réglementés par les syndicats médicaux.

Devons-nous, au contraire, reconnaître la toute puissance publique, mais essayer d'obtenir d'elle des concessions, des avantages, par voie législative ou réglementaire ?

C'est toujours la discussion sur la loi des assurances sociales, qui met aux prises de très bons esprits. Articles de journaux, discussions animées et passionnées, laissent croire que ces adversaires sont des ennemis irréconciliables.

Cependant, celui qui regarde la lutte de loin déplore cette animosité entre confrères qui, au fond, ont un même idéal, mais s'expriment en des langages différents.

Tiers payant, contrat collectif, secret professionnel, libre choix : ces mots reviennent toujours, et pendant ce temps, les commissions parlementaires reçoivent force visites des mutualistes, des grands usiniers, des puissants de la finance, ou de l'industrie et du commerce, qui demandent au Sénat d'asservir le corps médical, en lui passant autour du cou la chaîne du salariat.

Ah ! si nos confrères, qui s'entredéchirent, savaient combien, en haut lieu, le vocable syndical « Union des syndicats » retentit désagréablement aux oreilles de nos dirigeants ! Un syndicat ne doit être composé que de révolutionnaires et d'énergumènes. Pourquoi donc l'administrables pactiserait-elle avec des syndiqués, alors que les bien renseignés prétendent que la discorde est parmi les médecins syndicalistes ?

Cependant, pour le plus grand bonheur de la profession, le syndicalisme médical a une très, très grande puissance. Il le prouve par l'action, non pas destructrice, mais constructrice.

Ce qui m'a le plus frappé, en lisant tous les journaux professionnels de l'année, c'est que le syndicat médical, qui entend jouer son rôle dans la défense de la santé publique et offre de collaborer avec les pouvoirs publics, veut, pour aboutir dans cette tâche extérieure, avoir une organisation intérieure aussi utilisable que possible.

L'action interne de chaque syndicat doit être méthodiquement réglée, pour donner le plus grand rendement possible. Une commission, dite de revision des statuts des syndicats, travaille à l'Union, pour que chaque groupe puisse avoir un secrétariat bien compris, avec des militants rémunérés, mais faisant besogne utile ; que chaque syndicat puisse collaborer avec les groupes voisins ; pour que, par des unions départementales et interdépartementales, le travail soit collecté, pour être transmis à l'Union.

Cette dernière, représentant la profession tout entière, doit, par ses assemblées générales annuelles, dégager les grandes directives, émanant des syndicats, permettant d'avoir une politique syndicale, nationale, sur chacun des gros problèmes professionnels.

Alors surgit une grosse question, qui a fait couler beaucoup d'encre : comment les syndi-

cats locaux doivent-ils être représentés au conseil de l'Union ? Suivra-t-on la politique actuelle, qui consiste à faire élire les conseillers par l'assemblée générale ? Accordera-t-on, au contraire, aux gros syndicats et aux fédérations autant de membres de droit, qu'ils auront le « quotient » ? Ces membres seront-ils élus par leurs fédérations respectives, l'assemblée générale de l'Union se bornant à enregistrer ces désignations et ne votant que pour un nombre partiel de délégués ?

La commission d'études de l'Union, d'abord, puis la dernière assemblée générale ne se sont pas prononcées : l'assemblée de décembre prochain apportera probablement une solution.

A cette réorganisation intérieure du fonctionnement des syndicats et de leur Union, s'ajoute le fameux problème du conseil de l'Ordre des médecins, ainsi que l'élaboration d'un code de déontologie.

Beaucoup de bonnes choses ont été écrites, au cours de cette année, pour ou contre le conseil de l'Ordre.

Certains esprits estiment qu'il est indispensable de donner aux pouvoirs publics, aux collectivités privées, comme aussi à nos malades individuels, l'assurance que les médecins traitants sont tous d'une honorabilité sans conteste, bridés que sont certains par les peines disciplinaires, que pourraient prononcer des tribunaux professionnels obligatoires.

Que de conflits, soit entre médecins, soit entre ces derniers et leurs clients ne peuvent pas recevoir de solution devant les tribunaux de droit commun, parce que le code civil, ou même le code pénal, sont muets sur la répression de fautes purement professionnelles.

Malheureusement, la question n'avance pas beaucoup ; elle présente de très grosses difficultés dans son application pratique, ne serait-ce qu'en ce qui concerne l'établissement du code de déontologie, pour que chacun, n'étant plus guidé par sa conscience, puisse désormais savoir ce qui, professionnellement, est permis ou défendu.

En second lieu, quelles sanctions appliquer ? comment rendre ces pénalités exécutoires ?

Enfin, l'intervention du législateur serait indispensable et ce dernier est trop préoccupé par des considérations de pure politique, pour songer à modifier la loi du 30 novembre 1892, d'autant que le corps médical, sur ce point, ne sait pas encore ce qu'il veut.

Ce problème du conseil de l'Ordre est soulevé par l'extension de plus en plus considérable de la médecine sociale. Le « tiers payant » s'infiltre dans nos mœurs professionnelles et ce tiers, parce qu'il paye aux lieu et place de notre malade, entend ne pas être trompé ni par le médecin, ni par le client de ce dernier.

Aussi collectivités publiques ou privées veulent-elles exercer un droit de regard, un contrôle sur nos actes médicaux. Non seulement elles émettent la prétention de savoir si le praticien a bien exécuté les actes médicaux, pour lesquels il réclame rémunération ; mais encore s'agit-il de vérifier s'il n'y a pas accord entre malade et docteur, ou négligence de ce dernier, pour laisser le client jouir indûment d'une incapacité de travail trop prolongée.

Cette question du contrôle est la pierre d'angle de tout l'édifice : seul un contrat collectif entre syndicat médical et collectivité peut en préciser les termes et modalités.

Les médecins entendent faire avant tout respecter le secret professionnel, que le code pénal leur impose par rapport à leurs clients. Aussi ne pourrait-il être question de dévoiler, par écrit, les maladies des clients, sous le prétexte que la collectivité, qui doit payer les honoraires, a le droit de connaître la nature des affections, ainsi que les méthodes de traitement suivies.

Les syndicats médicaux proposent des ententes, au cours desquelles les parties en présence étudieraient les modalités d'un contrôle efficace, qui, tout en respectant le secret, que la loi impose dans un intérêt social d'ordre public, puisse néanmoins empêcher que des abus soient commis à l'égard de la collectivité, qui doit supporter les frais médicaux et pharmaceutiques.

Signalons, à ce sujet, le rapport de la commission supérieure de contrôle, pour les soins donnés aux réformés de guerre. D'excellentes suggestions y sont données, cependant que le fonctionnement du contrôle dans les différents départements y est soigneusement analysé. Les secrétaires des commissions départementales trouvent ainsi des directives, qui leur permettent d'assurer leur mission de surveillance, sans inutilement tracasser les médecins, par des mesures vexatoires et en respectant le secret professionnel, pour tout ce qui n'est pas en rapport immédiat avec l'affection, pour laquelle le bénéficiaire a été réformé et demande des soins, au nom de la loi du 31 mars 1919.

Imitant cette manière de faire, dans beaucoup de départements, comme en témoigne le rapport du Dr Rinuy, pour la prochaine assemblée générale de l'Union, des accords locaux entre syndicat et préfet ont été conclus pour faciliter aux commissions départementales le contrôle du service médical de l'assistance médicale gratuite.

Action extérieure locale.

Dans le domaine de l'Assistance médicale gratuite, nous observons qu'en fin de l'année 1925, 8 départements seulement ont conservé les anciennes circonscriptions et n'ont pas accordé le libre choix du médecin à l'assisté.

Des augmentations d'honoraires ont été consenties aux médecins, dans un certain nombre de départements, au cours de l'année qui vient de s'écouler.

La moyenne du prix de la visite est nettement fixé à 5 francs, bien que quelques départements ont obtenu 6 et 7 francs.

L'honoraire de la consultation au cabinet est en général inférieur d'un franc au prix de la visite.

Le prix du kilomètre parcouru est en moyenne d'un franc, mais a une certaine tendance à atteindre 1 franc 50.

Dans toute la France, 4 départements, à l'heure actuelle, ont encore conservé le forfait. 7 ont encore l'abonnement.

Le prix des accouchements simples est en moyenne de cent francs ; celui des accouchements dystociques varie entre 225 et 10 francs !

Quant à la demi-assistance, un certain nombre de départements l'ont inscrite cette année dans leur règlement, les uns accordant seulement la gratuité des soins médicaux, d'autres la gratuité de l'hospitalisation.

Disons enfin qu'une commission a été nommée par le ministre du travail, pour étudier dans quelles conditions les spécialités pharmaceutiques pourraient être accordées aux bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

Quant aux rapports du corps médical avec la mutualité, il a peu varié au cours de cette année. Notons cependant deux études de l'Union des syndicats médicaux, établies après référendum, indiquant quelles sont les forces exactes des mutualistes.

Ces derniers se préoccupent beaucoup de la place qui leur sera faite par la loi sur les assurances sociales.

Aussi ceux d'entre eux qui voient clair dans l'avenir, sont-ils actuellement préoccupés par le désir d'arriver à une entente avec le corps médical, plutôt que de continuer les luttes stériles d'antan. Ne serait-il pas possible, se demandent-ils, d'établir, avec le corps médical, un contrat type, un règlement modèle, dont on laisserait en blanc les chiffres des honoraires, qui sont essentiellement variables selon les régions, comme aussi selon la qualité sociale des mutualistes.

Les dirigeants des mutualités pensent qu'un contrat collectif de travail, passé avec les médecins d'une région, constituerait, à l'heure actuelle, un prélude à l'application future de la loi sur les assurances sociales et que, par suite, les futurs bénéficiaires de cette loi, aujourd'hui soumise au Sénat, auront tendance à se grouper sous la bannière mutualiste, au lieu de se laisser embrigader dans des caisses patronales, où ils resteraient encore et toujours en tutelle, par rapport à la grande industrie.

Les questions hospitalières, bien que peu nombreuses et toujours les mêmes, ont cependant provoqué des études, ou des actions, parmi les syndicats locaux. Toujours les questions irritantes de l'admission trop facile de malades aisés, qui, hospitalisés, se refusent à régler un honoraire au chirurgien. Toujours aussi l'éternel conflit, à propos du « tout compris » de la loi sur les accidents du travail.

L'Union des syndicats médicaux fait entendre sa voix au Conseil supérieur de l'Assistance publique et s'est fait l'interprète des doléances des syndiqués.

L'exercice illégal a été combattu ; mais pas aussi vigoureusement que certains l'ont demandé.

D'abord les frais de poursuite judiciaire sont très élevés ; puis un procès, au lieu de tourner à la confusion de l'illégal, fait au contraire une réputation énorme au délinquant. Enfin, les peines sont tellement minimes qu'elles font sourire celui qui est condamné et ne l'empêchent pas de recommencer immédiatement son petit commerce lucratif, malgré le danger qu'il fait courir à la santé publique.

Aussi le syndicalisme médical est-il quelque peu gêné pour poursuivre la répression de l'exercice illégal, bien que la loi du 30 novembre 1892 et celle du 21 mars 1884 sur les syndicats lui en reconnaissent parfaitement le droit.

Action extérieure générale.

Inutile de dire que les discussions ont continué, au cours de cette année, au sujet de l'application de la future loi sur les assurances sociales. Rien de bien nouveau n'a été dit : le corps médical, dans sa grande majorité, entend rester libre de ses tractations, vis-à-vis de son malade, lié à lui par l'obligation du secret professionnel.

Mais le libre choix du médecin et le tarif à la visite comportent un droit de contrôle, qui appartient à la collectivité qui paye : aussi les syndicats médicaux acceptent-ils des ententes locales, pour fixer, par contrat, les modalités d'application de la loi.

Une modification, cependant, apportée au projet de loi, par le rapport du Dr Chauveau, est grosse de conséquences. Cédant aux sollicitations des dirigeants des mutualités, ou de caisses patronales, le Dr Chauveau ne restreint pas le nombre des médecins, qui assureront le service médical des assurances sociales, aux praticiens, qui, syndiqués ou non syndiqués, auront, au préalable, accepté le contrat collectif régional, passé entre les caisses et le syndicat médical local. Le Dr Chauveau accepte que certains médecins puissent traiter directement avec les caisses d'assurances, au mépris du contrat souscrit avec les représentants autorisés et officiels du corps médical local.

Si le Sénat suit son rapporteur, c'est la porte ouverte à la basse concurrence, à la sous-en-

chère, au favoritisme, au népotisme. Et qui en souffrira le plus, ce seront les malades en premier lieu, puis les caisses, par contre-coup.

Aussi l'Union des syndicats médicaux a-t-elle déjà protesté contre la rédaction défectueuse et dangereuse de cet article du projet Chauveau.

En matière d'hygiène sociale, de lutte contre la tuberculose, contre le cancer, les syndicats locaux, interrogés par l'Union, ont fait connaître de quelle manière les praticiens pourraient collaborer avec l'administration, pour lutter contre les fléaux sociaux.

Le secrétariat général de l'Union organisa un referendum, parmi tous les syndicats, pour connaître d'abord les organisations locales, pour la lutte antivénérienne, afin d'aboutir, dans le cadre départemental, à des ententes, à des contrats entre syndicats médicaux et administration. Il est intéressant de connaître quelles ont été les réalisations syndicales, et, à ce point de vue, le règlement du département de l'Aisne et celui de la Nièvre forment d'excellents exemples.

Quant à la lutte anticancéreuse, signalons la controverse entre les praticiens lyonnais et le centre anticancéreux de cette ville, alors que le directeur du centre lyonnais n'a pas eu la sagesse de s'assurer la collaboration de tous ceux qui, dans cette branche, se sont acquis quelque notoriété, ou seulement une appréciable clinique.

Même chose pour la lutte antituberculeuse. Le Dr Rénon a fait part du plan d'organisation, adopté par le groupement des Charentes et du Poitou. Le *Bulletin* de l'Union a publié cette année l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le Lot-et-Garonne, dans les Landes, dans le Cher.

De tout ceci, résulte l'intention arrêtée des syndicats médicaux de ne pas être tenus à l'écart de l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux.

De même les syndicats entendent collaborer à toutes les études qui ont trait à la santé publique. C'est ainsi que le secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux a marqué son étonnement, au ministre de l'instruction publique, qui avait omis de convoquer un représentant de l'Union aux travaux d'une commission chargée d'étudier les modifications aux études dentaires.

Les dentistes de l'avenir doivent-ils obtenir le diplôme de docteur en médecine, partant de cette considération que les maladies des dents ne sont actuellement considérées que comme une manifestation locale d'un état général ? La stomatologie n'est-elle pas une branche de la médecine, au même titre que la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie, par exemple ?

Au contraire, faut-il écouter les chirurgiens-dentistes, partisans d'une autonomie complète, et considérer l'art dentaire comme nettement séparé de l'art de guérir. Comme couronnement de ses études, convient-il alors de créer un diplôme spécial de docteur en chirurgie dentaire ?

Les syndicats médicaux se sont toujours opposés à la création de ces diplômes divers, qui peuvent abuser de la crédulité du public : ils ont demandé un seul et unique grade : celui de docteur en médecine.

Aussi, le secrétaire général de l'Union a-t-il fait savoir au ministre son étonnement, en constatant que l'Union avait été écartée des débats, sur une question essentiellement d'ordre médical.

Enfin, au cours de cette année, les syndicats se sont fort préoccupés des impôts, principalement en ce qui concerne la violation du secret professionnel lorsqu'un contrôleur réclame la production des livres d'un docteur ; on s'est également demandé quelle était la situation juridique d'une maison de santé, appartenant à un médecin. Est-ce, au point de vue fiscal, une entreprise commerciale, ou le prolongement de l'exercice d'un profession libérale ? Le Conseil d'Etat n'a pas encore rendu son arrêt sur ce point.

Conclusions.

De cette rapide étude générale, on peut conclure que l'année 1924-25 marque une étape bien nette de la volonté qu'ont les syndicats médicaux de s'orienter moins vers la défense des intérêts égoïstes de notre profession, que plutôt vers l'organisation de la véritable fonction sociale de nos syndicats.

Nos groupes entendent être consultés sur toutes les questions, qui sont de leur ressort ; ils veulent aussi participer à l'organisation de la médecine sociale et collective. Il est fini, le temps des tractations particulières entre individualités médicales et collectivités publiques et privées. A l'heure actuelle, devant l'égalité bien établie des docteurs, à cause du principe du libre choix pour les malades, seuls, des contrats collectifs peuvent être passés entre collectivités et syndicats médicaux, pour que tous les intérêts puissent être respectés ; ce sera surtout la vérité de demain, lors de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Son véritable caractère.

— Ce qui fait la force du *Concours médical*, c'est qu'il n'est pas un journal comme tous les autres.

— Ce n'est pas seulement un journal, c'est encore et surtout une œuvre.

— Comment cela ?

— A côté du journal offrant chaque semaine à ses lecteurs une partie professionnelle qui ne se rencontre pas ailleurs, ses fondateurs ont créé des organisations spéciales, des œuvres filiales de prévoyance, de protection et de défense professionnelles.

— Evidemment le *Concours* nous rend des services de toutes sortes.

— Et il s'efforce chaque jour d'être plus utile que la veille, perfectionnant ses œuvres de manière à les adapter aux besoins nouveaux, aux nécessités du moment.

— Ne craignez-vous pas que ces modifications, sans doute utiles puisque vous les jugez telles, ne finissent par dérouter vos lecteurs ?

— Que voulez-vous dire ?

— Prenez par exemple la Mutualité familiale, j'ai entendu nombre de confrères dire qu'au milieu de toutes les combinaisons on ne s'y reconnaissait plus, et c'est peut-être une raison qui les éloigne d'une œuvre éminemment utile. Moi-même, interrogé récemment, je n'ai pu donner à mon interlocuteur que des explications bien confuses.

— C'est que vous avez oublié que la Mutualité familiale est d'abord et avant tout une œuvre de protection contre le risque maladie.

— Mais vous avez aussi les retraites, les pensions aux veuves.

— Oui, mais ce n'est en réalité que l'accessoire qui est venu se joindre au but principal, l'indemnité maladie.

— Puisque nous avons l'occasion et le temps de causer, vous devriez bien me documenter à fond afin que, si on m'interroge à nouveau, je sois en mesure de répondre d'une manière plus précise.

— Souvenez-vous des origines de l'œuvre : quand on a fondé l'Association Amicale des médecins français — ce fut son premier nom, que pour ma part je regrette toujours — qu'a-t-on fait ? une œuvre d'indemnité maladie et d'indemnité maladie seulement.

— Il est certain que c'était le plus pressé.

— Oui, car le besoin urgent d'une œuvre de ce genre se faisait sentir. L'incapacité morbide de travail, c'est le plus grand danger qui menace le médecin, danger immédiat, danger de tous les jours, danger pour lui-même, pour les siens, pour sa clientèle. Il n'existait pas d'œuvre pour parer à ce danger, ou plutôt la seule qui existât et qui venait de se fonder limitait son action au département de la Seine. En créant une œuvre ouverte à tous les médecins français, le *Concours* rendait un signalé service au Corps médical.

Et durant plusieurs années l'Association Amicale resta une œuvre d'indemnité maladie exclusivement. Plus tard elle dut élargir son action et je vous expliquerai pourquoi, mais son caractère primitif resta toujours prépondérant : elle est restée et elle reste essentiellement une œuvre d'indemnité maladie.

— Le médecin ne comprend pas toujours le danger que la maladie peut lui faire courir.

— Je sais, il se croit invulnérable : vivant au milieu des malades, il n'a pas peur de la maladie, il a confiance dans sa force, dans sa bonne santé actuelle et il oublie que, du jour au lendemain, la maladie peut l'immobiliser.

— Et lui faire perdre son gagne-pain.

— Tantôt pour un temps, tantôt d'une manière définitive. Aussi déplorons-nous cette indifférence de nos confrères et la lenteur de notre recrutement.

Et cependant voyez ce que nous avons fait : L'indemnité était d'abord et resta longtemps de dix francs par jour, nous l'avons portée à vingt francs, puis à trente francs ce qui est un chiffre appréciable. Et remarquez que nous n'avons rien imposé, nous avons laissé à nos confrères la possibilité de choisir, suivant leur désir et leurs possibilités, dix francs, vingt francs ou trente francs.

— C'est peut-être ce qui a embrouillé les choses.

— Non. Si, pour nous, pour les nécessités de l'administration, nous avons dû créer des combinaisons spéciales. le médecin, lui, n'a à se préoccuper que de la somme qu'il veut recevoir au cas où il serait arrêté. Il écrit au secrétaire général qu'il veut dix, vingt ou trente francs d'indemnité journalière et n'a pas à s'occuper du reste. Vous voyez qu'il n'y a rien de bien compliqué.

— Mais les indemnités de chronicité ?

— Les indemnités de chronicité qui, au 65e jour de la maladie, remplacent les indemnités journalières sont de cent, deux cents, trois cents francs par mois ; elles correspondent respectivement aux indemnités journalières de dix, vingt ou trente francs. Donc point de complication de ce côté encore.

— J'ai vu que des confrères souhaiteraient

l'augmentation ou la prolongation de l'indemnité journalière et la réduction de l'indemnité chronique.

— Je sais qu'il en est d'autres qui au contraire se préoccupent fort peu de l'indemnité journalière et voudraient l'augmentation de l'indemnité chronique. Voyez-vous, il est impossible de se plier à toutes les conceptions individuelles, il faut s'en tenir à une moyenne des desiderata confraternels, et c'est ce que nous faisons. Si je vous disais que toutes les modifications, même les améliorations, ont pour effet immédiat de ralentir le recrutement. Par moments, j'en arrive à me demander s'il n'aurait pas mieux valu nous en tenir à notre organisation d'autrefois.

— Vous auriez eu tort, car elle ne répondait plus aux besoins actuels.

— Et c'est pour cela que nous n'avons pas hésité à modifier toutes les fois que cela nous a paru nécessaire. Nos sociétaires se montrent d'ailleurs satisfaits, si nous en jugeons par les lettres qu'ils nous écrivent, aigüs ou chroniques, lorsque je leur envoie les indemnités que leur a allouées le Conseil d'administration.

Croyez-le bien, ni nos indemnités journalières, ni nos indemnités mensuelles ne sont à dédaigner pour celui qui ne peut plus rien gagner par son travail.

Et rappelez-vous ce que disait Mignon récemment, nous avons en permanence 130 confrères arrêtés par la maladie dans notre société !

— Evidemment, cela devrait donner à réfléchir aux jeunes, à ceux que des troubles de santé n'ont pas encore empêchés de venir à vous.

— C'est à eux que nous nous adressons, ce sont eux que nous adjurons de réfléchir et de ne pas s'endormir dans une sécurité trompeuse ; nous leur disons : venez nous voir, venez vous documenter et croyez bien que si nous parvenons à vous persuader, vous nous en serez reconnaissants.

— Mais vous m'avez dit que vous m'expliqueriez pourquoi vous ne vous êtes pas tenus à l'indemnité maladie.

— La vie vraiment active du médecin ne dépasse guère 65 ans et c'est à cet âge que nous avions fixé la fin de la participation à notre œuvre d'indemnité maladie, mais aussitôt des réclamations s'élevèrent : on nous objecta que nombre de médecins ne peuvent malheureusement pas s'arrêter, qu'ils doivent trimer pendant toute leur vie et qu'il était cruel de les priver du droit à l'indemnité maladie à un âge où beaucoup font encore de la clientèle active. Nous nous laissâmes persuader et une combinaison fut ouverte qui admettait la participation pendant la vie entière.

C'était une conception généreuse mais éminemment dangereuse. A partir d'un certain âge, il est à peu près impossible de discerner ce qui tient à l'usure de ce qui relève de la maladie, et en pratique, on en srait bien vite arrivé à indemniser la presque totalité de nos vieillards. On supprima donc le recrutement de la combinaison nouvelle qui ne continua que pour ses anciens adhérents, et on en revint à l'âge limite de 65 ans.

Mais fallait-il priver de tout secours nos vieux sociétaires ? Nous ne le pensâmes pas et on se résolut à créer une combinaison spéciale donnant l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans, et, à cet âge, une pension annuelle jusqu'à la mort.

Cette combinaison fut accueillie avec une certaine faveur, mais alors de nouvelles réclamations se produisirent : 65 ans, c'était bien tard ; la plupart des pensions étaient accordées à 60 ans — on créa une combinaison donnant la pension à 60 ans. Et puis les uns trouvaient insuffisant ce chiffre de 1.200 francs qui avait été adopté, les autres le trouvaient trop élevé ; d'autres enfin voulaient la pension indépendamment de l'indemnité maladie, si bien qu'on sépara complètement le service des pensions du service de l'indemnité maladie, qu'on fractionna les pensions par parts de 120 francs, laissant au sociétaire la faculté de prendre le nombre de parts qu'il voudrait sans dépasser le maximum de 2.400 fr., qu'on servirt les pensions à 60 ou à 65 ans selon le désir du sociétaire et qu'on autorisa le même sociétaire à s'inscrire à la fois pour la pension à 60 et à 65 ans. Enfin les femmes et les enfants des sociétaires furent admis à s'inscrire aux combinaisons-pensions dans les mêmes conditions que les médecins eux-mêmes.

Voilà où nous en sommes.

— Et c'est cela qui paraît compliqué alors que c'est absolument simple, mais les médecins ne lisent pas les statuts qu'on leur envoie. Je suis sûr qu'il y en a parmi nos sociétaires qui ont demandé leur admission et sont entrés dans la société sans en avoir jamais lu les statuts.

— C'est tout à fait exact et c'est ce que trop souvent nous déplorons. Ce que nos confrères lisent, c'est le *Concours*, aussi, après avoir essayé de divers modes de propagande, en revenons-nous toujours aux études publiées dans le journal — elles du moins nous valent des adhésions ou tout au moins des demandes de renseignements.

— Pourquoi est-il impossible ou à peu près d'avoir des agents spéciaux qui iraient trouver les médecins chez eux, les documenteraient et les persuaderaient ?

— Vous le savez mieux que personne puisque, vous-même, vous nous avez jadis montré les difficultés de la chose, et vous savez combien est délicate la propagande par le médecin près des médecins, puisque vous même avez été obligé de cesser un apostolat que vous aviez ébauché.

— Oui, on m'a demandé ce que cela me rapportait.

— Je ne l'ai pas oublié.

— Oh, la méfiance des médecins ! Oh, leur indifférence ! Et pourtant, s'ils savaient ?

Voilà une conversation que j'ai tenu à rapporter dans son entier parce qu'elle touche à tous les points de la Mutualité Familiale, parce qu'elle devrait inciter nos confrères à vouloir bien une bonne fois étudier cette œuvre si éminemment utile, pour me servir de l'expression même de mon interlcouteur.

Confrères qui lisez ces lignes, prémunissez-vous contre l'incapacité de travail que peut déterminer une maladie, un accident — vous savez bien que vous êtes chaque jour exposé. Prenez vingt francs, prenez dix francs, prenez trente francs par jour — cela c'est à vous de le voir — mais assurez-vous. Vous vous assurez bien contre des éventualités beaucoup moins probables !

Vous êtes obligés de compter avec les exigences de la vie actuelle ? Raison de plus pour vous assurer.

Vous êtes dans une belle situation ? N'oubliez pas que, par le temps qui court, aucune situation n'est certaine, assurez-vous par prudence, assurez-vous par esprit de solidarité confraternelle.

Car si je me sers du mot assurer, c'est pour employer le langage courant : *nous ne sommes par une société d'assurances*, nous sommes une société de secours mutuels libre, réglée par la loi de 1898, fondée par des confrères pour des confrères et ayant conservé tout l'esprit amical qui avait présidé à sa création en 1894.

Demandez à notre secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (S.-et-O.), les renseignements que vous jugez utiles pour vous éclairer, demandez-lui nos statuts, il est à votre entière disposition et vous trouverez près de lui l'accueil le plus confraternel comme les conseils les plus éclairés. Il s'est, comme moi-même, comme les membres du Conseil d'administration, voué corps et âme à une œuvre que nous considérons tous comme véritablement digne du Corps médical.

Nous avons distribué déjà près de deux millions et demi d'indemnités maladie et notre réserve atteint 900.000 francs — je ne parle pas des réserves particulières au service des pensions — ces chiffres vous montreront, je pense, qu'il s'agit d'une affaire sérieuse méritant autre chose que votre dédain.

Confrères, venez à la Mutualité Familiale.

A. GASSOT.

LA MAISON DU MÉDECIN... A LONDRES

Par le Dr Fernand DECOURT.

Le 13 juillet dernier, nos confrères britanniques célébraient, en grande pompe, en présence du roi et de la reine, l'inauguration de leur nouvelle « *Maison* ». Le bureau de la *British medical Association* avait eu l'aimable attention d'inviter à cette fête de famille le président de l'*Union des Syndicats médicaux de France*. C'est ainsi que la veille, à 10 heures, je prenais à la gare du Nord le train pour Calais et que j'arrivais à Londres à 17 heures.

Je suis loin d'être dépaysé en cette grande ville où je vins déjà une bonne dizaine de fois. Néanmoins, je n'y avais pas mis le pied depuis 1913 et je pensais y trouver quelques changements. Le plus remarquable, et cela au sortir même de la gare, c'est la disparition complète du « Cab » londonien, si amusant avec son cocher juché en arrière, dans le haut de la capote rigide de ce cabriolet, d'où il conduisait un cheval, d'ordinaire vif et fringant, qui entraînait, à toute vitesse, les deux immenses roues de son véhicule, au milieu des autres cabs et surtout des myriades d'omnibus (on dit : « bus » en anglais par abréviation), qui ne cessaient de circuler à la queue leu leu, prêts à venir se ranger docilement au bord du trottoir, au moindre signe d'un passant, tandis que, sous les pieds des chevaux, d'innénarrables « boys » ramassaient le crottin, avec des pelles bizarres, se glissant entre les rapides véhicules comme autant d'impondérables farfadets.

Aujourd'hui ces cabs pittoresques ont disparu, remplacés par des taxis analogues aux nôtres, plus spacieux, plus confortables cependant. Par contre, les omnibus, tout en devenant autobus, eux aussi, sont restés dans l'ancienne tradition, avec leurs impériales et leurs escaliers bariolés des couleurs crues des réclames, comme un bouquet de fleurs des champs, ne laissant qu'une minuscule place aux indications de direction. Et quand on se promène, comme je le fis, sur les impériales, en de multiples quartiers, on est tout étonné devant tel monument, tel coin de rue, tel « circus » (rond-point) d'évoquer soudain des souvenirs qu'on aurait crus évanouis à jamais. C'est que, malgré la démolition de rangées de maisons antiques et délabrées, avantageusement remplacées par de larges et massives constructions, comme dans Regent Street, par exemple, ou malgré quelques tentatives d'élargissement, par places, de voies trop encombrées, comme le Strand, on retrouve, en

réalité, le Londres d'avant-guerre, sans de très notables changements.

***

Le lendemain de l'arrivée, dans la matinée, le Dr Cox, l'éminent secrétaire général de la British medical Association avec lequel j'avais déjà eu l'occasion de correspondre, en 1920, à diverses reprises, m'ayant écrit de venir le voir avant la cérémonie, je me rendis, dès le breakfast pris, à la nouvelle « Maison », située à quelques pas de l'hôtel qu'on m'avait désigné. Et je dois avouer que ce fut avec un sincère sentiment d'admiration que je considérai cette maison médicale que je vais m'efforcer de vous décrire, de mon mieux.

Représentez-vous d'abord, un peu loin du centre de Londres, plus loin que le Muséum, tout près du large « Russel square », une place carrée également plantée et gazonnée, mais beaucoup plus petite. C'est « Tovistock Square », d'un coin duquel débouche une courte avenue plantée d'arbres, ou plutôt un tronçon d'avenue d'une cinquantaine de mètres de long, pas plus. Au bout, la barrant dans toute sa largeur, une grille monumentale avec sa porte de milieu à deux battants, surmontée d'un frontail enlevé en courbes hardies et gracieuses, aux détails finement ciselés et flanquée de deux portes latérales sveltes et graciles. C'est la grille d'entrée de la Maison des médecins, au travers de laquelle on aperçoit un parterre gazonné, au centre d'une cour carrée bordée de trois bâtiments en équerre, complétant avec la grille un quadrilatère. Les bâtiments latéraux, aux multiples fenêtres, comportent de nombreux bureaux, des « offices » pour les sténos, les employés, les directions diverses des multiples services de la grande association médicale. On y rencontre aussi des salles de réception ou de réunion, de dimensions variées et surtout, en bas, dans le bâtiment de droite, la Chambre du Conseil que j'aperçois en passant, mais ne visiterai que ce soir. Le bâtiment du fond, celui qui forme la façade principale de l'immeuble, présente quatre couples de massives colonnes sur un soubassement formant le rez-de-chaussée et couronnées d'un fronton triangulaire. En bas, c'est à gauche la bibliothèque, à droite une vaste salle de travail ouverte à tous les confrères. Derrière les colonnes, et se prolongeant dans toute l'épaisseur des bâtiments latéraux, c'est la grande salle d'honneur.

Là, il convient de nous arrêter et d'admirer franchement cette salle médicale et confraternelle, cette salle uniquement à l'usage des médecins praticiens et qui n'a pas son analogue en France, cette salle qui peut contenir pas loin de 6 ou 700 personnes, confortablement assises.

De la forme d'un quadrilatère allongé, elle fait nettement songer à une église de style roman, avec ses multiples colonnes intérieures répliques de celles de la façade, mais dont les chapiteaux, se rejoignant, délimitent la « nef » et séparent celle-ci des « bas-côtés ». Les deux extrémités de cette salle diffèrent : l'une est surélevée en une large estrade de sept ou huit marches de haut, et qui représenterait le chœur de notre église romane ; l'autre, avec son grand balcon, pouvant contenir une centaine de personnes, semble attendre le maître de chapelle et on se surprend à chercher les grandes orgues...

Ceci pour l'architecture. Quant au décor, imaginez de massives colonnes bleu ciel, bien détachées du fond des bas-côtés couleur crème, le tout encadré de larges filets d'un blanc mat, puis, entre chaque colonne, les étendards aux couleurs multiples et aux armes variées des groupements médicaux régionaux, de Londres comme d'Edimbourg, d'York, de Bath, de Cardiff ou de Liverpool, etc... Sur l'estrade, le grand fauteuil héraldique du « Chairman of the Council » (lisez le Président du Conseil de l'Association), entouré d'autres fauteuils et d'une trentaine de chaises, où se placent lors des réceptions, les dignitaires de chaque « branch » locale de ce grand groupement médical.

C'est dans cette magnifique salle qu'avait lieu l'inauguration de la Maison médicale par les souverains britanniques. Nous devions donc nous trouver, à 14 h. 1/2, à nos sièges numérotés, vêtus, suivant la coutume, disaient nos cartes d'invitation, d'un « académic costume », l'habit étant réservé pour le soir. Ouvrons ici une parenthèse sur le chapitre, sinon des chapeaux, du moins de la tenue officielle du médecin. En Angleterre, en grande cérémonie, tout médecin revêt le costume académique que ne portent, chez nous, que les professeurs ou les agrégés ... parce que nous laissons tomber les coutumes en désuétude. En effet (oh ! je ne sais cela que depuis une quinzaine de jours), chaque praticien français a droit au costume d'agrégé, lequel n'est autre, précisément, que le costume (non plus de l'impétrant que nous avons porté le jour de notre thèse) mais du docteur en médecine, tel que l'a dessiné le décret napoléonien. C'est le « petit costume », ainsi nommé pour le différencier du « grand costume » qu'ont seuls le droit de porter les professeurs. Qu'on se le dise.

Quoi qu'il en soit, d'accord avec le Dr Cox, j'avais endossé ma modeste jaquette et allai m'asseoir à la place que comportait ma carte et se trouvait, ainsi que celle des autres représentants étrangers, au bas même de l'estrade, au premier rang. La grande salle déjà presque pleine présentait un aspect des plus pittoresques. A part les représentants étrangers (nous étions cinq pour la Suède, la Norvège, le Danemark, la Hollande et la France) tous nos confrères bri-

tanniques avaient revêtu leurs costumes académiques : robes noires avec larges bandes rouges, ou rouges avec bandes noires, frangées d'hermine ou de fourrures diverses. Comme coiffures : toques analogues à celles de nos professeurs, ou l'*as* de carreau d'Oxford, ou les toquets à la Charles IX ou d'autres encore d'allure moyenâgeuse. Tous ces bariolages, sous un soleil de plomb, jetaient une note curieuse, imprévue ; mais je vous assure, confrères, que cela avait de la grandeur, de l'allure. N'était-ce pas l'attestation, voulue, du respect des antiques traditions et des communes origines, non seulement chez les confrères d'Angleterre, de Galles, d'Ecosse ou d'Irlande, mais encore chez ceux du Canada, de l'Inde, de l'Australie, du Cap ou de la Nouvelle-Zélande, dont les représentants étaient là, graves et recueillis dans les mêmes robes et sous les mêmes étendards, communiant en un même souvenir du passé et en une même foi dans l'avenir de la Nation . . .



***

Soudain, des quatre coins de la grande salle, se font entendre des « hauts-parleurs ». C'est que, dans la cour, l'Archevêque de Cantorbéry consacre la grille d'honneur à la mémoire des confrères britanniques morts pour la patrie durant la guerre. Nous entendons ainsi son allocution ; puis la prière, qu'il prononce lentement, fait lever toute la salle qui entonne pieusement l'hymne religieux que, là-bas, dans la cour, nous fait entendre, par les hauts-parleurs, l'entourage de l'archevêque et la foule des assistants.

Bientôt tout se tait. Puis de nouveau, les haut-parleurs nous annoncent l'arrivée des souverains. Chacun se lève. Nous avons le temps, car ils n'ont même pas encore franchi la grille. Aimablement, un confrère anglais me guide jusqu'à une fenêtre d'où j'aperçois la musique des horse-guards, sur la pelouse de la cour, jouant le « God save the King », chaque musicien éblouissant, sous le gai soleil, avec sa tunique rouge vif, dont le devant est soutaché de larges bandes d'or, de haut en bas, tandis que, sur leurs têtes, se dresse la haute tache noire de l'immense bonnet à poil.

Cependant, voici Leurs Majestés qui descendent de leur calèche à la Daumont et reçoivent les salutations de l'archevêque et du Chairman. Ils vont arriver dans la salle. Vite, rejoignons nos places. Presque aussitôt, en effet, la musique du bas s'arrête, celle de la salle, pour la première fois se fait entendre et du fond, par l'allée du milieu, se dirigeant vers l'estrade, apparaît le roi Georges V, en redingote noire et haut-de-forme gris clair, tandis que la reine, en une gracieuse robe lilas et chapeau semblable, avec un collier de diamant et un triple rang de grosses perles, se tient auprès du roi, portant à la main une gerbe de roses que vient de lui offrir la fillette du trésorier de l'Association. Le roi, la reine, l'archevêque, le chairman, les membres du bureau, puis tout le cortège de cour, arri-

vent ainsi à l'estrade qu'ils gravissent ; la cérémonie commence.

C'est d'abord un discours du chairman, suivi d'une courte intervention de l'architecte offrant au roi la « clef d'or » du bâtiment. Puis une allocution que lit Georges V qui termine en déclarant la Maison médicale ouverte. Viennent ensuite les présentations de la grande salle, les autres ayant été faites à l'entrée. Le chairman nous présente ainsi, environ une douzaine : les représentants des colonies venus pour assister à cette cérémonie et les représentants des nations voisines, les cinq que vous connaissez. Chacun de nous, à l'appel de son nom et de ses « qualités » monte par un côté du double escalier, sous les aimables applaudissements de la salle, s'incline devant le roi et la reine qui, tous deux, lui serrent la main, avec parfois un mot de bienvenue, puis redescend par l'autre côté, tandis que le chairman appelle le nom suivant.

Les présentations terminées, la musique de la salle qui, pendant celles-ci s'était fait entendre en sourdine, reprend de plus belle. Alors, le roi et la reine, toujours escortés de même, quittent la grande salle et s'en vont visiter la bibliothèque, avant de se retirer définitivement, ce qui a lieu peu après.

Ce départ que je contemple de ma fenêtre, comme d'un fauteuil de balcon, est vraiment imposant. Salués par la musique des rouges et dorés horse-guards, le roi et la reine gagnent la grille où les attend leur landau, entre de triples rangées de soldats (kakis les uns, vert clair à soutaches blanches, les autres) tranchant à côté des sévères costumes noirs des cavaliers du cortège, alors que les robes médicales jettent une note d'un anachronisme encore plus marqué, parmi ces soldats, dans ce plein air et sous ce soleil implacable. Enfin, la grille franchie, le landau s'éloigne sous l'enthousiasme débordant de la foule serrée sur les trottoirs et poussant de formidables hourras en l'honneur de ses souverains....

***

Aussitôt après le départ du cortège officiel, la grande salle se vide comme par enchantement. Bientôt, tout le monde est partout à la fois à droite, à gauche, en haut, en bas ; c'est une invasion, une inondation.

La salle de travail, en bas et à droite dans le bâtiment du fond, est encore plus remplie que le reste. Cela s'explique : c'est là que se trouve le buffet et cinq heures viennent de sonner. Five o'clock n'est-il pas l'heure anglaise par excellence ? Et la nôtre aussi, à nous autres invités étrangers, qui formons, dans la mer anglaise, un petit îlot compact, un iceberg plutôt, qui ne demande qu'à se laisser fondre à la chaleur communicative du buffet.

Nous allons ensuite, tous les cinq, visiter la grande « Chambre du Conseil » et ne pouvons qu'admirer ses vastes proportions, son estrade somptueuse aux larges fauteuils de velours vert où se tient le bureau, le reste de la salle avec ses diverses rangées de tables, flanquées de sièges, toujours en velours vert, pouvant aisément recevoir une soixantaine de membres.

Mélancoliquement, malgré moi, devant la munificence de cette vaste Maison médicale, je me reporte aux organisations si étriquées, à côté de celle-là, de notre Union des Syndicats ou de notre A. G. Il est vrai que la British medical Association renferme en son sein, tout à la fois, les services de l'Union, ceux de l'Association, ceux d'un journal professionnel comme le *Concours médical*, avec ses filiales d'assurance contre la maladie et ses retraites (sans toutefois, je crois, posséder quelque chose d'analogue à son « Sou médical », si précieux pour le praticien isolé en son coin).

Quel émiettement chez nous, de ressources, de forces, de bonnes volontés, de dévouement même, me disais-je, en rejoignant mon hôtel ! Ne serait-il pas souhaitable que ces divers groupements soient, un jour, réunis, alors que, sous des étiquettes diverses, les flacons contiennent la même liqueur, je veux dire les mêmes hommes comme membres de ses diverses sociétés et même comme états-majors ?

Nous sommes ainsi un certain nombre de militants, en effet, qui faisons partie, à la fois du Conseil de l'Union, du Conseil de l'Association, ainsi que du *Concours* et de ses filiales — hybrides en nos actions comme l'infanterie montée anglaise ou nos cavaliers à pied dans les tranchées, durant la grande guerre. A l'Union, nous nous occupons de la défense générale du Corps médical et de l'organisation sociale de la profession. Au *Concours*, il s'agit de la défense individuelle du praticien, de son assurance de droit contre la maladie ou de la retraite contre la vieillesse. A l'Association, c'est l'aide généreuse et discrète aux confrères malheureux, ou infirmes, ou âgés, ainsi qu'aux veuves et orphelins : c'est le côté, le « rayon », si j'ose dire, de la bienfaisance et de la charité. Et dans tous ces rayons dans ces compartiments dispersés en de multiples immeubles, au lieu de la majestueuse maison médicale britannique, il n'en est pas moins vrai qu'on travaille avec ardeur, avec acharnement, dans une émulation touchante, en vue du mieux-être, sous toutes les formes, du praticien français.

Aussi, à la réflexion, tout en laissant porter mes pas au hasard le long des trottoirs londonniens, j'en arrivais à me demander si la dispersion de nos œuvres diverses n'avait pas ses avantages et si c'était, sans conteste, véritablement un bien si souhaitable, si enviable, que cette

condensation excessive de tous les services dans un même moule immuable. Sans doute, nous n'avons pas à montrer, comme nos amis britanniques, une splendide Maison médicale : mais fait-on, en tous les autres pays étrangers, un travail aussi complet, aussi suivi, aussi intense, un travail qui présente un semblable « rendement » ... Je ne saurais le juger, en toute certitude, mais, d'après le peu que je suis à même de connaître, j'ai comme une idée du contraire.

Il n'en est pas moins vrai que, *sans fusionner*, (il y a une diversité énorme de groupements disparates dans la British medical Association) nous pourrions fort bien réunir nos divers services d'organisation professionnelle, tout en conservant, à chacun d'eux, son autonomie, et les réunir à l'amiable, en un vaste immeuble analogue à celui de nos confrères britanniques. Et nous le ferions avec d'autant plus d'avantages que chaque groupement, ayant dans cet immeuble ses bureaux bien *distincts*, n'en serait pas moins à même de se servir de salles de réunion *communes* ; aussi bien des petites, pour ses Commissions, que des moyennes, pour ses Conseils d'administration et enfin d'une grande, d'une belle, d'une digne de notre grande famille médicale, pour ses Assemblées générales. Ce qui n'empêcherait nullement, à l'occasion, de louer les dites salles à nos multiples sociétés médicales, scientifiques qui, elles aussi, ne tarderaient guère à se sentir chez elles, dans notre *Maison médicale*. Ah ! combien, en songeant à tout cela, je regrettais encore plus que, nous autres praticiens français, nous ne secondions pas mieux les efforts méritoires de notre ami Thiéry, le secrétaire général de l'A. G., qui s'est donné, avec tant d'ardeur, à l'idée de créer, à Paris, un foyer médical où pourraient si bien s'abriter, sous un toit commun, nos multiples œuvres actuellement dispersées ...

C'est en rêvant ainsi que, peu à peu, me vint le désir, le besoin même de savoir ce qui se passait, à ce sujet, chez les autres. Nous étions ici les représentants de six nations, ne serait-ce pas le moment de se documenter ? Ou plutôt, car ce sont là des questions impossibles à étudier au pied levé, ne serait-ce pas le moment de tenter ce groupement international des médecins praticiens auquel je songe depuis longtemps et que, dernièrement encore, à Paris, le président de la Chambre médicale de Varsovie, le Dr Przyborowski, préconisait lors du Congrès franco-polonais. Ne serait-ce pas, alors que ce soir même nous serons réunis pour la grande réception de nos confrères britanniques, l'instant de saisir l'occasion par les cheveux ? ...

C'est ce que je fis, comme on va voir. Mais auparavant, je dois rendre hommage à l'esprit d'organisation de nos hôtes. La grande salle d'honneur, où solennellement avait été célébrée, dans l'après-midi, l'inauguration, était devenue une splendide salle de bal éclairée à giorno par des cordons d'ampoules. Sur l'estrade, après un concert court où se firent entendre des artistes connus, un orchestre militaire entonna des « fox-trots », beaucoup de « fox-trots », plusieurs « one-steps » et quelques rares valses, tandis que se pressaient danseurs et danseuses. Décrirais-je ceux-ci ? ... Ma foi, à part quelque pointe d'exotisme dans certains costumes, on se serait cru dans une salle parisienne, hyper-parisienne même, avec une bonne moitié des danseuses aux cheveux coupés, se serrant, comme il est de mode, contre le danseur en habit, toutes mains nues et toutes voiles au vent ... Non loin de là, un très confortable buffet, fort largement servi, ne cessa jusqu'à la fin de répandre ses cascades de succulentes assiettes et de délicieuses boissons, parmi lesquelles, à côté du café glacé, du thé bouillant, ou des limonades, notre national bordeaux (Claret) ne fut nullement dédaigné de nos confrères anglais, ni de nous-mêmes.

***

C'est durant les joyeuses heures de ce bal animé, que je demandai à mes collègues étrangers, durant le groupe sympathique et compact que nous ne cessions de former, de causer dans une petite salle plus austère, moins bruyante, et même solitaire, et que je leur exposai mon désir de créer une « *Union internationale des médecins praticiens* ». A mon vif plaisir, cette idée leur fut agréable et ils s'associèrent aussitôt à mon souhait. L'un d'eux, du reste, le représentant hollandais, avait déjà eu une idée analogue et ne pouvait donc qu'applaudir. Nous causâmes ainsi un long moment et il fut convenu que je mettrais sur pied un projet de « mise en route », si je puis dire, basé sur ce dont nous avions déjà convenu et que le lendemain à 16 heures, nous traiterions de la question avec le Dr Cox qui nous avait prié de venir à son cabinet, à cette heure, s'étant aimablement plaint, dans le coup de feu de l'inauguration et de la fête, de n'avoir pu suffisamment faire connaissance avec nous.

Je passai ma matinée du lendemain à brosser un exposé et à dresser un programme d'action. A 16 heures, nous étions tous réunis chez le Dr Cox, représentant les praticiens de nos pays respectifs, sans toutefois avoir le dessein de rien décider, n'ayant reçu, de nos groupements, aucun mandat dans ce but. C'est pourquoi je ne proposais, d'ailleurs, que de jeter, entre nous, les bases d'une initiative strictement *personnelle*, pour le moment. Les six « conjurés » étaient donc :

1° Le Dr Alfred Cox, secrétaire médical de la British Medical Association.

2° Le Dr Severin PETERSEN, médecin en chef

de la Maternité, Président du groupement médical de Norvège.

3° Le Dr G. RYSTEDT, médecin de S. M. le Roi de Suède.

4° Le Dr Einaz SCHAFFER, vice-président du groupement médical de Danemark.

5° Le Dr Drooglever FORTUYN, secrétaire général de la Société hollandaise pour le progrès de la médecine.

6° Le Dr F. DECOURT, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Je n'ai pas l'intention de vous donner ici le résultat de nos délibérations. C'est au Conseil de l'Union et à nos confrères syndiqués, qu'il appartient, tout d'abord, d'en prendre connaissance et d'apprécier la tentative que nous faisons. Qu'il me suffise de vous dire que mes collègues me firent l'honneur de me choisir comme le secrétaire du *Comité d'initiative* que nous venions de former provisoirement et qu'il fut entendu que j'allais dès l'instant me mettre à la besogne, suivant les directives convenues.

La parole appartient maintenant à nos groupements nationaux respectifs. Si notre initiative est approuvée, nous aurons ainsi formé un noyau de nations autour duquel viendront s'agglomérer toutes celles désireuses d'ouvrir leurs fenêtres et de savoir ce qui se passe au dehors, au point de vue de l'exercice de la médecine et de la vie journalière du praticien, en face de l'emprise, chaque jour croissante, de la médecine collective et sociale, se substituant, peu à peu, à la bonne et saine médecine individuelle d'autrefois. Il nous a paru qu'une telle action pouvait être féconde en résultats, en faisant profiter, par une aide confraternelle mutuelle, les groupements de tous pays, des travaux, des études, des institutions et des progrès de *chacun* d'eux en cet ordre spécial d'idées : à savoir tout ce qui concerne la *pratique médicale*, et sans nous occuper de la *science médicale* pour la diffusion de laquelle existent déjà des groupements, des journaux, des revues, des traductions d'ouvrages, des Congrès internationaux, etc....

Que résultera-t-il de notre effort ? Je ne sais. En tous cas, en causant aussi amicalement, fraternellement entre nous, le 14 juillet dernier, à Londres, nous avions conscience de prendre une initiative génératrice d'une œuvre utile, dans l'avenir, à nos confrères, à nos malades et à nos pays. Et c'est le plus beau résultat que nous pouvions espérer de notre voyage chez nos camarades britanniques que nous devons remercier chaleureusement de leur amicale réception dans leur splendide Maison médicale de Tovistock square.

Dr Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Réunions des 1er, 15 et 29 septembre 1925.

Admissions.

La liste des admissions prononcées au cours de ces trois réunions a été publiée dans le *Concours médical* du 25 octobre courant, page 2471.

Accidents du Travail.

Le Dr H. (Pas-de-Calais) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents que la Compagnie d'assurances prétend exagérée, quant au nombre des consultations.

Le Conseil estime qu'il n'y a dans cette affaire aucune question de principe soulevée, mais simplement une question de fait, un recouvrement d'honoraires ne donnant pas lieu à l'appui pécuniaire, mais seulement à l'appui moral, étant donnée surtout la modicité des frais à engager, devant le juge de paix et avec dispense des frais de timbre et d'enregistrement.

Il est bien entendu que le Dr H. a droit à tous les conseils dont il pourra avoir besoin dans cette affaire.

Le Dr S. (Allier) demande l'appui pécuniaire dans deux affaires :

1° Un petit cultivateur, blessé dans son travail, prétend payer ses honoraires au tarif Breton, et non au tarif local, bien qu'il ait été avisé que ce second tarif lui serait appliqué.

2° Le « tout compris » lui est opposé par le patron d'un accidenté du travail, admis d'urgence dans sa clinique.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr S. dans ces deux affaires.

Honoraires de droit commun.

Le Dr M. (Ille-et-Vilaine) a soigné le fils d'un cultivateur, blessé en gardant un taureau. Il a été mis en œuvre, comme chirurgien, par le médecin traitant, qui lui-même a été mis en œuvre par le père du blessé. La Compagnie d'assurances

prétend appliquer à ses honoraires le tarif Breton.

Le Conseil donne au Dr M. l'appui pécuniaire pour poursuivre le père du petit blessé, en lui réclamant ses honoraires au tarif de droit commun, devant le Tribunal civil de son domicile. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est fixée à deux cents francs au maximum.

Le Dr B. (Manche) a soigné la victime d'un accident d'automobile et n'a pu se faire payer ses honoraires ni par l'écraseur, ni par l'écrasé.

Comme il ne semble pas que l'automobiliste ait pris, même tacitement, l'engagement de payer le médecin, le Conseil estime qu'il ne s'agit que d'une simple affaire de recouvrement, ne donnant lieu qu'à l'appui moral, mais non à l'appui pécuniaire.

Le Dr A. (Saône-et-Loire) a obtenu gain de cause dans une affaire d'honoraires pour soins donnés à un blessé par automobile, dans laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat (200 fr.) et de son avoué (50 fr.).

Le Dr B. (Vaucluse), ayant obtenu amiablement le paiement de ses honoraires dans une affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé (soins à la victime d'un accident d'automobile), fait don au « Sou » d'une somme de vingt francs. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Responsabilité civile.

Le Dr S. (Gard) est l'objet d'une demande amiable de remboursement des honoraires qu'il a touchés, faite par le père de deux jeunes filles qu'il a opérées sans succès pour extirpation de cicatrices vicieuses.

L'appui pécuniaire et la garantie de la caisse spéciale lui seront acquis si une suite judiciaire est donnée à cette demande, à laquelle il n'a pas à donner satisfaction, sa responsabilité n'étant pas engagée.

Loyers.

Le Dr M. (Seine-et-Marne) demande éventuellement l'appui pécuniaire contre son propriétaire, qui prétend, en revisant le prix d'un bail de longue durée, tombant sous l'application de la loi du 6 juillet 1925, lui imposer un loyer quadruple de celui qu'il paye actuellement.

Le Conseil, considérant que le prix-limite des loyers d'habitation doit bénéficier aux médecins, accorde éventuellement l'appui pécuniaire demandé.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr P. (Seine) de la somme de 99,80, dont 39,80 pour frais judiciaires et 60 fr. pour honoraires de son avoué, dans une affaire de loyers pour laquelle il avait obtenu l'appui pécuniaire.

Exercice de la Pharmacie.

Le Dr B. (Marne), qui possède les deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien et les a fait enregistrer tous deux conformément à la loi, est menacé de poursuites pour exercice illégal de la pharmacie, parce que, sans avoir d'officine ouverte, il a délivré des médicaments à certains de ses clients.

Le Conseil, après discussion, décide d'accorder au Dr B. l'appui moral s'il est poursuivi, car il a agi dans la plénitude de son droit. Mais il ne peut lui donner l'appui pécuniaire, car il s'agit, non d'exercice de la médecine, mais d'exercice de la pharmacie, ce qui ne rentre pas dans l'objet du « Sou Médical ».

Il en serait autrement s'il s'agissait d'un propharmacien, qui serait inquiété pour avoir délivré des médicaments à ses clients, en application de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, l'exercice de la propharmacie ne constituant qu'un accessoire de l'exercice de la médecine, et ne pouvant être assimilé à l'exercice de la pharmacie par le titulaire du diplôme de pharmacien.

Assistance médicale gratuite.

Le Syndicat des Médecins de l'Aube, dont tous les Membres sont adhérents au « Sou », est en désaccord avec la Préfecture, qui prétend, en conformité d'une circulaire du Ministre du Travail et de l'Hygiène, refuser le paiement des honoraires d'assistance médicale gratuite aux médecins qui ne consignent pas le diagnostic sur le bulletin de visite.

Le Conseil, considérant que cette prétention est contraire à l'article 378 du Code Pénal, qui fait aux médecins une obligation de garder le secret, est disposé, en principe, à accorder tout son appui aux médecins, Membres du « Sou », qui se verraient refuser dans ces conditions le paiement de leurs honoraires. Il a d'ailleurs déjà donné l'appui pécuniaire, en pareille circonstance, au Dr D., de l'Aube, pour saisir le Conseil de Préfecture.

Fonctions administratives.

Le Dr A. (Algérie), communique le projet de mémoire qu'il a l'intention d'adresser à la commune, dont le maire l'avait révoqué de ses fonctions de médecin communal, pour demander des dommages-intérêts, à la suite de l'annulation par le Conseil d'Etat de l'arrêté de révocation.

Le Conseil approuve ce projet, qui a été rédigé suivant les indications de Me Auger et ne com-

porte qu'une légère augmentation des chiffres indiqués par ce dernier.

Le Dr V. demande l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat, conjointement avec les autres médecins de la station, contre la décision du Préfet qui a nommé membre de la Chambre d'Industrie thermale un médecin qui n'exerce pas dans la station, ce qui est contraire aux dispositions légales et règlementaires.

Le Conseil, constatant qu'un tiers seulement des médecins de la station sont membres du « Sou », décide de participer pour un tiers aux frais de ce recours.

Assemblée générale.

L'Assemblée générale annuelle du « Sou Médical » aura lieu dans les salons Marguery, le dimanche 15 novembre 1925, à 5 h. 1 /2 du soir.

M. Paul Boudin, secrétaire général, donne lecture de son rapport sur le fonctionnement de la Ligue au cours de l'année écoulée.

Ce rapport est approuvé par le Conseil et sera publié dans le *Concours médical* avant la réunion (1).

M. Gassot, trésorier, donne lecture de son rapport sur les comptes de l'exercice 1924.

Ce rapport est approuvé et sera publié dans le *Concours médical* avant l'Assemblée (2), qui aura à se prononcer sur l'approbation des comptes, après avoir entendu le rapport des contrôleurs.

M. Gassot, trésorier, donne connaissance au Conseil des comptes provisoires des trois premiers trimestres de 1925. Il en résulte que, étant donné le nombre et l'importance des affaires qui ont bénéficié de l'appui pécuniaire, il est à craindre que les recettes de l'année soient légèrement insuffisantes pour couvrir la totalité des dépenses et qu'il soit nécessaire de recourir aux réserves.

Le Conseil, étant donné cette situation, qui provient de l'augmentation des frais judiciaires et des honoraires des avocats et avoués, décide de proposer à l'Assemblée générale que la cotisation soit portée de 25 à 40 francs.

En même temps, la garantie de la responsabilité civile serait élevée de 50.000 à 70.000 francs, une somme de 6 francs, au lieu de 4 francs actuellement, étant affectée, sur la cotisation, à cette garantie.

Des modifications aux statuts, au règlement intérieur et au règlement de la Caisse de garantie, dont certaines sont nécessitées par la décision qui vient d'être prise, modifications dont le texte est arrêté par le Conseil, seront proposées à l'Assemblée générale.

L'Assemblée aura également à nommer un vice-président, un secrétaire général et trois administrateurs en remplacement de MM. Vimont, vice-président, Paul Boudin, secrétaire général, Chapon, Levassort et Molinéry, administrateurs, sortants et rééligibles.

Le Conseil arrête en outre le projet de Budget de l'exercice 1926.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Cri d'alarme.** — Confrères, prenez garde : il se prépare une attaque contre le doctorat en médecine.

Les efforts des praticiens ont, depuis de nombreuses années, obtenu la suppression des doctorats spéciaux et l'unification de notre titre, ce qui lui donne sa véritable signification et sa véritable valeur. Il se trouve à nouveau menacé.

Alors que, dans le monde entier, on assiste à l'évolution de l'art dentaire vers la stomatologie ; que le nombre des médecins qui l'exercent augmente de jour en jour ; qu'ainsi cette spécialité tend à reprendre sa véritable place dans le patrimoine médical ; que l'Italie, la Hongrie, la Roumanie, l'Autriche, le Portugal, imposent pour son exercice le doctorat en médecine ; que l'Ecole française de stomatologie est à la veille de manquer de place pour les confrères qui veulent se spécialiser dans cette branche de la médecine, nous sommes menacés en France d'une régression.

Des chirurgiens-dentistes, poussés par quelques meneurs, n'ayant en vue que leur intérêt personnel et la consolidation de leur propre situation, font l'impossible pour obtenir la création d'un nouveau doctorat spécial : le doctorat en chirurgie dentaire.

Ce titre, masquant leur insuffisance, ne pourrait que créer aux yeux du public une confusion regrettable avec le nôtre.

Les médecins de France ne peuvent laisser se perpétrer cette atteinte à leur droit par cette séparation de leur patrimoine d'une spécialité qui scientifiquement leur appartient, par cette usurpation qui favoriserait encore l'exercice illégal.

Il nous faut nous unir tous pour une action commune : action par nos syndicats, nos associations, nos sociétés ; action sur les diverses personnalités que

(1) Cette publication a eu lieu dans le numéro du 18 octobre, page 2406.

(2) Cette publication a eu lieu dans le numéro du 25 octobre, page 2463.

nous pouvons atteindre ; action sur le public, dont l'intérêt bien entendu est en jeu.

La Médecine aux Médecins.

Dr Gires, Président du Syndicat des stomatologistes.

Dr Sauvez, Président de la Société des stomatologistes des Hôpitaux.

Dr Bozo, Directeur de l'Ecole française de stomatologie.

Dr Herpin, Président de la Société de stomatologie de Paris.

Croisière médicale internationale en Orient

Pâques 1926

Le succès extraordinaire de notre précédente croisière en Orient, les demandes nombreuses qui nous sont parvenues de Belgique et de l'étranger, le Congrès International de Chirurgie qui se tient à Rome, du 7 au 10 avril, nous ont décidés à mettre au point, pour le début du printemps, un nouveau voyage autour de la Méditerranée. Ce voyage aura un caractère international dans son organisation. Celle-ci est dès maintenant à l'étude.

La nouvelle croisière comprendra deux circuits au choix des voyageurs et les dates de départ tiendront compte du Congrès de Rome, à l'intention duquel ces voyages sont spécialement organisés. Les congressistes et leur famille sont donc, avant tout autres, les premiers ayants droit. Il va de soi que *les autres médecins sont admis également.*

Premiers renseignements. — *Circuit A* : Marseille, Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople. Le Pirée, Malte, Naples, Marseille. Départ de Marseille le 5 mars. Escale à Naples pour l'ouverture du Congrès de Rome. Durée : 31 jours.

Circuit B : Marseille, Naples, Alexandrie, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Constanza, Constantinople, Le Pirée, Alger, Marseille. Départ de Marseille, le 15 avril. Durée approximative : 33 jours.

Outre la visite des villes d'escale, le temps nécessaire sera donné aux deux circuits pour voir Le Caire, Jérusalem, Damas et Athènes. Le prix médical sera de 4.000 francs pour le tour complet. (Le prix Marseille-Beyrouth *simple*, pour le *public*, est actuellement de 4.200 francs). Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales.

Un nombre important d'installations est dès à présent à notre disposition, mais nous tenons à rappeler que les lignes d'Orient sont surchargées au printemps. En conséquence nous prions ceux qui auraient l'intention de se joindre à l'un des deux voyages de se signaler à nous dès à présent, sans engagement de leur part, bien entendu.

Nous ignorons encore quels navires seront affectés à ces croisières, sauf que pour l'un d'eux, le trajet Marseille-Beyrouth sera effectué par le *Champollion*, des Messageries Maritimes. Ce navire, d'un luxe extraordinaire (20.000 tonnes, 170 mètres, trois cheminées), effectue en ce moment son premier voyage.

Nous ne doutons pas que la prochaine croisière en Orient ne constitue un réel événement. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des renseignements successifs. Nous répondrons par la voie du *Bruxelles Médical* aux questions qui nous seront posées. Toute la correspondance doit être adressée au Dr Bernard, à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire**, 156 *bis*, avenue de Suffren, XVe arrondissement (Métro-Sèvres). — Chef du service : M. le Dr F. Cathelin. Assistants titulaires : docteurs Boullanger, Grandjean et Brulé. Assistant adjoint : Dr Quenay. Assistant chirurgical : Dr G. Yvon. Assistant médical : Dr Siguret. Chefs des laboratoires : docteur Beauvy, Detot, Le Guyon et Lobligeois. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* — Semestre d'hiver à partir du jeudi 5 novembre 1925. — *Programme* : Consultations : les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures au Pavillon-Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Radiographies : les mercredis à 9 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures. — Injections épidurales et électricité (haute fréquence) : les mercredis à 9 heures 1/2. — Urétrites et examen des gouttes : les lundis à 10 heures. — Traitements : tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la Bibliothèque et les Laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Le 24 juillet, l'agent m'envoie à signer la quittance établie à Paris le 27 mai, portant paiement intégral de 506 francs ;

Le 30 juillet, le facteur m'apporte les 506 fr., par chèque postal et le même jour, je recevais une lettre en date du 29 juillet du directeur qui m'offrait seulement 330 fr., soit à peu près les 2/3.

Quelle bande de haricotiers, pour ne pas dire plus !

Sans le « Sou Médical », je crois que l'affaire ne se serait pas terminée si facilement. Aussi, j'adresse, une fois de plus, mes plus vifs et sincères remerciements à ce bon « Sou Médical », à cet excellent Croquemitaine qui fait peur aux méchantes petites compagnies qui veulent chercher noise aux médecins, et qui m'a rendu tant de services.

Tous devraient en faire partie, s'ils avaient quelque compréhension de leurs propres intérêts.

Dr C.

Mutualité Familiale. La pension devrait toujours compléter l'indemnité-maladie.

Je vous remercie de l'indemnité que vous m'avez envoyée, mais vous me dites que, fin décembre, je toucherai pour la dernière fois : pourquoi cela, puisque je suis arrêté d'une manière définitive et que désormais il me sera impossible de reprendre l'exercice de la profession médicale ?

Dr M... à S...

Réponse.

Vous n'aurez plus droit à l'indemnité maladie parce que vous avez 65 ans et qu'à cet âge vous êtes sortant de par les statuts : vous n'avez plus de cotisation à payer et la Mutualité Familiale n'a plus rien à vous verser.

Votre exemple montre la nécessité qu'il y a de compléter l'adhésion aux combinaisons indemnité maladie par l'adhésion à la combinaison R (retraite à 65 ans). Si vous aviez fait partie de cette dernière, vous n'auriez plus reçu d'indemnité maladie, c'est vrai, mais vous auriez touché, en janvier, la pension de 1.200 francs et vous auriez continué à la toucher tous les ans quel qu'ait été votre état de santé.

Bien des fois j'ai insisté sur ce que j'ai appelé la combinaison idéale (R se superposant à MA) ; pourquoi ne vous êtes vous pas laissé convaincre alors que vous étiez dans la possibilité de vous y inscrire ?

A. G.

2524. — Préparation des auto-vaccins.

Tout praticien a-t-il le droit de préparer des auto-vaccins, sans passer par l'intermédiaire d'un pharmacien, ou doit-il demander une autorisation et être soumis à un contrôle ?

Dr F.

Réponse.

Le *Concours médical* a publié, dans son numéro du 2 mars 1924, page 450, la réponse faite par le Ministre de l'Hygiène à un de ses abonnés, qui lui avait demandé l'autorisation de préparer des auto-vaccins dans son laboratoire privé d'analyses exclusivement médicales.

Il en résulte que l'auto-vaccin qui n'est pas « débité », suivant le sens ordinaire attaché à ce mot, mais est réservé à un malade unique, ne tombe pas sous l'application de la loi du 25 avril 1895, visant les sérums, vaccins et produits analogues. Il est envisagé comme une préparation magistrale, exécutée sous le contrôle du médecin par le bactériologiste ayant sa confiance et dont le praticien fait usage sous sa propre responsabilité.

L'administration n'a donc pas, dans ce cas, à intervenir sous la forme d'une autorisation.

Le médecin n'a donc pas non plus à passer par un pharmacien et peut être lui-même son propre bactériologiste, cette profession ne nécessitant aucun diplôme officiel spécial.

2523. — Continuation du travail par un accidenté agricole.

Voudriez-vous être assez aimable pour m'indiquer de quelle façon on doit envisager l'interruption de travail dans les accidents agricoles ?

Deux cas concrets exposeront mieux ma pensée :

Un ouvrier agricole est atteint de contusion du gros orteil gauche avec petite plaie, hématome et décollement de l'ongle, un autre de plaie linéaire profonde de l'index gauche sans lésion articulaire pour coupure avec une faucille.

Si ces hommes étaient ouvriers d'usine, ces blessures motiveraient l'interruption totale du travail pendant une vingtaine de jours ? Mais à la campagne un ouvrier de ferme ne saurait rester inoccupé, les travaux sont variés et nombreux ; s'il ne peut mettre des souliers, il met des sabots ; avec un pansement à la main il peut conduire une charrue... des bestiaux... etc., donc pratiquement il fournit dans ces deux cas, ou peut fournir un travail équivalent à celui d'un sujet non blessé.

J'ajouterai que l'un des employeurs de ces hommes a *officiellement* prévenu l'agent régional de la Cie d'assurances, qu'il connaît comme ami, que son employé travaillait toute la journée... et le médecin avait établi un certificat concluant à une interruption de travail de vingt jours.

Dans des cas analogues, doit-on conclure que le blessé peut et *doit* continuer son travail tout en étant soigné ?

Serait-il équitable de faire payer par l'assurance des journées de chômage qui en réalité n'existent pas ?

L'assurance ne pourrait-elle faire contre-visiter le blessé et ne faudrait-il pas admettre la décision

probable de son médecin concluant à la possibilité de continuer le travail ?

Dr B.

Réponse.

Il serait certainement peu équitable, et même malhonnête, de faire payer à la Compagnie d'assurances des journées de chômage pour des blessés du travail, agricoles ou autres, qui continuent en réalité à travailler et à toucher le même salaire qu'avant l'accident, ou même un salaire diminué.

D'autre part, bien que la loi n'ait pas prévu ce cas, certainement plus fréquent dans l'agriculture que dans l'industtrie ou dans le commerce, comme c'est l'intérêt du patron, ou plutôt de la Compagnie d'assurances, que l'ouvrier continue à travailler, au moins le plus souvent, il ne doit pas y avoir de difficultés si la Compagnie en est prévenue.

Elle pourra alors faire contre-visiter le blessé par son médecin, qui conclura, soit à la guérison totale des conséquences de l'accident, et, par suite à la reprise du travail normal ; soit à la possibilité de continuer un travail réduit ou un travail différent sans qu'il y ait crainte d'aggravation de la lésion provenant de l'accident ; soit à une crainte d'aggravation par la continuation d'un travail.

Dans ce dernier cas, si l'avis du médecin de la Compagnie était fondé, l'accidenté devrait cesser son travail totalement jusqu'à guérison complète de l'accident pour lequel il est soigné.

Dans le second cas, le travail réduit ou différent serait continué et il serait juste que la Compagnie n'ait aucune indemnité temporaire à payer si l'ouvrier touche le même salaire qu'avant l'accident, ce qui aura lieu souvent dans l'agriculture, où les ouvriers sont la plupart du temps payés au mois, logés et nourris.

Si le salaire, au contraire, est inférieur à celui d'avant l'accident, la Compagnie, d'accord avec son assuré et avec l'ouvrier, pourrait accepter de payer au blessé la différence entre son salaire total et son salaire réduit. Mais il faudrait un accord amiable.

2522. — Tenue de comptabilité par un médecin.

Assez souvent je reçois des lettres de médecins me demandant si je connais des livres de comptabilités fiscales leur expliquant comment ils doivent :

1° Tenir une comptabilité suivant les exigences de la loi ;

2° S'il existe des livres de dépenses et recettes avec colonnes de répartition (comme il en existe pour les pharmacien).

Je vous serai très reconnaissant si vous pouviez me donner ces renseignements qui me permettraient de répondre immédiatement à mes confrères en leur indiquant que ces renseignements m'ont été fournis

par le *Concours médical*, à qui ils peuvent s'adresser pour de plus amples renseignements.

Dr T.

Réponse.

Jusqu'ici, aucune loi n'oblige les médecins à tenir une comptabilité régulière. Il est évidemment préférable à tous points de vue qu'ils en tiennent une, comme l'a indiqué le docteur Duchesne dans un article récent, mais le fisc ne peut en exiger la production, et encore moins se baser sur un défaut de comptabilité pour taxer d'office.

Comme livre de comptabilité médicale, nous pouvons vous indiquer l'Agenda-Memento du Praticien, édité tous les ans par le *Concours*. En outre, cet Agenda contient des renseignements concernant l'exercice de la profession (législation, jurisprudence, etc.), très utiles pour la pratique journalière.

2326. — Evaluation de la tuberculose du testicule pour les pensions militaires.

Puis-je vous demander un avis sur l'interprétation du récent décret portant à 100 % le taux d'invalidité des tuberculoses chirurgicales ? Ce décret s'applique-t-il à la tuberculose du testicule ? Dans l'espèce il s'agit d'un malade pensionné à 25 % pour orchi-épididymite bacillaire unilatérale avec noyaux indurés multiples sans lésions pulmonaires.

Dr G.

Réponse.

Le récent décret s'applique seulement à la tuberculose osseuse, et encore sous certaines conditions.

La tuberculose testiculaire ne peut donc en bénéficier.

Cependant le taux d'évaluation de celle-ci peut néanmoins être majoré proportionnellement à la gravité des lésions, et, par conséquent, se rapprocher de l'invalidité absolue (100 %), ou l'atteindre, sous réserve de l'examen par un *spécialiste qualifié*, qui devra fixer la nature tuberculeuse, la gravité, le caractère d'activité des lésions, ainsi que la nécessité du repos, à la suite d'une observation et d'une étude aussi approfondies que possible (Instruction 834 Ci/7 du 21 octobre 1919 pour l'application du décret du 17 octobre 1919).

Application du Tarif Breton.

I

2467. — Extraction de corps étrangers superficiels multiples.

Pourriez-vous avoir l'obligeance de me renseigner sur le tarif à demander à une assurance dans le cas suivant.

Ouvrier blessé par une explosion de mine, visage, cou et mains criblés d'éclats de pierre. L'extirpation

de ces éclats a nécessité 9 séances, à une moyenne de six à huit éclats par séance. Une douzaine ont nécessité une anesthésie locale, je me suis fait assister pour deux des interventions par un confrère ; il s'agissait ces 2 jours-là d'extirpation d'éclats situés en des points dangereux, articulations des doigts, d'un poignet. Dr F.

Réponse.

Ce sont là des cas spéciaux qui ne peuvent être traités qu'à l'amiable. Je demanderais 25 francs (première catégorie) par séance d'extraction, par analogie avec « réunion par sutures multiples », alors que j'aurais ainsi extrait de « multiples » corps étrangers chaque fois. Quant à l'aide d'un confrère pour ces extractions, c'est une autre histoire..... et je me sentirais plus embarrassé pour en démontrer la nécessité.

Dr F. DECOURT.

II

2455. — 1° Pas de catégories pour les radiologistes sauf dans le cas de radiothérapie ; 2° Le tarif d'une intervention la comprend tout entière, soit la suture de la peau comprise.

J'ai envoyé à une Cie d'assurance la facture ci-jointe, éclat métallique à la pointe du triangle de Scarpa en dedans de la fémorale et profond. L'assurance me répond : « En ce qui concerne le cas qui nous intéresse, il y a en quelque sorte 2 interventions différentes, la localisation et l'extraction du corps étranger. La localisation doit être comptée à part et sans réduction, comme l'a fait le Dr B.

Quant au prix de l'extraction, il doit être ramené, ce n'est pas douteux, à 225 fr. pour la 2e catégorie. »

Or, moi je prétends que : « l'extraction d'un corps étranger profond sous contrôle de l'écran » est une intervention *radiologique*, donc non passible de réduction. » Ai-je raison ?

2° J'ai adressé à la X la facture suivante à laquelle il m'a été répondu la lettre ci-jointe du 22-9-25.

Je maintiens que seule la suture des tendons extenseurs *sur les doigts* peut être comptée en 2e catégorie 37 fr. 50, mais la tabatière anatomique étant au poignet, la suture des extenseurs à ce niveau est bien de 112 fr. 50.

Quant à la cumulation de la *régularisation avec* la suture des tendons et la ligature de la radiale, il s'agissait d'une plaie déchiquetée par éclatement de siphon d'eau de Seltz, il m'a fallu la panser, la régulariser et l'éplucher pour en faire quelque chose de propre ; dans ces conditions ai-je oui ou non droit à la cumulation ? C'est un point important, car c'est la deuxième fois qu'une assurance me signifie la même interprétation.

3° Une compagnie, plutôt son agent local, refuse de me payer 108 fr. une radiographie face et profil du genou. Avant le premier janvier, c'était 90 fr.

il y a eu 20 % d'augmentation soit 108 fr. L'agent en question émet la prétention de faire 25 % de rabais sur 90 puis d'ajouter 20 %, sous prétexte que B. est de 2e catégorie. Je refuse, ai-je raison ?

Dr B.

Réponse.

1° Voir l'article 15 de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 : « La minoration ne saurait être applicable aux électro-radiologistes que pour les *soins* et ne concerne, par conséquent, que l'électrothérapie (article 26) ». Donc, les radiologues subissent une réduction de 25 % pour tout ce qui concerne les soins et, *à fortiori*, le chirurgien faisant une opération même sous radio. Par contre, pour la radioscopie, non seulement pas de réduction sur le tarif, mais augmentez de 20 % les prix marqués, ainsi que le prescrit l'arrêté minitériel du 24 décembre 1924.

2° *a*) Il m'apparaît, comme à vous, que les tendons de la tabatière anatomique font partie des « tendons superficiels du poignet », dont la suture est tarifée 150 francs (première catégorie) à l'article 17.

b) Comptant déjà la ligature de la radiale plus la suture des tendons l'encadrant, je ne vous vois plus comptant un épluchage et suture, la fermeture de la plaie étant la terminaison commune aux deux interventions déjà tarifées.

3° Pas de catégorie pour une radiographie : donc plus de réduction de 25 % sur le tarif, mais, au contraire, augmentation de 20 %, comme il est dit ci-dessus.

F. D.

III

2431. — Certificats multiples.

J'ai recours à vous pour savoir ce que je peux demander à la compagnie d'assurances (accident de travail) dans le cas suivant : appelé près d'un blessé que l'on transporte du lieu de l'accident à l'hôpital de P. dont je suis actuellement le médecin, j'arrive *dans la rue* pour constater le décès. J'ai fourni un certificat détaillé avec causes de la mort à la Cie. La mairie et la gendarmerie m'ont demandé de leur remettre le même certificat, d'où 3 certificats différents. Que puis-je compter et comment me baser ?

Dr B.

Réponse.

Vous ne pouvez demander à la Compagnie d'assurances que votre visite plus un certificat (article 29). Les autres certificats fournis à la gendarmerie ou à l'état civil ne font plus partie de ce tarif Breton qui fixe la *part patronale* des frais, c'est-à-dire ce qui est réclamable au patron ou à son assureur substitué. Toutefois, vous seriez en droit de réclamer le prix d'un deuxième certificat à l'assurance si celle-ci vous l'avait demandé en plus de celui légal.

F. D.

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

Le « Sou Médical », ligue de protection et de défense professionnelles fondée en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents contre tous les risques professionnels et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans un nombre considérable d'affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le *Concours Médical*, l'Union des Syndicats, l'Association générale des Médecins de France, etc.

Il a créé une caisse spéciale destinée à garantir ses membres, en outre des frais du procès, jusqu'à concurrence de **50.000** francs contre les demandes de dommages-intérêts qui pourraient leur être intentées en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession, et cette caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas (1).

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services extra-professionnels ?

Pour être membre du « Sou Médical », il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association Médicale ou bien être présenté par deux confrères déjà membre du « Sou Médical ».

La cotisation annuelle est de 25 francs, comprise la participation à la caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION.

Voir Bulletin ci-contre.

(1) Le Conseil d'Administration du *Sou Médical* propose à l'Assemblée générale du 15 novembre 1925 de porter la garantie à 70.000 francs avec une cotisation de 40 francs. (Voir page 2476).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le droit de reprise du propriétaire n'est pas applicable au local du médecin.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION.

Arrêt du 9 juillet 1925.

Sur le moyen unique, pris de la violation des articles 13 de la loi du 31 mars 1922, et 1er, paragraphe 2, de la loi du 2 août 1924 ;

Vu les textes susvisés ;

Attendu que V., demandeur au pourvoi, expose qu'il est locataire d'avant-guerre d'une maison située à F. où il exerce la profession de docteur en médecine ; que, par procès-verbal de conciliation du 3 novembre 1920, un accord est intervenu entre lui et F., propriétaire, aux termes duquel ils ont fixé au 25 décembre 1924 la date d'expiration de la prorogation à laquelle il avait droit par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ; que, par acte extra-judiciaire du 23 septembre 1924, il a demandé la prorogation facultative prévue par la loi du 2 août 1924 ;

Attendu que V. reproche au jugement attaqué du 17 novembre 1924 d'avoir rejeté sa demande, motifs pris de ce que, par l'accord constaté par le procès-verbal précité, il avait pris l'engagement de quitter les lieux le 25 décembre 1924, et que F. avait un motif légitime de prendre possession de la maison litigieuse ;

Attendu que, d'une part, l'article 1er de la loi du 2 août 1924 dispose que la prorogation facultative des lois du 31 mars 1922 et du 29 décembre 1923 pourra être accordée à tout locataire et à tout occupant de bonne foi, en vertu d'une prorogation antérieure, même expirée, sans distinguer si cette dernière prorogation résultait d'un accord amiable ou d'une décision judiciaire ;

Attendu que, des travaux préparatoires de la loi du 2 août 1924, il ressort que la disposition précitée a eu pour but de mettre fin, par voie d'interprétation, à une jurisprudence qui s'était instituée dans un sens différent ; qu'ayant un caractère interprétatif, elle a un effet rétroactif ;

Attendu que, d'autre part, les lois du 29 décembre 1923 et du 2 août 1924, particulièrement celle du 2 août 1924 dans son article 6, ont maintenu en vigueur toutes les dispositions de la loi du 31 mars 1922 auxquelles elles n'ont expressément dérogé ;

Qu'elles n'ont modifié par aucun texte la disposition de l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 qui limite aux locaux d'habitation le droit de reprise du propriétaire ;

Et attendu qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une maison à usage d'habitation et à usage professionnel faisant l'objet d'un bail unique et pour un prix unique, que le jugement attaqué ne déclare pas que les locaux peuvent être divisés ;

Qu'en conséquence, le droit de reprise du propriétaire n'était pas applicable ;

D'où il suit, qu'en décidant le contraire, le juge de paix n'a pas légalement justifié sa décision et a violé les textes visés au moyen ;

Par ces motifs :

Casse et annule le jugement rendu le 17 novembre 1924 par le juge de paix de Pavilly ;

Renvoie devant le juge de paix de Maromme.

Commentaires.

L'arrêt ci-dessus résout deux questions différentes :

La première est d'ordre général et nous ne nous y arrêterons pas.

Le juge de paix avait décidé que, comme la prorogation avait été accordée au Dr V. par suite d'un accord intervenu en conciliation entre lui et son propriétaire, la prorogation facultative des lois des 31 mars 1922 et 29 décembre 1923 ne pouvait lui être accordée, à la suite de la prorogation contractuelle ainsi consentie. La Commission supérieure constate que la loi du 2 août 1924 qui permet d'accorder la prorogation facultative à tout locataire et à tout occupant de bonne foi, en vertu d'une prorogation antérieure, même expirée, sans distinguer si cette prorogation résultait d'un accord amiable ou d'une décision judiciaire, a un caractère interprétatif et par suite un effet rétroactif.

La seconde question est d'un intérêt plus particulier pour les médecins.

Le droit de reprise du propriétaire, étant limité aux locaux d'habitation par l'article 13 de la loi du 31 mars 1922, s'applique-t-il aux locaux à usage professionnel du médecin ? Non, dit la Commission supérieure, et ce, alors même que les locaux bénéficiant de la prorogation, ou appelés à en bénéficier, sont à la fois à usage professionnel et à usage d'habitation, dès lors que ces locaux ne peuvent pas être divisés.

C'est ce qui existe le plus souvent pour l'habitation dans laquelle le médecin exerce sa profession. C'était le cas du Dr V. En conséquence, le droit de reprise du propriétaire n'était pas applicable.

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette décision pour le Corps médical, alors que, dans la plupart des localités, il est si difficile de trouver un logement et alors que le médecin ne sera sans doute pas défendu contre les prétentions du propriétaire par la future loi dite sur la propriété commerciale.

Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, le local du médecin a un caractère tout à fait particulier. Il est juste que, placé entre les deux genres de locaux que le législateur a eu le plus directement en vue lorsqu'il a institué la législation sur les loyers de guerre et d'après-guerre (locaux d'habitation et locaux commerciaux ou industriels), il bénéficie, tout au moins en partie, des avantages accordés à chacun de ces deux genres, comme, par contre, il doit supporter, aussi en partie, les inconvénients à la charge de chacun d'eux.

J. Dumesny.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2528-IV)

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1re Zone **55** fr. — 2e Zone **70** fr.

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

Nous rappelons à nos lecteurs que les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le *Dimanche 15 novembre* 1925, chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle.

A trois heures : **Société d'Etudes du Concours Médical.** — *A quatre heures* : **Mutualité Familiale du corps Médical français.** — *A cinq heures et demie* : **Sou Médical.** — *A sept heures précises* : **Banquet**; souscription 40 fr. — *A neuf heures et demie* : **Soirée artistique.**

Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 10 *novembre* aux bureaux du *Concours Médical.*

DEMANDES et OFFRES

N° 460. — Salon Louis XVI en noyer, cinq pièces, tr. bonne occas. à vend. de suite.

N° 461. — Belles poulettes leghorns blanches améric. et Bresses noires, race pure, 3 à 4 mois, 20 fr., prêtes à pondre, 25 fr. Malines Concours 25 fr., canards blancs Aylesburys, oies blanches de Romagne (100 œufs par an). Oies de Toulouse volumineuses, à fanon et bavette. Dindons noirs et dindes pour couvées prochaines. Pintades grises, superbes, sélectionnées. Plus de 1.000 récompenses aux exposit. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne).

N° 462. — Poste de radiolog. dans clin. Paris, avec associat. à reprend. Aff. sér. Dr Rouch, 32, rue Legendre, XVII[e], mard., merc., jeudi de 5 à 7.

N° 463. — A vend. Chiots Setter Irlandais ; gr. orig. Pédigrée parf. Dr Favre, Saint-André-de-Cubzac (Gir.)

N° 464. — Grande banl. Nord. Client. d'aven. dans chef-l. de cant. fais. actuel. 38.000 en progr. const., à vend. 20.000 compt. Pressé.

N° 465. — Midi. Excellent poste propharmacien faisant 80.000, climat agréable, belle maison confortable, long bail.

N° 466. — Dr dem. confr. très au cour. Ray. X et électric. pour rempl. du 15 novembre au 1[r] janvier, ou pour assist.

N° 467. — A céd. 1.100 fr., beau fusif Charlin, ét. neuf, cal, 12, ayant coûté 1.500 fr. il y a un mois. Dr Charier, Saint-Etienne-du-Bois (Vendée).

N° 468. — Sud-Est. Ch. l. de cant., seul doct. poste conven. à méd. actif, rap. act. 35.000, mais. 6 p., jard. gar. Prix : 10.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5..). Tél. Gob. 36-46.

N° 469. — Normandie. Ch. l. de cant. (16 kil. de sous-préfect.), client. très active, belle mais. 7 p., avec gar. jard. très belle région, pet. indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5[e]). Tél. Gob. 36-46.

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

CORRESPONDANCE

2531. — Historique de la règlementation de la profession de sage-femme.

Je lis dans le *Concours médical* du 11 octobre votre article sur la Règlementation de la profession de sage-femme. Il fait allusion à des articles parus antérieurement dans le *Concours*.

Je le lis (ou parcours) attentivement et ne me rappelle cependant pas avoir vu quelque chose sur la question depuis un certain temps, un an au moins.

Je désirerais simplement savoir actuellement à quelle date remonte la première rêglementation de la profession de sage-femme.

L'article 33 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, fait allusion pour elle à la loi du 19 ventose an XI (10 mars 1803).

Etait-elle réglementée auparavant ? Depuis quelle époque ?

Autrement dit depuis quand les matrones ont-elles été *mises* hors la loi ?

Dr B.

Réponse.

En me reportant à différents textes et recueils législatifs, comme aussi à la thèse si documentée de M. Gérard Strauss « La règlementation de la profession de sage-femme », thèse de doctorat en droit, Paris, 1925, je n'ai pas trouvé de règlementation antérieure à celle de 1560. « Statuts et règlements ordonnez pour toutes les matrones ou saiges-femmes de la ville, faulxbourgs, prévosté et vicomté de Paris ».

Ce règlement a 24 articles, exigeant des examens scientifiques, passés avec solennité et une enquête sur la moralité.

Les sages-femmes faisaient partie d'une corporation dont les patrons étaient saint Come et saint Damien, patrons des chirurgiens.

Ce règlement prescrit, en cas d'accouchement, qui ne se présente pas « le chef devant », l'assistance d'un médecin, ou à défaut, l'appel à une ancienne de la corporation.

Mais, il n'y a encore aucune règlementation, ni programme en ce qui concerne les études et les épreuves d'examen.

D'ailleurs, dans ses mémoires, la fameuse Madame Bourgeois, dite Boursier, accoucheuse de Marie de Médicis, raconte comment elle a appris l'art de la sage-femme. Débutant comme élève d'une matrone, elle se perfectionna sous la direction de son mari, chirurgien, ancien élève d'Ambroise Paré. Ces mémoires datent de 1626.

Le statut de 1699 crée en faveur des filles de sages-femmes, un privilège corporatif, les dispensant d'un certain nombre de formalités habituellement exigées à l'entrée de la profession.

Un stage de trois ans chez une sage-femme est imposé, sauf pour l'Hôtel-Dieu, dont les élèves ne doivent faire que trois mois d'apprentissage.

Il n'y avait pas encore de programme déterminé, au point de vue des études scientifiques ; mais l'examen se passait devant un jury fort nombreux (treize) : le premier chirurgien du roi, ou son lieutenant, les quatre prévots en charge, les quatre chirurgiens et les quatre jurées sages-femmes du Chatelet.

Doivent assister à l'examen le doyen de la Faculté de médecine, deux médecins du Chatelet et neuf autres officiers.

Il est curieux de rapprocher la pompe de ces épreuves corporatives, qui recevaient l'estampille de la Faculté de médecine, par la présence de son doyen, de la forme actuelle des examens, qui tendent à se passer en toute simplicité,sans aucune pompe sauf cependant, à la Faculté de Montpellier, où certaines traditions sont encore conservées, comme celle du serment d'Hippocrate, prêté par le nouveau docteur, devant ses maîtres et ses camarades assemblés, lors de la soutenance de la thèse.

Néanmoins, dès cette époque, les accoucheuses ne faisaient pas de brillantes affaires : elles étaient en concurrence avec les chirurgiens et les médecins accoucheurs qui, plus instruits, se voyaient en faveur auprès de la clientèle riche.

Des luttes intercorporatives s'en suivirent : les sages-femmes voulant augmenter leur prestige, par des études scientifiques plus élevées ; les médecins entendant conserver jalousement le dépôt de science que leur corporation garde avec soin, pour empêcher toute concurrence de la part de quiconque ne fait pas partie de la profession.

En 1745, cependant, les sages-femmes, à force de réclamations et de suppliques, obtinrent que deux professeurs seraient chargés de leur donner une instruction scientifique et leur feraient des cours d'anatomie et de pratique obstétricale.

L'enregistrement des diplômes, durant toute cette époque, fut plutôt le prétexte à payer des taxes d'état ou de corporation, alors que seule cette dernière poursuit la répression de l'exercice illégal, moins dans un but de protection de la santé publique, que pour faire respecter l'intangibilité de privilège et supprimer la concurrence.

Ce n'est que la loi du 19 ventose an XI, qui réglementera véritablement pour la première fois la profession de sage-femme ; mais dans ce texte législatif, on retrouve encore des vestiges de l'ancienne règlementation corporative des accoucheuses.

Cette loi institue un enseignement, donné gratuitement dans les hospices départementaux

et détermine la nature des interrogations que posera le jury d'examen.

A cette époque le législateur interdit aux sages-femmes l'emploi d'instruments et les astreint à recourir à l'assistance d'un médecin, pour tous les cas de dystocie, ou d'accouchement laborieux.

Des poursuites sont prévues, pour la première fois, contre les illégaux : 100 francs d'amende, contre les matrones illégales et 6 mois d'emprisonnement en cas de récidive.

Les deux classes de sages-femmes sont instituées par cette loi : les accoucheuses de première classe subissant leur examen final devant une faculté de médecine et ayant le droit d'exercer dans toute la France ; les sages-femmes de seconde classe subissant leurs épreuves devant une école préparatoire, avec un professeur de Faculté comme président du jury d'examen ; elles ne peuvent exercer que dans le département pour lequel elles ont été reçues.

Ajoutons que les sages-femmes figurent à l'article 378 du code pénal, leur imposant comme aux médecins, le silence absolu, envers tous, en ce qui concerne ce qui a été appris, entendu, ou surpris, au cours de l'exercice de la profession.

La loi du 30 novembre 1892 a peu modifié la codification du statut des sages-femmes.

Quant à la poursuite de l'exercice illégal, la lutte contre les matrones non diplômées, sous l'ancien régime ce soin était laissé aux corporations. Ce n'est que par la loi de Ventôse, que le délit est déféré aux tribunaux correctionnels.

Dr Paul Boudin.

Mutualité Familiale. Comment obtenir l'indemnité de 20 fr. lorsqu'on est inscrit à MA.

Je suis entré à la fin de juin à la combinaison MA pour une indemnité journalière de 10 fr. : je voudrais démissionner et entrer à MAD pour avoir l'indemnité de 20 fr. Quelles formalités dois-je accomplir et à quelles dates, pour rester le moins longtemps possible sans avoir droit à l'indemnité ? Dr R.

Réponse.

Vous devez constituer un dossier nouveau, comme si vous ne faisiez pas partie de MA et subir un nouvel examen médical : en somme vous êtes un adhérent nouveau qui, s'il est en règle, sera admis fin décembre.

Vous donnerez à ce moment votre démission de MA, si vous ne voulez plus continuer à en faire partie et que l'indemnité de 20 fr. vous suffise, et vous prendrez vos droits à l'indemnité au 1er juillet 1926.

Si vous restiez à MA, vous auriez un léger supplément de cotisation à payer et pendant la période janvier-juillet 1926, vous auriez droit à l'indemnité de 10 fr., puis au 1er juillet à l'indemnité de 30 francs.

Dans tous les cas, constituez votre dossier immédiatement.

H. M.

2393. — Situation militaire.

Je vous serais obligé de bien vouloir me donner quelques renseignements sur ma situation militaire, d'après les données ci-après.

Age : 48 ans ;

Grade : médecin-major de 2e cl.

Marié : 4 enfants mineurs.

Total des services : 27 ans et 47 jours. Campagne contre l'Allemagne : 4 ans 1/2.

Séjour aux armées, : 2 ans et 10 mois.

Décoré de la croix de guerre.

Ma santé a été très éprouvée par la guerre et aussi par les soucis d'après-guerre (nécessité de refaire une clientèle grignotée par des médecins voisins non mobilisés, quoique bien portants !)

Je ne me sens pas en état de supporter une nouvelle mobilisation.

Pensez-vous que je puisse démissionner pour être définitivement dégagé de toute obligation militaire ?

Dr D.

Réponse.

Dans les conditions où vous vous trouvez quant à votre situation militaire, vous pouvez parfaitement offrir votre démission. Si celle-ci est acceptée par le Ministre, vous subirez la loi commune ; même si, contre toute attente, survenait une mobilisation *avant* l'échéance *normale* de vos obligations militaires, nul doute que vous ne soyez repris comme médecin mobilisé, et non comme soldat de deuxième classe.

2496. — Passage d'un échelon de grade à l'échelon supérieur.

Qu'est-ce qui, pour un médecin aide-major 1re cl., détermine le passage du 1er au 2e échelon ? Si c'est le temps de grade, de combien est-il ?

Dr R.

Réponse.

C'est l'ancienneté des services *effectivement* accomplis ; la durée en est de quatre années.

2530. — Accident à un facteur en tournée.

Un facteur en tournée tombe d'une bicyclette. Amené chez moi, je le panse et vais continuer à le soigner.

Qui est responsable ?

Qui dois-je prévenir ? Le bureau-poste central ? Y a-t-il assurance ?

Dr D.

Réponse.

Si votre blessé appartient au cadre permanent des P. T. T., c'est un fonctionnaire auquel la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail n'est pas applicable. Dans ce cas, vous devrez vous faire honorer par lui directement et il lui appartiendra de se faire rembourser par son administration dans la mesure et suivant les formes prévues par les règlements intérieurs.

Mais si le blessé est un facteur auxiliaire, lié à l'administration par un simple contrat de louage d'ouvrage, la solution n'est pas la même et la loi de 1898 devient applicable. En effet, la poste est une industrie de transports et le fait qu'elle est gérée par l'Etat ne saurait modifier son caractère. Il en résulte que les ouvriers, employés par l'administration des postes et ne bénéficiant pas du statut des fonctionnaires, ont droit au bénéfice de la loi de 1898 en cas d'accident du travail. S'il en est ainsi en l'espèce, vous pourrez vous faire honorer par l'administration, comme par un assureur, dans les limites du tarif Breton.

Il se peut que dans le cas du facteur fonctionnaire les règlements prévoient que les frais médicaux en cas d'accidents du travail doivent être payés par l'administration suivant le tarif Breton. Dans ce cas, il ne subsisterait qu'une distinction juridique entre les deux situations, mais le résultat pratique serait toujours le même pour vous.

Si le tarif Breton n'est pas applicable, vous n'avez personne à prévenir ; dans le cas contraire, vous devez délivrer un certificat pour être remis à la mairie, suivant la procédure des accidents du travail.

2542. — Règlementation des substances vénéneuses.

Médecin propharmacien et vieil abonné du *Concours*, je serais heureux si vous pouviez me faire donner les renseignements suivants :

Peut-on, d'après la loi du 12 juillet 1916, et le décret du 14 septembre 1916 sur les médicaments toxiques, mettre ensemble dans la même armoire fermant à clef les substances du tableau A et celle du tableau B. Dr P.

Réponse.

L'article 3 du décret du 14 septembre 1916 dit textuellement ceci :

« Quiconque détient une ou plusieurs des « dites substances (du tableau A), en vue de la « vente ou de l'emploi pour un usage industriel « ou agricole, doit les placer dans des armoires « fermées à clef ou dans des locaux où n'ont pas « librement accès les personnes étrangères à « l'établissement.

« Les armoires ou locaux visés au précédent « paragraphe *peuvent contenir d'autres substances*, « à l'exclusion de celles destinées à l'alimenta- « tion de l'homme ou des animaux... »

Et l'article 30 du décret déclare applicables aux substances du tableau B les dispositions édictées pour le tableau A non contraires aux dispositions spéciales du tableau B. Or, rien dans le titre II du décret (tableau B) ne concerne les précautions imposées aux détenteurs.

Il en faut donc conclure qu'aussi bien pour les substances du tableau B que pour celles du tableau A, il est permis de les placer avec d'autres produits, à la seule condition que ce soit dans une armoire fermée à clef.

2561. — Expertise d'accident du travail.

J'ai été commis par le Juge de Paix comme expert afin d'examiner un blessé auquel l'assurance refuse le paiement de son demi-salaire et de fournir un rapport détaillé sur son état de santé. J'ai convoqué chez moi l'ouvrier.

Il y a-t-il un tarif d'expertise ou dois-je simplement compter :

Consultation à heure fixe	10 50
Avertissement à l'assurance et à l'ouvrier	0 60
Certificat descriptif	10 »
soit	21 10

Cela me paraît un peu maigre, vu le temps que je vais passer à examiner le blessé et à rédiger le rapport d'expertise qui est plus tout de même qu'un certificat descriptif.

Dr F.

Réponse.

Le tarif Breton ne concerne que les honoraires du médecin traitant du blessé mis par la loi à la charge du patron, et non pas les honoraires des médecins experts nommés par les tribunaux, qui relèvent du droit commun.

Par conséquent, vous devez, à la fin de votre rapport, fixer vos honoraires à la somme qui vous paraîtra équitable et il appartiendra au juge de paix qui vous a commis d'en fixer définitivement le montant, en les taxant.

En pratique, il est d'usage de réclamer environ une centaine de francs, en matière d'accidents du travail, lorsque l'expertise ne présente pas de difficultés particulières.

2557.— Honoraires de l'expert au Tribunal des Pensions.

J'ai été nommé, par le Tribunal des Pensions, expert dans une affaire de pensionné de guerre. A la suite de l'envoi de ma note d'honoraires, j'ai été informé par le sous-intendant militaire que le tarif des

(*Voir la suite page XLVII-2573*)

PROPOS DU JOUR

La crise de la médecine coloniale.

Le meilleur pionnier de la civilisation aux colonies est indiscutablement le médecin. Cette constatation a été faite si souvent par les Gouverneurs de nos Colonies et les résidents de nos pays de protectorat, qu'elle est devenue un véritable truisme.

Il y a quelques mois, le Maréchal Lyautey, évidemment la plus grande compétence en matière de colonisation, le proclamait hautement aux Journées Médicales Marocaines.

Malheureusement, il devient très difficile de pourvoir de médecins nos colonies et la médecine coloniale traverse une véritable crise à laquelle le Ministre, M. André Hesse, avec M. l'inspecteur général Lesnet, s'efforce de remédier.

Au point de vue médical professionnel, la question a son importance. Quoiqu'on en dise, il y a pléthore de médecins en France, car le chiffre de 24.000 unités donné par les annuaires est notablement au-dessous de la réalité.

Les jeunes médecins ont de la peine à vivre et leurs difficultés d'installation et d'existence nous paraissent devoir augmenter encore avec la cherté croissante de la vie. Nous ne croyons pas que l'organisation des assurances sociales élève les ressources du Corps médical, ce sera vraisemblablement le contraire. Il y aurait donc un grand intérêt pour notre profession à ce que nos colonies ouvrissent un large débouché aux jeunes médecins à l'esprit aventureux, qui pourraient s'y installer définitivement ou revenir après plusieurs années dans la Métropole, pourvus de ressources appréciables, recueillies dans les colonies, et surtout d'une expérience et d'une maturité qui pourraient faciliter leur installation en France et assurer leur succès.

Malheureusement la situation des médecins aux Colonies est encore précaire et nous croyons, comme l'ont démontré MM. les professeurs Brumpt et Joyeux à l'Académie de Médecine, que le Gouvernement ne veut ou ne peut faire les sacrifices nécessaires pour doter de bons médecins nos colonies.

Le journal *Le Temps*, dans deux longs articles parus les 10 et 17 octobre 1925, a bien exposé la question sous le titre de : *La défense sanitaire aux Colonies.* L'auteur de ces articles est évidemment une personne très renseignée et très compétente, mais nous craignons qu'elle se soit illusionnée et qu'elle cherche trop d'inefficaces palliatifs à une crise, qui n'a au fond qu'un remède, une augmentation de crédits.

Comme le fait remarquer le dernier article du *Temps*, pour assurer la défense sanitaire, il y a deux ordres de moyens : les éléments indigènes et les cadres français.

Les éléments indigènes, qui comprennent des médecins et des sages-femmes doivent, selon le rédacteur du *Temps*, être « parfaitement adaptés à leur tâche de médecine préventive et sociale. Pas de science inutile, pas de pédantisme livresque, mais un solide bagage d'hygiène pratique et de prophylaxie, *avec un moral élevé et la conscience des devoirs à remplir*, voilà ce qui est à demander aux exécutants indigènes ». Mais tout ceci est plus facile à écrire et à dire qu'à réaliser. Ce que nos maîtres s'efforcent avec peine d'obtenir dans nos Facultés et nos Ecoles françaises d'une élite bien éduquée et déjà très instruite, pourra-t-on l'obtenir demain aux Ecoles d'Hanoï, de Tananarive, de Dakar et de Pondichéry, et nous faisons quelques réserves sur le moral élevé et la conscience des devoirs à remplir qu'on espère inculquer avant peu aux Malgaches et aux Nègres du Soudan, en les dotant d'un solide bagage d'hygiène pratique et de prophylaxie. M. le Ministre des Colonies ne doit pas se faire de trop grandes illusions à ce sujet.

Ces exécutants indigènes doivent remplir le rôle de vaccinateurs, d'atoxylisateurs qui aident le médecin français dans la lutte contre la maladie du sommeil, à rechercher et à combattre le trypanosome ; ils seront complétés par des infirmiers et des gardes sanitaires qui veilleront « à la bonne hygiène des agglomérations et à l'exécution des consignes d'assainissement ou de prophylaxie. »

Si ce programme est réalisé, ce sera la Métropole, dont l'organisation hygiénique est un véritable chaos, selon l'expression du Dr René Martial, un hygiéniste de carrière, ce sera, disons-nous, la Métropole qui devra aller s'instruire dans ses colonies et y prendre modèle.

Les cadres, formés par des médecins français, en raison d'un médecin par circonscription sanitaire, auront comme tâche celle de guider, de surveiller, de *stimuler les exécutants indigènes.*

Le médecin colonial doit remplir un véritable apostolat et doit être, en outre, jeune, car il lui faut déployer une grande activité ; une grande résistance physique lui est aussi nécessaire que l'intelligence, la volonté et l'énergie pour accomplir sa mission.

Pour le recrutement de ces hommes, disons plutôt de ces surhommes, car il faut qu'ils soient doués de toutes les qualités physiques et morales, l'Administration des Colonies a deux sources : le Corps de Santé colonial et les médecins civils de l'Assistance indigène.

Ce fut le Sous-Secrétaire d'Etat, Eug. Etienne, qui, en 1889, créa le Corps de Santé colonial. Lorsque le 7 juillet 1900 fut organisée l'Armée coloniale, on affecta les médecins coloniaux à ces troupes, tout en leur laissant leurs attributions coloniales. Ces médecins coloniaux font leurs études et acquièrent leur diplôme de docteur à l'Ecole de Bordeaux. Ils font ensuite un stage de neuf mois à l'Ecole d'application de Marseille. Chaque année, 40 jeunes docteurs de cette origine sont affectés au service colonial.

Mais l'insuffisance de la solde, la conviction, bien ou mal fondée, que les médecins coloniaux sont fatalement destinés aux pays les plus insalubres et les plus dangereux de l'Afrique équatoriale, l'assimilation trop complète aux médecins militaires provoquent dans ce corps un grand nombre de départs prématurés.

Sur un effectif total de 560 médecins, il existe à l'heure actuelle un déficit de 140 unités. Ce qui est évidemment excessif. Or l'Indochine, les Antilles, la Réunion sont largement pourvus de médecins civils ; mais il n'en est plus de même en Afrique occidentale et surtout équatoriale et à Madagascar.

L'Administration cherche à remédier à cet état de choses par des moyens inégalement efficaces. Le relèvement des indemnités dans les régions insalubres et dangereuses pourra donner des résultats. Mais que dire des autres moyens : décorations et récompenses honorifiques ! la politique en a fait un tel abus, elles sont souvent si mal attribuées qu'elles ne jouissent plus d'un réel prestige et il n'y a plus guère d'hommes vraiment intelligents qui, volontairement, risqueraient quelque chose pour être payés d'une monnaie qui rétribue trop souvent d'assez bas services ou a été obtenue par de simples intrigues.

Une autre tentative a été la création d'une section coloniale à l'Ecole de santé militaire de Lyon. Nous ne croyons pas qu'en doublant ainsi la section coloniale de l'Ecole de marine de Bordeaux, on éveillera des aptitudes coloniales chez les jeunes médecins. Quant à la mesure qui permet désormais aux médecins de réserve de contracter des engagements de deux ans comme médecins coloniaux, nous ne pensons pas non plus qu'elle diminue les vides du Corps de Santé colonial d'une façon appréciable.

Restent les médecins civils, chargés de l'Assistance indigène. Leur nombre est très suffisant aux Antilles et à la Réunion. En Indochine, ils sont encore fort nombreux et facilement recrutés, parce que la hausse de la piastre et les avantages d'une clientèle qui les honore bien, font au médecin civil une situation enviable dans cette colonie. C'est bien ici la preuve expérimentale que la crise de la médecine coloniale est uniquement d'ordre économique. Comme corollaires, nous constatons qu'il n'y a aucun médecin civil en Afrique équatoriale et que les immenses territoires de l'Afrique Occidentale n'en comptent que 44.

Le rédacteur du *Temps* attribue la crise à des causes plus que discutables : 1° la diminution du nombre des étudiants en médecine du fait de la cherté de la vie ; or, M. Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris affirmait récemment que le nombre des nouveaux étudiants à Paris était en 1925 ce qu'il était en 1914, soit 450 ; 2° les nouveaux débouchés offerts aux médecins en France, surtout par la médecine sociale ! ! Or, ces débouchés peu nombreux sont si mal rémunérés, qu'ils n'attirent guère les jeunes docteurs, pas plus du reste que les vieux. Nous annoncions récemment que le Ministre de l'Hygiène avait dû ajourner *sine die* un concours de médecins de sanatorium faute de candidats.

Combien existe-t-il en France de postes sérieux d'inspecteurs d'hygiène ou de directeurs de Bureaux d'hygiène ? Quels appointements, quel avenir, quelles garanties sont attachés à ces emplois ? Le Dr René Martial a traité en détail la question dans un ouvrage récent, *La Charte française d'hygiène*, dont nous reparlerons avant peu. Ce n'est pas lui qui nous démentira si nous affirmons que la Médecine sociale n'offre pas à l'heure actuelle aux jeunes docteurs de situations équivalentes à celles de la médecine coloniale.

L'Administration coloniale qui, avec raison, espère pouvoir compter dans un avenir plus ou moins éloigné sur les médecins indigènes que fourniront les Ecoles d'Hanoï, de Tananarive et de Dakar, n'obtiendra là, sauf exception, que des médecins de deuxième zone, des sortes d'officiers de santé de valeur très variable. En tous cas, ce sera rarement parmi eux qu'elle pourra recruter

des agents de civilisation « au moral élevé, ayant une pure conscience du devoir à remplir » et considérant leur tâche comme un « apostolat ».

M. André Hesse projette la fondation d'une Ecole préparatoire aux Antilles qui, attirant des étudiants de la Guyane, de la Martinique et de la Guadeloupe, augmenterait le contingent des médecins coloniaux.

Nous craignons bien que, comme pour l'Ecole de Beyrouth, les nouveaux docteurs, originaires de cette école, abandonnent, une fois leurs études terminées, les Colonies pour la Métropole qui présentera plus d'attraits pour eux.

Et comme toutes ces mesures ne peuvent produire leurs effets avant 4 ou 5 ans, si jamais elles en produisent, l'Administration coloniale a trouvé un expédient, celui d'utiliser les médecins russes, réfugiés en France à la suite de la Révolution bolcheviste. Nous trouvons cet expédient heureux, car il permettra à quelques pauvres diables d'assurer leur existence et débarrassera Paris et les grandes villes d'un appréciable contingent d'étrangers, souvent indésirables, qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine, car il leur faut vivre.

En terminant cet exposé, nous ajouterons que souvent, par des mesures maladroites, l'Administration elle-même va contre le but qu'elle poursuit. Nous avons récemment exposé la triste situation sanitaire de Nouméa, qui manque de médecins civils tant pour assurer les soins à la population que pour prendre en main la réalisation urgente d'un programme d'assainissement urbain. Or l'Etat a fait à la Colonie, le cadeau onéreux de l'hôpital de Nouméa. Le service de l'hôpital pourrait être confié à des médecins civils. Dans le compte rendu de la séance du 10 juillet 1925 du Conseil général de la Colonie (1), certains conseillers ont fait des réflexions qui paraissent bien frappées au coin du bon sens ; citons les :

« M. David pense qu'il serait plus économique pour la colonie d'avoir des médecins civils à l'hôpital plutôt que des médecins militaires. M. A. Unger est de même avis. Il est préférable d'avoir des médecins civils qui s'attachent au pays, deviennent de bons médecins de famille. Tandis que le médecin militaire, qui est de passage, concurrence le médecin civil et empêche ainsi sa venue ici. »

Eh bien ! non. L'hôpital aura, de par la volonté administrative, un médecin militaire ; on tolèrera son accès aux médecins civils.

La Nouvelle-Calédonie est divisée en dix circonscriptions d'assistance médicale indigène. Il est urgent d'améliorer ce service, de créer des infirmeries avec une pharmacie où un infirmier serait à demeure, de faciliter ainsi la tâche du médecin de l'Assistance indigène qui, actuellement, ne peut être très utile dans ses tournées ; il se borne à donner quelques conseils en visitant les tribus et surtout à dépister la lèpre. Pour ces améliorations, le Conseil général établit une taxe de 20 fr. par indigène, soumis à l'impôt de capitation. Le Secrétaire général annonce que deux médecins militaires seront appelés à compléter ce service sous la direction du chef de service de santé, encore un militaire.

« M. A. Unger, au Conseil général, dit qu'il est plutôt partisan de faire venir des médecins civils, ceux-ci se fixent dans le pays. M. David fait valoir que le médecin militaire a droit tous les quatre ans à un an de congé. »

Cela n'a aucune importance, on fera venir de France deux médecins militaires ; le désir de l'Administration s'impose.

Que viendront faire ces deux médecins militaires dans une colonie dont la garnison est de 80 soldats ; ces médecins ne sont pas appelés à y séjourner longtemps, alors que l'Administration coloniale se plaint de manquer de médecins coloniaux ? Ils viendront à Nouméa faire de la clientèle, leur présence détournera de cette vieille colonie qui, depuis 70 ans est conquise et où nombre d'indigènes canaques sont européanisés et même riches, les médecins civils qui pourraient avoir l'intention de s'y établir.

L'exemple de La Nouvelle-Calédonie ne doit pas être unique et peut-être, en regardant de près, M. le Ministre des Colonies pourrait-il atténuer, si non supprimer, la crise de la Médecine coloniale ?

J. Noir.

(1) Bulletin du commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides, 22 juillet 1925.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE (1)

Par le Docteur Albert VAUDREMER,

Maître de Conférences aux Hautes-Etudes.

VI

Le cycle évolutif du bacille de Koch.

Les premières communications faites par nous sur la biologie du bacille tuberculeux remontent au 5 mars 1898, et au 19 novembre de la même année. Elles furent commentées et complétées dans un troisième exposé fait par Louis Martin et nous, au Congrès international de médecine en 1900.

Dans ces travaux, nous démontrions l'existence d'un poison tuberculeux, différent de la tuberculine, et pouvant tuer le cobaye neuf, par inoculation intraméningée ou intrapéritonéale.

L'activité de ce poison variait avec les races de bacilles : parmi quatorze souches de bacilles humains étudiées, une nous était apparue comme étant particulièrement toxique.

Dans les conditions expérimentales où nous nous étions placés, nous avions vu que ce poison bactérien ne diffusait en dehors des corps bacillaires, que si ceux-ci, provenant *de vieilles cultures,* étaient granuleux, faiblement acido-résistants, et s'ils étaient, en outre, entourés d'éléments granuleux ou filamenteux isolés, se colorant au bleu de méthylène.

Nous n'avions pas su, alors, définir ces éléments. Nous avons indiqué, précédemment que leur nature et leur rôle ont été précisés en 1914 par Bezançon et Philibert.

Le poison bactérien que nous trouvions dans les *vieilles cultures* existait bien, aussi, dans les cultures jeunes, mais, il ne diffusait pas hors des corps bactériens sans l'emploi préalable d'un artifice. Il fallait, pour obtenir ce poison, laver les jeunes cultures dans l'appareil de Soxhlet, avec de l'éther de pétrole. Le lavage terminé, les corps bacillaires restant avaient perdu leur acido-résistance et gardé leur toxicité.

Les cultures jeunes lavées ainsi, et les vieilles cultures non lavées, inoculées à la dose de 1/10 d'émulsion faible dans l'arachnoïde du cobaye, après trépanation, tuaient l'animal en moins de vingt-quatre heures. L'inoculation de la même dose de la même émulsion, dans le péritoine, tuait l'animal dans le même temps.

En employant des doses inférieures à la dose mortelle, Louis Martin était parvenu à conférer au cobaye une résistance accusée à la méningite tuberculeuse. Avec lui, par la suite, nous avons pu réaliser la vaccination du cobaye, contre la péritonite tuberculeuse, en employant les cultures lavées, comme antigène. Telles furent dans leur ensemble, les recherches que nous publiâmes au Congrès de 1900.

La vaccination des séreuses méningées et péritonéales nous avait fait croire à une vaccination générale de l'animal, mais il n'en était rien.

Les cobayes vaccinés contre la péritonite tuberculeuse ne l'étaient pas contre la méningite ; ceux que nous avions vacciné contre la méningite n'étaient pas immunisés contre la péritonite ; ni les uns, ni les autres, ne présentaient d'immunité générale.

En somme, les séreuses immunisées l'étaient seules : elles réagissaient pour leur propre compte. Cette étude a été reprise depuis par Besredka, et chacun sait quelles remarquables applications pratiques cet auteur a su tirer de ses constatations sur l'immunité tissulaire.

Non seulement nos expériences ne nous conduisirent pas à conférer au cobaye une immunité générale, mais nous pûmes voir, comme les autres auteurs qui poursuivaient des études analogues, que nos animaux étaient sensibilisés par des inoculations répétées de bacilles, pratiquées par la voie sous-cutanée.

Après de nombreuses expériences faites dans le but d'expliquer cette sensibilisation, il nous apparut que celle-ci était due à la tuberculine qui imprégnait encore les éléments bactériens employés comme antigène.

Nous avions remarqué, en effet, qu'il suffisait d'injecter sous la peau des cobayes neufs un centimètre cube d'une dilution au dixième de tuberculine pour provoquer chez les animaux une tuberculose rapide, en leur injectant sous la peau, un mois plus tard, un quart de centimètre

(1) V. *Concours médical,* n°s 5, 13, 21, 27, 33 et 40 de 1925.

cube d'une émulsion faible de bacilles virulents. Jamais, au cours des milliers d'expériences, nous n'avons vu de lésions aussi formidables que celles présentées par les cobayes traités ainsi. Or, les témoins de l'expérience en question survivaient souvent plus de trois mois aux animaux d'épreuve.

De ces recherches, nous conclûmes que la tuberculine était un poison sensibilisateur de l'organisme en général, mais non des séreuses, douées, elles, de moyens défensifs spéciaux et autonomes.

La clinique humaine s'accorde avec cette déduction expérimentale, encore contestée par de nombreux observateurs. Pourtant tous les médecins qui ont manié la tuberculine savent combien l'emploi de cette thérapeutique est redoutable. Ils n'ignorent pas que, sans raison apparente, les malades réagissent fâcheusement à des doses égales à celles qu'antérieurement ils avaient pu supporter sans incident ; on peut même se demander si l'action parfois heureuse du traitement par la tuberculine n'est pas explicable par la réaction cellulaire que détermine, dans certains cas, toute excitation phagocytaire, même provoquée par des agents dépourvus de toute spécificité.

Les conclusions expérimentales de nos premiers travaux, qui viennent d'être ainsi résumées, ont été la base de toutes nos recherches ultérieures.

Au fur et à mesure de leurs publications, nous les avions vu confirmer par Cantacuzène, Calmette, Vallée et enfin par Dominici.

Des recherches de ces auteurs et des nôtres, se dégagerait, le fait que le bacille de Koch possède une endotoxine et qu'il peut, dans certaines conditions déterminées , perdre son acido-résistance, sans pour cela cesser d'être un bacille granuleux : ce point est le seul à mettre en valeur ici. Il a été le fil conducteur de toutes les expériences que nous avons faites depuis et qui nous ont permis de dégager quelques inconnues de l'équation compliquée que nous avions pris à tâche de résoudre.

Nous y sommes parvenus en faisant l'hypothèse que si le bacille tuberculeux pouvait perdre sa propriété acido-résistante sans perdre pour cela sa forme, il pourrait peut-être se développer sur des milieux différents des milieux usuels, et aussi sous un aspect et avec des propriétés nouvelles.

De cette hypothèse est sorti un plan expérimental dont la réalisation a exigé 20 ans.

Pendant ce temps, nous avons cherché à savoir si le bacille tuberculeux ne pouvait vraiment pousser que dans les milieux classiques et à une température relativement élevée ; si des milieux pauvres, synthétiques ou empiriques ne suffiraient pas à son développement ou au moins à sa conservation ; quelles seraient les proportions minima dans lesquelles il faudrait que ces milieux continssent des éléments nutritifs et quelle serait la nature de ces éléments. A quels écarts de température résisteraient les cultures. Quelle serait l'influence de l'anaérobiose relative sur le développement des ensemencements. Quelles modifications éventuelles apparaîtraient ou non, sous l'influence de ces différents milieux, sur la morphologie, l'acido-résistance, la présence de la tuberculine, la toxicité et le pouvoir pathogène des bacilles.

En résumé, nous avons voulu savoir si le bacille tuberculeux pourrait se développer en dehors de la vie parasitaire et dans quelles conditions, il le ferait.

Pour cela, nous avons cherché à nous rapprocher des conditions précaires auxquelles le développement des germes pathogènes peut sans doute se faire dans la nature.

Nous avons poursuivi ces recherches soit seul, soit en collaboration avec Louis Martin, G. Gessard, Fernand Bezançon, Hauduroy, Sergent, Durand, Gosset, Rouché et Paulin. La technique employée et les résultats obtenus ont été les suivants.

Adaptation du bacille tuberculeux à différentes conditions biologiques.

A. **Etude des milieux synthétiques sans glycérine.**

1° Milieux solides a support inerte.

Pour éviter toute action nutritive, qui aurait pu provenir d'un milieu solide tel que la tranche de pomme de terre et même la gélose, nous avons imaginé d'employer des supports inertes tels que des morceaux de mèche de lampe, tendues sur un cadre en verre, des morceaux de toile cousus sur du tube de verre ; du papier buvard plié sous quatre épaisseurs. Ces dispositifs, enfermés dans des tubes à essais ordinaires, plongeaient par leur partie inférieure dans les liquides dont nous essayions la valeur nutritive. Le milieu synthétique choisi fut celui étudié par Gessard pour l'étude des microbes chromogènes et dont la composition est la suivante :

Succinate d'ammoniaque	0.5
Phosphate bipotassique	0.5
Sulfate de magnésie	0.25
Chlorure de calcium	0.125
Eau distillée.................	100 gr.

Avec ce milieu, les cultures réussirent et furent même abondantes en deux mois environ à 37°-38°. Nous supprimâmes successivement le sel de chaux, le sel de magnésie, enfin le phosphate, pour ne plus avoir que le succinate d'ammoniaque et dans tous les cas des colonies apparurent, *même sur le papier.*

2° Milieu solide a support nutritif.

Nous en vînmes alors à étudier l'évolution des cultures sur les mêmes milieux synthétiques solidifiés avec 2 % de gélose.

Les cultures poussées sur ce milieu furent abondantes, elles recouvrirent toute la surface de la gélose après un mois d'étuve à 37°-38°. Leur consistance était moins sèche que ne le sont habituellement les cultures de B. K.

Les bacilles composant ces cultures se sont présentés avec des aspects variés, les uns du type normal ; les autres reproduisant le polymorphisme des bactéroïdes des légumineuses dont nous aurons à reparler. Les ensemencements de contrôle ont montré qu'il ne s'agissait pas là d'impuretés.

3° Milieux synthétiques liquides.

En possession de ces résultats, il restait à essayer la culture synthétique liquide sans le secours d'aucune sorte de support. Nous avons repris les solutions salines de composition variée que nous venons de décrire. Nous avons obtenu des cultures dans toutes, que les ensemencements aient été faits en surface ou en profondeur. Les cultures obtenues dans ces milieux, avec ou sans support, ont toutes fourni un second passage dans les mêmes conditions. Les cultures en milieu synthétique complet ont été pourtant plus riches que celles des milieux incomplets. Les *ensemencements en surface* ont été parfois assez abondants pour recouvrir toute la superficie du milieu et monter le long des parois du flacon. Les *ensemencements en profondeur* ont été très longs à pousser. Ils ont commencé à se développer à l'étuve à 38° au bout de six mois. A ce moment, on vit dans certains tubes des cultures d'aspect mûriforme émettant de fines trabécules, montant dans l'épaisseur du milieu. *Ces cultures retirées de l'étuve ont continué à se développer, depuis, à la température du laboratoire.* Elles sont aujourd'hui vieilles de trois ans. Il faut signaler que ces essais ont été faits avec douze souches différentes de bacilles tuberculeux, poussés en voile sur bouillon de pomme de terre et que trois souches seulement ont donné des cultures pareilles à celles que nous venons de décrire.

Les bacilles composant les cultures en surface étaient polymorphes ; les uns, en calebasse ; les autres, longs et sinueux, mais toujours fortement granuleux. Les champs des préparations étaient parsemés de granules libres. La plupart de ces éléments étaient privés d'acido-résistance. Ils se coloraient mal par le bleu de méthylène, bien par le violet de gentiane et prenaient fortement le Gram.

Le but que nous poursuivions étant limité à l'obtention de cultures, nous n'avons pas pratiqué d'inoculation aux animaux avec les cultures en surface. Quant aux cultures en profondeur, nous ne les avons pas ouvertes pour ne pas détruire par une contamination toujours à craindre un résultat que nous n'avions pu obtenir qu'après deux ans d'attente.

Bien que ces expériences en milieux synthétiques aient été les avant-dernières en date, de celles que nous avons faites, nous avons tenu à les exposer tout d'abord, pour préparer le lecteur à admettre plus aisément les faits que nous allons exposer par la suite.

Elles montrent que le bacille tuberculeux possède une plasticité inconnue jusqu'ici ; qu'il peut pousser avec un minimum d'éléments nutritifs ; qu'il s'accommode avec un écart de température pouvant atteindre 22°, et qu'il se développe encore à 15°. Ainsi, le bacille tuberculeux peut vivre et pousser avec des éléments nutritifs précaires et aux températures relativement basses rencontrées dans la nature, et qui suffisent comme on le sait à la vie des bacilles dits paratuberculeux.

B. **Milieux empiriques** :

Pour étudier les milieux empiriques, nous avons utilisé, comme précédemment des milieux solides nutritifs ou inertes et des milieux liquides. Dans ces derniers, nous avons aussi fait des ensemencements en surface et en profondeur. Enfin, certains de ces milieux liquides ont été essayés en anaérobiose relative.

1° Milieux solides a supports nutritifs.

a) *Gélose au bouillon Martin.* — Les B. K. peuvent pousser sur la gélose ordinaire sans glycérine à la température de 37°-38. Les cultures y sont d'abord rares, brillantes, transparentes, sèches et seulement visibles à la loupe. Après six mois, un an parfois même, de séjour à l'étuve à 38°, elles atteignent le volume d'un pois et ressemblent aux vieilles cultures de bacilles tuberculeux poussées sur la pomme de terre glycérinée.

En repiquant les cultures dès qu'elles sont visibles à la loupe, on arrive à obtenir des récoltes abondantes en un mois environ.

Les bacilles qui composent ces cultures, beaucoup plus grands que le B. K. typique, sont peu ou pas acido-résistants et se colorent par la méthode de Gram.

Les choses se passent ainsi quand les ensemencements sont pratiqués sur gélose inclinée dans des tubes à essai ordinaires, par conséquent, sur des petites surfaces mal aérées. Mais, si les ensemencements sont faits sur de grandes surfaces de gélose coulée en boîtes de Roux, on constate des faits nouveaux quand on opère comme il suit : ensemencer largement le centre de la gélose avec une grande spatule, chargée d'un gros amas de bacilles poussés sur milieu glycériné ordinaire. Mettre la boîte ensemencée dans l'é-

tuve à 38° et l'en retirer après quarante-huit heures ; à ce moment, la boîte contient de l'eau de composition du milieu que la gélose a laissé sourdre en se rétractant sous l'action de la chaleur.

En imprimant à la boîte quatre ou cinq mouvements de bascule, on fait couler le liquide sur la surface de la gélose et on ensemence ainsi toute celle-ci. Cette manœuvre étant faite, on replace la boîte à l'étuve en l'inclinant à 30°, au moyen d'un support quelconque.

Au bout de 48 heures, on voit, sur toute la surface de la gélose avoisinant l'eau rassemblée dans la partie déclive de la boîte, une nappe ininterrompue de petites colonies brillantes composées de fins bacilles granuleux sans acido-résistance et indifféremment cyanophiles et gentianophiles. On voit, en outre sur les préparations une foule innombrable de granules libres colorables de la même façon.

Le pouvoir pathogène des bacilles poussés ainsi est affaibli ou supprimé, mais le fait est inconstant, il varie avec les souches.

Dans nos expériences, un bacille tuberculeux *bovin* est resté pathogène pour le cobaye, tandis qu'*un bacille humain ne tuberculisait plus cette espèce animale.* Récemment, il nous est arrivé d'étudier une culture vieille de quatre ans dont le pouvoir pathogène a disparu. Les bacilles poussés dans cette culture se distinguent par leur longueur extrême, leur aspect sinueux et leur filaments granulifères. Nous en donnerons plus tard une reproduction. Tous ces éléments repiqués sur des milieux glycérinés classiques reprennent l'aspect et l'acido-résistance du bacille tuberculeux.

b) *Gélose au bouillon de pomme de terre à* 2 %. En ensemençant ce milieu comme le précédent, on obtient des cultures extrêmement abondantes et rapides. En huit jours, il arrive qu'à 38°, toute la surface est recouverte d'une culture épaisse de teinte jaunâtre ou rosâtre, donnant au doigt une sensation un peu grasse. Ce développement rapide et cet aspect macroscopique inattendus correspondent à une forme bacillaire très particulière. Les préparations présentent des bacilles longs, grêles, sinueux, se colorant mal au bleu, bien au Gram, mais n'ayant plus d'acido-résistance. Ces éléments repiqués sur pomme de terre glycérinée récupèrent en 15 jours le type classique.

c) *Cultures sur tranche de pomme de terre* plongeant par sa base dans :

1° Décoction de 500 grammes de viande de bœuf pour un litre d'eau ;

2° Solution aqueuse de peptone pancréatique à 2 %.

3° Eau distillée.

Sur ces trois milieux rendus neutres au tournesol par addition de soude, nous avons avec C. Gessard ensemencé du bacille humain. Les cultures ont été faites à 35°, 37°. Il y a eu développement des cultures dans les trois séries d'épreuves. Le temps moyen entre l'ensemencement et l'apparition des premières colonies a été de huit jours ; nous les avons portés respectivement au nombre de 19, 22, 15.

2° Milieux solides a supports inertes. — Comme nous l'avions fait dans nos recherches sur les milieux synthétiques nous, avons remplacé la pomme de terre par des supports inertes. Ces essais furent faits avec les liquides suivants :

Bouillon de pomme de terre, bouillon Martin. — Eau peptonée pancréatique à 2 % ; urine humaine ; sérums de cheval, lapin, mouton, porc, veau, poule ; albumine d'œuf non solidifiée ; produits de broyage à l'eau froide, filtrés à la bougie, tels que : muscles de bœuf et de poissons (merlan) ; corps de crevettes et de moules.

Nous n'avons pas entrepris de cultures en série, ne visant qu'à obtenir celles-ci sans nous préoccuper de leur abondance.

Or, dans tous les milieux que nous venons de citer, les ensemencements ont poussé, quoique avec une inégale abondance. Leur étude morphologique nous a montré la transformation des bacilles ensemencés en formes atypiques.

3° Milieux liquides. — a) *Bouillon de pomme de terre* (1). — *Mode de préparation* : faire cuire 500 grammes de pomme de terre dans un litre d'eau : neutraliser par la soude jusqu'à réaction neutre à la phénophtaléine. Nous avons adopté ce degré d'alcalinité parce qu'il permet d'obtenir des milieux plus clairs que l'alcalinité constatée au tournesol. Décanter le bouillon très doucement. Stériliser pendant une demi-heure à 120°. Mettre à l'étuve à 38°, pendant quarante-huit heures. Décanter une seconde fois. Répartir en tube. Stériliser une deuxième fois à 115° un quart d'heure.

Alcalinisation forte et double décantation, sont nécessaires pour obtenir un milieu de culture à peu près clair. La stérilisation à température élevée est indispensable aussi, surtout en hiver. On sait que, dans cette saison, les pommes de terre de conserve sont infectées de moisissures dont les spores résistent à des températures élevées.

Ce milieu liquide est celui qui nous a donné les meilleurs résultats, mais il comporte des causes d'erreurs, que nous allons indiquer. La première est la présence fréquente, dans ce milieu, du bacille de la pomme de terre. Ce bacille est gros et composé d'éléments homogènes isolés ou dispo-

(1) Ce milieu peut être remplacé par un bouillon fait avec deux cents grammes de pois de lupins, mis à cuire dans un litre d'eau et rendu neutre à la phénophtaléine par addition de soude. Ce milieu a l'avantage d'être limpide, mais les cultures y sont moins riches.

sés en chaînes plus ou moins longues. Il est coloré facilement par les colorants usuels. Il peut être en assez grand nombre dans les préparations mais en comparant celles-ci à plusieurs jours d'intervalle, on voit que le nombre des éléments va en diminuant : ceux-ci, en effet, tués par la stérilisation, sont lysés au bout de trois ou quatre semaines.

Une autre cause d'erreur, est l'interprétation des granules et des plissements du milieu desséché sur les préparations. Il est nécessaire pour ne pas se tromper de faire toujours des préparations témoins avec le liquide de culture non ensemencé, mis à l'étuve avec les tubes ensemencés et pendant le même temps qu'eux. Les étalements du liquide témoin et des liquides ensemencés doivent être de même épaisseur et de même étendue.

La quantité du liquide étalé doit toujours être extrêmement faible, soit une goutte d'une pipette capillaire. Il faut laisser les lames sécher à l'air libre et ne pas les chauffer. La fixation à l'alcool éther est bonne ; celle par la solution aqueuse de ferrocyanure de potassium à 2 % peut convenir pour l'étude des granules dont nous parlerons plus loin.

La meilleure mode de coloration est le Ziehl à froid, pendant quatre secondes ; lavages à l'eau et séchage. On peut aussi colorer au violet de gentiane phéniqué simple ; mais ce procédé gonfle les éléments et ne permet pas de les étudier aussi bien que le précédent. De plus, ce colorant, difficile à bien filtrer, donne souvent des précipités, qui rendent plus difficile la lecture des préparations. Enfin à titre de contrôle, le Ziehl classique et la coloration au Gram, demeurent des épreuves nécessaires.

Cette technique est celle qui, pour le moment, nous paraît la meilleure. Si on possède, en outre, un microscope stéréoscopique, il est aisé de suivre avec cet instrument, l'évolution des bacilles que nous allons décrire.

L'étude de cette évolution doit être faite en ensemençant les bacilles en surface et profondeur.

4° Etude morphologique des ensemencements en surface sur le bouillon de pomme de terre sans glycérine. — Sur ce milieu, on obtient habituellement des cultures qui sont parfois assez rapides pour que, en quarante-huit heures, le fragment de voile ensemencé ait doublé de dimension. Parfois, aussi, la culture est plus lente, sans que nous sachions encore pourquoi. Quand le milieu est favorable, on arrive à avoir, en quinze jours ou trois semaines, des cultures en voile, d'une étendue extraordinaire. Ces cultures sont formées de bacilles plus longs que les bacilles tuberculeux ordinaires ; leur acido-résistance est faible, la faiblesse de l'acido-résistance est d'autant plus nette que les fragments de voile examinés ont été prélevés plus loin du centre de la culture qui, lui, se trouve au-dessous de la tubulure du ballon. Cette constatation nous a fait penser que si l'acido-résistance provenait des substances hydrocarbonées utilisées par le bacille, elle pouvait dépendre aussi de phénomènes d'oxydation, puisque cette acido-résistance était plus forte aux points les plus aérés de la culture.

Les bacilles de Koch poussés ainsi en voile sur bouillon de pomme de terre sans glycérine repoussent sur pomme de terre glycérinée en reprenant le type et l'acido-résistance normaux : les deux modes de culture modifient peu le pouvoir pathogène.

La recherche de la tuberculine dans le bouillon de pomme de terre sans glycérine ayant servi à la culture de nos échantillons de bacilles de Koch a toujours été négative. Cette recherche a été faite soit en concentrant le milieu de culture au dixième sans y ajouter de glycérine, soit en ajoutant celle-ci dans la proportion de 2 %, afin de réaliser exactement les conditions habituelles. L'injection de ces liquides à la dose de quatre centimètres cubes sous la peau de cobayes tuberculisés depuis deux mois n'a pas tué les animaux. La tuberculine vétérinaire habituelle, injectée à dose moitié moindre, soit 2 centimètres cubes, a tué les cobayes en quarante-huit heures. Nous sommes donc fondés à dire que le milieu de culture étudié ne contient pas de tuberculine décelable par les procédés de vérification usuels.

5° Etude morphologique des ensemencements en profondeur. — Actuellement, on se contente le plus souvent d'étudier le B. K. ensemencé en surface sur les milieux liquides. Mais il faut étudier ce qui se passe aussi dans la profondeur de ces milieux. Le résumé que nous venons de faire de nos recherches dans les milieux synthétiques ont montré l'intérêt de ces ensemencements en profondeur. Cet intérêt est encore plus grand quand on ensemence le B. K. dans notre milieu en bouillon de pomme de terre.

Quarante-huit heures après l'ensemencement, en profondeur, d'une souche de bacilles prélevés sur une culture en bouillon glycériné, on constate le développement de bacilles nouveaux. Ceux-ci sont polymorphes, se colorent bien au Gram, certains sont déjà cyanophiles ; l'acido-résistance a disparu. Cet aspect contraste avec celui que présentent encore les bacilles provenant de la souche ensemencée, qui eux, bien que déjà augmentés de volume, sont encore granuleux et acido-résistants. La température de 38° est celle qui convient le mieux au développement rapide de ces formes nouvelles. *Mais cette température n'est pas indispensable, car ce développement apparaît dans les tubes ensemencés quand on les laisse dans le laboratoire exposés à la température ambiante.*

Dans ces conditions, il faut attendre deux

mois environ pour constater les transformations que nous venons de décrire.

Les formes bacillaires en question ne sont que le premier stade de la transformation du germe tuberculeux. En examinant quotidiennement les cultures mises à l'étuve à 38°, on voit les formes bacillaires jeunes devenir géantes, ; elles se ramifient et bourgeonnent, puis les bourgeons se détachent et deviennent libres.

Leurs dimensions sont très différentes ; les uns, volumineux, ressemblant à des cellules de levure, émettent parfois un nouveau bourgeon qui les fait ressembler à une petite calebasse ; d'autres, plus petits, sont à la limite de la visibilité. Ces formes surprennent tellement au début qu'on ne peut croire qu'elles soient la représentation d'éléments dérivés du bacille de Koch ; mais leur répétition constante, leur persistance dans les différents milieux favorables, l'identité des images malgré la différence des colorants employés, tout montre qu'il s'agit bien des formes dérivées des bacilles ensemencés.

Ces formes nouvelles sont peu cyanophiles, mais elles sont très gentianophiles et fuschsinophiles. Elles ne sont plus acido-résistantes. Repiquées mensuellement, ces cultures garderont la propriété de repousser sur la pomme de terre glycérinée pendant un an environ. Une fois arrivées à ce degré de vieillissement, elles ne repousseront plus sur aucun milieu usuel, on ne pourra les conserver que par ensemencement en profondeur dans l'eau de pommes de terre.

(A suivre)

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A LA PORTÉE DU MÉDECIN PRATICIEN (1)

Par le Dr P. KOUINDJY.

II

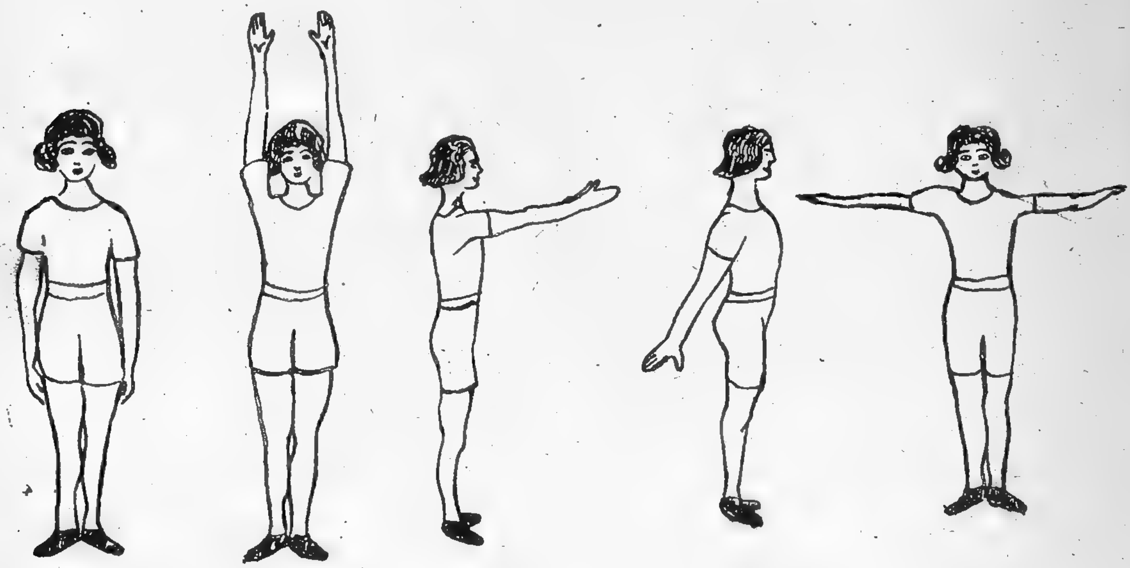
Les exercices synthétiques, que nous décrivons plus loin, sont composés, comme nous l'avons dit dans notre précédent article, des différents mouvements physiologiques de l'homme. Ils doivent se rapprocher, dans l'ensemble de leur exécution, des multiples mouvements que l'homme accomplit incessamment dans sa vie quotidienne. Si pour une raison quelconque ils dépassent les limites des mouvements physiologiques, ils deviennent mouvements acrobatiques ou d'athlétisme. D'où il suit, que les exercices décrits plus loin formeront une méthode rationnelle des *exercices de la gymnastique physiologique*. Les trois positions fondamentales — debout, assis et couché — nous serviront de points de départ pour composer les exercices principaux de la gymnastique physiologique ; méthode simple, facile à manipuler par tout praticien, même au milieu de ses occupations journalières de la médecine. Ces exercices ne présentent certes pas le brio des exercices acrobatiques, ni non plus le chic de l'athlétisme. Mais, par leur combinaison des mouvements physiologiques ils donnent à chacun de nous le moyen de fixer dans notre esprit une série d'exercices élémentaires, qui correspondent mieux à notre conception actuelle de l'hygiène et d'éducation sociale, et qui, en plus, répondent au rôle joué par notre profession tant au point de vue prophylactique, qu'au point de vue thérapeutique. Que de fois le médecin est interrogé sur des directives à donner pour les différents genres d'exercices physiques qui doivent contribuer au développement physique des enfants et des adolescents des milieux où ils exercent ! Souvent aussi les médecins doivent eux-mêmes attirer l'attention de leurs clients sur le besoin impérieux de faire faire à leurs enfants et à eux-mêmes des exercices de la gymnastique physiologique, dont le but serait d'améliorer leur santé et celle de leur progéniture. Par ce modeste travail nous espérons faire comprendre à nos confrères, qu'il est absolument inutile de créer des spécialistes en culture physique pour diriger et appliquer les exercices physiques en clientèle. Nul besoin d'instituts d'éducation physique, ni de médecins affublés des diplômes d'hygiénistes-culturistes pour faire la bonne culture physique rationnelle. Il suffit du bon sens et de la bonne volonté de bien faire.

Le praticien doit donc posséder son formulaire d'exercices physiques. Il doit se familiariser avec leurs indications et contre-indications et les prescrire, le cas échéant, sur son ordonnance, soit à la suite des prescriptions médicamenteuses, soit sans ces dernières, et, s'il le faut, une démonstration en règle doit suivre l'ordonnance. Il faut donc qu'il s'habitue à considérer les exercices physiques non comme article de luxe, mais comme une branche essentielle de la profession médicale. Le praticien doit par conséquent, savoir doser les exercices, comme il dose des pilules ou une mixture quelconque ; car, les exercices physiques ont leurs indications et leurs contre-indications cliniques et hygiéniques. Nous savons tous que si tels exercices

(1) Voir *Concours médical*, 1915, n° 32 du 9 août 1925.

physiques sont utiles pour certains enfants, ces mêmes exercices peuvent être nuisibles pour d'autres. Nous avons tous vu les effets néfastes des sports sur des enfants chétifs, ou de constitution déficiente, surtout, si ces sports sont utilisés comme entraînement athlétique. *verticale avec bras en arrière* ; position avec bras tendus latéralement : *position verticale avec bras levés latéralement* ; *position verticale avec les mains sur les clavicules* ; *position verticale avec les mains sur les épaules, sur la nuque, sur les hanches, sur la tête,* etc. (Fig. de la planche n° 1).

PLANCHE N° 1



Position initiale bras le long des jambes — Position initiale avec bras levés — Position initiale avec bras en avant — Position initiale avec bras en arrière — Position initiale avec bras tendus latéralement

Combien d'enfants sont victimes de fatigue musculaire à la suite d'efforts employés au-dessus de leurs aptitudes physiques et d'exercices intensifs appliqués en dépit du bon sens par des gens incompétents ? Alors, qu'un entraînement progressif par des exercices simples, composés des mouvements physiologiques, leur rendent le plus grand service. Il est donc de toute nécessité que le médecin praticien se familiarise avec ces mouvements et avec la manière de les synthétiser en une formule claire et justifiée par les indications physio-pathologiques de l'individu auquels ils sont destinés.

Persuadé qu'à ce propos nous sommes tous d'accord, nous passons directement à la description des exercices synthétiques de la culture physique physiologique.

Exercices de la gymnastique physiologique.

La position fondamentale debout s'exécute avec les bras tombant le long du corps : *position verticale initiale.* Elle peut se transformer : en position debout avec les bras tendus en haut : *position verticale avec bras levés* ; en position debout avec bras tendus en avant horizontalement : *position verticale avec bras en avant* ; en position avec bras tendus en bas et en arrière : *position*

Chacune de ces positions verticales peut devenir une position initiale, car on peut commencer les exercices par chacune d'elles. Mais, en général, c'est la position verticale bras tendus le long du corps qui sert de point de départ des exercices physiques des bras.

Dans tous ces exercices il faut surveiller que le sujet tienne ses jambes bien tendues, les talons réunis, les pointes des pieds écartées autant que possible à angle droit, et le corps droit, les muscles de la nuque contractés, afin de maintenir la tête droite et immobile.

Voici les exercices physiques exécutés en quatre temps.

1° Extension des bras en avant, en quatre temps :

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;

2e *temps* : extension des bras en avant ;

3e *temps* : réflexion des avants-bras sur les bras restés horizontalement ;

4e *temps* : abaissement des bras tendus en bas. (Fig. de la planche n° 2.)

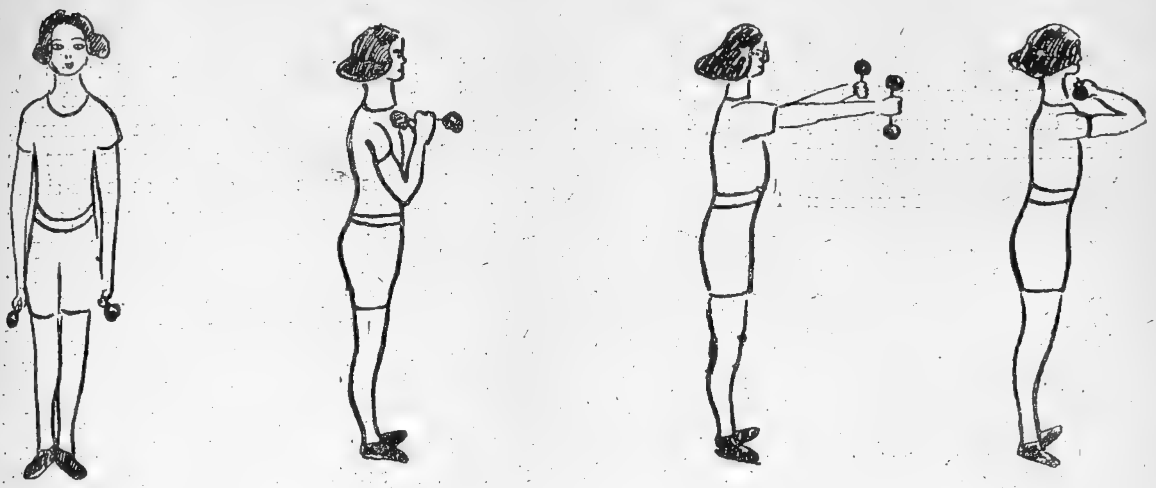
2° Extension des bras en haut en quatre temps :

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;

2e *temps* : extension verticale des bras en haut ;

3e *temps* : réflexion des avant-bras sur les bras restés verticalement ;

PLANCHE N° 2



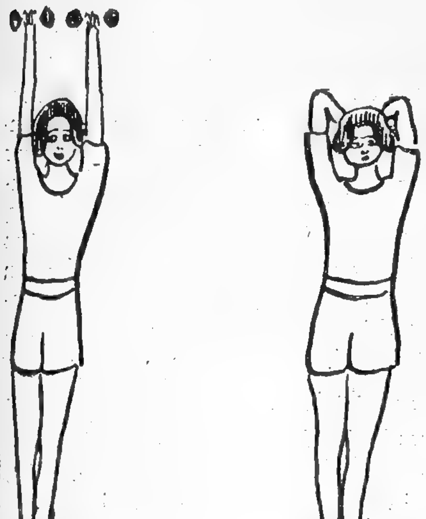
Position initiale 4me temps — 1er temps — 2me temps — 3me temps

Extension des bras en avant en quatre temps

4e *temps* : abaissement des bras tendus le long du corps. (Fig. de la planche n° 3.)

2e *temps* : extension des bras en bas et en arrière ;
3e *temps* : réflexion des avant-bras ;

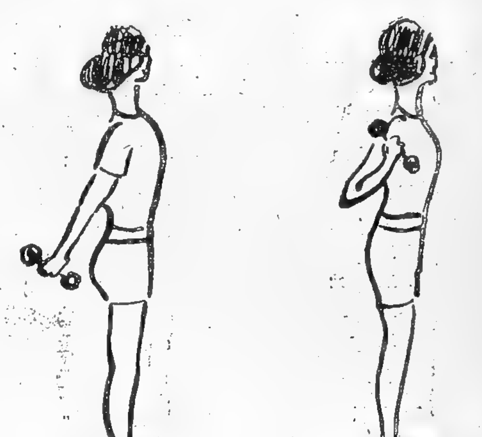
PLANCHE N° 3



2me temps — 3me temps

Extension des bras en haut en quatre temps

PLANCHE N° 3 *bis*



2me temps — 3me temps

Extension des bras en arrière

3° **Extension des bras latéralement en quatre temps :**

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;

2e *temps* : abduction des bras tendus horizontalement au niveau des épaules ;

3e *temps* : réflexion des avant-bras sur les bras restés dans la position horizontale ;

4e *temps* : abaissement des bras le long du corps. (Fig. de la planche n° 4.)

4° **Extension des bras en arrière :**

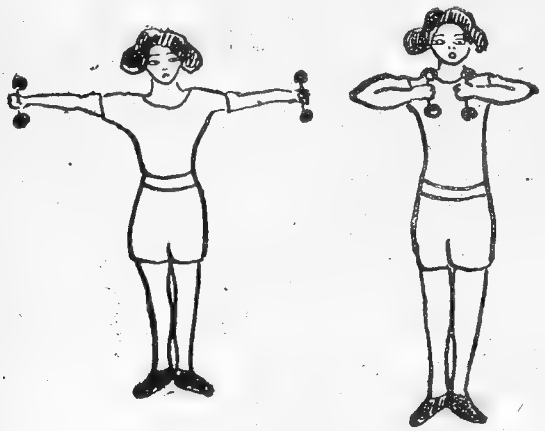
1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;

4e *temps* : abaissement des bras, le long du corps. (Fig. de la planche n° 3 *bis*).

Ces quatre exercices peuvent s'exécuter avec les variantes suivantes : au lieu de fléchir au deuxième temps les avant-bras sur les bras, on peut poser les mains sur les clavicules, sur les épaules, à la nuque ou sur la tête. On peut aussi remplacer le premier temps par la pose des mains sur les hanches ou à la nuque. L'ordre des mouvements ne change pas. Nous avons toujours quatre temps, ce qui change, c'est la forme du mouvement du temps remplacé. Ainsi, en chan-

geant le premier temps par la mise des mains sur les clavicules, nous obtenons pour le premier exercice le tableau suivant : 1er temps : mise des mains sur les clavicules ou sur les épaules ; 2e temps : extension des bras en avant ; 3e temps pose des mains sur les hanches et 4e temps : abaissement des bras tendus le long des membres

PLANCHE N° 4



2me temps 3me temps
Extension des bras latéralement

inférieurs. Ces exercices peuvent encore être exécutés en six temps, huit temps, dix temps, etc. ce qui nous donne des combinaisons très étendues, comprenant deux, trois, quatre, etc., exercices à la fois : voici par exemple :

Exercices des bras en six temps :

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;
2e *temps* : extension verticale des bras en haut ;
3e *temps* : réflexion des avant-bras ;
4e *temps* : extension des bras en avant ;
5e *temps* : réflexion des avant-bras ;
6e *temps* : abaissement des bras le long du corps.

Un autre exercice des bras en six temps comprend l'extension des bras latéralement ou en arrière, ou bien se compose des extensions des bras en avant et en arrière, de la pose des mains sur les épaules et des extensions des bras en haut et en arrière ; ou bien des extensions des bras latéralement et de l'élévation des bras en avant, en haut, etc.

On peut aussi combiner les exercices décrits plus haut en un seul **exercice en huit temps** :

1er *temps* : flexion des avant-bras ;
2e *temps* : extension verticale des bras ;
3e *temps* : réflexion des avant-bras ;
4e *temps* : extension des bras en avant ;
5e *temps* : réflexion des avant-bras ;
6e *temps* : extension latérale des bras ;
7e *temps* : réflexion des avant-bras ;
8e *temps* : abaissement des bras le long du corps.

En ajoutant les extensions du bras en arrière on obtient un exercice en dix temps, dans lequel on peut à volonté remplacer le 3e temps par la pose des mains sur les épaules, le 5e temps par la mise des mains à la nuque et le 8e temps par la pose des mains aux hanches. On peut aussi varier à volonté la succession des mouvements, en remplaçant l'élévation verticale des bras par l'extension des bras en avant et celle-ci par l'extension latérale des bras, etc. On voit que les variations sont nombreuses et que chaque praticien peut les établir selon ses propres conceptions scientifiques.

La multiplication du nombre des mouvements rend l'exercice plus complet. Elle a aussi l'avantage de les transformer en exercices plus intéressants, plus attrayants. Les enfants, les convalescents et même les adultes aiment faire des exercices multiples ; ils leur semblent moins monotones et les obligent souvent à faire intervenir les centres psycho-moteurs supérieurs pour pouvoir observer la suite des mouvements exécutés. Le commandement, entraînant la régularité dans l'exécution des mouvements, oblige une tenue parfaite et une discipline rigoureuse dans l'ensemble des mouvements accomplis, surtout, si ces mouvements sont exécutés en commun.

Les deux mouvements suivants de l'avant-bras sur le bras, la supination et la pronation, nous permettent d'augmenter encore davantage l'étendue des exercices. C'est ainsi que nous pouvons faire exécuter l'exercice précédent en intercalant la supination et la pronation des mains, quand les bras sont en extension en avant, ou latéralement, ou quand ils sont en extension verticale en haut ou en arrière. De cette manière nous obtenons des exercices multiples de 10, de 12, de 14, etc., mouvements :

Exercice multiple des bras en 12 temps :

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les bras ;
2e *temps* : extension verticale des bras en haut ;
3e *temps* : pose des mains sur la nuque ;
4e *temps* : extension des bras en avant ;
5e *temps* : rotation des mains en dedans ;
6e *temps* : rotation des mains en dehors ;
7e *temps* : pose des mains sur les épaules ;
8e *temps* : extension latérale des bras ;
9e *temps* : rotation des mains en dedans ;
10e *temps* : rotation des mains en dehors;
11e *temps* : réflexion des avant-bras sur les bras restés horizontalement ;
12e *temps* : abaissement des bras le long du corps.

Cet exemple suffit à expliquer de quelle façon on peut obtenir des exercices multiples en culture physique. D'ailleurs, un peu plus loin nous serons amenés à décrire quelques exercices multiples exécutés avec les quatre membres et le tronc à la fois.

Les exercices décrits plus haut ont été exécutés avec les mains libres, ce qui les rend aux yeux

des enfants et des adolescents par trop faciles et trop communs. Les enfants se lassent assez vite de refaire ces mouvements, qui, à l'encontre des adultes, seront pour eux des mouvements sans but spécial. Les enfants ne se rendent pas assez compte du rôle éducatif de ces exercices ; ils croient que lorsqu'on les fait travailler avec des mains libres, on les soumet à un automatisme dénué de tout intérêt. On a donc un réel avantage à faire travailler les enfants au moyen des engins simples : haltères, bâtons à double sphère, massues, etc.

Les exercices exécutés avec ces appareils simples varient très peu, dans l'ensemble, des mouvements décrits. Ils diffèrent suivant l'appareil employé, parce qu'ils permettent d'obtenir quelques variantes en plus. Ainsi les exercices précédents exécutés avec des haltères sont identiques ; ils donnent en outre la possibilité d'accomplir la rotation des bras et surtout la circumduction avec plus de vigueur et d'énergie. Mais à la condition, que l'engin ne soit pas trop lourd et n'oblige pas l'enfant à une dépense exagérée d'effort, car en culture physique rationnelle l'effort ne doit jamais dépasser la force physique de l'enfant. Il faut cependant éviter de donner aux enfants des haltères trop légères, parce que l'enfant aime avoir la sensation de l'objet qui se trouve dans ses mains. C'est pour cette raison que nous trouvons inutiles les haltères en bois, et nous leur préférons celles en fonte de 1 à 2 kilogrammes suivant l'âge de l'enfant.

Les exercices de circumduction peuvent se faire séparément, ou bien être incorporés dans des exercices multiples. Dans le premier cas, les bras en pleine extension exécutent des cercles d'avant en arrière et inversement tantôt un bras après l'autre, tantôt les deux bras simultanément. Dans le deuxième cas, le mouvement de recumduction suit le mouvement d'extension des bras en avant ou en haut.

Les haltères permettent également d'obtenir avec plus de vigueur et de régularité les mouvements de l'abduction et de l'adduction des bras, ainsi que la flexion et l'extension des avant-bras sur les bras ; car, si faible que soit le poids des haltères, il finit par provoquer de la part du sujet un certain effort, qui oblige les muscles à se contracter un peu plus, que si ces exercices se faisaient sans les haltères. En localisant l'effort dans ses mains, le sujet tend au maximum ses bras et les transforme aisément en balanciers, permettant une précision plus grande dans la rotation et la circumduction.

La barre à double sphère en bois est le deuxième appareil que nous utilisons en culture physique. Cet engin joue un rôle considérable dans les exercices physiques physiologiques, car, grâce à sa simplicité on obtient des exercices absolument identiques des deux côtés, d'un synchronisme absolu et d'une exécution gracieuse et presque élégante. La barre à double sphère n'est autre chose qu'un bâton de bois de 1 m. 20 à 1 m. 40 de long terminé par deux sphères en bois à ses extrémités. Le sujet tient la barre dans ses mains de telle sorte que celles-ci la partagent en trois segments, dont celui du milieu se trouve entre les mains. Sous commandement « commencez » le sujet se met en position debout et place la barre au-dessus des genoux. Les principaux exercices exécutés avec la barre à double sphère sont les suivants :

1° Exercice de la barre à double sphère en avant et en quatre temps:

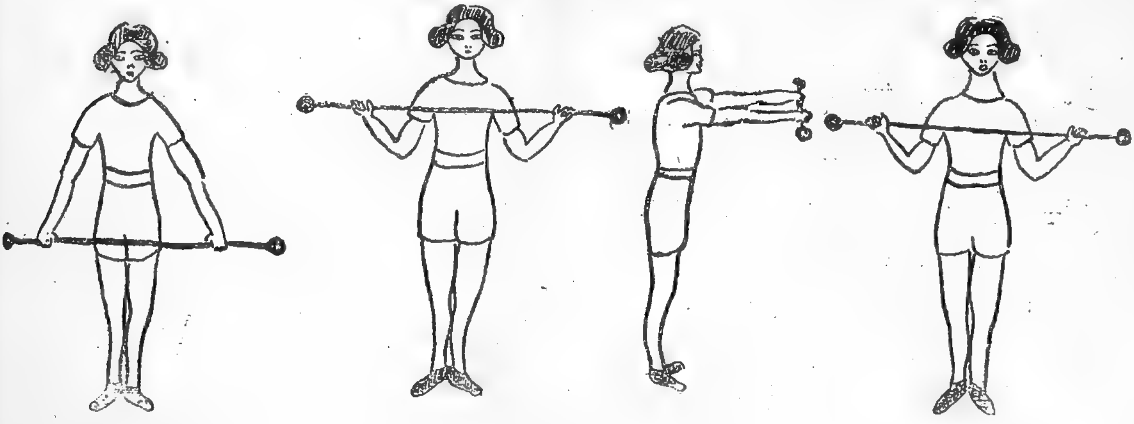
1er *temps* : poser la barre sur la poitrine ;

2e *temps* : porter la barre en avant, les bras en pleine extension ;

3e *temps* : poser de nouveau la barre sur la poitrine ;

4e *temps* : abaisser la barre. (Fig. de la planche n° 5).

PLANCHE N° 5



Position initiale 4me temps — 1er temps — 2me temps — 3me temps

Exercice de la barre à double sphère en avant

Dans cet exercice, semblable à ceux décrits plus haut, la barre doit se trouver durant l'exercice parallèle au sol.

2° Exercice de la barre en haut :

1er *temps* : poser la barre sur la poitrine ;
2e *temps* : porter la barre au-dessus de la tête ;
3e *temps* : poser de nouveau la barre sur la poitrine ;
4e *temps* : abaisser la barre.

La barre portée au-dessus de la tête doit conserver son parallélisme avec le sol.

3° Pose de la barre sur la nuque en quatre temps :

1er *temps* : poser la barre sur la poitrine ;
2e *temps* : porter la barre au-dessus de la tête ;
3e *temps* : poser la barre sur la nuque ;
4e *temps* : abaisser la barre sur les genoux, en la portant d'un seul coup d'arrière en avant. (Fig. de la planche n° 6).

4° Exercice avec la barre à double sphère derrière le dos :

1er *temps* : poser la barre sur les épaules ;
2e *temps* : extension verticale des bras derrière la tête ;
3e *temps* : poser de nouveau la barre sur les épaules ;
4e *temps* : abaisser la barre sur le bas des reins. (Fig. de la planche n° 7.)

Dans toute la durée de cet exercice, l'enfant est obligé de garder ses épaules en rotation en arrière, la poitrine avancée, les membres inférieurs bien tendus et les bras en complète extension. L'exercice se répète 3, 4, 6, 10 fois, selon les aptitudes des sujets et leur entraînement. Il doit se commander avec cadence, un rythme parfait et sans brusquerie. Il est inutile d'ajouter que la barre à double sphère peut être remplacée facilement par un bâton solide et suffisamment long.

PLANCHE N° 6



2me temps
Exercice de la barre avec extension des bras en haut

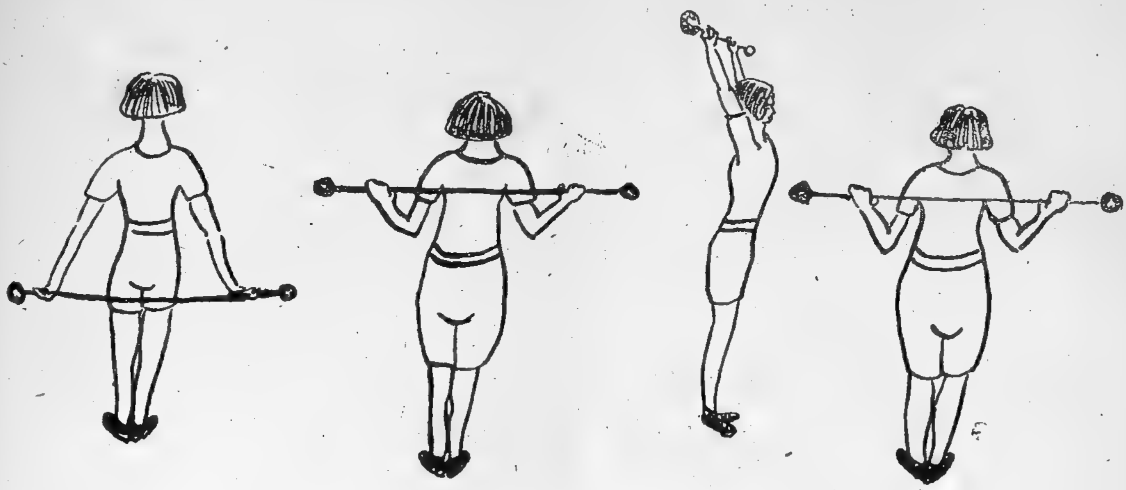
2me temps — 3me temps
Pose de la barre sur la nuque en quatre temps

Dans cet exercice la tête du sujet tenue droite ne doit pas bouger ; il faut surtout surveiller que le sujet n'incline pas sa tête au moment du passage de la barre d'arrière en avant. On arrive facilement à ce résultat en recommandant au sujet de porter ses épaules fortement en arrière, ce qui s'obtient à la condition d'avancer la poitrine et de contracter les muscles fixateurs des omoplates.

Pour accentuer davantage la rotation des épaules en arrière nous avons institué l'exercice suivant, qui, exécuté avec pause et sans précipitation, donne le moyen d'habituer l'enfant à avancer la poitrine avec plus de précision. Voici en quoi consiste cet exercice : le sujet, sous le commandement « commencez », porte d'emblée la barre derrière le dos au niveau de la région lombaire et exécute l'exercice également en quatre temps :

Jusqu'à présent le rôle des membres inférieurs consistait à maintenir l'équilibre du corps, afin de rendre les exercices des bras plus aisés. Mais, cela ne suffit pas, et il faut incorporer les exercices physiques propres aux jambes dans les exercices multiples des membres supérieurs. Nous estimons cette façon de faire plus agréable pour les enfants, qui arrivent ainsi à exécuter une série d'exercices avec les jambes sans s'en apercevoir. Puisque le but est le même, il est donc inutile de faire subir aux membres inférieurs des exercices individualisés, comme flexion, extension, abduction et adduction des jambes en position debout. Nous préférons intercaler ces exercices dans les exercices physiques précédents, faits avec la barre. Sous commandement « commencez » le sujet saisit la barre et se met en position fondamentale debout.

PLANCHE N° 7



Position initiale 4 me temps — 1er temps — 2me temps — 3me temps

Exercice de la barre derrière le dos

5° **Exercice combiné de la barre avec les jambes :**

1er *temps :* flexion des bras et flexion de la jambe gauche sur le bassin ;

2e *temps :* extension des bras et de la jambe en avant ;

3e *temps :* réflexion des bras et de la jambe ;

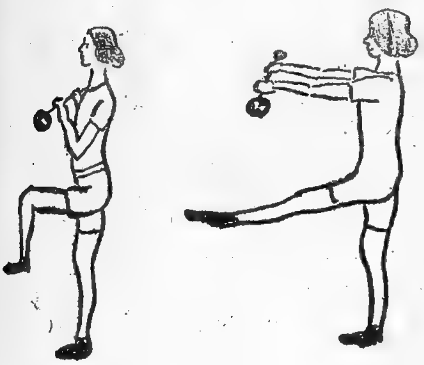
4e *temps :* abaissement de la barre et pose du pied par terre. (Fig. de la planche n° 8.)

3e *temps :* réflexion des bras et de la jambe sur le bassin ;

4e *temps :* abaisser la barre et poser le pied par terre. (Fig. de la planche n° 8 *bis.*)

On répète le même exercice avec la jambe droite, qu'on porte ainsi que la barre latéralement à droite. Cet exercice est exécuté aussi cinq à dix

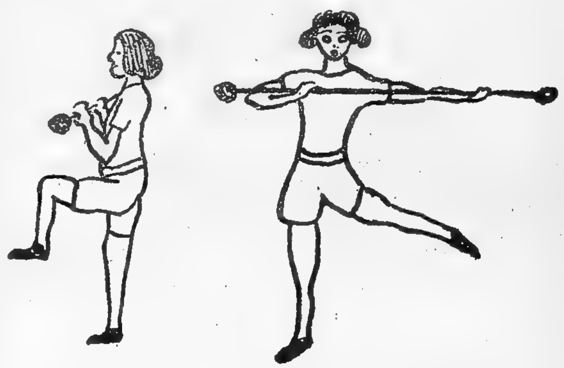
PLANCHE 8



1er temps, 2me temps et 3e temps

Exercice combiné de la barre, extension des bras et de la jambe gauche en avant

PLANCHE 8 *bis*



1er temps, 2me temps et 3me temps

Exercice combiné de la barre, extension latérale du bras et de la jambe gauche

On répète le même exercice avec la jambe droite et on exécute une série de cinq à dix exercices à la fois. Dans cet exercice les mouvements des bras et de la jambe doivent être isochrones et accomplis sans saccades.

6° **Exercice combiné de la barre avec extension latérale de la jambe :**

1er *temps :* flexion des bras et de la jambe gauche sur le bassin ;

2e *temps :* porter la barre et la jambe en extension latéralement à gauche ;

fois de suite et alternativement avec chaque jambe. L'exercice est d'une exécution gracieuse et contribue puissamment à l'éducation de l'équilibre statique des enfants.

Lorsque l'équilibre statique des enfants est déjà chose acquise, nous introduisons dans les exercices multiples les mouvements du tronc, en procédant par le minimum d'efforts possible. Dans les exercices avec des haltères la flexion du tronc en avant et son extension en arrière peuvent former deux temps de plus ; ainsi que l'inclinaison du tronc à gauche et à droite. De

◆◆◆◆◆

même la rotation du tronc à droite et la rotation du tronc à gauche formeront également deux temps de plus pour l'exercice. Dans l'exercice double des jambes et des bras avec la barre à double sphère, l'exercice du tronc peut se combiner avec l'extension des membres comme dans l'exercice suivant :

1° Exercice des membres et du tronc avec la barre à double sphère en arrière :

1er *temps* : flexion des bras et de la jambe gauche.

2e *temps* : extension de la jambe en avant ;

3e *temps* : extension du tronc en arrière ;

4e *temps* : extension des bras dans la direction du tronc ;

5e *temps* : redressement du tronc dans la position verticale ;

6e *temps* : abaissement de la barre et pose du pied par terre. (Fig. de la planche n° 9.)

En répétant le même exercice avec la jambe droite, on obtient un excellent exercice pour l'entraînement des membres, du tronc et l'équilibre statique du corps. L'exercice suivant nous sert pour entraîner les membres et le tronc en sens inverse.

2° Exercice des membres et du tronc avec la barre à double sphère en avant :

1er *temps* : flexion des bras et de la jambe gauche sur le bassin ;

2e *temps* : extension de la jambe en arrière ;

3e *temps* : inclinaison du tronc en avant ;

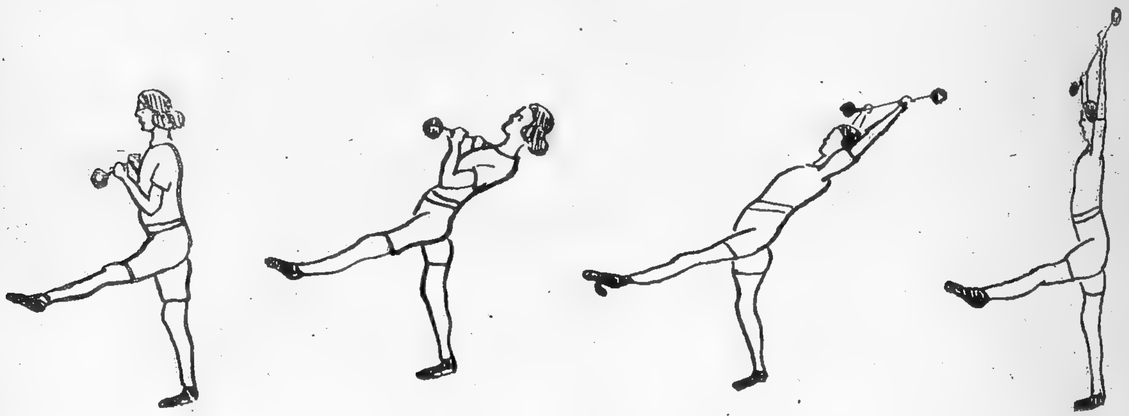
4e *temps* : extension des bras en avant dans la direction du tronc ;

5e *temps* : redressement du tronc ; -

6e *temps* : abaissement de la barre et pose du pied par terre. (Fig. de la planche n° 10.)

Cet exercice répété alternativement avec la jambe droite et la jambe gauche donne le moyen d'obtenir l'équilibre du tronc sur une jambe en extension.

PLANCHE N° 9

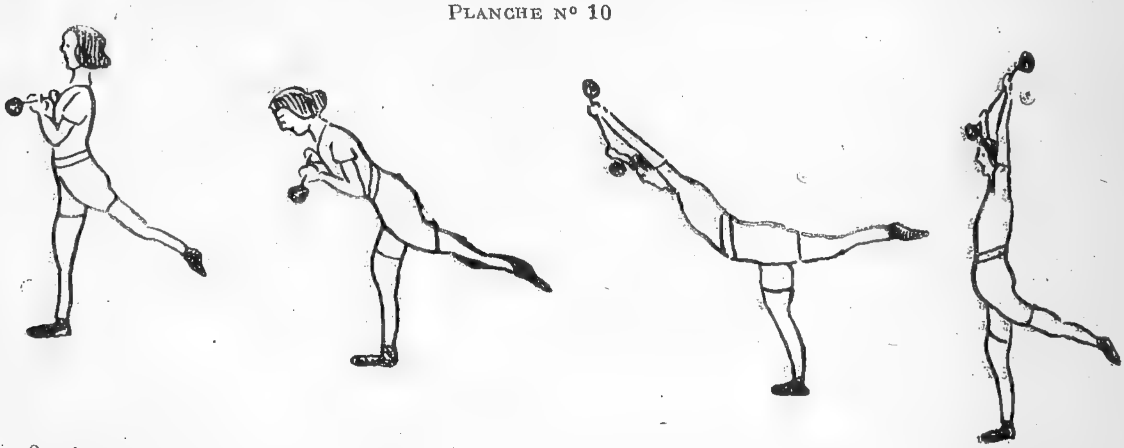


2me temps 3me temps 4me temps 5me temps

Exercice combiné de la barre, du tronc et de la jambe gauche.
Extension du tronc en arrière

L'extension du tronc, très important en culture physique, s'obtient par une série d'exercices dont le but est d'obtenir l'extension parfaite

PLANCHE N° 10



2me temps 3me temps 4me temps 5me temps

Exercice combiné de la barre, du tronc et de la jambe gauche,

du dos. L'exercice suivant nous a permis d'entraîner les enfants et même les adolescents sans qu'ils ressentent la moindre fatigue pendant son exécution. Cet exercice, que nous appelons, « exercice à trois », se fait de la façon suivante : trois enfants, à peu près de même taille, forment un groupe placé devant un mur ou mieux devant l'espalier, dos tourné contre l'appui (mur ou espalier). Les deux enfants placés à chaque extrémité se tiennent par leurs mains ; la main droite de l'un dans la main gauche de l'autre et les bras complètement tendus. L'enfant du milieu se met de telle sorte que la poignée formée par les mains de ses camarades corresponde au milieu de son dos. Il se trouve avant l'exécution de l'exercice en position initiale debout ; l'exercice s'accomplit en quatre temps :

Exercice d'extension du dos en arrière à trois :

1er *temps* : élévation verticale des bras ;

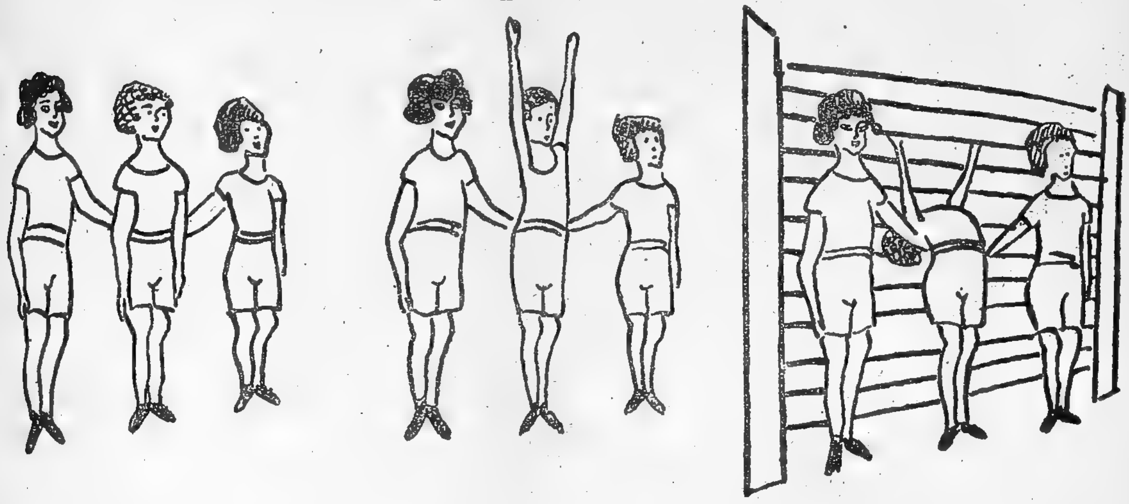
2e *temps* : inclinaison du dos en arrière, les mains contre l'appui et la tête renversée ;

3e *temps* : redressement du tronc avec les bras restés levés verticalement ;

4e *temps* : abaissement des bras. (Fig. de la planche no 11.)

Ici le deuxième temps est le plus important, et il faut surveiller que les genoux du sujet restent en extension et les talons touchent le sol.

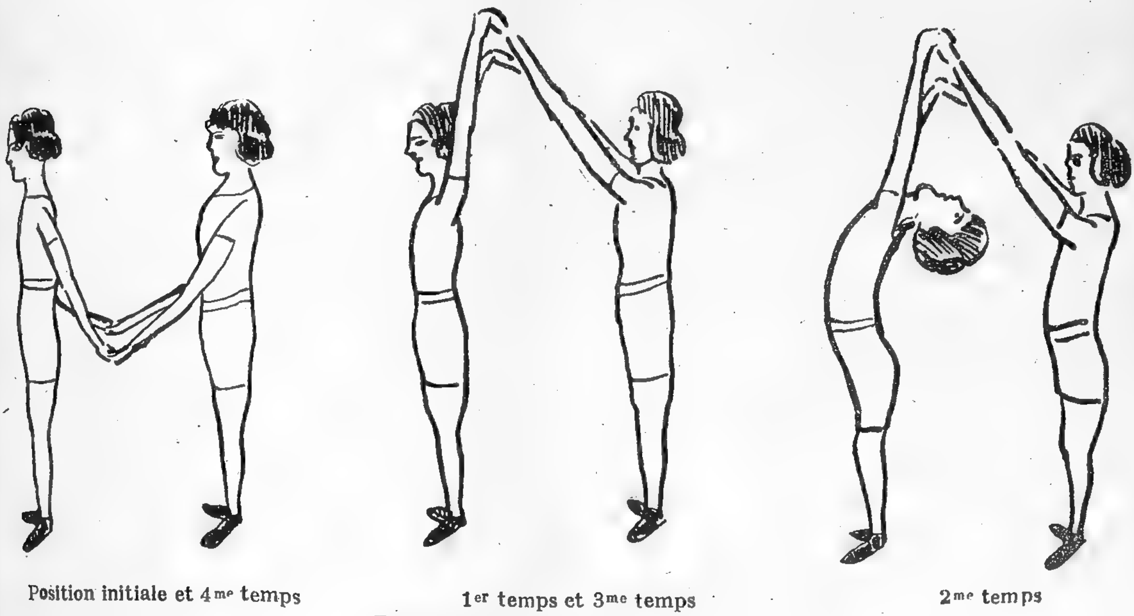
PLANCHE No 11



Position initiale et 4me temps — 1er temps et 3me temps — 2me temps

Exercice d'extension du dos en arrière à trois

PLANCHE No 12



Position initiale et 4me temps — 1er temps et 3me temps — 2me temps

Exercice d'extension du dos en arrière
Exercice à deux

Après cinq à dix exercices faits de suite, les enfants changent leur place, de telle sorte que chacun d'eux se trouve au milieu de deux autres. Si nous faisons faire à chaque enfant cinq exercices de suite, l'exercice complet d'extension du dos en arrière comptera en tout quinze exercices.

L'extension du dos peut encore s'exécuter par groupe de deux. Les deux enfants sont placés l'un derrière l'autre. Sous commandement « commencez » l'enfant placé derrière saisit les mains de son camarade, à qui il servira d'appui pendant l'exercice. L'exercice s'accomplit aussi en quatre temps :

Exercice d'extension du dos en arrière à deux :

1er *temps* : élévation verticale des bras ;

2e *temps* : inclinaison du dos en arrière, tête renversée ;

3e *temps* : redressement du tronc ;

4e *temps* : abaissement des bras. (Fig. de la planche no 12.)

Même règle que dans l'exercice précédent. Après cinq exercices faits de suite, on commande aux enfants de faire volte-face et de répéter les mêmes mouvements. Comme c'est l'enfant, qui se trouve en avant qui exécute l'exercice, le tour revient donc à celui qui a servi tout à l'heure d'appui.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rechutes et récidives du tétanos.

MM. Léon Bérard et Auguste Lumière ont eu l'occasion de noter un certain nombre de cas de ce genre au cours de l'évolution de 140 cas de tétanos pendant la guerre.

Il leur a semblé que les rechutes et les récidives de tétanos, comme les tétanos tardifs, survenant avec ou sans injections préventives de sérum, sont dues à la mise en liberté de spores incluses dans des corps étrangers qui ont ainsi pénétré dans l'organisme et qui peuvent y subsister sans perdre leur virulence pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Ces spores sont libérées par des traumatismes quelconques ou par des interventions chirurgicales ; et, c'est pour parer à ce danger d'inoculation tardive que ces auteurs avaient, les premiers, préconisé les injections de sérum antitétanique toutes les fois qu'une opération devait être pratiquée secondairement chez les blessés de guerre.

Les injections sériques n'ont pas un pouvoir de protection absolu, et l'immunité qu'elles confèrent pourrait s'atténuer assez rapidement.

Une première atteinte de tétanos, enfin, ne préserve nullement contre une nouvelle infection par le bacille de Nicolaïer, de sorte que, dans l'état actuel de nos moyens, on ne peut pas réaliser une immunité active ou passive persistante contre le tétanos. (*La Presse médicale*, 25 juillet 1925.)

Accidents oculaires des sinusites postérieures.

D'après le Pr Velter, les accidents oculaires, qui sont susceptibles d'attirer l'attention du côté des sinus postérieurs et qui peuvent dépendre d'une infection sinusienne latente sont : 1o les paralysies oculo-motrices, très rarement constatées ; 2o des rétinites ou chorio-rétinites d'un type un peu particulier et à évolution bénigne ; 3o des accidents oculaires par atteinte du nerf optique, spécialement la névrite rétro-bulbaire, avec des aspects cliniques un peu spéciaux : coexistence fréquente d'une papillite, récidives, durée anormalement prolongée.

Ces accidents imposent un examen rhinologique minutieux ; leur évolution ou leur persistance jugée menaçante forcera la main et décidera à intervenir.

Quant à la thérapeutique, pour les atteintes du nerf optique on distingue deux cas :

1o Il y a des signes de certitude ou simplement de présomption d'une lésion sphéno-ethmoïdale (hypertrophie notable de la queue du cornet moyen, sécrétions concrétées, petits polypes, etc.).

Aller directement et immédiatement aux sinus postérieurs. La présomption suffit quand il s'agit d'un accident aussi immédiatement menaçant que la névrite optique. Elle serait certainement moins impérative en matière de céphalée ou de tout autre accident.

Cette opération portera avant tout sur la cavité suspecte (sphénoïdale ou ethmoïdale) ; en cas de doute, ouvrir les deux.

2o L'examen complet conduit méthodiquement et rigoureusement ne révèle aucune altération. La thérapeutique doit être considérée dès lors non pas comme curatrice d'une sinusite, dont rien ne permet rhinologiquement de soupçonner l'existence, mais comme un moyen de favoriser la guérison d'un accident déterminé dont la cause demeure d'autre part inconnue.

Traitement spécifique intense pendant huit jours, associé au repos et à un traitement local médicamenteux (cocaïno-adrénalisation, inhalations).

En cas d'insuccès, pratiquer, soit d'emblée la trépanation sphénoïdale ou sphéno-ethmoïdale, soit une petite opération (résection du cornet moyen, scarifications, etc.), quitte à attaquer les sinus postérieurs deux ou trois jours après, s'il n'y a pas d'amélioration. (*L'Hôpital*, avril 1925-A.)

Le pneumo-péritoine post-opératoire dans le traitement des périviscérites digestives.

Le rôle important des périviscérites en pathologie digestive est décélé, dit le Pr Carnot, par les déformations et les troubles de transit, que celles-ci provoquent, et qui sont décelés par les images mouvantes de la radioscopie ou fixées par la méthode des radiographies en série.

Très nombreux sont les malades qui souffrent après une intervention abdominale, et chez qui les séquelles tardives de leur ancienne lésion apparaissent liées à la symphyse viscérale, qu'elle a provoquée. Ces malades réclament bien souvent une opération libératrice, mais celle-ci donne rarement de bons résultats. Il y a donc lieu d'étudier systématiquement la genèse des adhérences périviscérales et la manière de les éviter, soit au cours d'une première intervention dirigée contre la lésion causale, soit lors du traitement chirurgical des adhérences elles-mêmes.

Cependant, on doit savoir que ces adhérences constituent souvent un processus défensif, grâce auquel des accidents graves de perforation ou d'infection ont été maintes fois conjurées, par calfatage. On ne doit donc les supprimer que si la cause qui les a nécessitées a elle-même disparu, bref si l'affection primitive est refroidie et stérilisée.

Il est établi, d'autre part, que l'endothélialisation soigneuse d'une plaie péritonéale (après perforation, incision ou destruction d'adhérences) est la condition nécessaire pour qu'il ne se produise pas, à ce niveau, de nouvelles symphyses, la surface séreuse n'étant vraiment protégée contre la menace d'accolement aux parties voisines que par son endothélialisation ; mais comme celle-ci n'est fructueuse qu'en milieu aseptique, il en résulte que, le plus souvent, les adhérences sont fonction de la septicité du péritoine.

Pour lutter contre les périviscérites, il faut donc supprimer l'infection, faire toujours la réendothélialisation chirurgicale des plaies péritonéales en affrontant les séreuses, ou recourir à l'épiploïsation des moignons opératoires des surfaces viscérales dépéritonisées.

Or, le Pr Carnot, par l'expérimentation sur le chien, vient de démontrer qu'il est possible par un pneumo-péritoine post-opératoire d'écarter l'une de l'autre les surfaces périviscérales dépéritonisées pendant le court temps nécessaire à leur réendothélialisation aseptique spontanée. Ce procédé a d'ailleurs une innocuité telle qu'il est employé pour de simples examens radioscopiques. L'aiguille pourrait d'ailleurs être mise en bonne place à travers la paroi au cours même de l'opération, pour éviter toute introduction aveugle, et pour que l'interposition d'un matelas d'air soit au maximum efficace, l'insufflation étant faite après les sutures pariétales. On entretiendra au besoin le pneumopéritoine pendant une durée de dix à quinze jours nécessaire pour la repéritonisation de la place péritonéale.

Ce procédé, qui a paru simple et efficace dans l'expérimentation, devrait être essayé chez l'homme par des chirurgiens. (*Paris médical*, 16 mai 1925.)

La giardiose vésiculaire. Lambliose vésiculaire.

Depuis la guerre, *giardia intestinalis*, autrefois considéré comme exotique et rare, apparaît comme un hôte très répandu de l'organisme humain.

D'après P. Carnot, G. Libert et H. Gaehlinger, dans la lambliose, le repaire que fournit au parasite la vésicule biliaire n'avait été jusqu'ici que soupçonné. Grâce au tubage duodénal, grâce à l'étude de la bile B (vésiculaire), on a pu se rendre compte que le cholécyste servait de refuge aux giardias ; dès lors, on conçoit aisément comment le parasite, ainsi embusqué, résiste souvent aux assauts thérapeutiques, et, du même coup, on entrevoit facilement dans quel sens devront être désormais orientés les efforts dans la lutte contre ce parasite.

C'est, en effet, de toute évidence, une substance parasiticide « cholétrope » qu'il faut chercher et utiliser.

Le néosalvarsan en injections intraveineuses a paru plus efficace, et d'une action plus durable que le stovarsol. Sous ces deux formes cependant l'arsenic s'élimine par la bile et se retrouve en quantité notable dans le liquide de tubage.

Il est possible de concevoir aussi que le médicament à élimination vésiculaire provoquera une action parasiticide non seulement dans la vésicule, mais dans le duodénum, si on le fait agir *in situ* en l'injectant par le tube d'Einhorn en place, et après instillation de sulfate de magnésie, au moment où la vésicule se contractant chasse hors de leur repaire les parasites qui s'y abritaient.

Ces données sont d'autant plus intéressantes que, dans les conditions actuelles, les colites lambliennes résistent si souvent à toutes les thérapeutiques. (*Paris médical*, 16 *mai* 1925.)

La chirurgie actuelle de l'abcès amibien du foie.

D'une étude faite par le Pr F. Papin, il résulte que le chirurgien doit désormais considérer l'abcès du foie comme un épisode au cours de l'amibiase hépatique ; abcès ne veut plus dire en ce

cas, intervention obligatoire, qu'il s'agisse d'un abcès du foie certain ou probable.

Cependant, l'intervention chirurgicale conserve une place, soit d'emblée dans les abcès volumineux, les abcès à forme aiguë, les infections surajoutées, et en présence de certains symptômes pressants (accidents respiratoires, menaces d'asphyxie, risque d'ouverture), — soit par suite de l'inefficacité ou tout au moins de l'insuffisance du seul traitement médical institué d'abord. Même, quand elle s'impose d'ailleurs, elle doit être accompagnée, précédée toutes les fois que la chose est possible, suivie toujours, du traitement médical (émétine, arsenic, bismuth, etc.), qui doit rester le *traitement de fond.*

La technique de l'intervention revêt deux modalités : soit l'incision large de l'abcès, soit la ponction avec aspiration, dont l'efficacité s'est affirmée ; grâce précisément à l'appoint du traitement médical.

Le traitement moderne de l'amibiase a donc imprimé à la chirurgie de l'abcès du foie une complète transformation. La gravité, la durée de guérison des abcès hépatiques sont complètement modifiés ; le nombre même en est atténué et on peut concevoir le temps où l'abcès du foie deviendra une rareté et tendra à disparaître ; l'hépatite « abortive » deviendra la règle. Le rôle de la chirurgie n'est plus qu'épisodique, n'ayant à s'exercer que dans certaines circonstances déterminées. (*Paris médical,* 16 mai 1925.)

L'autohémothérapie en dermatologie.

Certaines dermatoses, l'urticaire, la maladie de Quincke, par exemple, sont considérées comme des extériorisations de l'anaphylaxie au même titre que la migraine. Il est donc légitime de les traiter par les méthodes antianaphylactiques.

Parmi ces méthodes, la protéinothérapie, réalisée au moyen de l'injection du sang total du malade lui-même, prend chaque jour une importance plus grande.

C'est à ce procédé de l'autohémothérapie que M. Max Metzger consacre l'étude qui fait l'objet de la présente analyse, et qui débute précisément par un exposé très clair des doctrines relatives à l'anaphylaxie. La technique qu'il préconise est très simple et très pratique. Elle consiste à prélever par ponction veineuse 12 à 15 cmc. du sang du malade lui-même et à les réinjecter immédiatement dans les muscles de la fesse.

Il faut se servir d'une seringue de 10 à 20 cmc. fonctionnant bien et aseptisée par ébullition, munie d'une aiguille pas trop grosse, mais assez longue pour se prêter à l'intramusculaire subséquente.

La ponction veineuse sera faite lentement, en évitant d'aspirer de l'air. La peau de la zone de l'intramusculaire aura été badigeonnée à la teinture d'iode, et l'aiguille retirée d'un coup sec ; l'injection terminée, on frottera la place de la piqûre avec un tampon iodé jusqu'à ce qu'il ne s'écoule plus une goutte de sang.

Cette petite opération demande exactement deux minutes et est bien acceptée par les malades.

En ce qui concerne les doses à employer, l'auteur est partisan d'une moyenne de 10 cmc. pour l'adulte et de 2 à 4 cmc. pour l'enfant ; les injections sont pratiquées habituellement tous les deux jours, en tenant compte des sujets qu'on traite et de leurs réactions après chaque injection. On fera de 8 à 10 injections ; si ce nombre maximum est inefficace, il est inutile de prolonger le traitement. L'autohémothérapie ne dispense d'ailleurs pas du traitement classique local des dermatoses qu'il s'agit de guérir.

Cette méthode est indiquée dans l'urticaire, les eczémas, le zona, la furonculose, les prurits, le prurigo. Les résultats ont surtout été favorables dans l'urticaire, le zona, les prurits et la furonculose vraie. Elle doit son action, non pas à une sorte de vaccination, mais à la provocation d'un choc humoral facile à déceler par l'examen du sang des sujets avant et après l'injection.

Elle peut donner lieu à des incidents immédiats tels que pâleur, chute du pouls, syncope de nature émotive, et évitables en pratiquant la ponction et l'injection le malade étant couché. Les accidents tardifs sont précisément des accidents de choc que l'auteur n'a jamais observés graves. (*Strasbourg médical,* 20 août 1925.)

Deux cas d'ozène chez des nourrissons.

L'ozène, conséquence habituelle du coryza atrophique, ne s'observe guère qu'à partir de la 4e année chez l'enfant, et même plus tard. Aussi, les deux cas relatés par M. Junga offrent-ils un intérêt particulier puisqu'ils intéressent des nourrissons âgés respectivement de 2 ans et 17 mois.

Le premier fut atteint d'ozène consécutif à une rougeole compliquée de broncho-pneumonie et d'otite purulente. Le second mourut d'une méningite consécutive également à une otite suppurée au cours d'une rougeole. Le premier guérit, le second mourut. Mais, dans les deux cas, l'ozène se caractérisait par l'odeur fétide, des croûtes verdâtres obstruant les deux fosses nasales, qui furent désobstruées par l'auteur.

La conclusion pratique de cette relation est la nécessité de procéder systématiquement à un examen oto-rhinoscopique dans toute affection, si bénigne soit-elle, du nez et des oreilles, car « le coryza atrophique peut revêtir chez le nourrisson des caractères d'extrême gravité, **par lui-même d'abord, ensuite et surtout par des**

complications auriculaires sérieuses qu'il peut entraîner ». (*Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 septembre 1925.)

Tumeur cérébrale et radiothérapie profonde.

Les tumeurs cérébrales sont le plus souvent de l'espèce « caput mortuum » qui désespère le médecin, désarmé et impuissant à les combattre.

On peut cependant en atténuer les effets et en enrayer peut-être l'évolution, ainsi qu'il advint à M. Bretagne qui, ayant diagnostiqué chez une malade une tumeur cérébrale déterminant des troubles oculaires accentués, signes d'une très forte hypertension intra-cranienne, conseilla une trépanation décompressive suivie de séances d'applications profondes de radiothérapie. Amélioration de l'état général et de la vision qui dure environ onze mois.

Une deuxième trépanation est alors pratiquée à la suite d'une recrudescence des douleurs de tête et des troubles oculaires ; elle est pratiquée du côté opposé à la première et suivie d'applications radiothérapiques profondes. Et la malade s'améliore de nouveau à un point tel qu'elle peut reprendre petit à petit son métier de caissière qu'elle avait été forcée d'abandonner.

Le diagnostic porté est celui de tumeur probablement gliomateuse de localisation indéterminée. Il est intéressant de noter la rémission remarquable obtenue par cette double trépanation qui a sauvé l'appareil oculaire, et par la radiothérapie profonde qui semble ralentir sinon arrêter l'évolution de cette tumeur. Et comme enseignement à retenir : la nécessité d'un examen ophtalmologique dans tous les cas de céphalées tenaces de cause indéterminée. (*La Clinique ophtalmol.*, août 1925.)

L. Pouliot. — **Indications et technique de l'analgésie obstétricale à l'hémypnal.**

Ceux que préoccupe le problème de l'accouchement indolore rêvent d'un analgésique, non toxique, sans action sur la contractilité utérine, applicable à tous les cas, et supprimant la douleur pendant la totalité des phases de l'accouchement. Ce serait là l'analgésique idéal, qu'il est permis de concevoir en théorie, mais qui, en pratique, n'existe pas encore, car il n'y a pas actuellement de substance agissant électivement sur les fibres nerveuses sensitives, à l'exclusion des fibres motrices. Faut-il en attendant sa découverte (hypothétique) s'abstenir de toute analgésie au cours de l'accouchement ? Une attitude aussi résolument abstentionniste serait peu médicale ; d'autant plus que les agents dont nous disposons, quoique encore imparfaits, permettent cependant d'assez beaux résultats lorsqu'ils sont bien utilisés. Au premier rang de ceux-ci s'inscrit l'hémypnal qui est un composé peu toxique, ne comptant aucun accident à son passif et dont on peut avec une technique bien réglée obtenir d'excellents résultats.

L'hémypnal s'administre sous forme de cachets et de suppositoires ; c'est à ces derniers que l'auteur donne la préférence. Il en recommande l'emploi surtout chez les primipares et dans les accouchements traînants par présentation vicieuse, avec ou sans rupture prématurée des membranes. Le travail qui se prolonge alors exagérément s'accompagne d'une excitation nerveuse intense, de cris incessants et d'une agitation désordonnée qui jettent le désarroi dans l'entourage. Il importe dans l'intérêt de tout le monde — et même de l'enfant à naître — de calmer ces manifestations. On le peut grâce à l'hémypnal, et ce médicament, loin de faire payer ses bienfaits par quelque rançon, permet au contraire un accouchement meilleur sous tous les rapports. Il peut entraîner un ralentissement du travail dans les accouchements normaux, mais dans les accouchements longs par hypertonie utérine, on observe plutôt son accélération.

En résumé l'hémypnal, inoffensif pour la mère comme pour l'enfant, mérite de prendre une large place comme calmant obstétrical.

On se souvient que dans une thèse fortement documentée où il passe en revue tous les procédés d'analgésie obstétricale, A. Rathelot était arrivé à des conclusions analogues. (*Journal de Médecine de Paris*, 27 juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Cancer du poumon.

(MM. Caussade, Surmont et Lacapère. — *Soc. méd. des hôp.* ; 17-7-1925.)

M. Caussade rapporte un cas de cancer du poumon, chez une femme de 68 ans. Le néoplasme, refoulé vers le médiastin, avait comprimé la veine cave supérieure et déterminé de l'œdème (œdème en gigot) des deux bras, sans altération toutefois de la région cervicale, sans œdème en pèlerine. La radioscopie ne fut d'aucun secours au diagnostic, un épanchement pleural récidivant ayant constamment obscurci tout le thorax. L'épanchement était séro-fibrineux, sans trace d'éléments sanguins. Pas de *métastase*

viscérale, pas d'adénopathie, ni médiastinale, ni axillaire, ni cervicale.

Au cours d'une affection pulmonaire dont la nature est difficile à préciser, on n'oubliera pas de pratiquer des examens des crachats en série. C'est souvent d'une manière fortuite que l'analyse de l'expectoration permettra de diagnostiquer un cancer pulmonaire. On arrive quelquefois, sans parler des crachats plus ou moins sanglants, à colorer des débris de la tumeur. Les phénomènes de compression de la veine cave se produisent souvent rapidement, entraînant la mort dans un assez bref délai. La radioscopie constitue une aide précieuse pour le diagnostic, sans être toujours concluante.

Le traitement radiothérapique reste une arme active mais parfois à double effet. Elle peut précipiter la cachexie.

La cholestérinocholie dans la lithiase biliaire.

(MM. Chiray, Le Clerc, Benda et Milochevitch. — *Soc. méd. des hôp.* ; 31-7-1925.)

Dans la bile des lithiasiques, dit M. Chiray, la cholestérine est très fréquemment diminuée, ce qui semble tenir à la précipitation d'une partie de la cholestérine dans le liquide même où elle est à l'état de solution colloïdale instable.

L'hypocholestérinocholie et l'hyposolubilité cholestérinique manquent à certaines périodes de la lithiase confirmée, ce qui permet de concevoir deux phases différentes au cours de la maladie, le « stade lithogène », correspondant à la formation du calcul, et le « stade lithiasique », qui est celui des accidents mécaniques ou infectieux déterminés par le calcul constitué. L'alternance de ces stades dans la vie du malade rend compte de la constitution des calculs par couches concentriques, chaque couche correspondant à un retour offensif du stade lithogène.

L'hypocholestérinocholie et l'hyposolubilité cholestérinique ne s'observent, en général, ni chez les sujets normaux, ni dans les affections viscérales en dehors du foie, ni même dans les diverses affections de la vésicule, la lithiase exceptée. Ces deux phénomènes (l'hypocholestérinocholie et l'hyposolubilité cholestérinique) constituent, dans ces conditions, un signe de forte présomption en faveur de la lithiase. Leur absence toutefois, n'élimine pas de façon absolue le diagnostic de calculs.

Tétanos guéri par le sérum antitétanique.

(M. Maurin, de Clermont-Ferrand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 10-7-1925.)

Les cas de guérison de tétanos par le sérum antitétanique ne se comptent plus. M. Maurin en a observé un nouvel exemple. Son malade a reçu en vingt-sept jours plus d'un litre de sérum. Il s'agissait, il est vrai, d'un tétanos se présentant dans des conditions favorables de pronostic : tétanos tardif (début neuf jours après la blessure), à peu près apyrétique, non complètement généralisé.

Les lois de la thérapeutique cardiaque.

(MM. Ch. Laubry et D. Routier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 3-7-1925.)

M. Laubry rappelle certaines particularités de la thérapeutique cardiaque qui lui paraissent constituer de véritables lois. Les voici énumérées :

1° Les médicaments toni-cardiaques n'ont pas de propriétés physiologiques sensiblement différentes. M. Vaquez avait opposé à la digitale, qui exercerait son influence sur la régularité du rythme, le strophantus qui serait surtout un cardio-tonique. M. Laubry n'est pas d'avis que cette opposition doive être maintenue, les deux agents pouvant se substituer souvent l'un à l'autre.

2° Un cœur réfractaire tout d'abord à une médication donnée peut être sensibilisé à cette médication par l'action d'un nouveau tonicardiaque. Cette loi a été mise en lumière par M. Vaquez, lorsqu'il fit connaître que l'ouabaïne n'avait pas seulement un effet immédiat, mais encore et surtout un effet à distance. Tel malade, ne réagissant plus à la digitaline, retrouvait sa réactivité à son égard lorsqu'il avait été traité par une série d'injections d'ouabaïne. Cette notion peut être étendue à tous les toni-cardiaques.

3° L'activité d'un tonique du cœur dépend beaucoup de son mode d'administration. L'injection intra-veineuse d'ouabaïne et aussi de digitaline aurait une puissance beaucoup plus grande que l'administration buccale de ces médicaments.

C'est en partant de ces principes que MM. Laubry et Routier ont fait une étude physiologique et clinique de la convallamarine. Ils emploient cette substance en injections intra-veineuses, à la dose de 5 milligrammes, en solution dans 1 cc. d'eau isotonique. En deçà, les effets sont inappréciables ; au-delà, la tolérance est imparfaite ; il se produit quelquefois des vomissements et de la diarrhée. L'injection doit être strictement intra-veineuse. Comme il arrive pour l'oubaïne et pour tout autre glucoside, une goutte du médicament en dehors de la veine provoque des phénomènes réactionnels intenses et une douleur intolérable à l'endroit de la piqûre.

Transmission à l'homme du « microsporon felineum ».

(MM. Thibierge, Legrain et Leblois. — *Soc. de derm. et syphil.*; 14-6-1925.)

MM. Thibierge, Legrain et Leblois ont eu l'occasion d'observer deux séries de cas de transmission à l'homme du *Microsporon felineum.*

Dans une famille où vivait un chat, 4 personnes présentèrent des plaques circinées sur la partie supérieure du thorax et sur le cou. Le chat ayant changé de maison, une seconde famille, qui l'avait recueilli, eut deux personnes atteintes de semblables éruptions. L'examen des squames prélevées par grattage, chez une des malades, permit de constater la présence de groupes de spores et de mycélium ap-

partenant à un microsporon. La culture de ces squames reproduisit un parasite ayant tous les caractères de microsporon felineum. Il s'agissait d'une dermatose d'origine animale.

M. Leblois examina alors le chat suspecté d'être la cause de cette petite « épidémie ». L'animal parut de prime abord parfaitement sain. A une exploration plus approfondie, on constata une quantité de trichodectes et, de place en place, des croûtelles minces recouvrant une peau lisse et brillante. Le microscope montra des spores de trichosporon.

Un cas d'enkystement après injections d'hydroxyde de bismuth.

(M. MONTLAUR. — *Société de dermatologie et syphiligraphie* ; 14-6-1925.)

M. Montlaur présente un malade qui reçut, en trois mois, 18 injections intra-musculaires d'hydroxyde de bismuth en suspension huileuse. Deux mois et demi après la dernière injection, se produisit un gonflement de la fesse gauche à caractères inflammatoires. Une large incision conduisit sur une masse composée de logettes à parois sphacéliques et renfermant un mélange de sérosité, d'huile et d'hydroxyde de bismuth. Chaque logette correspondait à une piqûre.

— M. BALZER a observé l'enkystement de mélange huileux au citrate ammoniacal de bismuth.

— M. LAFAY pense que la préparation du sel bismuthique n'est pas indifférente dans cet accident.

— M. CLÉMENT SIMON préférerait aux suspensions huileuses les suspensions aqueuses. Malheureusement celles-ci sont douloureuses, jusqu'à présent du moins.

Vaccinothérapie locale du chancre mou et du bubon chancrelleux.

(MM. JEANSELME, JAUSION et DIOT. — *Soc. de derm. et syph.* ; 14-6-1925.)

MM. Jausion et Diot ont utilisé avec avantage dans le traitement du chancre mou et du bubon chancrelleux, en applications locales, des filtrats de germes associés au bacille de Ducrey.

— M. CLÉMENT SIMON remarque que le traitement des bubons par la ponction, suivie d'injection d'une manière inerte comme la vaseline, procure des guérisons rapides et radicales. La méthode de Fontan donne des succès environ huit fois sur dix.

— M. LORTAT-JACOB, chez un malade porteur d'un bubon et d'un chancre mou, a fait une injection de vaccin d'Hababou-Sala. En 48 heures, une amélioration considérable s'est produite.

Les gélo-vaccins dans le traitement des pyodermites.

(MM. JAUSION et DIOT. — *Soc. de derm. et syph.* ; 14-6-1925.)

M. Jeanselme présente une note de MM. Jausion et Diot intitulée : les gélo-vaccins, leurs avantages dans le traitement des pyodermites. Il s'agit de vaccins locaux, sur gélose, qui auraient donné aux auteurs de bons résultats dans diverses pyodermites.

Eczéma et eczématides.

(M. CIVATTE. — *Soc. dermatol. de Strasbourg* ; 10-5-1925.)

M. Civatte a étudié les éruptions érythémato-squameuses, qui relient par transition insensible l'eczéma au psoriasis, et qui ont reçu des noms divers : pityriasis, séborrhéides, eczématides.

Trois hypothèses générales ont été mises en avant pour expliquer ces dermatoses. La première admet qu'elles constituent des affections à part, des pityriasis. La seconde considère que ce sont des psoriasis atténués, qui se compliqueraient parfois d'eczéma. La troisième soutient qu'elles constituent bien réellement des eczémas (eczématides de Darier), capables de prendre pour un temps le masque du psoriasis.

M. Civatte a fait une série d'examens histologiques de ces différentes lésions et il arrive à la conclusion qu'elle méritent plutôt le nom d'eczématides et se rapprochent principalement de l'eczéma.

Choc arsénobenzolique et avortement.

(MM. MERKLEN, WOLF et NEEL. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 10-5-1925.)

L'injection d'arsénobenzènes peut-elle provoquer parfois chez la femme enceinte un avortement ? Il y a deux ans, M. Gougerot avait attiré déjà l'attention sur ce point en signalant la possibilité de crises nitritoïdes utéro-placentaires suivies d'expulsion du fœtus, et il recommandait de remplacer au cas de grossesse les injections intra-veineuses par les injections intra-musculaires, moins choquantes. M. Marcel Pinard avait objecté, il est vrai, que les avortements en question relevaient tout simplement de la syphilis.

M. Merklen rapporte aujourd'hui un nouvel exemple d'avortement consécutif à une injection intraveineuse d'arsénobenzol et il conclut que, sans se priver de la thérapeutique arsenicale chez la femme enceinte syphilitique, il serait sans doute convenable de la conduire avec une certaine prudence et de s'adresser également au mercure et au bismuth.

— M. PAUTRIER croit les accidents de ce genre excessivement rares. Il appuie son opinion sur une statistique du professeur Couvelaire. De 1919 à 1925, M. Couvelaire a fait pratiquer, à la consultation prénatale de son service, 8.624 injections de 914, à des doses allant de 0 gr. 30 à 0 gr. 90, chez 479 femmes en état de gestation. Il n'a pas observé un seul cas de crise « nitritoïde utéro-placentaire », pas un seul avortement paraissant conditionné par l'injection intra-veineuse de 914.

La crainte d'un avortement par choc arsenical, dit M. Pautrier, ne saurait donc décommander la voie intra-veineuse. Il serait inopportun de s'en tenir, pour ce motif, à l'injection intra-musculaire, moins active.

P. L.

Les Congrès

Congrès de la natalité de Clermont-Ferrand.

(*Septembre* 1925)

RADIATIONS ET NATALITÉ

Les radiations contre le taudis.

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES,

Président de la Société d'Hygiène de l'Enfance.

La lumière irradie et vivifie, encore faut-il qu'elle pénètre dans les habitations, d'où la guerre indispensable à faire au taudis, où peuvent naître, mais non vivre, les enfants. La santé des parents est un élément important pour la quantité et la qualité de leur descendance.

Selon leur nature, les radiations (héliothérapie naturelle ou artificielle), les couleurs (chromothérapie) diminuent la durée des maladies, les empêchent, les guérissent, elles ou leurs suites. Le rouge diminue la durée de la rougeole, de la scarlatine, de la variole. La rougeole notamment prépare ensuite à la tuberculose, car en rougissant les tissus, elle a empêché les rayons ultra-violets, microbicides d'y pénétrer ; il faudra donc faire agir ces derniers rayons, antagonistes des rouges, pour réparer les dégâts de ceux-ci.

Le soleil qui contient toutes les radiations doit pénétrer partout. Les rues doivent être larges, les habitations très ouvertes à la lumière. C'est la campagne qui, seule, a maintenant de l'espace, il faut en éviter l'exode par les radiations hertziennes ou lumineuses, la T. S. F. ou le cinéma, à domicile, rendant le paysan l'égal du citadin devant le plaisir. Ainsi les villes moins attirantes, moins peuplées auront, comme les champs, des familles plus abondantes en enfants sains et vigoureux. Les taudis disparaissant, la natalité croîtra et la mortalité infantile diminuera !

Les Thèses

P. — Dr R. GAMARD. — **Contribution à l'étude de l'ouabaïne. Sa posologie par la voie buccale.** (Les Presses universitaires de France, 49, boulevard St-Michel, Paris, 1924.)

Ce travail, très documenté, représente une bonne mise au point de la question. L'auteur montre, avec de nombreuses observations à l'appui, que l'ouabaïne, par voie buccale, est sensiblement moins active que par voie intraveineuse. Pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut utiliser « *per os* » des doses assez élevées. On prescrira de XXV à C gouttes par jour de la solution à 2 p. 1000, suivant le degré plus ou moins marqué d'hypotonicité myocardique que l'on aura à traiter.

Mais si, par voie buccale, l'ouabaïne, utilisée isolément, se montre un tonicardiaque de second plan et à indications limitées, il n'en est plus de même quand on associe ce glucoside à la digitaline, suivant la ofrmule préconisée par Laubry sous le nom de digibaïne. L'auteur consacre un chapitre de sa thèse à cette nouvelle forme tonicardiaque. Il insiste sur le caractère très particulier de cette association dans laquelle une proportion relativement faible d'ouabaïne suffit cependant à renforcer considérablement l'action de la digitaline. Avec la digibaïne, contrairement à ce qu'on observe avec la digitaline, on ne note jamais d'accoutumance, même après un usage prolongé. L'auteur résume en quelques mots les indications de cette nouvelle association : « la digibaïne, écrit-il, est indiquée dans tous les cas où il est classique de formuler la digitaline ».

Donc, pour GAMARD R., l'ouabaïne, par voie buccale, manifeste son maximum d'activité quand on l'associe intimement à la digitaline et c'est sous cette forme que le praticien en obtiendra les meilleurs effets.

P. — Dr G. MARCHAL, ancien interne des hôpitaux de Paris, médaille d'or. — **La leucopédèse gastrique.** (Travail du service du Dr LOEPER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon). Paris, Librairie Octave Doin ; Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1925.

La présence de leucocytes dans la cavité gastrique est un phénomène constant, présentant des recrudescences considérables dans les périodes digestives : on lui a donné le nom de leucopédèse (Loeper-Marchal).

Il est relativement facile d'apprécier la valeur de la leucopédèse gastrique, par numération des globules blancs à la cellule de Nageotte, après avoir dilué les liquides de digestion recueillis en série continue. Les trois grandes catégories d'aliments, protéines, hydrates de carbone et graisses, provoquent l'afflux de leucocytes dans l'estomac. La proportion des polynucléaires se montre la plus élevée avec les substances albuminoïdes, et la plus faible avec les graisses. Les substances cristalloïdes agissent au maximum sur la leucopédèse, lorsque le liquide de digestion devient sensiblement isotonique.

Physiologiquement, la leucopédèse gastrique est

encore déterminée par les sécrétions glandulaires de l'estomac et du duodénum

Il existe une leucopédèse d'appétit. On peut observer des leucopédèses d'irritation, peu intenses et fugaces.

Pendant les périodes de repos de l'estomac, il persiste une minime leucopédèse résiduelle. Parmi toutes ces causes de leucopédèse, c'est l'alimentation qui détermine la réaction de beaucoup la plus importante. Le système neuro-végétatif règle l'intensité des afflux leucocytaires dans l'estomac ; en particulier l'action du pneumogastrique les diminue. Dans tout suc gastrique, il y a des leucocytes, mais la dissociation est fréquente entre l'importance de la leucopédèse et celle de la sécrétion chimique.

La salive elle-même apporte dans l'estomac des quantités extrêmement variables de leucocytes, mais généralement assez faibles. Les leucocytes dans l'estomac participent à la digestion des albuminoïdes, grâce à un ferment protéolytique activé par l'HCl, semblable à la propepsine glandulaire. Ils peuvent commencer la digestion de l'amidon, synergiquement avec les sécrétions bilio-pancréatiques, lesquelles subissent souvent un reflux dans l'estomac. Ils digèrent les graisses par action intra et extra-cellulaire de leur lipase ; celle-ci est activée par le reflux bilio-pancréatique. Les effets des ferments amylolytique et saponifiant ont retardés dans l'estoma c, mais se poursuivent dans l'intestin. Le rôle digestif des leucocytes complète normalement l'action du suc gastrique. Les globules blancs semblent apporter un pouvoir digestif de suppléance dans certains estomacs hypopeptiques ou cancéreux.

Les globules blancs constituent dans l'estomac les premiers éléments de défense dans la lutte antitoxique, particulièreement dans les intoxications alimentaires d'origine protéique. Sauf pour la digestion des graisses, les ferments leucocytaires font preuve d'une action extracellulaire dans l'estomac. Attaqués par l'HCl, digérés par le complexe chlorhydro-peptique, les globules blancs cèdent leurs ferments au suc gastrique.

Aucun rapport constant entre la leucopédèse gastrique et la leucocytose digestive n'apparaît dans les recherches de l'auteur. Seuls, l'ulcus gastrique et les intoxications alimentaires lui ont indiqué une réaction à peu près invariable : abaissements très marqués de la leucopédèse. La valeur de la leucopédèse gastrique peut être relevée, chez des malades sujets à des troubles toxiques et anaphylactoïdes d'ordre alimentaire, par certaines substances, telles que le sucre et l'atropine. La leucopédèse intestinale existe, mais bien moins intense que la leucopédèse gastrique. Dans l'intestin, les leucocytes franchissent en minorité l'épithélium de revêtement, sauf à travers les thèques périfolliculaires décrites par Renaut ; la plupart des leucocytes restent inclus dans la muqueuse.

Pour la muqueuse gastrique, au contraire, la diapédèse, avec chute des globules blancs dans la cavité de l'organe, est le phénomène primordial. Elle a lieu dans toute l'étendue de la muqueuse, avec prédominance dans l'antre prépylorique.

BIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Action des sels de terres rares (chlorures de cerium) sur la tuberculose expérimentale du cobaye.

Bien qu'un certain nombre d'auteurs aient déjà montré tout le profit que l'on peut retirer de l'application des sels de terres rares dans le traitement de la tuberculose, avec en particulier les sulfates de néodymes, de didymes, etc., nous avons voulu nous rendre compte si la gamme des sels cériques rigoureusement purs et sélectionnés, utilisés dans le « Cerinil » sous forme de chlorures en solution physiologique avaient vraiment une action thérapeutique antituberculeuse sur le cobaye. Nous avons d'abord recherché la tolérance du cobaye vis-à-vis de ce produit et déterminé quelles doses efficaces pouvaient lui être administrées par voie buccale, et hypodermique.

D'après ces données, nous avons :

a) Tuberculisé des cobayes avec des produits tuberculeux différents et commencé le traitement aussitôt.

b) Traité un certain nombre de cobayes avant toute tuberculisation pour nous rendre compte de l'action préventive.

c) Tuberculisé des cobayes avec des substances tuberculeuses préalablement mises en contact étroit avec les chlorures de cérium du « Cérinil » et en nous abstenant de tout traitement ultérieur.

1) Vérification de la non toxicité du cérinil et doses utilisées dans le traitement des cobayes.

9 cobayes furent injectés sous la peau avec 1 cmc. de solutions de « Cérinil » renfermant 0 mmg. 1, 0 mmg. 5, 1 mmg., 5, 10, 20, 30, 35, 40 mmg. de chlorures de cérium.

Tous les cobayes ainsi injectés n'ont montré aucun phénomène d'intolérance, et même ceux ayant reçu des doses 400 fois plus fortes que celles généralement employées pour l'homme vivaient encore après 4 mois.

De ces constatations ainsi que de celles relatives aux bons résultats obtenus sur l'homme avec les doses généralement employées, nous nous sommes arrêtés dans nos essais sur les cobayes à 3 doses différentes.

Une dose faible correspondant au poids vif de

l'animal, et deux doses 10 fois et 100 fois plus fortes.

2) **Expérimentation du cerinil sur les cobayes tuberculisés.**

Les cobayes utilisés ont été choisis parmi la variété de cobayes à poil dur, de poids sensiblement pareil (550 à 650 gr.) ; la nourriture identique leur a été donnée en quantité égale 2 fois par jour et les pesées hebdomadaires ont été faites, l'animal étant à jeun.

Première série (Traitement voie buccale). 3 lots de 6 cobayes ainsi que 5 témoins furent inoculés sous la peau de l'aîne avec 1/2 cmc. d'une émulsion de crachats tuberculeux montrant à l'examen direct une moyenne de 50 B. de Koch par champ.

5 autres lots de 6 cobayes et 5 témoins furent également infectés par voie hypodermique avec 1 cmc. de pus d'abcès froid.

Enfin 3 lots de 6 cobayes et 5 témoins furent inoculés suivant notre technique (1) avec des matières fécales bacillifères.

Tous les cobayes ainsi tuberculisés reçurent respectivement (sauf les témoins) le jour même, par la voie buccale, les uns 1 goutte de « Cérinil » pur, les autres 1 goutte de « Cérinil » dilué au 1/10 et au 1/100 et le traitement fut poursuivi chaque jour aux mêmes doses.

Deuxième série (Traitement par voie sous-cutanée). D'autres lots de cobayes de nombre égal à la série précédente, tuberculisés comme ci-dessus reçurent le jour même en injection sous-cutanée, les uns 1 cmc. de « Cérinil » pur les autres 1 cmc. de cette solution préalablement diluée au 1/10 et au 1/100 et le traitement fut poursuivi tous les 4 jours aux mêmes doses.

Troisième série (essais de traitement préventif). 3 lots de cobayes ne furent tuberculisés qu'après avoir reçu au préalable, pendant une période de 25 jours 6 doses de 1 cmc. de « Cérinil » pur, dilué au 1/10 et au 1/100.

Quatrième série (action *in vitro* du « Cérinil » sur des pus tuberculeux avant l'injection au cobaye). 2 lots de cobayes furent tuberculisés avec du pus d'abcès froid laissé au préalable en contact intime pendant 15 minutes avec une quantité égale de « Cérinil » pur.

Aucun traitement ne fut appliqué aux animaux ainsi infectés. Deux témoins furent tuberculisés avec une quantité du même pus non additionné de « Cérinil ».

Résultats obtenus.

Dans tous les essais ainsi pratiqués, il nous a été permis de constater dans la majorité des cas :

(1) *Revue de la tuberculose* (T. IV, nº 5 septembre 1925). E. MOREAU : Technique d'inoculation des fèces bacillifères au cobaye.

1) Une survie des cobayes traités par le « Cérinil », par rapport aux témoins, survie allant en moyen de 15 jours à 3 mois (1).

2) L'hypertrophie des ganglions inguinaux chez les cobayes témoins est observée plus tôt que chez les animaux traités ; elle est toujours plus accentuée et le chancre d'inoculation ne cesse jusqu'à la mort de laisser couler un pus riche en B. de Koch alors que chez les cobayes « Cérinilisés » : où l'écoulement de pus n'a pas lieu, ou sous l'influence des terres rares, il y a cicatrisation du chancre.

A noter également que l'intradermo-réaction s'est montrée plus tardivement positive chez les cobayes traités que chez les témoins.

3) Des cobayes traités et sacrifiés le jour de la mort des témoins ont montré à l'autopsie des lésions encore peu marquées. Le foie, la rate étaient augmentés de volume, mais dans des proportions beaucoup moindres que ceux des témoins ; de même, alors que le foie et la rate des témoins présentaient l'aspect en mosaïque si typique des tuberculoses expérimentales, ceux des cobayes traités ne montraient encore que quelques granulations éparses.

4) La courbe des pesées hebdomadaires dans la majorité des cas accuse une descente régulière chez les témoins, alors que chez les animaux traités, la perte de poids est moins rapide et ne s'accentue qu'à l'approche de la mort.

5) Le traitement sous-cutané aux doses de 1 cmc. de « Cérinil » pur et de 1 cmc. de « Cérinil » dilué au 1/10 a donné des survies deux fois plus longues en général qu'avec la dilution au 1/100.

Les mêmes faits ont été observés dans le traitement par voie buccale.

6) Dans le traitement préventif appliqué avant la tuberculisation des animaux, la survie des cobayes traités a été sensiblement la même que dans les cas précédents.

7) Enfin les cobayes infectés avec des produits tuberculeux ayant subi le contact des chlorures de cérium, sont morts de 32 à 58 jours après les témoins, malgré l'absence de tout traitement.

Les résultats des expériences résumées ci-dessus paraissent devoir confirmer ceux déjà obtenus depuis plusieurs années chez des malades atteints de tuberculose sous ses différentes formes dont l'état, dans la plupart des cas, a été si remarquablement modifié par l'emploi du « Cérinil ».

Ed. MOREAU,
Docteur en Pharmacie.
Chef de Laboratoire
à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

(1) Les survies de 15, 20 jours correspondent le plus souvent à des tuberculisations faites avec des produits très virulents renfermant des associations microbiennes et injectées à forte dose.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES MÉDECINS PROPHARMACIENS

Leurs droits. — Leurs devoirs.

Un de nos bons correspondants, qui exerce en Dordogne, nous demande de le renseigner sur les droits et les devoirs des médecins propharmaciens.

La question a été maintes fois traitée dans le *Concours médical* et dans ses publications, tel l'« Agenda Memento du Praticien ». Il n'est cependant pas inutile d'y revenir de nouveau pour préciser certains aspects d'une situation sur lesquels les intéressés eux-mêmes de sont pas toujours suffisamment fixés.

Tout d'abord, la propharmacie n'est pas une profession : voilà ce qu'il importe de proclamer. Les termes *propharmacie*, *propharmacien*, ne sont pas français. Feuilletez un dictionnaire, vous ne les y trouverez pas. Vous ne les trouverez pas davantage dans les ouvrages spéciaux tel le « Petit Dictionnaire de médecine » (Termes médicaux. — Expressions techniques), du Dr Dabout.

Ce sont des expressions commodes, que nous avons adoptées, parce que, dans le langage courant, elles sont économiques, et qu'entre nous, nous savons ce qu'elles signifient dans notre milieu médical.

Le médecin propharmacien est celui qui répond aux conditions visées à l'article 27 de la loi de Germinal an XI, ainsi conçu :

Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte ».

Donc, quand nous disons que les propharmaciens sont les médecins *qui exercent légalement la pharmacie*, nous commettons une inexactitude. Nous savons évidemment bien ce que nous entendons ainsi exprimer, mais comme les formules trop simplistes, celle-ci dit trop ou pas assez. Et en réalité, le médecin propharmacien n'a pas, à proprement parler, le droit légal d'exercer la pharmacie, puisque les conditions qui lui sont imposées sont très nettement restrictives ; puisqu'il lui est interdit d'avoir officine ouverte, et que c'est *seulement, exclusivement*, aux personnes près desquelles il est appelé comme médecin qu'il a le droit de remettre des médicaments simples ou composés ... et seulement dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant lui-même officine ouverte ...

Telles sont les conditions essentielles dans lesquelles il est permis au médecin de se substituer au pharmacien, de prendre sa place, et qui justifient étymologiquement le terme consacré par l'usage de Pro (Pour) pharmacien.

Contrairement à certaines idées qui ont encore cours, la loi ne fait aucune obligation au propharmacien de résider à une distance minima du pharmacien le plus voisin.

Des projets de loi sur l'exercice de la pharmacie avaient été déposés au Parlement sous la précédente législature. Ils créaient, autour des pharmacies, une sorte de périmètre de protection dans l'intérieur duquel les médecins ne pourraient, quelle que soit leur situation, fournir de médicaments à leurs propres malades.

Le rayon de ce périmètre avait été fixé d'abord à 8 kilomètres. Puis, dans certains amendements, la longueur de ce rayon avait été ramenée jusqu'à 4 kilomètres.

A l'époque, nous avons pris nettement position contre ces projets et nous nous sommes faits les défenseurs ardents des intérêts de la santé publique, et en même temps, des intérêts des médecins de campagne qui se prévalent à ce jour de l'article 27 de la loi de germinal.

Car — il importe de le souligner, pour éviter toute équivoque — *c'est dans le seul intérêt de la santé publique* que le législateur de l'an XI avait concédé aux médecins de campagne le droit de délivrer des médicaments à leurs malades. A l'époque, les moyens de communication étaient des plus précaires ; les agglomérations, isolées les unes des autres, devaient se suffire en quelque sorte à elles-mêmes, et quand elles ne possédaient pas de pharmacien, il était apparu logique, et humanitaire en même temps, que leur médecin se substituât à celui-ci. Et c'est même l'argument principal invoqué par les auteurs

des projets rappelés-ci-dessus : « Oui, disaient-ils, aux environs de 1800, la propharmacie sans limite de distance, se justifiait. Mais, en 1923, avec le téléphone, le chemin de fer, l'automobile, il n'en est plus de même. Temps et distance n'existent pour ainsi dire plus, et c'est un fait nouveau dont il faut tenir compte ».

A quoi nous répondions que, si le temps et la distance avaient été en effet raccourcis, d'une manière générale, par le progrès, ils n'en subsistaient pas moins au regard de particuliers démunis du machinisme moderne, et que c'était un fait dont il fallait également tenir le plus grand compte.

Mais la législature a pris fin sans que ces projets de loi soient venus en discussion. Ils sont donc caducs, et pour le moment, nous vivons toujours sous le régime de la loi de germinal, qui, d'ailleurs, ne répond plus aux nécessités présentes, et qui mériterait d'être modernisée, rajeunie et adaptée à ces nécessités avec le souci prédominant de mettre hors de contestation l'intérêt bien compris des malades, — sans lesquels il n'y aurait ni médecin, ni pharmacien.

Donc, pas de limite imposée au médecin pour être en même temps propharmacien. Et l'on pourrait concevoir deux communes, administrativement différentes, — mais assez rapprochées l'une de l'autre pour sembler n'en faire qu'une, — dont l'une possèderait une officine ouverte et l'autre ne possèderait qu'un médecin — celui-ci ayant le droit de délivrer des médicaments à ses malades, nonobstant le voisinage immédiat d'un pharmacien. C'est l'opinion du professeur Perreau, qui s'exprime ainsi, dans ses « Eléments de Jurisprudence médicale » (p. 187) :

1° D'abord, seule une pharmacie proprement dite .. enlève au médecin le droit de fournir des remèdes ... 2° en outre, cette pharmacie doit être située dans la commune où réside le médecin. On a pris pour plus de simplicité la plus petite circonscription administrative. Peu importerait donc qu'il y en eût une dans une commune voisine, serait-elle matériellement toute proche de l'habitation du malade ou de celle du médecin...

L'édition de l'ouvrage du professeur Perreau date de 1908. Or, en 1910, le 1er avril, la Cour de Rennes a confirmé un jugement du tribunal civil du siège, daté du 22 février 1910, condamnant un médecin qui, pour pouvoir continuer à exercer la propharmacie, avait transporté sa résidence dans une commune voisine de celle où il résidait antérieurement, et où venait de s'établir un pharmacien.

Je dirai donc : Ne vous y fiez pas ! Evitez surtout ce qui pourrait apparaître comme une manœuvre pour tourner la loi, non plus au profit des malades, mais à votre profit de médecin propharmacien...

Le médecin propharmacien a-t-il le droit de fournir des médicaments à ceux de ses malades qui habitent une commune voisine, pourvue d'une officine ? M. Perreau, déjà cité, n'est pas catégorique :

On a contesté aux médecins le droit de porter des remèdes aux malades habitant une autre commune qui posséderait une pharmacie, alors qu'il n'y en a pas dans celle où réside le médecin. On observe avec raison qu'alors le client aurait un moyen facile de se procurer lui-même ses remèdes, et que la thèse contraire fait dépendre les droits du pharmacien d'une circonstance fortuite, la préférence du malade pour un médecin d'une commune sans officine. C'est très exact, *mais peu décisif...*

Un avocat rompu aux questions de droit médico-professionnel, et que les anciens abonnés du *Concours médical* ont souvent lu, feu Me Gatineau, est très catégorique. Selon cet éminent juriste, si les malades habitant une commune pourvue d'une pharmacie viennent consulter un médecin résidant dans une autre commune dépourvue d'officine, OUI, le médecin a le droit de leur délivrer, CHEZ LUI, les remèdes qu'il leur ordonne. NON, s'il va les voir CHEZ EUX.

« Il serait prudent, sauf le cas d'urgence, lorsque le médecin qui bénéficie dans sa commune de la disposition exceptionnelle de l'article 27 de la loi de germinal, va soigner des malades dans une commune où il y a un pharmacien, de ne pas porter aux malades les remèdes dont ils peuvent avoir besoin » (*Agenda Memento*, 1925, p. 38).

Les DROITS du médecin propharmacien peuvent donc être résumés dans les termes suivants :

« En dehors des droits d'ordre médical que lui confère son diplôme de docteur en médecine, le médecin qui exerce dans une commune dépourvue d'officine a le droit de remettre des remèdes simples ou composés, — et par conséquent, de les préparer, — aux malades qui viennent le consulter chez lui, ou près desquels il se rend dans les communes, bourgs ou villages de sa clientèle où il n'existe pas davantage de pharmacien. »

***

Examinons maintenant quels sont les DEVOIRS, quelles sont les OBLIGATIONS qui s'imposent au médecin propharmacien.

L' « Agenda memento du praticien » auquel je me réfère, les énumère comme suit :

Obligation de ne vendre aucun remède secret. — mais, c'est là une défense bien platonique aujourd'hui et inopérante. Mon collègue Paul Boudin a démontré récemment (1) que les spécialités pharmaceutiques, dont il est impossible de se passer, sont toutes des remèdes secrets ;

Obligation de vérifier la qualité et la pureté des médicaments et de se soumettre aux visites et inspections prévues par les lois et règlements ;

Obligation de se conformer à la législation sur les substances vénéneuses, et notamment : d'appliquer les étiquettes règlementaires sur les médicaments dangereux ; de posséder une armoire aux poisons fermée à clef, et dont la clef demeure en sa possession ; de tenir le registre spécial aux substances vénéneuses du tableau B, conformément à l'article 32 du Décret du 14 septembre 1916 ;

Obligation de tenir en outre le registre d'ordonnances sur lequel sont copiées au jour le jour et numérotées, toutes ses prescriptions ;

Obligation de se soumettre à la vérification des poids et mesures et d'acquitter la taxe correspondante.

Par contre, le médecin propharmacien n'est pas soumis à l'obligation de l'inscription au registre du commerce. Il ne supporte pas davantage la taxe sur le chiffre d'affaires, ni l'impôt sur les bénéfices commerciaux.

Le fait qu'il est affranchi de ces trois obligations, imposées aux commerçants, démontre péremptoirement qu'il n'en est pas un ; que la propharmacie ne constitue pas, je le répète, une profession, et que la fourniture des médicaments qu'il fait à ses propres malades n'apparaît que comme un accessoire nécessaire de sa profession de médecin, qui demeure jusqu'à présent une profession libérale.

L'« Agenda Memento du Praticien » ajoute :

Le pro-pharmacien n'est tenu de faire aucune autre déclaration préalable à l'exercice de la pharmacie, que la déclaration au maire pour la détention et l'usage de substances vénéneuses ».

Je lis d'autre part dans la revue *Le Propharmacien*, 1er septembre 1925 :

... *Au moment de son installation comme propharmacien, le médecin doit en faire la déclaration écrite au maire de sa commune.* Sans y être légalement tenu, il fera bien d'adresser une déclaration identique à son préfet ou sous-préfet.

(1) Voir P. Boudin. — *Concours médical*, n° 36, p. 2079, 6 septembre 1925.

Pour ma part, je pense, contrairement à l'avis de l'« Agenda Memento », que la déclaration relative aux substances vénéneuses n'est nullement obligatoire, et qu'elle résulte implicitement de certaines formalités qui, elles, le sont. Mais jusqu'à preuve du contraire je m'inscris formellement en faux contre l'avis du journal *Le Propharmacien*, dont le texte me paraît inexact.

Un médecin ne s'installe pas comme propharmacien. Il résulte, des conditions dans lesquelles il se trouve quand il s'établit comme médecin, qu'en outre de l'art médical, il a le droit de délivrer des médicaments à ses malades. Mais, encore une fois, cela n'est qu'un accessoire et il suffit qu'il ait fait viser son diplôme à la mairie du lieu où il s'établit pour être en règle avec la loi.

Que si l'on m'objectait que la déclaration n'est exigée qu'à raison de la détention et de la vente des substances vénéneuses, je répondrais que les pharmaciens sont légitimement exonérés de cette déclaration, et qu'il en doit être de même du médecin qui, restrictivement, remplace légalement le pharmacien là où il n'existe pas.

Au surplus, il est obligé de tenir un registre spécial aux dites substances vénéneuses, *coté et paraphé*. Coté et paraphé par qui ? Par le maire ou par le commissaire de police, auxquels il demandera cotes et paraphes. Donc, par le fait même qu'il aura fait cette demande, il aura déclaré implicitement qu'il détiendra et manipulera des substances du tableau B.

Je ne trouve rien d'autre qui puisse être invoqué comme un texte légal contraignant le propharmacien à faire une déclaration *écrite* au maire.

D'ailleurs, le registre côté et paraphé s'impose nécessairement aux pharmaciens, qui réclament cotes et paraphes comme il est dit ci-dessus.

En fait, je connais des médecins propharmaciens qui possèdent une longue expérience et qui m'ont affirmé qu'aucune déclaration en leur avait jamais été imposée et qu'il ne comprendraient pas qu'on les obligeât à une formalité supplémentaire, quand ils ont accompli toutes celles que la législation comporte explicitement.

C'est bien mon avis. Et c'est là-dessus que je termine.

G. Duchesne.

UNE INNOVATION INTÉRESSANTE DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-VIE. LA CONSULTATION MÉDICALE FACULTATIVE ET PÉRIODIQUE

A l'instar de ce qui se fait en Amérique et en Angleterre, la Compagnie d'Assurances « Vita » vient d'introduire sur le continent, en Suisse d'abord et depuis le 1er janvier 1925, en Belgique, la consultation périodique gratuite pour ses assurés. Tout assuré sur la vie à cette Compagnie, pour un capital de 30.000 francs, a la faculté de consulter tous les trois ans un médecin de son choix ; les frais de la consultation sont supportés par la Compagnie et payés au médecin contre envoi d'une carte remise par l'assuré, l'autorisant à se présenter chez le médecin et portant au verso le texte ci-dessous :

A la Succursale belge de la « Vita »
Compagnie d'Assurances sur la vie.
Bruxelles
76, rue de la Loi.

La personne assurée, dont le nom figure au verso de cette carte, a été examinée par moi, le............. L'examen a porté spécialement sur les poumons, le cœur (pression du sang), les réflexes et l'urine (albumine et sucre). J'ai donné les conseils nécessaires à la dite personne. Veuillez me bonifier Frs........ *pour note d'honoraires*, à mon compte de chèque postal Nº......
(Date)............, le.........
Signature de la personne assurée et examinée :
(év. du représentant légal).
Signature du médecin :

Si la consultation entraîne une thérapeutique ou l'intervention d'un spécialiste, les frais en sont naturellement à charge du malade.

La Compaggnie cherche, en somme, à introduire chez ses assurés l'usage de l'examen médical régulier, tel qu'il devrait être pratiqué par le médecin de famille dont il faut, hélas ! appréhender la disparition de plus en plus menaçante ; c'est de la médecine prophylactique en action dont tous nos lecteurs comprendront et apprécieront l'utilité. Il faut souhaiter que les assurés, qui en sont directement bénéficiaires, la comprennent eux aussi. (*Le Scalpel.*)

J. D.

Commentaires.

L'initiative privée a des trouvailles lorsqu'il s'agit de faire gagner de l'argent à de grandes entreprises financières.

Personnellement, nous trouvons très intéressante cette information que nous avons découpée dans le *Scalpel.*

Il est probable, en effet, qu'avec le régime futur des assurances sociales, si celles-ci sont comprises dans l'intérêt des bénéficiaires, pareils examens de santé soient passés, en vue de prévenir les maladies.

Une Ligue américaine s'est fondée, en 1919, pour la prolongation de la vie.

Chaque ligueur verse 75 francs par an. Dès son admission, il subit un examen médical qui établit sa fiche, sur laquelle sont consignés son histoire, ses antécédents héréditaires et personnels, les maladies qu'il a eues, les chances qu'il a d'en avoir d'autres, son genre de vie, son tempérament, ses particularités physiques, sa profession, ses goûts, etc.

Régulièrement, à date fixe, chaque adhérent reçoit des conseils médicaux d'hygiène, appropriés à sa santé et à son genre de vie.

Il est nécessaire, en effet, de rappeler sans cesse à certains ce qui peut personnellement leur nuire et leur faire du mal.

Le bon médecin praticien français n'en fait-il pas autant, avec ses fiches personnelles, qu'il rédige à propos de chaque client qu'il a ?

Souvent, les conseils que nous donnons à un malade sont très précis, justement à cause de ces fiches médicales, qui relatent la vie du client depuis plusieurs années qu'il nous consulte.

Que cette fiche devienne la propriété du malade et le livret sanitaire individuel est créé.

Je crois que nos clients se trouveraient bien d'utiliser pareil livret sanitaire.

Combien de malades nous racontent, de bonne foi, de grossières erreurs de diagnostic, ou de traitement, alors que la simple remise du carnet sanitaire individuel renseignerait de suite le médecin, sur l'état antérieur du malade, qu'il voit pour la première fois, ou étranger de passage dans la ville.

Le secret professionnel ne serait pas atteint; d'abord parce que ce serait le malade lui-même qui serait dépositaire de son carnet et qu'il n'aurait aucun intérêt à le laisser traîner ; puis, combien facile d'adopter des signes conventionnels qui indiquent rapidement aux hommes de l'art les résultats d'un examen.

Sans aller jusqu'à dire, comme dans une pièce fameuse, que tout individu bien portant est un malade qui s'ignore, nous croyons qu'il serait de la plus grande utilité sociale de forcer en quelque sorte tous les gens, en apparence bien portants, à se faire examiner une fois ou deux par an, pour voir si tous leurs organes fonctionnent bien.

Certaines personnes vont régulièrement chez leur docteur stomatologiste, pour que celui-ci examine toutes les dents et puisse donner certains conseils de médecine générale, pour que la dentition soit toujours conservée en bon état.

Pourquoi n'entrerait-il pas dans les mœurs d'en faire autant avec le médecin de médecine générale ?

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Des chiffres.

Je lisais, il y a quelque temps, le résumé d'une conversation qu'avait eue Mignon avec un confrère, le Dr B., et j'avoue avoir été très étonné en voyant ce dernier demander, en vue de la prospérité future de la Mutualité Familiale, la réduction des indemnités chroniques et l'augmentation des indemnités que, pour plus de facilité, j'appellerai aiguës.

C'est là une opinion, Mignon l'a fait remarquer, qui va à l'encontre de ce que réclame la grosse majorité de nos adhérents qui se préoccupent bien plus de la gêne que pourra leur apporter une maladie qui se prolonge ou qui devient permanente que des quelques jours pendant lesquels ils seront immobilisés par une affection aiguë.

Il est évident que, pendant ses années de jeunesse, le médecin est beaucoup plus exposé aux maladies de courte durée, mais il ne sera pas toujours jeune et à mesure qu'il avancera en âge, la proportion des journées de chronicité augmentera singulièrement, et c'est précisément à ce moment que, pour lui, le besoin de l'indemnité se fera de plus en plus sentir.

J'ai voulu savoir ce que nos statistiques disaient à ce sujet et voici ce que j'ai trouvé (1) :

Dans la 40e année, pour 30 membres participants, avec une moyenne de 2831 journées de participation, 575 journées de maladie ; soit 19,1 par membre, savoir 14 aiguës et 5,1 chroniques.

Dans la 45e année, avec 53 membres ayant une moyenne de 4.228 journées de participation, on trouve 2.977 journées de maladie ; soit 56 par membre, savoir : 42,8 aiguës et 13,2 chroniques.

Dans la 50e année, 79 membres ayant une moyenne de 5.427 journées de participation donnent 8.283 journées de maladie, soit 104,8 par membre, savoir : 38,3 aiguës et 66,5 chroniques.

Dans la 55e année, 47 membres ayant une moyenne de 6.794 journées de participation donnent 7.407 journées de maladie, soit 157,4 par membre, savoir 78,6 aiguës et 78,9 chroniques.

Dans la 60e année, 47 membres ayant une moyenne de 7.625 journées de participation donnent 5.785 journées de maladie, soit 251,5 par membre, savoir 75,8 aiguës et 175,6 chroniques.

La progression des journées de chronicité est nette :

dans la 40e année	5,1
45e année	13,2
50e année	66,5
55e année	78,9
60e année	175,6

tandis que la progression pour les journées aiguës est beaucoup plus lente :

dans la 40e année	14
45e année	24,8
50e année	38,3
55e année	78,6
60e année	75,8

Il est à remarquer ici que la période 45-50 ans est presque stationnaire, stationnaire aussi la période 55-60 ans et que le saut se fait entre 45 et 50 ans.

Ces résultats d'ailleurs ne surprendront personne, car ils sont conformes aux observations que tous nous pouvons faire dans notre clientèle : ils disent simplement que le médecin n'est pas privilégié et qu'il subit la loi commune.

Mais ces résultats expliquent aussi la préoccupation qu'a le médecin prévoyant de se garantir pour l'avenir bien plus que pour le présent.

D'autant qu'il s'agit là de moyennes dans lesquelles tous, bien portants et malades, prennent leur part, alors que dans la réalité ceux qui sont arrêtés le sont beaucoup plus longtemps que ne l'accusent les statistiques.

La Mutualité Familiale a donc agi sagement en indemnisant les cas de chronicité. Il eût été imprudent de les indemniser sur la même base que les incapacités aiguës, mais il aurait été inique non pas seulement de les écarter, mais encore de ne pas les indemniser convenablement.

Le point important est que ce soit l'incapacité morbide qui seule soit indemnisée, et c'est pour cela que la participation a été limitée à 65 ans.

Avec l'ancienne combinaison B, qui admettait la participation vie entière, il était fort difficile d'apprécier ce qui, dans l'incapacité de travail revenait à la maladie et ce qui revenait à l'usure, à la vieillesse, et c'est pour cela que la combinaison B a été fermée dès longtemps. Mais cet inconvénient ne peut guère se produire au-dessous de 65 ans, âge auquel l'usure ne se fait généralement pas encore trop sentir.

Indemnité journalière de 10 fr., de 20 fr., de 30 fr. pour les cas aigus, indemnité mensuelle de 100 fr., de 200 fr., de 300 fr. pour les cas chroniques, voilà ce qu'offre la Mutualité familiale aux jeunes médecins.

Elle peut leur dire que son expérience porte sur le chiffre respectable de 11.657.382 journées

(1) Je ne parle que de la combinaison MA, la combinaison MAD étant trop jeune pour donner des bases d'appréciation et la combinaison B ne subsistant que pour ses anciens adhérents.

de participation et que son fonctionnement continue à être surveillé par un actuaire, M. Fleury, dont la compétence ne saurait être discutée.

Elle peut leur dire que jamais les droits légitimes d'aucun sociétaire n'ont été contestés, que pas un seul ne pourrait dire qu'il n'a pas reçu, en temps voulu, l'indemnité à laquelle il avait droit.

Et le total de ces indemnités, au 31 décembre dernier, s'élevait au chiffre non moins respectable de 2.237.009 francs !

Je sais bien que rien n'est aride comme des chiffres et que la lecture n'en est pas absolument distrayante, j'estime cependant qu'il est bon de les produire de temps à autre, ne fût-ce que pour montrer que nos assertions reposent sur quelque chose de sérieux et que nous sommes fondés à conseiller aux jeunes confrères de venir à nous.

A. GASSOT.

L'ASSURANCE-CHOMAGE

J'ai souvent répété qu'un grand défaut dans l'armature de la Mutualité, c'était le manque de corrélation entre la cotisation et les buts multiples qu'on se proposait d'atteindre. Pour une cotisation déterminée et faible qui devait primitivement couvrir la maladie, on adjoignit l'organisation des retraites, l'indemnité-maladie, les frais funéraires etc., et ceci sans élever la cotisation. On dut rogner pour boucler le budget et souvent cette opération financière se fit au détriment du médecin dont on marchanda de plus en plus les honoraires, ce fut une des causes de l'exploitation des praticiens. Il est à craindre que la même chose se produise dans l'établissement des assurances sociales.

Le projet Chauveau a adjoint aux risques à couvrir le chômage, qui n'était pas prévu dans les projets primitifs. Il ne s'agit pas ici du chômage maladie, mais de chômage économique. On prélèvera 1 % pour couvrir ce risque, c'est-à-dire environ 30.000.000. Comme rapidement cette contribution du reste minime sera insuffisante pour l'importance de la matière à assurer, on augmentera le pourcentage. Puis comme le monde ouvrier cherchera à englober, dans le chômage prévu par la loi, d'autres modalités de cessation de travail, on développera des considérations politico-humanitaires pour aggraver le risque chômage, filon qui sera vite exploité en matière électorale.

Mais en diminuant le montant de la cotisation de 10 %, on portera atteinte au service maladie qui est surtout intéressant pour les ouvriers, on nuira aux œuvres d'hygiène sociale et par contrecoup on nuira aux intérêts médicaux. On essaye déjà de pratiquer une nouvelle brèche, en continuant les soins aux pensionnés sans cotisation, en retardant les droits à la retraite de 60 à 65 ans, l'ouvrier pendant cette époque ne cotisant pas.

C'est en adjoignant des risques nouveaux sans les couvrir par des cotisations spécialisées qu'on portera atteinte à la valeur des honoraires médicaux et qu'on aboutira peut-être à des essais de forfait.

Voici le projet d'assurance chômage adopté pa la commission sénatoriale et qui sera joint au projet de loi sur les assurances sociales.

Dr M. VIMONT.

Texte adopté par la Commission sénatoriale de l'hygiène le 24 juin 1925

Risque-chomage.

ARTICLE 21. — I. L'assurance-chômage garantit à tout assuré obligatoire, de *nationalité française* et ayant un *contrat de travail*, une allocation par jour ouvrable, en cas de chômage involontaire par manque de travail.

II. Le taux de cette allocation est de 40 % du salaire calculé suivant les règles établies pour l'assurance-maladie. Cette allocation est majorée de 0.50 par jour pour le conjoint non salarié et pour chaque enfant de moins de 16 ans, au sens de l'article 20, dans la limite maxima du demi-salaire. Lorsque, dans une famille d'assurés, le mari et la femme reçoivent l'allocation, la majoration pour charge de famille n'est payée qu'une fois.

III. — Cette allocation est due à compter du 9e *jour* et pendant 60 *jours* ouvrables, *par période de* 12 *mois*. Le délai de 8 jours est porté à 30 pour les assurés exerçant une profession sujette à une ou plusieurs mortes-saisons annuelles ; la liste de ces professions sera établie par arrêté, après avis des organisations syndicales intéressées. Une retenue de 5 % est opérée sur le montant de l'allocation journalière en vue de maintenir au bénéficiaire ses droits à l'assurance des autres risques.

ARTICLE 22. — I. Pour être admis au bénéfice de l'assurance-chômage, l'assuré devra remplir les mêmes conditions de cotisations que celles imposées pour l'assurance-maladie.

II. — Les suspensions momentanées de travail résultant de l'inventaire, du manque de matières premières, accident ou réparation de machines et outillage, incendie ou inondation de l'établissement, et tous autres faits de même nature, ne donneront lieu au versement de l'allocation journalière que si la résiliation du contrat de travail s'ensuit.

III. — Le commencement d'une période de chômage d'un assuré est déterminé par *une double déclaration* faite par l'intéressé et par son employeur, adressée à l'office de placement compétent.

Article 23. — I. L'assurance contre le chômage est réalisée par des fonds départementaux, des fonds municipaux et des caisses syndicales ou mutuelles, spécialement autorisées à cet effet par arrêté ministériel.

II. — Il est créé, dans chaque département, un fonds départemental, et dans les villes de plus de 50.000 habitants, un fonds municipal. Dans les villes de moins de 50.000 habitants, il pourra être constitué un fonds municipal rattaché pour la gestion, soit au fonds départemental, soit à un fonds municipal d'une ville de plus de 50.000 habitants, à moins d'une autorisation spéciale de gestion directe.

III. — Dans chaque département, l'organisation du service de l'assurance contre le chômage sera déterminée par arrêté ministériel, après avis du Conseil général et des Conseils municipaux des communes ayant plus de 10.000 habitants.

IV. — Pourront être autorisées à faire le service de l'assurance contre le chômage pour leurs adhérents, les caisses spéciales annexées à un syndicat professionnel, à une Union de syndicats de même profession ou industrie ou à une Société de secours mutuels composée de membres exerçant en majorité la même profession ou industrie et constituées conformément aux dispositions de la loi du 21 mars 1884, modifiée par la loi du 12 mars 1920 et de la loi du 1er avril 1898.

Article 24. — I. L'assurance contre le chômage est alimentée par :

1° Une affectation de 1 p. 100 des versements opérés en vertu de l'article 2 de la loi précédente ;

2° Le montant des subventions allouées aux fonds départementaux et municipaux par les départements et les communes et dont le total sera égal à 25 p. 100 au moins de celui des allocations versées aux ayants droit au cours de chaque exercice ;

3° Des contributions de l'Etat dont le montant sera égal au chiffre des crédits budgétaires *actuellement* ouverts au Ministère du travail, au titre des fonds de chômage et de subventions aux caisses syndicales d'assurance contre le chômage.

II. — Ces ressources seront versées au fonds de majoration et de solidarité à un compte spécial.

III. — L'Office de placement ne devra admettre un chômeur à recevoir l'allocation que *s'il ne peut lui indiquer un emploi en rapport avec ses aptitudes et normalement rémunéré.*

IV. — Les chômeurs seront tenus de prendre part aux travaux momentanés de secours qui seraient organisés par les fonds départementaux et municipaux si leur état physique et leurs aptitudes professionnelles ne s'y opposent pas.

Article 25. — I. Sur les ressources de l'assurance-chômage, il est alloué aux fonds départementaux et municipaux une allocation forfaitaire de 1 franc par tête de chômeur et par an. Cette allocation est portée à 3 francs pour les adhérents aux Caisses syndicales ou mutuelles autorisées.

II. — Les caisses syndicales ou mutuelles autorisées recevront une subvention égale à 70 p. 100 du montant de cette allocation versée par elles à leurs adhérents, lesdites allocations ne pouvant être supérieures au demi-salaire.

III. — Les fonds départementaux et municipaux seront placés sous la surveillance des Offices départementaux, municipaux de placement qui contrôlent les chômeurs et la gestion des allocations.

IV. — L'Office central de la main-d'œuvre et les Offices régionaux sont chargés du contrôle technique des divers organismes départementaux et municipaux.

V. — Le règlement d'administration publique déterminera les règles et conditions générales d'organisation et de fonctionnement des fonds départementaux ou municipaux des caisses syndicales ou mutuelles et des mesures de contrôle auxquelles elles seront soumises.

VARIÉTÉS HYDROLOGIQUES

Dédié au Dr M. Ségard de St-Honoré (Nièvre).

Je pense intéressant de présenter à nos confrères, la lettre suivante :

Le Maire de la Ville de Châteauchinon,
A Monsieur Vauquelin, professeur et administrateur d'histoire naturelle, professeur de chimie à la faculté de médecine et d'un grand nombre de Sociétés savantes, etc.

Monsieur,

Tout ce qui intéresse l'humanité trouve près de votre bienfaisance un accès facile et vous ne craignez pas d'employer vos moments les plus chers à ce qui peut lui procurer un soulagement et l'éclairer sur ses véritables intérêts.

C'est donc avec la plus grande confiance que j'ai l'honneur de vous adresser avec un procès-verbal relatif aux eaux de Saint-Honoré, une caisse contenant deux cruchons d'eaux thermales de cette fontaine précédemment analysée par vous, et vous prie de vouloir bien permettre que je vous supplie d'en réitérer l'annalise (*sic*), ces eaux éprouvant dans ce moment une variation,

quant à leur degré de chaleur connu jusqu'alors (26) pourraient avoir également ressenties quelques mutations relativement aux substances dont elles sont composées

Cette circonstance étant d'un intérêt général, je ne doute pas que vous ayez la bonté de bien vouloir faire exécuter sous vos yeux cette seconde opperation (*sic*), elle éclairera l'humanité et la médecine en particulier. Cette faveur sera un véritable encouragement pour le propriétaire qui se livre avec le plus grand zèle à créer un établissement déjà très recommandable par des succès antérieurs obtenus avant même la primitive organisation de cet établissement dont l'effet doit apporter des améliorations sensibles dans le département.

Monsieur Dandrillon vous intéresse déjà sous ce rapport et comme vous ayant été recommandé directement ; votre dévouement naturel connu généralement, pour tout ce qui produit un bien réel, m'assure que j'aurai l'honneur d'obtenir la grâce que je réclame dans ce moment de votre bienveillance d'après les vœux des autorités supérieures de ce département et celui de Monsieur Dandrillon.

Les eaux, cette année, ont produit des cures extraordinaires et le public nombreux qui s'y est rendu, s'applaudit sans exception de les avoir prises.

Je suis avec le plus profond respect, Monsieur, votre très humble et très dévoué serviteur.

Château-Chinon, 6 novembre 1816.

VIALAY,
maire et docteur en médecine.

Pour copie conforme :

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ANNEXE AUX INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

RELATIVES AUX EAUX D'ALIMENTATION, APPROUVÉES LE 2 JUIN 1924, PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIENE.

Instructions aux géologues pour l'étude des projets d'adduction d'eau potable.

Conditions des interventions du géologue. — Toute ville ou commune qui a fait choix de nouvelles eaux pour son alimentation doit, avant l'établissement de tout projet ou la signature de tout contrat, faire procéder à la détermination de la salubrité de ces eaux au moyen d'enquêtes hydrogéologiques, chimiques et bactériologiques.

Les instructions antérieures prescrivaient que l'enquête hydrogéologique devait précéder l'analyse chimique et bactériologique et que cette dernière ne devait être effectuée qu'après le dépôt du rapport du géologue. La pratique de ces dernières années a montré l'utilité d'une collaboration étroite entre le géologue et le chimiste. Aussi, si l'enquête hydrogéologique doit toujours constituer la première étape des études destinées à montrer la salubrité d'une eau considérée, convient-il de recommander au géologue de collaborer avec l'analyste.

Chaque fois que sa connaissance antérieure des lieux fera prévoir au géologue qu'il n'y a pas de difficultés spéciales devant faire *a priori* rejeter les eaux considérées, il lui sera conseillé de s'entendre avec l'analyste, soit par l'intermédiaire du préfet, soit directement, pour faire coïncider sa visite avec celle de l'analyste. Ces deux techniciens, le géologue et l'analyste, tireront le plus grand fruit de l'étude des lieux qu'ils feront de concert. Le géologue pourra utiliser certains résultats d'analyse obtenus par le chimiste dans la région. De même ce dernier, discutant avec le géologue, pourra être amené à faire quelques prélèvements supplémentaires utiles aux résultats de leur mission. Il sera en outre en mesure d'utiliser pour ses prélèvements les travaux préliminaires de fouilles ou d'épuisement qui auraient été faits par la municipalité sur la demande du géologue, et à l'occasion de sa visite.

Cette collaboration sera également profitable aux intérêts de la commune considérée, en diminuant, dans une certaine mesure, les frais des visites des deux techniciens.

Il serait de plus très utile à l'hygiène que les rapports du géologue et du chimiste soient rédigés en commun par ces deux autorités.

L'enquête hydrogéologique ne doit pas se transformer en études ou en recherches tendant à procurer de l'eau aux communes intéressées. Certaines municipalités n'ont pas compris ainsi la consultation demandée aux géologues. Elles solliciteraient volontiers de leur part, soit une véritable enquête sur les eaux de la région qui pourraient convenir à l'alimentation de leurs communes, soit une étude leur permettant de faire choix parmi les diverses solutions en présence. Ce serait étendre dans une mesure irréalisable la tâche déjà grande qu'ont assumée les géologues. Que les municipalités avant d'entreprendre des travaux intéressant l'hygiène de leurs administrés comme les finances communales soient désireuses de s'entourer de toutes les garanties indispensables qu'exige une adduction d'eau potable, c'est assurément leur premier devoir. Il ne peut faire

de doute que les renseignements sur la provenance et la qualité des eaux à utiliser soient les premiers à se procurer. Pour avoir les indications nécessaires à cet égard, la commune peut solliciter le concours d'un spécialiste et celui-ci peut être le géologue qui, plus tard, sera officiellement chargé de donner son avis sur l'eau proposée. Mais il importe d'établir que la consultation du géologue se produisant dans ces conditions est absolument indépendante de son intervention officielle, qu'elle devra faire l'objet d'une entente spéciale entre la commune et lui et qu'en aucun cas les frais en résultant ne pourront être confondus avec ceux de l'enquête hydrogéologique prescrite par la circulaire du ministre de l'hygiène à laquelle les présentes instructions sont annexées.

L'enquête hydrogéologique réglementaire doit porter uniquement sur une eau nettement déterminée et proposée par la municipalité à l'examen du géologue.

But de l'enquête hydro-géologique.

L'enquête hydro-géologique a pour but l'étude :

1° De l'origine des eaux ;

2° Des contaminations possibles que cette eau est susceptible de recevoir ;

3° Des moyens à adopter pour parer à ces contaminations (travaux de défense, mode de captage, périmètre de protection).

1. — *Etude de l'origine de l'eau.* — Le géologue devra examiner sur place et délimiter dans son rapport la région qui lui paraît constituer le périmètre d'alimentation de l'eau à étudier en indiquant les considérations géologiques et hydrologiques sur lesquelles il se base (1).

Il pourra également, s'il possède les éléments nécessaires, indiquer à la commune les différentes nappes qu'on rencontrera, les divers forages et leur profondeur approximative tout en signalant aux autorités la nécessité de procéder à un examen hydrogéologique complémentaire si l'eau n'est pas rencontrée dans les conditions prévues ou si les essais de débit auxquels il doit être procédé montrent que les prévisions du géologue à ce sujet ne sont pas réalisées.

S'il constate que le périmètre d'alimentation d'une eau est loin de coïncider avec le périmètre d'alimentation orographique du point où l'eau se trouve, il sera nécessaire de compléter son enquête par des expériences spéciales, en particulier de coloration. Il devra, au préalable, avertir les municipalités du montant des frais des expériences et leur laisser toute liberté pour confier ces expériences à lui-même ou les faire exécuter sous son contrôle par des spécialistes dûment qualifiés.

2. — *Etudes des contaminations possibles.* — Les études sur place lui ayant permis de définir l'origine de l'eau considérée et de délimiter la région concourant à son alimentation, le géologue recherchera, avec l'aide des services compétents, quels peuvent être sur cette région les points compromettants pour la salubrité de cette eau et en particulier s'il existe des pertes de rivières, bétoires, gouffres absorbants dans lesquels les eaux superficielles pourraient s'engouffrer pour réapparaître souterrainement au lieu de captage sans épuration suffisante. De même devront être repérés les puits à fond perdu, les puisards recueillant les résidus industriels, des eaux usées ou des vidanges, les dépôts d'immondices, champs d'épandage, lavoirs, industries insalubres, etc.

Pour mener à bonne fin cette tâche, le géologue ne devra pas hésiter à s'entourer de tous les renseignements possibles dans les diverses communes du périmètre d'alimentation et en particulier de se documenter auprès des ingénieurs des ponts et chaussées (service hydraulique).

Toutes les causes de contamination étant d'autant plus nuisibles qu'elles sont plus rapprochées du lieu de captage, le géologue devra veiller à ce que les ouvrages de captage soient suffisamment éloignés des cimetières, établissements insalubres, casernes, hôpitaux, usines, fermes, lavoirs, abreuvoirs, etc., placés à l'amont, pour que leurs infiltrations ne soient pas à craindre. Si lors de sa visite sur place, le géologue doit voir tous les points qui lui paraissent suspects, son attention devra se fixer plus spécialement sur les causes de contamination voisines (1).

3. — *Etude des moyens à adopter pour parer aux contaminations.* (Travaux de défense, mode de captage, périmètre de protection). — Lorsque l'étude de l'origine de l'eau et de ses contaminations possibles ne conduira pas le géologue à écarter son emploi ou à le subordonner d'une façon absolue à une épuration, il devra faire connaître dans son rapport les moyens à adopter pour permettre son utilisation, travaux de défense, mode de captage, périmètre de protection.

a) *Travaux de défense.* — Parmi les contaminations, certaines d'entre elles peuvent être évitées par l'exécution de divers travaux (protection et entourage de mardelles ou de gouffres, suppression

(1) L'attention du géologue est attirée sur la nécessité d'indiquer dans son rapport la nature des couches que traversent les eaux d'infiltration dans leur parcours souterrain avant de parvenir à l'ouvrage de captage projeté et les constatations qu'il aura pu faire par l'examen sur place des carrières, etc., du périmètre d'alimentation et qui pourraient lui servir pour appuyer ses conclusions sur le degré de filtration et d'épuration des eaux dans le sol.

(1) L'étude des qualités physiques des eaux étudiées ainsi que de leur température pourra l'aider à se faire une idée de la vitesse de circulation des eaux souterraines et de leurs relations avec les eaux superficielles. Si les eaux soumises à l'examen du géologue se troublent quand les rivières avoisinantes sont en crue, il est à craindre que ces eaux ne reçoivent des apports seulement dégrossis et imparfaitement filtrés par leur passage dans le sol. D'autre part, si la température passe par des maxima et des minima de valeurs très différentes, des arrivées suspectes sont à craindre.

de certains puits, fosses et puisards, dépôts de fumier, etc., détournements d'eaux contaminées). Il importera au géologue de préciser les précautions à prendre et les travaux à exécuter pour parer à ces contaminations évitables.

b) *Mode de captage.* — Aux abords des ouvrages de captage, de très nombreuses causes de contamination se constatent journellement du fait de leur mauvaise exécution. Il appartiendra donc au géologue de spécifier comment le captage devra être exécuté et d'indiquer les précautions à prendre à ses alentours.

S'il s'agit de sources, la plupart du temps, sauf dans certains cas d'espèce, il conviendra d'exiger que l'eau soit captée dans son gisement géologique, c'est-à-dire sous les terrains meubles et les éboulis, le plus profondément possible, dans les couches même du terrain où l'eau circule souterrainement avant de parvenir à son émergence. Les fouilles et les tranchées devront toujours entamer la roche en place.

S'il s'agit de puits, il faudra exiger autant que possible que le puits soit placé en amont des agglomérations, cimetières et établissements insalubres, casernes, hôpitaux, usines, fermes, lavoirs, abreuvoirs et soit creusé de préférence sur un point élevé de façon que les ruissellements extérieurs divergent autour du forage au lieu de converger vers lui ; il faudra également que le puits soit rendu étanche jusqu'au niveau aquifère ; pour les forages profonds, toutefois, les précautions à prendre dans le voisinage immédiat pourront être quelque peu moins sévères.

S'il s'agit de galeries drainantes ou de drains, les pompages devront être faits dans des conditions telles qu'ils ne puissent appeler vers les ouvrages de captage des eaux de surface contaminées et insuffisamment épurées par un trop court et trop rapide parcours souterrain.

Enfin, le géologue ne devra pas perdre de vue que les ouvrages de captage, les regards de visite, devront être mis à l'abri des inondations et du ruissellement des eaux superficielles.

c) *Périmètre de protection.* — L'article 40 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique prévoit les dispositions suivantes :

« Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre, sur les terrains compris dans ce périmètre, des engrais humains, et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. »

Le géologue aura l'obligation d'étudier avec le plus grand soin la constitution d'un périmètre de protection. S'il l'estime inutile, il devra faire connaître en les appuyant de toutes les explications nécessaires, les raisons qui justifient l'inutilité de ce périmètre de protection.

Dans le cas, au contraire, où un périmètre de protection doit être imposé pour protéger la pureté des eaux, le géologue devra définir la zone frappée de servitude avec une précision telle que les limites puissent en être exactement tracées sur les plans soumis aux enquêtes et pour que les surfaces atteintes puissent être bornées ultérieurement. Le périmètre de protection, plus ou moins étendu suivant les circonstances, pourra comprendre :

1° Un périmètre de protection immédiat de défense du captage ;

2° Un périmètre général de protection de tout ou partie du bassin d'alimentation des eaux considérées.

Le périmètre de protection immédiat de défense du captage sera presque toujours indispensable à l'effet d'éviter l'introduction vers cet ouvrage d'eaux insuffisamment épurées. Il pourra être d'étendue relativement faible. Il devra toujours être ceint par une clôture, peu dispendieuse, tels que les fils de ronce et devra rester à l'état inculte.

Pour les sources, un secteur de 10 à 250 mètres de rayon sera le plus souvent suffisant. D'après la nature des terrains et les dispositions topographiques, le géologue précisera le centre, l'angle d'ouverture, le rayon et l'orientation de ce secteur.

Pour les puits dans des terrains résistants et peu perméables, un cercle de 25 mètres de rayon pourra suffire dans bien des cas. Son rayon devra être précisé par le géologue.

Pour les galeries drainantes et drains, il conviendra de fixer, comme périmètre de protection, une bande de terrain parallèle à l'axe de ces ouvrages, ayant à droite et à gauche de cet axe, une largeur précise déterminée en raison inverse de la perméabilité des terrains, oscillant entre 10 et 100 mètres et dépassant les extrémités amont et aval de ces ouvrages d'une longeur variable suivant les terrains, mais nettement déterminée en chaque espèce par le géologue.

Dans tous les cas, le géologue devra concilier, autant que faire se pourra, les exigences hygiéniques dont il a la charge avec le souci de ne pas imposer aux communes intéressées des dépenses hors de proportion avec leurs ressources.

Il sera d'autant plus nécessaire au géologue d'être circonspect sur l'étendue du périmètre de protection immédiat à établir autour des ouvrages de captage, qu'il devra souvent demander plus que l'article 10 de la loi du 15 février ne le prévoit. Le géologue devra exiger en effet, fréquemment, non seulement l'interdiction de l'épandage de l'engrais humain et l'interdiction du forage de puits prévues par la loi, mais encore l'interdiction aux abords immédiats du captage, de bâtir, d'épandre des engrais quelconques, de mettre des animaux au pacage et de procéder à des irrigations, la suppression de certains puits, fosses, puisards, etc. S'il agit ainsi (et il sera souvent obligé de le faire), il ne devra pas perdre de vue qu'il ne se bornera pas à frapper les terrains voisins

du captage de la servitude prévue par la loi de 1902 à propos des périmètres de protection et que la commune, si elle ne peut s'entendre à l'amiable avec les propriétaires pour qu'ils acceptent ces servitudes, sera dans l'obligation d'acquérir en pleine propriété ces terrains par voie d'expropriation.

En présence de cette conséquence, il vaudra mieux que le géologue n'exagère pas sa sévérité qui porterait obstacle, par de trop grandes exigences, à la réalisation des travaux d'adduction d'eau, alors que ceux-ci constituent toujours une amélioration de la situation sanitaire de la commune considérée.

Le périmètre de protection général à établir sur tout ou partie du bassin d'alimentation devra être fixé avec une prudence encore plus grande que le périmètre immédiat autour du captage.

Dans les terrains fissurés où les mailles du sous-sol ouvrent la porte aux contaminations provenant de grandes distances, le périmètre de protection pourra être tellement onéreux qu'il deviendrait prohibitif. On ne peut en effet frapper des servitudes prévues à l'article 10 de la loi du 15 février 1902 et rappelées ci-dessus, toute une vaste étendue de terrains mesurant des centaines ou des milliers d'hectares. Il serait préférable d'adopter un procédé d'épuration des eaux considérées.

Les mesures de protection à prendre sur des points du bassin d'alimentation éloignés des abords du captage devront donc, sauf dans les cas exceptionnels de très grandes villes ou dans ceux où l'établissement des servitudes n'entraînent pas de trop lourdes charges, viser simplement des accidents particuliers de ces bassins, tels que gouffres, bétoires, etc., qu'il importera de protéger contre le jet de matières animales. Cependant, si le géologue pense que des pareilles mesures sont insuffisantes et si les résultats des analyses viennent confirmer sa manière de voir, il devra imposer l'établissement d'un vaste périmètre de protection dont il précisera exactement les limites et avertir la municipalité qu'en cas d'impossibilité pour elle de constituer pareil périmètre, elle ne saurait utiliser les eaux considérées pour l'alimentation publique sans épuration préalable.

La municipalité, dûment prévenue, sera en mesure de faire une comparaison économique des solutions en présence.

Opérations préliminaires à la visite du géologue.

Le géologue avant de faire son enquête sur place, aura intérêt à demander à la municipalité un plan de l'emplacement du lieu de captage et une indication des qualités d'eau qu'elle désire utiliser. Il demandera aux services et autorités compétents tous les renseignements d'ordre hydrologique et hygiénique, sur le périmètre d'alimentation qui lui sont indispensables pour connaître la valeur hygiénique de l'eau et qui lui ont été rappelés dans le précédent chapitre.

D'autre part, lorsque le géologue veut procéder à son examen géologique, il est fréquemment conduit, lorsqu'il s'agit d'une source, devant une émergence non dégagée, s'il s'agit de drains ou de galeries drainantes, devant des terrains non fouillés. Dans de pareilles conditions il lui est impossible de se prononcer et il doit procéder à une nouvelle visite, ce qui grève d'autant les finances communales.

Il est donc recommandé au géologue, lorsqu'il prend rendez-vous avec une municipalité, de lui signaler l'intérêt qu'il y aurait à faire procéder à quelques travaux préliminaires. Dans le cas de sources, il suffira, avant sa visite, de dégager les émergences à examiner en ouvrant une tranchée descendant jusqu'au roc en place, s'enfonçant normalement dans le coteau et aménagée de façon à ce que l'eau s'écoule librement. De pareils travaux dans la plupart des cas s'exécutent très aisément, sans dépenses importantes ; ils servent souvent d'amorce aux captages futurs. S'il s'agit d'eau de drainage ou de galeries drainantes, il y aura lieu de faire ouvrir une fouille à ciel ouvert, descendant au minimum à 1 mètre au-dessous du premier niveau d'eau rencontré et, en tout état de cause, au moins à 40 centimètres en contre-bas du niveau dans le cours d'eau le plus proche et de prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'un matériel d'épuisement soit sur place, permettant d'assécher les fouilles lors de la visite du géologue.

L'exécution de ces opérations préliminaires, tranchées pourvues d'un écoulement naturel ou fouilles épuisées, est du reste indispensable pour permettre la prise dans de bonnes conditions, des échantillons d'eau destinée aux analyses.

Une difficulté se présente parfois pour l'exécution de pareils travaux préliminaires. Le terrain où sont situées les eaux considérées n'appartient pas toujours à la municipalité. Son propriétaire peut s'opposer à tout travail et même à la simple visite du géologue. Si ce dernier estime qu'il est indispensable, avant sa visite, de faire procéder à des fouilles et si les eaux ne se trouvent pas à l'intérieur de propriétés attenant aux habitations et closes par des murs ou par des clôtures équivalentes, suivant la coutume du pays, il lui appartiendra de rappeler au maire qu'il peut triompher de l'opposition du propriétaire étant donné le caractère d'utilité publique de l'opération projetée. Le maire devra, à cet effet, proposer au préfet du département de prendre conformément aux articles 1er et suivants de la loi du 29 décembre 1892, un arrêté d'occupation temporaire. Quand cet arrêté aura été pris et affiché pendant dix jours, toute latitude sera acquise pour pénétrer, dans les conditions fixées par la loi, sur le terrain considéré et faire procéder aux fouilles et aux examens voulus.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Chirurgien et fisc.** — Notre confrère l'*Informateur médical* publie l'anectode fiscale suivante :

« Un chirurgien parisien avait déclaré 20.000 francs de revenu : le fisc méfiant, alla demander au directeur d'une assurance de voir ses livres pour relever les honoraires versés audit confrère.

Le directeur revint avec un haut fonctionnaire d'un ministère qui a droit de contrôle sur les assurances.

Et l'on découvrit que, rien qu'à cette assurance, il avait touché non pas 20.000, mais 200.000 francs ! »

Notre confrère l'*Informateur* ne se porte naturellement pas garant de l'entière véracité de cette anecdote, qui est peut être sensiblement amplifiée quant aux chiffres.

— **Journées médicales Tunisiennes** (*Pâques* 1926) *Avant-projet des journées médicales.* — Le Congrès durerait 4 jours et les séances auraient lieu au Palais des Sociétés françaises, où sera organisée une exposition d'hygiène. Questions médicales mises à l'ordre du jour : chirurgie gastro-duodénale ; fièvre méditerranéenne ; prophylaxie et traitement de la rougeole.

— **Ecole centrale de puériculture.**— Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront le samedi 7 novembre à 4 heures, au Musée social, 5, rue Las Cases, VIIe arrondissement.

— **Service médical de nuit de la ville de Bordeaux.** — La Municipalité a l'intention de réorganiser son service médical de nuit et fera appel au Syndicat des médecins de la ville qui sera chargé de lui fournir une liste de praticiens acceptant de collaborer à ce service. La visite simple sera payée 40 *francs* ; l'accouchement, 100 *francs*. Une circulaire va être adressée aux membres du Syndicat avec une feuille d'adhésion.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Conférences de gastrologie clinique.* — Le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Parturier, Ravina, Zizine, Chabrun, Corman, Hirchberg, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine une série de conférences destinées aux médecins praticiens sur l'ensemble des affections gastroduodénales, et en particulier sur les nouveaux procédés d'exploration et de traitement. Ces conférences sont gratuites. Elles auront lieu le matin et l'après-midi, du 9 au 16 novembre.

Des travaux pratiques permettront chaque jour aux médecins qui le désirent de s'initier pratiquement à toutes les méthodes d'exploration physique, chimique, radiologique.

Le droit aux travaux est de 150 francs. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance auprès du docteur Ch. Jacquelin, salle Lorain, hôpital Saint Antoine.

— **Hôpital de Saint-Denis.** — *Concours d'internat.* — Un concours d'internes aura lieu le 16 novembre 1925, à 9 heures, à l'hôpital-hospice de Saint-Denis. Les candidats devront avoir 16 inscriptions nouveau régime ou 12 inscriptions ancien régime. Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est à Saint-Denis.

— **Assistants de consultations des hôpitaux de Paris.** — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, à Paris, seront vacantes au 1er janvier 1926. Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du Service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.**— M. le professeur F. Terrien recommencera ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre à 10 h. 1/2 du matin (amphithéâtre Dupuytren) et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Ordre du service. — Lundis et vendredis, à 9 h. 1/2 Policlinique. Mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2: Opérations. Mercredis : exercices ophtalmoscopiques et examen de malades.

Conférences cliniques. — M. le professeur Cange, MM. Sainton, Villaret, Dupuy-Dutemps, Monthus, Cantonnet, Cerise, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre, janvier, février et mars, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Conférences pratiques. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. E. Velter, Prélat, Cousin, Veil, Ostwalt, Gautrand et Kalt, ophtalmologiste des hôpitaux, assistant et chefs de clinique, commencera mardi 18 novembre à 11 h., une série de conférences pratiques, avec présentation de malades, et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

expertises en matière de pensionnés de guerre avait été fixé à 25 fr. par la loi. Je pense qu'il s'agit de celle du 31 mars 1919. Or, dans son énoncé, je ne trouve pas d'article indiquant le tarif des expertises.

Dr R.

Réponse.

Ce n'est pas la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires qui a fixé les honoraires des médecins experts devant les tribunaux des pensions, mais bien le décret du 2 septembre 1919, portant règlement d'administration publique pour l'application de cette loi, dans son article 44.

Aux termes de cet article, il est alloué aux médecins experts, pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs.

2479. — Patente faisant double emploi.

Après avoir exercé la médecine à L., en 1924 et y avoir payé mes contributions, j'ai cessé d'exercer dans cette ville avant la fin de décembre 1924 ; j'ai informé le directeur ou contrôleur des contributions que je cessais d'exercer mon métier à L. (par lettre non recommandée) ; j'ai quitté cette ville le 27 février 1925 et je suis venu m'installer à B., où j'exerce depuis le 13 mars 1925.

Or, je viens de recevoir, adressé d'abord à L., et ensuite à B., un avertissement pour l'année 1925, m'invitant à payer 349 fr. 26.

A-t-on le droit de m'imposer à L., où je n'ai pas exercé cette année ?

Est-ce à moi à prouver que je n'ai pas exercé à L. en 1925 ou est-ce le fisc qui doit prouver le contraire ?

Dr X.

Réponse.

En fait, c'est à vous qu'il appartiendra de prouver que vous avez cessé l'exercice de la médecine à L. antérieurement au 1er janvier 1925. Pouvez-vous invoquer l'existence d'un acte enregistré de cession de clientèle, l'abandon avant la date susvisée de vos locaux professionnels, ou un fait quelconque constituant une présomption de la cessation ?

A noter que, si vous êtes imposé dans votre nouvelle résidence, cette imposition devra tenir compte de celle établie à L., car vous ne devez pas payer deux patentes pour la même profession.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2520. — Erreur de taxation des bénéfices professionnels.

Examinant en détail, avec l'aide de la notice publiée par le ministère des finances, ma feuille d'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales,



je constate que le chiffre élevé de cet impôt vient de ce que je suis taxé dans la catégorie *charges et offices*.

Dans cette catégorie :

D'une part, la déduction à apporter au bénéfice imposable n'est que de 2.875 fr. (alors qu'elle est de 8.000 pour la catégorie professions non commerciales).

D'autre part, le taux sur le revenu imposable est de 9,60 p. 100 double décime compris (au lieu de 7,20 p. 100 double décime compris pour la catégorie professions non commerciales).

Veuillez, me dire si les médecins entrent vraiment dans la catégorie « CHARGES ET OFFICES ».

Dr M.

Réponse.

A notre avis, il y a évidemment erreur matérielle dans la taxation, les revenus professionnels des médecins ne constituant pas des bénéfices des charges et offices.

Il vous suffira, fort probablement, de retourner l'avertissement à votre contrôleur, en lui signalant l'erreur, pour que la rectification soit faite.

A. M.

2521. — Affectation militaire. Périodes d'exercice.

Affecté dans l'armée territoriale, avec le grade de médecin A. M. de 1re classe, par décision ministérielle en date du 28 avril 1922, j'ai reçu le 16 janvier 1925 un ordre de mobilisation m'affectant au 2e bataillon du ne Rég. d'Inf., par conséquent régiment d'active, que je devrais rejoindre le premier jour de la mobilisation. Etant donnée la décision ministérielle et mon âge (j'ai 38 ans), n'aurais-je pas dû plutôt être affecté dans un régiment de l'armée territoriale ? Et si oui, quelles sont les démarches à faire pour avoir un changement d'affectation ?

Y aura-t-il des périodes de réserve, comme avant la guerre, pour les médecins de complément, qui ont fait toute la guerre ?

Dr X.

Réponse.

Vous avez raison, en principe, mais l'article 52 de la loi du 1er avril 1925 sur le recrutement de l'armée prévoit aussi que vous pouvez être affecté suivant les nécessités du service.

Cependant, adressez une réclamation motivée au directeur du Service de santé de votre région, qui vous donnera satisfaction, si la chose lui est possible.

Aucun crédit n'est actuellement disponible pour les périodes d'instruction.

Ultérieurement, les médecins de complément pourront être convoqués pour des périodes d'exercice, dont le nombre et la durée seront fixés par le Ministre de la guerre, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois (article 49 de la loi précitée).

2462.— Droit aux soins gratuits d'une victime civile de l'après-guerre. Appareillage d'un mutilé de guerre.

a) Un enfant blessé, il y a trois mois, par un détonateur trouvé dans un champ et en faveur de qui des démarches ont été faites pour l'obtention d'une pension (perte de deux doigts), a-t-il droit au préalable au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par l'accident et, dans l'affirmative, à qui la note et la réclamation doivent-elles être adressées ?

b) Un réformé de guerre pour arthrite bacillaire de l'épaule, ayant déjà subi une résection de la tête humérale, mais continuant cependant à faire de la suppuration, peut-il être appareillé (appareil amovible), aux frais de l'Etat et dans l'affirmative, quelles seraient les formalités à remplir ?

D[r] B.

Réponse.

a) Quand les droits à pension de l'intéressé auront été reconnus, celui-ci aura droit aux soins gratuits dans les mêmes conditions que les blessés de guerre (article 26 de la loi du 24 juin 1919). S'adresser à la préfecture du département.

b) Il peut être appareillé. Faire une demande par écrit au médecin-chef du centre d'appareillage le plus proche, ou bien au directeur du Service de santé de la région.

Application du Tarif Breton.

2491. — Le blessé qui ne peut se déplacer a droit de recevoir la visite du médecin à son domicile, quel que soit le motif de cette impossibilité.

Un blessé cesse son travail le samedi. Je suis appelé lundi et trouve mon blessé atteint d'angine diphtérique. En raison de cette dernière affection, qui n'a rien à voir avec l'accident du travail, je me vois obligé d'aller faire les pansements au domicile du blessé. Comment puis-je justifier ces visites à domicile auprès de la Compagnie, car sans l'angine diphtérique, le blessé pourrait se rendre à mon cabinet ?

D[r] M.

Réponse.

La Cour de Cassation, chambre civile, a jugé, le 9 février 1925 (*Concours médical*, 1925, p. 1315, *Gazette du Palais*, 21 mars 1925), dans une affaire soutenue avec l'appui pécuniaire du « Sou médical », que le tarif Breton, en disant que la prix de la visite est dû lorsque le blessé ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, n'exige pas que l'affection qui met obstacle au déplacement du malade soit imputable à l'accident lui-même.

Ayant soigné un blessé atteint d'angine diphtérique, à son domicile, vous pouvez donc compter le prix de la visite. Si le patron ou la compagnie

vous fait des objections, vous pourrez répondre que votre client était atteint d'une affection, indépendante de l'accident du travail, qui l'empêchait de se rendre à votre consultation sans inconvénient pour sa santé. Mais pour respecter le secret professionnel, vous devez avoir soin de ne pas révéler la nature de l'affection dont il s'agit.

JURISPRUDENCE

DIFFAMATION D'UN MÉDECIN. — LETTRE ANONYME. — DOMMAGES-INTÉRETS.

TRIBUNAL CIVIL DE COMPIÈGNE

22 *avril* 1925.

(Archives du « Sou médical ».)

Entre le sieur Pierre Vidal, docteur en médecine, demeurant à Pierrefonds ;

Demandeur, comparant par Me Verzaux, avoué.

Et le sieur Arcade Liévaux, sans profession, demeurant au hameau de Palesnes, commune de Pierrefonds ci-devant et actuellement à Crapeaumesnil.

Défendeur, comparant par Me Duserre, avoué ;

Ouï les avoués des parties en leurs conclusions et plaidoiries respectives et Monsieur le Procureur de la République aussi en ses conclusions ;

Après en avoir délibéré conformément à la loi :

Attendu que suivant exploit de Bigard, huissier à Lassigny, en date du 28 février dernier, enregistré, le docteur Vidal a introduit contre le sieur Liévaux devant ce tribunal une demande en mille francs de dommages-intérêts avec insertion du jugement dans les journaux de Compiègne.

Attendu que la demande est basée sur ce fait que le docteur Vidal ayant, le 12 novembre 1924, constaté le décès survenu accidentellement à Palesnes, de la dame Belval, née Vallet et délivré le permis d'inhumer, le défendeur aurait écrit une lettre anonyme à Monsieur le Procureur de la République signalant que cette mort était suspecte qu'il pouvait y avoir suicide ou crime et que le docteur Vidal en délivrant le permis avait délivré un certificat de complaisance ;

Attendu qu'une enquête ayant été ouverte, il fut établi que la mort était bien simplement due à un accident, qu'il n'y avait eu aucune complaisance du docteur Vidal et que Liévaux était bien l'auteur de la lettre anonyme, ce qu'il n'a jamais nié ;

Attendu que le sieur Liévaux reconnaît très franchement avoir commis une faute en indiquant dans la lettre qu'il a écrite que le certificat délivré par le docteur Vidal était de complaisance, qu'il s'en excuse et offre, à titre de réparation, de supporter les frais de l'instance, mais qu'il proteste contre la demande de dommages-intérêts, étant donnée sa situation de fa-

mille et surtout contre la demande d'insertion en raison de ce fait que la publicité donnée à cette affaire a déjà par trop nui à sa femme qui, institutrice à Palesnes, a été déplacée et envoyée à Crapeaumesnil;

Attendu que s'il est incontestable que Liévaux a eu tort de qualifier de certificat de complaisance le permis d'inhumer délivré par le docteur Vidal, il est certain qu'il n'avait point dans l'idée que sa lettre serait rendue publique, qu'il avait voulu signaler au parquet une mort qui lui paraissait suspecte et qui pouvait raisonnablement lui paraître suspecte étant données les circonstances dans lesquelles elle s'était produite ;

Attendu, d'autre part, que sa lettre n'a pu causer grand préjudice au docteur Vidal, car l'enquête, à laquelle il a été donné trop de publicité, n'a abouti qu'à un résultat, c'est à établir sa parfaite honorabilité ;

Attendu dans ces conditions qu'une condamnation à cinquante francs de dommages-intérêts et aux dépens est largement suffisante, qu'il n'y a point lieu d'ordonner d'insertion ;

Par ces motifs, le Tribunal jugeant en premier ressort, en matière ordinaire ;

Condamne le sieur Liévaux à payer au docteur Vidal la somme de cinquante francs à titre de dommages-intérêts pour les causes surs-énoncées.

Le condamne, en outre, aux dépens dont distraction au profit de Me Verzaux, avoué, aux offres de droit.

Signé : PUECH et RÉAN.

Commentaires.

Le Dr Vidal avait demandé aide et assistance au « Sou médical » pour les faits suivants :

Il est appelé pour constater un décès consécutif à une chute. Il délivre un certificat dans lequel il déclare que le décès lui *paraît* avoir été provoqué par une fracture du crâne, à la suite d'un chute de la hauteur, sur le siège d'une chaise placée derrière la victime.

Quelques jours après, le Parquet reçoit une lettre anonyme, dénonçant le mari, comme l'auteur d'un crime et le médecin, comme ayant délivré un certificat de complaisance.

Enquête de la justice, qui tourne à la confusion du dénonciateur.

Mais notre confrère, ému par les bruits, qui circulaient sur son compte dans la localité et les pays voisins, dépose une plainte contre X. entre les mains du procureur de la République,

L'auteur de la lettre anonyme fut retrouvé et poursuivi. Il vient d'être condamné par le jugement que nous rapportons.

Il est tout d'abord curieux de constater que les juges ont puni le diffamateur, non pas à cause de sa lettre anonyme, mais parce qu'il a porté une accusation à la légère.

Il semble que le Procureur de la République ait implicitement reconnu le droit et presque le devoir, pour tout citoyen, d'employer le procédé

du « lâche anonyme », pour dénoncer les crimes ou les délits.

Je comprends fort bien le désir du Parquet, de s'entourer de toutes indications possibles, pour ne pas laisser le crime impuni, au nom de la vindicte publique et pour le bon maintien de l'ordre et de la sécurité.

Toutefois, il est permis de s'étonner que le jugement n'ait pas flétri ce procédé lâche et bas qui consiste à s'abriter derrière l'anonymat pour dénoncer ce qu'on n'a pas le courage de dire publiquement par devant.

Disons également que les juges ne se rendent pas bien compte de la fâcheuse répercussion que tous ces bruits malveillants, colportés sur le compte d'un médecin, ont dans la clientèle du praticien.

Le jugement dit bien que l'enquête a prouvé la parfaite honorabilité du docteur ; mais il n'en reste pas moins une période précédant l'enquête et une autre, au cours de cette dernière, pendant lesquelles les langues vont leur train, salissant quelque peu la considération que l'on doit au médecin.

Sans compter les quelques adversaires, ou les mauvais esprits, qui usent largement de l'adage : « il n'y a pas de fumée sans feu ».

C'est pourquoi nous eussions voulu voir les juges plus soucieux de la dignité professionnelle du docteur et, s'ils n'avaient pas considéré utile de donner une forte leçon au diffamateur, en lui infligeant le paiement de dommages-intérêts élevés, ils pouvaient, du moins, accorder au médecin une réparation morale, en ordonnant la publication du jugement dans un ou plusieurs journaux locaux.

Fallait-il aller en appel, sur ce point particulier du refus des insertions ? Les avocats conseils du « Sou médical » n'ont pas cru devoir s'adresser à la Cour, car celle-ci aurait esquivé le problème, en décidant que le tribunal avait apprécié les faits locaux dans toute sa souveraineté et qu'il n'y avait pas lieu de réformer le jugement sur ce point de fait.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *octobre.*

Lutte anticancéreuse.

Par arrêté du ministre du travail et de l'hygiène, du 12 octobre, est approuvé le règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du *Centre régional de lutte contre le cancer de Marseille.*

Bureaux d'hygiène.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an. Augmentation triennale de 1.500 fr.; inspection des écoles, 2.000 fr. Interdiction de clientèle privée.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6° bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

19 *et* 20 *octobre.*

Asiles publics d'aliénés.

Création d'un conseil de discipline applicable aux directeurs administratifs des asiles publics départementaux d'aliénés.

Décret du 12 *octobre* 1925.

Art. 1er. — Les mesures disciplinaires applicables aux directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés, tant du département de la Seine que des autres départements sont :

1° L'avertissement ;
2° Le blâme avec inscription au dossier
3° La rétrogradation de classe ;
4° La mise en disponibilité d'office ;
5° La radiation des cadres ;
6° La révocation.

Ar.2. — Ces mesures sont appliquées par le ministre, sur la proposition du directeur de

l'assistance et de l'hygiène publiques, et, sauf pour l'avertissement et le blâme, après avis motivé du Conseil de discipline prévu par l'article 3 du présent décret.

Dans tous les cas, l'intéressé devra être préalablement invité à prendre connaissance de son dossier, conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites. Si la sanction proposée entraîne la comparution devant le conseil de discipline, le directeur incriminé pourra toujours se présenter lui-même et se faire assister d'un défenseur dont la désignation, à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Art. 3. — Le conseil de discipline est composé de la façon suivante :

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, président ;

2° Un inspecteur général ou inspecteur général adjoint des services administratifs désigné par le ministre ;

3° Le préfet du département auquel appartient le fonctionnaire incriminé ou son représentant ;

4° Le chef du bureau chargé du service des aliénés ;

5° Le plus ancien des directeurs administratifs en service dans le département de la Seine ;

6° Le plus ancien des directeurs administratifs des asiles de province.

Un rédacteur de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques remplit les fonctions de secrétaire.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 4. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

22 *octobre.*

Inspection départementale d'hygiène.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène de Seine-et-Marne aura lieu à Paris, dans la première quinzaine de décembre.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Ils devront, en outre, avoir satisfait à la loi militaire.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré devront être adressées au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance so-

ciales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 6e bureau, 7, rue Cambacérès) avant le 20 novembre 1925.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

4° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

5° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses directions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 20 novembre 1925.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20.000 fr. auxquels viennent s'ajouter les frais de déplacements dans la limite d'un maximum de 6.000 fr.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'*asile public d'aliénés de la Roche-Gandon* (*Mayenne*), par suite du décès de M. le Dr Beaurain.

23 *octobre.*

Hygiène publique.

M. Nepoty, préfet du Doubs, est nommé *Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques* au ministère du travail et de l'hygiène, en remplacement de M. Le Beau, appelé à d'autres fonctions.

Brevets d'infirmières.

Une *session d'examen d'Etat* (*infirmières hospitalières*) a eu lieu à Nantes, le 8 octobre.

26 *et* 27 *octobre.*

Brevets d'infirmières.

Par arrêté du 23 septembre 1925, le *jury constitué à la date du* 27 septembre 1924, sur proposition de la *Commission administrative des Hospices civils de Toulouse* et par décision du préfet de la Haute-Garonne, est constitué en *jury d'Etat.*

Suivant arrêté du 1er octobre 1925, une *session d'examen d'Etat* (*infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose*) a eu lieu à *Toulouse* le 5 octobre.

Le programme était celui spécifié par l'arrêté du 24 juin 1924.

Quarante-septième année — N° 45 — 8 Novembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2582-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

L'actualité Thérapeutique

Droit Médico-Professionnel

Correspondance

A Travers L'Officiel

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1[re] Zone **55 fr.** — 2[e] Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Dacheux, d'Elbeuf, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot, Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : Clément, La Bonnardière, Minelle, Pierrbugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piétri, Potheau (E.), Rou-vière, Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 470. — Vve de méd. dem. pl. garde-mal. ou fem. en couches, surv. dir., ling., etc. Paris ou envir. S'ad. Assoc. des Méd. de France, 5, rue de Surène, à Paris.

N° 471. — On dem. un nouv. Larousse ill., 8 vol., à achet. d'occ. bon état.

N° 472. — Est. Un méd. de l'Est, pays de pl. pêche et ch., désir. prend. demi-repos, céder. gratuit. apr. ent. une gr. part. de sa client. à conf. 16 à 18.000 env. sans frais.

N° 473. — A céd. poste méd. dans ch. l. cant. S.-et-L., créé il y a 4 ans. Rapp. act. 30.000, en augm. const., Seul méd., env. 6.000 hab. à desserv. Ind. 11.000, dont 6.000 compt.

N° 474. — La Baule, infirmière prendr. enf. délicats. Ecrire Robert Michaelis, à Batz (L.-Inf.).

N° 475. — Demi-paralysé, imposs. exercer, ser. reconn. à conf. lui indiq. pet. mais. ou appart. r. de ch., Midi de préfér. Dr Boyer, 16, rue de Gray, à Dijon.

N° 476. — Sud-Est, à céd. bon poste d'aven., long bail, lég. indemn.

N° 477. — Sud-Est, ch. l. cant. agréab., tr. bon poste, moy. 3 dern. ann., 62.000, fixes transm. belle hab. long bail. ind. à déb.

N° 478. — Belles poulettes leghorns blanches améric. et rBresses noires, race pure, 3 à 4 mois, 20 fr., prêtes à

pondre, 25 fr. Malines Concours 25 fr., canards blancs Aylesburys, oies blanches de Romagne (100 œufs par an). Oies de Toulouse volumineuses, à fanon et bavette, Dindons noirs et dindons pour couvées prochaines. Pintades grises,superbes, sélectionnées. Plus de 1.000 récompenses aux expostit. Dr Ruyssen, Domaine de Gipoulous, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne).

N° 479. — Banl. Est. Anc. client. rapp. 60.000, sans visites de nuit, ni accouch Belle mais. moderne, 2 étages, tout conf jard , à céd. égal. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris (5e) Tél Gob. 36-46.

N° 480. — Oise. Client. act. rapp. 38.500, dans ch.-l. canton, 45 kil. Paris, pays tr. coquet, mais. 8 pi., eau, gaz, à céd. pour 18.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e), Tél Gob. 36.46.

N° 481. — Près place République, veuve méd. louerait plusieurs pièces de son appart. (dont une pouvant faire laborat.) à médec. pour consult. (service et téléph.)

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Pommade de Gauducheau, préservatrice de la syphilis et de la blennorrhagie.

Pour ceux qui appréhendent de s'être contaminés au cours d'occupations professionnelles (médecins, sages-femmes, infirmières)..... ou autres, Gauducheau a rappelé, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, la formule de sa pommade, publiée depuis plusieurs années :

Cyanure de mercure	dix centigrammes.
Thymol	1 gr. 75
Calomel	25 gr.
Lanoline	50 gr.
Vaseline .....q. s. p.	100 gr.

à répartir en tubes d'étain d'une dose.

En onction douce de quelques minutes sur la région peut-être contaminée (introduire un peu de cette pommade dans la fosse naviculaire).

A employer dans les trois heures.

La garantie donnée serait à peu près certaine. L'expérimentation faite sur les troupes d'Afrique et remontant déjà à quelques années a donné des résultats excellents. A. M.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Exercice du droit de reprise du propriétaire.

Le Dr D. a obtenu du juge de paix de Chéroy (Yonne), à la suite de sa prorogation professionnelle de la loi de 1918, une prorogation facultative jusqu'au 1er janvier 1926, et ce, malgré la prétention du propriétaire de reprendre les lieux loués, par application de l'article 13 de la loi du 13 mars 1922, pour ses beaux-parents, qui se trouvaient privés de logement.

Les motifs invoqués par le locataire pour s'opposer à cette reprise, motifs que le juge de paix a fait siens, n'étaient pas sans valeur. Les beaux-parents du propriétaire, en effet, n'étaient sans logement que par leur faute, et par leur faute volontaire. Ils avaient, en effet, comptant pouvoir être logés dans la maison du Dr D., par application de l'article de loi précité, vendu avantageusement la maison qu'ils habitaient. Il y avait

donc, dans ces circonstances, une tentative d'appliquer abusivement une disposition légale dont la légitimité peut se soutenir, lorsqu'elle est appliquée de bonne foi.

Le sieur M., propriétaire, n'accepta pas la décision, très longuement motivée, du juge de paix, et se pourvut en cassation.

La Commission supérieure de Cassation rendit, sur ce pourvoi, l'arrêt dont la teneur suit :

Commission supérieure de Cassation
4 juillet 1925.

La Commission,

Ouï M. le conseiller Roulleau en son rapport, Me Bosviel avocat en ses observations et M. l'avocat général Lafon en ses conclusions et après en avoir délibéré conformément à la loi,

Statuant sur le pourvoi de M. contre un jugement du juge de paix de Chéroy en date du 2 septembre 1924,

Sur le moyen unique,

Attendu que le demandeur fait grief au jugement attaqué d'avoir violé l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 en restreignant le droit de reprise du propriétaire par des dispositions limitatives qui ne se rencontrent pas dans ladite loi ;

Mais attendu que le jugement attaqué déclare que le propriétaire invoque le bénéfice de l'article 13 précité pour installer, dans l'immeuble loué, les ascendants de son épouse et ajoute qu'il y a lieu pour évaluer le degré de légitimité de cette allégation d'examiner la situation en fait ; qu'il constate alors que les beaux parents de M. ont quitté volontairement le logement qu'ils habitaient sans aucune contrainte exercée par un tiers — qu'ils ont vendu avantageusement leur immeuble et qu'ils sont les victimes de leur propre imprudence, puisque étant au courant du différend qui existait entre leur gendre et le locataire de son immeuble, ils auraient dû attendre la solution avant de se défaire volontairement de leur logement; qu'on ne saurait voir dans cette situation créée par une spéculation hâtive le motif légitime suffisant pour justifier la demande du propriétaire ;

Attendu qu'il appartient au juge du fond d'apprécier le bien fondé du motif invoqué par le propriétaire pour reprendre possession de son immeuble ; qu'en l'espèce, le juge, en statuant comme il l'a fait, a apprécié les faits de la cause et n'a ajouté aucune disposition réglementaire à l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 ;

Que le moyen n'est pas fondé ;

Par ces motifs,

Rejette le pourvoi.

La Commission supérieure a donc refusé d'apprécier le bien fondé du motif admis par le juge du fait. Elle a peut être, en agissant ainsi, été un peu timorée dans la mesure de l'étendue de ses pouvoirs. Mais ce n'est pas ici qu'il y a lieu de discuter cette difficile question juridique. Bornons-nous donc à suggérer que, si la Commission supérieure avait été choquée par

l'iniquité de la décision du juge de paix, elle aurait probablement trouvé le moyen de concilier le respect du droit avec celui de la bonne foi, qui doit être de règle, notamment dans l'application de la législation sur les loyers.

Mais le propriétaire ne s'est pas tenu pour battu et, au terme échéant en août dernier, c'est-à-dire peu après l'arrêt qui lui donnait tort, il réclama au Dr D. une augmentation de loyer de 100 pour 100, bien que celui-ci fût sous le régime de la prorogation facultative jusqu'au 1er janvier 1926 et que la loi du 6 juillet 1925 sur la révision du prix des baux de longue durée ne lui fût pas applicable. Le Dr D. refusa et envoya, par lettre chargée, au propriétaire, la somme qu'il lui avait payée comme loyer jusqu'à cette date. La lettre fut refusée et retournée à son envoyeur.

Comme la décision qui avait été attaquée devant la Cour de Cassation ne s'était pas prononcée sur l'augmentation de loyer que devait supporter le locataire pendant la prorogation qu'elle lui accordait jusqu'au 1er janvier 1926, il n'était pas contraint de subir les exigences du propriétaire, à qui il appartenait de porter la contestation devont le juge de paix. Mais les difficultés ne sont peut être pas terminées entre ce propriétaire peu facile et le Dr C. Heureusement pour ce dernier, le « Sou médical » reste à sa disposition pour le conseiller et, au besoin, le soutenir.

J. Dumesny.

CORRESPONDANCE

Inscription à l'A.M.G. partielle des malades demi-nécessiteux. Réorganisation du régime hospitalier en France.

J'ai lu avec grand intérêt, dans le *Concours médical* du 4 octobre, votre article sur « l'admission à l'Assistance médicale gratuite des malades demi-nécessiteux, pour les opérations chirurgicales ».

Cette question pose un problème délicat, d'importance capitale, que les Syndicats médicaux devront mettre à l'étude d'extrême urgence, problème que, si l'on ne gouvernait pas à la petite semaine, les Pouvoirs publics auraient abordé avant le vote de la loi assurances sociales : c'est la *réorganisation des hôpitaux en France.*

En qualité de président du Syndicat médical de la Charente, j'ai envisagé depuis longtemps ce problème, sous toutes ses faces ; il sera à l'ordre du jour de notre première assemblée de 1926 ; il m'a paru utile de vous faire connaître le résultat de mes observations :

1° La création de l'Assistance partielle, quelle qu'en soit la modalité, *est illégale, tant que la loi de 1893 n'aura pas été modifiée.*

Le Conseil général de la Charente, en 1924, avait décrété d'autorité l'application de trois ou quatre

modalités : assistance médicale, assistance pharmaceutique, assistance hospitalière, assistance totale.

La Commission de vérification et le Syndicat n'avaient pas été appelés à donner leur avis sur cette modification au règlement ; les médecins syndiqués ont refusé de s'y conformer ; la mesure n'a pas été appliquée en réalité ; et elle ne figurera pas dans le nouveau règlement qui sera mis en vigueur au 1er janvier 1926.

La Commission de vérification s'est rangée à la thèse du délégué du Syndicat (moi-même), appuyée par les arguments ci-dessous résumés :

a) Illégalité de l'assistance partielle ;

b) Inexistence des demi-nécessiteux, par suite du trop grand nombre d'inscrits sur les listes d'assistance (6.000 environ pour le département), et des abus d'inscription d'urgence de la part des maires, abus contre lesquels nous ne cessons pas de protester, dont le résultat le plus habituel est précisément d'envoyer à l'hôpital, en vue d'opérations gratuites, des personnes non nécessiteuses, parfois aisées, au grand détriment des finances départementales et des médecins ; ainsi que vous le faites remarquer, cet abus s'aggrave assez souvent d'une convention plutôt malhonnête par laquelle le bénéficiaire rembourse à la commune, non seulement sa part de frais, mais le chiffre total des frais d'hospitalisation comprenant la part de l'Etat et du département.

c) Augmentation considérable à prévoir des frais d'hospitalisation, alors que ceux-ci figurent déjà pour le gros chiffre au budget d'assistance (440.000 sur 800.000, en 1924).

Le préfet s'est rendu à nos raisons et a soutenu loyalement au Conseil général le rapport concluant au rejet de l'Assistance partielle ;

2° Paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens d'hôpitaux, par les malades, payant en tout ou en partie la journée d'hôpital, — organisation de chambres payantes —. Ici se pose réellement la réorganisation totale du régime hospitalier en France.

Voici, à mon avis, sur quelles bases elle devra se faire :

Principe à inscrire en tête :

L'*hôpital sera réservé aux indigents et privés de ressources*, tels que les définit la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

L'hôpital fonctionnant avec des fonds provenant de donations privées, ou de subventions des pouvoirs publics, dans des bâtiments appartenant aux municipalités ou à l'Etat, n'a pas à tenir compte pour la fixation du prix de journée de l'amortissement et de l'intérêt des capitaux investis ; ce prix sera donc toujours inférieur à ceux des cliniques privées ; c'est naturel et c'est juste si ce prix réduit ne bénéficie qu'aux seuls indigents et aux collectivités qui en ont la charge ; mais il constitue à l'heure actuelle une concurrence insoutenable, et une charge injustifiée pour la société, quand il s'applique à des malades payants, à des accidentés du travail.

Ces deux catégories ne trouveront plus place à l'hôpital : elles relèveront des cliniques privées.

En vue des assurances sociales, il sera nécessaire de favoriser la création de *cliniques modestes*, à la portée des petites bourses, et des caisses d'invalidité-maladie.

Les hôpitaux pourront être autorisés à créer ces cliniques, dans des pavillons séparés, ou tout au moins dans des locaux spéciaux et parfaitement distincts ; la gestion fera l'objet d'un chapitre spécial au budget de l'hôpital ; les ressources et les frais ne figureront pas au budget général ; le prix de journée sera calculé de façon exacte, en tenant compte de tous les éléments, y compris l'amortissement ; ce prix sera encore inférieur à ceux des cliniques privées, puisqu'il ne comportera pas de bénéfice pour le propriétaire ou les actionnaires.

Dans ces cliniques fonctionnant à côté des hôpitaux, les malades auront le libre *choix du médecin, du chirurgien, du spécialiste* : c'est une condition *sine qua non* de leur création, pour sauvegarder les intérêts du Corps médical et éviter la création de prébendes en faveur des médecins d'hôpitaux.

On ne saurait envisager le paiement d'honoraires aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, tant que les conditions énumérées ci-dessus ne seront pas réalisées, et que le libre choix ne sera pas accordé aux malades. Les administrateurs d'hôpitaux ont bien raison de faire ressortir que, pour les concours des hôpitaux, il se trouve toujours plus de candidats que de places, que les médecins et chirurgiens profitent de leurs titres hospitaliers pour se pousser en clientèle.

Dans les hôpitaux de petite ville, la situation est pire : il n'y a pas de concours, le *favoritisme règne en maître*. Quand ils sollicitent ces fonctions, en mettant en œuvre toute sorte d'influences, les amateurs de titres hospitaliers savent à quoi ils s'engagent, sont mal fondés après coup à se plaindre qu'on abuse de leur temps et de leur bonne volonté. Je suis certain que le Syndicat de la Charente s'opposerait énergiquement à leur rémunération par certaines catégories de malades, dans les hôpitaux, et à la création de salles payantes autrement que dans les conditions que je viens d'exposer.

Prière de m'excuser d'avoir si longuement retenu votre attention, et exposé sans assez d'ordre, *currente calamo*, les réflexions que votre étude m'a suggérées.

Dr MAFFRE,
Président du Syndicat médical de la Charente.

Réponse.

En ce qui concerne la demi-assistance, vous avez parfaitement raison : la loi du 15 juillet 1893 n'accorde les secours médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, aux frais des communes, des départements et de l'Etat, qu'aux seuls malades privés de ressources.

Dans ces conditions, imposer de nouvelles charges aux finances publiques, alors que ces dépenses n'ont pas été autorisées par une loi, constitue une illégalité.

Néanmoins, comme vous l'avez vu, dans le rapport du Dr Rinuy, publié dans un des derniers numéros du *Médecin Syndicaliste*, certains Conseils généraux ont cru devoir appliquer ce qu'on appelle la demi-assistance : motifs de réclame électorale, généralisation de quelques cas particuliers, dignes d'intérêt, acheminement vers la loi des assurances sociales, ignorance des textes législatifs et réglementaires : voilà les raisons de ces votes.

Mais le Corps médical n'est nullement obligé d'accepter ces conditions de travail : la loi du 15 juillet 1893 n'est pas obligatoire pour le médecin. Il est laissé, à ce dernier, le droit absolu d'accepter ou de refuser en bloc le travail qui lui est offert aux conditions fixées par le conseil général et par le préfet.

Si les membres d'un syndicat médical départemental se refusaient à soigner les indigents, pour le compte de la commune et du département, parce que les tarifs sont ridiculement bas et parce qu'il y a abus dans les inscriptions sur les listes de l'A. M. G., ce ne serait pas la grève, puisque les malades seraient toujours soignés au nom de l'humanité, mais refus d'acceptation d'un contrat de louage de services, rédigé unilatéralement par une partie (le préfet) et imposé sans discussion à l'autre partie (le médecin).

Quant à la concurrence que beaucoup d'hôpitaux font aux cliniques privées, elle donnera lieu bientôt à un débat devant les tribunaux.

Je crois savoir que certains médecins, propriétaires de maisons de santé, n'entendent pas avoir fait édifier, à grands frais, avoir meublé et garni d'instruments chirurgicaux un local, servant à héberger les malades, qui ont besoin d'une opération, ou de soins de spécialistes, pour voir les clients, pouvant payer, être attirés par le bon marché d'un hôpital voisin.

Puisque la jurisprudence semble vouloir admettre que les maisons de santé sont des établissements commerciaux, il sera demandé aux mêmes tribunaux si un hôpital, qui reçoit des malades payants, ne doit pas également être considéré comme établissement commercial, pour toute cette partie payante.

En conséquence, l'hôpital doit-il les mêmes impôts (chiffre d'affaires, etc.), que la maison de santé voisine ?

Et surtout (question fort grave), l'hôpital, établissement, public, peut-il être autorisé à faire des actes commerciaux : la gestion d'une maison de santé ?

Certes, on ne manquera pas de dire que l'hôpital fait œuvre philanthropique, en organisant l'hospitalisation payante à bon compte.

Non : le véritable but, pour les commissions hospitalières, c'est de retirer un bénéfice commercial de l'hospitalisation payante, pour pouvoir boucler leur budget.

Mais, pourquoi établir ainsi un impôt indirect sur les médecins, en les frustrant d'une possibilité de gain professionnel et en attirant les malades payants dans l'asile légalement destiné aux seuls indigents ?

Les tribunaux civils, ou administratifs, voire même le tribunal des conflits, nous répondront.

Dr Paul Boudin.

2655. — Soins à blessée par automobile.

Une jeune fille majeure victime d'un accident d'automobile, pour lequel j'ai donné mes soins pendant plusieurs mois, se refuse maintenant à régler les honoraires qu'elle me doit (780 fr.), tantôt alléguant qu'elle ne possède rien, tantôt m'invitant à me faire régler par le tiers responsable (qu'elle a poursuivi en justice sans succès).

Je suis décidé à poursuivre le recouvrement de la somme qui m'est due, le refus de m'honorer étant inadmissible.

Dois-je citer devant le juge de paix ? ou me tourner vers une autre juridiction ?

Dans ce cas, quelles sont les démarches à faire ? Je vous serais infiniment reconnaissant de me le dire.

Dr C.

Réponse.

Les honoraires qui vous sont dus dépassant la somme de 600 francs, ce n'est pas le juge de paix, mais le Tribunal civil, qui est compétent. Vous devez en conséquence assigner votre débitrice devant le tribunal civil de l'arrondissement dans lequel se trouve son domicile et confier vos intérêts à un avoué près ce tribunal. Au cas où elle serait mariée maintenant, vous devriez également mettre en cause son mari.

Vous n'avez pas à rechercher à qui incombe la responsabilité de l'accident. Quand bien même ce serait le conducteur de l'automobile qui serait responsable, vous n'avez comme débiteur que la personne à laquelle vous avez donné vos soins. Il n'en serait autrement qu'au cas où l'automobiliste aurait requis vos services en s'engageant à vous payer.

2583. — Remboursement des frais de transport d'un blessé du travail.

Pourriez-vous me dire si un blessé atteint d'une lésion grave du doigt ayant entraîné l'amputation, a droit au remboursement des frais de chemin de fer et de déplacement (repas, etc.), nécessités par le fait qu'il a dû aller par le train à O. (30 kilom. de chez lui), trouver le chirurgien, amputation autorisée par la Compagnie.

Dr H.

(*Voir la suite page XLVII-2629*)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

15 NOVEMBRE 1925

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 15 NOVEMBRE 1925**, dans l'ordre suivant :

Chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

II. — *A quatre heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

III. — *A cinq heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

IV. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — (souscription 40 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes).

MENU

Crème Homardine. Potage St-Germain
Suprême de Barbue Miromesnil
Selle d'agneau Judic
Faisans bardés sur croustades
Salade Lorette
Fonds d'artichauts Chateaubriand
Cèpes à la Bordelaise

Fromage
Glace Comtesse Marie

Feuillantines
Fours glacés
Corbeilles de Fruits

VINS

Chablis en carafe
Beaujolais
Pomard Hospices
Champagne Piper Heidsiech
Café. Liqueurs

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE — PROGRAMME

1) *Sérénade.* — Widor
Sextuor de l'Orchestre Médical : Mmes CRETON, 1er Prix du Conservatoire, violon solo de l'Orchestre Médical ; DAPERON, alto solo de l'O. M. ; MM. DIDSBURY, violon de l'O. M. ; BOUCHERIE, lauréat du Conservatoire, violoncelle solo de l'O. M. ; BERTRAND, flutiste de l'O. M. ; sous la direction de M. L. DESTOUCHES (piano), secrétaire général de l'O. M.

2) *Paillasse* (Prologue). — Léocavallo
M. Willy TUBIANA, de l'Opéra-Comique.

3) *Le Papillon.* — Popper
M. BOUCHERIE, lauréat du Conservatoire.

4) *Stances à Ninon.* — A. de Musset
Le Sous-Préfet aux Champs. — A. Daudet
Mlle Jacqueline FERNET de l'Ambigu.

5) *Mazurka.* — Wienawski
Mme CRETON, 1er Prix du Conservatoire.

6) *Poésies.*
M. LEDOUX, de la Comédie Française.

7) *Gismonda.* — Février
Mélodies. — XXX
Mme BARTHE, de l'Opéra.

8) *Campanella Sera.* — Billi
Sextuor de l'O. M.

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 10 *novembre,* aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

La Médecine et l'Hygiène au Pays des Soviets

Une conférence du Commissaire du Peuple à la Santé Publique de l'U. R. S. S. aux membres de l'A. D. R. M. — La Centralisation absolue de tous les services sanitaires. — La lutte contre les épidémies. — L'avortement légal en Russie. — Les résultats obtenus. — Les instituts scientifiques.

M. le professeur Semashko, commissaire du peuple à la Santé publique de l'U. R. S. S., a bien voulu faire le lundi 26 octobre, à 18 heures, une conférence aux membres de l'A. D. R. M. sur l'organisation de la médecine et de l'hygiène dans l'Union des Républiques socialistes soviétistes. Poussé par une curiosité bien légitime, désireux de soulever un coin du voile qui paraît encore cacher ce qui se passe dans la mystérieuse Russie, nous nous sommes rendu à la conférence annoncée. Nous n'avons aucune admiration pour le régime soviétique, nous sommes absolument persuadé que si l'on parvenait à l'établir en France, ce qui nous paraît à l'heure actuelle irréalisable, le résultat serait absolument désastreux pour notre pays. Mais la Russie n'est pas la France et nous devons reconnaître l'effort considérable fait par le commissariat du peuple à la santé publique pour organiser la défense sanitaire dans l'U. R. S. S. Les procédés employés ne s'adapteraient certes pas facilement ici, en tous cas, ils seraient loin, très loin de répondre à l'idéal de notre syndicalisme médical le plus intégral qui paraît bien être absolument à l'antipode de la médecine d'Etat qui règne en Russie. Mais dans des régions aussi vastes, où l'évolution de la civilisation, surtout chez les paysans, est si arriérée, peut-être la centralisation à outrance et le fonctionnarisme autoritaire sont-ils nécessaires ? Nous devons en tous cas féliciter M. le professeur Semshko de sa sincérité qui paraît absolue. Il a été loin de vouloir, au point de vue sanitaire, nous peindre un paradis soviétique. Plus d'une fois dans son intéressant exposé, il a qualifié d'effroyable la situation dans certaines régions et à certains points de vue. Sa conférence claire et nette ne paraissait être ni un dithyrambe, ni un plaidoyer de la politique sanitaire des soviets mais la simple énumération de ses efforts et la constatation de ses résultats.

***

Ce qui caractérise l'organisation sanitaire dans l'U. R. S. S., affirme M. Semashko, c'est la centralisation absolue entre les mains du commissaire du peuple à la santé publique de tout ce qui concerne la médecine et l'hygiène de près et de loin. Cette centralisation n'existe dans aucun pays. Les services de santé de l'armée, de la marine, des chemins de fer, des grandes industries, des assurances sociales, etc., etc.. relèvent directement et absolument du commissariat de la santé publique. Il résulte de cette centralisation une puissance budgétaire et une force économique considérable et la possibilité de déplacer ce que l'on peut appeler le front sanitaire selon les besoins les plus urgents. Ainsi a-t-il été possible d'utiliser contre les grandes épidémies le personnel médical et sanitaire que, durant les guerres, l'on employait aux services de l'armée. Cette centralisation est le principe fondamental et caractéristique de l'organisation sanitaire de l'U. R. S. S.

Le commissariat à la Santé publique avait à résoudre deux problèmes d'inégale importance : l'assistance médicale et la prophylaxie, l'assainissement du pays. Sans négliger l'Assistance médicale le commissariat devait surtout s'attacher à la prophylaxie. Notons que 25 pour 100 de la totalité des décès dans l'Union étaient dus aux maladies épidémiques, que l'ignorance de l'hygiène la plus élémentaire était absolue, surtout chez les paysans, qu'il fallait combattre, supprimer d'antiques coutumes comme celle du baiser de Pâques sur la bouche qui entrait pour beaucoup dans la propagation de la syphilis. Certaines maladies, telles que le trachome, faisaient de terribles ravages. Sur les 200.000 aveugles que l'on compte en Russie 80 pour 100 sont des victimes du trachome. Devant pareille

situation, l'assistance médicale devait céder le pas à la prophylaxie.

Des mesures draconiennes ont été prises, mais un grand nombre de réglementations du travail ont puissamment aidé à améliorer la situation. La réduction à 8 heures de la journée de travail, réduction encore plus grande dans certaines industries trop pénibles ou malsaines, les congés annuels réglementaires donnés aux ouvriers avec possibilité de faire une cure de plein air, les mesures prises pour rendre moins pénible le travail des femmes, les congés accordés denx mois avant et deux mois après l'accouchement avec plein salaire pour les ouvrières faisant un travail manuel, réduits à 10 semaines pour les employées de bureaux, l'amélioration et la surveillance du travail des femmes, la création de sanatoriums pour les enfants, l'organisation des sports, une propagande intense en faveur des précautions d'hygiène, l'instruction hygiénique à l'école, les affiches, analogues aux affiches américaines, en faveur de la maternité, contre la syphilis, etc., ont été des mesures qui, énergiquement appliquées, devaient donner des résultats. Des cellules médicales furent constituées dans chaque fabrique ; des commissions sanitaires fonctionnèrent dans chaque administration. Ce furent les délégués de la population elle-même qui durent procéder à l'assainissement.

Les résultats furent manifestes : les grandes épidémies de typhus, de choléra, de peste, de variole, de fièvre typhoïde disparurent ; certes de nombreux cas isolés, des foyers persistent, mais il n'est plus question de ces épouvantables épidémies. La malaria est encore très répandue mais on la combat et sa diminution bien qu'insuffisante est manifeste.

Avant la guerre le nombre des décès était de 27,3 pour 1.000 habitants ; à la fin de la grande guerre en 1919, il était de 33.4 ; en 1923, il était tombé à 20,27 notablement inférieur à celui d'avant-guerre et l'amélioration s'est accentuée depuis. Le nombre des naissance, très réduit par la guerre, a doublé. L'excédent de la natalité en 1923 était plus élevé qu'avant la guerre. A Moscou, la mortalité qui en 1913 était de 23,2 pour 1.000 est actuellement de 15,6. La mortalité infantile est deux fois inférieure dans les villes à ce qu'elle était avant la guerre. Il en est de même dans les campagnes où autrefois elle était excessive.

Dans les villes, l'on est parvenu à créer *un* lit d'hôpital pour 100 habitants. Les soins médicaux gratuits sont assurés. L'on a organisé des dispensaires pour lutter contre les maladies sociales où traitement, secours, enquêtes sont assurés.

Une innovation, opérée dans l'U. R. S. S., est la loi sur les avortements. Cette question des avortements préoccupe tous ceux qui ont la charge de l'hygiène et de la santé publique. Or, il a été démontré que dans aucun pays la répression des avortements n'avait donné de résultats.

Les meilleurs moyens de combattre cette plaie sont la protection de la maternité et la protection de l'enfance. La répression amène l'avortement clandestin, pratiqué dans des conditions mauvaises par des personnes ignorantes et malpropres qui amènent l'infection de la femme avec des conséquences démographiques déplorables. L'on s'est rendu compte que dans les villes la crainte de la maternité était la grande exception parmi les mobiles qui poussent les femmes à se faire avorter. Le manque de ressources est la cause de beaucoup la plus importante et dans 44 pour 100 des cas à Moscou l'insuffisance du logement entre en jeu. La loi soviétique autorise les avortements mais seulement dans les hôpitaux et seuls des médecins désignés les pratiquent. L'interdiction aux sages-femmes de faire avorter une femme est absolue ; si elles n'obéissent pas à la loi, elles sont rigoureusement poursuivies et il leur est désormais interdit d'exercer leur profession. Il en est de même des médecins qui pratiqueraient un avortement dans un but intéressé. Le résultat est que le nombre des avortements n'a ni augmenté, ni diminué, mais que les maladies gynécologiques par infection ont très notablement diminué et que la natalité s'est accrue.

L'organisation sanitaire dans les campagnes s'améliore. Si l'on prend une statistique qui porte sur 16 gouvernements, l'on constate qu'en 1910, les postes médicaux étaient répartis en 2.338 secteurs et qu'en 1924 le nombre des secteurs s'élevait à 2.699 et tandis qu'en 1910, un secteur comptait 23.813 habitants, en 1924 il n'en comptait que 17.452.

Néanmoins dans nombre de régions la pauvreté sanitaire à la campagne est effroyable. Le personnel médical a une tâche excessivement pénible à remplir. L'Etat s'efforce de subventionner le plus possible les organismes locaux. Il leur fait des prêts importants à longue durée pour leur permettre de construire des hôpitaux. L'on s'attaque vigoureusement à la syphilis et à la mortalité infantile, 26 détachements médi-

◆◆

caux sanitaires sont institués pour aller lutter contre la syphilis ; 524 crèches ont été fondées pour recueillir et soigner les enfants des paysannes qui travaillent dans les champs.

Le bruit des efforts du commissariat du peuple à la santé publique s'est répandue partout. Des tribus sauvages de Samoyèdes chez qui la médecine et l'hygiène les plus élémentaires étaient absolument ignorées, ont envoyé au commissasaire une requête le priant de les pourvoir d'un poste médical pour les faire bénéficier des bienfaits de la civilisation. Les stations balnéaires, notamment dans le Caucase, et les résidences de l'ex-empereur, transformées en maisons de cure, sont mises à la disposition des paysans.

Dans le domaine scientifique, les Instituts déjà existants ont été développés et de nouveaux ont été créés. 1.500 médecins travaillent à l'Institut de Léninegrad que dirige le professeur Pawlow. L'institut Pasteur de Moscou est une réunion de nombreux instituts consacrés à l'hygiène, à la bactériologie, à la biologie expérimentale, à la tuberculose, à la syphilis, aux maladies tropicales, etc., etc. Il a été créé des Instituts d'Etat pour la culture physique, la radiologie, la paléologie, la psychiatrie, etc., etc., et de très importants travaux sortent chaque jour de ces établissements dirigés par des savants universellement connus. Un conseil scientifique technique est institué auprès du commissaire du peuple à la santé publique. Une bibliothèque médicale centrale a été fondée. Elle possède plus de 200.000 volumes et 20.000 médecins ou étudiants l'utilisent.

Malgré cet effort considérable, conclut le professeur Semashko, l'état sanitaire dans l'U. R. S. S. est encore fort inquiétant. Dans les villes, l'insuffisance des logements est le principal danger. A la campagne, le commissaire du peuple s'efforce de resserrer le contact avec les paysans qui font 80 pour cent de la population. Il faut s'efforcer de faire pénétrer dans les masses paysannes ignorantes les éléments de l'hygiène. Pour cela la Santé publique est tributaire de tous les efforts de réorganisation et surtout de la renaissance économique.

Le commissaire du peuple suit très attentivement tous les progrès qui se font à l'étranger et notamment en France où beaucoup de directeurs de ses services sanitaires ont fait leurs études. Il a adopté par exemple les dispensaires antituberculeux du type Calmette qui sont très répandus dans l'U. R. S. S. Pour remplir sa tâche formidable le professeur Semashko compte sur la sympathie et les encouragements du monde entier.

Le commissaire du peuple à la santé puplique, qui avait été au début accueilli par l'auditoire surtout avec curiosité, a été franchement applaudi.

Nous nous sommes alors permis de lui demander quelle était la situation des médecins dans l'U. R. S. S., il nous a aimablement répondu que tous les médecins étaient des employés, qu'il ne leur était pas néanmoins interdit de faire de la clientèle payante en dehors de leur service, mais que si cette clientèle pouvait être importante pour quelques notoriétés médicales, elle était peu intéressante pour la masse des praticiens, les soins médicaux étant assurés gratuitement à tout le monde.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES CANCERS DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par P. TRUFFERT,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Le traitement des tumeurs *malignes* du maxillaire supérieur, bien que soumis à la logique générale de toutes les thérapeutiques chirurgicales, donne lieu encore à l'heure actuelle à des controverses, puisque, chaque année, la liste des thèses inaugurales des diverses Facultés comporte un certain nombre de plaidoyers, tous aussi sincères, en faveur de telle ou telle thérapeutique.

Notre but n'est donc pas d'avoir la prétention de trancher d'une question aussi controversée, mais d'envisager et de faire un exposé critique des différents procédés thérapeutiques, laissant à chacun le soin de conclure selon son goût particulier.

En effet, dans la thérapeutique des cancers de la mâchoire supérieure, il faut peut-être, encore moins qu'ailleurs, opposer la chirurgie active à l'action des agents physiques ; l'une ou l'autre isolée est souvent insuffisante, alors que leur action combinée est d'un secours considérable.

La difficulté d'une thérapeutique réellement curatrice relève de deux ordres de faits :

D'abord, à la mâchoire supérieure, l'épithélioma a souvent un début cavitaire ; c'est dire que, pendant la période où la thérapeutique peut agir avec efficacité, il est latent et méconnu. Lorsqu'il se révèle, lorsqu'il s'objective, c'est quand il rompt les barrières, lorsqu'il s'extériorise, lorsqu'il envahit, lorsque son extension diminue considérablement les chances de succès d'une thérapeutique active.

La deuxième cause de gravité relève de certaines localisations : lorsque le point initial est haut, à la limite du territoire maxillaire supérieur et des territoires limitrophes.

Dans ces cas, si la connaissance de la lésion est plus rapide, son identification, pour précoce qu'elle soit, n'en est pas moins fonction d'un envahissement profond dans une région difficilement accessible au regard.

Donc, avant d'aborder l'étude des différents procédés thérapeutiques, nous essayerons de préciser quels sont les symptômes d'alarme qui doivent donner l'éveil et faire pousser les investigations.

A sa période de latence, le cancer du sinus maxillaire, s'il ne se traduit pas par des troubles très marqués, entraîne cependant des manifestations qui sont relevées presque constamment au cours des observations.

Les signes d'alarme sont de deux ordres :

LES DOULEURS,

LES HÉMORRAGIES.

Les douleurs sont les plus constantes, mais ce sont également elles qui trompent le plus souvent. Elles présentent deux variétés :

L'une, la plus fréquente, est une sensation de gêne, de lourdeur dans l'hémiface correspondante. Elle est loin d'être pathognomonique.

L'autre, qui attire plus fortement l'attention est une douleur de type névralgique, localisée, soit dans le territoire dentaire, soit dans le territoire sous-orbitaire.

Quant aux hémorragies, en dehors d'une épistaxis abondante qui constitue un symptôme de néoplasme déjà évolué, elles se manifestent sous forme de saignottement, de filets sanguins mélangés aux sécrétions nasales et n'ayant de ce fait aucun caractère particulier qui puisse mettre en éveil l'attention des malades.

Le diagnostic, à cette période, est souvent très difficile ; il est quelquefois même le fait d'une intuition due au terrain, à l'âge du sujet, « au fait que l'on y pense ».

En effet, il n'existe, à ce stade tout à fait initial, aucune altération de la périphérie maxillaire, aucun effacement de méplat, aucune exagération des saillies normales.

L'exploration diaphanoscopique ou radiographique ne fournit, elle aussi, que des renseignements imprécis touchant une légère diminution de la transparence sinusale.

La ponction du sinus maxillaire suivie d'un lavage ne montre pas, à ce stade, de modification notable de la capacité sinusale, mais, le fait que l'eau de lavage se montre constamment souillée de sang, sans arriver à jamais s'éclaircir complètement, prend une valeur considérable.

A un stade plus avancé, il devient plus facile de *reconnaître une tumeur du sinus maxillaire.*

En effet, en dehors de son accroissement, qui se traduit par une exagération des signes précédents : douleurs et hémorragies, il existe des symptômes qui permettent de reconnaître la lésion.

L'ulcération néoplasique végétante s'est infect e, il existe un suintement purulent, plus ou fétide par une fosse nasale. La rhinoscopie antérieure montre soit du pus dans le méat moyen soit des myxômes.

Evidemment, ces derniers signes peuvent prêter à confusion avec une sinusite banale, puisque la diaphanoscopie ou la radiographie démontreront une opacité du sinus maxillaire, mais, là encore et surtout, la ponction et le lavage du sinus maxillaire entraîneront, après évacuation du pus, une hémorragie qui teintera franchement l'eau du lavage.

D'ailleurs, à ce stade de fausse sinusite, succèdent très rapidement des signes d'extériorisation qui viendront alors objectiver de façon flagrante la nature maligne de la tumeur.

Les méplats seront effacés, les parois du sinus maxillaire plus ou moins refoulées.

En même temps, des signes nouveaux apparaissent, qui viendront aggraver le tableau clinique, déjà pénible, d'un malade qui souffre atrocement et dont une fosse nasale est le siège d'une suppuration fétide, sanieuse et sanguinolente.

Ces signes varient suivant la voie de l'extériorisation.

Si celle-ci se fait vers le plancher du sinus maxillaire, les dents ne tarderont pas à être ébranlées et expulsées de leur alvéole par les bourgeons épithéliaux.

Si l'extériorisation se fait par les fosses nasales, les bourgeons néoplasiques ne tarderont pas à envahir la région ethmoïdale.

L'extériorisation vers l'orbite se manifeste par des phénomènes inflammatoires périphériques, entraînant, soit de l'exophtalmie, soit des troubles visuels du type névrite optique, soit de simples troubles de compression orbitaire se traduisant par des ophtalmoplégies ou du chémosis.

Enfin, l'extériorisation peut se faire à la périphérie même du maxillaire, et se traduire par une infiltration des téguments jugaux en avant, ou par une infiltration des muscles ptérygoïdiens en arrière, entraînant alors du trismus.

A ce stade, le diagnostic ne peut plus hésiter ; d'autant que, souvent mais non constamment, dans la région sous-maxillaire apparaît une adénopathie qui signera la lésion.

Mais, nous signalons la confusion, toujours possible, avec certaines séquestrations étendues du maxillaire supérieur qui, relevant de tertiarisme, surviennent à la suite d'accidents ostéopériostiques.

Bien que, le plus souvent, l'erreur soit inverse, nous tenions à signaler cette variété bien particulière d'ostéite qui accompagne fréquemment les accidents dentaires chez les spécifiques.

De cet exposé rapide de la clinique des tumeurs du sinus maxillaire, il nous est facile de conclure que, c'est seulement au premier stade, qu'une thérapeutique, quelle qu'elle soit, aura les plus grandes chances de succès.

Au stade de « pseudosinusite » pour être encore aléatoire, le succès récompense souvent les efforts.

Mais lorsque l'extériorisation se fait, c'est la direction même de cette extériorisation qui domine le pronostic.

En effet, alors que les extériorisations inférieures restent plus longtemps accessibles à une thérapeutique effective, les extériorisations hautes sont d'un traitement beaucoup plus difficile, non pas dans son exécution, mais dans sa réalisation effective.

A ce cancer, nous opposons deux procédés thérapeutiques, d'ailleurs souvent associés ; la chirurgie et les agents physiques.

La chirurgie peut utiliser différentes techniques, celles-ci ont été fort complètement étudiées dans la thèse de notre collègue et ami le Dr Pierre Cornet (d'Amiens) et c'est à son travail que nous nous reporterons comme à une mise au point définitive de la chirurgie du maxillaire supérieur (1). Cornet, conformément à l'enseignement de notre maître commun, M. le professeur Sebileau, fait une juste critique de la résection typique de la mâchoire supérieure. Celle-ci, telle qu'elle a été décrite dans le traité de médecine opératoire de Farabeuf, doit, en dehors de cas exceptionnels, être reléguée au nombre des opérations d'amphithéâtre. Epreuve de médecine opératoire, elle perd son droit de cité au milieu des techniques chirurgicales.

En effet, nous avons vu qu'à l'heure actuelle, on considère que, pour être effective, la chirurgie du cancer doit être la plus précoce possible et, à ce moment, la chirurgie peut être large quant à la lésion, tout en étant économe des tissus de l'individu.

C'est ce que M. le professeur Sebileau, dans son rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1919 sur « *le traitement du cancer de la langue par la méthode sanglante* », a dénommé « La chirurgie à la demande des lésions ».

Or, comme l'a fort bien montré Cornet, la résection typique du maxillaire supérieure, en même temps qu'elle est inutilement mutilante, court le risque d'être insuffisante au cas de loca-

(1) La chirurgie « à la demande » dans le traitement des tumeurs malignes du massif facial supérieur. (Pierre Cornet, Arnette, Paris, 1924.)

lisation du néoplasme dans une région d'union du maxillaire avec les os voisins.

Outre, les troubles qui résultent de la suppression systématique du plancher de l'orbite (troubles dont l'aboutissant le plus fréquent est la perte du globe de l'œil), la résection typique crée souvent une brèche énorme qu'il est illusoire d'espérer combler par une prothèse si ingénieuse qu'elle soit.

La résection typique du maxillaire supérieur n'est donc pas applicable au traitement des épithéliomas du sinus maxillaire, du moins au stade chirurgical de leur évolution.

Le traitement en effet, le mode d'exérèse sera essentiellement différent selon la localisation initiale de l'ulcération néoplasique.

De ce point de vue, M. le professeur Sebileau et son élève Cornet divisent le maxillaire supérieur en trois étages :

La *suprastructure*, qui répond à la partie haute du maxillaire supérieur ; c'est-à-dire, en gros, l'espace compris entre le pourtour orbitaire et l'orifice d'émergence du nerf sous-orbitaire. Dans cet étage, la cavité sinusale présente une corne interne qui vient au contact du labyrinthe ethmoïdal.

L'*infrastructure* de la mâchoire supérieure répond au segment alvéolo-dentaire. Elle s'arrête en haut à la région de la fosse canine. Entre les deux, la paroi de la cavité sinusale constitue la *mésostructure* du massif facial supérieur.

Cette division n'offre pas qu'un seul intérêt topographique, elle régit également l'évolution des tumeurs d'après leur origine. En effet, les tumeurs de l'infrastructure ont une évolution vers l'extériorisation buccale, les néoplasmes de la suprastructure envahissent rapidement le labyrinthe ethmoïdal, alors que celles de la mésostructure envahissent ou refoulent la paroi externe de la filière respiratoire ou tendent à s'extérioriser soit vers la joue, soit vers la région ptérygo-maxillaire.

A chacune de ces variétés topographiques et cliniques répond un procédé chirurgical particulier.

A. — *Tumeurs de l'infrastructure.*

Contre un néoplasme né du plancher du sinus maxillaire, nous avons vu que la résection typique de la mâchoire supérieure serait excessive et inutilement mutilante puisqu'elle supprimerait sans raison le plancher de l'orbite.

Mais, rien n'est plus facile, après décortication de la face externe du maxillaire au travers d'une incision vestibulaire, que de faire sauter un fragment du rebord alvéolaire dont l'étendue sera proportionnée à celle de la lésion que l'on doit déborder largement. On limite à la gouge et au maillet le fragment de mâchoire que l'on veut enlever, quitte, si l'on s'est montré trop parcimonieux, à gruger à la pince gouge les segments dont on juge l'exérèse nécessaire.

On aura ainsi enlevé largement la tumeur, en réduisant au stricte nécessaire, les dégâts apportés à l'équilibre du squelette facial.

B. — *Tumeurs de la mésostructure*

La voie d'abord s'impose d'elle-même. Le cancer est intra-sinusal. La trépanation classique du sinus maxillaire dans la fosse canine permettra de le localiser et de l'enlever largement avec destruction de son point d'implantation, accompagnée d'un curetage complet de la muqueuse sinusale.

L'aboutissant est superposable, dans une certaine mesure, à celui obtenu par les différents procédés de cure radicale des sinusites qui attaquent primitivement ou résèquent secondairement l'angle antérieur (Vacher, Denker, Lombard et Lemée) ; c'est-à-dire que la cavité sinusale communique largement avec la fosse nasale correspondante.

Dans ce procédé, comme dans le cas précédent, les soins post-opératoires sont très simples et consistent en de simples irrigations de la brèche ou de la cavité, en surveillant soigneusement, et pendant longtemps, le champ opératoire.

Il se peut, en effet, que sur les berges de la cicatrice apparaisse un bourgeon suspect, témoignant d'une trop grande économie. Il est facile d'enlever ce nouveau bourgeon et de poursuivre, la pince-gouge à la main, les proliférations suspectes qui pourraient lui succéder.

C. — *Tumeurs de la suprastructure.*

Le plus souvent, lorsque nous sommes appelés à constater ces néoplasmes, ils sont maxillo-ethmoïdaux.

Contre de telles lésions la résection typique est, ainsi que l'a bien montré Cornet, à la fois beaucoup trop large, puisqu'elle supprime inutilement le massif alvéolaire supérieur, et insuffisante puisqu'elle néglige la poursuite du néoplasme dans le labyrinthe ethmoïdal, qu'il a déjà plus ou moins largement envahi.

C'est d'ailleurs, la difficulté où l'on est de poursuivre ces prolongements ethmoïdaux aussi loin qu'il serait nécessaire, qui confère à la localisation haute du cancer sinusal son caractère de gravité particulière, et qui conditionne la fréquence des récidives post-opératoires.

Pour aborder une telle lésion, seule la *rhinotomie para-latéro-nasale de M. Sebileau* (trans-maxillo-nasale de M. Moure) permet d'aborder largement la région et d'espérer une exérèse aussi radicale que possible.

Cette voie d'abord comporte une incision dans le sillon naso-génien, avec résection de la branche montante du maxillaire, jusqu'à ouvrir le sinus maxillaire. Chemin faisant on découvre le ca-

✦✦✦

nal lacrymo-nasal que l'on dissèque, sectionne et récline. On a alors largement exposé la partie haute du sinus maxillaire et le labyrinthe ethmoïdal.

Rien n'est plus aisé que de détruire largement le cancer et ses prolongements. Il ne faut pas hésiter dans ce cas à pousser à l'extrême la destruction, car les récidives que l'on constate de temps à autre témoignent que l'opération a été insuffisante.

Lorsque la destruction de la tumeur est considérée comme largement effectuée, on replace le canal lacrymal qu'on laisse pendre dans les cavités des fosses nasales, et on suture la brèche cutanée.

Cette opération est excellente, tant au point de vue esthétique qu'à celui des résultats obtenus.

En effet, du point de vue de l'esthétique, on n'a sacrifié aucun des « chevalets fondamentaux de la cosmétique faciale » (Sebileau). Ces chevalets soutiennent les téguments qui ne présentent aucune tendance à l'enfoncement. En outre, on soigne particulièrement la suture en s'attachant à obtenir une réadaptation aussi exacte que possible de l'insertion de l'aile du nez. La cicatrice, cachée dans le sillon naso-génien, à mesure qu'elle blanchit, devient pratiquement invisible.

Traitement par les agents physiques.

Au stade initial de l'évolution, les agents physiques sous forme d'applications de radium rendent manifestement les plus grands services en ce qui concerne le traitement des épithéliomas.

Mais la difficulté est de doser exactement la quantité de radiations nécessaire.

Cette thérapeutique est encore, en effet, à un stade d'études et aucune règle fixe n'a pu encore être énoncée. Or, l'épithélioma du maxillaire se développe sur une muqueuse qui adhère intimement à l'os et l'os est un élément essentiellement radium sensible.

La dose d'émanations de radium nécessaire pour réaliser une action curatrice sur la tumeur est souvent suffisante pour déterminer une nécrose ultérieure de l'os. Or,ces nécroses osseuses s'accompagnent de phénomènes douloureux intenses, de réactions de type inflammatoire périphériques très accusées.

Enfin, les dégâts terminaux sont souvent très étendus, en même temps qu'ils atteignent les muscles périphériques et souvent les téguments.

Bref, l'action des agents physiques qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est très difficile à doser, si elle détermine une régression de la tumeur, elle entraîne des délabrements et des séquelles qui sont de beaucoup supérieurs en intensité et en étendue à ceux que peut déterminer une chirurgie rationnelle.

Bien que n'ayant pas de statistique absolue, des résultats thérapeutiques obtenus avec le radium, il nous semble que les récidives s'y rencontrent avec une fréquence au moins égale à celles observées à la suite du traitement chirurgical.

Cependant, ces agents physiques sont d'un secours précieux et indispensable lorsque le cancer a évolué, a envahi au-delà de l'os. Ils *deviennent alors un complément indispensable à toute thérapeutique désirant donner au malade les plus grandes chances de guérison ou du moins de survie.*

On voit donc que les cancers du maxillaire supérieur, envisagés du point de vue thérapeutique, restent tributaires du traitement sanglant ; le succès étant subordonné à la précocité du diagnostic.

Seul, en effet, le diagnostic précoce permet cette chirurgie « à la demande » défendue par M. le professeur Sebileau. Cette chirurgie, vaste et large quant à la lésion, mais aussi économe que possible quant au sujet et aux tissus, permet seule d'espérer la guérison et d'éviter les récidives. Celles-ci sont le plus souvent la conséquence d'une éradication insuffisante.

Les agents physiques ne doivent intervenir qu'à un stade avancé de l'évolution, lorsque l'exérèse des tissus envahis ne peut être absolument totale. Ce sont donc là des adjuvants précieux ; et là encore on aurait tort d'opposer la chirurgie au radium, alors que c'est dans la collaboration étroite et éclairée des deux procédés thérapeutiques qu'il nous est permis d'entrevoir une lueur d'espérance dans la réalisation d'une thérapeutique curatrice du cancer.

CLINIQUE MÉDICALE

L'exploration clinique de l'intestin.

M. le professeur Gilbert,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'intestin, dont la longueur totale est de 8 mètres 50 environ, se compose de deux portions distinctes, l'intestin grêle, et le gros intestin. Le grêle, qui mesure près de 7 mètres, est formé de deux parties, le duodénum (0 m. 25) et le jéjuno-iléon (plus de 6 m. 50). Quant au gros intestin (1 m. 50 environ), il comprend le cæcum, pourvu d'un appendice important, le côlon proprement dit et le rectum. Le côlon offre une portion ascendante qui se termine à l'angle hépatique, une portion transverse qui aboutit à l'angle splénique, une portion descendante enfin, le côlon ilio-pelvien qui finit à la hauteur de la 3e vertèbre sacrée.

Le petit intestin a une mission digestive. Elle s'effectue, par excellence, sous l'action des sucs du pancréas et du foie, déversés dans le duodénum. La digestion intestinale s'opère aussi du fait des sécrétions de l'intestin lui-même (Roger). Quant au gros intestin, il représente le réservoir des fèces. Cependant, il faut savoir que la première partie du gros intestin possède certaines vertus digestives. Le cæcum et le côlon ascendant continuent le processus de digestion des aliments et les auteurs anglais ont même prétendu que ce processus était très actif ; ils ont dit du côlon ascendant qu'il était « glouton et vorace ».

L'intestin peut être exploré de diverses façons, en employant les vieux procédés cliniques et aussi les techniques nouvelles, la radiographie et la chimie. Je me bornerai à vous exposer simplement les moyens de clinique pure.

Pour examiner cliniquement l'intestin, on procèdera par interrogatoire, d'abord, recherchant l'existence de troubles fonctionnels, et on utilisera ensuite les procédés traditionnels : l'inspection, la palpation, la percussion, la succussion — sans oublier le toucher rectal.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade supposé atteint d'affection intestinale, un des premiers symptômes dont il faut se préoccuper est la douleur. Elle manque rarement et vous en connaissez l'importance dans toutes les maladies en général. Une douleur occupant le point de Mac Burney, par exemple, est un indice précieux dans le diagnostic de l'appendicite.

Depuis longtemps, on a donné aux douleurs intestinales l'appellation de coliques — mot qui vient de côlon. En effet, les douleurs intestinales ont à l'habitude des caractères particuliers. Le terme de colique, toutefois, a perdu un peu de son sens ancien,et l'on parle maintenant, vous le savez, de coliques hépatiques, néphrétiques, utérines. Il y a coliques et coliques et il est indispensable d'ajouter un adjuvant, de les qualifier ici d'intestinales.

Je mentionnerai aussi certains symptômes spéciaux : je fais allusion à ce qu'on appelle les épreintes et le ténesme. On les observe dans des affections déterminées — la dysentérie — et je n'y insiste pas.

A côté de la douleur, je placerai deux symptômes de premier ordre, la constipation et la diarrhée. La constipation est caractérisée par un retard à l'évacuation des matières fécales. Quelques constipations se manifestent surtout par une insuffisance de la quantité des fèces.

La constipation est plus ou moins prononcée. Elle peut être légère, moyenne, intense. On voit des malades ne pas aller à la garde-robe pendant 5, 6 jours, sans en être quasi incommodés. La constipation détermine un aspect spécial des selles, qui sont colorées, foncées, et dures. La sécheresse est un des effets constants de cet état : on a pu dire que l'on pouvait mesurer le degré de constipation au degré de dureté. Normalement les fèces contiennent 75 % d'eau et ont un poids total quotidien de 130 à 150 grammes. Chez les constipés l'eau se réduit à 50 %, 25 %, à moins même. La dessiccation a d'ailleurs une répercussion sur le cheminement des matières. Quand le taux de l'eau descend à 20 %, l'action des muscles intestinaux s'exerce avec difficulté et les matières tendent à s'immobiliser plus encore. Les phénomènes peuvent aller plus loin : jusqu'à l'imprégnation par les sels de chaux, les fèces devenant grises, pierreuses.

Caractère intéressant. Dans certains types de constipation, il y a tendance à une véritable asepsie des matières, qui contiennent peu de microbes.

On distingue à l'heure actuelle deux grands types de constipation : la constipation droite et la constipation gauche. Autrefois, on ne parlait que d'une seule constipation qui était : la constipation. Le point d'union de ces deux constipations se trouve à l'angle splénique du côlon. Envisageons les caractères de l'une et de l'autre.

La constipation gauche est la forme ordinaire, traditionnelle, celle à laquelle jusqu'à ces

temps derniers on donnait le nom de constipation. Elle est bien supportée et n'entraîne pas de complications, sauf parfois des hémorrhoïdes, ou la chute du rectum. La palpation montre plus ou moins nettement l'existence, dans le côlon ou le rectum, de matières fécales accumulées, tantôt plus spécialement dans le côlon descendant, tantôt dans le côlon ilio-pelvien, tantôt dans le rectum. On donne à ce type, où il y a arrêt des matières en ces endroits, l'appellation de dyschésie.

Je le répète, Le tableau de la constipation gauche habituelle est d'une grande simplicité. Elle comporte un certain arrêt des matières et rien de grave. Elle est attribuée par les uns à l'atonie intestinale, par d'autres aux spasmes, par d'autres aux spasmes et à l'atonie. L'atonie intestinale, lorsqu'elle existe, est doublée fréquemment d'atonie de la paroi abdominale, assez commune chez la femme, à la suite de la grossesse ou d'opérations. Quand il s'y ajoute de l'amaigrissement, on observe souvent des ptoses intestinales. On a fait jouer enfin un rôle au système nerveux, à la réduction des sécrétions digestives, à l'alimentation défectueuse, aux altérations de l'intestin (mégacôlon), de ses parois, etc.

La constipation *droite* offre un tableau clinique bien différent. Tout d'abord, c'est une maladie qui se déclare chez les sujets jeunes, les enfants, les adolescents, en général. Elle se traduit par des douleurs occupant la fosse iliaque droite, s'irradiant vers les lombes, le côté droit, le membre inférieur correspondant. Les sujets souffrent de temps en temps de débâcles diarrhéiques.

Si l'on explore dans ces conditions, la fosse iliaque droite, la main arrive sur un cæcum sensible, douloureux, bien des fois abaissé, plus ou moins augmenté de volume, contenant des matières fécales tantôt dures, tantôt en partie liquides, si bien qu'on parvient quelquefois à provoquer du gargouillement.

Telle est la symptomatologie de la constipation droite, tout au moins en ce qui concerne le gros intestin. A ces signes, s'ajoutent presque toujours des signes d'infection et d'intoxication, des maux de tête, de la fétidité de l'haleine, de l'amaigrissement, le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer, le syndrome entéro-hépatique. Les troubles d'infection et d'intoxication fusent et gagnent les organes éloignés.

Je n'ai fait qu'énumérer quelques-uns des accidents de la constipation droite. Je dois ajouter qu'on l'accuse d'infiniment plus de méfaits. On a été jusqu'à lui attribuer certains ulcus du duodénum, des cancers du sein, etc., etc.

La constipation droite a été l'objet d'explications diverses. Tout d'abord, on a incriminé les états pathologiques du cæcum (inflammation, dilatation, torsion). A cet égard, on s'est généralement rallié à la théorie de Lane, qui place au premier plan la formation de brides sur le trajet du gros intestin, brides à développement symétrique, débutant par le bas et gagnant vers le haut, se formant aux dépens du péritoine, du mésentère, amenant des rétrécissements, des torsions, avec, comme conséquence, la constipation droite. Or, comme le gros intestin droit et le grêle prennent une part dans la digestion, que les microbes y pullulent (car ils contiennent des substances alimentaires), il s'ensuit que la stase droite est plus grave que la gauche. Cette dernière se résume en des phénomènes mécaniques, tandis que la constipation droite, outre ces mêmes phénomènés mécaniques, entraîne des accidents infectieux et toxiques. La stase ou constipation droite (maladie de Lane) est donc tout autre chose que la constipation gauche (ancienne constipation).

En matière de diagnostic de la constipation, un point important est la recherche de la cause. Celle-ci, dans certains cas, tombe sous le sens, mais souvent aussi elle n'apparaît pas avec netteté. Quand il en sera ainsi, que vous rencontrerez une constipation opiniâtre, je vous engage, après avoir fait un examen clinique soigné, et s'il ne vous renseigne pas suffisamment, à vous adresser à la rectoscopie et aux rayons X, qui pourront vous montrer des ptoses, un mégacôlon, etc., qui résoudront le problème.

Quant au traitement de la constipation, vous n'attendez pas de moi que je l'expose en détail ici.

Je vous rappelle seulement que parmi les purgatifs, il en est deux qui offrent plus d'intérêt chez les constipés : l'huile de ricin et la bourdaine. Souvent, l'huile de ricin à petites doses (une cuillerée à café), est suffisante. La bourdaine, une cuillerée à café également (en infusion, prise le soir) donne de bons résultats. Ce sont de très anciens remèdes, auxquels, dans ces dernières années, deux autres ont été ajoutés : l'huile de paraffine et la gélose (appelée encore agar-agar). L'huile de paraffine se donne à la dose ordinaire d'une cuillerée à bouche, avant le repas ; dose que l'on peut doubler et tripler. La gélose se prescrit une cuillerée à café avant les repas.

Aux laxatifs pris par la bouche, je préfère encore les suppositoires et les lavements. A la vérité, ils n'ont pas une bonne presse. On a accusé les lavements de dilater l'intestin. Or, s'il est un médicament qui dilate vraiment l'intestin, c'est bien la gélose, qui agit en se gonflant, en augmentant le volume du bol fécal. Je crois que quand on peut obtenir un résultat par un régime et des moyens physiques comme le massage, les lavements et les suppositoires, il est préférable d'y recourir.

La diarrhée est le symptôme qui s'oppose à la

constipation. Ses deux caractères principaux résident dans la fréquence des évacuations et la liquidité de celles-ci. La diarrhée est passagère ou durable. Le nombre des selles est plus ou moins considérable : 2, 3, 10, 15, etc. par 24 heures. Il est des malades qui passent leur temps à aller à la garde-robe. Ainsi, dans le choléra nostras ou asiatique, les évacuations peuvent s'élever à 100, 150 par jour.

On peut distinguer un certain nombre de types de selles diarrhéiques : le type fécal, où les matières sont délayées ; le type séreux ; le type muqueux ; le type hémorrhagique, à sang pur ou à mucus teinté de sang ; le type purulent ; enfin, la selle dite lientérique, dans laquelle on reconnaît presque des aliments ingérés peu de temps avant leur expulsion.

La selle diarrhéique est fréquemment accompagnée de colique, qui la précède ou l'accompagne. Souvent aussi, quand la diarrhée se prolonge, on voit se produire de la sécheresse de la langue, de l'altération des traits, un ventre ballonné ou au contraire aplati.

La diarrhée peut dépendre d'un très grand nombre de causes. Elles se rangent sous quatre catégories. La première catégorie comprend les maladies de l'intestin : entérites, colites, tumeurs, maladies infectieuses à déterminations intestinales (fièvre typhoïde, choléra, dysentérie, tuberculose, etc.). La deuxième catégorie réunit les diarrhées procédant d'affections digestives non intestinales : maladies de l'estomac, du foie, du pancréas. Une maladie de l'estomac dans laquelle on observe assez communément de la diarrhée est la dyspepsie hypopeptique, lorsque le sujet ingère une quantité d'aliments supérieure à celle qu'il est capable de digérer. A rapprocher de cette diarrhée, celle qui suit les repas trop copieux ou les indigestions (diarrhée par indigestion). Le type de la diarrhée hépatique est celui décrit par Linossier sous le nom de diarrhée post-prandiale. Elle se traduit par une évacuation chargée de bile, après le repas, chez les sujets capables de ournir un rejet copieux de cette substance.

Un troisième groupe est représenté par la diarrhée toxique, suscitée par les poisons, par l'urémie. Enfin, un dernier groupe est la diarrhée nerveuse (diarrhée par émotion, diarrhée des névropathes, du tabes, etc.).

Le diagnostic différentiel de la diarrhée ne présente aucune difficulté, mais il n'en est pas toujours de même du diagnostic étiologique. Il y a un g and intérêt cependant à dépister la cause, car on ne traitera pas pareillement la diarrhée des urémiques, et celle des dyspeptiques ou des entéritiques par exemple. Toutefois, il est des médicaments susceptibles de remplir les indications symptomatiques de la diarrhée en général. A côté de la thérapeutique pathogénique, il y a place pour une thérapeutique symptomatique. Je citerai, parmi ces médicaments, les purgatifs *qui*, dans les conditions voulues, donnent souvent de bons effets, l'opium — le vieil opium—, le sous-nitrate de bismuth par petites doses (3 ou 4gr. par jour, en 6 à 8 fois), le tannigène en cachets de 0 gr. 50 (1 à 3 gr.), le benzo-naphtol, le meilleur des antiseptiques intestinaux.

J'arrive maintenant aux phénomènes hémorrhagiques. Ils se caractérisent par la présence de sang dans les évacuations. Les maladies intestinales ne suscitent qu'exceptionnellement l'hématémèse. On ne peut guère citer à ce point de vue que l'ulcus duodénal. Dans tous les autres cas, lorsqu'il y a hémorrhagie, elle donne lieu au mélæna. Celui-ci est plus ou moins abondant. L'abondance est parfois telle que la mort en est la conséquence. Il est même des cas où le sujet succombe avant qu'il y ait expulsion du sang au dehors. D'autres fois, les rejets de sang sont minimes et le mélæna est latent. Pour le diagnostiquer, on a besoin de recourir à des substances chimiques capables de déceler le sang (réactifs de Weber et de Meyer). Le sang est tantôt pur, tantôt mélangé, tantôt rouge, tantôt noir. Quand il est noir, des confusions sont possibles. Un sujet qui a pris du charbon, du fer, du bismuth, peut avoir des selles noires. Il existe en permanence dans l'intestin de l'acide sulfhydrique qui, avec le bismuth, le fer, donne des sulfures noirs. Lorsqu'on a des doutes, il suffit de soumettre les matières suspectes aux réactions que je signalais il y a un instant.

Reste la question importante de l'étiologie du mélæna. On peut avoir affaire à des causes dont les signes dominent le tableau clinique, ou au contraire l'hémorrhagie peut être le seul symptôme rencontré (hémorrhoïdes, cancer du rectum peu avancé, ulcère ou cancer du gros intestin n'ayant pas encore évolué...). Lorsque l'hémorrhagie constitue à elle seule toute la symptomatologie, vous aurez à rechercher dans les affections dont je viens de parler.

Un autre groupe de causes du mélæna comprend les hémorrhagies liées à des maladies intestinales, gastriques et hépatiques : dysentérie, entérite tuberculeuse, ulcère duodénal, ulcère et cancer de l'estomac, cirrhose. L'état morbide causal est quelquefois connu ou facile à reconnaître, mais d'autres fois, il est plus ou moins latent et il faut compter avec ces cas difficiles. Enfin, dans un troisième groupe, l'hémorrhagie et le mélæna sont une sorte d'épiphénomène. Je citerai à cet égard les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde.

En énumérant cette série de symptômes, j'ai à peu près épuisé la liste des troubles fonctionnels relevant de l'intestin. Cependant, il en existe encore d'autres, des manifestations à distance en particulier . On peut observer de la fétidité de

l'haleine, des vomissements, de la dyspnée par météorisme, du hoquet, des paralysies, etc. Je ne m'y appesantirai pas.

J'aborde maintenant l'exploration physique. Elle comprend l'inspection, la percussion, l'auscultation, la succussion, et le toucher rectal.

L'inspection peut montrer un développement anormal de l'abdomen, sa rétraction, du météorisme, un ventre plat, en bateau, un ventre vide, par diarrhée, par choléra.

La palpation est parmi les moyens de la vieille clinique celui qui fournit les meilleures données. Elle est superficielle ou profonde. La palpation superficielle renseigne sur la sensibilité, l'hyperesthésie de la paroi, sur la consistance de la paroi musculaire, la contracture des muscles. C'est surtout la palpation profonde qui est intéressante. Le palper de la fosse iliaque droite chez un sujet atteint de maladie de Lane décèle la dilatation du cæcum, la présence de matières durcies ou liquides. Le palper dans la fosse iliaque gauche pourra révéler, chez le s constipés, une réplétion colique par matières fécales, un stercorome (tumeur fantôme). La main sur le côlon transverse percevant une corde colique (spasme) constate là un signe intéressant. Enfin, on peut arriver sur une véritable tumeur (rare au petit intestin, assez fréquente sur le gros intestin).

La percussion donne un son tympanique s'il y a des gaz, de la matité s'il y a des matières solides ou des liquides. L'auscultation est de peu de valeur. Elle fait entendre tous les gargouillements de la création, sans signification nette.

La succussion, souvent employée au niveau de l'estomac, s'applique aussi à l'intestin. On ne confondra pas le clapotage du gros intestin et celui de l'estomac.

Reste le toucher rectal. Il offre une grande importance et en pratique, il ne faut pas le négliger. Les médecins ont souvent peu de goût pour ce mode d'exploration alors que les chirurgiens y ont plus volontiers recours. On doit toujours y penser, en pareil cas, et le pratiquer sans attendre, sous peine de laisser parfois s'écouler un temps précieux, si l'on a affaire à un cancer du rectum par exemple. Je ne saurais donc trop vous engager à faire ce toucher rectal lorsque vous serez en présence d'une constipation opiniâtre, chez tout malade qui souffre du rectum, qui émet du sang par l'anus, avec ou sans mucus, et même simplement chez le patient qui maigrit sans cause apparente...

Je n'insisterai pas sur la technique du toucher rectal. Vous vous placez à droite du sujet qui se tiendra couché sur le côté gauche, le membre inférieur gauche allongé, le membre droit replié sur le ventre. La position dorsale, le siège relevé, est également bonne. Dans certains cas, vous trouverez des hémorrhoïdes, quelquefois un cancer, d'autres fois rien. Vous pourrez combiner le toucher rectal avec le palper abdominal, explorer l'anse, le côlon pelvien ; chez la femme adjoindre le toucher vaginal.

Leçon faite à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX.

ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE ET FARINES PANIFIABLES ADULTÉRÉES

Je vous envoie deux documents concernant la fin de l'emploi des succédanés en meunerie.

L'incorporation des succédanés dans les farines panifiables.

Circulaire du 14 *août* 1925 *comme suite au décret du* 1er *août* 1925.

Le ministre de l'Agriculture vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante relative à l'incorporation des succédanés dans les farines panifiables :

A partir du 29 août prochain, les meuniers devront obligatoirement incorporer 4 pour cent de farine de seigle à la farine de froment à l'exclusion de tout autre succédané. Toutefois par analogie avec les dispositions prévues à l'article 4 du décret du 1er août 1925 un délai d'un mois à dater de ce jour est accordé pour permettre l'écoulement des farines fabriquées ou en cours de fabrication avec l'incorporation du taux réglementaire actuel des succédanés.

En vue de l'application des dispositions du décret du 1er août 1925, des instructions sont par suite données au service de la répression des fraudes pour ne plus tolérer en boulangerie après le 12 septembre 1925, que l'utilisation de farines de froment contenant 4 pour cent de farine de seigle.

Le mélange obligatoire du seigle pour la confection du pain va être supprimé.

25 *septembre* 1925.

Dans un discours qu'il a prononcé, dimanche, au concours agricole de Semur, M. Jean Durand, ministre de l'Agriculture, a annoncé qu'il prendra, cette semaine, un décret supprimant l'emploi du seigle dans la farine panifiable.

Est-ce la fin des succédanés à la farine de froment dans la fabrication du pain ?

Sous prétexte de raisons économiques et patriotiques plus ou moins plausibles, on a favorisé en réalité des importations en quantité exagérée. Le cultivateur vendait difficilement son blé, le

voyait se perdre dans les greniers, le donnait à manger à ses bestiaux, alors que la population était soumise à un régime de farines exotiques multiples. A côté de succédanés autorisés : seigle, maïs, riz, manioc, souvent de qualité très inférieure et pour cela même pouvant donner lieu à de l'ergotisme, du maïdisme et du béri-béri, on a écoulé clandestinement les stocks de haricot de Java et de gesse chiche qui, par suite de circonstances étranges, envahissaient les magasins militaires. Troupes et cavalerie auraient été décimées rapidement, si les experts de l'armée n'avaient pas refusé cette marchandise de mauvais aloi (*Annales des falsifications et des fraudes*, nov. 1918). Nos pigeonniers militaires n'avaient pas été oubliés d'ailleurs, et une certaine vesce exotique leur fut tout à fait néfaste (voir les mêmes *Annales*, même art., nov. 1918).

Tous ces mélanges hétéroclites ont été consommés par la population civile, au plus grand détriment de sa santé. Les protestations de ceux qui virent un rapport possible entre un mauvais pain, dont on ignorait la composition exacte, et la fréquence des maladies de l'axe cérébro-spinal furent étouffées ou ridiculisées.

Je remercie tous ceux qui ont bien voulu m'aider dans ma campagne de protestations et tout d'abord notre confrère M. le Dr Viger, ancien ministre de l'agriculture, président de l'Académie nationale d'agriculture, qui prit l'initiative de présenter ma petite brochure sur « l'Etude de l'encéphalite léthargique et de la grippe infectieuse » à l'Académie d'agriculture, où elle donna lieu à une discussion intéressante (*Journal officiel*, décembre 1921.)

Je remercie M. Breton, alors ministre, qui, sur les instances de M. Viger et de M. le préfet du Loiret, donna des ordres pour retirer des moulins toutes les farines fournies par le ravitaillement et en faire cesser la distribution. Plusieurs milliers de sacs de ces mauvaises farines furent alors enfouis ou jetés au fumier. Ainsi finit, du jour au lendemain, l'épidémie d'encéphalite léthargique, qui sévissait alors.

Depuis cette époque on vit surgir quelques petits foyers d'encéphalite ; mais dans tous ces cas il n'était pas difficile de retrouver les preuves de l'emploi de légumineuses exotiques.

Je remercie l'Académie de médecine d'avoir tenu compte de mes avertissements (avril 1921) et de n'avoir pas inscrit l'encéphalite léthargique au nombre des maladies infectieuses à déclaration et à désinfection obligatoires.

La France est, je crois, la seule nation qui n'ait pas fait cette inscription. Et aujourd'hui elle est libérée de cette épidémie ; alors que l'Angleterre, la Hollande et la Hongrie, où l'encéphalite se trouva au nombre des maladies à déclaration obligatoire, sont aujourd'hui encore visitées par cette terrible maladie. Mais ce sont ces mêmes pays qui font la plus grande consommation des haricots cyanhydriques : haricot de Birmanie, haricot de Java, haricot des provinces danubiennes.

Je remercie enfin très amicalement le *Concours médical*, et tout particulièrement son rédacteur en chef, M. le Dr Noir, qui n'a pas craint d'ouvrir les colonnes de ce journal à un médecin de campagne, qui, dans la circonstance, s'est tout simplement rappelé les travaux antérieurs de M. le professeur Proust sur la gesse chiche et de M. le professeur Guignard sur les haricots exotiques cyanhydriques.

Alb. VEILLARD.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Un nouveau procédé de drainage des voies biliaires.

D'après les résultats obtenus par le Dr H. GAEHLINGER (de Châtel-Guyon), on peut affirmer que l'addition de sulfate de magnésie dans la proportion de 10 à 15 p. 100 à l'eau minérale de Châtel-Guyon prise au griffon, addition répétée pendant un minimum de trois jours, permet d'obtenir dans la plupart des cas l'évacuation de la vésicule biliaire et de réaliser un véritable drainage médical des voies biliaires.

Cette méthode, facile et très maniable, a l'avantage de ne nécessiter aucune instrumentation spéciale. Elle est bien supportée par les malades et ne donne que très rarement lieu à des incidents, d'ailleurs minimes.

Cette méthode permet, en outre, de faire disparaître rapidement des troubles fonctionnels de la vésicule, qui, directement ou indirectement, gênent le fonctionnement gastro-intestinal.

Il serait intéressant de l'employer chez les opérés de cholécystectomie et chez les ictériques.

Ces résultats ont été obtenus avec de l'eau prise au griffon ; il serait intéressant de refaire l'expérimentation avec l'eau d'embouteillage. (*Paris médical*, 11 avril 1925.)

L'avidité colique dans les rétrécissements pyloriques et sus-pyloriques. Sa démonstration, son utilisation thérapeutique.

On sait combien les malades atteints de rétré-

cissements pyloriques souffrent de la carence d'eau, qui chez eux engendre des troubles généraux : amaigrissement, sécheresse de la peau et des muqueuses, diminution de volume du foie, oligurie orthostatique, concentration du sang, hypotension artérielle, etc.

On sait aussi quel bien-être ils éprouvent, quand, une intervention (gastrostomie, gastro-entérostomie) ayant levé l'obstacle, les liquides sont de nouveau absorbés ; cette absorption se fait dans les premières parties du tube intestinal, moitié droite du côlon, jéjuno-iléon, une partie du duodénum, et région pylorique de l'estomac, bref dans le territoire de la grande mésaraïque ; elle est d'autant plus rapide que les racines des veines mésaraïques sont vides.

MM. H. Surmont (de Lille) et Tiprez montrent que l'avidité colique est tout aussi grande, en pareils cas, dans le domaine de la mésentérique inférieure (côlon gauche à partir de l'angle splénique, partie supérieure du rectum), et ce fait permet dès lors de remonter les malades sans opération, ou bien avant une opération par le goutte à goutte rectal. En un laps de temps variant de 40 à 50 minutes, les malades atteints de rétrécissements pyloriques et sus-pyloriques peuvent tolérer et garder facilement un litre de sérum glucosé isotonique à 47 p. 1000 (vitesse, plus de 200 gouttes à la minute).

L'absence d'augmentation immédiate de l'émission des urines est une preuve de l'avidité générale des tissus à se saisir de l'eau qui leur est ainsi apportée.

Conscients de la nécessité qu'il y a à rehydrater ces malades, les médecins doivent employer cette méthode, notamment avec l'intervention chirurgicale ; ils peuvent ainsi obtenir, sans douleur et sans inconvénient, les résultats que donnent les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum physiologique.

En pratique, on peut donner au malade deux fois par jour un litre de sérum, qui sera absorbé sans difficulté en une heure ou une heure et demie ; ce qui évite au sujet la présence prolongée, et dès lors mal tolérée d'une canule intra-rectale. Cette méthode évite au malade la soif qui le tourmente. En luttant contre la concentration sanguine, elle permet de diminuer et de prévenir les phénomènes toxiques (acétonémie et acidose, hyperazotémie) ; elle permet enfin au malade de lutter dans de meilleures conditions contre les intoxications anesthésiques ou opératoires en renouvelant les provisions de glycogène de son foie.

Quelques précautions sont nécessaires ; le sérum doit être isotonique afin de respecter le plus possible la vitalité des cellules intestinales ; il faut aussi le donner à la température du corps.

Cette dernière précaution souvent négligée est une cause fréquente de l'intolérance du goutte à goutte rectal. Il suffit cependant de se servir d'une bouteille Thermos en guise de récipient pour le sérum, pour que le liquide introduit garde sa température pendant toute la durée de l'opération. Pour adapter à cet usage les bouteilles du commerce, on perce leur bouchon de deux orifices, l'un par lequel passe un tube sur lequel on insère le caoutchouc de la canule, l'autre dans lequel passe un tube métallique recourbé en dehors et assez long pour pénétrer, jusqu'à un centimètre du fond de la bouteille. Ce tube *capillaire* est destiné à permettre l'entrée de l'air dans la bouteille et l'écoulement continu du liquide, lorsque la bouteille est, au moment de l'usage, suspendue le bouchon en bas. On suspend cette bouteille à une hauteur voulue pour obtenir la rapidité d'écoulement que l'on désire.

Par ce procédé, on peut donner le sérum glycosé à la température intrarectale de 37 à 38°, ce qui est impossible sans cela ; si l'on ne donne le sérum qu'à la dose de 20 à 30 gouttes à la minute, le liquide arrive toujours froid dans l'ampoule rectale. (*Paris médical*, 4 avril 1925.)

Les odontalgies sinusales.

M. Higguet appelle l'attention sur certaines odontalgies qui sont indépendantes d'affections dentaires, et qui se rencontrent au cours d'affections inflammatoires des sinus maxillaires, et que provoque parfois un lavage de ces sinus, au moment même de la ponction et du lavage ou après un temps plus ou moins long.

Ces odontalgies se manifestent par des douleurs objectives apparaissant à l'occasion de la mastication, quand les dents se serrent les unes contre les autres, ou par la percussion de celles-ci et par des douleurs subjectives, se réveillant spontanément et ayant le caractère névralgique. Ces douleurs subjectives se montrent surtout la nuit et provoquent de l'insomnie, d'où il résulte un état de dépression plus ou moins marqué des malades atteints de cette affection, et une tendance à la neurasthénie.

Elles sont bilatérales, mais le plus souvent unilatérales, et affectionnent le côté gauche, se limitant à l'arcade dentaire supérieure.

Elles sont dues à la compression du rameau antérieur du maxillaire supérieur dans les différents canaux osseux que traversent ses filets, cette compression étant fonction d'une réaction périostée.

Le diagnostic doit être fait par l'exploration du sinus. La rhinoscopie, la transillumination et la radiographie sont infidèles et inconstantes. La recherche de la réaction ostéo-périostée, notamment par le palper de la fosse canine, peut être positive. La ponction du sinus est souvent blanche ; elle peut, tout en précisant le diagnostic, amener la sédation des phénomènes douloureux.

Les décongestifs de la muqueuse nasale et

spécialement l'adrénaline en inhalations ont donné à l'auteur les meilleurs résultats.

Un traitement chirurgical peut être indiqué pour agir sur toutes les causes qui favorisent les infections des sinus.

Cette affection mérite d'être mieux connue ; elle peut en imposer pour une affection dentaire entraînant à tort l'avulsion réclamée par fois par les malades eux-mêmes, et sans aucun profit. (*Le Scalpel*, 29 août 1925).

Rayons ultra-violets et chute pondérale.

Les rayons U.V. donnent de merveilleux résultats dans le traitement de la spasmophilie et du laryngospasme. Non seulement les spasmes laryngés disparaissent, mais le sommeil reparaît en même temps que l'excitabilité se calme.

Mais, on observe parfois, chez certains enfants, au dire de MM. Mouriquand et Bertoye, une chute du poids qui peut être impressionnante et rappeler l'hypothrepsie des jeunes nourrissons. Aussi les auteurs conseillent-ils de mettre en œuvre le traitement actinothérapique dès qu'apparaissent les accidents spasmophiliques, mais en agissant avec prudence, notamment quand il est question d'enfants chétifs, en imminence d'hypothrepsie. Séances courtes, progressives à une, deux, trois minutes, par séries de 6 à 8, interrompues par un repos de quelques jours.

« En agissant ainsi, on se mettra dans les meilleures conditions pour obtenir une cessation des accidents graves du laryngospasme et on évitera le dessèchement consécutif à l'emploi trop prolongé des rayons U.V. ». (*Lyon médical*, 30 août 1925.)

La basite pulmonaire.

« La basite pulmonaire est constituée par l'existence, dans une base pulmonaire, quelquefois dans les deux, de râles sous-crépitants permanents, c'est-à-dire existant dans les périodes de bonne santé, en l'absence de toute affection ou maladie pouvant expliquer leur présence.

Ainsi définit M. Audistère cette curieuse anomalie, plus fréquente chez l'homme, adulte ou vieillard. On ne confondra pas ces râles sous-crépitants avec les râles crépitants de déplissement, non plus qu'avec les frottements pleuraux. On les distinguera également des râles sous-crépitants dus à une affection cardiaque.

Pour l'auteur, ces râles seraient la conséquence purement locale d'un état pulmonaire antérieur, ayant modifié les conditions de ventilation, de circulation, de sécrétion, et de résorption des bases pulmonaires.

Pratiquement, on retiendra qu'il ne s'agit pas là d'une maladie, d'une poussée de congestion pulmonaire par exemple, et « qu'il est inutile de s'acharner à la soigner, toutes les médications qu'on a dirigées contre elles étant restées impuissantes. » (*La Consultation*, septembre 1925.)

Conduite à tenir pendant et après une grande hémorrhagie digestive.

M. Gutmann envisage dans ce travail infiniment pratique l'hématémèse en activité. Il conseille de coucher le malade à plat, de lui imposer l'immobilité et le silence, d'appliquer une vessie de glace sur l'épigastre. La succion de petits fragments de glace est inutile, mais sans inconvénient. On débarrassera l'intestin du sang dégluti qui l'encombre et s'y putréfie avec de grands lavements. Diète absolue nécessairement. Alimenter le malade avec un goutte à goutte rectal de sérum glucosé à 47 p. 1000, à raison de 500 cmc. par jour,si lapression artérielle est forte, d'un litre et demi par jour, si elle est faible. Ajouter par litre 4 gr. de chlorure de calcium, et aussi quelques gouttes de laudanum, en cas d'agitation du malade. Au bout de trois jours, reprise très prudente de l'alimentation gastrique, avec du bouillon de pied et de jarret de veau visqueux (une cuillerée à soupe toutes les heures), additionné pendant quatre ou cinq jours au plus de chlorure de calcium ; puis, avec du lait sucré glacé, alterné avec la gelée ; puis avec des œufs crus battus dans le lait, de la gelée de viande, du beurre, de la crème, etc.

S'il s'agit d'une forme très sévère, où l'hémorrhagie tend à se reproduire, grands lavements d'un litre de sérum physiologique à 48-50° matin et soir ; gélatine purifiée et stérilisée (10 gr. pour 250 gr. d'eau salée à 16 %), une cuillerée à soupe toutes les demi-heures. Pectine associée au chlorure de calcium ; injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum gélatiné ; injections de rétro-pituitrine, de citrate de soude. Hémothérapie, autohémothérapie...

Contre l'anémie aiguë qui résulte de l'hémorrhagie, on réchauffera le malade, on lui injectera de l'huile camphrée, de l'oxygène. La transfusion du sang à raison de 100 à 200 cmc. deux fois par jour est héroïque. L'hémorrhagie arrêtée, reprendre l'alimentation comme ci-dessus.

Enfin, il faut rechercher la cause de l'hémorrhagie et la combattre. Il s'agira soit d'une lésion extra-gastrique (hypertension, cirrhose), soit d'un ulcère, soit souvent d'un néoplasme, ce à quoi il faut penser quand, après 40 ans, un sujet a eu une hématémèse dont la preuve n'a pu être faite. (*La Consultation*, septembre 1925.)

Avulsion complète d'un œil chez un nouveau-né au cours de l'accouchement.

Cas curieux relaté par M. Weekers et concernant un enfant accouché avec le forceps, pour un rétrécissement du bassin maternel. A la nais-

sance, on note une forte dépression de l'os frontal gauche à quelques centimètres au-dessus de l'œil. La paupière supérieure est turgescente, tuméfiée, l'inférieure fendue dans sa partie interne.

Le nouveau -né est transporté dans un hôpital où un examen plus approfondi révèle que le globe de l'œil fait complètement défaut et a disparu.

Pour l'auteur, l'avulsion du globe a été réalisée durant l'accouchement au moment où le frontal gauche s'est écrasé sur le promontoire saillant et a subi une pression violente qui s'est transmise à l'orbite, d'où le globe a été énucléé comme un noyau de cerise projeté au loin en le pinçant.

L'avulsion de l'œil peut encore s'observer quand un objet présentant une pointe mousse pénètre violemment dans l'orbite, à côté du globe qui est alors expulsé de sa loge devenue trop petite pour le contenir en même temps que l'agent vulnérant. On cite un cas de ce genre dans la pathologie des accidents du travail. (*Liège médical*, 27 septembre 1925.)

Sur la médication gaïacolée et ses indications en phtisiothérapie (Effets cliniques de l'éther glycéro-gaïacolique).

Ce qui domine, dit M. Houdeville (du Havre), le diagnostic et le pronostic de la tuberculose pulmonaire, c'est sa forme clinique. La notion d'évolution dans la marche d'une affection aussi polymorphe est beaucoup plus importante que celle du « degré » proprement dit, car il est des cavitaires qui guérissent et des malades qui meurent sans avoir franchi le stade dit du second degré. La forme est-elle évolutive ou stagnante, scléreuse ou fibreuse, extensive ou localisée, voilà la question primordiale que devra se poser le médecin en face d'un tuberculeux pulmonaire, et dont la solution lui est actuellement facilitée par la radioscopie, et les examens bactériologiques. Le traitement à mettre en œuvre s'inspirera directement de ces données : indépendamment de la cure hygiéno-diététique, toujours utile, il comprendra certains médicaments, tels que les gaïacoliques, parmi lesquels il convient de faire un choix judicieux pour éviter tout déboire. Sans doute le gaïacol et ses dérivés, administrés dans leurs indications précises, donnent de fort beaux résultats, mais il faut se méfier de leur action congestionnante et des troubles digestifs qu'ils peuvent provoquer. Aussi l'auteur leur préfère-t-il le résyl (éther glycéro-gaïacolique) qui, après une longue expérience, lui a paru nettement supérieur en raison de sa maniabilité et de sa parfaite tolérance, qu'il soit administré sous forme de comprimés, de sirop ou par voie hypodermique. Se décomposant dans l'intestin, ce corps met en liberté du gaïacol à l'état naissant éliminé ensuite par le rein et le poumon (14 % en moyenne par cette dernière voie).

Les indications du résyl sont tout d'abord, chez l'adulte, les bacilloses pulmonaires à marche lente, avec lésions humides, les formes catarrhales avec température moyenne ; dans la forme fibro-caséeuse commune, lorsque le processus infectieux suit sa marche extensive discrète et enfin chez les malades dont la lésion, torpide, a besoin d'être stimulée pour pouvoir évoluer vers la cicatrisation. Dans ce dernier cas surtout, où il faut toujours se tenir à l'abri des réactions brutales, le résyl, mieux que tout autre gaïacolique, permet de remanier les foyers chroniques par activation à leur niveau de l'afflux sanguin et de la phagocytose, en un mot des réactions biologiques de défense.

Par contre on s'abstiendra de prescrire ce médicament, comme bien entendu tout autre gaïacolique, dans les formes franchement évolutives, dans les formes fébriles avoisinant 39°, dans les formes hémoptoïques avec hémoptysies répétées et prolongées, ou bien en présence d'une lésion emphysémateuse prédominante sans humidité bronchique.

Sous ces réserves, le praticien trouvera dans l'éther glycéro-gaïacolique un médicament d'administration facile, diminuant la septicité locale, asséchant les lésions, permettant d'obtenir chez beaucoup de malades le développement d'un processus scléro-fibreux très favorable à la guérison. Il y pensera encore dans les états lymphatiques et scrofulo-tuberculeux de l'enfance, dans les adénopathies trachéo-bronchiques, où son action anti-bacillaire doit être particulièrement retenue. (*Les Sciences médicales*, 15 octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les visites de santé des mécaniciens de chemins de fer.

(M. de Fleury. — *Académie de médecine*, 6-10-25.)

Un récent accident de chemin de fer qui, au premier abord, sembla dû à une affection mentale latente du mécanicien, a appelé l'attention sur l'utilité d'une surveillance régulière de l'état de santé des agents des voies ferrées chargés de la direction des trains. En réalité, disons-le tout d'abord, dans l'accident en question, c'est par erreur qu'il fut parlé de

paralysie générale chez le mécanicien. Cet homme, au moment où il descendit de sa machine, était naturellement très ému et fut pris d'un violent tremblement : tremblement et émotion firent porter un peu hâtivement un diagnostic de P.G., reconnu dans la suite inexact.

La question n'en reste pas moins entière et elle a préoccupé depuis longtemps les grandes compagnies de chemins de fer et les médecins de ces compagnies. Les agents de la voie et des trains, les mécaniciens en particulier, sont l'objet d'une attention spéciale, quant à leur état de santé ; ils sont soumis à des examens médicaux périodiques, concernant leur vision plus spécialement, et il est de règle de leur accorder les repos jugés utiles au bon fonctionnement de leur service. Il y a peut-être plus à faire encore et il serait certes bon que l'Académie de médecine, par des vœux appropriés, inspirés de l'intérêt public, vienne renforcer l'autorité des médecins sur ce sujet. Le Comité de direction des grands réseaux de chemins de fer français adressait récemment, d'ailleurs, au bureau de l'Académie une lettre manifestant le désir de connaître ce qui avait pu être proposé déjà par l'Assemblée quant à cette surveillance médicale des agents.

M. de Fleury rappelle que l'alcoolisme, après avoir décru pendant la guerre, est aujourd'hui en recrudescence. Pour la syphilis, elle a été fréquente de 1914 à 1919. Elle a diminué (nous parlons des lésions primaires) depuis cette époque, sans que l'on puisse assurer que cette diminution se maintient. Il est certain que les mécaniciens et chauffeurs sont incités par le contact prolongé du foyer des machines, à prendre des boissons alcoolisées en quantité exagérée. On peut penser aussi que l'éloignement où ils se trouvent souvent de leur domicile, de leur famille, par le fait de leur profession, rend chez eux les occasions de contracter la syphilis plus nombreuses.

M. de Fleury propose à l'Académie de nommer une commission qui aborderait l'étude des moyens pratiques de surveillance médicale du personnel dit de sécurité des chemins de fer (agents des trains et de la voie). Cette commission pourrait comprendre un médecin légiste, un chirurgien, un cardiologue, un neurologue, un psychiâtre, un ophtalmologiste et un oto-rhino-laryngologiste.

M. Forgue, qui est médecin en chef de la Compagnie du Midi, montre que les dispositions réglementaires en vigueur sur ce réseau permettent une surveillance régulière du personnel. Le personnel des chemins de fer, comme l'a bien dit le Dr Frédet, lui-même médecin en chef de la Compagnie P. L. M., est sélectionné à l'entrée et soumis à des visites périodiques.

En ce qui concerne les troubles mentaux, ajoute M. Forgue, la vigilance du service médical ne reste point en défaut. Il appartient aux chefs directs des agents, qui les suivent et les fréquentent journellement, de signaler les manquements répétés de service, les défaillances d'attention ou de mémoire, les fautes en un mot qui témoignent d'un changement intellectuel persistant. Le médecin, alors avisé, observe l'agent avec la discrétion convenable et s'il y a lieu demande la consultation d'un neurologiste compétent. Il importe en effet, tout en mettant au premier plan la sécurité des voyageurs, de ne pas adopter des mesures vexatoires d'examen mental qui ne seraient pas nécessaires.

L'Académie nomme finalement une commission dite des chemins de fer ainsi composée : MM. de Lapersonne, Sébileau, Walther, Guillain, Balthazard, Vaquez, M. de Fleury et Forgue.

Une nouvelle affection des modeleurs au ciment armé.

(M. Marcel Baudouin. — *Académie de médecine* ; 6-10-1925.)

M. Marcel Baudouin a étudié sur lui-même une nouvelle affection déterminée par le modelage au ciment armé. Le séjour prolongé du ciment armé sur les extrémités digitales y entraîne la production de petites ulcérations minuscules, très douloureuses, qui guérissent d'ailleurs par la suppression de la cause. L'auteur les attribue aux grains de silice du ciment et à une action chimique. On les évitera par l'usage de gants de caoutchouc ou mieux, il va sans dire, par le remplacement du modelage au ciment par le modelage au plâtre.

Il ne faut pas confondre ces ulcérations digitales des modeleurs avec ce que les gâcheurs de ciment appellent « gale des cimentiers ». Chez les gâcheurs de ciment, qui manient celui-ci avec la truelle, les lésions cutanées siègent entre les doigts, aux points où il y a contact avec la truelle. On sait que des instructions ministérielles prescrivent aux ouvriers gâcheurs de ciment des lavages fréquents des mains dans le but d'éviter cette maladie.

Etude des cholagogues.

(MM. F. Ramond, Borcesco et Zizine. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-7-1925.)

M. Ramond s'est proposé d'établir, par la méthode du tubage duodénal de Meltzer-Lyon, la valeur comparative de quelques cholagogues. Il a recherché quelles étaient les modifications quantitatives de la bile après l'ingestion de tout un groupe de substances : sulfate de magnésie, peptone de Witte, sulfate de soude, calomel, glycérine, huile d'olive, salicylate de soude, boldo, podophylle, urotropine, etc. De tous les produits auxquels il s'est adressé, deux paraissent jouir du maximum d'effets : l'huile d'olive et le mélange peptone-sulfate de magnésie. L'huile d'olive, conseillée il y a un siècle par l'école de Montpellier, et plus récemment par les médecins nord-américains, est d'activité moindre que le mélange peptone-sulfate de magnésie.

L'auteur recommande la formule suivante :

Sulfate de magnésie............ 5 gr.
Peptone de Witte............... 2 gr.

auquel on ajoute 2 gr. de kaolin (pour atténuer le pouvoir hygrométrique des deux produits) et 1 gr. 50 de poudre de réglisse ou de badiane (comme correcteur du goût de la peptone). Chez les hépatiques diarrhéiques, il est bon de diminuer la dose de sulfate de magnésie, de l'abaisser à 2 ou 3 gr. Le mélange est pris le matin à jeun dans un peu d'eau tiède glycérinée (une à deux cuillerées de glycérine).

La vaccination intra-dermique dans le sycosis.

(M. J. Meyer. — *Soc. de dermatol. et syph.* ; 14-5-25.)

M. Meyer a traité deux cas de sycosis par la vaccinothérapie à haute dose, associée à l'épilation à la pince. Il a obtenu de bons résultats.

— M. Sabouraud remarque que pour apprécier l'efficacité d'une médication dans le sycosis, il faut l'appliquer indépendamment des épilations, celles-ci ayant à elles seules une grande efficacité.

— M. Goubeau parle d'un cas de sycosis à flore microbienne multiple, avec prédominance du staphylococcus albus et de l'aureus, où il a eu recours à l'épilation et à la vaccinothérapie. Les injections de vaccin ayant été suspendues pendant 15 jours, il y eut une recrudescence du sycosis qui guérit ensuite, avec la reprise des injections.

Bromide végétante.

(MM. Hudelo et Chabrun.— *Soc. de derm. et syph.* ; 14-5-1925.)

M. Hudelo a observé, chez une enfant âgée de 28 mois, une éruption pustulo-végétante provoquée par l'ingestion d'une potion bromurée. Il s'agit là d'une forme relativement rare des bromides.

La vaccinothérapie du chancre mou.

(M. Pautrier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 14-5-1925.)

Depuis les travaux de Ito, Reenstierna, Nicolle et Durand, la vaccinothérapie du chancre mou est à l'ordre du jour. MM. Jausion et Diot communiquaient dernièrement à la Société de dermatologie leurs essais de vaccinothérapie locale de la chancrelle par les filtrats des germes associés au bacille de Ducrey. M. Pautrier rappelle les études antérieures, sur ce sujet, de H. Hababou-Sala.

M. Hababou-Sala a poursuivi à Strasbourg, à l'Institut de bactériologie et à la clinique de M. Pautrier, des travaux dont il a soumis les résultats à la Société de biologie.

Il s'agit de la recherche d'une immunité locale, conforme aux théories de Besredka. Mais, tandis que MM. Jausion et Diot, tenant compte de la part des microbes associés au bacille de Ducrey, utilisent des filtrats de cultures de ces germes, H. Hababou-Sala s'adresse aux filtrats spécifiques, obtenus avec le bacille de Ducrey lui-même.

M. Pautrier, tout en accordant aux germes associés l'importance qui convient en matière de chancrelle, estime néanmoins plus intéressant de partir du microbe causal, pour y adjoindre ensuite, accessoirement, s'il y a lieu, les filtrats de microbes associés. Il a obtenu, d'ailleurs, de très heureux résultats avec le vaccin de M. Hababou-Sala. Grâce à de simples pansements locaux, sans injections, il a vu guérir en quelques jours des chancres mous et des bubons déjà développés. Les théories de Besredka sur l'immunité locale paraissent recevoir ainsi une confirmation de ces essais de vaccinothérapie *in situ* du chancre mou.

Une petite épidémie de pityriasis rosé de Gibert.

(M. P. Chevallier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 14-5-1925.)

Le pityriasis rosé de Gibert est une infection spécifique nettement saisonnière. Sa contagiosité est des plus minimes puisque les cas familiaux sont tout à fait exceptionnels. Certains faits prouvent cependant que la maladie peut se transmettre d'un individu à un autre et M. Brocq a incriminé la puce comme agent de transmission.

M. Paul Chevallier a eu l'occasion de suivre une petite épidémie atteignant trois personnes, toutes trois pensionnaires d'une même maison de prostitution. Les cas se sont succédés à 15 ou 20 jours de distance, durée normale de l'incubation, d'après M. Brocq.

Pansements au sérum de cheval dans les plaies infectées.

(M. Barlerin. — *Société médicale des praticiens* ; 19-6-1925.)

Avec M. R. Petit, M. Barlerin a utilisé les pansements au sérum de cheval dans le traitement des plaies infectées, des plaies atones, telles que les ulcères variqueux ou les escarres. C'est une méthode thérapeutique facile à employer, absolument inoffensive, et qui donnerait des succès rapides, et constants.

L'auteur fournit un nouvel exemple de l'efficacité de cette méthode en rapportant une observation de M. Renouard. Elle concerne un homme qui, à la suite d'une piqûre au pied droit, présenta des accidents graves de tout le membre inférieur (infiltration œdémateuse rouge, diffuse, plaie atone grisâtre) avec fièvre et souffrances très vives. Des pansements à l'huile d'olive mélangée de teinture d'eucalyptus, saupoudrés de sérum sec de R. Petit, amenèrent une disparition immédiate des douleurs et peu à peu la guérison des lésions.

M. Barlerin attribue au sérum de cheval utilisé en pansements une double action : 1° de désinfection. Sous l'influence des leucocytes, attirés par son application, il se produit rapidement une phagocytose avec destruction des microbes qui existent dans

la plaie ; 2° de rénovation cellulaire. Les tissus baignés par le sérum, qui est albumineux et minéralisé, y trouvent les éléments nécessaires à leur vitalité. Ils bourgeonnent d'abord, puis se cicatrisent.

P.L.

Toulouse

Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie.

Rupture intra-péritonéale d'un kyste de l'ovaire.

M. Dambrin rapporte l'observation d'une femme, âgée de 50 ans, qui présentait depuis la fin du mois de janvier des phénomènes douloureux ainsi que de légères métrorragies, et qui avait constaté une augmentation progressive du volume de l'abdomen. Cette malade offrait au moment de son hospitalisation tous les signes cliniques des kystes ovariens : la veille de l'intervention, elle eut une crise douloureuse très violente, à la suite de laquelle on constata une diminution sensible du volume de l'abdomen, ce qui fit porter le diagnostic de rupture spontanée du kyste. L'intervention montra qu'il s'agissait bien d'un kyste de l'ovaire gauche rompu dans le péritoine.

Appendicite à forme mésocœliaque.

M. J.-P. Tourneux communique l'histoire d'une femme âgée de 48 ans, envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'abcès appendiculaire, et qui présentait un très mauvais état général : facies péritonéal, langue saburrale, T. 38,5, P. 96. En l'examinant on constatait que le ventre était plat et souple dans sa partie supérieure mais qu'il existait dans la région hypogastrique, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, à peu près médiane, arrondie, non mobilisable, mate et douloureuse. Elle était située en plein abdomen, au-dessus de la vessie, et en avant de l'utérus. L'intervention chirurgicale montra l'existence d'une poche pleine de pus, dont les parois étaient formées par les anses intestinales grêles agglutinées : du côté droit, il y avait un prolongement conduisant dans la région appendiculaire. La collection purulente fut drainée et la malade guérit.

Sclérose pulmonaire et mouvement pendulaire du médiastin.

MM. Daunic et Bounhoure rapportent l'observation d'un homme de 43 ans, réformé de guerre pour sclérose pulmonaire affectant surtout le sommet droit. Cliniquement, il existait de la submatité, de la bronchophonie, des bruits surajoutés après la toux et des frottements disséminés.

L'examen radiologique fit découvrir un déplacement inspiratoire et expiratoire du médiastin vers le côté droit. On ne peut invoquer dans ce cas une symphyse pleuro-péricardique, ou un pneumothorax ; il semble que l'on puisse se ranger à l'hypothèse suggérée par Rist et admettre que la sclérose pulmonaire justifie les mouvements pendulaires.

Etude sur la perméabilité rénale.

MM. Cestan et Pérès, faisant choix de vieillards atteints cliniquement de sénilité simple, ont repris l'étude de la perméabilité rénale en comparant la pression artérielle, l'urée sanguine, la constante d'Ambard et l'élimination de la phénolsulfonephtaléine.

Les recherches actuelles, en confirmant les résultats déjà publiés en 1924, ont montré qu'il n'y avait pas de parallélisme entre l'hypertension et l'élimination urinaire : un vieillard de 78 ans, avec une pression de 20/10, avait un Ambard de 14 et une phénol de 40 %, alors qu'un autre de 72 ans, avec une pression de 12/6, avait un Ambard de 18 et une phénol de 30 %.

D'une manière générale, le taux de l'urée sanguine augmente avec l'âge et par suite l'élimination rénale est augmentée : l'Ambard s'élève à 17, 18, 24 même, la phénol s'abaisse au contraire entre 30 et 35 %. Il n'y a pas cependant de parallélisme absolu entre ces deux épreuves : avec un Ambard de 17, on trouve une phénol de 28 % ; avec un Ambard de 26, une phénol de 34 %.

Diagnostic différentiel entre le choléra des poules et la typhose aviaire.

M. Besnoit, après avoir rappelé que la typhose aviaire, inconnue ou méconnue il y a une dizaine d'années, semble se répandre avec une très grande intensité, expose les difficultés que présente son diagnostic avec le choléra des poules.

Les examens cliniques et anatomo-pathologiques ne permettent de tirer aucune conclusion pratique et les méthodes bactériologiques, même après ensemencement, paraissent assez infidèles. Un seul procédé donne de bons résultats, c'est celui qui consiste à faire une inoculation à un animal sensibilisé au choléra des poules, en l'espèce, la souris blanche.

Le curetage systématique dans l'avortement sans complications.

M. R. Garipuy rappelle l'influence de la métrite sur la stérilité, et pense que dans bon nombre de cas, elle doit être due aux suites d'un avortement sans complications, dont le type peut être fourni par celui de la jeune mariée. Pour lui, la stérilité temporaire ou définitive qui s'installe est due aux altérations que cet avortement a causées dans la muqueuse utérine en déterminant une anomalie dans la restauration de la caduque.

Comme on n'est jamais certain que l'expulsion a été totale, et qu'il ne reste pas quelques débris, capables d'entraver la réfection normale de la muqueuse, il est d'avis qu'il convient dans tous les cas d'avortement de procéder à un curetage de la cavité uté-

rine. Il apporte à l'appui de ce qu'il vient d'avancer les observations de quatre jeunes femmes, dont deux étaient à leur 2e fausse couche, avec R.W. négatives, qu'il a systématiquement curettées tout de suite après l'accident, qui sont toutes les quatre redevenues enceintes et ont accouché normalement.

Rupture d'hydrocèle.

M. J.-P. Tourneux communique le cas d'un homme de 56 ans atteint depuis une dizaine d'années d'une hydrocèle de moyen volume, ayant brusquement augmenté de dimensions dans les derniers temps. A la suite d'un traumatisme des bourses, peu violent, et qui n'occasionna qu'une très légère douleur, le scrotum devint flasque et mou, alors qu'une infiltration œdémateuse s'étendait à toute la région dont la peau devenait rouge avec quelques taches ecchymotiques.

L'intervention, pratiquée quelques jours plus tard, fit constater sur la paroi interne de la tunique vaginale l'existence d'une déchirure à direction verticale longue de deux centimètres et demi.

Influence du climat d'altitude sur les hémoptysies des tuberculeux.

M. Serr et Mlle Fache rappellent l'action physiologique exercée sur l'organisme par les divers facteurs du climat d'altitude, puis envisagent leur influence individuelle sur l'apparition des hémoptysies. Certaines conditions météorologiques, insolation et vent, ont une influence indéniable, mais qu'on ne peut éviter ; quant aux autres, elles ne paraissent pas, en dehors des dépressions barométriques brusques, avoir d'influence hémoptoïque franche.

Le climat d'altitude présente dans son ensemble des propriétés stimulantes qui provoquent des réactions et en particulier des réactions circulatoires qui peuvent dépasser le but thérapeutique et provoquer des hémoptysies, mais seulement chez les tuberculeux présentant un excès réactionnel, auxquels on devra défendre une cure d'altitude.

Schizoïdie et psychose d'influence.

MM. Cestan, Gay et Sendrail communiquent l'observation d'une musicienne qui constitue un suggestif cas de schizoïdie. Cette malade commença par délaisser tout enseignement professionnel pour se confiner dans d'interminables rêveries esthético-philosophiques, puis apparurent des hallucinations psychiques qui lui firent croire qu'elle était en communication par la pensée avec l'âme russe, et enfin le syndrome se compléta par des impulsions motrices (fugues la nuit en chemise) qui nécessitèrent son internement.

Les dissociations des affections, son maniérisme, son manque de convenances, font craindre que cet état schizoïdique ne soit le prélude d'une D.P à forme hébéphrénique.

Bradycardie par dissociation d'origine congénitale.

M. Laporte présente l'histoire d'une malade âgée de 60 ans chez laquelle la bradycardie fut constatée à l'âge de 2 ans, à l'occasion de crises convulsives : le pouls pendant l'enfance était ordinairement de 38 à 40.

Elle fut longtemps considérée comme atteinte de pouls lent congénital, par bradycardie totale, jusqu'au moment où un électro-cardiogramme établit la dissociation : il existe de temps à autre une série de crises d'angoisse et de vertige dans lesquelles le pouls, ordinairement à 23, s'accélère autour de 50 pour se ralentir ensuite à nouveau.

Influence du thorium X et du mésothorium sur la végétation.

MM. Maurin et Averseng ont constaté qu'à la dose de 5 microgrammes, le thorium X possède une action stimulante nette sur la germination puis sur le développement de la plante. La répétition de cette dose, ou une dose de 25 microgrammes, entravent l'évolution du végétal. Le mésothorium à dose unique de 2 microgrammes produit une influence des plus remarquables car l'accroissement est plus rapide et plus grand que celui des plantes non traitées.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Deux cas de grossesse compliquée de fibrome.

M. Ferré. La première malade, Ipare de 5 mois, présentait en avant de l'utérus une masse du volume des deux poings, mobilisable sur l'utérus. On pensa à un kyste de l'ovaire pédiculé, mais la laparotomie montra un fibrome inclus dans le ligament large, que l'on laissa en place, par crainte d'hémorragies. L'accouchement se fit au 8e mois sans incidents. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une IIpare de 5 mois dont l'utérus était surmonté par une grosse masse fibreuse atteignant le rebord des fausses côtes. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un fibrome relié au sommet utérin par un pédicule large de trois travers de doigts et tordu. On procéda à une ablation. L'accouchement eut lieu normalement à terme.

Cancer bilatéral secondaire de l'ovaire.

MM. Mériel et J. Tapie communiquent l'observation d'une malade à passé gastrique entrée à l'Hôtel-Dieu pour ascite. Le ventre était tendu et luisant, renfermant une ascite libre dans laquelle on percevait par le toucher et le palper combiné, dans le flanc gauche, une tumeur indépendante de l'utérus. Il y avait, de plus, une pleurésie sérofibrineuse droite. Une laparotomie exploratrice montra qu'il s'agissait d'une tumeur bilatérale des ovaires, du volume des deux poings, qui, à la suite de l'examen microscopique, fut reconnue être un épithélioma secondaire. Le point de départ de la néoplasie reste ignoré, étant donné qu'au cours de l'intervention

on ne trouva rien d'anormal, ni du côté de l'estomac, ni du côté du foie.

Tétanos fruste chez une laparotomisée.

M. AUDEBERT communique le cas d'une malade hystérectomisée pour tumeur juxta-utérine, portant une petite ulcération de la lèvre, qui présenta, 22 jours après l'intervention, à la suite d'une émotion très vive, du trismus et de la raideur de la nuque. Rapidement les accidents se complétèrent en s'aggravant, donnant tous les caractères d'un tétanos larvé. Grâce au sérum antitétanique administré à hautes doses, 200 cc. au total, tout finit par se dissiper. Il semble que la porte d'entrée ait été constituée par l'ulcération de la lèvre.

Brûlure étendue guérie par greffe.

MM. CHATELLIER et GALY-GASPARROU ont pratiqué, chez une malade, ayant été gravement brûlée par une brique très chaude, au cours d'accès éclamptiques, et dont la plaie ne voulait pas se cicatriser, des greffes dermo-épidermiques d'Ollier, qui amenèrent une guérison rapide.

Abcès hépatique d'origine amibienne.

M. GALY-GASPARROU présente l'observation d'une IIpare de 44 ans, enceinte de 4 mois 1/2, très amaigrie, subictérique, à l'abdomen ballonné, au flanc droit contracturé. T. 38 à 39. P. 120. Par suite de matité à la base droite du thorax, on fit une ponction qui ramena un pus bien lié. On incisa alors au niveau de la XI côte, ce qui mena sur une vaste cavité hépatique pleine d'un pus d'origine amibienne.

J.-P. TOURNEUX.

Les Congrès

XVIIIe Congrès français de Médecine.

(*Suite*) (1).

COMMUNICATIONS SUR LA GANGRÈNE PULMONAIRE.

Les formes aiguës de la gangrène pulmonaire. — M. OLMER (Marseille) rapporte 8 cas, comportant 7 décès, malgré pneumothorax (1 cas), malgré pneumotomie (3 cas) et considère comme très sombre le pronostic de ces formes, qu'elles soient primitives ou secondaires, à une bronchectasie le plus souvent. La flore était, dans tous les cas, très variée (strepto-anaérobies, spirilles, association fuso-spirillaire).

La gangrène pulmonaire d'origine œsophago-diverticulaire. — M. F. DEVÉ (Rouen). Un diverticule de traction de l'œsophage peut ensemencer le poumon par l'intermédiaire du tissu conjonctif du hile ; c'est une éventualité qui se voit presque uniquement chez le vieillard (3 fois sur 26 gangrènes pulmonaires du vieillard) et que seul l'examen minutieux de l'œsophage peut dépister.

Gangrène pulmonaire à évolution lente, à point de départ œsophagien. Phrénicectomie. — MM. ETIENNE HANRIOT et PELLÉ (Nancy). Chez un sujet ayant présenté dix ans plus tôt une pleurésie fétide et des symptômes de communication entre la plèvre infectée et les voies digestives, un examen radiologique décèle par hasard un diverticule œsophagien communicant avec le poumon. Puis survient une poussée de gangrène pulmonaire, qui se trouve éteinte, après d'autres essais infructueux, grâce à la phrénicectomie du côté malade.

Spirochètes et expectorations fétides. — MM. BESANÇON et ETCHEGOIN, par l'imprégnation au Fontana, par l'isolement des spirochètes des crachats, la coloration à l'encre de Loeffler et l'ultramicroscopie, et en opérant sur l'expectoration fraîche, n'ont vu des spirochètes que dans certaines expectorations fétides et dans les hémoptysies des tuberculeux. Le spirochète isolé par eux des suppurations pulmonaires fétides se rapproche du spirochète bronchialis de Castellani et se différencie du spirochète Vincenti. Sa présence, en association avec les anaérobies type Veillon, avec prédominance de l'un ou l'autre des agents pathogènes, est facultative.

Note sur le traitement de la gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — MM. DUMAREST et BONAFÉ (Hauteville), sur 4 cas ont obtenu un succès complet, deux succès partiels et un échec. C'est en intervenant précocément qu'on se place dans les conditions les plus favorables ; au contraire, plus tard, quand les adhérences pleurales s'opposent au collapsus complet, le pneumothorax donne des résultats plus aléatoires ; mais, même partiel, il constitue un procédé thérapeutique des plus précieux.

Traitement combiné d'un cas de gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel, la vaccinothérapie et les injections trachéales médicamenteuses. — M. F. ARLOING (Lyon) suit depuis sept ans un cas, dans lequel le pneumothorax enraya tout d'abord une évolution qui s'annonçait fatale. Des adhérences s'opposant au collapsus complet, le résultat final restait imparfait, mais grâce à l'autovaccinothérapie, et aux injections intratrachéales (huile goménolée,

(1) V. *Concours médical*, nos 41, 42, 43, 43 *bis*, de 1925.

gaïacolée...), il put être parachevé suffisamment pour permettre la reprise des occupations antérieures.

Traitement inhalatorial de la gangrène pulmonaire. — M. DE MÉDEVIEILLE préconise les inhalations sous pression, permettant d'introduire directement dans l'appareil pulmonaire des doses élevées de balsamiques et topiques divers.

COMMUNICATIONS SUR LES INFECTIONS

L'anatoxine dans la prophylaxie de la diphtérie. — MM. LEREBOULLET, JOANNON et BOULANGER-PILET (Paris). L'anatoxine procure une immunité à peu près constante, tout au moins lorsqu'on l'injecte à des sujets âgés de plus de six mois. Trois injections sont nécessaires et suffisantes. Elles provoquent, chez les grands enfants et les adultes, des réactions locales et générales parfois vives, mais nullement inquiétantes.

Plus encore qu'aux enfants malades, c'est aux enfants sains que la vaccination s'adresse, et il est à souhaiter qu'elle se répande de plus en plus en ce sens. Les auteurs, réservant la séro-prophylaxie aux enfants chez lesquels on craint la contamination e qui ont la gorge très rouge, appliquent communément la vaccination à tous ceux qui ont pu être exposés à la contagion, en particulier frères ou sœurs d'un malade.

L'immunisation spontanée occulte contre certains germes spécifiques. — MM. LEREBOULLET et JOANNON ont établi ce mode d'immunisation vis-à-vis de la diphtérie ; dans la scarlatine, la poliomyélite épidémique, le rhumatisme articulaire aigu, la coqueluche, la tuberculose, il doit se retrouver, si l'on en croit les faits cliniques. Par contre, il est des affections (rougeole, variole, syphilis) où il manque manifestement ; aussi les auteurs distinguent-ils, de ces dernières maladies à réceptivité absolue, les premières à réceptivité relative, dont le « seuil de réceptivité » s'élève à la suite des contages discrets.

Etiologie de l'appendicite gangréneuse. Etude expérimentale. — MM. MICHEL, V. DE LAVERGNE et ABEL (Nancy) n'ont jamais, dans 17 expériences, tué le cobaye par injection d'émulsions denses d'appendices gangrénés ; la plupart du temps, un simple abcès fétide s'est produit. Ces observations, différenciant nettement la gangrène appendiculaire de la gangrène gazeuse des plaies, inclinent à penser, que la gangrène appendiculaire est la conséquence d'artérite et que la pullulation anaérobique n'est que consécutive et secondaire.

A propos de la formule leucocytaire de la scarlatine et de la valeur séméiologique de l'éosinophilie dans le diagnostic différentiel de cette maladie, notamment avec les exanthèmes scarlatiniformes desquamatifs d'origine toxique. — M. TEISSIER (Paris) conclut à l'existence, au cours de la scarlatine, de leucocytose et de polynucléose neutrophile. L'éosinophilie, très notable dans les exanthèmes scarlatiniformes dus au mercure, à l'arsenic, au bismuth, est au contraire inconstante, transitoire, et toujours très légère quand elle existe dans la scarlatine.

La réaction de fixation au cours de l'infection chancrelleuse. — MM. TEISSIER, REILLY et RIVALIER, utilisant comme antigène l'endotoxine du bacille de Ducrey, trouvent, sur 52 malades, cette réaction positive dans 94 p. 100 des cas et établissent sa spécificité. La vaccinothérapie curative en augmente l'intensité, alors que la réaction positive n'apparaît pas chez un sujet normal soumis à une injection sous-cutanée d'endotoxine. Apparaissant dès le huitième jour de l'infection la réaction peut se retrouver plus de trois ans après disparition des accidents.

Cinq années de sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. RODET (Lyon) apporte une statistique de 679 cas traités. L'action curative se manifeste sur l'état général, l'évolution de la maladie et la courbe thermique. Pour les cas traités au huitième jour au plus tard, la mortalité n'est que de 3, 6 p. 100. Pour ceux traités avant le sixième jour, elle est même nulle.

La durée de l'affection est nettement réduite par la sérothérapie, qui évite aussi les complications et les rechutes dans une proportion élevée de cas.

COMMUNICATIONS SUR L'ENDOCRINOLOGIE
ET LA NEUROLOGIE.

Induction physiologique tirée de la structure de l'hypophyse. — M. COLLIN (Nancy) a constaté que la substance colloïde sécrétée par la glande pituitaire passe en partie dans le sang et en partie par le lobe postérieur, la tige pituitaire et tuber cinereum, où on peut la suivre jusqu'au contact des neurones. Il se pourrait que la colloïde, en venant impressionner ces cellules, mette en branle le mécanisme nerveux qui préside au métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone.

Discussion. — MM. LEREBOULLET, ETIENNE, FROMENT et M. LABBÉ sont d'accord pour admettre une action réciproque des centres nerveux sur l'hypophyse, et inversement, dans le métabolisme de l'eau, au cours duquel la glande a certainement un rôle actif.

Des états de torsion dans les syndromes striés postencéphalitiques ; dysharmonies et insuffisances de contractions musculaires assurant la statique du bassin et du tronc. — MM. J. FROMENT et R. CARILLON (Lyon), avec films à l'appui, montrent l'immunité de certains mouvements, par rapport à la marche habituelle, dans ces syndromes ; la clef de voûte des paradoxes moteurs est à chercher dans la statique du bassin et du tronc, et les dysharmonies sont la conséquence d'insuffisance de certains groupes musculaires du tronc, par exemple des fléchisseurs du bassin et des muscles de la sangle abdominale. Une stimulation artificielle, électrique, médicamenteuse des muscles déficients peut rectifier les dévia-

tions et supprimer momentanément les états de torsion.

Quelques particularités cliniques de la névralgie cervico-brachiale ou cervico-brachialite rhumatismale.— MM. ROGER, REBOUL-LACHAUX et RATHELOT, ayant observé 23 cas récents « de sciatique du bras », en décrivent les algies, les points douloureux, le torticolis léger, les douleurs provoquées par certains mouvements, l'aspect radiologique de la colonne vertébrale.

Discussion. — MM. ETIENNE, L. CORNIL et L. MATHIEU ont observé une cervico-brachialite analogue au cours de la grippe et deux cas ayant évolué vers l'arthrite ankylosante cervicale et rhizomélique brachiale.

Recherches nouvelles sur les injections de liquide folliculaire. — MM. J. WATRIN (Nancy). Le liquide folliculaire provenant d'ovisacs mûrs détermine en quelques heures, chez la rate impubère, une congestion intense du tractus génital. Parfois le foie, les reins, la rate sont aussi hyperémiés. Cette réaction est spéciale au liquide folliculaire.

Chez une jeune fille insuffisamment réglée, le flux menstruel a fait son apparition vingt-quatre heures après une injection de liquide folliculaire, si x jours avant l'époque normale de menstruation.

L'insuffisance hépatique et le métabolisme basal des obèses.— MM. PERRIN (Nancy) et P. MATHIEU (Brides-les-Bains), étudiant le métabolisme basal des obèses, le trouvent abaissé 19 fois sur 23 ; or, 11 fois, l'insuffisance hépatique était manifeste, ce qui corrobore la thèse des auteurs sur la part de la déficience hépatique dans la pathogénie de l'obésité.

Comment l'hyoscine atténue-t-elle les troubles parkinsoniens ? Action stimulante exercée sur les groupes musculaires méiopragiques.— MM. J. FROMENT et P. DELORE (Lyon) constatent, par des études dynamométriques, que l'hyoscine, à laquelle on n'attribue classiquement qu'un effet sédatif, exerce une stimulation élective sur les muscles les plus atteints au cours des syndromes parkinsoniens et restaure la force qu'ils avaient perdue. Cette stimulation, qui peut aller jusqu'à la production de trépidation épileptoïde, s'accompagne de disparition de la rigidité et du tremblement qui, par conséquent, à l'encontre d'idées généralement admises, ne semblent pas liés à l'hypertonie ou à des spasmes.

M. L. CORNIL rappelle aussi les modifications vasomotrices qu'entraîne l'hyoscine.

Syndrome d'hypotension encéphalique et insuffisance surrénale.— M. L. CORNIL (Nancy) signale, au cours de certaines insuffisances surrénales lentes, l'hypotension du liquide céphalo-rachidien coexistant avec l'hypotension artérielle. Elle serait le facteur déterminant des céphalées et des réactions méningées observées chez les malades de ce groupe.

COMMUNICATIONS SUR LA MÉDECINE SOCIALE.

De quelques conséquences sociales de la mythomanie chez les femmes adultes.— MM. P. PARISOT et LALANNE (Nancy). à propos d'une observation de mythomanie chez une femme de vingt-cinq ans qui inventa tout un ciné-roman, trompa les enquêtes, dénonça calomnieusement un homme qui fut arrêté, etc., montrent les graves conséquences sociales que peut entraîner une telle déviation mentale.

Tabès et traumatisme. — MM. P. PARISOT et CORNIL (Nancy) ont observé une arthropathie tabétique survenue après un traumatisme chez un homme exempt auparavant de tout signe de prétabes, et suggèrent la possibilité d'une fragilisation des cordons postérieurs consécutive au traumatisme périphérique, ainsi qu'on l'observe dans certaines blessures (amputations, commotions médullaires).

Discussion. — M. ROGER conseille d'appeler la radiographie au secours de la clinique pour le diagnostic d'arthropathie.

M. THIBIERGE, tout en rejetant l'origine traumatique d'un tabès, conclurait, en justice, à la relation de cause à effet.

Les maladies nerveuses professionnelles envisagées au point de vue de la loi du 25 octobre 1919. — M. CROUZON, en ce qui concerne les maladies nevreuses professionnelles visées par cette loi, serait d'avis de restreindre le chapitre de l'hystérie saturnine, d'étendre celui des paralysies saturnines et d'y adjoindre les troubles oculaires et cérébraux, de faire des réserves enfin sur le tremblement mercuriel. D'autre part, la loi ne mentionne pas les névrites et troubles cérébraux dus à l'oxyde de carbone, à l'arsenic, au sulfure de carbone, au benzol et aux composés chlorés du carbone ; il y aurait lieu de l'élargir de ce côté.

De la thrombo-artérite oblitérante post-traumatique. Son diagnostic au point de vue médico-légal.— M. HOCHE (Nancy).

Les cures hydro-minérales dans l'angine de poitrine. — M. LASSANCE (Bains-les-Bains). L'hyperexcitabilité sympathique, facteur d'angor, n'est pas justiciable seulement des médications sédatives, opiacées ou autres, de date ancienne ; elle relève des stations thermales radio-actives dont l'action sur les algies viscérales est capable de s'exercer remarquablement sur les crises angineuses, qui diminuent et s'espacent.

Crises angoreuses à type clinique de claudication intermittente du cœur. — MM. G. ETIENNE et L. MATHIEU (Nancy). Dans cette observation les crises, survenant au cours de l'ascension d'une pente et obligeant à l'entrecouper de repos, suggéraient de façon frappante une claudication intermittente du cœur, analogue à celle observée aux membres inférieurs.

(*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr Raymond ANGOT. — **De la métatarsalgie. Maladie de Morton (injections locales de lipiodol).** (Paris, Librairie Marcel Vigné, 1925.)

La métatarsalgie, maladie de Morton, « syndrome douloureux » localisé à la région métatarsienne antérieure, et ne se traduisant par aucun signe objectif, est plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; elle survient à l'âge adulte et atteint surtout la classe aisée. L'hérédité est souvent manifeste. Le traumatisme et le déséquilibre du pied en sont les facteurs étiologiques les plus fréquents ; la maladie de Morton paraît résulter d'un effondrement de la voûte transverse de l'avant-pied, constituée par les têtes métatarsiennes. Sauf de rares exceptions, il n'existe pas de lésions anatomiques évidentes, et la radiographie montre une opacité osseuse normale.

La douleur est presque toujours un symptôme isolé. Diffuse ou circonscrite, elle siège au niveau de la région métatarsienne antérieure.

La maladie de Morton a une tendance progressive. Les accès douloureux tendent à se rapprocher et à augmenter d'intensité. L'évolution vers la forme grave peut durer plusieurs années.

Le traitement peut être palliatif : agents physiques, moyens orthopédiques ; ou curatifs : résection de la tête métatarsienne. Ce traitement chirurgical doit être réservé aux cas rebelles. Des tentatives thérapeutiques récentes ont été réalisées par l'injection locale de lipiodol. Ce traitement *in situ*, facile à pratiquer, et sans aucun danger, a été suivi dans un certain nombre de cas d'améliorations durables.

BIOLOGIE

PRINCIPES ACTIFS DE L'APPAREIL SEXUEL FÉMININ

HEAPE a donné le nom de *Cycle oestrien* ou *oestrus* à l'ensemble des modifications cycliques qui s'accomplissent, dans l'appareil génital de la femelle, entre le début d'un rut et le suivant ; elles se succèdent régulièrement et se commandent et sont seulement interrompues par la grossesse. Ce cycle se divise en plusieurs périodes : le *pro-oestrus* et l'*oestrus*, qui précèdent et accompagnent le rut des animaux : le *post-oestrus*, qui suit le rut et coïncide avec la menstruation chez la femme, et enfin le *dioestrus* et l'*anoestrus*, période de repos, très courte (dioestrus) chez les animaux à vie génitale précipitée (souris, rat, cobaye) ou prolongée, comme chez la taupe et la marmotte qui n'ont qu'un rut par an. Pendant l'oestrus, le follicule ovarien est mûr, les trompes et les glandes utérines sécrètent abondamment, le vagin transforme son épithélium en vue du coït et sous l'influence du liquide folliculaire qui renferme un principe actif hormonique et lipoïdique ; pendant le post-oestrus, le follicule rompu est remplacé par le corps jaune, pendant l'évolution duquel l'utérus prépare la nidation de l'œuf et développe les glandes mammaires tandis que pendant son involution, les transformations structurales sont démolies, produisant chez la femme une chute partielle de la muqueuse utérine, des ruptures vasculaires et l'hémorragie menstruelle ; ces phénomènes résultent de la cessation de l'activité fonctionnelle du corps jaune, laquelle est subordonnée à la production des lipoïdes lutéiniens. Cette différence entre le rôle du principe folliculaire et du principe du corps jaune, celui-ci venant, en cas de non-fécondation, accentuer d'abord puis détruire ce que celui-là avait fait, a été pour la première fois mise en évidence par H. ISCOVESCO (1912) et confirmée par les travaux ultérieurs d'un grand nombre d'auteurs, COURRIER, GUERLINGER, BOUIN. Cependant dans un travail récent, R. T. FRANK et H. G. GUSTAVSON (*The journal of the America medical association*, 6 juin 1925) se sont efforcés de démontrer que le principe lipoïdique est le même dans le follicule, le corps jaune et le placenta, agissant successivement, pour mener le cycle fertile jusqu'au bout, et GUSTAVSON a même attribué à ce lipoïde unique la formule $C^{32}H^{52}O^{8}$, l'estimant absolument dépourvu de phosphore et d'azote et pouvant même se comporter, dan certains cas, comme un simple carbure d'hydrogène. Il est difficile, pour le moment, d'accepter cette manière de voir pour cette raison physiologique, déjà signalée par H. ISCOVESCO puis par BOUIN et ses élèves, que les principes actifs du liquide folliculaire et du corps jaune ont des propriétés différentes, sinon antagonistes. Le fait que l'ovaire ne fonctionne pas de la même manière pendant la période du follicule que pendant celle du corps jaune justifie donc parfaitement l'emploi que l'on fait ou du lipoïde ovarien (Gynocrinol) ou du lipioïde lutéinien (Gynolutéol) suivant que les troubles constatés chez la malade sont dus à des troubles folliculaires ou à un trouble du corps jaune.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CRISE DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Le médecin de campagne est-il plus ou moins heureux qu'avant la guerre ?

Mon excellent ami, le Dr LEVASSORT, m'a adressé la lettre suivante, au sujet de mon article paru dans le n° 14, du 11 octobre dernier :

Paris, 11 octobre 1925.

Mon cher Ami,

Le budget de 50.000 fr. que vous disséquez me paraît raisonnable et pourtant je vous chicanerai sur le chauffeur dont je vois la majorité de nos confrères se passer. Jadis les chevaux nécessitaient un domestique, l'auto dont le médecin est assez curieux et jaloux n'oblige pas à avoir un homme pour l'entretien. Il y a souvent dans le pays un mécanicien auquel on a recours et cela fait une bouche de moins à nourrir et des gages importants à supprimer.

J'aurais voulu qu'en bonne logique vous établissiez le budget du même ménage avec ses 10.000 ou 15.000 francs d'avant-guerre.

Nous parlons toujours du franc-or et du franc-papier, mais ce qu'il faut retenir, c'est que nous suivons notre temps et vivons comme les événements nous contraignent.

Si on posait aux médecins, comme je l'ai écrit à Noir, la question suivante : oui ou non estimez-vous votre situation actuelle meilleure ou pire qu'avant la guerre ? Que répondrait-on ?

Je ne prétends pas que les médecins roulent sur l'or. Je conviens qu'ils sont moins favorisés que les ouvriers pour lesquels les salaires suivent les indices de vie chère, mais aimeraient-ils mieux revenir aux gains de 1913 ? Tout est là.

Mille amitiés et cordialement à vous.

Dr Ch. LEVASSORT.

On peut, m'objecte-t-il, se passer de chauffeur et se contenter d'avoir recours au garagiste local.

C'est entendu. J'ai déjà prévu les objections de ce genre, puisque j'ai envisagé la suppression du chauffeur, le remplacement de la voiturette par une quadrillette, et même par une modeste bicyclette.

On économisera donc les gages de ce chauffeur, et sa nourriture. Mais on devra payer, d'autre part, legaragiste, et les renseignements, puisés à bonne source, me permettent d'évaluer les frais du garagiste à 2.500 francs par an. L'économie ressortirait donc à 6.000 francs. Je conviens que c'est appréciable dans un budget de 50.000 fr. Oui, mais attention ! J'ai pris soin de faire remarquer que j'ai doté le confrère pris pour exemple d'une voiturette de 5 CV. Or, on peut considérer que plus de 50 % des médecins de campagne possèdent des voitures plus fortes, — d'au moins 10 CV. D'où, frais plus grands d'amortissement, d'entretien, d'essence, d'huile, etc. De sorte que, dans ces conditions, l'économie devient infiniment moins appréciable.

Mais la question, envisagée dans l'absolu, est moins intéressante, étant donnée l'interrogation à laquelle je réponds, qu'au point de vue relatif. Et le Dr Levassort a raison de me dire : « Détaillez-moi le budget d'un médecin de campagne d'avant-guerre, avec la capacité d'achat du franc-or. »

Eh bien ! Je vais le satisfaire. Et je n'irai pas chercher très loin ma démonstration et mon calcul. Je prendrai mon propre cas, à l'époque où j'exerçais la médecine à la campagne. Je choisirai l'année 1895, parce que c'est au cours de cette année que j'ai eu un personnel nombreux, à cause de mes deux enfants en bas âge (deux ans et un an). Donc, je possédais deux chevaux, une voiture, et ma domesticité se composait d'une bonne à tout faire, d'une nourrice et d'un domestique.

Les honoraires touchés par moi ont été d'environ 10.000 francs, et je disposais en outre de 1.200 francs de ressources personnelles annuelles, au total .... 11.200 fr.

Voici maintenant comment s'est comporté mon budget.

Nourriture, logement, serviteurs, entretien :

Loyer	700 fr.
Nourriture de 5 personnes pendant 365 jours	3.600 fr.
Bonne à tout faire.............	360 fr.
Nourrice......................	600 »
Domestique	600 »
Blanchissage, éclairage, chauffage.	400 »
	6.240 »

Entretien du ménage en vêtements sous-vêtements, linge, chaussures, chapeaux, etc.	1.200 »

Budget des transports :

Deux chevaux et une voiture :	
Nourriture des chevaux (foin, avoine, paille)	2.400 fr.
Entretien (fers, harnais)	400 »
	2.800 fr.

Impôts et assurances :

Patente, personnelle mobilière, prestations, assurances contre l'incendie et les accidents	300 fr.

Frais professionnels.

Abonnements, cotisations, instruments, livres	250 fr.

Imprévu.

Divers (voyages, tabac, etc.)	500 »

Récapitulation :

Dépenses familiales	6.260 »
Entretien	1.200 »
Transports	2.800 »
Impôts	300 »
Frais professionnels	250 »
Divers	300 »
	11.110 »

Balance :

Revenu	11.200 »
Dépenses	11.110 »

Excédent du revenu sur les dépenses : 90 fr.

Ah ! C'est que, dans ce temps-là, la tonne de charbon coûtait 60 fr. ; une bonne paire de souliers, 20 fr. Le demi-kilo de viande, 1 fr. Je donnais à ma bonne et à mon domestique, parce que cela faisait partie des conventions, le café arrosé tous les jours au déjeûner, et le cidre à discrétion.

La botte de foin coûtait 0 fr. 30 (30 francs le cent, avec 104 %)...

Un complet me revenait à 100 fr. ; une chemise sur mesure, à 7 fr.....

Ce sont des réalités qu'il ne faut perdre de vue. Elles expliquent certaines étrangetés apparentes.

Avec le recul du temps, je me rends mieux compte de bien des choses. J'aurais pu, sans exagérer d'aucune sorte, visiter mes malades plus souvent que je ne le faisais, et élever ainsi le chiffre de mes honoraires de 20 %. Mais je craignais toujours d'être accusé de pousser à la visite ; et si je méritais un reproche, c'est de ne pas aller toujours aussi souvent les revoir que, sans exagérer, je l'aurais pu. De sorte que, à cette époque très lointaine, je ne faisais pas d'économies, ayant le bonheur d'appartenir à une famille avec laquelle j'étais assuré que mon avenir et celui des miens était sauvegardé, mais je bouclais largement mon budget.

Voilà donc le calcul réclamé par le Dr Levassort, et dont j'ai de bonnes raisons pour affirmer l'authenticité, à quelques francs près.

Et pour finir, la question n'est pas de savoir si un médecin qui dispose de 50.000 fr. de ressources annuelles en 1925, peut organiser sa vie assez économiquement pour avoir d'intéressants bénéfices. Elle doit se poser ainsi : « Avec 50.000 francs en 1925, est-il plus ou moins heureux qu'en 1910 avec 15.000 ? »

Je connais des confrères ruraux qui réalisent 80.000, 100.000 et même plus de recettes. Combien sont-ils ainsi ? Et combien, par contre, en compte-t-on qui n'atteignent péniblement que 30.000, 20.000, moins encore, ainsi que je l'écrivais ?

Certes, ceux qui font les très grosses recettes doivent y trouver largement leur compte. Mais les autres ? ? ?

Ne semble-t-il pas que la réponse découle de ce qui précède ?

Noir a fait une petite enquête dont les résultats ont été publiés dans le n° 43 *bis* du *Concours médical*.

Les résultats en ont été assez discordants, selon les régions envisagées. Comment pourrait-il en être autrement quand les tarifs de l'A. M. G., variables dans des proportions considérables département par département, indiquent un véritable état d'anarchie économique ? Convenons d'ailleurs que cet état est bien le fait des médecins eux-mêmes. Partout où nos confrères ont su se grouper et demeurer étroitement unis et disciplinés, sous l'égide syndicale, ils ont obtenu des relèvements satisfaisants. Partout où, par contre, ils n'ont pas su s'entendre, s'accorder, et opposer un front unique aux prétentions administratives, les tarifs sont restés, je n'hésite pas à dire, ridiculement bas.

Donc, ici, tel confrère arrive péniblement à vivre avec des recettes de 50.000 fr. Là, tel autre se tire d'affaires avec 30.000 et moins. Il y a, en effet, un facteur subjectif dont il faut tenir compte et qui joue un rôle très important.

Quand j'ai quitté la Normandie, en 1899, j'utilisais un cheval et un tricycle automobile. J'ai cédé mon poste à un de mes jeunes amis, vigoureux et bien portant. Son premier soin a été de réduire l'emploi du cheval à un strict minimum.

et finalement, je crois, à le supprimer, et de ne se servir que d'une bicyclette. Il n'est pas douteux qu'il a, à recettes égales, dépensé sensiblement moins, et pu se constituer plus de réserves que moi-même.

Pour conclure, je prétends que, s'il existe des médecins établis quelques années avant la guerre, qui réalisaient alors 15.000 francs d'honoraires et qui, aujourd'hui, en touchent 50.000, je prétends, — dis-je —, que ces médecins sont dans une situation moins favorable à cette heure qu'avant 1914.

Quant à moi, bien que partiellement spécialisé en journalisme professionnel depuis 15 ans, j'affirme, — et l'on peut me croire sur paroles, — que je donnerais gros pour retrouver, avec les conditions générales de l'époque, mes 15.000 fr. annuels de 1914, infiniment préférables aux 40.000 francs que je gagne aujourd'hui.

C'est ainsi que la question a été posée. C'est ainsi qu'il me semble que l'on doive y répondre. Aux intéressés de nous dire si cette réponse est exacte ou si, au contraire, je me trompe.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Allons-nous vers l'instauration administrative d'un régime médical communiste à l'hôpital ?

Je supplie ceux qui me feront l'honneur de lire cet article, de ne pas, *à priori*, hausser les épaules et craindre pour l'intégrité de mes facultés mentales. Bien au contraire, je crois que, sans s'en douter, les administrateurs de beaucoup de commissions hospitalières, hommes de très grand cœur et d'un dévouement à toute épreuve, sont en train de nous acheminer vers une médecine collectiviste, en créant des services hospitaliers gratuits, dans lesquels chacun trouvera soins et diagnostics, non pas selon ses ressources, mais selon ses besoins.

A chacun selon ses besoins : la voilà, la maxime communiste.

Les administrateurs des hôpitaux sont mus par deux directives.

Les uns veulent créer, pour leur établissement, des ressources nouvelles toujours plus fortes, parce que le prix actuel de la vie obère lourdement le budget hospitalier.

Ces bénéfices, destinés à nourrir les hospitalisés pauvres, on les trouvera en transformant l'établissement public, du moins en partie, en établissement commercial. On recevra des malades payants, dont on tirera profit ; on les attirera par des avantages pécuniaires, puisque l'absence d'impôts, la gratuité des locaux, de l'installation de l'hôpital permettent, à ce dernier, d'offrir la journée payante à un prix inférieur à celui de la maison de santé concurrente.

Le Corps médical n'étant presque pas payé, pour ses fonctions hospitalières, l'interdiction aux médecins de toucher des honoraires, pour les hospitalisés payants, tout cela crée une situation privilégiée aux hôpitaux, sur le marché de la santé publique.

Le but est louable en soi : demander aux hospitalisés fortunés de quoi entretenir les hospitalisés pauvres, puisque la dotation de l'établissement, les subventions des communes ne sont pas suffisantes pour faire face aux dépenses hospitalières.

D'autres administrateurs, guidés par un altruisme exagéré, pensent avoir le droit et le devoir de concentrer à l'hôpital l'industrialisation de l'art de guérir. L'hôpital est la maison de santé moderne, dans laquelle les médecins, triés par un concours, trouveront des installations de premier ordre et un personnel infirmier bien dressé.

L'hôpital peut donc fournir à très bon compte toutes les ressources de l'art médical à ceux qui, quelle que soit leur condition de fortune, ont des motifs pour préférer l'hôpital à la maison de santé voisine.

Je suis peut-être quelque peu brutal, dans cet exposé des faits ; mais je crois qu'il est bon, une fois pour toutes, de poser franchement et hardiment le problème sous toutes les faces et, au lieu de se battre entre commissions hospitalières et Corps médical, travailler ensemble pour résoudre cette situation, à moins qu'on ne préfère s'adresser aux tribunaux et intenter un procès pour concurrence illicite, procès qui pourrait être d'ordre commercial, puisque la jurisprudence administrative a tendance à classer les maisons de santé médicales parmi les établissements commerciaux.

Qu'on ne voie pas, dans ces lignes, une menace, ou une intimidation. Je reçois tant de lettres de confrères, de rapports, j'assiste à tant de réunions, au cours desquelles on cherche la solution du problème de l'hospitalisation des malades payants, je lis tant d'anciens travaux, sur cette question, que je me demande s'il ne faut pas en finir carrément une bonne fois pour toutes avec ce problème de la présence des payants, à l'hôpital.

Le V[e] Congrès de l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, qui vient d'avoir lieu la semaine dernière, à Paris, m'a encore posé des questions à ce sujet ; le syndicat des médecins-directeurs de maisons de santé privées s'émeut des impôts progressifs, qu'on fait peser sur ces établissements,

alors que les hôpitaux en sont exempts ; des conflits surgissent un peu partout.

Témoin la communication suivante que nous venons de recevoir.

Mémoire adressé à M. le Ministre de l'Hygiène par les médecins de l'hopital Pasteur de Cherbourg, exposant leur point de vue sur le désaccord qui les sépare de la commission administrative au sujet de la réglementation du service médical.

Au reçu de la demande de M. le Ministre de l'Hygiène, transmise au Président du Syndicat Médical de Cherbourg, ce dernier et le délégué du corps médical de l'hôpital se sont demandé quel était le sujet du désaccord signalé avec la commission administrative.

Afin d'obtenir toutes précisions utiles, ils ont demandé à être entendus par la commission administrative. Ils ont été reçus le samedi 12 septembre à la séance hebdomadaire de la commission.

M. le vice-président de cette dernière fut d'abord très étonné que l'on parlât de désaccord entre les membres de la commission et les médecins, car il y a toujours eu entente sur l'ensemble du service et aucune difficulté sérieuse ne s'est présentée jusqu'à présent.

Ce n'est qu'après réflexion, que M. le vice-président a émis l'opinion, approuvé par ses collègues, que ce désaccord devait avoir pour origine *le projet de la commission d'admettre tous les malades, hospitalisés ou non, et quelle que soit leur situation de fortune, à bénéficier des examens et des soins pratiqués par le service de radiologie à l'hôpital Pasteur*, et cela, moyennant une rétribution à verser dans la caissse de l'établissement.

La question fut portée devant le corps médical qui l'a examinée avec soin dans sa réunion du 1er mai 1925.

Le corps médical a considéré, à cette date, que la proposition ne devait pas seulement être envisagée au seul point de vue du service de radiologie, mais encore dans un sens plus général, c'est-à-dire à son application éventuelle à tous les services de l'hôpital et plus spécialement au service d'oculistique et de laryngologie ainsi qu'à la chirurgie.

Après une discussion approfondie, les médecins de l'hôpital ont adopté à l'unanimité un ordre du jour qui a été transmis à la commission administrative et dont voici la teneur :

« *Les médecins et chirurgiens titulaires et adjoints de l'hôpital Pasteur, réunis le 1er mai 1925, après avoir pris connaissance des lettres du vice-président de la commission des hospices tant au médecin, chef de laboratoire, qu'au médecin délégué, après avoir entendu les explications du chef du laboratoire et en avoir délibéré.*

Estiment que la demande faite au chef de laboratoire intéresse le corps médical tout entier :

1° *Parce qu'elle semble vouloir modifier, sur simple désir de la commission administrative, les obligations d'un chef de service et ;*

2° *Parce qu'elle constitue, par ailleurs un essai très net de changement dans la destination d'un hôpital.*

Décident qu'il y a lieu d'émettre un avis motivé.

Considérant :

Que l'hôpital est en principe réservé aux malades indigents *et que les médecins de l'hôpital ont accepté de donner gratuitement leurs soins à ces malades et ce avec l'attribution à chacun d'eux d'une légère indemnité à peine représentative de leurs frais de déplacement.*

Que la plupart des malades soignés dans les salles sont actuellement des malades payants qui reçoivent des médecins des soins que leur état réclame sans qu'aucune rémunération vienne dédommager le médecin du travail supplémentaire qui lui est imposé.

Que les médecins et les chirurgiens constatent qu'il y a un abus flagrant d'hospitalisation *et que très souvent ils trouvent dans leurs salles des malades à qui leur situation sociale et leur aisance devraient interdire l'entrée dans la* maison des pauvres.

Que les malades peu fortunés peuvent également venir demander gratuitement les avis des médecins des consultations externes qui, s'ils le jugent nécessaire, *leur font accorder et les divers examens et les soins que leur état réclame, et ce, au tarif réduit de l'hôpital.*

Que ces mêmes malades, sans venir à l'hôpital, peuvent trouver soit en ville, soit dans les Sociétés de secours mutuels, dans les divers dispensaires, des soins à tarif réduit sinon même gratuit.

Que, de plus, c'est toujours au médecin familial et non aux employés d'un bureau administratif que sera dévoilée la situation vraie, intéressante d'un malade, et qu'il est courant dans la pratique médicale journalière de faire à ces malades des réductions importantes sinon tout à fait complètes et que les médecins spécialistes prévenus par les médecins familiaux, ne dérogent pas à cette règle.

Pour ces motifs,

Considèrent que les malades peu fortunés peuvent trouver actuellement dans le domaine hospitalier actuel dans les Sociétés de Secours mutuels, dans les divers dispensaires et dans les coutumes du corps médical l'aide suffisante qu'ils sont en droit d'obtenir ; les médecins n'ont pas attendu la démarche de la commision administrative pour s'occuper des malades peu fortunés et des nouveaux pauvres, il y a longtemps qu'ils sont habitués à leur donner généreusement leurs soins ;

Ne croient pas qu'il y ait lieu de demander au corps médical de l'hôpital, à quelque spécialité qu'il appartienne, d'assurer à ce sujet un nouveau service.

Et ne pensent pas qu'il soit possible, ni moralement, ni légalement, d'instituer à l'hôpital, une maison de commerce à tarif réduit. »

Cherbourg, le 1er mai 1923.

Il résulte de cette décision, que les médecins de l'hôpital Pasteur à Cherbourg demandent que l'hôpital soit exclusivement réservé aux *malades indigents*, ou encore à ceux qui, se trouvant dans une

situation de fortune précaire, sont dans l'impossibilité de suivre à domicile un traitement onéreux ou de longue durée ou encore, de subir une opération.

Un grand nombre de malades soignés à l'hôpital sont actuellement des malades payants : tels sont les accidentés du travail, les pensionnés de la guerre, les agents du chemin de fer, les marins du commerce, les agents et les passagers des compagnies de navigation, enfin des malades peu fortunés payant à l'hôpital un prix de journée de 11 francs en médecine et de 12 francs en chirurgie. Dans ce dernier cas, au prix de journée est ajouté, le cas échéant, un prix forfaitaire d'utilisation de salles d'opération qui est de 50 fr., 100 fr. ou 150 fr., suivant l'importance de l'intervention. Les examens radiologiques sont de plus habituellement comptés en supplément. Dans aucun cas les médecins ou chirurgiens ne touchent d'honoraires en plus de la modeste indemnité annuelle de 1200 francs qui leur est allouée en compensation des soins donnés aux indigents.

On peut donc affirmer qu'actuellement, ils donnent leurs *soins gratuits* à des malades de condition modeste puisqu'un grand nombre d'hospitalisés sont payants.

D'autre part, les médecins demandent *qu'en dehors des hospitalisés*, ne soient admis à bénéficier des services de l'hôpital au titre de soins externes que les assistés du bureau de bienfaisance ou les malades porteurs d'un bon délivré à la consultation gratuite faite, chaque matin, par un médecin de l'établissement.

Le corps médical de l'hôpital ne peut admettre que ses charges soient encore accrues, en faisant bénéficier de soins hospitaliers des personnes que leur situation de fortune met dans la possibilité de se faire soigner par des praticiens ou dans les cliniques dont la ville est pourvue.

D'autre part, il paraît inadmissible que l'hôpital qui est en grande partie entretenu par l'argent du contribuable puisse concurrencer les médecins établis en ville qui payent des impôts de plus en plus lourds et qui ont d'ailleurs toujours su proportionner leurs honoraires aux ressources de leurs clients.

En résumé, les médecins de l'hôpital Pasteur, maintenant les considérants émis dans leur délibération du 1er mai 1925 et reproduits ci-dessus, sont opposés à la demande de la commission administrative qui désirerait étendre à des malades relativement aisés le bénéfice des services de l'hôpital qui doivent rester réservés aux seuls nécessiteux.

Cherbourg, le 21 septembre 1925.

Le Président du Syndicat médical,

V. RENAULT.

***

Nous connaissions déjà cette affaire et avions donné, dans les milieux administratifs, l'avis que l'hôpital ne doit servir qu'aux pauvres et aux demi-nécessiteux, lorsque l'initiative privée a organisé, dans la ville, les soins médicaux nécessaires à tous ceux qui peuvent faire les frais de leurs maladies.

L'hôpital de Cherbourg tend donc à socialiser la médecine : tout malade, quelle que soit sa situation de fortune trouvera, à l'hôpital, ce qui lui est nécessaire, pour le rétablissement de sa santé.

Il en résulte que le Corps médical doit se demander quelle doit être son aspiration, dans l'évolution actuelle de la médecine, toujours en faisant passer en première ligne l'intérêt supérieur de la santé publique :

1° Faut-il conserver les habitudes actuelles : la loi n'intervient que pour assister les malheureux, par l'intermédiaire de l'hôpital et de l'assistance médicale gratuite.

Le malade aisé reste libre de ses tractations avec le médecin, en lequel il place toute sa confiance ;

2° Faut-il, au contraire, concentrer l'art de guérir dans des établissements publics, aujourd'hui appelés hôpitaux, demain maisons de cure, à l'usage des assurances sociales.

Dans ces établissements, seuls les médecins nommés par le concours, ou à la faveur, soigneront tous les hospitalisés, moyennant un traitement fixe, annuel. Les médecins de ville vivront des honoraires que leur donneront les malades, qui croiront ne pas devoir se faire admettre à l'hôpital, pour une raison quelconque.

Et si les établissements publics, les hôpitaux, acquièrent ainsi, par usurpation, le droit de faire des actes commerciaux, que deviendront les maisons de santé privées, qui ne pourront plus lutter pour vivre ?

Le malheur, c'est que beaucoup d'administrateurs d'hôpitaux ne considèrent que leur seul établissement hospitalier, et leur seule ville, au lieu de discuter le problème pour l'ensemble de la France.

La loi du 7 août 1851 aurait grand besoin d'être modernisée. Mais, en attendant que le législateur, trop occupé par ailleurs, puisse se soucier de notre statut hospitalier, pourquoi administrateurs d'hôpitaux et Corps médical ne s'aboucheraient-ils pas, dans une conférence, qui n'a pas besoin d'avoir l'investiture ministérielle, pour rechercher, en toute bonne volonté, les solutions à ces différents problèmes ?

Les situations juridiques et professionnelles, dissemblables selon l'importance des localités, ou des établissements hospitaliers, comportent cependant un grand nombre de points communs. Ces derniers seraient d'abord étudiés, pour ensuite laisser le pas aux questions locales.

Les administrateurs des hôpitaux trouve-

raient, j'en suis sûr, un concours dévoué dans le Corps médical, pour les aider à boucler le budget de l'établissement, cependant que les représentants des hôpitaux comprendraient que les médecins, ainsi que les maisons de santé, ont le droit de vivre, sous la protection des lois.

L'entente est plus utile que la bataille.

Dr Paul BOUDIN.

A L'ASSAUT DES ASSURANCES SOCIALES

La loi des assurances n'est encore qu'à l'état de projet, malgré le vote de la Chambre et déjà des groupements s'entraînent à l'assaut pour essayer d'ajouter de nouveaux avantages à ceux déjà promis.

Parmi ceux qui ont exprimé récemment leurs revendications à l'occasion du projet de loi, il faut placer les Associations d'Anciens Combattants et des victimes de la guerre.

Loin de moi l'idée de blâmer les efforts faits par les combattants, et leur faire querelle de chercher à améliorer leur sort.

Mais, il faut le reconnaître, les revendications ne concernent pas uniquement les mutilés, mais tous les combattants de la grande guerre, c'est-à-dire presque toute la nation et les anciens combattants ne constituent pas une classe sociale indépendante ou strictement salariée. L'Union nationale des Combattants a adopté les vœux suivants : 1° le maintien au-delà de 65 ans et *sans limite d'âge*, pour les anciens combattants, des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que des autres prestations en nature.

2° Considérant que le projet de loi accorde les soins médicaux et pharmaceutiques aux enfants âgés de moins de 16 ans assurés, le Congrès demande que les mêmes avantages soient octroyés *à tous* les pupilles de la Nation ;

3° Considérant que les femmes non salariées des associés sont admises au bénéfice de l'assurance facultative (assurance spéciale de 120 fr. par an), considérant d'autre part, que les veuves de guerre non remariées ne bénéficient d'aucun avantage, le Congrès demande qu'une *assurance spéciale à cotisation très réduite* (*avec participation de l'Etat*) les risques à courir étant moindres, soit instaurée en faveur des veuves de guerre non remariées.

Le principe de tous ces vœux est excellent en lui-même.

Venir en aide aux anciens combattants, aux orphelins, et aux veuves. Tout le monde est d'accord sur la beauté du geste, mais il convient d'être très réservé sur son application.

Ce n'est pas tant l'obtention d'avantages particuliers que l'on poursuit, c'est surtout le désir d'y coopérer le moins possible de sa poche et d'en laisser les plus grandes charges à l'Etat.

Tout le monde est bien d'accord que, pour faire quelque chose, il faut de l'argent, beaucoup d'argent. Ceci est surtout vrai en matière d'assurance. Il faut que les avantages nouveaux ou supplémentaires soient gagés par des primes nouvelles et spécialisées ; car en matière d'assurance le grand principe : on en a pour son argent, est le seul indiscutable.

Or, ce que l'on veut surtout, aussi bien pour les anciens combattants que du reste pour les mutualistes, ce n'est pas l'augmentation de la prime globale de 10 % prélevée sur le travail, mais la compression des dépenses aboutissant, en fin de compte, comme dans les Sociétés de secours mutuels, à la restriction et la diminution des honoraires médicaux et pharmaceutiques. Le médecin sera toujours le bouc émissaire, la ruine de toutes les caisses, on le répètera partout, pour tendre à la fonctionnarisation ou au forfait.

En un mot, il faut, pour établir la stabilité d'un système d'assurance, créer des ressources à côté des dépenses éventuelles. C'est la réponse à faire à tout projet d'extension d'avantages à obtenir.

Il est bien évident qu'il est cruel d'abandonner à son malheureux sort le vieil assujetti ayant atteint 60 ans et de lui refuser les soins que réclame son état de santé.

Il ne faut pas perdre de vue qu'avec la vieillesse, les risques maladie s'aggravent et que les vieillards sont de lourdes charges pour les Sociétés mutuelles qui, habituellement, ne gagent pas suffisamment ce risque. Il serait presque aussi inhumain de réclamer au vieillard des cotisations qu'il ne peut payer parce qu'il ne peut travailler. Il est partant impossible de demander des primes croissantes avec le risque croissant, puisque logiquement les vieux devraient payer plus cher que les jeunes. Ce serait également démolir l'équilibre financier des assurances sociales que de l'assumer sans couverture adéquate, ou alors ce serait mettre ce risque à la charge de l'Etat et grever ainsi le budget d'une lourde dépense, non prévue dans les évaluations des actuaires et aggraver encore la situation déjà difficile de nos finances. Il convient aussi d'ajouter que beaucoup d'anciens combattants ne rentrent pas dans les cadres de la loi d'assurances et que beaucoup sont déjà couverts par la loi des pensions.

Mais si la loi des pensions couvre indistinctement riches et nécessiteux, la loi des assurances sociales n'est pas faite pour les gens riches, même s'ils sont anciens combattants et font partie des Unions.

Je ferai des remarques analogues concernant les pupilles de la nation. Il est de toute évidence que ces malheureux privés de leurs pères morts pour la défense du sol ont droit de la part de la Patrie à tous les avantages qu'ils pouvaient obtenir de leurs pères vivants.

Mais y a-t-il lieu de réclamer l'extension du service maladie jusqu'à 21 ans au lieu de 16 ans. Je ne crois pas. Le pupille qui dépasse 16 ans, dans presque tous les cas, travaille et commence à pourvoir à ses besoins. Il s'en suit qu'il est un salarié et il se trouve couvert par l'assuranece sociale à titre d'assujetti. Pourquoi en ce cas demander pour lui des avantages spéciaux.

Reste la question très délicate des veuves de guerre non remariées. Le projet dit bien qu'elles peuvent avoir le bénéfice de l'assurance sociale facultative, moyennant une prime spéciale de 120 fr. Mais là n'est pas la question. On demande un droit spécial, une cotisation très réduite avec participation de l'Etat. C'est toujours le même refrain, les usagers et profiteurs ne doivent presque rien payer, mais l'Etat doit toujours obérer son budget pour obéir à toutes les sollicitations. On dit bien dans ce cas, en faveur des veuves de guerre non remariées, que les risques à couvrir sont moindres.

Je ne comprends plus. Les risques sont-ils moindres pour l'Etat en ce sens que les veuves non remariées sont une infime minorité, qu'elles ont su heureusement la plupart refaire leur vie. Ou bien, les veuves non remariées ont-elles moins de risques à courir que les veuves remariées ? Les paroles solennelles d'un maire ou d'un prêtre confèrent-elles une immunité particulière à ces veuves ? En un mot, l'union libre, car c'est là la question, confère-t-elle moins de risques ?

En tout cas, pourquoi favoriser spécialement les veuves non remariées ? Est-ce une prime au mariage ou à l'union libre ? C'est aux événements de répondre.

En tous cas, je trouve regrettable cet assaut donné aux assurances sociales par des groupements qui s'efforcent d'attirer sur eux des avantages particuliers. Cette façon de faire est surtout nuisible à l'institution elle-même, car plus on chargera le chapitre dépenses, plus on risque d'en reculer l'application.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Sophocle et Sapho.

Légende héroïque d'amour en trois actes,

Par Tita LEGRAND et le Dr H. NERMORD (1).

Le Dr H. Nermord, dont nos lecteurs ont déjà apprécié la vigoureuse inspiration de poète dramatique, a une prédilection pour Sophocle.

Il s'inspirait, l'an dernier, du drame du grand tragique grec pour décrire en de beaux vers la fureur et la mort d'Ajax ; aujourd'hui il a pris pour héros son poète préféré et crée autour de lui une légende héroïque d'amour, où Sophocle et Sapho, ces deux purs génies de la poésie hellénique, s'éprennent l'un de l'autre et chantent leur belle et noble passion jusqu'à la mort tragique de la poétesse, victime d'une infâme jalousie. Les accents de Sapho sont aussi vibrants que ceux de Sophocle. On sent néanmoins que, chez elle, la passion a un caractère moins violent et plus tendre. C'est que le drame *Sophocle et Sapho* est, chose vraiment surprenante, le fruit d'une collaboration et c'est Madame Tita Legrand qui a écrit dans cette légende les vers les plus passionnés, qui sortent des bouches féminines. Mais le luth du Dr Nermord et la lyre de Mme Tita Legrand sont si bien accordés que l'oreille la plus délicate ne peut y saisir la plus petite dissonnance. Nous croyons que pareille œuvre, composée en collaboration avec une aussi parfaite unité, est unique dans les annales de la poésie dramatique.

* * *

Le thème du drame repose sur un fait historique. Après la victoire de Salamine, Sophocle, âgé de 16 ans, qui avait pris part au combat, se présenta demi-nu aux Athéniens qui célébraient leur succès. Beau comme un jeune dieu, une lyre dans les mains, il entonna un péan, chant de victoire, aux applaudissements enthousiastes de ses concitoyens émerveillés.

C'est cette fête, que les auteurs de « Sophocle et Sapho » donnent comme premier acte à leur drame. Périclès, archonte d'Athènes, la préside, accompagné de Phidias, d'Eschyle, de Criton, et Sapho est venue de Lesbos pour y assister. Cléo, fille de Périclès, et Chrysis, fille de Phidias, complètent les personnages de cette aristocratique assemblée.

Si la célébration de la victoire de Salamine par Sophocle paraît historique, les auteurs ont créé dans leur œuvre une véritable légende où l'his-

(1) Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris Ve.

toire disparaît devant l'imagination brillante des poètes. Sapho était née 117 ans avant Sophocle ; Périclès, né un an après Sophocle, ne pouvait avoir alors une fille de 20 ans, pas plus que Phidias, l'aîné de trois ans de Sophocle. Mais qu'importe. Ces licences sont fréquentes dans l'histoire littéraire. Virgile a bien chanté, et en quels vers ! les amours de Didon et d'Enée qui vivaient à trois siècles d'intervalle. Les poètes se soucient peu de pareils anachronismes et Melpomène traite fréquemment Clio avec quelque désinvolture. L'exactitude historique n'a ici aucune importance. Les noms célèbres des personnages permettent d'évoquer de belles figures qui servent de prétexte au déroulement d'une action terriblement passionnée et à l'explosion de beaux vers.

Résumons le drame en quelques mots : Périclès invite, au cours de la fête, le jeune Sophocle à improviser un péan. Sa beauté, son inspiration, sa fougue, font naître un amour violent dans le cœur de Sapho, belle femme de trente ans, dont le jeune homme s'éprend en même temps (Premier acte).

Au deuxième acte, au cours d'une fête chez Périclès, nous assistons à la fois à l'épanouissement de l'amour de Sapho et de Sophocle et à l'évolution de la terrible jalousie de Cléo, la fille de Périclès qui, elle aussi, est devenue amoureuse du beau Sophocle. En vain la fille de Phidias, l'aimable et innocente Chrysis, tâche de ramener cette furie à la raison.

Pendant la fête, on annonce à Périclès que la flotte des Samiens, en vue des côtes de l'Attique, vient traîtreusement surprendre Athènes. Mais Périclès, averti, a pris ses précautions ; une armée est prête et Sophocle, désigné comme stratège, va, à sa tête, infliger à l'ennemi une sanglante défaite. C'est un peu comme dans le Cid.

Le troisième acte est le retour triomphal de Sophocle vainqueur. Il court rejoindre Sapho dans sa chambre, quand la jalouse Cléo, qui a donné le change aux amants, en implorant perfidement leur pardon, poignarde sa rivale.

***

Sur cette trame au dénouement lugubre, Madame Tita Legrand et le Dr H. Nermord ont tissé de beaux vers, parfois superbes. Le péan du début est d'un lyrisme pindarien. Après avoir chanté la guerre, le poète y chante la paix et l'amour :

O paix méritée
Par de durs efforts,
O paix, sois chantée
Sur de doux accords
Par les harpes d'or,
Les flûtes, les cors...
Peines écartées,
Que par les nuitées,
Amours abritées
Prennent leur essor !

Priée par Périclès de répliquer à Sophocle, Sapho chante l'amour en de très belles strophes que nous voudrions, mais ne pouvons citer en entier.

La paix réjouit le cœur des amantes
Où tant de sanglots avaient dû monter
Et c'est pour l'amour aux lèvres ferventes
Que la bonne Paix voulut se hâter !
Pour mieux célébrer les heures clémentes,
C'est l'amour que je veux chanter !
....
....
Le soldat vainqueur est l'homme suprême
Le char des amours devra l'escorter !
Je veux sur mon cœur porter son emblème
Ma lyre à son luth pourra s'accorder !...
Pour dire au héros qu'une femme l'aime,
C'est l'amour que je veux chanter !

La déclaration de Sophocle à Sapho au second acte mériterait encore d'être citée en entier :

Sapho, ma poétesse, ô ma beauté, je t'aime !
etc., etc., etc.

Il en serait de même des adieux de Sapho mourante à Sophocle éperdu.

Mais, bornons-nous là, nous serions tenté de faire de si nombreuses citations que ce serait déflorer le drame et enlever à ses futurs lecteurs le plaisir d'y cueillir eux-mêmes les plus beaux vers et de les admirer à leur gré.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration. 1er *octobre* 1925.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont ; Mignon ; Gassot ; Noir ; Duchesne ; Pamart ; Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Excusés : MM. Levassort, de la Rochefordière et Huguenin.

Le Conseil entend la lecture des rapports du secrétaire général et du trésorier sur l'exercice 1924 et donne son approbation à ces rapports.

Il fixe l'Assemblée générale ordinaire au dimanche 15 novembre, à 4 heures du soir dans les salons Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et arrête l'ordre du jour de cette assemblée.

Indemnités-maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Montant
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
73	Martin	Nord	32 jours	320 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
108	Laumet	Aube	34 jours + 10 jours chr.	373 35
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
162	Bilhaut	Paris	3 mois	300 »
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
175	Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
176	Voyer	Loire-Inférieure	un mois thermal	100 »
192	Houdart	Finistère	3 mois	300 »
205	Breucq	Basses-Pyrénées	15 jours + 1 jour chr.	153 35
211	Camus	Finistère	un mois thermal	100 »
219	Delattre	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
247	Breteille	Paris	5 jours	50 »
255	Demmler	Oise	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
273	Mouly	Seine	17 jours	170 »
131	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
328	Gauche	Ille-et-Vilaine	12 jours	120 »
341	Chabanon	Lozère	3 mois	300 »
348	Miltas	Creuse	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
373	Périchon	Indre	6 jours	60 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
460	Payen	Vosges	41 jours	410 »
464	Audoucet	Marne	9 jours	90 »
488	Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
490	Vincens	Alpes-Maritimes	11 jours chr.	36 65
500	Richard	Loiret	8 jours	80 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
511	Leloutre	Rhône	31 jours	310 »
520	La Bonnardière	Var	32 jours + 2 mois chr.	520 »
524	Fraikin	Seine	un mois thermal	100 »
534	Epron	Vendée	3 mois	300 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	5 jours + 2 mois et 25 jours chr.	333 25
597	Sellerin	Aube	11 jours	110 »
607	Trifaud	Dordogne	13 jours	130 »
647	Bellin	Isère	un mois thermal	100 »
681	Piot	Loire	22 jours	220 »
688	Monmarson	Seine	3 mois	300 »
696	Cézilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
712	Laffage	Côte-d'Or	15 jours	150 »
733	Giral	Gard	33 jours	330 »
748	Bougon	Eure	20 jours	200 »
777	Thomas	Loire-Inférieure	3 jours	30 »
828	Mercier	Paris	29 jours	290 »
833	Pillière	Ardennes	6 mois	600 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
837	Bécour	Nord	3 mois	300 »
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
875	Layral	Loire	un mois thermal	100 »
895	Robillot	Gard	3 mois et 2 jours chr.	306 65
900	Duclos	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
934	Girard	Paris	22 jours	220 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1008	Lemesle	Indre-et-Loire	16 jours	160 »
1025	Ramond	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1045	Guny	Somme	6 jours	60 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1065	Lagardère	Seine-et-Marne	7 jours	70 »
1087	Bonifas	Hérault	25 jours	250 »
1191	Eyraud	Ain	un mois et 14 jours chr.	146 60
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Finistère	3 mois	300 »
1299	Dircksen	Seine	3 mois	300 »

A reporter 15.599 85

			Report	15.599 85
1309	Souchon	Gard	60 jours + 10 jours chr.	633 35
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1383	Landry	Deux-Sèvres	un mois et 13 jours chr.	143 30
1398	Roux	Haute-Savoie	9 jours	90 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1466	Boudin	Côte-d'Or	21 jours	210 »
1558	Salvage	Indre	59 jours	590 »
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1626	Joyes	Paris	10 juurs	100 »
1675	Frénel	Oise	3 mois	300 »
1703	Mons	Constantine	60 jours + 8 jours chr.	626 15
1744	Mathieu	Haute-Marne	3 jours	30 »
1757	Vigouroux	Hérault	49 jours	490 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1653	Cattin	Morbihan	3 mois	300 »
1896	Roure	Charente-Inférieure	6 mois	600 »
1945	Brissaud	Isère	39 jours	390 »
			Total	23.302 65

Combinaison MAD.

63	Bouchet	Basess-Pyrénées		26 jours	520 »
75	Martin	Nord		32 jours	640 »
111	Goy	Loire		11 jours	220 »
128	Voyer	Loire-Inférieure		18 jours	360 »
167	Besson	Maine-et-Loire		45 jours	900 »
190	Brallet	Vosges		7 jours	140 »
234	Chabriat	Constantine		23 jours	460 »
247	Breteille	Paris		12 jours	240 »
373	Périchon	Indre		6 jours	120 »
524	Fraikin	Seine	1/2	un mois thermal	100 »
607	Trifaud	Dordogne	1/2	13 jours	130 »
647	Bellin	Isère	1/2	un mois thermal	100 »
777	Thomas	Loire-Inférieure	1/2	3 jours	30 »
1398	Roux	Haute-Savoie	1/2	9 jours	90 »
1466	Boudin	Côte-d'Or	1/2	21 jours	210 »
1703	Mons	Constantine	1/2	60 jours + 8 jours chr.	626 15
1757	Vigouroux	Hérault	1/2	49 jours	490 »
1853	Cattin	Morbihan	1/2	3 mois	300 »
				Total	5.676.15

Le Conseil, à titre d'avertissement, inflige une amende de 20 francs au sociétaire 837 pour retard dans ses déclarations.

Le Dr D... fait un don de 25 francs à la Caisse auxiliaire ; le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du troisième trimestre 1924, les sommes suivantes à Mesdames :

4	Veuve Lepage, Paris	150 fr.
38	Gillette, Calvados	150 »
43	Veuve Chevreux, Paris	150 »
45	Veuve Valot, Haute-Saône	60 »
51	Veuve Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Hte-Savoie	100 »
	Total	760 fr.

Ces sommes leur seront délivrées sur production d'un certificat de vie au 30 septembre 1925.

Ratifications d'admissions.

Le Conseil, sur le rapport du secrétaire général, prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA.

MM. Runel, Durand, Tissier, Renaud et Dubreuil.

Combinaison MAD

MM. Tissier, Renaud, Dubreuil et Siraudeau.

Passage de 1/2 MAD à MAD.

M. Deumié.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission à titre provisoire de :

Combinaison MA.

MM. les docteurs :

Loyer, de Creil (Oise).

MIDON, de Diarville (Meurthe-et-Moselle).
BALLET, de Nantes.
FLOQUET, de Bourges.
LECAT, de Lormes (Nièvre).

Combinaison MAD.

MM. les docteurs :

LOYER, de Creil (Oise).
MIDON, de Diarville (Meurthe-et-Moselle).
BALLET, de Nantes.
FLOQUET, de Bourges.
VAUZELLES, d'Aigre (Charente).
PRENTOUT, de Thury-Harcourt (Calvados).

Les admissions définitives ne seront prononcées qu'à la séance de fin décembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

M. le Dr LABORIE, de Vézelise (Meurthe-et-Moselle).
Madame LABORIE, de Vézelise (Meurthe-et-Moselle).

M. le Dr Mignon, secrétaire général, entretient le Conseil de son travail sur la morbidité médicale.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. BOUDIN.

Le Président, A. MAURAT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Fédération des Syndicats médicaux du Finistère.

(*Réunion du* 5 *juillet* 1925.)

Inspection médicale des écoles.

La Fédération ayant entendu les observations des médecins de Brest et de Douarnenez où cette institution a déjà fonctionné, accepte un essai d'inspection suivant les deux systèmes, à savoir pour l'arrondissement de Quimperlé par médecins fonctionnaires et pour l'arrondissement de Châteaulin par médecins praticiens.

Les médecins examinateurs seraient nommés sur proposition du syndicat.

Quant à la question honoraires, il paraît évident que la dépense totale du service fait par les médecins ne devra guère dépasser celle prévue pour le fonctionnement par des spécialistes. Il faudra donc prévoir une rénumération forfaitaire (car il ne s'agit pas ici de médecine de soins), basée soit sur la durée des visites soit sur toute autre donnée.

Il apparaît impossible que *tous* les élèves soient examinés, et le soient plusieurs fois par an. Une première visite générale s'impose complète, et ensuite des visites moins complètes et ne portant qu'une fois l'an sur tous les élèves, une autre fois sur ceux seuls retenus soit par le médecin, soit par le professeur, soit pour cause de fléchissement du poids, etc.

Le système de la Charente où le paiement des examens est fait par la famille paraît à retenir, *quoique actuellement illégal.* On pourrait concevoir un système mixte, la famille *participant seulement* aux frais.

Organisation de la lutte antivénérienne.

Après une longue discussion on décide que pour le Finistère une organisation réduite suffirait. Le mieux paraît être que cette organisation soit englobée dans les consultations des hôpitaux, en raison de la discrétion nécessaire.

Le médecins consultants renverraient pour traitement les malades à leurs médecins respectifs, *auxquels* ils fourniraient les médicaments nécessaires.

Mais on ajoute que l'organisation du Loiret conviendrait parfaitement.

Organisation de l'Hygiène départementale.

La Fédération prend connaissance d'un projet qui lui est soumis par M. le Dr Bigot, médecin inspecteur.

Elle accepte en principe ce projet qui prévoit *le canton* comme unité territoriale.

Questions des honoraires médicaux pour Assistance aux opérations.

Les quatre syndicats sont maintenant d'accord. Seul a droit à des honoraires le médecin qui assiste à l'opération. Un engagement signé sera exigé dans ce sens de tous les médecins syndiqués.

Discipline syndicale.

La Fédération réprouve la démarche récemment faite au Parlement au sujet des assurances sociales par une délégation non mandatée par cela. Ce geste, à l'époque présente, où le corps médical ayant à se défendre, doit le faire avec la plus grande cohésion, est de nature à lui nuire et ne devra pas se renouveler.

Si l'Union paraît à certains ne pas suivre tout à fait les directives qui lui sont données, cela doit rester affaire de discipline intérieure.

Pupilles de la Nation.

Le Président fait savoir que, pour raisons budgétaires, le service de l'inspection médicale des pupilles ne pourra continuer à fonctionner.

La Fédération avait protesté contre l'admission des seuls certificats émanant des médecins des dispensaires, en vue de l'attribution d'allocation pour suralimentation.

Elle a eu le regret de se voir répondre que cette décision a dû être prise après constatation *d'abus réellement formidables* de la part de certains médecins, et croit donc devoir leur mettre sous les yeux à tous, pour leur édification, les chiffres suivants.

Avec les certificats émanant des médecins le total des allocations atteint le chiffre de 435.205 fr. en 1923.

Après la décision prise de n'admettre que les propositions des médecins de dispensaires le chiffre tomba à 153.615 fr. en 1924.

Et nunc erudimini !

Lutte contre le cancer.

La Fédération s'entretient des conditions de fonctionnement du centre anti-cancéreux de Rennes. Aucune observation n'est faite au point de vue médical, mais plusieurs plaintes ont été reçues au sujet des conditions d'hospitalisation qui laisseraient à désirer.

Assistance médicale.

La Fédération proteste contre l'admission dans les hôpitaux d'accidentés agricoles sous le prétexte que leurs patrons ne seraient pas assurés. *Il y a là un abus qu'il convient de réprimer énergiquement.*

Tuberculeux de guerre : frais de désinfection après décès.

Le Dr Damey lit une lettre que lui adressée M. Bréard, pharmacien. Celui-ci se plaint de se voir refuser le paiement de formol prescrit pour désinfections après décès d'un tuberculeux de guerre. La Fédération regrette de ne pouvoir que constater la régularité de ce refus : aux termes de la loi, l'Etat doit les *soins médicaux au malade*, exclusivement.

Dr E. Damey.

Obligations professionnelles des médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'Ecole de médecine de Dakar.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 27 mai 1925.

Monsieur le Président,

Conformément aux dispositions des articles 14 (3e alinéa) et 15, paragraphe 1er du décret du 17 août 1897 portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, un décret en date du 9 juin 1918 a créé à Dakar une école de médecine indigène de l'Afrique occidentale française.

Un certain nombre de médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de cette école sont déjà en service dans les différentes colonies du groupe où ils apportent à l'assistance médicale un concours très apprécié.

Il convient maintenant de règlementer, en exécution des articles 14, deuxième alinéa, et 15, paragraphes 2e et 5e du décret susvisé du 17 août 1897, les obligations professionnelles de ces médecins et sages-femmes auxiliaires ainsi que les conditions dans lesquelles ils exerceront leur art sous la surveillance des médecins français.

Tel est le but du projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre des colonies,
André Hesse.

Le Président de la République française,

Vu le décret du 17 août 1897, qui rend applicable aux colonies la loi du 30 novembre 1892, relative à l'exercice de la médecine ;

Vu le décret du 18 octobre 1906, réorganisant le gouvernement général de l'Afrique occidentale française, modifié par celui du 4 décembre 1920 ;

Vu le décret du 9 juin 1918, organisant l'école de médecine de l'Afrique occidentale française, modifié par le décret du 18 décembre 1923 ;

Vu le décret du 22 mars 1924, portant réorganisation de la justice indigène en Afrique occidentale française.

Après avis du conseil supérieur de santé du ministère des colonies.

DÉCRET DU 27 MAI 2925.

Art. 1er. — Le contrôle et la surveillance des médecins et des sages-femmes auxiliaires indigènes sont exercés, en Afrique occidentale française, conformément aux dispositions qui suivent :

1° Le médecins et sages-femmes auxiliaires di-diplômés de l'école de Dakar, fonctionnaires et agents des services médicaux locaux sont régis, pour tout ce qui concerne la discipline, leurs obligations professionnelles, leur contrôle et leur surveillance, par les arrêtés règlementaires du gouverneur général règlant le fonctionnement desdits services ;

2° Les mêmes praticiens et praticiennes ayant cessé d'appartenir aux services médicaux de la colonie, ou qui, à leur sortie de l'école, n'auront pas été admis dans le personnel de l'assistance médicale,

ne peuvent exercer leur art, à titre privé, qu'après avoir obtenu préalablement une autorisation de l'autorité administrative. Le gouverneur général détermine par arrêté les conditions dans lesquelles cette autorisation est délivrée.

Les médecins et sages-femmes auxiliaires régulièrement autorisés à exercer leur art à titre privé demeurent placés, au point de vue technique et professionnel, sous le contrôle et la surveillance du chef du service de santé de la colonie dans laquelle ils exercent.

Art. 2. — Les médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés de l'école de médecine de Dakar peuvent être autorisés à donner des soins médicaux ou obstétricaux aux Européens dans les localités dépourvues de médecins exerçant au titre français.

L'autorisation, valable pour une période d'une année et renouvelable, sera donnée par le lieutenant-gouverneur sur la proposition du chef du service de santé. Cette autorisation est révocable à tout moment.

En cas d'urgence, les médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés, non pourvus de ladite autorisation, peuvent donner leurs soins aux Européens et assimilés, sous condition d'en référer immédiatement au médecin de l'assistance de la circonscription.

Art. 3. — En cas d'extrême urgence et en l'absence de médecins français, les médecins auxiliaires diplômés peuvent pratiquer des opérations de petite chirurgie à l'exclusion des opérations de grande chirurgie, sous condition d'en référer immédiatement au médecin de l'assistance de la circonscription.

La liste des opérations autorisées est établie par le gouverneur général.

Art. 4. — En cas d'urgence et en l'absence de docteur en médecine français, les médecins auxiliaires diplômés peuvent être requis par les autorités administratives ou judiciaires pour procéder à des constatations médico-légales.

Leurs rapports sont remis, dès leur arrivée, aux médecins français, seuls qualifiés, aux termes du décret du 17 août 1897, pour servir d'experts devant les tribunaux français.

Leurs constatations peuvent toutefois être directement produites comme élément d'appréciation devant les tribunaux indigènes de premier degré.

En aucun cas, les médecins auxiliaires ne peuvent être commis pour pratiquer des autopsies.

Art. 5. — Les médecins et sages-femmes auxiliaires diplômés peuvent être autorisés à détenir pour les besoins des malades, au lieu de leur résidence, un approvisionnement de médicaments dont la liste est fixée par arrêté du gouverneur général sur la proposition de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux.

Art. 6. — En cas d'application des articles 16 et 17 du décret du 17 août 1897, l'interdiction de l'exercice de leur art sur le territoire de l'Afrique occidentale française, faite aux médecins et sages-femmes auxiliaires, est prononcée par le gouverneur général sur la proposition du lieutenant-gouverneur et l'avis de l'inspecteur général des services sanitaires et médicaux. (*J.O.*, 30 *mai* 1925.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôpital-hospice de Saint-Denis.** — Le concours d'internat que nous avons annoncé dans notre dernier numéro est remis à une date ultérieure.

— **Une « semaine du lait » à Lyon.** — Du 5 au 12 novembre, la Foire de Lyon a organisé une « semaine du lait » que le ministre de l'Agriculture a bien voulu encourager en lui accordant son haut patronage. Le programme de la « semaine du lait » a un caractère scientifique, industriel et commercial.

— **Faculté de Médecine de Montpellier.** — Sont chargés des cours complémentaires suivants : MM. Galavielle, professeur sans chaire, Botanique et histoire naturelle ; Cabannes, agrégé, Matière médicale et pharmacie ; Delmas (Paul), professeur, Accouchements ; Delmas (Jean), agrégé, Anatomie.

— **Hôpital français de Londres.** — On annonce qu'à l'hôpital français de Londres seront vacantes deux places de médecins résidents (traitement 100 livres sterlings par an environ, nourri et logé, avantages matériels), une en novembre et l'autre probablement fin décembre.

Les candidats doivent avoir passé leur thèse en France et s'engager à rester un an en fonctions.

— **Faculté de Médecine de Lyon.** — Sont chargés de cours complémentaires suivants : MM. Galavardin Cours de clinique annexe ; Delore, Cours de clinique annexe ; Bériel, Cours de clinique annexe ; Favre, agrégé, Cours de clinique annexe ; Martin (E.), professeur, Déontologie ; Barral, professeur sans chaire, Chimie analytique ; Condamin, professeur sans chaire, Propédeutique et gynécologie ; Florence, agrégé, Toxicologie ; Noël, agrégé, Embryologie ; Rochaix, agrégé, Hygiène pharmaceutique.

— **Hommage à M. Babinski.** — M. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, vient d'être nommé professeur honoraire de l'Université de Wilna.

— **Ecole française de stomatologie** (20, passage Dauphine, Paris). — L'école française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : 1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents ; 2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ; 3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, Directeur de l'école, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Maladies des yeux.* — Le Dr CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le samedi 14 novembre 1925, les mardis, jeudis et samedis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de *neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.* Présentation de malades. Projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre. Semblables séries en février et en juin 1926. Tous les jours à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

— **Croisière de Pâques en Orient du « Bruxelles médical ».** — La croisière du *Bruxelles-médical* comporte une importante réduction pour les médecins et leur famille (environ 4.000 francs) pour le *tour complet* de la Méditerranée. Les prix ordinaires en vigueur actuellement sont en effet, sur le *Sphynx* : Marseille-Alexandrie-Beyrouth, aller simple, 4.200 francs ; et le retour par Constantinople sur le *Lotus*, encore 4.200. Au total : 8.400.

— **Syndicat des médecins hygiénistes français.** — Le 19 octobre 1925 l'Association des médecins-hygiénistes français a dans son Assemblée générale statutaire, décidé sa transformation en Syndicat des médecins-hygiénistes français. Il a été procédé immédiatement à l'adoption des statuts préparés par la commission que l'Association avait élue lors de l'assemblée générale extra-ordinaire du 30 mars 1925, et qui furent approuvés à l'assemblée générale extraordinaire du 26 juillet 1925. Elle a nommé son conseil d'administration : Dr Zipfel, président ; Drs Holtzmann et Violette, vice-présidents ; Dr R. Martial, secrétaire général ; Dr L. Pissot, trésorier ; Drs Loir, Ducamp, Prunet et Bussière, membres.

Le Syndicat des directeurs de bureaux d'hygiène créé au début de la présente année par les Drs Ducamp, L. Pissot et R. Martial a fusionné immédiatement avec le Syndical des médecins-hygiénistes français, désormais unique.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Agenda P. L. M. pour* 1926. — L'Agenda P. L. M. pour 1926 paraîtra dans les premiers jours de novembre prochain. Sous couverture bleue, noire et or, il comporte des chroniques rétrospectives et d'actualité, sports, voyages, mœurs, coutumes, curiosités pittoresques : des contes, nouvelles, 500 illustrations dans le texte, 16 illustrations hors texte en couleurs, 12 cartes postales héliogravées.

Ce recueil sera mis en vente au prix de 7 francs l'exemplaire à l'Agence P. L. M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau du P. L. M., dans les agences de voyages et les grands magasins, à Paris, etc.

Les personnes qui désireraient le recevoir à domicile sont priées de s'adresser au Service de la publicité de la Compagnie P. L. M., 20 boulevard Diderot, à Paris, en joignant à leur demande un mandat-poste de 9 francs pour la France et de 12 francs pour l'Etranger.

— **Hospices d'Amiens.** — *Concours d'internat.* — Un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Amiens le *mercredi 2 décembre* 1925 pour la nomination de 3 internes titulaires et de 4 internes provisoires en médecine. Conditions principales : être Français et pourvu d'un minimum de 4 inscriptions de doctorat. Pour conditions du concours et avantages : s'adresser au secrétariat des hospices. Hospice Saint-Charles, à Amiens. Dernier délai d'inscription : 22 novembre 1925.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 16 novembre à 11 h., et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques. Vendredi : Leçon clinique. Présentation de malades.

— **Clinique médicale des enfants.** — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants le lundi 9 novembre 1925, à 9 h.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à 9 h. : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : Policlinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mardi à 10 h. 30 : Conférence de sémiologie, à l'amphithéâtre, par M. Lereboullet, agrégé.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence de médecine pratique, par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : Cours de clinique à l'amphithéâtre, par le professeur.

Des cours de révision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 7 au 17 avril et en juillet-août 1926.

— **Clinique chirurgicale** (*hôpital Cochin*). — M. le professeur Pierre Delbet a commencé son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 *novembre 1925, à 10 h* du matin, et le continue les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— **Hôpital Tenon.** — *Cours spécial de curiethérapie et de radiothérapie pénétrante.* — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer, Psaume et de Nabias, commencera, le lundi 16 novembre 1925, à 10 heures du matin, à *l'hôpital Tenon* (salle Duflocq), et continuera les jours suivants à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant *la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.*

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4364

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

La question de l'indemnité de transport d'un blessé du travail chez un spécialiste a été traitée par M. le Dr Paul Boudin dans le *Concours médical* du 1er mars 1925, page 490.

La Commission du tarif Breton et la Commission supérieure des maladies professionnelles, réunies dans leur séance du 27 mai 1921, ont émis l'avis que les frais de déplacement ne peuvent être considérés comme des accessoires du traitement médical que dans des cas exceptionnels, tels qu'urgence, examens et traitements spéciaux, la liberté du choix du médecin devant, en toute hypothèse, être respectée.

C'est donc une question de fait et le déplacement doit être payé s'il était indispensable.

Dans le cas que vous nous soumettez, si la Compagnie a autorisé l'amputation, et si le chirurgien le plus rapproché capable d'y procéder résidait à O., il ne semble pas qu'elle soit en droit de refuser de payer le déplacement, même si elle n'a pas indiqué que l'opération devait être faite par tel chirurgien.

Si, en effet, le blessé ne s'était pas déplacé, le chirurgien aurait dû se déplacer lui-même et la Compagnie aurait eu de ce chef à payer une indemnité de déplacement au moins égale.

2626. — Recouvrement d'honoraires contestés.

J'ai appelé le 16 dernier en conciliation un débiteur qui n'a pas voulu s'exécuter et que je me propose de faire citer le 30.

J'ai soigné sa femme il y a un peu plus de deux ans, en juillet 1923, alors que celle-ci était encore jeune fille.

A ce moment-là aussi, la mère de la jeune fille était internée à l'asile départemental depuis deux mois environ.

A la mort de la mère, que j'avais soignée également, mort qui se produisit à l'asile à la fin de 1923, j'envoyai au notaire la note afférente à la mère et celle appartenant à la jeune fille.

Le notaire m'a réglé la première, mais refusé de payer la deuxième, alléguant que la jeune fille dont le père était mort et la mère internée jouissait de son avoir et devait acquitter les dettes qu'elle avait contractées personnellement.

Le mari refuse aussi de payer, protestant que c'est au notaire que la charge en incombe, chicanant au surplus pour le nombre de visites et peut-être se proposant d'invoquer au besoin la prescription ! (pour 105 fr.) !

Que faire ? J'apporterai, s'il le faut, livre et agenda à l'audience.

Dr T.

Réponse.

La jeune femme que vous avez soignée est débitrice en son nom personnel des soins que vous lui avez donnés, puisqu'elle en a bénéficié, et encore, en tant que de besoin, en sa qualité d'héritière de sa mère décédée. D'autre part, si elle s'est mariée sans contrat, sa dette, étant antérieure au mariage, est devenue une dette de communauté et son mari s'en trouve également tenu.

Vous devez donc citer conjointement et solidairement le mari et la femme devant le juge de paix de leur domicile.

La prescription ne pourra être opposée à votre demande, car à la différence des accidents du travail, elle n'est pas d'ordre public en matière de droit commun. Le fait que vos débiteurs reconnaissent que les soins ont été donnés et en discutent seulement le montant suffit à les empêcher d'invoquer la prescription.

2621. — Contestation de la durée du traitement et du nombre des pansements faits à un accidenté du travail.

Je viens soumettre à votre jugement le cas suivant :

Le 23 juillet, l'ouvrier D, de la Société T., Compagnie d'assurances X, se présentait à mon cabinet pour la blessure suivante :

Pris par un engrenage. Plaie par écrasement de la troisième phalange de l'index gauche.

Je prévoyais un délai de 11 jours, puis au bout de ce temps, un nouveau délai de 12 jours.

Le 9 août, le médecin de l'assurance me demandait de voir le blessé ; et le 10 août *d'un commun accord*, nous décidions la guérison pour le 16 août. J'ai envoyé le 15 septembre 1925 ma note d'honoraires dont ci-joint un duplicata.

Or, je reçois de la Direction Générale de la Compagnie, une quittance d'honoraires de 121 fr., réduisant à 13 au lieu de 17 mes pansements. La compagnie trouve que la durée du traitement est exagérée.

Quel est votre avis ?

J'estime : 1° que la Compagnie n'a pas à trouver la durée du traitement exagérée puisque d'accord avec son médecin contrôleur, nous avons fixé la date de la guérison.

2° Que je n'ai pas à faire de réduction sur le nombre de pansements, car une plaie par écrasement, suppurant beaucoup, nécessite de fréquents pansements. Bien mieux, je considère n'avoir pas exagéré.

Quelle conduite dois-je tenir vis-à-vis de cette compagnie. Vous m'obligeriez en me guidant ?

Dr E.

Réponse.

Puisque vous avez conscience de n'avoir commis aucune exagération dans le nombre de pansements que vous avez pratiqués, vous ne devez

accepter aucune réduction sur votre note d'honoraires.

Répondez en conséquence à la Compagnie que vous maintenez intégralement votre demande et que, faute de règlement dans le délai que vous indiquerez, vous entendez user des voies de droit pour obtenir paiement de ce qui vous est dû.

Si votre lettre reste sans réponse, ou si la Compagnie persiste dans son refus, vous devrez alors citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, non pas la Compagnie d'assurances avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, mais le patron du blessé.

Nous vous rappelons que toutes les actions introduites en vertu de la loi sur les accidents du travail sont exemptes de frais de timbre et d'enregistrement et que cette exemption s'étend à l'action du médecin traitant en recouvrement de ses honoraires.

2515. — Impôts sur les bénéfices professionnels. Revision. Amortissements.

Abonné au *Concours médical* et membre du « Sou », je viens vous demander conseil au sujet de modifications apportées par le contrôleur des contributions directes à ma déclaration de revenu professionnel.

Je suis installé depuis 1921, et dans mes déclarations de revenus professionnels, j'avais jusqu'alors compté l'amortissement de mes instruments en 10 ans, l'amortissement de mon mobilier médical en 10 ans, l'amortissement de mes livres médicaux en 10 ans.

Jusqu'ici, ces délais avaient été acceptés par le contrôleur. Or, cette année, il prétend, et notez que le contrôleur n'a pas été changé, me faire subir l'amortissement de mon instrumentation en 15 ans; celle de mon mobilier en 20 ans ; mais le plus joli de tout, c'est qu'il veut que j'amortisse mes livres en 20 ans !

Peut-être ce grave contrôleur provincial s'imagine-t-il qu'une bibliothèque médicale n'est composée que de romans, de bouquins d'histoire....., il ne sait pas, certainement, qu'au bout de cinq ans, un ouvrage médical est déjà démodé, et qu'au bout de 7 ou 8 ans, il ne vaut plus rien du tout.

Pourquoi, pendant 4 ans, avoir accepté mes chiffres d'amortissement et aujourd'hui n'en plus vouloir ? Avant de prendre contact avec le contrôleur, je viens vous demander ce que vous pensez de ses modifications.

Dr D.

Réponse.

Le contrôleur a le droit de réviser les bases de votre imposition pendant les deux années qui suivent celle de la réalisation des revenus ou bénéfices ; au point de vue légal, vos déclarations ne peuvent donc être considérées comme ayant été

acceptées par suite de l'imposition sur le revenu indiqué.

En fait, nous estimons que les amortissements tels que vous les avez pratiqués étaient absolument normaux et justifiés par les arguments indiqués dans votre lettre, surtout en ce qui concerne la bibliothèque ; nous serions même d'avis de porter en une seule fois aux frais généraux les achats de publications scientifiques faits au cours de votre carrière. De même, en ce qui concerne les petits instruments de faible valeur.

Présentez vos observations au contrôleur, mais nous estimons que la contestation des rehaussements devant le Conseil de préfecture ne vaudrait peut-être pas la peine d'être tentée, car, en définitive, vous déduirez de vos revenus la totalité de la valeur d'achat de votre installation et, comme le taux de l'impôt augmentera sans doute, vos intérêts ne seront guère compromis.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2458. — Imputation des contributions sur les dommages de guerre.

J'ai reçu, comme tout le monde, mes feuilles d'imposition. Or, je suis créancier de l'Etat, à titre de dommages de guerre, d'une somme qui reste appréciable et vous n'ignorez pas la parcimonieuse lenteur avec laquelle le règlement de ces créances est effectuée.

En ce qui me concerne, j'avais avantage à régler mes impôts par imputation sur ces dommages de guerre, et cette façon de faire depuis 1920 n'a jamais soulevé la moindre difficulté.

Or, cette année, le percepteur me fait remarquer que le règlement des impôts de cette façon n'est plus admis que pour les sinistrés dont les dommages n'atteignaient pas 10.000 fr. (perte subie). Je ne suis pas dans ce cas.

Avez-vous connaissance d'un décret qui modifierait en ce sens la loi réglant la question ? Et au cas où un décret de ce genre existerait, serait-il vraiment légal ? Il me semble difficile avec le simple bon sens, de demander de l'argent à quelqu'un à qui on en doit. Dr C.

Réponse.

C'est en vertu de l'application des dispositions de l'article 54 de la loi du 31 décembre 1924 que l'imputation de vos contributions sur vos dommages de guerre vous est refusée.

Toutefois, conformément aux dispositions dudit article, tant que vous serez créancier de l'Etat pour les dommages subis par un immeuble, vous conserverez, sans restriction, pour les seules contributions foncières afférentes audit immeuble, les droits que vous confère la législation antérieure.

Par conséquent, le refus du percepteur est parfaitement justifié, s'il s'agissait de l'imputation d'une contribution autre que la contribution foncière afférente à l'immeuble sinistré.

A. M.

2627. — Assujettissement d'un jardinier à la législation des accidents du travail.

Comme abonné du *Concours médical*, je viens vous demander d'être assez aimable pour me fixer sur le cas suivant qui, peut vraisemblablement intéresser des confrères :

J'ai passé contrat verbal avec un jardinier pour l'entretien de mon jardin. Ce jardinier n'est ni logé, ni nourri chez moi. Moyennant une somme annuelle, il s'occupe entièrement de mon jardin, attenant à ma maison ; il vient quand il le juge à propos et y reste le temps qu'il juge nécessaire pour que le jardin soit toute l'année en bon état d'entretien et de rapport.

Suis-je responsable des accidents qui pourraient lui arriver pendant ou à l'occasion de son travail de jardinier chez moi ?

Dr L.

Réponse.

La loi du 15 décembre 1922, qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, assimile aux ouvriers agricoles, dans son article 2, « ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés par des entrepreneurs *ou par des particuliers*, à l'entretien et à la mise en état des jardins ».

Il n'est donc pas douteux que vous seriez responsable, dans les limites de la loi sur les accidents du travail, de tout accident dont votre jardinier serait victime au cours de son travail dans votre jardin.

Par suite, vous avez tout intérêt à contracter une assurance au profit de votre jardinier. La prime que vous aurez à payer ne sera probablement pas très élevée.

2487. — Pension militaire d'un alsacien ayant servi dans l'armée allemande.

Je m'intéresse particulièrement à un Alsacien qui a servi dans l'armée allemande, dans les tranchées, et en a conservé des rhumatismes chroniques généralisés qui le rendent absolument impotent.

Avant de le réformer, cela avant l'armistice, les médecins allemands lui ont fait signer, par la promesse d'une libération anticipée, une déclaration par laquelle il reconnaît que ses troubles ne sont pas dus à la guerre.

Aujourd'hui, que son état s'est considérablement aggravé, il voudrait bénéficier des dispositions légales qui peuvent le favoriser.

A-t-il quelque droit à une pension du gouvernement français ? Je pense que oui. Comment doit-il s'y prendre et à qui et sous quelle forme doit-il adresser sa réclamation ? Est-ce au Directeur du Service de Santé de la Région ?

Dr X.

Réponse.

Un délai de cinq ans à partir de la promulgation de la loi du 17 avril 1923 est accordé à votre client pour formuler une demande de pension. Celle-ci devra être adressée au Commissariat général de la République, à Strasbourg.

Application du Tarif Breton.

2587. — 1° Le médecin doit envoyer lui-même sa note ; 2° Plaies aux deux mains.

1° Un chirurgien ami qui me demande à l'occasion de l'aider pour opérer dans sa clinique ou d'anesthésier ses malades, vient de m'apprendre qu'une Compagnie d'assurances entre autres lui a refusé paiement à lui chirurgien, dans une note pour accidenté du travail, des honoraires qu'il avait portés (en l'espèce 50 fr.), soit pour un médecin aide, soit pour un médecin anesthésiste. Ce qu'il faisait jusqu'ici couramment sans objection aucune ; dans la note de ses soins chirurgicaux figuraient les honoraires prévus par le tarif Breton, soit 50 fr., pour le confrère aide ou anesthésiste.

La Compagnie d'assurances base sa contestation sur le fait que le tarif Breton stipule, art. 30 *in fine* que « le médecin ne peut réclamer des honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ».

Je trouve, en effet, cet article cité à la page 212 de l' « Agenda du *Concours médical* » : à chacun des médecins d'établir et de réclamer séparément sa note d'honoraires et, en cas de difficultés, d'en poursuivre le recouvrement.

Je viens vous demander si cet article 30 du tarif Breton ainsi invoqué se rapporte bien au cas précis d'honoraires pour aide ou anesthésiste portés dans la note du chirurgien au bénéfice du confrère qui a aidé ce chirurgien ou a donné l'anesthésie.

Et si, en ce cas, et dorénavant, contrairement aux usages actuels courants pour les notes d'accidents du travail et celles de clientèle ordinaire, le chirurgien ne devra plus porter sur sa note à lui les honoraires pour l'aide ou l'anesthésiste et si, par suite, ce médecin aide ou anesthésiste devra alors envoyer une note à part pour cet honoraire de 50 fr. prévu par le tarif Breton ?

Ou bien, si cet article 30 concerne, non pas ces honoraires pour l'aide et l'anesthésiste jusqu'ici toujours réclamés par le chirurgien lui-même, mais les soins donnés par un infirmier ou un masseur, ou

bien seulement la note d'honoraires pour les soins donnés à l'accidenté du travail par le premier médecin traitant qui l'a fait opérer par le chirurgien ? En ce cas, il est déjà d'usage courant que le médecin traitant envoie sa note à part de celle du chirurgien, sans y porter toutefois les honoraires pour aide ou anesthésiste que le chirurgien portait sur sa note à lui.

Ce qui me fait croire qu'il en est vraiment ainsi, c'est la lecture, que je fais à l'instant, du jugement publié justement par le *Concours médical,* d'hier 18 octobre, p. 2418 : « honoraires chirurgicaux et note globale » qui porte, il est vrai, sur un cas de clientèle courante et non d'accidents du travail, mais qui, cependant reconnaît le principe de la note globale où le chirurgien porte les honoraires pour le confrère aide ou anesthésiste.

2° Un ami me dit vous avoir écrit récemmen tpour le cas suivant que je n'ai pas vu pourtant tranché dans le *Concours* :

Accidenté du travail avec plaie d'un doigt de la main droite et plaie d'un doigt de la main gauche.

Mon ami prétend avoir droit (et que vous lui avez dit avoir raison) de demander en ce cas, un honoraire de 14 francs, soit deux consultations à 7 fr.

Une pour le pansement de chaque doigt. Est-ce exact ?

En ce cas, l'honoraire prévu pour pansements multiples, 11 fr. 25, je crois, se rapporterait-il donc, non pas au cas ci-dessus, mais uniquement à celui-ci : plaie à deux ou plusieurs doigts *de la même main* ?

Dr T.

Réponse.

1° Il n'y a aucun doute à avoir sur ce point, d'après l'historique des discussions à la Commission constituante du tarif. Le médecin doit envoyer *lui-même* sa note pour toute intervention pratiquée, que ce soit comme aide ou anesthésiste, tout aussi bien que pour un coup de bistouri. Autrement, comment démontrer que l'aide ou anesthésiste est bien *médecin* comme le prescrit l'article 11, et non un vague infirmier quelconque, comme cela n'a que trop souvent cours dans certaines cliniques d'accidents du travail, même pour des interventions nettement « médicales ». Quant à la « *note globale* », indiquée avec raison par le *Concours*, c'est une affaire de clientèle courante, et ne ressortissant nullement du texte d'un tarif officiel quelconque.

2° Puisqu'il s'agit des deux mains, les plaies de doigts ne sont pas « sur le même segment de membre ». Il ne s'agit donc pas là des « pansements multiples » de ce genre, indiqués article 17, mais bien des « blessures multiples » indiquées article 14.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

2579. — Injections gazeuses sous-cutanées.

Un de mes malades réformé pour tuberculose pulmonaire, arrivé à sa dernière extrémité, a des crises de dyspnée effrayante.

Après divers essais, je lui ai fait de l'oxygène sous la peau, et il paraît s'en trouver bien. En tous cas, il est soulagé et souffre beaucoup moins. Comment tarifer ces injections.

Je pensais, par analogie avec le sérum 20 fr., mais j'ai peur que la Commission de contrôle ne veuille pas marcher parce que « ça n'est pas sur le tarif ».

Votre réponse serait d'un précieux concours au confrère secrétaire qui doit défendre mon point de vu. Qu'en pensez-vous ? N'y a-t-il pas de précédents ?

Dr C.

Réponse.

Je pense que la Commission de contrôle fera analogie, pour ces injections gazeuses, avec une injection sous-cutanée banale, comprise dans le prix de la visite ou consultation (article 60), n'y trouvant guère plus de difficulté technique. Je n'oserais donc vous conseiller de compter autre chose que « visite simple ». Tel est, du moins, mon avis *personnel*, sous réserve de toute décision ultérieure de la Commission supérieure à ce sujet.

F. D.

II

2633. — Air chaud par un non-spécialiste kinésithérapeute.

Abonné au *Concours médical*, je viens vous prier de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Faisant de la médecine générale, je fais à un malade bénéficiaire d'une pension militaire (réformé à 15 %), des séances d'air chaud.

Quel est le tarif de ces séances pour un médecin non spécialiste ?

Le spécialiste le plus proche est à 60 kilomètres.

Dr A.

Réponse.

L'article 70 parle nettement de « séances de massage, mécanothérapie ou air chaud, nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute », ce que vous n'êtes pas. Vous ne pouvez donc vous baser sur cet article. Toutefois, expliquez au secrétaire de la Commission que le spécialiste le plus proche est à 60 kilomètres, que le malade a besoin de ces séances d'air chaud, et demandez l'autorisation de faire une *série* de ces séances, à ce prix de 15 francs marqué article 70, — et cela *par analogie* avec « pansements spéciaux, prolongés, très compliqués, à soumettre à l'appréciation de la Commission de contrôle, de 10 à 30 francs », rubrique que vous trouverez article 74, à la « petite chirurgie ». F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

28 *octobre.*

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Mayenne.

Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène de la Mayenne, aura lieu à Paris dans la première quinzaine de décembre 1925.

Les candidats doivent être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1926 et pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 6e bureau, 7, rue Cambacérès).

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat ;

2° D'une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° D'un exposé des titres du candidat comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux ;

4° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

5° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 1er décembre 1925.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement	13.000 fr.
2° Frais de déplacement	3.600 »
3° Frais de bureau	1.000 »
Total	17.000 fr.

En outre, l'emploi de secrétaire général de l'Office départemental d'hygiène et de préservation antituberculeuse du département de la Mayenne, est réservé par les statuts de l'Office à l'inspecteur départemental d'hygiène. Le traitement attaché à cet emploi est de 4.000 fr. par an.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2638-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Médecine Pratique

Droit Médico-Professionnel

Correspondance

A Travers L'Officiel

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1[re] Zone **55 fr.** — 2[e] Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr P. JACQUEMAIRE, de Denain, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 482. — On demande pianola occas. bon état.

N° 483. — On achèt. petite propriété banl. de Paris.

N° 484. — Spécialiste fais. yeux, nez, larynx, oreilles, dem. poste success. ou associat. en vue success. Midi de préférence.

N° 485. — A vend. en bloc ou détail, 8 bougies Champion, petit pas, pour Ford, 4 fr. l'une, port en sus. Dr Mauxion, 39, rue Louis-Desbrandes, Angoulême.

N° 486. — Infirmière au cour. radiolog. et électr. médicale, nourrie et logée, est demandée. Ecr. référ. âge et prétent.

N° 487. — Paris, quart. agréab. gr. centre de commun. cabinet de consult., rapp. 60.000, grand appart., loyer 3.000, 5 ans de bail, prix 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 488. — Centre, chef-l. cant. seul méd. rapp. 48.000, excell. poste actif, prix 16.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. 36.-46.

MÉDECINE PRATIQUE

L'autohémothérapie dans les intoxications gravidiques.

Il y a un an, je fus appelé auprès d'une femme qui, l'année précédente, avait eu un début de grossesse. Vers la fin du premier mois, elle avait été prise d'une diarrhée incoercible et avait fait une fausse couche un mois après. Lorsqu'elle me fit appeler, elle se trouvait encore enceinte d'un mois et demi et avait de nouveau une diarrhée profuse. J'essayai en vain tous les traitements possibles : elle fit une fausse couche et, comme la première fois, sa diarrhée cessa le jour même de l'avortement.

La coïncidence était trop nette pour qu'on n'attribuât pas la diarrhée à la grossesse. Cette diarrhée était, en somme, tout à fait analogue aux vomissements incoercibles. Par ailleurs, cette femme était en excellente santé ; Wassermann nettement négatif, aucun antécédent pathologique. Comme elle se désolait de ne pas avoir d'enfants, je lui conseillai de venir me voir si elle se trouvait enceinte de nouveau.

Elle revint en effet cette année : elle avait un retard d'un mois et avait eu la veille une première selle diarrhéique.

Je lui prélevai aussitôt 10 cc. de sang au pli du coude et les réinjectai immédiatement dans la fesse : la diarrhée cessa dès cette première injection. Je fis alors 6 injections de 20 cc. à 3 jours d'intervalle, puis 4 à une semaine d'intervalle : la grossesse se poursuit normalement.

Je me promis alors d'essayer ce traitement à la première occasion contre les vomissements incoercibles. Il y a un mois, je fus appelé près d'une femme, dont le W. est négatif, et qui avait fait déjà une fausse couche antérieure, à 3 mois, après des vomissements incoercibles. Après une première injection de 20 cc. de sang dans la fesse, cessation des vomissements. Je fis une seconde injection, 3 jours après, puis deux autres à une semaine d'intervalle pour consolider la guérison : les vomissements n'ont pas reparu.

Ces deux cas méritaient d'être signalés en raison de la netteté de leur origine gravidique et de l'efficacité immédiate du traitement.

Je ne doute pas que cette médication n'ait déjà été employée dans des cas semblables ; je n'ai toutefois pas à ma disposition la littérature nécessaire pour le rechercher. Sa simplicité en commande l'emploi dans toutes les circonstances analogues ; son innocuité n'est pas son moindre avantage.

Dr Le Duigou.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Majoration du prix du loyer du médecin.

TRIBUNAL DE LA SEINE. — CHAMBRE DU CONSEIL. — 1re SECTION. — 29 AVRIL 1925. — AFF. THOMAS C. SCHMOLL. — REVUE DES LOYERS 1925, P. 387.

Dans le cas de location d'un local mixte, le prix du loyer de base doit être ventilé et majoré pour la part afférente à l'habitation de 75 % ; pour celle afférente au local professionnel, d'après la valeur locative réelle de ce local.

Note

On sait que la Cour de Cassation assimile, en ce qui concerne l'action en réduction, les locaux à usage professionnel aux locaux à usage commercial et industriel, même lorsqu'une partie des locaux loués est affectée à l'habitation.

Plusieurs décisions de la Commission supérieure ont décidé ainsi que l'action en réduction formée par des médecins, pour des locaux dans lesquels ils exerçaient leur profession, n'était pas recevable, mais aucune décision de la Commission supérieure ne s'est prononcée sur la question de savoir si le bail d'un appartement ou d'une maison qui était occupée à la fois pour l'habitation et pour un usage professionnel devait être majoré d'après la valeur locative réelle du local ou bien, au contraire, suivant les règles fixées pour les locaux d'habitation.

La décision ci-dessus rapportée décide qu'il faut faire une ventilation du prix.

Attendu, dit la Chambre du Conseil, qu'il résulte des dispositions des articles 10, paragraphe 3 de la loi du 31 mars 1922, 4 de la loi du 29 décembre 1923, et 2 de la loi du 2 août 1924, que le prix limite du loyer ne s'applique qu'aux baux d'habitation et que dans tous les autres cas, la majoration du prix du loyer doit être en rapport avec la valeur réelle des locaux ;

Que l'application stricte de ces textes exige que, dans le cas de location d'un local mixte, le prix du loyer de base soit ventilé et majoré, la part afférente à l'habitation de 75 %, et celle afférente au local professionnel d'après la valeur locative de ce local.

Dans l'espèce soumise au Tribunal, il s'agissait d'un appartement situé 35, rue de Ponthieu, loué à un avocat et comprenant une antichambre, un grand et un petit salon, 3 chambres à coucher, une salle de bains, cuisine, office et deux chambres au 6e étage.

Le Tribunal décide que la ventilation doit se faire de la façon suivante :

4/5e du local sont réservés à l'habitation et à celle de la famille, la majoration doit n'être que de 75 %.

1/5 est affecté à l'exercice de la profession et doit être augmenté de 100 %.

Au total, l'augmentation à accorder ressort, pour l'ensemble du local, à 80 %.

Le système de la ventilation aboutit donc à une solution acceptable.

D'autre part, au moment du vote de la loi du 6 juillet 1925 sur les loyers, une autre interprétation des lois sur les loyers a été indiquée, celle qui veut que, pour déterminer le caractère d'un local, on s'attache surtout à considérer le caractère de l'ensemble du local, le principal devant suivre l'accessoire.

Ainsi, lorsqu'il s'agirait d'un local dont les principales pièces serviraient à l'exercice de la profession ou du commerce, le local conserverait son caractère professionnel ou commercial.

Voici, sur ce point, un passage de la discussion qui a eu lieu au Sénat :

M. Mazurier. — Je voudrais que la Commission ou M. le Garde des Sceaux me répondent que l'appréciation (l'appréciation du caractère du local) en sera laissée aux tribunaux.

M. le Rapporteur. — On l'a dit tout à l'heure. La théorie veut que le principal l'emporte sur l'accessoire.

Le magistrat aura à rechercher si c'est la profession, l'industrie ou le commerce qui constitue l'établissement principal, auquel cas, le local d'habitation suit la même règle que le local professionnel.

Si, au contraire, le local d'habitation est trop important par rapport à la profession, ce sont les règles relatives aux locaux d'habitation qui seront appliquées. C'est une question de fait.

Il semble bien que ces règles aient un caractère général et doivent déterminer le caractère de la majoration qui s'appliquera dans toutes les questions de loyer ; elles conduiront sans doute à décider, dans la plupart des cas, que les locaux loués aux médecins sont principalement des locaux d'habitation.

P. Nattan-Larrier,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'Appel.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE SURVEILLANCE ET DE CONTRÔLE DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE.

Compte rendu des travaux du mois de mai 1923, au mois de juillet 1925, inclus.

La Commission supérieure a ouvert 1.900 dossiers.

De ces 1.900 dossiers il y en a :

I. En instance (voir tableau n° 2).

1° Dossiers prêts à être soumis en séance.. 393
2° Dossiers en attente : insuffisance de

pièces, renseignements incomplets, etc. 259
En information (courrier) (1) 42
3° Dossiers complets prêts à l'étude 340
4° Dossiers en cours d'étude chez les rapporteurs 6
5° Affaires générales et divers : circulaires, rapports, lettres parvenues par erreur, service intérieur des bureaux 87

Au total 1127

II. Dossiers liquidés définitivement.
Par jugements ou par avis 773(2)

Tableau n° 2

Appels ministre	223
Appels préfets	306
Appels docteurs	222
Appels pharmaciens	43
Appels bénéficiaires	387
Appels hospices	17
Premier ressort	112
Questions posées	157
Circulaire du 27 juin	330
Affaires générales : circulaire, décret, rapports annuels, lettres parvenues par erreur	105
Total dossiers	1900

Travail effectué par la Commission supérieure du mois de mai 1923, *au mois de juillet* 1925, *inclus.*

La Commission supérieure a tenu 53 séances.
La Commission supérieure a étudié 1067 affaires.
Qui se répartissent comme suit :

Affaires générales	42 affaires.
Radiologues	51
Correspondance	20
Modifications, lois et décrets	7
Appels du ministre	28
» préfets	247
» docteurs	105
» pharmaciens	17
» bénéficiaires et hôpitaux	142
» incidents et tierce opposition	8
Jugements premier ressort ou retour devant la Commission départementale	58
Questions soumises par le ministre	70
Circulaire du 27 juin 1923 (bienveillance)	102

(1) Il a été expédié 6.232 lettres ou notes.

(2) On remarquera que le nombre des *affaires étudiées* est supérieur à celui des *dossiers liquidés* définitivement. Cela tient à ce qu'une partie des dossiers qui ont fait l'objet d'une mesure de bienveillance ont dû préalablement être jugés dans la forme ordinaire par la Commission supérieure, ou que quelques-uns de ces mêmes dossiers contiennent deux ou plusieurs appels également valables, etc.

Dossiers passés, mais remis en vertu d'un jugement pour enquêtes, renseignements complémentaires, etc.	168
Total	1067 affaires.

La Commission supérieure a délibéré *définitivement* 828 *fois* (voir note n° 1), ce qui donne le chiffre 16, *comme moyenne par séance.*

Note n° 1.

La Commission supérieure a délibéré 828 fois définitivement sur les cas ci-dessous :

Radiologues	51
Appels ministre	28
Appels préfets	247
Appels docteurs	105
Appels pharmaciens	17
Appels bénéficiaires	142
Incidents et tierce opposition	8
Premier ressort ou retour devant la Commission départementale	58
Questions soumises	70
Circulaire du 27 juin (bienveillance)	102
Total	828

CORRESPONDANCE

2672. — Pour le règlement rapide des notes d'honoraires d'accidents du travail.

J'ai lu dans le *Concours médical* du 25, reçu ce jour, la lettre de M. Cocral, inspecteur général de la Caisse syndicale d'assurance mutuelle et caisse mutuelle accidents des agriculteurs de France...

Je me permettrai, en qualité de vieil abonné du *Concours*, tout en approuvant ses desiderata, de faire remarquer que, si le retard d'envoi des notes aux Cies d'assurances, imputé aux médecins, peut être cause de conflits et d'ennuis pour les compagnies, ces dernières mettent bien peu d'empressement à règler les honoraires aux médecins, alors même qu'ils adressent leurs notes au moment où finissent les soins donnés aux sinistrés.

Exemple : depuis 1909, époque à laquelle j'ai commencé à exercer ma spécialité, j'ai pris l'habitude d'envoyer mes notes d'honoraires, soit avec la radiographie du blessé, c'est-à-dire 2 jours après cet acte médical, soit aussitôt que les séances d'électrothérapie étaient terminées. Or, voici ce que je constate ces temps derniers.

Radiographie de note envoyée le 21 juillet 24 ; (l'encaisseur s'est présenté plusieurs fois, non encore règlée).

Rad. et note envoyée à la Cie le 11 octobre 24, pas encore règlée.

Radio et note envoyée le 12 fév. 25, *id.*

Soins électrothérapiques terminés le 24 mai 25, note envoyée le 26, *id.*

Rad. et note envoyée le 4 mars, *id.*

Rad. et note envoyée le 17 mars, *id.*

Rad. et note envoyée le 27 mars, *id.*

Et aucune discussion n'est possible, autorisation des Cies. Les agents locaux prétendent que c'est Paris qui ne règle point, cela nous coûte des frais d'encaisseurs considérables et j'ai pourtant un compte de chèques postaux mentionné sur mes notes d'honoraires. Aucune compagnie ne s'en sert. Certains employés d'assurances apportent un mauvais vouloir certain à effectuer les règlements.

Je ne crois pas qu'il soit possible de s'entendre avec eux, ou bien il faudrait que ce soit Paris ou le siège social de la Cie qui règle directement le médecin, sans l'intermédiaire des agences locales, souvent tenues par de pauvres diables qui vivent de l'argent que leur envoie Paris et font attendre indéfiniment médecins et pharmaciens.

J'ai fait ce que demande votre correspondant et je continue à le faire et je vois des notes impayées (et non discutées), traînant depuis un an. Le règlement, aussitôt la note reçue, directement par le siège social et par chèque postal ou autre mode rapide, me semble plus intéressant.

Si vous voulez soumettre cette solution à votre correspondant, qu'on l'étudie ensemble, assureurs et médecins, on pourra peut-être arriver à s'entendre, mais l'interposition d'agents locaux, pour les règlements, bien entendu, est chose tout à fait lamentable.

Dr Roger LABEAU,
Radiologiste (Bordeaux).

Réponse.

Combien n'ai-je pas tort de demander que s'établissent des conversations entre le corps médical et les différentes collectivités, qui s'interposent entre le malade et son docteur ?

Notre confrère a raison, parce que, maintes fois, le « Sou Médical » a dû conseiller quelques-uns de ses adhérents, pour retard dans le paiement.

On adresse une note d'honoraires à une assurance : des mois s'écoulent, pendant lesquels on n'a aucune nouvelle.

La prescription d'un an approchant, nous sommes parfois contraints de conseiller à notre confrère de citer en justice de paix le chef d'entreprise, responsable des honoraires médicaux, pour pouvoir interrompre la prescription.

S'agit-il de négligence de la part des services centraux de l'assurance ? Se trouve-t-on plutôt en présence d'un de ces agents locaux, qui, parfois, font beaucoup de tort à la compagnie qu'ils représentent, à cause de leur intransi-

(*Voir la suite page XLVII*-2683)

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

15 NOVEMBRE 1925

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiennent aujourd'hui **DIMANCHE 15 NOVEMBRE 1925**, dans l'ordre suivant :

Chez Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle :

I. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

II. — *A quatre heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

III. — *A cinq heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

IV. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — (Souscription 40 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes)

MENU

Crème Homardine. Potage St-Germain
Suprême de Barbue Miromesnil
Selle d'agneau Judic
Faisans bardés sur croustades
Salade Lorette
Fonds d'artichauts Chateaubriand
Cèpes à la Bordelaise

Fromage
Glace Comtesse Marie

Feuillantines
Fours glacés
Corbeilles de Fruits

VINS

Chablis en carafe
Beaujolais
Pomard Hospices
Champagne Piper Heidsiech
Café. Liqueurs

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE — PROGRAMME

1) *Sérénade.* — Widor

Sextuor de l'Orchestre Médical : Mmes Creton, 1er Prix du Conservatoire, violon solo de l'Orchestre Médical ; Daperon, alto solo de l'O. M. ; MM. Didsbury, violon de l'O. M. ; Boucherie, lauréat du Conservatoire, violoncelle solo de l'O. M. ; Bertrand, flutiste de l'O. M. ; sous la direction de M. L. Destouches (piano), secrétaire général de l'O. M.

2) *Paillasse* (Prologue). — Léocavallo

M. Willy Tubiana, de l'Opéra-Comique.

3) *Berceuse.* — G. Fauré.
Mazurka. — Wienawski

Mme Creton, 1er Prix du Conservatoire.

4) *Stances à Ninon.* — A. de Musset
Le Sous-Préfet aux Champs. — A. Daudet

Mlle Jacqueline Fernet de l'Ambigu.

5) *Elégie.* — Massenet.
La Fileuse. — Dunkler.

Dr Boucherie, lauréat du Conservatoire.

6) *Poésies.*

M. Ledoux, de la Comédie Française.

7) *Gismonda.* — Février
Mélodies. — XXX

Mme Barthé, de l'Opéra.

8) *Campana a Sera.* — Billi

Sextuor de l'O. M.

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

PROPOS DU JOUR

Ce que deviendra l'exercice de la médecine si les Syndicats médicaux ne peuvent s'entendre et imposer des contrats aux Caisses d'assurance contre la maladie. Un incident en Lorraine qui constitue un sérieux avertissement.

La loi sur les assurances sociales, instituant l'assurance-maladie obligatoire en France, sera votée vraisemblablement avant peu et sera votée par tous les partis du Parlement. Elle sera appliquée avec plus ou moins de facilité, car pourquoi cette loi, qui fonctionne depuis bien des années dans un nombre très notable de pays civilisés, ne pourrait-elle pas fonctionner en France ? Elle amènera un trouble profond dans l'exercice de la profession médicale, ceci personne ne songe à le contester. Un grand nombre de médecins praticiens souffriront pendant la période transitoire qui suivra la promulgation de la loi, ceci ne paraît guère douteux. Ce ne sera qu'après une période plus ou moins longue que les médecins praticiens s'adapteront à l'application de la loi et que les Caisses d'assurance-maladie, bon gré mal gré, arriveront à donner dans la mesure du possible satisfaction aux réclamations des médecins dans ce qu'elles auront de légitime. L'expérience nous a démontré qu'il en est toujours ainsi dans l'application des lois sociales : la loi sur l'assistance médicale gratuite, la loi sur les accidents du travail, l'article 64 de la loi des pensions n'ont pas pu du jour au lendemain être appliqués. Il y a eu des heurts, des tâtonnements et ce n'est qu'après plusieurs années qu'elles ont pu donner leur plein effet. Il en sera de même pour la loi des assurances sociales, quelle que soit sa rédaction, bonne ou mauvaise pour le Corps médical. Mais son application sera difficile au moins durant quelques années. L'on pourrait nous objecter qu'après la loi de la Mutualité, les Sociétés de secours mutuels n'ont jamais pu vraiment s'adapter aux exigences légitimes des médecins praticiens. Sauf des exceptions locales assez rares, cela est exect. Mais la Mutualité française est en grande partie une Mutualité de façade, un simple décor en carton qui en impose de loin et qui de près est inexistant. Elle promet beaucoup et ne peut rien donner ou à peu près. Si elle avait rempli sérieusement son rôle, tout son rôle, il n'aurait pas été question des assurances sociales. Les Caisses d'assurance-maladie différeront des Sociétés de secours mutuels en ce qu'étant obligatoires et réglementées par l'Etat, elles disposeront de ressources suffisantes et régulières ; ce qui n'est pas le cas pour la Mutualité.

Les médecins praticiens, avons-nous dit, souffriront pendant la période d'application, et ils souffriront plus ou moins dans la mesure de l'énergie ou de la faiblesse dont feront preuve leurs Syndicats pour les défendre, pour traiter avec les caisses et au besoin pour leur imposer des contrats collectifs. Sans ces contrats, le médecin isolé, même pourvu d'un contrat individuel, sera perdu, il deviendra l'homme-lige de la Caisse, le serf taillable et corvéable à merci.

Nous avons sous les yeux tout un dossier de documents ayant trait à une triste affaire dont est victime un de nos confrères de Lorraine.

Ces documents, en somme d'ordre assez banal, démontrent comment le médecin d'une Caisse peut être traité quand il a seul signé un contrat individuel.

Le Dr X., sinistré de guerre, une fois démobilisé, chercha le moyen de gagner sa vie. Il crut l'avoir trouvé en s'établissant en Lorraine désannexée et en devenant le médecin de la Caisse-maladie d'une importante exploitation industrielle. Cette Caisse lui fournissait la plus grande part de ses ressources et, sans elle, il lui était impossible de subvenir aux dépenses de sa famille, composée de sa femme et de quatre enfants en bas âge.

Comment le Dr X. fut-il entraîné à faire de la politique ? Nous ne saurions le dire. En tous cas, il eut le grand tort de mettre en échec aux élections municipales le directeur de l'usine dont il était l'employé médical. Evidemment, il avait eu tort, mais il croyait que la loi française autorisait tous les citoyens, jouissant de leurs droits civils, de briguer des fonctions électives.

Le malheureux médecin avait signé, sans doute contraint par la nécessité, un contrat annuel avec la Caisse maladie de l'usine, contrat qui pouvait être résilié avec un préavis de trois mois. Le règlement et l'organisation de la Caisse le mettaient à la merci du Directeur.

La Caisse est, en effet, dirigée et administrée par un conseil de cinq membres, composé du directeur (ou de son représentant), qui dispose de

deux voix et de quatre délégués des ouvriers, élus par une sorte de scrutin à deux degrés, qui disposent chacun d'une voix.

Il semble au premier abord que les délégués ouvriers forment la majorité. Mais la pression de la Direction dans l'élection des délégués ouvriers, la voix prépondérante du directeur, en cas de partage des voix, rendent cette majorité illusoire. D'ailleurs, il est rare que le Conseil ne se plie pas à la volonté directoriale ; l'opposition serait dangereuse pour les délégués.

S'il faut en croire les renseignements que nous avons reçus, le médecin n'a qu'à obéir aux ordres qu'il reçoit. On lui a fait savoir qu'il devait économiser sur les médicaments, que les radiographies n'étaient pas nécessaires, que l'achat d'un sphygmomanomètre pour examiner les ouvriers de tous âges qu'on embauche dans une usine où peuvent survenir des accidents dangereux, était une dépense superflue. Le médecin a fait de timides objections, mais il a dû s'incliner devant le *sic volo, sic jubeo* directorial.

Bien que, depuis six ans , le Dr X. se fût plié aux exigences de la direction de la Caisse, cette dernière ne le trouvait pas assez souple, surtout depuis qu'il jouait avec succès un rôle politique dans la région. En résiliant le contrat, l'on savait qu'il ne pourrait plus vivre dans le pays et devrait le quitter. Il était donc très facile de se débarrasser de cet adversaire politique. Le contrat fut résilié. On négligea de donner des motifs, d'ailleurs les termes du contrat ne l'exigeaient pas et l'on fit même preuve de grandeur d'âme puisqu'on avertit le Dr X. *six mois* à l'avance, alors que les conventions signées n'exigeaient que trois mois de préavis.

A un âge où il est difficile, surtout à l'heure actuelle, de se faire une nouvelle situation, avec une femme malade et quatre jeunes enfants, le Dr X., se trouvait vraiment dans une situation critique, mais pourquoi diable avait-il signé pareil contrat, pourquoi ne s'était-il pas toujours incliné devant les exigences patronales ? pourquoi avait-il osé faire figurer son nom dans une liste électorale opposée à son directeur ? pourquoi surtout l'avait-il fait échouer ?

Il devait expier ces lourdes fautes, car ce sont là des fautes qui ne se pardonnent guère.

Le Syndicat médical de l'arrondissement, navré de la situation douloureuse de ce confrère et de sa famille, voulut s'interposer et proposa un arbitrage. L'on répondit courtoisement au Syndicat que son intervention était considérée comme indésirable, que le contrat signé par la caisse avec le Dr X. était respecté, que, par conséquent, il ne fallait pas insister. Shylock avait droit à sa livre de chair.

Le Syndicat voulut faire intervenir le Groupement fédéral des Syndicats médicaux de la région. Ce dernier groupement demanda des explications au Conseil d'Administration de la Société dont dépend l'usine.

Il lui fut, toujours très courtoisement répondu que d'abord la Caisse-maladie s'administrait elle-même et que l'on ne pouvait s'ingérer dans ses affaires, qu'en outre le contrat du médecin avait été résilié par le Conseil de la Caisse à l'unanimité des voix.

Les motifs, bien qu'on n'ait pas eu à en donner, étaient que les ouvriers et leur famille n'avaient plus confiance dans leur médecin et qu'on ne pouvait leur imposer cette confiance ; qu'il était difficile de dire pourquoi, après six ans, et malgré ses succès électoraux, le médecin X, avait perdu la confiance de ses malades ; les raisons reposaient sur des faits imprécis et des impondérables (*sic*), mais n'en existaient pas moins. En somme, c'était une fin de non-recevoir.

Voilà comment après six ans, une caisse-maladie, appliquant strictement un contrat individuel, exécute un malheureux médecin et condamne une famille à la misère. Nous souhaitons que le remords ne tenaille pas trop la conscience légère de l'auteur responsable de cette décision cruelle.

Le Syndicat médical a fait et fait le possible pour défendre notre confrère, il prie d'avertir le Corps médical du danger que courrait tout médecin qui viendrait prendre la place de la malheureuse victime. Hélas ! le successeur était sans doute désigné d'avance et, sur les 25 ou 26.000 médecins français, n'y en-t-il pas quelques centaines qui, aiguillonnés par la misère, sont prêts à accepter toutes les besognes et à signer tous les contrats ?

Cette histoire, banale en somme, qui s'est déjà produite hier et se reproduira demain, est un exemple à l'heure actuelle. Le médecin isolé, celui qui signe un contrat individuel, est à la merci de celui qui l'emploie, et que serait-ce demain quand nous serons dotés des assurances sociales, s'il n'y avait pas de syndicats médicaux, ni de contrats collectifs ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'OUABAINE CHEZ LES RÉNAUX

Par Léon GIROUX,

Ancien chef de clinique à la Faculté.

L'ouabaïne Arnaud en injection intra-veineuse est la médication la plus énergique et la plus rapide dans son action dont nous disposons à l'heure actuelle pour lutter contre l'insuffisance cardiaque. Dans l'intérêt du malade il est donc indispensable que le médecin sache dans quelles conditions il peut y recourir avec une complète sécurité. Vaquez et Lutembacher, après avoir montré les remarquables propriétés de l'ouabaïne et les grands services qu'elle était susceptible de rendre, en déconseillaient cependant l'emploi chez les sujets atteints d'endocardite infectieuse ; de cachexie cardiaque avancée ou d'une grave lésion des reins. Si la première de ces contre-indications n'est pas discutable en raison des embolies qui sont à redouter, par contre l'expérience a montré que les lésions du rein ne sauraient s'opposer à l'emploi de l'ouabaïne quand l'état du cœur est justiciable de cette médication.

En effet, les observations qui ont suivi les remarquables travaux de Vaquez ont démontré qu'en procédant avec prudence, on pouvait sans danger utiliser l'ouabaïne en injection intraveineuse chez des sujets dont la fonction rénale était gravement compromise et obtenir de ce traitement les meilleurs effets. Personnellement nous avons eu souvent recours à l'ouabaïne chez des sujets atteints de néphrite chronique hypertensive et arrivés à la période d'insuffisance cardiaque. Dans aucun cas nous n'avons constaté le moindre incident et cependant, comme le montre l'observation suivante, brièvement résumée, il s'agissait parfois d'une atteinte rénale particulièrement grave.

L'histoire du malade auquel nous faisons allusion et que nous suivons depuis trois ans, présente deux périodes, la première qui se prolonge pendant deux années et pendant laquelle nous constatons sans qu'il existât le moindre trouble fonctionnel une forte hypertension maxima et minima (25-13) accompagnée d'une légère albuminurie et d'une faible azotémie ; la seconde qui débute en octobre dernier et coïncide avec une poussée rénale subaiguë. L'analyse des urines pratiquée à cette époque décèle dans l'urine une forte albuminurie atteignant plus de deux grammes par litre et dans le sédiment urinaire des cylindres épithéliaux et granuleux et des hématies. Cette albuminurie se maintient depuis lors à un chiffre élevé et sans grandes variations, par contre l'azotémie s'est élevée en six mois de 0 gr. 60 à 2 gr. 70 par litre de sérum. A ces symptômes d'ordre rénal s'associent bientôt de graves accidents d'insuffisance cardiaque. A plusieurs reprises surviennent des crises dramatiques d'œdème aigu du poumon auxquelles succède un état de dilatation cardiaque permanente accompagné d'œdème généralisé et, comme c'est la règle, d'amélioration des troubles fonctionnels.

Les saignées copieuses pratiquées en temps opportun eurent vite raison des accidents aigus d'œdème pulmonaire. Mais la répétition des accidents ne permettait pas d'y recourir indéfiniment sous peine d'affaiblir et d'anémier le malade. Dans ces circonstances particulièrement douloureuses, la digitale, peu indiquée et d'ailleurs inefficace, n'était plus d'aucun secours, aussi pour apporter quelque soulagement au malade nous avons eu recours malgré l'état du rein aux injections intra-veineuses d'ouabaïne. Cette médication, longtemps prolongée, fut suivie d'une amélioration rapide et durable et n'entraîna aucun incident fâcheux. Du 25 mai au 1er août nous avons injecté la valeur de 12 milligrammes d'ouabaïne ce qui correspond à 48 piqûres de 1/4 de milligramme, dose quotidienne généralement recommandée dans le traitement de l'insuffisance ventriculaire gauche. Les injections furent pratiquées au début à la dose de 1/6 de milligramme chaque jour le matin ; ensuite nous pratiquions deux injections, l'une le matin et l'autre le soir et parfois pendant 12 jours consécutifs. Les périodes de repos intercalaire étaient très courtes, de telle sorte que pendant les moins de juin et de juillet le malade demeurait la plupart du temps sous l'influence de l'ouabaïne. Chaque reprise de cette médication fut toujours suivie d'une amélioration des troubles fonctionnels ; chaque fois la dyspnée disparut ou s'atténua et le malade soulagé de ses souffrances put retrouver le sommeil.

Cette observation, intéressante à beaucoup d'autres points de vue et sur lesquels nous re-

viendrons, nous paraît donc particulièrement démonstrative en ce qui concerne les indications de l'ouabaïne chez les sujets atteints de néphrite chronique ; elle montre que cette drogue peut être employée à des doses relativement élevées et pendant longtemps au cours des scléroses rénales les plus graves, sans que son effet s'épuise et sans qu'il en résulte un danger quelconque. Ces faits sont importants à retenir ; car dans la pratique l'insuffisance cardiaque est souvent associée à une atteinte plus ou moins grave du rein.

Le médecin, en présence d'un cardio-rénal en état d'insuffisance cardiaque, ne devra donc pas hésiter à recourir aux injections intra-veineuses d'ouabaïne sans se préoccuper de l'état du rein, il perdrait un temps précieux et prolongerait inutilement les souffrances du malade en s'attardant à administrer ce médicament par la voie buccale, car par ingestion dans les circonstances que nous envisageons, l'ouabaïne même à doses élevées est inefficace et souvent mal tolérée. Le traitement sera conduit avec prudence : on commencera par une dose de 1 /6e de milligramme qui sera injectée lentement, puis on pratiquera deux injections dans la journée. Ce traitement sera maintenu pendant une durée variable suivant les circonstances mais, qui d'après notre expérience peut être relativement prolongée. Bien surveillé, il donne toute sécurité car l'ouabaïne est un produit qui s'élimine rapidement et ne comporte aucun danger d'accumulation. Le seul point important à retenir dans la pratique, c'est la nécessité absolue de pousser l'injection dans la veine, car dans le cas contraire le malade éprouve de cruelles douleurs qui peuvent persister pendant plusieurs heures. Avec un peu de prudence et d'attention le médecin pourra généralement obvier à cet inconvénient et une telle éventualité ne saurait le faire renoncer à une médication dont il retirera de grandes satisfactions et le malade un profond soulagement.

CONTRIBUTION AU PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE (1)

Par le Docteur Albert VAUDREMER,

Maître de Conférences aux Hautes-Etudes.

VI

Le cycle évolutif du bacille de Koch.

C. **Filtration des cultures.**

Certains éléments de ces cultures traversent le filtre Chamberland L. [3].

Dans les liquides filtrés, mis à l'étuve à 38°, on trouve, au bout de quarante-huit heures, des éléments ramifiés, pareils à ceux contenus dans le liquide avant sa filtration. Les réensemencements successifs de ces éléments dans le bouillon de pomme de terre redonnent naissance à des éléments pareils. Un mois environ après l'ensemencement, on constate, dans les préparations, la présence de formes bacillaires nouvellement formées. Ces formes présentent des granules et sont ramifiées. On les trouve le plus souvent rassemblées en amas. Elles sont bien colorées par le violet de gentiane, ne prennent pas le Gram, et ne sont plus acido-résistantes. Les contrôles montrent qu'il ne s'agit pas là d'impuretés. Morphologiquement, ces formes sont semblables à celles décrites par Nocard et Roux, puis par Metchnikoff, en 1888. Au cours de nos recherches, nous les avons retrouvées dans les vieilles cultures sur gélose sans glycérine, dans les cultures en bouillon de pomme de terre, avant filtration, et dans les cultures, en même milieu, après filtration.

Ce sont elles que Metchnikoff a considérées comme des formes involutives du bacille de Koch et qui lui ont permis de ranger celui-ci dans la classe des Sclerotrix (variété Kochii).

ACTION DES CULTURES FILTRÉES SUR LES ANIMAUX. — Les cultures involuées obtenues après filtration produisent des indurations locales *quand elles sont* inoculées sous la peau du cobaye. Ces indurations se développant en huit jours environ et disparaissent en trois semaines ; elles ne déterminent pas de tuberculose généralisée chez l'animal.

L'*inoculation intraveineuse* détermine chez le cobaye une polyadénite tardive généralisée et, exceptionnellement, des périarthrites conjonctives. Ces lésions rappellent la micro-polyadénite des enfants et le syndrome de Poncet.

Parfois, trois ou quatre mois après l'infection, on trouve chez quelques -uns des animaux d'expérience un ganglion inguinal ou sous-maxillaire. en voie de ramollissement. L'ensemencement du pus *caséeux* renfermé dans ce ganglion, fait sur Petroff ou sur pomme de terre glycérinée, donne naissance à des cultures discrètes qui se développent en six semaines ou deux mois.

Ces cultures sont formées de granules libres ou disposées en chaînettes à trois ou quatre éléments. *Ces granules sont acido-résistants.* Ils semblent être séparés en deux demi-cercles par un axe interpolaire : après une longue série de repi-

(1) V. *Concours médical*, n° 5. 13, 21, 27, 33, 40 et 44 de 1925.

quages sur Petroff ou sur pomme de terre glycérinée, ils récupèrent quelquefois la forme du bacile de Koch acido-résistant habituel. Quand on connaît les formes granulaires que nous venons de décrire, on s'aperçoit qu'elles ne sont pas rares dans les crachats des vieux tuberculeux pulmonaires fibreux. Ces formes granulaires nous semblent être le premier stade du retour à la forme bacillaire acido-résistante, nous n'avons jamais pu l'obtenir en partant d'une culture très involuée sans passer par l'animal.

Les éléments granulaires ayant récupéré l'acido-résistance à la suite d'un premier passage par l'animal déterminent une escarre rapide, quand ils sont injectés sous la peau du cobaye, mais cette escarre, qui apparaît en quarante-huit heures et disparaît en six semaines environ, ne tuberculise pas l'animal. En revanche, ces éléments tuent parfois les cobayes, quand ils sont injectés par la voie intraveineuse. Sur dix animaux inoculés nous en perdions cinq ou six dans les huit jours qui suivaient l'injection. Les animaux survivants présentaient, deux mois plus tard, une forme de résistance très particulière à l'infection. Dans ce cas, en effet, l'inoculation d'une dose massive de bacilles tuberculeux humains virulents détermine, au point où elle est faite un nodule qui n'apparaît que trois ou quatre semaines plus tard. Ce nodule grossit lentement, se ramollit, se vide et disparaît sans ulcérer la peau et sans déterminer le chancre d'inoculation habituel chez le cobaye. Les témoins, eux, présentent le plus souvent un chancre d'inoculation grand comme une pièce d'un franc. D'ailleurs, la résistance locale dont il est question ne confère au cobaye traité aucune immunité générale. Cette résistance est obtenue après une seule injection intraveineuse.

Les faits que nous venons d'exposer et, en particulier, la filtrabilité du B. K. ont été contestés bien qu'exacts. Ils ne le sont plus depuis que le professeur Bezançon les a vérifiés avec Hauduroy et moi dans son laboratoire et que Valtis les a revus partiellement, à son tour, dans le laboratoire de Calmette.

Cependant, il restait à savoir si les éléments filtrables du B. K. pouvaient reproduire la tuberculose expérimentale chronique en série. La possibilité de cette transmission a été démontrée par Durand et moi ; aujourd'hui, il est hors de doute que les éléments filtrables du bacille tuberculeux, agents de conservation et de reproduction de celui-ci, peuvent être virulents.

Ils peuvent être aussi toxiques : le pouvoir toxique nous a été démontré, au cours d'expériences faites avec Hauduroy. Sur quarante cobayes inoculés sous la peau avec un centimètre cube de cultures filtrées, 27 sont morts entre trois et huit jours. Ces cultures, à l'étuve à 38° depuis quinze jours, provenaient de dix souches différentes dont le pouvoir toxique nous est apparu très différent.

La toxicité de ces cultures filtrées a disparu après un chauffage d'une demi-heure à 56°. Vingt cobayes inoculés sous la peau à trois reprises différentes avec un centimètre cube de cultures filtrées et chauffées ont tous résisté après avoir présenté un amaigrissement passager.

Quels sont donc les éléments virulents et toxiques filtrables. Ce sont sans aucun doute les éléments granulaires, que nous avons toujours trouvés dans les cultures faites sur les milieux variés dont il vient d'être parlé. Les expériences qui vont suivre confirmeront encore l'existence constante de ces éléments.

D. Cultures en anaérobiose relative.

Avec Hauduroy, nous avons ensemencé dans du bouillon Martin ou du bouillon de pomme de terre sans glycérine deux souches de bacilles tuberculeux humains. Les ensemencements étaient prélevés sur un voile développé en bouillon glycériné vieux de trois semaines.

Nous avons fait en sorte de déposer une partie de l'ensemencement à la surface du bouillon et d'entraîner le reste dans le fond des tubes à essai que nous employions pour ces expériences.

La surface du liquide ensemencé a été ensuite recouverte d'une couche de vaseline liquide stérile, haute de quatre centimètres. La priorité de cette expérience ne nous appartient pas : Bezançon et Philibert, les premiers, l'ont faite il y a 20 ans.

Après quinze jours d'étuve à 38°, nous avons vu un voile étendu sur toute la surface du liquide et un développement en bourgeon au fond du tube.

Les examens microscopiques ont montré que les bacilles étaient d'aspect différent selon qu'ils provenaient des cultures en surface ou de celles en profondeur.

Certains bacilles venant de la profondeur étaient encore franchement acido-résistants. D'autres indifféremment cyanophiles ou gentianophiles, se coloraient bien au Gram.

Les bacilles prélevés à la surface étaient beaucoup plus longs que ceux poussés en profondeur. Leur acido-résistance était limitée à quelques granules disséminés sur leur longueur. Mais que ces bacilles aient été prélevés dans le fond ou à la surface des cultures, on remarquait que le champ des préparations était couvert de ces mêmes formes granulaires ; celles-ci dépourvues d'acido-résistance.

Autour de certains amas bacillaires des cultures de surface, on voyait les beaux réseaux radiés ou plissés, cyanophiles, de Bezançon et Philibert. Nous en avons fait reproduire des exemplaires caractéristiques que nous joindrons à ce travail.

On voit donc que, quel que soit le procédé de culture employé, à condition toutefois que le milieu soit pauvre en matière grasse, le bacille tuberculeux suit une marche involutive toujours la même. Perte rapide de l'acido-résistance, gigantisme, polymorphisme et transformation en formes granulaires, filtrables, dans les cultures en profondeur.

Perte d'acido-résistance moins rapide et moins complète, gigantisme moins accentué et plus tardif, transformation granulaire et apparition de la substance cyanophile dans les cultures en surface.

E. **Etudes sur le pus des abcès froids tuberculeux fermés.**

Le polymorphisme du B. K. et la présence constante des granules dans toutes nos expériences nous ont entraîné à rechercher si, dans les tuberculoses humaines, nous ne trouverions pas des aspects semblables.

Nous avons déjà signalé leur présence dans les expectorations des vieux bacillaires chroniques. Dans ces expectorations, on trouve parfois des amas de granules ayant une couleur, non plus rubis, mais grenat. Celle-ci correspond à une acido-résistance diminuée, mais réelle. Les granules ont cet aspect particulier que nous avons signalé dans les éléments d'acido-résistants provenant du pus d'abcès froid, développé chez certains de nos cobayes infectés avec de vieilles cultures filtrées.

Nous les avons aussi trouvés à l'exclusion de tout bacille acido-résistant dans les crachats d'une jeune fille atteinte de pleuro-pneumonie apyrétique et qui a guéri. La nature tuberculeuse de cette poussée a été révélée par l'inoculation au cobaye qui n'a présenté sa lésion initiale que six semaines après l'infection.

Il s'agissait donc dans les deux cas d'une infection de virulence très faible.

Il y avait là une analogie clinique avec les lésions tuberculeuses chirurgicales qui nous a conduit à étudier celles-ci.

Nous avons commencé ces recherches le 5 mars 1924 chez le professeur Gosset, sur le pus de quatre abcès froids. Ceux-ci étaient fermés, Cette condition est la seule qui mette à l'abri des multiples associations microbiennes.

A l'examen direct de ces pus, reconnus tuberculeux par inoculation au cobaye, on ne trouvait en moyenne que deux bacilles tuberculeux dans cent champs.

Cette rareté du bacille tuberculeux dans le pus des abcès froids est, d'ailleurs, bien connue.

En dehors de ces très rares bacilles on voyait sur les préparations des myriades de granules colorés par la méthode de Gram, et identiques aux granules rencontrés dans les cultures en bouillon de pomme de terre, mais, pas de formes microbiennes.

Ces pus d'abcès ont été ensemencés, dans notre bouillon de pomme de terre, et sur gélose au même bouillon. Après cinq jours d'étuve à 37°, rien de particulier n'était apparu sur la gélose que recouvrait l'enduit crémeux du pus ensemencé. Celui-ci, ayant coulé au fond du tube de culture, avait rendu opalescent le liquide issu de la gélose. Les tubes de bouillon étaient restés clairs.

Cependant, dans les prélèvements faits en trois points différents nous vîmes des bacilles polymorphes dénués d'acido-résistance, médiocrement colorables au bleu de méthylène, bien colorés par le Ziehl à froid ou le violet de gentiane et prenant le Gram. Parmi ces formes, certaines étaient en calebasse, d'autres en granules isolés, d'autres en *gros bacilles granuleux, d'autres en* massue.

Dans un cas, nous avons rencontré une forme en streptotrix. Dans un autre des bacilles courts disposés en barreaux d'échelle.

Tous ces éléments pouvaient être des impuretés ; pour le savoir, nous les avons repiquées d'abord sur les mêmes milieux solides et dans le même bouillon. Puis sur gélose-bouillon de pomme de terre additionné de 2 % de glucose ou de 2 % de glycérine. Nous les avons en outre repiqués sur Dorset-Pétroff et pomme de terre glycérinée.

Les ensemencements sur gélose simple ont mal poussé, et plus on s'éloigne de la souche initiale, plus la culture est grêle ; au cinquième repiquage, on ne voit plus de colonies que dans le fond du tube au voisinage de l'eau de composition du milieu.

Sur les milieux glucosés ou glycérinés, sur le milieu de Dorset et sur Petroff, les formes géantes étaient rares après quatre jours, elles étaient remplacées par de fins granules, soit isolés, soit rassemblés en amas, soit disposés en chapelet.

Tous ces éléments colorables au bleu, au violet et au gram n'étaient pas acido-résistants. Des formes en amas partaient les tractus cyanophiles de Bezançon et de Philibert, que nous avons pu faire reproduire. Dix-huit jours après l'ensemencement, on a pu voir apparaître l'évolution vers les formes bacillaires moniliformes avec granules acido-résistants. En même temps s'estompaient les parties cyanophiles. Enfin, trois mois plus tard, nous avons trouvé sur le milieu de Petroff des bacilles acido-résistants typiques.

Quant aux autres formes, elles ont disparu. Si elles avaient été dues à des impuretés, cette disparition n'aurait pas eu lieu.

Dans le bouillon de pommes de terre, nous avons pu faire une autre constatation. Nous nous sommes servi de deux bouillons d'alcainlté différente, l'un était neutre au tournesol ; l'autre l'était à la phénophtaléine. Dans le milieu neutre au tournesol, les formes géantes ont disparu en un mois.

◆◆◆

Passé ce temps, on ne trouvait plus sur ces préparations que des formes granuleuses et des bacilles arborescents granulifères.

Dans le bouillon plus alcalin, les formes géantes ont persisté longtemps dans les quatre repiquages successifs faits sur ce milieu.

Les inoculations pratiquées sous la peau de cobayes avec les premières cultures sur gélose simple n'ont pas déterminé de lésions locales, ni plus tard, de lésions générales. Les inoculations avec les bacilles ayant récupéré l'acido-résistance n'ont pas encore été faites. Ces recherches sont poursuivies actuellement. Elles feront l'objet d'un travail d'ensemble qui paraîtra dans les *Annales de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière*, en 1926.

F. Développement des bacilles tuberculeux en milieux de cultures vivants.

Les recherches sur le pus des tumeurs blanches nous ont montré, en résumé, que le bacille tuberculeux existe dans ces lésions, à un stade de développement qui n'a pas encore été décrit. A ce stade le germe bacillaire peut pousser en milieux artificiels, et passer de la forme granuleuse à la forme bacillaire. Celle-ci par les nombreux granules qu'elle renferme provient, de toute évidence du granule générateur. Nous avons déjà écrit précédemment, que Straus avait admis cette filiation et fait dériver certaines formes bacillaires étudiées par lui de granules isolés, ayant continué à végéter dans de vieilles cultures.

Les constatations expérimentales que l'étude des lésions chirurgicales nous avait permis de faire, nous amenèrent à reprendre une étude que nous avions faite quinze ans auparavant sur la vie symbiotique des bacilles tuberculeux avec certaines moisissures.

Dans un travail publié en 1910 dans les *Annales* de l'Institut Pasteur, nous avions montré, en effet, que le bacille tuberculeux donne des cultures extrêmement abondantes quand on l'ensemence sur un voile d'Arspergillus Fumigatus, cultivé sur liquide de Raulin :

Inversement l'Aspergillus Fumigatus pousse très bien quand on l'ensemence sur du liquide de Raulin additionné de tuberculine. Ces études anciennes n'ont pas d'autre intérêt, ici, que celui de préparer à la compréhension de ce qui suivra. Il nous suffira de dire que dans ces conditions la tuberculine est en grande partie détruite par l'Aspergillus.

Partant de ces faits nous avions supposé que les bacilles tuberculeux perdaient leur tuberculine après une macération plus ou moins prolongée dans le liquide de Raulin ayant servi à cultiver l'Aspergillus Fumigatus. D'autre part, il nous avait paru que la disparition de la tuberculine devait être liée à la présence des nombreuses diastases élaborées par l'Aspergillus pendant son développement. C'est dans ce but que nous évitâmes de chauffer le milieu de culture aspergillaire, nous contentant de le stériliser par filtration sur bougie Chamberland L^3.

Il s'agit donc bien ici d'un milieu vivant, non chauffé et non d'un milieu stérilisé par la chaleur que nous appellerons un milieu mort.

C'est dans ce milieu filtré que des bacilles tuberculeux humains, bovins et equins furent mis à macérer pendant un mois à la température de 38°.

Pendant les premiers jours de macération, le liquide demeura clair, mais au bout de huit à dix jours, il devint trouble, puis s'éclaircit à nouveau.

Au bout d'un mois, l'opération fut arrêtée. On décanta le liquide de macération ; les bacilles restant dans le fond du flacon en macération furent asséchés entre cinq doubles de papier buvard et pesés. Leur poids, alors, fut reconnu inférieur des 3/4 environ à celui calculé avant la mise en macération des cultures originelles. Les préparations microscopiques montrèrent de nombreux bacilles et des granules isolés dépourvus d'acido-résistance ; et aussi quelques amas de fins bacilles granuleux encore acido et alcoolo-résistants. Nous n'entreprendrons pas ici de décrire en détail les essais bactériothérapiques faits chez le cobaye avec ces bacilles ainsi traités puis émulsionnés dans l'eau physiologique et tués par la chaleur. Nous rappellerons seulement une de nos communications à la Société de Biologie dans laquelle nous avons montré que le lapin pouvait supporter des doses massives de ces bacilles même non chauffés et injectés dans les méninges. Parfois les animaux d'expérience présentaient des signes de méningite larvée avec paraplégie et paralysie des sphincter anaux et vésicaux. Les accidents une fois guéris, l'animal résistait à des injections intra-méningées de bacilles tuberculeux virulents.

Nous vîmes, ensuite, chez le cobaye, que les animaux traités survivaient cinq, six mois et parfois un an aux témoins, même quand le traitement avait été commencé un mois après l'infection.

Ce traitement consistait en une instillation intradermique de cinq gouttes d'émulsion bacillaire faite tous les mois et renouvelée quatre fois.

Ces expériences, faites avec les bacilles macérés, furent répétées avec le liquide ayant servi à la macération. Le liquide de macération, filtré, se montra, lui aussi, actif chez le cobaye. Des animaux infectés, présentant déjà le chancre d'inoculation, traités par deux injections sous-cutanées, hebdomadaires, de 1 c. cube de ce liquide filtré ont cicatrisé leurs escarres et survécu parfois, plus d'un an aux témoins.

Nous possédons encore les pièces d'autopsie

de ces animaux qui démontrent l'intérêt de ce procédé thérapeutique sur lequel nous aurons à revenir.

En résumé, dans toutes ces expériences nous avons pensé que le bacille tuberculeux macéré dans l'extrait filtré d'Aspergillus Fumigatus perdait ses éléments acido-résistants et sa tuberculine. Nous avons cru aussi que ce liquide de macération acquérait des propriétés antigènes particulières.

Les faits montrent qu'il en est bien ainsi pour une part.

Mais ce n'est pas tout. Ici nous devons déclarer que nos recherches n'ont pas été complètes. Nous nous faisons un reproche que chacun aurait le droit de nous faire.

Nous aurions dû examiner notre liquide au cours de la macération et surtout, au moment où nous avons vu apparaître le trouble que nous avons signalé, soit vers le huitième jour.

Nous aurions vu alors que ce trouble était dû à l'*éclosion d'une culture extraordinairement abondante et passagère.*

Heureusement, nous n'avons pas procédé aussi scientifiquement ; si nous l'avions fait avant d'avoir étudié les tumeurs blanches, nous aurions pris ces formes pour des impuretés et nous aurions abandonné ces recherches fructueuses.

En réalité le trouble qui apparaît dans le liquide de macération est dû à la naissance de formes en granules absolument semblables aux granules trouvés par nous dans les adénites des cobayes inoculés avec des bacilles filtrés et dont la description a été précédemment faite. Il présente en outre des formes pareilles à celles rencontrées dans le pus de tumeurs blanches.

Dans un échantillon, pourtant, de souche équine, la forme en granule a été remplacée par une forme en streptobacille dont l'évolution curieuse exige une description. Les segments des streptobacilles se sont séparés. Chaque individu nouveau a pris une forme en raquette ou en massue contenant de nombreux granules. Puis le protoplasma enveloppant les granules parut s'amincir, fixant mal les couleurs. Enfin, les granules sont apparus libres et identiques à ceux rencontrés dans les deux autres échantillons étudiés, dont l'un était un bacille humain et l'autre un bacille bovin. Cette forme en streptobacille nous était d'ailleurs connue, nous l'avions en effet rencontrée une fois dans une lésion chirurgicale de notre collection étiquetée : *Villeneuve.*

Ainsi on voit dans ces expériences que sur trois souches de bacilles tuberculeux authentiques, deux : la souche humaine et la souche bovine ont poussé sous le même aspect ; une, la souche équine, a présenté un élément différent des deux autres pour aboutir, en fin de compte, au même point.

Ce détail est troublant. Il soulève un doute dans l'esprit et conduit à la question — sans réponse — *n'y a-t-il qu'un bacille tuberculeux* ?

Nous sommes parmi ceux qui n'ont pas cru à la pluralité des germes de la tuberculose. C'est une raison de plus pour que nous apportions un élément au débat.

Il ne nous est pas permis de donner plus de détails sur le stade du bacille tuberculeux cultivé dans un milieu filtré et encore vivant ayant préalablement servi à la culture de l'Aspergillus Fumigatus. Cette question a fait l'objet d'un mémoire qui paraîtra dans la *Revue annuelle* de M. le professeur Gosset, chez Masson, en janvier 1926 : nous y renvoyons le lecteur qui y trouvera toute une série de déductions pratiques basées sur quatre-vingt-cinq observations illustrées par de nombreuses radiogaphies.

Nous dirons seulement, que les formes bacillaires développées dans le liquide aspergillaire, poussent vite et bien sur la gélose ordinaire. Sur ce milieu, la souche streptobacillaire ressemble beaucoup au bacille Epsilon du professeur Ferran que celui-ci a bien voulu nous confier.

Cette ressemblance a toute la valeur d'un contrôle expérimental réciproque, puisque deux observateurs travaillant l'un en Espagne, l'autre en France, par des voies différentes, arrivent au même but.

Tels sont les différents aspects du bacille tuberculeux qu'une longue accumulation de faits expérimentaux nous a révélés.

Ces aspects correspondent à un cycle évolutif. qui commence au granule et finit au bacille acido-résistant.

Dans ce cycle, seul, le bacille acido-résistant ne peut pousser qu'à une température relativement élevée et son parasitisme est obligatoire. Les autres stades du cycle peuvent apparaître et se développer à la température ambiante, dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placés.

Nous avons indiqué précédemment que cette conception n'était pas absolument nouvelle et nous avons cité les noms des auteurs qui depuis longtemps l'ont soutenue.

Or, tout ce que ces auteurs ont vu, soit dans les expectorations des tuberculeux, soit dans les cultures du bacille de Koch, nous l'avons revu au cours de nos recherches.

Il nous appartient, cependant, d'avoir pu préciser les conditions dans lesquelles la forme des bacilles changeait : comment apparaissait et disparaissait l'acido-résistance : dans quels milieux apparaissaient les formes les plus involuées du bacille : comment parmi ces formes, certaines, finement granulaires, traversaient des filtres serrés ne laissant pas passer le bactérium coli ; comment ces formes filtrées pouvaient redonner naissance à la forme bacillaire typique ;

comment des granules filtrés naissaient la forme géante ramifiée, le sclérothrix de Metchnikoff ; dans quelles conditions ce sclérothrix récupérait la forme bacillaire ; comment cette forme bacillaire *pouvait elle-même reprendre l'acido-résistance par passage à l'animal.*

Nous avons, en outre, décrit les lésions produites par l'inoculation des formes granulaires au cobaye, lésions rappelant la tuberculose ganglionnaire infantile ; nous avons mis en évidence le pouvoir toxique thermolabile des formes granulaires réactivées par passage à l'animal et leurs propriétés immunisantes relatives.

Il nous reste maintenant à étudier les conséquences de ces faits.

(*A suivre.*)

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les calculs après la prostatectomie

D'après une leçon du professeur LEGUEU (1).

Malgré la perfection des résultats de la prostatectomie transvésicale supérieure, il y a cependant un certain nombre de cas — de 6 à 10 pour cent — de troubles consécutifs. La formation de *calculs* est une des éventualités possibles.Nous avons vu, il y a quelques jours, par exemple, un malade opéré de la prostatectomie, il y a cinq ans, ayant conservé à la suite de cette intervention des *urines troubles*, des *douleurs*, etc. L'exploration radiographique décelait un gros *calcul vésical* d'environ 3 cm. de diamètre, ce qui est beaucoup pour la lithotritie, quand les calculs sont résistants ; mais sa nature phosphatique attestée par l'image radioscopique, faisait présumer une lithotritie facile, malgré ces dimensions importantes. L'évènement s'est réalisé, et ce malade va quitter le service très prochainement. Il n'y aura plus chez lui à se préoccuper que de la maladie calculeuse et du traitement préventif.

D'abord, dans quelles conditions, chez un prostatique, sera-t-on appelé à penser à l'*existence d'un calcul* ?

Le prostatectomisé n'a jamais les urines claires immédiatement ; elles se clarifient peu à peu avec le temps, soit sous l'influence de quelques lavages, soit quelquefois spontanément.

La persistance du trouble des urines pendant quelques semaines est normale. La continuation de ce phénomène peut laisser indifférent, et cette indifférence peut être rationnelle dans un grand nombre de cas ; voici, par exemple, un malade opéré il y a quatre ans.

Cet homme commence à avoir des petites douleurs, des petits ennuis, un peu de *cystite* ; il est obligé de prendre des précautions pour s'asseoir. On peut penser à un *calcul.*

Le trouble des urines simplement persistant peut être un des indices qui amèneront à penser au calcul secondaire. Le trouble des urines, conséquence d'une infection inhérente à l'opération, est dû à la progression du phosphate ammoniaco-magnésien dont l'apparition en couches concentriques formera le calcul.

Un des *premiers signes* du calcul de la vessie après la prostatectomie, en effet, c'est la persistance au-delà de quelques années du trouble des urines, surtout lorsqu'à ce trouble viennent s'ajouter quelques-unes de ces manifestations douloureuses qui sont toujours la caractéristique d'un calcul dans une vessie infectée : douleur, à l'occasion des mouvements, dans la verge et dans le périnée, difficulté de s'asseoir. Le trouble des urines doit faire penser au calcul avant l'apparition des douleurs. La douleur viendra seulement quand le calcul aura acquis un certain volume.

L'*hématurie* est au contraire très rare dans ces cas, ce qui montre bien que l'hématurie des calculs de la vessie est influencée par l'adénome (hypertrophie prostatique).

En effet, l'hématurie existe chez le prostatique avant l'opération de la prostatectomie. L'hématurie est rare après la prostatectomie. S'il est vrai que l'adénome est *avasculaire*, s'il n'a pas de vaisseaux propres, néanmoins il est assez entouré de vaisseaux pour qu'un calcul de la vessie entraîne des hématuries abondantes, terminales, qui se répèteront. Il n'en est plus de même là, au contraire, où il n'y a plus de prostate : il n'y a plus de congestion périphérique, il n'y a que des manifestations de *cystite.*

Il y a aussi après la prostatectomie, comme signe d'un calcul, des *modifications de la miction*, et ce signe est très important. Un malade a eu le bénéfice immédiat qu'on éprouve généralement à la suite de cette opération, caractérisé par une reprise juvénile, le retour d'un jet d'urine puissant, puis, au bout de quelques années surviennent des difficultés pour uriner, un *arrêt du jet.* Avant de penser à une *récidive* d'un adénome — récidive qui est bien rare, d'ailleurs, si tant est qu'elle existe — il faut songer à un *calcul.*

(1) Leçon faite le 3 juin 1925 à l'hôpital Necker, et recueillie par le Dr LAPORTE.

L'influence de ce calcul sur la miction s'explique par les considérations suivantes. Dans certains cas, la vessie est *déformée en gourde*, c'est-à-dire qu'il y a pour ainsi dire deux vessies, disposition rare, parce qu'elle ne peut se rencontrer que si l'adénome est très gros. Chez d'autres malades, il y a retour presque à l'état normal. Pour amener une déformation marquée de la vessie, il faut un adénome d'environ 250 grammes, c'est-à-dire énorme. Dans les conditions habituelles, la vessie du prostatectomisé n'a plus de bas-fond ; par suite, le calcul modifie la miction, entraîne la nécessité d'un effort, l'arrêt du jet, son irrégularité.

D'autres fois, les malades ne présentent aucun signe de calcul et celui-ci est découvert au cours d'un *cathétérisme*.

En somme si on y pense, on pourra toujours retrouver le calcul par les différents moyens dont nous disposons. Il faut donc toujours envisager l'éventualité d'un calcul en présence des suites défectueuses d'une prostatectomie. En pareil cas, avec l'explorateur, il se peut qu'on n'obtienne pas ce frottement caractéristique de la présence d'un calcul. Ce n'est pas une raison pour croire à l'absence du calcul. Mais il y a une façon bien simple de trancher la question, c'est de faire une *radiographie*. Ce moyen est surtout élégant après la prostatectomie, parce qu'il s'agit de *calculs phosphatiques*, toujours visibles sur l'écran ; une radiographie négative donne la sécurité ; positive, elle donne la certitude. C'est donc un moyen bien supérieur à toutes les explorations métalliques anciennes : négatives, elle n'ont aucune signification, tandis que la radiographie et la radioscopie ne laissent aucune déception.

Certains calculs viennent se localiser jusque dans la loge prostatique : on les sent par le *toucher rectal*. Nous y reviendrons.

Les erreurs de diagnostic viennent de ce que l'exploration a été incomplète. L'origine de ces calculs est variable. Parfois ces calculs existaient déjà avant la prostatectomie, mais ignorés. S'ils sont petits, ils passent facilement inaperçus. Ils peuvent s'éliminer avec un débris d'adénome. Ils peuvent se former autour d'un fragment d'adénome laissé par l'opérateur. A un moment donné, ce calcul deviendra assez gros pour produire le phénomène du clapet et l'arrêt du jet. Ce calcul peut encore avoir pour noyau un corps étranger, un fragment de gaze. C'est pourquoi l'on doit être sûr de retirer complètement la mèche longue de 1 m. 50 qu'on emploie. Il faut rejeter l'emploi des mèches stérilisées à la chaleur par certains procédés, parce que deux fois sur dix elles se déchireront, il ne faut se servir que de mèches *stérilisées par autoclave*. Ces dernières ont l'immense avantage de présenter un tissu non altéré, résistant. De plus cette mèche doit être *bordée* sur toute sa longueur et à ses deux extrémités afin d'éviter l'effilochage, les fils qui pendent et seraient l'origine de concrétions. (Le tissu tétra est à recommander pour sa grande résistance, sa souplesse et sa grande puissance d'absorption.)

Voilà, par conséquent, une série de causes responsables de ces calculs ; on voit qu'il est possible de les conjurer quelquefois.

Il y a d'autres pathogénies. Parmi les causes, il faut signaler la *fistule hypogastrique* persistant longtemps après la prostatectomie. Il se peut que l'incision de la vessie, trop basse, ait atteint la face postérieure du pubis, dénudé l'os, détaché le périoste. Il en résulte une *ostéite* et une fistule interminable, en même temps la chute dans la vessie de parcelles calcaires qui entraîneront des cristallisations secondaires, par conséquent des calculs.

Dans d'autres cas, le malade a un *diverticule* de la vessie et c'est une circonstance qui favorise la formation des calculs.

Ou bien, dans d'autres cas encore, le malade a un ou deux *calculs dans les reins*. Personne ne s'en est aperçu avant l'opération de la prostatectomie, et le sujet continue à faire des calculs parce qu'il porte en lui leur cause génératrice.

La formule thérapeutique peut se résumer de la manière suivante. En présence d'un calcul de la vessie constaté après la prostatectomie, personne ne songera à ouvrir de nouveau la vessie pour extraire ce calcul. Seule la *lithotritie* est indiquée. Il n'y a qu'un cas où elle ne doit pas intervenir, c'est dans les calculs de la loge prostatique, parce que les parois de cette loge ne sont pas assez dilatables. L'étroitesse de la cavité ne permettrait pas le jeu suffisant des mors du lithotriteur. La lithotritie est également contre-indiquée pour les *calculs en sablier* (vésico-prostatiques), mais le calcul en sablier est rare, exceptionnel. Comment reconnaître la topographie de ces calculs ? Quand le calcul occupe la loge prostatique, en général le cathétérisme est difficile, mais on sent le calcul par le toucher rectal. Si on sent un calcul au toucher rectal chez un ancien prostatectomisé, c'est qu'il est *dans la loge prostatique, ou qu'il est énorme, s'il occupe la vessie*, parce que, par le toucher rectal on ne sent pas les calculs de la vessie quand ils ont un volume ordinaire. Le calcul situé dans la cavité prostatique nécessite une *taille périnéale* ; on doit l'extraire par le périnée, sans toucher la portion membraneuse, sinon on aura une fistule définitive. Mais pour la majorité des cas, les calculs situés ou refoulés dans la cavité vésicale, la *lithotritie* trouve la meilleure de ses indications. Il faut mettre une *sonde à demeure* pendant quarante-huit heures avant la lithotritie, pour permettre d'opérer facilement.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les algies et leur thérapeutique hydro-minérale.

Le Pr Giraud (de Montpellier) estime que la douleur traduit parfois la localisation de la lésion causale, elle ne mesure nullement l'importance de cette lésion, mais bien plutôt celle du retentissement psychique de la sensation antiphysiologique qu'elle engendre ; chacun souffre en effet à sa manière. On doit donc traiter la douleur en tenant compte de sa cause initiale comme aussi du terrain humoral et nerveux sur lequel elle évolue et par lequel souvent s'expliquent son intensité ou sa prolongation anormales.

La thérapeutique hydrominérale des symptômes algiques doit donc s'inspirer de notions anatomiques (localisation), de notions cliniques (symptômes, terrain), parfois aussi de notions étiologiques (existence d'une infection ou d'une intoxication spécifique par exemple).

Cependant, si toutes les ressources de la crénothérapie peuvent être mises en jeu dans le traitement des syndromes algiques divers, dans un syndrome algique un symptôme, qui est la douleur, prime les autres, et c'est la *thérapeutique sédative* qui domine les autres.

L'influence sédative de nombreuses eaux thermales est connue empiriquement depuis de longues années, mais le mystère de cette action n'est nullement percé à jour. Quelques-uns de leurs caractères communs font toutefois pressentir l'importance, dans cette détermination thérapeutique, de la thermalité naturelle, de la radioactivité, de la faible minéralisation des eaux, et partant, de leur grande ionisation, fonctions de la dilution des solutions salines, des gaz dissous, et peut-être de la nature qualitative de certains ions contenus dans l'eau ; les sulfatées calciques chaudes sont remarquablement sédatives (Bagnères-de-Bigorre, Dax, Saint-Amand) ; mêmes remarques pour certaines eaux sulfurées (Aix-les- Bains, et les sulfurées « dégénérées » : Cauterêts, Luchon, Amélie, Vernet, Thuès, Ax, Eaux-Chaudes et Saint-Sauveur).

La cure sédative utilise la balnéation tempérée, le bain de piscine, les douches locales, les étuves, et le traitement fangothérapique.

On distingue cinq grands groupes d'algiques :

1° Les algiques locomoteurs (anciens rhumatisants ou anciens traumatisés) doivent être envoyés à Néris ou La Malou, si la douleur domine manifestement la clinique ; pour les rhumatisants, c'est aussi, mais à un degré moindre, Plombières, Evian, Luxeuil, etc., ou Aix-les-Bains ; Bourbon-l'Archambault, Bourbonne (chlorurées sodiques faibles) s'appliquent en principe à des sujets bien refroidis, à des articulaires à lésions tenaces et torpides. Faire en même temps une cure de diurèse et d'alcalinisation ;

2° Les algiques nerveux organiques, souffrant soit des centres, soit du système de la vie de relation ou du sympathique (parkinsoniens, tabétiques, sciatiques, tics) : Néris, La Malou, Plombières, ou, chez les éréthiques, Aix-les-Bains, Dax, etc. ;

3° Les viscéralgiques. Il faut traiter l'épine elle-même si on la découvre (Vichy, Châtel-Guyon, Plombières) ; puis faire de l'hygiène psychothérapique (Divonne, Saint-Didier) et enfin le traitement sédatif thermal (Bagnères-de-Bigorre, Néris, Evaux, etc.).

4° Les céphalalgiques et les migraineux.

5° Les algiques purement fonctionnels.

Bref la thérapeutique hydro-minérale française des algies est riche, souple, et souvent bienfaisante. On peut tracer avec quelque précision ses règles générales. Mais il faut se garder de les exprimer en formules, qui risqueraient de tenter une application automatique. (*Paris médical*, 18 avril 1925.)

Le traitement opothérapique de la stérilité féminine.

L'opothérapie dit le Dr E. Pouget, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine d'Alger, ne constitue pas l'unique traitement de la stérilité féminine, les causes de celle-ci étant diverses et souvent complexes, mais chez les femmes inféconde plutôt que chez les stériles vraies (le dernier terme s'appliquant à l'incapacité radicale à concevoir), on obtient souvent avec elle de réels succès. C'est que cette infécondité de beaucoup de femmes, lorsqu'elle n'est pas lésionnelle, a généralement une origine endocrine, et plus spécialement ovarienne. Il existe chez la plupart d'entre elles un état de débilité glandulaire de l'ovaire (Dalché) se traduisant par des répercussions cliniquement appréciables : aménorrhée ou hypoménorrhée, organes génitaux infantiles ou arrêtés au stade prépubère, syndrome adiposo-génital. C'est alors que l'opothérapie doit intervenir comme traitement principal : ovaire-thyroïde en présence d'un syndrome myxœdémateux, ovaire-hypophyse si infantilisme généralisé, ovaire seul si celui-ci est atteint d'aplasie ou d'hypo-fonction primitive.

L'auteur préconise l'extrait protéidique ovarien (agomensine) comme le plus propre, en raison de son action fluxionnaire bien établie sur l'ovaire et l'utérus, à rétablir l'équilibre de la fonction déficiente action qui se traduit en premier lieu par la disparition de l'aménorrhée ou de l'oligoménorrhée avec retour progressif des règles.

Les observations citées, qui ont trait à des malades inféconcdes, pendant deux, dix et douze ans et qui après un traitement de six à dix mois par l'agomensine sont devenues enceintes et ont mené à bonne fin leur grossesse, apportent un solide appui à cette thèse. (*Paris médical*, 26 septembre 1925.)

Le tamponnement dans l'épistaxis.

Tout d'abord, dit le Dr Boutarel, il faut déterminer le côté qui saigne. Pour cela on fait moucher violemment le malade, sans craindre que le sang coule plus abondant ; des caillots sont alors expulsés des deux côtés. On recommande au patient de pencher très fortement la tête en avant, afin d'éviter le passage du sang dans les choanes, et il est alors facile de voir de quel côté siège la lésion.

Pour le tamponnement, on emploie d'abord les procédés les plus simples : dans la narine bourdonnet largement imbibé d'eau oxygénée pure, d'hémostyl ou de solution d'antipyrine au tiers. A rejeter le perchlorure de fer, le penghavar. En même temps on fait prendre au malade la potion classique au chlorure de calcium et à l'ergotine, et en outre une ou deux ampoules d'hémostyl.

Si le sang s'écoule par les deux narines, il faut agir des deux côtés ; le sang ne cesse pas immédiatement de couler puisqu'on emploie une hémostase chimique.

Lorsque, malgré le pansement hémostatique le sang continue à couler, et qu'il s'agit d'une seule narine, on emploie le tamponnement antérieur, fait avec la plus grande minutie ; d'une manière exceptionnelle seulement on aura recours au tamponnement postérieur.

La sonde portant la mèche tendue est introduite directement en arrière, parallèlement au plancher des fosses nasales, et en aucun cas obliquement en haut ; on pénètre assez profondément, sans toutefois porter trop loin la mèche en arrière pour ne pas atteindre le cavum et produire des réflexes nauséeux ; puis on retire la sonde et bourre la mèche en accordéon, progressivement en tassant fortement ; cette mèche est ensuite coupée au ras du nez.

Elle peut et doit rester en place assez longtemps : 3, 4 jours ; mais alors il se produit déjà des fermentations ; pour les éviter et ne pas risquer d'être obligé à un nouveau tamponnement, opération pénible, on choisit une mèche antiseptique (de préférence à la mèche aseptique, qui *suinte* moins mais s'infecte), et une mèche à antiseptique *soluble*, non pas au peroxyde de zinc, non pas à l'iodoforme, mais, d'après l'auteur, au sulfate d'orthoquinoléine (non irritant, dépourvu de toute odeur, et soluble en toute proportion dans l'eau, par conséquent dans le milieu humide du nez). Le suintement est ainsi plus marqué qu'avec la mèche aseptique simple et ce suintement est, après tout, une sorte de drainage. (*Paris médical*, 28 mars 1925.)

L'infection dans le cycle évolutif des ulcères gastro-duodénaux.

La septicité de l'ulcère gastro-duodénal, concluent Pierre Duval et Fr. Moutier, est désormais prouvée cliniquement aussi bien qu'expérimentalement. C'est une notion désormais classique, qui domine le cycle évolutif de l'ulcère,en éclaire la marche, en explique les symptômes isolés, les pauses, les reprises, les récidives, les accidents post-opératoires.

Si la cause même de l'ulcère demeure encore douteuse, il est certain néanmoins que, primitive, ou secondaire, persistante ou renouvelée, l'infection s'empare de la lésion constituée et en modèle l'évolution, bien qu'il ne soit pas toujours aisé de la mettre expérimentalement en évidence.

Pratiquement, il appartient donc aux médecins de savoir que l'ulcère est une maladie demandant à être traitée parfois comme une affection septique de l'abdomen, c'est-à-dire par la glace et par les vaccinations (vaccins polyvalents ou auto-vaccins à souche d'origine dentale, amygdalienne, intestinale, bronchique, etc.) ; aux chirurgiens de connaître la nécessité d'opérer autant que possible à froid et de ne point craindre des résections larges, pratiquées au besoin en deux temps. (*Paris médical*, 4 avril 1925.)

Claudication intermittente et son traitement.

C'est une impuissance motricde ouloureuse, nulle dans l'état de repos, survenant seulement par accès déterminés par le fonctionnement du membre, c'est-à-dire par l'exercice de la marche. Ce syndrome est l'expression de l'ischémie du membre, dont l'artère principale est partiellement obstruée, et ne permet pas l'apport du sang nécessaire pour l'exercice.

Le tableau clinique est constitué de phénomènes constants : les crampes douloureuses; et de phénomènes inconstants et souvent tardifs : le sphacèle et la gangrène.

Le membre est froid, surtout au moment des accès douloureux ; les téguments sont pâles . En laissant pendre la jambe hors du lit, on constate une cyanoérythrose segmentaire de la partie basse du membre. C'est le signe de la chaus-

sette décrit par le Prof. VAQUEZ, avec BRICOUT. On peut noter un sphacèle localisé, siégeant en des points électifs : face plantaire de la base du gros orteil, partie inféro-externe du cinquième orteil, talon, parfois plante du pied. Le régime circulatoire étudié par la palpation et l'oscillométrie montre une diminution considérable de l'indice oscillométrique du côté malade. La radiographie ne donne en général aucun renseignement.

Parfois cette infirmité n'est qu'un épiphénomène au cours d'un processus athéromateux généralisé. Mais elle est aussi solitaire, et c'est le cas envisagé par l'auteur. Elle est l'apanage des gens âgés ; à partir de la quarantaine on peut l'observer, et l'on porte les diagnostics les plus divers : goutte, sciatique, varices internes ; son évolution peut durer de longues années.

La guérison définitive est exceptionnelle, sauf si l'affection est sous la dépendance directe de la syphilis. Il peut y avoir des rémissions ; souvent l'affection devient bilatérale, et après 10 ou 15 ans l'évolution va vers le sphacèle en des points électifs, qui récidive parfois, et n'aboutit pas toujours à la gangrène.

Le traitement doit être spécifique si possible, symptomatique en tout cas. Traiter la syphilis, si elle est supposée, supprimer le tabagisme ; prescrire des iodures contre l'athérome.

Symptomatiquement, on s'efforce de lutter contre l'ischémie par les vaso-dilatateurs : de bons effets sont retirés du nitrate de soude à 2 p. 100, en injections de 5 à 10 cmc. pendant vingt jours. La diathermie agit sur les vaisseaux de petit calibre et les capillaires avec élévation de la température locale, et activation de la nutrition. La balnéation carbo-gazeuse (Royat) peut produire des améliorations. Le citrate de soude augmente la fluidité sanguine : 250 cmc. d'une solution de citrate de soude à 2 p. 100 tous les deux jours en injection intra-veineuse, et 20 grammes de citrate *per os*.

En combinant cette méthode aux traitements externes, air chaud, diathermie, on a pu obtenir une amélioration des phénomènes douloureux, et parfois la répression d'une plaque de sphacèle.

Récemment on a préconisé, comme traitement des douleurs et des ulcérations d'origine artérielle en général, la sympathectomie. Les résultats sont variables et non constants. On atténue souvent les douleurs, mais elles récidivent ; la claudication intermittente ne semble donc pas relever de la sympathectomie. (*Paris médical*, 4 juillet 1925.)

Du traitement de la péricardite tuberculeuse avec épanchement séro-fébrineux.

Actuellement deux techniques restent seules en présence : ce sont d'une part, la ponction évacuatrice suivie d'injection de gaz, d'autre part la péricardotomie sans drainage et sans suture péricardique.

La paracentèse suivie d'injection de gaz est une petite intervention facile à réaliser : 1° on fai une ponction exploratrice avec une aiguille à ponction lombaire par la voie épigastrique ; 2° on évacue l'épanchement au moyen de cette aiguille par le procédé du siphon ; 3° on injecte soit de l'oxygène, soit de l'azote, ce qui est préférable.

Le deuxième procédé est celui du professeur Jacob, mais c'est une opération assez grave, s'accompagnant d'un choc assez marqué, très délicate et pouvant présenter de sérieux inconvénients.

Aussi le professeur LIAN et G. CORNEAU donnent-ils la préférence au pneumopéricarde thérapeutique, opération simple, sans dangers, pouvant être pratiquée par tous les médecins. Sur 7 cas ainsi traités, l'assèchement du péricarde fut obtenu six fois. La guérison clinique peut être ainsi réalisée ; en effet, les injections d'air modérant d'une façon très notable la vitesse de reproduction du liquide, elles gênent aussi la production d'adhérences. C'est cependant une méthode plus lente par rapport à la péricardotomie plus brutale.

Les auteurs avouent une tendance à préférer le traitement médical ; il est aussi des cas rares où le liquide péricardique s'est résorbé spontanément, ou bien par une ou deux ponctions ; le traitement chirurgical eût donc été à tout le moins inutile.

Enfin l'héliothérapie peut aider grandement au traitement de la péricardite tuberculeuse.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que très souvent celle-ci n'est qu'un phénomène au cours de la tuberculose, et qu'il est nécessaire de lutter énergiquement contre cette dernière par la cure hygiéno-diététique très sérieusement appliquée. (*Paris médical*, 4 juillet 1925.)

Traitement de l'infection puerpérale généralisée par la vaccino-sérothérapie humaine spécifique.

Il ne s'agit ici que de l'infection puerpérale généralisée, après diffusion du streptocoque dans l'organisme, c'est-à-dire de la septicémie puerpérale.

MM. LÉVY-SOLAL et LELOUP ont rapidement jugé insuffisante la vaccination préventive, voire même curative, par des stocks ou auto-vaccins ; ils lui associent désormais l'injection de sang de sujets humains préalablement vaccinés.

Ils ont choisi comme donneurs des sujets vigoureux, non entachés de syphilis et leur ont injecté sous la peau du vaccin iodé antistreptococcique, obtenu en partant d'une souche d'infection puerpérale suraiguë, ayant provoqué la mort en quatre jours : 1 cent. cube le premier jour, 2 cent. cubes le deuxième jour, et même

dose les troisième et quatrième jours, soit au total 7 cent. cubes.

Chez ces donneurs, ils prélevaient chaque jour 20 cent cubes de sang, qu'ils réinjectaient immédiatement à l'infectée dans les muscles de la cuisse.

Voici leurs conclusions :

Si la vaccination antistreptococcique prophylactique est efficace, par contre elle est curativement insuffisante dans les infections avérées. Elle doit dans ces cas céder le pas à l'injection de sang de vaccinés.

Cette méthode nouvelle jugule l'infection aiguë comme le fait le sérum de convalescentes, difficile à trouver. Elle est malheureusement impuissante dans les cas suraigus, ou à la période ultime de la maladie.

Quand on peut traiter l'infection puerpérale avant son stade septicémique, « nous disposons, disent les auteurs, d'une arme véritablement efficace et qui ne nous a donné aucun échec lorsqu'elle a été employée d'une façon très précise : c'est le tamponnement intra-utérin au moyen de filtrat de bouillon de cultures de streptocoques ». (*Paris médical*, 20 juin 1925.)

Kystes de l'ovaire et radiothérapie.

Le Professeur J.-L. Faure eut l'occasion d'opérer, puis de voir succomber après récidive des malades qui, à la suite d'un diagnostic erroné de fibrome, avaient été soumises antérieurement à l'action des rayons X ; il fut toujours frappé, chez celles-ci, de la dégénérescence kystique des ovaires, qu'il s'agisse là, ou non, de la lésion principale, cause de l'opération pratiquée *ultérieurement*.

Sans doute, il y a des cas innombrables, où les malades sont irradiées sans jamais présenter aucun trouble de dégénérescence ovarienne, mais ces faits démontrent en tout cas que la radiothérapie ne doit être faite qu'en présence d'un diagnostic certain, lorsqu'on est absolument sûr qu'il ne s'agit pas d'un kyste de l'ovaire, et on sait comment le diagnostic peut être quelquefois difficile.

Bref, si la radiothérapie ne peut pas faire grand chose sur un ovaire sain, en dehors de sa destruction fonctionnelle, elle peut avoir un effet funeste sur un ovaire malade et en particulier sur un ovaire kystique. (*Paris médical*, 20 juin 1925.

Les Sociétés Savantes

Paris

Réinfections syphilitiques et chancres redux.

(MM. Hudelo et Rabut. — *Soc. de derm. et syphil.* 9-7-1925.)

La question des réinfections syphilitiques a donné lieu, depuis l'avénement des arsenicaux surtout, à de nombreuses discussions. MM. Hudelo et Rabu en reparlent à propos d'un cas d'accident chancriforme, rencontré chez un malade après traitement par le tréparsol.

M. Hudelo rappelle qu'il a signalé, l'an dernier, des exemples de récidives secondaires, quelquefois profuses, avec Wassermann négatif, succédant à une cure par le 914. Ces récidives secondaires peuvent, comme l'a montré Fournier, être constituées par une lésion unique, simulant complètement l'accident primitif (chancre redux). Le cas actuel est du même ordre, sauf qu'il a succédé au traitement par le tréparsol.

— M. Ravaut a étudié, en 1913, les récidives et les réinfections dans la syphilis récente chez des malades traités par le salvarsan. Il a conclu que les récidives se produisaient surtout chez les sujets insuffisamment soignés et aux dépens de colonies parasitaires isolées de la circulation par des réactions tissulaires, colonies manifestant plus tard leur activité, d'où l'apparition de l'accident chancriforme. On comprend, alors, que la réaction de Bordet-Wassermann puisse être négative.

— M. Milian considère la réalité des réinfections syphilitiques comme hors de doute. La présence de l'adénopathie a une valeur démonstrative. Dans les cas qu'il a publiés en 1911, la roséole est apparue dans les délais normaux et les temps d'incubation étaient également normaux.

— M. Queyrat estime que, s'il existe bien des ulcérations chancriformes dues à la réviviscence de tréponèmes engourdis *in situ*, il ne faut pas nier les chancres de réinfection.

Psychopathies simulant la paralysie générale chez les tabétiques.

(MM. Gougerot, Meyer et Weill-Spire. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-7-1925.)

Depuis une quinzaine d'années, M. Gougerot a vu souvent, chez des tabétiques, survenir des psychoses qui simulent la paralysie générale progressive et paraissent comporter un pronostic fatal à brève échéance, pronostic démenti par leur guérison ou par leur rétrocession partielle sous l'influence du traitement. Ces psychoses seraient, dans le tabes, plus fréquentes que la paralysie générale elle-même.

On rencontre, dit l'auteur, dans le tabes, des états psychopathiques rappelant la paralysie générale, mais cédant à un traitement anti-syphilitique intensif. Ces psychopathies s'observent plus communément chez les syphilitiques tabétiques que chez les

autres. La coexistence du tabes et des troubles psychiques et somatiques de la paralysie générale pourrait ainsi inciter à croire, dans une certaine mesure, à une pseudo-paralysie générale.

L'axiphoïdie, signe de syphilis héréditaire.

(M. L. QUEYRAT. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-7-25.)

L'axiphoïdie, ou absence d'appendice xiphoïde, constitue pour M. Queyrat une anomalie révélatrice de l'hérédo-syphilis.

— M. André LÉRI, depuis les premiers travaux de M. Queyrat (1919) sur ce point, a recherché systématiquement l'axiphoïdie chez des centaines d'individus. Il a constaté qu'elle est extrêmement répandue. On ne saurait affirmer qu'elle se produit exclusivement chez des syphilitiques, mais elle s'observe plus particulièrement chez eux. Ce serait un bon signe d'hérédo-syphilis, lorsque ce symptôme vient se surajouter à quelques autres stigmates.

— M. SÉZARY, chez les enfants soignés à l'hospice Debrousse, a noté l'axiphoïdie une fois sur dix environ. Très souvent, elle coïncide avec des stigmates de syphilis héréditaire. Une difficulté d'interprétation se présente cependant. L'axiphoïdie peut offrir un caractère familial et se retrouver chez les parents des enfants atteints de cette difformité. Une explication rigoureuse de ce fait est difficile à donner, en concordance avec l'hérédo-syphilis.

— M. Marcel PINARD conclut, avec M. Queyrat, que l'axiphoïdie est un signe de valeur pour la recherche de l'hérédo-syphilis. Elle coexiste parfois avec le rétrécissement mitral que l'auteur croit fréquemment d'origine syphilitique, comme nombre d'insuffisances mitrales.

Angine de Vincent et traitement bismuthique.

(MM. FRANÇOIS-DAINVILLE et CLERCY. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-7-1925.)

MM. François-Dainville et Clercy ont observé une manifestation rare au cours de la stomatite bismuthique : l'amygdalite ulcéreuse à allure d'angine de Vincent. Le diagnostic fut posé par la coexistence de la stomatite à liseré gingival caractéristique.

Il est curieux de constater ce double fait en apparence contradictoire : d'une part les ulcérations bismuthiques sont à flore fuso-spirillaire, et, d'autre part, l'angine fuso-spirillaire de Vincent peut être guérie par les applications locales de bismuth.

Mastites syphilitiques.

(MM. FOUQUET et MACHTOU. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 9-7-1925.)

M. Fouquet rapporte un cas de mastite syphilitique chez une femme de 22 ans. La malade, en période secondaire de syphilis, se plaignait de sensibilité des seins. Ceux-ci étaient très augmentés de volume, durs, laissant sentir au palper de gros noyaux indurés. Guérison en trois mois par le cyanure intraveineux.

Les mastites syphilitiques ne sont pas des accidents fréquents : Burnier n'en a trouvé que 33 cas relatés dans la littérature médicale. Elles n'en sont pas moins intéressantes à connaître, en raison des confusions qu'elles peuvent susciter et des conséquences thérapeutiques qui s'ensuivent. La mastite syphilitique, comme beaucoup d'autres tronbles spécifiques, n'offre pas de caractères cliniques particuliers et il faut y penser. Elle est souvent prise pour une tumeur (adénome, fibro-adénome, cancer même), et plusieurs de ces malades ont été opérées. Une observation de Rejsek concerne une jeune fille de 23 ans, opérée une première fois, et qu'on se disposait à opérer à nouveau, quand la tumeur disparut... sous l'influence d'une cure spécifique. Le plus souvent, la syphilis est acquise, mais quelquefois il s'agit d'hérédo-syphilis. La grossesse constitue une cause prédisposante, non nécessaire il est vrai, puisque l'affection se rencontre parfois chez l'homme.

— M. LORTAT-JACOB fait remarquer qu'un grand nombre de nodules mammaires qui surviennent chez la femme au voisinage de la ménopause n'ont aucun rapport avec la syphilis. L'évolution spontanée vers la guérison et la disparition totale se font, dans nombre de cas, sans traitement autre que des compresses chaudes. L'auteur a soumis un de ces nodules à la radiothérapie et en a fait enlever deux autres, pour rassurer les malades : l'examen histologique a montré une tumeur bénigne, sans caractères de malignité.

L'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

(M. Victor PAUCHET. — *Société de médecine de Paris* ; 27-6-1925.)

A la suite de gastro-entérostomies, lorsque le malade est un hyperchlorhydrique intense surtout, le suc gastrique arrive sur la suture et dans le jéjunum, et l'on peut rencontrer, comme conséquence plus ou moins éloignée, la production d'un ulcus peptique jéjunal.

L'ulcus jéjunal en question, dit M. Pauchet, est la complication la plus redoutable des interventions pour ulcères gastro-duodénaux traités par la gastro-entérostomie. Quand le patient était préalablement atteint d'ulcère duodénal ou gastrique, si l'ulcère peptique survient, on peut accuser la mauvaise chance, sans regretter d'être intervenu, mais si le chirurgien a fait une gastro-entérostomie chez un sujet qui n'avait pas d'ulcère, il s'est créé une maladie grave, alors qu'il n'existait pas de lésion gastrique, que les troubles primitifs étaient réflexes, dus à une cholécystite, à une appendicite, à une maladie de Lane, à une viscéroptose, à une altération du métabolisme, qu'un bon traitement médical eût soulagé. Une fois l'ulcus peptique jéjunal produit, il ne reste qu'une ressource : la gastrectomie.

— M. Thévenard demande à M. Pauchet quelle est la proportion d'ulcères peptiques qu'il a rencontrée à la suite de gastro-entérostomies.

— M. Pauchet estime à 5 % environ le chiffre des ulcères peptiques jéjunaux post-opératoires. C'est aussi l'opinion des chirurgiens les plus versés en chirurgie gastrique, comme Finsterer, Sherren, Moynihan.

— M. René Gaultier considère les ulcus jéjunaux post-opératoires comme plus fréquents qu'on ne le croit. On les évitera en n'opérant que les malades ayant une lésion tangible et en faisant suivre aux opérés un régime convenable après la gastro-entérostomie. La gastrectomie n'enlève pas la cause de l'ulcère, ce qu'un traitement médical est souvent susceptible d'obtenir.

— M. Thevenard pense que tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'un régime alimentaire approprié chez les opérés de gastro-entérostomie pour ulcus duodénal *ou gastrique*.

Enchondrome de la bronche droite.

(MM. Caussade, Surmont et Lacapère. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-10-1925.)

M. Caussade a soigné dans son service de l'Hôtel-Dieu un homme de cinquante-trois ans, qui fut cone sidéré successivement comme atteint de bronchit-banale, de bronchite suspecte de tuberculose, puis de bronchiectasie. Le malade ayant succombé, l'autopsie montra la présence d'une petite tumeur bénigne, de nature enchondromateuse, au niveau de la bronche droite, près de sa naissance. La tumeur était l'origine des troubles observés pendant la vie et des complications (infection locale, foyers de splénisation) causes de la mort.

Les enchondromes bronchiques sont fort rares. Les traités usuels de médecine et d'anatomie-pathologique n'en font pas même mention. L'expression clinique en impose soit pour la tuberculose, soit pour la bronchiectasie, soit pour une simple bronchite purulente. Le diagnostic reste fort délicat. Peut-être l'injection intra-trachéale de lipiodol permettrait-elle de reconnaître un obstacle siégeant au niveau d'une bronche. Le diagnostic serait cependant intéressant à poser, puisque la bronchoscopie pourrait intervenir utilement en pareille circonstance.

Calculs simultanés des deux reins.

(M. P. Bazy. — *Académie de médecine* ; 13-10-1925.)

Les calculs bilatéraux des reins ne sont pas très communs. M. P. Bazy a eu l'occasion d'opérer une femme qui portait dans chacun de ses deux reins un calcul de 30 centimètres environ de grandeur.L'auteur mit en œuvre la vaccination pré-opératoire et il rappelle, à ce propos, que la méthode de vaccination pré-opératoire a été imaginée et mise en pratique par le Dr Louis Bazy, ce qu'ont paru oublier les chirurgiens qui, dans la suite, ont vanté ce procédé de préparation à l'opération.

Kystes hydatiques du pancréas.

(M. Auvray. — *Académie de médecine* ; 13-10-1925.)

L'histoire clinique des kystes hydatiques du pancréas est calquée sur celle des kystes ordinaires de cet organe. Leur diagnostic n'est pas fait habituellement (ils sont rares, d'ailleurs) et le plus souvent on pense à un kyste hydatique du foie ; c'est l'erreur généralement commise. Le traitement n'a, non plus, rien de particulier.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Trois cas de volvulus de la trompe de Fallope.

M. L. Michon en présente trois exemples :

1° Femme de 35 ans, un enfant, une fausse couche ; souffre du ventre depuis huit ans. Examen: signes de salpingite droite avec rétroversion. Intervention : trompe tordue au niveau de son insertion utérine (3 tours 1/2).

2° Femme de 35 ans ; douleurs abdominales ayant débuté brusquement huit jours avant l'examen. Collection bombant dans le Douglas ; retard des règles de huit jours. On pense à une pelvi-péritonite avec salpingite. Intervention : trompe droite tordue au niveau de l'insertion utérine.

3° Femme de 26 ans (obs. du Dr Pellanda) ; début brusque par douleurs violentes dans la moitié gauche du bas-ventre avec vomissements, tendances syncopales. Toucher : dans le Douglas, à gauche, masse kystique, dure, très douloureuse ; à droite, autre tuméfaction plus petite, indolore, Intervention: on trouve une trompe gauche noirâtre, tordue sur son pédicule. La droite présente des lésions manifestement tuberculeuses.

Il s'agit là de cas exceptionnels, de pathogénie obscure et de diagnostic impossible.

Myome rouge de l'utérus.

MM. Michon et Combe ont soigné une femme de 34 ans qui offrait en avant de l'utérus et le refoulant une masse plus grosse que le poing ; la consistance était celle d'un fibrome ; mais la malade présentait un mauvais état général. De plus une très forte hémorrhagie fit hâter l'intervention. Celle-ci consista en une myomectomie, qui enleva un myome rouge du volume d'un gros poing. Suites simples. Guérison. Le myome rouge est actuellement considéré par la majorité des auteurs comme une dégénérescence non maligne et aseptique.

Mégaœsophage chez un enfant de 12 ans.

MM. Rebattu et Mayoux présentent l'observation d'un enfant de 12 ans entré à l'hôpital pour dysphagie ancienne. Bien portant jusqu'au sevrage on s'aperçut alors qu'il ne pouvait avaler que des

purées ; régurgitations à 3 ans ; à l'entrée, enfant cachectique ; radioscopie : image typique de méga-œsophage ; œsophagoscopie facile : vaste cavité dont la partie inférieure est pleine de liquide ; des sondes de 15 mm. passent facilement dans l'estomac. Les parents refusent toute intervention et emmènent l'enfant qui meurt trois jours après. Cette observation est surtout remarquable par le début précoce des troubles, argument en faveur de la nature congénitale de l'affection. Quant au diagnostic, il se posait entre mégaœsophage et sténose congénitale, celle-ci devant être écartée en raison de la perméabilité du cardia aux sondes et de la facilité du cathétérisme, ainsi que de l'aspect des images radioscopiques.

Traumatisme cranien à long intervalle libre et à symptomatologie anormale.

M. Creyssel, au nom de M. Delore, rapporte le cas d'un malade entré à l'hôpital *trois semaines* après être tombé d'un premier étage. Au moment de la chute, perte de connaissance, obnubilation pendant quelques jours, reprise du travail au bout de 8 jours ; puis étaient apparus progressivement de la céphalée, de l'obnubilation, des vertiges et des bourdonnements d'oreille.

A l'entrée, malade somnolent ; pas de signes précis de compression cérébrale ; tension du liquide céphalo-rachidien à 25, liquide absolument limpide, pouls à 90. Trois jours après, apparition de mydriase à droite, pouls à 72, contracture généralisée prédominant à gauche ; l'obnubilation augmente, vomissements ; réflexes de défense très nets à gauche. Intervention : trépanation dans la fosse temporale droite, après incision de la dure-mère, écoulement de liquide séro-hématique, drainage filiforme. L'intervention amène une légère amélioration qui ne persiste pas et le malade meurt deux jours après. Opposition à l'autopsie.

Cette observation est intéressante : 1° par la longue durée de l'intervalle libre ; 2° par les anomalies symptomatiques : absence des lésions classiques de compression cérébrale ; 3° l'exagération du réflexe de défense à gauche : on peut se demander si l'étude de ceux-ci ne pourrait pas fournir, dans les cas analogues à symptomatologie fruste, des indications sur le côté à trépaner.

Kyste de l'appendice.

M. Michel Dechaume. Femme de 59 ans entrée à l'hôpital pour des métrorrhagies. L'examen ne révélait que l'existence d'un col petit, induré, saignant facilement. On décide de pratiquer une laparotomie pour vérifier l'état des annexes. On trouve seulement des traces de pelvi-péritonite ancienne et un kyste de l'appendice. Quant à la cause des métrorrhagies il s'agit probablement d'un cancer intra-cervical, à traiter par le radium, en raison des mauvaises conditions d'opérabilité (obésité, adhérences). Les kystes de l'appendice sont rares ; ils revêtent deux formes : hydro-appendice (dilatation par les produits de sécrétion de la muqueuse, cf. hydrosalpinx et hydropisie de la vésicule) et kystes mucoïdes. Cliniquement, ils peuvent rester latents, ou donner une tumeur iliaque perceptible, ou le plus souvent donner lieu à des crises d'appendicite à répétition.

Hérédo-syphilis tardive de l'os incisif, du nez, de l'oreille et de l'œil.

MM. Lannois, R. Gaillard, et Monnier présentent un malade de 24 ans, à antécédents hérédo-syphilitiques nets (père mort probablement de tabès, mère ayant eu un accouchement prématuré d'un macéré) ; obstruction nasale depuis l'âge de treize ans avec ozène ; évacuation d'un séquestre nasal ; chute des dents ; surdité progressive. Actuellement, on note de grands délabrements du côté des fosses nasales ; du côté de la bouche les incisives n'existent plus et les canines sont séparées seulement par un étroit sillon. Lésions considérables du tympan et de la caisse ; kératite interstitielle.

Volumineux anévrysme de la pointe du cœur.

MM. L.-M. Bonnet et Beautere rapportent l'histoire d'une femme de 43 ans, syphilitique depuis l'âge de 18 ans et ayant fait depuis cette époque de nombreux séjours à l'Antiquaille. En décembre 1924, elle eut pour la première fois des troubles cardiaques ; asystolie banale avec gros cœur et bruit de galop. A l'autopsie, anévrysme de la pointe du cœur du volume d'une tête fœtale, à paroi calcifiée. M. Bonnet considère comme probable que cet anévrysme a pour origine une gomme de myocarde, en raison de l'absence d'antécédent clinique antérieur à l'asystolie terminale, de l'absence de lésions artérielles appréciables, et du fait que la malade avait eu des gommes ailleurs à un moment donné.

Calcul du cholédoque avec grosse vésicule.

MM. Pallasse et René Chaix. Femme de 76 ans, sans antécédents ; notamment pas de coliques hépatiques antérieures. A son entrée, gros foie, léger disque d'albumine. Quelques jours après, élévation de température à 39°, léger subictère, douleur dans la région vésiculaire. Par la suite persistance de la fièvre avec grandes oscillations, augmentation de l'ictère ; on perçoit très nettement une grosse vésicule ; mort par pneumonie du sommet.

A l'autopsie, grosse vésicule avec gros calcul dans la portion pancréatique du cholédoque.

Cas curieux d'occlusion du grêle.

M. Creyssel présente, au nom de M. Delore, de Mlle Loison et au sien, l'observation d'un homme de 36 ans, sans autre antécédent qu'une hernie inguinale opérée en 1917, entré à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale ayant débuté brusquement huit jours auparavant. L'intervention montra qu'il s'agissait d'un étranglement interne, dans un sac prépéritonéal paraissant creusé sous la face latérale

de la vessie et constituant probablement un diverticule du sac de la hernie jadis opérée. La vitalité de l'intestin paraissant douteuse, on fait une résection suivie d'anastomose au bouton ; suites parfaites.

Uretère double.

MM. Gayet et Cibert signalent un cas d'uretère double constaté à l'autopsie d'un de leurs malades. Du rein droit descendaient deux uretères, nés isolément par deux bassinets *superposés et s'abouchant* isolément dans la vessie par deux orifices très voisins l'un de l'autre. Pas d'anomalie du rein.

Tumeur du ligament large.

MM. Villard et Comte présentent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec un gros ventre dans lequel on sent une masse dure, *polylobée*, à développement surtout droit. Laparotomie : il s'agissait d'une tumeur du ligament large, d'aspect encéphaloïde, dont l'ablation fut assez pénible en raison des adhérences qu'elle avait contractées avec les organes voisins. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un léiomyome en voie de transformation maligne.

Ancienne ostéite de l'humérus. Poussée aiguë en rapport possible avec un accident du travail.

M. Ph. Rochet. Une malade est hospitalisée pour un gonflement inflammatoire de l'extrémité inférieure de l'humérus que la patiente fait remonter à un traumatisme (chute contre un bâti de machine) survenu un mois auparavant. A l'entrée, mauvais état général, température 38°5. Tuméfaction uniforme s'étendant du tiers moyen du bras au tiers moyen de l'avant-bras ; pas de fluctuation. Des pansements humides font diminuer beaucoup l'œdème. La radiographie montre des lésions osseuses existant sûrement depuis longtemps et dont l'épisode actuel semble représenter un réveil, *peut-être* sous l'influence du traumatisme. On intervient en trépanant l'os qui est mou et friable. Evidement diaphysaire large. Suites normales. Guérison.

Thrombose de l'artère mésentérique supérieure.

MM. Pallasse et René Chaix relatent le cas d'une malade reçue à l'hôpital en état d'asystolie. Quelques jours après, elle fut prise de douleurs abdominales qui devinrent rapidement très violentes, avec ventre de bois, vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz. A l'autopsie, caillot adhérent d'une longueur de 6 à 7 cm. dans l'artère mésentérique supérieure. Gros cœur avec athérome des valvules aortiques.

Hémiplégie syphilitique. Guérison par traitement presque immédiat.

M. L.-M. Bonnet a pu traiter une hémiplégie syphilitique quelques instants après son apparition. Grâce à cette circonstance probablement, la guérison fut complète et rapide.

Hygroma ischiatique.

MM. Laroyenne et A. Chaix montrent une pièce d'hygroma ischiatique enlevée opératoirement chez une femme de 80 ans. Cette lésion donnait cliniquement l'aspect d'une tumeur ligneuse qui avait été prise pour un sarcome.

Société médicale des hôpitaux.

Epidémie d'encéphalite périphérique.

MM. J. Lépine, Régnier et Lesbroc présentent deux malades atteints par une épidémie qui a régné dernièrement dans le bassin de Blanzy et observée par le Dr Barral.

I. Malade 51 ans, mineur, *sans antécédents. Début* brusque *par diplopie, lassitude* ; puis courbature et céphalée durant 10 jours. Apparition de myoclonies dans les quatre membres, puis d'atrophies musculaires ; paralysie à peu près complète des quatre membres pendant deux mois. Pendant trois mois, érythème desquamatif des pieds, avec adénopathie inguinale. Actuellement persistance de l'atrophie musculaire, surtout au niveau des extrémités. R.D. partielle dans le territoire des nerfs radiaux, sciatiques, poplités internes et externes.

II. Mineur de 37 ans, début brusque par de la céphalée avec vertiges. Quelques jours après, brusque dérobement des jambes, à la suite duquel le malade reste alité deux mois ; atrophies musculaires et myoclonies ; picotement et fourmillement ; troubles trophiques de la peau. Actuellement, ces derniers persistent surtout (peau lisse, décolorée, avec température locale abaissée, sudation exagérée dans la paume des mains).

Les autres cas, observés par le Dr Barral, ont été au nombre d'une cinquantaine environ. Les plus bénins ont consisté en douleurs, engourdissements, picotements dans les extrémités avec maladresse au travail et gêne de la marche. Les cas moyens se sont accompagnés d'atrophies musculaires et de quelques troubles trophiques (chute des poils et des quamation). Les cas les plus sévères ont été semblables à ceux présentés.

L'épidémie a duré plusieurs mois, dans un rayon d'une dizaine de kilomètres, chez des sujets de 35 à 51 ans, épargnant les femmes, les enfants, les vieillards et les ouvriers étrangers. Aucun décès. Aucun traitement n'a paru efficace. Les auteurs pensent qu'il s'est agi de forme périphérique d'encéphalite (atteinte prédominante du neurone périphérique).

Contribution à l'étude de l'encéphalite épidémique

M. Bériel fait une communication sur l'anatomie pathologique de l'encéphalite, d'où il résulte que cette maladie apparaît régie par un double processus : l'un aigu, inflammatoire, caractérisé par des lésions exsudatives et répondant aux épisodes cliniques aigus, l'autre progressif, de longue durée, correspondant aux états chroniques et pouvant s'appeler :

encéphalite chronique dégénérative. A ces deux processus, il faut ajouter des accidents anatomiques, probablement d'ordre vasculaire, réalisant de petits foyers de désintégration et expliquant les séquelles de la maladie : troubles fixes, assez rares, mais persistant toute la vie, tels que tics, spasmes, athétose.

M. Bériel montre, en outre, en projections, des films cinématographiques de *spasmes oculaires dans l'encéphalite épidémique chronique, et de rythmies de l'avant-bras*, dans la même affection.

Un cas de mongolisme infantile.

MM. Péhu et Girardot présentent un enfant de 2 ans et demi, arménien. N'a jamais marché, ne tient pas sa tête ; facies mongoloïde très caractérisé ; crâne petit ; laxité anormale des articulations des membres, pas de tache bleue sacrée. Au cœur, signes de maladie de Roger. Légère hypertrophie de la rate. Intelligence nulle ; l'enfant ne parle pas du tout.

Relations entre la tension sanguine et la tension du liquide céphalo-rachidien.

MM. A. Dumas et Condamin concluent de leurs recherches sur ce sujet que les troubles cérébraux, que l'on peut observer dans les cas d'hypertension ou d'hypotension artérielle mal tolérées, semblent dépendre moins de la tension propre du liquide céphalo-rachidien que de la différence tensionnelle entre la tension sanguine et la tension du liquide céphalo-rachidien. Ces notions ont des conséquences thérapeutiques qui concordent avec les résultats des recherches de Weed et Mac Kidden, de Leriche et Wertheimer, montrant que l'on peut, en injectant dans le sang des solutions hypo ou hypertoniques, obtenir une élévation ou un abaissement de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Dysenterie à lamblia ; tuberculose intestinale secondaire.

MM. Rogue, Morénas et P. Delore présentent l'observation d'un malade entré à l'hôpital pour un syndrome cholériforme, exacerbation d'une diarrhée chronique datant de huit ans. Il présentait en outre des signes pulmonaires sans B. de Koch dans les crachats, ni autre élément parasitaire. L'examen des selles décela des kystes assez nombreux et typiques de lamblia, sans amibes. Mort quelques jours après l'entrée. L'autopsie montra des lésions tuberculeuses intestinales et pulmonaires. Cette observation est donc un fait de plus à ajouter à la question de l'association du parasitisme et de la tuberculose intestinale.

Dysenterie chronique par association, bacilles de Shiga et lamblia.

MM. Morénas, J. Dechaume et Sédaillan relatent l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales et des hémorrhagies rectales qui ont fait soupçonner un cancer du rectum. L'examen ne révèle aucun signe de cette affection. Les selles examinées à plusieurs reprises ont montré, outre une réaction de Weber négative, de nombreux kystes de lamblia, et un bacille dysentérique du type Shiga. Un traitement au stovarsol amena la disparition des kystes de lamblia, sans modification notable des selles. On pratique ensuite 18 injections d'un auto-vaccin préparé avec le bacille isolé. Les bacilles disparurent dans les selles qui devinrent moulées et la malade quitta l'hôpital conservant seulement quelques douleurs abdominales.

Société d'ophtalmologie.

Mydriase et fixité pupillaires consécutives à un zona ophtalmique.

M. L. Genet rapporte le cas d'une femme qui eut, en mars 1924, un zona ophtalmique de l'œil gauche d'une durée de plus de trois mois. Revue en mars 1925, on constatait une dilatation de la pupille gauche, avec immobilité complète à la lumière et à la convergence. De tels cas sont rares. Dufour admet une lésion du ganglion ophtalmique consécutive à une irritation primitive du nerf ophtalmique par l'intermédiaire de la racine nasale de ce ganglion.

Conjonctivite gonococcique avec perforation oculaire et ophtalmie sympathique.

MM. Rollet et Colrat présentent l'observation d'une fille de 19 ans entrée à la clinique ophtalmologique pour conjonctivite suppurée de l'œil gauche. Large ulcère de la cornée. Gonocoques dans le pus. Pertes blanches abondantes. Malgré un traitement énergique (instillations de nitrate d'Ag et d'argyrol, injections sous-cutanées de lait, de sérum et de vaccin antigonococciques) l'œil se perfora et trente-cinq jours plus tard se produisit une ophtalmie sympathique de l'œil droit qui nécessita l'énucléation de l'œil gauche.

Troubles visuels post-hémorrhagiques.

MM. Rollet, Langeron et Colrat relatent l'observation d'un malade atteint de cancer de l'estomac avec mélœna fréquent ; 1.736.000 globules rouges par millimètre cube de sang. Ce malade accusait des troubles visuels et l'examen oculaire était négatif. L'examen du champ visuel montrait une hémianopsie latérale homonyme droite. On pouvait penser à un noyau de généralisation intra-cranien. Mais l'autopsie ne montra aucune lésion des voies optiques. Les troubles visuels observés paraissent donc attribuables seulement aux hémorrhagies répétées.

Leucosarcome de la choroïde.

MM. Jacqueau et Bujadoux ont traité un enfant de 4 ans atteint d'une tumeur de l'œil droit, que les auteurs pensent être un leucosarcome de la choroïde et s'étant manifestée par de la buphtalmie. L'énucléation fut aussitôt pratiquée. Le malade présenta par la suite deux récidives orbitaires guéries par

la radiothérapie, et fait actuellement (juillet 1925) une troisième récidive orbitaire avec état général très grave.

Deux cas de glaucome infantile.

M. Aurand présente deux cas de glaucome bilatéral survenu chez deux frères. Le processus glaucomateux a débuté chez tous deux quelques mois après la naissance, sans signes cliniques d'hérédo-syphilis (le Bordet-Wassermann n'a pu être pratiqué). Chez l'aîné, le glaucome a abouti à son terme ultime : buphtalmie avec atrophie papillaire à droite, tandis qu'à gauche il y a seulement mégalocornée. Chez le cadet, le glaucome s'est compliqué à droite d'irido-cyclite aiguë, et d'une luxation du cristallin avec atrophie optique ; à gauche buphtalmie avec subluxation du cristallin permettant encore une légère vision.

A.C.

Les Congrès

XVIIIe Congrès français de Médecine

(suite) (1).

COMMUNICATIONS DIVERSES.

Etudes cliniques de gastroscopie. — M. P. Michon, à l'aide de son gastroscope à prisme, introduit grâce à un embout souple, est arrivé, sur 14 tentatives de gastroscopie, 11 fois jusqu'à l'estomac, en utilisant la position de décubitus gauche ou la position génu-cubitale, exceptionnellement le décubitus dorsal. L'endoscopie, tout en restant constamment partielle, a permis plusieurs fois des constatations positives (aspect pathologique de la muqueuse, érosions insoupçonnées, limites précises d'un néoplasme) qui engagent à poursuivre les essais.

Contribution à la pathogénie des diathèses hémorragiques. — MM. Hynek et Prevosky (Bratislava). Dans ces diathèses, ce n'est pas seulement le sang qui décèle à l'examen des altérations, mais également les organes ; à savoir le foie, la rate, les muscles de la vie de relation ; dans l'hémophilie : la peau dans les purpuras.

La place de l'élément « eau » dans l'action des eaux minérales. — MM. M. Perrin (Nancy) et P. Mathieu (Brides-les-Bains) insistent sur le rôle du véhicule « eau » dans les cures de lavage ; il agit grâce à sa capacité calorique élevée et grâce à ses qualités physiques diverses, et a une grande part dans l'action de bien des eaux thermales peu minéralisées.

Evolution cholestérinémique de l'oxalémie. — M. J. Schneider (Contrexéville). Oxalémie et cholestérinémie réalisent une association fréquente et l'évolution de l'oxalémie vers les troubles hépatiques est de règle. La cure thermale dirigée contre l'oxalémie doit viser à la fois le rein, le foie et le tube digestif, et réaliser la reminéralisation organique.

COMMUNICATIONS SUR LA TUBERCULOSE.

Diagnostic précoce de la tuberculose intestinale. — M. Burnand, (Leysin), conclut de ses recherches avec M. Perret à la discordance décevante entre les signes cliniques et les lésions anatomiques ; l'enquête clinique minutieuse, complétée des examens radiologiques, laisse encore constamment place aux surprises opératoires.

L'emploi du tartre stibié par voie buccale contre les hémoptysies tuberculeuses. — MM. Mattéi et Escudier (Marseille) préconisent, d'après une expérience de 11 cas, tous favorables, certains remarquablement frappants, l'administration de pilules de 0.03 à 0.05 de tartre stibié, sans dépasser jamais un total d'un gramme en dix jours. C'est, en général, quelques minutes après qu'est apparu l'état nauséeux que l'hémorragie cesse, mais quelquefois l'hémostase a lieu sans état nauséeux ; il doit y avoir modifications vaso-motrices des territoires pulmonaires par action réflexe, à point de départ gastrique, et par action directe du médicament, qui est, d'autre part, un dépresseur du cœur droit.

Discussion. — M. Bezançon reste fidèle aussi à la médication nauséeuse, en particulier à l'ipéca associé aux opiacés.

Madame Bouin (Lay-Saint-Christophe) n'a pas eu grand succès avec le tartre stibié.

M. Mouisset préconise l'ipéca, jusque et y compris aux doses vomitives, sans crainte d'effets de collapsus.

Séméiologie fruste des épanchements pleuraux. Epanchements avec frottements. — MM. Vedel et Puech (Montpellier), pratiquant des ponctions systématiques dans tous les cas douteux, ont constaté la fréquente présence d'épanchements ne se signalant par aucun des signes classiques. C'est souvent à l'emplacement exact où ils entendaient des frottements, qu'ils ont trouvé du liquide. Ils pensent s'être trouvés en présence, dans la plupart de ces cas, de cortico-pleurite à prédominance pleurale.

Discussion. — MM. Burnaud et Besançon insistent sur la fréquence de ces épanchements occultes et sur la difficile interprétation pathogénique des frottements.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 41, 42, 43, 43 bis et 45 de 1925.

Présence d'un spirochète dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux. — MM. F. Bezançon et E. Etchegoin (Paris) ont trouvé, dans 43 observations sur 46, un même spirochète, en quantité assez notable, semblant spécial aux hémoptysies tuberculeuses, différent des spirochètes banaux de la bouche et du Spirochetes bronchialis. Peut-être s'agit-il d'un agent à rôle pathogène spécifique.

Menstruation et tuberculose.—M. Cordier (Lyon) n'a pas observé de véritables poussées évolutives en rapport avec les règles, mais tout au plus quelques hémoptysies, avec une assez grande rareté. Rapprochant ces faits de l'influence manifeste de l'hyperthyroïdie sur les poussées bacillaires, il se croit en droit d'affirmer que ce n'est pas par l'intermédiaire du sympathique, mais bien par action endocrinienne directe que les poussées bacillaires se trouvent influencées.

Action du surmenage des voies digestives sur le développement des maladies en général et de la tuberculose en particulier. — M. Pruvost (Paris). Le surmenage digestif latent ou manifeste crée un état d'auto-intoxication et, bientôt, d'intoxication par pullulation microbienne ; d'où son rôle considérable dans la genèse de multiples affections (rachitisme, tuberculose, troubles nerveux, cutanés, etc.).

Quelques remarques sur la position en décubitus abdominal en phtisiothérapie.— M. Sillig (Leysin) ayant remarqué bien souvent, chez les tuberculeux alités, la constitution de graves déformations thoraciques, obstacle ultérieur à une parfaite guérison, a eu l'idée de faire prendre de temps à autre à ses malades la position de décubitus ventral ; il en a étudié les effets par des mensurations précises et a vu qu'elle provoquait, en même temps qu'un redressement vertébral, une augmentation de la capacité thoracique. Aussi, exception faite pour les cas trop avancés, la préconise-t-il systématiquement, surtout chez les jeunes sujets ; aucun accident n'est survenu de son fait.

Cinq cas de sections d'adhérences au galvanocautère par le pneumothorax artificiel, sous le contrôle du pleuroscope de Jacobaeus. — M. A. Piguet (Leysin) complète ses travaux par un apport de 5 cas nouveaux les uns très favorables, puisque seule la section des adhérences sous endoscopie a permis de parachever le pneumothorax, les autres moins nets, mais fort heureux cependant, au cours desquels le collapsus pulmonaire put être complété, sans être cependant mené à fond. La méthode n'est ni douloureuse, ni dangereuse, prudemment maniée.

Remarques sur le mécanisme du pneumothorax électif dans la tuberculose pulmonaire.— MM. Vaucher et Fath (Strasbourg) ont pu, une fois, obtenir d'emblée le pneumothorax électif, une autre fois, l'obtenir secondairement, en laissant, après pneumothorax complet les parties saines reprendre leur expansion. Il est rare d'arriver à un tel résultat, cependant à chercher en raison des avantages mécaniques nombreux du pneumothorax électif.

Les accidents nerveux graves du pneumothorax artificiel. — MM. Olmer et Turries (Marseille) ont vu des accidents survenir à la piqûre de la plèvre avant l'injection pleurale, preuve qu'il s'agissait bien d'une réaction réflexe et non d'une embolie gazeuse ; la zone ponctionnée était le siège d'adhérences récentes.

Discussion. — MM. Courmont, Dieudonné, Rist : le mécanisme d'un réflexe à point de départ pleural est confirmé par plusieurs observations de ces auteurs ; les accidents cutanés vaso-moteurs parfois observés au cours de la ponction s'en rapprochent.

Durée et mode de terminaison du traitement par pneumothorax artificiel. — M. Jacquerod (Leysin) proportionne en quelque sorte la durée du pneumothorax à l'intensité et à l'âge des lésions ; au bout d'un an environ, les lésions récentes peuvent n'être plus justiciables des insufflations, qui entraveraient au contraire malencontreusement la tendance qu'ont les parties restées saines du poumon à reprendre leur expansion en s'hypertrophiant. Quand, au bout de ce temps, les bacilles ont disparu des crachats, on peut donc cesser prudemment la collapsothérapie.

L'infection tuberculeuse du jeune âge dans une grosse agglomération urbaine (agglomération nancéienne). Etude médico-sociale d'après 1.000 réactions à la tuberculine. — MM. J. Parisot et Saleur (Nancy) déduisent de cette vaste enquête, où les examens clinique, radiologique, bactériologique, ont été appuyés d'enquêtes familiales et de cuti-réactions, que :

1° 13 p. 100 des enfants de zéro à deux ans, 71 p. 100 des enfants de onze à seize ans sont contaminés, quels que soient leurs antécédents familiaux ;

2° Dans les milieux familiaux entachés de tuberculose contagieuse, 42 p. 100 des enfants sont contaminés de zéro à deux ans, 91,5 à 95 p. 100 à partir de cinq ans ;

3° Dans les milieux familiaux apparemment indemnes, aucun enfant n'est contaminé entre zéro et deux ans, 8,7 p. 100 des enfants sont contaminés entre deux et cinq ans, 57,4 p. 100 le sont de onze à seize ans.

Bref, la contamination familiale de l'enfant est la règle, et elle est précoce, quoique s'avérant bien plus importante à mesure qu'il avance en âge. Les jeunes sujets vivant en milieu familial indemne sont infectés plus tard, et alors, vraisemblablement, dans des groupements réalisant des conditions de vie en commun analogues à celles de la famille.

Recherches sur l'équilibre acide-base des tuberculeux pulmonaires.— MM. Cordier et Delore (Lyon). Etudiée sur 90 tuberculeux pulmonaires, la réserve alcaline a été trouvée légèrement abaissée chez 6, normale chez la plupart, légèrement supérieure à la

moyenne physiologique, chez plusieurs, et parfois nettement augmentée. Cette augmentation semble résulter de la gêne de la ventilation pulmonaire et de l'étendue des lésions, sans rien préjuger de leur nature.

Le pH du plasma est plus souvent élevé (21 fois sur 31) au cours de la tuberculose évolutive, plus souvent abaissé (6 fois sur 12) au cours de la tuberculose non évolutive. Mais il n'y a pas là de règle absolue sinon que toutes les alcaloses observées (pH-7,50) concernaient des sujets présentant des lésions indiscutablement évolutives. Souvent, le pH monte quand l'évolution pathologique s'accélère, et baisse quand elle se ralentit. L'augmentation du pH sous l'influence des poussées évolutives doit tenir à l'hyperventilation pulmonaire passagère.

L'hyperalcalinité du sang a certainement une influence, à déterminer, sur la nutrition ; l'importance de l'équilibre acide-base dans le terrain tuberculeux est également à étudier à nouveau, les avis divergeant sur le sens des variations observées.

COMMUNICATIONS SUR LA DERMATOLOGIE.

Mélanoses ; mélanomes et mélanosarcomes.— M. J. DARIER (Paris) se rallie à l'opinion, qui admet deux appareils mélanogènes distincts, l'un ectodermique, l'autre mésenchymateux. Le premier est formé des cellules basales de l'épiderme ; de lui dérivent les pigmentations cutanées de race, les mélanodermies, les taches hépatiques, le chloasma, les hyperchromies de certaines dermatoses, le lentigo et ses variétés ; cette dernière lésion relève en même temps d'une malformation locale d'ordre nævique ; le mélanome ectodermique malin, ou nævo-carcinome, dérive de ces mélanomes bénins. Le second appareil mélanogène, régional et temporaire seulement chez l'homme, est profond ; il donne lieu aux taches mongoliques des nouveau-nés, aux nævi bleus, véritables mélanomes mésenchymateux bénins, et aux mélanosarcomes vrais (mélanome ardoisé) progressifs, malins, mais à un moindre degré que les nævocarcinomes.

Urticaire alimentaire. Anaphylaxie au vin blanc. — M. L. SPILLMANN et V. DE LAVERGUE (Nancy) ont observé un jeune homme, sujet aux poussées urticariennes, qui présentait une réaction aux vins blancs ordinaires du commerce. Une enquête minutieuse a montré que l'antigène coupable en l'occurence était la colle albuminoïde ayant servi à la clarification des vins.

Discussion : MM. NANTA, NICOLAS, Clément SIMON.

Un cas d'acné chlorique. — MM. J. NICOLAS et M. PILLON (Lyon) présentent un cas typique de cette affection caractérisée par sa généralisation à toutes les glandes sébacées de la face, des oreilles, et à sa diffusion, plus discrète, sur presque tout le corps avec caractère de sécheresse et de coloration noir, du comédon. Les mains, protégées par des gants de caoutchouc contre l'acide chlorhydrique que maniait le sujet, sont indemnes.

Discussion : MM. THIBIERGE, NICOLAS.

La discordance dans les résultats obtenus par les différentes méthodes et procédés sérologiques dans leur rapport avec le diagnostic, le pronostic et le traitement de la syphilis. — M. GASTOU (Paris), d'une série de recherches comparatives, conclut à la nécessité d'employer conjointement les méthodes au sérum chauffé et les méthodes au sérum non chauffé, et donne un résumé de la correspondance entre les résultats du laboratoire et les données de la clinique.

Etude du réseau tropho-mélanique dans quatre cas d'affections bulleuses (pemphigus). — MM. LOUSTE et CAILLAU (Paris) ont relevé dans ces quatre cas, grâce à leurs études biopsiques, un hypofonctionnement pouvant aller jusqu'à l'abolition totale des fonctions pigmentaires. Etant donnée la topographie de ces altérations, ils pensent qu'elles relèvent de lésions des « placodes » nerveuses de la peau (Masson), le réseau tropho-mélanique faisant partie du système réticulo-endothélial.

A propos de la pathogénie de l'urticaire.—M. CARLE (Lyon), invoquant l'origine nerveuse bien plus que digestive de cette dermatose, a préféré, aux régimes stricts, le traitement par l'interdiction absolue de tout grattage, le prurit étant calmé à l'aide d'onctions grasses ou de bains tièdes, et par les calmants du système nerveux. Il en a obtenu d'excellents résultats.

Lichen atrophique et scléreux. — M. THIBIERGE (Paris).

Lymphogranulomatose cutanée initiale. — MM. NANTA et CHATELLIER (Toulouse) ont observé, chez deux malades, l'apparition d'une lymphogranulomatose type Paltauf-Sternberg quelque temps après l'évolution d'une lésion une fois muqueuse (langue), l'autre fois cutanée (dos de la main), lésion qui doit parfois constituer le chancre d'inoculation de l'affection, ainsi que d'autres observateurs semblent déjà l'avoir prouvé.

Un cas de syphilis héréditaire unilatérale. — M. GASTINEL.

Le lichen hypertrophique, forme anormale de lichénification. — M. PAUTRIER (Strasbourg) cherche à prouver l'autonomie de cette variété de lichen, totalement différente, par son aspect histologique, du lichen plan ; elle est au contraire très proche de toutes les lichénifications, couramment observées sur terrain prurigineux traumatisé.

Discussion : M. NICOLAS, en raison de la coexistence, voire de la superposition du lichen plan et du lichen corné, ne se range pas à cet avis. M. Pautrier se défend de clore définitivement la discussion

Sclérodermie et granulations calcaires sous-cutanées. — MM. SPILLMANN, THIBIERGE et WIESENBACH présentent le cas d'une fillette atteinte, trois ans après une diphtérie légère suivie de paralysies et d'œdèmes généralisés, de nodules sous-cutanés, bientôt fistulisés et donnant issue à du carbonate de chaux pur. Des nodules semblables sont décelés radiologiquement dans les tendons des membres dont ils entraînent les rétractions. Il s'agit là d'un nouvel exemple de ces calcifications rencontrées, non seulement aux stades avancés des sclérodermies, mais encore à la suite des lésions d'ordre conjonctif, quelles qu'elles soient.

Dermatoses et opothérapie.—MM.L. SPILLMANN et CARILLON (Nancy) sur neuf cas de psoriasis, ont observé toujours, par les tests endocriniens, un déséquilibre vago-sympathique. Trois fois, une déficience glandulaire s'avérait nette et le traitement approprié permit de blanchir le psoriasis. Six fois, l'extrait thymique, systématiquement appliqué, amena la guérison; chez tous les malades, l'opothérapie rétablit l'équilibre vago-sympathique.

Discussion : M. DARIER a vu des psoriasiques, présentant une glycémie élevée, guéris par l'insuline.

Contribution à l'étude du pemphigus. — MM. SPILLMANN et WATRIN (Nancy), sur 5 cas de pemphigus, chronique ou végétant, observés depuis un an, n'ont eu qu'une survie, malgré la gravité des symptômes ; elle paraît due à l'énergique thérapeutique mise en œuvre (injections de peptone, de chlorure de calcium; ergotine, quinine et adrénaline « per os ») ; le malade a pu reprendre son travail.

Les Livres

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Diagnostics de laboratoire (tome XXIII du Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas, et L. Babonneix). Fascicule I, par les professeurs LETULLE et P. PRUVOST. (Un vol. in-8° 168 figures. 12 planches en couleur. Prix: 60 francs).

Il s'agit des méthodes de laboratoires utiles au diagnostic des maladies, et de l'interprétation de leurs résultats qui n'ont certes pas tous la même valeur.

Certaines méthodes, en effet, ne sont pas spécifiques ; elles ne traduisent que des lésions ou des vices de fonctionnement des organes ; ce sont les analyses chimiques, physiques, histologiques, etc., des crachats, des épanchements des séreuses, du liquide céphalo-rachidien, du sang, des urines.

D'autres sont plutôt spécifiques, c'est-à-dire qu'elles sont reliées à la nature même de la maladie, à son étiologie (bactériologie, parasitologie).

L'auteur s'est mis à la place de ceux qui, n'étant pas très familiarisés avec ces questions si diverses et pourtant indispensables aujourd'hui, se demandent quand doit être pratiqué un sérodiagnostic par exemple, une hémoculture, quelle valeur il faut leur accorder suivant les cas, suivant les circonstances dans lesquelles le produit suspect a été examiné.

Aucun point de technique, aucun procédé utile n'est omis. Enfin, le tout est illustré avec un très grand nombre de figures originales, soit en noir, soit en couleurs, qui augmentent la valeur de cet important travail.

Premier Congrès international des Ecoles de plein air. Compte rendu in-extenso. (Un vol. in-8 raisin de 160 pages avec clichés. Prix : 10 fr.).

Depuis un quart de siècle , les Ecoles de plein air sont en faveur dans les nations étrangères. Aux Etats Unis seulement, on en compte plus de 500. Elles sont enfin à l'ordre du jour en France, après avoir conquis laborieusement l'opinion, la grande presse et les pouvoirs publics. Il en existe plus de soixante, réparties sur tout le territoire, leur expansion se fait désormais rapidement, et elles tendent à supplanter définitivement l'école « en vase clos » pour lui substituer une forme d'école nouvelle. L'accord des pédiatres et des pédagogues de tous les pays s'est heureusement affirmé au premier Congrès international des Ecoles en plein air, tenu en la Faculté de Médecine de Paris du 24 au 28 juin 1922. Le compte rendu contient une documentation précieuse et abondante sur cet intéressant sujet : légalité, emplacement, construction, matériel, alimentation, hygiène, culture physique, morale et intellectuelle, etc.

Gaston DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris VIe.

Dr W. KOPACZEWSKI., professeur à l'Ecole des Hautes Etudes de Belgique. — **Pharmacodynamie des colloïdes.** (Un vol. in-16 de 340 pages avec deux portraits hors texte. Prix : 12 fr.).

Dans ce second volume, l'auteur élargit les conclusions de sa théorie du choc. En considérant les substances protéiques les plus diverses et certains de leurs produits de dédoublement comme des colloïdes typiques, l'auteur arrive à la conclusion que leur introduction provoque toujours un changement dans l'équilibre des colloïdes et dans l'existence des cellules sanguines.

Cette conclusion est basée non sur la symptomatologie, mais sur une analyse serrée des modifications biologiques des humeurs et, avant tout, sur celles de leurs propriétés physico-chimiques. Toute la protéinothérapie, ainsi que la transfusion du sang, apparaissent comme une thérapeutique par le choc.

L'auteur ne se confine pas seulement dans des déclarations logiques et purement théoriques basées sur l'expérimentation personnelle : en dehors des chapitres historiques, le lecteur et le praticien y trouveront des indications pratiques concernant cette thérapeutique nouvelle, ou de nouveau mise en vogue. Pour l'expérimentation, la bibliographie que l'auteur s'est efforcée de faire aussi complète que possible sera certainement bienvenue à l'époque où un interchange scientifique est si difficile. Les deux index des auteurs et celui des matières complètent l'ouvrage entier.

Les livres qui viennent de paraître :

Chez Vigot.

Manuel du médecin expert. Accidents du travail et Maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes. (Un vol. in-16, 770 p., 30 fr.)

Dr Bitterlin. — **Lourdes.** (Un vol. in-16, 5 fr.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Rhomnol et néo-rhomnol.

Le *rhomnol* n'est autre chose que l'acide nucléinique *pur* introduit dans la thérapeutique par les laboratoires du Dr M. Leprince, c'est-à-dire le principe actif des noyaux cellulaires. Chimiquement, c'est du phosphore organique, du phosphore *vitalisé* ; cela nous explique son assimilabilité, son absorption facile, sa fixation intégrale dans l'économie, où il joue le rôle de reconstituant de premier ordre, de blastème nutritif et dynamophore. Les praticiens en font un usage quotidien, en pilules ou en granulé, toutes les fois qu'ils ont à combattre la débilité, l'asthénie, l'épuisement ou simplement la diminution d'énergie et de résistance. Observons aussi que le rhomnol est essentiellement *microbicide*, parce qu'il véhicule l'oxygène dans le sang, qu'il rajeunit, et dans la trame des tissus, qu'il régénère en leurs principes albuminoïdes fondamentaux. Il accroît le nombre et la qualité globulaires chez les chloro-anémiques, les myoneurasthéniques, les prétuberculeux. Tous les vaincus de la vie retrouvent, dans ce facile traitement, une stabilité inespérée et une réadaptation à la force de vivre.

Le néo-rhomnol, création plus récente des laboratoires du Dr M. Leprince, en injections hypodermiques de préférence, est (chacun le sait) une association d'arsycodile et de nucléinate de strychnine bien définie : symbiose parfaite de tout ce qui concourt utilement au remontement de l'énergie, le néo-rhomnol purifie le sang, tonifie les muscles et les nerfs, invigore les défenses, équilibre les activités. C'est, enfin, une expression quintessenciée de la médication hyperleucocytaire.

Ces puissants antagonistes de l'atonie cellulaire, de la dyscrasie sanguine, de la défaillance musculo-nerveuse, s'adressent à la fatigue, à l'adynamie, à la misère physiologique, à la prédisposition diathésique sous toutes ses formes. Ils combattent l'anoréxie, et la carence alimentaire. Ce sont des agents d'épargne et de *reminéralisation*, précieux contre l'infection et l'intoxication, les dystrophies, les maladies des os et articulations, les convalescences, les états cachectiques et consomptifs et même la sénilité (*senectus ipsa morbus*). Leur richesse en phosphore et leur facile assimilabilité les ont fait préférer par le praticien, dans le traitement de la phosphaturie, des névralgies rebelles, de la dépression physique, intellectuelle et morale (psychasthénies), de l'impuissance, de l'hypocondrie, du paludisme, des dermatoses rebelles et des tuberculoses médico-chirurgicales, dans les convalescences, la grippe en particulier.

La piqûre, non douloureuse, de néo-rhomnol fait merveille chez les dyspeptiques atoniques, avec ou sans spasmes, chez les dyspnéiques, les migraineux, les autophages. Une injection, *intramusculaire*, pratiquée douze jours de suite rompt fréquemment le cercle vicieux morbide ; on complète ensuite la cure par le rhomnol pris en pilules (4 à 6 par jour aux repas) ou granulé. On rénove ainsi la crase sanguine, on perfectionne l'influx nerveux, on réalise l'assolement du terrain : *sustenter et restituer*, tel est le programme accompli.

Une sanction clinique, déjà longue et des plus probante, témoigne de la surprenante activité de ces préparations, de leur valeur protectrice, antitoxique, antidéperditrice. Elles dispensent les délicats, les tuberculeux, de la suralimentation et de ses périls ; accélèrent et coordonnent les échanges, provoquent l'élimination des déchets ; stimulent la cellule nerveuse et rétablissent l'harmonie cérébro-spinale, au grand bénéfice de l'état général ; activent la circulation, sans crainte d'hypertension ; accroissent les réserves des mononucléaires macrophages, catalyseurs du plasma et véhicules des oxydations. Toutes les fois qu'il faut s'opposer aux germinations bacillaires et reconstituer le sol minéral (croissance, formation difficile, femmes enceintes et nourrices, anémies et lymphatisme) on s'adressera avec succès à ces puissants régénérateurs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES OBLIGATIONS FISCALES DU MÉDECIN

Mon article du 30 août dernier (1) m'a valu certaines observations qui sont parfaitement fondées, et dont j'ai le devoir de tenir compte.

C'est ainsi que j'ai écrit : « La loi de 1925 met à la charge du médecin la justification des chiffres déclarés par lui si l'agent du fisc les met en doute, faute de quoi il sera taxé d'office ».

Sous cette forme, le texte législatif n'est pas rigoureusement exact, en ce que les obligations de l'agent du fisc ne sont pas précisées. Il faut donc reprendre les termes formels de la loi de finances et les commenter.

L'article 9 de cette loi s'exprime ainsi : « Le contrôleur prend pour base de l'impôt le chiffre du bénéfice déclaré, *à moins qu'il ne le reconnaisse inexact.*

Lorsqu'il aura réuni des éléments précis permettant d'établir que les dépenses d'un contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré, il devra les soumettre au contribuable, et celui-ci sera tenu de justifier la différence ».

Il appartient donc tout d'abord au contrôleur d'établir, *avec précision*, que le contribuable a dépensé dans l'année plus qu'il n'a déclaré de revenu. Et c'est alors, *mais alors seulement*, que le contribuable devra fournir une justification.

Or, cette justification peut reposer sur tout autre chose qu'une comptabilité.

Un médecin vit sur un pied qui comporte apparemment une dépense annuelle de 50.000 francs. Ses revenus déclarés à la cédule des professions libérales ne s'élèvent qu'à 40.000 francs. Où prend-il les 10.000 francs d'excédent des dépenses sur les recettes ?

Cela peut être dans un revenu qui est exonéré également de l'impôt. Par exemple, le revenu de Bons de la Défense. Si ce médecin a placé 200.000 francs sous cette forme, il en tire un intérêt de 10.000 francs payés d'avance, qu'il n'est pas tenu de faire figurer dans sa déclaration. Dans ces conditions, il suffira à ce médecin de montrer ses Bons au contrôleur pour justifier sa déclaration.

Un médecin, qui déclare 50.000 francs de revenus, achète une maison de campagne 100.000 francs, et y consacre une partie de son avoir. Ce sont des valeurs qu'il a négociées en Bourse pour faire face à cette acquisition. Si le contrôleur lui demande la justification de cette acquisition, dont le montant ne paraît pas en rapport avec la déclaration, il n'aura qu'à produire les bordereaux afférents à la vente des valeurs négociées.

Voici deux exemples d'un désaccord possible entre le bénéfice net et les dépenses, qu'il est facile de dissiper très simplement, sans avoir besoin de produire une comptabilité.

Je répète donc ce que j'ai énoncé au début de mon précédent article sur ce sujet : le médecin, pas plus qu'aucun des ressortissants des carrières libérales, n'est obligé de tenir une comptabilité. Il n'est pas commerçant, et dans l'état actuel de la législation, rien ne lui impose les formalités que le commerçant est forcé d'accomplir.

Est-ce à dire que le médecin n'ait pas un intérêt à posséder, nonobstant ce qui précède, une certaine comptabilité ? Cela ne fait pas le moindre doute, ne serait-ce que pour le bon ordre de sa maison. Et cette comptabilité, d'un certain genre, les modalités que j'en ai proposées en exemple aux lecteurs du *Concours médical* sont, au dire d'éminents juristes qui en ont pris connaissance, aussi simples que pratiques et respectent le secret professionnel aussi complètement qu'on le peut désirer.

Mais, cette comptabilité, utile pour tenir exactement le médecin au courant des détails de son budget personnel, ne doit être produite, comme justification, qu'en dernier ressort, et quand ce sera la seule manière de donner au contrôleur les explications qu'il réclamera.

Tant qu'elle n'a pour but que de renseigner le médecin lui-même sur la marche de ses recettes et de ses dépenses, il importe peu qu'il prenne garde à ce qu'il y fait figurer. Mais s'il pense pouvoir être appelé un jour à en faire état au regard du fisc, il fera bien d'être prudent, notamment sur les réductions qu'il fera subir au chiffre de son revenu, à divers titres.

Ainsi, le loyer professionnel doit figurer dans les dépenses déduites du revenu. Mais à combien évaluer ce loyer par rapport au loyer total ? Par l'examen de l'avertissement de la cote personnelle mobilière, dans lequel cette cote est calculée à raison de la partie du loyer, considérée par le fisc comme servant *exclusivement* pour l'habitation.

(1) *Concours médical*, n° 35 du 30 août 1925, p. 2030.

L'amortissement de l'automobile doit figurer également dans les dépenses professionnelles en le divisant en cinq ou dix annuités. Mais il apparaît logique d'ajouter à chaque annuité les intérêts de la somme consacrée à cet achat.

L'installation du cabinet, son ameublement, les livres qui garnissent la bibliothèque... doivent aussi s'amortir en cinq ou dix ans, et figurer dans les frais à déduire du revenu, chaque annuité étant majorée des intérêts correspondants.

Faut-il amortir les frais d'études pareillement? La-dessus les avis semblent partagés. Les uns répondent affirmativement. Les autres le nient. L'un des juristes avec qui je me suis entretenu de cette question m'a fait remarquer qu'il n'est guère de profession qui ne comporte, avant d'être entreprise, des frais d'études ou des équivalents. Le commerçant, avant son établissement, qui aura séjourné à l'étranger, fréquenté une école commerciale, pourra soutenir valablement que ce sont là des frais d'études. Et cependant, il n'est pas autorisé à les joindre à ses frais de premier établissement et à les amortir.

Argument de poids dont il y a lieu, semble-t-il, de tenir compte, pour le détail des déductions à opérer.

Et c'est là que se trouve un danger sur lequel je dois appeler l'attention de nos lecteurs. Ce danger n'est pas illusoire ; ce n'est pas davantage une vue de l'esprit. Il a été couru, par des contribuables appartenant aux carrières libérales, qui en ont été fort désagréablement troublés.

Je m'explique : un contribuable a compris dans ses frais professionnels une dépense que le contrôleur, épluchant la déclaration avec les justifications à l'appui, n'accepte pas comme telle. Il supprime cette dépense des sommes déduites. Et il ajoute: « Comme il est probable, Monsieur, que vous avez effectué la même déduction dans vos déclarations des années précédantes, qui, de ce fait, sont inexactes, je vais vous pénaliser en conséquence ».

Il faut donc bien prendre garde, dans la comptabilité particulière, que le médecin tiendra, qu'il fera bien de tenir — dans son propre intérêt — de ne faire entrer comme dépenses que des frais sur lesquels il ne puisse s'élever aucun contestation.

Je me résume : la déclaration du médecin ayant été taxée d'inexactitude par le contrôleur, c'est cet agent du fisc qui a l'obligation de réunir les éléments précis sur lesquels il base son imputation. Il aura donc à constituer un dossier renfermant ces éléments, qui doivent être naturellement autre chose que de pures affirmations.

Il demandera ensuite des justifications à ce médecin. Celui-ci pourra les lui fournir par la production de titres, de pièces comptables, etc., justificatives des opérations contestées. Et en dernier ressort, mais sans qu'il puisse y être contraint, par la production de son livre de comptabilité personnelle, — l'expression comptabilité n'étant prise ici que comme désignant une énonciation, jour par jour, des recettes et des dépenses, sans aucune forme particulière imposée.

Dans cette énonciation, le médecin sera fondé à faire entrer des amortissements légitimes, intérêts compris, de certaines dépenses professionnelles importantes (automobile, mobilier professionnel, etc.), Mais il devra se garder d'y mentionner des dépenses sur lesquelles une contestation pourrait être valablement soulevée.

Il doit d'ailleurs demeurer entendu que la production de cette sorte de comptabilité pourra n'être pas considérée, par le contrôleur, comme une justification suffisante. Elle ne fera pas forcément foi.

Il faut compter en effet sur la possibilité d'une décision arbitraire du contrôleur, en notant toutefois que cette décision n'est pas sans appel.

Telles sont les obligations fiscales des carrières libérales en général et notamment des médecins. Il en est cependant une autre, primordiale, sur laquelle j'éprouve quelque scrupule à m'arrêter : Le premier devoir fiscal pour un contribuable, c'est la sincérité la plus grande dans sa déclaration.

Mais à quoi bon cette recommandation ici ? Je suis bien convaincu que, s'adressant aux membres du *Concours médical*, elle est parfaitement superflue.

Toute déclaration sincère doit échapper, en principe, à la contestation du contrôleur. Celle-ci pourtant pourra fort bien surgir. Avec les agents du fisc, on ne peut être assuré d'être absolument tranquille. Mais alors, la justification sera facile à produire.

Si le contrôleur passait outre et prétendait effectuer arbitrairement une taxation d'office, le contribuable victime de ce procédé aurait toujours recours devant le Conseil de préfecture et devant le Conseil d'Etat.

Et si ce contribuable est, par aventure, membre du « Sou médical », ce que je lui souhaite, il ne sera pas seul à affronter ainsi les tribunaux administratifs. Le « Sou médical », convaincu de son bon droit, l'y accompagnera et l'y défendra de toute l'autorité de ses conseils juridiques et de toute la puissance de sa caisse.

G. DUCHESNE.

LA POLITIQUE DE L'UNION. — LES CRITIQUES DE L'OPPOSITION

Après avoir lu l'excellent article du Dr Batier paru dans le *Concours médical* du 25 octobre, et qui provoquera sans doute, comme vous le dites, de nombreuses réponses, je tiens à vous envoyer sans tarder mon opinion personnelle. Je la voudrais et je la crois impartiale, car je n'appartiens pas au Conseil de l'Union cette année, je suis donc moins mêlé aux questions de personnes, et surtout j'ai d'excellents amis des deux côtés de la barricade. Je désirerais, après avoir donné mon avis sur le conflit, faire un *ardent appel à l'union du Corps médical,* union si *indispensable* en ce moment. Si mon but est atteint, grâce à la grande tribune du *Concours,* je ne croirais pas ma lettre inutile, malgré sa longueur.

Et d'abord il est un premier point essentiel qui doit dominer tout le débat : Il ne doit se produire, quoiqu'il arrive, entre les membres de l'Union, *aucune scission,* celle-ci devant être considérée en ce moment comme une véritable désertion.

Un second point doit être aussi retenu dès le début. Il s'agit entre nous, non pas d'un conflit de personnes et d'intérêts, comme on en constate si souvent par exemple au cours de luttes électorales ou parlementaires, conflit qui laisserait dès lors profondément indifférente la grande masse du corps médical, mais d'un *conflit d'idées et de doctrines* ; c'est ce qui le rend d'ailleurs si important, ce qui en fait la gravité, et ce qui explique aussi pourquoi le corps médical se passionne à son sujet.

Si nous entrons maintenant un peu dans le détail du conflit qui menace de mettre aux prises quelques-uns de nos chefs syndicalistes à la prochaine assemblée générale de l'Union, nous constatons, qu'un certain nombre d'erreurs et de maladresses ont été commises de part et d'autre. Le Dr Batier en relève quelques-unes, très impartialement d'ailleurs : nous n'en retiendrons que deux qui nous considérons comme les plus importantes.

1° Les *Fédérations du Nord et de la région lyonnaise reprochent au Conseil de l'Union d'abord de s'être opposé longtemps à la consultation des syndiqués sur l'Assurance maladie, puis de n'en pas faire connaître le résultat aux syndicats.* — Il faut avouer que lors de la dernière assemblée générale, on a senti de la part de certains dirigeants de l'Union une grande résistance, qui a étonné et choqué plusieurs d'entre nous, à communiquer aux délégués les résultats du référendum sur l'Assurance maladie, car enfin le Corps médical avait le droit et le devoir de connaître les résultats de ce référendum. Une pareille attitude, qui ne paraissait pas nette et claire, a été sévèrement jugée par plusieurs délégués et a contribué à accentuer le conflit au lieu de l'apaiser. Mais ainsi que le fait justement observer Batier, le bureau de l'Union et son président avaient le droit de considérer que le referendum était très incomplet, puisque si 102 syndicats avaient répondu, 184 ne s'étaient pas prononcés ! Constatation navrante et qui prouve combien de syndicats se désintéressent encore des questions les plus graves, les plus vitales même pour la profession médicale !

Quoi qu'il en soit, l'on ne peut préjuger de l'opinion des syndicats qui n'ont pas répondu et l'on doit considérer tout au plus que les solutions proposées leur étaient indifférentes. Quant aux 102 syndicats qui se sont donné la peine de faire connaître leur opinion, 27 d'entre eux étaient pour le tiers payant, et 75, soit près des deux tiers, c'est-à-dire la grande majorité, étaient contre le *tiers payant, pour l'entente directe avec ou sans contrat collectif.* Voilà le fait précis, indiscutable et qu'il faut savoir reconnaître loyalement.

2° *L'Union reproche aux Fédérations du Nord et de la Région lyonnaise d'avoir fait une démarche en dehors d'elle auprès de la Commission sénatoriale et d'avoir ainsi manqué à la discipline syndicale.* — Sur ce point, l'Union a raison, car seule elle a le droit de parler au nom du Corps médical tout entier et il a été convenu qu'elle devait être chargée de toutes les démarches auprès des Pouvoirs publics. Mais les Fédérations visées du nord et de la région lyonnaise ont fait valoir, comme excuse, qu'elles ont été convoquées directement par la Commission du Sénat, ainsi que la Fédération des syndicats d'Alsace. En outre la délégation de l'Union ne comprenait aucun membre de l'opposition, pas même le docteur Michon, vice-président de l'Union, qui avait été le porte-drapeau de l'entente directe. Dans ces conditions, les partisans de l'entente directe pouvaient craindre que leur conception, avec ses avantages, ne fût pas suffisamment exposée devant la Commission sénatoriale. Quoi qu'il en soit, le corps médical a ainsi donné au Parlement et aux Pouvoirs publics l'exemple fâcheux de sa mésentente et de ses divisions sur une question pourtant capitale. *Erreur qui ne devrait jamais se reproduire* et à propos de laquelle il importe de prendre des mesures pour l'avenir.

En résumé, si l'on veut être impartial, il faut reconnaître que des erreurs et des maladresses ont été commises de part et d'autre, comme nous le disions tout à l'heure : du côté des dirigeants de l'Union, un peu trop de résistance, d'hostilité systématique à l'égard de l'opposition, notamment à l'occasion de certaines demandes justes et légitimes formulées par cette dernière. — Du côté de l'opposition, une démarche maladroite

qui pouvait nuire à la discipline syndicale et à l'action de l'Union, en outre certaines attaques injustes et blessantes vis-à-vis de l'Union et de quelques-uns de ses dirigeants. Continuons à réclamer que la courtoisie et la bienveillance, surtout envers les personnes, soient la règle expresse dans nos rapports confraternels, comme dans nos discussions professionnelles : ainsi pourront être évités bien des conflits et des rancunes regrettables.

***

Si maintenant nous voulons élever un peu le débat, nous pouvons dire que dans la question capitale de l'heure actuelle, l'assurance-maladie, celle qui domine toutes les autres et qui n'est d'ailleurs qu'une des faces du problème des rapports du Corps médical avec l'Etat et les collectivités — question grave entre toutes car elle engage tout l'avenir du Corps médical et peut transformer radicalement l'exercice de la médecine en France — deux thèses, deux doctrines sont en présence : L'une estime que l'exercice de la médecine ne saurait sans danger pour la profession se transformer complètement, même quand il s'agit de médecine sociale, que l'exercice normal de la profession médicale comporte *la confiance du malade envers son médecin, c'est-à-dire le rapport direct* ; *l'entente directe entre le médecin et son malade, sans interposition de tiers.* L'autre doctrine admet qu'à des temps et à des besoins nouveaux, il faut opposer des méthodes médicales nouvelles. La médecine sociale comporte entre le malade et son médecin la présence d'un tiers avec lequel il faut compter, qu'il s'agisse d'*organisation de soins* ou de *règlement des honoraires* (*tiers payant*) (1).

De là à admettre ou à subir la socialisation de la médecine, il n'y a qu'un pas, et ce pas se laissera facilement franchir, croyons-nous. J'ai été vivement surpris pour ma part de lire sous la plume du Dr Batier, avec qui je suis ordinairement en communion d'idées, les phrases suivantes : « Or c'est un fait que les nations européennes tendent à la socialisation, chaque jour marque une restriction nouvelle des droits individuels au profit des droits de la collectivité. La pratique médicale doit évoluer dans le même sens, que nous le voulions ou non. . . » Et plus loin : « La terre tourne, ne reprochons point à ceux que nous avons choisis pour chefs de ne point l'empêcher de tourner ! » Eh bien ! non. La grande majorité du corps médical ne croit pas à la nécessité d'une socialisation, d'une fonctionnarisation de la médecine et est résolue à s'y opposer de toutes ses forces. *La profession médicale est et doit rester une profession libérale.* Vouloir lui enlever ce caractère essentiel, c'est la transformer radicalement, lui porter le coup fatal, l'enchaîner en tout cas. La terre tourne, c'est une loi naturelle qui s'impose à nous tous. Mais on ne pourrait en dire autant de la socialisation et de la fonctionnarisation de la médecine. Celle-ci ne surviendra *que si nous laissons faire*, si nous n'avons pas le courage de nous y opposer, ou bien si nous luttons avec une mentalité de vaincus. Nous avons pour nous une force immense, c'est que personne au monde ne peut nous imposer de donner nos soins, en dehors de certaines conditions que nous avons le droit et le devoir de fixer et d'imposer aux Pouvoirs publics. Sur ce terrain là, *nous sommes invincibles.* Notre défaite ne pourrait provenir que de notre faiblesse, de notre manque de confiance dans les droits imprescriptibles de notre profession. Voilà les idées dont devraient à mon avis s'inspirer les chefs de notre syndicalisme médical.

(1) Le type de cette organisation de soins avec contrôle et tiers payant nous est fourni par la loi des Pensions, et Dieu sait si nombre de confrères s'en plaignent déjà amèrement.

Donc, ces deux tendances, ces deux doctrines vont à nouveau s'affronter à la prochaine assemblée générale de l'Union, en ce qui concerne tout au moins l'assurance maladie : d'un côté, *entente directe* entre le malade et son médecin traitant avec ou sans contrat collectif ; de l'autre, *contrat collectif avec organisation de soins et contrôle.* Espèrons que tous les syndicats médicaux auront étudié ces deux solutions et pourront cette année faire connaître leur opinion à l'Association générale de l'Union.

Mais ce que je ne comprends pas, je l'avoue, c'est le grief que l'on fait à l'Union et à ses dirigeants de vouloir imposer l'une de ses solutions au Corps médical. La dernière assemblée générale de l'Union (de 1924) n'a-t-elle pas en effet voté un ordre du jour accepté par le bureau et le Conseil de l'Union, aux termes duquel *toute liberté est laissée aux syndicats de choisir l'une ou l'autre de ces solutions.* C'est là la vraie et bonne formule qu'a très sagement acceptée l'Union, et que le S. M. S. a énergiquement défendue. Chaque Syndicat fera ce qu'il voudra. L'expérience se chargera vite d'ailleurs de montrer quelle est la meilleure des solutions.

La seconde question que poseront à l'assemblée générale de l'Union les Fédérations du nord et de la région lyonnaise est celle de la *représentation des groupements et Fédérations de syndicats au Conseil de l'Union.* Pour ma part, je suis partisan de la *réprésentatiou régionale au Conseil* et je crois qu'il n'y a aucun inconvénient pour l'Union à favoriser les groupements régionaux, à condition que la discipline syndicale soit *strictement* observée.

Je voudrais terminer cette lettre par les trois vœux suivants que je soumets à nos confrères :

1° *Favoriser le plus possible la liberté de dis-*

cussion dans les syndicats et aux assemblées générales de l'Union. — Le *Médecin Syndicaliste,* organe de l'Union, devrait faire connaître et résumer tout au moins l'opinion de tous les syndicats sur les questions importantes. Toute opinion est bonne à connaître, car elle contient toujours une parcelle de vérité. Il ne doit pas y avoir, après chaque discussion de nos gros problèmes professionnels, de vaincus en face de vainqueurs, mais seulement des convaincus.

2° *Intensifier le travail et l'action des syndicats médicaux.* — Pour cela encourager toutes les manifestations d'activité de nos syndicats, soit dans le cadre départemental, soit dans le cadre interdépartemental (groupements d'études interdépartementaux, Fédérations régionales). Favoriser les groupements régionaux. *Assurer la représentation de l'opposition au sein du Conseil.* Une opposition est une nécessité et même un bien dans tout groupement comme dans tout gouvernement. Faire en sorte que tout le Corps médical travaille avec énergie et ensemble dans ses groupements professionnels.

3° *Assurer la discipline absolue dans l'action syndicale,* l'Union mandatée par ses assemblées générales ayant seule qualité pour parler au nom du Corps médical.

A ces deux dernières conditions, action énergique de nos groupements professionnels, discipline absolue, la victoire du Corps médical sera assurée. Si non, ainsi que l'affirme Batier, nos syndicats médicaux seront écrasés par les assurances sociales, et leur défaite entraînera comme conséquences : l'asservissement de la profession, sa ruine morale et matérielle, le salariat et le paupérisme médical grandissant.

Dr LE FUR.

ASSUJETTISSEMENT DES MÉDECINS, POUR LEURS AIDES ET INFIRMIERS A LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A première vue, la question paraît oiseuse : le médecin exerce une profession libérale et non commerciale : il ne saurait donc être rendu responsable des accidents du travail survenus à ses aides et infirmiers, au cours du travail de ces derniers.

Une jurisprudence constante a statué dans ce sens : la loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable aux professions libérales (*Cour de Paris,* 13 juillet 1902, le *Droit,* 17 juillet 1902 ; *Amiens,* 16 juin 1904, *Rev. Amiens* 1904, p. 233 ; *Trib. civil. Seine,* 22 juillet 1918, *Gaz. trib.,* 1919.2.339).

Dans le même sens, a été rendu un jugement du *tribunal civil de la Seine,* le 5 juillet 1911 (*Recueil des accidents du travail,* 1911, 185), qui décide que le mécanicien dentiste, aide d'un chirurgien dentiste, ne saurait invoquer, contre son patron, la loi du 9 avril 1898, la profession de dentiste étant une profession libérale.

Bien entendu, il ne s'agit ici que des aides et infirmiers, qui ne sont pas en même temps gens de maison, domestiques, concierges ou serviteurs à gages du docteur, auquel cas la législation des accidents du travail serait applicable, aux termes de la loi du 2 août 1923.

Dans quel cas, le caractère commercial peut-il être relevé à l'encontre du médecin ?

Il est évident que la plupart des docteurs en médecine ne se livrent qu'à leur seule profession ; mais si leur activité les amène à s'occuper d'une affaire médicale, ou para-médicale, dont ils recueillent les bénéfices, ou supportent les pertes, ils peuvent être considérés comme des commerçants et, par suite, assujettis à la législation des accidents du travail.

Nous allons passer successivement en revue diverses situations.

Hôpital.

Un hôpital, ou un hospice, constitue un établissement de bienfaisance, ne se livrant à aucune industrie ou commerce. En conséquence, un accident, dont aurait été victime un employé d'un hospice, en travaillant pour les besoins normaux de cet établissement, n'entraîne pas l'application des lois sur les accidents du travail.

Ainsi a jugé la *Cour d'appel d'Angers,* le 14 novembre 1923, réformant le jugement du *Tribunal civil de Mayenne,* du 5 janvier 1923.

Mais, dans quelles conditions un hôpital, appartenant à une société anonyme par actions, peut-il être considéré comme un établissement commercial ?

La question s'est posée devant le *tribunal civil de la Seine,* le 27 juin 1911. Un infirmier de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris, avait été blessé au médius droit, par des éclats de verre, provenant d'un bocal d'urine, qui s'était brisé, en tombant sur le sol. Un phlegmon se forma, et après deux interventions chirurgicales, il fut nécessaire de faire une amputation de ce médius.

Le tribunal, dans son jugement, s'exprime ainsi :

« Attendu qu'à l'appui de sa demande, X. soutient que l'hôpital Saint-Jacques appartient à une société anonyme par actions ; que, si quelques malades y reçoivent des soins gratuits, le plus grand nombre paye une rétribution variant de 3 à 10 francs.

« Que cet établissement ne serait donc pas une institution charitable et de bienfaisance, mais

une maison de santé, installée par ses fondateurs et administrateurs, dans le but de réaliser des bénéfices ;

« Attendu que des explications fournies à la barre, il semble bien que tels sont les caractères constitutifs de l'hôpital Saint-Jacques ; qu'il est donc un établissement commercial et se trouve assujetti aux dispositions de la loi du 12 avril 1906 ».

La *Cour d'appel d'Angers*, dans son arrêt du 14 novembre 1923, que nous citions plus haut, a discuté cette question, à savoir si un hôpital, ou hospice, établissement public, pourrait, dans certains cas, être considéré comme étant partiellement un établissement commercial, si le nombre des malades payants était important, partant les ressources budgétaires appréciables, de ce chef de l'hospitalisation payante.

« Attendu que l'hospice constitue une œuvre de bienfaisance, fondée exclusivement dans un but de charité ;

« Qu'elle ne perdrait pas ce caractère, même au cas où elle recevrait des pensionnaires payants, ce bénéfice supplémentaire, dont rien ne révèle d'ailleurs l'existence, n'apportant qu'un faible accroissement au budget hospitalier, tout au moins dans une petite ville comme celle de Mayenne ;

« Qu'il faudrait donc, pour soumettre les hospices aux lois qui ont consacré le risque forfaitaire,que ces établissements aient organisé une industrie ou se livrassent à un commerce, ce qui paraît, à la vérité, avoir été envisagé comme possible, par les hospices, lorsqu'ils ont contracté une double police collective industrielle ».

A contrario, pourrait-on, peut-être, des termes de cet arrêt, déduire que lorsqu'un hospice, ou hôpital, bien qu'établissement public, reçoit un nombre important de pensionnaires payants, dont il tire profits, dans une proportion appréciable, au point de vue de ses ressources budgétaires, cet établissement hospitalier doit être considéré, en quelque sorte, comme une entreprise commerciale et par suite assujettie à la loi sur les accidents du travail ?

Un jugement du *Tribunal civil de Bourg* (25 mai 1924, *Gaz. Pal.*, 4 juillet 1924) a résolu une question semblable. Un ouvrier maçon, employé dans un asile d'aliénés, a réclamé les indemnités, qui lui étaient dues à la suite d'un accident du travail.

« Attendu que la jurisprudence de la Cour de Cassation estime que l'assujettissement à la loi du 12 avril 1906 résulte du caractère d'entreprise commerciale, qui appartient en principe à toutes les maisons de santé, ou cliniques médicales, tenues par des particuliers ;

« Qu'il n'en est autrement des établissements, fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation d'aucun bénéfice ;

« Attendu qu'il est constant, en l'espèce, que, d'une part, l'asile Saint-Georges reçoit, moyennant un prix fait avec le département de l'Ain et certains départements voisins, les aliénés indigents, qui sont à la charge des communes et des départements ; que l'asile reçoit, d'autre part, les aliénés placés en traitement par leur famille et ce, suivant le confort, le logement et la nourriture, à des prix de pension divers et déterminés ;

« Que, dans ces conditions, l'établissement constitue, à n'en pas douter, une entreprise commerciale et se trouve, par suite, assujetti à la loi du 12 avril 1906 ».

Maisons de santé.

Ainsi, certains établissements, ayant, par certains points, un caractère public, mais institués par l'initiative privée, et même certains hôpitaux, dans la portion commerciale de l'établissement, c'est-à-dire celle qui reçoit des malades payants, peuvent être considérés comme étant assujettis à la législation des accidents du travail.

La question a été tranchée par la *Cour de Cassation* (*chambre civile*) par arrêt du 12 novembre 1923 (*Gaz. Pal.*, 2 décembre 1923 et *Concours médical*, 1924-268).

Cet arrêt décide que les maisons de santé et les cliniques médicales, qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont, en principe, des entreprises commerciales, assujetties par la loi du 12 avril 1906 à la législation des accidents du travail, alors même qu'elles sont tenues par un médecin et quelle que soit l'importance du traitement médical, eu égard aux autres fournitures.

Il n'en est autrement que des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation d'aucun bénéfice.

Dans notre article, paru dans le *Concours* de 1924, commentant cet arrêt, nous avons opposé, au point de vue droit pur, les considérations d'ordre professionnel, s'appuyant sur des idées d'équité.

En effet, un sentiment d'altruisme exagéré conduit certaines commissions hospitalières à admettre trop largement, à l'hôpital, quiconque propose de payer le prix de journée, sans qu'on s'occupe de savoir si l'hospitalisé est riche, ou non.

D'autres établissements hospitaliers négligent leur caractère d'établissement public : ils font du commerce, en réalisant des bénéfices assez appréciables, grâce à l'admission de ces malades payants, ce qui leur permet de boucler leur budget.

Le bénéfice commercial a ici une destination humanitaire et nullement intéressée; mais il n'en résulte pas moins, à l'encontre des maisons de santé privées, une concurrence formidable, et quelque peu illicite.

Les tribunaux seront peut-être bientôt appelés à trancher ce point de droit commercial, puisque la cour de Cassation semble vouloir classer les maisons de santé parmi les établissements commerciaux, du moins en ce qui concerne l'applicabilité de la législation sur les accidents du travail.

Nous avions publié dans le *Concours* de 1925, p. 874, un jugement du *tribunal de la Seine*, du 3 janvier 1924. Ce document de jurisprudence décidait qu'une infirmière, blessée au service d'un médecin, ne bénéficie pas des dispositions de la loi sur les accidents du travail, car le médecin exerce une profession libérale, non visée par la loi du 12 avril 1906.

Or, ce jugement vient d'être cassé par l'arrêt suivant de la Cour de Paris, car il fut démontré, au cours des débats, que le médecin, patron de l'infirmière, gérait une clinique, qui, pour certains motifs, pouvait être considérée comme un établissement commercial.

COUR D'APPEL DE PARIS (7e ch.)

15 juin 1925.

(*Gazette du Palais*, 4-5-octobre 1925.)

Si le médecin qui reçoit des malades, les examine, et après avoir diagnostiqué leur maladie, leur applique ou leur fait appliquer sous sa surveillance les remèdes qu'il juge nécessaires, ne peut être assimilé à un commerçant, il en est tout autrement quand il est à la tête d'une clinique intitulée « Etablissement médical », comportant à l'entrée des plaques indiquant qu'on peut y venir s'y soumettre à des applications médicales et chirurgicales, et qu'il dirige une entreprise appliquant des remèdes à des malades dont le diagnostic a été établi par d'autres médecins, puisque dans ce cas ces remèdes ne sont plus l'accessoire de la profession, mais constituent, au même titre que la délivrance de médicaments par les pharmaciens, une entreprise commerciale assujettie à la loi du 9 avril 1898, *modifiée par celle du* 12 *avril* 1906.

La Cour,

Sur l'appel interjeté par la Dlle L. d'un jugement du Tribunal civil de la Seine en date du 3 janvier 1924 :

Considérant que la Dlle L., infirmière au service du docteur P. a été, le 7 février 1922, victime d'un accident ; qu'en nettoyant des instruments de chirurgie, elle a été piquée à l'index de la main droite par un bistouri non désinfecté qui se trouvait dans un bassinet ; que malgré les soins qui lui furent immédiatement prodigués elle dut, au bout de quelques jours subir l'ablation des deux premières phalanges ;

Considérant que la Cie l'E., à laquelle est assuré le docteur P., soutient que l'accident de la Dlle L. ne rentre pas dans la catégorie de ceux prévus par la loi sur les accidents du travail, que le docteur P., en soignant des malades, exerce une profession libérale, qu'il n'est pas commerçant et dès lors n'est pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 12 avril 1906 ;

Mais considérant que si le médecin qui reçoit des malades, les examine et, après avoir diagnostiqué leur maladie, leur applique ou leur fait appliquer sous sa surveillance les remèdes qu'il juge nécessaires, ne peut être assimilé à un commerçant, il en est autrement lorsque, comme dans l'espèce, il dirige une entreprise appliquant des remèdes à des malades dont le diagnostic a été établi par d'autres médecins ; que, dans ce cas, les remèdes vendus et appliqués ne sont plus l'accessoire de la profession, mais constituent, au même titre que la délivrance de médicaments par les pharmaciens, une entreprise commerciale ; que l'aspect même de la clinique du docteur P., intitulée « Etablissement médical », comportant à l'entrée des plaques indiquant qu'on peut venir s'y soumettre à des applications médicales et chirurgicales, démontre suffisamment qu'il ne s'agit pas d'un simple cabinet médical ;

Considérant que si P. n'est inscrit au registre du commerce sous le n° 296996 comme fabricant et vendant des produits désinfectants que depuis le 3 octobre 1924, il ne s'ensuit pas qu'il ne se soit livré que depuis cette époque à des opérations ayant un caractère commercial ;

Considérant que le législateur a voulu atteindre toutes les industries, exploitations ou entreprises présentant pour ceux qui y sont employés des dangers manifestes et en quelque sorte inévitables, constituant des risques professionnels, c'est-à-dire des risques afférents à ces professions, indépendamment de la faute des employés ou des patrons ;

Considérant que les manipulations auxquelles se livrent les infirmières dans l'établissement du docteur P. les exposent à un ensemble de risques professionnels que la loi a entendu garantir ;

Considérant que, pour apprécier le véritable caractère de la résistance opposée à la demande, il n'est pas sans intérêt de remarquer que P. est assuré depuis le 17 juin 1919 à la Cie l'E. à laquelle il versait au moment de l'accident survenu à la Dlle L. 1 % sur 13.200 fr. de salaires déclarés ; que le rejet de la demande n'aurait donc en réalité d'autre résultat que de laisser la Compagnie qui plaide sous le nom de l'assuré bénéficier des primes qu'elle touche depuis six ans en l'exonérant de la charge des risques professionnels qu'elle a assurés en contrepartie ; que le docteur P. lui-même a fait la déclaration régulière de l'accident et n'a pas méconnu, en fait, les nécessités professionnelles qui légitiment

l'application de la loi sur les accidents du travail à sa clinique ; que, loin de s'y soustraire, il a au contraire entendu en assurer le bénéfice à ses employés dont les droits ne peuvent être contestés que dans un intérêt qu'il importe d'écarter du débat ;

Considérant que la Cie l'E., en assurant le docteur P. lui a fait préciser le nombre des personnes dont elle garantissait les accidents du travail ; qu'elle est mal venue aujourd'hui à soutenir qu'elle n'est pas tenue de la garantie résultant de la police ; que d'ailleurs elle a versé le demi-salaire et acquitté les frais d'hôpital ; que dans ces conditions elle est tenue de payer à la Dlle L. la rente annuelle et viagère à laquelle lui donne droit son incapacité professionnelle ;

Mais considérant que la Cour n'a pas, quant à présent, les éléments suffisants pour évaluer le taux de la réduction de capacité ; qu'il y a lieu de procéder à une expertise.

Par ces motifs,

Infirme le jugement dont est appel...

Et statuant à nouveau, avant faire droit (expertise).

Conclusions.

Nous sommes très étonné de cette distinction, que fait la cour de Paris, entre le médecin, qui applique lui-même le traitement, qu'il estime utile pour ses malades et le praticien, qui applique ce traitement, d'après les ordonnances d'autres confrères.

Des points de fait nous manquent, pour donner une appréciation précise. C'est ainsi que l'arrêt parle d' « entreprise appliquant des remèdes à des malades, dont le diagnostic a été établi par d'autres médecins ».

Il semble que, dans l'espèce qui nous occupe, il y a délivrance de médicaments d'ordre divers puisque l'arrêt signale, plus loin, que le Dr P. est inscrit au registre du commerce, comme fabricant et vendant des produits désinfectants.

Serions-nous en présence d'une firme pharmaceutique, dont le Dr P. serait le propriétaire, ayant à ses côtés un pharmacien diplômé ?

De la lecture de l'arrêt, il semble aussi se dégager cette idée que la clinique du Dr P. a plutôt l'allure d'une entreprise commerciale en médecine et en pharmacie que d'une maison de santé médicale, ou même d'un simple cabinet médical.

De ce qui précède, nous pouvons tirer cette conclusion, que la jurisprudence a tendance à suivre les directives données par la Cour de Cassation par son arrêt du 12 novembre 1923. Tout médecin, dont l'activité professionnelle dépasserait les limites de travail, que peut faire un seul diplômé et qui s'adjoint des collaborateurs, pourrait être considéré comme un industriel ou un commerçant, lorsqu'il ne donne pas à ses malades exclusivement de la médecine, mais qu'il adjoint, à celle-ci, soit une hospitalisation privée, soit des médicaments.

Cette orientation de la jurisprudence a des conséquences considérables et surtout fort discutables, en matière d'impôts et de fiscalité. Elle doit aussi être prise en considération, lorsqu'il s'agit de discuter les termes d'un contrat d'association entre médecins, ou entre praticiens et étrangers à la médecine, pour la création ou la gestion d'une affaire médicale, ou para-médicale, dont le but est de faire des bénéfices, en donnant des soins au public.

C'est aussi une question qui a une très grosse importance, à la veille de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Dr Paul Boudin.

MENACES ET DANGERS FISCAUX

C'est entendu, la nouvelle loi de finances est votée, et nous déclarerons nos revenus bruts et nos dépenses professionnelles. Grâce au député Poitou-Duplessy, nous ne déclarerons que les recettes encaissées, et non nos créances souvent ... irrecouvrables. Certain contrôleur, exceptionnel, certes, car je me plais à proclamer leur correction, réclamait ou entendait réclamer l'ensemble du dû et du payé, et le député de la Charente ayant questionné le ministre des finances à ce sujet, a eu la réponse que je viens d'indiquer.

Notre confrère G. Duchesne a montré en *Le Concours* la façon, avec un livre de recettes bien tenu, de ne pas violer le secret professionnel, de montrer que les chiffres en coïncidaient avec ceux trouvés chez nos clients ... à moins, dirai-je, que ceux-ci ne nous attribuent sur leurs livres des honoraires royaux pour masquer des dépenses plus ou moins avouables ! ...

Quoi qu'il en soit, c'est notre train de vie qui fixera le fisc ou ses agents qui le représentent. Celui qui aime l'ostentation, « l'auto et le chauffeur », même si pas très nécessaires, qui reçoit, ou voyage beaucoup, sera lourdement taxé !

Le radiologue doit aller à maints Congrès et Sociétés, l'hydrologue voir les confrères pour lui et les eaux — patrimoine français d'importance. Le Dr Béal, du Mont-Dore, l'a dit ici éloquemment et je l'ai souvent reproduit ailleurs. Ces voyages, il y faut insister, sont indispensables à tous les spécialistes. En électro-radiologie, appareils et procédés changent souvent, exigent un grand appartement, ont un amortissement impossible à fixer...

Vérités banales tout cela !

Mais quelles conséquences ;

Le Dr Jayle, en *La Presse médicale*, a montré « le regard » de l'Etat dans les banques, les postes, chez les notaires, comment certain confrère confondu avec un homonyme avait dû prouver qu'il n'était pas si riche que cela ! qu'il n'avait nullement touché telle grosse somme ! que si trop imposé, il faudrait prouver d'autres revenus, montrer ses bons de la défense ...

Que de menaces ainsi suspendues sur le contribuable, et, qui pis est, de dangers pour le Trésor, pour le crédit national déjà si menacé par les rentes abaissées et non vendables...

Je précise :

On accuse les gens de la campagne surtout, qui n'aiment pas, on le sait, dire leurs affaires, de cacher leurs billets de banques, voire de l'or... N'est-ce pas pousser les professions libérales avec l'inquisition : à les imiter, à n'avoir plus de comptes en banques, de chèques postaux importants : pour ne pas être surtaxés, voire de ne plus faire de prêts. N'est-ce pas créer de l'argent — des francs papier — improductif, empêcher maintes passagères transactions qui font rouler le numéraire et « marcher les affaires ».

Quelle inquisition, si redoutable soit-elle, pourra se vanter de déterrer certaines valeurs qui se cachent, d'empêcher maints objets précieux et peu volumineux d'aller à l'étranger, — et je ne parle pas des médecins trop attachés à leurs malades — d'y faire des placements et de les y aller toucher, voyages utiles et d'agrément déjà, hélas ! bien nombreux, trop nombreux !

Evidemment, tout le monde ne le pourra pas, mais les empêchés ne seront pas les plus riches et seront donc d'un maigre rapport.

Jayle s'est étonné excellemment que pas un de nos confrères parlementaires n'ait protesté contre l'affirmation que chaque médecin dissimule 50.000 fr. par an de ses revenus, alors que les 9/10 d'entre nous ne les gagnent pas. Que font donc nos confrères, et s'ils nous croient si riches, pourquoi se bornent-ils à 25.000 fr., au lieu de revenir à une cliente si lucrative ! Comme ils sont donc dévoués à la chose publique et à ... nos intérêts ?

Que de frais professionnels variant avec la spécialité et la santé de chacun de nous, ingambe ou invalide, avec les degrés intermédiaires. Les frais de locomotion, selon chacun de nous, selon les goûts plus ou moins dispendieux, le désir de briller, la façon de comprendre la vie si variable, varient et comment ! Le train de maison diffère de même avec le milieu, le genre de clientèle, les enfants. Comment évaluer tout cela, variant aussi avec le pays, le quartier... Quelles connaissances énormes auront ou devront avoir les agents du fisc ?

La profession médicale reste encore la plus honnête de toutes quoi qu'on en dise, et je suis sûr que furent bien rares — encore, étaient-ils Français ? — ceux qui frustrèrent le Trésor !

Autre menace :

L'impôt sur le capital est encore un élément de sa ... fuite ; on nous en menace. Qu'est le capital, sinon nos instruments de travail le plus souvent. Le cerveau ne suffit pas au médecin, il lui faut des instruments, des appareils, voire du radium. Va-t-il les hypothéquer ou vendre au profit de l'Etat ? et si tout est en même temps sur le marché, à quels prix dérisoires vendrait-on ?...

L'avocat a son capital-Parole, et l'on sait qu'il rapporte à certains beaucoup d'argent, sans preuves, puisqu'il prend des « provisions » et ne donne pas de reçus. Donc, l'avocat est mieux protégé que le médecin, constatons-le en passant !

D'ailleurs, si l'on joue, si l'on s'offre des bombances dans les restaurants plus ou moins à la mode, trouvera-t-on partout des agents fiscaux pour venir vous demander votre nom, savoir si un ami ou vous, payez, le constater et porter ces dépenses aux « marques extérieures » ? Si vous fréquentez des amis « chics », vous y assimilera-t-on ?

Le commis voyageur, l'hétaïre, à la modeste chambre, peuvent faire d'importantes et incontestables recettes ! ... S'ils s'avisaient de placer de l'argent, « cela se saurait » et serait taxé, d'où, prime à la prodigalité, à l'imprévoyance, à la vieillesse malheureuse : c'est priver l'Etat raisonnable d'impôts actuels et modérés sur ces économies, et lui créer des frais pour des malades, des vieillards sans ressources ...

On prend l'argent où il est ; soit, mais n'est-ce pas tuer « la poule aux œufs d'or » et à jamais !..

Cette question du capital se confond du reste avec le revenu. Achète-t-on des appareils nécessaires — l'on m'excusera de citer la radiologie aux changements incessants — il faut les payer les livres du commerçant en portent l'indication, l'acheteur aussi en a des traces. Alors le fisc de pouvoir dire : « Vous achetez *n* milliers de francs d'appareils, vous les avez donc gagnés, ou pris sur votre capital, ou empruntés, prouvez-le »... Si vous les avez gagnés, il me semble, dira le fisc, que votre déclaration de revenu est insuffisante. »

L'année suivante, la clientèle ne venant pas, le spécialiste peut être ruiné par ses achats onéreux, et le fisc perd un client, la France, une valeur cérébrale.

Je pousse tout au noir, dira-t-on ? Je ne crois pas, mais je vois l'Inquisition — avec un I majuscule ! — Evidemment, cela va créer des fonctionnaires nouveaux qui diminueront encore les revenus du Trésor, et qui seront par ailleurs surmenés : ils seront obligés de choisir tel ou tel,

« à la fortune du pot » ; tant mieux pour celui-ci, s'il a bien gardé tous ses papiers, ou a obtenu toutes quittances utiles — ces dernières, locomotion, voyages, voitures prises, aides, collaborations, souvent bien difficiles à avoir !...

***

Les biens oisifs seront aussi atteints par de nouvelles lois projetées. Je ne parlerai pas de nos rares privilégiés ayant châteaux, villas. D'ailleurs *les biens oisifs* sont les œuvres d'art, les meubles anciens, les peintures ou sculptures qu'ont pu nous offrir quelques artistes pauvres soignés gracieusement, les souvenirs de famille, dont certains sinistrés de la guerre, dont je suis, ont souffert grandement de la disparition, et que de plus favorisés gardent jalousement... Tout cela va payer l'impôt.

L'Œuvre nous parlait d'un Rembraudt acheté 3 fr. 75 au « Marché aux Puces » et qui paiera sans doute des droits énormes. Un vieux domestique m'a acheté jadis audit marché un beau dessin signé et daté de Rembrandt, mais je n'ai jamais cru à l'authenticité de ce petit tableautin fait (? ?) par Rembrandt à l'âge de 14 ans ! Que de discussions sur l'authenticité de tant de toiles, que d'illusions enlevées, que d'artistes qui ne pourront plus vendre leurs tableaux, ou sculptures ? ... Passons.

C'est là la parure de la France, comme tant de vieux châteaux, Montal, Castelneau, Loubressac, pour ne citer qu'un coin du Lot, dont M. de Monzie est le sénateur aimé, et que je viens de voir, châteaux restaurés par MM. Fenailles, Mouliérat, H. Lavedan, et payant de lourds impôts ; nos œuvres d'art, en nos intérieurs, sont aussi la parure de la France que voient nos amis étrangers, venant chez nous. Je sais bien que lorsqu'on est dans la « purée » on met ses parures, ses bijoux, « au clou », encore a-t-on l'espérance de les y retrouver. Je m'exprime inélégamment et m'en excuse, mais il me semble faire ainsi mieux comprendre notre situation générale et particulière.

« Le Boche ne paye pas », et nos alliés par leurs exigences pesant sur nous et ménageant l'Allemagne, escomptant notre probité proverbiale, veulent se voir payer par nous, toujours nous ! Veulent-ils donc ruiner la France en prenant tout ce que l'on peut prendre ...

Toujours est-il que nos « biens oisifs » en médecine, sont souvent des souvenirs émouvants, des témoignages de notre savoir, une marque de science qui permet de meilleurs honoraires, augmentent notre revenu fonction de l'impôt. On nous accorde, je le sais, 80.000 fr. de meubles pour le ménage, 50.000 fr. pour le célibataire. Aux prix actuels des choses, qu'est cela ?

On se basera vraisemblablement sur les polices d'assurances. Alors, on s'assurera soi-même, on déclarera moins, d'où, moins de taxes d'Etat sur ces polices. « On déclarera moins » est une supposition de ma part, mais tellement vraisemblable ! ....

Pour être en règle avec la loi, le livre du chirurgien dentiste, A. Bouland, licencié en Droit, comme *La responsabilité des médecins et des chirurgiens dentistes d'après la jurisprudence*, du même auteur, avec M. A. Paris, docteur en droit, nous montrent les écueils de nos professions, en matière d'accidents et d'impôts, ceux-ci ne sont pas nos moindres écueils.

Sera-ce l'inquisition arrivant forcément à supprimer le secret professionnel, défense de la société, des patients qui iront, inconnus, *de préférence chez les charlatans*, ceux qui connaissent si bien les lois pour les tourner et passer au travers des mailles du code et du fisc ? Les contrôleurs viendront-ils voir nos livres, et expertiser nos meubles, le tableau accepté du rapin à ses débuts pour ménager son amour-propre et avoir l'air de le soigner à titre onéreux ? même si ce rapin est devenu célèbre bien plus tard, par mode, spéculation des marchands !

Nos aides déjà cités, nos collaborateurs à nos opérations, le médecin de famille accompagnant, anesthésiant son patient pendant que le chirurgien intervient ; que d'évaluations difficiles ! La poste, les banques, les notaires, partout où passe de l'argent, sont à la disposition du Trésor. Tout cela ne serait rien, si nous ne devions, par suite, perdre notre temps à tenir une comptabilité, temps qui est mieux employé à penser à nos malades, aux cas graves, à nous occuper d'œuvres sociales, à imaginer des appareils nouveaux et ingénieux, à faire de l'art ou à encourager tout ce qui vaut mieux enfin, comme l'on disait en ma jeunesse « que d'aller au café ». Au moins, l'argent dépensé en ce milieu souvent électoral ne se verra pas, ne s'accumulera pas et ne payera pas l'année suivante, puisque non économisé, d'impôt sur le revenu. L'impôt ne mange-t-il pas « son blé en herbe » ? et cela, au moment où tous ceux qui peuvent ont souscrit au dernier emprunt.

Et *Les feuilles médicales et parisiennes* ont cité cette opinion de l'exquise écrivain, Mme Lucie Delarue-Mardrus (femme d'un confrère) : « Le bas de soie est le bas du désespoir », idée qu'elle a du reste développée. C'est l'insécurité devant l'impôt, les soucis qu'il apporte (un contribuable s'en est jeté en 1924 du haut de l'Arc de Triomphe), la paix troublée et les menaces dont nous jouissons... c'est tout cela et bien des causes intimes qui suppriment toutes nos raisons d'économie, cette vertu nationale seule restée aux « vieux ». *Tuer les vieux, jouir*, dernier livre du grand romancier Félicien Champsaur, devient une règle des jeunes, bien favorisée par

les impôts. Quand on ne pourra plus aimer les vieux livres, les bibelots, l'art, parce que «biens oisifs » et aux valeurs oscillantes par vogue, mode, agiotage, que deviendra-t-on ? . . .

... Tout se tassera, nous l'espérons. Mais « prévenir vaut mieux que guérir », signaler des dangers, c'est peut-être les éviter ! !

Dr Foveau de Courmelles.

VARIÉTÉS

Un tableau effrayant de la peste et de la variole en Mongolie. L'exorcisme des démons de la maladie.

M. Ossendowski, professeur à l'Ecole de guerre de Varsovie et à l'Ecole des Hautes Etudes commerciales de cette ville, ancien élève de la Sorbonne vers 1900, se trouvait en Sibérie en1920, à Krasnoiark sur les rives de l'Ienisseï. Bien qu'ayant été victime du gouvernement tsariste, emprisonné et relégué, il dut fuir devant les horreurs de la révolution bolcheviste. Dans un livre à la lecture passionnante sous le titre : *Bêtes, hommes et Dieu*, édité chez Plon et Nourrit (1), il conte son odyssée à travers la Sibérie, la Mongolie, la Mandchourie. C'est indiscutablement le plus extraordinaire roman d'aventures qui ait été vécu et écrit. Nous lui empruntons un passage qui a trait à une épidémie de peste et variole dans une tribu de Mongols :

« Entre le *dougonn* (comptoir chinois fortifié) et le Monastère (lamaïste) et plus près de la route, je distinguai un camp de nomades. Leurs chevaux et leurs bestiaux n'étaient pas avec eux. Les Mongols, résidant ici depuis quelque temps, avaient laissé leurs animaux dans la montagne. Sur plusieurs *yourtas* (sortes de tentes) flottaient des oriflammes multicolores, signal de maladie. Près de quelques yourtas, de hauts piquets fichés dans le sol et portant au sommet une toque mongole, indiquaient que l'habitant de la yourta était mort. Les meutes de chiens errants dans la plaine signalaient la présence de cadavres dans les environs, au fond des ravins ou sur le bord de la rivière.

En approchant du camp, nous entendions au loin un battement de tambours, un air mélancolique joué sur la flûte et des cris aigus. Notre Mongol s'avança aux renseignements et revint nous dire que plusieurs familles mongoles étaient arrivées au monastère pour demander assistance au Houtouktou Jahansti (supérieur du monastère) renommé pour ses miracles. Ces gens frappés de la peste et de la variole noire, étaient venus de loin et n'avaient pas trouvé le Houtouktou au monastère ; il était parti faire une visite au Bouddha vivant d'Ourga. En conséquence, ils avaient été obligés d'inviter les sorciers. Les malades mouraient les uns après les autres. La veille, ils avaient abandonné dans la plaine le vingt-septième cadavre.

Cependant pendant que nous parlions, le sorcier sortit des yourtas. C'était un vieillard dont l'un des yeux souffrait de la cataracte, et dont le visage était marqué profondément par la petite vérole. Il était vêtu de haillons, des bouts d'étoffe de différentes couleurs étaient suspendus à sa ceinture. Il avait un tambour et une flûte. Ses lèvres bleues écumaient,ses yeux étaient hagards. Soudain, il se mit à tourner , à danser avec toutes sortes de gambades de ses longues jambes, des mouvements onduleux des bras et des épaules, battant du tambour, jouant de la flûte, poussant des cris, accélérant sans cesse le rythme, si bien qu'enfin, blême, les yeux injectés de sang, il tomba dans la neige où il continua à se tordre de tous ses membres et à proférer des hurlements incohérents. C'est ainsi que le sorcier traitait les malades, épouvantant de sa folie furieuse les mauvais démons porteurs de maladies.

Un autre des enchanteurs donnait à ses patients de l'eau sale, boueuse, provenant, je l'appris plus tard, du bain de la personne même du Bouddha vivant qui y avait lavé son corps divin né de la fleur sacrée du lotus.

— Om ! Om ! s'écriaient sans cesse les deux sorciers.

Tandis que ces docteurs magiciens combattaient les démons, les malades étaient abandonnés à eux-mêmes. Ils gisaient en proie à une fièvre terrible, sous des monceaux de peaux de biques et de manteaux, délirant, secoués de spasmes. Auprès des feux, accroupis, les adultes et les enfants encore en bonne santé bavardaient avec indifférence, en buvant du thé et en fumant. Dans toutes les yourtas je vis des malades et des morts, des misères et des horreurs impossibles à décrire ».

Et le professeur Ossendowski rappelle que ce sont là les descendants de ces Mongols de Gengis-Khan, qui imposa sa domination à toute l'Asie et en partie à l'Europe. Ces Mongols, qui ont gardé leur antique moralité, leur honnêteté séculaire, leurs mœurs douces, sont en voie de disparaître du fait de leur ignorance et de leurs superstitions. Le voyageur polonais dont l'âme était cependant solidement trempée s'enfuit, ne

(1) Trad. de l'anglais par Robert Bernard (9e mille)

pouvant supporter ces horreurs qu'il n'avait ni les moyens, ni la force de combattre, ne pouvant se délivrer lui-même de l'obsession qui lui faisait sentir derrière lui à sa poursuite, quelque démon invisible attaché à ses pas depuis son passage au milieu de ces scènes d'épouvante. M. Ossendowski intitule d'ailleurs le chapitre auquel nous empruntons ce récit : l'Antre de la Mort.

J. NOIR.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de médecine légale.* — M. le professeur Balthazard a commencé ce cours le mercredi 4 novembre, à 18 h. (grand amphithéâtre), assisté de M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit, et de M. Duvoir, agrégé.

Le cours a lieu les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet du cours. — M. le professeur Balthazard (lundis, mardis, mercredis, vendredis des mois de novembre et décembre) : Morts suspectes. Phénomènes cadavériques. Asphyxie. Empoisonnements. Le problème de l'identité ; examen des taches, poils, etc.

M. Duvoir, agrégé (lundis, mardis, mercredis, vendredis en janvier et février) : Attentats aux mœurs et perversions sexuelles. Mariage. Grossesse. Avortement. Infanticide. Coups et blessures.

M. le professeur Hugueney (les samedis) : Législation et jurisprudence médicales. Lois sur l'exercice de la médecine. Secret médical. Responsabilité médicale. Associations professionnelles et syndicats médicaux. Lois sociales.

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. à 3 h. : les samedis, par M. le professeur Balthazard : les mardis, par M. Duvoir, agrégé ; les jeudis, par M. Dervieux, chef des travaux (les élèves du nouveau régime devront justifier pour l'examen de dix présences aux autopsies de l'Institut médico-légal).

2° Travaux pratiques de médecine légale et de toxicologie (consulter l'affiche spéciale).

— **Pathologie chirurgicale.** — M. le professeur Paul Lecène a commencé son cours le jeudi 5 novembre 1925, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'école pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Affections chirurgicales de l'abdomen. Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 4e année.

— **Chaire d'hygiène et de clinique de la première enfance : Institut de puériculture de la Ville de Paris.** (hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau), M. le professeur Marfan. — A l'hospice des Enfants-Assistés sont donnés : 1° un enseignement sur l'hygiène et la clinique de la première enfance destiné aux étudiants en médecine et aux médecins ; 2° un enseignement sur la puériculture pratique plus spécialement réservé aux personnes étrangères à la médecine.

I. La clinique est ouverte aux stagiaires inscrits par la Faculté de médecine et aux étudiants et médecins français ou étrangers qui en font la demande au professeur.

Tous les matins, à 9 h., a lieu la visite soit dans les nourriceries, soit dans les salles des grands enfants, soit au pavillon Pasteur qui admet des enfants du dehors, comme un hôpital ordinaire.

Le jeudi a lieu, à partir de 9 h., une consultation de nourrissons, et le samedi à 10 h., une policlinique.

Le mardi, à 9 3/4, M. Marfan fait une leçon sur un malade du service ou sur un des sujets de la matière de son enseignement (première leçon le mardi 17 novembre)

Le mercredi, à 10 h. 1/2, des conférences complémentaires sont faites par M. Veau, chirurgien de l'hospice, les assistants de la clinique et de l'hospice ; le programme de ces conférences est composé de telle sorte qu'avec les leçons du mardi et du jeudi, en un semestre, les matières principales de l'hygiène et de la clinique du premier âge soient passées en revue (première conférence le mercredi 18 novembre).

Un *Cours de revision et de perfectionnement* a lieu tous les ans au mois de juillet. Cet enseignement, qui comprend des leçons, des présentations de malades et des examens de laboratoire, est donné par M. le professeur Marfan, les chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants de clinique.

II. *Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine.* — A l'hospice des Enfants-Assistés fonctionne l'Institut de puériculture fondé par la Ville de Paris et le département de la Seine.

L'enseignement y est donné pendant l'hiver tous les jeudis. Il est destiné aux dames et aux jeunes filles (s'inscrire au pavillon Pasteur).

A 9 h., les élèves de cet Institut sont conduites dans les nourriceries et dans le laboratoire de préparation du lait et des aliments pour nourrissons où, sous la direction du personnel de l'Institut, elles apprennent comment on soigne les enfants du premier âge.

A 10 h., une leçon de puériculture pratique est faite pour les élèves inscrites à l'Institut ; mais les étudiants et les médecins peuvent y assister. Ce cours comprend neuf leçons. Quand elles sont terminées, elles sont remplacées par des présentations de nourrissons choisis parmi ceux qui sont venus le matin à la consultation. Ces présentations sont destinées à compléter les connaissances acquises pendant la première partie du cours.

A la fin de cet enseignement, un certificat peut être délivré aux élèves qui l'ont suivi.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de thérapeutique.* — L'enseignement de la thérapeutique se fait tous les jours, à 17 h., au grand amphithéâtre depuis le lundi 9 novembre 1925.

I. Cours du professeur Carnot : les mardis, jeudis et mardis, à 17 h. Programme : Médications digestives, hépatiques, cutanées ; médications de la nutrition ; régimes.

II. Conférences de M. Harvier, agrégé, les lundis et mercredis, à 17 h. Programme : Médications nerveuses, cardio-vasculo-sanguines, pulmonaires, génito-urinaires.

III. A partir du 15 janvier, révision des cours avant l'examen, sous forme d'exercices de rédaction d'ordonnances, argumentées et corrigées par le professeur et l'agrégé, les vendredis et samedis, à 16 h.

IV. Cours complémentaires : Quatre cours complé-

mentaires, faisant partie du programme de l'examen, auront lieu les vendredis et samedis, à 17 h. ; *a*) 12 conférences sur les progrès récents de la thérapeutique microbienne en novembre et décembre 1925 ; *b*) 6 conférences sur la thérapeutique par les radiations, en janvier 1926 ; *c*) 10 conférences sur la créno-climatotothérapie, en février 1926. Le programme détaillé de ces cours complémentaires sera indiqué par une affiche spéciale avec les noms des conférenciers.

V. Un voyage d'études à un groupe de stations de cure aura lieu, pendant les vacances de la Pentecôte, pour les étudiants ayant passé leur examen de thérapeutique

— **Pathologie médicale**.— M. Noël Fiessinger, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie médicale, le jeudi 5 novembre 1925, à 18 h. (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. *Programme du cours* : Maladies du cœur, des artères, des organes hémopoiétiques et du sang.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie** (hôpital des Enfants-Malades). — Enseignement magistral de M. le professeur Ombrédanne.

Lundi, à 9 h. 1/2 : Examen de malades entrants par le professeur, au pavillon Kirmisson. — Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur. Le jeudi sont groupées de préférecnce les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. — Vendredi, à 10 h. 1/2: Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : pavillon Kirmisson. Interventions et appareillages orthopédiques (docteur Lance, assistant). — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Gymnastique rationnelle appliquée au traitement des déviations du rachis.

Tous les jours. Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland. Visite dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

— **Clinique chirurgicale Broca**. — M. le professeur J.-L. Faure a commencé son enseignement clinique le vendredi 6 novembre 1925, à 10 h. du matin.

Programme de l'enseignement. — Lundi 9 h. 1/2 : Histologie normale et pathologique de l'appareil génital de la femme avec démonstrations et projections, par M. Ch Champy, agrégé, chef de laboratoire ; 10 h. : Opérations, par M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques. — Mardi 10 h. : Opérations après exposé clinique et avec explications opératoires, par le professeur. — Mercredi 9 h. 1/2 : Electrothérapie gynécologique et radiologie, par MM. Lehmann et Dimier ; 10 h. : Visite dans les salles et consultation, par le professeur. — Jeudi 10 h. : Opérations, par M. Leroy, chef de clinique, ; 10 h. 1/2 : Consultation, par M. Douay. — Vendredi 10 h. : Leçon clinique avec examen de malades, par le professeur. — Samedi 10 h. : Opérations, par le professeur. Consultations : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2.

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier** — M. le professeur Brindeau a commencé son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1925, à 10 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— **Clinique obstétricale** (hôpital de la Pitié). — M. le professeur Cyrille Jeannin a repris ses leçons, à la clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre, à 11 h., et le continue tous les jeudis à la même heure.

— **Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.)**. — L'Assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 17 novembre à 17 h., à la Faculté de médecine (Salle du Conseil). Elle sera présidée par M. Paul Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

— **Hôpital Broussais, 96, rue Didot**. — *Enseignement clinique médical.* — M. le Dr H. Dufour fera tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. 1re conférence, le vendredi 13 novembre 1925.

— **Dispensaire antituberculeux de l'Orne**. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires de l'Orne, aura lieu à Alençon, le 1er décembre prochain.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

— **Les médecins parisiens de Paris**. — Le dîner de rentrée des médecins parisiens de Paris a eu lieu le 21 octobre dernier dans les salons Marguery sous la présidence du Dr Dartigues.

Assistaient à ce dîner, MM. le professeur Balthazard, les Drs Bloch (André), Blondel, Bollack, Bongrand, Bouquet, Cadenat, Dartigues, Devraigne, Doin, Fège, Fouineau, Galliot, Gérard (L.), Gréder, Guébel, Le Savoureux, Lobligeois, Loubier, Luys, Molina, Monscourt, Papillon, Prost, Schaeffer, Toupet, Viguerie, Vimont, Vitry et Wallon. S'étaient fait excuser les Drs Blondin père et fils, Roppe, Didsbury, Duclaux, Lereboullet, Le Roy des Barres, Lavenant, Lotte, Maréchal, Miriel, Mock, Piot, Quiserne, Richet fils, Rolot, Rollot, Sauvez et Verchère.

On y fêta joyeusement les promotions au grade d'officier de la Légion d'honneur des Drs Devraigne et Lortat-Jacob et les nominations au grade de Chevalier des Drs Baillière et Pelisse, ainsi que la récente nomination du Dr Gatellier, comme chirurgien des hôpitaux. Enfin fut élu un nouveau membre, le Dr Crocquefer. Le prochain dîner de cette société aura lieu en décembre. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, le Dr P. Prost, 119, boulevard Malesherbes.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4364

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

geance, ou par les petites vexations qu'ils font subir à un médecin, au profit d'un autre qui est de leurs amis ?

Quoi qu'il en soit, si nous avons le devoir de recommander à nos confrères de ne pas trop laisser traîner leurs mémoires d'honoraires et de les envoyer rapidement aux assurances, par le canal du chef d'entreprise, nous avons également l'obligation de dire, à ceux qui doivent payer, de ne pas laisser, dans leurs bureaux, les notes en souffrance, vu la prescription de brève durée.

Egalement, nous pourrions retenir la suggestion de notre correspondant, pour que soient autant que possible supprimés les intermédiaires entre médecin et assurance.

Ces petits sous-préfets, dits agents locaux, sont plus néfastes qu'utiles pour le maintien des bons rapports, surtout lorsqu'ils sont chargés de règler eux-mêmes les notes d'honoraires.

Il en est — et j'en ai connu — qui opposent des objections au paiement intégral de la note d'honoraires, prétendant avoir reçu des ordres de Paris, pour faire un rabais.

Si le médecin accepte, l'agent met froidement dans sa poche la remise obtenue. Paris n'en sait rien, mais il y a un médecin de plus, qui considère l'assurance comme une exploiteuse et une ennemie.

Puisque l'assurance est entrée définitivement dans nos mœurs, puisqu'elle constitue un rouage social, qui se substitue au chef d'entreprise, responsable des honoraires médicaux, essayons de supprimer toutes les causes de frictions entre le service médical de l'assurance et le médecin praticien.

Bien des froissements seront évités, pour le règlement amiable des petites contestations.

D'ailleurs, si les tribunaux devaient en connaître, le médecin, bien entendu, actionnerait directement le chef d'entreprise.

Dr Paul Boudin.

2599. — Accident du travail. Défaut de déclaration.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire si une Compagnie d'assurances peut prétexter de la non déclaration à la mairie d'un accident du travail, dans les quatre premiers jours, pour rejeter les conséquences ultérieures de cet accident.

La déclaration en a été faite à la Compagnie le deuxième jour sans arrêt de travail et à la mairie un mois après en même temps qu'à la compagnie encore, lorsque l'arrêt du travail a été nécessaire.

D'ailleurs, quinze jours après cet arrêt du travail, le juge de paix faisait déjà faire une contre-visite. Donc, il était au courant ou la Compagnie l'avait mis au courant.

Il s'agissait d'un effort musculaire (cuisse) qui,

deux mois et demi après, conduisait à une amputation pour sarcome.

Dr V.

Réponse.

L'article 11 de la loi sur les accidents du travail oblige le chef d'entreprise (et non l'ouvrier) à déclarer à la mairie, dans les quarante-huit heures, tout accident ayant occasionné une incapacité de travail. Le défaut d'observation de cette formalité par le patron ne peut nuire en rien aux droits de l'ouvrier ; il a seulement pour effet de rendre le patron passible d'une amende. Dans ce cas, la déclaration d'accident peut être faite à la mairie par l'ouvrier lui-même, jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Par conséquent, la Compagnie d'assurances est mal fondée à arguer du défaut de déclaration pour refuser de prendre l'accident à sa charge. D'ailleurs, en l'espèce, le patron ne paraît avoir commis aucune faute, puisque l'accident n'a causé tout d'abord aucune incapacité de travail et que la déclaration a été faite dès que l'ouvrier a dû suspendre ses occupations.

Pour obtenir les indemnités auxquelles il a droit, que l'ouvrier cite son patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en paiement de son demi-salaire jusqu'au jour de la consolidation de sa blessure, et ensuite, patron et assurance devant le tribunal civil en fixation de l'indemnité permanente partielle. Quant à vos honoraires, vous devrez les réclamer au patron en le citant devant le juge de paix dans l'année du jour de la consolidation de la blessure. Vous n'aurez à citer que le patron seul, et non l'assurance, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit. Comme l'ouvrier, vous bénéficierez pour cette action de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement prévue par la loi sur les accidents du travail.

2677. — Piqûre d'insecte accident du travail.

Dans le courant du mois d'août, j'avais sollicité votre avis sur la question suivante : « les piqûres d'insectes sont-elles considérées comme accidents du travail ». Oui, disiez-vous, et d'ailleurs tel était l'avis des Cies d'assurances qui avaient règlé le Dr B. (C.M. du 16-8-1925, page 1913).

J'ai le plaisir de vous informer que mes honoraires m'ont été règlés également. Il s'agissait d'une piqûre de guêpe ayant entraîné des phénomènes locaux (lymphangite de tout un membre) et généraux : phénomènes lipothymiques.

Dr G.

2668. — Délai de prévenance pour la contre-visite d'un blessé du travail.

Permettez-moi de recourir à votre compétence pour trancher un point de droit :

La loi 1898-1905 dit art. 4, parag. 5 :

« Au cours du traitement.... prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée. »

On me demande si la lettre recommandée doit être envoyée deux jours à l'avance, ou reçue par le médecin dans le même délai.

Y a-t-il une jurisprudence à ce sujet ?

Il me semble avoir lu quelque chose à ce sujet dans le *Concours*, mais je ne trouve plus.

Dr T.

Réponse.

La loi disant que le médecin traitant doit être *prévenu* deux jours à l'avance, il faut comprendre que la lettre recommandée doit être envoyée au médecin traitant de manière qu'il la reçoive deux jours à l'avance.

La preuve de cette réception peut être faite par un avis de réception, délivré par la poste sur demande spéciale et moyennant un droit de 30 centimes. Mais il ne semble pas que cette preuve soit obligatoire et il suffit que le dépôt à la poste de la lettre recommandée ait été fait en temps utile pour que, normalement, son destinataire puisse en entrer en possession deux jours avant le rendez-vous fixé.

Comme, dans l'immense majorité des cas, la distance entre l'expéditeur de la lettre et le destinataire est minime, il suffit donc que la lettre recommandée soit déposée à la poste, par exemple, le lundi, pour une contre-visite fixée au jeudi. Normalement, en effet, le médecin traitant devra recevoir cette lettre le mardi, c'est-à-dire deux jours avant le rendez-vous.

Il n'existe, à notre connaissance, aucune jurisprudence sur cette question.

2693. — Calcul de rente d'un accidenté du travail.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant : Un ouvrier atteint de perte complète de la phalange unguéale du pouce droit pour laquelle j'ai fixé, à la suite de la consolidation de cet accident du travail, une invalidité de 14 %, touche un salaire annuel qui a été calculé, pour l'année précédente à 5.200 fr.

1° Quel sera le taux de sa pension ?

2° Quel est le chiffre forfaitaire qui peut l'équivaloir ?

3° A-t-il intérêt à accepter le versement forfaitaire plutôt que la rente ? Il est âgé de 48 ans.

Dr C.

Réponse.

La rente d'un blessé du travail atteint d'inca-

pacité permanente partielle doit être calculée sur la moitié du salaire jusqu'à 4.500 francs et sur le huitiéme seulement au-delà de 4.500 jusqu'à 15.000 francs.

Dans l'espèce en question, la rente sera donc de : $\frac{(4.500 : 2) + (700 : 8) \times 14}{100}$, soit : 327,28.

En vertu de l'article 21 de la loi sur les accidents du travail, la pension ne peut être remplacée par le paiement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur. Autrement, le blessé peut seulement demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de la rente calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites lui soit attribué en espèces, mais après expiration du délai de révision (article 9).

2682. — Accident du travail. Hernie.

Le 15 oct. courant, un homme se présente à ma consultation porteur du coupon suivant : « Le nommé L... demeurant à L..., au service de M. D., déclarant avoir été blessé dans son travail, le soussigné prie M. le Dr, choisi par cet ouvrier, de vouloir bien lui faire parvenir un certificat de constatation, dont il règlera le coût.

à H... le 14 oct. 1925.

Signature ou timbre de la Maison,
Entreprise générale D et G.

A....

Et le coupon est signé du Directeur de l'Entreprise générale.

J'examine le blessé et je constate une récidive d'hernie inguinale gauche.

L'ouvrier avait antérieurement été opéré et était guéri. Et maintenant, en faisant un violent effort pour soulever des madriers, il avait brutalement senti une douleur à l'aine. La hernie avait récidivé.

Je donne un certificat en conséquence, en conseillant une nouvelle intervention et fournis au patron la note :

Consultation.................	7 fr.
Certificat....................	5 fr.

Le 22 octobre, la T... me répond :

Monsieur,

Comme suite à votre certificat du 15 courant, j'ai l'honneur de vous informer que ce cas ne peut être considéré comme un accident du travail et qu'en conséquence, les indemnités prévues par la loi du 9 avril 1898 ne peuvent être à la charge de l'employeur et par suite de la compagnie qui se substitue à lui.

Agréez, etc.

Je crois cependant qu'il s'agit bien là d'un acci-

dent du travail. Que dois-je conseiller à l'ouvrier ? et à qui dois-je réclamer ma propre rétribution ?

Dr M.

Réponse.

Qu'il s'agisse ou non d un accident du travail, le bulletin du patron, dans lequel celui-ci vous demande un certificat et s'engage à vous le payer, vous donne le droit d'exiger de lui le paiement de votre certificat et de votre consultation. Au cas où il refuserait de s'exécuter, vous seriez alors dans l'obligation de le citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. Nous vous signalons que la procédure serait exempte des frais de timbre et d'enregistrement, puisqu'il s'agit de l'application de la loi sur les accidents du travail.

En ce qui concerne les droits de l'ouvrier, une jurisprudence bien assise, sanctionnée par la Cour de Cassation, décide que tout accident ayant sa cause directe dans le travail doit être considéré comme un accident du travail au sens de la loi de 1898, quand bien même la lésion en résultant aurait été rendue possible ou aggravée par l'état antérieur de la victime.

Du récit que vous nous faites, il ressort que la hernie a été provoquée par l'effort violent que l'ouvrier a fourni au cours de son travail. Sans qu'il y ait lieu de tenir compte du fait que l'ouvrier a été autrefois opéré d'une hernie, on doit estimer que la seconde hernie est due à un accident du travail.

Si votre blessé a dû suspendre son travail, qu'il cite son patron devant le juge de paix en paiement de son demi-salaire. Autrement, délivrez-lui un certificat dans lequel vous constaterez qu'il reste atteint d'une incapacité permanente. Le blessé déposera ce certificat au greffe de la justice de paix, ce qui obligera le juge à faire l'enquête prescrite par la loi et à envoyer ensuite le dossier au Président du Tribunal civil qui, lui, convoquera les parties en conciliation, faute de quoi il les renverra devant le Tribunal civil pour faire juger l'affaire. Devant le Tribunal civil, l'ouvrier sera pourvu de plein droit de l'assistance judiciaire.

2602. — Soins à un domestique de ferme malade.

J'ai donné mes soins l'hiver dernier à un domestique de ferme, atteint de grippe. Ce jeune homme a dû cesser son travail, et a passé sa convalescence chez ses parents. Par qui sont dus les honoraires ? le domestique ou le patron qui l'occupait ?

Dr S.

Réponse.

Dans l'affaire que vous nous soumettez, comme il ne s'agit pas d'un accident du travail, il y a lieu d'appliquer les principes du droit commun.

Or, il a été jugé à plusieurs reprises que le maître qui réclame les soins d'un médecin pour une personne à son service, sans l'avertir qu'il veut rester étranger au paiement des soins, s'oblige tacitement envers lui à la rémunération de ses services (voir notamment : Neufchatel-en-Bray, 12 juillet 1905, *Concours Médical* 1905, 568 *bis*, J.P. Saumur, 3 novembre 1909, *Concours Médical* 1910, 803, etc.)

Si donc vous avez été appelé par le patron et si celui-ci n'a fait aucune réserve pour le paiement de vos honoraires, vous pouvez valablement le poursuivre.

Le mieux serait de citer conjointement et solidairement le patron et l'ouvrier (ou le père de celui-ci, s'il est encore mineur) devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux, à votre choix, car en toute hypothèse, la personne qui a bénéficié des soins d'un médecin reste *personnellement* débitrice du médecin.

Au cas où votre note dépasserait 600 francs, ce serait le Tribunal civil qui serait compétent.

2674. — Honoraires d'expertise civil.

Je suis fort embarrassé pour l'établissement d'une note d'honoraires et j'ai recours à vos lumières.

Commis par le juge de paix comme expert dans une affaire d'assurances :

1° J'examine un blessé au cabinet du juge (qui habite la localité) et je rédige un certificat sur papier libre (concluant à la nécessité d'une radiographie).

2° Mon blessé revient avec sa radiographie et je dois fournir un second certificat sur lequel j'évalue le pourcentage d'incapacité permanente à réclamer.

L'avoué du blessé me demande ma note d'honoraires.

Il est entendu que l'assurance est condamnée à payer. C'est sans doute elle aussi *qui me soldera*. Ai-je un tarif à suivre ? Si non, combien puis-je, approximativement, me faire payer ?

Dr R.

Réponse.

Qu'il s'agisse d'un accident du travail, ou d'un accident du droit commun, vous n'avez aucun tarif à *appliquer pour le calcul de vos honoraires* d'expertise. C'est à vous qu'il appartient de fixer le chiffre que vous estimez équitable, compte tenu des difficultés de votre mission et de l'importance du travail que vous avez eu à fournir. Votre demande d'honoraires sera soumise au juge qui vous a commis, qui les taxera. En cas d'accident du travail, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement, sinon vous devrez réclamer le paiement à la partie qui vous a fait commettre par le juge.

Bien que, nous le répétons, il n'existe aucun

tarif d'expertise, il est d'usage de demander environ 100 francs pour des expertises du genre de celle que vous avez eu à faire, quand elles n'ont pas présenté de difficultés particulières.

2685. — L'application du Tarif Breton aux accidents agricoles.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire si nous sommes tenus d'appliquer le tarif Breton aux assurés agricoles pour les accidents du travail.

Une association d'assurances mutuelles agricoles, à qui j'ai affaire, estime que, dés l'instant que l'assurance est devenue obligatoire pour les agriculteurs, le fait de cette extension de l'obligation entraîne, *ipso facto*, l'application obligatoire du tarif Breton.

Dr F.

Réponse.

Le tarif Breton ne représente que la part des frais médicaux mis par la loi à la charge du patron dans les accidents du travail. Le médecin reste toujours libre de se faire payer intégralement par l'ouvrier blessé, suivant son tarif de clientèle ordinaire, ou même de demander à celui-ci le complément de ses honoraires, si, se faisant payer par le patron, il estime le tarif Breton insuffisamment rémunérateur.

Ces principes, qui découlent du texte même de la loi de 1898, restent vrais, à plus forte raison, quand, au lieu d'ouvriers blessés, il s'agit de patrons agriculteurs qui se sont placés eux-mêmes sous le bénéfice de la loi sur les accidents du travail, en application de la loi du 15 décembre 1922.

Par conséquent, vous pouvez continuer à vous faire payer directement par vos clients assurés, comme par le passé. A eux de demander à leurs assurances le remboursement de vos honoraires dans les limites prévues aux polices, c'est-à-dire suivant le tarif Breton. Cette convention, valable entre les parties contractantes, ne vous est pas opposable.

Mais, bien entendu, si au lieu de vous faire payer par vos clients, vous vous adressez à leurs assurances, vous ne pouvez demander à celles-ci plus que ce à quoi elles sont tenues contractuellement envers leurs assurés, c'est-à-dire plus que le tarif Breton. Et encore, dans ce cas, vous pouvez demander à vos clients le complément de vos honoraires, à la condition de faire des réserves à ce sujet en donnant quittance aux compagnies.

2569. — Revision des évaluations foncières.

J'ai reçu il y a plusieurs mois de la Direction des contributions directes un extrait de révision exceptionnelle des évaluations foncières concernant l'immeuble que j'habite, et dont je suis propriétaire. En

comparant l'évaluation antérieure avec celles d'immeubles voisins, aussi ou plus importants que le mien, je me suis rendu compte que j'étais surtaxé. Cette surtaxe, que je jugeais supportable avec les chiffres antérieurs, me paraît intolérable aujourd'hui qu'elle est multipliée par un coefficient. Je me suis rendu près du contrôleur qui m'a avoué qu'en effet cette révision exceptionnelle avait consisté seulement en la multiplication des chiffres antérieurs par un coefficient unique, qu'il était bien possible que je fusse surtaxé, mais qu'il n'avait pas le temps de s'occuper de ces détails, et que c'est seulement dans plusieurs années qu'on procéderait à une révision véritable.

Est-il exact que je n'aie qu'à m'incliner ?

La conséquence de cette surtaxe aura encore pour moi une conséquence bien plus grave pour la patente, qui est affligée de 560 centimes additionnels.

Dr M.

Réponse.

Dans le délai de trois mois qui vous est imparti par la notification du directeur des contributions directes au sujet de la révision des évaluations foncières, vous pouvez présenter vos observations à ce chef de service.

S'il n'y est pas fait droit, vous pouvez présenter une réclamation au sous-préfet dans les six mois qui suivront la publication du rôle foncier de 1926 et, si vous laissez expirer ce délai, dans les trois mois qui suivront la publication du rôle du 1927.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2664. — Les enfants majeurs ne sont pas comptés comme personnes à la charge du contribuable.

Veuillez me dire, par le Journal, si mon fils, qui a 21 ans, et qui n'est plus compté comme enfant dans les impôts professionnels et sur le revenu, peut être compté comme personne à ma charge étant étudiant, et ne gagnant pas sa vie.

Dr L.

Réponse.

Tout enfant âgé de plus de 21 ans, même lorsqu'il ne peut subvenir à ses besoins, n'est plus considéré comme étant à la charge de ses parents. En conséquence, il ne peut donner lieu à aucune réduction des impôts sur les revenus, à moins qu'il ne soit infirme.

A. M.

A TRAVERS L'OFFICIEL

29 *octobre.*

Assistance publique.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

M. Léon Noël est nommé commissaire du Gouvernement près du Conseil supérieur de l'Assistance publique pour les demandes d'avis visées à l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 (organisations spéciales de l'Assistance médicale gratuite), à l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 (taux d'allocation d'assistance aux vieillards) et à l'article 9 du décret du 23 juin 1910 (autorisations demandées par des établissements privés).

M. Astima, secrétaire rapporteur du Conseil supérieur de l'Assistance publique, est nommé archiviste, en remplacement de M. Lannes, décédé.

Circulaire relative aux conventions d'assistance.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets.

Paris, le 22 septembre 1925.

Aux termes des diverses conventions d'assistance réciproque conclues entre le Gouvernement de la République, d'une part, et les gouvernements polonais, italien, belge et luxembourgeois, d'autre part, les frais de l'assistance médicale restent à la charge définitive de l'état de résidence, lorsque le traitement ou l'hospitalisation n'ont pas duré plus de quarante-cinq (ou soixante) jours.

C'est le cas le plus ordinaire, et il me paraît inutile, dans ces conditions, d'aviser les consuls étrangers de l'assistance procurée à l'un de leurs nationaux lorsque selon toutes probablilités, cette assistance ne doit pas excéder le délai susvisé.

En adoptant cette procédure, vous éviterez un grand nombre de correspondances et d'échanges de bulletins et il en résultera une économie appréciable de temps et d'argent.

Je crois inutile de vous faire remarquer, d'autre part, que, le délai de quarante-cinq (ou soixante) jours ayant commencé à courir du jour où le consul étranger a été informé, vous ne risquerez pas, en retardant cette procédure dans certains cas, de mettre à la charge des collectivités une dépense qu'elles ne devraient pas supporter. Il ne vous échappera pas, d'ailleurs, que la plus grande prudence est ici nécessaire, et que vous ne devrez vous dispenser d'envoyer les avis prévus par les accords internationaux que s'il est de toute évidence que le délai ne sera pas dépassé.

DURAFOUR.

Quarante-septième année — N° 47 — 22 Novembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2692-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

AVIS

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr MANGENOT, de St-Léger-s/s-Beuvron (S.-et-L.), la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo,

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cannet (Le), près Cannes : Cemoy, Daniel (*Maison de cure*).

Cap-d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, La Bonnardière, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).

Juan-les-Pins-Antibes : Stef

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piétri, Potheau (E.), Rou-vière, Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 489. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

No 490. — Aisne. Poste proph., 2 h.30 Paris, 40 à 50.000, loyer 1.000, bail 6 ans à courir, ind. 25.000 y comp. matér. pharm. Compt. à débat., rais. de santé.

No 491. — Le Dr Gourrin, à Morizès (Gironde) ser. achet. d'un atlas compl. des lépidoptères franç. et exotiques.

No 492. — Dr Brillet à Ducey (Manche) cède employed immédia tr. bon poste méd. Rapp. 40.000 les 10 prem. mois de 1925, pouv. être augm. sensibl. Gr. mais. habit. gr. garage, tr. beau jard. Cond. : loy. à repr. 2,000, Indem. 10.000, dont, compt. à débat. Urgent.

No 493. — A céd. onzième arrond. Paris, client. av. bel appart, sur grand boul.

No 494. — M.-et.-M. Poste proph. rapp. 18 à 20.000, susc. augm. à céd. en janvier 1926. Légère ind.

No 495. — Cède grat. petit poste, moyenne altit., pays agréab., chasse, pêche, aucune cond., Secrét. Syndic. méd. Pyrén. Or. Perpignan, T.p.r.

No 496. — Méd. ch. place clinique, accouch. ou chirur.

No 497. — Directrice crèche, lib. le 15 déc., dés. place anal. ou dirig. clinique. Meill, référ.

N° 498. — A louer tr. vaste château en Auvergne, 700 m. gare gr. ligne, conviendr. sanat., cure d'air ou de repos. Electr. Possib. long bail, s'ad. 25 rue Toussaint à Angers.

N° 499. — Dr ex-int. hôpit. excel. réf. grande habit. client., prêter. concours à conf. fatigué habit. Nice, accept. success. évent., ou aff. para méd. sérieuse ; cabin. méd. dispos. capit.

N° 500. — Doct. propr. immeub. import. centre Bordeaux, s'assoc. av. chirurg. et spécialistes pour install. clinique.

N° 501. — Poste. Var, à céd. sans indemn. et imméd., cause maladie, honoraires touchés l'année dernière : 55.000, dont 12.000 fixes.

N° 502. — Urgent. Poste méd. demi-repos, joli bourg, 1 h. Paris, belle habit. 8 p., garage, dépend., 2 jard., gaz, électr., bail 9 ans, dont 7 1/2 à courir, loyer 1.000, seul méd., pas sage-fem., peu frais locom, 50.000 touch. à prend. de suite pour 30.000 ; compt. à débatt.

N° 503. — Cab. 6 CV Renault, mod. 1925, freins avant, tr. peu roulé, état neuf, amort. av. et ar., compt., montre, gaines ressorts, etc. pneu, confort. excell. 13.800 fr. Maurice Fougeron à Bléré (I.-et-L.).

N° 504. — On dem. poste méd. ville ou près ville, rég. Sud-Ouest, capit. nécessaires. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e.

N° 505. — Grande banl. poste rapp. 50.000, ds joli bourg, situat. tr. agréable, pas dérangé la nuit. Belle mais. 8 p., cond. à débatt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, à Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

SOU MÉDICAL

La garantie portée à 70.000 fr. ; à 100.000 fr.
La cotisation portée à 40 fr.

L'Assemblée générale du « Sou Médical », qui s'est tenue dimanche dernier, a décidé, à l'unanimité des membres présents, de porter la *garantie* de la Caisse, pour l'année 1926, à *soixante-dix mille francs* (70.000).

Elle a décidé en même temps, en raison de l'élévation de l'indice de la vie, de porter la *cotisation*, pour l'année 1926, à *quarante francs* (40 fr.).

Enfin, le *Concours médical* a décidé, de son côté, d'ajouter une garantie supplémentaire de *trente mille francs*, aux soixante-dix mille francs indiqués ci-dessus, pour porter la garantie totale à *cent mille francs*, au bénéfice des membres du « Sou médical » qui sont également ses abonnés.

CORRESPONDANCE

2704. — Reprise d'un accidenté du travail par son patron.

Au sujet de l'article 2504 (1), reprise d'un ouvrier blessé, il avait été jugé par la Cour de Cassation avant guerre que tout ouvrier blessé ne faisait plus partie

(1) Numéro du 25 octobre, p. 2427.

de l'usine : donc, le patron n'était plus obligé de le reprendre et pas tenu de payer une prévenance de 8 jours selon votre article. C'est toujours ce que j'ai entendu dans les syndicats ouvriers. De plus, généralement, il n'y a plus de prévenance, liberté de quitter à toute heure pour l'un et l'autre sans prévenance : ce règlement est, je crois, généralement signé.

Dr H.

Réponse.

L'indication que vous donne le Dr H. ne me paraît pas tout à fait exacte, du moins théoriquement.

Le contrat de louage de travail n'est pas rompu comme il l'indique par *le fait seul* de la survenance d'un accident ou d'une maladie qui atteint l'ouvrier, mais l'interruption du contrat que produit l'accident ou la maladie et la diminution de la capacité de travail qui en résulte, peuvent justifier le congédiement donné par le patron.

Comme, d'après la jurisprudence, c'est à l'ouvrier qui réclame des dommages-intérêts de prouver l'abus qui a été fait du droit de congédiement, il n'obtiendra ces dommages-intérêts qu'en établissant que le patron a refusé abusivement de reprendre l'ouvrier. La preuve à sa charge sera généralement assez difficile, car le plus souvent le patron démontrera facilement qu'il a dû le remplacer.

Vous pouvez consulter à ce sujet un arrêt de la Cour de Cassation du 27 décembre 1911, rapporté au Dalloz 1912.1.1636.

Cet arrêt, pour rejeter le pourvoi formé contre le jugement du Tribunal de Bordeaux, 17 juillet 1911, constate que le contrat intervenu entre la Compagnie des Tramways de Bordeaux et son employé, Cazenave Pierrot, n'avait pas de durée déterminée, que Cazenave Pierrot a été victime d'un accident le 11 janvier 1911, *qu'il a interrompu son travail pendant deux* mois et a demandé vainement à reprendre son service, mais qu'il n'établit pas que, en refusant de lui rendre son emploi, dans une industrie où la présence du personnel est indispensable, la Compagnie des Tramways ait abusé de son droit et commis une faute de nature à engager sa responsabilité ; que dans ces circonstances, le Tribunal civil de Bordeaux a pu rejeter la demande de Cazenave Pierrot sans violer aucun des articles visés au pourvoi.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour.
Docteur en droit.

2723. — Accident à un cantonnier. Frais de timbre du mémoire d'honoraires.

J'avais donné mes soins à un cantonnier victime d'un accident du travail. J'ai fourni à l'agent-voyer

ma note selon le tarif Breton : 250 fr. environ. Ce matin, on vient me faire signer un mandat de paiement timbré à 2.40, en me disant que les frais de timbre sont à ma charge. Je n'y comprends rien. Les mémoires et reçus pour les accidents du travail sont-ils exempts de timbre uniquement pour les patrons et non pour sa Majesté l'Etat ?

Je vous serais bien reconnaissant de me donner une réponse, dont je ferai part à l'agent-voyer.

Dr C.

Réponse.

Une distinction est à faire suivant la situation administrative de votre cantonnier. Si celui-ci est un fonctionnaire, il ne bénéficie pas de la loi sur les accidents du travail, mais il se peut qu'il obtienne de son administration le remboursement de ses frais de traitement. Dans ce cas, aucune dispense de timbre n'est accordée au médecin pour son mémoire.

Si, au contraire, votre cantonnier n'est lié à l'administration que par un simple contrat de louage d'ouvrage, comme le serait un ouvrier quelconque envers un patron, alors la loi de 1898 lui est applicable et votre mémoire est exempt de timbre, bien que le patron soit l'Etat lui-même.

2756. — Contre-visite d'un accidenté du travail.

Je soignais un blessé par accident du travail pour lequel j'avais prévu une incapacité de 10 jours (coupure de l'index droit). Cette coupure était peu grave, mais, de par sa position, devait gêner extrêmement le blessé, d'où nécessité d'interrompre le travail.

J'ai été fort surpris d'apprendre par un de mes confrères qu'il avait été désigné pour visiter le blessé. Ce confrère par délicatesse m'a prévenu.

Dans ces conditions, quand une assurance juge à propos de faire visiter le blessé, doit-elle prévenir elle-même le médecin traitant et doit-elle faire connaître le motif de cette visite ? Dans le cas particulier je me demande à quel mobile a obéi la Cie. L'accident est arrivé le 28, j'ai envoyé le jour même la constatation à la Cie, j'avais prévu 10 jours seulement et, dès le 30, mon confrère recevait l'ordre de visiter le blessé.

Pourquoi ? J'ai beau chercher et ne trouve pas.

Dr X.

Réponse.

Le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail autorise le chef d'entreprise à désigner au juge de paix, au cours du traitement, un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donne au dit méde-

cin accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

La Compagnie d'assurances était donc parfaitement dans son droit en faisant contre-visiter le blessé par le médecin de son choix. Elle exerçait ainsi le droit de contrôle qui lui est reconnu par la loi, pour pouvoir se rendre compte s'il s'agissait bien d'un accident du travail, quelle en était la gravité probable. Il est même préférable pour vous que la Compagnie ait agi ainsi, car son médecin pourra lui rendre compte de la nécessité des soins que vous donnez au blessé.

Quant aux formalités préalables à la contre-visite, nous ne pensons pas que vous ayez à vous plaindre, puisque votre confrère, au lieu d'employer la procédure de lettres recommandées indiquée par la loi, a préféré faire auprès de vous une démarche courtoise. Vous avez donc pu vous mettre d'accord avec lui sur la date et l'heure de la contre-visite, et ni vous ni votre blessé n'avez subi aucun préjudice.

2794. — Perte de dents par accidents du travail. Qui doit payer l'appareil de prothèse ?

Un ouvrier perd 4 dents (3IS et 1CS) à la suite d'un accident du travail : coup-de-pied de cheval, chez son patron, maréchal-ferrant, lequel est assuré.

Un appareil de prothèse est indispensable. La Cie d'assurance est-elle en droit de refuser le règlement de cet appareil ?

Veuillez excuser mon ignorance sur cette question qui est en somme celle de la prothèse en général ; mais l'opuscule édité par Poinat ne donne aucun renseignement à ce sujet.

Dr C.

Réponse.

En raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, les bénéficiaires de la dite loi ne peuvent prétendre à d'autres indemnités que celles qui y sont formellement prévues. Or, ces indemnités consistent dans l'allocation d'une rente en cas d'incapacité permanente et dans le paiement du demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques pendant la durée de l'incapacité temporaire. Par frais médicaux et pharmaceutiques, on doit entendre les frais nécessités par la lésion provenant de l'accident et tendant à la guérison ou à l'amélioration de l'état du blessé. Lorsque la blessure est guérie ou n'est plus susceptible d'amélioration, lorsqu'elle est « consolidée », comme dit la loi, tous les frais médicaux ou pharmaceutiques ultérieurs restent à la charge du blessé.

Faisant application de ces principes, la jurisprudence a décidé que les appareils de prothèse nécessités par un accident du travail ne pouvaient

être mis à la charge du patron, puisqu'ils n'ont pas un but thérapeutique.

Par suite, dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, la Compagnie d'assurances est en droit de refuser de payer le prix d'un appareil de prothèse dentaire.

2769. — Age légal du travail.

Existe-t-il un âge au-dessous duquel les ouvriers et domestiques ne sont pas garantis par les lois sur les accidents de 1898 et 1922 ?

Par exemple, une Cie d'assurance peut-elle refuser le bénéfice des soins gratuits à son assuré pour un berger de 11 ans ?

En cas d'incapacité permanente chez ce même salarié, le patron n'a-t-il pas le droit de se retourner contre l'assurance ?

Dr V.

Réponse.

Il a été jugé que la loi du 9 avril 1898 n'était pas applicable lorsque le louage de services était entaché d'une nullité d'ordre public, notamment en cas d'embauchage comme ouvrier d'un mineur de treize ans, non muni du certificat d'études primaires ni du certificat d'aptitude physique, en violation de l'article 2 de la loi du 2 novembre 1892. Mais cette loi du 2 novembre 1892 ne concerne que le travail dans les établissements industriels et il n'existe aucune réglementation pour le travail dans l'agriculture. Par conséquent le contrat de louage de services d'un berger de onze ans est valable et la Compagnie ne peut exciper d'aucune nullité pour s'exonérer du paiement des indemnités dues en vertu de la loi du 15 décembre 1922.

Pour obtenir le paiement de l'indemnité temporaire, il faut que le père de l'enfant cite le patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, le patron seulement et non l'assurance avec laquelle il n'a pas de lien de droit. Vous devrez employer la même procédure pour le paiement de vos honoraires. Nous vous rappelons que ces instances sont exemptes des frais de timbre et d'enregistrement.

2787. — Accident de battage. Responsabilité de l'entrepreneur de battage.

Etant appelé auprès d'un journalier blessé par une machine à battre, j'apprends de cet homme qu'il était, non au service de l'entreprise de battage, mais qu'un voisin D. l'avait envoyé chez un autre voisin R. pour « battre » et l'accident est survenu chez R.

1° Est-ce l'entreprise de battage qui est responsable ;

2° Ou R. chez qui cela se passait ;

3° Ou D. qui avait embauché pour 24 heures ce journalier et qui le payait.

J'incline à croire que ce dernier est seul responsable Éclairez-moi.

Dr R.

Réponse.

La loi du 30 juin 1899 sur les accidents causés dans les entreprises agricoles par l'emploi des machines mues par des moteurs inanimés, n'est plus applicable, aux termes de l'article 16 de la loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, aux accidents causés par les moteurs inanimés appartenant aux agriculteurs qui les utilisent dans leur exploitation, lorsque ces agriculteurs sont assujettis à la dite loi.

Mais demeurent soumis à la loi du 30 juin 1899 les accidents causés par des machines appartenant à des exploitants, tels les entrepreneurs de battage, ou à des agriculteurs qui en font usage dans des exploitations autres que la leur.

Par suite, dans le cas que nous vous soumettez comme il s'agit d'un accident survenu lors d'un battage effectué par un entrepreneur de battage, c'est celui-ci seul qui, aux termes de la loi du 30 juin 1899, en est responsable, à l'exclusion de R., pour le compte duquel le battage avait lieu, et de D., qui avait embauché la victime de l'accident.

2785. — Le propharmacien n'est pas assujetti à la patente de pharmacien.

Je suis médecin propharmacien depuis 30 ans (je n'ai aucun diplôme de pharmacien), je n'ai jamais jusqu'à présent payé aucune patente comme pharmacien. Mais aujourd'hui je viens de recevoir un avertissement officiel m'annonçant que je suis imposé depuis le 1er janvier 1925 à la contribution des patentes comme « pharmacien vendant au détail ».

C'est certainement une erreur, car j'ai toujours lu qu'un médecin propharmacien ne devait payer que la patente de médecin. Mais voudriez-vous bien me dire quelles raisons donner. Quels arguments faire valoir dans ma demande en décharge que je dois adresser au sous-préfet sur papier timbré.

Dr M.

Réponse.

La propharmacie ne constitue que l'accessoire de la profession principale de médecin et ne peut conférer à celui qui l'exerce la qualité de commerçant. Le médecin propharmacien n'est donc pas soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires, à la cédule des bénéfices commerciaux, l'immatriculation au registre du commerce ni à la patente de commerçant.

Ce principe a toujours été reconnu par le fisc et c'est la première fois que nous voyons récla-

(Voir la suite page XLVII-2737)

PROPOS DU JOUR

Echos de la Journée du Concours Médical.

Les Assemblées générales de la Société d'Etudes du *Concours médical*, et de ses filiales : la Mutualité familiale du Corps médical français et le « Sou médical », se sont tenues dimanche dernier chez Marguery, selon le cérémonial habituel.

Une nombreuse assistance de médecins de Paris, de banlieue et de province, se pressait autour de la table où avaient pris place les Administrateurs de ces trois Sociétés.

A la Société d'études, le Dr P. Boudin a fait deux intéressantes communications sur un projet de fondation d'une Société qui aurait pour but essentiel l'étude des questions juridiques professionnelles qui intéressent l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art vétérinaire, et sur les associations diverses qu'un médecin est appelé à contracter en cette qualité : association avec d'autres médecins ; association avec des profanes ; contrat de collaboration ou de perfectionnement ; contrat de louages de services, etc.

A la Mutualité familiale nous avons appris que le Dr Mignon, secrétaire général, continuait l'enquête qu'il a commencée, et dont il a déjà publié ici même les premiers résultats, sur la morbidité et la mortalité du corps médical, telles que l'étude approfondie des milliers de dossiers qu'il détient, permet de les définir avec une exactitude et une rigueur qu'aucune autre documentation ne peut donner pareillement.

Au « Sou médical », enfin, la modification à apporter à différents articles des statuts a été votée à l'unanimité, et l'Assemblée a décidé de porter **la cotisation**, pour l'année 1926, **à 40 fr., la garantie contre la responsabilité professionnelle étant portée à 70.000 fr.**

Le *Concours médical*, de son côté, a décidé de porter cette **garantie** à **cent mille francs** pour tout membre du « Sou médical » qui sera en même temps son abonné.

Les comptes rendus de ces réunions seront publiés en détail prochainement.

A 7 h. 1/2, cent vingt convives prenaient place autour de 8 tables somptueusement dressées dans la salle gothique (réplique de la Salle des Gardes du Château de Blois).

Je passe la plume à mon ami Paul Janot, qui a bien voulu se charger de rendre compte du dîner confraternel et de *la soirée*.

G. Duchesne.

Le Banquet.

Il n'est si belle journée qui ne s'achève ... les pieds sous la table. La Journée du *Concours* eut cette fin délectable, elle expira chez Marguery.

Marguery ! ... On sent tout de suite une eau venir à la bouche, la seule d'ailleurs qui convienne à aussi fin repas.

Les tables sont dressées dans le magnifique salon Renaissance. Ors et lumières. On a tout à coup comme l'impression qu'on vient de toucher de très gros honoraires ... impression hélas ! fugitive.

Un fumet de grande cuisine flotte dans une atmosphère de grande maison. L'ombre du Maître est présente. On la devine derrière l'élégante arcature de la loggia. Elle sourit, elle est satisfaite, les convives ne le sont pas moins. On savoure avec gourmandise un menu qu'il serait cruel de placer sous le nez de qui n'y goûta point. On savoure en cadence, mais pas en silence. Les médecins qui sont, comme les confesseurs, des écouteurs perpétuels, ne dédaignent pas, à l'occasion, de prendre leur revanche. Et ce fut un bel échange de propos ... croisés.

Au centre, le Dr Gassot figure de façon frappante le P...raticien éternel : c'est son visage de sérénité réfléchie et souriante, son attitude, sa mise aussi et une émanation de dignité, de bonté avec quelque chose de mystérieux et d'enveloppant, sans doute ces effluves déjà guérisseurs qui préparent l'effet des remèdes.

A ses côtés, les professeurs Roger, doyen de la Faculté de médecine et Hartmann ; les Drs Noir, Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France ; Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux ; Fanton

d'Andon, président du Syndicat des médecins de la Seine; Cazin, président de la Maison du médecin ; Odile, président de la commission supérieure de contrôle des pensions ; Lenglet, professeur Lian, Drs Tourneux, Faroy, des hôpitaux, Vignes, accoucheur, Dartigues, président de l'Umfia; Saint-Girons Blechmann, R. Massart, L. Giroux, Ségard, Mes B. Auger, avocat à la Cour de Cassation, Nattan-Larrier, avocat à la Cour ; Dr Destouches, secrétaire général de l'Orchestre médical et cent autres, sans oublier l'aimable M. Boulanger chargé, comme on sait, d'assurer au *Concours médical* le pain quotidien...

Les toasts

Et voici l'instant des congratulations. Chose curieuse : il coïncide avec l'entremets glacé. Ça devrait refroidir les langues... pas quand elles sont reliées au cœur.

Le président ouvre le feu. Il recommande la brièveté et donne l'exemple, se contentant de remercier et de souhaiter aux amis du *C. M.*, santé, honneurs et fortune... les bonnes venant par surcroît. L'exemple sera suivi : c'est le match des toasts concis, Dartigues dirait « circoncis ».

Toast du Dr Gassot.

Mes chers confrères,

Un certain nombre de Dames nous font l'honneur et le plaisir de venir assister à notre petite soirée : l'année dernière, elles ont dû attendre ; il ne faudrait pas que la chose se renouvelât.

Je demanderai donc à ceux d'entre vous qui vont prendre la parole d'être aussi brefs que possible et, comme je suis le premier à me lever, je vais donner l'exemple.

Au nom du Conseil de Direction du *Concours*, je porte la santé de nos invités et en particulier de M. le Doyen de la Faculté de Paris ; de M. le professeur Hartmann, président de l'ADRM ; de nos maîtres dans les Facultés ou dans les hôpitaux qui, en acceptant d'être des nôtres, veulent bien nous montrer qu'ils ne sont pas insensibles à ce que nous faisons ; je porte la santé de nos Conseils juridiques, si éclairés et toujours si dévoués ; des représentants de nos grandes sociétés médicales, nos excellents amis Bellencontre et Decourt ; de M. le docteur Fanton d'Andon, président du Syndicat des médecins de la Seine ; de M. le docteur Cazin, président de la maison du Médecin ; des membres des conseils d'administration de nos Sociétés Filiales, de nos collaborateurs qui donnent à notre journal une valeur chaque jour plus grande au point de vue scientifique et un caractère absolument unique au point de vue professionnel ;

Je bois à votre santé à tous, mes chers confrères, dont nous revoyons, chaque année, les visages amis avec infiniment de plaisir.

Je bois enfin à tous les membres du *Concours médical* auxquels je souhaite, selon la formule : *Salus, honor et argentum atque bonum appetitum.*

***

A la suite du Dr Gassot, le Dr Noir déclare qu'il ne dira rien et ce rien qu'il dit bien finement consiste à passer l'encensoir fleuri *ad usum* des collaborateurs du *Concours*, à Duchesne qu'il dénomme plaisamment son coadjuteur, tout en se défendant d'être un pontife. Il y ajoute un délicat éloge de ce coadjuteur appliqué à sa tâche, avec un cœur qui s'est oublié lui-même et jusqu'à forcer quelque peu sa résistance. Un ban vigoureux salue cette allocution et le retour à la santé du coadjuteur qui prouve immédiatement qu'il est un peu là ... et qu'il continue.

C'est un art de dresser un palmarès ; il y faut, pour éviter la monotonie et le dithyrambe, du tact, de la variété, de l'esprit et de la mesure. Duchesne y excelle ; tour à tour éloquent, spirituel, ému, il a placé avec beaucoup d'art sous les yeux de chacun de ceux qu'il avait à remercier un petit miroir fidèle et précis qui lui renvoya sans enlaidissement, mais sans flatterie, l'image exacte de sa science et de son talent. Et cette jolie page qui sera publiée, se termine par un portrait magistral du praticien français dont tous les convives ont pu applaudir la vivante image.

Le Dr Bellencontre tient à remercier Duchesne. Il le fait avec émotion et naturellement élégance. Il atteste sa grande et vieille amitié pour le *Concours médical*, avec lequel la grande Association qu'il préside entretient une harmonie parfaite, et il boit à sa prospérité en même temps qu'à l'union indestructible des associations professionnelles et confraternelles.

Le Dr Decourt a été vivement touché de la manifestation de sympathie que Duchesne a provoquée en son honneur. Il n'est pas moins attaché à cette Maison du *Concours* au sein de laquelle l'Union des Syndicats médicaux a poussé ses premiers vagissements, à cette Maison qui crée sans cesse. Et il suggère l'idée d'établir le code des droits du médecin. Il boit en terminant à la grande famille du *Concours médical*.

Au nom du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr Fanton d'Andon remercie le *Concours médical* dont il loue l'organisation si remarquable et l'œuvre si utile, toute aide et assistance qui met à la disposition des confrères cœur, intelligence et dévouement. Il boit à cette œuvre après

avoir évoqué l'image du fondateur du *Concours*, Auguste Cézilly.

Le professeur Roger, sollicité de dire le dernier mot, se réjouit d'être, chaque année, l'hôte de cette fête où il puise de si précieuses suggestions et retrouve des amitiés toujours fidèles et, unissant, dans son directeur, tous les collaborateurs et amis du *Concours*, il porte la santé du Dr Gassot.

Tous ces toasts furent, comme l'on pense, vivement applaudis. Les convives passèrent dans les salons où le café était servi et où le beau sexe fit une apparition attendue et charmante, tandis que, comme par enchantement, la salle du banquet se transformait en salle de concert.

Le Concert.

Le *Concours* fait des miracles. Aucun des artistes inscrits au programme ne s'est fait excuser. Pas la plus petite grippe dans l'air ! Ce serait trop de chance si ce bonheur ne s'expliquait par d'irrésistibles sympathies.

Quelle bonne formule de n'avoir pas à se servir des louanges de commande, mais de pouvoir jeter les bravos par salves, assuré qu'ils ne devront rien à la bienveillance ou à la seule gratitude !

L'Orchestre Médical avait détaché un sextuor de marque : aux cordes Mmes Creton et Daperon, les Drs Boucherie et Didsbury — les voilà bien les violons d'Ingres — au pupitre flûte, M. Bertrand ; au piano, le Dr Destouches — il est des noms prédestinés. — Et ce fut un régal d'entendre et une joie d'applaudir dans une exécution sûre, pleine et nuancée, la *Sérénade* de Widor et la *Campana e Sera* de Billi.

M. Willy Tubiana, de l'Opéra-Comique, déploya dans le prologue de Paillasse une belle autorité et un magnifique organe qui sut habilement, dans *Plaisir d'amour*, s'assouplir, s'adoucir jusqu'à n'être qu'un soupir.

L'archet de Mme Creton, qui conquit un 1er prix du Conservatoire, anima d'une sensibilité exquise la *Berceuse* de Fauré et d'un éclatant brio la *Mazurka* de Wienawski.

Un corps de grâce, une jolie voix, c'est Mlle *Jacqueline Fernet, de l'Ambigu qui nous émut* avec la *Première lettre* de Rosemonde Gerard et l'admirable *Missel* de Sully-Prudhomme.

La *Prière des Erinnyes* de Massenet et la *Fileuse* de Dunkler permirent au Dr Boucherie de nous faire admirer deux aspects de son talent : son ampleur et sa belle virtuosité.

Le rire, qui ne perd jamais ses droits, nous vint par un pince-sans-rire, M. Ledoux, de la Comédie-Française, interprétant avec un flegme admirable — et quelle finesse ! — d'étonnantes fantaisies de Franc-Nohain.

Et avec Mme Barthé, de l'Opéra, l'enchantement fut double, l'oreille et les yeux étant également conquis. Grande cantatrice dans l'air de *Gismonda*, elle donna à une mélodie de Marguerite Carol une expression indéfinissable et, sans transition, se montra dans un duo de Véronique d'une ingénuité délicieusement mutine. Et ce fut un ravissement.

Comme on le voit, programme court, mais de choix et tel qu'on le pouvait attendre de cet artiste raffiné et maître organisateur Destouches. La Journée méritait et ce banquet et ce concert.

Dr Paul JANOT.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MÉDECINE PRÉVENTIVE DE LA DIPHTÉRIE

Par M. Georges SCHREIBER.

La Médecine préventive *de la diphtérie a réalisé en ces dernières années des progrès considérables qui l'ont mise à la portée de tous les praticiens. Nous avons demandé à notre collaborateur,* M. Georges SCHREIBER, *dont nos lecteurs connaissent la compétence, de bien vouloir leur exposer ce sujet d'actualité.*

N. D. L. R.

La diphtérie, jadis effroi des mères et des médecins, est devenue beaucoup moins meurtrière depuis la découverte du sérum antidiphtérique. Grâce à son emploi systématique, les décès dus à la diphtérie déclarée sont tombés en Europe de 56 à 16 %. A Paris, au lieu de 1.400 décès annuels vers 1890, on n'en compte plus que 150 en moyenne dans ces dernières années. Aux Etats-Unis, les résultats ont été comparables. A New-York, la mortalité du fait de la diphtérie est descendue de 113 pour 100.000 habitants en 1887, à 14 pour 100.000 en 1916. Elle a donc diminué dans la proportion de 8 à 1. Mais les dangers auxquels la diphtérie expose la population sont encore très grands, plus grands que ne supposent beaucoup de gens qui s'imaginent qu'elle est devenue à peu près inoffensive. En France, la mortalité qu'elle entraîne a baissé, mais le nombre de cas qu'elle provoque reste très élevé. Aux Etats-Unis, elle continue à faire beaucoup de victimes. A New-York, de 1912 à 1918, le chiffre annuel des cas de diphtérie a été de 12.000 avec plus de 1.000 décès et en 1916, pour l'ensemble des Etats-Unis, il aurait été, d'après Byard, de 250.000 avec 19.000 décès.

Ces chiffres indiquent que la lutte préventive contre cette redoutable maladie doit être poursuivie énergiquement. Fort heureusement, des découvertes très efficaces ont permis de réaliser en ces dernières années des progrès considérables.

Les mesures préventives opposées à la diphtérie portent d'une part sur le dépistage des porteurs de germes et des sujets réceptifs, d'autre part sur l'immunisation passive (sérothérapie) ou active (vaccination).

Dépistage et traitement des porteurs de germes.

Un grand nombre d'individus hébergent dans leurs cavités rhino-pharyngées le bacille de la diphtérie. Quelques-uns, en minorité, contracteront ultérieurement la maladie ; la plupart resteront indemnes, mais ces *porteurs sains de germes* peuvent contaminer également leur entourage. Il convient donc, particulièrement en temps d'épidémie, de dépister les uns comme les autres et de les soumettre à une thérapeutique appropriée.

Le dépistage des porteurs de germes portera tout d'abord sur les membres de la famille du malade ou sur ses voisins les plus proches au dortoir, au réfectoire ou à la salle d'études de l'école qu'il fréquente. Si les cas se multiplient, la surveillance deviendra plus étendue et comprendra tous les élèves d'une classe par exemple ou d'une école.

Les premiers prélèvements sont généralement effectués par le praticien avec des écouvillons stériles fournis par le laboratoire chargé de l'examen bactériologique. Si l'épidémie s'étend, les services d'hygiène du département doivent intervenir.

Les enfants reconnus porteurs de germes seront isolés dans leur famille ou à l'infirmerie, s'ils sont internes. Les examens bactériologiques seront renouvelés toutes les semaines jusqu'à ce que deux prélèvements consécutifs soient négatifs.

La désinfection des cavités naso-pharyngées permet d'atteindre ce résultat plus rapidement. On peut utiliser des procédés chimiques, physiques ou biologiques.

Les procédés chimiques peuvent consister simplement en instillations nasales d'huile goménolée et en gargarismes à l'eau javélisée (une cuillerée à soupe pour un litre d'eau). En 1920, Langer a proposé, en irrigation à 1 pour 5.000 chez l'adulte et en instillations chez le nourrisson, les dérivés du colorant *acridinium*, le *diphtosan* et la *trypaflavine*, caractérisés par leur grand pouvoir bactéricide. Aucun effet toxique n'a été signalé à la suite de l'absorption accidentelle du liquide ; mais les résultats paraissent assez instables.

Le procédé physique le plus employé, consiste en applications locales d'*air chaud*. Il a donné de bons résultats à Dujarric de la Rivière qui le recommande en même temps que la sérothérapie locale.

Les *procédés biologiques* sont la sérothérapie

et la vaccination locales. La première utilise le *sérum antimicrobien de Martin,* sec ou liquide. La seconde, préconisée par Zoeller et Delater, consiste à projeter dans les cavités nasales, à l'aide du pulvérisateur Vast, une émulsion microbienne, préparée avec plusieurs souches des germes de l'épidémie, et tuées, la toxine étant neutralisée, d'autre part, par du sérum antitoxique.

L'application de ces divers procédés, dans la pratique courante, rencontre de grandes difficultés. Ils peuvent être utilisés dans l'armée où l'isolement et le déplacement des hommes peut être effectué strictement, mais dans les milieux civils, leur mise à exécution exigerait la création d'un corps spécial de médecins hygiénistes très au courant des recherches de laboratoire. Par ailleurs, leur valeur préventive est assez restreinte et les résultats qu'ils fournissent sont très irréguliers. Le dépistage des sujets réceptifs et leur vaccination par les méthodes récentes a notablement diminué leur intérêt.

Dépistage des sujets réceptifs. Réaction de Schick

Les êtres humains, au point de vue de leur sensibilité à l'égard du bacille de Lœffler, peuvent être divisés en deux catégories : *les réfractaires,* qui possèdent une *immunité spontanée* ou *naturelle* contre la diphtérie et qui ne risquent par conséquent pas de la contracter, même au contact des malades, et *les réceptifs,* qui, au contraire, ne possèdent pas la résistance suffisante pour échapper à une contamination. Ces derniers, aisément reconnus, grâce à la réaction de Schick, que nous étudierons plus loin, peuvent désormais bénéficier d'une *immunité provoquée ou artificielle,* soit passive, au moyen d'injections de sérum, soit active, au moyen d'injections de vaccin.

L'*immunité spontanée* à l'égard de la diphtérie était bien connue des anciens cliniciens, notamment de Trousseau et de Peter. Les découvertes biologiques récentes l'ont confirmée et ont permis de préciser son mode d'apparition. P. Lereboullet et son élève Joannon ont consacré récemment à son étude un travail auquel nous ferons de multiples emprunts (1).

L'immunité spontanée est d'autant plus précoce que les contacts interhumains sont plus nombreux. Elle est plus fréquente chez les enfants âgés que chez les plus jeunes, chez les habitants des villes que chez les ruraux, dans les classes pauvres que dans les milieux aisés. Ces constatations permettent de supposer que l'état réfractaire résulte d'une atteinte antérieure très atténuée de l'organisme par le bacille diphtérique. Les observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades par Lereboullet et Joannon soulignent le bien fondé de cette hypothèse. Aucun enfant ayant plus d'un an de séjour n'est réceptif à l'égard du bacille de Lœffler et chez les sujets primitivement réceptifs, on voit apparaître l'état réfractaire à mesure que la durée de l'hospitalisation se prolonge. Cette immunité spontanée en milieu hospitalier s'explique par des contacts successifs avec le bacille. L'immunité conférée par les antitoxines naturelles est d'autant plus fréquente que les enfants sont plus âgés ; toutefois l'immunité antidiphtérique maternelle est généralement transmise au nouveau-né ; elle diminue vers le troisième mois et disparaît graduellement le sixième, comme le montre le tableau suivant, établi par Park et Zingher :

Age	*Pourcentage des sujets réceptifs*
De 0 à 3 mois	15 pour 100
3 à 6 mois	30 » »
7 mois	56 » »
8 mois	63 » »
9 mois	83 » »
10 mois	93 » »
11 mois	87 » »
12 mois	91 » »

Dans les villes, la majorité des habitants deviennent réfractaires à la diphtérie entre deux et quinze ans, ainsi que l'indiquent les chiffres suivants :

Age	*Pourcentage des sujets réceptifs*
De 2 à 5 ans	65 pour 100
10 ans	50 » »
15 ans	30 » »
20 ans et au-dessus	15 à 5 pour 100

Les adultes sont donc presque tous bénéficiaires d'une immunité naturelle à l'égard de la diphtérie et c'est surtout chez les enfants qu'il importe de s'assurer de son existence. Elle peut être facilement mise en évidence par la réaction de Schick.

La réaction de Schick ou *diphtérino-réaction,* découverte en 1913 par le médecin viennois qui lui a donné son nom, et perfectionnée par deux américains Park et Zingher, est une intradermo-réaction qui permet de reconnaître si un sujet est réfractaire ou réceptif à la diphtérie. Sa valeur, nettement établie, a été très rapidement mise à profit aux Etats-Unis où elle est couramment employée, non seulement dans les écoles, dans les casernes et dans les hôpitaux, mais même dans les familles. En France, j'ai signalé cette méthode (1) dès 1914, mais son emploi commence

(1) P. LEREBOULLET et P. JOANNON. — L'immunisation spontanée contre la diphtérie en milieu hospitalier, *Paris médical,* 25 octobre et 27 décembre 1924.

(1) G. SCHREIBER. — *La Presse médicale,* 10 mai 1913.

seulement à se vulgariser depuis un ou deux ans, bien qu'il s'agisse d'une méthode très simple, très sûre et entièrement inoffensive.

La réaction de Schick est basée sur l'irritation locale produite par l'injection intradermique d'une dose très faible de toxine diphtérique. Cette irritation ne se produit pas chez les sujets immunisés, dont la lymphe renferme une quantité suffisante d'antitoxine pour neutraliser la toxine injectée.

L'intradermo-réaction diphérique de Schick est aussi facile à pratiquer que l'intradermo-réaction tuberculeuse de Mantoux au moyen de la toxine tuberculeuse ou tuberculine, mais leur signification est exactement opposée. La première est positive lorsque le sujet n'a jamais eu la diphtérie, mais est exposé à la contracter ; la seconde, au contraire, comme la cuti-réaction de von Pirquet, est positive lorsque le sujet a présenté à un moment quelconque de son existence une lésion tuberculeuse même minime.

La *technique* de la réaction de Schick est actuellement bien réglée :

1° *Préparation de la toxine diluée.* — Ce temps est délicat et ne peut être réalisé que dans un laboratoire. La toxine diphtérique est délivrée gratuitement par l'Institut Pasteur, avec une notice qui prescrit de la diluer 750 fois (1) et d'injecter un dixième de centimètre cube de cette dilution. Certains auteurs préfèrent, avec Zingher, injecter deux dixièmes de centimètre cube d'une dilution à 1 pour 1.500. Cette dernière peut être préparée de la manière suivante en observant les règles habituelles de l'asepsie.

On mesure, à l'aide d'une pipette stérile, 0,1 de toxine ; on verse dans un tube stérile 0,9 d'eau distillée. Un dixième de centimètre cube de cette dilution à 1/10 est ensuite versée dans 15 cc. d'eau stérile. On a ainsi la dilution à 1/1500, que l'on répartit à parties égales dans deux tubes stériles scellés à la lampe. Sur le premier, laissé tel quel, on inscrit : *toxine diluée non chauffée.* Sur le second, chauffé à 75° pendant 5 minutes, on marque : *toxine diluée chauffée.* Cette dernière détruite par la chaleur, sert à reconnaître les pseudo-réactions.

2° *Injection de la toxine diluée.* — On pratique sur le bras droit une injection intradermique de 0 cc. 1 de la dilution non chauffée à 1/750 ou 0 cc. 2 de la dilution à 1/1500. Sur le bras gauche — témoin — on pratique une même injection de la dilution chauffée. Comme matériel, on se sert de deux seringues stérilisées et faciles à distinguer, l'une devant servir pour la toxine non chauffée, l'autre pour la toxine chauffée. On emploie, d'autre part, deux petites aiguilles spéciales pour injections intradermiques, en nickel ou en platine.

3° *Lecture des résultats.* — La réaction positive apparaît au bout de 24 à 48 heures, mais il vaut mieux attendre le troisième ou quatrième jour pour la juger. Dès le lendemain de l'injection, on constate une zone circonscrite de rougeur de 1 à 2 cm. de diamètre avec légère infiltration des téguments. Cette réaction atteint son maximum le troisième ou le quatrième jour, puis elle diminue d'intensité pour disparaître du septième au dixième jour, laissant une desquamation superficielle et une pigmentation brunâtre qui peut persister 3 à 5 semaines.

Cette *réaction positive* ne doit pas être confondue avec une *pseudo-réaction.* Celle-ci paraît due à une sensibilité de l'organisme vis-à-vis des protéines provenant de l'autolysat des bacilles diphtériques et qui passent dans le filtrat lors de la préparation de la toxine. Elle est plus précoce et plus fugace que la vraie ; elle apparaît dès la sixième heure, présente son maximum au bout de deux jours et disparaît le quatrième sans laisser ni desquamation, ni pigmentation. Elle est d'ailleurs très rare chez les jeunes enfants (1).

Les résultats consécutifs à l'injection intradermique des toxines diluées non chauffées et chauffées peuvent être répartis en quatre groupes :

A. — *Réaction positive* : elle indique que le sujet est susceptible de contracter la diphtérie.

B. — *Réaction négative* : elle signifie que le sujet est immunisé et réfractaire à la diphtérie.

C. — *Réaction négative avec pseudo-réaction positive.* L'interprétation est la même que pour le groupe précédent.

D. — *Réaction positive avec pseudo-réaction positive* : cette *réaction combinée* a la même signification que la réaction positive simple.

Il convient d'ajouter, qu'en cas de doute sur la nature de la réaction, il est préférable de la considérer comme positive.

L'anatoxi-réaction diphtérique de Zœller doit être mentionnée à côté de la réaction de Schick. Son interprétation prête encore à discussion. Toutefois pour Lereboullet, Boulanger-Pilet et Lelong, qui l'ont étudiée avec soin, elle a droit à l'autonomie et est distincte de la protéino-réaction banale au sérum de cheval, de la réaction de Schick, de la pseudo-réaction de Schick. Il semble à ces auteurs que l'anatoxi-réaction soit le fait d'une hypersensibilité spéciale aux protéines du bacille diphtérique. Pour Zœller, alors que la réaction de Schick révèle un état d'immunité,

(1) La toxine de l'Institut Pasteur est une toxine pure et vieillie, dont la toxicité est devenue immuable. La dose à injecter correspond à 1/50e de la dose minima mortelle pour un cobaye de 250 grammes.

(1) Certains médecins, pour cette raison, se dispensent d'injecter la toxine diluée chauffée, notamment lorsqu'ils pratiquent la recherche de la réaction de Schick dans des collectivités infantiles (écoles, hôpital, etc.). Cette recherche demande ainsi moins de temps et d'autre part, la vaccination d'un enfant immunisé naturellement n'offre aucun inconvénient.

l'anatoxi-réaction représente un état intermédiaire entre l'hypersensibilité et l'immunité ; elle correspondrait à une immunité incomplète (allergie).

Règles a suivre en présence d'une réaction de Schick positive. Deux éventualités sont à envisager :

1° *Le danger de contagion est immédiat* : un ou plusieurs cas de diphtérie ont été reconnus dans une famille, dans une école, dans un hôpital, etc. Tous les enfants exposés à la contagion, les parents, les membres du personnel, ont subi l'épreuve de Schick. Les sujets à réaction négative étant naturellement immunisés n'ont besoin d'être soumis à aucune mesure préventive ; toutefois, il convient de ne pas oublier qu'ils peuvent être porteurs de germes et comme tels contagieux et dangereux pour leur entourage. Il convient donc de les dépister et de les traiter comme il a été dit précédemment.

Les individus à réaction positive, étant susceptibles d'être contaminés, seront soumis à la *vaccination* qui donne une immunisation durable, mais lente à se produire, car elle peut demander six semaines à deux mois pour se manifester. Aussi est-on obligé parfois d'instituer un traitement *immédiatement préventif* et d'injecter aux enfants très jeunes du *sérum antidiphtérique* (1) qui fournit une immunisation *rapide*, mais fugace. Pour les enfants plus âgés et pour les adultes plus résistants et plus faciles à examiner, on peut surseoir à l'injection de sérum, à condition d'inspecter leur gorge tous les jours et d'être prêt à intervenir au moindre signe suspect.

2° *Le danger de contagion n'est pas immédiat* : la réaction de Schick est recherchée sans qu'il y ait d'épidémie, dans une famille, dans une école, dans un hôpital, etc. Les sujets seront examinés avec soin ; si leur gorge est rouge ou suspecte, on pratiquera un ensemencement bactériologique et si ce dernier révèle la présence de bacilles de Lœffler on aura recours à la sérothérapie, puis à la vaccination. Dans tous les autres cas, cette dernière sera pratiquée d'emblée et uniquement.

L'immunisation passive contre la diphtérie s'effectue au moyen d'*injections de sérums d'animaux vaccinés contre la toxine diphtérique.* C'est en 1890, que Behring montra la possibilité de vacciner certains animaux et notamment le cheval contre la diphtérie, en lui injectant la toxine soluble du bacille de Klebs-Lœffler, préalablement atténuée par addition de liqueur de Gram. En diminuant progressivement la proportion d'iode que renferme cette dernière et en augmentant au fur et à mesure les doses, on pouvait injecter au cheval la toxine pure et obtenir une vaccination efficace.

Behring et son collaborateur Kitasato préconisèrent le traitement des enfants atteints de diphtérie par l'injection de sérum de cheval ainsi immunisé, mais la vulgarisation du procédé fut enrayée par l'impossibilité d'obtenir des sérums de toxicité uniforme et d'activité certaine. Cette difficulté fut surmontée grâce aux travaux d'Emile Roux et de Louis Martin, directeur et sous-directeur actuels de l'Institut Pasteur de Paris. Les premiers essais de traitement de la diphtérie humaine par leur sérum furent publiés par Roux en 1894 au *Congrès International de Médecine de Budapest.* Cette communication eut un retentissement considérable et la sérothérapie antidiphtérique,adoptée dans tous les pays civilisés, fit baisser la mortalité de la diphtérie dans des proportions très notables.

Le sérum antidiphtérique de Roux sérum antitoxique, doit être employé, à titre préventif, dans les circonstances envisagées plus haut. On injecte habituellement aux enfants en bas âge, 5 à 10 centimètres cubes de sérum. A la suite d'une telle injection, la réaction de Schick ne reste négative que pendant 25 jours. Si le danger de contagion persiste au bout de ce laps de temps, on pourrait renouveler l'injection à la même dose en prenant les précautions usuelles pour éviter les accidents d'anaphylaxie, mais cette nouvelle injection ne confère plus qu'une immunité de dix jours.

Les injections de sérum de Roux sont souvent suivies d'accidents sériques dont il convient de ne pas exagérer la gravité, mais dont on ne saurait non plus nier le caractère désagréable. Ces accidents ne se produisent pas si l'on emploie le nouveau *sérum désalbuminé de Ramon*, privé d'une grande partie de ses albumines. Cet auteur a imaginé un procédé de concentration qui permet d'éliminer les sérines et les globulines, ne laissant que les pseudo-globulines. Il ne renferme plus que 0.33 pour 100 d'albumines au lieu de 10 pour 100 comme le sérum habituel. Le sérum de Ramon est préparé par l'Institut Pasteur sous le nom d' « antitoxine ». On en injecte à titre préventif une ampoule de 1.000 unités antitoxiques pour obtenir une immunité aussi rapide et aussi durable que celle fournie par le sérum de Roux.

La sérothérapie antidiphtérique, appliquée à temps dans les milieux contaminés, a rendu depuis 1894 les plus grands services prophylactiques, mais c'est une méthode dispendieuse qui ne permet pas de pratiquer une médecine préventive aussi efficace et aussi étendue qu'il est nécessaire. L'immunité passive qu'elle confère

(1) La réaction de Schick évite l'injection systématique de sérum à tous les enfants exposés à la contagion. Elle met les sujets reconnus immunisés à l'abri des accidents sériques, habituellement inoffensifs mais toujours désagréables.

d'autre part ne dépasse pas un mois. Aussi les efforts actuels doivent-ils tendre à accorder une place prépondérante à la vaccination antidiphtérique qui permet d'obtenir une immunisation active de plus longue durée.

L'immunisation active contre la diphtérie a fait l'objet de recherches nombreuses depuis le début du vingtième siècle, mais la crainte d'accidents graves dus à l'inoculation du bacille diphtérique et de ses poisons a retardé longtemps l'application de la vaccination à l'homme. Celle-ci n'est devenue praticable qu'en ces dernières années grâce aux perfectionnements qui ont permis de rendre le *vaccin antidiphtérique* inoffensif, tout en intensifiant son efficacité.

Les vaccins antidiphtériques sont préparés actuellement avec un *mélange de toxine et d'antitoxine* ou avec « *l'antitoxine* » de Ramon.

1° *Vaccination antidiphtérique par les mélanges toxine-antitoxine ou T.A.*— La toxine antidiphtérique peut être atténuée et même annihilée par le sérum antidiphtérique ou antitoxine. Les recherches expérimentales de Park, Théobald Smith, Gröer, Cassovitz ont établi la possibilité de vacciner les animaux au moyen d'un pareil mélange, mais la méthode ne fut appliquée qu'en 1913 par Behring. Son procédé a été modifié par divers auteurs et l'on peut actuellement ranger en trois groupes les techniques préconisées :

A. — *Vaccination par les mélanges toxine-antoxine sous neutralisés.* — La T. A. sous-neutralisée renferme un léger excès de toxine. Behring l'employait sous deux formes : un mélange faible, le T.A. VII qui contient un excès de toxine de 10 doses Ln par cmc. (1), et un mélange fort, le T.A. VI, dix fois plus actif, qui renferme un excès de 100 doses Ln. Ce dernier était réservé aux nourrissons moins sensibles à la toxine. Behring pratiquait d'abord une injection intradermique d'une dilution à 1 pour 20 de T. A., puis tous les deux jours, il augmentait la dose pour obtenir une réaction locale caractérisée par une zone rouge d'au moins deux centimètres de diamètre avec infiltration nette. Cette dose considérée comme immunisante était répétée au bout de dix jours.

En 1914, au *Congrès de Wiesbaden*, Behring annonçait que 7.000 injections préventives de son vaccin avaient pu être pratiquées sans inconvénient sérieux, mais des adénopathies régionales et de la fièvre étaient souvent notées pendant quarante-huit heures après l'injection. En raison de ces réactions, Behring estimait que la T. A. ne doit pas être injectée aux tuberculeux, aux lymphatiques, aux albuminuriques, aux athrepsiques et que la vaccination ne doit pas être pratiquée avant l'âge de neuf mois.

(1) La dose Ln est la quantité de toxine qui injectée dans le derme d'un cobaye produit encore de la nécrose.

Le procédé de Behring, trop compliqué, n'obtint pas le succès que son auteur espérait. Les résultats se trouvaient faussés, d'autre part, par l'ignorance des sujets spontanément immunisés. Pour éviter cette erreur, deux Américains, Park et A. Zingher, utilisèrent dès 1914 la réaction de Schick et réservèrent la vaccination aux individus reconnus réceptifs.

Le vaccin de Park et Zingher est un mélange toxine-antitoxine sous-neutralisé, comme celui de Behring, mais ne contenant qu'un très faible excès de toxine libre. Une seule injection sous-cutanée suffit en général pour obtenir une immunisation, mais il est préférable de pratiquer trois injections à une semaine d'intervalle.

Les réactions locales consécutives à la vaccination sont très atténuées chez les enfants en bas-âge et particulièrement chez les nourrissons ; elles sont plus intenses chez les écoliers et chez les adultes (1). Elles se manifestent par une zone de rougeur et d'induration douloureuse avec parfois légère adénopathie. Les réactions générales fébriles sont peu fréquentes ; cependant, on a pu observer un état de collapsus passager et même exceptionnellement des accidents mortels, attribués à l'emploi de mélanges préparés sans être soumis à un contrôle rigoureux. Park a pu réunir 40 observations de sujets ayant présenté des réactions graves et noté 5 décès dus à une myocardite aiguë provoquée par l'excès de toxine dans le vaccin injecté. Pareilles catastrophes, comme le fait judicieusement remarquer P.-L. Marie, montre que la préparation des mélanges doit être soumise à un contrôle rigoureux, qu'elle doit rester le monopole des grands instituts bactériologiques et ne pas être livrée au commerce, comme c'est le cas en Amérique. Elles ont incité d'autres chercheurs à utiliser des vaccins neutralisés ou surneutralisés.

B. — *Vaccination par les mélanges toxine-antoxine neutralisés.* — Ces mélanges ont été préconisés par Julius Blum, par Bieber, qui en auraient obtenu des résultats satisfaisants. L'immunité qu'ils déterminent est lente à se manifester, mais les accidents toxiques ne sont pas à craindre.

C. — *Vaccination par les mélanges toxine-antitoxine surneutralisés.* — Ces mélanges ont été utilisés pour des essais de vaccination animale, successivement par Babes, Kretz, Théobald Smith, Mac Clintock et Ferry, Rohmer et Lévy, etc., mais les résultats qu'ils obtinrent furent peu encourageants. Lœvenstein, toutefois, insista sur leur pouvoir immunisant et Kassovitz, employant chez l'homme le mélange préco-

(1) Les réactions sont surtout accentuées chez les sujets ayant présenté une *réaction de Schick combinée* : réaction positive avec pseudo-réaction également positive.

nisé par ce dernier auteur, confirma cette opinion.

En 1922, Jules Renault et P.-P. Lévy utilisèrent à leur tour, chez les enfants, un mélange fortement surneutralisé, de préparation très simple. Il suffit, en effet, pour l'obtenir de mélanger trois unités toxiques ou toxines avec cent unités antitoxiques ou antitoxies. Ce vaccin peut être réalisé extemporanément en mélangeant un centimètre cube de toxine stabilisée de l'Institut Pasteur, titrant 300 toxies, avec deux cinquièmes de centimètre cube de sérum antidiphtérique titrant 10.000 antitoxies (1). Deux ou trois injections sous-cutanées de 1 cc. 4 sont pratiquées à une semaine d'intervalle.

Les réactions locales sont minimes et rares ; il n'y a jamais de fièvre. Exceptionnellement, le sujet est pris de vomissements après la deuxième ou la troisième injection. On observe parfois des réactions sériques, mais celles-ci peuvent être évitées si l'on emploie pour la préparation du vaccin le sérum désalbuminé de Ramon suivant les indications de Lesné et de Lereboullet.

Ce vaccin est absolument inoffensif. La réaction de Schick (2) montre qu'une injection immunise déjà dans 40 % des cas, que deux séances donnent 66 % de succès et trois, 80 à 90 %. L'immunité conférée est durable, elle paraît persister plusieurs années, mais elle est très lente à s'établir ; elle demande d'ordinaire 3 à 6 mois, parfois 6 mois à un an. Cet inconvénient est notable. Il peut heureusement être évité par l'emploi du nouveau vaccin inventé par Ramon.

2° *Vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon.* — La vaccination antidiphtérique a réalisé un progrès très notable en 1923, grâce à une découverte d'une haute valeur scientifique et pratique réalisée par G. Ramon de l'Institut Pasteur de Paris. Au cours d'étude sur les mélanges toxiques-antitoxiques, il constata que l'addition de toxine produisait, dans le sérum antidiphtérique frais, mis à l'étuve, une floculation. Conservant ce mélange à l'étuve et craignant de le voir s'infecter au cours des manipulations de titrage, Ramon imagina d'ajouter à la toxine diphtérique une faible dose de formol. Il constata que cette *toxine formolisée et conservée à l'étuve* continue à floculer en présence de l'antitoxine comme lorsqu'elle était fraîche et possédait le maximum de toxicité mais que cependant, elle avait perdu peu à peu son *pouvoir toxique*. Elle pouvait, en effet être inoculée au cobaye sans le tuer ; bien mieux, ce dernier était *vacciné*, car il pouvait supporter ensuite une dose plusieurs fois mortelle de toxine pure non modifiée. Cette toxine qui n'en est plus une puisqu'elle est devenue inoffensive, tout en conservant ses propriétés d'antigène, a reçu de Ramon le nom d'*anatoxine*.

L'anatoxine peut être injectée à doses énormes aux animaux les plus sensibles à l'action de la toxine diphtérique sans leur causer aucun dommage. Après deux injections faites à un intervalle de quinze à vingt jours, elle leur confère une immunité active avec présence d'antitoxine dans le sang et cette immunité est durable ; elle persiste vraisemblablement durant toute la vie.

Ramon a substitué l'antitoxine diphtérique à la toxine pour immuniser et hyperimmuniser des chevaux dans le but de fabriquer des sérums thérapeutiques. Il a pu constater que non seulement cette substitution est possible mais qu'elle présente de nombreux avantages : économie de temps et de matériel (les doses d'antigène pouvant être moindres), absence de risques pour la vie et la santé des animaux.

A l'heure actuelle, l'innocuité de l'anatoxine douée d'un haut pouvoir immunisant en a fait la substance de choix pour la vaccination antidiphtérique (1). Son pouvoir immunisant persiste très longtemps, plus d'un an, qu'elle soit conservée à la glacière ou à la température du laboratoire.

La préparation de l'anatoxine est simple. On additionne la toxine diphtérique de 3 à 4 pour 1.000 de formol commercial à 40 % et on laisse à l'étuve à 40 ou 41° pendant un mois. L'anatoxine diphtérique est délivrée par l'Institut Pasteur en boîtes de trois ampoules (de 1 cmc., 1 cmc. 1/2 et 2 cmc.), pour vaccinations individuelles et en ampoules de 10 et de 20 cmc. pour vaccinations collectives.

La vaccination s'effectue au moyen d'injections sous-cutanées. Deux injections sont souvent suffisantes pour réaliser l'immunisation. La première sera de 0 cmc. 5 d'anatoxine, suivie après un délai de quinze jours à trois semaines, d'une deuxième injection de 1 cmc. Pour obtenir à coup sûr un pourcentage de 98 à 100 % d'immunisation, il est recommandé de pratiquer une troisième injection d'anatoxine (de 1 cmc. pour les enfants, de 1 cmc. 5 pour les adultes) quinze à vingt jours après la deuxième inoculation.

Les réactions locale et générale consécutives aux injections sont habituellement insignifiantes ; dans 5 pour 100 des cas, elles sont un peu plus fortes (2). On peut observer au point d'injec-

(1) Le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur titre 25.000 antitoxies par centimètre cube.

(2) La réaction de Schick devient immédiatement négative après l'injection, par suite de l'excès de sérum antidiphtérique contenu dans le vaccin. Elle reste négative pendant huit ou quinze jours, redevient positive ensuite, puis de nouveau négative au bout de trois à six mois, lorsque l'état réfractaire est obtenu.

(1) Les Instituts qui délivrent l'anatoxine doivent toujours contrôler son innocuité.

(2) En prévision de ces réactions, il est recommandé de pratiquer la vaccination des écoliers la veille d'un jour de congé pour pouvoir mettre les enfants au repos le jeudi ou le dimanche.

tion un placard œdémateux, chaud, douloureux et si celle-ci a été faite à la cuisse, la marche peut être gênée légèrement un jour ou deux. Les réactions intenses se rencontrent surtout chez les sujets qui présentent des pseudo-réactions de Schick, mais elles sont toujours bénignes et éphémères.

L'immunité conférée par l'anatoxine s'établit assez rapidement. La première injection suffit à rendre négative, en une semaine, une réaction de Schick positive, chez 40 pour 100 des sujets vaccinés. En tout cas, comme nous l'avons vu précédemment, trois injections permettent de conférer une immunité quasi-certaine à tous les sujets vaccinés, en six semaines et deux mois au plus. Cette immunité, d'autre part, paraît durable mais ses limites ne pourront être précisées que par les observations des années ultérieures.

Les recherches tant cliniques que sérologiques, effectuées en France par Darré, Loiseau et Lafaille ; par Roubinowitch ; par Zœller, par Lereboullet et Joannon ; en Belgique, par Henseval et Nélis ont confirmé les remarquables avantages de l'anatoxine. La vaccination par la méthode de Ramon est simple, efficace et inoffensive ; elle peut être considérée comme le meilleur procédé d'immunisation antidiphtérique.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — La première question à préciser est celle de l'*âge optimum* pour la vaccination. Au-dessous de six mois, les nourrissons présentent pour la plupart une immunité naturelle antidiphtérique et de plus, les recherches de Rohmer, de Park et Zingher, de Ribadeau-Dumas, Loiseau et Lacomme, ont montré que la vaccination demeure inefficace chez les tout jeunes nourrissons qui sont de très mauvais producteurs d'antitoxine. Il est donc inutile de les vacciner.

Pour Park et Zingher, pour Rohmer, la vaccination antidiphtérique devrait être généralisée et pratiquée entre six mois et deux ans. L'Institut Pasteur de Paris conseille de la faire de préférence *à partir du début de la deuxième année.* C'est, en effet, chez les enfants de 2 à 5 ans que la diphtérie est la plus meurtrière. Il n'est pas nécessaire de soumettre les sujets de cet âge à l'épreuve de Schick, car près des trois quarts d'entre eux ont une réaction positive, indice de réceptivité et d'autre part, les enfants en bas âge supportent particulièrement bien la vaccination.

Les écoliers et les adultes, plus spécialement exposés à la contagion (infirmiers, étudiants, médecins, etc.), seront également vaccinés, mais à condition que la réaction de Schick, pratiquée préalablement, ait été chez eux positive, de manière à leur éviter des injections superflues et à leur épargner l'éventualité de réactions parfois un peu vives.

Les contre-indications à la vaccination antidiphtérique paraissent très limitées. Nous avons signalé plus haut celles formulées par Behring ; mais son vaccin donnait lieu à des réactions plus intenses que celles produites actuellement par l'anatoxine de Ramon. L'emploi de cette dernière ne paraît à déconseiller que chez les tuberculeux en raison des poussées fébriles qu'elle pourrait provoquer.

La vaccination antidiphtérique peut être considérée comme étant au point (1). Il est donc désirable que le plus grand nombre possible d'individus en bénéficient et les médecins peuvent sans hésitation la recommander et la pratiquer tant dans les familles que dans les collectivités infantiles. *Dès l'âge de deux ans tous les enfants devraient être soumis à la vaccination antidiphtérique.* En attendant que cette mesure soit rendue obligatoire et, pour la vulgariser, elle devrait d'ores et déjà être pratiquée systématiquement dans toutes les agglomérations d'enfants (écoles, asils, orphelinats, hôpitaux) où sévissent des épidémies de diphtérie. Une propagande spéciale doit être entreprise à cet égard et elle nous paraît pouvoir s'inspirer de la circulaire suivante, adressée dès 1920 par les services d'hygiène et d'instruction publique de New-York à tous les parents des enfants fréquentant les écoles primaires :

« Les instituteurs et les infirmières scolaires protègent autant que possible les écoliers contre la maladie. Ils ne peuvent cependant éviter que dans leurs contacts journaliers, les enfants ne se transmettent parfois des maladies contagieuses.

Environ 12.000 enfants contractent chaque année la diphtérie qui en fait mourir près de 10 % (environ 1.200 enfants). Nous possédons actuellement le moyen à peu près certain de protéger votre enfant contre cette maladie, si vous voulez nous aider.

En injectant, sous la peau de l'enfant, une goutte d'un liquide spécialement préparé, nous sommes à même de discerner, au bout de deux ou trois jours, s'il est naturellement protégé contre la diphtérie ou s'il court le danger d'en être facilement atteint.

Si l'enfant est réfractaire à la maladie, aucune mesure n'est nécessaire. S'il est disposé à la contracter, nous pouvons le rendre réfractaire en lui faisant deux injections inoffensives, à une semaine d'intervalle.

L'enfant sera protégé presque à coup sûr, pour le reste de ses jours. L'expérience est facile à faire, elle ne présente aucun danger ; même un tout jeune enfant n'en sera nullement éprouvé. On peut éviter

(1) Quelques cas de diphtérie ont été signalés chez des vaccinés par Park, Rohmer, Meyer, mais ces cas qui restent exceptionnels ont revêtu un caractère de bénignité telle qu'ils n'ont pas même été justiciables de la sérothérapie curative, les sujets atteints présentant un taux suffisant d'antitoxine dans leur sang.

tous les cas de diphtérie parmi les enfants soumis à ce traitement.

Si vous voulez protéger votre enfant et ne pas compter aveuglément sur le hasard, n'attendez pas. Demandez à votre médecin de famille de s'assurer de l'état de l'enfant et exigez un certificat déclarant si l'enfant est réfractaire ou exposé à la diphtérie. S'il court le risque de contracter la diphtérie, priez votre médecin de lui faire immédiatement deux injections protectrices.

Et si vous ne pouvez vous adresser vous-même à un médecin, signez la fiche ci-jointe, et un de nos médecins s'occupera de votre enfant ».

Une propagande bien menée familiarisera à bref délai les masses avec les nouvelles méthodes d'immunisation antidiphtérique et l'on peut espérer que la diphtérie deviendra aussi exceptionnelle que la variole lorsque, la vaccination sera obligatoire et généralisée.

LA FONCTION COLLOÏDOGÉNIQUE DE LA RATE

Par le Dr Bayle (de Cannes).

Au cours de mes recherches sur le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique, traitement dont j'ai exposé dans divers articles les résultats très encourageants et le mode d'action (voir surtout le *Progrès Médical* du 11 octobre 1913 (1), et le *Concours médical* des 3 et 10 décembre 1922 (2) j'ai constaté un fait curieux et intéressant.

L'injection à dose thérapeutique des extraits spléniques diminue d'une manière constante l'élimination des phosphates chez les tuberculeux phosphaturiques ; elle diminue même (dans les 4/5e des cas) l'élimination des phosphates lorsque cette élimination était normale.

Comme cette action des extraits spléniques ne se rattache à aucune des fonctions antérieurement attribuées à cet organe, elle ne peut s'expliquer que par une nouvelle fonction de l'organe et c'est cette fonction nouvelle à laquelle j'ai donné le nom de fonction colloïdogénique.

Je vais, dans cet exposé, suivre l'ordre suivant, qui, bien que n'étant pas d'ordre absolument logique, s'impose pour la clarté.

Je vais donner d'abord un bref résumé de ce que l'on connaît, à part cette fonction, de la physiologie de la rate : j'exposerai ensuite la fonction colloïdogénique comme une chose démontrée, et ensuite je démontrerai son existence par les faits.

L'exposé préalable de la fonction colloïdogénique rendra la démonstration plus claire.

I. — Notions actuelles sur la physiologie de la rate. — Les travaux de Schiff (3), Herzen (4), Bellamy (5), sur la fonction trypsinogène de la rate sont présents à l'esprit de tous : ils se résument dans cette conclusion de Bellamy :

« Les éléments zymogènes inactifs présents dans les cellules du pancréas reçoivent de la rate sous forme de sécrétion interne l'agent nécessaire pour élaborer la trypsine. »

Et cela seul justifierait l'opinion de Léopold Lévi qui n'hésite pas à placer la rate parmi les glandes endocrines.

Je pourrais citer sur la même question les travaux de Hédin (6), de Rettger, de Pachon et Gachet (7) et (8), de Camus et Gley (9), de Laguesse (10) et de Schaeffer (11).

Ciacco (12) dit avoir découvert dans la rate une entérokynase excitatrice des fonctions intestinales.

L'injection sous-cutanée ou intra-musculaire d'extrait splénique provoque dans le sang des modifications remarquables.

Elle augmente le taux de l'hémoglobine (Danilewsky et Selensky) (13) de 7 à 40 %. et cette augmentation est produite d'après ces auteurs par une substance définie qui n'est pas détruite par la chaleur.

Elle augmente le nombre des hématies (Simon et Spillman, Monier (14). J'ai obtenu chez les tuberculeux traités 50 % d'augmentation, vingt heures après une injection hypodermique de 5 cc. d'extrait splénique composé de deux parties d'extrait glycériné pour trois parties de sérum artificiel.

Elle augmente le nombre des globules blancs : C'est Goldschneider et Jacob (15) qui ont découvert cette action en 1893 : ils ont démontré qu'elle n'est pas due à la nucléine.

Simon et Spillman, Monier, ont obtenu chez le lapin une augmentation considérable des leucocytes, et chez les tuberculeux traités, j'ai vu de même qu'après moi Ragain (16), les globules blancs augmenter très rapidement.

Enfin, il y a ceci de très remarquable, signalé par les auteurs précédents et constaté par moi-même chez les tuberculeux, que l'injection d'extrait splénique modifie la formule leucocytaire, diminuant les polynucléaires, augmentant les lymphocytes et faisant apparaître ou augmenter les éosinophiles.

Ces multiples actions expliquent le rôle pro-

tecteur que Lépine et Lyonnet (17) ont reconnu à la rate vis-à-vis de l'intoxication typhique expérimentale et le rôle de défense qu'a cet organe vis-à-vis de la tuberculose et des maladies infectieuses (18). Plus récemment, Charles Richet (19) a conclu d'expériences pratiques sur les chiens que la rate a un rôle important vis-à-vis de l'assimilation et particulièrement de celle des hydrates de carbone, et Abelous et Soula (20) ont décrit une fonction cholestérinogène.

On voit donc que la rate est le siège de fonctions multiples et extrêmement importantes : mais, parmi toutes celles décrites plus haut, aucune ne donne l'explication du fait que l'injection d'extrait de rate diminue l'élimination des phosphates ; une seule fonction l'explique :

C'est la fonction colloïdogénique que je vais décrire :

2° La fonction colloidogénique. — Si nous considérons la cellule vivante, nous y voyons deux sortes d'éléments, le protoplasma et les vacuoles.

Le protoplasma est composé de substances à l'état colloïdal :

Les vacuoles sont composées d'eau tenant en dissolution des sels minéraux à l'état cristalloïde.

Si nous suivons la marche des vacuoles, nous voyons qu'elles approchent peu à peu du bord et viennent crever à l'extérieur de la cellule, éliminant leur contenu.

Il y a donc deux sortes d'éléments dans la cellule : des colloïdaux qui restent pour prendre part aux phénomènes de la vie : des cristalloïdes, produits morts, produits usés, qui s'éliminent.

Prenons maintenant le grand milieu intérieur qui ravitaille les cellules, leur apportant les éléments de la combustion et éliminant leurs déchets : nous trouverons dans ce milieu intérieur, le sang, également deux sortes d'éléments : des colloïdes et des cristalloïdes.

L'étude de la cellule nous ayant montré qu'elle garde les colloïdes et élimine les cristalloïdes, on peut dire que les seuls éléments qu'elle va recevoir du sang, éléments vivants, sont des colloïdes : quant aux cristalloïdes que nous trouvons dans le sang, ils ne vont pas à la cellule : ils en viennent et ce sont précisément ces sels minéraux morts, usés, que nous avons vus dans les vacuoles cellulaires et que la cellule a rejetés.

Les cristalloïdes ne sont donc pas destinés aux cellules vivantes : où vont-ils ?

Nous les retrouvons dans les urines : ils ont alors accompli le cycle complet de l'élimination, de la cellule dans le sang, du sang dans les urines.

Les cristalloïdes ont donc été éliminés par les reins, tandis que les colloïdes n'ont pas été éliminés par les reins : Pourquoi ?

La différence de la manière dont se comportent les colloïdes et les cristalloïdes vis-à-vis des membranes nous l'explique.

La surface filtrante du rein étant envisagée comme une membrane, colloïdes et cristalloïdes se sont comportés vis-à-vis d'elle comme ils le font toujours vis-à-vis des membranes, c'est-à-dire que les colloïdes ne l'ont pas traversée tandis que les cristalloïdes l'ont traversée. Quelle que soit la part physiologique que l'on attribue aux cellules rénales en dehors de ce phénomène purement physique et mécanique, le fait reste le même : il est brutal et aucune théorie ni conception ne peut le modifier : les colloïdes ne traversent pas les reins à l'état normal : les cristalloïdes les traversent.

Nous pouvons donc, sans nous plonger dans l'étude, inextricable à l'heure actuelle, de la multiplicité des moyens d'action de ces organes, assimiler dans cette différence de traitement entre les colloïdes et les cristalloïdes le rein à une membrane filtrante.

Dès lors, s'il y a déperdition exagérée d'éléments minéraux, cela ne peut tenir qu'à une cause, la perte prématurée de l'état colloïdal pour une partie des éléments du sang : la fonction de l'organisme qui maintient ces éléments à l'état colloïdal, c'est la fonction colloïdogénique.

Dès lors, aucun corps injecté dans l'organisme ne pourra augmenter la dose d'un élément minéral dans le sang et en même temps, la diminuer dans les urines qu'en maintenant cet état colloïdal qui s'oppose à la filtration.

Tout corps, tout organe qui augmentera la teneur du sang en sels minéraux tout en diminuant l'élimination par les urines sera donc doué du pouvoir colloïdogène.

Or, il se trouve dans les extraits de rate des substances qui augmentent la teneur du sang en sels minéraux tout en diminuant l'élimination des sels minéraux par les urines et c'est la rate qui est douée du pouvoir colloïdogène.

La fonction est exposée : nous allons maintenant la démontrer.

3° Démonstration de la fonction colloïdogénique de la rate. — Qu'est-ce qu'il faut pour démontrer qu'une substance est douée du pouvoir colloïdogène ?

Il faut qu'elle augmente la teneur du sang en sels minéraux et qu'elle diminue en sels minéraux la teneur des urines.

Si, en effet, un corps diminuait en sels minéraux la teneur des urines, tout en diminuant aussi celle du sang, on pourrait objecter que c'est la diminution de la teneur du sang en sels minéraux qui entraîne celle des urines, et il nous faudrait au moins discuter l'interprétation ; mais si un corps à la fois augmente les sels minéraux dans le sang et les diminue dans les urines, il est bien doué du pouvoir colloïdogène, puisqu'il n'a pu augmenter les minéraux du sang qu'en main-

tenant à l'état colloïdal des minéraux qui tendaient à s'éliminer à l'état cristalloïde, et la diminution simultanée des cristalloïdes éliminés par les urines est la preuve et la contre-signature de cette action.

Donc si nous trouvons qu'un corps injecté dans un organisme diminue la teneur de l'urine en sels minéraux et augmente la teneur du sang en sels minéraux, ce corps sera doué du pouvoir colloïdogène et la glande qui sécrètera ce corps possèdera la fonction colloïdogénique.

a) *Chez les tuberculeux phosphaturiques les injections de 5 cc. d'extrait splénique (deux parties d'extrait glycériné pour trois de sérum physiologique) ramènent en quelques jours à la normale l'élimination de la chaux et des phosphates.*

Même lorsque l'élimination était normale cette élimination diminue sous l'influence de l'injection d'extrait splénique dans 80 % des cas.

Ces résultats sont confirmés par les analyses faites au laboratoire de la Faculté de Toulouse et consignées dans la thèse de Ragain (Toulouse 1922).

En feuilletant cette thèse, nous relevons les chiffres suivants :

Dans une observation 3 gr. 78 par litre, puis après quelques injections d'extrait splénique, 2,90 ; dans une autre 2 gr. 95 avant et 2 gr. 60 après ; dans une troisième 2 gr. 60 avant et 2 gr. 43 après, etc...

b) *Les injections d'extrait splénique augmentent la teneur du sang en calcium.*

Harrower, ancien professeur à l'Institut Loyola de Chicago) (21) étudiant la variation de l'ion calcium dans le sang a trouvé que chez le lapin des injections intraveineuses d'extrait de rate augmentent notablement et d'une manière constante la quantité de calcium retenue dans le sang.

Cette action se produit environ vingt heures après l'injection.

Je prends au hasard deux résultats :

Chez un lapin où, avant l'injection, la quantité de calcium était 16.0, elle fut 17.0 après deux injections et 22.1 après cinq injections.

Chez un autre, où la quantité de calcium était 15.0 avant l'injection, elle fut 16.0 après deux injections et 19.0 après cinq injections.

Ces deux faits juxtaposés sont lumineux.

D'une part, les injections d'extrait splénique diminuent, comme je l'ai montré, la teneur des urines en phosphates et en calcium et d'autre part, ainsi que vient de le démontrer Harrower, le calcium augmente dans le sang sous leur influence. Les extraits de rate sont donc doués d'un pouvoir colloïdogène et je crois ainsi avoir démontré aujourd'hui cette fonction de la rate que j'avais pressentie et formulée en 1908 (22), mais dont je n'avais pas alors la preuve absolue : la fonction colloïdogénique.

Cette fonction de la rate, une des plus importantes fonctions de l'organisme, est susceptible à elle seule d'expliquer l'efficacité remarquable et constante du traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bayle. — Action thérapeutique des extraits de rate dans la tuberculose. (*Progrès médical*, n° 41, du 11 octobre 1913.)
2. Bayle. — Le traitement de la tuberculose par l'opothérapie splénique . (*Concours médical*, n° 49 et 50, des 3 et 10 décembre 1922.)
3. M. Schiff. — Beitrage zur Physiologie 1898, Band IV, pp. 143-239.
4. A. Herzen. — Ueber den Einfluss der milz auf die Bildung des trypsins. (*Arch. für die gesammte Physiologie* (Bonn) 1882-83 Band XXX, p. 295 ; voir aussi *Pfluger Archiv.* 1883 et 1901, Band LXXXIV, p. 115).
5. Bellamy. — The spleen in the digestion of proteids *The Lancet* (London 1901) vol. II, p. 1185.
6. S.G. Hedin. — Investigations on the proteolytic enzymes of the spleen of the ox. *J. of Physiology* (London), 1903, vol. XXXI, p. 155.
7. V. Pachon et J. Gachet. — Nouvelles expériences sur la sécrétion interne de la rate à fonction pancréatogène. *Arch. de physiologie normale et pathologique* (Paris) 1898, vol. V, p. 363.
8. V. Pachon et J. Gachet — Existence et nature de la sécrétion interne de la rate à fonction trypsinogène. C.R. de la Société de Biologie (Paris) 1898, 10, p. 364.
9. L. Camus et E. Gley. — A propos de l'action de la rate sur le pancréas. C. R. de la Soc. de Biologie (Paris) 1902, vol. LIV, p. 800.
10. Laguesse. — Sur l'histogénie du pancréas, la cellule pancréatique. C.R. de la Soc. de Biologie (Paris) 1893,9, p. 698 ; voir aussi : *ibid*, p. 402-622.
11. A. Schaeffer. — Ueber interne secretion. Wiener med. Blater, 1895, p. 535-552-569 ; voyez le résumé rapporté dans *The Lancet* (London) 1895, vol. II, p. 321.
12. C. Ciacco. — Sur la physiopathologie des tissus hématopoiétiques. Folia Hematologica (Leipsig) 1909, vol. LXX, p. 165.
13. Danilewsky et Selensky. — Ueber die blutbiltende Eigenschaft der milz. *Arch. für die gesammte physiologie* (Bonn) 1897, Band LXI, p. 264.
14. Edouard Monier. — De l'action expérimentale des organes hématopoiétiques sur les éléments figurés du sang. (Thèse de Montpellier, 1911.)
15. A. Goldschneider und P. Jacob. — Ueber die variationen der leukocytose. *Zeitschrift für Klin. med.* (Berlin) 1894, Band XXV, p. 373.
16. Lucien Ragain. — L'opothérapie splénique dans la tuberculose. (Thèse de Toulouse, mai 1922.)
17. Lépine et Lyonnet. — Sur le rôle protecteur de la rate vis-à-vis de l'intoxication typhique expérimentale. (*Lyon méd.*, 1898, vol. LXXXIX, p. 341.)
18. Bayle. — Le traitement des maladies infectieuses par l'opothérapie des organes de défense. (*Concours médical*, n° 51 du 18 déc. 1921.)
19. Charles Richet. — Communication à l'Académie des Sciences (Paris), 1923.
20. Abelous et Soula. — La fonction cholestérinogène de la rate.
21. Harrower. — The Nutritional control in tuberculosis. Glendale (Californie), 1924.
22. Bayle. — La fonction colloïdogénique des organes dits hématopoiétiques : son rôle dans le maintien de la minéralisation de l'organisme. (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, Paris), 1908, vol. XIX, p. 341.

ANATOMIE PRATIQUE

Les variations générales du corps humain : La Taille. — Variations du rythme de croissance — Dystrophies

M. le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL, le distingué président de la Société d'anthropologie de Paris, vient de publier un très intéressant ouvrage sur *les variations du corps humain* (1). Cet ouvrage a été écrit en utilisant les matériaux réunis par l'auteur à l'Institut d'anatomie de l'Ecole de médecine de Tours et les documents empruntés à divers anatomistes, notamment au Dr André Feil et au savant professeur d'anatomie de la Faculté de médecine de Porto, le Pr J. A. Pérès de Lima.

La connaissance des variations a une grande importance en clinique. Certaines sont la conséquence d'états pathologiques du fœtus et de l'enfant, le plus grand nombre proviennent d'une gêne dans le développement régulier (ectopie texticulaire, bec-de-lièvre, déviation de la cloison nasale) ; d'autres créent des infirmités qui réduisent la capacité de travail (luxation congénitale de la hanche) ou entravent les fonctions de reproduction (phocomélie, gynécomastie). Il y a un intérêt clinique et pratique tout aussi grand que l'intérêt de curiosité scientifique à étudier ces dysmorphies somatiques. Nous allons analyser, en détail, les variations générales du corps, celles qui ont trait à la taille, à la croissance et les dystrophies.

***

I. *Les variations de la taille.* — Les variations constatées de la taille oscillent à l'état adulte entre 0 m. 54 centimètres et 2 m. 84.

Les causes de ces variations peuvent être ethniques. Ainsi les Boschimans ont en moyenne 1 m. 35, les Lapons, 1 m. 56, les Cochinchinois, 1 m. 58, les Péruviens 1 m. 59, les Français, 1 m. 66, les Allemands, les Belges et les Anglais 1 m. 68, les Hollandais et les Cafres 1 m. 78, les Caraïbes 1 m. 86 et les insulaires de Schiffer 1 m. 93 (Weisbach et de Quatrefages). On ne peut établir des lois sur l'influence des climats ou de la latitude sur la taille. Néanmoins les montagnards sont généralement plus petits que les habitants des plaines et la taille est plus élevée dans les pays à terrain crayeux ou d'alluvion que dans ceux à terrain schisteux.

Dans une même race, comme l'a démontré Manouvrier, les proportions du corps peuvent varier considérablement. On distingue deux types : 1° les *brachyskèles* qui ont les membres inférieurs courts et musclés, le tronc long et large, le cou long, les épaules tombantes, une grande envergure supérieure à la taille, une tête forte et haute ; 2° les *Macroskèles* dont les membres inférieurs sont longs à muscles peu charnus, au tronc court et étroit, au cou court avec épaules horizontales, dont l'envergure est égale à la taille, la tête petite et de faible hauteur.

II. — Le *nanisme* est surtout dû à deux causes : 1° à un défaut de nutrition (alimentation insuffisante ou imparfaite où manquent les vitamines, maladies de l'enfance, hérédo-dystrophies diverses, lésions congénitales ou précoces du cœur, nanisme mitral ou cardiaque de Gilbert et Rathery) ; 2° à des troubles endocriniens (thyroïdien, myxœdémateux, hypophysaire, nanisme surrénal à l'aspect sénile, parathyroïdien, génital, etc.).

III. — *Le gigantisme* est composé d'individus parfaitement normaux, les géants eurythmiques (Pende) et des géants porteurs de lésions glandulaires (hypophyse ou testicules). Les géants hypophysaires sont le plus souvent acromégaliques.

Le gigantisme testiculaire est celui des eunuques qui, le plus souvent à l'opposé des acromégaliques ont le crâne et la face petits, les mains et les pieds allongés , mais non élargis.

IV. — *Les variations du rythme de la croissance* dépendent d'états endocriniens différents. Dans la *macrogénitosomie* précoce (Pellezzi) les premiers signes de puberté et l'apparition des caractères sexuels secondaires (poils génitaux, organes sexuels) surviennent de bonne heure entre 8 et 10 ans par exemple. L'accroissement de la taille accompagne ce développement précoce et devient en deux ans définitif. Mais, en même temps apparaissent des signes de tumeur cérébrale et la mort est prématurée.

La *gérodermie dystrophique* (Rummo et Ferranini), donne lieu à une hyperplasie génitale avec absence de caractères sexuels secondaires. Dès la première enfance se manifeste l'allongement exagéré des membres. Ce travail hypertrophique s'arrête vers 17 et 18 ans. La taille totale ne dépasse guère la normale , mais la longueur des membres reste excessive.

L'aspect du visage est, en outre, sénile, la peau est sèche et glabre, le front profondément ridé.

La *dystrophie des adolescents* (Hutinel) consiste en un allongement exagéré et rapide de la taille

---

(1) Avec 104 figures, (Paris, E. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine : 10 fr.)

au moment de la puberté. Les membres inférieurs sont très longs. L'accroissement en volume ne correspond pas à celui de la taille ; le poids est insuffisant, le thorax est étroit, le cœur est hypertrophié et sujet à la tachycardie. L'on constate des troubles circulatoires des vaisseaux périphériques avec cyanose. Les organes génitaux se développent bien. Le psychisme est normal, mais la fatigue intellectuelle est rapide et les fonctions mentales s'opèrent souvent avec lenteur. Nobécourt attribue ce gigantisme passager à un trouble hypophysaire.

Il existe des *croissances retardées* qui, parfois ne paraissent pas dépendre de troubles endocriniens. Le Dr Dubreuil-Chambardel signale un cas héréditaire fort curieux d'un jeune homme qui conserva jusqu'à 20 ans le type infantile, puis se développa ensuite normalement. Son père avait présenté les mêmes phénomènes.

V. — Les *asymétries de développement* sont fréquentes, mais quand elles sont peu marquées, elles passent souvent inaperçues. Elles peuvent être totales ou partielles et porter sur toutes les parties du corps.

Les asymétries faciales sont la règle ; on a pu dire, non sans raison, qu'il n'existait pas de tête parfaitement symétrique. Les asymétries du thorax, du bassin sont aussi fréquentes ; celle des membres supérieurs s'observe plus souvent que celle des membres inférieurs, assez rares. Il y a lieu de distinguer dans ces troubles de développement des signes hypotrophiques et des hypertrophies localisées qui causent ces asymétries. Ces asymétries peuvent alors rentrer nettement dans le domaine de la pathologie. Il convient de les séparer des asymétries provoquées par l'hyperfonction d'un membre ; par exemple, l'hyperfonction des membres droits chez les droitiers, des membres gauches chez les gauchers.

VI. — *Les syndromes dystrophiques* comprennent une dystrophie générale congénitale : le *mongolisme,* ainsi nommé parce que la physionomie de ceux qui en sont atteints rappelle le facies des populations mongoles (Langdon-Down, Bourneville, Comby, Apert). Ils offrent une oreille détachée du crâne et dont la partie supérieure est rabattue en toit. Leur crâne présente une brachycéphalie spéciale en boule de billard. Les extrémités des membres sont le siège de dystrophies caractéristiques (mains courtes, épaisses , inhabiles). Le thorax est souvent en carène. L'on constate parfois du rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'inocclusion du septum interventriculaire. Il y a hypocroissance de tout le corps (taille et poids) avec laxité articulaire, retard dans la poussée des dents et des poils fins et soyeux. Les fonctions organiques et génitales sont normales. Le psychisme est celui des arriérés, la mémoire est cependant parfois excellente.

Le type mongolique est plus ou moins complet ou atténué. Apert l'attribue à des influences nocives de la grossesse (mères trop jeunes ou trop âgées).

L'*achondroplasie* (Depaul, Parrot) est caractérisée par le raccourcissement dû à la réduction des os longs. Le raccourcissement porte surtout sur les segments proximaux des membres (micromélie rhizomélique de Pierre Marie). La taille du sujet se trouve de ce fait réduite d'environ un quart. La tête est volumineuse et brachycéphale, la face large , le front saillant et le maxillaire supérieur en retrait. La main est courte, les doigts gros, le tronc normal, le rachis dévié (ensellure lombaire, lordose cervico-thoracique). Apert a montré que cet état était inné, héréditaire et familial. La cause en serait une sclérose du cartilage épiphysaire d'ossification. Beaucoup de nains célèbres, de fous de cour, de phénomènes de foire étaient des achondroplasiques. Leur taille, parfois d'un mètre, ne dépassait pas, en général, 1 m. 20.

La *dysostose cléido-cranienne* (P. Marie et Sainton) est une dystrophie qui présente les caractères inverses de l'achondroplasie : la dystrophie ne porte pas sur les os longs, mais sur les os plats et les clavicules (persistance des fontanelles, des sutures interosseuses, développement imparfait de la face en retrait du crâne, absence du relief des clavicules). Cette dystrophie est héréditaire et familiale.

Citons encore la *dysostose craniofaciale* (Crouzon), dystrophie avec malformation du crâne (bosse au bord supérieur du frontal, prognathisme marqué, nez en bec de perroquet, exophtalmie, strabisme, stase papillaire) ; l'*homalopsie exophtalmique* (Blechmann) (aplatissement de la face, écrasement de la racine du nez, déformation de la voûte palatine, exophtalmie considérable, hypopsychisme).

Ces dystrophies sont ordinairement familiales ; la *pléonostéose* (André Léri) développement prématuré et excessif des os en largeur ; l'*acrocéphalosyndactylie* (Apert) qui atteint la tête et les extrémités.

***

Avec le même soin et les mêmes détails, M. Dubreuil-Chambardel passe en revue les variations du tronc (rachis et thorax) ; celles de la tête (crâne, face, yeux, oreille, nez, bouche) ; celles des mains et des pieds ; le démentèlement des membres (hémimélie, phocomélie, estromélie, luxations congénitales) les variations génitales (hermaphrodismes, organes féminins, masculins, fissures péniennes, mamelles), enfin les variations des téguments (dyschromies, dystrichoses, phanères).

Les causes de ces variations, comme on a pu le constater, sont extrêmement variées. Presque

◆◆◆◆◆

toutes sont héréditaires ; certaines sont la persistance d'un état passager de la vie fœtale (ectopie testiculaire) ou proviennent d'un trouble de la période embryonnaire (bec-de-lièvre, fissures génitales) ou de troubles pathologiques chez le fœtus et l'enfant. Les troubles de fonctionnement des glandes endocrines jouent un rôle considérable dans les variations staturales et morphologiques, enfin certaines variations sont physiologiques et en rapport avec l'âge (pousse des poils après la ménopause, formation des plis de la langue).

L'on voit par cette simple énumération toute l'importance des variations ; au médecin d'apprécier la valeur clinique de chacune.

J. Noir.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le furoncle. Son traitement.

D'après les Dr Veyrières et Guibert (de Tours), le furoncle a toujours une cause exogène et cette cause ne peut agir qu'en présence d'un terrain propice. De cette pathogénie découle le traitement, qui doit viser à :

1° Rendre le terrain, pris dans son ensemble, stérile pour la graine. La vaccination, surtout par les auto-vaccins, réussit bien, mais elle est un peu difficile à mettre en pratique et elle n'agit pas aussi rapidement qu'on le désirerait. La levure de bière, au moins la levure fraîche, a permis d'obtenir des succès certains.

2° Supprimer les causes supposées favorables au développement de la graine : supprimer du régime la viande, ou au moins les viandes chargées en graisses, les aliments qui ne sont pas absolument froids, les salaisons, et assurer le bon fonctionnement de l'intestin.

3° Détruire la graine, empêcher son essaimement et rendre stérile en surface le terrain, ce qui est assez facile : antisepsie de la surface cutanée par des savonnages énergiques, prolongés et répétés, entraînant tous les déchets cutanés et surtout les graisses qui probablement constituent le meilleur des milieux de culture. Bain, avec l'antiseptique de choix dans le bain, le sulfate de cuivre à dose assez élevée 250 gr. et plutôt 300 gr. pour un bain.

Il faut que le bourbillon sorte seul ; s'abstenir de toute manœuvre compressive sous prétexte de hâter son évacuation. Toilette soignée de toute la région à chaque pansement pour éviter l'ensemencement ; baumes, pâtes épaisses. Désinfecter la cavité du bourbillon avec une solution de nitrate d'argent au 1/20 ; badigeonner la région voisine avec une solution faible de nitrate d'argent : le dépôt argentique noir devra être soigneusement entretenu, et le tégument aura toute chance de rester stérile. Les auteurs préfèrent l'argent à l'iode, parce que l'iode s'attaque surtout aux champignons et levures, et que la teinture d'iode du Codex est caustique pour un grand nombre d'épidermes. (*Le Bulletin médical*, 22-25 avril 1925.)

Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive.

La syphilis est une cause si fréquente de déterminations articulaires, et celles-ci sont d'un tel polymorphisme, qu'en présence d'un rhumatisme ou d'une arthrite dont la nature n'est pas nettement établie, il importe toujours de rechercher cette affection.

On connaît bien les arthralgies, les hydarthroses bilatérales et indolentes de la période secondaire, la tumeur blanche syphilitique de la période tertiaire. MM. Mathieu-Pierre Weil et P. Bourgeois attirent l'attention sur des formes moins connues : l'hydarthrose syphilitique unilatérale, les arthralgies de la syphilis tardive, et celles qui s'accompagnent de troubles des glandes vasculaires sanguines et sont liées à leur adultération.

Mais, en présence d'une arthrite ou d'un rhumatisme syphilitique cependant indiscutable, la recherche des stigmates cliniques ou biologiques peut être défaillante ; la réaction de Bordet-Wassermann, entre autres, peut demeurer entièrement négative. Mais cette négativité ne prouve rien, et on a le devoir de tenter un traitement antisyphilitique d'épreuve. La disparition, sous son influence, des manifestations observées est un élément important en faveur de la spécificité des accidents.

Cependant nous sommes trop ignorants des perturbations humorales que peut déterminer l'administration, notamment par voie intraveineuse, de produits aussi instables et aussi complexes que l'arsénobenzol, pour pouvoir affirmer que les transformations observées sous l'influence de ces thérapeutiques sont toujours liées à leur action spécifique. La protéinothérapie et la colloïdoclasie sont peut-être dans certains cas les véritables agents de ces améliorations.

En tout cas, lors même que la syphilis est certaine, et qu'il y a lieu d'admettre que ces médicaments agissent en tant qu'agents antisyphilitiques, tous les symptômes cliniques ne sont pas égaux devant eux : le trouble qui disparaît le premier, et parfois même qui disparaît le seul, est la manifestation douloureuse articulaire, dont la suppression, d'ailleurs, est souvent rapide, totale et définitive. (*La Presse médicale*, 25 avril 1925.)

L'immunisation spontanée occulte contre certains germes spécifiques.

Pour certaines maladies contagieuses, la morbidité est illimitée ; aucun être humain, par exemple, n'échappe à la rougeole ; pour d'autres, les plus nombreuses, *elle est limitée*.

Cette morbidité limitée peut tenir à un mécanisme de contage spécial et plus ou moins compliqué (passage du virus par un hôte intermédiaire pour le paludisme, pour le typhus exanthématique ; — derme dénudé pour le tréponème). Elle peut aussi tenir à une réceptivité relative des individus et celle-ci comporte des degrés, des nuances. A elle se lie étroitement ce que MM. Lereboullet et Joannon, à propos de la diphtérie, ont appelé l'immunisation spontanée occulte, phénomène dont l'importance est encore trop méconnue.

Seules certaines espèces microbiennes, inoculées dans des conditions normales, ont le pouvoir, même à faible dose, de déterminer l'état de maladie.

Les autres germes ont des effets variables. A côté des formes cliniques typiques, formes maxima de l'infection, prennent place des formes dégradées, ayant pour dernier terme des manifestations très frustes, à peine reconnaissables : formes minima. Bien plus, la réaction de l'organisme peut être totalement inapparente et susciter néanmoins l'immunité. Formes frustes et équivalents vaccinants entraînent deux conséquences. La première dont s'est surtout préoccupée l'épidémiologie jusqu'à ce jour, est le grand nombre des porteurs de germes, porteurs sains ou prétendus tels. L'autre conséquence, favorable, est l'acquisition de l'état réfractaire, à peu de frais, par un grand nombre de personnes.

Cette immunisation spontanée occulte explique une foule de faits épidémiologiques. Elle permet de comprendre comment certaines maladies contagieuses se répandent de façon très inégale et en apparence capricieuse dans des milieux différents, comment elles peuvent, même dans certains cas, paraître faiblement ou nullement transmissibles, comment dans des conditions favorables c'est l'immunité qui devient en somme contagieuse, pourquoi enfin sont si différents dans leurs réceptivités les adultes des villes et ceux des campagnes.

L'usage d'un seuil est commode pour se représenter le mécanisme de cette immunisation :

1° L'immunisation spontanée occulte est possible s'il existe un seuil de réceptivité, c'est-à-dire une réceptivité relative.

2° Toutes les contaminations qui restent au-dessous de ce seuil n'engendrent pas la maladie, et bien au contraire, en élevant le seuil, rendent plus difficile pour l'avenir le développement de la maladie. La maladie se déclare lorsque le contage déborde ce seuil : une contamination massive est nécessaire si le seuil est élevé ; une contamination faible suffit si le seuil est bas.

3° Le seuil est pour certains malades naturellement bas à certains âges.

4° Il reste anormalement bas chez certains sujets.

5° Il varie avec les circonstances : le froid, le surmenage, une maladie intercurrente, le feront abaisser.

Cette immunisation spontanée occulte exprime un processus d'adaptation, qui est une caractéristique de la vie collective : d'innombrables êtres humains, vivant en société, se vaccinent quotidiennement sans s'en douter.

L'inaptitude à l'immunisation spontanée est un problème complexe ; pour la résoudre, il faudra revenir à l'étude approfondie du terrain et de l'hérédité, dégager ce qu'il y avait d'exact dans la doctrine ancienne des tempéraments.

Pour les mêmes raisons, certains germes sont peut-être susceptibles, sur un ensemble de siècles, de se développer ou de s'atténuer de génération en génération.

On s'explique pourquoi les « fièvres entéritiques » de l'Inde causent une morbidité vingt fois plus élevée parmi les troupes britanniques que parmi les troupes indiennes.

D'autre part, l'insensibilité de la race jaune vis-à-vis de la scarlatine est connue ; puis on sait que la mortalité scarlatineuse a diminué en 50 ans de 85 p. 100 en Angleterre.

Bref, la notion de l'immunisation spontanée occulte est actuellement bien prouvée pour certaines maladies infectieuses, et très probable pour d'autres ; l'étude mérite d'en être poursuivie. (*Paris médical*, 30 mai 1925.)

Le traitement de la blennorragie aiguë chez l'homme.

Le choix entre tant de médicaments et de méthodes nouvelles devient embarrassant devant une blennorragie un peu tenace. Le Dr A. Garcin expose la marche à suivre, qui lui paraît la plus simple et la plus satisfaisante dans la thérapeutique.

Traitement abortif. — Pendant combien de jours peut-on l'employer après la contamination ? La notion de durée a beaucoup moins d'intérêt que les symptômes constatables, sécrétion minime, absence de signes inflammatoi-

res, ni rougeur, ni douleur, ni œdème. L'examen bactériologique extemporané, indispensable, montre quelques cellules épithéliales, peu de pus et de rares gonocoques, pour la plupart extracellulaires.

Dès lors, avoir une solution d'argyrol à 10 %, très fraîche ; faire uriner le malade immédiatement avant l'injection. Injecter d'abord 2 cc. dans la fosse naviculaire, pincer le méat, attendre 2 minutes, laisser le liquide s'écouler au dehors. Injecter alors 5 à 6 cc. qu'on laisse 3 à 4 minutes. Ces injections seront faites matin et soir pendant 3 à 4 jours, et une fois par jour ensuite pendant une semaine. Elles devront être faites par le médecin, qui tiendra compte de la réaction de la muqueuse urétrale pour modifier un peu, suivant les cas, les délais, le nombre des injections, la durée du séjour de l'argyrol dans l'urètre.

Ainsi l'auteur préfère prolonger un peu ce traitement durant une dizaine de jours car, il peut y avoir reprise, et apparition du pus à gonocoques. D'autre part, le traitement abortif peut être ntrepris à une phase un peu plus avancée, où il y a une goutte nette de pus mais pas encore, naturellement, d'écoulement véritable. Les chances de succès sont évidemment moins grandes, et, en tous cas, il n'y a aucun inconvénient à avoir employé le traitement abortif ; on peut continuer le traitement à l'argyrol en petites injections, à condition que le 2e verre reste clair. Cette épreuve est indispensable ; il faut la faire tous les jours. Aussi longtemps que le 2e verre sera parfaitement clair, on se contentera des injections de l'urètre antérieur.

Traitement à la phase aiguë. — Le traitement général est des plus importants ; souvent négligé, il est la cause d'insuccès. Eviter exercices, voyages, marche ; durant les premiers jours, s'étendre sur une chaise longue chaque fois qu'il est possible. Dans les formes suraiguës, on doit préférer quelques jours de lit, deux grands bains chauds par jour, des bains de verge fréquents très chauds, des boissons diurétiques, le régime lacté et les suppositoires calmants.

Comme traitement local, attendre 5 à 6 jours dans les formes suraiguës. Si l'urétrite est localisée à l'urètre antérieur, recourir aux petites injections, en surveillant chaque jour les deux verres d'urine. Si l'infection gagne ou atteint d'emblée l'urètre postérieur, faire des lavages, suivant les méthodes de Janet : lavage de l'urètre antérieur d'abord, puis lavage urétro-vésical, en commençant par une solution faible, 0 gr. 15 par litre, qu'on porte très rapidement en 3 ou 4 séances à 0 gr. 25 par litre. En dix à 12 jours très souvent le 2e verre redevient clair. Si l'écoulement est très abondant, faire deux lavages par jour. Si le trouble du 2e verre persiste malgré les lavages totaux, une participation de la prostate est probable, même si le toucher rectal ne révèle rien. Il faut prescrire alors quelques lavements rectaux, et même faire des massages très doux et très prudents. Mais dès que le 2e verre redevient clair, l'auteur préfère revenir aux petites injections, localisées à l'urètre extérieur, car il pense que bien des prostatites sont dues à des grands lavages intempestifs un peu trop prolongés.

Le contrôle bactériologique doit s'exercer, et si des microbes d'infection secondaire apparaissent, on devra durant quelques jours remplacer le permanganate par l'oxycyanure de Hg à la dose de 0 gr. 35 par litre.

Le traitement est continué pendant une semaine après la disparition du gonocoque. Huit jours après la cessation de tout traitement, on fait l'épreuve de la bière et du nitrate d'argent pour vérifier l'absence de gonocoques.

Si une petite sécrétion persiste, mais ne contenant plus de gonocoques, on fait de petites injections faibles avec :

Sulfate de zinc	0 gr. 50
Résorcine	1 gr.
Eau	200 gr.

A noter que jusqu'à présent les thérapeutiques plus modernes (sérothérapie, vaccinothérapie, manganèse colloïdal), n'ont pas donné les résultats espérés. Si la méthode simple conseillée par l'auteur échoue, c'est au spécialiste qu'incombe la recherche des causes de la persistance de la blennorrhagie. (*Le Bulletin médical*, n° 18, 1925.)

L'opération de choix dans le traitement du prolapsus génital complet chez les femmes âgées.

Il résulte d'une étude fort complète de MM. P. Brocq et G. Nora que l'opération de Le Fort (cloisonnement du vagin), élargie jusqu'à devenir ce qu'elle est aujourd'hui, une colpectomie subtotale, complétée par une périnéorraphie postérieure, est l'opération de choix chez les vieilles femmes atteintes d'un prolapsus utéro-vaginal total, parce qu'en faisant courir à ces malades un minimum de risque, elle les met dans les meilleures conditions contre la récidive. (*La Pratique médicale française*, juin 1925 A.)

Les exostoses ostéogéniques multiples et leur systématisation.

Ces exostoses, liées au développement de l'os, peuvent être solitaires, ou multiples, disséminées sur plusieurs os, sur la presque totalité du squelette, parfois au nombre de plusieurs centaines ; elles constituent la *maladie exostosante*, dont la pathogénie nous échappe encore complètement, d'après le Prof. Leri et Mlle A. Linossier.

En fait d'étiologie, on sait seulement qu'il s'agit d'une maladie souvent héréditaire et familiale, apparaissant dans l'enfance, évoluant pendant toute la période de croissance et cessant en général avec elle.

L'évolution de l'exostose est analogue à celle de l'os : cartilage, ossification, et canal médullaire. Elle apparait surtout dans la région diaphyso-épiphysaire, au niveau du cartilage de conjugaison.

Les exostoses ostéogéniques multiples présentent dans leur mode de distribution et dans leur morphologie une certaine régularité, un certain degré de systématisation.

Elles apparaissent surtout sur l'extrémité inférieure du fémur, sur l'extrémité supérieure du tibia, moins rares qu'on ne l'a dit à l'extrémité supérieure du fémur, plus rares à l'extrémité inférieure du tibia ; on les rencontre aussi à l'épiphyse supérieure du péroné, à l'humérus,surtout à son extrémité supérieure ; le radius et le cubitus peuvent être unis par des exostoses. Il n'est guère signalé d'exostose vertébrale ou cranienne.

Certaines inconnues laissent supposer que toute la maladie ne consiste pas en la formation d'exostoses, et ce curieux développement osseux n'a aucune relation avec les altérations actuellement décrites du rachitisme. De plus, les os atteints d'exostoses sont souvent raccourcis, ils sont aussi diminués en épaisseur, effilés. (*Paris médical*, 13 juin 1925.)

Les périduodénites.

Charles-Jean Roux a particulièrement étudié cette question, de date récente, et nous savons aujourd'hui que bien des troubles en apparence gastrique ont leur raison d'être dans une altération plus ou moins profonde du duodénum, dans un retard plus ou moins accentué du transit du bol alimentaire à ce niveau. Les membranes ou adhérences anormales développées autour du duodénum jouent dans ces désordres digestifs un rôle prépondérant. Le péritoine de la région duodénale et du petit épiploon étant d'une sensibilité extrême, les périduodénites peuvent se compliquer de douleurs de types assez variés.

D'ailleurs les signes de la périduodénite n'ont en eux-mêmes rien de très caractéristique ; ils rappellent,suivant les cas, soit l'ulcère du duodénum, soit les douleurs de la cholécystite et ces symptômes sont souvent associés à un état d'intoxication chronique qui peut, dans certains cas, devenir prédominant. On signale aussi, comme complication toxique,des migraines d'une intensité extrême. Parfois des troubles intestinaux s'associent à ces désordres toxiques ; la constipation est habituelle et de temps à autre surviennent des diarrhées d'un type spécial, diarrhées biliaires par passage brusque dans l'intestin d'un flux de bile retenu dans le duodénum. Enfin, la symptomatologie se complique dans un certain nombre de cas lorsqu'un ulcus duodénal s'est ajouté à la pé iduodénite et le diagnostic devient encore plus ardu.

Bref, l'examen clinique pe met, tout le confirme, de soupçonner une lésion duodénale surtout lorsqu'avec des symptômes un peu anormaux, on peut éliminer aussi bien une lésion de la vésicule biliaire qu'une ulcération du duodénum, mais la certitude n'est acquise que par l'examen radiologique en série ; c'est le seul moyen d'apprécier les déformations du bulbe duodénal et du duodénum.

D'une façon générale, le traitement médical ne donne qu'une amélioration relative, cependant celle-ci permet de supporter facilement dans un certain nombre de cas quelques malaises qui persistent. De tous les éléments de la cure, le repos est le plus essentiel : séjour au lit même, malade immobilisé pendant plusieurs semaines jusqu'à ce que toute douleur ait disparu. Ensuite le patient reprendra une activité modérée, mais il évitera les efforts musculaires violents, qui tendent la paroi abdominale, tiraillent les adhérences, et les secousses dans les voitures automobiles. Les saturants n'ont pas une influence considérable, mais l'usage du kaolin à dose assez forte et très longtemps continuée, a paru, mieux que le carbonate de bismuth, améliorer les douleurs liées à la duodénite secondaire. Enfin, le régime alimentaire, sans être rigoureux, sera celui que l'on donne aux gastropathes ayant une sensibilité assez vive.

Si les crises persistent malgré tout, le traitement chirurgical peut donner les résultats les plus brillants, par résection des adhérences. Après l'opération, il convient encore de soigner les malades par le régime et l'usage du kaolin ; on prolonge aussi le repos durant quelques semaines, ce qui favorise une guérison plus certaine. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1925.)

Rétention fœtale in utero.

D'après le Dr H. Vignes, on doit toujours penser à une gestation extra-utérine en cas de rétention prolongée d'un œuf mort ; ce principe est des plus impérieux au fur et à mesure qu'il s'agit d'une gestation plus avancée.

D'autre part, il faut avoir la sagessse de s'abstenir, en cas de rétention d'un œuf mort, quelque sollicitation que l'on fasse, de vider l'utérus de son contenu, et ce pour les raisons suivantes :

1° L'état de rétention est presque toujours bien supporté du moins tant que l'œuf est fermé (car dès qu'il est ouvert, il peut se produire une infection des tissus ovulaires et fœtaux lesquels sont dévitalisés : or, de ce fait, on voit se développer une putréfaction massive et rapide) ;

2° L'interruption provoquée de la gestation expose, par une erreur de diagnostic toujours possible, à interrompre une gestation bien vivante avec un simple retard de développement du fœtus ;

3° Les manœuvres nécessaires pour vider l'utérus comportent un grosris que d'ouvrir l'œuf, de l'infecter et de provoquer des accidents de physométrie ; ceux-ci sont alors imputables à l'action médicale et cette complication grave, consécutive à une intervention inutile, engage gravement la responsabilité du médecin.

Il va de soi que si l'œuf est ouvert, il convient au contraire d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible. (*Le Progrès médical*, 9 mai 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les variations de virulence de la variole.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 20-10-1925.)

Aux mois de juin et juillet derniers, MM. Netter et Teissier, à propos des épidémies de variole ayant sévi en Suisse et en Angleterre, signalaient la bénignité relative des cas observés dans ces deux pays. Le taux de la mortalité s'y était montré très faible.

M. Camus revient aujourd'hui sur cette question de la virulence de la variole. Les épidémies peu graves de la République helvétique et de la Grande-Bretagne n'indiquaient nullement une atténuation définitive de la variole. Et, en effet, il y a deux mois, des cas de variole se sont produits dans l'Hérault, avec un caractère de gravité particulière et une mortalité élevée. La virulence de l'affection s'exalta à ce point que dans certaines localités, on alla jusqu'à faire brûler tout ce qui avait été contaminé par les malades.

L'auteur ajoute qu'il importe de se préoccuper d'une extension possible de l'épidémie du Midi à d'autres régions, et à Paris principalement. Rien ne s'oppose à ce qu'un individu en puissance de variole y transporte les germes de la maladie. Certes, le service d'hygiène de la ville de Paris, qui, au point de vue de la surveillance de la variole, est bien organisé, éteindrait rapidement le foyer s'il s'en produisait, mais la prophylaxie des premiers cas ne peut s'obtenir que par les vaccinations individuelles. Les personnes les plus exposées, comme on l'a dit souvent, sont les femmes, car ce sont elles qui échappent surtout aux vaccinations obligatoires. M. Camus recommande donc à la population parisienne, féminine en particulier, de recourir préventivement à la vaccination, à des périodes régulières, tous les cinq ans et même tous les trois ou quatre ans.

Tumeur de la glande pinéale.

(MM. Alajouanine, Lagrange et Baruk. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-10-1925.)

Chez l'enfant, quand on rencontre un syndrome de puberté précoce associé à des signes d'hypertension intra-cranienne, on est conduit à porter le diagnostic de tumeur de la glande pinéale. Chez l'adulte, le syndrome de puberté manque naturellement et le diagnostic est beaucoup plus délicat. M. Alajouanine a pu cependant, chez un de ses malades, arriver à reconnaître une tumeur de cet organe grâce à la radiographie.

Le patient présentait des phénomènes d'hypertension (céphalée, troubles oculaires) et aussi de la somnolence, qui fit penser à une encéphalite léthargique en évolution. Une radiographie du crâne vint apporter un élément de premier ordre pour le diagnostic topographique : dans diverses vues, en positions variées, on retrouva une ombre fort dense de la grosseur d'une lentille, correspondant au siège de la glande pinéale, c'est-à-dire à cinq centimètres environ en arrière de la selle turcique.

Le Bordet-Wassermann positif au cours de l'endocardite lente.

(MM. Landau et Held. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-10-1925.)

Sur 30 cas d'endocardite à forme lente, MM. Landau et Held ont trouvé 10 fois une réaction de Bordet-Wassermann positive. Comme interprétation de cette donnée, les auteurs émettent les hypothèses suivantes : ou lésions de différentes organes de nature syphilitique, pouvant, d'une manière tout exceptionnelle offrir le tableau de l'endocardite lente ; ou lésions spécifiques anciennes de l'aorte et des valvules ayant servi d'appel aux germes ordinaires de l'endocardite ; ou, enfin, positivité non spécifique du Wassermann dans l'endocardite lente, comme dans le paludisme par exemple. Il semble que plusieurs de ces explications soient susceptibles de concorder avec les faits de la pratique.

L'hémogénie et l'hémophilie.

(MM. P. Emile-Weil et Isch Wall. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-10-1925.)

M. P. Emile Weil, dans des études antérieures, s'est efforcé d'établir un type morbide dit hémogénique distinct du type hémophilique. L'hémo-

philie aurait pour signature le retard dans les phénomènes de coagulation. Dans l'hémogénie, beaucoup plus commune, les troubles sanguins seraient différents : prolongation du temps de saignement, qui est normal ou presque dans l'hémophilie, pas de retard notable de la coagulation, fragilité vasculaire mise en évidence par la production facile d'ecchymoses.

Mais, en clinique, si l'on peut décrire des types nets dans leurs formes extrêmes, il est rare que des états intermédiaires ne viennent pas, dans la pratique, les relier. M. P. Emile Weil parle aujourd hui d'*hémogéno-hémophilie*, c'est-à-dire d'une forme morbide mixte dans laquelle se trouvent réunis, à des degrés divers, les troubles sanguins de l'hémophilie et ceux de l'hémogénie.

Le coup de soleil acridinique.

(MM. Jausion et Marceron. — *Soc. de dermatol. et syph.* ; 9-7-1925.)

Nous avons analysé récemment une observation d'actinite rapportée par le professeur Carnot. L'actinite est une sensibilité spéciale d'un sujet au coup de soleil, à l'action actinique des rayons solaires. Cette sensibilisation relève de causes diverses, qui ne sont pas toutes clairement établies d'ailleurs. Parmi ces causes, il en est de médicamenteuses. A ce point de vue, les effets de l'acridine et de ses dérivés, par exemple, sont aujourd'hui bien connus.

MM. Jausion et Marceron ont employé, depuis un certain temps, dans le traitement de la blennorrhagie, les injections intraveineuses de chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine. Parmi les inconvénients de la méthode, qui présente d'autre part des avantages intéressants, ils ont eu à noter précisément le « coup de soleil », le « coup de lumière » acridinique. Chez les mailades ainsi soignés les auteurs ont assisté à une véritable petite épidémie d'érythèmes solaires. Sur vingt patients soumis à la cure acridinique, 9 ont vu apparaître, dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'injection, des accidents cutanés caractéristiques du « coup de lumière ». Pour obtenir l'érythème, il a fallu deux conditions : que les malades soient sensibilisés par le jaune d'acridine ; que leurs téguments soient exposés à la lumière solaire, mais l'exposition a été très modérée, comme durée et intensité, et insuffisante dans les conditions normales pour provoquer la rougeur actinique.

L'acridine et ses dérivés sont, pour l'organisme humain, des corps photo-sensibilisateurs. Cette propriété a déjà été mise en évidence en 1907 par Tappeiner et Jodlbauer.

On sait que la résorcine a été proposée dans le traitement de cet état de sensibilisation à la lumière. Elle serait un antiphoto-catalyseur. Les malades de MM. Jausion et Marceron ont été soignés par la résorcine à la dose de 0 gr. 25 par jour et les « coups de lumière » ont cessé, malgré la continuation des injections d'acridine.

Sérothérapie de la pustule maligne.

(MM. Lortat-Jacob et Schmitt. — *Soc. de dermat. et syphil.* ; 9-7-1925.)

M. Lortat-Jacob a traité par la sérothérapie un cas de pustule maligne siégeant à l'épaule. On fit successivement une première injection de 40 cent. cubes de sérum anti-charbonneux de l'Institut Pasteur, dans les muscles, et 10 cc. sous-cutanés ; une deuxième injection le lendemain et une troisième le surlendemain. La lésion évolua rapidement vers la guérison.

Examen capillaroscopique de la peau dans la pelade et le vitiligo.

(MM. Lévy-Franckel, Guillaume et Juster. — *Soc. de derm.* ; 9-7-1925.)

M. Guillaume a examiné au capillaroscope la circulation cutanée dans les plaques de pelade et de vitiligo. Il lui est apparu qu'au niveau des plaques de pelade le nombre des capillaires est considérablement diminué. Sur les zones en voie de repousse on constate parfois, mais non d'une façon constante, l'existence de rares anses capillaires. L'œdème est habituel sur les plaques. Les aspects capillaroscopiques du vitiligo sont comparables.

— M. Sabouraud estime que ces constatations ne permettent actuellement aucune conclusion précise.

Les abcès de l'hydroxyde de bismuth huileux.

(MM. Lortat-Jacob et Roberti. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-7-1925.)

Les injections de préparations de bismuth, en raison de leur activité, de leur indolence et de la commodité de leur emploi, ont pris une extension considérable dans la pratique journalière. Jusqu'à ce jour leur usage n'avait été suivi, semble-t-il, d'aucun accident local important.

Récemment, M. Montlaur rapportait un cas d'abcès multiples de la fesse après une série d'injections d'hydroxyde de bismuth. MM. Lortat-Jacob et Roberti relatent à leur tour une observation analogue. Leur malade, consécutivement à un traitement par injections d'hydroxyde de bismuth en suspension huileuse, fut atteint d'abcès aseptiques profonds, laissant, après incision, une fistule d'où s'échappe encore du bismuth à chaque pansement. A quoi tiennent ces lésions et quelle en doit être conséquemment la prophylaxie ? Pourquoi cette préparation, qui n'avait donné jusque-là aucun incident, serait-elle maintenant génératrice de nodules et d'abcès ?

— M. Flandin, comme M. Clément Simon, croit

qu'il faut innocenter le bismuth et incriminer l'excipent huileux. En dehors même des huiles d'origine minérale, certaines huiles végétales pourraient être irritantes et nécrosantes.

— M. MONTLAUR parle d'accidents semblables qui lui ont été signalés à la suite de sa communication, tous après injections d'hydroxyde de bismuth. Il lui paraît logique d'admettre que le véhicule huileux n'est pas seul en cause puisqu'il est également l'excipient des autres préparations insolubles de bismuth bien tolérées.

— M. Marcel PINARD publiera ultérieurement plusieurs cas d'abcès survenus avec des mélanges huileux d'hydroxyde de bismuth. L'incubation dure environ un mois.

— M. LAFAY ne croit pas que les abcès doivent être attribués à l'huile, mais plutôt au bismuth. Si l'on observe aujourd'hui des accidents qu'on ne voyait pas auparavant, dit-il, cela tient sans doute aux doses notablement plus élevées qui sont injectées. Il serait indiqué d'abandonner la haute dose hebdomadaire de bismuth et de revenir aux chiffres des premières années.

— M. BALZER n'est pas certain que l'excipient huile de vaseline, dont les inconvénients ont été cependant souvent signalés, soit complètement abandonné. Dernièrement encore, un chirurgien eut à opérer un paraffinome volumineux de la fesse. La personne opérée réclame au pharmacien, fournisseur des ampoules d'huile utilisée, des dommages-intérêts. Le procès se poursuit devant les tribunaux de Paris.

— M. SABOURAUD a pu examiner des abcès après injections huileuses. Ils lui ont rappelé exactement les vaselinomes et les paraffinomes.

Les érythèmes arsenicaux du neuvième jour.

(MM. MILIAN et LAFOURCADE. — *Soc. de derm. et syph.* ; 9-7-1925.)

Les « érythèmes du neuvième jour » ont été observés jusqu'à présent après emploi des arsenicaux en injections intra-veineuses. M. Milian vient d'en rencontrer deux cas ayant eu toute l'allure de la rubéole, au cours d'un traitement *per os* par le tréparsol.

L'auteur a montré en 1917 que les érythèmes en question étaient de nature infectieuse. Ils s'opposent aux érythèmes arsenicaux toxiques. Ils surviennent en effet au début du traitement, bien avant l'imprégnation de l'organisme par l'arsenic et ne comportent pas l'éosinophilie habituelle dans l'érythrodermie arsenicale.

Le médicament n'est pas la cause directe de l'éruption. Il éveille un microbisme latent, ancien ou récent, qui sans lui ne se serait jamais manifesté. Pour éviter le retour de ces troubles, il convient, avant de reprendre la cure arsenicale, d'attendre un temps suffisant pour que l'immunité infectieuse se produise.

Mélanodermie et maladie des vagabonds.

(MM. PAUTRIER et LÉVY. — *Soc. dermatologique de Strasbourg* ; 12-7-1925.)

On rencontre chez les vagabonds des pigmentations cutanées d'origine phtiriasique. De l'étude d'un cas de ce genre, dans lequel la mélanodermie était généralisée, M. Pautrier déduit que le venin chromogène, inoculé par les poux, est absorbé, passe dans la circulation et exerce son action d'une manière indirecte. Des travaux de contrôle, toutefois, seraient nécessaires pour étayer cette hypothèse.

P. L.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925.)

Séance d'ouverture du Congrès

La séance inaugurale du XXXIVe Congrès français de chirurgie a eu lieu le lundi 5 octobre, au milieu de l'affluence habituelle.

A côté de M. Léon Bérard (de Lyon), président du Congrès, avaient pris place M. Emile Borel, ministre de la Marine, membre de l'Académie des sciences, représentant le gouvernement ; MM. Tuffier, président du Congrès de l'an dernier, J.-L. Faure, vice-président du XXXIVe Congrès ; Roger, doyen de la Faculté de médecine ; Dopter, directeur du Val-de-Grâce ; Coville, directeur de l'enseignement supérieur ; Justin Godard, ancien ministre ; Walther, Auvray, secrétaire général ; puis MM. Hartmann, Gosset, Sébileau, Legueu, Desnos, Jean Lépine (de Lyon), Forgue (de Montpellier), Jules Bœckel (de Strasbourg), Zawadsky et Kynski (de Varsovie), Loano (de Saragosse), le médecin inspecteur général Chavasse, Thévenet (de Lyon), Pierre Duval. Dans l'amphithéâtre, la plupart des chirurgiens de Paris et de province, MM. Léon Imbert et Reynès (de Marseille), Billet (de Lille), Jeanbrau (de Montpellier), Patel, A. Chalier, Paul Bonnet (de Lyon), Willems (de Liège), Lorthiois, Mayer (de Bruxelles), Sorel (de Berck), Cl. Regaud ; les médecins inspecteurs Boisson et Lasne, les médecins principaux Rouvillois et Uzac ; MM. de Martel, Fredet, Dujarier, Labey, Pauchet, etc., de nombreux chirurgiens italiens, hollandais, espagnols, danois et suisses.

M. Léon Bérard, dans son discours inaugural

salue ses devanciers, MM. Témoin et Tuffier ; puis il expose les avantages de la décentralisation scientifique et il trace un magistral tableau des travaux de l'École lyonnaise dont il est un des plus brillants représentants. Il montre notamment tout ce que les chirurgiens de Lyon ont fait dans le domaine de la chirurgie ostéo-articulaire, évoquant les noms illustres de Gensoul, Bonnet,Ollier, et de leurs successeurs Vincent, Daniel Mollière, Léon Tripier, Antonin Poncet, Michel Gangolphe, les frères Pollosson, Jaboulay, autant de flambeaux lumineux dignes de leurs grands prédécesseurs.

« Si les techniques plus modernes d'Albin Lambotte et de Lane pour les ostéosynthèses, d'Albie pour les greffes osseuses, ont apporté des facilités nouvelles à la réparation des pertes de substance du squelette, ajoute-t-il, ce sont cependant encore les greffes fragmentaires périostées d'Ollier qui nous permirent, comme à Delagénière et à tous ses autres imitateurs, de réparer aussi simplement que correctement un grand nombre de pseudarthroses chez les blessés ».

Après un appel éloquent en faveur des laboratoires, M. Bérard, suivant l'usage, fait l'éloge des morts de l'année : Alexis Thompson, Domingues de Oliveira, Goris (de Bruxelles), Depage, le grand patriote et le noble représentant de la chirurgie belge; Malapert (de Poitiers), Klein (d'Auxerre), Paul Delbet (de Paris), Francis Villar (de Bordeaux), le médecin inspecteur général Février, Edouard Schwartz, Edmond Potherat, enfin Jean Bergonié.

M. le ministre de la Marine salue les congressistes au nom du gouvernement et à son tour il montre l'importance de cette chirurgie provinciale qui est l'honneur de la science française ; il montre aussi la grandeur des Universités de province qui constituent des centres aussi dignes d'attirer les étrangers que la vieille Université de Paris.

Dans son rapport annuel, M. Auvray, secrétaire général, expose les progrès réalisés par l'Association. Il indique que l'exposition si brillante qui accompagne le Congrès est complétée comme l'an dernier déjà par une salle exposant des radiographies, en particulier la belle collection de Sorel (de Berck), et celles de Dujarier, les photographies de Stéfani relatives à l'électrocoagulation chirurgicale, des pièces anatomiques, des instruments ou appareils nouveaux : tels ceux de Rouvillois pour l'appareillage des fractures de l'humérus et du fémur, etc.

M. Auvray souhaite enfin la bienvenue aux nouveaux membres de l'Association qui compte en 1925 le nombre imposant de 912 adhérents, preuve nouvelle de la vitalité de l'Association française de chirurgie.

Une suspension de séance permit aux congressistes de se répandre dans l'exposition et de renouer dans la cour de la Faculté les cordiales causeries qui font le charme de ces réunions annuelles, puis le Congrès commence ses travaux, par l'audition du rapport de M. Gaudier (de Lille) sur les résultats éloignés donnés par les différentes méthodes de traitement du cancer du rectum.

PREMIÈRE QUESTION

Résultats éloignés de l'extirpation des cancers du rectum par les voies basses

Rapport de M. Gaudier (de Lille).

Les différentes techniques empruntant la voie basse peuvent être réparties en trois groupes suivant qu'elles se proposent d'atteindre le néoplasme :

I. Par le sacrum ;

II. Par le périnée, avec ou sans résection du coccyx ;

III. Par les voies naturelles, vaginale ou rectale.

Les deux premières méthodes permettent de réaliser, soit une amputation, soit une *résection. Par* contre, la troisième méthode ne peut conduire qu'à une résection.

A) Interventions par la voie sacrée. —C'est l'ablation du rectum cancéreux suivant la technique classique de Kraske. Encore très employée en Allemagne, cette méthode est en France de plus en plus abandonnée. On lui reproche sa gravité opératoire immédiate en raison de la résection plus ou moins étendue du sacrum qui en constitue le premier temps ; ainsi est créée une brèche osseuse qui s'infecte facilement. On lui reproche encore de léser les dernières paires sacrées, d'où l'apparition fréquente de troubles sphinctériens.

Aussi les chirurgiens se sont-ils ingéniés dès la première heure à modifier la technique de Kraske. C'est ainsi que Rose préconise l'ablation de toute la moitié inférieure du sacrum ; Heinecke et Morestin conseillent une résection avec bascule et conservation d'un lambeau ostéoplastique. Zuckerkandl respecte le squelette et désinsère les muscles et les ligaments qui s'y attachent.

D'autres critiques ont été adressées à la technique de Kraske en ce qui concerne la reconstitution de la continuité de l'intestin.

Kraske employait la méthode circulaire. Elle a l'inconvénient de rendre la coaptation difficile, les deux segments à anastomoser étant de calibres différents. On peut, à la façon de Mayo, sectionner longitudinalement le bout supérieur, agrandir ainsi le diamètre de celui-ci et rendre de la sorte la suture d'exécution plus aisée ; mais les fistules secondaires sont encore fort à craindre.

Une autre méthode indiquée par Jaboulay est peut-être préférable. Elle consiste à invaginer le bout supérieur dans le bout inférieur et à en fixer les bords à la peau péri-anale après excision de la muqueuse du bout inférieur.

B) Interventions par voie périnéale.— C'est la voie tout indiquée quand on veut pratiquer une amputation, mais elle se prête aussi à la résection.

I. *Amputation.* — Après résection du coccyx,

section des releveurs et ouverture du cul-de-sac péritonéal, le bloc du rectum et des tissus périrectaux est enlevé « en vase clos ».

C'est l'ancienne opération de Lisfranc modernisée et élargie par Quénu, Hartmann et Baudet.

Suivant les cas, suivant les chirurgiens et le sexe de l'opéré, cette technique présente quelques variantes :

Quénu et Baudet abaissent le bout intestinal inférieur et le fixent au périnée, avec ou sans anus iliaque préalable.

Kocher ne suture pas ce bout inférieur, mais l'abandonne à lui-même à travers les parties molles. D'autres opérateurs l'oblitèrent complètement par un ou deux plans de sutures.

Chacun de ces procédés a des inconvénients, soit qu'il crée un anus périnéal incontinent, d'un appareillage difficile, soit qu'il favorise la formation d'un foyer d'infection et de résorption septique.

En raison de la propagation du néoplasme, l'amputation périnéale peut nécessiter du même coup l'ablation de la prostate chez l'homme, et chez la femme celle de la paroi vaginale postérieure.

II. *Résection.* — Elle peut être pratiquée suivant la technique de Kocher ou celle de Cunéo. La première emprunte la voie coccygienne seule ; la seconde ajoute à l'incision postérieure une incision prérectale.

La continuité de l'intestin, dans les deux procédés, est assurée grâce à l'invagination du segment supérieur dans le segment anal ; les deux cylindres intestinaux sont suturés bout à bout.

C) Interventions par les voies naturelles. — Ces méthodes visent, d'une part, à éviter la brèche périnéale, et, d'autre part, à conserver l'appareil sphinctérien.

I. *Voie transanale.* — Préconisée par Hartmann, elle comprend les temps suivants :

a) Dilatation de l'anus ;

b) Résection circulaire du rectum au-dessus de la tumeur évaginée ;

c) Abaissement de la tumeur ;

d) Résection haute de cette tumeur ;

e) Suture du bout intestinal supérieur à l'anus.

II. *Voie transvaginale.* — Imaginée et réalisée sur le cadavre par Nélaton, cette technique a été bien réglée depuis par Kehn (de Francfort) et son élève Liermann. En voici les gestes essentiels :

a) Ouverture du vagin le long de sa paroi postérieure ;

b) Prolongation de cette incision sur le côté gauche de l'anus ;

c) Ouverture du Douglas ;

d) Abaissement et résection du rectum ;

e) Attraction du bout supérieur à travers l'anus, dépouillé de sa muqueuse ;

f) Suture à la peau de ce bout supérieur.

Au sujet de toutes ces résections, on peut dire que l'établissement d'un anus iliaque préalable est un facteur manifeste de succès. Cette dérivation des matières permet l'aseptisation de la tumeur et diminue les risques de fistulisation.

L'anus sera pratiqué avec éperon afin d'assurer une dérivation totale. Son obturation fera l'objet d'une intervention secondaire.

(*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr Pierre Chambet. — **Le sulfo-tréparsénan (Dioxydiamino-arsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées et intramusculaires dans le traitement de la syphilis.** (Paris, 1925.)

L'auteur, ainsi que l'indique le titre de son travail, étudie uniquement l'action du sulfo-tréparsénan en injections intramusculaires et sous-cutanées.

Dans un premier chapitre, il expose les avantages de ces voies d'introduction, préconisées surtout par les professeurs Sicard, Minet, Gougerot : meilleure absorption du médicament, perte par élimination rapide moins importante, tolérance immédiate très supérieure et innocuité plus grande pour les viscères (rareté des ictères, etc.). En outre, la voie sous-cutanée empêche la plupart des accidents brusques, phénomènes de choc, crise nitritoïde, etc. Il y a donc là un avantage manifeste et ce doit être la méthode de choix chez les fragiles, les femmes enceintes, l'enfant. L'auteur, qui déclare avoir utilisé le sulfo-tréparsénan par voie intra-veineuse et sous-cutanée, ne rend compte que des observations se rapportant à ce dernier mode d'introduction qui, dit-il, s'est montré moins agressif pour l'organisme et bien toléré localement. Outre la possibilité de traiter des sujets intolérants aux autres préparations arsenicales, le sulfo-tréparsénan évite le piqueté révélateur des injections intraveineuses au pli du coude.

Suit une étude chimique du sulfo-tréparsénan montrant que cet arsénoïque dérive directement du 606 et du 914 dont il a la teneur en arsenic et que, plus soluble, il est comme ce dernier parfaitement neutralisé et stable.

L'auteur consacre un chapitre spécial aux essais biologiques et montre que le sulfo-tréparsénan est le moins toxique des arsénobenzènes.

Il indique ensuite les règles de la posologie qui sont, dans l'ensemble, celles du traitement par les arsénobenzènes : doses sériales de 3 à 5 grammes, pouvant s'élever jusqu'à 9 grammes dans certains cas.

Le *traitement d'attaque* comporte l'injection de 4 à 5 grammes en l'espace de six à sept semaines, les

premières doses étant données tous les jours, les doses plus fortes tous les 3 jours, enfin, les doses de 48 à 60 centigr. tous les 6 à 8 jours. Plusieurs séries de 4 à 5 gr. seront réparties sur les 2 ou 3 années de traitement avec des intervalles de repos de 1 mois environ.

Le *traitement d'entretien* exige des injections moins fréquentes, mais l'atteinte de la même dose sériale. Il se rapprochera davantage du traitement d'attaque si l'on se trouve en présence de lésions en activité.

Chez le nourrisson et l'enfant, qui supportent le sulfo-tréparsénan d'une façon remarquable, on suivra les directives du Dr Marcel Pinard : progression essentiellement basée sur le poids et devant atteindre la dose maxima de 1 centigramme 1/2 par kilo qu'on répétera plusieurs fois. La dose initiale sera calculée en prenant en général la 6e ou la 10e partie de cette dose maxima, soit chez le nourrisson 5 milligrammes et chez l'enfant 1, 2, 3, 6 centigrammes suivant l'âge et surtout le poids.

La technique suivie par le Dr Chambet est celle indiquée par Gastou, Lacapère, Gougerot : injection lente ; aiguille strictement sous-dermique et non dans le tissu sous-cutané profond ; lieu d'élection : région costo-lombaire, peau de l'abdomen ou du dos ; dilution dans 2 cc. d'eau distillée pour les doses jusqu'à 0 gr. 30, dans 4 à 6 cc. pour les doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 60. Ainsi manié, le sulfo-tréparsénan s'est montré remarquable, tant au point de vue de l'activité que de la tolérance locale et générale ; les contre-indications, qui sont celles de l'arsenic en général, sont réduites au minimum.

La partie clinique de la thèse est représentée par des observations groupées sous différents chapitres. Le Dr Chambet a traité exclusivement des adultes et étudie :

1° Des cas de syphilis primaire : chancre avec ou sans négativation sérologique ;

2° Des observations de syphilis secondaire contemporaine du chancre avec ou sans négativation sérologique ;

3° Des observations de syphilis secondaire avec ou sans négativation sérologique ;

4° Des cas de syphilis ancienne.

Les résultats se sont montrés comparables en tous points à ceux que l'on obtient avec le 914 intraveineux, à condition de donner des doses sériales équivalentes dans un temps assez court. Les accidents cliniques disparaissent, dans la plupart des cas, après 3-4 grammes. La négativation sérologique est obtenue d'autant plus facilement que le malade est traité plus tôt. Certaines syphilis malignes ou en pleine évolution secondaire ont nécessité 4 séries de sulfo-tréparsénan. Ces conclusions sont tout à fait superposables à celles énoncées par le Dr Gastou dans un travail récent « De l'action et de l'utilisation du sulfo-tréparsénan (Dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées ou intramusculaires dans le traitement de la syphilis ».

L'auteur termine en insistant à nouveau sur la valeur curative du sulfo-tréparsénan par la voie sous-cutanée ou intramusculaire, mais également sur la nécessité de donner des doses sériales convenables (3 gr. 50 à 5 gr. chez l'adulte) en un temps assez court.

Les livres qui viennent de paraître :

Chez Masson et Cie.

Léon Bernard, professeur à la Faculté de Paris. — **La tuberculose pulmonaire**. Etudes de phtisiologie clinique et sociale (2e édit., un vol. 400 p., 16 fig. : 28 fr.)

Chez Doin.

Ch. Laubry, A. Mougeot, J. Walser. — **Les syndromes d'aortite postérieure** (un vol. in-8, 240 p., 19 fig., 7 pl. : 35 fr.).

R. Bénon. — **La mélancolie** (1 vol. in-16, 154 p. : 10 fr.).

Docteurs Carle Rœderer, assistant à l'hôpital Saint-Louis et René Ledent, directeur des Cours d'éducation physique à Liège. — **La pratique des déviations vertébrales**. 1 vol. in-8° de 380 pages, avec 215 figures. Prix : 42 francs.

Chez Vigot.

Paul Dalché, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. — **Maladies de l'ovulation** (in-8, 176, p. : 12 fr.)

Ed. Moreau. — **Guide gratique d'analyses médicales**. Prélèvements, technique, interprétation (1 vol., in-8, 166 p., 50 fig. : 10 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA POLITIQUE DE L'UNION ET LES CRITIQUES DE L'OPPOSITION

En publiant l'article de notre distingué confrère, le Dr Batier, de Strasbourg, nous avions prévu ce qui devait arriver et les réponses que son article allait provoquer. Désireux néanmoins de faire entendre la voix de la sagesse et du bon sens, à la veille de l'époque où de graves décisions doivent être prises, nous n'avons pas hésité, faisant confiance à ceux qui voudraient bien répondre à notre confrère d'Alsace.

Nous avons reçu les onze colonnes suivantes de M. le Dr Duby : nous les publions, puisque nous l'avons promis, bien qu'elles dépassent de beaucoup tout ce que permet légalement un droit de réponse, qu'il serait peut-être permis de discuter. Mais nous avons résolu de pousser, dans ce cas, le libéralisme jusqu'à ses extrêmes limites.

Toutefois, nous tenons à protester avec énergie contre l'accusation de M. le Dr Duby, qui prétend que nous avons refusé de publier ses articles et ceux de ses amis, quand nous aurions, d'autre part, ouvert largement nos colonnes à ses adversaires. Si nous avons refusé certains articles, c'est que le ton désobligeant de phrases ou de termes à l'égard de tiers ne nous permettait pas de les publier. C'est aussi parce que nous trouvions inutile d'ouvrir, dans le *Concours médical*, une polémique où les rancunes personnelles s'affirmaient davantage que le souci des intérêts généraux de notre profession. Si certains dirigeants de l'Union des Syndicats médicaux ont continué à écrire dans le *Concours médical*, comme par exemple, notre ami Decourt, c'est d'abord parce qu'ils sont depuis de longues années nos fidèles collaborateurs ; c'est ensuite parce que nous savons à quel point nos lecteurs apprécient leur collaboration et l'estime et l'affection qu'ils leur accordent. C'est enfin parce qu'ils ont l'art d'exposer objectivement leurs idées et d'éviter, quand ils ne sont pas directement provoqués, de donner aux discussions une tournure de violente et passionnée polémique.

Depuis quelques années, les mœurs des politiciens paraissent gagner le corps médical. Dans la situation critique que traverse le pays, nous voyons beaucoup de gens défendre avec passion les intérêts de l'Action française, du Bloc national, du Cartel, des Socialistes, des Communistes ... mais bien peu songent au seul intérêt de la France. Nous craignons qu'il n'en soit de même parmi les médecins et que, dans les discussions entre adversaires passionnés, une bien petite part soit réservée à la défense de notre profession.

La plupart des membres du Conseil de Direction du *Concours médical* sont arrivés à un âge où, à peu près désintéressés de ce qu'il surviendra plus tard, ils peuvent envisager la situation avec plus d'objectivité. Malgré les désagréments que leur réserve le rôle de conciliateurs, ils croient ne pas mentir à leur passé et remplir le but que s'est assigné depuis sa fondation le *Concours médical*, en faisant encore un pressant appel à la concorde et à l'entente dans l'Union, pour sauver les médecins praticiens des dangers de l'avenir.

J. Noir.

*
* *

Réponse à un plaidoyer

Médecine et syndicalisme

Par le Dr Duby.

Je pourrais m'étonner que le *Concours* mette sous les yeux de ses lecteurs une *réponse* à un article qu'il s'est abstenu de leur faire connaître, si je ne savais, par ma propre expérience et par celle de mon ami Layral, que ce journal, largement ouvert aux officiels de l'Union et à leurs thuriféraires, l'est beaucoup moins à ceux qui les critiquent. On a cru bon, pendant des années, de faire le silence autour de nos protestations, espérant sans doute lasser notre persévérance. On se rend compte qu'on s'est trompé : tant mieux ! Puisqu'on se décide à nous ouvrir la porte, nous n'esquiverons pas le débat auquel on nous convie.

Ce serait une bien pernicieuse illusion que de réduire la désunion de l'Union à des froissements personnels et à des malentendus.

Constatons tout d'abord que notre excellent confrère Batier ne plaide pas « non coupable », mais se contente de demander pour le Directoire de l'Union les circonstances atténuantes.

Il m'accorde qu' « en fait le Conseil de l'Union

est le maître absolu », et se déclare comme nous partisan de la représentation régionale. Il ne conteste pas le fait que les syndiqués ne connaissent pas encore les résultats de la consultation sur l'assurance-maladie, mais il estime que le président a raison de la considérer comme irrégulière, sous prétexte que l'U. est une union de syndicats et non de syndiqués. C'est là un argument qui aurait pu avoir sa valeur *avant* la décision de l'Assemblée ; mais *après* il tombait de lui-même, si l'on veut bien se rappeler que l'Assemblée est souveraine. Nous l'a-t-on assez jetée au nez, cette fameuse souveraineté ? Ne jouerait-elle donc que contre nous ? Et puis, il y a la promesse formelle de publication faite officiellement à l'Assemblée générale de 1924 par le secrétaire général (voir *Médecin Syndicaliste* du 15 février 1925, p. 110). Veut-on que nous considérions un tel engagement comme moins qu'un chiffon de papier ? A la vérité, rien ne saurait justifier le refus autocratique de publier les résultats de la consultation ; rien, pas même le souci de dissimuler l'indifférence de certains syndicats, moins nombreux d'ailleurs qu'on ne le dit, puisque, de l'aveu de l'ancien secrétaire général, beaucoup de réponses sont arrivées après la publication des chiffres provisoires (102 réponses *de syndicats*). Je gage que, si ces résultats avaient été favorables à l'orthodoxie, on les aurait publiés à son de trompe, sans s'inquiéter de savoir si une partie des syndiqués s'étaient désintéressés de la question.

Même petit jeu des officiels à propos du scrutin sur les modalités de collaboration médicale à l'assurance. Le *Médecin Syndicaliste* écrit : « Avant de connaître les résultats du scrutin, l'Assemblée a décidé de ne point les publier ». L'éminent avocat reconnaît que c'est « une erreur et une maladresse ». Mais n'est-ce pas une « erreur » vraiment inconcevable que la supposition et l'affirmation d'un fait notoirement faux ? Car s'il a été convenu que le scrutin ne devait pas entraver la liberté d'expérience des syndicats, il n'a jamais été dit qu'une censure officielle interdirait aux syndiqués d'être mis au courant *par leur Bulletin* du fait capital de la dernière assemblée.

Qu'on veuille bien maintenant rapprocher ces deux incidents : refus de publier les résultats de la consultation des syndiqués décidée par l'Assemblée de 1922 ; — refus de publier les chiffres du scrutin de 1924, attribué à faux à une décision de l'Assemblée. L'observateur impartial ne manquera pas alors de se demander comment il se fait qu'on trouve toujours d'excellentes raisons juridiques pour mettre la lumière sous le boisseau.

Le Dr Batier convient que la délégation de l'Union au Sénat s'est nommée elle-même. Il regrette que le vice-président Michon n'ait pas été sollicité d'en faire partie. Mais il ajoute que, si le Conseil avait été régulièrement convoqué pour l'élire, ce sont « les mêmes personnes » qui auraient été désignées. C'est un peu dur pour le Conseil de l'Union, car cela revient à dire que son siège était fait et qu'il était déterminé d'avance à commettre la faute que l'on reconnaît avoir été commise.

On me reproche ensuite « une lourde erreur de fait » pour avoir dit que la délégation aurait dû défendre l'entente directe pure et simple, alors que le texte de l'ordre du jour parlait d'une entente directe n'excluant pas l'établissement d'une convention. Mais d'autre part mon aimable contradicteur avoue que cet ordre du jour « n'était point clair pour tout le monde et répondait mal à l'état présent des esprits ». *Très juste ! Et c'est pourquoi j'ai* conscience d'avoir été fidèle à la vérité en avançant que 6.642 voix s'étaient prononcées pour l'entente directe *pure et simple*, car en fait tout le monde ou à peu près a interprété le charabia officiel de la façon suivante :

1re *modalité : Contrat collectif avec tiers payant.*
2e *modalité : Contrat collectif sans tiers payant.*
3e *modalité : Entente directe pure et simple.*

« La délégation, dit le Dr Batier, n'a fait que commenter l'ordre du jour voté par l'Assemblée générale ». Ce « commentaire », il est bon de le rappeler, réclamait du législateur : 1° le contrat collectif obligatoire, « *spécifiquement stipulé dans la loi* » ; — 2° un contrôle *nécessaire* et « *établi dans des conditions analogues à celles qui sont inscrites dans l'article* 64 *de la loi des pensions* » ; — 3° un « *pouvoir de sanctions* » à la disposition de la Commission de contrôle, sanctions allant de l'avertissement à la suspension du droit de soigner, en passant par le blâme et par l'amende de 500 à 5.000 fr.

Eh bien ! je m'engage à aller à pied de Bourg à Strasbourg, en chemise, les pieds nus et la corde au cou, pour faire amende honorable à l'éloquent défenseur de l'Union, s'il peut me dire quand et en quels termes l'Assemblée a adopté ce séduisant système ; ou seulement s'il peut me démontrer qu'un tel commentaire de l'entente directe ne détruit pas radicalement son objet. Sauce frelatée, oui, et corrosive au point de carboniser le rôti !

Je me fais d'ailleurs un plaisir de reconnaître que le Dr Batier, dans son plaidoyer, garde toujours un souci de justice. Il prononce contre son client le plus sévère des réquisitoires lorsqu'il écrit : « Entre le contrôle de la commission tripartite et le contrôle exclusivement médical, librement consenti par contrat, tel qu'il existe entre syndicats et caisses d'Alsace, je n'hésite pas une seconde : *seul le dernier est compatible avec la conception syndicaliste de la médecine, avec l'indépendance du Corps médical.* Le contrôle...

doit être ignoré de la loi ». Donc la délégation, en réclamant des Pouvoirs publics un contrôle tripartite modèle art. 64, a ... comment diraije ? mettons : a fait sciemment fausse route.

***

« La pratique médicale, dit le Dr Batier, doit évoluer dans le même sens (celui de la socialisation), que nous le voulions ou non ». Entendons-nous. Je consens à évoluer, mais en sachant dans quelle mesure, et en fixant des limites à cette évolution en fonction des principes d'une médecine saine. Car enfin il ne faut pas se laisser égarer par le fétichisme des mots-idoles. Au fond, est-ce que la pauvre humanité, comme la terre elle-même, ne tourne pas autour d'un axe fixe ? Aujourd'hui c'est vers le socialisme, demain ce sera vers l'individualisme. Sommes-nous donc autorisés à répudier l'héritage du passé et à sacrifier l'essentiel à un courant dont nous ne connaissons pas la durée ? Ceci ressemblerait fort à la politique du « chien crevé » et j'ai grand' peur que votre « évolution » ne soit que suicide, ruine et destruction. « *J'ai tout critiqué,* disait Renan, *et, quoi qu'on en dise, j'ai tout maintenu* ». Faisons comme lui : réparons notre maison, mais réfléchissons bien avant de jeter l'édifice à bas pour en bâtir un neuf qui ne vaudrait peut-être pas l'ancien.

Ce qui a manqué, ce qui manque plus que jamais à l'Union, c'est un statut de la médecine et du Corps médical fondé sur l'analyse des relations naturelles entre malade et médecin. Seule cette étude permet de discerner quels sacrifices nous pouvons consentir à l'Assurance et quelles bornes nous devons mettre à ses prétentions. Or la doctrine de l'Union n'est pas établie sur de telles bases d'analyse et de réalité profonde, mais sur le concept *a priori* d'un syndicalisme purement matérialiste, fabriqué à l'usage de corporations salariées et qu'on a transposé brutalement dans une profession infiniment plus complexe, plus haute et plus « spirituelle » qu'un simple métier manuel. Et voilà comment nous sommes devenus des « producteurs de soins » !

La doctrine de l'Union, c'est la médecine au service du syndicalisme. La nôtre, c'est le syndicalisme au service de la médecine. Points de vue évidemment inconciliables, dont l'opposition provoque des heurts pénibles et constamment renouvelés. Considérant le syndicalisme comme une fin, nos « intégraux » voient avec faveur tout ce qui peut le renforcer, même aux dépens de la médecine. D'où leurs mines alléchées devant l'Assurance, puisqu'elle doit concourir à ce résultat. D'où leur profession de foi — étrange pour le médecin non averti — en faveur de la fonctionnarisation du Corps hospitalier. Ici je dois citer le document officiel :

« On se trouve, par l'examen logique des faits, « conduit à penser que le médecin chargé de grands « services hospitaliers doit être exclusivement « attaché à ces services, qu'il doit être rémunéré « en conséquence, qu'il ne doit pas exercer la mé- « decine, et qu'il ne doit intervenir médicalement « hors de l'hôpital que lorsqu'il y est appelé par « un ou plusieurs praticiens. *Les effets d'une telle « fonctionnarisation ne sont pas à redouter,* si d'au- « tre part ce praticien de l'hôpital demeure au « contact étroit des autres médecins par l'inter- « médiaire des groupements professionnels ». (*Méd. synd.*, juin 1925, p. 377.)

Notez que ce rapport a été *approuvé* par le Conseil de l'Union (*Méd. synd.*, 1er juillet, p. 441) qui par conséquent en a pris la dangereuse responsabilité. La *fonctionnarisation*, voilà donc l'idéal du syndicalisme intégral qui, cette fois, n'a pas reculé devant le mot lui-même ! Les Drs Descomps et Lapeyre, dans leurs rapports pour le Syndicat des chirurgiens français, ont d'ailleurs protesté énergiquement (*Bull. du Synd. des chir. fr.*, n° 2) contre le caporalisme de cette conception si bien dans la logique de la doctrine-mère.

C'est encore et toujours par cette doctrine qu'il faut s'expliquer la prédilection des théoriciens de l'Union pour la « technique », autre idole que l'on compte édifier sur les ruines d'une culture bien inutile dans le *métier* de « producteurs de soins ». Nos futurs confrères seront des *apprentis soigneurs*, puis des *ouvriers soigneurs*, groupés en coopératives syndicales et salariés par elles. O rêve, ô délices ! ... Mais qui ne voit ce qu'il y a de profondément irréel dans ce bas matérialisme ? Car l'utopie peut être tout-à-fait terre à terre. Et je crois que notre traditionnalisme a dans la réalité, des racines autrement profondes que la doctrine adverse, laquelle m'apparaît de plus en plus comme un bovarysme de primaires déchaînés.

***

Donc on suit le courant, ou plutôt on le devance, on s'y vautre à plaisir. On court au devant des exigences du législateur, on « s'organise » d'avance pour toutes les abdications. *In servitium ruunt* !

Pour juger des résultats d'une pareille attitude, il faudrait faire l'histoire de l'Union depuis la guerre et même remonter plus haut. Qu'il nous suffise de rappeler ses brillantes conquêtes. Soit qu'il s'agisse des accidents du travail, ou des accidents agricoles, ou des pensionnés militaires, partout le contrat collectif a remporté d'éclatants succès. Dans toutes ces supercoquentieuses « organisations de soins » avec tiers-payant, nous voyons la violation du secret professionnel érigée en système ; nous y voyons

l'accaparement de cette clientèle spéciale par des cliniques louches et des médecins véreux, en dépit d'un contrôle aussi vain que formaliste parce qu'inapplicable à notre profession ; nous y voyons les méfaits d'une taxation créatrice de mercantilisme parce qu'insuffisante, immuable et injuste. *Insuffisante* : constamment en effet elle se substitue au tarif minimum d'honoraires établi par le groupement professionnel et lui est inférieure. « Elle est dominée par le souci de limiter les charges en tenant compte des abus possibles ; la masse des bons paye pour les mauvais, qui se meuvent d'ailleurs à l'aise dans les limites du contrat ». (Dr Eschbach, *Arch. méd.-chir. de Prov.*, avril 1924). — *Immuable* : vivent les catégories ! Et lorsque le taux de pension est relevé de 180 % par adaptation au coût de la vie, il n'est pas fait mention d'une progression parallèle des honoraires médicaux. — *Injuste* : « elle uniformise dans leur rémunération des actes essentiellement dissemblables dans leur qualité. Elle ne connaît pas l'importance du service rendu, la science déployée, le dévouement manifesté, le dérangement occasionné. Bon gré, mal gré, elle pousse le médecin au moindre effort ». (Dr Eschbach, *ibid.*).

Bref, c'est la faillite sur toute la ligne, faillite morale et aussi, chose curieuse, faillite matérielle sur le terrain *en apparence* positiviste où se place la doctrine des « producteurs de soins ». Car nous en sommes tombés à ce point d'avilissement qu'une consultation à un mutilé (5 fr.) est estimée à plus bas prix que le geste mécanique du garçon coiffeur !

L'histoire de l'Union depuis la guerre, c'est l'histoire des capitulations du Corps médical.

Mais une mention spéciale est due à la loi des pensions. « Si la Nation, écrit le Dr Batier, crée le service des soins aux mutilés de la guerre, nous n'y pouvons rien ; notre rôle se borne à adapter la pratique médicale à ce nouveau service d'Etat, et, par la collaboration avec les Pouvoirs publics, à y sauvegarder les conditions indispensables à l'exercice normal de la profession ». C'est une erreur, mon cher confrère. Faut-il vous rappeler que, le 31 mai 1921, le ministre des pensions nous donna « le choix entre un forfait qui serait alloué aux bénéficiaires de la loi », à charge par eux d'honorer leur médecin, et un « arrangement » avec tiers-payant suivant un tarif à débattre ? (*Méd. synd.*, 1921, p. 379). 156 syndicats se prononcèrent pour l'arrangement, — certes nous fûmes joliment « arrangés » ce jour-là, — et 39 pour l'allocation forfaitaire aux mutilés impliquant l'entente directe entre eux et leurs médecins. Donc à ce moment, nous y pouvions quelque chose et le Corps médical eut la faculté de choisir sa voie. Hélàs ! l'influence des mauvais bergers lui a fait commettre une terrible erreur d'aiguillage. Nous avons vu comment furent « sauvegardées » les conditions indispensables à l'exercice de notre profession ! Voici à ce propos la conclusion d'un remarquable article du Dr Eschbach :

« Sous le couvert de la sympathie reconnais- « sante acquise aux soldats victimes de la guerre, « l'Etat a étendu considérablement la liste des « bénéficiaires de la loi. Il impose aux médecins, « qui les ont acceptées inconsciemment, des me- « sures de contrôle et des sanctions à *proprement* « parler vexatoires. Il réduit chaque jour leurs « honoraires en s'abstenant de les modifier du fait « de la dépréciation continuelle du franc.

« Tout cela est fort bien, le champ de l'expé- « rience étant limité. *Les médecins qui, sollicités* « *par des paroles, se lieraient dans l'avenir à un con-* « *trat collectif, à une tarification de soins ou à un* « *tiers-payant, le feraient en connaissance de cause* « *et n'auraient à s'en prendre qu'à eux-mêmes des* « *déboires à venir* ». (*Arch. méd. chir. de Prov.*, juillet 1925.)

Au fait, n'est-ce pas là une opinion conforme à celle du Syndicat médical de Strasbourg-ville, à qui la grève administrative a fait sentir tout le prix de la liberté ? Ces confrères ne se félicitaient-ils pas, dans la proportion de 95 %, du retour à l'entente directe, et n'ont-ils pas renversé leur Conseil d'administration pour avoir accepté l'arbitrage au lieu de maintenir la situation acquise ?

Donc l'expérience, ce grand critérium, vient confirmer d'une façon irréfutable les données du traditionnalisme médical et démolir de fond en comble les théories de l'illusionnisme sociologique, de ce syndicalisme qui se flatte d'un détachement mystique pour les intérêts de la profession. N'est-ce pas un collaborateur attitré du *Concours*, qui, dans une revue générale sur le mouvement syndical en 1923, écrivait solennellement : « Les groupements professionnels médicaux ne s'hynoptisent plus à défendre âprement leurs intérêts corporatifs, plus ou moins égoïstes ; ils entrent au contraire dans le forum pour réclamer leur participation à la protection de la santé publique... L'ére du contrat collectif de travail est ouverte ». Eh oui ! nos intérêts ne sont pas défendus ; un dogme sacro-saint s'oppose à ce qu'ils le soient. Triste vérité ! Mais voit-on que la santé publique s'en trouve mieux ? N'est-ce pas encore le rédacteur en chef du *Concours* lui-même qui, à la question « *Le syndicalisme médical est-il pour la réalisation de l'hygiène une puissance d'organisation* ? » se voyait forcé de répondre avec une franchise qui l'honore : « Oui virtuellement ; *en réalité pas encore* ». Et plus loin : « Pour que le syndicalisme devienne une puissance réelle d'organisation, il lui faut l'autorité effective et l'argent nécessaire. Nous pouvons, sans être grand prophète, affirmer que *dans l'état actuel de notre consti-*

tution politique ces deux facteurs lui feront toujours défaut ». Par conséquent, la formule « intégrale » que nous subissons est une pure utopie, à la poursuite de laquelle nos syndicats ont lâché la proie pour l'ombre, et ses tenants n'espèrent plus arriver à leurs fins que par un hypothétique changement de constitution.

La vérité, c'est que le syndicalisme intégral, s'il n'est pas encore mort, est en train de mourir de nécrobiose : *jam fœtet.*

Si vous désirez unir les praticiens pour la défense qu'un peu tard vous proclamez urgente, il faut leur offrir quelque chose de plus vivant. A une formule creuse et mort-née, il faut substituer un programme positif en contact étroit avec la réalité. C'est ce qu'ont essayé de faire la Fédération des syndicats médicaux du Nord et le Groupement des syndicats médicaux de la Région lyonnaise par l'exposé de principes qui suit :

Les Syndicats ont pour objet l'étude et la défense des intérêts moraux et matériels du Corps médical.

a) Intérêts moraux.

I. — Le principe de la *Liberté de confiance* exige que le médecin, qui est fait pour le malade, puisse s'employer pour lui en toute indépendance, celle-ci n'ayant d'autres limites que les lois morales, les lois civiles et les règles reconnues indispensables au bon exercice de la profession.

II. — Les syndicats doivent avant tout veiller au maintien de cette indépendance. Le syndicalisme est un moyen, non un but. Loin de prétendre résorber dans un agrégat anonyme la personnalité de ses membres, le syndicat doit en assurer la protection et le développement.

III. — C'est au malade ou à ses représentants naturels et immédiats (famille) de s'entendre avec le médecin, d'apprécier comment il s'acquitte de sa tâche et de le rémunérer de ses soins. Toute tentative, d'où qu'elle vienne, en vue de supprimer cette libre entente par l'intrusion d'un tiers doit être résolument repoussée.

IV. — C'est uniquement en cas d'absence ou de carence de la famille qu'une autre personne morale doit en assumer le rôle et devenir en quelque sorte le tuteur du malade, avec la charge de contrôler et de rémunérer le médecin.

Si une pareille substitution est inévitable, elle n'en est pas moins anormale. Elle le sera d'autant plus que la personne morale substituée à la famille sera plus loin du malade, plus étrangère à lui, moins personnelle et plus administrative.

V. — Les « organisations de soins » ne peuvent donc être que des pis-aller. Les moins mauvaises sont celles où le tuteur est représenté par une association professionnelle ou par un groupement local. Le contrôle s'y fait à peu près de lui-même et les règlements d'honoraires peuvent garder une souplesse relative.

VI. — Le pire de tous les tuteurs est l'Etat, parce que le plus lointain et le plus impersonnel. L'ingérence du Pouvoir central en cette matière ne peut être tolérée que dans le cas de nécessité absolue.

VII. — Les inconvénients d'une « organisation de soins » créée par l'autorité de l'Etat ne seraient qu'à peine atténués si la direction générale et le contrôle en étaient confiés à des médecins. Il faut éviter toute coopérative de soins rendue *légalement obligatoire* sous le couvert de conventions « spécifiquement stipulées dans la loi ». En effet, ce régime aboutirait fatalement à une règlementation par l'Etat, c'est-à-dire à la fonctionnarisation des médecins et à la négation de la médecine.

VIII. — Si les Syndicats médicaux ne peuvent que s'opposer de toutes leurs forces à une pareille déchéance, il est par contre de leur devoir de favoriser la bonne entente et la collaboration libre entre médecins, pour le plus grand bien des malades. Ils se déclarent également prêts à collaborer au fonctionnement des lois sociales à titre purement professionnel, en écartant toute participation administrative, et sous réserve que les principes qui régissent l'exercice de la médecine ne subiront pas la moindre atteinte.

IX. — Ces principes sont les suivants :
Respect absolu du secret professionnel.
Libre-choix du médecin par le malade.
Paiement direct, par la famille, des honoraires médicaux au tarif syndical.

X. — Les syndicats médicaux qui le jugeront utile pourront toujours, à titre facultatif, conclure avec les collectivités intéressées des accords respectant et garantissant les conditions ci-dessus.

XI. — Si par exception, en raison du développement de la grande industrie et du relâchement des liens de famille, les circonstances locales rendent le paiement par un tiers inévitable aux yeux de certains syndicats, ceux-ci auront toute latitude pour établir les contrats nécessaires.

Il reste entendu qu'il s'agit là, non pas d'un régime désirable, mais d'un pis-aller qui doit être bien plus toléré qu'encouragé.

b) Intérêts matériels.

I. — Le Syndicat ne doit pas se désintéresser de cette question, d'autant plus que l'avilissement des honoraires est générateur d'abaissement moral. Trop souvent en effet, pour maintenir son train de vie, le médecin est tenté de compenser l'insuffisance de son gain normal en recourant à des combinaisons plus ou moins légitimes.

II. — Ce qui permet encore au médecin de vivre de sa profession, c'est la clientèle libre parce qu'il

a pu lui appliquer — avec une discrétion méritoire — des tarifs tenant compte de la dévalorisation du franc.

III. — Au contraire, le grand facteur d'avilissement des honoraires, c'est la médecine dite « sociale ». L'expérience de l'article 64 est absolument probante : si la collectivité électoralement puissante des pensionnés de guerre a pu obtenir le « réajustement » au taux de 180 % par rapport à 1920, le tarif des soins médicaux à ces mêmes pensionnés est resté aux chiffres déjà bien faibles à l'origine et devenus maintenant tout à fait dérisoires.

IV. — Si donc les syndicats médicaux avaient « pris en charge toute la médecine » en 1920, si en d'autres termes l' « organisation de soins » art. 64 avait été étendue à la plupart des citoyens, les médecins seraient actuellement les ilotes de la société française, et celle-ci n'en tirerait aucun bénéfice, bien au contraire.

V. — De cette constatation se dégage un précieux enseignement : *restons maîtres de nos honoraires*, suivant le principe de la *juste rémunération de nos soins*.

VI. — *En ce qui concerne les tarifs de médecine « sociale » que nous subissons, il y a lieu d'envisager une révision basée sur la remarque suivante :*

Le médecin est en réalité, seul parmi les citoyens, soumis au système de la double imposition ; celle qu'il paye sous diverses rubriques autant et plus que les autres citoyens, et celle qu'on lui inflige par faveur spéciale sous forme de tarifs de misère pour les soins aux membres de certaines collectivités.

Cela doit changer radicalement et cela changera le jour où le Corps médical le voudra : ou bien le médecin obtiendra des immunités fiscales eu égard à son rôle social ; — ou bien l'Etat, le considérant comme un contribuable ordinaire, se comportera lui aussi comme un client ordinaire, c'est-à-dire qu'il payera au tarif normal.

Le lecteur pourra se rendre compte que, si nos conceptions rallient le Corps médical, l'esprit de l'Union sera totalement changé. Défense active de la médecine et de la profession médicale dans le sens d'un réformisme traditionnaliste, tel sera notre but, avec le principe de la *Liberté de confiance* comme base (libre-choix, secret professionnel). Et le corollaire indispensable de la liberté de confiance, c'est l'entente directe. Nous ne verrons d'ailleurs aucun inconvénient à ce que les syndicats, lorsqu'ils le jugeront utile, concluent avec les Caisses des accords garantissant l'observation de ces principes, accords exclusifs de toute taxation dont le modèle nous est donné par celui de Roubaix-Tourcoing.

Mais nous ne sommes pas des sectaires. Nous admettons avec le Dr Batier que la médecine peut ne pas être la même dans les Alpes et à Paris. Nous admettons que, dans certaines régions fortement industrialisées, les syndicats locaux voient dans le tiers-payant le moindre mal (1). Partisans de l'autonomie syndicale la plus large, nous leur laissons leur liberté d'expérience. Mais nous refusons absolument de voir un idéal dans des conditions professionnelles contraires à une médecine saine et de réclamer aux pouvoirs publics la généralisation d'un pareil régime. Aussitôt après la dernière assemblée générale, j'écrivais ces lignes dans notre *Bulletin* (février 1925, p. 27) : « Au cas où les partisans de la « prise en charge » seraient d'accord avec nous pour enregistrer les différences qui existent dans le régime de la clientèle en France ; — au cas où ils reconnaîtraient qu'à ces régimes différents doit correspondre une plateforme *différente* de défense professionnelle ; — au cas où le Conseil de l'Union accepterait d'agir en conséquence, je ne verrais plus d'obstacle au rétablissement de la confiance dans l'Union ».

On sait comment les faits m'ont répondu !

Néanmoins notre position reste la même :

Point primordial : nous ne voulons à aucun prix de contrats collectifs obligatoires « spécifiquement stipulés dans la loi ». Si la loi méconnaissait cette condition, l'Union devrait refuser de collaborer à son application.

La règle, d'après nous, c'est l'entente directe pure et simple.

Les circonstances locales pourront cependant rendre désirable l'établissement d'accords verbaux ou écrits assurant le jeu de l'entente directe.

Le tiers-payant lui-même sera toléré pour les syndicats qui le demanderont expressément.

Bref, nous *réclamons* pour tous les syndicats la *liberté régionale de conclure ou de ne pas conclure d'accords avec les Caisses, ces accords pouvant même comporter le tiers-payant.*

***

A notre tour de faire appel à tous pour l'examen impartial de ces propositions, autour desquelles il me semble que toutes les bonnes volontés peuvent se rallier. Qu'on veuille bien remarquer qu'elles ont pour fondement *la liberté*, alors que nos adversaires prétendent nous *imposer* contrat collectif et tiers-payant. De l'accueil qui leur sera fait dépendra, qu'on le veuille ou non, le sort futur de l'Union, car la logique des faits est plus forte que les désirs des hommes.

***

(1) Il est d'ailleurs peu probable que le tiers-payant trouve actuellement de nombreux adeptes. Dans les circonstances présentes, seuls peuvent le revendiquer les partisans du suicide par grève de la faim...

Une lettre du Dr DECOURT

Mon cher Directeur,

Ayant pris, durant la plus grande partie d'octobre, de tardives vacances, j'avais acquis un sérieux retard dans mes lectures de journaux et ce n'est que dans le demi-loisir de l'anniversaire de la Victoire, que je lis le très juste et très sensé article de notre excellent confrère Batier sur « *La politique de l'Union et les critiques de l'opposition* », dans le *Concours* du 25 octobre dernier.

Je me vois, plusieurs fois, mis amicalement en cause dans cet article, mais il est, toutefois, deux points sur lesquels je tiendrais à apporter une précision qui m'a paru y faire défaut.

Le premier, c'est à propos du fameux scrutin bouillabaisse , sur les modalités de paiement du médecin dans la future Loi Assurance-maladie. J'ai dit, ainsi que le rapporte justement Batier, d'après les griefs de « l'opposition » que « à mes yeux, les chiffres de ce scrutin sont pratiquement *inexistants*, en tant que précision, tant le vote fut émis dans la confusion ». Et Batier explique nettement ce que j'ai voulu dire par ces mots. Or, il y a des *faits* plus explicatifs encore de cette confusion et plus malicieux en ce qu'ils démontrent qu'à ce sujet, le chef d'orchestre de ladite opposition, notre excellent confrère Duby, était lui-même de mon avis..... AVANT de connaître le résultat du scrutin. Ces faits, non écrits dans la suite pour les besoins de la cause, remontent au jour même du scrutin et sont relatés, tout au long, dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 février 1925, au cours du compte rendu de l'Assemblée générale, *page* 156.

Donc, aussitôt *après* que le vote fut clos et *avant* le dépouillement du scrutin, dès la désignation des scrutateurs, on peut lire ces mots que je prononçai :

Le Président. — Je dois vous dire qu'une dizaine de confrères m'ont demandé : « que faut-il que je fasse ? Je ne comprends rien à ce vote. » J'ai dû leur répondre que je ne comprenais pas plus qu'eux. Quant à moi, mon Syndicat m'a donné pour mandat de voter pour le contrat collectif sans tiers-payant, c'est-à-dire avec paiement direct ; je n'ai pas trouvé cela dans les modalités prévues au vote. Aussi ai-je mis simplement sur mon bulletin, avec le nom du Syndicat que je représente, l'indication « Contrat collectif avec paiement direct ». Je tiens à le dire parce que, dans mon allocution d'ouverture, j'avais demandé qu'il y ait des votes clairs et que je n'ai pas réussi sur ce point. J'ai voulu dégager ma responsabilité. »

Cette intervention entraîne immédiatement celle de M. Duby.

Dr Duby. — Je voudrais confirmer et renforcer ce que vient de dire le Président. Rien n'illustre mieux que le vote sur l'assurance sociale les défauts de la méthode parlementaire aggravée qui est celle de l'Union. Une fois de plus, le problème a été esquivé. Il n'y a eu de manœuvres de personne ; c'est la faute de la méthode, parce que, dans la forme, les termes de l'ordre du jour n'étaient pas clairs pour la masse, et on l'a bien vu au moment du vote puisque beaucoup de confrères, y compris Decourt, n'ont pas su quel numéro ils devaient choisir.

Par conséquent, beaucoup de délégués, dont le président, n'ont pas trouvé dans les trois numéros proposés, la modalité qui correspondait au mandat qui leur avait été confié... Je ne veux pas jouer au prophète, mais je garantis que le résultat de ce scrutin ne donnera rien du tout : on le verra au moment du dépouillement. »

Et maintenant, l'opposition, Duby en tête, me fait un crime, paraît-il, de déclarer « ce scrutin pratiquement inexistant en tant que précision ? ..... ». Inutile d'insister, n'est-ce pas ?

***

L'autre point a rapport à l'audition de la délégation de l'Union devant la Commission sénatoriale. Notre ami Batier a commis une petite erreur matérielle qu'il comprendra le premier que je tienne à rectifier.

Ce n'est pas moi qui ai dit : « Le Tiers-payant ne nous fait pas peur ! » Je ne sais même qui a pu le dire, n'ayant aucune souvenance d'une telle phrase. Mon intervention personnelle s'est bornée à faire remarquer, *au contraire*, que la majorité du Corps médical était partisan du « paiement direct du médecin par le malade », ce qui fut d'ailleurs rapporté dans le compte rendu de cette audition.

***

Sans doute, tout cela n'empêche pas la terre de tourner, mon cher Directeur, mais vous comprendrez que j'aie tenu à ces petites mises au point afin que ceux de nos confrères du *Concours* qui auraient pu s'en apercevoir, n'aient pas une idée erronée de mes interventions personnelles, si tant est qu'elles puissent avoir un intérêt quelconque.....

Je viens donc, mon cher ami, vous prier de vouloir bien publier cette lettre dans un prochain *Concours*, si possible, et, avec mes remerciements, vous assurer de mes sentiments les plus sympathiques.

Dr Fernand DECOURT.

LE RÈGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Paris, le 16 octobre 1925.

Mon cher docteur,

Je tiens tout d'abord à vous dire un vif merci pour l'intéressant article que vous avez bien voulu consacrer dans le dernier numéro du *Concours médical* à ma thèse : « La règlementation de la profession de sage-femme ».

Permettez-moi pourtant, de n'être pas en tous points d'accord avec vous. Certaines de vos objections m'étonnent, et je voudrais vous montrer pourquoi. Il y va de l'intérêt de tous. Dans cette grave question, il importe de dissiper les moindres équivoques, les plus légères ambiguïtés.

Vous insistez (page 2346 et 2347) sur ma « phobie de l'avortement ». Vous semblez croire que je considère d'un mauvais œil la noble corporation de nos obstétriciennes. Et vous écrivez : « .....pourquoi toujours jeter l'opprobre sur une profession aussi digne de respect que celle des sages-femmes ? » Je n'ai jamais entendu « jeter l'opprobre » sur qui que ce fût. Bien plus ! Je désire, tout comme vous, mon cher docteur, venir en aide à nos vaillantes accoucheuses. Il suffit de feuilleter mon ouvrage, pour y lire (avant-propos, page 1) : « au seuil de cet ouvrage, je veux, pour dissiper toute équivoque, proclamer hautement que les sages-femmes indignes sont l'exception parmi leurs compagnes toujours dévouées, toujours à la hauteur de leur tâche, dignes élèves de nos grandes Maternités. » Même son de cloche dans mes conclusions (p. 165). Pour quelques infâmes se livrant à cet odieux trafic (l'avortement), le déshonneur rejaillit sur une corporation dont les vertus sont les plus dignes d'estime ».

Vous le voyez, pour borner là ces citations, vous et moi nous suivons la même route. Nous voulons — et je le veux ardemment — améliorer moralement et matériellement la situation, aujourd'hui si pénible, de la sage-femme. Elle a droit, à tous égards, à un sort supérieur.

En outre, si je préconise des réformes, je ne suis pas hynoptisé par le problème de la répression du crime d'avortement. Je réclame une organisation plus rationnelle de la profession, afin de permettre à toute Française de recevoir immédiatement, lors de son accouchement, tous les soins nécessaires. De nos jours, 50.000 mères (statistique affligeante) mettent sans secours éclairés leur enfant au monde, d'où toute une grave série d'accidents. Comme vous le dites (page 2345) : « la vigueur et même la vie d'un être humain dépendent souvent .... des soins donnés dans la première enfance ».

Vous me reprochez, d'autre part (page 2346) de n'avoir pas « consulté » vos « organisations professionnelles ». Cette critique me paraît on ne peut moins justifiée. Une partie considérable de ma documentation, il suffit de se référer à mes notes au bas de chaque page consiste en les réponses inédites des Syndicats de médecins et sages-femmes au questionnaire à eux envoyé par l'éminent professeur Paul Bar. J'ai fait état à maintes reprises des opinions des intéressées, notamment de celles de Madame Lina Roger, de Mademoiselle Clémence Messé, du *Concours Médical*. En toute impartialité, j'ai cité ces textes fréquemment, et je n'ai pas craint de reproduire les arguments allant à l'encontre de mes théories.

Je n'aurais pas, selon vous, songé à donner aux accoucheuses ni les fonctions de dames visiteuses, ni le moindre rôle social.

J'ai pourtant réclamé pour elles le privilège d'être des « Infirmières sociales » *(page 4). Il y a là encore* similitude étroite entre nos conceptions.

Enfin, dans une lettre personnelle, comme dans votre article, vous me faites grief d'avoir parlé de « fonctionnarisation ». Et vous me demandez si mes confrères et moi, nous supporterions de subir la férule étatiste. Mon cher docteur, ici encore, je désire vous rétorquer. Vous n'êtes pas sans savoir la très stricte discipline à nous imposée. Pratiquement, les barreaux sont rigoureusement contrôlés par des Conseils dits « Conseils de l'Ordre ». Il y a là un système de surveillance dont nulle trace ne peut être relevée chez les sages-femmes. En outre, pour libérale qu'elle soit, notre profession ne saurait être assimilée à celle des accoucheuses, et pour cause ! Tout citoyen a le droit absolu de plaider pour soi-même devant les cours et les tribunaux. La loi lui reconnaît la faculté de prendre un auxiliaire, habitué aux joutes oratoires, nourri de science juridique. Mais, c'est là seulement une facilité, sans plus. La nature, d'une exigence dépassant celle des textes, ne permet pas à la parturiente de mener à bonne fin son œuvre sans secours. Ce secours, pour le bien général, il faut le faire donner par des personnes qualifiées, capables de soigner selon les principes et la mère et l'enfant. Dans un pays comme le nôtre, où hélas ! la natalité décroît, il est socialement indispensable que l'accouchée et le nouveau-né reçoivent le maximum de soins pour éviter, par exemple, les affections puerpérales.

Pour encourager les sages-femmes à se rendre dans toutes les régions, sans exception, il convient de leur assurer des avantages, et sérieux. Mais, en contre-partie de ses droits, la sage-femme sera tenue à des devoirs. L'Etat lui octroyant un traitement, relevant sa situation, aura droit de regard sur ses actes, la suivra en quelque sorte dans l'accomplissement de son travail, et s'il la juge insuffisante ou indigne (le cas est très rare, mais possible) il pourra prendre les sanctions nécessaires. Il n'y a rien là que de très juste. Il n'est là nulle apparence, ni de tyrannie, ni d'oppression. D'ailleurs, dans mon projet de statut, j'ai pris soin de distinguer les accoucheuses libres et

celles dépendant de l'autorité. Nulle sage-femme ne sera contrainte d'entrer dans les cadres administratifs ; acceptant le bénéfice de la « fonctionnarisation », elle devra se souvenir de la synallagmaticité de son engagement. Le contrat bilatéral se fonde — je ne vous l'apprends guère — sur la norme « *do ut des* ». Chaque contractant exécutera vis-à-vis de l'autre sa promesse, à peine de caducité de l'accord. L'Etat subventionnera la sage-femme et embellira sa profession ; en retour, l'intéressée ne refusera pas le contrôle de praticiens qualifiés.

Telles sont les observations que je tenais à apporter à vos critiques. Nous sommes plus près de nous entendre que, de prime abord, on ne le penserait. Ne cherchons nous pas, tous deux, la possibilité de rendre *agréable*, *rémunératrice*, *respectée*, la profession de nos sages-femmes françaises donnant quotidiennement la preuve de leur dévouement ? Et, ce faisant, ne travaillons-nous pas, de la plus louable façon, à lutter contre le fléau de la mortalité infantile, permanent danger pour notre pays ?

Je serais heureux que vous fissiez voir à vos lecteurs, en hospitalisant dans vos colonnes ces quelques lignes, que je n'ai pas toujours encouru les blâmes que vous m'adressez peut-être un peu trop généreusement.

Croyez-moi, mon cher docteur, votre très cordialement

Gérard Strauss.

Réponse.

Je suis tout à fait d'accord avec Me Gérard Strauss, pour réclamer une aide efficace pour les sages-femmes ; mais j'ai tenu à séparer nettement la question de l'avortement de celle de l'amélioration des conditions de vie des accoucheuses.

Combien y a-t-il de malheureuses femmes, qui reculent devant les charges de la maternité, soit parce que le père se dérobe devant ses devoirs vis-à-vis de la future mère, parce qu'il ne l'a pas épousée, soit parce qu'un enfant devient actuellement un poids, qui pèse terriblement lourd, dans les familles de condition modeste, ou de petite aisance ? Sans compter la crise du logement, qui empêche bien des mariages de se faire, ou qui provoque le surpeuplement des pièces d'habitation.

Joignons à cela les propriétaires, qui, dans nos grandes villes, ne veulent pas louer à des ménages avec enfants, pour ne pas troubler la quiétude des autres locataires.

Ce n'est pas parce que les sages-femmes gagneront mieux leur vie, que la question sociale de l'avortement aura fait un pas.

Ceci posé, M. Gérard Strauss me dit qu'une statistique lui a indiqué que 50.000 françaises accouchent sans secours éclairés.

Cela peut être ; mais il est probable que ces accouchements doivent avoir lieu dans les campagnes, où fleurit l'exercice illégal le plus éhonté.

Les matrones s'en donnent à cœur joie pour faire une concurrence illégale aux sages-femmes diplômées.

Que peut-on contre cela ? De beaux discours, des pleurs officiels, versés dans de graves commissions, nommées par les ministres, qui passent et repassent.

Mais, parmi tous ces ministres, plus ou moins éphémères, s'en est-il trouvé un seul, qui, se souvenant qu'il était ministre de l'hygiène, s'est abouché avec les syndicats de médecins ou de sages-femmes, pour savoir comment il serait possible de réfréner l'audace de ceux qui, faisant ouvertement de l'exercice illégal de la médecine, abusent de la crédulité publique et attentent ainsi à la santé de nos concitoyens ?

Je sais bien que les pénalités de la loi du 30 novembre 1892 sont, de fait, totalement inopérantes, parce que trop minimes.

J'avoue également que les tribunaux se font quelque peu les complices de ces illégaux : les juges, en tant qu'hommes privés, sont souvent des clients, pleins de foi, de ces gens, qui se prétendent investis d'un don curatif.

Enfin, devant un prétoire parfaitement intègre (et ils sont nombreux en France), désireux d'appliquer la loi pénale, dans toute sa rigueur, le ministère public se heurte à la difficulté de définir légalement ce qu'il faut entendre par exercice illégal de la médecine, ou de l'art des accouchements.

Le législateur de 1892, aussi peu documenté des choses professionnelles que celui d'aujourd'hui, a rédigé un article 16, en des termes tellement sujets à discussion que la Cour de Cassation, elle-même, a souvent varié dans ses interprétations, comme dans ses définitions, de ce qu'il faut entendre par exercice illégal.

Mais, si un ministre de l'hygiène se préoccupait de la répression du charlatanisme, de concert avec les groupes médicaux, peut-être aboutirait-on au relèvement du prestige local des sages-femmes.

C'est cette absence de collaboration que je déplore bien souvent. Me Gérard Strauss est étonné de ma critique et, de très bonne foi, il pense avoir fait le nécessaire, lorsqu'il a demandé des avis à quelques groupes corporatifs.

Il me dit même avoir consulté le *Concours médical*. Mais, il ne se réfère qu'à un seul numéro, celui du 16 décembre 1923, dans lequel il a puisé un Propos du Jour du docteur Noir.

Je pourrais lui faire remarquer que, depuis longtemps, le *Concours médical* a publié des études sur la situation des sages-femmes et que la collection de ce journal est très intéressante comme documentation.

Quant à l'Union des Syndicats médicaux, elle aurait pu également fournir des renseignements

utiles à M. Gérard Strauss, car le médecin praticien de petite ville ou de campagne s'est souvent préoccupé, dans les syndicats locaux, de ses rapports avec les sages-femmes.

C'est ainsi que, par places, des relations corporatives se sont nouées entre syndicats médicaux et syndicats de sages-femmes, ces derniers ayant été aidés par les premiers, pour leur mise au monde ; puis des réunions communes ont été organisées.

D'une grande utilité aurait pu être également le Dr Levassort, ancien secrétaire général de l'Office pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Ce qui importe, pour avoir une bonne documentation, c'est moins de consulter des individualités professionnelles, que de savoir quels sont les groupes corporatifs, qui peuvent donner des avis et renseignements.

Ces groupes auraient pu également montrer à M. Gérard Strauss une longue série d'articles, ou de débats dans des sociétés diverses, au cours desquels le Corps médical a toujours fait preuve d'une répugnance très nette à l'encontre d'une aliénation quelconque de sa liberté professionnelle.

La fonctionnarisation (voire même le salariat) ne menace pas seulement les sages-femmes, mais aussi le médecin.

Et ce dernier proteste toujours avec la dernière énergie, ne voulant supporter aucun intermédiaire entre son client et lui, pour le plus grand bien du malade.

L'Etat s'est montré un payeur détestable. Il lésine toujours ; il est paperassier et administratif à l'excès. Aussi le Corps médical, grâce à ses Syndicats, a secoué peu à peu les tentatives de fonctionnarisation que, par l'assistance médicale gratuite, ou autres services publics, on a essayé d'instaurer.

Pourquoi, nous autres, qui, au nom de la santé publique, entendons être choisis librement par nos malades et payés directement par eux, accepterions-nous, pour les sages-femmes, ce que nous refusons pour nous-mêmes ?

Mais, me dira-t-on, il y a des médecins, qui reçoivent des subventions de communes de montagne, qui essayent, ce faisant, d'attirer et de retenir un docteur, dans une région desheritée.

Nous aurions pu, alors, mettre sous les yeux de Me Gérard Strauss, les conflits de tous ordres, qui ont été le résultat de ces subventions communales.

Des procès ont été intentés : les uns ont nécessité l'intervention du Conseil d'Etat ; d'autres se sont déroulés devant la juridiction de droit commun.

Le résultat a été médiocre.

Aussi, le Corps médical aurait-il pu documenter Me Gérard Strauss, pour lui conseiller de trouver autre chose que la création de cadres administratifs pour les sages-femmes.

Nous lui aurions montré comment un maire, un préfet, oublient qu'ils sont les représentants de la République, lorsqu'ils se trouvent en présence d'une individualité. Se targuant d'un droit de souveraineté, en matière d'administration de la chose publique, détenteurs d'une parcelle de l'autorité, ils se croient en droit d'imposer au médecin un *contrat de louage de services unilatéral*. Le docteur doit accepter ou refuser en bloc, mais non discuter.

Au contraire, si un syndicat se substitue à l'individualité, les rôles changent et, se plaçant sous l'empire du droit commun et non du droit constitutionnel, ou administratif, ledit préfet ou maire ne croit pas s'abaisser en discutant les conditions du travail médical, en acceptant de signer un contrat bilatéral, contrat que les médecins, syndiqués ou non, seront libres d'accepter, s'ils veulent participer au travail en question.

Cette indépendance, que nous réclamons pour nous, nous la voulons également pour les sages-femmes.

Mais, comme leurs syndicats sont encore trop faibles, nos groupes professionnels ne demandent qu'à leur tendre la main, pour améliorer leur situation sociale, autrement qu'en aliénant leur liberté corporative, pour toucher une maigre prébende, donnée avec parcimonie par un département, ou une commune.

Aussi ai-je voulu montrer à Me Gérard Strauss, que, tout en le félicitant très sincèrement pour le fort intéressant travail qu'il a fait, nous aurions pu lui proposer d'autres solutions que la fonctionnarisation facultative qu'il entrevoit.

Me Gérard Strauss a été nourri dans le sérail administratif : c'est un milieu que je fréquente beaucoup et où je rencontre des personnes de valeur.

Malheureusement, quel mal il faut se donner pour faire admettre la collaboration des groupes légaux de médecins, que la loi du 21 mars 1884 a dénommés syndicats !

Disons cependant que, grâce à de nombreuses relations amicales, on arrive progressivement à montrer l'utilité sociale d'une collaboration des pouvoirs publics avec les organisations professionnelles.

Tout comme l'administration, nous sommes, dans nos syndicats, dévoués à la chose publique; nous voulons le bien de nos malades; mais nous nous heurtons souvent, par des conceptions différentes, dans l'application pratique.

Mais, d'adversaires qu'on se considérait hier, on arrive peu à peu à se juger en collaborateurs possibles et des conversations utiles s'établissent peu à peu.

En 1921, le Conseil supérieur de l'assistance publique m'avait demandé de rapporter un vœu

du Conseil général du Cher, pour faciliter l'installation des sages-femmes dans les campagnes.

M. Paul Strauss, ancien ministre et ancien président du Conseil supérieur, pourrait reprendre la question, au nom de son neveu, devant cette haute assemblée et le délégué de l'Union des Syndicats médicaux au Conseil supérieur apporterait alors la conception des groupes corporatifs de médecins.

En attendant, la discussion reste ouverte dans les colonnes du *Concours,* surtout si nos lecteurs médecins donnent leur opinion individuelle, sur le travail si intéressant et si bien documenté de Me Gérard Strauss. Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des chirurgiens français.

La première assemblée générale du syndicat des chirurgiens français a eu lieu à Paris, les 8 et 9 octobre dernier.

Cet important groupement professionnel réunissant à l'heure actuelle 380 chirurgiens a étudié au cours de cette Assemblée générale les questions suivantes, inscrites à l'ordre du jour :

1° De l'admission des malades payants, en particuliers des futurs bénéficiaires des assurances sociales, dans les hôpitaux de l'A. G. de l'A. P. à Paris. (Rapporteur : M. DESCOMPS).

2° De l'admission des malades payants dans les hôpitaux de province, et en particulier, des futurs bénéficiaires des assurances sociales. (Rapporteur : Dr LAPEYRE).

3° De l'exercice de la chirurgie en ce qui concerne les bénéficiaires des assurances sociales en Alsace. (Rapporteur : Prof. STOLZ.)

4° Le fisc et les maisons de santé. (Rapporteur : Dr VIANNAY.)

Au cours de la première séance, le Conseil d'administration a été élu pour trois ans, conformément aux statuts.

Il est composé de MM. les docteurs :

Lenormant, de Paris ; Delagénière, du Mans ; Jeanbrau, de Montpellier ; Renon, de Niort ; Deniker, de Paris ; Iselin, de Paris ; Baumgartner, de Paris ; Cotte, de Lyon ; Guyot, de Bordeaux ; Huguier, de Paris ; Imbert, de Lyon ; Lambret, de Lille ; Lecène, du Havre ; Leclerc, de Dijon ; Lemarchal, de Laon ; Leriche, de Strasbourg ; Petit, (J.), de Rouen ; Prat, de Nice ; Saiget, de Lorient ; Viannay, de Saint-Etienne.

Le bureau a été constitué de la façon suivante :

Président : Dr Lenormant ; vice-président : Dr Delagénière et Dr Jeanbrau ; secrétaire général : Dr Rénon ; secrétaire général adjoint : Dr Deniker ; trésorier : Dr Iselin.

MM. Bérard, de Lyon ; Kleinknecht, de Mulhouse ; Lapeyre, de Montpellier ; Lejars, de Paris ; Léo, de Paris ; et Silhol, de Marseille ont été élus membres du Conseil de famille.

Les résolutions suivantes relatives aux deux grandes questions à l'ordre du jour ont été votées :

Assurances sociales.

Le syndicat des chirurgiens français réuni en Assemblée générale le 8 octobre 1925.

Donne mandat à son Conseil d'administration de poursuivre l'étude de l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux, en prenant pour base les principes suivants :

1° Respect absolu du secret professionnel ;

2° Droit du malade de choisir son chirurgien ;

3° Légitimité de la demande d'honoraires pour tout malade payant ;

4° Fixation des prix d'entretien du malade dans les hôpitaux sur des bases réelles ;

5° Nécessité des garanties techniques pour le recrutement des chirurgiens hospitaliers ;

6° Entente entre les syndicats médicaux et les caisses pour la fixation des tarifs .

Impôts sur les Maisons de santé.

Le syndicat des chirurgiens français réuni en Assemblée générale :

1° « Proteste contre la prétention du fisc de vouloir imposer au chiffre d'affaires et aux bénéfices commerciaux et industriels les honoraires perçus par les chirurgiens dans leur maison de santé pour acte médical ».

« Il estime que le caractère libéral de la profession médicale exclut toute assimilation avec les professions commerciales et que les actes, même hospitaliers, des chirurgiens qui opèrent dans une clinique leur appartenant, ont principalement pour but les soins à donner à leurs malades et ne peuvent être soumis à la double imposition ».

2° « Emet le vœu que soit modifié l'article 9 de la loi de finances du 13 juillet 1925, érigeant en principe l'arbitraire le plus absolu et livrant le contribuable à la discrétion du contrôleur, sans la garantie d'aucun jury d'équité ;

« Se réservant, si satisfaction n'est pas donnée, de refuser dorénavant les lourdes charges acceptées jusqu'ici au bénéfice de la collectivité sociale ».

3° « Confie à la Commmission du fisc le soin d'organiser sur ces bases la défense de ses intérêts ».

Le compte-rendu de cette assemblée générale sera publié dans le prochain numéro du *Bulletin* du syndicat des chirurgiens français.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique médico chirurgicale du Maréchal Foch.** 60, rue Vergniaud. — Le Dr Léon GIROUX, ancien chef de clinique de la Faculté, reprendra ses *conférences de cardiologie pratique* le 29 novembre à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Programme des conférences : Physiologie du cœur ; Arythmies ; Aortite syphilitique ; Rétrécissement mitral ; Poumon cardiaque ; Bruit de galop ; Insuffisance ventriculaire gauche ; Insuffisance ventriculaire droite ; Insuffisance auriculaire ; Angine de poitrine. Présentation de malades. Examen clinique radioscopique et électro-cardiographique. Traitement.

— **Réunion annuelle de la Société de Psychothérapie.** — La 21e réunion annuelle de la Société de Psychothérapie aura lieu le mardi 24 novembre à 4 heures 1/2, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le professeur HARTMANN.

L'ordre du jour comporte des communications de MM. Victor PAUCHET, DUPUY DE FRENELLE, DARTIGUES, BÉRILLON, Paul FAREZ, R. COURTOIS, IRIBARNE, BRION, QUACKENBOS (de New-York), CAMINO-GALICIA (de Madrid), GUÉPIN, DIDSBURY, ARTAULT DE VEVEY, LÉPINAY.

La séance sera suivie du banquet annuel au Restaurant du Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

— **Dispensaires anti-tuberculeux du Finistère.** — La date du concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des 4 circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, annoncée pour la première semaine de novembre, a été reportée à la dernière semaine du même mois.

— **Légion d'honneur.** — Sont promus ou nommés :

Au grade d'Officier. — M. le Dr Vernes, directeur de l'Institut prophylactique, à Paris ; M. le Dr Leclercq.

Au grade de Chevalier. — Madame Sollier, docteur en médecine ; M. le Dr Poirot-Delpech ; M. le Dr Huter, président de la Société du Bas-Rhin ; M. le Dr H. Juppe, d'Arudy ; M. le Dr Paul, de Vichy ; M. le Dr Bertolus, de Boën-sur-Lignon ; M. le Dr Nicolas, de Saint-Affrique ; M. le Dr Ricateau, de Crest.

Les Drs Paul et Alice Sollier, sont de vieux amis du *Concours médical*, qui enregistre avec une vive sympathie la décoration de Mme Sollier.

— **En Russie l'avortement est autorisé par la loi.** — On lit dans la *Revue Franco-Russe de médecine et de biologie* :

Le commissariat du Peuple pour la Santé Publique a publié des instructions complémentaires concernant l'avortement artificiel. On sait que l'avortement est autorisé par la loi dans l'U. R. S. S., à condition d'être fait dans un hôpital public et gratuitement. Des commissions spéciales délivrent des autorisations pour l'avortement. Mais les médecins d'arrondissement peuvent dans certains cas prendre également une décision lorsque les paysannes s'adressent à eux pour leur faire faire un avortement.

« D'après les renseignements pris au Commissariat du Peuple, le nombre des avortements pratiqués dans les hôpitaux de l'Etat pour toute l'Union Soviétique atteint 100.000 par an ».

Cette question a d'ailleurs été traitée, il y a quelques jours, par le prof. Semashko, commissaire du Peuple à la Santé Publique de l'U. R. S. S., dans une conférence sur l'organisation de la médecine en Russie soviétique, conférence faite sous les auspices de l'A. D. R. M. et dont notre rédacteur en chef, le D Noir, a parlé dans un récent *Propos du jour*.

— **Hôpital Tenon.** — M. le professeur agrégé Rathery a commencé son cours de clinique annexe, le samedi 7 novembre, à 11 h., à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Tenon et le continue les samedis suivants, à la même heure.

— **Hôpital Tenon.** ***Conférences de curiethérapie et de radiothérapie pénétrante.*** — Programme des conférences (service du Dr Proust) :

Lundi 30 novembre : M. Maurer, Les indications du traitement curiethérapique dans le cancer de la prostate et de la vessie. — Travaux pratiques : M. Maurer. Examen cystoscopique de vessies de malades atteintes de néoplasmes utérins et de lésions vésicales.

Mardi 1er décembre : M. de Nabias. Curiethérapie du col de l'utérus. — Travaux pratiques : M. de Nabias. Démonstration technique des applications de radium pour cancer du col. Résultats anciens, présentation de malades.

Mercredi 2 décembre : M. Houdard, Technique de l'application abdominale de radium dans le cancer du col de l'utérus. — Travaux pratiques : M. Coliez. Mise en traitement par la radiothérapie d'une malade atteinte de cancer du col. Application de curiethérapie à distance par champs localisés pour cancer du col.

Jeudi 3 décembre : M. de Nabias. Traitement du cancer de la langue. — Travaux pratiques : M. de Nabias. Démonstration de la technique des applications de radium dans le traitement du cancer de la langue. Résultats anciens, présentation de malades.

Vendredi 4 décembre : MM. Mallet et Psaume. Radiothérapie et curiethérapie des tumeurs cutanées. — Travaux pratiques : M. Mallet. Présentation de malades traités. Indications techniques.

Samedi 5 décembre : M. de Nabias. Curiethérapie du cancer du rectum. — Travaux pratiques : M. de Nabias. Démonstration de la technique des applications de radium dans le cancer du rectum. Présentation de malades.

Lundi 7 décembre : M. Coliez. Radiothérapie des splénomégalies et de la lymphogranulomatose. — M. Mallet. Curiethérapie dans les tumeurs des organes hématopoiétiques. — Travaux pratiques : M. Coliez. Technique du traitement dans les splénomégalies et la lymphogranulomatose. Présentation de radiographies et de malades traités.

Mardi 8 décembre : M. de Nabias. Curiethérapie du cancer du sein et du cancer de l'œsophage. — Travaux pratiques : M. de Nabias. Applications de radium et démonstrations techniques. Résultats anciens. Présentation de malades.

Mercredi 9 décembre : M. Proust. Radiothérapie des sarcomes. — Travaux pratiques : M. Mallet. Présentation de clichés radiographiques de tumeurs et d'ostéosarcomes.

Jeudi 10 décembre : M. Darbois. Traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — Travaux pratiques : M. Darbois. Visite du laboratoire central de radiologie de l'hôpital Tenon. Traitement d'un fibrome.

Vendredi 11 décembre : M. Mallet. Accidents locaux

et généraux dus aux irradiations. — Travaux pratiques. Séance de projection.

Samedi 12 décembre. — M. Proust. Les indications de la radiothérapie dans le goître exophtalmique et les adénopathies bacillaires. — Travaux pratiques : M. Darbois. Traitement du goitre exophtalmique et des adénites bacillaires. Présentation de malades et indications techniques.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 fr. Se faire inscrire le matin au laboratoire de curiethérapie de l'hôpital Tenon (salle Duflocq).

— **Hôpital Saint-Antoine.** — Service de M. Pagniez. Visite tous les matins à 9 h. 1/2. Le mercredi consultation : le vendredi, examen radioscopique des malades. Tous les jours à 11 h. 1/2, visite au pavillon Ernest-Dupré (malades agités). Les mardis, jeudis, samedis, examen psychiatrique de ces malades par M. Ceillier.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — Neurologie oculaire. — MM. Foix et Velter, médecin et ophtalmologiste des hôpitaux, feront en janvier et février, à l'amphithéâtre Dupuytren, une série de 15 leçons de neurologie oculaire.

Examen objectif et fonctionnel de l'œil. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Prélat, Cousin, H. Ostwalt, Veil et Goulfier, commencera, le mardi 2 mars, à 11 h., un cours de 12 leçons sur l'examen objectif et fonctionnel de l'œil et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur agrégé Zimmern, de MM. Sainton, Dupuy-Dutemps, Hautant, Velter, Pélat, Cousin, Otswalt, Veil, Liebault et Gautrand, fera en mai et en juin un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, les grands syndromes ophtalmologiques et leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale).

— **Chimie pathologique.** — M. Blanchetière, agrégé, a commencé une série de leçons de chimie pathologique, qu'il continue les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à 16 h. (amphithéâtre Vulpian).

— **Stomatologie.** — M. Léon Frey, chargé de cours a commencé le cours de stomatologie, le mardi 3 novembre 1925, à 14 h. 1/2, petit amphithéâtre), et le continue les mardis et samedis suivants à la même heure. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées. — *Objet du cours* : pathologie dentaire.

— **Obstétrique.** — M. Marcel Metzger, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon, a commencé son cours le mardi 10 novembre, à 17 h., à la Faculté de médecine (amphithéâtre Vulpian) et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre.

Sujet du cours. — Grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

— **Statistique de longévité.** — La *Presse médicale* publie le tableau suivant, établi au Danemark, et pour l'ensemble de la population danoise, donnant le taux de la mortalité par 100.000 habitants d'âges divers, dans ce pays :

Ages	Taux de mortalité pour 100.000 vivants. Hommes	Femmes
0 an	10.247	8.087
1 an	1.631	1.502
10 ans	194	197
20 ans	654	471
30 ans	664	639
40 ans	644	668
50 ans	1.024	892
60 ans	2.066	1763
70 ans	4.730	4.481
80 ans	12.702	11.562
90 ans	27.009	24.466

— **Enseignement supérieur de la cuisine.** — Cet enseignement, organisé par la Société scientifique d'hygiène alimentaire, est donné par MM. les professeurs Hemmerdinger, agrégé de l'Université, professeur au au cours normal ménager de la Ville de Paris ; Henri Labbé, docteur ès sciences, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Mme Labbé ; Martel, docteur ès-sciences, directeur des Services vétérinaires à la Préfecture de police, membre de l'Académie de médecine ; de Pomiane Pozerski, docteur ès-sciences. Les cours ont lieu le jeudi matin de 9 heures à 12 heures depuis le 12 novembre 1923.

Cuisine d'enseignement de la Société d'hygiène alimentaire, 2, rue Clotilde-Panthéon, 5e arr., Tél. : Gobelins 38-02. Pour être admis à suivre cet enseignement pratique, les élèves, dont le nombre est limité à 30 par série, devront posséder des connaissances scientifiques élémentaires. Les inscriptions comportent un droit d'inscription ; elles sont reçues, de 10 heures à 11 heures et de 14 heures à 15 heures, au secrétariat de la Société d'hygiène alimentaire, 16, rue de l'Estrapade (Panthéon, Ve). Tél. Gobelins 38-92.

— **L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine** se tiendra le *dimanche* 29 *novembre* 1925 à *deux heures précises*, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les membres du Syndicat sont particulièrement invités à se rendre à cette Assemblée.

— **Nécrologie.** — Le Dr Paulin Moizard, de Paris. — Le Dr Croll, de Paris. — Le Dr M. Henkere, de Paris. — Le Dr Harlay, de Paris. — Le Dr Bouthier, de Toulouse. — Le Dr Jules Lalou, de Cannes. — Le Dr Jacques Sentex, de Saint-Sever. — Le Dr de Vaugiraud, de Lille — Le Dr Sarrade, de Pau. — Le Dr Hillaiseau, de Saint-Philbert de Bouaine. — Le Dr Tortell, de Champigny-sur-Veude. — Le Dr Jules Bineau, de Caluire. — Le Dr Terson, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Toulouse, doyen des ophtalmologistes français, père des Drs Albert Terson (de Paris) et Jean Terson (de Toulouse).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4364
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

mer à un médecin propharmacien la patente de pharmacien.

Il suffira sans doute de signaler son erreur au contrôleur pour que vous soyez déchargé de votre imposition, mais au cas où, par impossible, il refuserait de faire droit à votre réclamation et où vous seriez contraint d'aller devant le Conseil de Préfecture, ne manquez pas de nous en aviser.

Lisez l'article récent de Duchesne dans le n° 44 du *Concours Médical*, p. 2561.

Patentes d'un médecin exerçant dans deux villes, dont une de plus de 100.000 habitants.

Exerçant à N. et à X., j'ai à N. un loyer de 2.000 fr. A X, *je suis propriétaire de la maison où j'exerce*, dont la valeur locative dépasse 2.000 fr.

Je suis imposé à la patente au 1/12 à N., ville de plus de 100.000 habitants, bien que mon loyer dans cette ville n'atteigne pas 2.400 fr. et à X, bien que cette ville n'ait pas 100.000 habitants.

Ces impositions sont-elles légales ?

D^r^ Z.

Réponse.

Le tarif de patente prévoit que les médecins sont imposés au taux du 12e au lieu du 15e :

1° .....

2° .....

3° Lorsque, exerçant leur profession dans une ville de 100.000 à 200.000 âmes, ils occupent, soit dans cette ville, *soit ailleurs*, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.400 fr.

Il n'y a donc pas lieu de considérer la valeur locative de chaque local dans chacune des villes où une imposition est établie, mais la valeur locative totale des locaux occupés dans différentes villes. Si l'une des villes compte plus de 100.000 habitants et si le total des valeurs locatives des différents locaux est supérieur à 2.400 fr., l'imposition au taux du 12e de tous ces locaux est justifiée. C'est le cas pour le Dr Z. qui exerce à N., ville de plus de 100.000 âmes et qui occupe des locaux d'une valeur locative totale de 4.000 francs.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2556. — Promotion militaire.

J'ai soutenu ma thèse le 7 nov. 1923 et quelques jours après, j'adressais une demande au directeur du service de santé de ma région pour être nommé médecin aide-major de 2e classe de réserve.

J'appartiens à la classe 1915 et ai été démobilisé avec le grade de sous-aide-major.

Vous seriez bien aimable de me faire savoir pourquoi ma nomination ne part que du 24 décembre 1924, c'est-à-dire plus d'un an après l'obtention de mon diplôme.

En décembre prochain, je suis convoqué pour faire un stage d'instruction militaire. Je devrais régulièrement le faire avec le grade de médecin aide-major de 1re classe. A qui dois-je réclamer ? Je me suis déjà adressé à la direction du service de santé de ma région qui ne m'a jamais répondu.

Dr X.

Réponse.

Les pièces de votre dossier n'avaient probablement pas été remises au complet, ou peut-être encore, ne fait-on des promotions qu'à certaines époques déterminées à l'avance ?

Renouvelez votre réclamation au ministre de la guerre, septième direction, et faites-la passer par la voie hiérarchique de votre directeur, en le priant de vous envoyer un *accusé de réception*.

2537. — Honoraires d'expert à un centre de réforme.

Au mois d'août dernier, le médecin-chef du C.D.R. de L. me prie d'aller voir dans une commune éloignée d'environ 20 km. de mon domicile un R. de G. qui réclamait une augmentation de sa pension pour aggravation de son état.

Je vais donc voir l'intéressé, l'examine, rédige un rapport, bref le tout me demande environ deux heures que je précise, puisqu'on me demandait d'indiquer le temps passé à ce travail.

Il y a quelques jours, je reçois un mandat de quarante francs représentant l'indemnité kilométrique, et rien de plus.

J'écris au médecin-chef pour lui demander s'il compte pour rien les deux heures passées, l'examen du malade et la rédaction du rapport. Ces jours derniers, j'ai reçu un mandat de cinq francs. Comme plaisanterie, vous m'avouerez que c'est bien trouvé, n'est-il pas vrai. Travailler pour l'Etat est rémunérateur sous le régime de la IIIe République.

Je serais curieux de savoir si le confrère, venu de P. (120 km. A. et R.) et qui a été occupé au moins cinq heures pour cette contre-expertise, a également été gratifié de l'aumône de cinq francs pour son travail.

Je n'ai pas eu la curiosité de me renseigner près de lui (l'occasion ne s'étant pas présentée) mais j'espère pour lui qu'il a été rémunéré davantage.

J'ai prié le médecin-chef du C. de R. de L. de ne plus compter sur moi à l'avenir pour ce genre de travail et je gage que beaucoup de confrères seront de mon avis.

Dr B.

Réponse.

L'expertise (examen et rapport) est rémunérée par la somme de cinq francs. L'article 57 de l'instruction du 31 mai 1920 du ministre des

pensions spécifie, en effet, que les médecins vacateurs (médecins experts cantonaux) reçoivent cinq francs pour chaque expertise portant vacation.

Une certaine durée de temps passé dehors aurait pu vous donner droit à une indemnité de repas en plus de la vacation et de l'indemnité kilométrique.

2350. — Majoration de pension militaire.

Comme abonné au *Concours médical*, je vous serais très reconnaissant de me faire connaître à quelle majoration (d'après la loi de juillet 1925) pour ma pension militaire avec invalidité définitive de 25 % (963 francs par an) j'ai droit.

Dr S.

Réponse.

L'augmentation de votre pension d'officier comporte une majoration du taux de soldat ; celui-ci étant passé, pour 25 % d'invalidité, de 600 francs à 1.080 francs, vous toucherez pour le même taux 963, plus 480, soit : 1.443 francs.

Application du Tarif Breton.

I

2712. — La dérogation portée Art. 27.

Je vous serais reconnaissant de me renseigner, si c'est possible, sur la question suivante, pour laquelle je suis en litige avec la Cie d'assurance le S. Dois-je compter mes consultations à 11 fr. 25 la première et 9 fr. les autres comme l'affirme la Cie, ou 15 fr. la première et 12 fr. les autres, comme je le faisais en m'appuyant sur l'article suivant :

Art. 27. du tarif Breton. — Par dérogation à l'article 15 al. 2 ci-dessus, le prix de la consultation, lorsqu'elle est donnée par les seuls médecins oculistes spécialisés est fixé à 15 fr. la première et 12 fr. les autres ?

Dr D.

Réponse.

La dérogation indiquée article 27 spécifie porter sur l'article 15, § 2, à savoir que : la tarification indiquée à cet article 27 n'est que pour les *seuls* oculistes et non pour tout praticien, comme il en serait *sans cette dérogation. Mais* celle-ci ne porte pas sur le § 1, qui minore les prix de 25 % en deuxième catégorie. La Compagnie est donc dans son droit, en vous minorant de 25 %, puisque vous êtres bien oculiste, mais dans une ville de deuxième catégorie. F. D.

II

2689. — 1° Consultation entre confrères ou envoi à un spécialiste pour intervention spéciale ; 2° La tentative d'intervention n'est pas tarifée.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis sur les cas suivants :

1° Consultation avec l'ophtalmologiste :

1er cas. Le blessé à qui je viens d'extraire un corps étranger la veille souffre beaucoup, œil très rouge, etc, Je le conduis au spécialiste. Combien dois-je compter ? 2e catégorie : 3 × 7 = 21 fr. je crois ? et le spécialiste 2e catégorie ?

2e cas. J'extrais *une petite partie* du corps étranger. Le lendemain je fais une tentative pour extraire le reste. Devant mes résultats infructueux, je conduis le blessé au spécialiste qui, en général, après 20 à 30 minutes de travail, arrive à extraire le reste du corps étranger profondément implanté. Combien dois-je compter :

1° Pour la première intervention où j'ai extrait une partie du corps étranger ;

2° Pour la tentative du lendemain (consultation 7 fr., je pense) et pour la consultation avec le spécialiste ?

Combien comptera le spécialiste en enlevant après consultation avec moi le corps étranger profondément implanté.

3e cas. Après tentatives nombreuses, je n'arrive pas à extraire le corps étranger trop difficile ou inaperçu. Je compte consultation 7 francs.

Le blessé se plaignant le lendemain, je le conduis au spécialiste qui extrait le corps trop difficile ou insoupçonné de ma part. Combien dois-je compter ? Combien le spécialiste ?

Dr R.

Réponse.

1° Dans vos trois cas, vous avez *conduit* vos blessés à un spécialiste et vous voulez demander, pour chaque cas, le prix d'une « consultation entre confrères » (article 5). Ne s'agit-il pas là plutôt de la « consultation et de l'intervention d'un spécialiste » prévue à l'article 7 ? Qu'est-ce donc que la « consultation entre confrères » ? C'est l'acte de s'entendre, entre deux médecins, sur la conduite à tenir, l'intervention à discuter pour tel ou tel cas, alors que le médecin traitant hésite sur la résolution à prendre. Or, dans les cas que vous me citez, quelle hésitation pouviez-vous avoir ? Quelle conduite à discuter ? Ne pouvant extraire un corps étranger de l'œil, vous, non oculiste, vous envoyez votre blessé à un oculiste afin qu'il fasse l'extraction difficile, mais sans que vous ayez à intervenir vous-même. Allez-vous donc vous mettre deux pour extraire un corps étranger d'un œil ?

Conclusion. — Je crains fort qu'il y ait du tirage pour que, dans les cas d'espèce que vous me citez, la Compagnie accepte de payer triplement ces consultations.

2° Il n'y a pas, dans le tarif Breton, de rubrique pour « tentative d'extraction de corps étranger ». Je ne vois donc pas que vous puissiez, dans ce cas, compter plus d'une consultation simple.

3° Que ce soit le spécialiste ou vous-même, qui fassiez une extraction de corps étranger de l'œil, le prix, toujours le même, est celui indiqué article 27 A.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

2667. — Pas plus de cumul dans le Tarif Maginot que dans le Tarif Breton.

Je viens de recevoir de la Préfecture, une note d'honoraires, réduite sous la raison d'interdiction du cumul ; il s'agit d'un réformé de guerre.

J'ai bien vu figurer l'interdiction du cumul dans le tarif des accidents du travail, mais je ne l'ai pas vu figurer dans le tarif pour soins aux victimes de la guerre. Qui a raison ?

Dr M.

Réponse.

L'article 72 spécifie que « le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non pas les visites ou consultations *consécutives* à cet acte ». Il en résulte que les visites ou consultations *concomitantes* sont *comprises* et qu'on ne peut pas les cumuler, pas plus que dans le tarif Breton qui, lui du moins, a le mérite de l'avoir dit plus nettement et en toutes lettres dans son article 13.

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

---

4 novembre.

Lutte anticancéreuse.

Centre régional de lutte contre le cancer de la région parisienne.

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 10 juin 1849 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'assistance publique en date du 11 juin 1925 ;

Vu l'avis du conseil municipal de Paris ;

Vu l'arrêté en date du 3 août 1925 du directeur général de l'administration de l'assistance publique, approuvé par le préfet de la Seine le 8 du même mois ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Est approuvé le règlement ci-annexé concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer de la région parisienne.

Art. 2. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique et le directeur général de l'administration de l'assistance publique à



Paris sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 28 octobre 1925.

DURAFOUR.

Le directeur général de l'administration de l'assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance de l'assistance publique en date du 11 juin 1925 ;

Vu l'avis du conseil municipal ;

Vu le règlement administratif modèle concernant l'organisation et le fonctionnement d'un centre régional contre le cancer, adopté par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et la lettre du ministre du travail en date du 18 mars 1925 concernant l'organisation d'un centre régional anticancéreux de la région parisienne,

Arrête :

Art. 1er. — Les services de curiethérapie organisés dans les hôpitaux de Paris par l'administration générale de l'assistance publique concourent à la formation du centre régional anticancéreux de la région parisienne.

Art. 2. — Les services de curiethérapie créés par l'administration générale de l'assistance publique à Paris sont organisés suivant le plan adopté par la commission du cancer, sur le rapport de M. le professeur Bergonié, et approuvé par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Ces services sont au nombre de six répartis dans les hôpitaux suivants : Saint-Antoine, Necker, Hôtel-Dieu, Tenon, Lariboisière, hospice de la Salpêtrière.

Art. 3. — Chacun des services anticancéreux ci-dessus visés dispose de locaux aménagés pour recevoir :

a) Un service de consultation fonctionnant comme dispensaire, pour les cancéreux non hospitalisés ;

b) Un service d'hospitalisation des cancéreux (hommes et femmes) ;

c) Un service thérapeutique (chirurgie radiothérapie pénétrante et curiethérapie) ;

d) Un laboratoire de recherches scientifiques.

Art. 4. — Admission des malades. — Les malades admis dans le centre régional de Paris proviennent :

1° De la ville de Paris ;

2° Des autres communes du département de la Seine, étant entendu que les indigents de ces communes devront être admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite dans les conditions

indiquées au règlement départemental adopté par le conseil général de la Seine dans sa séance du 31 décembre 1924 ;

3° Des départements rattachés au centre de Paris, suivant arrêté ministériel.

Les malades cancéreux provenant des départements autres que la Seine, rattachés au centre de Paris, seront admis dans le service de curiethérapie de l'administration générale de l'assistance publique à Paris dans la limite des disponibilités en lits d'hospitalisation et répartis dans les différents services par le directeur de l'administration.

Les frais d'hospitalisation de ces malades seront à la charge des collectivités intéressées.

Art. 5. — Instrumentation. — Chaque service dispose au moins d'un appareil de radiothérapie profonde pourvu de tous les moyens de protection et de sécurité, cet appareil étant installé « soit dans le service même, soit provisoirement au laboratoire central d'électroradiologie de l'établissement ».

Chaque service dispose également d'une dotation minimum de 200 milligrammes de radium élément.

Le service d'hospitalisation prélevé sur les lits de chirurgie générale est pourvu de toute l'instrumentation chirurgicale nécessaire.

Art. 6. — Laboratoire de recherches — A chaque service de curiethérapie est rattaché un laboratoire d'anatomopathologie destiné à permettre non seulement l'examen préalable de toutes les tumeurs à traiter, mais aussi l'exécution des travaux scientifiques ayant pour but de rendre plus efficace la lutte contre le cancer.

Art. 7. — Les chefs de service auxquels sont confiés les services anticancéreux de l'administration générale de l'assistance publique à Paris sont choisis parmi les chirurgiens, chefs de service des hôpitaux de Paris, et soumis à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé de cette administration visant le statut du personnel médical, ses attributions, les admissions de malades et le fonctionnement des services hospitaliers.

Ces chefs de service ne sauraient bénéficier d'aucune prérogative en dehors de celles dont bénéficie déjà le personnel médical de l'assistance publique.

Art. 8. — Le fonctionnement du centre régional anticancéreux de la région parisienne rentrera dans le cadre des dispositions de la loi du 10 janvier 1849 et des règlements et arrêtés organiques de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Art. 9. — Le présent arrêté sera soumis au préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 3 août 1925.

Signé : Louis MOURIER.

Vu et approuvé :

Paris le 8 août 1925.

Pour le préfet de la Seine et par délégation :

Le secrétaire général de la préfecture,

Signé : DUVERNOY.

Brevet de masseur.

Une session d'examen d'Etat (masseurs aveugles) a eu lieu à Paris le 29 octobre 1925.

8 *novembre.*

Hygiène publique.

Vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2746-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs ERICTON, de Calais ; HÉRON, de St-Rémy-de-Provence ; COUTAUD, d'Auterive, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 506. — Dr Brillet à Ducey (Manche), cède imméd. tr. bon poste méd. Rapp. 40.000 les 10 prem. mois de 1925, pouv. être augm. sensib. Gr. mais. habit. gr. garage, tr. beau jard. Cond. : loy. à repr. 2.000, ind. 10.000, dont compt. à déb. Urg.

No 507. — A céd. Trousse à dissect., tête incompl., livres de méd. du XVIIIe siècle, à n'importe quel prix.

No 508. — Jne doct. dés. client. sér., payerait grosse somme compt.

No 509. — L'Off. de Vulgar. pharmac., 5, rue de Tracy à Paris, dem. des agents de 30 à 40 ans, nettem. qualif. pour représ. aupr. du corps médic. de prov., div. spécialit. pharm. scientif. Appointem. fixes de début 22 à 24.000 fr. Situat. stable et d'aven. Ecr. avec référ. et curriculum vitæ : O.V.P., 5, rue de Tracy, Paris (2e).

No 510. — Canapé d'exam., faut., chaises cuir pour cabin. méd., tableau électr. cautère et lumière, courant continu av. transform., lavabo mural av. eau stéril. à volonté, avec robin. et pédales, etc. livres de méd. S'ad. Vve Stoltz, 9, rue du Commerce, à Montpellier.

No 511. — Riche ville industr. à céd. poste rapp. 100.000, à dévelop. appart. ou mais. à louer, av. salle d'opér., matér. chir. Conv. à chir. ou à méd. fais. chir. cour. ou acc. du trav.

No 512. — Fille et sœur de méd. cherche empl. comme garde, infirm., demois. de comp. ou employée de bureau.

No 513. — Meuse. Bon poste proph. à céd. grat. Cause santé. Urg.

No 514. — Ardennes. A céd. prix avant. 14/15 CV Chenard, Chassis long, torp. luxe, écl. et dém. électr. gros. pn., garant. parf. état.

No 515. — Dr 45 ans, ch. L. d'hon., gr. prat. client., toutes référ., libre tte la journ., cherche situat. d'assist, près conf. à Paris.

No 516. — A céd. à Paris, quart. bien, plus. client. et cabin. de consul. méd. générale, v.u., et gynéco, avec appart. confort. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 517. — Midi. Pet. ville sur gr. ligne ch. de fer., client. méd. génér. rapp. 30.000, pas frais locomot., loyer 1.200, mais. 6 p. et dépendances. Prix : 15.000. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

Défendez-vous ! Protégez-vous ! Instruisez-vous !

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, vous serez, pour peu que vous le désiriez, garantis contre la responsabilité professionnelle jusqu'à **Cent mille francs** ;

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, vous jouirez de tous les avantages que le « Sou Médical » accorde à ses membres, quand ils sont menacés ou lésés dans leurs intérêts professionnels ;

Et vous recevrez un journal, le *Concours médical*, qui, hebdomadairement, vous tiendra au courant, non seulement du mouvement scientifique, mis à la portée du praticien par des praticiens rompus à cette tâche, mai encore du mouvement professionnel auquel le praticien ne peut désormais demeurer étranger.

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, pour soixante-quinze francs par an, adhérez au SOU MÉDICAL (40 fr.) et abonnez-vous au CONCOURS MÉDICAL (35 fr.).

N.B. — Renseignements et documents : 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

MÉDECINE PRATIQUE

Les réinfections syphilitiques

MM. Petges et Léonard, de Bordeaux, publient comme un cas rare, dans le numéro d'août-septembre des *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, un cas de réinfection syphilitique.

Je les étonnerai certes beaucoup si je leur dis que j'en ai observé 4 cas depuis moins d'un an. Il est vrai que ce sont les premiers depuis huit ans que je pratique la vénéréologie, et que, suivant une loi commune en médecine, ils sont survenus en série.

I. M. L., 63 ans, cocher, a contracté la syphilis en 1903. Il a été soigné seulement pendant quelques mois. Il vient me voir en 1918 pour de la leucoplasie. Devant l'insuffisance du traitement suivi, je fais de 1918 à 1921 plusieurs séries de 914 intraveineux et d'huile grise.

Le 11 décembre 1924, M. L. se présente avec un chancre syphilitique du prépuce ; l'adénopathie inguinale est caractéristique, l'ultra-microscope est positif, la contamination remonte à trois semaines. A la 3e injection de 914, le chancre est cicatrisé.

II. M. M., 25 ans, colon, a contracté la syphilis en 1917. A été soigné très régulièrement. Tous les Wassermann sont négatifs. En août 1925, chancre

préputial survenu 18 jours après un coït. Adénopathie inguinale caractéristique. Ultra positif. Cicatrisation rapide par le 914.

III. M. C., 24 ans, représentant de commerce, a eu un chancre spécifique du sillon balano-préputial en mars 1921. Ne pouvant se soigner régulièrement à cause de ses déplacements professionnels, je lui fais depuis 4 ans un traitement sans interruption, à raison d'une injection d'huile grise tous les 5 jours environ, quand il rentre à T.... En avril 1925, il a un rapport avec une de ses clientes, vingt jours après il présente un chancre du sillon balano-préputial dans lequel les tréponèmes fourmillent. J'ordonne le tréparsol à prendre en voyage et l'huile grise pendant les séjours à T.... Cicatrisation rapide.

IV. Tout récemment, M. X., fonctionnaire d'un hôpital de Paris, où est installé un service de vénéréologie, se présente à ma consultation. Atteint de syphilis en 1913, il a subi, presque sans relâche, et je ne sais pourquoi, des injections de 914 depuis cette époque. La dernière série remonte à un mois et demi. Or, M. X. présente actuellement sur le prépuce un chancre syphilitique qu'il a pris pour un furoncle et qui date de 3 à 4 jours. Mais, fatalité ! M. X. est en voyage de noce ; il a enterré sa vie de garçon, il y a un mois, et ce jour-là, il a subi un entraînement malheureux qui a eu des conséquences désastreuses. L'adénopathie est caractéristique. Je ne fais pas d'examen à l'ultra parce que toutes sortes de topiques ont été appliqués sur la lésion ; mais elle est tellement caractéristique !

***

Evidemment, dans aucun des ces quatre cas, sauf le troisième, je n'ai fait moi-même le diagnostic de la première infection syphilitique. Mais rien ne nous autorise à penser qu'il y a eu erreur de la part du praticien appelé à la constater.

Quoi qu'il en soit, à mon avis, les réinfections syphilitiques sont moins rares qu'on ne le croit et je pense que les traitements modernes (914, bismuth), plus énergiques que les antiques mercure et iodure, sont infiniment plus aptes à guérir un syphilitique et que l'avenir, avec l'extension de ces méthodes, nous réserve des réinfections de plus en plus fréquentes.

Gilbert PIGNET.

CORRESPONDANCE

2866. — Accident survenu à un gardien de cimetière.

Un de mes clients, gardien de cimetière, est tombé le jour de la Toussaint au cours de son travail en faisant circuler la foule. Il en est résulté une entorse

du poignet gauche. Les bureaux dont dépend ce gardien lui disent que la loi sur les accidents du travail ne lui est pas applicable. Est-ce vrai ? N'a-t-il pas droit aux soins médicaux et pharmaceutiques ?

Dr A.

Réponse.

Votre client ne peut bénéficier de la loi sur les accidents du travail pour deux raisons. D'abord parce que les cimetières ne sont pas des entreprises industrielles ou des entreprises agricoles, auxquelles seules la loi sur les accidents du travail est applicable (exception faite pour les gens de maison). Et ensuite parce qu'un gardien de cimetière est un fonctionnaire et que les fonctionnaires ne peuvent cumuler le bénéfice de la loi sur les accidents du travail avec celui de la loi sur les pensions civiles.

Il se peut malgré tout qu'en vertu des règlements intérieurs de son administration, votre client ait droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques dans une certaine mesure et suivant certaines modalités, mais, en tout cas, vous n'avez pas d'action directe contre l'administration en paiement de vos honoraires.

Vous devez donc vous faire payer par votre client, sauf à remettre à celui-ci un reçu qui lui permettra d'exercer contre son administration les droits qu'il peut avoir.

2824. — Calcul de rente d'un blessé du travail, de sa veuve et de son enfant.

1° A quelle rente a droit un blessé du travail, incapacité 100 % dont le salaire annuel était de 5.230 francs.

2° En cas de décès résultant de ses blessures, à quelle rente aurait droit : *a*) sa veuve ; *b*) son fils âgé de 14 ans et jusqu'à quel âge.

Dr F.

Réponse.

Les rentes allouées aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit doivent être calculées sur l'intégralité du salaire annuel lorsque celui-ci ne dépasse pas 4.500 francs et sur le quart seulement du salaire pour la partie de celui-ci dépassant 4.500 francss.

Ainsi, dans l'espèce que vous nous soumettez, le salaire servant au calcul de la rente sera de :

4.500 plus (730 : 4) soit 4.682.50.

La victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité absolue (100 % et permanente a droit à une rente égale aux deux tiers du salaire annuel, soit, en l'espèce : 3.121,65.

Au cas où le blessé viendrait à mourir des suites de son accident, la veuve aurait droit à une rente de 20 % du salaire et l'enfant mineur, s'il n'en existe qu'un, à une rente égale à 15 % du salaire, soit respectivement : 936.50 et 702,40.

L'enfant mineur n'a droit à une rente que jusqu'à l'âge de 16 ans révolus.

2830. — Recouvrement d'honoraires sur une succession recueillie par l'Etat.

J'ai une note d'honoraires concernant une dame décédée. J'ai appris que, étant décédée sans héritier, c'était l'Etat qui devait prendre possession de ses biens. Un renseignement que j'ai pu obtenir m'avait donné l'adresse d'un avoué qui aurait été chargé de liquider la situation. J'ai écrit lettre sur lettre à cet avoué sans pouvoir obtenir de réponse, je m'adresse alors à vous pour avoir les renseignement suivants :

A qui doit-on envoyer une note d'honoraires due par une personne qui meurt sans héritiers directs et où peut-on avoir des renseignements sur la marche à suivre pour recouvrer cette créance ?

Dr X.

Réponse.

Si votre cliente est morte sans laisser d'héritiers ni de légataires, sa succession est tombée en deshérence et doit revenir à l'Etat. Celui-ci a dû se faire envoyer en possession par jugement du Tribunal civil, ce qui explique l'intervention d'un avoué.

Dans ces sortes d'affaires, l'État est représenté par le receveur des Domaines. C'est donc à lui que vous devez vous adresser pour vous faire payer.

Il est probable que l'avoué a transmis vos lettres au receveur, qui seul avait qualité pour y répondre.

Nous vous conseillons de faire une démarche auprès de lui et de demander à exercer sur l'actif de la succession le privilège que vous accorde l'article 2.101 du Code civil et la loi du 30 novembre 1892 pour frais de dernière maladie.

2622. — Impôts sur les revenus, patente, impôts divers.

a) Impôts fonciers : j'ai acheté en 1924 l'immeuble où j'exerce et duquel j'étais locataire. Il me semble que je doive déclarer en janvier un revenu sur propriétés bâties. Sur quoi me baser pour estimer ce revenu ? Sur mon ancien loyer ? ou sur la valeur locative selon le prix d'achat ? ou sur l'estimation de l'impôt foncier ? Ensuite, je puis défalquer aux dépenses professionnelles la moitié ou le tiers de ce revenu ; c'est bien d'accord ?

b) Je suis devenu depuis un mois nu-propriétaire d'une maison de campagne ; l'intégralité du revenu va à l'usufruitier. Il me semble que je n'ai rien à déclarer là-dessus. Ou bien faut-il que je déclare le revenu foncier, quitte à le déduire au chapitre des rentes payées à titre obligatoire suivant acte notarié enregistré ?

c) Dans les dépenses professionnelles, on fait rentrer l'imposition de la patente ; faut-il faire rentrer aussi le montant de l'impôt cédulaire, ou seulement

indiquer ce dernier pour la défalcation dans l'établissement de l'impôt général sur le revenu ?

d) Dans le projet de loi sur les biens oisifs, il est question d'un abattement de 50.000 fr. et de déduction de 30.000 pour épouse et de 10.000 pour enfant. Ces déductions se cumulent-elles ? Par exemple, un contribuable marié et père d'un enfant ne paiera-t-il l'impôt que pour la fraction excédant 90.000 francs ?

d) Un chalet en bois en bordure de la mer sur terrain en location appartenant à l'Etat est-il passible de taxe sur le revenu ? Habité par le propriétaire, il ne donne aucun revenu.

Dr X.

Réponse.

a) Pour éviter toute difficulté, déclarez le revenu net servant de base à la contribution foncière qui figure sur l'avertissement de 1925.

De vos revenus professionnels, vous déduirez, en effet, une fraction de ce revenu.

b) La nu-propriétaire ne perçoit aucun revenu, vous n'avez rien à déclarer ni comme revenu, ni comme rente à déduire.

c) La patente et l'impôt cédulaire doivent venir en déduction pour l'établissement du bénéfice professionnel.

d) Dans le projet de loi sur les biens oisifs, l'abattement serait de 30.000 fr. plus 10.000 fr. par enfant ; il n'est pas question d'une déduction de 50.000 fr. se cumulant avec ces abattements.

e) Nous supposons que le chalet en question est une simple cabine occupée pendant la journée et dont les dimensions sont restreintes (2 ou 3 mètres de côté) et qu'il ne constitue pas une habitation comportant plusieurs pièces.

Ces cabines facilement transportables ou démontables pour être mises à l'abri pendant l'hiver ne sont pas considérées comme des immeubles passibles de la contribution *foncière*, même lorsqu'elles reposent sur des pilotis enfoncés dans le sable.

Tant que ce chalet ne sera pas loué, vous ne supporterez aucun impôt (autre cependant que la taxe locale qui peut être perçue par la ville).

Si le chalet était loué, le produit de la location, sous déduction des frais, *constituerait un bénéfice* passible de l'impôt cédulaire des professions non commerciales et, par suite, de l'impôt général sur le revenu.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

Application du Tarif Breton.

2750. = A) Transport d'un blessé ; B) Son déplacement.

1° J'ai soigné en 1924 un accidenté du travail (section des tendons extenseurs de la main droite) domicilié à 8 kilom. de mon cabinet.

Ce blessé devant être opéré *sous chloroforme*, je l'ai conduit en auto à B. chez un chirurgien et je l'ai ramené chez lui.

Puis-je réclamer le prix du transport à l'assurance, ou dois-je le réclamer au blessé et celui-ci pourra-t-il se faire rembourser par l'assurance ?

J'aurais peut-être pu faire venir le chirurgien chez le blessé ; mais celui-ci qui est bûcheron, habite dans une cabane sans fenêtre ; mais les frais de déplacements au compte de l'assurance auraient été au moins aussi élevés.

2° J'ai fait un certain nombre de visites à ce blessé. L'assurance m'objecte qu'il pouvait se déplacer ; mais peut-on obliger un blessé à faire le chemin à pied, quel que soit le temps (il n'y a pas de moyen de locomotion publique du domicile du blessé au mien) pour venir au cabinet du médecin ?

3° Le blessé peut-il se faire rembourser par l'assurance ses frais de déplacement ?

4° Peut-on compter l'ablation avec anesthésie locale d'un ongle entièrement adhérent, sauf au niveau de la matrice (tourniole) comme compris dans le prix de la visite (art. 28 *bis*), ou existe-t-il un tarif spécial pour cette petite opération.

Il me semble qu'il doit s'agir au moins d'une visite prolongée. Dr M.

Réponse.

1° Le prix du « transport d'un blessé n'est plus une question de tarif Breton, tarif médical. Vous rentreriez là dans le droit commun, comme un « loueur de voiture improvisé », ainsi que je l'ai déjà maintes fois expliqué. De plus, dans un cas de plaie de la main, le blessé « ne pouvait-il se rendre chez le chirurgien sans inconvénient pour sa santé », ainsi qu'il est dit à la première ligne elle-même du tarif Breton ?

2° Il s'ensuit que je crains du tirage pour que l'on vous paye les frais de transport du blessé et encore plus vos propres déplacements pour les visites consécutives.

3° Pour un blessé, il est plus facile, *a priori*, de réclamer des frais de transport ou des frais de déplacement, s'il est prouvé qu'il fût obligé de se faire transporter de façon ou d'autre. Ce sont là des questions de fait et de circonstances à interpréter pour chaque cas d'espèce.

4° L'ablation d'ongle est « compris dans le prix de la visite ou consultation ». Voir le tableau terminal de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *et* 10 *novembre*.

Médecine militaire.

Circulaire ministérielle du 9 novembre autorisant les dentistes militaires de 2e classe de réserve des troupes coloniales à accomplir en situation d'activité des stages aux colonies.

(*Voir la suite page XLIII-2787*)

PROPOS DU JOUR

L'évolution de la profession médicale en un demi-siècle et les conditions d'existence actuelles du médecin praticien dans le Sud-Est de la France

Un de nos correspondants qui exerce dans le Midi de la France (Région du Sud-Est) nous adresse les renseignements intéressants sur l'évolution de la pratique médicale dans son pays et la situation actuelle du praticien. Il cite les noms des localités et des confrères de qui il a tenu les renseignements qu'il nous donne, mais il nous prie de ne pas les publier, pas plus du reste que son propre nom.

Sa lettre, d'une grande sincérité, concorde parfaitement avec ce que nous avons pu apprendre nous-même, car nous sommes le sixième médecin de notre famille et trois de nos parents, dont notre père, ont rempli pendant la plus grande partie de leur vie la profession de médecin de campagne.

Voici les détails, précis et contrôlés, que nous fournit notre correspondant sur l'évolution de la médecine dans la région depuis 1870 et la situation actuelle du praticien dans le Midi. S. E.

3 novembre 1925.

Honoré confrère,

Puisque vous demandez des documents sur l'évolution de la profession médicale, voici quelques constatations à ce sujet.

En 1870 un médecin, dans nos régions, gagnait de trois à quatre mille francs par an ! La visite était à un franc. Ces chiffres m'ont été fournis par mon père, qui les tenait du Dr A. (décédé en 1876). Le Dr A. était alors le médecin réputé du pays et celui qui avait la clientèle la plus nombreuse. Lorsque je me suis installé en 1898, un médecin gagnait environ cinq mille fr. par an, exceptionnellement plus. Je tiens ces chiffres du Dr R., ancien externe des hôpitaux de Paris, qui faisait la petite et la moyenne chirurgie, et était considéré comme bon accoucheur et de M. S. (marchand de charbons), qui avait été chargé de vendre la clientèle du Dr X., exerçant dans le chef-lieu d'arrondissement. M. S. ajoutait : « Je croyais que les médecins gagnaient plus que cela, mais j'ai vu les livres ». Le Dr X. cessa d'exercer vers 1900. Comme je soignais ses beaux-parents à B..., et que nous avions l'occasion de nous voir souvent, il m'offrit son poste, me déclarant que, jeune et actif, je pourrais arriver à 7.000 fr.

Au chef-lieu du département, le Dr B., ancien interne des hôpitaux de Montpellier, gagnait environ 8.000 fr. par an, vers 1900. Je tiens ces chiffres du Dr D., mon ami et condisciple, alors médecin adjoint à l'asile d'aliénés, et qui voyait assez souvent le Dr B. Ces chiffres sont donnés par des médecins qui n'avaient aucune raison de plastronner, et de montrer des recettes hors de proportion avec les honoraires habituels. Lors de mon installation, j'ai reconnu que ces chiffres étaient parfaitement exacts. Ils représentaient les recettes brutes moyennes du praticien de nos régions : à la campagne, dans la petite ville, dans la ville moyenne. Ils s'appliquaient à des recettes brutes et ne tenaient nullement compte des dépenses. Si les médecins avaient établi une balance commerciale entre leurs gains professionnels et leurs dépenses, ils auraient été en déficit. Mais presque tous avaient une petite fortune personnelle, et en ajoutant leurs revenus, ils bouclaient leur budget, et même faisaient de petites économies.

Au moment de la déclaration de guerre, les tarifs avaient été augmentés depuis 2 ans. Le médecin arrivait à gagner à la campagne sept à huit mille francs par an au lieu de cinq à six mille.

Avec ces gains il arrivait à vivre. Certainement, dans l'ensemble quelques-uns gagnaient plus, pour des raisons extra-médicales, que vous connaissez aussi bien que moi, et dans lesquelles la valeur professionnelle et morale tient peu de place ; un beau discours est toujours plus apprécié qu'un diagnostic exact.

Actuellement les tarifs ont triplé, par suite le médecin de campagne doit théoriquement gagner environ vingt mille fr. par an. Il faut d'ailleurs distinguer entre le médecin qui voit une clientèle éparpillée sur un rayon assez étendu, et celui dont la clientèle est assez groupée. Le premier fait un chiffre d'affaires plus important que le second à cause de l'indemnité kilométrique. De plus voyant deux malades sur la même route, il ne compte plus de visite de passage et applique le plein tarif. Ces médecins arrivent au chiffre de 40.000 fr. par an. J'en connais. Ils sont l'exception. Arrive aussi à un chiffre de trente à quarante mille le médecin qui se trouve seul dans un petit pays où deux médecins vivaient avant la guerre. Mais dans l'ensemble le chiffre de vingt mille est une moyenne qui doit être tenue comme exacte.

Quel est l'avenir réservé à notre profession ?

Considérez d'abord comment elle a évolué depuis quinze ans. Un phénomène économique l'a totalement transformée et sur lequel on n'insiste pas

assez : c'est la facilité des moyens de transport. Autrefois le médecin pouvait compter sur un noyau de clientèle à peu près obligatoire. Il n'en est plus ainsi. Dans un petit pays où se trouve un médecin, viennent facilement et rapidement tous les médecins des environs. Le malade chronique ne se fait plus soigner par le médecin de son pays. Il va consulter à la ville. Le tuberculeux va au dispensaire. De moins en moins le praticien intervient pour des opérations de moyenne et petite chirurgie. Tout praticien assez adroit de ses dix doigts arrivait à faire un certain nombre d'interventions. Parmi celles que j'ai pratiquées avec succès, je puis citer : trachéotomie, hernie étranglée, phlegmon du ligament large, amputation, curettage, empyème, etc., laissant seule la grande chirurgie au chirurgien de la grande ville ayant clinique et service d'hôpital.

Actuellement, même pour un petit lipome, on va à la clinique : « Vous comprenez, c'est plus sûr, et nous voulons être sûrs ». La moindre conjonctivite va au spécialiste. Il n'est pas rare d'apprendre par la rumeur publique qu'un malade, avec lequel on entretient même des relations d'amitié, a filé à la clinique pour un ongle incarné, ou un kyste sébacé ! C'est à peine si, devant une parturiente qui saigne et réclame une intervention immédiate, l'entourage ne vous arrête pas pour attendre l'arrivée du spécialiste !

La question économie n'est actuellement plus en jeu. Il n'y a plus d'argent : il n'y a que des papiers à valeur journellement décroissante. Les papiers n'ont jamais joui d'aucune estime chez le paysan, et maintenant moins que jamais. Aussi le paysan dépense, mais le praticien en profite un peu. Le champ d'activité du praticien est réduit par ces causes principales: importance des spécialistes, facilité des moyens de communication, désir de se débarrasser d'un papier sans valeur.

Et cependant certains arrivent à tirer des profits dans les mêmes conditions de vie où d'autres végètent. Mais ceci est une autre histoire : permettez-moi de ne pas insister.

Dr M.

Nous remercions vivement notre confrère. Il nous démontre que, dans le Midi de la France, la situation des médecins praticiens qui, sauf de rares exceptions, était très précaire depuis plus de cinquante ans, l'est encore. Les honoraires du médecin en Provence n'ont jamais permis aux médecins de vivre, ni d'élever leur famille, ils ont servi et servent encore d'appoint aux revenus de petites fortunes personnelles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INFLUENCE DE L'INTESTIN SUR LE SYSTÈME NERVEUX

Par L. Pron.

Tout comme l'estomac, dont j'ai étudié autrefois les retentissements sur la sphère psychique (1), l'intestin est susceptible de produire des perturbations diverses et souvent marquées dans le fonctionnement du système nerveux.

I. Intestin et état mental.

Dans le domaine mental, il est banal de rappeler que les dyspepsies chroniques s'accompagnent fréquemment d'hypocondrie, d'émotivité, de cauchemars (terreurs nocturnes chez les enfants), d'asthénie intellectuelle, d'amnésie passagère, d'irritabilité, etc... Certains états aigus peuvent même amener du délire, qui cède d'ailleurs immédiatement après un vomissement libérateur.

Si l'action de l'intestin est, à ce point de vue, moins bruyante, elle se fait néanmoins sentir quelquefois à un haut degré.

A titre d'exemple, je rapporterai le cas suivant qui m'a été communiqué en 1920 par le Dr Charpentier, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre. « Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, qui, à la suite d'une contrariété d'ordre sentimental, éprouvée à l'occasion d'une noce où elle avait été invitée, était tombée dans un état de dépression avec demi-mutisme, hostilité à l'égard de ses parents, dégoût de toute occupation. Cet état alla en empirant, se compliqua d'agitation. C'est à ce moment que je fus appelé. Je la trouvai dans un état de *confusion mentale* avec quelques idées de persécution, hallucinations auditives, très légère augmen-

(1) *Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychologiques*, deuxième édition remaniée (1904) de ma thèse inaugurale. (Librairie Rousset.)
Les retentissements psychiques des gastropathies et leur pathogénie. (*Monde médical*, août 1920.)

tation de température (37°8 à 38°2), langue saburrale, insomnie, agitation. Voici ce que j'appris par un interrogatoire serré des parents. Cette jeune fille était, depuis des années, une grande constipée atonique. Très attentive à sa santé, elle soignait régulièrement sa constipation. A la suite de sa contrariété de la noce, elle se dégoûta de tout et négligea son traitement intestinal. Le résultat fut qu'elle resta plusieurs jours sans libérer son intestin, et la coprostase fit de rapides progrès, entraînant une toxémie, qui s'attaqua chez elle au cerveau (peut-être prédisposé héréditairement, bien que je n'aie rien trouvé à ce sujet). Cette interprétation pathogénique se trouva rapidement confirmée par le traitement. Des purgations répétées amenèrent une amélioration relativement rapide de l'état mental, amélioration qui fut complétée par une cure à Châtel-Guyon. »

Voilà donc un cas de folie passagère, due à un trouble intestinal banal.

La stase intestinale peut déterminer des conséquences plus durables dans la sphère mentale. PAUCHET a rappelé récemment (1) que « POTTON, chirurgien américain attaché à un asile d'aliénés, a recherché systématiquement la stase intestinale chez les aliénés et les psychiques. Le nombre des stasiques abdominaux est formidable. L'opération, pratiquée chez la plupart d'entre eux, a amené l'amélioration et la guérison de quelques-uns ». Chez ceux-là, le rôle de l'intestin était démontré de façon presque expérimentale.

Dans la banale ptose intestinale, il est fréquent d'observer de la *dépression mentale* au bout d'une heure de station verticale, en conséquence du tiraillement exercé sur les plexus abdominaux, principalement sur le plexus solaire, tiraillement qui fait sentir son action sur la moelle épinière et, de là, sur le cerveau, outre les communications entre le pneumogastrique et son origine bulbaire.

La *neurasthénie* est l'aboutissant, dans une proportion beaucoup plus grande qu'on ne le croit, des petites lésions anales : fissure, fistule, anusite chronique, etc., qui empoisonnent littéralement la vie du malade.

II. Intestin et système nerveux central.

Le *vertige* d'origine gastrique est très discuté actuellement ; on tend à rattacher à l'oreille la plupart des cas constatés, qu'on attribuait, depuis TROUSSEAU à l'estomac.

Il semble pourtant que certains d'entre eux dépendent bien, au moins partiellement, de l'estomac, tel le suivant, que j'ai rapporté récemment (2) : Mad. de S. se plaint de vertige ; elle va consulter un otologiste qui lui découvre deux volumineux bouchons de cérumen ; il l'en débarrasse, et le vertige disparaît. Il semblait donc que l'oreille fût seule en jeu. Or, un mois plus tard, le vertige réapparaît. La malade vient me consulter ; je constate du clapotage gastrique à 4 heures du soir, un cæcum douloureux et de l'empâtement de l'S iliaque, c'est-à-dire des anomalies gastro-intestinales. Un traitement adéquat, dirigé uniquement contre ces troubles, fit disparaître le vertige en une dizaine de jours ; la preuve de l'origine digestive était donc faite.

De l'estomac et de l'intestin, lequel était le coupable ? Pratiquement, peu importe.

Il y a un vertige intestinal et un vertige gastrique. LOEPER va même jusqu'à distinguer, dans le vertige intestinal, celui dû à la résorption de produits hypotenseurs et celui par hypertension, qui serait de nature réflexe (1). C'est aller sans doute un peu loin. Si les causes du vertige intestinal sont nombreuses, et, parmi elles, il convient de mentionner la constipation simple, l'entéroptose, la colite et ses variétés, la typhlatonie, la pneumatose par aérocolie chez les aérophages, la compression ascendante de l'estomac en masse par le côlon transverse ou la compression latérale gauche par la moitié gauche du transverse bourré d'air — il semble qu'on soit autorisé seulement à distinguer le vertige, de nature ou d'origine toxique, et le vertige réflexe ou mécanique, ce dernier étant de beaucoup le plus fréquent.

Le vertige peut se montrer quelquefois subit et violent, au point de provoquer de la *lipothymie* ; dans certains cas, celle-ci se manifeste seule. C'est ainsi qu'un de mes malades, âgé de 66 ans, ui accusait de l'entérite depuis 20 ans, qui avait, au moindre écart de régime trois ou quatre crises diarrhéiques par an et qui avait fait quatre saisons à Châtel-Guyon, eut une perte de connaissance au cours d'une de ces crises. Ce patient avait de l'hypertension (20/13), qui constituait un facteur favorisant le trouble dynamique ou circulatoire cérébral.

MILLON et MARRE (2) ont vu également certaines crises coliques s'accompagner de syncope. LUIS Y YAGUE a fait la même constatation, qu'il explique par le fait que d'un même noyau mésobulbaire partent des fibres du pneumogastrique, qui vont d'une part, au côlon jusqu'à l'angle splénique et, d'autre part, au système circulatoire.

Il n'est pas rare d'observer une lipothymie après une exonération intestinale abondante — ou après une selle normale chez les sujets conva-

(1) Société de médecine de Paris (13 février 1925), p. 101 du *Bulletin*.
(2) *La science médicale et sa valeur* (1925), p. 61.

(1) *Leçons de pathologie digestive*. Deuxième série 1912), p. 180.
(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif* novembre 1910, p. 644.

lescents. URRUTIA a noté le fait chez un malade atteint de mégacôlon.

Chez certains *épileptiques*, HARTENBERG (1) a vu l'absorption d'un purgatif être suivie de *crises*. Cette action mérite d'être notée par les praticiens et doit les rendre circonspects dans l'emploi des purgatifs, quelle qu'en soit la nature, dans cette classe de malades.

Comme autres manifestations d'un mauvais fonctionnement ou d'un trouble irritatif de l'intestin sur le système nerveux central, je mentionnerai les *troubles du sommeil*, dus à l'auto-intoxication, soit stercorale, soit consécutive à la résorption de produits de sécrétion ou de substances alimentaires mal élaborées ; cette dernière condition se rencontre surtout dans la rétention duodénale par sténose ou par simple ptose — et la *tétanie*, dans la sténose incomplète du côlon (2).

III. Intestin et système nerveux périphérique.

BOUCHET et LAMY (de Lyon) ont consacré, il y a quelques années, un important travail (3) aux gastro et entéroradiculites. A côté des crises gastriques ou intestinales du tabès, qui répondent à leur forme la plus connue, ces auteurs insistent sur le fait qu' « il en est d'autres, généralement ignorées et trop souvent confondues avec des gastro ou entéropathies, symptomatiques de lésions propres de l'estomac ou de l'intestin », et cela en raison de leur caractère de continuité ou de longue durée.

Indépendamment de leurs manifestations viscérales, ces entéroradiculites déterminent, dans la périphérie de l'organisme, des symptômes consistant généralement en *douleurs vives*, qui siègent aux flancs, aux aines, à la région lombaire et qui affectent parfois un caractère d'*hyperesthésie superficielle*, rendant pénible le simple contact des vêtements.

Mais il n'y a pas que la syphilis, qui soit capable de provoquer ces entéroradiculites ; celles-ci peuvent être la conséquence d'une intoxication intestinale ou d'une inflammation chronique d'un segment de l'intestin. C'est ainsi que la sigmoïdite peut, par la voie lymphatique, amener de la névrite du nerf iléohypogastrique, qui passe derrière l'S iliaque, névrite qui se traduit par des douleurs cutanées, siégeant sur le côté interne de la crête iliaque — et de la radiculite du plexus lombo-sacré, qui provoque des douleurs au sacrum, aux fesses et aux jambes.

(1) Société de médecine de Paris, 11 juin 1920, p. 276 du *Bulletin*.
(2) *Archives des maladies de l'appareil digestif*, août 1908, p. 453.
(3) *Idem*, janvier 1921.

La typhlite ou l'inflammation chronique de l'angle colique droit est souvent cause de douleurs cutanées et musculaires de la région lombaire simulant le *lumbago*, par névrite du rameau perforant postérieur du nerf sous-costal. Une simple pression sur le haut du côlon ascendant augmente la douleur lombaire ; celle-ci ne peut être guérie que par un traitement visant l'intestin.

La colite de l'angle droit peut également amener une hyperesthésie circonscrite sous la douzième côte, accompagnée ou non de paresthésie cutanée. Le fait serait si fréquent, selon MAYR, que devant tout cas de lumbago droit ou de douleur sacrée, il faut penser, non au système nerveux mais à l'angle sous-hépatique.

Il est banal de rappeler que, principalement chez la femme, la ptose du cæcum, la stase cæcale ou la colite droite, est une cause fréquente de *névralgie crurale droite*, localisée à la face interne du membre.

MATIGNON (1) a insisté sur la *pseudo-colique hépatique* et le *point sous-scapulaire*, qu'on rencontre chez certains entérocolitiques ou autres malades de l'intestin, dont le haut du côlon droit est bourré de gaz ; la compression du foie, du diaphragme et de la base pleuropulmonaire, qui résulte de cette distension gazeuse, peut même déterminer un *point pleurétique* violent avec dyspnée, mais sans frisson, ni élévation thermique. Ces douleurs d'origine gazeuse peuvent se localiser ailleurs, c'est-à-dire aux lombes et aux membres inférieurs ; leur caractéristique est leur disparition brusque après l'émission de gaz.

J'ai vu, au début de 1921, un commandant, âgé de 43 ans, ayant toujours eu un tube digestif fragile, et qui se plaignait, depuis quelque temps, de gêne post-prandiale, de vertige et de serrement épigastrique. Depuis trois semaines, il éprouvait, régulièrement, vers 6 heures du soir, du *fourmillement acrodigital* à la main droite en même temps que de la lourdeur dans l'avant-bras ; ces deux symptômes étaient modifiés par le simple déplacement d'un gaz intestinal. Il serait peut-être difficile d'en expliquer anatomiquement le processus physiologique.

Au cours des septicémies colibacillaires, la *polynévrite* constitue une complication banale ; mais c'est là un état morbide relativement rare. J'ai voulu surtout mentionner les manifestations nerveuses des états pathologiques courants de l'intestin.

(1) *Idem* (1920, p. 543).

CLINIQUE CHIRURGICALE

La pronation douloureuse des enfants

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Vous n'avez certainement pas oublié, Messieurs, cette fillette qui nous a été amenée par sa mère à notre dernière consultation pour une impotence douloureuse du bras droit qu'elle présentait depuis la veille ; le récit des circonstances à la suite desquelles s'était manifestée cette affection et l'examen rapide du membre lésé m'ont aisément fait reconnaître qu'il s'agissait là d'un cas de pronation douloureuse, affection qui n'est autre chose qu'une luxation incomplète de la tête radiale par élongation, accident tout à fait bénin, s'observant très fréquemment chez les jeunes enfants, et dont il n'a pas été difficile de soulager la jeune malade, ainsi que vous avez pu le constater.

Je vais aujourd'hui revenir quelque peu sur cette affection, qui bien qu'elle soit caractérisée par une étiologie et par une symptomatologie toutes particulières, et qu'elle se distingue également par une curabilité immédiate, est généralement assez mal connue et de même assez mal traitée, vous en connaîtrez dans un instant les raisons. Comme vous rencontrerez certainement de nombreux cas de cette pronation douloureuse au cours de votre pratique médicale, il convient que vous n'ignoriez pas ce qu'est cette affection, que vous puissiez la diagnostiquer, la soigner comme il faut, et ne pas commettre de grossières erreurs de pronostic ainsi que de traitement.

Mais, avant de vous exposer en quoi consiste la pronation douloureuse, il faut que je vous rappelle en quelques mots l'observation de notre petite malade, car elle vous donnera une très bonne idée des conditions dans lesquelles survient cette lésion, des symptômes qui la caractérisent, et de la façon dont on la guérit.

Louise H., âgée de trois ans et demi, rentrant de la promenade avec sa mère, montait un escalier lorsqu'elle fit un faux pas en essayant de franchir une marche : afin de l'empêcher de tomber, sa mère la retint par le bras droit sur lequel elle exerça une traction assez violente. L'enfant poussa aussitôt un cri, et à partir de ce moment ne cessa de se plaindre de douleurs vives dans le bras tiraillé qu'elle ne parvint plus à remuer.

Vous vous souvenez de l'attitude que présentait l'enfant quand elle nous a été amenée, et qui n'avait pas, paraît-il, changé depuis la veille, date de l'accident : son bras était immobile, reposant le long du corps ; l'avant-bras légèrement fléchi était en pronation, la face palmaire regardant la hanche, et la petite malade, qui accusait toujours des douleurs, mais un peu moins fortes il est vrai, soit qu'elle ne le pût, soit qu'elle redoutât de souffrir, se refusait à exécuter d'elle-même le moindre mouvement. L'enfant n'abandonnait qu'avec crainte son bras à l'examen, et lorsqu'on cessait de le soutenir, il retombait comme paralysé.

Pourtant, ce membre ne présentait extérieurement absolument rien d'anormal : il n'y avait en effet ni rougeur, ni gonflement, ni déformation d'aucune espèce ; il n'existait pas non plus de mobilité anormale, ni de crépitation, non plus que de points douloureux, sauf cependant au niveau de l'articulation radio-humérale. Enfin, tous les mouvements passifs s'exécutaient aisément, excepté celui de supination, qui provoquait une douleur assez vive.

En résumé, notre petite malade nous présentait une pronation permanente de l'avant-bras droit avec une impotence douloureuse, sans aucune lésion apparente : le diagnostic, étant données les circonstances qui avaient présidé à l'apparition de ces lésions, c'est-à-dire une traction violente sur le membre supérieur droit au moment d'une chute, était des plus simples, il s'imposait pour ainsi dire. Je vous ai dit immédiatement qu'il s'agissait là d'une luxation de la tête radiale par élongation, plus communément désignée du nom de pronation douloureuse, accident tout à fait bénin, dont la guérison allait être l'affaire de quelques secondes.

En effet, saisissant l'avant-bras de l'enfant avec la main droite, pendant que la gauche maintenait le coude, le pouce étant placé en avant sur l'articulation radio-humérale, j'ai d'abord porté cet avant-bras en extension et en supination complète, puis je l'ai fléchi totalement sur le bras.

Au cours de ces manœuvres, mon pouce gauche, appliqué sur la tête radiale a perçu un ressaut caractéristique, ce qui m'a indiqué que la réduction s'était effectuée. En effet, toute douleur ayant cessé, l'enfant, comme vous avez pu vous en rendre compte vous-mêmes, a repris immédiatement l'entière possession de tous les mouvements de son membre.

La pronation douloureuse, dont je viens de vous présenter un cas tout à fait démonstratif, est une affection connue depuis bien longtemps

déjà, puisque dès 1751 elle fut signalée par Duverney, et étudiée plus complètement par Fournier, dix ans plus tard. Ces auteurs avaient d'ailleurs bien reconnu en quoi elle consistait, et de quelle manière, il convenait de la traiter, car les manœuvres de réduction qu'ils préconisèrent contre cette « élongation du radius par relâchement des ligaments » sont encore celles qui sont usitées de nos jours.

Malheureusement, les idées pathogéniques de Duverney et de Fournier, acceptées pendant très longtemps sans conteste, furent attaquées ultérieurement par différents auteurs, dont les conceptions ne servirent qu'à embrouiller cette question éminemment simple, tout en contribuant à en rendre la thérapeutique beaucoup moins précise. C'est ainsi, qu'en 1842, Goyrand (d'Aix), ayant remarqué que certains des petits malades, présentants de l'impotence occusaient de la douleur au niveau du poignet (symptôme qui s'observe en effet dans quelques cas) soutint que la lésion siégeait non pas au coude, mais au poignet et qu'il s'agissait d'une luxation du cubitus sur le fibro-cartilage triangulaire, ce qui impliquait par suite des manœuvres de réduction toutes opposées. Quelques années plus tard, en 1856, Chassaignac, crut devoir mettre les accidents observés sur le compte d'une paralysie temporaire relevant d'une élongation des nerfs du plexus brachial, et comme il avait pu constater que cette paralysie rétrocédait d'elle-même au bout d'un temps plus ou moins long, il affirma par suite l'inutilité complète de toute espèce de thérapeutique active.

Bien que tout ce que je vous ai déjà dit, et que surtout la brusque disparition des accidents sous l'influence des manœuvres de réduction soient autant de preuves qui militent contre cette théorie pathogénique, qui devrait être actuellement reléguée dans le plus juste des oublis, elle est encore malheureuseement admise par un certain nombre d'auteurs, qui croient devoir décrire une « paralysie douloureuse des jeunes enfants » et la soigner par une véritable expectation désarmée, ainsi que le fait observer si justement Grisel. Et c'est ce qui vous explique pourquoi, ainsi que je vous le disais il n'y a qu'un instant, la pronation douloureuse est encore souvent méconnue quant à sa nature propre et partant non traitée.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que tous ceux qui reconnaissent qu'il s'agit bien d'une lésion articulaire siégeant au niveau de l'articulation radio-humérale soient d'accord pour admettre la même pathogénie. En effet, par suite du défaut des constatations directes ou de pièces d'autopsie, elle ne peut forcément, qu'être assez obscure, et l'on n'a pu qu'avancer un certain nombre d'hypothèses, dont certaines, il est vrai, ont été vérifiées par l'expérimentation sur le cadavre ; je ne vous les énumérerai certes pas toutes, et me bornerai à vous signaler les plus importantes.

Pour certains auteurs, comme Monteggia et Dugès, la tête radiale serait seulement subluxée en avant ; pour d'autres, comme Martin (de Lyon), elle le serait au contraire en arrière. Pour Gardner, la tubérosité bicipitale du radius, ainsi que le tendon qui la recouvre, s'enfoncerait très profondément à la suite d'un mouvement de pronation trop accentuée et resterait alors accrochée par le bord tranchant du cubitus. Strenbel fait intervenir l'interposition de la capsule articulaire entre la tête radiale et la petite fossette sigmoïde, et Perrin l'accrochement de la cupule du radius contre l'arête qui délimite en bas cette fossette ; pour Denucé, il s'agirait d'un pincement du cul-de-sac synovial sous-jacent à l'articulation radio-cubitale supérieure, qui, dans la pronation forcée, se serait insinuée dans l'orifice formé entre le bord antérieur du ligament carré, et le bord inférieur du ligament annulaire, et y resterait pincée au moment où l'avant-bras tend à reprendre sa position normale.

Pingaud, qui s'est inspiré des idées de Duverney, a soutenu que le déplacement consistait en une subluxation verticale de la tête du radius, le ligament annulaire distendu ayant laissé passer au-dessous de lui cette tête, et étant venu par son bourrelet inférieur s'interposer entre la cupule et le condyle huméral. Cette dernière interprétation des faits, qui paraît des plus plausibles, est assez généralement adoptée ; pourtant, les recherches de Broca et de Kirmisson, ainsi que les expériences cadavériques de Lefebvre (de Lille) semblent montrer qu'elle ne peut se rapporter à l'universalité des cas. Aussi convient-il de reconnaître que le mécanisme de la pronation douloureuse n'est pas toujours le même, mais qu'il comporte plusieurs variétés. Dans un premier degré, il se produit un simple pincement de la synoviale, la tête restant en place ; dans un deuxième, qui est le plus fréquent de tous, la tête glisse au-dessous du ligament annulaire, et vient se placer dans le bourrelet synovial ; enfin dans le troisième degré, qui ne se voit qu'assez rarement, la tête déchire le bourrelet, abandonne tous ses rapports normaux et se subluxe en avant.

Ce qu'il convient que vous reteniez de tout cet exposé pathogénique peut-être un peu difficile à suivre, c'est que dans la très grande majorité des cas, il s'agit bien d'une luxation par élongation comme l'a soutenu Pingaud, mais qu'il existe également deux autres mécanismes, pincement de la capsule et subluxation en avant, qu'il faut admettre, bien qu'ils ne puissent répondre qu'à un très petit nombre de faits.

Si la pathogénie de la pronation douloureuse

est quelque peu obscure, il n'en est pas de même de son étiologie et de sa symptomatologie. C'est en effet presque toujours dans des circonstances identiques que l'accident se produit, avec ses deux caractères essentiels d'apparition soudaine et d'origine traumatique. Il s'agit dans la plupart des cas, d'un jeune enfant, marchant à côté de ses parents, que l'on tire brusquement par le bras pour lui faire franchir un ruisseau, pour le soulever au-dessus du rebord d'un trottoir, ou pour lui éviter une chute lors d'un faux pas. Plus rarement, l'enfant était tout seul, et c'est à la suite d'une fausse manœuvre au cours d'une excursion à quatre-pattes, ou d'un écroulement interrompant une promenade le long des chaises, qu'il est tombé le bras sous lui en pronation forcée. Parfois, l'accident est beaucoup plus minime en apparence, et l'on se trouve alors en présence d'un jeune enfant sur l'avant-bras duquel on a exercé une traction pour l'engager dans une manche trop étroite.

Quelles qu'aient pu être d'ailleurs les causes de l'accident, les phénomènes observés sont toujours les mêmes : immédiatement après la traction, pendant laquelle s'est produite un petit craquement dans l'avant-bras, qui est presque toujours perçu par la personne qui lui tenait le poignet, l'enfant pousse un cri, et à partir de ce moment, il cesse de se servir de son bras qu'il rapproche et applique le long du corps, le coude dans une flexion légère associée à une attitude de pronation complète. Le bras est tenu immobile, et au moindre mouvement, l'enfant se met à pousser des cris de douleurs : dès que l'on veut s'approcher de lui pour lui regarder le bras, il jette de nouveaux cris, d'où la dénomination de pronation douloureuse qui caractérise si justement cette affection.

Cependant, si l'on vient à procéder à l'examen du petit malade, on ne découvre aucune lésion ; il n'y a pas d'ecchymoses, pas de déformation, pas de gonflement, et il n'existe pas non plus de déplacement des divers segments du membre : l'immobilité n'est d'ailleurs pas absolue, car seul le mouvement de supination volontaire est aboli. Les phénomènes douloureux qui étaient si intenses au moment de l'accident n'ont pas tardé à diminuer dans les heures qui ont suivi, et bientôt, ils ne sont plus provoqués que par les tentatives de correction de l'attitude permanente ainsi que par la pression exercée au niveau de l'articulation radio-humérale à la partie externe du pli du coude. Et à ce sujet, je dois vous signaler que, dans quelques cas, ce n'est pas dans cette région, mais au poignet, à l'articulation radio-cubitale que la pression détermine de la douleur.

La sensibilité cutanée est demeurée intacte, un peu exagérée même au début, et l'examen électrique, venant en confirmation du simple examen clinique, montre la parfaite intégrité de tous les groupes musculaires. Quant à la radiographie, dont le secours est généralement si utile dans les cas de fracture ou de luxation, elle ne peut donner ici aucun renseignement, car le déplacement osseux est très faible, et les extrémités osseuses encore *cartilagineuses ne sont* représentées sur l'image que par les ombres isolées de leurs points d'ossification ; peut-être pourrait-elle donner des épreuves plus intéressantes dans les cas exceptionnels où le malade serait un peu plus âgé.

Bien que constituant une lésion propre à l'enfance, la pronation douloureuse ne se rencontre pas indifféremment chez tous les enfants ; elle s'observe surtout dans la première enfance, vers l'âge de deux à trois ans, et l'on cesse de la rencontrer après sept ou huit ans. Elle est plus fréquente chez les fillettes que chez les garçonnets (137 cas sur 208), et chez celles-ci, ce serait presque toujours le bras gauche qui serait atteint, alors que les garçons présenteraient plutôt la lésion au niveau du bras droit.

Broca a donné une explication assez amusante de cette différence de localisation ; la mère, portant son panier ou ses paquets du bras gauche, tient et tord de sa main droite le poignet gauche de la plus jeune de ses filles qui l'accompagne ; au contraire, le père au cours de sa promenade dominicale avec sa famille fait de la main droite des moulinets avec sa canne et de sa main gauche tient et tord l'avant-bras droit de son garçon.

La pronation douloureuse présente un grand caractère de bénignité, car sous l'influence du mouvement approprié, soit spontanément exécuté par l'enfant, soit provoqué par le chirurgien, le bras récupère instantanément sa fonction et dans la suite, le jeune enfant ne conserve aucune trace de sa passagère affection, si ce n'est une prédisposition à la récidive : chez quelques sujets même, ces récidives peuvent se reproduire à l'occasion du moindre mouvement de pronation forcée, et il faut alors nécessairement, pour expliquer de pareils cas, admettre une laxité spéciale du système ligamentaire.

Le diagnostic, en dépit des quelques erreurs qui ont été commises, est toujours très facile, et je pourrais presque ajouter que l'on doit le pressentir sur le seul récit des circonstances de l'accident et des symptômes immédiatement apparus, avant d'avoir même examiné le petit malade. Une fracture de clavicule, de l'humérus, du coude ou des os de l'avant-bras, qui constituent en pratique les seules lésions possibles chez un jeune enfant, car la luxation de l'épaule n'existe pas, et celle du coude est rarissime, nécessite pour sa production un traumatisme direct violent, ou une chute sur la main, le coude ou le moignon de l'épaule. La traction subite du membre

supérieur en pronation forcée ne peut occasionner qu'une seule affection, la pronation douloureuse, et la disproportion qui existe entre l'état de l'enfant et la bénignité évidente du traumatisme sera pour vous un indice des plus précieux pour établir fermement votre diagnostic.

Dans quelques cas, où l'enfant, laissé tout seul, a été retrouvé tout en pleurs, le bras pendant, et où, par suite, la notion étiologique si importante fait complètement défaut, le diagnostic peut paraître au premier abord un peu plus délicat. Mais il convient de se souvenir que chez le jeune enfant, l'épaisseur du périoste et le peu d'intensité de la force traumatisante supprimant, de par la nature de la solutio n de continuité produite, qui n'est presque toujours qu'une fracture en bois vert, la mobilité anormale et la crépitation, le seul symptôme constant des fractures est une douleur nettement localisée. Il suffira donc de palper très méthodiquement les divers segments osseux du membre pour déceler une fracture, si elle existe. Ce qui pourrait parfois entraîner une certaine confusion, c'est que lorsqu'on exerce dans quelques cas une pression sur la région antérieure du coude, au niveau de la tête radiale, on perçoit un léger craquement dû au frottement de la tête du radius sur le rebord du ligament annulaire. On serait donc alors tenté de croire à l'existence d'une fracture de la tête radiale, et Malgaigne avoue s'y être trompé au début de son examen ; vous éviterez cependant de commettre une erreur en remarquant que la région n'est ni déformée, ni tuméfiée, et qu'au cours de votre palpation, vous avez produit non de la crépitation, mais un simple craquement.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'inertie du membre et sur l'impossibilité d'imprimer à l'avant-bras le mouvement de rotation nécessaire pour le ramener dans une position inverse de celle dans laquelle il se présente : la constatation de ces deux seuls symptômes vous permettra de reconnaître une pronation douloureuse. Au surplus, si une hésitation pouvait subsister dans votre esprit, l'épreuve du traitement se hâterait de la dissiper, car les manœuvres de réduction une fois faites, tout symptôme doit disparaître immédiatement ; s'il en était autrement, il conviendrait de songer alors à la possibilité d'une autre lésion.

De ce que la pronation douloureuse abandonnée à elle-même peut disparaître spontanément, certains auteurs, à la suite de Chassaignac, ont pensé qu'il était complètement inutile de se livrer à des manœuvres quelconques de réduction, et qu'il suffisait de maintenir pendant quelque temps l'avant-bras dans une écharpe, jusqu'à ce que le petit malade ait recouvré de lui-même la plénitude de ses mouvements.

C'est là une conduite que l'on ne saurait assez blâmer, car elle inflige à l'enfant et à sa famille des souffrances et des préoccupations inutiles qu'il vous est si possible de calmer rapidement.

Vous devrez donc appliquer immédiatement le traitement chirurgical de la réduction, dont les manœuvres ont été très exactement décrites déjà par Duverney. Pour cela, après avoir exercé une légère traction sur l'avant-bras, vous lui imprimerez un mouvement de supination, en même temps, que vous exercerez une pression directe d'avant en arrière sur la tête du radius. Puis vous fléchirez secondairement, peu à peu et complètement, le coude jusqu'à ce que la face antérieure de l'avant-bras soit venue au contact du bras, de manière à bien relâcher le biceps qui, par sa contraction applique le ligament annulaire contre le condyle et empêche ainsi la rentrée de la tête radiale.

La réduction s'accompagne presque toujours d'un petit claquement caractéristique qui se produit ordinairement au premier temps, c'est-à-dire au moment de la supination complète, et plus rarement au second temps, lorsque l'avant-bras est complètement fléchi sur le bras.

Si les manœuvres de réduction, qui s'accomplissent en quelques secondes n'ont pas produit le petit claquement annonçant qu'elle s'est effectuée, vous les renouvellerez en insistant davantage sur la supination d'abord puis sur la flexion. D'ailleurs, que vous ayez senti ou non le petit ressaut, le retour des fonctions demeure le plus sûr des signes de réduction : quand l'enfant peut, à sa volonté, se servir de son membre, il cesse de se plaindre, il est immédiatement guéri.

Point n'est besoin à mon avis, d'immobiliser l'avant-bras dans une écharpe pendant un certain temps au moyen d'un appareil silicaté ou en gutta percha, mais il ne doit pas en être de même dans les cas de récidive, où vous aurez soin de le maintenir quelques jours.

FAITS OBSTÉTRICAUX

Les grossesses de la ménopause

La leçon du professeur Jeannin, publiée ici-même (1), nous a vivement intéressé.

Nous venions, en effet, d'être aux prises avec un cas gynécologique doublement instructif : cliniquement, d'une part, psychologiquement, d'autre part.

Voici l'observation :

Nous sommes appelé, le vendredi 7 août, à 18 heures, au chevet d'une femme de 45 ans, veuve de guerre, qui nous dit perdre du sang en abondance depuis le matin. Nous la questionnons sur les particularités de sa vie génitale : elle a trois enfants dont le plus jeune a 12 ans ; elle a toujours eu des menstrues régulières jusqu'en janvier 1925 ; ces règles ont duré quatre jours, du 3 au 6 ; depuis ce temps, elle a éprouvé des malaises de l'état général qu'elle a mis sur le compte du retour d'âge.

Subjectivement, la malade éprouve de la douleur dans le bas-ventre, des deux côtés ; elle a de fréquents besoins d'uriner et la miction est accompagnée d'un écoulement de sang franchement rouge entraînant quelques petits caillots. Nous examinons ce sang et ces caillots dans le but d'y découvrir des débris de muqueuse, de placenta, de membranes ou de tissu néoplasique ; cet examen est négatif.

Le palper combiné abdomino-vaginal, sur un ventre flasque, nous révèle l'existence d'un utérus tuméfié, pyriforme, légèrement incliné vers la droite, à pôle supérieur situé à trois centimètres sous l'ombilic ; mais l'utérus est dur et bosselé ; sa consistance et ses contours irréguliers orientent notre diagnostic vers la fibromatose, d'autant plus que le col lui-même est scléreux, épaissi, à lèvre postérieure ectropiée ; le bout de l'index a peine à pénétrer dans son canal ; les culs-de-sac sont libres et non douloureux ; il n'y a pas de ganglions perceptibles.

Nous prescrivons le repos au lit et un traitement d'attente.

La malade nous fait dire, le lendemain, que la douleur et les hémorragies ont beaucoup diminué. Nous la revoyons le dimanche à 16 heures. Une hémorragie de moyenne importance vient de se produire ; quelques petits caillots ont été éliminés. Le pouls, qui était à 78 le vendredi, est passé à 84 ; il est bien frappé, nullement anémique ; le facies est bon, les conjonctives et les lèvres bien colorées ; pas de moiteur ni de frissons. La palpation fait percevoir le même utérus bosselé de l'avant-veille, peut-être plus dur encore ; nous avons l'impression de promener les doigts sur un « globe de sûreté ». Mais le col s'est entr'ouvert, l'index y pénètre un peu.

Toutefois, on ne sent rien de mollasse qui pourrait faire songer à l'existence d'un œuf décollé. Nous devenons perplexe. Nous posons fermement une question délicate que nous avions timidement posée le vendredi ; nous recevons la même réponse négative.

Nous proposons à la malade de la faire évacuer à l'hôpital, le lendemain, si la situation ne s'est pas modifiée. Avant de la quitter, nous injectons un centimètre cube d'ergotine.

Visite le lundi matin. La malade nous apprend que l'écoulement sanguin a cessé et qu'elle se sent le ventre libre depuis la dernière hémorragie qu'elle a eue dimanche à dix heures du soir, quatre heures après notre départ. Cette hémorragie n'était pas plus copieuse que la précédente, mais elle avait été suivie de l'expulsion d'une « boule de chair ». Sur notre demande, on nous apporte le corps du délit : c'est une masse ovoïde de couleur vineuse, à consistance molle, grosse comme un œuf d'oie. Nous sommes fixés sur sa nature. Avant de nous en convaincre, nous examinons le ventre de la patiente et nous ne sommes pas surpris de constater la disparition de la tumeur utérine.

L'œuf, expulsé complet, est ouvert aux ciseaux. Il s'en échappe un liquide brunâtre, relativement clair, nullement sanguinolent, ni putride ; dans l'un des pôles, un petit fœtus rose de deux centimètres et demi, parfaitement reconnaissable, est retenu au placenta par un cordon de dix à douze millimètres. La chambre fœtale est relativement grande ; l'on pourrait y loger vingt fœtus comme celui que nous avons sous les yeux. La paroi de l'œuf possède une épaisseur variable allant de 5 à 15 millimètres ; en un endroit seulement, sur une aire de la surface d'un pois, cette paroi est réduite à une lamelle d'un millimètre, transparente lorsqu'on la regarde à la lumière ; ailleurs, sa tranche est de consistance mollasse, de teinte violacée avec çà et là quelques noyaux hémorragiques. Il n'y a pas de villosités apparentes.

La découverte du fœtus surprend la malade ; elle ignorait qu'elle pût être enceinte après une longue absence de règles. Elle avoue avoir eu des relations sexuelles depuis janvier, à intervalles irréguliers ; en juin, le coït fut pratiqué le 1er, le 2, le 3 et le 12 ; les rapports cessèrent à partir de cette date.

Tenant compte de l'aspect du fœtus et de ses dimensions, on peut situer la fécondation au dé-

(1) *Concours médical* du 9 août 1925, p. 1873-75.

but de juin ; l'œuf examiné avait environ deux mois d'existence. Quant à la cause de l'interruption de la grossesse, il semble qu'il faille la rattacher à un mauvais état de la muqueuse utérine chez une femme antérieurement atteinte de métrite chronique ; l'expulsion d'un œuf complet renfermant un fœtus non macéré, la présence d'un placenta épaissi et de coloration normale plaident en faveur de cette explication. Comme circonstance prédisposante, la malade a accusé la fatigue particulière ressentie au cours de ses travaux de lessive dans les jours qui ont précédé l'hémorragie initiale.

La CONCLUSION qui se dégage de cette observation est à la fois d'ordre psychologique et d'ordre pratique.

— D'*ordre psychologique*. — En effet, bien que notre profession nous ait accoutumé à toucher du doigt les misères les plus cachées de nos semblables, nous nous laissons encore surprendre par défaut d'acuité dans l'intuition ou de logique dans les déductions, soit qu'un excès naturel de délicatesse nous interdise de rechercher les motifs inavoués d'une réticence coupable, soit que, passant par-dessus les faiblesses soupçonnées, réelles ou non, nous nous fiions à la sûreté d'un jugement appuyé sur les seules constatations apparentes de nos procédés d'examen (1).

— D'*ordre pratique*. — En effet, laissant de côté les éléments, propres à notre cas, susceptibles d'étayer la discussion d'un diagnostic différentiel, nous voulons simplement attirer l'attention sur l'importance d'un fait, dont il n'est pas assez tenu compte dans la pratique médicale : c'est que l'ovulation ne s'accompagne pas nécessairement de menstruation. Or, la ménopause traduit précisément l'inconstance dans l'apparition des phénomènes extérieurs de la période cataméniale.

On formulait autrefois le précepte : « chez la femme, en période de vie génitale, il faut toujours penser à la grossesse ». Lorsque la fréquence relative et l'importance du diagnostic précoce de la grossesse ectopique furent mieux connues, on modifia l'ancienne formule en tenant compte de la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

En ce qui nous concerne, nous introduirons dans la conduite de notre vie professionnelle le fruit de notre récente expérience, nous souvenant que « chez la femme, depuis la puberté jusqu'à la fin de la période caractéristique de la ménopause, il faut toujours penser à la grossesse et à la grossesse extra-utérine ». (1).

Dr Alfred BASTIN.

(1) Tous ceux qui ont passé par l'hôpital savent combien la tâche médicale y est plus aisée qu'en clientèle. Les malades que l'on y examine sont des clients anonymes et cela facilite singulièrement l'interrogatoire et les aveux ; au surplus, l'organisation des hôpitaux modernes prévoit la réalisation immédiate des examens de laboratoire et cela aussi contribue à l'établissement d'un diagnostic précis et facilement contrôlable. C'est tout autre chose en clientèle.

(1) Quelques exemples illustreront bien notre thèse. Dans un hôpital de province où nous remplissions les fonctions d'interne bénévole, une dame de 48 ans fut amenée par un des meilleurs médecins de la ville pour prélèvement biopsique en vue de confirmer le diagnostic de néoplasme du col ; au toucher on avait, en effet, la sensation de promener le doigt sur un champignon cancéreux ; mais le col était ouvert et laissait passer des débris de placenta. Le curettage ramena ce qui restait d'un œuf traumatisé de trois mois environ. Les cas d'accouchements tardifs ne sont pas non plus si

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement par l'adrénaline dans les formes foudroyantes de méningococcie.

Les recherches nécropsiques ont prouvé au Dr FONTANEL que dans ces formes foudroyantes existaient des lésions hémorrhagiques des capsules surrénales, qui aboutissaient à la formation d'un hématome bilatéral dilacérant le fragile tissu médullaire et cortical ; la mort, dans ces conditions, devait arriver inexorablement.

Dès lors il est rationnel de préconiser le traitement par l'injection intraveineuse de 20 gouttes de la solution d'adrénaline au millième dès que les symptômes, et en particulier le collapsus cardio-vasculaire, sont reconnus. L'injection, toujours intraveineuse, de dix gouttes seulement est à renouveler toutes les quatre heures.

Il est possible, remarque l'auteur, que cette médication « physiologique » puisse lutter provisoirement contre le collapsus cardio-vasculaire et l'intoxication et permettre d'attendre le résultat de la médication « spécifique » : sérum poly ou monovalent à haute dose (150 cc. pour une seule injection, à renouveler tous les jours et même deux fois par jour, en injections intraveineuses et aussi intra-rachidiennes, s'il y a le moindre signe de réaction méningée. (*Paris médical*, 6 juin 1925.)

Ictère commun. Ses formes cliniques.

Se basant sur 106 cas observés durant la guerre au cours de deux épidémies d'ictère, le Dr Jean TROISIER a pu décrire, en dehors de la spirochétose ictéro-hémorragique et des infections typhiques, les différentes formes cliniques, des formes abortives jusqu'aux formes mortelles, de l'ictère dénommé « catarrhal ».

Cet ictère, il préfère l'appeler désormais « ictère commun ».

Quelle que soit l'évolution de la maladie, régulière, abortive, prolongée, aiguë, mortelle, elle conserve son allure clinique toujours la même avec sa période de début antéictérique, son apyrexie à peu près complète, sans signes urémiques ou méningés, même dans les formes graves.

Les types cliniques variés sont : la forme régulière — l'ancien ictère catarrhal — une forme subfébrile, une forme hypothermique, deux formes abortives (forme anictérique, forme fruste), une forme prolongée qui se superpose à l'ictère catarrhal prolongé de Dieulafoy, et enfin une forme mortelle, qui peut avoir pour substratum anatomique l'atrophie jaune aiguë.

Il ne faut plus décrire désormais deux syndromes : l'ictère catarrhal et l'ictère grave.

Il existe au contraire un « ictère commun » dont l'ictère catarrhal est la plupart du temps la forme bénigne, et dont la forme grave est souvent l'ancien « ictère grave » (foie jaune, apyrexie presque parfaite, etc., mort par insuffisance hépatique).

Puis c'est la spirochétose ictéro-hémorrhagique, classée autrefois dans l'ictère grave (foie vert, foie de rétention biliaire intense, avec un minimum de lésions cellulaires, et fréquemment des lésions hyperplasiques, mort par urémie).

Enfin on peut décrire un autre ictère grave, fébrile, non spirochétique, qui possède quelques points de contact avec le groupe paratyphique. (*Paris médical*, 6 juin 1925.)

Les faux cancers de l'estomac.

Ce sont des tumeurs véritables, décelées d'une façon aussi rigoureuse que possible par l'exploration clinique, constatées directement par l'exploration chirurgicale, jugées même inextirpables, et justiciables tout au plus d'une opération palliative, mais dont l'évolution ultérieure vers une guérison inattendue vient renverser plus ou moins tardivement toute idée de malignité.

Trois affections seulement peuvent simuler le néoplasme : la tuberculose dans sa forme sténosante hypertrophique du pylore ; l'ulcère calleux et la syphilis gastrique (forme linitique, et forme sténosante pylorique).

De ces données, dit le Dr J. PERNET, il faut retenir deux éléments pratiques :

1° Dans tous les cas de tumeur pylorique sténosante, non extirpable, il faut faire *une gastro-entérostomie*, sauf contre-indication absolue, rendue très rare par les progrès de la chirurgie digestive. Non opéré, le malade est voué à une mort certaine et rapprochée ; opéré, il court la chance non seulement d'un soulagement à ses maux, mais aussi d'une guérison, si le diagnostic de cancer est erroné et s'il s'agit d'ulcère simple ou de syphilis.

2° Toutes les fois que l'on a des raisons cliniques ou biologiques de soupçonner la syphilis, il faut (soit immédiatement, soit après gastro-entérostomie) soumettre le malade à un traitement anti-syphilitique intensif : le traitement peut sauver le malade ; appliqué intelligemment, il ne lui est jamais nuisible. (*L'Hôpital*, juillet 1925 A.)

L'action cholagogue du mélange sulfate de magnésie peptone.

L'association du sulfate de magnésie et de la peptone constitue le cholagogue le plus actif et son action porte aussi bien sur les biles hépatique et cholédocienne que sur la vésicule biliaire. On l'employait jusqu'à présent en injection par la sonde duodénale ; mais celle-ci est longue, difficultueuse, elle n'est acceptée qu'avec répugnance par certains malades, et elle nécessite la présence répétée et prolongée du médecin.

Depuis, on a eu l'idée d'administrer le mélange simplement par la bouche; mais on discute encore sur les doses. Cependant l'action est remarquable sur l'hépatisme, voire même sur la lithiase biliaire confirmée. On a vu notamment des migraines tenaces, l'asthénie, les vertiges, l'hypertension, l'anorexie, les nausées, la cholémie, la constipation, etc., s'atténuer, et même disparaître après quelques jours de traitement.

Voici d'après F. RAMOND et A. BORCESCO la formule à employer. Le plus souvent ils prescrivent un paquet de :

rares ; nous avons accouché une femme de 49 ans et nous en connaissons une qui, à 50 ans, est encore parfaitement réglée ; il est vrai que sa mère avait 51 ans lorsqu'elle la mit au monde.

Tout récemment, MM. Chavannaz et Radoewitch viennent de rapporter, à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, le cas d'une femme, âgée de 64 ans, encore parfaitement réglée ; les premières menstrues apparurent à l'âge de 11 ans 1/2, il y eut 15 grossesses à terme dont la dernière à 50 ans. S'il s'agit dans ce cas d'une activité intense de la glande ovarienne, comme le pensent les auteurs, rien ne s'oppose *a priori* à ce qu'une fécondation puisse s'établir. Il serait curieux de rechercher les âges extrêmes de grossesses connues. Le cas de Sainte-Anne n'est peut-être pas si exceptionnel qu'on pourrait le croire. Et quelles surprises peuvent nous réserver les greffes ovariennes !

Sulfate de magnésie desséché .... 5 grammes
Peptone de Witte .... 1 gramme
Poudre de réglisse ...... 1 gramme
A jeun.

A prendre le matin à jeun dans un demi-verre d'eau tiède. L'addition d'eau de Vichy ou de deux cuillerées à soupe de glycérine renforce parfois l'action médicamenteuse du mélange. Il est à conseiller au malade de se coucher dix minutes sur le côté droit et d'attendre une demi-heure avant de prendre le petit déjeuner. La peptone d'ailleurs provoque une certaine sécrétion d'acide chlorhydrique libre, dont l'action cholagogue est connue. Continuer la médication 10 à 15 jours par mois.

A cette dose, chez les biliaires diarrhéiques à plexus solaire douloureux, le mélange provoque parfois des coliques assez vives, qui disparaissent immédiatement après deux ou trois jours d'application. Mais si les réactions sont par trop sensibles, les auteurs conseillent la formule suivante :

Sulfate de magnésie desséché .... 2 gr. 50
Peptone de Witte .... 2 gr.

ou toute autre formule, renfermant une quantité moindre de sulfate de magnésie.

Si les paquets très hygrométriques sont à conserver longtemps, dans une région humide, si l'estomac est plus ou moins intolérant ou malade du fait de la cholécystite, il est bon d'ajouter du kaolin :

Sulfate de magnésie ... 2 à 5 grammes
Peptone de Witte ...... 2 grammes
Kaolin lavé et sec ...... 5 à 10 grammes

(*Journal des Praticiens*, 20 juin 1925.)

L'adrénaline dans le traitement de l'ozène.

D'après MM. Liebault et Moers, ce traitement a pour but d'agir sur le sympathique sphéno-palatin, dont on connaît le rôle dans la genèse du coryza atrophique. Le traitement par massages selon la méthode de Moure doit agir de même façon, surtout chez les sujets jeunes.

Les résultats obtenus permettent de considérer que, chez les ozéneux, nous avons avec l'adrénaline un traitement de plus. Pratiquement il faut l'employer, mais en l'ajoutant (à raison de 40 gouttes par jour de la solution au millième) au traitement nasal par lavages et massages. C'est en combinant les médications et surtout leurs effets sur un même organe que l'on peut obtenir un résultat important. (*Revue de Laryngologie, d'otologie, et de rhinologie*, 15 juin 1925.)

La maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen.

C'est une ostéite fibreuse déformante *généralisée*, qui détermine la formation de kystes dans les os et entraîne souvent des fractures spontanées ; elle frappe en général les adolescents ; elle occupe un territoire osseux plus ou moins étendu, se localisant de préférence sur la métaphyse des os longs. Cette affection passe pour fort rare.

A l'occasion de trois observations personnelles, MM. A. Leri et Ch. Ruppe estiment que les lésions peuvent aussi se cantonner à un petit territoire osseux, et que des formes *localisées* doivent également être décrites, la maladie de Recklinghausen généralisée restant une entité morbide bien définie.

Quant au traitement, il ne peut en être question, tant qu'on n'en connaîtra pas la cause. Si pourtant il s'avérait que la syphilis soit en jeu dans tout ou partie des cas, le traitement spécifique pourrait donner des résultats peut-être meilleurs et plus répétés qu'on ne le croirait pour une affection aussi étendue du tissu osseux : c'est ainsi que les auteurs, chez deux malades, ont obtenu par le traitement spécifique une fonte rapide de certaines tumeurs osseuses, sans qu'il soit encore possible d'affirmer si ce résultat se confirmera et persistera.

D'ailleurs l'absence habituelle de gêne et de douleur nécessiterait seulement un traitement à titre esthétique ou à titre préventif des fractures.

Mais il importe de savoir que l'affection se révèle d'ordinaire disséminée, quand on s'applique à un examen systématique, et que, même dans les formes localisées, elle est habituellement trop diffuse et trop mal délimitée pour qu'une intervention soit indiquée avec quelque chance de succès. Si pourtant certains troubles de compression ou d'infection rendent l'opération indispensable, celle-ci devra être indolente et non mutilante. (*Le Progrès médical*, 30 mai 1925.)

Le traitement radiothérapique des affections gastriques non néoplasiques.

MM. Bensaude, Solomon et Oury, chez des malades présentant des lésions ulcéreuses ou des troubles fonctionnels douloureux, se sont proposé de rechercher l'influence des rayons de Rœntgen sur les douleurs, sur les sécrétions et sur la motricité gastrique, ainsi que sur les hémorrhagies.

Certes, la radiothérapie peut à elle seule faire disparaître des douleurs gastriques intenses et existant depuis des semaines et des mois, mais ce très beau résultat n'est acquis que de façon inconstante. Le plus souvent on constate cependant des améliorations considérables de ces douleurs ainsi que des troubles fonctionnels, sans

qu'il soit d'ailleurs possible de parler d'une guérison anatomique de l'ulcère ; ces améliorations sont tardives, entre la dixième et la quatorzième séance ; elles persistent ensuite durant de longs mois, ou disparaissent au bout de quelques semaines.

Quant à la sécrétion, les rayons diminuent nettement l'acidité, mais celle-ci s'élève de nouveau quelques semaines après la cessation du traitement. La diminution de teneur en pepsine se produit plus lentement, mais plus régulièrement que celle de l'acidité.

L'action des rayons sur la motricité est nettement calmante ; elle semble favorable sur les gastrorragies.

Enfin aux doses employées en thérapeutique humaine les rayons X ne déterminent aucune lésion histologique.

En résumé, dans le traitement de l'ulcère et des troubles fonctionnels gastriques, la radiothérapie prendra place, lorsque des médications médicales habituelles ont échoué, et alors que rien n'oblige à recourir à une intervention chirurgicale. Une diététique surveillée, la radiothérapie gastrique, l'emploi prolongé du sous-nitrate de bismuth et du sulfate d'atropine, tels sont les éléments les mieux combinés dans le traitement de certaines douleurs gastriques ulcéreuses ou fonctionnelles.

La radiothérapie acquerra un rôle particulièrement important dans le traitement si délicats des séquelles douloureuses des gastro-entérostomies, notamment entre le traitement médical parfois insuffisant et la nécessité d'une seconde intervention chirurgicale.

C'est là un agent physique qui, pour l'avenir, mérite d'être plus amplement étudié et mis en œuvre. (*La Presse médicale*, 24 juin 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les réactions de l'intestin grêle apres la colectomie totale.

(M. Pierre Duval. — *Académie de médecine* ; 20-10-1925.)

Dans le traitement de la constipation droite, à la suite des publications de Lane, les chirurgiens se sont adressés à la colectomie, à la colectomie totale en particulier, qui a les préférences de l'auteur anglais. Que se passe-t-il, au point de vue intestinal, après cette opération. Se produit-il une suppléance des fonctions du côlon enlevé, et par quel mécanisme ?

M. Pierre Duval a étudié la question expérimentalement et cliniquement. Chez le chien, depuis les travaux d'Alglave en France, d'Albu en Allemagne, de Tadée en Italie, on sait que la colectomie totale est toujours suivie d'une dilatation plus ou moins étendue du grêle. Chez l'homme, l'examen radiologique des colectomisés permet de faire les mêmes constatations.

Après la colectomie totale, le grêle se dilate sur une longueur plus ou moins grande, et il se reproduit dans les dernières anses des sortes de sacs coliques. Pour que le contenu liquide du petit intestin se transforme en fèces dures, il faut qu'il puisse stagner: il est véritablement curieux de voir, après la colectomie totale, la partie terminale du grêle se modifier pour s'adapter à de nouvelles fonctions, qui sont celles de l'organe enlevé. Sur le chien, comme l'ont noté MM. Weis et Porcher, cette adaptation met de deux mois à un an à se produire.

On assiste ainsi à une restauration fonctionnelle du côlon aux dépens du grêle, et ceci explique ce que l'on observe après la colectomie totale. L'intervention est suivie de trois groupes successifs de symptômes : une première période, de diarrhée plus ou moins prolongée, dans laquelle le contenu du grêle passe directement dans le rectum et est évacué tel quel ; une seconde période, de douleurs avec ballonnement sus-pubien, correspondant à la dilatation des dernières anses, avec formation de sacs coliques ; un troisième période, de constipation, s'expliquant par le peu de contractilité des sacs grêles distendus.

Cette dernière constipation apparaît tenace, la musculature du grêle ectasié ayant perdu en grande partie sa puissance. Aussi, ajoute M. Pierre Duval, de ces expériences et de ces observations sur les opérés, doit-on conclure que la colectomie totale faite pour remédier à des troubles fonctionnels moteurs du côlon semble assez illogique.

Traitement des adénites tuberculeuses par l'éther benzyl-cinnamique.

(M. I. Jacobson. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 16-10-1925.)

M. H. Dufour présente un travail de M. Jacobson, concernant le traitement des adénites tuberculeuses par l'éther benzyl-cinnamique.

M. Jacobson a étudié il y a deux et trois ans, dans les services de MM. Darier et Jeanselme, l'action de l'éther benzyl-cinnamique dans les tuberculoses cutanées et muqueuses. Encouragé par les résultats obtenus, il s'est attaqué à une autre localisation bacillaire : celle des ganglions. Chez 14 malades des services de MM. Sébileau et Dufour atteints d'adénites tuberculeuses, il a eu recours aux injections d'éther benzyl-cinnamique, associées dans quatre cas

à la ponction. Le traitement a manifesté son activité par les effets suivants :

La péri-adénite diminue graduellement et finit par disparaître. Les différents ganglions qui constituent la masse adénopathique deviennent isolables (selon une expression imagée, la poire se transforme en une grappe de raisin). Le ganglion lui-même peut subir trois modes de transformation, ramollissement et résorption ; ramollissement et élimination ; régression et sclérose.

L'éther benzyl-cinnamique, conclut l'auteur, est capable non seulement d'améliorer le foyer tuberculeux quelle que soit sa localisation, mais dans certains cas de le guérir. Ce médicament est bien supporté, ne provoque aucun accident local ou général. Son action améliore l'état du malade dans son ensemble.

Sur la calcification de la glande pinéale.

(MM. André Léri et Layani. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-10-1925.)

A une séance précédente, M. Alajouanine présentait un malade chez lequel il avait posé le diagnostic de tumeur de la glande pinéale, en s'appuyant sur une ombre radiologique constatée à 5 centim. en arrière de la selle turcique, correspondant approximativement à la situation de cette glande.

M. André Léri estime que le signe en question est insuffisant pour caractériser une tumeur de cet organe. Son attention a été attirée, en effet, depuis plusieurs mois, sur l'existence extrêmement fréquente d'une tache opaque située à ce niveau et répondant vraisemblablement à une calcification de l'hypophyse. Sur 103 radiographies du crâne, prises chez des sujets quelconques, 27 fois cette opacité a été notée. Il y a donc là un phénomène banal et il serait exagéré de baser sur cette simple constatation le diagnostic topographique d'une tumeur de l'hypophyse.

Sérothérapie rachidienne dans le tétanos aigu.

(M. Robineau. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1925.)

M. Robineau présente une petite statistique, réunissant un relevé personnel et un relevé de M. Brisset (de Saint-Lô), de 52 cas de tétanos aigu traités par sérothérapie intra-rachidienne. Elle comporte 6 décès, soit une mortalité de 12 p. 100, chiffre extraordinairement peu élevé. La durée moyenne de l'affection chez les malades guéris, a été de dix jours.

M. Brisset conseille d'injecter, dès le début, de 30 à 60 centim. cubes de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien, la deuxième injection étant pratiquée le surlendemain, parfois le lendemain ; les injections suivantes à quelques jours d'intervalle. M. Brisset insiste sur la nécessité de mettre les blessés en position déclive après l'injection, la tête à 50 centim. au-dessous du niveau des pieds.

De l'ensemble de ces faits, M. Robineau croit pouvoir conclure que les injections intra-rachidiennes de sérum à doses élevées constituent le meilleur mode actuel de traitement du tétanos confirmé. Il faut y recourir dès le début et il ne semble pas qu'il y ait inconvénient à injecter 60 cent. cubes d'un coup et à répéter souvent les injections, si la sédation tarde à se manifester.

Abcès amibien de la rate.

(M. Pérard, de Casablanca. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1925.)

M. Pérard a opéré une malade atteinte d'abcès amibien de la rate. Son observation pose le problème de la voie de pénétration de l'amibe. Il est difficile d'admettre l'arrivée du parasite à contre-courant, par le système veineux porte. Reste la voie lymphatique et la voie artérielle. La première paraît devoir être admise dans certaines suppurations péri-viscérales.La seconde a été signalée par M. Petzetakis à propos de cas d'amibiase rénale, vésicale et pulmonaire. Il semble que l'amibe puisse circuler dans le sang et que la dysentérie ne soit pas toujours une maladie locale, intestinale.

Les récidives de l'invagination intestinale.

(M. J. Abadie, d'Oran. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1925.)

Les récidives d'invagination intestinale après une cure opératoire sont loin d'être fréquentes. Il y a une vingtaine d'années, M. Mauclaire en a rapporté deux observations. Peterson, cité par Mouchet, aurait sur 46 invaginations réduites, noté 12 récidives. M. Abadie a traité par la résection une fillette de 8 ans atteinte d'invagination : un mois après survenait une récidive.

— M. Victor Veau distingue l'invagination du nourrisson, la plus commune, de l'invagination de l'enfant, beaucoup plus rare. Chez le nourrisson, la récidive s'observe souvent. C'est le contraire chez l'enfant.

— M. Mauclaire parle d'un des deux cas qu'il a relatés jadis. Au moment de l'opération, un spectacle curieux apparut à ses yeux. Il y avait des invaginations multiples, sur le grêle, qu'il désinvagina. Or, une contraction péristaltique se montra sur l'intestin et reproduisit sous le regard du chirurgien une dizaine de nouvelles petites invaginations, de deux à trois centimètres. Il ne serait pas illogique d'admettre que si les contractions spasmodiques du grêle sont susceptibles de produire des invaginations multiples, des contractions antipéristaltiques peuvent facilement dans ces cas faire la désinvagination. C'est une hypothèse qui ne doit évidemment pas faire retarder l'opération. Cependant, elle inciterait à essayer le traitement antispasmodique dans les invaginations spasmodiques, malheureusement difficiles à diagnostiquer.

Les péri-duodénites.

(M. Antoine BASSET. — *Société de chirurgie* ; 14-10-1925.)

Il y a deux sortes de péri-duodénites : les péri-duodénites congénitales et les péri-duodénites acquises, dues à la réaction inflammatoire du péritoine à la suite de lésions des organes voisins du duodénum ou même distants de celui-ci.

La réalité des premières est démontrée par l'existence de la maladie chez le nouveau-né. Les secondes relèvent de causes diverses. Parmi elles, M. Basset en retient une, l'appendicite, à laquelle il consacre son travail actuel. L'observation d'un certain nombre de cas de péri-duodénites inflammatoires sténosantes, opérées par lui-même ou par le professeur Duval, l'a conduit à penser que dans la pathogénie de la maladie en question, dont l'étude est encore récente et incomplète, l'appendicite devait jouer un rôle plus important qu'on ne l'a admis jusqu'ici.

De cette conception découlent quelques déductions de thérapeutique chirurgicale. Il y a d'abord dans cette notion une raison de plus d'opérer le plus tôt possible les appendiculaires. D'autre part, avant d'intervenir chez un sujet atteint de péri-duodénite, on devra toujours rechercher soigneusement les lésions antérieures ou concomitantes et en particulier l'appendicite.

Les rayons ultra-violets en dermatologie.

(M. SANDOZ. — *Société française de physiothérapie* ; 5-6-1925.)

Dans un numéro récent du *Concours médical* nous avons publié une leçon du professeur Jeanselme sur l'emploi des rayons ultra-violets en dermatologie. L'action de ces rayons sur diverses affections de la peau est assez nette pour n'avoir pas échappé aux physiothérapeutes non dermatologistes. C'est ainsi que M. Sandoz, chez des malades soumis à la cure ultra-violette pour des affections diverses a vu, à plusieurs reprises, disparaître sous l'influence du traitement actinique des lésions cutanées généralement rebelles, comme l'acné, l'eczéma, le prurit.

— M. BAILLIART demande si les guérisons ainsi obtenues sont passagères ou définitives.

La diathermie trans-abdominale dans le traitement des hémorrhoïdes.

(M. MEYER. — *Soc. française de physiothérapie* ; 5-6-1925.)

Chez des sujets traités par la diathermie trans-abdominale, pour une vésiculite, une entéro-colite, une épiploïte, et qui étaient en même temps porteurs d'hémorrhoïdes gênantes, M. Meyer a enregistré une atténuation des troubles hémorrhoïdaires.

— M. SANDOZ n'a pas observé, par contre, chez ses malades, dans des cas analogues, une amélioration y aiment notable des hémorrhoïdes. P.L.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1).

Suite du rapport de M. GAUDIER sur le **traitement des cancers du rectum par les voies basses.**

TRAITEMENT PALLIATIF. — Quand le néoplasme est devenu inopérable, le chirurgien peut encore soulager le malade en établissant en amont de la tumeur un anus artificiel.

Pour rendre le maximum de service, cet anus doit être situé sur le côlon gauche et permettre une dérivation complète. L'anse colique, extériorisée et fixée à la paroi, sera sectionnée complètement, de telle façon qu'après cicatrisation de la plaie opératoire, l'anus artificiel présente deux bouches intestinales superposées : l'une afférente donnera passage aux matières, l'autre permettra le lavage du bout colique inférieur.

On doit s'efforcer, en établissant cet anus, de le rendre aussi continent que possible. La chose n'est pas toujours aisée et le rapporteur indique rapidement les procédés les plus recommandables.

(1) V. *Concours Médical*, n° 47.

RÉSULTATS GLOBAUX DES MÉTHODES OPÉRATOIRES PAR VOIE BASSE. — La mortalité opératoire moyenne semble être de 20 p. 100, proportion calculée sur 2.400 interventions postérieures à 1900, époque de perfectionnement de la technique.

Après trois ans, les absences de récidives se montent à 20,5 p. 100. Une statistique récente, malheureusement sans indication du nombre des malades traités, donne sans récidive un cas après dix-huit ans, un cas après seize ans, deux cas après treize ans, un cas après douze ans, deux cas après dix ans, un cas après neuf ans, trois cas après huit ans, quatre cas après sept ans, huit après six ans. La moitié des malades succombent au cours de la première année.

Les tumeurs de la face antérieure du rectum sont parmi celles qui récidivent le plus rapidement.

Le cancer réapparaît d'ordinaire dans les lymphatiques, le foie, le poumon, la rate, les cicatrices opératoires, plus rarement au niveau de la muqueuse intestinale.

La durée de la guérison dépend avant tout de la

précocité du diagnostic et de l'opération. Et, à ce sujet, l'auteur rappelle qu'on doit tout mettre en œuvre pour arriver à faire de bonne heure le diagnostic du cancer rectal. Il insiste sur l'importance extrême de la radioscopie, de la cystoscopie et de la rectoscopie. Ce dernier procédé, dans 18 p. 100 des cas, a permis de constater la présence d'un néoplasme là où l'on n'avait traité jusqu'alors que des hémorroïdes.

Les soins pré- et postopératoires ont une influence considérable sur l'avenir de ces malades.

Les guérisons durables atteignent 13 p. 100 pour les opérations périnéales et 24 p. 100 pour les opérations coccygiennes. Les amputations semblent donner de meilleurs résultats que les résections. La colostomie préalable améliore sensiblement les statistiques. Mais des complications à distance plus ou moins éloignées sont toujours possibles, telle l'incontinence des matières par suppression ou lésion du sphincter ou de ses nerfs. Sur 200 cas d'extirpation du rectum, Gand signale les résultats suivants : continence, 25 p. 100 ; incontinence partielle, 65 p. 100 ; incontinence totale, 10 p. 100.

Le rétrécissement cicatriciel de l'anus est rare, mais la procidence du rectum avec prolapsus de la muqueuse est relativement fréquente.

Si l'on compare dans l'appréciation des résultats les différentes méthodes opératoires, il semble que les interventions par voie sacrée, utilisées surtout en Allemagne, mais aussi en Amérique et en Angleterre, donnent les plus longues survies.

L'âge joue certainement un rôle dans l'histoire des résultats tardifs, tant au point de vue de la résistance de l'opéré que dans l'apparition des maladies intercurrentes en relation directe avec la sénilité.

Cependant, l'âge avancé du sujet ne constitue que très rarement une contre-indication formelle. Il en va tout autrement des phénomènes de propagation et d'adhérences au sacrum supérieur, à l'utérus, à la vessie, aux ovaires et au vagin. Les chirurgiens français respectent d'ordinaire ces contre-indications. A l'étranger, on passe outre souvent, et l'on cite le cas d'un opéré d'Exner qui, malgré un envahissement de la vessie constaté par l'examen cystoscopique, guérit. Il avait subi, avec l'ablation de son néoplasme, une résection de la vessie avec transplantation des uretères. C'est là un cas d'exception, mais il faut reconnaître une amélioration certaine de la mortalité opératoire justement dans les interventions compliquées faites pour des cas complexes. Le mieux serait d'opérer en deux temps :

I. Exposition de la tumeur dans la plaie opératoire avec ou sans colostomie préalable.

II. Résection quelques jours après.

Opérations palliatives. — L'établissement d'un anus de dérivation donne parfois des résultats très appréciables, à tel point que Reverdin, avec quelque exagération, ne voulait plus pratiquer d'autre intervention pour tout cancer rectal.

Vanverts, sur 17 cas d'anus palliatifs, a observé deux survies de plus de trois ans chez des malades opérables, une survie de trois ans et deux de quatre ans chez des malades inopérables.

Personnellement, le rapporteur cite une survie de six ans chez un de ses opérés, diabétique, dont la tumeur avait été jugée inextirpable.

La mortalité opératoire varie considérablement suivant l'état général des sujets ; elle oscille entre 6 et 30 p. 100 avec une moyenne de 17 p. 100.

Il est intéressant de noter que les malades qui ont survécu plus de deux ans à la création de leur anus de dérivation, voient souvent celui-ci devenir parfaitement continent. C'est le résultat d'une longue période de régime et d'une médication antidiarrhéique bien calculée. Une sensation annonciatrice due au développement d'une sensibilité spéciale de l'intestin, permet la vidange régulière du tube digestif. Bon nombre de malades ont pu reprendre une vie presque normale.

Les métastases sont plus fréquentes après les opérations palliatives qu'après les interventions radicales. Passé trois ans, elles causent plus des deux tiers de la mortalité.

Résumé des résultats éloignés. — D'une façon générale, on peut dire que plus « la voie opératoire est élargie », mieux elle permet une ablation totale et haute, et meilleurs seront les résultats à distance.

Si la voie sacrée donne les survies les plus longues, c'est parce que, de toutes les méthodes empruntant la voie basse, elle procure justement l'ablation la plus large. Elle apparaît ainsi comme la méthode de choix, puis viennent la voie coccygienne et enfin la voie périnéale.

Les résultats ne dépendent pas, du reste, uniquement de la méthode suivie, mais encore de la précocité de l'intervention, des soins apportés à la préparation du malade, de l'entraînement du chirurgien et de ses aides.

Le tableau suivant résume ces résultats :

	Opérations palliatives	Voie périnéale	Voie coccygienne	Voie sacrée
Mort opératoire	17 %	20 %	16 %	17.4 %
Survie après 3 ans.	5.3 %	13 %	24 %	32 %
Survie après 5 ans.	3.3 %	5 %	7 %	26 %
Survie après 10 ans	1 %	3 %	3 %	10.5 %

Il est vraisemblable que ce qui s'est passé pour le cancer utérin se produira pour le cancer rectal et que la voie basse cèdera le pas à la voie haute et aux méthodes combinées.

Concurremment au traitement chirurgical par la voie basse, avant ou après l'intervention, qu'il s'agisse d'une extirpation du néoplasme ou simplement de la création d'un anus iliaque, on a eu fréquemment recours à la radio ou à la curiethérapie. Cette technique ne semble pas avoir enthousiasmé beaucoup de chirurgiens, et certains d'entre eux, comme Mandl, l'accusent même d'avoir provoqué des hémorragies secondaires.

(*A suivre.*)

Les Livres

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 49, boulevard Saint-Michel, Paris.

Dr Louis ROULE, professeur au Muséum national d'Histoire naturelle. — **Les poissons des eaux douces de la France.** Illustrations de Fernand ANGEL préparateur, 1925. Prix : 10 fr.

Parmi nos confrères, et parfois parmi les plus distingués, l'on compte de nombreux pêcheurs. Tous seront charmés de trouver dans le manuel descriptif illustré du distingué professeur Roule, du Muséum d'Histoire naturelle, les renseignements les plus intéressants et les plus précis sur les Poissons des eaux douces de France. Ce petit ouvrage a été écrit dans un but pratique, il ne s'adresse pas seulement aux spécialistes de la science ichthyologique, tout en pouvant être consulté par eux avec fruit, il peut être mis dans toutes les mains et être lu sans préparation préalable. C'est un véritable manuel du pêcheur. Il ne se borne pas à donner les caractères morphologiques et anatomiques de chaque espèce de poissons, il énumère les noms savants, les noms usuels, donne après les caractères distinctifs, des renseignements sur la coloration aux divers âges, selon le sexe et les dimensions ; il expose la biologie du poisson, indique où ce dernier vit ordinairement, où il se développe, ses migrations, comment il se nourrit, où il fait son nid et pond et à quelle époque ; enfin quelle est l'utilisation du poisson et quelles sont les exigences de son élevage en pisciculture.

L'ouvrage débute par un tableau dichotomique de détermination des familles de poissons d'eaux douces de France. Il se termine par un curieux complément tératologique. 40 figures dans le texte permettent au lecteur de se rendre compte de certains détails anatomiques.

Enfin au manuel sont annexées trente-cinq planches avec 90 figures admirablement dessinées par M. Fernand Angel, préparateur au Muséum. Ces figures permettent aux profanes de reconnaître la plupart des poissons au premier coup d'œil. Ajoutons que ce petit livre est luxueusement édité, élégamment relié en toile anglaise, qu'il peut être facilement transporté par le pêcheur, qui peut le lire aussi bien au bord de l'eau qu'à la maison.

J. NOIR et DARTIGUES.

A. MALOINE ET FILS, *éditeurs*, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Dr STEPHEN CHAUVET. — **L'initiation à l'art d'être maman.** (Un vol. 1924. Prix : 7 francs).

Pour lutter efficacement contre la morbidité et la mortalité infantile, il faut tout d'abord apprendre aux futures mamans, et à celles qui le sont déjà, quelles sont les règles indispensables d'hygiène qu'elles doivent observer pour elles-mêmes, pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et après la mise au monde (qu'elles allaitent ou non) et celles qui doivent procéder à l'élevage du nourrisson et du jeune enfant.

C'est là le but de cet ouvrage. Sa première partie traite des généralités : hygiène de la femme enceinte ; danger de la constipation maternelle ; analyse des urines ; décalcification maternelle ; dangers du forceps ; moyens réellement efficaces de développer la sécrétion mammaire insuffisante ; constipation du jeune enfant ; premières dents ; premiers pas ; soins des yeux et oreilles ; culture physique de l'enfant ; formation de son caractère et de son intelligence.

Le deuxième chapitre est consacré à l'allaitement maternel ; le troisième à l'élevage au biberon ; le quatrième, à l'allaitement mixte. Le cinquième au sevrage ; le sixième aux soins en attendant le médecin, le septième aux notions générales sur le développement normal de l'enfant (poids, taille, dents, fontanelle, etc.). Enfin, le huitième chapitre renseigne sur la durée d'incubation des principales maladies infectieuses et sur l'isolement scolaire pour chacune d'elles.

Afin de constituer pour chaque enfant, une sorte de *curriculum vitæ* depuis la naissance, il est proposé l'adoption d'un livret pesrsonnel, qui termine ce livre intéressant.

Les Thèses

Paris. — Dr M. REYNAUD, licencié ès sciences naturelles, ex-interne de l'hôpital Saint-Denis. — **Contribution à l'étude thérapeutique de la goutte. Le phényl-cinchoninate d'allyle (atoquinol), solvant de l'acide urique.**

Ce travail très important, basé sur de nombreuses observations, éclaire cette question encore si controversée de la pathogénie de la goutte et de son traitement. Qu'il existe des relations étroites entre la goutte, la production et l'élimination de l'acide urique, le fait ne saurait être mis en doute. Que la thérapeutique des affections goutteuses vise non seulement à prévenir l'accumulation de l'acide urique, mais encore à aider son élimination rénale, c'en est le corollaire obligé : d'où la recherche de médicaments uricolytiques. On sait que le colchique ne doit pas être compté au nombre de ceux-ci, mais il en est un certain nombre, de création assez récente, qui sont donnés comme tels. C'est à leur étude

objective que s'est consacré l'auteur, et particulièrement à celle du phényl-cinchoninate d'allyle, ou atoquinol.

Il est un point essentiel qui, dans le traitement du goutteux, ne doit jamais être perdu de vue, c'est la fragilité de ses émonctoires qu'il faut avant tout respecter. La cellule hépatique et l'épithélium rénal sont, chez le goutteux, d'une susceptibilité dont il faut toujours tenir compte dans le choix de la médication, car parmi les agents médicamenteux préconisés comme « dissolvants de l'acide urique », nombreux sont ceux qui agissent surtout en excitant la sécrétion rénale au détriment du foie ou du rein. La crise aiguë de goutte étant le mode dont se sert la nature pour décharger l'organisme de ses excès urique ou oxalique, le véritable but de la médication éliminatrice doit être de réaliser les effets de l'accès sans l'accès ; s'il est atteint, le médicament sera curateur et inoffensif.

Des tableaux reproduisant les chiffres analytiques obtenus chez différents sujets traités par l'atoquinol, il résulte que :

1° Chez le sujet sain l'administration d'une seule dose de 2 gr. détermine une brusque décharge de l'acide urique urinaire, qui de 0 gr. 54 par 24 heures passe à 1 gr. 24. Continuée trois jours de suite, cette dose de 2 gr. fait passer l'excrétion urique par les chiffres de 0 gr. 82, 0 gr. 62, 0 gr. 55, réalisant en somme une véritable saignée urique, sans que soit modifié d'autre part le taux de l'urée sanguine et la tension artérielle.

2° Chez les goutteux, l'excrétion urique est augmentée à peu près dans les mêmes proportions, mais, contrairement à ce qui se passe chez le sujet sain, la médication a pu être continuée pendant 20 jours de suite sans diminution sensible de l'effet du remède, d'où une élimination d'une quantité considérable d'acide urique (entre 22 et 25 gr.). Pas de modification sensible non plus de la tension artérielle et de la constante uréo-sécrétoire.

Le phényl-cinchoninate d'allyle agit vraisemblablement par un double processus : d'une part en aidant la destruction intra-organique des nucléoprotéines, d'autre part en augmentant l'activité fonctionnelle du rein vis-à-vis de la sécrétion urique.

La dose moyenne du médicament est de 1 gr. par jour, elle peut être élevée ou abaissée suivant les cas ; sa remarquable tolérance gastrique permet d'instituer un traitement aussi intense et prolongé qu'il est nécessaire.

Chez un grand nombre de sujets « sentant venir l'accès », la prise préventive d'un ou deux grammes d'atoquinol fait le plus souvent avorter l'accès ou le rend très minime. L'accès déclaré, l'analgésie est rapide et la mobilité articulaire se rétablit dès le 2e ou 3e jour.

De cet important travail se dégage donc la conclusion que l'atoquinol, en raison de sa puissante action éliminatrice de l'acide urique, est un médicament de haute valeur, et qui doit occuper la première place parmi ceux qui peuvent servir à combattre la goutte et les autres affections uricémiques.

P.-Dr E. Bizette. — **Contribution à l'étude des contre-indications d'ordre rénal pour l'emploi de l'ouabaïne chez les cardiaques.** (A. Legrand, éditeur, Paris 1925.)

Le Dr Bizette a vu que l'ouabaïne exerce une influence salutaire sur l'albuminurie des cardiaques dont elle abaisse le taux dans tous les cas ; et que cette diminution de l'albuminurie est souvent totale et définitive pour les cardiaques ne présentant que de l'imperméabilité rénale passagère. Les essais tentés sur des cas de néphrite chronique l'ont amené à conclure que sous l'action du glucoside, l'albuminurie disparaît presque totalement mais d'une façon moins durable et qu'en définitive on peut, semble-t-il, rapporter sa diminution et la durée de celle-ci au degré d'intensité des lésions rénales. Le résultat est encore aussi net mais tout à fait transitoire dans les néphrites syphilitiques à grosse albuminurie.

Cette influence heureuse de l'ouabaïne Arnaud a incité le Dr Bizette à comparer l'action de la digitale avec celle de l'ouabaïne sur l'élément pathologique « albumine ». Les résultats obtenus lui ont permis de conclure que la digitale ne peut agir que sur l'albuminurie des faux cardio-rénaux, mais qu'elle reste sans effet sur l'albuminurie de la néphrite chronique.

L'auteur a également essayé l'action de l'ouabaïne dans les cas de rétention azotée ; ses recherches l'ont conduit à ne pas considérer l'azotémie comme une contre-indication à l'emploi du glucoside. Aucun trouble n'est constaté ; bien mieux, la diurèse est provoquée et la tension artérielle diastolique subit un abaissement plus ou moins accentué.

Le Dr Bizette conclut que l'albuminurie ne représente pas une contre-indication à l'emploi de l'ouabaïne, mais qu'on doit manier ce médicament avec prudence ; il indique la posologie suivante qu'il a toujours employée, sans avoir à signaler le moindre accident, concurremment au régime approprié : le régime lacté.

Le premier jour, injecter par voie intra-veineuse la dose de 1/8 de milligramme, les trois jours suivants 1/4 de milligramme *pro die*.

Le sixième jour, atteindre la dose de 1/2 milligramme, le malade ayant été, la veille, privé du médicament. Veiller à bien faire le mélange sang et ouabaïne qui devra être ensuite poussé très lentement dans la veine.

M. Bizette a également utilisé l'ouabaïne Arnaud *per os* en employant la solubaïne (solution au millième d'ouabaïne Arnaud) ; elle fut donnée à la dose de XL gouttes par jour pendant 4 à 6 jours avec des résultats aussi concluants.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA LOI ASSURANCE-MALADIE

Autre quiproquo : « Paiement direct » n'est pas « Entente directe »,

Par le Dr Fernand DECOURT.

Dans un article paru dans le *Concours* du 28 septembre 1924, intitulé « *Les Quiproquos sur le Tiers-payant* », je faisais remarquer qu'il ne suffisait pas, pour écarter les dangers que celui-ci fait courir à l'exercice normal et sain de la médecine, de déclarer *ex cathedra* qu'on ne le reconnaîtrait pas et de s'écrier solennellement : « *Pas de Tiers-payant !* » Qu'on le veuille ou non, que le malade paye ou non lui-même son médecin, le Tiers-payant, dénommé *Caisse locale* dans la Loi Assurance-maladie — qui n'en prendra pas moins la place du malade, en lui fournissant les fonds nécessaires au paiement de ses frais de traitement — restera, quand même et toujours, dressé devant le Corps médical. Inutile de faire l'autruche en refusant de le voir..... Et je démontrais que, devant compter avec lui, avec sa toute-puissance d'argent, il nous était indispensable, dès maintenant, de ne plus nous chamailler sur des mots et des formules, de reconnaître cette existence inéluctable, et de nous entendre entre nous, au plus tôt, pour nous efforcer de nous préserver de ses funestes conséquences, qui s'aggravent chaque jour, au fur et à mesure de l'extension continue de la médecine sociale.

Aujourd'hui, c'est à propos d'un autre quiproquo, toujours sur ce même sujet, que je voudrais mettre nos confrères en garde, en vue des malentendus qu'il amène dans nos discussions et dans nos votes et des conséquences qu'il peut entraîner dans notre ligne de bataille. Il s'agit de la différence fondamentale qu'il faut désormais établir entre deux formules trop souvent confondues, à savoir :

1° *L'entente directe entre le médecin et son malade ;*

2° *Le paiement direct du médecin par le malade.*

1° ENTENTE DIRECTE.

Si je comprends bien les mots de notre langue française, l'*entente directe entre le médecin et son malade*, c'est la possibilité, pour *chaque* praticien, de s'entendre avec *chaque* malade de sa clientèle pour fixer le taux de ses honoraires et les faire payer. C'est la liberté absolue pour chacun de nous de faire ce qui lui plaira, et de jouer des coudes, sans s'occuper de ses voisins. Plus de lisières désormais, plus de tarifications, plus de tous ces affreux *contrats collectifs* qui nous brident et nous entravent, dans l'harmonieux développement de notre individualité. Liberté, Liberté chérie ! ..... Ah ! que tout cela est donc séduisant, emballant même et comme ces mots sont charmants dans une circulaire, électorale ou non !

Voulez-vous que nous en raisonnions un peu et que nous nous mettions froidement, sans lyrisme, en face de l'amère réalité ? Vous prônez, amis de l'entente directe, le retour à l'*individualisme*, pas autre chose : vous êtes le prototype de l'*antisyndicaliste*, sans vous en douter, je pense. Car enfin, n'est-ce pas au fur et à mesure du développement du Tiers-payant dans la médecine sociale avec les Mutualités, l'A.M.G., les Accidentés du Travail, etc..... que le praticien, touchant alors, de ces Tiers-payants, des salaires de famine, a dû abandonner peu à peu cet individualisme qui lui était si cher pourtant, et se grouper avec ses confrères, *se syndiquer*, pour dresser contre toutes les collectivités envahissantes, la collectivité médicale et opposer puissance à puissance, bloc à bloc..... « Plus de contrats collectifs ; » dites-vous. Alors, soyez conséquents avec vous-mêmes : plus de groupements, plus de syndicats. Serait donc cela que vous désirez ? Je ne puis le croire.

Et, au prix de tout cela, aurez-vous la paix, au moins. Vous supprimez, de par votre volonté unilatérale, tout « écran » entre votre malade et vous. « *Pas de tiers interposé entre le médecin et son malade !* » J'ai déjà entendu maintes fois cette phrase, toujours applaudie en réunion. Mais, si nous revenons dans la pratique courante, et que, suivant cette formule, le médecin n'accepte qu'une entente directe entre lui et son malade, en cavalier seul de part et d'autre, que trouvera-t-il devant lui ? Son malade tout seul ? Individualité contre individualité ? ... Pas du tout, car ce malade *appartiendra à une caisse dont il dépendra et dont il devra suivre les directi-*

ves, opposant ainsi, même dans cette question des honoraires, la force de son *groupement* à son médecin désormais *isolé*.

« Nous ne voulons pas connaître les Caisses ! » s'écrie-t-on. Le bon billet ! Nous serons, à ce moment, d'après la Loi, sur le terrain de l'Assurance-maladie, donc de la *médecine payée par les Caisses*, soit directement au médecin, soit indirectement par l'intermédiaire de l'assuré, si le malade paye lui-même son médecin. Donc, si nous nous drapons, dans notre vertu et dans notre dignité pour refuser de « connaître » les Caisses, il n'en est pas moins vrai que le malade sera bien obligé de connaître la sienne et de *suivre ses instructions*, alors que, dans tous les cas, il verra payer, par cette Caisse, aussi bien ses frais de médecin et de pharmacien, pour lui et les siens, que son demi-salaire en cas d'incapacité de travail. Quoi que vous vouliez, quoi que vous fassiez, confrères à l'entente directe, celle-ci ne se fera donc jamais sans intermédiaire entre votre malade et vous, mais elle se fera entre votre *isolement* propre et le *groupement* des malades de la Caisse. C'est donc en vain que vous aurez fait cavalier seul et vous serez obligés alors, d'en revenir à votre groupement professionnel, pour vous défendre et de demander à votre Syndicat, pour vous-même, dans votre propre intérêt *personnel*, la grosse artillerie d'un *contrat collectif* dressé, je le répète, de puissance à puissance, bloc à bloc.

2° Paiement direct.

La formule du « *paiement direct du médecin par le malade* » est tout autre, « car elle ne préjuge pas de la fixation des honoraires par « entente directe », mais simplement du fait que ce sera, non pas la Caisse, mais le malade ou sa famille qui versera au médecin le montant d'honoraires, sans qu'il soit fait ici mention d'autre chose. Et lors de notre assemblée générale, le 25 octobre dernier, en notre Syndicat de Seine-et-Marne, nous avons, pour préciser notre propre pensée, ajouté : « *tarif à la visite avec paiement direct* du médecin par le malade, tarif modifiable par décision syndicale *exclusive*, c'est-à-dire non modifiable par un médecin *isolément* pas plus que par un groupement quelconque de malades de caisse. »

Nous ne sommes plus là, on le voit, sur le terrain de « l'entente directe entre UN médecin et SON malade ».

Nous avons voulu, en somme, tout en gardant la force du groupement et l'égide du contrat collectif, tout en restant prêts, même à causer avec les Caisses, de puissance à puissance, nous avons voulu, par le paiement direct décidé *à priori*, nous rapprocher, le plus possible, de l'exercice normal de la médecine. Ce paiement direct, c'est un premier contrôle moral, un premier filtrage, en quelque sorte, contre les méfaits de tous genres, engendrés par la médecine sociale. C'est un premier frein à l'abus de visites possible de la part d'un praticien, mais tout aussi bien à l'abus d'appels injustifiés, de la part d'un malade exigeant. Sans doute, cela ne supprimera malheureusement pas, en entier, les tentations, les compromissions, les glissements de conscience, tout ce cortège lamentable que nous avons appris à connaître depuis l'extension de la médecine avec Tiers-payant. Mais, avec le paiement direct, il faudrait une collusion chronique, si je puis dire, entre malade et médecin, chose tout de même peu coutumière, malgré tout ce que nous avons entendu et lu contre le Corps médical, à propos de certains scandales ....

En somme, on peut dire que, si le paiement direct ne supprime en rien le Tiers payant, ainsi que je l'ai montré plus haut, il atténue, tout au moins, quelque peu ses méfaits. Avec cette médecine sociale que nous ne pouvons pas ne pas subir puisqu'elle fait partie de la transformation successive, de l'évolution continue de la Société, il convient à nos groupements de poser, suivant la mesure du possible, des sortes de « garde-fous », si j'ose dire, pour éviter, aux tournants dangereux, les écarts et les faux pas... Mais, ce faisant, nous nous écarterons nettement et délibérément de la formule séduisante, mais combien dangereuse pour les médecins probes et honnêtes, de « l'entente directe entre le médecin et son malade ». Et c'est pourquoi, je conclurai, en souhaitant que, pour tous les soins à donner aux malades de caisse, bénéficiaires de la loi Assurance-maladie, nous finissions par nous mettre tous d'accord, à propos de la pratique de la médecine et du paiement de nos honoraires, sur un *principe* analogue à celui que vient de formuler notre Syndicat médical de Seine-et-Marne, dans un ordre du jour, sur les Assurances sociales, où il préconise : « ..... le *tarif à la visite avec paiement direct* du médecin par le malade, mais *après* que nos intérêts corporatifs auront été assurés par un *contrat collectif*..... » et cela, à l'exclusion de toute *entente directe* entre le médecin et son malade, qui tendrait, sans le vouloir, à briser la force de nos Syndicats médicaux en supprimant les contrats collectifs, et à laisser, à l'heure imminente de la lutte, chaque praticien *isolé et désarmé*, en face de collectivités désormais toutes-puissantes. »

J'espère, par mes explications et par ces citations, avoir suffisamment dénoncé le quiproquo qui s'est glissé peu à peu dans nos paroles et dans nos écrits. Quelles que soient nos idées, nos opinions, dégageons-nous, avant tout, de l'obscurité et des malentendus. Mon but fut d'apporter ici un peu de clarté sur un point, non des moindres, qui sera développé, en décembre prochain, à la

tribune de l'Assemblée générale de l'Union. Je souhaite que nous y soyons précis, nets, clairs : et cela dans nos arguments, nos discussions, nos résolutions et nos votes. Le Corps médical ne pourra qu'y gagner.

Dr Fernand DECOURT.

LA POLITIQUE DE L'UNION ET LES CRITIQUES DE L'OPPOSITION

J'ai lu avec grand intérêt, dans le *Concours médical* du 25 octobre, l'article de G. BATIER (Strasbourg), intitulé : *La politique de l'Union et les critiques de l'opposition.*

On ne saurait mieux dire ; et il semble bien qu'il ne reste pas un mot à ajouter sur la question, après la lumineuse étude qui en a été faite, avec une entière impartialité, par JOUBERT, d'abord (*Bulletin* du Groupement des S. M. Charentes-Poitou, août 1925), et par BATIER ensuite dans le *Concours médical.*

Le Conseil de l'Union a commis quelques maladresses, quelques fausses manœuvres ; ceci paraît certain. Combien il eût été plus habile d'associer à la Délégation envoyée devant la Commission du Sénat un membre de l'opposition, un partisan avéré de cette entente directe avec le client, de cette liberté, *dite absolue*, du médecin, à laquelle on admet déjà cependant le léger tempérament d'une entente possible avec les Caisses, d'un accord anodin portant par exemple sur les pièces et les certificats que le médecin *libre*, consentira à signer ; la déclaration à la Commission sénatoriale eût ainsi nécessité une discussion préalable, la rédaction de..... *une formule*, qui pût satisfaire tout le monde et personne, comme le fameux ordre du jour de l'Assemblée générale de 1924 sur les Assurances sociales. Ah ! on n'y aurait pas parlé de contrat collectif, surtout de contrat obligatoire. De là, vient tout le mal. Reconnaissons-le franchement, l'obligation n'était pas contenue dans l'ordre du jour. Mais comme le crime eût été atténué, s'il s'était agi d'un terme moins révolutionnaire ; d'entente, d'accord, de convention... de je ne sais quoi encore qu'on pourrait trouver dans Larousse ! Passe encore le contrat, si le malheur n'avait pas accolé à côté le mot *collectif*.

Du coup, la crise éclatait contre ce pauvre Conseil de l'Union : Lenglet, Quivy, surtout Lafontaine, l'Eminence grise ! ! !

Bolchevisme, camarilla sans scrupules, tyrannie, dictature per fas et nefas !

J'en passe et des meilleurs. Bons pour la potence ces gens-là ; ils sont de mauvaise foi, ils poursuivent par des voies tortueuses la socialisation de la médecine, la fonctionnarisation du médecin (ô Académie !), à leur profit bien entendu, avec la perspective évidente d'un fastueux rond-de-cuir.

Pareil langage s'entend communément dans les clubs politiques où c'est à grand renfort d'injures, même à coups de pied ou de poing les jours d'orage, qu'on prépare le bonheur de la Nation.

Que les confrères du Rhône, de la Côte-d'Or, du Nord... surveillent leurs porte-plumes, pour ne pas compromettre irrémédiablement une cause, qui ne manque pourtant pas de quelques bons arguments !

Les spectateurs de sang-froid, sans aucun parti pris, montreront d'autant plus d'indulgence aux fautes du Conseil que les violences de l'opposition *leur feront redouter l'arrivée* aux affaires de syndicalistes aussi peu pondérés.

L'attitude du Conseil n'excuse en rien l'acte d'indiscipline dont s'est rendue coupable la délégation du Rhône, qui avait d'autres moyens d'action pour contraindre le Conseil à préciser ses intentions ; elle mérite un blâme universel pour avoir révélé aux Parlementaires les dissensions des Syndicats médicaux.

Les opposants ne veulent pas du Pape du Conseil (Lafontaine me pardonnera l'expression) ; c'est leur affaire ; mais pensent-ils que la majorité se laissera imposer certain Grand Inquisiteur, dont la plume acerbe distille tout autre chose que la tolérance ?

L'esprit de système et d'exclusion est détestable, de quelque parti qu'il vienne. L'histoire de la médecine ne devrait-elle pas incliner les médecins à la sagesse, à une douce philosophie ?

Se refuser à croire, jusqu'à preuve du contraire, à la bonne foi, à la loyauté de son contradicteur, lui prêter gratuitement de vilains sentiments, n'est-ce pas s'exposer à faire dire : on juge les autres d'après soi-même ?

En somme, que reproche-t-on au Conseil de l'Union ? Il ne se conforme pas aux décisions de la majorité votées en Assemblée générale.

La discipline exige en effet que toute décision adoptée, après libre discussion, devienne la loi de tous les opinants, les adversaires aussi bien que les partisans. Le contraire serait la négation du principe essentiel de toute Association. C'est avec raison qu'aucune transaction là-dessus n'est admise dans les Syndicats du Rhône et du Nord.

Mais voici où la logique ne trouve plus son compte. Dans le *Bulletin* de la Fédération des Syndicats du Nord (n° 7, juillet 1925) on lit :

« La Fédération du Nord déclare que, si la « situation actuelle persiste et si l'Assemblée « générale prochaine de l'Union n'y apporte pas « des remèdes radicaux, elle ne pourra consentir « à sacrifier les intérêts essentiels du Corps mé-

« dical à l'unité de celui-ci et qu'elle se séparera « de l'Union. »

Voilà l'ultimatum net, catégorique, édicté à la réunion du Comité fédéral, tenue le 21 juin 1925, à Lille.

Il s'adresse, non pas au Conseil en exercice, le pelé, le galeux... mais précisément à l'Assemblée générale prochaine, c'est-à-dire à tous les syndiqués de France.

Les 3, 4 et 5 décembre la majorité votera les propositions élaborées par les Fédérations du Nord et du Rhône, ou alors... le divorce ! la scission !

L'orthodoxie, ou la mort ! comme à Léninegrad.

Tyrannie, dictature ! Oui ; de quel côté ? Chez Lafontaine... ou ailleurs ? Cette attitude invraisemblable, dont les confrères du Nord n'ont peut-être pas saisi, dans le feu de l'action, toute la portée dangereuse pour les intérêts autant que pour l'union des médecins Français, fournit un des meilleurs arguments contre la représentation régionale, qu'ils veulent introduire. Elle consacrerait inévitablement la mainmise des grosses Fédérations, des groupements nombreux, sur le Conseil de l'Union. En Alsace-Lorraine, où les syndicats médicaux sont mieux organisés, plus disciplinés, trempés par des luttes anciennes que la France de l'intérieur n'a pas encore connues, la représentation régionale a pu donner des résultats satisfaisants ; on peut accepter volontiers sur ce point l'affirmation de Batier, et partager aussi son avis sur la situation des Syndicats, en dehors de l'Alsace-Lorraine :

« Certains (dirigeants de l'Union) ne cachent pas « leur inquiétude devant l'inorganisation de nom« breux Syndicats, qu'ils sentent désarmés devant « les périls de demain... Il faut avoir le courage de « le dire ; les Syndicats de l'intérieur, à quelques « exceptions près, seront écrasés par les Assurances « sociales, comme l'a été le corps médical allemand, « s'ils ne s'arment point d'urgence, à l'imitation « des nôtres. Pas un n'eût pu supporter la tempête « récente d'Alsace, d'où nous sommes sortis plus « forts qu'avant. Ils n'ont, ni la solide organisation, « ni la solidarité, ni les ressources matérielles, qui « sont indispensables dans l'existence que le Parle« ment leur prépare et que je connais bien ».

Soyons sincères envers nous-mêmes, et ne nous berçons pas d'illusions ; Sur les 15.000 syndiqués inscrits à l'Union, combien peut-on compter de syndicalistes sincères, qui se tiennent au courant des questions professionnelles, s'astreignent à assister aux assemblées, observent fidèlement les statuts ?

Beaucoup de syndicats ne sont qu'une façade, ne travaillent pas, ne se réunissent guère, n'ont pas de secrétariat ou si peu !

Parmi les syndicats dits forts, on constate souvent une vie plus apparente que réelle ; trois ou quatre membres assument toute la besogne, préparent les projets, les motions, prodiguent leur temps et leur argent, trop heureux si, au jour de l'assemblée, ils voient la moitié environ des inscrits prendre place dans la salle. Parmi l'autre moitié, certains invoquent une vague excuse, le moindre prétexte suffit ; nombreux sont ceux qui ne prennent même pas cette peine, s'insurgent contre l'amende statutaire, menacent de donner leur démission.

Combien de fois les Assemblées ne sont que de vagues parlotes, où tout le monde cause à la fois, où l'on discute sans ordre, sans méthode, où chacun se retire à la hâte avant la fin, l'heure de prendre le train ou l'auto étant arrivée, sans avoir pris aucune décision, laissant le soin d'agir à un président ou à un secrétaire, qu'on ne se fera pas faute de critiquer après, si tout n'est pas pour le mieux.

Qu'attendre de la représentation régionale, tant que subsistera cette poussière de syndicats, tant que les groupements provinciaux et régionaux ne seront pas établis sur tout le territoire ? Réformons-nous d'abord dans les Syndicats ; nous parlerons plus tard de la réforme du Conseil. Ce n'est pas lui le vrai coupable !

Le jour d'ailleurs où tous les délégués arriveraient à l'Assemblée générale de l'Union, connaissant bien toutes les questions à l'ordre du jour et munis d'un mandat précis sur chacune, les défauts reprochés seraient supprimés ou amendés par le fait même. Les discussions deviendraient plus précises, plus rapides ; on n'entendrait plus à tout instant à la tribune des digressions en général étrangères au sujet, oiseuses, inutiles, des histoires locales charmantes sans doute, mais sans intérêt pour l'assemblée. On ne verrait plus sortir de ces ordres du jour passe-partout, de ces motions à amendements multiples destinées à accommoder toutes les opinions à une sauce neutre qui donne la nausée à tout le monde, aussitôt les délégués rentrés dans leurs foyers.

Le Conseil, disent les opposants, sera le miroir fidèle du corps médical syndiqué tout entier, avec la représentation régionale. Non certes : le Conseil sera l'émanation de certains groupes puissants et le fruit de coalitions nouées à travers le pays. Admettons un instant que toutes les opinions y seront représentées. En ce cas, qu'est-ce qu'on verra sortir comme travail utile de ce Conseil qui s'épuisera en discussions interminables, s'agitera dans l'anarchie ? Impuissant à trouver en chaque matière une solution de nature à rallier une majorité, il fera exactement ce qu'on reproche aux Assemblées générales ;

des formules de conciliation sans valeur pratique d'exécution.

Ce sera un parlement, en proie à toutes les tares que nous connaissons ! Toucher maladroitement, en pleine crise, devant l'ennemi, aux statuts de l'Union, ne pourrait produire que des effets déplorables ; nous verrions se réveiller des discussions passionnées qui ont à plusieurs reprises secoué l'Union, où elle a failli sombrer. La grande réforme envisagée n'est pas une nouveauté !

Est-ce à dire qu'il n'y a rien à faire, qu'à se croiser les bras ?

L'aspiration universelle tend vers le progrès continu ; rien n'est immuable. L'important consiste à saisir en temps utile l'évolution nécessaire, à éviter la révolution sous la poussée d'événements qu'on n'a pas su prévoir ; cette dernière commence toujours par des ruines et par la misère. Voici, à mon sens, les modifications de détail qu'on pourrait sagement apporter aux satuts :

1° La liste des candidats au Conseil sera close irrévocablement tous les ans, 30 jours avant la date de l'Assemblée générale, notifiée sans retard à tous les Syndicats de l'Union.

On mettrait obstacle ainsi aux candidatures de la dernière heure, inscrites au tableau noir ; les syndicats pourraient composer leur liste de 26 candidats, se renseigner, se concerter ; les délégués ne seraient plus réduits au dernier moment à aligner des noms dont la plupart leur sont inconnus, au petit bonheur.

2° L'application de l'amendement à l'article 11, pour le jeu du quotient, sera facilité aux Fédérations et aux groupements régulièrement constitués ; le chiffre du quotient sera publié 15 jours avant l'Assemblée.

Il est absolument inopportun de remettre cet amendement en cause ; la discussion en fut trop violente et orageuse !

3° Tout mandat de délégation sera nominatif aucune carte en blanc ne sera mise à la disposition du Conseil.

Il convient d'éviter les manœuvres de couloirs, et le coup de pouce à l'élection.

4° Chaque délégué ne pourra être muni de plus de trois mandats.

5° Au Conseil, un rapporteur spécial sera désigné pour chaque question à l'étude ; le rapport ne sera pas le simple reflet d'une opinion personnelle, il contiendra un exposé complet du sujet, le pour et le contre ; il sera publié dans le *Médecin Syndicaliste.*

Par suite, on ne pourra plus reprocher à ce dernier d'être une tribune à l'usage exclusif du Conseil, l'arme de la majorité.

La charge, terriblement lourde, du secrétaire général sera allégée ; il ne sera pas le Dictateur tant redouté ! En aucune manière le *Syndicaliste* ne saurait être ouvert à toutes les opinions, à toutes les polémiques des médecins syndiqués. Sans parler d'autres inconvénients multiples pour la concorde du corps médical, il faudrait, dans cette éventualité, publier à chaque numéro un volume comme la *Revue des Deux Mondes.* Pour terminer, voulez-vous me permettre, mon cher confrère, de vous emprunter la conclusion (*Concours médical*, préface à l'article de Batier) :

« Nous supplions les adversaires de faire trêve « à ces luttes intestines, déplorables et infiniment dangereuses, de faire abnégation de « leurs froissements personnels et de leurs blessures d'amour-propre, de ne songer qu'à l'intérêt général du corps médical français, au « prochain et troublant avenir de notre profession ».

Troublant avenir, c'est certain ! Car aucun des partis, acharnés à se déchirer, n'obtiendra entière satisfaction du législateur, pour lequel une poignée de médecins, étrangement divisés sur les garanties nécessaires, ne représente aucune valeur électorale. Le client est la masse ; le médecin est fait pour lui, et c'est pour lui qu'on légifère. Le forfait pour les soins médicaux est le rêve des Parlementaires, des mutualistes, de toutes les caisses présentes ou à venir ; il est inscrit au projet Grinda, adopté par la Chambre des Députés.

Une circulaire du syndicat de Strasbourg-Ville, adressée à tous les syndicats de France, arrive fort à propos pour nous mettre en garde contre ce danger menaçant. Dans sa lutte prolongée avec les caisses, le syndicat de Strasbourg-Ville avait « *mis son entière confiance en la personne de Monsieur le ministre du Travail et de l'Hygiène*, dont il avait accepté l'arbitrage. Confiance mal placée évidemment ! La sentence arbitrale rejette la revendication des médecins concernant le paiement à la visite, et consacre le forfait, dont ils ne veulent plus. Consultation à un peu moins de 3 francs, visite à un peu moins de 5 francs ! A combien l'heure de travail de Monsieur le ministre ? A combien le salaire de son décrotteur ?

Confrères ennemis, voilà pour vous mettre d'accord. Tiers-payant, contrat, entente directe... qu'importe, si le forfait nous est imposé ?

Qui peut avoir la prétention de détenir la

vérité intégrale ? Le contrat, même obligatoire, erreur d'aujourd'hui pensent certains, ne serat-il pas demain l'unique sauvegarde ?

Tandis que nous perdons le temps en dissertations byzantines, il serait à coup sûr plus opportun de voir quelle sera notre conduite si la loi, un jour assez prochain, nous jette brusquement du rêve dans la réalité.

Dr MAFFRE,
Président du Syndicat de la Charente, à Montbron.

LE CONSEIL DE L'UNION ET LES ASSURANCES SOCIALES (1)

Par le Dr M. CAILLAUD,

Président des Syndicats médicaux du Loiret. Membre du Conseil de l'Union.

Les solutions envisagées pour la partie médicale des assurances sociales ont été l'objet de discussions nombreuses et importantes dans tous nos syndicats. L'attitude du Conseil a été souvent critiquée, tant dans ses directives que dans ses démarches.

Cependant, on semble trop oublier que le Conseil est nommé par l'Assemblée générale, et que par conséquent il est l'émanation de la majorité de cette Assemblée. On oublie aussi que le Conseil doit suivre les directives votées par les Assemblées générales, et que son rôle, sauf cas d'urgence, se borne à un rôle d'exécution des décisions de l'Assemblée. « Dirigeant de l'Union », mot employé pour désigner les membres du Conseil, est un terme impropre, Les administrateurs, en tant qu'administrateurs, ne sont pas des « dirigeants », mais des « exécutants ». Dans le sein de l'Union, le vrai directeur, c'est le syndiqué. Les militants ne sont que les guides, dont les avis ne sont d'ailleurs pas toujours suivis par la majorité.

Pour juger le rôle du Conseil de l'Union, il faut donc tout d'abord savoir qu'il est l'élu de la majorité, et bien connaître les différents votes émis par les Assemblées générales.

Pour ce qui concerne les Assurances sociales, le Conseil avait, l'an dernier, des directives précises, qui lui ont dicté sa ligne de conduite. On lui reproche de n'avoir pas voulu ignorer la loi, ou de vouloir traiter avec les caisses d'assurance. Mais ces reproches s'adressent bien plutôt à la majorité des votants de l'Assemblée générale. La minorité au sein de l'Union est assez importante, et assez active pour que ses avis soient pris en considération, tant qu'ils ne heurtent pas l'opinion de la majorité. C'est d'ailleurs pour la vie de notre organisme national une chose excellente que l'activité se manifeste dans la périphérie syndicale, et que les discussions y soient poussées à fond.

Terminons ce préambule et recherchons comment sont nées les opinions de la majorité des syndiqués.

* * *

DU RÔLE DU MÉDECIN DANS L'ASSURANCE SOCIALE.

Les groupements médicaux ont eu à examiner plusieurs solutions de la question : ignorer la loi, — ou reconnaître la loi et ignorer les caisses, — ou avoir des rapports avec les caisses.

1° Comment ignorer la loi ? Ignorons-nous la loi sur les accidents du travail, la loi sur les pensionnés de guerre. Ne pas connaître la loi, c'est se désintéresser de l'action hygiénique et thérapeutique entreprise par les caisses d'assurance, action qui, si elle n'est pas faite avec notre concours, sera faite contre nous. C'est revenir en arrière, avant les âpres discussions des lois de 92, de 98 et autres. C'est en somme la négation du syndicalisme.

Au point de vue pratique, une telle attitude du corps médical ne serait possible qu'à condition de réunir l'unanimité ou presque unanimité des médecins. A défaut de cette solidarité, nul doute que les caisses aient toutes facilités pour se procurer des médecins en nombre plus que suffisant pour assurer les soins à leurs administrés, et aient aussi toute latitude pour user largement des hôpitaux, où l'assisté sera remplacé par l'assuré.

Les quelques syndicats qui préconisent cette attitude du corps médical sont-il certains du dévouement corporatif de tous leurs membres ? En fussent-ils certains, quels moyens d'action auraient-ils au cas où les caisses d'assurance de leur région feraient appel à des médecins venus du dehors ? Espèrent-ils que leur clientèle, sujette de l'assurance, leur resterait intégralement fidèle, alors que la loi s'appliquera aux deux tiers de la population ?

Il ne suffit pas de dire : « Nous ne voulons pas de cette loi. » Soyons pratiques.

2° On peut reconnaître la loi, c'est-à-dire être prêt à faire les gestes administratifs exigés pour son application, mais on peut vouloir n'avoir

(1) *Centre médical*, 1er octobre 1925.

aucun contact avec les caisses. Il y a entente directe du malade avec son médecin. Mais le corps médical se désintéresse de l'action de la caisse. Celle-ci peut créer des hôpitaux, des maisons de cure ou de convalescence, peut ouvrir des cliniques, faire venir des médecins pour traiter au rabais ses assurés, s'entendre avec les pharmaciens, détourner ses malades des centres d'enseignement, diriger tous ses assurés sur l'hôpital, etc... Qu'importe !

Eh bien ! non ! Il n'est pas possible que le corps médical garde une attitude de désintéressement.

Comme dans le cas précédent, tant que le syndicalisme médical ne représentera pas l'unanimité, il n'est pas possible de vouloir lutter contre les caisses. Si, dans de nombreuses localités, le corps médical a pu ignorer la mutualité, c'est que les sociétés mutuelles n'ont qu'un nombre de membres très limité, qu'elles ont des ressources insuffisantes et que leur recrutement est restreint à certaines catégories sociales. Dans certaines grandes villes, où la mutualité est forte, le syndicat a dû traiter avec elle, et même pas toujours à son avantage.

3° C'est pourquoi, la majorité des syndicats abandonnant à regret leur conception théorique de l'art et de la pratique médicale, se sont mis à rechercher le côté pratique de la loi imposée. Il a été reconnu que si le corps médical n'était pas écouté par les caisses, c'était la lutte contre les médecins fonctionnaires des caisses : lutte de tarifs, lutte de conceptions hygiéniques, hospitalières, thérapeutiques, etc. Pour éviter cette guerre ouverte, il n'y a qu'une arme : *le contrat passé entre la Caisse et l'association médicale.*

Le contrat peut d'ailleurs très bien être envisagé de telle façon que l'assuré paye directement et intégralement lui-même son médecin. C'est d'ailleurs une modalité qui est admise par la plus grande partie des syndicats. L'entente directe sera beaucoup mieux sauvegardée, s'il y a avec la caisse un contrat respectant cette entente.

Quant au contrat avec la caisse, il aura à envisager de multiples questions : délivrance des médicaments, contrôle, etc., et surtout la question de l'hospitalisation, question capitale, plus importante que celle de l'entente directe, et question encore insuffisamment étudiée et résolue. Par quel moyen empêcher les caisses d'adresser leurs assurés dans les hôpitaux ? Comment le corps médical pourra-t-il compenser cette perte d'honoraires ? Si, d'ici la date d'application de la loi, l'Union n'a pas trouvé la solution du problème, attendons-nous à devoir subir une lutte sans fin, et contre les caisses, et contre les administrations hospitalières, lutte où nous serons difficilement vainqueurs. Confrères, étudiez cette question. Ne la tranchez pas par cette formule simple : l'hôpital aux indigents. Formule simple, car d'abord d'après le jeu de la loi, l'indigent sera une exception, ensuite l'hôpital représente un centre de cure dont logiquement les caisses auront le désir de se servir, d'autant plus que la rareté des indigents laissera des salles presque vides. Ajoutez à cela la question de l'enseignement dans les hôpitaux, et celle des maisons de santé privées, et vous verrez combien l'étude de l'hospitalisation des assurés présente de difficultés.

***

Le Conseil de l'Union n'a fait que suivre l'opinion de la majorité des syndicats, qui a vu surtout le côté pratique de la question.

Il est prématuré de savoir dans quelles conditions fonctionnera la partie médicale de la loi, ni quelle sera sa répercussion sur l'exercice de la profession. Peut-être cette loi, dont la mise à l'étude est la conséquence de la désannexion de nos départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle, n'aura-t-elle pas grand succès auprès des futurs assujettis. Peut-être la question des caisses sera-t-elle une cause d'échec à la popularité de la loi. Mais, du fait de l'attitude actuelle du corps médical, je crois que l'on peut espérer que nos intérêts les plus importants ne seront pas sacrifiés. J'entrevois même que les médecins pourraient retirer de cette loi les avantages qu'ils ont retirés de la loi du 9 avril 1898. Alors que la plupart des accidentés étaient semi-indigents, l'obligation du paiement par le patron a permis au médecin de récupérer des honoraires qu'il n'aurait pu obtenir sans cette disposition de la loi.

En tous cas, quel que soit le sort réservé à la loi, les intérêts du corps médical ont été défendus avec ténacité, énergie et diplomatie par le Conseil de l'Union, en conformité avec les directives des Assemblées générales.

UNE LETTRE DU Dr BATIER

Mise au point.

Je viens de lire avec le plus grand intérêt l'article du Dr Le Fur, qui est écrit en marge de celui que le *Concours médical* avait bien voulu publier le 25 octobre sous ma signature et sur le même sujet.

1° Notre confrère veut bien appeler que nous sommes ordinairement en communion d'idées, lui et moi, et il me semble que nous le sommes encore.

Il a été inquiété par cette phrase : « Or, c'est un fait que les nations européennes tendent à la socialisation ; chaque jour marque une restriction nouvelle des droits individuels au profit des droits de la collectivité. La pratique médicale doit évoluer dans le même sens, que nous le voulions ou non... ». Il craint que je sois résigné à la socialisation de la médecine.

S'il a pu se tromper sur mon orientation, d'autres ont certainement partagé son erreur et il importe de dissiper le malentendu.

La socialisation progressive de l'Europe — et de la France en particulier — est un fait incontesté dont la cause principale est l'industrialisation de la vie moderne. Or, une profession aussi intimement mêlée à la vie sociale que la nôtre, ne peut pas s'exercer de la même manière dans une société patriarcale, dans une société basée sur l'individualisme et dans une société où les liens collectifs sont étroitement resserrés. Cela relève de l'évidence.

Donc, que nous le voulions ou non, il existe déjà une médecine sociale, qui se développe de plus en plus et à laquelle la loi sur les assurances sociales va ouvrir de très vastes horizons.

Cela veut-il dire que notre profession doive se laisser socialiser comme l'industrie des tabacs ou les chemins de fer ? Pas du tout ! J'estime, en accord certain avec le Dr Le Fur, que l'exercice normal de la médecine est incompatible avec sa socialisation et je l'ai déjà écrit.

Cela veut dire qu'il ne faut pas plus partir en guerre contre les organisations de médecine sociale, qu'il ne faut lutter contre les moulins à vent : l'aventure risquerait de tourner plus mal que celle de don Quichotte. Il faut traiter avec elles, après avoir étudié leurs points faibles et s'être solidement armé pour la négociation, en vue, justement, de conserver, dans les cadres de cette médecine sociale qu'il ne dépend pas de nous de supprimer, les conditions indispensables à l'exercice normal de notre profession. J'ai la ferme conviction que là est le salut de la saine médecine, incontestablement menacée si nous laissons les choses se faire sans nous.

2° Il est une petite question de fait, bien insignifiante à côté du gros problème que l'on vient d'effleurer, mais au sujet de quoi je désire ajouter quelque chose à mon article antérieur. Le Dr Le Fur pense, avec d'autres, que la délégation lyonnaise a été reçue par la commission sénatoriale, comme la délégation alsacienne. C'est une erreur que je tiens à redresser, en qualité de membre de cette dernière délégation.

La délégation de la Fédération d'Alsace a été convoquée devant la commission sénatoriale — comme elle l'avait été devant la commission du Palais-Bourbon — *parce que les Caisses alsaciennes* étaient elles-mêmes convoquées et qu'il était impossible aux commissions parlementaires d'entendre les délégués des Caisses sur leur expérience de l'assurance-maladie, sans entendre également, sur le même sujet, les médecins qui ont la même expérience dans un esprit différent.

La délégation de la Fédération d'Alsace *a aussitôt avisé l'Union, en lui demandant l'autorisation de se rendre à la convocation.* Devant la commission, elle s'est solidarisée avec les délégués de l'Union dans leurs déclarations, *par principe et parce que seuls ils représentaient le corps médical français.* Puis elle s'est étendue sur les leçons de la pratique alsacienne de l'assurance-maladie, pour contre-balancer l'influence exercée par les délégués des Caisses qui avaient été entendus immédiatement avant elle.

Il n'y a rien de commun entre l'audience de la délégation lyonnaise qui, *à l'insu de l'Union,* avait pour but de neutraliser l'influence des représentants officiels de l'Union, et l'audience de la délégation alsacienne qui, *d'accord avec l'Union,* avait pour but de neutraliser l'influence des représentants des Caisses en ce qu'elle pouvait avoir de fâcheux pour l'exercice de notre profession.

Il est bien entendu que seul le souci de la vérité me guide ici et je me serais gardé d'attirer l'attention sur ce sujet, si une certaine confusion ne s'était établie, au point que des esprits clairs, méthodiques et informés, comme le Dr Le Fur, ont pu s'y laisser prendre.

Dr G. BATIER.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Frais d'hospitalisation

JUSTICE DE PAIX DU 4e CANTON DE MARSEILLE

16 février 1924.

(*Revue des Hôpitaux*, 31 mars 1924.)

Sont légaux et exécutoires la délibération d'une commission administrative d'hospices et l'arrêté préfectoral l'approuvant, qui fixent le prix de journée d'hospitalisation des ouvriers accidentés du travail, dans les limites prévues par les lois du 15 juillet 1893 *(art.* 24) *et du* 6 *juillet* 1920 (1re espèce).

Le juge de paix est seul compétent pour connaître de la demande en paiement des frais d'hospitalisation n'excédant pas 300 *francs* (2e espèce), *et connaît en premier ressort d'une demande excédant* 300 *francs* (1re espèce).

A défaut de justifications par le défendeur que la commission administrative, sans excéder le taux légal, réalise de réels bénéfices sur une catégorie de travailleurs protégés par la loi, il ne saurait être fait grief à cette commission d'avoir porté ce taux à son maximum (1re espèce).

(1re *espèce*)

Nous, Juge de paix,

Vu la citation d'instance et les diverses pièces de la procédure ;

Vu les lois du 9 avril 1898, 31 mars 1905, réglementaires des accidents du travail, art. 4 et 15, la loi du 15 juillet 1893, art. 24 sur l'Assistance médicale gratuite et la loi du 6 juillet 1920, relative à la majoration du tarif « accidents du travail » ;

Vu l'arrêté préfectoral du 24 mai 1923, la délibération de la Commission administrative des Hospices civils du 28 mai suivant et l'arrêté de M. le Préfet des Bouches-du-Rhône du 30 juin 1923, approbatif de cette délibération afférente à la fixation du prix des journées d'hospitalisation des ouvriers blessés dans leur travail ;

Exposé. — Attendu que la Commission des Hospices de Marseille actionne Peloutier en paiement de la somme de 757 fr. 37, montant de 28 journées d'hospitalisation d'Astinetti, accidenté de travail à son service ;

Attendu que le défendeur, sans contester le principe de sa responsabilité, ni la durée d'hospitalisation d'Astinetti, se refuse à payer l'intégralité de la somme réclamée, en tant qu'illégale et exagérée et offre, ainsi qu'il l'aurait déjà fait, de se libérer par le paiement de la somme de 578 fr. 76, calculée sur le prix de la journée de 20 fr. 67, au lieu de 26 fr. 87, demandée par les Hospices.

Compétence. — Attendu que la Commission des Hospices, demanderesse, conteste au Juge de paix le droit de discuter la légalité de l'arrêté préfectoral du 30 juin 1923, en tant qu'acte administratif, et que le défendeur prétend au contraire que le Juge de paix est souverainement compétent pour apprécier quel doit être le prix de la journée d'hospitalisation ;

Attendu que si les décisions émanées des préfets, comme représentants de la puissance publique, sont authentiques et exécutoires, il est certains autres actes concernant des conventions entre les établissements publics ou hospitaliers et les particuliers qui ne sont pas, à proprement parler, des actes administratifs, mais bien des actes de simple régie qui rentrent dans le droit commun et peuvent être soumis, en cas de contestations, à la juridiction des tribunaux ordinaires, que tel est le cas de la délibération de la Commission des Hospices, mineure de par la loi, et dont l'approbation par le Préfet, tuteur de cet établissement, était indispensable pour la validité de sa décision.

En droit. — *Au fond.* — Attendu que conformément à la loi du 9 avril 1898, le Juge de paix est compétent pour statuer sur la demande des Hospices, comme aussi de discuter et d'apprécier la légalité de l'arrêté administratif de fixation du taux de journée d'hospitalisation ;

Qu'aux termes de l'article 15 de la loi du 31 mars 1905, il juge en dernier ressort jusqu'à 300 francs et à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, à charge d'appel, des réclamations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques, que les frais médicaux et pharmaceutiques comprennent les frais d'hospitalisation et que cet article 15 ne contient aucune prescription relative à ces frais d'hospitalisation que l'article 4 met à la charge du chef d'entreprise ;

Attendu que l'établissement des Hospices est en droit d'actionner directement l'employeur ;

Attendu que la loi du 6 juillet 1920 édicte un tarif maximum, celui de la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite, majoré de 30 % ;

Attendu que par arrêté du 24 mai 1923, M. le Préfet des Bouches-du-Rhône a fixé à 20 fr. 67 le prix de journée de traitement des malades de l'Assistance médicale gratuite ;

Que par un autre arrêté postérieur du 30 juin 1923, il approuve la délibération de la Commission administrative des Hospices, fixant à 26 fr. 87, par majoration de 30 %, le prix de la journée d'hospitalisation des accidentés du travail ;

Attendu que ces arrêtés préfectoraux, dont le premier s'applique à l'Assistance médicale gratuite et le second à la majoration autorisée par la loi, sont des actes administratifs de simple régie, légalement rendus ;

Que, pour les interpréter, il est de toute logique et de pratique constante de se référer aux intentions du législateur ;

Attendu qu'il résulte, aussi bien des rapports présentés que des discussions qui ont précédé la loi de 1920, que les assemblées législatives divisées sur le quantum de la majoration, le Sénat ayant adopté le chiffre de 50 % et la Chambre des députés le 25 %, ont finalement décidé que les frais d'hospitalisation ne pourraient dépasser le 30 % sur le tarif établi par l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 ;

Attendu qu'il n'est pas établi que le prix de la journée d'hospitalisation à 26 fr. 87, comportant nourriture, soins médicaux et pharmaceutiques, soit excessif ;

Qu'il en serait autrement si Peloutier à l'appui de ses moyens apportait la preuve que, par ce taux de journée élevé, qui frappe peut-être indirectement une catégorie de travailleurs protégés par la loi de 1898, la Commission administrative des Hospices, sans excéder le taux prévu, réalise sur elle de réels bénéfices, qu'il nous incomberait alors de nous inspirer des travaux préparatoires pour faire une interprétation équitable de la loi de 1920 ;

Attendu qu'à défaut de ces justifications qui s'imposaient, il ne nous appartient pas de faire grief à la Commission demanderesse d'avoir porté à son maximum extrême le taux de la majoration autorisée ;

Attendu que le traitement des blessés du travail dans les Hôpitaux régis par l'Administration est facultatif et que le patron responsable de ses ouvriers a les moyens de rechercher un traitement « adéquat » dans les établissements privés ou cliniques, s'il doit y trouver des avantages et des soins appropriés pour ses blessés ;

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que le taux de la journée de traitement de 26 fr. 87 des travailleurs bénéficiaires de la loi du 9 avril 1898 ne dépasse pas le chiffre autorisé par la loi du 6 juillet 1920 ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens,

Par ces motifs,

Donnons acte au défendeur de ce que le prix de la journée des malades de l'Assistance médicale gratuite est de 20 fr. 67 ;

Disons que la délibération de la Commission des Hospices de Marseille et l'arrêté préfectoral qui l'approuve sont légaux et exécutoires ;

Disons que le prix de journée de traitement des accidentés du travail dans les établissements est de 26 fr. 87 ;

Condamnons en conséquence Peloutier à payer à l'administration des Hospices, par son receveur autorisé, la somme de 757 fr. 37 qui lui est réclamée ;

Le condamnons aussi aux dépens.

(2e *espèce*)

Nous, Juge de paix,

Vu la citation d'instance ;

Vu la loi du 9 avril 1988 ; 31 mars 1905, articles 4 et 5 ; la loi du 15 juillet 1983, article 24 et celle du 6 juillet 1920 sur les accidentés du travail ;

Vu l'arrêté préfectoral du 24 mai 1923, la délibération de la Commission administrative des Hospices du 28 mai suivant et l'arrêté de M. le Préfet du 30 juin 1923 qui approuve cette dernière délibération afférente à la fixation du prix de journée d'hospitalisation des ouvriers blessés dans leur travail ;

Vidant notre délibéré ;

Statuant par jugement contradictoire et en dernier ressort ;

Attendu que la Commission des Hospices de Marseille actionne MM. Rieu et Durand en paiement de la somme de 134 fr. 39, montant des frais d'hospitalisation de l'ouvrier Arru, blessé à leur service ;

Attendu que les défendeurs soulèvent un moyen d'incompétence basé sur les termes de la loi de 1898 et comme relevant de la juridiction administrative ;

Attendu que conformément à la loi du 9 avril 1898, le Juge de paix est compétent et seul compétent pour statuer sur la demande des Hospices ;

Qu'aux termes de l'article 15 de la loi du 31 mars 1905 il juge en dernier ressort jusqu'à 300 francs et à quelque chiffre que la demande puisse s'élever à charge d'appel, des réclamations relatives aux frais médicaux et pharmaceutiques ; que cet article 15 ne contient aucune prescription relative aux frais d'hospitalisation que l'article 4 met à la charge du chef d'entreprise ;

Attendu que l'administration des Hospices est en droit d'actionner directement MM. Rieu et Durand ; qu'il y a lieu de contraindre les défendeurs au paiement de la somme de 134 fr. 39 qui leur est demandée pour traitement à l'hospice de leur ouvrier accidenté de travail ;

Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens.

Par ces motifs,

Condamnons MM. Rieu et Durand à payer à la Commission administrative des Hospices, par son receveur autorisé, la somme de 134 fr. 39 qui leur est réclamée ;

Les condamnons aussi aux dépens.

Commentaires.

Ces décisions de justice de paix sont intéressantes à trois points de vue.

1° La Commission administrative des hospices de Marseille déniait au juge de paix le droit de connaître de l'application de son tarif d'hospitalisation, parce que celui-ci, devant être, au préalable, soumis à l'approbation préfectorale, constituait un acte administratif.

En conséquence, seuls les tribunaux adminis-

tratifs (Conseil de préfecture et Conseil d'Etat) pouvaient juger tous les conflits, reposant sur l'application dudit tarif, à l'exclusion des tribunaux de droit commun.

Le juge de paix de Marseille s'est reconnu compétent, considérant l'approbation préfectorale comme un simple acte de contrôle et de tutelle, imposé par la loi du 7 août 1851, à la gestion des hôpitaux et hospices. L'établissement public ne constitue pas une émanation de l'Etat ; il s'administre comme une entreprise privée, peut contracter avec les tiers selon les règles de droit commun ; mais sa gestion, ses règlements, ses décisions importantes doivent être au préalable soumis à l'approbation du préfet, qui ne les autorise que s'ils sont conformes aux textes législatifs ou réglementaires.

Cette question de la compétence des tribunaux de droit commun, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation des accidentés du travail, a déjà été résolue par la jurisprudence. (Tribunal civil du Havre, 15 mars 1900) confirmant justice de paix du Havre, 21 novembre 1899 ; Cour de Cassation, chambre des requêtes, 13 juillet 1903 ; Cour de Cassation, chambre civile, 24 mai 1905 ; Cour de cassation, chambre des requêtes, 23 janvier 1911). Cependant, en sens contraire, le tribunal civil de Reims se déclara incompétent pour juger une question d'hospitalisation d'un blessé du travail (29 mai 1900).

Le 6 février 1911, la Cour d'appel de Rouen se refusa à admettre un pourvoi d'appel, déclarant qu'est de la compétence exclusive du juge de paix, l'action introduite, à la suite de la contrainte, délivrée par un hospice, pour rentrer dans les frais d'une hospitalisation d'un blessé du travail.

Les tribunaux administratifs eux-mêmes se sont ralliés à cette manière de voir et, par arrêt du 17 mars 1905, le Conseil d'Etat décidait que les tribunaux civils sont seuls compétents pour connaître de toutes les actions relatives aux frais et tarifs d'hospitalisation des ouvriers.

En conséquence, la décision du juge de paix de Marseille est conforme à la jurisprudence, lorsqu'elle repousse l'exception d'incompétence, soulevée à tort par les conseils juridiques des hospices de Marseille.

2° Ce jugement de Marseille reconnaît que les hôpitaux ne peuvent être accusés de prélever des bénéfices exagérés, lorsque le prix de journée, fixé pour les indigents, a été majoré, conformément à la loi du 6 juillet 1920, pour l'hospitalisation des blessés du travail.

Il est unanimement reconnu que le séjour des blessés du travail, dans un établissement hospitalier, n'est pas une source de revenus pour la commission administrative. Bien au contraire, ces malades de chirurgie occasionnent des frais plus considérables, à cause des opérations et des pansements multiples.

Ajoutons encore à cela que les chirurgiens et médecins d'hôpitaux ne touchent aucune rémunération pour les soins qu'ils donnent, à l'hôpital, aux blessés de l'industrie, alors que ces derniers ne sont pas des indigents, puisque le responsable des frais est soit le chef d'entreprise, soit l'assurance qui couvre celui-ci.

3° Enfin, le juge de paix de Marseille fait judicieusement remarquer que l'hospitalisation ne s'impose pas au patron responsable, lorsqu'il veut faire soigner un ouvrier blessé : il a le choix entre les maisons de santé et cliniques privées, ou encore pour les soins donnés à domicile, par le médecin librement choisi par la victime.

Si donc, le chef d'entreprise fait transporter son blessé à l'hôpital, ce sera de son plein gré. Par conséquent, il devra accepter les conditions d'admission à l'hôpital, où il a fait admettre son malade, quitte à lui de faire donner des soins moins onéreux, s'il en trouve la possibilité.

Bien entendu, le blessé doit être consentant à ce choix du lieu où il sera soigné. Malheureusement, les ouvriers ne connaissant pas suffisamment les textes de lois, qui les protègent. Pas assez font partie de leur syndicat professionnel. Et même, parmi les syndiqués, pas beaucoup savent demander conseil au secrétariat de leur syndicat, pour qu'ils puissent se faire soigner, comme l'a voulu le législateur et non pas comme le veulent tous ceux qui ont intérêt, au besoin en abusant de la bonne foi et de l'insouciance de la victime, à laisser ignorer au blessé toutes les réparations que les lois sur les accidents du travail ont entendu donner à ceux, qui ne touchent que leur salaire, sans participer aux bénéfices de l'entreprise.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

LE MOUVEMENT SYNDICAL

Syndicat médical de Seine-et-Marne.

L'assemblée générale du *Syndicat médical de Seine-et-Marne* a eu lieu le dimanche 25 octobre. L'ordre du jour, assez chargé, comme il est à penser avec les multiples questions si importantes qui préoccupent, à juste titre, le Corps médical, fut néanmoins entièrement épuisé, malgré certaines discussions, assez vives par moment, notamment en ce qui concerne les Assurances sociales, et surtout l'attitude du Conseil de l'Union, ou de ses adversaires, à propos de la discipline syndicale. Néanmoins, avec quelques concessions amicales des deux côtés, les ordres du jour présentés furent tous votés à l'unanimité, quelques-uns même d'acclamation, comme celui concernant la lutte antituberculeuse et celui sur les impôts du médecin.

Sans entrer dans le détail des discussions qui eurent lieu dans cette assemblée générale, il nous a paru intéressant d'envoyer au *Concours*, pour paraître dans sa rubrique de « *Mouvement syndical* », les ordres du jour votés par nos confrères de Seine-et-Marne ; leur texte assez copieux, comme on le verra, présente d'ordinaire une série d'*attendus* qui en expliquent la genèse et le but et forme une sorte de *programme* sur un certain nombre de ces questions, si importantes pour le médecin praticien, que l'assemblée générale de l'*Union des Syndicats médicaux de France* aura certainement pour mission de discuter et de résoudre, en tant que directives à donner au Conseil de l'Union qu'elle aura nommé.

***

1° ORDRE DU JOUR SUR LES ASSURANCES SOCIALES.

Le Syndicat médical de Seine-et-Marne, dans son assemblée générale du 25 octobre 1925, tout en réitérant son ordre du jour du 21 novembre 1924, au sujet de la Loi Assurance-maladie projetée, à savoir :

« *Qu'il est d'avis que le Corps médical syndiqué fasse localement avec les Caisses d'assurance des contrats collectifs d'après les principes suivants : libre choix réciproque ; respect absolu du secret professionnel ; tarif à la visite mais avec paiement direct du médecin par le malade et sans que les honoraires puissent, en aucun cas, être déterminés par les sommes que le malade aura reçu ou devra recevoir de la Caisse...* » ;

estime qu'il est indispensable de préciser ce qu'il entend par les mots « tarif à la visite avec paiement direct », ce qui signifie, pour lui : élaboration exclusivement faite par les médecins syndiqués, d'un *tarif minimum* local ou tout au plus régional, *tarif syndical obligatoire* qui puisse être modifié à tout instant, suivant les circonstances, le coût de la vie, par exemple, mais modifié par décision syndicale *exclusive*, c'est-à-dire non modifiable par un médecin *isolément* pas plus que par un groupement quelconque de malades de caisse ;

mais, considérant qu'il serait dangereux de voir certains syndicats, oubliant la base même de tout groupement, préconiser — non plus, ainsi que nous, le *paiement direct* du médecin par le malade APRÈS que nos intérêts corporatifs auront été assurés par un *contrat collectif* — mais, à la place, une simple « *entente directe* » personnelle entre le malade et son médecin, laissant, en réalité, ce dernier *isolé* pour lutter contre une caisse locale qui, groupant ses malades, qu'il le veuille ou non, lui imposera matériellement ses volontés ;

tient à signaler le danger d'une telle attitude où l'*individualisme*, ainsi remis en honneur, remplacerait notre cohésion actuelle qui s'est montrée naguère victorieuse à l'épreuve et, désagrégeant nos groupements locaux, ferait essentiellement *œuvre antisyndicaliste*, ruinant ainsi toute notre action de défense professionnelle ;

Et donne mandat à ses délégués à l'assemblée générale de l'Union, en décembre prochain, de lire cet ordre du jour à la tribune pour désapprouver ceux qui chercheraient à créer une confusion, préjudiciable pour le corps médical, sur la signification de l'expression « *paiement direct* » — ainsi que ceux qui, à la faveur de mots séduisants mais dangereux comme ceux « *d'entente directe* entre le médecin et son malade » tendraient, sans le vouloir, à briser la force de nos syndicats médicaux, en supprimant les *contrats collectifs* et à laisser, à l'heure imminente de la lutte, chaque praticien *isolé et désarmé*, en face de collectivités désormais toutes puissantes.

***

2° ORDRE DU JOUR SUR LA DISCIPLINE SYNDICALE ET LA CIRCULAIRE 50 DE L'UNION.

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne*, en son assemblée générale du 25 octobre 1925, après examen de la circulaire 50 envoyée par le Con-

seil de l'Union, au sujet de la discipline syndicale ;

Vu l'acte rapporté dans cette circulaire de confrères non mandatés par l'ensemble des syndicats, allant devant la Commission sénatoriale des Assurances sociales, exposer officiellement, et comme parlant au nom du Corps médical, leurs conceptions particulières sur divers points de la loi en préparation ;

Attendu que cette audition spéciale fut demandée de bonne foi, dans un but d'explications complémentaires, et d'un exposé sur le vote de la majorité des délégués à l'Assemblée générale de l'Union, concernant le paiement direct du médecin par le malade — ainsi que le Président de l'Union l'avait d'ailleurs déclaré à la Commission sénatoriale, mais alors que son intervention avait été omise dans le Compte rendu du *Médecin Syndicaliste* ;

Attendu, néanmoins, que cette audition et cet exposé auraient pu avoir lieu *après entente* avec le bureau de l'Union et de concert avec un délégué de celui-ci, tandis qu'effectués à l'insu et en dehors des délégués officiels de l'Union, et postérieurement à leur audition, ils ne pouvaient que démontrer un antagonisme avec ceux-ci et faire penser à une désunion dans l'Union, d'où *diminution de l'autorité* de celle-ci, dans le présent et dans l'avenir, auprès des pouvoirs publics ;

Approuve le Conseil de l'Union, d'avoir, dans cette circulaire 50, rappelé : 1° que dans tout groupement, la discipline est question primordiale et même vitale ; 2° que des règles formelles avaient été établies, sur ce point, dans un ordre du jour de l'assemblée générale du 12 juillet 1919.

***

3° Ordre du jour contre les contrats particuliers a propos de la circulaire 47 de l'Union.

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne*, en son assemblée générale du 25 octobre 1925 ; au sujet de tout exercice spécial de la médecine par *contrats particuliers* ;

Vu notre principe syndical intangible du *libre choix* du médecin par le malade et réciproquement ;

Vu les dangers de toute *tractation individuelle* pour un praticien isolé, non soutenu par la force de son groupement professionnel ;

Vu la nécessité, pour un groupement départemental, de ne *décider* que de questions *d'ordre départemental*, laissant à l'*Union* le soin de décider des grandes questions nationales, comme la médecine dans les mines, les chemins de fer, etc.

Décide, à l'unanimité :

1° En dehors de toute situation acquise, aucun membre du syndicat ne devra, dans l'avenir, accepter d'assurer un service fixe à forfait ou non, monopolisé par lui ou par un groupe de confrères, en vue de *soins* à donner (tout service d'inspection ou de contrôle mis à part) et cela pour tout exercice de la médecine dans les sociétés de secours mutuels, l'A. M. G., les compagnies d'assurance-accidents, les usines ou toutes collectivités régionales.

2° Aucun *contrat*, écrit ou verbal, avec quelque collectivité que ce soit, ou son représentant, ou une personne quelconque, ne sera passé par un membre du syndicat, ni aucune *fonction* spéciale acceptée, sans approbation du Syndicat *préalablement* averti en la personne de son président.

3° Les sanctions applicables en cas d'infraction à ces décisions sont celles prescrites à l'art 8 des statuts du syndicat, soit l'avertissement, le blâme, l'amende de 50 à 3.000 francs avec ou sans l'exclusion et la mise à l'index.

***

4° Ordre du jour sur les impots du médecin.

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne*, en son assemblée générale du 25 octobre 1925, après avoir examiné les nouvelles bases fixées, pour le montant de l'impôt, sur les bénéfices professionnels du médecin, d'après la loi du 13 juillet 1925,

Attendu que l'art. 9 de cette loi a modifié, de manière essentielle, les dispositions antérieures et que, suivant les façons personnelles et très variables de fixer le jugement des contrôleurs, une place regrettable est laissée à l'arbitraire, dans l'appréciation de l'exactitude des déclarations faites par le médecin ;

Attendu que cet arbitraire est d'autant plus à redouter que la loi du 13 juillet 1925 a supprimé la garantie d'un tribunal que prévoyait la loi du 31 juillet 1917 ;

Attendu que même le « jury d'équité » tout d'abord proposé par le ministre des finances et accepté par la Chambre dans sa séance du 30 juin 1925, fut ensuite repoussé par le Sénat ;

Attendu que, pour soutenir, devant le contrôleur, l'exactitude de sa déclaration, le médecin n'a pas le droit, sans violer le secret professionnel, de montrer son livre de recettes, ni ses carnets de visite, et se trouve, par suite, désarmé contre toute exagération possible d'évaluation de ses bénéfices par les agents du fisc ;

Attendu que, dans le cas où les dits agents se baseraient sur les signes extérieurs, il leur faudrait une grande prudence, non toujours certaine, pour ne pas tomber de l'arbitraire dans

l'injustice la plus flagrante, alors que le médecin est parfois obligé de tenir un train de maison nullement en rapport avec le montant réel de ses recettes ;

Considérant que l'Administration fait preuve d'un état d'esprit injuste en ne tenant pas compte des sacrifices consentis par le Corps médical qui fait de grosses concessions de tarifs dans les services publics qu'on réclame de sa compétence ;

DÉCLARE que le Corps médical n'a plus, désormais, le moindre motif de consentir des contrats ou des tarifs de faveur à l'Etat ni aux départements, ni aux communes pour les soins aux indigents ou à toute autre catégorie de citoyens à la charge de la collectivité ;

Et DÉCIDE, dans sa sphère départementale, de reprendre toute liberté d'action à ce sujet.

***

5° ORDRE DU JOUR A PROPOS DE LA CRÉATION D'UN OFFICE DÉPARTEMENTAL D'HYGIENE SOCIALE.

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne,* dans sa séance du 25 octobre 1925, après avoir entendu les explications — fournies par ses délégués à l'*Office départemental d'hygiène sociale* nouvellement créé — au sujet « de la lutte antituberculeuse à intensifier dans le département » ;

Attendu que l'examen des malades, l'auscultation, le dépistage des tuberculeux, de même que les Conseils d'hygiène et de prophylaxie, d'une part ; la connaissance des dangers de contagion familiale ou de ceux causés par des habitations insalubres surpeuplées, d'autre part, *font partie intégrante de la profession médicale,* et que seuls les médecins praticiens sont amenés à se rendre auprès des malades dans toutes les localités, jusque dans les hameaux les plus isolés ;

Attendu que si les *dispensaires,* créés ou projetés, devaient être des lieux d'examen ou de consultation où exerceraient une quinzaine de médecins sur les 200 du département — ces établissements *publics,* organisés à grands frais et fort onéreux pour les finances départementales, non seulement seraient inutiles parce que faisant *double emploi* avec les cabinets de consultation *privés* (également gratuits pour les indigents et les pensionnés de guerre), mais causeraient, en outre, un véritable dommage à la majorité des tuberculeux de Seine-et-Marne, parce qu'*inadaptables* à la situation géographique de notre département agricole, aux villages disséminés dans la campagne... qu'en effet, l'action sur place ou à rayonnement restreint de ces dispensaires *masquerait,* sous une façade administrative, la *vraie lutte* poursuivie par le Corps médical dans ses déplacements journaliers à travers tout le département et dont l'action, plus étendue pourtant, serait méconnue par l'administration, ignorant officiellement tout malade qui ne serait pas *venu* se faire inscrire, cataloguer sur des *fiches* uniquement dressées dans ses propres dispensaires ;

Attendu, par contre, que des *dispensaires rationnels,* adaptés à la région, rendraient de signalés services, sans que le nombre en soit très multiplié, par la mise en œuvre, à portée de tous, d'un *outillage technique* faisant naturellement défaut à l'ensemble des praticiens, dans ce but spécial de lutte antituberculeuse, à savoir : laboratoires d'analyses biologiques et chimiques, appareils de radiologie, etc. et qu'en outre, ces dispensaires pourraient centraliser les *fiches individuelles* établies soit par ces établissements, soit par les praticiens, ainsi que régler les *placements* éventuels de malades, les secours à domicile, etc.

Attendu qu'après les sacrifices consentis par notre Conseil général, qui vient de voter un crédit d'*un demi-million* en faveur de la lutte antituberculeuse, il serait regrettable d'engager des dépenses inutiles, comme celles que causerait le « double emploi » dont il est fait mention ci-dessus ; qu'il convient, au contraire, en se bornant au fonctionnement rationnel des dispensaires reconnus nécessaires comme *centres techniques régionaux,* de garder la majeure partie des fonds votés pour *ce qui fait surtout défaut à l'heure actuelle dans cette lutte* (et le corps médical considère de son devoir de le proclamer bien haut et de le publier à l'occasion) à savoir : la création d'*un nombre suffisant de lits* dans les préventoria, sanatoria, hôpitaux et tous lieux de placements, y compris ceux pour les *enfants* en danger de contagion.

Attendu que le Corps médical de Seine-et-Marne est prêt à « intensifier » encore son œuvre journalière en collaborant, de tout cœur, à celle entreprise par l'Office départemental, mais estime que, en face des sacrifices consentis par le Conseil général, l'heure est venue, pour chacun, de prendre hautement et publiquement *ses responsabilités,* alors que — quelle que soit l'étendue des fonds engagés — cette lutte ne sera opérante et efficace qu'avec le concours technique de tous les médecins du département ;

DONNE MISSION A SES DÉLÉGUÉS A L'OFFICE DÉPARTEMENTAL :

1° De s'inspirer des directives données ci-dessus dans leur action commune au Conseil d'administration de l'Office.

2° Afin d'éviter dorénavant tout malentendu, surtout à propos du fonctionnement local des dispensaires, de demander qu'un contrat, une convention ou des statuts officiels soient établis — de commun accord entre l'Office départemental et le syndicat médical — de telle façon que

chaque praticien du département puisse se considérer au point de vue technique, non plus comme laissé négligemment en dehors, mais comme faisant partie intégrante désormais de l'action engagée par l'Office départemental, en vue d'une lutte antituberculeuse intensifiée et poursuivie *par tous* dans toute l'étendue de notre département de Seine-et-Marne.

***

Tels sont, en outre d'autres questions spéciales (A. M. G., sociétés mutuelles, nourrissons, etc.) étudiées au cours de la séance — les cinq *Ordres du jour* qui furent votés, à l'unanimité, par nos confrères du département. Au sujet des sociétés de secours mutuels, au nombre de 160 environ, dont tous les membres sont traités comme clients ordinaires et payent, soit eux-mêmes, soit par leur société, le *tarif syndical* de la clientèle courante, il fut constaté que la décision prise l'année dernière était exactement suivie et qu'aucun litige n'était à noter à ce sujet. Enfin pour l'A. M. G., il fut constaté que les propositions du bureau du syndicat comportant une augmentation de tarif de 33 % avaient été acceptées par le Conseil général, en sa session de septembre dernier.

Pour le Bureau du Syndicat :

Le Président,
Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort accidentelle de Mme H. JEANNE, survenue le 20 novembre dernier.

Veuve de notre grand ami et directeur H. Jeanne, décédé lui-même subitement en janvier 1914, Mme Jeanne menait, depuis ce deuil qui l'avait cruellement affectée, une vie simple, modeste et digne où, discrètement, elle faisait tout le bien qu'elle pouvait.

Le *Concours médical* ne saurait demeurer indifférent à sa mort ; il salue respectueusement sa mémoire et exprime à sa famille, et particulièrement au Dr Dupont, de Bougival, son neveu, ses condoléances les plus sympathiques.

— **Nécrologie.** — Dr Albert Cauchoix, de Paris. — Dr Emile Berger. — Dr Claussat, député du Puy-de-Dôme. — Dr Ch. Barbaud, de Paris. — Dr Collard, d'Annonay. — Mme Georges Petit, femme du Dr G. Petit, de Briouze.

— **Union médicale franco-ibéro-américaine. UMFIA.** — L'Union médicale franco-ibéro-américaine, fondée en 1912, donne son dîner d'automne le lundi 30 novembre à sept heures 30 du soir, sous la présidence de M. le Pr J.-L. Faure, membre de l'Académie de médecine. M. le député Georges Leygues, ancien président du Conseil des ministres et président de « Paris-Amérique Latine », a bien voulu annoncer sa présence.

Ce dîner, qui aura lieu dans les Salons de l'Hôtel Continental (rue Rouget-de-l'Isle), sera suivi d'une réception avec concert vocal, musical, et danses. L'Orchestre médical veut bien prêter son concours. Les familles des UMFISTES et leurs amis sont invités nombreux à cette réunion. Envoyer les adhésions au Dr Grimberg, 74, rue Blanche, Paris.

— **Association pour le développement des relations médicales (ADRM).** — Ont été nommés membres de l'Association : MM. Bourbon, Brouet, Cain, Desgrez, Guillaume, Jeannin, Terrien.

— **Le professeur Chagas à l'Institut Pasteur.** — Le professeur Carlos Chagas, directeur de la Santé publique au Brésil, directeur de l'Institut Oswaldo Cruz, vient de faire à l'Institut Pasteur une conférence consacrée à la trypanosomiase américaine (maladie de Chagas).

— **Conférence obstétricale.** — M. le prof. Couvelaire fera, le dimanche 6 décembre 1925, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, une conférence sur *Les hémorrhagies utérines pendant les suites de couches.*

— **Conférences psychiatriques.** — Le Dr de Clérambault, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, a repris ses conférences psychiatriques le 20 novembre, à 15 h., et les continue tous les vendredis, même heure. Sont admis les médecins et les étudiants ayant 16 inscriptions. S'inscrire à l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge.

— **Stomatologie.** — A partir du 15 décembre auront lieu des conférences et des travaux pratiques de stomatologie destinées aux praticiens et aux étudiants désirant pratiquer l'art dentaire. Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser à M. Nidergang, 67, rue Richelieu, Paris (2e).

— **Maison nationale maternelle de Saint-Maurice.** *Internat.* — Un concours d'internat aura lieu prochainement à la Maison nationale maternelle de Saint-Maurice (Seine). Les candidats devront adresser leur demande avant le 10 décembre au secrétaire de la Maison nationale.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Conférences de thérapeutique anti-infectieuse.* A 17 heures, au grand Amphithéâtre de la Faculté :

Vendredi 4 décembre. — M. Dopter : L'état actuel de la thérapeutique de la méningite cérébro-spinale.

Samedi 5 décembre. — M. Pettit : La sérothérapie des spirochétoses ictéro-hémorragiques et de la polyomyélite.

Vendredi 11 décembre. — M. Calmette : Les médications spécifiques de la tuberculose.

Samedi 12 décembre. — M. Besredka : Les vaccinations locales.

Vendredi 18 décembre. — M. Vincent : L'état actuel du traitement du tétanos et de la gangrène gazeuse.

Samedi 19 décembre. — M. Netter : La thérapeutique anti-infectieuse par les sérums de convalescents.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — La chaire de clinique médicale infantile, dont le titulaire est M. le professeur Mouriquand, est transformée en chaire de clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Maurice Perrin, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Nancy.

— **Jubilé Charles Richet.** — En 1925, le professeur Charles Richet atteindra soixante-quinze ans et accomplira la cinquantième année de ses travaux de laboratoire. Un groupe d'amis, de collègues et de disciples a estimé qu'il était opportun de choisir cette étape mémorable dans la vie du grand physiologiste pour lui rendre un solennel hommage, par une publication jubilaire. A cet effet, des souscriptions pourront être adressées à M. le Dr A. Pettit (de l'Institut Pasteur), 70, rue Juilien, à Vanves (Seine).

— **Croisières du « Bruxelles médical ».** — Notre excellent confrère, le *Bruxelles médical*, tout en poursuivant l'organisation de sa croisière méditerranéenne de Pâques 1926, étudie, pour l'an prochain, deux circuits nouveaux : 1° Santander, la Corogne, Lisbonne, Madère, Açores, Canaries, Anvers (4 semaines). 2° Le tour des îles de l'Amérique centrale (6 semaines).

— **Médecin et Ambassadeur.** — M. Rakowski, le nouvel ambassadeur de l'U.R.S.S. à Paris, est un ancien élève de nos Facultés de médecine et de droit, de Paris, Nancy et Montpellier.

— **Légion d'honneur.** — Ont été promus officiers, MM. Haller, Brodier, Ardilleux, Peyroux, Robineau, Demain, Schneider.

Ont été nommés chevaliers, MM. Cathala, Cahuzac, Jumelais, Schaefer, Dotezac, Dasque, Maurette, Hanus, Quelneau, Monod (René), Belgrand (Albert), Collon (Charles), Bonneau, Cazalis, Moyzes, Diemer, Bloch (Maurice), Escluse, Moris, Brunschwig, Lalande, Coignerai, Besserve, Jourdan, Favrot, Renard, Breavoine, Spiral, Ribis, Raynaud, Michel, David, Fontaine, Gendron, Martingay.

— **Création de la clinique neuro-psychiatrique infantile.** — Sous la direction des professeurs Henri Claude et P. Nobécourt, la Faculté de médecine crée dans les locaux du patronage de l'Enfance, 379, rue de Vaugirard, une annexe de la Clinique des maladies mentales et de la Clinique infantile. Ce service sera confié au Dr Heuyer, médecin des hôpitaux, qui remplira les fonctions de chargé de cours et sera assisté d'un chef de clinique, qui comptera parmi les chefs de clinique de la Clinique des maladies mentales. Les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques ou chez qui pourraient être soupçonnées des tares mentales en raison de leurs tendances aux réactions antisociales et à la délinquance, seront examinés, traités, hospitalisés ou assistés suivant les indications médicales. L'enseignement de la psychiatrie infantile pourra, grâce à un riche matériel, être donné aux élèves stagiaires de la Faculté, ainsi qu'aux personnes qui s'intéressent aux questions médico-pédagogiques concernant les enfants anormaux. L'œuvre du relèvement du patronage de l'enfance qui a déjà rendu de si grands services et s'est montrée d'une haute portée morale sera complétée ainsi par une collaboration médicale d'un grand intérêt au point de vue prophylactique.

— **Contre le doctorat en médecine.** — Confrères, la manœuvre se précise.

Ce n'est plus simplement une portion du patrimoine médical, qui lui serait soustraite, par l'octroi aux chirurgiens-dentistes d'un doctorat spécial ; c'est tout l'édifice médical qui serait sapé.

Les chirurgiens-dentistes ne craignent point, dans une commission dont l'objet est l'amélioration de leurs études, de traiter la question des doctorats spéciaux, d'en proposer et d'en défendre l'institution.

Non seulement ils veulent le doctorat en chirurgie dentaire, mais ils prônent des doctorats dans toutes les spécialités.

Il est regrettable de voir les chirurgiens-dentistes, vouloir réformer et nos études et notre titre.

Les médecins ne peuvent tolérer cette intrusion dans leurs affaires et se doivent de défendre et leur titre et leur droit.

Le doctorat aux docteurs de Faculté.

La médecine aux médecins.

— **Syndicat des médecins de Toulouse.** — Election du Bureau (Assemblée générale du 22 octobre 1925). *Président* : M. Dambrin ; *vice-présidents* : MM. Martin, Boyer ; *secrétaire général* : M. Cazal-Gamelsy ; *secrétaire adjoint* : M. G. Fournié ; *trésorier* : M. Delon ; *archiviste*, M. Dupré ; *syndics* : MM. Deumié, Ed. Garipuy.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerrannée.** — *Relations entre Paris et la Côte d'Azur.* — L'attention des voyageurs se rendant de Paris sur la Côte d'Azur est appelée sur les relations suivantes : 1° depuis le 20 novembre : Rapide de nuit : places de luxe, 1re classe, wagon- restaurant, Paris, dép. 19 h. 55 ; Marseille, arr. 8 h. 40 ; Toulon, arr. 10 h. 24 ; St-Raphaël, arr. 12 h. 10 ; Cannes, arr. 12 h. 43 ; Nice, arr. 13 h. 30 ; Monaco, arr. 14 h. 19 ; Monte-Carlo, arr. 14 h. 25 ; Menton, arr. 14 h. 42. — Rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes : Paris, dép., 21 h. 40 ; Marseille, arr. 10 h. 14 ; Toulon, arr. 11 h. 51 ; St-Raphaël, arr. 13 h. 52 ; Cannes, arr. 14 h. 25 ; Nice, arr. 15 h. 10 ; Monaco, arr. 16 h. 3 ; Monte-Carlo, arr. 16 h. 9 ; Menton, arr. 16 h. 26. — Train de luxe : wagons-lits, wagon-restaurant. Paris, dép. 19 h. 45 ; Toulon, arr. 9 h. 3 ; Saint-Raphaël, arr. 10 h. 40 ; Cannes, arr. 11 h. 10 ; Nice, arr. 11 h. 45 ; Monaco, arr. 12 h. 30 ; Monte-Carlo, arr. 12 h. 38 ; Menton, arr. 12 h. 53.

2° A partir du 19 décembre : Rapide de nuit : places de luxe, 1re classe, wagon-restaurant. Paris, dép. 19 h. 35 ; Marseille, arr. 7 h. 29 ; Toulon, arr. 8 h. 49 ; St-Raphaël, arr. 10 h. 25 ; Cannes, arr. 10 h. 55 ; Nice, arr. 11 h. 30 ; Monaco, arr. 12 h. 14 ; Monte-Carlo, arr. 12 h. 21 ; Menton, arr. 12 h. 40 ; Rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes. Paris, dép. 21 h. 30 ; Marseille, arr. 9 h. 55 ; Toulon, arr. 11 h. 34 ; St-Raphaël, arr. 13 h. 33 ; Cannes, arr. 14 h. 7 ; Nice, arr. 14 h. 55.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 19 mai 1926 devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers,

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

11 *novembre*.

Conseil supérieur d'hygiène.

Avis relatif à deux vacances au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Deux places d'auditeurs, au Conseil supérieur d'hygiène publique de France sont déclarées vacantes.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation, dressée par le conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir :

1° Les médecins ; 2° les bactériologistes ; 3° les chimistes, physiciens et pharmaciens ; 4° les fonctionnaires sanitaires ; 5° les hydrologues ; les ingénieurs et architectes ; 7° les membres du conseil d'Etat.

Les vacances actuelles s'étant produites par suite de la nomination comme membres du conseil supérieur d'hygiène publique de France de MM. Dreyfus, docteur en médecine, et Loëwy, ingénieur, c'est donc pour une place dans la 1re catégorie (médecine) et une place dans la 6e catégorie (ingénieurs et architectes) que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres, dans un délai d'un mois, expirant le 10 décembre 1925, au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès).

12 *et* 13 *novembre*.

Brevet d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) a eu lieu à Paris le 26 octobre 1925.

Le programme a été celui spécifié par l'arrêté du 30 juin 1925.

14 *novembre*.

Enseignement.

M. Carnot, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé membre du

Comité consultatif de l'enseignement supérieur public (Commission des sciences médicales et de la pharmacie).

15 *novembre*.

Lutte antivénérienne.

Art. 1er. — Sont nommés membres de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

M. le professeur Audry, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Toulouse.

M. le professeur Gaujoux, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Marseille.

M. le professeur Payenneville, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Rouen.

M. le professeur Petges, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Bordeaux.

M. le professeur Spillmann, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Nancy.

Enseignement de la médecine.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux pratiques d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira au siège de ladite école le 27 octobre 1926.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Bureaux d'hygiène.

Avis de vacance d'emploi de directeur du bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Touquet-Paris-Plage.

Le traitement est fixé à 6.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication pour adresser au ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques. — 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'appré-

cier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans les services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Le diplôme d'une école dentaire ne permet pas d'exercer l'art dentaire.

6996. — M. Duquaire, sénateur, demande à M. le ministre de l'instruction publique si le diplôme délivré par l'école dentaire de Lyon, après trois années d'études commencées avant la guerre et terminées peu après, ne donne pas au diplômé le droit d'exercer l'art dentaire avec le titre de dentiste, sinon de chirurgien dentiste. (*Question du 6 juillet* 1925.)

Réponse. — Aux termes de l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste. Le diplôme de chirurgien dentiste est délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. Les diplômes délivrés par les écoles dentaires libres ne permettent en aucune façon d'exercer l'art dentaire en France.

(*J. O.*, 30 octobre 1925.)

Les étudiants en médecine indigènes ne peuvent bénéficier de sursis d'incorporation.

5314. — M. Mallarmé, député, demande à M. le ministre de la guerre si les étudiants indigènes en médecine inscrits à la faculté d'Alger ne pourraient pas bénéficier, comme leurs camarades français, de sursis d'incorporation jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, en vue de poursuivre leurs études, et, dans le cas de l'affirmative, de prendre à bref délai un arrêté pour consacrer cette mesure. (*Question du 3 novembre* 1925.)

Réponse. — La règlementation actuelle ne permet pas de donner satisfaction aux étudiants

visés dans la question ci-dessus, dont les sursis d'incorporation ne peuvent être renouvelés que trois fois. Toutefois, un projet de décret sur le recrutement des indigènes algériens, actuellement soumis à l'examen du gouverneur général de l'Algérie, envisage la possibilité, pour les jeunes indigènes étudiants en médecine ou en pharmacie ou en chirurgie dentaire, ainsi que pour les élèves vétérinaires, de demander, afin d'achever leurs études, des sursis renouvelables d'année en année, qui pourraient leur être accordés jusqu'à l'âge de vingt-sept ans. (*J.O.*, 6 *novembre* 1925.)

L'allocation d'allaitement n'est accordée qu'aux mères inscrites sur la liste d'assistance aux femmes en couches.

5484. — M. SÉRANDOUR, député, demande à M. le ministre du travail si une femme indigente, entrée à l'hôpital en vertu de la loi du 15 juillet 1893, pour y faire ses couches, et qui s'est trouvée, du fait de son hospitalisation, ne pas être inscrite sur la liste d'assistance aux femmes en couches de sa commune, peut néanmoins, si elle allaite son enfant, obtenir le bénéfice de la prime mensuelle d'allaitement, à sa sortie de l'hôpital. (*Question du* 3 *novembre* 1925.)

Réponse. — Aux termes de la loi du 24 octobre 1919, l'allocation supplémentaire d'allaitement n'est accordée qu'aux mères admises préalablement à l'assistance aux femmes en couches. L'admission au bénéfice de la loi du 17 juin 1913 doit faire l'objet d'une demande spéciale, adressée au maire de la commune, même de la part d'une femme assistée au titre de la loi du 15 juillet 1893. Si cette demande est faite pendant que la postulante est hospitalisée, elle doit être visée par le représentant de l'établissement (art. 1er, 4e alinéa du décret du 17 décembre 1913, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 17 juin 1913). (*J.O.*, 6 novembre 1925.)

JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

15 *novembre* 1925

Toast du Dr Duchesne, au Banquet.

Mes chers Maîtres,
Mes chers Confrères,
Mes chers Amis,

Il convient en effet qu'au moins une fois l'an, nous rendions un public hommage à tous ceux qui, à des titres divers, contribuent à donner au *Concours médical* une physionomie que vous ne me démentirez pas, si j'ose la qualifier de sympathique, et à assurer son succès. C'est un supplément gratuit et obliga-

toire au dessert qui termine un repas que nous nous sommes efforcés, avec la collaboration de Marguery, de rendre aussi délectable que possible.

Et puisque, aussi bien, une amicale allusion vient d'être faite aux jours sombres que j'ai vécus depuis un an, si mon Moi ne vous paraît pas trop haïssable, laissez-moi débuter par une action de grâce envers celui qui fut, durant tout ce temps, le collaborateur le plus discret, mais en même temps, le plus précieux de notre Journal : j'ai nommé mon excellent ami le professeur Camille Lian, médecin des hôpitaux. Ce hardi prospecteur des mystères du cœur humain, par les soins amicaux et éclairés dont il m'a entouré, m'a permis d'assurer sans trop de défaillance ma tâche journalière : du fond de mon vieux cœur qu'il a rapetassé de main de maître, je lui crie un merci ému et reconnaissant.

Je serais un ingrat si je n'associais au Dr Lian, dans ce tribut de gratitude, mon ami Gaston Siguret, de Saint-Nectaire. Saint-Nectaire, prince du christianisme naissant en Auvergne, pratiquait et répandait une doctrine qui enseigne au premier chef la générosité. Etre généreux, c'est, n'est-il pas vrai ? rendre plus qu'on a reçu. Sous l'habile direction de Siguret, j'ai reçu, intus et extra, beaucoup d'eau de Saint-Nectaire, mais j'en ai rendu infiniment plus. Et ce nouveau baptême, en me lavant de mes souillures, m'a régénéré et permis de faire figure honorable ici ce soir.

Congratulant les amis qui m'ont aidé à réparer mon architecture délabrée, je n'aurai garde d'oublier le Dr Bellencontre, à qui je dois aussi de fameuses chandelles. Certes, je n'aurais pas fait cette violence à sa modestie si ce n'était pour nous une occasion de prendre acte d'un événement mémorable, qui mérite d'être rappelé aujourd'hui. Regardez sa boutonnière : l'an passé, elle rougeoyait du mince ruban de notre Chevalerie d'honneur. Et voilà que ce ruban, par un phénomène infiniment heureux, s'est mué, il y a quelques semaines, en une rosette du plus chatoyant effet. Je vous convie, Messieurs, à acclamer avec moi le Dr Bellencontre, Officier de la Légion d'honneur, Président de l'Association générale des médecins de France, Administrateur du « Sou Médical » et, par-dessus tout, arbitre incontesté de toutes les élégances.

Un journal ami, c'est, Messieurs, un collaborateur permanent. L'on y puise une documentation, particulièrement intéressante, de nouvelles, d'informations, de travaux et de publications dont l'on a plaisir à rendre compte. C'est dans cet esprit qu'il m'est très agréable de saluer M. le Dr Vitoux, qui représente la Presse médicale, cette maîtresse branche de l'arbre sur lequel poussent, innombrables, les feuilles de notre journalisme. Je salue pareillement le Dr Dequidt, fondateur et animateur du *Mouvement sanitaire*, où je découvre d'heureuses formules de conciliation en matière d'hygiène publique ; le Dr Cazin, qui se trouve parmi nous en sa qualité de Président de la Maison du médecin, mais qui n'en est pas moins inséparable de *Paris chirurgical*

qu'il dirige avec autorité ; mon ami Ségard, habile pilote, avec Siguret, de la barque qui porte les couleurs de l'*Hôpital* ; mon ami Destouches, vieux routier du journalisme, dont le *Courrier médical* atteint aujourd'hui quinze lustres d'existence. Nous nous empruntons loyalement les uns aux autres ce qui mérite d'être signalé : c'est un échange de bons procédés qui fait l'affaire de tous.

M. le professeur Hartmann n'est pas seulement Président de l'A.D.R.M. Chirurgien éminent, parfait enseigneur, il nous autorise très volontiers à publier ses savantes leçons : nous en sommes très honorés et nous lui en exprimons notre gratitude.

M. le professeur Paul Delmas ne se contente pas de nous tenir au courant du mouvement scientifique et professionnel de la région Montpelliéraine ; il trouve encore le temps de faire bénéficier nos lecteurs de sa grande expérience des problèmes obstétricaux. Enfin, connaissant et appréciant nos efforts, il ne craint pas de signaler nos œuvres dans son milieu. Vous voyez combien sont nombreux ses titres à notre remerciement le plus chaleureux.

Dans la brillante pléiade des médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, chefs de clinique, présents et passés, internes, anciens ou en exercice, laissez-moi discerner et citer à l'ordre du *Concours médical* :

M. Faroy, dont l'enseignement donne un démenti formel à ceux qui prétendent que, devant l'inondation de la thérapeutique par les spécialités, les médecins ne savent plus formuler, et qui sait opposer d'excellentes prescriptions magistrales aux troubles gastro-entérologiques dont il est l'un des grands initiés ;

M. Henri Vignes, l'accoucheur émérite qui descend volontiers des hautes spéculations de la science pure, quand il traite de la physiologie de la grossesse, jusqu'au terre à terre de la pratique courante, quand il nous apprend comment on peut calmer la gastralgie de la femme enceinte ;

M. J.-P. Tourneux, de Toulouse, habile aux lumineux exposés des grandes questions de la pathologie chirurgicale, et à qui nous savons gré d'avoir bien voulu quitter les bords ensoleillés de la Garonne pour venir, pendant quelques heures, affronter les frimas séquaniens ;

M. Léon Giroux, pour qui la pathologie cardio-rénale n'a pas de secrets, et dont l'amitié m'a été souvent d'un puissant réconfort : il m'a promis une revue d'ensemble sur l'angine de poitrine dont je le remercie à l'avance ;

M. Raphaël Massart, mon compatriote et ami, à qui nous réservons la rubrique du Mouvement chirurgical de notre numéro spécial du printemps, qu'il a déjà tenue brillamment depuis deux ans ;

M. Dartigues, doublement virtuose, et du bistouri à lames changeantes qu'il manie en maître, et d'un verbe riche et coloré dont les éblouissements sont un perpétuel enchantement. Qui donc disait récemment, parce que Dartigues audacieusement a clamé : « Douleur, je te vaincrai ! » — qui disait qu'il incarne un mélange de paganisme et de matérialisme épicuriens ? Dartigues est avant tout un poète, hautement inspiré, d'une spiritualité affinée, qui communique à tout ce qu'il touche la flamme ardente du soleil toulousain dont il se chauffait précocement déjà,

— c'est lui qui nous l'apprend — quand, embryon prometteur, il faisait ses premières armes dans le giron maternel ;

M. Georges Rosenthal, apôtre et protagoniste de la transfusion du sang ; prince de la clinique broncho-pulmonaire ;

M. Germain Blechmann, dont les Feuillets du Pédiatre vont bientôt sortir en librairie et où nous retrouverons la méthode, la précision, la clarté et l'expérience, si appréciées de ses lecteurs ;

M. Henri Montlaur, qui se rit de Molière et du sonnet d'Oronte :

> O syphilis, on désespère,
> Alors qu'on espère toujours...

Traqué par lui dans tous ses repaires, le tréponème pâlit davantage, devient livide, que dis-je ? cadavérique, et finit pas succomber sous ses coups ;

M. Saint-Girons, dont les travaux, en pathologie médicale, sont très estimés ;

M. Truffert, chef de clinique du professeur Sébileau, laryngologiste aussi modeste et simple que savant ;

M. Turquety, qui nous apporte l'écho de l'enseignement de la clinique des Enfants-Malades ;

M. Jacques Decourt, brillant interne qui promet de faire une carrière remarquable, et à qui nous souhaitons tout le succès qu'il mérite ;

M. Kouindjy, physiothérapeute, rééducateur et protagoniste de la culture physique, dont la Salpétrière a su intelligemment s'attacher les services.

Le Val-de-Grâce nous apporte une fertile collaboration en la personne de M. le professeur agrégé Fribourg-Blanc, as militaire de la neuro-psychiatrie, et de M. Verdeau, attaché au laboratoire de recherches bactériologiques et élève de l'éminent professeur H. Vincent, cette triple étoile de première grandeur du firmament de la science française. Qu'ils en soient sincèrement remerciés.

L'école des Hautes Etudes compte, parmi ses maîtres de conférences, le Dr Vaudremer, dont on connaît les vues originales sur la tuberculose et son bacille. Je remercie notre sympathique confrère d'avoir bien voulu exposer ces vues dans nos colonnes.

M. Chabanon nous adresse le compte-rendu des Sociétés savantes de Lyon avec une régularité et une fidélité que nous apprécions fort. Merci à lui d'être parmi nous ce soir.

Notre confrère et ami Henri Chatinière, observateur au regard perçant, critique à la plume alerte et spirituelle, ayant saisi les défauts de la cuirasse des dispensaires anti-tuberculeux, anti-syphilitiques et d'hygiène mentale, a choisi le *Concours* pour y exposer les résultats de son enquête : nous en avons été profondément touchés. Puisse-t-il récidiver !

M. Martinot, notre conseiller fiscal, débrouille habilement les énigmes que lui soumettent nos lecteurs : nous lui en savons infiniment de gré.

Plus près de nous, dans notre entourage immédiat, je dois un témoignage particulier de gratitude à mon ami Paul Lacroix qui assume, à mes côtés, une tâche ingrate dont la mienne est d'autant allégée, avec un

dévouement auquel il me sait infiniment sensible.

Citerai-je encore Paul Boudin, le Cujas du droit médical ; Maurice Vimont, la terreur de la Mutualité politicienne ; Dumesny et Meillet, experts avertis des questions contentieuses ; Fernand Decourt, praticien rural de longue date, et militant actif de notre syndicalisme ? Messieurs, dans la haute situation où l'ont appelé la confiance et l'estime du corps médical organisé, Decourt reçoit plus de horions que de compliments : c'est même le plus clair des bénéfices de l'emploi. Cependant, il arrive que ces horions atteignent un degré inadmissible de mauvaise foi et de flagrante injustice, révoltant les honnêtes gens et provoquant de véhémentes protestations. C'est à l'une de ces protestations que je vous convie en vous demandant de vous joindre à moi pour rendre hommage à sa loyauté, à sa droiture, à son désintéressement et à son dévouement sincère et sans arrière-pensée aux intérêts du corps médical. Au *Concours médical*, nous sommes unanimes à le remercier du rôle qu'il y joue d'interprète indiscuté des tarifs officiels. Et nos colonnes lui sont largement ouvertes pour y traiter, en toute indépendance, les grandes questions qui nous préoccupent. Si vous estimez que l'action de Decourt a été bienfaisante, vous le lui signifierez pas vos acclamations.

J'adresse les chaleureux remercicments du *Concours médical* aux amis dévoués qui font partie des Conseils d'administration de la Mutualité Familiale et du « Sou Médical », et qui sont des nôtres ce soir : Henri Mignon, Quivy, Levassort, Mazeroux, Pamart, de la Rochefordière, Huguenin...

Si j'en oublie, qu'ils me le pardonnent.

Une mention particulière mérite d'être faite en l'honneur de nos amis les docteurs Sadoun et Louis Destouches, qui ont organisé la manifestation artistique par laquelle se clôturera cette journée. J'y associe mes collègues de l'Orchestre médical : Mmes. Creton et Daperon ; MM. Didsbury, Boucherie et Bertrand, que je ne saurais assez remercier de leur aimable concours.

Au moment de terminer, il est, parmi ceux qui ont bien mérité du *Concours médical* et de la profession tout entière, un dernier nom qui me monte aux lèvres, et que j'éprouve quelque scrupule à formuler à haute voix... Messieurs, je ne vanterai ni l'érudition, ni le talent d'écrivain, ni l'esprit syndicaliste de Julien Noir. Parmi tous les titres qu'il possède à notre affectueuse considération, je ne retiendrai que son infinie serviabilité, sa bonté toujours en éveil et toujours agissante. C'est cette serviabilité, c'est cette bonté qui lui attirent et retiennent tous les suffrages. Car si, au *Concours médical*, Noir est un drapeau, dans la vie médicale, il est un symbole. Il incarne le praticien français, avec sa belle conscience, sa haute probité, son impeccable moralité. Et c'est pourquoi, délaissant les personnalités pour finir plus généralement sur cette entité symbolique, je vous propose, à vous tous qui en êtes les échantillons les plus brillants, de boire au praticien français et à sa glorification, dans la dignité et dans l'indépendance.

Quarante-septième année — N° 49 — 6 Décembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2796-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs ACHARD, d'Aïn-Temouchent et DEVILLERS, de Roye, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.). Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 518. — L'Off. de Vulgar. pharmac., 5, rue de Tracy, à Paris, dem. des agents de 30 à 40 ans, nettem. qualif. pour représ. aupr. du corps médic. de prov., div. spécialit. pharm. scientif. Appointem. fixes de début 22 à 24.000 fr. Situat. stable et d'aven. Ecr. avec réfr. et curriculum vitæ : O. V. P., 5, rue de Tracy, Paris (2e).

N° 519. — Jne méd., ne fais. plus client., au cour. quest. scolaires et enfance, dispos. plus. heures par jour, ch. trav. rétrib., littérat., médec., traduct., etc.

N° 520. — Dr cherche occup. à Lyon, *où il peut résider chaq. année de nov. à mai.* Meill. réf.

N° 521. — Méd. exerc. médec. génér. et dentisterie, dem. pour l'aider conf. actif à qui il apprendra notions dentist. Fixe, *pourcentage.*

N° 522. — Le Dr Bourguet, de Sommières (Gard) céderait au plus offrant : 1° le diction. de Dechambre en cent volumes reliés ; 2° la collect. compl. du *Concours médical*, presque toute reliée.

N° 523. — Ouest. Client. intér. sur ligne import., bail 5 ans, petit. indemn. Pressé.

N° 524. — Unic, 13 CV. 1914, cond. int. luxe, 5 pl. Currus, écl. électr. S. E. V., magn. Bosch, 6 r. Raf, 4 amort. Houdaille, pn. neufs, voit. sup., peu roulé, parf. état, cons. 12 lit. 16.000 fr. Ecr. Dr 8, av. Orangerie, Le Perreux (Seine).

N° 525. — Paris. Quart. commerç., cab. méd.générale, prod. 80.000, loyer 3.500, nouv. bail, appartem; 5 p. S'adr. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 526. — S.-et-M. Anc. client., rapp. 45.000, vaste mais. et dépend. Electr., garage, jard., loyer 1.200, communic. faciles, S'ad. cab. Breitel et Goret, 1,rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 527. — Jne doct. dés. client. sér., payerait grosse somme compt.

N° 528. — A céder 11e arr. Paris, noyau clientèle, avec bel appart, sur gr. boul. Urgent. Cond. avant.

Défendez-vous ! Protégez-vous ! Instruisez-vous !

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, vous serez, pour peu que vous le désiriez, garantis contre la responsabilité professionnelle jusqu'à **Cent mille francs** ;

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, vous jouirez de tous les avantages que le « Sou Médical » accorde à ses membres ,quand ils sont menacés ou lésés dans leurs intérêts professionnels ;

Et vous recevrez un journal, le *Concours médical*, qui, hebdomadairement, vous tiendra au courant, non seulement du mouvement scientifique, mis à la portée du praticien par des praticiens rompus à cette tâche, mais encore du mouvement professionnel auquel le praticien ne peut désormais demeurer étranger.

Pour QUATRE SOUS PAR JOUR, pour soixante-quinze francs par an, adhérez au Sou Médical (40 fr.) et abonnez-vous au Concours Médical (35 fr.).

N. B. — Renseignements et documents : 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

LES JEUNEURS

Jeûne volontaire de 48 jours chez une nonagénaire.

Une femme de 90 ans et 2 mois glisse dans sa chambre et tombe sur le coude droit à 11 heures du matin : elle se relève seule.

A 2 heures de l'après-midi, l'examen décèle une fracture du col de l'humérus avec engrènement des deux fragments. J'applique une écharpe de Mayor que je consolide avec deux grandes bandes de crêpe. Après mon départ, la blessée déclare qu'ayant toujours été valide, elle ne veut pas rester infirme et qu'elle préfère mourir.

Elle va à la selle, ce sera la dernière fois.

De sa main gauche, elle arrache les bandes et la serviette et se met au lit ; elle n'en sortira plus.

Pendant 48 heures, elle n'absorbera rien, ni liquide, ni solide.

Poussée par la soif, le troisième jour, elle consent à boire par 24 heures, un verre d'eau sucrée (avec deux morceaux de sucre) ; cela dure trois jours.

Le sixième jour, elle ne veut plus d'eau sucrée, qui lui empâte la bouche, dit-elle.

Jusqu'à sa mort, elle boira, par jour, environ 250 grammes de liquide composé de petit cidre et d'eau de Vichy.

Deux ou trois fois seulement, elle accepte deux cuillerées de vin coupé.

Du trentième au trente-troisième jour, elle consent à manger dix ou douze grains de raisin par jour, et cela, pendant trois jours seulement.

Le quarante-huitième jour, elle urine, à peine, une cuillerée.

Le quarante-neuvième jour à une heure de l'après-midi, elle s'éteint doucement.

En résumé, une nonagénaire atteinte de fracture du bras, restant au lit, il est vrai, n'a absorbé pendant quarante-huit jours que : six morceaux de sucre, trente-six grains de raisin, cent grammes de vin, cinq litres et demi de petit cidre (soit environ 175 grammes d'alcool absolu) et six litres d'eau (Vichy et ordinaire).

Pendant ce temps, elle n'a pas eu une seule selle.

Dr P. Noury.

CORRESPONDANCE

Pour le règlement rapide des notes d'honoraires accident du travail.

I

Caisse syndicale d'assurance mutuelle et caisse-mutuelle-accidents des agriculteurs de France.

Paris, le 23 novembre 1925.

Je lis dans le *Concours médical* du 15 novembre 1925, à la page 2643 et sous le n° 2672, la lettre qui vous a été adressée par M. le Dr Roger Labeau, radiologiste à Bordeaux, en réponse à la publication que vous aviez bien voulu faire de ma lettre dans le *Concours médical* du 25 octobre 1923.

M. le Dr Labeau exprime le désir d'avoir mon sentiment sur la communication qu'il vous fait et je m'empresse de lui donner satisfaction.

Je vois tout d'abord que différentes notes ont été envoyées à des dates remontant à plus d'une année et que le paiement n'a pas été effectué.

Je ne connais évidemment pas les compagnies et les espèces auxquelles se réfèrent les réclamations de M. le docteur Labeau, je ne puis donc expliquer d'une façon nette les causes du retard dans ces paiements, mais ce que je puis dire au point de vue de

l'intérêt général, c'est que des retards dans le paiement sont interprétés comme des refus, alors que le plus souvent, il n'en est absolument rien.

Dans les milliers de dossiers que nous manipulons, il arrive forcément que des erreurs de classement sont commises ou que des pièces s'égarent. Il n'en faut pas davantage pour qu'une note se trouve ailleurs que dans le dossier qu'elle intéresse et que par conséquent son règlement soit laissé en suspens *sine die*, sans qu'il y ait aucune mauvaise intention de la part de la Compagnie.

Il arrive d'autres fois que le médecin envoie sa note en ne donnant aucune référence, le nom du blessé est même parfois illisible ; il en résulte que de telles notes restent impayées parce que l'on n'a pas pu retrouver les dossiers auxquels elles se réfèrent.

Enfin, certaines notes ont fait l'objet, de la part du service médical de contrôle de la Compagnie, de demandes d'explications adressées au médecin traitant qui les a fournies. Celui-ci ne répond pas : on reste dans l'expectative.

La Compagnie ne saurait donc être responsable du retard.

Je cite ces exemples qui me viennent à l'esprit pour bien faire comprendre qu'il ne faut pas trop se presser d'imputer à une Compagnie d'assurances, qui ne paye pas immédiatement une note d'honoraires, un esprit de mauvais vouloir.

Je crois que lorsqu'une note reste impayée sans qu'il y ait litige et sans que le médecin en cause ait reçu de la Compagnie la moindre demande de renseignements, ce médecin ferait bien de renouveler, au bout de 2 ou 3 mois, l'envoi de sa note en l'adressant directement au Directeur de la Compagnie à Paris, en rappelant son envoi précédent et en indiquant à qui la remise de la première note avait été faite. Le plus souvent, il aurait satisfaction rapide sur cette réclamation et je suis persuadé que la plupart du temps on retrouverait à la base de l'omission de paiement l'une des causes que j'ai indiquées ci-dessus.

Parmi ces causes, j'insiste très particulièrement sur l'habitude fâcheuse qu'ont beaucoup de médecins de ne pas rappeler le nom du patron du blessé (et le numéro du sinistre, lorsqu'ils le connaissent par suite d'une correspondance précédemment échangée).

L'une des plus grosses difficultés de la gestion des accidents dans les assurances est en effet l'*affectation du courrier au dossier qu'il concerne*, faute d'avoir sur les lettres, notes et documents transmis, les références utiles.

Je crois que les médecins, mieux éclairés sur nos besoins et sur notre bonne volonté, ne demanderont qu'à faciliter nos recherches, ce qui permettra un règlement rapide que tous les assureurs sont très heureux d'effectuer dans le délai minimum.

L'inspecteur général :

COGRAL.

Réponse.

Personnellement, je suis fort content de cette correspondance, qui, par voie du *Concours*, s'échange entre médecins et assureurs. Nous pouvons ainsi être persuadés que, de part et d'autre, on a l'intention de cesser de se regarder en chiens de faïence, pour pouvoir parler et discuter d'intérêts communs.

M. Cocral a raison et le Dr Labeau n'a pas tort.

Le fautif, et nos confrères de province ne cessent de le répéter, c'est souvent l'agent local. Trop fréquemment, celui-ci est un personnage fort remuant, encombrant. C'est un démarcheur excellent et un bon agent recruteur ; mais il est mal élevé, sans délicatesse, et blesse, sans s'en douter, médecin, ouvrier et chef d'entreprise.

Certes, tous ne sont pas ainsi et, pour ma part, j'ai connu des agents locaux d'assurances qui étaient des hommes charmants.

Mais ces sous-préfets de l'assurance essayent d'empocher tout ou partie des honoraires, dus aux médecins ; ou bien ils conservent par devers eux des sommes importantes, que le centre leur a envoyées, mais qu'ils font fructifier le plus longtemps possible, pour leur seul bénéfice et profit.

Paris croit que les médecins sont honorés depuis longtemps, alors que l'agent local attend la dernière minute pour payer les honoraires des docteurs et toucher, pour lui, les intérêts de nombreuses notes, qu'il a encaissées et détient pour le compte des autres.

Aussi nombre de mes confrères, titulaires de comptes de chèques postaux, seraient-ils désireux que ce soit Paris qui verse directement, à leur compte de chèques, les honoraires qu'ils ont réclamés.

Ce sont des agents locaux qui créent bien souvent cette atmosphère de lutte et de bataille, entre le corps médical et les assurances. Ce sont aussi les agents subalternes de Paris, ces employés d'administration d'assurances, qui affectent d'avoir, pour le public médical, la même morgue et la même impolitesse, que nous sommes habitués à subir, de la part de beaucoup d'agents d'administrations d'Etat.

Un mot blessant, glissé dans une lettre écrite par un agent mal élevé à un médecin et voilà un conflit.

J'ai entre les mains une lettre de compagnie d'assurances, qui, à l'occasion d'une question de principe, qui n'a pas encore été jugée, contient des suspicions blessantes à l'endroit du médecin traitant. Et cependant, le chef d'entreprise a écrit à l'assurance pour se porter garant de la parfaite honorabilité du docteur et ce dernier a été contrôlé par le médecin de l'assurance, qui a trouvé tous ses actes médicaux parfaits.

Nous irons en justice, pour le point de droit ;

mais l'avocat du confrère sera prié, par le « Sou médical », de parler, en plein prétoire, de l'impolitesse de certains agents d'assurances mal élevés.

Personnellement, je remercie M. Cocral qui a le courage et le bon sens de ne pas suivre les errements passés et qui ne demande qu'à entretenir de bons rapports avec le corps médical, en s'essayant de connaître, pour les éviter, les mille froissements d'amour-propre qui atteignent mes confrères, qui, eux-mêmes, sont parfois un peu vifs pour prendre la mouche.

Dr Paul BOUDIN.

II

J'ai lu dans le *Concours médical* du 15 novembre, les doléances de M. le Dr Roger Labeau, radiographe à Bordeaux, relatives au non règlement de ses notes d'honoraires. J'ai lu aussi, la réponse de M. le Dr Paul Boudin.

Il est bizarre qu'aucune de ces difficultés ne m'arrive.

Ma manière de faire est fort simple. A la guérison du blessé, j'adresse au patron la note des soins, puis j'attends. Si, au bout de deux mois, je n'ai rien reçu, j'adresse un dernier appel. Dans la première huitaine du 3e mois, si je n'ai pas été honoré, j'envoie un billet d'invitation au patron. On me paye de suite.

Depuis que j'emploie cette manière de procéder, tout va bien. Mes notes me sont réglées, avec la vitesse V. J'indique, gratis, le procédé à M. Labeau.

Dr G. L.

Mutualité Familiale. Nécessité du double examen médical.

Je vous ai écrit que je désirais avoir l'indemnité journalière de 30 fr. et mensuelle de 300 fr. et vous m'avez répondu que je devais m'inscrire à la fois à MA et à MAD, mais vous me dites en même temps que je dois subir un examen médical et présenter un certificat pour chacune de ces combinaisons.

Je ne comprends pas la nécessité de ce double examen : si je suis bon pour une combinaison, je dois l'être également pour la seconde...

Dr H... à M...

Réponse.

L'expérience a montré qu'il fallait, lors des admissions, se montrer d'autant plus sévère que l'indemnité demandée est plus élevée : il a donc été décidé, lorsque l'indemnité de 30 fr. a été admise, que les candidats à cette indemnité devraient subir un double examen médical et présenter les certificats de deux médecins différents.

Pour raisons d'administration intérieure, il a été convenu, d'autre part, qu'il ne serait pas

créé de combinaison nouvelle et que l'indemnité de 30 fr. serait assurée par la participation simultanée aux deux combinaisons existantes MA et MAD qui donnent respectivement 10 fr. et 20 fr. C'est de là qu'est venue l'habitude de dire qu'il fallait un examen et un certificat différents pour l'entrée à chacune des combinaisons.

La vérité est donc, non pas qu'un certificat donne droit à l'entrée à MA et l'autre à MAD, mais que, pour avoir droit à l'indemnité de 30 fr., le candidat doit avoir subi l'examen médical de deux confrères agissant et concluant séparément.

H. M.

2918. — Prenez garde au filou.

J'ai été victime le 11 novembre, d'un personnage, qui s'est présenté comme acheteur à un prix très rémunérateur des pièces de thermo-cautère. Malgré ma résistance, il a réussi à me soutirer un couteau et une pointe fine après avoir fouillé dans la boîte avec une indiscrétion qui m'a cependant fait ouvrir l'œil. Mais il m'a si bien affirmé que partout, chez Collin, Mathieu, on trouvait pour 50 fr. les pièces dont il donne 200 fr. que je me suis laissé aller à lui abandonner le couteau dont je ne me sers presque jamais. Il ne recherche que les pièces des thermo anciens, et les prend plutôt qu'il ne les demande.

Le jour même, j'ai écrit à Collin, qui m'a répondu par retour du courrier que la pièce en question valait 530 francs.

J'ai été dupé parce que je croyais effectivement à une baisse des prix, sans connaître à combien elle pouvait atteindre.

Rira qui voudra de ma naïveté et de mon ignorance. Si peu probable que ce soit, d'autres peuvent être dupes comme moi de ce personnage, qu'à l'occasion ils pourraient peut-être signaler à la police. En tous cas, si vous pensez que ma mésaventure peut intéresser des confrères, les vieux surtout qu'il recherche de préférence, dit-il, je vous laisse toute liberté pour publier cette lettre, vous priant de la signer seulement de mes initiales.

Si toutefois quelque confrère vous demandait de le mettre en rapport avec moi au sujet de ectte affaire, vous pouvez lui donner mon adresse à titre individuel.

Dr C.

2948. — Liquidation judiciaire d'un patron d'accidenté du travail. Privilège du médecin.

Usine en liquidation judiciaire. Dernière prime non payée à l'assurance qui me refuse le règlement des sinistres de cette période. Le liquidateur s'est renseigné au tribunal et ne pense pas que j'aie droit de priorité (il ne s'agit pas, dit-il, de la dernière

(*Voir la suite page LI-2845*)

PROPOS DU JOUR

Le chaos actuel et l'avenir de l'hygiène en France

Les médecins hygiénistes viennent de se constituer en Syndicat. Le président de ce nouveau groupement est le Dr Zipfel, de Dijon, vice-président de l'A. G., et le Secrétaire général, le Dr René Martial dont les lecteurs du *Concours médical* doivent se rappeler le projet d'organisation de l'hygiène en France, publié dans ce journal en 1921 (nos 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16 et 22).

Nous adressons nos vœux les plus cordiaux à ce nouveau syndicat, moins parce que ses dirigeants sont de nos amis, que parce que sa création répond à un besoin urgent celui de réaliser quelque chose au point de vue de l'hygiène en France. Il est à la fois triste et singulier que notre pays soit dans l'incapacité de créer une organisation sanitaire et reste une des rares nations dites civilisées dépourvues d'une législation sanitaire pratique.

Comme bulletin de naissance du Syndicat dont il est le secrétaire, le Dr René Martial a résumé en moins de cent pages, sous le titre : *La charte française d'hygiène*, ses études sur l'état actuel et l'avenir de l'hygiène en France (1).

L'état actuel ! tout le monde le connaît ; tout le monde sait ce qui a été obtenu avec la loi du 15 février 1902, loi qui, du reste n'a même pas été sérieusement appliquée sans doute parce qu'elle n'est guère applicable. On répète constamment depuis 20 ans le mot de Wurtz : l'hygiène en France est une façade derrière laquelle il n'y a rien. Tout le monde le reconnaît, mais personne ne fait un effort pour remédier à cette carence. Il semble donc que la critique de l'organisation actuelle ne soit plus à faire ; le Dr René Martial cependant y revient et il a raison, car il aborde cette critique en hygiéniste compétent, pourvu d'une longue expérience.

Il sait, comme un anatomiste habile, disséquer le cadavre de nos institutions sanitaires et mettre en garde contre des projets, issus du monde de la politique, qui, s'ils étaient réalisés, vérifieraient l'opinion émise par le Pr Courmont : Toutes les fois qu'on propose et qu'on adopte une réforme en hygiène, en France, il en résulte invariablement un recul au lieu d'un progrès.

Donc, la nouvelle critique de l'état actuel de l'hygiène dans notre pays par le Dr René Martial, n'est pas une superfétation et vient à son heure.

Pour R. Martial, l'hygiène en France est un chaos. Elle est constituée par des rudiments épars sans organisation d'ensemble.

A côté de créations superflues, l'on constate l'absence d'organismes indispensables. L'on a multiplié les œuvres *d'hygiène sociale*, mais cela en désordre, sans méthode, elles s'entrechoquent entre elles et donnent lieu à une poussière d'améliorations sans profit pour la masse.

L'activité et les efforts des véritables hygiénistes sont dépensés en pure perte. Une foule de gens incompétents s'arrogent des prétentions hygiéniques et une demi-douzaine de ministères prennent à tort et à travers des initiatives incoordonnées.

La prophylaxie morale et l'éducation populaire ont été ici complètement oubliées.

Il existe bien çà et là des inspecteurs départementaux d'hygiène, mais le plus souvent, ils n'ont aucune autorité sur les dispensaires antituberculeux, sur les dispensaires antisyphilitiques, sur les infirmières visiteuses d'hygiène, sur l'hygiène scolaire et, comme il n'y a aucune coordination dans les efforts, le rendement est pratiquement nul.

On s'illusionne sur les connaissances que doit avoir un hygiéniste, l'on se figure qu'en un an ou deux d'études spéciales, on peut lui donner une compétence avec un diplôme. Or l'hygiéniste ne peut acquérir une réelle valeur qu'après de longues années d'études.

Ses connaissances doivent être très vastes ; elles doivent s'étendre à la géographie, la climatologie, la géologie, l'ethnologie, la sociologie, la pédagogie, le droit, l'art de l'architecte, celui de l'ingénieur, la chimie, la physique, la bactériologie, la médecine.

Or, en France, un peu pour tout, mais surtout pour l'hygiène, règne le culte de l'incompétence qui entraîne fatalement l'horreur des responsabilités. Nous voyons en outre dans chaque administration ou chaque institution des gens malins et avisés qui, à force d'intrigues, parviennent à se créer des fiefs où s'enchevêtrent leur intérêt individuel avec l'intérêt collectif et

(1) Norbert Maloine, édit. 27, rue l'École-de-Médecine, Paris, 1925.

augmentent encore ainsi la confusion dans ce chaos.

Devant pareille situation, des étrangers bien intentionnés, mais ignorant nos mœurs et notre passé, établissent, en apportant leur argent, une sorte de protectorat sanitaire sur notre pays. Ils nous jugent incapables de réaliser quoique ce soit par nous-mêmes, et, selon l'expression fort juste de R. Martial, confondent, en nous jugeant, pauvreté d'argent avec pauvreté d'esprit.

La pénurie d'argent est, en effet, la grande objection que l'on fait à une organisation sérieuse de l'hygiène. Certes nous savons où en sont les finances de notre pays ; mais, dans les énormes sommes qui constituent notre budget annuel, il est des économies facilement réalisables qui permettraient d'employer des fonds à quelque chose de plus utile. R. Martial cite un exemple entre mille : notre marine compte actuellement 5 cuirassés et 83 amiraux pour les commander. Il en est un peu partout ainsi, il existe un nombre stupéfiant de fonctionnaires d'Etat, départementaux, municipaux, qui compliquent à plaisir les formalités administratives pour donner à leurs fonctions une raison d'être ; ce sont eux qui sont cause des difficultés pour obtenir des règlements rapides et des décisions promptes, mais tous ces gens-là sont « tabou ». Ce sont des agents électoraux que nos élus payent en places ou en décorations. Ce sont ces vampires qui anémient notre budget au point de ne plus laisser la moindre somme pour une dépense utile. C'est souvent parmi eux que l'on choisit des titulaires aux postes qui devraient revenir à de vrais hygiénistes. Aussi trop souvent l'on trouve à la tête des services sanitaires des administrateurs quand il conviendrait d'y rencontrer des techniciens.

Ces techniciens devraient être choisis dans le Corps médical, mais encore faut-il remarquer que les médecins peuvent devenir des hygiénistes, mais ne le sont pas, car ils n'ont pas appris à l'être.

Tous les Ministères s'ingénient à faire de l'hygiène, tous y travaillent à tort et à travers et le Ministère de l'hygiène fait..... le reste, nous affirme R. Martial. La législation sanitaire est disparate au suprême degré.

Outre la loi du 15 février 1902, le Code civil, le Code rural, la loi sur les habitations à bon marché, celle sur les lotissements, etc., etc., réglementent au nom de l'hygiène. L'on a réalisé un Code du Travail, même un Code de la route, quand parviendra-t-on à rédiger un Code sanitaire ?

Si par hasard, un hygiéniste réalise un progrès, on s'empresse de le remplacer par un incompétent qui se hâte de détruire ce qu'il a fait. R. Martial cite un fait qui lui est personnel. Directeur des services d'hygiène de la ville de Fez au Maroc, il s'ingénia à y organiser un Fondouck-preventorium contre le typhus exanthématique.

Le Capitaine, chef des services municipaux, jugea cette innovation superflue et une fois R. Martial parti, il s'empressa de la détruire. De sorte que, si curieux d'étudier comment on peut lutter contre le typhus, vous voulez vous renseigner sur le Fondouck-Sanatorium de R. Martial, il vous faudra aller visiter le Musée d'Hygiène Coloniale de Londres. Les Anglais, gens pratiques, ont adopté et réalisé l'idée de R. Martial.

L'on a tellement écrit, répété et crié par-dessus les toits que l'hygiène était inexistante en France, qu'on a fini par élaborer des projets pour remédier à l'insuffisance de la loi du 15 février 1902. Parmi ces projets celui qui paraît être le plus en faveur au Parlement est de l'Ancien Ministre M. Strauss. Or, le vote de ce projet serait gros de danger, loin dêtre un progrès, ce serait un recul, car l'exécution des mesures d'hygiène confiées aux maires et aux préfets, se réduirait à un simple élément d'action dans la politique électorale. Il est de nombreux maires des villes de plus de 20.000 habitants qui n'ont pas le plus petit souci de l'hygiène et, à l'heure actuelle, l'inspecteur départemental d'hygiène doit s'incliner devant l'autorité du préfet et les volontés du Conseil général.

Aussi le Dr René Martial est convaincu que l'article 2 du projet Strauss qui laisse les maires avec leur conseil municipal rédiger par des arrêtés municipaux le règlement sanitaire de leur commune, serait inapplicable et resterait inappliqué.

L'article 5 du projet Strauss paraît ignorer que beaucoup de départements et la grande majorité des communes n'ont aucun moyen de désinfection et ne désirent point en avoir ; que dans ceux où l'on pratique la désinfection , on y procède souvent de façon inefficace et que l'on néglige la désinfection en cours de maladie. En outre, l'article 5 ne prévoit pas de quelle façon l'on pourrait aider une commune dont les ressources seraient insuffisantes à se procurer des moyens de désinfection.

L'article 6 qui apprécie l'état sanitaire d'une commune d'après l'élévation du taux de la mortalité pendant trois années consécutives, est

basé sur une erreur, car il faut, là encore, tenir compte du taux de la natalité, de l'immigration, et d'une statistique donnant une idée précise du mouvement de la population.

L'article 10 qui aborde la question des eaux, oublie absolument d'exiger qu'on consulte l'hygiéniste municipal ou départemental lorsqu'il s'agit de captation ou d'adduction des sources.

L'article 7 exige, pour délivrer un permis de construire, un rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène. Or, l'inspecteur départemental, s'il veut remplir cette tâche, aura son temps entièrement absorbé par elle. Il ne suffit pas en outre, d'examiner des plans et de les approuver, il est nécessaire de surveiller la construction et un personnel spécial serait pour cela nécessaire.

Les articles qui ont trait au recrutement des techniciens de l'Administration sanitaire ne créent pas de débouchés pour les hygiénistes de carrière et en font des fonctionnaires sans indépendance et chichement payés. Les Directeurs de Bureaux d'Hygiène des Municipalités, même importantes, seraient placés sous l'autorité des maires et sous le contrôle de l'inspection départementale et ces Directeurs qui auraient rendu parfois des services considérables seraient toujours assimilés, comme actuellement dans le département de la Seine, aux agents-voyers, sinon aux piqueurs de la voirie.

L'article 12, qui modifie la composition du Conseil supérieur d'hygiène de France continue comme par le passé a y introduire un nombre considérable d'incompétences et à en éloigner les hygiénistes qui y sont en nombre insuffisant.

Il se trouve cependant dans ce projet une innovation utile due àun de nos confrères députés, le Dr Even, c'est la création d'attachés sanitaires aux grandes ambassades à l'Etranger.

Le Dr René Martial voudrait que toutes les fois que l'application de la loi sanitaire n'exigera pas une compétence technique ou administrative hautement spécialisée, ce soit le médecin praticien qui ait la charge de cette application. Il tient beaucoup à cette collaboration, mais elle exige une profonde modification des études médicales en ce qui concerne l'enseignement de l'hygiène.

M. R. Martial admet la déclaration des maladies contagieuses par le chef de la famille sur les indications du médecin. Il est partisan de la déclaration de la tuberculose et, à défaut de la déclaration de la syphilis, il voudrait voir établir la coutume du certificat de santé, délivré aux futurs conjoints avant le mariage.

Il est de l'avis des médecins praticiens pour exiger que les désinfections soient immédiates et complètes et surtout en cours de maladie.

Toutefois, il pense que pour les maladies pestilentielles : peste, choléra, typhus, le médecin devrait déclarer directement lui-même pour éviter le moindre retard à la prise des mesures de prophylaxie. Il attire l'attention sur le retour offensif du paludisme en France. Il demande que le personnel et le matériel de désinfection soient sous la dépendance et à la disposition des autorités sanitaires et non des ponts et chaussées, des agents-voyers et autres fonctionnaires.

Il considère que la cellule de l'organisme général hygiénique doit être départementale,pourvue d'un *centre fixe et d'équipes mobiles*.

Il voudrait qu'on tînt plus la main aux vaccinations antivarioliques, qu'on rendît obligatoire la vaccination antityphoïdique, qui a fait ses preuves.

Il ne comprend pas que l'hygiène scolaire soit séparée de l'hygiène générale, et confierait l'inspection médicale des Ecoles aux praticiens sous l'égide de leur Syndicat.

Après la prophylaxie, le Dr R. Martial envisage l'organisation, la coordination de ce qu'il appelle l'hygiène technique de manière à en obtenir un rendement suffisant : fraudes alimentaires, contrôle sanitaire des aliments, laboratoires de contrôle ambulants, tout cela rattaché au Ministère de l'Hygiène ; les vétérinaires municipaux et départementaux deviendraient fonctionnaires d'Etat.

L'industrie laitière, l'industrie de la distillation (alcoolisme) seraient étroitement surveillées. La protection des cours d'eaux, des sources, etc., passerait du Ministère des Travaux publics, à celui de l'hygiène.

L'enseignement de l'hygiène à l'Ecole serait organisé. La salubrité des écoles, des établissements publics, etc., devrait encore relever des hygiénistes.

Le médecin praticien pourrait être un agent précieux dans l'hygiène de l'habitation en indiquant les taudis et contrôlant les maisons insalubres. L'hygiène municipale, impossible à réaliser avec des magistrats élus, le serait par des hygiénistes d'Etat.

Il ne faudrait pas non plus omettre comme dans la loi de 1902 l'hygiène rurale.

Il conviendrait de multiplier les postes d'infirmières d'hygiène qui seraient chargées de guider l'hygiène domestique.

◆◆

Le Ministère de l'Hygiène devrait être complètement réorganisé ainsi que le Conseil supérieur d'hygiène. La France serait divisée en régions sanitaires et le département demeurerait la cellule sanitaire initiale.

L'inspecteur départemental d'hygiène deviendrait l'égal du préfet.

Aux frontières terrestres, la prophylaxie serait assurée par les Inspecteurs départementaux ou les directeurs municipaux. Aux frontières maritimes, ce serait les médecins sanitaires maritimes qui, eux aussi, deviendraient fonctionnaires d'Etat.

Paris et le département de la Seine seraient divisés en secteurs sanitaires, pourvus d'inspecteurs qui seraient sous la dépendance d'un Inspecteur général ayant le même rang que le Préfet de la Seine.

En un mot, le Dr R. Martial fait table rase de ce qui existe et réunit dans les mêmes mains tous les services sanitaires sauf ceux de l'armée et de la marine. Il réclame la création d'hygiénistes d'Etat, création qu'il considère comme condition *sine qua non* du succès.

Des projets de l'envergure de celui du Dr R. Martial, demandent de longues études. Pour nous, nous voudrions voir préciser en quoi consisterait la collaboration du médecin praticien sans que pour cela ce dernier perdît son indépendance.

Une question primordiale nous paraît dans les circonstances actuelles devoir ajourner, et peut être pour longtemps, toute réforme de l'organisation sanitaire, de cette importance c'est la question financière.

Pour créer une administration sanitaire et la doter de ce qui lui est nécessaire, il faudrait beaucoup d'argent. Aussi, tout en reconnaissant le bien fondé des critiques du Dr R. Martial, et en désirant au plus tôt la réalisation d'un programme d'organisation sanitaire bien étudié où chacuns, hygiénistes et praticiens, tout en collaborant, resteraient à leurs places, nous avons bien peur de voir ajourner tous les projets et borner la revision de la loi sanitaire à des demi-mesures et à des modifications de détails qui nous laisseront pour bien des années pourvus d'une législation incomplète, incoordonnée et partant inefficace. Mais ce n'est pas une raison pour nous désintéresser d'une question aussi importante, question qui devrait tenir le premier rang dans les préoccupations du Gouvernement et du Parlement, s'ilavaient une claire conception des intérêts vitaux du Pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt,

De la méningite tuberculeuse chez les hérédo-syphilitiques (1)

Je ne puis vous montrer la malade qui va faire l'objet de cette leçon parce que, malheureusement, elle est morte, il y a quelques jours, d'une méningite tuberculeuse. Elle avait, d'autre part, un hérédité syphilitique.

Cette fille est née le 15 mars 1916.

Depuis 1916, son père est sujet à des crises d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, affection, comme je le rappelais dans une récente leçon qui est presque toujours, sinon toujours, d'origine syphilitique ; d'ailleurs, cet homme a un Bordet-Wassermann positif. De plus, il est sujet à la bronchite.

Sa mère se dit bien portante ; le Bordet-Wassermann, à deux reprises, a été négatif (H7).

Des trois sœurs plus jeunes, l'une, née en 1918, a un Bordet-Wassermann positif (H2), l'autre, née en 1922, a eu des convulsions, mais a un Bordet-Wassermann négatif, la dernière, née en 1924, ne présente rien de particulier.

(1) Leçon du 20 juin 1925, recueillie par le Dr Laporte.

Notre malade est née avant terme, à 8 mois, pesant 2 kil. 600. Elle a été élevée au sein, a souffert de troubles digestifs à 8 mois, a eu ses premières dents et fait ses premiers pas un peu tard, vers 17 mois. Elle avait ordinairement des alternatives de constipation et de diarrhée. Pendant sept mois, en 1924, elle a fait un séjour dans un preventorium.

Au début de 1925, elle est prise de douleurs abdominales, surtout à droite. Au bout de quelque temps on l'amène à notre policlinique, où M. Nadal l'examine, le 20 février 1925. Elle a 8 ans et 11 mois. C'est une enfant assez grande (125 cm.), d'un poids satisfaisant (23 kil. 200) ; elle ne présente aucun stigmate de syphilis, a un Bordet-Wassermann douteux (H^6), et un Hecht légèrement positif.

Etant donné les antécédents paternels, M. Nadal commence un traitement. Il pratique, le 24 février, une injection d'hydroxyde de bismuth, de muthanol, à la dose de 4 cgr. La deuxième injection de la même dose, le 27 février, est suivie de malaise, nausées, vertiges, et d'une élévation de température à 40°4. La fièvre persiste pendant plusieurs jours entre 39° et 40°. En même temps, l'enfant tousse un peu. A partir du 2 mars l'enfant a de la céphalée, de l'anorexie, de grandes oscillations thermiques (36°5 le matin, 39° le soir), de la diarrhée, des douleurs abdominales. Aussi M. Nadal la fait entrer dans le service, le 6 mars.

A ce moment, elle pèse 21 kil. 850 ; elle a donc perdu 1 kil. 350 en quinze jours. Le soir de l'entrée, la température est de 39° ; le lendemain, elle tombe à 37°6. L'examen ne décèle rien de spécial. Dans les selles, on trouve des tricocéphales en grand nombre. Une cutiréaction à la tuberculine est positive.

La fièvre persiste, légère, atteignant 38°, 38°2 le soir, exceptionnellement 38°9. On ne fait pas de diagnostic bien précis et l'enfant quitte l'hôpital le 20 mars.

Elle retourne à la policlinique où, tenant toujours compte de l'hérédité syphilitique, M. Nadal la traite par des injections de sulfarsénol. Du 31 mars au 28 avril, elle reçoit sept injections, aux doses de 2 à 12 cgr., au total 54 cgr.

Après la quatrième injection, qui est de 12 cgr., le 10 avril, l'enfant a la fièvre, 40°, des vomissements et une éruption mal caractérisée. Après la septième injection, qui est également de 12 cgr., le 28 avril, l'enfant a de nouveau, de la fièvre et une éruption. Le sulfarsénol ne paraît donc pas très bien toléré.

On reprend, le 5 mai, le muthanol, à la dose de 4 cgr. Cette injection est suivie de fièvre à 39°, qui persiste et qui fait que, pour la deuxième fois, l'enfant entre à l'hôpital, le 15 mai, à 9 ans et deux mois.

Nous la trouvons pâle, asthéniée ; elle a une température de 39°5 le soir de l'entrée, de 37° le lendemain matin. On remarque une tendance à la constipation, un foie un peu gros ; sans aucun autre symptôme, la température reste élevée au voisinage de 39°. Le pouls bat à 108 ou 100 pulsations ; il n'est pas absolument en rapport avec la température ; la respiration est un peu accélérée, à 36.

L'état d'asthénie augmente, l'enfant devient somnolente. Elle se plaint de céphalée ; il apparaît du délire nocturne ; elle devient hostile quand on l'examine. On constate, à la date du 20 mai, du signe de Kernig. Le lendemain, une ponction lombaire retire un liquide clair, un peu hypertendu, contenant environ un gr. d'albumine par litre, et de nombreux lymphocytes. Nous faisons le diagnostic de *méningite tuberculeuse*. Le lendemain l'enfant est emmenée par sa mère, effrayée par notre diagnostic.

Dans la famille l'espoir renaît un moment. L'état en effet paraît s'améliorer, la fièvre diminue. Mais bientôt, à partir du 31 mai, la somnolence augmente, la température remonte à 38°5-39°5, la constipation est marquée, du délire intermittent se montre.

Pour la troisième fois, l'enfant est ramenée dans notre service, le 2 juin. Elle a une température de 38°6 le soir, de 37°4 le lendemain matin. Elle est asthéniée, plongée dans une somnolence, dont elle sort avec peine pour répondre aux questions qu'on lui pose ou se plaindre de douleurs abdominales. On constate de la mydriase, du ptosis du côté gauche. La température est peu élevée, le pouls à 100 ; il y a une certaine dissociation du pouls et de la température. La respiration est régulière, profonde, suspirieuse. Il y a de la raideur de la nuque, du Kernig, le signe de Brudzinski. Une seconde ponction donne, comme la première, un liquide clair, à pression presque normale, contenant 1 gr. 50 d'albumine par litre, de plus nombreux lymphocytes et quelques rares polynucléaires. On ne décèle pas de bacilles tuberculeux. L'inoculation au cobaye est pratiquée ; l'animal est mort il y a quelques jours, trop tôt pour qu'il ait eu le temps d'être tuberculisé.

Enfin le 4 juin, l'enfant tombe dans le coma, température de 38°5 et dans l'après-midi elle meurt avec une température de 38°5.

Nous n'avons pu malheureusement pratiquer l'autopsie, opposition ayant été faite par la mère. Somme toute, cette enfant est morte de *méningite tuberculeuse* banale.

Le point intéressant de l'histoire est son *hérédité syphilitique.*

***

Quand une MÉNINGITE TUBERCULEUSE apparaît CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE, plusieurs

problèmes se posent. Tout d'abord un *problème diagnostique* : s'agit-il d'une méningite tuberculeuse, d'une méningite syphilitique ou d'une autre méningite ? Deuxièmement, un *problème clinique* : la méningite tuberculeuse n'est-elle pas influencée dans ses symptômes et son évolution par l'hérédo-syphilis ? Enfin, un *problème étiologique* : l'hérédo-syphilis n'a-t-elle pas prédisposé l'enfant à la méningite tuberculeuse ?

Ce sont ces différents points que je désire passer en revue à propos de notre petite malade.

***

Pour résoudre le problème diagnostique, à savoir s'il s'agit d'une méningite tuberculeuse ou non chez une hérédo-syphilitique, je dois vous donner quelques éclaircissements, sur les SYNDROMES MÉNINGÉS et les MÉNINGITES AIGUES CHEZ LES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES.

De temps en temps, on rencontre, chez les hérédo-syphilitiques, un *syndrome clinique qui rappelle celui d'une méningite tuberculeuse.* Ce syndrome clinique peut être dû soit à une *méningite syphilitique aiguë*, soit à une *méningite tuberculeuse*, soit à une réaction méningée ou à une méningite relevant de causes diverses.

Les MÉNINGITES *AIGUES* SYPHILITIQUES ont été très étudiées.

Il convient, pour bien poser le problème, d'envisager tout d'abord les *méningites syphilitiques aiguës chez les adultes, au cours de la syphilis acquise.*

Chez les adultes, le syndrome méningé simulant la méningite tuberculeuse n'est pas exceptionnel *au cours de la période secondaire*, c'est-à-dire à la phase septicémique, quand il existe une roséole, des plaques muqueuses, etc. Les observations sont assez communes. De 1908 à 1920, j'ai compté sept thèses parisiennes consacrées à l'étude de la *méningite aiguë syphilitique.*

Dans les méningites aiguës syphilitiques ou tuberculeuses, la symptomatologie est la même, il n'y a pas de symptômes différentiels pathognomoniques ; cependant, il existe quelques nuances, qu'il importe de retenir.

Dans la syphilis, les symptômes méningés sont souvent peu nets, seulement ébauchés ; il y a peu ou pas de raideur de la nuque, de contractures, etc. La céphalée est diffuse, continue, avec des exacerbations nocturnes ; elle est tenace, et n'est calmée que par le traitement spécifique. Les paralysies parcellaires sont communes : paralysie faciale, paralysie de la musculature externe de l'œil, notamment du moteur oculaire commun : strabisme, diplopie, ptosis. Il n'y a pas de troubles nets du pouls et de la respiration ; il n'y a pas de fièvre ou il y a seulement une fièvre légère à 38° ; il n'y a pas de dissociation du pouls et de la température. L'évolution est irrégulière ; elle se fait par poussées successives, avec des rémissions et des reprises.

Voilà, d'après la lecture des observations publiées, quels sont les caractères principaux qui se dégagent en faveur de la méningite syphilitique.

En faveur d'une méningite tuberculeuse, plaident les symptômes qui n'existent pas dans la méningite syphilitique. En particulier plaide la fièvre à courbe spéciale.

On pense naturellement à la méningite syphilitique quand on note les symptômes d'une syphilis secondaire en évolution, une roséole, des plaques muqueuses, ou même s'il existe un chancre non encore cicatrisé, car quelquefois elle peut se manifester de façon très précoce.

Toutefois, l'existence d'une syphilis en évolution n'est pas absolument pathognomonique, car une méningite tuberculeuse peut évoluer en même temps que celle-ci.

La ponction lombaire n'aide pas au diagnostic différentiel. Dans les deux cas, le liquide clair, hypertendu, contient un excès d'albumine et de nombreux leucocytes, particulièrement des lymphocytes. La constatation de bacilles de Koch prouve la méningite tuberculeuse. La réaction de Bordet-Wassermann, qui est positive en cas de syphilis, ne veut pas dire qu'il s'agisse certainement d'une méningite syphilitique, parce que, je le répète, une méningite tuberculeuse peut apparaître chez un syphilitique.

Reste un dernier argument en faveur de la syphilis, c'est l'influence favorable du traitement spécifique.

Voilà donc comment se présente la méningite aiguë syphilitique pendant la période secondaire de la syphilis acquise. Mais dans la *syphilis tertiaire*, on n'observe pas ce même tableau clinique. On rencontre des syndromes méningés plus ou moins caractérisés, qui sont dus à des causes diverses, qui sont d'origine banale ; ils se greffent sur la méningite chronique ; mais il ne s'agit pas de méningite syphilitique aiguë.

Les faits observés chez l'adulte, au cours de la syphilis acquise, aident à comprendre ceux que l'on rencontre *chez les enfants entachés de syphilis congénitale.*

La *syphilis congénitale* diffère de la syphilis acquise des adultes par l'absence d'accident primitif. Comme je le rappelais dans une leçon sur l'*hérédo-syphilis chez les enfants*, publiée par le *Journal des Praticiens* du 10 mars 1923, l'enfant entre d'emblée dans la phase septicémique, dans la période secondaire. Cette phase tantôt se traduit par des symptômes avérés pendant la vie fœtale et pendant les premiers mois de la vie extra-utérine, tantôt reste occulte. Ensuite

l'infection entre dans la période tertiaire. Fournier parlait de syphilis héréditaire *précoce*, pour désigner les accidents qui surviennent peu de temps après la naissance, et de syphilis héréditaire *tardive* pour désigner les accidents qui surviennent pendant l'enfance, l'adolescence et même à l'âge adulte.

En réalité, il n'y a pas une syphilis héréditaire précoce et une tardive, il y a des manifestations précoces, qui sont liées à la syphilis secondaire, et des manifestations tardives, qui sont de la syphilis tertiaire. L'analogie est complète entre la syphilis congénitale et la syphilis acquise.

Instruits par la façon dont se comportent les méningites de la syphilis acquise, nous pouvons admettre, *a priori*, que chez les enfants hérédo-syphilitiques, les méningites syphilitiques aiguës simulant la méningite tuberculeuse se rencontrent pendant la petite enfance, alors que le malade est encore dans cette phase septicémique, qu'au contraire, ces méningites, qu'on n'observe pas dans la syphilis tertiaire de l'adulte, ne s'observent pas dans la syphilis tertiaire de l'enfant.

Voyons si les faits sont d'accord avec cette opinion.

Etudions tout d'abord la *méningite aiguë syphilitique de la première enfance.*

Souvent, la syphilis lèse les méninges des petits hérédo-syphilitiques pendant les trois ou quatre premiers mois de la vie, c'est-à-dire pendant la phase septicémique de l'infection. Les constatations anatomiques et surtout la ponction lombaire en fournissent la preuve.

Tobler, en 1906 et surtout M. Ravaut, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de 1907, ont étudié le liquide céphalo-rachidien des petits hérédo-syphilitiques.

M. Ravaut a trouvé, avec une fréquence assez grande, une réaction lymphocytaire manifeste, souvent d'ailleurs assez discrète. Souvent elle est constatée sans qu'aucun signe clinique ait attiré l'attention sur l'encéphale et les méninges. Dans certains cas cependant, l'enfant présente des symptômes encéphalo-méningés plus ou moins caractérisés, des convulsions, de la raideur de la nuque, de l'hypertension de la fontanelle, etc.

Ces réactions méningées, cliniques ou anatomiques, peuvent être causées par la syphilis, mais elles peuvent l'être également par des infections banales broncho-pulmonaires ou intestinales, par la tuberculose et par divers autres processus morbides. Quand on les constate chez un syphilitique, il ne faut pas se hâter de conclure à une méningite syphilitique, M. Ravaut écrit très justement : « La plupart de ces signes cliniques sont d'ordre pour ainsi dire banal en pathologie infantile, peuvent compliquer une foule d'affections et n'acquièrent de signification véritable que s'ils sont associés à d'autres phénomènes ».

Chez ces tout jeunes bébés, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien peut relever de différentes causes, notamment de la syphilis et de la tuberculose. Les réactions cliniques sont assez banales et ne font guère penser en général, à la méningite tuberculeuse.

Chez les enfants un peu plus âgés, à partir de six mois, on peut voir des syndromes cliniques rappelant la méningite tuberculeuse qui sont causés par la syphilis. Les observations qui ont été publiées, celles qu'on a l'occasion de rencontrer, ne sont cependant pas très communes. Voici, par exemple, une observation que M. Leitch a publié dans *American Journal of Diseases of children*, en 1918.

Un garçon de 12 mois, hérédo-syphilitique, présente des signes de méningite aiguë pouvant faire penser à la tuberculose. Son liquide céphalo-rachidien contient beaucoup de leucocytes, dont 66 % de lymphocytes. Il meurt en quatre jours. A l'autopsie, on trouve une méningite caractérisée par des petits plaques d'exsudat blanchâtre disséminées à la surface de l'encéphale. A leur niveau, on découvre des spirochètes. Il n'y a pas de tuberculose.

Il ne faut pas oublier que, même dans la petite enfance, un syphilitique peut être atteint de méningite tuberculeuse. La mémoire de M. Ravaut, en contient un exemple.

Un enfant a un père probablement syphilitique ; sa mère a eu une roséole pendant la grossesse. Il est né à huit mois, en pleine roséole maternelle. A quatre semaines, il présente du coryza, des syphilides papuleuses, un gros foie, une grosse rate. A six semaines, on constate de la raideur de la nuque ; le liquide céphalo-rachidien contient une lymphocytose moyenne, 8 à 10 lymphocytes par champ du microscope.

A deux mois et demi, le bébé est pris de fièvre, de dyspnée, de diarrhée ; il meurt en quelques jours.

A l'autopsie, on trouve une granulie généralisée à la base du cerveau, on voit un léger épaississement des méninges, qui sont infiltrées de très fines granulations blanches. Il y a un ganglion caséeux dans une aisselle, qui a été le point de départ de cette granulie.

Donc même chez les nourrissons en pleine période secondaire de la syphilis, le problème est complexe. Chez lui, on voit quelquefois une méningite syphilitique, dont les symptômes peuvent rappeler une méningite aiguë et même une méningite tuberculeuse ; mais on voit également, et peut-être plus fréquemment, des réactions encéphalo-méningées et des méningites de causes diverses, parmi lesquelles prend place la méningite tuberculeuse.

◆◆◆

En fait, la confusion avec cette dernière est possible, mais assez exceptionnelle. Pendant la première année, la méningite tuberculeuse, quoique rare, est plus commune que la méningite aiguë syphilitique.

Dans notre salle Husson, du 1er janvier 1924 au 31 mai 1925, nous avons observé 9 cas de méningites tuberculeuses chez des enfants de 3 à 13 mois et pas un seul de méningite syphilitique. Pourtant, nous voyons beaucoup de syphilis.

Chez le nourrisson syphilitique, il ne s'agit pas toujours d'infection congénitale. Chez lui, en effet, la *syphilis acquise* peut être cause de méningite. Le fait est d'ailleurs exceptionnel. En voici un exemple publié par M. Rochebois dans les *Archives médico-chirurgicales de province,* en octobre 1910.

Un enfant de 9 mois, qui est sujet à des affections gastro-intestinales, est pris un jour de symptômes simulant la méningite tuberculeuse. Cependant les symptômes sont un peu particuliers. L'état général reste bon. Il n'y a ni torpeur, ni excitation. On constate de la cécité, de l'œdème de la papille, etc. Le liquide céphalo-rachidien clair, non dicroïque, contient de nombreux lymphocytes. On pratique des frictions mercurielles. La guérison survient en 15 jours. Or, cet enfant n'avait pas de syphilis congénitale, mais il avait été contaminé, six mois auparavant, par le bébé d'une servante mort à cette époque d'accidents syphilitiques.

Je passe maintenant à la *méningite aiguë syphilitique dans la deuxième et la troisième enfances.*

C'est à Fournier qu'on en doit la description. Dans ses leçons sur *la syphilis héréditaire tardive* qu'il a professées à Saint-Louis en 1882-1883, Fournier dit que la *syphilis cérébrale héréditaire tardive* a été prise soit pour une *méningite tuberculeuse,* soit pour une *tumeur de l'encéphale,* soit pour une *épilepsie essentielle.*

Je ne retiens que la *forme simulant la méningite tuberculeuse.*

Fournier cite une observation due à son chef de clinique Barthélemy. Un garçon de 3 ans et demi, assez brusquement, est pris d'inappétence, de constipation, de vomissements, de photophobie, d'agitation, d'insomnie, d'accès éclamptiques nombreux. On voit apparaître une céphalalgie intense, la perte de connaissance, de l'opisthotonos, etc. On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Quatre semaines après le début, l'enfant est dans un état désespéré. A ce moment, on prescrit de l'iodure de potassium. En quelques jours, se produit une amélioration surprenante. Trois semaines après, l'enfant entre en convalescence. La guérison est complète.

Pour Fournier, la confusion entre la syphilis cérébrale et la méningite tuberculeuse s'explique facilement.

Les accidents, en effet, s'observent au même âge. Ils présentent des traits communs. Il y a les mêmes prodromes : modifications de caractère, de l'humeur, l'asthénie intellectuelle, etc., Plus tard apparaissent l'agitation, l'insomnie, des convulsions partielles ou généralisées, des paralysies, surtout des paralysies oculaires, intéressant principalement le territoire du moteur oculaire commun, du ptosis, du strabisme, de la mydriase.

Pendant une première période, il est, pour ainsi dire, impossible de faire le diagnostic. Plus tard, dit Fournier, le diagnostic peut être fait. Voici les symptômes en faveur de la syphilis cérébrale : « absence constante de fièvre, sauf dans certains cas extrêmement rares, qu'on peut même dire exceptionnels » ; pas de troubles vaso-moteurs, pas d'alternatives de rougeur et de pâleur de la face, pas de ventre en bateau, pas de variabilité du pouls. Au cours de l'évolution, pas de fièvre dissociée. « Assez souvent, ajoute-t-il, pas de constipation intense, pas de vomissements en fusée, pas de délire, de photophobie, de contractures, d'opisthotonos, de décubitus en chien de fusil, de torpeur somnolente, d'hostilité ; pas d'amaigrissement précoce. »

Quand on lit cette longue énumération de signes négatifs, on se rend bien compte que le tableau clinique est, en réalité, différent de celui de la méningite tuberculeuse.

D'ailleurs, ajoute Fournier : « D'une façon générale, le type de la physionomie *méningitique* appartient bien plutôt à la tuberculose méningée qu'à la syphilis cérébrale. Certes, il est des cas où cette dernière revêt l'allure, l'aspect d'une méningite, surtout dans ses périodes initiales ; mais ce n'est là pour elle qu'une forme accidentelle et peu fréquente ».

Il ne faut donc pas exagérer, d'après Fournier lui-même, la fréquence des cas où la syphilis détermine, pendant la moyenne et la grande enfances, un tableau clinique simulant celui de la méningite tuberculeuse.

Depuis Fournier, on trouve, de temps en temps, dans la littérature, des faits de méningite syphilitique simulant la tuberculose dans la seconde et la grande enfances. La ponction lombaire a permis de les étudier avec plus de précision. Elle nous a appris, d'autre part, qu'à côté des méningites véritables, dont les variétés sont assez nombreuses, il existe des réactions encéphalo-méningées qui ne sont pas de véritables méningites et qui tiennent une grande place dans la pathologie de l'enfance.

Les médecins qui rapportent les observations ont une double tendance. Les uns considèrent la méningite syphilitique comme démontrée, ou l'admettent sans preuve suffisante. Les autres,

admettent plutôt l'existence de réactions encéphalo-méningées chez des syphilitiques.

Examinons tout d'abord deux faits qualifiés de *méningite syphilitique* ou *supposée syphilitique*.

Une première observation a été publiée par Dreyfous, en 1883, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Cette méningite est remarquable par sa longue durée de 56 jours, par des accalmies et des reprises successives. D'ailleurs, Dreyfous la qualifie de *méningite chronique*. A l'autopsie, on ne trouve de tuberculose nulle part ; il existe une méningite fibreuse, qu'on considère comme très probablement syphilitique. Pendant la vie, on a fait le diagnostic de méningite tuberculeuse ; celle-ci était, en tout cas, bien atypique.

Je trouve dans l'*American Journal of Diseases of Children*, de 1918, une observation due à Irving Snow. Un garçon de 10 ans présente un syndrome de méningite tuberculeuse. On retire un liquide céphalo-rachidien clair à certains moments, un peu trouble à d'autres, contenant un excès d'albumine, une grosse lymphocytose. On fait des frictions mercurielles, des injections de salvarsan. Le malade guérit.

Avant d'admettre qu'il s'agisse d'une méningite syphilitique, il convient de tenir compte des faits que je vais étudier.

Les auteurs sont en effet généralement beaucoup plus réservés ; avant de conclure à l'existence d'une méningite syphilitique, ils discutent plus sévèrement le diagnostic et admettent plutôt des réactions encéphalo-méningés chez des syphilitiques que des méningites syphilitiques.

M. Billet, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 13 mai 1910, présente une observation intitulée : « Méningite aiguë chez un hérédo-syphilitique, guérison ».

Un garçon de 11 ans a une rougeole bénigne ; la défervescence se produit. A partir du dixième jour apparaissent de la céphalée, de la constipation, des vomissements, puis de l'abattement, de la raideur de la nuque, une ébauche de Kernig, etc. L'enfant n'a pas de fièvre. Sa respiration est irrégulière, suspirieuse, son pouls lent à 50-48. Il n'a pas de troubles oculo-pupillaires. Le liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, ne contient pas de cellules et est stérile.

Le médecin sait que le père a eu, trois ans auparavant, une gomme syphilitique du frontal. L'enfant a un Bordet-Wassermann positif. On fait des frictions mercurielles et on donne 3 gr. d'iodure de potassium par jour. L'amélioration et la guérison se font rapidement. Cliniquement, dit l'auteur, il s'agit d'une méningite tuberculeuse. Mais il fait ses réserves et il conclut : « méningite aiguë survenue au décours d'une rougeole, chez un sujet hérédo-syphilitique probable. »

M. Marcel Lavergne, dans les *Archives de médecine des Enfants*, en 1916, consacre un mémoire à la *méningite syphilitique* et aux *réactions méningées chez les syphilitiques*. Au nombre des observations qu'il rapporte, il y en a deux plus particulièrement intéressantes. Avant de les relater, l'auteur écrit que, chez ces enfants, « les réactions méningées ...... paraissent devoir être attribuées à une méningite syphilitique ». Cette interprétation est discutable et l'auteur ajoute, plus loin : « Mais s'agissait-il à proprement parler de méningites syphilitiques ? N'étaient-ce pas des réactions méningées survenues chez des syphilitiques à l'occasion d'une infection passée inaperçue ? On serait tenté d'admettre cette dernière hypothèse... ».

Le professeur Hutinel a consacré à l'étude des *méningites aiguës dans la syphilis héréditaire*, une importante leçon, qui a été publiée dans la *Presse médicale* du 22 avril 1918. Il en rapporte 4 observations. Chez ces malades, dit-il, il s'agit de « poussées méningitiques chez des hérédo-syphilitiques ». On constate, en effet, des symptômes de méningites aiguës qui font penser à une méningite tuberculeuse. Mais il existe quelques différences symptomatiques, qui permettent d'éliminer la méningite tuberculeuse. Ces malades ont guéri à la suite d'un traitement antisyphilitique. Mais M. Hutinel ajoute : la guérison ne permet pas d' « affirmer, comme on le faisait jadis, la nature syphilitique des accidents..... Nombreuses sont en effet les réactions méningées curables ».

Il ne faut pas oublier que nombre d'états méningés, même avec de grosses réactions leucocytaires du liquide céphalo-rachidien, ne dépendent ni de la tuberculose, ni de la syphilis et peuvent se terminer par la guérison. Sans doute, l'hérédo-syphilis est susceptible de prédisposer les enfants à leur apparition, par une sorte de sensibilisation du système nerveux, mais elle n'est pas une condition nécessaire et ils se rencontrent souvent chez des enfants indemnes de la maladie héréditaire.

En résumé, chez les hérédo-syphilitiques qui ont atteint la moyenne ou la grande enfance, il faut être réservé, avant de porter le diagnostic de méningite aiguë syphilitique, en présence d'un tableau clinique rappelant celui de la méningite tuberculeuse.

Ces syndromes simulant la méningite tuberculeuse peuvent être dus parfois à la syphilis ; bien plus souvent, ils traduisent des réactions encéphalo-méningées de causes diverses. Dans certains cas enfin, il s'agit réellement d'une méningite tuberculeuse. Telles sont les solutions qu'il convient d'envisager à propos du problème que je posais tout à l'heure : s'agit-il d'une méningite syphilitique ou d'une méningite tuberculeuse ?

***

Le deuxième problème que nous devons envisager est le suivant. Quand une MÉNINGITE TUBERCULEUSE apparaît CHEZ UN HÉRÉDO-SYPHILITIQUE, PRÉSENTE-T-ELLE DES CARACTÈRES PARTICULIERS ?

Il ne nous retiendra pas longtemps.

MM. Hutinel et Prosper Merklen, dans un mémoire sur la *méningite tuberculeuse* et la *syphilis héréditaire*, paru dans les *Archives de médecine des Enfants*, en septembre 1921, écrivent : « Il ne semble pas que l'évolution soit changée ; nous n'avons pas rencontré de formes qui nous aient fait penser, d'après leurs seuls caractères, à une syphilis sous-jacente. Le fait s'explique tout naturellement par la marche rapidement fatale des accidents ».

Cependant, ils se demandent si les méningites tuberculeuses chez les hérédo-syphilitiques n'auraient pas quelquefois une évolution plus longue, plus irrégulière, avec des rémissions et des arrêts ; si le début ne serait pas plus traînant et quelquefois masqué, chez les grands enfants, par des convulsions ; si l'enfant ne resterait pas davantage conscient. Ils pensent que la formule cytologique du liquide céphalo-rachidien est peut-être un peu différente : « trop de polynucléaires ou de mononucléaires parmi les lymphocytes », albumine abondante, persistance du sucre.

M. Mercier des Rochettes, dans sa thèse de 1922, sur les *rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire*, pense que de telles nuances se rencontrent dans des cas où l'hérédo-syphilis est hors de cause. Il ne les a pas retrouvées dans 2 cas sur 15 où le Bordet-Wassermann était positif. Il conclut : « Les faits ne permettent pas de penser que l'hérédo-syphilis imprime un caractère clinique spécial ou une évolution particulière aux méningites tuberculeuses ».

Je partage, pour ma part, cette opinion. La méningite tuberculeuse est si polymorphe dans sa symptomatologie et dans son évolution qu'il est bien difficile de dégager des conclusions sur les facteurs qui peuvent influencer ses modalités cliniques.

***

Reste le troisième problème : la SYPHILIS CONGÉNITALE PRÉDISPOSE-T-ELLE A LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE ?

Ce problème particulier est lié au problème plus général de l'influence de la syphilis sur la tuberculose. Je ne reprends pas l'étude de cette importante question à laquelle j'ai consacré une leçon reproduite dans le *Journal des Praticiens* du 2 février 1924. J'y ai exposé mes observations personnelles et les différents arguments donnés à l'appui ou à l'encontre d'une influence possible de la syphilis sur la tuberculose. Après les avoir discutés, je concluais : « A l'heure actuelle, un fait me semble acquis, c'est que la tuberculose n'est pas plus fréquente chez les enfants hérédo-syphilitiques que chez les enfants indemnes. La syphilis congénitale ne prédispose pas à l'infection par le bacille de Koch ».

Voyons si elle peut prédisposer plus spécialement à la localisation du bacille tuberculeux sur les méninges, à la méningite tuberculeuse. Les opinions sont partagées.

MM. Hutinel et Merklen pensent que la syphilis réalise « une prédisposition à la méningite tuberculeuse ». Sur 100 méningites tuberculeuses, disent-ils, ils ont trouvé une proportion de 11,6 hérédo-syphilitiques ; ce nombre d'ailleurs, ajoutent-ils, est inférieur à la réalité, car le diagnostic de syphilis est difficile à porter.

M. Israël de Jong, en 1923, dans un rapport sur les relations de la syphilis et de la tuberculose, est « tenté de croire au rôle prédisposant de l'hérédo-syphilis ».

Par contre, M. Mercier des Rochettes, sur 14 cas de méningite tuberculeuse, n'en trouve que 2 à Bordet-Wassermann positif, c'est-à-dire 14,58 %. Il écrit : « En admettant que ce chiffre soit inférieur à la réalité, il est encore trop au-dessous de la proportion normale pour que nous nous croyions autorisé à conclure que les hérédo-syphilitiques font de préférence aux autres de la méningite tuberculeuse ».

Voici le résultat de nos observations.

Dans la leçon à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, j'ai relaté que, sur 19 méningites tuberculeuses, le Bordet-Wassermann était positif (H^0—H^5) dans 10.52 % des cas ; douteux (H^6) également dans 10,52 % des cas et négatif (H^7—H^8), dans 78,94 % des cas.

Depuis le 1er janvier 1924 jusqu'au 30 mai 1925, nous avons observé 38 méningites tuberculeuses : 20 fois seulement le Bordet-Wassermann a pu être fait, parce que, surtout chez les petits on a assez rarement le temps de la pratiquer, l'évolution étant trop rapide. Le Bordet-Wassermann a été positif dans 15 % des cas, douteux dans 15 % des cas également, négatif dans 70 % des cas.

Si nous considérons seulement les 18 enfants âgés de 1 à 15 ans, pour qui le Bordet-Wassermann a été fait ; nous le trouvons négatif dans 66 % des cas, douteux dans 16,6 %, et positif dans 16, 6 % des cas également.

Or, pour l'ensemble des réactions de Bordet-Wassermann pratiquées du 1er janvier 1920 au 1er juillet 1922, la statistique que j'ai dressée avec M. Nadal et citée dans une leçon sur l'*hérédo-syphilis chez les enfants*, publiée dans le *Journal des Praticiens* du 10 mars 1923, a donné pour 100 cas, 66 réactions négatives, 15 réactions douteuses, 18 réactions positives.

On trouve donc la même proportion de réactions de Bordet-Wassermann néagatives, douteuses ou positives, chez les enfants qui ont une méningite tuberculeuse et chez ceux qui n'en ont pas.

Ces faits ne permettent donc pas de conclure que l'hérédo-syphilis crée une prédisposition à la méningite tuberculeuse.

En réalité, la méningite tuberculeuse frappe les enfants véritablement au hasard, aussi bien des enfants en apparence superbes et qui ne présentent aucune tare que les autres. On ne sait vraiment pas, en dehors des prédispositions réalisées par l'âge, les conditions spéciales qui président à la localisation méningée du bacille de Koch.

***

L'histoire de notre malade est donc très instructive.

C'était, je vous le rappelle, une fille de 9 ans, née d'un père syphilitique et dont une sœur plus jeune est certainement syphilitique. Elle-même ne présentait pas de stigmates avérés de syphilis ; elle était convenablement développée, et a toujours eu un Bordet-Wassermann douteux (H6). Par précaution, elle est traitée cependant, comme il faut toujours faire en pareille circonstance. On lui fait des injections d'hydroxyde de bismuth, de muthanol. Ces injections sont mal tolérées et la fièvre apparaît. On peut se demander tout d'abord si la réaction fébrile est une réaction provoquée par le médicament, mais la fièvre persiste et on se rend vite compte qu'il n'en est pas responsable. L'enfant fait un premier séjour à l'hôpital sans qu'on porte de diagnostic précis. Elle retourne à la Policlinique. On essaye alors le sulfarsénol ; il est suivi de la même réaction fébrile. La malade entre une deuxième fois à l'hôpital : la fièvre est élevée, et bientôt le diagnostic de *méningite tuberculeuse* s'impose.

Avant de porter ce diagnostic, comme nous connaissions l'existence de la syphilis, il fallait discuter la *méningite syphilitique*. Pour les raisons que je viens d'exposer, nous avons éliminé cette dernière et conservé le diagnostic de méningite tuberculeuse. D'abord, c'était en plein traitement antisyphilitique que la méningite débutait. Ensuite il y avait de la fièvre, alors que la méningite syphilitique est apyrétique ou peu fébrile ; il y avait le tableau classique de la méningite, alors que ce tableau est très incomplet dans la méningite syphilitique. Enfin, il fallait tenir compte de l'âge, auquel celle-ci est très rare. Quant à l'examen du liquide céphalo-rachidien, il ne pouvait pas nous renseigner, puisqu'on peut rencontrer les mêmes réactions lymphocytique et albumineuse dans les deux affections.

Cette méningite tuberculeuse a évolué comme chez un sujet indemne de syphilis et sans présenter de caractères cliniques spéciaux.

Il n'y a aucune raison de penser que l'éclosion de la méningite tuberculeuse ait pu être favorisée par l'existence de cette hérédo-syphilis. Par contre, on ne peut s'empêcher de penser que les injections de muthanol et de sulfarsénol aient joué un rôle dans la mobilisation du bacille de Koch et, par suite, dans l'éclosion de la méningite. On ne peut qu'être frappé de la relation qui existait entre les injections et l'apparition de cette fièvre. On admet d'ailleurs depuis lontemps que le mercure et les arsenicaux ne sont pas toujours sans inconvénients chez les tuberculeux. Méfiez-vous donc, quand vous traiterez des syphilitiques, qui ont une fièvre tant soit peu persistante à la suite des injections médicamenteuses, de l'apparition possible d'une évolution tuberculeuse.

Il reste un dernier point de pratique à envisager. Comme je vous le disais tout à l'heure, la confusion est possible entre la syphilis cérébro-méningée et la méningite tuberculeuse. A l'heure actuelle, nous possédons des moyens de diagnostic assez précis. Il n'en était pas de même autrefois. Aussi les médecins d'autrefois, ayant observé la guérison de malades considérés comme atteints de méningite tuberculeuse à la suite de l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium, avaient-ils pris l'habitude de toujours prescrire ces médicaments dans les méningites tuberculeuses. Ce n'était pas, disaient-ils à juste titre, avec l'espoir de guérir une méningite tuberculeuse, mais avec l'espoir d'avoir commis une erreur de diagnostic, d'avoir pris pour la tuberculose ce qui était de la syphilis.

A l'heure actuelle, les mêmes errements sont encore de mise. On espère toujours, si on ne découvre pas le bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, comme ttreune erreur de diagnostic. C'est pourquoi il est de règle de traiter les méningites tuberculeuses par le mercure et par l'iodure. Nous avons institué ce traitement chez notre malade, il n'a eu naturellement aucune action.

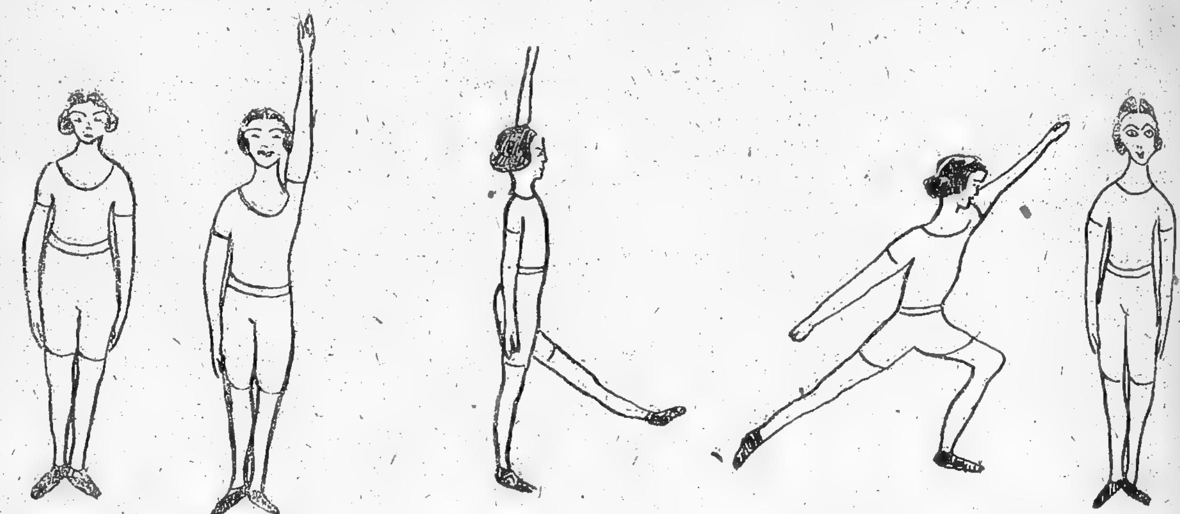
L'ÉDUCATION PHYSIQUE A LA PORTÉE DU MÉDECIN-PRATICIEN (1)

Par le Dr P. KOUINDJY.

III

Exercices de la gymnastique physiologique.

Un des exercices exécutés en position debout mérite une attention spéciale ; c'est l'exercice de la fente. Il est aussi utile en culture physique qu'en thérapeutique. La gymnastique orthopédique en fait un usage constant ; de plus, il est à la base des exercices d'escrime. Il consiste à apprendre à porter une jambe en avant, en arrière, ou latéralement, en faisant subir au tronc et aux bras des mouvements appropriés. Cet exercice s'exécute également en quatre temps, dont le troisième est le plus important. Le sujet placé en position initiale debout lève d'abord le bras gauche ; ensuite, avance la jambe gauche tendue aussi loin que possible ; puis, fléchit le genou gauche, en inclinant le tronc en avant et en tendant la jambe droite en arrière. Le bras gauche se trouve, par conséquent, en extension en avant dans la direction du tronc ; le bras droit en extension en arrière dans le prolongement du bras gauche et la jambe droite en pleine extension. Selon la distance donnée entre les deux jambes, la fente peut être petite, moyenne et grande.



Position initiale — 1er temps — 2e temps — 3e temps — 4e temps

Exercice de la fente en avant.

Exercice de la fente en avant en quatre temps.

1er *temps* : élévation verticale du bras gauche ;
2e *temps* : jambe gauche tendue portée en avant ;
3e *temps* : flexion du genou gauche, extension du bras droit et de la jambe droite en arrière ;
4e *temps* : redressement du tronc et retour à la position initiale.

En portant la jambe gauche dans le deuxième temps en arrière, dans le troisième temps, le tronc en arrière, le bras droit et la jambe droite en avant dans le prolongement du tronc, on obtient *la fente en arrière*. La fente latérale peut s'exécuter soit avec le bras en extension verticale comme dans les exercices précédents, soit avec les mains aux hanches ou sur la nuque.

Exercice de la fente latérale en quatre temps.

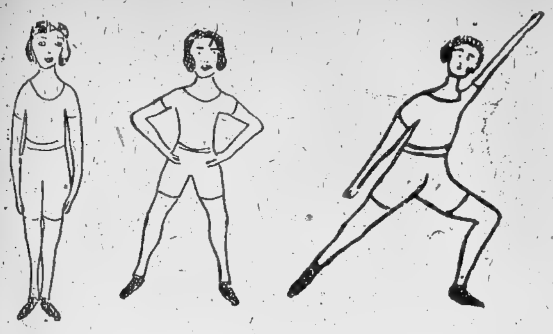
1er *temps* : placer les mains aux hanches ;
2e *temps* : écarter la jambe gauche en tournant légèrement le pied en dehors ;
3e *temps* : fléchir le genou gauche en inclinant le tronc à gauche ; jambe droite bien tendue dans le prolongement du tronc ;
4e *temps* : redresser le tronc et revenir à la position initiale.

Comme variante de cet exercice, on peut dans le premier temps lever les bras en extension en haut, ou bien lever un bras en extension en haut et l'autre bras tendu en bas.

Exercice de la fente en arrière en quatre temps.

1er *temps* : bras gauche en extension verticale en haut ;

(1) Voir *Concours médical*, nos 32 et 44, de 1925.



Exercice de la fente latérale.

2e *temps* : porter la jambe gauche en extension en arrière ;

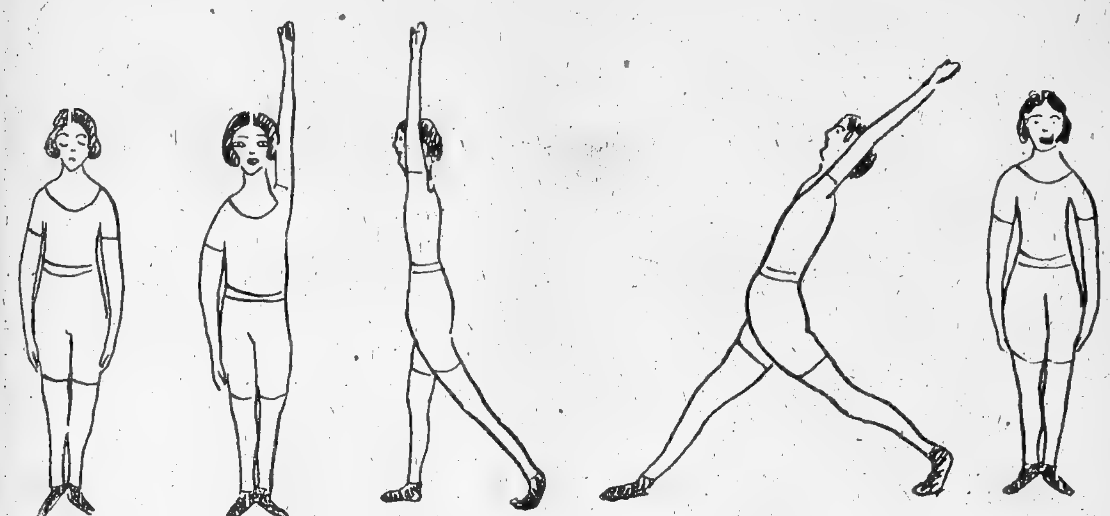
3e *temps* : fléchir le genou gauche, incliner le tronc en arrière et tendre fortement la jambe droite en avant ;

4e *temps* : redresser le tronc et reprendre la position initiale.

exercices d'extension des bras avec haltères ou avec la barre à double sphères ; nous pouvons exécuter l'exercice avec la barre derrière le dos ; mais, nous n'obtiendrons en général, qu'un exercice incomplet par suite de la suppression des mouvements d'équilibre statique, si important dans les exercices de gymnastique. Nous ne nous arrêterons, par conséquent, pas sur les exercices, qui seront une répétition de quelques exercices ci-dessus décrits et exécutés en position assise, et nous décrirons ceux qui sont propres à cette position fondamentale. De ces exercices abordons d'abord ceux qui peuvent être accomplis par les membres inférieurs. Ce sont : flexion et extension des jambes, écartement et rapprochement des jambes, croisement des pieds, imposition des pieds l'un sur l'autre, rotation des jambes dans les deux sens, mouvements et rotations des pieds et position croisée sous-fessière des pieds avec écartement forcé des genoux.

Ensuite, nous décrirons ceux qui s'exécute avec le tronc.

Pendant l'exécution de la première série des



Exercice de la fente en arrière.

Dans cet exercice, les deux bras doivent se trouver dans le même prolongement et aussi dans le prolongement du tronc. Faire quelques exercices tantôt avec les deux bras, tantôt alternativement avec chaque bras.

Exercices principaux en position assise.

La majorité des exercices précédents peuvent être exécutés en position assise ; mais, ils n'ont pas le même développement physique que lorsqu'ils ont été faits en position debout ; car, dans la position assise, un certain nombre des muscles sont neutralisés et ne participent pas dans l'exécution des mouvements physiologiques. Ainsi, nous pouvons faire exécuter à un sujet assis les exercices, le sujet est assis sur une chaise ou au bord du banc de gymnastique (le plint suédois), les pieds par terre ou pendants, le tronc est droit et les mains aux hanches. La plupart de ces exercices se font en quatre temps.

Extension des jambes en quatre temps.

1er *temps* : flexion des cuisses sur le bassin ;

2e *temps* : extension horizontale des jambes sur les cuisses ;

3e *temps* : réflexion des jambes sur le bassin ;

4e *temps* : retour à la position de départ.

Les mouvements doivent être faits ici avec un rythme parfait et une précision irréprochable.

Ecartement en croisement des jambes en six temps.

1er *temps* : élévation des jambes à l'hozizontale et parallèlement au sol ;

2e *temps* : écartement progressif et complet des jambes ;

3e *temps* : rapprochement des jambes ;

4e *temps* : pose de la jambe gauche sur la droite tenue immobile ;

5e *temps* : pose de la jambe droite sur la gauche tenue au même niveau ;

6e *temps* : retour à la position initiale.

Dans cet exercice, les membres inférieurs doivent être en extension complète, pieds tendus en avant, tronc et la tête tenus droits, et les mains aux hanches. Les mouvements s'exécutent avec une cadence régulière et sans saccades, de telle sorte que l'exercice ait une allure correcte avec des périodes bien distinctes.

7e *temps* : flexion des jambes sur le bassin ;

8e *temps* : retour à la position initiale.

Si les pieds touchent le sol, on allonge les membres inférieurs pour exécuter cet exercice et on laisse les talons toucher le sol.

Exercice des pieds avec les jambes tendues horizontalement.

1er *temps* : élévation des jambes à l'horizontale ;

2e *temps* : flexion des pieds ;

3e *temps* : extension des pieds ;

4e *temps* : abduction des pieds, talons en contact ;

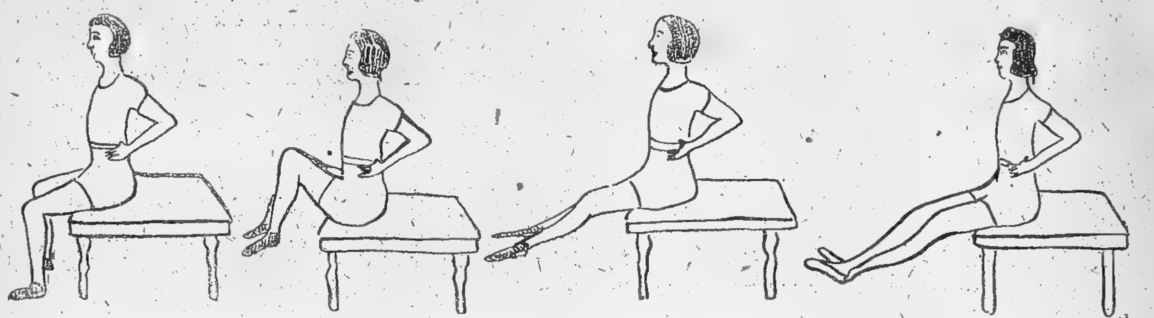
5e *temps* : adduction des pieds, pointes en contact ;

6e *temps* : rotation des pieds de dedans en dehors ;

7e *temps* : rotation des pieds de dehors en dedans ;

8e *temps* : retour à la position initiale.

Les exercices du tronc en position assise peuvent s'accomplir avec les bras en extension verticale en haut, les mains aux hanches, les mains à la nuque, sur la tête ou aux épaules. Nous décrirons comme dans les exercices précédents ceux qui se font avec les bras en extension verticale ou les mains aux hanches. Le sujet est assis sur un banc ordinaire ou mieux sur un plint. Dans le premier cas, un aide maintient ses pieds fixés par terre ; dans le second cas, ses pieds sont maintenus par des courroies fixées à la par-



Position initiale — Flexion des jambes sur le bassin — Extension des jambes sur les cuisses — Croisement des jambes : pose de la jambe droite sur la jambe gauche.

Exercice des membres inférieurs en position assise

Exercice des pieds avec jambes pendantes.

1er *temps* : flexion des pieds sur les jambes ;

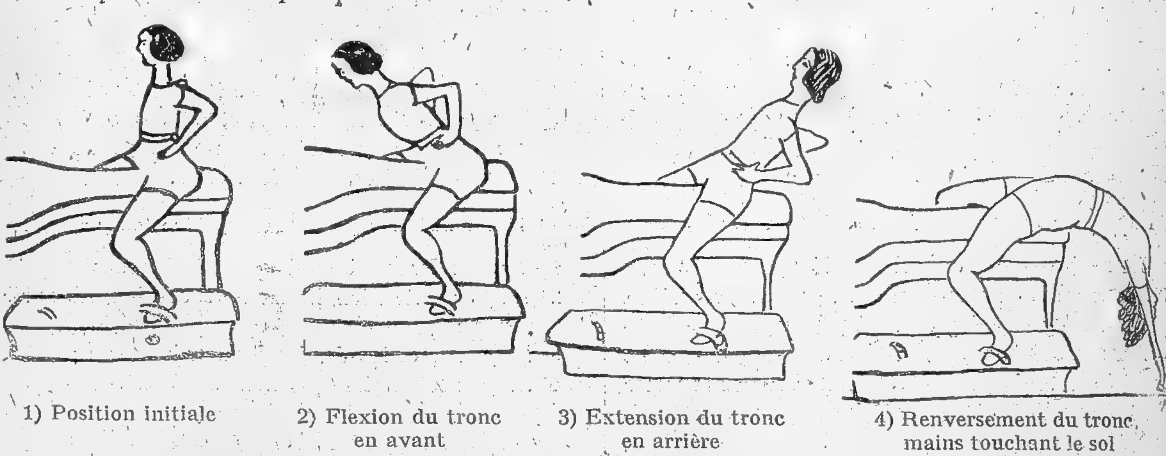
2e *temps* : extension des pieds ;

3e *temps* : abduction des pieds (écartement des pointes des pieds, talons réunis) ;

4e *temps* : adduction des pieds (pointes de pieds réunies, talons écartés) ;

5e *temps* : rotation des pieds de dedans en dehors ;

6e *temps* : rotation des pieds de dehors en dedans ;



1) Position initiale — 2) Flexion du tronc en avant — 3) Extension du tronc en arrière — 4) Renversement du tronc, mains touchant le sol

Exercice du tronc en position assise sur le plint.

tie basse du plint ; le tronc et la tête bien droite. Sous commandement, « commencez », le sujet se met en position correcte, il fléchit d'abord, le corps en avant, le porte ensuite en arrière à angle de 45°, où il le maintient fixe pendant quelques instants, puis, il le porte complètement en bas jusqu'à ce que ses mains touchent le sol, et finit l'exercice, en revenant à la position initiale.

Exercice de flexion et d'extension du tronc en position assise.

1er *temps* : flexion du tronc en avant ;

2e *temps* : extension du tronc en arrière jusqu'à l'angle de 45° ;

3e *temps* : abaissement du tronc jusqu'à contact des mains avec le sol ;

4e *temps* : retour progressif du tronc au point de départ.

jet, au moment, où il se trouve avec le tronc en extension de 45°, une série de mouvements avec les bras ; extension des bras en haut dans le plan de continuité avec le tronc, latéralement, — en avant et perpendiculairement au tronc.

Il nous reste à décrire maintenant l'exercice de la fente en position assise pour terminer avec les exercices principaux en cette position. Comme cet exercice a une très grande importance thérapeutique, nous sommes obligés d'y insister un peu plus que le cadre de ce travail ne nous le permet. L'exercice en question peut se faire assis sur un banc ordinaire, sur une chaise ou sur un tabouret. Dans le premier cas, le sujet est obligé de porter une jambe par dessus le banc d'avant en arrière, dans le second cas, il n'a qu'à allonger sous commandement sa jambe en arrière.



Rotation du tronc à gauche — Rotation du tronc à droite — Inclinaison du tronc à gauche — Inclinaison du tronc à droite

Exercice du tronc en position assise.

L'exercice suivant comprend la rotation du tronc à droite et à gauche et son inclinaison dans les deux sens, auxquelles on peut ajouter la circumduction du tronc dans les deux sens opposés. Les mains aux hanches ou les bras en extension verticale en haut.

Exercice latéral du tronc dans les deux sens opposés.

1er *temps* : rotation du tronc à gauche ;

2e *temps* : rotation du tronc à droite ;

3e *temps* : retour à la position fixe ;

4e *temps* : inclinaison du tronc à gauche ;

5e *temps* : inclinaison du tronc à droite ;

6e *temps* : retour à la position fixe ;

7e *temps* : circumduction du tronc de gauche à droite et de droite à gauche ;

8e *temps* : retour à la position initiale.

Une des nombreuses variantes des exercices décrits plus haut consiste à faire exécuter au su-

Exercice de la fente en avant en position assise sur un banc.

1er *temps* : porter la jambe gauche en arrière et la placer en extension ;

2e *temps* : lever le bras gauche tendu en haut et tendre le bras droit en arrière ;

3e *temps* : incliner le tronc en avant, les bras en extension complète dans le plan du tronc ;

4e *temps* : redresser le tronc et reprendre la position initiale .

On répète le même exercice avec la jambe droite, en prolongeant le troisième temps.

L'exercice avec un tabouret ou une chaise s'exécute de la facon suivante : le sujet se place sur un coin du tabouret, de sorte qu'il puisse sous le commandement porter tantôt la jambe gauche, tantôt la jambe droite en arrière.

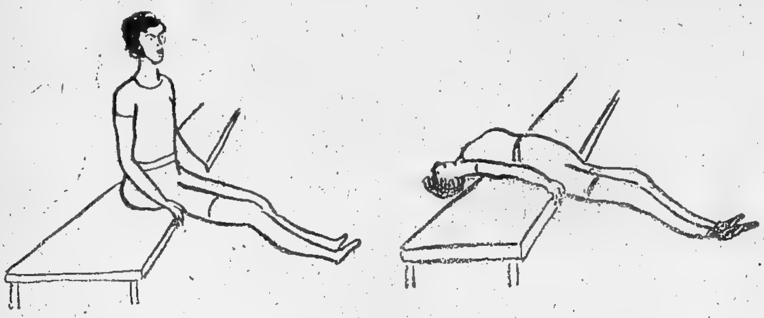
Exercice de la fente en arrière en position assise sur un tabouret.

1er *temps* : porter la jambe gauche en extension complète en arrière ;

2e *temps* : lever le bras droit en haut et tendre le bras gauche en arrière le long de la jambe ;

3e *temps* : incliner le tronc à 45° en avant , les deux bras en extension complète ;

4e *temps* : redresser le tronc et retour à la position initiale.



1er temps 2e temps

Exercice d'extension du tronc en arrière sur le banc.



Exercice de la fente en avant sur le banc de gymnastique.

On répète le même exercice plusieurs fois de suite avec une jambe, ou alternativement avec chaque jambe à part. La fente en arrière s'exécute en sens inverse - la jambe fléchie dans la fente antérieure se met en extension en avant. le tronc s'incline en arrière, ayant le bras levé en extension en arrière et le bras baissé en extension en avant.

Exercices principaux en position couchée

Une série d'exercices décrits plus haut peuvent s'exécuter tantôt en décubitus dorsal, tantôt en décubitus ventral. Ces exercices sont moins énergiques et plus faciles à exécuter par suite de la neutralisation de l'action des muscles mis au repos par le fait de décubitus.

Comme il n'y a plus question d'équilibre statique dans ces exercices, l'influence du centre de gravité est minime ; d'où diminution notable de la résistance et de l'effort musculaire. Tous les exercices faits avec ou sans haltères peuvent se répéter ici également en quatre, six et huit temps comme dans la position debout. On peut aussi faire faire dans cette position les exercices avec la barre à double sphère décrits plus haut, sauf, bien entendu, les exercices exécutés derrière le dos. Néanmoins, il existe quelques exercices propres à cette position. Ce sont les exercices combinés des bras et des jambes.

Exercice combiné de quatre membres en quatre temps.

1er *temps* : flexion des avant-bras sur les braset des jambes sur le bassin ;

2e *temps* : extension verticale des bras et des jambes ;

3e *temps* : flexion des jambes et des avant-bras, les bras et les cuisses restés verticalement ;

4e *temps* : bras et jambes allongés sur le sol, les bras le long du corps.

En faisant poser les mains aux hanches, à la tête, etc., et les jambes écartées, croisées, etc., on arrive à toute une série d'exercices multiples, dont la combinaison est facile à comprendre. Nous insisterons seulement sur deux exercices importants en cette position : flexion du tronc sur les jambes et l'élévation simultanée de deux jambes. Pour faciliter l'exécution du premier exercice, il faut se servir soit d'un aide, qui maintient les jambes ou les pieds de l'exécutant, soit d'un meuble quelconque ou d'un espalier, où le sujet place les extrémités de ses pieds et s'en sert comme moyen d'appui. Le but de cet exercice est d'apprendre aux enfants à fléchir le tronc sur les jambes, lorsque celles-ci sont en pleine extension et à revenir de la position assise en position couchée lentement et d'une façon progressive.

Exercice de flexion du tronc sur les jambes en quatre temps,

1er *temps* : extension verticale des bras, perpendiculairement au sol ;

2e *temps* : élévation progressive du tronc, ou sa flexion sur les jambes ;

3e *temps* : abaissement progressif du tronc par terre ;

4e *temps* : pose des bras le long du corps.

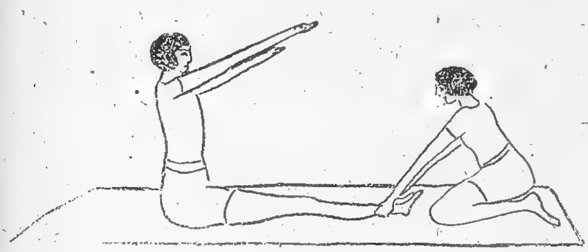
Cet exercice peut s'exécuter aussi avec les bras croisés sur la poitrine, les mains sur les épaules, mains aux hanches, avec des haltères ou avec la barre à double sphère et, définitivement, sans aide, ni appui.

L'élévation des jambes n'est autre chose que l'exercice de flexion des jambes sur le bassin, qui peut s'exécuter aussi en quatre temps et même en deux temps.

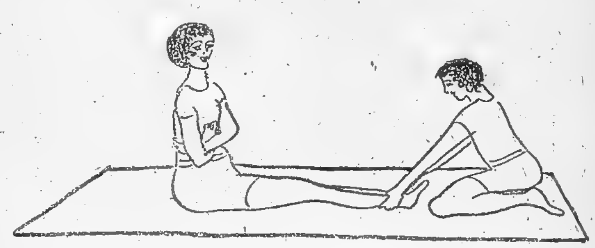
On peut alterner l'élévation du tronc avec l'élévation des jambes et obtenir ainsi un exercice

combiné du balancement rythmé du corps en position couchée.

Jusqu'à présent, il s'agissait des exercices en position couchée, décubitus dorsal. Nous avons encore à décrire quelques exercices en décubitus ventral, de beaucoup plus importants. La position initiale dans cette forme de décubitus serait l'attitude dite « en sphinx allongé » : le sujet reste allongé sur la face antérieure du corps, le tronc élevé et appuyé sur les coudes. Cette attitude de l'enfant joue un rôle important en gymnastique orthopédique, où il rend de grands services, car, outre son action directe sur le rachis, elle permet au sujet de dégager sa poitrine pendant toute la durée de la position ventrale. Nous préférons faire exécuter les exercices en décubitus ventral sur un banc ou sur le plint suédois, puisque dans cette position, le sujet a la facilité



Flexion du tronc sur les jambes avec bras en extension
Exercice du tronc en position couchée.



Flexion du tronc sur les jambes avec bras croisés.
Exercice du tronc sur les jambes.

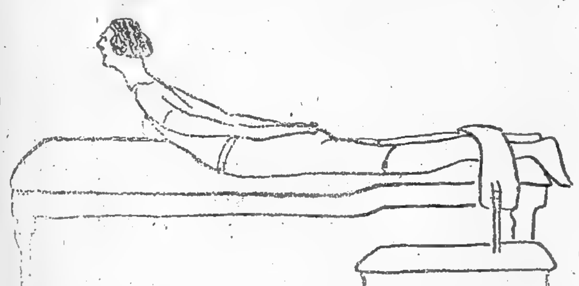
d'abaisser davantage son tronc en avant et en bas et d'activer, plus tard, avec plus de profit ses muscles dorsaux. Un des exercices principaux en décubitus ventral est le redressement du dos en arrière. Fixé par une courroie au plint ou maintenu par un aide, l'exécutant doit porter ses bras derrière le dos et lever le tronc aussi haut que possible en arrière. L'exercice s'exécute aussi en trois temps :

Redressement du dos en décubitus ventral.

1er *temps* : porter les bras en arrière, en réunissant les mains ;

2e *temps* : élever le tronc en arrière, en serrant les mains ;

3e *temps* : reprendre la position du sphinx.



Extension du dos en arrière en décubitus ventral, mains réunies en arrière.

Plus on lève le tronc en arrière, plus on redresse le dos. Le deuxième temps de cet exercice doit être aussi prolongé que possible, sans toutefois fatiguer l'enfant. Lorsque le sujet arrive à exécuter avec correction l'exercice en question, on peut y introduire les variantes suivantes : faire poser les mains sur la nuque, aux hanches, sur la tête ; tenir les bras en extension, fléchis ou croisés sur la poitrine. On peut également y introduire des exercices de flexion et d'extension des bras, des mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation sous forme de la nage, ou bien des mouvements des bras derrière le dos, pendant que le sujet reste avec son tronc redressé, c'est-à-dire pendant le deuxième temps de l'exercice.

L'exercice de redressement du dos peut s'accomplir également avec des haltères ou la barre à double sphère. En faisant avancer le sujet sur le banc jusqu'à la ceinture, nous pouvons obtenir le même exercice avec un abaissement plus ou moins prononcé du corps en avant. Dans ces conditions, l'activité des muscles dorsaux est plus intense et la force musculaire plus grande.

Un autre exercice en décubitus ventral rend également de grands services en culture physique. C'est l'extension du corps en décubitus ventral, que Lefébure appelle « chute faciale » et qu'Hébert nomme « appui tendu face au sol ». Dans cet exercice la tête, le tronc, le bassin et les jambes doivent se trouver en extension complète et dans le même prolongement ; le corps entier se repose sur la face palmaire des mains et les orteils en extension.

Extension du corps en décubitus ventral en quatre temps.

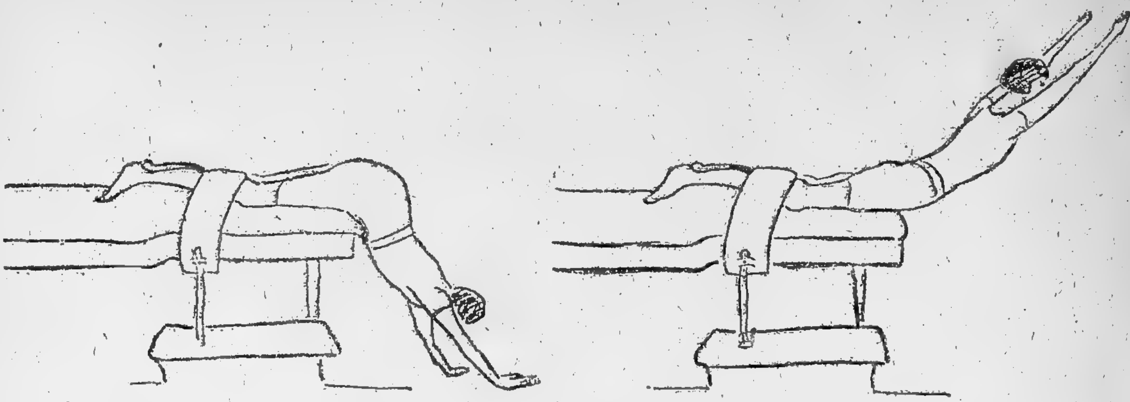
1er *temps* : se poser à plat sur le sol, les paumes des mains par terre et un peu écartées ;

2e *temps* : extension complète des bras, tête relevée, corps tendu appuyé sur les orteils ;

3e *temps* : fléchir les bras, maintenant le corps tendu et la poitrine au niveau du sol ;

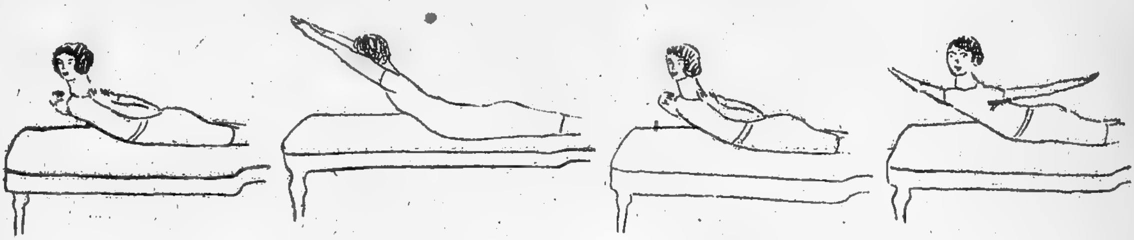
4e *temps* : revenir à la position de repos, position du sphinx.

Cet exercice peut s'exécuter avec des variantes suivantes : on peut répéter le deuxième et le troisième temps, plusieurs fois de suite ; on peut in-



Extension progressive du dos de bas en haut.
2e temps : élévation du tronc en haut.

tercaler deux temps, dont un sera destiné à l'élévation de la jambe gauche et la deuxième à l'élévation de la jambe droite ; ou bien, on peut passer du deuxième temps à la position latérale gauche ou à la position latérale droite, en laissant le corps tendu s'appuyer latéralement sur un bras et sur le bord externe de chaque pied. Cette dernière variante peut également se faire avec élévation verticale du bras devenu libre, ou avec élévation verticale du bras et de la ambe simultanément. L'exercice en question peut aussi s'accomplir, lorsque le sujet est en position debout ; dans ce cas, le premier temps correspondrait à l'accroupissement de l'exécutant et pose de la paume de ses mains par terre ; le



1er temps 2e temps 3e temps 4e temps
Exercice d'extension du dos en arrière en quatre temps.

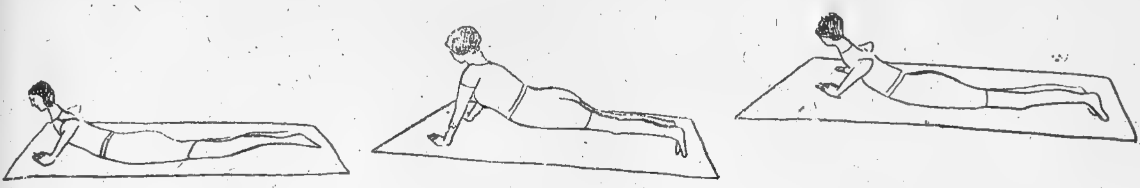
deuxième temps — à l a projection des pieds en arrière et à la mise du corps tendu sur les pointes des pieds ; le troisième temps est celui de notre exercice ; le quatrième serait le retour à la position initiale debout.

Nous avons terminé à peu près avec les exercices principaux dans les trois positions fondamentales. Si nous avons passé sous silence d'autres exercices importants, c'est que ces exercices sont des variantes de ceux que nous venons décrire et que leur exécution est facile à comprendre, sans explications spéciales. Nous n'avons pas parlé des exercices faits à genoux ou en suspension, que quelques auteurs voudraient considérer comme positions fondamentales. Pour nous, la position à genoux est une attitude dérivant de la position debout ; les exercices exécutés dans cette attitude sont ceux qui se font debout, et d'une façon incomplète par suite de l'absence de la participation des jambes et des pieds. Quant à la position suspendue des Suédois, nous la considérons d'une part comme une attitude dérivant aussi de la position verticale avec appui dans les mains ; les exercices faits en cette attitude sont aussi incomplets. D'autre part, nous la faisons rentrer dans la gymnastique acrobatique, car, la plupart des exercices faits en cette attitude sont de l'acrobatie, dépourvus des mouvements physiologiques de l'homme. La nature n'a pas fait l'homme pour qu'il fasse la planche sur le trapèze, ou les culbutes sur les anneaux. Quand les enfants deviennent suffisamment forts, on peut les amuser, en les faisant se déplacer sur une barre suspendue ou se lever sur la barre fixe ; mais, il ne faut pas croire que cela est absolument indispensable. De même, nous ne trouvons nullement indispensables en gymnastique éducative, les exercices avec les barres parallèles ou avec la poutre déplaçable. Nous ne sommes nullement adversaire de l'usage de l'espalier et des autres engins en gymnastique, qui souvent rendent de grands services en culture physique rationnelle.

Mais, nous trouvons que, d'une part, ces exercices ne peuvent être exécutés que sous la surveillance constante du spécialiste ou du professeur compétent, besogne difficile à imposer à un

médecin praticien ; et que, d'autre part, ces exercices présentent souvent des méfaits, parfois difficiles à éviter. C'est à ce genre d'exercices que se rapporte les remarquables paroles prononcées par le prof. Gilbert lors de l'ouverture du Congrès International d'Education Physique de 1913 dans son discours d'ouverture de ce Congrès. En parlant des exercices forcés, il disait : « Salutaires par essence, ceux-ci cependant, ainsi qu'on sait, peuvent occasionner des accidents : les uns, ruptures musculaires, entorses, luxations, fractures, hernies, hémorragies, emphysème, troubles cardiaques, découlent d'un effort exagéré ; les autres « cœur forcé », infections, se rattachent *au surmenage*. C'est que les exercices physiques, comme les médicaments, ont une « dose toxique » et que, comme eux, ils ont une posologie.

« C'est qu'encore, les divers sujets, enfants ou adultes, ne possèdent pas d'identiques aptitudes physiques. En prenant soin de ne demander à chaque individu qu'une dépense de force adéquate à ses capacités, on évitera l'effet nuisible et l'on se maintiendra dans les limites de l'effet utile. » C'est pour rester fidèle à ces principes d'éducation physique, que nous avons décrit dans ce modeste travail, les exercices basés sur les mouvements physiologiques de l'homme et que nous laissons à dessein de côté les exercices avec des engins les plus perfectionnés.



1er temps : pose des mains sur le sol. 2e temps : Extension du bras, du tronc et des jambes placées 3e temps : abaissement du corps jusqu'au contact avec le sol.

Exercice en position couchée : décubitus ventral.

Comme dans la gymnastique physiologique, les exercices éducatifs de la respiration occupent une place prépondérante, nous leur consacrerons une étude spéciale avant d'aborder le chapitre sur les sports, jeux et danses, autres éléments de l'Education physique à la portée du médecin praticien. Dans notre prochain article, nous étudierons donc la gymnastique respiratoire.

LA MIGRAINE

Etude analytique des Rapports de la Société de Neurologie (Juin 1925), accompagnée de quelques réflexions sur le sujet.

Par G. Didsbury,

Ancien interne provisoire des Hôpitaux.
Oto-rhino-laryngologiste du Dispensaire Péreire.

I

Il semble que des questions sont, pour ainsi dire, « dans l'air » et qu'elles se mettent spontanément à l'ordre du jour. C'est ce qui parait arriver pour la question de la migraine. Personne n'en parlait il y a quelques années. Il a fallu l'étude des chocs humoraux, les recherches sur les sécrétions des glandes endocrines pour interpréter une explication du déclanchement des crises. Ces travaux qui dataient, du moins pour les chocs humoraux, des années qui ont précédé la guerre 1914-18 furent interrompus par cette longue épreuve et ne reparurent qu'en 1919 pour la France, avec Pasteur Vallery-Radot, Pagniez et Nast. Mais nous trouvons inutile de revenir sur un historique qu'on trouvera au complet dans les si importants rapports publiés cette année (1). Notre projet dans une première étude est d'analyser le rapport sur la migraine de Viggo Christiansen (de Copenhague) ; une deuxième étude s'occupera de celui de Pasteur Vallery-Radot et enfin une troisième s'occupera de la discussion qui suivit la lecture de ces rapports. Depuis 1920 les travaux sur la migraine se succédaient et pour 1925, la Société de Neurologie à l'occasion du Centenaire de Charcot et de la 25e année de sa fondation mettait la question de la migraine à son ordre du jour, nommait deux rapporteurs, et consacrait plusieurs séances à leur discussion.

Que s'était-il donc passé ? La migraine il y a quinze à vingt ans n'intéressait personne : peu ou pas de travaux sur cette affection ; était-ce même une ma-

(1) *Revue Neurologique*, juin 1925, Tome I no 6.

ladie ? Les femmes, pensait-on, fournissaient à la migraine le plus considérable des contingents. Avait-on bien confiance dans leurs plaintes ! Un sourire de scepticisme accueillait la déclaration « Madame a sa migraine ». Les enfants très souvent se plaignaient de la tête avec des vomissements. « Cet enfant est gourmand, il a trop mangé », c'était là toute l'explication et tout le traitement. Et cependant la migraine était bien, alors comme aujourd'hui, une entité morbide bien définie, mais il semblait que la médecine ne devait rien aux migraineux qui, d'ailleurs ne consultaient guère le médecin sauf pour des cas terribles d'intensité et de fréquence (et ils sont nombreux !). Les cachets d'antipyrine pure ou associée, puis plus tard, les cachets d'aspirine soulagèrent quelquefois le paroxysme douloureux d'un grand nombre de malades ; mais le problème restait entier.

Aujourd'hui seulement avec les deux rapports sur la migraine l'un de Viggo Christiansen (de Copenhague) considéré au point de vue clinique, puis celui de Pasteur Vallery-Radot plus spécialement étudié au point de vue de la pathogénie on peut dire que la migraine a définitivement pris droit de cité dans la pathologie d'une part, et que, d'autre part le nombre des migraineux, l'intensité de leurs douleurs, l'importance des heures de travail perdues par suite de l'incapacité consécutive, toutes ces raisons, disons-nous, méritent que les médecins y apportent toute l'application nécessaire pour trouver des moyens thérapeutiques victorieux à opposer à une telle infirmité.

On comprendra donc l'intérêt avec lequel nous avons lu et médité les beaux rapports précités et que nous avons l'intention, dans les pages qui vont suivre, d'en présenter une analyse dans laquelle nous essayerons de pénétrer la pensée des auteurs pour contribuer à en répandre tout le fruit et peut être la complèter sur certains points. C'est ici qu'il est peut-être intéressant de rappeler que nous-même, victime de la migraine pendant quarante années et ayant trouvé la guérison en 1906, nous n'avons cessé depuis cette époque de nous occuper de cette affection.

M. le professeur Viggo Christiansen établit donc qu'il existe une migraine paroxystique chez des individus de parfaite santé dans les intervalles du paroxysme. C'est donc le type de la description, mais c'est peut-être pour laisser entendre qu'il peut y avoir d'autres types de migraines. Or, nous n'ignorons pas et nous avons essayé de préciser dans notre travail du *Concours médical* de 1924 qu'il y avait une forme chronique ou subintrante de la migraine ; dans ce cas le paroxysme n'existe plus, l'intensité de la douleur est moindre mais est constante, l'*unilatéralité* si précise de la migraine cesse, les causes de confusion sont multiples avec d'autres céphalées. Seule et uniquement seule, la recherche d'une lésion chronique et superficielle met sur le chemin du diagnostic. C'est cette dernière forme que l'auteur de ce rapport range dans ce qu'il appelle « migraine atypique » dont il donne plusieurs observations des plus intéressantes y décrivant l'aphasie transitoire, les doigts morts, le paresthésies et d'autres troubles de la sensibilité. Nous ne mentionnons ces faits que pour bien souligner que la migraine et ses formes constituent un chapitre tellement considérable que nous n'aurons jamais la prétention d'avoir épuisé le sujet.

Deux questions sont bien établies par Christiansen : la valeur de l'hérédité au point de vue étiologique et la jeunesse des malades ; ces considérations s'appliquent à la migraine paroxystique compliquée ou non de migraine ophtalmique et l'auteur écarte délibérément la migraine ophtalmoplégique « dues à des altérations plus palpables du système nerveux central et dont les relations avec la migraine sont plus que douteuses » (Christiansen).

Donc, hérédité sous la forme neuro-arthritique et très jeune âge, voilà l'étiologie. Mais des facteurs d'aggravation peuvent accentuer le tableau symptomatique et à ce propos, l'auteur n'omet pas les chocs par infection (grippe) les traumatismes crâniens, ajoutons les douleurs morales qui agissent comme des chocs. De plus il voit très bien qu'il y a un nombre considérable de *causes occasionnelles* qui déclanchent la crise et spécialement divers processus en relation avec les organes digestifs ou génitaux. L'anxiété morale aussi figure dans les causes occasionnelles. La migraine ophtalmique, pour l'auteur, est une forme intense de la migraine proprement dite avec tout son cortège symptomatique habituel.

Sur ce point qu'il nous soit permis d'ajouter quelque chose ; il existe une forme de migraine ophtalmique sans céphalée unilatérale ou autre : forme qui pourrait être rangée dans le chapitre des migraines atypiques de l'auteur, signalées ci-dessus. Dans ces cas, la recherche de névrites superficielles est fructueuse : il est facile de sentir, par exemple, le nerf frontal externe perceptible au toucher et sensible à la pression et, bien entendu du côté où les signes de migraine ophtalmique sont le plus intenses, et cependant il n'y a pas de céphalée. Signalons en outre que nous avons rencontré une troisième forme de migraine ophtalmique : ni céphalée, ni névrites superficielles : seulement des troubles oculaires, dans ce cas il ne nous a pas été possible d'en savoir plus long, le malade nous ayant échappé ; nous osons signaler le cas pour qu'un autre travailleur soit plus heureux que nous.

Notre auteur décrit très bien les signes avant-coureurs de la crise paroxystique qui survient « comme un éclair dans un ciel serein » expression des plus justes. Il s'agit de fatigue, d'abattement, de dégoût ou bien du type d'excitation de Grasset.

Qu'il nous soit permis d'ajouter les bâillements et le hoquet spasmodique. Puis l'auteur aborde la description du scotôme scintillant signe de la migraine ophtalmique. Une illustre victime du scotôme scintillant, le Pr Charcot lui-même, convenait qu'il n'est pas facile de le décrire. Cependant les malades, qui ne représentent que de loin la puissance d'observation du Pr Charcot, donnent des descriptions de

ce phénomène tellement typiques que le diagnostic ne peut se méconnaître. Cette réflexion appartient à l'auteur qui décrit parfaitement la crise migraineuse *unilatérale* débutant après une demi-heure environ de migraine ophtalmique. Qu'il nous soit permis cependant au sujet de ce signe : l'unilatéralité, d'exprimer l'opinion que l'auteur insiste bien peu sur ce signe qui est cependant capital, puisqu'il donne son nom à la maladie (hémicrânie). La migraine est bien héréditaire, infantile, unilatérale et même homo-unilatérale, signe que l'auteur omet complètement dans son magnifique travail. Certes, de nombreux malades indiquent et répètent à l'envie que c'est d'un côté qu'ils ont leur migraine et non pas de l'autre. C'est donc inciter, prétendons-nous, à chercher une cause unilatérale et si on la cherche, on la trouve. Il y a de plus un autre signe de la migraine, c'est qu'elle est *diurne*, signe qui n'avait pas échappé à d'anciens auteurs, TRUMET DE FONTARCE en particulier. Que de malades vous abordent avec cette phrase « je me suis réveillé ce matin avec une migraine horrible » et, ce disant, ils posent la main sur *une* de leurs régions oculo-frontale. Oui, la migraine est diurne et matinale, elle survient dans le sommeil du matin et s'éteint douze à dix-huit heures après dans un sommeil particulièrement profond et reposant, signalé du reste par l'auteur comme constituant une fin de crise après l'émission d'urines, abondantes et claires, ajouterons-nous. De plus le paroxysme migraineux n'est pas fébrile quelle que soit son intensité : nous pensons que c'est un élément dont il est bon de tenir compte au point de vue diagnostic.

Dans la description symptomatique, l'auteur aborde la question des migraines rouges et blanches autrement dit des symptômes sympathiques, et il cite Oppenheim qui avait constaté une sensibilité douloureuse très nette des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. L'auteur n'attache pas une importance considérable à cette constatation parce que d'une part, dit-il, il n'a jamais pu s'assurer que c'était bien le ganglion qui était douloureux à la pression, ensuite que le ganglion douloureux n'était pas toujours du côté du paroxysme et enfin que cette douleur était également perceptible dans les périodes qui séparent les paroxysmes. Nous nous écartons beaucoup de l'auteur sur tous ces points. La constatation de la douleur à la pression du ganglion cervical du grand sympathique constatée par Oppenheim est bien antérieure aux travaux de cet auteur (1913) (1).

La douleur est parfaitement existante, elle est bien due au ganglion cervical du grand sympathique les douleurs irradiées, provoquées par la pression en sont la preuve, si l'auteur l'a trouvée du côté opposé au paroxysme, c'est que cette douleur est bilatérale et enfin si l'auteur a perçu cette douleur dans l'intervalle de tout paroxysme c'est qu'il a parfaitement exploré son patient et qu'il a mis en évidence une lésion *chronique* et *préexistante*. Sur ce point, nous ne différons avec l'auteur que sur l'interprétation et non pas sur le fait. Nous en dirons autant des infiltrations douloureuses à la pression que l'auteur a constatées dans les muscles superficiels du cou et qu'un traitement rationnel par le massage a fait disparaître.

L'auteur estime que ce phénomène est dû souvent à une complication par rhumatisme musculaire et qui n'a rien de commun avec la migraine. De même que précédemment nous ne différons avec l'auteur que sur l'interprétation et non pas sur le fait. Oui, chez les migraineux, il y a des nerfs superficiels et profonds douloureux, des noyaux musculaires douloureux également, soit par eux-mêmes, soit par des nerfs qui y sont englobés par voisinage ou autrement, mais nous savons aussi que, chez les malades migraineux que nous guérissons, c'est justement parce qu'un massage méthodique a fait disparaître définitivement et pour ne plus revenir toutes ces douleurs chroniques mises en évidence par la pression. C'est justement ce fait que nous appelons guérison anatomique et fonctionnelle de la migraine.

Mais en laissant, pour l'instant, de côté toute thérapeutique, nous insisterons sur ces mêmes phénomènes mentionnés par l'auteur pour dire que dans la recherche systématique de ces foyers douloureux avec irradiations, nous y voyons un diagnostic expérimental et positif de la migraine. Comme plus haut nos divergences avec l'auteur portent sur l'interprétation et non pas sur les faits.

A propos du diagnostic on peut dire qu'il se fait tout seul par le fait de ce signe capital : l'unilatéralité ; de même que la rougeole est rouge, que la scarlatine est écarlate, la migraine est unilatérale. L'auteur aborde un diagnostic différentiel avec ce qu'il appelle l'*épilepsie sensitive* ; il rapporte des cas où se manifestent ces signes de doigts morts, de main morte, voire même de bras mort ainsi que nous-même l'avons signalé dès 1920. Ces signes ont une durée beaucoup plus longue qu'une aura épileptique, c'est déjà un signe diagnostique, de plus il n'y a consécutivement de symptômes ni d'excitation ni d'insuffisance motrice. Dans la migraine, continue l'auteur, pas de contractions toniques et cloniques comme dans l'épilepsie locale, mais quelquefois il se manifeste des troubles dans la motricité de la langue pouvant aller jusqu'à la suppression du langage ; mais passagèrement. De plus, ces phénomènes ne se produisent qu'à la face et au membre supérieur et même changent-ils brusquement de côté, tantôt pendant une même crise, tantôt dans des crises consécutives. On voit que nous sommes loin de la véritable crise épileptique, mais bien en présence de troubles passagers de la sensibilité profonde. Pour nous, nous pensons que ce terme d'épilepsie sensitive est peu significatif, qu'il risque d'être mal compris, et d'aiguiller le diagnostic sur une mauvaise voie. Nous

(1) NORSTROM, dès 1885, avait déjà constaté et décrit cette sensibilité anormale.

préférerions voir classer ces faits dans les formes atypiques de la migraine que l'auteur a parfaitement vues plutôt que d'employer ce terme d'épilepsie qui nous paraît si peu à propos.

Avec le chapitre traitement nous sommes forcés de nous écarter de l'auteur. En effet il commence par dire qu'une « thérapeutique étiologique doit forcément manquer de bases solides tant que nous ne serons pas renseignés sur la nature de l'anomalie constitutionnelle qui forme la condition préalable de la crise migraineuse. » Mais si, nous la connaissons « l'anomalie constitutionnelle », ce sont les névrites cellulites et myosites superficielles signalées par l'auteur lui-même et qu'il faut et qu'il suffit de faire disparaître pour obtenir la guérison absolue comme nous l'avons dit.

Cette considération explique pourquoi toute thérapeutique médicamenteuse ne s'appliquant qu'à l'effet est vite abandonnée par le malade.

L'auteur est loin, du reste, de recommander les médicaments et même au sujet de la dysfonction d'une ou plusieurs glandes endocrines il n'a jamais vu aucun résultat du traitement organothérapique. L'auteur conserve le même scepticisme au sujet des chocs anaphylactiques provoqués pour guérir la migraine ; qu'il soit utile de soutenir les forces du malade par l'hydrothérapie et la strychnine, c'est parfait, mais n'est-ce pas lui donner des forces pour supporter son infirmité plutôt que s'attaquer à la cause initiale ?

L'auteur parle ensuite du massage et de l'électricité : il n'y voit aucune utilité dans le traitement de la migraine : il s'associe à Moëbius pour dire que des cures miraculeuses obtenues chez des migraineux sont dues à la suggestion ! Nous nous séparons complètement de l'auteur sur ce point. Qu'il y ait des céphalées dites hystériques qui cèdent à la suggestion, c'est infiniment probable, mais les cures qu'on obtient par le massage chez les migraineux n'ont rien de miraculeux, elles s'obtiennent lentement et l'amélioration fonctionnelle ne se manifeste que graduellement et toujours en rapport constant avec l'amélioration anatomique. Les récidives fournissent, fâcheusement pour le malade, mais heureusement pour le médecin, une preuve que la migraine réapparaît lorsque réapparaît aussi la douleur d'émergences et des trajets de nerfs superficiels, et qu'un nouveau traitement devient indispensable.

L'auteur blâme excellemment, à notre gré, toute thérapeutique basée sur l'usage de la morphine ; puis il déclare que son scepticisme s'accroît avec son expérience à tel point, qu'il vit guérir avec un médicament indifférent des malades qui avaient bravé toutes les thérapeutiques les plus rationnelles. Ici, ajoutons que nous connaissons aussi ces cas et que nous les appelons les guérisons spontanées qui évoluent lors que les paroxysmes s'éloignent d'eux-mêmes et en devenant moins longs et moins intenses et surtout quand des facteurs d'aggravation n'interviennent pas. L'auteur conclut son travail si important et si consciencieux en disant que la physio-pathologie de la migraine est entourée de nombreuses hypothèses dont la nature essentielle est une énigme non résolue. Nous n'avons pas la prétention d'avoir résolu toutes les énigmes, mais ce qui ne demande aucune discussion, c'est tout de même l'exploration locale, manuelle, du crâne et de la face de migraineux qui amène sur un diagnostic et un traitement auquel nous-mêmes et bien d'autres avons trouvé le salut, ce n'est peut être pas le seul traitement mais sûrement c'en est un.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement de la paralysie infantile par la radiothérapie seule ou associée à la diathermie.

Ce traitement, préconisé par le professeur Bordier, est rationnel car la radiothérapie permet *avec une technique correcte* (que précise l'auteur) d'atteindre les lésions inflammatoires des cellules motrices de la moelle correspondant au plexus brachial pour le membre supérieur, et aux plexus lombaire et sacré pour les membres inférieurs ; les rayons X agissent sur les cellules lésées, en amenant progressivement leur réparation plus ou moins complète, suivant la dose absorbée, suivant la précocité du traitement après le début de l'affection, et suivant aussi la virulence de l'agent pathogène. Il n'y a pas à redouter un danger pour une moelle jeune ; des faits cliniques et expérimentaux le démontrent.

Ce traitement constitue un grand progrès ; dans bien des cas, la guérison de la paralysie a été obtenue. La radiothérapie agit non seulement quand on l'applique aussitôt après la période fébrile, mais encore plusieurs mois après cette période. Enfin, il résulte de 40 ans de pratique électrothérapique que le traitement par le courant continu seul a presque toujours donné des résultats décevants, et pas du tout comparables à ceux de la radio-diathermothérapie.

Car la diathermie, associée à la radiothérapie, donne au membre atrophié et en hypothermie la chaleur nécessaire à la nutrition des tissus, et, en particulier, des muscles, et elle fait cesser le

spasme vasculaire qui s'oppose à leur irrigation.

Quant à la régression spontanée, inutile de compter sur elle, si elle ne s'est pas produite dans les trois ou quatre semaines qui suivent le début de l'affection. (*La Presse médicale*, 7 juin 1925.)

Traitement de la sclérodermie par les rayons ultra-violets.

Le professeur JANICHEWSKI (de Sofia) a eu l'occasion de traiter à sa clinique deux malades atteints de sclérodermie, qui se trouvent encore actuellement dans son service ; il peut affirmer dès à présent que, dans les rayons ultra-violets, nous avons un moyen thérapeutique, qui exerce une action indiscutable sur l'évolution de la sclérodermie. Cependant nous ne possédons pas encore de données suffisantes pour savoir si leur action est seulement symptomatique, ou si elle se fait sentir plus profondément sur la cause même de l'affection. Toutefois l'auteur a obtenu chez ses malades la disparition de troubles morbides assez actifs et variés, et chez ceux-ci aucun nouveau symptôme n'est apparu. L'action des rayons ultra-violets étant très favorable sur l'état général, il pense qu'ils agissent sur le processus morbide fondamental. Néanmoins la durée de ses observations n'est pas encore suffisante pour formuler des conclusions définitives. (*La Presse médicale*, 27 juin 1925.)

La prophylaxie de la myopie et l'hygiène de la vue par le livre scolaire.

C'est pendant la période scolaire qu'apparaît la myopie ; celle-ci résulte d'une déformation de l'œil par augmentation de son axe antéro-postérieur, sous l'action des efforts prolongés de convergence et d'accommodation résultant de la vision trop rapprochée pendant la lecture et l'écriture.

On peut donc l'éviter ; dans ce but, on a déjà amélioré l'éclairage des classes et le matériel scolaire.

Il faut, de plus, estime le Dr FERRIER, attirer, sur ce danger, d'une manière constante, l'attention de l'écolier par son compagnon inséparable, le livre scolaire :

1° Par des indications sommaires, mais suffisantes, sur la myopie et sur les précautions à prendre pour l'éviter (distance normale des yeux au livre, éclairage, etc.).

2° Par des moyens, qui permettent de la dépister à son début : caractères typographiquec analogues à ceux des échelles optométriques,aves indication de la distance à laquelle ils doivent être lus par des yeux normaux.

Agir de la sorte, c'est en quelque sorte placer le remède à côté du mal, et disposer à côté du danger les moyens de l'éviter et de le dépister, puisque la myopie est, par ailleurs, la maladie professionnelle de l'écolier. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratique*, 25 juin 1925.)

De la valeur des réactions oxydantes pour la recherche des hémorragies occultes dans les fèces des tuberculeux pulmonaires.

Dans l'entérite tuberculeuse, les hémorragies sont fréquentes, mais bien souvent occultes ; et cependant, il est nécessaire de pouvoir par la présence du sang la diagnostiquer de l'entérite simple chez un tuberculeux, car son pronostic est sérieux.

Pour cela on a recours aux réactions oxydantes, et spécialement à la benzidine, la plus sensible de toutes. En voici le principe ; l'hémoglobine, en présence de l'oxygène libre (eau oxygénée), peut transporter cet oxygène sur d'autres substances ; dans le cas présent, au contact de l'hémoglobine et de l'eau oxygénée la benzidine s'oxyde en combinaison colorée en bleu ; cette réaction est extrêmement sensible.

Cependant les recherches faites par André JAMIN (de Châtel-Guyon) démontrent que cette réaction est positive non seulement par l'hémoglobine mais encore par les oxydases et peroxydases, provenant de la destruction des leucocytes des crachats avalés, et qui n'ont pas été détruites au moment de la traversée digestive.

Les réactions oxydantes ne sont donc nullement spécifiques pour la recherche du sang dans les fèces. Il semble que l'on doive s'orienter vers la spectroscopie, en rendant la réaction plus sensible par adjonction de pyridine.

En tous cas, d'après l'auteur, il est impossible, chez des sujets déglutissant des crachats suppurés, par la réaction à la benzidine, d'affirmer la présence ou non de sang dans les fèces, et par suite d'ulcérations sur la muqueuse intestinale. (*Journal des Praticiens*, 27 juin 1925.)

Sur l'étude bactériologique des broncho-pneumonies infantiles. Essai d'immunisation spécifique.

D'après les recherches du Dr A. DUFOURT (de Lyon), les bronchopneumonies primitives sont presque toujours l'œuvre du pneumocoque ou de l'entérocoque ; il est très rare d'y rencontrer le streptocoque.

Les broncho-pneumonies secondaires à la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, sont assez souvent, au contraire, occasionnées par ce dernier microbe ; de là peut-être aussi leur gravité plus grande.

D'autre part, il semble que les broncho-pneumonies à petits foyers disséminés relèvent dans la majorité des cas, de l'entérocoque. Les formes massives pseudo-lobaires tiennent tantôt du pneumocoque, tantôt du streptocoque, les

foyers de celui-ci étant plus mobiles, ceux du pneumocoques plus stables.

Ensuite les broncho-pneumonies à streptocoque offrent des courbes thermiques assez superposables aux courbes d'infection puerpérale. Le pneumocoque donne tantôt des fièvres presqu'en plateau, tantôt des fièvres très oscillantes du matin au soir. L'entérocoque ne donne guère de plateau, mais des oscillations assez irrégulières et parfois dc grande amplitude.

Au point de vue évolutif, les formes à streptocoque sont plus sévères, plus prolongées que les autres; lorsqu'elles guérissent, elles laissent les enfants pâles et profondément anémiés.

Quant au traitement, divers sérums antistreptococciques ont été employés ; leur efficacité s'est montrée inégale.

Le vaccin, établi par l'auteur, s'adresse en principe aux seules bronchopneumonies dues aux pneumocoques et aux entérocoques ; mais, celles-ci étant les plus fréquentes, il est indiqué d'y avoir recours systématiquement. Si aucun effet n'est constaté au bout de la 4e injection, il est probable que le streptocoque est en cause, et il faut alors appuyer le vaccin par des injections de sérum antistreptococcique.

Voici comment procède l'auteur :

Toute broncho-pneumonie est d'abord soumise au vaccin et, dans les 8/10es des cas, c'est le seul traitement spécifique utilisé.

Chez les nourrissons et les très jeunes enfants, on débute par 1/4 ou 1/2 cmc. le premier jour. Le second jour, 1/3 ou 1/2 cmc. ; le troisième jour 1/2 ou 1 cmc. ; les autres jours 1 cmc. et ainsi de suite jusqu'à apyrexie complète, à moins qu'il ne subsiste des signes à l'auscultation. Chez les grands enfants, on double les doses.

Sauf les cas de lésions très intenses, l'amélioration est visible dès la 3e ou 4e injection. S'il y a insuccès on injectera le vaccin anti-streptococcique, préparé suivant la technique de Sedaillan (6 groupes de streptocoques). On injectera de fortes doses, car il n'est réellement utile que par la sixième partie de la dose qu'on injecte : la dose de 30 cmc. constitue un minimum pour le nourrisson ; il faut la doubler chez le grand enfant.

Si le streptocoque est bien en cause, la fièvre et les signes fonctionnels s'améliorent dès le troisième jour. On continue chaque jour les doses indiquées jusqu'à ce que l'infection paraisse nettement jugulée.

Cette thérapeutique spécifique doit maintenant tenir la première place, parce que ses effets sont incomparablement supérieurs à ceux des thérapeutiques symptomatiques, que l'on s'est contenté, à défaut de mieux, d'appliquer jusqu'à ce jour dans les broncho-pneumonies. (*La Presse médicale*, 20 juin 1925.)

Le diagnostic des anémies spléniques.

C'est, d'après le professeur Aubertin, un syndrome caractérisé par : 1° une spléno-mégalie chronique sans hypertrophies ganglionnaires associées ; 2° une anémie intense portant soit sur les globules rouges, soit sur l'hémoglobine, soit le plus souvent, sur les deux à la fois ; 3° l'absence de leucémie et l'absence de transformation ultérieure en leucémie. Ce syndrome représente une proportion élevée parmi les splénomégalies.

L'auteur propose de les classer suivant la formule leucocytaire, qui permet aussi de faire un diagnostic anatomique de la lésion : à la leucocytose avec myélémie rouge correspond, en effet, une transformation myéloïde de la rate d'un type spécial ; à la leucopénie avec mononucléose, une hyperplasie de la pulpe splénique avec macrophagie exagérée ; à la formule normale, une lésion qui se développe en quelque sorte à côté des appareils hématopoiétique et hémolytique de la rate, sans les affecter, telle l'endothéliomatose de la maladie de Gaucher.

D'autre part cette division hématologique présente un gros intérêt au point de vue des indications de la splénectomie.

Dans le premier groupe (splénomégalies avec leucocytose et grosse réaction myéloïde) la splénectomie est en principe contre-indiquée, au même titre d'ailleurs que dans la leucémie myéloïde.

Dans le second groupe au contraire (splénomégalies avec leucopénie et mononucléose) la splénectomie est toujours possible et souvent indiquée. On peut considérer qu'en principe elle n'est pas dangereuse et que bien souvent, elle est curative : qu'il s'agisse de maladie de Banti, d'anémie splénique hémolytique, l'opération non leulement n'entraîne pas la mort du malade dans ses 24 heures, comme cela se voit si souvent dans la leucémie myéloïde, mais encore elle a sur l'anémie une action bienfaisante et parfois définitive. (*La Presse médicale*, 20 juin 1925.)

Endocardites subaiguës. La thrombose cardiaque.

La thrombose cardiaque, écrit R. Lutembacher, est caractérisée par le développement dans les cavités du cœur de coagulations plus ou moins volumineuses. Elles se composent d'un caillot fibrino-hématique, adhérent sur l'endocarde enflammé et d'un caillot cruorique de formation récente. Pour qu'un thrombus se forme, il faut une infection atténuée ; en effet, les infections aiguës aboutissent aux lésions ulcéro-végétantes des endocardites malignes.

Il faut savoir que la thrombose, qui se développe très souvent chez les sujets porteurs de lésions valvulaires, n'est pas seulement un accident terminal et banal, inhérent aux dernières phases de l'asystolie ; très souvent, cette compli-

cation vient modifier l'évolution d'une asystolie jusque là réductible ; parfois même ce redoutable accident survient chez des sujets jeunes, avant toute stase, avant toute insuffisance cardiaque.

La thrombose cardiaque peut aussi se développer dans toute cardiopathie, celle des hypertendus par exemple.

Elle peut avoir pour conséquence l'oblitération soudaine des orifices du cœur, ou bien des embolies lointaines. Elle est susceptible de porter obstacle à la circulation de retour des veines caves ou pulmonaires.

C'est donc là une redoutable complication. Lorsque le malade échappe aux accidents mécaniques : embolies, oblitération soudaine des orifices du cœur, thrombostase, il succombe après de longs mois aux suites d'un état infectieux tenace, qui aboutit à une anémie progressive, compliquée d'accidents urémiques.

La guérison est très rare ; cependant elle est possible, comme en témoignent certaines vieilles hémiplégies. Ce fait s'observe plus particulièrement lorsque le caillot adhérent est de petite taille, solidement inclus dans une frange auriculaire ; il se recouvre tardivement de nouvelles formations endothéliales, qui s'opposent à des coagulations ultérieures. C'est un processus de guérison de la thrombose cardiaque ; mais il est exceptionnel. (*Le Bulletin médical*, 10-13 juin 1925.)

Manifestations psychopathiques et troubles de la nutrition chez les vieilles filles. Leur traitement opothérapique.

Après un préambule agrémenté de nombreuses citations littéraires, qui se justifient dans un travail de cet ordre, les romanciers étant à leurs manière des psychologues, sinon des psychiatres, M. le Docteur Humbert (de Neuilly-sur-Seine) aborde la question du traitement des malaises particuliers aux vieilles filles, troubles qui semblent d'autant plus accusés chez celles qui n'ont pu réaliser la « sublimation morale » (suivant la terminologie freudienne), de leur déséquilibre physiologique. Déséquilibre fatal, la destinée normale de toute femme étant dans l'amour d'abord, la maternité ensuite. Que ces troubles soient une cause de gêne et même de réelle souffrance pour celle qui en pâtit, comme pour son entourage, nous l'avons tous constaté, de même que cet aspect particulier commun à la plupart des vieilles filles, qui rappelle un peu celui des stasiques, et qui traduit une déficience générale de leur appareil endocrinien.

Se basant sur ces constatations, M. Humbert a été amené à penser que le traitement de tels troubles ne saurait être uniquement psychique et moral, mais aussi et surtout opothérapique. On peut donner avec des résultats variables mais généralement insuffisants, les extraits ovariens. Bien meilleurs et bien plus constants sont ceux observés avec l'opothérapie spermatogénétique par l'androstine. Celle-ci doit être préférée aux extraits testiculaires totaux dont l'usage prolongé risquerait d'exagérer encore la masculinisation de ces malades qui sont déjà presque toutes des insuffisantes ovariennes. L'androstine, extraite des cellules séminifères, n'a nullement cet inconvénient et apporte à ces femmes incomplétées le stimulus physiologique grâce auquel leur nutrition intime se trouve normalisée : muscles plus pleins, peau plus souple et moins sèche, caractère plus enjoué et moins acerbe.

Les observations citées illustrent de façon particulièrement topique ces nouvelles données d'opothérapie intersexuelle. (*Bulletin Médical*, n° 43, 21 octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Moustiques et chauve-souris.

(M. Achard. — *Académie de médecine* ; 27-10-1925.)

M. Achard présente un travail de M. Campbell, de Boston, intitulé : « Chauve-souris, moustiques et dollars (Bots, mosquitos and dollars) ». L'auteur étudie longuement le rôle utile de la chauve-souris, qui se nourrit presque exclusivement de moustiques. D'où l'idée très logique de faire l'élevage de cet animal et de le protéger. Il fait connaître les appareils qu'il a construits dans ce but.

Emploi thérapeutique du citrate acide de soude

(M. Blondel. — *Académie de médecine* ; 27-10-25.)

Il existe trois citrates de soude : un alcalin, un neutre et un acide. Le premier est celui dont on se sert couramment et qui est délivré par les pharmacies quand l'ordonnance indique simplement citrate de soude. Le second est inutilisé. Le troisième (citrate acide ou monosodique), peu connu encore, mériterait de l'être, dit M. Blondel, et pourrait rendre de grands services. En raison de son acidité, il traverse

le milieu stomacal sans modification importante et il est absorbé par l'intestin en quantités plus fortes que le citrate alcalin.

L'auteur emploie la formule suivante :

Acide citrique	30 gr.
Citrate de soude	60 gr.
Eau distillée	300 gr.

une cuillerée à café dans un verre d'eau, de préférence chaude et sucrée. Cette préparation répond aux indications du citrate de soude, dans les gastropathies, et certains états pathologiques sanguins. Elle serait plus avantageuse, d'une façon générale, que la solution de citrate de soude alcalin.

La légende du changement d'air dans la coqueluche.

(M. F. Barbary, de Nice. — *Académie de médecine* ; 27-10-1925.)

M. Barbary s'élève contre la légende du changement d'air pour les enfants atteints de coqueluche. Le déplacement du petit malade et son éloignement de sa résidence ne modifient en rien la maladie. Il s'ensuit, par contre, une conséquence néfaste : la contagion de milieux ruraux restés indemnes. Les enfants ainsi envoyés à la campagne atteints de coqueluche sèment la maladie dans les villages où ils viennent habiter.

M. Barbary estime que des mesures officielles de prophylaxie devraient être prises vis-à-vis de la coqueluche, affection susceptible d'avoir des conséquences sérieuses. La première de ces mesures serait la déclaration obligatoire, suivie d'un certain isolement.

Comme traitement, l'auteur dit s'être bien trouvé de la vaccinothérapie au moyen d'un vaccin préparé avec de nombreuses races du bacille de Bordet et Gengou. Les enfants injectés avec ce vaccin à titre préventif semblent avoir été épargnés par la contagion. Lorsque la maladie est déclarée, les quintes diminuent dès les premières piqûres ; les cas ainsi traités ont offert une allure bénigne.

L'arsenic dans le placenta après injections de novarsénobenzol.

(MM. Dejust et H. Vignes. — *Société de biologie* ; 4-7-1925.)

Porak, et plus récemment Meyer, ont montré que l'arsenic ne franchit pas, ou pour ainsi dire pas, le filtre placentaire. Lacassagne a observé cette même quasi-imperméabilité pour le polonium et H. Vignes pour le manganèse. Lacassagne a établi, de plus, que *le polonium se fixe dans le placenta et que cette* fixation se produit presque uniquement sur le revêtement des villosités, alors que la partie maternelle du placenta ne retient qu'une quantité insignifiante du métal.

MM. Dejust et H. Vignes, dans une série de recherches effectuées au laboratoire du professeur Jeanselme, ont examiné des placentas à terme ou au voisinage du terme, après injections de novarsénobenzol pendant la gestation, cherchant à déterminer la répartition de l'arsenic. Ils ont dosé celui-ci : 1° dans un premier échantillon, prélevé par un épluchage aussi soigné que possible de la surface maternelle du placenta ; 2° dans un second échantillon prélevé sur le côté fœtal du même placenta. Les résultats obtenus furent les suivants :

1° La teneur en arsenic est nettement plus élevée dans la partie surtout fœtale du placenta que dans la partie surtout maternelle.

2° Dans les trois cas examinés, le rapport entre la teneur des deux échantillons s'est trouvé être de grandeur approximative comparable.

L'asthme d'origine anaphylactique.

(M. E. Lesné. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 18-5-1925.)

Le spasme des bronchioles, producteur de la crise d'asthme, peut relever d'un réflexe parti de la muqueuse nasale, des ganglions trachéo-bronchiques, de lésions localisées du poumon, etc. Depuis quelques années, les études sur l'anaphylaxie ont permis de considérer la sensibilisation par certaines substances (inhalées, ingérées ou injectées) comme jouant un rôle important dans la physio-pathologie de l'asthme de l'adulte ou de l'enfant. L'asthme anaphylactique est incontestable, mais tandis que chez l'adulte c'est le plus souvent par voie respiratoire que se produit la sensibilisation (foin, fleurs, etc.), chez l'enfant c'est la voie entérale qui joue le rôle principal (œuf, poisson, chocolat, etc.).

Le traitement sera le suivant. Contre l'accès : instillation nasale ou injection d'adrénaline (avec ou sans hypophyse), papavérine, atropine, codéine. Pour prévenir les crises, rechercher s'il n'existe pas une épine nasale ou ganglionnaire trachéo-bronchique. Dans l'asthme anaphylactique, éviter le contact ou l'ingestion des substances soupçonnées nocives, essayer la désensibilisation. Enfin, le terrain joue un rôle important, et on doit le modifier pour faciliter et maintenir la guérison. Le neuro-arthritisme, l'insuffisance hépatique et les disfonctionnements des glandes endocriniennes nécessitent une hygiène et une thérapeutique appropriées.

Notes sur l'asthme infantile.

(M. J. Comby. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 18-5-1925.)

L'asthme est fréquent chez les enfants. Son traitement s'adresse aux accès et au terrain morbide. Contre l'accès d'asthme, prescrire le repos au lit avec aération et insolation (fenêtre ouverte), la révulsion locale (ventouses sèches, cataplasmes sinapisés), les fumigations de papier nitré, de feuilles sèches de solanées, antispasmodiques (jusquiame, datura, belladone), les opiacés, la poudre de Dover,

l'évatmine. Le traitement général de la diathèse comprendra le régime, surtout végétarien, la vie au grand air, l'hydrothérapie chaude, les irradiations ultra-violettes. Comme médicaments, l'arsenic, l'iodure, le soufre. Les cures thermales à conseiller sont : le Mont-Dore, la Bourboule, Challes, Saint-Honoré, Luchon, Eaux-Bonnes. Comme stations climatiques : Pau, Cambo, Hendaye, Arcachon.

Etiologie de l'asthme infantile.

(MM. Péhu et Grivet, de Lyon. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 18-5-1925.)

MM. Péhu et Grivet présentent quelques considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'asthme infantile. Alors que, disent-ils, pour expliquer l'asthme des adultes, on s'est orienté sur les voies nouvelles de l'anaphylaxie, les phénomènes de sensibilisation et de choc colloïdoclasique, l'asthme infantile est resté dans les voies classiques. L'asthme anaphylactique est réputé l'apanage de l'adulte.

M. Péhu ne partage pas entièrement cette manière de voir. Pour lui, l'asthme anaphylactique de l'enfant est fréquent. On sait que telle est également l'opinion des pédiatres anglo-américains.

— M. Marfan, comme la plupart des pédiatres français, pense que les formes d'asthme qui sont liées à des états anaphylactiques sont rares dans l'enfance.

— M. Nobécourt range les asthmes des enfants en trois catégories. La première est celle des asthmes liés à une sensibilité spéciale pour certains aliments, le lait, l'œuf notamment, la sensibilité à la viande et au poisson étant plus rare. Pour le traitement, il ne suffit pas de chercher à réaliser la désensibilisation ; il faut modifier les fonctions digestives et hépatiques, celles-ci jouant un rôle dans le passage des protéines en nature dans la circulation. La deuxième catégorie comprend les enfants sujets aux affections respiratoires : coryzas, rhino-pharyngites, trachéites, bronchites. Ils ont souvent de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et des adénopathies trachéo-bronchiques. La troisième catégorie est celle des enfants pour lesquels on ne peut mettre en évidence les circonstances étiologiques et pathogéniques des deux groupes précédents. Parmi eux, quelques-uns sont sensibilisés à certaines substances, odeurs, pollens, etc., mais ces facteurs interviennent plus rarement chez les enfants que chez les adultes.

Traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets.

(M. Tixier, M. Georges Schreiber. — *Société de pédiatrie* ; 18-5-1925.)

M. Léon Tixier a traité par les rayons ultra-violets dix cas d'asthme infantile. Sept fois, il a obtenu une amélioration considérable : disparition des accès, auscultation redevenue sensiblement normale, état général meilleur. Cinq de ces enfants ont terminé leur traitement depuis plus de cinq mois et aucune rechute n'a été observée.

Les auteurs américains ont signalé la bonne influence des rayons ultra-violets sur l'asthme des adultes. M. Dorlencourt a cité aussi des faits probants chez les enfants. C'est une médication d'autant plus intéressante qu'elle semble modifier le terrain, la diathèse, cause première de l'asthme.

— M. Georges Schreiber a appliqué la thérapeutique ultra-violette chez un garçon de 13 ans atteint d'asthme grave et persistant, résistant à toutes les médications habituelles. Les résultats obtenus, immédiats et excellents, renforcent les conclusions des auteurs qui ont préconisé cette médication.

— M. Binet, d'Alger, pense que l'ultra-violet agit surtout dans les cas d'asthme qui relèvent de la diathèse spasmophile. L'auteur a eu aussi recours dans l'asthme infantile au vaccin de Minet. Dans certaines circonstances, il a fait merveille et a toujours été très bien supporté par les tout jeunes enfants et les nourrissons. M. Binet a pu, sans inconvénient, chez des nourrissons de 3 à 8 mois, injecter jusqu'à 1 cmc., par doses progressives de 1/4 à 1 cmc. (série de 10 piqûres, une tous les 2 jours).

Les injections de lait dans l'asthme infantile.

(MM. Hallé et Lereboullet. — *Société de Pédiatrie* 18-5-1925.)

M. Hallé n'a pas eu souvent l'occasion d'employer la protéinothérapie dans le traitement de l'asthme infantile. Il croit cependant que cette thérapeutique n'est pas toujours sans danger. Il relate l'histoire d'un enfant de 8 ans, asthmatique, qui fut emmené aux vacances en province. Un confrère, ayant obtenu de beaux résultats dans l'asthme avec les injections de lait proposa cette thérapeutique. La première injection fut suivie presque immédiatement d'accidents très inquiétants, avec 40° et un état de collapsus alarmant. L'enfant resta ainsi pendant plus de deux jours.

— M. Lereboullet rapproche des dangers des injections de lait chez les asthmatiques ceux des injections de sérum antidiphtérique chez les mêmes sujets. C'est chez eux surtout qu'on a eu à déplorer des troubles graves et parfois mortels à la suite d'injections préventives de sérum antidiphtérique. Si les protéines sériques sont à ce point nocives, il n'est pas surprenant que les protéines du lait le soient également. On doit se rappeler cette sensibilité spéciale des asthmatiques aux injections protéiniques.

P. L.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1)

Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les méthodes abdominales et les méthodes combinées.

Rapport de M. A. Schwartz (de Paris).

Les techniques opératoires auxquelles on peut recourir pour enlever un cancer du rectum par la voie abdominale sont : l'*amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif* ;

L'*amputation abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur à la région périnéale*, qui donne un anus de siège normal mais incontinent ;

La *résection abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur et conservation de l'appareil sphinctérien* qui vise à rendre l'évacuation des matières aussi normale que possible ;

Enfin, la *résection colo-rectale par voie abdominale seule* (procédé de Hartmann) dans laquelle le bout supérieur est abouché à la paroi et le bout inférieur, simplement fermé, est abandonné dans le bassin.

Les *facteurs qui conditionnent les résultats éloignés* de l'extirpation d'un cancer rectal interviennent soit indirectement en diminuant la mortalité opératoire, soit directement en supprimant les causes de récidive et se présentent ainsi :

1° Gravité relative de l'acte opératoire. — Le nombre des guérisons durables dépend du nombre des malades qui échappent à l'intervention, avec cette réserve qu'une opération plus grave par elle-même, peut donner un pourcentage plus élevé de guérisons durables. Mais quelle est la *mortalité opératoire* des opérations combinées ?

D'après les statistiques anciennes recueillies par Chalier et Mondor, Chalier et Perrin, Hartmann, la mortalité moyenne va de 30 à 37 et 41 p. 100. Sur 201 cas plus récents réunis par Schwartz la mortalité oscille selon les opérateurs entre 9 et 55 p. 100. Mais il ne faut pas attacher grande importance à ces statistiques car la mortalité varie avec le tempérament du chirurgien et sa conception de l'opérabilité. On constate en effet, dans les statistiques, que le chiffre de la mortalité croît parallèlement au chiffre de l'opérabilité. Et l'abdomino-périnéale n'est probablement grave que parce qu'on l'applique à des cas qui ne sont plus réellement opérables. Le rapporteur a pratiqué seize abdomino-périnéales avec six décès ; or, il est convaincu que, dans cinq de ces six cas, il a été trop centreprenant et aurait dû se borner à faire un anus palliatif.

2° Opérabilité du cancer. — Le diagnostic de l'opérabilité, qui a une telle influence sur l'issue de l'intervention, est difficile et presque impossible cliniquement. Aussi dès 1897 Quénu préconisait la *laparotomie exploratrice*, mais une laparotomie latérale gauche. Le rapporteur estime que la laparotomie doit être médiane et large et même qu'elle doit être complétée par une incision du péritoine du méso-rectum (premier temps de l'abdomino-périnéale) qui permettra d'introduire la main dans la concavité sacrée, d'étudier la mobilité du cancer et ses adhérences au sacrum.

D'autre part, l'opérabilité du cancer est en rapport direct avec la précocité du diagnostic. Il est donc bon de rappeler la nécessité de pratiquer non seulement le toucher rectal mais encore la rectoscopie chez tout individu qui présente des phénomènes d'entérite inexpliquée ou des pertes de sang par l'anus.

3° Soins préopératoires.

4° Anesthésie. — La rachi-anesthésie est ici particulièrement indiquée. C'est la méthode la moins shockante pour un malade soumis à un traumatisme opératoire long et sérieux.

5° Technique opératoire suivie. — Trois manœuvres opératoires ont un effet très important sur les résultats.

a) L'*abaissement du bout supérieur* est presque toujours difficile en raison de l'étendue nécessaire de la résection. On ne dispose plus que d'une anse courte non fixée par ses vaisseaux et dont la mobilisation oblige quelquefois non seulement au décollement colo-pariétal mais à des sections vasculaires. Une gangrène ischémique du côlon peut en résulter. On a beaucoup discuté sur cette question de la gangrène, généralement attribuée à une ligature de la mésentérique inférieure placée à tort au-dessous et non au-dessus de l'anastomose avec la dernière sigmoïdienne. Mais le point critique de Sudeck n'a pas ici l'intérêt qu'on lui croit car le segment recto-sigmoïdien correspondant au point critique doit être enlevé. La gangrène est bien plutôt due au sacrifice intempestif du méso-côlon pelvien et de ses vaisseaux. En fait, elle est fréquente, Rotter, Kroll, Brun, Cunéo, l'ont observée fréquemment dans l'amputation avec abaissement.

b) La *conservation du sphincter* quand elle réussit a des avantages indiscutables, mais on peut se demander si elle permet une exérèse assez large car sur certaines pièces opératoires après amputations abdo-

(1) V. *Concours médical* nos 47 et 48 de 1925.

mino-périnéales, le rectum périnéal et le releveur adjacent sont quelquefois envahis. D'autre part, la conservation du sphincter nécessite la fermeture à peu près complète de la brèche périnéale et cette fermeture expose à des accidents.

c) L'*hystérectomie préalable* pratiquée systématiquement en l'absence de toute adhérence ou d'envahissement néoplasique a des effets heureux sur les résultats éloignés parce qu'elle permet une opération plus large et rend la péritonisation du champ opératoire plus facile. L'opération est pratiquée en deux temps par Tixier qui a imaginé la méthode. Mais le rapporteur estime qu'il est préférable, dans la même séance opératoire, d'enlever d'abord l'utérus puis le colo-rectum.

d) La *largeur de l'intervention* est un des facteurs les plus importants d'un succès durable. Il faut dépasser partout les limites anatomiques du mal et enlever d'un seul tenant les tumeurs, les ganglions et les lymphatiques qui les unissent.

L'anatomie surtout l'anatomie pathologique montrent ici ce qui peut et doit être réalisé. Le canal ano-rectal est divisible en trois segments :

Le *supérieur*, *rectum péritonéal*, est entouré, en arrière de la séreuse, par une lame cellulo-graisseuse qui s'étend en dehors jusqu'à l'uretère et contient vaisseaux et lymphatiques supérieurs du rectum.

Le *segment inférieur*, *périnéal*, est caractérisé par sa fusion avec le plancher périnéal.

Le *segment moyen*, *génital*, est en rapport :

En avant, chez l'homme, avec la prostate et la vésicule dont le sépare l'aponévrose de Denonvilliers *adhérente à la prostate* et, chez la femme, avec le vagin auquel il est étroitement accolé.

Latéralement avec des trousseaux fibreux, denses, venus des parois pelviennes et riches en vaisseaux et en nerfs.

Au point de vue de la distribution des *lymphatiques*, d'après des recherches récentes, il y a un haut et un bas rectum entre lesquels existe une zone étanche, mais du bas rectum partent des collecteurs longs qui vont directement aux ganglions recto-sigmoïdo-coliques. D'autre part, on connaît les anastomoses qui unissent les lymphatiques du rectum et ceux du système génital. Les ganglions qui peuvent être envahis dans le cancer rectal sont les inguinaux, les hémorroïdaux moyens et surtout les hémorroïdaux supérieurs dont l'atteinte est fréquemment observée, quel que soit le siège de la tumeur.

L'extension topographique des tumeurs du rectum est bien connue, mais il faut signaler l'infiltration précoce du tissu cellulaire péri-rectal. Les statistiques montrent d'ailleurs que la récidive se fait le plus souvent dans cette atmosphère celluleuse au niveau de la prostate et de la cloison recto-vaginale.

Ainsi l'anatomie pathologique nous enseigne qu'il faut faire une exérèse étendue en largeur et en hauteur.

Sans aller jusqu'à sectionner la mésentérique inférieure à son origine comme fait Moynihan, on tranchera le pédicule vasculaire au-dessus du ganglion le plus élevé du méso-rectocolique.

Au niveau du *segment périnéal* du rectum, on doit enlever largement les muscles et la graisse de la région.

Dans les segments moyen et supérieur du rectum, il s'agit d'enlever toute la lame cellulo-graisseuse. Sur le *segment pelvien* cela est facile. Sur le *segment génital* l'ablation est encore assez simple chez la *femme*, car, emportant toute la paroi postérieure du vagin avec le rectum, on enlève la cloison rectovaginale sans qu'il y ait à faire de décollement.

Les choses sont beaucoup plus compliquées chez l'*homme*. Ici il faut passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers et l'espace décollable est en arrière de cette aponévrose, non en avant. Pour arriver au but, il est nécessaire, passant par le périnée, d'inciser sur la prostate. En outre, latéralement, il faut sectionner le vaisseau fibreux de l'hémorroïdale moyenne loin du rectum. On découvre et on attire l'uretère pour tendre sa portion terminale et on incise au-dessous de lui. Ainsi le doigt pénétrant jusqu'au plancher pelvien accroche en remontant le pédicule hémorroïdal moyen qui peut être lié loin du rectum.

La *section de l'intestin* est encore une manœuvre de grande importance. Il est préférable de n'y procéder qu'à la fin de la phase abdominale de l'opération quand le colo-rectum est complètement libéré.

Le bout inférieur étant refoulé dans le bassin, on pratique la *péritonisation* à l'aide d'un surjet aussi exact et serré que possible. On peut presque toujours faire deux surjets l'un sur l'autre.

Quant à la conduite à tenir vis-à-vis de la *brèche périnéale*, elle mérite d'être discutée. Les tissus de cette brèche, quelque précaution qu'on prenne, présentent souvent un peu de sphacèle superficiel, et il est certain que des accidents septiques graves peuvent se produire si la plaie est suturée. Le mieux est de la laisser complètement ouverte en la comblant avec un Mikulicz. D'ailleurs, les statistiques prouvent que les décès opératoires relèvent presque toujours de phénomènes intérieurs et que parmi ceux-ci la cellulite pelvienne domine.

Il paraît maintenant possible, tirant parti des données précédentes, de dire par quelle méthode opératoire on a le plus de chances d'obtenir le meilleur pourcentage de résultats éloignés.

Avant tout, doit intervenir la notion du siège du cancer. Les cancers du segment périnéal, du segment génital et de la moitié inférieure du segment péritonéal sont justiciables d'une abdomino-périnéale avec sacrifice de toute la région inférieure et établissement d'un anus abdominal définitif.

Lorsque le cancer siège dans le segment supérieur du rectum péritonéal, il n'est pas douteux, d'après les données anatomo-pathologiques actuelles, que le segment périnéal peut être considéré comme indemne et on a le droit de songer à le conserver. C'est ici que l'abdomino-transanale de Villard et l'opération de Hartmann trouvent leur indication et peuvent être

mises en parallèle, la première opération grave, mais laissant le plus souvent un anus continent, la seconde opération très bénigne, mais comportant l'anus abdominal définitif. L'avenir permettra de juger avec plus d'exactitude la valeur respective, en ce qui regarde les résultats éloignés, de ces deux méthodes. Mais dès maintenant celle de Hartmann peut prétendre à une certaine supériorité au point de vue strict des guérisons du ables. En outre, il semble que le bout inférieur inutilisé puisse quelquefois, quand l'opéré va bien un an après l'intervention, être réuni au bout supérieur à l'aide d'une anse iléale exclue comme dans le procédé de Baldwin-Mor i pour absence congénitale du vagin. Cette idée d'ailleurs a déjà été réalisée une fois avec succès en 1911 par Quinto Vignolo.

Pour terminer, il est intéressant de comparer les résultats que donnent la voie basse et la voie abdomino-périnéale dans le traitement du cancer du rectum. De plus en plus la voie abdominale, qui seule permet une exérèse large conforme aux données de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire au mode de propagation du cancer, est préférée à la voie uniquement périnéale. Mais voyons ce que sont la mortalité opératoire, les récidives, les résultats éloignés que donnent ces deux méthodes.

La *mortalité opératoire* est dans l'ensemble moins élevée dans les opérations par voie basse que dans les opérations combinées Mais cette mortalité, on l'a déjà noté, dépend dans une large me ure de l'entraînement opératoire du chirurgien, de sa technique, de sa conception de l'opérabilité.

La statistique de Gaudier portant sur 1.400 cas d'opérations par la voie basse depuis 1900 comporte une mortalité opératoire de 20 p. 100. La statistique récente de Schwartz sur la mortalité des opérations combinées donne 26,8 p. 100.

Les *guérisons durables*, datant de trois ans, peuvent être appréciées à l'aide des chiffres suivants :

Dans les statistiques de Chalier et Mondor on a 18,5 p. 100 de guérisons avec la voie périnéale et 31 p. 100 avec la voie sacrée. La statistique plus récente de Gaudier donnent 13 p. 100 de guérisons dans les opérations périnéales, 24 p. 100 dans les opérations coccygiennes et jusqu'à 32 p. 100 dans les opérations sacrées entre les mains de quelques chirurgiens.

Les *guérisons durables* obtenues par les méthodes combinées sont de 16,8 p. 100 dans la statistique de Chalier et Perrin, de 36 p. 100 dans la statistique de Schwartz.

Quant aux *récidives*, très fréquentes dans les statistiques anciennes d'opérations périnéales, elles ne sont plus que de 30 à 40 p. 100 dans la statistique de Gaudier, alors que la moyenne relevée par Schwartz pour la voie combinée est de 21,8 p. 100.

En somme, il semble qu'on puisse conclure ainsi :

Les opérations basses ont une mortalité opératoire moins élevée, mais qui s'accroît dans la mesure où ces opérations s'élargissent. Les opérations abdominales ont une mortalité immédiate supérieure, mais qui diminue lorsque les chirurgiens possèdent mieux la technique et ne s'attaquent qu'à des cas réellement opérables.

Par contre, si l'on envisage les récidives et les résultats éloignés, les méthodes abdominales ou combinées présentent une supériorité incontestable. (*A suivre*).

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils
19, rue Hautefeuille, Paris.

Dr Fred Blanchod. — **Consultations du médecin praticien. Guide de pratique médico-chirurgicale journalière.** (1925. 1 vol. grand in-8° de 584 pages. Prix : 35 franc).

Ce n'est pas un ouvrage de compilation, mais bien le résultat de l'expérience personnelle. Il ne faut pas avoir cent remèdes pour une seule maladie, mais savoir bien manier un nombre restreint de médicaments, s'en contenter, leur rester fidèle quand on obtient par eux d'excellents résultats et chercher inlassablement à perfectionner ses armes dans les domaines où la maladie fait échec au médecin.

La façon dont on ordonne vaut souvent mieux que ce qu'on ordonne.

Le médecin doit être convaincu de l'efficacité des méthodes qu'il emploie ; le meilleur moyen de faire de la psychothérapie est de la faire sans le savoir.

L'autorité du médecin repose avant tout sur un bon diagnostic, et pour cela il faut bien examiner ses malades. Les fautes de savoir sont très rares, les fautes de négligence sont celles de tous les jours.

Sans méconnaître l'extrême complexité des problèmes morbides et la variabilité infinie de chaque cas particulier, il faut avoir une règle de conduite thérapeutique, c'est pourquoi, faisant abstraction de toute érudition et de toute littérature, l'auteur a voulu mettre dans ce livre le résultat de quinze années de vie de médecin de campagne.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Note sur l'action spécifique du tartrate d'ergotamine (Gynergène) dans les hémorrhagies par atonie utérine et les hémorrhagies du cancer de l'utérus,

Par le D[r] VAZEILLE (de Paris).

L'une des indications principales de l'ergot de seigle, pour ne pas dire la véritable indication de l'ergot de seigle, est l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine, avec utérus vide. C'est là, on peut le dire, le triomphe de la médication ergotée. Il ne semble pas qu'il y ait, à cet sujet, une divergence quelconque dans l'esprit des obstétriciens.

Dernièrement, le professeur Stockel, au Congrès d'obstétrique tenu à Vienne du 3 au 6 juin 1925, a réuni dans un important rapport, les opinions émises à ce sujet par un grand nombre d'accoucheurs étrangers, et, ceux-ci dans leur presque unanimité, désignent l'ergotamine comme le plus puissant des hémostatiques utérins.

Les professeurs Bustamante (1), Hamm (2) et Rossier (3), le D[r] Léon David (4) ont également énoncé une opinion semblable, et, nous avons tenu, en raison de l'importance de cette question, à publier également le résultat de nos constatations personnelles.

Dans 37 cas d'inertie utérine après délivrance naturelle ou artificielle et s'accompagnant d'hémorrhagie plus ou moins abondante, nous n'avons eu que des succès en utilisant le tartrate d'ergotamine par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire ; l'action du médicament a été plus ou moins rapide, les doses ont dû être plus ou moins élevées, mais nous pouvons dire que cet alcaloïde est extrêmement efficace lorsqu'il faut combattre l'atonie utérine après la délivrance.

Nous ferons remarquer seulement que la posologie doit varier selon l'état plus ou moins accentué de mollesse organique, et, si la dose classique du Gynergène est de une demi à une ampoule d'un cc., il est des cas assez nombreux où cette dose doit être dépassée et portée par exemple à une ampoule et demie administrée en plusieurs fois. Chaque cc. renferme 0,0005 de principe actif.

(1) *Revista medica Cubana*, janvier 1924.

(2) *Société de gyn. et d'obst. de Strasbourg* 5 janvier 1925.

(3) *Congrès des obstétriciens et des gynécologues* tenu à Genève août 1923.

(4) *Le Concours médical*, 4 mai 1924 et 7 février 1925.

Le tartrate d'ergotamine doit être signalé à l'attention des accoucheurs parce qu'il représente une puissance hémostatique nouvelle à laquelle nous ne sommes pas habitués. Nos 37 observations nous ont amené à cette conclusion qu'il ne faudrait pas s'étonner si cet alcaloïde ramenait un jour l'attention médicale française sur l'utilisation en obstétrique de la médication ergotée.

Il nous apparaît aussi, comme à certains auteurs, en particulier F. Châtillon, (1) de Genève, et le prof. Rossier que dans les hémorrhagies de la délivrance, l'hypophyse doit être soutenue, en raison de ses effets fugaces, par l'utilisation du Gynergène injecté méthodiquement, à la dose d'une demi ou d'une ampoule.

Cette association des deux principes actifs est également employée comme antihémorrhagique dans l'hystérotomie ou opération césarienne, pour suppléer aux effets trop fugaces de l'hypophyse.

Notre expérimentation nous a montré que l'ergotamine possède une sorte de spécificité comme hémostatique utérin, sur les utérus atones et cela s'explique facilement lorsque l'on sait que l'ergotamine est l'alcaloïde principal, le véritable principe actif de l'ergot obtenu par un procédé spécial de protection.

Enfin, signalons un fait de grande importance pratique et qui intéresse tous les médecins : le tartrate d'ergotamine nous a donné dans les hémorrhagies du cancer de l'utérus des résultats nettement *supérieurs* à ceux de tout autre hémostatique. Nous avons observé 8 cas où les thérapeutiques habituelles n'avaient donné que des résultats insignifiants ou nuls et dans ces 8 cas, l'action du Gynergène, administré, soit en injection sous-cutanée, soit en comprimés, a été manifeste.

C'est là, une indication du médicament que nous sommes, croyons-nous, l'un des premiers à signaler, et il est surpenant que nous n'ayons rien trouvé dans la Bibliographie sur un sujet aussi important, et qui mérite d'être exposé longuement.

(1) *Revue française de gyn. et d'obsté.*, n° 7 et 8 1925.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES 8 HEURES MÉDICALES

Un excellent correspondant nous adresse les lignes suivantes que, selon notre habitude d'ouvrir largement nos colonnes à toutes les opinions, nous reproduisons très volontiers.

Les 8 heures médicales.

L'Etat poursuit l'application intégrale de la loi de huit heures. Marine marchande, chemins de fer sont les derniers assujettis. Le travail agricole, malgré les difficultés qu'il soulève, sera peut-être un jour ou l'autre plié sous cette règlementation. Bientôt, de par la loi, il sera interdit à tout Français, qu'il le veuille ou non, de s'astreindre à travailler pour un autre plus de huit heures par jour.

Voici un fait.

Discuter de l'opportunité, de la nécessité, des répercussions de ces mesures, je ne le veux pas. Il y faut d'autres tribunes, d'autre presse.

Je m'occupe ici du point de vue de la pratique médicale. Pourquoi l'Etat restreint-il le travail de tous à 8 heures et astreint-il les médecins à 14 heures au moins ?

En effet, les tarifs officiels de la médecine publique portent un prix normal de la consultation ou de la visite pendant 14 heures au moins (de 6 h. du matin à 20 heures, -- pensionnés ; de 6 h. à 21 heures, -- accidents du travail, etc.).

C'est donc que l'Etat estime que ces 14 heures correspondent à la durée normale d'une journée de travail médical. Et le travail de nuit n'est pas interdit, et parfois, on nous requiert en dehors de ces heures.

Ne trouvez-vous pas excessif que la même administration (par exemple ministère du travail et accidents du travail), taxe d'inhumanité et de servage un labeur de plus de huit heures chez l'ouvrier, et impose à l'ouvrier médical une journée de plus de huit heures ?

Il me semble qu'une revendication doit être mise à l'ordre du jour de l'Union. Le travail normal médical doit être de 8 heures du matin à 6 heures du soir. En dehors de ces heures, il y a travail anormal supplémentaire. A nous de le faire reconnaître à la clientèle. A l'Etat de le reconnaître, et officiellement, par la modification des tarifs.

Je signale la question à tous nos représentants à l'Union. Dr P.

Donc, pour notre confrère, le travail normal du médecin, justiciable de la rémunération commune, doit s'entendre de 8 h. du matin à 6 h. du soir ; c'est la journée de dix heures, nonobstant le temps consacré à un déjeuner habituellement pris en vitesse, en mettant les bouchées quadruples, — (c'est ça qui vous arrange bien l'estomac ! ! !)

Les deux heures qui précèdent le début de la journée normale, et les trois heures qui en suivent la fin correspondent à deux périodes dont la première n'est déjà plus la nuit, et la seconde n'est déjà plus le jour, sans être encore la nuit. Il semblerait logique que les honoraires qui récompensent le travail fourni par le médecin durant ces deux périodes, sans être aussi élevés que ceux du travail de nuit proprement dit, soient cependant l'objet d'une équitable majoration.

C'est ce qu'a demandé notre ami DECOURT, à la sous-commission du tarif Breton, au sein de laquelle il défend, avec une impartialité qui rend son attitude inattaquable, les intérêts bien compris du corps médical.

Eh bien ! en dépit de la chaleur que Decourt a dû mettre à soutenir cette thèse, il a échoué, et la sous-commission n'a pas accepté de la retenir pour qu'elle soit ensuite présentée à la commission plénière. Cela résulte d'un rapport de Decourt, publié dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 novembre.

Donc, et pour le moment, en ce qui concerne la médecine des accidents du travail, la journée normale du médecin s'étend de 6 h. du matin à 9 h. du soir, *au regard de l'employeur tenu au paiement des frais médicaux dans les limites du tarif Breton.* Mais il faut avoir le courage de reconnaître que, si des médecins pensent que le tarif ne rémunère pas suffisamment les deux périodes intercalaires dont nous parlé, ils ont légalement le droit de réclamer à leur client, le blessé du travail, le supplément auquel ils peuvent légitimement prétendre.

Pourquoi ne le font-ils pas ?

....

Et pourtant, elle existe, cette journée des huit heures, et même des six heures médicales. Elle existe, pas en France, certes, mais en Europe Et où donc, je vous prie ? En Russie, ou pour parler le langage du jour, dans l'Union des Républiques soviétiques socialistes.

Le professeur Semashko, commissaire du peuple dans le gouvernement de l'U. R. S. S.

l'a sans doute exposé dans la conférence qu'il a donnée, non pas à la Faculté de médecine de Paris, ainsi qu'on l'a publié par erreur, mais à l'A. D. R. M.

Je présume que les renseignements qu'il a fournis sur l'organisation de la profession médicale en Russie sont conformes à ceux que je trouve dans le *Médecin d'Alsace-Lorraine* (1er octobre 1925). Ce sont ces derniers dont je fais état ici.

Tous les médecins russes sont des fonctionnaires de l'Etat, assurant le service des maisons de santé, ambulances de fabriques, cliniques universitaires, sanatoria soviétiques, et ayant le droit, en outre, de soigner à leur profit la clientèle privée, — droit platonique, puisque, quant à présent, celle-ci n'existe pour ainsi dire pas.

« *La durée du travail des médecins.* — je cite textuellement, — *est limitée légalement à six heures par jour* ; les médecins des ambulances ne travaillent que cinq heures et les radiologistes quatre heures. Tous les médecins ont un repos hebdomadaire ininterrompu de 42 heures ... Tout médecin à droit à des vacances annuelles d'au moins quatre semaines ; certains spécialistes ont droit à six semaines ... Le travail des médecins est surveillé par des commissions médicales. Tout abus est sanctionné sévèrement par des blâmes, des déplacements, etc. C'est la collectivité médicale qui exerce le contrôle... La loi prescrit exactement combien de malades le médecin doit traiter par jour. Lorsque le nombre des malades s'accroît, l'on augmente le nombre des médecins ».

Pas besoin pour le médecin de supporter des frais de premier établissement : instruments et appareils sont fournis par l'Etat. Les salaires sont variables selon l'ancienneté et la qualité du médecin. Le salaire moyen varie entre 187 et 625 francs-or, par mois.

L'Etat garantit ses fonctionnaires médecins contre la maladie et l'invalidité ; il leur accorde vraisemblablement une retraite dans leur vieillesse et verse une pension à leur famille, quand ils décèdent. Ce dernier avantage aurait besoin d'être mieux précisé. Je comprends que la pension est accordée seulement dans le casde mort « en service commandé ».

Telle est, au moins théoriquement, l'organisation médico-professionnelle dans l'U. R. S. S. J'ajoute que tous les médecins sont syndiqués et font partie de l'association panrusse des travailleurs sanitaires qui défend les intérêts de ses membres auprès du Gouvernement, et règle les conditions du travail et des salaires.

Ce n'est autre, à la vérité, qu'un vaste service de santé civil, imité du service de santé militaire. Comment se comporte l'état sanitaire du pays avec une pareille organisation ? Noir a traduit ainsi la réponse faite à cette question par le professeur Semashko « ... *L'Etat sanitaire est encore fort inquiétant...* » (Propos du Jour du numéro 45).

Avec une pareille limitation du travail dans sa durée et dans son intensité, il est évident qu'un nombre élevé de médecins est nécessaire. Or, on compte, en Russie soviétique, un médecin pour 4.000 habitants : cela me paraît insuffisant. Mais, passons.

D'aucuns penseront peut-être cependant, que semblable règlementation favorise considérablement le médecin, lui rend la vie infiniment facile, et aisé tout autant l'exercice de son métier. J'aime mieux le croire que d'y aller voir...

Et je doute que, malgré tous ses avantages, semblable régime sourie jamais aux médecins français ... Et bien ! C'est cependant ce qui les attend — cela ou quelque chose d'approchant, et peut-être de pire encore, — *s'ils ne savent pas rester unis pour lutter efficacement contre la mainmise de l'Assurance sociale sur la profession médicale.* A l'heure où j'écris ces lignes, j'ignore naturellement ce qui sortira de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats. Je fais des vœux très ardents, dès maintenant, pour que tous les esprits s'accordent sur une formule qui puisse être acceptée par le Parlement, et qui puisse également au besoin être imposée aux Pouvoirs publics — tout en comprenant des conditions générales indispensables à la pratique d'une médecine bonne, saine et suffisamment indépendante.

Evitons, soit par une intransigeance que la majorité ne maintiendrait pas longtemps, soit par des concessions qui seraient prises pour de la faiblesse et de la crainte, évitons de nous laisser acheminer vers l'organisation d'un véritable service de santé civil, englobant un très grand nombre de médecins, devenus des salariés comme en Russie, et pareillement, des fonctionnaires d'Etat, même avec la garantie de la journéede six heures.

Non, je ne puis pas croire, ainsi que je l'ai entendu dire, que nos confrères soient disposés à sombrer dans un rond-de-cuirisme qui, s'il est l'idéal de tant de français moyens, se trouve aux antipodes des aspirations d'indépendance de la grande majorité des médecins. Je ne puis pas croire, malgré tout ce qu'on a pu énoncer à ce sujet, qu'il s'en trouve parmi nous, en dehors de quelques exceptions, qui ne rêvent que d'émarger à un budget d'Etat qui rétribuerait leurs services, à la façon des soviets, par une mensualité de quelques centaines de francs...

Et c'est bien parce que les praticiens sont quasi unanimes à repousser toute rémunération qui, d'une façon ouverte ou déguisée, ressemblerait à un forfait, que les discordes qui ont éclaté

et pris un caractère d'acuité cette année, cette tendance à la désunion qui entraînerait la dispersion des efforts et leur anéantissement, auront sans doute fait trêve à l'Assemblée générale de l'Union ; que chacun aura compris combien la gravité de l'heure nous impose une discipline sévère ; que nous aurons pu enregistrer, je veux l'espérer, une entente définitive sur la formule à opposer aux conceptions gouvernementales, pour l'organisation de la branche maladie de l'Assurance sociale. Si ces espoirs sont déçus ; si mes prévisions ne se réalisaient pas, nul plus que nous n'en serait profondément désolé. Non pour nous-même, dont la carrière est à son déclin, mais pour ceux qui viennent après nous, et pour l'ensemble de la corporation.

Les six heures soviétiques ne sont pas faites pour nous sans doute. Mais, par contre, nous saurons échapper à l'embrigadement, à l'asservissement qui serait le commencement de la ruine de la médecine française.

G. DUCHESNÉ.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. COMMISSIONS DE CONTROLE SECRET PROFESSIONNEL.

L'interposition d'un tiers — celui qui doit payer — entre le malade et son médecin, soulève le gros problème du contrôle. Mais, aux yeux des collectivités publiques, ou privées, celui-ci n'est possible que si le docteur consent à dévoiler le diagnostic des maladies, pour le traitement desquelles il réclame des honoraires.

C'est toute la question du secret professionnel qui est mise en cause : en l'état actuel de la législation, faut-il considérer le secret professionnel comme étant un devoir impérieux, qui s'impose au médecin, dans tous les cas, pour tous malades (sauf pour les affections contagieuses, lois de 1892 et de 1902) ? Autrement dit, l'obligation au silence est-elle absolue, au nom de l'ordre public, sans que le médecin ait à se faire juge s'il doit, ou non, révéler ce qu'il ne considère pas comme étant chose secrète de sa nature ?

Faut-il, au contraire, faire la part large et considérer que, dans bien des cas, le secret n'est que celui de Polichinelle ? Le médecin pourrait donc parler, certifier, déclarer tout ce qui n'est pas réellement secret, ou lorsque le client ne lui a pas demandé le silence.

Les collectivités publiques ou privées opinent pour la deuxième manière, alors que le corps médical pose, en principe, que les termes du code pénal, interprétés par la jurisprudence, sont tels qu'il doit se taire, dans tous les cas, sans discussion aucune.

Le problème vient d'être soulevé, devant le « Sou médical », à propos de l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

Par circulaire du 20 août dernier, le ministre du travail, s'appuyant sur un avis du Conseil d'Etat, avait enjoint aux préfets de ne mandater les mémoires d'honoraires des médecins de l'assistance que lorsque ceux-ci auraient inscrit le diagnostic des maladies, pour les soins desquelles, ils réclamaient paiement.

Voici la circulaire, suivie de l'avis du Conseil d'Etat.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

—

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques

—

3e BUREAU

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

—

Paris, le 20 août 1925.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'assistance et de la Prévoyance sociales,

à Messieurs les Préfets,

Il m'a été signalé que, dans plusieurs départements, un certain nombre de médecins du service de l'assistance médicale gratuite opposeraient le secret professionnel aux membres des commissions de contrôle chargées de vérifier les mémoires et les notes de frais médicaux entraînés par le fonctionnement du service, et, en particulier, refuseraient de faire connaître le diagnostic qu'ils ont porté.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'article 378 du Code pénal a été interprété d'une manière restrictive par la jurisprudence de la Cour de Cassation : le silence n'est imposé aux médecins que pour les faits qui ont véritablement un caractère secret ou confidentiel et qui sont venus à leur connaissance en raison de leurs fonctions. Par suite, sauf recommandation expresse de leur client, un grand nombre de maladies peuvent être déclarées par les praticiens sans les exposer à encourir les sanctions pénales.

D'autre part, le Conseil d'Etat, dans sa séance du 4 août 1925, a été d'avis que l'obligation de garder le secret professionnel doit se concilier avec le nécessaire contrôle des lois d'assistance prévu par le législateur lui-même. D'après l'article 16 du règlement modèle pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 adopté par le Conseil supérieur de l'assistance publique le 21 juillet 1894, les Commissions de vérification des mémoires et des notes de frais médicaux entraînés par le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite, sont composées de quatre médecins et de deux pharmaciens réunis sous la présidence du Préfet, ou de son délégué. Or, ces médecins et pharmaciens sont tenus au secret professionnel pour tous les faits venus à leur connaissance en raison du contrôle

qu'ils assument. L'obligation de garder le secret professionnel s'étend également au Préfet et à tous les fonctionnaires qui ont connaissance des communications faites par les médecins traitants aux autorités chargées de veiller à l'application des lois d'assistance.

Dans ces conditions, quelle que soit la nature de la maladie pour laquelle des soins ont été donnés. les médecins de l'assistance ne peuvent valablement opposer la règle édictée par l'article 378 du Code pénal pour refuser d'indiquer aux Commissions de contrôle, le diagnostic qu'ils ont porté et le nom de l'assisté qui a eu recours à eux.

Le Ministre,
Signé : DURAFOUR.

CONSEIL D'ÉTAT

Extrait du registre des délibérations de la Section.

QUESTION
Ministre du Travail, etc.
M. PUGET,
Rapporteur

Séance du 4 août 1925.

AVIS.

La section de l'Intérieur, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du Conseil d'Etat, consultée par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur le point de savoir si les médecins peuvent opposer le secret professionnel aux membres des Commissions de contrôle qui sont chargées de vérifier les mémoires et notes de frais médicaux entraînés par le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite ;

Vu l'article 378 du Code Pénal ;

Vu les lois des 3 mars 1822, 30 novembre 1892 et 15 février 1902 ;

La loi du 15 juillet 1893 et le règlement-type pour l'application de ladite loi ;

La loi du 9 avril 1925 ;

Considérant que l'article 378 du Code pénal punit de prison et d'amende les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets ; que les médecins n'ont été déliés du secret professionnel, par les lois des 8 mars 1822, 30 novembre 1892 et 15 février 1902, que dans le cas de maladies pestilentielles ou épidémiques et seulement dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité publique ;

Mais considérant d'une part que l'article 378 précité a été interprété d'une manière restrictive par la jurisprudence de la Cour de Cassation, d'après laquelle le silence n'est imposé aux médecins que pour les faits qui ont véritablement un caractère secret ou confidentiel et qui sont venus à leur connaissance en raison de leurs fonctions ; que par suite la révélation d'un grand nombre de maladies, en dehors de toute recommandation expresse du client n'expose jamais le praticien à encourir des sanctions pénales.

Considérant d'autre part que si l'on rentre dans le champ d'application de l'article 378, l'obligation de garder le secret professionnel doit se concilier avec le nécessaire contrôle des lois d'assistance, prévu par le législateur lui-même ; que d'après l'article 14 du règlement modèle, pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, les Commissions de vérification des mémoires et notes de frais médicaux entraînés par le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite sont composées de quatre médecins et de deux pharmaciens réunis sous la présidence du Préfet ou de son délégué ; que les médecins et pharmaciens membres des dites Commissions sont tenus au secret professionnel pour tous les faits venus à leur connaissance en raison du *contrôle qu'ils* assument ; que *l'obligation de garder le secret* professionnel s'étend également au Préfet et à tous les fonctionnaires qui ont connaissance des communications faites par les médecins traitants aux autorités chargées de veiller à l'application des lois d'assistance ; que dans ces conditions, quelle que soit la nature de la maladie pour laquelle des soins ont été donnés, les médecins de l'assistance ne peuvent opposer la règle édictée par l'article 378 précité pour refuser d'indiquer aux Commissions de contrôle le diagnostic qu'ils ont posé et le nom de l'assisté qui a eu recours à eux :

Est d'avis :

Qu'il y a lieu de répondre par la négative à la question posée.

Signé : Henry PUGET, rapporteur,
C. MARINGER, président
et A. PAJOT, secrétaire.
Pour extrait conforme,
Le secrétaire de la Section,
PAJOT.

Un conflit éclata dans le département de l'Aube : trois adhérents du « Sou médical » se virent contester leurs mémoires d'honoraires par le préfet, parce que les confrères se refusaient à mentionner les diagnostics, car, disaient-ils, une circulaire ministérielle ne peut pas modifier un article du Code pénal.

Avant de recourir au Conseil de préfecture, d'abord, puis au Conseil d'Etat, le « Sou médical » chargea son secrétaire général de discuter, avec le ministère du travail, non seulement la légalité, mais également l'opportunité de pareille mesure règlementaire.

Certes, les médecins ne doivent pas entraver le travail de surveillance des commissions de contrôle départementales, car il est indispensable que les finances des communes et celles du département ne soient pas dilapidées, si des abus n'étaient pas réprimés.

Mais, est-il bien nécessaire de dévoiler les diagnostics des affections traitées, pour que la

commission de vérification des mémoires puisse faire besogne utile ?

Allant même plus loin, quelle serait l'attitude du préfet et de son supérieur hiérarchique, le ministre, au cas où un indigent poursuivrait son médecin traitant en violation du secret professionnel, parce que le praticien aurait inscrit son diagnostic sur son mémoire d'honoraires ?

Vainement le ministre du Travail invoquerait, devant le tribunal correctionnel, que les membres de la commission de contrôle sont, comme le médecin traitant, liés par le secret professionnel.

L'opinion du ministre de la Justice est tout autre : interrogé par le ministre de l'hygiène si, dans le cas de déclaration du diagnostic d'un décès par lettre fermée, adressée par le médecin traitant à son confrère, médecin du bureau d'hygiène, ou inspecteur départemental d'hygiène, le docteur déclarant serait à l'abri de toute poursuite, au cas où la lettre serait détournée de sa destination et serait, par exemple, remise au procureur de la République. Le Garde des Sceaux répondit qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le parquet aurait le devoir de poursuivre et de faire condamner le médecin traitant.

Aussi, en pratique, la sanction de la violation du secret que tout docteur doit à ses malades serait-elle à redouter, lorsque des mémoires d'honoraires, comportant des diagnostics sont communiqués à une commission de plusieurs membres, puis transmis dans des bureaux de la préfecture, pour être classés dans des archives.

A la réflexion, le ministre du Travail se rendit compte des difficultés, qui surviendraient, dans l'application pratique des termes de sa première circulaire. Il a donc adressé la suivante aux préfets.

MINISTÈRE DU TRAVAIL
—
Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques
—
3e BUREAU
Affaires générales
84/1925

Paris, le 24 octobre 1925.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

à MM. les Préfets,

J'ai eu l'honneur, à la date du 20 août 1925, de porter à votre connaissance un avis du Conseil d'État relatif à l'interprétation à donner à l'article 378 du Code Pénal. La Haute Assemblée estimait en définitive que, quelle que soit la nature de la maladie pour laquelle des soins ont été donnés, les médecins de l'assistance ne peuvent opposer la règle édictée par cet article pour refuser d'indiquer aux commissions de contrôle le diagnostic qu'ils ont posé et le nom de l'assisté qui a eu recours à eux.

Je crois que, dans le domaine pratique, cette opinion comporte certaines réserves, et qu'à la suivre strictement, on s'exposerait souvent à froisser le corps médical dans ce qu'il regarde à bon droit comme son honneur professionnel. Il m'a paru, en conséquence, qu'il y aurait lieu de ne pas donner à l'avis du Conseil d'Etat une portée exagérée, de rechercher dans chaque cas particulier si l'on ne risque pas, en le suivant, de provoquer des difficultés regrettables, et s'il n'est pas préférable en toute hypothèse, de considérer le respect du secret professionnel comme une règle, je ne dis pas absolue, mais, à laquelle on ne saurait déroger que dans des circonstances exceptionnelles. Je vous recommande donc d'inviter, le cas échéant, les Commissions de contrôle à ne pas se montrer trop exigeantes en cette matière, et à ne pas se prévaloir outre mesure des termes de l'avis précité par lequel le Conseil d'Etat a semblé justifier leurs prétentions.

Le Ministre,
DURAFOUR.

Le ministre du Travail a été bien inspiré en rapportant sa circulaire du 20 août 1925, car, quelque soit le respect que je puisse avoir pour les membres du Conseil d'Etat, je ne puis m'empêcher de dire que l'avis, donné par cette haute assemblée, en date du 4 août 1925 me paraît très critiquable sur certains points.

« Considérant, dit cet avis, que l'article 378 du code pénal a été interprété d'une manière restrictive par la jurisprudence de la Cour de Cassation, d'après laquelle le silence n'est imposé aux médecins que pour les faits, qui ont véritablement un caractère secret, ou confidentiel et qui sont venus à leur connaissance en raison de leurs fonctions ».

Je regrette, pour ma part, que le rédacteur de cet avis du Conseil d'Etat ait omis de citer les dits arrêts de Cassation, auxquels il fait allusion. Il nous aurait rendu grand service, car, pour ma part, je n'ai trouvé que des arrêts, rendus par la cour suprême dans un sens opposé.

Il est de règle, en matière de droit et de jurisprudence, de toujours donner les références précises, lorsqu'on cite les décisions de cours ou de tribunaux, à plus forte raison lorsqu'il s'agit de la Cour de Cassation.

L'obligation au silence s'impose, dans tous les cas, au médecin, même s'il est démontré qu'en parlant, le docteur n'avait nullement l'intention de nuire. C'est ce qui ressort des fameux arrêt de cassation du 17 septembre 1885 (S. 86.1.85) et de celui du 9 novembre 1901 (S. 04.1.212).

Un jugement récent du tribunal civil de Meaux (22 novembre 1923 ; *Gaz. Pal.*, 14 février 1924) décide qu'institué dans un intérêt d'ordre public, et non pas d'ordre privé, le secret professionnel est absolu *erga omnes*.

Si, comme le prétend l'avis du Conseil d'Etat,

la jurisprudence de la Cour de Cassation a été rendue dans un sens restrictif, comment se fait-il que cette même cour suprême a maintes fois interdit au médecin de déposer en justice, comme aux tribunaux de faire état de certificats, ou de documents médicaux, pouvant violer le secret professionnel ? (Cass. civ., 1er mai 1899 ; D. 99.1.585 ; Crim., 10 mai 1900 ; S. 1901 1.161) : ni en matière civile, ni en matière répressive, le médecin ne doit être reçu à témoigner, sur des faits qu'il n'a connus que par l'exercice de sa profession et, si malgré cette défense, son témoignage a été reçu, les juges n'en peuvent pas tenir compte et doivent, en raison de son caractère délictueux, l'écarter des débats. Juridiquement, il n'existe pas.

Quant aux faits secrets de leur nature, que, seuls, ne devrait pas révéler le médecin, il est inadmissible que ce praticien puisse avoir à se faire juge, si ce qu'il a appris, ou surpris, en exerçant sa profession peut, ou non, être secret.

Parfois, même, le simple fait, pour un malade, de se rendre chez son médecin, peut, aux yeux de ce client, constituer un secret, si, pour un motif, ou un intérêt quelconque, il ne veut pas qu'on sache qu'il est allé consulter un docteur.

Aussi, le tribunal de la Seine, par jugement, du 19 avril 1900, (D. P. 01.2.81), décidait-il que même de bonne foi, le médecin n'a pas le droit de se faire juge s'il doit, ou non parler, serait-ce même dans l'intérêt de son client.

Allant plus loin, de nombreux arrêts et jugements décident que le médecin ne peut pas être délié, par le client lui-même, du secret professionnel : trib. civ. Rennes, 12 juin 1903 ; D. 1907. 2.321 ; Aix, 19 mars 1902 ; S. 04.2.266 ; trib. Besançon, 17 février 1887 ; S. 87.2.94 ; Grenoble, 23 août 1828, J. C., vº témoins, nº 49.

La jurisprudence a sagement agi en n'acceptant pas que le médecin puisse se faire juge de ce qui est secret de sa nature et de ce qui ne l'est pas : décider autrement serait livrer les injonctions du Code pénal à l'appréciation de chaque citoyen.

Ce serait également ouvrir la porte à tous les abus, sous le prétexte que chacun interprète son devoir à sa façon.

Certes, dans l'immense majorité des cas, ce qu'apprend le médecin n'a pas le caractère confidentiel : le secret médical, dans bien des cas, n'est, en apparence, que le secret de Polichinelle, car il est connu de tous.

Mais le médecin ne doit pas, néanmoins, parler, ou certifier le diagnostic : que d'autres personnes le disent, mais pas lui, d'autant que fréquemment, le public croit savoir la vérité, qui, pour le docteur, est tout autre.

Il arrive, dans bien des maladies, que le médecin ne dise pas toute la vérité, ni même la vérité, car il y a des choses qu'on ne peut pas révéler à l'entourage, surtout au malade lui-même.

Cependant, les langues marchent et colportent un diagnostic apparent. Comment, le docteur pourrait-il alors dévoiler ce qu'il sait ?

Comme conclusion pratique, disons que le médecin doit considérer les injonctions de l'article 378 du code pénal comme étant générales et absolues.

Le praticien n'a pas à savoir si un diagnostic médical, en apparence sans aucune importance, ne peut pas, à un moment donné, ou sous certaines conditions, revêtir un caractère secret, par rapport au malade, à la famille de ce dernier, à son patron, à l'administration à laquelle il peut appartenir. Dans le doute, le docteur doit s'abstenir.

Une autre critique, que je me permets de formuler contre l'avis précité du Conseil d'Etat, est la suivante : « l'obligation de garder le secret professionnel doit se concilier avec le nécessaire contrôle des lois d'assistance, prévu par le législateur lui-même ».

Non, le législateur du 15 juillet 1893 n'a pas inscrit, dans sa loi sur l'assistance médicale gratuite, que le médecin devra violer l'article 378 du code pénal, pour faciliter le contrôle.

L'avis du Conseil d'Etat pourrait donc se discuter, au moyen de la question suivante : un intérêt pécuniaire peut-il primer les injonctions du code pénal ?

L'institution du contrôle, en matière d'honoraires médicaux, pour le compte de l'A. M. G., n'a qu'un seul but : ménager les deniers de la commune, du département et de l'Etat. Cet intérêt pécuniaire, fort louable en soi, est-il suffisant pour servir de prétexte à la violation du secret professionnel ?

Personnellement, je ne le crois pas, car, en pratique, ce contrôle peut s'effectuer, sans que le médecin ait à passer outre aux injonctions de l'article 378 du Code pénal.

Disons tout d'abord que, parmi les personnes mises en présence par le fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, personne, ou presque, ne connaît son devoir social ou le connaît bien peu.

L'indigent se fait soigner gratuitement : il a tendance à abuser et des visites du docteur et des médicaments.

Souvent, mal payé, le médecin ne se rend pas compte que, s'il marque une visite au lieu d'une consultation, ou s'il inscrit deux consultations au lieu d'une seule, il commet un vol, alors qu'il croit se défendre contre un mauvais payeur.

Il ne sait pas non plus qu'il a le droit de se refuser à faire ce service de l'A. M. G. et que s'il estime que sa peine n'est pas suffisamment rémunérée, il doit se démettre de ses fonctions et non pas se livrer à des procédés malpropres.

De leur côté, les maires sont trop préoccupés par le souci de leur bonne réputation électorale : ils ont tendance à se montrer généreux, pour l'inscription sur les listes de l'A. M. G. ; les secrétaires de mairie ne font souvent pas le contrôle administratif, avec toute la rigueur et l'impartialité voulues.

Une éducation sociale serait utile et indispensable, surtout lorsqu'on mélange constamment les fonctions administratives et les préoccupations électorales, chez la même personne : le maire de la commune. En matière d'assistance, d'hygiène, voire même de fréquentation scolaire, pour leurs sanctions, les lois ne peuvent pas être appliquées, par l'homme qui dépend de ses électeurs et ne veut pas se mettre mal avec eux.

Mais, me dira-t-on, il est impossible, dans bien des campagnes, de faire pratiquer le contrôle, par un docteur, autre que le médecin traitant et désigné par l'administration, pour vérifier, si le malade est véritablement malade et s'il n'abuse pas des visites, ou actes médicaux.

Mais n'est-ce pas le maire qui doit être le contrôleur local le mieux désigné, parce que ce sont les finances de sa commune qui sont, au premier chef, les plus intéressées ?

Dans la plupart des cas, la rumeur publique, dans les petits centres, donne un diagnostic au moins apparent et vraisemblable. Si le maire a des doutes, il commettra un docteu, rautre que e médecin traitant, pour le renseigner sur l'état du malade assisté.

Je conçois parfaitement un fonctionnement du contrôle, dans lequel les intéressés peuvent jouer un rôle. Mais le contrôle actuel, fait sur pièces, autour d'un tapis vert, dans les bureaux de la préfecture, contrôle ayant à jouer sur des actes médicaux, qui ont eu lieu plusieurs mois auparavant, ne peut donner que des résultats très approximatifs.

Enfin, dernière critique, l'avis du Conseil d'Etat estime que le médecin peut dévoiler le diagnostic des maladies qu'il a soignées, à une commission, dont tous les membres sont, par leurs fonctions même, liés par le secret professionnel.

Ici, encore, je regrette de ne pas partager l'opinion du rédacteur de cet avis du Conseil d'Etat : pour qu'il reste secret, le secret professionnel ne peut être révélé à quiconque, même également lié par le secret.

Qu'un docteur indique à un confrère, au cours d'une consultation en commun, tout ce qu'il sait sur le malade, qu'ils vont soigner ensemble, cette divulgation du secret médical est indispensable pour que le patient soit examiné et traité.

Mais hormis ce cas, le médecin n'a pas le droit de parler, même à des confrères, des malades qu'il a, ou a eus en traitement.

Nous n'en voulons pour preuve que rappeler ce que nous disions plus haut, à propos de la réponse que le Garde des Sceaux a faite, en novembre 1923, au ministre de l'hygiène, à propos de la certitification des décès.

Du reste, en fait d'assistance médicale gratuite, les choses secrètes pourraient-elles rester confidentielles, confiées d'abord à une réunion de 9 à 10 personnes, puis consignées sur des notes d'honoraires, qui passeront dans les bureaux de la Préfecture, entre des mains d'employés, pour aller aux archives, où elles peuvent encore être l'objet d'indiscrétions ?

Conclusions.

Nous approuvons donc le geste de M. Durafour, ministre du Travail, de l'Assistance, de la prévoyance et de l'hygiène publiques, qui a parfaitement compris que cet avis du Conseil d'Etat, parce que rédigé hâtivement, sans références juridiques, semble avoir été conçu pour les besoins de la thèse administrative.

Or, l'application pratique de la circulaire ministérielle du 20 août dernier, rédigée en conformité avec cet avis du Conseil d'Etat, aurait provoqué des conflits, des procès administratifs ; il aurait fallu enfin que la section contentieuse du Conseil d'Etat connaisse de ces luttes et qu'elle rende un arrêt.

M. Durafour a préféré éviter froissements et procès et nous le remercions d'avoir, le 24 octobre, rapporté la circulaire du 20 août.

Que de chicanes, de batailles, de heurts ne seraient-ils pas évités, si les pouvoirs publics prenaient leurs renseignements, non seulement dans les milieux administratifs, mais aussi dans nos associations corporatives.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblée Générale.

15 *novembre* 1925.

M. le président Maurat, entouré de M. Fleury, actuaire et des membres du Conseil d'administration, ouvre la séance à 4 heures.

Il constate que la convocation à l'Assemblée générale a été publiée dans le numéro 43 du *Concours médical* (25 octobre), que les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été publiés dans les n°s 40 et 41 (4 et 11 octobre), qu'un tirage à part de cette convocation et de ces rapports a été adressé aux sociétaires non abonnés ; les formalités statutaires ayant ainsi été remplies, il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

Sur l'invitation du président, M. Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport. M. Mignon ajoute qu'il croit intéressant de donner à l'Assemblée générale quelques détails sur le vaste travail qu'il a entrepris en dépouillant les archives de la Société.

L'idée d'une étude sur la morbidité médicale, dit-il, n'est pas de moi : je dois rendre à César ce qui lui revient, et c'est notre ami Noir qui nous a suggéré ce travail.

Il est évident que nos trente années de fonctionnement vont être une mine sérieuse de documents et de renseignements. Nos inventaires quinquennaux ne nous donnent que des chiffres ; à ces chiffres je vais pouvoir ajouter une longue série de diagnostics, d'évolutions pathologiques, de rapprochements étiologiques et pathogéniques, de durées d'incapacité de travail. ... J'y trouverai l'influence du climat, de la vie citadine ou rurale, de la mer, de la campagne, de la montagne et même des moyens modernes de locomotion sur le génie morbide.

J'ai amorcé mon travail par un premier coup d'œil sur 900 sociétaires, et déjà j'ai pu constater combien sur certains points, en particulier sur la fermeture de la combinaison B, nous avions été sages et aussi que sur d'autres, par exemple sur le rôle de certaines diathèses, nous nous faisions parfois illusion.

Sans pouvoir en dire plus long aujourd'hui, je puis pourtant prétendre que les conclusions de ce travail nous éclaireront d'une manière nouvelle à la fois sur l'influence des maladies chez nos confrères, sur leur rôle dans l'incapacité de travail, sur les éléments d'examens médicaux plus précis à l'admission, et nous apporteront des connaissances qui nous ont manqué jusqu'ici sur la morbidité dans le corps médical.

Dès demain, je vais commencer à entrer réellement dans le cœur de mon sujet ; après quelques mois d'essais et de tâtonnements, je vois maintenant sur quelle méthode je puis asseoir mon travail.

Ce sera long mais, je le crois, du plus grand intérêt.

M. Noir. — M. Mignon, en me donnant la paternité de cette idée, me fait trop d'honneur. Elle est née de conversations entre nous tous, j'ai seulement pensé qu'avec un homme qui travaille avec la méthode de notre secrétaire général on pouvait faire la statistique de la profession médicale, où l'on était sûr d'avoir les meilleurs renseignements. Si M. Mignon mène à bien ce travail, il aura fait une chose unique et on ne pourra pas trouver ailleurs un document semblable.

M. le Président Maurat se fait l'interprète de l'Assemblée générale en remerciant le D[r] Mignon de l'énorme tâche qu'il vient d'entreprendre et qu'il espère voir finir pour le cinquantenaire du *Concours médical*. (*Applaudissements.*)

Sur l'invitation du président, M. Gassot, trésorier donne lecture du rapport sur l'exercice 1924.

M. le D[r] Rigal donne ensuite lecture du rapport des commissaires aux comptes :

Les Commissaires aux comptes se sont réunis, au siège social, le jeudi 24 septembre 1925.

Etaient présents : MM. les D[rs] Durozoy, Lebrun, M. Mignon et M. Monin.

Excusés : MM. les D[rs] Baudron, Molinéry et Rigal.

Les Commissaires soussignés, après avoir examiné les comptes des diverses combinaisons de la Mutualité familiale du Corps médical français, ont procédé à la vérification du portefeuille. Cette deuxième partie de leur travail leur a permis de constater la régularité parfaite des écritures comme aussi l'ordre et la clarté avec lesquels elles sont tenues.

Les Commissaires proposent à l'Assemblée générale d'approuver ces comptes et de voter des remerciements et des félicitations au trésorier, M. le D[r] Gassot, dont le zèle et le dévoue-

ment à la cause commune méritent toute notre reconnaissance.

Drs DUROZOY, LEBRUN, M. MIGNON et MONIN.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1924.

Les comptes sont approuvés à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle l'élection, pour six années, de cinq membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. les Drs Maurat, Nollet, P. Boudin, Huguenin et de la Rochefordière sortants et rééligibles.

Par acclamations sont élus :

Président : M. le Dr Maurat.

Vice-président : M. le Dr Nollet.

Secrétaire des séances : M. le Dr P. Boudin.

Membres : MM. les Drs Huguenin et de la Rochefordière.

L'ordre du jour appelle la nomination de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. les Drs Baudron, Rigal et Molinéry, sortants et non rééligibles.

Sont nommés MM. les docteurs Arago et Haton (Paris) et Leulier (Le Vésinet).

Sont maintenus comme membres du Conseil d'arbitrage MM. les Dr Henne, Kouindjy, Bourdon et Arago.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, reprend la parole :

Mes chers Confrères,

Vous vous rappelez que, l'an dernier, je vous avais parlé de l'importance que j'attache au rôle de l'examinateur de nos candidats et j'avais fait appel à la bonne volonté et au dévouement de ceux de nos sociétaires qui se sentiraient le feu sacré pour nous aider.

Les réponses que j'ai reçues ont été trop peu nombreuses pour que je puisse dès maintenant vous apporter un projet d'organisation d'un corps d'examinateurs et de contrôleurs. Laissons venir l'inventaire et nous reparlerons de ce projet l'an prochain lorsqu'il sera mûr.

En attendant, j'inscrirai ceux qui voudront bien m'offrir leur concours et je rappelle à tous que la Société alloue une indemnité de 20 francs à tout confrère qu'elle charge d'un examen médical. S'il s'agissait d'un contrôle au domicile d'un malade, le Conseil d'administration n'hésiterait pas à le rémunérer le plus largement possible en considération du service rendu et du travail demandé.

Je vous avais aussi parlé de la propagande : nous ne voyons que deux moyens de la faire fructueusement.

Le premier, c'est de continuer à publier des articles dans le *Concours* : c'est en effet celui qui rend le mieux et je rappelle à tous que nous serons toujours heureux de publier les articles de ce genre qu'ils voudront bien nous envoyer sous la réserve d'y apporter nous-mêmes les corrections utiles ;

Le second, c'est la propagande directe dans les réunions confraternelles. Voilà un moyen que je voudrais voir se généraliser ; il n'y a aucune honte à dire à des confrères les services qu'on a pu recevoir de la Mutualité familiale ; c'est au contraire un gros service leur rendre que de leur montrer ce qu'elle peut faire.

En terminant, je vous répéterai ce que j'ai dit déjà bien des fois : notre société sera ce que vous la ferez vous-mêmes.

Les membres présents échangent des observations sur ces questions et notamment sur les moyens susceptibles de donner plus de garanties aux admissions.

M. Mignon rappelle ce qui se fait : il choisit les examinateurs parmi les sociétaires ou, à défaut, parmi les membres du « Sou médical » ; les admissions ne sont que provisoires et les noms des candidats sont publiés dans le *Concours* ; ces admissions ne deviennent définitives qu'au bout de trois mois s'il n'y a pas eu de protestation. Depuis que ce mode de faire a été adopté, il y a eu moins de mauvaises recrues. Le Conseil étudiera encore la question et pourra sans doute arriver à la création d'un corps d'examinateurs et de contrôleurs. (*Assentiments.*)

Le secrétaire général reprend :

J'allais oublier deux recommandations essentielles :

Que nos sociétaires veuillent donc bien prendre sérieusement l'habitude d'envoyer au secrétaire général tout ce qui concerne l'administration, les déclarations de maladie, les reprises de travail etc... et de n'envoyer au trésorier que les cotisations et les accusés de réception. Il n'y a pas de semaine où M. Gassot ne soit obligé de m'envoyer des lettres qui me concernent et moi-même, de temps en temps, je reçois des cotisations que je dois lui transmettre. Que nos confrères songent donc que ce mode de faire est une cause de retards, une source de dépenses inutiles et un surcroît de travail pour nous.

Et puis, que nos chroniques se souviennent donc qu'ils doivent nous envoyer périodiquement de leurs nouvelles : le Conseil se réunit à la fin de chaque trimestre et il est absolument nécessaire qu'à ces réunions je puisse dire ce qu'ils deviennent, dire même s'ils sont encore vivants. Naturellement le Conseil ne peut allouer des indemnités à ceux qui ne sont pas en règle et ce sont ensuite des récriminations de leur part.

L'Assemblée générale donne au Conseil d'administration mission d'être excessivement sévère pour les négligents et les retardataires et de leur appliquer les amendes prévues par les statuts.

M. le Dr O' FOLLOWELL publie un annuaire « Le médecin de service » dans lequel il a, l'an dernier, publié quelques lignes sur les Mutualités médicales qui lui semblaient le plus intéressantes. Il demande au secrétaire général de lui donner une note très courte et très nette sur la Mutualité familiale ; il l'encarterait dans chacun des exemplaires de cet annuaire.

L'Assemblée générale adresse ses chaleureux remerciements à M. O' Follovell et M. Mignon lui enverra la notice qu'il demande.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— *Nous recevons de M. le Président du Syndicat des chirurgiens dentistes de France, la lettre qui suit :*

Monsieur le Rédateur en Chef,

Vous avez publié dans votre estimé journal du 28 octobre 1925, page 2517, à la rubrique « Reportage professionnel », avec comme sous-titre « Cri d'alarme », un appel véhément à la profession médicale contre les chirurgiens-dentistes. Cet appel est signé par les quatre principaux dirigeants de la Stomatologie faisant partie de la commission de réforme des études dentaires.

Nous regrettons tout d'abord vivement que les signataires de cet appel n'aient pas cru devoir observer la discrétion que l'usage impose à de telles fonctions. Discrétion dont, pour notre part, nous ne nous sommes jamais départis.

Ne voulant pas suivre nos contradicteurs dans une polémique que nous ne jugeons pas compatible avec la cause que nous défendons, nous nous garderons donc d'employer des expressions équivalentes à celles dont ils se sont servis pour désigner les « meneurs » que, paraît-il, nous sommes. Notre éducation supplée en cela à l'insuffisance d'instruction qu'ils nous reprochent.

Nous ne relèverons pas davantage ce qui peut avoir rapport à notre « intérêt personnel » ; de tels arguments montrent aisément la faiblesse d'une cause.

Quant à notre « insuffisance », la clientèle, même médicale, a depuis longtemps choisi entre nos adversaires et nous. C'est peut être la seule cause de cet appel du Syndicat de Stomatologie à l'Union des Syndicats médicaux.

Mais ce que nous ne pouvons laisser dire, c'est que de notre côté, il se prépare « une attaque contre le doctorat en médecine ». Celui-ci est intangible et jamais il n'est venu un seul instant à notre esprit l'idée de le diminuer de quelque façon que cela soit.

Ce qui pouvait justement le diminuer, c'est ce qu'avait proposé un stomatologiste éminent, dans un très long rapport lu dans une commission mort-née ; à savoir : de créer pour les chirurgiens-dentistes actuels, à titre transitoire, un grade de docteur en médecine d'Université qui aurait pu, lui, prêter à confusion.

Qui donc cherchait l'abaissement du titre, sinon cet autre ancien chef de stomatologie actuellement disparu, créateur de nos divisions, qui avait jadis offert à toutes les notabilités professionnelles le titre de docteur en médecine sans examen, à la condition qu'elles acceptent simplement la suppression du grade de chirurgien-dentiste ? Notre dignité nous a fait refuser ces offres : on ne nous achète pas.

Nous n'avons qu'une ambition, celle d'élever notre profession par plus de science et plus de travail. Notre programme est une profession de foi qui ne peut faire reprocher, à ceux qui l'ont conçue et à ceux qui l'ont acceptée, aucun sentiment de bas arrivisme.

Nous réclamons le baccalauréat et des études biologiques et médicales plus complètes pour élever notre niveau intellectuel ; or, il faut vraiment posséderune tournure d'esprit contraire à la simple logique pour nous accuser d'en faire une arme contre le doctorat en médecine.

Mais nous voulons pour tous l'obligation d'un diplôme spécialisé, certificat de savoir et de connaissances nécessaires. C'est là une garantie pour le public, dont les stomatologistes s'occupent vraiment trop peu dans leur appel.

Quant à l'évolution de l'art dentaire, elle ne se fait pas vers la stomatologie, comme l'affirment nos contradicteurs. Un rapport documentaire, lu à la sous-commission de la réforme des études dentaires, rapport qui a fait une grosse impression sur tous les membres non dentistes, démontre de façon irréfutable que sur 34 grands Etats enquêtés, 7 seulement possèdent le doctorat en médecine obligatoire ; or, c'est justement dans ces 7 pays où l'exercice illégal fleurit dans toute sa splendeur, qu'il n'y a pas de célébrité professionnelle, que l'art dentaire est en régression et où les œuvres d'hygiène dentaire sont nulles. Ceci revient à dire, par la simple logique des faits, que si la qualité est nécessaire, la quantité est indispensable, que dans les pays qui, comme le Portugal, ont un dentiste pour 35.000 habitants, celui-ci n'a pas le temps d'améliorer son savoir ; encore moins de s'occuper d'hygiène dentaire. Cette

question de qualité pouvant remplacer la quantité a été résolue pendant la guerre, au détriment de la qualité. En effet, les stomatologistes, malgré la qualité qu'ils se reconnaissent, n'ont pu soigner le quart des mobilisés, c'est-à-dire 2.000.000 d'individus, estimation déjà très large ; et l'on voudrait que les 700 stomatologistes puissent soigner, avec leurs qualités, les 40.000.000 d'habitants de notre pays, si, comme ils le demandent, on supprimait les chirurgiens-dentistes !

Quant à croire que l'école de stomatologie suffirait à remplir les vides provoqués par cette suppression, les faits sont encore une fois là pour prouver leur erreur. Il y avait, avant la loi de 1892, environ 300 médecins exerçant l'art dentaire ; il y en a actuellement 700. Il a donc fallu 35 ans pour combler les vides dus à la mortalité et pour créer les 400 autres. Que l'on calcule maintenant combien il faudra de temps à l'école de stomatologie pour remplacer les 5.000 dentistes existants et les 5.000 nécessaires ; et encore, faudrait-il ajouter à ce calcul un facteur, celui-ci : la diminution des étudiants en médecine que les doyens déplorent, mais qu'ils sont forcés de reconnaître. Ce n'est donc pas le moment d'espérer trouver chez ceux-ci, malgré l'affirmation d'un stomatologiste de Lyon, le nombre de dentistes proportionné aux besoins de la population française.

D'ailleurs, tous les médecins spécialisés dans l'art dentaire ne pensent pas comme les signataires du « Cri d'alarme ». Il vient en effet de se fonder un Syndicat d'odontologistes docteurs en médecine qu a pour devise : le diplôme de docteur en médecine n'est, ni nécessaire, ni suffisant pour exercer l'art dentaire.

Le « Cri d'alarme » ne commet pas une moindre erreur quand il déclare : « l'art dentaire doit reprendre sa véritable place dans le patrimoine médical ». Les mots « reprendre sa place » tendant à faire croire que l'art dentaire étant né dans le milieu médical, tend à y rester. Or, il a été créé de toutes pièces par les dentistes : l'histoire professionnelle le prouve.

Nous n'hésitons pas à réclamer l'hospitalité de vos colonnes, votre bonne foi nous assurant que vous tiendrez à présenter à vos lecteurs un autre aspect de la situation.

Le Président du Syndicat
des chirurgiens-dentistes de France

DE CROES.

— **L'Assemblée générale du Syndicat des médecins directeurs des maisons de santé** aura lieu le 19 décembre à cinq heures du soir à l'Hôtel du Palais d'Orsay, à Paris. Elle sera suivie d'un banquet. Tous les membres du Syndicat sont priés d'adresser leur adhésion à la réunion et au banquet au docteur HERVÉ, président du Syndicat, sanatorium des Pins, Lamotte-Beuvron. A cette occasion il est à nouveau fait appel à tous les médecins directeurs des Maisons de Santé pour leur agrégation au Syndicat. Les questions de première importance qui les intéressent tous : Fiscalité, loi de huit heures, assurance sociale, nécessitent plus que jamais la cohésion de tous les intérêts particuliers.

— **Légion d'honneur.** — Est nommé chevalier, M. A.-P. JACQUEMIN, le sympathique et bien connu directeur des laboratoires de biochimie médicale. Nous lui adressons nos plus vives félicitations.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Mutations de chaires.* — M. ROGER, professeur de pathologie expérimentale, est nommé sur sa demande, profess ur de physiologie, en remplacement de M. Ch. Richet. — M. BEZANÇON, professeur de bactériologie, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement du professeur Chauffard (clinique de l'hôpital Saint-Antoine).

— **Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale.** — M. le professeur BRUMPT commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le jeudi 7 janvier 1926, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— **Chirurgie orthpédique chez l'adulte.** — M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours, a commencé ce cours le vendredi 13 novembre, à 16 h., amphithéâtre Vulpian et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Programme du cours : les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les acc dentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes.

Leçons cliniques, faites à l'hôpital de la Pitié, les 2e et 4e mardis du mois, à 9 h. 3/4.

— **Cl nique chirurgicale (Hôtel-Dieu).** — M. le professeur Henri Hartmann a commencé son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1925, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu. — Mardi, 10 h. : Examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre. — Samedi, 10 h : Leçon à l'amphithéâtre. — Jeudi, 10 h. : Travaux de laboratoire, sous la direction de M. Renaud, médecin des hôpitaux. — Lundi et vendredi, 9 h. : Opérations.

— **Hôpital Lariboisière.** — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (Dr A. CLERC, salles Grisolles et Rabelais). — Le mardi à 10 h., consultation externe et polyclinique ; le vendredi à 10 h., électrocardiographie et radioscopie ; le samedi à 11 h., leçon clinique.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

maladie). Je vous prie de bien vouloir me dire quel est mon droit et s'il y a déjà eu des jugements rendus pour la même cause.

Dr V.

Réponse.

Bien que vous ne nous le disiez pas expressément, nous croyons pouvoir inférer des termes de votre lettre qu'il s'agit d'honoraires pour soins donnés à des ouvriers victimes d'accidents du travail.

S'il en est bien ainsi, il est certain que vous ne pouvez demander à bénéficier contre la liquidation judiciaire du patron du privilège reconnu au médecin par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifiant et complétant l'article 2.101 du Code Civil, pour « frais de dernière maladie ».

Mais, en revanche, vous avez droit au privilège accordé par l'article 23 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail *aux ayants droit* des victimes d'accidents en ce qui concerne les frais médicaux ou pharmaceutiques. Et, lorsque vous usez contre le patron de l'action directe qui vous est réservée par l'article 4 de la loi, vous êtes un ayant droit de la victime de l'accident.

Aucune discussion ne peut s'élever sur le principe de l'exercice de ce privilège.

2620. — Pension militaire. Grade qui doit servir de base.

Pendant toute la durée de la guerre, j'ai eu le grade de médecin aide-major de 1re classe. J'ai été démobilisé le 19 janvier 1919 (classe 1895). En avril 1919 (*Journal Officiel* du 25 avril 1919), je suis nommé au grade de médecin-major de 2e classe.

Le 14 novembre 1919, la Commission de réforme me propose pour une pension de 20 % avec maintien dans les cadres (motif : séquelles de pleurésie purulente contractée en 1918).

J'ai toujours touché cette pension de 20 % à titre de médecin-major de 2e classe (880 fr. par an avec majoration de 120 fr. pour 2 enfants, ensuite 60 fr. pour un enfant, le premier, dans l'intervalle, ayant atteint dix-huit ans). Le 7 août 1925, je reçois une lettre me priant d'aller retirer mon carnet de pension définitive, je remarque alors que le chiffre de ma pension est diminué (750 fr. je crois), car il m'est attribué comme ayant le titre de médecin aide-major. Je réclame, envoie un relevé, certifié conforme, de ma nomination au grade de médecin-major et je reçois aujourd'hui même la lettre suivante :

Le ministre des pensions à M. le chef de la section départementale des pensions :

J'ai l'honneur..... que le médecin aide-major X ne peut prétendre à une pension du grade de médecin major de 2e classe, ayant été promu à ce grade postérieurement à la démobilisation.

Pour le ministre... etc.

Le ministre a-t-il raison ? Je croyais que l'on devait avoir la *pension du grade que l'on avait au moment où la pension vous est octroyée pour la première fois*. Or, comme vous pouvez le remarquer, j'ai obtenu le grade supérieur en avril 1919 et ma pension ne fut accordée qu'en novembre 19.

Si c'est moi qui ai raison, pourriez-vous me dire à qui je dois réclamer et sous quelle forme ?

Dr X.

Réponse.

Le taux de la pension d'invalidité est calculé sur le grade que possédait l'intéressé au moment de la démobilisation, c'est à-dire au moment où le service actif a pris fin.

2563. — Taux de pension d'un tuberculeux de guerre. Droit de la veuve d'un pensionné de guerre.

1º Je vous serais obligé de me dire quel est le taux de la pension d'un réformé de guerre à 100 p. 100 pour tuberculose. Ce réformé est célibataire.

2º Une veuve dont le mari était réformé à 20 p. 100 pour tachycardie sans lésion orificielle et hypertrophie cardiaque a-t-elle droit à une pension ? Cet homme est devenu dans la suite tuberculeux, mais n'a pas été réformé pour cette maladie, faute d'origine. Il est décédé vraisemblablement de sa tuberculose. Il est difficile cependant de préciser quelles influences réciproques chaque maladie a pu avoir sur l'autre.

Dr M.

Réponse.

1º La pension d'un réformé de guerre à 100 % pour tuberculose est de 5.320 fr., si celui-ci se livre encore à ses travaux.

Mais cette pension peut être augmentée d'une indemnité de 5.000 fr., si l'intéressé doit cesser tout travail pour se soigner.

2º Pour qu'une veuve possède des droits à une pension, dite de réversion, il faut que le mari décédé ait été titulaire d'une pension d'invalidité de 60 % au moins.

2597. — Déduction du revenu des impôts sur les immeubles.

Je reçois ma feuille d'impôts (salaires et revenus, valeurs, profession et revenus agricoles).

Les impôts payés en 1924 et le montant des réparations faites à la propriété doivent-ils être déduits du montant du revenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ? M. le contrôleur n'a pas fait cette déduction.

Dr R.

Réponse.

Dans sa déclaration, le contribuable a le droit

de choisir entre deux modes d'évaluation de ses revenus fonciers :

Soit le revenu net servant de base à la contribution foncière ; dans ce cas, aucune déduction autre que celle de l'impôt foncier n'est admise.

Soit le revenu brut de la location et la valeur locative réelle actuelle pour les immeubles occupés par le propriétaire : dans ce cas, les frais de réparation sont à déduire.

Cependant, si ces frais ont trait à des réparations qui ne sont pas faites tous les ans, le contrôleur pourrait soutenir que seul est déductible l'amortissement de ces frais sur un nombre d'années correspondant à la période pendant laquelle ces frais ne seront pas renouvelés.

A. M.

2905. — Accident survenu à un ouvrier travaillant pour un particulier.

Un particulier fait construire une maison sans passer par l'intermédiaire d'un entrepreneur, ni même d'un tâcheron. Ce particulier embauche des ouvriers maçons, il les paye à la journée sans contrat. Un de ces ouvriers se fait mal au travail. Qui est responsable ? Actuellement, cet ouvrier ne pouvant pas obtenir de demi-salaire a intenté un procès, il a été débouté de sa demande. Que va-t-il advenir pour les frais médicaux ? Dr N.

Réponse.

La décision que vous nous rapportez est conforme à la jurisprudence en la matière et aussi aux principes de la loi sur les accidents du travail, qui n'est applicable qu'aux ouvriers travaillant pour le compte d'*un chef d'entreprise*, mais non à ceux qui travaillent pour le compte d'un particulier et qui sont considérés comme de petits patrons.

Les frais médicaux ne sont qu'un des accessoires de l'indemnité temporaire due à l'ouvrier victime d'un accident du travail. Par conséquent, s'il a été jugé que la loi sur les accidents du travail ne peut s'appliquer à l'espèce, vous ne pouvez vous faire payer par le particulier dont la responsabilité a été reconnue non engagée. Mais vous conservez votre recours de droit commun contre l'ouvrier auquel vous avez donné vos soins.

Application du Tarif Breton.

I

2660. — Interventions multiples sur une même main.

Je me permets, pour la première fois, de vous demander comment je dois établir ma note d'hono-

raires pour l'accident du travail suivant, main prise sous une scie circulaire.

1° Arrachement des 2 phalanges terminales de l'annulaire ;

2° Arrachement des 2 phalanges terminales du médius ;

3° section dans toute sa longueur, jusqu'à l'os, de l'index ;

4° section très profonde des muscles de l'éminence thénar ;

5° Plaies sans gravité du pouce et de l'auriculaire.

Le premier jour, j'ai fait : sérum antitétanique, 5 sutures à l'index, et sous anesthésie à la cocaïne, désarticulation de la phalange intra-carpienne de l'annulaire ; 2 sutures à l'éminence thénar, pansement du médius, et pansement du pouce et de l'auriculaire.

Le 4e jour, sous anesthésie à la cocaïne, j'ai, à la pince, réséqué la tête de la phalange métacarpienne du médius.

Combien dois-je compter ensuite les pansements : l'index était pansé séparément, ainsi que le pouce, le reste englobé dans un pansement commun.

Dr G.

Réponse.

1° *Le premier jour.* — Comptez directement (en deuxième catégorie). Sérum antitétanique, quinze francs, plus cinq points de suture index, 18.75, plus désarticulation annulaire, 56.25, plus deux points de suture éminence thénar, 11.25, plus certificat descriptif, 10 francs, total : 111.25.

2° *Le quatrième jour.* — Amputation partielle médius 37.50.

3° *Pansements consécutifs.* — « Pansements multiples sur un même segment de membre : 11.25 » (article 17).

F. D.

II

2663. — La minoration de 25 % existe pour la radio ou électro-thérapie.

Malgré l'exercice de la médecine générale je me suis depuis longtemps spécialisé dans la pratique de l'électrothérapie et de la radiothérapie. J'ai une installation très complète (contact tournant, table bascule automatique, diathermie, R.U.V., etc.), ayant donc à amortir, de ce chef, le même appareillage que n'importe quel radiologue.

J'ai toujours soigné, jusqu'ici, les blessés du travail, au tarif Breton, sans distinction de catégorie, et les compagnies d'assurances m'ont toujours régulièrement payé mes honoraires...

Le 31 juillet dernier, j'ai adressé à la Cie X, une note, ainsi libellée (pour un malade qui m'avait été adressé par un confrère, cas très grave, suite d'électrocution, et après que le malade avait été soumis à l'examen d'un expert électrothérapeute de Paris, ce dernier avait indiqué le traitement, mais refusé de le faire en raison de la modicité des tarifs d'assurance) :

Blessé G.

Début du traitement : 17 septembre 1924 :

Année 1924 :	
35 séances d'électricité à 12 fr........	420
8 séances de radiothérapie à 30 fr......	240
Année 1925 (majoration de 20 % du tarif Breton) :	
15 séances d'électricité à 14,40........	201 60
6 séances de radiothérapie à 36 fr.....	216
	1.097 60

Je vous joins ci-inclus la réponse de la compagnie, qui : 1° me réduit mon compte à 819 fr., alors que pour les spécialités, le tarif Breton ne comporte pas de catégories, et 2° me fait un compte machiavélique pour l'année 1925.

La Cie compte en effet : 12 fr. — 25 % = 9 fr. + 20 % = 10 fr. 80 alors qu'elle devrait compter : 12 fr. + 20 % = 15 fr. — 25 % = 11 fr. 25, et de même pour la radiothérapie, en admettant que cette réduction de 25 % soit fondée, ce que je ne puis croire : le temps passé et le prix de l'appareillage sont les mêmes pour moi que pour les confrères de grande ville.

D^r P.

Réponse.

1° « La réduction de 25 % en deuxième catégorie n'est applicable aux électro-radiologistes que pour *les soins* et ne concerne par conséquent que l'électrothérapie, etc. » (article 26), dit, à son article 15, l'arrêté ministériel du 28 juin 1921. Donc vos séances de radio ou d'électrothérapie sont minorables de 25 %.

2° « Les frais et honoraires prévus au paragraphe I à VI de l'article 26 doivent être majorés de 27 %, dit l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924.

Ces deux citations vous expliquent les calculs compliqués de la Compagnie, auxquels je ne vois rien à changer, puisqu'ils portent la minoration de 25 % d'une part pour tous vos actes de thérapeute et, d'autre part, portent la majoration de 20 % prévue depuis le 1er janvier 1925 sur votre tarif de deuxième catégorie même.

F. D.

III

2846. — La radio et l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924.

Dans le *Concours médical* du 28 octobre 25, vous répondez n° 2455, à une question de tarif, pour une radiographie posée par un confrère :

Pas de catégorie pour une radiographie, donc plus de réduction de 25 % sur le tarif, mais au contraire augmentation de 20 %. Le tarif du 24 déc. 1924 a bien supprimé les catégories, c'est-à-dire qu'une radiographie, genou, face et profil est payée

90 fr., à tous les radiographes, alors qu'autrefois seule la 1re catégorie touchait cette somme, mais en lisant le décret du 24 décembre 24, je ne vois nulle part une augmentation de 20 % sur la 1re catégorie, soit 106 fr.

Dr L.

Réponse.

L'arrêté du 24 décembre 1924 n'a nullement « supprimé les catégories pour les radios ». Celles-ci n'ont jamais existé pour les *radiographies* ou *scopies*, puisqu'il s'agit-là, non pas de *soins*, mais d'actes de laboratoire. Seules, les *radiothérapies* sont minorables de 25 % en première catégorie, puisque ce sont-là des *soins* donnés qui relèvent de l'article 15. Tout cela est bien expliqué dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, donc bien avant celui de 1924. Par contre, la *majoration de* 20 % (pour augmentation du prix des matières et objets employés en radio) est indiquée, en toutes lettres, dans l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924. Vous la trouverez au paragraphe VI, *in fine*, juste avant le paragraphe terminal intitulé « observations ».

F. D.

Application du Tarif Maginot.

2815. — Visites à un pensionné en voyage.

J'ai l'occasion de voir à mon cabinet, un ami, pensionné de guerre, ancien porteur de bacilles de Koch, actuellement très amélioré. Comme il habite Avignon (dép. de Vaucluse) depuis peu, il a encore son carnet de malade grande guerre, reçu à R. (dép. d'Ille-et-Vilaine) enfin comme je vous le dis je l'ai vu et le reverrai sans doute 2 ou 3 fois d'ici un an, à St-R. (dép. des Bouches-du-Rhône).

A qui faut-il adresser le bulletin de ce malade et ma note d'honnoraires pour ces consultations ? Il me semble que c'est au préfet des B.-du-R.

Dr L.

Réponse.

Vous auriez déjà dû adresser votre « bulletin de première visite » (faite à un malade nouveau) à la préfecture de votre *propre* département. Vous aurez de même, pour ce pensionné porteur d'un carnet d'autre département, à adresser votre note d'honoraires à votre propre préfecture laquelle, après entente avec le département originaire du pensionné, aura à vous payer *directement*.

Voir à ce sujet les articles 17 et 24 *bis* (ce dernier est nouveau et a été ajouté en 1925 à la demande de la Commission supérieure).

F. D.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 novembre.

Enseignement de la médecine.

Examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé.

Les compositions de la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé auront lieu, la première, le 3 décembre et la deuxième, le 4 décembre 1925, pour les Sections d'histologie, de bactériologie, de physiologie, de chimie, de physique, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique et de pharmacie.

Les compositions ont lieu dans chaque Faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière, d'une durée de trois heures, de 8 à 11 heures.

22 novembre.

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Lauzier, médecin chef de service de la colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le Dr Beaurain, décédé.

JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

15 Novembre 1925.

Toast du Dr Fanton d'Andon, Président du Syndicat des médecins de la Seine

Messieurs et chers Confrères,

Je vous remercie bien sincèrement de votre aimable invitation dont j'ai été très touché. En me conviant à votre banquet confraternel, vous me faites un double honneur : celui de me permettre de m'asseoir parmi vous qui représentez le summun de la défense professionnelle dans son esprit le plus pur et son efficacité la plus parfaite ; celui aussi de venir y représenter cette grande et belle famille médicale, le S. M. S., où vous ne comptez à juste titre que des admirateurs et des amis.

Qui d'ailleurs, Messieurs, de tout ce qui est médecin, pourrait ne pas admirer et aimer votre œuvre si belle, parce qu'elle est vraiment une œuvre de protection, d'organisation, et de défense de la profession médicale ? ... Si tous les médecins n'ont pas eu effectivement recours à vous, tous vous connaissent, tous vous lisent, et savent qu'ils trouveront toujours près de vous aide et assistance. Et cela, parce que tous vos loisirs, toute votre intelligence, votre énergie, votre bonne volonté, toute la générosité de

votre cœur, vous les mettez sans compter à la disposition de vos confrères pour les aider dans leur tâche quotidienne, les conseiller dans leurs crises de découragement, apaiser les conflits incessants de la profession, les défendre contre les empiètements sociaux, en un mot, améliorer constamment leur sort. L'un des vôtres, le docteur Duchesne, a dit, en parlant du *Concours médical* : « Son but essentiel est, dans tous les domaines, le mieux-être du médecin français ». Avec un but si noble et si élevé, une œuvre ne peut que grandir, prospérer, forcer toutes les admirations et recueillir toutes les reconnaissances.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, d'évoquer la mémoire de votre fondateur, M. le docteur Cézilly, et de la saluer au nom du Syndicat que je représente et en mon nom personnel. Aucune mémoire ne saurait être plus chère au cœur de tout médecin. Car celui-là fut un vrai bienfaiteur de la profession. Il en avait compris la détresse, il avait vu son absence d'organisation, l'impossibilité pour elle de résister efficacement aux exploitations sans nombre dont elle était la victime et aussitôt il se mit à l'œuvre, bien résolu à la tirer de la misère, de l'isolement, et à lui donner la place d'honneur qu'elle doit avoir dans la société à laquelle elle rend tant de services. Et comme rien n'est impossible à qui donne tout son cœur à un idéal de charité humaine, bientôt l'œuvre fut debout vivante et solide, et, en 1879 — date mémorable — le *Concours médical* était né !

Cézilly ne fut pas seulement un créateur, il fut aussi un précurseur, car son œuvre permit que d'autres, non moins utiles à la profession, vinssent au monde. Je veux parler des Syndicats médicaux, dont le *Concours médical* facilita l'apparition. D'abord timides et hésitants, ils ne tardèrent pas à être nombreux, à éclore de toutes parts et à devenir puissants et forts. Gloire et honneur, Messieurs, au docteur Cézilly dont tous les médecins doivent connaître et vénérer la mémoire !

Quant à vous, mes chers confrères, vous avez eu l'insigne honneur de continuer l'œuvre du fondateur. Dût votre modestie en souffrir, je dirai que les disciples ont égalé le maître, car vous l'avez conduite, cette œuvre, au point culminant où elle est aujourd'hui. Rien n'a rebuté votre dévouement à la profession. A la maison que vous aviez reçu mission d'administrer, vous avez ajouté deux magnifiques colonnes : le « Sou médical » et la Mutualité familiale en faisant ainsi un monument plus durable que l'airain. Vous fûtes à la peine, Messieurs, il est bien juste que vous soyez quelquefois à l'honneur !

Mes chers confrères, je bois à la santé du *Concours médical* et de son Comité de direction, je leur souhaite à tous deux longue vie et prospérité. Et en terminant, laissez-moi vous dire que je vous envie, car les générations médicales pourront dire de vous, comme du docteur Cézilly : « Ceux-là furent de bons ouvriers et ils ont bien mérité de la patrie médicale ».

Quarante-septième année — N° 50 — 13 Décembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2854-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :
Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr D., la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 529. — L'Off. de Vulgar. pharmac., 5, rue de Tracy, à Paris, dem. des agents de 30 à 40 ans, nettem. qualif. pour représ. aupr. du corps médic. de prov., div. spécialit. pharm. scientif. Appoint. fixes de début 22 à 24.000 fr. Situat. stable et d'aven. Ecr. avec référ. et curriculum vitæ : O.V.P., 5, rue de Tracy, Paris (2e).

No 530. — Méd. exerc. médec. génér. et dentisterie, dem. pour l'aider conf. actif à qui il apprendra notions dentist. Fixe, pourcentage.

No 531. — Nord, banl. Valenciennes, beau poste, rapp. 40.000, avec avenir certain, belle mais. 7 p., élect. chauff. cent., garage. Très pressé.

No 532. — A céd. au plus offr. : 1o pet. inst. radiol. mod. Gaiffe de camp., bon ét. de marche, av. 2 amp. et 2 soup. (cour. altern. 110 v.) ; 2o meuble d'Arsonval-Gaiffe compl. av. exc. transform. ét. neuf (20 ampères), et tabl. S'ad. Dr Bertaux, à Meaux.

No 533. — Infirm. femme de service, sach. donner menus soins, est demandée pour clinique chirurg. banl. S'ad. Dr Bertaux, à Meaux.

No 534. — A vend. Bouchard et Brissaud, Traité de médecine. Duplay et Reclus, Traité de chirurgie, 2e édit., relié. Etat neuf.

No 535. — Vve de méd. dés. place chez doct. pour diriger intérieur ou comme dame de comp.

No 536. — Polyclin. 136, rue Damrémont, dem. spéc. O.R.L. cond. à déb. S'ad. de 10 h. à 12 h., sauf le samedi.

No 537. — Famille poss. belle propriété à 40 km. Paris prend. pens. conval. ou non, isolés ou ménage.

No 538. — A céd. urg. bon poste prop. dans gros bourg Morbihan. Rapp. 35 à 40.000. Bail en cours, 800 fr. Faible ind. à déb. Dr Girod, Carentoir (Morbihan).

No 539. — Eure. Anc. client. intér. près Paris, facil. transm. susc. augm., à céd. au 1er janv. 1926. Méd. génér., acc. trav. Pet. ville agréab., pays riche. Logem. assuré, villa av. jard., eau, gaz, électr. Prix à déb.

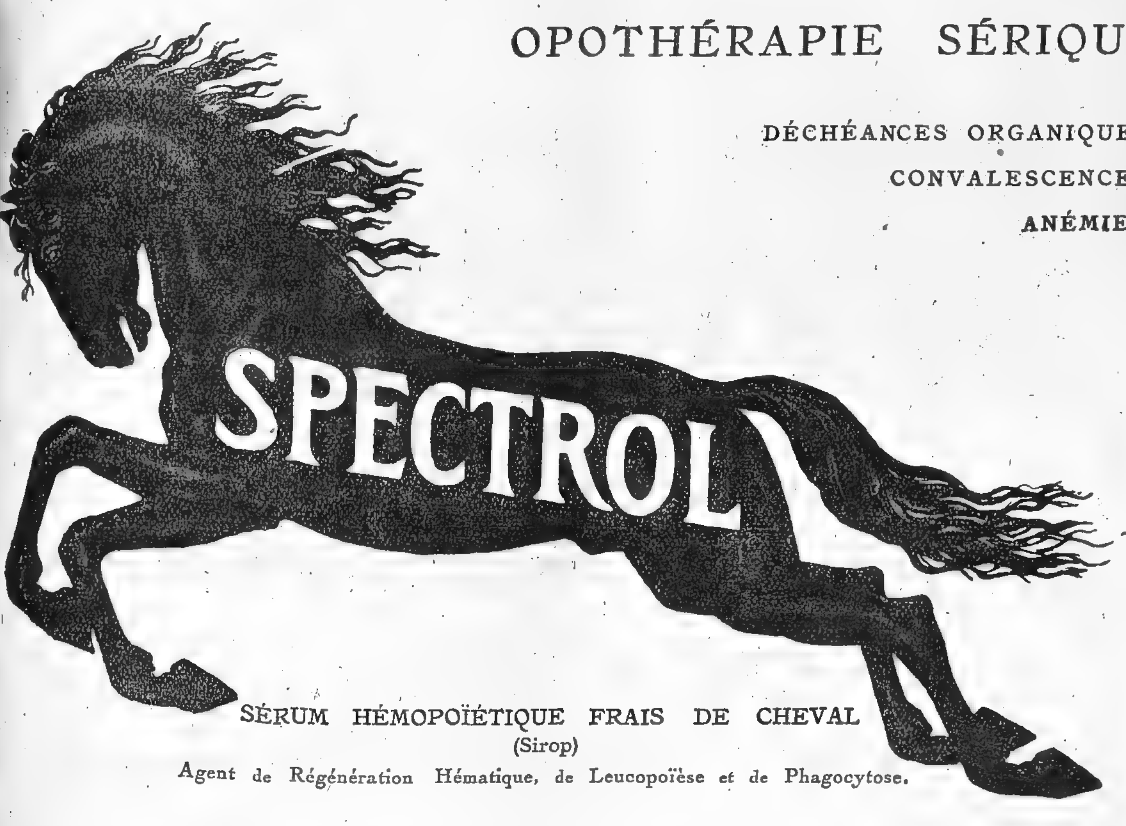
No 540. — Chiots cokers et épagneuls bretons exc. famille. Dr Bedin, Jonchery-s.-Vesle (Marne).

No 541. — Lorr.-Dietrich. 6 cyl. 15 CV, freins av., carr. transf. fin 1924. Etat neuf. Prix avant. Dr Massart, 15, boul. des Invalides, Paris.

No 542. — Paris. Dr dés. acquér. quart. assez central, clin. des mal. vénériennes et cutanées en plein fonctionn. Dr C., 140, faub. Poissonnière.

No 543. — Sud-Ouest. Client. rur. dans cant. très agréab. (chasse-pêche), fais. 100.000, belle mais. av. salle bains, parc. Prix : 45.000, S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 544. — Paris. Très belle clin. à céd., pet. chirurg. gyn. v. u., 5 pièces, bien aménagée, tenue très peu de temps, à dévelop. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 35-46.



LÉGISLATION FISCALE

Majorations sur les impôts.

Une loi du 4 décembre, publiée au *Journal Officiel* du 5, majore les rôles de diverses contributions directes émis ou à émettre au titre de l'année 1925.

Sont notamment majorés :

De 25 % l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

De 20 % l'impôt général sur le revenu.

Ne sont pas soumis aux majorations les articles dont le montant est inférieur à 100 fr., en ce qui concerne l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

La loi décide que les contributions, impôts, taxes, produits établis pour l'année 1925 et les années antérieures, recouvrés comme en matière de contributions directes, seront exigibles en totalité dès la publication des rôles. Les cotes restant à payer sur articles compris dans les rôles publiés depuis le 1er janvier 1925 seront exigibles dès l'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire tout de suite.

Seront majorées du dixième les sommes restant à payer au 1er janvier 1926 sur les articles compris dans les rôles publiés antérieurement au 1er décembre 1925, par exemple, les sommes dues pour l'impôt cédulaire ou l'impôt général sur le revenu dont les rôles ont été publiés en octobre dernier.

Seront exonérés de cette majoration les contribuables qui sont créanciers de l'Etat, par exemple, les attributaires de dommages de guerre.

Les majorations instituées par la loi, et relatées plus haut, seront exigibles en totalité à partir du 1er janvier 1926, en ce qui concerne les articles compris dans les rôles publiés avant le 1er décembre 1925.

Seront augmentées du dixième toutes sommes restant à payer le 1er mars 1926 sur les majorations afférentes aux cotes comprises dans les rôles publiés avant le 1er janvier 1925.

Ces majorations seront, en ce qui concerne les sinistrés des régions libérées, imputables sur les sommes dues par l'Etat pour dommages de guerre.

Pour prendre un exemple des majorations sur les impôts cédulaires et général sur le revenu, supposons un médecin qui aura déclaré 30.000

francs de bénéfices professionnels et 40.000 francs de revenu global, marié, ayant des enfants qui ne sont plus à sa charge.

Il aura à payer, comme impôt sur le revenu

des professions non commerciales....	1.656
Plus une majoration de 25 %.....	414
Comme impôt général..........	792
Plus une majoration de 20 %.....	158 40
Total	3.020 40

Pour éviter une majoration complémentaire du dixième sur ces sommes, il devra payer :

Au plus tard le 16 janvier prochain :

L'impôt sur le revenu professionnel, soit..........................	1.656
L'impôt général sur le revenu, soit.	792
Ensemble.................	2.448

Et avant le 1er mars 1926, les majorations de ces deux impôts, soit :

Majoration sur l'impôt professionnel	414
Majoration sur l'impôt général....	158 40
Ensemble	572 40

J. DUMESNY.

LES FORCES OCCULTES

Le sourcier des Eyzies-de-Tayac

Préambule. — Il est inutile, je pense, de répéter ici des aperçus rapides et succincts que j'ai publiés, à ce jour, et qui ont fait le tour de la presse.

J'ai pris l'engagement de continuer de développer et de préciser les expériences déjà effectuées sur le terrain et l'examen clinique et physiologique qui en dépend.

Expériences. — Le sourcier *Saphore* a eu les yeux bandés et a été conduit, par le bras, par l'un de mes amis, dans toute l'étendue de mon parc du Buisson, qu'il avait déjà exploré, un mois à l'avance, sans bandeau sur les yeux. Saphore avait été invité à déterminer, sur le terrain, les divers endroits sous lesquels des nappes d'eau se trouvaient, avec indication de leur importance relative et la profondeur approximative où on les rencontrerait, par le forages Les diverses indications des deux expérience. ont sensiblement coïncidé. La preuve de la lucidité de ce sourcier me paraît concluante. Ce qui m'a surtout frappé, c'est qu'il a déterminé la profondeur de l'un de mes puits absolument recouvert d'une fermeture inamovible en bois

Le chiffre qu'il m'a donné, les yeux fermés, répond en effet à la réalité. Saphore est âgé de 37 ans. Il s'occupe de la recherche des sources depuis l'âge de 16 ans. Il a été initié, non pas aux secrets, mais seulement aux premiers éléments de son *art*, par son oncle, sourcier à Vélines. On pourrait peut-être y voir une *aptitude familiale*. Il serait curieux de rechercher si, dans ce coin fameux des Eyzies, nos ancêtres de la préhistoire auraient laissé, en dehors des vestiges matériels millénaires, sous forme d'ossements, d'outils, de dessins, etc. des chaînons ataviques de leur séjour manifestés, par exemple sur Saphore, par des facultés divinatoires, dans leur lutte pour la vie et contre les éléments météorologiques, par la recherche des nappes d'eau souterraines. Un bon sourcier, dit Saphore, doit posséder quelques connaissances géologiques, sous peine d'avoir des mécomptes dans le forage des puits. Il prétend que la baguette de coudrier n'est pas indispensable pour découvrir les sources : il y a renoncé depuis longtemps. Elle a, d'après lui, servi de supercherie entre les mains de *faux sourciers* peu scrupuleux. La pratique de sourcier, dit-il, repose sur une base fixe et unique : la sensation *objectivo-sensitive* qu'il éprouve, surtout dans les bras, au niveau des épaules, lorsqu'il est *attaqué par l'eau* (sic). Cette sensation, manifeste pour les spectateurs, se traduit par des *secousses cloniques*, localisées au niveau des épaules. On prétend que, même en automobile, il lui est souvent arrivé d'être *attaqué par l'eau*. Cette manifestation *objectivo-sensitive* éloigne toute idée de *secret*, au sens rigoureux du mot. L'un de ses ouvriers affirme le voir pâlir, lorsqu'il arrive sur une nappe d'eau souterraine. Saphore se prétend *fatigué*, *énervé*, à la suite des recherches. Il se produit souvent, chez lui, des malaises *gastro-intestinaux*, d'intensité variable. Au total, c'est le réflexe *viscéro-sensitif* qui, d'habitude, domine la scène. Saphore se montre capable de discipline *psychomotrice*, pour régler son *activité cérébrale* et son activité musculaire, associées ou peut-être antagonistes. A mon humble avis, le cas de Saphore relève d'une *psychose* spéciale, encore inexplorée : c'est une page blanche, dans la *nosologie*. Il ne peut être, ici, question de *délire sensoriel*, ni d'*hallucination de la vue, de l'ouïe, de l'odorat*, ou *du tact*. Cette faculté est trop vague pour pouvoir l'étiqueter scientifiquement.

Voici le résumé de mes expériences *clinico-physiologiques* : rien d'anormal dans la marche et dans l'attitude. Il a de l'hyperesthésie cutanée. Le réflexe rotulien, au lieu de se manifester sur la jambe, est visible au niveau des épaules, lorsqu'il est *attaqué par l'eau*. Avant et après l'expérience, le pouls était de 120. Il prétend avoir un sommeil agité, surtout pendant l'été.

Quelle est l'origine et la cause de ces symptômes sensitivo-moteurs ? Se trouve-t-on, ici, en présence de propriétés encore inconnues de l'eau souterraine, un peu analogues peut-être à la *radioactivité*, mais que certains organismes seuls,

tels que les sourciers, sont capables de *capter*, par la réception *du choc* dont parle Saphore ? Peut-il y avoir assimilation avec les sources d'*énergie électrique*, perceptibles indistinctement par tout le monde ; conditionnées par le volume, la vitesse de chute, voltage ordinaire ? On ne saurait le dire. Dans tous les cas, cette faculté spéciale de *prévision des sources* peut-elle être considérée comme une *névropathie* spéciale encore inconnue ? Cette propriété spéciale de l'eau souterraine sur certains organismes, les *sourciers*, est peut-être intermédiaire entre l'*électricité* et la *radioactivité* ? Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle se porte, de prédilection, sur les systèmes *sympathico-vagues*, avec manifestations visibles sur les bras. Elle affecte la nature *subconsciente du sourcier*. Le facteur *psychique polymorphe* doit aussi entrer en ligne de compte, pour établir la totalisation de la faculté spéciale du sourcier impressionnée par cette force mystérieuse, véritable emprise, imprimant *le choc* particulier énoncé par *Saphore*.

La perception de ce *choc*, est constituée par un trépied : le *seuil de l'excitation*, la *rapidité d'adaptation* pour isoler cette excitation, l'*acuité totale* de ce choc.

On sait qu'on a réparti les hommes en *syntones* et en *schizoïdes*. Les premiers sont les hommes d'action, *accordés* aux circonstances ; les seconds *désaccordés*, isolés, réfugiés en eux-mêmes, sont les rêveurs. Je crois que, malgré certaines apparences, Saphore appartient à la première catégorie, parce que le but de son action est utile et pratique, en direction de sa volonté.

Au total, la caractéristique du *sourcier* est la *téléaquipathie* ou la *téléaquiphilie*.

Dr Ed. CROUZEL,
(Le Buisson, Dordogne).

Modifications au Tarif Breton

Circulaire 57 de l'Union des Syndicats (1)

Au cours de l'année, plusieurs syndicats ont, dans leurs assemblées générales, fait observer que le tarif Breton, établi en 1920, n'était plus en accord avec le coût actuel de la vie.

Par ailleurs, les délégués de l'Union à la sous-commission du tarif Breton ont eu récemment l'occasion (27 octobre) d'engager des pourparlers préliminaires, au sujet de certaines additions et précisions à apporter au T.B.

Nous communiquons ci-dessous aux Syndicats un rapport établi sur cette question par le Dr DECOURT, président de l'Union, délégué de l'Union à la commission du T.B.

Les Syndicats voudront bien en prendre connaissance et faire le nécessaire pour que leurs délégués

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, 1er novembre 1925.

à l'Assemblée générale de l'Union soient mandatés sur ces différents points.

Paris, le 5 novembre 1925.

Le Secrétaire général,
Dr E. LENGLET.

Rapport du Dr DECOURT, *membre de la Commsision du T. B.*

« Ayant eu, depuis 1920, date du tarif Breton, l'occasion de répondre à environ 1.500 lettres de confrères, portant sur plus de 2.500 questions, concernant l'application du tarif Breton, j'ai pu noter, en outre des additions et précisions déjà effectuées, par la Commission du tarif, dans l'Arrêté ministériel du 28 juin 1921, une nouvelle série de demandes de confrères, au point de vue d'une amélioration analogue à apporter. Je n'ai retenu que les demandes répétées plusieurs fois et paraissant répondre à un réel besoin. Il est, en effet, dans un tarif *général*, impossible de satisfaire à tous les *cas d'espèces*.

J'ai donc retenu près d'une vingtaine de ces suggestions, que j'ai réunies et présentées *à titre strictement personnel* à M. SUMIEN, le président de la sous-commission du T.B., en le priant d'en faire part, *à titre documentaire*, aux délégués patrons et assureurs, en leur demandant si, de leur côté, ils avaient aussi quelques additions ou précisions à proposer, de façon à saisir ensuite de la question nos groupements respectifs, en vue des décisions à prendre, dans la suite, d'après les mandats qui nous seraient donnés par ceux-ci à ce sujet.

M. SUMIEN préféra nous réunir, au préalable, pour un premier aperçu en commun, sans qu'il soit, naturellement, question de décisions à prendre. Cette réunion eut lieu le 27 octobre, et, de cette première étude en commun, résulta l'avant-projet suivant que QUIVY et moi, nous soumettons, comme il en avait été convenu, à l'Union des Syndicats dont nous sommes tous deux, les délégués à la sous-commission du tarif Breton.

***

Pour plus de simplicité, nous suivrons l'ordre même des articles du tarif :

ART. 3. — *Heures anormales.* — Plusieurs confrères m'avaient demandé de proposer une majoration pour certaines heures anormales proches de celles dites de nuit, soit de 6 à 8 heures et de 19 à 21 heures.

Ma proposition de majoration de 100 % ou tout au moins de 50 %, comme celles du dimanche, ne fut pas prise en considération par la sous-commission.

ART. 12. — *Anesthésie locale.* — Il en fut de même pour l'anesthésie locale, par exemple celle « en bague » pour interventions sur les doigts.

ART. 16. — *Vaccins bactériens.* — Devraient-ils être assimilés en tarification à « injection de sérum antitoxique = 20 fr. » ?

La question fut ajournée pour étude.

ART. 16. — Proposition : *Injection modificatrice Calot* = 20 fr. par analogie avec l'injection antitétanique.

Ajourné pour étude.

ART. 17. — Proposition : *Extirpation d'hygroma du genou* = 150 fr. C'est là autre chose qu'une simple « incision d'hygroma = 20 fr. » ou même « extirpa-

tion de bourse séreuse = 40 fr. » notées au tableau terminal des « Avis » insérés dans l'arr. du 28 juin 1921.

Projet de la sous-commission : « Extirpation complète de la bourse séreuse prérotulienne = 100 fr. »

Art. 17. — Proposition : Ajouter *in fine* : *Incision et drainage de phlegmon de la main* = 100 fr.

Projet de la sous-commission : 2 cas :

« *a*) Abcès sous-aponévrotique de la paume de la main = 35 fr. ;

b) Incision, contre-ouverture, et drainage d'un phlegmon sous-aponévrotique de la main = 100 fr. »

Art. 18. — Proposition : Tarifer la *fracture du nez*.

Projet de la sous-commission : *statu quo*, l'intervention chirurgicale spéciale pour ce cas n'existant pas.

Art. 18. — Proposition : Après ostéosynthèse de l'olécrâne, ajouter « *Ostéosynthèse de la clavicule* = 200 fr. »

Accepté par la sous-commission.

Art. 19. — Proposition : Réduction et contention simple de la *luxation de la clavicule* = 50 fr., par analogie avec la fracture.

Projet de la sous-commission : « Réduction de luxation de la clavicule par méthode sanglante = 150 fr. » (cette méthode étant la seule réduisant vraiment une telle luxation).

Art. 19. — Proposition : Réduction d'une *luxation vertébrale* = 75 fr., par analogie avec luxation de l'épaule.

Ajourné pour étude par la sous-commission.

Art. 21. — Proposition : Spécifier *empyème avec* ou *sans résection costale*.

Projet de la sous-commission : « sans résection = 100 fr. ; avec résection = 200 fr. »

Art. 21. — Proposition : *Curage digital utérin*, idem curetage utérin = 100 fr. (Curieux cas récent d'un accident du travail par chute.)

Accepté par la sous-commission.

Art. 23. — Proposition : *Incision de furoncle du conduit de l'oreille* = 35 fr., par analogie avec « incision d'un panaris de la gaine ».

Projet de la sous-commission : « Incision d'abcès profond du conduit auditif externe nécessitant l'intervention d'un spécialiste = 30 fr. »

Art. 28. — Proposition : *Tarification intermédiaire entre* « brûlure moyenne = 15 fr. et « grande brûlure = 50 fr.. » D'où : « *Brûlure comprenant* 2 *segments de membre ou surface analogue* = 30 fr. »

Accepté.

Art. 28. — Projet de la sous-commission :

« a) *Brûlure moyenne de la face* (étendue comparable à la paume de la main = 30 fr. »

b) *Brûlure de la majeure partie de la face* = 50 fr. »

Art. 28. — Proposition : Mettre en renvoi à cet article 28 que : « le pansement des brûlures étant une intervention à tarif spécial, « avis préalable » doit être donné au patron ou à son assureur substitué, de toute série à prévoir de *plus de cinq pansements de brûlure*, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ». Ceci pour prévenir les confrères et éviter bien des litiges, alors que des médecins traitants ont oublié de se conformer à cet article 7, si éloigné de l'article 28.

Accepté par la sous-commission.

Art. 28. — Proposition : Ajouter la *transfusion du sang*, avec dispositions semblables à celles adoptées par la commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre.

Ajourné pour étude.

Art. 28. — Proposition : *Extirpation d'un corps étranger semi-superficiel décelable seulement par radio* = 100 fr., par analogie avec « épluchage d'une plaie étendue et profonde ». Le manque de tarification intermédiaire entre l'extraction d'un corps étranger superficiel à 20 fr., et celle d'un corps étranger profond nécessitant

(*Voir la suite page LI-2903*)

PROPOS DU JOUR

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Les journées des 3, 4 et 5 décembre, pendant lesquelles ont eu lieu les séances de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, ont été marquées par les discussions passionnées et les scènes tumultueuses que nous avions prévues et que nous ne saurions assez déplorer. Comme le disait un des délégués que nous avons entendu : « Nous ne devons pas ici jeter de l'huile sur le feu, mais en mettre dans les rouages. »

Aussi faisons-nous un pressant appel, non à ceux qui dirigent les Syndicats médicaux, mais *à tous les Syndicats et à tous les syndiqués* pour qu'ils imposent l'entente et l'union. Cette union, qu'il serait très facile de réaliser, si chacun faisait abstraction de ses blessures d'amour-propre et d'un faux point d'honneur à ne pas céder, est plus que jamais, à l'heure actuelle, nécessaire au corps médical. Grave serait la responsabilité de ceux qui, en un moment aussi critique, provoqueraient une dissidence. Il faut qu'on s'entende à tout prix.

J. Noir.

***

Les relations médicales extérieures.

Deux intéressantes manifestations : L'Assemblée générale de l'Association des relations médicales avec l'étranger A. D. R. M. — Le banquet d'automne de l'Union médicale franco-Ibero-américaine.

Deux grandes manifestations viennent d'avoir lieu, qui montrent à la fois les efforts méritoires que nous faisons pour développer les relations entre les médecins français et étrangers et l'importance des résultats obtenus.

La première a été l'Assemblée générale de l'A. D.R.M. qui a eu lieu le 17 novembre dans la superbe salle du Conseil de la Faculté de médecine sous la présidence de M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris, assisté du Pr Roger, doyen de la Faculté, et du Pr Hartmann, président de l'A.D. R.M. Une soixantaine de membres de l'Association assistaient à l'Assemblée.

Après une courte allocation du Doyen qui, avec sa claire et simple éloquence, exposa à M. le Recteur le but et l'historique de l'A.D.R.M., le Pr Hartmann qui, nous pouvons l'affirmer, est plus que l'animateur, mais l'âme même de l'A.D. R. M., a indiqué ce que l'Association avait accompli au cours de l'année 1925. Le Congrès médical franco-polonais, la réception des médecins tchécoslovaques, une très active correspondance, des renseignements précis donnés à de très nombreux étrangers au siège social par la secrétaire, Mlle Huré, qui, avec une inlassable bonne grâce et un dévouement qu'on ne saurait trop reconnaître, répond à chacun et documente tout le monde un peu sur toutes les questions, indiquent toute l'importance du rôle que remplit l'Association avec des ressources que nous sommes en droit de qualifier d'insignifiantes.

Ce n'est pas tout : l'A. D.R.M. s'efforce de renseigner ses membres sur ce qui peut les intéresser à l'étranger. C'est dans ce but qu'elle invita le Commissaire du Peuple de l'U.R.S.S. à la santé publique de venir exposer à son siège, Salle Béclard, dans une réunion privée, devant les seuls membres de l'Association, quelle était l'organisation sanitaire de la Russie soviétique. Cette conférence, dont nous avons donné ici un compte rendu exact, a fait quelque bruit. Vivement critiqué à droite, violemment insulté à gauche, M.

le Pr Hartmann, rendu responsable de ce « scandale », mérite d'être remercié, car ces critiques et ces insultes montrent qu'il est resté dans la juste mesure. Il est singulier d'entendre des médecins très distingués se plaindre qu'on ait tenté de les renseigner sur ce qui se passe en Russie au point de vue de la santé publique, et cela, par la personne la plus compétente, qui, d'ailleurs n'a pas donné la situation de son pays comme un modèle.

Est-ce à dire pour cela qu'à l'A. D. R. M. on considère le bolchévisme comme l'idéal de la civilisation ? Si l'organisation de l'avortement légal en Russie que nous trouvons cynique nous choque profondément, nous connaissons cependant plus d'un médecin qui met sur le même rang l'indiscutable et coupable tolérance de l'avortement dans des pays trop civilisés où le mobile principal de cette action criminelle n'est certes pas, comme à Moscou, la misère. Peut-être leCommissaire du Peuple à la Santé Publique serait-il en droit de répondre aux critiques acerbes, formulées à ce sujet, par quelques versets de l'Evangile selon Saint Mathieu, où il est question de la Paille et de la Poutre ?

Quant à nous, nous remercions le Pr Hartmann des efforts qu'il a faits pour multiplier nos utiles relations avec l'Etranger et pour nous renseigner sur tout ce qui peut nous intéresser dans le monde au point de vue médical.

***

La seconde manifestation plus récente, le banquet d'automne de l'U.M.F.I.A., a été une apothéose.

L'U.M.F.I.A., sœur aînée de l'A.D.R.M. puisqu'elle existait quelques années avant la guerre, et qui, dans les limites qu'elle s'est tracée, la seconde de son mieux, a borné son action à la presqu'île ibérique et aux républiques latines du continent américain.

Elle s'efforce de faire bon accueil aux médecins de langue espagnole ou portugaise qui viennent en France, organise de fréquents dîners en leur honneur, leur procure l'occasion de faire des conférences dans des services hospitaliers ou à la Société des Chirurgiens de Paris. Nous avons d'ailleurs donné ici le compte rendu de plusieurs de ces conférences.

Sous l'énergique impulsion de ses directeurs, les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Molinéry, Digeon et autres, l'U.M.F.I.A. a pris depuis peu de temps un développement prodigieux, développement si étonnant que d'aucuns en ont suspecté même la réalité.

Le banquet du 30 novembre à l'Hôtel Continental a été une démonstration magnifique de cette prospérité.

Sous la présidence de M. le Pr Jean-Louis Faure, en présence de M. Georges Leygues, ministre de la Marine, et de Mme Boas de Jouvenel, secrétaire générale de la « Bienvenue Française », 300 médecins espagnols, portugais, ibéro-américains et français ont pris part à la fête.

Les convives étaient de marque. Parmi les étrangers, outre un conseiller de l'Ambassade d'Espagne, le Consul général d'Espagne, le Consul général de la République Argentine, étaient présents le Doyen de la Faculté de Médecine de Sucre (Bolivie), des professeurs de Santa Fé de Bogota (Colombie), de Rio de Janeiro (Brésil), de Montevideo (Uruguay), de Buenos-Aires (Argentine), de Caracas (Venezuela), de la Havane (Cuba), de Madrid, de Barcelone, etc., etc.

Parmi les Français, une quinzaine de membres de l'Académie de Médecine, dont le secrétaire général, Pr Achard, une vingtaine de professeurs de la Faculté, un nombre notable d'agrégés, le Pr Vincent, médecin inspecteur général en retraite, le Pr Gley, du Collège de France, le Pr Roule, du Muséum d'Histoire naturelle, M. le Doyen de la Faculté de Montpellier, le Président de l'Association générale des Médecins de France, le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, plus de vingt représentants de journaux médicaux français, une dizaine de rédacteurs médicaux de nos grands journaux d'information, un grand nombre de spécialistes et de praticiens distingués ; enfin quelques dames dont les toilettes claires égayaient la réunion qui, cependant, n'avait rien d'austère.

Le quintette de l'Orchestre médical, dirigé par notre ami, le Dr Destouches, du *Courrier médical*, avec son grand talent de musicien et un dévouement tout confraternel, donnait son concours à la fête.

Au champagne, après que le Secrétaire général Molinéry eut énuméré les nombreuses excuses, quelques-unes comme celle de M. le Doyen de la Faculté de Paris et celle de M. le Dr Beckers (du *Bruxelles médical*) exprimées par des lettres plus particulièrement flatteuses pour l'U. M. F. I. A., s'ouvrit le feu roulant des toasts.

Chaque nation représentée eut un interprète pour exprimer les sentiments des médecins de son pays pour la France et le Corps médical fran-

çais. Du côté français, Mme Boas de Jouvenel, en quelques mots charmants, félicita les organisateurs au nom de la « Bienvenue française ». M. le Pr Roule, du Muséum d'Histoire naturelle, évoqua, en une allocution fort spirituelle, la mémoire de Constant Duméril, un de ses prédécesseurs au Muséum, professeur de clinique médicale et naturaliste éminent, qui, pour ses recherches sur les venins des serpents, eut de si cordiales relations avec ses confrères de l'Amérique du Sud.

Le Doyen de Montpellier, M. le Pr Euzières, rappela les attaches qui lient à l'Espagne son antique Faculté depuis ses lointaines origines.

Le Dr Decourt, au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, exprima le désir de voir les membres de l'U. M. F. I. A. l'aider à constituer l'Union internationale des médecins praticiens dont le projet vient de prendre corps à Londres.

Appelé, bien que sans mandat, à prendre la parole comme journaliste médical, nous avons profité de l'occasion pour remercier nos amis ibéro-américains de leur générosité pour notre caisse de secours pendant la guerre et pour rappeler la visite que nous firent, à l'époque la plus critique de 1918, au *Concours médical*, les jeunes médecins Uruguayens, conduits par notre ami Molinéry, qui voulurent bien accepter un modeste déjeuner que les restrictions alors imposées rendaient plus que frugal.

M. le Ministre, Georges Leygues, félicita l'U. M. F. I. A. de son action, des résultats obtenus dont le banquet donnait une preuve si remarquable.

Enfin, le Président de l'U.M.F.I.A. Dartigues, avec sa fougueuse éloquence, rendue encore plus émouvante par les acclamations unanimes qui le saluaient, remercia en des termes chaleureux invités et collaborateurs. Il fut le héros de la fête.

Le Président du banquet, le Pr Jean-Louis Faure, lut alors un très remarquable discours, merveille d'éloquence, où dans un style prestigieux, il sut avec une délicatesse surprenante, faire l'éloge de l'Espagne, du Portugal et des démocraties américaines latines, qui se détachèrent de leurs mères patries, dans le sang et la douleur, comme les enfants se détachent de leurs mères à leur naissance, mais qui ont su conserver et cultiver leurs langues nobles et harmonieuses, les brillantes qualités de leurs races et la fierté légitime de leurs origines.

Le discours du Pr Jean-Louis Faure mérite d'être lu en entier et nous espérons que l'U.M. F. I. A. nous permettra, en l'éditant, de le savourer de nouveau.

Le banquet fut clôturé par les acclamations les plus enthousiastes. Un concert brillant et un bal terminèrent une soirée qui comptera dans l'histoire des relations franco-ibéro-américaines.

Les animateurs de l'U.M.F.I.A. ont le droit d'être fiers.

Nous souhaitons voir se renouveler pareille manifestation ; nous disons bien *pareille*, car il ne nous paraît guère possible d'en organiser de plus belle.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE

Par le Dr Georges HENRY,

Directeur du Bureau d'Hygiène de Malakoff.

La dysenterie amibienne fait partie du grand groupe des maladies à détermination intestinale (fièvre typhoïde, choléra, dysenterie bacillaire) c'est dire que nous trouverons dans son étude, tant au point de vue épidémiologique que prophylactique, beaucoup de caractères communs à ces affections.

La dysenterie amibienne se différencie de la dysenterie bacillaire par plusieurs caractères essentiels, notamment et surtout par sa cause parasitaire : l'amibe dysentérique.

Répartition géographique.

Cette variété spéciale de dysenterie est l'apanage des pays chauds, elle est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche de l'équateur. L'Inde, l'Indo-Chine, la Cochinchine, tout l'Extrême-Orient la voient régner à l'état endémique. Le continent africain tout entier est son domaine, elle est cependant relativement rare en Algérie.

Dysentérie autochtone. — Mais de même que l'observation de certains faits a montré que la dysenterie bacillaire, qui est surtout l'apanage des pays tempérés, était loin d'être absente sous les tropiques, de même on a pu constater un certain nombre de cas d'amibiase dans les zones tempérées, voire même froides, chez des sujets qui n'avaient jamais quitté le territoire métropolitain. Ces faits se sont multipliés depuis la guerre ; les troupes de couleur ont constitué chez nous de véritables réservoirs de virus et les contacts des Européens avec les pays à endémie amibienne se sont multipliés.

Avant la guerre. — Le premier cas d'amibiase autochtone rencontré dans la littérature médicale est signalé par QUINCKE et ROSS en 1893. Il s'agit d'une femme vivant à Kiel, qui a présenté tous les symptômes d'une dysenterie à allure chronique ; l'examen microscopique des selles révéla la présence d'amibes à endoplasme granuleux et à ectoplasme myalin, animés de ômouvements pseudopodiques évidents. Ce que l'on sait maintenant de la dysenterie amibienne nous permet de penser qu'il s'agissait bien là d'un cas d'amibiase.

Plusieurs cas analogues furent publiés dans la suite (Boas, Manner, etc.), certains purent même être vérifiés à l'autopsie. En 1904, DOPTER publie les premiers cas constatés en France et qui démontraient nettement la transmissibilité de la dysenterie amibienne dans notre pays.

Il s'agissait de deux jeunes soldats coloniaux, n'ayant jamais quitté la France et présentant une amibiase intestinale typique, vérifiée par l'examen microscopique, confirmée par l'inoculation au chat ; ces soldats vivaient dans une chambrée qu'occupaient également des soldats rapatriés des colonies, atteints eux-mêmes de dysenterie amibienne, elle aussi constatée.

Depuis lors, de nombreuses observations furent publiées, dues à Billet, Lemoine, Rouget.

Dans tous les cas précités l'origine de la maladie pouvait être, sinon catégoriquement affirmée, tout au moins soupçonnée.

En voici d'autres où vraiment on ne saurait dire quelle a été l'origine de la contagion.

LANDOUZY et DEBRÉ citent le cas d'un marinier qui meurt cachectique, et chez lequel on trouve, à l'autopsie des lésions de dysenterie amibienne. Cet homme n'avait pas quitté la France et, depuis douze ans, n'avait jamais vécu hors de son bateau.

DAMON publie l'observation d'un soldat colonial, vivant dans une chambrée occupée par de jeunes soldats, qui n'avaient pas encore quitté le territoire métropolitain.

Ce faisceau d'observations suffisait à montrer :

1° Que l'amibiase n'était pas l'apanage exclusif des pays chauds ;

2° Qu'elle pouvait se développer dans les pays tempérés, soit par contagion, au contact de sujets l'ayant rapportée des zones d'endémie tropicale, soit d'une façon autochtone sans contact infectant au moins apparent.

Depuis la guerre. — Dès septembre 1914, on a pu observer, au milieu des atteintes de dysenterie bacillaire des cas de dysenterie amibienne parmi les soldats originaires de Tunisie ou d'Algérie, ce ne sont que des rechutes qu'il est classique d'observer en pareil cas ; mais la vie de tranchées et le caractère de stationnement pris par la guerre augmentent la souillure du sol,

l'amibe dysentérique se répand alors aisément ; dès 1915 les premiers cas apparaissent dans les troupes métropolitaines et dans la population civile des villages occupés par les troupes.

Ravaut et Kromilitzky, en 1915 et 1916, mettent les premiers en évidence ce brusque développement de la dysenterie amibienne ; ils montrent que les défaillances fatales de l'hygiène dans les tranchées, l'occupation par les troupes métropolitaines des tranchées abandonnées par les troupes d'Afrique contribuent puissamment à cette transmission.

Job et Ernout signalent, à la même époque, le cas d'un militaire qui, dès son arrivée au Maroc, présente les symptômes d'une amibiase indiscutablement contractée sur le front français.

Rist et Rolland publient les premiers cas de localisation hépatique d'une amibiase contractée en France.

Et les observations se multiplient, dues à Rathery, Fiessinger, Orticoni.

Un état d'endémie latente inconnu avant la guerre s'est installé progressivement à la suite des apports venus de nos possessions coloniales. On rencontre l'amibe en la cherchant méthodiquement dans des cas ou rien ne permettait de l'incriminer *a priori*. Cette dysenterie autochtone ne diffère de la dysenterie amibienne des pays chauds ni par son agent étiologique ni par ses lésions anatomopathologiques. C'est ce qui a permis à Pauron de considérer que cette amibiase née en France ne méritait plus le qualificatif d'autochtone, qu'elle se confondait avec l'amibiase des pays tropicaux, d'où elle dérivait directement par contagion connue ou inconnue.

Marche des épidémies. — Contrairement à la dysenterie bacillaire qui est épidémique, la dysenterie amibienne sévit sous la forme endémique. Elle règne en permanence d'un bout de l'année à l'autre, avec toutefois, dans les pays où les saisons sont bien tranchées, des recrudescences pendant la saison chaude. En Europe même, on a parfois pu constater, greffées sur le fond endémique, de petites épidémies mais qui n'ont jamais pris l'allure extensive de la dysenterie bacillaire.

Etiologie. — Il est admis aujourd'hui que l'amibiase reconnait un unique agent : *Entamœba dysenteriæ*, mais la notion du rôle pathogène de ce parasite ne s'est établie que lentement et progressivement à la suite d'un nombre considérable de travaux.

L'historique de nos connaissances sur l'amibiase peut se diviser en trois périodes :

Au cours de la première, les amibes sont découvertes chez l'homme, leur pouvoir pathogène est entier mais discuté.

C'est avec lses travaux de Lösch que commence vraiment en 1875 l'étude de la dysenterie amibienne. Dans les selles d'un jeune paysan d'Archangel, atteint de dysenterie chronique, Lösch découvre une amibe dont il donne pour l'époque, une bonne description. Il considéra ce protozoaire comme un nouveau parasite qu'il désigne sous le nom d'*amœba coli*. Il a certainement attribué un rôle pathogène à ces amibes puisqu'il a tenté, par l'injection de selles fraiches à des chiens de reproduire la maladie expérimentale. L'un des animaux présenta d'ailleurs des troubles dysentériformes avec amibes dans les déjections.

Dans la deuxième période : les arguments s'accentuent en faveur du rôle des amibes dans la production d'une forme spéciale de dysenterie.

Koch, en 1883, envoyé en Egypte pour l'étude du choléra, constate la présence d'amibes dans les coupes d'intestin de sujets ayant succombé à la dysenterie. Elles siégeaient dans les parois des ulcérations et la situation des protozoaires dans la profondeur des tissus constituait pour Koch un argument de première importance en faveur du rôle pathogène de l'amibe. Il indique ces résultats à Kartulis qui retrouve de nombreuses amibes dans les selles des dysentériques. Il en observe également dans les ulcérations intestinales, dans le pus et les parois des abcès hépatiques.

Dans ses essais de reproduction expérimentale de la maladie chez le lapin et le cobaye, Kartulis n'eut que des insuccès ; il ne réussit pas davantage à obtenir des cultures d'amibes dysentériques bien qu'il ait cru y être parvenu.

Lütz fut le premier à établir la distinction aujourd'hui classique entre les formes bacillaires et amibiennes de la dysenterie.

Peu de temps après, en 1891, Councilman et Lafleur proposent le terme d'*entamœba dysenteriæ* et émettent l'hypothèse que ces amibes peuvent être associées dans l'intestin à d'autres espèces d'amibes intestinales non pathogènes.

Quincke et Ross, en 1894, arrivent à cette conclusion qu'il existe chez l'homme deux variétés d'amibes : amibes dysentériques et amibes non pathogènes, mais les éléments de différenciation qu'ils proposent sont encore insuffisants.

C'est à la suite des travaux de Schaüdinn (1903) que la distinction fut nettemnent établie entre une amibe pathogène : *Entamœba histolytica* et une amibe saprophyte. Mais s'il devenait de plus en plus avéré que l'intestin de l'homme hébergeait deux amibes l'une inoffensive, l'autre pathogène, le criterium pour les distinguer manquait encore.

La découverte par Vierieck, en 1907, de kystes tétragènes de l'amibe dysentérique allait établir définitivement la spécificité de l'amibe.

Cette découverte de Viereck marque donc une

étape importante dans l'étude de nos connaissances des amibes. Cependant pendant quelque temps encore, on va considérer qu'*Entamœba tetragena* et *Entamœba histolytica*, constituent deux variétés différentes d'amibes dysentériques.

La conception de l'unicité de l'amibe dysentérique reçut une importante confirmation à la suite des recherches expérimentales de Walker et Sellards.

En 1913, ces auteurs firent ingérer à des prisonniers :

1° Des amibes du type histolytica ; ils retrouvèrent dans les selles des amibes du type tetragena.

2° Des kystes d'entamœba tetragena : ils virent dans les selles des amibes du type histolytica.

Enfin un individu ayant contracté la dysenterie à la suite d'ingestion de kystes tétragènes, présenta successivement des amibes du type histolytica pendant les crises dysentériques et des kystes d'entamœba tetragena durant les périodes de rémission de la maladie.

La forme histolytica est une forme active au moment des crises aiguës ; la forme tetragena serait constatée dans l'intervalle des crises.

Disons enfin pour terminer, que Mathis et Mercier ont repris la dénomination de Councilman et Lafleur : *Amœba dysenteriæ* et la description qu'ils donnent de l'amibe ainsi dénommée se confond avec celle de l'entamœba tetragena, dont le type histolytica ne serait qu'une forme aberrante et momentanée.

Amibiase expérimentale. — Si l'on était parvenu à cultiver l'amibe de la dysenterie sur des milieux artificiels, l a question de son pouvoir pathogène ne se poserait plus. L'inoculation des cultures du parasite aurait permis de trancher définitivement le débat entre les adversaires et les partisans de son action spécifique. La preuve a dû être recherchée dans la reproduction de la maladie expérimentale chez les animaux, voire même chez l'homme, avec les produits dysentériques.

Le rôle pathogène d'Entamœba dysenteriæ a été pendant longtemps mis en doute mais les progrès accomplis dans ces dernières années ont permis de réduie à néant bon nombre d'arguments invoqués contre l'action nocive d'Entamœba dysenteriæ.

On a objecté :

1° Que les amibes sont fréquemment absentes des selles dysentériques.

Cet argument n'a aucune valeur. L'on sait, d'une part, que toutes les dysenteries ne relèvent pas d'un unique agent et qu'il n'est pas rare, d'autre part, de voir les amibes manquer pendant un certain temps au cours de la maladie et les retrouver nombreuses, si le sujet succombe, au niveau des ulcérations du gros intestin.

2 On a dit que les amibes existent non seulement dans les selles de sujets sains mais encore chez des malades atteints des maladies les plus diverses : fièvre typhoïde, choléra par exemple. Cette objection a été formulée à l'époque où les deux espèces d'amibes étaient encore le plus souvent confondues. De plus, le fait de trouver des amibes chez des sujets sains n'est pas un argument suffisant pour lui refuser un rôle pathogène. Les porteurs sains existent pour bien des germes dont le rôle spécifique n'est cependant pas mis en doute.

3° Enfin, contre l'argument fourni par la reproduction expérimentale de la maladie avec du matériel dysentérique — selles, pus hépatique — on a objecté que les lésions provoquées étaient dues non aux amibes mais aux bactéries que l'on injectait simultanément. L'échec à obtenir des lésions dysentériques avec des bactéries isolées des selles répondent à cette objection.

D'ailleurs si les premiers essais pour provoquer la dysenterie chez les animaux soulèvent un certain nombre de critiques, les expériences de ces dernières années ont été faites avec une telle rigueur qu'il est impossible de ne pas en accepter les résultats.

Reproduction expérimentale de la maladie.

Nous avons rapporté dans l'historique le premier essai de Lösch, partiellement positif chez le chien, et les insuccès de Kartulis chez le lapin et le cobaye.

De nombreux auteurs tentèrent, sans être plus heureux, la reproduction expérimentale de la maladie. La technique était encore insuffisamment réglée et surtout on injectait fréquemment à cette époque des amibes du côlon au lieu d'amibes dysentériques.

En 1893, Krüse et Pasquale, Quincke et Ross obtinrent les premiers résultats positifs chez le chat.

Mais c'est Marchoux surtout qui, en 1899, au Sénégal, démontra nettement le rôle pathogène de l'amibe.

82 chats furent inoculés ; pour démontrer que l'amibe seule est pathogène le mucus dysentérique, renfermant les amibes vivantes, était chauffé à 45° pendant 35 minutes, température suffisante pour tuer les amibes mais qui laissait intactes les bactéries. L'inoculation rectale de ce mucus à des chats chauffé ne donna lieu à aucun symptôme.

Jürgens, en 1902, a fait de nombreuses expériences pour reproduire la dysenterie amibienne chez le chat. Dix animaux reçurent dans le rectum des selles contenant des amibes vivantes prélevées chez des dysentériques venant de Chine. Tous les chats contractèrent une dysenterie ty-

pique. Jürgens put même réaliser des passages en série.

Werryon, en 1912, a fait les mêmes constatations. Il réussit même à reproduire avec des amibes du 4e passage, des abcès hépatiques typiques ; ce qui est une preuve de la pathogénicité de l'amibe et de la conservation de la virulence.

Enfin Brumpt et Chatton réalisèrent récemment 21 passages successifs chez le chat avec des amibes isolées dans un cas de dysenterie autochtone.

Chez l'homme, ainsi que nous l'avons indiqué dans l'historique de la question, les expériences de Walker et Sellards ont montré non seulement le rôle pathogène de l'amibe, mais encore l'iedentité des formes tetragena et histolytica et l'innocuité de l'Entamœba coli.

Où trouve-t-on l'amibe dysentérique ? Quelle est sa résistance dans les milieux extérieurs Quel est son siège dans l'organisme humain ?

Autant de questions auxquelles il faut répondre avant d'aborder le chapitre important de la prophylaxie.

Nous avons dit que l'amibe se présentait tantôt sous la forme végétative, tantôt sous la forme enkystée. La forme végétative ne joue à peu près aucu n rôle dans la propagation de l'infection ; extrêmement sensible aux influences extérieures l'amibe ne survit même, en été, que quelques heures dans le milieu extérieur et si, au cours de ces quelques heures, il arrivait qu'elle fût ingérée, elle ne résisterait pas à l'action du suc gastrique, le fait a été démontré expérimentalement : les jeunes chats n'ont jamais pu être contaminés par l'ingestion de matières contenant des amibes, ils ont pu l'être par l'ingestion de kystes.

Que deviennent les kystes rejetés avec les selles dans le milieu extérieur ?

Nous n'avons que peu de renseignements sur la durée de leur vitalité hors de l'organisme. L'expérimentation est plus difficile que dans le cas du bacille dysentérique, là une culture posiitive suffit à prouver la vitalité d'un bacille, mais comment vérifier qu'un kyste abandonné un certain temps est resté vivant et capable d'infecter ?

Kuenen et Swellengrebel emploient un procédé qui leur permet des observations intéressantes, mais qui n'a pas une rigueur scientifique absolue. Ils ont constaté qu'un kyste vivant ne se laisse pas pénétrer par l'éosine à l'encontre des kystes morts qu'elle colore.

Si nous résumons les travaux publiés par les différents auteurs nous voyons :

— Que d'après Chatton, les kystes dans les selles gardées sans précaution resteraient vivantes au moins dix jours.

— Que dans les selles gardées en chambre humide, les kystes disparaîtraient en cinq jours.

— Que dans les selles diluées dans l'eau, les kystes seraient morts au *sixième jour* — d'après Job et Hirtzmann — *au* 13e *jour*, d'après Kuenen et Swellengrebel — au-delà même du 30e jour, 'd'après Wenyon.

Si, en présence de ces résultats assez divergents, il est assez difficile d'être fixé sur la durée exacte de la vitalité des kystes hors de l'organisme, on peut toutefois affirmer quc, même sous la forme enkystée, l'amibe dysentérique ne tarde pas à périr dans le milieu extérieur.

Porte d'entrée d'entamœba dysenteriæ chez l'homme.

Si limitée que soit leur résistance, ce sont les kystes mûrs qui assurent la propagation et la dissémination du parasite.

La bouche constitue la porte d'entrée normale de l'amibe de la dysenterie dans l'organisme humain. Les kystes, après avoir été ingérés traversent l'estomac probablement sans subir de modifications notables et arrivent dans l'intestin. Là ils subissent l'action des sucs digestifs et, après rupture ou dissolution de leurs membranes d'enveloppe, ils donnent issue à des amibes qui vont se multiplier sous le type tetragena. Dès lors l'infection du tube digestif est réalisée, mais elle peut rester longtemps silencieuse jusqu'au moment où une cause en apparence banale vient réveiller un pouvoir pathogène latent. Parfois un état diarrhéique s'établit lentement, insidieusement. Il est impossible, par l'bservation clinique, de fixer une durée à la période d'incubation de la dysenterie amibienne.

D'après les expériences de Walker et Sellards, il s'écoule en moyenne six jours entre le moment oñ le parasite a été ingéré et celui oñ il apparaît dans les selles.

Sous l'influence de quels facteurs les amibes du type tetragena prennent-elles les caractères du typ histolytica.

Sur ce point, on est réduit à des hypothèses. Sous l'influence de causes favorisantes telles que refroidissement du ventre, écart de régime, indigestion, on peut voir apparaître des lésions congestives de la muqueuse : et qu'il y ait, à ce moment-là, rupture de quelques capillaires, l'amibe dysentérique trouvera dans les globules sanguins l'aliment de son choix, elle s'en nourrira aussitôt augmentera de taille et élaborera une toxine nécrosante qui frappera de mort les tissus voisins. La richesse vasculaire du gros intestin expliquerait ainsi les lésions localisées à cette partie du tube digestif.

Migration des amibes dans l'organisme.

Les amibes, si elles portent principalement leur action sur le gros intestin, n'y restent pas cantonnées ; elles peuvent coloniser d'autres organes : le foie, le poumon, le cerveau.

Quelle voie empruntent-elles ; la voie sanguine

surtout, et parfois aussi, mais plus rarement, la voie lymphatique et la voie péritonéale.

On peut donc rencontrer l'amibe dans de multiples organes, mais seul le tube digestif constitue son habitat normal, c'est uniquement là que l'amibe poursuit son évolution cyclique, partout ailleurs elle ne se multiplie que sous ses formes végétatives mobiles. Si dans le pus hépatique, cérébral, on retrouve la forme tetragena ou histolytica on n'y rencontre jamais de kystes. Les amibes que l'on rencontre dans le foie, le cerveau, sont des parasites égarés qui vont se trouver dans des conditions anormales. Ils ne joueront aucun rôle ni dans la propagation, ni dans la conservation de l'espèce. L'intestin est toujours l'habitat primitif d'Entamœba dysenteriæ, les localisations hépatiques, pulmonaires, cérébrales, sont nécessairement secondaires.

Contagion directe. — Le mécanisme de la transmission directe de l'agent pathogène est analogue à celui que nous observons dans la fièvre typhoïde, la dysenterie bacillaire et le choléra ; plus que la fièvre typhoïde, la dysenterie amibienne, pour employer une expression qui a fait fortune, *est la maladie des mains sales.*

Les mains des porteurs de kystes souillées à la suite de la défécation contamineront directement ou par l'intermédiaire d'objets à usage commun les mains de sujets réceptifs ; des mains, il est facile de comprendre comment les kystes amibiens parviendront à la bouche.

La notion de la contagiosité de la dysenterie amibienne ne s'est pas imposée tout d'abord à l'attention des médecins parce que dans les régions où elle sévit à l'état endémique, les cas y sont très nombreux et qu'il est difficile d'en saisir la filiation. Mais dans les pays tempérés, on a souvent pu rattacher l'amibiase à des cas antérieurs, témoin l'observation de ce fonctionnaire colonial que nous citerons tout à l'heure, et qui a été rapportée par M. Dopter.

Une preuve du rôle primordial de la contagion humaine nous est fournie par un fait épidémlologique souvent observé dans les pays à endémie amibienne.

Lorsque les troupes sont, en garnison, logées dans des cantonnements relativement vastes les cas de dysenterie sont relativement rares. Au contraire, dès que les troupes se mettent en campagne et que les hommes couchent entassés dans des cantonnements souvent exigus, le nouveau genre de vie multiplie les contacts , l'hygiène générale du soldat est plus négligée et la dysenterie fait son apparition.

A la conception de la contagion interhumaine, on a fait l'objection qu'aux colonies dans les salles communes où sont soignés les dysentériques, les exemples de contagion intérieure paraissent très rares, mais nous savons que la période d'incubation peut être fort longue et que le sujet contaminé peut avoir quitté l'hôpital et même le pays lorsqu'éclaatent les premiers symptômes de l'affection.

Une autre preuve de la contagion interhumaine, c'est la fréquence de l'amibiase chez les médecins et les infirmiers exerçant dans les pays à endémie amibienne.

Jurgens a d'ailleurs réalisé expérimentalement cette contagion directe : une chatte a été infectée par ses petits infectés artificiellement.

Contagion indirecte. — La contagion indirecte peut s'exercer suivant des modes différents qui n'ont pas tous une égale importance.

Le mode le plus fréquent est certainement constitué par les *porteurs de germes.* Il existe deux catégories de porteurs de kystes : les uns sont des dysentériques cliniquement guéris, convalescents d'amibiase typique ou fruste les autres sont des sujets sains dans les antécédents desquels on ne retrouve aucun trouble dysentérique.

Porteurs convalescents. — La dysenterie amibienne évolue habituellement par crises aiguës séparées par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels le malade paraît ou bien complètement guéri ou présente des troubles intestinaux plus ou moins marqués. Il est exceptionnel en effet, qu'un malade guérisse sans passer par la phase chronique. Job à Casablanca a trouvé 28 % de porteurs de germes parmi les convalescents. Ces périodes de latence peuvent se prolonger pendant des années, et pendant des années, ces malades peuvent à intervalles irréguliers répandre des kystes dans les milieux extérieurs. La notion de l'intermittence de l'élimination des kystes s'est précisée au fur et à mesure que la maladie a été mieux connue, et, pour l'amibiase comme pour la dysenterie bacillaire, *c'est au moment où les selles reprennent leur aspect caractéristique de selles muco-sanglantes que l'expulsion des kystes est constatée.*

Le rôle de ces porteurs chroniques est illustré plus particulièrement par le cas suivant cité par Dopter : un fonctionnaire colonial contracte une dysenterie amibienne au Siam vers 1900. En 1903, il rentre en France, se croyant complètement guéri ; il se marie, quelques mois après sa femme contracte une dysenterie amibienne sans que le mari ait présenté le moindre trouble intestinal. Dans la suite, le mari a présenté, à son tour, vers 1909, une nouvelle crise d'amibiase aiguë.

Porteurs atteints de formes frustes. — L'étude attentive des antécédents des malades porteurs d'abcès amibiens du foie montre qu'il n'est pas constant de trouver chez eux des symptômes de

dysenterie vraie, mais seulement une diarrhée d'apparence banale à laquelle le malade n'a pas prêté attention. Il y a donc certainement des amibiases qui ne se traduisent que par des diarrhées simples.

Porteurs sains. — A côté de ces porteurs convalescents, il semble qu'il y ait place pour une autre catégorie de sujets n'ayant jamais présenté de crises dysentériques et qui cependant peuvent être parasités par l'amibe pathogène.

L'existence de ces porteurs sains semble résulter des constatations de Mathis qui, au Tonkin, trouve 8 porteurs sur 100 indigènes n'ayant jamais eu de dysenterie ; de Noc qui en trouve 10 à 12 pour 100, de Ravaut et Kronulitski qui, en France, en trouvent 5 %.

Walker et Sellards en 1913 ont démontré que ces kystes, émis par des porteurs sains, pouvaient transmettre la dysenterie.

Le fait du porteur sain ne cadre pas avec la conception jusqu'ici admise du rôle pathogène de l'amibe. Si nous admettons que l'amibe dysentérique est un agent toujours pathogène, on est amené à considérer que tout porteur de kystes est un malade méconnu porteur d'ulcérations intestinales silencieuses. A l'appui de cette thèse, il faut citer les faits probants signalés par Job qui, à l'autopsie d'individus ayant succombé à une maladie étrangère à l'amibiase, a trouvé chez eux des ulcérations de leur gros intestin.

Ces faits semblent imposer la plus grande prudence, dans l'attribution de l'étiquette « porteur sain. »

Ces porteurs sains ont été, d'autre part, par les partisans de « la théorie de l'amibe saprophyte » qui se sont appuyés d'abord sur l'expérience suivante faite récemment en Amérique : 100 individus, bien examinés, absorbent volontairement des kystes d'amibes dysentériques. Il n'en résulte aucun cas de dysenterie, ce qui est d'ailleurs en contradiction avec les expériences de Walker et Sellards, mais l'examen des selles poursuivi pendant un temps assez long montre qu'un certain nombre d'individus sont devenus porteurs de kystes. Les mêmes auteurs se sont également appuyés *sur des cas d'association amœbo-bacillaire* reprenant la thèse ancienne de Jürgens pour qui l'agent pathogène serait le bacille dysentérique, l'amibe ne ferait que se glisser dans la profondeur d'une muqueuse attaquée par le bacille. Cette conception a d'ailleurs été reprise il n'y a pas bien longtemps, par Marchoux, de l'Institut Pasteur.

Nous ne retiendrons pas, en faveur de l'existence de l'association amœbo-bacillaire, les arguments qu'on avait considérés au début comme valables, tels que la présence de sang dans les selles contenant des amibes. L'attribution systématique du caractère sanglant des selles à la dysenterie bacillaire a entraîné de nombreuses erreurs. L'argument d'une séro-réaction positive avec le bacille de Shiga coexistant avec une dysenterie amibienne n'est pas plus valable ; présence d'amibes signifie : infection *actuelle* ; sérognostic : infection *récente*.

Il peut y avoir succession mais non pas coexistence :

La seule preuve de l'association amœbo-bacillaire c'est la constatation simultanée des amibes et des bacilles dans les selles. Cette coexistence a été constatée par Denier et Huet à Saïgon, par Roussel et Ravaut dans les Flandres.

Ces cas d'association amœbo-bacillaire sont utiles à connaître bien qu'ils ne soient pas très fréquents en regard de la dysenterie individualisée — bacillaire et amibienne. Ils n'ont, au point de vue épidémiologique, qu'un rôle de second plan et surtout ils ne peuvent permettre de mettre en doute le rôle pathogène de l'amibe dysentérique.

Comme dans toute maladie à détermination intestinale, les facteurs essentiels de la contagion restent, en dehors des porteurs de germes, la souillure des aliments et celle de l'eau, c'est-à-dire *souillure de ce qui se mange et souillure de ce qui se boit.*

Voyons d'abord le rôle de l'eau.

Il n'est pas douteux que dans les pays d'endémicité amibienne où l'on a substitué une eau épurée à une eau de mauvaise qualité, les affections intestinales sont devenues moins nombreuses et la morbidité dysentérique a subi une notable diminution. Les médecins coloniaux citent d'ailleurs de nombreux faits démontrant ce rôle de l'eau dans la propagation de l'amibiase ; le plus probant est celui de la campagne du Dahomey rapporté par Barthélemy. Pas de dysenterie tant que les hommes boivent de l'eau filtrée. Dans la marche sur Abomey les filtres s'encrassent, les hommes consomment une eau boueuse : de nombreux cas de dysenterie apparaissent.

Et cependant, ce rôle de l'eau est très discuté par certains auteurs. Mathis, en particulier, dont l'opinion fait autorité, considère que l'eau de boisson ne joue qu'un rôle nul dans la transmission du parasite. La résistance du kyste dans l'eau serait, d'après cet auteur, insuffisante pour propager la maladie, il faudrait que la souillure précédât immédiatement le prélèvement de l'eau, ce qui dans les conditions ordinaires, est tout à fait exceptionnel. Il est vrai que par leurs caractères et leur évolution les épidémies de dysenterie amibienne diffèrent totalement des épidémies d'origine hydrique, leur début n'est pas soudain et l'attention n'est pas frappée par de nombreux cas se déclarant presque simultanément comme on l'observe dans les épidémies de choléra ou de typhoïde. Dans une épidémie de dysenterie amibienne au contraire, les cas s'é-

chelonnent sur une période assez longue et une enquête bien menée permet de relier les cas les uns aux autres. Mathis affirme même que, le plus souvent, on finit en remontant à l'origine même de l'épidémie, par dépister le ou les porteurs de kystes sources de la contagion. On retrouverait, en somme, toutes les conditions qui sont particulières aux épidémies de contact.

Faut-il en conclure que l'eau est un facteur négligeable dans la dysenterie amibienne ? Ce serait aller à l'encontre des faits. Comment concilier les opinions opposées ?

Les médecins coloniaux considèrent que si l'eau n'apporte pas avec elle l'agent spécifique elle peut apporter des bactéries plus ou moins nocives qui, par leur action, peuvent mettre l'intestin en état de moindre résistance et réveiller la virulence d'un parasite qui s'était comporté jusque-là comme un hôte inoffensif. Il n'est donc pas indifférent de proscrire de l'alimentation une eau de mauvaie qualité, mais pour éviter l'amibiase, il ne suffit pas de boire une eau épurée, il faut prendre d'autres précautions que nous étudierons à propos des mesures prophylactiques ; une prophylaxie purement hydrique serait insuffisante.

Souillure des aliments. — La souillure des aliments peut être réalisée :

a) Par les mains sales ;

b) Par les mouches.

Nous n'insisterons pas sur la souillure des aliments par les mains sales, le mécanisme de la transmission est le même que pour la contagion directe, les mains du sujet atteint peuvent aussi aisément déposer des kystes sur les aliments et les ustensiles de cuisine et c'est une occasion de plus d'insister sur le danger qu'il y a à laisser exercer par un ancien dysentérique une profession ressortissant à l'alimentation.

Rôle des mouches. — Connaissant le rôle des mouches, il paraît admissible *a priori* de supposer que ces insectes sont susceptibles de jouer un rôle important dans la propagation de l'amibiase en dispersant dans l'entourage de l'homme des parasites dont ils peuvent se charger au contact des matirères fécales.

Cette hypothèse a été soumise à l'expérimentation.

Kuenen et Swellengrebel en 1913, arrivèrent à cette conclusion que pratiquement les mouches n'interviennent pas dans la dissémination de la dysenterie amibienne. Les kystes adhérents aux pattes, succombaient rapidement à la dessiccation, les kystes ingérés étaient détruits par leur passage à travers le tube digestif.

Werryon et B. Connor, Chatton estiment, au contraire, que les kystes ingérés sont toujours vivants.

Il y a donc divergence dans les résultats obtenus par les différents expérimentateurs.

Roubaud a repris la question en 1918. Il s'est proposé de vérifier à son tour dans quelles limites les mouches sont capables de jouer avec efficacité un rôle de transport à l'égard de l'amibe dysentérique.

Pour apprécier la vitalité des kystes, il a utilisé le procédé de coloration à l'éosine de Kuenen et Swellengrebel.

Roubaud a constaté que les kystes ingérés par les mouches se retrouvent intacts dans leurs fèces, mais pour que ces mouches puissent jouer un rôle dans la propagation de l'amibiase, il faut que leurs fèces soient déposées sur un substratum *humide*. On voit donc que le rôle des mouches dans la propagation de l'amibe est, en somme assez limité. Il est rassurant qu'il en soitainsi. Comme il est pratiquement impossible de préserver complètement les aliments du contact des mouches, l'amibiase, si ces insectes jouaient un rôle vraiment actif dans sa propagation, serait beaucoup plus répandue qu'elle ne l'est.

Enfin, une dernière question à résoudre avant d'aborder le chapitre de la prophylaxie.

L'amibe est-elle uniquement adaptée à l'espèce humaine ?

Lynch et Brog ont retrouvé dans l'intestin de mus rattus, une amibe identique à l'Entamœba dysenteriæ. Ces constatations n'ont pas encore été vérifiées. Il n'est pas encore démontré que l'amibe du rat soit identique à celle de l'homme, mais on doit retenir le fait qui peut avor, au point de vue épidémiologique, une grosse importance.

Prophylaxie

Les dysenteries, amibienne ou bacillaire présentent un si grand nombre de facteurs étiologiques communs que l'on peut dire qu'il y a une prophylaxie générale des épidémies et même de toutes les maladies à détermination intestinale.

Cette prophylaxie comprendra :

a) Des mesures de protection individuelle ;

b) Des mesures à prendre vis-à-vis des porteurs de kystes ;

c) Des mesures de prophylaxie générale.

Mesures de protection individuelle. — La pullulation des protozoaires et des bacilles dysentériques, le réveil de leur virulence sont habituellement le résultat d'imprudences avérées ou d'une hygiène défectueuse de l'individu et de la famille. Ce sont les abus de toutes sortes qui placent l'organe dans un état de suractivité fonctionnelle et de perpétuelle fatigue ; l'intestin comme le foie deviennent u n terrain affaibli incapable de résister à l'invasion microbienne.

On devra en conséquence éviter l'abus de l'alcool et toutes les causes de toxhémie alimentaire, une alimentation copieuse, en particulirer, sur-

tout quand elle est fortement carnée ou alcoolisée.

Les malades qui ont subi une première atteinte de dysenterie, et à plus forte raison les convalescents, devront éviter les refroidissements, les bains ou douches froides. Les séjours au bord de la mer, les cures d'altitude ne doivent être recommandés que dans les cas de guérison parfaite des déterminations entéritiques.

Une des mesures les plus importantes découle de ce que nous avons dit des modes de contagion, elle consiste à se laver souvent les mains et particulièrement avant le repas. Les personnes appelées à soigner les dysentériques éviteront de se contaminer les mains et dans tous les cas les désinfecteront soigneusement avant de manipuler les aliments ou avant de paraître à table. L'action de fumer une pipe ou une cigarette peut être également une occasion de contamination.

Les mesures à prendre vis-à-vis des porteurs d'amibes. — *Et d'abord le malade.* On comprend tout de suite l'importance d'un diagnostic précoce qui ne peut être établi que par l'examen de laboratoire.

Sitôt le diagnostic posé les deux mesures ordinaires à la base de toute prophylaxie : isolement et désinfection s'imposent.

A vrai dire, l'isolement au sens strict du mot, n'est pas absolument nécessaire dans le milieu hospitalier. Il est simplement indiqué de soigner les dysentériques dans des salles spéciales et de leur réserver des cabinets d'aisance particuliers.

Dans les familles, on veillera surtout à l'application stricte des mesures de désinfection.

La désinfection s'exercera d'abord sur les déjections qui seront additionnées de sulfate de cuivre à 5 %, elle s'exercera également sur tout ce qui a pu être souillé par les déjections ou les mains du malade : linge, vaisselle, ustensiles de toilette.

Quelle sera la durée de cet isolement relatif ? Le malade restera soumis à une surveillance particulière tant que l'élimination des kystes ssera abondante. Dès que les kystes seront devenus très rares et si, par ailleurs, la guérison clinique est complète (disparition des troubles intestinaux, tolérance du régime alimentaire ordinaire, récupération du poids normal) on pourra rendre le malade à la vie ordinaire, en lui conseillant d'observer strictement les mesures de propreté indiquées plus haut.

Sans doute, les kystes peuvent persister longtemps dans l'intestin humain et ces éliminateurs de kystes risquent d'être des agents de contagion, mais ils ne sont pas plus dangereux que les porteurs sains d'amibes, le plus souvent méconnus, qui peuvent exister dans toute collectivité.

Contre ces porteurs sains quelles mesures peuvent être prises ?

Une prophylaxie *offensive* serait efficcace qui rechercherait systématiqueement tous les porteurs de germes. On comprend tout de suite ce que cette prophylaxie a de pratiquement irréalisable. Il ne peut être question, en effet, d'installer dans les pays d'endémie amibienne cet appareil prophylactique énorme que les Allemands avaient établi en Alsace-Lorraine et en Rhénanie pour les porteurs de bacilles typhiques et sur les frontières de Russie pour les porteurs de vibrions cholériques.

Les résultats donnés par ces expériences, intéressants sans doute au point de vue scientifique, sont, au point de vue pratique, manifestement hors de proportion avec l'effort scientifique et budgétaire accompli.

A l'apparition d'une épidémie, on fera une enquête pour tâcher d'établir la filiation des cas et pour remonter à l'origine de l'épidémie. On procèdera à l'examen des selles de tous les membres de la famille du malade ou, dans les collectivités, de ses voisins, ainsi que de tous les sujets ayant eu antérieurement des troubles dysentériques ou simplement des selles diarrhéiques. Etant donnée l'irrégularité de l'élimination des kystes, on pratiquera plusieurs examens successifs avant de déclarer banale une diarrhée suspecte.

Dans une famille ou dans une collectivité, ce sont surtout les personnes employées à la cuisine ou qui exercent une profession ayant trait à l'alimentation qui seront plus particulièrement examinées. Les exemples sont nombreux d'épidémies de choléra, fièvre typhoïde, dysenterie à l'origine desquellses des porteurs de germes ont été trouvés qui exerçaient la profession de cuisiniers, laitiers, bouchers, etc.

Ces mesures seront complétées par des mesures de prophylaxie générale, qui trouveront plus particulièrement leur utilisation dans les collectivités : pensionnats, casernes, usines.

Les latrines seront soigneusement désinfectées au lait de chaux et non seulement les latrines, mais leurs abords immédiats. Se rappeler que certains sols imperméables peuvent, en temps de pluie, se transformer en lacs de boue fécale, pour éviter « le bain de pieds microbien » qui en résulte, il faudra imperméabiliser le sol par goudronnage ou le recouvrir de caillebottis.

Nous avons dit que la contagion indirecte s'exerçait surtout par l'intermédiaire de ce qui se mange et de ce qui se boit.

Eau. — Quel que soit le rôle limité que la théorie de la contagion directe, que ses défenseurs ne considèrent d'ailleurs pas comme exclusive, attribue à l'eau dans la propagation de la maladie, on serait conduit à des conclusions désastreuses si, de cette théorie, on pouvait tirer argument

◆◆◆◆

contre la nécessité d'une surveillance constante et très étroite des eaux de consommation. Le bacille d'Eberth ne se décèle pas dans les eaux de boisson, il semble ne vivre que peu de temps dans les milieux extérieurs, on ne conteste pas cependant que la fièvre typhoïde ne puisse s'observer et se multiplier par suite de l'ingestion d'eaux polluées. Des faits précis établissent que l'élévation de la morbidité et de la mortalité de la dysenterie amibienne est en relation directe avec la pollution des eaux qui entrent dans la consommation.

Une recrudescence endémo-épidémique des flux dysentériques a été observée à Pnom-Penh quand la distribution d'eau a été interrompue ; que, d'autre part, il a suffi, pour améliorer très nettement la situation sanitaire de Hué, de mettre en service une captation d'eau épurée.

Ce sont ces données qu'ont mises en relief tous les observateurs de l'Inde anglaise : ils attestent unanimement que toute amélioration des eaux de boisson s'est traduite prar une diminution très évidente de la morbidité et de la mortalité d'origine dysentérique.

La prophylaxie sociale doit donc envisager et réaliser lses mesures suivantes :

a) Epuration ou stérilisation, avant leur distribution, des eaux de boisson, en s'assurant, bien entendu, que la méthode de purification est d'une efficacité réelle.

b) Eloignement des agglomérations des matières usées, leur destruction méthodique.

Les aliments, peuvent être souillés, nous l'avons dit, par les mains d'un porteur de kystes ou par des mouches.

Nous ne reviendrons pas sur le rôle beaucoup moins important qu'on l'a cru à un moment donné, joué par les mouches. Ce rôle n'en existe pas moins.

La lutte contre les mouches devra s'inspirer du résultat des travaux entrepris pendant la guerre par Rouband.

Elle doit tendre :

1 *A ne pas favoriser l'éclosion des œufs.*

Nous savons que les mouches prennent naissance dans le fumier de cheval ou de mouton, pour ainsi dire ; pas ailleurs.

que le fumier frais de 1 à 6 jours convient seul à l'éclosion des œufs ;

que la chaleur dégagée par le fumier dans la profondeur (70 à 80°) tue les larves.

Il faudra donc brasser quotidiennement le fumier frais et l'enfouir dans du fumier plus ancien. Il faudra se garder de jeter sur le fumier des antiseptiques qui retardent la fermentation et entravent l'action insecticide de la chaleur.

2° Se défendre contre les insectes adultes, papier tue-mouches, lait ou eau formolée, etc...

3° Enfin, protection des aliments par des garde-manger pourvus de toiles mtétalliques.

Enfin cette prophylaxie, particulière aux aliments, devra se *compléter par l'interdiction d'employer les déjections humaines dans les cultures maraîchères.*

On voit que la prophylaxie générale de la dysenterie amibienne comporte des mesures dont l'application constante exigerait une continuité de surveillance qu'il est difficile d'obtenir et qui ne peut s'imposer qu'à la longue. Ce qui revient à dire que c'est par l'éducation hygiénique de la population que l'on réussira à restreindre l'infection amibienne, comme d'ailleurs la plupart des maladies épidémiques.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cancers secondaires de la colonne vertébrale

M. le professeur Hartmann,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Depuis un an, nous avons eu dans le service cinq cas de cancer secondaire de la colonne vertébrale : trois, consécutifs à un cancer du sein, et deux consécutifs à un cancer de l'estomac. Ce n'est pas là la proportion habituelle des cancers métastatiques de la colonne vertébrale. Les plus fréquents dérivent bien des néoplasies malignes du sein, mais ce n'est pas du tout le cancer gastrique qui vient en seconde ligne dans l'étiologie de cette affection. L'origine gastropathique du cancer rachidien est même assez rare ; si elle s'est chiffrée dans notre petite statistique de l'an dernier par deux cas, cela tient à la spécialisation relative du service dans le traitement chirurgical des gastropathies ulcéro-cancéreuses.

En réalité, la cause la plus ordinaire, après le cancer du sein, de néoplasmes secondaires du rachis, c'est le cancer de la prostate. Le cancer du rein s'accompagne aussi, communément, de métastases vertébrales. Et, même, si nous prenions 100 cas de cancers rénaux, ils fourniraient probablement un nombre de tumeurs malignes secondaires de la colonne vertébrale supérieur à celui donné par 100 cas de cancers du sein. Sa moindre fréquence le met toutefois ici au second plan.

Deux cancers viscéraux — du sein et de la prostate — tiennent donc une place prépondérante dans la genèse des cancers secondaires du rachis.

Comment la colonne vertébrale est-elle envahie par le processus néoplasique ? Cette question a été longuement discutée et on la discute encore. Recklinghausen a admis l'origine sanguine des métastases cancéreuses rachidiennes. Pour lui, les cellules cancéreuses venues du sein ou de la prostate arriveraient aux vertèbres par la voie sanguine. Sampson Hendley, chirurgien du Middlesex hospital, a soutenu une autre théorie, celle de l'envahissement par la voie lymphatique. Ce n'est pas seulement, estime-t-il, par embolie et voie sanguine que les cellules néoplasiques peuvent gagner les corps vertébraux, c'est aussi par la voie lymphatique, par le mécanisme de la *permeation*. Le mot *permeation*, employé par Hendley, voulait dire pénétration, pénétration des cellules cancéreuses dans les lymphatiques. L'ouvrage du chirurgien du Middlesex hospital fut traduit par un auteur belge qui, de « permeation », fit un terme nouveau « perméation ». C'est ainsi que l'on attribua à Hendley la création d'un processus particulier, de perméation, qu'il ne se doutait pas avoir découvert, dont on parle un peu partout et qui inonde les publications sur le cancer.

Le cheminement par pénétration lymphatique s'applique à certains cas, et pas à tous. Lorsqu'il s'agit de cancer du sein, par exemple, il semble plus probable que c'est la voie sanguine qui intervient. On ne comprend pas bien comment les cellules cancéreuses iraient par cheminement lymphatique du sein à la colonne vertébrale. Autre raison : quand vous regardez la vertèbre cancéreuse, vous remarquez que le plus souvent le foyer cancéreux secondaire siège au centre du corps vertébral. Si les cellules néoplasiques arrivaient par les lymphatiques, elles aborderaient les vertèbres à leur périphérie et c'est là où se trouverait plutôt la lésion.

Pourquoi les cellules cancéreuses charriées par le torrent sanguin s'arrêtent-elles au niveau de l'os et du corps vertébral ? C'est que dans les os, dans le tissu spongieux des corps vertébraux, en particulier, se trouvent des capillaires dilatés où la circulation est ralentie et se prête à ces dépôts cellulaires.

Pour le cancer de la prostate, au contraire, le mécanisme le plus probable de propagation secondaire au rachis est celui de l'extension lymphatique.

Il y a ainsi deux modes d'envahissement des corps vertébraux par le cancer secondaire, l'un par la circulation sanguine — c'est le mécanisme habituel au cas de cancer du sein ; l'autre, l'envahissement de proche en proche, par les lymphatiques — plus fréquent pour le cancer de la prostate.

Le cancer rachidien dont nous nous occupons est représenté par un noyau néoplasique dans l'épaisseur du tissu spongieux de la vertèbre. C'est une lésion de l'os, les disques intervertébraux n'étant pas touchés. Tandis que dans le mal de Pott, qui est une tuberculose ostéo-articulaire, les disques en question sont lésés, ils restent indemnes dans le cancer.

Les parties situées en arrière des corps vertébraux ne sont généralement pas envahies. La moelle n'est pas intéressée, du moins directement, car elle peut être le siège de compressions. Quand vous ponctionnez le canal rachidien, vous ne découvrez pas d'altérations du liquide céphalo-rachidien.

Cliniquement, comment se traduisent les cancers secondaires de la *colonne vertébrale* ? *Le début a lieu* par des douleurs, quelquefois sourdes, quelquefois localisées, d'autres fois plus ou moins diffuses. Elles occupent les régions dorsale et lombaire. Quand vous verrez une malade atteinte, ou opérée, de cancer du sein se plaindre de douleurs au niveau du dos, méfiez-vous, et pensez au cancer, à la métastase rachidienne, que les autres signes confirmeront au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Les douleurs peuvent irradier aux parties latérales, parfois aux membres, et faire penser, à un examen superficiel, à des névralgies. Mais elles ne suivent pas le trajet des nerfs, ne s'accompagnent pas des points douloureux des névralgies et elles répondent bien des fois à la distribution de troncs nerveux différents. Elles ne sont pas dues, en effet, à la compression d'un tronc nerveux. La compression s'exerce à la colonne vertébrale, là où existent seulement des plexus : ce sont des douleurs du type radiculaire.

Ces douleurs ont une autre particularité. Souvent elles sont bilatérales. Il y a longtemps déjà, Charcot insistait sur l'origine vertébrale de certaines sciatiques doubles.

Autre caractère : les douleurs ne sont pas calmées par l'immobilité. Quand vous soignez un malade atteint de mal de Pott, qui se plaint de douleurs en ceinture, irradiées ou non aux membres inférieurs, si vous le mettez au repos complet, dans un corset plâtré, la douleur diminue. Dans le cancer de la colonne vertébrale, au contraire, le repos complet ne modifie pas les douleurs. Dans le mal de Pott, je vous l'ai dit, les disques inter-vertébraux sont lésés. Le repos immobilise les disques, calmant ainsi les douleurs. Dans le cancer, les disques sont indemnes, les corps vertébraux étant seuls atteints : le repos reste sans action sur les phénomènes douloureux. Aussi, quand vous observerez un patient dont l'affection a été diagnostiquée mal de Pott, chez lequel l'immobilisation ne calme pas les douleurs, pensez au cancer de la colonne vertébrale. Recherchez si la malade — il s'agit souvent d'une

femme — n'a pas été soignée pour un cancer du sein, opérée 6, 8, 10 mois auparavant. Dans certains cas, il s'agit de petit cancer du sein, non opéré, non connu même : la métastase vertébrale peut être le premier indice révélateur de ces petits cancers. Le cancer métastatique de la colonne vertébrale est plutôt même une complication des petits squirrhes à évolution lente que des gros cancers à évolution rapide du sein.

Dans la suite, les douleurs deviennent plus vives, s'accompagnant de lourdeur des jambes, aboutissant au confinement au lit. Il n'y a pas de phénomènes d'anesthésie, parfois une douleur au frôlement plus accusée que normalement.

La tumeur vertébrale s'accroissant, vous pouvez voir des phénomènes nets de compression, de la paraplégie flasque, des escarres, ou de la paraplégie avec contractures.

Si vous examinez la colonne, presque toujours vous constatez une gibbosité. Elle fait une courbe assez grande en général et il est exceptionnel que la gibbosité soit angulaire comme dans le mal de Pott.

Le diagnostic peut être éclairé par la radiographie. Depuis que nous disposons des rayons X, nous faisons le diagnostic de cette affection d'une manière plus précise qu'autrefois. L'image radiographique est différente de celle du mal de Pott et nous retrouvons ici encore le rôle des lésions anatomo-pathologiques. Le cancer vertébral est osseux, le mal de Pott est ostéo-articulaire. Dans la radiographie du mal de Pott, presque toujours vous voyez le disque intervertébral altéré, plus étroit (pincement du disque, des radiologues). Dans le cancer de la colonne, ce que vous voyez sur la radio, c'est un corps vertébral normal, un autre diminué, le disque conservant la même épaisseur. Quelquefois, dans le corps vertébral atteint, vous trouvez du tissu spongieux d'ostéoporose, transparent ; dans d'autres cas, vous rencontrez des productions osseuses, augmentant l'épaisseur de la vertèbre. Je vous ai parlé des deux grands types de cancer secondaire métastatique de la colonne vertébrale : celui succédant au cancer du sein, celui succédant au cancer prostato-pelvien. Le premier s'accompagne d'ostéoporose, le second de production osseuse rendant la vertèbre parfois complètement noire, à la radiographie.

J'arrive au traitement. On en a discuté beaucoup. Faut-il faire de la radiothérapie ? Certains auteurs ont dit qu'elle était sans action, mais c'est une opinion qui n'est pas acceptée par tout le monde. Beaucoup de radiologues français en particulier, M. Béclère en tête, estiment que les rayons arrivent à calmer souvent les douleurs. Par conséquent, chez les malades qui souffrent beaucoup, il paraît indiqué de faire des applications radiothérapiques. Si la douleur persiste et si elle est intense, vous aurez recours aux calmants, à la morphine, à l'opium.

Vous rencontrerez des malades, il est vrai, qui continuent à souffrir, malgré la radiothérapie et malgré l'opium. Etes-vous alors complètement désarmés ? On le croyait, il y a quelques années. Récemment, on s'est adressé à des opérations sur les cordons nerveux, que l'on a sectionnés. M. Robineau a pratiqué plusieurs fois à l'hôpital Necker de ces cordotomies — opérations assez délicates — et il a obtenu généralement le soulagement des malades.

Leçon faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et recueillie par le Dr P. LACROIX,

CAUSERIE CHIRURGICALE

Le caractère de la chirurgie actuelle est d'être une synergie scientifique,

Par DARTIGUES.

Ne perdons pas notre temps à discuter si la chirurgie est un art ou une science ; ce n'est là que le sujet d'une aimable conversation où chacun, naturellement, garde ses positions, n'écoutant généralement que le rythme de sa pensée ou ne suivant que la pente de son inclination. Mais veuillez me laisser dire une chose, alors certaine : *c'est qu'en chirurgie tout est science avec de l'art en plus* : art consistant à savoir jouer de toutes les ressources scientifiques que la biologie, l'anatomie, la physiologie, la physique, la chimie, la mécanique mettent à notre disposition.

Pour le chirurgien, tout doit, en effet, concourir à l'opération. Une fois jugée, avant tout, vraiment indiquée par tout ce qui peut nous livrer le secret du diagnostic, il faut la rendre aisée, non périlleuse, et de résultats sûrs.

L'intervention, si elle comporte, à quelque moment, de l'intuition et même de l'imagination est surtout *une prévoyance*, je veux dire par là qu'autant qu'il est donné à l'homme de le faire, le moindre détail doit être prévu, ordonné, méthodiquement réglé. Prévoir, c'est savoir, donc la chirurgie qui prévoit est éminemment scientifique, et la chirurgie est faite de très grandes lignes et de tout petits détails. Le chirurgien, qui connaît par le menu l'opération avec toutes ses variantes possibles suivant les obstacles rencon-

trés, doit vivre son opération avant de l'exécuter ou, par l'habitude, la porter vivante en soi parce qu'il l'a très souvent vécue ; dans les cas exceptionnels ou non courants, il s'en donnera une répétition générale en pensée, et ainsi il ne sera pas livré à tous les risques d'une improvisation aléatoire.

Qu'est-ce en effet qu'une opération ? Une opération *est une habitude*, c'est-à-dire que tout doit être prévu, répété, préparé de la même façon, de manière à réserver, au moment de l'exécution, le moins possible à la préoccupation et à la réflexion des détails secondaires. Elle doit être un geste habituel, c'est-à-dire réalisé d'une façon réflexe et dans le sens du moindre effort : cette habitude doit être naturellement modifiée au gré des progrès que l'on réalise par soi-même ou en s'adaptant à ce qu'améliorent les autres ; elle est modifiable aussi au cours de l'intervention suivant les nécessités, les difficultés et l'inattendu du moment et du cas.

Quoi qu'il en soit, la chirurgie est animée à l'heure actuelle d'un esprit nouveau consistant à assurer la sécurité de l'acte manuel par tous les emprunts qui constituent les *auxiliaires de la chirurgie*. Ces auxiliaires sont toute une armée disciplinée et méthodique pour assurer la victoire des combattants, de telle sorte que la chirurgie d'aujourd'hui est réellement une synergie scientifique aussi unie que le faisceau des licteurs au centre duquel se trouve la hache exécutrice, ici le bistouri bienfaisant et libérateur !

Le diagnostic ne consiste pas en un souffle divinatoire, et on ne doit pas penser que le chirurgien ait à monter sur le trépied de la Pythie pour rendre un oracle ! De fines intelligences armées de ce que l'on appelle l'intuition, semblent deviner plutôt que raisonner ; l'intuition n'est, en réalité, qu'une opération psychique si rapide, qu'elle semble inconsciente, mais elle n'en possède pas moins tous les chaînons d'une logique souvent mise à l'épreuve, de telle sorte que son résultat est immédiat. Il ne faut pas trop s'y fier cependant.

On doit se baser sur toutes les notions d'expérience clinique avant d'intervenir, car il ne faut jamais faire fi de la clinique en disant trop facilement : « Bah ! il n'y a qu'à aller y voir » ! C'est là trop de simplification et cela n'est plus permis aujourd'hui, puisque nous voyons croître chaque jour tant de moyens de diagnostic venant aider nos sens et notre bon sens et puisque nous pouvons avoir le choix entre plusieurs thérapeutiques dont quelques-unes ne nécessitent pas d'ouvrir une tranchée sanglante chez notre prochain.

Grâce à tous ces moyens, le chirurgien ne s'enfonce pas dans le noir de l'inconnu organique et pathologique, soutenu d'une simple hypothèse et près de s'égarer à chaque moment, faisant courir de plus grands risques à son malade et ne faisant pas exactement tout ce qu'il faut faire, c'est-à-dire ou trop ou trop peu.

Parmi les auxiliaires du diagnostic en chirurgie, il y a tout d'abord les renseignements que l'on peut tirer de la visibilité, toutes les endoscopies directes : pharyngoscopie, œsophagoscopie, gastroscopie, bronchoscopie, thoracoscopie, laparoscopie, etc. Ainsi, par l'endoscopie gastrique, on peut repérer et diagnostiquer de bonne heure un cancer : par l'endoscopie pleurale, Jacobeus, de Stockholm, tout récemment, en introduisant par ponction à travers le gril costal un appareil d'optique analogue à un urétroscope, a pu inspecter la plèvre viscérale et la plèvre pariétale, constater des lésions, et même, sous ce contrôle, sectionner des brides pleurales.

Il est inutile d'insister sur les services que l'urétroscopie et la cystoscopie rendent chaque jour pour le diagnostic des affections des voies urinaires ; sans elles, l'urologie n'existerait pas. D'ailleurs, l'endoscopie ne sert pas seulement qu'à l'exploration, elle permet parfois de porter la substance thérapeutique sur place, tel que le radium dans l'œsophage cancéreux, ou l'agent thérapeutique directement, tel que l'électrocoagulation, la fulguration ou la chimiocoagulation.

Il faut ajouter à cela la diaphanoscopie qui permet la transillumination de la face et même la diaphanoscopie oculaire (Morax). Tout récemment, grâce à des instruments grossissants, on a pu faire des examens microscopiques sur le vivant en ophtalmologie, et cette précieuse méthode d'examen clinique pourrait être utilisée dans d'autres branches.

Mais, c'est surtout la radiologie qui apporte un concours précieux au diagnostic : par la radiologie des voies digestives on arrive à préciser le siège d'un ulcus ou d'un cancer, à obtenir même la visibilité de l'appendice ; par celle des voies biliaires, on peut préciser, non seulement des types topographiques de calculs dans la vésicule ou le cholédoque et leur nombre, mais également la coexistence de lésions périduodénales ou colites concomitantes ; par la cystographie, la pyélographie, déceler des lithiases vésicales, rénales et urétérales, mais même la tuberculose rénale ; la radiographie de l'utérus dont j'ai pris l'initiative dès 1912, en France, avec Dimier, puis Guilbert, au moyen du collargol, vient de se perfectionner considérablement avec Tussau et Ferrié, de Lyon, au moyen du lipiodol et permet, en donnant le graphique de la cavité utérine ajouté aux contours extérieurs des tumeurs, d'en préciser la topographie exacte et de dire à l'avance dans certains cas, si l'on pourra faire une opération conservatrice ou non ; on sait les services que la radiopelvimétrie et la radioscopie utérine rendent en obstétrique et en dystocie, et on pourra bien-

tôt par certains signes du squelette fœtal, diagnostiquer le sexe de l'enfant avant sa naissance.

La radioscopie ou la radiographie permettent de diagnostiquer un larynx cancéreux, une dilatation des bronches, des lésions tuberculeuses ou des tumeurs du poumon ; on peut faire aujourd'hui très utilement l'exploration radiologique de l'apophyse mastoïde, du rocher, des sinus, des voies lacrymales. Grâce au lipiodol, on arrive à faire en chirurgie cranienne et médullaire des localisations extrêmement précises de divers néoplasmes.

Par la radiographie lipiodolée intra-rachidienne, on peut fixer d'une façon très nette le siège d'une compression médullaire et même déceler des compressions frustes ; dans le spina-bifida, et le mal de Pott, elle peut donner une idée des lésions à traiter.

Comme on le voit, après des siècles et des siècles d'humanité, on est arrivé à voir directement ou indirectement dans tous les organes : l'urètre, la vessie, le bassinet, le rectum, la sigmoïde, l'œsophage, l'estomac, la trachée, les bronches, la plèvre, le péritoine, le crâne et le rachis, le cerveau et la moelle ; l'œil, et les rayons X permettent de connaître les altérations des os de tout le squelette, et de déceler tous les corps étrangers, pierres de toutes les lithiases, et même toutes les tumeurs. Il est à remarquer qu'il a suffi pour cela d'une découverte physique : celle des rayons de Rœntgen, à laquelle tout récemment une découverte chimique, celle du lipiodol, permet de centupler son action. On va même jusqu'à pratiquer la cinématographie radiologique. Comme conséquences pratiques de ces moyens perfectionnés d'exploration radiologique, on évitera désormais des interventions négatives : telles que laparotomie, craniectomie, laminectomie exploratrices.

Le laboratoire de recherches biologiques vient apporter une contribution sérieuse au diagnostic : ainsi la polynucléose réactionnelle confirme souvent la présence d'un foyer purulent dans l'organisme ; la réaction de Bordet-Wassermann et de Noguschi savent déceler la nature d'une formation du ressort chirurgical ; il existe maintenant un diagnostic sérologique du cancer (Joseph Thomas), comme il y a un séro-diagnostic de la syphilis, comme il y a le diagnostic de la tuberculose rénale par la réaction de Bordet-Gengou.

Ce n'est pas tout, par le prélèvement de fragments sur des organes suspects, par la biopsie, on arrive à classer histo-pathologiquement les néoplasmes, à connaître leur radio-résistance, et à préciser, comme l' a fait Regaud pour les sarcomes fibroplastiques, les lymphomes, les sarcomes à myéloplaxes, s'ils sont justiciables de la chirurgie, de la rœntgenthérapie ou de la curiethérapie.

Et je ne parle pas des examens microscopiques des expectorations broncho-pulmonaires, urinaires, coprologiques, pour déceler du pus, du sang, des parasites.

L'exploration s'est tout dernièrement enrichie du tubage duodénal d'Einhorn et du drainage médical des voies biliaires qui permet de différencier parmi les ictères chroniques de rétention un ictère d'origine lithiasique d'un ictère d'origine néoplasique.

Comme on le voit, il y a à la disposition du diagnostic chirurgical toute une série de moyens : endoscopiques et diaphanoscopiques, radioscopiques et radiographiques, sérologiques, bactériologiques, histologiques, qui font que toute la chirurgie moderne est animée grâce à eux d'une précision diagnostique dont la destinée est certainement de s'accroître très rapidement : il suffit pour cela d'une découverte chimique ou physique ou biologique venant remplacer ou multiplier intensément et d'une façon inattendue les méthodes déjà existantes.

Tous ces moyens, accompagnant, sustentant, éclairant la clinique, celle-ci devient bien plutôt maintenant la résolution d'un problème consistant à constater des symptômes et à les grouper, à en appuyer l'interprétation et en tirer le diagnostic qui n'est pas qu'une étiquette morbide, ce qui ne serait qu'un jeu de l'esprit mais pour répondre pratiquement à ces trois questions : étant donné telle maladie :

— Le malade est-il justiciable ou non d'une opération ?

— Est-il en état biologique et physiologique de la supporter ?

— Quelle devra être la thérapeutique médicale préalable et consécutive à l'acte opératoire, permettant de la réussir et ensuite de lui donner tout son effet ?

En somme, le laboratoire et les autres moyens d'exploration, d'investigation et d'analyse aideront à des diagnostics plus précoces, ce qui enlèvera de plus en plus de gravité aux opérations, à des diagnostics plus précis, ce qui rendra possible, et davantage encore dans l'avenir, des opérations qu'on n'eût pas osé tenter autrefois.

Il ressort de tout cela que l'établissement du diagnostic est à l'heure actuelle la résultante d'une synergie scientifique émanée de divers laboratoires spécialisés et de compétences variées. L'idée de la solidarisation scientifique du chirurgien et du médecin avait été déjà soutenue en 1911 au Congrès de Chirurgie par mon regretté maître Segond : la collaboration entre le médecin et le chirurgien a été justement prêchée par les professeurs Forgue, Montprofit, Pozzi, Mériel, dans leurs discours ou leçon inaugurale ; écoutée, elle évite ce que l'on voit encore quelquefois, que le médecin fasse un diagnostic chirurgical à propos de ce qui est affection médicale ou, que le chirurgien fasse un diagnostic médical à propos

de ce qui est affection chirurgicale, au contraire de leur rôle habituel.

Aujourd'hui, et plus que jamais dans le temps qui vient, médecin et chirurgien doivent travailler étroitement avec les hommes de laboratoire ; aussi, est-il enfantin de discuter les mérites respectifs du médecin et du chirurgien, exaltant le premier en disant qu'il fait l'acte intellectuel, rabaissant tendancieusement le second en disant qu'il fait l'acte manuel ; car il appert que de plus en plus dans l'avenir, le *diagnostic sera œuvre collective* dont le médecin ou le chirurgien devront ramasser les éléments pour savoir s'il faut agir et comment il faut agir.

Le chirurgien fait et fera cet acte intellectuel au même titre que tous ses autres collaborateurs ; il ne faut pas croire, d'ailleurs, que lorsqu'il a posé de concert avec eux l'indication opératoire reposant sur le diagnostic exact, il ne continue pas pendant l'acte opératoire lui-même, *à œuvrer avec intelligence et savoir*, puisqu'il utilise, si éminemment présentes à son esprit, les connaissances multiples de l'anatomie, de la physiologie, de l'anatomie pathologique et de la séméiologie qui ont exigé de l'intelligence pour les assimiler et que, de plus, il est animé d'une inspiration intellectuelle dans les cas difficiles où il faut sauver la vie et obtenir la guérison.

Le vrai chirurgien n'est pas un porte-faix ou un boucher, j'en demande pardon à ces respectables corporatifs conscients et organisés, ce n'est pas un pur manuel et, s'il doit être un bon opérateur, un bon ouvrier d'art dans l'acte opératoire, il doit être un scientifique, un instruit suffisamment de toutes les sciences biologiques pour, au moins, s'aider de leurs ressources techniques ; il doit être un penseur chirurgical, c'est-à-dire réunir en soi *l'intelligence manuelle et physique* qui est bien, quoiqu'on en puissse dire et penser en raisonnant d'une façon byzantine, une émanation de l'intelligence partie des centres cérébraux qui sont aussi bien spirituels que moteurs.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications et résultats de la médication iodée dans le traitement de la tuberculose chronique.

Le traitement iodé de la tuberculose pulmonaire chronique est actuellement l'objet de nombreuses discussions ; mais, d'après M. Nigoul-Foussal, les divergences qui existent à ce sujet, dans l'opinion des phtisiologues, tiennent à ce que l'on a parfois utilisé l'iode dans des cas où il n'était pas indiqué, ce qui a provqoué des erreurs d'interprétation.

Il en est de l'iode comme du gaïacol, de l'arsenic et de tout médicament actif ; il a ses indications et ses contre-indications. La question thérapeutique de l'iode revient donc à préciser exactement les indications cliniques et c'est ce qu'a fait M. Nigoul-Foussal en un important travail de mis e au point.

Après un rapide coup d'œil jeté sur la chimiothérapie de la tuberculose, l'auteur expose les propriétés physiologiques de l'iode dans ses applications antituberculeuses.

Et d'abord, une notion prime toutes les autres *l'iode n'est pas l'iodure. Les propriétés de l'iode ne sont pas celles de l'iodure* ; elles sont même opposées. L'iodure est, avant tout un altérant et un congestif pulmonaire, l'iode n'a aucune de ces deux propriétés qui deviennent des défauts en phtisiothérapie et il agit favorablement par des effets directs et indirects sur l'infection et sur le terrain. L'iode exerce une action empêchante sur le développement des agents infectieux, neutralise les toxines bacillaires, et, en particulier, l'ectasine de Pissavy, poison vasodilatateur et congestif. L'iode agit encore sur le terrain en déterminant une hyperleucocytose, en élevant l'index opsonique, en stimulant les défenses organiques générales.

M. Nigoul-Foussal passe ensuite aux indications de l'iode en phtisiothérapie et, tout en préconisant le traitement sanatorial dont « on ne doit jamais se passer » et le pneumothorax lorsqu'il est possible, il reconnaît que ces méthodes se complètent par la médication iodée, adjuvant précieux de la cure hygiénodiététique.

Quels sont donc les indications de l'iode, dans la tuberculos e pulmonaire chronique ?

« Et d'abord, il importe d'établir un principe « général reconnu par tous les observateurs : les « tuberculoses pulmonaires qui seront traitées « par l'iode sont celles qui présentent une forme « à évolution lente, des lésions peu extensives, « occupant l'étendue maximum d'un lobe pul- « monaire (forme nodulaire discrète de Pissavy). « Il s'agit de malades qui se défendent bien, sans « réactions générales sévères et sans expectora- « tion très abondante. »

Ce sont les tuberculoses fibro-caséeuses communes, ne dépassant pas 38° à 38°5 ; les formes fibro-scléreuses abortives ou denses, et qui s'accompagnent souvent de crises d'asthme,

d'emphysème, de bronchites. L'auteur les rattache, comme Sergent, à un terrain syphilitique. Ce sont encore les pleurites, les cortico-pleurites, les tuberculoses stagnantes des vieillards, toutes les tuberculoses fibreuses si fréquentes dans la pratique médicale. Enfin les états para-bacillaires comme la pleurésie séro-fibrineuse et ces états appelés autrefois pré-tuberculeux et qui sont une situation d'attente, de prérechute, ou d'imprégnation bacillaire prête à évoluer.

En ce qui concerne les hémoptysies, M. Nigoul-Foussal émet la même opinion que MM. Bonnamour et Delore ; l'iode n'est pas un congestif et il ne cause pas d'hémoptysie, mais son administration doit être cessée momentanément quand apparaît une hémoptysie fluxionnaire en rapport avec un processus évolutif. L'iode est un médicament actif, et, dans la tuberculose pulmonaire, lorsque une évolution clinique se développe, il est de règle de cesser toute thérapeutique active et de renforcer la cure hygiéno-diététique . L'auteur expose d'ailleurs cette opinion déjà émise par Sabourin, que les hémoptysies sont causées le plus souvent, par le manque de repos, la fatigue ou les écarts de régime.

Quels sont les résultats de la médication iodée utilisée dans ces indications ?

Ils sont tout à fait favorables et consistent d'abord dans l'atténuation des phénomènes toxémiques (fièvre, tachycardie, sueurs, asthénie, oppression, insomnie, hypotension).

Ils consistent ensuite, dans l'assèchement des lésions avec disparition des râles muqueux et tendance marquée à la cicatrisation. Enfin, on constate le relèvement progressif de l'état général (retour des forces, de l'appétit, du poids, etc.).

Bien que certains auteurs admettent la disparition des bacilles sous l'influence du traitement iodé, M. Nigoul-Foussal n'est pas aussi affirmatif. Il reconnaît bien l'absence des bacilles pendant des périodes plus ou moins longues, il admet qu'ils diminuent de nombre, qu'ils modifient leurs caractères morphologiques, mais il les retrouve chez les malades ayant conservé de l'expectoration.

L'influence générale de l'iode sur la tuberculose limitée et à tendance faiblement évolutive, c'est l'arrêt de l'évolution, la disparition des phénomènes toxémiques et la transformation tranchement scléreuse.

Sur la tuberculose fibreuse l'iode amène une atténuation des phénomènes fonctionnels dus le plus souvent à des poussées congestives légères, et la disparition des crises dyspnéiques avec un arrêt de l'extension sclérosante.

L'auteur a poursuivi ses expérimentations en utilisant un iode organique en injection quotidienne et par séries de 30 injections. Il n'a pas eu de troubles secondaires locaux ou généraux et il insiste sur la nécessité d'un traitement prolongé. (*La Presse médicale*, 7 novembre 1925.)

Traitement de la pelade par la cryothérapie.

Sans parler des grandes « décalvantes », dont la guérison reste problématique, on admet qu'un placard de pelade tend à repousser normalement en trois mois.

L. LORTAT-JACOB a essayé la cryothérapie dans le traitement de toutes les pelades. Pour les petits placards récents, portant en bordure des cheveux « en point d'exclamation », dont l'évolution semblait en croissance, il a frictionné vigoureusement avec la pointe mousse du cryocautère jusqu'à congélation de ces plaques et placards. Il est rare qu'en trois semaines la repousse n'ait pas été obtenue, ce qui est plus avantageux que les trois mois dans l'évolution spontanée.

Dans les vieilles pelades décalvantes, datant de 3, 4 et 7 ans, l'auteur a pu obtenir en 3 semaines, après 3 à 4 applications, la repousse d'un duvet.

Dans tous les cas traités, on obtient la réapparition d'aspect ponctué, et la disparition de l'aspec glabre marmoréen. A noter que le cuir chevelu se congèle très facilement, probablement en raison des plans résistants sous-jacents ; mais d'autre part la congélation s'accompagne pendant 8 jours au moins d'une rougeur plus ou moins intense visible sur toute la région congelée et c'est là une réaction très heureuse.

A la congélation s'associe l'action du massage par la pointe mousse, et les deux actions combinées provoquent une alternative de vaso-constriction et de vaso-dilatation des vaisseaux dans les régions traitées, d'où excitation de la repousse des cheveux, constante et rapide dans les pelades récentes ; à la repousse du duvet dans les décalvantes rebelles abandonnées de tous les thérapeutes, depuis des années.

Pour la pelade de la barbe, la cryothérapie constitue le procédé de choix,car il ne laisse aucune irritation secondaire comme les agents chimiques ; elle n'expose pas aux dermites. aux eczématisations secondaires, et elle est suivie de repousse dans un bref délai.(*Le Progrès médical*, 13 juin 1925.)

De la valeur réelle du ganglion de Troisier.

D'une étude faite par MM. G. FAROY et R. WORMS, il résulte que l'adénopathie sus-claviculaire gauche peut exister au cours des cancers abdominaux, de l'estomac en particulier ; et à Troisier revient tout l'honneur d'avoir su attirer l'attention sur ce signe.

On a voulu faire du ganglion de Troisier un signe absolu de cancer gastrique. Mais il est rare, il est tardif, il n'est point pathognomonique, se rencontrant au cours d'affections digestives non

cancéreuses de nature tuberculeuse, syphilitique ou inflammatoire banale ; toutes restrictions que Troisier n'avait pas manqué de noter, et qui rendent sa valeur diagnostique en réalité bien discutable.

Sa valeur pronostique ne l'est pas moins, en raison des observations d'adénopathie non cancéreuse accompagnant un cancer avéré ; et le seul fait de son existence ne saurait constituer, chez un malade en état de supporter l'intervention, une contre-indication opératoire. (*Le Progrès médical*, 27 juin 1925.)

La cordotomie latérale antérieure. Principe et indications.

C'est, d'après J. Haguenau, une opération qui consiste à sectionner le faisceau antéro-latéral de la moelle vecteur de la presque totalité des fibres douloureuses. La région de choix est la région dorsale ; la section sera faite à gauche pour les algies droites et vice-versa ; elle peut être faite bilatéralement.

C'est une opération bénigne relativement qui, préconisée essentiellement au cours des algies cancéreuses, a pu voir ses indications notablement étendues.

Ne relèvent de la cordotomie que les algies correspondant à un territoire situé au-dessous de D4, puisque jusqu'à présent l'opération n'a pas été effectuée au niveau de la région cervicale : algies des membres inférieurs, algies abdominales et thoraciques inférieures.

Chez les tabétiques la guérison n'a été que transitoire, car ces sujets présentent une atteinte ancienne du système nerveux, et que chez eux les dégénérations cordonales peuvent être beaucoup plus étendues et remonter au-dessus du siège de la cordotomie. (*La Pratique médicale française*, mai 1925 A.)

Les névralgies irradiées.

Certaines névralgies très violentes, pouvant s'étendre parfois à un membre tout entier, ne sont que l'irradiation névralgique d'un point douloureux périphérique très localisé. Relativement rares au niveau des membres et du tronc, elles semblent particulièrement fréquentes à la face. Tout le monde connaît ces irradiations névralgiques d'origine dentaire, diffusées à tout un maxillaire, ou parfois même aux deux, dans lesquels seule une exploration minutieuse permet de retrouver la dent malade.

Les divers exemples de ces irradiations montrent quelle peut être parfois la difficulté du diagnostic, puisque l'extension apparente de la douleur déborde de beaucoup le territoire réel de l'irritation nerveuse.

L'origine périphérique de ces névralgies, dit le Dr Tinel, est importante aussi au point de vue du traitement, car celles-ci sont très tenaces et résistent à tous les moyens thérapeutiques tant que la cause locale provocatrice n'a pas disparu. Toutes les interventions chirurgicales sur les troncs (alcoolisation, section), de même que la sympathectomie périvasculaire, ne font que les aggraver, puisqu'elles ne font qu'apporter des excitations supplémentaires à l'éréthisme des centres nerveux excités déjà chez ces malades. Seule peut être efficace la découverte et la suppression de l'irritation locale périphérique, point de départ des réflexes algiques, que traduit en somme le phénomène de l'irritation douloureuse. (*La Pratique médicale française*, mai 1925 A.)

Traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire.

M. G. Poix expose les résultats obtenus au Danemark par MM. Mollgaard au moyen de l'aurothérapie ; il s'agit du thiosulfate double d'or et de sodium, qui a reçu le nom de « sanocrysine ».

Tandis que sur l'organisme normal non tuberculeux l'injection intraveineuse de sanocrysine à la dose d'un centigramme chez l'animal ne détermine ni réaction thermique, ni modifications des globules rouges, ni lésions rénales, ni modifications du poids, chez l'animal tuberculeux, au contraire, on constate après l'injection une élévation considérable de la température, à 40 et 41°, des exanthèmes, des troubles digestifs, des hémorragies intestinales et surtout une albuminurie presque constante. Si les injections sont massives et répétées à court intervalle, on peut observer de l'hématurie, des troubles cardiaques, de l'hypothermie et la mort.

Mollgaard a pensé que ces troubles résultaient de l'action du médicament, qui mettant en liberté dans le sang des toxines des bacilles détruits, provoquait une réaction tuberculinique plus ou moins grave. Il a donc préparé un sérum antituberculinique pour parer à ces accidents.

Il s'agit en somme du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'aurothérapie combinée à la sérothérapie antituberculinique.

L'injection de sanocrysine se fait de la façon suivante : après avoir ouvert l'ampoule scellée qui contient le médicament, on y introduit une certaine quantité d'eau récemment stérilisée et distillée, puis on aspire la quantité d'eau distillée nécessaire pour obtenir un degré de concentration à 5 p. 100, afin que la solution soit isotonique. L'injection doit être intraveineuse, et jamais sous-cutanée, à cause des risques de sphacèle de la peau. Le malade doit être l'objet d'un contrôle très rigoureux, en raison des réactions graves qui peuvent se produire ; la température est prise plusieurs fois par jour et les urines sont examinées chaque jour au point de vue de l'albumine.

Les réactions peuvent être générales, gastro-intestinales, rénales, cutanées et locales.

On ne procède guère qu'à des injections (0.50 à 1 gr.) espacées de 4 à 5 jours au minimum, car c'est une règle formelle de ne pratiquer une nouvelle injection que si on ne constate plus de phénomènes réactionnels provoqués par l'injection précédente ; sinon c'est exposer le malade à un choc, qui peut être mortel malgré l'emploi du sérum antituberculinique. Les injections peuvent même être espacées de plusieurs semaines. C'est d'ordinaire après la deuxième ou la troisième injection que se produisent les plus grandes réactions ; après les injections suivantes, celles-ci diminuent d'intensité pour devenir nulles après la 8e ou la 9e injection, c'est-à-dire après l'administration de 8 à 10 gr. de sel d'or. L'élévation de la température constitue de toutesles réactions la plus importante ; quand elle ne se produit plus après les injections, on peut considérer le traitement comme terminé.

Ce traitement ne convient pas à tous les cas de tuberculose ; il s'applique surtout au processus « exsudatif », c'est-à-dire sur les lésions à prédominance broncho-alvéolaire, et moins au processus « productif » c'est-à-dire à prédominance fibreuse, les bacilles étant alors protégés par l'imperméabilité vasculaire de ce tissu contre l'agent bactéricide.

En tous cas, il est absolument contre-indiqué chez les tuberculeux présentant des lésions rénales, avec insuffisance fonctionnelle et albuminurie, ou bien chez ceux atteints de troubles intestinaux, quelle qu'en soit l'origine, enfin chez les sujets dont la résistance organique est précaire par suite de leur tuberculisation ou par suite d'insuffisance cardio-vaculaire.

L'amélioration, dans les autres cas, se manifeste dès les premières injections par la diminution des signes fonctionnels (toux et expectoration surtout) ; puis dans plus de la moitié des cas, les bacilles diminuent et disparaissent complètement dans les crachats, même avant la fin du traitement ; la fièvre s'abaisse chez les fébricitants dans l'intervalle des injections ; mais elle ne disparaît qu'une fois le traitement terminé.

Il y a une perte de poids assez notable, qui s'amende rapidement après que les injections ont pris fin.

Bref, c'est la première fois que nous nous trouvons en présence d'un traitement chimiothérapique de la tuberculose, dont la spécificité paraît incontestable et dont l'efficacité est comparable, peut-être même supérieure, à celle du traitement hygiéno-diététique et de la collapsothérapie. Cependant beaucoup de problèmes restent encore à résoudre en ce qui concerne l'application de la méthode. (*La Presse médicale*, 3 juin 1925.)

L'antigène méthylique comme adjuvant dans la thérapeutique de la tuberculose.

Il s'agit là d'un extrait bacillaire dans l'alcool méthylique, réalisé par Nègre et Bocquet de la manière suivante : des cultures de bacilles humains et de bacilles bovins, stérilisées par 30 minutes de chauffage à 120°, âgées de six semaines, sont mélangées à parties égales, filtrées sur papier ; puis les corps bacillaires, lavés à l'eau distillée, séchés dans le vide, sont traités par l'acétone, dans la proportion de 1 cmc. par centigramme de bacilles secs. Après 48 h. de contact le mélange est filtré, et les bacilles desséchés sont mis à macérer pendant 12 jours à 37°, 38° dans de l'alcool méthylique à 99° aussi pur que possible (1 cmc. d'alcool par centigramme de bacilles). Après filtration, cel alcool constitue l'antigène tuberculeux, que l'on doit conserver à l'abri de l'air et de la lumière ; pour le rendre injectable on additionne la solution alcoolique d'antigène d'une quantité égale d'eau distillée et on évapore l'alcool par distillation dans le vide à 50°.

L. Guinard a essayé, à Bligny, de compléter la cure rationnelle classique des tuberculeux par les effets adjuvants de cet antigène méthylique.

Il injecte cet antigène sous la peau du dos à raison de 3 injections par semaine; comme celui-ci est habituellement bien toléré et peut être injecté à doses fortes, il l'emploie généralement pur ou dilué dans un volume égal de sérum artificiel, débutant par la dose de 0 cmc. 05 et passant graduellement à 0 cmc. 10 ; 0.15 ; 0 cmc. 20 ; en augmentant ainsi de suite dans les mêmes proportions, et répétant 8 ou dix jois la même dose jusqu'à 1 cmc. par jour, en suivant de très près les manifestations réactionnelles. Sauf une absence de 6 jours que peuvent faire les malades tous les trois mois, l'antigène est injecté chaque jour ou tous les deux jours, et la moyenne de durée du traitement est de cinq mois et demi à 6 mois.

Le but recherché est simplement de faire acquérir aux sujets déjà infectés une résistance plus grande à l'intoxication par les poisons bactériens, de contribuer ainsi au réveil des réactions défensives insuffisantes et de favoriser les phénomènes de réparation par les processus de sclérose.

Sur les animaux de laboratoire rendus tuberculeux, l'antigène méthylique ne provoque aucune manifestation d'hypersensibilité ; il est bien toléré et les élévations de température légères qu'il provoque parfois sont de courte durée. Il ralentit et localise la marche des lésions tuberculeuses, qui sont moins confluentes etprésentent une tendance manifeste à l'organisation fibreuse.

L'auteur a employé, comme adjuvant à la cure de sanatorium, l'antigène méthylique chez 142 malades, parmi lesquels 55 ont été suivis de six à quatorze mois ; il peut confirmer la

parfaite maniabilité de ce produit, généralement bien toléré par les tuberculeux. Les réactions générales sont nulles ou presque nulles, et, quand elles se produisent, les élévations de température sont habituellement de faible valeur et de courte durée.

Cependant, chez les malades fébricitants et en évolution active, on peut avoir des réactions appréciables ; aussi faut-il, alors, débuter par des doses faibles et progresser lentement.

L'action de l'antigène méthylique, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, se manifeste par un ralentissement marqué ou un arrêt de l'évolution de la maladie, par un assèchement des foyers, et par une stabilisation des lésions tuberculeuses qui réalise des trêves pendant lesquelles la réparation semble s'organiser par un processus de sclérose.

Chez plusieurs malades à tendances fébriles ou subfébriles, l'auteur a obtenu une régulation progressive de la température, définitivement ramenée, après 4 ou 5 mois, à l'état normal ; il ne faut craindre ni l'emploi prolongé, ni les doses suffisantes d'antigène. (*La Presse médicale*, 4 juillet 1925.)

Diagnostic du coma alcoolique.

Si l'odeur de l'haleine possède une grande valeur indicative dans ce diagnostic, encore faut-il qu'elle ne soit pas dénaturée par celle des produits de vomition. Il pourra en résulter une confusion avec le coma diabétique (odeur acétonique de l'haleine pouvant être prise pour l'odeur de l'alcool ou de ses produits de dégradation : furfurol, etc.).

Le coma urémique est peut-être plus facile à différencier ; on se rappellera que le myosis du comateux azotémique fait place à la mydriase — avec absence de réaction lumineuse — dans le coma ébrieux.

Le stertor du coma épileptique est bien voisin du ronflement de l'ivre-mort, mais l'évolution du premier est en général rapide et bénigne, sauf crises subintrantes, qui orientent alors le diagnostic.

Une méthode simple permet, d'après M. Philippe, de déterminer la présence et de suivre quantitativement l'élimination de l'alcool dans l'organisme, et ainsi de confirmer le diagnostic clinique.

Elle est basée sur l'oxydation de l'alcool par le bichromate de potasse en milieu sulfurique ; dès que l'alcool est complètement oxydé, l'excès de bichromate, aussi petit qu'il soit, grâce à sa puissance énorme de coloration, communique à la teinte vert bleu franche du sulfate de sesquioxyde chrome en solution étendue, une teinte jaunâtre, véritable virage que l'on utilise pour le dosage.

On établit ainsi le coefficient d'imprégnation alcoolique, qui est pratiquement le même pour tous les organes. Ce qu'on détermine c'est la quantité d'alcool présente dans l'organisme au moment où est survenue la mort, ou bien où a été pratiqué le prélèvement de sang ou d'urine, s'il s'agit d'un sujet vivant. Etant donné le temps que met l'alcool à s'éliminer, on peut dire que toute constatation faire 24 heures ou davantage après la dernière ingestion d'alcool n'a plus aucune signification ; jusqu'à cette limite ultime un dosage ne permettra encore de *présumer* le volume ingéré que si la quantité trouvée est encore très importante (plus d'un cent. cube par kilogr.). Il est de toute évidence que l'alcool du contenu gastrique ne peut servir pour évaluer l'ivresse ; on y trouve (dans ce réservoir) des quantités d'alcool assez grandes, sans état ébrieux.

Le procédé permet d'opérer sur la pulpe d'organe, sur le sang ou sur l'urine pour déterminer le degré de l'imprégnation alcoolique, et il est aussi possible de déceler la nature du liquide alcoolique ingéré. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1925.)

Une auto-observation de rhumatisme goutteux. Effet du traitement.

Sous ce titre, le Dr Forge, après quelques considérations non sans intérêt sur la valeur des auto-observations médicales, qu'il voudrait voir mises en commun en « une sorte de mutualisme de pathologie médicale » permettant de faire servir nos petites ou grandes misères aux meilleures fins de notre thérapeutique », expose son cas personnel. Sans antécédents héréditaires mais ayant dans ses commémoratifs 46 mois de front, il rattache à ceux-ci un rhumatisme goutteux fort tenace et rebelle à toute les médications classiques : aspirine, colchique, extrait de sambucus, etc. Par contre ayant usé du phénylcinchoninate d'allyle (atoquinol) le résultat fut aussi rapide que durable : cessation de la douleur dès les premières heures, liberté articulaire récupérée en fort peu de temps, tolérance gastrique parfaite. On sait que dans un travail récent le Dr Reynaud a montré la puissante action dissolvante et éliminatrice de l'atoquinol sur l'acide urique des goutteux et rhumatisants chroniques (1), de telle sorte que c'est à un drainage urique de cette nature que le Dr Forge attribue les remarquables résultats qu'il a obtenus sur lui avec ce médicament, résultats qu'il avait vainement poursuivis avec d'autres médications. (*Le Courrier médical*, 12 juillet 1925.)

(1) M. Reynaud. — Le phénylcinchoninate d'allyle (atoquinol), solvant de l'acide urique. Thèse Paris, 1925. Jouve et Cie, édit.

Les Sociétés Savantes

Paris

L' « entamœba dispar », parasite de l'intestin.

(M. E. Brumpt. — *Académie de médecine* ; 3-11-1925.)

M. Brumpt appelle l'attention sur l'existence d'une amibe, confondue généralement avec l'amibe dysentérique et également parasite de l'intestin de l'homme, fort intéressante à connaître dans le diagnostic des dysentéries à kystes amibiens.

Depuis la découverte des kystes à quatre noyaux de l'amibe dysentérique, on a trouvé avec une fréquence particulière ces kystes dans les selles d'individus, bien portants ou non. Les auteurs qui ont fait des recherches sur ce sujet ont conclu à un pourcentage important de dysentéries kystiques, et cela dans tous les pays du monde. Il a été ainsi établi qu'en Angleterre environ 5 pour 100 de la population héberge des kystes de l'amibe dysentérique, en France plus de 4 %, en Amérique 5 à 25 %, au Vénézuela 30 %.

Ces faits épidémiologiques surprenants et insolites, la constatation de porteurs nombreux de kystes amibiens dans des pays (Angleterre par exemple) où la dysentérie autochtone n'existe pour ainsi dire pas, deviennent faciles à comprendre si l'on veut bien admettre, en concordance avec les expériences de Shimura (1918) et de M. Brumpt, que l'amibe en question, répandue partout, n'est pas dysentérigène et qu'elle doit être considérée comme une espèce différente de l'*entamœba dysenteriæ*.

En 1918, un auteur japonais, Sohei Shimura, découvrait chez six individus une amibe non pathogène pour l'homme. Cette année M. Brumpt eut l'occasion d'étudier cette même amibe et ses kystes à quatre noyaux, chez un homme de 48 ans, sans passé intestinal. Il en donne la description, en s'attachant aux caractères différentiels qui la séparent de l'amibe dysentérique vraie.

L'auteur conclut en disant que l'existence de ce parasite (*Entamœba dispar*), espèce répandue en abondance dans tous les pays du monde, rend nécessaire la révision complète des cas cliniques d'amibiase attribués à l'amibe dysentérique. La présence de kystes amibiens à quatre noyaux dans les selles d'individus atteints de troubles intestinaux divers ne justifie pas à elle seule le pénible traitement antidysentérique à l'émétine.

Les étrangers malades à Paris : points de vue hygiénique et économique.

(M. P. Emile-Weil, M. Léon Bernard. — *Académie de médecine* ; 10-11-1925.)

Depuis la guerre, le nombre des étrangers venus s'installer en France, à Paris particulièrement, s'est considérablement accru. A leur sujet, divers problèmes se posent et parmi ces problèmes il en est qui intéressent le médecin et l'hygiéniste.

M. P. Emile-Weil, comme tous ses collègues des hôpitaux, a été frappé du chiffre croissant de malades non français, soignés dans ses salles. Ayant fait une statistique sur l'ensemble des admissions des six derniers mois, à l'hôpital Tenon, il a enregistré un total de 537 étrangers pour 8.321 Français, soit une proportion de 6.4 %. Les nationalités les plus représentées ont été : les Italiens, les Belges, les Polonais, les Turcs et Arméniens, les Tunisiens et Marocains, les Suisses, les Espagnols, les Anglais, etc. Poursuivant son enquête dans son service personnel, l'auteur a vu qu'un grand nombre de ces malades n'étaient en France que depuis quelques mois. Beaucoup ont des lésions de tuberculose pulmonaire. Et M. P. Emile-Weil de conclure qu'il y a là une question économique et hygiénique et qu'il y aurait sans doute lieu de prendre des mesures pour réglementer l'immigration et demander aux étrangers, avant leur entrée en France, de posséder un certain capital-santé.

— M. Léon Bernard partage entièrement cet avis. En dehors de la considération budgétaire, de la charge que ces malades font peser sur nos finances, se présente le côté hygiénique. Souvent, il s'agit de tuberculeux, déjà atteints avant leur arrivée en France, et qui deviennent des agents de contamination. D'une enquête faite sur l'immigration, M. Léon Bernard estime à 300.000 le nombre des travailleurs étrangers vivant en France (265.000 contrôlés). Le Ministère de l'hygiène fait des efforts pour organiser une surveillance sanitaire des frontières, efforts... sans résultat, les ministres et les directeurs changeant vite. La surveillance est d'ailleurs difficile. Les Etats-Unis d'Amérique, pays d'immigration, grâce à leurs frontières presque exclusivement maritimes, ont pu réaliser une sélection, faite au débarquement. En France, l'étendue considérable des frontières terrestres rend une telle organisation beaucoup plus délicate, d'autant que des conventions internationales viennent en restreindre les bases. Quoi qu'il en soit, il importe de se préoccuper de la question et l'auteur demande à l'Académie de voter le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, informée du nombre considérable d'étrangers soignés dans nos hôpitaux, alors qu'ils étaient plus ou moins récemment entrés dans notre pays sans avoir été soumis à un examen médical suffisant ; émue des conséquences fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue des charges d'assistance que des dangers pour la santé publique qu'il entraîne, demande aux Pouvoirs publics d'organiser sans retard le contrôle sanitaire de l'immigration, notamment aux frontières de terre ».

— M. ACHARD a noté, dans son service de Beaujon, une proportion de 13 pour 100 d'étrangers.

Asthme anaphylactique guéri par la cure de désintoxication.

(M. SÉDILLOT. — *Société de médecine de Paris* ; 27-6-1925.)

M. Sédillot présente une malade, grande migraineuse qui, il y a 4 ans, après la prise d'un comprimé d'aspirine, fut atteinte d'un violent accès d'asthme. A dater de ce moment, cette femme cessa d'être une migraineuse pour devenir une grande asthmatique. La patiente restait sensible à l'aspirine, toute ingestion de ce médicament étant suivie d'une crise d'asthme.

Sans s'attacher aux tentatives de désensibilisation, qui ne visent que la cause déterminante et non le terrain spécial de l'asthme, l'auteur mit en œuvre la cure de désintoxication. Il y eut, au bout de peu de temps, une diminution notable des accès et finalement une disparition actuelle de la maladie.

Une telle anaphylaxie, dit M. Sédillot, ne peut éclore que sur un terrain préparé : le terrain neuro-arthritique, conditionné par une petite insuffisance de la cellule hépatique, par l'hépatisme de Frantz Glénard. Modifions ce terrain par la cure de désintoxication, l'épine anaphylactique cesse d'être opérante.

— M. DARTIGUES demande quel est le traitement de désintoxication qui a été prescrit ?

— M. SÉDILLOT répond que ce traitement est double : médicamenteux et diététique. Le médicament de fond est l'iodure de potassium associé au régime sans sel, au calomel, au sulfate de soude, au boldo, à la théobromine, aux sels de lithine, donnés par périodes alternées de trois ou quatre jours. Le régime d'attaque, pour 3 à 5 semaines, est le régime de grand repos hépatique. L'auteur interdit la viande, les œufs, le poisson, les aliments riches en purines comme le chocolat, le café, le thé ; le vin, l'alcool et le sel. Il continue ensuite, et cela jusqu'à la guérison clinique de l'asthme, par le régime de moindre fatigue hépatique, qui est le régime précédent avec un peu de viande cuite (1 gr. par kilogr. de poids) au repas de midi et un peu de sel (7 gr. par semaine).

Le traitement de désintoxication offrirait sur les méthodes de désensibilisation plusieurs avantages. Il s'attaque au terrain de l'asthme et non à ses causes occasionnelles. De plus, les malades étant souvent sensibilisés à plusieurs substances, aux odeurs, aux émanations de la plume, de la laine, pourrait-on supprimer autour d'eux toutes les fleurs, les oreillers, traversins, les matelas, etc. ?

— M. SCHÆFFER fait remarquer que la théobromine, utilisée par M. Sédillot, est un agent anti-asthmatique. Elle fait, par elle-même, disparaître les crises. Associée à la caféine, elle donne, chez beaucoup d'asthmatiques, de bons résultats.

L'actinothérapie chez les enfants.

(M. Georges SCHREIBER. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 19-5-1925.)

L'actinothérapie a des indications multiples dans la thérapeutique des maladies de l'enfance.

M. Schreiber étudie l'action favorable des rayons ultra-violets sur la digestion et la nutrition des nourrissons. Les U. V. sont stimulants de l'appétit et à prescrire dans les cas d'anorexie du premier âge. Ils améliorent la digestion et se trouvent indiqués dans l'hypotrophie sans négliger pour cela la thérapeutique étiologique (syphilis) et diététique. L'action de l'actinothérapie sur la nutrition en général et sur le développement osseux et musculaire en particulier justifie son emploi dans les retards de la marche, le rachitisme, les convalescences traînantes, etc. Les rayons ultra-violets jouissent aussi de propriétés sédatives, d'où leur usage dans la tétanie, les états spasmophiles, les vomissements répétés, et de propriétés antiseptiques, utilisables dans les rhino-pharyngites. Le soleil et les rayons de la lampe de quartz désinfectent mieux le nasopharynx que les antiseptiques instillés dans les narines.

— M. DORLENCOURT remarque que le rachitisme guéri par l'actinothérapie récidive d'une façon toute exceptionnelle, seulement dans une proportion inférieure à 2 %.

— M. SAIDMAN parle des beaux résultats donnés par les U. V. dans les glycosuries, les hyperglycémies.

— M. Julien HUBER a constaté, chez les nourrissons retardataires, sous l'influence des rayons ultra-violets, une accélération nette de la croissance.

— M. LESNÉ souligne l'action indiscutable des irradiations ultra-violettes sur les symptômes de tétanie latente ou manifeste. Le signe du facial, de Chvostek, est le meilleur test clinique de la spasmophilie : c'est le premier en date et le dernier à disparaître. On ne peut accorder qu'une valeur moindre, du fait de leur inconstance, aux autres signes donnés comme caractéristiques dans la tétanie latente. Le signe de Trousseau serait très rare. Les rayons ultra-violets sont ici nettement indiqués.

Les vomissements en fusée par spasme gastrique peuvent être des manifestations de l'anaphylaxie alimentaire, de l'insuffisance hépatique, de l'appendicite chronique, etc. Ils relèvent quelquefois de la spasmophilie et sont alors amendés par les irradiations ultra-violettes. L'auteur en a observé plusieurs exemples.

— M. MARFAN considère comme très intéressants les résultats favorables obtenus par M. Lesné en traitant les vomissements habituels des nourrissons par les ultra-violets. Mais l'expérience lui a montré que ces vomissements sont souvent amendés par l'ingestion de solutions mercurielles (lactate de mercure à 1 p. 1000, ou liqueur de Van Swieten).

— M. TIXIER parle également de l'actinothérapie dans le traitement des anorexies des jeunes enfants. Les pédiatres savent combien ces anorexies sont

rebelles et il est bon de connaître les effets bien des fois avantageux des ultra-violets en pareil cas.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Volvulus de la trompe de Fallope.

M. Goullioud, comme suite à une précédente communication de M. Michon, présente un dessin représentant une double salpingite caséeuse avec torsion de la trompe droite.

Myome rouge de l'intestin.

M. Goullioud, à propos de l'observation communiquée à la précédente séance par M. Michon, apporte trois cas anciens de myomes rouges, pour lesquels il a pratiqué avec plein succès la myomectomie.

Fracture de l'étage postérieur du crâne. Radiographie.

MM. R. Gaillard et Monnier présentent un cas de traumatisme crânien intéressant par les précisions qu'a pu fournir la radiographie. Alors qu'on pouvait songer à une fracture transversale du rocher (otorrhagie, douleur et ecchymose mastoïdienne), la radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture de l'occipital.

Occlusion intestinale tardive après appendicectomie.

MM. Demet et Vachey ont traité un malade de 16 ans, opéré le 1er janvier 1925 pour une appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée : appendicectomie avec enfouissement au catgut, nettoyage du péritoine à l'aspirateur de Villard, drainage, suites bonnes. Le malade était en excellent état lorsque au *trente-et-unième jour* apparurent des douleurs abdominales très aiguës, s'accompagnant de vomissements d'abord bilieux, puis fécaloïdes, et d'une distension dessinant une anse dilatée et douloureuse. Rien au toucher rectal. L'intervention conduisit sur une anse grêle très distendue mais ne permit pas de trouver la cause de l'occlusion. On se contenta donc de faire une entérostomie au niveau de l'anse distendue en laissant en place une sonde de Nélaton. Les suites furent très simples ; la sonde tomba au cinquième jour ; l'orifice se referma spontanément et le malade sortit guéri au treizième jour.

En raison de ces faits, les auteurs pensent pouvoir attribuer dans ce cas les phénomènes d'occlusion à une torsion incomplète d'une anse grêle.

Calcification pleurale.

MM. Laroyenne, A. Chaix et Parthiot soumettent une pièce de calcification pleurale provenant d'un malade entré à l'hôpital pour ostéite costale ; dans une première intervention, on avait réséqué une partie de la 5e côte et découvert une enveloppe crétacée sur le poumon ; trois mois après, on réséqua une partie de cette coque. Mais le malade présenta par la suite des lésions tuberculeuses du poumon et mourut. L'autopsie montra que la plaque calcaire s'étendait en hauteur de la 3e à la 8e côte, et en largeur de la ligne axillaire antérieure presque jusqu'au rachis.

Ostéophyte pleural interlobaire.

M. Barbier donne la description d'un ostéophyte pleural trouvé à l'autopsie d'un malade mort d'hémorrhagie cérébrale. Cet ostéophyte occupait l'interlobe supérieur du poumon droit. Les constatations histologiques faites par l'auteur sont en faveur de l'origine classiquement admise : calcification d'origine pleurale, séquelle sans doute de pleurésie interlobaire.

Fractures du tibia traitées par ostéosynthèse sans immobilisation.

M. Labry apporte à la Société quelques résultats éloignés d'ostéosynthèses pour fractures du tibia, pratiquées par M. Patel, sans immobilisation consécutive. M. Patel emploie de longues plaques de Lane à six vis, le tournevis de Schermann, la mèche américaine, et le taraud progressivement calibré. L'absence d'immobilisation permet le libre jeu des articulations, prévient l'atrophie musculaire, les lésions cutanées, etc. Les résultats apportés par M. Labry et remontant à 9 mois environ sont tout en faveur de la méthode.

Sténose laryngée de guerre.

M. Sargnon présente l'obesrvation d'un homme blessé en 1918 par un éclat d'obus au niveau du larynx. Cet homme conservant un rétrécissement cicatriciel, M. Sargnon pratiqua d'abord une laryngostomie et ultérieurement une plastique avec greffe cartilagineuse. Guérison.

Ulcère perforé du duodénum à symptomatologie fruste.

M. Ch. Dunet relate l'histoire d'un malade de 33 ans, à passé gastrique remontant à une quinzaine d'années et consistant en crises douloureuses intermittentes avec vomissements. Le 10 février dernier nouvelle crise terminée par une abondante hématémèse.

Le 20 février, douleur épigastrique extrêmement violente, à la suite de laquelle le malade entre à l'Hôtel-Dieu. A ce moment en ne trouva comme symptômes qu'une contracture abdominale à peine marquée et uniquement du côté droit sur une surface très limitée et un léger endolorissement profond sus-ombilical. Pouls à 120, température : 38°4. Malgré cela et en raison des antécédents et de la douleur

en coup de poignard, on intervient : large perforation siégeant sur le versant duodénal du pylore, au niveau d'un ulcère calleux ; pas de liquide dans le grand péritoine, mais l'arrière-cavité des épiploons en est au contraire remplie ; on l'assèche minutieusement et l'on enfouit ensuite la perforation dans un double rang de sutures que l'on consolide en abaissant au-devant un voile ligamenteux hépato-duodéno-pylorique sectionné au ras du foie. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay.

L'intérêt de ce cas est dans la cause de la latence de la perforation : celle-ci s'étant produite la nuit, le sujet étant couché, les liquides fusèrent dans l'arrière-cavité. D'où intérêt d'explorer celle-ci quand on intervient pour une perforation gastrique ne s'accompagnant pas d'inondation péritonéale nette.

Angiocholécystite chronique par douve du foie.

MM. Cotte et M. Dechaume exposent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital pour ictère et coliques hépatiques. Il existait, sous les fausses côtes droites, une douleur diffuse à la palpation ; foie hypertrophié dépassant de deux travers de doigt le rebord costal ; vésicule non perçue. On pense à une angiocholécystite chronique lithiasique. Intervention : cholécystectomie. La vésicule renferme un calcul, et dans sa paroi deux petits nodules dont le centre est nécrotique. Un premier examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique montre qu'il s'agit d'une cholécystite chronique due à des parasites. Un second examen pratiqué au laboratoire de parasitologie montra que les éléments inclus dans la paroi vésiculaire étaient des œufs de douve (*fasciola hepatica*). On retrouva d'ailleurs l'étiologie classique de cette distomatose : l'ingestion de cresson.

Cette observation constitue le cinquième cas de distomatose hépatique découvert à l'intervention. Il existe six observations de douves constatées à l'autopsie.

Appendicite à forme anurique.

M. Malartre présente au nom de M. Ph. Rochet et au sien l'observation d'un malade envoyé à l'hôpital pour anurie. A l'entrée, abdomen légèrement météorisé, submatité dans les flancs, difficile à constater en raison de l'adiposité ; pas de points douloureux, toucher rectal négatif ; température 37°6, pouls 80-90, pas de vomissements ni de hoquet. Le cathétérisme vésical ne ramène que quelques gouttes d'urines sanglantes. Deux jours après l'entrée, le météorisme a augmenté, pas de selles, hoquet, mort. Autopsie : gros abcès rétro-cæcal se prolongeant vers les régions lombaire et sous-hépatique avec prolongement inférieur vers le pelvis. Appendice baignant dans le pus et présentant une large plaque de sphacèle à sa partie moyenne.

Circulus vitiosus et péritonite.

MM. Ph. Rochet et E. Pollosson rapportent l'histoire d'une malade, à passé gastrique ancien, entrée à l'hôpital à la suite d'une abondante hématémèse qui l'a laissée très anémiée, au point qu'avant de tenter une intervention, on doit pendant douze jours la remonter par divers moyens (sérum glucosé par le rectum, sérum physiologique sous-cutané, sérum de cheval et eau bouillie sucrée par la bouche). Intervention : ulcus de la petite courbure ; gastro-entéro-anastomose postérieure de von Hacker bouche anastomotique placée loin du pylore. Suites immédiates simples. Mais au septième jour apparition de *vomissements d'abord calmés par des lavages d'estomac*, puis incoercibles. On intervient à nouveau : on trouve de nombreuses adhérences épiploïques ; traînées blanchâtres de péritonite ancienne, œdème gélatiniforme du côlon transverse, anse afférente très dilatée et à parois épaisses et œdématiées. Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Jaboulay. Amélioration progressive.

Pour les auteurs, adoptant les idées de leur maître le professeur Tixier, les cas de circulus graves tels que celui qu'ils présentent sont dus, non à des causes mécaniques, mais à de la péritonite localisée et atténuée, avec grosse parésie inflammatoire des tuniques intestinales motrices.

Utérus didelphe.

M. L. Michon relate un cas d'utérus double : la malade souffrait de douleurs pelviennes et lombaires et on pensa à une annexite. A la laparotomie on trouva deux utérus complètement distincts, le droit se continuant avec le col, le gauche au contraire se perdant dans une masse incluse dans le ligament large. On décida d'enlever cet utérus gauche, à la malformation duquel pouvaient être attribuées les douleurs. Au cours de l'intervention, l'uretère gauche fut sectionné malgré les précautions prises et dut être ligaturé. Suites bonnes.

Fibrome de l'ovaire.

MM. Michon et Combe montrent une pièce de fibrome pur de l'ovaire du volume d'une tête de fœtus.

Néoplasme œsophagien. Fistule trachéale.

MM. Guilleminet, Mayoux et Vachey présentent un malade porteur de cancer de l'œsophage avec fistule trachéale, chez lequel un double examen radioscopique et radiographique a révélé nettement la fistule.

(*A suivre.*)

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(suite) (1).

Traitement du cancer du rectum par les radiations.

Rapport de MM. Schwartz et Richard.

Les publications relatives à la radio et à la radiumthérapie du cancer du rectum sont rares ; les statistiques sont peu fournies, et cela surtout comparativement au nombre imposant d'articles parus sur le traitement du cancer du col utérin.

C'est que le cancer rectal est un mauvais néoplasme, radiorésistant et d'un accès difficile. Des progrès sont nécessaires dans le matériel radiologique et dans les techniques rœntgen et curiethérapiques pour que cette affection fasse partie des cancers curables par les radiations. Présentement, les résultats définitifs sont exceptionnels ; ce n'est là qu'une méthode adjuvante, favorisant l'acte chirurgical, mais ne le suppléant en aucun cas.

A. Ræntgenthérapie des cancers du rectum. — Les débuts furent encourageants. Simonson de Heidelberg écrivait en 1913 que les rayons agissent sur les douleurs mais que la tumeur n'est pas influencée par eux. Actuellement, si la plupart des radiothérapeutes sont pessimistes, si quelques-uns comme Pfahler déclarent n'avoir jamais observé de résultats satisfaisants, il faut reconnaître cependant qu'avec les progrès de la technique et du matériel, on est arrivé à obtenir des améliorations locales, des régressions du volume de la tumeur assez marquées pour avoir fait croire à la guérison.

Ces progrès sont dus à l'emploi d'appareils plus puissants, de filtres de métaux lourds, à l'éloignement de l'ampoule, toutes conditions permettant de concentrer sur la tumeur des doses considérables de rayons.

En 1921, Stark publie l'observation de trois cas traités de cette façon : un malade est amélioré pendant quinze mois puis voit sa tumeur évoluer à nouveau, un autre est amélioré passagèrement et meurt ; le troisième traité après intervention demeure indemne de récidive depuis deux ans. De cette publication qui fait date dans l'histoire du traitement du cancer rectal par les rayons, deux conclusions sont à retenir :

I. Nécessité d'établir un anus iliaque pour mettre la tumeur au repos et désinfecter le rectum ;

II. Possibilité d'obtenir par cette méthode une diminution du volume du cancer et de rendre opérable des cas qui ne l'étaient plus.

En 1922, Pibram déclare la radiothérapie inférieure à l'anus artificiel, mais ne songe nullement à associer l'une et l'autre. Il condamne la radiothérapie post-opératoire et signale quelques cas de cachexie rapide consécutifs à des irradiations massives, prolongées parfois toute une journée et très à la mode en Allemagne à cette époque.

Actuellement, on pense en France, avec Regaud, Proust et Béclère, que ces doses brutales sont à rejeter. Dans les néoplasmes radio-résistants, plus encore que dans les cas de tumeurs sensibles, il importe d'attaquer les cellules cancéreuses alors qu'elles ne sont pas sur la défensive, de les frapper pendant leur phase de reproduction. Un tel résultat ne peut être obtenu que par une irradiation courte, les doses devant être étalées sur un temps considérable.

En 1924, Stark reprenant le travail signalé plus haut, annonce que les sujets qu'il a vu traiter par les rayons seuls ont tous succombé. Il cite deux nouveaux cas rendus opérables par la radiothérapie, cas datant de trois et quatre ans.

Récemment, Ernest May confirme les conclusions de Stark et conseille l'application de rayons après l'établissement d'un anus définitif, afin d'obtenir un résultat palliatif appréciable ou, si possible, de rendre le malade opérable.

Holfelder, de Francfort, agissant par la rœntgenthérapie seule sur vingt-deux cas inopérables en rend cinq opérables.

Il semble que ce soit là actuellement le but de la radiothérapie : élargir le champ de la chirurgie curatrice.

B. Curiethérapie du cancer du rectum. — *Méthode primitive.* — Pendant de longues années, la technique radiumthérapie du cancer rectal fut identique à celle du cancer du col utérin. On introduisait dans la lumière du rectum un chapelet de tubes de Dominici de longueur égale à celle de la lésion.

En 1914, Delbet, Mocquot, Herrenschmidt et Mocq, présentent trois cas traités par cette méthode. Un premier malade est amélioré mais on le perd de vue. Un second malade, qui reçut quatre applications, voit se rétablir la perméabilité de son anus, mais meurt cinq mois plus tard. Un troisième eut cinq applications sans amélioration.

La même année, Bérard avoue n'avoir jamais eu de guérison. Depuis cette époque et jusqu'à maintenant, Barcat, Carro, Krecke, Bioglio accusent les mêmes échecs.

Les causes de ces insuccès sont multiples :

a) Faible marge de radio-sensibilité. Le cancer rectal est radio-résistant, la muqueuse rectale est radiosensible.

b) Difficulté de l'exploration clinique, en dépit du rectoscope, du cathétérisme et de la radiographie, à

(1) Voir *Concours Médical*, nos 47, 48 et 49.

telle enseigne qu'on n'est jamais certain de connaître les limites exactes du mal.

c) Situation des ganglions, toujours éloignés des tubes de radium.

A ces difficultés tenant au malade s'en ajoutent d'autres relevant d'une technique défectueuse.

a) Insuffisance de la filtration primaire et secondaire.

b) Trop courte durée d'application.

Malgré tout, on rencontre quelques cas de guérison obtenus de cette façon et se maintenant exceptionnellement depuis plusieurs années. (Husch, Schlesinger, Alglave, Bowing, Anderson, Laffont, Rubens-Duval et Appert.)

Si imparfaite que soit cette méthode palliative, elle apparaît susceptible d'être améliorée :

Un premier perfectionnement consiste à immobiliser en bonne place le chapelet radio-actif de façon à obtenir une irradiation maxima de la tumeur et une irradiation minima de la muqueuse saine.

Un second perfectionnement est la réalisation d'une excellente filtration primaire et secondaire. Plusieurs procédés ont été indiqués. Proust emploie un filtre de 2 millimètres de platine pour retenir tous les rayons β et γ mous, filtre entouré d'une mince lame d'aluminium et de caoutchouc pur exempt de toute charge métallique.

Un troisième point important est la durée d'application. Elle est d'ordinaire toujours trop courte ; elle devrait porter sur plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Enfin, il importe de désinfecter aussi soigneusement que possible le segment rectal afin d'éviter toutes complications septiques.

Méthodes des tubes nus. — Elle tend à obtenir une irradiation plus large et plus homogène. Imaginée par Janeway, elle consiste à introduire au sein de la tumeur de minuscules tubes de verre scellés à la lampe aux deux extrémités et contenant une très petite quantité d'émanation, un millicurie environ. La mise en place s'effectue à l'aide d'aiguilles qu'on implante dans la tumeur et dans la lumière desquelles ont été introduits les tubes d'émanation. Un mandrin permet de retirer l'aiguille tout en laissant le tube dans la profondeur des tissus cancéreux. Le rectoscope facilite ces manœuvres.

Cette méthode a un grand avantage. Par le grand nombre de tubes utilisés, elle permet une excellente irradiation homogène. Mais elle présente un grave défaut : l'absence de toute filtration qui crée autour de chaque tube une zone de nécrose provoquée par les rayons β, nécrose qui peut atteindre les vaisseaux et les nerfs, produire des hémorragies graves et des douleurs violentes.

Janeway et Quick ont obtenu des résultats encourageants en combinant l'emploi des « tubes nus » et des « tubes de Dominici ».

Sur 161 cas vérifiés histologiquement et traités par la méthode de Janeway, Quick relève quatorze guérisons, les plus récentes datant de cinq mois, les plus anciennes de cinq ans. Parmi les cas guéris figurent deux lymphosarcomes qui eussent disparu plus simplement par la rœntgenthérapie pénétrante.

Il convient de rappeler que les « tubes nus » demeurent indéfiniment dans les tissus. Ceci est sans importance puisque d'une part ils sont très petits ; deux millimètres de long sur un demi-millimètre de large, et que d'autre part ils perdent rapidement leur pouvoir radio-actif.

Méthode de Cesbron. — Elle consiste, pour remédier au défaut grave du « tube nu » à utiliser des aiguilles de platine chargées de radium, ou d'émanation. Ce sont les aiguilles de Regaud.

Rubens-Duval et Oppert ont traité quinze cas par cette méthode. Ils eurent sept décès survenus dix-huit mois environ après le traitement. Huit malades sont actuellement vivants dont cinq non guéris. Les trois malades guéris cliniquement sont des femmes ; l'une présentait un épithélioma épidermoïde ano-rectal, la guérison se maintient depuis un an ; la seconde avait un cancer ampullaire à cellules prismatiques hautes, la guérison date de deux ans ; la troisième était atteinte d'un épithélioma cylindrique, sa guérison remonte à trois ans.

Méthode de Proust. — Frappé de ce fait que les méthodes précédentes ne visent que la tumeur et semblent négliger les ganglions, Proust proposa en 1921 l'application de tubes filtrés par décollement rétro-rectal. Les statistiques manquent mais théoriquement cette technique marque un progrès. Il importe que les tubes soient nombreux pour produire une irradiation homogène et qu'ils n'utilisent que les rayons γ seuls doués de propriétés électives.

Méthode de Bayet. — C'est une méthode mixte, à la fois radiumthérapique et chirurgicale (Schwartz Richard, Bayet, Neumann et Coryn). Elle comporte les temps suivants :

a) Création d'un anus iliaque et désinfection du rectum.

b) Opération huit jours plus tard : décollement rétro et latéro-rectal, immédiatement suivi de :

c) Radium-puncture par aiguilles de radium contenant 0966 de Ra-El, à parois de 0,3 millimètre de platine.

d) Pose de tubes de Dominici à parois de 2 millimètres de platine, entourés de caoutchouc pur, placés dans les régions ganglionnaires.

e) Extirpation du rectum quand elle est rendue possible par la curiethérapie.

Appliquée chez quarante malades, la méthode a donné huit guérisons. Sept de ces malades guéris ont pu subir l'amputation secondaire ; le huitième qui était inopérable reste sans récidive après seize mois. Dans un seul cas l'examen histologique de la pièce opératoire a été donné : on ne trouve pas de cellules cancéreuses dans les coupes.

Méthode de Kelly. — C'est un perfectionnement de la méthode intra-rectale par chapelets de tubes filtrés. L'auteur utilise quatre portes d'entrée (sacrée

coccygienne, périnéale et pubienne) et place quatre appareils de surface analogues au « pack » de Quick maintenant les tubes à quatre pouces des téguments. Chaque porte reçoit 10 dix grammes-heure (75 m c d).

Sur deux cents cas suivis, vingt-deux guérisons ont été obtenues, les unes après radiumthérapie pure, les autres après association de la radiumthérapie et de la chirurgie.

C) Rœntgenthérapie et curiethérapie associées. — Inspirés par les essais de Kelly, de nombreux auteurs ont appliqué simultanément des tubes intra-rectaux et des rayons pénétrants, ces derniers jouant un rôle comparable à celui rempli par le « pack » de Quick ou les appareils de surface.

Perthes a ainsi obtenu deux guérisons sur cinq cas traités. Ces guérisons datent de plus de trois ans.

Pforringer utilise les rayons pénétrants etdes tubes de mésothorium. Sur vingt-trois malades il n'a eu aucune guérison.

Rubens-Duval et Appert ont traité cinq cas par l'association radium et rayons. Voici les résultats.

De deux malades soignés par radiumpuncture et radiothérapie, l'un mourut un an après le traitement, l'autre est vivant mais non guéri cliniquement dix-huit mois après le traitement.

Deux autres malades qui furent traités par sonde radifère et radiothérapie moururent au bout de six mois.

Le cinquième malade opéré et récidivé fut traité de la même façon. Il vit encore et paraît cliniquement guéri après trois ans. Il était atteint d'un épithélioma cylindrique.

D) Association de la chirurgie et des radiations. — La grande majorité des auteurs s'accorde à dire que dans les cas inopérables ou « limites » c'est l'association de la chirurgie et des rayons qui donne les meilleurs résultats.

Résumant l'opinion générale Ernest May conseille :

1° L'établissement d'un anus iliaque gauche.

2° La radiothérapie pénétrante douze jours après l'intervention.

3° La cure radicale quatre semaines après l'irradiation.

De l'ensemble des travaux précédemment exposés paraissent se dégager les conclusions que voici :

a) Le traitement du cancer du rectum par les irradiations a fait depuis cinq ans d'incontestables progrès ; les résultats sont cependant moins bons que ceux obtenus dans le traitement d'autres cancers.

b) Toutes les fois qu'elle est possible, la chirurgie demeure supérieure à toute autre thérapeutique.

c) Dans les cas inopérables, c'est à l'association de la chirurgie et des radiations qu'il faut demander les meilleurs résultats : création d'un anus iliaque, irradiation lente et conduite aussi largement que possible, ablation de la tumeur toutes les fois que l'opération sera devenue praticable. (*A suivre.*)

Les Livres

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Charles Perrier, lauréat de l'Institut. — **L'oreille et ses rapports avec la taille, la grande envergure, le buste, le pied, le crâne, chez les criminels.** (1 vol., 206 pages, 50 illustrations, 1925. Prix : 15 francs.)

Ce volume, faisant suite aux publications antérieures de l'auteur, a pour objet l'étude du pavillon de l'oreille chez 859 détenus de la Maison centrale de Nîmes, des récidivistes pour la plupart, âgés de 16 à 73 ans.

Après avoir considéré dans le pavillon de l'oreille sa forme, l'écartement du derrière de la tête, le lobule, les sillons et plis, les saillies, etc., le Dr Perrier a examiné sa longueur, sa largeur, son indice, et il s'est appliqué à connaître la marche de son développement par nationalités, par tailles, envergures, pieds, crânes, par indices auriculaires.

Il a notamment comparé la hauteur de l'oreille au tiers de la longueur de la tête, il a montré les rapports existant entre leurs oscillations au cours de la vie.

Cela fait, il s'est demandé s'il était possible de déterminer la taille, etc., le diamètre antéro-postérieur maximum du crâne par la longueur de l'oreille.

On trouvera en dernières pages un exposé général des moyennes sur la taille, la grande envergure, le buste, le pied, le crâne par groupes d'âges, de crimes et délits, de nationalités (départements, provinces, population), de tailles, d'envergure, de pieds, de crânes, de longueurs et de largeurs d'oreilles, d'indices auriculaires.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Maloine.

M. Journé. — **Pathologie médicale.** 2e édition, 1926. (1 vol. 1520 p., Prix : 40 fr.)

Chez Doin.

Victor Pauchet et S. Dupret. — **L'anatomie en poche.** (1 vol. 11-18, contenant 297 pl. en noir et couleurs. Prix : 25 fr.)

Pierre Mathieu. — **Syndromes neuro-anémiques.** (1 vol. in-8, 172 p., 20 fig., 1 pl. Prix : 20 fr.)

Jean Walser. — **La myocardie. Syndrome d'insuffisance cardiaque primitive.** (1 vol. in-8, 160 p., 61 fig. Prix : 20 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

Singularités prophylactiques
A propos de la statistique de la mortalité tuberculeuse

Comment ne pas sourire lorsque nous voyons les protagonistes de la lutte contre la tuberculose annoncer que, grâce à leur activité, parfois assez semblable à celle de la mouche du coche, la mortalité tuberculeuse, dont la courbe était ascendante en 1916 et 1917, redescendait en 1918, 1919 et 1920. Un coup de baguette de ces merveilleux magiciens avait fait effondrer la mortalité tuberculeuse en France de 278 à 185 pour 100.000 habitants.

« Victoire éclatante, dont on aurait été bien aise de connaître le lendemain. », s'écrie Jean d'Orsay, en relatant le fait dans le *Matin* du 9 novembre 1925.

Malheureusement, là encore, la Victoire est sans lendemain. Tout est devenu mystère car il paraît que le Ministère de l'hygiène, faute de crédits, n'a pu établir de statistique. Il y avait autrefois une statistique générale de la France qui donnait des renseignements sanitaires, mais une querelle de bureaux aurait amené, s'il faut en croire le *Matin*, la suppression de cette statistique, qui, si elle avait été sérieuse, aurait pu gêner les amateurs de bluff.

Nous ne sommes pas admirateurs des statistiques officielles ; il faut, avant de s'en servir, savoir de quelle façon elles ont été établies, et par qui. Nous nous souvenons avoir, il y a plus de vingt ans, au Musée d'Hygiène de la Faculté, contemplé de beaux tableaux qui, par des teintes savamment nuancées, indiquaient la répartition du diabète dans les divers quartiers de Paris. Le XVIe arrondissement et le quartier de la Bourse étaient terriblement noircis tandis que les XIIIe et XXe arrondissements étaient d'une blancheur immaculée. Le souvenir de ce chef-d'œuvre de statistique, qui nous avait étonné dans notre jeunesse, nous laisse rêveur aujourd'hui et nous ne savons si nous devons plus admirer l'imagination de celui qui a dressé ce tableau ou l'audace qu'il a eue de l'exposer, comptant sur la naïve crédulité du public.

Il en est de même pour la statistique antituberculeuse. Il ne faut pas avoir le sens critique très développé pour trouver la raison de l'accroissement de la mortalité tuberculeuse en 1916 et 1917. Cette raison était d'importance suffisante pour ne pas passer inaperçue, puisqu'elle s'appelait la GUERRE. Mais à partir de 1918 la mortalité diminue et nos phtisiologues crient : Victoire ! Eh bien, non. Cette diminution des morts de tuberculose après la guerre a tenu surtout à ce qu'un tuberculeux ne meurt pas deux fois. Une maladie qui, comme la phtisie, met cinq ou six ans à évoluer, peut, si elle est brusquement aggravée par les conditions défavorables créées par la guerre, évoluer en un an ou deux et les phtisiques qui, normalement, auraient dû mourir deux ou trois ans plus tard, sont morts pendant la guerre un an ou deux plus tôt.

Voilà l'explication bien simple de cette grande victoire, « dont on aurait été bien aise de connaître le lendemain ». Ce lendemain reste et restera longtemps mystérieux puisqu'un malin génie a supprimé la statistique.

Ce mystère néanmoins est clément aux phtisiologues, car il permet au rédacteur du *Matin* de mettre en sous-titre à l'article qui proclame le triomphe du Comité National contre la tuberculose : *Depuis cinq ans la décroissance s'accentue, mais il n'y a plus de statistique pour en évaluer l'importance.* Comment a-t-on pu constater cette décroissance ? Mystère !

Voilà un bel exemple de ce qu'est l'*hygiène scientifique* dans notre pays.

A Sparte, l'on précipitait les enfants débiles dans le Barathre, il n'y avait donc pas de débiles dans la population spartiate. De même, en France, la guerre ayant amené la mort anticipée d'un grand nombre de phtisiques en 1916 et 1917, ils n'ont plus pu mourir en 1918-19-20 puisqu'ils étaient déjà morts et la mortalité par tuberculose a de ce fait fléchi. Quelle victoire ! Depuis, au moment même où une statistique aurait pu devenir intéressante, mais peutêtr-e aussi gênante, on la supprime. Querelles de bureaux ! disent les uns. Manque de crédits ! répondent les autres. En tous cas, depuis 1920, profond mystère. Ce qui n'empêche pas de proclamer que la décroissance de la tuberculose s'accentue. C'est là encore un bel exemple de l'organisation de l'Hygiène en France. Une façade et derrière le chaos !

J. NOIR.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

A propos de la Fédération nationale de la Mutualité

La fédération nationale de la Mutualité avait dernièrement son assemblée générale pour les modifications des statuts et les élections du Conseil et d'un nouveau président, M. Robelin s'étant retiré. Le Conseil d'administration se compose de 70 membres et comme il faut des galons pour beaucoup de mutualistes, il s'offre le luxe de 27 dignitaires au bureau, notamment de deux présidents et 12 vice-présidents.

On a pourvu à deux places de président, un président général et un président technicien. C'est, je crois, une innovation. Jusqu'ici, la place du président appartenait à un mutualiste notoire, c'était le grand pontife de la Mutualité. Mais à l'heure actuelle, la nécessité s'est fait sentir d'introduire de plus en plus des éléments politiques dans la Mutualité, qui, ainsi que je le répète souvent, est devenue une œuvre politique et électorale sous le masque de philanthropie.

Ce qui est vrai aujourd'hui, ne l'était pas jadis. Mais la profusion de rubans multicolores, distribués à foison dans toutes les réunions mutualistes, devait fatalement orienter ces œuvres sociales vers la politique ; quand on veut fixer un objet, on l'attache avec des ficelles. C'est le cas.

Or donc, on a créé une place de président général à l'usage d'un politicien de marque et cette place fut attribuée à M. Raoul Péret, ancien président de la Chambre, qui est également président du groupe mutualiste de la Chambre et comme par hasard, président à la Commission des assurances sociales. Ajoutons que M. Raoul Péret, s'il n'est pas président d'une union départementale, ce qui était jadis presque toujours une condition *sine qua non* d'élection présidentielle, est depuis 25 ans président de la Société mutuelle de son pays. Or, quel est le parlementaire qui n'est pas obligatoirement, soit membre, soit membre honoraire d'une Société mutuelle, qui ne lui donne pas un drapeau ou autre chose de même nature ? C'est encore une des formes de propagande électorale individuelle des moins coûteuses. Voici donc M. Raoul Péret grand lama de la Mutualité, ayant à ses côtés, comme président technicien M. Georges Petit, président de l'Union mutualiste du Nord.

Au moment où la Mutualité s'efforce d'imposer ses directives à tout projet d'assurances sociales, d'accaparer le fonctionnement de celles-ci, il était de la plus haute importance d'avoir dans son jeu le président de la Commission des assurances sociales.

C'est fait. Dans son discours, le nouveau président a rappelé le nombre des mutualistes, les 5.000.000 d'adhérents, nombre fictif qu'on agite sans cesse, parmi lesquels j'ai l'honneur de figurer trois fois et je ne suis pas le seul dans ce cas. Il a reconnu que l'accord avait été établi entre les syndicats ouvriers, les mutualistes et les associations agricoles ; il a ajouté cette phrase à retenir et si bien appropriée aux circonstances actuelles : « La politique a été priée de rester chez elle et aussitôt l'entente s'est faite », phrase qui a été soulignée par les applaudissements de l'assemblée.

Ce discours avait été précédé de celui du président G. Petit. Dans ce discours programme, nous relevons deux points importants. La Mutualité, qui n'a plus grande confiance dans le fonds commun inaliénable, ni dans les versements des fonds libres à la Caisse des dépôts et consignations, demande à mobiliser les 5 ou 600 millions de fonds libres déposés à cette caisse et *« qui sont là pour garantir je ne sais quelles retraites dont vous savez, Monsieur le Ministre, le peu d'importance »*, pour les appliquer à des œuvres de préservation et de prévention. Nous consignons ce double aveu sans nous faire d'illusion. Car où l'Etat prendrait-il de l'argent pour ce remboursement de sommes depuis longtemps dissipées ?

M. G. Petit expose le plan mutualiste de l'organisation des assurances sociales.

D'abord, un office régional chargé de veiller au respect de la loi et à son exécution, à l'encaissement des cotisations et leur répartition vers les deux caisses régionales aptes à les recevoir, l'une mutualiste, l'autre administrative.

« Pour le service maladie, ce seraient les Sociétés de secours mutuels qui l'assureraient, c'est-à-dire les Sociétés régies par la loi du 1er avril 1898, qu'elles existent au moment de la promulgation de la loi ou qu'elles se créent ultérieurement. Les caisses ouvrières, syndicales, patronales, agricoles se placeraient sous le régime de la loi du 1er août 1898. »

Ce sera par conséquent toute la France obligatoirement enrôlée dans la Mutualité. Pour nous, qui connaissons les beautés du service maladie des Sociétés mutuelles, nous nous demandons si ce n'est pas le moyen infaillible de faire échouer les assurances sociales, à moins toutefois que les œuvres mutualistes ne conservent que leur nom et leur façade, mais réorganisent de fond en comble le régime sous lequel elles vivent.

Tout cela nous promet de beaux jours, à nous médecins qui savons que depuis un demi-siècle, nous sommes victimes de l'exploitation de la Mutualité. Heureusement, si, selon la fable, il y a encore des juges à Berlin, il y a encore en France des Syndicats pour nous défendre.

En tout cas, si l'on cherche à réduire les dépenses de l'Etat, je ne pense pas qu'il faille s'arrêter au régime mutualiste. Avez-vous compté le total des subventions de droit qu'il faudra verser aux Sociétés mutuelles d'après la loi de 1898 et qui s'ajouteront aux frais de gestion, aux bonifications d'intérêts ou prestations supplémentaires, etc. ? ?

Du reste, je suis bien persuadé que les Syndicats ouvriers et agricoles auront fait une alliance passagère avec la Mutualité pour activer le vote de la loi, se réservant de reprendre dans la suite leur liberté, car je ne vois pas les Caisses des Syndicats ouvriers dirigées par les bourgeois enrubannés qui, actuellement, mènent la Mutualité.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Les origines d'une ville d'Eaux. Légendes et Histoire.

La Roche-Posay, 1925.

Aux confins de la Touraine et du Poitou, sur les bords pittoresques de la Creuse, près du confluent de la Gartempe, se dresse sur une falaise l'ancienne place forte de la Roche-Posay, avec ses remparts en ruines, son église fortifiée et son imposant donjon du XIe siècle, qui domine la contrée et produit un effet surprenant quand, arrivant par la route de Loches, on passe sur le pont suspendu.

Si l'on traverse la petite ville moyenâgeuse en passant sous la porte de sortie du XIVe siècle, très bien conservée, si l'on suit tout droit la route de Montmorillon, l'on arrive, après un kilomètre de parcours, à l'établissement thermal où, au milieu d'un beau parc, émergent les Trois Fontaines qui font, et surtout feront, la fortune de la Roche-Posay. Comme pour toutes les villes d'eaux, les Fontaines de la Roche-Posay ont leurs légendes et leur histoire qui méritent d'être contées.

Les bords de la Creuse et de la Gartempe ont été depuis les origines de l'humanité des centres de civilisation. A 20 kilomètres environ, se trouve le Grand Pressigny, avec ses ateliers célèbres d'outils et d'armes de l'âge de la pierre polie. A la Roche-Posay même ont été découverts, ces dernières années, plusieurs centres paléolithiques ; un dolmen s'élève encore en face du Casino de Posay, non loin du confluent de la Creuse et de la Gartempe.

Les Romains ont laissé d'imposants vestiges de leur occupation. A 4 kilomètres de la Roche-Posay, à Yzeure, l'on a mis à jour, il y a 25 ans environ, en construisant la nouvelle église sur les ruines d'une ancienne, d'énormes blocs de pierres merveilleusement sculptées et portant une inscription votive à Minerve. Ces restes de sculpture romaine de la belle époque et qui doivent dater du Ier ou du IIe siècle, sont conservés dans le jardin de la cure d'Yzeure, où l'on peut à loisir les étudier et les admirer. Les belles églises romanes poitevines et les châteaux du Moyen-Age abondent encore dans la région.

Les Fontaines de la Roche-Posay paraissent avoir été connues et utilisées depuis les temps les plus reculés ; cependant l'on n'a découvert aucune ruine gallo-romaine dans leur voisinage. Les uns prétendent qu'elles auraient une origine miraculeuse et que leurs vertus dermatothérapiques trouveraient leur explication dans le martyre de Saint-Savin et de Saint-Cyprien, disciples de Saint-Germain d'Auxerre. A la fin du IVe siècle, fuyant les cavaliers Huns qu'Aétius avait recrutés en Italie pour combattre les Wisigoths, les deux saints s'arrêtèrent à Exuentium (Conflans, au confluent de la Creuse et de la Gartempe, à quelques centaines de mètres de la Roche-Posay). Surpris par un parti de Huns payens, commandés par Litorius, Savin et Cyprien remontèrent la Gartempe en bateau, mais furent arrêtés à la villa Cerisium sur l'emplacement de laquelle s'élève l'église de Saint-Savin. Dans la crypte qui se trouve sous le maître-autel de l'église de Saint-Savin, l'on peut voir de très anciennes fresques, parfaitement conservées, vraisemblablement du Xe siècle, qui figurent le martyre de Saint-Savin et de Saint-Cyprien qui, avant d'être décapités, eurent la peau labourée avec des crocs de fer. C'est en souvenir de ces deux saints et de leur légende que deux des sources de la Roche-Posay portent les noms de source Saint-Savin et source Saint-Cyprien.

Une autre légende veut qu'au XIVe siècle, Duguesclin, connétable de France, vint avec ses troupes séjourner à la Roche-Posay, où il fut reçu par Kerloüet, son compatriote breton, qui gouvernait la ville au nom du Roi Charles V. Les soldats malades de Du Guesclin auraient retrouvé la santé, en buvant et se baignant dans l'eau des Fontaines, qui, depuis cette époque, jouiraient de leur réputation. De là vient le nom de Du Guesclin donné à la troisième source de la Roche-Posay.

Une légende plus prosaïque, mais très répandue dans le peuple, prétend que les vertus curatives des Fontaines de la Roche-Posay auraient été révélées par la guérison de chevaux, disent les uns, d'un âne, prétendent les autres, qui, atteints d'une gale incurable, l'auraient

vu disparaître après s'être vautrés dans la boue des marais que formaient les trois fontaines.

Mais abandonnons les Légendes pour l'Histoire.

Pierre Millon, médecin de Henri IV, parlant de l'eau de la Source Saint-Cyprien, qui était couramment utilisée à la fin du XVI[e] siècle, disait : « Il n'y a nul danger en l'eau de la Fontaine de Saint-Cyprien : la dite eau n'étant mixionnée que de minéraux légers et prompts à se distribuer. »

Au XVIII[e] et au début du XIX[e] siècle, des constructions très sommaires servaient à l'exploitation des sources. Ce fut en 1807 que Napoléon ordonna la construction du premier établissement balnéaire pour traiter ses vétérans. Le document suivant, qui est conservé dans les Archives de l'Etablissement actuel, en fait foi. Lors de la construction de l'Etablissement, il y a quelques années, il fut trouvé placé entre les deux premières pierres posées le 22 mai 1807, lors de la fondation de l'ancien établissement. Voici le texte de l'inscription :

Ad æternam Rei memoriam Napoleoni Primo Gall. imper. et ItaliæReg.

Hunc primum et medium lapidem posuerunt posterique monumentum illud commandaverunt.

Petrus Dionysius Rousseau et Gab. Ren. Soulpic, urbis vulgo dictæ : Larochoposay, administratores.

Die vigesimâ secunda mensis maii, an. D. 1807.

Au-dessous est le timbre de la Mairie de la Roche-Posay, avec l'aigle impérial.

Depuis la grande guerre, la Roche-Posay a pris un singulier essor ; l'établissement actuel, qui ne date que de quelques années, est devenu insuffisant ; un pavillon pour les pulvérisations et les traitements spéciaux va s'élever sous peu et un nouvel établissement va être construit incessamment.

La Roche-Posay, grâce à une sage et prudente administration, deviendra d'ici peu un des plus beaux fleurons de la couronne hydrominérale de notre pays, déjà si riche en stations de ce genre.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX

Nous publierons prochainement le compte-rendu de l'Assemblée générale de l'Union (3, 4 et 5 décembre).

Mais, sans plus attendre, voici le résultat des élections qui ont eu lieu pour la composition du Conseil.

Votants : 10.116.

Majorité : 5.058.

Quotient : 580.

Bricka (Marseille et environs)	8541
Caillaud (Orléans)	8414
Chapon (Paris)	8836
Clavelier (Toulouse)	8741
Decourt (Seine-et-Marne)	8890
Dibos (Landes)	8705
François (Seine)	8651
Giry (Meurthe-et-Moselle)	7923
Gruzu (Nice et Puget-Théniers)	8827
Humbel (Versailles et environs)	8887
Jayle (Seine)	6403
Jolicœur (Reims)	8347
Lafontaine (Seine)	8881
Lecat (Béthune)	8357
Lefevre (Cher)	8580
Legras (Vosges)	8390
Lenglet (Seine)	8801
Longuet (Mulhouse)	8525
Marchais (Châteaulin)	8404
Pamart (Seine)	9217
Quivy (Seine et radiologistes)	8810
Renon (Deux-Sèvres)	8480
Rinuy (Seine-et-Oise)	8810
Derousseaux (Nord)	2870
Duby (Ain)	667
Bouvat (Ardennes)	638

MM. Derousseaux, Duby et Bouvat sont nommés au quotient.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU « CONCOURS MÉDICAL »

Assemblée générale du 15 novembre 1925

La séance est ouverte à 3 heures, sous la présidence de M. Gassot, *président*, assisté de MM. Maurat, Noir, Vimont, Boudin et Duchesne.

M. Maurat, *trésorier*, donne lecture des comptes de l'exercice écoulé, qui se présentent comme suit :

Recettes.

Au 1er octobre 1924, l'avoir était de.....	58.154 67
Pendant l'exercice, les sommes versées à titre de dons à la Société pour « Bons offices du journal le *Concours médical* » se sont élevées à..........	605
Produit des insertions aux « Demandes et Offres », dans le *Concours médical*......	735 65
Intérêts du Portefeuille..........	3.701 70
Produit du service des remplacements..	829 60
Don de « Vals-la-Reine »........	5.000
Total	69.026 62

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet......	8.346
Office de renseignements et Contentieux.	1.200
Droits de garde des titres..........	393 80
Indemnité au trésorier..........	800
Indemnité au comptable..........	50
Jetons de présence du Conseil..........	1.850
Perte sur vente de valeurs..........	14.351 37
Total	26.291 17
Recettes	69.026 62
Dépenses	26.991 17
L'avoir de la Société au 1er octobre 1925 est donc de..........	42.035 45

Personne ne demandant la parole, M. le Président met aux voix l'approbation des comptes qui précèdent.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

Les Etudes du Droit médical

M. Boudin. — Messieurs, la Société d'Etudes du *Concours médical* qui, comme vous le savez, a été fondée en 1880 par le docteur Cézilly pour aborder toutes les questions d'ordre professionnel qui pourraient intéresser le Corps médical, a été consultée sur le point de savoir si, en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, il conviendrait de grouper des médecins juristes et des avocats, qui s'occupent de droit médical, en une société d'études qui aurait pour titre « Société d'Etudes de Droit médical, pharmaceutique et vétérinaire ». En se cantonnant uniquement dans les questions d'ordre juridique, cette Société pourrait discuter tout ce qui peut intéresser l'art de guérir.

Il serait utile de grouper des quantités de forces qui sont actuellement dispersées. Nous voyons, en effet, dans beaucoup de journaux médicaux, des avocats de grand talent discuter des questions de droit médical. Malheureusement, quelle que soit la bonne volonté de ces avocats, comme, très souvent, ils ont peu de rapports avec le monde médical, ils commettent des erreurs qui peuvent nous être préjudiciables. C'est ainsi que nous avons vu, dans certains journaux à grand tirage, des consultations juridiques qui oubliaient des modifications apportées par le Parlement aux lois et qui pouvaient par conséquent induire en erreur nos confrères, en les incitant à faire des procès, qui étaient perdus par avance. Au « Sou médical », l'armature juridique est considérable, bien organisée. Nous avons deux avocats qui connaissent le droit médical : ces avocats ont, comme adjoint, notre ami Dumesny, qui connaît parfaitement son droit médical. Or, nous avons beaucoup de peine à créer cette science nouvelle qui s'appelle le Droit médical, droit tout à fait corporatif, qui ne ressemble pas au droit commun, qui, dans ces conditions, doit être tout à fait différencié et prendre sa place à côté du droit commercial, à côté du droit du travail, si je puis ainsi m'exprimer. Aussi aurions-nous l'intention de grouper tous les médecins qui possèdent un titre juridique, les médecins qui pratiquent à la fois la médecine et le droit. Ils ne sont pas nombreux, mais il en existe. Nous aurions l'intention de faire appel aux avocats qui s'occupent de droit médical, puis de comprendre parmi nous des dentistes, des sages-femmes qui, ayant le même statut légal que des médecins, ont le même idéal corporatif. Nous comprendrions également des pharmaciens et des vétérinaires parce qu'actuellement les professions connexes arrivent petit à petit à s'interpénéter les unes les autres. Nous sommes obligés de discuter le droit pharmaceutique et le droit vétérinaire parce que beaucoup de médecins exercent la propharmacie, et parce qu'aussi, certains nous ont posé la question au « Sou médical » et au *Concours médical*, à savoir s'ils pouvaient délivrer des médicaments pour l'art vétérinaire, et si, tout en soignant des gens, ils ne peuvent pas soigner des animaux. Messieurs, vous voyez que nous voudrions dépasser les limites de notre profession et nous occuper, au point de vue juridique et législatif, de tout ce qui peut avoir trait à la santé publique en général. Nous prendrions également avec nous quelques représentants de l'Administration, parce que le droit administratif ne doit pas être ignoré de nous. Il faut que nous puissions parler le droit administratif, de façon à tenir tête à ceux qui croient

être nos adversaires, au lieu d'être nos collaborateurs. Nous pourrions avoir un ou deux représentants des Compagnies d'assurances qui sont les premières à venir bavarder avec nous pour savoir de quelle manière on pourrait leur faciliter leur travail. Voilà pourquoi, Messieurs, nous demandons à la Société d'études du *Concours médical*, de s'intéresser à cette Société ; mais elle laissera cette nouvelle venue continuer son essor en lui souhaitant bonne chance. Je dois dire au Président de l'Union des Syndicats, ici présent, que jamais cette Société n'empiètera sur les attributions de l'Union. Les questions juridiques, de jurisprudence, seront étudiées au point de vue théorique, puis nous passerons le travail à l'Union des Syndicats, en lui disant : si vous croyez devoir marcher, voici les documents, faites ce que vous voudrez.

Je dois vous dire que l'on m'a demandé d'être un peu l'ouvrier de cette œuvre. J'aurai besoin de vous tous pour marcher parce que, personnellement, je ne me dissimule pas les obstacles que nous aurons à rencontrer, qui viendront de très haut, parce que lorsqu'une profession entend établir une jurisprudence tout à fait personnelle, elle a immédiatement contre elle certaines sociétés anciennes, composées d'hommes de bonne volonté, mais qui considèreront la nouvelle venue comme une concurrente et non comme une collab oratrice, à programme juridique limité et qui pourrait être utile à la profession.

Si cette Société est mise sur pied, c'est tout ce ce qui concerne la jurisprudence civile, pénale et administrative qui sera mis en discussion, en ce qui concerne les professions déjà énumérées.

Voilà, Messieurs, ce que nous avons l'intention de faire et nous vous demandons vos suggestinons, vos critiques et, enfin, votre approbation.

*
* *

M. Hervouet. — Je voulais appeler votre attention sur la Société de Médecine légale et d'hygiène. Cette Société ne verra-t-elle pas, dans cette nouvelle Société, un empiètement sur ce qu'elle peut considérer comme son domaine ? c'est une question qui me vient à l'esprit à l'instant et que je n'ai pas étudiée et que je ne pose que pour demander si on a envisagé les difficultés qui peuvent venir de ce côté et si on a pu s'assurer du concours de quelques-uns des membres de la Société d'hygiène et de médecine légale.

M. Boudin. — Je vous répondrai, mon cher confrère, qu'il y aura peut-être des difficultés, mais elles ne seront pas de longue durée. Notre but n'est pas pareil, puisque nous ne nous occuperons pas de médecine légale, mais uniquement de Droit médical.

Or, le Droit n'est pas encore enseigné dans nos Facultés de médecine, du moins d'une manière utile pour les futurs praticiens et c'est justement parce que nous constatons la carence des Sociétés médicales qui ne s'occupent pas de droit médical, que nous essayons de faire quelque chose. Si nous réussissons, nous rendrons grand service à nos confrères

M. Decourt. — Dans la Société de médecine légale, il y a peu de représentants de praticiens. Il y a des questions que nous rencontrons de médecine juridique, et je ne crois pas que dans cette Société de médecine légale, on supprime ces questions. Il serait très intéressant que l'on s'occupe des quelques mille médecins en France qui sont souvent aux prises avec leurs clients au sujet de questions juridiques. Chaque jour, au « Sou médical », nous trouvons des quantités de travaux, de recherches à étudier et nous avons des défenseurs, dans notre ligue, qui sont malins au point de vue juridique et au point de vue médico-juridique. Je crois que cette Société dont parle M. Boudin pourra rendre de très grands services, en mettant un peu la pratique à côté de la question juridique. Pourquoi se regarderait-on en chiens de faïence ? Cela se fera certainement au début. Mais il peut se faire qu'à la longue, à côté d'une Société officielle, il y ait une Société officieuse. Je crois même que cette Société officieuse prendrait une place énorme à côté de cette Société officielle.

M. Noir. — Je voudrais demander à Boudin quel est le titre exact donné à la Société.

M. Boudin. — Société d'études de droit médical, pharmaceutique et vétérinaire.

M. Noir. — J'aurais voulu faire entrer le mot professionnel quelque part pour montrer que ce n'est pas de la médecine légale que l'on veut faire.

M. Boudin. — On peut compléter le titre comme suit : Société d'étude de droit professionnel médical, pharmaceutique et vétérinaire.

M. Hervouet. — Votre projet est très intéressant et peut rendre de grands services. Vous avez certainement envisagé la manière de faire. Vous avez sans doute déjà parlé à ceux qui seraient susceptibles de pouvoir en faire partie et vous avez déjà des adhésions de principe : on peut donc considérer que la chose va pouvoir marcher.

M. Boudin. — C'est une Société à effectif très limité.

Les associations entre Médecins ou avec des tiers

M. Boudin. — A l'heure actuelle, nous assistons à une évolution très marquée, dans nos habitudes professionnelles : la clinique a besoin du laboratoire ou des examens, pratiqués par des spécialistes, qui emploient des installations spéciales.

Par suite, pour pouvoir correctement soigner ses malades, d'après les données de la science ac-

tuelle, le médecin est obligé d'avoir recours à un ou plusieurs confrères.

Aussi les praticiens d'une même localité sont-ils incités à mettre en commun leur science, leurs compétences spéciales, voire même leurs ressources financières, pour organiser des maisons de cure, ou des établissements de diagnostic.

Intérêt des malades.

Pour eux, la médecine se décentralise : plus n'est besoin de se déplacer, pour aller à la grande ville, demander un examen, ou un traitement de spécialiste : ce dernier habite maintenant la petite ville. De sorte que le malade trouve dans sa localité, ou presque, toutes les ressources de l'art de guérir.

Est-il nécessaire de garder le malade en observation, pendant quelques jours, ou de l'opérer, celui-ci trouvera, dans une maison de santé locale, le confort médical nécessaire, un personnel infirmier apte à lui donner des soins cependant que, si besoin est d'établir un diagnostic, une véritable standardisation des examens se trouve effectuée dans la clinique locale.

Intérêt des médecins.

Si, au point de vue social, tout comme au point de vue personnel, dans l'intérêt de chaque praticien, il est nécessaire que le docteur puisse donner à sa clientèle les soins, d'après les dernières découvertes de la science, il est également utile, pour mieux gagner son existence, par l'exercice normal de la profession, de concentrer l'art de guérir entre les mains de ceux qui l'exercent.

Voilà pourquoi les capitaux médicaux s'associent entre eux, pour fonder un petit établissement privé, muni d'appareils et d'instruments spéciaux, à seule fin que plusieurs docteurs, ayant chacun une spécialité différente, puissent supporter en commun les risques d'une exploitation professionnelle, alors que chacun d'eux, en particulier, n'aurait pas pu faire les frais, hors de proportion avec les gains professionnels à réaliser.

Je ne parle que pour mémoire des installations encombrantes, qui conduisent des propriétaires à refuser un bail à un médecin spécialiste, par exemple à un radiologiste.

Modalités diverses d'associations.

A côté de la mise en commun de capitaux médicaux, pour la fondation et l'installation d'une maison de cure, ou de diagnostic, il faut envisager d'autres situations juridiques, qui peuvent intervenir entre un praticien et un ou plusieurs confrères.

C'est d'abord le louage de services : un médecin âgé, ou s'étant créé une clientèle au-dessus de ses forces, s'adjoint un confrère, qui fera une partie de sa besogne.

C'est encore le louage d'entreprise : le médecin charge un de ses voisins, spécialiste, d'examiner et de traiter tous les cas de médecine spéciale, de son ressort, qu'il lui procurera, moyennant un certain partage des bénéfices.

C'est le contrat de perfectionnement, improprement appelé, à mon avis, par certains auteurs, contrat de collaboration, par lequel un maître groupe autour de lui quelques élèves, déjà docteurs en médecine, mais qui désirent se perfectionner et s'assimiler la méthode de ce chef d'école.

Il existe donc une série de situations juridiques, intéressantes pour le praticien, surchargé de travail, ou affaibli par l'âge, ou désireux d'étendre à sa clientèle les bienfaits de la spécialité, intéressantes aussi pour de jeunes médecins, qui, sans fortune, acceptent un salaire médical, en attendant de pouvoir devenir indépendants, ou qui espèrent devenir le successeur du confrère, dont ils auront su se faire apprécier, soit comme employé-médecin, soit comme collaborateur, soit même comme élève.

Mais, ces situations juridiques soulèvent un série de problèmes, tantôt de droit civil, tantôt de droit commercial, tantôt de pure déontologie. Car, pour réaliser leur entreprise, les médecins associés peuvent faire appel à un argent étranger à la profession et, par suite, s'intéresser à une œuvre, ayant, par certains côtés, un caractère purement commercial.

Pour ne pas allonger l'étude qui va suivre, nous n'émettrons que les principes généraux, sans citer la jurisprudence adéquate, nous réservant d'étudier, d'une manière plus précise et plus juridique, chaque cas en particulier, lorsque nos confrères en font la demande soit au *Concours*, soit au « Sou médical ».

Louage de service médical.

Pareil contrat a été reconnu parfaitement licite par la jurisprudence ; un médecin a fort bien le droit de prendre un ou plusieurs employés médecins, auxquels il distribuera la besogne.

Il en résulte que le patron-médecin place ses employés-docteurs sous sa subordination, soit scientifique, soit professionnelle.

C'est, par exemple, l'inventeur d'une méthode de traitement, qui impose à ses sous-ordres, l'emploi exclusif de sa manière de traiter les malades qui se confient à lui.

Dans ces conditions, le patron-médecin est responsable, civilement, des fautes professionnelles de ses employés-médecins, si ceux-ci sont dans l'obligation d'exécuter les instructions et les ordres de leur employeur.

Mais ces modalités diverses de louage de service médical doivent respecter le droit absolu

qu'ont les malades de choisir leur médecin : un patron-docteur ne saurait imposer à des clients les soins d'un employé-médecin, qui, pour des motifs d'ordre divers, n'aurait pas l'heur de plaire ou d'inspirer confiance.

La question du salaire est juridiquement licite : le patron médecin donnera à son employé-docteur un appointement fixe, journalier, ou mensuel. Il peut également l'intéresser, par un pourcentage, aux bénéfices annuels.

Quant à la rupture des engagements, elle a donné lieu à des procès, que nous avons publiés en leur date. La plupart du temps, c'est l'employé qui se plaint que son confrère-patron l'a renvoyé brusquement, ou sans avoir observé des délais-congés suffisants.

Contrat d'entreprise.

Le cas est plus rare : un docteur s'entend avec un confrère spécialiste, un radiologiste, par exemple. Ils s'engagent mutuellement, l'un à procurer du travail à l'autre, en lui adressant exclusivement tous les examens et traitements radiologiques, alors que l'autre donnera une ristourne, par malade envoyé, ou un pourcentage annuel, sur son chiffre d'affaires.

Pareille association relève plus de la déontologie que du droit civil, parce que la proportion de bénéfice, allouée par le second au premier, peut, si elle est considérable, atteindre les chiffres, désignés sous le nom de dichotomie, ou de compérage.

Association entre médecins.

a) Contrat de perfectionnement et d'enseignement.

Un maître groupe autour de lui un ou plusieurs assistants, également docteurs en médecine. Il leur apprendra ce qu'il sait, cependant, que les élèves aideront le « patron », lui éviteront certaines besognes professionnelles, opèreront sous sa direction, ou selon ses méthodes.

Bref, il en résultera un contrat non écrit, contrat *intuitu personæ*, sans idée de lucre de part et d'autre. Les mobiles en seront le désir de former des élèves et un confiant abandon, d'une part ; de l'autre, ce seront des rapports de confiance, de respect et même d'affection.

Cependant, le seul point juridique à remarquer est le suivant : le maître pourra être rendu civilement responsable des actes cliniques, ou thérapeutiques de ses élèves, lorsque ceux-ci, placés sous sa surveillance immédiate, exécutent les ordres scientifiques du chef.

b) Contrat d'association.

La jurisprudence contient déjà un certain nombre de décisions, qui ont été rendues par les tribunaux, sur des espèces particulières.

Il est licite, pour deux ou plusieurs médecins, de mettre en commun maison de santé, instrumentation, expérience, spécialité professionnelle, voire même la clientèle, c'est-à-dire la renommée dont jouissent un ou plusieurs associés.

Mais, sur ce dernier apport, la jurisprudence est jusqu'ici bien fixée, dans le sens de déclarer nul tout contrat qui aurait pour objet l'exploitation de la clientèle, lorsque cette dernière est mise dans des conditions telles, que chaque malade n'a plus la liberté, ni la facilité de choisir librement son médecin.

La confiance du client pour son docteur ne saurait faire l'objet ni d'un contrat, ni d'une vente.

Par conséquent, si les médecins qui s'associent déclarent, dans leur contrat, qu'ils laisseront, à la clientèle, la liberté absolue de choisir leur docteur parmi les associés, si ces derniers ne se partageront que les malades, qui n'auront pas spécifié qu'ils veulent les soins de tel ou tel associé, les confrères pourront mettre en commun les apports matériels, pécuniaires, ou scientifiques qu'ils voudront.

Pareils contrats ont été reconnus licites par la jurisprudence ; mais ils demandent à être minutieusement rédigés, pour qu'en cas de conflit judiciaire, le juge ne vienne à décider que le contrat est entaché de nullité, comme cela arrive souvent.

Quant au partage des bénéfices, il est possible, selon les modalités qu'envisageront les associés dans leur contrat.

Association de médecins avec des tiers.

Le bailleur de fonds peut être étranger à la profession. L'association sera licite, si le médecin conserve une situation absolument indépendante, en ce qui concerne l'exercice de son art.

Sous prétexte qu'il a prêté les fonds nécessaires à l'installation, le tiers ne peut pas s'immiscer dans la pratique de la médecine : il n'a aucune qualité, ni aucune compétence, puisqu'il n'est pas muni du diplôme de docteur, donnant légalement le droit d'exercice de la médecine.

Il serait même prudent, pour le docteur, de ne pas accepter une immixion quelconque de ce tiers, dans le diagnostic ou le traitement, car il pourrait être poursuivi pour complicité d'exercice illégal de la médecine, alors que le tiers, bailleur de fonds, inculpé d'avoir pris part d'une manière suivie et répétée au traitement, ou au diagnostic des maladies, sans avoir le diplôme de docteur, serait poursuivi en vertu de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892.

Néanmoins, si le tiers bailleur de fonds était étudiant en médecine, en cours d'études, l'association pourrait être licite, mais à la condition que le docteur en médecine restât chargé de la direction complète de la partie médicale, ayant sous sa direction, sous sa surveillance scientifi-

que son associé, non encore muni du diplôme légal.

Serait licite une association, dans laquelle le médecin s'occuperait de la partie médicale, cependant que l'associé non docteur, serait chargé de l'administration de la partie matérielle de l'établissement.

Rappelons que la jurisprudence s'est toujours refusée à considérer comme licite l'association entre médecin et pharmacien : la femme de César ne doit pas être soupçonnée et il ne faut pas que le public puisse s'imaginer que docteur et pharmacien s'entendent pour exploiter le public, par un compérage quelconque.

Ces associations sont-elles civiles ou commerciales ?

Jusqu'ici la question paraissait fort simple et indiscutable. Le médecin, exerçant une profession libérale, ne peut pas faire acte de commerce, lorsque l'exploitation de sa clinique n'est que l'accessoire de sa professinon.

A plusieurs reprises, la jurisprudence l'a déclaré, soit pour le docteur, soit même pour le dentiste, bien que ce dernier soit obligé de fabriquer, ou de faire fabriquer des appareils dentaires, pour les revendre.

Que penser du médecin, qui est à la fois le directeur et le chirurgien d'une maison de santé, qui lui appartient ? Son exploitation sera-t-elle civile ou commerciale ?

Par analogie avec le maître de pension, qui, outre la nourriture du corps, donne à ses élèves celle de l'esprit, s'appuyant sur une jurisprudence rendue en ce sens, beaucoup de nos confrères ne se croyaient nullement justiciables ni du code de commerce, ni des impôts et taxes afférents à ces profssions.

Or, depuis un fameux arrêt de Cassation de 1923, il n'en est rien, puisque la Cour suprême a déclaré, qu'en matière d'accident du travail, le médecin directeur d'un sanatorium doit être assimilé à un commerçant et, comme tel, assujetti à la législation garantissant les blessés de l'industrie.

Malheureusement pour le Corps médical tout entier, la Compagnie d'assurances, qui garantissait notre confrère, n'a pas voulu continuer le procès devant la cour de Toulouse, devant laquelle était renvoyé le litige, pour revenir ensuite, selon l'arrêt, devant la cour de Cassation, toutes chambres réunies. L'assurance préféra régler les indemnités dues à l'infirmier et laisser tomber l'affaire.

De sorte que l'administration des finances s'est emparée de cet arrêt de Cassation pour décider que toutes les maisons de santé et les cliniques privées étaient des établissements commerciaux, que le médecin propriétaire et directeur doit être assujetti à toutes les taxes et impôts qui frappent les commerçants.

Le fisc va même plus loin : voulant obliger les médecins à s'inscrire au registre du commerce, il émet la prétention d'imposer le docteur de maison de santé, non seulement sur la partie hôtelière de l'établissement, mais même sur les honoraires médicaux, touchés, pour lui-même ou pour ses aides et son personnel infirmier.

Inutile de dire que nos associations professionnelles se sont émues ; le « Sou médical », en particulier, a été saisi et actuellement, nous attendons la décision du Conseil d'Etat devant lequel ont été déférés deux jugements du Conseil de préfecture de la Seine.

Quoi qu'il en soit, en attendant un statut définitif, on peut faire la distinction suivante : lorsque la partie hôtelière d'une maison de santé appartient à des étrangers à la médecine (associés non médecins, ou société anonyme), cette partie doit être considérée comme vraiment commerciale, parce que son but unique est de faire des bénéfices, grâce à l'hospitalisation des malades, à leur entretien, etc.

Le médecin, qui opère dans ces établissements, garde son caractère professionnel et libéral ; mais, s'il est intéressé, pour partie, dans la gestion de la partie hôtelière, il déclarera de ce chef des revenus commerciaux.

Mais, lorsque le docteur est à la fois le médecin et le gérant de la clinique, il faut faire la distinction entre la partie principale et la partie accessoire de son activité. S'il ne possède sa clinique que pour y abriter les malades qu'il opère, si ses clients lui font gagner sa vie, par les honoraires médicaux, ou chirurgicaux, qu'ils lui versent, alors que le gain est nul sur la partie hôtelière, l'entreprise devrait être considérée comme purement civile.

A l'inverse, s'il était prouvé que la partie hospitalisation laissait au docteur des bénéfices importants, venant s'ajouter à la part afférente aux soins médicaux, peut-être pourrait-on envisager une discrimination dans le total des bénéfices du docteur : la part médicale serait purement de droit civil, la part hôtelière serait de droit commercial.

Mais, nous ne pouvons admettre que, pour la totalité, le médecin, quel qu'il soit, puisse être considéré comme un commerçant, alors qu'il est obligé d'ouvrir une maison de santé pour soigner ses malades, selon sa spécialisation.

Conclusion.

J'ai tenu à être bref et à ne pas allonger cette ébauche par des discussions juridiques et l'indication de références jurisprudentielles.

C'est vous dire que la société d'études du *Concours médical* met ce travail à son ordre du jour, parce que complexe est la question.

Devant les tendances actuelles de l'exercice de la médecine, considérant l'inclination, je dirais

même l'obligation que les médecins ressentent, pour s'associer entre eux, afin de mieux exercer leur art, il est indispensable que nous puissions dégager toutes les règles de droit, applicables à ces sortes de contrats d'association, pour que nos confrères puissent être guidés, puis soutenus par le *Concours médical* et sa filiale, le « Sou médical ».

M. LE PRÉSIDENT. — Etes-vous d'avis que la Société d'études du *Concours médical* fasse une étude spéciale sur la question des associations médicales ?

M. MOLINÉRY. — Il y a une chose qui semble devoir être mise au point : lorsque notre confrère nous dit que plusieurs médecins peuvent s'associer pour utiliser une maison de santé, il faut que chacun d'eux garde sa liberté. Lorsqu'un médecin crée une maison de santé pour l'utilisation médicale ou chirurgicale, ce médecin n'a-t-il pas le droit de demander à ses associés d'appliquer tel procédé, telle manière d'opérer qu'il va indiquer (lorsque ce médecin est associé) ?

M. BOUDIN. — Je vous répondrai qu'un docteur en médecine a toujours le droit d'imposer selon les cas sa manière scientifique. Dans un hôpital, par exemple, un chef de clinique n'est-il pas obligé d'écouter, plus ou moins à contre-cœur, l'opinion de son patron ? Un directeur de maison de santé peut avoir sa maison et traiter ses malades par des injections particulières : un nouveau traitement de la tuberculose peut surgir, et peut donner lieu à une association entre médecins : tous les médecins partisans de cette méthode peuvent aller trouver l'inventeur et lui dire : je trouve que votre manière de faire est intéressante ; voulez-vous m'accepter comme associé ? Au contraire, et je fais allusion au fameux procès du docteur Dieupard, médecin d'un sanatorium, où un mode de traitement lui était imposé, le jour où ce docteur se refusa d'appliquer cette méthode, on le renvoya purement et simplement. Il a demandé des dommages-intérêts pour brusque renvoi. Il eut raison.

M. MIGNON. — Il y a un point sur lequel je voudrais dire un mot : c'est la question du libre choix de l'associé. Quand une maison de santé est la propriété d'une association entre deux ou plusieurs médecins dans la théorie, et je dirai même souvent dans la pratique, le libre choix reste respecté. Cependant, dans une certaine circonstance, il est assez difficile, dans une maison de santé, où plusieurs médecins, sont associés, de faire pour ainsi dire la pratique de la clientèle. En pratique, si on est deux ou trois médecins, c'est très souvent parce qu'un médecin tout seul ne peut prendre la charge de tous les services. Il peut être malade, absent, en congé, et il a besoin d'un collaborateur intéressé à la bonne marche de la maison qu'il associe avec lui. Si on fait la pratique de la clientèle, si on dit : telle partie de la maison c'est pour l'associé A, telle autre partie pour l'associé B, il arrive qu'un jour où l'un des médecins est absent, son associé peut être appelé à donner des soins à un malade de la partie qui ne lui incombe pas. Il arrive souvent, quand on s'associe, que c'est entre confrères d'âge très différent, jeune et vieux. Il y en a un qui assume une plus grande partie de la tâche. Si chacun avait ses clients dans la maison, le jour où l'un d'eux est absent, l'autre ne serait pas du tout au courant des malades de son associé. Il est très pratique que les deux ou trois associés, pour la direction clinique d'une maison, soient tous au courant de la marche clinique des malades et ainsi ces deux ou trois médecins ne forment en réalité qu'un seul médecin, de façon que les clients puissent trouver tous les soins nécessaires. C'est assez délicat. Il est évident que pour cela il est nécessaire que les collaborateurs marchent en amis, tant au point de vue juridique qu'au point de vue professionnel. Ils ne doivent assumer ces services qu'en s'entendant bien ; mais se mettre très intimement au courant de la marche clinique de chacun des malades qu'ils ont à soigner. C'est un règlement intérieur qui ne supprime pas le libre choix des médecins, mais c'est dans l'intérêt même de la bonne marche du traitement. Il est nécessaire, malgré tout, que l'associé soit au courant des malades.

M. BOUDIN. — Je viens de traiter la question d'une manière rapide, pour ne pas vous fatiguer ; vous avez parfaitement raison ; mais, au point de vue théorique et pratique, il faut que dans tous les contrats d'association, il soit écrit que le malade a le droit de placer sa confiance dans tel ou tel médecin. Dans votre cas particulier, c'est un peu différent parce que déjà le fait même pour le client de choisir une maison équivaut à accepter, dans le service, le traitement qu'on veut lui faire donner par les personnes associées ou adjointes.

Voilà donc le libre choix que le malade a à faire, il a le droit de dire : j'aime mieux le docteur M. mais si, pour un motif quelconque, le docteur M. est absent, le docteur Z vient le voir : cela ne veut pas dire que c'est lui qui va faire le traitement.

M. QUIVY. — Je voudrais attirer l'attention du rapporteur sur l'établissement du contrat qu'il a appelé contrat d'association médicale. Il y a en ce moment ci, pendant devant le tribunal, le fait suivant : un médecin qui allait en province à jour fixe, avait un noyau de clientèle. Un remplaçant avait la charge de faire l'intérim et de visiter ses malades pendant son absence, quand besoin en était. Le remplacement de ce médecin était provisoire. Il était bien entendu que le médecin céderait sa clientèle à son collaborateur au bout de quelque temps. Ce collaborateur qui avait l'engagement de ne pas exercer dans un rayon de 25 km. se mit d'accord avec un autre médecin voisin, concurrent du précédent et lui dit : voulez-vous de moi comme collaborateur

S'il y avait eu un contrat, la chose n'aurait pas été facile. La chose est venue devant les tribunaux, mais il est certain que les experts se sont trouvés dans l'impossibilité de trouver la somme à verser au médecin. On ne peut pas vendre de clientèle.

M. LE PRÉSIDENT. — Etes-vous d'avis de mettre cette question à l'étude à fond ? (*Approbation unanime*).

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 4 heures.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 13 et 27 octobre 1925.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.055 YOTTE, 12, boulevard de Strasbourg, Paris. Parrains : Drs Lavoine et Lamare.
7.058 MUFFAT (René), Dolus, Ile d'Oléron (Charente-Inférieure). Parrains : Drs Couraud et Chabaneix.
7.062 BLANC (Henry), 5, rue de Constantinople, Paris. Parrains : Drs Boudin et Le Fur.
7.063 LEFEBVRE (André), Bar-sur-Aube (Aube). Parrains : Drs Sarrazin et Klein.
7.064 GAU (René), Espezel (Aude), Syndicat de l'Aude.
7.065 BUIZARD (Charles), 3, rue de la Trémoille, Paris, Syndicat de la Seine.
7.066 SCHMITT (Julien), Audun-le-Pithe (Moselle), Syndicat de Thionville.
7.067 MANTELIN (Octave), 5, place du Perron, Lyon-Terreaux, Syndicat du Rhône.
7.068 LESSERTISSEUR (Maurice), Rouen (Seine-Inférieure), Association professionnelle des médecins de Rouen.
7.030 GENAY (Pierre), Monthois (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
7.069 CORIAT (Léon), La Courneuve (Seine), Syndicat de la banlieue Ouest et Nord.
7.071 DUCROQUET (Jean-Baptiste), Marcq-en-Barœul (Nord), Syndicat de Lille.
7.072 PRUNIER (Louis), Plainfaing (Vosges), Syndicat de Saint-Dié et Epinal.
7.070 BALME (Joseph), Meyrieux (Isère). Parrains : Drs Bouvier et Percerot.

Honoraires de droit commun.

Le Dr B. (Seine), nouvel adhérent, demande l'appui moral pour soutenir l'appel interjeté par lui contre un jugement qui l'a débouté d'une demande en paiement d'honoraires contre une personne qui l'a mis en œuvre pour opérer sa belle-mère.

Le jugement attaqué paraissant contraire à la jurisprudence, qui admet la responsabilité de l'intermédiaire, le Conseil accorde au Dr B. l'appui moral demandé.

Le Dr C. (Meurthe-et-Moselle) demande l'appui pécuniaire dans deux affaires :

1° L'héritier d'un client refuse de lui payer 400 fr. d'honoraires pour deux œsophagoscopies, sous prétexte qu'elles n'ont pas enrayé les progrès du cancer dont souffrait son oncle.

2° Un client refuse de lui payer 500 fr. d'honoraire pour une visite d'urgence, de nuit, à 35 km. de son domicile, par un temps de brouillard qui rendait dangereux le voyage en automobile.

Le Conseil, compte tenu des titres du Dr C., qui justifient les honoraires demandés, lui accorde l'appui pécuniaire dans ces deux affaires.

Le Dr D. (Saône-et-Loire), ayant demandé 150 fr. d'honoraires pour deux séances de cryothérapie faites à un enfant, le père lui envoie 100 fr. seulement, sous prétexte que, si la première séance avait duré cinq minutes de plus, elle aurait été suffisante.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement des 50 francs qui lui restent dus.

Le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 50 francs que le Dr T. (Loire-Inférieure) a versés à son avocat dans une affaire où il a eu gain de cause.

Le Dr F. (Charente-Inférieure), ayant gagné en justice de paix l'affaire d'honoraires (accident agricole non garanti par la législation spéciale), pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé, est traîné en appel par l'adversaire.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel.

Le même a une autre affaire d'accident survenu à un cultivateur non garanti par la législation spéciale, dans laquelle la Compagnie conteste le montant de sa note et demande une réduction, bien que le client reconnaisse que les visites faites étaient nécessaires.

L'affaire étant de la compétence du tribunal vicil, le Conseil accorde au Dr F. l'appui pécuniaire.

Le Dr F. (Marne), ayant soigné la victime d'un accident d'automobile à lui amenée par l'automobiliste, qui lui a remis sa carte et indiqué le nom de son assurance, n'a pu néanmoins obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre en paiement l'automobiliste devant le juge de paix.

Le Dr L. (Seine-et-Marne), ayant obtenu satisfaction sans jugement dans une affaire de contestation d'honoraires, déclare faire abandon des frais qu'il a avancés, et qui s'élèvent environ à 20 francs.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Accidents du travail.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr E. (Loire) de la somme de 99.75, qu'il a payée pour frais de justice de paix dans une affaire d'accidents du travail.

Le Dr A. (Seine), ayant soigné un artiste blessé sur la scène, a été débouté d'une demande, formée contre son client, en paiement de la portion d'honoraires, représentant le montant du tarif Breton, qu'il s'attendait à recevoir de la Compagnie d'assurance, et que celle-ci n'a pas payée, parce qu'il a été jugé que l'accident n'était pas garanti par la législation spéciale. Le Dr A. avait fait payer au client, antérieurement, la différence entre le prix normal de clientèle et le tarif Breton.

Le Conseil, avant d'accorder l'appui pécuniaire pour faire appel du jugement, demande à avoir communication de son texte et ouvre au Dr A. le crédit nécessaire pour lever une expédition de cette décision.

Le Dr St-M. (Doubs) se voit refuser les honoraires d'aide à l'opération de désarticulation du médius, y compris le métacarpien, d'un accidenté du travail, sous le prétexte que ce n'est pas une opération de grande chirurgie.

Le Conseil, conformément à l'avis du Dr Decourt, antérieurement donné et publié dans le *Concours médical*, sur cette espèce, accorde au Dr St-M. l'appui pécuniaire demandé.

Le pourvoi formé par le Dr P. (Sarthe) contre un jugement qui avait refusé de lui accorder des honoraires pour des soins donnés, à la consultation externe d'un hôpital, à un blessé du travail non hospitalisé, a été rejeté par la Chambre civile de la Cour de Cassation.

Responsabilité civile.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) est assigné en 25.000 fr. de dommages-intérêts au nom d'une jeune fille qui a subi l'amputation d'une main à la suite d'un traitement électrique.

Le Conseil confirme l'appui et la garantie de la Caisse spéciale, qu'il a accordés antérieurement en principe au Dr R. pour cette affaire et fixe à 300 fr. au maximum la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr D. (Manche) est menacé d'une action en dommages-intérêts, par un client qui lui reproche de lui avoir amputé un doigt sans son consentement.

L'appui et la garantie de la Caisse spéciale lui seront acquis, s'il est donné suite aux menaces dont il a été l'objet.

Diffamation.

Le Dr B. (Indre) a, à la suite de propos tenus par un pharmacien, été diffamé par un accidenté du travail qu'il avait soigné.

Le Conseil est disposé, en principe, à lui donner l'appui pécuniaire pour poursuivre. Mais, avant de prendre une décision ferme, il demande à être mis en possession d'attestations écrites des témoins.

La dame B., condamnée en appel, comme elle l'avait été en correctionnelle, pour avoir diffamé les Dr B. et C., qu'elle poursuit d'autre part pour responsabilité professionnelle, a formé un pourvoi en cassation.

Le Conseil continue devant la Cour de Cassation l'appui pécuniaire donné devant les juridictions précédentes dans cette affaire.

Le Dr B. (Seine) est en butte à la haine d'une ancienne cliente, qui le diffame par tous les moyens et dans tous les milieux de son quartier.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour déposer une plainte contre cette personne, en se constituant, s'il y a lieu, partie civile.

Secret professionnel.

Le Dr C. (Oise) est menacé de poursuites s'il n'indique pas sur le certificat de décès des personnes qu'il a soignées, la cause du décès.

Le Conseil, estimant que l'obligation du secret professionnel s'oppose à ce qu'il défère à cette injonction s'engage à soutenir pécuniairement le Dr C. dans le cas où il serait donné suite à ces menaces.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association stomatologique internationale.** — Cette association a pour but la propagation des idées stomatologiques : évolution scientifique et médicale de cette spécialité, exercice réservé aux seuls médecins. Elle vient de se reconstituer sur de nouvelles bases, réunissant, en une puissante fédération, les groupements stomatologiques du monde entier.

Son bureau est ainsi composé : Président : Dr CHOMPRET, de Paris ; Secrétaire général : Dr ALLAEYS, d'Anvers ; Secrétaire général adjoint : A. ASGIS, de New-York. Elle a organisé, dans chaque pays, un secrétariat national ; pour la France, ce service est assuré par le Dr A. Herpin, avec, comme adjoints, le Dr Merville et M. Billoret, et, comme trésorier, le Dr Dauguet. Ce secrétariat (79, boulevard Haussmann) comprend les branches suivantes : Recherches scientifiques (Dr Richard) ; Assistance, hygiène, éducation du public (Dr Gornouec) ; Enseignement et législation (Dr Raison) ; Histoire de la stomatologie (Dr Lacronique) ; Bibliographie et Nomenclature (Dr Puig) ; Conseil juridique (Dr Boudin).

— **Amiens.** — Le concours pour les fonctions de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale à l'école de médecine d'Amiens, s'est terminé par la nomination de M. Raymond de Butler d'Ormond.

— **Bordeaux. Le centenaire du « Journal de médecine de Bordeaux ».** — Notre confrère le *Journal de médecine de Bordeaux* vient de célébrer le centenaire de sa création, en un banquet amical, que présidait le professeur Arnozan, et auquel assistaient plus de 80 convives, parmi lesquels figuraient les représentants de l'Université de Bordeaux, de la municipalité, de la Chambre de commerce, de l'Association des médecins de la Gironde, des syndicats médicaux, etc. L'Association de la Presse médicale avait délégué son secrétaire général, le Dr Pierra. La Chambre syndicale des fabricants de spécialités pharmaceutiques était représentée par MM. Bottu, Heudebert et Leprince.

— **Dispensaires antituberculeux du département des Vosges.** — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires du département des Vosges, aura lieu, le 10 janvier prochain, à 9 heures du matin, au Siège de la Fédération vosgienne, 4, rue du Collège, à Epinal.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

— **Hommage au professeur Mauclaire.** — Les élèves, collègues et amis du docteur Mauclaire, désirant lui témoigner leur reconnaissance ou leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion de son départ de la Pitié.

Le sculpteur Bouchard a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Celle-ci sera remise dans une réunion intime, présidée par M. Pierre Bazy, membre de l'Institut, le 24 décembre 1925.

Les souscriptions sont reçues chez M. Arnette, libraire-éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe).

Les souscriptions à partir de 50 francs donnent droit à une médaille de bronze.

— **Faculté de médecine.** — *Concours du clinicat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Cliniques médicales : titulaires, MM. Tzanck (Hôtel-Dieu), de Gennes (Cochin), Mouzon (Beaujon), Ollivier et Bocage (Cochin), de Massary et Oury (Charité) ; adjoints, MM. Surmons (Hôtel-Dieu), Chauveau (Beaujon).

Clinique des maladies infectieuses ; titulaire, M. Rivalier ; adjoint : M. Cachy.

Hygiène de la première enfance : titulaires, MM. Florent et Lestoquoy.

Clinique médicale infantile : titulaire, M. Pichon ; adjoint, M. Boulanger-Pillet.

Clinique ophtalmologique : titulaire, M. Cousin ; adjoints, Mlle Ostwalt et M. P. Weil.

Clinique gynécologique : titulaires, MM. Braine et Leroy.

Clinique obstétricale : titulaires, MM. Desaubry et Desnoyers.

Clinique des maladies nerveuses : titulaires, MM. Alajouanine, Giraud, Mathieu.

Cliniques chirurgicales : titulaires, MM. Huet (Hôtel-Dieu), Gueulette (St-Antoine), Petit-Dutaillis et Mlle Hamelin, attachée médicale (Salpêtrière) ; adjoints, MM. Godard (Cochin), Metzger (Hôtel-Dieu).

Clinique chirurgicale infantile : titulaire, M. Huc ; adjoint, M. Aurousseau.

Clinique urologique : titulaire, M. Fey ; adjoint, M. Flandrin.

Clinique oto-rhino-laryngologique : aides assistants, MM. Winter, Correga.

Thérapeutique chirurgicale : titulaire, M. Aubertin ; adjoint, M. Chastang.

— **Clinique médicale (hôpital Beaujon).** — M. le professeur Achard a commencé ses leçons le 14 novembre, à 10 heures à l'hôpital Beaujon, et les continue les samedis à la même heure.

Tous les jours, à 9 heures, enseignement clinique au lit des malades par MM. Mouzon et Bloch, chefs de clinique.

Lundis, mercredis, vendredis, 10 h. 30. Conférences et démonstrations sur la pathologie élémentaire, la neurologie, la dermatologie, les recherches de laboratoire appliquées à l'exploration clinique par MM. Touraine, Rouillard, Leblanc, Feuillié, médecins des hôpitaux, Thiers, ancien chef de clinique, Lèvre, chefs de laboratoire.

Lundis et jeudis, 10 heures. Consultations spéciales : par MM. Foix, agrégé et Léopold Lévi : Maladies du système nerveux et des reins, dystrophies et maladies des glandes endocrines.

— **Cours de clinique thérapeutique médicale (hôpital de la Pitié.** — M. le professeur VAQUEZ a commencé son cours le 12 novembre à 10 h. 30, et le continue les jeudis à la même heure. Vendredi, 10 h. 30. Conférence de séméiologie par le Dr Aubertin.

— **Clinique des maladies nerveuses.** — M. le professeur Georges GUILLAIN a commencé son cours le 20 novembre à 10 h. 30 à l'hospice de la Salpêtrière et le continue les mardis à 10 heures et les vendredis à 10 h. 30

— **Cours de pathologie et thérapeutique générales.** — M. le professeur Marcel LABBÉ a commencé son cours

le 16 novembre à 17 heures (petit amphithéâtre) et le continue les lundis, mercredis, vendredis, même heure

— **Pathologie médicale.** — M. P. Abrami, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie interne le lundi 9 novembre 1925, à 18 h. (petit amphithéâtre), et les continue les mercredis, vendredis et lundis à la même heure.

Objet du cours. — Maladies infectieuses, microbiennes et parasitaires.

— **Pharmacologie.** — M. H. Busquet, agrégé, a commencé le cours le vendredi 13 novembre 1925, à 15 h. (amphithéâtre Vulpian), et le continue les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Sujet du cours. — Modificateurs du système nerveux central et périphérique.

— **Clinique chirurgicale (hospice de la Salpêtrière).** — M. le professeur Gosset a commencé son cours de clinique chirurgicale à la Salpêtrière le 18 novembre, à 11 h. 30 du matin et le continue les lundis et mercredis à la même heure.

— **Clinique chirurgicale (Saint-Antoine).** — M. le professeur Lejars a commencé son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1925, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 1/2.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 1/2 : Conférence de diagnostic chirurgical par M. Gueulette, chef de clinique. — Mardi, 9 h. 1/2. Présentation de malades, par M. Lejars. — Mercredi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique, par M. Brocq, chirurgien des hôpitaux, assistant. — Jeudi, 9 h. 1/2 : Conférences sur des questions d'actualité médico-chirurgicale. — Vendredi, 9 h. 1/2: Laboratoire et clinique, par M. Giet, chef de laboratoire. — Samedi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique, par M. Lejars.

— **Clinique thérapeutique chirurgicale (hôpital de Vaugirard).** — M. le professeur Pierre Duval.

Lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, démonstrations opératoires. — Mardi et jeudi, 10 heures, examen clinique et leçon au lit du malade. — Vendredi, 11 heures, leçon du professeur. — Samedi, 11 heures, examen radiologique des maladies du tube digestif.

— **Clinique Tarnier.** — Cours de perfectionnement du jeudi soir, à 8 h. 3/4, destiné aux docteurs désirant se spécialiser en obstétrique.

— **Conférences d'anatomie descriptive.** — M. Rouvière, professeur, a commencé ses conférences le 10 novembre, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et les continue les mardis, jeudis et samedis, même heure.

Sujet : Anatomie de l'abdomen et du bassin.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. F.-M. Cadenat, agrégé, a commencé ce cours le vendredi 6 novembre 1925, à 17 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continue les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. — *Objet du cours* : Tête, cou, rachis, organes génitaux de l'homme. Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 4e année.

— **Hôpital Laënnec.** — M. Auvray a commencé ses leçons de clinique le vendredi 27 novembre, à 11 heures, à l'hôpital Laënnec, amphithéâtre Landouzy, et les continue à la même heure, tous les vendredis, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— **Asile Sainte-Anne.** — Un cours de psychiatrie élémentaire en vingt leçons sera commencé le jeudi 17 décembre 1925, à 17 heures, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis) et continué tous les jeudis, à la même heure. Le cours est gratuit.

— **Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.** — Par arrêté du directeur de l'Assistance publique, M. Dujarier est nommé directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris.

— **Centres anti-morbilleux des hôpitaux de Paris.** — Le Conseil municipal de la Ville de Paris a décidé l'organisation de deux centres destinés à la préparation du sérum antirougeoleux, l'un à l'hôpital Claude-Bernard, l'autre à l'hôpital des Enfants-Malades.

— **Commission de prophylaxie des maladies vénériennes.** — Sont nommés membres de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes : MM. les professeurs Audry, Gaujoux, Payenneville, Petges, Spillmann.

— **Croisières de Pâques, du « Bruxelles médical » en Orient.** — Etudiants en médecine et jeunes médecins seront admis en seconde classe au prix de 2.480 francs français. Quelques places de 3e classe pour étudiants (en cabines de 4 ou de 6), seront réservées au prix de 1.500 francs français.

— **Nécrologie.** — Le Dr Elie-André Percepied. — Le Dr Ernest Rol, de Paris, médecin du dispensaire B. B. de l'hôpital Saint-Antoine. — Le Dr Aimé Benet, ancien professeur à l'école de médecine de Marseille. — Le Dr Leoncini, de Nice. — Le Dr Marcel Dagrève, de Montélimar. — Le Dr Morel, de Villefranche-sur-Saône. — Le Dr Frédéric Sanset, ancien sénateur du Gers. — Le Dr Cassas, de Lyon. — Le Dr Poirson, de Monay (Jura). — Le Dr Joseph Hutin, décédé à Aix-en-Provence. — Le Dr Charles Millou, ancien médecin de la marine, décédé à Toulon.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

la localisation radiologique, à 300 fr., est cause de trop fréquents litiges (alors qu'il s'agit de corps étrangers peu profonds situés non loin de la peau, mais cependant décelables seulement par une localisation radiologique).

Projet de la sous-commission : deux cas, au lieu d'un seul :

« a) Extraction d'un corps étranger ayant nécessité un repérage radiologique = 100 fr. ;

b) Extraction d'un corps étranger profond effectué sous écran = 300 fr. »

NOTA. — Il y aurait encore quelques demandes, comme celle, par exemple, d'une tarification pour « ablation d'ongle » ; mais celles-là furent déjà repoussées par l'Assemblée plénière de la Commission du tarif Breton. Je ne vois donc guère le moyen d'y revenir.

***

Toutes ces questions, quelle qu'en soit l'importance pratique, n'en sont pas moins des questions de détail.

Puisque cette question de modification du T.B. est amorcée, il y aurait lieu de mettre l'occasion à profit pour faire prévaloir des revendications médicales dont la satisfaction devient urgente :

Il conviendrait de mettre le tarif Breton, établi à la date du 13 juillet 1920, au taux de la valeur actuelle de l'argent. C'est dire que, pour que ce tarif reste comparable à lui-même, *il faut qu'il soit augmenté de* x %, x *étant déterminé d'après l'indice d'augmentation du coût de la vie depuis* 1920.

Enfin, à plusieurs reprises, nos Syndicats, par la voix de leurs délégués à l'Assemblée générale de l'Union, ont demandé la *suppression des catégories.*

Il importe qu'à l'occasion de la discussion qui va s'engager, les délégués de l'Union à la Commission ministérielle du T.B. soient officiellement mandatés sur tous ces points. »

Dr Fernand DECOURT.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les mémoires d'assistance médicale gratuite sont exempts de timbre.

4771. — M. Raoul EVRARD, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est applicable dans le Pas-de-Calais où ce service étant communal, les médecins et les pharmaciens sont payés par mandat communal ; 2° dans le cas de l'affirmative, pourquoi certain percepteur, agissant comme receveur municipal, exige un timbre sur les mémoires d'honoraires médicaux et de notes pharmaceutiques, exclusivement relatifs à l'assistance médicale gratuite et payés par mandat communal. (*Question du 24 juin 1925.*)

Réponse. — Les mémoires de frais médicaux et pharmaceutiques produits pour le service de l'assistance médicale gratuite sont exempts de timbre en vertu de l'article 32 de la loi du 15 juillet 1893. Des instructions ont été données récemment par le trésorier-payeur général du Pas-de-Calais pour rappeler aux comptables placés sous ses ordres les dispositions dont il s'agit et qui auraient été parfois perdues de vue en raison du mode spécial du fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite dans ce département. Dès lors, il est à présumer que les errements signalés ne se produiront plus.

(*J. O.*, 30 octobre 1925.)

Un maire, pharmacien, peut être administrateur du bureau de bienfaisance.

7054. — M. le lieutenant-colonel JOSSE, sénateur, demande à M. le ministre de l'intérieur si un maire, pharmacien, peut être ordonnateur du bureau de bienfaisance et signer les bons d'assistance médicale. (*Question du 22 octobre 1925.*)

Réponse du ministre du travail. — Les incompatibilités entre certaines fonctions et celles de membres de la commission administrative d'un bureau de bienfaisance, étant de droit étroit, ne peuvent résulter que d'un texte précis, légal ou réglementaire.

En conséquence, il n'y a pas incompatibilité légale entre les fonctions d'administrateur du bureau de bienfaisance ou du bureau d'assistance, car les bons d'assistance sont délivrés par le bureau d'assistance et celles de médecin ou de pharmacien du service et, d'une façon générale, de fournisseur du service de l'assistance.

(*J. O.*, 12 novembre 1925.)

CORRESPONDANCE

2857. — Assujettissement d'un jardinier à la législation sur les accidents du travail.

Voulez-vous me permettre de revenir sur la question posée par le Dr L. n° 2627 : assujettissement d'un jardinier à la législation des accidents du travail, n° 45 du *Concours* (8 nov. 1925). L'article 2 vise ceux qui n'étant pas petits patrons, sont occupés par des entrepreneurs ou par des particuliers à l'entretien et à la mise en état des jardins.

J'ai aussi passé contrat verbal avec un jardinier qui, à la campagne, entreprend de soigner les jardins, vient quand il le juge à propos, avec un aide subordonné : comme il va chez les autres propriétaires de jardins, il est en somme considéré comme petit patron et, en tout cas, en fait fonction. Croyez-vous réellement que je doive faire assurer cet entrepreneur de

jardins qui occupe un ouvrier ? N'est-ce pas plutôt lui qui doit contracter une assurance au profit de son subordonné ? Je ne crois pas que la question ait été déjà tranchée devant une juridiction et qu'en pensez-vous ? Dr H.

Réponse.

L'article 2 de la loi du 15 décembre 1922 est ainsi conçu : « Sont assimilés aux ouvriers agri « coles, au point de vue de l'application de la « présente loi, ceux qui, n'étant pas petits pa- « trons, sont occupés par des entrepreneurs ou « par des particuliers à l'entretien et la mise en « état des jardins. »

Le Dr H. demande si un jardinier qui, à la campagne, entreprend de soigner les jardins, vient quand il le juge à propos, avec un aide subordonné, doit être assimilé à un ouvrier agricole ou s'il est, au contraire, un petit patron.

Le rapport de M. Bienvenu-Martin du 27 avril 1920 (*Journal officiel*, page 169), précise la portée de l'article 2 de la façon suivante : « Pour « éviter une confusion, la commission a cru utile « de spécifier que l'assimilation prévue au dit « article ne profitait pas au petit patron occupé « par des particuliers. C'est l'application de la « jurisprudence en matière d'accidents du tra- « vail. »

Il faut donc se reporter à cette jurisprudence pour trouver la définition du petit patron.

Le fait par un ouvrier d'organiser et de diriger le travail de ses camarades ne le transforme pas en petit patron, s'il s'agit d'une collaboration accidentelle ou momentanée (Cassation, Chambre civile, 21 février 1912).

Au contraire, si l'ouvrier emploie habituellement des camarades, s'il organise et dirige leur travail, il est responsable vis-à-vis d'eux des accidents qui leur surviennent et doit être considéré comme un chef d'entreprise (Tribunal civil de Jonzac, 27 novembre 1907).

Il doit en être surtout ainsi, pensons-nous, quand c'est le petit entrepreneur qui touche la rémunération allouée par le propriétaire, qui détermine le salaire de ses camarades et les paye.

Nous croyons qu'il résulte des renseignements de fait que donne le Dr H. que, dans le cas qu'il nous soumet, il s'agit bien d'un petit patron ; l'aide-jardinier lui est subordonné et il ne s'agit pas d'une collaboration momentanée pour un travail déterminé, il s'agit d'une collaboration habituelle qui se produit, non seulement chez lui, mais chez les autres propriétaires de jardins.

P. NATTAN-LARRIER,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'Appel.

Comment résilier une police d'assurances.

Nombre de confrères, et moi-même, sommes assurés à la X. Or, nombre de confrères m'ont demandé

de quelle manière ils pouvaient se dégager de cette assurance.

Pour faciliter votre réponse, je vous envoie mon contrat.

Il y est dit que la compagnie peut résilier en cas de non paiement, mais évidemment les primes échues restant dues, plus une prime d'une année.

Est-ce qu'en offrant la dite prime d'une année, l'assuré peut obtenir la résiliation de son contrat ?

Ou tout autre moyen que vous pourriez m'indiquer.

Ceci est doublement intéressant à étudier pour le « Sou ». D'abord comme renseignement aux médecins, ensuite parce que ces médecins devront bien s'assurer quelque part.

Aussi vous serais-je très reconnaissant de me faire répondre avant le 10, pour qu'à l'Assemblée générale je puisse lire la réponse du « Sou », dont je serais ainsi amené à parler le plus naturellement du monde. Dr C.

Réponse.

La police que vous me soumettez et que sûrement beaucoup d'adhérents ont signée, sans lire, contient un certain nombre de clauses assez draconiennes.

C'est ainsi qu'au point de vue de la résiliation, il semble, en prenant les termes dans leur sens absolu, que seule l'assurance a le droit de résilier, pendant le cours de chaque période décennale.

Elle le peut, (article 2) si l'assuré ne paye pas sa prime dans un délai de 15 jours ; elle le peut encore (article 3) après chaque déclaration de sinistre, quelle que soit l'importance de ce dernier.

Hors ces cas de dénonciation unilatérale, à la volonté seule de l'assurance, il semble que l'assuré est lié pour chaque période décennale entière, sans qu'il puisse avoir recours à la résiliation, de sa propre volonté.

Que faire ? Ecrire une lettre recommandée à l'assurance ; lui proposer la résiliation, moyennant le versement d'une prime annuelle. Si elle refuse, ne pas payer la prime annuelle et accepter la procédure envisagée à l'article 2, § 8 de la police. Un procès, que l'assuré perdrait vraisemblablement, serait plus néfaste, comme réclame, à l'assurance, qu'une transaction consistant à résilier une police à un assuré, qui ne veut plus rester garanti par cette assurance.

On peut encore se résigner et prévenir la compagnie, par lettre recommandée, qu'à l'expiration de la période décennale, soit le....., la police d'assurance est d'ores et déjà dénoncée par l'assuré. Jusqu'au terme de cette police, l'assuré restera garanti, par l'assurance, selon les stipulations du contrat d'assurance.

Un autre point dangereux, non seulement pour l'assuré, mais pour tout le corps médical, c'est qu'« en cas de sinistre, la compagnie a seule le droit de traiter et transiger avec les victimes et

le souscripteur doit prêter tout le concours qui lui sera requis ».

L'assurance ne voit que son bénéfice immédiat: l'intérêt de son adhérent passe après ; quant à celui du corps médical tout entier, il n'existe pas.

C'est ainsi que toutes les maisons de santé privées, les cliniques particulières, appartenant à des médecins, sont actuellement en conflit et en procès avec l'administration des contributions, en ce qui concerne la taxe sur le chiffre d'affaires et l'impôt sur les bénéfices commerciaux.

S'appuyant sur un arrêt de Cassation, l'administration soutient que ces établissements médicaux sont de droit commercial, et non de droit civil, comme nous l'avons toujours soutenu.

Or, la Cour de Pau avait décidé qu'en cas d'accident du travail survenu à un infirmier de sanatorium, la loi du 9 avril 1898 n'était pas applicable, parce que le sanatorium n'est pas un établissement commercial, ni industriel.

Par arrêt du 12 novembre 1923, la chambre civile de la cour de Cassation décida qu'en matière d'accident du travail, un sanatorium, une maison de santé, une clinique privée, sont, en principe, des établissements commerciaux, assujettis à lla égislation de 1898.

L'arrêt de Pau étant cassé, le procès devait revenir devant la cour de Toulouse, pour renvoi. Si celle-ci avait jugé dans le même sens que la cour de Pau, la cour de Cassation aurait dû rendre un arrêt, toutes chambres réunies et ainsi aurait été fixé un point de droit très important pour le corps médical.

Or, l'assurance, qui garantissait le médecin de sanatorium, se souciant fort peu des intérêts de son adhérent et de ceux du corps médical tout entier, préféra arrêter les frais de procédure et, s'inclinant devant l'arrêt de Cassation, elle versa à l'infirmier blessé la petite indemnité qu'elle devait payer pour son accident du travail contesté.

Malheureusement, notre confrère n'était pas membre du « Sou Médical » et notre Ligue n'a pas pu prendre la place de l'assurance défaillante.

Dans un autre procès célèbre, l'assurance n'a pas voulu faire les frais d'un procès en cassation, pour essayer de faire réformer un arrêt de cour d'appel, condamnant un médecin pour responsabilité *professionnelle, alors que le tribunal* avait déjà acquitté le docteur.

Le « Sou Médical », dont le confrère était un adhérent récent, n'hésita pas néanmoins à prendre la place de l'assurance pour faire étudier, par ses conseils juridiques, s'il y avait possibilité de porter le procès devant la cour suprême, au lieu et place de l'assurance défaillante.

Voici pourquoi nous recommandons toujours à nos confrères de ne pas signer, les yeux fermés, des polices d'assurances, qui les lient pour dix

ans et qui ne les couvrent qu'imparfaitement, sur le seul et unique point de la responsabilité professionnelle.

Nous préférons, au « Sou Médical », ne faire signer aucun engagement, ne faire que des exercices annuels, permettant ainsi aux confrères de se retirer chaque année de la société, de garantir le médecin, non seulement pour la responsabilité professionnelle, mais encore pour tous les conflits d'ordre professionnel, d'envisager, non seulement l'intérêt immédiat du confrère, mais aussi celui du corps médical tout entier, en entrevoyant les répercussions que tout procès peut avoir sur la corporation. Enfin, il n'y a pas d'actionnaires, à qui il faut verser des dividendes : le produit des cotisations est dépensé uniquement pour la défense des intérêts des adhérents et des médecins en général.

Malheureusement, le « Sou Médical » ne peut pas voter les frais nécessaires, pour avoir des agents qui iraient, sur place, provoquer le recrutement des médecins, comme le font les assurances. Ce n'est que par publicité faite de confrère à confrère que nous pouvons nous recruter : la méthode est plus lente ; mais elle est bien meilleure, car les adhérents restent au « Sou » et ne cherchent pas à résilier leurs polices, puisqu'ils n'en n'ont pas.

Dr Paul BOUDIN.

Le Sou Médical et les Compagnies d'assurances au point de vue de la garantie.

Je vous envoie ci-joint mon bulletin d'adhésion et verse la cotisation au compte de chèques postaux du « Sou Médical ». Mais, étant déjà assuré à la M.F. contre la responsabilité civile, cette dernière ne veut faire que l'assurance complémentaire à celle du « Sou Médical ».

Que dois-je faire ? Dr M.

Réponse.

La garantie joue dans l'ordre de la date des contrats : si vous êtes déjà assuré à la M. F. au moment où vous entrez au « Sou Médical », c'est la responsabilité de la M. F. qui jouera la première.

La compagnie n'a pas le droit de modifier son contrat sans votre assentiment, elle doit attendre l'expiration de ce contrat pour édicter des conditions nouvelles, conditions qui doivent être beaucoup plus favorables si, ne faisant que l'assurance complémentaire, elle ne court plus en réalité aucun risque.

Si, d'accord avec vous, la compagnie faisait, par un avenant, une assurance nouvelle, il est évident qu'alors la responsabilité du « Sou » jouerait la première. A. G.

Mutualité Familiale. Le sort des veuves.

J'ai la douleur de vous faire part du décès de mon mari, le Dr D., survenu le mois dernier.

Je vous serais reconnaissante de me faire savoir si, comme veuve, je n'ai pas droit à une pension ou à un secours de la part de la Mutualité Familiale.

Mme D.

Réponse.

Le Dr D. était inscrit simplement à la combinaison MA qui donne l'indemnité maladie : s'il a été arrêté plus de cinq jours, vous devez envoyer déclaration et certificats au secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (S.-et-O.), et vous recevrez l'indemnité due après la séance du Conseil de fin décembre.

Mais vous n'avez aucun droit à une pension, puisque le Dr D. n'était pas inscrit à la combinaison V qui donna la pension aux veuves.

Quant à un secours, la Mutualité Familiale, qui est une société de droit, n'en peut donner.

Il est vraiment regrettable que nos appels en faveur de la Caisse des veuves ne soient pas entendus : à chaque instant nous recevons des lettres de ce genre qui montrent bien le grand intérêt que nos confrères auraient à s'inquiéter du sort de ceux qu'ils laissent après eux.

A. G.

2859. — Honoraires d'expertise.

Nommé expert par le président du tribunal civil, sur la proposition de l'agent d'assurances, pour examiner un blessé consolidé et déterminer le pourcentage d'incapacité permanente, j'ai fait et envoyé mon rapport.

Pour mes honoraires, comment dois-je faire ? J'ai l'intention de les adresser à la Cie d'assurances. J'ai vu deux fois le blessé et rédigé un rapport sur papier libre (acc. du travail, loi 1898) que j'ai envoyé par la voie par laquelle il m'était parvenu (juge de paix).

Quels honoraires dois-je demander ? Dr G.

Réponse.

Il n'existe aucun tarif pour les honoraires des experts, en matière d'accidents du travail, aussi bien qu'en matière ordinaire. Le ou les experts doivent, à la fin de leur rapport, fixer le chiffre qu'ils estiment équitable et il appartient ensuite au président du tribunal qui a ordonné l'expertise de taxer les honoraires.

Comme il s'agit d'une affaire d'accidents du travail, le recouvrement des frais devra être effectué par les soins du receveur de l'enregistrement et c'est par lui que vous serez payé.

Si vous n'avez pas joint vos propositions d'honoraires à votre rapport, vous pouvez réparer cette omission en envoyant votre mémoire au président du tribunal.

Il est d'usage de réclamer pour les expertises d'accidents du travail, qui n'ont pas présenté des difficultés particulières, une centaine de francs d'honoraires.

2590. — Assistance d'un blessé de guerre près la Commission de réforme.

Aux termes de l'art. 9 de la loi du 31 mars 1919, les bénéficiaires de l'art. 64 de la même loi peuvent, pendant la visite d'expertise des médecins du centre de réforme, être assistés de leur médecin traitant, ainsi d'ailleurs que le leur indique leur convocation au centre de réforme ou la lettre les avisant qu'ils seront visités tel jour, à telle heure, à domicile.

Jusqu'ici, le médecin traitant, averti de l'heure de la visite, pouvait se trouver au domicile du malade avec les deux médecins du centre de réforme.

La loi a-t-elle été modifiée ?

1° Est-il exact, comme le prétend le médecin chef du centre de réforme, qu'il suffit maintenant que le médecin traitant soit présent à la seule visite du médecin du Centre de réforme, et que l'expert cantonal peut aller visiter le malade quand il lui plaît et en dehors du jour et de l'heure fixés par le Centre de réforme ?

2° Le médecin expert cantonal a-t-il le droit d'exiger la production du carnet de soins, alors qu'il peut trouver sur la notification de pension tous les renseignements dont il peut avoir besoin ?

3° Le médecin peut-il faire des observations à la personne qu'il est chargé d'expertiser, parce que cette dernière se fait soigner par un autre que par lui ?

4° Le médecin chef du centre de réforme, prévenu de ce fait, peut-il considérer « cette conversation comme une chose tout à fait personnelle aux intéressés » et ne peut-il, ainsi qu'il le prétend, rappeler l'expert à une notion plus exacte de ses devoirs ?

Dr G.

Réponse.

Les médecins experts, lorsqu'ils visitent les malades, n'émettent qu'un avis, tant en ce qui concerne l'imputabilité au service qu'en ce qui a trait au taux de l'invalidité. Seule, la Commission de réforme prend *une décision*, en s'éclairant au besoin, quant au taux, de l'avis d'un expert en séance. C'est donc devant la Commission de réforme que le médecin assistant le malade peut remplir seulement un rôle utile.

Le médecin expert visite toujours les malades au jour et à l'heure fixés par le Centre de réforme ; il ne lui est pas nécessaire d'exiger la production du carnet de soins, si, par ailleurs, il possède tous les éléments nécessaires pour apprécier l'imputabilité au service de l'infirmité invoquée.

L'article 64 spécifie *le libre choix* du médecin traitant.

Toute réclamation dans cet ordre d'idées ne concerne pas le médecin chef du centre de réforme, mais bien la Commission départementale de contrôle.

Quarante-septième année — N° 51 — 20 Décembre 1925

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2912-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bessuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 545. — Instr., appar. électr. et mob. d'occas. Loreau, 3 *bis*, rue Abel, Paris (12e).

No 546. — Méd. exerc. médec. génér. et dentisterie, dem. pour l'aider conf. actif à qui il apprendra notions dentist. Fixe, pourcentage.

No 547. — Sud-Est. Poste méd. 30.000 à céd. de suite, banl. imméd. grande ville.

No 548. — Au sevrage fin février, pet. Griffons bruxell. bonnes origines. Prix mod. Dr Goeau, à Luché-Pringé (Sarthe).

No 549. — Méd. ser. achet. d'ouvrages de littér. ou de revues de langue allemande.

No 550. — Centre. Chef-l. cant., poste seul, rapp. 60.000, mais. convenab., prix 20.000, dont 12 compt. Contrée très agréab., belles chasses. S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 551. — Normandie, près sous-préfect., poste fais. 50.000, belle mais. av. confort. Prix 20.000, dont part. compt. S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Télé. Gob. 36-46.

No 552. — Méd. cherche poste seul méd., méd. ch. de fer si possible.

N° 553. — Doctoresse lauréate de l'académie de médecine de Paris, ayant déjà publié des livres, demande un médecin ou une doctoresse de préférence connaissant l'anglais, pour collaborer dans les travaux scientifiques et littéraires. Dr Noir, 9, rue Linné, Paris, pour Mademoiselle le docteur Lipinska.

AVIS

I

Abonnements

L'échéance de janvier étant particulièrement chargée, nous informons nos abonnés qu'ils ont intérêt, afin d'éviter les frais onéreux de recouvrement, à nous faire parvenir leur renouvellement d'abonnement *avant le 1er janvier* prochain, en versant le montant à notre compte chèques-postaux : Concours médical, Paris, 167.95

II

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1926 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par postal est terminée. Les souscripteurs auront donc satisfaction à bref délai.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons les lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l' « Agenda Memento du Praticien », en versant immédiatement la somme de 18 fr. à notre compte de chèques-postaux ; Concours médical, Paris, 167.95.

Renseignements pratiques concernant les vaccinations préventives antituberculeuse et antidiphtérique

Mon dernier article sur la *médecine préventive de la diphtérie* (voir le *Concours médical* du 22 novembre 1925, page 2702) m'a valu des lettres de confrères désireux de se procurer du *vaccin préventif antituberculeux* et du *vaccin préventif antidiphtérique.* Je m'empresse de leur fournir les indications complémentaires qui intéressent tous les praticiens.

1° *Vaccin préventif antituberculeux.* Le vaccin *B.C.G.*, (vaccin bilié de Calmette et Guérin) est délivré gratuitement aux médecins qui en font la

demande à l'*Institut Pasteur, Laboratoire de la Tuberculose*, 25, rue Dutot, Paris (XV[e]) *en spécifiant pour quel nombre d'enfants et pour quelle date.* Il est remis sous la forme de petits flacons ou d'ampoules représentant chacun *une dose* qui doit être absorbée par la *voie buccale.* Cette dose, primitivement de deux milligrammes de B.C.G., a été portée à un centigramme. Les trois doses représentent donc au total trois centigrammes, soit environ 1.200 millions de bacilles. Le vaccin B. C. G. étant constitué par une culture de bacilles vivants, privés de virulence, doit être toujours fraîchement préparé. Il ne peut se conserver plus de dix jours, d'où l'impossibilité de créer des stocks et d'expédier les doses d'avance.

2° *Vaccin préventif antidiphtérique.* L'anatoxine diphtérique, utilisée comme vaccin, est fournie également par l'*Institut Pasteur de Paris, Service de la sérothérapie*, 22, rue Dutot, Paris (XV[e]) ; elle est délivrée en boîtes de 3 ampoules (1 c.c., 1 c.c. et 2 c.c.) pour vaccinations individuelles ; en ampoules de 10 c. c. et 20 c. c., pour vaccinations collectives.

Je répète que l'anatoxine diphtérique de Ramon est un vaccin préventif.

Au point de vue des doses à injecter, deux inoculations sous-cutanées sont souvent suffisantes pour réaliser l'immunisation ; la première sera de 0 cc. 5 d'anatoxine, suivie, après un délai de quinze jours à trois semaines, d'une deuxième injection de 1 cc.

Pour obtenir, à coup sûr, un pourcentage de 98 à 100 % d'immunisation, il est recommandé de faire une troisième injection d'anatoxine (enfants : 1 cc. ; adultes : 1 cc. 5) quinze à vingt jours après la deuxième inoculation.

Georges SCHREIBER.

JURISPRUDENCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL. LE MÉDECIN EST EN DROIT DE RÉCLAMER AU BLESSÉ LA DIFFÉRENCE ENTRE SON TARIF HABITUEL ET LE TARIF BRETON.

TRIBUNAL CIVIL DE ROUEN (1[re] Ch.)
6 *juillet* 1925.
(*Gazette du Palais*, 28 octobre 1925.)

Le Tribunal,

Attendu que Villefroy, directeur des Anciens Etablissements Monfray frères, à Déville-les-Rouen, a été victime le 15 mai 1924 d'un accident du travail lui ayant causé notamment la fracture de la rotule droite et ayant entraîné une réduction de capacité ouvrière de 30 % et l'allocation d'une rente de 1.162 fr. 50 à partir du 15 novembre 1924, date de la consolidation de la blessure et basée sur un salaire annuel de 20.000 fr. aux termes d'un procès-verbal de conciliation dressé devant le président du Tribunal civil du siège le 12 février 1925 ; que le D[r] P., médecin choisi par Villefroy, lui a proposé d'appeler comme chirurgien Derocque, qui a immédiatement

donné ses soins à la victime à son domicile à Déville-les-Rouen ; que Derocque demande actuellement à Monfray et à Villefroy le paiement de ses honoraires s'élevant à 4.150 fr. et comprenant, d'une part, les frais d'opération et ses suites immédiates, soit 3.850 fr. ; et, d'autre part, les soins donnés du 1er au 15 juillet, soit 300 fr. ; que l'action de Derocque est basée sur une convention qui aurait été conclue entre lui et le chef d'entreprise qui l'aurait désigné et choisi pour soigner le blessé ; que cette action rentre donc bien dans les termes du droit commun et ne peut s'exercer suivant la compétence exceptionnelle de l'art.15, § 4, de la loi du 9 avril 1898 (Sachet, accidents du travail 6e éd., no 1117 *bis*, § 2).

Attendu qu'aux termes de l'art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, lorsque la victime choisit elle-même son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence du tarif actuellement fixé par arrêté ministériel du 8 juillet 1920 ; qu'en l'espèce Perron, médecin choisi par Villefroy a proposé à Villefroy d'appeler comme chirurgien Derocque, que Villefroy a accepté ; qu'il n'est pas établi que Monfray soit intervenu directement dans cette désignation et ce choix et qu'il en résulte qu'il ne doit à Derocque, chirurgien choisi par Villefroy, que les honoraires déterminés par l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920, soit la somme de 700 fr. ;

Attendu qu'au cas où l'homme de l'art, mandé par le blessé, ne se contente pas des honoraires fixés par le juge, en vertu du tarif du 8 juillet 1920, il doit intenter, pour le surplus de ses honoraires, s'ils sont légitimement dus, une action non pas contre le patron, mais contre la victime elle-même (Sachet, accidents du travail, 6e éd. T. I, no 621) ; que cette interprétation, conforme au droit commun, ressort nettement des dispositions de l'art. 4, § 2, de la loi du 9 avril 1898, qui doivent être interprétées restrictivement ; qu'en l'espèce les honoraires réclamés par Derocque sont amplement justifiés par toutes les circonstances de la cause, notamment par la gravité de l'opération, le rang et la position de fortune de la personne traitée, qui a un salaire annuel de 20.000 fr., les titres et la situation du médecin, la perte de temps et les difficultés que le chirurgien a éprouvées pour les visites et opérations, ainsi que son éloignement du lieu où il a été appelé ;

Par ces motifs,

Condamne Villefroy à payer à Derocque la somme de 4.150 fr. avec intérêts de droit, et le condamne en tous les dépens ;

Dit que Monfray est tenu vis-à-vis de Derocque au paiement de cette somme jusqu'à concurrence de 700 fr. ;

Déboute les parties de toutes fins et conclusions contraires ou plus amples.

Commentaires

Ce jugement est intéressant à plusieurs points de vue.

Le Tribunal civil de Rouen spécifie une fois de plus que l'action en paiement d'honoraires médicaux est une action de droit commun et non

pas relevant de l'application de la loi du 9 avril 1898, lorsque le médecin actionne son client (le blessé), pour que ce dernier lui règle ses honoraires.

Déjà, le tribunal civil de Poitiers, (26 mars 1901 ; *Gaz. Pal.*, 1901, 1, 493) avait reconnu que la loi du 9 avril 1898 ne saurait être appliquée que dans les rapports entre ouvriers et ceux qui les emploient ; tandis qu'à l'égard des tiers, seul le droit commun est applicable.

La circulaire du Ministre du Commerce, du 6 novembre 1905, avait proclamé, pour les médecins, le droit absolu de débattre le taux de leurs honoraires avec les victimes du travail, qui les choisissaient librement.

Le chef d'entreprise n'est reconnu, par la loi, responsable des frais médicaux, que dans les limites du tarif, fixé par arrêté ministériel (tarif Dubief-Breton).

La loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898, en laissant aux blessés du travail le libre choix de leur médecin et en fixant le taux des honoraires de ce dernier, n'a pas voulu exposer les chefs d'entreprise, ou leurs assureurs, aux incertitudes de tarifs indéterminés, ou de majorations sans limites.

Par conséquent, le tarif ministériel, applicable seulement dans le cas où c'est l'ouvrier qui a fait choix de son médecin, indique la part qui incombera seule au patron, dans le paiement des honoraires médicaux. (Cass. Req., 21 décembre 1909. D.P. 1911, 1, 135).

Aussi, un arrêt de Cassation, chambre civile, du 31 décembre 1917 (D.P. 1920, 1, 120) a-t-il décidé que le médecin, qui a donné ses soins à une victime d'un accident du travail, peut actionner le chef d'entreprise en paiement de ses honoraires, mais seulement dans la mesure indiquée par le § 2 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 (tarif Dubief-Breton).

Si le médecin ne croit pas devoir se contenter des honoraires indiqués au tarif ministériel, s'il établit sa note selon le tarif de droit commun, il réclamera à la victime la différence (Justice de paix de Darnétal, Seine-Inférieure, 7 juillet 1909 ; *Concours médical*, 1910, 284).

Le droit légal qu'a la victime d'un accident du travail de choisir le médecin dans lequel il a confiance, ne saurait astreindre celui-ci à établir sa note d'honoraires d'après un tarif spécial en la matière (Tribunal de Paix du Lude, Sarthe, 26 décembre 1907 ; *Concours médical* 1908, 356).

Dans la pratique courante, le médecin trouve en face de lui un ouvrier blessé, qui souvent vit au jour le jour, sans le sou. Par commisération, philanthropie, le docteur se contente du tarif ministériel, dit tarif Dubief-Breton qu'il réclame au patron et néglige de réclamer à la victime le surplus, c'est-à-dire la différence entre

le tarif ministériel et le tarif syndical local de droit commun.

Mais cette coutume ne veut pas dire que, pour toujours et dans tous les cas, les médecins ont voulu faire abandon de leurs droits.

Lorsque, dans une espèce, comme celle qui a motivé le jugement du tribunal civil de Rouen, le blessé est de condition moyenne, le médecin réclamera sa note complète au client : le patron de ce dernier sera tenu de payer la part qui lui incombe d'après le tarif Breton et le blessé complètera, de sa poche, la différence entre la somme allouée par ce tarif et le total réclamé par le docteur. C'est ce droit qu'ont reconnu les juges de Rouen.

La loi sur les accidents du travail n'a été faite que pour règler les rapports entre blessés et employeurs : le médecin est resté en dehors de la loi, qui n'a pas été faite pour lui.

Il a des certificats à faire, mais c'est au blessé qu'il doit les remettre, pour que ce dernier fasse faire par son patron, ou fasse lui-même, la déclaration à la mairie, prévue par l'article 11.

Le droit commun persiste, puisque le médecin traitant est toujours lié à son client, le blessé, par les obligations de l'article 378 du code pénal, c'est-à-dire par le secret professionnel (cour de cassation, chambre criminelle, 9 mai 1913).

Si le 4e paragraphe de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, donne au médecin et au pharmacien le droit d'actionner directement le chef d'entreprise, c'est dans la crainte que l'ouvrier ne quitte le pays, une fois guéri, et qu'en conséquence le médecin ne soit frustré de ses honoraires.

Aussi, pour que le praticien ne puisse redouter de n'avoir, devant lui, qu'un client insolvable, l'ouvrier blessé, et soit tenté de refuser ses soins à ce dernier, le législateur a-t-il cru prudent et utile d'introduire, dans le texte législatif, cette action directe envers le chef d'entreprise.

Mais ce dernier n'est responsable que jusqu'à concurrence des sommes fixées par arrêté ministériel, dans tous les cas où la victime a usé du droit de choisir son médecin.

Il serait tenu de la totalité, si c'était lui, le patron, qui avait fait soigner, par son médecin, le blessé, victime d'un accident du travail.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 *novembre.*

Ecoles d'infirmières.

Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières.

Le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières est ainsi formé :

Président. M. le professeur Letulle, membre de l'académie de médecine.

Vice-présidente. Mlle Chaptal, directrice de la maison école d'infirmières privées à Paris.

Secrétaires. M. le docteur Colin, secrétaire général des écoles départementales d'infirmiers et d'infirmières des asiles de la Seine.

Mlle Delagrange, directrice du bureau central des infirmières.

Membres. — M. le professeur Calmette, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le docteur Cazamian, médecin principal du service de santé du ministère de la marine.

Mme Chardayre, déléguée de l'Union des femmes de France.

M. le docteur Chatin, médecin des hôpitaux de Lyon.

M. Chenevrier, directeur des études de l'école de la Salpêtrière à Paris.

M. le docteur Courmont, membre du conseil supérieur de l'hygiène publique de France.

Mme Delafontaine, inspectrice des écoles de visiteuses d'hygiène sociale du comité national de défense contre la tuberculose.

Sœur Dieres Monplaisir, directrice de l'école d'infirmières des hospices de Nantes.

Mlle de Frescheville, déléguée de l'association des Dames françaises.

Mlle Fumey, directrice de l'hôpital civil de Reims.

Mlle Garcin, directrice de l'école d'infirmières de Strasbourg.

M. le docteur Genevrier, médecin des hôpitaux de Paris.

M. Gravereaux, inspecteur général adjoint des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Mlle Greiner, directrice de l'école de puériculture de la faculté de médecine de Paris.

Mlle Grenier, surveillante générale de l'école des infirmières de l'assistance publique de Paris.

Mlle la doctoresse Hamilton, directrice de l'école d'infirm ères Florence-Nightingale, à Bordeaux.

Mlle d'Haussonville, déléguée de la société de secours aux blessés militaires.

Mlle de Joannis, directrice de l'école d'infirmières de l'association pour le développement de l'assistance aux malades, 10, rue Amyot, Paris.

M. le docteur Kopp, directeur de l'école française d'orthopédie et de massage.

M. le docteur Kuss, membre du conseil de direction du comité national de défense contre la tuberculose.

M. le docteur Lafosse, directeur de l'école pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue.

M. le docteur Lahaussoy, délégué du service de santé militaire (ministère de la guerre).

(*Voir la suite page LI-2961*).

PROPOS DU JOUR

Manifestations syndicales.

Au Syndicat des Médecins de la Seine.
A l'Union des Syndicats médicaux de France.

Il règne un certain désarroi dans nos syndicats. L'on a tellement discuté, bataillé, argumenté sur le tiers-payant, l'entente directe, le contrat collectif, que personne ne s'y retrouve. Cela est si vrai qu'à la dernière Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, un quatrième orateur a pu constater que les trois autres, qui avaient pris avant lui la parole, avaient pu exposer trois thèses absolument différentes et être également applaudis par toute l'Assemblée. N'empêche que nous avons entendu à la même réunion des hommes, cependant sérieux, venir affirmer que pour imposer nos désirs dans l'application de la loi sur les assurances sociales, il nous suffisait de les proclamer et de refuser toute discussion et toute entente...

Cependant, le secrétaire général, le Dr JAYLE, avait préalablement montré combien nos effectifs syndicalistes étaient faibles dans le département de la Seine, puisqu'ils n'atteignent pas la moitié du nombre des médecins qui y exercent, et insisté sur les moyens ridicules que les syndiqués mettent à la disposition de leurs syndicats, puisque les cotisations équivalent tout au plus au cinquième de ce que donnent les médecins allemands à leur Fédération de Leipsig pour les défendre.

En outre, ces syndicalistes si énergiques qui espèrent faire échec au Parlement et empêcher l'application de la loi, si elle leur porte ombrage, si peu que ce soit, auraient pu constater qu'à l'Assemblée générale, tout au plus le dixième des syndiqués avait répondu à la convocation malgré le grand intérêt que présentait l'ordre du jour.

Certes, il ne faut pas mésestimer la force de nos Syndicats. Elle existe puisque, depuis déjà bien des années, elle a fait ses preuves. Mais il serait fort dangereux de la surestimer et d'entreprendre une lutte dans laquelle, de l'avis de tous ceux qui sont un peu au courant de notre mouvement syndical, nous serions certains d'être battus.

L'on a discuté pendant de longues heures au Syndicat des médecins de la Seine ; l'on a répété tout ce qui a été dit et redit depuis que les assurances sociales sont à l'ordre du jour. On a voté les résolutions déjà adoptées à la dernière assemblée. Tous les orateurs ont mis tellement de feu et d'enthousiasme dans leurs discours, qu'est passée presqu'inaperçue la seule chose intéressante, la proposition de M. le Pr Balthazard qui apportait à l'Assemblée un projet de contrat avec une caisse de compensation qui désire organiser les soins médicaux de 120.000 ouvriers, ses affiliés, avec le concours du seul Syndicat des médecins de la Seine, en assurant le libre choix parmi les membres du Syndicat, en permettant au malade d'honorer directement et sans tarif son médecin, en laissant au Syndicat le soin d'organiser le contrôle nécessaire. Nous espérons que le Conseil d'administration du Syndicat fera le possible pour tenter cette expérience, analogue à celle de Roubaix-Tourcoing, mais faite dans de meilleures conditions et sur une plus grande échelle. Pareil essai pourrait, s'il réussissait, faciliter l'application de la loi sur les assurances sociales qui, quoi qu'on en dise, ne pourra être mise en pratique avant un délai assez long.

***

Aux Assemblées de l'Union des Syndicats médicaux de France qui ont duré trois jours et ont rempli six séances, les débats ont été encore plus confus et violents. Toute personne impartiale était en droit de se demander pourquoi pareil tumulte et pareil flot d'invectives. Tout le monde aurait dû être d'accord, *puisque de l'avis unanime, chaque syndicat devait avoir la liberté de traiter comme il lui conviendrait, ou comme il pourrait, et même de ne pas traiter du tout avec les caisses de sa région.*

Comme nous l'avons toujours dit, les conflits et les menaces de dissidence ne reposaient pas sur la défense de principes, ni d'intérêts qui, quels qu'ils puissent être, nous paraitraient respectables et dignes d'être pris en considération. Le tumulte avait d'autres causes, des causes personnelles, des malentendus, des blessures d'amour-propre, des jugements erronés, portés

sur des hommes dont les services ont été méconnus et sur le caractère desquels ont été créées de singulières légendes. N'empêche que cette apparence de désaccord violent qui, au fond, n'existe pas et ne saurait exister, peut porter le plus grand préjudice à la cause médicale. Jamais la nécessité du front unique ne s'est fait plus sentir dans nos rangs. Nous espérons, nous sommes certains, qu'après avoir réfléchi, tous les délégués des Syndicats comprendront le danger qu'il y a, à l'heure actuelle, de se diviser sur des qurerelles de mots, quand, au fond, tout le monde est du même avis.

Un banquet avait réuni le jeudi soir 3 décembre, à Lutetia un grand nombre de délégués et quelques invités. Le président DECOURT fit les honneurs avec la plus grande courtoisie : il exprima les regrets du départ du Conseil de l'Union des non rééligibles : MM. MICHON, de Lyon, MÉLOCHE, de Saint-Nazaire, DOREL, de Brioude, et GUY, de Villeneuve-sur-Lot. Il eut un mot aimable pour chacun. Prié de prendre la parole, nous crûmes de notre devoir de boire à la santé du secrétaire général, le Dr LENGLET, dont la plupart des syndiqués ignorent le dévouement et l'étendue des services qu'il rend. Ayant l'honneur de collaborer avec lui à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux victimes de la guerre, dont il est le secrétaire, je connais le travail formidable que doit fournir le Dr Lenglet pour assurer avec une droiture et une conscience que tous ses collègues admirent, des fonctions où il serait, sinon impossible, du moins bien difficile de le remplacer. Le doyen de la Faculté, M. le Pr ROGER, qui ne perd aucune occasion d'entrer en contact avec les médecins praticiens et de leur témoigner sa cordiale confraternité, fit un exposé de la question du projet de doctorat ès-art dentaire qu'il s'efforcera de combattre comme toute tentative de démembrement du diplôme de docteur en médecine.

La fête fut des plus cordiales ; pourquoi tous les délégués n'y ont-ils pas pris part ? Pourquoi, les jours suivants, certains ont-ils donné aux séances l'aspect de la discorde et de la désunion ?

Encore une fois, nous faisons appel au bon sens des syndiqués en faveur de l'entente cordiale et de l'union sacrée.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

ALCOOLISME

(Etiologie. — Prophylaxie. — Traitement)

Par M. JOURNÉ.

L'alcoolisme désigne les troubles divers qui sont provoqués par l'abus des boissons alcooliques (vin, bière, eaux-de-vie, apéritifs, mélanges alcooliques divers). L'alcool pris en quantité modérée est un stimulant du système nerveux et des fonctions de nutrition : il exerce également une certaine action antiseptique et antiparasitaire. Les excès d'alcool conduisent à l'alcoolisme.

L'alcoolisme a bien des points communs avec les toxicomanies.

Les troubles rapportés à l'alcoolisme sont assez souvent, pour une bonne part, sous la dépendance d'excès alimentaires et d'excès divers concomitants : il ne faut pas toujours incriminer l'alcoolisme, et savoir faire le départ de ce qui revient aux excès alimentaires, aux troubles organiques, aux susceptibilités individuelles. Sous ces réserves, le domaine de l'alcoolisme reste assez important.

Etiologie.

L'alcoolisme se rencontre dans toutes les classes de la société. L'alcoolisme des classes aisées est l'apanage d'hommes qui disposent de revenus assez élevés, qui sont inoccupés, et qui s'adonnent aux plaisirs que leur procure la table. L'alcoolisme qu'on observe dans certaines professions, par exemple dans certaines catégories de courtiers, de représentants de commerce, a

souvent sa source dans les occupations professionnelles qui motivent des réunions, soit au café, soit autour de la table. L'alcoolisme des cuisiniers, cuisinières, sommeliers s'explique par la nature des occupations et les facilités de se procurer l'alcool.

L'alcoolisme atteint souvent des sujets bien portants, bien constitués, dont l'organisme supporte facilement la répétition des abus alimentaires et alcooliques, alors que chez beaucoup de sujets les abus alimentaires ou alcooliques déterminent des réactions de défense de l'organisme. Ces réactions de défense se traduisent par de la céphalée, de l'inaptitude au travail, de la souffrance des voies digestives, des états de malaise... qui constituent en quelque sorte un frein naturel aux excès que les individus pourraient être tentés de commettre. Chez d'autres sujets, au contraire, par suite d'un excellent fonctionnement du système nerveux, du foie, des reins, des glandes à sécrétion interne, les abus alcooliques, d'ailleurs souvent associés aux abus de table, engendrent un état de bien-être, d'euphorie : les sensations agréables peuvent durer pendant des années, dix ans, vingt ans sans que l'activité et l'état de santé apparent de ces sujets soit altéré : l'obésité est assez fréquente chez ces sujets.

L'alcoolisme frappe encore des individus de toute classe, qui sont déprimés par les chagrins ou mal adaptés aux fatigues professionnelles et qui cherchent dans l'alcool le stimulant qui leur fera oublier leurs maux et rendra leur travail plus facile. Certains sujets ne sont en état de supporter les ennuis et les fatigues de leur profession qu'en absorbant un certain nombre de verres de boissons de leur choix. Suivant les affinités organiques, chaque buveur a sa boisson préférée : vin blanc, vermouth, bière, eau-de-vie, champagne... Les individus tristes, préoccupés ou déprimés présentent ainsi des accoutumances alcooliques comme d'autres présentent des accoutumances médicamenteuses : aspirine, véronal, laudanum, morphine... sans lesquels ils ne peuvent pas ne pas souffrir. La démarcation entre l'accoutumance alcoolique, l'accoutumance médicamenteuse et les diverses toxicomanies est souvent difficile à établir ; ce sont des nuances étiologiques et pathogéniques qui sont parfois bien confuses.

Certains alcooliques boivent hors de propos et sans limitation de doses ; ils recherchent de parti pris l'état d'ivresse. La tolérance à l'alcool est parfois extrordinaire. Certains alcooliques arrivent à boire plusieurs litres de vin, vingt à trente verres d'apéritifs et boissons diverses par vingt-quatre heures. Ces alcooliques se rapprochent sigulièrement des toxicomanes.

La toxicomanie par l'alcool est libre dans la plupart des pays d'Europe comme la toxicomanie par l'opium est tolérée dans l'Orient. Les races accoutumées ancestralement à leur toxique national le supportent souvent longtemps et cette accoutumance crée des effets physiologiques différents de ceux qui apparaîtraient chez des non accoutumés ou des étrangers au pays, mais l'accoutumance peut s'établir assez vite chez certains sujets. Le Musulman, par exemple, n'aime pas l'alcool, le Coran lui en interdit d'ailleurs la consommation, cependant un Musulman peut s'habituer à prendre de l'alcool comme un Européen s'habitue à prendre de l'opium.

L'alcoolisme des classes laborieuses a souvent pour cause des raisons d'ordre sociologique.

Le verre d'alcool pris au milieu des camaraderies encourageantes du cabaret, dans l'atmosphère enfumée des assommoirs, devient le seul attrait qui puisse s'offrir dans les heures mornes de la vie. Les stations chez le marchand de vins deviennent alors fréquentes, toutes les occasions sont bonnes, c'est le prétexte de se reposer, de se chauffer, de quitter le taudis sans lumière, sans feu ou sans famille. Les facilités offertes à la passion de boire par les débits de vins qui sont à chaque porte, à chaque coin des rues et dont l'éclairage brutal attire les individus qui ont perdu tout contrôle sur eux-mêmes jouent leur rôle dans l'alcoolisme.

Les raisons qui déterminent des individus à boire avec excès sont donc nombreuses. Beaucoup d'individus boivent d'ailleurs malgré eux, c'est-à-dire malgré les bonnes intentions de ne pas boire mais que l'absence de contrôle de la volonté les empêche de suivre.

En général, l'alcoolisme, comme toutes les toxicomanies, suppose des aptitudes toxicomaniaques : ne boit pas qui veut, tout le monde ne peut pas boire. Il faut une complicité de l'organisme, des propensions, des goûts, une absence des réflexes de dégoût, ensemble de causes qui ne coexiste heureusement que chez certains individus. La toxicomanie par l'alcool n'est pour ainsi dire pas réglementée et cependant le nombre des alcooliques est naturellement limité. Les alcooliques atteignent malgré tout un chiffre restreint si on prend soin de ne pas confondre des alcooliques avec des sujets qui consomment du vin et des alcools. Le vin et l'alcool pris en quantités modérées sont aux yeux d'un grand nombre d'excellentes choses ; il ne faut pas manquer de le rappeler.

L'alcoolisme est une cause de criminalité, mais il est aussi parfois, l'excitant qui détermine des actes de courage. Les distributions de vin et d'alcool raniment les heures de défaillance du soldat et l'animent au combat.

Diagnostic.

Les troubles digestifs et la pituite, la colora-

tion de la face, la teinte subictérique, le tremblement, les troubles de la démarche, les hallucinations diverses (psychiques, sensorielles), l'irritabilité de caractère, la parole bredouillée, l'idéation difficile, l'inaptitude à un travail régulier... tels sont les stigmates habituels de l'alcoolisme chronique. L'aveu des excès est difficile à obtenir.

L'alcoolisme aigu donne lieu à des manifestations nerveuses qui doivent être distinguées avec le coma urémique, le coma diabétique, une attaque d'épilepsie. L'odeur d'alcool exhalée par les individus, l'examen des urines, l'examen des réflexes, l'aspect vultueux de la face, les phénomènes délirants, les commémoratifs... permettent de faire le diagnostic.

Prophylaxie.

Le Code pénal (loi de 1873) punit l'ivresse publique. Le délit ou le crime commis par un d'inquant en état d'ivresse est réprimé, sans que l'état d'ivresse constitue une excuse ou même une circonstance atténuante, ce qui est peu rationnel.

La prophylaxie sociale de l'alcoolisme consiste dans toutes les mesures qui sont susceptibles d'améliorer les conditions physiques et morales de l'individu. La lutte contre le taudis est un facteur essentiel de la lutte anti-alcoolique : en lui assurant un foyer convenable, on peut retenir l'homme chez lui et le détourner du chemin du cabaret.

La limitation des débits de boissons est considérée comme un bon moyen de lutter contre l'alcoolisme : ce qui en réalité importe surtout, c'est la raison du consommateur qui sait résister à la tentation de boire à l'excès. La réunion au cabaret n'est pas mauvaise en soi ; la consommation modérée des boissons n'est pas nuisible, elle est au contraire stimulante.

La suppression du privilège des bouilleurs de crû, en gênant le commerce clandestin de l'alcool à bas prix, est une mesure surtout intéressante au point de vue fiscal, mais il semble qu'elle aurait une influence peu importante sur l'alcoolisme dans les milieux ruraux.

De nombreuses ligues anti-alcooliques se proposent par l'image, par la parole, par des publications, de prémunir l'individu contre les dangers de l'alcoolisme : elles ont une bonne influence à la condition de ne pas tomber dans l'exagération en faisant un épouvantail de toutes les boissons. La propagande anti-alcoolique porte le plus souvent à faux, parce qu'on la considère comme absurde, ou comme un peu puérile.

La consommation des boissons alcooliques est tellement entrée dans les mœurs et dans le tempérament des nations européennes, qu'il est vain de chercher à la supprimer. En France notamment, l'interdiction de la consommation du vin serait aussi absurde et aussi impossible que l'interdiction de la consommation de l'opium dans l'Inde. L'alcool, malgré les maladies et les misères qu'il entraîne, est un stimulant et presque une nécessité dans certaines professions, particulièrement pénibles. Dans l'état actuel de la société, il y a encore un grand nombre d'hommes voués à des métiers de sacrifice, qui ne sont peut-être supportables que grâce à l'alcool,seul dérivatif qui s'offre. L'alcool soutient bien des défaillances, bien des dégoûts, bien des dépressions dans les pénibles besognes que certains doivent remplir.

Il est sûr que bien des travailleurs alcooliques, paysans ou ouvriers, ont le sentimentqu'ils seraient incapables d'accomplir leur tâche quotidienne, sans les boissons excitantes. Les durs travaux des champs, certains travaux si pénibles des ateliers et usines ne seraient plus exécutés si l'on supprimait, du jour au lendemain, les boissons alcooliques. « L'amélioration des conditions du travail, de véritables révolutions dans l'organisation du travail sont indispensables pour diminuer l'alcoolisation des masses ouvrières et paysannes ». (R. Benon, de Nantes.)

L'alcool pris immodérément est un poison pour l'homme, mais celui qui est le mieux toléré. L'alcool n'est vraiment nocif que pour certains individus qui présentent des débilités hépatiques, rénales ou cérébrales : la preuve en est dans la longue survie de la plupart des alcooliques. La propagande contre l'alcool se heurte donc à des fatalités inéluctables. L'homme ne boit pas toujours pour son plaisir, mais parce qu'il ne peut pas faire autrement.

L'alcool grève le budget familial, mais beaucoup d'hommes déclarent qu'une quantité fixée de boisson leur est indispensable pour fournir leur travail quotidien.

Au point de vue social, l'alcoolisme facilite l'action des gouvernements. Il est un excitant et un calmant, une sorte d'opium, qui fait oublier les misères des malheureux de ce monde, en les plongeant dans l'ivresse.

L'alcool nuit à la santé des individus, il diminue la natalité, car si l'éthylique est assez prolifique il est mauvais reproducteur : ses enfants présentent une polymortalité marquée et des tares. Il y a là un mal inévitable actuellement.

L'État frappe l'alcool d'impôts élevés et en tire des revenus. Mais l'augmentation des maladies déterminées par l'alcoolisme aggrave la charge des lois concernant les assurances sociales et la criminalité est augmentée par le fait de l'alcoolisme (R. Benon, médecin du Quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes.)

Certains gouvernements ont cherché à prendre des mesures radicales, et notamment les

Etats-Unis ont voulu interdire d'une façon absolue la consommation quelconque de toutes les boissons alcooliques. Les difficultés qu'à entraînées ce régime d'inquisition policière dans les rapports du gouvernement avec les citoyens et dans les relations des Etats de l'Union entre eux et de l'Union elle-même avec les autres puissances, ont été nombreuses et il n'est pas démontré que le « régime sec » ait abouti.

En France, si une loi avait été, par extraordinaire, votée pour imposer la sècheresse, il est vraisemblable que cette loi n'aurait pas été appliquée. Les mœurs, les traditions séculaires, les pratiques électorales... auraient opposé une barrière presque infranchissable.

Traitement.

Le médecin placé en présence des méfaits de l'alcoolisme doit savoir faire la part des nécessités et se résigner souvent à instituer un traitement palliatif.

Les manifestations graves de l'alcoolisme aigu, de l'ivresse intense sont calmées par les injections de morphine, d'héroïne, de pantopon. L'hypertension artérielle qui peut faire craindre une hémorragie cérébrale indique la saignée. Les accidents convulsifs et délirants commandent des précautions spéciales pour éviter que les malades ne fassent des chutes de leur lit ou ne se blessent. Il ne faut jamais ligoter les malades : cette mauvaise pratique empêche les détentes musculaires et peut entraîner des accidents graves. Les médicaments hypnotiques donnés par injections sous-cutanées ou par lavement (opium, somnifène, véronal, chloral) arrivent à calmer les manifestations paroxystiques.

Le traitement de l'alcoolisme chronique relève de l'éducation morale des malades : il faut insister auprès du sujet sur les conséquences funestes qu'a sur sa santé la continuation des abus alcooliques, mais les conseils donnés sont rarement suivis : les malades en proie à l'alcool manquent de contrôle sur eux-mêmes, ils font souvent des efforts méritoires pendant un certain temps pour éviter les excès, mais à la première occasion qui se présente ils retombent dans leurs anciennes pratiques.

Le changement de profession, l'isolement du milieu fâcheux peut s'imposer.

Il ne faut pas supprimer brusquement les doses d'alcool mais les réduire progressivement. Dans certains cas, le traitement de la neurasthénie, lorsqu'elle est à la base de l'alcoolisme, est utile. On relève le système nerveux, on stimule les glandes à sécrétions internes par des médicaments comme la strychnine, la caféine, la kola, les extraits opothérapiques, l'opium (notamment sous forme de laudanum, de pantopon).

En présence de réactions nocives, de l'impossibilité d'empêcher les excès, le médecin a le devoir de prescrire l'opium, la morphine ou l'héroïne (à la dose de 1 centigramme et plus par vingt-quatre heures par exemple) pour éviter des violences graves ou des délits qui mèneraient le malheureux devant les tribunaux. L'accoutumance à un médicament, sous la surveillance du médecin, médicament susceptible d'assurer une vie normale au malade, est sans conteste préférable à la répétition d'intoxications sans contrôle qui peuvent conduire un individu aux pires excès.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les tumeurs malignes des gaines tendineuses

M. J. P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Vous m'avez vu intervenir il y a quelques jours dans un cas de tumeur des gaines tendineuses ; c'est là assurément une affection que l'on ne rencontre qu'assez rarement en clinique, mais qu'il importe cependant de connaître, car elle peut parfois être assez aisément confondue avec une autre lésion, qui est, elle, beaucoup plus fréquente : je veux parler de la tuberculose des gaines. Je vais donc revenir aujourd'hui sur ces tumeurs, fort intéressantes bien qu'elles soient à peine signalées dans les traités de chirurgie, et vous montrer en quoi elles consistent, quels ont leurs symptômes, comment on peut les reconnaître et de quelle manière il convient de les traiter, après vous avoir rappelé rapidement l'observation du malade que vous avez pu suivre et que vous m'avez vu opérer.

Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, qui s'était présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu au mois de septembre et qui fut hospitalisé salle Saint-Pierre, pour une tumeur de la face antérieure de l'avant-bras. Les antécédents de notre malade ne présentaient pas grand intérêt : une fièvre typhoïde à seize ans, et une pneumonie à vingt-cinq ; depuis lors, il n'avait jamais accusé aucun symptôme morbide.

Il y a deux ans environ, Baptiste B., car tel est le nom de notre sujet, remarqua, sur la face antérieure de l'avant-bras droit, vers le tiers inférieur, l'apparition d'une petite tumeur offrant les dimensions d'une noisette, tumeur indolore, très ferme au toucher, légèrement mobile, et qui exécutait des mouvements d'ascension et de descente chaque fois qu'il ouvrait ou fermait la main.

Notre malade ne se préoccupa alors aucunement de cette grosseur, nous dit-il, car elle ne lui apportait aucune gêne dans son travail d'homme de peine. Ultérieurement, cette petite tumeur se mit à augmenter de volume d'une façon assez lente, mais progressive, en même temps qu'elle devenait légèrement douloureuse sous une pression peu un forte, ou bien lorsque le malade, du fait de son travail, était obligé de contracter vigoureusement ses muscles.

Puis, il y a environ deux mois de cela, un début de gêne fonctionnelle tendineuse commença à se manifester, gêne assez douloureuse, car Baptiste B. prit l'habitude de tenir les doigts à demi fléchis, ce qui, en relâchant ainsi les tendons extenseurs, supprimait toute espèce de douleur. La tumeur continua cependant à augmenter régulièrement de volume, et arriva à gêner considérablement les mouvements de la main. Aussi, voyant que l'extension complète des doigts n'était plus possible, notre malade vint nous demander une intervention.

Au moment, où il m'a été donné de l'examiner, j'ai pu constater sur la face antérieure de l'avant-bras droit, à trois centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du poignet, l'existence d'une tumeur unilobée, d'aspect fusiforme, située quelque peu en dedans de la ligne axiale du membre et présentant les dimensions d'un petit œuf de pigeon. Elle était ferme, plutôt dure au toucher, elle n'adhérait pas à la peau qui la recouvrait, et cette dernière ne présentait aucun signe particulier de rougeur ou de chaleur. Cette tumeur était vraisemblablement située sur le trajet des tendons fléchisseurs, car les mouvements imprimés aux doigts la faisaient varier de position. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité cutanée superficielle ou profonde au niveau de la main et de l'avant-bras, comme il n'existait aucun retentissement ganglionnaire.

A quoi pouvait répondre une pareille formation ? On ne pouvait évidemment songer en pareil cas, ni à un kyste arthro-synovial, ni à une tumeur d'origine osseuse ou musculaire, car, il était bien évident, étant donné les divers symptômes présentés, que je devais me trouver en présence d'une lésion d'origine tendineuse et pouvant émaner soit du tendon lui-même, soit de sa gaine. Mais comme la gêne fonctionnelle n'était en somme survenue qu'assez tardivement, au moment où la tumeur présentait déjà un développement plutôt considérable, il m'a semblé que je ne devais pas m'attarder à l'idée d'une néoplasie tendineuse vraie, et qu'il fallait plutôt penser à une affection de la gaine. Restait à savoir quelle en était la nature propre.

S'agissait-il d'une synovite à grains riziformes ? Il ne pouvait guère en être question, car l'absence du bruit de chaînons et la consistance plutôt ferme et dure de la tumeur ne s'accordaient aucunement avec la possibilité de l'existence d'une pareille lésion. L'hypothèse de synovite fongueuse ne méritait pas davantage d'être retenue ; les téno-synovites bacillaires, évoluant sous cet aspect, présentent en effet d'assez bonne heure du ramollissement et de la suppuration, tous symptômes qu'il ne nous était pas donné de constater.

Aussi, devant le tableau clinique présenté, fut-ce au diagnostic de tumeur des gaines tendineuses, de sarcome, que je m'arrêtai, car l'absence de tout stigmate, et la négativité de la réaction de Bordet-Wassermann me commandaient d'écarter l'idée de syphilis.

Il ne me restait plus alors qu'à intervenir, ce qui eut lieu quelques jours plus tard. Par une incision verticale, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, j'arrivai presque sur la tumeur, et après la section de l'aponévrose d'enveloppe antibrachiale, je reconnus qu'elle était developpée dans la gaine du fléchisseur commun profond des doigts. L'extirpation fut des plus aisées, car le néoplasme n'adhérait pas aux tendons. Les suites opératoires ont été jusqu'ici des plus normales, sans aucune complication ; l'exérèse a été très large et il faut espérer que nous ne verrons pas de récidive, comme on en observe trop souvent dans la chirurgie des tumeurs malignes.

Dans les jours qui ont suivi l'intervention j'ai comme toujours, procédé à l'examen histologique de la tumeur et les coupes que j'ai faites m'ont montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire présentant en divers points l'aspect fasciculé.

Les tumeurs malignes des gaines tendineuses, dont l'histoire ne date guère que de quelques années, présentent une étiologie tout à fait obscure. L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle, non plus que la question de sexe ; en ce qui concerne l'âge, le maximum de fréquence s'observe de quinze à quarante ans, mais dans une statistique basée sur 93 observations, j'ai pu relever 4 cas survenus avant l'âge de dix ans, et 2 cas de malades ayant dépassé quatre-vingts ans. Le traumatisme, relevé dans une quinzaine de cas, semble parfois avoir joué une action indéniable.

Si l'on cherche à envisager la répartition dans l'économie du sarcome des gaines, on se rend immédiatement compte qu'il existe des régions

qu'il affectionne d'une façon toute particulière C'est ainsi que la localisation au membre supérieure est bien plus fréquente que celle au membre inférieur : 66 cas contre 27 sur 93. De même, il existe encore des points de prédilection, et à mesure que l'on se rapproche de la racine du membre, la fréquence de ces néoplasmes diminue : c'est ainsi que l'on constate 48 localisations au niveau des doigts, 12 au niveau de la main, et 6 seulement au niveau de l'avant-bras. Au membre inférieur, l'opposition est un peu moins marquée. Il est à noter en outre que presque tous ces néoplasmes sont situés sur les gaines des tendons fléchisseurs et que leur disposition sur les gaines des extenseurs n'a été signalée que seize fois.

Au point de vue anatomo-pathologique, les sarcomes des gaines tendineuses constituent des tumeurs généralement peu volumineuses, présentant une lobulation plus ou moins accentuée. Leur coloration est jaune-rougeâtre, et leur consistance, en général assez ferme, varie quelque peu avec leur structure histologique et la présence de tissu fibreux ou de productions calcaires et cartilagineuses. Pendant une période plus ou moins longue, ces tumeurs développées aux dépens des parois de la gaine demeurent complètement indépendantes des organes voisins ; puis au fur et à mesure de la prolifération, le néoplasme arrive à envahir et à infiltrer tout ce qui se trouve à sa périphérie, tissu cellulaire et muscle. Le tendon résiste plus longtemps à cet envahissement, et n'est pénétré que lorsque toute la région est pour ainsi dire devenue sarcomateuse. La peau résiste assez longtemps et n'est attaquée que dans les périodes très avancées de l'affection. Quant aux métastases ganglionnaires et viscérales, elles sont assez rares ; il n'existe que quatre cas d'envahissement des ganglions et six observations de sarcomatose généralisée.

Les tumeurs malignes des gaines tendineuses peuvent présenter les différentes variétés de structure que l'on a l'habitude de rencontrer dans les tumeurs du tissu conjonctif. On ne saurait en effet trouver dans cette région de néoplasies d'origine épithéliale, puisque, ainsi que vous le savez d'ailleurs, les gaines tendineuses ne sont pas tapissées par un endothélium, et que leur couche superficielle est composée par une matière amorphe granuleuse ou striée, englobant des cellules conjonctives de formes variées. C'est ainsi que l'on voit des sarcomes globo-cellulaires, des sarcomes fuso-cellulaires, des sarcomes mélaniques, des fibro-sarcomes, des myxo-sarcomes et des sarcomes à myéoloplaxes. Ces différentes variétés structurales se rencontrent de façon très inégale : la plus fréquente est assurément le sarcome à myéoloplaxes dont la présence a pu être notée 54 fois, 47 fois au membre supérieur et 7 fois au membre inférieur. Il se rencontre particulièrement au niveau des extrémités, 43 cas ; dans la continuité du membre, il devient beaucoup plus rare et le cède en fréquence aux autres formes. Le sarcome à type fuso-cellulaire a été signalé dans seize observations et s'observe le plus souvent au voisinage des surfaces articulaires de la main et du pied. Le sarcome globo-cellulaire, noté dans 12 cas, siège presque exclusivement au niveau des membres ; il n'existe que cinq observations de myxo-sarcome, et quatre seulement de sarcome mélanique.

La période de début de l'évolution des sarcomes des gaines tendineuses est toujours extrêmement insideuse, et c'est le plus souvent la tumeur qui constitue le premier et le plus constant de tous les symptômes. Unique dans la majorité des cas, et d'abord de faible volume, elle acquiert petit à petit, et cela dans un laps de temps plus ou moins étendu, la grosseur d'une noix, d'une mandarine, ou même du poing. Cet accroissement ne se fait pas toujours d'une façon lente et régulière ; la tumeur peut, en effet, comme en témoignent un grand nombre d'observations subir une brusque poussée, après être restée pendant des années dans un état stationnaire. Il est infiniment probable, que cette évolution est en grande partie subordonnée à la variété histologique du néoplasme, par suite à sa malignité, et qu'il y a lieu d'en tirer un élément de pronostic extrêmement précieux. Dans un certain nombre d'observations de forme globo-cellulaire, il a suffi de quelques mois aux tumeurs pour atteindre des proportions considérables.

Comme la dimension, la configuration extérieure du néoplasme varie selon les cas : plus fréquemment unilobée, la tumeur peut présenter, chez certains malades, plusieurs bosselures échelonnées tout le long de la gaine envahie. Ces lobes sont d'ailleurs sous la dépendance d'un même processus, et la morphologie néoplasique est seulement liée à la résistance inégale que lui opposent les tissus environnants, ligaments articulaires et aponévroses superficielles. Tantôt, il s'agit d'une petite tumeur fusiforme siégeant au niveau d'une phalange digitale, tantôt c'est une tumeur de la face palmaire de la main avec deux grosses bosselures multilobées prédominantes au niveau des éminences thénar et hypothénar. Dans d'autres cas, on constate des nodosités de volume à peu près égal superposées le long d'une gaine, ou une tuméfaction diffuse de la jambe ou de l'avant-bras décomposée en trois ou quatre grands lobes par de profondes incisures.

On note rarement une consistance molle, et sauf les cas de dégénérescence ou d'ulcérations de la peau avec infection secondaire, les tumeurs des gaines donnent au doigt qui les palpe une

✦✦✦

sensation *d'élasticité* et dans certains cas de dureté ligneuse, caractères qui font éliminer d'emblée toute idée de tumeur liquide. Dans les cas de tumeur à plusieurs lobes, il n'est pas non plus possible en exerçant des pressions alternatives de chasser le contenu d'un lobe dans le lobe voisin en déterminant le frottement rude, signe pathognomonique de la ténosynovite à grains riziformes.

La peau, au niveau de la tuméfaction, n'est pas en général modifiée dans sa coloration, pas plus que dans sa vascularisation, ce qui fait qu'on ne peut relever de chaleur locale : ce n'est que dans de très rares cas, comme celui rapporté par Rosenthal, que les téguments présentaient une coloration rouge violacé.

Mais si la peau est respectée pendant assez longtemps par l'invasion néoplasique et reste mobile sur la tumeur, en revanche, cette dernière ne tarde pas à contracter de bonne heure des adhérences plus ou moins étendues avec les plans profonds, tant dans le sens vertical que dans le sens transversal. Le processus néoplasique respecte longtemps les tendons qui peuvent glisser librement dans leurs gaines, et c'est seulement lorsque la tumeur acquiert de trop grandes dimensions que l'on observe une certaine gêne dans l'amplitude des mouvements, liée, on le comprend aisément, au siège même de la tumeur saillant dans la gaine et exerçant une compression sur le tendon. Mais dans d'autres cas, il existe une rétraction tendineuse accentuée, traduisant alors l'adhérence du néoplasme ou son infiltration dans le tissu tendineux lui-même.

Il existe encore un symptôme local relevé dans la plupart des observations : c'est la douleur. Elle est rarement assez précoce pour attirer l'attention alors que l'examen de la région reste encore négatif. Elle apparaît en général plus tardivement, lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume et traduit alors la compression nerveuse. Il est à remarquer qu'elle est beaucoup moins marquée dans les sarcomes développés au niveau des régions supérieures, comme l'avant-bras et la jambe, que dans les tumeurs situées le long des tendons des doigts ; dans quelques cas même, c'est l'exception, la douleur peut manquer complètement.

C'est une douleur sourde quelquefois, mais le plus souvent vive, térébrante même, s'irradiant dans le membre correspondant, le long du tendon intéressé. Elle est spontanée, mais elle peut être aussi provoquée par la marche ou par la pression, qui lui donnent alors un caractère d'intensité beaucoup mieux marqué. Dans certains cas, elle peut même atteindre une intensité et une ténacité telles, que ce seul symptôme décide le malade à réclamer une intervention. Il est probable, qu'il ne s'agit plus alors d'une simple compression nerveuse, mais que l'infiltration néoplasique a dû gagner les filets nerveux et produire leur dégénérescence.

Le retentissement ganglionnaire primitif est extrêmement rare, comme dans tous les cas de sarcome, et l'on ne cite que quatre observations où l'extension néoplasique ait envahi le réseau lymphatique, et amené une tuméfaction ganglionnaire nettement sarcomateuse comme l'a montré l'examen histologique.

Quant à l'état général il reste toujours excellent et on ne retrouve pas ici la cachexie que réserve le cancer à ses victimes ; dans aucune observation on n'a noté le moindre amaigrissement, le moindre trouble fonctionnel du fait de la tumeur.

Aussi, pour me résumer, pourrais-je dire que, pendant toute cette période, que l'on peut qualifier en quelque sorte de période d'état, les symptômes des tumeurs des gaines tendineuses restent exclusivement locaux. Parmi eux, il en est un de constant, c'est la tuméfaction : la douleur et la gêne fonctionnelle varient dans leur modalité.

Les tumeurs des gaines ont une évolution variable, d'autant plus rapide, semble-t-il, que les éléments constitutifs se rapprochent davantage de la forme globo-cellulaire, et fort heureusement, les tumeurs appartenant à cette dernière catégorie restent les moins nombreuses, ce qui explique que dans la majorité des cas, le néoplasme a une évolution plutôt lente. Parfois ces sarcomes augmentent insensiblement de volume pendant des années, et après avoir acquis un certain degré de développement, ils cessent de s'accroître, jusqu'au moment où sous une influence souvent impossible à mettre en évidence et qui dans certains cas n'est qu'un traumatisme quelquefois minime, les cellules néoplasiques se réveillent subitement et se mettent à proliférer d'une façon désordonnée.

Dans une première phase, le processus néoplasique ne semble pas dépasser la gaine, et on peut alors en délimiter parfaitement les contours. L'intervention pratiquée à ce moment-là présente les plus grandes chances de succès : il en était ainsi pour notre malade. Puis les tissus voisins sont envahis, la prise des tendons se traduit par de la rétraction et une déformation consécutive des extrémités. Le corps charnu musculaire et le tissu cellulaire péri-tendineux ne sont pas épargnés, comme en témoigne bon nombre d'observations : les téguments peuvent ensuite s'ulcérer à leur tour, et c'est beaucoup trop reculer les limites de l'opération et en rendre l'efficacité tout à fait douteuse, que d'intervenir à ce moment-là.

La généralisation rapide par la voie sanguine et parfois par la voie lymphatique, et la colonisation des éléments sarcomateux dans les diffé-

rents organes de l'économie, le poumon et le foie en particulier, caractérisent la période terminale. Les exemples publiés jusqu'ici en sont assez rares, mais il est bien certain que cette complication doit être infiniment plus fréquente qu'elle ne paraît, et qu'on la relèverait sans doute bien plus souvent si l'on pouvait suivre ultérieurement les malades opérés ; en tous cas, je pense qu'elle représente la terminaison normale des sarcomes des gaines abandonnés à eux-mêmes ou dont l'exérèse a été insuffisante.

A côté de ces cas de colonisation sarcomateuse, de généralisation, il y a lieu de signaler une autre complication, post-opératoire celle-là, la récidive *in situ*, qui peut se produire plus ou moins vite, et qui est assez fréquente, puisque j'ai pu en relever vingt et un cas dans les quelques mois qui ont suivi l'opération, liste déjà bien longue, et qu'il serait probablement possible d'allonger encore, si tous les malades avaient pu être surveillés et suivis.

Assurément, l'évolution des sarcomes des gaines doit être liée à leur variété histologique, et il y a lieu d'établir à ce point de vue une assez grande différence entre les sarcomes globo- et fuso-cellulaires et le sarcome à myéloplaxes. Mais il faut bien savoir que ces dernières tumeurs elles-mêmes peuvent présenter des récidives après leur ablation, et qu'elles arrivent même à acquérir des allures malignes, puisque l'on a signalé un cas de généralisation avec noyau secondaire dans le foie.

Vous voyez donc que le pronostic des tumeurs des gaines doit toujours être réservé, car malgré, leur aspect clinique leur lente évolution, elles offrent souvent sans présenter les caractères anatomiques de malignité du cancer proprement dit,une marche qui les rapproche de cette affection.

Le diagnostic des sarcomes des gaines tendineuses ne se pose pas sans de grosses difficultés dans la grande majorité des cas.

Il est assez aisé d'abord d'écarter la possibilité d'un kyste arthro-synovial par sa situation et par sa consistance ; on éliminera de même les tumeurs d'origine osseuse, qui ne présentent jamais de mobilité, sont plus profondes et de consistance plus dure.

Les tumeurs d'origine musculaire siègent rarement dans les régions où se développent les sarcomes des gaines, elles prolifèrent en plein muscle et n'ont pas de tendance à envahir les territoires purement tendineux. De même, les néoplasies tégumentaires ou sous-cutanées sont au début plus superficielles et tendent plutôtà gagner la surface extérieure ; elles n'adhèrent aux plans profonds qu'aux périodes tout à fait ultimes.

L'origine tendineuse étant ainsi démontrée, il restera à chercher si la tumeur provient du tendon lui-même ou de sa gaine.

Les tumeurs tendineuses vraies sont extrêmement rares ; les fibromes et les ostéomes offrent une consistance plus ferme et n'ont pas l'allure envahissante des sarcomes qui se traduirait par des troubles fonctionnels très précoces, alors que la tumeur n'est encore que très peu développée.

Parmi les différentes affections des gaines tendineuses susceptibles d'induire en erreur, je me bornerai à vous signaler simplement l'existence des téno-synovites traumatiques, blennorragiques et rhumatismales ; les commémoratifs ou la présence d'autres symptômes permettent d'éviter toute erreur. La synovite tuberculeuse à grains riziformes sera diagnostiquée facilement par son bruit de chaînons ; la synovite fongueuse pourra donner le change au début, mais l'apparition du ramollissement et de la suppuration viendra révéler bientôt la nature exacte de la lésion. Enfin, quant au lipome arborescent des gaines, il donne une sensation plus pâteuse et plus diffuse.

Il reste deux affections avec lesquelles le diagnostic est à peu près impossible, mais qui sont entrêmement rares: c'est la téno-synovite proliférante de Kœnig et la tuberculose hypertrophiante pseudo-néoplasique de Forgue et Massabuau. Dans ces cas, seul l'examen histologique et les inoculations pourront résoudre le problème.

Le diagnostic de sarcome une fois posé, on ne peut en clinique, en préciser la nature, c'est-à-dire la variété histologique ; le siège, le volume, la forme et la consistance de la tumeur ne peuvent donner que des présomptions, car toutes les variétés se rencontrent aux diverses régions où apparaissent ces tumeurs. Seul l'examen d'une biopsie est capable de trancher la question.

En matière de sarcome, il n'existe pas de traitement palliatif, aussi puis-je passer complètement sous silence les anciens procédés auxquels on a eu autrefois recours dans les cas de tumeurs, et qui n'ont donné aucun résultat : actuellement le traitement de ces tumeurs est exclusivement chirurgical.

Les résultats obtenus sont d'autant plus satisfaisants que l'intervention a été plus précoce, et il serait à désirer que les malades se préoccupent un peu plus tôt de leurs tumeurs et se présentent au chirurgien alors qu'elles viennent à peine d'apparaître, et non lorsque datant de longs mois elles ont déjà infiltré toute la région.

A cette période de début, l'exérèse locale large, avec conservation des tendons, peut suffire et amener une guérison définitive, surtout dans les cas où l'examen histologique montre une prédominance d'éléments multinucléés, de myéloplaxes.

Mais si l'infiltration des gaines et des tendons est telle qu'une dissection longue et délicate ne donne qu'une opération incomplète, la simple intervention locale devient tout à fait insuffisante et l'on est conduit à envisager soit une désarticulation soit une amputation secondaire du membre. Telle était encore,il y a quelques années la conduite suivie, mais étant données les données actuelles concernant le traitement des tumeurs malignes, je crois qu'il serait bon avant d'arriver à envisager de si grands sacrifices, d'avoir recours à un traitement radiothérapique et en particulier à la radiothérapie ultra-pénétrante, qui enregistre à l'heure actuelle de si beaux résultats à son actif.

DIATHÈSES ET CHOCS HUMORAUX

Le démembrement de l'arthritisme. Le rôle de la réserve alcaline.

Pendant de longues années, la pathologie a été dominée, dans certains de ses chapitres, et non des moins importants, par les conceptions de Bouchard et de son école sur le ralentissement de la nutrition, considéré comme le conditionnement nécessaire de nombreuses maladies chroniques, assez disparates d'ailleurs, mais que l'on faisait rentrer dans le vaste cadre de la diathèse arthritique.

Ce fut l'époque où la notion du tempérament morbide, de l'état diathésique, triompha, et où l'arthritisme engloba le rhumatisme chronique, la goutte, l'obésité, la migraine, l'eczéma, le diabète.. — j'en passe, dans l'énumération de toutes les affections qualifiées alors d'arthritiques.

En définitive, on semblait fondé à soutenir que l'arthritisme et les perturbations nutritives qui en relevaient et qui se systématisaient avaient pour cause principale une déminéralisation des tissus et des humeurs, à la faveur d'un excès d'acidité, dû lui-même à une nutrition viciée.

Les travaux de Fernand Widal et de ses élèves sont venus, au cours de ces dix dernières années, porter un coup brutal à ces conceptions, et démembrer l'arthritisme, en démontrant que nombre d'états, longtemps considérés comme procédant d'un ralentissement des phénomènes nutritifs, ne sont autre chose que la manifestation de chocs humoraux, choc hémoclasique, choc colloïdoclasique, survenant brusquement dans des organismes préalablement sensibilisés.

Et la migraine, l'eczéma, le rhume des foins, l'asthme... sont dorénavant placés au rang des phénomènes d'origine anaphylactique.

Cependant, les savantes recherches de Marcel Labbé sur le métabolisme basal mettaient en évidence l'importance du bilan nutritif dans la genèse de certaines perturbations pathologiques chroniques, et redonnaient une vigueur nouvelle à la doctrine qui fait jouer un rôle de premier plan à l'équilibre qui doit exister, dans l'organisme, entre les acides et les bases.

Il paraît établi que cet équilibre comporte un avantage au profit des bases, et en particulier des alcalins. Si le suc gastrique, les larmes, la sueur, l'urine, sont acides, par contre, le sang est alcalin, la bile, le suc pancréatique, le sont également ; pareillement alcalin est normalement le milieu intestinal.

L'importance de l'alcalinité organique se montre surtout à l'occasion de certains épisodes qui apparaissent quand cette alcalinité diminue, quand la réserve alcaline de l'organisme s'épuise et que l'acidité, ou mieux l'acidose, devient prépondérante. Parmi ces épisodes, il faut citer tout d'abord le coma diabétique. Les vomissements cycliques de l'enfance peuvent également être mis sur le compte d'une acidose momentanée. Et voici que, au cours des néphrites urémigènes, on signale l'existence d'une acidose rénale. A la Société médicale des hôpitaux, MM. Cordier et Delore ont, en juillet dernier, réussi à améliorer et à prolonger notablement la durée d'une néphrite azotémique aiguë en relevant, par une alcalinisation intense, la réserve alcaline de l'organisme.

C'est, en particulier, par l'administration de bicarbonate de soude à hautes doses que MM. Cordier et Delore sont parvenus à relever temporairement cette réserve. Et c'est encore au bicarbonate de soude en grande quantité que certains auteurs ont recours pour faire supporter les doses massives de salicylate de soude qu'ils prescrivent dans le traitement durhumatisme articulaire aigu. Ainsi, M. Keestmaeckers n'hésite pas à préconiser des doses de 20 grammes de salicylate de soude additionné de bicarbonate de soude, à raison de 2 grammes pour un gramme de salicylate (1).

Ainsi se trouve établie une fois de plus la place de choix qu'occupe, dans la thérapeutique, le bicarbonate de soude.

Par là même, on comprend pourquoi les eaux minérales naturelles alcalines méritent la large

(1) *Bruxelles médical*, 14 juin 1924.

prescription dont elles sont l'objet de la part du corps médical.

Il n'est pas douteux, en effet, que ces eaux naturelles introduisent dans l'organisme le bicarbonate de soude sous une forme éminemment assimilable, et telle que, en moindre quantité, son action n'en est pas moins énergique et efficace.

Dans la gamme si riche d'eaux alcalines que possède la France, me permettra-t-on de signaler plus particulièrement le Reine de Vals, et de donner les raisons de la prééminence que je lui accorde ?

Deux faits dominent les caractéristiques de la Reine de Vals : d'une part, sa minéralisation optima, puisqu'elle ne contient que 3 grammes environ de bicarbonate de soude, et d'autre part, sa forte teneur en acide carbonique libre.

L'acide carbonique lui communique une sapidité agréable qui la fait rechercher avidement par les malades satisfaits de consommer une boisson dont le gaz, dissous intimement et se libérant en très fines bullettes, provoque un pétillement léger infiniment plaisant au palais et à l'estomac.

Quant à la minéralisation moyenne qui caractérise la Reine de Vals, c'est là encore un de ses nombreux avantages, puisqu'elle convient ainsi à tous les âges et à toutes les conditions de la pratique quotidienne.

On retiendra donc que la boisson la mieux indiquée partout où une acidité anormale doit être combattue, est la Reine de Vals, et qu'il n'est pas de meilleur véhicule, s'il s'agit d'introduire dans l'organisme les hautes doses de bicarbonate de soude que réclament les acidosiques, pour l'amélioration deleur réserve alcaline.

E. D. GASTON.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Urémie hyperazotémique.

Parmi les syndromes qui s'observent, isolés ou combinés, dans les néphrites, il ne faut retenir, dit le professeur ACHARD, que l'azotémie et la chlorurémie.

L'albuminurie, en effet, ne compte guère dans l'urémie ; elle traduit une altération des parois perméables et n'a pas de signification fonctionnelle.

Quant à l'hypertension artérielle, elle ne dépend pas directement des lésions rénales, la suppression des fonctions du rein ne l'entraînant pas obligatoirement. C'est un trouble associé à celui des néphrites.

La chlorurémie doit être considérée comme une rétention hydrochlorurique, et mieux comme une pléthore de substances exogènes, d'ailleurs non toxiques.

L'azotémie est au contraire une rétention de déchets, et une pléthore de substances endogènes, toxiques et nuisibles à divers degrés ; l'urée n'est pas seule, il y a aussi tous les déchets azotés, qui proviennent de la désassimilation des tissus et de l'imparfaite élaboration des substances alimentaires. Ce sont des substances sans seuil qui, à toute concentration, si faible soit-elle, dans le sang, sont normalement rejetées par le rein ; à la différence du chlorure de soidum elles ne sont pas liées à l'eau, et l'élévation de leur taux ne tend pas à accroître la masse de liquide. Ce syndrome s'accompagne de sensation de fatigue physique et intellectuelle, puis de somnolence et coma ; d'amaigrissement, d'anémie ; de troubles digestifs (vomissements, diarrhée), de convulsions, de troubles oculaires, de dyspnée, d'hypothermie.

L'accumulation de déchets azotés altère la nutrition et, alors même qu'elle n'atteint pas le taux mortel, rend l'organisme incapable de résister à la moindre agression.

Il faut aussi tenir compte de l'acidose dans l'hyperazotémie. Le rein normal, en effet, forme de l'ammoniaque pour neutraliser les acides dûs à la désassimilation ; si, au contraire, il est malade, l'acidose apparaît.

Ainsi il faut ajouter aux syndromes fonctionnels du rein, précédemment énumérés, celui d'insuffisance ammonigène, qui n'est pas due à l'insuffisance du pouvoir concentrateur, mais à l'insuffisance du pouvoir de décomposition chimique, à l'insuffisance uréolytique.

Ces syndromes peuvent être isolés ou se combiner entre eux ; ils peuvent aussi être adjoints à l'hypertension artérielle, à l'hypercholestérinémie, à l'uricémie.

La thérapeutique doit tenir compte de ces distinctions. La cause commune de ces divers syndromes n'est pas toujours connue, ni accessible au traitement, et la thérapeutique symtomatique n'est pas la même pour tous ces syndromes. En ce qui concerne l'hyperazotémie et la rétention des déchets, elle n'a qu'une efficacité précaire et ne parvient qu'à ralentir bien peu l'échéance fatale, quand il ne s'agit pas de lé-

✦✦✦✦

sions aiguës réparables. Les saignées, l'hydratation de l'organisme, le régime hypoazoté, sont les principaux éléments de ce traitement palliatif. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1925.)

Les injections intraveineuses de chlorure de calcium en thérapeutique.

Par cette voie, dit M. A. PUECH, le médicament donne des résultats plus sûrs que par la voie buccale. Le taux des solutions doit être de 5 p. 100, même 10 et 50 p. 100. Dans ces conditions le liquide est très caustique ; la pénétration d'une goutte dans le tissu cellulaire sous-cutané provoque une violente douleur, puis une escarre suivie d'une ulcération longue à guérir. Aussi faut-il être bien certain d'injecter dans la veine, puis ne pas retirer aussitôt l'aiguille, mais aspirer à plusieurs reprises un peu de sang dans la seringue et réinjecter dans la veine pour laver les parois de l'aiguille. L'injection, même bien faite, est suivie d'une réaction générale immédiate, qui disparaît vite (douleur locale, goût métallique dans a bouche, pâleur, et rougeur de la face avec sensation de chaleur, et de ruissellement aux oreilles, à l'anus, à la vulve).

Les accidents graves sont exceptionnels.

Certains résultats obtenus dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux sont particulièrement intéressants : pour la diarrhée, succès complet dans les 9/10 des cas après une, ou 2 et 3 injections. Même effet pour les vomissements (la toux émétisante disparaît généralement de suite après l'injection et les sueurs).

Dans les hémorragies, meilleure que l'ingestion est l'injection de 20 cmc. à 5 p. 100.

L'action antispasmodique et anticlasique de $CaCl^2$ est remarquable dans la tétanie grave, même à titre préventif passager ; dans le tétanos aigu, on a donné 2 fois par jour 5 à 10 cmc. de solution à 10 p. 100.

Dans les crises d'asthme, 0.50 à 1 gramme en solution de 5 à 10 p. 100 arrête la crise.

Des accidents sériques anaphylactiques ont été guéris en quelques jours au moyen de 2 ou 3 injections de 0.25 à 0.50 de $CaCl^2$ à 50 p. 100.

On a employé le $CaCl^2$ dans le traitement récalcifiant de la tuberculose pulmonaire : solution de 1 à 5 p. 100, dont on injecte très lentement 150 à 300 cmc. par cures de 15 injections chacune répétées tous les deux jours en moyenne avec un repos de dix jours entre les deux séries ; la médication serait d'autant mieux supportée que le myocarde est en bon état. (*Gazette des hôpitaux*, 9 et 11 juin 1925.)

Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Les anesthésiques et les narcotiques utilisés depuis longtemps pour calmer les crises convulsives sont tous toxiques, et l'on ne peut prolonger leur emploi. Aussi des auteurs américains ont-ils eu l'idée d'employer les propriétés inhibitrices et anticonvulsivantes du sulfate de magnésie, naguère préconisé dans le tétanos.

On l'a injecté en solution dans le canal rachidien. Pour la voie veineuse, Lazard utilise une solution à 10 p. 100 et il en injecte 10 à 25 cmc. ; il répète l'injection, si nécessaire, deux heures et même une heure après, et cela ne semble pas présenter d'inconvénients. Par la bouche, il a administré quelquefois 30 gr. de sel, pour compléter l'action des injections intra-veineuses.

Si la voie intrarachidienne est efficace, elle n'est pas absolument inoffensive. Les résultats obtenus par Lazard par la voie intraveineuse paraissent meilleurs. Sur 17 cas d'éclampsie grave pré ou post-puerpérale, il n'eut qu'une mort ; les convulsions cessèrent parfois même dès la première injection ; il n'y eut pas interruption de la gestation. D'ailleurs le traitement est sans effet sur le travail, ne le hâtant ni le ralentissant. Au début, Lazard associait au traitement intra-veineux par le sulfate de magnésie le traitement classique : saignée, sérum et même morphine, puis, dans les derniers temps, il s'en tint au seul traitement magnésien. La mortalité générale de ses 17 cas est de 5,88 p. 100 alors qu'elle était auparavant de 10 p. 100.

L'injection intra-veineuse ne semble pas avoir d'effet nuisible; s'il survenait des accidents, ceux-ci seraient rapidement supprimés par l'injection d'une solution de chlorure de calcium.

Cette méthode intéressante mérite d'être essayée sur une plus grande échelle. (R. CLÉMENT, *La Presse médicale*, 16 mai 1925.)

La transfusion du sang à la campagne.

Voici comment, d'après le Dr TAILHEFER, la technique peut en être simplifiée, pour être pratiquée partout, sans aide, avec des instruments de fortune en faisant au préalable une épreuve qui n'a ni plus ni moins de certitude que celle du laboratoire.

Pour l'épreuve des sangs : très petits verres, une aiguille à tricoter ou deux épingles. Le couvercle d'un récipient dans lequel on vient de faire bouillir de l'eau (pour avoir de l'eau distillée). une aiguille à coudre pour la piqûre de l'oreille,

Pour la transfusion : une douche et son tube de caoutchouc, deux petits trocarts de l'appareil Potain. Le robinet de l'appareil Potain qui se visse sur les trocarts ; deux grands verres ; dix morceaux de sucre ; un récipient (casserole ou pot) avec son couvercle.

Technique : on fait bouillir le tube de caoutchouc, les trocarts, le robinet dans l'eau sucrée à 50 p. 1000. Les verres, la douche sont essuyés à sec, puis flambés à trois reprises différentes, à un intervalle de trois minutes. On visse un tro-

cart sur le robinet. On fixe le tube de caoutchouc d'une part à la douche, d'autre part à la tubulure verticale du robinet de l'appareil Potain. Ponction veineuse au récepteur après dénudation de la veine. On a mis une pince ou un lien, on fait serrer les doigts d'un aide sur le tube de caoutchouc, pour fermer cette voie au sang. Le sang coule par la tubulure horizontale du robinet et on le recueille à la dose de 1 centimètre cube environ dans un petit verre liqueur. On ferme le robinet, on enlève le lien du tube de caoutchouc et l'on fait une injection intra-veineuse d'eau sucrée mise au préalable dans la douche.

Grâce à l'emploi du trocart de Potain, vissé à son robinet, on ne fait pas deux ponctions veineuses au récepteur ; une seule suffit, une tubulure (l'horizontale) laissant passer le sang nécessaire à l'examen, et l'autre tubulure (la verticale) servant à l'injection intra-veineuse.

Au sang du récepteur on ajoute VII gouttes d'eau distillée, recueillie sur le couvercle du récipient qui a servi à l'ébullition ; celle-ci fait déposer les globules sanguins au fond du verre et surnager en 10 à 12 minutes un sérum rosé (l'eau oxygénée donnerait le sérum en une minute). Il s'agit de voir si les agglutinines de ce sérum ne vont pas agglutiner les globules rouges du donneur et les hémolyser ; avec l'extrémité d'une aiguille à tricoter on dépose une goutte du sérum sur le fond d'un verre flambé, on y ajoute avec l'autre extrémité de l'aiguille une goutte de sang du donneur, recueilli par piqûre de l'oreille dans un petit verre renfermant de l'eau sucrée ; on imprime quelques mouvements ; si le mélange reste uniformément rosé d'une couche uniforme, il y a compatibilité ; si au contraire apparaissait des îlots espacés, comme de petits amas de brique pilée, il y a incompatibilité.

Etant donnée l'énorme dilution que subira le sang du donneur dans le sang du récepteur, ses agglutinines possibles seront hémolysées et l'on peut se passer sans risque de danger de mort de l'épreuve agglutinante du sérum du donneur sur le sang du récepteur.

Le sang du donneur est recueilli dans deux grands verres bien essuyés et flambés (et non lavés et bouillis, car les hématies sont hémolysées par l'eau simple), verres contenant un peu d'eau sucrée, la ponction étant faite avec une petit trocart de Potain, et non une aiguille qui se bouche souvent et dont le débit est trop faible. On agite le mélange dans les verres avec une cuillère à soupe flambée, et l'on les vide dans la douche en agitant doucement le mélange.

L'auteur injecte d'ordinaire 200 grammes de sang dans 500 grammes d'eau sucrée ; ce sang mélangé arrive donc en petite quantité dans l'oreillette droite. Le choc colloïdoclasique déterminé dans l'organisme par cette albumine étrangère sera moindre parce qu'on aura observé ici la loi de progression, recommandée par Besredka pour éviter les accidents d'anaphylaxie.

Cette technique est suffisante ; l'épreuve sanguine conseillée suffit pour dépister les grandes incompatibilités ; sans doute elle n'offre pas une sécurité absolue, mais personne ne peut dire actuellement que les épreuves de laboratoire nous donnent cette sécurité tant recherchée. (*La Gazette des hôpitaux*, 11 avril 1925.)

Traitement de l'infection puerpérale par les sels d'arsenic.

A la suite de certains travaux publiés depuis trois ans sur le traitement de la fièvre puerpérale par l'arsenic, communications de Marbais et de Benoit au Congrès de Strasbourg (1923), thèse de Joanny, M. le professeur M. Rivière, professeur de clinique obstétricale à Bordeaux, résolut d'appliquer le même traitement aux femmes infectées de son service hospitalier.

Les résultats ont été remarquables. Si l'on admet qu'avant d'employer ce procédé, l'auteur relevait une mortalité moyenne de 0,32 à 0,33 pendant 25 ans, — entre le 1er janvier 1925 et le 1er mai 1925 — il a été pratiqué 1166 accouchements sans un seul décès. Et on a cependant noté 56 cas d'infection puerpérale. Certes, aucun de ces cas ne se révéla comme particulièrement grave. Mais, eu égard aux enseignements du passé, on a le droit de conclure que sans doute, il en a été ainsi parce que le traitement arsenical a été précocément appliqué et a enrayé la marche de l'infection vers l'aggravation.

Si certains auteurs ont recommandé ce traitement aux femmes infectées présentant un Wassermann positif et entachées de syphilis, M. Rivière ne pense pas que cette notion comporte une généralisation que les faits n'autorisent pas. Il préfère admettre que l'arsenic, sous les formes chimiques et aux doses auxquelles il est prescrit, a une action microbicide indiscutable, en même temps qu'il exerce une action tonique sur l'organisme des malades, augmentant leur capacité de résistance et leur permettant de faire les frais de l'infection.

Après avoir employé l'arsénobenzol en injections intra-veineuses, il s'est trouvé amené, chez une femme atteinte d'une phlébite double, et pour ne pas risquer d'offenser des veines en imminence d'infection de voisinage, à substituer à l'arsénobenzol le sulfarsénol en injections sous-cutanées. Les résultats ont été tels qu'il continue à donner la préférence à ce sel.

Sauf dans les formes graves d'emblée où l'intraveineuse est indiquée, « la forme médicamenteuse la plus pratique est l'injection sous-cutanée de sulfarsénol dosée à 0.12, répétée, au besoin, à jour passé, jusqu'à concurrence de cinq

à six injections, en portant dans quelques cas la dose à 0.18. » (*Paris médical*, 20 juin 1925.)

Fracture inhabituelle.

Il s'agit d'une femme atteinte d'un traumatisme du cou-de-pied, chez laquelle la radiographie révéla une fracture de l'extrémité inférieure du tibia, caractérisée par l'existence d'un fragment antéro-externe de 4 à 5 cm. de hauteur, détaché, en bas, alors qu'il semble tenir en haut à la diaphyse.

MM. Laquerrière et Loubier, qui relatent cette observation, font remarquer justement que, si la radiographie avait été précocement pratiquée, le diagnostic, impossible à faire autrement, aurait été immédiatement posé. « Avec l'économie qu'aurait réalisée dans ce cas la compagnie d'assurances, grâce à une radiographie précoce, nous pensons qu'elle aurait pu payer bien d'autres radiographies ». (*Bull. Off. de la Société d'électrothérapie et de radiologie*, juillet 1925.)

Quelques points du traitement de la paralysie infantile

MM. Delehrm et Laquerrière, ayant rappelé que, depuis l'introduction, en France, en 1909, de la polyomyélite épidémique, ou maladie de Heine Medin, la paralysie infantile semble avoir perdu de sa gravité, surtout dans les formes qui, à côté du type classique, débutent comme une méningite et ne comportent que secondairement la phase paralytique, établissent tout d'abord qu'il est impossible de porter un pronostic sur l'étude de la seule réaction de dégénérescence, partielle ou totale, et qu'il faut être réservé auprès des familles, pour établir ce pronostic.

Ils passent ensuite en revue les méthodes thérapeutiques, anciennes et modernes, qu'il est possible d'employer avec quelques chances de succès.

D'abord la voltaïsation de la moelle, voltaïsation des régions intéressées, ou des groupes musculaires atteints ; faradisation des muscles qui répondent à ce courant. Méthode classique qui a fait ses preuvse.

Ensuite, et plus près de nous, la radiothérapie et la diathermie. La radiothérapie médullaire paraît sans danger. La diathermie sera réservée aux sujets présentant des troubles vaso-moteurs et trophiques ; elle est contre-indiquée chez les tout jeunes enfants, auxquels convient le courant voltaïque constant. Le courant voltaïque excito-moteur convient systématiquement aux muscles qui réagissent à son action.

A côté du traitement électrique, d'autres traitements méritent d'être mis en œuvre selon les indications cliniques de chaque cas ; ce sont la balnéation, les cures salines, l'orthopédie correctrice, les interventions chirurgicales, les muscles artificiels de Bidou. (*Journal de radiologie et d'électrologie*, juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la prophylaxie de la lèpre en France.

(M. Jeanselme. — *Académie de médecine* ; 10-11-25.)

Au nom d'une commission composée de MM. Roux Balzer, Netter et Darier, M. Jeanselme présente un rapport concernant la prophylaxie de la lèpre en France.

La lèpre est une maladie contagieuse et la notion de contagiosité domine la prophylaxie de cette affection. L'idéal, à ce point de vue, serait d'obliger les lépreux à vivre dans des établissements spéciaux, internement forcé qui n'est malheureusement pas acceptable en pratique. On ne peut guère qu'encourager l'isolement facultatif de ces malades. D'autre part, l'interdiction aux lépreux d'entrer en France soulève de très grosses difficultés d'application, eu égard à l'étendue de nos frontières terrestres.

Dans ces conditions, il a paru à la commission que les mesures possibles à l'heure actuelle étaient les suivantes : la déclaration obligatoire, l'isolement mitigé, et une surveillance comportant quelques restrictions à la liberté individuelle.

Pour les lépreux indigents, il conviendrait d'ouvrir des asiles discrets et décents, placés sous le contrôle du ministère de l'hygiène. Des pavillons annexes y seraient adjoints, destinés aux malades disposant de ressources suffisantes. L'autorisation de vivre dans leur demeure pourrait être concédée aux lépreux qui se conformeraient à diverses prescriptions : appartement indépendant des autres pièces occupées par la famille et se composant au minimum d'une chambre à coucher et d'un cabinet de toilette, avec W.-C. et baignoire. Précautions d'antisepsie et de stérilisation pour tous objets, de pansement et d'usage culinaire principalement, utilisés par les malades.

En cas de lèpre ouverte, faculté d'interdire aux patients d'entrer dans les lieux publics et de faire usage des moyens de transport en commun. Défense d'exercer certaines professions, entre autres celles de

boulanger, boucher, barbier, domestique, instituteur, médecin, pharmacien, infirmier, cuisinier, blanchisseur, tailleur, etc..

Sérothérapie des empoisonnements par les champignons.

(M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. — *Académie de médecine* ; 10-11-1925.)

M. Dujarric de la Rivière a préparé, pour le traitement des empoisonnements par les champignons vénéneux un sérum dit *antiphallinique*. Il l'obtient en inoculant à un cheval des doses progressivement croissantes d'extraits de ces champignons.

Ce sérum a donné chez les animaux de laboratoire des résultats encourageants. Il a été utilisé quelques fois chez l'homme et l'auteur signale deux cas où son emploi a été particulièrement avantageux. Il semble, dit-il, que l'on soit autorisé à multiplier ces essais, d'abord parce que la thérapeutique des accidents d'intoxication fongique ne dispose jusqu'ici d'aucun traitement rationnel, ensuite parce que le sérum est sans danger et paraît efficace. Le sérum doit être injecté (sous la peau ou dans les muscles) le plus rapidement possible après l'ingestion des champignons toxiques. La dose minima est de 20 cent. cubes, mais il n'y a aucun inconvénient à recourir à des quantités beaucoup plus fortes. Cette médication ne gêne d'ailleurs nullement la mise en œuvre des moyens habituels (toni-cardiaques).

L'oléothorax dans la pratique du pneumothorax artificiel.

(M. KUSS. — *Académie de médecine* ; 10-11-1925.)

De l'avis de M. Kuss, la méthode de l'oléothorax complète heureusement la technique du pneumothorax artificiel. Elle agrandit son rayon d'action en raison de son efficacité et de la fréquence de ses indications.

Diabète, grossesse et insuline.

(MM. Marcel LABBÉ et COUVELAIRE. — *Académie de médecine* ; 17-11-1925.)

La gestation survient rarement chez les diabétiques, mais lorsqu'elle se produit, diabète et gestation retentissent fâcheusement l'un sur l'autre. L'évolution de l'œuf est en général troublée. L'hydramnios est fréquent, le volume fœtal souvent excessif. L'enfant succombe habituellement, soit au cours de la gestation, soit pendant le travail, soit peu après la naissance.

La réaction de la grossesse sur le diabète est non moins fâcheuse. Dans la majorité des cas, à partir du sixième mois, l'aggravation apparaît et il n'est pas rare de voir la malade succomber après l'accouchement ou dans les mois qui suivent.

Jusqu'à ces temps derniers, la gestation était redoutée chez les femmes diabétiques et nombre d'auteurs, au nom de l'expérience clinique, conseillaient alors l'avortement systématique. L'insuline a heureusement changé ce grave pronostic et grâce à elle on peut voir la grossesse arriver à terme, sans suites sérieuses.

MM. Marcel Labbé et Couvelaire concluent en disant que la femme diabétique doit certes éviter la fécondation. Au cas de grossesse, elle s'imposera un régime rigoureux et un traitement par l'insuline. L'association du médecin et de l'accoucheur est en pareil cas nécessaire pour que la gestation puisse être menée à bien.

Les enfants des rayons X.

(M. PEUGNIEZ. — *Société de médecine de Paris* ; 20-10-1925.)

M. Peugniez revient sur la question des « enfants des rayons X » dont parlait il y a quelques mois dans le *Concours* le très distingué radiologiste qu'est notre ami Foveau de Courmelles.

Les rayons X ont une action sur le tissu ovarique. Ils détruisent, quand leur puissance est assez accentuée, les follicules ovariens et l'on peut se demander si les follicules qui — après leur emploi — ne sont pas apparemment altérés, conservent une intégrité complète. On a dit que l'œuf ayant subi l'influence des radiations portait une tare et qu'au cas de grossesse, il donnerait naissance à des enfants anormaux. Les enfants des rayons X seraient ainsi, dans une proportion assez grande, des tarés. En Allemagne, Schmitt a réuni 135 observations de femmes dont un traitement radiologique n'avait pas empêché les grossesses ultérieures, mais qui ont mis au monde des enfants anormaux en proportion inusitée. Schwartz et Kermogan, en France, ont noté des faits analogues. Pour M. Foveau de Courmelles, il est vrai, les conclusions tirées de ces faits ne reposeraient sur aucune base sérieuse.

Chez une malade, opérée après une série d'irradiations, M. Peugniez a pu examiner histologiquement, sur des coupes, les ovaires irradiés. Il a constaté la disparition presque complète des follicules primordiaux et une intégrité apparente des follicules respectés. La valeur physiologique de ces derniers reste incertaine, et l'auteur pense finalement, qu'il faut appliquer avec prudence les rayons X dans le traitement des tumeurs de la sphère génitale féminine.

— M. THÉVENARD rapporte l'observation suivante. Une femme a un premier enfant parfaitement constitué. A sa seconde grossesse, on fait le diagnostic de fibrome. Traitement par les rayons X, accouchement d'un microcéphale. Troisième grossesse sans rœntgénisation : enfant normal.

— M. Albert MOUCHET se demande si l'on peut attribuer au cas signalé par M. Thévenard la valeur qu'il semble lui reconnaître. L'étiologie des difformités, est, en effet, des plus complexe. L'auteur a vu, depuis 27 ans, avec le prof. Broca, beaucoup de

✦✦✦✦✦

malformations, et il a constaté qu'un nombre non négligeable de familles comportaient, au milieu d'enfants sains, une fois par hasard un enfant atteint d'une difformité prononcée, exencéphalie, spina bifida, extrophie vésicale, etc. Et cependant, il n'y a pas lieu d'invoquer alors un traitement aux rayons X, aussi bien d'ailleurs que toute autre cause pathologique.

Traitement de l'urticaire alimentaire par la pancréatine.

(M. A. LEGRAND. — *Soc. de médecine de Paris* ; 20-10-1925.)

M. Legrand pense que l'urticaire par anaphylaxie alimentaire est due à une insuffisance des sucs digestifs, d'où comme conséquence un traitement de cette maladie par les ferments digestifs, la pancréatine en particulier. Les résultats obtenus ont été encourageants et l'auteur en présente plusieurs exemples. La pancréatine est donnée aussitôt après les repas et à doses élevées (1 gr. 50 en deux fois).

La lambliase vésiculaire.

(MM. CHIRAY et LEBON. — *Société médicale des hôpitaux* ; 30-10-1925.)

Dans ces dernières années, de nombreuses études ont été consacrées à l'infestation du tube digestif par le *lamblia* (ou *giardia*) *intestinalis*. Elles ont précisé les caractères morphologiques du flagellé, ses localisations habituelles dans la fin de l'intestin grêle et les premiers centimètres du jéjunum. La pratique de tubage duodénal a apporté quelques données nouvelles sur ce sujet, en montrant la présence de nombreux parasites dans le liquide duodénal retiré par tubage, dans des cas où l'examen des selles ne décelait qu'un petit nombre de kystes.

On est allé plus loin. Cherchant à expliquer la résistance de l'infection lamblienne aux traitements les plus variés, on a dit que cette résistance tenait à une localisation des lamblia dans la vésicule, d'où ils seraient déversés dans le duodénum par la bile. Les auteurs qui ont soutenu cette thèse se sont appuyés sur des cas où le tubage duodénal a montré dans le liquide issu spontanément par la sonde (bile A) des giardias en nombre très restreint, alors qu'après l'excitation magnésienne on recueillait une bile B renfermant des parasites nombreux. Ces faits paraissaient établir que la vésicule biliaire joue le rôle de réservoir à virus vis-à-vis des protozoaires divers comme vis-à-vis des microbes de la série typhique.

M. Chiray formule des objections d'ordre théorique à cette manière de voir. Il lui oppose, en outre, une observation clinique. Elle concerne un malade chez lequel l'excitation magnésienne avec le tube duodénal faisait recueillir un liquide très chargé en parasites. Or, la vésicule, enlevée chirurgicalement, ne contenait pas de lamblias, ni dans le liquide vésiculaire, ni sur les frottis de la muqueuse.

La lambliase intestinale existe donc en dehors de toute lambliase vésiculaire. On peut supposer que dans l'expérience du tubage duodénal suivi d'injection magnésienne, l'action irritante de cette dernière fait détacher les lambia de la muqueuse où ils sont fixés en grand nombre. Le sulfate de magnésie est, au point de vue cellulaire, un puissant décapant de la muqueuse. C'est même pour cela que les Allemands l'ont abandonné et remplacé par la peptone dans les recherches sur la cytologie de la bile duodénale.

Tumeurs du lobe frontal à forme somnolente.

(MM. LÉCHELLE, ALAJOUANINE et THÉVENARD. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-10-1925.)

La somnolence s'observe avec une fréquence relative au cours des tumeurs cérébrales, tout au moins à leur phase avancée. Elle est plus rare au début de leur évolution. D'ordinaire, ce signe a une certaine valeur localisatrice : c'est surtout dans les néoplasies avoisinant le 3e ventricule qu'on le rencontre. Toutefois, il se voit aussi dans d'autres localisations. MM. Léchelle, Alajouanine et Thévenard l'ont trouvé dans deux cas de tumeur du lobe frontal, un gliome et un tubercule, les deux cas ayant été considérés comme étant des encéphalites léthargiques. Le diagnostic fut posé à l'autopsie.

— M. DE MASSARY, souligne, à son tour, la valeur diagnostique de la somnolence dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales. P.L.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*suite*) (1)

Discussion de la première question.

(Chirurgie du cancer du rectum)

M. L. MAYER (de Bruxelles). L'expérience de cent cas opérés depuis plus de trois ans amène l'auteur aux conclusions suivantes :

I. L'opération abdomino-périnéale est grave, chargée d'une forte mortalité. Elle n'améliore pas le

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49 et 50 de 1925.

pronostic éloigné. Ce procédé s'adresse aux tumeurs du côlon sigmoïde et non aux cancers du rectum.

II. Ceux-ci, quand ils sont haut situés, réclament une résection sacro-périnéale avec conservation du sphincter anal ; quand ils sont bas situés, ils relèvent de l'amputation cocci-périnéale.

III. La plupart des récidives se font au voisinage de l'anus ; les métastases viscérales et osseuses sont peu fréquentes, ce qui prouve que l'ablation abdominale de la chaîne ganglionnaire, théoriquement indispensable, demeure pratiquement inutile.

IV. Le cancer rectal évolue en général lentement, d'où la rareté du diagnostic précoce et la disproportion entre l'étendue des lésions et les signes cliniques.

V. Les survies de plus de cinq ans sont rares. L'auteur signale des cas guéris depuis plus de quinze ans et vérifiés histologiquement.

VI. Il préconise la technique suivante : anus iliaque gauche provisoire, application rectale de 10 centigrammes de bromure de radium durant quarante-huit heures ; résection ou amputation basse dix jours après en position ventrale de Depage sous rachi-anesthésie ; fermeture de l'anus iliaque après six semaines ; vaccination qui réduit la mortalité au-dessous de 10 p. 100.

VII. La cure opératoire des hémorroïdes par le procédé de Withead est la meilleure mesure prophylactique du cancer du rectum. Le toucher rectal pratiqué systématiquement dans les cas d'hémorragies ano-rectales permettrait souvent le diagnostic précoce, et les succès opératoires deviendraient plus constants.

M. J Bœcyek (de Strasbourg) a opéré 115 cancers du rectum, 58 chez l'homme, 57 chez la femme. Cette statistique s'étend sur une période de quarante-neuf ans, sans compter les années de la guerre.

L'*âge* des opérés varie entre seize et quatre-vingt-trois ans, le plus grand nombre des cas concernant des sujets de cinquante à soixante-dix ans.

Variétés anatomiques. — 4 tumeurs étaient des sarcomes, les 111 autres des épithéliomas cylindriques.

Siège. — 65 cas de cancers ano-rectaux et ampullaires, 49 cas de cancers sus-ampullaires, 1 cancer recto-sigmoïdien, 10 fois la cloison recto-vaginale était atteinte simultanément.

Technique. — *a*) Voie périnéale (Lisfranc) dans les cancers ne dépassant pas l'ampoule ;

b) Opération de Kraske dans les cancers sus-ampullaires ;

c) Amputation abdomino-périnéale dans les cancers recto-sigmoïdiens.

C'est ce dernier procédé, imaginé par Quénu mais non encore appliqué par lui, que l'auteur a décrit à la Société de chirurgie en octobre 1896 sous le nom de sacro-iliaque et que Gaudier avait employé quelques mois plus tôt.

Résultats immédiats. — Les 115 cas ont donné 93 guérisons et 22 morts, soit une mortalité de 19,12 p. 100. Les tumeurs basses ont une mortalité de 7,25 p. 100. les tumeurs sus-ampullaires accusent un pourcentage beaucoup plus élevé, 47,8 p. 100.

Résultats ultérieurs. — *Morts tardives.* — 3 sujets atteints de cancers inopérables et traités par l'anus iliaque ont vécu un an, un an et demi et trois ans. Chez un autre malade, la récidive survint au bout de quinze mois et la mort six mois plus tard. Chez une deuxième opérée, récidive, après un an, dans la cloison recto-vaginale qui est largement réséquée. Six mois plus tard, prolapsus utérin traité par hystérectomie vaginale. Survie de deux ans et demi. Enfin, récidive inopérable.

Complications lointaines. — Rétrécissement de l'anus sacré et prolapsus. La première peut être traitée par la dilatation et, si celle-ci est insuffisante, par une nouvelle opération. Contre le prolapsus il n'y a pas grand'chose à faire ; cependant on peut appliquer un bandage avec pelote spéciale et essayer de rééduquer l'intestin.

Résultats généraux. — *Récidives.* — L'auteur n'a pu avoir de renseignements que sur 42 opérés ; 35 fois la récidive est survenue dans un délai allant de cinq mois à six ans. Il y a eu 12 cas de survie prolongée : sept ans, douze ans et demi, treize ans, quinze ans, trente-trois ans, la mort étant survenue sans récidive du cancer, quatre ans et cinq ans chez des malades encore vivants et bien portants.

M. Zawadski (de Varsovie). En se basant sur les 40 cas qu'il a opérés et observés de 1915 à 1925, l'auteur apporte les conclusions suivantes :

1. Il faut avoir soin d'opérer précocement et de ne pas faire sans vérification les diagnostics d'hémorroïde, de polype, etc.

2. L'opération de choix est le procédé abdomino-périnéal avec ablation définitive du rectum et anus iliaque gauche définitif.

3. Il faut pousser les recherches qui permettront de découvrir les conditions dans lesquelles les malades peuvent obtenir une certaine sécurité contre les récidives et métastases.

4. Résultat du traitement par radium : les observations sont décourageantes. Au début, les résultats sont bons, mais presque toujours le malade se cachectise rapidement surtout si les applications de radium ont été répétées.

M. Verhoogen (de Bruxelles), de 1909 à 1922, a opéré 143 malades dont 63 seulement ont été suivis. Sur ces 63 cas, 7 étaient considérés comme inopérables ; ils ont cependant bénéficié largement de l'intervention.

L'opération a été pratiquée par voie périnéale, 5 cas exceptés.

La mortalité immédiate a été de 20 p. 100. Il y a eu 7 guérisons définitives datant de cinq, six, douze et quinze ans, 40 récidives qui se sont produites presque toutes au voisinage du néo-rectum. A noter une récidive pelvienne et une récidive au niveau du foie.

La voie périnéale ne mérite pas une condamnation sans appel. Elle s'applique mieux que toute autre aux tumeurs bas situées ; les cancers élevés, sus-ampullaires, qu'on n'atteint que du bout du doigt réclament une intervention abdominale

M. NEUMANN (de Bruxelles). **Deux années de radio-chirurgie du cancer du rectum.** — Cette méthode s'applique surtout aux cancers inférieurs, ampullaires et ano-rectaux. Elle comprend les temps suivants :

1. Création d'un anus iliaque.
2. Curiethérapie après établissement d'une voie d'accès.
3. Ablation de la tumeur.
4. Rœntgenthérapie pénétrante ou curiethérapie à distance en utilisant des appareils moulés de deux chocs d'épaisseur composés de cire vierge et de celluloïd et maintenant les tubes radifères à une distance prudente des téguments.

Sur 22 malades traités récemment, 11 sont morts dans les jours qui ont suivi l'opération ou à des distances variables, par récidives ou généralisation ; 2 ont été perdus de vue. Il reste 9 malades vivants dont 1 commence une récidive ; les 8 autres sont cliniquement guéris.

Sur ces 8, 7 ont pu subir une amputation secondaire ; le huitième considéré tout d'abord comme inopérable demeure guéri sans avoir subi d'opération secondaire au bout de seize mois.

M. HERZEN (de Moscou) a vu, au cours d'une année, 17 cancers du rectum dont 10 opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La mortalité immédiate a été de 35 p. 100.

L'essentiel est d'opérer en temps opportun. Dans l'appréciation du pronostic, la précocité du diagnostic semble avoir une importance plus grande que la technique suivie. La voie périnéale a donné à l'auteur de bons résultats, mais l'exérèse doit être large et comprendre tous les tissus d'attache. L'association du bistouri et du radium est à recommander.

MM. HARTMANN et BARBILLAN (de Paris). Sur 398 opérations pour cancer du rectum, il y a 214 colostomies, dont 3 préliminaires à une exérèse et 183 opérations radicales. C'est dire que sur 394 malades l'exérèse a été pratiquée dans 46,6 p. 100 des cas.

Colostomies. — Sur les 214 colostomies, 16 morts, 7 1/2 p. 100. Mortalité non imputable à l'opération qui est des plus bénignes, mais à ce qu'il s'agissait de malades en état d'occlusion ou cachectiques. Au point de vue éloigné, la survie a été en moyenne de six à vingt-quatre mois ; 20 p. 100 des opérés ont dépassé deux ans, plusieurs même ont survécu quatre, cinq et six ans ; 4 sont actuellement en bon état général après deux, trois, trois ans et demi et quatre ans. Les applications intrarectales de radium après colostomie ne nous ont paru d'aucune utilité ; 2 fois elles ont été cause d'hémorragies abondantes ; au contraire, une colostomisée soumise à la radiothérapie profonde est actuellement améliorée.

1 *ablation par voie sacrée* et 2 *par les voies naturelles* ont été suivies de guérison. De ces 2 dernières, 1 a été bien dix-sept ans, puis a eu un cancer cæcocolique qui a été enlevé et qui a récidivé, la mort survenant vingt ans après la première opération.

180 *amputations périnéales* ont donné 18 morts, 18,5 p. 100 (22 p. 100 dans la clinique hospitalière, 16,2 p. 100 dans la clinique privée) ; 30 ont été revus sans récidive après un à vingt ans ; 9 sont morts sans récidive après huit mois à onze ans ; 7 sont vivants avec une récidive après un à trois ans ; 15 sont morts de récidive au bout d'un temps allant de deux mois à onze ans. Presque toujours dans les récidives il y a eu repullulation du cancer dans le tissu cellulaire pelvien ; 1 fois il y a eu cancer du foie sans récidive locale, 1 fois une tumeur cérébrale.

73 *amputations abdominopérinéales*, 38 morts, 52 p. 100 (61 p. 100 dans la clinique hospitalière, 18,7 p. 100 dans la clinique privée) ; 14 ont été revus sans récidive après dix mois à seize ans, 8 sont morts après dix-huit mois à quatre ans ; de ces 8 un seul avait une récidive locale, les autres sont morts ; 1 de cancer du foie, 1 de tumeur cérébrale, 1 de cancer généralisé, les autres d'affections intercurrentes.

La récidive locale, fréquente après les amputations périnéales, est rare après les abdomino-périnéales.

Aussi, pour enlever tout le territoire lymphatique sans exposer aux dangers de l'amputation abdomino-périnéale, l'auteur a-t-il eu recours, pour les cancers de la partie supérieure de l'ampoule ou les recto-sigmoïdes, à l'*ablation uniquement par voie abdominale* avec colostomie terminale et fermeture en cul-de-sac du bout ano-rectal ; 7 cas, 2 morts, mortalité qui peut être très réduite ; 1 des morts résultant d'une faute dans les indications (cancer fébrile, à l'autopsie foie farci de noyaux cancéreux), une faute de technique (sphacèle du bout colique par section trop étendue du méso vasculaire). Tous les autres cas ont évolué très simplement ; les 2 premiers, opérés depuis cinq ans, sont bien, sans récidive.

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans). Depuis 1910, 152 cas ont été opérés. Sur ce nombre 58 ne pouvaient bénéficier que d'une opération palliative qui a été un anus artificiel définitif. Il n'y a eu que 3 morts opératoires grâce à l'adoption des règles suivantes :

1° *Malade non en occlusion.* — Anus iliaque classique en un temps et si l'état général le permet anus iliaque genre Lambret.

2° *Malade en occlusion.* — Dans ce cas faire d'urgence un anus lombaire temporaire et pratiquer dix jours plus tard un anus définitif iliaque genre Lambret.

Les 93 cas opérés radicalement se répartissent en : 4 cas de laparotomie exploratrice simple sans opération avec 3 morts et 89 interventions diverses.

39 amputations hautes avec descente périnéo-sacrée, avec 3 morts opératoires ; 11 cas perdus de vue, 1 guérison depuis quatorze ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans. Mais 21

récidives locales pendant les trois premières années après l'opération.

14 résections abdominales avec sutures bout à bout : 4 morts opératoires, 6 malades perdus de vue et 4 récidives dans les quatre premières années.

8 opérations de Kraské, avec 2 morts opératoires, 3 perdus de vue et 3 récidives *in situ* dans les deux premières années après l'opération.

3 opérations genre Moulonguet avec 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans.

3 opérations genre Hartmann avec 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans.

21 résections abdomino-périnéales avec 4 morts opératoires, 3 perdus de vue, 1 guérison depuis huit ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans, 7 opérés depuis trois ans ou moins de trois ans, et enfin 3 récidives avant trois ans chez des malades pour lesquels une opération palliative seule était indiquée.

2 amputations abdomino-trans-anales du rectum avec 2 guérisons opératoires récentes.

Cette statistique dépourvue de toute valeur rigoureuse en raison du grand nombre des malades perdus de vue depuis leur opération semble cependant s'accorder avec les données théoriques de l'exérèse de tous les cancers à savoir :

Toute tumeur récente et encore opérable doit être enlevée en totalité avec son territoire lymphatique et ambiant.

Cette extirpation complète ne peut être réalisée qu'au moyen d'un évidement ano-ischio-pelvien (opération abdomino-périnéale avec anus artificiel définitif) ou dans quelques cas rares de tumeurs haut situées, la descente de l'S iliaque à travers le sphincter externe conservé (amputation abdomino-transanale du rectum).

Toutes les autres méthodes d'exérèse du rectum cancéreux doivent donc être abandonnées : amputation haute avec descente périnéo-sacrée ; résections abdominales avec suture bout à bout ; opérations de Kraské ; opérations genre Moulonguet et Hartmann, etc

M. Lambret (de Lille) s'appuyant sur une expérience datant de 1898 pense que le cancer du rectum est un bon cancer, en raison de la lenteur de son évolution, de la proportion importante des guérisons définitives et des longues survies post-opératoires.

L'examen des pièces enlevées montre que l'extension du mal se fait pendant très longtemps dans le tissu cellulaire péri-rectal et les ganglions voisins. Cela forme une zone qu'on arrive très bien à dépasser en largeur en opérant en dehors de la gaine rectale, en hauteur en remontant très haut. La localisation des récidives qui se font d'ordinaire dans le tissu cellulaire péri-rectal confirme cette manière de voir.

Or, la voie périnéale seule permet de passer à coup sûr en dehors de la gaine rectale ; bien conduite, l'opération par cette voie permet également de dépasser le mal en hauteur. Les statistiques sont au moins aussi bonnes que pour les opérations à voies combinées. De plus, la voie périnéale a ceci de supérieur, c'est qu'elle est exempte de gravité. Elle convient aux cancers bas situés, cancers ampullaires même élevés.

Pour les tumeurs extra-péritonéales, l'opération par voie abdominale pure est suffisante et permet une exérèse complète. Elle est également exempte de gravité.

Rares sont les cas justiciables de la voie combinée. Ce sont les cas dans lesquels au cours de l'intervention par voie basse on se rend compte qu'après large libération on ne dépasse pas la zone suspecte du méso ; dans ces circonstances le temps périnéal étant achevé, il faut terminer par voie abdominale.

Bénéficient encore de cette méthode les cas commencés par voie abdominale et dans lesquels au cours des premières manœuvres opératoires on trouve que le cancer descend dans le pelvis ; il faut alors, de peur d'inoculation opératoire, réduire au minimum les manœuvres de libérations abdominales et terminer par voie périnéale.

Quant à l'opération abdomino-périnéale classique, l'auteur pense qu'il faut y avoir recours de moins en moins. C'est une opération grave qui entraîne sans profit la suppression d'un segment intestinal que ne menacera jamais le cancer. Elle est insuffisante et expose aux inoculations opératoires.

L'auteur pose en principe que dans tous les cas il faut renoncer à l'abaissement du bout supérieur, accepter l'anus iliaque définitif et profiter de son établissement pour explorer par l'abdomen la limite supérieure du néoplasme. Grâce aux renseignements ainsi recueillis on décidera presque sûrement laquelle des techniques envisagées plus haut devra être utilisée pour l'exérèse.

M. L. Tixier (de Lyon). L'anus de dérivation de Maurice Pollosson doit être systématiquement exécuté dans un temps préalable, aussi bien pour les opérations par la voie abdominale que pour les opérations par la voie basse. L'hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain, exécutée suivant la méthode de Tixier, diminue la mortalité opératoire de l'amputation abdomino-périnéale chez la femme et assure les résultats éloignés durables.

En l'état actuel de nos connaissances, le traitement du cancer du rectum est uniquement du domaine chirurgical.

1. Le seul traitement palliatif, dans les cas d'inopérabilité, est l'établissement d'un anus contre nature de dérivation, selon le procédé de Maurice Pollosson.

Il faut savoir l'imposer au malade, c'est le seul moyen de le soulager et de prolonger sa vie.

2. L'anus de dérivation préliminaire améliore sensiblement les résultats chirurgicaux, soit au point de vue de l'opérabilité, soit au point de vue des risques opératoires.

3. Chez l'homme la voie périnéale est la méthode de choix : 23 interventions ; mort : 0.

Le total des interventions par la voie basse chez l'homme et chez la femme est de 32 interventions ; mort : 0.

4. Chez la femme, la voie haute, avec hystérectomie abdominale totale préalable et anus de dérivation préliminaire est la méthode de choix : 20 interventions ; morts : 6.

Elle permet d'enlever d'énormes cancers et de conserver parfois le sphincter normal. Elle assure des survies remarquablement longues : vingt ans, onze ans (deux fois) quatre ans.

(*A suivre*)

Les Livres

Joseph Leriche. — **Le cancer. Technique de la thérapeutique médicale moderne**.(Edition 1925. Prix : 6 fr.).

Après un exposé rapide des diverses considérations étiologiques sur lesquelles repose la thérapeutique très rationnelle qu'il a instituée et où il apparaît que le substratum des cancers est subordonné à des perturbations purement chimiques, et à des lésions organiques du système endocrinien, l'auteur fait un exposé intégral de toute sa technique et rapporte à l'appui des observations de cancéreux qui démontrent l'opportunité et la haute valeur spécifique de la médication mise en œuvre.

La technique de cette méthode nouvelle est d'une application facile ; elle reste à la portée de tous les praticiens et représente une des acquisitions les plus notoires de la science moderne.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les petits précis, publiés sous la direction du Dr Cantonnet. (*Chaque volume in*-18. Prix : 8 fr. 50.)

Huit volumes viennent de paraître dans cette intéressante et pratique collection, indispensable au médecin, qui doit se tenir au courant par de fréquentes lectures. Le but de cette collection est le suivant : minimum indispensable, bagage scientifique irréductible, peu de mots, beaucoup d'idées, des formules, des figures, le tout en un style télégraphique, style très clair, dont tous les mots inutiles sont exclus.

Ces huit volumes sont les suivants :

Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste de Cochin. *L'ophtalmologie du praticien*, 76 figures. Cinquième édition française, 6 éditions étrangères.

Dr Leveuf, chirurgien des hôpitaux : *La chirurgie d'urgence*. L'auteur y insiste sur le diagnostic précoce, qui devient la base de tout succès en chirurgie.

E.-L. Gautier, assistant d'urologie à Cochin : *L'urologie*, illustrée de nombreuses figures originales, pour mettre le praticien à même d'agir à bon escient, soit en traitant lui-même son malade, soit en le dirigeant à temps vers le spécialiste.

Dr H. Rendu, médecin de l'hôpital Saint-Joseph : *Le foie* ; *le pancréas* ; *le rein*. Cours de descriptions anatomiques, et brèves indications physiologiques. Examen physique et fonctionnel. Etude analytique des différentes maladies ; diagnostic ; thérapeutique usuelle.

A. Mougeot (de Royat) : *Les cures climatiques et hydrominérales*. Dans le minimum de temps, le praticien saura quelle cure conseiller au malade d'après le diagnostic, le tempérament et le terrain. Index de renseignements pratiques. Carte indiquant l'emplacement des stations.

Paul Cantonnet : *Le poumon tuberculeux* : 1° Revue de la tuberculose des nourrissons, de l'enfant et de l'adulte. Symptomatologie. Diagnostic. Evolution ; 2° traitement et prophylaxie, d'après les procédés les plus récents.

Prof. Loiselet, de la Faculté libre de Lille : *La syphilis acquise et héréditaire*. Compendium des travaux les plus récents ; le chapitre diagnostic bactériologique donne au praticien des connaissances suffisantes pour tirer parti des données du laboratoire. Chimiothérapie arsenicale et bismuthique. « Le bon vieux mercure n'est pas oublié ». Prophylaxie et syphilis. Mariage.

Beauvy, chef de laboratoire à Cochin : *Sérums et vaccins*. Connaissances actuelles. Après une revue des sérums, aussi bien de ceux d'action éprouvée, que de ceux qui sont encore à l'étude, l'auteur examine un à un la plupart des vaccins. Transfusion du sang. Formulaire. Législation. Sérums des convalescents. Vaccination diphtérique. Cures de désensibilisation, etc.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CRISE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Primo non nocere

Je trouve dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 25 novembre 1925 l'article suivant que je reproduis intégralement.

L'enquête sur les médecins, ou, pour mieux dire, sur la profession médicale, publiée par M. Jean Laporte dans la *Revue de France* du 15 août dernier, a provoqué de très intéressantes ripostes dans la presse médicale. Nos confrères J. Noir et G. Duchesne, dans le *Concours médical*, et le professeur Cruchet ici même, ont répondu comme il convient aux opinions émises dans l'enquête, qu'ils qualifient simplement d'optimistes, alors qu'il serait bien facile de leur attribuer des qualificatifs moins courtois, peut-être, mais plus rapprochés de la vérité.

Cependant la lecture attentive de ces diverses ripostes ne m'a point apporté toute la satisfaction que j'en attendais, et cela parce que la situation du médecin de campagne m'y paraît encore surestimée. Je veux principalement parler ici de l'article de Duchesne.

Ceux qui, comme moi, sont de vieux abonnés du *Concours médical*, et qui lisent de bout en bout cet admirable journal — je dis bien *admirable* — savent quel soin notre confrère apporte à la rédaction de ses articles, quelle documentation précise est la sienne, quelle impartialité est sa règle. Il n'a donc pas écrit son article du 11 octobre dernier à la légère, il s'est renseigné, d'autant mieux qu'il fut lui-même, me semble-t-il, en son temps, médecin de campagne.

Or il ressort de cet article —il ne le dit point expressément, mais un lecteur non averti peut le comprendre — qu'un médecin de campagne ne peut pour ainsi dire pas vivre convenablement si sa profession ne lui rapporte pas 50.000 francs par an. Et il donne un tableau de budget qui tend à le prouver.

J'exerce la médecine à la campagne depuis près de trente ans et je sais bien qu'en 1925 la grande majorité de mes confrères, tout au moins dans ma région, n'encaisse pas de pareils honoraires, il s'en faut même de beaucoup. Dans mon canton exercent sept médecins : un seul, peut-être, atteint ce niveau, les six autres sûrement pas. Et tous nous appliquons rigoureusement le tarif syndical avec le prix de base de dix francs pour l'acte médical simple.

J'estime que la publication de pareils articles, publication éminemment louable en soi, présente un double danger.

Le premier danger est la situation qui peut nous être créée vis-à-vis du fisc. Supposons que le contrôleur des contributions directes de mon canton lise l'article du Dr Duchesne : il est très possible qu'il y puise la conviction que presque tous les confrères de ma région dissimulent leurs revenus exacts lors de leurs déclarations. C'est la mentalité fiscale, heureuse de s'appuyer sur un semblant de preuve et c'est aussi la prévision de demandes de justifications, voire de taxations d'office. Et mon contrôleur pensera tenir un argument sérieux en s'appuyant sur l'opinion d'un praticien, et non des moindres, opinion qui, dans le cas présent, a singulièrement plus de valeur à mes yeux que celle d'un grand chirurgien ou d'un grand médecin..

L'autre danger est que la lecture mal faite de ces articles peut avoir un résultat diamétralement opposé à celui que leurs auteurs se proposaient d'atteindre.

En effet, tirons de l'article du Dr Duchesne une conclusion, mais une conclusion simpliste, à l'aide d'un raisonnement en Barbara, comme on m'apprenait à le faire il y a, hélas ! quarante ans. I. Pour qu'un médecin de campagne puisse vivre, il faut qu'il gagne 50.000 francs par an ; II. or, les médecins de campagne vivent ; III. donc les médecins de campagnes gagnent au minimum 50.000 francs par an.

Curieuse coïncidence :au moment où paraissaient les articles dont je parle, les journaux d'information (*La Petite Gironde* du 13 octobre 1925) publiaient les traitements actuels des fonctionnaires des grandes administrations. Je ne les transcrirai pas tous, mais le contrôleur dont je parlais plus haut et aussi le bourgeois qui cherche à choisir une carrière pour son fils, y verront qu'un directeur des contributions touche de 17.000 à 21.000 francs ; qu'un inspecteur général des finances touche 20.000 francs ; que le premier président de la Cour de Cassation touche 30.000 francs, etc., et que, seul, le préfet de la Seine touche 50.000 francs (logé).

Ces divers fonctionnaires sont arrivés au terme de leur carrière, à leur plus haut échelon : le médecin dont parle le Dr Duchesne a trente ans seulement. On voit d'ici la conclusion favorable à la profession médicale que l'on peu ttirer de ces comparaisons, quand on examine les choses superficiellement, et comment semblables lectures peuvent décider du choix d'une carrière en poussant un jeune homme

vers la médecine, qui paraît ainsi fortement avantagée.

Ce n'est certainement pas le résultat que les auteurs des articles précités désiraient précisément obtenir, eux qui connaissent encore mieux que bien d'autres la maladie dont souffre notre profession : l'encombrement.

J'ai conscience, en écrivant ces quelques lignes, de parler au nom d'une très importante partie des médecins de campagne, et c'est après avoir causé de cela avec plusieurs d'entre eux que j'ai cru utile d'écrire. Pour la plupart d'entre nous, le chiffre de 50.000 francs par an constitue ce que l'on appelle aujourd'hui un plafond, lequel nous paraît autrement inaccessible que celui de l'inflation... à moins que les changes...

Disons-nous bien, en employant le hideux langage technique, que le nombre des consommateurs de soins diminue, alors qu'augmente sans cesse celui des producteurs de soins. Et tournons notre plume sept fois dans nos doigts avant d'écrire des chiffres qui peuvent être lus par d'autres yeux que des yeux de médecins, je veux dire par les yeux de ceux qui ont intérêt à nous faire passer pour les profiteurs d'une profession qui, en réalité, nourrit à peine son homme, et de ceux qui ignorent ou ne veulent pas savoir que ls frais formidables nous écrasent.

Dr Grimard (*de Gauriac*).

***

Cet article m'a vivement ému. Serait-il possible que, sans m'en rendre compte, moi qui, depuis plus de quinze ans, passe la plus grande partie de mon temps, soit au *Concours médical*, soit au *Sou médical*, soit à la *Mutualité familiale*, à défendre les intérêts des médecins, les particuliers aussi bien que les généraux, serait-il possible que j'aie nui à ces intérêts, en les compromettant ?

J'ai relu attentivement les Propos du Jour de Noir des numéros 38 et 43 *bis*. J'ai relu mot par mot mes propres articles du 11 octobre et du 8 novembre sur cette grave question de la crise de la profession médicale. J'ai fait mon examen de conscience, tout prêt à reconnaître mon erreur et à m'en repentir, si j'en avais commis une.

Eh bien ! franchement, je ne vois rien, dans tout cela, qui mérite les sévères critiques du Dr Grimard, et je plaide non coupable.

Certes, il a raison de rappeler qu'en matière journalistique aussi bien qu'en thérapeutique, le premier devoir, c'est de ne pas nuire. *Primo non nocere.*

Mais n'est-ce pas précisément la *Revue de France*, et ses distingués, mais imprudents interviewés, qui ont droit à ce reproche de nuisance, d'autant plus sérieux qu'il s'agit d'une publication littéraire qui accuse un gros tirage, et qui est répandue dans le grand public ?

Que s'est-il passé en effet ? Qu'a publié de dangereux cette Revue ? Je le rappelle. L'un des interviewés a déclaré, — *Lisez bien* :

« Dans tel petit village que je connais bien, le docteur gagnait à peine, moyennant un effort exténuant, une dizaine de mille francs par année. Celui qui l'a remplacé et qui se fatigue moins, grâce à l'automobile, en gagne aujourd'hui *cinquante mille et plus...* »

Et que dit l'autre ? Il affirme qu'un médecin de 30 ans, installé depuis 3 ou 4 ans, gagne facilement 50.000 *francs*.....

Ce n'est donc pas moi, qui ai le premier fait état de semblables gains. Noir pas davantage. Mais émus justement par des affirmations qui nous ont paru d'un optimisme exagéré, tant dans l'absolu, que relativement aux gains médicaux d'avant-guerre, nous avons voulu protester contre des assertions périlleuses et discutables. Noir a fait une enquête qui a démontré que, selon les régions, les recettes varient dans de fortes proportions ; qu'il en est où la moyenne de celles-ci ne dépasse pas 30.000 fr. ; qu'ailleurs, il est impossible à un médecin, marié et père de famille, de vivre s'il ne réalise pas un gain de 50.000 fr. Dans le Comtat-Venaissin, le chiffre de 20.000 fr. est une moyenne qui doit être tenue comme exacte.

De mon côté, j'ai saisi au vol le chiffre de 50.000 fr. que lançait imprudemment dans le public la *Revue de France*, et je me suis attaché à le discuter et à démontrer qu'avec ce revenu (1), un praticien, dans les conditions indiquées, et vivant normalement, joignait à peine les deux bouts, et par conséquent semblait en moins bonne posture que celui qui, avant la guerre, disposait annuellement de 12.000 à 15.000 fr. Et j'ai cité mon propre exemple. Car il ne faut pas séparer mon article du 11 octobre de celui du 8 novembre, qui le complète et précise ma pensée.

C'est en vérité un peu hasardeux de la part du Dr Grimard, que de résumer mon argumentation dans un syllogisme auquel j'oppose à mon tour le suivant :

1° Pour qu'un médecin puisse vivre dans les conditions budgétaires indiquées par Duchesne, il faut qu'il dispose de 50.000 fr. par an ;

2° Or, tous les médecins sont loin de vivre dans ces conditions ;

3° Donc, tous les médecins ne disposent pas de 50.000 fr. par an.

Car, il importe de reconnaître que je n'ai jamais écrit que ce gain de 50.000 fr. était courant. J'ai pris soin au contraire, pour obéir au souci d'impartialité et de précision documen-

(1) Revenu dont je n'ai jamais dit qu'il devait être *uniquement* constitué par les gains professionnels.

G. D.

taire dont mon sympathique confrère et contradicteur veut bien me faire hommage, de dire : Combien sont-ils, ceux qui ne gagnent que 35.000, 30.000, moins encore ? ? ?

Et comment se comportent-ils, dans la vie, par rapport au budget que j'ai établi ?

Ils suppriment un domestique... Ils remplacent l'automobile par un side-car, par une moto, par une bicyclette... Ils portent des vêtements usagés... Leur femme fait le ménage... Eux-mêmes jardinent dans leurs loisirs... Et j'ajoutais : « Mais est-ce là vivre ? ? » — Affaire évidemment purement subjective. Tel va en sabots et ne s'en trouve pas plus mal ; tel autre souffrirait s'il n'était pas impeccablement chaussé...

Mais mes chiffres peuvent-ils être contestés ? Je les ai revus attentivement, je me suis entouré de renseignements exacts, aisément vérifiables. Et voici, pour deux chapitres du budget d'un jeune ménage avec un enfant en bas âge et deux domestiques, le détail de la nourriture et de l'entretien.

Nourriture de 4 personnes par jour.	
Pain, 2 kilos	3 fr.
Viande, 1 kil. 1/2	20 »
Légumes, (pommes de terre), 2 kil.	1 50
Fromage, un demi	1 50
Vin, 3 litres	4 »
Beurre, 125 gr.	1 50
Lait, un litre 1/2	1 50
Café, 100 gr.	1 80
Sucre, 125 gr.	0 40
Combustible	2 50
Total	38 20

J'avais indiqué 40 fr... Que les compagnes de mes lecteurs épluchent ce détail et le critiquent !

Et pour l'entretien, dans une année :

Monsieur

3 complets en deux ans, par an	750	
1 pardessus en deux ans, par an	150	
2 paires de chaussures	150	
2 chapeaux	70	
Chemises, sous-vêtements, cravates, gants, chaussettes	500	
Total	1.620	1.620

Madame.

Robes	750	
Manteaux	600	
Chaussures (deux paires)	140	
Chapeaux	100	
Sous-vêtements, bas, corset, gants, voilettes	500	
Total	2.090	2.090

Linge de maison :

Serviettes, torchons, tabliers, draps, taies	250	250
Total		3.960

J'avais indiqué 5.000 fr.

Je m'excuse d'entrer dans de pareils détails, On rira peut-être de cette minutie. Si je le fais, c'est pour établir que les chiffres que j'ai donnés n'ont pas été pris à la légère, mais sur des données absolument contrôlées.

Je sais, d'autre part, tellement bien que le traitement annuel des fonctionnaires n'atteint pas, à beaucoup près, cinquante mille francs, que, dans mon premier article, *j'ai fait un parallèle* entre le budget d'un médecin rural et celui d'un professeur dans un lycée parisien, — ce dernier exemple étant pris dans ma propre famille, mais les fonctionnaires n'ont pas de dépenses professionnelles.

Et que le Préfet de la Seine ne reçoive que 50.000 fr. de traitement, je n'en suis nullement surpris. Si l'on veut bien y ajouter le *logement en meublé* dans le magnifique palais de l'Hôtel-de-Ville, le chauffage, l'éclairage, et d'autres menus suffrages, comprenant peut-être le service permanent d'une automobile administrative, on conviendra que les avantages en espèces et en nature dont il dispose élèvent singulièrement sa rémunération ... *Et je ne parle pas de la* retraite toujours dorée qui attend les Préfets de la Seine, tandis que le médecin rural, qui aura peiné durant une quarantaine d'années, s'il ne jouit pas d'une fortune personnelle, aura mis de côté à peine de quoi subsister.

Et maintenant, je demande, aux lecteurs du *Concours médical* que la question intéresse, de prendre la peine de me dire ce qu'ils en pensent. Certes, j'aimerais à recevoir, de quelques confrères, le détail de leurs dépenses annuelles, ne serait-ce que pour corriger mes propres calculs s'ils sont trouvés excessifs. Quant à moi, je ne souhaite à tous qu'une chose, c'est de gagner le plus possible, de dépenser le moins possible, afin de réaliser des bénéfices qui leur permettent d'être prévoyants pour le temps où malades, ou âgés, ils ne pourront plus exercer. *Mais est-ce* être prévoyant, dans le chaos financier où se débat l'Etat, que de faire des économies ? Que vaudront-elles demain ?

Ce que je sais pertinemment, ce que je n'ai jamais dissimulé, et pour cause, c'est qu'ils sont nombreux, les médecins de France qui peinent et triment chaque jour pour parvenir *péniblement* à recevoir des honoraires infiniment moins élevés que ceux que la *Revue de France* a cités. Et je doute que mes articles, lus par les seuls médecins, soient jamais pour eux la source de contestations de la part des contrôleurs des finances, à propos de leurs déclarations de revenus.

Si je me trompe, si ces contestations surgissent *à cause de moi*, qu'ils m'appellent à la rescousse : je m'efforcerai de les aider à se défendre.

G. DUCHESNE.

La situation du médecin de campagne

Avant guerre. — Après guerre

Permettez-moi d'apporter ma contribution à votre étude sur la situation matérielle actuelle du médecin de campagne. A mon avis, vous êtes dans le vrai quand vous affirmez que sa situation est en général inférieure à celle de 1913. Pour qu'elle fut égale il faudrait que le médecin qui gagnait 10.000 fr. en 1913, en gagnât 50.000 en 1925, car n'oublions pas que le beurre coûtait avant guerre 1.50 la livre et 8 francs aujourd'hui, que les œufs qui se vendaient de 1 franc à 1 fr. 50 la douzaine, valent aujourd'hui de 5 à 8 francs et le tout à l'avenant, même à la campagne. On y paye même 1 franc le litre de lait qui valait autrefois 0,15 à 0,20. Soit un coefficient moyen de 5. Or, quel est par contre le coefficient d'augmentation des honoraires médicaux ? Il oscille entre 3 et 4. La consultation était à 2 francs, la visite à 3 francs ; les prix moyens actuels sont 8 francs la consultation et 10 francs la visite, soit 8 : 2 = 4 et 10 : 3 = 3.33. Notre syndicat vient de décider de porter la consultation à 10 francs et la visite à 15 francs, ce qui représente exactement le coefficient 5. Mais au train dont marchent les événements, le coefficient 5 va être rapidement dépassé et nous resterons toujours en retard, ne pouvant, comme l'épicier et le marchand de vins, avoir des cours journaliers.

Et puis, il y a à mon avis un autre écueil. Pouvons-nous impunément augmenter le taux de nos honoraires ? Il faut tenir compte des restrictions que s'impose le consommateur moyen sur toute l'échelle économique. S'il se prive de domestiques, de vacances, de voyages, s'il fait ressemeler ses vieilles chaussures et use ses habits jusqu'à la corde, il se passe aussi de médecin aussi longtemps qu'il le peut et va consulter, avant lui, les commères, le curé, la sage-femme, l'infirmière, le rebouteur, le pharmacien, la 4e page des journaux, etc.

Et encore, le médecin ne se coupe-t-il pas lui-même l'herbe sous le pied en travaillant avec ardeur, au nom des principes humanitaires, à supprimer malades et maladies. Disparues, la variole, la peste, le choléra, et bientôt la typhoïde, le tétanos, la diphtérie.

Pour toutes ces raisons, le champ d'action du médecin diminue. Pour se rattraper, il faut qu'il multiplie ses visites et ses interventions. Les jeunes médecins, entrés dans la vie médicale avec la mentalité d'après-guerre, adoptent facilement ces méthodes. Mais ceux de ma génération (45 ans) ont une conception différente de la pratique médicale et, comme vous en 1895, craignent toujours d'être accusés de pousser à la consommation et, d'autre part, restent souvent un peu sceptiques sur les nouvelles méthodes de traitement qu'on lance aujourd'hui avec fracas et qu'on abandonne en silence demain.

En résumé la situation actuelle du praticien de campagne est inférieure à celle d'avant-guerre et s'il peut vivre honorablement en surface, c'est qu'il s'ingénie dans son intérieur à comprimer toutes les dépenses extraordinaires, et il ne peut le faire que s'il a la chance d'avoir une épouse travailleuse, ordonnée et économe.

Voilà, mon cher confrère, la situation exacte des médecins de campagne. On ne saurait trop lutter contre l'invincible tendance qu'a le public à considérer le médecin comme un « nouveau riche ».

Dr A. MATHEZ.
(Baume-les-Dames).

CERTIFICATION DES DÉCÈS ET SECRET PROFESSIONNEL

Nul n'est censé ignorer la loi : et cependant nombreux sont ceux qui méconnaissent chaque jour les prescriptions légales, ou celles des Codes.

En matière de déclaration des décès, le médecin, qui a traité le défunt, est lié par le secret professionnel (article 378 du code pénal). Aucun texte de loi n'a diminué la portée de cet article, en règle générale. Seules les lois du 30 novembre 1892 (article 12) et du 15 février 1902 (article 5) délient le médecin du secret professionnel, en obligeant le praticien à déclarer à l'autorité administrative les cas de maladies contagieuses.

Il est si vrai que le docteur est lié par le secret professionnel en cas de décès de son client, qu'interrogé par le Ministre de l'Hygiène (M. Paul Strauss) à l'effet de savoir si un médecin était en droit d'adresser une lettre fermée à un autre médecin, directeur de bureau d'hygiène, ou inspecteur départemental d'hygiène, lettre indiquant le diagnostic exact de la cause des décès survenus dans sa clientèle, le Garde des Sceaux a répondu qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, le médecin serait poursuivi par le Procureur de la République, comme ayant enfreint les obligations de l'article 378 du code pénal (séance de la commission ministérielle, pour la certification des décès, du 29 novembre 1923).

Seul un texte de loi, à intervenir, peut relever le médecin du secret professsionnel, pour déclarer confidentiellement les causes des décès à un autre médecin, également lié par le secret professionnel.

Dans ces conditions, le Ministre de l'Hygiène n'a plus convoqué la commission qu'il avait instituée à l'effet de combattre les fléaux sociaux, grâce à une statistique médicale et à une géographie, dressées à la suite des déclaration

des médecins, concernant les causes de morts survenues dans leur clientèle respective.

La jurisprudence conclut également dans le même sens, en ce qui concerne les certificats délivrés *post mortem*.

« Le médecin, qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel dont la loi lui fait une obligation absolue et d'ordre public (code pénal, article 378).

« Le médecin n'est pas maître de disposer de ce secret, pour le révéler dans les conditions, ou les limites dont sa conscience seule serait juge.

« Après la mort du malade, les héritiers de celui-ci, quoique continuateurs de sa personne, n'ont pas le droit de délier le médecin de son obligation à garder le secret, ce droit étant, par sa nature même, exclusivement personnel au malade. (Besançon, 7 juin 1899. D. 1900. 2.407. *Gaz. Pal.*, 1899.2.65).

Dans le même sens, trib. civ. du Havre, 30 juillet 1886 ; D. 1887.3.24.

La Cour de Paris, par arrêt du 4 février 1891 (D. 1891, 2.317), reconnaît au médecin, dans tous les cas, le droit absolu de se refuser à la délivrance du certificat, qui lui est réclamé, soit par l'assurance, soit par les parents du défunt, en motivant son refus sur le secret professionnel.

Il a été également jugé que les héritiers d'une personne décédée ne peuvent pas relever le médecin du secret professionnel, en ce qui concerne le défunt (Trib. civ. du Havre, 30 juillet 1886 ; S.87.3.24).

Enfin, un arrêt de Cassation (chambre civile, 1er mai 1889 ; D. 99.1.585) décide qu'il est interdit à un médecin de révéler, dans une enquête, provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client.

Il faut en conclure qu'en l'absence d'un texte législatif, le médecin doit se refuser à certifier la cause des décès, sur des rapports destinés à l'officier de l'état-civil.

D'ailleurs, pourquoi celui-ci demande-t-il au médecin traitant de pareils certificats ?

D'abord, c'est pour s'éviter à lui-même un déplacement : l'article 77 du code civil lui fait, en effet, une obligation de se transporter en personne, auprès du défunt, pour s'assurer du décès.

Dans l'immense majorité des cas, il n'existe pas de médecin de l'état civil. Ce dernier, dans les grandes agglomérations, va, au nom de l'officier de l'état civil, à domicile, pour vérifier naissances et décès.

Aussi, par raison d'économie, les maires s'abstiennent-ils de désigner un médecin, chargé de les renseigner sur les causes des décès de leurs administrés, et, ne connaissant les lois qu'imparfaitement, ils demandent, de bonne foi, au médecin traitant, un certificat de décès, sans se douter que ce praticien tient du code pénal l'obligation absolue de se taire.

Mais, pourra-t-on dire, le médecin traitant n'a qu'à certifier que la mort est due à une cause naturelle.

Non ! parce que, si le médecin est dépositaire de secret, s'il sait qu'il y a eu crime, faute civile, erreur ou autre, ayant eu une influence sur le décès, il sera obligé ou de mentir, pour sauvegarder le secret qu'il doit à ses clients (et il sera ainsi leur complice), ou bien il devra se faire dénonciateur des personnes, dans la famille desquelles il a pénétré comme homme de l'art.

Le rôle légal du médecin traitant est de déclarer que le nommé N. est mort et que le décès est certain.

Si, par la commune renommée, ou par tout autre moyen, l'officier de l'état civil vient à apprendre que la mort est suspecte, il devra, en vertu de l'article 81 du code civil, désigner un médecin (qui ne peut pas être le médecin traitant) pour le renseigner sur l'état du cadavre.

C'est parce qu'on oublie trop souvent de se reporter aux textes des codes, des lois, ou de la jurisprudence, que, de bonne foi, mais par ignorance, on arrive à vouloir exiger du médecin traitant la certification de faits, que le code pénal lui interdit de dévoiler, sans qu'il ait à se faire juge de l'utilité de la déclaration, ou même du caractère plus ou moins secret des choses qu'on lui demande de dévoiler.

Au sujet de la déclaration des décès, en pratique, nous avons reçu une certaine correspondance.

Notre ami, le Dr Servas, de Bourg, nous écrit les lignes suivantes :

« Je suis avec intérêt la question toujours pendante et jamais résolue des certificats de décès.

A Bourg, il n'y a pas de médecin de l'état-civil et nous remettons à la famille deux fiches dont l'une est un certificat constatant le décès, sans aucune indication de cause.

L'autre n'est qu'un bulletin statistique contenant sexe, âge, cause du décès, sans aucun nom de personne.

Si, au lieu d'être remis par la famille à l'employé de l'état-civil, cette seconde fiche était adressée directement à la mairie sous pli fermé par le médecin, je crois que la question du respect du secret médical serait à peu près résolue, les plis en question ne devant alors être ouverts qu'en fin de mois par le bureau chargé de la statistique ; il me semble que tout serait à peu près régulier.

A ce sujet, je suis très sceptique sur les statistiques de mortalité. Dans les campagnes, on ne délivre ni certificat, ni bulletin quelconque de décès. C'est le secrétaire de mairie qui inscrit sur ses statistiques un diagnostic, au hasard des racontars des parents ou ouvriers. Quelle valeur peut dans ces conditions

avoir la statistique des causes de mortalité pour toute la France ou même un département, quand au moins la moitié de la population ne peut fournir que des données très approximatives ?

J'ai toujours vu employer ici ce procédé pour les déclarations de décès. Il y a, paraît-il, près de 40 ans qu'il est en vigueur.

Dr SERVAS.

I

ANNÉE 19

N°

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Le Docteur en médecine soussigné certifie que ....

....

est décédé en cette ville au domicile de ....

le .... *à* .... *heure d* ....

Bourg, le 19

Le Docteur en médecine,

488-151-2.000

II

DÉCES

Sexe ....

Age ....

Cause du décès ....

Bourg, le 19

CERTIFIÉ EXACT :

Le Docteur en Médecine:

J'étonnerai peut être beaucoup mon vieil ami Servas, président du syndicat de Bourg, en lui disant qu'il mériterait d'être traduit sur les bancs de la correctionnelle. Il viole, sans s'en douter, les prescriptions de l'article 378 du code pénal et une famille hargneuse pourrait déposer une plainte contre lui.

Tout ce que nous avons cité, comme juris-

prudence, se rapportant aux certifications de décès, pour les compagnies d'assurances sur la vie, pourrait se répéter ici.

Aucun texte de loi n'oblige le médecin à délivrer, soit à la mairie, soit aux parents du défunt, une attestation quelconque sur les causes du décès.

Le premier certificat de Bourg est bien ; le second est illégal.

Vainement, dira Servas, il y aurait obéissance au secret, si le papier anonyme était remis directement, sous pli fermé à la préfecture. Que Servas n'oublie pas la réponse, que je cite plus haut, que le Garde des Sceaux nous a faite, lorsque la commission, dont je faisais partie, a demandé si le fait de déclarer, sous pli fermé, les causes des décès à un autre médecin, constituerait une violation du secret professionnel, à l'encontre du docteur traitant.

Je ferai la même réponse aux deux procédés ci-dessous, employés l'un dans le Loiret, l'autre à Chartres.

Dans le Loiret, il est remis à chaque membre du Syndicat une nomenclature des décès contenant environ 200 diagnostics. Sur chaque certificat de décès, nous notons le numéro de la nomenclature correspondant au décès. Cette nomenclature n'est connue que du médecin inspecteur départemental et des médecins. Le certificat passe donc dans les mairies sans que le diagnostic soit connu et est transmis au médecin inspecteur. Cela semble donc une solution assez bonne du problème des statistiques de décès. Ceci à titre de renseignements.

Dr HUGUES.

VILLE DE CHARTRES

BUREAU DE L'ETAT CIVIL

Prénoms et Nom de la personne décédée	....
Sa profession	....
Son âge	....
Lieu et date de sa naissance — Commune	....
Lieu et date de sa naissance — Département	....
Son domicile — Commune, rue et n°	....
Son domicile — Département	....
Son état de célibataire, mariée, veuve ou divorcée (*Indiquer s'il y a lieu, les prénoms et nom de l'autre ou des autres époux*)	....
Prénoms et nom — du père	....
Prénoms et nom — de la mère	....
Profession et domicile (*ou s'il a y lieu, indication qu'ils sont décédés*) — du père	....
Profession et domicile — de la mère	....
Date du décès	.... 192 ..... à .... heure ....
Lieu du décès, rue et numéro	....

Je, soussigné, docteur-médecin certifie avoir fait la visite du corps de la personne ci-dessus désignée et déclare que le décès est constant.

BULLETIN DE DÉCÈS INDIVIDUEL | **STATISTIQUE SANITAIRE**

VILLE DE CHARTRES

Numéro .... Mois de .... 192..

CAUSE DU DÉCÈS (L'indiquer en inscrivant le chiffre 1 dans la colonne B, en regard de la maladie.)		CAUSE DU DÉCÈS (L'indiquer en inscrivant le chiffre 1 dans la colonne B, en regard de la maladie).		AGE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE
A	B	A	B	
1. Fièvre typhoïde (typhus abdominal		24. Affections de l'estomac (cancer excepté).....................	......	(Indiquer l'âge par l'inscription du chiffre 1, sous la rubrique qui conviendra).
2. Typhus exanthématique.........	......	25. Diarrhée et entérite (au-dessous de 2 ans).....................	......	
3. Fièvre et cachexie paludéennes....	......	26. Appendicite et typhlite..........	......	
4. Variole....................	......	27. Hernie, obstruction intestinale...	......	Moins de 1 an. ....
5. Rougeole....................	......	28. Cirrhose du foie................	......	
6. Scarlatine..................	......	29. Néphrite aiguë et maladie de Bright		
7. Coqueluche..................	......	30. Tumeurs non cancéreuses et autres affections des organes génitaux de la femme................	......	De 1 à 19 ans. ....
8. Diphtérie et croup...........	......	31. Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérales)...	......	
9. Grippe......................	......	32. Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement..	......	De 20 à 39 ans. ....
10. Choléra asiatique...........	......	33. Débilité congénitale et vices de conformation..................	......	
11. Choléra nostras.............	......	34. Sénilité.....................	......	De 40 à 59 ans. ....
12. Autres maladies épidémiques.....	......	35. Morts violentes (suicide excepté)...	......	
13. Tuberculose des poumons........	......	36. Suicide......................	......	Plus de 60 ans. ....
14. Tuberculose des méninges.......	......	37. Autres maladies (*les désigner sur la ligne qui suit*)...............	......	
15. Autres tuberculoses...........	......	....		
16. Cancer et autres tumeurs malignes.	......	37. Maladie inconnue ou mal définie...	......	
17. Méningite simple.............	......			
18. Hémorragie et ramollissement du cerveau.....................	......			
19. Maladies organiques du cœur......	......			
20. Bronchite aiguë..............	......			
21. Bronchite chronique...........	......			
22. Pneumonie..................	......			
23. Autres affections de l'appareil respiratoire (phtisie exceptée).....	......			

Ce bulletin, qui ne devra comporter ni le nom de la personne décédée ni celui du médecin, sera réclamé par la Mairie au domicile du médecin, *le troisième jour du mois qui suivra celui du décès. — Ne le détacher qu'à cette époque afin d'en assurer la conservation.*

C'est toujours la même chose : d'une part, les services sanitaires publics pensent lutter plus efficacement contre les fléaux sociaux, en demandant aux médecins le diagnostic précis, plus ou moins anonyme, des causes des décès.

Mais, d'autre part, la loi est stricte. Tout pourra bien aller, sans anicroche, pendant des dizaines d'années ; mais il suffira d'une indiscrétion, d'une erreur, dans la transmission, pour qu'à l'occasion d'un avortement, par exemple, le parquet soit saisi de l'affaire et poursuive d'office le médecin traitant, pour violation du secret professionnel.

Ce sera question de principe, d'une part, et appréciation de points de fait, de l'autre.

Mais, en l'état actuel de la législation, tant que ne sera pas modifié l'article 378 du code pénal, nous devons dire que le procédé de Chartres et celui du Loiret, sont juridiquement illégaux, malgré que les diagnostics soient indiqués par des chiffres.

Une loi est faite, pour qu'on lui obéisse, pour qu'on la respecte et non pour qu'on la viole.

Quelque louables, au point de vue social, que soient les desiderata des hygiénistes administratifs, quelque raison qu'ils puissent avoir, pour la lutte contre les fléaux sociaux, il ne faut pas employer ces moyens détournés, alors que l'article 378 du code pénal est rédigé en des termes absolus, ne comportant que l'exception de la décla-

ration des maladies contagieuses (lois de 1892 et de 1902).

S'il est véritablement démontré que les statistiques d'hygiène pourraient servir à quelque chose, s'il est prouvé que la géographie des foyers épidémiques sera d'une certaine utilité, si les pouvoirs publics locaux peuvent s'assurer le concours des médecins praticiens, pour aider la tâche des hygiénistes officiels, que les syndicats médicaux soient alors invités, par les pouvoirs publics, à étudier, avec des juristes, le texte de loi, modifiant les termes de l'article 378 du code pénal, en ce qui concerne la déclaration des causes des décès.

Mais, en attendant que cette loi soit votée, taisons-nous, dans l'intérêt de nos malades et de la paix publique, d'abord, et aussi dans notre propre intérêt, pour conserver la virginité de notre casier judiciaire.

D[r] Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

La névrose révolutionnaire

Au cours des grands troubles politiques et sociaux que nous appelons des Révolutions, les groupements humains qui constituent les foules, subissent de véritables accès de délire collectif, analogues aux troubles mentaux qui frappent les individus. Sous l'influence des crises politiques, religieuses ou économiques, le corps social tout entier tombe dans un état véritablement pathologique qui prédispose les foules à leurs accès d'enthousiasme, de frayeur ou de férocité.

Dans un volume très documenté et très intéressant publié en 1906, le D[r] Cabanès, en collaboration avec le D[r] L. Nass, avait étudié les manifestations de cette sorte de *névrose* collective au cours de la Révolution française. Les mêmes auteurs, vingt ans après, viennent de donner une nouvelle édition de cet ouvrage, édition considérablement augmentée, puisqu'elle comprend deux volumes, abondamment illustrés (1). Les troubles politiques et sociaux qui ont précédé ou suivi la grande guerre, la chute de tant de trônes, les évènements révolutionnaires et contre révolutionnaires dont l'Allemagne, la Bavière, la Hongrie, la Turquie, la Bulgarie, la Grèce, l'Italie, l'Egypte, l'Espagne, la Chine, la Perse, le Mexique, et surtout la Russie ont été les sièges, donnent au livre de MM. Cabanès et Nass un grand intérêt d'actualité, bien qu'ils se bornent à l'examen des accès de délire populaire durant la Révolution française de la fin du XVIII[e] siècle.

***

Cabanès et Nass examinent d'abord les *Instincts de la foule* et au premier rang de ces instincts est la peur. Cette peur collective s'est manifestée de tous temps, avec des raisons plus ou moins sérieuses, souvent sans de véritables raisons. Les paniques, si fréquemment décrites au cours de l'histoire, tiennent une grande part dans les Révolutions, parfois même précèdent la crise comme une sorte d'*aura*. Telle fut la *Grande Peur* qui régna en France et surtout dans le centre de la France, en 1789, et fut le pressentiment des graves évènements que tout le monde attendait et qui allaient se produire.

Les Assemblées délibérantes : Etats Généraux, Constituante, Législative, Convention, furent atteintes de troubles psychopathologiques que les clubs populaires plus énergiques, parce que plus homogènes, provoquaient et faisaient évoluer. Dans ces réunions d'hommes exaltés, les tirades éloquentes, les verbes sonores avaient une action véritablement magique et une sorte de mysticisme s'emparait de ces Assemblées, gagnant tous les partis et donnant lieu à des manifestations brusques de surenchère, parfois généreuse comme la nuit du 4 août, par exemple.

Dans les mouvements populaires, la cruauté sanguinaire allait jusqu'au sadisme et rappelait les scènes des Vêpres Siciliennes, de la Saint-Barthélemy, de l'assassinat de Concini. A la prise de la Bastille, la foule fut féroce envers le gouverneur Launay, et quelques jours plus tard eurent lieu les meurtres de l'intendant Foulon et de Berthier dans des circonstances au moins aussi atroces. Les massacres de septembre furent commis par des petits bourgeois, des boutiquiers, des artisans, des employés et non par la lie du peuple. La folie sadique fut portée à un tel point que ces malheureux, ivres de sang, furent se livrer aux plus basses cruautés et aux pires excès sur les orphelines de la Salpêtrière. Le martyre de la princesse de Lamballe, à qui, à tort ou à raison, on reprochait ses mœurs déréglées, et qui avait eu le triste courage de revenir d'Angleterre pour partager le sort de Marie-Antoinette, est l'exemple le plus abominable de cette folie collective. Le sadisme se manifestait encore furieusement dans les fessées civiques, administrées par les tricoteuses et les dames des Halles aux religieuses et aux dames de qualité, en attendant qu'elles choisissent dans leurs propres rangs leurs victimes.

(1) D[r] CABANÈS et L. NASS. — La névrose révolutionnaire. Albin Michel, édit., Paris. Deux volumes, prix : 20 francs.

Les Révolutionnaires à l'époque de la Terreur furent pour la plupart des persécutés persécuteurs. C'est à la peur que l'on attribue la férocité implacable de Fouquier-Tinville, qui cependant avait la réputation d'un homme honnête et accessible à la pitié quand, avant 1789, il était procureur au Châtelet.

Carrier, à Nantes, opérant de terribles représailles contre les Chouans qui s'étaient, en Vendée, montrés tout aussi atrocement cruels, était devenu un véritable fou furieux. Jules Lebon et Collot d'Herbois à Lyon furent des maniaques aussi violemment féroces.

Beaucoup de révolutionnaires et d'aristocrates ne se faisaient aucune illusion sur le sort qui les attendait et avaient un suprême mépris de la mort.

Les Girondins, Charlotte Corday, Madame Roland, Bailly, Barnave, Chénier, Danton, Hébert, Chaumette, Chabot, Anacharsis Clootz, Robespierre et ses amis firent preuve du plus grand courage devant la guillotine. A la même époque, il y eut une véritable épidémie de suicides : Clavières, Roland, Barbaroux, Buzot, Pétion, Condorcet, Le Bas, nombre de Montagnards, Romme, Babœuf, Darthé, se donnèrent la mort.

Dans les prisons où régnaient la promiscuité la plus grande, une véritable folie érotique possédait les détenus, qui cependant attendaient une très prochaine mort. Il est vrai que plusieurs femmes recherchaient par une grossesse à faire surseoir à leur exécution, espérant ainsi le salut.

La phraséologie révolutionnaire est encore une caractéristique de la névrose, mais quelle différence entre le demi-argot du *Père Duchesne* que rédigeait le tartuffe Hébert, les violences du fou sanguinaire Marat, dans l'*Ami du Peuple*, la froide distinction et le féroce mysticisme de Robespierre, l'esprit gavroche du pamphlétaire Camille Desmoulins, l'éloquence passionnée, vibrante, bien que souvent incorrecte, du fougueux Danton.

Le vandalisme révolutionnaire et sa bande d'iconoclastes a causé la perte de nombre de chefs d'œuvre. Qui ne déplore aujourd'hui la mise à sac de Saint-Denis et des tombeaux des rois de France, les destructions des plus belles statues, la dispersion des bibliothèques ? Pris de la névrose révolutionnaire, des lettrés comme La Harpe demandaient la mutilation des reliures des livres de la bibliothèque nationale qui portaient le chiffre du Roi, d'autres faisaient détruire des tableaux de maîtres aux sujets religieux, briser l'Horloge du Palais de Germain Pilon, détruire le monument de Mansart par Coysevox à St-Paul, celui de Pouthier par Lebrun à St-Nicolas-du-Chardonnet, les œuvres de Bouchardon à St-Sulpice. Lakanal, qui chercha à arrêter cette fureur de vandalisme, atteint lui-même de la névrose, avait fait cependant démolir l'église de Roquebrune, les châteaux de Duras, de Cozas, de Pardaillan dans le Lot-et-Garonne pour construire les écluses du canal du Drot. Lenoir parvint à sauver le chef d'œuvre de Girardon, le tombeau de Richelieu, que les soldats d'Hanriot, casernés dans l'Eglise de la Sorbonne, commençaient à mutiler. Il est juste toutefois de reconnaître qu'en dehors de toute révolution, nombre de chefs-d'œuvre ont été détruits par l'insouciance, l'ignorance et le mauvais goût d'administrateurs et de prêtres dont le devoir eût été de les protéger.

Avec une puérilité de maniaques, les révolutionnaires s'acharnèrent à débaptiser les rues et les communes. La ville de Saint-Denis devint Franciade, Saint-Cloud fut Cloud tout court, Saint-Lô s'appela Rocher-de-la-Liberté, Saint-Eloy devint Loi, Souillac se transforma en Trente-et-un-Mai, Granville devint la Victoire, Saint-Malo, Port-Malo et Saint-Servan, Port-Solidor. A Paris on eut désormais les rues Antoine, Honoré, Roch, les faubourgs Marceau et Germain. Mont-de-Marsan fut nommé Mont-Marat et Compiègne, Marat-sur-Oise. Nous ne pouvons reproduire toutes les cocasseries qui résultèrent de ces débaptisations. Pour punir Marseille, Barras la fit appeler Sans-Nom, pour récompenser l'île de Ré, elle devint : La Montagne-Ile-Républicaine.

Les jeux de cartes et les échecs furent considérés comme subversifs ; on les transforma. Les rois deviennent des Sages ou des Génies, les Dames des Vertus ou des Libertés, les Valets des Braves ou des Egalités, les As des Lois. Aux Echecs, le Roi devint le Drapeau, la Reine, l'Adjudant, les tours, des canons, les chevaux, des cavaliers, les fous, des dragons.

Le Calendrier républicain, projeté par Romme, fut l'œuvre de Fabre d'Eglantine qui voulait donner aux citoyens par ce nouveau calendrier l'amour des champs et le goût de l'agriculture.

Les prénoms devinrent stupéfiants ; un Sans-culotte appela son fils Marat-Couthon-Pique et sa fille, Civilisation-Jemmapes-Victoire-République. Il y eut des Ail-Pavot, des Blé-Fer, des Rhubarbes. Des jeunes filles furent dénommées Potiron-Rose et même Phytogynéanthrope (femme enfantant des guerriers).

La mode ne fut pas moins extravagante, le contraire eût étonné.

Le tutoiement devint de rigueur par respect de l'égalité et de la fraternité. Le 21 août 1792, la commune de Paris rendit un arrêté qui substituait les qualificatifs de Citoyen et Citoyenne à Monsieur et Madame.

Le théâtre fut aussi sans-culottisé. On joua l'*Orgie royale*, le *Branle des Capucins* ou le *Mille et unième tour de Marie-Antoinette*, la *Chasse aux bêtes puantes et féroces*. Les pièces de théâ-

tre prenaient parfois des allures frondeuses : l'*Ami des Lois*, faisait allusion aux Jacobins et malmenait, sans les nommer, Robespierre et Marat. Il y eut des pièces anticléricales l'Abbé : mis au pas, la Papesse, A bas la Calotte; des pièces patriotiques : La Prise de la Bastille, hiérodrame, tiré des livres saints par Désaugiers. On joua Brutus. La Censure avait de singulières susceptibilités : Le Mariage de Figaro fut interdit comme contre-révolutionnaire. Néanmoins Robespierre ne toléra pas qu'on ridiculisât les choses de la religion, il fit interdire le *Tombeau des Imposteurs*, la *Fête à la Raison* de Grétry, la *Sainte-Omelette*, pièce capucinaire.

La poésie révolutionnaire fut surtout composée de chansons populaires, d'hymnes officiels, les unes fort belles, les autres puériles.

La névrose révolutionnaire prit encore parfois le caractère religieux. Si Hébert, Chaumette et les membres de la Commune passaient pour athées, Robespierre était un déiste mystique.

Le décadi 20 brumaire, an II, l'on célébra à Notre-Dame la fête de la Déesse Raison, représentée par Mlle Maillart, actrice du théâtre des Arts. Mais le culte de la Raison tomba dans le grotesque en voulant imiter les rites catholiques. Robespierre voulut alors inaugurer le Culte de l'Etre suprême et le 20 prairial, sous le pontificat de Robespierre, eut lieu la célèbre cérémonie dont David avait réglé tous les détails.

A côté de ce mysticisme officiel, se manisfestèrent les excentricités d'exaltées et d'illuminées. Suzette Labrousse fut une visionnaire qui, après avoir été catholique, mystique, prêcha le nouveau régime libérateur dans le Midi.

Catherine Théot était une véritable aliénée ; entichée de Robespierre, et d'un ex-Chartreux, dom Gerle, elle créa une secte qui eut un instant de vogue. Le Comité de sûreté générale la fit néanmoins arrêter et elle mourut en prison.

Olympe de Gouges, Théroigne de Méricourt, Cécile Renaud, Aspasie Carlemigelli, Rose Lacombe et autres se livrèrent à des excentricités qui finirent assez mal pour certaines d'entre elles.

Nous avons, dans cette énumération rapide, indiqué les sujets que traite l'ouvrage des Drs Cabanès et Nass. L'intérêt de leurs livres est surtout, comme on peut s'en rendre compte dans les détails, les anecdotes, les documents que nous n'avons pu même résumer. La névrose révolutionnaire n'est pas une conception de l'esprit, mais une réalité et nous citerons pour conclure avec Cabanès et Nass la phrase de Jean JAURÈS, un bon juge en l'espèce, qui dans la partie de son *Histoire socialiste* ; sur *La Convention*, a écrit ; « *Les Révolutions sont la forme barbare du progrès. Si noble, si féconde, si nécessaire que soit une Révolution, elle appartient toujours à l'époque inférieure et semi-bestiale de l'humanité* ». Beaucoup d'admirateurs de Jean Jaurès n'ont certes pas lu ou n'ont pas médité cette phrase du grand orateur.

J. NOIR.

AUTOUR DES THÉATRES

La saison théâtrale continue sa brillante reprise par les représentations très spéciales offertes par le *Théâtre des Arts* : LE JUIF DU PAPE.

Aucun des spectateurs du *Juif du Pape* ne pourrait reprocher à M. Edmond Fleg d'être un mainteneur de conventions. Il dote le Théatre des Arts d'une pièce d'un esprit et d'une facture d'un genre très particulier, poignante, maîtresse du public, qu'elle étreint dans une action seulement constituée par une double et magnifique exaltation de la conscience humaine.

Un nouveau Pape est élu, un Médicis, Clément VII. Son rève est d'être le reflet du Dieu de la paix et de la bonté. En vain, à l'aurore de son règne, cardinaux et inquisiteurs lui prêcheront la guerre et la persécution des Juifs, comme idées absolues de son pontificat. Il se refusera aux manifestations des armes, ainsi qu'à la violence sur ceux qui prient le Messie au retour espéré, et s'inclinent en l'attendant devant la papauté souveraine.

Il a pour ami, un Juif, Molco, idéaliste sublime, épris comme lui de cet amour de la paix et des hommes en une époque où tous les peuples s'entretuent, où toutes les croyances anciennes et naissantes clament leur Foi à travers toutes les persécutions.

Et c'est ici qu'apparaît le seul personnage comique de la pièce. Du ghetto, inquiet de l'amitié du Pape et du Juif, des craintes s'éveillent. Ces liens du cœur ne sont-ils pas dangereux pour la Tribu ?

Latino, Juif de Rome, le redoute. Il a l'habitude des compressions sous toutes leurs formes, impôts, persécutions. Il n'aime pas les apôtres errants, ces gêneurs. Leurs maximes répétées entravent les affaires. Molco doit disparaître....... L'inquisition est là, il s'en lave les mains.

Le médecin de Clément VII, jaloux de l'intrus, s'abouche avec le St-Office. Il empoisonne le Pape que sauvera un contre-poison administré par Molco. Malgré tout, le tribunal religieux torture le Juif. Ceux de sa race le frappent d'anathème.

Clément apparaît, Molco est sauvé.

Les deux hommes ont été vaincus par la guerre et la haine. Ils se séparent, ils poursuivront chacun la tâche rêvée, et en vain le Juif errant, les yeux désespérés vers l'Orient, attendra toujours l'image du Messie.

Ce drame, ce mystère, plutôt, nous est dit dans des vers mystiques, très prenants, dont la forme n'est cependant pas à conseiller aux candidats bacheliers de cette semaine.

M. Edmond Fleg enrichit son domaine littéraire d'une nouvelle belle œuvre. Si des applaudissements mérités ont marqué plusieurs des douze tableaux, ils s'adressaient beaucoup plus aux sentiments exprimés qu'à la pièce elle-même. Et douze tableaux, c'est un peu long.

La Compagnie fut, comme à son habitude, très applaudie. M. Pitoeff se posa visionnaire, Mme Pitoeff, moinillon extatique, n'avait rien de Clément (Jacques). Le Pape Clément VII, incarné par M. Jean d'Yd, généreux et rempli de sa science, justifie sa sculpture à la Minerve. M. Jean Hort est un nouveau Juif qui ne serait pas dépaysé en Bourse, et les inquisiteurs sont féroces comme il convient.

Tout cela se déroule dans des décors cubiques d'une ingénieuse machination. Mais, puisque nous sommes à moitié en *Israël et son Messie* au flanc meurtri, plaignons aussi le pauvre Colysée, apparu violet, suite de nouvelles meurtrissures, sans doute.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Assemblée Générale du 15 novembre 1925

L'Assemblée générale est ouverte à 5 h. 1/2, sous la présidence de M. MAURAT, président, assisté des membres du Conseil et de Mes NATTAN-LARRIER et Bernard AUGER.

Modifications des Statuts.

M. le Président expose que le Conseil a décidé de proposer à l'Assemblée générale de modifier divers articles des statuts et règlements dont il va donner lecture à l'Assemblée.

Article 2. — Remplacer cet article par le suivant:

Article 2. — *Le but de la ligue est de fournir son influence, ses conseils juridiques, avec consultations d'avocats spécialisés, son appui moral et, s'il y a lieu pécuniaire, à ceux de ses membres qui se trouveraient lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent de leurs droits professionnels et de les soutenir dans toutes les difficultés professionnelles dont la solution intéresse le corps médical tout entier.*

La ligue n'est pas une agence de recouvrement des notes d'honoraires.

En outre, elle couvre chacun de ses adhérents contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient leur être intentées pour des actes cliniques ou thérapeutiques accomplis par eux, jusqu'à concurrence de la somme fixée chaque année par l'assemblée générale et ce au moyen de la caisse de garantie instituée à cet effet.

M. FOVEAU DE COURMELLES. — Le médecin propriétaire d'une maison de santé serait-il garanti en cas d'accident causé par une infirmière qui, par exemple, brûlerait un malade avec une bouillotte trop chaude ?

M. GASSOT. — Non. Le « Sou » ne peut couvrir que lorsque c'est le médecin lui-même qui cause l'accident.

M. BOUDIN. — Nous couvrons nos seuls adhérents. Lorsqu'un médecin accomplit un acte clinique ou thérapeutique, avec des aides, qu'il dirige, c'est le docteur qui est civilement responsable. Mais si certains médecins font de l'exploitation industrielle ou commerciale de la médecine, comme cela est arrivé et comme nous le voyons dans certaines officines louches, nous ne pouvons couvrir les actes thérapeutiques faits par une infirmière alors que le médecin est absent, ou qu'il soigne d'autres malades. Ce sont les actes de notre adhérent seul qui doivent être couverts.

M. LE PRÉSIDENT. — Nos deux avocats conseils nous disent qu'ils préfèreraient l'ancienne formule du paragraphe 2 sur le recouvrement des honoraires.

M. LEVASSORT. — Messieurs, je ne voudrais pas du tout faire échec à ce que viennent de demander nos avocats conseils. Je crois que lorsqu'il a été question de la modification de cette portion de l'article, je suis l'un de ceux qui ont demandé qu'on laisse un peu de vague dans cette rédaction. En effet, la rédaction actuelle dit ceci : en aucun cas, le « Sou » ne pourra se charger du recouvrement des notes d'honoraires. Or, il est bien entendu que si nous demandions au « Sou médical » de se charger du recouvrement des notes, ce serait faire du « Sou médical » une Agence de recouvrements. Mais, dans la rédaction proposée qui, je crois, a été faite à mon instigation, on a seulement voulu mentionner ceci : c'est que le « Sou » n'est pas une agence de recouvrement ; si, cependant, une note d'honoraires se trouvait contestée dans des conditions telles que l'intérêt général se trouverait à ce moment mis en jeu, le « Sou médical », dans ce cas particulier, jugerait que le procès peut être au besoin soutenu par lui, bien qu'il ne soit pas une agence de recouvrement ; il prendra le lieu et place du confrère lésé, s'il s'agit d'un conflit d'ordre général.

M. GASSOT. — Le « Sou » ne peut prendre la place d'aucun confrère. Nous pouvons donner

des consultations, même l'appui pécuniaire, mais nous ne pouvons pas prendre la place d'un confrère.

Me AUGER. — Je voulais simplement faire remarquer que la rédaction actuelle était préférable à la rédaction proposée, puisqu'elle affirmait simplement que le « Sou » n'est pas une agence de recouvrements. Le docteur LEVASSORT fait observer qu'il est des cas où les recouvrements d'honoraires soulèvent des questions juridiques. Il peut se faire que, dans les cas intéressants, le « Sou » défende le confrère. Mais l'ancienne rédaction ne fait aucunement obstacle à ce que le « Sou » accorde l'appui pécuniaire au confrère.

On peut supprimer les mots : « en aucun cas ».

M. LEVASSORT. — Tout à l'heure, FOVEAU DE COURMELLES vous a posé une question. Je ne voudrais pas revenir à ce qui s'est passé au Conseil. FOVEAU DE COURMELLES vient de dire : je suis radiologue, je fais un traitement. Je m'absente un instant, et je laisse le malade à une infirmière, sous ma responsabilité; en cas d'accident, imputable à cette infirmière, serai-je couvert ?

M. LE PRÉSIDENT. — L'infirmière n'est pas couverte par le « Sou ».

M. LEVASSORT. — Dans les compagnies d'assurances qui couvrent la responsabilité médicale, est-ce que les faits du genre de ce que nous indique FOVEAU DE COURMELLES sont couverts? C'est une question que je pose. L'accident peut se produire aussi bien dans une maison de santé.

M. DECOURT. — Il faut nous entendre une bonne fois là-dessus. Nous sommes une société confraternelle. Le « Sou médical » assure les confrères dans la pratique de leur art personnel. S'il se fonde de grands établissements de médecine, qui ont des médecins chefs et d'autres médecins, que chacun d'eux s'assure au « Sou ». A côté, il y a toute une armée d'infirmières, d'infirmiers, de garçons de salles. L'assurance sera pour le médecin, et non pour toute l'armée qui est derrière lui.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous n'assurons que l'acte médical pratiqué par le médecin lui-même. Ceci dit, je mets aux voix l'article 2, dont je vous ai donné lecture, en remplaçant le paragraphe 2 par le suivant :

« *Toutefois la Ligue, n'étant pas une agence de recouvrement, ne peut se charger de l'encaissement des notes d'honoraires.* »

Cette modification est adoptée à l'unanimité.

M. X. — Pourquoi ne pas porter la garantie à 100.000 fr. ?

M. LE PRÉSIDENT. — Nous en parlerons tout à l'heure.

Le Conseil propose de remplacer l'article 13 actuel des statuts par le suivant :

Article 13. — *La cotisation annuelle exigible des membres de la ligue est fixée chaque année par l'assemblée générale. Elle comprend la somme affectée aux dépenses de défense professionnelle et d'administration et celle affectée spécialement à la Caisse de garantie prévue par l'article 2.*

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose de modifier comme suit l'article 14 :

Article 14. — *Remplacer, in fine, les mots* : « *fixés à un franc cinquante* », *par* « *fixés par le Conseil d'administration* ».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité (1).

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose d'ajouter, à la fin de l'article 14, les mots : « *par le trésorier* ».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Dans l'article 18, le Conseil propose, entre les mots : « un secrétaire-adjoint » et les mots : « un trésorier-adjoint » : « d'ajouter « *un trésorier* ».)

Le trésorier a été simplement oublié.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Puis l'ensemble des modifications apportées aux statuts est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Modifications au Règlement intérieur.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose, pour rectifier une simple erreur de numéros d'articles, de remplacer, dans l'article 11 du règlement de la Caisse de garantie, les mots : « en vertu des articles 10 et 11 » par les mots : « *en vertu des articles* 9 *et* 10 ».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Modifications au règlement de la Caisse de garantie

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose de remplacer l'article 1er de ce règlement par le suivant :

Article 1er. — *La Caisse de garantie a pour but de couvrir les membres du* « *Sou médical* » *contre les actions en responsabilité qui pourraient leur être intentées devant la juridiction civile ou les juridictions répressives, à l'occasion des actes médicaux, chirurgicaux, de spécialistes ou pharmaceutiques* (*propharmaciens, article* 27 *de la loi du* 21 *Germinal an XI*), *accomplis personnellement dans l'exercice régulier et normal de leur profession.*

M. X. — Demande si cette nouvelle rédaction couvre la responsabilité des remplaçants.

M. BOUDIN. — Lorsqu'un remplaçant est docteur en médecine, le remplaçant est responsable de ses actes, puisqu'il est docteur. Lors-

(1) Pour l'année 1926, le chiffre est fixé provisoirement à deux francs. Il serait modifié si les tarifs postaux annoncés l'exigeaient.

qu'un remplaçant n'est pas docteur en médecine, le remplacé ne peut être responsable des actes de son remplaçant, s'il a eu soin de se conformer à la prescription légale de faire approuver son remplacement par le Préfet.

La modification proposée est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose de remplacer le premier paragraphe de l'article 2 du règlement de la Caisse de garantie, par le paragraphe suivant :

Article 2. — *Cette garantie est donnée jusqu'à concurrence de la somme fixée chaque année par l'assemblée générale.*

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil propose de remplacer comme suit la première partie de l'article 5 du règlement de la Caisse de garantie :

Article 5. — *La Caisse de garantie est alimentée :*

1° *Par un prélèvement sur la cotisation annuelle de chacun des membres du « Sou médical » dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale.*

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Puis l'ensemble des modifications au Règlement de la caisse de garantie est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Fixation de la garantie et de la cotisation pour l'année 1926.

Sur la proposition du Conseil d'administration, et en exécution des modifications statutaires qui viennent d'être votées, l'Assemblée générale, à l'unanimité, fixe :

A QUARANTE FRANCS (au lieu de 25) la cotisation, sur laquelle SIX FRANCS sont affectés spécialement à la caisse de garantie.

A SOIXANTE-DIX MILLE FRANCS (au lieu de 50.000) la somme jusqu'à concurrence de laquelle le « Sou » garantit la responsabilité civile de ses membres, les frais judiciaires étant garantis en plus de cette somme.

Le Président ajoute que le journal *Le Concours médical* a décidé de garantir la responsabilité civile de ses membres du « Sou Médical », qui seront en même temps ses abonnés, jusqu'à concurrence de TRENTE MILLE FRANCS.

Cette somme venant s'ajouter aux 70.000 francs garantis par le « Sou », les membres du « Sou », abonnés au *Concours*, se trouveront donc garantis pour CENT MILLE FRANCS.

M. JACOB. — Je fais remarquer que l'Assemblée est peu nombreuse : elle ne réunit sans doute pas le quorum et nous ne pouvons prendre une décision qui pourrait ne pas être acceptée. L'augmentation de la cotisation est une modification aux statuts.

M. DUCHESNE. — Ceci a été exposé tout au long dans un numéro du *Concours* qui a été envoyé à 24.000 médecins français.

M. GASSOT lit l'article 23 des Statuts, aux termes desquels « l'assemblée générale statue souverainement quel que soit le nombre des membres qui la composent ».

M. DUCHESNE. — Il arrive souvent que le Sou Médical est sollicité d'intervenir dans des cas qui ne sont pas absolument des cas d'exercice de la médecine.

Nous avons dû refuser d'intervenir parce que la caisse n'était pas suffisamment garnie.

M. DASSONVILLE. — Mais actuellement vous avez accumulé des capitaux.

M. GASSOT. — Il faut qu'il y ait une certaine réserve ; au 31 décembre, supposez que le « Sou » n'existe plus, nous avons toutes sortes de choses qu'il faudrait payer. Nous avons des affaires en cours en Conseil d'Etat, à la Cour de Cassation, etc. ; il faudra que nous les payions et que nous ayons les sommes nécessaires à cet effet.

M. BOUDIN. — Avant la guerre, vous versiez 20 fr. or. Nous payions nos frais de procès, d'avocats et tout, en or. Actuellement, nous vous demandons 40 francs à verser au lieu de 20 fr. or. Comment voulez-vous que nous puissions accumuler l'argent ?

M. DUCHESNE. — Notre confrère ne nous fait aucun reproche et veut seulement constater que c'est grâce aux réserves de la Caisse spéciale que celle-ci peut augmenter le chiffre de la garantie.

Rapport du secrétaire général.

M. BOUDIN. commente brièvement son rapport, qui a été publié dans le numéro du 18 octobre dernier du *Concours médical* et recueille les applaudissements de l'assemblée.

Comptes de l'exercice 1924.

M. GASSOT, trésorier, rappelle que son rapport sur les comptes de l'exercice 1925 a été publié dans le numéro du 25 octobre dernier du *Concours médical*. Il en cite les principaux chiffres et les commente.

M. VILPELLE, l'un des commissaires des comptes, donne lecture du rapport suivant :

Le trésorier du « Sou » nous a présenté ses livres, qui sont tenus dans la perfection et nous avons constaté la parfaite concordance entre les chiffres des livres et les chiffres du rapport paru dans le *Concours* du 25 octobre. Toutes les explications que nous avons demandées nous ont été données avec la plus grande clarté ;

nous avons pu ainsi nous rendre compte que les recettes réelles étaient de 110.233 fr. 13 et que les dépenses de frais de gestion, c'est-à-dire frais généraux, secrétariat général, service des accidents du travail, service fiscal, dépassaient à peine vingt mille francs, somme infime si on la compare à la somme de travail que se donnent les dirigeants du « Sou ». Vous savez tous, quels services nous rend cette société de défense professionnelle ; mais beaucoup d'entre vous ignorent le labeur de nos confrères qui suivent les procès en cours, le temps qu'ils consacrent à répondre aux milliers de lettres de confrères demandant des conseils, des consultations juridiques, des renseignements.C'est là une lourde tâche qu'ils accomplissent modestement et pour ainsi dire presque gracieusement et il est de notre devoir de leur adresser nos remerciements bien mérités.

Nous vous proposons donc d'approuver les comptes du trésorier et de le remercier aussi de la peine qu'il se donne pour si bien gérer nos deniers.

La vérification du portefeuille — bons de la défense nationale, obligations de chemins de fer, dont les certificats de dépôt nous ont été présentés — a montré que les valeurs sont conformes à l'énumération qui figure au rapport du trésorier.

Dr J. Jacob. Dr Vilpelle.

Le Président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1924.

Elle est votée à l'unanimité.

Election de 5 membres du Conseil d'administration.

Aux termes des Statuts, le Conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

La série sortante cette année est composée de : M. Vimont, vice-président, M. Paul Boudin, secrétaire général, MM. Chapon, Levassort et Molinéry, administrateurs.

Tous sont rééligibles.

Tous les administrateurs sortants sont réélus, à l'unanimité.

Election des commissaires contrôleurs.

Aux termes des statuts, deux commissaires contrôleurs doivent être nommés, chaque année, par l'Assemblée générale, pour l'examen des comptes.

Les commissaires sortants sont MM. Vilpelle et Jacob. Ils sont rééligibles.

Sur la proposition des membres de l'TAssemblée, MM. Vilpelle et Jacob sont élus, à l'unanimité, commissaires contrôleurs pour l'exercice 1925.

Questions diverses.

La parole est donnée à M. le Dr Hervé, de Lamotte-Beuvron, qui a manifesté le désir de faire une communication à l'Assemblée sur le régime fiscal des maisons de santé.

M. Hervé. — Je voudrais vous dire quelques mots d'une situation qui n'intéresse pas l'ensemble des membres du « Sou », mais qui peut nous intéresser tous demain ; c'est la situation des médecins, directeurs de maisons de santé, devant le fisc. Jusqu'à l'année dernière, il avait été admis que le principal entraîne l'accessoire, que le médecin qui hébergeait, qui nourrissait des malades pour les soigner, ne faisait que continuer l'acte médical. Toutes les administrations acceptaient que nous définissions ainsi l'acte médical. A l'abri d'une décision de la Cour de Cassation, décision du reste contestée par Me Auger, le fisc prétend nous considérer comme des commerçants. Pour lui, nous sommes des commerçants, et complètement, non seulement lorsque nous recevons des malades, mais lorsque nous donnons des soins médicaux. Nous avons protesté, nous avons fait des démarches multiples, nous avons remué tout le monde au Ministère. Nous revenons les mains presque vides. Nous nous sommes trouvés en présence d'une administration extrêmement dure, campée sur un territoire qu'elle ne veut pas quitter. Nous n'avons pu obtenir que des mesures moratoires. Le Conseil d'Etat saisi a décidé que cette décision est contraire à nos intérêts, mais elle est aussi contraire aux intérêts de l'ensemble du corps médical.Il prétend taxer non seulement nos actes commerciaux, mais aussi nos honoraires médicaux et chirurgicaux. Sortant du cadre de la maison de santé, il y a des exemples où l'administration a prétendu inquisitionner chez le médecin. Elle a été chez un radiologue lui demander l'inventaire de ses appareils pour le taxer. Nous sommes sur une pente où nous serons touchés demain ou après-demain. L'administration a la prétention de relever dans nos livres le nombre de nos clients. Elle dépasse la mesure et quoique nous ayions fait, nous n'avons rien obtenu, sinon de cacher sur nos livres, au jour où le contrôleur viendrait, le nom de nos clients — mais nous devons, d'après le fisc, montrer le chiffre d'honoraires que nous avons fait. Je vous demande de dire si cette prétention du fisc est acceptable et si nous devons être considérés comme des commerçants. Nous protestons non seulement par des démarches que nous avons faites auprès de l'administration, mais nous protestons également devant les tribunaux et nous avons la satisfaction de vous dire que déjà, un jugement du tribunal de commerce de la Seine nous a donné raison. Une question que nous avons aidé à soulever a été portée devant le tribunal de commerce de la Seine qui a décidé que nous n'étions pas des commerçants. Nous portons main-

tenant la question devant la Cour d'Appel et tâcherons de faire revenir la cour de Cassation sur une décision qu'elle avait prise en ce qui concerne les accidents du travail. Nous ne vous demandons pas l'appui pécuniaire, mais nous vous demandons surtout de nous soutenir moralement, et de donner à votre bureau les pouvoirs pour que nous soyons soutenus dans cette lutte qui est grosse de conséquences. A côté de cette question, il y en a une autre qui s'est greffée. Un de nos collègues du Mans vient d'être invité à se faire inscrire au registre du commerce, sous prétexte que nous sommes des commerçants. Nous allons encore entamer une lutte. Je vous demande de vouloir bien appuyer par une vote et par un vœu le recours que nous faisons devant les juridictions compétentes.

Me Auger. — En général l'individu qui achète pour revendre doit être considéré comme un commerçant, car il a en vue de réaliser un bénéfice. Cela peut être vrai pour les maisons de santé en général. Ces maisons n'ont pas pour objet l'exercice de la médecine, cela leur est indifférent. Elles louent aux médecins les services de leur personnel spécialisé, et leurs appareils. Mais si vous considérez un chirurgien, qui, pour pouvoir opérer, ouvre une petite maison contenant une dizaine de chambres, ce n'est pas pour gagner de l'argent au moyen de son entreprise, mais pour gagner sa vie comme chirurgien. Je considère donc que le fisc fait fausse route quand il veut assimiler les directeurs de maisons de santé à des commerçants.

La distinction est quelquefois assez délicate, parce qu'il est difficile de faire la différence entre la maison de santé commerciale et celle qui ne l'est pas. Le syndicat a préféré ne pas soutenir la lutte quand il ne s'agit pas de maisons purement médicales, lorsque le traitement n'est pas l'essentiel de la fonction de ces maisons. Il n'y a pas de doute à avoir et il est important pour la profession médicale de faire juger le cas des maisons de santé. Si vous délaissez une branche de votre profession, vous verrez d'autres branches avoir à leur tour le même sort. Le pharmacien est un commerçant, le médecin propharmacien pourrait être assimilé aux commerçants. Il serait obligé de souscrire au registre du Commerce, de payer une patente, un droit fixe et proportionnel, non pas sur tout son outillage comme on a prétendu le faire pour votre confrère du Mans. Je crois qu'il est essentiel que nous nous mettions en travers pour faire établir la distinction entre les professions commerciales et celles qui ne le sont pas.

Cette question présente un intérêt moral. Il est aussi question du secret professionnel. On a le droit de coller des bandes de papier sur le registre de noms des clients. Croyez-vous que ce soit pratique de présenter son livre avec une bande de papier qu'on met en regard des noms et le contrôleur n'aura-t-il pas la curiosité de soulever la bande de papier pour voir ce qu'il y a dessous ? Tous les médecins seront pris dans l'engrenage, parce que tous les médecins perçoivent une somme globale.

Il y aura des cascades de vérifications et d'inquisitions, sans parler des pénalités. Il est essentiel, dans l'intérêt de la profession médicale, que les médecins s'élèvent tous contre la prétention de l'administration.

M. Jacob. — Il faut faire une distinction entre la maison de santé commerciale, et les chambres du service d'un chirurgien. Si on ne veut pas tomber dans la maison de commerce, purement et simplement, comme dans le cas que nous signale notre confrère, il n'y a qu'un moyen, c'est de supprimer les agissements de certaines maisons de santé, avec toutes espèces de ristournes, prix fixés majorés, etc.

M. Hervé. — Il est très facile de répondre à cette objection. Il serait difficile de faire la discrimination sur la base que vous indiquez entre la maison de santé commerciale et celle qui ne l'est pas. Vous aurez toujours quelques petites choses à côté. Il existe un tas de petites maisons de santé, où le chirurgien est chez lui, soit comme propriétaire, soit comme locataire. Ceux-là sont intéressants. Nous sommes un syndicat de médecins directeurs de maisons de santé privées. Nous gardons des maisons de santé qui ont un caractère commercial.

Me Auger. — J'ai une vu grande quantité de chirurgiens de province et même de la banlieue qui ont une petite maison de santé. Ils prennent des prix de journées qui varient entre 20 et 50 fr. Pour ce prix-là même, ils ne vous exploitent pas. A ce prix, il faut ajouter une somme fixe pour les pansements, et pour les frais cliniques et chirurgicaux.

M. Hervé. — Pour compléter cette discussion, vous avez une série de maisons de santé qui correspondent ce que dit Me Auger. Le fisc a eu la prétention, pour le médecin qui n'avait pas pris la précaution de faire un bilan régulier, de l'imposer d'office comme bénéfices sur 20 % de son chiffre d'affaires. J'ai écrit à tous nos confrères et j'ai reçu pas mal de réponses. De cette documentation, il résulte que les 4/5 des confrères qui ont des maisons de santé perdent. Ils ont créé une maison de santé pour avoir des honoraires à eux, mais ils ne gagnent rien sur leur maison de santé.

Il faudrait, pour chaque maison de santé, établir le pourcentage de la partie hôtelière ; il sera différent dans une maison de tuberculeux, de nerveux. Nous avons demandé à établir un pourcentage. Nous avons établi, qu'il y aurait, tant pour la partie hôtelière et tant pour la partie médicale. On établit, dans certaines maisons

que la partie hôtelière est de 23 % et la partie médicale 22 %.

M. MIGNON. — Je me base sur un prix moyen d'honoraires médicaux de 20 fr. par jour et par malade moyennant lesquels il a 1, 2, 3 ou 4 visites quotidiennes. Je me base sur une moyenne d'environ 15 fr. par jour pour les soins dont le malade a besoin : cela fait 35 fr. Le reste comporte les frais journaliers de la partie hôtelière. Quand je fais la ventilation qui m'est demandée par le directeur des contributions indirectes, nous sommes arrivés à établir que 35 à 40 %, de la recette totale correspondaient aux frais médicaux, et au traitement. La pension n'est pas calculée sur un prix forfaitaire ; pour arriver à payer la pension, il faut que nous prenions une certaine somme sur nos honoraires particuliers. La pension à 80 ou 100 fr. par jour est insuffisante, globalement. Pour assurer la pension, nous sommes obligés de prendre sur nos bénéfices médicaux pour boucher le déficit sur le prix de pension qui nous est imposé par le fisc.

Paiement des honoraires accidents.

M. LABEAU, de Bordeaux. — Vous avez lu dans le *Concours* du 25 courant la correspondance de M. COCRAL, qui se plaignait que les médecins, d'une façon générale, n'envoyaient pas, ou envoyaient tardivement leurs notes d'honoraires aux compagnies d'assurances. Pour ma part, depuis 1909 que j'exerce la médecine, j'ai toujours envoyé mes notes régulièrement deux ou trois jours après la fin du traitement du malade. Or, nos notes sont payées, en province, avec un retard formidable. Pourquoi dans la province et surtout dans les petites villes, ces choses ne sont pas surveillées ? C'est dû à ce qu'on est payé par des agences et que les tenanciers de ces agences vivent aux dépens du corps médical et des pharmaciens. Ils vivent avec l'argent que la Société, la direction de Paris leur envoie. A la suite de la lettre de M. Cocral, j'avais envoyé une note que vous avez pu voir et à laquelle M. BOUDIN a répondu fort aimablement. Je crois qu'il serait intéressant d'étudier un rapport direct entre les médecins et les directions des Sociétés d'assurances. Elles ont presque toutes leur siège social à Paris. Il serait intéressant que le « Sou médical », puisque c'est lui qui représente nos intérêts, se mette en rapport avec les directions des compagnies d'assurances, pour que les notes des médecins de province soient payées directement par la direction de Paris.

M. LEVASSORT. — Je peux dire qu'avec les compagnies d'assurances parisiennes, il nous arrive le plus souvent d'être payé par mandat et quand nous envoyons nos notes, nous disons, prière de m'adresser par mandat, frais à ma charge. Je dois ajouter que malgré cette mention le plus souvent, je reçois un mandat de la totalité de ma note, sans que les frais soient déduits. Il n'y aurait qu'une chose à faire, ce serait d'appuyer ce que notre confrère de Bordeaux demande. Les compagnies d'assurances pourraient très bien régler par chèques postaux.

M. NOIR. — La question a déjà eu l'occasion d'être soulevée. Les directeurs des compagnies d'assurances se sont plaints du retard que mettaient les médecins à envoyer leur note. Nous sommes débordés à la fin de l'année, disent-ils, par les notes des médecins et nous sommes obligés de les faire attendre. Si les médecins nous envoyaient tous les deux mois ou tous les trois mois leurs notes, ils seraient plus rapidement couverts.

M. DECOURT. — J'exerce dans un petit trou de campagne et je puis vous en parler. Les compagnies d'assurances ont des agents par canton, par arrondissement, cela dépend du nombre des assurances. L'agent tient une espèce de cabinet d'affaires, il a acheté un portefeuille, et les assurances ne font pas toujours ce qu'elles veulent avec leurs agents de province, qui font rapporter l'argent qui leur est envoyé par les compagnies pour être remis aux médecins.

M. HARLET. — Il a été décidé que notre Syndicat écrirait à la direction des compagnies d'assurances : nous avons obtenu gain de cause et, généralement, on nous paye dans les trois mois. Je prends pour habitude d'envoyer à la compagnie d'assurance ma note la semaine après que le malade est guéri.

M. LE PRÉSIDENT. — Nous continuerons à faire une campagne de ce côté. Si nous obtenons l'appui des compagnies d'assurances ce sera parfait.

M. DECOURT. — Nous pourrions émettre un vœu pour qu'il y ait une entente qui s'établisse entre le corps médical et les assurances, de façon à régler directement les notes que nous aurons à envoyer.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix le vœu suivant, rédigé par M. DUCHESNE, pour donner corps à la proposition de M. Decourt.

VŒU :

Les membres du « Sou Médical », réunis en Assemblée générale le 15 novembre 1925, émettent le vœu que les Compagnies d'assurances contre les accidents du travail règlent sans aucun retard les mémoires d'honoraires médicaux, et que le règlement soit effectué directement par le siège social ou l'administration centrale des compagnies et non par leurs agents locaux.

Ce vœu, adopté à l'unanimité, sera envoyé au Consortium des Assureurs.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

UN MEETING D'INTELLECTUELS

Le 28 novembre dernier, les travailleurs intellectuels groupés dans leur Confédération (C.T.I.) avaient organisé, salle Wagram, un meeting pour y exposer les difficultés matérielles de l'ensemble des ouvriers de la pensée et constater la formation d'un nouveau prolétariat, créé par la guerre et l'après-guerre ; une foule nombreuse se pressait dans la vaste salle de ce bal connu, pour y écouter les nombreux orateurs inscrits, représentant un ensemble de ces travailleurs, dits aux mains blanches.

On ne pouvait donner la parole aux délégués des 152 groupements qui forment la confédération avec 175.000 membres,ainsi que nous le rappelait M. Romain Coolus, premier orateur inscrit qui développa avec son talent habituel la genèse de la C.T.I., son organisation, ses résultats et les buts qu'elle poursuit.

Mais, dans ce siècle d'internationalisme général, les intellectuels ont des intérêts à défendre, dont le domaine s'étend au-delà des limites de nos frontières : ne serait-ce que la défense, des droits d'auteur, de la propriété artistique littéraire et scientifique. M. Gallié, avocat distingué, qui fut pendant plusieurs années le collaborateur de Me Gillet, avoué du Syndicat des médecins de la Seine, nous expliqua dans ce but, la création sous l'initiative de la C.T.I. française d'une confédération internationale des travailleurs intellectuels (C.I.T.I.), groupant actuellement onze puissances : la France, la Belgique, l'Autriche, la Tchécoslovaquie, la Finlande, la Hollande, la Bulgarie, la Pologne, la Serbie, la Grande-Bretagne et la Roumanie et qui a déjà pu faire entendre sa voix à la Commission de Coopération intellectuelle de la Société des Nations.

Très intéressant discours de M. Perrin, homme de lettres, au nom de la Société des gens de lettres, avec ces phrases lapidaires. « A l'heure actuelle pour l'intellectuel, la personnalité reste possible, mais l'individualisme ne l'est plus » et d'autre part, « un homme qui crée a une valeur sociale et la valeur d'un homme a sa valeur ».

Un exposé d'une grande envolée des progrès et du bien-être dus aux travaux des ingénieurs, des richesses énormes créées par leurs inventions ou leur adaptation technique des découvertes scientifiques, fut fait par M. Boucherot, ingénieur, qui rappelle ce que nous savons nous autres médecins, que si nous engageons des frais considérables de premier établissement par un capital-études, nous ne pouvons récupérer ce capital, ni le laisser à nos héritiers, à l'égal du commerçant qui voit souvent son fonds de commerce décupler de valeur en quelques années.

Ce fut la thèse analogue soutenue par M. Georges Bourdon, journaliste, qui constate que leurs salaires n'ont pas augmenté en proportion avec la vie chère, et les salaires de la classe ouvrière. C'est ce que nous pouvons également dire pour nos honoraires médicaux. C'est ce que dira dans un instant avec beaucoup d'à-propos, Madame Grimbert, avocate à la Cour d'appel, épouse de notre confrère, qui avait assumé la mission d'exposer les doléances des avocats, des médecins et des femmes intellectuelles. Elle protesta contre la carence de l'Etat dans la défesnse de la profession médicale, en ne réprimant pas l'exercice illégal, surtout l'exercice illégal par voie de la grande presse et en favorisant cette publicité pharmaceutique scandaleuse qui trompe le lecteur et est nuisible à la santé publique. Elle s'arrêta sur l'exploitation des médecins par l'Etat qui les charge de services sociaux avec des honoraires qui ne sont pas en rapport avec le prix de la vie et le travail fourni. L'aimable oratrice eut tout le succès qu'elle méritait.

Après des discours de M. André Rivoire, auteur dramatique, qui insiste sur le rôle des intellectuels comme facteur de grandeur et de richesse de la France ; de M. Rodrigues, professeur agrégé de l'Université qui nous émeut par l'exposé de la misère cachée de la majorité des fonctionnaires, ayant pour résultante, le délaissement des situations administratives par l'élite intelligente qui quitte le service de l'Etat pour des carrières plus lucratives (il nous citait l'exemple de toute une promotion de Normaliens dont aucun ne sollicita une place de l'Etat), la parole échut à des orateurs qui prêchèrent l'action, l'artiste dramatique, Harry Baur, qui souleva la salle en clamant « Les malades se plaignent, les gens forts se défendent » et l'architecte Ruppert, délégué de l'Ustica (Union syndicale des techniciens de l'Industrie du Commerce et de l'Agriculture) qui démontra la solidarité fréquente des intérêts des travailleurs manuels et intellectuels

Un grand succès couvrit les paroles de M. André Claude, de l'A.G. des Etudiants, montrant ce qu'avait fait cette Association pour ses membres : restaurant, prêts d'honneur, sanatorium, terrains de jeux. Le sentiment de l'action agissante de ces jeunes, fut une leçon pour leurs aînés qui la soulignèrent de leurs applaudissements.

Ce fut également une leçon d'action que développa M. Delaisi, économiste, sur l'organisation du crédit pour les intellectuels et les inventeurs.

Venant après 11 orateurs, le rôle de M. Sarran, avocat à la Cour d'appel, était difficile surtout qu'il avait un développement technique à faire

sur les questions de fiscalité et de loyers. Il réclama surtout sur le revenu net , la déduction des frais au choix de l'intéressé, soit par la tenue d'une comptabilité spéciale, soit à l'aide d'un forfait selon un barème à établir. Il réclama l'exonération de l'impôt sur les biens oisifs en faveur des sociétés scientifiques et des laboratoires et pour les loyers, l a prorogation professionnelle d'une durée égale à celle de l'habitation, le refus au propriétaire de reprendre, pour son usage, un appartement professionnel et une augmentation de 25 % seulement pour ces appartements.

M. de Sainte-Laguë, professeur de l'Université, le dévoué secrétaire général, après un appel chaleureux d'adhésion à la C.T.I., et une exhortation au relèvement des cotisations présenta à l'assemblée l'ordre du jour suivant qui fut adopté par acclamation.

Le meeting de la C. T. I.

6.000 camarades, réunis salle Wagram le 28 novembre 1925, après avoir entendu :

Frantz Jourdain, Romain Coolus, Gallié, Jules Perrin, Boucherot, Georges Bourdon, A. Rivoire, Rodrigues, Harry Baur, Suzanne Grinberg, André Claude, Ripert, Delaisi, Sarran, Sainte-Laguë.

Constatant que les conditions économiques actuelles, créées par la guerre et par l'après-guerre, ont surtout pesé sur la situation des intellectuels et amené la formation d'un nouveau prolétariat.

Soucieux avant tout de l'avenir national et convaincus que tout avilissement des conditions du travail intellectuel entraînerait la déchéance du pays.

Font confiance à la C. T. I. (Confédération des Travailleurs intellectuels) pour poursuivre par tous les moyens l'amélioration du sort des travailleurs intellectuels et pour engager immédiatement une campagne énergique auprès de l'opinion et des pouvoirs publics en vue de faire triompher leurs justes revendications et d'assurer leur droit à la vie.

Dr M. Vimont.

A PROPOS DE TIERS PAYANT

Lettre du Dr Damey, de Douarnenez, secrétaire du syndicat médical, à ses collègues syndiqués

Mes chers Confrères,

J'aurai le regret, ne pouvant être dimanche parmi vous, de ne pouvoir vous faire de vive voix l'exposé suivant, mais je crois la question d'une si grande importance que je la confie au papier pour qu'elle vous soit, quand même, soumise.

Vous savez que le vote de la loi sur les assurances sociales paraît imminent ; or notre position a été récemment très affaiblie.

Pourquoi cela ? Parce qu'une campagne violente, trop violente même dans sa forme, menée contre l'Union par les groupements, si importants, de Lille et de Lyon, campagne qui a abouti à cette démarche près des pouvoirs d'une délégation dissidente, et qui fut compliquée par ce manifeste inutile et dangereux de l'Académie de médecine, ont étalé au grand jour notre manque d'unité.

Une brèche a été ouverte dans notre front, et nos adversaires s'efforcent d'exploiter cet important succès.

Notre Fédération s'est prononcée contre la faute de tactique commise, cela n'empêche *qu'entre nous*, nous devons maintenant méditer là-dessus.

Pourquoi les groupements dissidents ont-ils fait cet exploit ? Reconnaissons que ce n'est pas sans raison. Nous assistons à la lutte de deux tendances. Il me paraît certain, comme à eux, que l'Union s'entête à suivre une voie qui n'est pas celle que nous lui avons tracée.

Elle affecte de nous suivre. En réalité elle nous mène, mais insensiblement, par petits coups de gouvernail, vers son but qui est l'organisation de la médecine sociale.

Et c'est pourquoi, elle en arrive maintenant, bien qu'elle s'en défende, à admettre, que dis-je, à chercher à nous faire admettre le tiers payant, que nous croyions avoir pourtant nettement rejeté.

Ce fut d'abord, le Dr Decourt qui dit : « Le tiers payant ne nous fait pas peur ! ». Puis, parut le *Médecin syndicaliste* du 15 juin. Lisez ce numéro, si vous ne l'avez déjà fait, je n'ai pas ici le loisir de même le résumer.

Ce n'est — et les Lyonnais sur ce point ont raison, — qu'un long plaidoyer *pour* le tiers payant, on va même jusqu'à qualifier de *plus sages* des syndicats qui, l'ayant d'abord rejeté, en viendraient à l'admettre.

L'Union plaidant pour le tiers payant, cela me parut un comble, aussi m'empressai-je de profiter de l'invitation du syndicat de Châteaulin et me rendis-je à sa réunion de Pleyben où je savais devoir rencontrer le Dr Lenglet.

La réponse que me fit celui-ci, je dois vous le dire, ne me plut pas du tout. Il ne voulut pas répondre à la question directe : « Oui ou non, faites-vous maintenant campagne pour le tiers payant ?

Mais il me dit : « Vous attachez beaucoup trop d'importance *aux mots*, celui de tiers payant vous fait l'effet d'un épouvantail, mais les *faits* seuls importent. Or, si les syndicats sont forts ils ne feront

que ce qu'ils voudront, *avec* ou *sans tiers payant.* »

Je ne reviendrai pas sur l'exposé que je vous ai déjà fait des dangers de ce « troisième larron », mais il me faut pourtant rappeler que, l'admettre, c'est laisser se créer, contre nous, des forces dangereuses : avons-nous donc oublié la manœuvre qui permit à Horace de venir à bout, seul, des trois Curiaces ?

Le tiers payant, mais c'est encore et dans presque toute notre pratique, la paperasse, les états, le contrôle inévitable. Ce contrôle si difficile à organiser et qui étant indirect et toujours plus ou moins retardé permet ces truquages par lesquels des médecins peu scrupuleux roulent les autres.

Tout cela n'existe pas dans les rapports directs du médecin et de son malade.

Aussi tant pis, je ne ferai pas comme les Lyonnais, je n'insulterai personne, je ne parlerai pas de camarilla, mais cependant je jetterai le pavé dans la mare.

Sans parler de soviétisation de la médecine, il faut remarquer cependant que l'Union devait fatalement en venir à cette idée du tiers payant. C'est le corollaire obligé de sa doctrine de l'organisation de la médecine sociale. Vous savez que c'est là la prétention, j'allais dire la marotte des dirigeants actuels de l'Union. Organisation de soins. Organisation de soins... !

Mais vraiment, voyons ! Croyez-vous que le corps médical tienne tant que cela à organiser cette médecine. Croyez-vous qu'il y ait intérêt !

Pour ma part, je n'en crois rien, j'estime même la chose dangereuse. Ce que nous voulons, ce que nous devons exiger, c'est que rien ne puisse se faire sans nous, que nous soyons obligatoirement consultés, que rien ne soit fait sans notre assentiment.

Mais assumer l'organisation, donc la gestion, la responsabilité, qui de nous s'en soucie ! Tant pis ; je l'ai dit ; il fallait, enfin, que cela fut dit !

Et je reviens à la phrase de Lenglet : « Tiers payant ou pas tiers payant cela n'aura pas d'importance si les syndicats sont forts. » Mes chers confrères, méditez bien ce « si », car il y a un « mais ». Tous les médecins ne font pas partie de l'Union. Le *Médecin syndicaliste* accuse lui-même 11.628 membres, contre 7972 non syndiqués (numéro d'octobre). Dans l'Union, elle-même, nous savons que s'est constitué un groupe important de dissidents, en outre il y a les tièdes, les indécis... *En somme on pourra opposer une moitié du corps médical à l'autre moitié* !

Quant à nos adversaires, ils feront bloc contre nous, leur intérêt commun ne pouvant que les y forcer.

Nous serons inévitablement les dindons de la farce, réduits à chanter : « Si j'avais su, évidemment... » mais trop tard !

Vous le voyez, mes chers confrères, la question est grave, bien plus grave que beaucoup ne pensent, c'est en somme la tendance de l'Union sur laquelle il faut nous prononcer, et nous devons le faire très nettement pour que notre délégué à l'Assemblée générale de décembre ait une directive absolument ferme.

Dr E. DAMEY.

P.S. — Certains confrères ont conclu de mon exposé que j'étais hostile au contrat collectif. C'est précisément le contraire qu'il faut comprendre. J'estime que le contrat collectif est indispensable, nécessaire, *mais un contrat où les syndicats médicaux restent maîtres de ne pas se voir imposer le tiers payant s'ils n'en veulent pas.*

Je croyais pourtant avoir bien dit que *nous ne devions pas combattre en ordre dispersé.* Comment a-t-on pu comprendre le contraire ?

Il y a là une équivoque qu'il importait de dissiper.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — M. le professeur JEANSELME a commencé ses cliniques le vendredi 20 novembre, à 10 h. 1/2 et les continue les vendredis, à la même heure, à l'amphithéâtre de la l'**Hôpital Saint-Louis** Leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2 : Leçons de dermatologie. — Les lundis et vendredis, à 9 h. 1/4 : Examen des malades à la policlinique au pavillon Bazin (1er étage). — Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4 : Visite des malades dans les salles du pavillon Bazin. — Les mercredis, à 9 h. : Examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital. — Les jeudis, à 9 h. 1/4 : Examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique. Opérations dermatologiques à la policlinique.

— **Les Journées médicales de Bruxelles de** 1926 auront lieu les 26, 27, 28, 29 et 30 juin.

— **Lyon. Centenaire de l'internat..** — Le centenaire de l'internat des hôpitaux de Lyon vient d'être célébré dans cette ville. Citons parmi les assistants aux réceptions et au banquet, MM. Lyonnet, Sabatier, Hugounenq, Léon Bérard, Mouriquand, Nicolas, Tixier, Nové-Josserand, Patel, Carle, Barjon, Leriche (de Strasbourg), Tédenat (de Montpellier), Massart (de Paris),etc

— **Toulouse. Maison des étudiants.** — L'Université de Toulouse vient de créer, 29, rue de Poitiers, à Toulouse une Maison des étudiants, qui comprend des salles de réunion, une bibliothèque et un restaurant.

— **T. S. F.** — *Spécimen gratuit du journal* « La T.

S. F. pour tous ». — Nos lecteurs qui s'intéressent à la téléphonie sans fil pourront demander un spécimen de « *La T. S. F. pour tous* » qui leur sera adressé gratuitement sur simple indication de leur qualité de lecteur du *Concours médical*. Adresser les demandes à l'Editeur, M. Chiron, 40, rue de Seine, Paris (6e).

— **Les grandes stations P. L. M. de sports d'hiver.** — Le Revard (1.500 m.) sur Aix-les-Bains. *La grande station française de sports d'hiver*, à 9 heures de Paris, rapides de jour et de nuit, toutes places de luxe. Service de correspondance à Aix-les-Bains entre les gares P. L. M. et Revard. Chemin de fer à crémaillère d'Aix au Revard (trajet 1 h.). Pistes de luge et terrains de ski. Grandes courses en ski, à travers les champs de neige ondulés (1.450 m. et 1.550 m.) parsemés en forêts qui forment le plateau du Revard. Grande patinoire de 4.000 m. Curling. Grand tremplin de saut. Nombreux concours de fêtes sportives pendant la saison. Hôtels et restaurant P. L. M. du Revard entièrement transformés. Tout le confort.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort du professeur Paul HÉGER, de Bruxelles. Ancien professeur de physiologie à l'Université, cet éminent maître fut aussi un des animateurs de la Fondation Universitaire à Bruxelles, où il reçut affablement l'un de nous, au cours des Journées médicales de 1923.

— **Conférences de l'Association professionnelle et amicale des anciennes élèves de la Maternité de Paris.** — L'Association professionnelle et amicale des anciennes élèves de la Maternité de Paris donnera dans le cours de l'hiver 1925-1926 une série de conférences qui auront lieu à l'amphithéâtre de la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal (14e).

Programme des conférences. — Dimanche 10 janvier 1926, à 17 heures : la syphilis au point de vue de la famille et de la société, par le Dr MONTLAUR, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Dimanche 14 février 1925, à 15 heures : Assemblée générale annuelle sous la présidence d'honneur de M. le Dr P. RUDAUX, président d'honneur de l'Association. Les indications thérapeutiques dans les rétrécissements limites du bassins, par le Dr L. PORTES, accoucheur des hôpitaux de Paris. Dimanche 14 mars 1926, à 15 heures : deux aliments très faciles à manier, le lait sec et les bouillies maltées permettent de réaliser partout d'excellents régimes pour les nourrissons, par le Dr Georges SCHREIBER, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** — M. le professeur GILBERT a repris son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu. Leçons à l'amphithéâtre Trousseau : le samedi à 10 h. 45.

— **Clinique oto-rhino-laryngologique.** — M. le professeur Pierre SÉBILEAU a commencé ses leçons le jeudi 12 novembre 1925, à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière, à 10 h., et continue son enseignement tous les jours.

— **Clinique urologique.** — M. le professeur LEGUEU fait ses leçons les vendredis et mercredis, à 11 heures, à l'amphithéâtre des cliniques.

Opérations le lundi, de 9 h. 1/2 à 12 h. ; le mercredi et le vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h., avant la clinique.

— **Clinique des maladies infectieuses** (hôpital Claude-Bernard). — Leçons du professeur Pierre TEISSIER, les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2.

— **Cours d'anatomie pathologique.** — M. le professeur ROUSSY, les lundis, mercredis, vendredis à 16 heures au grand amphithéâtre. *Sujet* : Anatomie pathologique générale ; les processus généraux dans les divers tissus et organes.

— **Cours d'anatomie.** — M. le professeur NICOLAS, les lundis, mercredis, vendredis, à 16 h., au petit amphithéâtre. *Sujet* : Système nerveux central.

— **Cours d'histologie.** — M. le Dr VERNE, agrégé, les mardis, jeudis, samedis, au grand amphithéâtre, à 16 h.

— **Cours libre sur l'assistance médico-sociale.** — M. le Dr ARMAND-DELILLE fait au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le mercredi, à 18 heures, des conférences sur l'assistance médico-sociale.

— **Hôpital Necker.** — M. Paul RIBIERRE, agrégé, médecin de l'hôpital Necker a repris ses leçons cliniques, le samedi 21 novembre (salle de consultation Henri-Huchard), à 11 h. du matin et les continue les samedis à la même heure.

Vendredi, à 9 h. 30, consultation pour les maladies du cœur et des vaisseaux.

— **Hôpital Laënnec.** — M. Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec, fait tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

— **Hôpital Saint-Antoine.** (Service du Dr LE NOIR). — Le mercredi, consultation pour les maladies de l'appareil digestif et de la nutrition . Salle Aran, à 9 h. 30.

— **Ier Congrès de la Presse médicale des nations latines.** — Ce Congrès, organisé par l'Association de la Presse médicale française, avec le concours des associations de la Presse médicale belge, espagnole et italienne, se tiendra à Paris, en 1926.

— **Nécrologie.** — M. le Dr DESNOS, membre de l'Académie de médecine, mort en mission, à Pondichéry, du choléra. — M. le Dr WALLICH, membre de l'Académie de médecine. — M. le Dr MONMARSON, de Paris. — M. le Dr SOUCHON, de Bourgoin.

— **Pour le doctorat en médecine.** — La Société de Médecine de Paris, dans sa séance du 13 novembre 1925, a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, pour être transmis à Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique.

La Société de médecine de Paris.

Considérant que le titre de docteur est, en France, dans toutes les branches de l'enseignement, le titre universitaire le plus élevé ;

Que le Corps médical a toujours unanimement lutté pour obtenir d'abord et maintenir ensuite l'unité du doctorat en méedecine ;

Que le titre de docteur en chirurgie dentaire ne pourrait que créer une confusion préjudiciable au public et au Corps médical, et favoriser encore l'exercice illégal ;

Proteste contre la création d'un diplôme en chirurgie dentaire et de tout diplôme du même ordre.

— **Le Salon des médecins.** — Pour la sixième fois, il s'ouvrira du dimanche 14 au 24 mars prochain (1926), au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire-organisateur, M. le docteur Paul RABIER, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

— **Semaine odontologique.** — La Semaine Odontologique aura lieu du 21 au 28 février 1926, dans les salons de l'Hôtel Majestic, 19, avenue Kléber, Paris.

Organisée par le Syndicat des Chirurgiens dentistes de France et l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec le concours de l'Amicale des dentistes des armées de terre et de mer, du Syndicat des médecins odontologistes, des Syndicats dentaires de province, de la Société d'hygiène dentaire de France, elle comportera une partie scientifique (démonstrations, communications) sous les auspices de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Ecole odontotechnique, et la participation de l'Association générale des dentistes de Belgique. Une importante exposition d'appareils et de produits pharmaceutiques intéressant la profession aura lieu du 21 au 28 février et un grand banquet clôturera cette « Semaine ».

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire du Comité d'organisation, 56, rue Tiquetonne, Paris, IIe

— **Troisième Nord-Sud aux Stations hydrominérales d'Italie.** — Le troisième Nord-Sud, voyage d'études pour médecins aux stations hydrominérales et climatiques d'Italie, aura lieu en septembre 1926, et durera 17 jours. Cotisation : environ 1.600 lires. Les stations suivantes seront visitées : Abbazia (point probable de rassemblement), Brioni, Portorose, Grado, Lido di Vénézia, Abano, Battiglia, Romigno, Levico, Vitriolo, Nuranano, Bolzano-Gries, Arco, Riva, Gardone, Sirmini, Sabsomaggiore. Inscriptions à Enti Nazionale IndustrieTuristiche, 6, Vià Marghera, Roma (21).

Il est à noter que le prix convenu s'entend du point de rassemblement au point de dislocation. Des réductions sont accordées par les Chemins de fer italiens de la frontière au point de rassemblement, et du point de dislocation à la frontière. Le voyage est fait en train spécial de 1re classe, il comprend en outre des excursions en auto, en bateau. La cotisation comprend tous les frais, pourboires de toutes sortes compris. L'organisation est parfaite, les hôtels de 1er ordre (souvent même palaces), la cuisine remarquable et l'accueil tout à fait cordial. On ne saurait trop engager les confrères désireux de voyager en Italie, de s'affilier au Nord-Sud. Le programme n'est évidemment pas tout à fait celui d'un touriste, mais celui de l'an prochain comporte, la visite de la côte de l'Adriatique jusqu'à Venise et le lac de Garde. A l'aller comme au retour, il est facile de s'arrêter, pour couper le voyage, dans la région des lacs, et de trouver ainsi la matière d'un voyage normal en Italie. Voyager en Italie est extrêmement onéreux pour un Français, et le Nord-Sud offre à coup sûr aux confrères l'occasion de réduire (et de beaucoup) le coût d'un tel voyage.

Pour renseignements plus circonstanciels, s'adresser au Professeur Ruata, secrétaire général de l'Enti, charmant et très affable confrère, qui ne demande qu'à voir de nombreux Français suivre son Nord-Sud.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Les docteurs : ESCLAVISSAT, LÉVY-LEBHAR, BORY, MONT-REFET, CENSIER, CAUJOLE, DIGEON, ROULE, CLAVEL, MALLETERRE, DURAUD, MONTAGNE, GROC, PERIBER, DARTIGUES, AZÉMA, DAVID DE PRADES, MOLINÉRY, D'AYRENX, FAU, GANYARE, BOURGUET, et DOAZAN, assistaient au dîner de rentrée de l'A.S.M.T.P., le 5 novembre dernier, au buffet de la gare de Lyon. S'étaient excusés les docteurs : PRIVAT, BOUDON, DAVID, CANY, VERDIER, TERSON, MILLAS, GALUP, CALMELS, DELHERM, BARUTANT, MALAVIALLE,

Au dessert, le Dr Bory, président en exercice, souhaita la bienvenue à un nouvel adhérent : le Dr CENSIER, de Bagnoles-de-l'Orne, et se fit l'interprête de tous pour féliciter le Dr CLAVEL, nouvellement promu dans l'ordre de la Légion d'honneur, le Dr CAUJOLE, élu en juillet dernier au Conseil général de la Seine, et pour présenter aux docteurs TERSON et DIGEON ses condoléances les plus affectueuses pour le deuil cruel qui les a frappés récemment l'un et l'autre. Le professeur ROULE, dans une brillante improvisation, qui fut un vrai régal littéraire et scientifique, évoqua la belle figure du grand anatomiste Charpy, qui fut le maître, à la faculté de Toulouse, de presque tous les membres de la S.A.M.T.P. Il félicita en outre le Dr DARTIGUES de sa dernière œuvre « La greffe de revitalisation humaine » mise au point définitive, de belle venue biologique, philosophique, chirurgicale, de la passionnante question des greffes.

Le Dr DARTIGUES, avec sa verve coutumière, retraça les différentes péripéties du « curriculum vitæ » de la question des greffes de revitalisation et conclut par un hymne éloquent à la science. Le Dr MOLINÉRY émit une suggestion intéressante : admission des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, d'origine toulousaine, à la S.A.M.T.P. où ils trouveraient conseils et appuis dans leur isolement dans la capitale. M. Peribèr, interne à la Charité, se met à la disposition de ses jeunes camarades, pour réaliser la suggestion du Dr Molinéry. Le Dr GROC, proposa ensuite de réunir une fois par an, en un banquet commun, toutes les sociétés régionalistes médicales de Paris, étant bien entendu qu'il ne s'agit pas là d'une fusion, mais uniquement d'une simple et amicale prise de contact annuelle en des agapes confraternelles. Après un intéressant échange de vues des docteurs MALLETERRE, DIGEON, DURAUD, GANYARE et DARTIGUES, cette proposition est adoptée. Enfin, le Dr d'AYRENX précise sa suggestion émise à la réunion d'été de la S.A.M.T.P. : extension du groupement actuel en une association professionnelle de mutualité comportant de sérieux avantages pratiques. La prochaine réunion de la S.A.M.T.P. aura lieu en janvier prochain. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr RAYMOND GROC, 40, rue d'Enghien, Paris (10e).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

M. le docteur Lesage, secrétaire général du conseil supérieur de la protection de l'enfance.

Sœur de Livonnière, directrice de l'école d'infirmières de l'hôpital Heine-Fould, rue de la Glacière, à Paris.

M. le docteur Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur.

M. Merma, secrétaire de la fédération des services de santé.

Mlle Munier, directrice de l'école d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est.

M. Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. le professeur Pinard, député.

M. le docteur Rist, médecin des hôpitaux de Paris.

M. Georges Risler, vice-président du conseil supérieur de la natalité et du comité national de défense contre la tuberculose.

M. le docteur Rocaz, médecin des hôpitaux de Bordeaux, pédiatre.

M. le professeur Roger, doyen de la faculté de médecine de Paris.

M. Verdet Klebert, membre du conseil supérieur de l'assistance publique.

M. le docteur Viala, médecin-major de 1re classe, délégué du ministère des colonies.

M. Vidal-Naquet, vice-président de la commission administrative des hospices civils de Marseille.

M. le docteur Weill-Hallé, délégué de l'école de puériculture de la faculté de médecine de Paris.

Sessions d'examens d'Etat.

Une session d'examen d'Etat (infirmières hospitalières) a eu lieu à Paris le 16 novembre 1925.

Une session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) a eu lieu à Marseille, le 16 novembre 1925.

Concours pour un emploi de professeur.

Un concours s'ouvrira, le 4 juin 1926, devant la Faculté de Nancy, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Service de santé militaire des colonies.

Inspection mobile du service de santé.

Décret du 2 0 novembre 1925 modifiant l'article 2 du décret du 1er novembre 1924 et chargeant l'inspecteur général du service de santé des colonies d'une inspection technique dans les gouvernements généraux et les territoires sous mandat, des services médicaux et sanitaires et

de l'étude sur place des diverses mesures se rapportant à la protection de la santé publique et au développement des races indigènes.

29 *novembre.*

Service de santé militaire.

Décret du 21 *novembre* 1925, *réglant l'organisation d'un cadre de médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires.*

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 21 novembre 1925,

Monsieur le Président,

Un décret en date du 3 mars 1902, consécutif à la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, modifiée par les lois du 6 novembre 1890, 13 juillet 1895, 20 juillet 1895, 13 mars 1896 et 26 mars 1898, a déterminé les conditions d'accession au grade de médecin auxiliaire de réserve, ainsi que la position des médecins auxiliaires dans la hiérarchie militaire.

La loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, modifiée le 7 août 1913, a permis la nomination au grade de pharmacien auxiliaire de l'armée active, des étudiants en pharmacie remplissant certaines conditions sans qu'un décret soit intervenu pour préciser les conditions dans lesquelles les militaires de réserve pourraient accéder à ce grade.

Enfin, la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée a modifié le degré de scolarité exigé pour la nomination aux grades de médecin et de pharmacien auxiliaire et a permis la nomination au grade de dentiste auxiliaire, dans certaines conditions de service et de scolarité, des étudiants en art dentaire.

Il est devenu nécessaire de mettre en concordance avec les textes législatifs les dispositions réglementaires applicables aux médecins auxiliaires de réserve et d'étendre ces dispositions aux militaires de la disponibilité et des réserves nommés aux grades de médecin, pharmacien ou dentiste auxiliaire de réserve.

Tel est le but du décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,
DALADIER.

Décret :

Art. 1er. — Les militaires de la disponibilité et des réserves titulaires d'au moins douze inscriptions validées de médecine ou de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire peuvent être nommés, sur leur demande, respectivement au



grade de médecin auxiliaire, de pharmacien auxiliaire ou de dentiste auxiliaire de réserve après avoir subi avec succès un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par le ministre de la guerre.

Art. 2. — La position dans la hiérarchie militaire des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires est celle des adjudants sous-officiers.

Art. 3. — Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires secondent, dans l'exécution du service technique, les médecins, pharmaciens et dentistes militaires de l'armée active ou des réserves sous les ordres desquels ils sont placés.

Art. 4. — Le décret du 3 mars 1902, réglant l'organisation d'un cadre de médecins auxiliaires pour le cas de mobilistation et le décret du 11 janvier 1919 déterminant la situation militaire et l'effectif maximum des dentistes militaires sont abrogés.

Art. 5. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Liste de classement de candidats aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Pour la chaire de bactériologie, parasitologie et hygiène : MM. Peltier et Souchard.

Pour la chaire de clinique externe et chirurgie d'armée : MM. Febrier, Bois et Guidicelli.

2 décembre.

Lutte anticancéreuse.

Est nommé membre de la Commission du cancer, M. le Dr Lippmann, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

5 *décembre.*

Etudes médicales.

DROITS A PERCEVOIR EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre des finances, et du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu la loi de finances du 13 juillet 1925 (art. 108) ;

Vu le décret du 17 mai 1913, relatif aux droits à acquitter par les aspirants au doctorat en médecine (régime des décrets des 21 novembre 1911 et 29 juillet 1912) ;

Vu le décret du 10 septembre 1924, portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine ;

Vu l'article 50 de la loi de finances du 30 juin 1923 ;

Vu la loi du 25 juillet 1925, portant réorganisation du régime administratif des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décret du 22 novembre 1925 :

Art. 1er. — Les droits à percevoir pour études et examens des aspirants au doctorat en médecine tel qu'il est organisé par le décret du 10 septembre 1924 sont fixés ainsi qu'il suit :

20 droits trimestriels d'inscription à 60 fr	1.200 fr.
20 droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr	200 »
20 droits trimestriels de travaux pratiques de 30 à 40 fr	
1er examen de fin d'année, 1 épreuve à	65 »
2e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55 »
3e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55 »
4e examen :	
1re partie, 1 épreuve à	55 »
2e partie, 1 épreuve à	55 »
5e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55 »
3 examens de clinique à 55 fr	165 »
Thèse : 1 épreuve à	240 »

Art. 2. — Les droits d'inscriptions, de bibliothèque, de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans les caisses municipales.

Les droits d'examens sont versés moitié dans les caisses municipales, moitié au Trésor public.

Art. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits d'examen qu'il a versés.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des parlementaires.

Les médecins seuls ont le droit de présenter des notes d'honoraires pour les soins donnés aux mutilés de guerre. Bains médicamenteux pour les mutilés.

5454. — M. Escoulent, député, signale à M. le ministre des pensions que plusieurs maîtres de bains ou masseurs ont donné leurs soins à des mutilés ou réformés de guerre sur des bons d'ordonnance de carnets médicaux délivrés par des docteurs, qu'ils n'ont pas été payés par ces derniers et se sont alors adressés à la commission supérieure de surveillance ; que celle-ci malgré l'avis favorable de la commission dépar-

tementale, a refusé de payer, se basant sur le fait que les lois et décrets régissant la matière ne l'autorisent pas ; qu'il s'ensuit que les bénéficiaires des soins gratuits sont appelés à payer eux-mêmes et demande : 1° si la loi régissant la matière interdit le bénéfice des soins gratuits pour les services des masseurs ou maîtres de bains en dehors des établissements hospitaliers ; 2° si, pour éviter très souvent l'hospitalisation onéreuse aux deux parties, les soins des masseurs ou maîtres de bains peuvent être donnés en dehors d'un établissement hospitalier et s'il n'y aurait pas lieu, pour éviter tout abus ou malentendu, de décider qu'à l'avenir les maîtres de bains ou masseurs seront payés au même titre et dans les mêmes conditions que les pharmaciens. (*Question du 3 novembre* 1925.)

Réponse. — 1° Par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés pour les soins dont ils peuvent avoir besoin, à telle enseigne que les textes autorisent les médecins seuls à présenter des notes d'honoraires. Il s'ensuit donc que, seules les séances de massages pratiquées par des spécialistes kinésithérapeutes peuvent être rémunérées au titre de l'article 64 ; 2° la question de savoir si les bains médicamenteux peuvent être prescrits au titre de l'article 64 et comment ces bains pourront être éventuellement fournis est actuellement soumise à l'examen de la commission supérieure de surveillance et de contrôle.

(*J. O.*, 7 novembre 1925.)

La priorité de passage n'existe qu'en faveur des routes nationales.

5536. — M. SIZAIRE, député, demande à M. le ministre des travaux publics : 1° comment doit être interprété l'article 10 du code de la route qui prévoit le droit de priorité sur toutes autres voies, aux seules routes nationales, étant donné que de nombreuses décisions judiciaires, émanant de diverses juridictions, ont accoutumé, en effet, par une extension qui paraît contraire à la lettre du texte, d'accorder un droit de priorité à diverses routes ou chemins (autres que les routes nationales), routes et chemins considérés, en ce cas, comme voies principales par rapport à d'autres voies considérées alors comme voies accessoires ; 2° s'il faut s'en tenir à la lettre du texte et n'accorder la priorité qu'aux seules routes nationales ou, au contraire, considérer certaines voies, dites principales, comme bénéficiant d'un droit de priorité à l'égard de certaines autres, dites accessoires ; 3° dans ce dernier cas, quelles sont, par rapport les unes aux autres, les principales

et les accessoires et comment déterminer le critérium permettant de les différencier. (*Question du 9 novembre 1925.*)

Réponse. — 1° L'article 10 du code de la route (décret du 12 septembre 1925) accorde la priorité de passage uniquement « aux véhicules circulant sur les routes nationales » ; 2° il convient de s'en tenir à cette règle ; la distinction que l'on ferait entre des voies principales » et des voies « accessoires », pour accorder aux usagers des premières le bénéfice du droit de priorité, serait sans fondement juridique ; 3° il n'y a donc pas lieu de rechercher entre elles, à ce point de vue, les voies publiques autres que les routes nationales.

(*J. O.*, 12 et 13 novembre 1925.)

La législation sur les accidents du travail n'est pas applicable aux instituteurs.

5370. — M. Etienne Rognon, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique : 1° quels sont les droits des maîtresses et des maîtres qui, pendant et à l'occasion de leur service scolaire, sont victimes d'accidents : *a*) si l'accident entraîne une incapacité de travail de plus de trois mois ; *b*) si l'accident entraîne une incapacité de travail permanente ; *c*) si l'accident est mortel (droits des conjoints et des enfants) ; *d*) dans le cas où la victime a moins de quarante-cinq ans et plus de quarante-cinq ans ; 2° quels sont les droits d'une maîtresse ou d'un maître victimes d'un accident au cours d'un service post-scolaire (études surveillées, garderies du jeudi, cours d'adultes, etc.) ; 3° si les enfants mineurs d'une institutrice qui meurt avant d'avoir droit à une pension de retraite ont droit à une allocation et, dans le cas de l'affirmative, laquelle. (*Question du 3 novembre 1925.*)

1re *réponse.* — En matière de pensions et d'accidents dont ils peuvent être victimes, les instituteurs et institutrices n'ont pas de statut spécial. Leur régime est celui de tous les fonctionnaires auxquels n'est pas applicable la législation sur les accidents du travail. La question intéresserait donc M. le ministre des finances pour l'application des dispositions relatives aux pensions civiles. (*J.O.*, 21 *novembre* 1925.)

CORRESPONDANCE

Les propharmaciens et le fisc

Je lis toujours avec beaucoup d'intérêt (car j'ai toujours beaucoup à apprendre) vos chroniques en général ; mais principalement, depuis quelque temps, celles intéressant les *propharmaciens*.

Evidemment vous devez avoir raison dans vos affirmations.

Or, me faisant fort de votre enseignement et de vos renseignements, astreint par le contrôleur, doublé du percepteur, à payer le chiffre d'affaires et l'impôt sur le bénéfice présumé 30 % fait dans l'année, je fis une réclamation au contrôleur et au préfet ; ma réclamation fut devant le Conseil de préfecture qui me débouta en s'appuyant sur le prétexte donné par le contrôleur, que « je vendais *à tout venant sans consultation préalable* ».

Et je finis par payer pour ne pas avoir d'enquête, perquisition et descente d'officiers ministériels chez moi !... ce qui m'eût fortement ennuyé et dérangé !

Mais je vous recommande le prétexte invoqué ! et remarquez que, bien que cela ne soit pas entièrement exact, il y a une apparence de véracité. Un de mes clients a mal aux dents, il entre chez moi et me demande un tube d'aspirine du Rhône, en comprimés (façon commode pour lui de prendre la drogue calmante) je le lui donne : j'ai vendu à tout venant, sans consultation, donc imposable, d'après mon contrôleur !

Cependant, si j'ai donné ce tube d'aspirine, j'ai tout de même fait une consultation, rapide, de peu de durée ; mais je l'ai faite quand même, puisque j'ai jugé qu'il en avait besoin et que ce remède lui serait utile en attendant...le dentiste. J'aimerais connaître votre opinion sur ce cas, qui intéresse fortement mes confrères « propharmaciens », si j'en crois le *Concours*.

Dr B.

Réponse.

Je regrette que vous ayez déféré à l'injonction du contrôleur sans vous être préalablement renseigné sur le bien fondé de celle-ci. Si vous m'aviez demandé mon avis alors, comme vous le faites aujourd'hui, je vous auraisr épondu : « refusez ou réclamez ».

Le propharmacien n'est pas obligé de payer l'impôt sur le chiffre d'affaires, ni l'impôt sur les bénéfices commerciaux. Il y a, à cet égard, chose jugée, et je ne puis croire que le prétexte invoqué par le fisc puisse être valablement retenu. Surtout s'il ne s'agit pour vous que de délivrer un flacon d'aspirine à un de vos clients habituels. Vous pouvez toujours soutenir, ce qui est au moins vraisemblable, que vous n'avez effectué cette délivrance qu'après avoir donné à ce client ce qu'on est convenu d'appeler une consultation.

Quand j'ai écrit que le propharmacien ne peut délivrer des médicaments à tout venant, j'ai voulu dire, par exemple, qu'il n'a pas le droit d'exécuter une ordonnance prescrite par un autre médecin. Mais, dans sa clientèle, dans son rayon d'action, vis-à-vis de ses malades habituels, il n'en saurait être de même. Puisque vous avez payé sans faire de réserves, il n'y a rien à

faire cette année, mais, l'an prochain, les choses étant bien comme vous me les exposez, ne payez pas, ou si on vous contraint à le faire, réclamez immédiatement.

Mon argument ne vaut cependant que si c'est vous-même qui délivrez les médicaments réclamés par vos clients. Il est évident que si, en votre absence, quelqu'un de votre entourage, épouse, bonne, chauffeur, remet aux clients cachets, purges, tisanes, vous n'êtes plus couvert par la loi de Germinal, et vous pouvez avoir des ennuis fiscaux.

Application du Tarif Breton.

2832. — La visite de contrôle.

Je vous serais obligé de me faire connaître ce que vous pensez et ce que pense Decourt au sujet du point suivant concernant le tarif Breton. Etant installé dans la banlieue proche de Paris, j'ai l'occasion assez fréquente de recevoir des avis de rendez-vous des médecins des Compagnies d'assurances.

Evidemment, ces visites ou consultations sur rendez-vous qui ont toujours lieu au jour et à l'heure choisis par le confrère, me font perdre un temps considérable et ne doivent pas, de ce fait, être comptées au tarif simple. Mais ai-je le droit d'appliquer en ce cas l'art. 5 c'est-à-dire de visite ou consultation triple. Jusqu'alors, c'est ce tarif que j'ai appliqué et n'ai eu jusqu'alors aucune contestation, sauf en ce moment où une Compagnie prétend m'imposer le tarif stipulé à l'art. 3, c'est-à-dire 50 % d'augmentation. Voulez-vous, je vous prie, me faire connaître des renseignements à ce sujet ?

J'ai beau lire et relire l'art. 3 je ne puis voir qu'il puisse s'appliquer à ce cas.

Dr L.

Réponse.

La visite sur rendez-vous avec le médecin d'une compagnie d'assurances est bien désignée, mais d'une façon sybilline et administrative, à l'article 3 *a*) du tarif Breton, sous la rubrique « . . . dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898 ». En effet, si vous recherchez dans la susdite loi, le susdit article 4, alinéa 5, vous lirez : « Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donnera au dit médecin accès hebdomadaire auprès de la victime en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée ».

L'assurance s'étant substituée au patron, c'est bien là le cas de vos visites sur rendez-vous, avec les médecins d'assurances, visites qui, par suite, sont bien celles tarifées à l'article 3 *a*) au prix d'une visite ordinaire, plus majoration de 50 %.

F. D.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2970-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 554. — Eure. Anc. client. intér. près Paris, facil. transm. susc. augm., à céder au 1er janv. 1926, Méd. génér., acc. trav. Pet. ville agréab., pays riche. Logem. assuré, villa av. jard., eau, gaz, électr. Prix à déb.

Nº 555. — Jne méd. au cour. chirurg. d'urgence, radio., accouch., 2 ans de pratique, cher. conf. désir. collaborateur suscept. de lui succéd. ultér. Dr Jean, 29, rue Madame, Paris, 6e.

Nº 556. — A vend. pr. rais. sant., sanat. marin pour osseux et ganglion. agréé par minist. hygiène et pens., en plein rapp.

Nº 557. — Doct. marié, ch. bon poste méd. fais. mini. 70.000, dans ville importa. ou proximité ville pour éduc. enf.

Nº 558. — Bourgogne. Ch.-l. de cant., anc. poste, rapp. 40.000 plus fixes, mais. 6 p., jard. Prix 10.000, situat. agréab. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 559. — 2 heures 1/2 Paris, excell. rég., riche client. fais. 32.000 en développ., belle situat. pour jeune doct. facil. de paiem. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.)

Nº 560. — Dr 30 ans, marié, reprendr. bonne client., quart. populeux. Marchand, 6, rue Jacquemont, Paris

---

Nº 561. — Propriétaire cherche association avec docteur neurologiste si possible qui dirigerait affaire paramédicale sérieuse dans superbe propriété à la campagne bien située (2 h. de Paris). Gros bénéfice assuré. Il faut 100.000 fr. minimum garantis. Ecrire Barre, Villa Iris, 22, rue Saint-Augustin, Paris.



La crise des professions libérales

I

J'ai lu avec un vif intérêt votre article du *Concours médical* relatif à la solution du problème : le médecin de campagne est-il plus ou moins heureux qu'avant la guerre ?

Votre budget de 1895 est particulièrement intéressant, mais je crois que vous avez omis de noter l'amortissement de vos chevaux et voiture, ce qui ne serait pas sans transformer votre excédent de revenu sur les dépenses en excédent des dépenses sur les revenus.

Ceci dit, je crois comme vous que 15.000 francs en 1914 valaient plus de 40.000 francs maintenant. La chose deviendrait plus discutable si nous tablions sur 50.000 francs de recettes.

Nous ne pourrions arriver à résoudre ce problème que si une série de confrères de la campagne vous exposaient leur opinion avec la même franchise que vous avez mise à nous faire connaître la vôtre.

C'est donc en recueillant, après l'avoir sollicité, l'avis de nos confrères ruraux, que vous pourrez compléter cette très utile étude.

Dr M.

II

Je suis complètement de votre avis sur l'enquête concernant la situation des médecins de campagne. Une preuve qu'ils ont abaissé leur « standard of life », c'est que tous ceux de ma région que je connais, voyagent maintenant en 3e classe, alors qu'avant guerre, on ne les voyait qu'en 2e classe.

J'ai fait cette remarque parce que moi-même, de goûts simples, de ressources modiques, et chargé de famille, j'ai toujours voyagé en 3e et que, pour accompagner mes confrères, je devais me déclasser.

Je n'ai plus à le faire jamais maintenant. N'est-ce point une preuve ?

Dr Moret,
(Courlon-sur-Yonne).

JURISPRUDENCE

Accident d'automobile. — Intermédiaires. — Honoraires médicaux.

TRIBUNAL CIVIL D'AUTUN

15 juillet 1925.

(*Archives du* « Sou médical »).

L'intermédiaire qui, après un accident d'automobile, a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès de la victime, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement avec celle-ci au paiement des honoraires de l'homme de l'art.

Attendu que Artaud, docteur en médecine à Issy-L'Evêque, a fait assigner Dufour en paiement de la somme de 1.087 fr. 25 montant des honoraires qui lui

sont dus pour soins donnés du 9 juin au 20 septembre 1924 à Jean-Marie Rault ;

Attendu que cette demande a pour origine un accident survenu le 9 juin 1924 dans les conditions suivantes : Dufour revenait en automobile de Paray-le-Monial et suivait le chemin n° 98 se dirigeant sur Girry, quand, arrivé au lieu dit « Le Nûthiser », il renversa Rault qui venait en sens inverse en bicyclette et porta immédiatement secours au blessé, le fit transporter au domicile de ses parents et appela le Dr Artaud ;

Attendu que celui-ci prétend qu'en le faisant appeler pour soigner la victime, en l'accompagnant le lendemain chez le blessé et en demandant de ses nouvelles pendant le traitement, Dufour s'est engagé à régler ses honoraires ; que, sans doute, il a pour ses débiteurs, les parents de Rault, âgé de 17 ans, mais qu'il y a obligation solidaire qui l'autorise à poursuivre contre chacun de ses co-débiteurs le paiement de ce qui lui est dû ;

Attendu que les parties ont comparu personnellement à la barre à l'audience du 8 juillet dernier ; que, Dufour reconnaît que, aussitôt après l'accident, il a envoyé quelqu'un chercher un médecin à Issy-l'Evêque ; que, sans pouvoir l'affirmer, il croit se rappeler qu'il a désigné le Dr Artaud sachant que celui-ci avait une voiture automobile et pouvait venir sans tarder donner ses soins au blessé ; qu'il reconnaît encore que le lendemain 10 juin, il a accompagné le médecin chez la victime ; qu'il avait dit au Dr Artaud de venir le prendre avant de se rendre auprès de Rault ; qu'il reconnaît enfin que, pendant le traitement, qui a duré environ 3 mois, il a souvent demandé des nouvelles du blessé, sans jamais se préoccuper de la longueur de la maladie au point de vue des frais et des honoraires du médecin, étant persuadé que ces frais et ces honoraires seraient payés par la Compagnie à laquelle il était assuré ;

Attendu que l'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'un malade, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement au paiement des honoraires de l'homme de l'art (Cassation, 4 décembre 1872. — Sirey, 1872-1-430).

Attendu que, non seulement Dufour n'a à aucun moment fait connaître au docteur Artaud qu'il entendait rester étranger au paiement de ses honoraires, mais qu'au contraire, il a accompagné le médecin chez le blessé ; qu'il s'est intéressé à la marche de la maladie, en tant, sans doute, a-t-il dit, que maire de la commune à laquelle appartient Rault, mais aussi en tant qu'auteur de l'accident, qu'il se considérait donc comme responsable de l'accident, en ce qui concerne les frais médicaux, bien qu'il pensât qu'il serait déchargé du paiement par la Compagnie d'assurance ;

Attendu que le demandeur justifie du montant de ses honoraires ; que les soins ont été donnés au blessé du 9 juin au 7 septembre 1924 ; que le chiffre de 1.087 fr. ne paraît pas exagéré ;

Par ces motifs :

Condamne Dufour à payer au demandeur la somme de 1.087 fr. 25 avec intérêts de droit et dépens.

Commentaires.

Ce jugement, obtenu avec l'appui du « Sou médical », est d'une grande actualité. Nombreux sont, en effet, les cas d'accident d'automobile, à la suite desquels on met en œuvre un médecin ; on lui confie un ou plusieurs blessés ; on s'enquiert, au cours du traitement, de l'état des victimes ; puis, au moment de payer la note, personne ! Tous se dérobent : le blessé, parce qu'il trouve qu'ayant été écrasé, cela lui suffit ; l'écraseur qui se retourne vers son assurance; celle-ci fait la sourde oreille, ou invoque toutes sortes de prétextes pour ne pas payer.

Aussi le « Sou médical » est-il obligé d'accorder son appui moral et pécuniaire, au moins une vingtaine de fois par an, pour faire payer les honoraires de ses adhérents.

La plupart du temps, tout s'arrange à l'amiable, lorsqu'à la suite de l'envoi de papier timbré, les adversaires apprennent que le médecin n'est pas seul, mais qu'il a avec lui l'appui du « Sou médical ».

Mais, si la chicane reprend ses droits, il faut plaider lorsque l'assurance de l'écraseur est une de ces sociétés, bonnes pour toucher l'argent des autres, mais procédurières, lorsqu'il faut décaisser le sien propre.

De sorte que l'assuré, qui se croyait bien à couvert, par la garantie de son assurance, en arrive à regretter son geste d'humanité, envers la victime de l'accident.

Quoi qu'il en soit, quels que puissent être les responsables ou les responsabilités, le médecin doit être payé.

Sur nos conseils, il assigne le consommateur de soins et l'intermédiaire. Au juge à dire qui doit payer.

Dr Paul BOUDIN.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Celebres notique poëtæ
Balneolum Gabiis, Romæ conducere furnos
(Sois boulanger à Rome ou baigneur à Gabies)
Just. Sat. VII.

A un étudiant pauvre.

Donc tu hantes l'étude, et tu fuis l'atelier.
Tu prends tes dix-huit ans. Te voilà bachelier.
Il est temps maintenant de choisir ta carrière.
Ça, discutons un peu. Voyons, que veux-tu faire ?
Tu n'as pas un écu comptant, et le seul bien
Qui puisse te fournir le pain quotidien,

Ce sera ton travail, à moins que la fortune
Ne mette dans ton lit quelque fille à pécune.
Si tu n'es pas trop difficile dans ton choix,
Tu la rencontreras dans le milieu bourgeois.
Mais si par amour-propre et par fierté de mâle,
Tu ne veux rien devoir à la dot conjugale,
Il te faudra donner un bon coup de collier.
Réfléchis, songe à l'avenir, ô bachelier.

Ah ! mon pauvre garçon, quelle erreur est la tienne !
Ton diplôme éblouit ta tête faubourienne.
A juste titre fier de ton premier galon,
Tu te figures né pour fouler du talon
Les vastes champs ingrats de l'art ou de la science.
Tu te comptes déjà parmi la sombre engeance,
Grelottante de froid et de faim, que l'esprit,
Blagueur présomptueux, de gloriole nourrit ;
Et tu crois qu'en jonglant avec les logarithmes,
Tu conduiras, au son des phrases et des rythmes,
Chez toi le nécessaire avec le superflu.
A ce jeu-là beaucoup d'appelés, peu d'élus.
A n'écouter que la musique de la caisse,
Carrière libérale aujourd'hui mal engraisse.
Laisse aux riches le soin d'assurer les progrès,
Et de flirter avec Platon dans les banquets.
Puisqu'aussi bien eux seuls possèdent la patrie,
Qu'ils pondent dans leurs rangs chaque jour un Curie.

Tu chevauches, mon cher, un cheval trop fougueux.
Les pur-sang ne sont pas faits pour les fils de gueux.
Ce qui convient à ton adolescence drue,
C'est la bête de trait, la jument de charrue,
Capable d'entamer la glèbe d'un sol dur,
Dont la jambe est solide et dont le sabot sûr
Emporte à la maison dans les charrettes pleines
Les raisins des coteaux et les gerbes des plaines.
Avant de t'éduquer en homme distingué,
Pèse entre tes deux mains ton cerveau fatigué.
Ouvre les yeux. Regarde bien. Mets des lunettes.
La richesse ne vient jamais aux gens honnêtes,
Laborieux, obscurs, sans compromission ;
Ou du moins ceux-là sont la rare exception.
Considère d'où sont sortis les nouveaux riches :
Du pétrin fabriquant sans farine les miches,
Du moulin, de la bouge où grogne le verrat,
Mais jamais du bonnet-carré du doctorat.

Sois boulanger à Rome, ou baigneur à Gabies.
Mais dans ton intérêt renonce à tes lubies
De savant en nourrice ou d'aigle au biberon.
Sois plutôt épicier, boucher ou vigneron,
Que d'aller, balançant ta serviette en cadence.
Arpenter les degrés du Collège de France.
Avocat ? Médecin ? C'est ton rêve. A trente ans,
Un morceau de pain sec aiguisera tes dents.
Piètre est le résultat d'un long apprentissage.
L'étudiant s'éloigne et prend le parti sage.
Une chaire vacante à l'alme Faculté
Ne trouve pas preneur. Le bistrot d'à côté
Se gausse : « Un professeur réclamer le salaire

D'un brave commerçant, et comparer sa chaire
Au comptoir reluisant d'un bar achalandé
Où trônent sur le zinc le cornet et son dé ! ».
Le Muséum s'effrite et sa fin est marquée.
A sa place on construit en or une mosquée.
A Paris, comme à Rome au temps de Juvénal,
Au cliquetis de l'or l'Olympe ouvre le bal,
Terre et Ciel se mêlant sous couleur de négoce,
Les dieux comme les gens viennent faire la noce,
La Juive embrasse le chrétien, et Mahomet
Sourit au Sacré-Cœur du haut du minaret,

L'homme instruit s'appauvrit : donc à bas la science.
L'ignorant s'enrichit : donc vive l'ignorance.
Abdique toute honte et toute ambition.
Mesure à ses profits chaque profession.
Caresse aux citoyens le ventre et le sous-ventre.
Autour de ces deux points tout l'argent se concentre.

Ami, ferme le livre et ne le rouvre plus.
Tous tes moments passés sont des moments perdus.
Il te faut rattraper ce temps. Commence à vivre.
Compulse un seul bouquin qu'on nomme le Grand Livre,
Portant sur une page : « Doit », sur l'autre : « Avoir »
Deux mots à bien comprendre et c'est tout ton devoir.
Achète et vends ta marchandise. Sache dire,
Prodiguant aux clients un aimable sourire :
« Et avec çà, Monsieur, Madame ? A votre choix.
« Il arrive de Nante un lot de beaux anchois. »

Le tout est de savoir calculer le cinquante
Pour cent de bénéfice à prendre sur la vente.

Mon conseil te déplaît. Ton bras hésite encor
A briser la guitare aux belles cordes d'or.
Sans-le-sou, tu crois à ton génie. Imbécile !
Faunus, qui se jouait au flanc du Tincrétile,
Payait, en engraissant les chevreaux de Flaccus,
L'encens plus que les vers offerts à l'Augustus.
Tu fronces le sourcil au seul nom d'un Mécène ?
Ah ! je comprends que, né sur les bords de la Seine,
Tu n'entends pas marcher, toi, fils de Cyrano,
A la ficelle, avec dans le nez un anneau.
Alors force l'oubli des pages déchirées.
Ne lis dans le journal que le cours des denrées.

Oui, oui, ferme le livre, et colle à ton nombril
Le tablier de toile où pendra ton fusil,
Mon petit, je t'en parle avec expérience.
Jeune, j'ai comme toi courtisé la science.
La garce s'est de moi moquée à mes dépens.
Que ma faute te profite. Je me repens.
Çà me semblait joli d'être utile, de faire
Servir mon goût d'étude à soulager mon frère,
De consoler, de m'entendre appeler sauveur,
Surtout quand le nom vrai mérite sa grandeur.
Le scalpel à la main, j'ai retroussé ma manche.
Sans connaître jamais ni fête ni dimanche,
Par le froid, par la neige, ou la pluie à torrents,
J'ai cogné nuit et jour aux portes des mourants,

Apportant le salut au bout de ma lancette.
Au milieu du repas j'ai quitté mon assiette
Pour secourir le riche au jabot trop gavé,
Ou le pauvre affamé tombé sur le pavé.
Sans regarder au temps, à la peine, au salaire,
J'ai cru remplir un rôle énorme et nécessaire.
Pendant plus de trente ans, en esclave soumis,
J'ai travaillé tant que mes forces l'ont permis.
Mais je ne puis pas dire avec le bon Horace :
« Mes vœux sont exaucés. Les dieux m'ont fait la (grâce
« De me donner plus que je n'avais désiré.
« *Bene est. Auctius et Dî melius fecere.* »

octobre 1925.

Dr Paul Grossier.

CORRESPONDANCE

Rectification.

Vous avez imprimé par erreur, page 2892, du *Concours médical*, parmi les membres du Conseil de l'Union : Rinuy (Seine-et-Oise) : c'est *Somme* qu'il convient d'inscrire.

Avec la manie de la représentation régionale, cette remarque peut avoir une certaine importance aux yeux des confrères.

Dr Rinuy.

Mutualité Familiale. A quelle époque se payent les cotisations ?

Je vous envoie ma cotisation du 2e semestre 1925 : je suis bien en retard, car votre recouvrement postal ne m'a pas touché, je venais de partir en vacances et ce n'est qu'à mon retour que j'ai trouvé votre lettre de rappel.

Ne serait-il pas possible de payer d'un seul coup, en janvier, la cotisation de l'année entière ? On éviterait ainsi les retards qui peuvent se produire en juillet ainsi que les oublis toujours possibles.

Dr H.

Réponse.

Non seulement le paiement de la cotisation entière en janvier est possible, mais il est encore réglementaire : c'est le mode de faire normal, le paiement en deux fois n'ayant été admis que pour la commodité des sociétaires qui, régulièrement, devraient, s'ils le préfèrent, l'indiquer lors de leur admission.

Aux débuts, ce paiement en deux fois était presque général, mais les paiements en une seule fois ont augmenté chaque année et actuellement, plus de la moitié des sociétaires se libèrent en janvier, ce qui est plus commode pour eux et pour le trésorier.

Ce mode de faire devrait être adopté par tous les confrères qui prennent leurs vacances en

(*Voir la suite page XLVII-3023*)

PROPOS DU JOUR

Trois ans au Paraguay.

Conférence faite par un médecin français, le Professeur André, de la Faculté d'Assomption, à l'A.D.R.M.

L'Association des Relations Médicales avec l'Etranger (A.D.R.M.), ne perd aucune occasion d'instruire ses adhérents sur la situation des pays, même les plus lointains. Naguère un commissaire du peuple de l'U.R.S.S. y faisait une conférence sur l'organisation sanitaire de la Russie soviétique ; quelques semaines plus tard, c'était M. le Dr André, professeur de Clinique médicale et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Assomption, qui exposait, en une causerie des plus intéressantes, ce qu'il avait observé en un séjour de trois ans dans la République du Paraguay.

L'A.D.R.M. a eu l'excellente idée de laisser les P.T.T. installer un poste de téléphonie sans fil dans ses locaux, de sorte que, grâce à cette innovation, des milliers d'amateurs de téléphonie sans fil ont pu écouter chez eux l'intéressante conférence du Pr André.

***

M. le Pr André aime le Paraguay ; aussi en fait-il une description poétique et charmante.

Cette petite république qui a cependant une superficie qui égale les deux tiers de la France, ne compte guère plus d'un million d'habitants. L'on se rend à Assomption, sa capitale, en partant de Buenos-Ayres, soit par chemin de fer, soit plus agréablement par bateau en naviguant sur les grands fleuves, le Parana et le Paraguay. Un service trihebdomadaire de grands vapeurs relie la capitale de l'Argentine à celle du Paraguay et, durant les trois jours de navigation fluviale, le voyageur peut se rendre compte de l'aspect des rives. D'abord bordés de petites falaises, plates et monotones, les bords des fleuves deviennent plus pittoresque au fur et à mesure qu'on remonte le Paraguay et que l'on approche d'Assomption. Les rives sont alors recouvertes de forêts avec une flore tropicale des plus variées.

Assomption est une ville de 100.000 habitants. Sur les bords du fleuve est la Cité administrative avec ses monuments officiels et ses bureaux ; mais, tout autour, les pentes des collines qui, descendent vers le Paraguay sont couvertes d'habitations pittoresques, enfouies dans la verdure, entourées de jardins et sur une très vaste étendue. Il n'y a pas là de gratte-ciels, ni d'ascenseurs, mais la capitale n'y perd rien en agréments.

L'on est matinal à Assomption. Dès 6 heures du matin, l'habitant y est réveillé par la laitière, les fournisseurs, les voisins même, qui viennent offrir leurs services. Les tramways électriques fonctionnent. L'on se presse vers le Marché Central où se manifeste la vie créole dans toute sa pittoresque familiarité. Après midi, les deux grandes rues qui traversent la ville, sont très fréquentées. Tout y paraît tranquille et calme et le silence de la nuit tiède n'est troublé que par les coups de sifflets des agents de police qui s'avertissent de carrefour en carrefour. Ce calme nocturne n'est cependant qu'apparent car les maisons de jeux et les tripots avec tous les incidents qu'ils comportent, abondent à Assomption.

Le Paraguay peut être divisé en trois régions bien distinctes. La région cultivée, productive, civilisée, située entre les deux fleuves Paraguay et Parana. La région du Grand Chaco, sauvage, formée de savames et de marécages, peu explorée, peuplée d'Indiens en fait indépendants et demi-sauvages qui s'étend en Argentine. Enfin la grande forêt qui gagne le Brésil sur le plateau du Mato Grosso.

Le fleuve du Paraguay est navigable pour les grands vapeurs sur plus de 2.000 kilomètres et bien au-delà d'Assomption. C'est une magnifique voie de pénétration où la navigation est facile. Le haut Parana est aussi navigable, mais sur un parcours moins étendu. Lui et ses affluents importants sont coupés de rapides, de chutes parfois remarquables. Le Parana sera certainement dans l'avenir un très important fournisseur de force motrice.

L'Etat de Paraguay ne ressemble en rien à nos pays européens. C'est un pays d'horizons indéfinis, d'aspect grandiose dont une partie est cultivée et, dont les autres sont analogues à nos colonies à demi-exploitées ou encore vierges. C'est un peu comme si la France se continuait sans interruption avec l'Algérie, le Maroc et le

Soudan. L'Amérique du Sud donne l'impression d'un pays fait pour les siècles à venir où les fleuves forment des voies de pénétration considérables et où les moyens de communications seront encore plus rapides. A l'heure actuelle, les routes y sont rudimentaires et ne dépassent guère la banlieue des villes de quelque importance. Le véritable moyen de transport est le cheval. C'est le grand luxe du campagnard paraguayen de posséder un brillant harnachement, une cravache à pomme d'argent et des éperons d'argent.

Le Paraguay est un pays chaud,non équatorial mais tropical, où les saisons sont nettement tranchées. L'été dure quatre mois ; il est sec, le soleil y est brûlant, mais la chaleur est tempérée fréquemment par de grands orages où la pluie tombe en masse et ruisselle ; cependant le terrain est si perméable que l'eau est immédiatement absorbée et qu'on ignore ce que c'est que la boue.

Le soleil est d'ailleurs peu dangereux. On n'observe pas d'insolations, beaucoup de gens se promènent tête nue, et le casque colonial n'y est porté par personne.

L'hiver dure deux mois et est caractérisé par des vents violents de directions variées. Les six mois de saisons intermédiaires sont tempérés et rappellent assez notre mois de juin en France.

Le Paraguay est le pays de plaines vertes et du ciel bleu où il fait bon vivre. Sans doute, il y a des fauves et des animaux dangereux, des crocodiles, des jaguars, des pumas, des serpents, mais ils se tiennent éloignés des centres où l'homme déploie son activité et on ne les rencontre jamais.

M. le Pr André s'excuse de ne pouvoir faire le résumé de l'histoire du Paraguay. Assomption fut le premier centre colonial espagnol dans la rég on de la Plata. Sur les bords du Parana, les Jésuites créèrent les sept fameuses réductions où ils soumirent 30.000 indigènes à un régime communiste qui disparut lors de la suppression de l'ordre, à la fin du XVIIIe siècle.

Pendant un demi-siècle , le Paraguay lutta pour son indépendance. En 1867, il soutint une lutte héroïque et inégale contre le Brésil, l'Argentine et l'Uruguay, coalisés contre lui. Presque toute la popultation masculine, commandée par le dictateur Lopez, fut massacrée et de un million le nombre des habitants tomba à 150.000. Depuis les révolutions se sont succédé comme dans la plupart des démocraties latines américaines, révolutions qui sont de véritables crises de croissance de ces jeunes Etats, voués à la dictature, tant qu'ils n'auront pas acquis leur complet développement politique et économique. Depuis quelques années, le Paraguay est calme et florissant.

La population est composée de métis, mélange d'Espagnols basques et d'Indiens guaranis. Il n'y a pas de nègres au Paraguay. Le Guarani paraît avoir une lointaine origine mongole. Le métissage atteint tous les degrés ; dans les villes et surtout à Assomption, le sang espagnol prédomine.

Le paysan paraguayen aime les fêtes, les spectacles, les courses, tout ce qui brille. Il est très généreux, se met facilement en colère, mais cette colère est passagère.

L'âme guaranie est rêveuse et douce ; elle exprime ses sentiments par sa musique, composée de complaintes, vraies chansons de gestes, où le peuple célèbre les hauts faits de ses guerres et de ses révolutions, mais exprime aussi ses souffrances.

Le métis conserve la fierté espagnole mais emprunte au Guarani sa force de résistance, son amour des beautés de la nature. Il a une allure aimable, est curieux, aime à s'instruire et lit beaucoup.

En somme, le Paraguay ou plus exactement Assomption et ses environs paraissent être un pays privilégié. La flore merveilleuse, la pureté et la fraîcheur des eaux, la beauté et la grâce des femmes, la courtoisie des hommes, la vie facile qui n'exige un travail tenace et régulier que si l'on veut s'assurer le luxe, donnent un attrait spécial au séjour que l'on peut y faire.

Les ressources matérielles sont notables. Comme en France au temps du bon Sully, le labourage et le pâturage sont les deux mamelles de ce pays presqu'exclusivement agricole.

On y cultive le tabac, la canne à sucre, le maté, le manioc, le maïs, les arachides et les plantations de coton commencent à s'y développer de façon intéressante. L'élevage des bovidés y est très prospère. On ne compte pas moins de sept bêtes à cornes par habitant.

L'industrie y est à ses débuts. Signalons cependant d'importantes fabriques de tanin, des sucreries et des manufactures de tabac.

Le Paraguay diffère essentiellement des Etats de l'Amérique du Nord. Dans ces derniers, les Européens se sont substitués aux indigènes qu'ils ont fait disparaître et, dans les Etats du Sud, un apport considérable de nègres africains constitue un danger pour l'avenir des blancs. Dans le Paraguay, les Espagnols, basques pour la plupart, se sont fondus avec les indigènes guaranis ; il en résulte une race nouvelle où le sang

du nègre d'Afrique n'entre pour rien. Malgré une forte natalité, la population est très clairsemée au Paraguay et c'est là un obstacle à son développement économique. L'émigration européenne y est désirable ; on commence à la réglementer et les Italiens depuis peu y affluent. L'émigration y prospèrera d'autant plus que le climat est doux et le pays très salubre.

Peu à peu, une élite d'hommes nouveaux se crée. L'instruction s'y répand. Les écoles primaires, secondaires y sont nombreuses. Assomption est pourvue de deux Facultés de droit et de médecine et une Ecole d'Agriculture y a été fondée.

La *pathologie* du Paraguay est à peu près celle de l'Europe, ou plutôt celle des pays plus chauds comme l'Algérie et le Maroc. Elle est, il est vrai, singularisée par la fréquence de l'ankylostomiase et par une leishmaniose que l'on ne rencontre guère que là et que l'on appelle la Buba.

Les vieillards y sont nombreux, mais l'insuffisance des statistiques ne permet guère de préciser la durée moyenne de la vie humaine.

Le pays, étant très sain, les grandes épidémies y sont rares. L'on y a constaté de petits foyers de peste bubonique importée qui ne se sont pas étendus.

Le paludisme n'y est ni commun, ni intense ; il prend la forme de fièvre tierce bénigne qui cède facilement à la quinine. Quelques cas de fièvres malignes sont constatés dans les régions de prospections.

La plupart des maladies sont celles de notre pays. La grippe y fait de temps à autre de nombreuses victimes.

La dysenterie amibienne est assez rare. Les maladies typhoïdes sont fréquentes ; elles tiennent à la pollution des puits à Assomption. Généralement, elles sont peu graves, car ce sont les paratyphoïdes qui sont les plus fréquentes.

L'ankylostomiase est la plaie du Paraguay. 80 % des habitants ont des ankylostomes dans l'intestin. Beaucoup n'en sont pas trop incommodés mais certains en souffrent beaucoup, surtout les enfants de 7 à 13 ans. Ils acquièrent la maladie par la peau en marchant pieds nus dans un terrain souillé. Des ulcérations, des écorchures, permettent au parasite de pénétrer dans le sang. L'ankylostomiase a une action débilitante qui s'étend sur une grande partie de la population des villes.

Néanmoins, le danger paraît conjuré, car la lutte contre l'ankylostome est facile. Elle est actuellement bien organisée à Assomption au moyen du tétrachlorure de carbone dont l'action est merveilleuse, grâce à la collaboration des autorités et d'une mission Rockefeller.

Les maladies vénériennes font beaucoup de victimes et surtout la syphilis. Les syphilis nerveuses sont fréquentes, cependant la paralysie générale serait rare. Un dispensaire antivénérien fonctionne et commence à donner des résultats intéressants.

Il existe quelques cas de lèpre dans les quartiers pauvres. Beaucoup de ces lépreux ne sont pas hospitalisés et menacent de propager la maladie.

Nous avons dit qu'il existait une affection spéciale au pays, la *buba*, qui se manifeste d'abord sur la peau par des boutons sur les pieds, les mains, les avant-bras. Puis le parasite, qui est répandu dans le sang, localise ses lésions sur les muqueuses, détruit la luette, le voile du palais, la bouche, le nez qu'il transforme en un horrible cloaque. La buba est une leishmaniose d'origine exclusivement forestière, elle est vraisemblablement inoculée par des insectes chez les ouvriers qui travaillent au sein des grandes forêts. L'on a rarement constaté d'inoculations en dehors de la forêt et jamais dans les villes.

La pathologie viscérale est sensiblement la même qu'en France. Cependant du fait du climat, de la vie au grand air, les affections pulmonaires sont plus rares. La tuberculose paraît en voie de progression ; la race paraît y être plus sensible et la maladie y affecte surtout des formes aiguës.

L'on ne voit guère de catarrheux ni d'emphysémateux. Constatation surprenante et qu'il est difficile d'expliquer, l'ulcère de l'estomac est inconnu et le cancer de l'estomac très rare.

Il existe à Assomption sur une hauteur en dehors de la ville un bel hôpital, bien situé, qui a été fondé par des sœurs françaises de Saint-Vincent-de-Paul. En outre, il s'y trouve un asile d'aliénés et un asile de vieillards.

Au centre de la ville sont les bâtiments de l'Assistance publique et l'Ecole de médecine, pourvus d'un poste de prompts secours et de dispensaires où l'on donne des consultations.

La Faculté de médecine est l'analogue d'une de nos Ecoles de province. Les étudiants y font six ans d'études et l'on en compte environ 20 par année.

Une intimité assez grande existe entre les maitres et les élèves et l'enseignement pratique en bénéficie. Les élèves sont intelligents et manifestent un grand désir de s'instruire. Ceux qui le

◆◆

peuvent viennent compléter leurs études en Europe. Tous les gens instruits sont fort au courant du mouvement littéraire et scientifique de notre pays qu'ils suivent avec le plus grand intérêt. Le Paraguay est donc un pays très imprégné de civilisation latine. Cependant, l'on commence à y constater l'augmentation de l'influence du dollar.

Il faut, conclut M. le Pr André, que la France fasse un sérieux effort pour permettre à notre civilisation gréco-latine de s'épanouir encore davantage dans ce pays qui est encore à l'âge de l'adolescence et qui promet de devenir à l'âge adulte une nation des plus prospères.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DE L'AGITATION

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — La situation actuelle : la camisole, la cellule, le lit, le bain, la persuasion (traitement moral), les médicaments et le régime alimentaire. — Le service à créer : sections diverses avec consultation externe.

C'est d'un point de vue général et très succinct que nous voulons étudier cette question de thérapeutique spéciale. L'agitation crée le problème le plus difficile de l'assistance des malades mentaux ; il y a urgence à le résoudre parce que c'est du *traitement subi* que dépend, en fait, la *réputation des services* de psychiatrie, fermés ou ouverts. Nous n'envisagerons pas ici a nature de cette agitation. Qu'elle soit, cettelagitation, à base d'anxiété ou à base d'énerve ment, qu'elle soit de forme maniaque ou de forme confusionnelle, nos moyens d'action sont toujours limités et ce sont eux qui nous préoccupent. Nous examinerons d'abord la situation actuelle, puis nous verrons comment elle pourrait être améliorée et heureusement transformée.

***

La situation actuelle. — Quels sont, aujourd'hui, les moyens de traitement de l'agitation, soit dans les services d'isolement, soit dans les asiles d'aliénés ? Ce sont, en les énumérant d'après leur emploi le plus fréquent : la camisole, la cellule, l'alitement, le bain, la persuasion.

Nous ajouterons quelques mots au sujet des médicaments et du régime alimentaire.

1o **La camisole.** — La camisole de force, le gilet de force, le gilet de « santé », comme se permettait de dire aux familles une infirmière que nous avons connue, la camisole est toujours d'un usage courant vis-à-vis des agités. Il nous semble même que depuis la guerre il y a dans toutes les formations hospitalières recrudescence de l'emploi de cet instrument si souvent mortel. Comment expliquer ce fait ? Jusqu'à quel point, notamment,la disparition d'un homme comme Magnan n'a-t-elle pas contribué à aggraver la situation présente ? La mort de cet aliéniste a laissé un grand vide parmi les protagonistes de certains principes d'assistance. La crucifixation sur un lit, avec la camisole de force et les entraves, la fixation sur un fauteuil, ou sur un banc, ou au tronc d'un arbre, etc., sont des méthodes de traitement de l'agitation qu'il faudra pourtant abandonner un jour.

Le tort de Magnan, si on peut dire, dans sa lutte juste et obstinée contre l'usage de la camisole de force, a été de rester un imprévoyant optimiste. C'était bien de dire : « Faites comme moi ». C'était bien de répéter avec un léger sourire de satisfaction : « Ce que je fais, vous pouvez, vous aussi, le réaliser... J'ai supprimé pour mes malades la camisole et la cellule : vous pouvez donc faire la même chose que moi ». Etait-ce en effet suffisant ? Magnan avait autour de lui une élite médicale. Parmi cette élite, combien ont pu faire cesser totalement l'emploi de la camisole dans leurs services ? Au reste Magnan n'était-il pas arrivé à supprimer la camisole de force à la faveur d'un ensemble de circonstances particulières, cela, reconnaissons-le, bien que son installation au point de vue de l'alitement et de l'hydrothérapie fût restée très précaire ? D'abord il disposait d'élèves et d'infirmiers stables et instruits ; ensuite, il avait la possibilité d'évacuer sur d'autres établissements d'aliénés les malades les plus difficiles, les plus

exigeants, les plus agités de son service, et on sait qu'à la fin de sa carrière surtout, chacun s'ingéniait à provoquer le départ de tels malades. A notre avis, même avec de bons infirmiers d'asile, et ils sont une rareté, il est impossible de réaliser la conception de Magnan si l'on ne dispose pas de locaux spécialement disposés et aménagés pour le traitement de la grande agitation. La persuasion ne suffit pas à tout : il y a des limites à la force et à la patience de l'homme moyen, et celui-là Magnan l'a complètement ignoré ou méconnu.

A noter qu'avec le maillot de Magnan, les infirmiers peuvent pratiquer la crucifixation sur un lit de la même façon qu'avec la camisole de force et les entraves.

2° **La cellule.** — Qui dira les méfaits de la cellule ou de la « chambre d'isolement », après les méfaits de la camisole de force ? Ils sont aisés à se représenter quand on sait quelle intensité et quelle violence peut atteindre l'agitation d'un malade, notamment l'agitation maniaque et l'agitation coléreuse. Tantôt le patient, dans sa cellule, est fixé sur un lit scellé dans le dallage ou vissé au parquet ; la fixation au lit a lieu avec la camisole et les entraves, ou avec d'autres systèmes de liens plus dangereux que les précédents. Tantôt le patient est libre dans sa cellule d'où l'on a retiré le lit ; il y est soit camisolé, soit camisolé et entravé, soit revêtu du maillot de Magnan : s'il ne parvient pas à se débarrasser plusieurs fois par jour, de sa camisole ou de son maillot, on lui installe un lit par terre avec une paillasse, un matelas, des draps et couvertures ; s'il déchire maillots et camisoles, s'il met en miettes les objets de literie, s'il tend à briser portes, fenêtres, appareils de chauffage, armatures de toutes sortes, alors la situation atteint son plus haut degré de gravité ; le malade, nu dans sa cellule, est maintes fois inabordable ; il accomplit tous ses besoins par terre, il barbouille les murs de matières fécales, etc. : ce spectacle réalise de véritables visions d'épouvante. Dans ces cas rares, le mieux (?) et si cela se peut, est d'avoir plusieurs cellules à sa disposition, et de passer le malade de l'une dans l'autre, après nettoyage minutieux et désinfection.

La cellule doit être bien chauffée. Si le sol est parqueté, il faut le recouvrir d'un linoléum très résistant (sans cela la *désodorisation* est impossible). Les carreaux ont l'inconvénient d'être froids. Le porphyrolithe est actuellement la substance de choix pour le dallage des chambres d'isolement. Signalons qu'il est pratiquement impossible d'installer des cabinets d'aisance dans les cellules. Les vases de nuit en carton bouilli sont quelquefois acceptés volontiers par les malades.

Lorsque l'agitation est intense et les tendances destructives extrêmement accusées, la chambre est garnie simplement de paille journellement renouvelée. Chez certains délirants aigus, cette installation, si précaire qu'elle soit, est préférable encore à la crucifixation lectuaire, surtout quand le patient consent à rester couvert du maillot de Magnan.

3° **Le lit.** — L'alitement, sans camisole de force réussit souvent comme traitement de l'agitation. Les avantages de ce procédé thérapeutique sont grands, ses inconvénients à peu près nuls. Si le médecin traitant n'a pu établir rapidement un diagnostic définitif, l'alitement, en réalisant une observation de tous les instants, a cet avantage de permettre d'arriver plus facilement à préciser la maladie en cause. Un autre résultat heureux du séjour continu au lit, c'est d'instituer une surveillance permanente du patient ; cela est précieux pour les anxieux qui tendent au suicide. Enfin, l'alitement est un procédé de traitement de l'agitation extrêmement simple et d'installation peu coûteuse. Ajoutons que les inconvénients du maintien au lit, au point de vue organique, sont à peu près inexistants : la constipation est exceptionnelle, ou, si elle est opiniâtre, elle dépend de la maladie et non de la mesure thérapeutique. Il est possible qu'un séjour au lit d'une très longue durée « affaiblisse » certains malades, mais ces cas sont pratiquement négligeables.

Chez les anxieux, chez les psychopathes sujets à des raptus pantophobiques, — par exemple chez les mélancoliques ou chez les hypocondriaques anxieux, chez les délirants aigus ou subaigus, chez les confus avec épisodes hallucinatoires, — l'alitement avec surveillance continue donne les meilleurs résultats. Chez les persécutés chroniques et coléreux, hallucinés ou interprétants, le séjour au lit est bien supporté, d'autant qu'il n'est exigé, ici, que pour une courte durée. Les maniaques eux-mêmes acceptent la discipline de l'alitement : il est curieux de voir de tels malades rester durant des mois installés par terre dans un coin de salle.

Pour pratiquer l'alitement sans camisole de force, il faut d'excellents et de nombreux infirmiers, de jour et de nuit. Actuellement, l'alitement dans les salles d'observation et de surveillance continue ne se fait guère que grâce à la crucifixation avec la camisole et les entraves.

4° **Le bain.** — Il y a quelque trente ans, certains psychiatres pensaient que la balnéothérapie et la clinothérapie représentaient le traitement idéal des psychopathies aiguës : la question est plus complexe.

Le bain, comme le lit, dans le traitement de l'agitation, a de hauts avantages ; ceux-ci même

sont plus grands que ceux que l'on obtientpar le séjour au lit. En fait, les deux méthodes doivent être associées et combinées. L'avantage le plus marqué du bain, à notre avis, ce n'est pas tant de calmer l'agitation que de réaliser l'hygiène, la propreté du patient. L'agitation à base d'énervement, l'agitation coléreuse, est celle qui cède le mieux à la balnéothérapie prolongée ; l'agitation maniaque ou hypersthénique reste sans modification aucune sous l'influence du bain ; l'agitation anxieuse et l'agitation confusionnelle, surtout si le personnel est ignorant ou insuffisamment éduqué, peuvent être aggravées par le bain, lors surtout des premiers essais ou des premiers jours du traitement.

Y a-t-il des inconvénients à instituer le bain pendant des journées entières ? Le malade, nourri dans sa baignoire, supporte assez facilement ce traitement. Mais cela, d'abord, n'amène point la guérison de l'excitation maniaque par exemple ; ensuite, cela est contre-indiqué chez l'anxieux et le confus : chez ces derniers le bain intermittent est une obligation thérapeutique sauf peut-être quand l'anxiété est devenue un état chronique et coexiste avec une résistance somatique suffisante.

Faut-il maintenir de force le malade au bain, avec un tablier appliqué sur la baignoire et faisant office de carcan ? Nous ne le pensons pas : c'est là un nouveau genre de camisole de force, qu'il faut rejeter parmi les vieux systèmes de contention, dont le nombre est inimaginable, car l'ingéniosité de l'homme est sans limite, comme bien d'autres de ses facultés.

Les douches chaudes, les douches froides (celles-ci douloureuses) sont abandonnées comme traitement de l'agitation. Le drap mouillé rend, en revanche, quelques services surtout chez les confus. La difficulté de pratiquer ces modes divers de thérapeutique hydrique tient en principe à la médiocrité du personnel et à la disposition fâcheuse des locaux mis à la disposition du médecin traitant.

5° **La persuasion.** — La persuasion comme traitement de l'agitation, c'est une sorte de *psychothérapie* appliquée. Elle représente une partie du *traitement moral*, et Magnan avait raison de dire qu'elle est l'essentiel près de nos malades.

En quoi consiste la persuasion, vis-à-vis d'un malade en proie à une violente agitation ? Au premier abord cette action paraît ne pouvoir être que vaine ; de plus elle nécessite un personnel nombreux et spécialisé. En principe, il ne s'agit pas tant, près d'un malade agité, de le maintenir soi-même de force, que de le rassurer *par la parole*, que de le convaincre d'un certain état présent de sécurité, que de former autour de lui une sorte de barrière humaine, patiente, souple, instruite et infranchissable. Très vite le malade le plus difficile se discipline, c'est-à-dire se rend compte qu'il doit rester dans le coin de la salle où on l'a alité par terre. Très vite deux infirmiers seulement suffisent pour le persuader de ne plus quitter son lit, alors qu'au début quatre personnes devaient l'entourer. Il importe absolument de ne pas frapper le malade, de ne pas lui meurtrir les bras, ou les cuisses, ou les côtés, sinon on augmente sa fureur, et, surtout, on justifie ses plaintes de mauvais traitements reçus. Il y a des agités sans doute, que les coups et blessures apaisent (nous en avons eu le triste aveu), mais quelle réputation ne font-ils pas ensuite à l'établissement qui les a hospitalisés ! Employer la force avec patience près d'un malade, ce n'est pas le maltraiter ni le blesser : c'est simplement lui montrer la nécessité pour lui d'une nouvelle situation exigée par l'état de surexcitation ou d'énervement dans lequel il se trouve.

Il est plutôt rare qu'il soit nécessaire de maintenir de force longtemps un malade au lit, à l'aide d'infirmiers : le fait seul d'entourer le sujet suffit ordinairement. Surtout il vaut mieux *lui parler* que de se précipiter sur lui pour le tenir. Il est des malades qu'il ne faut pas toucher ; par la parole seule, on obtient d'eux tout ce qui est utile. Ecouter le malade s'il veut parler de sa maladie, causer avec lui de choses diverses, bien lui expliquer ce qu'on désire lui faire faire (changer de linge, aller au bain, manger, etc.), voilà la véritable thérapeutique, et on peut dire qu'elle réussit de suite dans 99 % des cas. La haute difficulté est de l'organiser.

Il faut que le personnel infirmier comprenne l'état mental des malades ; il faut, en conséquence, qu'il possède des connaissances sur les maladies psychiques et nerveuses : ainsi il pourra collaborer à l'action médicale psychothérapique et cela, pour nous, est indispensable. Il doit bien savoir notamment les signes de l'agitation coléreuse, de l'agitation anxieuse, de l'agitation maniaque, de l'agitation confusionnelle. La qualité, la spécialisation de ce personnel infirmier, ont autant, sinon plus, d'importance que la quantité.

6° **Médicaments et régime.** — On a essayé des milliers de médicaments contre l'agitation en général : aucun d'eux n'a systématiquement une action heureuse et définitive. La plupart des drogues utilisées sont des poisons de l'axe cérébro-spinal et leur emploi quotidien n'est pas sans danger. Nous avons connu un médecin qui ne faisait pour ainsi dire jamais usage de la camisole de force, mais qui administrait de fortes doses de médicaments variés ; ses internes, en salle de garde, lui reprochaient maintes fois d'oublier le vieux principe : *primum non nocere.* — Les éléments actifs de la jusquiame, l'hyoscine ou

scopolamine, l'hyoscyamine ou duboisine, calment incontestablement l'agitation maniaque ; mais, d'une part, ce médicament est assez dangereux à manier, à cause des susceptibilités et réactions propres à certains sujets ; d'autre part, son effet est de courte durée ; à notre avis, on ne saurait l'employer quotidiennement pendant des semaines ou des mois. L'opium, sous ses formes variées (laudanum de Sydenham, morphine, héroïne, etc.), donne assez souvent de bons résultats chez les mélancoliques anxieux et son usage prolongé à doses régulièrement progressives ne paraît pas offrir de dangers. Le bromure de sodium, mieux que les bromures associés, agit parfois remarquablement sur les phénomènes d'énervement. Le chloral, le gardénal, le véronal, la valériane, le chanvre indien, sont encore à essayer contre l'agitation durable et violente. Le mieux, d'ordinaire, est d'alterner l'usage de ces drogues, pour éviter l'accumulation et aussi l'accoutumance, c'est-à-dire la tolérance acquise par l'habitude. — A noter que es recherches actuelles sur la sympathicotonie et la vagotonie n'ont pas encore apporté de notions précises pour le traitement de l'agitation.

Le régime alimentaire du malade agité doit être approprié, naturellement, à la forme de l'agitation et de la maladie causale. Par exemple, le sujet en proie à l'excitation maniaque a besoin d'une nourriture abondante, avec féculents et viandes ; au contraire l'anxieux et le confus doivent bénéficier d'un menu choisi : purées légères de légumes, viandes blanches, fruits cuits, lait, bouillon de légumes, eau de Vichy, boissons variées, etc. Chez tous ces patients, le fonctionnement des grands appareils (cœur, poumons, foie, reins) est à surveiller de très près.

***

Le service à créer. — Le traitement rationnel de l'agitation ne pourra être réalisé, soit dans les services ouverts, soit dans les asiles d'aliénés, que le jour où des pavillons spéciaux auront été créés pour soigner ces états morbides particuliers. On peut dire que nos installations actuelles font penser aux installations des services de chirurgie d'il y a soixante ans. A notre avis, il y a, d'abord urgence à fonder dans les grandes villes un ou plusieurs « services ouverts » pour le traitement général des malades mentaux aigus et spécialement pour le traitement des malades mentaux agités. En quoi consisteront ces services ? Nous les voyons sous un triple aspect, c'est-à-dire que le pavillon destiné à recevoir de tels malades devra comprendre trois sections ou compartiments :

1° Une section pour le traitement des malades en proie à l'agitation ;

2° Une section pour les malades calmes ;

3° Une section pour la consultation externe et pour l'examen des entrants à leur arrivée.

1° **La section pour le traitement des agités** doit se présenter sous la forme complexe suivante :

a) Une salle *centrale* d'hydrothérapie : cinq à dix baignoires, avec bains douches ;

b) Une salle d'alitement avec boxes, pour les plus grands agités (six à douze lits) ;

c) Une salle d'alitement pour les demi-agités (douze lits à quinze lits) ;

d) Une salle avec chambres d'isolement, appropriées très exactement à leur fonction (quatre à huit) ;

e) Une petite salle de réunion ;

f) Des water-closet pour chaque salle ;

h) Une série de petites chambres : une pour le médecin en vue de l'examen de certains malades difficiles ; une pour l'infirmier surveillant en chef de cette section ; une pour les familles (visite d'un malade à titre exceptionnel) ; une pour les pansements et le service courant de laboratoire ; une pour le vestiaire ; une pour le linge sale (débarras).

Dans cette section, tout le vitrage employé est le vitrage dit incassable.

2° **La section pour les malades calmes** comprendra deux salles au minimum, suivant les villes ou régions :

a) L'une pour les malades mélancoliques, hypocondriaques, asthéniques, obsédés-phobiques, etc., ayant des tendances au suicide et nécessitant une surveillance continue, de jour et de nuit, comme les agités, — avec water-closet, débarras, etc. ;

b) L'autre pour les malades calmes, convalescents, dont la sortie est plus ou moins prochaine. A cette salle seront annexés : un réfectoire, une salle de réunion, une cour avec préau, un jardin, des water-closet, débarras, etc.

3° **La section pour la consultation externe** comprendra les locaux et annexes suivants :

a) Une salle d'attente pour les malades de la consultation externe ;

b) Une salle d'examen des malades de cette consultation ;

c) Une petite salle d'attente pour les familles des malades en traitement ;

d) Un parloir pour les malades présents et leurs familles ;

e) Une petite salle d'attente pour les entrants ;

f) Une chambre médicale pour l'examen des entrants ;

g) Un cabinet médical (fiches et observations) ;

h) Une chambre pour le surveillant général ;

i) Des water-closet ;

j) Un vestiaire.

Un tel service peut fonctionner dans n'im-

porte quelle ville, en appliquant la loi de 1838 ou celle de 1893. Pour les malades *protestataires*, — et on peut affirmer leur *petit nombre*, sans aucune crainte de se tromper, — ils seront : les uns placés, comme actuellement, dans les asiles d'aliénés, les autres remis à leurs familles, et à ces familles le médecin lui-même dira les dangers que le malade fait courir à son entourage, les responsabilités morales et pratiques que celui-ci aura à supporter du fait de la sortie (1).

LA MIGRAINE

Analyse critique des rapports concernant la migraine discutés à la Société de Neurologie (juin 1925),

Par G. Didsbury,

Ancien interne provisoire des Hôpitaux.
Oto-rhino-laryngologiste du Dispensaire Péreire.

II

Dans une première étude nous analysions le rapport de Viggo Christiansen consacré surtout à la clinique de la migraine. Le rapport de Pasteur Valléry-Radot devait s'appliquer à la pathogénie, c'est ce rapport qui va faire l'objet de cet article.

Tout d'abord, l'auteur s'efforce de bien spécifier ce qu'on doit appeler migraine et non pas céphalée. Toutes les douleurs de tête même unilatérales dues à des troubles de l'accommodation oculaire ou à des affections nasales ne peuvent légitimement s'appeler migraines. La définition que Christiansen a donnée de la migraine est donc bien celle que retiendra P. Vallery-Radot à savoir crises douloureuses « généralement hémicraniques avec photophobie, vertiges, nausées, vomissements et manifestations vaso-motrices. La crise terminée, aucune séquelle ne persiste, le sujet retrouve une intégrité absolue jusqu'à la crise suivante ». Ces lignes sont bien exactes et caractéristiques : elles légitiment l'opinion bien répandue que la migraine n'est pas une maladie ; et le fait qu'il y ait une telle crise avec de tels troubles et qui disparaisse sans laisser de traces et cela « pendant des années sans altérer l'état de santé du sujet » nous paraît être la cause qui a rendu l'opinion si sceptique au sujet de la migraine au point que certains ont pu douter de son existence.

Donc, l'auteur se promet d'étudier la « crise » c'est pour cela qu'il élimine la migraine ophtalmoplégique presque toujours liée à des lésions cérébrales ou méningées. Pour l'auteur, les migraines sont symptomatiques, mais avec intégrité du système nerveux central.

Nous nous permettrons d'ajouter qu'en effet, il n'y a pas dans la migraine de lésions du système nerveux *central*, ce qui ne pourrait s'accorder avec une santé générale si parfaite et pendant tant d'années, mais pourquoi n'y aurait-il pas de *lésions périphériques* ? Or parmi les lésions périphériques n'a-t-il pas été noté depuis bien longtemps la douleur du ganglion cervical du grand sympathique puisque vers 1860 Dubois-Raymond la constatait sur lui-même. Or, nous savons à l'heure actuelle quels rapports unissent l'innervation vaso-motrice et les troubles humoraux déclanchés par l'introduction dans l'organisme d'un antigène auquel le sujet est sensibilisé (Widal) qu'il y ait coexistence de phénomènes anaphylactiques c'est-à-dire de la réaction d'un organisme « sans défense » (ce que veut dire d'ailleurs anaphylaxie) contre telle ou telle substance, et la migraine, c'est fort possible, mais nous n'y voyons pas du tout une explication du déclanchement de la crise. Voici nos raisons : d'abord le choc anaphylactique est un phénomène total, général pour tout l'organisme qui s'applique parfaitement pour l'urticaire, laquelle est une éruption particulière et généralisée, et non pas unilatérale, survenant après l'absorption de telles ou telles substances alimentaires, tandis que la migraine est si supérieurement unilatérale, survenant le matin à jeun avec tant de préférence, après une nuit de sommeil profond et accompagnée si volontiers de vomissements qui ne sont pas alimentaires chez des sujets doués d'un robuste appétit et d'une si belle santé habituelle qu'on ne peut dire qu'il y a un rapport entre la migraine et l'urticaire. Du reste, le rapporteur estime que ce serait une erreur de faire entrer toutes les migraines dans le cadre de l'anaphylaxie : pour nous ce n'est pas là qu'il faut chercher le point de départ ou tout au moins n'y voir qu'une cause de déclanchement en premier lieu, et plus tard pendant l'évolution de la crise qu'une superposition de phénomènes secondaires. L'excitation vago-sympathique est certainement au premier plan dans la crise de migraine mais cette notion laisse complètement de côté la question de l'unilatéralité. L'auteur est étonné que depuis 1860 et les constatations de Dubois-Raymond sur lui-même, l'étude de la migraine n'ait pas été plus poussée à fond ; nous y voyons une preuve de plus que bien peu s'intéressaient à la question : même les médecins qui étaient les premiers à en souffrir.

Nous sommes tout à fait de l'avis de l'auteur que

(1) Dr R. Benon. — 1. Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. (*Ve Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée*, Nantes, 1911, août, Travaux des sections, p. 252, et *Presse médicale*, 1911, 16 déc., p. 1036) ; 2° Pathologie mentale et services ouverts. (*Journal des Praticiens*, 1924, 15 nov., n° 46.)

satisfait pleinement la théorie vaso-motrice ou sympathique mais en y ajoutant qu'il y a d'autres nerfs que les branches du sympathique qui réagissent douloureusement et comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement puisque le sympathique contracte avec le système nerveux cérébro-spinal de si multiples anastomoses ?

Le rapporteur passe en revue diverses pathogénies expliquant la migraine par lésions cérébrales : abandonnons ces théories dont aucune n'est appuyée par une ombre de preuves. En dépit de l'ingéniosité et le talent dont ont fait preuve maints auteurs et notamment Léopold-Lévy au sujet d'un centre migrainogène sur le plancher du 4e ventricule, nous dirons que cette hypothèse est bien loin de s'accorder avec une crise passagère et unilatérale.

Quant aux lésions de la selle turcique et des augmentations de volume transitoire de l'hypophyse, peuvent-elles s'accommoder de troubles unilatéraux et passagers sans compter que nombre de migraineux ont présenté des examens radiographiques négatifs. Il faut abandonner toutes les hypothèses suivantes : l'augmentation passagère de la pression du liquide céphalo-rachidien, la fermeture brusque et passagère du trou de Monro, la disproportion entre la capacité du crâne et le volume du cerveau,lequel dans certaines conditions de pression sanguine se comprimerait contre la paroi, d'où hémicranie. Justement pourquoi hémicranie dans ce cas ? Le caractère d'unilatéralité de la migraine suffit,nous semble-t-il pour éliminer d'un mot toutes ces hypothèses le d'autre part sont-ce les méninges ou le cerveau qui sont sensibles ? Depuis longtemps on sait que c'est la moelle qui est sensible et non pas le cerveau et d'ailleurs les méninges sont médiocrement innervées, Que des branches superficielles et périphériques du trijumeau soient douloureuses dans la migraine, le fait est hors de conteste, les triples émergences faciales du trijumeau réagissent assez à la pression et dans l'intervalle des crises pour qu'on en soit assuré. Mais de là à prononcer le mot névralgie du trijumeau c'est tout un monde ; c'est la *face* et quelquefois la *langue* (névralgie linguale) qui souffrent dans la névralgie du trijumeau mais pas le *crâne* : jamais les migraineux ne se plaignent exclusivement de la face et combien accusent-ils la nuque d'être le point de départ de leur crise et avec combien de raison ! Le rapporteur cite avec juste raison le cas d'une femme qui souffrait à la fois de migraines et de névralgie faciale et qui distinguait parfaitement et sans erreur les deux crises douloureuses. Nous ajouterons qu'il est classique que la migraine attaque successivement ou alternativement les deux moitiés du crâne tandis que la névralgie faciale est unilatérale et toujours du même côté, du moins dans l'immense majorité des cas. Nous avons de plus remarqué depuis longtemps que la névralgie faciale évoluait quelquefois assez volontiers sur d'anciens migraineux guéris soit spontanément ou autrement.

Nous compléterons notre pensée sur ce point en ajoutant que si la chirurgie intra-cérébrale est seule victorieuse de la névralgie faciale, il ne serait pas impossible que le point de départ ne fût pas périphérique et d'origine bucco-dentaire. On sait en effet que la pyorrhée alvéolo-dentaire est fréquente, qu'elle est infectieuse et dans le milieu éminemment septique de la bouche qui s'en étonnerait ? De là à incriminer une infection d'origine dentaire des filets périphériques du nerf maxillaire supérieur se propageant de proche en proche dans toute la longueur du nerf : il n'y a qu'un pas, nous semble-t-il.

Quoi qu'il en soit, la migraine n'a rien à faire avec la névralgie du trijumeau.

Le rapporteur aborde le chapitre de l'origine musculaire de la migraine.

Les terribles confusions qui se sont établies au sujet de la migraine éclatent dans ce chapitre peut-être encore plus qu'ailleurs. Il ne semble pas que le rapporteur ait cherché lui-même les émergences et les trajets nerveux douloureux chez les migraineux non plus que les noyaux de myosite comprimant des nerfs ou situés au voisinage de nerfs : sans quoi en se basant sur les recherches d'un grand nombre d'auteurs dont Norström fut le chef de file, au moins pour les temps modernes (car la constatation de lésions locales de la migraine est antique) et nous-même, un des derniers que l'auteur a bien voulu citer, il n'aurait pu lui échapper le diagnostic positif et expérimental de la migraine à savoir la douleur temporo-frontale irradiée à volonté par la pression d'un nerf douloureux, *loin situé*, à la nuque ou à l'épaule à tel point que le patient s'écrie : c'est ma douleur de migraine, je la sens bien ainsi partir de la nuque quand elle évolue spontanément. Le malade ainsi exploré ne doute pas un instant que la cause immédiate de ces douleurs ne soit sous le doigt du médecin. Par cet examen s'explique l'unilatéralité. Il est facile de constater qu'il y a plus de nerfs douloureux d'un côté que de l'autre et même qu'il y en a seulement d'un côté : celui-là seul était atteint de migraine et l'autre côté indemne. Le grand sympathique étant copieusement anastomosé avec tous ces nerfs douloureux superficiels et chroniquement dans l'intervalle des crises que s'étonnerait-on des troubles vaso-moteurs ? Ce qui établit avec juste raison que l'auteur voit la théorie vaso-motrice la seule théorie acceptable de la migraine. Nous ajouterons même qu'elle est mieux qu'une théorie mais un fait expérimental : ne peut-on pas en effet et n'est-il pas facile dans un cas de migraine ophtalmique d'en déclancher une crise à volonté avec mouches volantes et vertiges en pressant simplement sur le ganglion cervical supérieur du grand sympathique. N'est-il pas facile par le même procédé de mettre en œuvre le réflexe oculo-cardiaque ou mieux dénommé sympathico-cardiaque qui est souvent exagéré chez le migraineux. L'auteur cependant estime que l'on perçoit « *entre les crises* des douleurs à l'émergence ou sur le trajet des nerfs, ainsi que des douleurs à la pression des masses musculaires ou de leurs insertions

et de l'infiltration des muscles, mais que dans bien des cas on ne constate aucun signe de cet ordre ». Si nous avons cité textuellement cette phrase du distingué rapporteur c'est que nous y voyons le nœud de la question. Ce n'est pas chez certains malades, comme dit l'auteur,qu'on perçoit ces faits, c'est chez tous les malades. Un peu d'expérience cependant est utile pour arriver à une démonstration indiscutable du fait et même peut-il être nécessaire de répéter un examen systématique une fois ou deux après un premier examen infructueux. Jamais notre exploation n'a été mise en défaut, toujours nous avons pu trouver et mettre en évidence indiscutable l'existence des lésions chroniques préexistantes chez le migraineux : à tel point que nous voyons dans cette recherche systématique le diagnostic positif et expérimental de la migraine. Nous serions extrêmement heureux et surpris si on pouvait nous faire examiner un migraineux qui n'ait pas de lésions superficielles ! Malheureusement, de la constatation de névrites ou de myosites superficielles *dans tous les cas* il ne faut pas conclure à la guérison obtenue par un traitement mécanique *dans tous les cas*. Il y a là sûrement des lésions histo-pathologiques différentes dont les unes sont curables et les autres non. Il serait donc à recommander des examens anatomiques *post mortem* nombreux et systématiques. Toutefois nous avons dit dans un autre travail que cette constatation de lésions superficielles cause immédiate pouvait être mise en jeu et aboutir au déclanchement d'une crise par un nombre considérable de causes secondaires ; cette constatation, disions-nous, si elle explique bien l'unilatéralité, en revanche est muette sur la périodicité de la migraine qui dans certains cas est quasi mathématique.

Nous ne pouvons apporter aucun éclaircissement sur ce caractère périodique de la migraine mais que l'on n'y voie pas un argument contre la valeur de la constatation de lésions superficielles : ce sont deux choses différentes.

Nous ne rangeons pas dans les migraines périodiques celles qui accompagnent les menstrues. Dans cet état physiologique de la femme, il y a des excitations sympathiques et vaso-motrices qui sont justement parmi les causes multiples qui peuvent déclancher la migraine chez le migraineux, celui qui a la migraine « en puissance » suivant une juste expression de Pagniez. Autrement dit, pour nous, celui-là même qui est porteur de lésions chroniques préexistantes. La périodicité de la migraine existe aussi chez l'homme. Un certain nombre de malades, même ceux qui réussissent à différer une migraine par l'absorption d'un médicament leur réussissant d'ordinaire savent que la migraine simplement différée ne saurait tarder à réapparaître et plus violente encore. Après quoi, ils sont indemnes de migraine pour une certaine durée. Il y a là, une inconnue dont nous ne connaissons aucune explication plausible. Toutefois la circonstance que nous venons de rapporter est assez exceptionnelle.

Que la migraine soit accompagnée, précédée ou suivie, de troubles vaso-moteurs est une vérité incontestable : la douleur expérimentalement provoquée du sympathique cervical en fournit la preuve. Nous avouons peu nous intéresser aux longues discussions sur les migraines à forme « blanche » ou à forme « rouge ». La pratique que nous possédons sur ce sujet nous autorise à penser que les formes « blanches » sont la règle et les formes « rouges » l'exception. Opinion qui est adoptée par le rapporteur lorsqu'il attribue la migraine à la vaso-constriction et qu'il reconnaît l'action favorable au moins passagère de la compression carotidienne : mais de comprimer la carotide n'est-ce pas un même temps que le plexus carotidien, n'est-ce pas justement pratiquer une de ces manœuvres de kinésithérapie recommandées par tant d'auteurs ? Avec une différence toutefois, à savoir que l'auteur ne pratique cette compression que dans une migraine déclanchée pour en arrêter les progrès pendant de courts instants, suivis d'une reprise immédiate. L'observation est très vraie : ce n'est pas en quelques minutes que l'on puisse faire disparaître des lésions nerveuses très anciennes et que rien n'autorise, d'ailleurs à estimer limitées au seul grand sympathique mais bien étendues à une série de nerfs de sensibilité générale : ce qui explique d'ailleurs que l'inhalation de substances vaso-motrices telles que le nitrite d'amyle donne des résultats inconstants et irréguliers ; que la résection du sympathique cervical et péricarotidien totale et bilatérale pratiquée chez une fillette de 10 ans par Jonnesco en 1900 ait donné quelques résultats fructueux, nous n'en doutons pas : mais quels risques opératoires pour une affection qui n'est obligatoirement limitée au seul grand sympathique ! Et encore Jonnesco faisait cette opération bilatérale, pratique qui s'accorde mieux avec les faits que celle de Debrez (de Liège) en 1922 (cité par le rapporteur) qui ne fit que la résection du ganglion sympathique cervical droit alors que des migraines très anciennes débutaient indifféremment à droite et à gauche. Nous croyons peu dans ce cas à un résultat durable : on ne peut en effet demander à la chirurgie de réséquer tous les nerfs du crâne et de la face y compris les deux sympathiques cervicaux ! Du reste nous sommes peu surpris d'un cas traité par Sicard et Jacques Lermoyez où il fut pratiqué la ligature de l'artère temporale précédée de la sympathectomie périartérielle sur un trajet d'un centimètre. Après une guérison apparente de six mois les accès migraineux réapparurent. Ceci n'est pas fait pour nous étonner. En effet quelles raisons avaient les auteurs de penser que seule l'artère temporale et d'un seul côté était accompagnée de nerfs douloureux ? Cependant nous retiendrons un fait de toutes ces tentatives chirurgicales. Quel terrible sort devait être celui de tous ces migraineux ainsi opérés pour qu'une tentative dépourvue d'innocence fut ainsi pratiquée ! Si on ne meurt pas directement de la migraine non plus que de la névralgie faciale, il n'est pas exceptionnel,

croyons-nous, que le suicide soit une terminaison dans ces deux variétés de douleur. Toute audace chirurgicale est donc ainsi justifiée. Bien des travaux ont cherché à approfondir le mode d'action et de réaction de l'angiospasme, sans qu'il en soit résulté beaucoup de clartés. Nous ferons comme le rapporteur, nous nous contenterons de savoir que le grand sympathique réagit dans la migraine sous forme d'excitation et nous ne pouvons pas cependant nous empêcher de constater avec A. Guillaume que les principaux para-sympathiques, c'est-à-dire, le moteur oculaire commun, le pneumo-gastrique et le glosso-pharyngien sont en même temps excités puisqu'il y a dans la migraine des symptômes oculaires, des nausées et des vomissements. Nous voyons dans cette remarque une justification de plus au sujet du rôle du grand sympathique dans la migraine.

Ainsi tout ce qui choque directement ou indirectement le système sympathique peut provoquer la migraine par l'intermédiaire du tractus gastro-intestinal ou des organes des sens (odeurs) : de même toutes les autres excitations du système sympathique, de sorte que le rapporteur distingue les migraines d'origine anaphylactique, migraines d'origine endocrinienne, digestives, réflexes, par variation brusque de température, migraines par émotion. Dans toutes ces causes secondaires le système nerveux sympathique est touché, excité, et la migraine se déclanche parce que, d'une façon chronique le grand sympathique et un grand nombre de nerfs de sensibilité générale sont d'avance et chroniquement douloureux. Nous le répétons, c'est là que nous voyons le nœud de la question. Nous pensons que si cette recherche systématique de nerfs périphériques douloureux était généralement pratiquée on laisserait volontiers dans l'ombre de multiples causes de déclanchement de la crise pour s'occuper de la lésion principale : ce qui ne comporte d'ailleurs aucune difficulté. Nous ne sommes pas du tout de l'avis du rapporteur qui pense que « la conmpression élective des ganglions sympathiques cervicaux est pratiquement impossible à réaliser. » Nous ne disons pas que l'on puisse comprimer avec les doigts et exclusivement les ganglions sympathiques mais en repérant par le toucher les apophyses transverses des vertèbres cervicales et les suivant en dirigeant la pression des doigts de la périphérie vers le centre on atteint parfaitement le ganglion sympathique supérieur et nous en offrons deux preuves : 1° sous la pression le malade accuse une violente douleur irradiée dans toute la tête ; 2° on provoque le réflexe oculo ou sympathico-cardiaque avec tendance à la lipothymie si la pression est continuée. En tout état de cause les quelques chocs sympathiques que nous venons d'énumérer sont tous globaux, totaux, s'étendant à tout l'organisme et ne donnent aucune explication sur le fait que la migraine est avec prédilection notoirement unilatérale d'où son nom, et très souvent matinale et diurne. Cependant on nous objectera que fréquemment aussi les patients indiquent leur douleur migraineuse comme étant médiane : cette constatation est vraie ; c'est que dans ces cas les deux moitiés du crâne et de la face présentent leurs nerfs superficiels également douloureux d'un côté et de l'autre. Mais comme cette combinaison due au hasard ne saurait être considérée comme la règle, il est bien plus fréquent aussi qu'il y ait d'un côté à l'autre une grande différence de sensibilité constatable objectivement de sorte que c'est le côté le plus sensible chroniquement qui est le plus souvent aussi atteint par la crise migraineuse.

Ce qui ne veut pas dire dans un cas comme dans l'autre que ce n'est pas par l'excitation sympathique que la crise est déclanchée. Ce n'est pas toujours non plus par le grand sympathique que la crise se déclanche, mais bien aussi par un traumatisme local frappant tel côté du crâne, le traumatisme détermine également la migraine. Donc nous conclurons sur ce point que tout choc nerveux sympathique ou autre peut déclancher la crise mais bien entendu chez les migraineux habituels ce qui maintient toute sa valeur aux hyperesthésies nerveuses chroniques dont nous avons parlé. Voilà donc établi, pensons-nous, le rôle des chocs nerveux dans le déclanchement de la migraine. Pour ce qui est de l'unilatéralité matinale nous attachons une grosse importance au décubitus nocturne : la migraine est plus fréquente du côté où le décubitus est lui-même plus fréquent ou habituel, d'où il résulte que les lésions locales et superficielles sont plus accentuées et ont tendance à se révéler le matin surtout à la suite de la congestion passive due au repos nocturne habituellement profond comme les classiques l'ont depuis longtemps remarqué. Nous pensons que sur ce point le rapporteur n'a pas eu l'attention suffisamment attirée sur l'importance du caractère *diurne* de la migraine constatation qui laisse un peu dans l'ombre les causes chimiques de la migraine et par conséquent, à notre avis, des causes bien secondaires, mettant au premier plan les causes anatomiques.

En dépit de la somme énorme de recherches et de travaux que ce rapport a exigées l'auteur ne se considère pas comme satisfait de leur résultat. S'il y a un point qui est bien élucidé, c'est que la crise de migraine est due à un brusque déséquilibre du système neuro-végétatif, chez des systèmes nerveux prédisposés par hérédité ou par susceptibilité spéciale mais l'auteur est d'avis qu'il se passe des modifications au sein des humeurs et qui préparent la crise et qui ne sont pas connues : il considère que cette recherche est la tâche de demain. Nous osons dire que ce n'est pas là notre manière de voir : nous attribuons la plus haute importance aux lésions locales et superficielles du crâne et de la face. Que dans le plus grand nombre des cas un traitement kinésithérapique soit victorieux c'est un fait d'expérience, mais la question profonde subsiste : pourquoi ces lésions superficielles et quels sont les moyens d'éviter leur évolution ? C'est là pour nous le labeur de demain.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les rétrécissements congénitaux du duodénum.

I. *Rétrécissements incompatibles avec la vie.* — C'est une sténose très serrée, généralement sus-mésocolique, qui se révèle dès les premiers jours de la naissance par des vomissements précoces et biliaires, sans odeur fécaloïde, survenant dès les premières tentatives d'alimentation, et coïncidant avec un défaut d'expulsion du méconium. La précocité de ces accidents élimine la sténose pylorique par hypertrophie musculaire et le pylorospasme essentiel de la première enfance. La constatation de bile dans les vomissements détermine le siège sus-vatérien de la lésion.

Ne pas s'attarder au lavage d'estomac, à l'injection de quelques gouttes de belladone pour vaincre un spasme possible ; confirmer le diagnostic par la radiographie et opérer d'urgence.

Les brides péritonéales seront liées ou libérées. S'il s'agit d'une tumeur intrinsèque, on en pratiquera l'ablation, ou bien s'il y a impossibilité de même que s'il y a atrésie complète, on rétablira le transit intestinal par une duodéno-jéjunostomie, opération d'ailleurs toujours grave.

II. *Rétrécissements compatibles avec la vie.* — C'est toujours un rétrécissement vrai, jamais une atrésie ; il peut se révéler quelques jours après la naissance, plusieurs mois après, au cours de l'adolescence ou vers la vingtième année, et alors le sujet présente un passé intestinal, qui date de l'enfance. Il s'agit généralement d'une disposition péritonéale, qui rétrécit le duodénum par compression ; la lésion est sous-mésocolique, occupant généralement la troisième portion du duodénum. Le tableau clinique est celui d'une occlusion chronique sous-vatérienne ; il y a des crises intermittentes, séparées par des troubles digestifs jusqu'à la crise aiguë avec douleurs et vomissements verts renfermant de la bile presque pure.

Le diagnostic n'est guère possible que par la radiographie, qui donne une image pathognomonique, et qui montre l'évacuation très ralentie du duodénum, grâce à des examens répétés de douze en douze heures.

La sténose pure est caractérisée surtout par des vomissements ; la stase par la constipation.

M. D. Ebrard estime que le traitement chirurgical s'impose toujours, quand le traitement médical a montré son impuissance ; toutefois il est permis de temporiser tant que le diagnostic n'est pas formellement confirmé par la radiographie et que l'état général reste bon.

La gastro-entérostomie ne donne pas toujours de bons résultats, elle doit être complétée par une exclusion du pylore. Le traitement de choix est la duodéno-jéjunostomie transmésocolique ou précolique. (*Gazette des hôpitaux*, 16 mai 1925.)

L'exploration de la circulation sanguine dans les vaisseaux des membres.

Il s'agit d'explorer des membres atteints de troubles trophiques ou vasomoteurs, et la technique établie aujourd'hui permet, à coup sûr, dit le Dr A. C. Guillaume, d'arriver à une conclusion sur le siège et la nature de la cause perturbatrice de la circulation locale.

I. *Moyennes artères.* — Par l'étude de la tension artérielle (méthode auscultatoire, pléthysmométrique et oscillatoire combinées) on établit une courbe de pente de la désintégration de la pression sanguine dans un membre. Pour un membre normal, l'index de cette courbe va graduellement décroissant; dans une artère oblitérée totalement, l'index est nul en aval de l'oblitération ; dans une artère partiellement oblitérée, l'index s'affaisse soudainement en aval du point lésé. L'exploration radiographique peut déceler l'existence de plaques de calcification des artères.

II. *Artérioles.* — L'onde pulsatile se propageant plus loin vers les capillaires dans des vaisseaux dilatés, l'existence de pulsations amples (révélées au pléthysmomètre) indique une dilatation de ces vaisseaux, une pulsation faible ou nulle leur contraction, leur rigidité ou leur oblitération. La méthode capillaroscopique, au niveau des doigts, donne les pressions maxima et minima.

III. *Les capillaires sanguins* peuvent être observés au microscope dans les couches superficielles de la peau ; on est ainsi renseigné sur la forme, le nombre, l'aspect des capillaires, sur la pression sanguine, sur la coloration du sang et le taux d'oxyhémoglobine du sang contenu dans les capillaires : vaso-constriction, vaso-dilatation, stase sanguine par obstacle ou gêne.

Les *veines* peuvent aussi être examinées au point de vue de leur capacité et sur la pression sanguine.

Enfin le *sang*, retiré par ponction ou par piqûre, renseigne : 1° sur les volumes respectifs occupés par le plasma et les éléments figurés contenus dans le sang ; 2° sur l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine, et le pouvoir de fixation de ces substances ; 3° sur le taux d'oxyhémoglobine

contenue dans le sang des téguments et l'activité réductrice des téguments.

Par d'autres épreuves, on peut étudier, en ce qui concerne les membres : le degré de perméabilité des artères, l'importance des désordres circulatoires occultes quand les artères sont lésées, la valeur de la circulation collatérale, de la circulation veineuse, l'imminence de l'apparition de troubles importants. Puis, des épreuves thermiques, pharmacodynamiques, mécaniques, etc. renseignent sur la vaso-motricité.

Enfin, l'examen est complété par les signes cliniques observés (coloration, phénomènes trophiques, pigmentaires, sudoraux, moteurs, douloureux, température locale, etc.). (*Le Bulletin médical*, 20-23 mai 1925.)

L'aspirine. Indications et accidents.

Les indications de l'aspirine se superposent en partie à celles du salicylate de soude ; d'une manière générale cependant son action est plus rapide et moins durable.

Des accidents légers sont des douleurs gastriques, des vomissements, des troubles intestinaux. D'autres accidents plus graves sontcaractérisés par l'apparition soudaine d'une éruption et d'œdèmes régionaux, débutant au bout d'une heure, dont certains sont, de par leur siège, immédiatement inquiétants (face, yeux, lèvres, œdème laryngé).

Voici comment on peut les éviter :

1° Employer une aspirine de bonne qualité et contenant peu d'acide salicylique libre ; la donner à petites doses fractionnées et tâter au début la susceptibilité du malade.

2° Accompagner le médicament d'une quantité notable de liquide, infusion alcoolisée ou solution neutre ou acidulée. *Ne jamais donner d'alcalins* avec l'aspirine, c'est la cause de nombreux accidents.

3° Etre particulièrement prudent chez les entéritiques ou les sujets à cœur ou à rein antérieurement touchés.

4° Associer l'aspirine à des tonicardiaques ou à des toniques généraux.

Si des accidents se sont produits :

Maintenir le malade au lit. Administrer des boissons chaudes abondantes, des toniques généraux, alcool, strychnine à l'occasion. Vomitifs.

Contre la dyspnée laryngée, des applications chaudes au devant de la gorge suffisent en général à retablir une respiration suffisante. (R. Levent, *Gazette des hôpitaux*, 30 juin 1925.)

Iritis et glaucome.

Il est très fréquent de rencontrer des malades, qui ont en même temps des phénomènes d'iridocyclite et des phénomènes d'hypertonie : doit-on faire le traitement par l'atropine ou au contraire par l'ésérine ? Telle est la question que se pose le professeur Terrien.

1° Le glaucome est secondaire à une iritis antérieure ; il y a occlusion totale de la pupille et secondairement des phénomènes d'hypertension, dus à la rétention des liquides en arrière de l'iris et du diaphragme irido-capsulaire. Le glaucome prédomine donc, cependant l'iridotomie, d'autant plus efficace qu'elle est précoce, ne donne pas grand résultat parce que déjà la racine antérieure de l'iris est soudée à la face postérieure de la cornée ; il en est de même de la sclérectomie. Mais avant de faire l'énucléation, on doit tenter la transfixion de l'iris, opération très simple, susceptible d'amener en 2 ou 3 jours une détente et la disparition des douleurs.

2° Dans l'iritis glaucomateuse, les phénomènes iriens dominent, mais il y a deux formes à considérer suivant qu'il y a iritis intense et hypertension modérée ou iritis légère et forte hypertension.

L'iritis demande l'emploi de l'atropine, et l'hypertension réclame l'ésérine. Il semble qu'en agissant avec prudence on obtienne des résultats plus favorables avec les mydriatiques qu'avec les myotiques. Le plus souvent l'atropine n'a pas augmenté la tension, et souvent aussi elle a amené une diminution du tonus plus vite que ne l'auraient fait les myotiques. Le degré de tension n'a pas semblé influencé par l'atropine, et alors même que la tension demeurait très élevée, l'atropine sembla donner un résultat favorable. Au besoin on peut alterner l'atropine avec la pilocarpine. Enfin un nouveau procédé à utiliser c'est l'injection rétrobulbaire de 1 ou 2 cent. cubes de novocaïne à 2 ou 4 p. 100, additionnée d'adrénaline (1 ou 2 gouttes). Ces injections, conseillées par Fromaget, amènent souvent une détente assez prolongée de plusieurs jours et peuvent enrayer l'attaque. Ceci permettra d'employer ensuite l'atropine et au besoin d'intervenir.

On doit donc agir prudemment avec les myotiques. Si une intervention est jugée nécessaire on préfèrera l'iridectomie à la sclérectomie, en tâchant d'intervenir tardivement, sur des yeux peu injectés, en ayant soin de les détendre d'abord par tous les moyens dont on dispose, et en particulier par les injections rétro-bulbaires de novocaïne-adrénaline (*Gazette des hôpitaux*, 30 juin 1925.)

Les bradycardies.

M. A. Foucart expose qu'il existe deux variétés de bradycardies : la bradycardie totale dans laquelle le ralentissement intéresse à la fois les oreillettes et les ventricules et la bradycardie par dissociation, dans laquelle le ralentissement n'intéresse que les ventricules (dissociation complète, ou bloc complet, dans laquelle les oreillet-

tes battent pour leur compte et les ventricules pour le leur ; dissociation incomplète, dans laquelle on observe toutes les formes de passage).

Les *bradycardies totales*, de tous les âges mais plus fréquentes chez les sujets jeunes, aux environs de 40 à 50 pulsations à la minute, subissent l'influence de toutes les causes susceptibles de freiner le pneumogastrique : la fièvre, l'orthostatisme, la marche rapide atténuent la bradycardie ; la compression oculaire ralentit le pouls ; il n'y a pas d'accidents du syndrome de Stokes (vertiges, syncopes, convulsions) ; à l'auscultation de la jugulaire, les trois bruits sont normaux.

Les *bradycardies par dissociation* affectent de préférence la 2e moitié de la vie, quelquefois les enfants en bas âge ; les pulsations sont d'un nombre inférieur à 40, l'effort n'accélère pas le pouls ; à l'examen cardio-vasculaire on trouve souvent les signes d'une insuffisance aortique et de l'hypertension artérielle. Il existe des accidents du syndrôme de Stokes ; l'auscultation de la jugulaire révèle des bruits sourds surajoutés à deux bruits normaux.

Au *point de vue étiologique*, pour savoir si le pouls lent est dû à une lésion du faisceau primitif du cœur, faisceau de His ou à une hypertonie du pneumogastrique, on emploie le procédé d'une injection sous-cutanée de 2 milligrammes de sulfate neutre d'atropine et on observe toutes les 5 ou 10 minutes, pendant une heure, s'il y a ou non accélération : l'atropine paralysant le pneumogastrique, on note en 20 ou 40 minutes, chez les sujets normaux, une accélération du pouls à cent pulsations par minute. Même observation et pour la même raison, par l'absorption nasale sur une compresse de 5 à 10 gouttes de nitrite d'amyle. Donc, dans la bradycardie par hypertonie du pneumogastrique le pouls lent disparaît. En cas de lésion du faisceau de His, aucun changement, sinon une accélération de 10 pulsations ou plus par minute. S'il y a doute on recherche les résultats de la compression oculaire (ralentissement du pouls si la bradycardie est d'origine nerveuse extra-cardiaque).

La bradycardie totale est géné alement d'origine pneumogastrique, soit par infections, intoxications, affections du système nerveux cérébral, compressions périphériques, cervicale ou médiastinale ; elle est exceptionnellement due à la myocardite syphilitique.

La bradycardie par dissociation, résultat d'une lésion du faisceau de His (arrêt de la transmission de l'excitation partie du sinus) provient habituellement d'une myocardite syphilitique, exceptionnellement de toxi-infections (ictère, diphtérie). (*Le Bulletin médical*, 13-16 mai 1925.)

Diabète et obésité.

De l'ensemble des recherches de MM. Labbé et R. Boulin, on peut conclure qu'il existe d'une manière constante chez les obèses un trouble de glyco-régulation. En règle générale, ce trouble assez discret ne peut être mis en évidence que par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée ; il consiste essentiellement, en ceci que, pour l'ingestion d'une dose quelconque d'hydrates de carbone, l'hyperglycémie consécutive est à la fois plus forte, mais surtout plus durable que chez le sujet normal ; le sang des obèses ne se débarrasse pas facilement de l'excès de glycose.

Chez d'autres obèses, le trouble glyco-régulateur est analogue et l'hyperglycémie également tenace ; mais, en outre l'ingestion de 50 gr. de glucose détermine presque constamment une hyperglycémie assez considérable pour que la glycosurie apparaisse. Aussi ces malades se présentent-ils cliniquement comme des glycosuriques. Ce sont des états voisins du diabète, paradiabétiques, mais curables, et il n'est pas démontré qu'ils se transforment en diabète.

Chez d'autres obèses, enfin, c'est un diabète véritable, le plus souvent sans dénutrition.

Ces trois états réalisent trois types de gravité croissante dans les troubles de la glyco-régulation consécutifs à la suralimentation. La curabilité habituelle et rapide des troubles de la glycorégulation de l'obésité et des états-para-diabétiques s'oppose à la permanence du trouble glycorégulateur des diabètes véritables. (*La Presse médicale*, 26 août 1925.)

Greffes d'ovaires. Résultats expérimentaux et cliniques concernant la menstruation, la fécondation et la grossesse.

L'inclusion intra-utérine de l'ovaire, après salpingectomie, a pour but de parer aux accidents de ménopause anticipée, et surtout de permettre la conception. Elle est effectuée soit par greffe, c'est-à-dire par la translation de l'ovaire libre, sans pédicule, dans l'utérus, soit par une transposition de la glande restant en connexion avec son pédicule vasculaire et nerveux. Cette opération est-elle justifiée ? Telle est la question à laquelle ont voulu répondre MM. Th. Tuffier et D. Bour ; voici leurs arguments.

1° Les greffes ovariennes libres, pratiquées pendant la vie génitale de la femme, et surtout quand il s'agit d'auto-greffes, ont, au point de vue de la santé générale de la femme, la plus heureuse influence. La menstruation se rétablit en général, trois à cinq mois après l'opération et persiste en moyenne cinq à dix ans. A ce point de vue, il est intéressant de remarquer la longue survie de la greffe, comme si l'ovaire, tissu d'importance capitale pour la pérennité de l'espèce, avait une vitalité particulière.

Les greffes ovariennes libres dans l'utérus peuvent être suivies de grossesses, les expériences chez les animaux et les tentatives chez la femme l'ont prouvé.

2° La transplantation de l'ovaire muni de son pédicule vasculaire et nerveux dans l'utérus est une opération logique et utile dans bien des cas déterminés. Logique, puisque, le pédicule vasculaire étant indemne, l'ovaire se nourrit parfaitement, l'ovisac arrive à maturité et peut déverser l'ovule dans la cavité utérine où la nidation peut se produire. La fécondation est possible, et, lorsqu'elle se produit, la grossesse peut être souvent menée à terme, et l'accouchement, donnant naissance à des enfants bien constitués, se produire.

Dans tous les cas, ces transplantations sont une opération utile, puisque l'ovaire vit et fonctionne de suite, et que la menstruation n'est le plus souvent troublée ni dans son rythme, ni dans sa durée et que la femme, avec un état général excellent, échappe aux accidents de la ménopause anticipée. Le seul inconvénient de ces opérations c'est qu'elles peuvent laisser (50 p. 100 des cas) des douleurs légères avant la menstruation. (*La Presse médicale*, 12 août 1925.)

Quelques considérations sur l'œdème.

D'une étude de M. Iscovesco, il résulte que :

La pression osmotique des sels et cristalloïdes n'explique que très partiellement le mécanisme de la répartition de l'eau dans l'organisme.

Il existe une pression osmotique des colloïdes constitutifs des milieux organiques, très variable suivant la réaction chimique de ces milieux, qui balance la pression osmotique protéinique du sang et détermine la direction des échanges.

La pression osmotique colloïdale des tissus périvasculaires est aussi balancée par la pression hydrostatique existent dans les capillaires, et, suivant qu'il y aura excès de l'une sur l'autre, l'eau ira du sang vers les tissus, ou vice-versa.

L'hydrophilie du sérum et celle des tissus peuvent varier suivant les moindres modifications chimiques, et constituent ainsi un déterminant de la direction des échanges d'eau.

La perméabilité des capillaires de l'organisme est d'une sensibilité extrême aux moindres modifications chimiques du milieu intérieur ou périvasculaire et conditionne les échanges.

Il existe deux variétés d'œdèmes : les œdèmes par imbibition ou infiltration et les œdèmes par hydrosynthaxie.

La stase constitue une cause adjuvante pour les œdèmes.

L'œdème hydrosynthaxique peut être dû à une modification chimique locale : piqûre d'insecte, etc.

L'œdème par infiltration est toujours la manifestation des troubles fonctionnels de l'ensemble de l'organisme et ses localisations du début tiennent simplement à des causes locales prédisposantes (pesanteur, stase veineuse, etc.). (*Gazette des Hôpitaux*, 25-27 août 1925.)

Une conception pathogénique du cancer et les conséquences qui en découlent.

D'une étude fort intéressante du Dr G. Audain résulte qu'il semble logique d'admettre que le cancer est le résultat d'une prolifération intense, résultant d'un phénomène, la conjugaison entre cellules séniles, phénomène en tous points comparable au rajeunissement karyogénique des protozoaires.

Le cancer est un néoplasme dans l'espace, de même que les différentes générations issues de la conjugaison de deux protozoaires sont un néoplasme dans le temps.

Le cancer donc, s'il est une maladie, pour l'individu, n'en est pas une pour la cellule. Il est le résultat d'un fait physiologique d'auto-défense cellulaire contre la sénilité.

Si donc l'on veut étudier rationnellement la question des tumeurs malignes, il faut reprendre les choses à l'origine et essayer de préciser les conditions de la conjugaison et dans quelle mesure l'on peut s'y opposer (prophylaxie).

Une fois la conjugaison accomplie, comment détruire la lignée nouvelle issue de ce phénomène (et à éléments relativement fragiles) sans détruire les protozoaires normaux vivant dans le même milieu ? Peut-être trouvera-t-on dans cette voie la solution de l'angoissant problème du cancer ? (*Le Progrès médical*, 22 août 1925.)

Traitement précoce de l'infection puerpérale au moyen de pansements spécifiques (antivirus streptococcique).

Pour juguler l'infection puerpérale avant son stade septicémique, on a eu recours jusqu'à présent, avec des chances de succès diverses, à la thérapeutique intra-utérine par curage manuel ou instrumental, et à l'hystérectomie, plutôt vaginale, tirant ses indications de l'échec du curettage, l'une et l'autre étant aidées des moyens médicaux habituels : chimiothérapie, protéinothérapie, spécifique ou non, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse.

MM. Lévy-Solal et Simard préconisent une nouvelle méthode, basée sur l'immunité locale de Besredka (immunité tissulaire indépendante de l'immunité générale) et qui consiste dans l'emploi précoce et préventif (accouchement dystocique, délivrance artificielle, etc.) de pansement intra-utérin avec le filtrat streptococcique ou antivirus.

La cavité utérine doit être comblée par une mèche saturée portée directement au contact de toute la surface utérine, puis des culs-de-sac vaginaux, jusqu'à l'orifice vulvaire. Au bout de 24 heures, cette mèche est retirée et remplacée

par une autre appliquée dans les mêmes conditions. Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures pendant 3, 4 ou 5 jours. Dans la majorité des cas, trois pansements suffisent, mais il est bon d'aller jusqu'au troisième pansement, même si l'apyrexie est obtenue après le premier.

Les succès constants obtenus par cette méthode sont dus, disent les auteurs, à ce qu'elle est appliquée d'une façon précoce et avec un filtrat de cultures de streptocoques recueillis chez les malades profondément infectées, et dont les souches ont été fréquemment repiquées.

En toute circonstance, le pansement s'est montré d'une innocuité absolue ; il convient donc de l'appliquer préventivement après tout accouchement laborieux. (*La Presse médicale*, 22 juillet 1925.)

Les récidives du paludisme.

Les anciens coloniaux, ceux qui aussi ont fait quelque séjour aux colonies, accusent volontiers la grande endémie non seulement de méfaits passés, mais encore de tous les malaises actuels dont ils peuvent souffrir. Comment s'y reconnaître ? Qu'entend-on par récidives du paludisme, c'est ce qu'essaye d'exposer le professeur A. LE DANTEC.

Il n'envisage que la rechute habituelle, la récidive de reviviscence et non la récidive de réinoculation.

Ce sont des schizontes de naissance parthénogénétique, qui provoquent les rechutes lointaines du paludisme ; en effet, en dehors des formes sexuées (macrogamètes et microgamètes) du parasite du paludisme, l'élément femelle (macrogamète), sans avoir été fécondé préalablement par l'élément mâle et sous des influences encore mystérieuses, peut se scinder en deux parties, dont une fertile se segmente en rosace, c'est la parthogénèse ou schizogonie des macrogamètes. Et de plus les gamètes résistent, plus que les formes asexuées (schizontes) au traitement quinique ; pour débarrasser un malade de ses schizontes, de ses corps en croissant, il faut un traitement long et particulier.

La rate est le repaire des gamètes, aussi la splénomégalie est-elle d'une importance particulière dans le dépistage du paludisme chronique, mais ce n'est là qu'un signe de présomption, car, seule, la présence des hématozoaires dans le sang donne au diagnostic clinique un signe de certitude.

Si ce signe, dû à l'examen microscopique, reste négatif, nous n'avons plus à notre disposition que les signes de présomption, qui, en dehors de la splénomégalie, sont l'hypermononucléose, la périodicité des manifestations pathologiques.

En dehors de cela, notre désarroi est grand en présence de l'idée préconçue du malade qui rattache fatalement le méfait actuel au paludisme antérieur, surtout s'il s'agit d'invoquer des droits à une pension de réforme. Il est alors nécessaire d'instituer un traitement véritablement rationnel : si, à la médication quinique (à laquelle résistent les formes sexuées) on associe un traitement arsenical, on finit par avoir raison de l'imprégnation palustre, même si celle-ci est très avancée, si l'on emploie la formule conseillée par l'auteur, et cela au bout d'un mois et demi ou deux.

S'il y a embarras gastrique concomitant : injections intramusculaires de formiate de quinine, 0,50 centig. à un gramme par jour, en deux fois ; inutile surtout de préparer les voies digestives à l'administration du médicament par la bouche. Dès que la langue n'est plus chargée, administration de la quinine exclusivement par voie buccale : 4 cachets de 0 gr. 25 de sulfate basique de quinine à prendre séparément, un cachet à 6 heures, un à 12 heures, un à 18, un à 20 heures. La médication est continuée à cette dose quotidienne de 4 cachets pendant 5 jours. On descend alors à trois cachets pendant 5 jours ; 2 cachets pendant 10 jours ; enfin un cachet pendant un mois. Au moment de la prise de chaque cachet, donner un verre de limonade citrique ou tartrique. Quand le malade est à deux cachets, donner en même temps cinq à dix centigrammes d'arsénobenzol dans du vin de quinquina à prendre au milieu des repas. Si malgré ce traitement, il persiste encore quelques rares croissants dans le sang, faire 2 à 3 injections intraveineuses de néo-salvarsan à la dose de 0 gr. 15 ou 0 gr. 30.

Il ne faut pas oublier que la fièvre, même intermittente, n'est pas l'apanage exclusif du paludisme chronique. Les affections des voies biliaires, des voies urinaires, des voies digestives donnent lieu à des manifestations fébriles, qui peuvent simuler du paludisme. Dans le cas de manifestations viscérales on pensera à l'alcoolisme, à la syphilis. Le champ à explorer est encore plus étendu s'il s'agit de manifestations nerveuses ; on se trouve souvent en présence d'un début de tabès ou de paralysie générale, quelquefois d'une simple psychose. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'ablation des tumeurs du nerf optique avec conservation de l'œil.

(M. Rollet, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 17-11-1925.)

Certains néoplasmes du nerf optique peuvent être enlevés tout en conservant le globe oculaire. L'ablation faite, l'œil peut garder son aspect normal et la cornée une transparence parfaite.Il en fut ainsi dans deux cas opérés récemment par M. Rollet.

Le rôle des médecins dans l'éducation physique et la cure d'exercice.

(M. Boigey. — *Académie de médecine* ; 17-11-1925.)

L'éducation physique a pris dans les programmes scolaires une place assez grande depuis quelques années. M. Boigey montre qu'elle devrait comporter une surveillance médicale, en raison même de son activité. L'auteur a suivi 91 enfants, de 9 à 13 ans, ayant pratiqué des exercices physiques, régulièrement, pendant trois mois et davantage. Un tiers d'entre eux ont augmenté de poids ; un tiers sont restés stationnaires et un tiers ont maigri. Un enfant soumis à l'éducation physique grossit lorsqu'il prend un repos approprié (sieste après le déjeuner de midi). Il doit recevoir une ration alimentaire accrue.

M. Boigey envisage d'autre part le rôle du médecin dans la cure d'exercice. Beaucoup d'obèses se soumettent à des exercices prolongés pour maigrir. Or, nombre d'obèses sont aussi des malades, diabétiques, brightiques, cardiaques, ne connaissant pas toujours leurs tares morbides. Les exercices exagérés peuvent amener chez le diabétique de l'acidose, chez le rénal une crise de rétention azotée, chez le cardiaque des troubles. L'auteur en signale des exemples. L'exercice est une médication qui obéit à des indications précises. Il importe dans bien des cas de doser l'urée, le sucre, les chlorures de l'urine, avant d'autoriser la cure d'exercice. Ce moyen thérapeutique a aussi sa posologie. Le médecin reste le guide et le conseiller indispensable dans la cure d'exercice et même dans la simple éducation physique.

La légende du vin.

(M. Jean Lépine, de Lyon. — *Académie de médecine* ; 24-11-1925.)

M. Jean Lépine s'élève contre l'opinion populaire selon laquelle le vin est un aliment et n'engendre pas l'alcoolisme. L'alcoolisme par le vin aboutit aux délires éthyliques, à l'épilepsie gastro-intestinale, aux états pathologiques classiques de l'éthylisme. A la faveur des conditions économiques actuelles, on voit les habitudes d'alcoolisme, qui appartenaient jadis aux seuls manouvriers faisant de lourds travaux, gagner d'autres classes de la société, les femmes par exemple.

Le problème est non seulement médical mais aussi social. La sécurité publique y est intéressée. L'alcoolisme prend une part dans les accidents, accidents d'automobile, de chemins de fer. Les agents des chemins de fer, des trains particulièrement, sont incités par les conditions de leur vie professionnelle, à consommer beaucoup de vin. M. Lépine a eu l'occasion d'observer parmi eux plusieurs cas d'épilepsie dépendant des ingestions excessives de vin. L'auteur estime qu'il faudrait chercher à modifier les idées courantes sur cette question du vin, mais il ne méconnaît pas combien une telle campagne serait frappée en France d'impopularité.

La péri-duodénite sténosante chez le nouveau-né.

(M. Pierre Duval. — *Société de chirurgie* ; 21-10-25.)

M. Pierre Duval résume quelques observations de péri-duodénite sténosante congénitale. En pareil cas une intervention minime, simple section de brides, peut sauver les petits malades pourvu qu'ils soient opérés à temps. Ombredanne et Florand ont signalé un caractère différentiel de cette affection et de la sténose hypertrophique du pylore. Dans la première, les vomissements débuteraient à la naissance ; dans la seconde, ils commenceraient du dixième au trentième jour.

— M. Pierre Fredet a opéré actuellement 29 sténoses hypertrophiques : dans deux cas seulement, les vomissements étaient apparus le premier jour. L'auteur rappelle que les nourrissons atteints de sténose hypertrophique ne vomissent jamais de bile.

— M. Victor Veau remarque que le diagnostic différentiel des sténoses duodénales et de la sténose pylorique n'est pas bien embarrassant pour le chirurgien : il est posé par le radiologue.

Incontinence essentielle d'urine et laminectomie.

(M. Bréchot. — *Société de chirurgie* ; 21-10-1925.)

M. Bréchot a pratiqué dans le courant de cette année, dans son service de l'hôpital Trousseau, six laminectomies pour incontinence essentielle d'urine. Il s'agit là d'une thérapeutique encore peu connue à laquelle MM. Delbet et Léri ont consacré dernièrement un travail dans la *Revue de Chirurgie*.

M. Bréchot estime que la laminectomie pourrait être quelquefois indiquée dans l'incontinence infantile essentielle. C'est une intervention bénigne dont les résultats sont encourageants. Mais, il ne faudrait

pas y recourir systématiquement dans toutes les incontinences essentielles d'urine.

Paralysie radiale et rhumatisme articulaire aigu.

(MM. DUFOUR et A. BLONDEL. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-10-1925.)

Parmi les nombreuses complications que peut déterminer le rhumatisme articulaire aigu, il faut signaler les polynévrites. Celles-ci ont été décrites par Charcot et Pierret. Plus ou moins généralisées, occupant les membres supérieurs ou les inférieurs, elles surviennent au cours de la convalescence ou d'une rechute. Elles sont le fait de rhumatisme grave.

M. Dufour a récemment observé un cas de paralysie radiale attribuable au rhumatisme articulaire aigu, mais différent des polynévrites dont il vient d'être question par sa localisation à un seul nerf et son apparition précoce, précédant de plusieurs semaines l'attaque articulaire.

Accidents cutanéo-muqueux des barbituriques.

(MM. Pasteur VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 6-11-1925.)

MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier relatent une observation de sensibilisation aux produits de la série barbiturique. Une jeune femme, après avoir pris pendant quelque temps sans incident du véronal, et avoir interrompu le médicament six mois, eut à la suite de l'ingestion d'un nouveau cachet de 0 gr. 50 de véronal, un érythème du type polymorphe, généralisé, avec un exanthème très accusé de la muqueuse buccale. Treize mois après, ayant absorbé un soir vingt gouttes de somnifène, les mêmes manifestations cutanéo-muqueuses se reproduisirent. On ne saurait parler ici d'intolérance médicamenteuse puisqu'au début le véronal ne provoquait aucun trouble. Il s'est agi d'une sensibilisation aux composés de la série barbiturique. Les auteurs ajoutent qu'il est intéressant pour le médecin de se rappeler que nombre d'hypnotiques, dont les noms patronymiques sont des plus variés, appartiennent en réalité à la même famille (barbiturique) et que la sensibilisation à l'un entraîne souvent *ipso facto* la sensibilisation à l'autre.

Troubles de la glyco-régulation au cours des infections

(MM. Marcel LABBÉ et BOULIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-10-1925.)

On connaît depuis longtemps la possibilité de glycosuries survenant au cours ou à l'occasion d'une maladie infectieuse. Ces glycosuries, d'ailleurs rares, ont été signalées dans presque toutes les grandes infections, pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, rhumatisme articulaire aigu, etc.

Les études récentes sur la glycémie ont conduit plusieurs auteurs à rechercher l'état de cette fonction dans les maladies infectieuses, et souvent on y a noté une glycémie élevée. MM. Marcel Labbé et Boulin ont repris la question à l'aide de l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire qu'ils ont décrite il y a quelque temps. Cette épreuve consiste à mesurer la glycémie du malade (à jeun depuis la veille), à lui faire absorber ensuite 50 gr. de glycose, et à mesurer à nouveau la glycémie toutes les vingt minutes pendant trois heures.

En pratiquant cette épreuve chez douze malades atteints de fièvres typhoïdes graves et bénignes, d'érysipèle, de rhumatisme aigu, d'endocardite, d'angine, les auteurs ont été frappés de constater, dans tous les cas, un trouble glyco-régulateur. Cette altération de la fonction glyco-régulatrice paraît être dans les maladies infectieuses un symptôme aussi banal que la fièvre elle-même. Il ne doit pas être considéré comme l'apanage des infections sévères ; on le rencontre aussi bien dans les processus infectieux discrets que dans ceux qui sont graves. Ce trouble glyco-régulateur, d'autre part, n'est pas fugace. Il ne disparaît pas avec la fièvre comme l'albuminurie dite fébrile. C'est, au contraire, une manifestation susceptible de survivre des semaines et des mois. Elle n'offre pas, néanmoins, de caractère grave et cède habituellement au régime. Il est intéressant de la connaître pour ne pas la confondre avec un diabète véritable.

— M. ACHARD a fait également des recherches du même ordre qui ont abouti à des résultats analogues.

Appendicite, grossesse et syndrome de Basedow.

(M. Robert LŒWY. — *Soc, des chirurgiens de Paris* ; 6-11-1925.)

A propos d'une de ses malades, M. R. Lœwy pose la question suivante : faut-il opérer une appendicite lorsque la malade est à la fois enceinte de trois mois et basedowienne ? Doit-on se contenter de surveiller la grossesse ou tenter le traitement radiothérapique ?

— M. Victor PAUCHET considère d'abord l'appendicite et la grossesse. Au cas de crise aiguë d'appendicite, on doit opérer, à toute époque de la grossesse, pour ne pas risquer l'apparition d'une rechute au moment de l'accouchement. Les douleurs du travail masquent les douleurs appendiculaires et la malade peut succomber à une péritonite sans que le chirurgien en soit averti. L'appendicite chronique ne fait pas courir le même risque et, si la femme est dans un mauvais état de santé, il est préférable d'ajourner l'intervention.

Dans la grossesse avec basedowisme, l'abstention ou l'intervention seront réglées d'après l'examen du métabolisme basal. Le métabolisme est-il favorable, normal, pratiquer d'emblée l'ablation d'une moitié de la thyroïde.

— M. THÉVENARD croit que lorsque le diagnostic d'appendicite subaiguë ou chronique est posé au début d'une grossesse, il faut opérer, pour ne pas se trouver obligé de prendre le bistouri plus tardivement, à un moment plus défavorable.

— M. PETIT DE LA VILLÉON a vu, une fois, l'opération être suivie de fausse couche, dans une grossesse de quatre mois.

La vaccination dans l'ostéomyélite.

(M. PEUGNIEZ. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 6-11-1925.)

L'ostéomyélite n'eut longtemps pour traitement que l'intervention chirurgicale. En 1919, Grégoire publiait les résultats obtenus par lui dans la thérapeutique de cette affection par l'emploi des vaccins, et, depuis, la vaccinothérapie de l'ostéomyélite a fait l'objet de beaucoup de discussions.

Elle peut être réalisée sous trois formes : l'endococcine, le stock-vaccin et l'auto-vaccin. Toutes ces variétés de vaccination visent au même but : augmenter l'énergie des substances diastasiques, agents de défense et armes naturelles de l'organisme. Il semblerait que l'auto-vaccin dût offrir une activité supérieure à celle des stock-vaccins. En réalité, l'efficacité de l'un et des autres paraît à peu près égale. C'est que nous ignorons beaucoup du mécanisme mystérieux qui préside aux actions curatives et immunisantes microbiennes. Le corps microbien agit par des moyens très divers, par ses toxines, ses diastases, ses protéines et à la façon des substances non spécifiques, albumines, albumoses, etc.

Dans les formes aiguës et chroniques, de l'ostéomyélite, la vaccinothérapie est indiquée et a toutes chances de succès. Elle ne doit toutefois retarder en rien l'heure de l'intervention chirurgicale. Dans les formes chroniques d'emblée, elle évite souvent l'opération. Celle-ci reste le traitement de choix dans les formes chroniques prolongées où les lésions du squelette sont profondes.

P.L.

Les Livres

GAUTHIER-VILLARS ET Cie, éditeurs, 35, quai des Grands-Augustins, Paris.

Dr MARAGE, chargé de cours à l'Université de Paris. **Physiologie de la voix, à l'usage des chanteurs et des orateurs.** Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences (Prix Montyon). (1 vol. in-8° de VII, 204 pages et 114 figures. Broché. Prix : 15 francs.)

Toute la partie technique trop aride est volontairement supprimée par l'auteur dans cet ouvrage dont le programme se résume à suivre « la destinée d'une onde sonore depuis son point de départ jusqu'à son point d'arrivée ».

Ainsi l'artiste (machine parlante composée de poumons, d'un larynx et de résonnateurs, qui transforment le son) parle ou chante des voyelles ou des consonnes (Principes d'acoustique) dans une salle (acoustique des salles), en se fatiguant plus ou moins (Travail développé et portée des voix), devant les auditeurs qui écoutent (Théorie de l'audition) des opéras (voix chantée) ou des tragédies (voix parlée).

Il était ainsi naturel, après avoir étudié l'appareil d'émission, de s'occuper de l'appareil de réception, les vibrations musicales n'étant intéressantes qu'autant qu'elles sont entendues.

L'audition est utile autant que la phonation, intéressant les professeurs de chant au point de vue de l'oreille fausse et de l'oreille musicale et les orateurs au point de vue de la sensibilité auditive d'une assistance.

L'ouvrage se termine par des conseils pratiques et des travaux à faire, le programme est rempli sans que l'auteur ait empiété sur le domaine des professeurs de chant. Ce traité contient presque uniquement les recherches personnelles de l'auteur, avec des aperçus nouveaux sur la physiologie de la voix.

Les livres qui viennent de paraître...

PUBLICATIONS DES ETABLISSEMENTS POULENC, frères

Documents cliniques sur le stovarsol, 1922-1926. (Un vol., 235 p.)

CHEZ BAILLIÈRE.

Travaux annuels de l'Hôpital d'urologie (7e série), publiés sous la direction du Dr F. CATHELIN. (Un vol., 376 p., avec fig., 50 francs.)

CHEZ MALOINE.

Collection des Petits Précis (chaque volume in-18 : 8 fr. 50.) :

LACAPÈRE et MONTLAUR. — **Dermatologie du praticien** (162 p.)

P. HALBORN. — **Maladies infectieuses** (190 p.).

G. JEANNENEY. — **Le cancer** (Manuel du praticien 172 p.).

LAQUERRIÈRE. — **Rayons X et corps radioactifs** (200 p.).

PUBLICATIONS DU MIROIR DES SPORTS, 18, rue d'Enghien, Paris.

Almanach du Miroir des Sports, 4e année, 1926, (206 p., 3 francs.)

CHEZ VIGOT.

L. RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec. — **Conférences de clinique médicale pratique**, 4e série (25 francs.)

(Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

APPEL A L'UNION

LETTRE OUVERTE DU PRÉSIDENT DE L'UNION
aux Présidents de la Fédération du Nord et du Groupement de la région lyonnaise

Paris, le 15 décembre 1925.

Mes chers confrères,

Lors de la dernière séance de notre Assemblée générale de l'Union, j'eus le regret de lire, à la tribune, la lettre de Vanverts et des délégués de la *Fédération du Nord* déclarant que, devant le vote de l'Ordre du jour Gaussel sur les Assurances sociales, ils décidaient de quitter l'Assemblée. De plus, le soir du même jour, alors qu'après la nomination du nouveau Conseil, celui-ci se réunissait pour élire son bureau, j'eus encore le regret de voir se retirer les deux nouveaux conseillers élus au quotient par la *Fédération de la région lyonnaise*, en déclarant qu'ils étaient obligés, avant de participer au travail du Conseil de l'Union, d'en référer à leur groupement.

Enfin, durant la fin de notre Assemblée générale, j'eus le chagrin — troisième fait regrettable — d'entendre, à diverses reprises, prononcer officieusement, par des confrères appartenant à ces deux fédérations, un mot, qui, en les graves circonstances que nous traversons, m'a paru comme un signal de recul dans la lutte pour nos libertés, comme un précurseur de la défaite : le mot affreux, terrible aujourd'hui, de « *scission* ».

Et, tout cela, à la suite du *vote par notre Assemblée générale de l'Ordre du jour de notre confrère Gaussel (de Montpellier), par 8.316 voix contre 5.207 voix pour celui du confrère Desrousseaux (de Roubaix).*

Deux ordres du jour étant en présence, il allait de soi que l'un ralliant *x* suffrages de plus que l'autre, c'était le premier qui avait la majorité et devant lequel il n'y avait plus qu'à s'incliner. Ou alors, la discipline n'étant plus qu'un vain mot dans notre grand groupement, celui-ci ne serait plus une troupe solide, prête à *lutter* pour les intérêts du Corps médical, mais un troupeau prêt à *subir* tout ce qu'on voudra lui imposer.

La « minorité » serait-elle donc mortellement atteinte par le vote de l'Ordre du jour Gaussel, par la « majorité » ? Seul, un tel fait pourrait excuser, ou tout au moins expliquer, ces gestes menaçants et ce mot de « scission » ...

Or, mes chers confrères, le président de l'Union considère qu'il est de son devoir absolu de mettre les choses au point, dans leur réalité, et je déclare hautement et publiquement qu'il n'en n'est rien et qu'au contraire : *l'Ordre du jour Gaussel apporte à nos confrères, dits de la « minorité », toutes facilités de faire ce qu'ils nous ont proclamé comme désirable.*

***

Voici tout d'abord le texte de *l'Ordre du jour Gaussel* :

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 4 décembre 1925, après avoir pris connaissance ;

1° Du projet de loi déposé devant le Sénat.

2° Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing, et dont il y a lieu de tenir le plus grand compte.

Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

***A*) La participation du Corps médical à la direction des Offices d'Assurances sociales.**

***B*) Les ententes locales faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'Assurances.**

Demande :

1° Que ce projet de loi étende l'Assurance à certaines collectivités, Mines, Chemin de fer ...

2° Que l'observation stricte du Secret professionnel soit inscrite dans la loi.

3° Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels soit réglé par des contrats entre Caisses d'Assurances et Syndicats professionnels affiliés à l'Union.

Etant entendu qu'un contrat collectif avec entente directe est le mode préférable.

***

Sincèrement, mes chers confrères, je vous le demande : Y a-t-il, dans cet ordre du jour, un alinéa, une phrase, un mot *qui puisse gêner dans son action, présente ou future, un seul des 300 syndicats de l'Union* ? . . .

Non ! Et cela se comprend. Depuis quelques mois, à propos de cette loi Assurance-maladie, l'opinion du Corps médical, au frottement de nos discussion, se façonne, se cristallise, *s'unifie* peu à peu. Oui, je dis bien « s'unifie ». Aussi, chose curieuse — et que mieux que quiconque, j'ai pu apprécier du haut du fauteuil présidentiel, lors de notre dernière Assemblée générale — plus les orateurs se passionnaient, moins de différences *foncières* d'opinion s'accusaient. Plus les *oppositions*, en quelque sorte, semblaient s'afficher dans les paroles, plus les *concessions* s'inscrivaient sur les multiples ordres du jour présentés tout d'abord.

Et aussi, ne l'oublions pas, au moment où, parfois, la chaleur de la discussion s'amplifiait jusqu'au tumulte, on sentait tout à coup, apporté par des délégués des provinces les plus diverses, un grand souffle de concorde et d'union déferler dans la salle et rebondir jusqu'à la tribune, en une large vague de fond . . .

La vérité (qu'on le sache dans les milieux extra-médicaux !) est que, *malgré les apparences, le bloc de la grande famille médicale est plus solide que jamais.*

Quant à nous, militants syndicalistes, regardons au loin, à l'horizon. En cette heure si grave, au moment où le projet de loi va être discuté au Sénat, faisons abstraction de notre personnalité. Est-il possible de prononcer, en ce moment, le mot impie de « scission » ? Ne serait-ce pas faire là un acte de « mauvais berger » et encourir une lourde, très lourde responsabilité devant tous les praticiens français présents et à venir ? . . .

***

Ah ! confrères de Lille et de Lyon, et vous particulièrement, les présidents de ces deux grands groupements, écoutez, je vous en prie, ce que vous écrit ici, solennellement — dans une lettre ouverte — le président de l'Union.

Loin du tumulte de nos Assemblées, dans le silence du cabinet, lisez et relisez froidement, sereinement, l'Ordre du jour voté, le 4 décembre, par la majorité. Et ensuite, en toute loyauté, répondez-moi . . .

Y a-t-il de quoi faire ce geste désastreux dont on nous a parlé ? Non ! n'est-ce pas ? Non, mille fois non ! de toute évidence.

Oublions donc, vous et moi, ces heures troubles, regrettables, pénibles que nous venons de passer et mettez cordialement la main dans celle que je vous tends ici, en toute sincérité.

Et nous pourrons ensuite nous féliciter mutuellement de n'avoir eu en vue que le bien de notre grande famille médicale — prête désormais à faire un front unique et, au besoin, à se lancer un jour à l'action, d'un seul esprit et d'un seul cœur.

Je vous prie, mes chers confrères, de croire à mes sentiments profonds de cordiale confraternité.

Dr Fernand DECOURT,
Président de l'Union.
des Syndicats médicaux de France.

LA CONCLUSION DU DÉBAT SUR LES ASSURANCES SOCIALES L'ORDRE DU JOUR DU PROFESSEUR GAUSSEL

Par le Dr BATIER (de Strasbourg).

Il n'est point dans mon intention de parler ici du débat passionné dont les assurances sociales ont été l'objet à la récente assemblée de l'Union des Syndicats médicaux de France ; ce serait ouvrir à nouveau une polémique désormais inutile.

Cependant, il importe d'en dégager les conclusions, de les expliquer au corps médical, pour qu'il sache bien le mandat précis dont le Conseil de l'Union est investi. A part la motion relative à l'Alsace et à la Moselle, qui fut votée sans discussion, ce mandat est tout entier contenu dans l'ordre du jour du professeur Gaussel.

On excusera un médecin de Strasbourg de s'étonner, en passant, que la motion relative à nos départements recouvrés ait été rendue nécessaire par l'étrange décision de la commission sénatoriale.

Je voudrais ne point faire allusion à l'atmosphère de bataille dans laquelle M. Gaussel eut le mérite de dégager avec sérénité les intentions de l'assemblée ... presque malgré elle-même. Mais il le faut, pour expliquer certaines maladresses de rédaction qui n'enlèvent d'ailleurs rien de sa clarté au texte de l'ordre du jour.

L'assemblée ... après avoir pris connaissance

1° *Du projet de loi déposé devant le Sénat* ;

2° *Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing* :

prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

a) *La participation du corps médical à la direction des Offices d'assurances sociales,*

b) *Les ententes locales faites en toute liberté entre syndicats et Caisses d'assurances,*

Demande :

1° *Que ce projet de loi étende l'assurance à certaines collectivités (mines, chemins de fer, etc.),*

2° *Que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi,*

3° *Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle, et aux conflits éventuels soit réglé par des contrats entre Caisses d'assurance et syndicats professionnels affiliés à l'Union.*

Il y a trois parties dans ce texte : la première vise la documentation de l'assemblée, la deuxième les acquisitions réalisées, la troisième les desiderata.

1° *La documentation.* — Elle est, d'une part, pratique et expérimentale, de l'autre, parlementaire.

L'assemblée a pris en effet connaissance du projet de loi désormais arrêté par la commission sénatoriale. En le rappelant en tête d'ordre du jour, l'assemblée marque sa volonté d'étudier la question sur la base de ce projet pour y modifier, si possible, ce qui lui déplait ; *elle fait face au projet de loi* et prend position à son sujet ; elle repousse les conseils qui lui recommandaient d'ignorer le travail parlementaire.

La documentation comporte également « les résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région de Roubaix-Tourcoing ». Pour ceux qui ont suivi les débats, cela ne signifie pas que le contrat des deux syndicats en cause avec le consortium du textile soit un idéal ; ceux qui ont fait cette expérience ne l'ont jamais prétendu. Cela signifie que le contrat collectif ainsi réalisé, avec libre choix intra-syndical et entente directe entre malade et médecin pour le paiement des honoraires, règle les conditions de la pratique médicale courante dans l'assurance, d'une manière qui satisfait pleinement l'assemblée.

2° *Les acquisitions.* — Il est hors de doute que les organismes d'assurance disposent d'une énorme autorité en tout ce qui concerne la santé publique et pourtant leur incompétence est notoire. Pis même, leur influence contrarie presque toujours celle des compétences techniques. La preuve en est fournie par l'expérience étrangère et alsacienne. On comprend donc que l'assemblée prenne acte des dispositions du projet qui assurent une place convenable aux représentants du corps médical dans les commissions départementales chargées de la surveillance, au Conseil supérieur des assurances sociales et dans sa commission permanente (1). Ainsi nous aurons des nôtres aux postes d'écoute et près des leviers de commande.

L'assemblée prend acte également de la liberté laissée aux syndicats affiliés à l'Union de contracter librement avec les Caisses d'assurance.

Ici je fais un *mea culpa*. Le texte comporte « en toute liberté ». Comme le professeur Gaussel cherchait la conciliation générale, c'est pour m'être agréable qu'il a ajouté ces trois mots. Le malheur est que, dans la fièvre du débat, personne n'a vu qu'il y avait erreur et que ces mots devraient se trouver dans les desiderata. Il est évident en effet que le projet limite la liberté des contrats.

3° *Les desiderata.* — L'assemblée n'admet pas que certaines collectivités importantes soient soustraites à la loi : ouvriers d'Etat, des mines, des chemins de fer, des tramways, etc. Elle ne saurait l'admettre, parce que ces collectivités ont actuellement un régime très inférieur d'assistance médicale, au mépris des principes posés par nos syndicats pour la pratique de l'assurance.

L'assemblée veut que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi. Cela ne se commente pas.

Enfin l'assemblée entend que les syndicats affiliés à l'Union restent absolument maîtres de régler de gré à gré avec les Caisses « tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels ». C'est ici que devaient figurer les mots « en toute liberté ».

Cela veut dire que la loi ne doit contenir aucune clause qui limite la liberté des syndicats de contracter en la matière sur les bases du droit commun. *Elle ne doit donc prévoir aucune organisation de contrôle, aucune institution de contentieux pour le service médico-chirurgical.* Qu'elle laisse aux parties contractantes le soin de régler ces choses ! Aussi bien le contrôle et le contentieux sont-ils conditionnés par le reste du contrat et l'on ne conçoit point qu'on superpose leur uniformité à la variabilité indéfinie des clauses relatives à la pratique médicale elle-même.

Ainsi chaque syndicat resterait maître de régler par contrat avec la Caisse toutes les conditions de la pratique médicale, d'admettre ou d'interdire même le contrôle ; ce serait entre eux question de force et de diplomatie.

Enfin l'assemblée a tenu à recommander aux

(1) C'est ainsi qu'il faut traduire l'expression impropre « Offices d'assurances sociales » qui figure dans l'ordre du jour.

syndicats le contrat collectif avec l'entente directe entre malade et médecin, comme la meilleure formule d'application pour l'usage de cette liberté complète qu'elle réclame pour eux.

Je ne comprendrais pas l'opposition rencontrée par ce magnifique ordre du jour, dont le grand mérite est de revendiquer pour chacun le maximum de liberté, si je ne savais combien la passion nuit à l'intelligence et comme les assemblées sont accessibles aux mouvements passionnels. Mais ce serait désespérer du corps médical et de son aptitude à diriger ses destinées, que de ne point compter sur la réflexion, l'esprit critique et aussi l'action apaisante du temps, pour rallier tous les confrères à cette conception libérale.

L'ÉCOLE DES EXAMINATEURS

Eh quoi ? encore une école nouvelle ! Mais oui, et la plus nécessaire de toutes peut-être : l'école des maîtres !

Depuis toujours, des scandales intermittents ont agité la vie des escholiers à l'occasion des sessions d'examen. Ces phénomènes météorologiques universitaires connus sous le nom de *chahuts* se renouvellent périodiquement, sont précédés de prodromes qui permettent de les prévoir assez longtemps à l'avance. Quand l'orage éclate, il se traduit par des séismes toujours semblables : monômes, cris de : « Conspuez un tel ! . . . Conspuez un tel !. . . Conspuez ! ». Quelques vitres cassées, quelques œufs pourris écrasés sur un tableau noir. Ensuite, quelques sanctions, amnistie rapide, et tout recommence comme avant. Malheureusement parfois, l'orage est tel qu'il laisse après lui quelques sanctions : les Facultés trop longtemps fermées, les sessions suspendues et d'excellents candidats, atteints par la limite d'âge, voient leur carrière brisée.

En présence de ces faits regrettables, on doit se demander s'il n'y a pas des causes réelles et évitables à ces cataclysmes, si les erreurs sont toujours du même côté, et enfin, s'il n'y a pas, pour en éviter le retour, de moyens moins puérils et plus efficaces que les chahuts traditionnels dont le moins qu'on puisse en dire, c'est qu'ils n'aboutissent à rien.

Que ces explosions répétées de la colère des étudiants soient parfois légitimes, je pense qu'il ne se trouvera personne parmi nous, anciens étudiants, pour le mettre en doute. Nous avons tous connu de ces jurys phénomènes, les uns adorés parce qu'ils recevaient tous les candidats, les autres redoutés à ce point que les candidats, assurés d'un échec, renonçaient à se présenter. — Pour ne prendre d'exemples que parmi les disparus, les médecins de ma génération se souviennent d'un certain professeur de la Faculté nommé B. . ., être néfaste, qui collait systématiquement les candidats avec une sorte de joie sadique. Quelques examinateurs se sont efforcés de marcher sur ses traces, mais peu, dans cet ordre d'idées, ont approché du maître. N'avons-nous pas vu tous ce criminel présenter à un pauvre étudiant un bocal sordide contenant une poudre qui, jadis, avait été blanche et lui demander : « Qu'est-ce que c'est que çà ? Monsieur » . . . « Vous ne savez pas ? Moi non plus ! » Et sur cette *unique* question, accompagnée de ce trait d'esprit, le malheureux candidat était ajourné. Combien de carrières ce « savant-crétin » n'a-t-il pas brisées ! Vous me direz que le cas est exceptionnel et que la majorité des examinateurs sont plus dévoués et compétents, Mais cet exemple, pris au hasard, ne sort pas, hélas ! de l'ordinaire. J'ai été témoin de nombreux faits analogues pendant ma vie d'étudiant. Qu'on ne croie pas que je veuille satisfaire une rancune personnelle : étudiant en médecine, je n'ai jamais été recalé à un seul examen. Je n'en tire d'ailleurs aucune vanité, car j'ai la conviction très sûre que, bien qu'ayant toujours très sérieusement préparé mon programme, j'eusse été recalé si j'avais eu la malchance de tomber sur un de ces jurys stupides auxquels j'ai fait allusion.

Ce n'est pas à tort qu'on parle de la *chance* aux examens : difficile à éliminer d'un concours, je prétends qu'elle pourrait, qu'elle devrait être bannie de tous les examens. L'examen à l'heure actuelle est une loterie. Il doit cesser de l'être et c'est facile, mais il faut que les examinateurs acquièrent les qualités de psychologie, de pédagogie qui manquent à la plupart d'entre eux, particulièrement aux examinateurs de l'enseignement supérieur. Il n'est pas admissible que l'on continue de voir, aux hasards de la fourchette, recevoir des crétins et recaler des élèves laborieux. Ce n'est pas tant la sévérité des examinateurs que je blâme que l'inconséquence de leurs méthodes. Loin de réclamer d'eux une indulgence extrême qui n'aboutirait qu'à la dépréciation du diplôme, j'ai toujours considéré que, dans l'ensemble — (je parle de mon temps) — les examens de médecine étaient trop faciles et j'ai vu recevoir des candidats — en particulier ces métèques établis en masse aujourd'hui dans Paris et dans la banlieue — grâce à une coupable indulgence du jury. C'est qu'en effet, à côté de ces sinistres exanimateurs que nous connaissons tous, il en existe de blasés, de débonnaires, tout aussi dangereux au point de vue de la saine compréhension des études et de leur justification.

Un examinateur doit se proposer un triple but : 1° éliminer impitoyablement les crétins et leur barrer définitivement la route ; 2° rece-

voir, *sans que la chance puisse jouer aucun rôle*, l'élève ayant consciencieusement travaillé toute l'année ; 3° distinguer, grâce aux mentions, les sujets d'élite.

Qui oserait prétendre que cet idéal soit réalisé ? Certains examinateurs permettent à des nullités de passer dans les mailles de l'examen avec une indulgence qu'on ne saurait trop réprouver, particulièrement en médecine ; d'autres posent des questions tellement stupides et sur un ton si impertinent, qu'aucun candidat ne sait ou n'ose répondre. Les mentions sont attribuées selon des appréciations qui défient toute estimation. C'est chaque jour que des examinateurs enguirlandent le candidat d'éloges les plus flatteurs, puis, cotant bas par système, lui donnent une note qui lui permet à peine d'obtenir la mention passable, ou l'expose à être recalé s'il a été moins brillant avec l'un des assesseurs. Personnellement et différentes fois, j'ai été chaudement félicité par chacun des trois examinateurs et reçu avec la mention passable : mention que j'appelerai *démocratique* car, ces jours-là, quand il y avait une mention très bien, elle était toujours attribuée à un candidat très ordinaire mais qui, comme par hasard, portait un grand nom : serait-il vrai que les mentions ne doivent pas sortir de la famille ?

Que les examinateurs prennent donc une bonne fois conscience de leur mission, qu'ils connaissent leur métier, et pour le connaître, qu'ils l'apprennent : la plupart n'en savent pas un mot.

La psychologie de l'examinateur est à modifier tout entière : drapés dans leurs toges aux couleurs variées, certains d'entre eux se laissent aller aux plaisanteries de goût douteux. Tel prend une pose renversée, lance d'un grand geste son hermine sur l'épaule, jette négligemment : « Monsieur, quelle est la date de la découverte de la quinine ? » puis attend, jouant impertinemment avec son crayon en regardant sa montre : « Vous avez encore cinq minutes, Monsieur ; ...... vous avez encore deux minutes, Monsieur... C'est bien, Monsieur, je suis *obligé* (? !) de vous mettre un zéro » ! — Tel autre, comme le professeur X., fait de l'esprit et bavarde sans que le candidat puisse placer un mot, puis met au patient la note habituelle, cotée très bas, sauf quand il s'agit d'amis bien en cour. Tel autre encore, jeune et avantageux, ne songe qu'à épater l'auditoire, surtout féminin, posant des questions impossibles et d'autant plus difficiles que les femmes sont plus belles. — Dans la salle voisine, hélàs ! un bon papa demande à un noceur, échappé un instant du cabaret : « Où placez-vous l'astragale ? » — « Dans la main » — « Mais, non, Monsieur, dans le ... dans le tar..., dans le tar... » — « Dans le tarse ».— « Mais certainement, mon ami, dans le tarse ! » et il le reçoit ! ! !

De tels examens, qui ne sont pas l'exception, sont un scandale intolérable. L'examinateur qui revêt sa toge devrait se dire : « Je vais avoir à juger *en quinze minutes* le travail de *toute une année*. Je dois, et je le puis, en ce court espace de temps, apprécier la valeur du candidat et le classer si possible dans l'élite. Je dois songer que cet enfant n'a peut-être pas des journées entières et des nuits lâché ses livres. Ses parents ont fait des sacrifices, et au prix de quelles privations, par ce temps de vie chère ? sacrifices qu'ils ne pourront soutenir un an de plus, si leur enfant est ajourné. Je dois penser que ce candidat sans ressources est à la veille d'un concours : ce concours, il ne pourra le passer s'il n'obtient pas aujourd'hui même le diplôme que je vais lui délivrer ou lui refuser. Je dois songer qu'à cet instant si grave, où se joue son avenir, cet enfant peut être émotionné. Un éclat de voix intempestif, un geste brusque, un sourire ironique de ma part, peuvent lui faire perdre tous ses moyens. Interrogeons-le doucement, paternellement. S'il se trouble, donnons-lui le temps de se rassurer, et de se remettre.

Je vais donc lui poser plusieurs questions : deux grosses questions au moins, *qu'il n'a pas le droit de ne pas connaître*. S'il n'y répond pas, je le recalerai sans pitié et la conscience tranquille. Qu'il y réponde d'une façon satisfaisante : à mes yeux, il est reçu et je l'arrêterai aussitôt, pour lui poser des questions difficiles me permettant de discerner entre le garçon laborieux et le garçon de valeur, ces dernières interrogations ne comptant que pour la mention tandis que les premières ne comptaient que pour l'admission ».

Je prétends qu'une telle façon d'interroger réduit à zéro ce qu'on appelle « la chance », qu'elle permet l'élimination désirable des crétins et assure aux travailleurs la juste récompense de leur travail. Et je prétends que, malheureusement, les examinateurs qui interrogent ainsi sont l'exception. Il faut que cette exception devienne la règle.

Aussi, les Associations d'étudiants ont-elles mieux à faire que de se livrer à des manifestations turbulentes et stériles : par une étude sérieuse de la question qui nous occupe, elles se doivent à elles-mêmes de rechercher si ce que j'affirme est exact, à savoir, que les examinateurs sont nombreux à ne pas savoir leur métier et que rien ne serait plus facile que de le leur apprendre. Que ces Associations envoient des délégués assister aux examens des diverses Facultés (Droit et Médecine en particulier) avec mission de noter toutes les attitudes agressives, impertinentes, ironiques des examinateurs ; de noter les cas où le sort du candidat aura été joué sur une question *unique* et de relever alors soigneusement, dans ses termes exacts, la ques-

tion posée. Je ne doute pas qu'en un ou deux mois ces délégations ne recueillent les documents suffisants pour élaborer un travail susceptible d'impressionner et le monde universitaire et l'opinion publique. Elles auront soin de ne confier ces missions qu'à des bons élèves n'ayant jamais échoué à des examens et par conséquent peu suspects d'obéir à une rancune personnelle. Ces délégués devront du reste faire état d'indulgences inadmissibles.

Je suis persuadé que le résultat d'une telle enquête montrera que les qualités requises d'un bon examinateur sont inexistantes dans la plupart des jurys. Elle montrera qu'il semble nécessaire d'exiger un certificat d'aptitude pédagogique spécial de tout examinateur quelque savant soit-il. Ce certificat serait délivré à la suite d'un stage dans des cours spéciaux faits par les maîtres de la pédagogie : ce serait un *diplôme d'examinateur.*

Je suis persuadé, dis-je, que cette enquête montrera la nécessité de ces études pédagogiques préalables ... à moins que le seul fait de se savoir surveillés ne conduise spontanément les indifférents, les poseurs et les faiseurs d'esprit à une plus juste compréhension de leur rôle.

Dr LD.

VARIÉTÉS

Le roman d'un Interne : Et nous nous sommes aimés là... par Mateï Roussou

Le pseudonyme *Mateï Roussou* cache le nom d'un confrère parisien, qui a déjà collaboré à plusieurs revues littéraires et donné av ec succès plusieurs pièces au théâtre. « *Et nous nous sommes aimés là...* » est son premier roman, roman vécu s'il faut en croire le prologue.

Petit-fils de médecin, fils d'un modeste libraire, Dumesnil, le héros du roman, est obligé, pour terminer ses études, d'entrer comme interne à l'asile d'aliénés de Calderoun, non loin de Montpellier. C'est dans cet asile dont Mateï Roussou fait un tableau très vivant, décrivant les malades, les médecins, le directeur et leurs familles que se déroule une idylle au tragique dénouement.

De physique agréable, travailleur, consciencieux et timide, Dumesnil conquiert rapidement l'estime et l'affection de tous. Il a même une certaine influence sur les malades les moins dociles et acquiert de ce fait une réputation croissante et un véritable prestige. Au cours d'une visite chez la femme du directeur de l'asile, il est présenté à une dame fort belle dont il tombe amoureux un peu malgré lui et à laquelle il produit aussi une vive impression. Isabelle, c'est le prénom de la dame, très distinguée et un peu hautaine, reste pour lui mystérieuse, car ayant mal compris son nom patronymique, il ne peut obtenir sur elle aucun renseignement. Le hasard et aussi peut-être la malicieuse complicité de la femme du directeur, qui a deviné le penchant des deux amoureux l'un pour l'autre, les réunit et leur fait faire un voyage en voiture pendant la nuit avec le directeur de l'asile et le président du tribunal de la ville, mari de la belle. Au début du voyage, Isabelle se montre d'une réserve excessive. Mais au bout de peu de temps, le sommeil du magistrat et du directeur rapproche les amoureux et Isabelle, laissant libre cours à sa passion, fait preuve d'une audace qui bouleverse le timide jeune homme et cela d'autant plus qu'après une folle étreinte, elle reprend sa froide réserve en présence des dormeurs réveillés.

L'interne de retour à l'asile attend en vain des nouvelles de sa conquête. Il s'ingénie à la retrouver. Il y réussit non sans peine et finit par la décider à venir de temps à autre partager sa chambre d'interne, où elle se livre avec lui aux plus fous accès de passion. Elle lui conte son histoire. Mariée par des parents cupides à un magistrat, inverti sexuel, qui n'a jamais été un mari pour elle et pour lequel elle a d'ailleurs une répulsion invincible, Isabelle a pris pour amant un ami d'enfance qui, après l'avoir beaucoup aimée, disparut tout à coup et définitivement.

L'interne Dumesnil, tout en filant le parfait amour, continue à s'intéresser à ses malades et à les étudier avec conscience. Il s'est pris d'affection pour l'un d'eux, Dieuleveuille, un ingénieur, homme d'une intelligence supérieure, tuberculeux au dernier degré, qui a été interné pour avoir tenté de tuer sans raison une personne dans un accès de délire. L'interne assiste Dieuleveuille à ses derniers moments et est stupéfait de recevoir du moribond, une lettre à remettre après son décès à sa propre maîtresse Isabelle. Dumesnil, très intrigué, remplit sa triste mission et il apprend que l'aliéné qui vient de mourir fut le premier amant d'Isabelle. Sous le choc de cette émotion, la jeune femme tombe malade, elle se retire dans sa famille. Dumesnil se console en se consacrant davantage à l'étude de ses malades et au bout de quelques mois, il paraît avoir pris son parti de la séparation. Un jour qu'il venait d'échapper à une tentative de meurtre en

faisant preuve d'une grande présence d'esprit, il est demandé pour admettre une nouvelle malade. Il se trouve en présence d'une femme décharnée, absolument démente, dont il ne peut rien tirer ; il examine ses papiers et apprend avec stupeur qu'il est en présence d'Isabelle. Terriblement affecté, Dumesnil quitte l'asile, préférant laisser croire que l'attentat dont il a failli être victime est la cause de son départ.

Tel est le sujet du roman : *Et nous nous sommes aimés là....* Mais cette intrigue passionnée, parfois excessive, qui se déroule dans un asile d'aliénés, permet à l'auteur d'en faire une description vécue. Il multiplie les épisodes de sa vie d'interne, nous fait connaître ses malades les plus intéressants et ce n'est pas, du moins pour un médecin, le moindre des charmes que l'on éprouve à la lecture du roman de Mateï Roussou (1).

J. NOIR.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX

En attendant que nous soyons mis à même d'en publier le compte rendu, nous donnons ci-dessous les deux ordres du jour qui ont été présentés sur l'organisation des soins médicaux dans l'Assurance sociale :

ORDRE DU JOUR GAUSSEL

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 4 décembre 1925, après avoir pris connaissance :

Du projet de loi déposé devant le Sénat.

Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la Région Roubaix-Tourcoing,

Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

a) La participation du Corps médical à la direction des Offices d'Assurances sociales.

b) Les ententes locales faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'Assurances.

Demande :

1° Que ce projet de loi étende l'assurance à certaines collectivités, mines, chemins de fer.

2° Que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi.

3°Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels soit réglé par des contrats entre Caisses d'assurances et Syndicats professionnels affiliés à l'Union.

ORDRE DU JOUR DESROUSSEAUX

L'Union des Syndicats médicaux de France, réunie en Assemblée générale le 4 décembre 1925, donne au Conseil de l'Union, pour l'année 1925, le mandat de défendre les principes suivants :

1° L'Assurance doit rester un contrat à deux entre l'assureur et l'assuré ;

2° Le secret professionnel doit être intégralement observé et le principe doit en être inscrit dans la loi ; le libre choix doit être absolu entre les médecins portés sur les listes établies par les Syndicats ;

3° L'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine ;

4° Les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif spécial à une collectivité quelconque (Caisse ou Etat).

En conséquence l'Union des Syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des Assurances Sociales comme les clients ordinaires ; les Syndicats concluront des accords locaux respectant les principes ci-dessus.

Ces contrats collectifs se borneront à assurer :

1° L'indication du fait de maladie.

2° L'indication du nombre de visites ou de consultations, et ne comporteront jamais de tarification ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des Caisses dans les honoraires médicaux, ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les Syndicats exercent sur les médecins, conformément au système de Roubaix-Tourcoing.

Les questions d'hospitalisation et de gestion des Caisses devront être étudiées dans le plus bref délai.

L'ordre du jour présenté par le professeur Gaussel a été voté par 8.316 voix, contre 5.207 à l'ordre du jour Dervousseaux.

---

(1) Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens, Paris. Prix : 9 francs.

Création d'une section « médecine troupes coloniales », à l'Ecole du service de santé militaire.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 18 mai 1925,

Monsieur le Président,

Dans le but de contribuer à remédier à l'insuffisance numérique actuelle de recrutement des médecins des troupes coloniales, il paraitrait opportun de faire bénéficier, dans la limite du possible, le recrutement de ces médecins des mesures qui ont été prises déjà pour tenter d'améliorer le recrutement des médecins des troupes métropolitaines, tout au moins provisoirement et jusqu'à ce que des mesures analogues puissent être prises par le département de la marine en ce qui concerne l'école principale du service de santé de la marine.

Pour ce faire, il m'a semblé possible d'envisager l'organisation à l'école du service de santé militaire d'une « section médecine-troupes coloniales » qui recevrait annuellement, dans la mesure des places disponibles et dans la limite des crédits budgétaires, un certain nombre de candidats désireux de suivre la carrière coloniale, sous la réserve qu'il ne pourra en résulter aucun préjudice sensible pour le recrutement des médecins métropolitains tant qu'il continuera à être déficient numériquement.

Cette organisation est d'ailleurs conforme aux dispositions du décret portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales du 21 juin 1906 qui fixe, à l'article 3, que « les médecins et pharmaciens se recrutent :

« 1° Parmi les élèves des écoles militaires du service de santé... ».

Si vous voulez bien approuver cette manière de voir, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre signature le décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement,

Le président du Conseil, ministre de la guerre,
Paul PAINLEVÉ.

Décret du 18 *mai* 1925

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre de la guerre,

Vu la loi du 24 juillet 1873 relative à l'organisation générale de l'armée ;

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, modifiée par la loi du 1er juillet 1889, ayant pour but de donner une autonomie complète au service de santé ;

Vu la loi du 1er décembre 1888 ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire ;

Vu la loi du 7 juillet 1900 relative à l'organisation des troupes coloniales ;

Vu la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée ;

Vu le décret du 21 juin 1906 portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales ;

Vu le décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922 et le 1er juin 1923, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine,

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué à titre provisoire à l'école du service de santé militaire une « section médecine, troupes coloniales », en vue de contribuer, avec l'école principale du service de santé de la marine, au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

Art. 2. — Les élèves de la « section médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé militaire, se recrutent par voie de concours dans les mêmes conditions que les autres candidats à la section de médecine de cette école. Le nombre des candidats à admettre dans cette section est fixé annuellement, par le ministre de la guerre, dans la mesure des places disponibles et dans la limite des crédits budgétaires.

Art. 3. — Toutes les dispositions du décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922 et 1er juin 1923, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire, sont applicables aux élèves de la « section médecine, troupes coloniales », sous les restrictions ci-après :

1° Une fois admis dans cette section, ils ne peuvent opter pour la section métropolitaine ;

2° Ils sont nommés médecins aides-majors de 2e classe de l'armée active des troupes coloniales le 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine et dirigés à cette date sur l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ;

3° Ils signent l'engagement prévu par l'article 30 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée et contractent en même temps l'obligation de rester en service dans les troupes coloniales pendant six ans à compter de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Art. 4. — Le président du conseil, ministre de la guerre, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Circulaire relative à l'admission dans la « section médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé, en 1925.

Il est institué à titre provisoire à l'école du service de santé militaire une « section médecine, troupes coloniales », en vue de contribuer, avec l'école principale du service de santé de la marine, au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

Un concours est ouvert en 1925 pour l'admission

à vingt emplois d'élèves de la « section de médecine, troupes coloniales » à l'école du service de santé militaire ; la répartition des élèves à admettre aux divers degrés de scolarité P. C. N., 4 et 8 inscriptions sera déterminée d'après la valeur relative du concours ; le nombre des admissions pourra être réduit si la moyenne des examens est jugée insuffisante.

Les demandes d'admission au concours des candidats à la section coloniale devront s'établir comme suit : « Je soussigné, déclare être candidat à la section médecine-troupes coloniales de l'école du service de santé militaire. Dans le cas où je serais nommé élève de cette section, je m'engage à servir dans le corps de santé des troupes coloniales pendant six années à dater de ma nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

« En aucune circonstance, je ne pourrai être autorisé à passer dans la section de médecine-troupes métropolitaines ».

5o Concession de bourses (pensions et trousseaux).

Des bourses et demi-bourses seront accordées dans les conditions déterminées pour les candidats à l'école du service de santé militaire ; l'engagement annexé à leur demande de bourse, pris par le père, le tuteur ou le candidat lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, sera libellé ainsi qu'il suit :

« Je soussigné, m'engage en mon nom personnel à rembourser au Trésor le montant des frais de pension, de scolarité et de trousseau que le ministre aura payé pour (mon fils ou pupille ou moi) dans le cas où il (ou je) quitterait l'école du service de santé militaire pour toute autre cause que pour inaptitude physique ou n'effectuerait pas (ou je n'effectuerais pas) six ans de service, comme officier du corps de santé des troupes coloniales.

« En cas de radiation des contrôles de l'école pour inaptitude physique, le présent engagement sera annulé. A défaut de payement de ces frais de pension, de scolarité et de trousseau, je déclare me soumettre à ce que le recouvrement en soit poursuivi par toutes voies que de droit.

« A.................., le ....19... »

(*Signature.*)

(Légalisation par le maire).

Service intérieur de l'école

Les élèves de la « section médecine troupes coloniales », sont soumis à toutes les prescriptions du règlement sur le service intérieur de l'école du service de santé militaire.

Les élèves de la « Section médecine troupes coloniales » sont classés entre eux dans chacune des divisions de ladite section.

Ces élèves ne peuvent en aucune circonstance passer de la « Section médecine, troupes coloniales », dans la section médecine de l'école du service de santé militaire.

Les candidats à la « section médecine, troupes coloniales » ne pourront être déclarés admissibles aux épreuves orales ou être admis définitivement s'ils ont obtenu un total de points inférieur à celui du dernier élève admissible ou admis dans la section de médecine de l'école du service de santé militaire.

Les épreuves et conditions du concours sont celles déterminées par la circulaire du 7 janvier 1925, relative à l'admission à l'école du service de santé militaire en 1925, publiée au *Journal officiel* du 16 janvier 1925, sous réserve des dispositions ou modifications ci-après :

1o Les candidats à la « section médecine troupes coloniales » ne pourront pas concourir pour l'admission dans la « section de médecine de l'école du service de santé militaire » ;

Les candidats admis dans la « section médecine-troupes coloniales » ne pourront quitter cette section pour passer dans la section de médecine de l'école du service de santé ;

2o A leur arrivée à l'école, ils contracteront, en même temps que l'engagement prévu par la loi sur le recrutement de l'armée, l'engagement de rester au service dans les troupes coloniales pendant six ans à compter de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales ;

3o Après l'obtention du diplôme de docteur en médecine, les élèves de la « section médecine-troupes coloniales » seront nommés médecins aides-majors de 2e classe des troupes coloniales le 31 décembre de l'année où ils auront soutenu leur thèse : ils rejoindront à cette date l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ;

4o Formalités d'inscription. Le libellé de l'engagement prévu par le paragraphe 5 de l'article 3 de la circulaire du 7 janvier 1925 sera modifié en remplaçant « six ans de service comme officier du corps de santé militaire » par « six ans de service comme officier du corps de santé des troupes coloniales ».

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Mariage.** — Le mercredi 16 décembre 1925, a été célébré, en l'église Saint-Louis-d'Antin, le mariage de Mademoiselle Renée Thépenier, fille du docteur et de Madame Thépenier, avec Monsieur Jacques Plé, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris. La bénédiction nuptiale a été donnée par Monseigneur Cagnac, Prélat de la Maison du Pape, ami de la famille.

Nous adressons à Monsieur et à Madame Jacques Plé nos souhaits les plus sincères de bonheur.

— **Médaille commémorative des frères Maurice et Auguste Pollosson.** — Les professeurs Maurice Pollosson et Auguste Pollosson ont laissé, à l'école de Lyon, le souvenir de deux grands maîtres et de deux hommes de bien. Leurs collègues, leurs élèves et leurs amis ont pensé qu'ils se devaient de conserver leur image. Leur intention est de faire frapper une médaille sur laquelle seront réunis les deux frères, si intimement liés de cœur et d'idées pendant toute leur vie. Un comité, ayant pour président M. le professeur Rollet, et pour secrétaire général M. le professeur Villard, s'est constitué à cet effet et recueille toutes souscriptions. Les souscriptions à partir de 50 *francs* donneront droit à la médaille.

Adresser les envois au trésorier du Comité : M. le professeur Patel, 3, rue Président-Carnot, Lyon (Compte chèques postaux 218-98).

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — M. le professeur Fernand Widal a commencé ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale.

Ordre du service. — Tous les matins, à 9 h., leçons sur les syndromes morbides (physiologie pathologique, symptomatologie, thérapeutique).

A 10 h., exercices de séméiotique au lit du malade ; pratique des examens de laboratoire applicables à la clinique ; prise des observations.

A 11 h., présentation de malades et leçon clinique dans les salles.

Le mardi à 11 h., leçon faite par le professeur à l'amphithéâtre.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis).** — Leçons de dermatologie par MM. Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux ; P. Chevallier et Schulmann, anciens chefs de clinique ; Hufnagel, Fouet et Terris, chefs de clinique ; Giraudeau, chef des agents physiques ; Georges Lévy et Mlle Eliascheff, chefs de laboratoire.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique, leçon avec projections et présentations de malades.

Mardi 5 janvier. M. A. Touraine : Lupus. — Mardi 12 janvier. M. Fouet : Psoriasis. — Mardi 19 janvier. M. Paul Chevallier : Eczéma et eczématides. — Mardi 26 janvier. M. Hufnagel : Erythrodermies.

Mardi 2 février. M. E. Schulman : Immunité locale dans les dermatoses. — Mardi 9 février. Mlle Eliascheff : La biopsie en dermatologie. — Mardi 16 février. M. Georges Lévy : Eléments de thérapeutique dermatologique. — Mardi 23 février. M. Giraudeau : Agents physiques.

— **Hôpital chirurgical privé** (219, rue Vercingétorix). — M. de Martel, de retour de sa mission officielle aux Etats-Unis, a repris ses séances opératoires. Celles-ci ont lieu tous les mercredis matin, à 8 h. 1/2.

— **Faculté de Droit de Paris.** — *Cours élémentaire de psychiatrie médico-légale.* — M. Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, fait un cours de psychiatrie médico-légale à la Faculté de droit (amphithéâtre 3), tous les lundis à 11 h. 15.

Programme. — 4 janvier : Les réactions antisociales des déments. — 11 janvier : Les réactions antisociales des délirants. — 18 janvier : Les réactions antisociales des intermittents. — 25 janvier : Les limites du vol morbide. — 1er février : L'homicide pathologique. — 8 février : Les attentats aux mœurs. — 22 février : La capacité civile des psychopathes. — 1er mars : Les psychopathes à l'école et à la caserne. — 8 mars : Le criminel au point de vue biologique.

— **Hôpital de la Pitié.** — MM. Bordet et Géraudel commenceront à la clinique thérapeutique de la Pitié, le 11 janvier 1926, à 10 h., des leçons avec exercices pratiques et examens de malades, sur la radiologie du cœur et l'électrocardiographie.

Vingt leçons théoriques suivies d'exercices pratiques seront consacrées à ces matières. Le nombre des assistants est limité. Le droit d'inscription est de 150 fr. Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (guichet n° 4).

— **Sanatorium des étudiants.** — Situation financière au 1er octobre 1925 :

Subvention de l'Etat	1.757.112 fr.
Souscriptions des étudiants aux Associations	31.734 55
Fêtes diverses	109.064 50
Conseils d'Universités	34.020 »
Souscriptions aux Facultés, souscriptions des internes et des externes des hôpitaux	31.967 30
Syndicats et Associations diverses	14.939 20
Conseils généraux et municipaux	116.849 »
Banques	146.650 »
Dons particuliers (Mme Flat, 500.000)	682.218 80
Fabricants de produits pharmaceutiques	105.840 »
Total	3.030.395 35
Legs	15.000 fr

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1925

2e Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

W

X

Z

II

Partie Professionnelle

C

D

E

F

H

I

J

L

M

P

R

S

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

B

C

D

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

A

B

C

D

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

juillet, car peu d'entre eux pensent à faire leur envoi avant leur départ et le recouvrement postal, lorsqu'il arrive, ne les touche pas.

A. G.

La grève des médecins d'un hôpital est-elle possible ?

Notre hôpital de X. avait adopté le fonctionnement de son service médical de la façon suivante :

Chirurgien en chef Dr A., de Z.

Quatre confrères de la ville assurant, chacun pendant 6 mois, le service des hommes (un médecin) et le service des femmes (un médecin), le cinquième confrère, la radiologie.

Les honoraires étaient fixés à 1.000 fr. par an, pour le Dr A. plus un tarif très réduit pour chaque intervention *payante* à charge pour le Dr A. de venir 2 fois ou 3 fois par mois opérer, plus en cas d'urgence absolue, chaque fois qu'on ferait appel à lui. Chaque médecin recevait 500 fr. par semestre.

Récemment, nous avons écrit à la Commission administrative pour demander pour le Dr A. : honoraires doublés, tarif des interventions payantes doublé.

Pour chacun des médecins : honoraires triplés, soit 1.500 fr. par semestre à chacun d'eux.

Il faut vous dire que l'hôpital de X. fonctionne à plein ; deux ou trois fois par mois, quand A. vient, on opère dans la matinée 2 ou 3 appendicites, ou bien, une appendicite et une hystérectomie.

Les médecins sont pris ce jour-là de 9 heures à midi et demi sans désemparer.

En outre, quantité de petites interventions faites par les médecins (fractures de jambes, cuisses, plaies) généralement suites d'accidents du travail : nous avons en effet une population cosmopolite qui, la plupart du temps, ne peut être soignée à domicile, quand elle en a ! Bref, gros travail.

Or, la Commission administrative, qui s'était réunie il y a quelques jours, avait accepté nos demandes. Elle avait délégué chez moi un administrateur chargé d'essayer d'obtenir des concessions et qui, sur mon refus, m'avait dit amicalement que tout était accepté Je lui avais manifesté le désir de recevoir une lettre officielle confirmant notre entente. Cette lettre ne m'est pas encore parvenue et je viens d'apprendre officieusement que quelques membres de la Commission hésiteraient maintenant à persévérer dans leur première acceptation, en raison de renseignements qui leur seraient parvenus de villes voisines. Dans ces hôpitaux, les honoraires alloués aux médecins seraient incomparablement moins élevés que ceux que nous réclamons, les médecins moins nombreux cependant, et toutes les opérations seraient gratuites.

Je serais très heureux de savoir ce que vous en pensez. J'estime, pour ma part, que 1.500 fr. pour un semestre constituent encore un prix de faveur pas du tout en rapport avec le travail fourni ; je crois bien que, si satisfaction ne nous est pas donnée, nous se-

rons tous d'accord pour abandonner le service au 1er janvier. Voyez-vous à cela un inconvénient grave? Devons-nous nous entourer de certaines précautions, si nous prenons cette décision ?

Dr E.

Réponse.

Le coût de la vie ayant quintuplé sur les prix de 1914, il est évident que vous ne pouvez pas vous contenter des tarifs modiques qui vous ont été alloués depuis toujours. D'autant que les impôts professionnels croissent sans cesse, que les charges des docteurs sont innombrables.

Aussi sont-ils de plus en plus nombreux, ceux de nos confrères qui parlent très sérieusement de ne plus accepter de soigner des malades au rabais (assistance médicale gratuite, hôpitaux, mutualistes, etc.). Les temps sont trop durs pour que le Corps médical aie la possibilité de faire la charité, au détriment de son gagne-pain.

Vous n'êtes liés avec l'hôpital que par un contrat de louage de services unilatéral : c'est la commission administrative qui, en toute autonomie, a arrêté les conditions selon lesquelles vous devez louer votre temps, votre savoir et votre art.

Ce contrat unilatéral, vous devez l'accepter en bloc, ou le refuser, à moins que la commission administrative ait le bon esprit de discuter avec le Corps médical local, pour établir un contrat de travail, non plus unilatéral, mais bilatéral et librement débattu de part et d'autre.

Vous parlez de cesser vos soins, à partir du premier janvier. Vous en avez parfaitement le droit, si votre lettre de nomination comme médecin de l'hôpital ne prévoit pas de durée des fonctions, ni de préavis, de votre part, si vous avez l'intention de rompre le contrat, c'est-à-dire le règlement de santé de l'hôpital.

Vous pouvez fort bien déclarer à la commission que, bien que cessant d'être médecins attachés à l'établissement, vous ne vous refuserez pas à donner des soins aux malades hospitalisés, pour lesquels on vous fera appeler ; mais les honoraires vous seront payés, par les malades eux-mêmes, ou par l'intermédiaire qui vous aura fait mander, selon le tarif de droit commun.

Ce n'est donc pas la grève véritable, puisque vous continuez vos soins ; mais vous ne connaissez plus la commission administrative, ni son règlement, que vous n'avez pas été appelé à discuter.

N'oubliez pas que, ce faisant, vous risquez de mettre l'opinion publique contre vous, parce que beaucoup s'imaginent que le médecin n'a pas besoin de gagner sa vie avec sa profession et que, sous le nom de philanthropie, seul, parmi les autres citoyens, il doit travailler pour rien.

Méfiez-vous également des « renards » qui, attirés par les promesses de la commission admi-

nistrative de l'hôpital, pourraient venir vous faire échec, en acceptant un fixe, à la condition d'assurer le service de l'hôpital.

Les syndicats de votre ville et des localités voisines devraient y mettre bon ordre, par une mise à l'index.

Dr Paul Boudin.

3078. — Un projet d'imposition du revenu professionnel.

Il m'est venu à l'esprit une manière de nous imposer qui serait juste, puisqu'elle se moulerait exactement sur ce que nous faisons d'affaires. Au lieu de juger arbitrairement le chiffre de nos revenus, la proportion serait exacte et équitable.

On nous obligerait à mettre sur nos ordonnances un timbre de 5 % par exemple, 0.50 pour une ordonnance qu'on fait payer 10 fr. et 0.50 par 10 fr. au-dessus. En marge pointillée, seraient attachées des étiquettes que le pharmacien fixerait sur les flacons et boîtes qu'il vendrait sur ordonnance. Il n'aurait pas le droit de délivrer un médicament qui ne serait pas revêtu de ce contrôle médical, les fiches inutilisables suivant la quantité de produits recommandés seraient détruites par le médecin.

Voilà une manière d'imposer le revenu qui serait positive. La défense au pharmacien de remettre des remèdes *non contrôlés* supprimerait l'exercice illégal qu'il est toujours tenté de faire. Dr L.

2968. — Accident du travail causé par un tiers.

Un charretier, au service d'un camionneur, est blessé au cours de son travail sur la route par la voiture d'un laitier. Résultat : une fracture de côte ayant déterminé une incapacité de travail de 32 jours. Après l'accident, le laitier est venu me demander un certificat (que j'ai rédigé sur papier timbré) pour le joindre à la déclaration qu'il a faite à sa compagnie d'assurances. Le patron du blessé a fait également une déclaration d'accident du travail et j'ai rédigé un deuxième certificat sur papier libre, qu'il a adressé à sa compagnie. Jusqu'ici tout va bien. Mais au moment de payer personne ne veut être responsable. Vous seriez bien aimable de me dire :

1° Si l'accident doit être considéré comme un accident du travail et par suite si je dois adresser ma note au laitier, ou au patron de l'ouvrier blessé.

2° Si mon blessé peut exiger de l'auteur de l'accident le total de son salaire pendant l'incapacité qu'il a subie, ou s'il devra se contenter d'une demi-journée, comme un accidenté du travail.

A mon avis, je dois adresser la note calculée d'après le tarif local et non le tarif Breton, au laitier qui doit à la victime le salaire intégral, pendant les journées perdues. Mais je suis peu familier avec ces questions ; et j'aimerais bien avoir votre avis.

Dr B.

Réponse.

Puisque votre client a été blessé au cours de son travail, l'accident est à la charge de son patron au sens de la loi du 9 avril 1898, quand bien même un tiers serait responsable de l'accident, par suite, vous avez action contre le patron du blessé pour le paiement de vos honoraires calculés suivant le tarif Breton.

Mais si un tiers est responsable de l'accident, le patron, pour les indemnités qu'il a versées au blessé en application de la loi sur les accidents du travail, et le blessé, pour la portion du préjudice subi non couverte par l'application de la loi sur les accidents du travail, conservent leur recours contre ce tiers responsable, en vertu de l'article 7 de la loi de 1898.

Il en résulte que le blessé pourra réclamer au tiers responsable le demi-salaire qui ne lui a pas été payé par le patron durant son incapacité temporaire. De votre côté, si vous estimez le tarif insuffisamment rémunérateur, vous pouvez vous faire payer le complément de vos honoraires par *le blessé* et celui-ci comprendra la somme qu'il vous aura ainsi versée dans la demande d'indemnité globale qu'il présentera au tiers responsable.

En résumé, vous n'avez aucune action directe contre le tiers responsable, mais vous pouvez vous faire payer au tarif Breton par le patron du blessé.

D'autre part, vous pouvez réclamer un complément d'honoraires au blessé lui-même.

Enfin, le patron et le blessé pourront demander le remboursement de vos honoraires au tiers responsable.

3008. — Les accidentés du travail ont le droit de choisir leur radiographe.

J'ai recours à votre compétence professionnelle des difficultés qui peuvent surgir entre Compagnies d'assurances et médecins pour m'éclairer au sujet du fait suivant (lettre jointe).

Une compagnie peut-elle juridiquement recommander ses médecins spécialistes ?

Je tiens à préciser que j'ai de bonnes relations avec les 3 confrères cités ; mais j'habite à 14 km du premier, à 20 km. du second, à 23 km. du troisième.

Or, je transporte moi-même mes blessés en automobile et les Compagnies avec lesquelles je suis en rapport m'ont toujours réglé les frais de déplacement. Ces frais sont calculés d'après la distance ; je me suis toujours adressé au médecin radiographe le plus rapproché ; en son absence, je me rendais ailleurs.

Ce n'est pas une recommandation que me fait l'agent de la Compagnie, mais c'est un ordre qu'il m'intime. Je ne suis pas disposé à y obtempérer. Ai-je tort ?

Dr B.

Réponse.

Le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail dit textuellement ceci : « La victime peut *toujours* faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien... ». Cette disposition est tout à fait générale et s'applique aussi bien au médecin spécialiste dont l'intervention peut être nécessaire qu'au médecin traitant.

Le tarif Breton n'a pas modifié la loi sur ce point et d'ailleurs il ne pouvait pas le faire. Il dit seulement, dans son article 7, que : « Lorsque, au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste... il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué... » La Compagnie d'assurances doit donc seulement être prévenue de la nécessité de l'intervention d'un spécialiste, mais elle n'a aucune autorisation à donner et encore moins à imposer le choix d'un spécialiste.

C'est donc à bon droit que vous pouvez refuser d'obtempérer aux injonctions de la Compagnie d'assurances dont nous vous retournons la lettre sous ce pli.

2973. — Inspection médicale des écoles.

Quelle est l'autorité compétente qui nomme le *médecin inspecteur des écoles* (en province) ?

Quels sont les attributions exactes de cette fonction ?

Dr D.

Réponse.

L'inspection médicale des écoles n'est régie par aucune loi, ni aucun texte règlementaire ; elle dépend entièrement de l'initiative des conseils municipaux ou des conseils généraux. Par conséquent, dans chaque département et même dans chaque ville, il peut y avoir une organisation différente. Si l'organisation est départementale, logiquement ce doit être le préfet qui est compétent pour la nomination des médecins inspecteurs. Si l'organisation est municipale, le droit de nomination doit appartenir au maire.

Les attributions des médecins inspecteurs varient également suivant le système adopté.

Il nous est donc impossible de vous fournir des renseignements généraux plus précis.

3155. — Procédure de revision d'incapacité du travail.

Un de mes clients a été victime d'un accident il y a *deux ans* (accident du travail). Il a obtenu 7 % d'incapacité permanente.

Actuellement, cette incapacité nous paraît avoir augmenté.

Comment engager la procédure de révision ?

Dr P.

Réponse.

L'action en révision de l'indemnité permanente est ouverte au blessé pendant trois ans à compter,soit de l'accord intervenu entre les parties pour la fixation de la rente, soit de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Pour engager la procédure, il suffit au blessé de faire une déclaration au greffe du Tribunal civil compétent (celui du lieu de l'accident) ; le président, saisi par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation et la procédure suivra alors son cours normal, comme lorsqu'il s'est agi de fixer une première fois l'indemnité permanente. Le blessé bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire devant le président et devant le Tribunal, si aucune conciliation n'intervient.

3044. — Allocation supplémentaire aux victimes du travail.

Dans son rapport, un expert vient de donner à un de mes blessés 85 % d'incapacité permanente de travail.

Or, un décret ou une loi accorderait à tout blessé ayant plus de 85 % d'incapacité une rente supplémentaire *de cent francs par mois*.

Mais cette rente supplémentaire est-elle applicable aux blessés actuels ou seulement aux blessés d'avant 1914 ou 1919, je ne sais.

Dr C.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922, prorogée et modifiée par les lois des 30 juin 1924 et 11 juillet 1925, accorde en effet des allocations temporaires en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes au titre de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Mais ces lois ne concernent que les accidents antérieurs au 5 août 1920, date de la loi qui a élevé de 2.400 francs à 4.500 francs la portion du salaire qui ne doit subir aucune réduction pour le calcul de la rente.

Par conséquent, les blessés postérieurs au 5 août 1920 n'ont droit à aucune majoration de leurs rentes, ce qui est assez juste puisqu'ils bénéficient des dispositions de cette loi et que, d'autre part, leurs rentes sont calculées d'après des salaires élevés, en raison de la baisse du franc.

Application du Tarif Breton.

I

2879. — Aide pour amputation partielle de doigt.

Au début du mois d'octobre, j'ai demandé des renseignements au *Concours* au sujet de deux notes d'honoraires tarif Breton. J'ai reçu la réponse et vous en remercie.

Je me permets de vous importuner encore au sujet d'une de ces deux notes.

Comme vous étiez absent à ce moment-là, je vous décris les faits :

Il s'agit d'un ouvrier qui se présente à ma consultation avec une plaie contuse de l'extrémité de l'index. Je désinfecte la plaie et suture au mieux.

Au bout de quelques jours, sphacèle et grave lymphangite du doigt et de la main, suppuration abondante.

L'amputation de la 1re et de la 2e phalange me paraissant nécessaires, j'avertis l'assurance qui accepte.

En raison de l'état de la main, j'adresse notre blessé à un chirurgien habitant à 10 km. Consultation à nous deux. Le chirurgien pratique immédiatement l'amputation d'une seule phalange avec mon aide, anesthésie locale. Quinze jours après, en raison de l'état de la main, nouvelle intervention : le chirurgien à nouveau ampute une 2e phalange, avec mon aide.

J'ai demandé dans ma première lettre au *Concours* si je pouvais réclamer 50 fr. pour mon aide à chaque amputation. Il m'a été répondu que oui, avec en plus mon déplacement, soit 20 fr., puisque 10 km. aller et retour. Mais je lis dans l'Agenda du *Concours* 1924, page 143, article 12, paragraphe 2, que l'aide pour amputation d'un doigt n'était pas rémunérée. D'autre part, puis-je demander 50 fr. d'aide, alors que le chirurgien ne touche que 37,50 pour cette amputation ?

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis ; si je n'ai pas droit à ce tarif, puis-je alors demander chaque fois :

Consultation avec confrère........	21 fr.
Déplacement	20 fr.

Dr S.

Réponse.

J'ai dit et je répète qu'a priori, un deuxième confrère ne paraît pas indispensable pour une amputation partielle de doigt. Il pourrait se présenter, sans doute, des cas d'espèce légitimant un aide à ce sujet et rendant celui-ci « défendable », si je puis dire, en justice, mais je crois que ce doit être plutôt rare. Je prévois donc pour vous des possibilités de discussion sur ce point.

Ceci dit, supposons l'aide reconnu légitime. En ce cas, vous avez droit à 50 fr. (article 15), sans

rabais de catégorie, plus le déplacement, s'il y a lieu, mais en suivant la règle du médecin le plus rapproché (article 2, alinéas 7 et 9). Enfin, si vous avez crainte d'ennuis avec cette question d'aide, vous pouvez vous retrancher sur une position de deuxième ligne, avec la demande de « consultation entre confrères », soit le prix de trois visites. Ceci serait bien plus facile à défendre, en l'espèce, une telle consultation étant assez naturelle avant de se décider à faire une amputation quelconque.

F. D.

II

2822. — Fractures du nez.

J'ai recours à votre obligeance pour le renseignement suivant. Il y a quelque temps, j'ai été appelé pour un accident du travail. Il s'agissait d'une fracture du nez avec déplacement assez considérable. J'ai pratiqué la réduction et appliqué un appareil de contention. Ne trouvant rien, dans le tarif officiel, qui se rapporte expressément à ce cas, pourriez-vous m'indiquer sur quoi je dois me baser pour établir ma note d'honoraires.

Dr M.

Réponse.

Les réductions de fractures du nez font partie des demandes d'addition que je viens de formuler devant la sous-commission du tarif Breton, mais je ne fus pas exaucé sur ce point. On a fait remarquer qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de « réduction et contention de fracture du nez », à pratiquer en cas de fracture des os propres du nez ou de fracture du maxillaire supérieur. Dans ce dernier cas, si réduction et contention, ce ne pourrait être que par une suture osseuse du maxillaire supérieur, auquel cas elle serait tarifable comme ostéo-synthèse.

F. D.

III

2826. — L'augmentation de 20 % pour les radiographies.

Je lis dans votre n° 43*bis* du *Concours médical*, page 2524, à propos de radioscopie pour accident du travail :

« Augmentez de 20 % les prix marqués ainsi que « le prescrit l'arrêté ministériel du 24 déc. 1924 ».

Cette augmentation de 20 % s'applique-t-elle à toute la France ou seulement à certaines villes ?

Dr P.

Réponse.

N'oubliez pas que, ainsi qu'il est dit dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, il n'y a *qu'une seule catégorie* de prix pour les radiographies ou copies, puisqu'il s'agit d'actes de laboratoire et non de *soins*. Seule, comme telle, la radiothérapie subit la minoration de 25 % en seconde catégorie, parce que « soins ». Il s'ensuit que la majoration de 20 % instituée par l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924 est applicable à toute la France.

F. D.